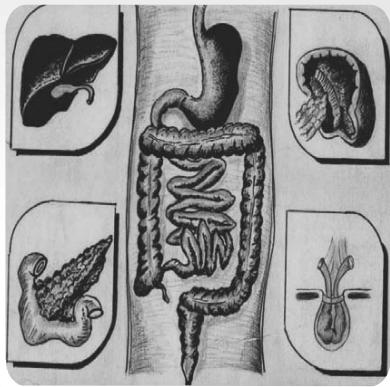




پوهنتون طبی کابل

امراض جراحی بطن و ملحقات آن

برای پوهنخی ستماتولوژی



۱۳۹۰.

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی



امراض جراحی بطن و ملحقات آن

Textbook of Abdominal
Surgery

دکتر محمد معصوم عزیزی

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi



Kabul Medical University

AFGHANIC

Textbook of Abdominal Surgery

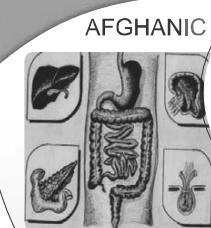
Funded by: DAMF



2011

امراض جراحی بطن و ملحقات آن

بوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی



AFGHANIC



Kabul Medical University
بوهانون طپن کابل

In Dari PDF
2011

Funded by: DAMF

Textbook of Abdominal Surgery

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi

Download: www.ecampus-afghanistan.org

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

امراض جراحی بطن و محلقات آن

پوهاند دکتور محمد معصوم (عزیزی)
استاد دیپارتمنت جراحی پوھنټون طبی کابل

نام کتاب	امراض جراحی بطن و ملحقات آن
مؤلف	پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی
ناشر	پوهنتون طبی کابل
ویب سایت	www.kmu.edu.af
چاپ	مطبعه شهر ، کابل، افغانستان
تعداد نشر	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۰
دانلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن عمومی پرسونل طبی در آلمان (DAMF) تمویل شده است.
امور تحقیکی و اداری کتاب توسط موسسه افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است.
مسئولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنخی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده
و تطبیق کننده مسئول نمی باشند.

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

ای اس بی ان: ISBN: 9789936200777

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

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

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

ما از استادان محترم سپاسگزاریم که سالهای متتمادی زحمت کشیده و کتابهای 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 پوهنهایها 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 انجمن عمومی پرسونل طبی افغانی در آلمان (DAMF) و داکتري حیي وردک تشکر ميکنم و اميدوارم که اين کار سودمند ادامه و به بخش های دیگر هم گسترش يابد.

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 میرود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو هستند، انها اکثرا به معلومات جدید دسترسی ندارند، از کتاب ها و چیپتر هایی استفاده نمی‌نماید که کهن و در بازار به کیفیت پایین فتوکاپی می‌گردد.

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 نوشتن و نشر کتب علمی به زبان دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای رiform در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشد. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

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

به اثر درخواست پوهنتون ها و وزارت تحصیلات عالی افغانستان می خواهیم، این پروگرام را فعلا به پوهنتون ها و 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 توانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چیتر و لکچرنوت را خاتمه بدیم.

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: وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چالنجهای 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 گردند.

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 مجاني به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

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

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

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

دکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست عناوین

صفحه الف

عنوان مقدمه مؤلف

فصل اول: معده و اثنا عشر

۱	اناتومی جراحی
۵	تضیق ضخاموی ولادی پیلور
۸	قرحه پیپتیک
۱۵	اختلالات قرحت پیپتیک
۱۵	تنقب قرحه پیپتیک
۱۸	نزف قرحت پیپتیک
۲۱	تضیق پیلور
۲۳	تومور های معده
۲۸	ماخذ

فصل دوم: امعاء رقيقة

۳۰	اناتومی جراحی
۳۱	دیورتیکول میکل
۳۲	مرض کرون
۳۶	تومور های امعاء رقيقة
۳۹	ماخذ

فصل سوم: انسداد امعاء

۴۰	انسداد میخانیکی امعاء
۴۶	اشکال مخصوص انسداد امعاء
۵۸	انسداد فلنجی
۶۰	ماخذ

فصل چهارم: عروه اپاندکس

۶۲	اناتومی جراحی
۶۳	التهاب حاد عروه اپاندکس
۶۹	ماخذ

عنوان

صفحه

فصل پنجم: کولون

۷۰	اناتومی جراحی و فزیولوژی
۷۱	کولیت قرحوی
۷۴	دیورتیکولوز و دیوتیکولیت کولون
۷۹	تومور های کولون
۸۶	کولوستومی
۸۷	ماخذ

فصل ششم: رکتم و کانال مقعدی

۸۹	اناتومی جراحی
۹۳	هیموروئید
۹۸	فیسور انان
۱۰۰	آبسی انورکتل
۱۰۳	فیستول های انورکتل
۱۰۵	تضیق کانال مقعدی
۱۰۶	پرولاپس رکتم
۱۰۹	خارش مقعدی
۱۱۰	تومور های رکتم و کانال انان
۱۱۶	ماخذ

فصل هفتم: کبد

۱۱۸	اناتومی جراحی کبد
۱۱۹	ضخامه کبد
۱۲۱	یرقان
۱۲۹	ترضیضات کبد
۱۳۰	آبسی های کبد (پیوژنیک و آمیبیک)
۱۳۱	مرض هیداتید کبد
۱۳۳	تومور های کبد
۱۳۶	ماخذ

فصل هشتم: هویصل صفراء و طرق صفراء

۱۳۸	اناتومی جراحی
۱۴۰	انومالی های ولادی
۱۴۱	سنگ های صفراء
۱۴۴	کولی سیستیت حاد
۱۴۶	کولی سیستیت مزمن
۱۴۸	سنگ های قنوات صفراء اساسی

صفحه

۱۵۰

۱۵۲

۱۵۴

۱۵۵

۱۵۶

۱۶۲

۱۶۳

۱۶۴

۱۷۱

۱۷۳

۱۷۴

۱۷۵

۱۷۶

۱۷۸

۱۷۹

۱۸۰

۱۸۳

۱۸۵

۱۸۸

۱۹۱

۱۹۲

۱۹۳

۱۹۵

۱۹۹

۲۰۱

۲۰۲

۲۰۲

۲۰۲

۲۰۳

۲۰۴

عنوان

کارسینومای حويصل صفراء
ماخذ

فصل نهم: پانکراس

اناتومی جراحی

انومالی های ولادی پانکراس

پانکریاتیت حاد

پانکریاتیت مزمن

کیست های پانکراس

تومور های پانکراس

ماخذ

فصل دهم: طحال

اناتومی جراحی

ضخامه طحال

برداشتن طحال (سپلینكتومی)

تمزق طحال

ماخذ

فصل یازدهم: پریتوان

اناتومی جراحی

پریتونیت حاد عمومی یا منتشر

اسباب مخصوص پریتونیت

پریتونیت حاد موضعی

پریتونیت مزمن

ماخذ

فصل دوازدهم: فتق

فتحهای جدار بطن

انواع فتحهای

فتحهای مغبنی

فتحهای خذی

فتحهای ثروی

فتحهای Ventral

فتحهای Epigastric

فتحهای Incisional

فتحهای نادر

ماخذ

بنام خداوند متعال

خداوند پاک را شکر گذارم که برایم توانائی داد تا کتاب دیگر درسی را برای محصلین عزیز طب تحت عنوان امراض جراحی بطن و ملحقات آن ترتیب و تألیف نمایم.

این کتاب که مطابق کریکولم درسی پوهنخی ستوماتولوژی پوهنتون طبی کابل در دوازده فصل و ۲۰۵ صفحه به زبان دری ساده و روان تحریر شده در آن کوشش و سعی زیادی به خرچ داده ام تا از یکطرف کتاب مطابق ضرورت و سویه محصلین طب بوده و از جانب دیگر موضوعات آن کاملاً جدید و مطابق آخرين نشرات طبی جهان باشد علاوه ا هر فصل اين کتاب دارای اشکال بوده که اين خود استفاده از کتاب را برای محصلین طب ساده و بسيط ميسازد.
باید گفت که کتاب مذکور نه تنها برای محصلین طب یك اثر مفيد بوده بلکه دوکتوران جوان بالخصوص دکتوران جراحی نيز ميتوانند از آن استفاده خوب و اعظمی نمایند.

کتاب مذکور توسط يك تعداد استادان سابقه دار وبا تجربه جراحی از جمله محترم پوهاند صاحب اعجازی نيز مطالعه شده که به اساس نظرشان تا اندازه بعضی بخش ها مختصر و يا کاملاً حذف شده است که از نظریات ایشان اظهار امتنان میدارم.

از دکتوران محترم و محصلین گرامی آرزومندم تا در وقت مطالعه اين کتاب اگر به کدام غلطی طباعتی مواجه ميشوند، بنده را در جريان بگذارند.
در اخير به اميد اينكه با تألیف اين کتاب بتوانم خدمتی در راه طبابت و تربيه اولاد وطن کرده باشم از دکتور جوان و فوق العاده با استعداد محترم محمد شریف ناصری که در قسمت کمپوز و دیزاین اين کتاب با حوصله مندی زياد همکاري کرده تشکر نمایم و در حالیکه برایش آينده درخشنان را مژده ميدهم از خداوند پاک مؤفقیت و سعادت شان را در همه امور زندگی استدعاء مينمایم.

بااحترام
پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی

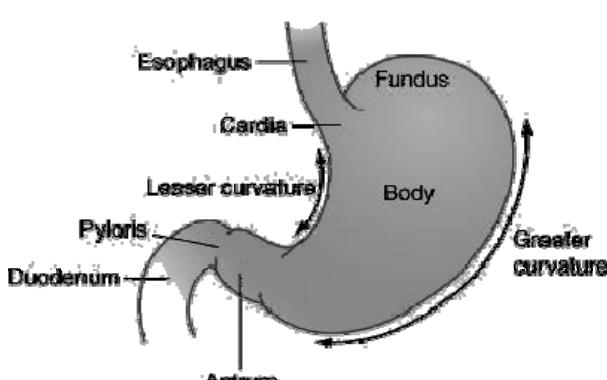
فصل اول معده و اثنا عشر

Stomach and Duodenum

اناتومی جراحی ۱	اختلالات قرحة پپتیک ۱۵	تضیق پیلور ۲۱
تصبیغ ضخاموی ولادی پیلور ۵	نقب قرحة پپتیک ۱۵	تومور های معده ۲۳
قرحة پپتیک ۸	نزف قرحة پپتیک ۱۸	

معده یا Stomach

معده یک عضو عضلی بوده که قسمت متسع انبوب هضمی را میسازد و در مسکن تحت حجاب حاجزی طرف چپ در بین مری و اثنا عشر قرار دارد وظیفه آن ذخیره و هضم مواد غذائی میباشد.



شکل (۱-۱) نواحی مختلف اناتومیک معده

اناتومی جراحی

معده متشکل از قسمت های ذیل میباشد:

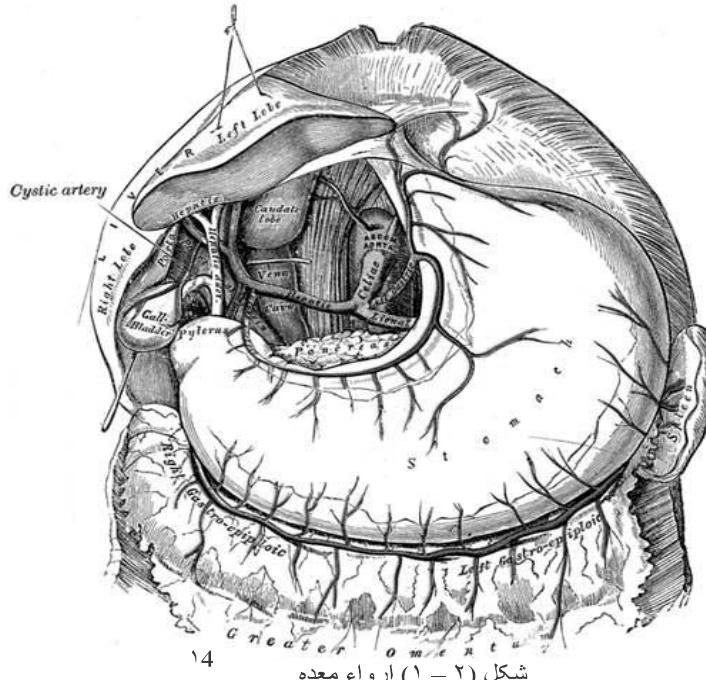
- ۱- Cardia – ناحیه نزدیک اتصال مری با معده.
 - ۲- Fundus – توسع قبه مانند علوی تر از اتصال مری با معده است.
 - ۳- Body یا جسم – ناحیه بین Fundus و Antrum
 - ۴- Antrum
- بین Fundus و Antrum معده است.

۴- Antrum – ربع چهارم سفلی معده که از Incisura angularis شروع و به پیلور ختم میگردد.

معده دارای دو معصره یعنی معصره مری معدوی و پیلور میباشد.

ارواء معده شرائین معده

- ۱- شریان معدوی چپ یا Left gastric artery
- ۲- شریان معدوی راست یا Right gastric artery
- ۳- شریان معدوی کوچک یا Short gastric artery
- ۴- شریان Gastroepiploic چپ
- ۵- شریان Gastroepiploic راست



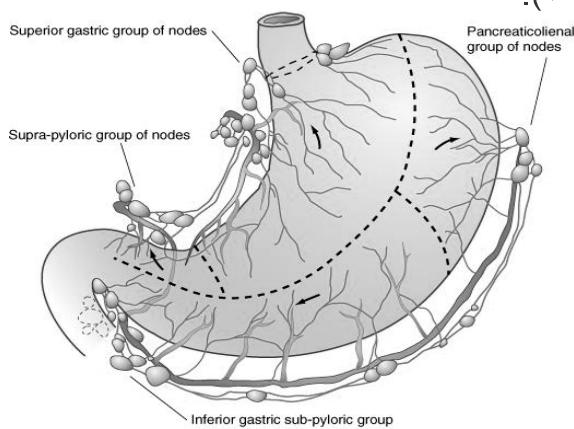
شکل (۲ - ۱) ارواء معده

اورده معده

- ۱ - ورید راست و چپ معدوی راساً به ورید باب میریزد.
- ۲ - اورده کوچک و چپ به ورید طحال وصل میگردد.
- ۳ - ورید مساریقی علوی میریزد.

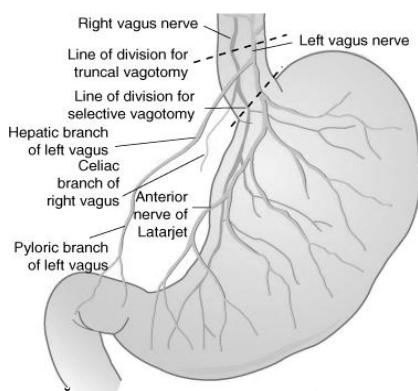
دریناز لنفاوی معده

اویه لنفاوی سیر شرائین معده را تعقیب کرده و به چهار گروپ عده تقسیم میگردد (شکل ۳ - ۱).



شکل (۳ - ۱) دریناز لنفاوی معده

تعصیب



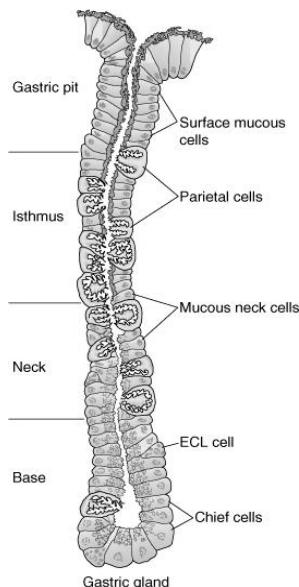
شکل (۴ - ۱) تعصیب معده

امعاء بوجود میابد.

۱- تعصیب واگوس
واگوس چپ (قدامی) و راست (خلفی) عصب حرکی افزایی غدوات و حرکی عضله جدار معده میباشد.

۲- ضفیره سیمپاتیک Celiac باعث انتقال سیاله های درد میگردد.

۳- تعصیب Intrinsic عبارت از ضفیره Myentric، Auerobach و ضفیره تحت Meissner است که تمادی آن چند هفته بعد از قطع و انستموز المخاطی است که تمادی آن چند هفته بعد از قطع و انستموز



شکل (۵ - ۱) منظره هستولوژیک مخاط

مخاط معده

به سه ناحیه تقسیم میگردد:

۱- غدوات ناحیه Cardia - این ناحیه ۰.۵ الی ۴ سانتی متر بوده و مخاط افزای مینماید.

۲- ناحیه حجرات جداری یا Parietal ۳/۴ قسمت علوی معده را تشکیل داده و چهار نوع حجرات در غدوات این ناحیه دریافت میگردد:

الف - حجرات مخاطی- مخاط قلوی افزای مینماید.

ب - حجرات Pepsinogene -Chief افزای مینماید

ج - حجرات جداری- HCl و فکتور Intrinsinc افزای مینماید.

د - حجرات Argentaffin- وظیفه آن فهمیده نشده است

۳- ناحیه Pyloroantral

درین ناحیه Gastrin G cell که افزای Chief cell مینماید موجود بوده اما فاقد حجرات جداری و Chief cell میباشد.

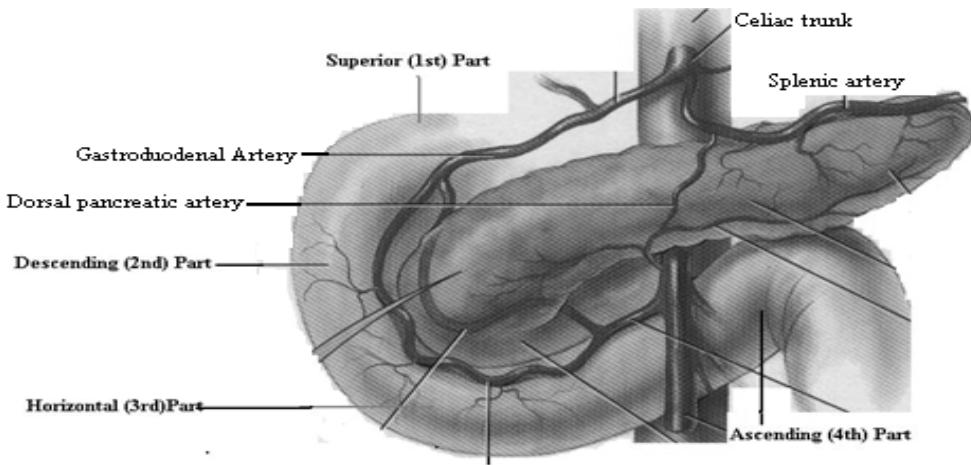
اثنا عشر یا Duodenum

قسمت اول اماء رقيقة بوده و متشکل از قسمت های ذیل میباشد.

- ١- قطعه اول یا بصله اثنا عشر (قرحه پیپتیک در همین ناحیه تأسیس مینماید)
- ٢- قطعه دوم (قنات صفر اوی اساسی و پانکراسی در آن باز میگردد)
- ٣- قطعه سوم (بشكل مستعرض به امتداد کنار سفلی پانکراس بطرف چپ تمادی دارد)
- ٤- قطعه چهارم (در قسمت Duodeno - Jejunal flexure با تغیر آنی مسیر به ژیژنوم خاتمه میابد)

شرائین

- ١- شریان Pancreaticoduodenal علوی - شعبه شریان کبدی.
- ٢- شریان Pancreaticoduodenal سفلی - شعبه شریان مسار یقی علوی



شکل (٦ - ١) انلومی اثنا عشر

تضیق ضخاموی ولادی پیلور Congenital Hypertrophic Pyloric Stenosis

اسباب

سبب مرض نا معلوم بوده ممکن علت آن عدم کفایه ابتدائی استرخاء معصره پیلور باشد که در نتیجه فعالیت شدید بعداً عضلات دایروی مجاور پیلور ضخامه مینماید.

مرض سه طفل را در هزار طفل مصاب ساخته و طفل پسر چهار مرتبه بیشتر از طفل دختر مصاب میگردد.

پتالوزی

در این مرض عضلات ناحیه انتروم و پیلور ضخاموی بوده و ضخامه به سفلی تمادی داشته و در حذای الیاف دایروی عضلات پیلور بیشتر میگردد و پیلور را شدیداً متضیق میسازد این ضخامه بصورت آنی از بین رفته و اثنا عشر نارمل است.

تظاهرات سریری

طفل اول شیر خوار که پسر است معمولاً مصاب مرض میگردد و شروع مرض اکثرآ بین سه تا شش هفته حیات میباشد.
اعراض

۱- استفراغ

که با قوهء به خارج پرتتاب شده بدون صفرا میباشد و اکثرآ طفل فوراً بعد از استفراغ بسیار گرسنه میباشد.

۲- قبضیت

اکثرآ موجود بوده و مواد غایطه طفل کوچک و خشک میباشد (شبیه مواد فاضله خرگوش).



شکل (۷ - ۱) حرکات استداری قابل دید در یک نوزاد مصاب تضیق ضخاموی پیلور^۷

علیم

۱- حرکات استداری قابل دید
امواج حرکات استداری بعداز تغذی
طفل در قسمت علوی بطن از راست به
چپ قابل دید میباشد.

۲- کتله

در ۹۰٪ وقایع پیلور ضخamoی در زمان شیرخوردن طفل در تحت کبد اکثراً به آسانی قابل جس میباشد

۳- ضیاع مایعات(Dehydration)

چشم ها، رخسار و Fontanelles فرورفته بوده جلد غشای مخاطی خشک و مقدار ادرار کم است.

۴- ضیاع وزن

تشخیص تفریقی

Gastro esophageal reflux disease(GERD) -

- پرابلم تغذی

- انتانات طرق بولی

- نزف داخل قحفی

- اتریزی اثنا عشر (که درین حالت استفراغ حاوی صfra است)

- انسداد علوی امعا از قبیل تدور امعاء نوزادان (استفراغ حاوی صfra است)

معاینات تشخیصیه

باید گفت در صورتیکه تظاهرات سریری مرض وصفی و کتله ناحیه پیلوریک جس گردد معاینات بیشتر ضرورت نبوده در غیر آن معاینات ذیل در تشخیص کمک مینماید:

۱- التراساوند

این معاینه تظاهرات کلاسیک را در مgra پیلور با ضخیم شدن پیلور و معده طویل نشان میدهد.

۲- رادیوگرافی بطن

معده متوجه با گازات کم در امعاء نشان داده در حالیکه در انسداد امعاء عروات معاوی متوجه مشاهده میگردد.

۳- رادیوگرافی با Barium meal

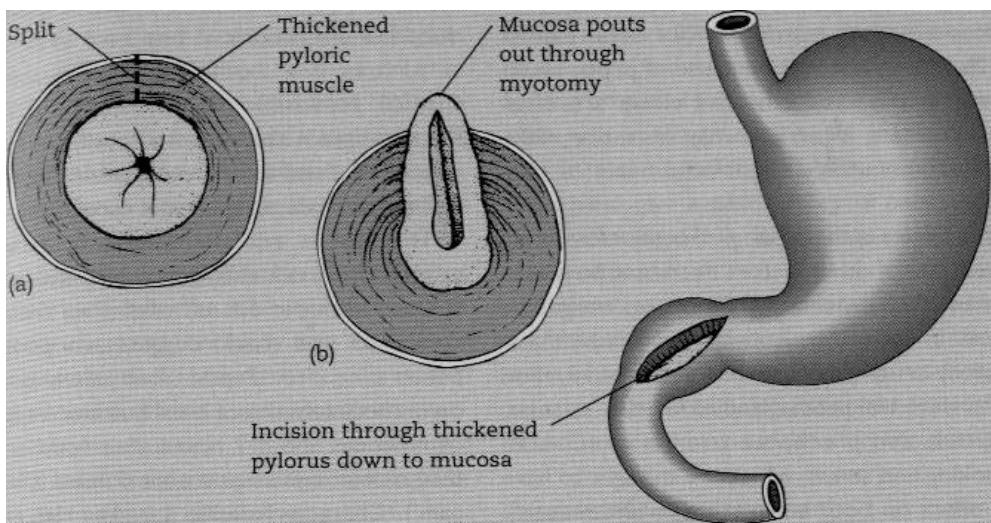
با این معاینه تضییق و طویل شدن مجرا پیلور دریافت میگردد

تداوي

تداوي مرض جراحی بوده و بخاطر باشد که هر قدر وضع عمومی طفل خراب باشد باید عملیات جراحی به منظور اصلاح مایعات و الکترولايت ها به تعویق انداخته شود بر خلاف در صورت خوب بودن وضع عمومی طفل میتوانیم آنرا بعد از بستر عاجلاً عملیات کرد.
قبل از عملیات باید ضایعات مایعات و الکترولايت ها با تطبيق محلولات گلوكوز غنی با پوتاشیم از طریق وریدی اصلاح گردد.

تداوي جراحی

عملیات (Ramstedt's operation) - در این عملیات توسط یک شق مستعرض قسمت علوی، بطن باز و عضله ضخاموی پیلور الی مخاط طوریکه در شکل (۸ - ۱) مشاهده میگردد قطع شده و از هم دور میگردد.



شکل (۸ - ۱) Ramstedt's Pyloromyotomy (۱ - ۸)

قرحه پیپتیک Peptic Ulcer

تعريف – قرحه پیپتیک عبارت از ضیاع مادی غشای مخاطی است که میتواند حاد و یا مزمن باشد. تشخیص تفرقی بین شکل حاد و مزمن از نظر کلینیکی بعضًا مشکل بوده و مرض به اشکال مختلف یعنی از قرحتات سطحی معده و اثنا عشر که اکثرًا با اندوسکوپی تشخیص میگردد الی قرحتات مزمن عمیق نفوذ کننده در احشای مجاور مشاهده میگردد.

اسباب

درسابق فرط افراز اسید توسط حجرات جداری معده سبب قرحه پیپتیک فکر میگردید در حالیکه بعد از فهمیدن ارتباط بین *Helicobacter pylori* و قرحتات پیپتیک در سال ۱۹۸۳ معلوم گردید که سبب اکثر قرحتات پیپتیک این انتان میباشد باید گفت که حجرات جداری معده از طریق عصبی (Vagus) و خلطی (گاسترین و هستامین) از نظر وظیفوی تنبه شده بناءً در گذشته ها سعی میگردید تا افرازات حجرات جداری معده با قطع عصب معدوی توسط عملیه جراحی (Vagotomy) و یا برداشتن حجرات جداری معده (Partial Gastrectomy) تنقیص داده شود و درین تازه گی ها هدف فوق توسط ادویه از قبیل Histamine H₂ receptor antagonist (Cimetidine) و Proton pump inhibitors (Ranitidine و Omeprazole) ممکن میباشد در حالیکه هیچکدام از تداوی های فوق بالای عامل انتانی مردم مؤثر نمیباشد. در قرحتات معدوی اساساً مقاومت مخاط پائین بوده در حالیکه سویه اسید پیپسین نارمل و یا پائینتراز حد نارمل است برخلاف درقرحتات اثنا عشری سویه اسید پیپسین فوق العاده بلند میباشد.

اسباب قرحتات پیپتیک را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:

- ۱- انتان *Helicobacter pylori* (تقریباً در تمام قرحتات اثنا عشری و اکثرًا قرحتات معدوی دریافت شده)
- ۲- عوامل ارثی
- ۳- گروپ خون O
- ۴- تشویش و اضطراب (Stress and Anxiety)
- ۵- سگرت
- ۶- الكول

۷- استعمال نادرست NSAID's (از باعث پائین اوردن مقاومت غشای مخاطی مقابل عصاره معده)

۸- عوامل اندوکراین مانند Zollinger – Ellison syndrome Hyperparathyroidism و Multiple adenomas syndrome

پتالوژی

پتوژنی قرحة پیپتیک قسمًا مربوط تشوش موازن افزار اسید و پیپسین توسط معده و قسمًا مربوط به مانعه مخاطی (طبقه ضخیم مخاط) میباشد. باید گفت که مخاط نارمل معده مقابل اسید که توسط حجرات جداری معده افزار میگردد توافق دارد و قرحة در نواحی بوجود میاید که مخاط وجود نداشته و یا مخاط مقاومت کمتر دارد و در صورت تماس اسید با یک مخاط نا آشنا قرحة تولید میگردد.

قرحة پیپتیک زیادتر در مخاط قلوی بوجود آمده طبقه عضلی را اشغال و تمایل به نفوذ در احتشای مجاور دارد. قرhat قدامی اثنا عشر تنفس کرده و در حالیکه قرhat خلفی نزف میدهد قرhat بزرگ معده ممکن به پانکراس، او عیه بزرگ مانند شریان طحالی و نادرآ کولون مستعرض نفوذ نماید.

زمانیکه قرhat پیپتیک التیام یابد یک ندبه مخاطی از آن باقی میماند. و فیروز در نتیجه نکس قرحة بوجود آمده و باعث سو اشکال از قبیل تضییق پیلور و تضییق Hourglass معده میگردد.

نواحی معمول قرhat پیپتیک عبارتند از:

- ۱- قطعه اول اثنا عشر
- ۲- انحنای صغیر معده
- ۳- ناحیه انستموتیک معده معائی
- ۴- مری (Peptic oesophagitis)
- ۵- رتج میکل (در صورت موجودیت حجرات Oxytic مخفی)

قرحة پیپتیک حاد

میتواند واحد یا متعدد (Multiple erosions) باشد سبب آن بعضاً واضح نبوده و در بعضی مريضان مترافق با نوشیدن الكول و یا NSAID's (زياد تر اسپرین، اندوميتاسین) تداوى با ستروئید، stress حاد، عمليات های بزرگ، جروحات قحفی (Cushing's Ulcer) و سوختگی های شدید (Curling's Ulcer) میباشد.

قرhat حاد پیپتیک با درد آنی، نزف و یا تنفس ظاهر شده و ممکن یک تعداد شان بطرف مزمن شدن سیر نماید.

قرحه پیپتیک مزمن

تقریباً ۸۰% این قرحتات در اثنا عشر مشاهده شده قرحتات اثنا عشر در هر سن و سال بوجود آمده لاکن در دهه سوم و چهارم حیات زیادتر مشاهده میگردد. ۸۰% این قرحتات در مرد ها دیده شده و خانم ها قبل از مینوپوز بالخصوص در زمان حاملگی در مقابل این قرحتات معافیت نسبی دارند. قرحتات معده زیادتر در مرد ها مشاهده شده، لاکن تفاوت جنس کم بوده و نسبت مرد و زن ۳:۱ میباشد این قرحتات در هر سن و سال مشاهده شده لاکن زیادتر در دهه چهارم و پنجم (یک دهه بعد تر از کثرت وقوعات قرحة اثنا عشر) دیده میشود.

تظاهرات سریری

قرحه مزمن معده

این قرحتات در سنین بالاتر مشاهده شده و مرد ها را کمی زیاد مصاب میسازد.

اعراض

درد - در ناحیه شرصوفی قرارداشته و فوراً یا الی دو ساعت بعد از غذا عاید میگردد به خلف انتشار داشته درد با استفراغ و حالت استجاع ظهری کم و با گرفتن غذا تشدید میابد. درد شکل دوری داشته یعنی برای چند هفته دوام کرده و بعداً مریض برای ۲ - ۶ ماه آرام میباشد. اشتها خوب بوده اما مریض ترس از گرفتن غذا دارد مریض از گرفتن غذاهای سرخ شده جوشانده و مصاله دار اجتناب کرده شیر، تخم و ماهی از غذائی اصلی آنها میباشد و تا اندازه ضیاع وزن دارند.

استفراغ - باعث تسکین درد شده و ممکن توسط خود مریض تحریک گردد.

نظر به میلانا بیشتر دیده میشود. Hematemesis

علیم

بامعاينه فزیکی حساسیت عمیق ناحیه شرصوفی چند انج علوی تر از ژره دریافت میگردد.

قرحه مزمن اثنا عشر

این قرحتات قبل از ۱۶ سالگی نادر بوده و در سنین متوسط بیشتر مشاهده میگردد از نظر جنس زیاد تر مردان معمول است.

اعراض

درد - در ناحیه شر صوفی موقعیت داشته و اکثراً ۱-۲ ساعت بعد از غذا شروع و مریض را در نصف شب بیدار می‌سازد. درد وصف گنگ یا سوزنده داشته و بعضاً انقدر شدید می‌باشد که مریض مجبور می‌شود دراز بکشد و با گرفتن غذا و قلویات خاموش شده و از همین سبب مریض شیر و بسکیت در کنار بستر با خود داشته می‌باشد، اضطراب، تشویش و نگرفتن غدا باعث تشدید درد شده این درد نیز وصف دوری داشته برای ۶-۲ هفته دوام کرده و برای ۱-۶ ماه درد آرام است و حمله درد اکثراً در بهار و خزان می‌باشد اشتها خوب بوده لاکن مریضان بعضاً از گرفتن غذای جامد در اثنای حمله مرض خود داری مینمایند گرچه بعضی مریضان از گرفتن غذای سرخ شده پرهیز می‌کنند لاکن ندرتاً پرهیز غذائی مشاهده می‌گردد مریضان قرحة مزمن اثناشر ضیاع وزن ندارند.

استفراغ - نادر بوده مگر اینکه خود مریض آنرا تحریک نماید و یا تضیيق بوجود آمده باشد اما بالا آمدن اسید، آب و دل جوشی(Heartburn) در این قرhatات معمول می‌باشد.

- نظر به Hematemesis زیادتر مشاهده می‌شود.

علیم

در معاینه فزیکی حساسیت عمیق ناحیه شر صوفی ۴ سانتی متر بطرف راست خط متوسط بالای ناحیه پیلوریک دریافت می‌گردد.

معاینات تشخیصیه

- Fibreoptic endoscopy - توسط آن مری معده و اثناشر معاینه شده قرحة تشخیص و در صورت آفات معدوى، بیوپسی به منظور تشخیص تفریقی قرhatات سلیم و خبیث Pyloric اخذ می‌گردد همچنان این معاینه نتایج تداوی طبی را در قرhatات مزمن نشان میدهد.

- Barium meal - از این معاینه امروز کمتر در تشخیص قرhatات پیپتیک استفاده شده و در صورت اجراء در قرhatات معده خیال Niche و در قرhatات اثناشر قرحة وصفی مملو با باریوم مشاهده می‌گردد، علاوتاً در تشخیص تضیيق پیلور و سوء شکل Hourglass کمک مینماید.

- تست Faecal occult blood - در صورت موجودیت قرحة بعضاً مثبت می‌باشد.

- معاینه خون - تعیین هیموگلوبین ضایعات مزمن خون را نشان میدهد.

- تست های وظیفوی معده (Gastric function tests) – عبارت از اندازه گیری افرازات زیاد اسید توسط تست Pentagastrin و تعیین گاسترین خون میباشد.

تداوی

تداوی قرحت پپتیک در مرحله اول طبی بوده و تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که قرحة به اختلالات معروض گردد و این اختلالات عبارتند از مزمن شدن قرحة (chronicity) تنقّب، تضيق، نزف و در قرحت معده تحول قرحة به خبات میباشد که بعداً مفصلًا مطالعه میگردد.

اساسات تداوی طبی

اساسات تداوی طبی عبارت از بین بردن H – pylori و تنقیص و خنثی نمودن (استفاده از قلويات وشير) افرازات اسید میباشد. در صورتیکه مریض صرف با انتی اسید تداوی شود H – pylori از بین نرفته و باعث افزایش نکس قرحة میگردد.

تداوی ضد میکروبی همراه با تداوی تنقیص افرازات اسید برای مدت دو هفته باعث از بین رفتن H – pylori شده که بمنظور تنقیص افرازات اسید به مریض Lanzoprazole Proton pump inhibitor و Omeprazole توصیه شده و تداوی ضد میکروبی توسط Clarithromycin یا Amoxicillin همراه Metronidazole با انتی بیوتیک در بسیاری وقایع میباشد، که با این تداوی H – pylori در بیشتر از ۹۰٪ وقایع از بین میرود. ادویه دیگر از قبیل پروستاگلاندین ترکیبی (Misoprostol) دارای خاصیت التیام دهنده قرحة بوده و از این ادویه به منظور جلوگیری از قرحة در مریضان که S'NSAID اخذ مینماید بالخصوص آنها که تاریخچه قرحة پپتیک و یا نزف را دارند در حالیکه تحت تداوی فوق بوده اند استفاده میشود. منبهات قوی اسید معدوی مانند الكول پرهیز شود، استراحت، تسکین، ترک سگرت و تداوی اضطراب مفید میباشد. اسپرین و دیگر S'NSAID تا حد امکان گرفته نشود.

اساسات تداوی جراحی

در حال حاضر تداوی جراحی صرف در اختلالات قرحة پپتیک استطباب دارد چون تداوی طبی قرحة پپتیک مؤثر میباشد بناءً در وقایع عاجل عملیه

جراحی کوچک اجراء گردد معمولترین استطباب عملیات عاجل تنفس و نزف قرحت پیپتیک میباشد.

تداوی قرحت معدوی عبارت از برداشتن قرحة همراه با ناحیه افزای کننده گاسترین انتروم میباشد که به این منظور Billroth I Gastrectomy اجراء میگردد.

نتایج تداوی در ۹۰% وقایع قناعت بخش بوده و در حدود ۱% وفیات دارد. قرحت اثناشری در صورتیکه افزایات زیاد اسید معده جلوگیری شود التیام مینماید که این هدف یا با برداشتن ناحیه افزای کننده اسید معده (جسم و انحنای صغیر معده) یعنی Partial (polya) Gastrectomy و بسته نمودن اثناشر و Gastrojejunostomy بر آورده شده و یا اینکه باید واگوتومی اجراءگردد. چون Total vagotomy میکانیزم تخالیه معده را متأثر میسازد بنابراین این عملیات باید با عملیه دریناژ یعنی Gastrojejunostomy و یا Pyloroplasty همراه باشد.

هرگاه در عملیه واگوتومی شعبه عصب واگوس که ناحیه پیلور را تعصیب مینماید (عصب Latarjet) حفظ گردد در اینصورت میتوان باقیمانده الیاف واگوس را بدون ضرورت عملیه دریناژ قطع کرد (Highly selective vagotomy)

اختلالات بعد از عملیات

الف- Post gastrectomy syndromes

با وجود اینکه تقریباً ۸۵% مریضان مصاب قرحة پیپتیک از عملیات – Polya Partial gastrectomy راضی اند ولی عوارض و اختلالات ناگوار نیز ممکن بعد از اجرای این عملیات ها مشاهده شود که اینها عبارتند از:

- سندروم معده کوچک (Small stomach syndrome)

- استفراغات صفرایی (Bilious vomiting)

- کم خونی

- Dumping

- اسهالات شحمی Steatorrhea

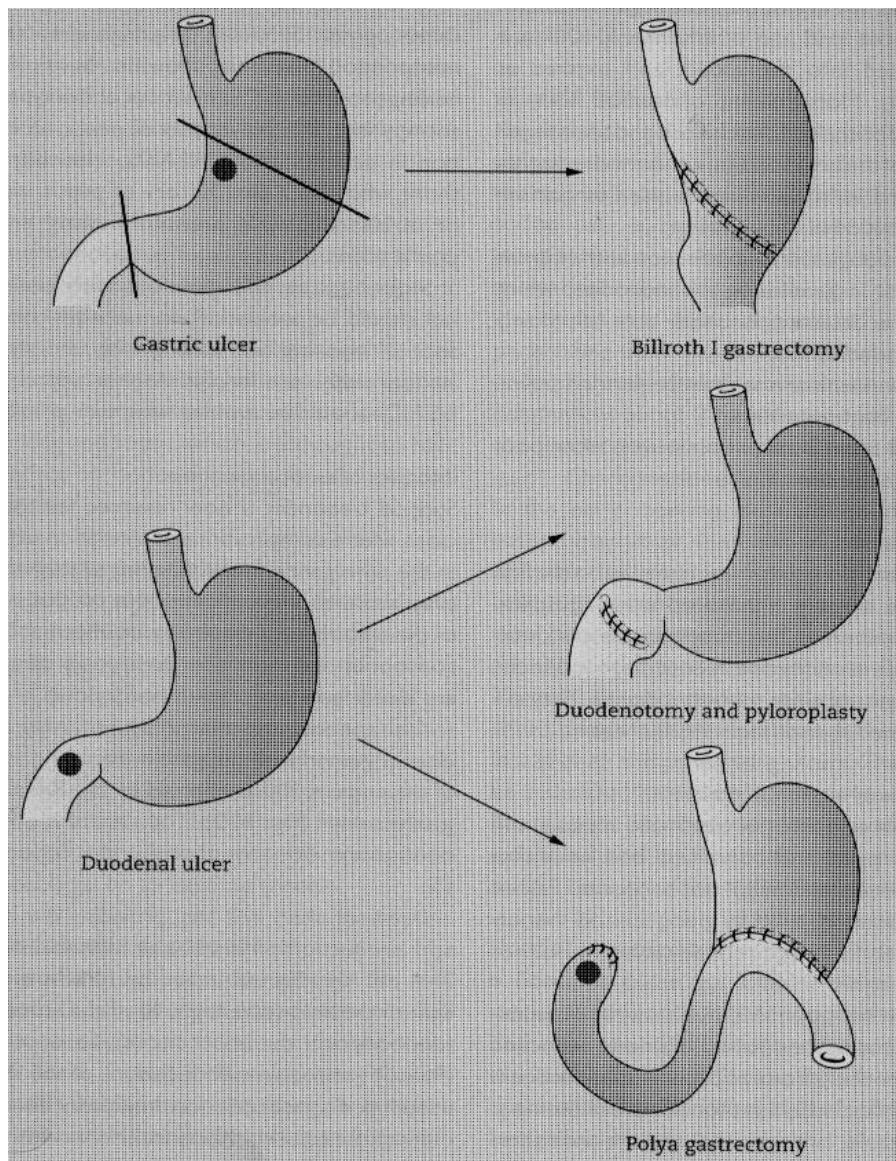
- قرحة ناحیه تقمی (Stomal ulceration)

ب- Post vagotomy syndromes :

اختلالات ذیل ممکن بعد از Truncal vagotomy مشاهده شود:

- Diarrhea و steatorrhea

- قرحة انستموتیک



شکل (۹ - ۱) - عملیات های اساسی قرحت پیتیک که زمانی معمولاً اجراء میگردید. این عملیات ها تا هنوز نیز در نزف قرحت استطباب دارد. در قرحت معدی Billroth I gastrectomy با انسنتومز معدی اثناشری اجراء میگردد. در قرحت اثناشری اثناشر بصورت طولانی باز و او عیه خون دهنده خیاطه گذاری شده و بشکل پسته و Pyloroplasty بسته و بعض افزارات اسید توسط Vagotomy Proton pump inhibitor نهی میگردد. Polya gastrectomy با خیاطه گذاری او عیه نیز ممکن اجراء شود این عملیات در کارسینومای انتروم و جسم معده نیز معمولاً اجراء میگردد. H.pylori نیز در صورت لزوم باید تداوی شود.

اختلالات قرحة پیپتیک

قرحة پیپتیک در هر ناحیه که باشد ممکن به اختلالات ذیل معروض گردد:

- تتفق - در جوف کبیر پریتوان و یا در اعضای مجاور از قبیل پانکراس کبد و کولون
- نزف
- تضیق
- مزمن شدن قرحة - از باعث تشكل نسج لیفی در حدای قاعده قرحة
- تحول به کانسر - نادرآ در قرحت معده مشاهده شده و تقریباً ۱% کارسینوما در قرحة معده بوجود می‌اید.

تتفق قرحة پیپتیک Perforated Peptic Ulcer

پتالوژی

تتفق قرحة پیپتیک از جمله معمولترین و مهم ترین وقایع عاجل بطنی بوده و قوعات آن از سال ۱۹۵۰ (نسبت مرrog شدن H₂ receptor antagonist) در تداوی مرض) رو به کاهش می‌باشد لاکن وقوعات آن در طول ده سال گذشته ثابت باقیمانده است. از نظر جنس تتفق در سابق زیادتر مردان را مصاب ساخته و فعلاً نسبت مرد و زن ۲:۱ می‌باشد. از نظر سن زیادتر کاهلان جوان به تتفق معروض شده اما در این اواخر زیادتر اشخاص مسن بالخصوص آنهائیکه ستروئید و یا ادویه S'NSAID (اسپرین، اندو میتاپین وغیره) اخذ مینمایند مصاب تتفق می‌گردد. بخاطر باشد که مریضان مصاب کارسینومای معده نیز ممکن گاهی با تتفق مراجعه نمایند.

تتفق زیادتر در وجه قدامی اثناعشر و بعضاً در وجه قدامی معده اکثراً نزدیک انحنای صغیر یا ناحیه پیلوریک انtronum رخ میدهد.

زمانیکه قرحة تتفق نمود محتوی معده یا اثناعشر از طریق ناحیه متقوبه به جوف کبیر پریتوان ریخته و باعث تخریش پریتوان (Pritonism) می‌گردد. در مرحله دوم پریتوان در مقابل این تخریش عکس العمل نشان داده و باعث افزایش یک مقدار زیاد مایع پریتوانی گردیده که این مرحله برای ۳-۶ ساعت دوام مینماید.

به تعقیب این مرحله عکس العمل، پریتونیت باکتریائی منتشر بوجود می‌اید.

مطالعه سریری

در اینجا بهتر است از تتفقات که اکثراً در جوف آزاد پریتوان صورت می‌گیرد (Massive perforation) و یک واقعه عاجل جراحی رامیسازد بحث نمائیم.

با وجود فراموشی مریضان نسبت حالت خراب و دردناک ۵۰٪ آنها از قرحة پیپتیک سابقه حکایه مینمایند. اعراض وظیفوی نزد این مریضان عبارتند از:

- درد - درد بصورت آنی شروع شده و نهایت شدید است مریض زمان شروع درد را بطور دقیق حکایه مینماید درد به هر دو شانه و اکثراً به شانه راست انتشار مینماید. درد با حرکت زیاد شده بناءً مریض در بستراهام قرار دارد.

- دلبدی و استفراغ - دلبدی موجود بوده لاسک استفراغ کمتر مشاهده میگردد.

- Hematemesis و Melena - بعضاً با اعراض فوق موجود میباشد. با معاینه مریض درد شدید داشته سرد، عرق آلود و تنفس سریع و سطحی دارد در ساعت‌های مرحله اول مریض از نظر کلینیکی در شاک حقیقی قرار نداشته نبض ثابت و فشار خون نارمل است. درجه حرارت نارمل و یا پائین تر از نارمل قرار دارد بطن متقلص، سخت (Rigid) بوده که بنام Board like abdomen یاد میشود با اصلاح آواز های معانی قابل سمع نبوده و در بعضی مریضان ممکن کمی شنیده شود.

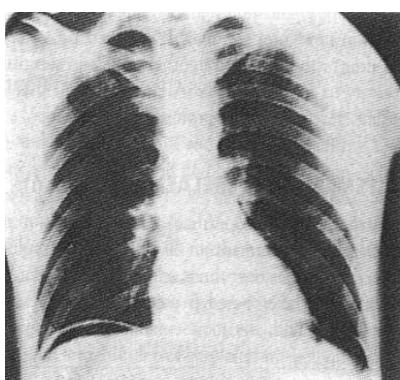
با قرع اصمیت کبدی در نصف مریضان نسبت قرار گرفتن گاز در تحت حجاب حاجز تنقیص میابد. معاینه معقدی (Rectal exam) ممکن حساسیت حوصلی را نشان دهد. در اشکال مؤخر مرض بعد از ۱۲ ساعت یا پیشتر از آن تظاهرات پریتونیت منتشر با انسداد فلچی ظاهر شده بطن انتفاخی و استفراغات غیر جهی بوجود آمده و مریض توکسیک و در شاک Oligemic قرار دارد.

تنقب تدریجی (Slow perforation) - هر گاه تنقب کوچک و حادثه موضعی گردد در اینصورت حساسیت و Rigidity صرف در قسمت علوی بطن دریافت میگردد.

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی ساده بطن به وضعیت ایستاده - در بیشتر از ۷۰٪ وقایع گاز آزاد را در تحت حجاب حاجز نشان میدهد که به نام Pneumoperitoneum یا Free air میشود.

- Computed tomography - یک معاینه بسیار حساس در تشخیص گاز آزاد در داخل پریتوان بوده و در صورت مشکوک بودن با پانکریاتیت حاد نیز کمک مینماید.



شکل (۱۰ - ۱) رادیوگرافی ساده یک مریض مصاب تنقب قرحة پیپتیک که گاز را تحت حجاب حاجز نشان میدهد.

تشخیص تفریقی

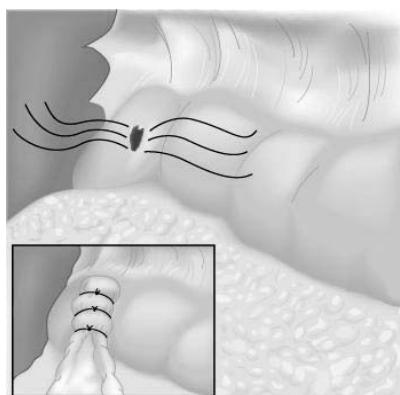
چهار حالت مرضی که اکثرآ با تنقب قرحة پیپتیک مغالطه میگردد عبارتند از:

- تنقب اپاندکس
- کولی سیستیت حاد
- پانکریاتیت حاد
- احتشای میوکارد

تداوی

اکثر جراحان به این نظر اند تا تنقب قرحة پیپتیک هر چه زودتر توسط مداخله جراحی ترمیم گردد. بعد از تشخیص تنقب، سند افی معده (NG Tube) به منظور تخلیه معده و جلوگیری از ریختن زیاد محتوی آن بداخل جوف پریتوان و انشاق محتوی معده در اثنای انستیزی تطبیق شده. درد توسط انلجزیک مؤرفین تسکین و ضایعات مایعات از طریق وریدی معاوضه گردد انتی بیوتیک غرض مجادله با انتانات داخل پریتوانی و H₂ Blocker و یا Proton pump inhibitor از طریق وریدی تطبیق و مریض آماده عملیات شود.

بطن این مریضان باز و ناحیه متفویه با چند خیاطه متقطع بسته و توسط یک



شکل (۱۱ - ۱) بسته نمودن ناحیه متفویه
قرحه اثناعشر توسط چند خیاطه متقطع
و تقویه آن توسط یک پارچه ثرب

پارچه ثرب تقویه میگردد. جوف بطن توسط سیروم فزیولوژیک لواثر و در صورت تنقب قرحة معده باید بیوپسی نیز اخذ گردد و در صورت که قرحة معده واضح خبیث باشد باید توسط Partial gastrectomy برداشته شود. تداوی جذری قرحة در وقایع عملیات عاجل امروز غیر معمول بوده و در صفحه بعد از عملیات باید افزایات اسید و H-pylori توسط اهتمامات طبی کنترول گردد تداوی جذری زمانی استطباب دارد که تداوی طبی مؤثر نباشد.

عواقب مرض

وفیات تنقب قرحة پیپتیک در حدود ۵-۱۰% بوده ووفیات زیادتر در مریضانی مشاهده میشود که تشخیص آنها نادرست و تداوی آنها مؤخر میباشد و یا وضع عمومی بسیار خراب برای عملیات دارند. مریضان که فوت مینمایند یا بصورت وصفی عمر بالاتر از ۷۰ سال دارند و یا به شفاخانه ۱۲ ساعت بعد از تنقب و یا بیشتر از آن میرسند.

انذار مؤخر بعد از تنقب مربوط این است که آیا قرحة مزمن است و اسباب قابل معالجه از قبیل H – pylori و یا NSAID's موجود است یا خیر بعضی مريضان ممکن است برای اجرای عملیات جذری مراجعه نمایند.

نزف قرحت پیپتیک Hematemesis & Melena

نزف قرحت پیپتیک به شکل Hematemesis و Melena و یا هم هردو آن ظاهر مینماید. با خاطر باشد که اسباب نزف قسمت های علوی معده معاوی زیاد بوده و نظر به کثرت وقایع قرار ذیل اند:

- ۱- قرحة پیپتیک
- ۲- Stress ulcer
- ۳- Gastric erosion
- ۴- واریس مری
- ۵- کارسینومای معده
- ۶- Mallory – Weiss syndrome – که عبارت از تمزق طولانی قسمت سفلی اتصال مری معده در اثر استفراغات قوی و متكرر میباشد.
- ۷- Dieulafoy's disease – عبارت از سوء شکل شریانی و ریدی معده بوده که در این مرض نزف در یک مخاط ظاهرآ نارمل بوجود میاید.
- ۸- Coagulopathy یا تشوش در تحثر خون
- ۹- فیستول ابهری معاوی (Aorto – enteric fistula)

در اینجا باید گفت که تقریباً ۸۵% اسباب نزف حاد معده معاوی را در کشور انگلستان قرحة پیپتیک، Erosion معده یا اثناعشر تشکیل داده و قرحة مزمن اثنا عشر در اول این لست قرار دارد. ۵% این مريضان واریس مری و باقیمانده از باعث عوامل و اسباب دیگر ذکر شده میباشد. تشخیص مرض توسط تاریخچه، معاینه فزیکی و معاینات تشخیصیه صورت میگردد.

تاریخچه

ممکن نزد این مريضان تاریخچه قرحة پیپتیک موجود باشد و توسط معاینه اندوسکوپی و با بلع باریوم (Barium meal) تأیید شده باشد. دریافت تاریخچه اعتیاد دوائی نیز مهم بوده زیرا علت بسیاری نزف های مبهم و مجہول ممکن

از باعث گرفتن اسپرین، ادویه انتی کواگولانت، ستروئید، اندو میتاسین و غیره باشد. تاریخچه اعتیاد به الكول و یا سابقه هیاتیت ویروسی دلالت به سیروز کبدی مینماید علاوه‌تا افراط در الكول ممکن باعث تخریش حاد معده شود و قی الدم برنگ سرخ روشن به تعقیب استفراغ شدید و مکرر بعد از صرف زیاد غذا و یا الكول دلالت به سندروم Mallory – Weiss مینماید.

معاینه فزیکی

دریافت های معاینه فزیکی دلالت به ضیاع خون کرده و عبارتند از حالت ضعف، عرق، خسافت و گاهی حالت کولالپس بوده سپس نزد مریض قی الدم (Hematemesis) برنگ قهوه ای و یا سرخ روشن ظاهر میگردد. و به تعقیب آن مواد غایطه قیر مانند (Black tarry stool) که بنام میلانا یاد میشود و یا خون علقه شده را از طریق رکتم اطراف مینماید.

در صورت ادامه نزف و ضیاع زیاد خون نهایات و انف سرد، خسافت روبه افزایش و نبض سریع شده پیشانی عرق آلود و کف دست ها مرطوب میباشد. باخاطر باشده موجودیت پورپورا (Purpura) دلالت به زمینه مساعد نزف و تظاهرات سیروز کبدی (ضخامه کبد و طحال، موجودیت Spider naevi یرقان و Liver palm) دلالت به وریس مری و توسع او عیه اطراف دهن دلالت به Telangiectasis نزفی ارثی میباشد.

معاینات تشخیصیه

- تعیین مقدار هیموگلوبین - یک معاینه بسیار مفید بوده اما باخاطر باشد که این معاینه در ساعات اول نزف کمتر ارزش داشته زیرا خون ممکن بعد از ۲۴ ساعت رقیق و سویه هیموگلوبین از حد نارمل پائین آید.

- Upper GI fibroscopic endoscopy - از جمله معاینات بسیار با ارزش بوده و توسط آن مری، معده و اثناعشر مشاهده شده و بطور عاجل بعد از بستر شدن مریض بزودی اجراء شده میتواند. با این معاینه علاوه بر تشخیص دقیق ناحیه نزفی میتوان قرحة خون دهنده فعل پیتیک را با زرق ادرینالین در قاعده قرحة و نزف واریس مری را توسط Band ligation تداوی کرد.

تداوی

تداوی نزف قسمت های علوی معده معاوی در مرحله اول طبی بوده و عبارتند از:

- ۱- استراحت
- ۲- نقل الدم به منظور جبران ضایعات خون

- ۳- کنترول نبض، فشار خون و CVP برای حد اقل سه روز الی توقف تام نزف
- ۴- برای رفع اضطراب مورفين از طریق وریدی داده شود
- ۵- Proton pump inhibitor H₂ receptor antagonist از طریق وریدی داده شود
- ۶- Tranexamic acid (Fibrinolysis) از طریق وریدی داده شود
- ۷- به منظور جلوگیری از اختلالات تنفسی انتی بیوتیک و قایوی و فزیوتراپی صدر توصیه شود
- ۸- به مجرد توقف نزف فعال از طریق فمی شیر هر یک ساعت و یا دو ساعت بعد اجازه داده شود و تداوی ضد قرحوی فمی هر چه زودتر شروع و به تعقیب آن غذای نیمه جامد توصیه گردد.
- با پیروی از اصول فوق ۳/۴ مريضان مصاب نزف معده میتوانند شفایاب میشوند.

استطبابات تداوی جراحی

وفیات نزف معده معائی در حدود ۱۰% بوده و این وفیات بیشتر در مريضانی مشاهده میشود که عمر زیادتر از ۴۵ سال دارند بالخصوص اشخاص مسن که به نزف ادامه میدهند و یا مريضانیکه در شفاخانه با اصول فوق تداوی میشوند و نزف نزد شان نکس مینماید.

- در این وقایع وخیم نقل الدم ادامه داده شده و مریض عاجلاً به عملیات آماده میگردد در اثنای عملیات منشه نزف قرار ذیل کنترول میگردد:
- در قرحتات مزمن معده - اکثراً Partial gastrectomy و با برداشتن ساده قرحة اجراء میگردد.
 - در قرحة اثناعشر - Pyloroplasty و شریان معده اثناعشری که در قاعده قرحة قرار دارد خیاطه گذاری میشود.
 - قرحة باقیمانده از قبیل Erosion حاد و یا قرحة خون دهنده بالخصوص در مريضان با وضع وخیم که برای جراحی مساعد نباشند بهتر است خیاطه گذاری شود.

برای کنترول مؤقتی نزف میتوان از تداوی اندوسکوپیک یا Laser coagulation یا زرق اдрینالین استفاده کرد تا مريض برای تداوی اساسی آماده گردد.

مریضان که برای عملیات آماده نمیباشند میتوان از Angiographic embolization او عیه نزفی استفاده کرد. مریضانیکه با تداوی طبی شفایاب میشوند باید در دوره نقاہت جهت دریافت منشہ نزف و تداوی اصلی تحت معاینه و ارزیابی دقیق قرار گیرند زیرا قرحة مزمن که یکبار خون داد احتمال نزف بعدی نیز میرود.

تضیق پیلور Pyloric Stenosis

استعمال این اصطلاح در صورت توضع قرحة در اثناعشر غلط بوده زیرا در این حالت تضیق در قطعه اول اثناعشر قرار دارد.

