



پوهنتون طبي کابل

امراض جراحی بطن و ملحقات آن

برای پوهنځی ستوماتولوژی



امراض جراحی بطن و ملحقات آن

Textbook of Abdominal
Surgery

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی



پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی

۱۳۹۰



Kabul Medical University

AFGHANIC

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi

Textbook of Abdominal Surgery

Funded by: DAMF



2011

امراض جراحی بطن و ملحقات آن

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی

AFGHANIC



Kabul Medical University
پوهنتون طبي 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 محلات آن

**پوهاند دكتور محمد معصوم (عزیز)
استاد دیار تمت جراحی پوهنتون طبی کابل**

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

کتاب هذا توسط انجمن عمومی پرسونل طبی در آلمان (DAMF) تمویل شده است.
امور تخنیکي و اداري کتاب توسط موسسه افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است.
مسؤولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده
و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:

داکتر یحیی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

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، معیار های ستندرد و معلومات جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

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

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

در اخیر از ادارات و اشخاصیکه زمینه چاپ کتب درسی را مهیا ساخته اند، بالخصوص از انجمن عمومی پرسونل طبی افغانی در آلمان (DAMF) و داکتر یحیی وردک تشکر میکنم و امیدوارم که این کار سودمند ادامه و به بخش های دیگر هم گسترش یابد.

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید نوشته، ترجمه و یا هم لکچر نوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعداً در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنځی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود. همچنان در مورد نقاط ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به ادرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم. از محصلین عزیز هم خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

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

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

داکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست عناوین

صفحه	عنوان
الف	مقدمه مؤلف
	فصل اول: معده و اثناعشر
۱	اناتومی جراحی
۵	تضیق ضخاموی ولادی پیلور
۸	قرحه پپتیک
۱۵	اختلالات قرحات پپتیک
۱۵	تثقب قرحه پپتیک
۱۸	نزف قرحات پپتیک
۲۱	تضیق پیلور
۲۳	تومور های معده
۲۸	ماخذ
	فصل دوم: امعاء رقیقه
۳۰	اناتومی جراحی
۳۱	دیورتیکول میکل
۳۲	مرض کرون
۳۶	تومور های امعاء رقیقه
۳۹	ماخذ
	فصل سوم: انسداد امعاء
۴۰	انسداد میخانیکی امعاء
۴۶	اشکال مخصوص انسداد امعاء
۵۸	انسداد فلجی
۶۰	ماخذ
	فصل چهارم: عروه اپاندکس
۶۲	اناتومی جراحی
۶۳	التهاب حاد عروه اپاندکس
۶۹	ماخذ

فصل پنجم: کولون

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

فصل ششم: رکتوم و کانال مقعدی

۸۹	اناتومی جراحی
۹۳	هیموروئید
۹۸	فیسورانال
۱۰۰	آبسی انورکتل
۱۰۳	فیستول های انورکتل
۱۰۵	تضيق کانال مقعدی
۱۰۶	پرولاپس رکتوم
۱۰۹	خارش مقعدی
۱۱۰	تومور های رکتوم و کانال انال
۱۱۶	ماخذ

فصل هفتم: کبد

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

فصل هشتم: حویصل صفراء و طرق صفراوی

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

صفحه	عنوان
۱۵۰	کارسینومای حویصل صفراء
۱۵۲	ماخذ
	فصل نهم: پانکراس
۱۵۴	اناتومی جراحی
۱۵۵	انومالی های ولادی پانکراس
۱۵۶	پانکریاتیت حاد
۱۶۲	پانکریاتیت مزمن
۱۶۳	کیست های پانکراس
۱۶۴	تومورهای پانکراس
۱۷۱	ماخذ
	فصل دهم: طحال
۱۷۳	اناتومی جراحی
۱۷۴	ضخامه طحال
۱۷۵	برداشتن طحال (سپلینکتومی)
۱۷۶	تمزق طحال
۱۷۸	ماخذ
	فصل یازدهم: پریتوان
۱۷۹	اناتومی جراحی
۱۸۰	پریتونیت حاد عمومی یا منتشر
۱۸۳	اسباب مخصوص پریتونیت
۱۸۵	پریتونیت حاد موضعی
۱۸۸	پریتونیت مزمن
۱۹۱	ماخذ
	فصل دوازدهم: فتق
۱۹۲	فتق های جدار بطن
۱۹۳	انواع فتق ها
۱۹۵	فتق مغبنی
۱۹۹	فتق فخذی
۲۰۱	فتق ثروی
۲۰۲	فتق Ventral
۲۰۲	فتق Epigastric
۲۰۲	فتق Incisional
۲۰۳	فتق های نادر
۲۰۴	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 پوهنخئی 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 خرج داده ام تا از یکطرف کتاب مطابق ضرورت و سویه محصلین طب بوده و از جانب دیگر موضوعات آن کاملاً جدید و مطابق آخرین نشرات طبی جهان باشد علاوه بر فصل این کتاب دارای اشکال بوده که این خود استفاده از کتاب را برای محصلین طب ساده و بسیط میسازد.

باید گفت که کتاب مذکور نه تنها برای محصلین طب یک اثر مفید بوده بلکه دوکتوران جوان بالخصوص دکتوران جراحی نیز میتوانند از آن استفاده خوب و اعظمی نمایند.

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

از دکتوران محترم و محصلین گرامی آرزو مندم تا در وقت مطالعه این کتاب اگر به کدام غلطی طباعتی مواجه میشوند، بنده را در جریان بگذارند.

در اخیر به امید اینکه با تألیف این کتاب بتوانم خدمتی در راه طبابت و تربیه اولاد وطن کرده باشم از دکتور جوان و فوق العاده با استعداد محترم محمد شریف ناصری که در قسمت کمپوز و دیزاین این کتاب با حوصله مندی زیاد همکاری کرده تشکر نمایم و در حالیکه برایش آینده درخشان را مژده میدهم از خداوند پاک موفقیت و سعادت شان را در همه امور زندگی استدعاء مینمایم.

بالاحترام

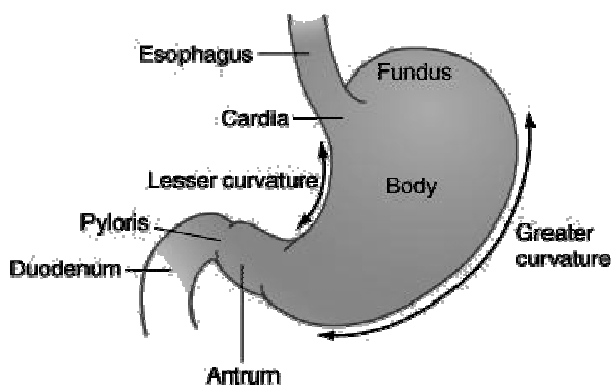
پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی

فصل اول معده و اثناعشر Stomach and Duodenum

۱- آناتومی جراحی
 ۵- تضیق ضخاموی ولادی پیلور
 ۸- قرچه پپتیک
 ۱۵- اختلالات قرحات پپتیک
 ۱۵- تنقب قرچه پپتیک
 ۱۸- نزف قرحات پپتیک
 ۲۱- تضیق پیلور
 ۲۳- تومور های معده

معده یا Stomach

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



شکل (۱-۱) نواحی مختلف آناتومیک معده ۲

آناتومی جراحی

معده متشکل از قسمت های ذیل میباشد:

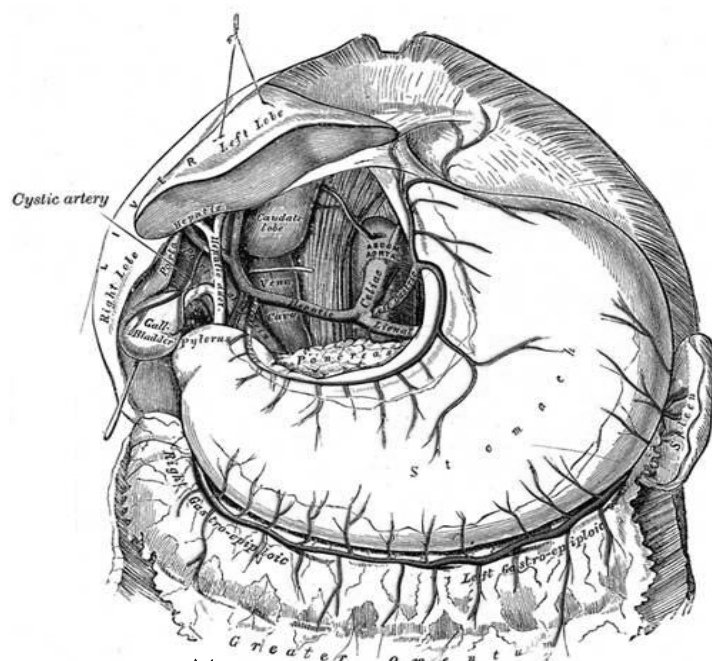
- ۱- Cardia - ناحیه نزدیک اتصال مری با معده.
- ۲- Fundus - توسع قبه مانند علوی تر از اتصال مری با معده است.
- ۳- Body یا جسم - ناحیه بین Fundus و Antrum معده است.

- 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

شراین 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



۱۴

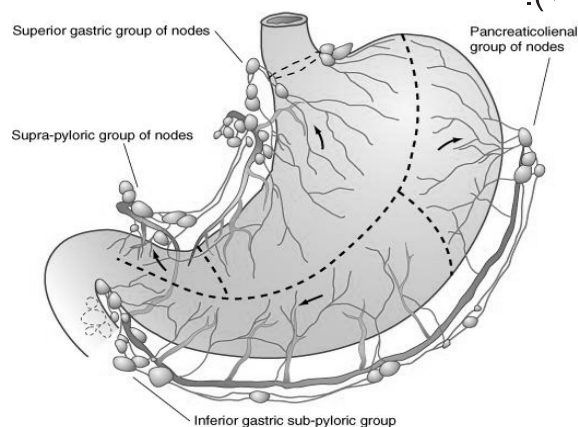
شکل (۱ - ۲) ارواء معده

اورده معده

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

دریناژ لنفاوی معده

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



شکل (۱ - ۳) دریناژ لنفاوی معده

تعییب

۱- تعییب واگوس

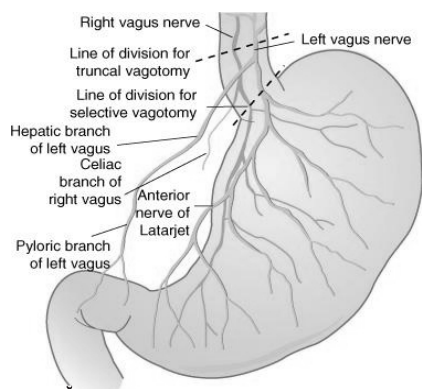
واگوس چپ (قدامی) و راست (خلفی) عصب حرکی افزای غدوات و حرکی عضله جدار معده میباشد.

۲- ضفیره سیمپاتیک Celiac

باعث انتقال سیاله های درد میگردد.

۳- تعییب Intrinsic

عبارت از ضفیره Myentric، Auerbach و ضفیره تحت المخاطی Meissner است که تمامی آن چند هفته بعد از قطع و انستومز امعاء بوجود میاید.



شکل (۴ - ۱) تعییب معده

مخاط معده

به سه ناحیه تقسیم میگردد:

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

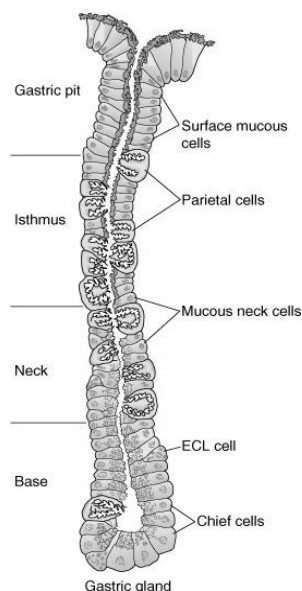
ب - حجرات Chief - Pepsinogene افزاز مینماید

ج - حجرات جداری- HCl و فکتور Intrinsic افزاز مینماید.

د - حجرات Argentaffin - وظیفه آن فهمیده نشده است

3- ناحیه Pyloroantral

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



شکل (۵ - ۱) منظره هستولوژیک مخاط

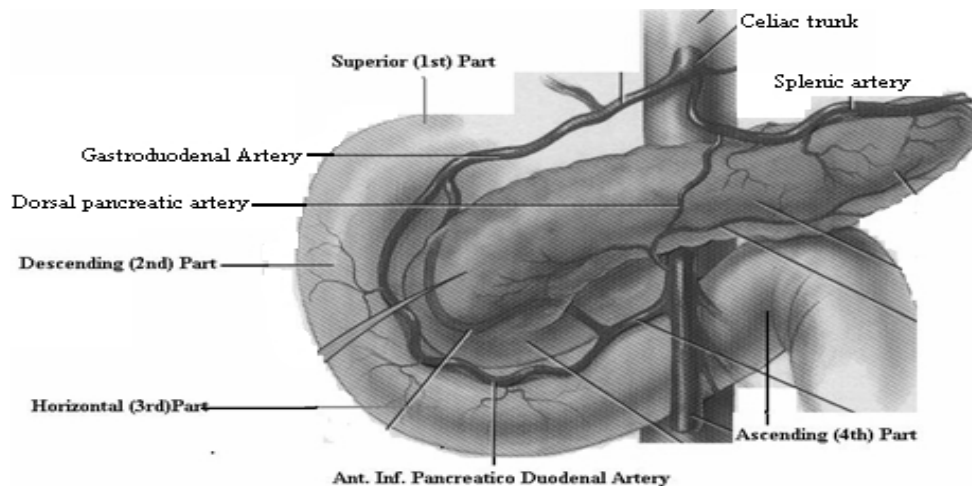
اثنا عشر یا Duodenum

قسمت اول امعاء رقیقه بوده و متشکل از قسمت های ذیل میباشد.

- ۱- قطعه اول یا بصله اثنا عشر (قرحه پیلوریک در همین ناحیه تأسس مینماید)
- ۲- قطعه دوم (قنات صفراوی اساسی و پانکراسی در آن باز میگردد)
- ۳- قطعه سوم (بشکل مستعرض به امتداد کنار سفلی پانکراس بطرف چپ تمادی دارد)
- ۴- قطعه چهارم (در قسمت Duodeno - Jejunal flexure با تغیر آنی مسیر به ژیزنوم خاتمه میابد)

شراین

- ۱- شریان Pancreaticoduodenal علوی - شعبه شریان کبدی.
- ۲- شریان Pancreaticoduodenal سفلی - شعبه شریان مساریقی علوی



شکل (۶ - ۱) آناتومی اثنا عشر ۴

تضيق 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.

پتالوژی

دراین 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 اکثراً بین سه تا شش هفته حیات میباشد.

اعراض

۱- استفراغ

که با قوهء به خارج پرتاب شده بدون صفرا میباشد واکثراً طفل فوراً بعد از استفراغ بسیار گرسنه میباشد.

۲- قبضیت

اکثراً موجود بوده و مواد غایطه طفل کوچک و خشک میباشد (شبيه مواد فاضله خرگوش).



علامه

۱- حرکات استداری قابل دید

امواج حرکات استداری بعداز تغذی طفل درقسمت علوی بطن از راست به چپ قابل دید میباشد.

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

۲- کتله

در 90% وقایع پیلور ضخاموی در زمان شیرخوردن طفل در تحت کبد
اکثراً به آسانی قابل جس میباشد

۳- ضیاع مایعات (Dehydration)

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

۴- ضیاع وزن

تشخیص تفریقی

- Gastro esophageal reflux disease (GERD)

- پراپلم تغذی

- انتانات طرق بولی

- نزف داخل قحفی

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

- انسداد علوی امعا از قبیل تدور امعاء نوزادان (استفراغ حاوی صفرا
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 مجرا پیلور با ضخیم شدن پیلور و
معدده طویل نشان میدهد.

۲- رادیوگرافی بطن

معدده متوسع با گازات کم در امعاء نشان داده در حالیکه در انسداد امعاء
عروات معائی متوسع مشاهده میگردد.

۳- رادیوگرافی با Barium meal

با این معاینه تضیق و طویل شدن مجرا پیلور دریافت میگردد

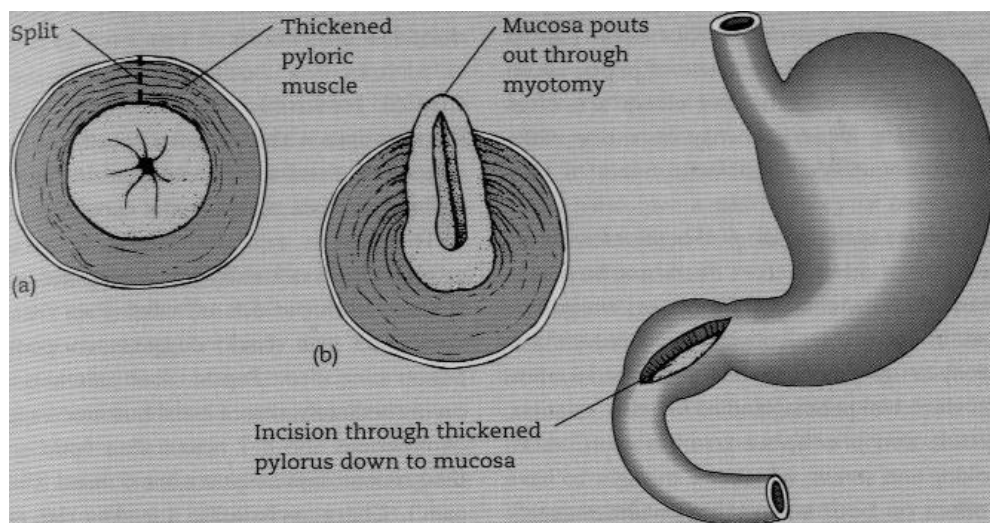
تداوی

تداوی مرض جراحی بوده و بخاطر باشد که هر قدر وضع عمومی طفل خراب باشد باید عملیات جراحی به منظور اصلاح مایعات و الکترولایت 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 الکترولایت ها با تطبیق محلولات گلوکوز غنی با پوتاشیم از طریق وریدی اصلاح گردد.

تداوی 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^۵

قرحه پپتیک Peptic Ulcer

تعریف – قرحه پپتیک عبارت از ضیاع مادی غشای مخاطی است که میتواند حاد و یا مزمن باشد. تشخیص تفریقی بین شکل حاد و مزمن از نظر کلینیکی بعضاً مشکل بوده و مرض به اشکال مختلف یعنی از قرحات سطحی معده و اثنا عشر که اکثراً با اندوسکوپی تشخیص میگردد الی قرحات مزمن عمیق نفوذ کننده در احشای مجاور مشاهده میگردد.

اسباب

درسابق فرط افراز اسید توسط حشرات جداری معده سبب قرحه پپتیک فکر میگردید در حالیکه بعد از فهمیدن ارتباط بین *Helicobacter pylori* و قرحات پپتیک در سال ۱۹۸۳ معلوم گردید که سبب اکثر قرحات پپتیک این انتان میباشد باید گفت که حشرات جداری معده از طریق عصبی (Vagus) و خلطی (گاسترین و هستامین) از نظر وظیفوی تنبیه شده بناء در گذشته ها سعی میگردید تا افرازات حشرات جداری معده با قطع عصب معدوی توسط عملیه جراحی (Vagotomy) و یا برداشتن حشرات 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* (Omeprazole) ممکن میباشد در حالیکه هیچکدام از تداوی های فوق بالای عامل انتانی مرض مؤثر نمیشد. در قرحات معدوی اساساً مقاومت مخاط پائین بوده در حالیکه سویه اسید پپسین نارمل و یا پائینتر از حد نارمل است برخلاف در قرحات اثنا عشری سویه اسید پپسین فوق العاده بلند میباشد.

اسباب قرحات پپتیک را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:

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

۷- استعمال نادرست NSAID's (از باعث پائین آوردن مقاومت غشای مخاطی مقابل عصارهء معدوی)

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

پتالوژی

پتوژنی قرحه پپتیک قسماً مربوط تشوش موازنه افراز اسید و پپسین توسط معده و قسماً مربوط به مانعه مخاطی (طبقه ضخیم مخاط) میباشد. باید گفت که مخاط نارمل معده مقابل اسید که توسط حشرات جداری معده افراز میگردد توافق دارد و قرحه در نواحی بوجود میاید که مخاط وجود نداشته و یا مخاط مقاومت کمتر دارد و در صورت تماس اسید با یک مخاط نا آشنا قرحه تولید میگردد.

قرحه پپتیک زیادتیر در مخاط قلوبی بوجود آمده طبقه عضلی را اشغال و تمایل به نفوذ در احشای مجاور دارد. قرحات قدامی اثنا عشر تنقب کرده و درحالیکه قرحات خلفی نزف میدهد. قرحات بزرگ معده ممکن به پانکراس، اوعیه بزرگ مانند شریان طحالی و نادراً کولون مستعرض نفوذ نماید.

زمانیکه قرحات پپتیک التیام یابد یک ندبه مخاطی از آن باقی میماند. و فیروز در نتیجه نکس قرحه بوجود آمده و باعث سو اشکال از قبیل تضیق پیلور و تضیق Hourglass معده میگردد.

نواحی معمول قرحات پپتیک عبارتند از:

- ۱- قطعه اول اثنا عشر
- ۲- انحناى صغیر معده
- ۳- ناحیه انستموتیک معدی معانی
- ۴- مری (Peptic oesophagitis)
- ۵- رتج میکل (در صورت موجودیت حبرات Oxyntic مخفی)

قرحه پپتیک حاد

میتواند واحد یا متعدد (Multiple erosions) باشد سبب آن بعضاً واضح نبوده و در بعضی مریضان مترافق با نوشیدن الکول و یا NSAID's (زیاد تر اسپرین، اندومیتاسین) تداوی با ستروئید، stress حاد، عملیات های بزرگ، جروحات قحفی (Cushing's Ulcer) و سوختگی های شدید (Curling's Ulcer) میباشد.

قرحات حاد پپتیک با درد آبی، نزف و یا تنقب ظاهر شده و ممکن یک تعداد شان بطرف مزمن شدن سیر نماید.

قرحه پپتیک مزمن

تقریباً 80% این قرحات در اثناعشر مشاهده شده قرحات اثناعشر در هر سن و سال بوجود آمده لاکن در دهه سوم و چهارم حیات زیادتر مشاهده میگردد. 80% این قرحات در مرد ها دیده شده و خانم ها قبل از مینوپوز بالخصوص در زمان حاملگی در مقابل این قرحات معافیت نسبی دارند. قرحات معده زیادتر در مرد ها مشاهده شده، لاکن تفاوت جنس کم بوده و نسبت مرد و زن ۱:۳ میباشد این قرحات در هر سن و سال مشاهده شده لاکن زیادتر در دهه چهارم و پنجم (یک دهه بعد تر از کثرت وقوعات قرحه اثناعشر) دیده میشود.

تظاهرات سریری**قرحه مزمن معده**

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

اعراض

درد – در ناحیه شرسوفی قرارداشته و فوراً یا الی دو ساعت بعد از غذا عاید میگردد به خلف انتشار داشته درد با استفراغ و حالت استجاع ظهري کم وبا 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.

Hematemesis – نظر به میلانا بیشتر دیده میشود.

علائم

بامعاینه فزیک حساسیت عمیق ناحیه شرسوفی چند انچ علوی تر از ثره دریافت میگردد.

قرحه مزمن اثنا عشر

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

اعراض

درد - در ناحیه شریصوفی 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 آنقدر شدید میباشد که مریض مجبور میشود دراز بکشد و با گرفتن غذا و قلیویات خاموش شده و از همین سبب مریض شیر و بسکیت در کنار بستر با خود داشته میباشد، اضطراب، تشویش و نگرفتن غذا باعث تشدید درد شده این درد نیز وصف دوری داشته برای ۲-۶ هفته دوام کرده و برای ۱-۶ ماه درد آرام است و حمله درد اکثراً در بهار و خزان میباشد اشتهای خوب بوده لکن مریضان بعضاً از گرفتن غذای جامد در اثنای حمله مرض خود داری مینماید گرچه بعضی مریضان از گرفتن غذای سرخ شده پرهیز میکنند لکن ندرتاً پرهیز غذائی مشاهده میگردد مریضان قرحه مزمن اثناعشر ضیاع وزن ندارند.

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

Melena - نظر به Hematemesis زیادتیر مشاهده میشود.

علامه

در معاینه فزیک حساسیت عمیق ناحیه شریصوفی ۴ سانتی متر بطرف راست خط متوسط بالای ناحیه پیلوریک دریافت میگردد.

معاینات تشخیصیه

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

- Barium meal - از این معاینه امروز کمتر در تشخیص قرحات پپتیک استفاده شده و در صورت اجراء در قرحات معده خیال Niche و در قرحات اثناعشر قرحه وصفی مملو با باریوم مشاهده میگردد، علاوه در تشخیص تضیق پیلور و سوء شکل Hourglass کمک مینماید.

- تست Faecal occult blood - در صورت موجودیت قرحه 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 قرحات پپتیک در مرحله اول طبی بوده و تداوی جراحی زمانی استنطباب دارد که قرحه به اختلاط معروض گردد و این اختلاطات عبارتند از مزمن شدن قرحه (chronocity) تنقب، تضیق، نزف و در قرحات معده تحول قرحه به خباثت میباشد که بعداً مفصلاً مطالعه میگردد.

اساسات تداوی طبی

اساسات تداوی طبی عبارت از بین بردن H – pylori و تنقیص و خنثی نمودن (استفاده از قلویات و شیر) افرازات اسید میباشد. در صورتیکه مریض صرف با انتی اسید تداوی شود H – pylori از بین نرفته و باعث افزایش نکس قرحه 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 Proton pump inhibitor مانند Omeprazole و Lansoprazole توصیه شده و تداوی ضد میکروبی توسط Clarithromycin یا Amoxicillin همراه با Metronidazole صورت میگردد. در اینجا دو انتی بیوتیک از باعث مقاوم بودن انتان در مقابل انتی بیوتیک در بسیاری وقایع میباشد، که با این تداوی H – pylori در بیشتر از ۹۰٪ وقایع از بین میرود. ادویه دیگر از قبیل پروستاگلندین ترکیبی (Misoprostol) دارای خاصیت التیام دهنده قرحه بوده و از این ادویه به منظور جلوگیری از قرحه در مریضان که NSAID's اخذ مینمایند بالخصوص آنهائیکه تاریخچه قرحه پپتیک و یا نزف را دارند در حالیکه تحت تداوی فوق بوده اند استفاده میشود. منبهاات قوی اسید معدوی مانند الکول پرهیز شود، استراحت، تسکین، ترک سگرت و تداوی اضطراب مفید میباشد. اسپرین و دیگر NSAID's تا حد امکان گرفته نشود.

اساسات تداوی جراحی

در حال حاضر تداوی جراحی صرف در اختلاطات قرحه پپتیک استنطباب دارد چون تداوی طبی قرحات پپتیک مؤثر میباشد بناءً در وقایع عاجل عملیه

جراحی کوچک اجراء گردد معمولترین استطباب عملیات عاجل تثقب و نزف قرحات پپتیک میباشد.

تداوی قرحات معدوی عبارت از برداشتن قرحه همراه با ناحیه افراز کننده گاسترین انتروم میباشد که به این منظور Billroth I Gastrectomy اجراء میگردد.

نتائج تداوی در ۹۰٪ وقایع قناعت بخش بوده و در حدود ۱٪ وفیات دارد. قرحات اثناعشری در صورتیکه افرازات زیاد اسید معده جلوگیری شود التیام مینماید که این هدف یا با برداشتن ناحیه افراز کننده اسید معده (جسم و انحنای صغیر معده) یعنی Partial (polya) Gastrectomy و بسته نمودن اثناعشر و Gastrojejunostomy بر آورده شده و یا اینکه باید واگتومی اجراءگردد. چون Total vagotomy میکانیزم تخلیه معده را متأثر میسازد بناً این عملیات باید با عملیه دریناژ یعنی Gastrojejunostomy و یا Pyloroplasty همراه باشد.

هرگاه در عملیه واگتومی شعبه عصب واگوس که ناحیه پیلور را تعصیب مینماید (عصب Latarjet) حفظ گردد دراینصورت 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 قرحه پپتیک 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 صفراوی (Bilious vomiting)

- کم خونی

- Dumping

- اسهالات شحمی Steatorrhea

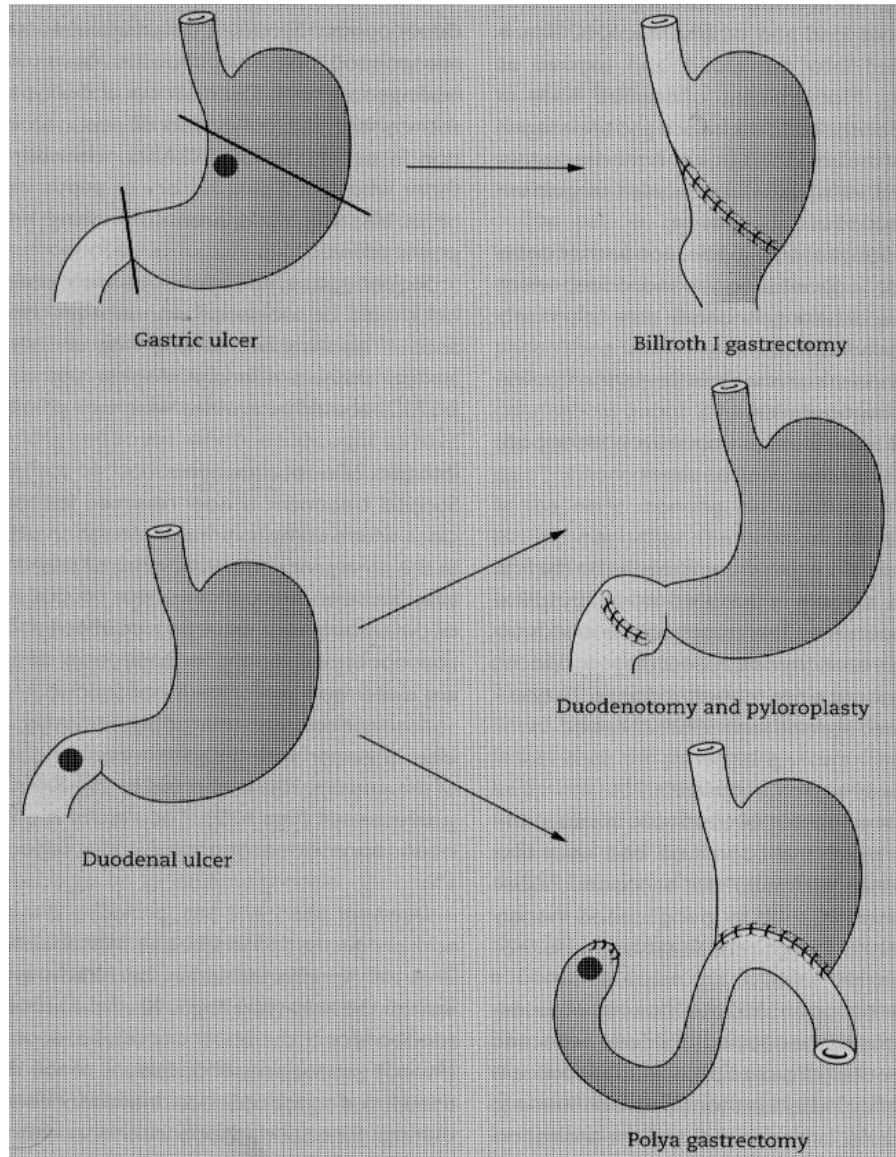
- قرحه ناحیه تفممی (Stomal ulceration)

ب Post vagotomy syndromes :

اختلالات ذیل ممکن بعد از Truncal vagotomy مشاهده شود:

- Diarrhea و steatorrhea

- قرحه انستوموتیک



شکل (۹ - ۱) - عملیات های اساسی قرحات پپتیک که زمانی معمولاً اجراء میگردید. این عملیات ها تا هنوز نیز در نزف قرحات استطباب دارد. در قرحات معدوی Billroth I gastrectomy با انستوموز معدی اثنا عشری اجراء میگردد. در قرحات اثنا عشری اثنا عشر بصورت طولانی باز و اوعیه خون دهنده خیاطه گذاری شده و بشکل Pyloroplasty بسته و بعوض Vagotomy افرازات اسید توسط Proton pump inhibitor نهی میگردد. Polya gastrectomy با خیاطه گذاری اوعیه 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 قرحه پپتیک

- قرحه پپتیک در هر ناحیه که باشد ممکن به اختلالات ذیل معروض گردد:
- تنقب - در جوف کبیر پریتوان ویا دراعضای مجاور از قبیل پانکراس کبد و کولون
 - نزف
 - تضیق
 - مزمن شدن قرحه - از باعث تشکل نسج لیفی در حذای قاعده قرحه
 - تحول به کانسر - نادراً در قرحات معده مشاهده شده و تقریباً ۱% کارسینوما در قرحه معده بوجود میاید.

تنقب قرحه پپتیک**Perforated Peptic Ulcer****پتالوژی**

تنقب قرحه پپتیک از جمله معمولترین و مهم ترین وقایع عاجل بطنی بوده و قوعات آن از سال ۱۹۵۰ (نسبت مروج شدن H_2 receptor antagonist در تداوی مرض) رو به کاهش میباشد لکن وقوعات آن در طول ده سال گذشته ثابت باقیمانده است. از نظر جنس تنقب در سابق زیادتیر مردان را مصاب ساخته و فعلاً نسبت مرد و زن ۱:۲ میباشد. از نظر سن زیادتیر کاهلان جوان به تنقب معروض شده اما در این اواخر زیادتیر اشخاص مسن بالخصوص آنهائیکه ستروئید و یا ادویه NSAID's (اسپرین، اندومیتاسین و غیره) اخذ مینمایند مصاب تنقب میگردد. بخاطر باشد که مریضان مصاب کارسینومای معده نیز ممکن گاهی با تنقب مراجعه نمایند.

تنقب زیادتیر در وجه قدامی اثناعشر و بعضاً در وجه قدامی معده اکثراً نزدیک انحنای صغیر یا ناحیه پیلوریک انتروم رخ میدهد.

زمانیکه قرحه تنقب نمود محتوی معده یا اثناعشر از طریق ناحیه مثقوبه 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 افزاز 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 تنقیات 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 قرحه پپتیک 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 بستر آرام قرار دارد.
- دلبدی و استفراغ - دلبدی موجود بوده لکن 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 ساعات یا مرحله اول مریض از نظر کلینیکی در شک حقایق 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 اصغا آواز های معائی قابل سمع نبوده و در بعضی مریضان ممکن کمی شنیده شود.

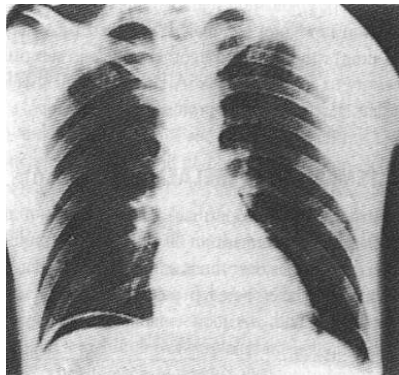
با قرع اصمیت کبدی در نصف مریضان نسبت قرار گرفتن گاز در تحت حجاب حاجز تنقیص میابد. معاینه معقدی (Rectal exam) ممکن حساسیت حوصلی را نشان دهد. در اشکال مؤخر مرض بعد از ۱۲ ساعت یا پیشتر از آن تظاهرات پریتونیت منتشر با انسداد فلجی ظاهر شده بطن انتفاخی و استفراغات غیر جهدی بوجود آمده و مریض توکسیک و در شک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

تثقب تدریجی (Slow perforation) - هر گاه تثقب 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 Free air یا Pneumoperitoneum یاد 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 تثقب قرحه پپتیک که گاز را تحت حجاب حاجز نشان میدهد.

تشخیص تفریقی

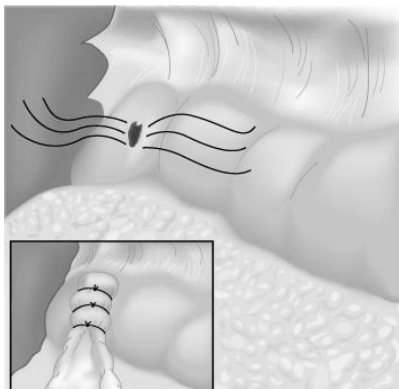
چهار حالت مرضی که اکثراً با تنقب قرحه پپتیک مغالطه می‌گردد عبارتند از:

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

تداوی

اکثر جراحان به این نظر اند تا تنقب قرحه پپتیک هر چه زودتر توسط مداخله جراحی ترمیم گردد. بعد از تشخیص تنقب، سند انفی معدی (NG Tube) به منظور تخلیه معده و جلوگیری از ریختن زیاد محتوی آن بداخل جوف پریتون و انشاق محتوی معده در اثنای انسستیزی تطبیق شده. درد توسط انالجزیک مؤرفین تسکین و ضایعات مایعات از طریق وریدی معاوضه گردد انتی بیوتیک غرض مجادله با انتانات داخل پریتوانی و H_2 Blocker و یا Proton pump inhibitor از طریق وریدی تطبیق و مریض آماده عملیات شود.

