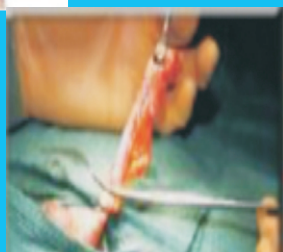
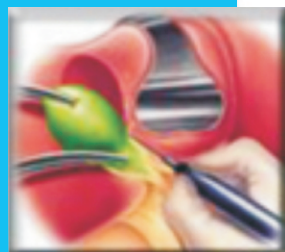


جراحی بطن

چاپ دوم



پوهنتون طبي کابل



پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزى

۱۳۹۱



جراحی بطن چاپ دوم

ABDOMINAL SURGERY

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزى

www.ketabton.com



Kabul Medical University

AFGHANIC

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi
Former Head Of Surgery Department

ABDOMINAL SURGERY

2nd Edition

Funded by:

DAAD

Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-400-69-6



9 789936 400696 >

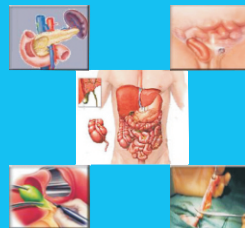
2012

جراحی بطن

چاپ دوم

پوهاند دوكتور محمد معصوم عزيزی

AFGHANIC



In Dari PDF
2012

Funded by:
DAAD

Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



Kabul Medical University
پوهنتون طبي کابل

ABDOMINAL SURGERY

2nd Edition

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi

Download: www.ecampus-afghanistan.org





پوهنتون طبي کابل

جراحی بطن

چاپ دوم

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی

۱۳۹۱

نام کتاب	جراحی بطن (چاپ دوم)
مؤلف	پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی
ناشر	پوهنتون طبی کابل
وبسایت	www.kmu.edu.af
چاپ	مطبعه سپهر، کابل، افغانستان
تیراژ	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۱
داونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه فدرالی وزارت خارجه آلمان تمویل شده است. امور اداری و تخنیکي کتاب توسط موسسه افغانیک انجام یافته است. مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنخی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

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

تمام حقوق نشر و چاپ همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936400696



پیام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام

پوهاند دوکتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

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

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

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

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

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

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

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

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

۱ چاپ کتب درسی طبی

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

۲ تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

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

۳ ارزیابی ضروریات

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

۴. کتابخانه های مسلکی

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

۵. لابراتوارها

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

۶. شفاخانه های کدري

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

۷. پلان ستراتیژیک

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

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

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

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

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

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

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

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

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۲۰۱۴۲۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

فهرست عناوین

صفحه	عنوان
	مقدمه مؤلف
	فصل اول: معده و اثناعشر
۱	اناتومی جراحی
۶	ارزیابی و معاینات معده و اثناعشر
۹	تضیق ضخاموی ولادی پیلور
۱۲	قرحه پپتیک
۲۲	اختلالات قرحات پپتیک
۲۲	تثقب قرحه پپتیک
۲۶	نزف قرحات پپتیک
۳۰	تضیق پیلور
۳۴	تومور های معده
۴۲	توسع حاد معده
۴۳	اجسام اجنبی معده
۴۳	تدور معده
۴۵	ماخذ
	فصل دوم: امعاء رقیقه
۴۷	اناتومی جراحی
۴۸	معاینات امعاء رقیقه
۵۰	دیورتیکول میکول
۵۲	مرض کرون
۵۸	تومور های امعاء رقیقه
۶۱	ماخذ
	فصل سوم: انسداد امعاء
۶۴	انسداد میخانیکی امعاء
۷۳	اشکال مخصوص انسداد امعاء
۸۸	انسداد او عیه مساریقی
۹۰	انسداد فلجی
۹۴	ماخذ

فصل چهارم: عروه اپاندکس

۹۶	اناتومی جراحی
۹۷	التهاب حاد عروه اپاندکس
۱۱۱	ماخذ

فصل پنجم: کولون

۱۱۴	اناتومی جراحی و فزیولوژی
۱۱۵	اعراض و علایم امراض کولونی
۱۱۷	معاینه و ارزیابی تشویشات کولونی
۱۱۸	عملیات های معمول و مروج کولونی
۱۱۹	آماده ساختن امعا برای عملیات های کولونی
۱۲۲	کولیت قرحوی
۱۲۸	دیورتیکولوز و دیوتیکولیت کولون
۱۳۳	توبرکلوز لیوسیکل
۱۳۸	تومور های کولون
۱۴۷	ماخذ

فصل ششم: رکتوم و کانال مقعدی

۱۴۹	اناتومی جراحی
۱۵۳	اعراض و علایم امراض انورکتل
۱۵۳	مشاهده و طرز معاینه رکتوم
۱۵۶	هیموروئید
۱۶۳	فیسورانال
۱۶۷	آبسی انورکتل
۱۷۰	فیستول های انورکتل
۱۷۵	تضیقات رکتوم
۱۷۷	پرولاپس رکتوم
۱۸۰	خارش مقعدی
۱۸۱	پیلونیدل سینوس
۱۸۴	تومور های رکتوم و کانال انال
۱۹۳	ماخذ