پتالوژی - تضیق پیلور که در نتیجه ندبه لیفی قرحة پیلور بوجود میاید در مرحله اول در اثر توسع و ضخامه معده معاوضه شده بالآخره زمانی میرسد که میخانیکیت معاوضوی مغلوب شده و این حادثه شباہت زیاد به عدم کفایه بطین ضخاموی قلب در اثر تضیق دسامی دارد.

تظاهرات سریری

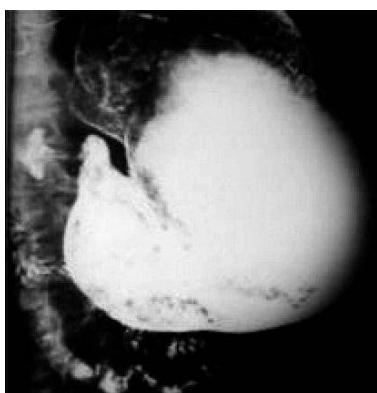
در مرحله معاوضوی اعراض و علایم تضیق پیلور موجود نبوده و زمانیکه مرحله معاوضوی مغلوب گردید نزد مریض استفراغات وصفی فراوان و بدون صفراء بوجود آمده که از نظر مقدار زیاد و حاوی غذاهای ۲-۱ روز قبل صرف شده میباشد. مواد استفراغ شده منظره و بوی غایطی دارد. از باعث استفراغات وافر، ضبایع وزن، قبضیت (نسبت ضبایع مایعات) و ضعیفی از باعث ضبایع الکترولیت ها موجود میباشد.

درد در تضیق پیلور در ناحیه شرتصوفی قرار داشته و مریضان بعد از گرفتن غذا درد و سنگینی را در بطن خویش احساس کرده و ممکن خود مریض جهت رفع درد استفراغ را تحریک نماید.

در معاینه مریض Dehydrated و لاگر بوده توسع و ضخامه روبه ازدیاد معده را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد. در ابتداء معده قابل سمع شده بعداً معده قابل سمع و دیدشده و در اخیر معده قابل سمع، دید و لمس میگردد. توضیح عبارات فوق این است که در ابتداء چند ساعت بعد از صرف غذا با تکان دادن بطن مریض صدای به هم خوردن مایع و گاز در معده شنیده میشود که بنام Succussion splash یاد میشود. با بزرگ شدن معده حرکات استداری آن در قسمت علوی بطن از چپ به راست مشاهده شده و بالآخره معده متوجه و بسیار

ضخاموی که مملو از غذای قبلاً صرف شده و مایع است قابل جس و لمس میگردد.

تیوباز و اسپریشن معده از طرف صبح بیشتر از ۱۰۰ ملی لیتر بوده و در وقایع پیشرفتہ محتوی معده یک لیتر و یا بیشتر از آن میباشد.



شکل (۱۲ - ۱) رادیوگرافی با Barium meal در یک مریض مصاب تضییق پیلوار^{۱۳}

معاینات تشخیصیه

- Barium meal - که توسع معده، پیلوار متضیق و تأخیر در تخلیه معده را نشان میدهد.
- تعیین گاز و الکترولایت شریانی - الکلوز هایپوکلورومیک را با Ureamia و Hypokalaemic نشان میدهد.

تشخیص تفریقی

- کارسینومای ناحیه پیلوار

- اسباب دیگر تضییق پیلوار در کاهلان کمتر مشاهده شده و عبارت اند :
- ندبه همراه با قرحة سلیم معده نزدیک پیلوار
- کارسینومای رأس پانکراس که اثنا عشر و پیلوار را اشغال کرده باشد.
- پانکریاتیت مزمن
- اشغال پیلوار با عقدات لنفاوی خبیثه
- ضخامه پیلوار در کاهلان

تشخیص تفریقی تضییق پیلوار از کارسینومای پیلوار قبل از اندوسکوپی، بیوپسی و حتی لپراتومی ناممکن بوده لاکن بعضی نقاط از قبیل طول تاریخچه مرض توسع زیاد معده و بالآخره جس کتله در تشخیص تفریقی آنها کمک مینماید.

تداوی - بعد از آماده نمودن مریض برای عملیات عبارت از Truncle Billroth II vagotomy Gastrojejunostomy با gastrectomy را ترجیح میدهند. در صورت مسن بودن و خرابی وضع عمومی مریض میتوان صرف Gastrojejunostomy اجراء کرد.

تومور های معده Tumors of The Stomach

تصنیف

الف - تومور های سلیم یا Benign

اینها عبارتند از:

۱- تومور های اپی تیلیل

ادینوما - که میتواند واحد و یا متعدد (Gastric polyposis) باشد.

۲- تومور های نسج منضم Connective Tissue - مانند تومورستروم معدی معانی

۳- تومور های وعائی مانند هیمانژیوما

ب - تومور های خبیث

۱- تومور های ابتدائی

الف - Adenocarcinoma

ب - تومور سترومل معدی معانی

ج - لمفوما

د - مرض Hodgkin

۲- تومور های ثانوی - عبارت از اشغال شدن معده توسط تومور احشای مجاور (پانکراس یا کولون) میباشد.

کارسینومای معده Carcinoma of the Stomach

یک تومور معمول (وقوعات آن ۱۰ نفر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر در انگلستان میباشد) و مهم بوده باوجود اینکه وقوعات مرض در اروپا و امریکا رو به کاهش است از جمله پنجمین کانسر کشنده در انگلستان به شمار میرود و از نظر وقوعات بعد از کانسر ریه، Colorectal، ثیله و پروستات قرار دارد. تومور در تمام دنیا مشاهده شده اما در بعضی نواحی بالخصوص جاپانی ها بیشتر دیده میشود. مرض هر سن و سال بالخصوص سنین ۷۵-۵۰ را بیشتر مصاب میسازد.

اتیولوژی

فکتور های خطر برای کانسر معده را میتوان به سه گروه تقسیم کرد:

۱- حالات Premalignant

الف - Atrophic gastritis و Pernicious anemia که در هر دو حالت Achlorhydria موجود میباشد.

ب - تاریخچه ریزکشن معده و قوعات مرض را ۳-۲ مرتبه بیشتر میسازد.

ج - قرحة مزمن پپتیک تقریباً در ۱۰% وقایع باعث کانسر معده میگردد.

د - پولیپ معده میباشد.

۲- فکتور های محیطی

الف - انتان H - pylori - مريضان مصاب اين انتان ۹-۶ مرتبه بیشتر مصاب کانسر معده شده و كمتر از ۱۰% اين مريضان مصاب کانسر معده می شوند.

ب - پائین بودن حالت اقتصادی اجتماعی

ج - اعتیاد به سگرت

د - ملیت و نژاد - مرض در جاپانی ها زیاد مشاهده میشود و مطالعات جدید نشان داده که این از دیاد مرض تا حد زیاد به انتان H - pylori ارتباط دارد و مرض در مهاجرین جاپانی در امریکا کمتر مشاهده میشود.

۳- فکتور های جنتیک

الف - گروپ خون A

ب - Hereditary non polyposis colon cancer syndrome(HNPCC) مترافق با وقوعات زیاد کانسر معده و کولون میباشد.

پتانژی مکروسکوپیک - ۱/۳ تومور بطور منتشر معده را اشغال کرده و ۱/۴ آن در ناحیه پیلویریک بوجود میاید. و باقیمانده بطور مساویانه در سراسر معده مشاهده میشود.

مرض از نظر مکروسکوپیک به پنج شکل ذیل مشاهده میشود.

۱- قرحة با حوافی بلند و بر جسته.

۲- تومور Polypoid

۳- تومور Colloid که يك نشونمای کتلوبی جلاتینی میباشد.

۴- معده Leatherbottle که بنام Plastica Linitis نیز یاد میشود و در نتیجه ارتضاح تحت المخاطی تومور و عکس العمل زیاد لیفی بوجود آمده که باعث ایجاد يك معده کوچک، ضخیم و کش شده بدون و یا با قرحات سطحی میگردد لذا خون مخفی در این شکل مرض نادر میباشد.

۵- کارسینومای که به شکل ثانوی در يك قرحة معده بوجود میاید.

منظره میکروسکوپیک

همه این تومور ها از نوع Adenocarcinoma با درجات مختلف قابل تفریق بوده و شکل leather bottle از حجرات اناپلاستیک که بصورت دسته جمعی ترتیب شده و در محیط آن فیبروز قرار دارد تشکیل شده است. از نظر میکروسکوپیک هنگامی میتوان گفت که قرحة سلیم به قرحة خبیث تحول کرده که قرحة مزمن با تخریب کامل طبقه عضلی وجود داشته باشد و در حوافی آن کارسینوما بوجود آمده باشد.

انتشار تومور

- انتشار موضعی - انتشار موضعی معمولاً از حدود قابل رویت تومور تجاوز کرده و ممکن مری و قسمت اول اثناعشر مصاب گردد اعضای مجاور از قبیل پانکراس، جدار بطن، کبد، کولون مستعرض و میزو آن ممکن بصورت مستقیم اشغال و فیستول معدی کولونی ایجاد گردد.
- انتشار لنفاوی - عقدات لنفاوی انحنای کبیر و صغیر معده اکثراً اشغال شده درینماز لنفاوی نهایت کاردیا ممکن باعث اشغال شدن عقدات لنفاوی منصف و بعداً عقدات فوق الترقیوی Virchow در طرف چپ شود (Troisier's sign) در نهایت پیلور ممکن عقدات لنفاوی تحت پیلور و کبدی اشغال گردد.
- انتشار از طریق دموی - تومور از طریق ورید باب به کبد و از آنجا به عظام و ریه میرسد
- انتشار Transcoelomic - باعث انتشار تومور در پریتوان، حبن و نومور Krukenberg دو طرفه از باعث غرس تومور در هردو تخدمان و یا از طریق جوف پریتوان به ثره رسیده و باعث Sister Joseph's nodule میگردد.

تظاهرات سریری

اعراض کارسینومای معده در اثر تأثیرات موضعی تومور، میتاستاز و تأثیرات عمومی امراض خبیثه بوجود میاید.

۱- اعراض موضعی

عبارة از درد و ناراحتی ناحیه اپی گاستریک بوده و انتشار درد بخلف دلالت به اشغال شدن پانکراس مینماید. استفراغ عرض دیگر است که زیادتر در تومور های ناحیه پیلور و انتروم که باعث انسداد پیلور میگردد مشاهده میشود در صورت توضیع تومور در ناحیه کاردیا عسرت بلع مشاهده شده و گاهی کارسینومای معده با تنقب و نزف (melena و hematemesis) ظاهر میگردد.

۲- اعراض مربوط به میتاستاز

این مریضان ممکن بار اول نزد طبیب به نسبت یرقان از باعث اشغال شدن کبد و یا توسع بطن از باعث حبن مراجعه نمایند.

۳- تظاهرات عمومی

عبارة از بی اشتھائی (عرض بسیار معمول مرض)، ضیاع وزن و کمخونی میباشد.

در معاینه دریافت های معاینه فزیکی نیز مربوط سه بخش فوق بوده و در معاینه موضعی ممکن در قسمت علوی بطن کتله دریافت شود و در صورت جستجوی میتاستاز ممکن ضخامه کبد با ویا بدون یرقان، حبن عقدات لفاؤی سخت و بزرگ فوق الترقوی چپ (Troisier's sign) و یا با معاینه حوصلی یک کتله قابل حس از باعث میتاستاز در جوف دوگلاس دریافت شود. همچنان نزد این مریضان علایم واضح ضیاع وزن و کمخونی دریافت میگردد.

معاینات تشخیصیه

- Faecal occult blood - بوده و دلالت به نزف معدی معائی مینماید.

- Gastroscopy - با این معاینه تومور بصورت مستقیم دیده شده و بیوپسی متعدد گرفته میشود و درجه تشخیص مربوط به تعداد بیوپسی گرفته شده میباشد.

- Endoscopic ultrasound - این معاینه ارتشاح موضعی تومور و انتشار به عقدات لفاؤی را نشان میدهد.

- CT scan - ممکن انتشار عقدوی و میتاستاتیک تومور را نشان داده و بدینترتیب معلومات در مورد ریزکشن Curative معده میدهد.

- تعیین هیموگلوبین - در ۴۵% مریضان کمخونی مشاهده میشود.

- Barium meal - امروز کمتر از این معاینه استفاده میشود و در صورت اجرا ممکن آفات ذیل را نشان دهد:

الف - خیال نقص امتلا که ممکن باعث تضییق غیر منظم ناحیه پیلور یا کاردیا شود و یا اینکه آفت تمام معده (leather bottle) را اشغال کرده باشد.

ب - موجودیت قرحة با حوافری بر جسته و ارتشاح محیط آن

ج - جسامت آفت - آفت تمام قرحت که جسامت بیشتر از ۲ سانتی متر دارد از نظر خباثت مشکوک بوده گرچه قرحة سلیم بسیار بزرگ با قطر ۵ سانتی متر و یا بیشتر از آن بالخصوص در

اشخاص مسن مشاهده شده است بخاطر باشد که هرگاه کارسینومای معده با ادویه تنقیص دهنده اسید (H_2 receptor antagonist) تداوی شود درد تسکین شده و از باعث تنقیص اذیمای مجاور ممکن است باها قرحة سلیم تشخیص شود.

تشخیص تفریقی

در تشخیص تفریقی باید پنج مرض که تظاهرات سریری مشابه دارند و با زردی لیموئی رنگ زبان، کمخونی و ضیاع وزن ظاهر میگردد مد نظر باشد. این امراض عبارت اند از:

- کارسینو مای معده

- کارسینومای سیکوم

- کارسینومای پانکراس

Pernicious anemia -

Uraemia -

مهمترین تشخیص تفریقی کارسینومای معده با قرحات سلیم است که در صورت مشکوک بودن باید معده ریزکشن شود و تشخیص تفریقی این دو آفت بعضاً در اثنای عملیات نیز مشکل بوده و معاینه میکروسکوپیک Frozen – section معيار خوب در انتخاب پلان تداوی میباشد.

تماری

تماری کارسینوما معده میتواند معالجوی و یا تسکین دهنده باشد.

- تماری معالجوی (Curative) - عبارت از Partial یا Total gastrectomy با پاک سازی وسیع عقدات لنفاوی نظر به وسعت تومور میباشد.

- تماری تسکین دهنده (Palliative) - این تماری به شکل Palliative gastrectomy حتی در صورت موجودیت میتاستاز کوچک در سایر نواحی بدن اجراء شده میتواند.

در صورت موجودیت آفت انسدادی غیر قابل برداشت ناحیه پیلور Gastro enterostomy - اجراء شده و هرگاه کارسینومای غیر قابل برداشت ناحیه کاردیا با اعراض عسرت بلع موجود باشد میتوان Stent پلاستیکی و یا فلزی تطبیق کرد.

تماری شعاعی وادویه سایتو توکسیک در تماری مرض دارای ارزش محدود میباشد.

عواقب مرض

انذار کارسینومای معده مربوط به وسعت انتشار و درجه قابل تغیریق بودن تومور است انتشار میکروسکوپیک تومور بسیار پیشتر نظر به مشاهده آن در زمان عملیات بوده و انتشار تومور به عقده لنفاوی دلالت به انذار خراب مرض مینماید. کارسینومای معده در مرحله مقدم که محدود به جدار معده میباشد (Stage I) در صورت ریزکشن ۷۲٪ این مریضان پنج سال زنده مانده و در صورت اشغال شدن عقدات لنفاوی اطراف معدوی (Stage II) این رقم به ۳۲٪ میرسد در حالیکه اشغال شدن عقدات لنفاوی ۳ سانتی متر دورتر از تومور (Stage III) صرف ۱۰٪ مریضان پنج سال عمر دارند موجودیت میتوانند (Stage IV) سبب مرگ مریض قبل از پنج سال میگردد.

مأخذ:

Refferences:

- 1- Daniel T. Dempsy. Stomach. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 650 – 84
- 2- David W.Mercer and Emily K.Robinson. Stomach. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1265 – 1322
- 3- Edward H. Livingston. Stomach and duodenum. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 185 – 98
- 4- Frank H. Netter. Atlas of Human Anatomy, 3rd ed. USA: Icon Learning Systems. Teterboro, New Jersey; 2003.
- 5- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 6- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 7- John N. Primrose. STOMACH AND DUODENUM. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P.1026–61.

- 8- Lawrence W. Way. Stomach & Duodenum. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 421 - 55
- 9- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 10- OLIVER McANENA AND MYLES JOYCE. OPERATIVE MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL DISEASE. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 285 – 314
- 11- S. Paterson – Brown. Stomach and duodenum. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.343 – 56
- 12- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Stomach and duodenum. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 261 – 320
- 13- www.emedicine.com
- 14- www.fleshandbones.com

فصل دوم

امعاء رقیقه

Small Intestine

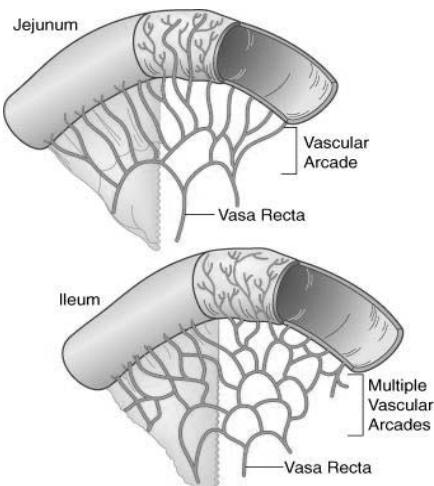
اناتومی جراحی ۳۰ دیورتیکول میکل ۳۱ مرض کرون ۲۲ تومور های امعاء رقیقه^{۳۹}

اناتومی جراحی تقسیمات اناتومیک

الف - اثناعشر - فصل اول صفحه چهارم مطالعه شود.

ب - ژیزونوم و الیوم - ژیزونوم از حذای اتصال Duodenojejunal شروع شده و الیوم در حذای Ileocecal ختم میگردد.

مجموعاً تقریباً ۶ متر طول داشته و ۲/۵ علوی آن ژیزونوم میباشد فرق اناتومیک بین ژیزونوم و الیوم طوری است که ژیزونوم در قسمت علوی جوف پریتوان به طرف چپ در تحت میزوی کولون مستعرض قرار داشته در حالیکه الیوم در سفلی جوف پریتوان در حوصله قرار دارد قطر ژیزونوم نظر به الیوم بزرگ بوده جدار آن ضخیم و رنگ آن سرخ تر میباشد، قوس های شریان مساريقی ۱ - ۲ عدد بوده طویل و بدون شعبات زیاد داخل جدار امعاء شده در حالیکه این اقواس شریانی در الیوم ۳ - ۴ عدد یا بیشتر از این بوده و چندین اواعیه کوتاه نهائی داخل جدار آن میگردد صفحیات پایر (Peyer's patches) در طبقه مخاطی الیوم نهائی در وجه انتی میزانتریک قرار داشته و ممکن از طریق جدار امعا مشاهده شود.



ارواه ژیزونوم و الیوم

شریان - توسط شعبات ژیزونوم و الیوم شریان مساريقی علوی ارواء ژیزونوم و الیوم.

اورده - به امتداد شریان سیر داشته و به وریدی مساريقی علوی میریزد.

لنف ژیزونوم و الیوم - لنف آن از تعداد زیاد عقدات مساريقی گذشته و بالآخره به عقدات مساريقی علوی میرسد.

شکل (۱ - ۲) شرایین و وجه داخلی لومن امعاء رقیقه^۱

رتج میکل Meckel's diverticulum

رتج میکل بقایای قنات Vitellointestinal چنین است که در وجه انتی میزانتریک الیوم قرار داشته و بطور تقریبی در ۲% اشخاص مشاهده شده ۲Feet (۶۰ سانتی متر) از سیکوم فاصله داشته و طور متوسط ۲ انچ (۵ سانتی متر) طول دارد.



شکل (۲ - ۲) رتج میکل ۱۱

تطاهرات سریری
رتج میکل ممکن به اشکال مختلف تظاهر نمایند:

- بدون اعراض که در هنگام عملیات و یا اتوپسی دریافت میگردد.
- التهاب حاد - که از نظر کلینیکی با اپنديسیت حاد شباخت دارد.
- تنقب توسط اجسام اجنبی و ایجاد لوحه پریتونیت
- تلف (Intussusception) نوع Ileal - که اکثراً تازمان رسیدن مریض به عملیات به گانگرین معروض شده میباشد.
- قرحة پیپتیک از باعث قرار گرفتن اپیتیلیوم معده در رتج میکل به شکل مخفی که حاوی حجرات افزار کننده اسید معدوى بوده و اکثراً در اطفال مشاهده شده ویکی از اسباب میلانا در سن ده سالگی میباشد. نادرآ قرحة باعث تنقب شده و یا بعضاً باعث درد بعد از گرفتن غذا میگردد همچنان رتج میکل میتواند دارای حجرات مخفی پانکراس باشد.
- قنات Vitello - intestinal باز - باعث ایجاد فیستول سروی و جریان محتوى امعاء بخارج میگردد.
- تومور تمشکی شکل ناحیه سروی (Raspberry tumor) که از باعث بازماندن نهایت ثروی قنات ویتیلین بوجود میاید.
- شریط یا Band معانی ویتیلین (Vitello - intestinal band) که از نهایت رتج میکل شروع و به سره ختم میگردد این شریط میتواند باعث اختناق عروه معانی و لوحه انسدادی شود و یا به قسم ذروه تدور الیوم عمل مینماید.

معاینات تشخیصیه

اکثراً دیورتیکول بصورت تصادفی تشخیص میشود با وجود آن معاینات ذیل در تشخیص آن کمک مینماید:

- Technetium scan – مخاط معده جذب شده و توسط Scintigraphy معده و علاوتاً رتج

میکل اکثراً نزدیک حفره حرقوی راست (RIF) مشاهده میشود.

- Barium follow through – ممکن رتج را که از وجه انتی

میزانتریک منشه گرفته نشان دهد.

تداوی آن عبارت از ریزکشن دیورتیکول میباشد.

مرض کرون**Crohn's Disease**

مرض کرون یک مرض التهابی غیر وصفی طرق هضمی است که در آن ناحیه مأوفه امعا در بین قسمت های سالم قرار دارد مؤلف کرون در ابتداء وقوع مرض را در الیوم توضیح کرده و آنرا بنام Regional ileitis یاد نمود در حالیکه این اصطلاح درست نبوده زیرا مرض میتواند هر قسمت از جهاز هضمی را از دهن الی مقعد مصاب سازد و ممکن کولونها به تنها مصاب شود.

اتیولوژی

اسباب مرض کرون را عوامل محیطی (کشیدن سگرت و زندگی شهری) و جنیتیک (۲۰٪ مریضان یک اقارب مصاب به مرض دارند) تشکیل میدهد. تحقیقات تازه اشاره به تغیر جنیتیک در ژن فامیلی NOD نموده که این ژنها بطور ذاتی مقابل انتی ژن های باکتریائی امعاء عکس العمل معافیتی نشان میدهند موجودیت Granuloma در هستولوژی دلالت به یک نوع انتان که Mycobacterium avium Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis است باشد

با وجود آن موفقیت ادویه Immunosuppression در کنترول مرض کرون دلالت به اسباب autoimmune نظر به انتانی مینماید.

همچنان ileitis Bacterium yersinia enterocolitica حاد میتواند توسط نیز به وجود آید.

پتولوژی

امعاء رقيقة در $2/3$ وقایع مصاب مرض بوده و الیوم نهائی معمولترین ناحیه مرض میباشد. باوجود آن مرض میتواند هر قسمت طرق هضمی را از مخاط جوف دهن الی کنار مقدم مصاب سازد $1/3$ مریضان با آفت الیوم تظاهرات رکتل و کولونیک نیز دارند.



شکل (۳ - ۲) تضییقات امعاء رقيقة در مرض کرون با توسع امعاء بین تضییقات.

منظوره مکروسکوپیک

در مرحله حاد مرض امعاء متورم و سرخ روشن بوده تقرحات مخاطی و اذیما بین آنها منظره cobblestone به غشای مخاطی امعاء میدهد جدار امعاء و میزو آن فوق العاده ضخیم شده و عقدات لنفاوی بزرگ و ضخاموی میگردد. شحم مساريقی بالای سطح غشای مصلی امعاء در

ناحیه مأوفه پیش میرود ممکن نواحی نارمل امعاء (skip یا جست زده) در بین نواحی مأوفه موجود میباشد و فیستول ممکن در بین احتشاء مجاور بوجود آید.

منظوره میکروسکوپیک

از نظر میکروسکوپیک فیبروز، اذیما لنفاوی و ارتشاح التهابی مزمن در سراسر و تمام نواحی ضخاموی امعاء با محراجات غیر تجنبی (Non-caseating) اپیتلوبیت و حجرات دیو آسا (Gaint cell) موجود میباشد. تقرح با تقرحات وصفی فیسور مانند که در مخاط عمیقاً تمادی دارد موجود بوده که ممکن جدار امعاء را عبور و باعث تشکل آبشه و یا فیستول در احتشاء مجاور گردد.

تظاهرات سریری

مرض کرون در هر سن مشاهده شده لاتن در کاهلان جوان زیاد شیوع دارد و کثرت واقعات آن در سنین بین $20 - 40$ سالگی بوده. مرض در هر دو جنس مساویانه مشاهده میشود.

تظاهرات وصفی کلینیکی مرض عبارت از یک مریض کاهل جوان با درد بطن، اسهالات و اکثراً یک کتله قابل جس در حفره حرقوی راست (RIF) میباشد. با وجود آن مرض کرون میتواند به اشکال ذیل تظاهر نماید:

Acute Crohn's disease – در اینصورت مرض مانند اپاندیسیت با درد حاد بطنی در حفره حرقوی راست و استفراغات تظاهر نموده نادرآ تنتقب امعاء با نزف حاد نیز مشاهده میشود با وجود آن تاریخچه مرض اکثراً چندین روز و یا هفته بوده و معاینات ممکن کم خونی و یا تظاهرات دیگر را نشان دهد انسداد امعاء به تعقیب تشدید التهاب، فیبروز جدار امعاء بوجود آمده و باعث تضیق یک قسمت امعاء و در نتیجه انسداد امعاء میگردد، همچنان انسداد ممکن به تعقیب آبسه داخل پریتوانی بوجود آید.

تشکل فیستول

فیستول ممکن در امعاء مجاور و یا مثانه باشد و یا ممکن فیستول محیط مقعدی تاسیس نماید و فیستول های غایطی خارجی میتواند به تعقیب مداخله جراحی بوجود آید.

سو جذب – اشغال شدن وسیع امعاء باعث سو جذب، همراه با اسهالات شحمی و کمبود چندین ویتامین شده که در صورت ریزکشن قبلی امعاء تشدید میگردد.
اسهالات – اسهالات ممکن از باعث التهاب و تقرح مخاط، اشغال شدن کولون و رکتم، از دیاد نشوونمای انتان در قسمت انسدادی امعاء و سو جذب ثانوی از باعث مرض و یا امعاء کوتاه به تعقیب عملیات قبلی بوجود آید. تقرح مخاط سبب اسهال با موجودیت خون مخفی در مواد غایطه و کم خونی میگردد.

امراض محیط مقعدی - ۱۰٪ مريضان مصاب مرض کرون امعاء رقيقة امراض محیط مقعدی از قبیل فیسوروفیستول نیز دارند.

معاینات تشخیصیه

مرض کرون با کمخونی، موجودیت خون در مواد غایطه و گاهی Steatorrhea التهابی مانند Reactive Protein C – Marker های میباشد. سیروم الیومین پائین بوده و تعیین فعالیت مرض ممکن است.

معاینات اضافی دیگر در این مرض عبارت انداز:

- **اماله امعاء رقيقة (Small bowel enema)** فیستول و تضیق را در قطعه مصاب شده اکثراً الیوم نهائی نشان داده که بنام The string sign of Kantor میباشد. و امعاء رقيقة حاوی قرحت، ممکن منظره Cobblestone را نشان دهد.

- **CT** یا **magnetic resonance enteroclysis** ممکن مرض خارج لومن امعاء را نشان دهد.

حساس برای نشان دادن وسعت فعالیت مرض میباشد که لوکوسیت ها توسط قطعه التهابی گرفته شده و همچنان در آب سه تجمع مینمایند.

اختلالات

بر علاوه اختلالات که قبل ذکر گردید مرض کرون همراه با اختلالات ذیل میباشد:

- سنگ کلیه – اکثرآ سنگهای Oxalate بداعز Hyperoxaluria در نتیجه Steatorrhea مشاهده میشود.
- سنگ های صفرایی – در مریضان مرض کرون که قسمت الیوم را مصاب ساخته و یا الیوم ریزکشن شده باشد زیاد شیوع دارد که علت آن برهم خوردن Enterohepatic bile salt circulation است.
- pyodermia ابتداً، Sclerosing cholangitis sacroillitis نیز مشاهده شده و در صورت مصاب بودن کولون ها زیادتر شیوع دارد.

تداوی – تداوی بطور ابتدائی طبی بوده و جراحی در صورت بروز اختلالات و شکل مزمن مرض از تداوی های مناسب بشمار میرود. باید گفت که از تداوی جراحی از باعث سؤ جذب که به تعقیب ریزکشن وسیع بوجود میاید و ایجاد عروه کورامعاء در صورت امکان خود داری شود.

تداوی طبی – تداوی مرض در مرحله اول طبی بوده تقویه غذائی ممکن لازم باشد و غذای اساسی مفید میباشد حمله حاد مرض توسط ستروئید ها و ادویه وریدی ممکن ضرورت باشد Azathioprine Immunosuppressant مانند که یک انتی بادی Monoclonal Infliximab به فکتور نکروزی تومور است (TNF- α) در تداوی شکل حاد ارتقائی و در حال فیستول موثر نشان داده شده است.

اعراض خفیف مرض توسط ادویه Aminosalicylate 5 مانند mesalazine و Sulfasalazine نیز در تداوی موثر باشد.

تداوی جراحی – اگر مرحله حاد مرض در اثنای لپراتومی دریافت شود مرض بحال خودش گذاشته شده زیرا در یک تعداد زیاد و قایع مرحله حاد بصورت تام بدون حملات بعدی شفاییاب و یا خاموش میگردد. در مرحله مزمن مرض در

صورت موجودیت اعراض شدید و نکس کننده انسدادی و برای تداوی فیستول مثانی و یا جلدی جراحی توصیه میشود که جراحی باید تا حد امکان محافظه کارانه باشد و ریزکشن قطعه ماؤفه و یا Stricture plasty اجراء گردد.
انذار - نکس مرض بعد از ریزکشن در ۵۰% مریضان در ظرف ده سال بوجود میاید و عملیات دوباره ممکن با گذشت چند سال ضرورت شود.

تومورهای امعاء رقيقة

یکی از مسائل بسیار اسرار آمیز در تشکل تومور نادر بودن آن در امعاء رقيقة از حذای پیلور الی دسام الیوسیکل میباشد.

تصنیف

تومور های سلیم

- ادینوما

- تومور سترومل معده معاوی

- لیپوما

Hamartoma -
(مانند سندروم Peutz Jeghers دورادور جوف فم و پولیپ های متعدد امعاء میباشد)
Pigmentation

تومور های خبیث

۱- ابتدائی

الف - Adenocarcinoma

ب - Lymphoma

ج - Carcinoid

د - Gastro – Intestinal Stromal Tumour

۲- ثانوی

در اینصورت امعاء رقيقة توسط تومور معده و کولون مثانه و یا Lymphoma اشغال میگردد.

تظاهرات سریری

تومور های امعاء رقيقة ممکن با تظاهرات ذیل ظاهر گردد:

- نزف معانی

- انسداد امعاء

- تغلف امعاء

- تدور امعاء

سندروم کارسینوئید (Carcinoid syndrome)

تومور کارسینوئید عبارت از تومور های APUD (Amine precursor up) (take and decarboxylation با حجرات که از crest عصبی منشأ میگیرد مغالطه میگردد. و در ۱۰٪ قایع تومور متراافق با سندروم ۱ Multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN-1) میباشد.

کارسینوئید تومور اکثراً در اپاندکس مشاهده شده چنانچه هر ۴۰۰ - ۳۰۰ اپاندکس که معروض به معاینه هستولوژی میگردد یکی آن مصاب کارسینوئید تومور میباشد لاتن تومور میتواند در سایر نواحی طرق هضمی و حتی ریه (۱۰٪) نیز مشاهده شود این تومور بر علاوه هورمون های دیگر معمولاً افزار نموده و مرض اکثراً تا زمانی بدون اعراض میباشد که به کبد میتابازد که در اینصورت افزارات هارمونی تومور راساً داخل دوران سیستمیک شده زیرا کبد نارمل این هارمون را غیر فعال میسازد.

پتولوژی منظره میکروسکوپیک

تومور از یک صفحه زرد رنگ تشکیل شده که در ابتداء توسط غشای مخاطی سالم پوشیده شده و بعداً قرحة روی آن بوجود میاید. پیشرفت تومور به طبقه مصلی باعث فبروز و انسداد میشود تومور اکثراً زمانی تشخیص میگردد که محیط امعاء را دور بزند.

منظره میکروسکوپیک

از نظر میکروسکوپیک تومور از حجرات Kultschitzky تشکیل شده و توسط نقره رنگ آمیزی و از حذای کربپت های مخاط امعاء منشأ میگیرد. این تومور به آهستگی نشوونما کرده و اکثراً بعد از دهه چهارم ظاهر میگردد. تومور کارسینوئید اپاندکس بطور نسبی سلیم بوده لاتن ۴۰٪ آن بالآخره میتابازد و ممکن بصورت مقدم از باعث بندش لومن اپاندکس به شکل اپاندیسیت ظاهر نماید. کارسینوئید توموریکه در الیوم و امعاء غلیظه بوجود میاید به عقدات لنفاوی ناحیوی و کبد انتشار مینماید.

تظاهرات سریری

سندروم کارسینوئید دارای تظاهرات ذیل میباشد:

- احتقانی یا بر افروخته شدن (۹۰%) با حملات سیانوز و منظره وجه سرخ مزمن که اکثراً با Stress و گرفتن غذا یا الکول تشدید میگردد.
- اسهالات (۷۰%) که اکثراً وافر و همراه با ازدیاد آوازهای معده معاشر میباشد.
- درد های بطنی (۴۰%)
- اسپرم قصبه یا Bronchospasm (۱۵%)
- حالات غیر نارمل قلبی (تضيق دسام ریوی و tricuspid از تظاهرات مؤخر مرض میباشد).

کارسنوئید تومور ریه نیز که باعث تضيق دسامات قلب چپ میگردد (میترال و Aortic) همچنان ضخامه کبد و یک کتله قابل جس بطنی که توسط تومورومیتاستاز آن بوجود آمده نیز ممکن موجود باشد.

معاینات تشخیصیه

- غلظت 5HIAA (5 – Hydroxy indole acetic acid) در ادرار: 5 – HIAA به 5 تبدیل شده و در ادرار اطراف میگردد که مقدار این ماده در ادرار جمع شده ۲۴ ساعته بلند میرود.
- (CT) Computed tumography – و یا التراساوند کبد جهت دریافت میتاستاز کبدی تومور ابتدائی اکثراً مبهم و نا معلوم میباشد.

تداوی - تداوی مرض ریزکشن تومور در وقایع مقدم مرض بوده و میتاستاز های موضعی در کبد نیز بعضاً قابل ریزکشن میباشد. تداوی تسکین دهنده یا آرام کننده میتاستاز های بسیار وسیع توسط امبولی نمودن شریان کبدی از طریق کتیریزیشن شریان فخذی صورت گرفته و تداوی cytotoxic ممکن باعث بهبودی زیاد شود.

اعراض مرض ممکن توسط Octreotide که مشابه somatostatin میباشد و باعث نهی افزای HT – 5 میگردد کنترول شده و رادیوتراپی توسط Octreotide نشانی شده نیز ممکن در تداوی مؤثر باشد چون تومور کارسینوئید به آهستگی نشوونما مینماید بناءً حتی در صورت موجودیت میتاستاز های وسیع ممکن مریض سال ها زنده ماند.

Refferencenes:

مأخذ:

- 1- B. Mark Evers. Small Intestine In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P. 1323 - 80
- 2- Edward E. Whang. Stanley W. Ashley, and Micheal J.Zinner. Small Intestine In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 702 – 31
- 3- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 4- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 5- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 6- Neil J.McC. Mortensen and Oliver Jones. The Small and Large Intestine. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1153 – 85
- 7- Rechard A. Hodin and Jeffrey B. Matthews. Small Intestin In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 251 – 68
- 8- Robert J.C Steele. Disorder of the Small Intestine and Vermiform Appendix. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 527 – 68
- 9- S. Paterson – Brown. Small Bowel and related Structures. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000.P. 393 – 98
- 10- Theodore R.Schrock. Small Intestine In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 561 – 85
- 11- www.emberiology.med.unsw.edu.au

فصل سوم

انسداد امعاء

Intestinal Obstruction

انسداد میخانیکی امعاء ۴۰ اشکال مخصوص انسداد امعاء ۵۸

تعریف – انسداد امعا یک سندروم است که از باعث توقف گاز و ماده غایطه به وجود می‌آید.

تصنیف – انسداد امعا را میتوان به دو دسته عمدی یعنی انسداد میخانیکی (Paralytic ileus) و انسداد فلنجی (Mechanical obstruction) تقسیم کرد.

انسداد میخانیکی

این نوع انسداد از باعث یک بندش و یا مانعه در ترانزیت نارمل امعا به وجود می‌آید و به نوبه خویش قرار ذیل تصنیف شده است:

- سرعت شروع انسداد
- محل و موقعیت انسداد
- وصف و ماهیت انسداد
- اسباب انسداد

سرعت شروع انسداد

از نظر سرعت شروع انسداد را میتوان به انسداد حاد، مزمن، حاد روی مزمن و تحت الحاد تقسیم کرد.

در انسداد حاد شروع مرض آنی بوده و اعراض و علایم آن شدید و وخیم میباشد و اکثرآ امعاء رقيقة را مصاب ساخته در انسداد مزمن اعراض مخفی و بی سرو صدا بوده تدریجاً پیشرفت مینماید و اکثرآ در کولون ها مشاهده شده مانند اکثر وقایع کارسینومای کولون.

در انسداد حاد روی مزمن دفعتاً اعراض و علایم انسداد حاد در یک انسداد مزمن ظاهر شده مثلاً مسدود شدن تمام لومن تنگ شده امعاء توسط ماده غایطه سخت و انسداد تحت الحاد عبارت از یک انسداد ناتام امعاء میباشد.

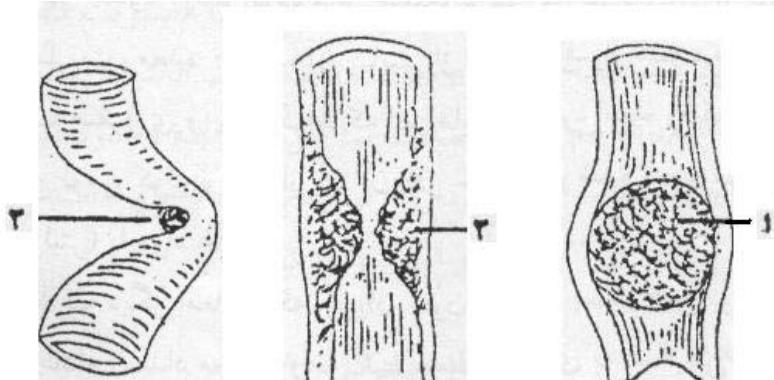
محل و موقعیت انسداد – از نظر موقعیت میتوان انسداد را به انسداد علوی و سفلی یا انسداد امعاء رقيقة و غلیظه تقسیم کرد.

وصف و ماهیت انسداد – از نظر وصف و ماهیت انسداد را به انسداد ساده و مختنق تقسیم نموده اند. که در انسداد ساده امعاء تشوش اروائی موجود نبوده در حالیکه در انسداد نوع مختنق اروا امعاء در قسمت انسدادی مختل میگردد مثلاً در فتق های مختنق، تدور، تغلف و یا انسداد امعاء توسط یک Band که در صورت عدم تداوی مقدم باعث گانگرین امعاء میگردد.

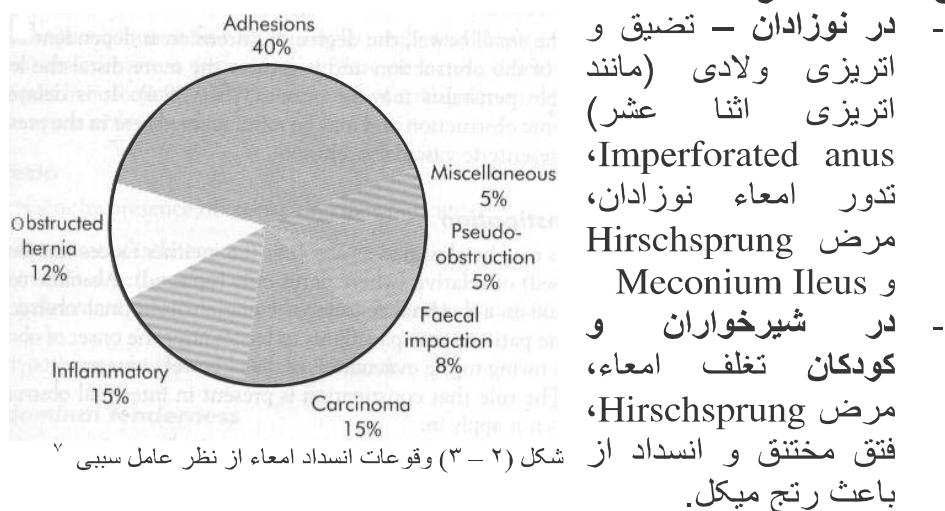
اسباب انسداد

اسباب انسداد میخانیکی امعاء را مانند انسداد یک قنات در سایر نواحی بدن میتوان قرار ذیل تصنیف کرد:

- اسباب داخل لومن امعاء – مانند مواد غایطه سخت، سنگ های صفراؤی، کلوله مواد غذائی، پرازیت (مانند کرم اسکاریس در امعاء رقیقه)، تغلق امعاء وغیره.
- اسباب جدار امعاء – مانند اتریزی وladی، مرض کرون، تومور ها، دیورتیکولیت کولون وغیره
- اسباب خارج جدار امعاء – مانند فتق های مختنق (داخلی و یا خارجی)
- تدور امعاء و انسداد امعاء از باعث التصاقات و یا Band ها



شکل (۱ - ۳) اسباب انسداد میخانیکی امعاء. ۱- در اثر بندش لومن (کلوله سخت مواد غذائی)
۲- در اثر آفت جدار (کارسینوما) ۳- در اثر اسباب خارج جدار (التصاقات یا Bands)

أنواع معمول و شائع انسداد امعاء نظر به سن قرار ذیل اند:

- در نوزادان – تضيق و اتریزی وladی (مانند اتریزی اثنا عشر)
- تدور امعاء نوزادان، مرض Hirschsprung و Meconium Ileus در شیرخواران و کودکان تغلق امعاء، مرض Hirschsprung، فتق مختنق و انسداد از باعث رتج میکل.

- در جوانان و افراد میانه سن - فتق مختنق، التصاقات و band و مرض کرون.

- در اشخاص مسن - فتق مختنق، کارسینوما امعاء دیورتیکولیت کولون و مواد غایطه سخت.

در اینجا باید گفت که فتق مختنق سبب مهم انسداد امعاء از زمان کودکی الی پیری بوده بنا فوحات فتقیه باید در تمام مریضان مصاب انسداد با دقت معاینه شود.

پتولوژی

زمانیکه امعاء در اثر انسداد ساده مسدود گردد محتوی آن پائین تر از ناحیه انسدادی بزودی تخلیه شده و امعاء کولاپس میگردد امعاء در قسمت علی‌ای انسداد نسبت تجمع گازات (که قسمت عده آن هوا بلع شده میباشد) و مایعات افزای شده توسط جدار امعاء، عده، صفرا و پانکراس متوجه میگردد. حرکات استداری امعاء برای رفع مانعه تشديد شده که از نظر سریری باعث درد های کولیکی بطن میگردد با توسعه تدریجی امعاء جریان خون جدار آن نیز مختل شده و اگر توسعه امعاء بیشتر شود ممکن قرحات مخاطی بوجود آید و بالآخره امعاء تنقب مینماید علاوه‌تا تنقب امعاء ممکن در نتیجه فشار برید(band) و یا کnar عنق فتق بالای جدار امعا که باعث ایسکمیک نکروز موضعی میگردد و یا فشار از داخل لومن امعاء بطور مثال یک کتله غایطی بوجود آید.

در انسداد شکل اختناقی طبقه مخاطی امعاء در نتیجه پیشرفت اسکمی مأوف شده لذا میکروبها و توکسین ها را بیشتر در خود محافظه نتوانسته و به سرعت به جوف پریتوان نفوذ مینماید و اگر اختناق امعاء رفع نگردد باعث گانگرین ناحیه اسکمیک امعاء و تنقب آن میگردد.

تأثیرات کشنده انسداد امعاء عبارت از ضایعات مایعات و الکترولیت ها از باعث استفراغات وافر و در بین لومن امعاء، ضایعات پروتئین در بین امعاء و Toxeamia از باعث نفوذ توکسین و باکتری معانی در جوف پریتوان از طریق جدار امعاء اسکمیک و یا تنقب میباشد.

تظاهرات سریری

چهار عرض اساسی انسداد امعاء عبارتند از:

- ۱- درد های کولیکی بطن
- ۲- انتفاخ بطن
- ۳- قبضیت تام
- ۴- استفراغ

نقطه مهم قابل ذکر اینست که ضرور نیست هر چهار عرض فوق در یک واقعه انسداد امعاء موجود باشد. و تسلسل شروع اعراض در توضع انسداد امعاء به علوي و سفلی کمک مینماید.

درد – اکثراً عرض اول انسداد امعاء بوده و وصف کولیکی دارد در انسداد امعاء رقيقة درد در اطراف سره توضع داشته در حالیکه در انسداد قسمت سفلی کولون زیادتر در فوق عانه قرار دارد در انسداد بعد از عملیات درد های کولیکی ممکن از باعث ناراحتی عمومی عملیات و یا اخذ مشتقات تریاک تغیر نماید.

انتفاخ بطن – در انسداد مزمن کولون و تدور کولون سگمونید بسیار شدید و آشکار بوده و ممکن در انسداد های علوي امعاء نسبت قرار گرفتن یک قسمت کوتاه امعاء بالاتر از انسداد انتفاخ بطن زیاد نباشد.

قبضیت تام – قبضیت تام عبارت از عدم دفع گاز و یا مواد غایطه میباشد با وجود اینکه قبضیت تام یکی از تظاهرات معمول انسداد حاد میباشد ولی در انسداد قسمی و یا مزمن ممکن است مریض مقدار کمی گاز دفع نماید قبضیت تام اولین عرض انسداد امعاء غلیظه بوده لاتن عرض مؤخر انسداد امعاء رقيقة میباشد و حتی در انسداد تام نیز ممکن است مریض بعد از وقوع انسداد، یکی دوبار مواد غایطه را از قسمت سفلی انسداد دفع نماید.

استفراغ – استفراغ در انسداد های قسمت علوي امعاء زودتر ظاهر شده لاتن در انسداد های مزمن و قسمت سفلی امعاء (امعاء غلیظه) اکثراً مؤخر و یا حتی موجود نمیباشد. در مراحل اخیر انسداد امعاء، استفراغ شکل غایطی را میگیرد و این استفراغ غایطی (Faeculent) در نتیجه تجزیه میکروباهای امعاء و خون تغیر کرده است که از جدار، داخل لومن امعاء شده است باید گفت که استفراغ غایطی حقیقی صرف در مریضان مصاب فیستول معدی کولونی و Coprophagist ها مشاهده میگردد.

معاینه سریری

مریض در صورت استفراغ زیاد واضح ضیاع آب (Dehydration) داشته و نسبت درد کولیکی که دارد به خود می پیچد نبض اکثراً سریع بوده لاتن درجه حرارت نارمل میباشد. درجه حرارت بلند و نبض سریع دلالت به انسداد نوع اختناقی مینماید. بطن انتفاخی بوده و ممکن حرکات استداری امعاء قابل دید باشد اما بخاطر باشد که حرکات استداری قابل دید به تنها علامه تشخیصیه انسداد امعاء نبوده زیرا حرکات استداری ممکن در اشخاص نارمل با جدار بطن نازک نیز مشاهده شود.

در اثنای تفتش دو حالت ذیل باید با دقت زیاد جستجو گردد:

الف - موجودیت فتق مختنق خارجی که در صورت فتق کوچک مختنق فخذی در یک مریض بسیار چاق ایجاب معاینه دقیق را مینماید.

ب - موجودیت ندبه عملیاتی قبلی که در صورت دریافت دلالت به انسداد امعاء از باعث التصاقات و Band مینماید.

در جس یک حساسیت منتشر در بطن دریافت شده و کتله ممکن در صورت موجودیت تغلف و یا کارسینومای امعاء موجود باشد.

آوازهای معانی اکثراً تشدید بوده معاینه مقعدي هرگز فراموش نشود که با این معاینه ممکن یک کتله انسدادی در رکتم و یا در جوف دوگلاس، رأس تغلف و یا یک کتله غایطی سخت دریافت شود.

فرق بین انسداد ساده و نوع اختناقی

از نظر سریری تشخیص تفریقی دقیق بین انسداد های ساده و شکل اختناقی نهایت مشکل بوده و تشخیص آنها مهم میباشد زیرا انسداد اختناقی و تشکل پریتونیت به تعقیب آن تا ۱۵٪ وفیات دارد. و تظاهرات که دلالت به اختناق امعاء مینماید عبارتند از:

- منظره توکسیک با نبض سریع و درجه حرارت نسبتاً بلند
- درد های کولیکی با تأسیس پریتونیت شکل دوامدار رامیگبرد
- حساسیت و شکی بطن (Rigidity) زیادتر متبارز میگردد
- آواز های معانی کمتر شده و یا از بین میرود
- کریوات سفید خون بالخصوص نوتروفیل ها بلند رفته که این حادثه در احتشای امعاء معمول میباشد.

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی بطن - (بوضعیت ایستاده و حالت استجاع ظهری)

این معاینه در تشخیص انسداد امعاء و موقعیت انسداد با ارزش بوده که در حالت ایستاده، سویه هوا و مایع (Air – fluid level) و حالت استجاع ظهری لوب های متوجه مشاهده میگردد.

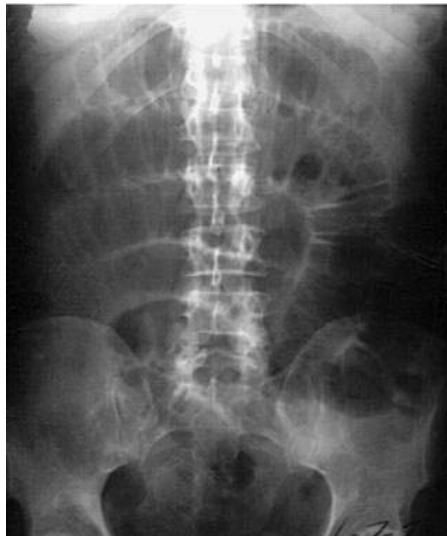
انسداد امعاء رفیقه توسط لوب های متوجه نردهان مانند، توضع مرکزی و خطوط که توسط التوات دایروی مخاط امعاء بوجود میاید و تمام عرض امعاء متوجه را عبور مینماید تشخیص میشود در حالیکه امعاء غلیظه متوجه متوجه در محیط بطن قرار داشته و *Tenia Coli*, *Haustration* را که تمام عرض امعاء را عبور نمی نماید نشان میدهد در یک فیصدی کم شاید ۵٪ انسداد امعاء در کلیشه رادیوگرافی ساده بطن خیال مایع و گاز مشاهده نشده که علت آن پر

بودن عروه معائی توسط مایع دریک عروه بسته میباشد و چون گاز با مایع وجود ندارد بناءً سویه مایع مشاهده نمیشود.

- **Barium follow through** - از این معاینه در اشکال مشکوک انسداد امعاء رقیقه استفاده شده و بعد از بلع باریوم سلفیت یک سلسله کلیشه های رادیوگرافی اخذ میگردد.

- **Water - soluble contrast enema** - اجرای این معاینه بطور عاجل در تشخیص وقایع مشکوک انسداد امعاء غلیظه از باعث کارسینوما و امراض دیورتیکولر مفید بوده که در این معاینه بر خلاف اماله باریوم نارمل، مسهل از معاینه داده نمیشود زیرا مسهل قبل از معاینه میتواند باعث تشدید انسداد و تنقب در صورت موجودیت عروه بسته گردد.

- **Computed tomography (CT)** - در تشخیص آفات انسدادی و تومور های کولون مفید بوده و ممکن فتق های غیر معمول (فق) Obturator را تشخیص نمایند.



شکل (۴ - ۳) رادیوگرافی انسداد میخانیکی امعاء بوضعيت استجاج ظهری^{۱۴}



شکل (۳ - ۳) رادیوگرافی انسداد میخانیکی امعاء بوضعيت ایستاده^{۱۴}

تداوی

با وجود اینکه تداوی اسباب خصوصی انسداد امعاء در مبحث مربوطه شان مطالعه میگردد در اینجا اساسات عمومی تداوی انسداد امعاء را مورد بحث قرار میدهیم.

انسداد مزمن امعاء غلیظه که به تدریج پیش می‌رود و ناتام است میتوان نزد شان معاینات از قبیل Sigmoidoscopy و Colonoscopy و اماله باریوم را به راحتی اجراء و بصورت انتخابی تداوی کرد.

انسداد حاد امعاء با شروع آنی که نام بوده و نزدش خطر اختناق وجود دارد یک واقعه عاجل بوده و ایجاب مداخله عاجل جراحی را مینماید.

اصول عمومی در تداوی انسداد امعاء رقيقة این است که میتوان امعاء رقيقة را ریزکشن و نسبت ارواء خوب آنرا بصورت فلورای باکتریائی داخل لومن کولون نمیتوان مانند انسداد امعاء رقيقة عمل کرد بلکه در صورت موجودیت آفت علوی تر از زاویه کولونی طحال ، آنرا ریزکشن و انستموز مقدم Ileocolic اجراء شده در حالیکه آفت طرف چپ کولون را برداشته و هر دو نهایت کولون را به شکل کولوستومی مؤقتی و یا صرف نهایت پروکسیمل را (Hartmann procedure) به جدار بطن بیرون میکشیم بخارطرا باشد که در انسداد کولونی اجرای انستموز مقدم اکثرآ باعث چلیدن کوک های ناحیه تفمی شده و در صورت اجراء باید عروه پروکسیمل ناحیه انستموتیک جهت محافظه ناحیه تفمی به خارج کشیده شود.

اشکال مخصوص انسداد امعاء

انسداد امعاء در نوزادان

تصنیف

- اتریزی امعاء (Intestinal atresia)

- تدور امعاء نوزادان (Volvulus neonatum)

- میکونیوم الیوس (Meconium ileus)

- Necrotizing enterocolitis (در اطفال Premature از باعث

اسکیمی مساریقی و در نتیجه اشغال مخاط توسط باکتری بوجود می‌آید)

- مرض Hirschsprung

- اتریزی انورکتل (Anorectal atresia)

استقراغ دوامدار یک طفل نوزاد دلالت به ترضیضات داخل فحی، انتانات و یا انسداد امعاء کرده و استقراغات صفراؤی در یک طفل نوزاد بدون استثناء نشانه انسداد امعاء می‌باشد.

برعلاوه استقراغ نزد این مریضان ممکن قبضیت، انتفاخ بطن و حرکات استداری قابل رویت نیز موجود باشد.

رادیوگرافی ساده بطن عروات متوجه امعاء را با سویه مایع نشان میدهد.

اتریزی امعاء Intestinal Atresia

اتریزی ولادی امعاء به اشکال مختلف ظاهر شده گاهی امعاء توسط یک حجاب یا پرده بصورت قسمی و یا مکمل مسدود شده و بعضی در طول امعاء عدم اتصال یا پیوستگی مشاهده میگردد. که ممکن با Defect مساريقه توأم باشد و امعاء را در چندین ناحیه مصاب سازد.

تداوی – تداوی مرض عبارت از ریزکشن ناحیه متضيق و انتسماز امعاء میباشد که عملیات مشکل بوده ووفیات آن زیاد است.

تدور امعاء نوزادان Volvulus Neonatum

این حادثه از باعث نقص ولادی در تدور امعاء بوجود آمده طوریکه سیکوم در موقعیت علوی باقی مانده و مساريقه Midgut باریک و از روی اثناشر میگذرد که میتواند آنرا مسدود سازد از باعث اتصال باریک مساريقه، تدور به آسانی رخ داده و در صورت عدم تداوی تمام Midgut به گانگرین معرض میگردد.

تداوی – بطن هر چه زودتر باز گردد، تدور رفع و اتصال باریک مساريقه با پریتوان وسیع ساخته میشود التصاق بین سیکوم و اثناشر (Ladd's band) قطع، سیکوم و کولون صاعده در طرف چپ بطن قرار داده شده و در صورت امکان جهت رفع و جلوگیری از اشتباهات بعدی(قرار داشتن اپاندکس در طرف چپ) appendectomy نیز اجراء میگردد.

میکونیوم الیوس Meconium Ileus

۸۰٪ مریضان مصاب میکونیوم الیوس Cystic fibrosis (دارند. در mucoviscidosis) یک نقص عمومی افزار مخاط امعاء، پانکراس (مرض fibrocystic پانکراس) و شبعات قصبه موجود بوده و از باعث فقدان مخاط در امعاء و مسدود بودن قنات پانکراسی، ترپسین

به امعاء نرسیده و قسمت سفلی الیوم جنین توسط میکونیوم غلیظ و چسپناک مسدود شده و ممکن تشقق امعاء در حیات داخل رحمی رخ دهد (Meconium peritonitis)

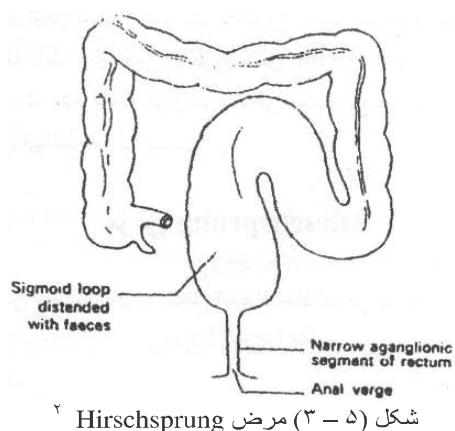
تظاهرات سریری

طفل از روز اول تولد مصاب انسداد حاد امعاء با انتفاخ زیاد بطن و استفراغ بوده و ممکن عروه الیوم مسدود با میکونیوم قابل جس باشد رادیوگرافی بطن علاوه بر عروات متواضع امعا وجود میکونیوم با خیال های وصفی آن (Ground glass) نشان میدهد.

