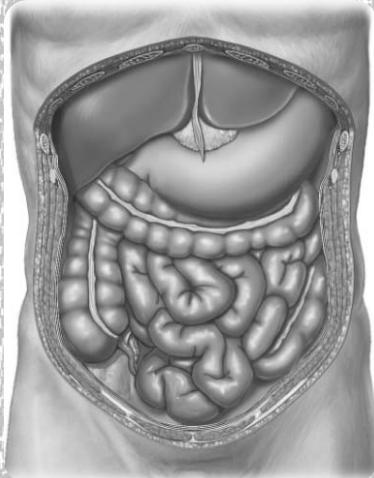




پوهنځی طب هرات

بطن حاد و مزمن



دکتور عبدالغفور اوصاد



بطن حاد و مزمن

**Acute and Chronic
Abdomen**

دکتور عبدالغفور اوصاد



Herat Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Abdul Ghafor Ersad

Acute and Chronic Abdomen

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

ISBN 978-9936-400-61-0



9 789936 400610 >
Printed in Afghanistan



بطن حاد و مزمن

دوكتور عبدالغفور ارشاد

AFGHANIC



Herat Medical Faculty
پوهنځ طب هرات

In Dari PDF
2011

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

Acute and Chronic Abdomen

Dr. Abdul Ghafor Ersad
Download: www.ecampus-afghaniyen.org

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بنام خداوند مهربان

جمهوری اسلامی افغانستان
وزارت تحصیلات عالی
ریاست پوهنتون هرات
فاکولته طب

مجموعه از معاینات فزیکی

بطن حاد و مزمن

مؤلف:

الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور (ارصاد)
استاد فاکولته طب هرات

1390

| | |
|-----------|--|
| نام کتاب | بطن حاد و مزمن |
| مؤلف | دوكتور عبدالغفور ارصاد |
| ناشر | پوهنځی طب هرات |
| ويب سايت | www.hu.edu.af |
| چاپ | مطبعه سهر ، کابل، افغانستان |
| تعداد نشر | ۱۰۰۰ |
| سال | ۱۳۹۰ |
| دونلود | www.ecampus-afghanistan.org |

كتاب هذا توسط انجمن همکاريهای اكادميک آلمان (DAAD) از بوديجه دولت فدرالي آلمان تمويل شده است.
امور تехنيکي و اداري كتاب توسط انجمن عمومي پرسونل طبي در كشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه
افغاننيک (Afghanic.org) انجام يافته است.

مسئليت محتوا و نوشتن كتاب مربوط نويسنده و پوهنځي مربوطه مى باشد. ارگان هاي کمک کننده و تطبيق
کننده مسئول نمى باشند.

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

ای اس بی ان: ISBN: 9789936400610

تمام حقوق نشر و چاپ پيش نويسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنخی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمدی به شمار می رود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو هستند، انها اکثرا به معلومات جدید دسترسی ندارند، از کتاب ها و چیپتر هایی استفاده مینماید که کهن هم و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی می گردد.

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

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

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

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

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

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

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

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

۲. تدریس با میتوود جدید و وسائل پیشرفته: در سال ۲۰۰۹ پوهنهای طب بلخ و ننگرهار دارای یک پایه پروجیکتور بود و زیادتر استادان به شکل تیوریکی تدریس می دادند. در جریان سال ۲۰۱۰ توانیستیم در تمام صنوف درسی پوهنهای طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجیکتورها را نصب نماییم.

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

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

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

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

۷. شفاخانه های کدری: هر پوهنهای طب کشور باید دارای شفاخانه کدری باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای ترینیگ عملی محصلین طب آماده گرددند.

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

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

همچنان در مورد نقاط ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به ادرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.
از محصلین عزیز هم خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

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

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

دکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م ، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰ ۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست مندرجات

صفحه

موضوعات

| | |
|----------|--------------------|
| 15..... | تقریظ |
| 16 | مقدمه مؤلف |
| 18..... | بطن حاد |
| 18..... | 1.تعريف |
| 19..... | 2.معاینه □ بطن حاد |
| 19..... | الف:تاریخچه |
| 21..... | ب:شکایات عمدہ |
| 21..... | 1.درب |
| 29..... | 2.استفراغ |
| 30..... | 3.حالات امراض |
| 31..... | 4.تبول |
| 31..... | 5.تاریخچه شخصی |
| 32..... | 6.تاریخچه گذشته |
| 33..... | ج:معاینه فزیکی |

| | |
|---------|-------------------------------|
| 33..... | اول: ارزیابی عمومی |
| 33..... | 1. وضع ظاهري |
| 33..... | 2. وضعیت سلوک |
| 34..... | 3. نبض |
| 35..... | 4. تنفس |
| 35..... | 5. حرارت |
| 35..... | 6. زبان |
| 36..... | Jaundice, cyanosis, anemia. 7 |
| 36..... | دوم: معاينه بطن حاد |
| 36..... | 1. تفتیش |
| 39..... | 2. جس |
| 52..... | 3. قرع |
| 56..... | 4. اصغر |
| 57..... | سوم: اندازه قطر بطن |
| 57..... | چهارم: معاينه ریکتم |

| | |
|---------|-------------------------------------|
| 58..... | پنجم: معاینه مهبلی..... |
| 58..... | ششم: معاینات عمومی..... |
| 58..... | 1. معاینه صدر و جدار صدر..... |
| 60..... | 2. معاینه صفن و حبل منوی..... |
| 61..... | 3. معاینه ستون فقرات..... |
| 62..... | 4. معاینه سیستم عصبی..... |
| 63..... | هفتم: معاینات اختصاصی..... |
| 63..... | 1. خون..... |
| 65..... | 2. فشار خون..... |
| 65..... | 3. ادرار..... |
| 65..... | 4. X-Ray Examination..... |
| 67..... | 5. معاینه barium enema..... |
| 69..... | 6. ندوسکوپی..... |
| 70..... | 7. اماله..... |
| 70..... | 8. Intravenous cholangiography..... |

| | |
|----------------|---|
| 70..... | Ultrasonography.9 |
| 71..... | Radio isotope scanning.10 |
| 71..... | (CT scan) Computed Tomography.11 |
| 71..... | Exploratory laparatomy.12 |
| 72..... | Causes of Acute abdomen.3 |
| 72..... | Intra Abdominal causes.1 |
| 73..... | Extra Abdominal causes.2 |
| 74..... | In children |
| 75..... | In females |
| 75..... | Causes of Acute Abdomen in the Ciba collection |
| 88..... | Causes of Acute Abdomen (Professor Ernst Hanisch) |
| 89..... | معاینات جروحات بطن 4 |
| 89..... | الف: تاریخچه |
| 90..... | ب: معاینات فزیکی |
| 90..... | ارزیابی عمومی 1 |
| 90..... | Local examination.2 |

90.....بطن x ray.3

93.....5. تشخيص تفريقي

93.....الف: التهابات

93.....Acute appendicitis.1

100.....Alvarado Score

101.....Acute Cholecystitis.2

102.....Acute pancreatitis.3

106.....Acute Regional ileitis.4

107.....Acute Salpingitis.5

108.....Acute non- specific mesenteric lymphoid.6

108.....Acute ulcerative colitis.7

109.....Sub diaphragmatic subphrenic abscess.8

110.....Amoebic liver abscess.9

112.....ب: تشقق (perforation)

112.....Peptic perforation.1

- 2.تشقق قرحة محرقة.....114
- 3.انسداد مزمن امعاء.....114 perforation of ulcerative colitis
- ج:انسداد حاد امعاء.....115
- 8.تظاهرات کلینیکی.....115
- تشریح.....119
1. محل انسداد.....119
2. طبیعت انسداد.....120
3. اسباب انسداد.....121
1. تغلف حاد.....122
2. تدور کولون سگموئید.....124
3. تدور سیکم.....124
4. Mecunium ilius.....125
5. انسداد سنگ های صفراء.....125
6. Volvulus of the midgut.....126
7. انسداد وعائی مساريقی.....126

127..... Intenstinal obstruction due to worms.8

128..... Bolus obstruction.9

129..... د:خونریزی و تدور.....

129..... 1.تمزق حمل خارج رحمی

130..... 2.کیست تدور شده تخمدان.....

131..... 3.تمزق کیست لوتئن.....

131..... 4.رپچرانیورزم ابهر.....

132..... Aortic dissecting aneurysm.5

133..... ۵:کولیک ها

133..... 1.کولیک صفراوی.....

134..... 2.کولیک کلیوی.....

134..... 3.کولیک معائی.....

135..... 4.کولیک اپندیکولر.....

136..... معاینه حالت مزمن بطن.....

136..... الف:تاریخچه.....

| | |
|-----------|------------------------------|
| 138..... | ب:شکایات..... |
| 138 | 1.درد..... |
| 142..... | 2.سو هضم انتفاخی..... |
| 143..... | 3.تهوع واستفراغ..... |
| 145..... | 4.Haematemesis & melana..... |
| 146..... | 5.یرقان..... |
| 148..... | 6.حالت امعا..... |
| 148..... | 7.اشتها..... |
| 149..... | 8.تب..... |
| 149..... | 9.کاهش وزن..... |
| 150..... | ج:تاریخچه گذشته..... |
| 151..... | د:تاریخچه شخصی..... |
| 151..... | ه:تاریخچه فامیلی..... |
| 152..... | و:معاینات فزیکی..... |
| 152..... | 1.سرروی عمومی..... |

| | |
|----------|---------------------------|
| 153..... | 2.معاینه بطن..... |
| 153..... | اول:تفییش..... |
| 153..... | 1.جلدونسج تحت الجلدی..... |
| 154..... | 2.سره..... |
| 155..... | 3.کانتوربطن..... |
| 156..... | 4.حرکات..... |
| 157..... | 5.تورم..... |
| 157..... | دوم: جس..... |
| 161..... | 1.نقطه حساس..... |
| 164..... | 2.لرزش مایع..... |
| 165..... | 3.Shifting dullness..... |
| 166..... | 4.جس ارگان های بطنی..... |
| 166..... | a: معده..... |
| 167..... | b: کبد..... |
| 170..... | c: طحال..... |

172 d: کیسه صفراء

175 سوم: قرع

176 چهارم: اصغا

176 3. معاينه عقدات لمفاوى فوق الترقوى چپ

177 4. معاينه ركتوم و مهبل

178 ز: معاينات اختصاصى

178 1. Gastric function tests

179 Night fasting secretion .a

180 Basal Secretion .b

180 Maximum Secretion .c

180 Pentagastrin test .d

181 Kay's Augmented histamine test .e

182 Hollander's insulin test .f

183 2. معاينه خون

183 3. معاينه مواد غایطه

| | |
|----------|--|
| 184..... | معاینات رادیوگرافی.....4 |
| 194..... | Barium enema examination.1 |
| 196..... | Oral Cholecystography.2 |
| 198..... | داخل وریدی Cholangiography.3 |
| 199..... | ترنس هپاتیک از طریق جلد Cholangiography.4 |
| 202..... | Fiber-optic Endoscopy.5 |
| 206..... | Ultrasound.6 |
| 215..... | Radio- Isotope scanning.7 |
| 217..... | Radioactive Isotope in alimentary bleeding.8 |
| 218..... | Selective visceral Angiography.9 |
| 219..... | Laparoscopy.10 |
| 219..... | Exploratory Laparoscopy.11 |
| 220..... | ح: تشخیص تفریقی |
| 220..... | 1. قرحة مزمن معده |
| 221..... | 2. قرحة مزمن اثناعشری |

| | |
|----------|---|
| 222..... | Pyloric Stenosis.3 |
| 223..... | Gastro-Jejunal Ulcer . 4 |
| 224..... | کارسینومای معده 5 |
| 230..... | Chronic Cholecystitis and Cholelithiasis. 6 |
| 232..... | Oriental Cholangiohepatitis.7 |
| 232..... | Choledocus cyst.8 |
| 233..... | Chronic pancreatitis.9 |
| 234..... | Carcinoma of the pancreases 10 |
| 236..... | اپنديست مزمن 11 |
| 237..... | 12. مرض کرون |
| 238..... | 13. مرض کرون در کولون |
| 240..... | 14. توبرکلوز بطي |
| 242..... | Diverticulitis .15 |
| 246..... | 16. کسبی یا ثانویه Mega colon |
| 246..... | 17. Ulcerative colitis. |

249.....Ischemic colitis.18

250.....Familial polyposis coli.19

251.....کارسینومای کولون.....20

253.....ط: امراض سره وی

253.....Umbilical fistulas.1

253.....Enterotermatoma.2

254.....Endometrioma.3

254.....Carcinoma.4

254.....Umbilical concretion (calculi).5

255.....آبسه سروی.....6

255.....7. سینوس مودار

256.....ضمیمه

267.....منابع

تقریظ:

وقوعات بطن حاد، تشخیص و تداوی به موقع آن هم چنان دریافت اعراض و علائم بطن مزمن مشکل عمدۀ دوکتوران را در ساحه پراکتیک روزمره تشکیل میدهد برای حل شدن بهتراین معضله دکتوران که با این گونه امراض سروکاردارند باید مطالعات و اعمال خود را مطابق تحقیک واکنشافات روز عیارسازد تا بتوانند به طور شایسته تر به همنوعان خود کمک نمایند.

طبع که در این مورد از طرف محترم پوهنوال دکتور اصاد در زمینه بطن حاد و مزمن صورت گرفته، میتواند دکتوران این رشته ها را در تشخیص مرض یاری رساند. در اثر مذکور از رسم های رهنمائی کننده و جداول تأیید شده مناسب کار گرفته شده که خواننده میتواند از آن بهره کافی ببرد. مطالعه جزوی حاضر نه تنها برای دکتوران معالج امراض بطن با ارزش است بلکه دکتوران رشته های دیگر میتوانند از مطالعه آن در تجارب روزمره طبی خود استفاده ببرد.

این جانب از بارگاه ایزد متعال برای محترم پوهنوال دوکتور ارصاد موفقیت زیاد طلبیده امیدوارم که در پخش و انتشار چنین رساله ها در آینده بیشتر بکوشند.

با احترام

پوهاند دکتور چراغ علی چراغ

شف جراحی عمومی

برای من جای بس مسرت است که به یاری خداوند توانا توفیق حاصل نمودم تا مجموعه از معاینه فزیکی بطن حاد و مزمن که دانستن آنرا نهایت مهم و پر اهمیت برای همه دوکتوران و محصلان طب میدانم از کتب معتبر و سایت های اینترنت مواد اخذ و ترجمه و برتری تحریر در آوردم و من متوجه شدم که با گرفتن این معلومات دکتوران جوان و محصلان طب میتوانند مریضان مصاب به بطن حاد و مزمن را مورد معاینه دقیق قرار داده و تشخیص درست وضع نمایند و هم در صورت لزوم برای تداوی عاجل جذری، مریضان را به عملیات جراحی سوق دهند زیرا با دقت زیاد حين معاینه بطن حاد و تشخیص تفریقی آن، در یک تعداد حالات مریض مصاب بطن حاد ایجاد عملیات جراحی را نداشته که اگر در اثر تشخیص نادرست عملیات جراحی یعنی لاپراتومی غیر ضروری انجام شود برای مریض پر ریسک و حتی مرگ آفرین میباشد لذا نیاز است تا متکی بدلایل و استدلالات علمی طبی که درین کتاب گنجانیده شده تصمیم قاطع و جامعی برای تداوی مریضان ارایه گردد.

بنده نظر به تجربه چندین ساله خود لازم میدانم تا هر دکتور طب باید تعریفی از بطن و امراضی که سبب بطن حاد میشود را بداند تا در اطاق های عاجل، معاینه خانه ها، کلینیک ها و مراکز صحی و ولسوالی ها حين مواجه به چنین مریضان کمک لازمه طبی اصولی صورت گیرد و در صورت لزوم تشخیص احتمالی درست گذاشته شود چندین سال قبل از جانب دیپارتمنت جراحی برای ترجمه بطن حاد برای ترکیب علمی ام وظیفه داده شده بود که ترجمه آنرا انجام دادم و به مرور زمان به فکر این بودم تا معلومات را در مورد بیشتر بسازم و هم معاینه فزیکی بطن مزمن را نیز که

نیاز است تا محصلان و دکتوران جوان در مورد معلومات کافی داشته باشند این مطلب نیز اضافه گردد. روی این منظور این کتاب را تهیه نمودم و هم برای اینکه موضوعات بشکل عینی توضیح شود لازم دانستم تا در جاهای معین آن تصاویری را مربوط به بنیاد اصلی بر بحث را بگنجانم در تهیه و ترجمه این کتاب تا جاییکه مقدور بوده سعی شده که ترجمه به زبان روان دری و به مفهوم مبتنی بر حفظ و امانت باشد بازهم با وجود سعی، خالی از کمبودی و کاستی نخواهد بود لذا نگارنده از خوانندگان محترم تقاضا دارد با رهنمایی خویش در رفع نقاطیص وی را یاری فرمایند.

در اخیر به بسیار اخلاص و محبت از همکاری های بی دریغانه محترم داکتر عبدالقدیر (قادر) که در تمام دوره هفت سال تحصیل محصل ممتاز ما بوده اظهار قدر دانی می نمایم زیرا موصوف در تهیه و ترتیب این کتاب مرا یاری همه جانبه رسانده و از خداوند توانا برای وی پیشرفت و ترقی در امور زندگی، اوقات خوش و صحت کامل را آرزومندم.

الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد

استاد فاکولته طب هرات

سال 1390

بطن حاد

تعریف:

بطن حاد عبارت است از: حالت بطنی مبهمی که توأم با درد و عکس العمل های التهابی، ترضیضی و یا dysfunction احساسه بوده است، هرگاه اهتمامات تداوی عاجل طبی ظرف چند ساعت صورت نگیرد اختلالات وخیم را سبب میشود.

یا به عبارت دیگر بطن حاد چنین معنی میدهد، که مریض از حمله حاد درد بطن شکایت داشته، که ممکن ناگهان یا به تدریج در طی چند ساعت رخ داده باشد و مجموعه علایمی است، که اظهار کننده مصاب یک مریضی که ممکن حیات مریض مورد تهدید قرار گیرد، میباشد و ایجاب تشخیص عاجل یا فوری را برای تداوی به موقع مینماید.

پس باید یک تاریخچه دقیق از مریض طبق اعراض اخذ شود و یک معاینه فزیکی دقیق به منظور دریافت علایم ظاهری و تعبیر آنها یی که اهمیت بیشتر برای رسیدن به تشخیص را دارد انجام شود لذا مهم است در صورت ممکن تشخیص به زودی صورت گیرد؛ چون با تأخیر، وضع مریض به طور قطعی خرابتر شده و ممکن منتج به مرگش گردد.

معاینه بطن حاد

Examination of an acute abdomen

الف: تاریخچه (history):

1- سن (Age): برخی از حالات بطن حاد به طرز خاصی در یک گروپ سنی معین دیده میشود در نوزادان جدید الولاده معمولاً انسداد امعا در نتیجه

- Intestinal atresia & stenosis
- Mecunium peritonitis
- Annular pancreas
- Imperforate anus
- Mecunium ileus

دیده میشود. در اطفال (از هنگام تولد تا 2 سالگی) معمولاً meckle's و intussusception, midgut volulus وجود دارد. در کودکان (سنین قبل از بلوغ) معمولاً diverticulitis non specific mesenteric lymphadenitis ,appendicitis پریتونیت استرپتوکوک یا نموکوک اولیه و انسداد معائی از سبب کرم های مدور رخ میدهد. در بالغین جوان معمولاً اپندست و diverticulitis دیده میشود.

در بالغین تشتبه قرحة پپتیک، acute cholecystitis، pancreatitis بیشتر معمول است و در اشخاص مسن معمولاً انسداد امعا از سبب پیشرفت خبات، Sigmoid volvulus، Diverticulitis، مريضى انسدادى میزانتریک دیده میشود.

2-جنس (sex): تمزق ectopic gestation، تدور کیست تخمدان، acute salpingitis به طور واضح از امراضی است که نزد خانمها دیده میشود. بعضی حالات بطن حاد، که به طرز خاصی در نزد خانمها نسبت به مردها معمولتر است عبارت اند از: cholecystitis حاد، اپنديست حاد، پریتونیت اولیه و غیره. در حالی که تشتبه قرحة پپتیک، volvulus، پانکراتیت، تغلف و غیره در نزد مردها بیشتر معمول است.

3-شغل (occupation): رنگ کارها ممکن کولیک بطنی راجعه در نتیجه یک مسمومیت داشته باشند، همینطور کارگرانی که با ارسنیک سر و کار دارند ممکن از عین مريضى رنج ببرند.

4-سکونت (Residence): تشتبه پپتیک بیشتر در بین مردم شمال و جنوب هند از سبب عادت شان به خوردن غذاهای با ادویه زیاد مثل مرچ تند معمولتر است.

Cholecystitis حاد بیشتر در بین مردم شرق و جنوبی هند معمول است. التهاب امعای کور (typhlitis) آمیبی فقط در ممالک

گرمسیر دیده میشود. پانکراتیت در ممالک غربی از سبب عادت شان به مصرف الکهول معمولتر میباشد. همچنان اپندهست در ممالک غربی از سبب عادت شان به خوردن غذاهای باقی مانده یا شبمانده معمولتر است.

5- وضع اجتماعی (social status): اپندهست در طبقه ثروتمند معمولتر بوده چون ممکن است پروتین در غذای اصلی آنها زیاد تر باشد اما سبزیجات را نادیده پنداشند.

ب: شکایات عمدی (chief complaints)

1- درد (pain)

A : زمان شروع (time of onset): درد در اپندهست حاد در اول صبح شروع میشود در حالی که درد ناگهانی از سبب تمزق قرحة پپتیک اکثراً بعد از ظهر، بعد از ناهار رخ میدهد اما معمولاً مریض از طرف شب به شفاخانه آورده میشود.

B: طرز شروع (mode of onset): به صورت ناگهانی در تثقبات volvulus, Torsion, colic. درد در ابتدا شدید نبوده اما به تدریج بر شدت آن افزوده میشود در اپندهست حاد درد در شروع ملول کننده بوده و ناگهان به صورت حاد درمی آید و در اپندهست انسدادی معمولاً صبح وقت مریض را از خواب بیدار میکند. بعضی اوقات بطن حاد به وسیله مسهلات (مانند اپندهست

حاد) straining (مانند تثقب) یا به وسیله jolting یا تکان دادن (مانند کولیک حالبی) تسريع میگردد.



Fig. 1 — The patient is always asked to show the site of pain with one finger. This figure shows the typical site of pain in a case of peptic ulcer.

C. از چه وقت است که مریض از درد شکایت دارد؟

نوعی از دردهای مشابه که با شدت متفاوت به وجود آمده و در چند سال اخیر ایجاد شده و از بین رفته است مانند اپنديست، کولی سیست و غیره.. در قرحة پپتیک یک periodicity قبل از تثقب به وجود می آید.

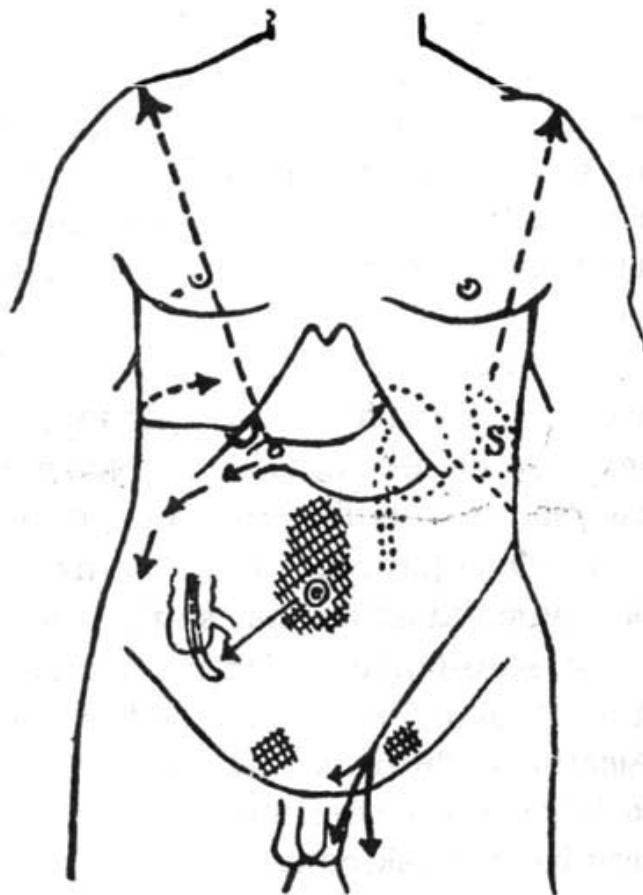


Fig. 2 — A diagrammatic representation of various types of pain seen in acute abdomen. In perforation of peptic ulcer pain is frequently referred to the right shoulder and migrates along the right paracolic gutter towards the right iliac fossa. Pain originating in the gallbladder may radiate to the back just below the inferior angle of the scapula and even to the right shoulder. Splenic (S) pain is referred to the left shoulder (Kehr's sign). In appendicitis the pain occurs primarily at the umbilical or epigastric region and shifts subsequently to the right iliac fossa. Renal colic is referred to from the loin to the groin, testis and inner side of the thigh. Bilateral pain and tenderness over the hypogastrium (shown by criss-cross) characterise acute salpingitis.

Site of D (pain)

: (pain)

اکثراً با موقعیت عضو مبتلا
برابر میباشد یا می تواند به
احشای مجاور آن انتشار
نماید یا ممکن به حیث
درد Referred به ساحه
درد انتشار نماید به مریض
بگویید تا محل درد را با
نوك یک انگشت خود نشان
(pointing test)
اگر درد انتشاری باشد
استفاده مریض به جای یک
انگشت بصورت واضح از
تمام دست به منظور تعین
محل درد استفاده می نماید
اگر درد در پهلو باشد منشا
آن کلیوی فرض می گردد.
زمانی که در زیر کنار ضلع
راست باشد مریض کبدی
یا کیسه صفرا مورد شک

میباشد اگر در ناحیه Epigastric باشد تشقب قرحة پیتیک، پانکراتیت حاد و غیره فرض می گردد.

E: تغییر موقعیت درد (shifting of pain): این نوع درد به صورت وصفی در اپنديست حاد دیده میشود، در ابتدا درد در ناحیه fossa Epigastric یا اطراف سره احساس می شود اما بعداً در fossa iliaca راست یا ساقه اپنده کس با شروع پریتونیت جداری تغییر موقعیت می نماید.

F: انتشار درد: (Radiation of pain):

در پریتونیت منتشر درد ابتدا از ناحیه عضو مبتلا حکایه میشود اما به زودی به تمام بطن منتشر میشود. در قرحة پیتیک درد ابتدا در ناحیه fossa Hypochondre راست احساس میشود اما به زودی به طرف fossa iliaca راست انتشار می نماید.

(در این وقت است که می تواند با اپنديست حاد مغالطه گردد). زمانی که مریض مصاب اپنديست حاد باشد از یک درد انتشاری به طرف fossa iliac چپ شکایت داشته باشد این حالت دلالت به پریتونیت انتشاری می نماید.

G: درد راجعه Referred pain: درد زمانی گفته میشود که در بعضی نواحی دیگر نیز جس گردد به دلیل اینکه تعصیب اعضای دور از ناحیه مصاب توسط عین عصب می باشد. (تعصیب

عضو ماوف و نواحی دیگر یکسان میباشد) برای توضیح این مطلب چند مثال داریم: در آفات معده، اثنا عشر و jejenum (T5-T8) درد در ناحیه Epigaster احساس می شود در صورت ابتلای ایلیوم و اپنده (T9-T10) در اطراف سره در حالی که در واقعات ابتلای کولون (T11,12-L1,2) درد در hypogaster احساس می شود. تعصیب حجاب حاجز توسط عصب phrenic صورت گرفته یک تعداد شعبات این عصب جلد شانه را نیز تعصیب نموده و خود عصب از segment چهارم رقبی منشا می گردد. اگر کدام تخرشیت در تحت حجاب حاضر از سبب محتویات معده (تمزق قرچه پیتیک) یا خون (تمزق طحال) یا صفرا (بعد از عملیات طرق صفراوی) یا Exudates التهابی به وجود آید باعث انتشار درد به طرف شانه میشود. در موارد مشکوک می توان با بلند کردن پای مریض به اندازه تقریباً 18 inch و اجازه دادن Exudates به صورت واضح در تحت حجاب حاجز و انتشار درد به طرف شانه به اثبات رساند.

در حالت Colic renal درد از flank به ناحیه Groin, خصیه ها و قسمت انسی ران انتشار می نماید چون عصب Genetofemoral (L1,L2) این خط الیسر را تعصیب می کند همچنان شعبه عصبی حالب نیز از عصب متذکره میباشد.

در کولیک صفراوی درد از Hypochondre راست به زاویه سفلی کتف طرف راست انتشار می نماید زیرا کیسه صفرا توسط اعصاب صدری 9th, 7th تعصیب میشود.

به صورت زود گذر، باید تاکید شود که تعصیب segmental چنانکه به این قسمت Referred می شود تعصیب سمپاتیکی به احشا است. البته عین حالت از عصب پاراسمپاتیک بیشتر توسط عصب vagus نیز دریافت میگردد (به استثنای hindgut و مثانه که توسط اعصاب سمپاتیک عجزی تعصیب میگردد). همینطور تخریش پلورای جداری قسمی که در pneumothorax, haemothorax, pleurisy رخ میدهد، ممکن در ابتدا درد به جدار بطن انتشار نموده و حالات بطن حاد را تقلید نماید.

H: وصف درد (character of pain)

- 1 درد کولیکی درد تیز و متناوب که به صورت ناگهانی پیدا شده و دفعتاً از بین میرود که دلالت به انسداد یک عضو مجوف مینماید مانند انسداد امعا (کولیک معائی) یا انسداد مجرای صفراوی مشترک توسط سنگ (کولیک صفراوی) یا انسداد پلویس کلیه یا حالب توسط یک سنگ (کولیک کلیوی یا حالبی)
- 2 درد سوزنده دوامدار (constant burning pain) منظره پریتونیت بوده و گاهی در تمزقات قرحة پیتیک نیز دیده میشود.
- 3 دردهای شدید زجردهنده (sever agonizing pain) که بسیار وصفی در پانکراتیت حاد و Torsion امعا میباشد.
- 4 درد زق زق کننده که نمایانگر التهاب Throbbing pain میباشد مانند cholecystitis و hepatitis

تغییر کرکتر درد نیز گاهی اوقات مهم است درد کولیکی انسداد حاد امعا به شکل درد دوامدار و سوزاننده تبدیل میشود، که دلالت به Strangulation مینماید، کاهش درد همیشه خوش آیند نیست در اپندیست حاد کاهش درد دلالت بر تمزق اپندکس گانگرن شده میتواند. در مرحله دوم (مرحله تخریش) تمزق قرحة پیتیک (تمزق معده و اثنا عشر) از شدت درد کم میشود اگر چه مریضی ادامه دارد علت آن این است که محتوی تخریش کننده معده با exudates پریتوانی رقیق میگردد و درد را کم میسازد.

I : تا ثیر فشار بالای درد: در واقعات کولیک درد با فشار آرام میشود اما در حالات التهابی درد بدتر و شدیدتر می شود.

J : ارتباط درد با تکان خوردن ،راه رفتن، تنفس و تبول (Micturbation)

درد در Appendicitis و cholecystitis ، amoebic hepatitis در اثنای راه رفتن یا تکان خوردن بدتر میشود. کولیک حالبی بعضی اوقات با تکان خوردن بدتر میشود.

درد در pleurisy حجاب حاجزی در اثنای تنفس عمیق و سرفه بدتر میشود. در زمان عمل تبول یا (سوژش ادرار) اغلبًا با کولیک حالبی، اپندیست حوصلی یا حتی ابسه حوصلی زیاد میگردد.

K: چه عواملی درد را بهتر یا بدتر میسازد؟

در واقعات پریتونیت اگر مریض آرام در بستر قرار گیرد کمی درد تسکین میابد و اگر غلت بخورد درد بیشتر میگردد. در تخریش حجاب حاجزی از سبب *التهابی* یا موجودیت خون در نتیجه آسیب کبدی یا طحالی درد با تنفس عمیق بدتر میشود.

در واقعات *Cholecystitis* غذای شحمی درد را بدتر مینماید در حالی که رژیم غذای بدون چربی کمی به مریض آرامش میدهد. در قرحة پپتیک مواد قلوی درد را بهتر نموده در حالی که الکهول، غذای ادویه دار یا دواهایی مثل اسپرین درد را بدتر مینماید. در hiatus reflux esophagitis و hernia (Stooping) با خم شدن (hernia) درد شدید تر میشود.

L: چگونه درد آرام میشود؟ بعضی اوقات استفراغ مثلاً در قرحة پپتیک درد را آرام میکند استفراغ در واقعات کولیک بصورت موقت درد را آرام میسازد و دوباره درد به صورت فوری به وجود می آید در پانکراتیت حاد اگر مریض به وضعیت تخته به پشت قرار گیرد درد زیاد شده و تا یک اندازه با نشستن یا وضعیت خمیده با تکیه دهنده (recumbent) آرام می شود.

با فشار موضعی درد کولیکی آرامش اختیار مینماید (صفراوی، حالبی یا معائی)

2- استفراغ : (vomiting)

A: وصف عمل استفراغ: دو نوع آن باید فرق شود.

1- در انسداد قسمت علوي امعا، Toxic enteritis و غيره استفراغ به صورت فورانی (projectile) با شدت و مقدار زیاد خارج ميشود.

2- در general peritonitis يا تثقب قرحة پپتیک استفراغ آهسته mouthfuls و regurgitation میباشد.

B: محتوى (vomitus): در انسداد امعا در ابتدا محتويات معده بعداً

محتوى اثنا عشر (biliary) و بالاخره محتويات امعا (Faeculent)

كه بوی مواد غایطه را دارد تخلیه ميشود، استفراغ خالص مواد غایطه

معمول نمیباشد. ولی در واقعات فیستولهای معده و کولون

(Gastrectocolic fistula) دیده ميشود. در واقعات کولیک صفراوی

استفراغ معمولاً صفراوی است. در واقعات قرحة پپتیک صفراوی

استفراغ معمولاً صفراوی است. در واقعات قرحة پپتیک محتوى استفراغ

محتويات معده است.

در مرحله آخری پریتونیت محتوى استفراغ سیاه قهوه یی ميشود و یا

مواد غایطه با خون مخلوط میباشد این نوع محتوى استفراغ در

Diede ميشود.

C: تكرار و مقدار frequency & quantity: استفراغ متداوم با

دفعات زیاد و مقدار زیاد در انسداد امعا و acute appendicitis

دیده ميشود در قرحة پپتیک استفراغ periodical است.

در تمزق قرحة پپتیک استفراغ یک وجه تشخیصه نیست امکان دارد در مرحله اول 1-2 مرتبه بوده و در مرحله دوم استفراغ موجود نباشد ممکن در مرحله آخر با وصف محتوی استفراغ پریتونیت منتشر دوباره به وجود آید. به همین شکل در acute appendicitis ممکن است استفراغ موجود باشد یا نباشد اما معمولاً مريض از دلبدی بیشتر شاکی است. دلبدی و استفراغ هر دو شکایات به خصوص یا مشخص در قبل و بعد از ileal appendicitis میباشد.

D: ارتباط استفراغ با درد: در واقعات acute appendicitis, peptic ulcer, acute pancreatitis استفراغ بعد از درد به وجود می آید، در انسداد امعا (شکل پیشرفته) استفراغ همزمان با درد به وجود می آید در انسداد نهایت سفلی ایلیوم در ابتدا استفراغ رخ نداده اما بعد از چند ساعت به وقوع میپیوند در انسداد امعای غلیظ استفراغ یا موجود نبوده یا به شکل تاخیری دیده میشود. در قرحة پپتیک استفراغ درد را آرام نموده اما در واقعات کولیک درد به صورت آرام شده و فوراً دوباره به وجود می آید.

3: حالت امعا Bowel habit: قبضیت کامل یعنی توقف غایط و گازات هر دوی آن معمولاً شکایت عمده نزد مريضان انسداد امعا و پریتونیت است. بهتر است یک تاریخچه از شروع انسداد امعا خذ گردد چون در acute appendicitis مريض معمولاً یک تاریخچه قبضیت میداشته باشد در اپنده حوصلی یا آبسه حوصله تخریش

ریکتم Tenesmus (فشار درد ناک و بی حاصل برای خارج کردن مدفوع) با مخاط و خون یکجا میباشد در اطفال انسداد امعا، مقدار زیاد خون و مخاط از طریق مقعد با موجودیت کتله کوچک بطئی که همراه با اعراض و علایم انسداد امعا است دلالت به تغلق حاد مینماید. خون و مواد غاطه بدبوبی و متغصن (putrid) دلالت به mesenteric . acute ulcerative colitis مینماید. در thrombosis acute enteritis و regional ileitis اسهال رخ میدهد.

4: تبول (micturbation):

Strangury یعنی احساس تبول دردناک در حالاتی که اگر سنگ در نهایت سفلی حالب یا در مثانه باشد مریض احساس تبول دردناک را میکند که هر مرتبه مقدار ادرار کم میشود. احساس تسلسل تبول دردناک در حالات التهابی اعضای مجاور مثانه و حالب از قبیل اپندهست Retrocecal و اپندهست حوصلی و پریتونیت حوصلی نیز رخ میدهد. هرگاه اپندهست التهابی با درد التهابی حاد قرار گرفته باشد امکان دارد pyuria و hematuria نیز به وجود آید که همین باعث معالطه در تشخیص میشود.

5: تاریخچه شخصی personal history: در خانمهای تاریخچه □

قاعدگی بسیار مهم است و هیچگاه نباید از نظر دور باشد یک تاریخچه از ectopic pregnancy missed period معمولاً دلالت به تمزق dysmenorrhea نداشته اما مینماید و این در صورتیست که مریض

خونریزی مهبلی همراه با درد شدید بطن و anemia موجود باشد. اگر یک خانمی با علایمی بسیار شبیه به اپنده است حاد مراجعه میکند در وسط دوره قاعدگی باید به تمزق cyst فولیکول (lutien) مشکوک بود. عادت به نوشیدن الکھول و Smoking باید همیشه تحقیق صورت گیرد.

اگر Acute salpingitis discharge مد نظر باشد باید از افرازات یا قیحی مهبلی از مریض پرسیده شود.

: (past history)

A: در تمزق قرحة پپتیک یک تاریخچه گذشته از قرحة پپتیک ممکن موجود باشد یعنی ارتباط مخصوص درد با غذا. حتی در تاریخچه را حکایه مینماید maelana و hematemesis

B: در واقعات مشکوک به اپنده است حاد، کولیک صفراوی یا کلیوی یک تاریخچه از حملات سابق ممکن است وجود داشه باشد که مریض ممکن... اظهار نماید که ارتباطی با مرض فعلی ندارد.

C: در انسداد امعا ممکن تاریخچه از عملیات سابقه بطن موجود باشد و نشاندهنده این است، که ممکن علت انسداد التصاقات داخل بطن باشد. در Cholecystitis حاد تاریخچه قبلی کولیت صفراوی، بلند رفتن درجه حرارت و یرقان موجود است.

ب: معاينه فزيکي Physical Examination

: ارزیابی عمومی (General survey)

1: وضع ظاهری (appearance):

در واقعات بطن حاد مریض یک وجه مخصوص داشته که abdominal face گفته میشود و داکتر را به تفریق واقعات بطنی از خارج بطنی کمک میکند. در مرحله نهایی پریتونیت وجه هیپوکرات دیده شده می تواند که متصف با یک تظاهر مضطرب، چشم ها درخشیده، چندک کندن وجه (pinched face) و عرق سرد است که اگر یک مرتبه دیده شود هیچگاه فراموش نمیشود. وجه dehydrate نیز وصفی است که متصف است با چشمان فرو رفته رخسار چروکیده (draw cheek) و زبان خشک. کبودی مخصوص وجه یا acute hemorrhagic pancreatitis (cyanosis) در blueness وصفی میباشد و کولپس اوییه نیز از اعراض مرض نامبرده بوده که اکثرا دیده نمیشود. خسافت زیاد و تنفس gasping، تشنگی، نا آرامی، وجه اضطرابی در خانمی که حمل داشته باشد. به تمزق tubal gestation فکر شود.

2: وضعیت سلوک (attitude):

در بعضی وقایع acute appendicitis مریض یک وضعیت flexion را به خود اختیار میکند که نشاندهنده تحریش عضلات iliopsoas است در واقعات colic مریض در بستر غلت میزند، به خود

میپیچد و بیهوده به جستجوی یک وضعیت آرام است در پریتونیت مریض خود را آرام نگه میدارد زیرا حرکت باعث شدید تر شدن درد وی میگردد. در مرحله آخری پریتونیت و post operative peritonitis مریض بسیار مضطرب بوده به واسطه شور دادن سر و حملات بالای لباس و اشیای اطراف خود و حرکت دست ها و پاهای خویش آشکار میسازد در حالی که هیچکدام از اینها به وی آرامش نمیدهد.

-3- نبض (pulse):

برای تشخیص ابتدایی مرض نبض رهنمای خوبی بوده نمیتواند در مرحله ابتدایی اکثر واقعات بطن حاد از قبیل انسداد حاد امعا، تمزق قرحة پپتیک و acute hemorrhagic pancreatitis تعداد، حجم و فشار نبض نورمال است اما باید گفت که یک رهنمایی خوبی در تشخیص اپندیت حاد میباشد. گاهی اوقات که مریض موقعیت درد بطنی را تعین نموده نمیتواند در تشخیص اپندیت حاد ممکن است یک نقش مهم را داشته باشد، در خونریزی داخلی نبض به صورت فوری سریع میشود در تمزق پپتیک نبض ممکن در مرحله ابتدایی نورمال باشد اما با پیشرفت پریتونیت سرعت نبض سریع و حجم آن کم میشود. در انسداد حاد امعا اگرچه در ابتدا نبض نورمال است اما با پیشرفت dehydration حجم و فشار نبض پایین و سرعت آن بدون این که به حالت نورمال برگردد افزایش میابد.

-4 تنفس (Respiration)

به استثنای نزف داخلی و واقعات بعدی پریتونیت سرعت تنفس در واقعات بطن حاد گاهی بلند می‌رود اگر درجه حرارت بلند برود به همان تناسب سرعت تنفس نیز بلند می‌رود افزایش سرعت تنفس با حرکات مناخ رانف داکتر را متوجه می‌سازد که مرض در صدر وجود دارد. درد به شکل رجعت به طرف بطن به طور کلی در حالات basal pleurisy, lobar pneumonia و غیره عمومیت دارد.

-5 حرارت (Temperature)

در واقعات انتانی درجه حرارت بلند می‌رود این بلند رفتن درجه حرارت از یک حالت تا حالت دیگر متفاوت است این درجه حرارت بلند در acute appendicitis به خصوص نزد اطفال وصفی است در cholecystitis به طور متوسط درجه حرارت بلند می‌رود در حالی که در acute diverticulitis یا acute pancreatitis درجه حرارت زیاد بلند نمی‌رود و این را باید به خاطر سپرد که بلند رفتن درجه حرارت هرگز یک علامت ابتدایی نبوده و دیرتر به وجود می‌آید مثلاً در acute appendicitic (murphy's syndrome) بالاخره تب به وجود می‌آید.

-6 زبان (Tongue)

معاینه زبان در امراض سیستم هضمی منحیث اندکس قبول گردیده است. باید متوجه بود که آیا زبان خشک است یا مرطوب و بار دارد یا خیر؟ یک زبان خشک دلالت به دیهایداشن مینماید، خشک و قهوه یی

بودن زبان نشانده‌نده توکسیمی است حتی در مراحل اولیه اپنده است زبان خشک و کمی باردار است قسمی که مریض استفراغ با مقدار نسبتاً زیاد دارد.

: Jaundice, cyanosis, anemia -7

خسافت واضح در حالات خونریزی دیده می‌شود مثلاً در تمزق acute hemorrhagic در cyanosis, ectopic gestation Jaundice قابل توجه است. اغلبًا بعد از کولیک acute pancreatitis صفراوی و گاهی در acute pancreatitis دیده می‌شود.

معاینه بطن حاد

Examination of the abdomern

: (Inspection)

مریض به حالت تخته به پشت طوری بخوابد، که پاهاش به حالت قبض قرار داشته باشد تمام بطن از قسمت nipple abow down تا femoral saphenons opening طوری که ناحیه مغبنی و rings در معرض قرار گیرند. معاینه بطن باید در یک فضای روشن انجام شود. (ترجیحاً روشی روز)

-1 ابتدا تمام فوحات فتقیه تفتیش گردد. یک پرکتس خوب این است که از پایین شروع شود و آخرین قسمت تفتیش باشد اما اگر این

معاینه در آخر بماند ممکن از یاد برده شود و علت واقعی بطن حاد پوشیده بماند.

-2 Countor of abdomen: توسع بطن در انسداد حاد امعا

به صورت تدریجی واقع می گردد و دفعتاً بعد از شیوع تا مدتی ظاهر نمیکند در وقایع انسداد امعای رقيقة پنديده گی در قسمت مرکزی بطن، در انسداد امعای غلیظه توسع محیطی و در volulus کولون سگموئید و چکم توسع تقریباً به صورت فوری به وجود می آید در مرحله دوم تمزق قرحة پپتیک یک توسع جزئی ممکن به وجود آید.

بر عکس در کولیک صفراوی, acute cholecystitis, acute appendicitis و کولیک کلیوی countor بطن نورمال بوده کدام تغییری پیدا نمیکند.

-3 تحریک تنفسی (respiratory movement) : تحریک

بطن و صدر با تنفس ملاحظه شود که کدام تغییر در ریتم صدری بطنی به وجود آمده یا خیر؟ در شهیق جدار صدر و بطن هر دو توسع میکند اگر جدار بطن با شهیق توسع نکند دلالت به تخریش پریتوان مینماید یا بطی بودن حرکت تنفسی یا عدم تحریک تنفسی در جدار بطن دلالت به تخریش وسیع و منتشر پریتوان مینماید قسمی که در پریتونیت منتشر (تمزق قرحة پپتیک) یا خونریزی در جوف پریتوان (تمزق ectopic gestation) واقع میشود. همینطور محدودیت موضعی حرکت تنفسی در تخریشت موضعی پریتوان در حالات التهاب اعضای underlying رخ میدهد مثلاً ناحیه Right hypochondr

در وقایع Right iliac fossa و acute cholecystitis اپنده است و غیره...

-4 حرکات پرستالتیک: حرکات استداری (زینه ماند ladder pattern) در انسداد امعای رقیقه وصفی است، در حالی که در انسداد امعای غلیظه حرکات استداری ضعیف میگردد در flank و ناحیه سروی از راست به چپ دیده میشود.

- در volvulus کولون سگمویید امعای متوجه منظره یک تیوب هوا که یک سگمنت آن پندیده باشد را میدهد.
- باید متوجه بود که در اشخاص لاغر حرکات پرستالتیک نارمل نیز ملاحظه شده میتواند که باید با hyper peristaltism مغالطه نگردد.

-5 جستجوی کتله نبضانی (look for pulsating swelling) در واقعات انشقاق اینورزم ابهر بطنی مریض با یک درد حاد بطن مراجعه میکند.

-6 جلد (skin Discolouration : grey turner's sign) یا بی رنگ شدن جلد در flank چپ و هاله آبی در اطراف سره گاهی در موارد اخیر acute cullen's sign) وسیع پانکراس به distraction hemorrhagic pancreatitis صورت دیرتر و انشقاق حمل خارج رحمی دیده میشود.

گاهی اوقات در جلد ناحیه دردناک سرخی یا حتی آبله ممکن وجود داشته باشد این در حالیست که در ناحیه درد برای آرامش درد از تطبقات گرم استفاده شده باشد.

جس :palpation



Figs. 3 & 4.— During the palpation the volar surface of the fingers should be employed and moved gently as in 'pill rolling'. The forearm should be kept horizontal along the level of the abdomen. In the second figure i.e. Fig.33.4 the fingers are held vertical to poke the abdominal wall. This is a wrong method of palpation.

در اثنای میتودهای جس باید مانند میتودهای که در (معاینات بطن مزمن تذکر شده انجام شود) دو نکته که نیاز به تاکید دارد عبارت اند از:

1- از سطوح راهی انگشتان دست به منظور جس استفاده شود ساعد باید به امتداد سطح بطن افقی نگاه داشته شود و انگشتان هموار در جدار

بطن قرار گیرد، انگشتان نباید به صورت عمودی بالای جدار بطن قرار بگیرد. جس Rough (خشن) سبب انقباض ارادی عضلات جدار بطن گردیده و با این کار به صورت قطعی از جس بطن، معلومات به دست می آید.

2- داکتر باید قبل از جس بطن دستهایش را گرم نماید و با این کار میتواند اعتماد مریض را نسبت خود جلب نماید.