فصل هفتم: کبد

۱۹۵	اناتومی جراحی کبد
۱۹۶	وظایف کبدی
۱۹۷	میتود های ارزیابی کبد

۲۰۰	ضخامه کبد
۲۰۱	یرقان
۲۱۱	ترخیصات کبد
۲۱۲	آبسی های کبد (پیوژنیک و آمیبیک)
۲۱۷	مرض هیداتید کبد
۲۲۴	تومور های کبد
۲۳۰	ماخذ
فصل هشتم: حویصل صفراء و طرق صفراوی	
۲۳۲	اناتومی و فزیولوژی جراحی
۲۳۶	معاینات طرق صفراوی
۲۳۷	سنگ های صفراوی
۲۴۰	کولی سیستیت حاد
۲۴۲	کولی سیستیت مزمن
۲۴۶	سنگ های قنوات صفراوی اساسی
۲۴۹	تضیقات قنات صفراوی اساسی
۲۵۲	سکلروزنگ کولانژیتس
۲۵۲	فستول های صفراوی
۲۵۳	کارسینومای حویصل صفراء
۲۵۵	ماخذ
فصل نهم: پانکراس	
۲۵۷	اناتومی جراحی
۲۵۹	انومالی های ولادی پانکراس
۲۶۰	معاینات خصوصی پانکراس
۲۶۱	ترخیصات و جروحات پانکراس
۲۶۳	پانکریاتیت حاد
۲۷۰	پانکریاتیت مزمن
۲۷۲	سیست های پانکراس
۲۷۶	تومور های پانکراس
۲۷۹	کارسینومای پانکراس
۲۸۳	ماخذ
فصل دهم: طحال	
۲۸۵	اناتومی جراحی
۲۸۶	ضخامه طحال

۲۸۸	برداشتن طحال (سپلینکتومی)
۲۸۹	تمزق طحال
۲۹۱	ماخذ
	فصل یازدهم: پریتون
۲۹۳	اناتومی جراحی
۲۹۵	پریتونیت حاد عمومی یا منتشر
۳۰۰	اسباب مخصوص پریتونیت
۳۰۲	پریتونیت حاد موضعی
۳۰۶	پریتونیت مزمن
۳۰۹	ماخذ
	فصل دوازدهم: فتق
۳۱۱	فتق های جدار بطن
۳۱۳	انواع فتق ها
۳۲۰	فتق مغربی
۳۲۶	فتق لغزنده
۳۲۷	فتق فخذی
۳۳۲	فتق ثروی
۳۳۵	فتق Ventral
۳۳۵	فتق Epigastric
۳۳۶	فتق بعد از عملیات
۳۳۸	فتق های نادر جدار بطن
۳۳۹	فتق اشیپگل
۳۴۰	فتق قطنی
۳۴۱	فتق عجائی
۳۴۱	فتق سدادی
۳۴۲	فتق الیوی سیباتیک
۳۴۳	ماخذ

محصلین عزیز و هم مسلکان گرامی!

طوری‌که همه شاهد هستیم دنیا در چند دهه اخیر بشکل برق اسا پیشرفت نموده و علوم طب از جمله جراحی که یک رشته در حال تغییر و انکشاف میباشد نیز پیشرفت های زیاد را در ساحات مختلف طبی کسب نموده است و با وجود اینکه اساسات طب به حال خودش باقی مانده معلومات مالیکولی و تکنیک های جراحی بصورت متداوم در ان اضافه و با گذشت هر روز سبب امراض زیادتر واضح و روشن میگردد که یقیناً تداوی مریضان نیز با پیشرفت تکنالوژی معلوماتی و تحقیقات جدید در بخش جنیتک بشکل دراماتیک تغییر خواهد کرد. همچنان دسترسی به تکنالوژی و وسایل جدید طبی سبب شده تا جراحی باز کلاسیک و قدیمی جای خود را تدریجاً به جراحی لپراسکوپیک، endoluminal و روباتیک تعویض و جراحی از فاصله دور (Tele surgery) ممکن گردد.

بدون شک در کنار این همه پیشرفت ها کتب های طبی و جراحی نیز از همه جهات بهتر و مکمل تر گردیده است.

روی همین دلایل خواستم که کتاب درسی جراحی را که چند سال قبل برای محصلین طب کابل تالیف نموده بودم و از ان اکثراً دوکتوران جوان و فاکولته های طب ولایات نیز در تدریس محصلین استفاده می نمایند تجدید نظر کرده و این کتاب را نیز از نظر علمی غنی تر و مطابق خواست و تقاضا عصر جدید عیار سازم. که به این منظور از کتاب های کاملاً جدید با ازدیاد اشکال و جداول آموزنده استفاده شده و مطابق کوریکولم پوهنتون طبی و سویه محصلین طب با حذف قسمت های اضافی و صرف نظر از تشریح مفصل تکنیک های جراحی تحریر نمایم.

باید گفت که کتاب نویسی فن خاص و کار فوق العاده مشکل بوده که با وجود کوشش زیاد ممکن این کتاب دارای نواقص و اغلاط باشد بناً از شما خوانندگان محترم خواهش مندم تا در صورت مواجه شدن به ان بنده را در جریان گذاشته تا در اصلاح ان اقدام گردد.

در اخیر به ارزو اینکه این کتاب برای محصلین طب و دوکتوران جوان جراحی یک کتاب مفید و سودمند باشد از محترم دوکتور محمد جاوید هاشمی داکتر ترینی دیپارتمنت جراحی علی اباد که یکی از دوکتوران فعال، با استعداد، دارای اخلاق نیکو، دلسوز و مهربان در مقابل مریض میباشد و در کمپوز و دیزاین این کتاب با حوصله مندی تکالیف زیادی را متحمل شده اظهار تشکر کرده و موفقیت های مزید شان را در همه امور زندگی و طبابت از خواند پاک استدعا مینمایم.