تداوی

ممکن است میکونیوم را با تطبیق gastrograffin از طریق رکتم تحت کنترول رادیوگرافی پاک و دور سازیم گاستروگرافین یک ماده رادیو اوپک Hyper osmolar (باعث دخول مایعات بداخل لومن امعاء میگردد) و دارای فکتور emulsion بوده و تخلیه میکونیوم را اسان میسازد در صورتیکه این تداوی مؤثر واقع نگردد و یا امعاء تشقق کرده باشد مداخله جراحی استطباب داشته و بعد از باز کردن بطن enterotomy اجراء و میکونیوم غلیظ توسط شستشو دور و در صورت گانگرین، ناحیه مسدود شده ریزکشن میگردد و بعد از عملیات به طفل از طریق فمی انژایم پانکراس توصیه میشود. انذار مرض نسبت عدم کفایه افزایات مخاطی قصبات و انتان مکرر تنفسی غیر قابل جلوگیری، خوب نمیباشد.

Hirschsprung مرض



این مرض ممکن در نوزادان به شکل انسداد حاد تظاهر نماید و قواعد آن یک واقعه در ۵۰۰۰ نوزاد بوده و ۸۰٪ مریضان طبقه ذکور اند.

پتولوژی

این مرض که بنام میگاکولون ولادی و یا aganglionic نیز یاد شده از باعث تنشی در رشد اعصاب پاراسیمپاتیک در قسمت اخیر امعاء بوجود میاید در این

مرض حجرات گانگلیونی در ضفیره تحت المخاطی Auerbach و ضفیره Inter Myentric of Meissner تمام کولون موجود نبوده که این حادثه باعث سپزمند ناحیه مأوفه و در نتیجه انسداد وظیفوی و توسع قسمت علوی میگردد.

قبل از شناخت کامل ماهیت این مرض تداوی جراحی عبارت از ریزکشن قسمت متوجه کولون با تعصیب نارمل بوده که این تداوی باعث بهبود مریض نمیگردد.

تظاهرات سریری

در اشکال بسیار شدید مرض اعراض انسدادی در چند روز اول حیات با عدم دفع میکونیم شروع شده و در صورتیکه تداوی نشود باعث مرگ طفل میگردد اشکال خفیف مرض با قبضیت های معنده دوران طفولیت توأم بوده و این مریضان با بطن فوق العاده متوجه و تشوش شدید رشد و نشوونما تا سن بلوغ میرسند یک تعداد زیاد اطفال که تداوی نزد شان اجراء نشده در ظرف سه ماه اول حیات مصاب enterocolitis شدید و تهدید کننده حیات میشوند.

با معاینه مقعدی رکتم خالی و متضيق بوده و در قسمت علوی ناحیه متضيق ممکن تجمع مواد غایطه قابل جس باشد و به تعقیب این معاینه عموماً مقدار زیاد گاز و مواد غایطه خارج میگردد.

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی بطن - این معاینه امعاء متوجه و پر از گاز را در سراسر بطن به استثنای حوصله نشان میدهد.
- اماله باریوم یا Barium enema - رکتم را بصورت وصفی متضيق نشان داده که علوی تر ازان کولون متوجه و پر از مواد غایطه میباشد.
- بیوپسی جدار ریکتم که باید عمیق و شامل طبقه تحت المخاطی باشد عدم موجودیت تمام حجرات گانگلیونی را نشان داده و در اشکال مشکل باید بیوپسی بصورت طولانی که تمام جدار را در بر گیرد اخذ گردد.

تشخیص تفریقی

مرض با میگاکولون کسبی تشخیص تفریقی شود که این مرض با قبضیت بسیار شدید تظاهر نموده و زیادتر در اطفال ۱ - ۲ ساله مخصوصاً مصاب آفات روانی مشاهده میشود معاینه مقعدی نزد این اطفال بسیار وصفی بوده و مقدار الى رکتم مملو از ماده غایطه میباشد بیوپسی جدار رکتم حجرات نارمل

گانگلیونی را نشان داده و این مریضی با تطبیق اماله های منظم و ملینات رفع میگردد.

تداوی - هرگاه نوزاد بعد از تولد مصاب انسداد امعاء باشد نزدش کولوستومی اجراء شود و عملیات انتخابی در سن ۶-۹ ماهگی و یا اینکه حد اقل سه ماه بعد از کولوستومی توصیه میشود این عملیات که از طریق بطن و عجان اجرا میشود بعد از برداشتن قسمت aganglionic کولون قسمت سالم آن با کانال مقعدی تفمم داده میشود (Abdomino-perineal pull-through anastomosis) در زمان عملیات لازم است تا معلومات و اطمینان راجع به موجودیت حجرات گانگلیونیک در قسمت باقیمانده کولون توسط معاینه هستولوژیک frozen section حاصل گردد.

اتریزی انورکتل Anorectal Atresia

اتریزی انورکتل به درجات مختلف و خامت یعنی از Imperforated anus الى عدم موجودیت کامل مقعد و رکتم مشاهده شده و در نتیجه عدم باز شدن حجاب بین Hindgut و اکتودرم غلاف شده Proctodaeum بوجود میاید و ۵٪ آنها مترافق با فیستول میباشد که در اناث در مهبل و در ذكور در مثانه و یا احلیل باز میگردد و ۲۵٪ آنها با انومالی ولادی سایر نواحی بدن مترافق میباشد.

تظاهرات سریری
در معاینه ممکن مقعد کاملاً وجود نداشته باشد و یا اینکه بعوض مقعد فرورفتگی مختصری و یا یک قنات مسدود شده دریافت شود برای دریافت وسعت آفت میتوان از رادیوگرافی ساده استفاده کرده که برای این منظور طفل را معکوس قرار داده طوریکه پاهای طفل به علوی و رأس آن به سفلی قرار گیرد و یک نشانه فلزی به مقعد تثبیت میگردد بدینترتیب فاصله بین حباب هوا در قسمت سفلی امعاء و نشانه فلزی اندازه گیری میگردد.

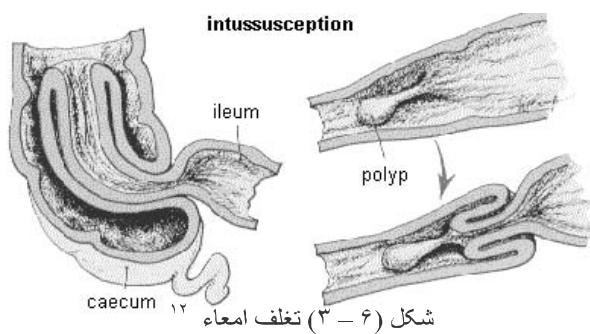
تداوی
- اگر حجاب نازک باشد میتوان آنرا قطع و کنار های آنرا با جلد خیاطه گذاری کرد.

- در صورتیکه فاصله بین مقعد و نهایت مسدود شده امعاء زیاد باشد در مرحله اول کولوستومی اجراء و زمانیکه طفل دو ساله شد عملیات Pull – through اجراء میگردد و بعضی جراحان این عملیات را بصورت عاجل در نوزاد اجراء مینمایند.
- اگر فیستول مهبلی موجود باشد عملیات عاجل ضرور نبوده زیرا امعاء از طریق مهبل تخلیه شده و عملیات انتخابی در سنین بالاتر اجراء میشود.
- در صورت موجودیت فیستول مثانی و یا احلیلی (اطراح میکونیوم از طریق ادرار) به منظور جلوگیری از انتنانات صاعده طرق بولی فیستول باید بصورت عاجل توسط کولوستومی و یا ترمیم مقعد تداوی شود.

تغلف امعاء

Intussusception

تعریف - عبارت از لغزیدن یا داخل شدن یک قسمت امعاء در بین لumen امعاء متصل یا مجاور آن میباشد و عروه داخل شده بنام Intussusceptum یاد میشود.



- انواع تغلف ووجه تسمیه آنها
- نواحی مختلف امعاء میتواند ذروه تغلف را بسازد که انواع معمول تغلف بادر نظر داشت کثرت وقوعات عبارتند از:
- **Ileo colic** - در اینصورت تغلف Ileal از طریق دسام الیوسیکل بداخل کولون پیش میرود و از جمله معمولترین انواع تغلف میباشد. (۷۵%).
 - **Ileo ileal** - الیوم بداخل الیوم مجاور تغلف مینماید.
 - **Ileo caecal** - در این صورت دسام الیوسیکل رأس یا ذروه تغلف را میسازد.
 - **Colo colic** - کولون بداخل کولون مجاور تغلف مینماید. (معمولًا از باعث یک تومور برآمده شکل جدار امعاء)

اسباب

مرض در ۹۵% وقایع در کودکان و اطفال جوان بدون سبب واضح مشاهده شده و عقدات لنفاوی مساريقی در این وقایع ضخاموی میباشد و چنین فکر میشود که نسج لنفاوی صفحات پایر (Peyer's patches) (جدار امعاء در اثر Adenovirus معروض به هاپر پلازیا شده و این نسج لنفاوی متورم بر جسته داخل لومن امعاء به شکل جسم اجنبي عمل کرده و بعداً توسط حرکات استداری به طرف سفلی به امتداد امعاء پیش برده میشود و باعث کشش امعای عقب و تغلف میگردد.

در کاهلان و بعضی اطفال پولیپ، کارسینوما، لنفوما امعاء و یا رتج میکل بداخل فرورفته ممکن رأس تغلف را بسازد.

ارواء intussusceptum در نتیجه فشار مستقیم تیوب خارجی (intussusception) و فشار بالای مساريقه ماؤف شده و در صورت عدم تداوی گانگرین مینماید.

تظاهرات سریری

تغلف اکثراً در یک طفل قبل صحتمند که معمولاً ۳-۱۲ ماه عمر دارد مشاهده شده پسر ها نظر به دخترها دو مرتبه بیشتر مصاب میگردد.

تاریخچه مرض عبارت از حملات دردهای کولیکی بطن بوده که متصف با خسافت و فریاد زدن طفل میباشد. طفل استفراغ داشته و اکثراً خون و یا مخاط غلیظ (slime) را که منظره Red current jelly را دارد از طریق رکتم اطراف مینماید.

با معاینه طلف خاسف و نارام بوده و حملات وصفی گریه طلف ممکن مشاهده شود جس بطن در صورت ضرورت بعد از آرام ساختن طلف یک تومور sausage مانند را در نواحی مختلف بطن به استثنای حفره حرقی راست (RIF) نشان داده گاهی کتله نسبت قرار گرفتن آن در تحت کنار اضلاع جس شده نمیتواند معاینه معقدی تقریباً همیشه Red current jelly را روی انگشت معاینه کننده نشان داده و نادرآ ذروه تغلف احساس و جس میگردد.

اگر مرض تشخیص نشود بطن بعد از ۲۴ ساعت انتفاخی شده استفراغات غایطی بوجود آمده و طلف از باعث گانگرین تغلف و ایجاد پریتونیت شدیداً توکسیک میگردد.

تداوی در کودکان تداوی غیر جراحی

اماله باریوم اجراء و توسط کلیشه رادیوگرافی تشخیص وضع میگردد در صورتیکه تغلف تازه باشد ممکن در اثر فشار هایدروستاتیک باریوم بصورت تمام ارجاع و توسط رادیولوژی تأثید گردد.

تداوی جراحی

تغلف در اثنای لپراتومی توسط فشار دادن رأس آن به خلف ارجاع شده در اشکال مؤخر مرض ممکن ارجاع نا ممکن باشد و یا امعاء گانگرین کرده باشد لذا ضرورت به ریزکشن میباشد.

وفیات در اشکال مقدم و ۲۴ ساعت اول مرض بسیار کم بوده لکن در اشکال غیر قابل ارجاع و گانگرین بسیار زیاد میباشد. مرض در یک فیصدی کم اطفال نکس میکند.

تدور یا Volvulus امعاء

تعريف – Volvulus عبارت از تدور امعاء بدور محور مساريقه آن میباشد که این حادثه باعث انسداد امعاء همراه با انسداد او عیه مساريقی میگردد. Volvulus اکثراً کولون سگمونئید، سیکوم و امعاء رقيقة را مصاب ساخته لکن حويصل صفراء و معده نیز میتواند تدور نماید.

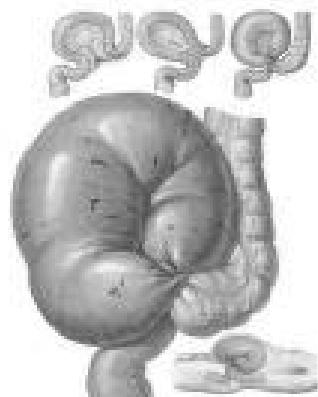
اسباب

فکتور های مساعد و تشید کننده مرض عبارتند از:

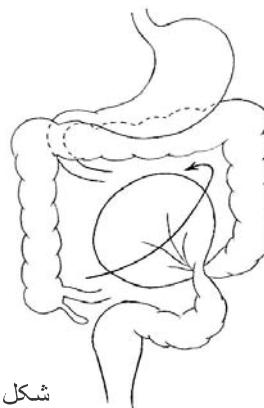
- متحرک بودن بیش از حد عروه معائی مثلًا نقصان ولادی تدور امعاء رقيقة و یا کولون سگمونئید بسیار طویل
- پر بودن بیش از حد و غیر نارمل عروه معائی مثلًا کولون حوصلی در قبضیت های مزمن
- ثبات بودن عروه معائی از حذای ذروه آن در اثر التصادفات
- عروه معائی با جذر مساريقی باریک

تدور سگموئید Sigmoid Volvulus

تدور کولون سگموئید اکثراً در اشخاص مسن مصاب قبضیت مشاهده شده و شیوع آن در مرد ها چهار مرتبه بیشتر نظر به خانم ها میباشد مرض در کشور انگلستان بطور نسبی (۲٪ انسداد امعاء) نادر بوده لاتک در کشور روسیه سکاندنیویا، افریقا مرکزی و از جمله افغانستان زیاد شایع میباشد. در این مرض عروه کولون سگموئید مخالف عقرب ساعت از نصف تا سه دور تدور مینماید.



شکل (۷-۳) تدور کولون سگموئید^{۱۵}

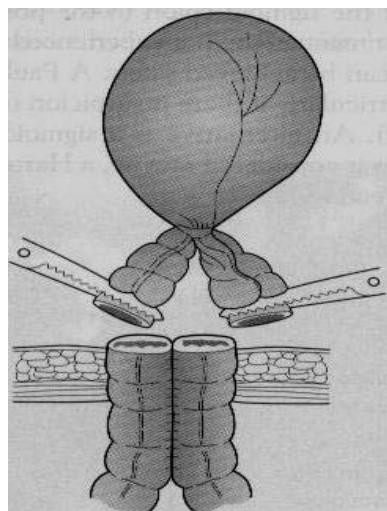


تظاهرات سریری

در این مرض درد های کولیکی بطن بصورت ناگهانی ظاهر شده که با توسع شدید و آنی کولون سگموئید همراه میباشد.

رادیوگرافی ساده بطن یک خیال فوق العاده متواتر بیضوی شکل را در طرف چپ بطن نشان داده که بنام Bent inner tube sign یا Omega sign یاد میشود. که در صورت عدم تداوی کولون سگموئید احتقانی به گانگرین معروض شده و از باعث ایجاد پریتونیت مریض فوت میکند.

سیکوم اکثراً متواتر و در مربع سفلی راست (RLQ) بطن قابل دید بوده که بدینترتیب مرض را از تدور سیکوم تشخیص تفرقی مینماید.



شکل (۸-۳) عملیات Paul-Mikulicz در تدور کولون سگموئید^{۱۶}

تداوی

یک تیوب مقعدی طویل و نرم از طریق سگموئیدوسکوب به کولون سگموئید پیش برده میشود توسط این عملیه در اغلب موارد تدور تازه سیگموئید ارجاع شده و یک مقدار زیاد گاز و مواد غایطه نرم خارج میگردد در صورتیکه این عملیه نتیجه ندهد تدور با اجراء لپراتومی ارجاع شده و محتوى کولون توسط تیوب رکتل تخلیه و جهت جلوگیری از تدور بعدی باید قسمت اضافی کولون ریزکشن و کولوستومی اجراء گردد. اگر گانگرین تأسیس نموده باشد ناحیه گانگرین شده ریزکشن شده و هر دو نهایت باز شده کولون به شکل Double barrelled colostomy به جدار بطن بیرون آورده شده و بعد از سپری شدن ۲-۳ماه ترمیم میگردد (Paul - Mikulicz-procedure).

نکس تدور کولون سگموئید یک استطباب ریزکشن انتخابی کولون سگموئید طویل میباشد.

تدور سیکوم Caecal Volvulus

تدور سیکوم اکثراً همراه با انومالی ولادی تدور امعاء بوده و بعوض اینکه سیکوم در حفره حرقوی راست ثابت باشد نسبت حفظ مساریقه خوش متحرک میباشد تدور سیکوم اکثراً موافق عقرب ساعت بوده و سیکوم به علوی و چپ بطن قرار میگیرد.

از نظر سریری نزد مریض بصورت آنی درد حفره حرقوی راست بوجود آمده و بطن فوق العاده انتفاخی میگردد رادیوگرافی بطن اکثراً سیکوم زیاد متوجه را در LUQ نشان داده و اماله باریوم نیز در تشخیص مرض زیاد مؤثر میباشد.

تداوی

بعد از لپراتومی تدور رفع شده و در صورتیکه سیکوم گانگرین کرده باشد Hemicollectomy راست باید اجراء شود و این عملیات از نکس و عود تدور نیز جلوگیری مینماید.

تدور امعاء رقیقه در کاهلان Small Intestine Volvulus in Adults

این تدور زمانی بوجود میاید که ذروه یک عروه معائی توسط التصاقات و یا اکثراً بقایایی رتج میکل ثبت شده باشد. گاهی ذروه تدور را یک تومور تشکیل

میدهد. تدور ابتدائی امعاء رقيقة در افریقا بصورت نسبی شایع بوده که ممکن علت آن سنگین شدن عروه معائی توسط مواد غذائی نباتی باشد. تظاهرات سریری تدور امعاء رقيقة مشابه انسداد حاد امعاء میباشد.

تداوی

تداوی تدور امعاء رقيقة عملیات عاجل جراحی بوده تا تدور رفع و سبب آن از بین برده شود و در صورت گانگرین امعاء، ناحیه گانگرین شده ریزکشن میشود.

انسداد او عیه مساريقى

Mesenteric Vascular Occlusoin

امبولی یا ترمبوز او عیه مساريقی یک نوع انسداد مخصوص امعاء را بدون بندش معائی بوجود میاورد. در اینجا باید گفت که امبولی شریانی نظر به ترمبوز بنفسه زیادتر مشاهده شده و او عیه مساريقی علوی نظر به سفلی بیشتر مصاب آفت میگردد و نسبت موجودیت کولیتیوال های خوب در او عیه مساريقی سفلی انسداد آن بصورت مخفی سیر مینماید.

اسباب

امبولی مساريقی (Mesenteric embolus)

امبولی ممکن از اذین چپ در فبریلیشن اذینی، به شکل ثانوی از ترمبوز داخل قلب در احتشای مایوکارد، تنبتات دسامات قلبی و یا از صفحات ابهر منشه گیرد. گاهی امبولی میتواند بصورت معکوس از اورده عمیق طرف سفلی بعد از عبور از حجاب قلب از طریق Foramen oval باز منشه گیرد.

ترومبوز شریان مساريقی

این ترمبوز اکثراً در نتیجه Atheroma بصورت ثانوی بوجود آمده همچنان انسداد شریانی ممکن بعد از قطع یک قسمت ابهر (Aortic dissection) بصورت ثانوی بوجود آید.

ترومبوز ورید مساريقی

این نوع ترمبوز با فرط فشار ورید باب همراه بوده ویا به تعقیب splenectomy از باعث Thrombocytopenic purpura، فشار تومور بالای او عیه مساريقی علوی ویا thrombophlebitis سیپتیک بوجود میاید.

احتشاء امعاء بدون انسداد وعائی

این حالت ممکن در مریضانی مشاهده شود که دهانه قلبی و جریان دموی مساریقی بسیار پائین از باعث احتشای قلبی و یا عدم کفایه احتقانی قلب دارند.

پتولوژی

انسداد او عیه مساریقی باعث احتشای امعاء شده و با نزف جدار، داخل لومن امعاء و جوف پریتوان همراه میباشد. گانگرین و تتفت امعاء نیز بعلت ماؤف شدن جریان دموی بوجود آمده و اگر این حادثه باعث احتشاء نشود ممکن اعراض انژین معائی (Intestinal angina) که عبارت از درد شدید بطئی به تعقیب گرفتن غذا است بوجود آرد که ترس از گرفتن غذا نسبت ایجاد درد باعث ضیاع سریع وزن شده و ممکن اسهالات شحمی نیز موجود باشد. درجات خفیف انسداد او عیه مساریقی مخصوصاً اگر انسداد تدریجی باشد ممکن با تشکل جریان کولیتال معاوضه شود در چنین وقایع ممکن یک یا دو شعبه داخلی (Coeliac مساریقی علوی و سفلی) مسدود شود بدون اینکه مریض اعراض و شکایاتی داشته باشد.

تظاهرات سریری

در بعضی مریضان ممکن فکتور قلبی مانند آفات قلبی و یا امراض کبدی موجود باشد. سه پایه کلاسیک انسداد او عیه مساریقی عبارت از درد حاد کولیکی بطن، خونریزی رکتم و شاک (از باعث ضایعات خون) در یک مریض مسن مصاب فبریلیشن ادینی میباشد بطن بصورت عموم و منتشر حساس بوده و یک کتله مبهم حساس که عبارت از امعاء گانگرینی است ممکن جس شود. با وجود آن تشخیص مرض ناممکن بوده مگر اینکه طبیب شاخص های عالی حدس و گمان را درمورد داشته باشد.

تداوی

شاک با تطبیق خون تداوی شده و گاهی موفقیت در صورت embolecty مقدم قبل از وقوع گانگرین واضح راپور داده شده است ریزکشن قسمت گانگرین شده امعاء اجرا شده لاکن این عملیه در صورت مصاب بودن تمام او عیه مساریقی (امعاء رقيقة و کولون راست) واضح ناممکن بوده و اکثرآ باعث مرگ میگردد. ارواء دوباره با استفاده از ورید Saphenous که خون از شریان حرقوی به شریان مساریقی علوی برسرد ممکن میباشد. امعاء که بصورت واضح گانگرین نموده ریزکشن شده و امعاء مشکوک از نظر حیاتیت بحال خود گذاشته میشود و در لپراتومی روز های بعدی حیاتیت آن مشاهده میگردد.

در مريضان جوان ريزكشن وسیع امعاء رقيقة را میتوان با تغذی کامل‌ا و ریدی بطور دائمی تداوی کرد. تعويض (transplantation) امعاء به این منظور ممکن در آینده میسر و امکان پذیر شود.

انسداد فلجي Paralytic Ileus

كلمه Ileus از حرف یونانی که به معنی To roll یا پیچ زدن است مشتق شده و از همین جهت به کولیک و بعداً انسداد امعاء اطلاق شده است. بناءً استعمال کلمه Ileus به تنهائی برای بیان انسداد فلجي درست نبوده زیرا الیوس به تنهائی معنی انسداد امعاء را دارد.

انسداد فلجي (neurogenic و يا adynamic) عبارت از یک حالت اتونی امعاء بوده و تظاهرات عمدہ کلینیکی آن عبارتند از:

- انتفاخ بطنی
- قبضیت تام
- استفراغات
- عدم حرکات معائی و از این باعث عدم موجودیت دردھای کولیکی

اسباب

اسباب مرض متعدد بوده و بعضًا چند فکتور یکجا در ایجاد مرض رول دارند و عبارتند از:

۱- بعد از عملیات یا Post operative در حالت نارمل حرکات و جذب امعاء در ظرف ۱۶ ساعت بعد از عملیات دوباره عاید شده اما الیوس بعد از عملیات میتواند در صورت موجودیت Hypoproteinemia، عدم کفایه مخفی کلیه و سکشن دوامدار معده معائی با وجود اعاده حرکات امعاء طولانی شود.

۲- پریتونیت در ابتداء یک عکس العمل نارمل به منظور جلوگیری از ملوث شدن جوف پریتوان بوده اما بعداً توکسین باکتری ها مانع فعالیت نارمل ضفیره عصبی میگردد.

۳- Reflex از باعث ماؤف شدن سیستم عصبی اتونوم امعاء در کسور حوصله و اصلاح نزف خلف پریتوانی و تطبیق جاکت پلاستر بوجود میاید.

۴- فکتور های میتابولیک ضایعات شدید پوتاشیم، uremia و کومای دیابتیک ممکن باعث انسداد فلجي شود.

۵- ادویه جات انسداد فلجي میتواند با دوز های بلند ادویه انتی کولینرژیک و ضد Parkinson بوجود آید.

از نظر پتالوژی تأثیرات سوز انسداد فلجي مانند میخانیکی بوده و عبارتند از:

- ضایعات شدید مایعات، الکترولایت ها و پروتئین در بین لومن امعاء از طریق استفراغات و تخلیه معده

- توسع زیاد امعاء به علت تجمع گازات بلع شده که نمیتواند امعاء را عبور نماید که باعث خرابی اروای امعاء و جذب توکسین میگردد.

تظاهرات سریری

انسداد فلجي اکثراً بعد از عملیات های پریتونیت و یا به تعقیب عملیات های بزرگ بطنی مشاهده میگردد. توسع بطن، قبضیت تام و استفراغات بدون قوه از تظاهرات عده مرض است درد به جزء از ناراحتی جرحة لپراتومی و انتفاخ بطن موجود نمیباشد.

در معاینه مریض نارام و مضطرب بوده بطن منتفخ، خاموش و حساس است و در رادیوگرافی بطن به وضعیت ایستاده گازات در طول امعاء رفیقه و غلیظه و چند سویه مایع ممکن دیده شود انسداد فلجي ممکن تدریجاً بطرف انسداد میخانیکی از باعث ایجاد التصاقات و band ها به تعقیب عملیات های بطن سیر نماید. که تشخیص تفرقی بین این دو نوع انسداد بسیار مهم و مشکل بوده زیرا انسداد فلجي بصورت محافظه کارانه تداوی شده در حالیکه انسداد میخانیکی اکثراً ایجاب عملیات عاجل جراحی را مینماید.

تشخیص تفرقی

در تشخیص تفرقی انسداد فلجي از انسداد میخانیکی نقاط ذیل مد نظر باشد:

- مدت و زمان - انسداد فلجي نادرآ بیشتر از ۳-۴ روز دوام کرده بناءً ادامه اعراض بیشتر از این مدت دلالت به انسداد میخانیکی مینماید.
- آواز های معائی - یک علامه مهم بوده که عدم موجودیت آن بصورت تام دلالت به انسداد فلجي کرده در حالیکه تشدید آن انسداد میخانیکی را نشان میدهد.

- درد - انسداد فلجي بصورت نسبی بدون درد بوده در حالیکه در انسداد میخانیکی درد های کولیکی بطن موجود است.

- وقت - اگر اعراض انسداد بعد از عبور گاز و یا حرکات معائی بوجود آمد دلالت به انسداد میخانیکی کرده و احتمال دیگری که مد نظر باشد عبارت از لیکاژ ناحیه استموموتیک و ایجاد پریتونیت میباشد.
- منظره رادیوگرافی - در صورتیکه کلیشه رادیوگرافی ساده بطن یک توسع امعاء رقیقه را بصورت موضعی بدون خیال گاز در کولون و رکتم نشان دهد دلالت به انسداد میخانیکی کرده در حالیکه در انسداد فلجي گازات بصورت منتشر در سراسر امعاء رقیقه و غلیظه مشاهده میشود.

تداوی وقاوی

تشویشات بیوشمیک در صفحه قبل از عملیات اصلاح شود امعاء در زمان عملیات به خوبی و ملایمیت دست زده شود توسع معده در صفحه بعد از عملیات از باعث هوای بلع شده توسط سند انفی معدوی تخلیه گردد.
در شکل تأسیس یافته مرض

جهت تخلیه هوای بلع شده و جلوگیری از توسع معده توسط گازات اسپریشن انفی معدوی اجرا شده تخلیه مایعات نیز در جلوگیری از توسع معده کمک کرده مایعات و الکتروولایت با کنترول دقیق بیوشمیک از طریق وریدی تطبيق شده و مورفین به منظور تسکین درد و Prochlorperazine برای رفع دلبدی توصیه میشود. و این تداوی در صورتیکه انسداد فلجي از باعث اسباب دیگر از قبیل انتنانات بوجود آمده نباشد مفید واقع میگردد. در صورتیکه هیچگونه آثار و علایم انسداد میخانیکی و انتنانات موجود نباشد انسداد فلجي دوامدار و معند را گاهی میتوان با استفاده از بعضی ادویه تداوی کرد. منبهات حرکی امعاء مانند Erythromycin Metoclopramide یکجا با میگردد) ممکن توصیه شود.

Refferences:

ماخذ:

- 1- A.A Munro. Intestinal Obstruction. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.420 – 45
- 2- Azizi Mohammad Massoum. Abdominal Surgery. 3rd ed. Pakistan: Afghan University, Peshawar; 2004

- 3- David W.Mercer and Emily K.Robinson. Small Inetine. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1323 – 80
- 4- Edward E. Whang. Stanley W. Ashley, and Micheal J.Zinner. Small Intestine. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 706 – 11
- 5- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 6- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 7- Marc Christopher Winslet. Intestinal Obstruction. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1186 – 1202.
- 8- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 9- Rechard A. Hodin and Jeffrey B. Matthews. Small Intestine. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 255 – 58
- 10- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 156 – 58
- 11- Theodore R. Schrock. Small Intestine. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 568 - 72
- 12- www.dkimages.com
- 13- www.hawaii.edu
- 14- www.health.allrefer.com
- 15- www.nettrimages.com
- 16- www.nurseminerva.co.uk
- 17- www.shands.org

فصل چهارم عروه اپاندکس Vermiform Appendix

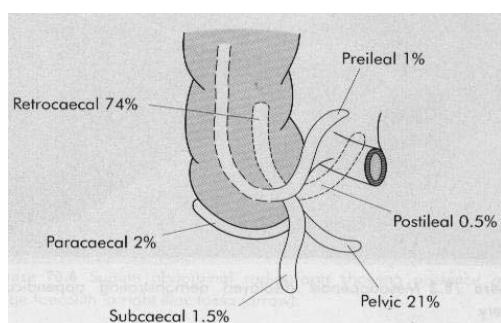
آناتومی جراحی ۶۲ التهاب حاد عروه اپاندکس ۶۳

آناتومی جراحی

عروه اپاندکس یک قسمت از امعاء غلیظه بوده بطور متوسط ۷.۵ - ۱۰ سانتی متر طول داشته و لومن آن ۲ ملی متر قطر دارد.

توضیع اپاندکس

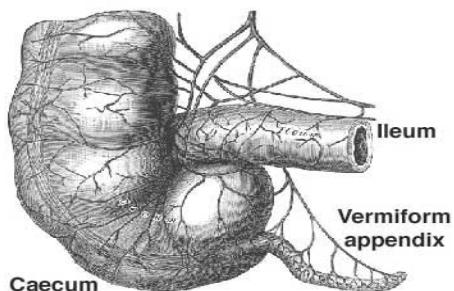
- ۱- قاعده اپاندکس - در وجه خلفی انسی سیکوم تقریباً ۲.۵ سانتی متر پائینتر از دسام الیوسیکل قرار دارد.
- ۲- جسم و ذره اپاندکس - موقعیت های مختلف قرار ذیل دارد.



- (۷۴%) Rectrocecal -
- (۲۱%) ياحوصلی (Pelvic -)
- (۲%) Paracecal -
- (۱.۵%) Sub cecal -
- (۱%) Pre ileal -
- (۰.۵%) Post ileal -

اروای اپاندکس

- ۱- شریان - یک شعبه شریان Ileocecal که از مساريقی علوی منشہ میگیرد میباشد.
- ۲- ورید - ورید اپاندکس به ورید خلفی سیکوم وصل میگردد.
- ۳- دریناژ لنفاوی - چهار الی شش و یا بیشتر اوعیه لنفاوی بعد از عبور میزو اپاندکس به عقدات لنفاوی الیوسیکل تخلیه میگردد.



شكل (۲ - ۴) او عیه اپاندکس ۱۱

التهاب حاد عروه اپاندکس

Acute Appendicitis

تعریف – اپاندیسیت حاد عبارت از التهاب حاد عروه اپاندکس است که از جمله شایع ترین وقایع عاجل جراحی بطن میباشد و گمان میرود این مرض در کشور انگلستان یک ششم جمعیت را مصاب میسازد^۳ و مرض زیادتر در اشخاص مشاهده میگردد که رژیم غذائی آنها غربی میباشد.

پتولوژی

اپاندیسیت حاد اکثراً زمانی بوجود میاید که لومن اپاندکس بنابر علتی مسدود گردد علت انسداد عبارتند از قرار گرفتن faecolith یا جسم اجنبي در مجرای اپاندکس، قات شدن اپاندکس از باعث التهابات قبلی و فولیکول های لنفاوی جدار اپاندکس به تعقیب التهاب مخاط. نادرآ اپاندیسیت حاد در اثر یک آفت انسدادی (اکثراً کارسینوما) سیکوم و کولون صاعده بوجود میاید. چون در کودکان لومن اپاندکس و فوحه آن بداخل سیکوم وسیع است و در اشخاص مسن لومن اپاندکس تقریباً مسدود میگردد بناءً اپاندیسیت در این دو نهایت حیات بطور نسبی نادر میباشد.

اپاندکس مسدود شده مانند عروه بسته عمل کرده و باکتریها بداخل لومن آن نشوونما مینماید و جدار اپاندکس را که در اثر فشار تهدید به نکروز است مورد حمله قرار میدهد هرگاه شرائین نهائی اپاندکس معروض به ترومبوز شود گانگرین و به تعقیب آن تتفق اپاندکس بوجود میاید.

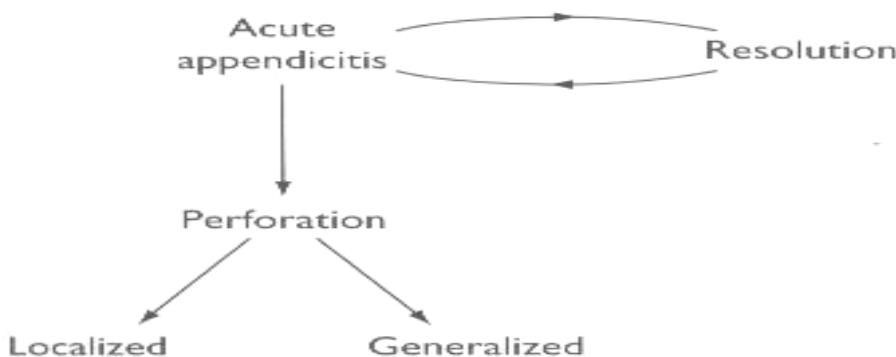
برای وقوع این تحولات ارتباط زمانی دقیق وجود نداشته نادرآ اپاندکس در ۱۲ ساعت اول تتفق کرده در حالیکه بعضاً میتوان ۴-۳ روز بعد یک اپاندکس التهابی را بدون تتفق مشاهده کرد.

نتایج حاصله از انسداد اپاندکس مربوط به محتوى لومن اپاندکس بوده اگر باکتری موجود باشد التهاب حاد اپاندکس بوجود میاید در صورتیکه اپاندکس تخلیه باشد که بعضاً مشاهده میشود Mucocele اپاندکس در نتیجه افزایش دوامدار مخاط از جدار اپاندکس ظاهر میگردد.

ندرتاً اپاندیسیت در یک اپاندکس غیر انسدادی بوجود آمده که در اینصورت انتان بصورت مستقیم از لومن اپاندکس ویا از طریق دموی فولیکولهای لنفاوی را مصاب میسازد که همین شکل اپاندیسیت نظر به شکل انسدادی زیادتر رشف میگردد.

سیر پتالوژیک مرض

التهاب حاد اپاندیکس ممکن رشف شود که در اینصورت باید منتظر حملات بعدی و مجدد مرض بود چنانچه بسیاری مریضان اپاندیسیت حاد در گذشته خویش از یک یا بیشتر حملات خفیف تر درد یاد آور میشوند (Grumbling) (appendicitis) لکن اپاندیسیت حاد در اکثر موارد به گانگرین و تقطیب معروض شده و باعث پریتونیت منتشر و یا خوشبختانه آبسه موضعی اپاندیکس میگردد. که احتمالات فوق را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:



تظاهرات سریری تاریخچه

اکثراً مریضان مصاب اپاندیسیت حاد با درد و حساسیت شدید موضعی در حفره حرقوی راست (RIF) مراجعه مینمایند.

درد - بطور وصفی به شکل کولیک مرکزی در اطراف سره شروع و در ظرف شش ساعت به حفره حرقوی راست و یا اگر بهتر گفته شود در جائیکه اپاندیکس التهابی قرار دارد توضع مینماید و طوریکه قبل گفته شد اپاندیکس طور اوست ۷ - ۱۰ سانتی متر طول داشته که قاعده آن باسیکوم نزدیک دسام الیوسکل وصل بوده و ذروه آن ممکن در نواحی مختلف قرار داشته باشد بنابرآ در صورت توضع اپاندیکس به داخل حوصله دردها در فوق عانه بوده و نسبت تخریش مثانه دفعات ادراز زیاد میشود و اگر موقعیت retrocecal علوی داشته باشد اعراض بیشتر در ناحیه قطنی راست توضع داشته و در جس بطنی، حساسیت کمتر دریافت میگردد. نادرآ ذروه اپاندیکس در حفره حرقوی چپ قرار داشته و دردها ممکن در اینجا متوجه گردد.

باید گفت که دردهای کولیکی مرکزی بطن منشأ حشوی داشته و انتقال درد به حفره حرقوی راست ناشی از مأوف شدن پریتون از جداری حساس توسط حادثه التهابی در مرحله بعدی میباشد. درد با حرکت زیاد شده بناءً مریض ترجیح میدهد تا درازکشیده وزانوها و رانها را بحال قبض نگهدارد.

دلبدی واستفراغ- بعد از شروع درد اکثراً بوجود آمده مؤلف Murphy چگونگی حوادث را در اپاندیسیت حاد که از نظر تشخیص قابل اهمیت است چنین توضیح مینماید: در دکولیکی بطن به تعقیب آن استفراغ و انتقال درد به حفره حرقی راست.

بی اشتهانی - که یک عرض تقریباً ثابت میباشد.

قبضیت - معمول بوده لاتن گاهی اسهال دیده می شود (بالخصوص در وقایع که الیوم توسط اپاندکس التهابی تخریش شود) نزد این مریضان ممکن یک تاریخچه درد مشابه اما خفیف تر در سابقه شان موجود باشد.

به تعقیب تنقب اپاندکس و تنقیص فشار داخل لومن آن ممکن است درد بصورت مؤقت تخفیف و یا بکلی از بین رود که بعد از این تخفیف مؤقتی دردهای شدید و منتشر با استفراغات فراوان از باعث ایجاد پریتونیت عمومی بوجود میاید.

معاینه مریض

دریافت های معاینه فزیکی نزد این مریضان عبارتند از:

- تپ (در حدود $37.5^{\circ}C$) و Tachycardia از دریافت های معمول میباشد.
- مریض برافروخته بوده حالت توکسیک داشته و بطور واضح از درد رنج میرد.
- حرکت باعث تشدید درد میگردد.
- زبان اکثراً پوشیده بوده و دهن بد بومیباشد.
- بطن در ناحیه که اپاندکس التهابی قرار دارد با جس حساس و دردناک بوده همچنان در این ناحیه مقاومت عضلی (Muscle guarding) با Release tenderness دریافت میگردد.
- معاینه مقدی در صورتیکه اپاندکس موقعیت حوصلی داشته و یا قیح در جوف دوگلاس موجود باشد حساسیت را نشان میدهد.
- در اشکال مؤخر مرض که پریتونیت منتشر تأسیس نموده باشد بطن بصورت منتشر حساس و متقلص (rigid) شده آواز های معائی معده و مریض بطور واضح حالت خراب دارد با پیشرفت مرض بطن انتفاخی و tympanic شده و مریض وجه هیپوکراتیک پریتونیت پیشرفت را پیدا مینماید.

معاینه تشخیصیه

- تعیین تعداد لوکوسیت ها - بطور قانون Polymorph leucocytosis خفیف موجود است.

- CT - این معاینه غرض تشخیص اپاندیسیت با موقعیت غیروصفتی و اختلاطات مرض به شکل روز افزون استفاده میشود.
- التراسوند حفره حرقوی راست (RIF) که توسط دست با تجربه ممکن باعث تشخیص گردد.

باید گفت که معاینات فوق بصورت عموم به منظور تثیت اپاندیسیت و تشخیص تفریقی از امراض دیگر اجراء میگردد.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی اپاندیسیت باید با تمام امراض که باعث درد حاد بطنی میشوند اجراء گردد و آنرا باید طور منظم تحت عنوانین ذیل مطالعه کرد:

- سایر اسباب دردهای حاد داخل بطنی
- امراض طرق بولی
- امراض صدری
- امراض نسائی عاجل در خانم ها
- امراض سیستم عصبی مرکزی (CNS)

امراض داخل بطن

امراض ذیل معمولاً اپاندیسیت را تقلید کرده و با آن شباهت نشان میدهد:

- Non specific mesenteric adenitis
- تعقیب انتان طرق تنفسی علوی

Mekel's diverticulitis -

Acute crohn's ileitis -

انسداد حاد امعاء -

Gastroenteritis -

Perforated peptic ulcer -

کولی سیستیت حاد -

Pancariatitis -

دیوروتیکولیت حاد کولونی -

امراض طرق بولی

- تدور خصیه

- کولیک های کلیوی و Pyelonephritis حاد

امراض صدری قادعوی و پلوریزی - Pneumonia

امراض عاجل نسائی

معمول ترین امراض نسائی که با اپندیسیت مغالطه میشوند عبارت اند از:

- سلفانژیت حاد
- Ectopic pregnancy
- کیست تمزق کرده جسم اصفر
- تدور یا تمزق کیست مبیض

امراض سیستم عصبی مرکزی

- درد های Herpes zoster
- Tabes dorsalis

تداوی

تداوی اپندیسیت حاد به استثنای حالات ذیل اپنکتو میباشد.

- هرگاه مریض نسبت پریتونیت پیشرفته در شرف مرگ باشد که در اینصورت یگانه امیدواری بهتر ساختن وضع عمومی مریض توسط تطبیق مایعات از طریق ورید، اسپیریشن معدی انفی، انتی بیوتیک و سایر اهتمامات برای احیای مجدد مریض میباشد.
- هرگاه حمله مریض قبل رشف شده باشد که در اینصورت اپنکتو میباشد.
- درصورت یک عملیه انتخابی توصیه میشود.
- درصورتی که کتله اپندکس (Appendix mass) بدون موجودیت پریتونیت عمومی تشكیل کرده باشد.
- در حالاتی که عمل جراحی بسیار مشکل یا ناممکن باشد مثلًا سفر دریائی که در اینصورت کوشش شود تا التهاب اپندکس بوسیله روش محافظه کارانه رشف و یا Appendix mass تشكیل نماید.

قبل از عملیات انتی بیوتیک بشکل وقاوی داده شده و در صورت موجودیت پریتونیت انتی بیوتیک ادامه داده شود. Gentamycin و Metronidazole و یا Cephalosprin بالای هردو انتان aerobic و anaerobic بوده که ۲۴ الی ۴۸ ساعت بعد از کلچر چرک و تعیین حساسیت میکروب میتوانیم انتی بیوتیک را تغییر دهیم. درن در صورت التهاب شدید بستر اپندکس موجودیت آبسه موضعی و عدم بسته شدن stump اپندکس بخوبی، تطبیق شود در بعضی موارد بسیار نادر اپاندکس التهابی و التصاقی را نمیتوان بشکل مصنوع برداشت که در چنین موارد ناحیه اپاندکس بطور کافی دریناژ شده و

اپندهکتومی بعد از سپری شدن سه ماه اجراء شود که بنام Interval appendectomy یاد میشود.

کتله اپندهکس (Appendix mass)

در اینصورت مریض با یک تاریخچه درد بطنی چهار یا پنج روزه و کتله موضعی حفره حرقی راست مراجعه مینماید در حالیکه سایر نواحی بطن نرم و آواز های معانی موجود بوده و اعراض و علایم پریتونیت عمومی وجود ندارد که در چنین حالات اپندهکس التهابی توسط ثرب کبیر و احتشای مجاور با و یا بدون موجودیت آبسه موضعی احاطه شده میباشد و جراحی عاجل در این حالت بنابر التصاقات زیاد مشکل است.

تداوی

تداوی ابتدائی محافظه کار انه بوده مریض بستر شده غذای مایع توصیه و وضع عمومی، درجه حرارت و نبض با دقت کنترول و کتله روی بطن نشانی میگردد Metronidazole شروع شده لاکن انتی بیوتیک برای مدت طولانی داده نمیشود زیرا باعث تولید یک کتله مزمن التهابی میگردد که بنام Antibioticoma یاد میشود. با این تداوی ۸۰% Appendix mass رشف شده و یا اینکه کتله تدریجاً بزرگ و درجه حرارت بلند رفته و آبسه اپندهکس را میسازد که در اینصورت باید آبسه دریناژ شود و در صورت عدم دریناژ و تداوی آبسه مذکور ممکن از طریق جلد باز گردد و یا بداخل رکتم و جوف پریتوان تخالیه گردد. در صورتیکه Appendix mass رشف شود باید اپاندکتومی سه ماه بعد به تعقیب رشف کامل التصاقات و حادثه التهابی اجراء گردد زیرا در صورت عدم اجرای اپاندکتومی خطر حملات حاد بعدی مرض میرود.

اپاندیسیت در دوران حاملگی

در دوران حاملگی شیوع اپاندیسیت مانند سایر اشخاص بوده لاکن مرگ و میرو اختلالات آن نسبت مغایطه شدن مرض با سایر اختلالات حمل، بلند و بیشتر میباشد و مرض باید از pyelitis استفراغات حاملگی Red-fibroid degeneration و تدور کیست مبیض تشخیص تفریقی شود. چون اپندهکس نزد این مریضان توسط رحم بزرگ به علوی رانده میشود بناءً درد و حساسیت علوی تر و وحشی تر نظر به حالت معمول قرار دارد و خطر سقط بالخصوص در trimester اول زیاد است.

ماخذ:**Refferences:**

- 1- David H. Berger and Bernard M. Jaffe. The Appendix. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 784 – 99
- 2- David I. Soybel. Appendix. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 269 – 80
- 3- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 4- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 5- Kevin P. Lally, Charles S.Cox, Jr., and Rechard J. Andrassy. Appendix. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1381 – 1400
- 6- Lawrence W. Way. Appendix. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 556 - 60
- 7- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 8- P.Ronan O'Connell. The Vermiform Appendix. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P.1203–18.
- 9- Robert J.C. Steele. Disorder of the Small Intestine and Vermiform Appendix In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 563 – 66
- 10- S. Paterson – Brown. Acute Appendicitis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.399 – 411
- 11- www.surgery.med.umich.edu

فصل پنجم

کولون

کولوستومی ۸۶

دیورتیکولوز و دیوپتیکولیت کولون ۷۴

اناتومی جراحی و فزیولوژی ۷۰

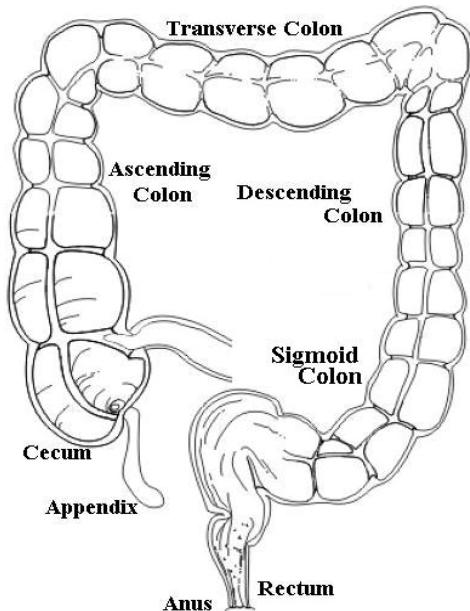
تومور های کولون ۷۹

کولیت قرحوی ۷۱

اناتومی جراحی

کولون از نظر سریری بدو قسمت یعنی کولون راست و چپ تقسیم شده که کولون راست مشکل از سیکوم، کولون صاعده، زاویه کولونی کبدی و $\frac{2}{3}$ کولون مستعرض بوده و کولون چپ مشکل از $\frac{1}{3}$ کولون proximal distal مستعرض، زاویه کولونی طحالی کولون نازله و کولون سیگموئید میباشد.

باید گفته که سیکوم زاویه کولونی کبدی و طحالی نسبت داشتن مساریقه کوتاه به جدار خلفی بطن تثبیت بوده در حالیکه کولون مستعرض و سیگموئید دارای مساریقه طویل بوده بناءً داخل بطن موقعیت آنها تغییر مینماید.



شکل (۱-۵) اناتومی کولون^{۱۲}

ارواه کولون

شرائین

- شریان مساريقی علوی (Art. Mesentrica Sup.) که

کولون راست را ارواء مینماید.

- شریان مساريقی سفلی (Art. Mesentrica Inf.) که کولون چپ را ارواء مینماید.

اورده

هم نام شرائین بوده و سیر معکوس آنها را دارد.

لنف

سیر شرائین را تعقیب مینماید.

فزیولوژی

مهم ترین وظیفه کولونها ذخیره مواد موقتی مواد غایطه و جذب آب و الکترولایت ها میباشد. زمانیکه محتوی رقیق امعار قیقه داخل کولونها گردید قوام ان غلیظ و در اثر تقلص در ظرف ۱۸-۲۴ ساعت کولون ها را عبور مینماید.

کولیت قرحوی

Ulcerative colitis

تعريف – کولیت قرحوی مرضی است که با یک نوع التهاب غیر اختصاصی غشای مخاطی کولون و رکتم، تقرحات و انزفه مخصوصاً در صفحه اول مرض متصف میباشد. خانم ها نظر به مردها زیادتر مصاب این مرض شده مرض در هر سن و سال از کودکی الی پیری مشاهده می شود لاتن وقوعات زیاد آن بین سنین ۲۰-۴۰ سالگی میباشد.

اسباب

سبب مرض نا معلوم بوده با وجود آن منبهات محیطی، عکس العمل های Autoimmune و فکتور های جنتیک (همراه با Human leucocyte) را در ایتوژن HLA-B27 ایتولوژی مرض ذیدخ میدانند.

پتالوژی

مرض اکثراً رکتم و کولون سیگموئید را مصاب ساخته لاتن تمام کولون میتواند توسط مرض اشغال شود. (بخاطر باشد که کولون سیگموئید یک ناحیه انتخابی برای تمام امراض مهم کولونی از قبیل colitis، تدور، کارسینوما polyposis و دیورتیکولیتس بوده که علت آن تا هنوز معلوم نمی باشد).

در ابتداء مرض مخاط کولون اذیمانی بوده که با تماس خون داده و نزف به شکل Petechial hemorrhage (petechia) مشاهده می شود. که بعداً باعث تقرح شده این قرحة سطحی و غیر منظم بوده و در بین آن مخاط فوق العاده اذیمانی میباشد و باعث ایجاد پولیپ کاذب Pseudopolyps میگردد جدار امعاء از باعث اذیما و فیروز سخت و rigid شده و haustration های نارمل خویش را از دست میدهد و نقطه جالب اینست که کولون التهابی با احساسی مجاور خویش التصاق نمیکند.

از نظر میکروسکوپیک محل آفت در کولیت قرحوی طبقه مخاطی است و آبسه های کوچک در حذای کریپت های مخاط (Crypt abscess) بوجود آمده و بداخل لومن باز شده و باعث تشکل قرحة میگردد که قاعده آن توسط نسج گرانولیشن فرش شده است در جدار کولون ارتشاج حجرات polymorphs و دور مشاهده شده و اذیما با فیروز تحت المخاطی موجود است در نوع مزمن مرض و در موارد که مرض سیر خویش را تکمیل و خاموش شده باشد مخاط کولون هموار و اتروپیک بوده و جدار آن نازک میباشد.

تظاهرات سریری

تظاهرات کولیت قrhoی میتواند به شکل صاعقه وار، متناوب و یا مزمن باشد و معمولترین عرض مرض اسهال همراه با خون و مخاط بوده و ممکن مترافق با درد های کرمپ مانند بطنی باشد.

بامعاینه چیزی دیگری به جز از حساسیت حفره حرقی چپ و با معاینه مقعدی خون روی دستکش انگشت دریافت نشده و مخاط رکتم ممکن اذیمائی احساس شود.

معاینات تشخیصیه

این معاینات در تشخیص مرض، تشخیص تفریقی از Crohn's colitis، رد اختلالات و ارزیابی وسعت آفت بطرف علوی کمک مینماید.

- Sigmoidoscopy – این معاینه اذیمای مخاط را با خون ریزی در اثر تماس در شکل مقدم خفیف مرض نشان داده که بطرف گرانولیشن پیشرفته و بعداً قرحت واضح، خون و قیح در لومن امعاء مشاهده میشود، بیوپسی تشخیص را واضح میسازد.

- Barium enema – مخاط نا هموار و قطع شده را نشان داده که دلالت به تقرح کرده و اذیما و فبروز باعث ازبین رفتن hastration کولون میگردد که در شکل مزمن کولون شکل وصفی هموار متضيق و drainpipe را اختیار مینماید.

- معاینه مواد غایطه – خون و قیح با چشم و یا تحت میکروسکوپ مشاهده میشود.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی کولیت قrhoی از اسباب دیگر اسهال بالخصوص پیچش و کارسینوما و یا مرض کرون کولون مشکل بوده و تشخیص تفریقی آن از مرض کرون کولونی حتی در صورت معاینه کولون ریزکشن شده توسط یک پتالوژست با تجربه تر مشکل میباشد و در حقیقت ۱۰٪ واقعات کولیت قrhoی پتاپور داده میشود. Non-specific colitis

اختلالات

اختلالات موضعی

- توسع توکسیک کولون – در شکل Fulminant colitis کولون متوجه شده و میتواند تنقب نماید.

- خون ریزی - میتواند حاد یا مزمن باشد و همراه با کم خونی روزافزون میباشد.

- تضیق

- تحول به کانسر

- امراض محیط مقعدی مانند فیستول مقعدی، فیستول بداخل مهبل، فیسور و آبسه محیط مقعدی

اختلالات عمومی

Toxaemia -

ضیاع وزن و کم خونی -

التهاب مفصلی و Uveitis -

Skin rashes ، Pyodermia gangrenosum - تظاهرات جلدی مانند و نقرح طرف سفلی

Primary sclerosing cholangitis -

در اینجا باید گفت که مریضان کولیت قrhoی که Total colitis مزمن (اشغال شدن تمام کولون) دارند بالخصوص که حمله اول مرض در سن طفولیت باشد خطر بوجود آمدن کارسینومای کولون نزد شان زیاد میباشد و احصائیه نشان میدهد که ۱۲-۵٪ مریضان که تاریخچه ۲۰ ساله کولیت دارند مرض بطرف کانسر تحول مینماید. بنابرین نزد این مریضان باید سالانه و یا هر دو سال بعد معاینه کولونوسکوپی با گرفتن چندین پارچه بیوپسی جهت دریافت dysplasia که پیش قدم حالت کانسری است اجراء شود.

تداوی

تداوی مرض در مرحله اول در اشکال غیر اختلاطی طبی بوده تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که تداوی طبی مؤثر واقع نشود و یا اختلالات بوجود آید. تداوی طبی - غذای غنی از پروتئین همراه با ویتامین، آهن و پوتاشیم توصیه میشود و در صورت کم خونی شدید نقل الدم اجراء میگردد اسهالات ممکن با Loperamide یا Codein Phosphate کنترول شود در حمله حاد مرض کورتیکوستروئید از طریق سیستمیک، رکتل و یا هر دو طریق ممکن باعث بهبودی مرض شود. Salicylate ها از قبیل Mesalazine یا Sulphasalazine (Salazopyrine) به منظور محافظه حالت بهبودی استفاده میشود.

مریضان مصاب کولیت قrhoی اکثراً بسیار ذکی و حساس بوده بناءً تداوی همراه با علاقه مندی و اطمینان به مریض باشد.

تداوی جراحی - استطبابات تداوی جراحی عبارتند از:

- شکل fulminant مرض که با تداوی طبی جواب ندهد (این شکل مرض با اسهالات خونی که بیشتر از شش مرتبه در روز، تب، سرعت نبض و پائین بودن الومین خون متصف است)
- شکل مزمن که با تداوی طبی جواب ندهد.
- تاریخچه طولانی مرض به منظور جلوگیری از تحول مرض به کانسر.
- اختلالات کولیت که قبلاً ذکر گردید.

تداوی جراحی اکثراً برداشتن تمام کولون و رکتم (Proctocolectomy) با Ileostomy دائمی و یا Ileo anal anastomosis میباشد. و در صورت خفیف بودن مرض در رکتم میتوان معصره مقعدی را محافظه و colectomy با Ileorectal استموز اجراء کرد.

دیورتیکولوز و دیورتیکولیت کولون

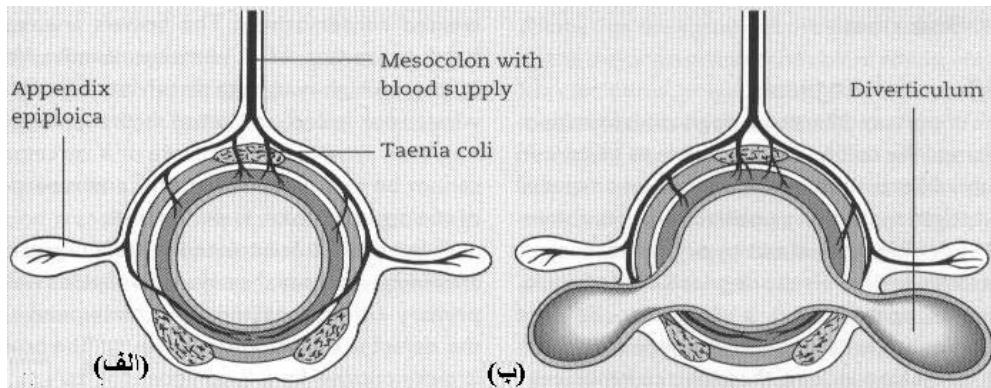
دیورتیکول کولون عبارت از یک فتق مخاطی است که در کنار *Taenia coli* بوجود آمده و اکثراً توسط Appendix epiploica پوشیده میباشد و چون بدون طبقه عضلی میباشد بناءً از جمله دیورتیکول کاذب بوده در حالیکه دیورتیکول میکل یک دیورتیکول حقیقی است.