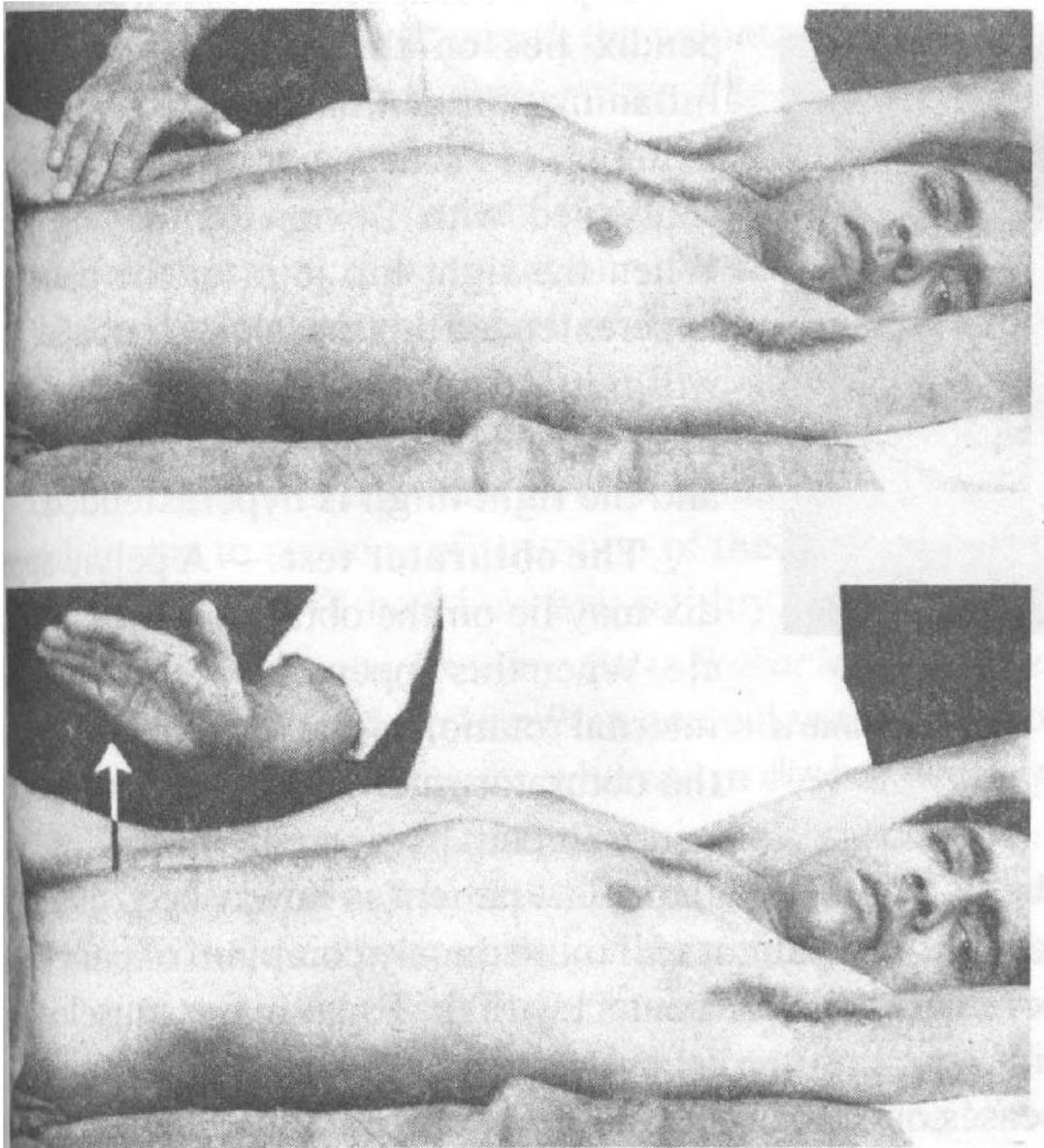
1- حسیت زیاد در یک ناحیه جلدی (**hyperesthesia**): این عمل توسط کش کردن جلد و شحم تحت الجلدی به طرف بالا و رها نمودن آن ویا وخذه ذریعه سنجاق اجرا میگردد اگر shirin Tringle در ناحیه hyperesthesia symph. Pubis و spina iliaca ant. sup. umbilicus وصل می کند تشکیل شده موجود باشد رهنمای خوبی به تشخیص اپندکس گانگرن شده میباشد. اگر این واقعه و hyperesthesia این برود دلالت به تمزق (bursting) اپندکس گانگرن شده مینماید. اگر hyperesthesia در ناحیه بین فقره نهم و یازدهم در قسمت خلفی راست باشد، این علامه acute boas's sign بوده و برای cholecystitis وصفی است.

2- حساسیت **Tenderness**: حساسیت بالای عضو التهابی متداوم است از مریض خواهش نماید تا ناحیه درد را نشان بدهد. (pointing test) اگر معلوم شد که همین نقطه حد اعظمی محل حساسیت است

اساساً محل اصلی مریضی همانجاست. در acute cholecystitis حساسیت در کنار سفلی ضلعی غضروفی نهم طرف راست در وحشی عضله rectus قرار دارد. در acute appendicitis حساسیت در ناحیه McBurney قرار دارد در اپندهست حاد علاوه از فشار بالای ناحیه McBurney میتودهای غیر مستقیم دیگر نیز موجودیت حساسیت را واضح میسازد در تشخیص کمک میکند که این ناحیه در محل اتصال $\frac{1}{3}$ وحشی $\frac{2}{3}$ انسی خطی spina-umbilicus راست را به iliac spine قدامی علوی راست و سره وصل میکند میباشد. این شیوه خوبی است که به مریض گفته شود تا ناحیه حساس را نشان بدهد اگر مریض ناحیه حساس را درست تعین کرده نتوانست از او خواهش شود تا سرفه کند درین اثنا یک درد سخت و تیزی در ناحیه التهابی مریض احساس نماید بعداً درجه و و سعت این حساسیت به صورت دقیق یادداشت شود، که این خود شدت مریضی را تعین میکند. در واقعات مشکوک بطن قرع شود موجودیت حساسیت در عضو حساس با این روش میتواند به آسانی معلوم گردد. تست (bapat) bed-shaking در مرحله ابتدائی پریتونیت که هنوز مورد شک قرار دارد میتواند انجام شود و با کمی حرکت دادن پای مریض در روی بستر موجب ایجاد درد در عضو التهابی میشود. وسیع شدن حساسیت acute appendicitis اگر موجود باشد باید مورد توجه قرار گیرد در اگر حساسیت در Right fossa iliaca وجود داشته باشد این حالت دلالت بر وسیع شدن پریتونیت نموده و ایجاد مداخله عاجل جراحی را

مینماید، همینطور در تمزق قرحة پپتیک حساسیت در R. Fossa iliaca قسمی که محتویات معده به امتداد Right paracolic gutter کشیده میشود. اغلباً یک واقعه تمزق پپتیک به خاطر ایجاد حساسیت در R. iliaca fossa تشخیص اپنده است حاد گذاشته میشود. حساسیت Appendicular در وضعیت جنبی چپ به خوبی به دست می آید زمانی که احشا به طرف چپ رانده شود با جس مستقیم اپنده Expose میگردد. همچنان با این وضعیت جدار بطن نیز Relax می گردد. تفریق از مرض صدری (مثلًاً پلوریزی حجاب حاجزی یا نومونی قاعده‌ی درد به بطن انتشار می نماید) این حالات می تواند واقعیتی باشد که جلد ممکن hyperesthesia داشته اما کدام حساسیتی با جس عمیق به وجود نمی آید باز هم اگر این واقعات شکایت گردد درد در R.fossa iliaca که اپنده است را تقلید میکند باشد ایجاد فشار در fossa iliaca left fossa iliaca در (Rovsing's sign)right وجود نمی آید.

Release Blumberg's sign (Rebound Tenderness sign)- این حالت اساساً یک علامتی از پریتونیت است، که دلالت به موجودیت یک عضو التهابی مینماید و ناحیه مشکوک جس میگردد در صفحه ذفیر با دست به آهستگی بالای بطن فشار آورده شود و دست کاملاً دفعتاً بلند گردد



Figs. 5 & 6.— Showing how to elicit rebound tenderness. In the second figure i.e. Fig. 33.6 the hand of the clinician has been suddenly lifted and the patient screams with pain.

نتیجتاً این حرکت ناگهانی عضلات بطن دوباره به جای اصلی قرار میگیرند مریض دفعتاً ازشدت دردگریه خواهد کرد و یا حداقل به خاطر درد خود را عقب می کشد و این در حالیست که پریتوان

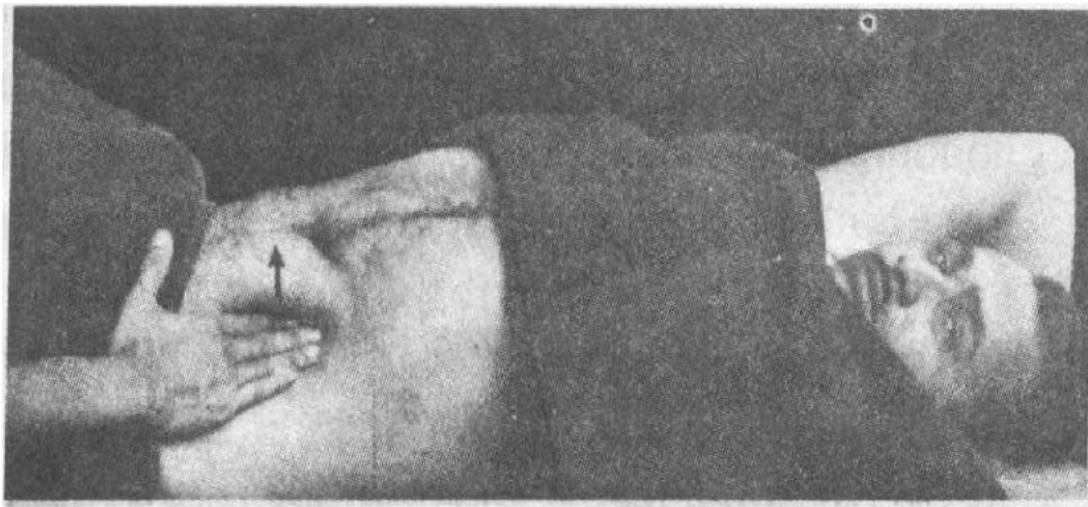


Fig. 7 — Eliciting Rovsing's sign. The left iliac fossa is pressed and the pain is appreciated in the right iliac fossa in case of acute appendicitis.

جداری در نتیجه التهاب عضو التهابی که ملتهب گشته است با عضلات بطن دوباره بر میگردد.

و این حرکت ناگهانی از پریتوان التهابی بسیار زیاد دردناکتر میباشد و اگر در صورتی که پریتونیت منتشر و Gaurding عضلات بطن موجود باشد به اجرای این تست ضرورت نمیگردد این Sign در انسداد حاد امعا مظہر مختنق شدن امعا میباشد چندین تست ایجاد کننده حساسیت در زیر توضیح داده شده است.

اگر بالای left iliac fossa فشار وارد شود در Right iliac fossa درد در acute appendicitis واضح میگردد که علت آن هم انتقالی آنی حلقه های ایلیوم به طرف راست و بالای اپندکس التهابی میباشد و این یک تست بسیار خوبی برای تشخیص تفریقی اپندست با سایر امراض مشابه بطنی میباشد.

psoas: اپندکس Retrocecal بالای عضله Cope's psoas test قرار میگیرد التهاب این اپندکس سبب تحریش عضله psoas major میگردد که به hip flexion مفصل مربوط میباشد زمانی که مفصل hip راست مریض بیش از حد کش شود این عضله نیز کش میشود درین حالت در اپندست retrocecal درد شروع شده و مریض به طرف

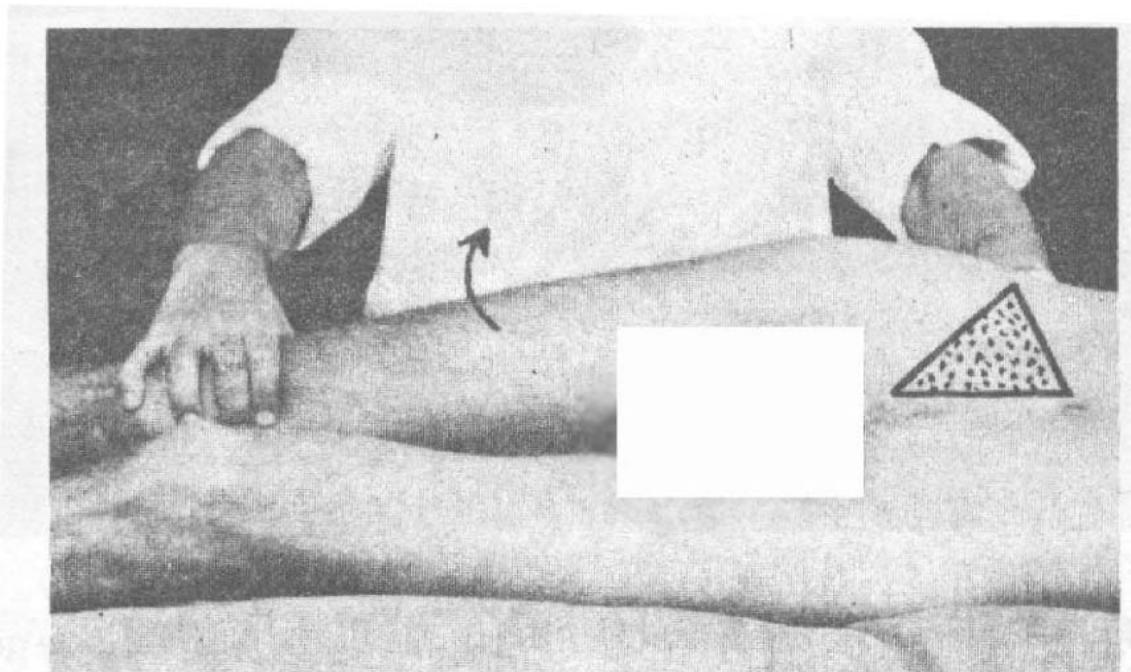


Fig. 8. — Method of eliciting Cope's psoas test. The right thigh is being hyperextended which will initiate pain in a case of retrocaecal appendicitis. Note the position of Sherren's triangle, indicated by dots.

چپ دور داده شود و ران راست مریض کش شود

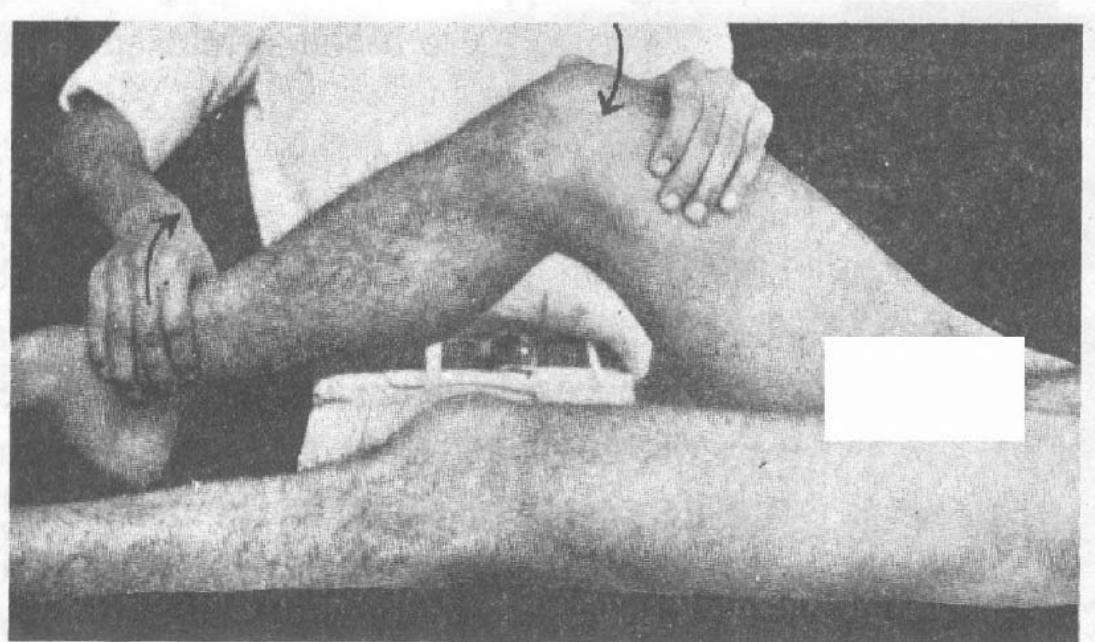


Fig. 9. — Method of eliciting Cope's obturator test. The lower limb is being internally rotated which will stretch the obturator internus and will initiate pain in pelvic appendicitis.

اپندهیم internal rotation را فخذی خود را بدهیم. قرار داشته باشد، هرگاه این اپندهیم obturator enternus شود وقتی که مفصل حرقی میشود لذا احساس درد شدید مینماید. چون این عضله کش میشود میتواند این احساس درد شدید را در مريض داده باشد. Bladwing's test: يك دست بالاي پهلوى مريض قرار داده میشود و از مريض خواسته میشود تا پاي راست خود را در حالی که زانوي آن به retrocecal extension قرار دارد بلند نماید. در اين دست در اپندهیم مريض به صورت فوري از درد شکایت مینماید.

اپنده کس psoas major در تماس نزدیک عضله Retrocecal

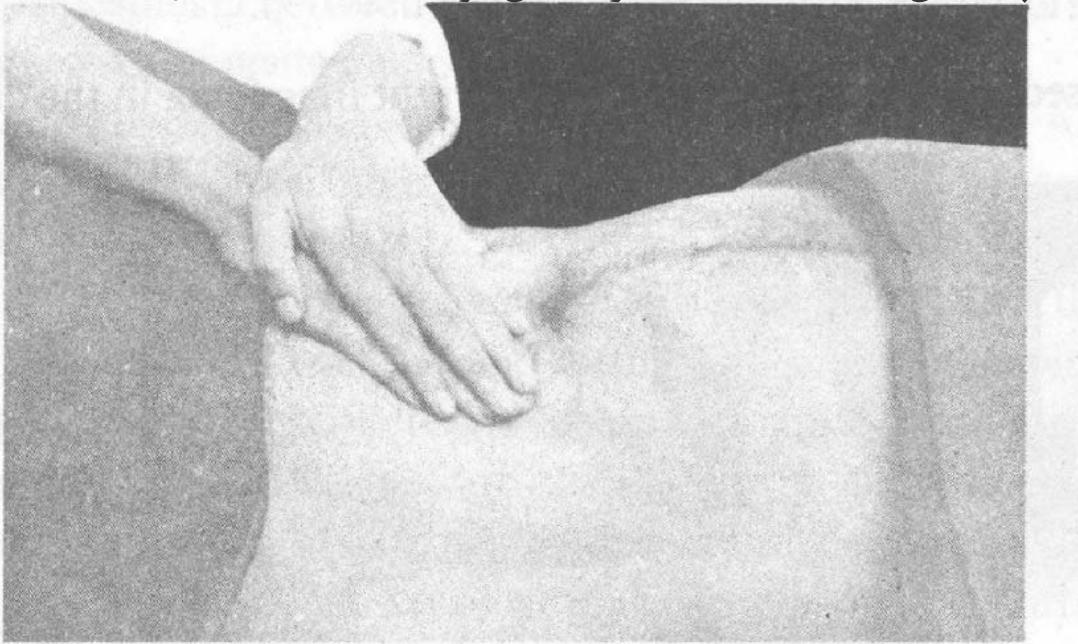


Fig. 10.—Method of palpating the abdomen for muscle guard. The hand in contact with the abdomen feels for muscular rigidity whereas the hand over it applies pressure.

قرار می گیرد عضله بی که در اثنای hip flexion مفصل تبقض می نماید و قابل ذکر است که در واقعات اپنده است pelvic و retrocecal در ناحیه rigidity, Mcburney بنابرین درین جا نکته مهمی که در بالا ذکر شد مثبت بودن این تست ها در اپنده است حوصلی و retrocecal می باشد.

3: شخی عضلی (muscle guard) muscular rigidity

Guarding عضلی یک نشانه خوب تخریش پریتوان جداری از هر علته، که باشد است این حالت در نتیجه التهاب به وجود می آید مثلاً exudate التهابی، خون و یا محتویات اعضای مجوف به صورت

عکسی شخی عضلات را به وجود می‌آورد این خود یک بخشی از میکانیزم محافظتی است که در واقعات تخریش پلورا با محدود شدن حرکت صدر تخریش غشای سینوویال با محدودیت حرکت مفصل و تخریش سحایا در واقعات منجیت همراه با شخی گردن نیز دیده می‌شود. این حالت مهمترین تفریق بین شخی عضلات ارادی و غیر ارادی میباشد و شخی عضلات غیر ارادی یا guarding عضلی دلالت بر پریتوینت جداری می‌نماید به منظور معلوم نمودن شخی عضلی به آهستگی به ناحیه مورد آزمایش توسط دست فشار وارد شود، دست بالای بطن به صورت هموار گذاشته می‌شود

و از سطح flexor انگشتان استفاده می‌گردد و نباید با انگشتان روی بطن فشار وارد شود یا که دست به تماس جدار بطن بدون کدام مقاومت گذاشته شود. یک میتود دیگر ایجاد شخی عضلی غیر ارادی استفاده از دو دست که یکی بالای دیگر قرار داشته باشد به منظور حبس استفاده می‌شود دستی که به تماس جدار بطن باشد چون غیر فعال است خوبتر جس مینماید به منظور جس بهتر دست بالای روی دست زیرین فشار اندکی ایجاد مینماید و با این رفتار نرم شما اعتماد مریض را به خود جلب می‌نمایید. یعنی در اثنای جس نمودن نباید دست دفعتاً عمیق برده شود زیرا مریض از ترس درد یا ناراحتی عضلات بطن خود را شخ می‌گیرد و این شخی یک شخی ارادی است که اگر نزد مریض انجام شود جس را بسیار مشکل می‌سازد برای اصلاح باید از رهنمایی و هم در صورت لزوم دید مخصوصاً نزد اطفال از ادویه

نیز استفاده گردد از مریض خواهش شود تا دهن خود را باز کند و نفس عمیق بکشد.

برخلاف شخصی عضله غیر ارادی rigidity عضله غیر ارادی در اثنای ذفير از بین می رود و داکتر را کمک می نماید تا به یک روش بهتری جس را انجام دهد. شخصی عضلی اکثراً مربوط به ناحیه حساس میباشد موجودیت یک شخصی عضلی در نصف علوی rectus طرف راست در یک مریض که به صورت ناگهانی به درد این ناحیه مبتلا گردیده باشد قویاً دلالت به تمزق قرحة پپتیک نموده و ایجاد مداخله عاجل جراحی را می نماید جراح نباید انتظار بکشد تا که شخصی تمام بطن را بگیرد یا نباید شخصی تخته مانند یا board abdomen به وجود بیاید زیرا این حالت تظاهر موخر مرض میباشد. در یک واقعه اپنده است ساحه شخصی مطابق به وضعیت اپنده است تغییر میکند چنانچه مریض که مصاب اپنده است Right iliac fossa paracecal باشد شخصی بالای flank میشود در حالی که در اپنده است retrocecal شخصی بالای جس میشود، در نوع حوصلی هیچ نوع شخصی در جدار قدامی بطن جس نمیشود در اپنده است retrocecal و حوصلی شخصی عضلی در عضله (cope's psoas test) psoas مثبت میباشد زیرا این obturator test) obturator internus عضو appendix به تماس عضلات فوق الذکر میباشد و التهاب آن باعث تحریش عضلات متذکره میگردد. اگر برای تحریش پریتوان جداری علت موجود نباشد مثلاً کولیک ها معمولاً شخصی جس نمیگردد

مشابه‌اً انسداد حاد امعای بدون اختناق کدام rigidity در بطن به وجود نمی‌آید یعنی در انسداد‌های معاوی شخی واضح در مراحل اول موجود نبوده مگر بعداً وقتی تظاهر مینماید که پریتونیت تاسس کند.

تظاهر rigidity در مراحل اول انسداد حاد معاوی اختناق اعضاي داخلی است باید به خاطر داشت که در پریتونیت موخر که با post typhoid perforation شدید همراه باشد مثلاً Toximia یا پریتونیت بعد از عملیات شخی عضلی خفیف و یا غائب میباشد طوری که قبلانیز تذکر داده شد برای تشخیص تفریقی پلوریزی حجاب حاجزی از تمزقات peptic ulcer برای مریض گفته شود که بعد از شهیق عمیق تنفس خود را قید کند (البته با دهن باز و بعد از ذفیر) با اجرای این عملیه شخی در واقعه پلوریزی حجاب حاجزی کم اما در واقعات تمزق قرحة پپتیک تغییر نمیکند.

تشخیص تفریق rigidity امراض صدری از تشقب قرحة پپتیک
(Differentiation of rigidity due to thoracic disease from that due to perforated peptic ulcer)

از مریض خواهش میشود تا نفس عمیق بکشد و دهن نیز باز باشد و هوا را از شش‌ها بیرون نماید در اثنای ذفیر rigidity در واقعه آفت صدری کم شده در حالی که در واقعه تشقب قرحة پپتیک rigidity موجود است.

طور مثال پلوریزی حجاب حاجزی یا نومونی قاعدویی که در آن گاهی درد طرف به طرف بطن انتشار مینماید که حین معاینه مریض جلد آن

hyperesthesia داشته اما اگر جس عمیق اجرا گردد tenderness موجود نمیباشد قسمی که در پریتونیت به ملاحظه میرسد.

:distension بسط 4

در وقایع انسداد حاد امعا یک distension مرکزی بطن موجود است حلقه های معایی متناوباً سخت تر و نرم تر احساس میشود Distension عمومی بطن یک شکل موخر پریتونیت عمومی میباشد نباید مریض اجازه داده شود تا به این اندازه برسد.

5: کتلہ lump: در صورتی که مریض دیرتر نزد جراح مراجعه کرده باشد appendicular lump در R.fossa iliaca احساس می شود که در مراحل اولیه کتلہ حساس fix غیر واضح و بعداً واضح و متحرک میگردد. (چون بهبود حاصل میکند).

وکتلہ باید بادقت جس شود و از موقعیت، اندازه، شکل، قوام و تحرکیت آن معلومات حاصل شود آبسه های appendicular به آبse های سرد و فتق interstitial هم دارای کتلہ میباشند که باید تشخیص تفریقی گردد.

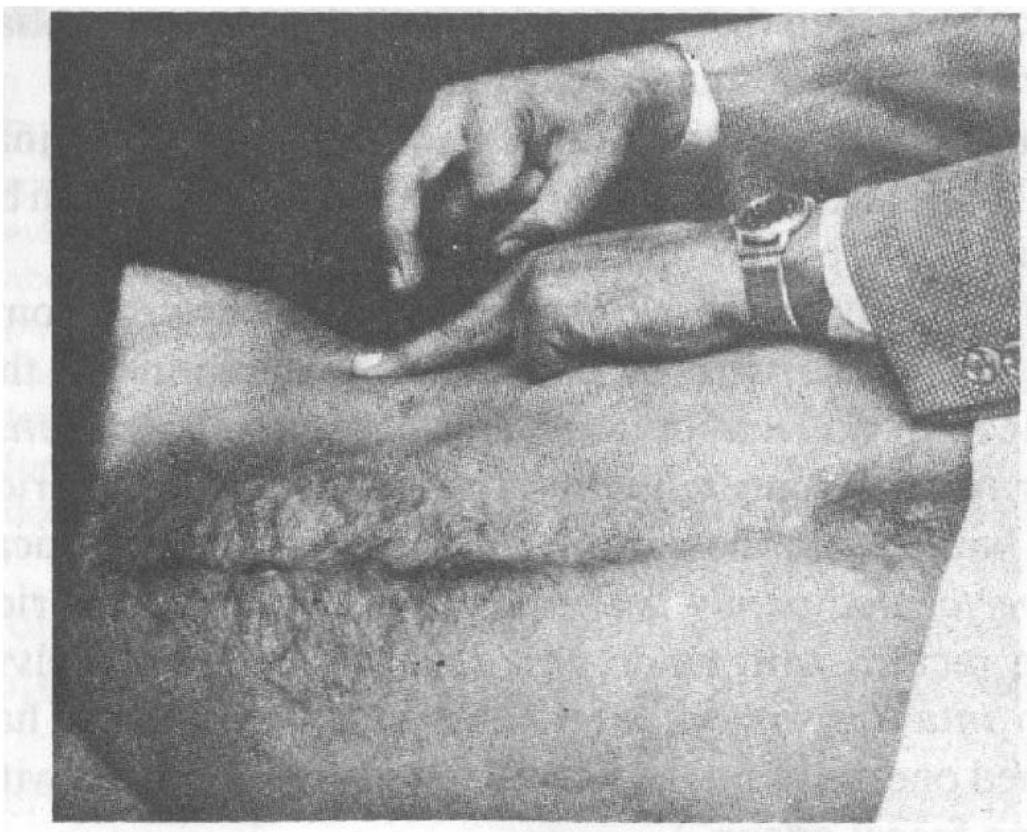
در Intussusception یک کتلہ ساسچ مانند ممکن در ناحیه right epigaster یا ناحیه قطنه چپ احساس گردد واين اکثراً با iliara fossa Sign-de-dance خالی مربوط میباشد.

6- جس نواحی فتقیه بسیار مهم است زیرا واقعاتی دیده شده که به منظور تداوی فتق بطن باز شده و یک lapratomy غیر ضروری اجرا

شده است. یکتعداد زیاد واقعات انسداد امعا در نتیجه فتقهای مختنق میباشد و میتواند به بسیار خوبی و با عملیات به موقع کنترول انجام شود.

قرع :percussion

قرع آهسته و سطحی میتواند ناحیه حساس را آشکار سازد.



-1

Fig. 11. — Eliciting shifting dullness. The abdomen is percussed from the midline towards the flank. When the percussion becomes dull in the flank, the patient is turned to the opposite side. The figure shows that the flank is again percussed and the note becomes resonant.

تغییر موقعیت اصمیت مایع آزاد shifting dullness : موجودیت مایع آزاد جوف پر یتوان میتواند با shifting dullness معلوم گردد. زمانی که مریض به وضعیت خوابیده به پشت قرار بگیرد مایع به پهلوی مریض کشیده شده وامعا شناور در مرکز بطن می ماند. و resonant در مرکز و dull در هر دو پهلو به وجود می آید قرع باید از مرکز بطن شروع گردیده و به یکی از پهلوها ادامه یابد در ناحیه که dull قرع میشود انگشت همانجا نگاه داشته میشود و از مریض خواسته میشود تا به پهلوی مقابل قرار بگیرد ناحیه مخصوص دوباره قرع گردد و بعداً برای چند دقیقه انتظار بکشد، که به مایع اجازه داده شود تا پایین کشیده شود حالا ناحیه resonance قرع گردیده و shifting dullness مثبت میگردد.

در واقعات زیادی از بطن حاد که از نظر جراحی بسیار مهم است دیده میشود که در آن مایع آزاد در جوف پر یتوان جمع میگردد، از قبیل تمزق قرحة پپتیک، قرحة typhoid، پانکراتیت حاد و تمزق ectopic gestating

اشتباه یا اغفال: fallacy

بندش غیر طبیعی مواد محتوی اماله ممکن سبب توسع امعا شود درین واقعات shifting dullness ممکن مثبت باشد زیرا از سبب shift شدن مایع در کولون صاعده یا نازله زمانی که مریض وضعیت shifting خود را تغییر دهد این اصمیت موجود است یعنی shifting dullness میتواند در غیاب مایعات ازاد بطن نیز موجود باشد.

موجودیت مقدار کم مایعات تنها با قرع نمودن قسمت مرکزی بطن مریض به اثبات میرسد مشروط بر این که مریض به وضعیت knee باشد و اصمیت دریافت میگردد اگر مریض به اضطراب ظهری قرار داشته باشد قسمت زیاد مایعات در حوصله تجمع میکند چنانچه مریض resonant flank میگردد.

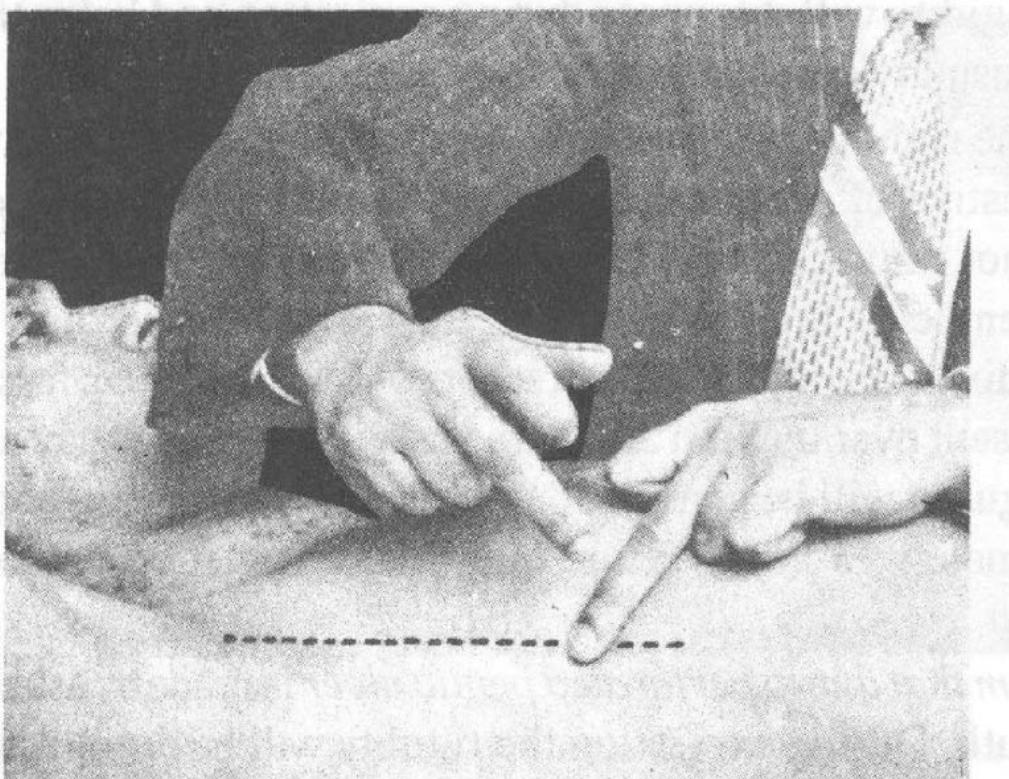


Fig. 12.— Demonstrating the presence of resonance over the area of liver dullness by percussing along the right midaxillary line about 3 inches above the costal margin. Resonance here indicates gas under the diaphragm.

Fluid Thrill-2: این تست نیز مبین موجودیت مایع آزاد در بطن با مقدار زیاد است.

3- اصمیت اصمیت (obliteration of liver dullness)

کبدی): خط متوسط ابطی راست از بالا به پایین قرع میگردد و این علامه با قرع نمودن این خط به خوبی دانسته میشود یعنی قرع باید بالای اصمیت کبدی در حدود 3 inch بالاتر از کتار اضلاع اجرا گردد وقتی که اعضای مجوف مجاور کبد خالی از گاز باشد اصمیت کبد واضح تر قرع میگردد.

قسمت علوی این خط resonant قرع میگردد در کنار علوی کبد به dull تبدیل میگردد هرگاه اصمیت کبد به Resonant تبدیل گردد دلالت به موجودیت گاز تحت حجاب حاجز مینماید، که در واقعات تثقب طرق معدی معاوی موجود میباشد عدم موجودیت این علامت تشخیص تمیز را رد نمینماید اگر چه این علامت مثبت نمیشود تا که یک مقدار کافی لیکاژ هوا در تحت حجاب حاجز تجمع ننماید.

اغفال fallacy: وقتی که توسع کافی امعا یا آمفیزم شش موجود باشد

ساحه نارمل
اصمیت کبد
مشوش
بوده، که با
این علامه
نباید اهمیت
زیاد داده
شود.

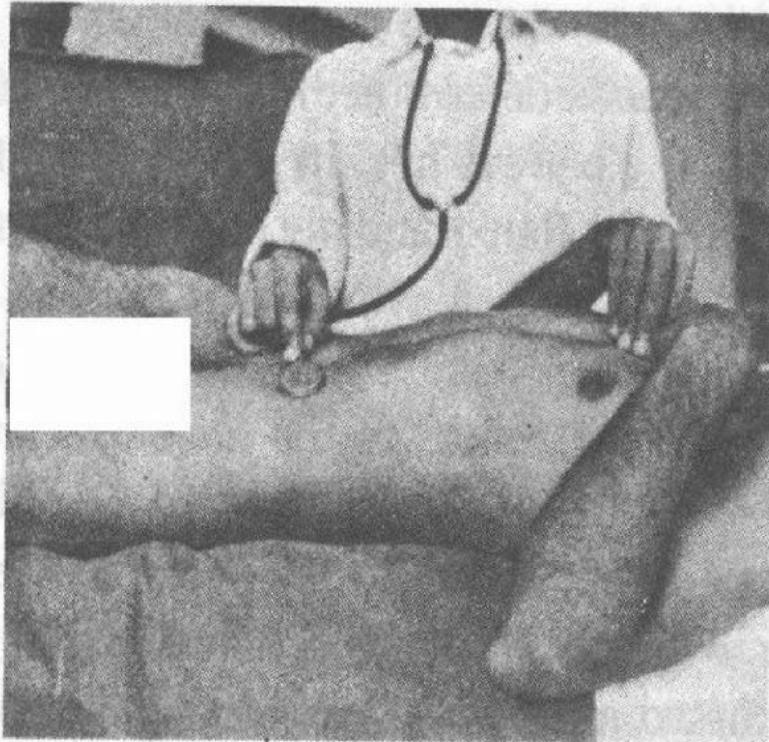


Fig. 13. — Auscultation of the abdomen is of great value in differentiating peritonitis from intestinal obstruction. In peritonitis the abdomen is more or less silent—whereas in intestinal obstruction increased peristaltic sounds can be heard.

اصغا :auscultation

یک بخش مهم معاينه واقعات بطن حاد بوده و به منظور تشخيص هیچگاه نباید فراموش شود. محصلین باید آوازهای نارمل استداری، وصف و تعداد آنها را در بطن نورمال بدانند. بطن خاموش یک شکل پریتونیت منتشر میباشد. با بطن ناآرام انسداد حاد

اما باید تشخیص تفریقی گردد حتی معده شدن آوازهای استداری به صورت موضعی در التهاب حاد عضو مربوط معلوم میشود. بر خلاف یک بطن پر سر و صدا شکلی از انسداد حاد امعا است. به صورت نارمل آوازهای امعا به شکل click کوتاه و سریع و یا gurgle (غرغر یا جوشیدن) میباشد اما در انسداد میخانیکی امعا آوازهای میتابولیک با borborygmi (قرقرشکم) شنیده میشود در واقعات پریتونیت یا فلچ امعا زمانی که آوازهای امعا موجود نباشد آوازهای مخصوص قلبی و تنفسی ممکن قابل سمع باشد.

اندازه قطر بطن :measurement

تعین سرعت توسع بطن در واقعات انسداد امعا, paralytic ileus و post operative peritonitis سره به صورت مکرر تخمین میگردد

معاینه ریکتم rectal examination: هیچ معاینه بطن حاد بدون معاینات متعدد مقعدی تکمیل نمیگردد. جدار راست رکتوم حوصلی ممکن در حادثه پریتونیت حوصلی به قسم tender جس گردد و هم تبارز جدار قدامی ریکتم که با tenderness همراه باشد، برای آبشه حوصلی وصفی است در تمزق قرحة پپتیک حساسیت عموماً در ناحیه pouch rectovesical موجود میباشد. در حالت intussusception با معاینه مخاط و خون دریافت میگردد (red-current jelly). اما بوی مواد غایطه وجود ندارد. در اکثریت واقعات

بطن حاد ناحیه ریکتوم متوجه مانند بالون بوده که اهمیت آن هنوز کشف ناشده است.

معاینه مهبلی :Vaginal examination

اولًا باید افرازات دیده شود، افرازات قیحی و tenderness در هر دو مخصوصاً طرف چپ در acute salpingitis fornex وصفی میباشد در وقایع تمزق ectopic gestation عموماً عنق نرم جس میگردد و با متحرک ساختن آن باعث تولید درد میشود.

معاینات عمومی

General examination

زمانی که یافته های بطنی یا تظاهرات با اعراضی که مریض حکایه میکند به صورت کافی موجود نباشد که تشخیص را تایید نماید عوامل دیگر خارج بطنی باید جستجو گردد و معاینه مریض طبق ذیل اجرا و پیش برده شود:

1- معاینه صدر و جدار صدر: در حالت پلوریزی حجاب حاجزی، پنومونی قاعده‌ی و آفات قلبی مانند آنجین صدری و انفارکت میوکارد عموماً درد از صدر به طرف بطن انتقال میکند. در حالی که از فص‌های علوی و متوسط شش راست درد به طرف right انعکاس مینماید

که با acute cholecystitis مغالطه میشود همچنان انتقال درد از
فص سفلی راست شش به طرف R.fossa iliaca با اپنده است حاد

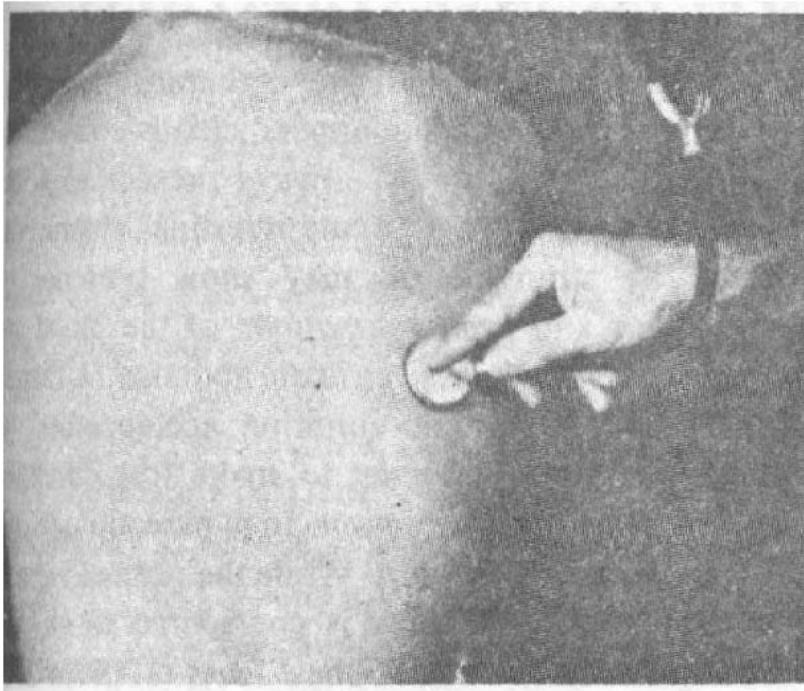


Fig. 14.— The chest must be thoroughly examined in every case of acute abdomen. In diaphragmatic pleurisy and basal pneumonia pain is often referred to the abdomen.

مغالطه میشود
هرگاه توسع بطن
موجود باشد
تشخیص را
مشوش میسازد
یافته های وصفی
نومونی ممکن
موجود نباشد اما
موجودیت تب،
تنفس سریع
همراه کم بود
تناسب نبض و
تنفس، حرکات

مناخ انف و عدم تنفس vesicular pneumonia بسیار وصفی به
lobar میباشد. در وقایعی که اطفال مطاب شده باشند از سبب عدم
اخذ تاریخچه خوب تشخیص مشوش میگردد تست فشار صدری (thoracic compression test)
کمک زیاد مینماید طوری که
قسمت سفلی صدر از هر دو طرف فشار داده میشود که هرگاه آفت
صدری موجود باشد درد شدید صدر به وجود آمده اگر آفت مربوط به

بطن باشد در حالت بطن حاد با فشار به صدر مریض درد شدید در صدر احساس نمیکند زمانی که درد از پشت به امتداد یک یا چند عصب spinal از سگمنت سفلی صدر به خط متوسط قدامی herpes zoster انتقال مینماید به midline anteriorly فکر میشود. و با acute cholecystitis مغالطه میشود اما جلدی به امتداد تمام عصب مبتلا و عدم موجودیت hyperesthesia rebound tenderness تشخیص را ثابت میسازد.

1- معاینه صفن و حبل منوی

examine the scrotum & (spermatic cord

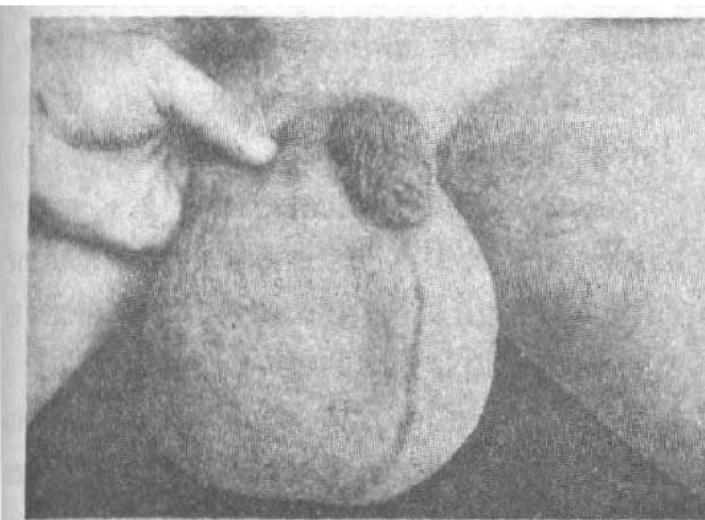


Fig. 15.— The spermatic cord and scrotum should always be examined for evidence of filariasis in a case of acute abdomen. Cases are on record when the patient complains of acute pain in the abdomen when the pathology lies in the testis e.g. pain complained in the right iliac fossa in case of torsion of the testis; abdominal pain sometimes in a child may be due to acute epididymitis.

معاینه از نظر
مانند filariasis
پنديده گي، حساسيت و
احمرار ناحيه
چون از سبب
retroperitoneal
بطن lymphangitis

حاد را به وجود می آورد، صورت گیرد. تظاهرات عبارت از fever, lymphanigtis elephantiasis, حملات متکرر و نامنظم lymphadenitis, hydrocele, orchitis , chyluria پا و بازو. در معاينه خون eosinophil, micro filarial بلند complement fixation تست جلدی مثبت است و باید یادآور شد که torsion خصیه و حتی epididymitis مخصوصاً نزد اطفال هم سبب درد بطن میشود.

2- معاينه ستون فقرات (examine the spine for (pott's disease

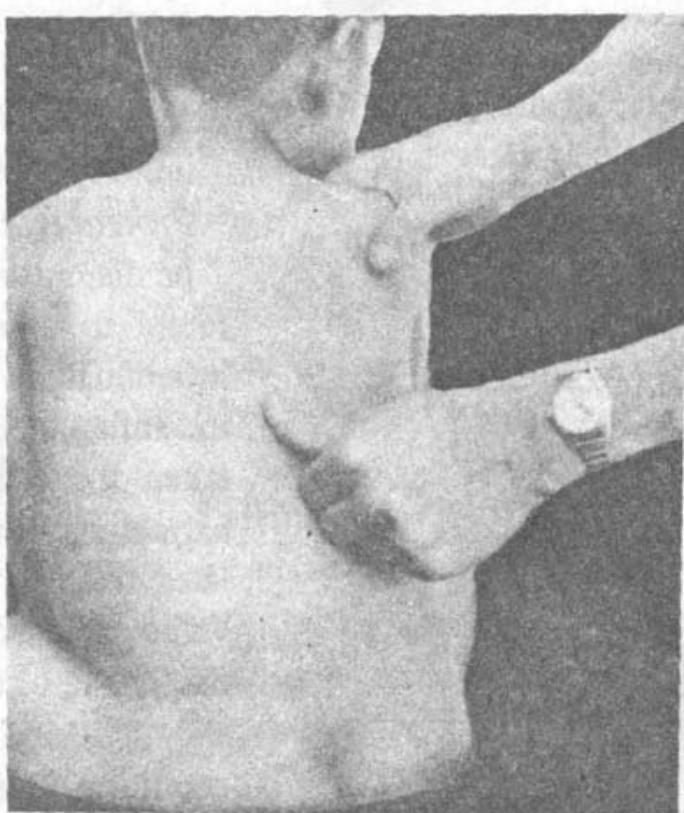


Fig. 16.— Spine should be examined to exclude Pott's disease when the patient complains of abdominal pain.

ممکن درد بطن از سبب فشار بالای نخاع یا اعصاب بین الصلعی توسعه نسج تنبی (granulation tissue) که در اثر pott's disease میان می آید، باشد و این دردها نیز تقلید بطن حاد را مینماید.

3- معاينه سیستم عصبی (examine the nervous sys) اجرای معاینات عصبی به منظور این که tabes dorsales از بطن حاد تفرقه گردد. بحران معدوى در tabes dorsalis میتواند بطن حاد را به وجود آورده از سبب درد حاد و شدید در بطن حتی میتواند سبب تنبیه استفراغ گردد اما تاریخچه موجودیت درد برق آسا به وصف شکافنده (Argyll Robertson pupil) در پاها، lightning (نوع حدقه که در مقابل نور عکس العمل نشان نمیدهد) و عدم تحریک مفصل زانو و ankle تشخیص را واضح میکند.علاوه‌تاً یک تعداد امراض داخله مانند ملاریا، prophyria , diabetic crisis و غیره نیز بطن حاد را به وجود آورده میتواند.