با احترام

فصل اول معده و اثناعشر Stomach and Duodenum

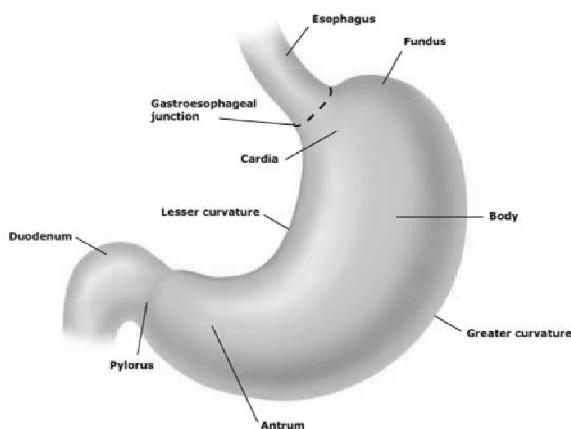
اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی معده و اثناعشر
- ارزیابی و معاینات امراض جراحی معده و اثناعشر
- قرحه پپتیک، اسباب، اختلالات و تداوی جراحی آن بعد از شناخت H-pylori
- کارسینوما معده و تداوی آن

معده یا Stomach

معده یک عضو عضلی بوده که قسمت متوسع انبوس هضمی را میسازد و در مسکن تحت حجاب چپ در بین مری و اثناعشر قرار دارد وظیفه آن ذخیره و هضم مواد غذایی میباشد.



شکل (۱-۱) نواحی مختلف آناتومیک معده

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

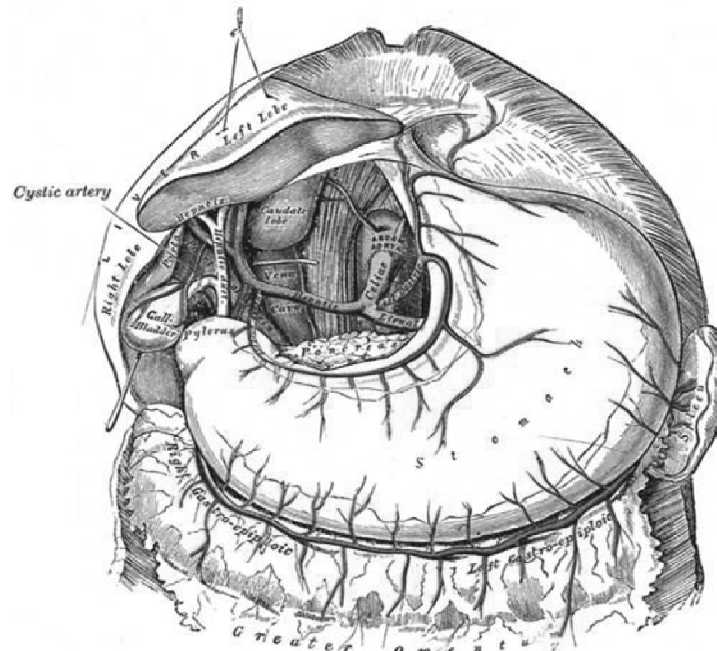
شعبه کوچک celiac axis بوده و معده را در امتداد قسمت علوی انحنای صغیر اروا مینماید.

۲- شریان معدوی راست یا Right gastric artery

از شریان کبدی منشه گرفته و معده را در امتداد قسمت سفلی انحنای صغیر اروا مینماید.

۳- شریان معدوی کوچک یا Short gastric artery

از شریان طحالی منشه گرفته و قسمت fundus را اروا مینماید و بنام Vasa brevia نیز یاد میشود.



شکل (۱ - ۲) ارواء معده

۴- شریان Gastroepiploic چپ

از شریان طحالی منشه گرفته و معده را در امتداد قسمت علوی انحنای کبیر اروا مینماید.

۵- شریان Gastroepiploic راست

از شعبه Gastroduodenal شریان کبدی منشه گرفته و معده را در امتداد قسمت سفلی انحنای کبیر اروا مینماید.

آورده معده

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

دریناز لفاوی معده

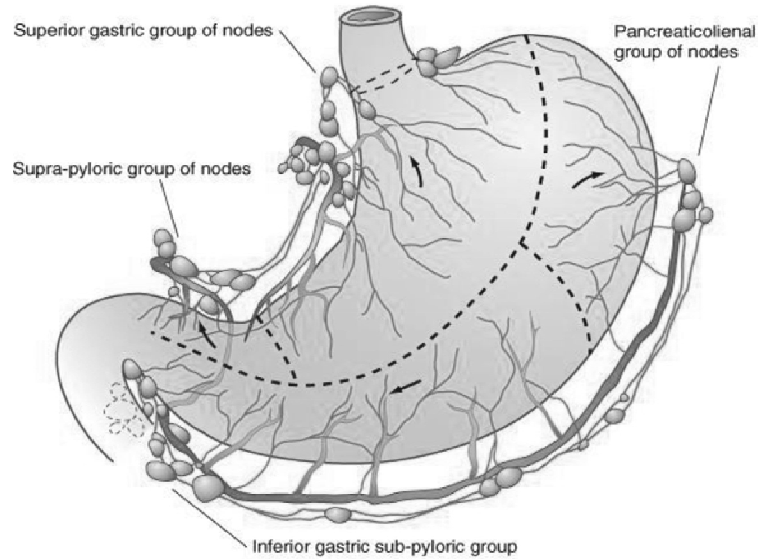
اوعیه لفاوی سیر شرائین معده را تعقیب کرده و به چهار گروپ عمده تقسیم میگردد (شکل ۳ - ۱).

۱. اوعیه لفاوی که به عقدات لفاوی در امتداد اوعیه معدوی چپ میریزد و از انجا به عقدات coeliac میرسد

۲. اوعیه لفاوی که با عقدات لفاوی در امتداد اوعیه معدوی راست ریخته و از انجا به عقدات در امتداد شریان کبدی و بالاخره به عقدات Coeliac میرسد.

۳. اوعیه لفاوی که به عقدات لفاوی در امتداد شریان معدوی کوچک و شریان Gastroepiploic چپ ریخته و از انجا به عقدات لفاوی سوایق طحالی و بالترتیب به عقدات طحالی پانکراسی در امتداد شریان طحالی و بالاخره به عقدات Coeliac میرسد.

۴. اوعیه لفاوی که به عقدات Gastroepiploic راست ریخته از انجا به عقدات در امتداد شریان معدی اثناعشری و بالاخره به عقدات coeliac میرسد.