این مرض اکثراً در کولون سیگموئید و نازله مشاهده شده و با دور شدن از کولون چپ و نزدیک شدن به کولون راست کمتر مشاهده میشود دیورتیکول کولون در سنین پائین تر از ۴۰ سالگی نادر بوده در حالیکه مرض در ۳۰% اتوپسی اشخاص مسن مشاهده شده و وقوعات مرض در هردو جنس مساوی است.

پتوژنی مرض

ضخامه طبقه عضلی کولون سیگموئید باعث فرط فشار داخل لومن شده و در نتیجه فتق مخاطی در نواحی ضعیف جدار کولون یعنی در محل دخول اوعیه دموی بوجود میاید.

سبب ضخامه عضلی معلوم نبوده و ممکن مربوط به وصف محتوى داخل لومن کولون باشد. غذاهای بدون تفاله باعث توسع کولون سیگموئید نشده و سبب بلند رفتن فشار داخل لومن کولون سیگموئید میگردد در حالیکه غذاهای تفاله دار باعث توسع کولون و تنقیص فشار آن میگردد. از همین جهت است که مرض در جوامع متمدن غربی نظر به ممالک روبه انکشاف بیشتر دیده میشود.



شکل (۲ - ۵) دیورتیکول کولون و مجاورت آن با Taenia coli و ناحیه نفوذ اوعیه در یک مقطع مستعرض:
الف - کولون نارمل. ب - کولون توانم با دیورتیکول^{*}

التهاب دیورتیکول یا Diverticulitis

دیورتیکولیت عبارت از التهاب دیورتیکول بوده که در نتیجه انتان یک یا چند دیورتیکول بوجود می‌اید. دیورتیکول التهابی میتواند به یکی از سه حالت ذیل معروض گردد:

۱- تنقب

الف- در جوف کبیر پریتوان که باعث پریتونیت می‌شود.

ب- در انساج محیط کولونی با تشکل آبse محیط کولونی یا abscess.

ج- در احسای مجاور(مثانه، امعا ی رقيقة و مهبل) وتشکل فیستول

۲- تولید انتان مزمن مترافق با فیبروز التهابی که باعث تولید اعراض انسدادی حاد و مزمن و حاد روی مزمن می‌گردد.

۳- نزف که در نتیجه تخریش و مأوف شدن اوعیه جدار کولون بوجود می‌اید که میتواند به شکل حاد و وافر یا مزمن و مخفی باشد.

تظاهرات سریری دیورتیکولیت حاد

بنام اپاندیسیت طرف چپ نیز یاد می‌شود. وتظاهرات سریری آن درد مرکزی بطن بوده که بعداً در حفره حرقوی چپ مرکز می‌گردد و مترافق با تب، استفراغ حساسیت و تقلصیت موضعی می‌باشد. با جس بطن و معانیه مقعدی ممکن یک کتله مبهم بطنی دریافت شود تنقب دیورتیکول بداخل جوف پریتوان باعث تولید اعراض و علایم پریتونیت عمومی شده وتشکل آبse pericolic با این تفاوت که بطرف چپ قرار دارد مشابه آبse اپاندیکولر می‌باشد. که در اینصورت نزد مریض یک کتله در دنائک در حفره حرقوی چپ همراه با تب و لوکوسیتوز دریافت می‌گردد.

دیورتیکولیت مزمن

تظاهرات سریری دیورتیکولیت مزمن شبیه تظاهرات سریری موضعی کارسینومای کولون بوده و ممکن نزد مریض اعراض ذیل موجود باشد:

- ۱- تغیر و تشوش ترازیت معائی مانند تناب و اسهال و قبضیت.
- ۲- انسداد امعاً غلیظه با استفراغات، انتفاخ و دردهای کولیکی بطن و قبضیت. و بخارطه باشد که انسداد امعاً رقيقة از باعث التصاق آن با کتله التهابی نادر نمی باشد.
- ۳- آمدن خون و مخاط از طریق رکتم - ممکن نزد مریض حمله درد در حفره حرقفی چپ با آمدن مخاط یا خون روشن و یا میلانا از طریق مقعد موجود باشد. همچنان کم خونی از باعث نزف مخفی مزمن مشاهده شده میتواند.

با معاينه حساسیت حفره حرقفی چپ و کتله در ناحیه کولون سیگموئید دریافت شده که با معاينه مقعدی نیز جس میگردد.

تظاهرات غیر معمول دیورتیکولیت عبارت اند از:

- نزف شدید و ناگهانی از طریق رکتم، دیورتیکول کولونی یکی از اسباب مهم نزف شدید و ناگهانی در اشخاص مسن و فرط فشار خون میباشد.
- فیستول مثانی کولونی با عبور مواد غایطه و حبابات گاز در ادرار (pneumaturia)، دیورتیکولیت از شایع ترین اسباب فیستول های مثانی کولونی بوده. و اسباب دیگر این نوع فیستول ها کارسینومای کولون و ترضیفات با کارسینومای مثانه میباشد.

معاینات تشخیصیه

Sigmoidoscopy – در صورت توضع آفت در قسمت سفلی کولون ممکن نتوانیم سیگموئیدوسکوپ را نسبت بندش از باعث اذیما بیشتر از ۱۵ سانتی متر بالا برد. Fibreoptic sigmoidoscope که طولی و نرم میباشد میتوان توسط آن سیگموئید و سکوپی را انجام داد.

Colonoscopy – توسط این معاينه میتوان ناحیه ماؤفه را مشاهده کرد اما عبور آله به علوی نسبت موجودیت کولون سیگموئید متضيق و rigid در این مرض اکثرآ نا ممکن می باشد.

اماله پاریوم – توسط این معاينه دیورتیکول به شکل اجواف کروی شکل مشاهده شده و در صورتیکه دیورتیکول حاوی مواد غایطه باشد. نسبت تولید نقص امتلا توسط ماده غایطه منظره حلقه مهر (Signet- ring appearance) مشاهده می شود. مرض دیورتیکولر با تشکل تضيق که شباهت زیاد به کارسینومای شکل

انولیر دارد. وصفی بوده و ضخیم شدن جدار کولونی در اکثر موارد باعث تضیق شبیه دندانه اره (Saw tooth) در کولون سیگموئید میگردد. این معاینه در مرحله حاد مرض نسبت ایجاد تنقب اجرانگردد. (CT) – این معاینه نسبت به اماله باریوم در مرحله حاد مرض ترجیح داده شده و در واقعات مشکل در رد سایر اسباب دردهای سفلی بطن کمک مینماید.

تشخیص تفریقی

مهم ترین تشخیص تفریقی مرض با نیوپلازم کولون میباشد و باید گفت که تشخیص تفریقی این دو مرض به اتفاً عالیم سریری و حتی معاینات تشخیصی مشکل بوده و صرف با گرفتن بیوپسی به کمک سیگموئیدوسکوپ و یا کولونوسکوپ میتوان تشخیص را واضح کرد. حتی در اثنای لپراتومی تشخیص تفریقی بین این دو مرض مشکل بوده و با خاطر باشد که این دو آفت معمول و شایع در ۱۲٪ وقایع بصورت مترافق موجود بوده و تشخیص تفریقی آنها را میتوان در جدول ذیل خلاصه کرد:

اعراض و علایم	دیورتیکولیت	کارسینوما
تاریخچه	طويل	کوتاه
درد	زیاد شیوع دارد	کمتر شیوع دارد
کتله	۲۵٪ حساسیت دارد	۲۵٪ بدون درد است
نزف	۱۷٪ اکثراً وافر و دوری	۶۵٪ اکثراً مقدار کم
رادیوگرافی	تغیرات منتشر موجود است	تغیرات موضعی و یا استرخا حاصل نمیگردد.
سیگموئیدوسکوپی	تغیرات التهابی در بیشتر از یک ناحیه	در صورت عدم موجودیت فرجه التهاب موجود نیست.
کولونوسکوپی	کارسینوما مشاهده نمی شود	کارسینوما موجود و بیوپسی اخذ میگردد

جدول (۱ - ۵) تشخیص تفریقی دیورتیکولیت با کارسینوما

تداوی دیورتیکولیت حاد

بصورت محافظه کار آن تداوی شده و به مریض رژیم غذائی مایع با انتی بیوتیک (Metronidazole) با پنسلین و Gentamycin و یا Cephalosporin تداوی انتخابی میباشد) توصیه میگردد. و با این تداوی یک تعداد زیاد مریضان شفایاب می شود.

آبسه محیط کولونی در ابتداء مانند آبسه اپاندیکولر محافظه کارانه تداوی شده ولی اگر آبسه بزرگ گردد در پناز استطباب دارد و چون دریناژ آبسه در اکثر موارد باعث ایجاد فیستول غایطی میگردد بناءً بهتر است جهت منحرف ساختن جریان مواد غایطه Defunctioning transverse colostomy نیز اجراگردد.

پریتونیت عمومی از باعث تمزق یا تنقب دیورتیکولیت حاد یک حادثه وخیم بوده و در اینصورت باید لپراتومی اجرا و قسمت موافه کولون ریزکشن و کولون به شکل Hartmann colostomy بیرون کشیده شود و انتی بیوتیک قوی توصیه گردد.

انسداد حاد از باعث دیورتیکولیت ایجاد لپراتومی را کرده تا تشخیص وضع و قسمت موافه کولون ریزکشن شود و کولون به شکل End colostomy به جدار بطن بیرون کشیده شود.

دست های با تجربه میتواند در اثنای عملیات کولون ها را به شکل Antegrade شستشو و انستموز مقدم با ویا بدون Loop ileostomy اجرا نماید.

دیورتیکولیت مزمن

هرگاه تشخیص واضح و اعراض خفیف باشد میتوان مرض را بصورت محافظه کارانه تداوی کرد. عمل امعاً توسط Lubricant laxative مانند Milpar منظم ساخته شده و غذای حاوی مقدار زیاد تفاله (میوه جات، سبزیجات وغیره) به مریض توصیه می شود . هرگاه اعراض وخیم و شدید باشد ویا کارسینومای کولون رد شده نتواند در اینصورت لپراتومی اجرا کولون سیگموئید ریزکشن میگردد.

فیستول های کولونی مثانی توسط ریزکشن قسمت موافه کولون و جدار مثانه تداوی شده کولون به صودت مقدم انستموزس داده شده و جدار مثانه دوخته می شود کولون به منظور التیام ناحیه تفمی با اجرای Loop ileostomy استراحت آورده شده و ileostomy بعداً ترمیم می گردد.

تومورهای کولون

تصنیف

تومورهای سلیم

Adenomatous polyp -

Papilloma -

Lipoma -

Neurofibroma -

Haemangima -

تومورهای خبیث

۱- ابتدائی

Carcinoma -

Lymphoma -

Carcinoid Tumour -

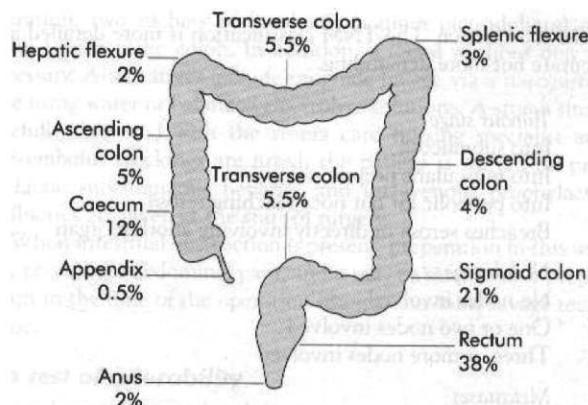
۲- ثانوی - در اینصورت کولونها توسط تومور احشای مجاور از قبیل معده

مثانه، رحم و مبيض اشغال میگردد.

کارسینومای کولون

کارسینومای کولون زیاد شیوع داشته و در کشور انگلستان دومین سبب مرگ از باعث امراض خبیث به شمار میرود از نظر کثرت و قواعات بعد از کانسر ریه در مردها و کانسر ژنی در خانم ها میباشد.

تومور ممکن در هر سن مشاهده شود و خانم ها نظر به مردها زیادتر مصاب مرض



میشود (در حالیکه وقواعات کانسر رکتم در هر دو جنس تقریباً مساوی است). از نظر موقعیت کولون سیگموئید زیادتر مصاب مرض شده با وجود آن $\frac{1}{3}$ تمام کانسر امعای غلیظه در رکتم مشاهده می شود ۵٪ تومورهای کولون متعدد میباشد.

شکل (۳ - ۵) توضع کانسر Colorectal از نظر موقعیت^۶

اسباب

سبب حقیقی مرض فهمیده نشده و فکتور های خطر و مساعد کننده مرض عبارت است از:

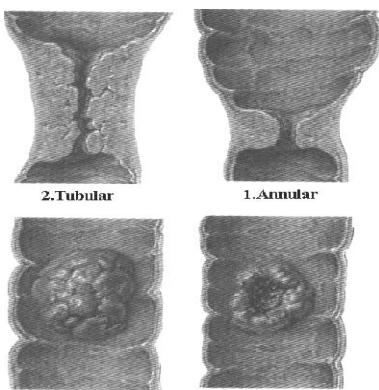
- ارثیت که باعث Family cancer syndrome شده بطور مثال Hereditary non-polyposis- Familial adenomatous polyposis colon cancer

- غذاهای غنی از شحم و تفاله کم
- امراض التهابی امعا مانند کولیت قرحوی
- Polyposis syndrome -

Familial adenomatous polyposis - یک مرض نادر و بسیار مهم است زیرا اگر تداوی نشود بدون شک به کارسینومای کولون تحول مینماید و ۵% کانسر کولون را بطور مجموعی تشکیل میدهد.

مرض به ارثیت بردۀ می شود و پولیپ ها برای باراول در سن بلوغ ظاهر شده و اعراض آن از قبیل نزف و اسهالات در حدود ۲۱ سالگی مشاهده می شود و تحول مرض به خباثت در ۴۰-۲۰ سالگی رخ میدهد. اشخاص مصاب به مرض اکثرآ ضخامه طبقه صباغی شبکیه (Retinal) را داشته که یک تست خوب بدون خطر میباشد. تداوی مرض عبارت از Total colectomy با برداشتن رکتم و انستموزس Ileo-anal می باشد. در صورت کم بودن پولیپ در جدار رکتم میتوان بعد از برداشتن کولون Ileo-rectal انستموز اجرا و پولیپ های رکتم را طور منظم با Diathermy تداوی کرد.

Hereditary non-polyposis colon cancer - سبب ۵% کانسر کولورکتل شده و یک مرض ارثی میباشد تومور زیاد تر در کولون راست بوجود می آید و قبل از سن ۵۰ سالگی ظاهر میگردد همچنان مرض با تومور تخدمان رحم و معده مترافق میباشد.



شکل (۲ - ۵) اشکال معمول مکروسکوپیک کارسینومای کولون^۲

پیتولوژی

از نظر مکروسکوپیک تومور اکثرًا به چهار شکل ذیل مشاهده می شود.

Annular	-
Tubular	-
Ulcerative	-
Cauliflower	-

از نظر میکروسکوپیک تمام این تومورها Adenocarcinoma بوده که از حجرات اپیتیلیل و یا از کربیت های Lieberkuhn منشہ میگیرد.

انتشار تومور

- انتشار موضعی - تومور برای یک مدت قابل ملاحظه منحصر و محدود به امعا بوده و تدریجاً دورادور جدار کولون و طولاً انتشار مینماید. بالآخره احشای مجاور را (امعاً رقيقة، معده، اثنا عشر، حلب، رحم، جدار بطن وغیره) را اشغال مینماید.
- انتشار لنفاوی - از طریق لنفاوی تومور به عقدات لنفاوی ناحیوی وبالآخره از طریق قنات صدری ممکن به عقدات فوق الترقوی در مرحله اخیر انتشار نماید.
- انتشار دموی - از طریق ورید باب به کبد و ازانجا به ریه انتشار مینماید.
- انتشار Trans coelomic - باعث تشکل نودول های سرطانی در سراسر جوف پریتوان میگردد.

Staging

Staging کارسینومای کولون بطور کلاسیک به اساس تصنیف Dukes صورت میگیرد. و مربوط به وسعت انتشار داخل جدار کولون و انتشار آن به عقدات لنفاوی میباشد.

تظاهرات سریری

تظاهرات سریری کارسینومای کولون را نیز میتوان مانند سایر تومورها قرار ذیل تصنیف کرد:

- تظاهرات ناشی از خود تومور
- تظاهرات مربوط میتابستاز تومور
- تظاهرات و تاثیرات عمومی تومور

تاثیرات و تظاهرات موضعی تومورها

- ۱- تغیرات ترانزیت معائی از جمله اعراض بسیار معمول کارسینومای کولون است که به شکل قبضیت، اسهال و یا تناوب هردو مشاهده می شود. اسهال ممکن با مخاط (از باعث افزای زیاد آن توسط تومور) و یا نزف روشن یا به شکل میلانا و یا مخفی همراه باشد.
- ۲- انسداد امعا از باعث یک تومور تضییقی که اکثراً کولون چپ (نازله) را مصاب میسازد.

۳- ت نق卜 تومور در جوف پریتوان و یا موضعی با تشکل آبشه محیط کولونی و یا با ایجاد فیستول در احشای مجاور مانند فیستولها ی معدی کولونی و کولونی مثانی که از جمله تظاهرات نادر مرض میباشد.

تظاهرات میتاستاز تومورها

این مریضان ممکن با یرقان، توسع بطن از باعث حبن و یا ضخامه کبد مراجعه نما یند.

تظاهرات عمومی امراض خبیثه

این تظاهرات عبارت از کمخونی، بی اشتلهائی، وضیاع وزن میباشد. تومورهای کولون چپ که محتوی آن مواد غایطه جامد میباشد. از نوع تضییقی بوده بناءً تظاهرات انسدادی زیادتر مشاهده شده در حالیکه تومورهای کولون راست از نوع proliferative بوده و محتوی آن مواد غایطه نیمه جامد میباشد بناءً اعراض انسدادی نسبتاً غیرمعمول بوده و این مریضان اکثرآ با کم خونی وضیاع وزن مراجعه مینمایند.

در معاینه این مریضان نقاط ذیل مدنظر باشد:

- ۱- موجودیت یک کتله قابل جس از طریق بطنی و یا رکتم (تومور سیگموئید ممکن در جوف دوگلاس توضع نماید).
- ۲- شواهد کلینیکی انسداد امعاء
- ۳- شواهد انتشار تومور(ضخامه کبد، حبن، یرقان یا عقده فوق الترقوی)
- ۴- شواهد کلینیکی کم خونی وضیاع وزن که دلالت به امراض خبیثه مینماید.

معاینات تشخیصیه

- خون مخفی(Occult blood) در ماده غایطه اکثرآ موجود میباشد.
- Sigmoidoscopy ممکن تومور رادرناحیه rectosigmoid نشان دهد که با اخذ بیوپسی تشخیص وضع میگردد حتی در صورتیکه به تومور رسیده نتوانیم آمدن خون وقیح با مخاط از علوی قویاً دلالت به امراض خبیثه مینماید.

- Colonoscopy – با استفاده از Fibreoptic colonoscope میتوان قسمت های علوی کولون را مشاهده و بیوپسی اخذ کرد.
- اماله باریوم: اکثرآ تومور را به شکل تضییقی و یا نقص امتلاء (Apple-core deformity) نشان داده و به خاطر باشد که منفی بودن اماله باریوم به هیچ وجه موجودیت یک تومور کوچک را بالخصوص

در صورت موجودیت دیورتیکول های زیاد رد کرده نمیتواند و در صورت موجودیت مواد غایطه بداخل کولون ممکن این معاینه را بصورت غلط مثبت نشان دهد واز نظر رادیولوژیک تشخیص تفریقی بین یک تضیق کانسری و تضیق که از باعث امراض دیورتیکولر بوجوددمیاید کار آسان نمی باشد.

- Computed tomography - درMRIضان مسن که آماده ساختن امعاء را بخوبی تحمل کرده نمیتوانند این معاینه معلومات کافی درتشخیص کانسرکولون و میتاستاز کبدی میدهد. نادرآ درصورت مشکوک بودن تشخیص، لپراتومی استطباب دارد.

تشخیص تفریقی

با امراض ذیل که اعراض موضعی مشابه دارند تشخیص تفریقی شوند.

- امراض دیورتیکولر

- کولیت قرحوی

- باپیچش هاواسباب دیگراسهال وقبضیت

تداوی

اهتمامات قبل از عملیات - کولونها توسط اماله و laxative (Picolax) پاک گردد وانتنانات کولونی توسط Metronidazole و Cephalosporin یا Gentamycin تقطیص داده میشود. سویه Hb تعیین ودر صورت لزوم نقل الدم اجرا میگردد.

عملیات جراحی - اساسات تداوی جراحی کانسر کولون عبارت از ریزکشن وسیع تومور همراه با عقدات ناحیوی آن میباشد. دراشکال غیر انسدادی مرض نمیتوان کولونها را قبل از عملیات پاک و بعداز ریزکشن انستموز مقدم داد. در حالیکه درشكل انسدادی مرض که نمیتوان کولونها را پاک و اماده عملیات کرد. بناءً هدف اولی رفع انسداد میباشد واجرای ریزکشن وانستموز مقدم نسبت خرابی اروا کولون باعث وقوعات زیاد لیکاژ ناحیه انستموتیک شده بناءً باید دربعضی موارد خاص صورت گیرد. انواع تداوی کانسر کولون نظربه توضع آن در شکل نشان داده شده است.

تداوی بعد از عملیات - شیمومترایپی با Folic acid 5Fluorouracil یکجا با Levamisole باعث تقطیص عود مرض میگردد.

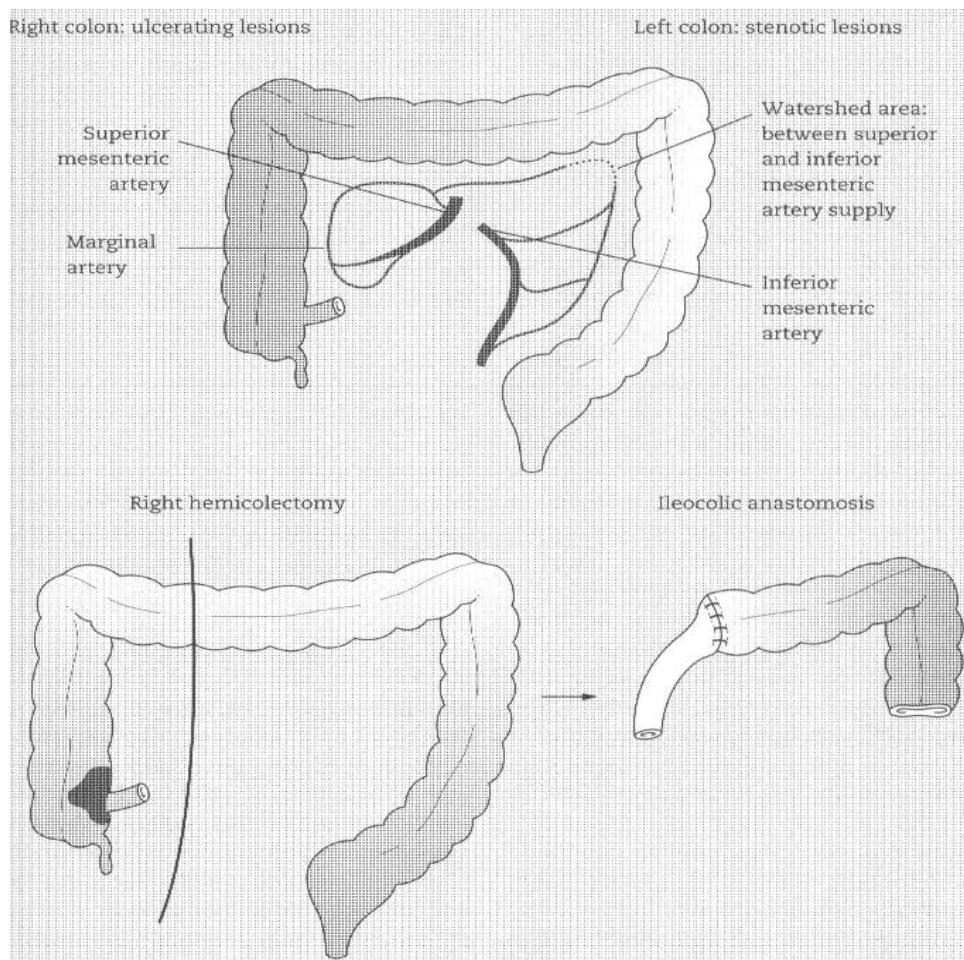
تداوی واقعات غیر قابل معالجه یا Incurable case

ریزکشن تومور ابتدائی حتی در صورت موجودیت میتاستاز باعث تسکین مریض میگردد و در صورتیکه این عمل ناممکن باشد به منظور رفع انسداد

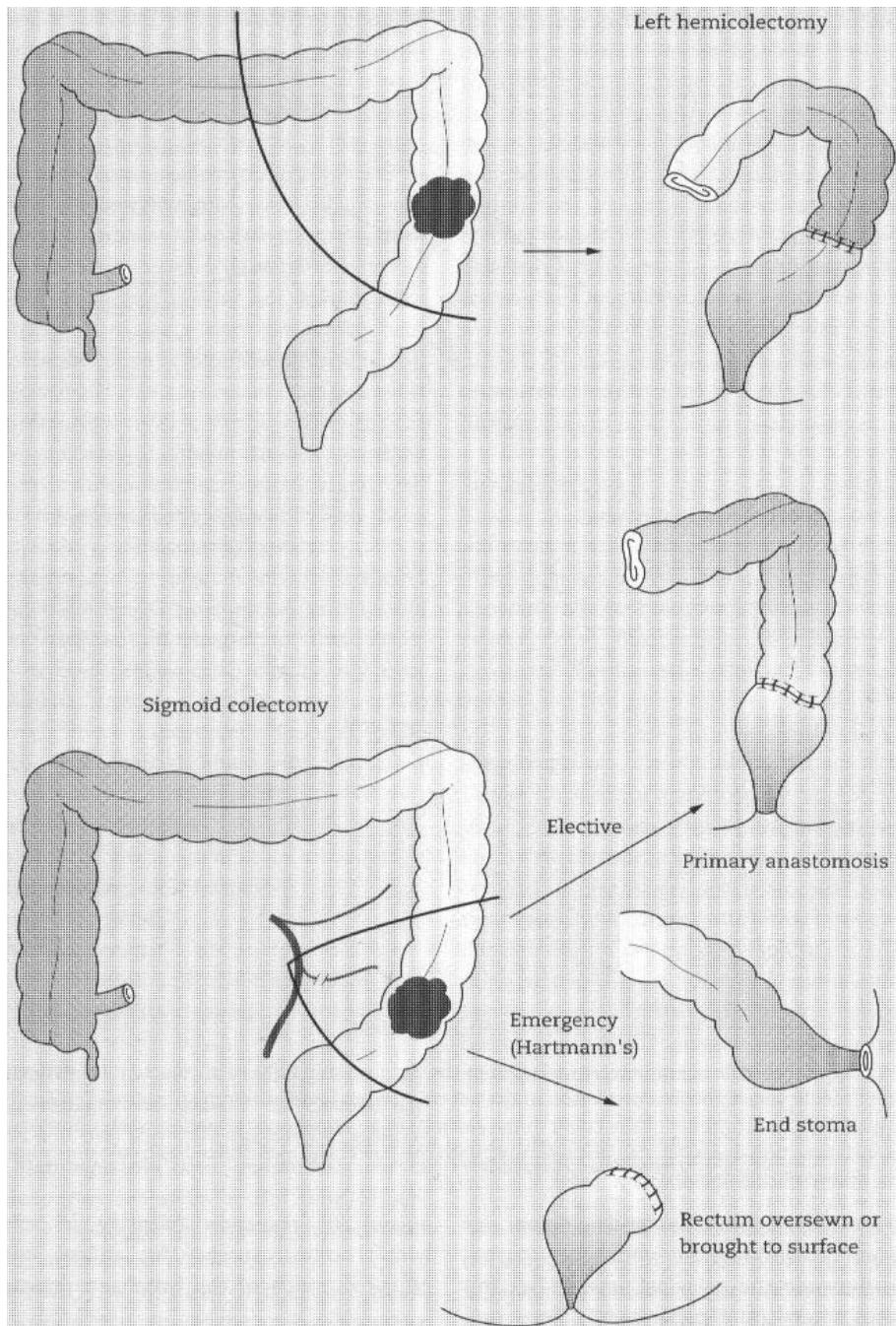
و یا کولوستومی Palliative – short – circuit باعث تسکین مؤقتی مریض cytotoxic میگردد.

عواقب مرض

در صورت که تومور از نظر تنصیف مؤلف 'Dukes stage A' در قرار داشته باشد اکثرآ قابل معالجه بوده زیادتر از ۹۰٪ این مریضان ۵ سال عمر میکنند در stage B که هنوز تومور محدود به جدار کولون است این رقم به ۶۵٪ و در صورت موجودیت میتابستاز در عقدات لنفاوی به ۳۰٪ میرسد. انذار مرض در صورتیکه عقدات لنفاوی علوی اشغال نشده باشد (C_1) نظر به وقایع که اشغال شده باشد (C_2) بهتر است.



شکل (۵ - ۵) عملیات های معمول کولونی در آفات کولون راست کولون با انتروموز الیوکولیک اجراء میگردد.



شکل (۶ - ۵) در صورت توضع آفت در کولون چپ Sigmoid Colectomy یا Lt.Hemicolecotomy اجراء و کولون با رکتم انستموز داده میشود. در وقایع عجل و آمده نبودن امعاء عملیات Hartmann اجراء ونهایت کولون به قسم کلوستومی بیرون کشیده شده و رکتم دوخته میشود.^۱

کولوستومی Colostomy

عبارةت از بازکردن کولون به روی جدار بطن است که میتواند مؤقتی و یا دائمی باشد.

استطبابات کولوستومی

استطبابات معمول کولوستومی عبارتند از:

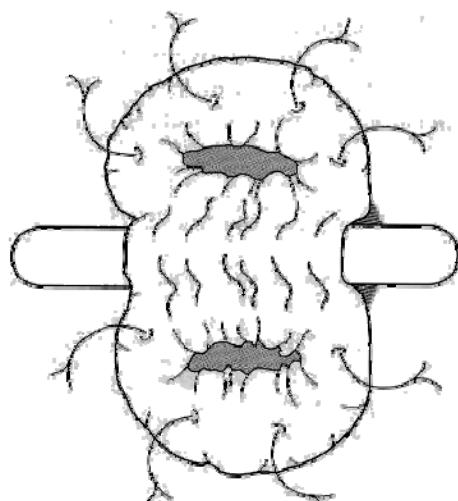
- منحرف ساختن جریان مواد غایطه به منظور ترمیم ناحیه انستموتیک و یا فیستول
- رفع فشار در کولون متوجه قبل از برداشتن آفت انسدادی
- برداشتن قسمت اخیر کولون و رکنم

أنواع کولوستومي

Loop colostomy - دراینصورت

کولون روی جدار بطن آورده شده و وجه انتی میزانتریک آن باز میگردد در این عملیه یک rod یا میله شیشه ای از تحت کولون عبور داده شده تا از سقوط آن بداخل بطن جلوگیری گردد.

Loop colostomy اکثراً به شکل temporary یا مؤقتی به منظور منحرف ساختن جریان مواد غایطه اجراء شده زیرا ترمیم دوباره آسان میباشد دراین اواخر Loop colostomy را نسبت ارواء بهتر آن که ترمیم بعدی را آسان میسازد ترجیح میدهد.



شکل (۷-۵) Loop Colostomy موقتی^۵

در end یا terminal کولوستومی بعد از قطع کولون نهایت proximal آن بر روی جدار بطن بیرون کشیده میشود این نوع کولوستومی در ریزکشن تام رکنم و تتفق امراض دیورتیکولر که بعد از برداشتن کولون مأوفه، انستموز مقدم نسبت ملوث بودن کولون ناممکن باشد اجراء میشود. که در صورت اخیر نهایت distal کولون را دوخته و بداخل بطن گذاشته شده (عملیه Hartmann) و یا به شکل یک فیستول مخاطی در یک ناحیه جدگانه روی جدار بطن کشیده میشود.

در این نوع کولوستومی بعد از برداشتن قسمت مأوفه کولون، هر دو نهایت آن در یک ناحیه روی جدار بطن ببرون کشیده میشود که بنام Paul – Mikulicz کولوستومی نیز یاد میشود این نوع کولوستومی نسبت کوتاه بودن عروه distal بطور معمول اجراء نشده لاکن در تدور کولون سیگموئید که کولون distal به طور کافی وجود دارد میتوانیم اجراء نمائیم.

اختلالات کولوستومی عبارتند از:

- Retraction که علت آن میتواند فشار و کشش یا نکروز نهایت عروه کولوستومی باشد.
- تضيق یا stenosis که در نتیجه اسکیمی و یا دوختن نادرست غشائی مخاطی کولون با کنار جلد بوجود میآید.
- Para colostomy hernia که در اینصورت محتوى داخل جوف پریتوان از طریق Defect ناحیه کولوستومی به فتق معروف میگردد.
- Lateral space small bowel obstruction از باعث عدم مسدود نمودن فاصله بین عروه کولوستومی و جدار بطن بوجود میآید.
- Prolapse در اینصورت عروه کولون بخارج تغلف مینماید.

ما خ د: Refferences:

- 1- A.A Munro Inflammatory Bowel Disease. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.411 – 19
- 2- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 3- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 4- Kelli M. Bullard and David A. Rothenberger. Colon, Rectum, and Anus. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al,

- editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 732 – 83
- 5- Najjia Muhamoud, John Robeau, Haward M. Ross and Robert D. Fry. Colon and Rectum. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1401 – 82
 - 6- Neil J.McC. Mortensen and Oliver Jones. The Small and Large Intestine. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1153 – 85.
 - 7- Margreat Farquharson, Brendan Moran. Farquharson's Textbook of Operative General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005.
 - 8- Mark L. Welton, Madhulika G. Verma. Colon, Rectum, and Anus. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 281–307
 - 9- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
 - 10- Robert J.C. Steele. Disorders of the Colon and Rectum. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 569 – 626
 - 11- Theodore R. Schorck. Large Intestine. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 586 - 630
 - 12- www.intmed.muhealth.org

فصل ششم

رکتم و کانال مقعدی

پرولایس رکتم	۱۰۶	آبسی انورکتل	۱۰۰	آناتومی جراحی	۸۹
خارش مقعدی	۱۰۹	فیستول های انورکتل	۱۰۳	هیموروتید	۹۳
تومور های رکتم و کانال انان	۱۱۰	تضییق کانال مقعدی	۱۰۵	فیسور انان	۹۸

آناتومی جراحی

رکتم یا امعاء مستقیم قسمت اخیر انبوب هضمی بوده و از نظر ساختمان آناتومیک شباهت نزدیک به چوکات کولون دارد. از نظر موقعیت آناتومیک مربوط احشاء حوصلی بوده و دروجه قدامی عظم عجز و عصص قرار دارد حدود علوی آن با حدود علوی فقره سوم عجزی توافق داشته و طول آن ۲۰-۱۵ سانتی متر میباشد. رکتم قسماً داخل پریتوان و قسماً خارج پریتوان قرار داشته که سرحد واضح بین قسمت داخل و خارج پریتوانی وجود نداشته و نظر به هر شخص فرق مینماید.

رکتم بصورت عموم از دو قطعه تشکیل شده قطعه علوی بنام امپولا و سفلی کانال انان میباشد که قطعه اول نظر به دوم طویل و متواضع میباشد. امپول رکتم در قدام عظم عجز و عصص قرار داشته و با آنها رابطه صمیمي دارد و در سیرخویش معقریت عظام مذکور را تعقیب کرده لذاروی یک خط منحنی که معقریت آن بقدام قرار دارد سیر مینماید محور طولانی امپولا از علوی به سفلی واژقدام به خلف قرار دارد.

کانال انان روی یک خط نسبتاً منحنی سیر داشته که معقریت آن برخلاف امپولا بخلف متوجه است. واگرمحور طولانی آن به قدام تمدید گردد به سره توافق مینماید که این اصل آناتومیک از نظر معانیه بدون درد و traumatic اداری اهمیت زیاد میباشد.

رکتم از طبقات ذیل تشکیل شده است:

- ۱- طبقه مخاطی - توسط یک طبقه حجرات اپیتل استوانی فرش و دارای سه تبارز مستعرض بنام Plica transversalis میباشد.
- ۲- طبقه تحت المخاط - در این طبقه مخصوصاً قسمت سفلی امپولا و تمام کانال انان یک شبکه غنی وریدی بنام ضفیره وریدی باسوری و یک تعداد فولیکولها قرار دارد.

۳- طبقه عضلی - حلقوی و طولانی بوده طبقه عضلی حلقوی در قسمت سفلی امپولا و کانال انان ضخامه کسب کرده و شکل معصره را بخود میگیرد. عضله طولانی منشی خود را از Taenia coli گرفته و سطح خارجی امعاء مستقیم را میپوشاند.

۴- طبقه مصلی - طوریکه قبلاً گفته شد رکتم قسماً داخل پریتوانی و قسماً خارج پریتوانی میباشد کanal اnal ۵-۶ سانتی متر طول داشته حدود علوی آنرا انورکتل و حدود سفلی آنرا فوچه خارجی انوس میسازد. و توسط طبقة اپیتن Sinus analis ها بنام sinus ها فرش شده در حدود علوی آن یک تعداد قرار داشته که در بسته نمودن فوچه داخلی کanal اnal کمک مینماید خط که روی این سینوس ها قرار دارد بنام Linia sinusa یاد میشود در فواصل این سینوس ها یک تعداد التوات طولانی بنام Columna rectalis دیده میشود. سفلی تر از خط سینوس یک منطقه استوانی بنام Zona alba قرار دارد و ناحیه که جلد عجان به مخاط کanal اnal تحول مینماید بنام Linia anocutanea یاد میشود.

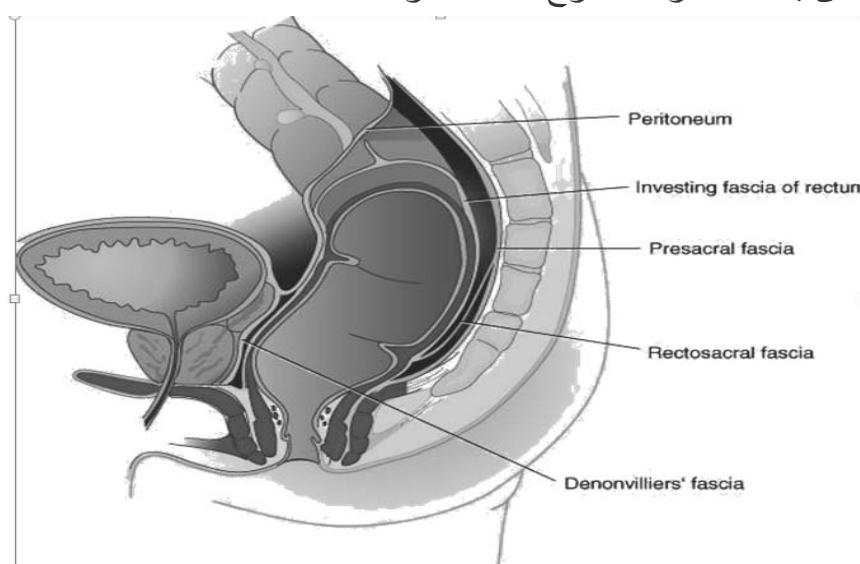
معصره داخلی - عبارت از ضخامه طبقة عضلی حلقوی در ناحیه کanal اnal بوده که از الیاف عضلی ملساء غیرارادی تشکیل شده و اسپرم و تقclus آن در فیسور اanal و دیگر آفات مقعدی رول مهم بازی مینماید.

معصره خارجی - در وجه خارجی معصره داخلی قرار داشته از عضلات مخطط ارادی تشکیل شده و دارای سه قسمت میباشد:

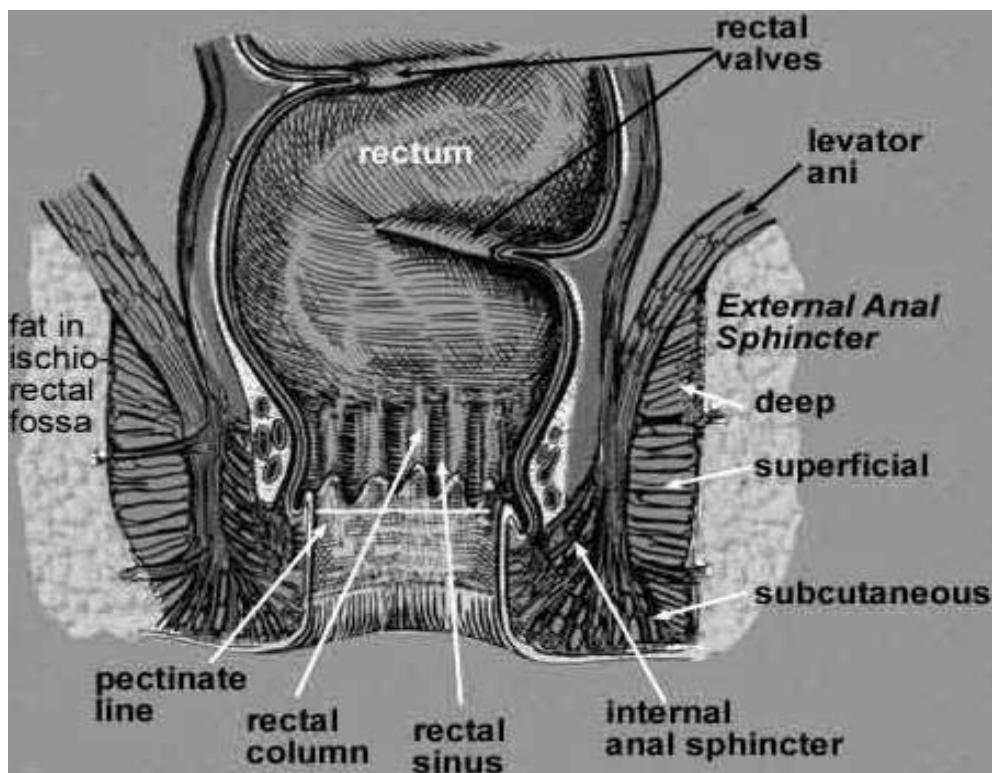
۱ - معصره خارجی تحت جلدی - در نهایت سفلی کanal اnal و محیط خارجی معصره داخلی قرار دارد.

۲ - معصره خارجی سطحی - با عظم عصص در خلف اتصال دارد.

۳ - معصره خارجی عمیق - در ناحیه علوی کanal اnal موقعیت داشته و الیاف آن با عضله رافعه شرج اتصال دارد.



شکل (۱-۶) انتومی جراحی رکتم و کanal مقعدی

شکل (٢ - ٦) وجه داخلی رکتم و کانال مقعدی با معتبرات آن^{١٣}

ارواه رکتم

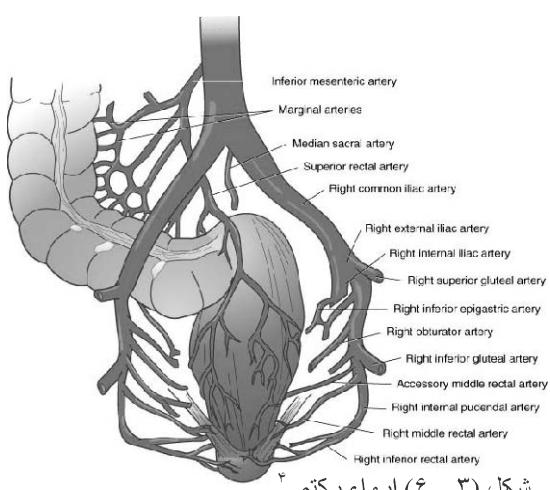
۱ - شریان باسوری علوی - به شعبه راست و چپ تقسیم شده و شعبه راست دوباره به دو شعبه نهائی تقسیم میگردد.

۲ - شریان باسوری متوسط

۳ - شریان باسوری سفلی اورده رکتم

۱ - ورید باسوری علوی و متوسط خون وریدی نصف علوی کانال مقعدی انتقال داده و به ورید مساريقی سفلی میريزد.

۲ - ورید باسوری سفلی - خون

شکل (٣ - ٦) ارواء رکتم^٤

وریدی نصف سفلی کانال مقعدی و خون ضفیره تحت الجلدی محیط مقعدی را انتقال داده و در هر طرف به ورید حرققی ظاهر وصل میگردد.

دریناژ لنفاوی

- ۱ - لف نصف علوی کانال مقعدی به عقدات لنفاوی خلف رکتم و از آنجا به عقدات لنفاوی مساريقی سفلی میریزد.
- ۲ - لف نصف سفلی کانال مقعدی به عقدات لنفاوی سطحی مغبنی و از آنجا به عمیق مغبنی میریزد.

اعصاب - عبارتند از:

Plexus rectalis Superior: قسمت علوی رکتم را تعقیب و دارای الیاف سیمپاتیک بوده از Plexus mesentericus superior منشأ میگیرد. Plexus rectalis media و inferior از ضفیره مساريقی منشأ گرفته و بالآخره عصب رکتم سفلی که یک شعبه عصب Pudendus است معصره خارجی و جلد محیط مقعد را تعصیب مینمایند.

بواسیر Hemorrhoids (Piles)

تعريف - هیموروئید یا بواسیر عبارت از varicose venectasis یا ضفیره وریدی باسوری میباشد.

وقوع مرض - مرض زیادتر در مردان، کمتر در زنان و نادرآ در اطفال مشاهده میشود لاتن وقوعات مرض بین سنین ۳۰ - ۵۰ سالگی زیاد بوده و بعد از سن ۵۰ سالگی تقریباً ۷۰٪ اشخاص اورام باسوری دارند ولی یکتعداد کم شان مترافق با اعراض میباشد.

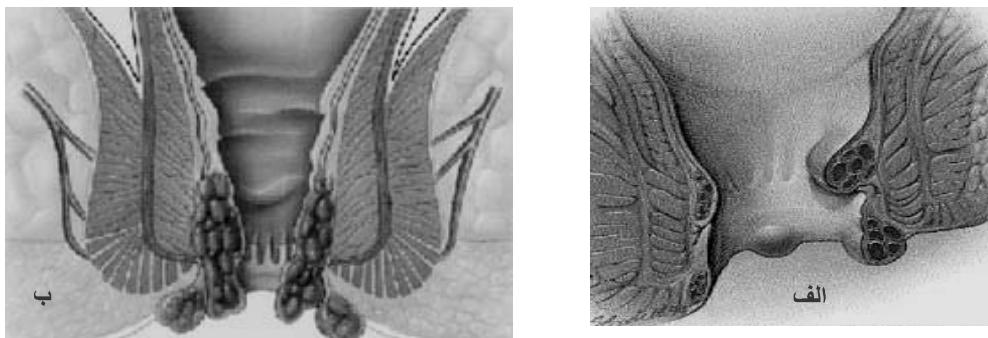
انواع بواسیر

ورم باسوری نظر به موقعیت مختلف ا Anatomiک شان به سه نوع میباشد:

۱- بواسیر داخلی (Internal hemorrhoids) - بطرف داخل مقعدی قرار داشته و توسط مخاط پوشیده شده است.

۲- بواسیر خارجی (External hemorrhoids) - بطرف خارج فوحه مقعدی قرار داشته و توسط جلد پوشیده شده است.

۳- بواسیر داخلی و خارجی (Internoexternal hemorrhoids) - دو شکل فوق با هم یکجا موجود است.



شکل (۴ - ۶) انواع بواسیر. الف - بواسیر داخلی و خارجی. ب - شکل مختلط (Internoexternal) (13)

بواسیر داخلی (Internal Hemorrhoids)

عبارة از توسع ضفیره وریدی داخلی و قسمت های علوی ضفیره باسوری سفلی میباشد بخارط باشد که نسبت ارتباط بین ضفیره باسوری داخلی و خارجی در صورتیکه اولی توسع نماید دومی نیز در حادثه اشتراک مینماید.

اسباب

الف - فکتور های مساعد کننده مرض (Predisposing Factors)

- ۱- ضعیفی ولادی جدار اورده و یا اروای شریانی زیاد غیرنارمل ضفیره رکتل
- ۲- قرار گرفتن شعبات جمع کننده اساسی ورید باسوری علوی در یک نسخه سست و بدون تقویه تحت المخاطی.

۳- تحت فشار قرار گرفتن شعبات علوی باسوری در اثنای فعل تغوط (این اورده از میان انساج عضلی عبور مینماید.)

۴- عدم موجودیت دسام در ورید رکتل علوی

ب - فکتور های تحریک کننده (Exciting Factors)

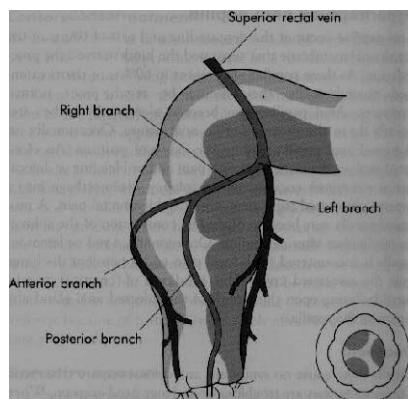
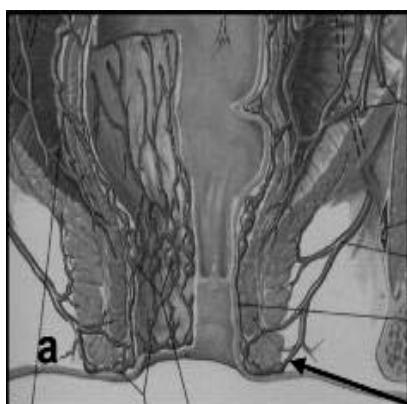
- ۱- زور زدن از باعث قبضیت و یا گرفتن مسھلات زیاد
- ۲- زور زدن در اثنای فعل تبول (مثلًا ضخامه غده پروستات)

۳- حاملگی

۴- کارسینومای رکتم

پتوژنی

هیموروئید داخلی اکثرًا در سه ناحیه کanal مقعدی یعنی ساعت ۳، ۷ و ۱۱ در حالیکه مریض وضعیت lithotomy دارد مشاهده میشود که این توضع به سیر شعبات شریان باسوری علوی نسبت داده میشود. بواسیر داخلی در ناحیه انورکتل ring قرار داشته و توسط مخاط گلابی رنگ پوشیده شده. اورام باسوری داخلی به مرور زمان بزرگ شده و به شکل دکمه یا خریطه ها در کanal اнал پائین آمده از اینرو اورام باسوری داخلی را به درجات ذیل تصنیف نموده اند:



شکل (۵ - ۶) ضفیره باسوری رکتم در یک مقطع جنبی و موقعیت کلاسیک بواسیر در ساعت ۳، ۷ و ۱۱
نظر به توضع او عیه مقعدی ^۶

- ۱- ورم باسوری درجه I – اینواع بواسیر نزف داده اما از فوحه مقعدی خارج نمیشود.
- ۲- ورم باسوری درجه II – ورم باسوری در اثنای فعل تغوط از فوحه مقعدی خارج شده لاکن بصورت بنفسه و یا توسط داکتر دوباره ارجاع شده و بعداً بحال ارجاع شده باقی میماند.
- ۳- ورم باسوری درجه III – بواسیر دراین شکل بطور دائمی بحال prolapse قرار دارد.

تظاهرات سریری اعراض

- ۱- نزف – در ابتداء خفیف و به شکل خط روی مواد غایطه مشاهده شده با پیشرفت مرض نزف زیاد برنگ سرخ روشن در اثنای فعل تغوط ظاهر میگردد و به شکل متقطع برای ماه ها و سالها ادامه پیدا میکند.
- ۲- پرولایپ از فوحه مقعدی – در ابتداء خفیف بوده و صرف در اثنای فعل تغوط بوجود میاید و بصورت بنفسه ارجاع میگردد اما با گذشت زمان و پیشرفت مرض بصورت بنفسه ارجاع نشده و باید مریض توسط دست آنرا ارجاع نماید. در اشکال مؤخر مرض بدون فعل تغوط در اثنای کار و بصورت دائمی بحال prolapse باقی میماند.
- ۳- افرازات مخاطی و خارش (Discharge and pruritus) – که اکثرا در شکل بواسیر پرولایپ شده مشاهده شده و درنتیجه آن خارش مقعدی بوجود میاید.
- ۴- درد – این عرض در اشکال اختلاطی مرض از قبیل پرولایپ، ترومبوزو گانگرین مشاهده میشود.

علایم

در معاینه با تفتش ممکن چیزی دریافت نشود لاکن در اشکال پیشرفتی مرض ممکن التوات اضافی و با tag جلدی در ساعت ۱۱، ۱۷ و ۲۱ مقعدی مشاهده شود و در صورتیکه مریض زور بزند ممکن بواسیر داخلی بشکل گذری مشاهده شود و در صورت بواسیر درجه III بشکل پرولایپ باقی میماند. با معاینه توسط انگشت بواسیر داخلی که پرولایپ نکرده و یا به ترومبوز معروض نشده قابل جس نبوده و بواسیر درجه III بشکل یک برآمدگی نرم غشای مخاطی قابل تشخیص میباشد. در معاینه پروکتوسکوپی هرگاه بواسیر داخلی موجود باشد اورام باسوری پائین ترازانورکتل ring بشکل برآمدگی داخل پروکتوسکوپ مشاهده میشود.

اختلالات

- ۱- نزف و افر - این نزف اکثراً خارجی بوده لاکن بعد از کش شدن و برگشت بواسیر خون دهنده بداخل کانال مقعدی میتواند داخلی باشد و رکتم حاوی خون میباشد.
- ۲- اختناق - زمانی مشاهده میشود که بواسیر داخلی پرولایپ شده توسط معصره خارجی تحت فشار قرارگیرد و در نتیجه احتقان زیاد و باعث درد شدید میگردد.
- ۳- ترومبوز - بواسیر معروض به ترومبوز برنگ بنفش تاریک یا سیاه مشاهده شده و قوام سخت دارد در این شکل درد تدریجاً ازبین رفته اما حساسیت ادامه پیدا میکند.
- ۴- تقرح - تقرح سطحی مخاط اکثراً همراه با بواسیر اختناقی و ترومبوز میباشد.
- ۵- گانگرین - این اختلاط در صورت اختناق شدید که باعث ماؤف شدن ارواء شریانی بواسیر شود بوجود آمده و نکروز ناحیه اکثراً سطحی و موضعی میباشد.
- ۶- استحاله لیفی - برنگ سفید مشاهده شده در اول بدون زنب (Sessile) بوده لاکن بعداً زنب دار شده و شکل پولیپ لیفی را میگیرد.
- ۷- تقطیح - در این شکل درد به شکل لق زدن (Thrombbing) همراه با تورم محیط مقعدی موجود بوده و در نتیجه آبسه محیط مقعدی و یا تحت المخاطی بوجود میاید.
- ۸- Pylephlebitis - نادرآ در اثر انتشار انتان به ورید باب مشاهده میشود

تداوی

- ۱- تداوی محافظه کارانه - مریض از زور زدن در اثنای فعل تغوط خودداری نماید و ترانزیت معائی توسط Laxative یا گرفتن مقدار زیاد مایعات تنظیم شود. و در اشکال التهابی و پرولایپ دائمی پانسمان های متكرر توسط گلسرین و تانیک اسید باید اجراء شود و توسع مقعد با دست صورت گیرد.
- ۲- تداوی جراحی
 - تداوی زرقی - این تداوی در بواسیر نزفی درجه I استطباب داشته که به کمک پروتوسکوپ ۳ - ۵ سی سی فینول ۵% در روغن بادام در قاعده ورم باسوری زرق شده و اکثراً سه زرق به فاصله ۶ هفته لازم میباشد.
 - تداوی توسط Banding (Rubber Band Ligation) - این تداوی در هیموروئید درجه II استطباب داشته که توسط جهاز

Barron's banding تطبیق میگردد و در هر بار صرف ۲ ورم باسوری بسته میگردد.

-۳ - Cryosurgery - در این تداوی از نایتروجن مایع 196°C - بصورت موضعی به منظور نکروز ورم باسوری استفاده میشود.

-۴ Infrared - عبارت از تطبیق موضعی Photocoagulation coagulation میباشد.

-۵ Hemorrhoidectomy - که در بواسیر درجه III، عدم مؤثریت تداوی های فوق در بواسیر درجه II، بواسیر فیروزی و بواسیر داخلی و خارجی یا شکل مختلط استطباب دارد. و تکنیک عملیات بعد از آماده ساختن امعاء برای مداخله جراحی عبارت از Excesion/Ligation (طریقه باز) و یا Excesion/Suture (طریقه بسته) میباشد.

اختلالات بعد از عملیات

الف - اختلالات مقدم - عبارت از درد، احتباس ادرار و نزف عکس العملی میباشد.

ب - اختلالات مؤخر - نزف ثانوی، تضیق مقعد، فیسور انان و آبسه تحت المخاطی است.

بواسیر خارجی (External Hemorrhoids)

بواسیر خارجی ترومبوزی (Thrombosed external hemorrhoids) یا عبارت از یک علقه کوچکی است که در نسج منظم Perianal hematoma تحت الجلدی محیط مقعد بوجود میاید.



شكل (۶ - ۶) بواسیر خارجی ترومبوزی

تظاهرات سریری

بواسیر ترومبوزی به شکل یک کتله دردناک برنگ بنفس تاریک و یا سیاه بصورت آنی ظاهر شده بامعاینه یک کتله شبیه الوسیاه رنگ که با جس شدیداً حساس میباشد دریافت میگردد.

تحت انتیزی موضعی کتله شق شده و کنارهای جرمه کمی برداشته میشود تا توسعه نسج گرانولیشن پر شود.

فیسور اнал Anal Fissure (Fissure in Ano)

عبارةت از یک قرحة طویل در امتداد محور طولانی قسمت سفلی کانال انان است که اکثراً در خط متوسط خلفی (۹۰٪ مرد ها و ۷۰٪ خانم ها) بعضاً در خط متوسط قدامی و نادرآ متعدد میباشد.