بطن این مریضان باز و ناحیه مثقوبه با چند خیاطه متقطع بسته و توسط یک پارچه ثرب تقویه می‌گردد. جوف بطن توسط سیروم فزیولوژیک لواژ و در صورت تنقب قرحه معده باید بیوپسی نیز اخذ گردد و در صورت که قرحه معده واضحاً خبیث باشد باید توسط Partial gastrectomy برداشته شود. تداوی جذری قرحه در وقایع عملیات عاجل امروز غیر معمول بوده و در صفحه بعد از عملیات باید افرازات اسید و H-pylori توسط اهتمامات طبی کنترل گردد تداوی جذری زمانی استطباب دارد که تداوی طبی مؤثر نباشد.



شکل (۱۱ - ۱) بسته نمودن ناحیه مثقوبه قرحه اثناعشر توسط چند خیاطه متقطع و تقویه آن توسط یک پارچه ثرب^۲

عواقب مرض

وفیات تنقب قرحه پپتیک 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 قرحه مزمن است و اسباب قابل
معالجه از قبیل H – pylori و یا NSAID's موجود است یا خیر بعضی
مریضان ممکن است برای اجرای عملیات جذری مراجعه نمایند.

نزف قرحات پپتیک Hematemesis & Melena

نزف قرحات پپتیک به شکل Hematemesis و Melena و یا هم هردو آن
تظاهر مینماید. بخاطر باشد که اسباب نزف قسمت های علوی معدی معائی زیاد
بوده و نظر به کثرت وقایع قرار ذیل اند:

- ۱- قرحات پپتیک
- 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 معدی در اثر استفراغات قوی و مکرر
میباشد.
- ۷- Dieulafoy's disease – عبارت از سوء شکل شریانی وریدی معده
بوده که در این مرض نزف در یک مخاط ظاهراً نارمل بوجود میاید.
- ۸- Coagulopathy یا تشوش در تحثر خون
- ۹- فیستول ابهری معائی (Aorto – enteric fistula)

در اینجا باید گفت که تقریباً ۸۵٪ اسباب نزف حاد معدی معائی را در کشور
انگلستان قرحات پپتیک، Erosion معده یا اثنا عشر تشکیل داده و قرحه مزمن
اثنا عشر در اول این لست قرار دارد. ۵٪ این مریضان واریس مری و
باقیمانده از باعث عوامل و اسباب دیگر ذکر شده میباشد.
تشخیص مرض توسط تاریخچه، معاینه فیزیکی و معاینات تشخیصیه صورت
میگردد.

تاریخچه

ممکن نزد این مریضان تاریخچه قرحه پپتیک موجود باشد و توسط معاینه
اندوسکوپی و یا بلع باریوم (Barium meal) تأیید شده باشد. دریافت تاریخچه
اعتیاد دوائی نیز مهم بوده زیرا علت بسیاری نزف های مبهم و مجهول ممکن

از باعث گرفتن اسپرین، ادویه انتی کواگولانت، ستروئید، اندومیتاسین و غیره باشد. تاریخچه اعتیاد به الکل و یا سابقه هیپاتیت ویروسی دلالت به سیروز کبدی مینماید علوتاً افراط در الکل 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 الکل دلالت به سندروم Mallory – Weiss مینماید.

معاینه فیزیکی

دریافت های معاینه فیزیکی دلالت به ضیاع خون کرده و عبارتند از حالت ضعف، عرق، خسافت و گاهی حالت کولاپس 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 رکت اطران 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. بخاطر باشدکه 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 اوعیه اطراف دهن دلالت به Telangectasis نزفی ارثی میباشد.

معاینات تشخیصیه

- تعیین مقدار هیموگلوبین - یک معاینه بسیار مفید بوده اما بخاطر 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 fiberoptic 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 قرحه خون دهنده فعال پپتیک را با زرق ادرینالین در قاعده قرحه و نزف واریس مری را توسط Band ligation تداوی کرد.

تداوی

تداوی نزف قسمت های علوی معدی معائی در مرحله اول طبی بوده و عبارتند از:

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

- ۳- کنترل نبض، فشار خون و CVP برای حد اقل سه روز الی توقف تام نرف
- ۴- برای رفع اضطراب مورفین از طریق وریدی داده شود
- ۵- H₂ receptor antagonist و یا Proton pump inhibitor از طریق وریدی داده شود
- ۶- Tranexamic acid (نهی کننده 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 نرف 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 مریضان مصاب نرف معدی معائی شفایاب میشوند.

استطبابات تداوی جراحی

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

در این وقایع وخیم نقل الدم ادامه داده شده و مریض عاجلاً به عملیات آماده میگردد در اثنای عملیات منشه نرف قرار ذیل کنترل میگردد:

- در قرحات مزمن معده - اکثراً Partial gastrectomy و یا برداشتن ساده قرحه اجراء میگردد.
- در قرحه اثنا عشر - Pyloroplasty و شریان معدی اثنا عشری که در قاعده قرحه قرار دارد خیاطه گذاری میشود.
- قرحات باقیمانده از قبیل Erosion حاد و یا قرحه خون دهنده بالخصوص در مریضان با وضع وخیم که برای جراحی مساعد نباشند بهتر است خیاطه گذاری شود.

برای کنترل مؤقتی نرف میتوان از تداوی اندوسکوپیک یا Laser coagulation یا زرق ادرینالین استفاده کرد تا مریض برای تداوی اساسی آماده گردد.

مريضان که برای عملیات آماده نمیباشند میتوان از Angiographic embolization اوعیه نزفی استفاده کرد. مريضانيکه با تداوی طبی شفایاب میشوند باید در دوره نقاهت جهت دریافت منشه نزف و تداوی اصلی تحت معاینه و ارزیابی دقیق قرار گیرند زیرا قرحه مزمن که یکبار خون داد احتمال نزف بعدی نیز میرود.

تضیق پیلور Pyloric Stenosis

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

پتالوژی - تضیق پیلور که در نتیجه ندبه لیفی قرحه 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 شباهت زیاد به عدم کفایه بطین ضخاموی قلب در اثر تضیق دسامی دارد.

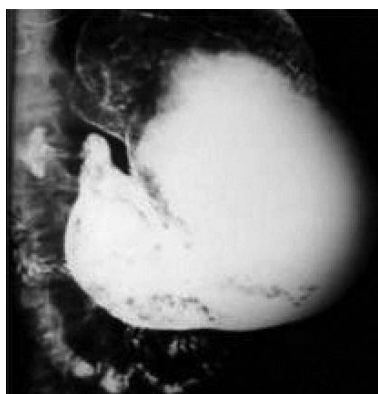
تظاهرات سریری

در مرحله معاوضوی اعراض و علایم تضیق پیلور موجود نبوده و زمانیکه مرحله معاوضوی مغلوب گردید نزد مريض استفراغات وصفی فراوان و بدون صفراء بوجود آمده که از نظر مقدار زیاد و حاوی غذاهای ۱-۲ روز قبل صرف شده میباشد. مواد استفراغ شده منظره و بوی غایبی دارد. از باعث استفراغات وافر، ضیاع وزن، قبضیت (نسبت ضیاع مایعات) و ضعیفی از باعث ضیاع الکترولیت ها موجود میباشد. درد در تضیق پیلور در ناحیه شرسوفی قرار داشته و مريضان بعد از گرفتن غذا درد و سنگینی را در بطن خویش احساس کرده و ممکن خود مريض جهت رفع درد استفراغ را تحریک نماید.

در معاینه مريض Dehydrated و لاغر 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 مريض 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 متوسع 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 پیشرفته محتوی معده یک لیتر و یا بیشتر از آن میباشد.

معاینات تشخیصیه



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

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

تشخیص تفریقی

- کارسینومای ناحیه پیلور
 - اسباب دیگر تضیق پیلور در کاهلان کمتر مشاهده شده و عبارت اند :
 - ندبه همراه با قرحه سلیم معده نزدیک پیلور
 - کارسینومای رأس پانکراس که اثناعشر و پیلور را اشغال کرده باشد.
 - پانکریاتیت مزمن
 - اشغال پیلور با عقدات لنفاوی خبیثه
 - ضخامه پیلور در کاهلان
- تشخیص تفریقی تضیق پیلور از کارسینومای پیلور قبل از اندوسکوپی، بیوپسی و حتی لپراتومی ناممکن بوده لاکن بعضی نقاط از قبیل طول تاریخچه مرض توسع زیادمعده و بالآخره جس کتله در تشخیص تفریقی آنها کمک مینماید.

تداوی – بعد از آماده نمودن مریض برای عملیات عبارت از Truncle vagotomy با Gastrojejunostomy بوده و بعضی جراحان Billroth II 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

تصنيف

الف – تومور های سلیم یا Benign
اینها عبارتند از:

۱- تومور های ایپی تیلیل

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

۲- تومور های نسج منضم Connective Tissue – مانند تومورسترومل
معدی معائی

۳- تومور های وعائی مانند هیمانژیوما

ب – تومور های خبیث

۱- تومور های ابتدائی

الف – Adenocarcenoma

ب – تومور سترومل معدی معائی

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، ثدی 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 ۵۰-۷۵ را بیشتر مصاب میسازد.

اتیولوژی

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

۱- حالات Premalignant

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

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

ج - قرحه مزمن پیپتیک تقریباً در ۱٪ وقایع باعث کانسر معده می‌گردد.

د - پولیپ معدوی

۲- فکتور های محیطی

الف - انتان H - pylori - مریضان مصاب این انتان ۶-۹ مرتبه بیشتر مصاب کانسر معده شده و کمتر از ۱٪ این مریضان مصاب کانسر معده می‌شوند.

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 ازدیاد مرض تا حد زیاد به انتان H - pylori

ارتباط دارد و مرض در مهاجرین جاپانی در امریکا کمتر مشاهده میشود.

۳- فکتور های جنیتیک

الف - گروپ خون A

ب- Hereditary non polyposis colon cancer syndrome (HNPCC)

متوافق با وقوعات زیاد کانسر معده و کولون می‌باشد.

پتالوژی میکروسکوپی - ۱/۳ - تومور بطور منتشر معده را اشغال کرده

و ۱/۴ آن در ناحیه پیلوریک بوجود می‌آید. و باقیمانده بطور مساویانه در

سراسر معده مشاهده میشود.

مرض از نظر میکروسکوپی به پنج شکل ذیل مشاهده میشود.

۱- قرحه با حوافی بلند و برجسته.

۲- تومور Polypoid

۳- تومور Colloid که یک نشوونمای کتلوی جلاتینی می‌باشد.

۴- معده Leatherbottle که بنام Linitis Plastica نیز یاد میشود و در

نتیجه ارتشاح تحت المخاطی تومور و عکس العمل زیاد لیفی بوجود

آمده که باعث ایجاد یک 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 یک قرحه معدوی بوجود می‌آید.

منظره میکروسکوپی

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 قرحه سلیم به قرحه خبیث تحول کرده که قرحه 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 دریناژ لنفاوی نهایت کاردیا ممکن باعث اشغال شدن عقدات لنفاوی منصف و بعداً عقدات فوق الترقوی 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 تومور Krukenberg دو طرفه از باعث غرس تومور در هردو تخمدان 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

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

عبارت از بی اشتهائی (عرض بسیار معمول مرض)، ضیاع وزن و کمخونی میباشد.

در معاینه دریافت های معاینه فیزیکی 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 لنفاوی سخت و بزرگ فوق الترقوی چپ (Troisier's sign) و یا با معاینه حوصلی یک کتله قابل جس 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 لنفاوی 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 تضیق غیر منظم ناحیه پیلور یا کاردیا شود ویا اینکه آفت تمام معده (leather bottle stomach) را اشغال کرده باشد.

ب - موجودیت قرحه با حوافی برجسته و ارتشاح محیط آن

ج - جسامت آفت - آفت تمام قرحات که جسامت بیشتر از ۲ سانتی متر دارد از نظر خبانت مشکوک بوده گرچه قرحه 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) و (Proton pump inhibitor) تداوی شود درد تسکین شده و از باعث تنقیص اذیمای مجاور ممکن اشتباهاً قرحه 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 میکروسکوپیکی Frozen – section معیار خوب در انتخاب پلان تداوی میباشد.

تداوی

تداوی کارسینوما معده میتواند معالجوی و یا تسکین دهنده باشد.

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

- تداوی تسکین دهنده (Palliative) – این تداوی 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.

تداوی شعاعی و ادویه سایتوتوکسیک در تداوی مرض دارای ارزش محدود میباشد.

عواقب مرض

انذار کارسینومای معده مربوط به وسعت انتشار و درجه قابل تفريق بودن تومور است انتشار میکروسکوپییک 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 میتاستاز ها (Stage IV) سبب مرگ مریض قبل از پنج سال میگردد.

Refferencenes:**ماخذ:**

- 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: APPLINGTON & 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, ABDOL 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 میکول ۳۱ مرض کرون ۳۲ تومور های امعاء رقیقه ۳۹

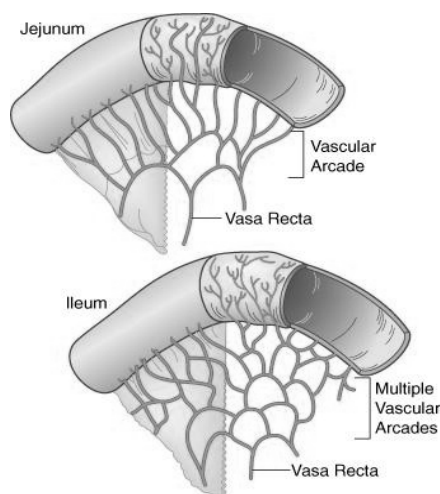
اناتومی جراحی

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 پیریتوان به طرف چپ در تحت میزوی کولون مستعرض قرار داشته در حالیکه الیوم در سفلی جوف پیریتوان در حوصله قرار دارد قطر ژیزونوم نظربه الیوم بزرگ بوده جدار آن ضخیم و رنگ آن سرخ تر میباشد، قوس های شریان مساریقی 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 اوعیه کوتاه نهائی داخل جدار آن میگردد صفيحات پایر (Peyer's patches) در طبقه مخاطی الیوم نهائی در وجه انتی میزانتریک قرار داشته و ممکن از طریق جدار امعاء مشاهده شود.



ارواء ژیزونوم و الیوم

شریان - توسط شعبات ژیزونوم و الیوم شریان مساریقی علوی ارواء میگردد.

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

لنف ژیزونوم و الیوم - لنف آن از تعداد زیاد عقدات مساریقی گذشته و بالاخره به عقدات مساریقی علوی میرسد.

شکل (۱ - ۲) شراین 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 2Feet (۶۰ سانتی متر) از سیکوم فاصله داشته و طور متوسط ۲ انچ (۵ سانتی متر) طول دارد.



شکل (۲-۲) رتج میکل^{۱۱}

تظاهرات 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 اپندیسیت حاد شباهت دارد.
- تنقب توسط اجسام اجنبی و ایجاد لوحه پریتونیت
- تغلف (Intussusception) نوع Ileo - ileal - که اکثراً تا زمان رسیدن مریض به عملیات به گانگرن معروض شده میباشد.
- قرحه پپتیک از باعث قرار گرفتن اپیتیلیوم معده در رتج میکل به شکل مخفی که حاوی حجرات افراز کننده اسید معدوی بوده و اکثراً در اطفال مشاهده شده و یکی از اسباب میلانا در سن ده سالگی میباشد. نادراً قرحه 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 محتوی 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** – Technetium نشانی شده (^{99m}Tc) توسط

مخاط معده جذب شده و توسط Scintigraphy معده و علوتاً رتج میکل اکثراً نزدیک حفره حرقی 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 ماؤه 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 تنهائی 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 Mycobacterium نموده که ممکن Mycobacterium avium که paratuberculosis ، subspecies است باشد

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

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

پتولوژی

امعاء رقیقه در ۲/۳ 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 مقعد مصاب سازد ۱/۳ مریضان با آفت الیوم تظاهرات رکتل و کولونیک نیز دارند.



شکل (۳ - ۲) تضیقات امعاء رقیقه در مرض کرون با توسع امعاء بین تضیقات.

منظره میکروسکوپی

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 مساریقی 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 احشاء مجاور بوجود آید.

منظره میکروسکوپی

از نظر میکروسکوپی فیبروز، اذیما لنفاوی و ارتشاح التهابی مزمن در سراسر و تمام نواحی ضخاموی امعاء با محراقات غیر تجبئی (Non-caseating) اپیتلوئید 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 آبسه و یا فیستول در احشای مجاور گردد.

تظاهرات سریری

مرض کرون در هر سن مشاهده شده لاکن در کاهلان جوان زیاد شیوع دارد و کثرت واقعات آن در سنین بین ۲۰ - ۴۰ 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 حرقفی 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 حرقفی راست و استفراغات تظاهر نموده نادراً تنقب 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، فیروز جدار امعاء بوجود آمده و باعث تضیق یک قسمت امعاء و در نتیجه انسداد امعاء میگردد، همچنان انسداد ممکن به تعقیب آبسه داخل پریتنوی بوجود آید.

تشکل فیستول

فیستول ممکن در امعاء مجاورویا مثانه باشد و یا ممکن فیستول محیط مقعدی تاسس 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 رکت، ازدیاد 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٪ مریضان مصاب مرض کرون امعاء رقیقه امراض محیط مقعدی از قبیل فیسوروفیستول نیز دارند.

معاینات تشخیصیه

مرض کرون با کمخونی، موجودیت خون در مواد غایطه و گاهی Steatorrhea همراه میباشد. سیروم البومین پائین بوده و Marker های التهابی مانند C - Reactive Protein و پروتین مرحله حاد معیارهای مفید در تعیین فعالیت مرض میباشد.

معاینات اضافی دیگر در این مرض عبارت انداز:

- **اماله امعاء رقیقه (Small bowel enema)** فیستول و تضیق را در قطعه مصاب شده اکثراً الیوم نهائی نشان داده که بنام The string sign of Kantor یاد میشود. و امعاء رقیقه حاوی قرحات، ممکن منظره Cobblestone را نشان دهد.
- **CT یا magnetic resonance enteroclysis** ممکن مرض خارج لومن امعاء را نشان دهد.

- **Technetium – labelled leucocyte scan** – یک معاینه دقیق و حساس برای نشان دادن وسعت فعالیت مرض میباشد که لوکوسیت ها توسط قطعه التهابی گرفته شده و همچنان در آبسه تجمع مینمایند.

اختلالات

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

- **سنگ کلیه** – اکثراً سنگهای Oxalate بعد از Hyperoxaluria در نتیجه Steatorrhea مشاهده میشود.
- **سنگ های صفراوی** – 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.
- **Sclerosing cholangitis** ابتدائی، sacroillitis، pyoderma gangrenosum و uveitis نیز مشاهده شده و در صورت مصاب بودن کولون ها زیاده تر 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 سوء 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 Immunosuppressant مانند Azathioprine تداوی شده و تغذی از طریق وریدی ممکن ضرورت باشد Infliximab که یک انتی بادی Monoclonal به فکتور نکروزی تومور است ($\text{TNF-}\alpha$) در تداوی شکل حاد ارتقائی و در حال فیستول موثر نشان داده شده است.

اعراض خفیف مرض توسط ادویه 5 Aminosalicylate مانند Sulfasalazine و mesalazine تداوی شده و ممکن ستروئید و Metronidazole 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 وقایع مرحله حاد بصورت تام بدون حملات بعدی شفایاب 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 مأوفه 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 رقیقه

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

تصنیف

تومور های سلیم

- ادینوما
- تومور سترومل معدی معائی
- لیپوما
- Hamartoma (مانند سندروم Peutz – Jeghers که همراه با Pigmentation دورادور جوف فم و پولیپ های متعدد امعاء میباشد)

تومور های خبیث

۱- ابتدائی

الف – Adenocarcinoma

ب – Lymphoma

ج – Carcinoid

د – Gastro – Intestinal Stromal Tumour

۲- ثانوی

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

تظاهرات سریری

تومور های امعاء رقیقه ممکن با تظاهرات ذیل ظاهر گردند:

- نزف معائی
- انسداد امعاء
- تغلف امعاء
- تدور امعاء

سندروم کارسینوئید (Carcinoid syndrome)

تومور کارسینوئید عبارت از تومور های APUD (Amine precursor up take and decarboxylation) بوده که زمانی نسبت داشتن خواص مشترک با حجرات که از crest عصبی منشه میگیرد مغالطه میگردید. و در ۱۰% وقایع تومور مترافق با سندروم Multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN-1) میباشد.

کارسینوئید تومور اکثراً در اپاندکس مشاهده شده چنانچه هر ۳۰۰-۴۰۰ اپاندکس که معروض به معاینه هستولوژی میگردند یکی آن مصاب کارسینوئید تومور میباشد لکن تومور میتواند در سایر نواحی طرق هضمی و حتی ریه (۱۰%) نیز مشاهده شود این تومور بر علاوه هورمون های دیگر معمولاً 5-Hydroxy tryptamine (Serotonin) افراز نموده و مرض اکثراً تا زمانی بدون اعراض میباشد که به کبد میتاستاز دهد که در اینصورت افرازات هارمونی تومور راساً داخل دوران سیستمیک شده زیرا کبد نارمل این هارمون را غیر فعال میسازد.

پتولوژی

منظره میکروسکوپی

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

منظره میکروسکوپی

از نظر میکروسکوپی تومور از حجرات Kulitschky تشکیل شده و توسط نقره رنگ آمیزی و از حذای کریپت های مخاط امعاء منشه میگیرد. این تومور به آهستگی نشوونما کرده و اکثراً بعد از دهه چهارم ظاهر میگردد. تومور کارسینوئید اپاندکس بطور نسبی سلیم بوده لکن ۴% آن بالآخره میتاستاز میدهد و ممکن بصورت مقدم از باعث بندش لومن اپاندکس به شکل اپاندیسیت تظاهر 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 الکل تشدید میگردد.
- اسهالات (%۷۰) که اکثراً وافر و همراه با ازدیاد آوازهای معدی معائی میباشد.
- درد های بطنی (%۴۰)
- اسپزم قصبی یا Bronchospasm (%۱۵)
- حالات غیر نارمل قلبی (تضیق دسام ریوی و tricuspid) ازتظاهرات مؤخر مرض میباشد.
- کارسینوئید تومور ریه نیز که باعث تضیق 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 5 – Hydroxy indole acetic acid (5HIAA) در ادرار:
- 5 – HT به 5 – HIAA تبدیل شده و در ادرار اطراح میگردد که مقدار این ماده در ادرار جمع شده ۲۴ ساعته بلند میرود.
- Computed tumography (CT) – 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 کنتیریزیشن شریان فخذی صورت گرفته و تداوی cytotoxic ممکن باعث بهبودی زیاد شود.

اعراض مرض ممکن توسط Octreotid که مشابه somatostatin میباشد و باعث نهی افراز 5 – HT میگردد کنترل شده و رادیوتراپی توسط Octreotid 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:**ماخذ:**

- 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: McGRRAW – 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: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 561 – 85
- 11- www.emberyology.med.unsw.edu.au

فصل سوم انسداد امعاء Intestinal Obstruction

انسداد فلجی ۵۸

اشکال مخصوص انسداد امعاء ۴۶

انسداد میخانیکی امعاء ۴۰

تعریف – انسداد امعاء یک سندروم است که از باعث توقف گاز و ماده غایطه به وجود می آید .

تصنیف – انسداد امعاء را میتوان به دو دسته عمده یعنی انسداد میخانیکی (Mechanical obstruction) و انسداد فلجی (Paralytic ileus) تقسیم کرد.

انسداد میخانیکی

این نوع انسداد از باعث یک بندش و یا مانعه در ترانزیت نارمل امعاء به وجود می آید 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 اکثراً امعاء رقیقه را مصاب ساخته در انسداد مزمن اعراض مخفی و بی سرو صدا بوده تدریجاً پیشرفت مینماید و اکثراً 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 تام لومن تنگ شده امعاء توسط ماده غایطه سخت و انسداد تحت الحاد عبارت از یک انسداد ناتمام امعاء میباشد.

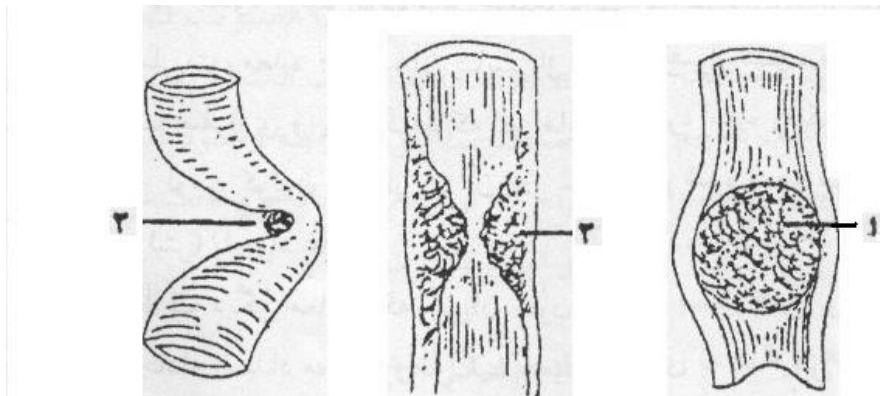
محل و موقعیت انسداد – از نظر موقعیت میتوان انسداد را به انسداد علوی و سفلی یا انسداد امعاء رقیقه و غلیظه تقسیم کرد.

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 قنق های مختنق، تدور، تغلف و یا انسداد امعاء توسط یک Band که در صورت عدم مداوی مقدم باعث گانگرن امعاء میگردد.

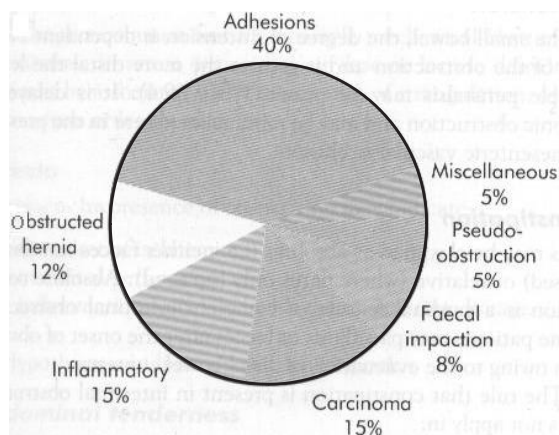
اسباب انسداد

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

- اسباب داخل لومن امعاء - مانند مواد غایبه سخت، سنگ های صفراوی، کلوله مواد غذایی، پرازیت (مانند کرم اسکاریس در امعاء رقیقه)، تغلف امعاء و غیره.
- اسباب جدار امعاء - مانند اتریزی ولادی، مرض کرون، تومور ها، دیورتیکولیت کولون و غیره
- 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 غذایی)
۲- در اثر آفت جدار (کارسینوما) ۳- در اثر اسباب خارج جدار (التصاقات یا Bands)^۲

انواع معمول و شایع انسداد امعاء نظر به سن قرار ذیل اند:

شکل (۲ - ۳) وقوعات انسداد امعاء از نظر عامل سببی^۲

- در نوزادان - تضیق و اتریزی ولادی (مانند اتریزی اثنا عشر)
- Imperforated anus
- تدور امعاء نوزادان، مرض Hirschsprung و Meconium Ileus
- در شیرخواران و کودکان تغلف 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 فوحت 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 علوی انسداد نسبت تجمع گازات (که قسمت عمده آن هوا بلع شده میباشد) و مایعات افراز شده توسط جدار امعاء، معده، صفرا و پانکراس متوسع میگردد. حرکات استداری امعاء برای رفع مانعه تشدید شده که از نظر سریری باعث درد های کولیکی بطن میگردد با توسع تدریجی امعاء جریان خون جدار آن نیز مختل شده و اگر توسع امعاء بیشتر شود ممکن قرحات مخاطی بوجود آید و بالاخره امعاء تنقب مینماید علوتاً تنقب امعاء ممکن در نتیجه فشار برید (band) و یا کنار عنق فتق بالای جدار امعاء 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 اسکیمی مؤف شده لذا میکروبها و توکسین ها را بیشتر در خود محافظه نتوانسته و به سرعت به جوف پریتون نفوذ مینماید و اگر اختناق امعاء رفع نگردد باعث گانگرین ناحیه اسکیمیک 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 پروتین در بین امعاء و Toxemia از باعث نفوذ توکسین و باکتری معائی در جوف پریتون از طریق جدار امعاء اسکیمیک 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 واقع انسداد امعاء موجود باشد. و تسلسل شروع اعراض در توضع انسداد امعاء به علوی و سفلی کمک مینماید.

درد - اکثراً عرض اول انسداد امعاء بوده و وصف کولیکی دارد در انسداد امعاء رقیقه درد در اطراف سره توضع داشته در حالیکه در انسداد قسمت سفلی کولون زیادتیر 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 علوی 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 لکن عرض مؤخر انسداد امعاء رقیقه 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 علوی امعاء زودتر ظاهر شده لکن در انسداد های مزمن و قسمت سفلی امعاء (امعاء غلیظه) اکثراً مؤخر و یا حتی موجود نمیشد. در مراحل اخیر انسداد امعاء، استفراغ شکل غایطی را میگیرد و این استفراغ غایطی (Faeculent) در نتیجه تجزیه میکروبهای 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 واضحاً ضیاع آب (Dehydration) داشته و نسبت درد کولیکی که دارد به خود می پیچد نبض اکثراً سریع بوده لکن درجه حرارت نارمل میباشد. درجه حرارت بلند و نبض سریع دلالت به انسداد نوع اختناقی مینماید. بطن انتفاخی بوده و ممکن حرکات استنداری امعاء قابل دید باشد اما بخاطر باشد که حرکات استنداری قابل دید به تنهایی علامه تشخیصیه انسداد امعاء نبوده زیرا حرکات استنداری ممکن در اشخاص نارمل با جدار بطن نازک نیز مشاهده شود.

در اثنای تفتیش دوحالت ذیل باید با دقت زیاد جستجو گردد:

الف - موجودیت فتق مختنق خارجی که در صورت فتق کوچک مختنق فحذی در یک مریض بسیار چاق ایجاب معاینه دقیق رامینماید.

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 معائی اکثراً تشدید بوده معاینه مقعدی هرگز فراموش نشود که با این معاینه ممکن یک کتله انسدادی در رکتوم 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 تأسس پریتونیت شکل دوامدار رامیگردد
- حساسیت و شخی بطن (Rigidity) زیادتر متبازز میگردد
- آواز های معائی 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 ظهري)

این معاینه در تشخیص انسداد امعاء و موقعیت انسداد با ارزش بوده که در حالت ایستاده، سویه هوا و مایع (Air - fluid level) و بحالت استجاع ظهري لوپ های متوسع امعاء مشاهده میگردد.

انسداد امعاء رقیقه توسط لوپ های متوسع نردبان مانند، توضع مرکزی و خطوط که توسط التوات دایروی مخاط امعاء بوجود میاید و تمام عرض امعاء متوسع را عبور مینماید تشخیص میشود در حالیکه امعاء غلیظه متوسع 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 میبشد 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 دراین معاینه بر خلاف اماله باریوم نارمل، مسهل قبل 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 فتنق های غیر معمول (فتنق Obturator) را تشخیص نمایند.



شکل (۴ - ۳) رادیوگرافی انسداد^{۱۴}
میخانیکی امعاء بوضعیت استجاع ظهري



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

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 میدهم.

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

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

اصول عمومی در تداوی انسداد امعاء رقیقه این است که میتوان امعاء رقیقه را ریزکشن و نسبت ارواء خوب آنرا بصورت مقدم تفمم داد در حالیکه در انسداد کولونی به نسبت خرابی ارواء و موجودیت فلورای باکتریائی داخل لومن کولون نمیتوان مانند انسداد امعاء رقیقه 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 پروکسیمال را (Hartmann procedure) به جدار بطن بیرون میکشیم بخاطر باشد که در انسداد کولونی اجرای انستموز مقدم اکثراً باعث چلیدن کوک های ناحیه تفممی شده و در صورت اجراء باید عروه پروکسیمال ناحیه انستموتیک جهت محافظه ناحیه تفممی به خارج کشیده شود.

اشکال مخصوص انسداد امعاء

انسداد امعاء در نوزادان

تصنیف

- اتریزی امعاء (Intestinal atresia)
 - تدور امعاء نوزادان (Volvulus neonatrum)
 - میکونیوم ایوس (Meconium ileus)
 - Necrotizing enterocolitis (در اطفال Premature از باعث اسکیمی مساریقی و در نتیجه اشغال مخاط توسط باکتری بوجود میاید)
 - مرض Hirschsprung
 - اتریزی انورکتل (Anorectal atresia)
- استفراغ دوامدار یک طفل نوزاد دلالت به ترصیضات داخل قحفی، انتانات و یا انسداد امعاء کرده و استفراغات صفراوی در یک طفل نوزاد بدون استثناء نشانه انسداد امعاء میباشد.
- بر علاوه استفراغ نزد این مریضان ممکن قبضیت، انتفاخ بطن و حرکات استنداری قابل رویت نیز موجود باشد.
- رادیوگرافی ساده بطن عرووات متوسع 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 بعضاً در طول امعاء عدم اتصال یا پیوستگی مشاهده میگردد. که ممکن با Defect مساریقه توأم باشد و امعاء را در چندین ناحیه مصاب سازد.

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

تدور امعاء نوزادان Volvulus Neonatrum

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

تداوی – بطن هر چه زودتر باز گردد، تدور رفع و اتصال باریک مساریقه با پریتون وسیع ساخته میشود التصاق بین سیکوم و اثناعشر (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 (mucoviscidosis) دارند. در mucoviscidosis یک نقص عمومی افراز مخاط امعاء، پانکراس (مرض fibrocystic پانکراس) و شبعات قصبی 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 تنقب 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 متوسع امعاء وجود میکونیوم با خیال های وصفی آن (Ground glass) نشان میدهد.

تداوی

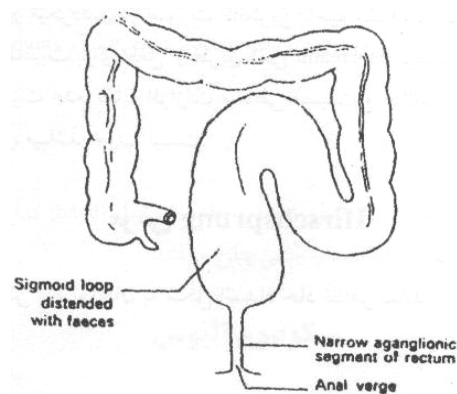
ممکن است میکونیوم را با تطبیق gastrograffin از طریق رکت تحت کنترل رادیوگرافی پاک و دور سازیم گاستروگرافین یک ماده رادیو اوپک Hyper osmolar (باعث دخول مایعات ب داخل لومن امعاء میگردد) و دارای فکتور emulsion بوده و تخلیه میکونیوم را اسان میسازد در صورتیکه این تداوی مؤثر واقع نگردد و یا امعاء تنقب کرده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

مرض Hirschsprung

این مرض ممکن در نوزادان به شکل انسداد حاد تظاهر نماید و قوعات 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 تشوش در رشد اعصاب پاراسیمپاتیکی در قسمت اخیر امعاء بوجود میاید دراین



شکل (۵ - ۳) مرض Hirschsprung^۲

مرض حجرات گانگلیونی در ضفیره تحت المخاطی Auerbach و ضفیره Inter Myentric of Meissner رکتیم و بعضاً قسمت سفلی کولون و نادراً تمام کولون موجود نبوده که این حادثه باعث سپرم ناحیه مائفه و در نتیجه انسداد وظیفوی و توسع قسمت علوی میگردد.

قبل از شناخت کامل ماهیت این مرض تداوی جراحی عبارت از ریزکشن قسمت متوسع 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 میکونیوم شروع شده و در صورتیکه تداوی نشود باعث مرگ طفل میگردد اشکال خفیف مرض با قبضیت ها ی معند دوران طفولیت توأم بوده و این مریضان با بطن فوق العاده متوسع 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 رکتیم خالی و متضیق بوده و در قسمت علوی ناحیه متضیق ممکن تجمع مواد غایطه قابل جس باشد و به تعقیب این معاینه معمولاً مقدار زیاد گاز و مواد غایطه خارج میگردد.

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی بطن - این معاینه امعاء متوسع و پر از گاز را در سراسر بطن به استثنای حوصله نشان میدهد.
- اماله باریوم یا Barium enema - رکتیم را بصورت وصفی متضیق نشان داده که علوی تر ازان کولون متوسع و پر از مواد غایطه میباشد.
- بیوپسی جدار ریکتم که باید عمیق و شامل طبقه تحت المخاطی باشد عدم موجودیت تام 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 زیادتیر در اطفال ۱ - ۲ ساله مخصوصاً مصاب آفات روانی مشاهده میشود معاینه مقعدی نزد این اطفال بسیار وصفی بوده و مقعد الی رکتیم مملو از ماده غایطه میباشد بیوپسی جدار رکتیم 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 اجراء میشود بعد از برداشتن قسمت aganglionic کولون قسمت سالم آن با کانال مقعدی تقمّم 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 وخامت یعنی از Imperforated anus الی عدم موجودیت کامل مقعد و رکتّم 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 ذکور 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 حجاب هوا در قسمت سفلی امعاء و نشانه فلزی اندازه گیری میگردد.

تداوی

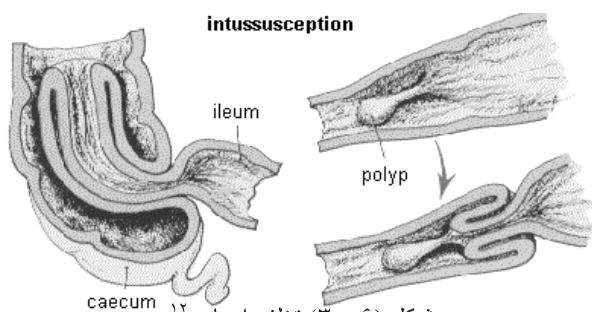
- اگر حجاب نازک باشد میتوان آنرا قطع و کنار های آنرا با جلد خیاطه گذاری کرد.