شکل (۳ - ۱) دریناژ لنفاوی معده

تعصیب

۱- تعصیب واگوس

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

۲- ضد فیبره سمپاتییک

Celiac

باعث انقباض سدیاله های درد میگردد.

۳- تعصیب Intrinsic

عبارت از ضد فیبره

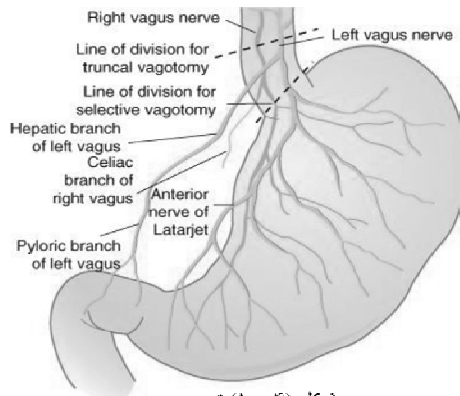
Myentric

Auerobach و ضد فیبره

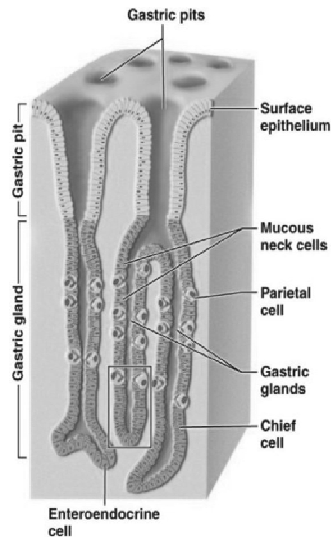
تحتانیات المخاطی

Meissner است که

تمادی آن چند هفته بعد از قطع و انستوموز امعاء بوجود میاید.



شکل (۴ - ۱) تعصیب معده



مخاط معده

به سه ناحیه تقسیم میگردد:

- ۱- غدوات ناحیه Cardia - این ناحیه ۰,۵ الی ۴ سانتی متر بوده و مخاط افراز 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 قلیوی افراز مینماید.

ب - حجرات Chief - شکل (۵ - ۱) منظره هستولوژیک مخاط معدوی

Pepsinogene افراز مینماید

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

د - Enterochromaffin- like cells - که هستامین افراز مینماید.

۳- ناحیه Pyloroantral

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

اثنا عشر یا Duodenum

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

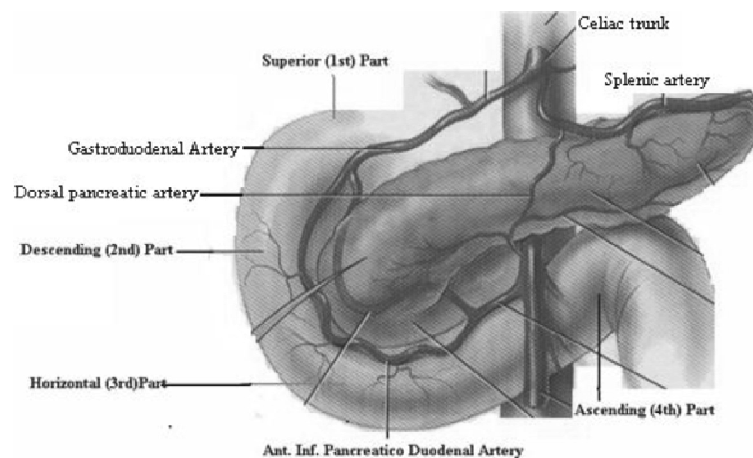
- ۱- قطعه اول یا بصله اثنا عشر: این قطعه بشکل مستعرض سفلی تر از پیلور قرار داشته و تقریباً ۵ سانتی متر طول دارد (قرحه پپتیک در همین ناحیه تأسس مینماید).
- ۲- قطعه دوم: بشکل عمودی تقریباً ۷ سانتی متر طول داشته (قنات صفراوی اساسی و پانکراسی در آن باز میگردد).
- ۳- قطعه سوم: بشکل مستعرض به امتداد کنار سفلی پانکراس بطرف چپ تمادی داشته و ۱۲ سانتی متر طول دارد.

۴- **قطعه چهارم:** بطرف علوی ۲,۵ سانتی متر تمادی داشته و در حدای قسمت **Duodeno - Jejunal flexure** با تغییر آنی مسیر به ژیزنوم خاتمه میابد این ناحیه توسط **Lig. Treitz** تثبیت است.

شراین

۱- شریان **Pancreaticoduodenal** علوی که یک شعبه شریان کبدی میباشد.

۲- شریان **Pancreaticoduodenal** سفلی که یک شعبه شریان مساریقی علوی است.



شکل (۵ - ۱) آناتومی اثناعشر

ارزیابی و معاینات معده و اثناعشر

- **Flexible Endoscopy**: در حال حاضر این معاینه از جمله معاینات فوق العاده مهم در تشخیص و تداوی امراض معده و اثناعشر در موارد ذیل میباشد:

۱. تشخیص قرحات **Duodenitis، Gastritis، Peptic** خونریزی قسمت علوی جهاز هضمی .

۲. اخذ **Biopsy** از ناحیه مافقه و یا انجام بعضی عملیه های جراحی از قبیل تداوی قرحه خوندهنده توسط زرق مواد مختلف، **Diatermy، Heater probes** و **Laser**.