اسباب – عبارت است از:

- ۱ - کتله سخت غایطی
- ۲ - امراض التهابی امعاء
- ۳ - اجرای عملیات بواسیر به شکل نادرست که در آن جلد زیاد برداشته شده باشد.
- ۴ - انتانات زهروی

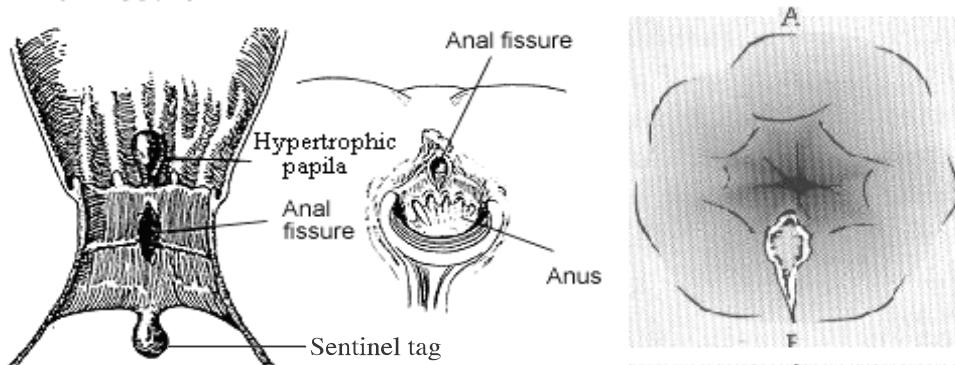
پتولوژی

فیسور انان میتواند حاد و یا مزمن باشد.

الف: فیسور انان حاد – عبارت از یک انشاق عمیق در جلد حافه مقعدی است که بداخل کانال انان تمادی دارد و در حافه فیسور اذیما و ارتضاح التهابی خفیف موجود بوده و مترافق با اسپزم معصره مقعدی میباشد.

ب: فیسور انان مزمن – فیسور انان مزمن شکل زورقی یا کاج مانند را داشته و در نهایت سفلی آن اکثراً یک tag جلدی که بنام Sentinel pile یاد میشود موجود است کنار های آن التهابی ارتضاحی بوده در قاعده قرحة نسج ندبی و یا کنار سفلی معصره داخلی مشاهده میشود اسپزم معصره داخلی موجود بوده در این شکل مرض انتان معمول است که ممکن شدید و باعث تشكیل آبسه گردد.

Anal Fissure



شکل (۷ - ۶) فیسور انان در خط متوسط خلفی (۹۰٪ مرد ها - ۷۰٪ خانم ها) و tag با Hypertrrophic papilla^{۱۵}

تظاهرات سریری

اعراض

- ۱- درد - از جمله عرض مهم مرض بوده که در نصف سفلی کانال مقدی موقعیت داشته و در اثنای فعل تغوط بوجود می‌آید. درد وصف جرمه قاطعه را داشته یک ساعت و یا بیشتر از آن دوام مینماید.
- ۲- نزف - اکثرآ خفیف بوده و به شکل خط روی مواد غایطه و یا کاغذ تشنب دیده می‌شود.
- ۳- افزایشات مخاطی - خفیف بوده و در شکل مزمن مرض دیده می‌شود.
- ۴- قبضیت

علیم

- ۱- tag Sentinel skin که در شکل مزمن مرض مشاهده می‌شود.
- ۲- مقعد بصورت محکم بسته بوده و شکل جمع شده را دارد.
- ۳- در صورت دور نمودن کنارهای مقدی با ملامیت و احتیاط، نهایت سفلی فیسور در خط متوسط خلفی و یا قدامی مشاهده می‌شود چون معاینه مقدی نزد این مریضان باعث درد شدید می‌گردد بناءً در اجرای آن کوشش نشود مگر اینکه فیسور مشاهده نشود و یا اینکه احتمال سایر پتولوژی داخل رکتم موجود باشد. که در اینصورت باید قبل از اجرای این معاینه انتیتیک موضعی استفاده شود.

تشخیص تفریقی

فیسور انانل باید با امراض ذیل تشخیص تفریقی شود:

- ۱- کارسینومای مقدی
- ۲- با فیسور های متعدد از باعث اختلاط امراض جلدی از قبیل خارش، اعراض التهابی امعاء و عمل Homosexual
- ۳- با قرحة توپرکلوزیک
- ۴- با Proctalgia Fugas

تداوی

هدف تداوی فیسور انانل ایجاد استرخاء تمام معصره داخلی مقدی بوده تا بدینترتیب اسپرم رفع و فیسور تدریجاً التیام نماید.

تداوی محافظه کارانه

- ۱- Sphincterotomy توسط مواد کیمیاوی - که به این منظور مرحم Glyceryl Trinitrate 0.2% بطور موضعی در کانال انانل تطبیق و باعث استرخاء معصره و التیام قرحة می‌گردد.

۲- توسع مقعدی - بعد از تطبیق مرحم Xylocaine بداخل مقعد یک dilator کوچک داخل مقعد شده و در سورتیکه درد نباشد میتوان dilator بزرگ نیز داخل شود.

۳- مسهلات - به منظور نرم شدن مواد غایطه و تغوط آسان تداوی جراحی

۱- عملیات Lord's - تحت انستیزی عمومی مقعد توسع داده میشود.

۲- Lateral anal sphincterotomy - در اینصورت معصره داخلی مقعد در جنب طرف راست و یا چپ دورتر از فیسور قطع میگردد.

۳- Sphinctrectomy Dorsal fissurectomy - عبارت از قطع الیاف مستعرض معصره داخلی در زمین فیسور و برداشتن Sentinel tag در صورت موجودیت بوده تداوی بعدی شامل مراقبت امعاء، حمام های روزانه و تطبیق dilator مقعدی الی ترمیم جرحه میباشد.

آبشه های انورکتل Ano – Rectal Abscess

اسباب - اسباب آبشه های انورکتل عبارتند از:

۱- انتان غده مقعدی ۹۰%

۲- نفوذ جدار رکتم مثلاً توسط استخوان ماهی

۳- انتشار و وسعت فورانکل جلدی

۴- نیوپلازم رکتم

۵- مرض کرون

Diabetes mellitus -۶

AIDs -۷

عوامل میکروبی

در آبشه های انورکتل انواع مختلف ژرم دریافت شده که این ژرم ها عبارتند از:

(60%) E.Coli -۱

(23%) Staphylococcus Aureus -۲

Bacteroides -۳

Streptococcus -۴

Proteus -۵

تصنیف آبسه های انورکتل

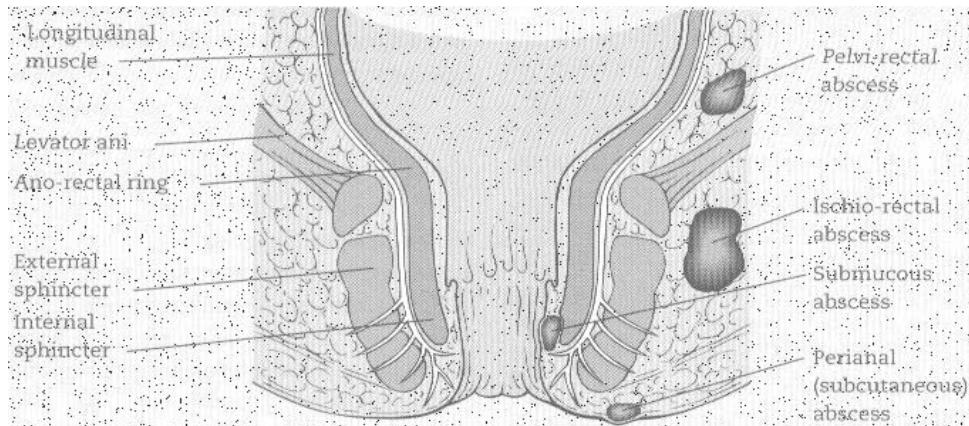
این آبسه ها به چهار نوع تصنیف شده است.

۱ - (60%) Perianal abscess

۲ - (30%) Ischiorectal abscess

۳ - (5%) Submucosal abscess

۴ - (5%) Pelvirectal abscess



آبسه های محیط مقعدی یا Perianal

این نوع آبسه اکثراً در نتیجه تقطیح یک غده مقعدی که بطرف سطح انتشار کرده و در ناحیه تحت الجلدی معصره خارجی قرار میگیرد بوجود میاید. همچنان آبسه مذکور ممکن در نتیجه بواسیر خارجی ترومبوزی بوجود آید.

تظاهرات سریری

اعراض آبسه های مذکور تب و درد ناحیه محیط مقعدی بوده با معاینه یک کتله مدور سیستیک بسیار حساس به جسامت یک دانه گلاس در کنار مقعدی پائین تر از خط dentate دریافت میگردد.

تداوی

دریناژ آبسه توسط یک شق صلیبی میباشد.

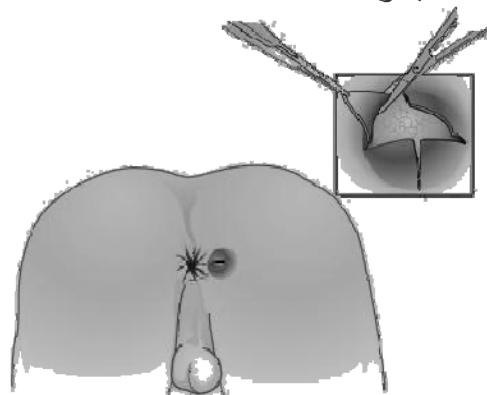
آبسه های Ischiorectal

این نوع آبسه در اثر انتشار وحشی آبسه مقعدی بین العضلی سفلی از میان معصره خارجی بوجود میاید. نادرآ انتان از طریق دموی و یا لنفاوی به این ناحیه میرسد درصورتیکه این آبسه ها بصورت مقدم تخیله نشود حفره

Ischiorectal مقابله نیز اشغال شده و باعث تشكل آبسه نعل مانند میگردد و فوچه داخلی آن بداخل کanal مقعدی بازمیگردد.

تظاهرات سریری

اعراض این آبسه ها تب و درد در طرف مربوطه کanal مقعدی میباشد و در معاینه اکثراً تب $101F^{\circ}$ با یک تورم شدید و حساس قابل جس در زمین Fossa ischiorectal در طرف مربوطه دریافت میگردد.



تداوی

دریناژ آبسه توسط یک شق صلبی بوده که بعد از خاموش شدن انتان حاد دوباره جرحه با دقت تفتيش شود و در صورت دریافت فوچه فیستول و ارتباط آن با کanal مقعدی مانند فیستول انان تداوی شود.

شکل (۹ - ۶) دریناژ آبسه انورکتل توسط یک شق صلبی

آبسه های تحت المخاطی
اینوع آبسه ها در فوق خط Dentate وجود میابد.

تداوی

در صورتیکه به تعقیب تداوی زرقی بواسیر بوجود آمده باشد اکثراً رشف شده در غیر آن توسط Sinus forceps به کمک پروکتوسکوپ شق میگردد.

آبسه های Pelvirectal

اینوع آبسه ها در بین سطح فوکانی عضله رافعه شرج و پریتوان حوصلی قرار دارد و شباهت به آبسه های حوصلی دارد.
در این آبسه ها اعراض موضعی کم بوده و اعراض عمومی زیاد میباشد.

فیستول های انورکتل

Fistula in Ano

تعریف – عبارت از یک قنات است که توسط نسج گرانولیشن فرش شده و عمیقاً با کanal مقعدی یا رکتم یا خارج با جلد محیط مقعد ارتباط دارد.

اسباب – اسباب فیستول های مقعدی عبارتند از:

- ۱- آبسه های انورکتل که بصورت بنفسه سیر کرده و یا اینکه بصورت قسمی باز شده است.
- ۲- نفوذ اجسام اجنبي
- ۳- انتان توپرکلوز
- ۴- کولیت قrhoی
- ۵- مرض کرون
- ۶- کارسینومای colloid رکتم
- ۷- متقیح Hidradenitis

انواع فیستول های انورکتل

- ۱- فیستول های سطحی یا Low level – این فیستول ها بداخل کanal اnal پائین تر از Anorectal ring باز میگردد.
- ۲- فیستول های عمیق High level – این فیستول ها بداخل کanal مقعدی در حذای Anorectal ring و یا علوی تر از آن باز میگردد.

تصنیف

فیستول های انورکتل نظر به موقعیت و ارتباط شان با معصره داخلی و خارجی قرار ذیل تصنیف شده اند:

الف: تصنیف اнатومیک یا ستتردرد:

- ۱- فیستول های تحت الجلدی (Low level) در تحت جلد محیط مقعد قرار داشته و عموماً سیر مستقیم دارد.
- ۲- فیستول های تحت المخاطی (Low level) از خارج در ناحیه محیط مقعدی کدام علامه مرضی مشاهده نمیشود.
- ۳- فیستول های (Low level) Low anal
- ۴- فیستول های (Low level) High anal
- ۵- فیستول های (High level) Pelvirectal

ب: تصنیف :Parks

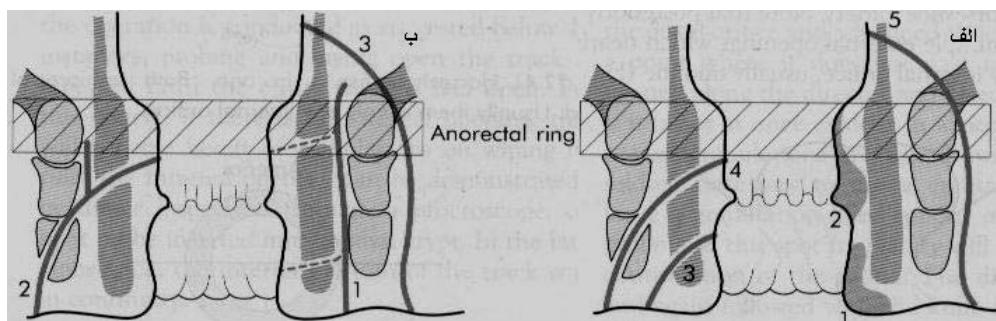
۱ - (High level) Intersphincteric

۲ - Transsphincteric

الف - سطحی (Low level)

ب - عمیق (High level)

۳ - (High level) Supratevator

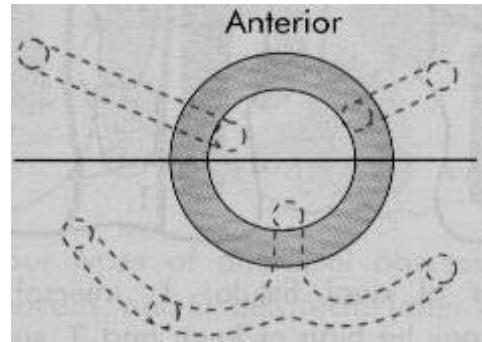


شکل (۱۰ - ۶) الف - تصنیف اتو میک فیستول های انورکتل، ب - تصنیف Parks^۹

ظاهرات سریری

نزد این مریضان اکثراً یک تاریخچه آبسه انورکتل در ابتداء موجود بوده که از آن افزایشات مصلی قیحی جریان پیدا کرده و به تعقیب آن از حملات متکرر انتان محیط مقعدی و آمدن چرک به شکل دوامدار یاد آور میشوند.

با معاینه فوچه خارجی فیستول در محیط مقعد مشاهده شده و فوچه داخلی ممکن با معاینه مقعدی جس شود. باید گفت که معاینه توسط سند Probe دردناک بوده و باید تا زمانیکه مریض انستیزی میگیرد به تعویق اندادته شود. ارزیابی درست وسعت مجرای فیستول بالخصوص ارتباط آن به معصره مقعدی بسیار مهم و با ارزش میباشد.



شکل (۱۱ - ۶) قانون Goodsall^۹ - این قانون چنین حکم میکند که هرگاه در وضعیت نسائی از وسط مقعد یک خط مستعرض کشیده شود فیستول های که فوچه خارجی آن در قدام این خط قرار دارد دارای مجرای مستقیم بوده در حالیکه هرگاه فوچه خارجی شان در نصف خلفی قرارداشته باشد اکثراً دارای مجرای منحنی شکل بوده و در خط متوسط خلف مقعد باز میگردد.

در صورت مشکوک بودن التراسوند داخل مقعدی (Endoanal ultrasounds) یا (MR) Magnetic resonance میتواند انatomی فیستول را بصورت واضح نشان دهد.

تداوی

فیستول های سطحی و Low level را که در آن خطر قطع شدن معصره موجود نمیباشد و یا صرف قسمت تحت جلدی معصره خارجی و داخلی قطع میشود و باعث عدم اقتدار معصره نمیگردد بعد از شق باز گذاشته شده تا توسط گرانولیشن ترمیم گردد.

و باید بخاطر باشد که صرف فیستول های به این میتوود تداوی میشوند که بصورت واضح پائین تر از Anorectal ring قرار دارند بناءً ارزیابی دقیق قبل از عملیات مهم میباشد.

در فیستول های علوی (Supra-sphincteric Trans-sphincteric عمیق) صرف قسمت سفلی فیستول بعد از شق باز گذاشته شده و از مجرای قسمت علوی آن یک خیاطه قوی غیر قابل رشف (مثلا Nylon) که بنام Seton یاد میشود عبور داده شده و محکم گره زده میشود و برای مدت ۳-۲ هفته گذاشته شده تا معصره تدریجاً قطع و دو نهایت آن توسط نسج ندبی وصل گردد و باید گفت که باز گذاشتن سرتاسر مجرای فیستول های Supra-sphincteric از باعث قطع تام معصرات باعث ایجاد Incontinence میگردد.

تضییق کانال مقعدی

تصنیف - ولادی

- ترضیضی - مخصوصاً بعداز عملیات از باعث برداشتن بسیار زیاد جلد و مخاط در عملیات Hemorrhoidectomy .
- التهابی - مانند Lymphogranuloma inguinale (اکثراً در خانمها) مرض کرون و کولیت قرحوی
- بعد از تداوی شعاعی.
- نیوپلازم شکل Infiltrating .

تداوی - مربوط به عامل سببی مرض بوده و ممکن ایجاد توسعه متکرر مقعدی، جراحی پلاستیک، Defunctioning colostomy و یا در وقایع امراض خبیثه برداشتن رکتم را نماید.

پرولاپس رکتم Prolapse Of The Rectum

تعريف - پرولاپس رکتم عبارت از لغزیدن و یا بخارج برآمدن غشای مخاطی و یا تمام طبقات رکتم میباشد بناءً نظر به اینکه تنها غشای مخاطی و یا تمام طبقات رکتم بخارج پرولاپس می نماید. پرولاپس رابه پرولاپس قسمی و یا تمام تقسیم نموده اند.

۱- پرولاپس قسمی (Partial prolapse) - در اینصورت صرف غشای مخاطی و تحت المخاطی روی طبقات عمیقه لغزیده واز فوچه مقعدی خارج شده واکثرًا مربوط به آنوس میباشد.

از نظر سریری مانند یک آستینچه متغلف بوده که ۲.۵ - ۵ سانتی متر از فوچه مقعدی خارج میگردد. رنگ آن در صورت عدم انضمام انتان سرخ روشن بوده با جس درد ناک نبوده و چون صرف از دو طبقه مخاطی متغلف تشکیل شده بناءً ضخامت آن نازک بوده که این نکته در تشخیص تفریقی آن از سایر انواع پرولاپس دارای اهمیت میباشد.

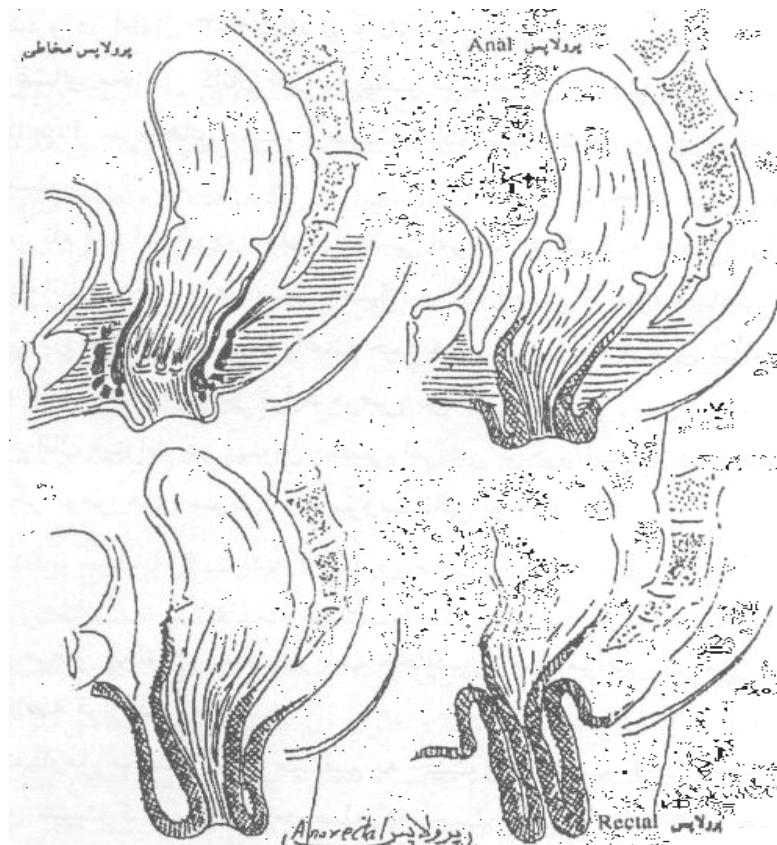
۲- پرولاپس تمام (Complete prolapse) - در این نوع پرولاپس تمام طبقات رکتم اشتراک کرده و نظر به اینکه عروه خارج شده مربوط کدام قطعه امعا مستقیم است نام همان قطعه را گرفته مثلاً پرولاپس آنال، پرولاپس امپولر یا رکتل، و در صورت که پرولاپس مربوط هر دو قطعه امعا مستقیم باشد بنام پرولاپس انورکتل یاد می شود.

پرولاپس آنال - نادرًا طویل تر از ۵ سانتی متر بوده و شکل نصف کروی را دارد و در این نوع پرولاپس یک تعداد اتلام طولانی روی غشای مخاطی مشاهده می شود حدود علوی آن به جلد تمادی دارد و در بعضی موارد جهاز معصروی نیز به خارج پرولاپس مینماید که باید در هر واقعه پرولاپس توسط جس تعیین گردد.

پرولاپس انورکتل - طول آن تا ۱۵-۱۰ سانتی متر رسیده میتواند به شکل یک آستینچه متغلف و استوانه ای بوده در مراحل ابتدائی دارای یک تعداد اتلام حلقوی یا عرضانی میباشد در حالیکه در شکل مکمل و مزمن وجه خارجی آن املس و کش شده میباشد. بعضًا با عدم اقتدار تمام معصره همراه بوده و در وقایع پیشرفتہ جوف دوگلاس زیاد عمیق شده و در قدام عروه پرولاپس شده به شکل کیسه جس

میگردد و در صورتیکه محتوی آن امعا باشد در وقت ارجاع صدای gurgle شنیده میشود.

پرولاپس امپول – در این نوع پرولاپس کانال اнал موقعیت اناتومیک خویش را حفظ کرده در حالیکه امپول رکتم با تمام طبقات خویش به تنهاei کانال انان را عبور مینماید که نادرآ تصادف میشود.



شکل (۱۲ - ۶) اشکال مختلف پرولاپس انورکتل^۱

اسباب

پرولاپس در دونهایت حیات یعنی اطفال ۱ - ۳ ساله و اشخاص مسن زیاد مشاهده می شود خانمها نظر به مردها زیادتر مصاب میگردد در اطفال خورد سال و کوکان پرولاپس ناتام نظر به سایر انواع آن بیشتر مشاهده شده و در اطفال ۴-۳ ساله نوع تام بیشتر دیده می شود.

لغزش غشای مخاطی کانال انال را بیشتر مربوط به سست بودن نسج استنادیه شان میدانند. Proctitis، سرفه های معند، قبضیت زیاد، اسهالات دوامدار در جمله اسباب آن ذکرگردیده است.

پرولایپس تام در اطفال در پهلوی بعضی از امراض که عامل تولید کننده آن به شمار میروند مانند سنگ مثانه، تضیق احلیل، سنگ احلیل، وغیره مشاهده میشود پرولایپس در خانم ها بیشتر از باعث حمل های متکرر، کارها ی شاقه بوجود آمده وجهد یک عامل مهم در تولید مرضا میباشد.

پرولایپس انال میتواند در پهلوی بعضی امراض دیگر این ناحیه مثلاً بواسیر، پولیپ و دیگر تومورهای سویق دار بصورت تالی بوجود آید.

تداوی

تداوی پرولاس قسمی

الف: در کودکان و اطفال - مرض بصورت بنفسه شفایاب شده با وجود آنهم اهتمامات ذیل شفایابی را سریع میسازد.

۱- ارجاع پرولایپس توسط دست - به مادر طفل توصیه شود تا پرولاس را دوباره ارجاع نماید هرگاه طفل مصاب سوء تغذی باشد باید تغذی طفل اصلاح و منظم گردد همچنان رژیم مایع، تغوط بصورت خوابیده و تثبیت هردوبارزه الیوی توسط لوکوپلاست بعداز فعل تغوط بعضاً مفید ثابت می شود.

۲- زرق تحت المخاطی مواد Sclerosant - از این تداوی در صورت عدم مؤثریت تداوی فوق استفاده می شود.

۳- عملیات Thiersch - در اینصورت فوحه مقدی توسط یک wire و یاخیاطه نیلون تنگ ساخته شده تا مانع پرولاس گردد.

ب: در کاهلان -

۱- زرق تحت المخاطی مواد Sclerosant که در اشکال مقدم پرولایپس بعضاً مفید ثابت میگردد.

۲- برداشتن مخاط پرولایپس شده.

تداوی پرولایپس تام - برای تداوی پرولایپس تام میتودهای زیاد توضیح شده، که اینها عبارت اند از عملیات Thiersch wire و دو میتود دیگری که امروز زیاد تر انجام میگردد یکی تثبیت رکتم در حوصله از طریق بطنی توسط

Delorme's procedure و Polyvinyl sponge دیگر عجان صورت میگیرد.

خارش مقعدی Pruritus Ani

تعريف - Pruritus ani عبارت از یک خارش معند در حذای فوچه خارجی انوس و جلد محیط مقعدی است که جلد ناحیه سرخ و hyperkeratotic بوده و ممکن مرطوب و دارای خراش ها باشد.

اسباب

چهار سبب عمد و اساسی خارش مقعدی عبارت اند از:

۱- اسباب موضعی در مقعد و پارکتم - تمام عوامل که باعث مرطوب شدن جلد مقعدی میگردد مثل عدم توجه به نظافت ناحیه مقعدی، عرق زیاد افزایت مخاطی از باعث بواسیر، التهاب رکتم (Proctitis) التهاب کولون، فیستول مقعدی، نیوپلازم رکتم و کرم های Oxyure میتواند خارش مقعدی را بوجود آورد.

۲- امراض جلدی، مانند Fungal، Pediculosis، Scabies، انتانات Candida albicans

۳- امراض عمومی که مترافق با خارش میباشد مانند مرض شکر، مرض هوچکن ویرقان احتباسی.

۴- خارش Idiopathic- در اینصورت سبب اصلی خارش معلوم نبوده ولی نسبت موجودیت خارش مریض به خارش ناحیه مقعدی ادامه میدهد.

تداوی

سبب اصلی مرض تداوی شود و شکل Idiopathic مرض با مرحم هایدروکورتیزون و توجه به نظافت ناحیه نتیجه بسیار خوب میدهد.

تومورهای رکتم و کانال اнал

تصنیف

الف- تومورهای سلیم.
- ادینوما

- پاپیلوما

- لیپوما

- اندومنتریوما

ب- تومورهای خبيث.

1 - ابتدائی

- ادینوکارسینوما

Squamous carcinoma of lower anal canal -

- تومور کارسینوئید

- لمفوما

2 - ثانوی

در اینصورت رکتم و کانال اнал توسط تومور پروستات، رحم و میتاستاز پریتوان حوصلی اشغال میگردد.

کارسینومای رکتم

کارسینومای رکتم هردو جنس را مساویانه مصاب ساخته و بعد از 20 سالگی در هر سن مشاهده میشود لیکن سنین 50 الی 70 ساله را بیشتر مصاب میسازد کارسینومای رکتم $\frac{1}{3}$ تمام تومور های امعای غلیظه را تشکیل داده است.

اسباب

سبب حقیقی مرض معلوم نبوده و مانند کانسر کولون فکتورهای خطر و مساعد کننده عبارت از موجودیت ادینوما، ادینوماتوزپولیپ فامیلی، و کولیت قrhoی میباشد.

پتولوژی

از نظر ماکروسکوپیک کارسینومای رکتم به اشکال ذیل مشاهده می شود:

۱- شکل قrhoی (Ulcerating) که از جمله معمولترین شکل مرض میباشد.

Papilliferous - ۲

۳- شکل تضیقی (Stenosing) که اکثرا در ناحیه رکتوسگموئید مشاهده می شود.

Colloid - ۴

از نظر میکروسکوپیک ۹۰٪ این تومورها ادینوکارسینوما بوده و به اشکال ذیل میباشد:

۱- Well differentiated carcinoma

۲- Averagely differentiated adenocarcinoma

۳- Anaplastic (Highly undifferentiated) adenocarcinoma

انتشار مرض

۱- انتشار موضعی

الف - انتشار به دورادر رکتوم

ب - اشغال شدن طبقه عضلی

ج - نفوذ در اعضای مجاور از قبیل پروستات، مثانه، مهبل، رحم، عظم عجز، ضفیره عجزی و جدار جنبی حوصله

۲- انتشار لنفاوی - در مرحله اول تومور به عقدات لنفاوی نا حیوی در امتداد او عیه مساريقی سفلی انتشار کرده و در مرحله اخر مرض میتواند بصورت ریتروگراد به عقدات لنفاوی ناحیه حرقی و معنی نیز انتشار نماید و عقدات فوق الترقی نیز میتواند از طریق قنات صدری اشغال شوند.

۳- انتشار دموی : از طریق ضفیره باسوری علوی به ورید باب و از آنجا به کبد و بعد به ریه میرسد.

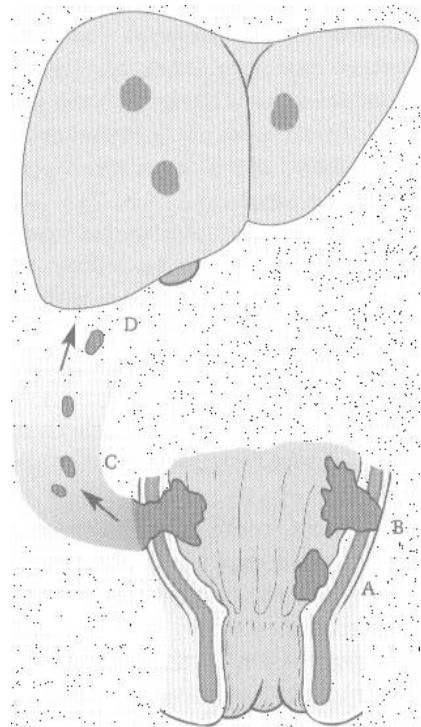
۴- انتشار Trans - coelomic : دانه های سرطانی بداخل جوف پریتوان غرس میگردند.

Staging

وسعت انتشار تومور های رکتوم توسط میتود مولف Dukes بطور بسیار مناسب قرار ذیل تصنیف شده است:

الف - تومور محدود و منحصر به جدار رکتوم بوده و از طبقه عضلی عبور نکرده است.

ب - تومور جدار رکتوم را به صورت تمام اشغال کرده.



ج - عقدات لنفاوی تاحیوی اشغال شده است.

د - میتاستاز به فاصله مثلا در کبد و یا مثانه موجود است.

شکل (۱۳ - ۶) تصنیف Dukes در مورد تومور امعاء غلیظه:

- تومور محدود به جدار امعاء. A - اشغال تمام جدار.

C - اشغال عقدات لنفاوی تاحیوی. D - انتشار به نواحی بعیده

عواقب مرض

انذار مرض مربوط به درجه پیشرفته تومور و قابل تفرقه تودن آن از نظر هستولوژی میباشد که در صورت پیش رفت زیاد و انا پلاستیک بودن تومور انذار خراب است.

تظاهرات سریری

کارسینوما رکتوم در مراحل مقدم حیات نادر نبوده و در صورت که مرض در سن جوانی بوجود آید دارای سیر سریع بوده و با وجود تداوی جذری در ظرف یک سال باعث مرگ میگردد. مرض در مراحل مقدم دارای اعراض جزئی و خفیف بوده بناءً مریض تا شش ماه یا بیشتر از آن به طبیب مراجعه نمیکند.

- نزف - یک عرض ثابت و مقدم مرض بوده که مقدار آن کم و در آخر فعل تغوط مشاهده میشود و بعضاً لباس مریض را خون آلود میسازد و شباهت به نزف بواسیر داخلی دارد بناءً باید در تمام وقایع نزف مقعدی معاینه کانال انانل با دقت اجرا شود.

- احساس تغوط نا تام یا کاذب (Tenesmus) - در این صورت مریض فعل تغوط را انجام داده اما احساس مینماید که رکتم کاملاً تخلیه نشده است این عرض در تومور نصف سفلی رکتم به صورت ثابت موجود بوده و از جمله عرض مهم مقدم مرض به شمار میرود و مریض در یک روز چند مرتبه فعل تغوط را که اکثراً حاوی گاز و مقدار کم مخاط خون الود میباشد انجام میدهد. (اسهال کاذب)

- تشوش در ترانزیت معایی (Alteration in bowel habit) - یک عرض مهم دیگر مرض بوده که به شکل تناوب اسهال و قبضیت مشاهده

میشود و در صورت تومور ناحیه رکتوسگموئید اکثراً قبضیت و در تومور ناحیه امپولا اسهال صحابه مشاهده میشود.

- درد - عرض مؤخر مرض بوده که به شکل کولیکی در مراحل پیش رفته کانسر ناحیه رکتوسگموئید از باعث انسداد مشاهده میشود و در صورت اشغال پروستات و مثانه درد ها شدید شده و اشغال ضفیره عجزی باعث درد های نواحی خلفی و سیاتیک میگردد. ضیاع وزن دلالت به میتابستاز کبدی مینماید.

معاینه بطن - در مراحل مقدم منفی بوده و در صورت تومور انولیر پیشرفت ناحیه رکتوسگموئید ممکن علایم انسداد امعا دریافت شود. در مراحل پیشرفت نه مرض میتابستاز کبدی و حبن از باعث اشغال شدن پریتوان نیز موجود میباشد.

معاينه مقعدی (Per rectal exam) - تقریباً در ۹۰٪ وقایع تومور جس شده که در مراحل مقدم به شکل یک برجستگی و یا نودول با قاعده سخت بوده و زمانیکه مرکز آن تقرح نمود یک فرورفتگی سطحی با حوافری برجسته و به خارج چپه شده با قاعده سخت دریافت میگردد. و تومور ناحیه رکتوسگموئید را میتوان با معاینه Bimanual جس کرد و در صورت که انگشت به تماس مستقیم تومور امده باشد انگشت با خون و یا مواد مخاطی قیحی با مقدار کم خون ملوث میباشد. و در تومور تقرحی کارسینوماتوز $1/3$ سفلی رکتوم عقدات لنفاوی اشغال شده را به شکل تومور بیضوی شکل در فوق تومور در قسمت خلفی و یا خلفی جنبی در انساج خارجی رکتم جس کرده میتوانیم و جهت دریافت میتابستاز باید معاینه مهبلی و Cystoscopy نیز اجرا شود.

معاینات تشخیصیه

- **Sigmoidoscopy** - با این معاینه یک تعداد زیاد تومورها تشخیص شده و بیوپسی اخذ میگردد.

- **اماله باریوم** - این معاینه زمانی استطباب دارد که تومور رانتوانیم توسط معاینه سگموئیدوسکوپی مشاهده کرد و یا احتمال تومور ثانوی (۵٪) تومورهای امعای غلیظه متعدد میباشد) یا کولیت قrhoی و یا پولیپوز فامیلی موجود باشد.

- **التراساوند بطن** - ممکن میتابستاز کبد و یا حبن را تشخیص نماید.

تشخیص تفریقی

تومورها ای قابل جس رکتوم با آفات ذیل تشخیص تفریقی شود:

۱- تومورهای سلیم

- ۲- کارسینومای کولون سگموئید که در جوف دوگلاس پائین آمده باشد و از طریق جدار رکتوم جس شود.
- ۳- میتاستاز تومورها در حوصله
- ۴- تومورهای رحم و تخدان
- ۵- گسترش کارسینومای پروستات و عنق رحم به جدار رکتم
- ۶- مرض دایورتیکولیر
- ۷- اندو میتریوزس
- ۸- Lymphogranuloma inguinale
- ۹- امیبیک گرانولوما
- ۱۰- تومورهای نادر رکتوم
- ۱۱- کتلات غایطی (که اینها علامه وصفی یا کلاسیک دندانه دار را نشان میدهند)

تداوی

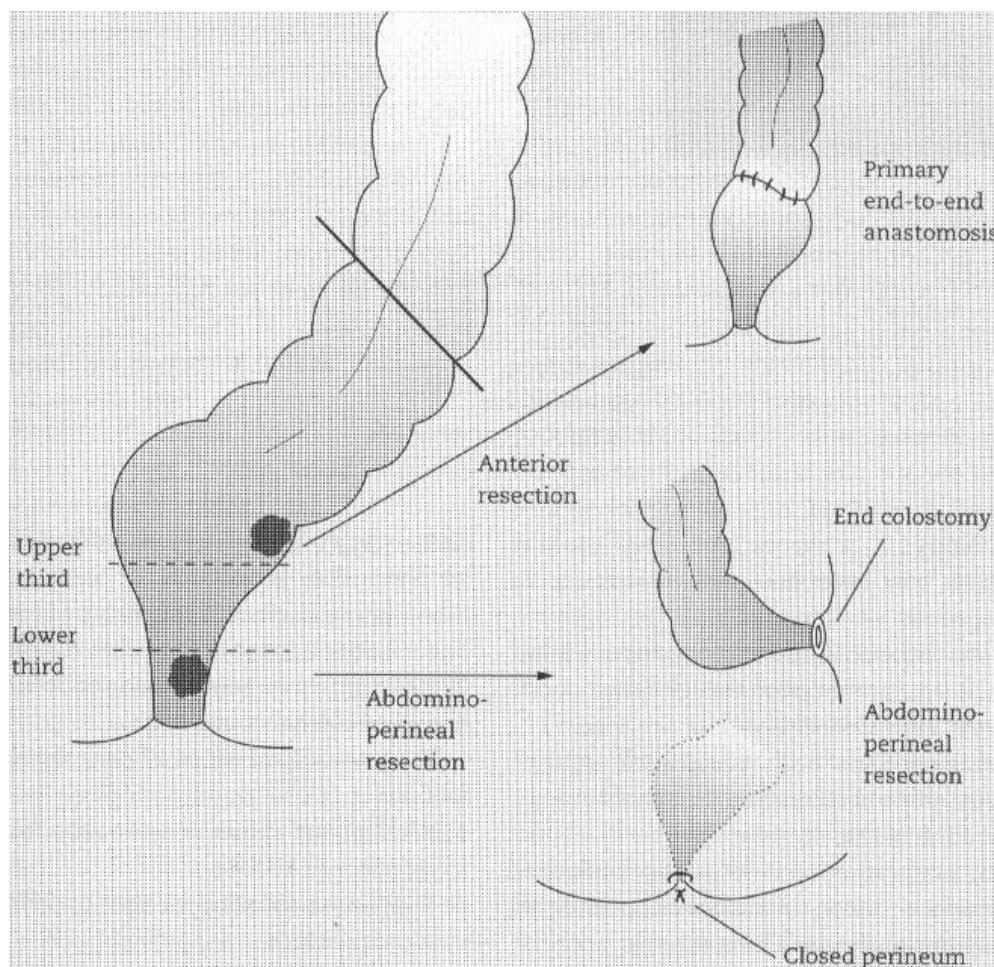
تداوی کانسر رکتوم نظر به پیشرفت تومور و حالت عمومی مریض میتواند به اشکال ذیل باشد:

۱. تداوی معالجوی(Curative treatment) تداوی جذری کارسینومای رکتوم مربوط به فاصله تومور از حافه مقعدي قرار ذیل میباشد:
 الف - تومورهای $\frac{1}{3}$ علوی رکتم - در اینصورت تومور برداشته شده و کولون سگموئید با قسمت سفلی رکتم انسستوموز داده میشود (Anterior resection).

ب - تومور های $\frac{1}{3}$ سفلی رکتم - در صورت که تومور از حافه مقعدي کمتر از ۵ سانتی متر فاصله داشته باشد اکثرا Abdominoperineal resection رکتم با Terminal colostomy اجرا شده و رادیو تراپی ضمیمی ممکن نکس موضعی مریض را بعد از عملیات کاهش دهد.
 ج - تومور $\frac{1}{3}$ متوسط رکتم - این نوع تومور ها را نیز میتوان توسط Anterior resection پاک کرده بتوانیم تداوی کرد. و عملیات نزد خانم ها نسبت حوصله متوجه آسان تر میباشد.

۲. تداوی تسکین دهنده(Palliative treatment) ریزیکشن تومور ابتدائی در صورت امکان حتی اگر میتاستاز نیز موجود باشد باعث تسکین مریض شده در صورت انسداد امعاء کولوستومی اجراء شده و چون تومور به حال خود باقی میماند بناءً نزف، افزایشات مخاطی و درد عجزی بر طرف نمیگردد.

در صورت که تومور غیر قابل برداشت باشد رادیو تیراپی عمیق و تداوی تومور توسط Laser Diathermy و یا مانند ادویه سایتو توکسیک باعث تسکین مؤقتی شده میتواند.



شکل (۱۴ - ۶) عملیات های جراحی در وقایع کارسینومای رکتم^۷

مأخذ:

Refferences:

- 1- Azizi Mohammad Massoum. Abdominal Surgery. 3rd ed. Pakistan: Afghan University, Peshawar, Pakistan; 2004
- 2- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 3- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 4- Heidi. Nelson. Anus. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1483 – 1512
- 5- Kelli M. Bullard and David A. Rothenberger. Colon, Rectum, and Anus. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 773 – 83
- 6- Norman S. Williams. The Rectum and Anal Canal. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1219 – 71.
- 7- Margreat Farquharson, Brendan Moran, Farquharson's Textbook of Operative General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005.
- 8- Mark L. Welton, Madhulika G. Verma. Colon, Rectum, and Anus. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 308 – 24
- 9- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 10- R.H. Greace. The Acute Anus and Perineal Injuries. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.477 – 88
- 11- Robert J.C. Steele and Kenneth Campbell. Disorders of the Anal canal. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 627 – 46

- 12- Thomas R. Russell. Anorectum. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 631 - 48
- 13- www.googlesearch.com/rectum&analcanal
- 14- www.shands.org
- 15- www.quinn-healthcare.com

فصل هفتم

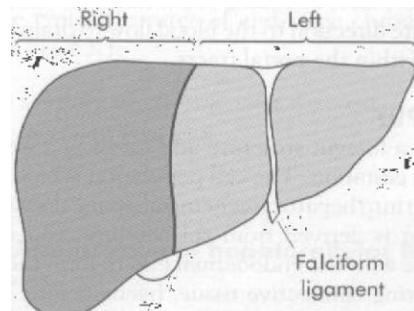
کبد

Liver

۱۳۱ کبد هیداتید	۱۲۹ تررضیضات کبد	۱۱۸ اناتومی جراحی کبد
۱۳۳ آبسی های کبد	۱۳۰ آبسی های کبد (پیوژنیک و امیبیک)	۱۱۹ ضخامه کبد
تومور های کبد		۱۲۱ پرقان

اناتومی جراحی

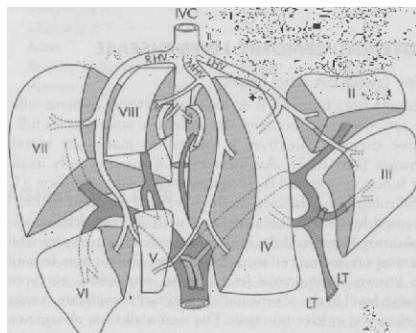
فصهای جراحی کبد – کبد از نظر جراحی به دو فص یعنی راست و چپ توسط یک فیسور بزرگ بدون اروا تقسیم میگردد. که این فیسور به امتداد بستر حويصل صفراء بطرف وجه قدامی کبد الی ورید اجوف سفلی سیر داشته و بالاخره به سویق کبد میرسد.



شکل (۱ - ۷) لوب های جراحی کبد با در نظر داشت تقسیمات
اناتومیک به لوب راست و چپ توسط Lig. Falciform.

سگمنت های کبد

هر فص جراحی کبد به چهار سگمنت تقسیم شده و میتوان ۲-۱ سگمنت را با محافظه اروما و جریان صفراء سگمنت های دیگر بدون کدام تشوش برداشت.



شکل (۲ - ۷) سگمنت های کبد.
IVC – ورید اجوف سفلی. RHV – ورید کبدی راست.
MHV – ورید کبدی چپ. LHV – ورید کبدی متوسط.
LT – رباط مدور.

ارواه شریانی

شریان کبدی اساسی یک شعبه Celiac axis بوده و کبد را اروا مینماید این شریان انسی تر از قنات صفوراوی اساسی داخل سویق کبدی شده شریان کبدی اساسی یا مشترک بعداز دادن یک شعبه بنام شریان معده اثناشتری به نام شریان کبدی یاد شده و به دو شعبه یعنی شریان کبدی راست و چپ تقسیم میگردد و شریان کبدی راست اکثراً یک شعبه بنام شریان سیستیک میدهد.

ارواه بابی

ورید باب در نتیجه اتحاد ورید مساريقی علوي، سفلی و ورید طحال تشکيل شده و در حذای سویق کبد به دو شعبه راست و چپ تقسیم و داخل کبد میگردد و باعث اروا فص راست و چپ شده و در سویق کبدی خلفی ترقرار میگیرد.

دریناژ وریدی

دریناژ وریدی کبد توسط ورید بزرگ کبدی صورت میگیرد این اورده مانند شرائين و ورید باب در مسافه بين سگمنت هاي کبد جريان دارند.

قنوات صفوراوی

این قنوات بداخل کبد تقسیمات سگمنتل شریان و ورید باب را تعقیب نموده و قنات صفوراوی در قسمت قدامی وحشی سویق کبد قرار دارد.

ضخامه کبد

Liver Enlargement

کبد نارمل قابل جس نبوده با وجود ان در اشخاص لاغر در اثنای شهیق ممکن جس شود. بر خلاف کبد در کودکان بصورت نارمل دو انگشت پایین تر از حافه اضلاع راست قابل جس میباشد.

کبد ضخاموي در تحت حافه ضلعي راست بطرف سفلی بزرگ شده و ممکن زاويه تحت ضلعي را مملو ساخته و حتى در ضخامه زياد بطرف حافه ضلعي چپ نيز وسعت پيدا ميکند. کبد ضخاموي کتله را ميسازد که با حرکات تنفسی متحرک بوده با فرع اصمیت داشته و این اصمیت با اصمیت کبدی تمادی دارد و در علوی نيز کبد سرحد طبعی خوش را که مسافه بين الضلعي پنجم است تجاوز مینماید.

اسباب ضخame کبد

۱- ولادی

الف- فص ریدل

ب- مرض پولی کیستیک

۲- التهابی

الف- هیپاتیت انتانی

ب- Portal pyaemia و آبسه کبدی

ج- Leptospirosis (Weil's disease)

د- Actinomycosis

۳- پرازیتیک

الف - هیپاتیت و آبسه امیبیک

ب - مرض هیداتید

۴- نیوپلاستیک

الف- تومورهای ابتدایی

ب- تومورهای ثانوی

۵- سیروزس

الف- بابی

ب- صفراوی

ج- قلبی

د- هیمو کروماتوزس

۶- امراض خون (Hemopoitic) و ریتکولوزس

الف- مرض هوچکن

ب- لمفاوی غیر هوچکن

ج- لوكیمیا

د- Polycythaemia

۷- امراض میتابولیک

الف- امیلوئید

ب- مرض Gauchers

زمانیکه کبد قابل جس باشد مریض باید جهت در یافت ضخame طحال و Lymphadeopathy معاينه شود. اگر طحال نیز قابل جس باشد امراض از قبیل سیروز، Leukaemia، Polycythaemia علاوه بر ان عقدات لمفاوی نیز ضخاموی باشد در اینصورت تشخیص به گمان اغلب Lymphoma میباشد.

یرقان Jaundice

سویه نارمل بلوروبین سیروم پایین تر از $17\mu \text{ mol/lit}$ (1 mg/dl) بوده و زمانیکه سویه بلیروبین بلند تر از $35\mu \text{ mol/lit}$ (3 mg/dl) شود باعث زردی رنگ sclera چشم و جلد شده و بنام یرقان یا زردی یاد می شود.

میتابولیزم بلوروبین

معلومات در مورد میتابولیزم صباغات صفراء و اطراح آن ها برای دانستن پژوهشی، نظاهرات، معاینات و تداوی یرقان لازم و ضروری میباشد. زمانیکه عمر کریوات سرخ خون به اخیر رسید در سیستم ریتکولواندوتیلیل تخریب شده و حلقه Porphyrin مالیکول هموگلوبین شکسته و کامپلیکس بلوروبین، آهن و گلوبین بوجود میاید. آهن از این کامپلیکس ازad شده و در سنتیز هموگلوبین در مخ عظم دوباره بکار میرود قسمت بلوروبین - گلوبین به شکل یک ماده منحل در شحم و غیر منحل در آب به کبد میرسد در کبد بلوروبین با اسید گلوکورونیک ترکیب شده و در صفرا به شکل بلوروبین دای گلوکوروناید که منحل در آب است اطراح میگردد.

بلوروبین در داخل لومن امعا توسط باکتری ها به یوروپیلنوزن بی رنگ تبدیل شده و یک قسمت زیاد آن توسط ماده غایطه اطراح میگردد. باید گفت که یوروپیلنوزن در مواد غایطه به یوروبلین تبدیل شده یوروپیلین صباغی با دیگر محصولات که در نتیجه تخریب بیلوروبین بوجود میاید به مواد غایطه رنگ طبعی آنرا میدهد. مقدار کمی از یوروپیلنوزن از امعا جذب و توسط ورید باب به کبد میرسد که یک مقدار زیاد این یوروپیلنوزن دوباره توسط کبد به امعا اطراح شده و یک مقدار کم آن داخل دوران سیستمیک میگردد و توسط کلیه ها در ادرار اطراح می شود. زمانیکه ادرار در معرض هوا قرار گیرد. یوروپیلنوزن به یوربلین اکسیدایز شده که رنگ تاریک دارد.

تصنیف و پژوهشی

اسباب یرقان نظر به اینکه تجمع صباغات صفراء در کدام مرحله میتابولیزم بلوروبین صورت میگیرد قرار ذیل تصنیف میگردد:

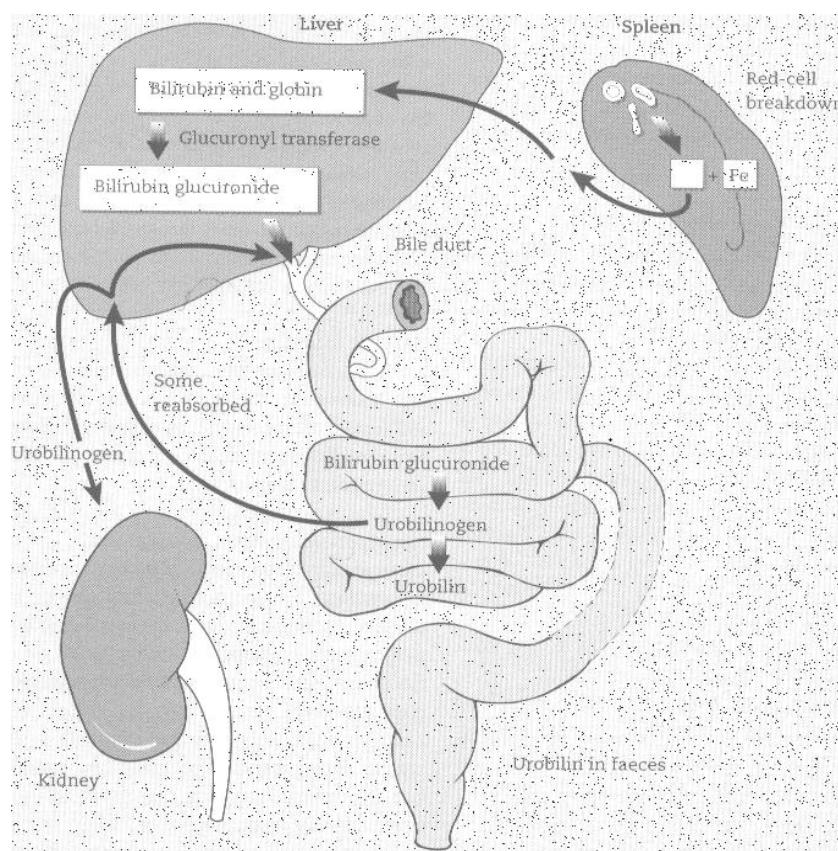
یرقان قبل از کبدی (Pre hepatic jaundice)

در این نوع یرقان مقدار زیاد (unconjugated) بلوروبین در نتیجه تخریب زیاد کریوات سرخ خون در Hemolysis توسط سیستم ریتکولواندوتیلیل بوجود آمده

و کبد نمیتواند آنرا به بلوروبین Conjugated تبدیل نمایند بناءً مقدار بلوروبین غیر مزدوج در خون بلند رفته در حالیکه سویه بلوروبین مزدوج در خون نارمل میباشد و هیچکدام شان در ادرار مشاهده نمی شود با وجود آن مقدار یوروبلینوژن که در امعاء تولید می شود افزایش یافته و یک مقدار زیاد آن از امعاء جذب و داخل دوران شده و از طریق کلیه ها اطراف میگردد.

یرقان کبدی یا Hepatic jaundice

در واقعیع که آفات حجرات کبدی موجود باشد کبد نمیتواند بطور کافی بلوروبین را Conjugated کند و کمتر در قنوات اطراف مینماید بدین ترتیب سویه هر دو نوع بلوروبین (UnconjugatedConjugated) در خون بلند میرود .



شكل (۳ - ۷) متابولیزم بلیروبین.

یرقان بعد از کبدی یا انسدادی
 انسداد قنوات صفراوی داخل و خارج کبدی مانع اطراف بلوروبین Conjugated شده که در اینصورت چون صباغات صفراوی داخل امعاء نشده رنگ مواد غایطه خاسف میگردد و بلوروبین Conjugated داخل دوران و از طریق کلیه ها درادرار اطراف میگردد و رنگ ادرار را نصواری سیاه رنگ میسازد.

یرقان کبدی و بعد از کبدی اکثراً بصورت مترافق موجود بوده بطور مثال سنگ طرق صفراوی اساسی قسماً در اثر بندش جریان صفرا و قسماً در اثر ماؤف شدن کبد بصورت ثانوی (سیروز صفراوی) باعث یرقان میگردد. به عین شکل یرقان در تومورهای میتوستاتیک و سیروز کبد قسماً در نتیجه تخریب انساج کبدی و قسماً در اثر فشار بالای قنوات صفراوی داخل کبدی بوجود میاید.

اسباب

یرقان قبل از کبدی

این نوع یرقان در نتیجه تولید زیاد صباغات صفراوی از باعث تشوشات هیمولیتک از قبیل Spherocytosis و نقل الدم غیر موافق بوجود میاید.

یرقان کبدی

این نوع یرقان در نتیجه ماؤف شدن پروسه Conjugation صفرا از باعث امراض ذیل بوجود میاید.

- هیپاتیت - ویروسی (هیپاتیت ویروسی شکل A,B,C)

Cirrhosis -

- رکودت صفرا از باعث ادویه مانند Chlorpromazine

- تسممات کبدی توسط گرفتن مقدار زیاد Paracetamol، کاربن تتراکلوراید، کلوروفارم، هلوتان و فاسفورس

- تومورهای کبدی

یرقان بعد از کبدی

از باعث بندش جریان صفرا در نتیجه امراض ذیل بوجود میاید:

۱- انسداد داخل لومن قنات صفراوی مثلاً سنگ های صفراوی

۲- آفات جدار قنات صفراوی

الف - اتریزی ولادی قنات اساسی صفراوی

ب - تضیقات ترمیضی

ج - کولانژیت مزمن

د - تومور قنات صفراوی

۳- بندش طرق صفراوی از باعث فشار خارجی

- الف - پانکریاتیت
 ب - تومور رأس پانکراس
 ج - تومور امپول واتر

تشخیص

تشخیص متکی به تاریخچه، معاینه مریض و معاینات تشخیصیه میباشد.

تاریخچه

تاریخچه کم خونی فامیلی، Splenectomy یا سنگهای صفر اوی دلالت به نقص ولادی کربیوات سرخ خون کرده (Acholuric jaundice) یرقان توأم با مواد غایطه بیرنگ (Clay colored stool) و ادرار تاریک دلالت به یرقان کبدی و یا بعد از کبدی میکند. در هر مریض مصاب یرقان باید در مورد نقل الدم در ماه های اخیر، ادویه جات (Methyldopa, Paracetamol, Chlorpromazine) معروض شدن موادر به هلوتان، زرقيات و اعتیاد به الكول پرسان شود. آیا شخص مصاب به یرقان با مریض هیپاتیت ویروسی تماس داشته؟ شغل مریض چه است؟ (زارعین و کارگران جوی های بدرفت در خطر مصاب شدن به Leptospirosis قرار دارند). زردی بدون درد که در یک شخص جوان بصورت آنی ظاهر گردد وکبد با جس درد ناک باشد اکثراً منشہ ویروسی داشته و حمله های کولیکی شدید همراه با لرزه و یرقان متناوب دلالت به سنگ کرده در حالیکه زردی روزافزون همراه به دردهای دوامدار که بخلف انتشار دارد دلالت به امراض خبیثه مینماید و بوجود آمدن دیابیت در تازه گی ها به کارسینومای پانکراس دلالت مینماید.

معاینه مریض

رنگ و تیره گی یرقان مهم بوده زردی لیمویی رنگ دلالت به یرقان هیمولیتک کرده(ناشی از ترکیب کم خونی و زردی خفیف) زردی زیاد و تیره دلالت به یرقان کبدی و بعد از کبدی مینماید.

علایم سیروز کبد جستجو شود که اینها عبارت اند از Spider naevi سرخ و گرم بودن کف دست ها، Gynaecomastia، ضمور خصیه، ضخامه طحال Leuconychia، Encephalopathy، Flapping tremor Clubbing انکشтан. همچنان ممکن حبن و اذیمای طرف سفلی مشاهده شود که این علایم در امراض خبیثه داخل بطنی نیز موجود میباشد.

معاینه کبد نیز مفید بوده که در هیپاتیت ویروسی کبد خفیفاً بزرگ و حساس است. درسیروز حافه کبد سخت میباشد و ممکن کبد کوچک و غیر قابل جس باشد. کبد بسیار بزرگ با سطح غیر منظم دلالت به امراض خبیثه مینماید.

اگر حويصل صفرا متسع و قابل جس باشد ممکن سبب يرقان سنگ نباشد (قانون Courvoisier's) و در يرقان انسدادی Post hepatic کبد اکثراً طور يکنواخت بزرگ ميگردد.