- 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 انتانات 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 لومن امعاء متصل یا مجاور آن میباشد و عروه داخل شده بنام Intussusceptum یاد میشود.



شکل (۶-۳) تغلف امعاء ۱۲

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 IleoIleal 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** – دراین صورت دسام الیوسیکل رأس یا ذروه تغلف را میسازد.
- **Colo colic** – کولون بداخل کولون مجاور تغلف مینماید. (معمولاً 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 مساریقی در این وقایع ضخاموی مییاشد و چنین فکر میشود که نسج لنفاوی صفیحات پایر (Peyer's patches) جدار امعاء در اثر Adenovirus معروض به هایپر پلازیا شده و این نسج لنفاوی متورم برجسته بداخل لومن امعاء به شکل جسم اجنبی عمل کرده و بعداً توسط حرکات استنداری 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 مساریقه ماؤف شده و در صورت عدم تداوی گانگرین مینماید.

تظاهرات سریری

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

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

با معاینه طفل خاسف و نارام بوده و حملات وصفی گریه طفل ممکن مشاهده شود جس بطن در صورت ضرورت بعد از آرام ساختن طفل یک تومور sausage مانند را در نواحی مختلف بطن به استثنای حفره حرقفی 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 نادراً ذروه تغلف احساس و جس میگردد.

اگر مرض تشخیص نشود بطن بعد از ۲۴ ساعت انتفاخی شده استفراغات غایبی بوجود آمده و طفل 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 تام ارجاع و توسط رادیولوژی تأیید 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 گانگترین 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 گانگترین بسیار زیاد میباشد. مرض در یک فیصدی کم اطفال نکس میکند.

تدور یا Volvulus امعاء

تعریف – Volvulus عبارت از تدور امعاء بدور محور مساریقه آن میباشد که این حادثه باعث انسداد امعاء همراه با انسداد اوعیه مساریقی می‌گردد. Volvulus اکثراً کولون سگموئید، سیکوم و امعاء رقیقه را مصاب ساخته لکن حویصل صفراء و معده نیز میتواند تدور نماید.

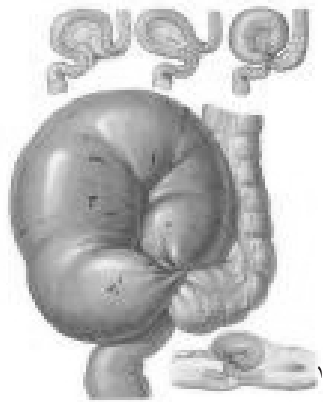
اسباب

فکتور های مساعد و تشدید کننده مرض عبارتند از:

- متحرک بودن بیش از حد عروه معائی مثلاً نقصان ولادی تدور امعاء رقیقه و یا کولون سگموئید بسیار طویل
- پر بودن بیش از حد و غیر نارمل عروه معائی مثلاً کولون حوصلی در قبضیت های مزمن
- تثبیت بودن عروه معائی از حذای ذروه آن در اثر التصاقات
- عروه معائی با جذر مساریقی باریک

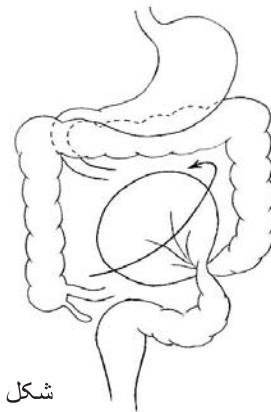
تدور سگموئید Sigmoid Volvulus

تدور کولون سگموئید اکثراً در اشخاص مسن مصاب قبضیت مشاهده شده و شیوع آن در مردها چهار مرتبه بیشتر نظر به خانم ها میباشد مرض در کشور انگلستان بطور نسبی (۲% انسداد امعاء) نادر بوده لاکن 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.



۱۵

شکل (۷-۳) تدور کولون سگموئید

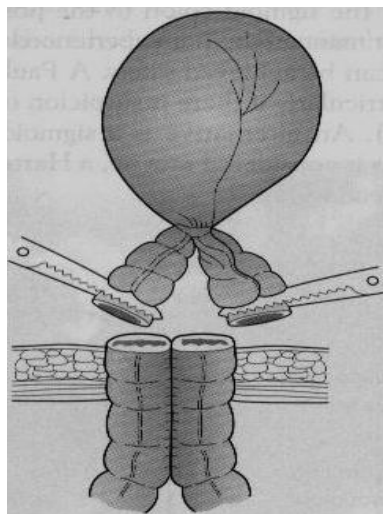


تظاهرات سریری

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

رادیوگرافی ساده بطن یک خیال فوق العاده متوسع 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 گانگرن معروض شده و از باعث ایجاد پریتونیت مریض فوت میکند.

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



شکل (۸-۳) عملیات Paul-Mikulicz
در تدور کولون سگموئید^۷

تداوی

یک تیوب مقعدی طویل و نرم از طریق سگمونیدوسکوپ به کولون سگمونید پیش برده میشود توسط این عملیه در اغلب موارد تدور تازه سیگمونید 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 محتوی کولون توسط تیوب رکتال تخلیه و جهت جلوگیری از تدور بعدی باید قسمت اضافی کولون ریزکشن و کولوستومی اجراء گردد. اگر گانگترین تأسس نموده باشد ناحیه گانگترین 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 ۲-۳ ماه ترمیم میگردد (Paul – Mikulicz – procedure). نکس تدور کولون سگمونید یک استطباب ریزکشن انتخابی کولون سگمونید طویل میباشد.

تدور سیکوم**Caecal Volvulus**

تدور سیکوم اکثراً همراه با انومالی ولادی تدور امعاء بوده و بعوض اینکه سیکوم در حفره حرقفی راست تثبیت باشد نسبت حفظ مساریقه خویش 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 حرقفی راست بوجود آمده و بطن فوق العاده انتفاخی میگردد رادیوگرافی بطن اکثراً سیکوم زیاد متوسع 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 گانگترین 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 بقایای رتج میکل تثبیت شده باشد. گاهی ذروه تدور را یک تومور تشکیل

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

تداوی

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

انسداد اوعیه مساریقی

Mesentric Vascular Occlusion

امبولی یا ترمبوز اوعیه مساریقی یک نوع انسداد مخصوص امعاء را بدون بندش معائی بوجود میآورد. در اینجا باید گفت که امبولی شریانی نظر به ترومبوز بنفسه زیادتیر مشاهده شده و اوعیه مساریقی علوی نظر به سفلی بیشتر مصاب آفت میگردد و نسبت موجودیت کولیترا ل های خوب در اوعیه مساریقی سفلی انسداد آن بصورت مخفی سیر مینماید.

اسباب

امبولی مساریقی (Mesentric embolus)

امبولی ممکن از اذین چپ در فبریلیشن اذینی، به شکل ثانوی از ترومبوز داخل قلب در احتشای مایوکارد، تنبئات دسامات قلبی و یا از صفحات Atheromatosis 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 مساریقی

این ترومبوز 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 مساریقی

این نوع ترومبوز با فرط فشار ورید باب همراه بوده و یا به تعقیب splenectomy از باعث Thrombocytopenic purpura، فشار تومور بالای اوعیه مساریقی علوی و یا thrombophlebitis سپتیک بوجود میآید.

احتشای 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 اوعیه مساریقی باعث احتشای امعاء شده و با نزف جدار، داخل لومن امعاء و جوف پریتون همراه میباشد. گانگرن و تنقب امعاء نیز بعلت ماؤف شدن جریان دموی بوجود آمده و اگر این حادثه باعث احتشای نشود ممکن اعراض انژین معائی (Intestinal angina) که عبارت از درد شدید بطنی 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 اوعیه مساریقی مخصوصاً اگر انسداد تدریجی باشد ممکن با تشکل جریان کولیترال 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 اوعیه مساریقی عبارت از درد حاد کولیکی بطن، خونریزی رکتوم و شاک (از باعث ضایعات خون) در یک مریض مسن مصاب فبریلیشن اذینی میباشد. بطن بصورت عموم و منتشر حساس بوده و یک کتله مبهم حساس که عبارت از امعاء گانگرنی 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 گانگرن واضح راپور داده شده است ریزکشن قسمت گانگرن شده امعاء اجرا شده لاکن این عملیه در صورت مصاب بودن تمام اوعیه مساریقی (امعاء رقیقه و کولون راست) واضحاً ناممکن بوده و اکثراً باعث مرگ میگردد. ارواء دوباره با استفاده از ورید Saphenous که خون از شریان حرقفی به شریان مساریقی علوی برسد ممکن میباشد. امعاء که بصورت واضح گانگرن نموده ریزکشن شده و امعاء مشکوک از نظر حیاتیات بحال خود گذاشته میشود و در لپراتومی روز های بعدی حیاتیات آن مشاهده میگردد.

در مریضان جوان ریزکشن وسیع امعاء رقیقه را میتوان با تغذی کاملاً وریدی بطور دائمی تداوی کرد. تعویض (transplantation) امعاء به این منظور ممکن در آینده میسر و امکان پذیر شود.

انسداد فلجی Paralytic Ileus

کلمه 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 تنهایی برای بیان انسداد فلجی درست نبوده زیرا الیوس به تنهایی معنی انسداد امعاء را دارد. انسداد فلجی (adynamic و یا neurogenic) عبارت از یک حالت اتونی امعاء بوده و تظاهرات عمده کلینیکی آن عبارتند از:

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

اسباب

اسباب مرض متعدد بوده و بعضاً 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 معدی معائی با وجود اعاده حرکات امعاء طولانی شود.

۲- پریتونیت

در ابتداء یک عکس العمل نارمل به منظور جلوگیری از ملوث شدن جوف پریتون 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 اضلاع نرف خلف پریطوانی و تطبیق جاکت پلاستر بوجود میاید.

۴- فکتور های میتابولیک

ضایعات شدید پوتاشیم، uremia و کوما ی دیابتیک ممکن باعث انسداد فلجی شود.

۵- ادویه جات

انسداد فلجی میتواند با دوزهای بلند ادویه انتی کولینرژیک و ضد Parkinson بوجود آید.

از نظر پتالوژی تأثیرات سوء انسداد فلجی مانند میخانیکی بوده و عبارتند از:

- ضایعات شدید مایعات، الکترولایت ها و پروتین 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 فلجی 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 عمده مرض است درد به جزء از ناراحتی جرحه لپراتومی و انتفاخ بطن موجود نمیشود.

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

تشخیص تفریقی

در تشخیص تفریقی انسداد فلجی از انسداد میخانیکی نقاط ذیل مد نظر باشد:

- مدت و زمان - انسداد فلجی نادراً 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 فلجی کرده در حالیکه تشدید آن انسداد میخانیکی را نشان میدهد.
- درد - انسداد فلجی 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 انستموتیک 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 فلجی گازات بصورت منتشر در سراسر امعاء رقیقه و غلیظه مشاهده میشود.

تداوی

وقایوی

تشوشتات 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 تأسس 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 الکترولایت با کنترول دقیق بیوشمیک از طریق وریدی تطبیق شده و مورفین به منظور تسکین درد و Prochlorperazine برای رفع دلبدی توصیه میشود. و این تداوی در صورتیکه انسداد فلجی از باعث اسباب دیگر از قبیل انتانات بوجود آمده نباشد مفید واقع میگردد. در صورتیکه هیچگونه آثار و علایم انسداد میخانیکی و انتانات موجود نباشد انسداد فلجی دوامدار و معند را گاهی میتوان با استفاده از بعضی ادویه تداوی کرد. منبهات حرکی امعاء مانند Metoclopramide یکجا با Erythromycin (که باعث تنبیه آخذہ حرکی میگردد) ممکن توصیه شود.

Refferencenes:

ماخذ:

- 1- A.A Munro. Intestinal Obstruction. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Bailly'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 Intestine. 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 Brunicaide, 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- Richard 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, ABDOL 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: APPLINGTON & 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

اناتومی جراحی ۶۲ التهاب حاد عروه اپاندکس ۶۳

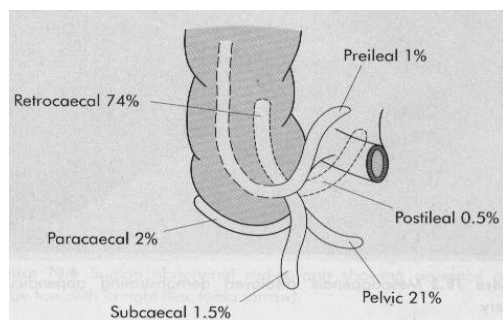
اناتومی جراحی

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.

توضع اپاندکس

۱- قاعده اپاندکس - در وجه خلفی انسی سیکوم تقریباً ۲.۵ سانتی متر پائینتر از دسام الیوسیکل قرار دارد.

۲- جسم و ذروه اپاندکس - موقعیت های مختلف قرار ذیل دارد.



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

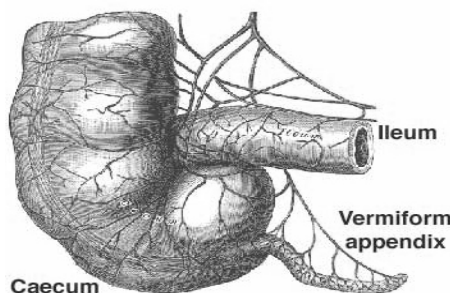
اروای اپاندکس

۱- شریان - یک شعبه شریان Ileo

colic که از مساریقی علوی منشه میگیرد میباشد.

۲- ورید - ورید اپاندکس به ورید خلفی سیکوم وصل میگردد.

۳- دریناژ لنفاوی - چهار الی شش و یا بیشتر او عیه لنفاوی بعد از عبور میزو اپاندکس به عقدات لنفاوی الیوسیکل تخلیه میگردد.



شکل (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 می باشد و گمان می رود این مرض در کشور انگلستان یک ششم جمعیت را مصاب می سازد^۳ و مرض زیادتیر در اشخاصی مشاهده می گردد که رژیم غذایی آنها غربی می باشد.

پتولوژی

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

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 گانگرن و به تعقیب آن تنقب اپاندکس بوجود می آید.

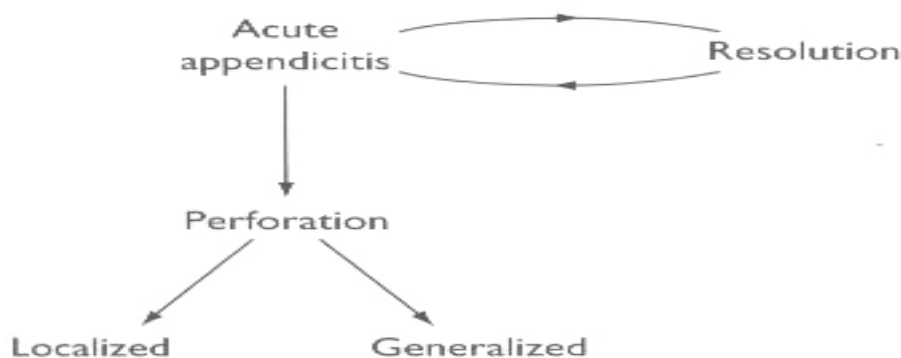
برای وقوع این تحولات ارتباط زمانی دقیق وجود نداشته نادراً اپاندکس در ۱۲ ساعت اول تنقب کرده در حالیکه بعضاً میتوان ۳-۴ روز بعد یک اپاندکس التهابی را بدون تنقب مشاهده کرد.

نتایج حاصله از انسداد اپاندکس مربوط به محتوی لومن اپاندکس بوده اگر باکتری موجود باشد التهاب حاد اپاندکس بوجود می آید در صورتیکه اپاندکس تخلیه باشد که بعضاً مشاهده میشود Mucocele اپاندکس در نتیجه افرازات دوامدار مخاط از جدار اپاندکس ظاهر می گردد.

ندرتاً اپاندیسیت در یک اپندکس غیر انسدادی بوجود آمده که در اینصورت انتان بصورت مستقیم از لومن اپاندکس و یا از طریق دموی فولیکولهای لنفاوی را مصاب می سازد که همین شکل اپاندیسیت نظر به شکل انسدادی زیادتیر رشف می گردد.

سیر پتالوژیک مرض

التهاب حاد اپاندکس 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 گانگرن و تنقب معروض شده و باعث پریتونیت منتشر و یا خوشبختانه آبسه موضعی اپاندکس 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 حرقی راست (RIF) مراجعه مینمایند.

درد - بطور وصفی به شکل کولیک مرکزی در اطراف سره شروع و در ظرف شش ساعت به حفره حرقی راست و یا اگر بهتر گفته شود در جائیکه اپاندکس التهابی قرار دارد توضع مینماید و طوریکه قبلاً گفته شد اپاندکس طور اوسط 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 بناً در صورت توضع اپاندکس به داخل حوصله دردها در فوق عانه بوده و نسبت تخریش مثانه دفعات ادرار زیاد میشود و اگر موقعیت retrocecal علوی داشته باشد اعراض بیشتر در ناحیه قطنی راست توضع داشته و درجس بطنی، حساسیت کمتر دریافت میگردد. نادراً ذروه اپاندکس در حفره حرقی چپ قرار داشته و دردها ممکن در اینجا متمرکز گردد.

باید گفت که دردهای کولیکی مرکزی بطن منشأ حشوی داشته و انتقال درد به حفره حرقی راست ناشی از ماف شدن پریتون جداری حساس توسط حادثه التهابی در مرحله بعدی میباشد. درد با حرکت زیاد شده بناءً مریض ترجیح میدهد تا دراز کشیده و زانو ها و ران ها را بحال قبض نگهدارد.

دلبدی و استفراغ- 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: درد کولیکی بطن به تعقیب آن استفراغ و انتقال درد به حفره حرقی راست.

بی اشتهائی - که یک عرض تقریباً ثابت میباشد.

قبضیت - معمول بوده لاکن گاهی اسهال دیده می شود (بالخصوص در وقایع که الیوم توسط اپاندکس التهابی تخریش شود) نزد این مریضان ممکن یک تاریخچه دردمشابه 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 فیزیکی نزد این مریضان عبارتند از:

- تب (در حدود 37.5°C) و Tachycardia از دریافت های معمول میباشد.
- مریض برافروخته بوده حالت توکسیک داشته و بطور واضح از درد رنج میبرد.
- 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 مقعدی 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 تأسس نموده باشد بطن بصورت منتشر حساس و متقلص (rigid) شده آواز های معانی معدوم و مریض بطور واضح حالت خراب دارد با پیشرفت مرض بطن انتفاخی و tympanic شده و مریض وجه هیپوکراتیک پریتونیت پیشرفته را پیدا مینماید.

معاینات تشخیصیه

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

- CT - این معاینه غرض تشخیص اپاندیسیت با موقعیت غیروصفی و اختلالات مرض به شکل روز افزون استفاده میشود.
- التراسوند حفره حرقی راست (RIF) که توسط دست با تجربه ممکن باعث تشخیص گردد.
- باید گفت که معاینات فوق بصورت عموم به منظور تثبیت 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 عناوین 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 mesentric adenitis بالخصوص در اطفال جوان به 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

- Pneumonia قاعدوی و پلوریزی

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 مبيض

امراض سیستم عصبی مرکزی

- درد های Herpes zoster

- Tabes dorsalis

تداوی

تداوی اپندیسیت حاد به استثنای حالات ذیل اپندکتومی میباشد.

- هرگاه مريض نسبت پريتونيت پيشرفته در شرف مرگ باشد که در اینصورت یگانه امیدواری بهتر ساختن وضع عمومی مريض توسط تطبيق مایعات از طریق ورید، اسپیریشن معدی انفی، انتی بیوتیک و سایر اهتمامات برای احیای مجدد مريض میباشد.
 - هرگاه حمله مرض قبلاً رشف شده باشد که در اینصورت اپندکتومی بصورت يك عملیه انتخابی توصیه میشود.
 - در صورتی که کتله اپندکس (Appendix mass) بدون موجودیت پريتونيت عمومی تشکل کرده باشد.
 - در حالاتی که عمل جراحی بسیار مشکل یا نا ممکن باشد مثلاً سفر دریائی که در اینصورت کوشش شود تا التهاب اپندکس بوسیله روش محافظه کارانه رشف و یا Appendix mass تشکل نماید.
- قبل از عملیات انتی بیوتیک بشکل وقایوی داده شده و در صورت موجودیت پريتونيت انتی بیوتیک ادامه داده شود. Metronidazole و Gentamycin و یا Cephalosprin بالای هردو انتان aerobic و anaerobic معانی مؤثر بوده که ۲۴ الي ۴۸ ساعت بعد از کلچر چرک و تعیین حساسیت میکروب میتوانیم انتی بیوتیک را تغییر دهیم. درن در صورت التهاب شدید بستر اپندکس موجودیت آبه موضعی و عدم بسته شدن stump اپندکس بخوبی، تطبيق شود در بعضی موارد بسیار نادر اپاندکس التهابی و التصاقی را نمیتوان بشکل مصئون برداشت که در چنین موارد ناحیه اپاندکس بطور کافی دریناژ شده و

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

كتله اپندكس (Appendix mass)

در اینصورت مریض با يك تاريخچه درد بطني چهار يا پنج روزه و كتله موضعی حفره حرقفی راست مراجعه مینماید در حالیکه سایر نواحی بطن نرم و آواز های معائی موجود بوده و اعراض و علائم پريتونیت عمومی وجود ندارد که در چنین حالات اپندكس التهابی توسط ثرب کبير و احشای 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 کارانه بوده مریض بستر شده غذای مایع توصیه و وضع عمومی، درجه حرارت و نبض با دقت کنترول و كتله روی بطن نشانی میگردد Metronidazole شروع شده لاکن انتی بیوتیک برای مدت طولانی داده نمیشود زیرا باعث تولید يك كتله مزمن التهابی میگردد که بنام Antibioticoma یاد میشود. با این تداوی ۸۰% Appendix mass رشف شده و یا اینکه كتله تدریجاً بزرگ و درجه حرارت بلند رفته و آبسه اپندكس 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 رکتوم و جوف پريتوان تخلیه 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 اختلاطات آن نسبت مغالطه شدن مرض با سایر اختلاطات حمل، بلند و بیشتر میباشد و مرض باید از pyelitis استفراغات حاملگی Red-degeneration of fibroid و تدور کیست مبيض تشخیص تفریقی شود. چون اپاندكس 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.

Refferencenes:**ماخذ:**

- 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: APPLINGTON & 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 Bailly's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.399 – 411
- 11- www.surgery.med.umich.edu

فصل پنجم کولون

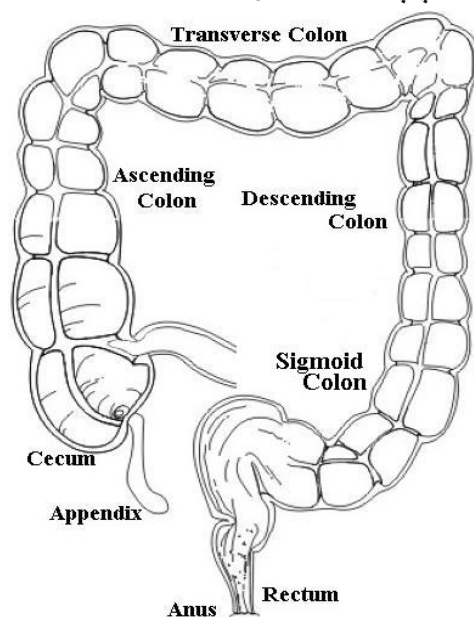
کولوستومی ۸۶

دیورتیکولوز و دیورتیکولیت کولون ۷۴
تومور های کولون ۷۹

اناتومی جراحی و فزیولوژی ۷۰
کولیت قرحوی ۷۱

اناتومی جراحی

کولون از نظر سریری بدو قسمت یعنی کولون راست و چپ تقسیم شده که کولون راست متشکل از سیکوم، کولون صاعده، زاویه کولونی کبدی و ۲/۳ proximal کولون مستعرض بوده و کولون چپ متشکل از ۱/۳ distal کولون



شکل (۱-۵) آناتومی کولون ۱۲

مستعرض، زاویه کولونی طحالی کولون نازله و کولون سیگموئید میباشد. باید گفت 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 بدخل بطن موقعیت آنها تغیر مینماید.

ارواء کولون

شرائین

- شریان مساریقی علوی (Art. Mesentrica Sup.) که کولون راست را ارواء مینماید.
- شریان مساریقی 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 موقتی مواد غایطه و جذب آب و الکترولایت ها میباشد. زمانیکه محتوی رقیق امعاریقه داخل کولونها گردید قوام ان غلیظ و در اثر تقلص در ظرف ۱۸-۲۴ ساعت کولون ها را عبور مینماید.

کولیت قرحوی Ulcerative colitis

تعریف – کولیت قرحوی مرضی است که با یک نوع التهاب غیر اختصاصی غشای مخاطی کولون و رکتوم، تقرحات و انزفه مخصوصاً در صفحه اول مرض متصف می‌باشد. خانم‌ها نظر به مردها زیاده‌تر مصاب این مرض شده مرض در هر سن و سال از کودکی الی پیری مشاهده می‌شود لکن وقوعات زیاد آن بین سنین ۲۰-۴۰ سالگی می‌باشد.

اسباب

سبب مرض نا معلوم بوده با وجود آن منبهات محیطی، عکس العمل‌های Autoimmune و فکتورهای جنتیک (همراه با Human leucocyte antigen HLA-B27) را در ایتولوژی مرض ذیدخل میدانند.

پتالوژی

مرض اکثراً رکتوم و کولون سیگموئید را مصاب ساخته لکن 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 نمی‌باشد). در ابتداء مرض مخاط کولون اذیمائی بوده که با تماس خون داده و نزف به شکل petechia (petechial hemorrhage) مشاهده می‌شود. که بعداً باعث تقرح شده این قرحات سطحی و غیر منظم بوده و در بین آن مخاط فوق العاده اذیمائی 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 احشای مجاور خویش التصاق نمی‌کند.

از نظر میکروسکوپی محل آفت در کولیت قرحوی طبقه مخاطی است و آبه‌های کوچک در حذای کریپت‌های مخاط (Crypt abscess) بوجود آمده و بداخل لومن باز شده و باعث تشکل قرحه می‌گردد که قاعده آن توسط نسج گرانولیشن فرش شده است در جدار کولون ارتشاح حجرات polymorphs و مدور 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 قرحوی 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 حرقفی چپ و با معاینه مقعدی خون روی دستکش انگشت دریافت نشده و مخاط رکتیم ممکن اذیمائی احساس شود.

معاینات تشخیصیه

- این معاینات در تشخیص مرض، تشخیص تفریقی از Crohn's colitis، رد اختلاطات 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 قرحات 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 تفرح کرده و اذیما و فیروز باعث ازبین رفتن haustration کولون میگردد که در شکل مزمن کولون شکل وصفی هموار متضیق و drainpipe را اختیار مینماید.
 - معاینه مواد غایطه – خون و قیح با چشم و یا تحت میکروسکوپ مشاهده میشود.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی کولیت قرحوی 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 قرحوی Non-specific colitis راپور داده میشود.

اختلاطات**اختلاطات موضعی**

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

- خون ریزی - میتواند حاد یا مزمن باشد و همراه با کم خونی روزافزون میباشد.
- تضيق
- تحول به کانسر
- امراض محیط مقعدی مانند فیستول مقعدی، فیستول بدخل مهبل، فیسور و آبسه محیط مقعدی
- اختلالات عمومی
- Toxaemia
- ضیاع وزن و کم خونی
- التهاب مفصلی و Uveitis
- تظاهرات جلدی مانند Skin rashes، Pyoderma gangrenosum و تقرح طرف سفلی
- Primary sclerosing cholangits

در اینجا باید گفت که مریضان کولیت قرحوی 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 ۵-۱۲٪ مریضان که تاریخچه ۲۰ ساله کولیت دارند مرض بطرف کانسر تحول مینماید. بنابراین 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 اختلاطات بوجود آید. **تداوی طبی** - غذای غنی از پروتین همراه با ویتامین، آهن و پوتاشیم توصیه میشود و در صورت کم خونی شدید نقل الدم اجراء میگردد اسهالات ممکن با Codein Phosphate یا Loperamide کنترل شود در حمله حاد مرض کورتیکواستروئید از طریق سیستمیک، رکتل و یا هر دو طریق ممکن باعث بهبودی مرض شود. Salicylate ها از قبیل Mesalazine یا (Salazopyrine) Sulphasalazine به منظور محافظه حالت بهبودی استفاده میشود.

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

تداوی جراحی - استطبابت تداوی جراحی عبارتند از:

- شکل fulminanting 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 البومین خون متصف است)
- شکل مزمن که با تداوی طبی جواب ندهد.
- تاریخچه طولانی مرض به منظور جلوگیری از تحول مرض به کانسر.
- اختلاطات کولیت که قبلاً ذکر گردید.

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

دیورتیکولوز و دیورتیکولیت کولون

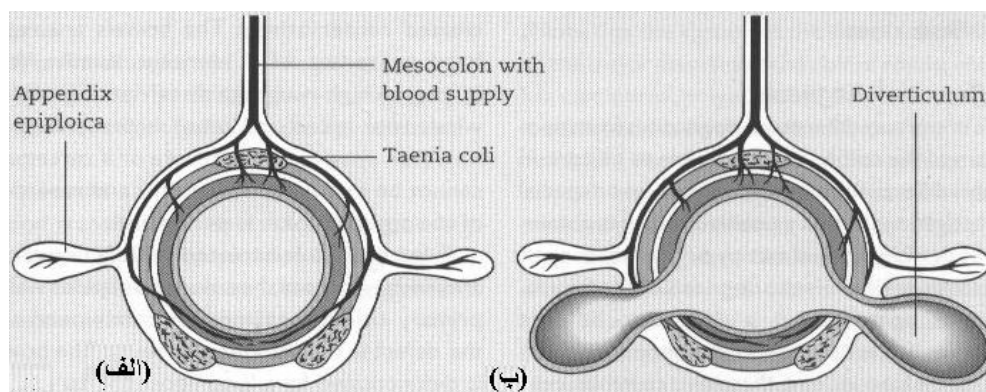
دیورتیکول کولون عبارت از یک فتق مخاطی است که در کنار Taenia coli بوجود آمده و اکثراً توسط Appendix epiploica پوشیده میباشد و چون بدون طبقه عضلی میباشد بناءً از جمله دیورتیکول کاذب بوده در حالیکه دیورتیکول میکل یک دیورتیکول حقیقی است.

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 محتوی 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 او عیه در یک مقطع مستعرض:
الف - کولون نارمل. ب - کولون توأم با دیورتیکول^۲

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 آبسه محیط کولونی یا Pericolic abscess.

ج- در احشای مجاور (مثانه، امعای رقیقه و مهبل) وتشکل فیستول

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

۳- نزف که در نتیجه تخریش و ماؤف شدن او عیه 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 می شود. وتظاهرات سریری آن درد مرکزی بطن بوده که بعداً در حفره حرقفی چپ متمرکز میگردد ومترافق با تب، استفراغ حساسیت وتقلصیت موضعی میباشد. با جس بطن ومعاینه مقعدی ممکن يك كتله مبهم بطنی دریافت شود تنقب دیورتیکول بداخل جوف پریتوان باعث تولید اعراض و علایم پریتونیت عمومی شده وتشکل آبسه pericolic با این تفاوت که بطرف چپ قرار دارد مشابه آبسه اپاندیکولرمیباشد. که در اینصورت نزد مریض يك كتله دردناك در حفره حرقفی چپ همراه با تب ولوکوسیتوز دریافت میگردد.

دیورتیکولیت مزمن

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

- ۱- تغییر و تشوش ترانزیت معائی مانند تناوب اسهال و قبضیت.
- ۲- انسداد امعاً غلیظه با استفراغات، انتفاخ و دردهای کولیکی بطن و قبضیت. وبخاطر با شد که انسداد امعاً رقیقه از باعث التصاق آن با کتله التهابی نادر نمی باشد.
- ۳- آمدن خون ومخاط از طریق رکت - ممکن نزد مریض حمله درد در حفره حرقی 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 معاینه حساسیت حفره حرقی چپ و کتله در ناحیه کولون سیگموئید دریافت شده که با معاینه مقعدی نیز جس میگردد.

تظاهرات غیر معمول دیورتیکولیت عبارت اند از:

- نزف شدید و ناگهانی از طریق رکت، 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 (pneumatiria)، دیورتیکولیت از شایع ترین اسباب فیستول های مثانی کولونی بوده. و اسباب دیگر این نوع فیستول ها کارسینومای کولون و ترمیضات 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 طویل و نرم میباشد میتوان توسط آن سیگموئید و سکوپ را انجام داد.

Colonoscopy - توسط این معاینه میتوان ناحیه ماؤه را مشاهده کرد اما عبور آله به علوی نسبت موجودیت کولون سیگموئید متضیق و rigid در این مرض اکثراً نا ممکن می باشد.

اماله باریوم - توسط این معاینه 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 تضیق که شباهت زیاد به کارسینومای شکل

انولیر دارد. وصفی بوده و ضخیم شدن جدار کولونی در اکثر موارد باعث تضییق شبیه دنداناره (Saw tooth) در کولون سیگموئید می‌گردد. این معاینه در مرحله حاد مرض نسبت ایجاد تنقب اجرا نگردد. **Computed tomography (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 دمرض به اتکاً علایم سریری و حتی معاینات تشخیصیه 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 بخاطر 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	طویل	کوتاه
درد	زیاد شیوع دارد	کمتر شیوع دارد
کته	۲۵% حساسیت دارد	۲۵% بدون درد است
نزف	۱۷% اکثراً وافر و دوری	۶۵% اکثراً مقدار کم
رادیوگرافی	تغییرات منتشر موجود است	تغییرات موضعی و با Probanthelin استرخا حاصل نمیگردد.
سیگموئیدوسکوپی	تغییرات التهابی در بیشتر از يك ناحیه	در صورت عدم موجودیت قرحه 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 کارانه تداوی شده و به مریض رژیم غذائی مایع با انتی بیوتیک (Metronidazole با پنسلین و Gentamycin و Cephalosporin از جمله تداوی انتخابی میباشد) توصیه می‌گردد. و با این تداوی يك تعداد زیاد مریضان شفایاب می شود.

آبسه محیط کولونی در ابتداء مانند آبسه اپاندیکولر محافظه کارانه تداوی شده ولی اگر آبسه بزرگ گردد در یناژ استطبیب 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 اجرا گردد.

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

انسداد حاد از باعث دیورتیکولیت ایجاب لپراتومی را کرده تا تشخیص وضع و قسمت ماوفه کولون ریزکشن شود وکولون 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 انستوموزمقدم 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 امعاء توسط Lubricant laxative مانند Milpar منظم ساخته شده و غذای حاوی مقدار زیاد تفاله (میوه جات، سبزیجات و غیره) به مریض توصیه می شود. هرگاه اعراض وخیم و شدید باشد ویا کارسینومای کولون رد شده نتواند در اینصورت لپراتومی اجرا وکولون سیگموئید ریزکشن میگردد.

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

تومورهای کولون

تصنيف

تومورهای سلیم

- Adenomatous polyp

- Papilloma

- Lipoma

- Neurofibroma

- Haemangima

تومورهای خبیث

۱- ابتدائی

- Carcinoma

- Lymphoma

- Carcinoid Tumour

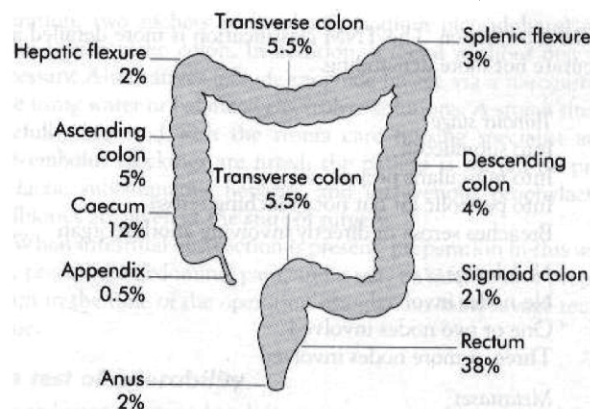
۲- ثانوی – در اینصورت کولونها توسط تومور احشای مجاور از قبیل معده مثانه، رحم و مبيض اشغال میگردد.

کارسینومای کولون

کارسینومای کولون زیاد شیوع داشته و در کشور انگلستان دومین سبب مرگ از باعث امراض خبیثه به شمار میرود از نظر کثرت وقوعات بعد از کانسریه در مردها و کانسرتدیه در خانم ها میباشد.

تومور ممکن در هر سن مشاهده شود و خانم ها نظریه مردها زیادتر مصاب مرض میشود (در حالیکه وقوعات کانسر رکتوم در هر دو جنس تقریباً مساوی است).

از نظر موقعیت کولون سیگموئید زیادتر مصاب مرض شده با وجود آن ۱/۳ تمام کانسر امعای غلیظه در رکتوم مشاهده می شود ۵% تومورهای کولون متعدد میباشد.