- علاوتاً توسط این معاینه تدریس و آموزش اسانتر میگردد
۳. اختلاط بزرگ این معاینه تنقب طرق معدی معائی بوده که در صورت اجرا ان توسط شخص مجرب نادراً مشاهده میگردد.
- Contrast Radiology: این معاینه در تشخیص Hiatus Hernia بزرگ شکل Rolling ، تدور مزمن معده و linitis plasitica ارزش فوق العاده زیاد دارد.
- Ultrasonography:
۱. التراساوند بطنی در مورد کارسینوما و ضخامه جدار معده ، اشغال شدن کبد توسط حجرات کانسری و میتاستاز های پریتون جدارى معلومات با ارزش ارایه کرده و علاوتا در ارزیابی تخلیه معده با اهمیت است
 ۲. التراساوند Endo luminal و laparoscopic در Staging قبل از عملیات کارسینوماى معده یک معاینه دقیق و مطمین است.
- (CT) Computerised Tomography Scanning و Magnetic Resonance Imaging (MRI) :
۱. CT scanning ضخامه جدار معده همراه با کارسینوما به جسامت های مختلف، ضخامه عقدات لمفاوی و میتاستاز کبدی را تشخیص مینماید.
 ۲. MRI: در تشخیص افات فوق نظر به CT scan حساس تر میباشد.
- Laparoscopy
- این معاینه در تشخیص امراض پریتوانی که تشخیص ان با تکنیک های دیگر مشکل میباشد مفید میباشد.
- مطالعه تخلیه معده (Gastric emptying studies)
- این معاینه در مطالعه پرابلم تشوش حرکی بالخصوص بعد از اجرای جراحی معده مفید بوده که غذای مایع و جامد نشانی شده با مواد رادیو ایزوتوپ توسط مریض بلع شده و تخلیه معده توسط کمره های گاما تعقیب میگردد.

- تست های افراز اسید معدوی و اندازه گیری PH

۱. افراز اسید Basal و اعظمی یا Maximal

- جهت دریافت افراز اسید Basal یک تیوب انفی معدوی یه معده تطبیق و افرازات یک ساعته معده جمع اوری شده و افرازات اسید به ملی مول اندازه گیری میگردد

- جهت دریافت افرازات اسید اعظمی Pentagastrin به دوز $6\mu\text{g/kg}$ وزن بدن از طریق عضلی تطبیق شده و افرازات در ساعت بعدی جمع اوری میگردد.

در صورتیکه مریض مصاب قرحه اثنا عشر باشد افرازات اسید ان نظر بحالت نارمل بیشتر میباشد و مریض مصاب قرحه معده افراز اسید ان در حدود نارمل بوده در حالیکه مریض مصاب Gastrinoma افراز اسید Basal ان اکثرا بلند بوده و به مقابل pentagastrin کمتر جواب میدهد

۲. تست انسولین

در این تست با تطبیق 0.2unit/kg وزن بدن انسولین از طریق وریدی در مریض که نزدش Vagotomy اجرا شده Hypoglycemia بوجود آمده و افرازات اسید معدوی در دو ساعت بعدی اندازه گیری میگردد، و طوریکه میدانیم Hypoglycemia باعث تنبیه غده hypothalamic و در نتیجه پاراسیمپاتیک میگردد و به هر درجه که واگوس سالم باشد به همان اندازه اسید افراز میگردد.

۳. اندازه گیری PH ۲۴ ساعته داخل معدوی

در این معاینه PH داخل معدوی در طول ۲۴ ساعت توسط اسپریشن منظم معده از طریق تیوب انفی معدی و یا گذاشتن یک کپسول Radiotelemetry بداخل معده و اندازه گیری PH توسط یک انتن خارجی صورت میگردد و بدینترتیب توسط تبدیل PH به غلظت H، اندازه متوسط اسیدیته داخل معدوی و تنقیص ان با ادویه اندازه گیری میگردد.

- اندازه گیری گسترین پلازما گاسترین پلازما توسط Radioimmunoassay اندازه گیری شده که در Zollinger – Ellison syndrome) Gastrinoma) سویه این هورمون بسیار بلند رفته (در حالات گرسنگی مقدار نارمل این هورمون تقریباً 50ng/lt است) همچنان hypergastrinoma در pernicious anemia مترافق با اتروفی معده و نیز مشاهده میگردد.

تضیق ضخاموی ولادی پیلور

Congenital Hypertrophic Pyloric Stenosis

اسباب

سبب مرض نا معلوم بوده ممکن علت آن عدم کفایه ابتدائی استرخاء معصره پیلور باشد که در نتیجه فعالیت شدید بعداً عضلات دایروی مجاور پیلور ضخامه مینماید. مرض سه طفل را در هزار طفل مصاب ساخته و طفل پسر چهار مرتبه بیشتر از طفل دختر مصاب میگردد.

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.

نظواهرات سریری

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

اعراض

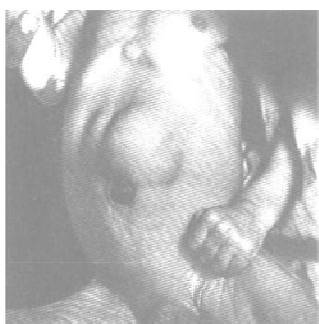
۱- استفراغ

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

۲- قبضیت

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

علایم



شکل (۷ - ۱) حرکات استنداری قابل دید در بگ نوزاد مصاب تضیق ضخاموی پیلور^۲

۱- حرکات استنداری قابل دید

امواج حرکات استنداری بعد از تغذی طفل در قسمت علوی بطن از راست به چپ قابل دید میباشد.

۲- کتله

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

۳- ضیاع مایعات (Dehydration)

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

۴- ضیاع وزن

تشخیص تفریقی

- Gastro esophageal reflux disease (GERD)
- پر ابلم تغذی (Over feeding)
- انتانات طرق بولی
- نزف داخل قحفی
- انسداد معایی نوزادان از باعث اتریزی اثنا عشر، امعا و تدور امعا نوزادان که در این 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 معده طویل نشان میدهد .

۲- رادیوگرافی بطن

معده متوسع با گازات کم در امعاء نشان داده در حالیکه در انسداد امعاء عروا معائی متوسع مشاهده میگردد.