معاینات اختصاصی

Special investigation

1- خون (blood)

a. Leucocytosis دلالت به التهاب مینماید و رول آن در تشخیص اپدنسیت حاد بسیار زیاد است. بر علاوه تقریباً همیشه در cholecysitis حاد و پانکراتیت حاد و غیره نیز وجود دارد. در انسداد حاد امعا مخصوصاً وقتی که وجود آمده باشد موجودیت leucocytosis را نشان میدهد.

b. sugar, urea: در خون بسیار مهم است. Diabetic crisis ممکن بطن حاد را تقلید نماید. Uremia ممکن خود بخود با استفراغ persistant به وجود آید و با افزایش distension بطن این حالت را با انسداد حاد امعا مغالطه مینماید.

c. امیلاز سویه امیلاز سروم بلند میرود سویه نارمل امیلاز 80-150 somogy unit میباشد و 400 unit دلالت به پانکراتیت حاد مینماید و حتی در 24-48 hr اول به بلندترین سویه یعنی 1000-2000 unit میرسد و بعداً به سویه نورمال پایین می آید.

d. سویه کلسیم سیروم در پانکراتیت حاد پایین می آید. As calcium is fixed in the formation of soap

و 5-8 روز بعد از حمله را در بر میگیرد پایین آمدن سطح کلسیم سیروم یک اندکس خوب به شدت پانکراتیت حاد است و یک سطح پایین $7mg/100ml$ خطرناک تلقی میشود.

e. سطح بیلوروبین سیروم در پانکراتیت حاد بالا میرود.

f. فیبرینوزن پلازما همچنان در آخر هفته اول و در حدود هفته سوم به حالت نارمل بر میگردد و یک حجم تشخیصی قابل توجه میباشد.

leucine amino (LAD) سیروم، Deoxyribonunclease.g lecithinase و peptidase با میرود و قابل توجه است و یک اندکس معین تشخیص تاکنون در پانکراتیت حاد بوده است.

افزایش methaemalbumin سیروم دلالت بر موجودیت underlying hemorrhagic pancreatitis مینماید تعین C- Reactive proteine (CRP) سیروم در سویه بالا بسیار مهم است که یک وجه تشخیص در اپنده است حاد میباشد. CRP پاسخی در حالات مختلفه التهاب و نکرور نسجی میباشد. زمانی که التهاب بر طرف گردد این ماده هم از بین میرود.

Sample خون وریدی به منظور تعین CRP پلازما گرفته میشود تعین CRP به وسیله عملیه سنترفیوژ از سیرم صورت میگیرد. و حجم آن به وسیله Latex fixation test تعین و آن به وسیله Ranbaxy India Ltd 6mg/L تهیه شده است زمانی که از بیشتر شود به تشخیص اپنده حاد وصفی است.

2- فشار خون (blood pressure): در حالات خونریزی فشار خون پایین می آید. همچنان در حالات شاک، کولپس، وبعضًا در حالات acute pancreatitis پایین می آید.

3- ادرار (urine): معاينه روتین ادرار میتواند یک کمک خوبی در واقعات بطن حاد باشد در اپندهست حاد ممکن puscell و خون در ادرار از سبب قربت اپندکس التهابی به حالت میباشد و این خود تعیین کننده کدام مرض طرق بولی نیست، ممکن در کولیک کلیوی انتظار موجودیت خون در ادرار باشد.

تعیین urinary diastase یک تست مهم لابراتواری است. در پانکراتیت حاد ممکن تا 500 یونت بلند برود یا بیشتر از حالت نورمال 10-30 یونت. در پانکراتیت حاد وجود glycosuria داشته باشد.

X-Ray -4 :Examination

در صورت موجودیت وسائل X-Ray به منظور رسیدن به

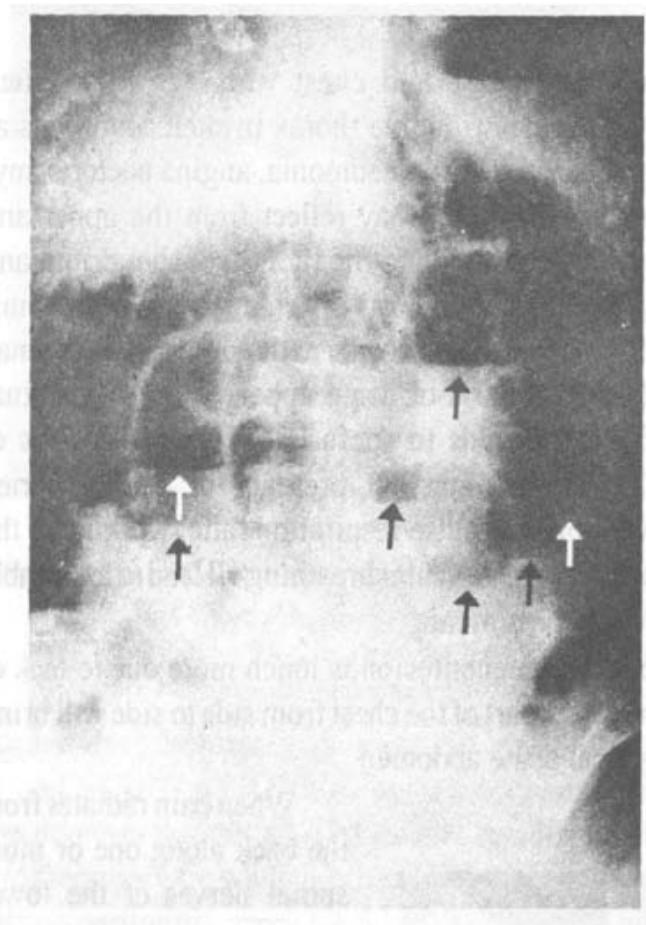


Fig. 17.— Straight X-ray showing multiple fluid levels (shown by arrows) and gas in acute intestinal obstruction.

تشخیص، کمک زیاد مینماید چندین سویه گاز و مایع دلالت به انسداد امعا مینماید.

X-Ray مستقیم به وضعیت نشسته زمانی که موجودیت هوا تحت حجاب حاجز را نشان دهد دلالت بر تثقب طرق معده معاوی مینماید. در وقایع مشکوک تمز قات معده و اثنا عشر 20-30ml هوا به معده توسط Ryle's tube زرق گردد و بعداً به وضعیت نشسته گرفته شود. skiagram

گاز تحت حجاب حاجز تشخیص را تائید مینماید. متشابه‌ها استفاده از acute gastrograffine تثقب را مشخص می‌سازد در biligrafin مجاری صفراوی با زرق cholecystitis توسط intravenous cholangiography دیده می‌شود اما کیسه صfra قابل دید نمی‌باشد.

اگر کیسه صfra با مجاری صفراوی قابل دید باشد درین حالت این واقعه cholecystitis نمی‌باشد. در پانکراتیت حاد گاز در اثنا عشر و حلقه اول ژوژنوم بعضی اوقات دیده می‌شود که رول تشخیصیه دارد. Stewart's sign (یعنی انحنای کبدی و طحالی پر از گاز می‌باشد). درین حالت هیچ گازی در کولون مستعرض وجود ندارد محو شدن سایه کلیوی و psoas و مایع در بین گاز درین حالت حلقه های ایلیوم را واضح می‌سازد. در حالت intussusception بعد از اماله با باریوم با نشان دادن (گیره شکل) pincer-shaped در آخر اماله با باریوم تشخیص را قابل اعتبار

میسازد همچنان در reduction خودبه خود از intussusception کمک کننده است.

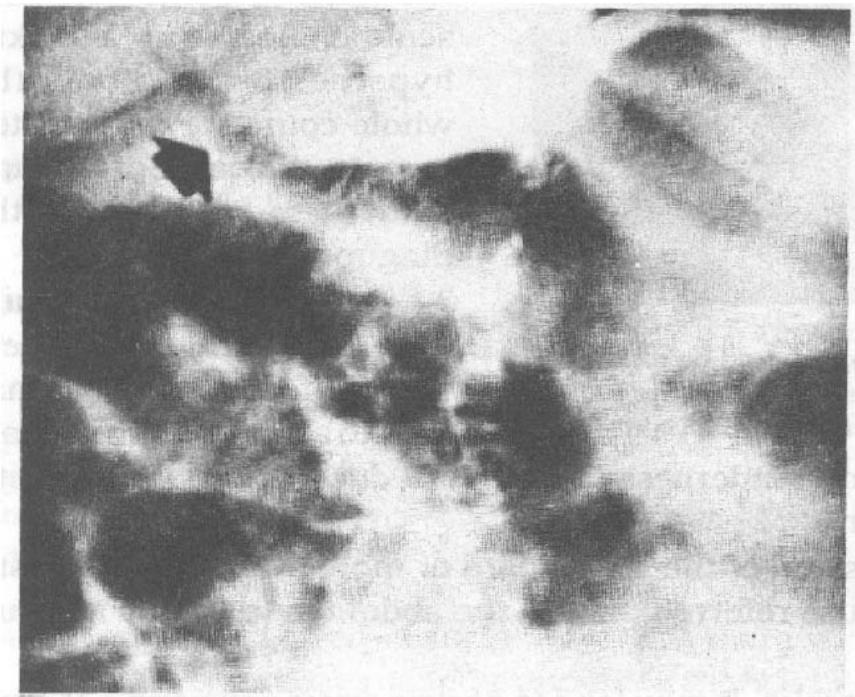


Fig. 18.— Gallstone ileus — showing air in the biliary tree.

در
وقایع
مشکوک
gallstone
سایه ileus
سنگ
نزدیک
نهایت امعای
کوچک
تشخیص را
قطعی
مینماید

برای تشخیص تفریقی کولیک کلیوی از کولیک appendicular در acute pyelography، داخل وریدی بسیار مهم است. بر جسته از توسع کولون مستعرض، یک سایه ulcerative colitis ممکن دیده شود. بعد از تشقب هوای آزاد در toxic megacolon جوف پریتوان ممکن قابل توجه باشد.

5- **معاینه barium enema:** این معاینه با air contrast ممکن برای آشکار کردن مرحله ابتدایی ulcerative colitis حاد کمک

کننده باشد

barium

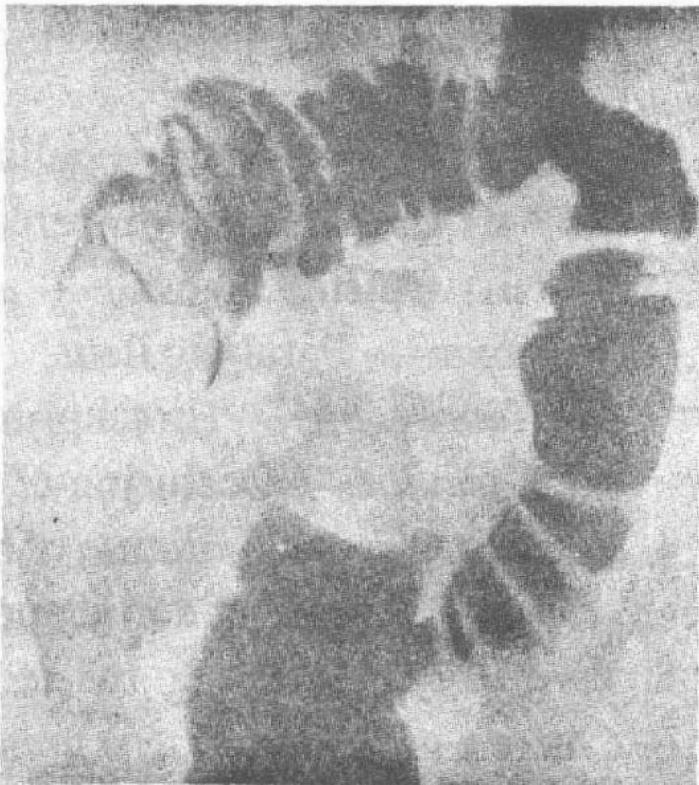


Fig. 19.— Note the pincer-shaped ending of the barium enema — the pathognomonic feature of intussusception.

hastral roentencgraphic sign در بر گیرنده فقدان marking و بی نظمی جدار کولون که وانمود کننده قرحة کوچک است میباشد و با پیشرفت مریضی پولیپهای کاذب برجسته میشوند زمانی که sign های کلینیکی توکسیک میگاکولون موجود باشد باریوم مضاد استطباب است در crohn's disease باریوم double-contrast ممکن قرhat مخاطی طولانی و مستعرض آشکار شوند یا فیسورهای به قسم spicales به وجود آید. شبکه غیر منظم از قرhat متقطع با ازیماً تحت مخاط یکجا میشوند و یک coarse

nodularity یا نودو لرتی خشن و یا به صورت cobble stone در می‌آیند و ممکن است یک filling defect از سبب فولیکولهای لمفاوی hyperplastic موجود باشد نشانه این بیماری موجودیت ضایعات جلدی (skin lesions) بوده که با امعای ظاهرًا نورمال نمایان می‌شود که به اندازه چند inch تا چندفت طول دارد. معاينه barium enema از Diverticulitis نشاندهنده spasm Segmental و enema دندانه دار شدن امعا می‌باشد اذیمای مخاطی و تنگ شدن لومن ممکن واضح شود و این تاکید شده نمی‌تواند که معاينه barium enema در حالات بسیار حاد مضاد استطباب است به هر صورت این معاينه زمانی اجرا می‌شود که حالت حاد subside شده باشد.

6- اندوسکوپی :Endoscopy در acute ulcerative colitis ریکتم(90-95%) در گیر شده کمک کننده است. مخاط اکثراً granular ، erythematous بوده و به آسانی خونریزی میدهد. قرحات مخاطی سطحی دیده می‌شوند در مرض crohn (regional ileitis) اندوسکوپی را آشکار می‌سازد و قرحة خطی عمیق معلوم می‌شود. Colonoscopy تعین کننده موجودیت مریضی در crohn's disease و در colitis حاد diverticulites Skip lesions در بسیاری می‌شود. در دنگ اک می‌باشد. مخاط ملتهب است و sigmoidoscopy

ممکن دیده شود، اما باریک شدن کولون، اسپز diverticula و تثبیت یا fixation معمولاً بیشتر دیده میشوند.

-7 **اماله Enema:** از تطبیق اماله مخصوصاً در حالات بطن حاد باید به صورت جدی جلوگیری شود و هیچ چیزی به اندازه اماله در واقعه پریتونیت مضر واقع شده نمیتواند و تنها استطباب اماله در انسداد حاد امعا است. قبضیت های ارادی میتواد انسداد حاد امعا را تنبیه کند مگر مریض توسط گرفتن اماله Turpentine (روغن کاج) احساس آرامش میکند. در انسداد حاد امعا دو تست اماله اهمیت زیاد دارد، اماله اول با تخلیه قسمت سفلی اما تا حدی نتیجه مثبت میدهد دو ساعت بعد از اماله اولی تشخیص را اماله دومی به اثبات میرساند در موجودیت انسداد مایع اماله دوم با احتباس و یا بدون ملوث شدن با مواد غایط بازگشت نموده سبب آرامش مریض نمیشود.

-8 **Inteavenous cholangiography :** تمام شجره صفراوی خارج کبدی را مستحکم میسازد گرچه این تحقیق در حاد استفاده داشت قسمی که cholecystitis Cholangiography خوراکی مضاد استطباب میداشته باشد. و حالا در این حالات استفاده ندارد.

-9 **Ultrasonography :** این تکنیک غیر تهاجم در حاد routine investigation میباشد. طوری cholecystitis

که سنگ‌های کیسه صفرا، سنگ‌های مجرای صفراوی توسع کیسه صفرا با سنگ و sludge (لجن) را ثابت می‌سازد.

همچنان سنگ در cystic duct توسع شجره صفراوی و حتی تومور پانکراس را تثبیت مینماید.

Radio-isotop scaning -10

^{131}I Rose Bengal با Cholescintigraphy از Technetium- $^{99\text{m}}$ Technetium-iminodiacetic acid

(IDA scan) تست وصفی تری نسبت به دیگر تست‌ها در حاد می‌باشد. بعد از زرق داخل وریدی این ماده به وسیله کبد در سیستم مجرای صفراوی دفع می‌شود. واین خودنشان دهنده شجره صفراوی خارج کبدی و کیسه صفرا می‌باشد در کولی سستیت حاد کیسه صفرا قابل دید نیست کیسه صفرا قابل فرض یا مجرای cystic مسدود می‌باشد و دقت و راستی این کار 100 فیصد است.

(CT scan) computed tomography -11

معلوماتی، که از التراسونوگرافی به دست می‌آید میدهد و به کسانی که به آنها التراسونوگرافی مشکل ایجاد می‌کند استفاده می‌شود، مثلاً مریضان چاق یا کسانی که امعای شان دارای مقدار زیاد گاز می‌باشد.

Exploratory lapratomy -12

تشخیص تثبیت نمی‌گردد تا که یک لپراتومی انجام نشود.

Causes of Acute Abdomen

A: Intra Abdominal causes:

- 1- **Inflammation**-e.g. (acute appendicitis, acute cholecystitis, acute salpingitis, acute diverticulitis, acute regional ileitis, acute pneumococcal peritonitis, acute non-specific mesenteric lymphadenitis, amoebic liver abscess.)
- 2- **Perforation** of peptic ulcer, typhoid ulcer, diverticular disease, ulcerative colitis etc.
- 3- **Acute intestinal obstruction.**
 - (a)Mechanical –
 - 1- In the lumen - gall stone, round worms, faecolith, etc.
 - 2- In the wall- tubercular stricture, intussusception, growths,etc
 - 3- Outside the wall- additional bands, volvulus, external and internal herniae etc.
 - (b)Toxic- Paralytic ileus
 - (c)Neurogenic- Hirschprung's disease

- (d) Vascular- Occlusion of mesenteric vessels by embolism or thrombosis.
- 4- **Haemorrhage** e.g. (rupture of ectopic gestation, ruptured lutein cyst, spontaneous rupture of malarial spleen. Rupture of leaking aortic aneurysm. Aortic dissecting aneurysm.
- 5- **Tortion of pedicle** e.g. (twisted ovarian cyst,Spleen etc.)
- 6- **Colics** e.g. (1) biliary (2) ureteric (3) appendicular(4) intestinal

Extra Abdominal causes:

- 1- **parietal conditions** e.g.(superficial cellulitis of the abdominal wall, gas gangrene of the abdominal wall, abscess of the abdominal wall , rupture of rectus abdominis muscle and / or tearing of inferior epigastric artery.)
- 2- **Thoracic conditions** e.g (diaphragmatic pleurisy, lobar pneumonia, spontaneous pneumothorax, pericarditis, angina pectoris, coronary thrombosis etc.)

- 3- **Retro peritoneal conditions** e.g (uremia, pyelitis, dietl's crisis, retroperitoneal lymphangitis and lymphadenitis, leaking aneurysm of the aorta, dissecting aneurysm of the aorta etc.)
- 4- **Diseases of the spine, spinal cord and intercostals nerves** e.g (Pott's disease, acute osteomyelitis of lower dorsal or lumbar vertebrae, gastric crisis in tabses dorsalis, herpes zoster of lower intercostals nerves and intercostal neuralgia.
- 5- **General diseases** e.g (malaria, typhoid fever, porphyria, diabetic. crisis. sickle cell anemia, haemophilia purpura, small pox. etc.)

In children the following condition are common:

- Intussusception
 - Intestinal obstruction by round worms, congenital band or by bands including Meckle's diverticula
 - Acute non specific mesenteric lymphadenitis
 - Meckle's diverticulitis
 - Primary peritonitis
-

In females the following condition are common:

- Ruptured ectopic gestation
- Ruptured lutein cyst.
- Twisted ovarian cyst.
- Acute salpingitis
- Tubo-ovarian abscess
- Torsion or degeneration of a uterine fibroid.

اسباب بطن حاد را قرار ذیل بیان نموده است: The Ciba collection

Hepatic

Traumatic rupture .1

Abscess.2

Pyogenic

Amebic

Biliary

Acute cholecystitis.1

Hydrops

Empyema
Ruptured
Free (bile peritonitis)
Abscess (pericholecystitis)
Biliary colic.2

Duodenal

Peptic ulcer.1
perforated
perforating
obstruction.2
Rupture.3
Blunt trauma
Perforating injury

Gastro-enteric

Acute gastro enteritis.1
Food poisoning
Dietary indiscretion
Chemical

Peritoneal Peritonitis
Primary diffuse (pneumococcus)
Secondary to visceral pathology
Local (abscess)
Generalized (benign paroxysmal)

Small intestinal

Obstruction.1
Meckel ‘s diverticulum.2
Inflammation
Torsion
Perforation.3
Traumatic
Inflammatory (typhoid)
Due to strangulation
Intussusceptions .4
Regional enteritis.5
Ileocecal tuberculosis.6

Uterine

Rupture .1

Spontaneous (in pregnancy)

Instrumental

Infection .2

Postabortal

Puerperal

Torsion of pedunculated fibroid.3

Acute degeneration of fibroid.4

Spleenic

Infarction .1

Abscess.2

Rupture.3

Traumatic

Malarial

Gastric

Peptic ulcer.1

Perforated
Perforating
Carcinoma .2
Perforated
Perforating

Mesenteric

Mesenteric lymphadenitis
Mesenteric thrombosis

Large intestinal

Non specific ulcerative colitis.1
Fulminating
Toxic dilatation
Perforation
Obstruction
Volvulus .2
Sigmoid
Cecal

Specific colitis.3
Amebic
Bacillary
Neoplasm .4
Obstruction
Perforation
Intussusceptions.5
Diverticulitis .6
Perforation .7
Rupture (blunt trauma)
Perforating injury
Appendicitis .8
Foreign body.9
Fecal impaction
Rectally inserted
Ingested

Ovarian

Ruptured follicular cyst or corpus luteum.1
Torsion of cyst pedicle.2

Ruptured endometrial (chocolate) cyst .3

Tubal

Ectopic gestation.1

Tubo-ovarian abscess.2

Acute salpingitis.3

Torsion of hydrosalpinx.4

Thoracic

Cardiac

Coronary thrombosis.1

Acute pericarditis.2

Cardiac failure with hepatic engorgement.3

Pleuropulmonary

Pneumonia.1

Pleurisy (diaphragmatic).2

Embolism of infarction.3

Retroperitoneal

Neural .1

Tabetic crisis

Diabetic crisis

Lead poisoning

Pancreatic .2

Acute pancreatitis

Renal .3

Ruptured tumor (a)

Abscess (b)

Nephric

Perinephric

Traumatic ruptured(c)

Hydronephrosis and pyelonephrosis (d)

Pyelonephritis (e)

Spinal .4

Fracture (a)

Osteomyelitis (b)

Tuberculous

Pyogenic

Ureteral .5
Calculus
Dietl's crisis
Psoas abscess.6
Vascular (Aorta or other vessel).7
Aneurysm
Dissecting
Ruptured
Pelvic .8
Cellulitis (a)
Postabortal
Postpartum
Fracture (b)
Genito-urinary(c)
Acute retention
Urinary extravasation

Systemic

Uremia .1

Nephritis

Polycystic kidney
Hysteria .2
Blood dyscrasia.3
Purpura (henoch schonlein)
Leukemia
Sickle cell crisis
Infectious disease onset .4
Influenza, grippe
Measles
Scarlet fever
Typhoid fever
Rheumatic fever
Porphyria .5
Allergy .6
Abdominal epilepsy
Abdominal migraine
Benign paroxysmal
Peritonitis
Periarteritis nodosa.7

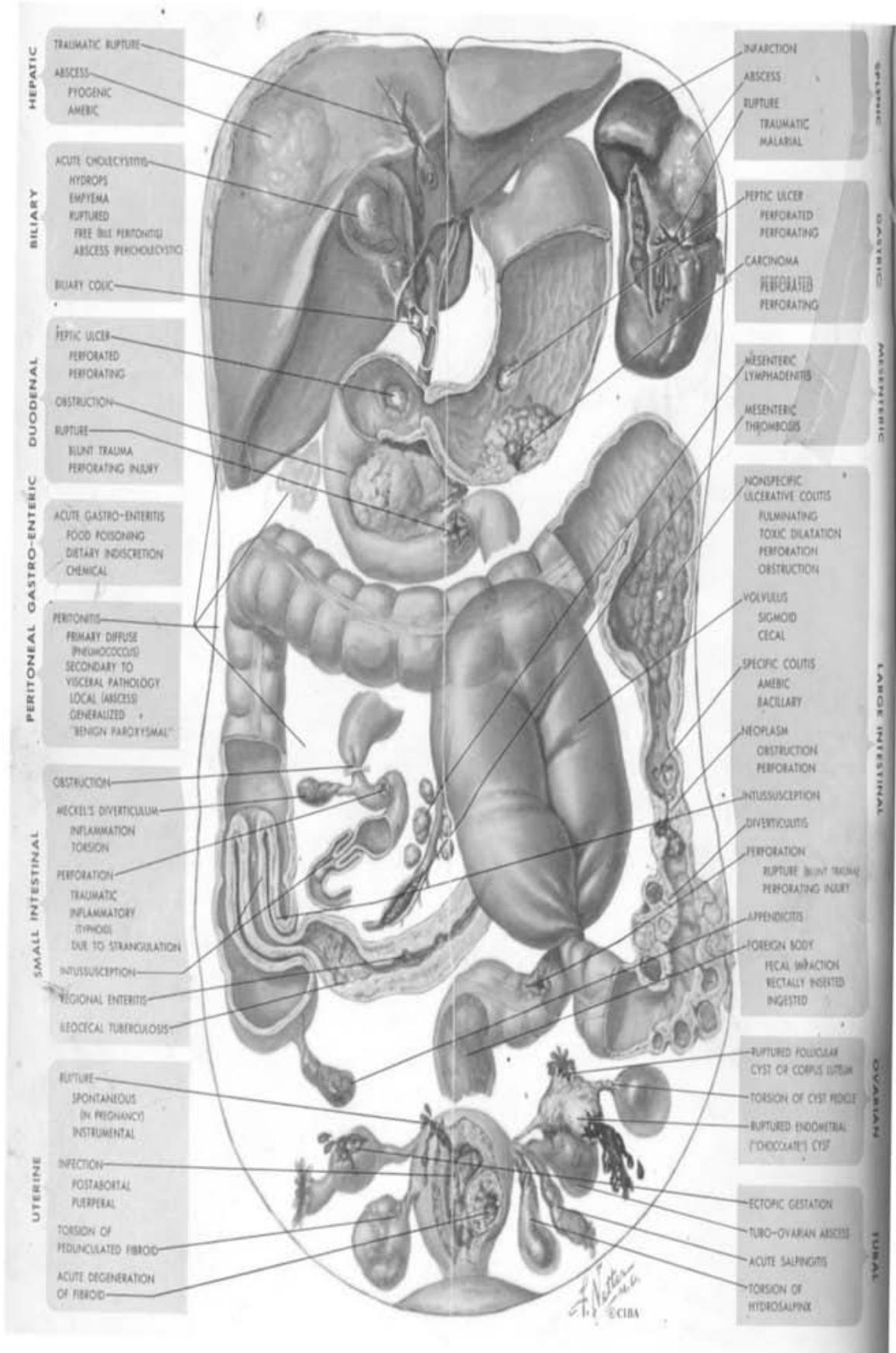
Abdominal wall

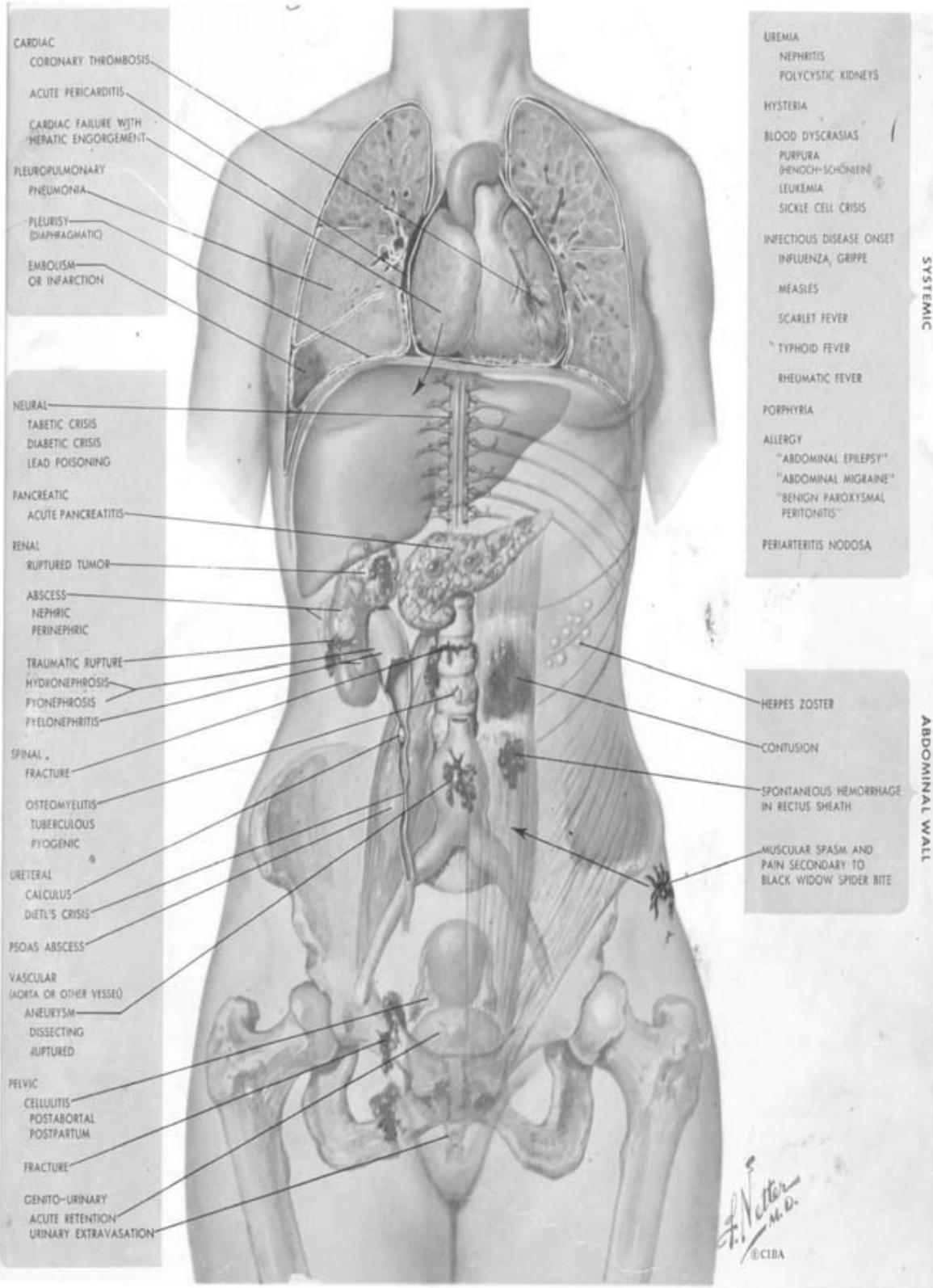
Herpes zoster

Contusion

Spontaneous hemorrhage in rectus sheath

Muscular spasm and pain secondary to black widow
spider bite





اسباب بطن حادر اقرار ذیل بیان نموده است: Professor Ernst Hanisch

- a. Inflammatory**
- b. Mechanical**
- c. Neoplastic**
- d. Vascular**
- e. Congenital defects**
- f. Traumatic**

a.Inflammatory

- 1. Acute appendicitis**
- 2. Diverticulitis,**
- 3. Pelvic inflammatory diseases**
- 4. perforation of a peptic ulcer**

b.Mechanical

1Oobstructive conditions as incarcerated hernia

2.Post-operative adhesions

3.Intussusception

4.Malrotation of the gut with volvulus

5.Congenital atresia or stenosis of the gut

The most common cause of large bowel mechanical obstruction is carcinoma of the colon.

c.Neoplastic

d.Vascular

mesenteric arterial thrombosis or embolism

e. Congenital defects

- 1. Doudenal atresia**

2. omphalocele or diaphragmatic hernia**f.Traumatic****1. Stab and gunshot wounds****2. Blunt abdominal injuries producing such conditions as splenic rupture****3. History or evidence of trauma should make this diagnosis fairly obvious**

معاینات جروحات بطن

برای تشخیص امراض حاد بطنی ایجاب یک سلسله معاینات لازم متممه را می نماید، تا تشخیص ثبت و تداوی لازمه صورت گیرد، روی این منظور یک سلسله معاینات شرح می گردد:

الف) تاریخچه

وقفه از وقوع جرحة وجود مریض تا معاینه دوکتور باید ثبت دوسیه گردد. همچنان عامل جرحة، موقعیت صحیح جرحة، وضعیت احشای مجوف مخصوصاً پر و خالی بودن معده و مثانه که باید به درجه اول درنظر گرفته شود، اگر مریض استفراغ داشته باشد باید محتوی آن چک گردد. هر گاه آفات بولی تحت اشتباه باشد در معاینه ادرار باید به توجه شود. microscopic hematuria

ب) معاينات فزيكى

1. ارزیابی عمومی (General survey)

مریض مصاب پریتونیت ساکت مگر در واقعات نزف مریض نا آرام می باشد که باید نبض، تنفس، درجه حرارت و فشار خون وی معاينه و ثبت شود.

2. Local examination :

در قدم اول باید درد، حساسیت، شخی، dullness و یا emphysema (امفزم زیر جلدی که بعد از عمل جراحی پیدا میشود) مورد توجه باشد اگر یک یا چندی از اعراض فوق به غیرازساحه مجرحه به دیگر نواحی موجود باشد اهمیت زیاد داشته و بعد از استطاب عملیات را دارد. و باید داکتر بداند که جروحات بطنی بدون تظاهر خارجی نیز می تواند به وجود آید، مثلاً جروحات کند بطن (blunt trauma)، sub cutaneos، جروحات دیگر احشا وغیره.

اگر معاينات فزيكى بی نتیجه باشد و داکتر به کدام تشخيص نرسد مریض بطن حاد هر یک ساعت تکراراً معاينه شود. چون درد بطنی شدید اکثراً منشأ نخاعی نیز می داشته باشد لذا از نظر معاينه عصبی هم باید investigation شود.

3. بطن x ray : هر گاه رادیوگرافی به وضعیت نشسته اخذ شود گاز تحت حجاب حاجز تشخیص ریچر احشای مجوف را واضح می سازد. حین معاينه فزيكى هر گاه دیده شود، که قسمت علوي بطن مجرح

گردیده وامکان زیاد موجود که نزف مربوط جگر، طحال، گرده وغیره احشای علوي بطن باشد و اگر قسمت سفلی بطن مصاب شده باشد احتمال پریتونیت دراثر آفت امعا و مثانه به وجود آمده میتواند.

در واقعات نزف علامه معمول خونریزی داخلی عبارت از خسافت رو به افزایش نا آرامی، نبض ضعیف و نیز تنفس به قسم air hunger درجه حرارت نیمه نارمل بوده و به تدریج کولپس تاسیس مینماید علاوه‌تاً علایم موضعی نیز به وجود می‌آید.

جگر معمولاً در واقعاتی که طرف راست صدر زیر فشار بیاید ریچر میکند که حساسیت و وسیع شدن ساحة اصمت کبد و shifting dullness نیز علامه مهم آن میباشد.

اگر طرف چپ ساحة ضلعی به ترضیض معروض گردد اعراض و علایم جرحة طحال را به وجود می‌آورد و علایم آن قرار ذیل است: A-Balances sign: اصمت متداوم بالای نصف طرف چپ بطن در علوي که به تعقیب تحثر خون طحال به وجود آمده و shifting dullness در طرف راست موجود میباشد.

B-kehr's sign – reffered: که درد kehr's sign – B و انتشار آن به طرف شانه چپ میباشد و به تحریش نصف چپ حجاب حاجز توسط خون جمع شده دلالت می‌نماید.

Saeggessers splenic point

فشار در ساحة علوی استخوان ترقوه در قسمت وسط عضله scalenus medius و sternomastoid مربیض می شود. در جروحات flank و آفات کلیه موجودیت احساس سنگینی و اصمیت به طرف وحشی rector spinae اعراض عمدہ را تشکیل میدهد که موجودیت ادرار خون دار تشخیص آفات بولی را قطعی می سازد.

در تمزق احشای مجوف بطنی اعراض و علایم peritonitis peptic ulcer میشود. معده و امعای رقيقة اعراض تمزق آن مانند است.

امعای غلیظه میتواند خارج پریتوان یا داخل پریتوان تمزق نماید که تمزق داخل پریتوان منتج به پریتونیت حاد و شدید شده زیرا محتوی این امعا بسیار منتن میباشد و در نوع تمزق خارج پریتوانی ممکن cellulitis منشر و امفیزم جراحی را به وجود آورد. مثانه هم میتواند تمزق خارج و یا داخل پریتوانی بدهد، نوع داخل پریتوانی معمولاً در حالاتی که مثانه حین حادثه تمزق پر باشد و معاینات فزیکی آن مشابه shifting dullness به پروتیونیت است اگر مقدار ادرار زیاد باشد نیز موجود میباشد.

تمزق خارج پریتوانی عموماً همراه با کسر Ramus حوصلی یا pelvic rumus یکجا است.

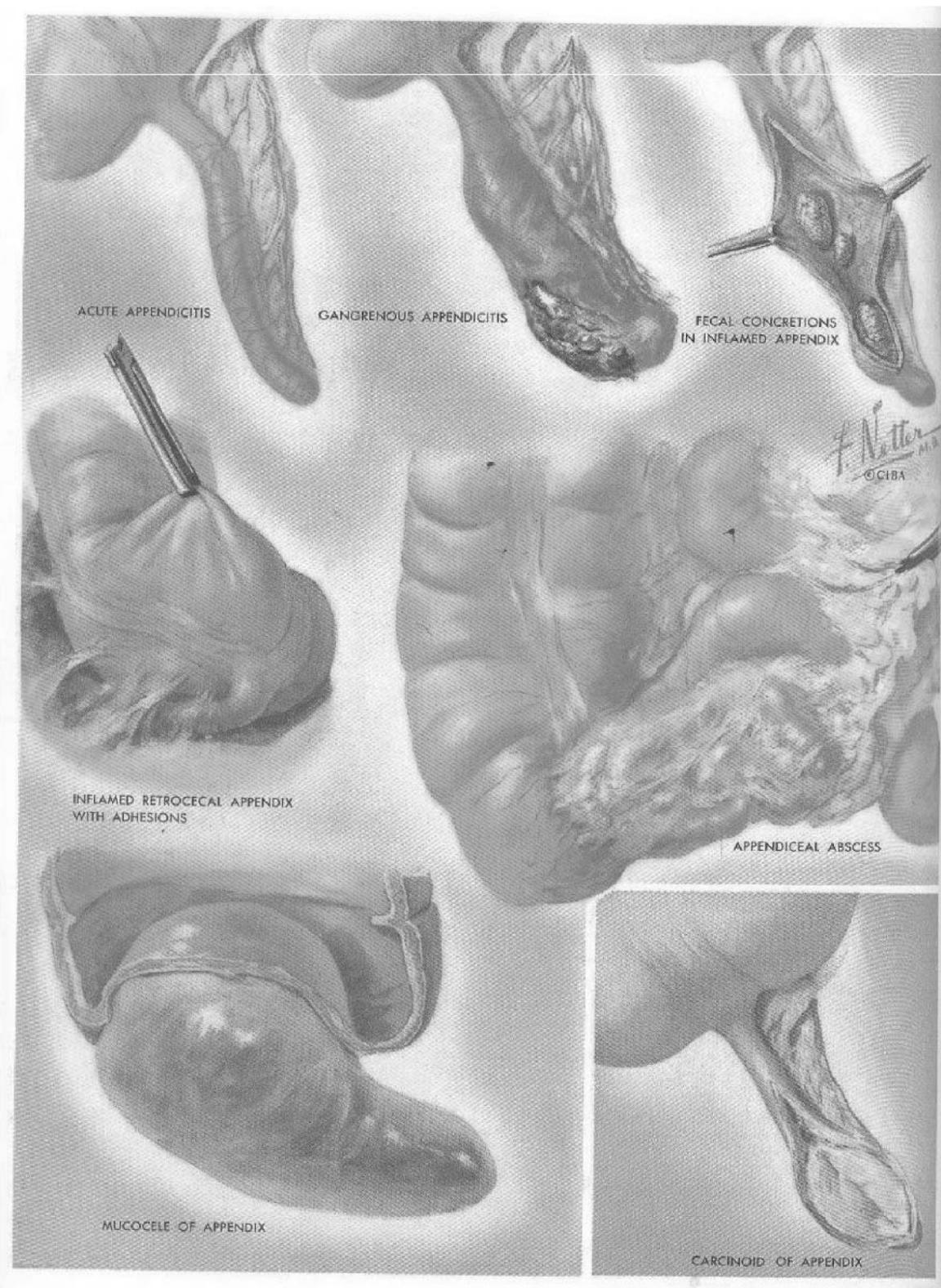
تشخیص تفریقی

Differential diagnosis

التهاب (Inflammation) .1

Acute appendicitis

ایتیولوژی این مرض بسیار معمول هنوز به صورت واضح شناخته نشده است. به هر صورت رژیم غذایی (رژیم یا غذای law residue) حالات اجتماعی (high middle& upper class)، سکونت (اروپائی ها، امریکائی ها و استرالیایی ها)، استعدادهای فامیلی و انسداد لوماند اپندکس با مواد غایط جسم خارجی، کرم های پهنه و نخ مانند نقش دارند. گرچه هیچ سنی معاف نیست قبل از 2 سالگی نادر است معمولا در طفولیت و سن بلوغ زیاد است و حداکثر وقوعات آن بین سنین 20 تا 30 سالگی است و پس از آن وقوعات به تدریج کم میشود. تاریخچه دقیق باید از مریض گرفته شود، هرگاه مریض در ناحیه umbilical و یا ناحیه epigastric درد احساس نماید و این درد بعداً به ناحیه R.lower quad انتقال نماید بدون شک مریض مصاب اپندکس حاد می باشد.



در کلینیک دو نوع مختلف آن دیده شده است
Non.Obstructive A
Obstructive B

درد اولی حشیو بوده در ناحیه خط متوسط سره احساس میگردد درد دومی از اثر تخریش پریتوان جداری میباشد از همین سبب درد در ساقه موقعیت اپندکس احساس میگردد. در obstructive app. درد dull وصف کولیکی داشته و در شکل غیر obstructive درد به قسم aching است که به تعقیب آن استفراغ، دلبدي، بی اشتھایی به وجود می آید که مربوط به درجه Distension اپندکس میبوده که زیاد، متوسط و یا خفیف Distensio مینماید. تب عموماً با اعراض فوق همراه است و از $102F^{\circ}$ بلندتر نمیرود اگر بالاتر از آن باشد تشخیص مشکوک است تسلسل علایم یعنی درد، استفراغ، درجه حرارت بلند بنام Murphy's syndrome شناخته میشود، تا کنون از عادت امعا قبضیت معمول است اما ممکن اسهالی در حالت اپندست حوصلی یا آبسه های appendicular موجود باشد. اگرچه در اطفال هم اسهال و تب بلند میتواند تاسیس کند با معاینه در sherene's tringle ناحیه hyperesthesia دیده شده و حساسیت در قسمت Rebound tenderness Mcburney مثبت است.

مثبت بودن Rovsing's sign یک تشخیص تفریقی است و باید همیشه جستجو گردد در حدود 2-3 روز یک حساسیت و کتله ثابتی در ناحیه اپندکس پیدا میشود که بنام appendecular lump

شناخته میشود و همچنان در امعا آواز پریتوانی sluggish (کند، تنبیل) در R. iliac fossa شنیده می شود.

اگر ریچرتاسس نموده باشد درد به صورت موقتی از بین رفته مگر به بسیار زودی اعراض پریتونیت منتشر ظاهر میکند و درد و استفراغ نیز شدت کسب مینماید نبض سریع و درجه حرارت غیر نورمال میشود و درد در تمام بطن منشتر میگردد استفراغ ممکن بیشتر بر جسته باشد اما مهمتر از همه سرعت نبض مریض است که به تدریج بلند میرود و درجه حرارت subnormal میگردد. انتشار حساسیت و شخصی از درجه حرارت L. iliac fossa و با اصغا یک بطن خاموش silent abdomen تشخیص پریتونیت رو به انکشاف را قطعی میسازد برای اندازه نمودن درجه انکشاف پریتونیت تعداد نبض رهنمای مهم است و حتی تزايد 10 نبض بسیار مهم است. اختلاط و اعراض کلینیکی به موقعیت اپنده کس و سن مریض وابستگی دارد.

تشخیص تفریقی بین اپنده است التهابی catarrhal و اپنده است انسدادی:

در اپنده است شکل catarrhal شروع مرض تدریجی بوده، درد وصف داشته مریض از ناراحتی بطن شاکی بوده، دلبدی و استفراغ و حتی بی اشتها یی نیز ضمیمه است. در حالی که در شکل obstructive حمله درد ناگهانی است مریض در بستر خود از

دردهای کولیکی بسیار شاکی بوده استفراغ و درجه حرارت بالاتر نیز شامل اعراض میباشد.

اپندهست خلف چیکم : retrocecal appendicitis.

زمانی که اپنده کاملاً در قسمت Retroperitoneal موقعیت داشته باشد در قدام بطن حساسیت و شخی قابل جس نمیباشد بلکه flank tenderness و rigidity موجود باشد. برای دریافت حساسیت مریض باید به طرف چپ دور بزند. این دردها میتواند امراض کلیوی را تمثیل نماید. هرگاه اپنده کس به تماس صمیمی جانب راست قرار داشته باشد مریض از hematuria و درد که به ناحیه groin انتشار مینماید شاکی میباشد و علت آن فشار اپنده کس بالای نواحی متذکره میباشد اما شروع درد ناحیه Rovsign's sign , psoas epigastric و مثبت بودن تست عضله علایم تشخیصیه اپندهست است.

اپندهست حوصلی :Pelvic appendicitis

حساسیت و rigidity در جدار قدامی بطن برجسته نیست، اسهال و بلند رفتن درجه حرارت تشخیص را مغشوش میسازد و تخریش مثانه (strangury) و ریکتم (دفع مخاط از معقد و tenesmus) همچنان زیاد مغشوش کننده است نزد خانم بنابر موجودیت رحم اعراض مثانه زیاد واضح نیست، اخذ یک تاریخچه دقیق دریافت کننده شروع درد در

ناحیه سره است و موجودیت rovsing sign و obturator test تشخیص را قطعی میسازد.

معاینه ریکتل گاهی کمک زیاد به تشخیص tenderness در قسمت راست و Tenderness در خانمها و هم در ناحیه Rectoutrine pouch طرف راست در مردها بوده که وسیله تشخیصیه Retrovesical pouch میباشد و هم دریافت یک عضو Tender یا Swelling در معاینه Rectal تشخیص بسیار خوب آبشه های حوصلی است، اختلالات دیگر مانند Pylephlebitis (التهاب ورید باب) و Multiple abscess در کبد میتواند به وجود آید. این اعراض با شروع Rigor (لرزه شدید و ناگهانی) و موجودیت کبد بزرگ و حساس شناخته میشود.

اپندهست حاد در اطفال و شیر خواران **Infancy & Childhood** در نزد اطفال اپندهست به تناسب کاهلان مغلق بوده و خالی از اختلالات نمیباشد، درجه حرارت عموماً بلند و تعداد نیض از حالت طبیعی کمی بالا میباشد استفراغ و اسهال «به عوض قبضیت» اشکال معمول است. تعین نمودن حساسیت به تناسب کاهلان نسبتاً مشکل است و کتله Appendicular بندرت دیده میشود که ممکن است از اثر ثرب کوتاه یا عکس العمل ناقص التهابی باشد از همین سبب تمزق و تشکل پریتونیت نسبت به کاهلان در اطفال زیادتر دیده میشود. البته یک تکنیک خوب جس بطن با دست خود طفل است، در ناحیه که حساسیت حد اعظمی وجود دارد طفل دست خود را از آن نقطه دور

میکند در حالت کتله appendicular تثقب متداول است لذا جراح باید به زودی تشخیص بگذارد و اپنده کتومی اجرا نموده و به اپنده کس این چانس را ندهد که خود به خود تثقب نماید.

اپنده است حاد در سنین بالاتر (Elderly) :

درین مريضان از سبب جدار Luxed abdomen شخی بطن به مشکل به وجود می آيد اما از سبب اترواسکروز شريان اپنده کس اولاً چانس گانگرن شدن اپنده کس بسیار به زودی موجود می باشد و به صورت تالی فبروز سابقه و عکس العمل ناقص پریتوانی زمینه تمزق را مساعد می سازد لوحه کلینیکی اکثرًا با انسداد خلفی امعای رقیقه شباهت دارد و Clinician ممکن به مريض توسعه اماله را نماید که با اجرای اين عملیه وضعیت مريض بیشتر رو به وخامت می رود.

اپنده است حاد در زمان حاملگی :Pregnancy

بزرگشدن رحم در دوران حاملگی سبب بیجاشدن چیکم به طرف بالا میگردد که اپنده است حاد با Cholecystitis حاد مغالطه می شود اخذ تاریخچه درست و مثبت بودن Rovsing's sign کمک خوبی برای تشخیص است گاهی خونریزی Concealed accidental و یا necrobiosis uterine fibrose را تولید نماید. با وضعیت مريض به حالت Supine نقطه یی که بسیار باشد به روی جلد نشانی شود بعداً مريض به طرف چپ دور داده شود و برای یک دقیقه به این وضعیت نگاهداشته و نقطه بسیار

Tender Shitting tenderness را دوباره پیدا نماییم هرگاه به ملاحظه رسید آفت پتالوزیک رحمی فکر شود و همچنان هم حین حاملگی نزد بعضی خانمهای محمول Cystitis,pyelitis موجود میباشد که باید برای تشخیص آن دقیق شود.