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

اسباب

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

- ارثیت که باعث Family cancer syndrome شده بطورمثال Hereditary non-polypsis- و Familial adenomatous polyposis colon cancer

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

- Polyposis syndrome

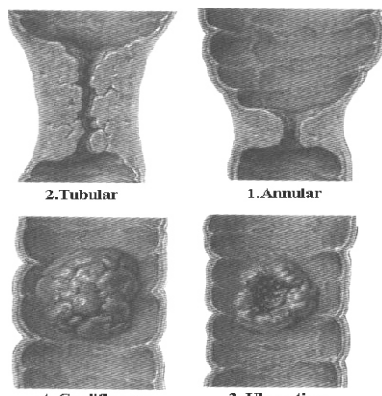
Familial adenomatous polyposis - يك مرض نادر و بسیار مهم است زیرا اگر تداوی نشود بدون شك به کارسینومای کولون تحول مینماید و ۰.۵٪ کانسر کولون را بطور مجموعی تشکیل میدهد.

مرض به ارثیت برده 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 ۲۰-۴۰ سالگی رخ میدهد. اشخاص مصاب به مرض اکثراً ضخامه طبقه صباغی شبکیه (Retinal) را داشته که يك تست خوب بدون خطر میباشد. تداوی مرض عبارت از Total colectomy با برداشتن رکتوم و انستوموزس Ileo-anal می باشد. در صورت کم بودن پولیپ در جدار رکتوم میتوان بعد از برداشتن کولون Ileo-rectal انستوموز اجرا و پولیپ های رکتوم را طور منظم با Diathermy تداوی کرد.

Hereditary non-polypsis colon cancer - سبب ۵٪ کانسر کولورکتال شده و يك مرض ارثی میباشد تومور زیاد تر در کولون راست بوجود می آید و قبل از سن ۵۰ سالگی ظاهر میگردد همچنان مرض با تومور تخمدان رحم و معده مترافق میباشد.

پتولوژی

از نظر ماکروسکوپیك توموراکثرا به چهار شکل ذیل مشاهده می شود.



- Annular
- Tubular
- Ulcerative
- Cauliflower

شکل (۴ - ۵) اشکال معمول ماکروسکوپیك کارسینومای کولون^۶

از نظر میکروسکوپیك تمام این تومورها Adenocarcinoma بوده که از حجرات اپیتلیل ویا از کریپت های Lieberkuhn منشه میگیرد.

انتشار تومور

- انتشار موضعی - تومور برای يك مدت قابل ملاحظه منحصر ومحدود به امعا بوده وتدریجا دورادور جدار کولون وطولا انتشار مینماید. بالاخره احشای مجاور را (امعا رقیقه، معده، اثنا عشر، حالب، رحم، جدار بطن وغیره) را اشغال مینماید.
- انتشار لنفاوی - از طریق لنفاوی تومور به عقدات لنفاوی ناحیوی وبالاخره از طریق قنات صدری ممکن به عقدات فوق الترقوی در مرحله اخیر انتشار نماید.
- انتشار دموى - از طریق ورید باب به کبد و از آنجا به ریه انتشار مینماید.
- انتشار Trans coelomic - باعث تشکل نودول های سرطانی در سراسر جوف پریتون میگردد.

Staging

Staging کارسینومای کولون بطور کلاسیك به اساس تصنیف Dukes صورت میگیرد. ومربوط به وسعت انتشار داخل جدار کولون وانتشار 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 میتاستاز تومور
- تظاهرات وتاثیرات عمومی تومور

تاثیرات وتظاهرات موضعی تومورها

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

۳- تنقب تومور در جوف پريتوان ويا موضعی با تشکل آيسه محیط کولونی ويا با ایجاد فيستول در احشای مجاور مانند فيستولهای معدی کولونی وکولونی مثانی که از جمله تظاهرات نادر مرض میباشد.

تظاهرات ميتاستاز تومورها

این مريضان ممکن با يرقان، توسع بطن از باعث حبن ويا ضخامه کبد مراجعه نمايند.

تظاهرات عمومی امراض خبيثه

این تظاهرات عبارت از کمخونی، بی اشتهاى، وضیاع وزن میباشد. تومورهای کولون چپ که محتوی آن مواد غایطه جامد میباشد. از نوع تضیقى بوده بناءً تظاهرات انسدادی زیادتیر مشاهده شده در حالیکه تومورهای کولون راست از نوع proliferative بوده و محتوی آن مواد غایطه نیمه جامد میباشد بناءً اعراض انسدادی نسبتاً غیر معمول بوده واین مريضان اکثراً با کم خونی وضیاع وزن مراجعه مینمایند.

در معاینه این مريضان نقاط ذیل مد نظر باشد:

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

معاینات تشخیصیه

- خون مخفی (Occult blood) در ماده غایطه اکثراً موجود میباشد.
- Sigmoidoscopy ممکن تومور رادر ناحیه 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 خبيثه مینماید.
- Colonoscopy – با استفاده از Fibreoptic colonoscope میتوان قسمت های علوی کولون رامشاهده و بیوپسی اخذ کرد.
- اماله باریوم: اکثراً تومور را به شکل تضیقى ويا نقص امتلاء (Apple-core deformity) نشان داده وبه 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 و از نظر رادیولوژیک تشخیص تفریقی بین یک تضیق کانسری و تضیق که از باعث امراض دیورتیکولر بوجود میاید کار آسان نمی باشد.

- Computed tomography – در مریضان مسن که آماده ساختن امعاء را بخوبی تحمل کرده نمیتوانند این معاینه معلومات کافی در تشخیص کانسر کولون و میتاستاز کبدی میدهد. نادراً در صورت مشکوک بودن تشخیص، لپراتومی استتباب دارد.

تشخیص تفریقی

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

- امراض دیورتیکولر
- کولیت قرحوی
- بایپچش هاواسباب دیگر اسهال و قبضیت

تداوی

اهتمامات قبل از عملیات – کولونها توسط اماله و laxative های فمی (Picolax) پاک گردد و انتانات کولونی توسط Metronidazole و Gentamycin یا Cephalosporin که در زمان عملیات تطبیق میگردد تنقیص داده میشود. سویه Hb تعین و در صورت لزوم نقل الدم اجرا میگردد.

عملیات جراحی – اساسات تداوی جراحی کانسر کولون عبارت از ریزکشن وسیع تومور همراه با عقدات ناحیوی آن میباشد. در اشکال غیر انسدادی مرض میتوان کولونها را قبل از عملیات پاک و بعد از ریزکشن انستموز مقدم داد. در حالیکه در شکل انسدادی مرض که نمیتوان کولونها را پاک و آماده عملیات کرد. بناءً هدف اولی رفع انسداد میباشد و اجرای ریزکشن و انستموز مقدم نسبت خرابی اروا کولون باعث وقوعات زیاد لیکاز ناحیه انستموتیک شده بناءً باید در بعضی موارد خاص صورت گیرد. انواع تداوی کانسر کولون نظربه توضع آن در شکل نشان داده شده است.

تداوی بعد از عملیات – شیموترابی با 5Fluorouracil یکجا با Folic acid یا Levamisole باعث تنقیص عود مرض میگردد.

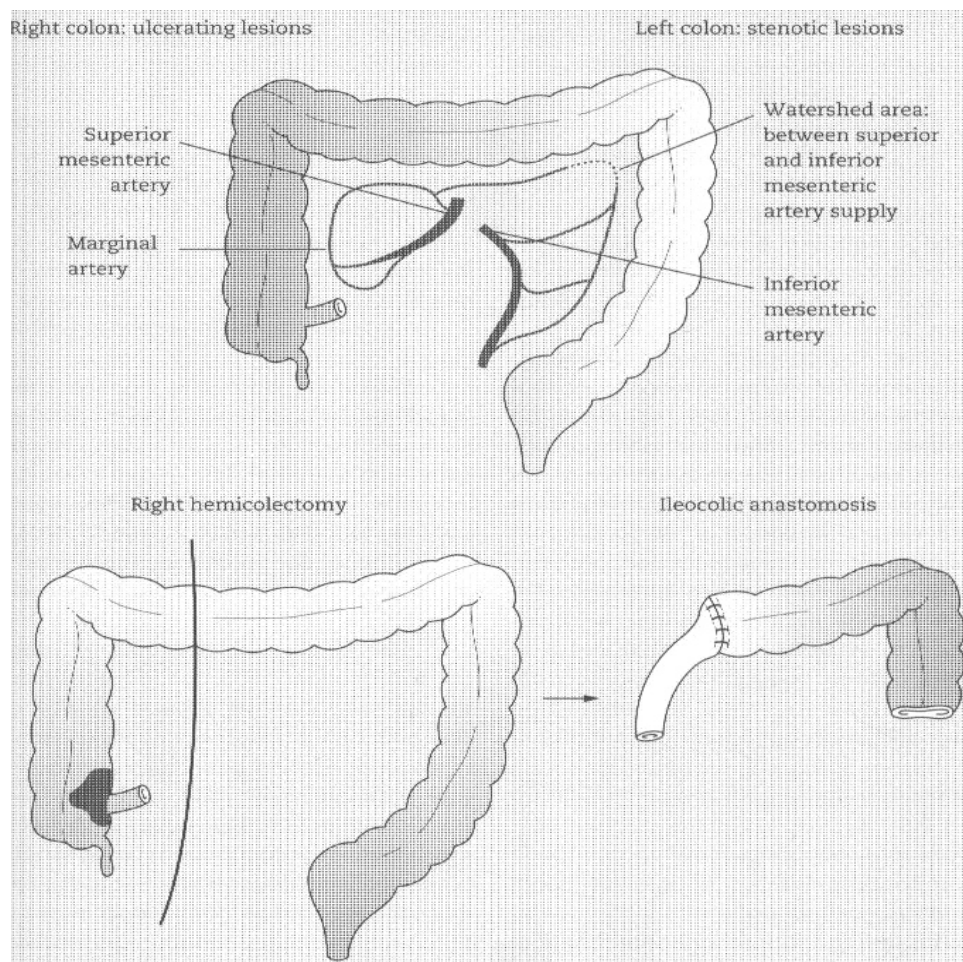
تداوی واقعات غیر قابل معالجه یا Incurable case

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

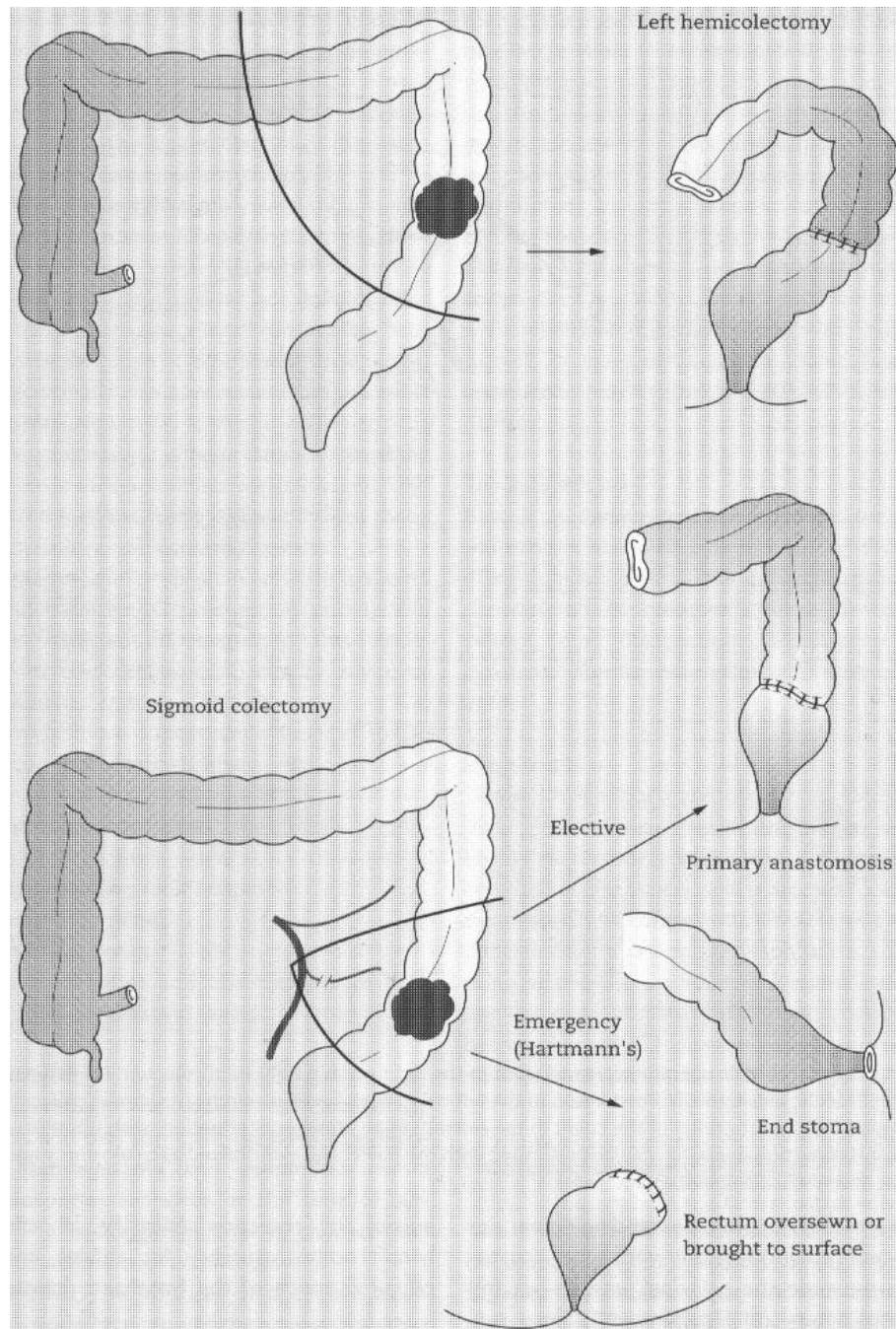
Palliative – short – circuit و یا کولوستومی اجراء شود تداوی شعاعی و cytotoxic باعث تسکین مؤقتی مریض میگردد.

عواقب مرض

در صورت که تومور از نظر تنصیف مؤلف Dukes' در stage A قرار داشته باشد اکثراً قابل معالجه بوده زیادتیر 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 میتاستاز در عقداً لنفاوی به ۳۰٪ میرسد. انذار مرض در صورتیکه عقداً لنفاوی علوی اشغال نشده باشد (C₁) نظر به وقایع که اشغال شده باشد (C₂) بهتر است.



شکل (۵ - ۵) عملیات های معمول کولونی در آفات کولون راست Rt.Hemicolectomy با انستومز الیوکولیک اجراء میگردد.^۲



شکل (۵ - ۶) در صورت توضع آفت در کولون چپ Lt.Hemicolectomy یا Sigmoid Colectomy اجراء و کولون با رکتوم انستوموز داده میشود. در وقایع عاجل و آماده نبودن امعاء عملیات Hartmann اجراء ونهایت کولون به قسم کولوستومی بیرون کشیده شده و رکتوم دوخته میشود.^۲

کولوستومی Colostomy

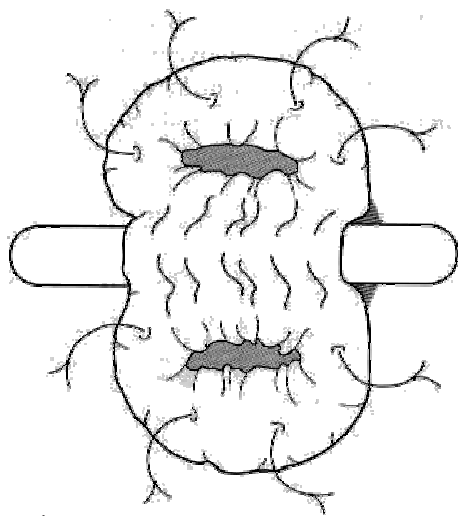
عبارت از بازکردن کولون به روی جدار بطن است که میتواند موقتی و یا دائمی باشد.

استطبابات کولوستومی

استطبابات معمول کولوستومی عبارتند از:

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

انواع کولوستومی



شکل (۷ - ۵) Loop Colostomy موقتی *

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 موقتی 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 میدهند.

End colostomy - در end یا teminal کولوستومی بعد از قطع کولون

نهایت proximal آن بروی جدار بطن بیرون کشیده میشود اینوع کولوستومی در ریزکشن تام رکتوم و تنقب امراض دیورتیکولر که بعد از برداشتن کولون ماؤفه، 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 جداگانه روی جدار بطن کشیده میشود.

Double barreled colostomy – در این نوع کولوستومی بعد از برداشتن قسمت ماؤفه کولون، هردو نهایت آن در یک ناحیه روی جدار بطن بیرون 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.

اختلاطات کولوستومی

عبارتند از:

- Retraction – در اینصورت کولون دوباره بداخل بطن سقوط کرده که علت آن میتواند فشار و کشش یا نکروز نهایت عروه کولوستومی باشد.
- تضیق یا stenosis که در نتیجه اسکیمی و یا دوختن نادرست غشائی مخاطی کولون با کنار جلد بوجود میاید.
- Para colostomy hernia – که در اینصورت محتوی داخل جوف پریتون از طریق Defect ناحیه کولوستومی به فتق معروض میگردد.
- Lateral space small bowel obstruction – از باعث عدم مسدود نمودن فاصله بین عروه کولوستومی و جدار بطن بوجود میاید.
- Prolapse – در اینصورت عروه کولون بخارج تغلف مینماید.

Refferencenes:

ماخذ:

- 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 Muhmoud, 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, ABDOL 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: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 586 - 630
 - 12- www.intmed.muhealth.org

فصل ششم رکت و کانال مقعدی

اناتومی جراحی ۸۹	آبسی انورکتل ۱۰۰	پرولاپس رکت ۱۰۶
هیموروئید ۹۳	فیستول های انورکتل ۱۰۳	خارش مقعدی ۱۰۹
فیستور انال ۹۸	تضیق کانال مقعدی ۱۰۵	تومور های رکت و کانال انال ۱۱۰

اناتومی جراحی

رکت یا امعاء مستقیم قسمت اخیر انبوب هضمی بوده و از نظر ساختمان اناتومیک شباهت نزدیک به چوکات کولون دارد. از نظر موقعیت اناتومیک 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 ۱۵-۲۰ سانتی متر میباشد. رکت قسمی داخل پریتون و قسمی خارج پریتون قرار داشته که سرحد واضح بین قسمت داخل و خارج پریتوانی وجود نداشته و نظریه هر شخص فرق مینماید.

رکت بصورت عموم از دو قطعه تشکیل شده قطعه علوی بنام امپولا و سفلی کانال انال میباشد که قطعه اول نظر به دوم طویل و متوسع میباشد.

امپول رکت در قدام عظم عجز و عصص قرار داشته و با آنها رابطه صمیمی دارد و در سیر خویش معقریت عظام مذکور را تعقیب کرده لذا روی یک خط منحنی که معقریت آن بقدام قرار دارد سیر مینماید محور طولانی امپولا از علوی به سفلی و از قدام به خلف قرار دارد.

کانال انال روی یک خط نسبتاً منحنی سیر داشته که معقریت آن برخلاف امپولا بخلف متوجه است. و اگر محور طولانی آن به قدام تمديد گردد به سره توافق مینماید که این اصل اناتومیک از نظر معانیه بدون درد و atraumatic دارای اهمیت زیاد میباشد.

رکت 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 انال 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 انال ضخامه کسب کرده و شکل معصره را بخود میگیرد. عضله طولانی منشه خود را از Taenia coli گرفته و سطح خارجی امعاء مستقیم را میپوشاند.

۴- طبقه مصلی - طوریکه قبلاً گفته شد رکتوم قسمی داخل پریتنوئی و قسمی خارج پریتنوئی میباشد کانال انال ۴-۵ سانتی متر طول داشته حدود علوی آنرا انورکتل و حدود سفلی آنرا فوچه خارجی انوس میسازد. و توسط طبقه اپیتل مسطح فرش شده در حدود علوی آن یک تعداد sinus ها بنام Sinus analis قرار داشته که در بسته نمودن فوچه داخلی کانال انال 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 کانال انال تحول مینماید بنام Linia anocutanea یاد میشود.

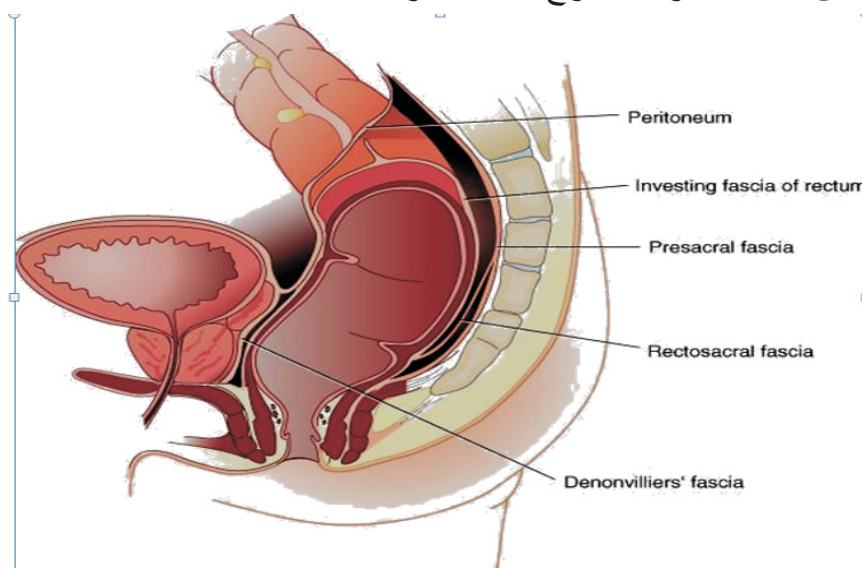
معصره داخلی - عبارت از ضخامه طبقه عضلی حلقوی در ناحیه کانال انال بوده که از الیاف عضلی ملساء غیرارادی تشکیل شده و اسپزم و تقلص آن در فیسور انال و دیگر آفات مقعدی رول مهم بازی مینماید.

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

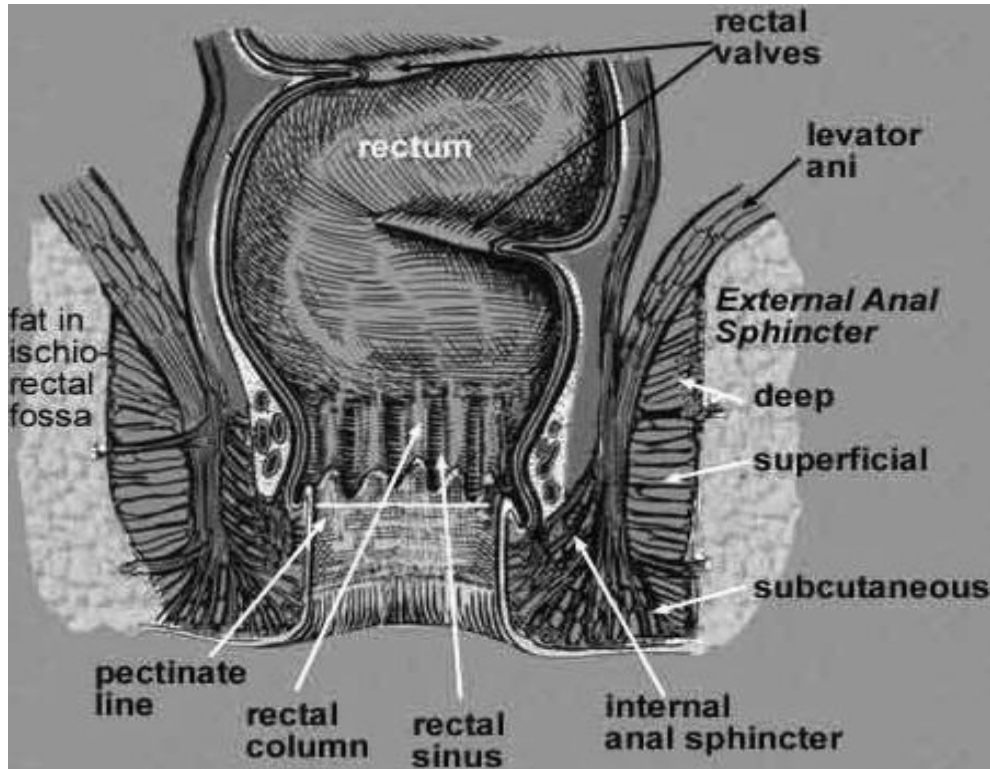
۱ - معصره خارجی تحت جلدی - در نهایت سفلی کانال انال و محیط خارجی معصره داخلی قرار دارد.

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

۳ - معصره خارجی عمیق - در ناحیه علوی کانال انال موقعیت داشته و الیاف آن با عضله رافعه شرح اتصال دارد.



شکل (۱ - ۶) آناتومی جراحی رکتوم و کانال مقعدی^۴



شکل (۲ - ۶) وجه داخلی رکتوم و کانال مقعدی با معصرات آن^{۱۳}

ارواء رکتوم

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

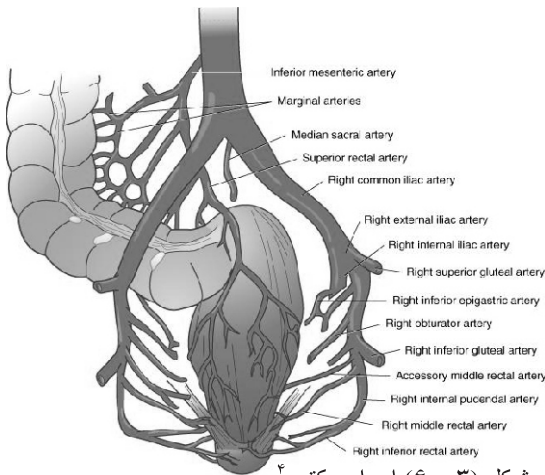
۲ - شریان باسوری متوسط

۳ - شریان باسوری سفلی

اورده رکتوم

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

۲ - ورید باسوری سفلی - خون



شکل (۳ - ۶) ارواء رکتوم^۴

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

دریناژ لنفاوی

- ۱ - لنف نصف علوی کانال مقعدی به عقدات لنفاوی خلف رکتوم و از آنجا به عقدات لنفاوی مساریقی سفلی میریزد.
- ۲ - لنف نصف سفلی کانال مقعدی به عقدات لنفاوی سطحی مغربی و از آنجا به عمیق مغربی میریزد.

اعصاب - عبارتند از:

Plexus rectalis Superior: قسمت علوی رکتوم را تعقیب و دارای الیاف سیمپاتییک بوده از Plexus mesentricus superior منشه میگیرد.
Plexus rectalis media و inferior از ضفیره مساریقی منشه گرفته و بالآخره عصب رکتوم سفلی که یک شعبه عصب Pudendus است معصره خارجی و جلد محیط مقعد را تعصیب مینمایند.

بواسیر

Hemorrhoids (Piles)

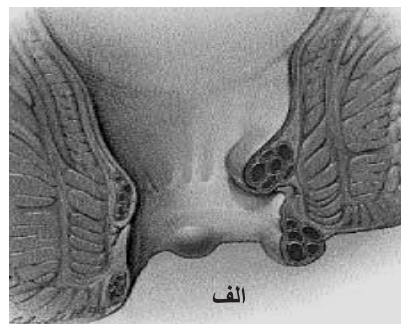
تعریف - هیموروئید یا بواسیر عبارت از venectasis یا varicose ضفیره وریدی باسوری میباشد.

وقوع مرض - مرض زیادتیر در مردان، کمتر در زنان و نادراً در اطفال مشاهده میشود لکن 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 اناتومیک 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 فوچه 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) ^{۱۳}

بواسیر داخلی (Internal Hemorrhoids)

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

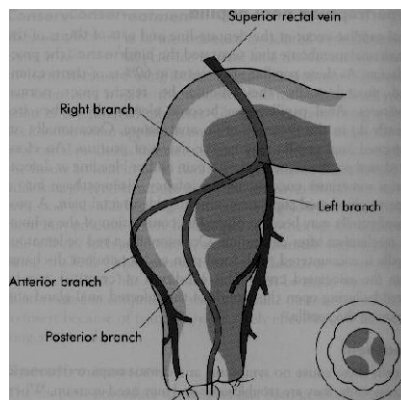
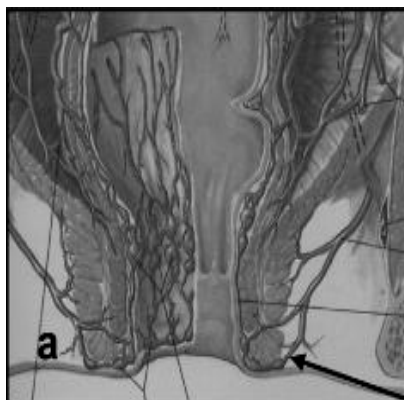
اسباب

الف - فکتور های مساعد کننده مرض (Predisposing Factors)

- ۱- ضعیفی ولادی جدار آورده و یا اروای شریانی زیاد غیرنارمل ضفیره رکتل
 - ۲- قرار گرفتن شعبات جمع کننده اساسی ورید باسوری علوی در یک نسج سست و بدون تقویه تحت المخاطی.
 - ۳- تحت فشارقرار گرفتن شعبات علوی باسوری در اثنای فعل تغوط (این آورده 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 مسهلات زیاد
 - ۲- زور زدن در اثنای فعل تبول (مثلاً ضخامه غده پروستات)
 - ۳- حاملگی
 - ۴- کارسینومای رکت

پتولوژی

هیموروئید داخلی اکثراً در سه ناحیه کانال 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 قرارداشته و توسط مخاط گلابی رنگ پوشیده شده. اورام باسوری داخلی به مرور زمان بزرگ شده و به شکل دکمه یا خریطه ها در کانال انال پائین آمده از اینرو اورام باسوری داخلی را به درجات ذیل تصنیف نموده اند:



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

- ۱- ورم باسوری درجه I - اینوع بواسیر نزف داده اما از فوچه مقعدی خارج نمیشود.
- ۲- ورم باسوری درجه II - ورم باسوری در اثنای فعل تغوط از فوچه 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 در این شکل بطور دایمی 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 منقطع برای ماه ها و سالها ادامه پیدا میکند.
- ۲- پرولاپس از فوچه مقعدی - درابتداء 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 وبصورت دایمی بحال prolapse باقی میماند.
- ۳- افرازات مخاطی وخارش (Discharge and pruritus) - که اکثراً در شکل بواسیر پرولاپس شده مشاهده شده ودر نتیجه آن خارش مقعدی بوجود میاید.
- ۴- درد - این عرض در اشکال اختلاطی مرض از قبیل پرولاپس، ترومبوزو گانگرن مشاهده میشود.

علایم

درمعاینه با تفتیش ممکن چیزی دریافت نشود لاکن در اشکال پیشرفته مرض ممکن التوات اضافی ویا tag جلدی در ساعات ۷،۳ و ۱۱ مقعدی مشاهده شود ودر صورتیکه مریض زور بزند ممکن بواسیر داخلی بشکل گذری مشاهده شود ودر صورت بواسیر درجه III بشکل پرولاپس باقی میماند.

با معاینه توسط انگشت بواسیر داخلی که پرولاپس نکرده ویا به ترومبوز معروض نشده قابل جس نبوده وبواسیر درجه III بشکل یک برآمدگی نرم غشای مخاطی قابل تشخیص میباشد.

درمعاینه پروکتوسکوپی هرگاه بواسیر داخلی موجود باشد اورام باسوری پائین تر از انورکتل ring بشکل برآمدگی بدخل پروکتوسکوپ مشاهده میشود.

اختلالات

- ۱- نزف وافر - این نزف اکثراً خارجی بوده لکن بعد از کش شدن و برگشت بواسیر خون دهنده بداخل کانال مقعدی میتواند داخلی باشد و رکت م حای خون میباشد.
- ۲- اختناق - زمانی مشاهده میشود که بواسیر داخلی پرولاپس 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 از بین رفته اما حساسیت ادامه پیدا میکند.
- ۴- تفرح - تفرح سطحی مخاط اکثراً همراه با بواسیر اختناقی و ترومبوزی 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 لکن بعداً زنب دار شده و شکل پولیپ لیفی را میگیرد.
- ۷- تقیح - در این شکل درد به شکل لق زدن (Thrombosing) همراه با تورم محیط مقعدی موجود بوده و در نتیجه آبسه محیط مقعدی و یا تحت المخاطی بوجود میاید.
- ۸- Pylephlebitis - نادراً 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 پرولاپس دائمی پانسمان های متکرر 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 استطبیب 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 (Rubber Band Ligation) Banding - این تداوی در هیموروئید درجه II استطبیب داشته که توسط جهاز

- Barron's banding در حذای قاعده ورم باسوری باند الاستیکی 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- Photocoagulation – عبارت از تطبیق موضعی Infrared 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 استطبیب 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 انال و آبسه تحت المخاطی است.

بواسیر خارجی (External Hemorrhoids)

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

تظاهرات سریری

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

تداوی

تحت انستیزی موضعی کتله شق شده و کنارهای جرحه کمی برداشته می‌شود تا توسط نسج گرانولیشن پر شود.



شکل (۶-۶) بواسیر خارجی ترومبوزی^{۱۳}

فیسور انال Anal Fissure (Fissure in Ano)

عبارت از یک قرحه طویل در امتداد محور طولانی قسمت سفلی کانال انال است که اکثراً در خط متوسط خلفی (%۹۰ مرد ها و %۷۰ خانم ها) بعضاً در خط متوسط قدامی و نادراً متعدد میباشد.

اسباب - عبارت است از:

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

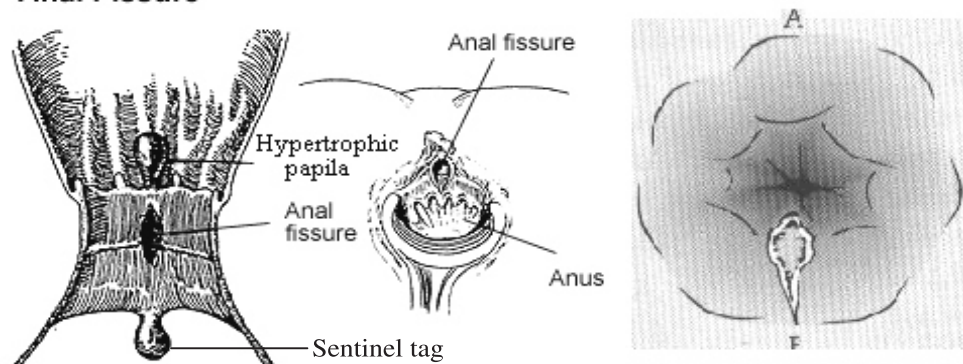
پتولوژی

فیسور انال میتواند حاد و یا مزمن باشد.

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

ب: فیسور انال مزمن - فیسور انال 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 ارتشاحی بوده در قاعده قرحه 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 تشکل آبسه گردد.

Anal Fissure



شکل (۶ - ۷) فیسور انال در خط متوسط خلفی (%۹۰ مرد ها - %۷۰ خانمها) و Sentinel tag با Hypertrophic papilla

تظاهرات سریری

اعراض

- ۱- درد - از جمله عرض مهم مرض بوده که در نصف سفلی کانال مقعدی موقعیت داشته و در اثنای فعل تغوط بوجود میاید. درد وصف جرحه قاطعه را داشته یک ساعت ویا بیشتر از آن دوام مینماید.
- ۲- نزف - اکثراً خفیف بوده و به شکل خط روی مواد غایطه و یا کاغذ تشناب دیده میشود.
- ۳- افرازات مخاطی - خفیف بوده و در شکل مزمن مرض دیده میشود.
- ۴- قبضیت

علائم

- ۱- Sentinel skin tag 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 مقعدی باملایمیت و احتیاط، نهایت سفلی فیسور در خط متوسط خلفی و یا قدیمی مشاهده میشود چون معاینه مقعدی نزد این مریضان باعث درد شدید میگردد بناءً در اجرای آن کوشش نشود مگر اینکه فیسور مشاهده نشود و یا اینکه احتمال سایر پتولوژی بداخل رکتُم موجود باشد. که دراینصورت باید قبل از اجرای این معاینه انستیتیک موضعی استفاده شود.

تشخیص تفریقی

فیسور انال باید با امراض ذیل تشخیص تفریقی شود:

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

تداوی

- هدف تداوی فیسور انال ایجاد استرخاء تام معصره داخلی مقعدی بوده تا بدینترتیب اسپزم رفع و فیسور تدریجاً التیام نماید.
- تداوی محافظه کارانه
- ۱- Sphincterotomy توسط مواد کیمیای - که به این منظور مرحم Glyceryl Trinitrate 0.2% بطور موضعی در کانال انال تطبیق و باعث استرخاء معصره و التیام قرحه میگردد.

۲- توسع مقعدی - بعد از تطبیق مرخم Xylocaine بداخل مقعد یک dilator کوچک داخل مقعد شده و در صورتیکه 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 و 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.