۳- رادیوگرافی با Barium meal

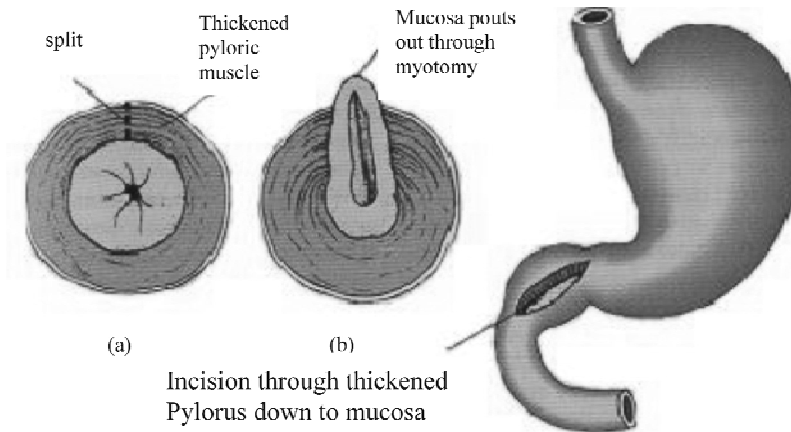
با این معاینه تضیق و طویل شدن مجرا پیلور دریافت میگردد.

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 اثناعشر که اکثراً با اندوسکوپی تشخیص میگردد الی قرحات مزمن عمیق نفوذ کننده در احشای مجاور مشاهده میگردد.

اسباب

در سابق فرط افراز اسید توسط حشرات جداری معده سبب قرحه پپتیک فکر میگردد 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 تنبه شده بناء در گذشته ها سعی میگردد تا افرازات حشرات جداری معده با قطع عصب معدوی توسط عملیه

جراحی (Vagotomy) و یا برداشتن حجرات جداری معده (Partial Gastrectomy) تنقیص داده شود و درین تازه گی ها هدف فوق توسط ادویه از قبیل Histamine H2 receptor antagonist (Cimetidine) و Ranitidine) و Proton pump inhibitors (Omeprazole) ممکن میباشد درحالیکه هیچکدام از تداوی های فوق بالای عامل انتانی مرض مؤثر نمیشد.

در قرحات معدوی اساساً مقاومت مخاط پائین بوده در حالیکه سویه اسید پیپسین نارمل و یا پائینتر از حد نارمل است برخلاف درقرحات اثنا عشری سویه اسید پیپسین فوق العاده بلند میباشد.

اسباب قرحات پپتیک را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:

- ۱- انتان *Helicobacter pylori* (تقریباً در تمام قرحات اثناعشری و اکثراً قرحات معدوی دریافت شده)
- ۲- عوامل ارثی.
- ۳- گروپ خون 0.
- ۴- تشویش و اضطراب (Stress and Anxiety).
- ۵- سگرت.
- ۶- الکول.
- ۷- استعمال نادرست NSAID's (ازباعث پائین آوردن مقاومت غشای مخاطی مقابل عصاره معدوی).
- ۸- عوامل اندوکراین مانند Zollinger – Ellison syndrome و Multiple adenomas syndrome و Hyperparathyroidism.

پتالوژی

پتوژنی قرحه پپتیک قسماً مربوط تشوش موازنه افراز اسید و پیپسین توسط معده و قسماً مربوط به مانعه مخاطی (طبقه ضخیم مخاط) میباشد باید گفت که مخاط نارمل معده مقابل اسید که توسط حجرات 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 زیادتر در مخاط قلوئی بوجود آمده طبقه عضلی را اشغال و تمایل به نفوذ در احشای مجاور دارد قرحات قدامی اثنا عشر تثقب کرده و درحالیکه قرحات خلفی نرف میدهد قرحات بزرگ معده ممکن به پانکراس، او عیه 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- انحنای صغیر معده
- ۳- ناحیه انستوموتیک معدی معائی
- ۴- مری (Peptic oesophagitis)
- ۵- رتج میکل (در صورت موجودیت حجرات 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 آنی، نرف و یا تثقب ظاهر شده و ممکن یک تعداد شان بطرف مزمن شدن سیر نماید.

قرحه پپتیک مزمن

تقریباً 80% این قرحات در اثنا عشر مشاهده شده قرحات اثنا عشر در هر سن و سال بوجود آمده لکن 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 قرار داشته و فوراً یا الی دو ساعت بعد از غذا عاید میگردد به خلف انتشار داشته درد با استفراغ و حالت استجاج ظهری کم و با گرفتن غذا تشدید میابد. درد شکل دوری داشته یعنی برای چند هفته دوام کرده و بعداً مریض برای ۲ - ۶ ماه آرام میباشد. اشتهای 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.

علایم

بامعاینه فزیکه حساسیت عمیق ناحیه شرسوفی چند انچ علوی تر از نثره 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 شرفوفی 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 قلیات 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 اشتها خوب بوده لاکن مریضان بعضاً از گرفتن غذای جامد در اثنای حمله مرض خود داری مینماید گرچه بعضی مریضان از گرفتن غذای سرخ شده پرهیز میکنند لاکن ندرتاً پرهیز غذائی مشاهده میگردد مریضان قرحه مزمن اثنا عشر ضیاع وزن ندارند.

استفراغ - نادر بوده مگر اینکه خود مریض آنرا تحریک نماید و با تضیق بوجود آمده باشد اما بالا آمدن اسید، آب و دل جوشی (Heartburn) در این قرحات معمول میباشد.
Melana - نظر به Hematemesis زیادتر مشاهده میشود.

علایم

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

معاینات تشخیصیه

- Fibreoptic endoscopy - توسط آن مری معده و اثنا عشر 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.