:Alvarado Score

برای دوکتورانی که در اطاق عاجل و یا دیگر ساحتات مصروف معاینه مريضان مصاب acute abdomen هستند، Alvarado Score برای تشخیص Acute Appendicitis بهترین مدد میباشد که به طور وسیع مورد استفاده قرار میگیرد:

| Symptoms | Score |
|---------------------------------------|------------------|
| Anorexia | 1 |
| Nausea and vomiting | 1 |
| Migratory RIF pain | 1 |
| Signs | |
| Raised temperature | 1 |
| Tenderness in RIF | 1 |
| Rebound tenderness | 2 |
| Tests | |
| Leukocytosis | 2 |
| Shift to left (segmented neutrophils) | 1 |
| | Total: 10 |

:Acute Cholecystitis.2

قربانی های معمول هستند. Fertile, female, fourty, fatty تاریخچه قبلی Bleching, flatulent, dyspepsia و فعلاً درد شدید ناحیه R. hypochondr و انتشار آن به زاویه سفلی کتف راست باعلوی شانه راست احتمال Cholecystitis حاد موجود است. دلبدی، استفراغ، عق زدن (Retching) بلند رفتن درجه حرارت و سرعت بالای نبض ممکن با این حالت همراه باشد. در $\frac{1}{4}$ واقعات برقان موجود است، که در نتیجه Cholangitis یا در نتیجه دخول یا ورود Pigment های صفراوی به جریان خون از سبب آسیب مخاط کیسه صفرا بوده میتواند. Charcot's triad یعنی درد، یرقان و لرزه در نتیجه Septicaemia , cholangitis ایجاد میگردند. در نتیجه Rigidity ، tenderness ممکن به بسیار آسانی در ناحیه کیسه صفرا استنباط گردد و کیسه صفرا سخت قابل جس باشد اگر کیسه صفرا ذریعه ثرب پوشیده شده باشد بسیار خوب جس میگردد در واقعات بسیار نادر Empyema کیسه صفرا قابل جس میباشد مشروط بر اینکه داکتر معاینه کننده بسیار دقیق نماید. در تحقیقات به خصوص معاینه خون کمک کننده است که در 85% واقعات ب شمار W.B.C بلند دریافت میگردد در نیمی از مریضان بیلوروبین سروم بلند و در Oral cholecystography $\frac{1}{3}$ واقعات امیلاز سروم بلند می رود

مضاد استطباب است. و به تشخیص این حالت کمک کننده است. scaning, ultrasound

:Acute pancreatitis.3

این حالت معمولاً نزد اشخاص بالای 30 سال دیده میشود یعنی به صورت

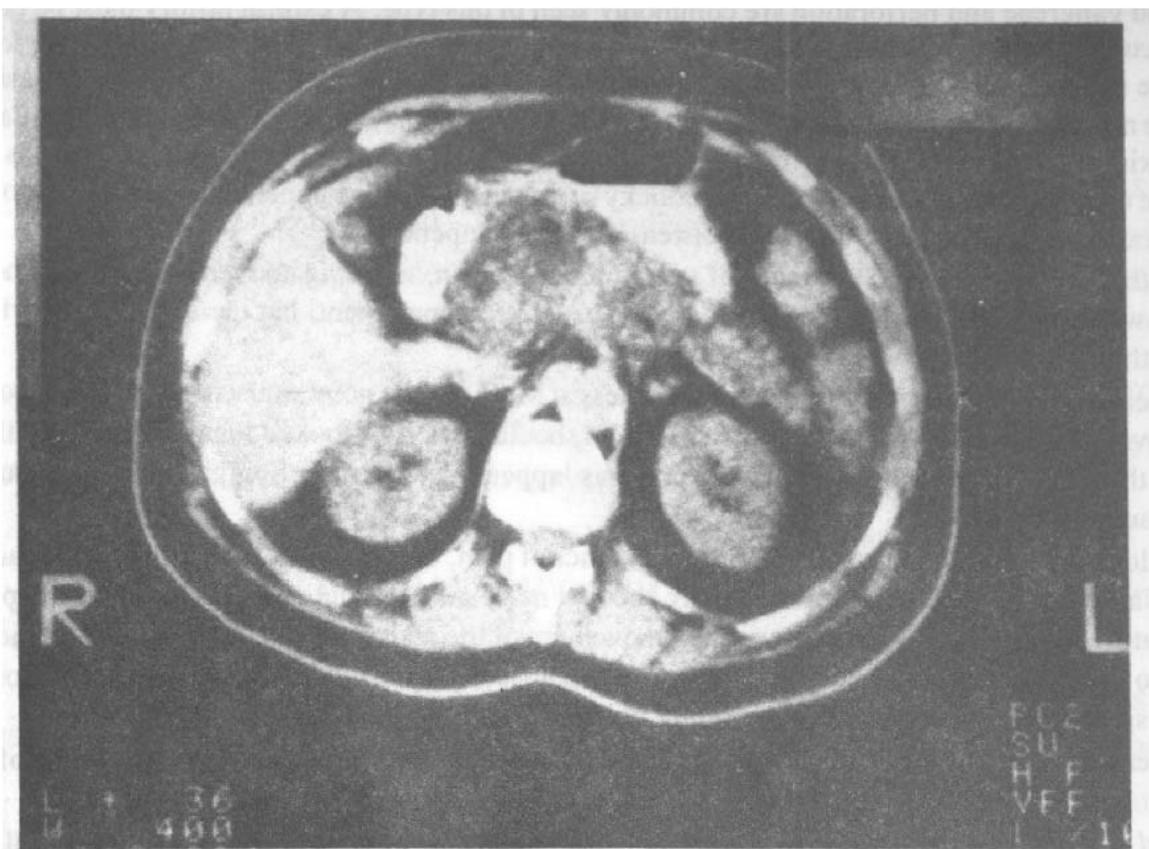


Fig. 20.—CT Scan of the abdomen showing oedematous enlarged pancreas indicating acute pancreatitis.

کلاسیک مریض یک شخص چاق 40 ساله میباشد و تعداد وقوعات آن نزد زنها بیشتر تصادف میگردد شیوع آن به صورت درد ناحیه

Excruciating Epigaster و به وصف بوده که درد در شروع مرض به تناسب دیگر امراض بطن بسیار شدید می باشد و مریض طوری معلوم میشود که در بستر نشسته و به پیش روی خم می باشد.

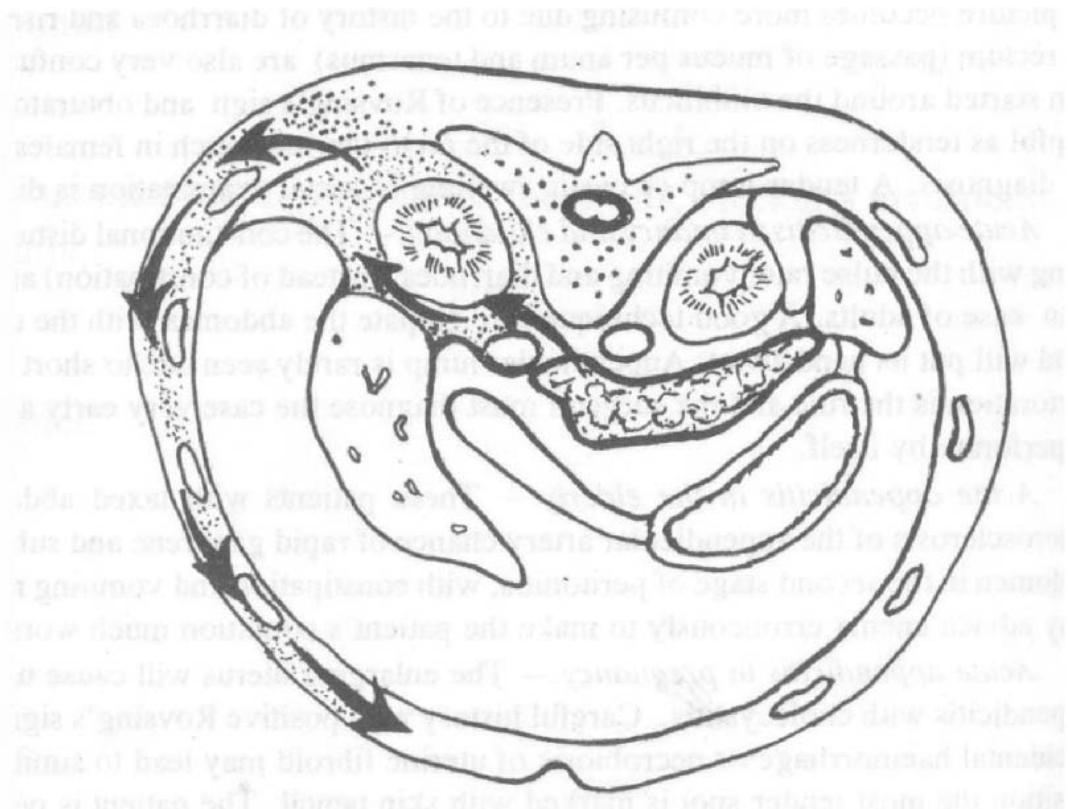


Fig. 21. — Diagrammatic representation showing how haemorrhagic fluid from acute haemorrhagic pancreatitis tracks along the abdominal wall to cause discolouration of the loin (Gray-Turner's sign) and around the umbilicus (Cullen's sign).

شدت این مرض در تمام واقعات بطنی اول بوده و این احساس می شود که درد به پشت انتشار نماید یا به Loin چپ، که شدت آن با دراز کشیدن مریض بیشتر میشود به همین سبب مریض به وضعیت نشسته و خم شده به قدام قرار میگیرد، طبیعت درد ثابت بوده و کولیکی نمی

باشد استفراغ به مقدار زیاد و به شکل Projectile بعد از درد به وجود می آید و نبض در شروع مریضی بسیار تند است، شاک و سیانوز دو منظرة جداً گانه درین مرض بوده میتواند شاک از سبب جذب نا مکمل محصولات تجزیه شده پروتئینی به وجود آمده و سیانوز از سبب توکسیمی و anoxia به علت محدودیت حرکت دیا فراگم در نتیجه پانکراس التهابی است، در روز های اول مریضی درجه حرارت بلند نبوده است و زمانی که Subnormal Tenderness به صورت واضح در بالای ناف وجود دارد guard عضلی برجسته میگردد در حالت پانکراتیت حاد از سبب التهاب ذنب پانکراس قسمت زاویه Costo-vertebral ممکن tenderness باشد در حالات پیشرفتہ تندرنیس شاید باندازه شدید باشد، که با تثقب قرحت پیتیک مغالطه شود و هم کبودی ناحیه قطنی Gray turner's sign و کبودی اطراف سره Cullen's sign منظره های ازین مرض میباشند.

در تحقیقات به خصوص یا ویژه تعیین امیلاز سیروم بیشترین تست مورد استفاده است، سطح سرومی بیشتر از 400 somogyi unit بوده در حالی که بیشتر از تقریباً 1000 unit تشخیصی است. امیلاز ادرار همچنان بلند میرود درین اواخر بلند رفتن لیپاز سروم و ادرار هم مهم پنداشته میشود اما مایع Paracentesis تجزیه میگردد و سطح امیلاز و لیپاز هردو بلند میرود یافته های x-Ray ساده (Straight) در تحقیقات ویژه مورد بحث قرار گرفته است. اما موجودیت Sentinel

یک loop atonic متوجه از امعای کوچک برای تشخیص یک مدرک کمک کننده است.

در التراسونوگرافی و CT اسکن یک پانکراس اذیمائی تعیین شده میتواند Acute colonic diverticulitis درین حالت خود کولون

حوالی مصاب شده و شکایت درد عمدتاً از Left fossa iliaca است، و کولون به قسم tender و thick به طرف چپ بطن جس میگردد و تثقب آن عمومیت ندارد اما Peridiverticulitis و تشكل آبسی عمومیت زیاد داشته که میزوکولون به قسم Thick شده ممکن به وجود آید و اذیمائی به نظر میرسد انسداد امعا از سبب کولون ضخیم شده ممکن به وجود آید در این حالت Pus محدودیت داشته و عضلی همیشه در این حالت موجود است. و گاهی آبسه های موضعی ممکن به خارج ترکیده شده «شکل فیستول های خارجی» یا در کدام Viscus دیگر یعنی Urinary bladder (شکل آبسه های داخلی). خیلی به ندرت ممکن است کارسینوما اتفاق بیافتد. Barium x-Ray or sigmoidoscopy در تشخیص این حالت کمک کننده اند.

:Acute Regional ileitis.4

این حالت شباهت زیاد به منظره اپندست حاد دارد در fossa iliaca معمول بوده «در هر دوی این حالت» اما درین حالت مریض یک تاریخچه قبلی به صورت دوا مدار کولیک های معاوی «در نتیجه انسداد امعا که شکلی ازین حالت است و هرگز در اپندست یافت نمیشود» و اسهال «که این هم مخصوص این حالت بوده و هرگز در اپندست دیده نمیشود قبل از شروع حمله» شاکی میباشد یک کتله fistul، fissure در R.iliac fossa Tender و یک آذینه ای Skintag حکایه داشته باشد هرگاه یک کتله با وجود تداوی دوامدار انتی بیوتیک و اهمتامات طبی دیگر از بین نرفت به چهار مریضی دیگر فکر شود:

| | |
|---------------------|----|
| Chron's disease | -1 |
| ileo- cecal TB | -2 |
| Actinomycosis | -3 |
| «به ندرت» Carcinoma | -4 |

هرگاه بعد از اپنده کتوسی به قسم اختلاط سینوسی به وجود آید احتمالاً به مریضی Chron فکر میشود.

:Acute Salpingitis.5

معمول‌آ در زمان تحیض یا هفته اول بعد از سقط و یا ولادت تظاهر می‌نماید درد Hypogastrium acute salpingitis عمدهاً در ناحیهٔ iliac fossa میشود این مرض باید از اپنده است حاد یا حتی در تشخیص تفریقی شود تاریخچه دقیق قاعده‌گی از مریض گرفته شود و سوال شود که درد از کجا شروع شد؟ معمول‌آ در اپنده است حاد از ناحیهٔ اطراف سره شروع گردیده و بعداً به R.iliac شفت میگردد در حالی که در Fossa iliac درد ساکت در Acute salpingitis موجود است و هم درد دو طرفه در سفلی بطن، حساسیت، احساس درد حین تبول، افزایات مهبلی و درجهٔ حرارت معمول‌آ ۱۰۲F یا بالاتر موجود است. علاوه‌تاً سندروم Murphy منفی است.

Rigidity بطنی به اندازه اپنده است موجود نیست. افزایات مهبلی پتوگونومیک به این مرض است با معاینه مهبلی رحم بزرگ دریافت میگردد و زمانی که این حالت اتفاق میافتد سقط و یا دوره نفاسی (Puerperium) را تعقیب میکند Cervix صورتی که تحریک شود سبب درد خیلی زیاد میگردد فقط زمانی که مرحله حاد تمام شد تورم یک طرفه یا دو طرفه Tubal ممکن موجود آید.

:Acute non- specific mesenteric lymphoid.6

عمدتاً مرض در سنین پایینتر از 6 سالگی نزد اطفال تاسیس می کند این مرض هم با اپنديست حاد مغالطه میشود درد آن از اطراف سره شروع شده و خاصیت کولیکی دارد، استفراغ در شروع حمله اتفاق میافتد درجه حرارت نسبتاً بلند می رود و درد در ناحیه ثابت می ماند و مانند اپنديست Shift نمیگردد، مریض محل درد را تعیین میکند که ناحیه Diffused در بالای وسط موقعیت اپنده کس است، در معاینه زیاد وجود ندارد هرگاه جس عمیق اجرا گردد ممکن عقدات لمفاوی ضخاموی در بطن جس گردد. ساحه Tenderness به وضعیت Supine معاینه گردیده بعد مریض را به طرف چپ دور داده و تا این وضعیت برای چند دقیقه قرار داشته باشد اگر Tenderness به طرف چپ انتقال نمود، منظره تشخیصی خوبی به اپنده است، مخصوصاً جای که مربوط به Tenderness است البته محصلین باید Shifting Meckle's divertialitis که اعراض مشابه tenderness دارد را به یاد داشته باشند.

:Acute ulcerative colitis.7

remissions اساساً یک حالت مزمن، که با Ulcerative colitis relapse مشخص می شود می باشد در 5٪ واقعات به قسم حاد به وجود می آید و لازم است، که درین Chapter تذکر داده شود اسهال

پی در پی که شامل خون، مخاط Pus، بلند رفتن درجه حرارت و حالت توکسیک شکل اساسی و اصلی این مرض حاد است، زمانی که تمام یا یک قسمت اساسی کولون مبتلا شده باشد حمله با شدت بیشتر و تشوشات سیستمیک همراه میباشد عمق قرحت مهم شمرده می

شود قرحة عمیق توسعه می یابد به طبقه عضلی و سبب Toxi colitis می گردد که با تظاهرات شدید سیستمیک همراه است، از سبب Toxic megacolon ممکن توسع شدید بطن به وجود آید از دست دادن پروتئین، پایین آمدن البومین سیرم و کاهش وزن درین حالت به وجود می آید و همچنان arthritis, Pyoderma, Erythema و غیره از اختلالات در صورت ابتلای سیستمیک این مرض می باشد البته باید به خاطر باشد که Colitis در سنین بالاتر خطر ناک تر نسبت به مریضان جوان تر میباشد. Staight x-Ray, Endoscopy و rectal biopsy

:Subdiaphragmatic subphrenic abscess.8

این حالت معمولاً بعد از آفات intraperitoneal از سبب تشقیق قرحت پیتیک ترضیفات بطنی، اپندهست حاد، عملیات های طرق صفراوی و معده به وجود می آید درجه حرارت بلند میرود، تعداد نبض و تنفس نیز زیاد می شود موجودیت درد ناحیه نیز به تشخیص کمک میکند درد در ناحیه Hypochondrium معمولاً احساس می شود و درد ممکن از سبب تخریش دیافراگم به وجود آمده و به شانه طرف

چپ انتشار نماید با جس دقیق ساحه بالاتر از آبسه به قسم **Tenderness** جس میگردد باید اعتراف گردد که تشخیص منظره این مریضی مشکل است، لذا سو[□]ظن درین مریضی به تشخیص کمک میکند.

Sluggish یا عدم تحریک دیافراگم در x-Ray screening و بالا بودن حجاب حاضر به همان طرف یک وجه تشخیصی است.

:Amoebic liver abscess.9

آبسه آمیبی کبد در ممالک گرمسیر به ایجاد بطن حاد غیر معمول نیست، مردان کاهل بیشتر از این مریضی رنج میبرند. و یکی از اختلالات دیزانتری آمیبی میباشد . مریض با یک درد حاد در راست یا ناحیه epigastric hypochondre مراجعه مینماید که بانوشیدن الکهول، قدم زدن و سواری یک وسیله تکان دهنده در آن افزایش می یابد و مریض معمولاً زمانی که میخواهد حرکت نماید با دست های خویش ناحیه کنار علوی بطن خویش را تقویت یا support مینماید و درد با rigors ، pyroxia و عرق وافر در شب همراه میباشد. در معاینه در ناحیه R.hypochanidrium یا ناحیه epigaster یک تورم یا کتله که نهایت حساس است و با تنفس حرکت مینماید و در دیگر اوقات بی حرکت است، دریافت میگردد.

تنفس آشکار (anchovy= sauce) chocolate- colored pus میسازد. CT scan ,radio isotop liver scan . Barium enema x-Ray و sigmoidoscopy میسازد.

اختلالات: عبارت اند از ریچر آبسه ها در

- 1- جوف پریتوان (که سبب پریتونیت حاد شده و یک شخی تخته مانند را ایجاد میکند.
- 2- جوف پلورا (empyema) متوقع میباشد.
- 3- در ریه (chololate colored)
- 4- در امعا.

(perforation) تثقب

Peptic perforation.1

منظره کلینیکی آن در سه مرحله شرح میشود:

مرحله اول یا مرحله peritonism: تخریش پریتوان یاد میشود علت آن لیکاژ عصاره معده به داخل جوف پریتوان (پریتونیت کیماوی) میباشد این مرحله برای شش ساعت اول دوام میکند. نزد مرد کاهل (که درسابقه خود از قرحة پپتیک حکایه میکند) دفعتاً یک درد درناحیه epigaster که وصف acute burning pain را دارد تاسیس میکند که انتشار آن به ذروه شانه طرف راست میباشد. از سبب تخریش سطح قرحة حجاب حاجز درد ممکن به صورت تدریجی پایین آمده و به برسد درین حالت گاهی درد با اپندهست حاد مغالطه R.iliac fossa میشود مریض کمی استفراغ داشته و یا ممکن نداشته باشد حین معاینه مریض، تغیرات کمی در نبض، درجه حرارت و تنفس مریض دیده میشود، شخصی عضلی مخصوصاً guard muscles بالای ناحیه تثقب به صورت ثابت یعنی درقسمت نصف بالایی راست عضلات مستقیمه جس میگردد، در اشخاص لاغر retraction ناحیه شرصفی به صورت واضح به خاطر تقلص عکسوی عضله مستقیمه دیده میشود به این مرحله باید توجه زیاد مبذول گردد.

استطباب عملیات با موجودیت دو اصل عمدہ گذاشته میشود:

شیوع آنی درد به صورت dramatic و شخصی عضلی بالای نصف علوی عضله rectus راست.

مرحله دوم یا عکس العمل Reaction: در حقیقت مرحله بی است که اغوا کننده است و رهنمایی غلط میدهد (misreaction) زیرا مایعات مخرش با مخلوط شدن با اگزودات پریتوانی رقیق میگردد، با رقیق شدن مایعات مخرش شدت اعراض کم میشود (در حالی که هنوز آتش در زیر خاکستر روشن میباشد). مریض آرام است اعراض بدون اشتباه، آرام مگر علایم موجود است که باید پالیده شود شخصی عضلی موجوده بوده دو تظاهر دیگر میتواند محو باشد. یعنی liver dullness shifting dullness, با معاینه ریکتم در ناحیه rectovesical حساسیت جس میگردد اگر وسایل مسیر نباشد کلیشه رادیوگرافی ساده مقدار هوا را در زیر حجاب حاجز در ۷۰٪ وقایع نشان میدهد.

مرحله سوم final stage : درین مرحله پریتونیت وصفی میباشد که اگر تاسیس نماید چانس بهبودی کم است. وجه مضطرب، چشمها فرورفته (hipocrate face) زیاد شدن ضربان قلب به حجم کم و فشار کم، استفراغ دوامدار، شخصی تخته مانند بطن، distension وسیع بطئی تماماً اشاره به تشخیص میباشد و تظاهرات فوق یکی بعد از دیگری بروز نموده، حالت مریض را رو به وخامت میکشاند و نزدیک شدن به مرگ را نشان میدهد.

2 تشقب قرحت محرقه :perforation of typhoid ulcer

این واقعه عموماً در هفته سوم یا چهارم محرقه بیمان می آید سوال پیدا میشود که نرف صورت گرفته یا تمزق؟ زیرا خونریزی نیز درین دوره به وجود می آید، کولپس آنی، نبض سریع ، خیطی و درجه حرارت subnormal واقعه را به خونریزی یا تمزق مشکوک میسازد اما تاریخچه درد ناگهانی ، حساسیت و rigidity رهنمایی خوبی برای تشخیص تمزق میباشد. و ممکن اصمیت کبدی محو بوده اما shifting dullness ممکن مثبت باشد.

3 Perforation of the ulcerative colitis: فقط در 4 فیصد وقایع تشقب ulcerative colitis به شکل اختلاط fulminating ulcerative colitis میباشد دردهای ناگهانی بطن ،حالت شاک و distension بطنی گمان زیاد به تشقب ulcerative colitis میرود که ملوث شدن پریتوان ذریعه مواد غایطه کولون بسیار خطرناک بوده و ایجاد عملیات عاجل را مینماید.

Perforation of diverticular disease of colon : پریتونیت عمومی یا generalized peritonite از اثر تشقب نهایتاً نادر است. بیشتر اوقات از نتیجه آبسه های موضعی میباشد. اگر پریتونیت عمومی رخ بدهد mortality rate بسیار زیاد بوده و کمتر از 50٪ نمیباشد.

انسداد حاد امعا

Acute intestinal obstruction

تظاهرات کلینیکی:

هرقدر از حمله انسداد حاد امعا وقت بیشتری بگذرد و فیات بلند میرود درین صورت تداوی هر چه عاجلتر باید به عمل آید.

3 تظاهر کلینیکی عمدۀ مرض عبارت اند از, distension, vomiting , intestinal colic

عرض اصلی و عمدۀ دیگر قبضیت میباشد که اقلًا 24 ساعت ضرور است تا این عرض مبارز گردد.

Intestinal colic. 1: هرگاه انسداد در جیجونوم یا شروع الیوم موقعیت داشته باشد، colic ها در یک انتروال 5-3 دقیقه به وجود می آید و تقریباً درد نیم دقیقه دوام میکند و این انتروال زمانی که انسداد در قسمت ایلیوم ترمینال باشد 15-8 دقیقه زیادتر میشود یعنی وقفه به 8-3 دقیقه می رسد. و درد های کرمپ مانند بطنی از ناحیه epigaster به قسمت های پایین بطن انتشار می نماید.

Vomiting .2: این عرض به قسم واضح و ثابت موجود است، تعداد استفراغات مربوط به ناحیه انسداد است (در انسداد قسمت علوی امعا استفراغات به تناسب انسداد قسمت سفلی امعا بسیار شدید میباشد). محتوی استفراغات در ابتدا محتوی معده (پارچه های مواد غذایی و

مایع) بوده بعده " محتوی اثنا عشر که عموماً صفرا و بالاخره محتوی امعای کوچک بالای ناحیه انسداد میباشد که بعد از 3-4 روز محتوی استفراغ Faeculent میشود.

که باید تشخیص شود و این یک عرض مهم و وخیم بوده و انذار خراب دارد.

Distension 3 : این عرض ابتدایی نبوده مؤخر و بارز میباشد. داکتر با تجربه میتواند در ابتدا این عرض را تشخیص دهد .

constipation 4 مطلق : در ابتدا ممکن است مریض حرکات کمی از طرف صبح در امعا خود احساس نماید اما بعد از ظهر این حرکات معده شده اعراض قبضیت بارز میشود به خاطر قبضیت مریض باید 24 ساعت دیگر هم انتظار بکشد که این کار تشخیص را به تأخیر میاندازد. هر گاه نزد مریض حمله درد تشنجدی بطنی واقع شود و هرنوع کوشش برای تخلیه مواد غایطه ناممکن باشد تشیص انسداد حاد وضع میگردد گاهی در حالات انسداد به عوض قبضیت اسهالات نمایان میشود که در امراض Mesenteric Vascular- occlusions و آبسه های حوصلی همراه با Retcher's hernia ، Adhesion و غیره دیده میشود.

Dehydration 5 : در انسداد ها مخصوصاً انسداد قسمت بالائی امعا از سبب ضیاع مقدار زیاد آب والکترولیت ها دیهایدریشن به وجود می آید در انسداد الیوم نهایی که با کمبود مقدار کم ضیاع مایعات و الکترولیت های که از طریق معده امعائی افزای و دو باره جذب میشوند) همراه

بوده نیز دیهایدریشن به وجود می‌آید که این نوع انسداد دیهایدریشن دیرتر به به ملاحظه میرسد اما distension زیاد بوده، بر خلاف در انسداد‌های ژوژونم دیهایدریشن زود تر و distension بسیار کم میباشد. در معاینه مریض anoxious و خسته به نظر میرسد در مرحله اول نبض، تعداد تنفس و درجه حرارت به حد نورمال میباشد و با تنفس نادرأ distension تثبیت میگردد. مگر کمی fullness (پری) از جانب داکتر ماهر miss شده نمیتواند. Distension در وسط بطن و صف انسداد امعای رقیقه در محیط بطن دلالت به انسداد امعای غلیظه و به صورت موضعی دلالت به انسداد کولون سگموئید و چکم مینماید. هکذا در معاینه جدار بطن ممکن حرکات peristaltism به صورت ابتدایی دیده شود و هم قابل تاکید است که تفتیش فوهات فتقیه همیشه اجرا گردیده یعنی به صورت جداگانه در ناحیه femoral و umbilical, inguinal اجرا گردد. فتق‌های umbilical به وضاحت قابل دید است، هرگاه دقت صورت نگیرد فتق‌های فخذی و مغبنی miss میگردد.

حين جس باید دقت شود که تا کتلۀ intussusception یا کتلۀ Abscess formation امعای رقیقه یا غلیظه و هم neoplasm ممکن پیدا شود موجودیت Rebound tenderness و شکی عضلی internal strangulation نماینگر میباشد.

Percussion: هرگاه امعا مملو از گاز بسیار distended باشد قرع معاینه معلومات دهنده نمیباشد.

Auscultation: اصغا یک پروسجر بسیار مهمی است که هنوز هم گاهی miss میشود. موجودیت borborygmi که با کولیک های امعا تصادف میشود و بسیار diagnostic میباشد. در واقعات انسداد امعا بطن خاموش دلالت به paralytic ilius مینماید. به صورت موضعی معده بودن آواز های امعا دلالت به peritonitis موضعی و اختناق داخلی مینماید Rectal examination عموماً برای تشخیص تا وقتی که از ballon کولون آگاهی حاصل نشود ممکن واقع نمیشود. و بسیار به ندرت آبشه های حوصله و یا کتلہ neoplasm امعای رقیقه و غلیظه با این معاینه قابل تشخیص میباشد.

رادیوگرافی ساده بطن وسیله تشخیصیه خوبی است که گازات و سطح مایع را در امعا نشان میدهد. امعای متوجه مملو از گاز در شروع مرض قابل تشخیص بوده اما سویه مایع باید از گازات جدا باشد تا خیال خوبی از آن نمایان شود. ژوژنم و ایلیوم و کولون، که دارای گاز میباشند و در X-Ray نمایان میشود زمانی که گاز به وضعیت supine دیده میشود ولی سطح مایع فقط به وضعیت راسته معلوم شده می تواند تعداد سطوح مایع به درجه و محل انسداد بستگی دارد هرگاه تعداد سطح مایع بیشتر باشد انسداد به دسام iliocecal نزدیکتر است در سطح مایع paralytic ilius سطح مایع بیشتر بر جسته میشود انسداد امعای غلیظه یک چکم پر از گاز در کلیشه x-Ray دیده میشود دو اشتباه یا اغفال را باید به خاطر باشد:

- 1 در طفل زیر دو سال چند سطح مایع غیر نارمل نیست
 2 در سطح مایع غیر ثابت در cap دودینوم و ilium terminal دیده میشود.

تشخیص:

بمنظور تشخیص انسداد حاد امعا باید داکتر معالج نکات ذیل را جویا شود:-

- a - site یا محل انسداد.
- b - nature یا طبیعت انسداد.
- c - سبب انسداد.

a - محل انسداد (The site of obstruction) : در انسداد قسمت بالائی امعا یا شروع امعا، استفراغ به صورت فوری و به قسم perfuse پیدا میشود، محتوی آن در شروع مایع معدوی و بعداً صفرا بوده و استفراغ feculent معمولاً دیده نمیشود و مریض به بسیار زودی dehydrate می شود و ادرار مریض بسیار کم میباشد و همچنان distension واضح نمیباشد اما گاهی در قسمت epigastric اتساع بطن به ملاحظه میرسد نا گفته نباید گذاشت که pyloric stenosis هم چنین منظره را در انسداد دارا میباشد. در Low small intestine حمله ناگهانی احساس درد بالاتر از ناحیه umbilical و استفراغ دیرتر به قسم nonperfuse بظهور میرسد و

محتوی استفراغ در ابتدا مواد معدوى بعداً صفراوى و در اخير distension است faeculent نيز درقسمت وسط بطن قابل تشخيص بوده و حرکات استدارى به قسم ladder pattern گاهى قابل تشخيص ميباشد. در انسداد امعای غلیظ حمله درد ناگهانی نبوده بلکه تدریجی ميباشد و درد نيز دوامدار نیست. درد در ناحیه hypogastrium احساس ميشود. استفراغ بسيار ديرتر از اعراض انسدادی ممکن ظاهر شود و حتی ممکن است موجود نباشد.

در هر دو flank قابل دید است هر گاه با دقت قسمت distension R. iliac fossa جس گردد ممکن چکم بسيار distend و سخت تر در تحت انگشتان قابل جس باشد معاینه rectal به قسم Anular growth نمایان ميباشد.

: طبیعت انسداد (nature of obstruction)

انسداد امعا ممکن strangulated و يا simple به قسم dynamic و يا paralytic iliis و يا strangulated دردهای کولیکی موجود بوده ولی علایم حیاتی نورمال باقی میماند. با جس Rebound tenderness و rigidity به صورت واضح موجود نمیباشد در شکل strangulation دردهای کولیکی به دردهای continuous تبدیل ميشود. نبض سریع بوده درجه حرارت کمی بلند tachypnea موجود بوده و فشار خون از حد نورمال پایین می آید علاوتا Rigidity عضلی و Rebound tenderness نیز موجود میباشد که برای تشخيص وصفی پنداشته ميشود هرگاه برای دو

ساعت suction معده از طریق تطبیق N.G.Tube اجرا شوداما برای کم نمودن درد مفید واقع نشود تشخیص internal strangulation وصفی میباشد. گرچه external strangulation تشیخص آن آسان است زیرا با موجودیت یک کتله غیر قابل ارجاع و بدون تحرکیت حین سرفه قابل تشخیص میباشد internal strangulation تا هنوز تشخیص آن آسان نبوده و باید معاینات بیشتری انجام شود.

Paralytic ileus: عمدتاً بعد از عملیات های بطنی و یا به قسم اختلاط در حالات Diffuse peritonitis به مشاهده میرسد. Dynamic intestinal obstruction ذریعه نکات ذیل از شکل باشد

- 1- تاریخچه عملیات بطنی یا منظره از peritonitis
- 2- به صورت تدریجی distend شدن بطن و موجودیت peristaltism
- 3- عدم موجودیت دردهای کولیکی
- 4- با اصfa یک بطن خاموش (بدون حرکات استداری)

c-اسباب انسداد:

برای تعیین اسباب انسداد اول باید عمر مریض تحت ملاحظه قرار داده شود در واقعات انسداد در جدید الولاده ها در malformation های ولادی از قبیل atresia ولادی مری، تضیق pylor قسم ولادی

hersh و يا doudidnum ولادي atresia و يا meconium ilius prung disease غيره دیده ميشود. در infancy مخصوصاً intussusception و در سن بلوغ برعلاوه meckles' diverti. intussusception چسبندگی ها از سبب appendicitis از سبب local peritonitis Tabes mesentrica ، TB peritonitis و غيره در اشخاص کاهل انسداد ذريعة بند ها و تدور های امعا قابل دید ميباشد. و هم کارسينو مای کولون نيز از واقعات معمول ميباشد. يك زن چاق 40 ساله که تاریخچه قبلی سنگهای کيسه صفرا داشته و مصاب انسداد امعا باشد امكان موجوديت Gall stone ilius باید مد نظر باشد اما فتق مختنق نمیتواند در هر سن و سال رخ بدهد.

1: تغلق حاد (acute intussusceptions):

معمولًاً مريض يك طفل بين سنين 6-12 ماهه گي ميباشد حمله مرض ناگهاني است طفل از درد بطن فرياد مينماید و پاهای خود را به طرف بالا ميکشاند حمله درد بعد از چند دقيقه گم شده و باز بعد از 25 دقيقه دو باره شروع ميشود. وجه polar يك علامه وصفی است که هميشه با حمله درد همراه ميباشد استفراغ بسيار کم اتفاق ميافتد و به طور معمول بعد از 24 ساعت به وجود می آيد وهم نظر به نوع فرق مينماید intussusception distension و موجوديت وجه polar از عاليم تشخيصيه وصفی مرض است. قبضيت مطلق نادرًا دیده

میشود. در مراحل ابتدایی مواد غائطه به صورت نورمال دفع میشود و بعداً خون و مخاط که به نام red currant Jelly مشهور است اطراف میگردد. با معاینه فزیکی بطن سخت

متوسع جس میگردد یک منظره تشخیصیه بسیار مهم عبارت از جس نمودن کتله انحنا دار در بطن میباشد که به قسم ساسیج مانند در خط کولون دارای سطح مقعر در ناحیه سره واقع است و کتله میتواند با جس انگشتان درد ناک و همزمان با فریاد زدن مریض همراه باشد. هرگاه کتله در تحت کنار راست و یا چپ اضلاع موقعیت داشته باشد ممکن با جس احساس شود. جس کتله باید دقیقاً اجرا گردد، زیرا تقلص عضلی جدار بطن مانع جس کتله میگردد. هر گاه تمام اعراض و علایم مریض را به عملیات رهنمائی نماید بهتر است تا برای تشخیص بهتر، کتله تحت شرایط انسټری عمومی جستجو و جس گردد.

با معاینه rectal blood توسط انگشت ممکن مخاط به قسم stained معلوم گردد که بوی مواد غایطه را ندارد. هر گاه تغلق از ناحیه مربوط به قدر کافی به طرف پایین بطن انتقال نموده باشد قسمت ذروه آن ممکن در ناحیه ریکتم مانند cervix uteri جس گردد و در بعضی وقایع بسیار نادر و نمونه intussusception بداخل ریکتوم نمایان میشود و این در حالاتی دیده میشود که مریض مسارقه امعایی رقیقه طویل داشته باشد و بعد از 6 ساعت علایم دیهایدرشن نمایان گردیده و بعداز 24 ساعت distension بطن شروع شده و استفراغ نیز به قسم perfuse میباشد. X-Ray نیز تأیید کننده است

اجرای رادیو گرافی ساده بطن ممکن نمایانگر از دیاد گازات در امعای رقيقة و عدم موجودیت خیال caecal-gus باشد اجرای اماله با باریوم در صورت موجودیت تغلف Typical iliocolic نشان دهنده ilioilial pincer مانند اختتام اماله با باریوم میباشد. البته در شکل iliocecal valve فعال باشد.

2: تدور کولون سگموئید (Volvulus of sigmoid colon)

این مرض معمولاً در سنین متوسط و یا مردان مسن دیده میشود. حمله در دنای گهانی و در قسمت چپ بطن مریض احساس میگردد. انتفاخ بطن به تعقیب درد به زودی تاسیس و شدت کسب مینماید، قبضیت معمولاً به طور مطلق موجود بوده و اما گاهی مواد غایطه که هنوز تدور تام نشده تخلیه میگردد. در اجرای رادیو گرافی ساده بطن، کولون پر گاز با یک خیال منتفخ نشان میدهد.

3: تدور سیکم (Volvulus of the cecum)

تدور کولون سگموئید معمولاً در سنین متوسط به اشخاص مسن به ملاحظه میرسد اما این حالت یعنی تدور چکم بیشتر در سنین 30-20 سالگی معمول است. و هم این تدور تنها وقتی به وجود می آید که نصف طرف راست کولون سست و متحرک باشد. و در ابتداء

Distension Lowerabdomin R. تنها در ناحیه به صورت تدریجی به قسمتهای دیگر بطن (تمام بطن) نیز انتقال نموده و با اجرای رادیو گرافی منظره‌یی که شباهت زیاد با انسداد امعا رقيقة

قسمت پایین بطن دارد نشان میدهد رادیوگرافی ساده و مستقیم، چکم را مملو از گاز و بعداً ایلیوم را مملو از گاز نشان خواهد داد.

:Mecunium ileus⁴

در 5-10% واقعات نوزادان که همراه با مرض fibro cyst inspissated پانقرانس باشند انسداد امعای رقيقة از سبب meconium بطئی به واسطه افراز ناکافی انزایم های پانقرانس و مخاط امعا میباشد و گاهی تاریخچه فامیلی نیز تذکر داده شده است. در نوزادی که با انسداد امعا تولد میشود با اجرای رادیوگرافی در گلیشه لوپهای امعا متوجه به نظر میرسد و هم در فلم upright عدم موجودیت سویه مایع و Scarcity (تنگی) قابل دید است. منظرة از سبب پایین آمدن هوا در داخل meconium ایجاد شده بنام ground glass و یا Soap bubble مینامند.

: (Gall stone ileus)

معمولانه خانمهای چاق در سنین 40-50 سالگی مصاب این مریضی میباشند هم تاریخچه قبلی سنگهای صفراوی را نیز دارند و ناحیه iliocecal valve impact در حدود 2 فوت به نزدیک میباشد هکذا این قسمت باریکترین قسمت امعای رقيقة میباشد اعراض معمولانه illusive میباشد.

Mild colic راجع همراه با استفراغ از علایم معمول بوده که موجود است. در اکثر واقعات انسداد ناتام بوده و ممکن با تطبیق اماله دفع شود

توسع غیر طبیعی از جمله علایم بعدی میباشد و اجرای رادیو گرفتی straight نمایانگر سن بوده که تشخیص را تأیید نماید و اگر حتی سنگ هم به ملاحظه نرسید لوپهای متوجه از موجودیت گاز نباید شود. Miss

(volvulus neonatorum) Volvulus of the midgut :6
امعا مسئول این تدور میباشد. سیکوم شناور همراه با قسمت عمده از امعای رقیقه دریک ساقه باریک میزانتر دوران میکند.

نzd طفل علایم انسداد امعا فوراً بعد از تولد به وجود می آید اشکال کلاسیک و یافته های رادیولوژیکی مشابه به انسداد امعا کوچک است. دیهایدریشن به زودی به وجود می آید و تداوی باید به زودی که امکان دارد آغاز شود.

(Mesenteric vascular obstruction) 7: انسداد وعائی مساريقی
این واقعات نزد اشخاصی که مصاب آفات دسامات قلبی و اتروسلکروزی میباشند رخ میدهد، شاک مشخص (Pronounced) دردهای کولولیکی که نسبتاً شدید است و توسع بطنی که اپنديست حرا را تقلید میکند میباشد. استفراغ از جمله اعراض معمولی مرض است. هماتمز و میلانا در بیشتر از 1/3 حصه واقعات به وقوع میپیوندد. با معاينه فزیکی rigidity و tenderness موضعی در بالای ناحیه احتشایی

میتوان مشاهده نمود اعراض و علایم نشانده‌نده طرح mesenteric artrial occlusion میباشد. و Mesenteric venous occlusion کلینکی دارد. علاوتاً انسداد داخل بطنی و portal hypertension فکتورهای مساعد کننده این حالت است.

Intenstinal obstruction due to worms : 8

اکثر قربانیهای این حالت را اطفال زیر 10 سال در ممالک گرمسیر تشکیل میدهد.

تجمع کرم‌های Ascaris Lumbricoidis سبب انسداد لومن distal امعای کوچک میشود با معاينه طفل مصاب سؤ تغذی و کاهش رشد به نظر میرسد و طفل در اخذ تاریخچه آن استفراغ کرمها R. fossa iliac و یا خوردن دوای ضد کرم موجود است. یک کتله در جس میگردد که با فشار دادن فرو رفته میشود.

در صورت مشکوک بودن مواد غایطه مریض معاينه میشود و معاينه خون مریض به خاطر esonophelia انجام میگردد در X-Ray کرم در یک لوب امعای پر از گاز دیده میشود اختلاط آن straight فقط زمانی که کرم جدار امعا را سوراخ نماید perforation peritonitis عاید حال مریض میگردد.

Bolus obstruction :9

این حالت زمانی اتفاق می افتد که غذا به اندازه کافی جویده نشده باشد لومن قسمت distal امعای کوچک را مسدود نماید (باریکترین قسمت امعا تقریباً 2 فت نزدیک دسام iliocecul میباشد) این حالت فقط بعد از partial gastrectomy که غذا در معده باقی میماند تا که یک قسمت آن هضم شود، میوه های خشک، نارگیل (coconut) و orange pulp که درست جویده نشده باشد این ها همه تشكل یک رامی نماید که معمولاً سبب انسداد امعا میگردند.

Hemorrhage and Torsion

(خونریزی و تدور)

-: (Ruptured ectopic gestation) 1: تمزق حمل خارج رحمی

حمله درد ناگهانی در ناحیه hypogastrium و شاک بسیار شدید و هولناک نزد خانمی که به سن حاملگی قرار داشته باشد و این خانم تاریخچه یک یا دو دوره تحیض را miss نموده باشد، کاندید تکلیف فوق الذکر میباشد، درد ناگهانی و شدید بوده و عمدتاً در ناحیه فوق الذکر میباشد، درد ناگهانی و شدید بوده و عمدتاً در ناحیه

hypogastrium احساس و انتشار درد به قسمت های کمر و

قسمت پایین تر و به صورت تدریجی درد در تمام بطن انتشار میگردد

و حتی تا به زاویه شانه از سبب تخریش سطح تحتانی حجاب حاجز

ذریعه مایع sanguineous (خونی) انتشار مینماید (البته وقتی که

خونریزی موجود باشد و اطراف سفلی مریض و پایه های چپرکت به

منظور مبارزه علیه شاک بالا قرار داده شود) تا به معاینه فزیکی

distension meteorism خفیف در بطن از سبب ممکن موجود

باشد و هم علامه تشخیصیه خونی موجودیت Blue

Discolouration در اطراف ناف میباشد اگر چه این علامه بسیار نادر

است با قرع tenderness عمیق در ناحیه hypogastrium قابل

Redound rigidity نشاندهنده حالت التهابی نبوده و

Shifting tendemess نیز در صفحه ابتدائی مرض مثبت است.

cavity وقتی مثبت میباشد که خون به قدر کافی بداخل cavity dullness پریتوان موجود باشد.

معاینه فزیکی مهبل نیز قرار ذیل به تشخیص کمک میکند. :

1- از حالت نورمال نرمتر احساس میشود.

2- تمام fornix حساس است (اما در حالت ایندسبت حاد تنها راست و درآبسته داخل حوصله fornix خلفی tender خواهد بود).

3- با حرکت دادن بسیار محتاطانه cervix مریض درد شدیدی احساس مینماید که اینها تماماً موارد تشخیصیه مرض میباشد. و بعداً بیقراری مریض ، رنگ پریدگی، air-hunger، بعض running شکی برای تشخیص مرض نمیگزارد.

2: تمزق Lutein (follicular)cyst :

هر گاه خانمی از درد سفلی بطن در قسمت متوسطه دوره تحیض خود شکایت داشته باشد به تمزق کیست Lutein فکر میشود هر گاه تمزق به طرف راست بطن رخ دهد منظراً اپندهست حاد را وانمود مینماید لذا تاریخچه دوره تحیض قبلی بسیار مهم است که باید از مرض همیشه پرسیده شود درد از R' iliac fossa شروع میشود یعنی مانند اپندهست حاد درد از ناحیه سروی یا epigaster شروع و بعداً به Right iliac fossa شفت میشود شروع درد مذکور از ناحیه تمزق کیست lutein را وانمود مینماید. پرسیدن

تاریخچه قبلی تشخیص بسیار مهم بوده زیرا تمزق ectopic gestation را رد میسازد در واقعات استثنایی خونریزیهای داخل پریتوانی تست shifting dullness رامثبت میسازد.

3: کیست تدور شده تخمدان (Twisted ovarian cyst)

خانمیکه با درد شدید کولیکی بطن که به وقفه ها و به استفراغ نیز همراه باشد میتوان به مرض فوق فکر نمود. وهر گاه کتلہ هم به وصف سطح نسبتاً سخت tender و کیستیک با کناره های نرم و معین در قسمت سفلی بطن متحرک جس میگردد این کتلہ عبارت از کیست تدور شده تخمدان میباشد. هرگاه کتلہ کوچک و کاملاً به داخل حوصله موقعیت داشته باشد به طریق جس بطئی ممکن تعیین نشود بهتر است تا با معاینه مهبلی اجرا شود که به تشخیص بیشتر کمک مینماید و هم تاریخچه یی که گویا قبل از کتلہ موجود بوده تشخیص را قطعی میسازد.

4: Rupture یا leaking انسیورزم ابهر:

زمانی که یک مریض معمولاً با سنین متوسط یا یک مرد کاهل با یک درد شدید بطن یا قسمت سفلی صدر و در حالت شاک میباشد به چندین حالت احتمال تشخیص میرود که اینها عبارتند از : تثقب قرحة پیتیک، coronary thrombosis پانکراتیک حاد و رپیچر یا leaking انسیورزم ابهر. این مریض با این حالت معمولاً hypertensive بوده ولی زمانی که لیکاژ شروع میشود فشارخون به صورت خطرناک پایین می آید معمولاً مریض از درد شدید قسمت علوی یا مرکزی بطن شکایت نموده که این درد به back انتشار

دارد). anemic of acute appendicitis) است اگر لیکاژ زیاد نبوده یا ریچر ننموده باشد . انیورزم قابل جس است، اگر لیکاژ شروع شده باشد rigidity بیشتر در مرکز بطن و یک کمی هم در قسمت چپ به وجود می آید یک کتله (علقه خون) ممکن است در Pericolic R. iliac fossa کولون سگموئید دارد. نبض شریانی در اطراف سفلی یا diverticula وجودندارد یا که بسیار ضعیف است.

: Aortic dissecting aneurysm 5

اکثراً از قوس ابهر شروع میشود Dissection با hypertension درجه بالا معمولاً سبب این مرضی را تشکیل میدهد، درد سختی در ناحیه خلف عظم قص شروع شده که به پشت بین دو شانه انتشار نموده و به قسمت علوی بطن توسعه میباید و dissection رو به پایین به پیش می رود بعده علایم شاک ظاهر میشود ولی فشار مريض به سطح نارمل میباشد. از معاينه بطن کدام علامه یا عرض وصفی به دست نمی آيد. زمانی که dissection پیشرفت مینماید نبض در اطراف سفلی و علوی مريض نا مساوی است. بالاخره ممکن است در یکی از اطراف نبض مريض معذوم گردد.