آبسه های انورکتل

Ano - Rectal Abscess

اسباب - اسباب آبسه های انورکتل عبارتند از:

۱- انتان غده مقعدی ۹۰%

۲- نفوذ جدار رکتوم مثلاً توسط استخوان ماهی

۳- انتشار و وسعت فورانکل جلدی

۴- نیوپلازم رکتوم

۵- مرض کرون

۶- Diabetes mellitus

۷- AIDs

عوامل میکروبی

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

۱- E.Coli (60%)

۲- Staphylococcus Aureus (23%)

۳- Bacteroides

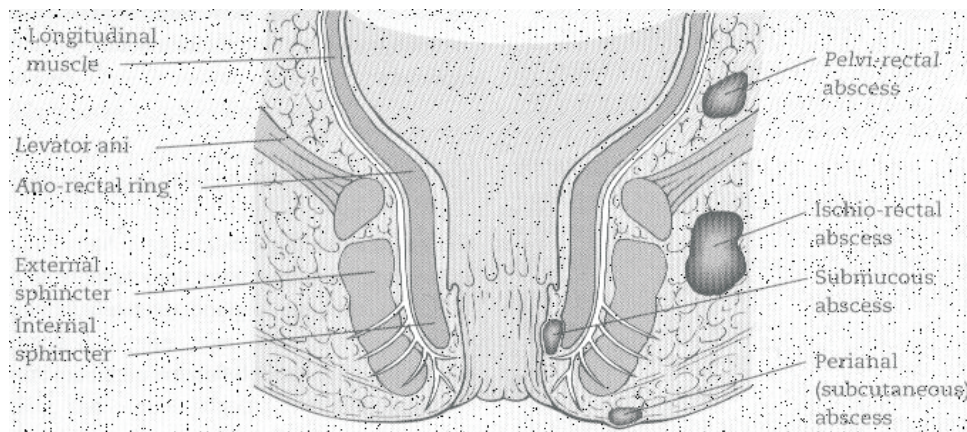
۴- Streptococcus

۵- Proteus

تصنيف آبسه های انورکتل

این آبسه ها به چهار نوع تصنيف شده است.

- ۱- Perianal abscess (60%)
- ۲- Ischiorectal abscess (30%)
- ۳- Submucosal abscess (5%)
- ۴- Pelvirectal abscess (5%)



آبسه های محیط مقعدی یا Perianal

این نوع آبسه اکثراً در نتیجه تقیح یک غده مقعدی که بطرف سطح انتشار کرده و در ناحیه تحت الجلدی معصره خارجی قرار میگیرد بوجود میآید. 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.

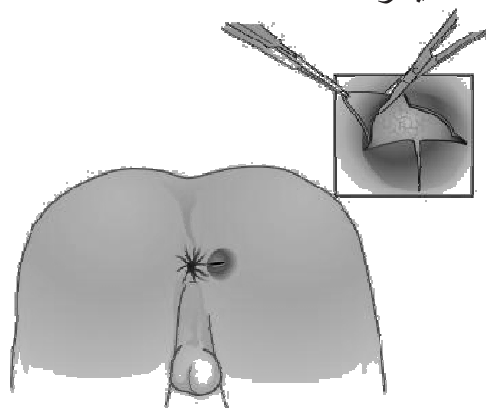
آبسه های Ischiorectal

این نوع آبسه در اثر انتشار وحشی آبسه مقعدی بین العضلی سفلی از میان معصره خارجی بوجود میآید. نادراً انتان از طریق دموی و یا لنفاوی به این ناحیه میرسد در صورتیکه این آبسه ها بصورت مقدم تخلیه نشود حفره

Ischiorectal مقابل نیز اشغال شده و باعث تشکل آبسه نعل مانند می‌گردد و فوچه داخلی آن بداخل کانال مقعدی باز می‌گردد.

تظاهرات سریری

اعراض این آبسه ها تب و درد در طرف مربوطه کانال 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.



شکل (۹ - ۶) دریناز آبسه انورکتل توسط یک شق صلیبی^۴

تداوی

دریناز آبسه توسط یک شق صلیبی بوده که بعد از خاموش شدن انتان حاد دوباره جرحه با دقت تفتیش شود و در صورت دریافت فوچه فیستول و ارتباط آن با کانال مقعدی مانند فیستول انال تداوی شود.

آبسه های تحت المخاطی

اینوع آبسه ها در فوق خط Dentate بوجود می‌آید.

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 فوقانی 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 کانال مقعدی یا رکتُم و در 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 اجنبی
- ۳- انتان توبرکلوز
- ۴- کولیت قرحوی
- ۵- مرض کرون
- ۶- کارسینومای colloid رکتُم
- ۷- Hidradenitis متقیح

انواع فیستول های انورکتل

- ۱- فیستول های سطحی یا Low level – این فیستول ها بداخل کانال انال پائین تر از Anorectal ring باز میگردد.
- ۲- فیستول های عمیق High level – این فیستول ها بداخل کانال 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 قرارذیل تصنیف شده اند:

الف: تصنیف اناتومیک یا ستندرد:

- 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 anal (Low level)
- ۴- فیستول های High anal (Low level)
- ۵- فیستول های Pelvirectal (High level)

ب: تصنیف Parks:

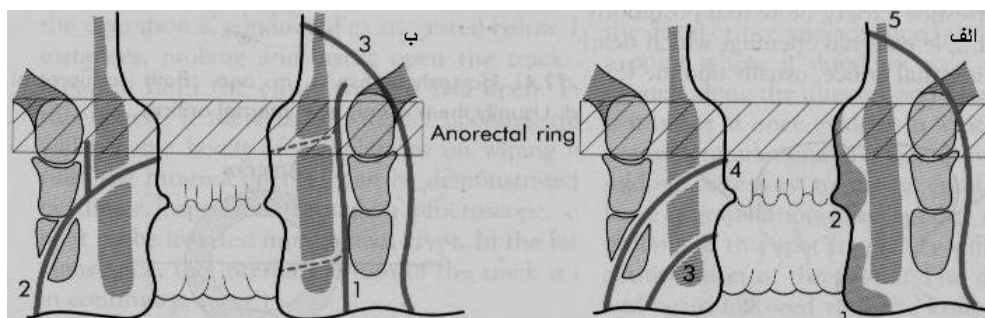
۱- (High level) Intersphincteric

۲- Transsphincteric

الف - سطحی (Low level)

ب - عمیق (High level)

۳- (High level) Suprlevator

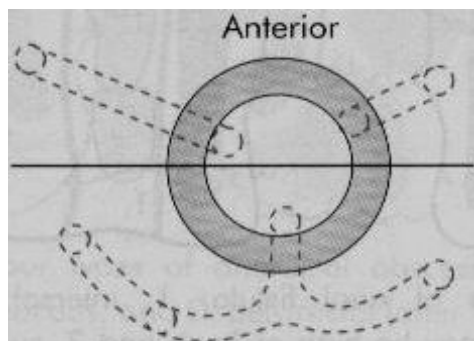


شکل (۱۰ - ۶) الف - تصنیف اناتومیک فیستول های انورکتل. ب - تصنیف Parks^۶

تظاهرات سریری

نزد این مریضان اکثراً یک تاریخچه آبنه انورکتل در ابتداء موجود بوده که از آن افرازات مصلی قیچی 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 انداخته شود. ارزیابی درست وسعت مجرای فیستول بالخصوص ارتباط آن به معصره مقعدی بسیار مهم و با ارزش میباشد.



شکل (۱۱ - ۶) قانون Goodsall^۶

قانون Goodsall - 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 آناتومی 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 معصروی نمیگردد بعد از شق باز گذاشته شده تا توسط گرانولیشن ترمیم گردد.

و باید بخاطر باشد که صرف فیستول های به این میتود 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 و 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 (مثلاً Nylon) که بنام Seton یاد میشود عبور داده شده و محکم گره زده میشود و برای مدت ۲-۳ 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.

تضیق کانال مقعدی

تصنیف

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

تداوی - مربوط به عامل سببی مرض بوده و ممکن ایجاب توسع مکرر مقعدی، جراحی پلاستیک، Defunctioning colostomy ویا در وقایع امراض خبیثه برداشتن رکتوم را نماید.

پرولاپس رکتوم Prolapse Of The Rectum

تعریف - پرولاپس رکتوم عبارت از لغزیدن ویا بخارج برآمدن غشای مخاطی ویا تمام طبقات رکتوم میباشد بناءً نظر به اینکه تنها غشای مخاطی ویا تمام طبقات رکتوم بخارج پرولاپس می نماید. پرولاپس رابه پرولاپس قسمی ویا تام تقسیم نموده اند.

1- پرولاپس قسمی (Partial prolapse) - دراینصورت صرف غشای مخاطی وتحت المخاطی روی طبقات عمیق لغزیده واز فوچه مقعدی خارج شده واکثراً مربوط به انوس میباشد.

ازنظر سریری مانند يك 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 وچون 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.

2- پرولاپس تام (Complete prolapse) - دراینوع پرولاپس تمام طبقات رکتوم اشتراک کرده ونظر به اینکه عروه خارج شده مربوط کدام قطعه امعا مستقیم است نام همان قطعه را گرفته مثلا پرولاپس انال، پرولاپس امپولر یا رکتال، ودر صورت که پرولاپس مربوط هر دو قطعه امعا مستقیم باشد بنام پرولاپس انورکتال یاد می شود.

پرولاپس انال - نادراً طویل تر از ۵ سانتی متر بوده وشکل نصف کروی را دارد ودر اینوع پرولاپس يك تعداد اتلام طولانی روی غشای مخاطی مشاهده می شود حدود علوی آن به جلد تمدادی دارد ودر بعضی موارد جهاز معصروی نیزبه خارج پرولاپس مینماید که باید در هر واقعه پرولاپس توسط جس تعین گردد.

پرولاپس انورکتال - طول آن تا ۱۰-۱۵ سانتی متر رسیده میتواند به شکل يك آستینچه متغلف واستوانه ای بوده در مراحل ابتدائی دارای يك تعداد اتلام حلقوی یا عرضانی میباشد درحالیکه در شکل مکمل ومزمن وجه خارجی آن املس وکش شده میباشد. بعضاً با عدم اقتدار تام معصره همراه بوده ودر وقایع پیشرفته جوف دوگلاس زیاد عمیق شده ودرقدام عروه پرولاپس شده به شکل کیسه جس

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

پرولاپس امپولر - در این نوع پرولاپس کانال انال موقعیت اناتومیک خویش را حفظ کرده در حالیکه امپول رکتُم با تمام طبقات خویش به تنهائی کانال انال راعبور مینماید که نادراً تصادف میشود.



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

اسباب

پرولاپس دردونهایت حیات یعنی اطفال ۱ - ۳ ساله و اشخاص مسن زیاد مشاهده می شود خانمها نظر به مردها زیادتُر مصاب میگردد در اطفال خورد سال و کودکان پرولاپس ناتام نظریه سایر انواع آن بیشتر مشاهده شده و در اطفال ۳-۴ 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 ذکر گردیده است.

پرولاپس تام در اطفال در پهلوی بعضی از امراض که عامل تولید کننده آن به شمار میرود مانند سنگ مثانه، تضیق احلیل، سنگ احلیل، و غیره مشاهده میشود پرولاپس در خانم ها بیشتر از باعث حمل های مکرر، کارهای شاقه بوجود آمده و جهد يك عامل مهم در تولید مرض میباشد. پرولاپس 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 شفا یاب شده باوجود آنهم اهتمامات ذیل شفایابی را سریع میسازد.

۱- ارجاع پرولاپس 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 الخاطی مواد Sclerosant — از این تداوی در صورت عدم مؤثریت تداوی فوق استفاده می شود.

۳- عملیات Thiersch — در اینصورت فوچه مقعدی توسط يك wire و یاخیاطه نیلون تنگ ساخته شده تا مانع پرولاس گردد.

ب: در کاهلان —

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

۲- برداشتن مخاط پرولاپس شده.

تداوی پرولاپس تام — برای تداوی پرولاپس 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 رکتوم در حوصله از طریق بطنی توسط

Polyvinyl sponge و دیگر Delorme's procedure است که از طریق عجان صورت میگیرد.

خارش مقعدی Pruritus Ani

تعریف – Pruritus ani عبارت از يك خارش معند در حذای فوحه 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 عمده و اساسی خارش مقعدی عبارت اند از:

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

۲- امراض جلدی، مانند Pediculosis, Scabis، انتانات Fungal مثلاً Candida albicans

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

۴- خارش Idiopathic- دراینصورت 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 مرهم هایدروکورتیزون و توجه به نظافت ناحیه نتیجه بسیار خوب میدهد.

تومورهای رکت و کانال انال

تصنيف

الف- تومورهای سلیم.
- ادینوما

- پاپیلوما

- لیپوما

- اندومتریوما

ب- تومورهای خبیث.

1 - ابتدائی

- ادینوکارسینوما

Squamous carcinoma of lower anal canal -

- تومور کارسینوئید

- لمفوما

2 - ثانوی

در اینصورت رکت و کانال انال توسط تومور پروستات، رحم و میتاستاز پریتوان حوصلی اشغال میگردد.

کارسینومای رکت

کارسینومای رکت هر دو 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 رکت ۱/۳ 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، ادینوماتوز پولیپ فامیلی، وکولیت قرحوی میباشد.

پتولوژی

از نظر ماکروسکوپی کارسینومای رکت به اشکال ذیل مشاهده می شود:

۱- شکل قرحوی (Ulcerating) که از جمله معمولترین شکل مرض میباشند.

۲- Papilliferous

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

۴- Colloid

از نظر میکروسکوپی ۹۰٪ این تومورها ادینوکارسینوما بوده و به اشکال ذیل میباشند:

۱- Well differentiated carcinoma

۲- Averagely differentiated adenocarcinoma

۳- Anaplastic (Highly undifferentiated) adenocarcinoma

انتشار مرض

۱- انتشار موضعی

الف - انتشار به دورادور 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 ناحیه در امتداد اوعیه مساریقی سفلی انتشار کرده و در مرحله آخر مرض میتواند بصورت ریتروگراد به عقدات لنفاوی ناحیه حرقفی و مغبنی نیز انتشار نماید و عقدات فوق الترقوی 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.

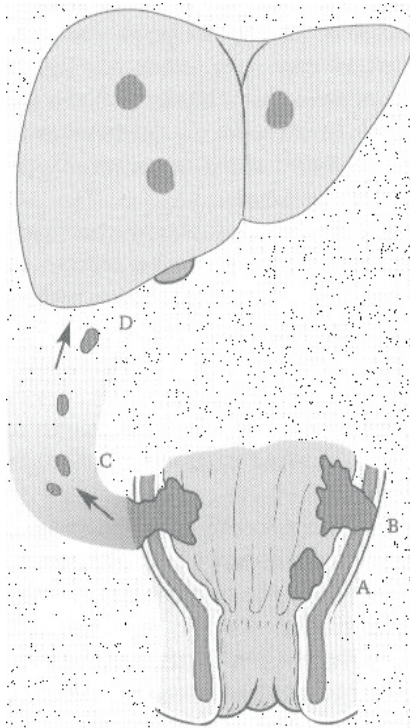
۴- انتشار Trans - coelomic : دانه های سرطانی بداخل جوف پریتون غرس میگردند.

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 تام اشغال کرده.



ج - عقدا ت لنفاوی تاحیوی اشغال شده است.

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

شکل (۱۳ - ۶) تصنیف Dukes در مورد تومور امعاء غلیظه:
A - تومور محدود به جدار امعاء. B - اشغال تمام جدار.
C - اشغال عقدا ت لنفاوی ناحیوی. D - انتشار به نواحی بعیده

عواقب مرض

انذار مرض مربوط به درجه پیشرفت تومور و قابل تفریق تودن آن از نظر هستولوجی 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 بعضا لباس مریض را خون آلود میسازد و شباهت به نزف بواسیر داخلی دارد بناءً باید در تمام وقایع نزف مقعدی معاینه کانال انال با دقت اجرا شود.

- احساس تغوط نا تام یا کاذب (Tenesmus) - در این صورت مریض فعل تغوط را انجام داده اما احساس مینماید که رکتوم کاملاً تخلیه نشده است این عرض در تومور نصف سفلی رکتوم 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 اکثرا 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 صبحانه مشاهده میشود.

- درد - عرض موخر 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 میتاستاز کبدی مینماید.

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

معاینه 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 تفرح نمود یک فرو رفتگی سطحی با حوافی برجسته و به خارج چپ 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 آمده باشد انگشت با خون و یا مواد مخاطی قیحی با مقدار کم خون ملوث میباشد. و در تومور تفرحی کارسینوماتوز ۱/۳ 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 رکتوم جس کرده میتوانیم و جهت دریافت میتاستاز 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 قرحوی و یا پولیپوز فامیلی موجود باشد.

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

تشخیص تفریقی

تومورها ی 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 تخمدان
- ۵- گسترش کارسینومای پروستات و عنق رحم به جدار رکتوم
- ۶- مرض دایورتیکولیر
- ۷- اندومتریوزس
- ۸- Lymphogranuloma inguinale
- ۹- امیبیک گرانولوما
- ۱۰- تومورهای نادر رکتوم
- ۱۱- کتلای غایبی (که اینها علامه وصفی یا کلاسیک دنداندار 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 مقعدی قرار ذیل میباشد:

الف - تومورهای ۱/۳ علوی رکتوم - در اینصورت تومور برداشته شده و کولون سگموئید با قسمت سفلی رکتوم انستوموز داده میشود (Anterior resection).

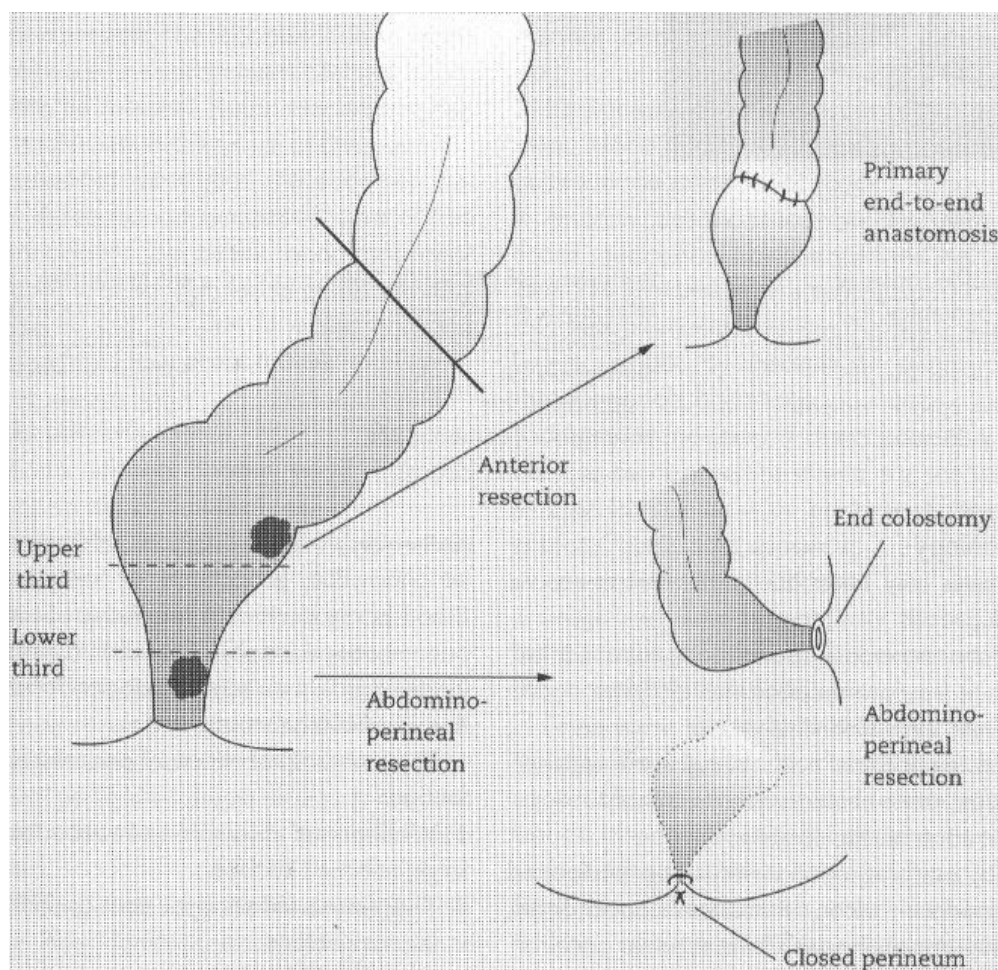
ب - تومورهای ۱/۳ سفلی رکتوم - در صورتی که تومور از حافه مقعدی کمتر از ۵ سانتی متر فاصله داشته باشد اکثراً Abdominoperineal resection رکتوم با Terminal colostomy اجرا شده و رادیو تراپی ضمیموی ممکن نکس موضعی مرض را بعد از عملیات کاهش دهد.

ج - تومور ۱/۳ متوسط رکتوم - این نوع تومورها را نیز میتوان توسط Anterior resection در صورتی که سگمنت پائین رکتوم را از تومور پاک کرده بتوانیم تداوی کرد. و عملیات نزد خانم ها نسبت حوصله متوسع 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، افرازات مخاطی و درد عجزی بر طرف نمیگردد.

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



شکل (۱۴ - ۶) عملیات های جراحی در وقایع کارسینومای رکتُم^۲

References:**ماخذ:**

- 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: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 631 - 48
 - 13- www.googlesearch.com/rectum&analcanal
 - 14- www.shands.org
 - 15- www.quinn-healthcare.com

فصل هفتم

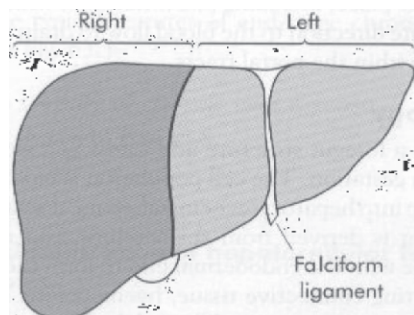
کبد

Liver

آناتومی جراحی کبد ۱۱۸
 ترشیضات کبد ۱۲۹
 مرض هیداتید کبد ۱۳۱
 تومور های کبد ۱۳۳
 آبسی های کبد (پیوژنیک و آمیبیک) ۱۳۰
 ضخامه کبد ۱۱۹
 یرقان ۱۲۱

آناتومی جراحی

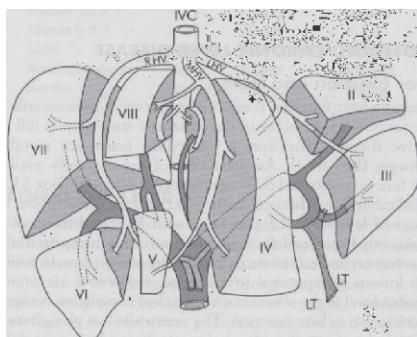
فص های جراحی کبد - کبد از نظر جراحی به دو فص یعنی راست و چپ توسط یک فیسور بزرگ بدون اروا تقسیم میگردد. که این فیسور به امتداد بستر حویصل صفرا بطرف وجه قدامی کبد الی ورید اجوف سفلی سیر داشته و بالاخره به سویق کبد میرسد.



شکل (۱ - ۷) لوب های جراحی کبد با در نظر داشت تقسیمات
 آناتومیک به لوب راست و چپ توسط Lig. Falciform.^۲

سگمنت های کبد

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



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

ارواء شریانی

شریان کبدی اساسی یک شعبه Celiac axis بوده و کبد را اروا مینماید این شریان انسی تر از قنات صفراوی اساسی داخل سوئق کبدی شده شریان کبدی اساسی یا مشترک بعداز دادن یک شعبه بنام شریان معدی اثنا عشری 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.

ارواء بابی

ورید باب در نتیجه اتحاد ورید مساریقی علوی، سفلی و ورید طحال تشکیل شده و در حذای سوئق کبد به دو شعبه راست و چپ تقسیم و داخل کبد میگردد و باعث اروا فص راست و چپ شده و در سوئق کبدی خلفی تر قرار میگیرد.

دریناژ وریدی

دریناژ وریدی کبد توسط ورید بزرگ کبدی صورت میگیرد این آورده مانند شراین و ورید باب در مسافه بین سگمنت های کبد جریان دارند .

قنوات صفراوی

این قنوات بداخل کبد تقسیمات سگمنتل شریان و ورید باب را تعقیب نموده و قنات صفراوی در قسمت قدامی وحشی سوئق 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 ضخاموی در تحت حافه ضلعی راست بطرف سفلی بزرگ شده و ممکن زاویه تحت ضلعی را مملو ساخته و حتی در ضخامه زیاد بطرف حافه ضلعی چپ نیز وسعت پیدا میکند. کبد ضخاموی کتله را میسازد که با حرکات تنفسی متحرک بوده با قرع اصمیت داشته و این اصمیت با اصمیت کبدی تمادی دارد و در علوی نیز کبد سرحد طبعی خویش را که مسافه بین الضلعی پنجم است تجاوز مینماید.

اسباب ضخامه 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- پرازتیک
- الف - هیپاتیت و آبسه امبیک
- 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 هوجکن
- ب- لمفاوی غیر هوجکن
- ج- لوکیمیا
- د- Polycythaemia
- ۷- امراض میتابولیک
- الف- امیلوئید
- ب- مرض Gauchers

زمانیکه کبد قابل جس باشد مریض باید جهت در یافت ضخامه طحال و Lymphadeopathy معاینه شود. اگر طحال نیز قابل جس باشد امراض از قبیل سیروز، Polycythaemia، Leukaemia و امیلوئید مد نظر باشد و اگر 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 $1\mu\text{mol/lit}$ (1mg/dl) بوده و زمانیکه سویه بلوروبین بلند تر از $35\mu\text{mol/lit}$ (3mg/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 صفراوی و اطراح آن ها برای دانستن پتوژنی، تظاهرات، معاینات و تداوی یرقان لازم و ضروری میباشد. زمانیکه عمر کریوات سرخ خون به اخیر رسید در سیستم ریتیکولوآندوتیلیال تخریب شده و حلقه Porphyrin مالیکول هموگلوبین شکسته و کامپلیکس بلوروبین، آهن و گلوبین بوجود میاید. آهن از این کامپلیکس آزاد 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 یوروبیلنوژن بی رنگ تبدیل شده و یک قسمت زیاد آن توسط ماده غایطه اطراح میگردد. باید گفت که یوروبیلنوژن در مواد غایطه به یوروبلین تبدیل شده یوروبیلین صباغی با دیگر محصولات که در نتیجه تخریب بیلروبین بوجود میاید به مواد غایطه رنگ طبعی آنرا میدهد. مقدار کمی از یوروبیلنوژن از امعا جذب و توسط ورید باب به کبد میرسد که یک مقدار زیاد این یوروبیلنوژن 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. یوروبیلنوژن به یوربلین اکسیدایز شده که رنگ تاریک دارد.

تصنیف و پتوژنی

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

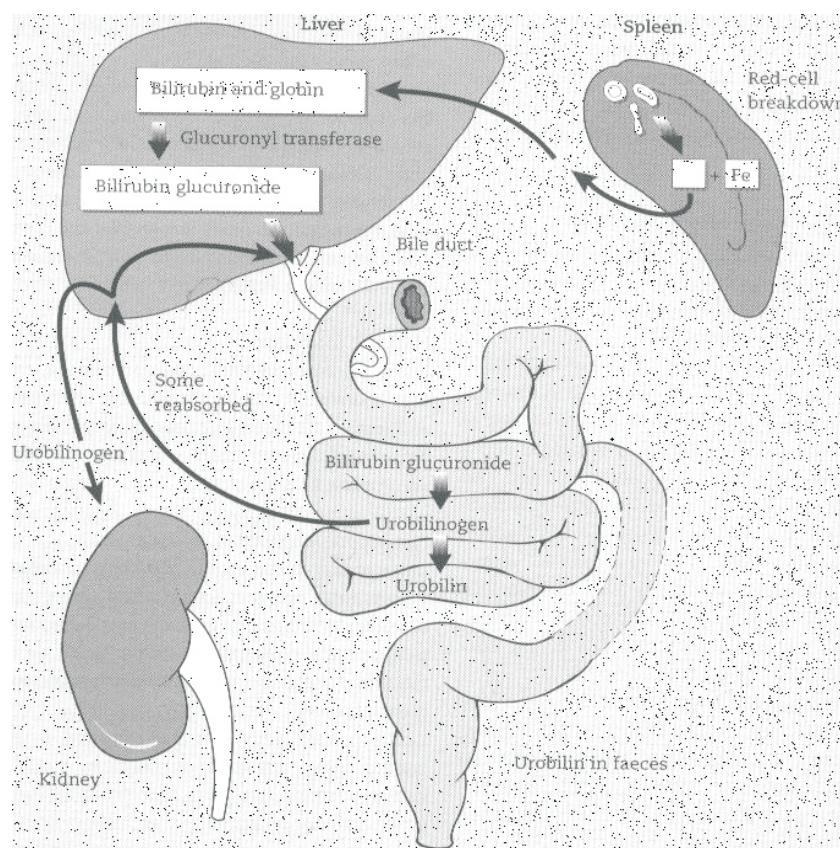
یرقان قبل از کبدی (Pre hepatic jaundice)

در اینوع یرقان مقدار زیاد (unconjugated) بلوروبین در نتیجه تخریب زیاد کریوات سرخ خون در Hemolysis توسط سیستم ریتیکولوآندوتیلیال 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 یوروبیلنوژن 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 اطراح میگردد.

یرقان کبدی یا Hepatic jaundice

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



شکل (۳ - ۷) متابولیسم بلوروبین.^۳

یرقان بعد از کبدی یا انسدادی

انسداد قنات صفراوی داخل و خارج کبدی مانع اطراح 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 اطراح می‌گردد و رنگ ادرار را نضواری 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 میتاستاتیک و سیروز کبد قسماً در نتیجه تخریب انساج کبدی و قسماً در اثر فشاربالای قنات صفراوی داخل کبدی بوجود می‌آید.

اسباب

یرقان قبل از کبدی

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

یرقان کبدی

اینوع یرقان در نتیجه ماؤف شدن پروسه Conjugation صفرا از باعث امراض ذیل بوجود می‌آید.

- 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 می‌آید:

- ۱- انسداد داخل لومن قنات صفراوی مثلاً سنگ های صفراوی
- ۲- آفات جدار قنات صفراوی
- الف - اتريزی ولادی قنات اساسی صفراوی
- ب - تضیقات ترضیضی
- ج - کولانژیت مزمن
- د - تومور قنات صفراوی
- ۳- بندش طرق صفراوی از باعث فشار خارجی

- الف - پانکریاتیت
 ب - تومور رأس پانکراس
 ج - تومور امپول و اتر

تشخیص

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

تاریخچه

تاریخچه کم خونی فامیلی، Splenectomy یا سنگهای صفراوی دلالت به نقص ولادی کریوات سرخ خون کرده (Acholic 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 موثر به هلوتان، زرقیات و اعتیاد به الکول 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 و کبد با جس درد ناک باشد اکثراً منته و 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 دیابت در تازه گی ها به کارسینومای پانکراس دلالت مینماید.

معاینه مریض

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

علائم 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 و گاهی Clubbing انگشتان. همچنان ممکن حبن و اذیمای طرف سفلی مشاهده شود که این علائم 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 حویصل صفرا متوسع و قابل جس باشد ممکن سبب یرقان سنگ نباشد (قانون Courvoisier's) و در یرقان انسدادی Post hepatic کبد اکثراً طور یکنواخت بزرگ میگردد.

تومور پانکراس ممکن قابل جس باشد و یا در معاینه ممکن محراق ابتدائی مرض خبیثه مانند میلانوما آشکار گردد.

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

معاینات تشخیصیه

تشخیص تفریقی یرقان قبل از کبدی از یرقان کبدی و بعد از کبدی آسان بوده در حالیکه تشخیص تفریقی بین دو شکل اخیر الذکر بسیار مشکل میباشد و طوریکه قبلاً ذکر گردید این دو شکل یرقان اکثراً بصورت مترافق موجود بوده معاینات لابراتواری تا اندازه در تشخیص کمک کرده لکن به هیچ وجه یک معاینه کاملاً تشخیصیه نمیباشد. تکنیک های تصویری برای مشاهده کبد حویصل صفرا و پانکراس با ارزش بوده در حالیکه کانولیشن اندوسکوپی قنات صفراوی و یا Transhepatic duct puncture سیستم قنات صفراوی را نشان میدهد. لکن 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 یرقان قبل از کبدی بلوروبین در ادرار وجود ندارد. (اصطلاح قدیم یرقان acholuric) در حالیکه در یرقان بعد از کبدی این ماده در ادرار وجود دارد.

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

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

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

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

■ ادرار - موجودیت بلوروبین در ادرار دلالت به یرقان انسدادی داخل و یا بعد از کبدی مینماید.

ازدیاد 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 صفراوی 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 فوچه قنات صفراوی اساسی و نزف بداخل اثنا عشر میگردد مثبت باشد.

- معاینات هیماتولوژیک - RBC fragility، Coomb test و تعداد Reticulocyte اسباب همولیتیک را تأیید مینماید.

- سیروم بلروبین - نادراً از $100 \mu \text{mol/lit}$ (5mg/dl) در یرقان قبل از کبدی بلند بوده لکن 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 بیش تر به شکل Conjugated موجود بوده در حالیکه در یرقان کبدی نسبت توام بودن تخریب حجرات کبدی و انسداد قنات صفراوی داخل کبدی، بلوروبین سیروم مخلوطی از شکل Conjugated و unconjugated میباشد.

- Alkaline phosphatase (ALP) - این انزایم توسط حجرات که قنات صفراوی 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 بعد از کبدی و سیروز صفراوی ابتدائی بطور قابل ملاحظه بلند میرود.

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

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

معاینه	قبل از کبدی	کبدی	بعد از کبدی (انسدادی)
ادرار	یوروبلینوجن	یوروبلینوجن	عدم یوروبلینوجن
بلیروبین سیروم	بلیروبین غیر مزدوج	بلیروبین مزدوج و غیر مزدوج	بلیروبین مزدوج
ALT(SGPT) AST(SGOT)	نارمل	بلند می‌رود	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	بعضاً بلند در صورت تومور پانکراس
تعداد ریتیکولوسیت	بلند در هیمولیز	نارمل	نارمل
هیپتوگلوبین	پائین در صورت هیمولیز	نارمل	نارمل
زمان Prothrombin	نارمل	طویل نسبت خرابی وظایف ترکیبی	طویل نسبت سوء جذب Vit-K و اصلاح آن با تطبیق Vit - K
التراسوند	نارمل	ممکن ساختمان کبد غیر نارمل باشد مثلاً سیروز	قنوات صفراوی متوسع

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

- سیروم ترانس آمینازها - 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 اکثراً قبل از ترانس آمینازها بلند می‌رود.

- Prothrombine time - در یرقان قبل از کبدی نارمل بوده و در یرقان بعد از کبدی طولانی بوده لکن 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 vit k، کبد مأوف نیز قادر به سینتیز پروترومبین نمی‌باشد.

- Ultrasound scanning - از جمله معاینات بسیار مفید و بی ضرر بوده و فیصدی صحت این معاینه در سنگ های حویصل صفرا بسیار بلند می‌باشد لکن

متأسفانه بعضاً نسبت موجودیت گاز اثنا عشر سنگ قنات صفراوی مشاهده نشده و توسع قنات صفراوی در داخل کبدی دلالت به انسداد طرق صفراوی مینماید و در صورت عدم توسع قنات احتمال یرقان انسدادی نمیرود

- Computed tomography و (MR) Magnetic resonance scan – در تشخیص آفات داخل کبدی (میتاستاز تومور، آبسه و کیست) بر علاوه التراسوند یک معاینه مفید است که بعداً میتوان تحت رهنمائی شان بیوپسی توسط سوزن اخذ کرد. کتله رأس پانکراس نیز توسط این معاینه تشخیص شده لکن تشخیص تفریقی آن از پانکراتیت مزمن مشکل است.

- رادیوگرافی بطن – که در ۱۰ فیصد وقایع ممکن سنگ های صفراوی رادیوآپیک را نشان دهد.

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

- Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) – در این معاینه اندوسکوپ از طریق دهن داخل ویک کانول داخل امپول و اتر شده و بدین ترتیب توضع و وصف آفت انسدادی را بداخل قنات های صفراوی نشان میدهد همچنان تومور periampullary بصورت مستقیم مشاهده و بیوپسی 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 صفراوی متوسع میگردد. ERCP و PTC هر دو بمنظور تطبیق stent در ناحیه انسدادی قنات صفراوی و رفع یرقان انسدادی استفاده میشود.

- بیوپسی توسط سوزن (Needle biopsy) - هر گاه التراسوند توسع طرق صفراوی را نشان ندهد در اینصورت آفت انسدادی موجود نبوده و بیوپسی کبد توسط سوزن معلومات مهمی را در مورد پتالوژی کبد (هیپاتیت و سیروز) ارایه مینماید و در صورتیکه آفت محراقی را در کبد نشان دهد میتوان همزمان تحت کنترول scanning بیوپسی اخذ کرد بخاطر باشد که اجرای این عملیه در صورت موجودیت یرقان خطرناک بوده و در صورت طویل بودن زمان پروترومبین باید قبل از اخذ بیوپسی توسط تطبیق vit k اصلاح گردد وقوع نزف به تعقیب اخذ بیوپسی ایجاب 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 مبدا 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 قرار 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 البومین
- ماوف شدن حجرات کبدی: ترانس امینازها و Gamma glutamyl transferase
- انسداد قنات صفراوی- الکلین فاسفتاز، التراسوند قنات های صفراوی CT، MRCP، ERCP 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 منشه نرف 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 علایم نرف 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 موخر تمزق مینماید که در اینصورت درد و شاک چند ساعت بعد از ترضیض ظاهر میگردد.

تداوی

در صورتیکه علایم 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 مداوی 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) و کشیدن 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.

آبسه های کبد

آبسه های پیوژنیک کبد

منشه احتمالی این انتانات عبارت اند از:

- ورید باب - در اینصورت انتان از ناحیه تقیح توسط ورید باب به کبد میرسد .
- طرق صفراوی - 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 مثلا آبسه های تحت حجات حاجزی یا کولی سیست حاد.

این آبسه هاعمولا متعدد بوده وانتانات معمول E.coli، Streptococcus faecalis و Streptococcus milleri 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 آبسه پیوژنیک کبد مد نظر باشد نزد این مریضان ممکن تاریخچه قبلی انتان بطن از قبیل مرض کرون، اپاندسیت و یا دیورتیکولیت دریافت شود. سیر کلینکی مرض اکثرا تدریجی با یک کسالت غیر وصفی برای بیشتر از یک ماه قبل از مراجعه و تشخیص میباشد.