- دریافت H-pylori توسط گرفتن بیوپسی ذریعه معاینه اندوسکوپ، تست Urease، ^{13}C - labeled Urea breath test و تست سیرولوژیک.

- 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 بر تشخیص تضیق پیلور و سوء شکل Hourglass کمک مینماید.

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

- معاینه خون - تعیین هموگلوبین 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 استطبیب دارد که قرحه به اختلاط معروض گردد و این اختلاطات عبارتند از مزمن شدن قرحه (chronicity) تثقّب، تضیق، نرف و در قرحات معده تحول قرحه به خبائت 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 Lanzoprazole توصیه شده و تداوی ضد میکروبی توسط Clarithromycin یا Amoxicillin همراه با Metronidazole صورت میگیرد. 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 پروستاگلاندین ترکیبی (Misoprostol) دارای خاصیت التیام دهنده قرحه بوده و از این ادویه به منظور جلوگیری از قرحه در مریضان که NSAID's اخذ مینماید بالخصوص آنهاییکه تاریخچه قرحه پپتیک و یا نرف را دارند در حالیکه تحت تداوی فوق بوده اند استفاده میشود.

منبهات 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 اختلالات قرحه پپتیک استتباب دارد چون تداوی طبی قرحات پپتیک مؤثر میباشد بناءً در وقایع عاجل عملیه جراحی کوچک اجراء گردد معمولترین استتباب عملیات عاجل تنقب و نرف 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.

نتایج تداوی در ۹۰٪ وقایع قناعت بخش بوده و در حدود ۱٪ وفیات دارد. قرحات اثنا عشری 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 اثنا عشر و Gastrojejunostomy

بر آورده شده و یا اینکه باید واگوتومی اجراء گردد. 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 واگوتومی شعبه عصب واگوس که ناحیه پیلور را تعصبیب مینماید (عصب Latarjet) حفظ گردد در اینصورت میتوان باقیمانده الیاف واگوس را بدون ضرورت عملیه دریناژ قطع کرد (Highly selective vagotomy)
اختلالات بعد از عملیات

الف- Post gastrectomy syndromes

با وجود اینکه تقریباً ۸۵٪ مریضان مصاب 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)- این اختلالات در وقایع گاستریکتومی های علوی مشاهده شده و مریض با گرفتن مقدار متوسط غذا احساس پری کرده و ممکن مترافق با لاغری از باعث خرابی اشتها باشد.

- استفراغات صفراوی (Bilious vomiting)- این اختلالات بعد از گاستریکتومی نوع Polya از باعث تخلیه عروه موصله در معده باقیمانده بوجود آمده و در صورت که شدید باشد میتوان انرا با تغیر دادن به گاستریکتومی بیلروت یک و یا Roux- loop همراه با واگوتومی اصلاح کرد.

- کم خونی- که اکثراً از باعث کمبود آهن (Hcl برای جذب آهن لازم است) بوده و گاهی از باعث کمبود ویتامین B12 نسبت عدم موجودیت فکتور Intrinsic در اثر ریزکشن وسیع معده بوجود می آید و نوع اخیر در total gastrectomy بعد از مدت دو سال که ذخیره ویتامین B12 عضویت به پایان میرسد اکثراً مشاهده میشود.

- Dumping syndrome- این سندروم با حملات ضعف، سرچرخی و عرق بعد از گرفتن غذا متصف بوده و شباهت به حمله هایپوگلیسمیا دارد و ممکن در نتیجه تاثیرات از موتیک ناشی از عبور سریع محتوی معده با

از مولارایتی بلند به ژیزنوم بوجود آید. که این حادثه باعث جذب یک مقدار زیاد مایعات بداخل لومن امعاء شده و یک **Oligemia** موقتی را بار می آورد و مریض مجبور میگردد تا بعد از گرفتن غذا برای مدت نیم ساعت و یا بیش تر از آن دراز کشیده و استراحت نماید.

- اسهالات شحمی **Steatorrhea**- این اختلالات مخصوصاً در صورت موجودیت عروه موصله طویل مشاهده شده و بدین ترتیب غذای که به ژیزنوم میرسد قبل از مخلوط شدن با عصاره صفراوی پانکراسی امعاء را عبور می نماید. نادراً فقدان کلسیم و **Osteomalacia** نیز مشاهده میشود.

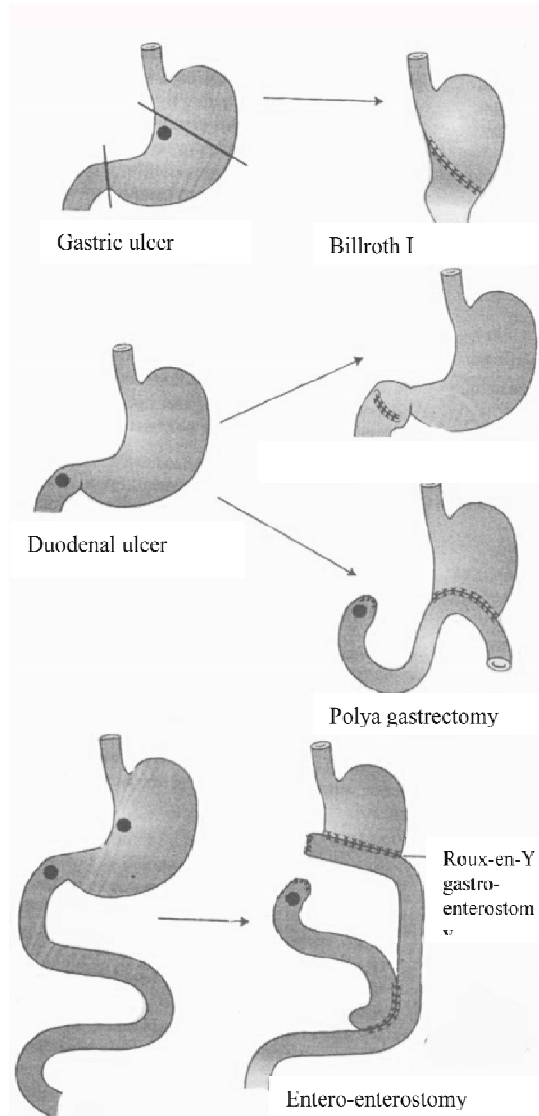
- قرحه ناحیه تفسمی (**Stomal ulceration**)- این اختلالات تقریباً در ۲٪ مریضان که از باعث قرحات اثناعشر نزد ایشان گاستریکتومی اجرا شده به مشاهده رسیده در حالیکه در قرحات معده نادر می باشد که ممکن علت این اختلاط برداشتن قسمی ناحیه افرازی اسید معده و یا نادراً - **Zollinger** **Elison syndrome** باشد. **Stomal ulcer** میتواند مانند قرحات پپتیک به تنقب، زرف، تضیق و نفوذ به احشای مجاور معروض شود و توسط ریزکشن معده از ناحیه علوی و یا واگوتومی نداوی میگردد.