COLIC

اشکال یا منظره عمومی کولیک ها عبارت اند از :

- 1- تظاهر درد شدید که برای یک مدتی دوام نموده و مریض در بستر ناراحت و بی تاب بوده این درد وصف griping داشته، شروع ناگهانی بر علاوه ختم هم ناگهانی است.
- 2- استفراغ، دلبدی ، آروغ و غیره .
- 3- درجات مختلف کولپس .
- 4- عدم موجودیت مقاومت عضلی (تقلص اختیاری جدار بطن همراه مقاومت عضلی میتواند مغالطه شود)
- 5- مریض نا آرام بوده و از یک پهلو به پهلوی دیگر وضعیت خود را تغیر میدهد (دربستر چارگوک مینماید). فشار و تطبیقات گرم تا اندازه درد را آرامش میبخشد.

1. کولیک صفراوی (Biliary colic) :

هرگاه درد شدید کولیکی بالای hypochondrium راست که به شانه راست و به زاویه سفلی کتف راست انتشار داشته باشد عبارت از درد قلنچی صفراوی میباشد.

Tenderness بالای ناحیه کيسه صفرا و زردی نیز که ممکن موجود باشد یا نباشد این مربوط به موجودیت سنگ (بندش) در common duct و یا cystic duct میباشد.

2. کولیک کلیوی (renal colic) یا uretric :

طور مشخص مریض از احساس درد شدید و ناگهانی شاکی میباشد که شروع آن از ناحیه کلیوی بوده و انتشار آن به طرف پایین خصیه ناحیه genito femoral groin و یا به انسی ران (نظربه شعبات عصب L1 و L2) میباشد. خصیه طرف مؤف از پایین به طرف بالا کش میشود و هم حساسیت بالای زاویه کلیه جس میگردد معمولاً استفراغ و عرق وافر نیز دارد. تاریخچه قبلی مانند درد کولیکی، افتیدن سنگ با ادرار مریض و آشکار شدن سنگ ذریعه معاينة skigraphy نیز تشخیص را تأیید مینماید . هر گاه سنگ در قسمت سفلی حالب جابه جا باشد تسلسل تبول و strangury ممکن موجود بوده و هم هماچوری نیز ممکن به آن همراه باشد.

3. کولیک معائی (intestinal colic)

این تکلیف از سبب catarrhal enteritis به وسیله خوردن غذاهای نامناسب به وجود آمده که بایداز انسداد حاد امعا تمیز داده شود تاریخچه غذای نامناسب، وقوع آن نزد دیگر اعضای فامیل که از عین غذای نادرست استفاده نموده اند، موجودیت اسهال کمک زیاد به تفرق این کولیک ها از انسداد های عضوی امعا نموده میتواند. همچنان کولیک سرب که مربوط وظیفه مریض است، (رنگمالها) با موجودیت خط آبی در بیره مریض و قبضیت شدید قابل تشخیص است.

4. کولیک اپنديکولار Appendicular colic اپندهست انسدادی درد کولیکی در fossa iliaca راست، استفراغ و بلند رفتن درجه حرارت به این نام یاد میشود. این شکل اپندهست نظر به شکل آن باید بسیار جدی شمرده شود که نیاز به مداخله عاجل جراحی دارد زیرا که امکان گانگرن، تمزق و generalized peritonitis زیاد است.

اسباب خارج بطنی:

ریچر عضله rectus abdomen و پاره شدن شریان inferior : epigastric

این حالت در اثنای سرفه یا در حاملگی یا در اثنای anticoagulant therapy رخ میدهد که کتله بینهایت حساس در زیر arcuate line ریچر و بالای استخوانهای pubic وجود دارد جای که rectus مینماید و کتله حساس معمولاً با اپندهست مغالطه میشود زمانی که در راست وجود داشته باشد اما این کتله بیشتر در قسمت متوسط است. کبودی جلد پوششی تشخیص پارگی شریان epigastric سفلی را قطعی میسازد اگر از مریض خواهش شود که هر دو پای خود را بلند نماید در حالی که زانوهای آن راست میباشد کتله برجسته تر گردیده و درد شدت پیدا مینماید.

فتق strangulated spigelion را مشکل است که از این حالت تفریق نمود اما نبود یا عدم موجودیت استفراغ به نفع این حالت میباشد.

معاینه حالت مزمن بطن

Examination of chronic Abdominal Condition

الف: تاریخچه: گرفتن تاریخچه دقیق در تشخیص حالات مزمن بطن بخصوص جروحات مزمن بطنی بسیار ضروری بوده چون علایم فزیکی ممکن بسیار ناچیز باشند.

Age & Sex.1 **وقوعات peptic ulcer قبل از سنین 15** سالگی کم بوده و شیوع زخم اثناعشر یا Duodenal ulcer نیز Gastric ulcer از آنجایی که قبل از سن 35 سالگی بسیار زیاد میباشد، از duodenal ulcer مکرراً بعد از 35 سالگی رخ میدهد، نسبت (gastric ulcer) بر ulcer از یک ناحیه به ناحیه دیگر و مطابق به سن مریض متفاوت است. در کشور غربی این نسبت تقریباً (4:1) است (زیر 35 سال) اما این نسبت در هند (30:1) میباشد. سرطان معده مریضی است که در سنین بالا دیده میشود اکثریت مریضانی که از Hiatus hernia رنج میبرند بالاتر از 40 سال سن دارند. Hiatus hernia ممکن در اطفال نیز رخ دهد وقتی که تشخیص مشکل شود. امراض کیسه صفرا عمدها خانمهای را در دهه چهارم یا پنجم متاثر میسازد.

تنگی ولادی pylor آشکاراً یک مرض اطفال تازه متولد که اعراض شان از ماه دوم زندگی شروع میشود میباشد.

Chronic pancreatitis عمدتاً افراد را در سن 40, 50 و 60 سالگی مصتاب میسازد. Peptic ulcer عمدتاً یک مرضی است، که بیشتر در نزد جنس مذکر دیده میشود. کارسینو مای معده نیز در میان مردها عامتر است، اما امراض کیسه صفرا Chronic Visceroptosis بیشتر در نزد زنها دیده میشود appendicitis بیشتر در نزد دختران جوان دیده میشود. chronic pancreatitis کدام تمایل خاص به سوی جنس مشخص ندارد. تنگی ولادی pylor عمدتاً در اطفال مذکور که اول متولد میشوند متمایل میباشد زنان در مقایسه با مردان بیشتر توسط hiatus hernia متاثر میشوند.

Occupation.2: با وجود اینکه تعدادی از شغل ها به حیث علت peptic ulcer قلمداد شده اند ولی هنوز مدارک اساسی موجود نیست و این شغل ها عبارتند از: منشیها، فروشنده های مغازه، مستخدمین دولتی وغیره آن کسانی که به نوشیدن چای و قهوه و افراط در کشیدن سیگار عادت داشته باشند این آمار از هندکرفته شده اما در کشورهای غربی تطبیق آن ممکن نیست.

Residence.3: امراض کیسه صفرا در مناطق شرق هند عامتر است، از آنجایی که peptic ulcer در قسمتهایی از شمال و جنوب هند به خاطر عادت گرفتن غذاهای ادویه زده (تند) بیشتر معمول میباشد.

ب:شکایات یا Complaints

Pain-1: درد عرض اصلی اکثریت وضعیت های بطنی مزمن میباشد استفسار یا پرس و جو باید نکات ذیل را تشکیل دهد:

Duration-a: از مریض پرسان کنید، چی مدت است که از درد رنج میرد؟ چه وقت جریان درد طولانی است؟ اگر کدام حملات دوره یی موجود باشد، یادداشت کنید. چی تعداد حملات و هر حمله چی مدت زمان را در بر میگیرد وهم اگر مطلق درین فاصله ها از اعراض رها باشد.

درد در peptic ulcer در یک دوره معین که طی چند هفته ختم میشود موجود است و توسط فواصل (2-6) ماه رهایی از درد تعقیب میگردد، حملات بیشتر در بهار و خزان مشهود است.

در Appendicular dyspepsia و مرض کیسه صفرا حملات در یک دوره معین مشاهده نشده است در عوض یک درد ملایم حتی در دوره بهبودی ادامه می‌باید.

Site-b: در مورد درد در ناحیه gastric ulcer یا کمی در چپ آن شکایت دارند. در مورد درد epigastrium مریض از درد در ناحیه تقریباً 1 inch duodenal ulcer راست خط وسط یا duodenal point شاکی می‌باشد.

درد کیسه صفرا خارج از سر حد عضله Right rectus فقط پایین حاشیه ضلعی احساس می‌شود. در مورد Chronic appendicitis درد در MC-Burney point می‌شود.

Radiation – c: وقتی درد از right hypochondrium به طرف شانه راست یا زاویه سفلی right scapula منتشر می‌شود نشان دهنده مرض کیسه صفرا است که از epigastrium به طرف پشت نفوذ می‌کند.

Peptic ulcer به داخل pancreas چپ ناف به طرف left iliac fossa یا به پشت نفوذ می‌کند.

Gastro jejunal anastomosis ulcer از ناف به طرف right iliac fossa نفوذ میکند.

Relationship with food –d غذا در gastric ulcer سبب به وجود آمدن درد (food-pain relief) میشود از آنجایی food-ulcer غذا درد را تخفیف میدهد (food-relief- pain) وقت ظهور درد در peptic ulcer مربوط به ناحیه ulcer میباشد.

درد در duodenal ulcer, pyloric ulcer, high gastric به 2 h بعد از غذا به وجود می آید. ترتیب 1 hour, 2 hou

زمان ظهور درد بیشتر یا کمتر منحصر به مورد تشخیص است بنا پرسش باید طوری باشد که مریض درد را وقتی احساس کرده است که معده اش خالی بوده مثلاً چند ساعت قبل از صبح یا بعد از ظهر (3-4 ساعت بعد از گرفتن غذای چاشت) این تشخیص زخم اتناعشر میباشد. اگر درد فوراً ”بعد از گرفتن غذا (در حدود 1 ساعت بعد از خوردن غذا) شروع شود مریض شاید از 2 gastric ulcer برد.

اگر درد بیشتر یا کمتر بین غذا باشد و بعد از گرفتن غذا زیادتر شود باید مشکوک به complicated gastric carcinoma یا pyloric ulcer مثلاً نفوذ به داخل پانکراس یا انسداد gastric ulcer بوده یعنی اگر یک مریض gastric ulcer درد متناوب یا دوره‌ی خود را از دست بدهد باید به علاوه شدن carcinoma یا نفوذ به داخل pancreas مشکوک شد.

در هیچ Cholecystitis و Appendicular dyspepsia گونه ارتباطی به گرفتن غذا ندارد مگر گاهی اوقات بعضی مریضان شاید از درد بعد از خوردن غذای چرب شاکی cholecystitis باشند.

mild یا gripping, sever آیا درد به وصف character- است یک درد به وصف colic اکثرًا gripping در یک صفوای که همراه با cholecystitis بوده تجربه شده است.

و یک درد به وصف severe در peptic ulcer احساس میشود. و در appendicitis درد ممکن به وصف appendicular colic وحتی gripping severe همراه با چند ماه فاصله بین حملات باشد.

در اکثریت واقعات chronic appendicitis درد به وصف **mild** احساس میشود که به وسیله تکان یا ضربت و یا دویدن تشدید می یابد.

How relieved –f: چطور تخفیف می یابد؟ طوری که قبل از ذکر داده شده در زخم اثنا عشر غذا درد را تخفیف میدهد استفراغ همیشه درد peptic ulcer (hunger pain) میدهد. و درد peptic ulcer به وسیله مواد قلیایی نیز تخفیف می یابد.

Flatulent dyspepsia-2 (سو هضم انتفاخی) : این اغلب در امراض کیسه صfra دیده میشود. علایم مرض شامل یک احساس سیری بعد از غذا، آروغ (belching) و سوخت دل (heart burn) میباشد. بعضی اوقات مریضان همراهی esophageal hiatus hernia والتهاب مزمن پانکراس ممکن شکایت داشته باشند. این ممکن از Flatulent dyspepsia heartburn مشخص کننده hyperacidity میباشد.

تهوع و استفراغ (Nausea & Vomiting- 3)

علامت اولیه از اپاندیسیت مزمن، التهاب پانکراس و حتی کارسینومای معده میباشد. تهوع همچنان یک شکایت اولیه از serum hepatitis & virus می باشد.

اگر سابقه استفراغ موجود باشد، باید به خاطر داشت که:

استفراغ خصوصیت و مقدار: Character and amount-a

قهوه یی رنگ در شرایطی که در معده خونریزی تدریجی مثلاً در سرطان معده زخم معده و غیره موجود باشد دیده میشود.

استفراغ صفرایی (Bilious vomiting) اغلب یک مشخصه از التهاب کیسه صفرا و انسداد امعاء میباشد. بیش از حد اسیدی بودن اسفراغ مشخصه از زخم اثناعشر بوده که استفراغ با مقدار زیاد و فورانی (projectile copious vomiting) اغلب در تضیق باب المعدی پیچیده کننده زخم اثناعشر و التهاب پانکراس نیز دیده میشود. در تضیق باب المعدی استفراغ اغلب دارای ذرات غذای هضم نشده که حتی یک روز قبل از آن خورده شده باشد (pyloric stenosis). (تضیق باب المعدی میباشد.

Frequency-b: استفراغ در انسداد پایلور و التهاب معده ثابت

بوده را در زخم معده، اختلال سیستم هضمی ناشی از اپنديس، امراض کيسه صفرا و التهاب پانکراس مکرراً رخ میدهد. اين معمولاً در زخم اثنا عشر بدون انسداد موجود نميباشد.

Relation to food-c: استفراغ معمولاً در زخم معده به زودی

بعد از صرف غذا (در ظرف دو ساعت) دیده ميشود. در تضيق باب المعدى استفراغ ممکن در هر وقت اما معمولاً چندین ساعت بعد از غذا (اغلبًا در عصر) رخ دهد. استفراغ ناشی از امراض کيسه صفرا و التهاب پانکراس (در حالات که خيلي مشخص است) هیچ ارتباطی به غذا ندارد.

Relief of pain-d: تسکین درد : استفراغ بعضی اوقات به درد

آرامش و تسکین میبخشد و اين حالت اغلب در زخم معده ايجاد ميشود. يکبار اگر مريض ازین واقعيت آگاهی يافت او اغلب به آن در وقت افزايش درد متulosl ميشود اما استفراغ موجب تسکين جزئی در التهاب پانکراس، التهاب کيسه صفرا، سرطان معده و اپنديس ميشود.

به hematemisi :Haematemesis & melana-4

معنی استفراغ خونی میباشد و باید از **Haemoptysis** که به معنی سرفه همراه با خون میباشد فرق شود. خونریزی زخم پپتیک یک اختلاط مشابه به زخم واقع در خلف میباشد. در حالی که **perforation** خیلی معمول است به زخمی که از سبب اصطجاج ظهری ایجاد میشود. اگر چه معمولترین سبب **Hematimisis** زخم پپتیک مزمن میباشد. در عین حال زخم، **esophageal varices** ، **multiple erosions**، **purpura** ,**Mallory Weiss** کارسینوم معده وغیره اسباب دیگری از **syndrome**, **Hemophilia** **Haematemesis** میباشد.

دریک زخم معده مقدار استفراغ خون متغیر است، ممکن کم و یا زیاد باشد که بستگی به اندازه رگ خون درگیر دارد. در خونریزی زیاد رنگ استفراغ سرخ روشن است . در حالی که در خون ریزی **Coffee andk** و کم، خون تایک اندازه هضم میشود و مانند **ground Melina** به نظر میرسد. **peptic ulcer** مانند توسط **peranum, anum** است. این معمولاً در **ulcer** اتفاق می افتد. اما ممکن در تمام حالاتی که

haematemesis را تحریک کند هم دیده میشود یک سابقه از حمله یی ضعیف فقط پیش از میلانا ممکن به وجود آید.

Jaundice-5 یرقان: در محل جراحی سه گروپ از حالات ممکن با یرقان همراه باشد:

a: یرقان از سبب Neoplasia

b: یرقان از سبب سنگ مجرای صفراوی

c: یرقان با اسباب دیگر

Neoplastic Jaundice-a: ممکن از سبب سرطان راس پانکراس، کارسینومای ampulla of vater – سرطان مجرای صفراوی و کیسه صفرا، Ca-liver و بیشتر از 4٪ حالات ممکن است از سبب امراض Neoplastic اولیه در جای دیگر همراه porta metastatic در بر گیرنده عقدات لنفاوی در hepatitis باشد.

Calculus Jaundice-b: در نتیجه موجودیت یک سنگ یا سنگهای در سیستم مجرای صفراوی به وجود می آید. التهاب

مجرى صفراوى از اثر سنگ قبلی سبب ایجاد زردی و بلند رفتن درجه حرارت میشود.

pancreatic :Among other causes of Jaundice-c
pseudo cyst, pancreatitis, serum hepatitis, virus
hepatitis, cirrhosis of liver
مهم هستند.

برای معلوم کردن discoloration رنگ زرد صلبیه ، جلد، بستر ناخن، زیر زبان، کام نرم و غیره باید به روشنی روز معاينه شود. زردی را باید مسؤولانه با چشم اندازی کردن به نور مصنوعی مشاهده کرد. اغلبًا خارش با زردی همراه میباشد بناءً موجودیت علایم خراسیدگی بر روی سینه یا شکم گاهی اوقات یکی از علایم تشخیص میباشد حتی اگر رنگ رفتگی رنگ زرد برجسته نباشد.

خارش ناشی از ذخیره نمکهای صفراوى در خون میباشد.

سوال و جواب باید مواردی را تشکیل دهد از قبیل شروع Onset،
مدت Duration و پیشرفت Progressiveness (یعنی اگر زردی به صورت تدریجی، Deepening و یا متناوب). آیا زردی با درد همراه است؟ دردناک بودن، زردی متناوب بسیار مشخصه سنگ در مجرى صفراوى مشترک میباشد. از آنجایی که

یک painless jaundice و progressively deepening خصوصیت از کارسینومای راس پانکراس میباشد. در کارسینومای ناحیه Ampulla of vater زردی ممکن است به صورت متناوب ناشی از Sloughing کتله تومور باشد.

Bowel habit-6 یا حالت امعا: موجودیت خون و یا مخاط در مواد غایطه دلالت به مرض colonic مینماید. قبضیت معمولاً در زخم انسداد معده امراض کیسه صفرا اپنده است مزمن و غیره موجود میباشد. در مورد کارسینومای کولون bowel habit نارمل تغیر خورده مانند ازدیاد قبضیت، اسهال متناوب و قبضیت مربوط به ناحیه زخم میباشد. از مریضان باید درباره رنگ و مقدار مواد غایطه پرسیده شود که اگر سیاه قیری (melaena) که دلالت به خونریزی طرق معده علوي یا تجمع مقدار زیاد آهن و بسموت در داخل معده) یا نسبتاً سفید یا رنگ خاک رس (دلالت به انسداد صفراوی داخل و یا خارج کبدی) یا وسیع و شحمی و مهاجم (دلالت به پانکراتیت مزمن) میکنند.

Appetite-7 یا اشتها: کاهش اشتها یکی از خصوصیات زود هنگام کارسینومای است که هر قسمت از طرق معده معاوی را متاثر ساخته باشد، این حالت بیشتر در کارسینومای معده

تبارزداشته و باید همیشه به یاد داشته باشید که اشتیها هرگز در از نمیرود فقط در **gastric ulcer** مريض برای گرفتن غذای بیشتر به خاطر عود سریع درد در مقایسه به **Appendicitis** اغلباً کدام چیز دیگر بیمیلی نشان میدهد. در مريض غذا را رد میکند به خاطری که مريض دلبدی و استفراغ را از سر میگیرد.

متنفر بودن از غذاهای شحمی مشخصه امراض کیسه صfra است. سو هضم کیفی یا (**qualitative dyspepsia**)

Fever-8 یا تب: بلند رفتن درجه حرارت در هنگام شام مشخصه **Tabes mesenterica** بوده وهم توبرکلوز به هر قسمت از بدن میباشد. اپنديست و **ulcerative colitis** حاد همیشه با تغیر درجه حرارت همراه است.

تب متناوب (**Charcot,s**) که همراه با سختی و زردی رخ دهد دلالت به سنگ در مجرای صفراوی مشترک مینماید.

Loss of weight-9 یا کاهش وزن: در کارسینوما مخصوصاً طرق معده معايی کاهش وزن به صورت مشخص و پیشرونده وجود دارد در انسداد **pyloric** و موارد همراه با زردی از کاهش

وزن ذکر به عمل آمده است در موارد **gastric ulcer** کاهش وزن اندک وجود داشته اما برخلاف در موارد زخم اثنا عشر مریضان وزن از دست نداده بلکه مقداری وزن نیز میگیرند.

ج:تاریخچه گذشته یا Past history باشد باید به دقت یادداشت شود.

اگر مریض به **typhoid fever** (در امراض **gallbladder**) توبرکلوز، سیفلیس، محراقات **septic** در لوزه ها، گلو یا بینی، زردی و غیره روبرو شده باشد این یک رهنما برای تشخیص فعلی میباشد. از تاریخچه دوا نیز پرس و جو شود آیا مریض از کدام دوا استفاده میکرده یا خیر؟

این فقط یک رهنما برای تشخیص وضعیت فعلی مثل (خوردن در **aspirin** یا **peptic ulcer**) نیست بلکه رهنما برای **Anesthesia** مریض نیز میباشد.

آیا مریض عملیات شده یا خیر؟ اگر چنین باشد باید جزئیات عملیات یادداشت شود.

د: تاریخچه شخصی یا Personal history: رژیم غذایی مریض باید یادداشت شود. اکثریت مریضان مصاب peptic ulcer رژیم غذایی نا منظم را رعایت می‌کنند در حالی که مریضان مصاب اپنديست یا امراض کیسه صفراء ممکن رژیم غذایی منظم داشته باشند.

از نوع رژیم غذایی باید پرس و جو شود. اکثریت مریضان که مصاب به زخم اثنا عشر اند عادت به گرفتن غذاهای تندر دارند. گوشت حد اکثر مریضان appendicitis را تشکیل داده، چنانچه این یک مریضی شهر نشینی می‌باشد. سگرت بیش از حد وااضطراب در پتوجنیز peptic ulcer نقش دارد. مصرف الکهول بیش از حد این حالت را خرابتر می‌سازد.

سیروز کبد و فرط فشار باب اغلب همراه با نوشیدن بیش از حد الکهول می‌باشد.

ه: تاریخچه فامیلی یا Family history: بعضی امراض در بین فامیلهای پخش می‌باشد مانند ulcerative colitis, crohn's) diverticulitis, carcinoma:diseases, peptic ulcer

که قسمت های مختلف طرق معده ای معاوی را مصاب میسازد.) و
غیره...

معاینات فزیکی physical Examination

1. سروی عمومی General survey

ظاهر عمومی مریض باید یادداشت گردد- ساختار، لاغری، موجودیت کمخونی، یرقان و غیره.. دندان ها، گلو و لوزه ها را معاینه نمایید. علایم چرک دندان نیز جستجو شود.

نبض، تنفس و حرارت را یادداشت کنید.

2.معاینه بطن

اول:تفتیش یا Inspection

مریض باید هموار به شکل اضطجاع ظهری بخوابد و پاهای خود را دراز نماید تمام بطن از نوک پستان در علوی تا زیر باز شدن ورید باید کاملاً برهنه گردد.بسیار مهم نیست که وقتی بیشتری بر تفتیش مریض ضایع ساخت. معاینه باید در روشنی مکمل(ترجیحاً روشنی روز) صورت بگیرد. ابتدا از پهلو،بعداً مماس و بالاخره از هر انتهای بستر باید دیدن صورت گیرد.

Skin and subcutaneous tissue -1: جلد و نسج تحت الجلد:

ابتدا محتاطانه هر گونه تورم قابل دید را بینید. بعداً در جستجو باشد اگر اورده سطحی فرورفته اند درین حالت موقعیت آن را یادداشت کنید که اگر در اطراف ناف (درانسداد ورید باب) موقعیت دارد و یا در دو طرف بطن (در انسداد IVC) (inferior vena cava).

جهت جریان خون را بینید که یا از ناف دور واقع شده (در انسداد ورید باب) یا از سفلی به علوی است (در انسداد IVC). برای تعیین

جهت جریان خون دو انگشت شهادت پهلوی هم بالای ورید قرا دهید، از یک قسمت ورید توسط یک انگشت مقدار خون وریدی را بکشید، بعد آنگشت را رها نمایید به سرعتی که ورید بعد از دور کردن یک انگشت دوباره پر میشود باید در نظر گرفته شود این پروسه مکیدن خون از ورید را تکرار نمایید و بعداً انگشت دگر را نیز بردارید ورید فوراً بعد از برداشتن انگشت که جریان را در ورید بند نموده بود پر میگردد.

Scar یا ندبه را ملاحظه نمایید اگر این ندبه خطی باشد (Healing by first intention) و اگر ندبه پهن و نا منظم باشد (نمایانگر زخم از سبب انتان) است.

اگر کدام نودول سخت تحت الجلدی در اطراف سره باشد بسیار مهم بوده و نمایانگر کارسینومای داخل بطنی است. (خصوصاً معده).

Umbilicus -2 سره: سره در حالت نارمل تقریباً در وسط خطی قرار گرفته است که نوک process Xiphoid را به قسمت علوي symphysis pubis وصل میکند. در هنگام تورم حوصله

سره به طرف علوی بیجا شده و در Ascitis به طرف سفلی بیجا میگردد.

(Tanyols sign) سره شاید در Ascites معکوس گردد و یا به داخل خمیده شود(در چاقی). تورم هر طرف بطن سره را به طرف مقابل میراند.

Contour of the abdomen -3: بطن نارمل نه منقبض و نه منبسط میباشد انقباض عمومی در اشخاص لاغر و انبساط منظم به علت (چاقی «Fat»، مایع «Fluid»، نفخ «Faeces»، مواد غایطه «Fetus» و یا جنین «Faeces» میباشد.

انبساط از علل چاقی باید از انبساط در اثر عوامل داخل بطنی فرق شود. در اولی سره عمیقاً (inverted) فرو رفته و در حالت دومی سره درجهات مختلف از eversion نشان میدهد.

از اثر انسداد مزمن امعا حفره ایلیوی راست مملو خواهد بود مریض در بستر معاينه مستقیم میخوابد طوری که یک خط فرضی از بین هر دو (spina iliac ant sup) و اضحاآویه راست محور طولانی بستر خواهد بود. حفره ایلیوی راست و چپ را با هم مقایسه کنید. تورم یا پر بودن حفره راست از علت توسع Cecum بهتر از

احساس کردن دیده میشود. در صورت توسع و بزرگ شدن احشاء علوی بطن، قسمت علوی بطن متوجه خواهد شد، عیناً توسع و یا تومور موجود در احشا سفلی بطن سبب توسع قسمت سفلی بطن نیز میشود.

Movements-4 حرکات:

Respiratory :A محدودیت های موضعی تنفسی نمایانگر التهاب قسمت سفلی است.

Peristaltic:B حرکات اشتداری در تنگی ناحیه پایلور و انسداد امعاء کوچک و بزرگ دیده خواهد شد در تنگی پایلور یک حلقه برجسته دیده خواهد شد که آهسته از کنار ضلعی چپ به طرف راست سیر دارد در حالی که حرکات اشتداری کولون مستعرض در سیر معکوس خواهد بود. حرکات اشتداری امعاء کوچک بشکل زینه است. در واقعات مظنون حرکات اشتداری میتواند توسط ضربه زدن آهسته به بطن تولید شود و یا با ریختن چند قطره الکهول یا ایتر در بطن.

Pulsatile : در اشخاص لاغر نبض epigastric دیده خواهد شد ولی نبض متورم در بطن نشان دهنده آنیوریزم ابهر یا موجودیت تومور در قدام ابهر بطنی است.

Swelling-5 تورم: اگر موجود باشد باید معاینه شود.

دوام: جس یا Palpitation

در هنگام جس کردن
اعتماد مریض را باید
کسب کرد. مریض باید
به شکل اصطجاج
ظهری هموار و راحت
باخوابد، طوری که یک
بالش زیر سر آن باشد
از مریض خواسته شود
تا آرام دراز بکشد و با
دهن باز نفس عمیق
بکشد تحت هیچ
شرایط نباید صدمه



Fig. 22. — Shows the method of deep palpation of the abdomen using both hands one above the other.

بییند در غیر آن عضلات بطن spasm خواهند نمود و یافته های عمدۀ از بین خواهند رفت.

ا: جس روتن بطن باید به وسیله دست هموار عمدتاً با سطح عضله Flexor انگشتان انجام شود. ساعد باید به سطح افقی قرار گرفته و انگشتان به شکل هموار و مسطح به روی بطن قرار میگیرند. برای دکتور بهتر خواهد بود که بالای چوکی بنشیند یا به سطح اتاق زانو بزند هیچ موضوعی نیست که این چقدر کم مرتبه به نظر میرسد.



انگشتان
نباشد
عمودی
گرفته شود
و نباید بالای
بطن ضربه
زده شود.
دشمن
بزرگ جس

Fig. 23 — It is often convenient to palpate a child's abdomen with its own hand. See the text.

عضلات بطن میباشد.

ii: مریض برای خم کردن مفصل hip و زانو جهت رهایی عضلات بطن وادر شود یک بالش به زیر زانوی

مریض جهت مرتفع ساختن کشش پاهای خم شده گذاشته شود.

iii: مریض برای نفس کشیدن کامل و عمیق همراه دهن باز توصیه شود.

IV: در زمستان باید دست دوکتور گرم باشد و برای شستن جلد مریض نیز از آب گرم استفاده شود.

V: و این بسیار خوب است که دکتور هنگام جس کردن با مریض گفتگو داشته باشد که مریض متوجه جس نشود و عضلات بطن آن کاملاً شُل باشد.

VI: در موارد (obstinate) بعضی دکتوران یک فشاری به قسمت نهایی سفلی عظم قص به وسیله کف دست چپ اعمال میکنند (Nicholson's Maneuver) این مانور مریض را مجبور میکند تا بطنی تنفس کند چنانچه حرکات صدری مریض محدود میباشد.

VII: به صورت نارمل جس باید از دورترین ناحیه بطن مریض شروع شود مثلاً اگر درد در Fossa iliac راست موقعیت داشته باشد از left hypochondria شروع شود و بعد از هر quadrant در آخر بعد از همه باید ناحیه مریضی جس شود.

VIII: وقتی دست بالای یک ناحیه خاص قرار داشته باشد. ناحیه خاص را به فکر خود تجسم کرد و به اساس آن ناحیه را جس کرد.

IX: هنگامی که نواحی مختلف را جس میکنید یک چشم شما متوجه وجه مریض باشد تا عکس العمل وی را هنگام نواحی مختلف ببینید او ممکن است از شدت درد خود را عقب بکشد و در جایی ممکن است از درد شکایت نداشته باشد که این ها رهنماییهای خوبی برای تشخیص وی میباشد.

X: برای جس عمیق تمام سطوح کف انجستان دست باید استعمال شده و تدریجاً به سوی بطن کج شود در هر ذفیر فشار بیتشری برای ایجاد جس عمیق تحمیل میشود بهتر خواهد بود که از هر دو دست یکی بالای دیگر برای جس عمیق استفاده شود زمانی که دست بالاتر فشار بیشتر تحمیل میکند دست پایین به صورت

Passive فشار را نگهداشته تا معلومات کافی در مورد ساختمان همان ناحیه اخذ نماید و بعداً اجرا مینماید.

XI: در موارد اطفال که هماهنگ نیستند دستان که باید جس عمیق را اجرا نماید، اولاً یک دست طفل روی بطن گذاشته شده و معاینه کننده دست خود را روی آن میگذارد حالا تمام هامشل فوق جس میشود وقتی که یک نقطه حساس موجود باشد طفل دست خود را کنار میکشد.

(نقطه حساس): اگر مریض در زمان **Tender spot -1**

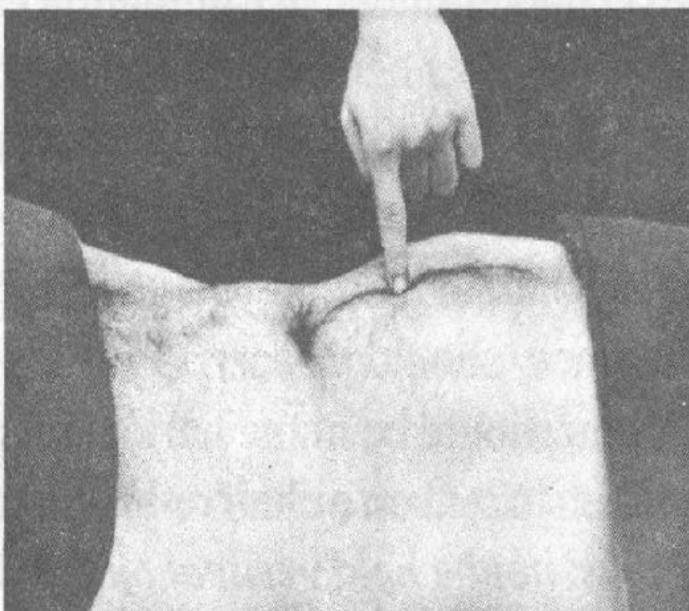


Fig. 24.—The best method to locate the deep tender spot is with one finger.

تاریخچه گرفتن از
درد شکایت دارد از
او بخواهید تا محل
درد را نشان دهد
بعد خودتان جس
را از ناحیه بدون
حساسیت شروع
نموده و به طرف
 محل حساس ادامه

دهید.

محل حساس باید ابتدا با جس سطحی انجام شود و این باید که به آهستگی و ملایمت دست روی بطن گذاشته و انجام شود. دست

خود را به صورت سیستماتیک به تمام نواحی بطن حرکت بدهید اگر با جس سطحی سیستماتیک در تمام نواحی بطن کدام دردی به وجود نیامد، را به طور محکم و عمیق تکرار جس نمایید تا ناحیه که در آنجا حساسیت عمیق وجود دارد دریافت نمایید. ناحیه حساس در ورق



Fig. 25 — Method of eliciting Murphy's sign.
In Moynihan's method the patient lies down.

تاریخچه به قسم ناحیه هاشور (hatched area) باید کشیده شود. درجه حساسیت باید ارزیابی و تشخیص شود، خواه حسایست خفیف، متوسط (آنچه که در عضلات بطن یک سفتی جزئی را ایجاد نماید) و حساسیت شدید (زمانی که سفتی عضلات آشکار میشود). باشد نقطه حساس در قرحة معده اکثراً در وسط ناحیه اپی گستر زیر Xiphoid process واقع میشود. در Tronspyloric واقع میشود. برای پیدا کردن حساسیت در التهاب کیسه صfra دست راست خود را زیر کنار راست ضلع در ساحه جنبی rectus راست قرار دهید. (gallbladder point) به منظور جس کف کیسه صfra فشار متوسطی با انگشتان اعمال گردد. از مریض خواهش شود تا یک تنفس عمیق انجام دهد کیسه صfra پایین می آید و با انگشتان معاينه کننده آسیب میبیند اگر عضو التهابی شده باشد مریض فوراً خود را عقب میکشد و این Moynihan sign نامیده میشود. (میتوود Morphy sign) این معاينه میتواند با نشستن مریض انجام شود. انگشتان در ساحه جنبی Rectus زیر کنار راست ضلع گرفته میشود از مریض خواهش میشود تا نفس عمیق بکشد کیسه صfra به جلو و پایین می آید و با انگشتان جس کننده نزدیک میشود.

هر دو کنار باید مشابه معاینه گردد تا تفاوت یاد داشت شود. و در التهاب کیسه صفرا غضروف ضلع هشتم راست حساس میشود (با کنار دیگر باید مقایسه شود). این یک ساین مثبت از کولی سیتیت میباشد. در اپندهیست حساسیت در ناحیه McBurney به وجود میآید. که در محل اتصال $\frac{1}{3}$ جنبی و $\frac{2}{3}$ متوسط خط اتصالی Spino-*spina iliac ant sup*, (umbilical).

-2 لرزش مایع (Fluid Thrill) : زمانی به وجود می آید که یک مقدار زیاد مایع در جوف پریتوان آزاد یا Encysted موجود باشد. با یک Tap آهسته در یک Flank از بطن زمانی که لرزش با یک دست دیگر در Flank دیگر بطن جس میشود، صورت میگیرد و دست مریضی یا دست اسستانت به صورت عمودی در خط وسط بطن با فشار عمیق گذاشته میشود.

این به این منظور است که کدام موجه منتقله از شحم تحت الجلدی قطع شده و به طرف جدار بطن در Flank دیگر بطن قسمی که کشش مایع داخل بطن برای جس بهتر لرزش مایع افزایش می یابد. لرزش مایع همچنان در حالت مایع Encysted مثل یک cyst بزرگ تخمدان که از دو Flank بطن

Tauch میشود، نیز وجود دارد. تفریق بین این دو حالت میتواند با تست Shifting dullness انجام شود.

Shifting dullness - 3 : یک علامه معتبر که همواره مثبت است و زمانی که مقدار مایع در جوف پریتوان نسبتاً کم باشد. بهتر است تامریض به حالت supine قرارداشته و قرع از خط Dull Flank ها ادامه داده میشود تا که قرع متوسط شروع و به شود. انگشت روی بطن حفظ میشود و از مریض خواهش میشود به طرف مقابل دور بخورد درین پوزیشن یک دقیقه انتظار کشیده شود تا مایع به پایین کشیده شود ناحیه که دوباره قرع میشود حالا Resonance است. زمانی که مقدار زیاد مایع وجود داشته باشد، درجس بطن از ارگانهای مختلف با dipping انگشتان منتقل میشود.

عمل سریع مایع را بیجا ساخته و اجازه جس ارگان را میدهد به صورت واضح قابل تذکر است که اسباب عمومی Ascites عبارتند از:

Portal hypertension، پریتونیت کارسینوماتوز و پریتونیت توبرکلوزیک اما با ملاحظه تمام حالات طبی شایع ترین سبب CHF است که پرخونی اورده عنق نیز وجود دارد.

4- جس ارگان های بطنی:

a: معده : به صورت نارمل معده قابل جس نیست اگر کدام تاریخچه از stenosis پایلور وجود دارد باید به جستجوی پرستالتیک قابل دید پرداخت. Splashing sign نیز باید درین

حالت جستجو
گردد. دست بالای
معده گذاشته
میشود حرکات
نامنظم ، کوتاه و
ناگهانی موجب
بیجایی ناحیه
معده و یا تکان
خوردن مریض
میشود یک صدای

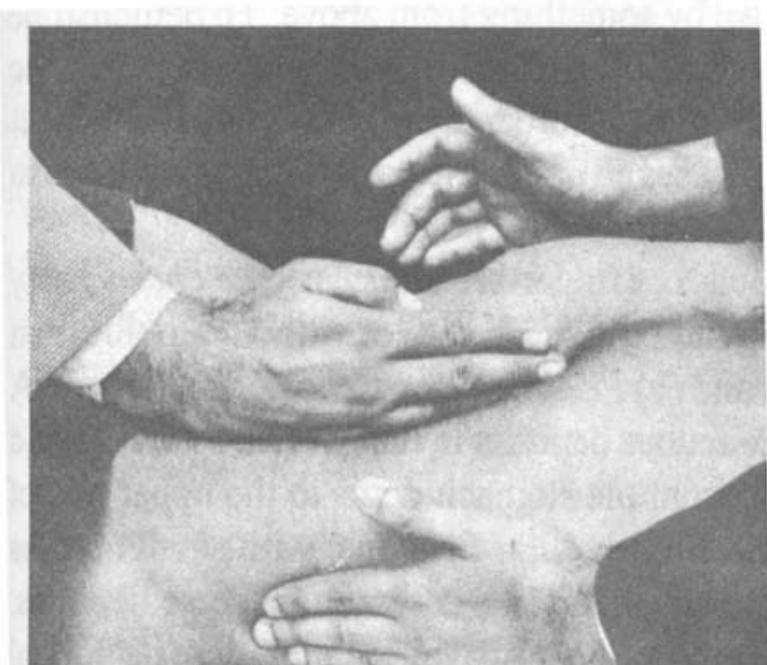


Fig. 26 — Method of eliciting fluid thrill.

غلغل یا شرشر(gurgle) شنیده میشود درصورت مشکوک بودن از

مریض خواهش میشود تا مقداری مایع پیش از اجرای این تست بنوشد.

احياناً يك برآمدگی (lump) درناحیه پایلور دریافت میگردد. برآمدگی قابل دید در شکل ولادی stenosis پایلور نسبت به Stenosis کسبی بالغین معمولتر است. در Stenosis پایلور ولادی معمولاً در جس ضخامت پایلور دریافت میگردد از طرف دیگر تورم قابل جس در معده به معنای کارسینوما یا تثقب یک قرحة پپتیک میباشد.

در کارسینوما کتله نامنظم، سخت با درجات مختلف حرکت و بی ثباتی همراه است. یک قرحة سوراخ دار، استوار اما کم حرکت و بیشتر حساس میباشد. اما یک چیز را باید در نظر داشت که فقدان برآمدگی به این معنی نیست که کارسینومای معده را مستثنی قرار دهد یا کارسینومای معده وجود نداشته باشد.

b: کبد : کبد به صورت نارمل از infancy تا اواخر 3 سالگی قابل جس است. در بالغین کبد نارمل غیر قابل جس است فقط وقتی که کبد به صورت پتالوژیکی بزرگ شده باشد در کنار ضلعی سفلی راست قابل جس میگردد. برای کبد بزرگ شده

دست باید در Fossa iliac راست گذاشته شده با انگشتان به سوی Axilla چپ اشاره شود (که به معنای متوازی بودن با کنار ضلع راست است). اگر کدام این کنار ملتی جس نشد از مریض خواهش شود تا یک نفس عمیق به داخل و بیرون بکشد. هر باری که مریض عمل ضفیر را انجام میدهد. دست خود را آهسته به سوی کنار ضلع راست ببرید. و این ادامه داده میشود تا که کنار وحشی دست به زمانی که مریض شهیق انجام میدهد به کنار کبد بزرگ برخورد نماید. درین نقطه دست به صورت ساکن حفظ شده و به سوی بطن یک فشار وارد کرده شود.

همچنان که مریض شهیق انجام میدهد کبد پایین می آید و کنار وحشی انگشت index در کنار آزاد کبد خواهد شد. در این زمان چندین نقطه باید قسمی که بحث شد یاد داشت گردد. اگر محصلین بخواهند که کبد را جس نمایند مستقیم با گذاشتن انگشتان در کنار سفلی ضلعی، ممکن است آنها سفتی کبد بزرگ را جس کرده نتوانند. حالا توجه به جس کنار بالایی کبد مستقیم صورت میگیرد. کبد قابل جس ممکن نیست که ضرورتاً بزرگ شده باشد چنانچه این ممکن پایین افتاده باشد یا با معده از بالا به پایین پیش برده شده باشد.

برای تشییت حدود علوی کبد ضرور است که قرع به امتداد خط mid-axillary راست از مسافه چهارم شروع شود زمانی که dull جانشین ریزونانس میگردد کنار علوی کبد نشانی و یادداشت گردد که amoebic abscess یا hydatid cyst معمولاً سبب بزرگی کبد میشود و زمانی که کبد قابل جس میگردد نکات ذیل را نیز یادداشت کنید:

I: اندازه بزرگی کبد در زیر کنار ضلع با انجیج یا با انگشتان.

II: تیز یا مدور بودن کناره

III: سطح صاف، غیر منظم یا نودولر با یا بدون فرورفتگی نافی شکل در نودول ها.

IV: قوام نرم درشت یا سخت مثل سنگ.

V: موجودیت یا عدم موجودیت حساسیت. یک کبد سخت و نا منظم نشاندهنده میتاستاز کارسینومای کبد میباشد یک محراق ابتدایی باید در مسیر معده معاوی جستجو شود. (از سفلی معده تا قسمت بالای رکتم) انتشار اساساً از طریق خون ورید باب صورت میگیرد کبد با ثبات و نا منظم با نودول های کوچک مشخصه

سیزووز کبدی است. یک کبد نرم و خیلی حساس معمولاً در هپاتیت آمیبی به وجود می آید.

۵- طحال : یک طحال نارمل قابل جس نیست طحال زمانی در معاینه کلینیکی قابل جس میشود که دو برابر بزرگ شده باشد. زمانی که بزرگ شده باشد از کنار ضلع چپ تا حفره ایلیاک راست توسعه می یابد. با تنفس آزادانه حرکت میکند تورم طحال یک ساحه قدامی تیز دارد جای که یک یا دو شکاف میتواند جس شود این یک مشخصه خوب تورم طحال بوده میتواند. میتوود جس طحال بسیار مشابه به کبد است اما این به طرف چپ جس می گردد.

4 میتوود جس وجود دارد:

ا: دست راست معاینه کننده به صورت موازی در کنار چپ ضلع در سطح سره گذاشته میشود و از مریض خواهش میشود که تنفس نموده هوا را بیرون و داخل ببرد. در اثنای ذفیر دست به تدریج به طرف کنار ضلع چپ میرود تا که تورم طحال در کنار و حشی انگشت index در اثنای شهیق جس شود .

II: بعضی از معاینه کننده گان دست چپ خود را در اضلاع سفلی چپ میگذارند و جلد را آهسته رو به طرف پایین ادامه میدهند. لذا دست راست آن که آهسته زیر کنار اضلاع چپ داخل شده است یک تیغه اضافی را می یابید. با این میتوود طحال نسبتاً کوچکی را میتوانید جس کنید که به اندازه کافی بزرگ نشده است تا در سطح زیر کنار اضلاع دریافت گردد.

جس ناقص یک طحال بزرگ اساساً نسبت به موقعیت اصلی آن بیشتر قابل جس است یک طحال بزرگ فقط زیر ضلع دهم نمایان می شود.

III: میتوود دیگر، زمانی که دست راست در کنار ضلع میرسد در ضلع دهم، دست چپ معاینه کننده در سفلی ضلع چپ گذاشته شده و با هر شهیق به جلو پیش برده میشود این مانور احياناً جس طحالی را که جزئی بزرگ شده باشد به اندازه کافی به پیش میبرد.

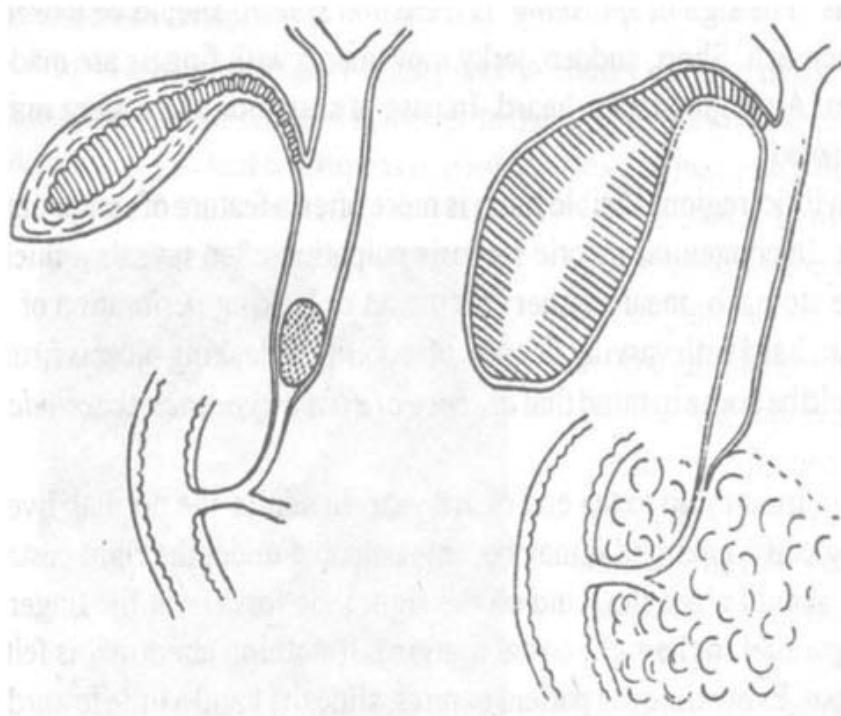
IV: از بالای طحال ممکن به صورت مناسب طحال جس گردد طوری که هر دو دست به صورت قوس در زیر کنار اضلاع چپ زمانی که از مریض خواهش میشود تا نفس خود را آهسته داخل و بیرون نمایدانجام میشود دست هابه قدم و سفلی حرکت داده

شده و در وحشی با هر ذفیر انتظار کشیده میشود تا طحال بزرگ به انگشتان تماس پیدا کند. در اثنای که مریض شهیق انجام میدهد انگشتان ساکن است.

d: کیسه صفراء: زمانی که انبساط مینماید میتواند به صورت کروی و متورم به طرف پایین جس شود و به طرف زیر کبد در ساحه بیرونی و وحشی Rectus راست پیش میرود. (زیرکنار ضلع

نهم) با تنفس آزادانه حرکت مینماید و حدود علوي آن با کبد ادامه می یابد و کمی میتواند از یک طرف به طرف دیگر حرکت کند

در حالات ذیل



Figs. 27 & 28.—Diagrammatic representation of Courvoisier's law. In jaundice due to a calculus in the common bile duct the gallbladder is usually not distended owing to previous inflammatory fibrosis, whereas in obstruction of the common bile duct due to growth (e.g. carcinoma of the head of the pancreas) the gallbladder becomes distended in an attempt to reduce the pressure in the biliary system.