معاینات تشخیصیه

- کلچر خون- که قبل از شروع تداوی اجرا شده و اکثراً مثبت می باشد.
- التراسوند و CT کبد ممکن آبسه کبد و توضیح آنرا تعیین نمایند و علاوه بر آن pyaemia را نشان می دهد.

تداوی

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

آبسه آمیبیک کبد

Amoebic liver abscess

پرازیت آمیب بصورت ثانوی از انتان *Entamoeba histolytica* امعا غلیظه از طریق ورید باب به کبد رسیده و شروع به نشو و نما مینماید و در نتیجه تولید انزایم cytolytic باعث تخریب نسج کبدی و تولید آبسه آمیبیک میگردد که این آبسه معقم بوده گرچه آمیب ممکن در جدار آبسه در یافت شود. CT و التراسوند کبد از جمله معاینات تشخیصیه بسیار با ارزش می باشد.

تداوی

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

مرض هیداتید کبد

Hedatid Disease of the Liver

۷۵٪ 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 غایبه آنها خارج میشود انسانها (وهمچنان گوسفندها) تخم پرازیت را توسط سبزیجات منتن گرفته و از معده شان داخل شعبات ورید باب شده و از آنجا به کبد میرسد. و ممکن است تخم پرازیت از کبد عبور و به ریه ها، دماغ، عظام و اعضا دیگر برسد. بناءً مرض در

مناطقى كه تربيه گوسفند مروج است از قبيل استراليا، آيسلند، يونان، اروپاى جنوبى، افريقا، ويلز، تركيه و وطن ما افغانستان زياد مشاهده ميشود. اهمامات صحت عامه از قبيل از بين بردن سگ هاى ولگرد باعث تنقيص قابل ملاحظه در وقوعات مرض شده است. كيسه هدايت متشكل از قسمت هاى ذيل ميباشد.

- ۱- طبقه Advantitia - حاوى نسج ليفى بوده و در نتيجه عكس العمل كبد مقابل پرازيت بوجود ميآيد و نسبت التصاق صميمى با كبد از آن جدا نميگردد.
- ۲- طبقه Laminated membrane - توسط خود پرازيت بوجود آمده و داراى رنگ سفيد الاستيكي ميباشد در آن مايع هيداتيد قرار دارد.
- ۳- Germinal epithelium - يگانه قسمت زنده كيسه بوده و از يك طبقه حجرات واحد تشكيل شده كه بطرف داخل مايع هيداتيد را افراز و بطرف خارج طبقه L.membrane را ميسازد.
- ۴- مايع كيسه - كه مايع شفاف بوده و در صورت كه منتن نشده باشد داراى حويصلات دخترى و Scolex ها ميباشد.

تظاهرات سريرى

- ممکن cyst به شكل يك كتله بدون عرض موجود ومحتوى آن بميرد و جدار آن تكلس كرده و به شكل يك ساختمان غير فعال و بى ضرر در اثناء اتوپسى دريافت شود.
- در صورتيكه كيسه به شكل فعال باقى ماند ميتواند تدريجاً بزرگ و به اختلاطات ذيل معروض گردد.
- تمزق - ب داخل جوف پريتوان، جوف پلورا، طرق هضمى و يا طرق صفراوى
 - منتن شدن
 - توليد يرقان انسدادى - در اثر فشار بالاى طرق صفراوى داخل كبدي گرچه يرقان اكثرأ از باعث تمزق و آزاد شدن كيسه ب داخل طرق صفراوى و آزاد شدن كيسه در داخل قنات صفراوى بوجود ميآيد.

معاینات تشخيصيه

- راديوگرافى ساده كبد ممكن يك ساحه روشن را كه توسط كيسه توليد شده و يا خيال تكلس را در جدار كيسه نشان دهد.
- التراسوند و CT scan - موقعيت كيسه را نشان ميدهد.
- Casoni's test - در ۷۵% وقايع مثبت بوده و نسبت دقيق نبودن امروز كمتر استفاده ميشود.

- تست های سیرولوژیک - مربوط به حساسیت مریض مقابل مایع هیداتید که حاوی يك انتی ژن مخصوص میباشد بوده که لیکاز آن باعث تولید انتی بادی میگردد.
- تعداد ایزونوفیل - ممکن eosinophilia موجود باشد اما يك معاینه وصفی نمیباشد.

تداوی

کیست های متکلس و Calcified بحال 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 يك 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 سلیم - که نادر بوده و عبارتند از:

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

تومور های خبیث

۱- تومور های خبیث ابتدائی

الف - Hepatocellular carcinoma (Hepatoma)

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

ج - Cholangiocarcinoma

۲- تومور های ثانوی (بسیار زیاد شایع میباشد) از اعضای ذیل به کبد میرسد:

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

ب - انتشار از طریق دوران سیستمیک (از ریه، ثدیه، خصیه ها، میلانوما و غیره)

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

تومور های خبیث کبد Hepatocellular Carcinoma (Hepatoma)

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

پتولوژی

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

از نظر ماکروسکوپیك تومور به شکل يك كتله 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 میتاستاز 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 پیشرفته مرض ممکن تغیرات سرطانی واضح در کبد با وخیم شدن آنی وضع مریض، encephalopathy، حبن و ماؤف شدن وظایف ساختمانی مشاهده شود.

معاینات تشخیصیه

- Serum α fetoprotein (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 تثبیت 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 محراقی را آشکار سازد.

تداوی

در صورت عدم موجودیت سیروز HCC ابتدائی محدود به یک فص کبد را میتوان توسط Hemihepatectomy تداوی کرد اما در صورت موجودیت سیروز برداشتن هر قسمت از پیرانشیم 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 قنیوات صفاوی داخل کبدی منشه میگیرد و اکثراً با یرقان موجود بوده و ممکن به شکل اختلاط Sclerosing cholangitis ابتدائی ظاهر گردد. مرض بصورت مستقیم در بین پیرانشیم 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 مریضانی که از باعث امراض خبیثه پیشرفته میمیرند اکثراً 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 يك فص کبد باشد در يك تعداد وقایع مفید میباشد و از این تداوی زیادتز در میتاستاز تومور کولونی که قبلاً برداشته 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.

References:**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: APPLINGTON & 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 حویصل صفراء و طرق صفراوی

سنگ های قنات صفراوی اساسی ۱۴۸
کار سینومای حویصل صفراء ۱۵۰

کولی سیستیت حاد ۱۴۴
کولی سیستیت مزمن ۱۴۶

اناتومی جراحی ۱۳۸
انومالی های ولادی ۱۴۰
سنگ های صفراوی ۱۴۱

اناتومی جراحی

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

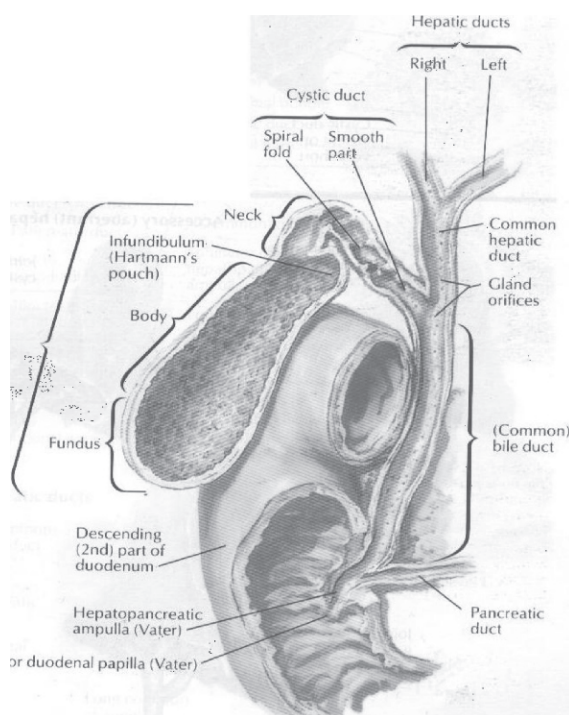
سیستم قنایات

۱- قنات سیستک: ۲.۵ سانتی متر طول داشته و بعد از شروع از Infundibulum حویصل صفرا با قنات کبدی اساسی وصل و قنات صفراوی

اساسی (CBD) را
میسازد و حاوی دسام
بیضوی 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:

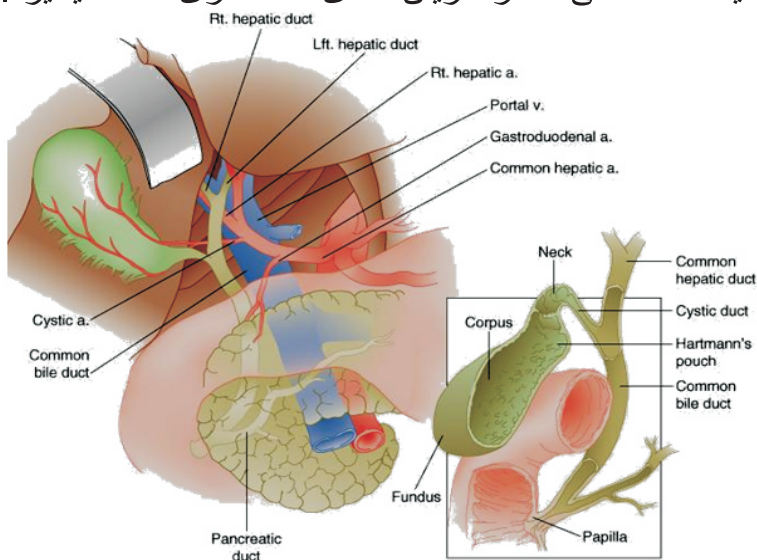


شکل (۱-۸) اناتومی جراحی حویصل صفراء و طرق صفراوی^۱

- الف - قطعه فوق اثنا عشری (Supra duodenal portion) : تقریباً ۲.۵ 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 تونل 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.

ارواء حویصل صفرا

- ۱- شریان سیستک : که یک شعبه شریان کبدی راست بوده و اکثراً در خلف قنات کبدی اساسی از آن جدا میگردد.
- ۲- شریان سیستک اضافی که از شریان معدی اثنا عشری منشه میگیرد.



شکل (۲ - ۸) ارواء حویصل صفرا ۱۲

تغییرات آناتومیک

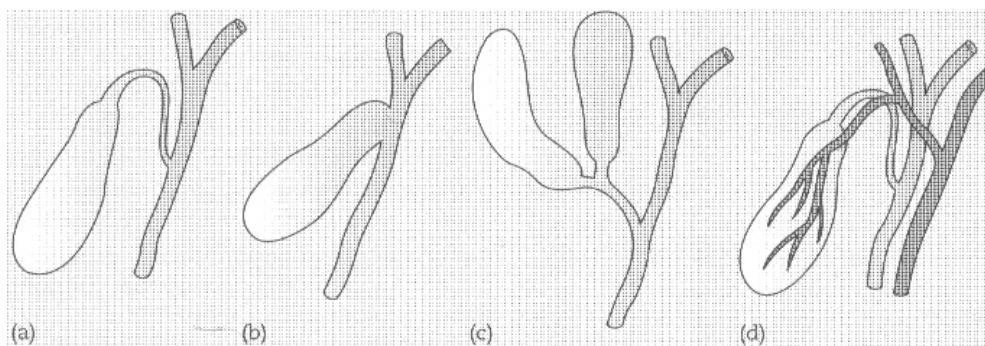
- ۱- قرار گرفتن شریان کبدی راست و یا شریان سیستک در قدام قنات کبدی اساسی و یا قنات سیستیک.
- ۲- سیر معوج شریان کبدی در قدام منشه قنات سیستک و یا معوج بودن شریان کبدی راست یا شریان سیستیک کوتاه.

دریناژ لنفاوی

۱. لنف تحت المخاطی و تحت المصلی حویصل 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 حویصل صفرا به لنف تحت کپسول کبد ارتباط دارد.

انومالی های ولادی

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



شکل (۳ - ۸) انومالی های ولادی حویصل صفرا.
 (a) قنات سیستیک طویل. (b) عدم موجودیت قنات سیستیک (c) حویصل صفرا مضاعف
 (d) توضع شریان کبدی راست در قدام قنات کبدی اساسی.^۲

سنگ های صفراوی Cholelithiasis (Gall stones)

سنگ های صفراوی در اطفال نادر بوده و وقوعات آن با گذشت هر دهه افزایش می یابد. در کشور انگلستان سنگ های صفراوی 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 صفراوی 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 صفراوی در هر جنس، سن، رنگ و شکل میتواند بوجود آید اما طرح اجمالی که تا حدی حقیقت دارد این است که سنگ های صفراوی در اشخاص که دارای خصوصیت پنج F اند بوجود میاید 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- متابولیک

در اینصورت صفرا حاوی مقدار زیاد کولسترول نظر به نمک های صفراوی و فاسفولیپدها بوده و باعث تشکل کرسنل های کولسترول میگردد. این نوع صفرا بنام صفرا زیاد مشبوع شده یا Lithogenic نیز یاد میشود. و حالات که باعث ازدیاد 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 صفراوی مریضان مصاب سنگ صفراوی اکثراً معقم میباشد لکن 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 حویصل صفرا شده و زمینه را برای تشکل سنگ مساعد میسازد.

برای سنگ های صباغی

۱- تشوشات هیمولایتیک: که باعث ازدیاد تولید بلورین در حالات ذیل می شود:

Spherocytosis ارثی، Sickle-cell anemia, Thalassemia، ملاریا 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 -glucouronidase تولید کرده که بلوروبین را به شکل غیر منحل unconjugated تبدیل میناید.

پتولوژی

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

حویصل صفرا ضمور کرده بدور سنگ جمع می شود و در بعضی موارد حویصل صفرا کاملاً منظره نارمل خویش را حفظ میکند.

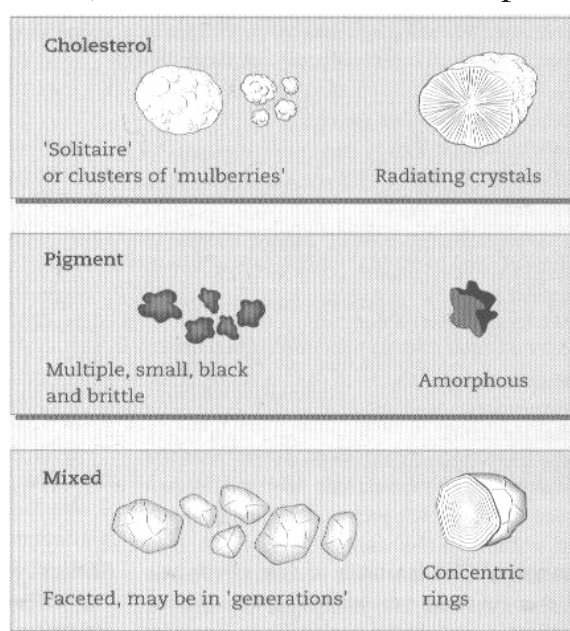
سنگ های حویصل صفرا سه نوع بوده و عبارت اند از:

۱. سنگ های کولسترول (۲۰٪) - تقریباً کاملاً از کولسترول تشکیل شده

و این سنگ ها اکثراً واحد، بزرگ و هموار اند.

۲. سنگ های Mixed (۷۵٪) - در ترکیب این سنگ ها کولسترول

Ca-bilirubinate, Ca-phosphate, Ca-palmitate و پروتین



شامل میباشد. و اکثراً

متعدد و چند سطحی

بوده و سطح هر سنگ

بروی سطح سنگ

دیگر تکیه میکند.

۳. سنگ های صباغی

(۵٪) - این سنگ ها

اکثراً کوچک، سیاه

و متعدد بوده و کاملاً از

Ca bilirubinate تشکیل

شده است. بعضی شان

سخت و مرجان مانند

بوده درحالیکه باقیمانده

نرم و شکنند میباشد.

سیر و اختلاطات سنگ های صفراوی شکل (۴ - ۸) انواع سنگ های صفراوی^۲

سنگ های صفراوی اکثراً در حویصل صفرا موجود بوده و ممکن در طرق

صفراوی نیز دریافت شود سیر و اختلاطات سنگ های صفراوی را میتوان

قرار ذیل خلاصه کرد:

الف - در حویصل صفرا

۱- سنگ های خاموش

۲- کولی سیست مزمن

۳- کولی سیست حاد که میتواند باعث حوادث ذیل شود:

- گانگرن

- تنقب

- Empyema یا تقیح

۴- Mucocele

۵- کارسینومای حویصل صفرا

ب - در طرق صفراوی.

۱- یرقان انسدادی

۲- Cholangitis

۳- پانکراتایت حاد

ج - در امعا

انسداد حاد امعا (Gall stone ileus).

سنگ های صفراوی خاموش

تشخیص سنگ های صفراوی 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 حویصل صفرا بند باقی ماند جدار آن نسبت تخریش صفراء غلیظ التهابی شده و کولی سیست کیمیای بوجود میاید کیسه صفرا مملو از قیح شده که در کلچر اکثراً معقم میباشد.

درد ادامه پیدا کرده و شدید تر میشود تب در حدود ۳۸-۳۹ درجه سانتی گرید بوده و مترافق با توکسیمای شدید و لوکوسیتوز میباشد دلبدی و استفراغ نیز ممکن مشاهده شود با معاینه قسمت علوی بطن بالخصوص RUQ نهایت حساس بوده و اکثرأیک کتله قابل جس در ناحیه حویصل صفرا دریافت میگردد که دلالت به حویصل صفرا متوسع و التهابی که توسط احتشای مجاور بالخصوص ثرب کبیر پوشیده شده بوجود آمده است.

Boas's sign: که دراینصورت یک ناحیه فرط حساسیت بین اضلاع ۹-۱۱ طرف راست در خلف موجوداست.

گاهی Empyema حویصل صفرا بوجود آمده و نادراً حویصل بداخل جوف پریتون تثقب مینماید.

حویصل صفرا التهابی میتواند در اثر فشار بالای قنات صفراوی مجاور بدون موجودیت سنگ بداخل قنات باعث زردی خفیف شود.
 ۹۵٪ کولی سیست های حاد همراه با سنگ بوده گاهی کولی سیست بسیار شدید بدون سنگ بوجود آمده که ممکن همراه با تب محرقه و انتانات گاز گانگرن باشد.

تشخیص تفریقی

مرض باید از اپاندیسیت حاد، تثقب قرحات اثنا عشری، پانکریاتیت حاد Pneumonia قاعده ریه راست و ترومبوز او عیه اکلیلی تشخیص تفریقی شود.

معاینات تشخیصیه

- ۱- التراسونو گرافی: موجودیت سنگ (Acoustic shadow) را در حویصل التهابی و اذیمای اطراف حویصل صفراء، توسع طرق صفراوی و ممکن سنگ طرق صفراوی را نشان دهد.
- ۲- رادیو گرافی ساده بطن: سنگ رادیو اوپک را نشان میدهد.
- ۳- CT scan: در مریضان چاق و موجودیت گازات زیاد امعاء که در آنها معاینه التراسوند مشکل است کمک مینماید.
- ۴- اندوسکوپی قسمت علوی جهاز هضمی به منظور تشخیص تفریقی قرحه پیپتک و Hiatus hernia.
- ۵- کولی سیستوگرافی فمی: (Hepto imino diacetic acid Tc 99m) HIDA scanning و کولانجیوگرافی داخل وریدی نسبت برتری U/S و ERCP کمتر استفاده می شود.

تداوی

تقریباً ۹۸٪ کولی سیست حاد با تداوی محافظه کارانه 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، ودوره نقاهت زود رس نظربه Cholecystectomy باز ترجیح میدهند. با وجود این مشکلات عملیاتی، انومالی اناتومیک، و عدم موجودیت وسایل ممکن ایجاب عملیات باز را نماید.

Empyema حویصل صفرا اکثراً ایجاب مداخله عاجل را مینماید 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 حویصل صفرای التهابی حاد نادر بوده و ایجاب عملیات عاجل را مینماید و این اختلاط و فیات زیاد دارد. در صورتیکه تشخیص در مرحله مقدم کولی سیست حاد مشکوک باشد لپراتومی اجرا شده و اجرای کولی سیستکتومی در ۲۴-۴۸ ساعت اول مرض نسبت اذیمای انساج مجاور نسبتاً آسان بوده لکن 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 صفرا همراه بوده و حمله های متکرر التهابی باعث فیبروز مزمن و ضخیم شدن جدار کیسه صفرا میگردد. که ممکن حاوی صفرا غلیظ و بعضاً منتن باشد. نزد این مریضان حملات متکرر درد بطن از باعث کولی سیست خفیف موجود بوده که ممکن با ویا بدون تب باشد تکالیف فوق بعد از گرفتن غذا های شحمی که باعث آزاد شدن Cholecystokinin و تقلص حویصل بالای سنگ میگردد بوجود میاید. Flatulent, dyspepsia نیز بعضاً وجود داشته و لوحه سریری مزمن ممکن با ایجادکولی سیست حاد ویا مهاجرت سنگ بداخل قنات صفراوی وخیم تر شود. Murphy's sign - اکثراً نزد این مریضان (+) بوده که دراین علامه انگشت کلان در ناحیه حویصل صفرا گذاشته شده و از مریض خواهش می شود تا شهیق عمیق اجرا کند که درصورت درد مریض قبل از ختم شهیق تنفس خویش را قطع مینماید.

تشخیص تفریقی

مرض از اسباب دیگر dyspepsia مزمن از قبیل قرحات پپتیک 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.

معاینات تشخیصیه - در کولی سیست حاد ذکر گردید.

تداوی

Cholecystectomy توسط لپراسکوپي ویا لپراتومی اجرا شده ودر حین عملیات قنات سیستیک باز و کولانژیوگرام زمان عملیات با زرق مواد رادیو اوپک اجرا می شود. هر گاه سنگ در عملیات باز در قنات صفراوی اساسی دریافت شود CBD باز و سنگ کشیده شده و T-tube بداخل قنات صفراوی اساسی گذاشته می شود و دوباره رادیوگرافی کنترولی به منظور تشخیص سنگ باقیمانده اجرا میگردد.

تداوی غیر جراحی

تجزیه سنگ های صفراوی

چون کولسترول توسط نمک های صفراوی بحال منحل نگهداری میشود بناءً سنگ های کوچک کولسترول را میتوان با تطبیق فمی مستحضرات نمک های صفراوی از قبیل chenodeoxycolic acid, ursodeoxycolic acid تجزیه کرد. و بخاطر باشد که از این تداوی در سنگ های کوچک غیر متکلس و موجودیت وظایف حویصل صفرا استفاده شده این تداوی ماه ها ادامه داده میشود و ممکن در اثر حمله های حاد از باعث عبور سنگ های کوچک به طرق صفراوی مختل گردد.

و علاوهً نکس مرض اکثراً بعد از قطع تداوی نسبت باقی ماندن حویصل صفرا غیر نارمل مشاهده می شود. بناءً این تداوی در موارد محدودی استطبیب دارد.

Lithotripsy

تخریب التراسونیک سنگ های کوچک ممکن بوده لاکن در اینجا نیز پرابلم عبور پارچه های کوچک سنگ بداخل قنات صفراوی وجود دارد که این مشکل را میتوان با عبور یک کنتیتر بداخل حویصل از طریق جلدی و اسپری آنها حل نمود. اما با وجود آن این میتود تداوی نسبت داشتن معاذیر استطبیب محدود دارد.

سنگ های قنات صفراوی اساسی Cholelithiasis

این سنگ ها اکثراً از حویصل صفرا منشه گرفته و از طریق قنات سیستک به قنات صفراوی مهاجرت مینماید. بعضاً سنگ بداخل قنات صفراوی تشکل کرده که بنام سنگ ابتدایی قنات (Primary duct stone) یاد میشود چنین سنگ ها اکثراً در مناطق حاره بعد از منتن شدن طرق صفراوی توسط کرم اسکاریس و Clonorchis sinensis و یا انسداد طرق صفراوی برای مدت طولانی بوجود میاید.

سنگ های قنات صفراوی باعث انسداد جریان صفرا و یا کولانژیت انتانی میگرددو 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 لکن 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 بی رنگ (Clay colored stool) بوده و جلد خارش دارد.

Charcot's triad: درد، یرقان وتب، سه پایه charcot بوده که اکثراً مترافق با لرزه میباشد ودلالت به کولانژیت حاد مینماید.

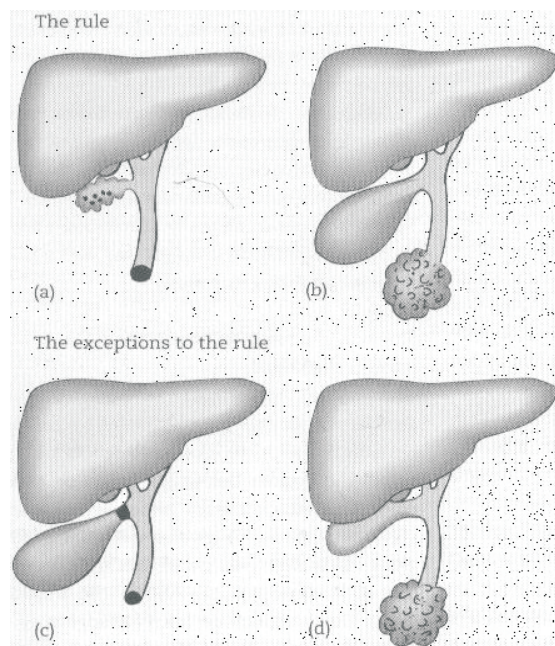
علامت

حساسیت ممکن در ناحیه اپی گستریک و هایپو کاندر راست موجود باشد قانوناً نزد این مریضان حویصل صفرا قابل جس نبوده ودر مریضان یرقانی بخاطر آوردن قانون Courvoisier's مفید بوده دراین قانون چنین حکم مینماید که هرگاه یرقان از باعث بندش قنات کولیدوک توسط سنگ باشد حویصل صفرا متوسع و قابل جس نه بوده (فیبروز جدار حویصل و بندش ناتام توسط سنگ) در حالیکه هرگاه سبب یرقان، کانسر رأس پانکراس و یا امپول واتر باشد حویصل صفرا متوسع و قابل جس است.

این قانون دو استثناء دارد:

۱- هرگاه یک سنگ در حذای رتج Hartmann و سنگ دیگر در قنات کولیدوک باشد دراینصورت نسبت ایجاد موکوسل، حویصل قابل جس میباشد.

۲- حویصل صفرا در اثر کانسررأس پانکراس توسع نموده لاکن نسبت
توضع آن در تحت فص راست کبد از نظر سریری غیر قابل جس
میباشد.



شکل (۵ - ۸) قانون Courvoisier
در مریضان مصاب یرقان^۲

تشخیص تفریقی سنگ های قنات صفراوی اساسی

۱- با یرقان (۷۵% وقایع)

الف - کارسینومای پانکراس و یا قنات صفراوی

ب - هیپاتیت حاد

۲- بدون یرقان (۲۵% وقایع)

الف - کولیک کلیوی

ب - انسداد امعاء

ج - Angina pectoris

معاینات تشخیصیه

۱- تست وظایف کبدی (LFT)

سویه الکالین فاسفتاز زیاد بلند رفته در حالیکه سویه امینو ترانسفرازسیروم
ممکن تا پنج مرتبه بلند رود.

۲- التراسونو گرافی: در تشخیص سنگ در قنات صفراوی و در دیگر اسباب یرقان کمک میکند.

۳- ERCP: اسباب جراحی یرقان را از اسباب طبی آن تشخیص تفریقی مینماید.

۴- PTC

تداوی

بعد از آماده نمودن مریض برای عملیات میتود های تداوی جراحی عبارت اند از:

- Percutaneous Treatment: در اینصورت بوسیله PTC طرق صفراوی دریناژ شده و بعداً Percutaneous choledochoscopy اجرا می شود.

- Supraduodenal choledochotomy

- Transduodenal sphincterotomy

- Choledochoduodenostomy

باید گفت که تداوی سنگ های صفراوی با ظهور ERCP تغییر نموده (Endoscopic papillotomy) که به وسیله آن سنگ التصاقی در قنات صفراوی توسط Dormia basket کشیده می شود و به منظور جلوگیری از مهاجرت سنگ های دیگر باید هر چه زودتر Cholecystectomy بعدی انجام شود.

کارسینومای حویصل صفرا

پتالوژی

یک تومور نسبتاً نادر بوده و در ۸۵%-۹۰٪ وقایع مترافق با سنگ های صفراوی میباشد بعضی موءلفین سبب مرض را تخریش مزمن و یک تعداد دیگر تاثیر کارسینوژینک مشتقات کولیک اسید میداند ۵۰٪ Porcelain gall bladder همراه با کارسینوما میباشد.

چون سنگ های صفراوی در خانم ها زیاد مشاهده می شود بناءً شیوع کارسینومای حویصل 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 حویصل صفرا بصورت موضعی کبد و قنات آنرا اشغال کرده و انتشار لنفاوی آن به عقدات لنفاوی در حذای سویق کبد میباشد. همچنان میتواند ورید باب و کبد اشغال شود.

تظاهرات کلینیکی

کارسینومای حویصل صفرا اکثراً با تظاهرات سریری شبیه کولی سیست مزمن با درد RUQ دلبدی و استفراغ ظاهر شده و بر علاوه ضیاع وزن در مرحله موءخر باعث یرقان انسدادی می شود و دراین مرحله ممکن یک کتله در ناحیه حویصل صفرا جس شود.

تداوی

گاهی تومور در اثنای Cholecystectomy از باعث سنگ تشخیص شده که در اینصورت توقع حیاتی زیاد میباشد. و در صورت که مرض قبلاً در کبد نیز انتشار کرده باشد چنانچه در اکثر موارد مشاهده می شود. نادراً برداشتن موضعی وسیع تومور امکان داشته بناءً انداز مرض همیشه خراب بوده و مریض در ظرف چند ماه فوت میکند.

Cholangiocarcinoma**پتولوژی**

وقوعات کارسینومای قنات صفراوی روبه ازدیاد بوده و اکثراً بعد از سن ۵۰ سالگی مشاهده می شود و مرض در مردان زیاد تر شیوع دارد. وبا امراض التهابی امعاء و باالخصوص Sclerosing cholangitis همراه بوده و فیروز ولادی کبد، کیست های کولیدوک و کبد پولی سیستک امراضی اند که همراه با این مرض مشاهده می شود.

از نظر ماکروسکوپیک این تومور در داخل پرانشیم کبدی و یا در قنات صفراوی بزرگ خارج کبدی بوجود میاید. قنات صفراوی کبدی راست و چپ یا قنات صفراوی کبدی اساسی و قنات سیستک نواحی اند که زیادتیر مصاب میگرددند.

از نظر میکروسکوپیک این تومورها Mucin secreting adenocarcinoma میباشند.

تظاهرات سریری

یگانه تظاهرات سریری مرض یرقان بدون درد روز افزون با ادرار تاریک و مواد غایطه خاسف میباشد. دردهای اپی گاستریک، اسهال شحمی و ضیاع وزن معمول میباشد.

با معاینه اکثراً ضخامه کبد دریافت شده و کیسه صفرا نسبت توضع تومور در قسمت علوی قنات صفراوی و یا قنات سیستک قابل جس نمیباشد.

مرض توسط MRCP، ERCP، PTC و Brush cytology (کمتر حساس است) و بیوپسی توسط سوزن تحت راهنمایی CT تثبیت و تشخیص می‌گردد.

تداوی

تومور به آهستگی نشوء 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.

References:

ماخذ:

- 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: APPLINGTON & 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
تومورهای پانکراس ۱۶۴

پانکریاتیت حاد ۱۵۶
پانکریاتیت مزمن ۱۶۲

اناتومی جراحی ۱۵۴
انومالی های ولادی پانکراس ۱۵۵

اناتومی جراحی

پانکراس یک عضو خلف پریتوانی بوده تقریباً ۸۵ گرم وزن دارد و ۱۲-۱۵ سانتی متر طول دارد و متشکل 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 اوعیه مساریقی علوی تمادی دارد بنام Uncinate process یاد میشود.

عنق پانکراس یک قسمت متضیق بوده که راس را با جسم پانکراس وصل ساخته و در قدام شروع ورید باب و منشه شریان مساریقی علوی از ابهر قرار دارد.

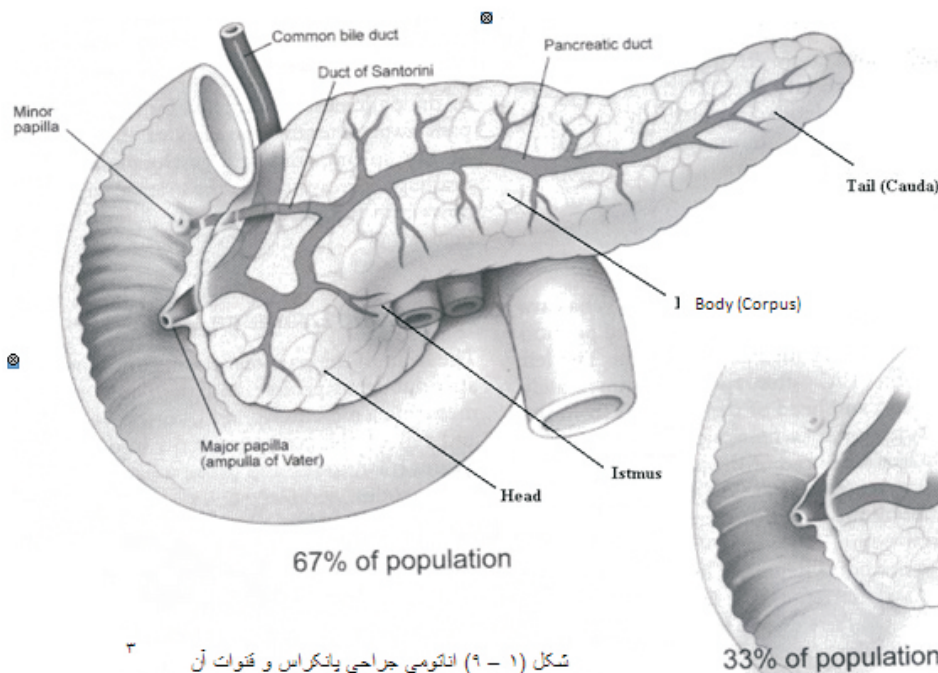
جسم پانکراس بطرف علوی وچپ سیر داشته و خط متوسط را عبور مینماید. زنب پانکراس در حذای رباط طحالی کلیوی بطرف قدام موقعیت داشته و با سویق طحال تماس دارد.

پانکراس در قدام با کولون مستعرض، اتصال مساریقه کولون مستعرض، ثرب صغیر و معده و در خلف با قنات صفراوی، ورید باب و طحال، ورید اجوف سفلی، ابهر، منشه شریان مساریقی علوی، عضله پسواس چپ، غده فوق الکلیه چپ کلیه چپ و سویق طحال مجاورت دارد.

قنات 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 بالاخره با قنات صفراوی در حذای امپول واتر در جدار خلفی انسی قطعه دوم اثنا عشر 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) آناتومی جراحی پانکراس و قنوات آن

ارواء پانکراس

۱- شراین: پانکراس توسط شراین طحالی و Pancreaticoduodenal

علوی و سفلی ارواء میگردد.

۲- دریناژوریدی: اورده آن

به ورید باب میریزد.

۳- لنف: به عقدات لنفاوی که

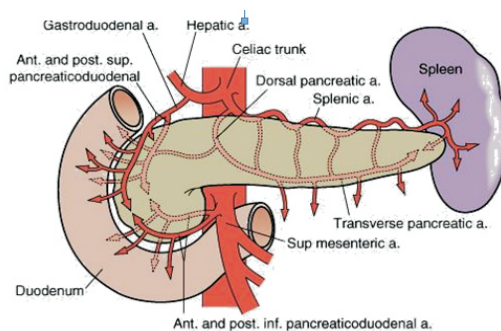
در امتداد شراین

پانکراسی قرار دارد

دریناژ شده واز آنجا به

عقدات celiac و

مساریقی علوی میریزد.



شکل (۲ - ۹) ارواء پانکراس

انومالی ولادی پانکراس

پانکراس به قسم دوجوانه ظهري و بطني (Ventral,Dorsal) از اثنا عشر ابتدائی انکشاف یافته جوانه بطني به خلف تدور کرده و بدین ترتیب اوعیه مساریقی علوی را احاطه مینماید و باعث تشکل راس پانکراس و قنات اساسی

Wirsung میگردد. که در اکثر وقایع بصورت مشترک با قنات صفراوی در حذای امپول واترباز میگردد. جوانه ظهري بزرگ، جسم وزنب پانکراس را ساخته و قنات آن، قنات اضافی Santorini را میسازد.

پانکراس حلقوی (Annular pancreas)

دوجوانه 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 ودرین انومالی یک نودول نسج پانکراس ممکن درمعدده، اثنا عشر یا ژیزونوم دریافت شود وباعث اعراض انسدادی ویا سوء هاضمه میشود.

پانکریاتیت حاد

Acute pancreatitis

پانکریاتیت حاد عبارت از التهاب حاد پانکراس بوده که با درد بطن و اکثراً همراه با ازدیاد انزایم های پانکراسی در خون یا ادرار تظاهر مینماید. این مرض یک سبب معمول دردهای حاد بطنی بوده و مرگ ومیر زیاد دارد.

اسباب

اکثر وقایع پانکریاتیت حاد همراه با سنگ های صفراوی ویا الکول بوده گرچه یک تعداد اسباب کمتر معمول مرض نیز شناخته شده است.