تومور پانکراس ممکن قابل جس باشد و يا در معاینه ممکن محراق ابتدائی مرض خبیثه مانند میلانو ما آشکار گردد.

مرض اخیر ممکن لمف ادینوپاتی واضح نيز موجود باشد. Splenomegaly دلالت به سیروز کبد، امراض خون يا لمفوما کرده که در

معاینه تشخیصیه

تشخیص تفریقی يرقان قبل از کبدی از يرقان کبدی و بعد از کبدی آسان بوده در حالیکه تشخیص تفریقی بین دو شکل اخیر الذکر بسیار مشکل میباشد و طوریکه قبل از کردید این دو شکل يرقان اکثراً بصورت مترافق موجود بوده معاینه لابراتواری تا اندازه در تشخیص کمک کرده لاتن به هیچ وجه يك معاینه کاملاً تشخیصیه نمیباشد. تکنیک های تصویری برای مشاهده کبد حويصل صفرا و پانکراس با ارزش بوده در حالیکه کانولیشن اندوسکوپیک قنات صفراوی و يا Transhepatic duct puncture سیستم قنوات صفراوی را نشان میدهد. لاتن با وجود این تشخیص نهائی میتواند صرف در اثنای لپراتومی وضع شود. بلوروبین به جز شکل منحل در آب (Conjugated) توسط کلیه اطراح نشده بناءً در يرقان قبل از کبدی بلوروبین در ادرار وجود ندارد. (اصطلاح قدیم يرقان acholuric) در حالیکه در يرقان بعد از کبدی این ماده در ادرار وجود دارد.

در يرقان قبل از کبدی مقدار زیاد بلوروبین در امعا اطراح شده بنا مقدار يوروبلینوژن مواد غایطه بلند میرود و جذب دوباره آن نیز از اماعاً افزایش یافته و مقدار اضافی آن در ادرار اطراح میگردد.

در آفات کبدی نیز مقدار يوروبلینوژن ادرار نسبت قادر نبودن کبد در دفع و اطراح يوروبلینوژن جذب شده از امعا ممکن بلند رود.

در انسداد بعد از کبدی چون مقدار بسیار کم صفرا میتواند داخل امعا شود بناءً مقدار يوروبلینوژن مواد غایطه و ادرار کم میباشد.

با در نظر داشت نکات فوق حالا میتوان دریافت های مهم لابراتواری را در انواع مختلف يرقان قرار ذیل خلاصه کرد:

- ادرار - موجودیت بلوروبین در ادرار دلالت به يرقان انسدادی داخل و يا بعد از کبدی مینماید.

از دیاد یوروبلینوژن در ادرار دلالت به یرقان قبل از کبدی و بعضاً افت کبدی کرده در حالیکه عدم موجودیت آن در ادرار اسباب انسدادی را نشان میدهد.

- مواد غایطه - عدم موجودیت صباغات صفراءوی در مواد غایطه اسباب داخل و یا بعد از کبدی را نشان داده یوروبلینوژن مواد غایطه در یرقان قبل از کبدی بلند میرود. تست Occult blood ممکن از باعث خون ریزی واریس مری در نتیجه فرط فشار باب (سیروز کبدی) و یا کارسینومای امپولا که باعث انسداد فوحه قنات صفراءوی اساسی و نزف داخل اثنا عشر میگردد مثبت باشد.

- معاینات هیماتولوژیک - RBC fragility Coomb test و تعداد Reticulocyte اسباب همولیتک را تأثید مینماید.

- سیروم بلوروبین - نادرآ از $100 \mu\text{mol/lit}$ در یرقان قبل از کبدی بلند بوده لakan در یرقان انسدادی ممکن بطور قابل ملاحظه بلند باشد و در صفحه مؤخر امراض خبیثه ممکن مقدار آن از $1000 \mu\text{mol/lit}$ (50mg/dl) تجاوز نماید.

- Conjugated bilirubin - در یرقان قبل از کبدی بلوروبین به شکل unconjugated در خون موجود بوده در یرقان انسدادی خالص بعد از کبدی بلوروبین خون بیشتر به شکل Conjugated موجود بوده در حالیکه در یرقان کبدی نسبت توأم بودن تخریب حجرات کبدی و انسداد قنوات صفراءوی داخل کبدی، بلوروبین سیروم مخلوطی از شکل Conjugated و unconjugated میباشد.

- Alkaline phosphatase (ALP) - این انزایم توسط حجرات که قنوات صفراءوی را فرش مینماید تولید شده و مقدار آن در یرقان قبل از کبدی نارمل بوده در حالیکه در یرقان کبدی بلند رفته و در یرقان بعداز کبدی و سیروز صفراءوی ابتدائی بطور قابل ملاحظه بلند میرود.

- سیروم پروتین- در یرقان قبل از کبدی نارمل بوده در یرقان کبدی نسبت الومین و گلوبولین نسبت کم شدن مقدار الومین معکوس میگردد و در یرقان بعد از کبدی در صورت ماؤف نشدن حجرات کبدی مقدار آن اکثراً نارمل میباشد.

- غلظت Haptoglobin - در یرقان قبل از کبدی پانین بوده Haptoglobin یک موکوپروتین است که با هیموگلوبولین آزاد که بعد از تجزیه خون بوجود میاید اتحاد نموده و این کامپلکس زودتر نظر به عدم موجودیت این ماده با هیموگلوبین کتابولیز میگردد.

معاینه	قبل از کبدی	کبدی	بعداز کبدی (انسدادی)
ادرار	یوروبلینوژن	یوروبلینوژن	عدم یوروبلینوژن
بیلروبین سیروم	بیلروبین غیر مزدوج	بیلروبین مزدوج و غیر مزدوج	بلروبین مزدوج
ALT(SGPT) AST(SGOT)	نارمل	بلندمیرود	نارمل و یا طور متوسط بلند میرود
ALP	نارمل	نارمل و یا طور متوسط بلند میرود	بلند میرود
گلوکوز خون	نارمل	پائین در صورت عدم کفایه کبد	بعض‌بلند در صورت تومور پانکراس نارمل
تعداد ریتیکولوسیت	بلند در هیمولیز	نارمل	نارمل
هیتوگلوبین	پائین در صورت هیمولیز	نارمل	نارمل
زمان Prothrombin	نارمل	طویل نسبت خرابی وظایف ترکیبی	طویل نسبت سوء جذب K - Vit . و اصلاح آن با تطبیق K Vit
التراسوند	نارمل	ممکن ساختمان کبد غیر نارمل باشد مثلاً سیروز	قنوات صفراء متوسع

جدول (۱ - ۷) تشخیص تفرقی یرقان قبل از کبدی، کبدی و انسدادی.

- سیروم ترانس امینازها - از قبیل Alanine transaminase (ALT) و Aspartate transaminase (AST) در هیپاتیت ویروسی حاد و در مرحله فعال سیروز بلند رفته و Gamma glutamyle transferase (GGT) یک رهنما بسیار حساس و خوب برای امراض کبدی بوده و اکثرآ قبل از ترانس امینازها بلند میرود.

- Prothrombine time - در یرقان قبل از کبدی نارمل بوده و در یرقان بعد از کبدی طولانی بوده لاکن با تجویز vit k قابل اصلاح است (در صورت که نسج وظیفوی کبد هنوز موجود باشد) و در یرقان کبدی پیش رفته نه تنها زمان پروترومبین بلند و طولانی است بلکه با تجویز vit k نیز اصلاح نمی‌گردد زیرا علاوه بر مختل بودن جذب k vit، کبد ماؤف نیز قادر به سینتیز پروترومبین نمی‌باشد.

- Ultrasound scanning - از جمله معاینات بسیار مفید و بی ضرر بوده و فیصدی صحت این معاینه در سنگ‌های حويصل صفرا بسیار بلند می‌باشد لاکن

متأسفانه بعضًا نسبت موجودیت گاز اثناعشر سنگ قنات صفراء مشاهده نشده و توسع قنات صفراء در داخل کبدی دلالت به انسداد طرق صفراء مینماید و در صورت عدم توسع قنات احتمال یرقان انسدادی نمیرود

- (MR) Magnetic resonance scan و Computed tomography در تشخیص آفات داخل کبدی (میتابستاز تومور، آبسه و کیست) بر علاوه التراسوند یک معاینه مفید است که بعداً میتوان تحت رهنمائی شان ببیوپسی توسط سوزن اخذ کرد. کته رأس پانکراس نیز توسط این معاینه تشخیص شده لakan تشخیص تقریقی ان از پانکراتیت مزمن مشکل است.
- رادیوگرافی بطن - که در ۱۰ فیصد وقایع ممکن سنگ های صفراء رادیواوپیک را نشان دهد.

- Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) یک معاینه بی ضرر بوده و تصاویر خوب طرق صفراء را به دسترس میدهد.

- Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) در این معاینه اندوسکوپ از طریق دهن داخل و یک کانول داخل امپول واتر شده و بدین ترتیب توضیع و وصف افت انسدادی را داخل قنات های صفراء نشان میدهد همچنان تومور periampullary بصورت مستقیم مشاهده و ببیوپسی اخذ میگردد.

- Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) - از این معاینه در صورت عدم امکان ERCP استفاده شده طوریکه یک سوزن از طریق جلد داخل کبد شده و یک کانول داخل قنات صفراء متوجه میگردد. PTC و ERCP هر دو بمنظور تطبیق stent در ناحیه انسدادی قنات صفراء و رفع یرقان انسدادی استفاده میشود.

- ببیوپسی توسط سوزن (Needle biopsy) - هر گاه التراسوند توسع طرق صفراء را نشان ندهد در اینصورت آفت انسدادی موجود نبوده و ببیوپسی کبد توسط سوزن معلومات مهمی را در مورد پتالوژی کبد (هپاتیت و سیروز) ارایه مینماید و در سورتیکه آفت محراقی را در کبد نشان دهد میتوان همزمان تحت کنترول scanning ببیوپسی اخذ کرد با خاطر باشد که اجرای این عملیه در صورت موجودیت یرقان خطرناک بوده و در صورت طویل بودن زمان پروترومین باید قبل از اخذ ببیوپسی توسط تطبیق vit k اصلاح گردد و قوع نزف به تعقیب اخذ ببیوپسی ایجاد لپراتومی عاجل را مینماید.

- لپراتومی - چون اکثر اسباب یرقان بعد از عملیات را میتوان توسط عملیه جراحی تداوی کرد بناءً در وقایع مشکوک لازم است تا لپراتومی اجرا گردد حتی در حالاتیکه سبب یرقان کاملاً کبدی فکر میشود اما از بیم اینکه مبادا یک

آفت قابل علاج ساده (سنگ قنات صفراوی اساسی) از نظر دور مانده باشد لپراتومی توصیه میشود.

خلاصه معاینات تشخیصیه یرقان

معاینات یرقان را میتوان فرار ذیل گروپ بندی کرد:

- رد کردن اسباب قبل از کبدی: سویه هپتوگلوبین، تعداد ریتیکولوسیت و test coomb
- وظایف سنتیز کبدی(تشوش وظیفوی حجرات کبدی) زمان پروترومبین و البومن
- مأوف شدن حجرات کبدی: ترانس امینازها و Gamma glutamyl transferase
- انسداد قنات صفراوی- الکلین فاسفتاز، التراسوند قنات های صفراوی CT، ERCP، MRCP و PTC برای افات پانکراسی
- کتله داخل کبدی – Cross-section imaging از قبیل التراسوند، CT با بیوپسی توسط سوزن

ترضیضات کبد

ترضیضات کبد از باعث جروحات (جروحات نافذه و قاطعه) و یا ترضیضات بسته بوجود آمده و اکثراً مترافق با کسور اضلاع و جروحات سایر احشای داخل بطنی بالخصوص طحال میباشد. ترضیضات شدید بطنی در حال افزایش بوده و تشخیص دقیق منشی نزف قبل از عملیات در بعضی موارد مشکل میباشد.

تظاهرات سریری

مریض بعد از ترضیض از درد بطن شاکی بوده و معاینه بطن یک حساسیت منتشر با عالیم نزف رو به ازدیاد نشان میدهد. در صورت دسترسی به CT یک معاینه بسیار مفید در تشخیص آفت و تشخیص تفریقی از تمزق طحال میباشد. ندرتاً هماتوم تحت کپسولی بوده و بصورت موقر تمزق مینماید که در اینصورت درد و شاک چند ساعت بعد از ترضیض ظاهر میگردد.

تداوی

در صورتیکه عالیم حیاتی مریض ثابت باشد و تشخیص دقیق توسط CT وضع گردد. مریض را میتوان در ابتدا توسط نقل الدم و مراقبت دقیق بصورت

محافظه کارانه تداوی کرد و برای ارزیابی پیش رفت مرض CT تکرار میگردد.

در صورت ادامه خون ریزی و خطر افات سایر احشای بطنی لپراتومی اجرا شده و تخریبات کوچک کبد خیاطه گذاری میگردد. در صورتیکه ترضیض شدید و وضع عمومی مریض خراب باشد گذاشتن یک گاز طویل بداخل جرحه (packing) وکشیدن آن بعد از ۴۸ ساعت ممکن باعث نجات حیات مریض شود و در صورت ادامه نزف شعبه مربوطه شریان کبدی باید بسته گردد و اگر با وجود اهتمامات فوق خونریزی توقف ننمایند، ممکن ریزکشن فص کبد ضرورت شود.

تطبیق انتی بیوتیک نسبت خطر زیاد انتان از باعث نکروز نسج کبدی بالخصوص در صورت Packing دارای اهمیت زیاد میباشد.

آبشه های کبد

آبشه های پیوژنیک کبد

منشہ احتمالی این انتانات عبارت اند از:

- ورید باب - در اینصورت انتان از ناحیه تقطیح توسط ورید باب به کبد میرسد.
- طرق صفراؤی - انتان در نتیجه کولانژیت صاعده به کبد میرسد.
- شریانی - که در نتیجه septicemia عمومی انتان به کبد رسیده و این شکل غیرمعمول میباشد.
- انتانات احشای مجاور - که بداخل پرانشیم کبدی انتشار کرده مثل آبشه های تحت حجات حاجزی یا کولی سیست حاد.

این آبشه هامعمولاً متعددبوده و انتانات معمول *Streptococcus faecalis*, *E.coli*, *Streptococcus milleri* و میباشد.

تظاهرات سریری

در مریضان که نزد شان لرزه، تب های شدید نوسانی و زردی بوجود آید و کبد شان حساس و قابل جس باشد باید آبشه پیوژنیک کبد مد نظر باشد نزد این مریضان ممکن تاریخچه قبلی انتان بطن از قبیل مرض کرون، اپاندیسیت و یا دیورتیکولیت دریافت شود. سیر کلینیکی مرض اکثرا تدریجی با یک کسالت غیر وصفی برای بیشتر از یک ماه قبل از مراجعته و تشخیص میباشد.

معاینات تشخیصیه

- کلچر خون- که قبل از شروع تداوی اجرا شده و اکثراً مثبت میباشد.
- التراسوند و CT کبد ممکن آبسه کبد و توضع آنرا تعین نمایند و علاوه‌تا منشأ pyaemia را نشان میدهد.

تداوی

آبسه های بزرگ تحت رهنمایی التراسوند از طریق جلد دریناژ شده و آبسه های کوچک توسط انتی بیوتیک به تنهایی تداوی می‌شوند.

آبسه آمیبیک کبد**Amoebic liver abscess**

پرازیت آمیب بصورت ثانوی از انتان *Entamoeba histolytica* امعا غایظه از طریق ورید باب به کبد رسیده و شروع به نشوو نما مینماید و در نتیجه تولید انزایم cytolytic باعث تخریب نسج کبدی و تولید آبse آمیبیک میگردد که این آبse معقم بوده گرچه آمیب ممکن در جدار آبse در یافت شود.

و التراسوند کبد از جمله معاینات تشخیصیه بسیار با ارزش میباشد.

تداوی

آبse های آمیبیک کبدی با تداوی طبی توسط Metronidazole جواب داده و در صورتیکه این تداوی مؤثر واقع نشود بعضًا آبse از طریق جلد تحت رهنمایی التراسوند دریناژ میگردد.

مرض هیداتید کبد**Hedatid Disease of the Liver**

75% کیست هیداتید در انسانها در کبد مشاهده میشود.

پتولوژی

سگ ها در اثر خوردن احشاء منتن گوسفند، تخم *Echinococcus granulosus* (Taenia echinococcus) را گرفته و در امعاء سگ انکشاف کرده و تخم پرازیت توسط مواد غایظه آنها خارج میشود انسانها (وهمچنان گوسفندها) تخم پرازیت را توسط سبزیجات منتن گرفته و از معده شان داخل شبکات ورید باب شده و از آنجا به کبد میرسد. و ممکن است تخم پرازیت از کبد عبور و به ریه ها، دماغ، عظام و اعضاء دیگر برسد. بناءً مرض در

مناطقی که تربیه گوسفند مروج است از قبیل استرالیا، آیسلند، یونان، اروپای جنوبی، افریقا، ویلز، ترکیه و وطن ما افغانستان زیاد مشاهده میشود. اهتمامات صحت عامه از قبیل از بین بردن سگ های ولگرد باعث تنقیص قابل ملاحظه در وقوعات مرض شده است. کیست هداتید مشکل از قسمت های ذیل میباشد.

- ۱- طبقه Advantitia - حاوی نسج لیفی بوده و در نتیجه عکس العمل کبد مقابله پرازیت بوجود میاید و نسبت التصاق صمیمی با کبد از آن جدا نمیگردد.
- ۲- طبقه Laminated membrane - توسط خود پرازیت بوجود آمده و دارای رنگ سفید الاستیکی میباشد در آن مایع هیدراتید قرار دارد.
- ۳- Germinal epithelium - یگانه قسمت زنده کیست بوده و از یک طبقه حجرات واحد تشکیل شده که بطرف داخل مایع هیدراتید را افزایش و بطرف خارج طبقه L.membrane را میسازد.
- ۴- مایع کیست - که مایع شفاف بوده و در صورت که منتن نشده باشد دارای هویصلات دختری و Scolex ها میباشد.

تظاهرات سریری

ممکن cyst به شکل یک کتله بدون عرض موجود و محتوی آن بمیرد و جدار آن تکلس کرده و به شکل یک ساختمان غیر فعال و بی ضرر در اثناء اتوپسی دریافت شود.

درصورتیکه کیست به شکل فعال باقی ماند میتواند تدریجاً بزرگ و به اختلالات ذیل معرض گردد.

- تمزق - بداخل جوف پریتوان، جوف پلورا، طرق هضمی و یا طرق

صفراوی

- منتن شدن

- تولید پررقان انسدادی - در اثر فشار بالای طرق صفراوی داخل کبدی

گرچه پررقان اکثراً از باعث تمزق و آزاد شدن کیست داخل طرق صفراوی و آزاد شدن کیست در داخل قنات صفراوی بوجود میاید.

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی ساده کبد ممکن یک ساحه روشن را که توسط کیست تولید شده و یا خیال تکلس را در جدار کیست نشان دهد.
- التراسوند و CT scan - موقعیت کیست را نشان میدهد.
- Casoni's test - در ۷۵% وقایع مثبت بوده و نسبت دقیق نبودن امروز کمتر استفاده میشود.

- تست های سیرولوزیک - مربوط به حساسیت مریض مقابله مایع هیداتید که حاوی یک انتی زن مخصوص میباشد بوده که لیکاژ آن باعث تولید انتی بادی میگردد.
- تعداد ایزونوفیل - ممکن eosinophilia موجود باشد اما یک معاینه وصفی نمیباشد.

تداوی

کیست های متکلس و Calcified حال خودش گذاشته شود اما کیست های دیگر باید به منظور جلوگیری از اختلالات تداوی شوند. تداوی با Albendazole ممکن باعث کوچک و یا غائب شدن کیست شود. تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که تداوی طبی مؤثر نبوده و یا اختلالات رخ داده باشد. در تداوی جراحی کیست اسپری شده و بعد از تطبیق مایع Scolicidal بداخل کیست در صورت امکان یک قسمت کیست برداشته میشود و باید احتیاط شود تا جوف بطن با کیست های دختری ملوث نگردد.

تومور های کبد Liver Tumours

تصنیف

تومور های سليم - که نادر بوده و عبارتند از:

- Haemangioma که از جمله شایع ترین تومور های سليم کبد میباشد.

- Adenoma

تومور های خبيث

۱- تومور های خبيث ابتدائي

الف - (Hepatocellular carcinoma (Hepatoma)

ب - Fibrolamellar carcinoma که تومور غير معمول بوده کاهلان جوان و اطفال را مصاب میسازد.

ج - Cholangiocarcinoma

۲- تومور های ثانوي (بسیار زياد شایع میباشد) از اعضای ذيل به کبد میرسد:

الف - انتشار از طرق وريد باب (از جهاز هضمی)

ب - انتشار از طریق دوران سیستمیک (از ریه، ثیله، خصیه ها، میلانوما (وغیره)

ج - انتشار از طریق مستقیم (از هویصل صفرا، معده و زاویه کولونی)

تومور های خبيث کبد

Hepatocellular Carcinoma (Hepatoma)

این مرض از نظر وقوعات تفاوت زیاد جغرافیائی داشته مرض در غرب غیر معمول بوده لاکن در افریقای مرکزی و جنوب و شرق آسیا زیاد معمول میباشد که این توزیع جغرافیائی مرض زیادتر به شیوع هیپاتیت واپروسی شکل C و B ارتباط دارد در کشور انگلستان نیز وقوعات (HCC) در حال ازدیاد بوده که ارتباط به شیوع روز افزون هیپاتیت واپروسی دارد.

۸۰% HCC در مریضانی بوجود میاید که مصاب سیروز کبدی اند و مرض در سیروز که توسط یکی از اسباب ذیل بوجود میاید زیاد معمول میباشد:

- انتان هیپاتیت شکل B - از جمله معمولترین اسباب HCC در سراسر جهان میباشد.

- انتان هیپاتیت شکل C - که درین شکل فاصله زمانی بین انتان و مصاب شدن به مرض ۲۵ سال یا بیشتر از آن میباشد.

- امراض کبدی الکولیک

- هیموکروماتوزس - که در این شکل ازدیاد مقدار آهن به HCC ارتباط داده میشود.

پتوژنی

پتوژنی HCC در صورت مترافق بودن با سیروز به یک پروسه التهابی مزمن ارتباط داده میشود.

از نظر ماکروسکوپیک تومور به شکل یک کتله بزرگ واحد و یا محراقات متعدد در سراسر کبد مشاهده میشود.

انتشار تومور در بین پرانشیم کبدی و اوعیه صورت گرفته چنانچه ترومبوز ورید باب یکی از دریافت های معمول مرض میباشد میتوانستار بخارج کبد در مرحله مؤخر مرض صورت میگیرد.

تظاهرات سریری

تظاهرات سریری نظر به پیشرفت و وسعت مرض فرق مینماید. در صورتیکه سیروز موجود نباشد تظاهرات سریری، کبد زیاد بزرگ و ممکن حبن باشد. در شکل پیشرفتیه مرض ممکن تغیرات سرطانی واضح در کبد با وحیم شدن آنی وضع مريض، encephalopathy، حبن و مأوف شدن وظایف ساختمانی مشاهده شود.

معاینات تشخیصیه

- (AFP) اکثراً بطور قابل ملاحظه بلند رفته گرچه خود سیروز نیز همراه با سویه بلند AFP میباشد.
- Cross sectional imaging - توسط التراسوند، CT و MRI ممکن یک تومور بزرگ را ثبت و تشخیص نماید. تومور های که یک سانتی متر و یا کمتر از آن قطر دارند تشخیص شان در صورت موجودیت سیروز از نودول های regenerative مشکل میباشد.
- Selective hepatic angiography - این معاینه ممکن یک نودول regenerative را از یک HCC کوچک تشخیص نماید و یا ممکن کانسر چندین محاذی را آشکار سازد.

تداوی

در صورت عدم موجودیت سیروز HCC ابتدائی محدود به یک فص کبد را میتوان توسط Hemithoracotomy تداوی کرد اما در صورت موجودیت سیروز برداشتن هر قسمت از پرانشیم کبدی به معنی تشدید حالت غیر معاوضوی کبد و مرگ میباشد. ویگانه راه علاج تعویض کبد مرضی توسط Transplantation کبد میباشد. نتیجه این عملیات در صورتی خوب است که تومور واحد و کوچک تر از ۵ سانتی متر باشد. و یا تومور متعدد اما بیشتر از سه عدد نبوده و قطر شان کمتر از سه سانتی متر باشد.

Cholangiocarcinoma (Cholangioma)

این تومور کمتر معمول بوده و ۲۰٪ تومور های خبیث ابتدائی کبد را تشکیل میدهد و ادینوکارسینومای است که از سیستم قیویات صفوای داخل کبدی منشأ میگیرد و اکثراً با یرقان موجود بوده و ممکن به شکل اختلاط Sclerosing cholangitis ابتدائی ظاهر گردد. مرض بصورت مستقیم در بین پرانشیم کبدی و عقدات ناحیوی انتشار و باعث مرگ میگردد.

تداوی

یرقان را میتوان با تطبیق stent علوی تر از تومور به وسیله ERCP و یا سفلی تر از تومور توسط PTC تداوی کرد این عملیه ها باعث رفع یرقان برای چندین ماه میگردد.

تومور های ثانوی خبیث کبد
کبد یکی از معمولترین عضو بدن برای میتاستازها بوده چنانچه در اتوپسی مریضانیکه از باعث امراض خبیثه پیشرفت میمیرند اکثرًا در کبد شان میتاستاز دریافت میگردد در این تومورها نکروز قسمت مرکزی آن سبب میشود که قسمتی از سطح تومور بصورت وصفی مانند ناف فرورفتگی پیدا کند.

تظاهرات سریری تومورهای میتاستاتیک کبد عبارتند از:

- ضخامه کبد - کبد بزرگ، سخت و سطح غیر منظم دارد.
- یرقان - از باعث تخریب کبد و تحت فشار قرار گرفتن قنیوات داخل کبدی
- عدم کفایه کبد
- انسداد ورید باب - که باعث واریس مری و حبن میگردد.

تداوی

ریزکشن تومور ثانوی کبد در صورت که میتاستازها صرف در یک فص کبد باشد در یک تعداد وقایع مفید میباشد و از این تداوی زیادتر در میتاستاز تومور کولونی که قبل از داشته شده استفاده میشود که به این منظور باید مریضان بصورت مقدم در صفحه بعد از عملیات جهت دریافت میتاستازهای قابل معالجه طور منظم معاینه التراسوند شوند.

ماخذ:

- 1- Alan Hemming and Steven Gallinger. Liver. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 199 – 218
- 2- Brain R. Davidson. The Liver. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1062 – 83.
- 3- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 4- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004

- 5- Lawrence W. Way. Liver. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 459 - 70
- 6- Micheal D. Angelica and Yuman Fong. The Liver. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1513 – 74
- 7- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 8- Myrddin Rees. Surgery of the Liver. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 358 – 76
- 9- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Liver. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 321 – 74
- 10- Steven A. Curley and Timothy D, Sielaff. Liver. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 800 – 20

فصل هشتم حويصل صفرا و طرق صفراوی

سنگ های قنوات صفراوی اساسی ۱۴۸
کارسینومای حويصل صفراوی ۱۵۰

کولی سیستیت حاد ۱۴۴
کولی سیستیت مزمن ۱۴۶

اناتومی جراحی ۱۳۸
انومالی های ولادي ۱۴۰
سنگ های صفراوی ۱۴۱

اناتومی جراحی

حويصل صفرا شکل ناک مانند را داشته طول آن ۱۲.۵-۷.۵ سانتی و ظرفیت نارمل آن ۵۰ ملی لیتر میباشد لakin در حالت مرضی قابلیت توسع زیاد دارد حويصل صفرا از نظر اناتومیک متتشکل از غور(Fundus) جسم(Corpus) و عنق(Neck) بوده و غشای مخاطی آن دارای یک تعداد بتارزات و فرورفتگی ها درین طبقه عضلی بنام Lusckha crypts میباشد.

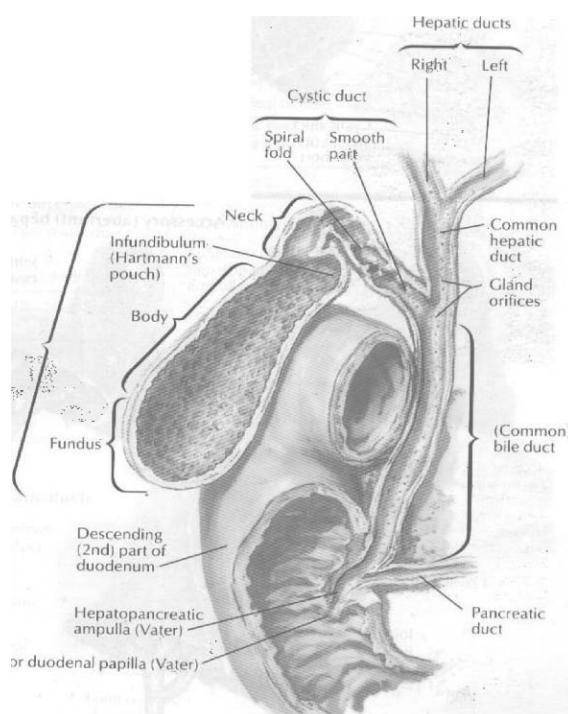
سيستم قنیوات

۱- قنات سیستک: ۲.۵ سانتی متر طول داشته و بعد از شروع از Infundibulum

اساسی (CBD) را میسازد و حاوی دسام Biopsy شکل Heister میباشد.

۲- قنات کبدی اساسی (Common hepatic duct) کمتر از ۲.۵ سانتی متر طول داشته و از اتحاد قنات کبدی راست و چپ بوجود میاید.

۳- قنات صفراوی اساسی (Common bile duct) تقریباً ۷.۵ سانتی متر طول داشته و از یکجا شدن قنات سیستک و قنات کبدی اساسی تشکیل شده و دارای چهار قسمت ذیل میباشد:

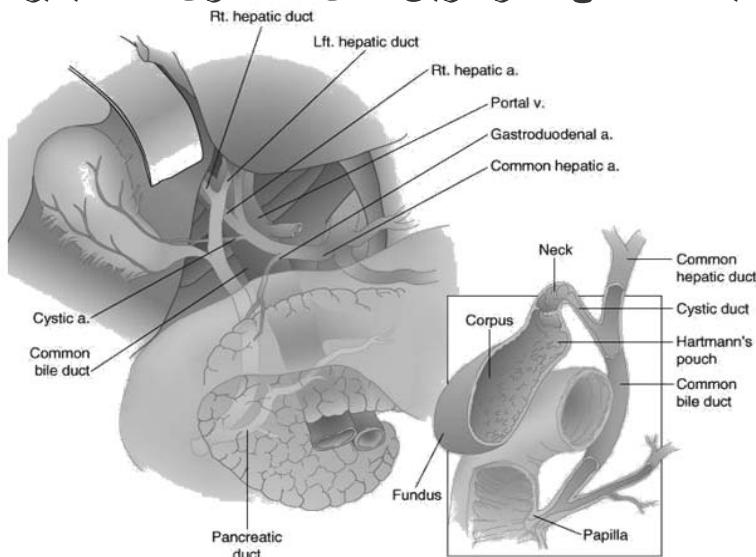


شكل (۱-۸) اناتومی جراحی حويصل صفرا و طرق صفراوی

- الف - قطعه فوق اثنا عشری (Supra duodenal portion) : تقریباً ٢.٥ سانتی متر طول داشته و در کنار آزاد ثرب صغیر سیر دارد.
- ب - قطعه خلف اثنا عشری (Retroduodenal portion)
- ج - قطعه تحت اثنا عشری (Infra duodenal portion) : در یک میزابه قرار داشته و بعضاً در وجه خلفی پانکراس در یک توپل قرار دارد.
- د - قطعه داخل اثنا عشری (Intraduodenal portion) : در جدار قطعه دوم اثنا عشر بصورت مایل سیر داشته و توسط معصره Oddi احاطه شده و در حذای ذروه Papilla vater خاتمه میابد.

ارواه حويصل صفرا

- ١ - شريان سیستک : که یک شعبه شريان کبدی راست بوده و اکثراً در خلف قفات کبدی اساسی از آن جدا میگردد.
- ٢ - شريان سیستک اضافی که از شريان معده اثنا عشری منشأ میگیرد.



شكل (٨ - ٢) ارواء حويصل صفرا

تغیرات اнатومیک

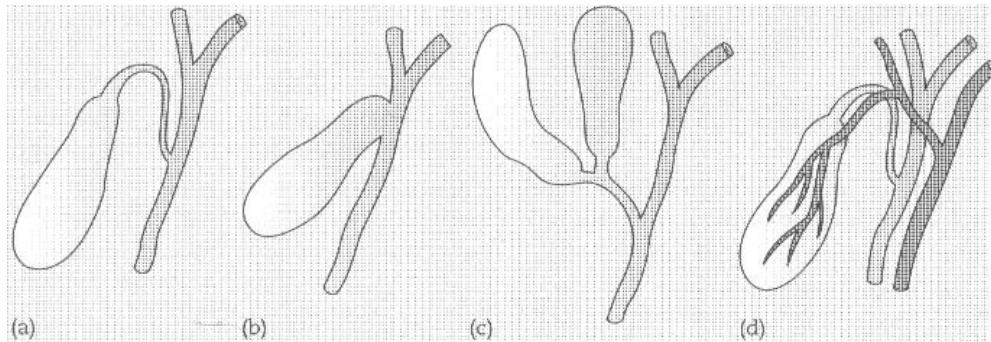
- ۱- قرار گرفتن شریان کبدی راست و یا شریان سیستک در قدام قنات کبدی اساسی و یا قنات سیستیک.
- ۲- سیر معوج شریان کبدی در قدام منشه قنات سیستک و یا معوج بودن شریان کبدی راست یا شریان سیستیک کوتاه.

دریناژ لنفاوی

۱. لنف تحت المخاطی و تحت المصلی حويصل صفرا به عقدات لنفاوی که در حذای اتصال قنات سیستک با قنات کبدی اساسی قرار دارد رسیده و بعداً به عقدات لنفاوی ناحیه سویق کبدی واز آنجا به عقدات لنفاوی Celiac میرسد.
۲. همچنان لنف تحت المخاطی حويصل صفرا به لنف تحت کپسول کد ارتباط دارد.

anomalی های ولادی

- از نظر رشد و نشو نما یک دیورتیکول در جدار بطنی Foregut (اثنا عشر ابتدائی) بوجود آمده که کبد و قنوات صفراءوی را میسازد از جوانه جنبی این دیورتیکول حويصل صفرا و قنات سیستک بوجود میاید.
- انomalی در ۱۰% اشخاص مشاهده شده که این انomalی ها در اثنای cholecystectomy برای جراح حائز اهمیت میباشد و عبارت اند از:
- قنات سیستک طویل: که در امتداد قنات صفراءوی اساسی سیر داشته و نزدیک اثنا عشر با آن وصل میگردد و در ۱۰% وقایع مشاهده میشود.
 - عدم موجودیت ولادی حويصل صفراءوی .
 - حويصل صفرا مضاعف (یکی از آنها داخل کبد موقعیت دارد)
 - اتریزی ولادی طرق صفراءوی (یکی از اسباب برقان نوزادان)
 - عدم موجودیت قنات سیستک : در اینصورت حويصل راساً به قنات صفراءوی اساسی باز میگردد.
 - حويصل صفرا شناور (Floating gallbladder) از باعث مساریقه طویل که میتواند تدور نماید.
 - کیست کولیدوک (Choledochal cyst) عبارت از توسع کیستک قنات صفراءوی اساسی میباشد.



شکل (۳ - ۸) انواعی های وفادی حويصل صفرا.
(a) قنات سیستیک طولی. (b) عدم موجودیت قنات سیستیک (c) حويصل صفرا مضاعف
(d) توضع شریان کبدی راست در قدام قنات کبدی اساسی.

سنگ های صفراوى Cholelithiasis (Gall stones)

سنگ های صفراوى در اطفال نادر بوده و وقوعات آن با گذشت هر دهه افزایش می یابد. در کشور انگلستان سنگ های صفراوى در ۱۰٪ خانم های ۴۰ ساله مشاهده شده و این رقم بعد از سن ۶۰ به ۳۰٪ میرسد. وقوعات مرض در مردها نصف خانم ها میباشد. سنگ های صفراوى به خصوص در نژاد های مدیترانین شیوع زیاد داشته و بلند ترین وقوعات مرض در میان هندی های مکسیکو دریافت میشود.

اسباب

فکتور های مساعد کننده

باید گفت که سنگ های صفراوى در هر جنس، سن، رنگ و شکل میتواند بوجود آید اما طرح اجمالی که تا حدی حقیقت دارد این است که سنگ های صفراوى در اشخاص که دارای خصوصیت پنج F اند بوجود میابد که این پنج F عبارت اند از:

۱. Fat یا شحمی و چاق
۲. Fertile یا مزدوج
۳. Flatulent یا نفخی
۴. Female یا خانم
۵. Forty or Fifty چهل یا پنجا ساله

فکتور های تحریکی

برای سنگ های کولسترول و Mixed

۱- میتابولیک

در اینصورت صفرا حاوی مقدار زیاد کولسترول نظر به نمک های صفراوی و فاسفولیپیدها بوده و باعث تشکل کرستل های کولسترول میگردد. این نوع صفرا بنام صفرا زیاد مشبوع شده یا Lithogenic نیز یاد میشود. و حالات که باعث از دیاد کولسترول صفرا میگردد عبارت اند از سن زیاد، گرفتن ادویه ضد حاملگی، Clofibrate و چاقی.

حالاتیکه باعث تنقیص نمک های صفرا میگردد عبارت اند از استروژن امراض الیوم ، زیزکشن و یا bypass الیوم و تداوی با Cholestyramine.

۲- انتانات

اگرچه صفرا مريضان مصاب سنگ صفراوی اکثراً معقم میباشد لاتن انتانات در سنگ های صفراوی دریافت شده و مرکز Radiolucent سنگ ها ممکن نمایندگی از مخاط نمایند که توسط باکتری بوجود آمده است.

۳- رکودت صفرا، استروژن، حاملگی و واگوتومی جذعی و تغذی طولانی parenteral باعث تنقیص تقلصیت حويصل صفرا شده و زمینه را برای تشکل سنگ مساعد میسازد.

برای سنگ های صباغی

۱- تشوشات هیمولایتیک: که باعث از دیاد تولید بلوربین در حالات ذیل می شود:

۱- ملاриا Sickle-cell anemia، Thalassemia و دسامات مصنوعی قلب.

۲- تضیقات سلیم و خبیث قنوات صفراوی

۳- سیروزس

۴- منتن شدن طرق صفراوی توسط کرم اسکاریس و Clonorchis sinensis

۵- انتانات E.coli که این انتان β -glucuronidase تولید کرده که بلوربین را به شکل غیر منحل unconjugated تبدیل مینماید.

پتولوژی

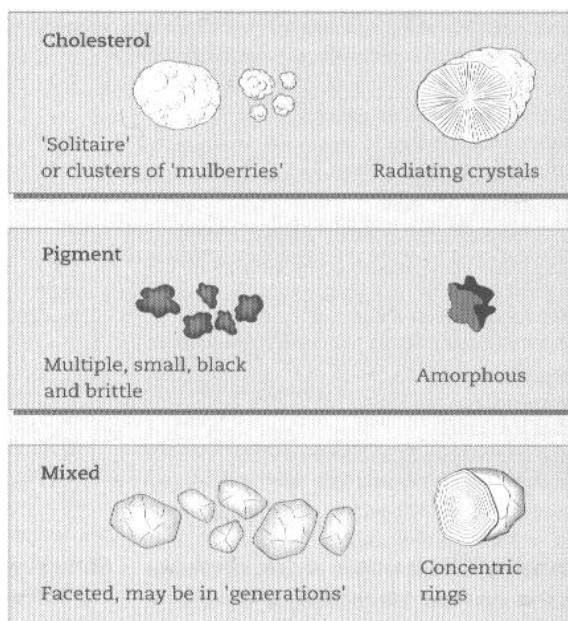
از نظر پتلولوژی تغییرات جدار حويصل صفرا و انواع سنگ مطالعه میگردد که جدار حويصل صفرا فبروتیک شده و شکل لیفی را اختیار میکند و یا اینکه جدار

حويصل صفرا ضمور کرده بدور سنگ جمع مى شود و در بعضى موارد حويصل صفرا کاملاً منظره نارمل خويش را حفظ ميکند.

سنگ های حويصل صفرا سه نوع بوده و عبارت اند از:

۱. سنگ های کولسترونل (۲۰%) - تقریباً کاملاً از کولسترونل تشکیل شده و این سنگ ها اکثراً واحد، بزرگ و هموار اند.

۲. سنگ های Mixed (۷۵%) - در تركیب این سنگ ها کولسترونل Ca-bilirubinate, Ca-phosphate, Ca-palmitate



شامل ميباشد. و اکثراً متعدد و چند سطحي بوده و سطح هر سنگ بروی سطح سنگ دیگر تکيه ميکند.

۳. سنگ های صباغی (۵%) - اين سنگ ها اکثراً کوچک، سیاه و متعدد بوده و کاملاً از Ca bilirubinate شده است. بعضی شان سخت و مرجان مانند بوده در حالیکه باقیمانده نرم و شکنند ميباشد.

سیر و اختلاطات سنگ های صفراوى شکل (۸-۴) انواع سنگ های صفراوى^۷ سنگ های صفراوى اکثراً در حويصل صفرا موجود بوده و ممکن در طرق صفراوى نيز دریافت شود سیر و اختلاطات سنگ های صفراوى را میتوان قرار ذيل خلاصه کرد:

الف - در حويصل صفرا

۱- سنگ های خاموش

۲- کوليسيت مزمن

۳- کوليسيت حاد که میتواند باعث حوادث ذيل شود:

- گانگرن

- تنقب

- Empyema با تقيح

- ۴ - Mucocele
 ۵ - کارسینومای حويصل صفرا
 ب - در طرق صفراوى.
 ۱ - پرقاران انسدادى
 ۲ - Cholangitis
 ۳ - پانکرتایت حاد
 ج - در امعا
 انسداد حاد امعا (Gall stone ileus)

سنگ های صفراوى خاموش

تشخيص سنگ های صفراوى نسبت اجرای التراسوند بطن طور روتین رو به افزایش بوده و کولی سیستکتومی ممکن در مریضان جوان با وضع عمومی خوب توصیه شود زیرا این سنگ ها نیز ممکن روزی باعث یک تعداد مشکلات زیادی شود که قبلاً ذکر گردید و در صورتیکه مریض مسن و مساعد به عملیات نباشد سنگ های خاموش و بدون اعراض بحال خودش بدون تداوی گذاشته میشود.

کولی سیست حاد Acute cholecystitis

هرگاه سنگ در حذای عنق حويصل صفرا بند باقی ماند جدار آن نسبت تخریش صفراء غلیظ التهابی شده و کولی سیست کیمیاوی بوجود میاید کیسه صفرا مملو از قیح شده که در کلچر اکثرآ معقم میباشد.

درد ادامه پیدا کرده و شدید تر میشود تا در حدود ۳۹-۳۸ درجه سانتی گرید بوده و مترافق با توکسیمای شدید و لوکوسیتوز میباشد دلبدي واستقراغ نیز ممکن مشاهده شود با معاینه قسمت علوی بطن بالخصوص RUQ نهایت حساس بوده و اکثرآیک کتله قابل جس در ناحیه حويصل صفرا دریافت میگردد که دلالت به حويصل صفرا متوجه و التهابی که توسط احشای مجاور بالخصوص ثرب کبیر پوشیده شده بوجود آمده است.

Boas's sign: که در اینصورت یک ناحیه فرط حساسیت بین اضلاع ۱۱-۹ طرف راست در خلف موجود است.

گاهی Empyema حويصل صفرا بوجود آمده و نادرآ حويصل داخل جوف پریتوان تشقق مینماید.

حويصل صفرا التهابي ميتواند در اثر فشار بالاي قنات صفراوى مجاور بدون موجوديت سنگ بداخل قنات باعث زردي خفيف شود.

۹۵% کولي سیست های حاد همراه با سنگ بوده گاهی کولي سیست بسیار شدید بدون سنگ بوجود آمده که ممکن همراه با تب حرقه و انتانات گاز گانگرین باشد.

تشخيص تفريقي

مرض باید از اپاندیسیت حاد، تنقب قرحات اثنا عشری، پانکریاتیت حاد Pneumonia قاعده ریه راست و ترومبوز او عیه اکلیلی تشخيص تفريقي شود.

معاينات تشخيصيه

۱- التراسونو گرافی: موجوديت سنگ (Acoustic shadow) را در حويصل التهابي و اذیمای اطراف حويصل صفرا، توسع طرق صفراوى وممکن سنگ طرق صفراوى را نشان دهد.

۲- راديyo گرافی ساده بطن: سنگ راديyo اوپیک را نشان میدهد.

۳- CT scan: در مريضان چاق و موجوديت گازات زياد امعاء که در آنها معاینه التراسوند مشکل است کمک مینماید.

۴- اندوسکوپی قسمت علوی جهاز هضمی به منظور تشخيص تفريقي قرحه پیپتک و Hiatus hernia.

۵- کولي سیستوگرافی فمی: (Hepto imino diacetic acid Tc 99m) HIDA و کولانجيوگرافی داخل وریدی نسبت برتری U/S و scanning كمتر استفاده می شود.

تداوي

تقریباً ۹۸% کولي سیست حاد با تداوى محافظه کار انه که عبارت از استراحت بستر، انتی بیوتیک و ادویه ضد درد میباشد شفایاب شده و Cholecystectomy انتخابی به منظور جلوگیری از حملات بعدی ۶ هفته بعد اجرا میگردد که Cholecystectomy laparoscopic را نسبت ندبه کوچک، و دوره نقاہت زود رس نظر به Cholecystectomy باز ترجیح میدهند. با وجود این مشکلات عملیاتی، انومالی اناتومیک، و عدم موجودیت وسائل ممکن ایجاب عملیات باز را نماید.

Empyema حويصل صfra اکثراً ايجاب مداخله عاجل را مينماید که باید با دریناژ عاجل (Cholecystostomy) از طریق جلد تحت راهنمای التراساوند و یا توسط عملیات باز صورت گیرد و یا Cholecystectomy اجرا گردد. تنقب حويصل صفرای التهابی حاد نادر بوده و ايجاب عملیات عاجل را مينماید و اين اختلاط وفیات زیاد دارد.

در صورتیکه تشخیص در مرحله مقدم کولی سیست حاد مشکوک باشد لپراتومی اجرا شده و اجرای کولی سیستکتومی در ۴۸-۲۴ ساعت اول مرض نسبت اذیمای انساج مجاور نسبتاً آسان بوده لاکن عملیات بعد از سپری شدن این مدت نسبت ایجاد التصاقات التهابی مشکل میگردد.

یک تعداد زیاد جراحان مداخله جراحی عاجل را در کولی سیست حاد توصیه میکنند.

کولی سیستیت مزمن

کولی سیستیت مزمن تقریباً همیشه با سنگ کیسه صfra همراه بوده و حمله های متکرر التهابی باعث فیروز مزمن و ضخیم شدن جدار کیسه صfra میگردد. که ممکن حاوی صfra غلیظ و بعضاً منتن باشد.

نزد این مریضان حملات متکرر درد بطن از باعث کولی سیست خفیف موجود بوده که ممکن با و یا بدون تب باشد تکالیف فوق بعد از گرفتن غذا های شحمی که باعث آزاد شدن Cholecystokinin و تقلص حويصل بالای سنگ میگردد بوجود میاید. Flatulent, dyspepsia نیز بعضاً وجود داشته و لوحه سریری مزمن ممکن با ایجادکولی سیست حاد و یا مهاجرت سنگ بداخل قنات صفراوی و خیم تر شود.

Murphy's sign – اکثراً نزد این مریضان (+) بوده که در این علامه انگشت کلان در ناحیه حويصل صfra گذاشته شده و از مریض خواهش می شود تا شهیق عمیق اجرا کند که در صورت درد مریض قبل از ختم شهیق تنفس خویش را قطع مینماید.

تشخیص تفریقی

مرض از اسباب دیگر dyspepsia مزمن از قبیل قرحتات پیپتک و Hiatus hernia تشخیص تفریقی شود. گاهی اعراض مرض شباهت نزدیک با عدم کفایه او عیه اکلیلی نشان داده و بخاطر باید داشت که بعضاً اعراض فوق مترافق با سنگ های صفراوی میباشد.

معاينات تشخيصيه – در کولی سیست حاد ذکر گردید.
تداوى

Cholecystectomy توسط لپراسکوپي و يا لپراتومي اجرا شده و در حين عمليات قنات سیستيك باز و کولانژيوگرام زمان عمليات با زرق مواد راديوناپک اجرا مى شود. هر گاه سنگ در عمليات باز در قنات صفراوى اساسی دریافت شود CBD باز و سنگ کشیده شده و T-tube بداخل قنات صفراوى اساسی گذاشته مى شود و دوباره راديوجرافی کنترولی به منظور تشخيص سنگ باقیمانده اجرا ميگردد.

تداوى غير جراحى
تجزیه سنگ های صفراوى

چون کولسترول توسط نمک های صفراوى بحال منحل نگهداری ميشود بناءً سنگ های کوچک کولسترول را میتوان با تطبيق فمی مستحضرات نمک های صفراوى از قبيل chenodeoxycolic acid, ursodeoxycolic acid تجزیه کرد. و بخاطر باشد که از اين تداوى در سنگ های کوچک غير متکلس وجودیت وظایف حويصل صفرا استفاده شده اين تداوى ماه ها ادامه داده ميشود و ممکن در اثر حمله های حاد از باعث عبور سنگ های کوچک به طرق صفراوى مختل گردد.

و علاوتاً نكس مرض اكثراً بعد از قطع تداوى نسبت باقی ماندن حويصل صفرا غير نارمل مشاهده مى شود. بناءً اين تداوى در موارد محدودی استطباب دارد.

Lithotripsy

تخريب التراسونيك سنگ های کوچک ممکن بوده لakin در اینجا نيز پرابلم عبور پارچه های کوچک سنگ بداخل قنات صفراوى وجود دارد که این مشکل را میتوان با عبور يك کتير بداخل حويصل از طريق جلدی و اسپری آنها حل نمود. اما با وجود آن میتوان تداوى نسبت داشتن معاذير استطباب محدود دارد.

سنگ های قنات صفراوی اساسی

Choledocholithiasis

این سنگ ها اکثراً از حويصل صفرا منشه گرفته و از طریق قنات سیستک به قنات صفراوی مهاجرت مینماید. بعضاً سنگ داخل قنات صفراوی تشکل کرده که بنام سنگ ابتدایی قنات (Primary duct stone) یاد میشود چنین سنگ ها اکثراً در مناطق حاره بعد از منت شدن طرق صفراوی توسط کرم اسکاریس و انسداد طرق صفراوی برای مدت طولانی بوجود میاید.

سنگ های قنات صفراوی باعث انسداد جریان صفرا و یا کولانژیت انتانی میگردد هرگاه انسداد بصورت بنفسه و یا توسط تداوی رفع نشود فشار بالای سیستم صفراوی باعث سیروز ثانوی و عدم کفایه کبد میگردد.

اعراض

ممکن مریض بدون اعراض باشد لاکن اکثراً یک یا بیشتر اعراض که عبارت از درد های کولیکی بطن، یرقان وتب میباشد وجود دارد . یرقان ممکن دوامدار و یا متقطع باشد- رنگ ادرار تاریک و مواد غایطه خاسف و یا رنگ (Clay colored stool) بوده و جلد خارش دارد.

درد، یرقان وتب، سه پایه Charcot's triad باعث میباشد و دلالت به کولانژیت حاد مینماید.

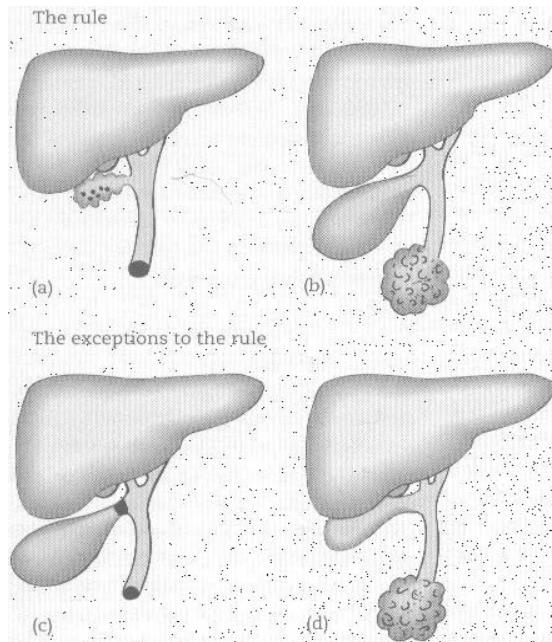
علایم

حساسیت ممکن در ناحیه اپی گستردیک و هایپو کاندر راست موجود باشد قانوناً نزد این مریضان حويصل صفرا قابل جس نبوده و در مریضان یرقانی بخار آوردن قانون Courvoisier's مفید بوده در این قانون چنین حکم مینماید که هرگاه یرقان از باعث بندش قنات کولیدوک توسط سنگ باشد حويصل صفرا متوجه و قابل جس نه بوده (فیبروز جدار حويصل و بندش ناتام توسط سنگ) در حالیکه هرگاه سبب یرقان، کانسر رأس پانکراس و یا امپول واتر باشد حويصل صفرا متوجه و قابل جس است.

این قانون دو استثناء دارد:

۱ - هرگاه یک سنگ در حذای رتج Hartmann و سنگ دیگر در قنات کولیدوک باشد در اینصورت نسبت ایجاد موکوسن، حويصل قابل جس میباشد.

۲- حويصل صفرا در اثر کانسر رأس پانکراس توسع نموده لakan نسبت توضع آن در تحت فص راست کبد از نظر سریری غیر قابل جس میباشد.



شکل (۵ - ۸) قانون Courvoisier
در مریضان مصاب بیرقان

تشخیص تفریقی سنگ های قنات صفراوی اساسی

۱- با يرقان (۷۵% وقایع)

الف - کارسینومای پانکراس و یا قنات صفراوی
ب - هیپاتیت حاد

۲- بدون يرقان (۲۵% وقایع)

الف - کولیک کلیوی
ب - انسداد امعاء

ج - Angina pectoris

معاینات تشخیصیه

۱- تست و ظایف کبدی (LFT)

سویه الکلین فاسفتاز زیاد بلند رفته در حالیکه سویه امینو ترانسفراز سیروم ممکن تا پنج مرتبه بلند رود.

۲- التراسونو گرافی: در تشخیص سنگ در قنات صفراء و در دیگر اسباب یرقان کمک میکند.

۳- ERCP: اسباب جراحی یرقان را از اسباب طبی آن تشخیص تفیریقی مینماید.

۴- PTC
تداوی

بعد از آماده نمودن مریض برای عملیات میتود های تداوی جراحی عبارت اند از:

- Percutaneus Treatment - دریناز شده و بعداً Percutaneus choledochoscopy

- در وسیله اجرا می شود.

- Supraduodenal choledochotomy -

- Transduodenal sphincterotomy -

- Choledocho-duodenostomy -

باید گفت که تداوی سنگ های صفراء با ظهر ERCP تغیر نموده (Endoscopic papillotomy) که به وسیله آن سنگ التصالی در قنات صفراء توسط Dormia basket کشیده می شود و به منظور جلوگیری از مهاجرت سنگ های دیگر باید هر چه زودتر Cholecystectomy بعدی انجام شود.

کارسینومای حويصل صفرا

پیالوژی

یک تومور نسبتاً نادر بوده و در ۸۵%-۹۰% وقایع مترافق با سنگ های صفراء میباشد بعضی موعلفین سبب مرض را تخریش مزمن و یک تعداد دیگر تاثیر کارسینوژینک مشتقات کولیک اسید میدانند ۵۰% Porcelain gall bladder همراه با کارسینوما میباشد.

چون سنگ های صفراء در خانم ها زیاد مشاهده می شود بناءً شیوع کارسینومای حويصل صفرا نیز چار مرتبه بیشتر در خانم ها نظر به مرد ها میباشد. ۹۰٪ این تومور ها ادینو کارسینوما و ۱۰٪ با قیمانده Squamous carcinoma است.

کارسینومای حويصل صفرا بصورت موضعی کبد و قنوات آنرا اشغال کرده و انتشار لنفاوی آن به عقدات لنفاوی در حذای سویق کبد میباشد. همچنان میتواند ورید باب و کبد اشغال شود.

تظاهرات کلینيکي

كارسينوماى حويصل صفرا اكثرا با تظاهرات سريري شبيه کولي سيسىت مزمن با درد RUQ دلبدي و استفراغ ظاهر شده وبر علاوه ضياع وزن در مرحله موعخر باعث يرقان انسدادى مى شود ودر اين مرحله ممکن يك کتله در ناحيه حويصل صفرا جس شود.

تداوي

گاهی تومور در اثنای Cholecystectomy از باعث سنگ تشخيص شده که در اينصورت توقع حياتی زياد ميباشد. ودر صورت که مرض قبلاً در کبد نيز انتشار کرده باشد چنانچه در اكثرا موارد مشاهده مى شود. نادرآ برداشت ن موسعى وسريع تومور امكان داشته بناءً انذار مرض همشه خراب بوده ومریض در ظرف چند ماه فوت میکند.

Cholangiocarcinoma

پتولوژي

وقوعات کارسينوماى قنوات صفراوى روبه ازدياد بوده و اكثراً بعد از سن ۵۰ سالگی مشاهده مى شود ومرض در مردان زياد تر شيوخ دارد. وبا امراض التهابي امعاء و بالخصوص Sclerosing cholangitis همراه بوده و فبروز ولادي کبد، کيسىت هاي کوليودوك و کبد پولي سيستك امراضى اند که همراه با اين مرض مشاهده مى شود.

از نظر ماکروسکوپيك اين تومور در داخل پرانشيم کبدی ويا در قنوات صفراوى بزرگ خارج کبدی بوجود مياید. قنوات صفراوى کبدی راست و چپ يا قنات صفراوى کبدی اساسى و قنات سيستك نواحی اند که زيادتر مصاب ميگردد.

از نظر ميكروسکوپيك اين تومورها Mucin secreting adenocarcinoma ميباشد.

تظاهرات سريري

يگانه تظاهرات سريري مرض يرقان بدون درد روز افزون با ادرار تاريک ومواد غایطيه خاسف ميباشد . دردهای اپي گاستريک ، اسهال شحمى وضياع وزن معمول ميباشد.

با معانيه اكثراً ضخame کبد دريافت شده و کيسه صفرا نسبت توضع تومور در قسمت علوي قنات صفراوى ويا قنات سيستك قابل جس نميباشد.