کیسه صفرا قابل جس میشود

a: در حالت **mucosele empyema** که کیسه صفرا بزرگ شده باشد.

b: نزد مریض یرقانی که اساساً به واسطه کارسینومای راس پانکراس یا کارسینومای **common bile duct** باشد.

اکثراً ارتباطی با بزرگی کیسه صفرا به واسطه فبروز التهابی قبلی ندارد. که این **Courvoisiers law** گفته میشود. درین قانون بعضی استثنای نیز وجود دارد. نکات قابل یادداشت عبارت اند از:

I: تماس دوگانه یا مضاعف سنگها که یکی در **cystic duct** و دیگری در **duct common bile** میباشد.

Oriental cholangiohepatitis :II

III: انسداد **calculus** پانکراس در امپول واتر

IV: کیسه صفرا به واسطه یک سنگ در **cystic duct**

c: زمانی که کیسه صفرا متورم میشود بسیار سخت به نظر میرسد، کارسینومای کیسه صفرا، میتاستاز کبد و یا خیلی به ندرت تو مور اولیه کبد فرض میشود.

d: پانکراس: این ارگان به صورت نارمل قابل جس نیست مگر این که یک cyst یا یک growth یا رشد در آن توسعه یافته باشد بهترین طریق جس پانکراس طوریست که مریض را به طرف راست دور بدهید رانها و زانوها ثابت باشند ناحیه اپی گستر و چپ عمیق جس میشوند و این در پانکراتیت حاد و بعضی وقت در پانکراتیت مزمن موجب یک حساسیت میگردد (Mallet-guy's sign).

e: کولون: درین حالت تفتیش بسیار مهم است یک پری در حفره ایلیاک راست در نتیجه یک توسع چیکم نسبت به جس بهتر دیده میشود. چیکم در بیشتر حالات از سبب انسداد امعای بزرگ متوجه میشود. زمانی که چیکم، قریبه کولون صاعده و کولون حوصلی ضخیم میشوند ممکن است قابل جس باشند حساسیت باید جستجو گردد. یک برآمدگی در خط امعای بزرگ ممکن به خاطر یک کتله مدفوع یا یک نیوپلازم به وجود آید برای بر طرف کردن اولین امکان یک بار دیگر بعد از شستشوی امعا مریض

معاینه گردد، دیده میشود که مدفوع ناپدید و از طرف دیگر کتله مدفوع فشاری را ایجاد میکند که (دندانه دار indentation) به نظر میرسد.

Percussion يا قرع

حدود ارگان های جامد میتواند با در نظر گرفتن dull جز به جز تعین گردد کبد از ضلع ششم تا به کنار ضلع در خط متوسط ابطی راست توسعه یابد طحال از ضلع نهم تا یازدهم در خط ابطی چپ ادامه می یابد زمانی که در بطن مایع آزاد وجود داشته باشد وجود دارد در حالت توسع چیکم یا کولون shifting dullness و حوصلی tympanitic به وجود می آید. تفریق بین ascitis و cyst تخمدان با قرع صورت میگیرد. در ascitis در قدام Cyst ریزونانس و در flank ها Dullness وجود دارد در flank ها ریزوناس وجود دارد. تخمدان در قدام Dullness و در cyst ثابت است اما در بازهم shifting dullness وجود ندارد.

چهارم: اصغا یا Auscultation

در حالات بطن مزمن این وضعیت در تشخیص بسیار مفید نیست در حالت splenomegally همراه هپاتوسplenomegally ، ممکن است در صورتی که ستساتسکوپ در زیر processus Xiphoid گذاشته شود یک صدای بلند وزوز وریدی در شهیق شنیده شود. این در نتیجه پر خونی ورید طحال و صدای وزوز در نتیجه تحت فشار آمدن طحال در زمان شهیق میباشد و این به قسم kenaway's sign شناخته شده است. اصغا به همراه scraping sign ممکن تعیین کننده اندازه معده باشد. بیل ستساتسکوپ در زیر و چپ گذاشته میشود به امتداد خطوط شعاعی از این نقطه پایین آورده میشود جدار بطن با انگشت scrap گردد. بعداً انگشت در حدود معده میماند. بعد از این که انگشت به طرف دیگر از معده برده میشود صدا فرق میکند نقطه که صدا تغیر میکند خط مرزی معده میباشد. زمانی که چندین نقطه به وجود می آید انحنای کبیر معده میتواند رسم کرده شود .

3. معاينه عقدات لمفاوي فوق ترقوی یا چپ: اين بسيار مهم است زيرا جس اين Supraclavicular



Fig. 29 .— Troisier's sign — i.e. enlargement of the left supraclavicular lymph node in a late case of a carcinoma of the stomach.

عقدات در کارسینومای معده و دیگر ارگانهای بطنی مربوط میشود. اما این جای افسوس است که یک تعداد کمی از دانش آموزان میتوانند این را به یاد داشته باشند. بزرگ شدن این گروپ عقدات لمفاوی در کارسینومای معده شناخته شده است.

(Troisier's sign)

4. معاينه ركتوم و مهبل :
گذشته از حالات کولونیک و ریکتم جای که این معاینات

ضروری هستند، در دیگر حالات بطن مزمن، اهمیت معاينه ریکم و نمیتواند تاکیدی باشد. در اپنديست، مرض کرون، کارسینومای معده (جای که تومور krukenberg's تخمدان واضح شود) و غیره. این معاينات ممکن در معاينه vagina در تشخيص کمک کننده باشند.

معاینات اختصاصی یا Special investigations

1. Gastric function tests این تستها در اول صبح اجرا میشوند و شامل افزار قاعده‌ی میباشد و حد اکثر افزارات توسط حرکه‌ای از قبیل انسولین، هستامین و پنتاگستین صورت میگیرد. مریض نباید از شب قبل چیزی خورده باشد و در 24 ساعت گذشته نیز نباید انتی اسید یا انتی کولیزیک گرفته باشد مریض باید کفش‌ها، جاکت و نیکتایی خود را بیرون بیاورد. ویقه خود را باز نماید وزن و قد آن اندازه گیری شود. بعداً مریض راحت بالای یک تخت دراز میکشد و انف و گلوی مریض با یک محلول ۳٪ لیگنوکایین در سالین ایزوتونیک اسپری میشود N.G. تیوب که در گذشته (Ryle's Tube) بود، حالا این یک پلاستیک رادیوپاک با ۱۲۵cm طول و یک سوراخ نزدیک سر، که اول با پارافین مایع خوب نرم میشود و از انف عبور داده و از مریض خواهش میشود که مکرراً در اثنای که تیوب به صورت یکنواخت و به سرعت از بلعوم، مری و معده پایین برده میشود فرو ببرد یا ببلعد و بعداً یک سرنگ ۵۰-۲۰ ملی متری به تیوب تثبیت میشود و معده از مایع، هوا و با اسپاپرشن‌های مکرر تخلیه میشود بعداً مریض به اطاق فلورسکوپی انتقال داده شده و پوزیشن تیوب برابر و تطبیق میشود

و سر تیوب در بیشترین قسمت ناحیه معده قرار میگیرد تا نشان داده شود که به امتداد سمت چپ از ستون فقرات میباشد. حالا تیوب روی وجه ثبیت میشود و نهایت تیوب به یک سکشن ماشین پایین که با یک فشار تحت اتموسفری 3-5cmhg کار میکند متصل می گردد و تعدیل و تطبیق حداقل تیوب نیاز است تا اسپایرشن رضایت بخش را اجازه بدهد و به صورت طبیعی مقدار این اسپایرشن کمتر از 70ml است، اگر بیشتر از این مقدار باشد دلالت بر موجودیت قرحة اثناعشر انسداد پایلور، اسپیزم پایلور و زیادی ترشح را مینماید حالا تایم یاد داشت میشود و یک اسپایرشن 60 دقیقه ئی یا 4 پانزده دقیقه یی جمعاًوری و با تایم نشانی کرده میشود. این ترشحات قاعده‌ی میباشد.

Night fasting secretion: a شبانه درهضم داخلی دوره ئ استراحت میباشد افرازات معده به صورت جاری و متناوب با سکشن فشار پایین برای یک دوره 12 ساعته از 9AM الی 9PM اسپایره میشود. به صورت طبیعی این ترشح تقریبا 400ml است و حجمی بالاتر از این سطح دلالت بر فعالیت بالای واگوس مینماید. در سندرم زولنجرایلسون این حجم ممکن بیش از یک لیتر بوده، عصاره به واسطه HCl به ملی ایکویلات تست میشود این رقم در قرحة اثناعشر بین 40تا 80 و در

قرحه معده بین ۱۵ تا ۳۰۰ رقم طبیعی بین ۱۰ تا ۲۰ میباشد.

12 ساعت از افراز شبانه مزیت :Basal Secretion:b

تشخیصی دارد افراز قاعدوی صبح به علاوه به صورت فنی یک شکل غیر قابل اعتماد است اسید به $m \in q / hr$ از افرازات قاعدوی در قرحة اثنا عشر تقریباً ۵meq/hr بوده و در قرحة معده ۱-۲ meq/hr است (رقم نارمل ۱meq/ hr است). افراز قاعدوی نمایندگی از افراز کتله حجرات پاریتل مریض مینماید، آن حجراتی که حتی در حالت استراحت نیز تحریک شده میباشد.

Ba تحریکات مختلف میتواند به Maximum Secretion:c

وجود باید تست هستامین افزوده شده whereas Kay's بتدربیج شهرت خود را از دست داده و کار برد تست انسولین Hollander محدود شده است، پنتاگاسترین یک محرک معمول گشته و بیشتر از دیگر محرکات استفاده میشود.

Pentagastrin test:d

دوز مساعد پنتاگاسترین ۶mgr/kwb است. بیشتر به شکل داخل عضلی تطبیق میشود. ۱۵ دقیقه در جریان ساعت بعدی سمپل ها جمع آوری میشوند

مدت حداکثر برون ده اسیدی (AMO) 60 دقیقه بعد از تزریق پنتاگسترین معمولاً دلالت بر حداکثر برون ده اسید مینماید و به mmole/hr بیان میشود این تست نه تنها اهمیت تشخیصی دارد بلکه به ارزیابی تداوی نیز کمک میکند، مثلاً وقتی که حالت اسیدی با اثر پایین است مانند واگوتومی و تولید دریناز کافی است در حالت اسیدی زیاد عمل منحصر به فرد و یا اختصاصی مثل واگوتومی و انترکتومی یا گستر کتومی قسمی را ایجاد میکند در کار سینومای معده حداکثر برون ده اسید (AMO) بسیار پایین میباشد.

Kay's Augmented histamine test: این تست تعیین و مشخص کننده کتله مجموعی حجرات اگزانتیک معده بوده و نخست محتوای Fasting stomach جمع آوری میشود Myperamin به دوز 100mg به صورت داخل عضلی تطبیق میشود به منظور لغو کردن عوارض جانبی هستامین تنبیه آن از اسید معده متثنی قرار میگیرد تقریباً بعد از 30 دقیقه هستامین اسید فسفات به دوز 0/04/kwb به صورت تحت الجلدی تزریق میشود افزای اسید معده تا مدت ساعت بعدی جمع آوری میشود. حد وسط پاسخ HCl به اسید آزاد در هر ساعت به شکل ذیل

است: قرحة معده 15، قرحة اثنا عشر 30-40، قرحة اناستوموز .30-35

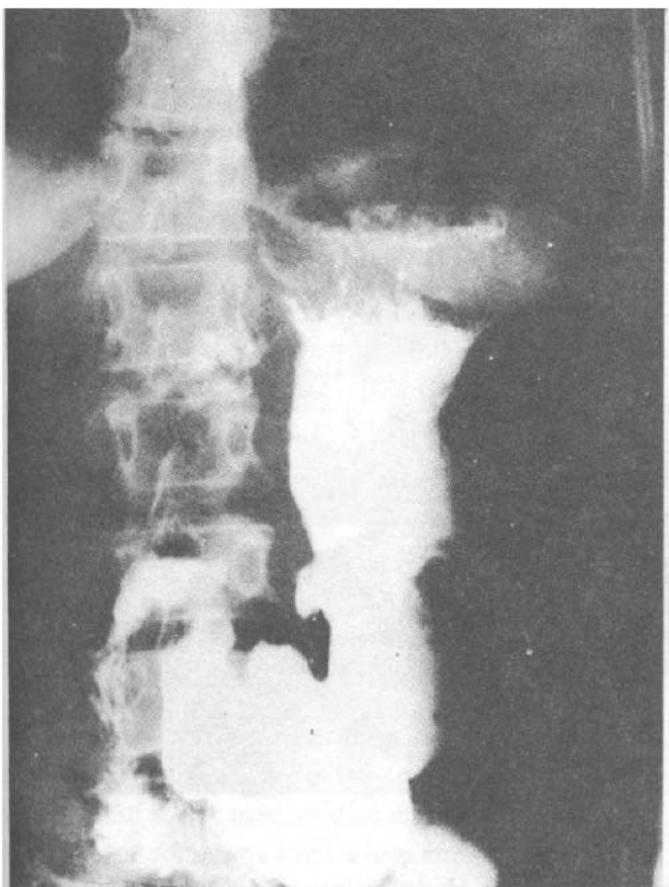


Fig. 30.—Gastric ulcer showing the ulcer-crater on the lesser curvature of the stomach and an incisura (indrawing) on the greater curvature just opposite to the crater. Note that the duodenal cap is normal.

Hollander's insulin test:

این تست اساساً حقیقتی را که انسولین هایپوگلاسیمی را سبب میشود بیان میدارد و در کتله حجرات پاریتل موجب تنبیه مستقیم واگوس میشود انسولین به مریضی که واگوتومی شده باشد داده میشود و نباید منتج به افزایش محصول اسیدی شود این تست به تشخیص

مکمل و اگوتومی در مرحله بعد از عمل معتبر تر است بعد از محتوای معده اسپایرره میشود و انسولین محلول به دوز 0/2ml/kg به صورت داخل عضلی تزریق میگردد.

خون وریدی فقط قبل از دانستن انسولین برای تخمین زدن یا برآورده نمودن قند گرفته میشود اسپایرہ در هشت ۱۵ دقیقه جمع آوری ونشانی کرده میشود و ۲ml خون وریدی در مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بعد از دانستن انسولین به منظور تخمین زدن سطح قند خون گرفته میشود و این باید به خاطر باشد که گفته ها و ظاهر مریض باید یادداشت شود. خشکی و آسیب جزئی در سطح هوشیاری مریض باید فوراً به کومای تهدید کننده های پوگلایسمی گمان برده شود دکستروز (۵%) به دوز ۵۰ ml باید همیشه درطی تست در دسترس باشد و فوراً داخل وریدی تزریق شود و باید حالت مذکور رخ بدھد پایین آمدن سطح قند خون زیر ۴۵mg/100ml منتج به زیادی افزای اسید خواهد شد. حداکثر برون ده اسید در همین تایم انتظار میرود.

بلند رفتن غلظت ۲۰mmol/lit بالای سطح قاعدوی در نخستین ساعت، واگوتومی نا مکمل را اظهار میدارد. این باید به خاطر باشد که غلظت بالای اسید در افزای قاعدوی در سطح بیشتر از اسید آزاد و ۲۰mmol/hr دلالت بر سندروم زولنجر ایلسون مینماید.

۲. معاينه خون: سطح هموگولین خون در مریضی Anemia پایین بوده و با Hematemesis و melana همراه خواهد بود.

ESR در کارسیومانی معده یا کارسینومای قسمتی دیگری از بطن، بلند خواهد بود. در اثنای حمله حاد اپنديست شمار WBC بلند میباشد. تخمین گستربن دورانی توسط تشخیص رادیوایمیونتی بسیار زیاد informative است.

3. معاينه مواد غایطه : میلانا (مدفوع سیاه) مدفعه قیری دلالت

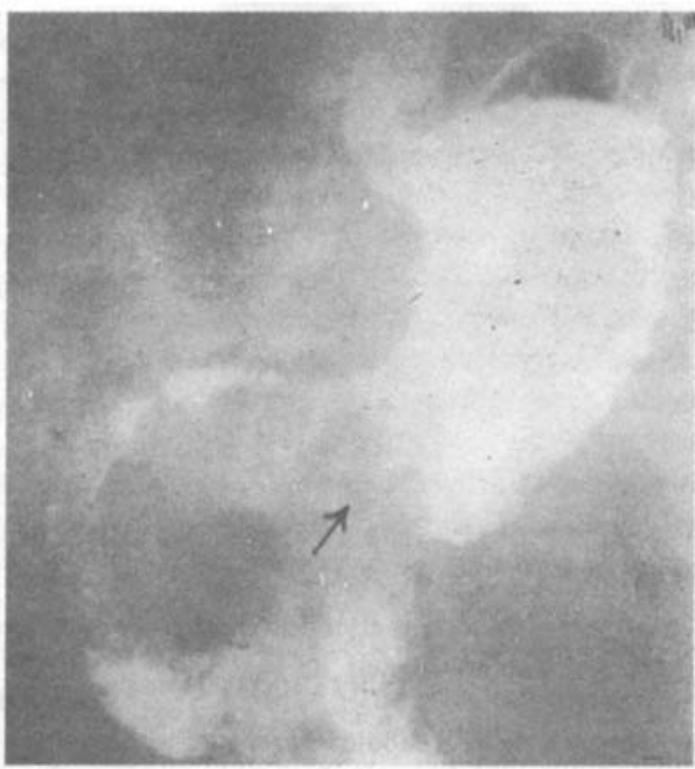


Fig. 31 .— Barium meal X-ray showing the typical filling defect (Shown by an arrow) of carcinoma of the pyloric region of the stomach.

بر قرحة پپتیک همراه با همواراز مینماید با معاينه چشم همواراز کوچک ممکن نیست که در غایطه آشکار باشد. در این حالت معاينه خون غیر از خون مدفعه باید صورت بگیرد. در پانکراتیت مزمن

(Steatorhea) و (creatorhea) در

مدفعه وجود دارد. خون و مخاط در مدفعه شکلی از کولیت

اولسراتیو میباشد لذا معاینه روتین مدفعه باید از موارد بطن مزمن باشد.

4. معاینات رادیوگرافی: Barium meal x-ray با استفاده از **informative** بسیار زیاد است. تا کنون همانقدر که مربوط امراض معده، امعای کوچک و اپندکس میشود ضایعه چکم و قسمت قریبی کولون توسط معاینه مستقیم با استفاده از باریم میتواند تشخیص شود. محقق یا دانش آموز باید مریض را در دیپارتمنت X-Ray تعقیب کند و ببیند که چگونه معاینه و امتحان با Barium meal یا تنقیه انجام شده و به مریض باریم سلفت داده میشود که یک رادیواپک است. مهمترین قسمت معاینه X-Ray جس عضوی است که مرضی میباشد و تحت معاینه یا screen قرار دارد و فلوروسکوپی نامیده میشود. یک سلسله فلمها همچنان گرفته میشود (3/6) و 24 ساعت بعد از خوردن meal معمولاً فوندوس معده دیده میشود که پر از گاز باشد (اگر فلم به وضعیت مستقیم گرفته شده باشد) اولین قسمت اثنا عشر به قسم یک پیاله دیده میشود قسمت پروکسیمل توسط معصره نارمل پایلور منقبض دیده میشود همچنان یک انقباض تقریباً در 3 تا 4 سانتی میتری قسمت پروکسیمل به معصره پایلور

دیده مشود این به معنای اتصال جسم معده با ناحیه نزدیک به مرکز و متسع پایلور معده میباشد. معمولاً[ً] معده در حدود 4 ساعت خالی میشود. اگر کدام باقیمانده از باریم در قسمت مربوطه معده دیده شود بعد از 6 ساعت ممکن است در نتیجه کاهش تونسیسته یا اسپزرم پایلور باشد اگر بعد از 24 ساعت در معده باقی مانده بود یک وجه تشخیص عضوی پایلور تقریباً مسلم است یک قرحة معده توسط Projecting bud of barium meal تصدیق میگردد که به قسم قرحة niche یا crater شناخته میشود و این اکثرًا در انحنای صغير معده دیده میشود و یک علامت مستقیم و صریح از قرحة است.

در خلال این مدت قرحت ممکن است در خلف یا قدم انحنای صغير واقع شوند. این هويدا است که معمولاً منظره قدمی خلفی آنها را نشان نمیدهد و منظره مايل ممکن است بعضی از آنها را آشکار سازد. در اين موارد زمانی که معده خالي شده باشد و یا باریوم در سطح زیر قرحة رفته باشد ممکن است آن ناحیه لکه از باریوم با یک ناحیه روشن در اطراف آن باقی مانده باشد. تاج چین های مخاطی نزدیک هم و به سوی Crater قرار دارند. وقتی دیده میشوند که مبين علامات قرحة اند بر علاوه اين علامات

مستقیم باید به جستجوی علامات غیر مستقیم قرحة پرداخت.

اینها عبارتندار:

a/ سپز مداوم معده به سطح قرحة و تولید یک شکاف در انحنای کبیر معده.

b/ یک سو شکل ثابت نشان دهنده یک زایده مزمن میباشد

c/ چین ها یا لبه های به هم نزدیک که چینهای نسج اسکار در کنار قرحة است

d/ در شتی و بینظمی مخاط معده

e/ نقطه یا لکه حساس و باریک در انحنای صغیره تحت معاينه فلوروسکوپی.

این مشکل است که بتوان پیشرفت یا ظهور خبات را در قرحة معده تعیین کرد. ممکن تذکر دهنده این باشد که کدام قرحة در انحنای ضغیر بیش از یک انج قطر دارد و تمام قرحت در انحنای کبیر به قسم خبات تعبیر گردد مگر اینکه ثبت شده باشد. در یک قرحة اثنا عشر رادیو گرافیهای مسلسل ممکن دهانه قرحة را آشکار سازد اما در اکثر حالات این کار بسیار به آسانی آشکار

نمیشود این مهم است که شکل نارمل cap اثنا عشر در x-Ray با Barium meal- شناخته شود. علامات غیر مستقیم معمولتر اند و آنها سو اشکالی از کلاهک اثنا عشر حساسیت موضعی روی اثنا عشر و تخلیه سریع در معده را وانمود میسازند سو اشکال cap اثناشر ممکن است بعضی وقت از سبب چسپندگی در امراض کیسه صfra باشد. کار سینومایی معده توسط Filling defect تشخیص داده میشود که باید در تمام فلم ها ثبیت شده باشد، موجودیت یک محو قطعه بی و طویل از مخاط جداری و سگمنتال ضایعات و فقدان حرکات پرستاتیک به قسم علامات با اهمیت اضافی از کارسینوما ملاحظه میگردد. در کارسینومای راس پانکراس با پرشدن اثنا عشر از باریوم اثناشر متوجه میگردد (pad sign). در مورد کارسینومای امپول واتر یک نقص پرشدگی دیده میشود که به اثنا عشر ممکن یک ظاهر 3 معکوس (inverted 3) را بدهد. در کیست pseudopancreatitis معده قداماً بی جا می شود که در منظره جنبی نشان داده میشود در اپنديست part played توسط معاينه X-Ray خيلي با اهمیت نیست. دو علامت اصلی که حساسیت و ثبات اندکس است علاماتی که با Barium

meal معلوم بوده است اگر اپندکس به صورت درست معلوم نشود نظریه معینی داده نمیشود.

Barium meal با معاینات تعقیب میشود: این عمل زمانی اجرا میشود که گمان برود که یک ضایعه درنهایت دیستال ایلیوم، اپندکس،

چیکم یا
قسـمت
پروکسیمل
کولـون
صـاعده
وـجـود دـارـد.
بعـد اـز دـادـن
بارـیـوم
معـایـنـه

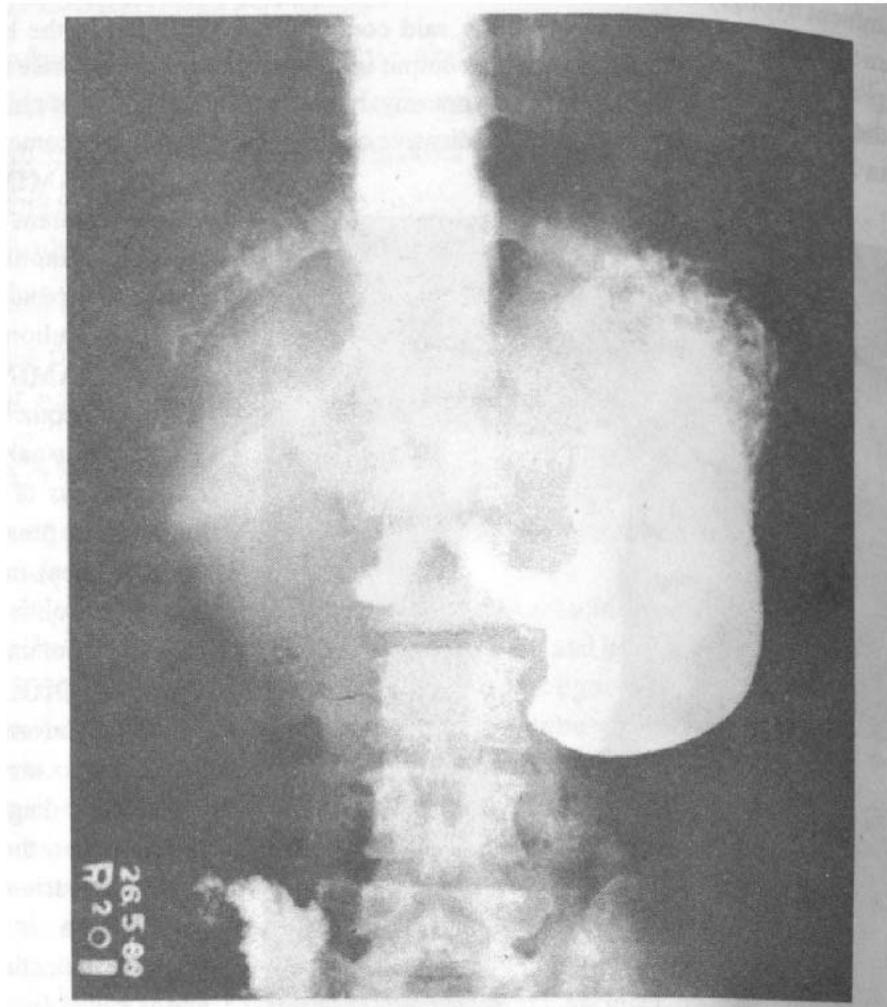


Fig. 32 .— Barium meal X-ray showing irregular filling defect of the pyloric region of the stomach due to carcinoma of the stomach.

فلوروسکوپی از معده و اثنا عشر اجرا میشود، بعد از 2, 3, یا 4 ساعت فیلم گرفته میشود و این خصوصاً در تشخیص اینها مفید است.

I: اپنديست (نه پربودن اپنديكس ثبات و حسایت در اپنديكس وقتی که مملو از باریوم است).

II: توبرکلوز iliocecal (چیکم بی جا میمشد به سوی بالا و قسمت نهایی ایلیوم اندکی باریک و تقریباً عمودی میشود)

III: مرض کورن (قسمت نهایی ایلیوم باریک میشود. String sign of Kantor

VI: کار سینومای چیکم (پرشد گی نا منظم نقص چیکم را بار می آرود.)

به یک روش بسیار خوب :Hypotonic duodenography

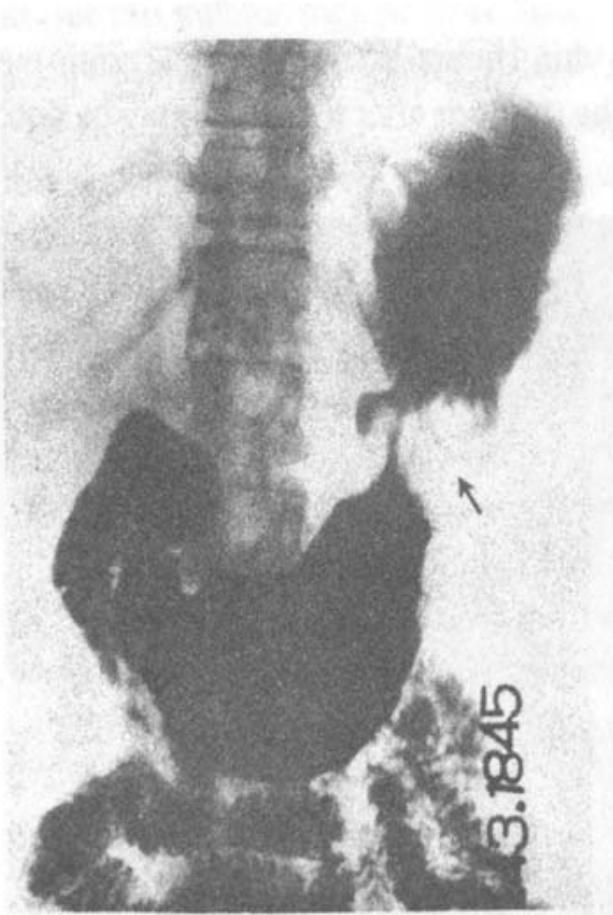
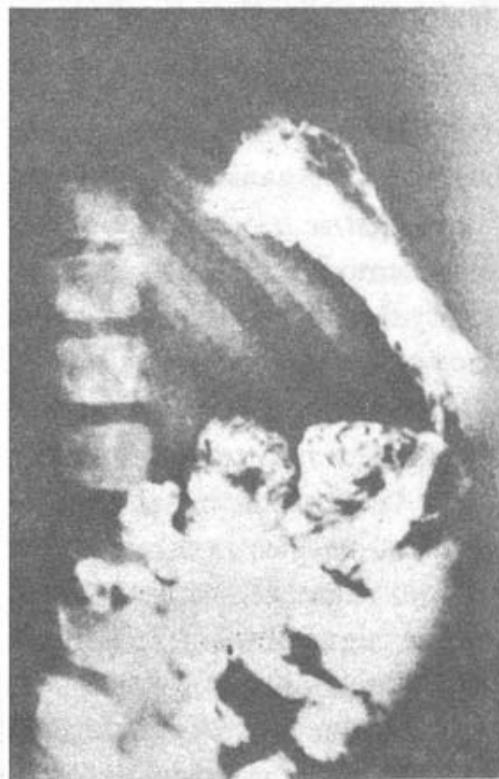


Fig. 33 .—Gastric carcinoma causing 'hour-glass' contracture (shown by an arrow).



34. — Lateral view of bar-meal X-ray showing anterior placement of the stomach due to presence of pseudopancreatic cyst.

نشاندهنده دودینوم مرضی و سو شکل دودینوم در نتیجه پانکراس مرضی میباشد. در اینجا دودینوم با تزریق انترنیل (دوای ضد سپزم) اتونیک میشود باریوم هایپوتونیک از میان تیوب (Scot) پیشبرده میشود بلاخره دودنیوم منبسط شده و با هوا (harden)

که یک اثر double contrast میدهد و در پانکراتیت مزمن زودترین تغیر یک پهنه شدگی معین در راشیه وسط لوب دودینیوم و بعداً علامه inverted 3 دیده میشود.

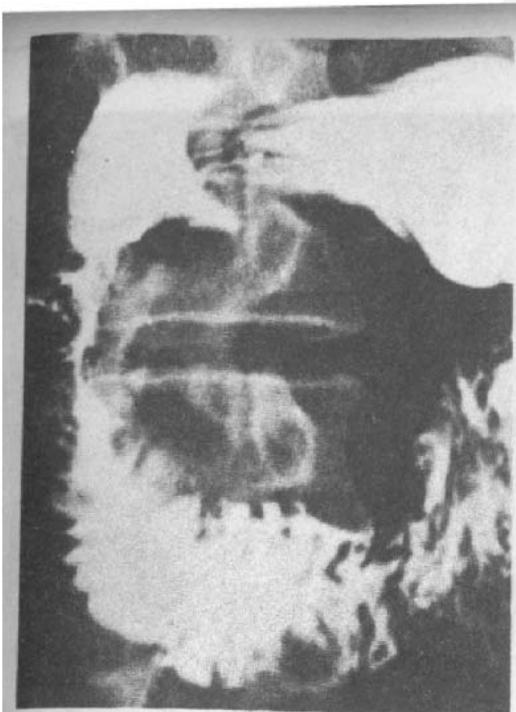


Fig. 35 .— Hypotonic duodenography showing filling defect due to carcinoma of the pancreas.

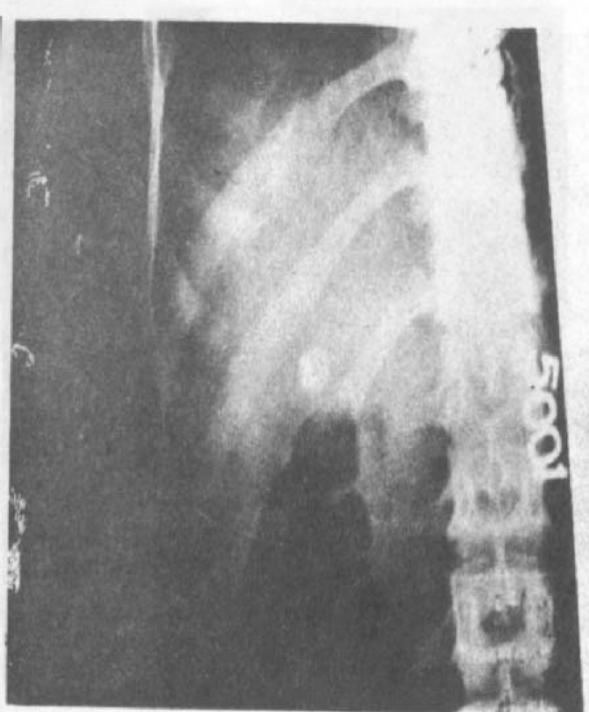


Fig. 36 .— Straight X-ray showing a typical radio-opaque gallstone. Note that the centre of the stone is relatively radio-translucent.

در کارسینومای پانکراس Small filling defect یا نواحی تنگ شدگی دیده میشوند. بر علاوه اینها، ضایعات داخلی

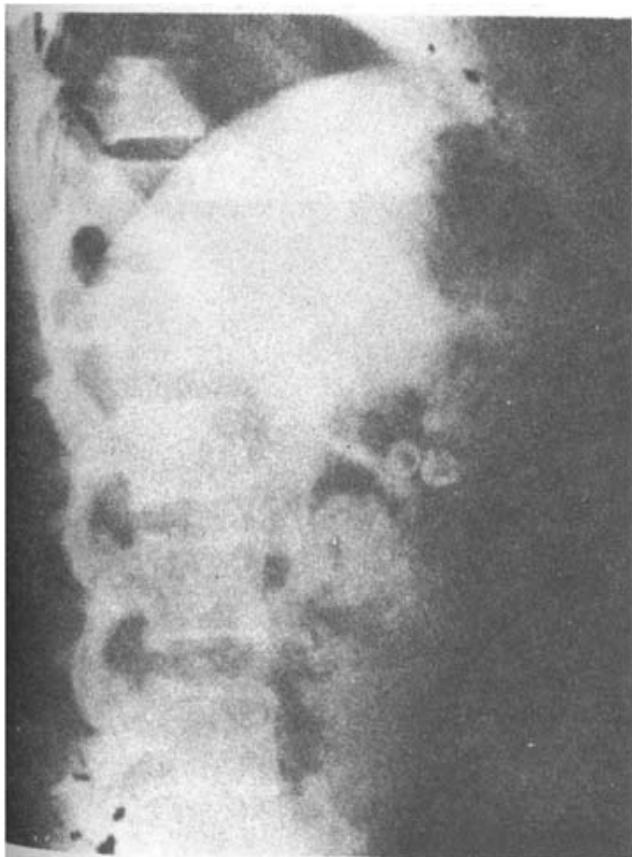
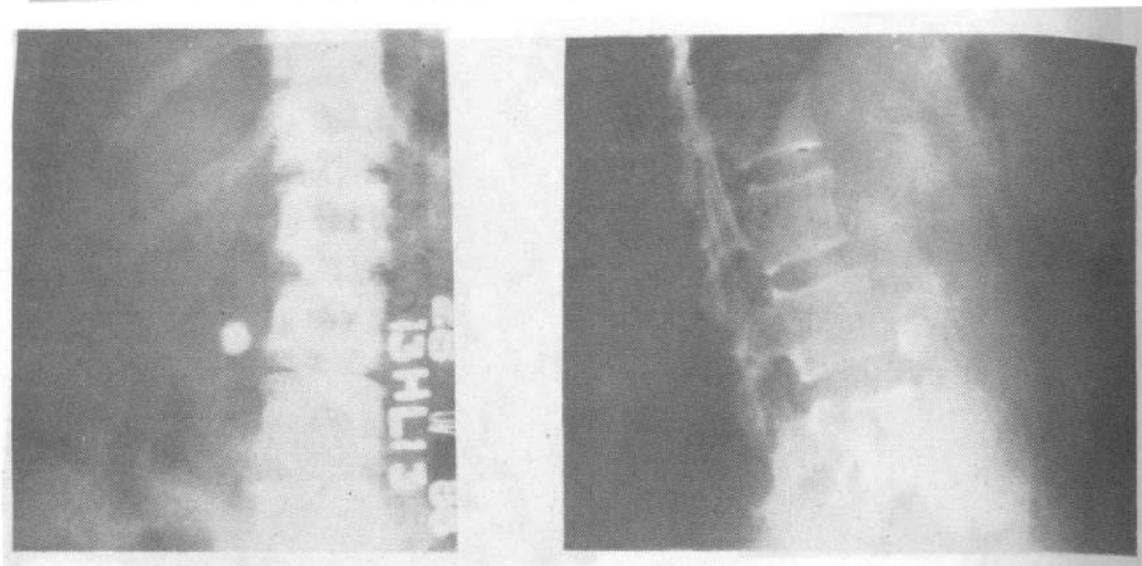


Fig. 37.—In lateral view note that the gall-stones (with relatively radiotranslucent centre) are situated quite in front of the vertebral bodies (cf. renal stone).

دودنیوم مانند
دایورتکول، پایپلوما،
کارسینوما و غیره
X-Ray نسبت به
باریوم بهتر طرح
میشوند.

برای تحقیقات
رادیولوژیکی مسیر
صفراوی مریض باید
با یک ملین تنقیه و
پرسین برای بیرون
کردن مدفوع و گاز



Figs. 38 & 39.—Straight X-ray of the abdomen showing radio-opaque solitary stone in the gallbladder.
In the second figure note that the gallstone lies in front of the lumbar vertebra (cf. renal stone).

که سایه های صفراوی را مانع میشود آماده باشد. در ابتدا- X-Ray مستقیم گرفته میشود. فقط در 10٪ موارد X-RAY مستقیم سنگ صفرا دیده میشود اگر دیده شود مانند حلقه ها به ملاحظه میرسد . در آنهای که به مراکز رادیوترانس لوست باقی میماند Whereas محیط آن کلسی فیکشنها دیده میشود این شکل وصفی سنگهای مخلوط است، سنگ های کلسترولی اصلاً رادیواپک نیستند. خیلی به ندرت کلسی فکشنها کیسه صفرا یا صفرای limy در کیسه صفرا ممکن دیده شود.

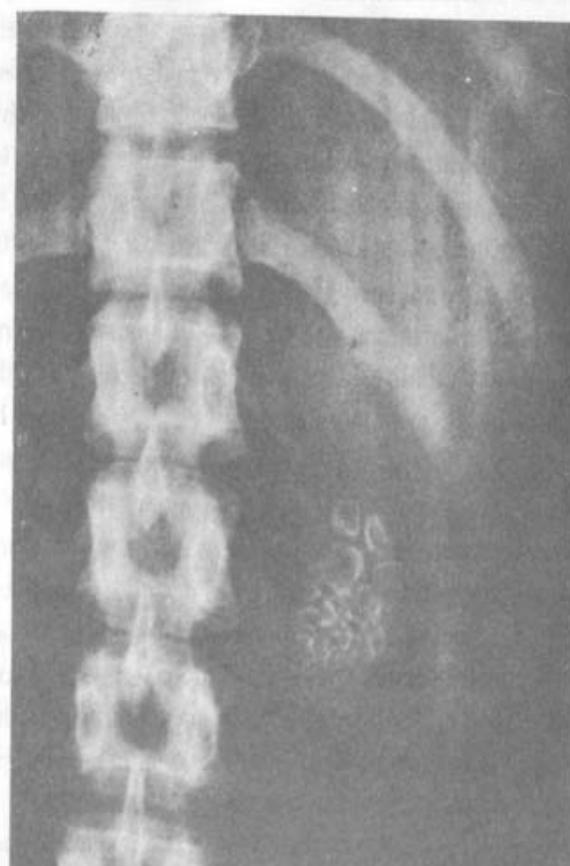


Fig. 40.—Straight X-ray showing typical multiple mixed stones in the gallbladder.

Barium enema :examination.1

تنقیه باریوم هم کانال معقدی را معرفی میکند X-Ray به منظور آشکار کردن مرضی بودن ریکتوم کولون

سگموئید، کولون صاعده کولون ترانسسورس و کلون نازله گرفته میشوند. در بخش تشخیصهای مختلف سو شکل های که توسط

این معاینه آشکار میشوند در پتالوزی های مختلف ازین ناحیه بحث میشوند. در تنقیه که امعا با باریوم پر و خالی شده و به تعقیب آن هوا داخل امعا پمپ گردد استر باریوم در جدار کولون واضح تر خواهد بود

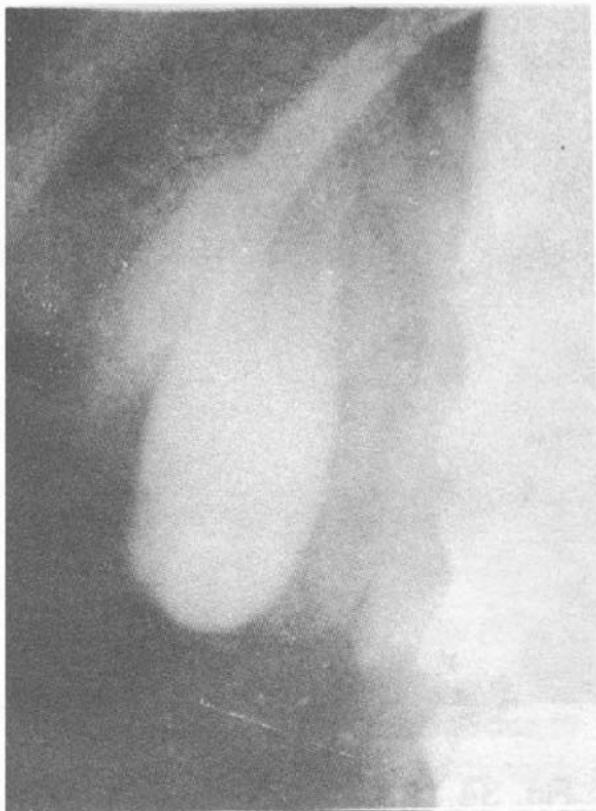
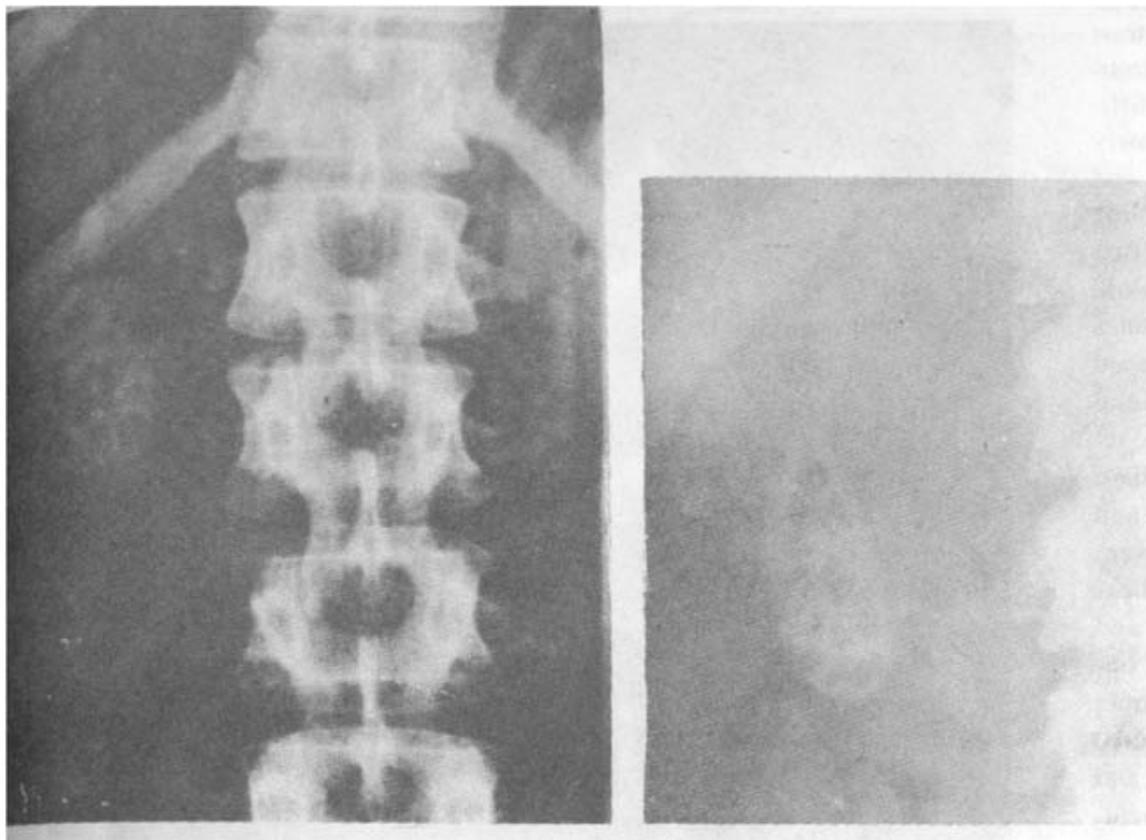


Fig. 41.— Oral cholecystography showing a normal functioning gallbladder.

بر خلاف تاریکی زمینه ئی در کولون پر از هوا. این خود نمونه واقعی برای پولیپ کوچک، قرحه کوچک مخاطی و خبات زودرس میباشد.

Oral Cholecystography.2: این عملیه برای تشخیص

امراض کیسه صفرا ضروری است وظیفه کیسه صفرا توسط این معاینه ارزیابی و تشخیص میشود. یک X-Ray مستقیم در صبح



Figs. 42 & 43.— Oral cholecystogram showing negative shadows of gallstones. Obviously these gallstones are not radio-opaque and will not be revealed in straight X-ray.

گرفته میشود در هنگام شام مریض یک شام سبک و کم و بدون غذای شحمی میگیرد بعداً به مریض 6 تابلت Telepaque (اسید یوپانوئیک) با آب داده میشود و چیزی خوردنی یا نوشیدنی داده

نمیشود تا که معاينه رادیولوژیکی صبح بعدی بعد از 14 ساعت از بلع (dye) صورت گیرد.

dye از امعا جذب و از طریق کبد دفع و در کسیه صfra تغليظ میشود اگر رنگ dye از طریق استفراغ بر طرف نشود یا اسهالی به حد افراط برسد در اسکیاگرافی (سايه نگاری) ممکن وظیفه نارمل کیسه صfra دیده شود اگر در کیسه صfra دیده نشود کیسه صfra وظیفه اجرا نمیکند البته در یک مریضی که یرقان داشته باشد به این معناست که مشکل در وظیفه کبد وجود دارد رنگ ممکن نیست که دفع شود و مربوط به مقداری که کیسه صfra را نمایان میسازد میباشد بعد از اینکه 2 تا 3 فلم نشان داده میشود به مریض نوشیدنی که در برگیرنده مقدار کافی شحم که سبب انقباض کیسه صfra گردد داده میشود. Biloptin در شام و Solubiloptin در صبح بعدی 3 ساعت تعقیب میشود توسط رادیوگرافی مجرای صفراوی خیلی خوب مثل کیسه صfra ممکن نشان بدهد. سنگهای که در کنترل X.Ray مسقیم نبودند ممکن حالا به قسم filling defects در مقابل یک نواختی اپک زمینه سایه های منفی از سنگ صفراوی را نشان بدهد.

3 Cholangiography داخل وریدی: تا امروز یک محل یا

جای متوسط را اشغال نموده تاکنون مربوط به مریضی شجر صفراوی میگردد و به منظور این هدف از Biligrafin استفاده میشود یعنی 20ml خیلی آهسته به ورید رزق میشود، پس از 10 تا 40 دقیقه از تزریق اسکیاگرام گرفته میشود مسیر صفراوی اغلبًا برای غلظت بالای رنگ (تقریباً 50 تا 100 مرتبه) در صفرا دیده میشود. این تحقیق برای کیسه صفرا به منظور کولیستوگرافی فمی نا مرغوب است.

برای نشان دادن یک تصویر خوب از شجر صفراوی، سنگ یا کدام مرض دیگر را میتواند به آسانی آشکار سازد هر چند یافته مثبت خیلی زیاد مهم است تاکنون یک یافته منفی کدام اهمیتی نداشته ازین سبب که وقوع یک یافته منفی کاذب غیر قابل قبول بوده است. در دو مورد این تست از کولیستوگرافی فمی به تشخیص کولیستیت تفوق میجوید :

اولاً وقتی که عملیه جذب رنگ مختل میشود مانند آنچه که مریض استفراغ میکند یا از اسهال رنج میبرد و

ثانیاً در مورد کولیستیت حاد.