- سنگ های صفراوی: سنگ های صفراوی در انگلستان در نصف وقایع مشاهده شده چنانچه در مواد غایطه یک تعداد زیاد مریضان پانکریاتیت حاد سنگ های کوچک صفراوی را میتوان دریافت کرد.
- الکول: اکثر پانکریاتیت های که در عدم موجودیت سنگ های صفراوی بوجود میاید به الکول نسبت داده میشود و پانکریاتیت از باعث الکول بالخصوص در فرانسه وامریکا ی شمالی زیاد معمول بوده و همچنان الکول از جمله معمولترین اسباب پانکریاتیت مکرر ونکس کننده به شمار میرود که میخانیکیت آن واضح نبوده وممکن مرض به تعقیب نوشیدن زیاد و یا نزد معتادین مزمن الکول بوجود آید. سایر اسباب پانکریاتیت حاد که کمتر معمول اند عبارت اند از:

- بعد از عملیات : بالخصوص بعد از bypass قلبی ریوی و یا ترضیض پانکراس در اثنای آزاد نمودن اثنا عشر در عملیات گاستریکتومی قسمی و یا splenectomy .
- بعد از ERCP : بالخصوص در صورت اجرا Pancreatography با مشکلات در عبور کانول از papilla که باعث اذیما و انسداد ناحیه میگردد.
- کارسینومای پانکراس.
- انتانات: مانند - کله چرک (Mump)، Cytomegalovirus و یا انتان Cocksackie .
- ترضیض : بالخصوص ترضیض کند یا Crush injury
- ادویه جات مانند کورتیکواستروئید ها و Sodium valproate.
- Hypothermia
- Hypercalcaemia
- Hyperlipidaemia
- و عایی: پانکریاتیت ممکن در فرط فشار خون خبیث، امبولی کولسترول و Ployarteritis nodosa بوجود 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 حجروی قبل از افراز آن به قسم پرو انزایم محافظه میگردد. بطور مثال Trypsin به شکل Trypsinogen افراز شده و در امعاء توسط Enterokinase به Trypsin تبدیل میگردد. Trypsin به نوبه خود باعث شکستن Proenzym و فعال 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 محتوی اثناعشری پانکراسی یک فکتور مهم میباشد. ممکن در نتیجه ترضیض papilla در اثنای کانولیشن اندوسکوپیک، ترضیض و جراحی این ناحیه و یا ترضیض معصره در اثر عبور سنگ در تازه گی ها بوجود آید. از این رو است که پانکریاتیت و سنگ های صفاوی همیشه یکجا مشاهده می شود. همچنان محتوی اثنا عشر دارای Enterokinase بوده و در اثربازگشت بداخل قنات باعث فعال شدن پروانزایم های پانکراس میگردد که بصورت تجربوی

نیز Reflux اثناعشری باعث ایجاد پانکریاتیت شده است و ممکن یک فکتور معمول مرض باشد که یک تعداد اسباب دیگر را که قبلاً ذکر گردید تحت پوشش قرار دهد.

زمانیکه التهاب بوجود آمد در اثر ترومبوز ارتریول ها ممکن احتشای موضعی تأسیس نماید و بیشتر پروانزایم از حجرات نکروتیک خارج و فعال میگردد که با شروع این حادثه پانکریاتیت به سرعت پیش رفته و باعث هضم بنفسه وسیع که تنها محدود به پانکراس نمیشد میگردد.

با پیشرفت التهاب و هضم بنفسهی مواد نکروتیک مایع و اکزودات التهابی در جوف صغیر پریتون 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 پریتون نقاط سفید نکروز شحمی (Fat necrosis) مشاهده می شود که توسط لیپاز آزاد 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 متفیج 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 بخلف انتشار مینماید. مریض بخاطر تسکین درد خود را به قدام خم میکند. اق زدن متکرر معمول بوده و استفراغ مقدم و فراوان میباشد. مریض در شاک بوده نبض سریع و سیانوز (از باعث کولایس 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 ادیما رأس پانکراس و انسداد قسمی قنات کولیدوک دارند. چند روز بعد از حمله شدید مرض ممکن است تغییر رنگ آبی شکل در نواحی قطنی 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 انداز مرض اجراء شده و عبارتند از:

- سیروم امیلاز – پانکراس ماؤف باعث آزاد شدن امیلاز بداخل دوران شده که توسط کلیه ها اطراح 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. نادراً در حمله بسیار شدید مرض با تخریب وسیع پانکراس سویه امیلاز خون نارمل میباشد و قبل از تشخیص پانکریاتیت باید اسباب 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 بلوروبین – اکثراً 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 وقایع انداز مرض خراب است.
- Computed tomography (CT) – این معاینه پانکراس رابخوبی نشان داده و در صورتیکه امیلاز نارمل و تشخیص مشکوک باشد ممکن التهاب پانکراس را تأیید 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 اکثراً بصورت مستقیم کمک نتوانسته اما عدم موجودیت گاز آزاد و یا سویه گاز و مایع باعث تشخیص تفریقی مرض با تثقب قرحه پپتیک و انسداد های علوی امعاء میشود در بعضی وقایع یک عروه متوسع واحد قسمت علوی ژیزونوم ممکن در کلیشه رادیوگرافی مشاهده شود که بنام Sentinel loop sign یاد میشود و در اشکال مزمن مرض ممکن سنگ های رادیوایوپک پانکراس دریافت شود.

- التراسوند - این معاینه سنگ حویصل صفراء و توسع قنات صفراوی 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 تظاهرات 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 پریتون جذب و سویه آن در سیروم بلند میرود و بدین ترتیب یک تست خوب برای تشخیص است.

تشخیص تفریقی

حمله کمتر شدید پانکریاتیت شباهت به کولی سیستیت حاد داشته و حمله زیاد شدید مرض با شک، اکثراً با تنقب قرحه 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:
- انالجزیک - درد توسط Pethidine تسکین شده زیرا مورفین باعث اسپزم معصره Oddi میگردد.
- جبران ضایعات مایعات - توسط محلولات Colloid و خون به منظور تداوی شک و تأمین دیوریز، در اشکال کمتر شدید مرض تعویض مایعات و الکترولیت به تنهائی کافی میباشد.
- استراحت غده پانکراس - با دور نمودن منبهات افرازی غده که به این منظور به مریض از طریق دهن غذا و یا مایعات داده نشده و اسپریشن انفی معدوی در صورت استفراغ شروع میشود.
- تغذی - در اشکال شدید مرض تغذی بصورت تام از طریق Parenteral صورت گرفته و شواهدی که در صورت عدم موجودیت

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 صفراوی توصیه میشود.
- تداوی وقایوی به منظور جلوگیری از Erosion معده که توسط Sacralfate و یا Ranitidine صورت میگردد.
- Endoscopic sphincterotomy - اجراء این عملیه بصورت مقدم در اثنای بستر در پانکریاتیت از باعث سنگ صفراوی بالخصوص در اشکال شدید مفید میباشد.

همچنان قنات صفراوی اساسی متوسع در التراسوند یک استطباب Sphincterotomy عاجل است. مؤثریت تداوی دوائی به منظور تنقیص فعالیت انزایم های پانکراس توسط Aprotonin و یا تنقیص افرازات آن توسط Probanthine یا Atropine 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) دریناژ آبه و کیست کاذب استطباب دارد و در پانکریاتیت از باعث سنگ های صفراوی 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 آبه - 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 اکثراً در هفته دوم مشاهده شده و بشکل یک کتله ناحیه اپی گاستریت ظاهر میگردد.
- نزف معدی معائی - از باعث Erosion حاد معده و یا قرحه پپتیک
- عدم کفایه کلیه - که همراه با شک و نکروز پانکراس میباشد.
- عدم کفایه ریوی - قرحه حاد ریوی
- حملات بعدی (Relapsing pancreatitis)
- Diabetes mellitus - در نتیجه حمله شدید با نکروز پانکراس و یا Chronic relapsing pancreatitis بوجود میاید.

پانکریاتیت مزمن Chronic Pancreatitis

عبارت از یک آفت التهابی دوامدار پانکراس است که با تغییرات مورفولوژیک غیر قابل ارجاع غده پانکراس که باعث تولید درد و یا عدم کفایه وظیفوی دایمی میگردد وصفی میباشد.

اسباب

در دنیا غرب الکولیزم سبب عمده 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 مکرر بطن - که بطرف ناحیه قطنی 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 تفریقی آن از کارسینومای رأس پانکراس حتی در زمان عملیات مشکل است.

معاینات تشخیصیه

- سیروم امیلاز - که در اثنای حمله درد ممکن بلند باشد اما در شکل طولانی مرض نسبت باقیماندن یک تعداد کم نسج 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 متوسع و غیر منظم وقنات صفراوی را تحت فشار رأس پانکراس نشان دهد.
- Exocrine function tests - مانند تست Pancreolauryl که درین تست Fluorescein dilaurate خورده شده و توسط Esterase پانکراسی تجزیه و در نتیجه Fluorescein آزاد میگردد که بعد از

جذب در ادرار اطراح شده و غلظت این ماده در ادرار، فعالیت اکزوکراین پانکراس را نشان میدهد.

تداوی

تداوی اساسی پانکریاتیت مزمن از بین بردن عامل سببی مرض یعنی نوشیدن الکول میباشد و مریضان که مصاب پانکریاتیت اند باید از نوشیدن الکول پرهیز نمایند.

- انالجزیک - برای تسکین درد باید انالجزیک مشتقات مورفین توصیه شود لکن 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 مکرر 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 ایجاب نماید. نادراً Total pancreatectomy ضرورت میباشد که به تعقیب آن دیابت و اسهال شحمی تأسس مینماید.
- یرقان انسدادی بدون درد - که توسط عملیات Bypass یعنی Cholecystojejunostomy رفع میگردد.

کیست های پانکراس

تصنیف

کیست های پانکراس بدودسته 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 یا Cystadenocarcinoma

- ۲- کیست های کاذب یا Pseudocyst (%۸۰)
 کیست های کاذب پانکراس عبارت از تجمع مایع در جوف صغیر پیریتوان
 میباشد. و اسباب آن عبارت است از:
 - بعد از ترضیضات پانکراس
 - به تعقیب پانکریاتیت حاد
 - از باعث تنقب قرحات 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 معائی مملو از گاز در
 قدام آن با قرع Resonant بوده اما بعداً که جسامت کیست بزرگ گردید امعاء
 را به یک طرف تیله کرده و با جس Dull میگردد.

تداوی

کیست های حقیقی ایجاب مینماید تا توسط عملیه جراحی برداشته شود و کیست
 های کاذب دریناژ میشود این دریناژ میتواند داخلی (انستوموز کیست با معده و یا
 امعاء) و یا خارجی از طریق جلد تحت کنترل التراسوند باشد.

تومور های پانکراس

تصنیف

- تومور های سلیم
 ۱- ادینوما
 ۲- Cystadenoma
 ۳- Islet – cell tumour
 الف – Zollinger – Ellison tumour
 ب – Insulinoma (β -cell tumour)
 ج – Glucagonoma (α -cell tumour)
 تومور های خبیث
 ۱- تومور های خبیث ابتدائی
 الف – Adenocarcinoma
 ب – Cystadenocarcinoma
 ج – تومور خبیث حجات Islet

۲- تومور های خبیث ثانوی
مصائب شدن پانکراس توسط تومورهای معده یا قنات صفراوی

تومور های حجرات Islet یا Islet – cell tumours
این تومورها نادر اند اما نسبت تأثیرات میتابولیک خویش (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 APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation) بوجود آمده و از همین سبب بعضاً بنام APUD Omas یاد میشود و این تومورها نظر به نوع حجرات که از آن منشه میگردد یک تعداد Polypeptides افراز نموده که اینها هارمون های فعال بوده ووظایف شان شناخته نشده و اکثراً اضافه تر از یک پولی پپتید افراز میگردد جزیرات پانکراس حاوی یک تعداد زیاد حجرات بوده که از جمله حجرات α گلوکاگون، حجرات β انسولین و حجرات Delta (δ) که Somatostatin افراز مینماید بخوبی شناخته شده است، علاوه برآن حجرات Interacinar، پولی پپتاید پانکراسی (F-cells) و serotonin (حجرات enterochromaffin) تولید مینماید. همچنان حجرات Islet ممکن هارمونی را افراز نماید که در حالت نارمل در پانکراس دریافت نشود مانند گاسترین (gastrinoma) Vasoactive polypeptide (vipoma) و هارمون Adrenocorticotrophic (ACTH) (کوشنگ سندروم)

تومور های حجرات Islet ممکن مترافق با دیگر تومورهای اندوکراین در سایر نواحی بدن به شکل یک قسمت از Multiple endocrine neoplasia (MEN) سندروم مشاهده شود که اکثراً قسمت قدامی غده نخامیه و پاراتایرید را مصاب میسازد.

انسولینوما (β - cell tumour)

۹۰٪ این تومورها سلیم و ۱۰٪ شان خبیث میباشد. نزد این مریضان نسبت افراز زیاد انسولین ممکن دوگروپ اعراض هایپوگلاسیمیک مشاهده شود:

۱- تظاهرات سیستم عصبی مرکزی – که عبارتند از ضعفی، عرق لرزش، اختلال شعور، hemiplegia و بالاخره کوما که ممکن کشنده باشد.

۲- تظاهرات معدی معائی – که عبارت از گرسنگی، درد بطن و اسهال می باشد این اعراض خصوصاً زمانیکه مریض گرسنه باشد یا در اثنای تمرین فیزیکی ظاهر شده واکثراً صبح وقت قبل از ناشتا مشاهده میشود و باگرفتن غذا رفع میگردد اکثراً اشتهای فوق العاده با گرفتن وزن زیاد موجود می باشد.

تشخیص: Whipple's triad

وصف عمده تشخیصیه این سندروم عبارتند از –

- حمله مرض در اثر گرسنگی یا تمرین بوجود میاید.
 - در اثنای حمله مرض hypoglycemia موجود می باشد.
 - 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 الکول و عدم کفایه غده فوق الکلیه، نخامیه و کبدی می باشد.

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 صورتیکه انسولین خارجی تطبیق شده باشد پائین می باشد.
- تست توضع (Localization test) شامل CT، MR و انژیوگرافی انتخابی می باشد. نادراً توضع تا زمان لپراتومی تشخیص نمیگردد و حتی بعد از آن نیز ممکن مشکل باشد.

تداوی

برداشتن تومور می باشد.

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 ۱/۴ آنها قسمتی از MEN سندروم می باشد. 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 بالاخره میتاستاز کبدی بوجود میاید. گاسترینوما باعث افراز یک ماده شبیه گاسترین در خون شده که سبب افراز

فوق العاده زیاد HCl معدوی می‌گردد. و نزد بسیاری مریضان، التهاب مری (Oesophagitis) از باعث افراز زیاد اسید و اسهال (سبب آن تا هنوز بصورت درست معلوم نبوده) بوجود می‌آید. در اکثریت وقایع قرحات پپتیک بسیار شدید با نزف و تثقب و قرحات متعدد اثناعشر مشاهده می‌شود و اعراض بعد از توقف تداوی طبی عود مینماید.

معاینات تشخیصیه

- غلظت گاسترین سیروم در خون ده چند نارمل می‌باشد.
- Basal acid output که توسط اسپریشن انفی معدی اندازه گیری می‌شود بسیار بلند است (بالتر از 15mmol/L)
- Localization – مانند انسولینوما می‌باشد.

تداوی

تداوی مرض عبارت از برداشتن تومور بوده و در صورت عدم امکان افراز زیاد اسید توسط Proton pump inhibitors (Omeprazole) و یا دوزهای بلند Histamine H₂-receptors antagonists (Cimetidine یا Ranitidine) کنترل می‌گردد. تداوی عصری ضد اسید، تداوی جراحی مرض را که Total gastrectomy می‌باشد تا اندازه زیاد تعویض نموده است.

کارسینومای پانکراس

پتولوژی

۶۰٪ این تومورها در حذای رأس، ۲۵٪ در جسم و ۱۵٪ در زنب پانکراس توزیع مینمایند.

۱/۳ تومورهای رأس پانکراس Peri-ampullary بوده که از امپول واتر مخاط اثناعشر و یا از نهایت سفلی قنات صفراوی اساسی منشه می‌گیرد. شیوع مرض در انگلستان و ویلز ۱۲ نفر در ۱۰۰،۰۰۰ نفوس می‌باشد. مرد و زن مساویانه به مرض مصاب شده و مرض سن‌های متوسط و اشخاص پیر را مصاب می‌سازد و قوعات مرض روبه افزایش بوده بالخصوص در ایالات متحده امریکا که نظر به کارسینوما معده زیاد تر سبب مرگ می‌گردد مرض در اشخاص معتاد به سگرت زیادتر شیوع دارد. از نظر ماکروسکوپی تومور ارتشاحی (Infiltrating) سخت و غیر منظم می‌باشد.

- از نظر میکروسکوپی یک تومور به انواع ذیل می باشد:
- ادینوکارسینوما افراز کننده مخاط (منشه قناتی دارد) که زیاد معمول است.
 - کارسینومای حجرات acinar (منشه acinar دارد) غیر افرازی مخاط
 - تومور غیر قابل تفریق (Undifferentiated)
 - Cystadenocarcinoma که نادر بوده واکثراً 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 دوطرفه طرف سفلی میگردد.
- ۲- انتشار لنفاوی - به عقدات لنفاوی مجاور و عقدات سوپک کبدی
- ۳- انتشار دمو - به کبد و از آنجا به ریه انتشار مینماید.
- ۴- Transcoelomic - تومور در پیریتوان غرس و باعث حبن میگردد.

تظاهرات سریری

- کارسینومای پانکراس میتواند به اشکال مختلف تظاهر نماید:
- یرقان روبه ازدیاد بدون درد - از تظاهرات کلاسیک مرض بوده لاکن این شکل مرض بصورت نسبی غیر معمول میباشد و زیادتیر 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 قطنی علوی انتشار کرده و درد اکثراً قبل از یرقان منقطع بوجود میاید.
 - یرقان متناوب - یرقان اکثراً روبه ازدیاد بوده لاکن میتواند در اثر نکروز تومور به شکل مؤقتی کاهش ویا حتی از بین رود.
 - دیابیت - ظهور گلوکوز در ادرار یک شخص مسن که تازه مشاهده شده ممکن از باعث تومور پانکراس باشد.
 - Thrombophlebitis migrans (Trousseau's sign) که پتورنی آن معلوم نمیشد.

- تظاهرات عمومی امراض خبیثه - بی اشتهای و بالخصوص ضیاع وزن میباشد.

معاینه مریض

مریضان اکثراً یرقانی بوده و ۵۰٪ شان حویصل صفراوی قابل جس دارند (Courvoisier's law) در صورتیکه تومور بزرگ باشد ممکن کتله در ناحیه اپی گاستریک جس شود کبد اکثراً ضخاموی بوده که ممکن علت آن احتباس صفرا از باعث انسداد صفراوی و یا میتاستاز کبدی باشد.

معاینات تشخیصیه

- التراسوند - ممکن توسع قنات صفراوی و حویصل صفراء متوسع را نشان دهد لکن برای مشاهده کافی پانکراس باید زیاد متکی به این معاینه نبود.
- CT - ممکن کتله تومورال را نشان داده و Fine needle biopsy را آسان میسازد.
- اندوسکوپی - تومور Peri-ampullary را نشان داده و بیوپسی گرفته میشود.
- MRCP و ERCP انسداد را در قنات صفراوی نشان میدهد.
- Barium swallow - ممکن توسع چوکات اثنا عشر و نقص امتلا یا غیر منظم شدن اثنا عشر را از باعث اشغال شدن توسط تومور نشان دهد.
- خون مخفی (Ocult blood) - ممکن در مواد غایطه موجود باشد بالخصوص که تومور periampullary در اثنا عشر تفرح نموده باشد. مواد غایطه در صورت موجودیت یرقان خاسف بوده و ممکن منظره silver را از باعث نزف تومور periamullary داشته باشد. (The silvery stool of Ogilvie)
- سیروم امیلاز نادراً بلند میشود.
- آنالیز بیوشمیک تغیرات یرقان احتباسی را تثبیت و تأئید مینماید. (بلوروبین و الکالین فاسفتاز بلند)

تشخیص تفریقی

مرض باید از اسباب دیگر یرقان انسدادی و درد های علوی بطن تشخیص تفریقی شود. بخاطر 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 تومورهای رأس پانکراس که با یرقان انسدادی و انسداد اثناعشر مراجعه مینمایند قابل تطبیق میباشد. ریزکشن معالجوی نادراً امکان داشته در غیر آن تسکین مریض یک تداوی بسیار مناسب است.

ریزکشن معالجوی جراحی (Curative surgical resection) – در صورتیکه تومور محدود به ناحیه periampullary باشد امکان داشته و عملیات (Whipple's pancreaticoduodenectomy) که در آن اثناعشر همراه با رأس پانکراس، قنات صفراوی اساسی برداشته شده و gastroenterostomy و دریناز صفراوی با استفاده از یک Roux loop ژیزونوم و غرس قنات پانکراس در عروه ژیزونوم اجراء میشود. گرچه اکثر این تومورها غیرقابل عملیات اند و آنهاییکه قابل عملیات میباشند انذار خراب دارند.

Palliative surgical bypass – عبارت از Choledochojejunostomy همراه با gastroenterostomy در صورت انسداد اثناعشر میباشد.

Palliative intubation – که stent در ناحیه متضیق قنات صفراوی به کمک ERCP و یا PTC گذاشته میشود.

درد شدید ممکن توسط رادیوتراپی تسکین شود لکن 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٪ وفيات داشته و یک فیصدی کم مریضان برای پنج سال زنده میمانند. تومورهای periampullary که بصورت مقدم مراجعه مینمایند بعد از ریزکشن انذار نسبتاً خوب داشته و ۲۵٪ شان برای پنج سال عمر میکنند.

نادراً مریضان بعد از عملیات Palliative bypass بطور تعجب آور برای مدت زیاد زنده مانده که در اینصورت تشخیص به گمان اغلب پانکریاتیت مزمن بعوض کارسینوما میباشد.

References:**ماخذ:**

- 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: APPLINGTON & 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 Brunicaide, Dana K. Anderson et al, editors
Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA:
McGRAW-HILL; 2006. P. 845 – 78

فصل دهم طحال

آناتومی جراحی ۱۷۳
ضخامه طحال ۱۷۴

برداشتن طحال (سپلینکتومی) ۱۷۵

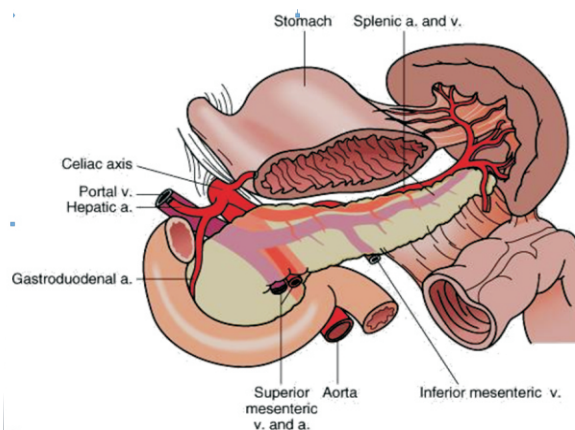
تمزق طحال ۱۷۶

آناتومی جراحی موقعیت

طحال در قسمت خلفی هایپوکاندر چپ بین غور معده و حجاب حاجز در خط ضلع دهم قرار دارد. طحال توسط پریتون پوشیده شده و در حذای سوپیک طحالی آنرا عبور و به نام Gastrosplenic omentum به انحنای کبیر معده میرسد و حاوی اوعیه معدوی کوچک و Gastroepiploic میباشد. همچنان پریتون به طرف کلیه چپ عبور کرده و Lig. lienorenal را میسازد که حاوی اوعیه طحالی و زنب 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.

شراین

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 سوپیک طحالی میگردد



شکل (۱ - ۱۰) آناتومی طحال^۸

ضخامه طحال (Splenomegaly)

علائم فیزیکی

براینکه طحال از نظرسریری قابل جس شود باید سه مرتبه بزرگ تر از حالت طبیعی باشد. در این حالت طحال یک کتله متورم را میسازد که از حافه ضلعی 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 ضلعی 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 اکثراً اعراض انسداد معده نیز موجود بوده که بدین ترتیب در تعیین توضع آفت کمک میکند.
- ۳- ضخامه فص چپ کبد

تصنيف

ضخامه طحال را میتوان از نظر اسباب قرار ذیل تصنیف کرد:

۱- انتانات

- الف - وایرس ها - Glandular fever
- ب - باکتری ها - Typhoid، Typhus، Septicaemia (Septic spleen)
- ج - پروتوزوایی - ملاریا، Egyptian splenomegaly (schistosomiasis)
- د - پرازیتیک - هیذاتید
- ۲- امراض خون

الف - Chronic lymphocytic و Chronic myeloid - leukaemia

ب - لمفوما - مرض هوجکن، Non Hodgkin's lymphoma

ج - Idiopathic thrombocytopenia myelofibrosis، Polycythaemia Rubra Vera

د - Haemolytic Anaemia مانند β -Thalassaemia، Spherocytosis

۳- فرط فشار باب

۴- امراض میتابولیک و کولاژن

الف - Amyloid - به شکل ثانوی در التهاب مفصلی روماتوئید، امراض کولاژن و انتانات مزمن.

ب - Storage disease مانند Niemann- pick، Gaucher disease

۵- کیست ها، آبسه ها و تومور طحال، که اینها همه نادراند.
درکشور انگلستان ضخامه شدید و کتلوی طحال ناشی از امراضی از قبیل Myeloid، Leukemia، مزمن، myelofibrosis، lymphoma، polycythaemia و یا فرط فشار باب میباشد.
هر گاه طحال قابل جس باشد توجه خاص در دریافت ضخامه کبد و لنف ادینوپاتی نیز مبذول گردد.

برداشتن طحال (Splenectomy)

Splenectomy در حالات ذیل استطبیب دارد:

- ۱- تمزق طحال - در اثر ترصیضات باز و بسته و یا ماوف شدن طحال در اثنای جراحی به صورت تصادفی.
- ۲- امراض خون-مانند کمخونی هیمولیتیک و Thrombocytopenic purpura
- ۳- تومور و کیست های طحال.
- ۴- به قسم یک جزء بعضی عملیات های دیگر جراحی مانند برداشتن جذری کارسینومای معده، انستوموزطحالی کلیوی در فرط فشار باب و Distal pancreatectomy.

اختلالات Splenectomy

- توسع معده (Gastric dilatation) ازباعت ileus معده به تعقیب Splenectomy و هوای بلع شده به وجود آمده که میتواند در اثر فشار باعث باز شدن او عیه های لیگاتور شده انحنی کبیر معده شود و این اختلاط با تطبیق سند انفی معدوی و اسپریشن معده تداوی میگردد.
- Thrombocytosis - بعد از Splenectomy تعداد صفیحات دمویه بلند رفته و خطر بوجود آمدن ترومبوز آورده عمیق و امبولی ریوی موجود میباشد. و به شکل وقایوی باید Aspirin داده شود

انتان بعد از Splenectomy

یکی از وظایف طحال پاک سازی دوران خون از میکرواورگانیزم ها (Meningococcus، pneumococcus و Haemophilus Influezae) بعد از آماده شدن آنها برای فاگوسیتوز در اثر اتحاد انتی بادی میزبان در سطح میکرواورگانیزم به حیث یک جز عکس العمل معافیت نارمل میباشد. همچنان طحال یک خاصیت مهم فاگوسایتوتیک را دارد و علاوه بر بزرگترین منبع نسج لنفاوی در بدن میباشد.

برداشتن طحال، مریض بالخصوص طفل را برای مصاب شدن به انتانات مانند pneumococcus مساعد میسازد و سیر کلینیکی یک انتان شدید باکتریائی با شکاک و کولایس دورانی میباشد که به نام Overwhelming post Splenectomy sepsis (OPSS) یاد میشود. برای ایجاد معافیت و قایوی مقابل انتانات فوق باید در صورت امکان قبل از عملیات واکسین تطبیق شود. علاوه بر این اطفال الی رسیدن به سن بلوغ penicillin به دوز کم روزانه و کاهش برای مدت یک سال بعد از splenectomy به شکل و قایوی بگیرند. و در صورت پائین بودن معافیت ادویه فوق را برای مدت طولانی اخذ نمایند.

تمزق طحال Ruptured Spleen

تمزق طحال یکی از شایع ترین جروحات داخل بطنی است که در نتیجه ترسیمیضات غیر نافذ جدار بطن بوجود میاید. تمزق طحال اکثراً به تنهایی مشاهده شده لاکن میتواند با کسور اضلاع، تمزق کبد، کلیه چپ، حجاب حاجزو یا زنب پانکراس مترافق باشد.

تظاهرات سریری

تمزق طحال چهار نوع لوحه سریری را بار میاورد:

- ۱- نزف کتلوی با مرگ آنی از باعث شکاک - 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 نادراً مشاهده میشود.
 - ۲- Peritonism از باعث ضیاع خون روبه ازدیاد. به تعقیب اعراض و علایم ضیاع خون روبه ازدیاد همراه با شواهد تخریش پریتنوی موجود بوده و مریض در ظرف چند ساعت بعد از تصادم زیاد خاسف شده نبض سریع و فشار خون سقوط میکند. و درد بطنی منتشر و یا موضعی در flank چپ موجود میباشد. مریض از درد های راجعه به شانه چپ شاکی بوده و یا اینکه 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 اینکه guarding خفیف در ناحیه flank چپ دریافت شود. کبودی جدار بطن اکثراً موجود نبوده و یا اینکه صرف خفیف میباشد.

- ۳- تمزق مؤخر که ممکن چند ساعت تا چند روز بعد از ترصیض مشاهده شود در این شکل به تعقیب ترصیض 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 بالاخره بعد از تمزق کپسول نازک پریتهائی نرف آنی و شدید به وجود می آید.
- ۴- تمزق بنفسه - طحال مرضی از باعث ملاریا، تب Glandular leukaemia و غیره ممکن بعد از ترصیض جزئی و خفیف به تمزق معروض شود.

معاینات تشخیصیه

- تشخیص تمزق طحال توسط معاینه سریری صورت گرفته و در صورت مواجه شدن به نرف کتلوی جراح باید فوراً لپراتومی اجراء نماید. و در حالات کمتر حاد، اجراء معاینات ذیل مفید می باشد:
- رادیوگرافی صدر- ممکن کسور اضلاع، تمزق حجاب حاجز و یا جرحه ریه چپ را به صورت مترافق نشان دهد.
 - رادیوگرافی بطن- حباب های هوایی معده ممکن به طرف راست بیجا و خیال گاز آن دنداندار شود زاویه طحالی کولون در صورت داشتن گاز توسط 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 ترصیضی 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 اجراء شده هرگاه طحال پارچه و متلاشی و از حذای سویق جدا شده باشد ایجاب 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 هموستاتیک قابل رشف حفظ شود. و بعد از کنترول نرف، تفتیش دقیق برای دریافت آفات سایر احشای بطنی اجراء گردد.

References:**ماخذ:**

- 1- Adrian E. Park and Rodrick Mc Kinlay. Spleen. In: F. Charles Brunnicarde, 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: APPLINGTON & 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. Fabian. 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, ABDOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 453 – 76

فصل یازدهم پریتوان Peritoneum

اناتومی جراحی ۱۷۹

اسباب مخصوص پریتونیت ۱۸۳

پریتونیت مزمن ۱۸۸

پریتونیت حاد عمومی یا منتشر ۱۸۰

پریتونیت حاد موضعی ۱۸۵

اناتومی جراحی

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 مؤلفه 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 درکاهل) 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 چسپناک به رنگ زرد خاسف حاوی لمفوسید و پولی مورف افراز 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 ذفیر در جذب شعریه ها کمک کرده و افرازات به صورت دوام دار به علوی سیر مینماید تجربه نشان داده که مواد کوچک رنگه 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 می یابد .
غشای پریتوان تحت قانون آزموتیک میتواند یک مقدار زیاد مایع را جذب و افراز 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 میاید.

پریتونیت از نظر جراحی به دودسته تقسیم شده است:

۱- پریتونیت حاد (Acute Peritonitis) - که میتواند عمومی ویا موضعی باشد.

۲- پریتونیت مزمن (Chronic Peritonitis)

پریتونیت حاد عمومی یا منتشر (Acute Diffused Peritonitis)

این نوع پریتونیت نظربه همه انواع دیگر زیاد مشاهده شده واعراض وعلائم سریری آن متباز ترمیباشد واگر به زودی تداوی نشود کشنده بوده وتداوی آن در اکثر موارد مداخله جراحی مییابد.

اسباب

باکتری ها ممکن از چهار طریق ذیل د اخل جوف پریتوان شوند:

۱- از خارج در اثر جروح نافذه، انتان لپراتومی و دیالیز پریتوانی.

۲- از احشای داخل بطنی:

الف- گانگرین یکی از احشا مانند اپاندیسیت حاد، کولی سیستیت حاد دیورتیکولیت ویا احتشای امعاء.

ب- تثقب یکی از احشا مانند تثقب قرحه اثنا عشر، تثقب اپاندکس و تمزق امعاء در اثر ترضیض.

ج - چلیدن کوک های تفمی امعاء به تعقیب عملیات های جراحی.

۳- از طریق دموی به تعقیب (pneumococcal) septicaemia

(streptococcal و staphylococcal) که بصورت غلط اصطلاح

پریتونیت ابتدائی (primary peritonitis) به آن داده شده زیرا در حقیقت

این نوع پریتونیت نیز ثانوی بوده وبه تعقیب یک منبع ابتدائی انتان بوجود

میاید.

۴- از طریق مجرای تناسلی خانم ها به تعقیب سلفانژیت حاد و یا انتان نفاسی.
باید گفت که درکاهلان ۳۰٪ وقایع پریتونیت از باعث اختلالات بعد از عملیات، ۲۰٪ از باعث اپاندیسیت حاد و ۲۰٪ از باعث تنقب قرحه پپتیک بوجود میاید.

پتالوژی

پریتونیت بامنشه معایی اکثراً یک فلورای مختلط غایبی (E.coli streptococcus faecalis، pseudomonas، klebsiella و proteus توأم با anaerobic، clostridium و bacteroides) نشان میدهد.
انتانات نسائی ممکن gonococcal، chlamydial و streptococcal باشند.
پریتونیت با منشه دموی ممکن streptococcal، pneumococcal و staphylococcal یا Tuberculous باشد.
دردختران جوان انتان نسائی نادر از باعث pneumococcus میباشد.
تاثیرات پتالوژیک پریتونیت عبارت انداز:

- ۱- جذب زیادتوکسین از سطح بزرگ پریتون التهابی.
- ۲- انسداد فلجی توأم با پریتونیت که باعث حوادث ذیل میگردد:
 - الف - ضیاع مایعات.
 - ب - ضیاع الکترو لایت ها.
 - ج - ضیاع پروتین ها.
- ۳- توسع وانتفاخ زیاد بطن با بلند رفتن حجاب حاجز که باعث تولید کولاپس ریه و pneumonia شده میتواند.

تظاهرات سریری

پریتونیت همیشه بصورت ثانوی از باعث یک تعداد امراض دیگر (اپاندیسیت حاد، تنقب قرحه پپتیک و غیره) که از خود تظاهرات سریری مشخص دارند بوجود آمده با وجود آنهم زمانیکه پریتونیت تأسس نمود نزد مریض درد شدید بطن بوجود میاید چون درد با حرکت تشدید میگردد بناً مریض میخواهد دراز بکشد تخریش حجاب حاجز باعث انتشار درد به شانه ها میگردد. دلبدی واستفراغ موجود بوده درجه حرارت بلند و نبض روبه ازدیاد 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 غایبی، 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 را نشان میدهد.
- سیروم امیلاز - در تشخیص تفریقی مرض از پانکریاتیت حاد کمک میکند.
- رادیوگرافی صدر - ممکن گاز آزاد را در وقایع تنقب احشای 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 (تنقب قرحه پپتیک) ویا اسباب دیگر پریتونیت را نشان دهد.
- CT در تشخیص گاز آزاد یک معاینه فوق العاده ارزشمند بوده و اکثراً سبب پریتونیت را وضع مینماید.

تشخیص تفریقی

مرض باید از انسداد امعاء، کولیک های حالبی و صفراوی، که مریض در همه این امراض نارام میباشد تشخیص تفریقی شود. Basal pneumonia، احتشای میوکارد، نزف داخل پریتوانی، لیکاز انوریزم ابهر امراضی دیگری اند که اکثراً با پریتونیت مغالطه میشوند.

اساسات تداوی

در این جا 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 مشتقات مورفین 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 انسستیزی.
- ۳- جبران مایعات و الکترولایت ها از طریق وریدی و تطبیق خون یا تعویض کننده های آن در صورت موجودیت شاک.

۴- تداوی باانتی بیوتیک ها - به منظور مجادله مقابل انتانات معائی توسط انتی بیوتیک های وسیع التأثيرمانند Penicillin و Gentamycin یا Cephalosporin توأم با Metronidazole. لکن تداوی باتعین حساسیت انتان رهنمائی میگردد.