مرض توسيط PTC، ERCP، MRCP و Brush cytology (کمتر حساس است) و بيوپسي توسيط سوزن تحت رهنمایي CT ثبیت و تشخیص میگردد.

تداوی

تومور به آهستگی نشوه نما کرده بناً تطبیق stent به کمک ERCP و یا bypass توسط عملیه جراحی باعث تسکین مریض میگردد. در صورتیکه تومور قابل معالجه نباشد انذار تاریک است.

ماخذ:

Refferences:

- 1- Frank H. Netter. Atlas of Human Anatomy, 3rd ed. USA: Icon Learning Systems. Teterboro, New Jersey; 2003.
- 2- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 3- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 4- Hobart W. Harris. Biliary System. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 219 – 34
- 5- J.N Thompson. Acute Gallbladder Disease: Acute Cholecystitis and Biliary Colic. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.773 – 83
- 6- Lawrence W. Way. Biliary Tract. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 487 - 516
- 7- Margret Oddstottir and John G. Hunter. Gallbladder and Extra Hepatic Biliary System. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 821 – 44
- 8- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004

- 9- R.C.G Russell. The Gallbladder and Bile Ducts. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004.
P. 1094–1113
- 10- Rowan Parks and Fenella Welsh. Gallbladder and Biliary Surgery. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 317 – 38
- 11- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Biliary Tract. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 375 – 452
- 12- Steven A. Ahrendt and Henry A. Pitt. Biliary Tract. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1597 – 1642

فصل نهم

پانکراس

Pancreas

کیست های پانکراس^{۱۶۳}
تومور های پانکراس^{۱۶۴}

پانکریاتیت حاد^{۱۵۶}
پانکریاتیت مزمن^{۱۶۲}

آناتومی جراحی^{۱۵۴}
انومالی های ولادی پانکراس^{۱۵۵}

آناتومی جراحی

پانکراس یک عضو خلف پریتوانی بوده تقریباً ۸۵ گرام وزن دارد و ۱۵-۱۲ سانتی متر طول دارد و مشکل از چهار قسمت یعنی رأس، عنق، جسم و زنب میباشد.

رأس پانکراس دیسک مانند بوده و در حذای مقعریت اثنا عشر قرار دارد و یک قسمت آن که بطرف چپ در خلف او عیه مساريقی علوی تمادی دارد بنام Uncinate process یاد میشود.

عنق پانکراس یک قسمت متضيق بوده که راس را با جسم پانکراس وصل ساخته و در قدام شروع ورید باب و منشه شريان مساريقی علوی از ابهر قرار دارد.

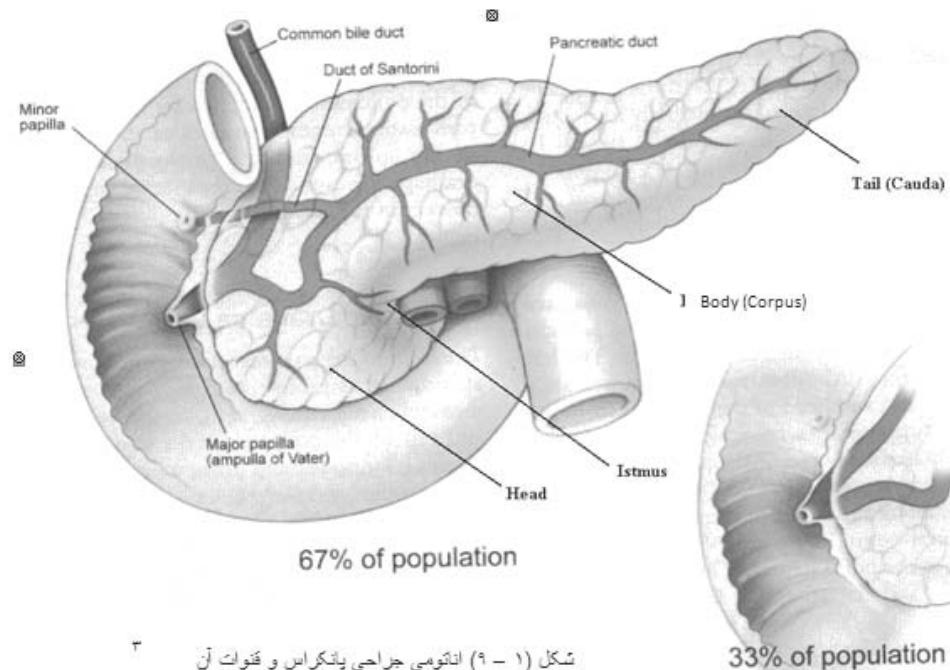
جسم پانکراس بطرف علوی و چپ سیر داشته و خط متوسط را عبور مینماید. زنب پانکراس در حذای رباط طحالی کلیوی بطرف قدام موقعیت داشته و با سویق طحال تماس دارد.

پانکراس در قدام با کولون مستعرض، اتصال مساريقه کولون مستعرض، ثرب صغیر و معده و در خلف با قنات صفراوی، ورید باب و طحال، ورید اجوف سفلی، ابهر، منشه شريان مساريقی علوی، عضله پسواس چپ، غده فوق الكلیه چپ کلیه چپ و سویق طحال مجاورت دارد.

قوات پانکراس

۱- قنات پانکراسی اساسی : این قنات توسط قنات جوانه بطنی (قنات راس) در راس پانکراس ساخته شده که با قنات ظهری (قنات جسم و زنب) در رأس پانکراس یکجا میگردد و بعد از سیر خلفی سفلی بالآخره با قنات صفراوی در حذای امپول واتر در جدار خلفی انسی قطعه دوم اثناعشر وصل میگردد.

۲- قنات پانکراسی اضافی: قنات اساسی جسم و زنب پانکراس بوده و در رأس پانکراس به قدام سیر داشته و داخل قطعه دوم اثنا عشر در حذای Accessory papilla میگردد.



شکل (۱ - ۹) انتومی جراحی پانکراس و قنوات آن

ارواه پانکراس

۱- شرائین: پانکراس توسط شرائین طحالی و علوی و سفلی ارواء میگردد.

۲- دریناژوریدی: اورده آن به ورید باب میریزد.

۳- لنف: به عقدات لنفاوی که

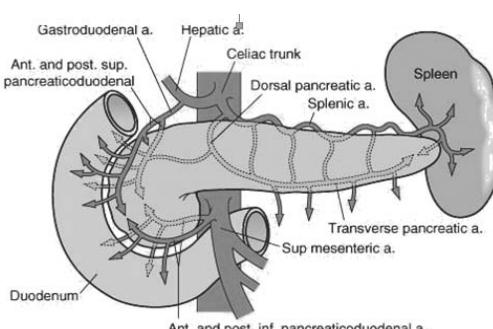
در امتداد شرائین

پانکراسی قرار دارد

دریناژ شده واز آنجا به

عقدات celiac و

مساریقی علوی میریزد.



شکل (۲ - ۹) ارواء پانکراس

anomalی ولادی پانکراس

پانکراس به قسم دوچوانه ظهری و بطئی (Ventral,Dorsal) از اثنا عشر ابتدائی انکشاف یافته جوانه بطئی به خلف تدور کرده و بدین ترتیب او عیه مساريقی علوی را احاطه مینماید و باعث تشکل راس پانکراس و قنات اساسی

Wirsung میگردد. که در اکثر وقایع بصورت مشترک با قنات صفراءوی در حذای امپول و اتریاز میگردد. جوانه ظهری بزرگ، جسم وزن پانکراس را ساخته و قنات آن، قنات اضافی را میسازد Santorini.

پانکراس حلقوی (Annular pancreas)

دو جوانه ابتدایی پانکراس ممکن در جریان انکشاف خویش قطعه دوم اثنا عشر را احاطه نمایند و باعث تولید یک شکل نادر انسداد خارجی اثنا عشر شود.

پانکراس Hetrotopic

پانکراس Hetrotopic گاهی اوقات توسط یک جوانه اضافی Foregut ابتدایی بوجود میاید و درین انواعی یک ندول نسج پانکراس ممکن در معده، اثنا عشر یا ژیژونوم دریافت شود و باعث اعراض انسدادی و یا سوء هاضمه میشود.

پانکریاتیت حاد

Acute pancreatitis

پانکریاتیت حاد عبارت از التهاب حاد پانکراس بوده که با درد بطن و اکثراً همراه با افزایش اندام های پانکراسی در خون یا ادرار ظاهر مینماید. این مرض یک سبب معمول دردهای حاد بطنی بوده و مرگ و میر زیاد دارد.

اسباب

اکثر وقایع پانکریاتیت حاد همراه با سنگ های صفراءوی و یا الكول بوده گرچه یک تعداد اسباب کمتر معمول مرض نیز شناخته شده است.

- سنگ های صفراءوی: سنگ های صفراءوی در انگلستان در نصف وقایع مشاهده شده چنانچه در مواد غایی که یک تعداد زیاد مربیان پانکریاتیت حاد سنگ های کوچک صفراءوی را میتوان دریافت کرد.

- الكول: اکثر پانکریاتیت های که در عدم موجودیت سنگ های صفراءوی بوجود میاید به الكول نسبت داده میشود و پانکریاتیت از باعث الكول بالخصوص در فرانسه و امریکا شمالي زیاد معمول بوده و همچنان الكول از جمله معمولترین اسباب پانکریاتیت متکرر و نکس کننده به شمار میرود که میخانیکیت آن واضح نبوده و ممکن مرض به تعقیب نوشیدن زیاد و یا نزد معتادین مزمن الكول بوجود آید. سایر اسباب پانکریاتیت حاد که کمتر معمول اند عبارت اند از:

- بعد از عملیات : بالخصوص بعد از bypass قلبی ریوی و یا ترپیض پانکراس در اثنای آزاد نمودن اثنا عشر در عملیات گاستریکتومی قسمی و یا splenectomy .
- بعداز ERCP : بالخصوص در صورت اجرا Pancreatography با مشکلات در عبور کانول از papilla که باعث اذیما و انسداد ناحیه میگردد.
- کارسینومای پانکراس.
- انتنات: مانند - کله چرک Cytomegalovirus،(Mump) و یا انتن Coxsackie .
- ترپیض : بالخصوص ترپیض کند یا crush injury
- ادویه جات مانند کورتیکوستروئید ها و Sodium valproate .
- Hypothermia
- Hypercalcaemia
- Hyperlipidaemia
- وعایی: پانکریاتیت ممکن در فرط فشار خون خبیث، امبولی کولسترول و Ployarteritis nodosa وجود آید.

پتولوژی

پانکریاتیت حاد از باعث هضم بنفسه (Autodigestion) در نتیجه انزایم های هضمی آزاد شده پانکراس از التهابات دیگر فرق دارد. پانکراس در حالت نارمل از هضم بنفسه توسط ذخیره انزایم ها در گرانول های zymogen داخل حجره ای قبل از افراز آن به قسم پرو انزایم محافظه میگردد. بطور مثال Trypsin به شکل Trypsinogen افراز شده و در امعاء توسط Enterokinase تبدیل میگردد. Trypsin به نوبه خود باعث شکستن Proenzym وفعال شدن آنها میگردد. یکی از این انزایم ها Phospholipase-A میباشد که در پانکریاتیت باعث ماؤف شدن جدار حجره و نکروز شحمی همراه با لیپاز پانکراسی میگردد.

میکانیزم که باعث هضم بنفسه میگردد متعدد بوده که بازگشت محتوى اثنا عشری پانکراسی یک فکتور مهم میباشد. ممکن در نتیجه ترپیض papilla در اثنای کانولیشن اندوسکوپیک، ترپیض و جراحی این ناحیه و یا ترپیض معصره در اثر عبور سنگ در تازه گی ها بوجود آید. ازین رواست که پانکریاتیت و سنگ های صفراء همیشه یکجا مشاهده می شود. همچنان محتوى اثنا عشر دارای Enterokinase بوده و در اثر بازگشت داخل قنات باعث فعل شدن پروانزایم های پانکراس میگردد که بصورت تجربی

نیز Reflux اثناعشری باعث ایجاد پانکریاتیت شده است و ممکن یک فکتور معمول مرض باشد که یک تعداد اسباب دیگر را که قبل از گردید تحت پوشش قرار دهد.

زمانیکه التهاب بوجود آمد در اثر ترومبوز ارتربیول ها ممکن احتشای موضعی تأسیس نماید و بیشتر پروازنرا ایم از حجرات نکروتیک خارج وفعال میگردد که با شروع این حادثه پانکریاتیت به سرعت پیش رفته و باعث هضم بنفسه وسیع که تنها محدود به پانکراس نمیباشد میگردد.

با پیشرفت التهاب و هضم بنفسهی مواد نکروتیک مایع و اکزووات التهابی در جوف صغیر پریتوان جمع شده و این مایع که توسط معده در قدام و پانکراس نکروتیک در خلف احاطه شده کیست کاذب بوده و معمولاً بعد از روز دهم ظاهر میگردد.

پتالوژی ماکروسکوپیک

در اثنای عملیات تظاهرات مرض کاملاً وصفی بوده و یک انصباب پریتوانی خون آلود موجود میباشد و در سراسر جوف پریتوان نقاط سفید نکروز شحمی (Fat necrosis) مشاهده می شود که توسط لیپاز ازاد شده از پانکراس، که باعث آزاد شدن اسید های شحمی و گلیسرول از شحم میگردد و اسید مذکور با کلسیم اتحاد نموده و صابون کلسیم غیر منحل را میسازد بوجود میاید. پانکراس متورم، نزفی و در اشکال شدید واقعاً نکروتیک میباشد گاهی پانکریاتیت متقيق ممکن بوجود آید.

تظاهرات سریری

مریض اکثراً چاق دارای سن متوسط یا مسن میباشد خانم ها نظر به مرد ها به مرض زیادتر مصاب میشوند. درد شدید، دوامدار بوده و بصورت آنی شروع و موقعیت اپی گاستریک دارد و بخلاف انتشار مینماید. مریض بخاطر تسکین درد خود را به قدام خم میکند. اق زدن متکرر معمول بوده و استقراغ مقدم و فراوان میباشد. مریض در شاک بوده نبض سریع و سیانوز(از باعث کولاپس دورانی) موجود میباشد. درجه حرارت یا پائین تر از نارمل و یا تا 39°C (103°F) بلند میرود.

با معاینه بطن بصورت منتشر حساس و متقلص بوده و تقریباً ۳۰٪ این مریضان زردی خفیف از باعث اذیما رأس پانکراس و انسداد قسمی قنات کولیدوک دارند. چند روز بعد از حمله شدید مرض ممکن است تغیر رنگ آبی شکل در نواحی قطبی از باعث Extravasation عصاره خون آلود پانکراس در انساج خلف پریتوانی بوجود آید که بنام Grey Turner's sign یاد میشود.

معاینات تشخیصیه

این معاینات به منظور تشخیص، تعیین شدت و انذار مرض اجراء شده و عبارتند از:

- سیروم امیلاز - پانکراس مائق باعث آزاد شدن امیلاز بداخل دوران شده که توسط کلیه ها اطراف میگردد بناءً غلظت امیلاز در سیروم بلند رفته و در مرحله حاد مرض بطور قابل ملاحظه (پنج مرتبه و یا بیشتر از آن) بلند میرود و در ظرف ۲ - ۳ روز دوباره نارمل میگردد. نادرآ در حمله بسیار شدید مرض با تخریب وسیع پانکراس سویه امیلاز خون نارمل میباشد و قبل از تشخیص پانکراتیت باید اسیاب دیگر که باعث بلند رفتن امیلاز خون میگردد در نظر باشد.
- معاینه خون - لوکوسیتوز متوسط با کم خونی در شکل شدید مرض موجود است.
- گلوکوز خون - در ۱۵% وقایع بلند رفته و همراه با Glucosuria میباشد.
- سیروم بلوروین - اکثرآ بلند میرود.
- گازات شریانی خون - در اشکال شدید مرض Hypoxia مشاهده میشود.
- سویه کلسیم سیروم - ممکن پائین باشد قسماً در نتیجه Fat saponification و تیتانی ممکن مشاهده شود که در چنین و قایع انذار مرض خراب است.
- Computed tomography (CT) - این معاینه پانکراس را بخوبی نشان داده و در صورتیکه امیلاز نارمل و تشخیص مشکوک باشد ممکن التهاب پانکراس را ثابت و تثبیت نماید و در صفحه مؤخر پانکراس نکروتیک، آبسه و کیست کاذب ممکن مشاهده شود.
- ECG - ممکن موجه T سقوطی و Arrhythmia را نشان داده و با اسکیمی قلبی مغالطه شود.
- رادیوگرافی بطن - این معاینه اکثرآ بصورت مستقیم کمک نتوانسته اما عدم موجودیت گاز آزاد و یا سویه گاز و مایع باعث تشخیص تفریقی مرض با تنقیب قرمه پیپتیک و انسداد های علوی اماعه میشود در بعضی وقایع یک عروه متواضع واحد قسمت علوی ژیژونوم ممکن در کلیشه رادیوگرافی مشاهده شود که بنام Sentinel loop sign یاد میشود و در اشکال مزمن مرض ممکن سنگ های رادیواپیک پانکراس دریافت شود.

- التراسوند - این معاینه سنگ حويصل صفراء و توسع قنات صفراء اساسی را که دلالت به سنگ قنات کولیدوک مینماید بطور ضمیموی نشان داده و با وجود اینکه گازات معائی مانع مشاهده خوب پانکراس میگردد ممکن پانکراس بزرگ و ضخاموی دریافت شود.

بخاطر باشد که هر یک از سه انزایم که توسط پانکراس آزاد میگردد در ایجاد نظاهرات پانکریاتیت حاد رولی بازی مینمایند:

۱- Trypsin - که باعث هضم بنفسه پانکراس میگردد.

۲- Lipase - که باعث نکروز شحمی میگردد.

۳- Amylase - که از جوف پریتوان جذب و سویه آن در سیروم بلند میرود و بدین ترتیب یک تست خوب برای تشخیص است.

تشخیص تفریقی

حمله کمتر شدید پانکریاتیت شbahت به کولی سیستیت حاد داشته و حمله زیاد شدید مرض با شاک، اکثراً با تثقب قرحة پیپتیک و ترومبوز اوغیه اکلیلی مغالطه میگردد. همچنان مرض با انسداد علوی امعاء و اسباب دیگر پریتونیت تشخیص تفریقی شود.

تداوی

تداوی پانکریاتیت حاد در صورتیکه تشخیص واضح باشد محافظه کارانه بوده ولی در وقایع که تشخیص واضح نباشد باید لپراتومی اجراء تا مرض تشخیص و تداوی شود.

تداوی محافظه کارانه - اساس تداوی طبی یا محافظه کارانه را تسکین درد و استراحت غده پانکراس تشکیل میدهد و قرار ذیل میباشد:

- آنالجزیک - درد توسط Pethidine تسکین شده زیرا مورفین باعث اسپزرم معاصره Oddi میگردد.

- جبران ضایعات مایعات - توسط محلولات Colloid و خون به منظور تداوی شاک و تأمین دیوریز، در اشکال کمتر شدید مرض تعویض مایعات و الکترولیت به تنهائی کافی میباشد.

- استراحت غده پانکراس - با دور نمودن منبهای افزایی غده که به این منظور به مریض از طریق دهن غذا و یا مایعات داده نشده و اسپریشن انفی معدوى در صورت استقراغ شروع میشود.

- تغذی - در اشکال شدید مرض تغذی بصورت تام از طریق صورت گرفته و شواهدی که در صورت عدم موجودیت Parenteral

- Ileus تغذی Nasojejunal را نظر به شکل فوق ترجیح دهد وجود ندارد.
- انتی بیوتیک ها – در اشکال شدید مرض و مترافق بودن پانکریاتیت با سنگ های صفراء توصیه میشود.
 - تداوی وقایوی به منظور جلوگیری از Erosion معده که توسط Ranitidine و Sacralfate یا اجراء این عملیه بصورت مقدم در اثنای بستر در پانکریاتیت از باعث سنگ صفراء بالخصوص در اشکال شدید مفید میباشد.
 - همچنان قنات صفراء اساسی متوجه در التراسوند یک استطباب Sphincterotomy عاجل است. مؤثریت تداوی دوائی به منظور تنقیص فعالیت انزایم های پانکراس توسط Aprotonin و یا تنقیص افزایش آن توسط Atropine یا Probanthine ثابت نشده است.
 - تداوی جراحی – از تداوی جراحی مقدم در حمله حاد مرض تا حد امکان جلوگیری شود در حالیکه تداوی جراحی مؤخر مرض به منظور تطهیر پانکراس نکروتیک (Necrosectomy) دریناز آبسه و کیست کاذب استطباب دارد و در پانکریاتیت از باعث سنگ های صفراء باید به مجرد شفایابی مریض از حمله حاد Cholecystectomy اجراء شود.
 - انذار وفیات پانکریاتیت حاد در حدود ۱۰% بوده و مربوط به شدت حمله مرض میباشد.

اختلاطات

- تشکل آبse – که در نکروز پانکراس مشاهده شده و متصف با تب و لوکوسیتوز دوامدار میباشد.
- کیست کاذب – متصف با درد و سویه بلند امیلاز به شکل دوامدار بوده که اکثرآ در هفته دوم مشاهده شده و بشکل یک کتله ناحیه اپی گاستریت ظاهر میگردد.
- نزف معده معانی – از باعث Erosion حاد معده و یا فرخه پیپتیک عدم کفایه کلیه – که همراه با شاک و نکروز پانکراس میباشد.
- عدم کفایه ریوی – جرخه حاد ریوی حملات بعدی (Relapsing pancreatitis) – در نتیجه حمله شدید با نکروز پانکراس و یا Chronic relapsing pancreatitis بوجود میاید.

پانکریاتیت مزمن

Chronic Pancreatitis

عبارةت از یک آفت التهابی دوامدار پانکراس است که با تغیرات مورفولوژیک غیر قابل ارجاع غده پانکراس که باعث تولید درد و یا عدم کفایه وظیفوی دائمی میگردد وصفی میباشد.

اسباب

در دنیا غرب الكولیزم سبب عمد پانکریاتیت مزمن میباشد در بعضی مناطق آسیا و افریقا پانکریاتیت مترافق با سوء تغذی و ارثی بوده و بلند بودن سویه کلسیم خون یک سبب غیر معمول مرض میباشد.

تظاهرات سریری

مریض شاید با یکی یا بیشتر از حالات ذیل مراجعه نماید:

- بدون اعراض - (تکلس پانکراس در کلیشه رادیوگرافی به تشخیص کمک میکند)
- درد های متکرر بطن - که بطرف ناحیه قطبی انتشار کرده و به وضعیت نشسته و خم شده به قدام تسکین میگردد.
- اسهال شحمی از باعث عدم کفایه پانکراس
- دیابت از باعث آفت حجرات β پانکراس
- یرقان انسدادی - که تشخیص تقریقی آن از کارسینومای رأس پانکراس حتی در زمان عملیات مشکل است.

معاینات تشخیصی

- سیروم امیلاز - که در اثنای حمله درد ممکن بلند باشد اما در شکل طولانی مرض نسبت باقیماندن یک تعداد کم نسخ پانکراسی ممکن سویه امیلاز در خون نارمل باشد.
- رادیوگرافی بطن ممکن سنگ و یا تکلس را نشان دهد.
- CT - ممکن غده را از نظر ساختمان بزرگ و غیر منظم نشان دهد.
- ERCP - ممکن قنات پانکراسی را متوجه و غیر منظم و قنات صفرایی را تحت فشار رأس پانکراس نشان دهد.
- Exocrine function tests - مانند تست Pancreolauryl Esterase تست Fluorescein dilaurate خورده شده و توسط پانکراسی تجزیه و در نتیجه Fluorescein آزاد میگردد که بعد از

جذب در ادرار اطراف شده و غلطت این ماده در ادرار، فعالیت اکزوکرین پانکراس را نشان میدهد.

تداوی

تداوی اساسی پانکراتیت مزمن از بین بردن عامل سببی مرض یعنی نوشیدن الكول میباشد و مریضان که مصاب پانکراتیت اند باید از نوشیدن الكول پرهیز نمایند.

- انالجزیک - برای تسکین درد باید انالجزیک مشتقات مورفین توصیه شود لakan طوریکه میدانیم تداوی دوامدار باعث اعتیاد شده بناءً گرفتن انالجزیک به صورت درست یکی از مشکلات تداوی میباشد.
- تغذی - غذا باید حاوی مقدار کم شحم باشد و از طریق دهن انزایم های پانکراسی توصیه شود.
- انسولین - در صورت موجودیت Diabetes mellitus توصیه شود.
- تداوی جراحی - در صورت حمله های متکرر مرض و درد شدید توصیه شده که در اینصورت Partial pancreatectomy و یا دریناژ تمام طول قنات پانکراسی در یک عروه امعا(Pancreato jejunostomy) ممکن ایجاد نماید. نادرأ Total pancreatectomy ضرورت میباشد که به تعقیب آن دیابت و اسهال شحمی تأسیس مینماید.
- یرقان انسدادی بدون درد - که توسط عملیات Bypass یعنی Cholecystojejunostomy رفع میگردد.

کیست های پانکراس

تصنیف

کیست های پانکراس بودسته یعنی کیست های حقیقی (True cyst) و کیست های کاذب (False cyst) تصنیف میگردد:

- ۱- کیست های حقیقی یا True cyst (۲۰%) که عبارتند از:

- مرض پولی سیستیک ولادی پانکراسی
- کیست احتباسی یا Retention cyst
- کیست هیداتید
- کیست های نیوپلاستیک مانند Cystadenoma و Cystadenocarcinoma

۲- کیست های کاذب یا Pseudocyst (80%) کیست های کاذب پانکراس عبارت از تجمع مایع در جوف صغير پریتوان میباشد. و اسباب آن عبارت است از:

- بعد از ترمیضات پانکراس
- به تعقیب پانکریاتیت حاد
- از باعث تشقق قرحت خلفی معده(که نادر است)

تظاهرات سریری

کیست های پانکراس به شکل یک تورم بزرگ، سخت و مدور در قسمت علوی بطن ظاهر شده که در ابتداء نسبت قرار داشتن عروه معانی مملو از گاز در قدام آن با قرع Resonant بوده اما بعداً که جسامت کیست بزرگ گردید امعاء را به یک طرف نیله کرده و با جس Dull میگردد.

تداوی

کیست های حقیقی ایجاد مینماید تا توسط عملیه جراحی برداشته شود و کیست های کاذب دریناژ میشود این دریناژ میتواند داخلی (انستموز کیست با معده و یا امعاء) و یا خارجی از طریق جلد تحت کنترول التراسوند باشد.

تومور های پانکراس

تصنیف

تومور های سليم

۱- ادینوما

Cystadenoma -۲

Islet – cell tumour -۳

الف – Zollinger – Ellison tumour

ب – Insulinoma (β -cell tumour)

ج – Glucagonoma (α -cell tumour)

تومور های خبيث

۱- تومور های خبيث ابتدائي

الف – Adenocarcinoma

ب – Cystadenocarcinoma

ج – تومور خبيث حجرات

۲- تومور های خبیث ثانوی
مصاب شدن پانکراس توسط تومور های معده یا قنات صفراء وی

تومور های حجرات Islet – cell tumours

این تومورها نادر اند اما نسبت تأثیرات میتابولیک خوبش (حتی در صورت آفات کوچک که تشخیص آن با CT، MR و انژیوگرافی انتخابی مشکل است) دلچسپ میباشند.

انواع تومورها

تومور های حجرات Islet همه از حجرات Amine Precursor (APUD) هستند. APUD از Uptake and Decarboxylation (یاد میشود و این تومورها نظر به نوع حجرات که از آن منشأ میگردد یک تعداد Polypeptides افزار نموده که اینها هارمون های فعال بوده و وظایف شان شناخته نشده و اکثر آنها اضافه تر از یک پولی پپتید افزار میگردد جزیرات پانکراس حاوی یک تعداد زیاد حجرات بوده که از جمله حجرات α گلوکاگون، حجرات β انسولین و حجرات δ (Somatostatin) افزار مینماید بخوبی شناخته شده است، علاوه بر آن حجرات Interacinar، پولی پپتاید پانکراسی (F-cells) و serotonin (حجرات enterochromaffin) تولید مینماید. همچنان حجرات Islet ممکن هارمونی را افزار نماید که در حالت نارمل در پانکراس دریافت نشود مانند گاسترین (gastrinoma) و هارمون Vasoactive polypeptide (کوشنگ سندروم) (ACTH)

تومور های حجرات Islet ممکن مترافق با دیگر تومور های اندوکراین در سایر نواحی بدن به شکل یک قسمت از Multiple endocrine neoplasia (MEN) سندروم مشاهده شود که اکثر آنها قسمت قدامی غده نخامیه و پاراتایر اید را مصاب میسازد.

انسولینوما (β - cell tumour)

۹۰٪ این تومورها سليم و ۱۰٪ شان خبیث میباشد. نزد این مریضان نسبت افزار زیاد انسولین ممکن دوگروپ اعراض هایپوگلایسیمیک مشاهده شود:

- ۱- تظاهرات سیستم عصبی مرکزی – که عبارتند از ضعیفی، عرق لرزش، اختلال شعور، hemiplegia و بالاخره کوما که ممکن کشند باشد.

۲- تظاهرات معدی معائی - که عبارت از گرسنگی، درد بطن و اسهال میباشد این اعراض خصوصاً زمانیکه مریض گرسنه باشد یا در اثنای تمرین فزیکی ظاهر شده واکثراً صبح وقت قبل از ناشتا مشاهده میشود و باگرفتن غذا رفع میگردد اکثرآ اشتهاي فوق العاده با گرفتن وزن زیاد موجود میباشد.

تشخیص: Whipple's triad

وصف عمه تشخیصیه این سندروم عبارتند از -

- حمله مرض در اثر گرسنگی یا تمرین بوجود میاید.
- در اثنای حمله مرض hypoglycemia موجود میباشد.

- حمله مرض با گرفتن شکر از طریق فمی یا وریدی برطرف میگردد.

تشخیص تفریقی هایپوگلیسیمیا بنفسه در کاهلان، شامل تطبیق انسولین توسط خود شخص یا الكول و عدم کفایه غده فوق الكلیه، نخامیه و کبدی میباشد.

معاینات تشخیصیه

- سویه انسولین - سویه بلند انسولین در موجودیت هایپوگلیسیمیا. هایپوگلیسیمیا میتواند از باعث یک دوره گرسنگی طولانی (۱۴ - ۱۶ ساعت) بوجود آید.

- C - Peptide levels - ممکن به منظور رد تطبیق انسولین خارجی اندازه گیری شود زیرا این ماده در انسولینوما بلند بوده و در سورتیکه انسولین خارجی تطبیق شده باشد پائین میباشد.

- تست توضع (Localization test) شامل CT، MR و انژیوگرافی انتخابی میباشد. نادرآ توضع تا زمان لپراتومی تشخیص نمیگردد و حتی بعد از آن نیز ممکن مشکل باشد.

تداوی
برداشتن تومور میباشد.

گاسترینوما (Zollinger–Ellison syndrome/non- β -cell islet tumour)

این تومور Non- β -cell ممکن سلیم و یا خبیث، واحد و یا متعدد باشد و آنها قسمتی از MEN سندروم میباشد. تومورهای خبیث در شکل sporadic کمتر معمول (۳۰%) نظر به شکل مربوط به MEN (۶۰%) بوده و بطور نسبی آهسته نشوونما مینماید. با وجود آن بالآخره میتابستاز کبدی بوجود میاید. گاسترینوما باعث افزایش ماده شبیه گاسترین در خون شده که سبب افزایش

فوق العاده زیاد HCl معدوى ميگردد. و نزد بسيارى مریضان، التهاب مری (Oesophagitis) از باعث افراز زیاد اسید و اسهال (سبب آن تا هنوز بصورت درست معلوم نبوده) بوجود مياید. در اکثریت وقایع قرحات پیپتیك بسيار شديد با نزف و تنقب و قرحات متعدد اثناعشر مشاهده ميشود و اعراض بعد از توقف تداوى طبی عود مينماید.

معايير تشخيصيه

- غلظت گاسترین سيروم در خون ده چند نارمل ميباشد.
- Basal acid output که توسط اسپريشان انفي معدى اندازه گيري ميشود بسيار بلند است (بالاتر از 15mmol/L)
- Localization – مانند انسولينوما ميباشد.

تداوي

تداوي مرض عبارت از برداشتن تومور بوده و در صورت عدم امكان افراز زيد اسید توسط Proton pump inhibitors (Omeprazole) و با دوز های بلند Histamine H₂-receptors antagonists (Cimetidine) یا Ranitidine کنترول ميگردد. تداوى عصری ضد اسید، تداوى جراحی مرض راکه Total gastrectomy ميباشد تا اندازه زيد تعويض نموده است.

كارسينوما پانکراس

پتولوژي

۶۰٪ اين تومورها در حذای رأس، ۲۵٪ در جسم و ۱۵٪ در زنب پانکراس توضع مينمایند.

۱/۳ تومور های رأس پانکراس Peri-ampullary بوده که از امپول و اتر مخاط اثناعشر و يا از نهايت سفلی قنات صفراوي اساسی منشه ميگيرد. شيع مرض در انگلستان و ويلز ۱۲ نفر در $100,000$ نفوس ميباشد. مرد و زن مساويانه به مرض مصاب شده ومرض سن های متوسط و اشخاص پير را مصاب ميسازد وقوعات مرض روبه افزایش بوده بالخصوص در ایالات متحده امريكا که نظر به کارسينوما معده زيد تر سبب مرگ ميگردد مرض در اشخاص معتاد به سگرت زيدتر شيع دارد.

از نظر ماکروسکوپيك تومور ارتشاري (Infiltrating) سخت و غير منظم ميباشد.

- از نظر میکروسکوپیک تومور به انواع ذیل میباشد:
- ادینوکارسینوما افزای کننده مخاط (منشه قناتی دارد) که زیاد معمول است.
 - کارسینومای حرات acinar (منشه acinar دارد) غیر افزایی مخاط
 - تومور غیرقابل تفریق (Undifferentiated) که نادر بوده و اکثراً در خانم های با سن متوسط مشاهده میشود.

انتشار تومور

۱- انتشار مستقیم

- الف - در قنات صفراوی اساسی که باعث یرقان انسدادی میگردد.
 - ب - در اثنا عشر باعث نزف مخفی و یا آشکار میگردد.
 - ج - در ورید باب باعث ترومبوز ورید باب، فرط فشار باب و حبن میگردد.
 - د - در ورید اجوف سفلی باعث اذیمای دو طرفه طرف سفلی میگردد.
- ۲- انتشار لوفاوی - به عقدات لوفاوی مجاور و عقدات سویق کبدی
- ۳- انتشار دموی - به کبد و از آنجا به ریه انتشار مینماید.
- ۴- Transcoelomic - تومور در پریتوان غرس و باعث حبن میگردد.

تظاهرات سریری

کارسینومای پانکراس میتواند به اشکال مختلف تظاهر نماید:

- یرقان روبه از دیاد بدون درد - از تظاهرات کلاسیک مرض بوده لاتن این شکل مرض بصورت نسبی غیر معمول میباشد و زیادتر در تومور نوع Peri-ampullary مشاهده شده و قنات صفراوی بصورت مقدم قبل از اشغال احشاء مجاور و تولید درد تحت فشار قرار میگیرد.
- درد - حد اقل ۵۰٪ مریضان درد گنگ و دوامدار ناحیه اپی گاستریک دارند که اکثراً به ناحیه قطبی علوی انتشار کرده و درد اکثراً قبل از یرقان متقطع بوجود میاید.
- یرقان متناوب - یرقان اکثراً روبه از دیاد بوده لاتن میتواند در اثر نکروز تومور به شکل مؤقتی کاهش و یا حتی از بین رود.
- دیابیت - ظهر گلوكوز در ادرار یک شخص مسن که تازه مشاهده شده ممکن از باعث تومور پانکراس باشد.
- آن معلوم نمیباشد.

- تظاهرات عمومی امراض خبیثه - بی اشتها و بالخصوص ضیاع وزن میباشد.

معاینه مریض

مریضان اکثراً یرقانی بوده و ۵۰٪ شان حويصل صفرای قابل جس دارند (Courvoisier's law) در صورتیکه تومور بزرگ باشد ممکن کته در ناحیه اپی گاستریک جس شود کبد اکثراً ضخاموی بوده که ممکن علت آن احتباس صفرآلز باعث انسداد صفراؤی و یا میتابستاز کبدی باشد.

معاینات تشخیصیه

- التراسوند - ممکن توسع قنات صفراؤی و حويصل صفراء متوجه را نشان دهد لakin برای مشاهده کافی پانکراس باید زیاد متکی به این معاینه نبود.
- CT - ممکن کته تومورال را نشان داده و آسان میسازد.
- اندوسکوپی - تومور Peri-ampullary را نشان داده و بیوپسی گرفته میشود.
- ERCP و MRCP انسداد را در قنات صفراؤی نشان میدهد.
- Barium swallow - ممکن توسع چوکات اثناعشر و نقص امتلا یا غیر منظم شدن اثناعشر را از باعث اشغال شدن توسط تومور نشان دهد.
- خون مخفی (Ocult blood) - ممکن در مواد غایطه موجود باشد بالخصوص که تومور periamillary در اثناعشر تقرح نموده باشد. مواد غایطه در صورت موجودیت یرقان خاسف بوده و ممکن منظره The silver را از باعث نزف تومور periamillary داشته باشد. (silvery stool of Ogilvie
- سیروم امیلار نادرآ بلند میرود.
- انانلیز بیوشمیک تغیرات یرقان احتباسی را ثبت و تأیید مینماید. (بلوروبین و الکالین فاسفتاز بلند)

تشخیص تفریقی

مرض باید از اسباب دیگر یرقان انسدادی و درد های علوی بطن تشخیص تفریقی شود. بخاراطر باشد که تشخیص کارسینومای جسم و زنب پانکراس نسبت

عدم ایجاد یرقان بسیار مشکل بوده و معاینات لابراتواری و رادیولوژی اکثراً منفی میباشد.

تداوی

تداوی کارسینوما پانکراس اکثراً عرضی بوده و این تداوی در تومور های رأس پانکراس که با یرقان انسدادی و انسداد اثناشر مراجعه مینمایند قابل تطبیق میباشد. ریزکشن معالجوی نادرآ امکان داشته در غیر آن تسکین مریض یک تداوی بسیار مناسب است.

ریزکشن معالجوی جراحی (Curative surgical resection) – در صورتیکه تومور محدود به ناحیه perianampullary باشد امکان داشته و عملیات (Whipple's pancreaticoduodenectomy) که در آن اثناشر همراه با رأس پانکراس، قنات صفراء اساسی برداشته شده و gastroenterostomy و دریناز صفراء باستفاده از یک Roux loop ژیژونوم و غرس قنات پانکراس در عروه ژیژونوم اجرا میشود. گرچه اکثر این تومورها غیرقابل عملیات اند و آنهائیکه قابل عملیات میباشند انذار خراب دارند.

Palliative surgical bypass – عبارت از Choledochojejunostomy در صورت انسداد اثناشر میباشد. همراه با gastroenterostomy stent – که در ناحیه متضيق قنات صفراء به کمک ERCP و یا PTC گذاشته میشود.

درد شدید ممکن توسط رادیوتراپی تسکین شود لakin اکثراً ایجاب تداوی با مشتقات مورفین را مینماید.

عواقب مرض

انذار مریضان مصاب کارسینومای پانکراس تاریک بوده حتی در صورت قابل ریزکشن بودن تومور عملیات در حدود ۱۰٪ وفیات داشته و یک فیصدی کم مریضان برای پنج سال زنده میمانند. تومورهای perianampullary که بصورت مقدم مراجعه مینمایند بعد از ریزکشن انذار نسبتاً خوب داشته و ۲۵٪ شان برای پنج سال عمر میکنند.

نادرآ مریضان بعد از عملیات Palliative bypass بطور تعجب آور برای مدت زیاد زنده مانده که در اینصورت تشخیص به گمان اغلب پانکریاتیت مزمن بعض کارسینوما میباشد.

ماخذ:**Refferences:**

- 1- Abdool Rahim Moosa, Miceal Bouvet and Reza A. Gamagami. Disorders of the Pancreas. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 477 – 526
- 2- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 3- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 4- Howard A. Reber, Lawrence W. Way. Pancreas. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 517 - 40
- 5- J.N. Thompson. Acute Pancreatitis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.784 – 92
- 6- Micheal L. Sleer. Exocrine Pancreas. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1643 – 78
- 7- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 8- R.C.G. Russell. The Pancrease. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1114 – 32
- 9- Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 339 – 58
- 10- Sean J. Mulvihill. Pancreas. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 199 – 218

-
- 11- William E. Fisher, Dana K. Anderson, Richard H. Bell. Pancreas.
In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors
Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA:
McGRAW-HILL; 2006. P. 845 – 78

فصل دهم طحال

تمزق طحال ۱۷۶

برداشتن طحال (سپلینکتومی) ۱۷۵

اناتومی جراحی ۱۷۳

ضخامه طحال ۱۷۴

اناتومی جراحی موقعیت

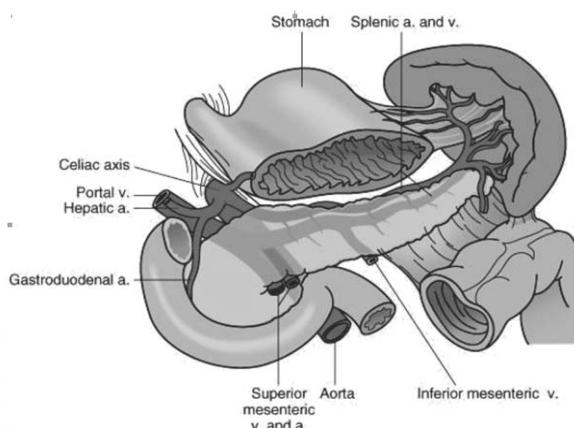
طحال در قسمت خلفی هایپوگاندر چپ بین غور معده و حجاب حاجز در خط ضلع دهم قرار دارد.

طحال توسط پریتوان پوشیده شده و در حدای سویق طحالی آنرا عبور و به نام Gastrosplenic omentum به انحنای کبیر معده میرسد و حاوی اوعیه معدوی کوچک و Gastroepiploic میباشد. همچنان پریتوان به طرف کلیه چپ عبور کرده و Lig. lienorenal را میسازد که حاوی اوعیه طحالی وزنب پانکراس میباشد.

طحال در قدام با معده، زنب پانکراس، زاویه کولونی چپ مجاورت داشته و کلیه چپ در امتداد کنار انسی آن قرار دارد. در خلف آن حجاب حاجز، پلورا چپ، ریه چپ و اضلاع ۹، ۱۰ و ۱۱ قرار دارد.

شرائین

شریان طحالی یکی از سه شعبه نهائی شریان celiac بوده و در کنار علوی پانکراس سیر معوج داشته و در نهایت به شش شعبه تقسیم و داخل سویق طحالی میگردد



شکل (۱ - ۱۰) اناتومی طحال ^

ضخامه طحال (Splenomegaly)

علایم فزیکی

براینکه طحال از نظر سریری قابل جس شود باید سه مرتبه بزرگ‌تر از حالت طبیعی باشد. در این حالت طحال یک کتله متورم را می‌سازد که از حافه ضلوعی چپ پائین آمده با تنفس متحرک و حافه سفلی آن سخت و ممکن دارای فرورفتگی باشد این کتله با قرع اصمیت داشته و اصمیت مذکور از حافه ضلوعی علوی تر تمادی دارد.

سه حالت که تشخیص تفریقی آن با ضخامه طحال مهم می‌باشد عبارت اند از:

- ۱- کلیه بزرگ طرف چپ - در صورتیکه کلیه زیاد بزرگ نشده باشد نسبت قرار گرفتن گازات کولون در قدام آن با قرع طبلیت نشان میدهد.
- ۲- کارسینومای کاردیا و قسمت علوی جسم معده - هرگاه تومور معده قابل جس باشد اکثر اعراض انسداد معده نیز موجود بوده که بدین ترتیب در تعیین توضع آفت کمک می‌کند.
- ۳- ضخامه فص چپ کبد

تصنیف

ضخامه طحال را می‌توان از نظر اسباب قرار ذیل تصنیف کرد:

۱- انتانات

الف - وایرس ها - Glandular fever

ب - باکتری ها - Septicaemia، Typhoid

ج - پروتوزوائی - ملاریا، Egyptian splenomegaly (schistosomiasis)

Kalaazar

د - پرازیتیک - هیداتید

۲- امراض خون

الف - Chronic lymphocytic و Chronic myeloid - leukaemia

ب - لمفوما - مرض هوچکن، Non Hodgkin's lymphoma

ج - Idiopathic thrombocytopenia myelofibrosis، Polycythaemia Rubra Vera

د - Spherocytosis، β - Thalassaemia مانند Haemolytic Anaemia

۳- فرط فشار باب

۴- امراض میتابولیک و کولاژن

الف - Amyloid - به شکل ثانوی در التهاب مفصلی روماتوئید، امراض کولاژن و انتانات مزمن.

ب - Niemann- pick، Gaucher disease مانند Storage disease disease

۵- کیست ها، آبسه ها و تومور طحال، که اینها همه نادراند درکشور انگلستان ضخامه شدید و کتلولی طحال ناشی از امراضی از قبیل lymphoma، Myeloid Leukemia، myelofibrosis و polycytaemia یا فرط فشار باب میباشد. هر گاه طحال قابل جس باشد توجه خاص در دریافت ضخامه کبد و لف ادینوپاتی نیز مبذول گردد.

برداشتن طحال (Splenectomy)

Splenectomy در حالات ذیل استطباب دارد:

- ۱- تمزق طحال - در اثر ترضیضات باز و بسته و یا ماف شدن طحال در اثنای جراحی به صورت تصادفی .
- ۲- امراض خون-مانند کمخونی هیمولیتک و Thromcytopenic purpura
- ۳- تومور و کیست های طحال .
- ۴- به قسم یک جزء بعضی عملیات های دیگر جراحی مانند برداشتن جذری کارسینومای معده، انتوموز طحالی کلیوی در فرط فشار باب و Distal pancreatectomy .

اختلالات Splenectomy

- توسع معده(Gastric dilatation) از باعث ileus معده به تعقیب Splenectomy و هوای بلع شده به وجود آمده که میتواند در اثر فشار باعث باز شدن او عیه ها ی لیگاتور شده انحنی کبیر معده شود و این اختلال با تطبیق سند انفی معده ای و اسپریشن معده تداوی میگردد.
- Thrombocytosis - بعد از Splenectomy تعداد صفحات دمویه بلند رفته و خطر بوجود آمدن ترومبوز اورده عمیق و امبولی ریوی موجود میباشد. و به شکل وقاریوی باید Aspirin داده شود

انتنان بعد از Splenectomy

یکی از وظایف طحال پاک سازی دوران خون از میکرواورگانیزم ها (Haemophilus Influezae) و pneumococcus، Meningococcus بعد از آمده شدن آنها برای فاگوسایتوز در اثر اتحاد انتی بادی میزبان در سطح میکرواورگانیزم به حیث یک جز عکس العمل معافیت نارمل میباشد. همچنان طحال یک خاصیت مهم فاگوسایتوزیک را دارد و علاوه‌تاً بزرگترین منبع نسج لนาوی در بدن میباشد.

برداشتن طحال، مريض بالخصوص طفل را برای مصاب شدن به انتانات مانند pneumococcus مساعد ميسازد و سير کلينکي يك انتان شديد باکتریائی با شاک و کولپس دورانی میباشد که به نام Overwhelming post Splenectomy sepsis(OPSS) ياد میشود.

برای ایجاد معافیت وقایوی مقابل انتانات فوق باید در صورت امکان قبل از عملیات واکسین تطبیق شود. علاوهً این اطفال الى رسیدن به سن بلوغ penicillin به دوز کم روزانه و کاهلان برای مدت يك سال بعد از splenectomy به شکل وقایوی بگیرند. و در صورت پائین بودن معافیت ادویه فوق را برای مدت طولانی اخذ نمایند.

تمزق طحال Ruptured Spleen

تمزق طحال يکی از شایع ترین جروحات داخل بطنی است که در نتیجه ترضیصات غیر نافذه جدار بطن بوجود میآید. تمزق طحال اکثراً به تنهاً مشاهده شده لakan میتواند با کسور اضلاع، تمزق کبد، کلیه چپ، حجاب حاجزو یا زنب پانکراس مترافق باشد.

تظاهرات سریری

تمزق طحال چهار نوع لوحه سریری را باز میاورد:

۱ - نزف کنلوی با مرگ آنی از باعث شاک - این حادثه از اثر متلاشی و پارچه شدن مکمل طحال و یا جدا شدن آن از حذای سویق به وجود آمده و ممکن در ظرف چند دقیقه باعث مرگ شود که خوشبختانه نادرآ مشاهده میشود.

۲ - Peritonism از باعث ضیاع خون روبه ازدیاد. به تعقیب اعراض و علایم ضیاع خون روبه ازدیاد همراه با شواهد تخریش پریتوانی موجود بوده و مريض در ظرف چند ساعت بعد از تصاصم زیاد خاسف شده نبض سریع و فشار خون سقوط میکند. و درد بطنی منتشر و یا موضعی در flank چپ موجود میباشد. مريض از درد های راجعه به شانه چپ شاکی بوده و یا اينکه صرف با استجواب حکایه مینماید.

با معاینه بطن به صورت عموم بالخصوص طرف چپ حساس بوده و ممکن rigidity واضح به طور منتشر موجود باشد و یا اينکه guarding خفیف در ناحیه flank چپ دریافت شود. کبودی جدار بطن اکثراً موجود نبوده و یا اينکه صرف خفیف میباشد.

۳- تمزق مؤخر که ممکن چند ساعت تا چند روز بعد از ترضیض مشاهده شود در این شکل به تعقیب ترضیض ابتدائی درد موجود بوده که به زودی رفع و بعد از یک دوره کاملاً بدون اعراض و خاموشی اعراض و علایم تمزق طحال ظاهر میگردد.

این نوع تمزق از باعث هیماتوم تحت کپسول طحال بوجود آمده که در نتیجه همولیز حجم آن زیاد و بالآخره بعد از تمزق کپسول نازک پریتوانی نزف آنی و شدید به وجود می آید.

۴- تمزق بنفسه - طحال مرضی از باعث ملاریا، تب Glandular leukaemia وغیره ممکن بعداز ترضیض جزئی و خفیف به تمزق معروض شود.

معاینات تشخیصیه

تشخیص تمزق طحال توسط معاینه سریری صورت گرفته و در صورت مواجه شدن به نزف کتلوی جراح باید فوراً لپراتومی اجراء نماید. و در حالات کمتر حاد، اجرای معاینات ذیل مفید می باشد:

- رادیوگرافی صدر- ممکن کسور اضلاع، تمزق حجاب حاجز و یا جرجه ریه چپ را به صورت مترافق نشان دهد.

- رادیوگرافی بطن- حباب های هوائی معده ممکن به طرف راست بیجا و خیال گاز آن دندانه دار شود زاویه طحالی کولون در صورت داشتن گازتوسط هیماتوم به سفلی بیجا میگردد.

- Computed tomography (CT)- از جمله معاینات انتخابی در مریضان با وضع عمومی خوب میباشد. که تمزق طحال، موجودیت مایع به داخل بطن و علاوتاً جروحات ترضیضی سایر احشا را نشان میدهد.

- معاینه ادرار- موجودیت خون در ادرار دلالت به آفت کیلوی مترافقه مینماید.

تداوی

در تمزق طحال بعد از شروع نقل الدم لپراتومی اجرا شده هرگاه طحال پارچه و متلاشی و از حذای سویق جدا شده باشد ایجاد Splenectomy عاجل را مینماید. و در صورت تمزق کوچک کوشش شود تا طحال نسبت خطر انتان بعد از Splenectomy بالخصوص در اطفال و کاهلان جوان با خیاطه های ظریف و گاز هموستایتک قابل رشف حفظ شود. و بعد از کنترول نزف، تفتیش دقیق برای دریافت آفات سایر احشای بطنی اجراگردد.

ماخذ:**Refferences:**

- 1- Adrian E. Park and Rodrick Mc Kinlay. Spleen. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW-HILL; 2006. P. 879 – 96
- 2- Alan T. Lefor and Edward H. Phillips. Spleen. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 325 – 34
- 3- David C. Hohn. Spleen. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 541 - 55
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 5- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 6- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 7- O. James Garden. The Spleen. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1084 – 93
- 8- R. Daniel Beauchamp, Michael D. Holzman and Timothy C. Fabin. Spleen. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1679 – 1710
- 9- Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 353 – 55
- 10- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Spleen and Lymphnodes. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 453 – 76

فصل یازدهم

پریتوان

Peritoneum

پریتونیت مزمن

اسباب مخصوص پریتونیت

پریتونیت حاد موضعی

آناتومی جراحی

پریتونیت حاد عمومی

یا منتشر

پریتوان به دو قسمت تقسیم شده که عبارت از پریتوان حشوی و جداری میباشد. پریتوان حشوی احشای داخل بطنی را پوشانده در حالیکه پریتوان جداری باقی مانده قسمت جوف پریتوان را می پوشاند. پریتوان جداری غنی از اعصاب بوده و تخریش آن باعث یک درد شدید و موضعی در ناحیه ماؤفه میگردد بر خلاف پریتوان حشوی از نظر تعصیب فقیر بوده و درد ناشی از آن مبهم و بصورت درست در یک ناحیه موضعی نمیباشد.

جوف پریتوان بزرگترین جوف بدن بوده و غشای که این جوف را میپوشاند سطح آن (۲ مترمربع در کاهل) تقریباً مساوی جلد بدن می باشد. پریتوان یک غشای مصلی شبکه مانند بوده که از یک طبقه حجرات مسطح polyhydral که بالای یک طبقه نازک انساج فیبروالاستیک قرار دارد تشکیل شده و بدین ترتیب این دو طبقه غشای پریتوان را میسازد. این غشا در قسمت تحتانی خویش توسط یک مقدار کمی از انساج areolar تقویه شده که در این ناحیه یک شبکه از اوعیه لنفاوی و تعداد زیادی شعریه اوعیه دموی قرار دارد و از طریق آن جذب و exudation صورت میگیرد.

غشای پریتوان جهت سهولت لغزش احشای متحرک بطنی یک مقدار مایع چسبنده به رنگ زرد خاسف حاوی لمفوسید و پولی مورف افزار نموده و کثافت مخصوصه محتوی داخل بطنی تقریباً ۱۰۰۰ می باشد احشای متحرک مملو از گاز نظر به وضعیت شخص به طرف علوی حرکت کرده چنانچه گاز داخل جوف پریتوان نیز در قسمت علوی بطن قرار میگیرد.

پائین آمدن فشار داخل بطنی از باعث حرکت حجاب حاجز به علوی در اثنای ذفير در جذب شعریه ها کمک کرده و افزایات به صورت دوام دار به علوی سیر مینماید تجربه نشان داده که مواد کوچک رنگ و باکتری ها به زودی توسط شبکه لنفاوی پریتوان جذب و در ظرف چند دقیقه به اوعیه لنفاوی فوق حجاب حاجزی میرسد از همین با عث قیح داخل بطنی نیز به تحت حجاب حاجز انتشار مینماید.

هر گاه defect در پریتوان جداری ایجاد شود التیام از حافه آن صورت نگرفته بلکه ناحیه در اثر metamorphosis حجرات mesenchymal ترمیم شده و یک defect بزرگ به زودی التیام می‌یابد.

غشای پریتوان تحت قانون آزموتیک میتواند یک مقدار زیاد مایع را جذب و افزای نماید که از این خاصه غشای پریتوان در عملیه دیالیز پریتوانی به منظور تداوی عدم کفایه کلیوی استفاده می‌شود.

پریتونیت Peritonitis

پریتونیت عبارت از التهاب غشای پریتوان بوده که در اکثر موارد توسط ژرم های عامل مرضی بوجود می‌آید.

پریتونیت از نظر جراحی به دو دسته تقسیم شده است:

۱- پریتونیت حاد (Acute Peritonitis) - که میتواند عمومی و یا موضعی باشد.

۲- پریتونیت مزمن (Chronic Peritonitis)

(Acute Diffused Peritonitis) پریتونیت حاد عمومی یا منشر

این نوع پریتونیت نظریه همه انواع دیگر زیاد مشاهده شده و اعراض و علایم سریری آن متابرز ترمیباشد و اگر به زودی تداوی نشود کشنه بوده و تداوی آن در اکثر موارد مداخله جراحی می‌باشد.

اسباب

باکتری‌ها ممکن از چهار طریق ذیل داخل جوف پریتوان شوند:

۱- از خارج در اثر جروحات نافذه، انتان لپراتومی و دیالیز پریتوانی.

۲- از احساسی داخل بطنی:

الف- گانگرین یکی از احساسا مانند اپاندیسیت حاد، کولی سیستیت حاد دیورتیکولیت و یا احتشای امعاء.

ب- تثقب یکی از احساسا مانند تثقب قرحة اثنا عشر، تثقب اپاندکس و تمزق امعاء در اثر ترضیض.

ج- چلیدن کوک‌های تخمی امعاء به تعقیب عملیات‌های جراحی.

۳- از طریق دموی به تعقیب pneumococcal septicaemia

staphylococcal و streptococcal

پریتونیت ابتدائی (primary peritonitis) به آن داده شده زیرا در حقیقت

این نوع پریتونیت نیز ثانوی بوده و به تعقیب یک منبع ابتدائی انتان بوجود می‌آید.

۴- از طریق مجرای تناسلی خانم ها به تعقیب سلفانژیت حاد و یا انتان نفاسی.

باید گفت که در کاهلان ۳۰٪ و قایع پریتونیت از باعث اختلالات بعداز عملیات، ۲۰٪ از باعث آپاندیسیت حاد و ۲۰٪ از باعث ت نقیب قرحة پیپتیک بوجود می‌آید.

پتانلولری

پریتونیت بامشه معایی اکثرًا یک فلورای مختلط غایطی (E.coli) klebsiella، pseudomonas، streptococcus faecalis و proteus نشان میدهد. انتانات نسائی ممکن streptococcal، gonococcal و یا anaerobic clostridium باشند. پریتونیت با منشه دموی ممکن pneumococcal، streptococcal و staphylococcal باشد. در دختران جوان انتان نسائی نادر از باعث pneumococcus می‌باشد.

تأثیرات پتانلولریک پریتونیت عبارت اند از:

۱- جذب زیاد توکسین از سطح بزرگ پریتوان التهابی.

۲- انسداد فالجی توأم با پریتونیت که باعث حوادث ذیل می‌گردد:

الف - ضیاع مایعات.

ب - ضیاع الکترو لایت ها.

ج - ضیاع پروتئین ها.