ترنس هپاتیک از طریق جلد Cholangiography.4

(PTC): در سالهای اخیر با استفاده از سوزن باریک دیواره دار-23-

فیصدی مطالعه نتجه بخش و موفق و افزایش Gauge



Fig. 44 .— Percutaneous transhepatic cholangiogram (PTC) showing obstruction of the common bile duct due to metastatic lymph nodes in the Porta-hepatis.



Fig. 44 .— Percutaneous transhepatic cholangiogram (PTC) showing obstruction of the common bile duct due to metastatic lymph nodes in the Porta-hepatis.

وقوع ابتلا روبه کاهش بوده است بنابرین این خود یک میتود تحقیقی مهمی را میسازد. این تحقیق نشاندهنده انسداد خارجی یا داخلی صفوایی به وسیله اسباب مختلف میباشد و اگر در صحنه

عمل انجام شود همه چیز را برای عمل آماده می‌سازد، البته اگر ضرورت باشد. اگر سویه پروترومبین بلند باشد بازرق داخل عضلی vit.k، باید نارمل گردد سوزن با یک تیوب با ثبات Poly propylene از میان کبد در کانالهای کوچک داخل کبدی متسع صفراوی عبور داده می‌شود.

و سوزن عقب کشیده شده و تیوب Poly propylene با یک سرنگ وصل می‌شود و توسط Trial و اسپایرشن صفرا غلیظ در سرنگ دیده می‌شود در این مدت 40ml-20 از 45% Hypaque تزریق می‌شود و X-Ray های Exposure ساخته می‌شود حداقل 3 attempt باشد پیش ازین استنباط که هیچ مجرای صفراوی متسع داخل کبدی وجود ندارد ساخته شود خونریزی، لیکاژ صفراوی و sepsis از اختلالات بزرگ در این تحقیق هستند این یک تمرین روتین است که مقداری صفرا برای کلچر کردن و تست حساسیت بفرستید و بالاخره اگر sepsis توسعه می‌یابد باید از مناسبترین انتیبیوتیک استفاده شود.

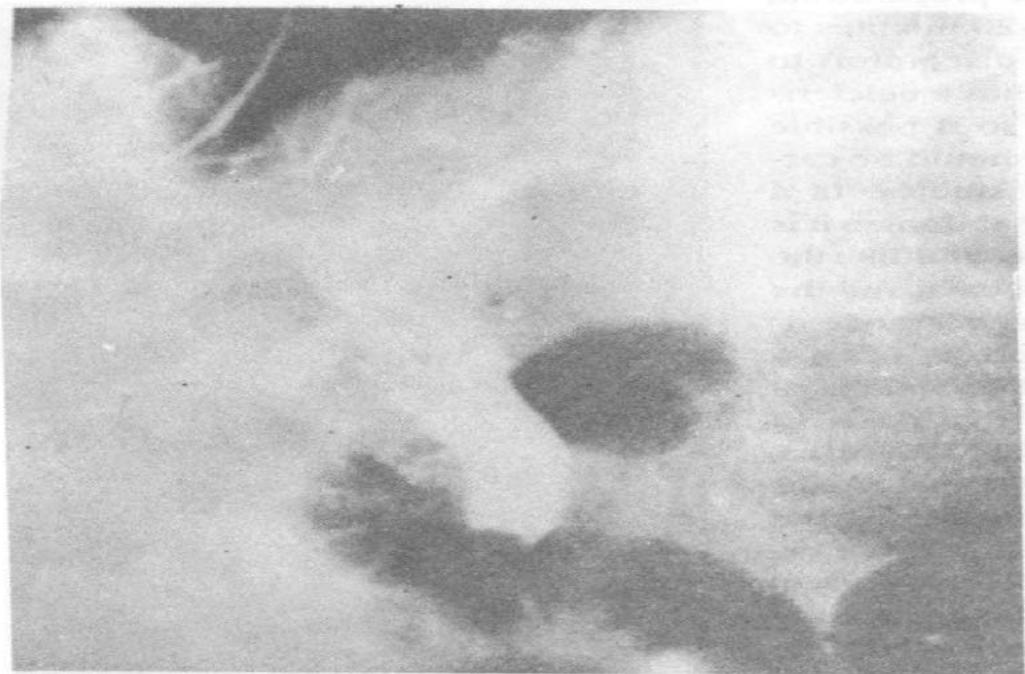


Fig. 45 .— PTC showing obstruction of the common bile duct due to a stone in its lower part shown by the concave margin of dye.

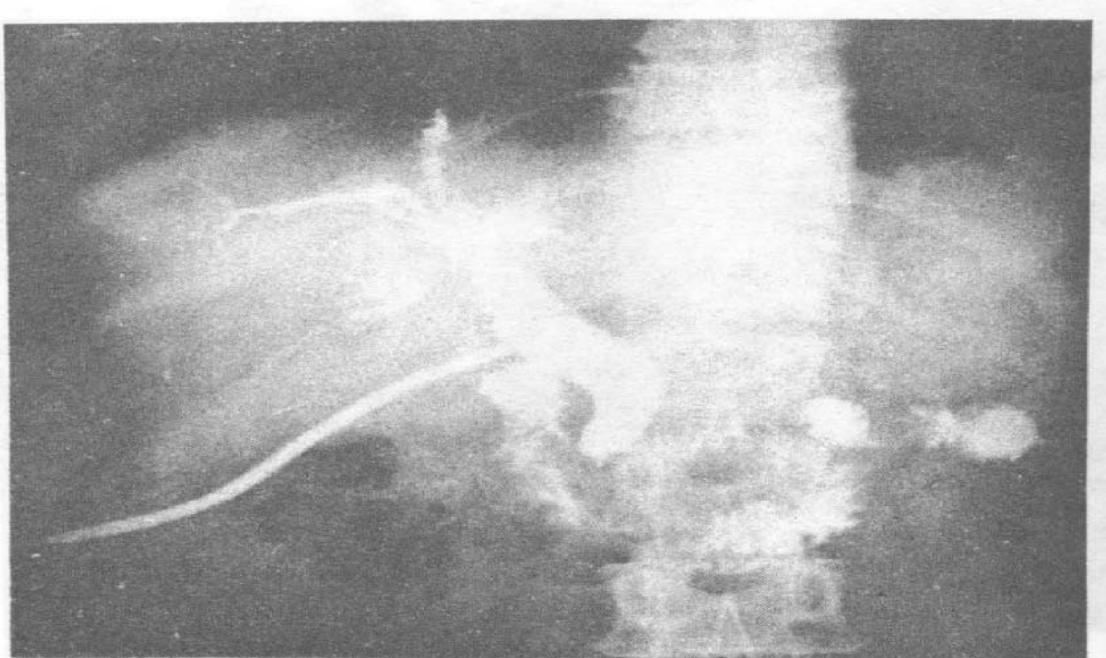


Fig. 46 .— T-tube cholangiography showing stone (negative shadow) at the distal end of the common bile duct. Note that the common bile duct and hepatic ducts are dilated.

Fiber-optic Endoscopy -5

پیشرفت میباشد وهم تا کنون با همین قسم مربوط حالات تحقیقی بطن مزمن میگردد تکنیک مدرن گستروسکوپی-*Fiber-optic* در مورد روشنی بیشتر اندامه و به صورت واضح نشانده‌هند پتالوزی واقعی میباشد.

مریض به طریق ذیل برای اندوسکوپی آماده میشود: باید برای 8 تا 10 ساعت قبل از اندوسکوپی چیزی نخورده باشد در حالت انسداد پایلور نیاز به اسپایرشنها مکرر میباشد.

انتی اسید نباید 10 ساعت قبل از معاینه داده شود اگر *X-Ray* با *Barium meal* نیاز باشد باید حداقل دو روز قبل از اندوسکوپی انجام شود، به مریض آرامش داده شود وهم گلو باید به صورت موضعی *anaesthetized* باشد و این عملیه برای تقریباً یک ساعت باقی میماند.

نشانه های گستروسکوپی عبارت اند از:

ا: هر ضایعه معدوی به نظر میرسد یا در مطالعات *X-Ray* گمان کرده میشود

||: خونریزی قسمت علوفی معده معاوی

III: استفراغ مبرم و شاکی بودن از علامه گسترشیکتومی قبلی مریضی. و این تاکید کننده این که اندوسکوپی یک رول مهم را در خونریزی معده معاوی دارد، نمیباشد. به علاوه یکی میتواند قرحة پپتیکی را که در meal Barium X-Ray با meal Barium دیده نمیشود، آشکار کند و نیز میتواند قرحة را که توسط تداوی طبی بهبود یافته تشخیص دهد همچنان یک قرحة معده که آیا سلیم یا خبیث است میتواند با اندوسکوپی تشخیص داده شود به دوربین عکاسی معده تصویر خاموش پتالوزیک معده را نشان میدهد و اما نه، کمترین آن ۹۰٪ ذمت و درستی در یافتن قرحة معده که اغلبًا با اسکیاگرافی به نظر نمیرسد میباشد معده به دسترس اندوسکوپست بوده و گسترشیت، قرحة، هموراژ، ستوماتا و خبات به صورت مناسب تشخیص داده میشند اما تفتیش منظم از اثناعشر تا ظهرور یک اندوسکوپ باریک که بتواند از پیلور بگذرد ممکن نبود.

Side viewing Olympus JFB , Forward Viewing Olympus GIFD ACMI میتواند به منظور دودینوسکوپی به قسم یک بخش دودینوسکوپی مری معده استفاده شود، روی هم

رفته نهایت با ثباتی و کنترل آله زمینه را برای به تفتش هر قسمت از معده و اثناعشر و گرفتن بیوپسی از ضایعه ممکن می‌سازد. بنابرین را دیولوزی با Barium meal که قدیمی می‌باشد می‌تود اولیه معاينه معده بوده است و حالا در حالات مختلفی به کار می‌رود و به زودی ممکن است نسبت به مطالعات اندوسکوپی کم اهمیت تر شود. گذشته ازین استفاده آن قبلاً شرح داده شد و مخصوصاً دودینوسکوپی تشخیص **Dyspepsia** را نشان داده و ممکن اذیما وجود داشته باشد. تنگی یا پیچیده گی در اطراف سوراخ پیلور موجود بوده درین موارد ممکن است التهاب اثناعشر نیز وجود داشته باشد. اینها در حقیقت مثالهای از **X-Ray** منفی در **Dyspepsia**.

| | | |
|---|------------------|-------------------|
| (ERCP) | Endoscopy | Retrograde |
| حالا مجرای صفراؤی: cholangiopancreatography | | |
| عمومی و مجرای پانکراس می‌تواند توسط دید جنبی و دودینوسکوپی fiber-optic از میان آمپولواتر کانولشن شود (کانول به بدن وارد شده و در آمپول واتر باقی می‌ماند) عمل کانولشن پا پیلاهای واتر توسط یک آلت با چنین وضعیت انجام می‌شود طوری که یک منظره نهائی از پاپیلا را به فاصله یک سانتی متری نشان میدهد یک کانول polythene از هوا واضح ساخته | | |

میشود و با 60% Urograffin بر افروخته میشود کانول از میان آله عبور داده شده و contrast medium در دودینوم ریخته نمیشود این حرکات پرسالیتزم و عملیه کانولشن را مشکل میسازد ماده حاجب تحت کنترل فلور سکوپ به آهستگی انداخته میشود و هر دو سیستم مجرای پانکراس و صفراؤی پر میشود اما اکثراً یکی از ماجراها در ابتدا پُر میشود، اگر ابتدا مجرای پانکراسی پُر شد ماده حاجب بیش از 2/5ml نباید تزریق شود زمانی که قناتهای کوچک ذنب پانکراس پُر میشوند تزریق باید توقف داده شود تا که پرشدن زیاد به داخل انساج نشت کند و سبب درد بشود بعد از پانکریانوگرافی رأس کانول به منظور پر کردن مجرای صفراؤی دوباره میزان و تعديل میگردد. اکنون 40ml از ماده حاجب استفاده میشود و ترجیحاً Hypaque 25% به منظور جلوگیری از تیره و تاریک شدن سنگ های کوچک نیز مورد استفاده قرار میگیرد 3 نشانه عمدۀ آن عبارت است از:

-1 یرقان، یرقان تشخیص نشده مزمن و راجعه به(علت انسداد آشکار میشود)

-2 پرابلم های مسیر صفراوی درد تشخیص نشده قسمت علوي بطن (گمان می رود که منبع صفراوی داشته باشد) و نشانه های صفراوی پس از عمل.

-3 امراض پانکراسی درد تشخیص نشده کمر یا بطن (گمان می رود که منشا صفراوی داشته باشد) و نشانه های صفراوی پس از عمل. 3-امراض پانکراس - دردتشخیص نشده کمر یا بطن (تضیق، بیننظمی، Cysts ها و غیره میتواند دیده شود). پیچیدگی اصلی این پروسجر انتان (به علاوه کولانجیت و سیرم هپاتیت) و پانکراتیت هستند.

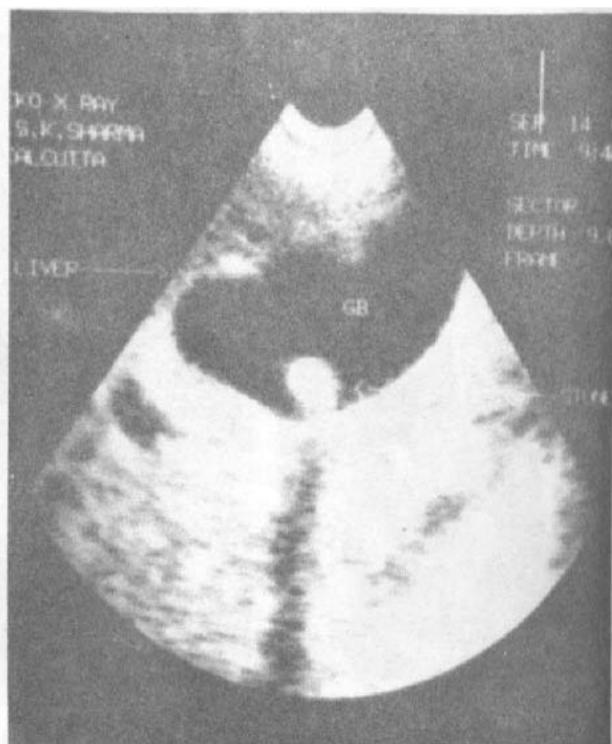


Fig. 47 .— Ultrasonography showing clearly a stone in a dilated gallbladder.

Ultrasound -6 به طور قطعی توسعه اولتراساوند تشخیصی قریباً یک انقلاب را در تحقیقات اختلالات بطن مزمن به پا کرده است یک اسکن Sonar متضمن کمترین آمادگی مریضی بوده و اجرای آن 15-20 دقیقه را در بر

میگیرد و سبب کدام ناراحتی به مریض نمیشود باریوم یک اثر زیان آور بالای اسکن دارد لذا در صورت ممکن معاینه التراسونیک باید قبل از بررسی باریوم انجام شود اسکن سوپاین از قسمت علوي بطن به سویه های مختلف به منظور طرح کلی کبد، طحال ابهر، اورده اجوف و کلیه ها امکان پذیر میباشد کیسه صفراء غالباً مشخص است و معمولاً یک ناحیه کوچک بدون صدا- (echo-free-area) وجود دارد التراسوند اهمیت ویژه در قسمت تشخیص ضایعات ناحیه اشغال شده دارد اندازه، شکل، استحکام و ثبات ارگان ها مطرح و تشخیص شده میتواند و ارتباطات کتله در این ارگان ها میتواند تشخیص شود موجودیت Cyst ها و محیط آنها بسیار به خوبی شناخته میشوند و transonic هسند و سطح آنها معمولاً echo-free است هر چند آنها ممکن است به صورت طولی بلند شوند echoes due to presence of septa.

تعین حدود،نا چیز از تومور خبیث بیانگر انفلترشن از انساج مجاور



میباشد-
کارسینومای
معده ممکن
گاهی منحیت
یک کتله

Fig. 48.— Ultrasonography showing multiple stones inside a dilated gallbladder.

تشخیص شود که در عنق فص چپ کبد باقی میماند به مریض 2 تا 3 گیلاس آب داده میشود تا لومن معده را مشخص سازد کتله قابل جس به صورت واقعی در قسمت fine-echoes جدار معده Riedl's تطابق دارد. در کبد کدام سوئشکل ا Anatomiکی مثل فص Cyst ها آبشه ها، تومورهای اولیه و ثانویه میتواند تشخیص شود بلکه، نمیتواند توسط التراساوند تشخیص شود.

اغلبًا شناخته شده ترین تومور موجوده میتاستاتیک شکل یک حلقه را داشته یا کتله جامد غیر منظم منبسط در مجاورت کبد مطرح میگردد.

تاکنون همانقدر که مربوط امراض کیسه صفرا میشود در عدم

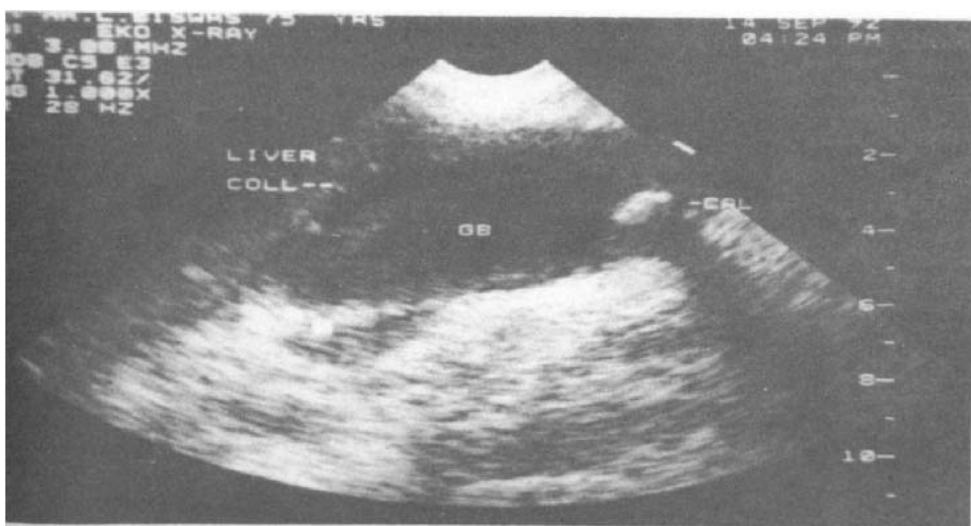
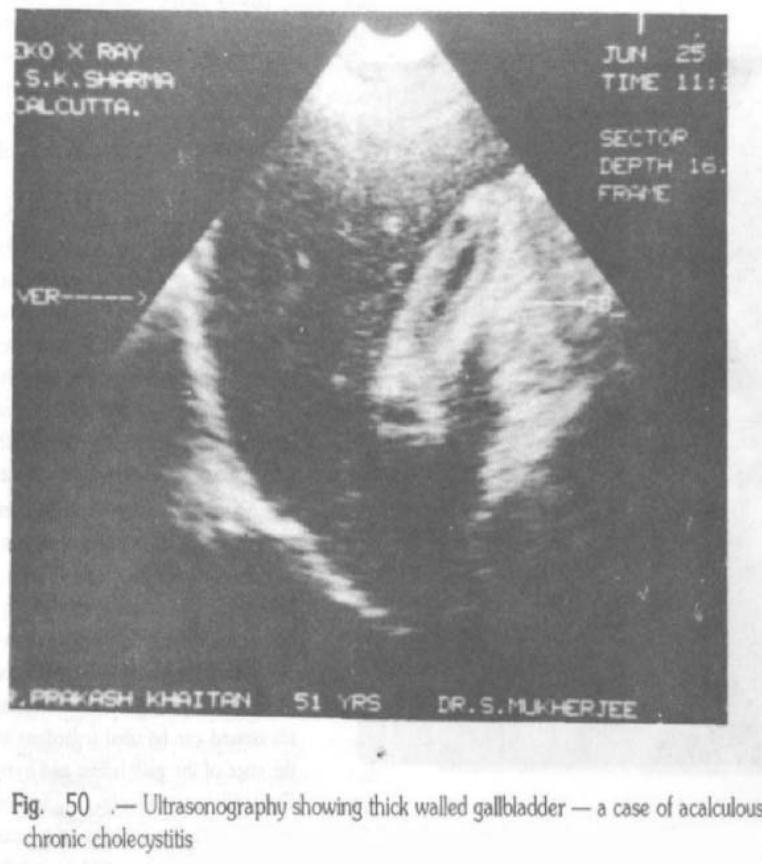


Fig. 49.—Ultrasonography showing a calculus at the neck of the gallbladder, which is hugely dilated—a case of empyema gallbladder. One can also see fluid collection (Coll.) around the highly infected gallbladder.

موجودیت یرقان با ultrasonic B-mode scanning کولستیوگرافی فمی خیلی خوب برابری میکند اما در موجودیت پرقان به هر صورت اسکن التراسونیک مورد بررسی و ملاحظه قرار میگیرد تا یک تحقیق انتخابی باشد همانقدر که التراسوند میتواند بدون توجه از وضع کیسه صfra و کبد مورد استفاده قرار گیرد انومالی های ولادی مثل دو بار شدن یا تضاعف کیسه صfra، cap میتواند با التراساوند تصور گردد حتی اندازه کیسه صfra به آسانی با این تکنیک میتواند اندازه گیری شود.



التراساوند
میتواند
سنگهای
صفراوى را
به سایزهای
بزرگتر از
چند ملی
متر آشکار
سازد mud
صفراوى

همچنان میتواند قدر باشدو این قابل اعتراف است که

التراساوند ممکن است به کولیسیتوگرافی فمی انجام شود مهارتهای ضروری را که در دسترس هستند تهیه بدارد از مزایای التراساوند اینست که میتواند معلومات اضافی را در باره مجرای صفراوی کبد و پانکراس به دست آورد حتی یک کیسه صفرا ذیمایی ضخیم بدون موجودیت سنگ صفراوی خیلی خوب مثل یک کیسه صفرای گانگرینی ممکن با التراساوند تشخیص داده شود و این باید به خاطر باشد که اطفال ممکن به ندرت تحت تاثیر امراض کیسه صfra قرار بگیرند و التراسوند یک عامل فزیکی عالی نسبت به کولی ستیوگرافی فمی بدون خطرات شعاع ایونیزه در این موارد است.

شجر صفراوی داخل کبدی و قنات عمومی کبدی میتواند به صورت واضح توسط التراساوند فلوروسکوپی در یک زمان واقعی تشخیص داده شود یک قطر بیش از 7mm در قنات عمومی کبدی، دلالت بر توسع شجر صفراوی داخل کبدی مینماید همچنان با این تکنیک سنگ داخل مجرای عمومی صفراوی تشخیص داده میشود و این حتی نشاندهنده کیسه صفرای بزرگ شده با انسداد از نهایت پایینی قنات صفراوی عمومی در کارسینومای پانکراس زمانی که کیسه صfra در کلینیک قابل جس نیست میباشد اینجا اهمیت اسکن التراسونیک به میتود دیگر تحقیقی نشان میدهد پانکراس برای معاینه مشکل است همانقدر

که موثرانه توسط echo reflecting bowel آزمایش میگردد اگرچه پانکراس، نارمل نمیتواند از نظر سونوگرافی تعریف شود با وجود این یک پانکراس اذیمایی و التهابی به هر حال به قسم یک کتله ضعیف در مقابل ابهر و ستون فقرات دیده میشود، کیست ها و کیستهای کاذب میتوانند به سهولت مطرح شود و تومورهای که

بیش از 3cm قطر دارند میتوانند با لوازم التراسونیک تشخیص

گردند یک

طحال بزرگ

میتوانند

Notch

طحالی به شکل

وصفی خود

شناخه شود

سیست های

طحال که

ولادی یا

تروماتیک

باشند به آسانی



Fig. 51 .— Ultrasonography showing a big stone at the distal end of the common bile duct which is dilated.

به وسیله التراسوند substance طحالی دیده میشوند اسپلینو

میگالی که مربوط هایپرتنشن و ریدباب است و سیروز کبدی وصفی، برای آشکار شدن بسیار مشکل نیستند. رهنمایی التراسونیک برای بیوپسی و اسپایرشن یک مزایای دیگری ازین میتود تحقیقی است اسپایرشن سیست کبد که انجام شده است با رهنمایی التراساوند صورت گرفته میتواند.

7- Radio- Isotope scanning:

دریافت گردیده که این تنها اسکن معتبر و با اهمیت خصوصاً در تشخیص تفریقی کتلات قسمت فوقانی بطن، یرقان و هیپاتو مگالی و آزمایش و معاینه مریضان مصاب امراض خبیثه میباشند.

و اجرای آن قرار ذیل است:

به مریض آیودین غیر عضوی از طریق فمی برای دو روز قبل از اسکن به منظور بلاک جذب تاثیروئید از ایزوتوپ داده میشود اسکن به وضعیت سوپاین 8 تا 10 دقیقه بعد از اجرای ایزوتوپ انجام میشود (این مطلب نمایندگی از وقتی که برای جذب کبدی صورت میگیرد مینماید)

عوامل ایزوتوپی که به صورت نارمل استفاده میشوند عبارت اند از:

1-131 االبومین سیروم مشخص نشانی میشود و تکنیسیم 99 در موارد هیپاتومگالی با اسباب ناشناخته، اسکن به تفریق بین امراض

موضعی و منتشر کمک میکند. سیروز کبدی سبب خسافت، لکه دار شدن بیننظمی و کاهش جذب کبدی میشود.

اسکن ممکن غده های خبیث در پورتای کبدی را منحیث علت یرقان آشکار سازد. اسکن گاهی برای ثبت آبشه های سمت راست تحت دیافراگم استفاده میشود بزرگترین کاربرد اسکن کبد آشکار ساختن ضایعه داخل کبدی از قبیل آبشه ها هیداتید و دیگر نوع سیستها و نیوپلازم های اولیه و ثانویه میباشد. اشکال گزارش شده دقیق و درستی در آشکار ساختن میتوانند از کبدی 77 تا 93 فیصد میباشد.

اسکن پانکراتیت با استفاده از ^{75}Se میتوانید نشانی شده به دوز $3\text{Mc}/\text{kg}$ به صورت داخل وریدی اجرا میشود معلومات از یک اسکن

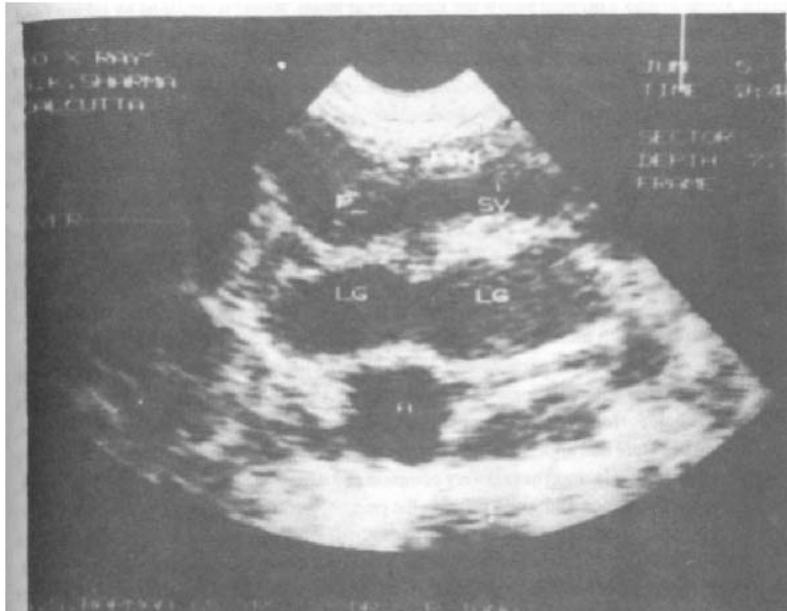


Fig. 52.— Ultrasonography of the abdomen showing enlarged metastatic lymph nodes in front of the aorta (involving pre- and para-aortic groups of lymph nodes).

پانکراس میتواند به دست آید که آیا پانکراس وظیفه اجرا میکند یا خیر شکل، اندازه، کیست های مختلف و تومورها در جسم خود پانکراس (Within it's substance).

:Radioactive Isotope in alimentary bleeding -8

تزریق بعدی داخل وریدی ایریتروست ها با ^{51}Cr نشانی شده و ضایعات خون در داخل لومن جهاز هضمی ممکن اندازه گیری شود ^{51}Cr دوباره جذب نمیشود در منجمنت کلینیکی خونریزی

حاد معده معاوی و یافتن محل هموراژ توسط رادیوگرافی معاينه اندوسکوپی یا حتی لپراتومی مشکل است چنانچه تزریق بعدی ^{51}Cr -laballed polythene حجرات سرخ تیوب به آهستگی تا یلیوم نهایی پائین برده میشود.

نمونه های زیادی از مایع جهاز هضمی به دست آمده و حجم های خون آنها تعیین میشود به همان زودی که خونریزی آشکار میشود موقعیت نهایی تیوب به صورت رادیولوژیکی تعیین میشود.

9- خونریزی از قرار Selective visceral Angiography

توسط این تکنیک تشخیص شده میتواند آنجیو گرافی فوری زمانی که محل هموراز نا معلوم است دلالت بر هموراز حاد مینماید. آنجیو گرافی نه فقط به صورت درست محل هموراز را نشان میدهد بلکه همچنان میتواند خونریزی را تاحدی با ادویه انقباض دهنده اوعیه با انفیوژن انتخابی کنترل کند.

کتراییشن جلدی از طریق Axillary یا Femoral با تکنیک Seldinger با تزریق انتخابی محلول ایودین Contrast در داخل شریان کواپلیاک، میزانتر علوی و یا سفلی تعقیب میشود، طوری که محل هموراز تعین شده میباشد. نزدیکترین اوعیه در محل به صورت انتخابی کتراییز میگردد.

پترسین Petresin (0.2 ml/min) برای مدت 15 دقیقه انفیوژن میگردد بعداً همین دوز طبق سرعت و اندازه هموراز میزان یا تعدیل میگردد جراحی عاجل در صورتی که خونریزی با پیترسین کنترول شده نتواند ضروری پنداشته میشود استفاده از Fogarty یا کتر Gelfoam mixed clot خوندهنده را مسدود نماید.

Laparoscopy -10: در تحقیقات مریضان یرقانی مشاهده پتالوژی داخل بطنی، بیوپسی از ضایعات داخل بطنی را اجازه میدهد.

کولا نجیوگرافی fine-needle جلدی همه در یک پروسجر انجام میشود که این خود یک اهمیت تشخیصیه بزرگی میباشد کولانجیوگرافی در مجاری متسع داخل کبدی انجام میشود اما در حالاتی با اتساع کمتر کیسه صفرا ماده حاجب میتواند تزریق شود. برای به حداقل رساندن لیکاژ صفراوی از کیسه صفرا که ممکن تحت کشش باشد سوزن میان نسج کبدی مجاور از وسط bed کیسه صفرا باید به صورت مستقیم قرار داشته باشد.

Exploratory Laparoscopy -11 (اکتشافی): درجهای که زیاد Scope ندارد تحقیقات مختلف انجام میشود قسمی که درباره لپراتومی تحقیقی در بالاتذکر داده شده باید زودتر انجام شده و آخرین میدان مراجعه میباشد و به این باید پی برده شود که حتی بعد از تحقیقات سوفستائی ها که در بالا مورد بحث قرار گرفت مورد استفاده بوده است ، چندین موارد نا تشخیص شده باقی خواهد ماند در این موقعیت لپراتومی تحقیقی یا استکشافی ممکن برای رسیدن به تشخیص قطعی بامورد دانسته شود.

تشخیص تفریقی

1. قرحة مزمن معده: اکثریت مریضان بالای سن 40 سال و مرد ها بیشتر مبتلا می شوند به صورت حرفه ائی مریضان بیشتر در ردیف قرار دارند و شاید استرس های بزرگتر و فشار و کشیدگی و مسؤولیت وظیفه مریض را به تشکل قرحة مستعد سازد. مریضان اغلبًا به خاطر ترس از درد با یک رژیم محدود لاغر هستند. نشانه اصلی ناراحتی مورد درد است ممکن است از درد مبهم، ناراحتی خفیف سنگینی، یا سوزش تا درد بسیار شدید متغیر باشد که مریض را به خوابیدن یا دراز کشیدن مجبور نماید شکل اصلی درد به صورت منظم **Clock-like** است. درد فوراً بعد از خوردن غذا بوجود می آید لذا مریض از این ترس دارد اما اشتهاي آن خوب است (قرحة اثناعشری) طوری که مریض مقداری وزن می بازد، درد ممکن است به خلف انتشار داشته زمانی که قرحة در پانکراس نفوذ یارخنه نماید. بزودی بعد ازین که معده خالی شد درد دوباره خود بخود تسکین می یابد. یا با خوردن القلی یا توسط استفراغ که اغلبًا خود موجب می شود. استفراغ بعضی اوقات نشانه برجسته و قابل ملاحظه می باشد اما نه بیشتر از 15٪ موارد.

هماتمزومیلانا در ۱/۴ موارد ارتباط به قرحة مزمن معده میگیرد در یک معاینه حساسیت عمیق میتواند با ثبات قابل ملاحظه در ناحیه متوسط Epigaster به وجود آید.

تحقیق یا بازجویی طوری که در بالا بحث شد میتواند انجام شود.

2. قرحة مزمن اثناعشری: به صورت وصفی مریضانی که جوان اند (یعنی زیر ۴۰ سال) کاملاً مصروف، و آنها یی که غذا را با عجله یعنی در یک انتروال نا منظم بین سگرت ها و مکالمات تلفنی میبلعند. نشانه اصلی درد است اما این دونیم تا ۴ ساعت بعد از خوردن غذا به وجود می آید وقتی که معده خالی شود و این عبارت از Hunger pain است.

درد اکثرا در صبح زود یا دیر بعد از ظهر به وجود می آید. درد به صورت مشخص $\frac{1}{2}$ اینچ در قسمت راست خط متوسط در سطح ترانس پا یلوریک واقع شده، با خوردن غذا آرامش به دست می آید درد به صورت یک تناوب ویژه بی ادامه می یابد و حملات در بهار و خزان به وجود می آید و به این باید پی برده شود که این بیماری با کار زیاد، پریشانی، اضطراب، سگرت و الکول تسریع میگردد آروغ آب یا اسید و سوزش دل همچنان از نشانه های

بسیار معمول این مریضی هستند. و این را به خاطر باید داشت که استفراغ از نشانه های غیر معمول قرحة اثناعشری میباشد. هم‌اتم‌ز و میلانا که به وسیله هموراژ به وجود میآیند نسبت به قرحة معده درین مریضی معمول تر است. استثنائاً اشتها خوب است. به علاوه مریضان برای خلاص شدن از درد در فواصل همیشگی غذا میخورند لذا اکثریت مریضان خوب هستند در معاينه حساسیت عمیق موضعی در محل اثناعشر کاملاً معمول است. درینجا ۲٪ چانس تثقب و ۵٪ چانس هموراژ وجود دارد تحقیقات قسمی که قبلاً تذکر داده شد انجام شود.

Pyloric Stenosis.3 : این در نتیجه ایجاد جای زخم قرحة اثناعشر یا باب المعده به وجود می آید و به طرز خاصی معمولاً در نزد جنین مؤنث اتفاق می افتد. تاریخچه طولانی از قرحة اثناعشر در باختن واقعی تناوب با زیادتر شدن درد و سیری در هنگام شام نکات وصفی و از یادداشت‌های با اهمیت تاریخچه میباشد.

استفراغ با میزان زیادی به صورت مشخص در هنگام شام اتفاق افتاده و معمولاً حاوی مواد غذایی نا مشخص، ناپاک و کف دار حتی از ۲ تا ۳ روز قبل میباشد. در معاينه نمایان شدن حرکات دودی(peristalsis) از چپ به راست علامت شاخص بیماری

میباشد. صدای شلپ شلپ (succussion splash) شنیده میشود X-Ray با خوراک باریوم تشخیص را Clench یا قطعی مینماید.

Polya type Gastro-Jejunal Ulcer .4

گسترکتومی قسمی یا بعد از آناستوموز گستروژوژنمی به وجود می آید. وقوع آن زمانی که گستروژئرنوستمی با واگوتومی ارتباط داده نمیشود بسیار بالا میرود، قرحة راجعه تقریباً در 3٪ موارد بعد از Polya گسترکتومی و 5٪ موارد آن بعد از واگوتومی و گستروژوژنوستمی به وجود می آید نشانه های آن اکثراً در حدود 2 سال یا بعد از عمل تظاهر مینماید، درد باز یک نشانه مهم است، اکثراً ماهیت سوراخ کننده دارد در حدود نیم ساعت بعد از خوردن غذا بوجود می آید درد به صورت مشخص از بالا و چپ سره تا به چپ حفره ایلیاک انتشار دارد همراه بسیار معمول است و ممکن است به صورت هماتمزم، میلانا یا خون مخفی در مدفع آشکار شود، استفراغ نیز بسیار معمول است و بدرد تسکین میدهد نسبت به قرحة پپتییک به تشقیب مستعدتر است. این قرحة ممکن به کولون مستعرض نفوذ نموده و یک فیستول گستروژوژنوکولی را بسازد. با ظاهر شدن این فستول نشانه های قرحة آناستوموتیک

ناپدید میشود. اما بدبختانه اسهال شدید و آروغ زدن جای آن را میگیرد استفراغ مریضان گاهی متشكل از مدفوع میباشد.

پتالوژی اصلی در عقب این وضع ترسناک، ژوژنم ناپاک توسط محتوای کولون میباشد و این منتج به اضطراب ترسناک از میکانیزم کشنده حیاتی میشود معاينه X-Ray با خوراک باریوم تنگی دهانه گستروژوژنوستمی و تضیق اسپیزمی معده وژوژنم را نشان خواهد داد.

دهانه یا Crater واقعی قرحة به مشکل دیده میشود و این را باید به خاطر داشت که فیستول گستروژوژنوکولیک توسط تنقیه با استفاده از باریوم بهتر تشخیص میشود چون بیش از نیمی از مریضان خوراک باریوم موجودیت فیستول را رد کرده است.

۵. کارسینومای معده:

تصویر سریری میتواند به صورت مناسب تحت ۴ عنوان ذیل شرح داده شود:

۱- تیپ بیسر و صدا (کارسینوما در جسم معده رخ میدهد).

-II- تیپ انسدادی (کارسینو ما در ناحیه پایلور یا نهایت کاردیاک رخ میدهد).

-III- به قسم یک Lump یا برآمدگی.

IV - به قسم یک کارسینومی که در بالای قرحة باشد این مریضی در اشخاص کامل و پا به سن گذاشته بوجود می آید اما اگر در جوان ها دیده شد نباید فقط طیف سنتی را در نظر گرفت و در اشخاص عام و عادی دیده میشود.

1- تیپ بی سرو صدا: تاریخچه اکثر آکوتاه است علایم اولیه مثلًا سؤهاضمه، ناراحتی مبهم، حس سیری و سنگینی بعد از غذا در قمیت علوی بطن، از دست دادن اشتها، احساس بی حالی و غیره میباشند.

درد در صفحه اول وجود نداشته، و ممکن در صفحه اخیر بیماری به وجود آید از علایم بعدی استفراغ است که درد را تسکین نمیدهد، باختن وزن و درد ثابت و همیشگی اپی گستردگی که نه غذا سبب آن میشود و نه با غذا تسکین می یابد. در معاینه لاغری و خسافت یاد داشت میشود مریضان ممکن یرقان داشته باشند،

بطن اسکافوئیدی، جلد چین خورده و غیر الاستیک میشود به با توسع بطن موجود میباشد در جس Ascite صورت متناقض حساسیت جزئی ناحیه اپی گسترش وجود دارد در جس عمیق با بطن آرام ممکن یک کتله در ناحیه اپی گستراشکار شود که این کتله سخت، نا منظم، کمی حساس و ممکن با تنفس حرکت کند یا نکند.

یکبار کوشش شود تا کبد جس شود که چون جس دلالت بر ابتلای ثانوی با نودولهای سخت مینماید، لرزش مایع و تغیر جهت وجود دارد در صورتی که آزادانه مایع در جوف Dullness پریتوان وجود داشته باشد نودولهای سخت و میتابستا تیک در تحت جلد در نواحی سره ممکن به وجود آید باز هم بار دوم باید عقدات لمفاوی عنق و مخصوصاً عقدات لمفاوی فوق ترقوی چپ جس شده و جستجو گردد (Virchow's). معاینه ریکتم ممکن recto آشکار سازد. vesical کشت حجرات متاستاتیک را در جیب یا فضای

و معاینه واژن ممکن تومور تخمدان Krukenburg را آشکار سازد در موارد اخیر باید ترمبوفیلیت (Trauser's sign) (جستجو گردد تحقیقات ویژه قسمی که در بالا بحث شد باید انجام شود.

2- تیپ انسدادی: کارسینومای معده در نهایت کاردیاک و پایلور ممکن راه غذا را مسدود نماید رشد در پایلور نسبت به انواع قبلی معمولتر است تصویر بالینی شبیه Stenosis پایلور است، اشکال مشخص کار سینوما عبارت اند از:

- a تاریخچه کوتاه است (چندماهی)
- b کدام قرحه پپتیک قبلی در تاریخچه وجود ندارد
- c بی اشتہائی، دلبدی و استفراغ ثابت است استفراغ نا مطبوع و حاوی خون متغیر میباشد (زمینه قهوه ؎ی)
- d باختن وزن قابل ملاحظه بی وجود دارد e- اسکیاگرافی با خوراک باریوم تشخیص را تائید و تصدیق مینماید.

3- برآمدگی (Lump) : بعضی وقت نزد مریضان ممکن است یک برآمدگی ناحیه اپی گستر وجود داشته باشد نه چیز دیگری. وضعیت یا ظاهر عمومی مریض مانند آنچه که در بالا بحث شد

میباشد، ممکن بر آمدگی سخت، نا منظم، متحرک یا ثابت بوده و با تنفس ممکن حرکت کند یا نکند یکبار باید متاستاز ثانوی جستجو گردد.

4- تیپ قرحة پیتیک: امکان رخ دادن کارسینو ما در قرحة معده شناخته و تصدیق شده است اما فیصدی اختلالات آن مشکوک و نا معلوم میباشد زمانی خبات گمان میرود که :

- (a) فقدان حملات دوره یی وجود داشته باشد، تسکین و بهبودی کوتاهتر باشد یا هیچ وجود نداشته باشد.
- (b) سوزش تیز درد قرحة جایگزین یک درد کند ثابت شود.
- (c) اشتهای خوب در قرحة معده جایگزین بی اشتهایی گردد.
- (d) دلبدی عمومیت دارد اما استفراغ کدام آرامشی مانند گذشته به وجود نمیآورد. (استفراغ ممکن با زمینه قهوه یی باشد)
- (e) باختن وزن سریع میشود.

به قسم پرولبس قسمتی از معده در جوف صدر Hiatus hernia

از میان سوراخ مری تعریف میگردد. این ممکن است Sliding

2% Rolling مجاورت مری یا Type -II 85% type -I



Figs. 53 & 54 .— Barium meal X-ray showing sliding type and rolling type of hiatus hernia respectively.

باشد. اکثر قربانیان را اشخاص میان سال یا خانمهای 5% mixed

چاقی که پا به سن گذاشته اند تشکیل میدهد، مریضان ممکن

است از سوخت دل شاکی باشند که با دراز کشیدن و دولا و خم

شدن بدتر شده میرود و با آروغ یا برگشت اسید معده که به دهن

همراه میباشد ممکن با علایمی همراه باشد که در نتیجه موجودیت **Hernia** درصدر، از قبیل نفح سوھاضمه، سیری، کوتاهی تنفس، درد قسمت علوی بطن تاکی کاردی و غیره باشد. مریضان ممکن است با اختلالات ایزوفارژیت مثل **dysphagia** هماتمز جزئی یا انمی وغیره مراجعه نمایند. ، تحقیقات ویژه مانند **X-Ray** با خوراک باریم ایزوفاگوسکوپی وغیره تشخیص دهنده وضع وحالت مریض میباشد.

Chronic Cholecystitis and Cholelithiasis.6 اگرچه **Forty, Female, Fair, Fertile, Fat** یک مثل واقعی است که مریضان اکثرأ، هستند تا کنون ثابت نشده است که این **F** به **5** به تشخیص قطعی کمک کرده باشد در اکثر موارد احساس انبساط اولین نشانه میباشد و مریض پیش از اینکه غذا خوردن را تمام کند احساس میکند خیلی زیاد غذا خورده است، تدریجاً مریضان شروع به شکایت از درد درقسمت بالای عضله **Rectus** مینمایند و اغلبأً از انتشار آن به زاویه سفلی در اسکاپولای راست خبر میدهند (سو هاضمه کیفیتی) مریض کوشش میکند که با استفراغ آرامش کسب نماید اما این به ندرت انجام میشود مثل آنچه در مورد قرحة پپتیک وجود دارد. و دلبدي خیلی معمول بوده اما

استفراغ نادر است. آروغ پس از غذا اغلبً به قسم یک سو هاضمه نفخ دار توصیف میشود که یک نشانه معمول درین حالت است، اشتهای مریضان محفوظ بوده، حملات درد نا منظم و هفتہ ها و ماه ها دوام مینماید یا درد خارج از فاصله معین و با طول دوام متنوع میباشد. یرقان یکی از علامات کولی سیت نیست، اگر چه یرقان جزیی یا کمرنگ ممکن در نتیجه کولا نجیت وجود داشته باشد تفتیش آشکار کننده بطن نارمل میباشد. علامت مهم در جس Murphy sign است، در اکثریت موارد کیسه صfra قابل جس نیست مگر این که یک توسعه Empyema ، mucocele یافته باشد اشکال مختلفه X-Ray کاملاً تصدیق کننده هستند و قبلات تحت عنوان "تحقیقات ویژه" بحث گردیده کولی سستوگرافی فمی التراساوند کاملاً تشخیصی هستند.

سنگ در Common bile duct :- به طور وصفی مریضان از موارد ذیل رنج میبرند

-1 - قولنج صفراوی

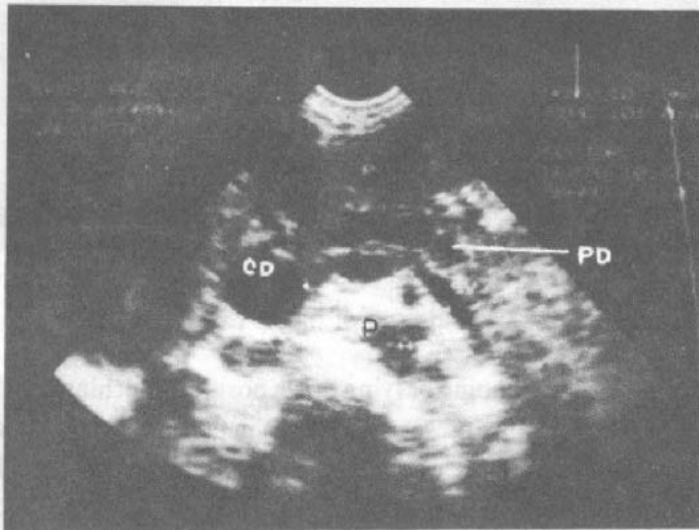
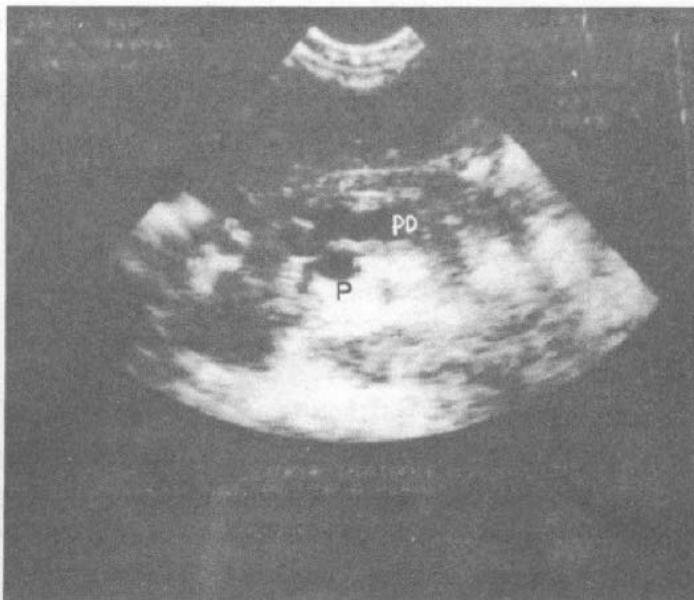
-2 - یرقان که هر حمله قولنج را تعقیب میکند.

3- تب نوبتی (Charcot's) تریاد یا مجموعه سه جزیی سنگ مجرای کولدوک. واین باید تفیریق دهنده کارسینومای راس پانکراس باشد.

Oriental Cholangiohepatitis.7 : حالتیست که سنگهای طویل که در Common bile duct وجود دارند از سبب انسداد Common bile duct بواسطه آلدگی توسط کرم های کبدی چینی (chonorchis Sinesis) به وجود می آید. مریض با درد، یرقان و تب نوبتی مراجعه میکند (Charcot's triad) ادرار حاوی صفراو غایطه رنگ خاک رس را بخود میگیرد. این حالت در چین، چپان، چین، هونگ کونگ و غیره معمول است.