۵- جراحی - به منظور برداشتن یا ترمیم منشه مرض (اپاندیسیت گانگرینوز متقوبه ویا تثقب قرحه) استطباب دارد که دراینصورت بطن باز وبعد از تداوی عامل سببی پریتونیت، جوف پریتوان چندین بار باسیروم فیزیولوژیک شسته شده واکثراً 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 کتیتز دیالیز ویا تثقب احشا میباشند که در چنین وقایع فلورا عموماً مخلوطی از اورگانیزم های کولونی میباشند. تشخیص توسط موجودیت درد بطنی و آمدن مایع چرکین از طریق سیت دیالیز وضع میگردد که انتان واحد توسط انتی بیوتیک داخل وریدی وداخل پریتوانی تداوی شده درحالیکه میکرواورگانیزم های متعدد دلالت به تثقب امعاء کرده و برعلاوه انتی بیوتیک ایجاب لپراتومی را مینماید .

پریتونیت باکتریائی غیراختصاصی

مریضان مصاب سیروزکبد وحبین یک وسط غنی ازپروتین برای کلچر اورگانیزم ها داشته وعلاوتاً نسبت مریضی معافیت پائین دارند که انتان از طریق دموی به ناحیه رسیده وتوسط tap بطنی تشخیص وبا انتی بیوتیک های وریدی تداوی میشوند.

پریتونیت پنوموکوکی

بصورت ثانوی از باعث septicaemia مترافق با انتان ریوی پنوموکوک ویا از باعث انتان صاعده از مهبل در دختران ۴ - ۱۰ ساله که در حال حاضر نادر است بوجودمیاید از نظرسریری نزد مریض پریتونیت بصورت آنی شروع ومترافق با توکسیمیا شدید وتب میباشد وتعداد لوکوسیت ها از ۲۰۰۰۰ درملی مترمکعب تجاوزمینماید .

تداوی

اکثراً لپراتومی به گمان اپاندیسیت حاد اجرا شده و مایع شفاف و یا مکرر که حاوی صفحات فبرین میباشد دریافت شده و در سلاید چرک مذکور پونوموکوک گرام مثبت که بصورت جوهره قرار دارند مشاهده 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 و یا erysipelas بوجود میاید.

پریتونیت ستافیلوکوکی

این شکل بسیار به ندرت به تعقیب septicaemia ستافیلوکوکی بوجود آمده و اکثراً باعث تولید آبی های داخل بطنی و یا محیط کلیوی میگردد.

پریتونیت صفراوی

این نوع پریتونیت در نتیجه عوامل ذیل بوجود میاید :

- تمزق ترضیضی حویصل صفرا و یا قنوات صفراوی از باعث جروحات باز و بسته و یا ماؤف شدن در اثنای بیوپسی کبد و یا کولانژیوگرافی از طریق جلدی.
- فرار و لیکاز صفرا از کبد، حویصل صفرا و یا قنوات صفراوی به تعقیب عملیات های طرق صفراوی .
- تنقب حویصل صفراوی التهابی حاد.
- اکزودات صفرا از یک حویصل صفراوی گانگرینی بدون تنقب.
- تنقب بنفسه حویصل صفرا.
- ایدیوپاتیک - نادر بوده لاکن به خوبی شناخته شده که در چنین واقع پریتونیت صفراوی بدون سبب واضح بوجود میاید ممکن سبب آن تنقب کوچک از باعث سنگ باشد که بعداً بسته شده است.

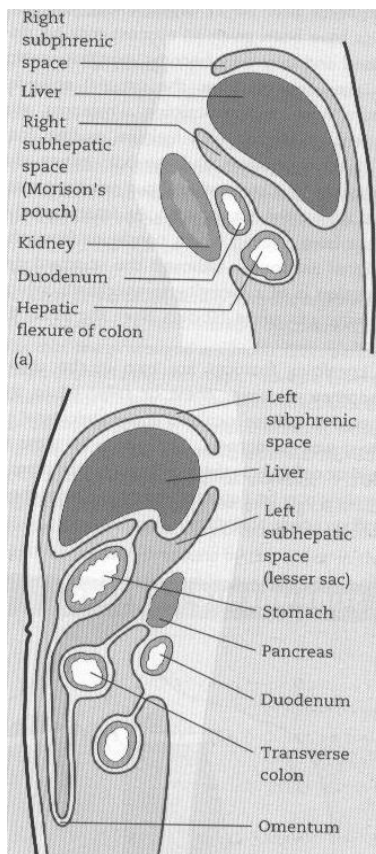
پریتونیت صفراوی نادراً از باعث کولی سیستیت حاد بوجود میاید زیرا برخلاف اپاندکس که در اثر التهاب گانگرین میکند حویصل صفراوی التهابی دارای جدار ضخیم بوده و توسط التصاقات احاطه شده و علاوتاً اروای خوبتر نسبت به اپاندکس دارد.

این مریضان با تمام تظاهرات پریتونیت منتشر مراجعه کرده و باید به منظور تداوی عامل سببی لپراتومی اجرا شود که در حدود ۵۰٪ وفيات دارد و وفيات مانند سایر پریتونیت ها در اشخاص پیرومراجعه مؤخر بیشتر میباشد.

پریتونیت حاد موضعی Acute Localised Peritonitis

در این نوع پریتونیت التهاب در تمام جوف پریتون منتشر نبوده بلکه در یک ناحیه بطن موضعی می باشد مثلاً آبسی های تحت حجاب حاجزی و تحت کبدی آبسی appendicular و آبسی های حوصلی. که در این حالت احشای بطنی آبسی را احاطه کرده و التهاب را موضعی میسازد.

آبسی های Sub phrenic انatomی



شکل (۱ - ۱۱) اناتومی 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 می گردد فضای تحت حجاب حاجزی راست و چپ بین حجاب حاجز و کبد قرار داشته که توسط لیگامنت falciform کبد از هم جدا می گردد. فضای تحت کبدی راست و چپ در تحت کبد قرار داشته که راست آن جوف Morison و چپ آن جوف صغیرپریتون را ساخته و باهم توسط Foramen Winslow ارتباط دارند. فضای خارج پریطوانی راست در بین دو ناحیه برهنه کبد و حجاب حاجز قرار دارد. تقریباً ۲/۳ آبسی های subphrenic به طرف راست به وجود آمده و نادراً دوطرفه می باشد.

اسباب

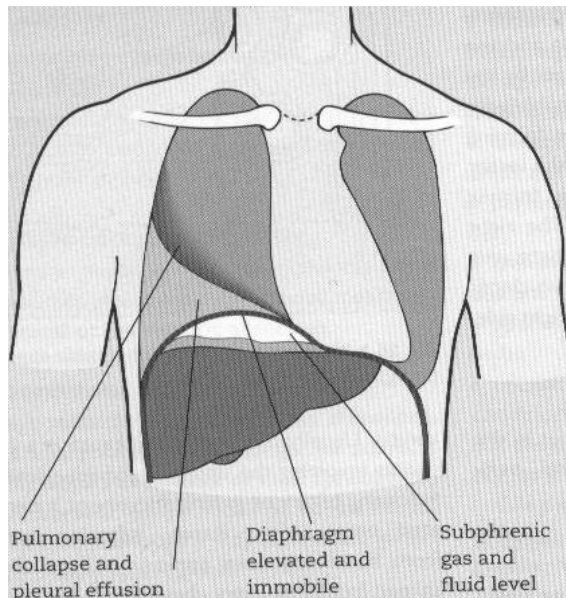
آبسی های تحت کبدی و تحت حجاب حاجزی ممکن به تعقیب پریتونیت عمومی به وجود آید و سبب اصلی مرض اکثراً پریتونیت قسمت های علوی بطن، لیکاز عملیات های طرق صفراوی و معدوی و یا تنقب قرحه معده می باشد. نادراً انتان از طریق دموی و یا انتشار مستقیم از آفات ابتدائی صدر مانند empyema بوجود می آید.

تظاهرات سریری

این آرسی ها اکثراً ۱۰-۲۱ روز بعد از عملیات پریتونیت عمومی به وجود آمده و در صورت که مریض انتی بیوتیک اخذ نماید ممکن آرسی 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 کولاپس 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 رفتن حجاب حاجز در طرف مؤف.
ب - انصباب پلورائی ویا کولپس قاعده ریه.
ج - سوبه گاز و مایع در تحت حجاب حاجز.
- التراسوند ممکن تنقیص ویا عدم موجودیت حرکات حجاب حاجز را با آرسی sub phrenic نشان دهد.

- CT آرسی و سایر تجمع قیحی داخل جوف بطن را نشان میدهد.

شکل (۲-۱۱) خیال رادیولوژیک آرسه Sub phrenic راست^۱

تداوی

در صفحه مقدم مرض که گاز و مایع آزاد در کلیشه رادیوگرافی مشاهده نشود نزد مریض تداوی با انتی بیوتیک های وسیع التأثير شروع شده که در صورت جواب سریع با این تداوی دلالت به سیلولیت sub phrenic می نماید. در صورتیکه از نظر سریری و رادیوگرافی آ بسی موضعی تشخیص گردد و یا با شیموترایی رشف نگردد آ بسه از طریق جلدی تحت رهنمائی التراسوند و یا CT دریناژ گردد هرگاه این تداوی نتیجه ندهد و یا آ بسی چند جوفی باشد دریناژ جراحی اجرا میگردد. که نظر به توضع آ بسی 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 میگردد.

آ بسی حوصلی

آ بسی حوصلی ممکن به تعقیب هر پریتونیت عمومی به وجود آید لکن معمولاً بعد از اپاندیسیت حاد (۷۵%) و یا انتانات نسائی مشاهده میشود این آ بسی در مردها بین رکتوم و مثانه و در خانم ها بین رحم و رکتوم (جوف دوگلاس) به وجود می آید. اگر آ بسه بدون تداوی گذاشته شود ممکن در رکتوم و یا مهبل باز گردد و یا به جدار بطن راه پیدا کرد بالخصوص اگر جرحه عملیاتی سابقه موجود باشد. نادراً آ بسی به داخل جوف پریتوان باز میگردد.

تظاهرات سریری

تظاهرات عمومی عبارت اند از تب نوسانی، توکسیمیا، ضیاع وزن با لوکوسیتوزس. تظاهرات موضعی عبارت اند از اسهال، دفع مخاط از طریق رکتوم، موجودیت یک کتله که با معاینه معقدی یا مهیلی جس میگردد و بعضاً آنقدر بزرگ میباشد که از طریق بطن نیز جس شده میتواند.

تداوی

سیلولیت حوصلی در مرحله مقدم ممکن مقابل یک دوره شیموترایی به سرعت جواب دهد لکن بعضاً تداوی طولانی با انتی بیوتیک در صورت عدم رشف انتان ممکن با عث ایجاد یک کتله التهابی مزمن با اجواف آ بسه های کوچک در حوصله شود بنابراین بهتراست زمانیکه آ بسی در حوصله بوجود آمد انتی بیوتیک قطع و انتظار کشیده شود تا آ بسی در مهبل و یا رکتوم 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 رکت آبی تمزق و از طریق جدار رکت 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 وقوعات بعد از توبرکلوز ریوی مقام دوم را دارد.

پریتونیت توبرکلوزیک

باید گفت که پریتونیت توبرکلوزیک همیشه به شکل ثانوی از با عث 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 انکشاف و آنهاییکه از باعث تداوی و یا امراض مثلاً (AIDS) معافیت پائین دارند مشاهده میشود.

منبع انتان

- ۱- از عقده لنفاوی توبرکلوزیک مساریقی
- ۲- از توبرکلوز ناحیه الیوسیکل
- 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 پریتون توسط tubercle ها مزین شده وجوف پریتون توسط یک مایع خاسف زرد گونه پر میگردد .

تظاهرات سریری

اعراض - شروع مرض ناگهانی بوده مریض ضیاع انرژی، خسافت وجه وضیاع نسبی وزن دارد و نسبت بزرگ شدن بطن به طبیب مراجعه مینماید. بعضاً 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.

علائم

با معاینه آورده متوسع در تحت جلد بطن مشاهده شده Shifting dullness و Fluid thrill دریافت میگردد و در اطفال ذکور بعضاً هایدروسل ولادی به وجود می آید ممکن از باعث ازدیاد فشار داخل بطن فتق ثروی تأسس نماید و یک کتله سخت مستعرض بعضاً با جس بطن دریافت شده که عبارت از ثرب کبیر ارتشاحی و تکمشی با توبرکول ها می باشد.

ب - شکل (Loculated) Encysted

پتالوژی - مشابه شکل فوق بوده لاکن در این 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 لاکن در اینجا یک کتله به شکل موضعی در بطن موجود میباشد.

علائم - با معاینه یک تورم موضعی به داخل بطن دریافت شده Fluid thrill و Shifting dullness نظر به توضع 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 معائی بالخصوص الیوم بین هم میگردد. و این عروات التصاقی متوسع مانند یک عروه کور عمل مینماید.

تظاهرات سریری

اعراض - نزد مریض در این شکل مرض اسهال شحمی، ضیاع وزن، حملات درد بطنی، تب از طرف شام و عرق شبانه وجود داشته و علاوتاً اعراض انسداد حاد یا تحت الحاد مشاهده میشود.

علائم - با معاینه مریض ضعیف بوده و در بطن تورم قابل جس است. که این تورم عبارت از امعای التصاقی با ثرب کبیر همراه با مساریقه ضخیم میباشد.

د- شکل تفیحی یا Furulant**پتالوژی**

در این شکل یک کتله از امعای التصاقی و ثرب توسط قیح توبرکلوزیک احاطه شده و آبنه 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 فوحه در جدار بطن شاکی است.

علائم

با معاینه افرازات از یک sinus و یا فیستول جریان داشته که فوحه آن اکثراً وسیع و حوافی آن نازک آبی رنگ میباشد. ممکن در بطن یک تورم از باعث امعای التصاقی و ثرب جس شود.

هـ- شکل حاد

این شکل از نظریتالوژی 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 خاسف و اکثراً شفاف و غنی از لمفوسیت بوده کثافت مخصوصه بلند ۱۰۲۰ یا بیشتر از آن دارد و ممکن در کلچر و معاینه میکروسکوپی توسط تلوین - Ziehl Nelsen باسیل Mycobacterium tuberculosis 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 کلنیک مریض را نشان میدهد.
- ۵- بیوپسی پریتوانی - گرانولومای وصفی توبرکلوز را نشان میدهد.

تداوی

- ۱- تداوی طبی - در شکل غیر اختلاطی مرض توسط Ethambutol Isoniazid، Rifampin و Pyrazinamid برای دوماه شروع شده و با Ethambutol، Isoniazid و Rifampin برای چهار الی هفت ماه دیگر ادامه داده میشود.
- ۲- تداوی جراحی - در شکل تجمع مایع لپراتومی اجرا شده مایع تخلیه و بطن بدون دریناز دوباره بسته میشود.
- در شکل فیبریینی مرض باندها و التصاقات رفع شده و در صورتیکه التصاقات توأم با تضیق لیفی الیوم باشد ناحیه ماؤفه برداشته شود و در موجودیت صرف التصاقات ممکن عملیات Plication اجرا شود.

در شکل تقیحی بعد از لپراتومی آبنه تخلیه و فیستول غایبی بسته شده و انستروز بین امعا علوی تر از فیستول و یک ناحیه غیر انسدادی در سفلی اجرا میشود.

References:

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: APPLINGTON & 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 Peritoal 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.Schechter. 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

فتق Epigastric ۲۰۲

فتق Incisional ۲۰۲

فتق های نادر ۲۰۳

فتق فخذی ۱۹۹

فتق ثروی ۲۰۱

فتق Ventral ۲۰۲

فتق های جدار بطن ۱۹۲

انواع فتق ها ۱۹۳

فتق مغربی ۱۹۵

تعریف

هرگاه احشای بطنی و یا یک قسمت از احشای بطنی جدار بطن را از طریق یک فوچه طبعی و یا غیر طبعی عبور و تحت جلد ظاهر گردد بنام فتق یاد میشود. فتق های جدار بطن اکثراً به قسم دیورتیکول جوف پریتنانی بوجود آمده بناء دارای یک کیسه است که از پریتنان جداری تشکیل شده است و از نظر کثرت وقوعات انواع معمول فتق های جدار بطن قرار ذیل اند:

- فتق مغربی که غیر مستقیم و مستقیم میباشد

- فتق فخذی

- 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 ندبه ثروی که با عث فتق ولادی مغربی و ثروی میگردد.

یا اینکه فتق بصورت کسبی در نواحی عبور بعضی ساختمان ها از جدار بطن مثلاً کانال فخذی و یا از باعث ضعیفی جدار بطن به تعقیب شق عملیاتی (Incisional hernia) در اثر نقص التیام در نتیجه انتان، تکنیک خراب و یا مأوف شدن عصب که سبب فلج 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 با عث برانشیت مزمن.

- قبضیت که ممکن علت آن کارسینومای کولون باشد.

- انسداد بولی از باعث امراض پروستات

- حاملگی

- انتفاخ و توسع بطن از باعث حین.

- ضعیفی عضلات جدار بطن مثلاً در لاغری و چاقی زیاد.

اناتومو پتالوژی

یک فتق متشکل از سه قسمت ذیل می باشد:

- کیسه فتقیه (Sac)
- مسیر یا پوش فتق (Covering of sac)
- محتوی کیسه فتقیه (Contents of sac)
- کیسه فتقیه – یک دیورتیکول پری توانی بوده و متشکل از دهانه، عنق جسم و غور می باشد که عنق کیسه فتقیه بخوبی قابل شناخت بوده لکن فتقهای مستقیم مغبنی و نوع Incisional بدون عنق می باشد. قطر عنق کیسه فتقیه بسیار مهم بوده زیرا در صورت کوچک بودن (مانند فتق های فحذی 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 فوچه لیفی بوده (فتق ثروی) و یا اینکه میسر فتق را عضلات و صفاق های جدار بطن تشکیل میدهد (فتق مغبنی و فحذی).
- ۲- محتوی فتق – به استثنای کبد و پانکراس تمام احشای بطنی شده میتواند. و اکثراً مایع (اکزودات پری توانی یا حبن)، ثرب کبیر، امعاء محتوی فتق را تشکیل میدهد.

انواع 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

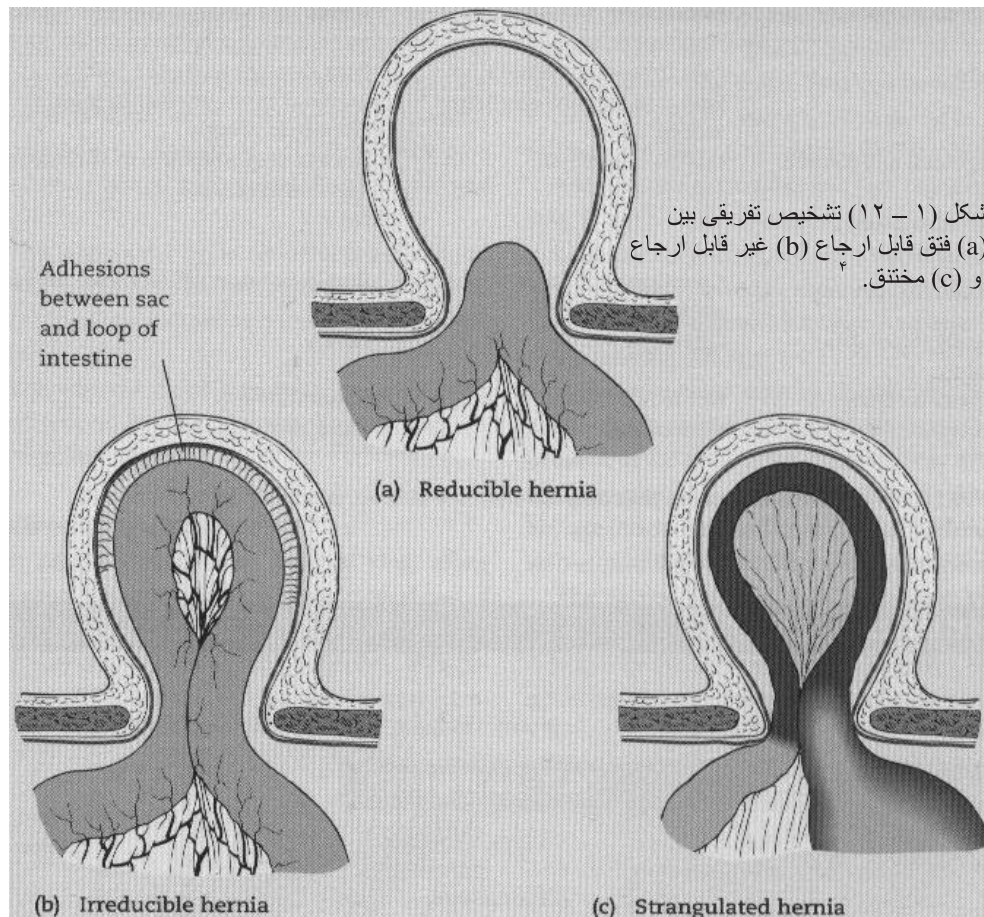
عبارت از فتق است که محتوی آن بصورت تام به داخل بطن ارجاع میگردد.

فتق غیر قابل ارجاع

عبارت از فتق است که محتوی آن دوباره به داخل بطن ارجاع نشده و علت آن التصاق محتوی فتق با جدار داخلی کیسه و یا بعضاً التصاق محتوی آن بین هم که کتله بزرگتر از عنق را میسازد بوده و نادراً موجودیت کتله غایطی به داخل عروه معائی مانع ارجاع محتوی فتق میگردد.

فتق مختنق

عبارت از فتقیست که محتوی آن در حذای عنق کیسه آنقدر تحت فشار قرار میگیرد که با عث قطع ارواء آن میگردد و هر گاه اختناق رفع نگردد باعث گانگرن شده و در صورتیکه محتوی فتق امعا باشد با عث تنقب امعای گانگرن شده میگردد.



تظاهرات سریری

فتق قابل ارجاع

در فتق قابل ارجاع یک کتله یا تورم اکثراً 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 تنهایی اختناق را نشان داده نتوانسته چنانچه در فتق غیر قابل ارجاع فحذی 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 غیر قابل 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 زیادتیر معروض به اختناق میشوند عبارت از فتق فحذی، فتق غیر مستقیم مغبنی و ثروی میباشد.

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.

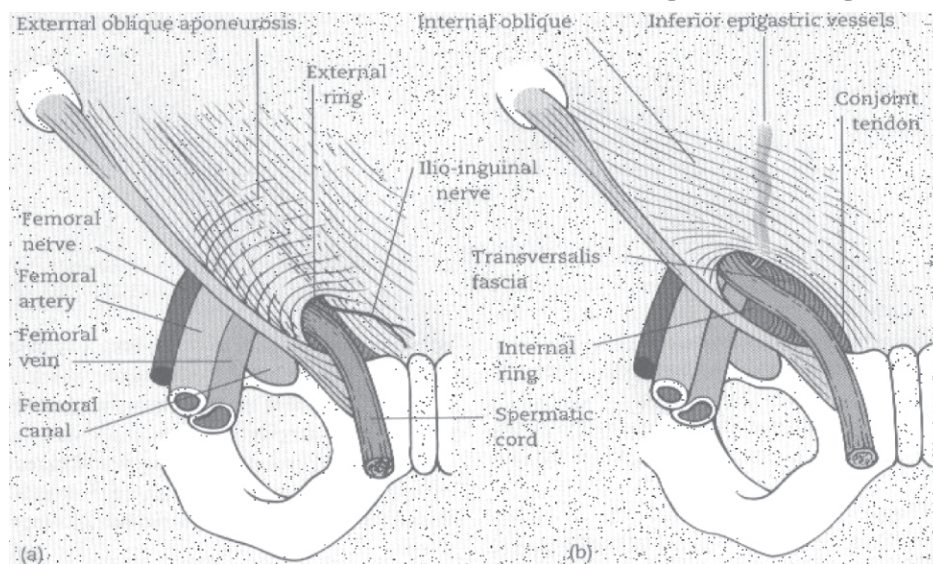
- فتق مغبنی مستقیم - این نوع فتق جدار خلفی قنات مغبنی را انسی تر از فوحه عمیق مغبنی به قدام تیله مینماید.

برای دانستن بهتر این نوع فتق ها اناتومی قنات مغبنی را در اینجا مطالعه مینماییم.

اناتومی قنات مغبنی

قنات مغبنی در قسمت سفلی جدار بطن قرار داشته و سیر مایل دارد محتوی آنرا کورد Nilioinguinal و یک شعبه Genital عصب Genitofemoral در مردها و رباط مدرو به عوض حبل منوی در خانم 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 در انسی 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.



شکل (۲ - ۱۲) آناتومی قنات مغبنی: (a) با موجودیت Ext. Oblique aponeurosis (b) بدون Ext. Oblique

فوحه عمیق قنات مغبنی نقطه است که از آن حبل منوی از بین صفاق مستعرض خارج شده و در انسی آن او عیه اپیگستریک سفلی که از او عیه حرقی ظاهر منشه میگیرد و به طرف علوی سیر مینماید قرار دارد.

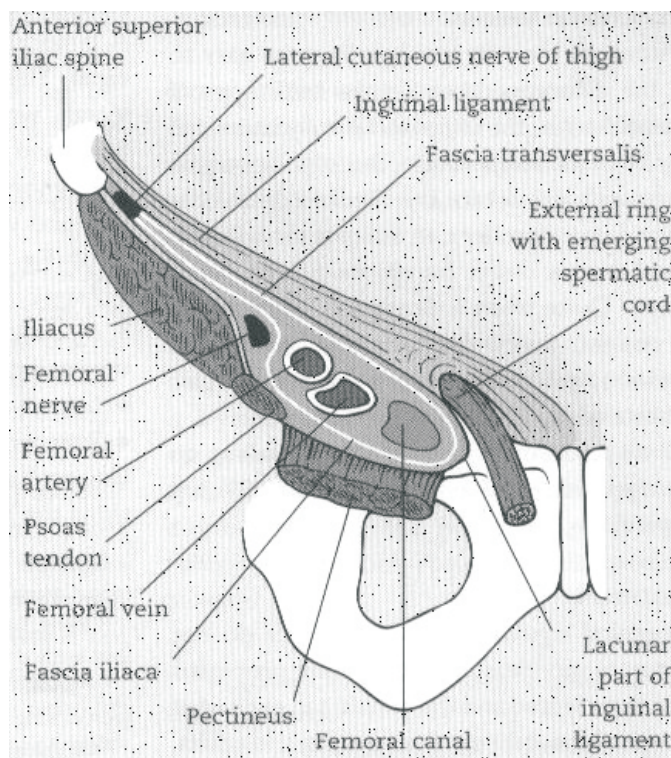
فوحه سطحی قنات مغبنی یک defect، V شکل فرو رفته به داخل در صفاق عضله منحرفه کبیره بوده که در قسمت علوی انسی Pubic tubercle قرار دارد.

فتق مغبنی غیر مستقیم

این نوع فتق از طریق فوحه عمیق داخل قنات مغبنی شده و در قدام حبل منوی قرار داشته که در صورت بزرگ بودن فوحه 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 فوچه عمیق مغبنی از خارج شدن فتق جلوگیری کرد که این فوچه یک الی دو سانتی متر علوی تر از ناحیه که شریان فخذی از تحت رباط مغبنی عبور مینماید قرار داشته و در نقطه متوسط مغبنی یا نقطه متوسط خطی که شوک حرقفی قدیمی علوی را به ارتفاق عانه وصل مینماید جس میگردد.

در صورتیکه فتق از فوچه سطحی مغبنی خارج گردد در علوی و انسی Pubic tubercle قرار داشته که به اینترتیب از فتق فخذی که از کانال فخذی خارج و



در سفلی و وحشی آن قرار 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 پریتنانی میباشد. فوچه 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) آناتومی قنات فخذی و ارتباط آن با ساختمان های مجاور^۴

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 فوچه تنگ مدتی لازم می باشد و دوم اینکه اختناق در این نوع فتق نسبت تنگ بودن فوچه آن زیاد مشاهده میشود.

فتق مغبنی مستقیم

این نوع فتق 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 فخذی کنترل شده نمیتواند. در تفتیش دیده میشود که فتق مستقیماً به قدام بیرون آمده در حالیکه فتق مغبنی غیر مستقیم مسیر منحرف کورد را تعقیب و داخل سفن میگردد. نقاط دیگر که فتق مغبنی مستقیم را از غیر مستقیم تشخیص تفریقی مینماید اینست که فتق 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. و علاوه بر آن نسبت داشتن فوحه بزرگ اختناق در این نوع فتق بسیار نادر است. فتق مغبنی مستقیم در خانم ها مشاهده نمیشود.

با وجود اینکه از نظر سریری در بسیاری مریضان میتوان به آسانی فتق مغبنی غیر مستقیم را از مستقیم تشخیص تفریقی کرد لکن تشخیص نهائی صرف در وقت عملیات امکان پذیر بوده طوریکه اوعیه اپی گاستریک سفلی در کنار انسی فوحه داخلی قرار داشته بناءً کیسه فتقهای غیر مستقیم از وحشی این اوعیه عبور کرده در حالیکه از فتق مستقیم از انسی آن میگذرد.

در بسیاری از موارد فتق مستقیم و غیر مستقیم همزمان وجو داشته و مانند دو پای تنبان (Pantaloons) از دوطرف اوعیه اپی گاستریک سفلی بیرون میاید که بنام Dual hernia یا Saddle bag یا Pantaloons یاد میشود.

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 در سن 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 کانال مغبنی ضعیف میباشد. که معمولاً با آوردن عضله مستعرض در جدار خلفی توسط نیلون (Shouldice repair) و یا تقویه جدار خلفی توسط Nylon mesh یا Polypropylene (Lichtenstein repair) صورت میگیرد.

چره بند صرف در مریضانی توصیه میشود که نسبت داشتن وضع عمومی بسیار خراب عملیات را تحمل کرده نمیتوانند. اما بخاطر 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 احشای بطنی قنات فخذی را عبور و در مثلث Scarpa تحت جلد ظاهر گردد فتق فخذی گفته می‌شود.

اناتومی

قنات فخذی تقریباً ۱.۵ سانتی متر طول داشته و صرف نهایت انگشت کوچک را اجازه دخول می‌دهد این قنات درانسی شیت فخذی که در آن ورید و شریان فخذی سیر دارد موقعیت داشته و کنار های آن (شکل ۳ - ۱۲) عبارت اند از:

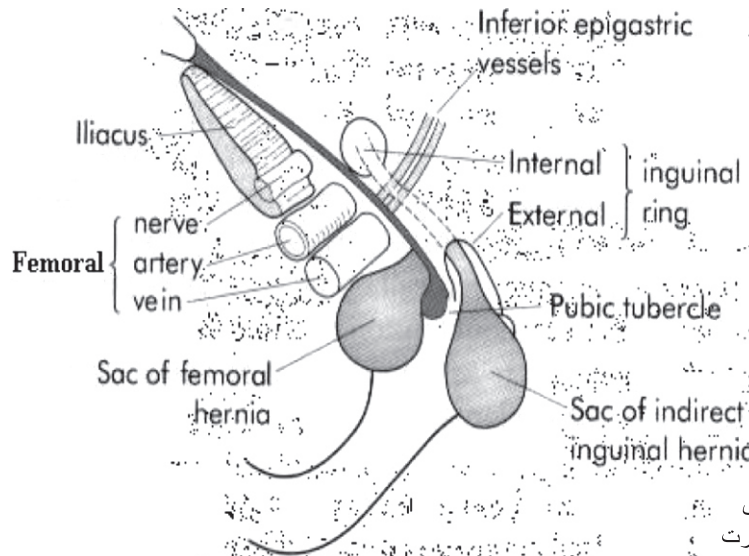
- در قدام رباط مغبنی
- درانسی حافه تیز کارد مانند قسمت Pectineal رباط مغبنی که بنام Lig.Lacunar یا رباط Gimbernat یاد می‌شود.
- در وحشی ورید فخذی.
- در خلف رباط Cooper که این رباط توسط پریوست ضخیم در امتداد شعبه علوی عظم عانه تشکیل شده که در انسی به قسمت Pectineal رباط مغبنی تمانی دارد.
- قنات مغبنی حاوی شحم و عقدات لنفاوی (عقده لنفاوی Cloquet) می باشد.

تظاهرات سریری

فتق فخذی در خانم ها (نسبت داشتن حوصله وسیع) نظر به مردها زیاد مشاهده شده بخاطر باشد که فتق مغبنی در خانم ها نظر به فتق فخذی معمول تر میباشد این فتق ها همیشه کسبی است در اطفال نادراً مشاهده شده و اکثراً در سن های متوسط و پیشرفته دیده می‌شود.

فتق فخذی غیراختناقی 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 پریتنانی در محیط کسبه فتقیه حتی در صورت ارجاع تام فتق یک تورم در ناحیه قابل جس می باشد.

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

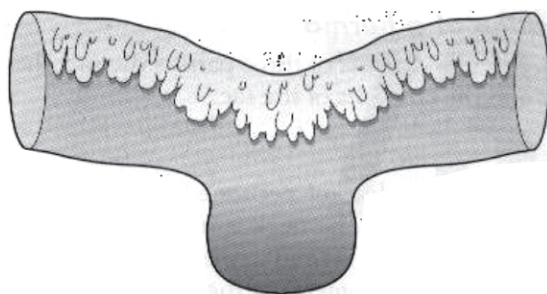


شکل (۴ - ۱۲) مجاورت فتق غیرمستقیم مغبنی با فخذی بصورت مقایسوی

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 درحالیکه کیسه فتق مغبنی غیر مستقیم در علوی وانسی 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 لومن امعا بصورت تام مسدود نشده لذا اعراض انسداد امعا مشاهده نمیشود



درحالیکه ناحیه اختناقی ممکن به نکرóz معروض و به داخل کیسه فتقیه تنقب و از آنجا به جوف پریتون راه یابد و باعث پریتونیت حاد شود.

شکل (۵ - ۱۲) فتق Richter گانگرنی 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 کانال فخذی ترمیم شوند.

فتق ثروی**Exomphalos یا Omphalocele**

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 دربین یک کیسه نازک قرار داشته و از طریق یک Defect جدار قدامی بطن درخارج 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)^{۱۲}

تداوی

تداوی در صورت امکان ترمیم جراحی به صورت فوری بوده و در صورت بزرگ بودن کیسه، توسط پانسمان 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 و زیادتیر در اطفال سیاه پوست مشاهده میشود. که اکثراً 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 لوکوپلاست و چره بند الاستیکی صرف برای رفع تشویش والدین توصیه میشود.

Paraumbilical Hernia

فتق های کسبی بوده که راساً در فوق و یا تحت ثره بوجود میاید و اکثراً در خانم های چاق، سن متوسط با ولادت های مکرر مشاهده میشود چون این فتق ها نیز دارای عنق کوچک میباشد . بناءً مانند فتق های فخذی مساعد به اختناق و غیرقابل ارجاع شدن میباشد. محتوی فتق تقریباً همیشه ثرب کبیر بوده و بعضاً کولون مستعرض و امعاء رقیقه 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

فتق Ventral قسمت علوی خط متوسط به شکل یک ضعیفی طولانی بین دو عضله ریکتوس در مریضان پیر و ضعیف موجود بوده (Divarication of the recti) و در اکثریت وقایع ایجاب تداوی را نمیکند.

Epigastric فتق

فتق Epigastric یک نوع مخصوص فتق Ventral بوده و در این نوع فتق علوی تر از ثره یک یا بیشتر فتق کوچک از طریق defect خط ابیض موجود میباشد که صرف حاوی شحم خارج پریتنانی بوده اما اکثراً درد ناک می باشند.

تداوی

خیاطه گذاری ساده defect کافی است.

Incisional فتق

این نوع فتق در یک defect ندبه عملیاتی سابقه بوجود آمده و اسباب آن عبارت از سرفه های دوامدار، انتفاخ بطن بعد از عملیات، چاقی، لاغری، انتان جرحه عملیاتی، خرابی تکنیک جراحی، امراض عمومی از قبیل یرقان، یوریمیا و غیره میباشد.

چون این فتق ها دارای عنق وسیع اند لذا به اختناق نادرأ معروض میگردند.

تداوی

در صورتیکه وضع عمومی مریض خوب باشد ترمیم فتق بعد از تسلیخ 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 در خانم های مسن و لاغر دیده شده و از طریق کانال 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 تثبیت 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 تثبیت می نماید.

فتق Gluteal

از طریق فوچه سیاتیک کبیر بوجود می آید.

فتق سیاتیک

از طریق فوچه 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 نادراً از طریق مثلث قطنی سفلی که سرحد آنرا در سفلی قنزعه حرقفی، در انسی عضله Latissimus dorsi و در وحشی عضله منحرفه کبیره میسازد ممکن بوجود آید.

References:**ماخذ:**

- 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: APPLINGTON & 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 Brunicarde, 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 دوكتور محمد معصوم "عزیزی"



پوهاند دوكتور محمد معصوم عزیزی فرزند مرحوم دگروال محمد جان در سال ۱۳۳۵ در ولایت لغمان تولد شده . تعلیمات ابتدائی و متوسطه مکتب را در لیسه غرغبت 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 چکوسلواکیا و چاپان سفر نموده است .

پوهاند دوكتور 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 رقابتی بحیث شف جراحی شفاخانه الکویت و استاد جراحی در پوهنتون افغان پشاور آیفای وظیفه نموده است .

پوهاند عزیزی در طول دوره استادی در پوهنتون 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 کمیسیون های مختلف و شورای عالی پوهنتون طبی کابل بوده بالترتیب نایل به اخذ رتب علمی الی پوهاندی گردید و از سال ۱۳۹۰ با اینطرف بر علاوه وظیفه استادی بحیث رئیس شفاخانه تدریسی علی آباد مصروف خدمت به هموطنان عزیز کشور میباشد.