۳- توسع و انتفاخ زیاد بطن با بلند رفتن حجاب حاجز که باعث تولید کولاس ریه و pneumonia شده می‌تواند.

تظاهرات سریری

پریتونیت همیشه بصورت ثانوی از باعث یک تعداد امراض دیگر (آپاندیسیت حاد، ت نقیب قرحة پیپتیک وغیره) که از خود تظاهرات سریری مشخص دارند بوجود آمده با وجود آنهم زمانیکه پریتونیت تأسیس نمود نزد مریض درد شدید بطن بوجود می‌آید چون درد با حرکت تشدید می‌گردد بنابراین میخواهد دراز بکشد تحریش حجاب حاجز باعث انتشار درد به شانه ها می‌گردد. دلبدی واستفراغ موجود بوده درجه حرارت بلند و نبض روبه از دیاد می‌باشد.

با معاینه حساسیت منتشر در بطن دریافت شده جدار بطن rigid و Rebound tenderness موجود می‌باشد بطن خاموش بوده و معاینه معقدی ممکن حساسیت جوف دوگلاس رانشان دهد.

در اشکال پیشرفته پریتونیت بطن منتفخ و tympanitic شده و علایم مایع آزاد موجود میباشد مریض زیاد توکسیک شده و نبض سریع و خیطی میگردد استفراغات غایطی، جلد مرطوب، سرد و سیانوزی میباشد (وجه Hippocratic).

معاینات تشخیصیه

این معاینات دارای ارزش محدود بوده و تشخیص متکی به تظاهرات سریری مرض میباشد.

- معاینه مکمل خون (FBC) – لوکوسیتوز واضح رانشان میدهد.
- سیروم امیلاز - در تشخیص تفریقی مرض از پانکریاتیت حاد کمک میکند.
- رادیوگرافی صدر- ممکن گاز آزاد را در واقع تثقب احساسی مجوف بطنی در تحت حجاب حاجز نشان دهد (free air) و همچنان در تشخیص تفریقی از انتان ریوی کمک مینماید.
- رادیوگرافی بطن - ممکن گاز آزاد (تثقب قرحة پیپتیک) و یا اسباب دیگر پریتونیت رانشان دهد.
- CT در تشخیص گاز آزاد یک معاینه فوق العاده ارزشمند بوده و اکثرآ سبب پریتونیت را وضع مینماید.

تشخیص تفریقی

مرض باید از انسداد امعاء، کولیک های حالبی و صفر اوی، که مریض در همه این امراض نارام میباشد تشخیص تفریقی شود. Basal pneumonia احتشای میوکارد، نزف داخل پریتوانی، لیکاژ انوریزم ابهر امراضی دیگری اند که اکثرآ با پریتونیت مغالطه میشوند.

اساسات تداوی

در اینجا صرف اساسات تداوی ذکر شده و تداوی پریتونیت ها از باعث اسباب جداگانه در مبحث مربوطه مطالعه میگردد.

اساسات تداوی پریتونیت عبارت اند از:

- ۱- تسکین درد (بعد از تشخیص قطعی) توسط مشقات مورفين از طریق وریدی.
- ۲- اسپریشن معده توسط سند انفی معدی به منظور تنقیص انتفاخ بطن و جلوگیری از انشاق مواد استفراغ شده در اثنای دادن انستیزی.
- ۳- جبران مایعات والکترولایت ها از طریق وریدی و تطیق خون یا تعویض کننده های آن در صورت موجودیت شاک.

۴- تداوی بالنتی بیوتیک ها – به منظور مجادله مقابله انتانات معائی توسط انتی بیوتیک های وسیع التأثیر مانند Penicillin و Gentamycin یا Cephalosporin توأم با Metronidazole. لakan تداوی با تعین حساسیت انتان رهنمائی میگردد.

۵- جراحی – به منظور برداشتن یا ترمیم منشیه مرض (اپاندیسیت گانگرینوز متقوبه و یا تنقب قرخه) استطباب دارد که در اینصورت بطن باز و بعد از تداوی عامل سببی پریتونیت، جوف پریتوان چندین بار با سیروم فیزیولوژیک شسته شده واکثرآ با دریناژ دوباره بسته میگردد. بعداز عملیات نیز تداوی با انتی بیوتیک های انتخابی ادامه داده میشود.

اسباب مخصوص پریتونیت پریتونیت از باعث دیالیز پریتوانی

مریضان مصاب عدم کفایه کلیه که دیالیز پریتوانی میشوند مساعد به تولید پریتونیت از باعث دخول انتان از طریق کتیتر دیالیز و یا تنقب احشا میباشند که در چنین وقایع فلورا عموماً مخلوطی از اورگانیزم های کولونی میباشند. تشخیص توسط موجودیت درد بطئی و آمدن مایع چرکین از طریق سیت دیالیز وضع میگردد که انتان واحد توسط انتی بیوتیک داخل وریدی و داخل پریتوانی تداوی شده در حالیکه میکرو اورگانیزم های متعدد دلالت به تنقب امعاء کرده و بر علاوه انتی بیوتیک ایجاد لپراتومی را مینماید.

پریتونیت باکتریائی غیراختصاصی

مریضان مصاب سیروزکبد و بنین یک وسط غنی از پرتوتین برای کلچر اورگانیزم ها داشته و علاوه ای نسبت مریضی معافیت پائین دارند که انتان از طریق دموی به ناحیه رسیده و توسط tap بطئی تشخیص و با انتی بیوتیک های وریدی تداوی میشوند.

پریتونیت پنوموکوکی

تصورت ثانوی از باعث septicaemia مترافق با انتان ریوی پنوموکوک و یا از باعث انتان صاعده از مهبل دردختران ۴ – ۱۰ ساله که در حال حاضر نادر است بوجود میاید از نظر سریری نزد مریض پریتونیت بصورت آنی شروع و مترافق با توکسیمیا شدید و تب میباشد و تعداد لوکوسیت ها از ۲۰۰۰۰ درملی مترمکعب تجاوز مینماید.

تداوی

اکثراً لپراتومی به گمان اپاندیسیت حاد اجرا شده و مایع شفاف و یا مکدر که حاوی صفحات فبرین میباشد دریافت شده و درسلاید چرک مذکور پونوموکوک گرام مثبت که بصورت جوره قراردارند مشاهد میشود و مریض در مقابل تداوی با پنسیلین جواب میدهد.

پریتونیت سترپتوکوکی

این شکل پریتونیت در اطفال به تعقیب انتان سترپتوکوک تانسل، التهاب اذن متوسط، تب scarlet erysipelas و یا میگردد.

پریتونیت ستافیلوکوکی

این شکل بسیار به ندرت به تعقیب septicaemia ستافیلوکوکی بوجود آمده و اکثراً باعث تولید آبسی های داخل بطنی و یا محیط کلیوی میگردد.

پریتونیت صفراء

این نوع پریتونیت درنتیجه عوامل ذیل بوجود میاید :

- تمزق ترضیضی حويصل صفرا و یا قنوات صفراء از باعث جروحات باز و بسته و یا ماؤف شدن دراثنای بیوپسی کبد و یا کولانژیوگرافی از طریق جلدی.
- فرار ولیکاژ صفرا از کبد، حويصل صفرا و یا قنوات صفراء از تعقیب عملیات های طرق صفراء .
- تتفق حويصل صفراء التهابی حاد.
- اکزودات صفرا از یک حويصل صفرای گانگرینی بدون تتفق.
- تتفق بنفسه حويصل صفرا.

- ایدیوپاتیک - نادر بوده لاتن به خوبی شناخته شده که در چنین واقع پریتونیت صفراء بدون سبب واضح بوجود میاید ممکن سبب آن تتفق کوچک از باعث سنگ باشد که بعداً بسته شده است.

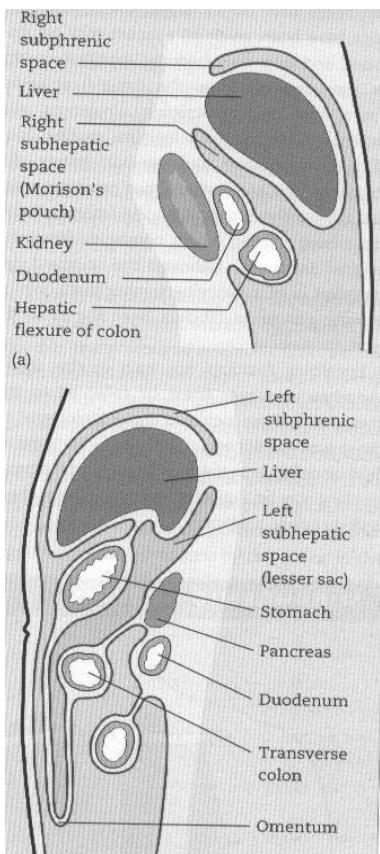
پریتونیت صفراء نادر از باعث کولی سیستیت حاد بوجود میاید زیرا برخلاف اپاندکس که در اثر التهاب گانگرین میکند حويصل صفرای التهابی دارای جدار ضخیم بوده و توسط التصاقات احاطه شده و علاوه اروای خوبتر نسبت به اپاندکس دارد.

این مریضان با تمام تظاهرات پریتونیت منتشر مراجعه کرده و باید به منظور تداوی عامل سببی لپراتومی اجرا شود که در حدود ۵۰٪ وفیات دارد ووفیات مانند سایر پریتونیت ها در اشخاص پیرومراجعه مؤخر بیشتر میباشد.

پریتونیت حاد موضعی Acute Localised Peritonitis

در این نوع پریتونیت التهاب در تمام جوف پریتوان منتشر نبوده بلکه در یک ناحیه بطن موضعی میباشد مثلاً آبسی های تحت حجاب حاجزی و تحت کبدی آبسی appendicular و آبسی های حوصلی. که در این حالت احساسی بطنی آبسی را احاطه کرده و التهاب را موضعی میسازد.

آبسی های Sub phrenic آناتومی



شکل (۱ - ۱۱) آناتومی ناحیه

Sub phrenic

ناحیه Sub phrenic بین حجاب حاجز در علوی و کولون مستعرض با میزوکولون در سفلی قرار داشته و توسط کبد و لیگامنت های آن به ناحیه های کوچکتر تقسیم میگردد فضای تحت حجاب حاجزی راست و چپ بین حجاب حاجز و کبد قرار داشته که توسط لیگامنت falciform کبد از هم جدا میگردد. فضای تحت کبدی راست و چپ در تحت کبد قرار داشته که راست آن جوف Morison و چپ آن جوف صغیرپریتوان را ساخته و باهم توسط Foramen winslow ارتباط دارند. فضای خارج پریتوانی راست در بین دو ناحیه بر همه ۲/۳ کبد و حجاب حاجز قرار دارد. تقریباً آبسی های subphrenic به طرف راست به وجود آمده و نادرآ دو طرفه میباشد.

اسباب

آبسی های تحت کبدی و تحت حجاب حاجزی ممکن به تعقیب پریتونیت عمومی به وجود آید و سبب اصلی مرض اکثرآ پریتونیت قسمت های علوی بطن، لیکاژ عملیات های طرق صفراوی و معده و یا تنقب قرحة معده میباشد. نادرآ انتان از طریق دموی و یا انتشار مستقیم از آفات ابتدائی صدر مانند empyema بوجود می آید.

تظاهرات سریری

این آبسی ها اکثرًا ۲۱-۱۰ روز بعد از عملیات پریتونیت عمومی به وجود آمده و در صورت که مریض انتی بیوتیک اخذ نماید ممکن آبسی برای مدتی از نظر مخفی ماند و هفته ها حتی ماه بعد از انتان ابتدائی ظاهر شود.

ممکن اعراض موضعی موجود نباشد و مریض نسبت کسالت، دلبدی، ضیاع وزن، کم خونی و تب مراجعه نماید و حد اقل نصف مریضان تبی دارند که ادامه تب پریتونیت اولی است با وجود آن توضیح استندرد و قبول شده، تب نوسانی است که ده روز بعد از مرض ابتدائی بوجود می آید.

تظاهرات موضعی مرض، درد قسمت علوی بطن و یا سفلی صدر بوده که انتشار آن به شانه و حساسیت موضعی نواحی فوق میباشد.

با معاینه ممکن علامه مایع و کولالپس قاعده ریه دریافت شود و در اشکال مؤخر مرض ممکن تورم در قسمت سفلی جدار صدر و یا علوی بطن موجود باشد.

معاینات تشخیصیه

- معاینه خون (FBC) کریوات سفید خون به ۱۵ - ۲۰ هزار فی ملی متر مکعب میرسد و polymorph لوکوسیتوز موجود میباشد.

- رادیوگرافی صدر که ممکن انومالی های ذیل را نشان دهد:

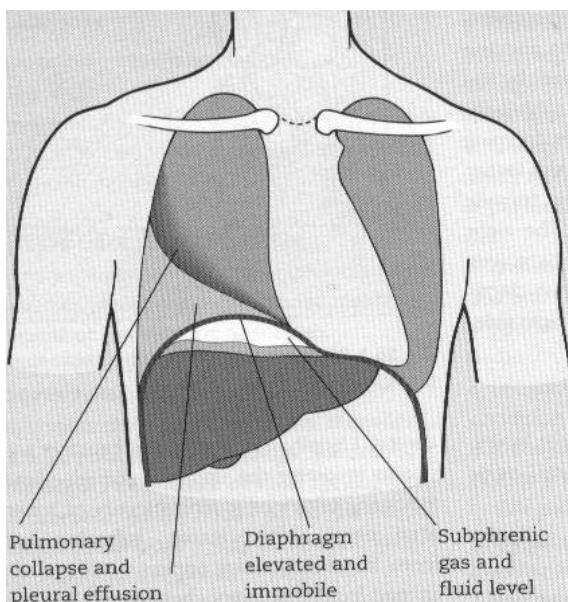
الف - بلند رفقن حجاب حاجز در طرف مأوف.

ب - انصباب پلورائی و یا کولالپس قاعده ریه.

ج - سویه گاز و مایع در تحت حجاب حاجز.

- التراسوند ممکن تنقیص و یا عدم موجودیت حرکات حجاب حاجز را با آبسی sub phrenic نشان دهد.

- CT آبسی و سایر تجمع قیحی داخل جوف بطن را نشان میدهد.



شکل (۲ - ۱۱) خیال رادیولوژیک آبسی Sub phrenic راست

تداوی

در صفحه مقدم مرض که گاز و مایع آزاد در کلیشه رادیوگرافی مشاهده نشود نزد مریض تداوی با انتی بیوتیک های وسیع التاثیر شروع شده که در صورت جواب سریع با این تداوی دلالت به سیلوولیت sub phrenic می نماید. در صورتیکه از نظر سریری و رادیوگرافی آبسی موضعی تشخیص گردد و یا با شیمومترالپی رشف نگردد آبse از طریق جلدی تحت رهنمائی التراسوند و یا CT دریناژ گردد هرگاه این تداوی نتیجه ندهد و یا آبسی چند جوفی باشد دریناژ جراحی اجرا میگردد. که نظر به توضع آبسی یا از طریق خلف خارج پریتوانی از میان بستر و یا راساً تحت ضلع ۱۲ و یا از قدام توسط یک شق تحت ضلعی صورت میگیرد.

آبسی حوصلی

آبسی حوصلی ممکن به تعقیب هر پریتوانیت عمومی به وجود آید لاتکن معمولاً بعد از اپاندیسیت حد (۷۵%) و یا انتانات نسائی مشاهده میشود این آبسی در مردها بین رکتم و مثانه و در خانم ها بین رحم و رکتم (جوف دوگلاس) به وجود می آید.

اگر آبse بدون تداوی گذاشته شود ممکن در رکتم و یا مهبل باز گردد و یا به جدار بطن راه پیدا کرد بالخصوص اگر جرحه عملیاتی سابقه موجود باشد. نادرآ آبسی به داخل جوف پریتوان باز میگردد.

تظاهرات سریری

تظاهرات عمومی عبارت اند از تب نوسانی، توکسیمیا، ضیاع وزن با لوکوسیتوس.

تظاهرات موضعی عبارت اند از اسهال، دفع مخاط از طریق رکتم، موجودیت یک کتله که با معاینه معقدی یا مهبلی جس میگردد و بعضاً انقدر بزرگ میباشد که از طریق بطن نیز جس شده میتواند.

تداوی

سیلوولیت حوصلی در مرحله مقدم ممکن مقابله یک دوره شیمومترالپی به سرعت جواب دهد لاتکن بعضاً تداوی طولانی با انتی بیوتیک در صورت عدم رشف انتان ممکن با عث ایجاد یک کتله التهابی مزمن با اجوف آبse های کوچک در حوصله شود بنابراین بهتر است زمانیکه آبسی در حوصله بوجود آمد انتی بیوتیک قطع و انتظار کشیده شود تا آبسی در مهبل و یا رکتم پیش آید و از این طریق توسط عملیه جراحی دریناژ گردد حتی در بسیاری مریضان ضرورت به

دریناژ نبوده زیرا با فشار محکم انگشت در رکتم آبسی تمزق و از طریق جدار رکتم تخلیه میگردد.

پریتونیت مزمن

Chronic peritonitis

در بین تمام پریتونیت های مزمن پریتونیت توبرکلوزیک آفت است که به کثرت مشاهده شده و از نظر کثرت و قواعات بعد از توبرکلوز ریوی مقام دوم را دارد.

پریتونیت توبرکلوزیک

باید گفت که پریتونیت توبرکلوزیک همیشه به شکل ثانوی از باعث توبرکلوز نواحی دیگر بدن به وجود آمده که ممکن محراق ابتدائی خاموش باشد. پریتونیت توبرکلوزیک در کشور انگلستان با کاهش توبرکلوز در سایر نواحی بدن نهایت نادر شده و مرض زیاده تر در مهاجرین کشور های روبه اندکشاف و آنها یکی از باعث تداوی و یا امراض مثل AIDS معافیت پائین دارند مشاهده میشود.

منبع انتان

- ۱- از عقده لنفاوی توبرکلوزیک مساريقی
- ۲- از توبرکلوز ناحیه اليوسيکل
- ۳- از pyosalpinx توبرکلوزیک
- ۴- از طریق دموی از توبرکلوز ریوی اکثراً شکل miliary

انواع سریری مرض
از نظر سریری پنج شکل پریتونیت توبرکلوزیک وجود دارد:

الف - شکل Ascitic

پتالوژی - در این شکل پریتوان توسط tubercle ها مزین شده وجوف پریتوان توسط یک مایع خاسف زرد گونه پر میگردد.
تظاهرات سریری

اعراض - شروع مرض ناگهانی بوده مریض ضیاع انرژی، خسافت وجه و ضیاع نسبی وزن دارد و نسبت بزرگ شدن بطن به طبیب مراجعه مینماید. بعضًا درد کاملاً وجود نداشته و در یک تعداد ناراحتی بطن با قبضیت و یا اسهال موجود میباشد و تب از طرف شام با عرق شبانه دیده می شود.

علایم

با معاینه اورده متوجه در تحت جلد بطن مشاهده شده Shifting dullness و Fluid thrill دریافت میگردد و در اطفال ذکور بعضًا هایدروسل ولادی به وجود می آید ممکن از باعث از دیاد فشار داخل بطن فتق ثروی تأسیس نماید و یک کتله سخت مستعارض بعضًا با جس بطن دریافت شده که عبارت از ثرب کبیر ارتشاھی و تکمیلی با توبرکول ها می باشد.

ب - شکل (Loculated) Encysted

پتالوژی - مشابه شکل فوق بوده لاتن دراین شکل یک قسمت جوف پریتوان مصاب آفت میگردد و نسبت ایجاد یک تورم موضعی به داخل بطن مشکلات تشخیصی را بار میاورد.

تظاهرات سریری

اعراض - مشابه شکل اسیتیک بوده لاتن دراینجا یک کتله به شکل موضعی در بطن موجود میباشد.

علایم - با معاینه یک تورم موضعی به داخل بطن دریافت شده Fluid thrill و Shifting dullness نظر به توضیح آفت ممکن موجود باشد و یا نباشد.

ج - شکل (Plastic) Fibrous

پتالوژی - در این شکل التصاقات وسیع داخل بطنی موجود بوده که با عث التصاقات عروات معانی بالخصوص الیوم بین هم میگردد. و این عروات التصاقی متوجه مانند یک عروه کور عمل مینماید.

تظاهرات سریری

اعراض - نزد مریض دراین شکل مرض اسهال شحمی، ضیاع وزن، حملات درد بطنی، تب از طرف شام و عرق شبانه وجود داشته و علاوهًا اعراض انسداد حاد یا تحت الحاد مشاهده میشود.

علایم - با معاینه مریض ضعیف بوده و در بطن تورم قابل جس است. که این تورم عبارت از امعای التصاقی با ثرب کبیر همراه با مساريقه ضخیم میباشد.

د- شکل تقویحی یا Furulant**پتالوژی**

دراین شکل یک کتله از امعای التصاقی و ثرب توسط قیح توبرکلوزیک احاطه شده و آبشه بارد را میسازد که به طرف سطح معمولاً نزدیک ثره سیر کرده و یا به داخل امعا باز میگردد.

تظاهرات سریری

اعراض - در این شکل مریض از ضیاع وزن، درد بطنی، آمدن افرازات از یک فوچه در جدار بطن شاکی است.
علایم

با معاينه افرازات از یک sinus و یا فیستول جریان داشته که فوچه آن اکثراً وسیع و حوافری آن نازک آبی رنگ میباشد. ممکن در بطن یک تورم از باعث امعای التصاقی و ثرب جم شود.

ه- شکل حاد

این شکل از نظر پتالوژی مشابه شکل ascitic مرض بوده و از نظر تظاهرات سریری شباهت نزدیک به پریتونیت حاد باکتریایی میرساند.

معاینات تشخیصیه

- ۱- اسپریشن پریتوانی - مایع اسپری شده زرد خاکس و اکثراً شفاف و غنی از لمفوسيت بوده کثافت مخصوصه بلند ۱۰۲۰ یا بيشتر از آن دارد و ممکن در کلچر و معاينه میکروسکوپیک توسط تلوین - Ziehl باسیل Mycobacterium tuberculous Nelsen مشاهده شود.
- ۲- Manthoux test - مثبت بودن تست در یک مریض که معافیت نداشته به گمان اغلب دلالت به مرض مینماید.
- ۳- رادیوگرافی صدر - ممکن توبرکلوز ریوی را نشان دهد.
- ۴- لپراسکوپی - نوع کلینیکی مرض را نشان میدهد.
- ۵- بیوپسی پریتوانی - گرانولومای وصفی توبرکلوز را نشان میدهد.

تداوی

۱- تداوی طبی - در شکل غير اختلاطی مرض توسط Ethambutol Isoniazid، Rifampin و Pyrazinamid برای دو ماہ شروع شده و با Rifampin و Isoniazid، Ethambutol داده میشود.

۲- تداوی جراحی - در شکل تجمع مایع لپراتومی اجرا شده مایع تخالیه و بطن بدون دریناژ دوباره بسته میشود.
در شکل فیبرینی مرض باندها و التصاقات رفع شده و در صورتیکه التصاقات توأم با تضیق لیفی الیوم باشد ناحیه مأوفه برداشته شود و در موجودیت صرف التصاقات ممکن عملیات Plication اجرا شود.

در شکل تقیحی بعد از لپراتومی آبسه تخلیه و فیستول غایطی بسته شده و انستموز بین امعا علوی تر از فیستول و یک ناحیه غیر انسدادی در سفلی اجرا میشود.

Refferences:

ماخذ:

- 1- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 2- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 3- Jeremy Thompson. The Peritoneum, Omentum, Mesentery and Retroperitoneal space. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1133 – 52
- 4- John H. Boey. Peritoneal cavity. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 404 - 20
- 5- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 6- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 148 – 56
- 7- S. Paterson – Brown. Laparatomy and Intraperitoneal Sepsis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.307 – 26
- 8- William P.Schecter. Peritoneum and Acute Abdomen. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 147 – 56

فصل دوازدهم

فتق های جدار بطن

Abdominal Wall Hernia

۲۰۲ Epigastric
فتق
۲۰۲ Incisional
فتق
۲۰۳ فتق های نادر

فتق خذی ۱۹۹
فتق
۲۰۱ Throci
فتق
۲۰۲ Ventral

فتق های جدار بطن ۱۹۲
انواع فتق ها ۱۹۳
فتق مغبنی ۱۹۵

تعريف

هرگاه احتشای بطنی و یا یک قسمت از احتشای بطنی جدار بطن را از طریق یک فوچه طبیعی و یا غیر طبیعی عبور و تحت جلد ظاهر گردد بنام فتق یاد میشود.
فتق های جدار بطن اکثراً به قسم دیورتیکول جوف پریتوانی بوجود آمده بناءً دارای یک کیسه است که از پریتوان جداری تشکیل شده است و از نظرکثرت وقوعات انواع معمول فتق های جدار بطن قرار ذیل اند:

- فتق مغبنی که غیر مستقیم و مستقیم میباشد
- فتق خذی
- فتق ثروی و Paraumbilical
- فتق ناحیه عملیاتی یا Incisional
- فتق Ventral و اپی گاستریک

اسباب

فتق ها در نواحی ضعیف جدار بطن بوجود آمده که این نواحی ضعیف یا ولادی است مثلاً دوام Processus vaginalis خصیه و بسته نشدن تام نdbe ثروی که با عث فتق ولادی مغبنی و ثروی میگردد.

یا اینکه فتق بصورت کسبی در نواحی عبور بعضی ساختمان ها از جدار بطن مثلاً کanal خذی و یا از باعث ضعیفی جدار بطن به تعقیب شق عملیاتی (Incisional hernia) در اثر نقص التیام در نتیجه انتان، تکنیک خراب و یا ماؤف شدن عصب که سبب فلنج عضلات جدار بطن میشود بوجود میاید.
علاوه بر این فتق ها باید به حیث یک عرض یک تعداد حالات و یا امراضیکه باعث ازدیاد فشار داخل بطنی میگردد در نظر باشد که اینها عبارت اند از:

- سرفه مزمن از باعث برانشیت مزمن.
- قبضیت که ممکن علت آن کارسینومای کولون باشد.
- انسداد بولی از باعث امراض پروسات
- حاملگی
- انتفاخ و توسع بطن از باعث حبن.
- ضعیفی عضلات جدار بطن مثلاً در لاغری و چاقی زیاد.

اناتومو پتالوژی

یک فتق متشکل از سه قسمت ذیل میباشد:

- کیسه فتقیه (Sac)

- مسیر یا پوش فتق (Covering of sac)

- محتوی کیسه فتقیه (Contents of sac)

کیسه فتقیه - یک دیورتیکول پریتوانی بوده و متشکل از دهانه، عنق جسم و غور میباشد که عنق کیسه فتقیه بخوبی قابل شناخت بوده لامن فتقهای مستقیم مغبنی و نوع Incisional بدون عنق میباشد. قطر عنق کیسه فتقیه بسیار مهم بوده زیرا در صورت کوچک بودن (مانند فتق های فخذی و ثروی) میتواند بزودی با عث اختناق که اختلاط مهم فتق است شود.

- ۱- مسیر یا پوش فتق - از طبقات جدار بطن که کیسه فتقیه از آن عبور مینماید تشکیل شده بناءً مسیر فتق یا یک فوحه لیفی بوده (فتق ثروی) و یا اینکه میسر فتق را عضلات و صفاقهای جدار بطن تشکیل میدهد (فتق مغبنی و فخذی).
- ۲- محتوی فتق - به استثنای کبد و پانکراس تمام احشای بطنی شده میتواند. و اکثرآ مایع (اکزو دات پریتوانی یا حین)، ثرب کبیر، امعاء محتوی فتق را تشکیل میدهد.

أنواع فتق

فتق در هر ناحیه که باشد ممکن به اشکال ذیل مشاهده شود:

- قابل ارجاع (Reducible)

- غیر قابل ارجاع (Irreducible)

- مختنق (Strangulated)

فتق قابل ارجاع

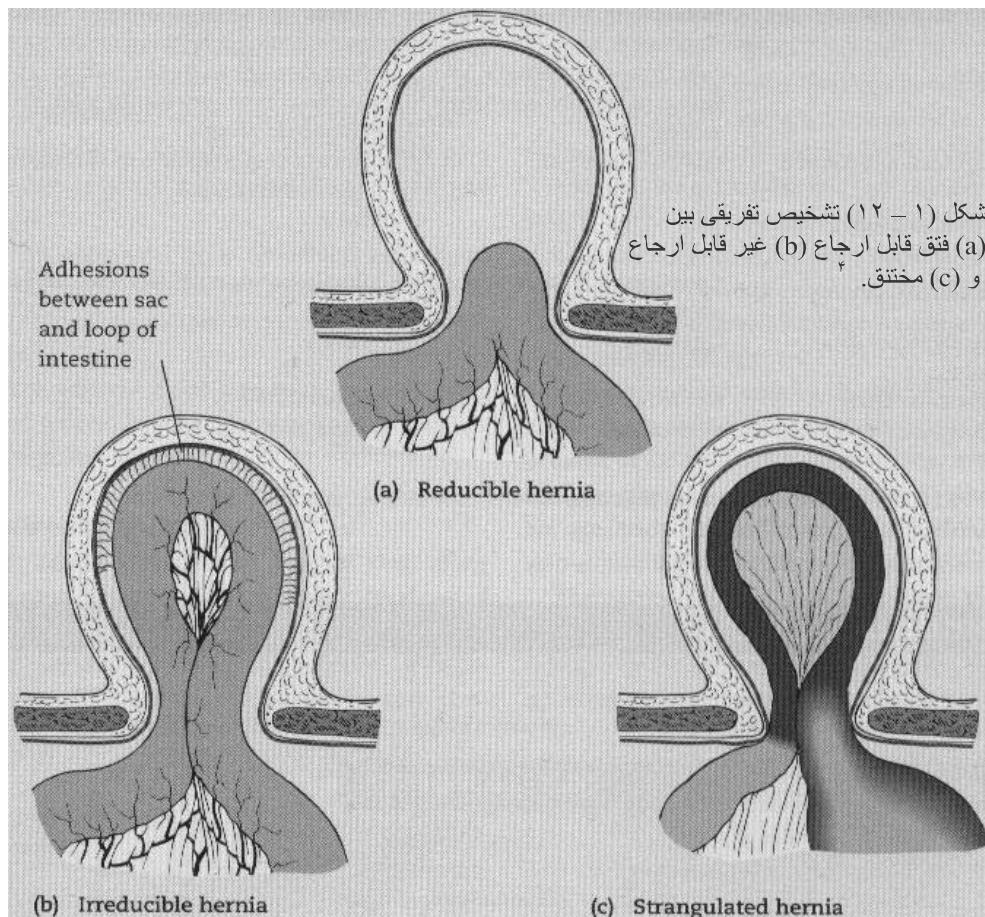
عبارة از فتق است که محتوی آن بصورت تام به داخل بطن ارجاع میگردد.

فتق غیر قابل ارجاع

عبارة از فتق است که محتوی آن دوباره به داخل بطن ارجاع نشده و علت آن التصاق محتوی فتق با جدار داخلی کیسه و یا بعضًا التصاق محتوی آن بین هم که کتله بزرگتر از عنق را میسازد بوده و نادرًا موجودیت کتله غایطی به داخل عروه معائی مانع ارجاع محتوی فتق میگردد.

فتق مختنق

عبارةت از فتقیست که محتوی آن در حذای عنق کیسه آنقدر تحت فشار فرار میگیرد که با عث قطع ارواء آن میگردد و هر گاه اختناق رفع نگردد باعث گانگرین شده و در صورتیکه محتوی فتق امعا باشد با عث تنقب امعای گانگرین شده میگردد.



تظاهرات سریری فتق قابل ارجاع

در فتق قابل ارجاع یک کتله یا تورم اکثرآ بدون درد در ناحیه فتقیه موجود است و در حالت خوابیده غائب شده و ممکن کمی ناراحتی موجود باشد. با معاینه یک کتله قابل ارجاع که با سرفه Impulse نشان میدهد دریافت میشود.

فتق غیر قابل ارجاع

هر گاه یک فتق، غیر قابل ارجاع لاکن بدون درد و سایر اعراض باشد فتق غیر قابل ارجاع تشخیص میگردد. در اینجا باید گفت که عدم موجودیت Impulse در اثنای سرفه به تنهاً اختناق را نشان داده نتوانسته چنانچه در فتق غیر قابل ارجاع فخذی در بسیاری وقایع نسبت مسدود شدن عنق توسط پارچه از ثرب با سرفه Impulse تولید نمیگردد.

فتق مختنق

در صورت وقوع اختناق مریض از یک درد شدید ناحیه فتقیه و دردهای کولیکی مرکزی بطن شاکی بوده و اعراض دیگر انسداد معائی از قبیل استفراغ، انتفاخ، بطن و قبضیت تام بزودی ظاهر میگردد.

با معاینه در ناحیه فتقیه یک کتله حساس، سخت و غیرقابل ارجاع که با سرفه Impulse نشان نمیدهد دریافت میگردد جلد روی کتله اختناقی، التهابی و اذیمایی شده و علایم انسداد امعا با انتفاخ، حساسیت بطن و آوازهای شدید معائی موجود میباشد. در صورتیکه محتوی فتق ثرب کبیر باشد تظاهرات فوق کمتر مشاهده میشود.

سه نوع فتق که زیادتر معروض به اختناق میشوند عبارت از فتق فخذی، فتق غیرمستقیم مغبنی و ثروی میباشند.

فتق مغبنی

فتق مغبنی را میتوان قرار ذیل تصنیف کرد:

- فتق مغبنی غیر مستقیم – این نوع فتق داخل فوحه عمیق مغبنی شده و قنات مغبنی را عبور مینماید.

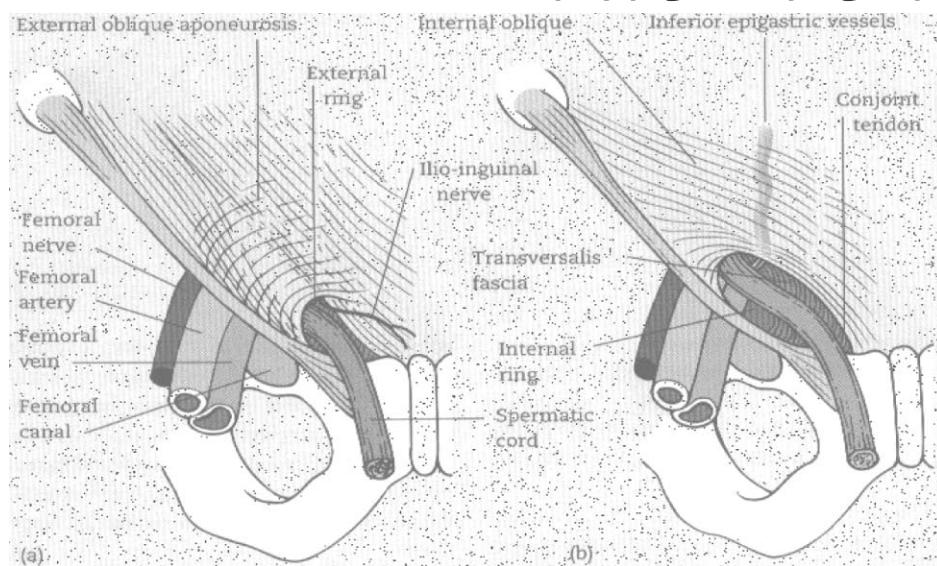
- فتق مغبنی مستقیم – این نوع فتق جدار خلفی قنات مغبنی را انسی تر از فوحه عمیق مغبنی به قدام تیله مینماید.

برای دانستن بهتر این نوع فتق ها انatomی قنات مغبنی را در اینجا مطالعه مینماییم.

انatomی قنات مغبنی

قنات مغبنی در قسمت سفلی جدار بطن قرار داشته و سیر مایل دارد محتوی آنرا کورد N.ilioinguinal و یک شعبه Genital عصب Genitofemoral در مردها و رباط مdro به عوض حبل منوی درخانم ها تشکیل میدهد طول آن ۴ سانتی متر و از علوی به سفلی و از وحشی به انسی و از فوحه عمیق به طرف فوحه سطحی موازی به رباط مغبنی کمی علوی تر از آن قرار دارد.

در قدام – جلد، صفاق سطحی، External oblique aponeurosis تمام طول قنات را پوشانده و ثلث وحشی آنرا عضله Oblique internal میپوشاند.
در خلف – رباط مزدوج (Conjoint tendon) که متشکل از الیاف عضله منحرفه کبیره و عضله مستعرض بطن میباشد جدار خلفی قنات را درانسی ساخته و صفاق مستعرض در وحشی قرار دارد.
در علوی – الیاف سفلی ترین Int.oblique و مستعرض این جدار را میسازد.
در سفلی – رباط مغبنی قرار دارد.



شكل (۲ - ۱۲) اناتومی قنات مغبنی: (a) با موجودیت (b) بدون Ext. Oblique aponeurosis

فوچه عمیق قنات مغبنی نقطه است که از آن حبل منوی از بین صفاق مستعرض خارج شده و درانسی آن او عیه اپیگستریک سفلی که از او عیه حررقی ظاهر منشه میگیرد و به طرف علوی سیر مینماید قرار دارد.

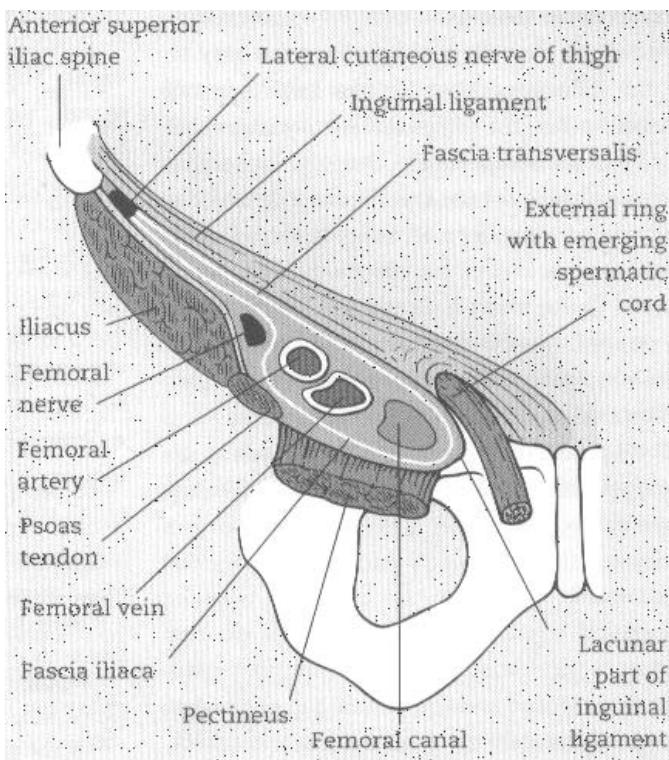
فوچه سطحی قنات مغبنی یک defect، V-شکل فرو رفته به داخل درصفاق عضله منحرفه کبیره بوده که در قسمت علوی انسی Pubic tubercle قرار دارد.

فتق مغبنی غیر مستقیم

این نوع فتق از طریق فوچه عمیق داخل قنات مغبنی شده و در قدام حبل منوی قرار داشته که در صورت بزرگ بودن فوچه سطحی را عبور و داخل سفن میگردد. فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به تمام انواع فتق ها زیاد مشاهده شده و

در صورتیکه قابل ارجاع باشد میتوان توسط فشار نوک انگشت بالای فوحه عمیق مغبنی از خارج شدن فتق جلوگیری کرد که این فوحه یک الی دو سانتی متر علی‌تر از ناحیه که شریان فخذی از تحت رباط مغبنی عبور مینماید قرار داشته و در نقطه متوسط مغبنی یا نقطه متوسط خطی که شوک حرقوی قدامی علی‌رای ارتقا عانه وصل مینماید جس میگردد.

در صورتیکه فتق از فوحه سطحی مغبنی خارج گردد در علی‌و انسی Pubic tubercle قرار داشته که به اینترتیب از فتق فخذی که از کانال فخذی خارج و



درسفلی و وحشی آن در سفلی دارد تشخیص تفریقی میشود.

فتق مغبنی غیر مستقیم میتواند ولادی باشد که به زودی بعد از ولادت و یا در سن بلوغ ظاهر شده شکل کسبی آن در کاهلان در هر سن مشاهده میشود و کیسه آن رتج پریتوانی میباشد.

فوحه داخلی تنگ قنات مغبنی دو خصوصیت مهم برای فتق های مغبنی غیر مستقیم داده است:

اول اینکه فتق زمانی

جسامت کامل خویش شکل (۳ - ۱۲) انatomی قنات فخذی و ارتباط آن با ساختمان های مجاور^{*} را اختیار مینماید که مریض ایستاده و راه برود و به حالت خوابیده نیز فوراً به داخل بطن ارجاع نشده زیرا برای عبور آن از یک فوحه تنگ مدتی لازم می باشد و دوم اینکه اختناق در این نوع فتق نسبت تنگ بودن فوحه آن زیاد مشاهده میشود.

فقق مغبنی مستقیم

این نوع فرقه مستقیماً جدار خلفی قنات مغبنی را به قدام تیله مینماید و چون در انسی فوحه عمیق مغبنی قرار دارد بناءً در اثر فشار انگشت بالای فوحه عمیق علوی تر از نبضان شریان خذی کنترول شده نمیتواند.

در تدقیق دیده میشود که فرقه مستقیماً به قدام بیرون آمده در حالیکه فرقه مغبنی غیر مستقیم مسیر منحرف کورده را تعقیب و داخل سفن میگردد.

نقاط دیگر که فرقه مغبنی مستقیم را از غیرمستقیم تشخیص تفریقی مینماید اینست که فرقه مستقیم همیشه کسبی بوده بناءً در کودکان و نوجوانان نهایت نادر میباشد و چون فوحه فتقیه بزرگ است بناءً در حالت ایستاده آن ظاهر شده و در حالت خوابیده نیز فوراً دوباره ناپدید میگردد. وعلاوه برآن نسبت داشتن فوحه بزرگ اختناق در این نوع فرقه بسیار نادر است. فرقه مغبنی مستقیم در خانم ها مشاهده نمیشود.

با وجود اینکه از نظر سریری در بسیاری مریضان میتوان به آسانی فرقه مغبنی غیرمستقیم را از مستقیم تشخیص تفریقی کرد لاتن تشخیص نهائی صرف در وقت عملیات امکان پذیر بوده طوریکه او عیه اپی گاستریک سفلی درکنار انسی فوحه داخلی قرار داشته بناءً کیسه فتقهای غیر مستقیم از وحشی این او عیه عبور کرده درحالیکه از فرقه مستقیم از انسی آن میگذرد.

در بسیاری از موارد فرقه مستقیم و غیرمستقیم همزمان وجو داشته و مانند دو پای تنبان (Pantaloons) از دو طرف او عیه اپی گاستریک سفلی بیرون میابد که بنام Saddle bag (Pantaloons) یا Dual hernia فتقهای مغبنی در ۶۰٪ وقایع در طرف راست، در ۲۰٪ به طرف چپ بوجود آمده و ۲۰٪ باقیمانده دو طرفه میباشد.

تداوی

فتقهای ولادی کودکان به صورت بنفسهی بسته نشده بناءً درسن تقریباً یک سالگی Processus vaginalis باز، بسته شده و کیسه فتقیه برداشته میشود (Herniotomy).

در کاهلان عملیات همیشه توصیه شده و این عملیات عبارت از برداشتن کیسه و ترمیم کanal مغبنی ضعیف میباشد. که معمولاً با اوردن عضله مستعرض در جدار خلفی توسط نیلون (Shouldice repair) و یا تقویه جدار خلفی توسط Nylon mesh (Lichtenstein repair) Polypropylene یا Nylon mesh میگیرد.

چره بند صرف در مریضانی توصیه میشود که نسبت داشتن وضع عمومی بسیار خراب عملیات را تحمل کرده نمیتوانند. اما با خاطر باشد که این مریضان اکثراً در

تطبیق درست چره بند مشکلات داشته و در صورت دردناک بودن فتق که احتمال اختناق در آن زیاد می‌رود ترمیم فتق تحت انستزی موضعی به شکل یک واقعه انتخابی نظر به ترمیم آن به شکل واقعه عاجل از باعث اختناق ترجیح داده می‌شود.

فتق فخذی Femoral Hernia

هرگاه احسای بطنی قنات فخذی را عبور و در مثبت Scarpa تحت جلد ظاهر گردد فتق فخذی گفته می‌شود.

انatomی

قنات فخذی تقریباً ۱.۵ سانتی متر طول داشته و صرف نهایت انگشت کوچک را اجازه دخول میدهد این قنات در انسی شیت فخذی که در آن ورید و شریان فخذی سیر دارد موقعیت داشته و کنار های آن (شکل ۳ - ۱۲) عبارت اند از:

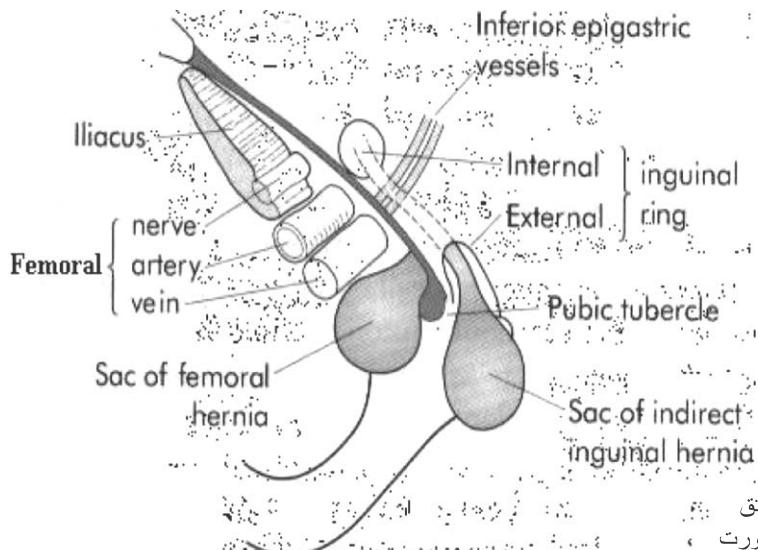
- در قدام رباط مغبنی
- در انسی حافه تیز کارد مانند قسمت Pectineal رباط مغبنی که بنام شبکه علوی عظم عانه تشکیل شده که در انسی به قسمت Pectineal رباط مغبنی تمادی دارد.
- دروحشی ورید فخذی.
- در خلف رباط Cooper که این رباط توسط پریوست ضخیم در امتداد شبکه علوی عظم عانه تشکیل شده که در انسی به قسمت Lig. Lacunar یا رباط Gimbernat یاد می‌شود.
- قنات مغبنی حاوی شحم و عقدات لنفاوی (عقده لنفاوی Cloquet) می‌باشد.

تظاهرات سریری

فتق فخذی در خانم ها (نسبت داشتن حوصله وسیع) نظر به مرد ها زیاد مشاهده شده با خاطر باشد که فتق مغبنی در خانم ها نظر به فتق فخذی معمول تر می‌باشد این فتق ها همیشه کسبی است در اطفال نادرآ مشاهده شده و اکثرآ در سن های متوسط و پیشرفته دیده می‌شود.

فتق فخذی غیراختنافی به شکل یک تورم مدور در سفلی و وحشی Tuberculum pubicum موجود بوده که به حالت ایستاده و سرفه بزرگ شده و به حالت خوابیده ناپدید می‌گردد اما با وجود آن در اکثر وقایع نسبت موجودیت شحم خارج پریتوانی در میحط کسیه فتقیه حتی در صورت ارجاع تام فتق یک تورم در ناحیه قابل جس می‌باشد.

زمانیکه فتق بزرگ گردید فوچه Saphenous را در صفاق عمیق عبور کرده و بعداً به طرف علوی دور خورده و در علوی رباط مغبنی قرار میگیرد که در این

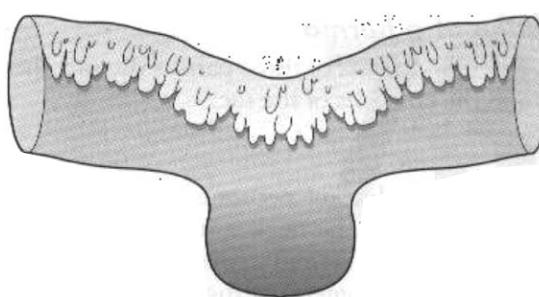


شکل (۱۲ - ۴) مجاورت فتق
غيرمستقيم مغبنی با فخذی بصورت
مقایسوی

صورت نباید در تشخیص تفریقی فتق غیرقابل ارجاع فخذی و مغبنی مشکلی ایجاد شود زیرا عنق فتق فخذی همیشه در سفلی و وحشی Pubic tubercle قرار داشته در حالیکه کیسه فتق مغبنی غیر مستقيم در علوی و انسی آن تمادی دارد. عنق قنات فخذی تنگ بوده و کنار انسی آن نهایت تیز میباشد که بنابر همین دلیل غیر قابل ارجاع شدن و اختناق در این نوع فتق نهایت زیاد میباشد.

فتق Richter

این نوع فتق زیاد تر در فتق های فخذی مشاهده شده که در آن صرف یک قسمت جدار امعا داخل فوچه فتقیه شده و به اختناق معروض میگردد. چون در این نوع فتق لومان امعا بصورت تام مسدود نشده لذا اعراض انسداد امعا مشاهده نمیشود



در حالیکه ناحیه اختناقی ممکن به نکروز معروض و به داخل کیسه فتقیه تثقب و از آنجا به جوف پریتوان راه یابد و باعث پریتونیت حاد شود.

شکل (۱۲ - ۵) فتق Richter گانگرینی از باعث فتق مختنق فخذی

تداوی

چون در فتق فخذی خطر اختناق زیاد است بناءً تمام این فتق ها باید توسط برداشتن کیسه و بسته نمودن کanal فخذی ترمیم شوند.

فتق ثروی Omphalocele یا Exomphalos

یک حالت نادر بوده که در آن تمام یا یک قسمت Midgut در حالت حیات جنینی به داخل جوف بطن برگشت نمی نماید در این حالت امعا در بین یک کیسه نازک قرار داشته و از طریق یک Defect جدار قدامی بطن در خارج جوف بطن قرار دارد که در صورت عدم تداوی کیسه مذکور تمزق کرده و باعث ایجاد پریتونیت کشنده میگردد بعضاً در اثنای ولادت تمزق رخ میدهد.



شکل (۶ - ۱۲) فتق ثروی ولادی
(Exomphalos minor)

تداوی

تداوی در صورت امکان ترمیم جراحی به صورت فوری بوده و در صورت بزرگ بودن کیسه، توسط پانسماں های مرطوب با انتی سپتیک خفیف محافظه شده تا به تدریج Epithelization بوجود آمده و بعداً به ترمیم فتق اقدام میگردد.

فتق ثروی ولادی

این نوع فتق از باعث عدم بسته شدن تام ندبه ثروی بوجود آمده وزیادتر در اطفال سیاه پوست مشاهده میشود. که اکثرآ در سال اول حیات بصورت بنفسهی بسته و شفا یاب میگردد.

تداوی

ترمیم جراحی فتق باید تا سن دو سالگی اجراء نشود و به والدین طفل اطمینان داده شود که اکثر این فتق ها بصورت بنفسهی شفا یاب میشوند بستن ناحیه فتقیه توسط لوكوپلاست و چره بند الاستیکی صرف برای رفع تشویش والدین توصیه میشود.

Paraumbilical Hernia

فتق های کسبی بوده که رأساً در فوق و یا تحت ثره بوجود می‌آید و اکثرآ در خانم های چاق، سن متوسط با ولادت های متکرر مشاهده می‌شود چون این فتق ها نیز دارای عنق کوچک می‌باشد . بناءً مانند فتق های فخذی مساعد به اختناق و غیرقابل ارجاع شدن می‌باشند. محتوی فتق تقریباً همیشه ترب کبیر بوده و بعضاً کولون مستعرض و امعاً رفیقه نیز می‌باشد.

تداوی

کیسه فتقیه برداشته شده و شیت عضله ریکتوس در علوی و سفلی فتق روی هم آورده می‌شود (عملیات Mayo's)

Ventral

فتق Ventral قسمت علوی خط متوسط به شکل یک ضعیفی طولانی بین دو عضله ریکتوس در مریضان پیر وضعیف موجود بوده (Divarication of the recti) و در اکثریت وقایع ایجاب تداوی را نمی‌کند.

Epigastric

فتق Epigastric یک نوع مخصوص فتق Ventral بوده و در این نوع فتق علوی تر از ثره یک یا پیشتر فتق کوچک از طریق defect خط ابیض موجود می‌باشد که صرف حاوی شحم خارج پریتوانی بوده اما اکثرآ درد ناک می‌باشد.

تداوی

خیاطه گذاری ساده defect کافی است.

Incisional

این نوع فتق در یک defect ندبه عملیاتی سابقه بوجود آمده و اسباب آن عبارت از سرفه های دوامدار، انفاخ بطن بعد از عملیات، چاقی، لاغری، انتان جرمه عملیاتی، خرابی تکنیک جراحی، امراض عمومی از قبیل یرقان، یوریمیا وغیره می‌باشد.

چون این فتق ها دارای عنق وسیع اند لذا به اختناق نادرآ معرض می‌گردند.

تداوی

در صورتیکه وضع عمومی مریض خوب باشد ترمیم فتق بعد از تسليخ طبقات جدار بطن با خیاطه گذاری هر طبقه به صورت جداگانه صورت می‌گیرد و فتق

بزرگ Incisional توسط شیت نیلون و یا Polypropylene ترمیم میگردد در صورتیکه عملیات توصیه نشود از شکم بند استفاده شود.

فتق های نادر

فتق Obturator

این نوع فتق اکثراً درخانم های مسن ولاعمر دیده شده و از طریق کanal obturator که از آن او عیه و اعصاب عبور می نماید بوجود می آید که فشار فتق مختنق بالای این عصب باعث دردهای راجعه در نواحی تعصیب جلدی آن شده بناءً انسداد معائی در یک خانم مسن با انتشار درد در کنار انسی ران ممکن دلالت به فتق مختنق obturator نماید. فتق اکثراً از نوع Richter بوده و CT ممکن تشخیص را تأیید و ثبت نماید.

فتق Spigelian

این نوع فتق از طریق Arcuate line در بین کنار وحشی قسمت سفلی شیت خلفی عضله ریکتوس بوجود می آید و به شکل یک کتله حساس در قسمت سفلی یکطرف جدار بطن موجود میباشد که در صورت مشکوک بودن، CT تشخیص را ثبت نماید.

فتق Gluteal

از طریق فوحه سیاتیک کبیر بوجود می آید.

فتق سیاتیک

از طریق فوحه سیاتیک صغیر بوجود می آید.

فتق قطنی (Lumbar Hernia)

فتق قطنی در اکثر موارد یک فتق Incisional بوده که به تعقیب عملیات های کلیوی بوجود می آید لاکن نادرآ از طریق مثلث قطنی سفلی که سرحد آنرا در سفلی قنزعه حرقوی، در انسی عضله Latissimus dorsi و در وحشی عضله منحرفه کبیره میسازد ممکن بوجود آید.

ماخذ:

Refferences:

- 1- B. W. Ellis. Hernia and other conditions of the Abdominal Wall. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.333 – 42
- 2- Daniel J. Scott and Daniel B. Jones. Hernia and Abdominal Wall Defects. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 335 – 54
- 3- David H. Bennett and Andrew N. Kingsnorth. Hernias, Umbilicus and Abdominal Wall. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1272 – 93
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 5- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 6- Karen E. Deveny. Hernia & other Lesions of the Abdominal Wall. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLETON & LANGE; 2004. P. 649 - 60
- 7- Mark A. Malangoni and Raymond J. Gagliardi. Hernia. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1199 – 1218
- 8- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 9- ROBERT BENDAVID, JACK ABRAHAMSON MAURICE E.ARREGUI, JEAN BERNARD FLAMENT EDWARD H. PHILLIPS. ABDOMINAL WALL HERNIAS: Principles and Management. USA: Springer – Verlag; 2001.
- 10- Robert J. Fitzgibbons, Jr. and Hardeep S. Ahluwalia. Inguinal Hernia. In: F. Charles Brunnicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW-HILL; 2006. P. 920 – 42
- 11- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C.

STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 167 – 79

12- www.emedicine.com

Abstract:

This book is written by Prof. M.Masoom Aziz for Kabul Stomatology faculty students under title of abdominal surgery which contain 12 chapters and describe the whole abdomen and its apparatus (elementary tract, liver, pancreas, spleen, peritoneum and abdominal wall hernia).

This book is written for under graduate students of stomatology according to their curriculum that's why surgical treatment has described shortly according to students level with fluent Dari language, the contents of this book is taken from update international text books with illustrated images.

This is very useful for under graduated students and fresh graduated surgical doctors who are interested in surgery.

With thanks

Prof. M.Masoom Azizi

Director of Aliabad Teaching Hospital and

Former Head of Surgery Department

بیوگرافی

پوهاند دوکتور محمد معصوم "عزیزی"



پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی فرزند مرحوم دکروال محمد جان در سال ۱۳۳۵ در ولایت لغمان تولد شده . تعلیمات ابتدائی و متوسطه مکتب را در لیسه غرغښت ولایت خوست و ثانوی را در کابل به درجه عالی در سال ۱۳۵۳ به پایان رسانیده و بعد از سپری نمودن امتحان کانکور شامل پوهنځی طب کابل گردید . موصوف محصل ممتاز دوره خود بوده و در سال ۱۳۶۰ به درجه ماستر از این پوهنځی فارغ التحصیل شده و همان

سال شامل کدر علمی دیپارتمنت جراحی شفاخانه تدریسی علی آباد گردید و تحت نظر استادان مجرب این دیپارتمنت آغاز به کار نموده و جهت ارتقای علمی و مسلکی به کشور چکسلواکیا و چاپان سفر نموده است .

پوهاند دوکتور محمد معصوم "عزیزی" در سالهای اخیر جنگ های داخلی کشور مجبور به ترک وطن و مهاجرت به کشور پاکستان شده و در انجا بعد از سپری نمودن امتحان رقباتی بحیث شف جراحی شفاخانه الکویت و استاد جراحی در پوهنټون افغان پیشوار آیفای وظیفه نموده است .

پوهاند عزیزی در طول دوره استادی در پوهنټون طبی کابل اضافتر از ۲۲ اثر علمی و تحقیقی داشته و ۲ کتاب درسی جراحی را برای تدریس محصلین پوهنځی طب معالجوی و ستوماتولوژی تحریر و عضو کمیسون های مختلف و شورای عالی پوهنټون طبی کابل بوده بالترتیب نایل به اخذ رتب علمی الی پوهاندی گردید و از سال ۱۳۹۰ با اینظرف بر علاوه وظیفه استادی بحیث رئیس شفاخانه تدریسی علی آباد مصروف خدمت به هموطنان عزیز کشور میباشد.