Choledocus cyst.8 : این حالت ضعیفی قسمتی یا تمام جدار مجرای عمومی صفراوی منجر به یک توسع سیتک شده و سرانجام مجرای صفراوی باقی مانده را فشار داده و جریان صفرا را به دودینوم مسدود مینماید، این حالت نادرآً اتفاق افتاده و در زنها نسبت به مردها معمول تر است و در چپان نسبت به دیگر ممالک وقوعات آن بیشتر میباشد. مرض هرگز قبل از سن 6 ماه وجود ندارد تقریباً نیمی از موارد فوق در بالغین رخ میدهد درد قسمت علوی بطن یرقان انسدادی و تب از اثر انتان (charcot's triad)

از نشانه های اصلی دیگر است. جس cyst ممکن است را آشکار نماید سیستی که با پانکراسی Cyst اشتباه گرفته میشود.



Figs. 55 & 56.— Ultrasonography — In the upper figure one can see a mass in the head of the pancreas near ampulla of Vater with dilated pancreatic duct. In the lower figure in the same case one can see the dilated pancreatic duct (PD) and also a very dilated common bile duct (CD) and the mass near the ampulla of Vater (P).

Chronic .9 pancreatitis

حالی است که در آن خرابی آهسته و پیشرونده acini با افزایش فیروز وجود دارد تمام پتالوژی منجر به عدم کفایه و ظیفوی پانکراس میشود نشانه اصلی را درد بطنی

تشکیل میدهد که از ناحیه اپی گستره شروع میشود و به پشت انتشار مینماید درد از درد سوراخ کننده تا درد کولیک صفراوی متغیر است درد معمولاً به صورت کامل قابل تحمل بوده و کمی با نشستن مریض بهبود میابد دوام درد تقریباً 3 تا 4 روز بوده و نزد 50% موارد استفراغ دیده میشود و بی حالی بسیار معمول است در کمتر از 20٪ موارد یرقان بوجود می آید اما دیابت معمول تر است (تقریباً $\frac{1}{3}$ موارد) موجودیت شحم زیاد در مدفع است (Steatorhea) کاملاً معمول است بهترین راه برای جس پانکراس، دور دادن مریض به راست است در حالی که زانوها خمیده باشند ناحیه تحت ضلعی چپ به صورت عمیق جس میگردد و این در پانکراتیت حاد و مزمن موجب حساسیت میشود (Mallet-guy's sign)

10: Carcinoma of the pancreas: اکثراً راس پانکراس را مبتلا ساخته و بعضی اوقات جسم و نادرأً ذنب را مصاب میسازد، اکثریت قربانیان را مردها تشکیل میدهند.

کارسینومای راس پانکراس:- اگرچه این اکثراً به قسم یک حالت بدون درد توصیف میشود تا کنون مریضان با اولین نشانه یعنی درد مراجه مینمایند یرقان بسیار معمول است و در اکثریت موارد

پیش تر از درد به وجود می آید یرقان به طور کلاسیک و به صورت پیشرونده عمیق شده میروند. Intermission در موارد کارسینومای آمپول واتر دیده میشود که در نتیجه Sloughing رشد می یابد.

مثل کارسینماهای دیگر بی اشتهاي و باختن وزن بسیار معمول بوده و اسهال بدبو و مشکل آفرین میباشد.

مدفع خاسف و حاوی چربی از اثر کمبود انزایم، شکلی از این حالت است گاهگاهی مریضان با علایمی بسیار مشابه پانکراتیت حاد مراجعه مینمایند، لذا مریضان مسنی که با این علایم مراجعه مینمایند یکبار باید به منظور مستثنی قرا دادن کارسینومای پانکراس جستجو و تحقیق گردند. طبق قانون کیسه صfra بزرگ میشود گاهی تو مور قابل Courvoisier's جس میباشد، کبد ممکن است بزرگ شود در اخیر ممکن است Ascitis به وجود آید.

کارسینمای جسم و ذنب پانکراس:- علامه اصلی درد ناحیه اپی گستر است کیفیت خاص درد پانکراس این است که به پشت انتشار دارد با در از کشیدن مریض درد شدیدتر شده و با نشستن

درد کمتر میشود لذا مریض شب را با نشستن سپری نموده طوری که بازوها به وسط صدر تا خورده هستند ترمبوفیلیت مهاجر ممکن است یک نشانه از کارسینومای پانکراس باشد ترمبوفیلیت که خود به خود پدید می‌آید و بعدها به تحلیل میرود فقط به خاطری که دوباره در جای دیگر ظاهر گردد به تیپی که معمولاً تصادف میکند به عنوان *Trousseau's sign* شناخته میشود.

11. اپنديست مزمن: قربانیان اصلی اين حالت دختران جوان هستند. يك درد مبهم در بطن درديكه معمولاً در حفره ايلياک راست شکایت میشود و احتمالاً اولين نشانه در اکثریت موارد است درد موضعی قطعی ممکن وجود نداشته باشد اما در عوض يك سو هاضمه مبهم ممکن است شکایت شود استفراغ به وجود می‌آيد اما تسکین دهنده درد نمیباشد اين درد در ناحیه قبل و بعد از موقعیت ايلياک اپنديکيس معمول تر است.

قبضیت در این حالت معمول بوده درد سوزشی در ادرار کردن و یا دردی که کولیک یا قولنج حالبی را تقلید مینماید شکایت میشود در معاینه يك حسایت واضح بالای اپنديکس وجود دارد معاینه ریکتم معمولاً کلید تشخیصه را به دست میدهد.

12. مرض کرون Crohn's disease : مریضان بیشتر اوقات

اسهال بدون خونریزی واضح دارند. ضایعات جدار مقعد از قبیل آبسه ها، فیسورها و فیستول ها کاملاً درین مریضی عمومیت دارد.

تصویر سریری بهترین بررسی را در 4 مرحله ذیل نشان میدهد:

-1 مرحله التهابی زمانی که یک کتله در ناحیه راست ایلیاک قابل جس است.

-2 مرحله کولیت، زمانیکه اسهال، تب، انمی، و باختن وزن ظاهر مینماید

-3 مرحله Stenotic زمانی که تصویر انسداد امعای کوچک به طور ناگهانی رخ میدهد.

-4 مرحله فیستول، ارتباط داخلی یا خارجی با کولون سگموئید، مثانه، چکم وغیره...

تفریق از یک زایده اپنده با عدم موجودیت منبع درد در ناحیه سره آغاز بی سر و صدا و موجودیت خون مخفی در مدفوع صورت میگیرد.

اسکیاگرافی با خوراک باریوم فقدان حرکات پرستالتیک را آشکار خواهد کرد. درقوس مبتلا و String sign of kantor زمانی که لومن با یک حبل نرم و نازک باریک و تنگ میشود اگر این حالت کولون را متbla کرده باشد در تنقیه باریوم نمونه یک سنگ صاف ممکن موجود باشد، اما اکثراً تفریق آن از پولیپهای کاذب کولون و ریکتم pseudopolyposis مشکل است.

ضایعات Segmental قویا" مشخصه بیماری کرون است یک قطع ناگهانی در رادیوگرافی های غیر طبیعی دلالت بر مرض کرون مینماید. قرحت ترک خورده عمیق به شکل نوک تیز یا خاردار ظاهر میشوند، اگر این حالت ریکتم را درگیر کرده باشد سگموئیدوسکوپی میتواند مبین مرض کرون باشد.

13. مرض کرون در کولون: 3 کیفیت یا شکل اصلی این حالت عبارت از:

1. اسهال

2. باختن وزن

3. درد بطنی

بعضی اوقات برآمدگی بطن در نتیجه سفتی اطراف کولون یا انتان ممکن موجود باشد. فیستول خود به خودی در خارج یا دراحشا توسعه میابد این تیپ فیستول هرگز در کولیت السراتیو دریافت نمیگردد. گرچه گاهی در دایورتیکولیت دیده میشود.

در بیماری کرون کولونیک حاد توسع توکسیک کولون همانند آنچه که در کولیت السراتیو دیده میشود وجود دارد موجودیت ابنارملتی مقعد در 80% موارد کولونیک یافت میشود خونریزی ریکتم نسبت به کولیت السراتیو و دایورتیکولیت کمتر معمول است.

در تشخیص کولیت السراتیو، در نیمی از موارد ریکتم مبتلا است لذا در سگموئیدوسکوپی مخاط ریتکم نارمل این حالت را مستثنی قرار نمیدهد زمانی که مخاط مبتلا است اذیمایی، دانه دار و قرحت کوچک پراکنده با مخاط نارمل در وسط آن دیده میشود) با مقایسه کولیت السراتیو جای که تغیر منشر یک نواخت بدون این که مخاط نارمل در میان آنها موجود باشد). اختلالات سستمیک مانند سرخی یا erythema nodosum ، synovitis یا التهاب پرده سینوویال، التهاب عنبيه (iritis) و حالات جزئی جلد عفونی ممکن درین حالت دیده شود.

14. توبرکلوز بطنی: توبرکلوز بطنی میتواند یکی از دو تیپ زیر باشد:

A: توبرکلوز معایی:

B: توبرکلوز عقدات لمفاوی میزانتر

A: توبرکلوز معایی: این نیز به دو نوع است:

a / ulcerative Tuberculosis

b / hyperplastic ilio- caecal tuberculosis

Ulcerative tuberculosis: این اکثرآ درنتیجه استنشاق باسیل توبرکلوز (نوع انسانی) در بلغم در توبرکلوز ریوی میباشد این حالت با چندین قرحة ایلیوم نهایی مشخص میشود، تشقب غیر معمول است ترمیم قرحات یک شکل سخت و متضيق را به وجود میآورد. با ختن وزن و اسهال، مدفوعی متغرن و حاوی چرک و خون مخفی از جمله شکایات اند. بیشتر وقت مریضی یک مورد شناخته شده از توبرکلوز ریوی است در معاینه کدام چیز مشخص دریافت نمیشود، بجز حساسیت جزئی در حفره ایلیاک راست Barium meal ممکن نامناسب پرشدن یا پرنشدن ایلیوم

نهایی، چیکم و قسمت پروکسیمیل کولون صاعده که در نتیجه باریکی و حرکات زیاد قطعه تقرحی میباشد را تثبیت نماید.

b: Hyperplastic Tuberculosis –b تشخیص تفریقی تورم ناحیه راست ایلیاک شرح داده میشود.

B: توبرکلوز عقدات لمفاوی میزانتر: این نوع ذاتاً نادر بوده و در اصل در اطفال دیده میشود. باسیل توبرکلوز (هر دو نوع انسانی و گاوی) در عقدات لمفاوی میزانتر از میان پلک های payer که در ایلیم نهایی وجود دارد داخل میشوند در آنجا تیپهای مختلف از این مریضی موجود میباشد.

a: به قسم یک علت درد بطنی این درد بطنی ثابت مرکزی بیشتر از یک ناراحتی نسبت به یک درد شدید است، در معاینه حسایت جزئی میتواند در ناحیه سره موجود باشد. عقدات لمفاوی بزرگ ممکن به قسم Discrete, firm و نoduleهای گرد در راست سره قابل جس باشند.

b: به قسم یک علت از علایم عمومی: مریض فقط با از دست دادن وزن ، اشتها ، خسافت و بلند رفتن درجه حرارت در هنگام شام مراجعه مینماید.

C: به قسم یک علت انسداد معاوی : یک حلقه از امعای کوچک ممکن به عقده Caseating چسپندگی پیدا کند و مسدود شود.

Indistinguishable from appendicitis –d (غیرقابل تشخیص یا تفریق از اپندهیت) : بعضی اوقات این حالت با درد بطنی استفراغ و حسایت جزئی در حفره ایلیاک راست به وجود می آید مقلد اپندهیست. اینکه درد در عین جای مبرم است، Rovsing sign منفی است نه سرعت نبض بالا و نه لوکوسایتوزز بالا برعلیه تشخیص اپندهیست میرود x-Ray راست آشکار کننده کلسیفی های عقدات لمفاوی میباشد.

e: به قسم Cyst میزانتریک کاذب: بعد از caseation آبشه سرد یا با التهاب محدود مانده بین دو ورقه میزانتر که شکل یک (mesenteric cyst) را میگیرد.

pulsion : دایورتیکولها دایور تیکولهای Diverticulitis.15 هستند و به صورت ثانوی انتانی میشوند. دایورتیکولها در کولون سگموئید بیشترین عمومیت را دارند این دایور تیکولها در نتیجه فرط فشار داخل کولون به وجود میآیند. فایبرهای حلقوی سفت که با یکدیگر پیوست میگردند و منتج به سگمنتهای زیاد و

افزایش فشار داخل کولون میگردد التهاب اکثراً در جدار دایورتیکول شروع میشود و به نسج اطراف کولون شحم مینرانتر منتشر میگردد.

تنها علامه مرحله دایورتیکولوز خونریزی ریکتم است این خونریزی زیاد و در نتیجه ترومای دور عنق دایورتیکول زمانی که بداخل و خارج می آید و از اثر نقص عضله تحت درجه زیادی از فشار داخل لومن به وجود می آید. این را باید به خاطر داشت که خونریزی زیاد ریکتم در اشخاصی که پابه سن گذاشته اند در نتیجه بیماری دایورتیکولر نسبت به کارسینوما معمولتر است.

ظاهر شدن علایم نشاندهنده این است که دایورتیکولوز به سوی دایورتیکولیت پیشرفت میکند درد بطنی متناوب مخصوصاً در حفره چپ ایلیاک با نفخ جزئی مشخصه این حالت است. درد ممکن است از سبب انبساط قسمت جدایی از کولون یا در نتیجه آبسه موضعی کوچک باشد به طور وصفی وظایف امعاکم و نامکمل است. آبسه های اطراف کولون که با چسپندگی فیروز احاطه گردیده توسعه می یابد یک کتله حوصله ممکن در بطن یاریکتم احساس شود و گاهی ممکن انسداد معاوی را بار آورد به ندرت نیکروز تمام دایورتیکول را میگیرد که منتج به تشقیب

میگردد نتیجه تثقب از آبشه موضعی کوچک گرفته تا پرتیونیت عمومی بوده میتواند این آبشه های موضعی ممکن خود با حفظ تداوی جذب شوند یا که با مثانه یا دیگر لوپی از امعا چسبندگی پیدا نماید و فیستولهای entero-colic یا vesico- colic را بسازد سگموئیدوسکوپی بسیار مهم است بجزارزش منفی ان در کارسینوما. گذاشتاندن سگموئیدوسکوپ دور تر از اتصال ریکتوسگموئید در نتیجه اسپرم زیاد کولون سگموئید مشکل یا غیر ممکن است. از روی رادیوگرافی حاجب باید در مرحله حاد اجتناب شود. Barium meal یا تنقیه باریوم در تشخیص این حالت مفید است.

در مرحله اول مثل دندانه کوچک اره و بعداً دندانه های بزرگتر اره مثل چین خوردگی به نظر میرسد مرحله انتانی نشاندهنده کولون سگموئید راست و بدون حلقه های زیاد و کیسه کیسه بی شدن میباشد.

میگاکولون اولیه یا Hirschsprung's disease: این حالت بواسطه عدم کفایه توسعه مناسب شبکه Myenteric امعا به منظور مهاجرت از سبب فقدان ولادی عقده های پاراسمپاتیک از بخش انتهایی امعا به وجود می آید. پتالوژی در نهایت ریکتم

شروع میشود و این خود منجر به ناتوانی امعا شده که به قدر کافی انقباض نموده و به یک فاصله متغیر پروکسمیل و گاهی به امعای کوچک انتشار میباید.

وبعداً منجر به عدم کفايه حرکات پرستالتیک میشود. قبضیت یا ناتوانی در عبور **Meconium** از نشانه های این مریضی است و این از عمومی ترین سبب انسداد امعا در نوزادان جدیدالولاده میباشد. و نشاندهنده تمایل فامیلی بوده و بیشتر در سال اول زندگی به صورت عموم حدود 3 روز بعد از تولد اتفاق می افتد گاهگاهی اگر نقیصه به قدر کافی کوتاه باشد این حالت تا سن بلوغ تشخیص داده نمیشود به هر صورت یک قبضیت از روزهای اول زندگی در تاریخچه وجود خواهد داشت. ناتوانی در عبور **meconium** که فقط میتواند با داخل کردن انگشت کوچک یا یک تیوب در داخل رکتم کمک شود که بسیار پیشنهادی میباشد.

انبساط بطنی پیشرونده با حرکات پرستالتیک قابل دید، پاتوگونومیک در این حالت است. در معاینه رکتم خالی بودن و منقبض بودن آن آشکار میگردد و مقعد نارمل است بعد از کشیدن انگشت یک نفح زیاد و **meconium** عبور میکند. با گذشت زمان

بطن متسع شده با قروقور (یا صدای که از حرکت گاز امعا تولید میشود) و حرکات پرستالتیزم قابل دیده همراه میباشد.

16. Megacolon کسبی یا ثانویه: در نزد اطفال کلانتر و گاهی در بالغین رخ میدهد. کدام سگمنت بدون گانگلیونیک وجود ندارد ازین رو توسع کلونیک به کanal مقعدی توسعه می یابد معاینه ریکتم آشکار کننده کتله Scyballous (کتله سخت از مواد مدفع) در رکتم است و ممکن فیسور مقعدی که دلالت بر سبب این حالت میکند موجود باشد.

17. Ulcerative colitis : این مرض نزد خانم ها نسبت به مردها بیشتر اتفاق می افتد و اکثریت و قوعات آن بین 20-30 سالگی است، مریضان با اسهال مخاطی خونی و چرکی مراجعه مینمایند ممکن ناراحتی و یا درد بطن وجود داشته باشد. مریضی با عود مرض و تسکین موقتی مشخص میشود. در ممالک گرم سیر مانند هند کمیاب است. در تیپ راجعه و مزمن مریضان به تدریج از سبب اسهالات و ضایع شدن خون میگردند. در acute درجه حرارت بدن شان بلند رفته (fulminating type) و اسهال پی در پی و حاوی خون و چرک مریض را لاغر میکند. حالت شدید اساساً وابسته به اندازه یا وسعت ابتدایی

مریضی عمق قرحة مخاطی و سن مریض میباشد. زمانیکه این حالت محدود به ریکتم و سگموئید است کولون به ندرت سبب شدت مریضی میشود. زمانی که تمام یا قسمتی از کولون مبتلا میشود حمله با بعضی از اختلالات سستمیک شدید تر میباشد. و اگر تمام کولون مبتلا باشد باز هم مریضی خفیف است در صورتیکه قرحة سطحی مانده باشد بر عکس قرحة عمیق بخصوص اگر ناحیه بیشتری از عضله عمقی در معرض قرار گرفته باشد منتج به شدید شدن مریضی میشود.

تظاهرات سستمیک این مریضی عبارت اند از:

erythema nodosum، pyoderma، Arthritis واينها كدام ارتباطی با وسعت و اندازه قرحة ندارد اما ارتباط با وسعت ابتلای مریضی میگیرد. تخلیه پروتین نتیجتاً همیشه توقع میرود با باختن وزن بدن و کاهش وزن عضله همراه است. کولیت در بزرگترها که پا به سن گذاشته اند خطرناکتر نسبت به مریضان جوان میباشد. تشخیص اساساً با دو تحقیق مسلم میباشد.

-1 تنقیه باریوم

2- سگموئیدوسکوپی کولونوسکوپی و بیوسپی.

این را به خاطر باید داشت که زمانی که باریوم enema مريض بی نهايت تکلیف دارد به صورت مقدماتی X-Ray ساده (mega colon) لازم میشود. اگر آنها نشاندهنده توسع باشند مطالعات باریوم باید هدایت داده شود که استعمال نشود. در اولین مرحله در مريضی مزمن تنقّه باریوم از نشان دادن کدام قرّه عاجز است. سطح مخاطی نرم به نظر ميرسد اما کولون کوتاه تر شده و *hastral haustrum* را از دست ميدهد بعداً پولیپهای کاذب به قسم چندین *filling defect* کوچک نشان داده میشود. در مريضی حاد قرّه مخاطی و یا قرّه و پولیپهای متعدد کاذب دیده شود قسمی که رکتم تقریباً به طور ثابت در کولیت السراتیومبتلا است مريضی میتواند با اطمینان توسط سگموپریوسکوپی و بیوبسی تشخیص شود در موارد خفیف مخاط میتواند دیده شود مخاط *granularity hyperemia* نازک میشود و دربیشتر حالات شدید التهاب هموارژیک منتشر به نظر ميرسد و قرّه اگزودایی نیز دیده میشود نمونه بیوبسی با یک فورسپس برانکوسکوپی با یک نوع دستگاه اسکن گرفته میشود. اختلالات عبارتند از: تنگی، پولیپ های متعدد کاذب، کارسینوما، هموراژ، آبسه های *ischiorectal*، فیستول *ankylosisng spondylitis*، آرتربیت، سیروز کبد مقعدی، آرتربیت، سیروز

Ischemic colitis.18 : بر خلاف انسداد شریان میزانتر که یک حالت حاد است. Ischemic colitis یک حالت مزمن میباشد. دلیلش این است که او عیه مسدود همیشه نا تکمیل است قسمی که او عیه جانبی از شریان کنار آن از Draummond به منظور بهبودی و جبران امعای کم خون یا ischemic جای آنرا میگیرد. علایم نشانه ها مشابه دیگر انواع کولیت است که یک درد ناحیه چپ بطن وجود دارد و حساسیت در امتداد مسیر کلیون صاعده که بیشتر در ناحیه انحنای طحال توضع مینماید قسمی که یک اتصال اروایی بین شریان میزانتر علوی و سفلی برقرار میباشد. اسهال خونی شکایت معمولی است بعداً یک تنگی به قسم محل کولیت اسکمی منجر به انسداد امعا میشود.

-1 پولیپهای که در امعا اند به بهترین شکل ذیل تصنیف بندی میشوند.

Solitary:

- A. Neoplastic- Adenoma, papillary adenoma, villous papilloma
- B. Hamartoma- Juvenile, peutz- zegher's

C. Inflammatory- Benign lymphoid polyp

Multiple:

A. Polyposis coli

B. Juvenile, puetz-zegher's

C. Benign lymphoid polyposis,
Pseudopolyposis of ulcerative colitis.

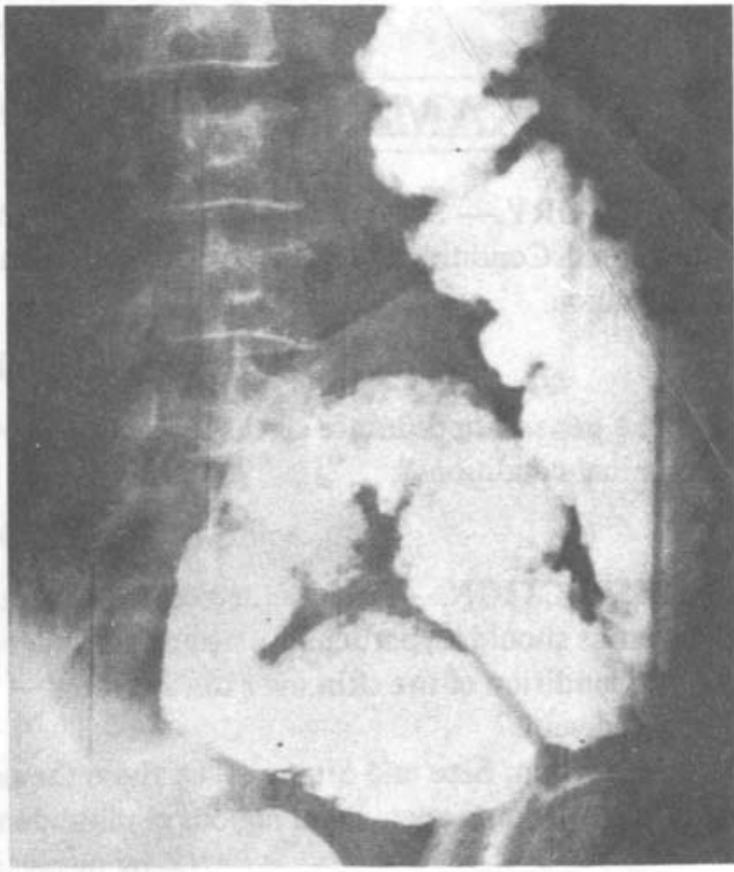


Fig. 57 — Barium enema X-ray showing multiple polyposis coil.

Familial .19

:polyposis coli

مرض است که توسط

ژنها انتقال مینماید،

چندین پولیپ بیشتر

در کولون سگموئید و

رکتم یافت میشوند.

اما سرانجام تمام

کولون مبتلا خواهد

شد مریضان با اسهالی

که حاوی مخاط و خون است در اوایل زندگی مراجعه میکنند.

معاینه رکتم نشانده‌نده یک یا بیشتر پولیپ هاست. سگموئیدوسکوپی و Barium enema X-Ray اینحالت را تشخیص خواهد داد. ادینوکارسینوما اختلاط کشنه ازین مریضی است.

20. کارسینومای کولون: تیپ قارچ مانند یا گل کلم مانند در نیمه راست کولون رخ میدهد و تیپ مقعدی یا سیروز در نیمه چپ رخ میدهد سیر کلینیکی وابسته به این که آیا رشد در نیمه چپ یا راست کولون و ابسته است. در نیمه راست کولون امعا حاوی مایع بوده انسداد در شکل مقدم وجود ندارد اگر چه رشد تیپ هایپرتروفیک است مریض از نشانه های حقیقی نا معلوم شاکی میباشد، از قبیل کم شدن اشتها و وزن ، بیحالی، نفح سوهاضمه و غیره. انمی معمولاً ظاهر میکند ممکن است مریض تنها اسهال داشته یا اسهال متناوب و قبضیت داشته باشد. یافته مهم و تشخیصی موجودیت برآمدگی در محل چیکم یا کولون صاعد است. محتوای نیمه چپ کولون جامد است و رشد از تیپ مقعدی میباشد مریض از افزایش یافتن قبضیت شکایت دارد که تقاضا میکند تا دوز ملین برای مریض زیاد شود تا امعا را تحریک نماید

کدام توموری جس نمیشود آنچه جس میشود کولون است که پر میباشد قسمی که در بحث مدفوع توسط pitting on pressure شرح داده شد. در حالت دیگر تشخیص با تنقیه باریوم تایید میگردد. (یا meal در حالت رشد چیکم) آنچه که اشکار کننده filling defect در کولون بوده است.

امراض سروی

:Umbilical fistulas.1

1- مدفوعی در نتیجه بازبودن **vetilointestinal**

2- **Urachus** : مجرای از جنین که از مثانه به ناف کشیده میشود و معمولاً این مجرا پس از تولد بچه بسته میشود.)

3- ادراری در نتیجه باز بودن **urachus**

4- **septic calculus** : در نتیجه انتانات، تشکیل آبسه و ترکیدگی بعضی وقت های سره درنzdیک حفره سپتیک تشکیل میشوند کدام ابسه داخل بطنی ممکن از میان سره نشت کند و یک سینوس یا فستول را بسازد.

:(syn.umbilical adenoma, raspberry tumour) **Enteroteratoma**.2

این در نتیجه پرولیس مخاط ناپاک انتهای مجرای vitelo- intesstinal میباشد(دیرپایی قسمت پروکسیمل باعث دایورتیکول Meckl's میشود) و این موجب یک تومور توت فرنگی مانند با یک تمایل به خونریزی میشود

: Endometrioma.3

تشخیص این حالت وقتی صورت میگیرد که تاریخچه خونریزی در هر اندازه گیری در خانمها از طفل bearing age به دست میابد و این ارتباط به رشد مشابهی از رحم یا تخمدان دارد.

: Carcinoma.4

1:- رشد اولیه زمانی اتفاق میافتد که عقدات لمفاوی axilla و احتمالا groin مبتلا شده باشند.

2- کارسینومای ثانویه ممکن به صورت ابتدایی در معده کولون تخمدان یا ثدیه توسعه یابد.

: Umbilical concretion (calculus) . 5

در حالاتی اتفاق میافتد که بهداشت سره رعایت نمیگردد و اساسا بر افراد مسن تاثیر میگذارد. تحجرهای سیاه رنگ در کنار سره که متشکل از اپتیل desquamate و چرک است توسعه میابد اپتیل تفلسی و چرک برای سالها بدون نشانه است اما التهاب ممکن است رخ دهد و تشکیل آبسه و discharge را سبب گردد.

6. آبسه سره وی:

آبسه ساده از سره است و این هم معنی با التهاب سره (omphalitis) نمیباشد و در طفل نو تولد شده در زمان جدا کردن حبل سروی جای که شرایط اسپتیک به حد کافی مراعات نمیشود به وجود میاید. حبل سروی التهابی میشود آبسه سروی به هر صورت با calculus سروی و discharge قیحی ممکن است همراه باشد یا نباشد.

7. Pilonidal sinus (سینوس مودار):

این سینوس خیلی به ندرت در سره دیده میشود و زمانی که ازین سینوس دسته موده به طرف بیرون بر میاید این سینوس قابل دید میگردد.

ضمیمه

Acute abdominal pain

امراضی که باعث درد خاکی در اردهای جراحی می‌گردند

surgical wards¹

| All age groups | Children |
|---|---|
| • Appendicitis | • Intussusception |
| • Diverticular disease | • Urinary tract infection |
| • Perforated peptic ulcer | • Hernia |
| • Nonspecific abdominal pain ² | • Upper respiratory tract infection |
| • Acute cholecystitis | |
| • Intestinal obstruction | |
| • Acute pancreatitis | |
| • Renal colic | |
| • Dyspepsia | |
| The elderly | Women |
| • Cancer (colorectal) | • Pelvic inflammatory disease (salpingitis) |
| • Vascular | • Urinary tract infection |
| • Medical causes | • Ectopic pregnancy |
| | • Ovarian cyst |

در هر گروپ، لست امراض ۹۰٪ مریضان یا بیشتر در آن کنگوری را در بر میگیرد.

درد بطئی غیر اخصابی (NSAP) عبارت از یک درد حاد، خود محدود شونده با مدت دوام کوتاه

و بدون سبب نامعین است که نیاز به تداوی جراحی ندارد. درد بطئی غیر جراحی ممکن بک تنفسبر

قابل ترجیح Acronym باشد.

ظاهرات کلینیکی اساسی که Appendicitis را از درد بطنی غیر اختصاصی (غیر جراحی) تفregیق می کنند.

- Pain moving to right lower quadrant
- Pain aggravated by movement and coughing
- Nausea, vomiting and anorexia
- Facial flushing but without hyperpyrexia
- Focal tenderness in right lower quadrant
- Rebound tenderness plus guarding
- Right focal (abdominal) tenderness on rectal examination

ظاهرات کلینیکی که بیانگر غیر حشوي مشقویه یا انسداد امعاءند.

Perforated viscus

- Pain of sudden onset
- Constant severe pain
- Pain aggravated by movement, coughing and inspiration
- Decreased abdominal movement
- Diffuse tenderness
- Silent, rigid abdomen

Intestinal obstruction

- Colicky, severe pain
- No factors aggravating pain
- Vomiting and constipation
- Previous surgery
- Abdominal distension
- Bowel sounds hyperactive or absent

تظاهراتی که پیشنهاد کننده اند. Ectopic pregnancy

- Delayed, irregular periods
- Possible or confirmed pregnancy
- Faintness and dizziness
- Vaginal discharge
- Any abnormality on vaginal examination

تظاهراتی که پیشنهاد کننده اند. intussusception

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Age less than 30 months • Episodic pain • Severe, central pain • No aggravating factors • Blood in stools | <ul style="list-style-type: none"> • Distress and pallor • Diffuse tenderness • Guarding • Palpable mass • Abnormal bowel sounds |
|---|---|

تظاهرات تفریق دهنده بعضی امراض مهم در مریضان بالای ۴۰ سال سن

Important features

Cancer

- Intermittent pain of over 48 hours' duration
- Any alteration in bowel habit
- Abdominal distension
- Mass present

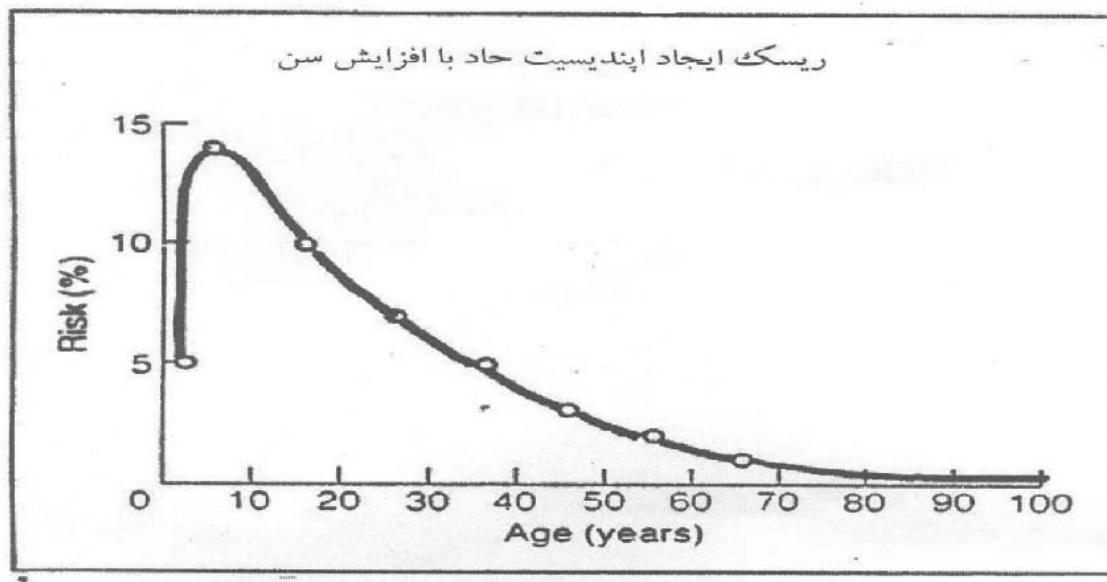
Vascular diseases

- Sudden onset of pain
- Associated chest pain and arrhythmia
- Lower limb pulses diminished
- Pallor and cyanosis

Colonic perforation

- Pain of over 48 hours' duration
- Pain onset in lower abdomen
- Any alteration in bowel habit
- Abdominal distension

Appendicitis 1



1

عواملی که پیشرفت التهاب در اپندیسیت را تعیین می کنند

Systemic

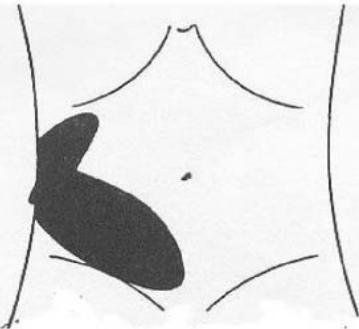
- Extremes of age
- Coincidental systemic disease
(e.g. rheumatoid arthritis, morbid obesity)
- Immunosuppression
(e.g. as a result of corticosteroids, chemotherapy)

Local

- Site of appendix
- Speed of development of inflammation
- Presence of faecalith
- Vascular impairment
- Mobility of omentum

Appendicitis 2

ناحیه که حد اعظمی حساسیت در آن در صورت اپندیسیت
جادوچوددارد



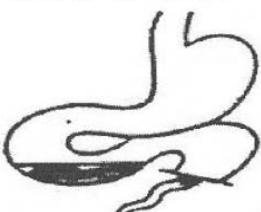
¹ The point of maximal tenderness lies within this area, and depends on the position of the appendix.

Supplementary investigations in acute appendicitis

| Investigation | Comments |
|-----------------------------------|--|
| Leukocyte count | Low specificity |
| Plain abdominal radiograph | Low specificity |
| Ultrasound | High specificity; identifies alternative pathology; non-invasive; low sensitivity in early appendicitis |
| CT scan | Expensive; low sensitivity in early appendicitis |
| Contrast radiology - barium enema | Invasive; 15% technically unsatisfactory |
| Structured data collection | Simple; effective |
| 'Active observation' | Effective; safe in early appendicitis |
| Computer-aided diagnosis | Value disputed; benefit due to structured data collection |
| Laparoscopy | Invasive; restricted to young women with equivocal signs |
| Peritoneal cytology | Invasive; high sensitivity, low specificity |

Intestinal obstruction 1

توضيح و نتائج انسداد امعاء

| Type of obstruction | Effects of obstruction |
|---|--|
| High small bowel  Radiographic appearance: may have only single fluid level; no gas in colon | <ul style="list-style-type: none"> • Acute colic • No distension • Early vomiting, dehydration, presentation • Rapid obvious fluid loss • Early hypovolaemic shock |
| Low small bowel  Radiographic appearance: multiple fluid levels; no gas in colon | <ul style="list-style-type: none"> • Acute colic • Late distension • Later vomiting, dehydration, presentation • Hidden fluid and protein loss • Inadequate rehydration |

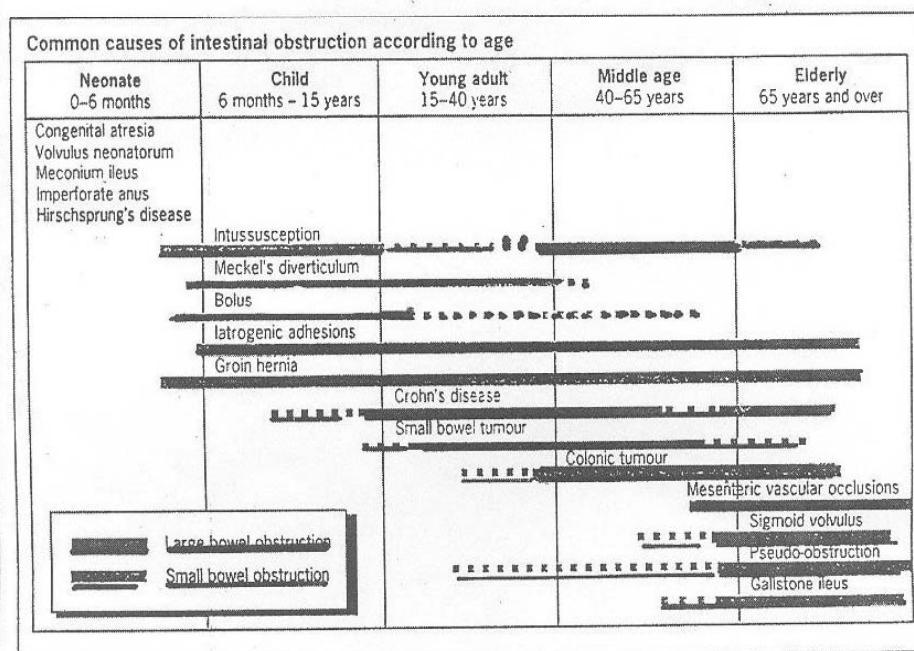
Intestinal obstruction 2

توضيح ونتائج انسداد امعا

| Type of obstruction | Effects of obstruction |
|--|--|
|  Radiographic appearance: may have single or multiple fluid levels; no gas in colon | <ul style="list-style-type: none"> Constant pain and colic Fluid loss Blood loss Toxaemia Shock – hypovolaemia, Gram-negative septicaemia Perforation – renal failure, disseminated intravascular coagulation |
|  Radiographic appearance: distended caecum; no gas in rectum or below obstructing lesion | <ul style="list-style-type: none"> Vague colic Early distension Late vomiting Late hidden fluid and protein loss Caecal perforation Shock – hypovolaemia, Gram-negative septicaemia, renal failure, disseminated intravascular coagulation |

Intestinal obstruction 3

اسباب معمول انسداد امعاء به اساس سن



Laboratory and imaging studies for diagnosis patients with acute abdominal pain

Study

Etiology

Abdominal CT Appendicitis, diverticulitis, bowel obstruction, pancreatitis (necrosis), abdominal aortic aneurysm in stabl patient, mesenteric ischemia

Abdominal radiography Bowel perforation (free air), bowel obstruction/volvulus (dilated bowel and air fluid levels), abdominal aortic aneurysm (dilated calcified aorty), mesenteric ischemia (dilated loops, air fluid levels, pneumatosis intestinalis (gas in bowel wall), thumbprinting (edema of bowel wall with convex indentations of lumen

Amylase Pancreatitis (less specific than lipase), bowel obstruction, peptic ulcer perforation, bowel perforatin, mesenteric ischemia

Angiography Mesentric ischemia

Blood cultures Infection

Chest radiography Pneumonia, free air under diaphragm

Electrocardiography Nonabdominal emergencies such as myocardial infarction or pulmonary embolism

Electrolytes Diabetes ketoacidosis, electrolyte abnormalitits, metabolic acidosis with bowel infarction (mesenteric ischemia)

Lipase Pancreatitis, bowel obstruction, duodenal ulcer

Liver function test &transaminases

Cholesystitis(most commonly elevated alkaline phosphatase, H-glutamyltransferase, elevated bilirubin), mesenteric ischemia (possible elevated alkaline phosphatase)

Pulse oximetry Pneumonia, pulmonary embolism

Ultrasonography Cholecystitis, appendicitis (less accurate than CT, more operator dependent),abdominal aortic aneurysm in unstable patient

Urinalysis Urinary tract infectjon
CT=computed tomography

References:

1. *A Manual on Clinical surgery S.Dos*

Including special investigation and differential diagnosis.

Somen Dos, M.B.B.S (cal), F.R.C.S (Eng, Edin) Senior Consultant Surgeon 6th Edition Chapter 33, page 337-358, Chapter 34, page 359-385

2. *The Ciba Collection of Medical Illustrations*

Volume 3, Digestive system part II, Lower Digestive Tract Prepared by, FRANK, H.NETTER M.D Edited by, ERNST OPPENHEIMER M.D Commissioned and published by CIBA Pages 148,188,189

3. SRB's Clinical Surgery

4. Professor Ernst Hanisch

5. www.Google.com

| | |
|-----------|--|
| Book Name | Acute and Chronic Abdomen |
| Author | Dr. Abdul Ghafor Ersad |
| Publisher | Herat Medical Faculty |
| Website | www.hu.edu.af |
| Number | 1000 |
| Published | 2011 |
| Download | www.ecampus-afghanistan.org |

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936400610

Printed in Afghanistan. 2011

Acute and Chronic abdomen

With the latest advancement in the field of education especially medical science, one of the major problems we have been facing in the hospital especially in the emergency room, is different conditions of acute and chronic abdomen due to lack of awareness.

Based on all the above facts I had to initiate writing this book entitled to (Acute and Chronic Abdomen) which will basically help doctors and medical students to examine and diagnose certain diseases.

As we know Afghanistan is one of the poorest countries in the world and still suffers from war and post war conflict. Our young students, especially some of medical students can't afford buying medical books and also their level of understanding in English language is very low. Therefor, I decided to write some medical books in Dari which is in lined with curriculum of medical college.

At it is the first book of the nature written by me on physical examination on acute and chronic abdomen, in Afghanistan in Dari language, thus, it will capture interest of doctors and medical students in patients.

Further more this book covers very interesting subjects which will attract readers who have special interest in medical accurate examination of patients.

On other hand, it is a matter of great happiness for all of us that after several decades of war, lots of medical institutes are functional in different universities based in several provinces of Afghanistan now where thousands of students are accomplishing their higher studies in the field of medical and this is very important that these students have

full command of physical examination and are able to diagnose diseases, properly to help improve quality of treatment of patients in our beloved country.

Professor Dr. Abdul Ghafoor (Ersad)

Dean of Medical Faculty

Herat University, Herat Afghanistan

معرفی مختصر پو هنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد



محترم دوکتور عبدالغفور ارصاد یکی از دوکتوران موفق و جراحان ورزیده کشور ما میباشد که در طی سی سال گذشته زندگی پربار خویش را در راه خدمتگذاری صادقانه به مردم و میهن ما وقف نموده است.

از خدمات دوکتور ارصاد نه تنها باید بعنوان یک طبیب و جراح ورزیده قدردانی صورت بگیرد ، بلکه زحمات و تلاش‌های شبانه روزی او در عرصه های تحقیق و پژوهش ، تالیف و ترجمه و تدریس و آموزش دوکتوران جوان کشور ما چه در عرصه های تئوری و چه در عرصه های عملی نیز باید مورد ستایش فراوان قرار گیرد .

دوکتور ارصاد که اکنون بحیث استاد کرسی جراحی فاکولته طب هرات و مشاور پو هنتون آن ولایت ایفای وظیفه مینماید ، عضو انجمن بین المللی کمک به مریضان سوتگی نیز میباشد. او که سفر های رسمی زیادی بخارج از کشور داشته تا در محافل علمی طبی اشتراک نماید در سال ۲۰۰۴ بعضیوت یونی استاف جرمنی برگزیده شده و به اخذ تقدير نامه های از ایران و آلمان نایل گردیده است .

اینک بطور خلاصه می پردازیم به معرفی مختصر ایشان:

■ بعد از فراغت از فاکولته طب (اول سرطان سال ۱۳۵۶ هجری شمسی (از تاریخ اول اسد سال ۱۳۵۶ الى اخير همان سال به صفت داکتر در شفاخانه پولیس هرات

■ از ۷ حمل سال ۱۳۵۷ الى اول اسد به خدمت عسکری در غند تعلیمی .

■ از اول سنبله سال ۱۳۵۸ الى اخير سال ۱۳۵۸ به صفت داکتر در ولسوالی گلران هرات .

■ بعد از سپری نمودن امتحان تریننگ از شروع سال ۱۳۵۹ الى ۱۳۶۴ به حیث داکتر جراحی شامل تیم تریننگ کیر میدیکو شفاخانه جمهوریت کابل

■ بعداز اخذ تخصص جراحی و سپری نمودن امتحان کدری از شروع سال ۱۳۶۵ الى سال ۱۳۶۸ به حیث استاد یعنی به صفت نامزد پوهیالی بخش جراحی انسنیوت طب کابل و ترینر جراحی شفاخانه جمهوریت و هم در خلال این مدت دوره معینه کورس ماستری را به قسم داخل خدمت سپری و بعد از سپری امتحان به رتبه ماستری نایل شده است . و بعداً به رتبه علمی پوهنیار و با سپری شدن مدت سه سال و تکمیل مقرارات رتبه علمی پوهنملی و تحریر کتاب تحقیقی که در فرست آثار ذکر است رتبه علمی پوهنملی اخذ نموده است .

■ به سال ۱۳۶۹ نظر به تقاضای مردم هرات طور خدمتی به سرویس جراحی صحت عامه به صفت سر جراح و بعداز مدت زمانی به صفت سرپرست صحت عامه هرات

■ از سال ۱۳۷۰ الى سال ۱۳۷۵ به حیث اولین رئیس فاکولته طب هرات

■ در دوره سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۸۱ به حیث استاد جراحی فاکولته طب هرات و هم با ترجمه کتاب که از طرف استاد رهنما برای ترقيق علمی به رتبه پوهنودی که با وی سپرده شده بود تکمیل و با پره نمودن سایر مقررات ترقيق منکره از طرف مقام محترم وزارت تحصیلات عالی ریاست انسجام به رتبه علمی پوهنودی نایل شده است .

■ از سال ۱۳۸۱ برای مدت یک سال بار دوم به حیث رئیس فاکولته طب هرات

■ بعد از آن تاریخ هم به حیث مشاور ریاست پوهنتون از جانب وزارت تحصیلات عالی و هم به حیث ناظر در بخش جراحی شفاخانه حوزه هرات و همچنان بحیث استاد فاکولته طب ایفا و ظرفه می نماید. وهم در سال ۱۳۸۷ بعد از تکمیل معیارات علمی تحقیقی یعنی ارائه دو کنفرانس و ده اثر علمی تحقیقی به رتبه علمی پوهنوالی از طرف مقام ریاست انسجام وزارت تحصیلات عالی نایل شده است.

■ از ماه سرطان سال ۱۳۹۰ تا اکنون برای بار سوم به حیث رئیس فاکولته طب هرات تعیین و فعالیت مینمایند.

محترم دوکتور ارصاد در کنار سایر تحقیق ها و آثار علمی خوبیش از قبیل تالیف و ترجمه هشت مقاله علمی را در فصل نامه اندیشه چاپ پوهنتون هرات نیز به نشر رسانیده است که مورد استفاده دانشمندان و دانش آموزان قرار گرفته است . علاوه تا به حیث استاد رهنما به یک تعداد از اساتید پوهنه طب پوهنتون هرات مدد بوده و می باشد

کتاب های را که محترم دکتور ارصاد با استفاده از منابع معتبر انگلیسی تالیف و ترجمه نموده است قرار ذیل است:

■ بیورولوژی

■ بطن حاد

■ اخذ تاریخجه

■ تومورها و آفات انتانی ثدیه

■ نیورولوژی کلینیکی

■ اورتوپیدی

■ جراحی اطفال

■ جروحات سوختگی

■ تخربیات سوختگی و وقایه از ان

■ طب عدلی

■ میتوود لیتوتریپسی ESWL

■ مقایسه دو میتوود باسینی و شولدیس برای ترمیم فتق مغبنی (کتاب تحقیقی برای ترفیع از رتبه پوهندوی به پوهنوالی . و هم به تعداد ده مقاله علمی تحقیقی که از آثار وی هشت مقاله در فصلنامه اندیشه و دو مقاله در فصلنامه افغان طبی مجله به نشر رسیده است

سفر ها

از سفر های ایشان که اکثریت آنها در بخش طبابت بوده میتوان از سفر به کشور های ایران، پاکستان، تاجیکستان،

عربستان، هند، چین، ترکیه، دبی، کوریای جنوبی، فرانسه و آلمان نام برد که در جریان این سفر ها موفق به دریافت سرتیفیکت های از ایران و آلمان نیز گردیده است . و هم اشتراک درنهمین کنگره یوروولوژی آسیا به کشور هندوستان رسمآ سفر نموده است .

موفقیت هر چه بیشتر شان را در راه خدمت به ملت مسلمان افغانستان چه در عرصه های صحت و طابت و چه در عرصه های علمی از بارگاه خداوند بزرگ (ج) استدعا مینماییم .