ب Post vagotomy syndromes :

اختلالات ذیل ممکن بعد از **Truncal vagotomy** مشاهده شود:

- **Diarrhea** و **steatorrhea**- ممکن مشاهده شود که اکثراً حملوی و گذری بوده صرف در ۲٪ مریضان شدید و دوامدار میباشد. علت این اختلالات تا هنوز فهمیده نشده ولی ممکن است دریناژ معده نسبت به واگوتومی زیاد تر مسول ان باشد. زیرا اختلالات مذکور در نزد مریضانیکه نزد انها صرف **highly selective vagotomy** بدون عملیه دریناژ اجراء شده کمتر مشاهده شده است.

- قرحه انسئوتیک- این اختلاط در واگوتومی ناتام مشاهده شده و قطع ناتام شعبات عصب واگوس معدوی را بعد از عملیات می توان توسط **Insulin meal test** ارزیابی کرد یعنی یک دوز کافی انسولین نسبت تولید هایپوگلیسیمیا در یک معده نارمل از نظر تعصیب باعث عکسه افرازی سریع و آگال شده در حالیکه این عکسه در یک واگوتومی تام و مکمل از بین میرود.



شکل (۹-۱)

عملیات های اساسی که زمانی معمولاً در قرحات پپتیک اجرا میگردید.

عملیات جراحی تا هنوز در موجودیت نرف قرحات توصیه میشود، و اکثراً گستریکتومی قسمی با دریناژ در Roux-en-Y loop اجرا میشود. در اینجا عملیات های بسیار کلاسیک نیز نشان داده شده است:

در قرحه معدوی گستریکتومی با Billroth I

انسئتموز معدوی اثناعشری انجام میگردید در قرحات اثناعشری، اثناعشر بصورت طولانی باز و او عیه خونده خیاطه گذاری شده و اثناعشر توسط

pyloroplasty بسته میگردید جهت نهی افزاز اسید از PPI (بعوض واگوتومی کلاسیک) استفاده میگردد؛ polya گستریکتومی با خیاطه گذاری او عیه خون

دهنده طریق دیگر تداوی بوده است در صورت ضرورت H-pylori نیز باید تداوی گردد.

در کانسر معدوی فعلاً گستریکتومی با دریناژ Roux-en-Y اجرا میشود.

اختلالات قرحه پپتیک

قرحه پپتیک در هر ناحیه که باشد ممکن به اختلالات ذیل معروض گردد:

- تنقب - در جوف کبیر پریتوان و یا در اعضای مجاور از قبیل پانکراس کبد و کولون
- نزف
- تضیق
- مزمن شدن قرحه - از باعث تشکل نسج لیفی در حذای قاعده قرحه
- تحول به کانسر - در قرحات اثناعشر مشاهده نشده لاکن در قرحات معدوی ممکن نادرا بوجود آید. موجودیت تاریخچه طولانی، حتمی بمعنی خبیث نبودن قرحه از ابتدا نه بوده. قرحه و کارسینوما معده دو مرض معمول بوده و توأم بودن آنها اتفاق نادر نمی باشد. و میتوان گفت که تقریباً ۱% تمام کارسینوما معده از قرحه معدوی منشه می گیرند.

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 لاکن 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 آنهاییکه ستروئید و یا ادویه NSAID's (اسپرین، اندومیتاسین و غیره) اخذ مینمایند مصاب تنقب میگردد. بخاطر باشد که مریضان مصاب کارسینوما معده نیز ممکن گاهی با تنقب مراجعه نمایند.

تثقب زیادتر در وجه قدامی اثناعشر و بعضاً در وجه قدامی معده اکثراً نزدیک انحنای صغیر یا ناحیه پیلوریک انتروم رخ میدهد. زمانیکه قرحه تثقب نمود محتوی معده یا اثناعشر از طریق ناحیه منقبوبه به جوف کبیر پريتوان ریخته و باعث تخریش پريتوان (Pritonism) میگردد. در مرحله دوم پريتوان در مقابل این تخریش عکس العمل نشان داده و باعث افراز یک مقدار زیاد مایع پريتوانی گردیده که این مرحله برای ۳-۶ ساعت دوام مینماید. به تعقیب این مرحله عکس العمل، پريتونیت باکتریائی منتشر بوجود میآید.

مطالعه سریری

در اینجا بهتر است از تثقیبات که اکثراً در جوف آزاد پريتوان 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 - بصورت آنی شروع شده و نهایت شدید است مریض زمان شروع درد را بطور دقیق حکایه مینماید درد به هر دو شانیه و اکثراً به شانیه راست انتشار مینماید. درد با حرکت زیاد شده بناء مریض در بستر آرام قرار دارد.

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

- Melana و Hematemesis - بعضاً با اعراض فوق موجود میباشند.

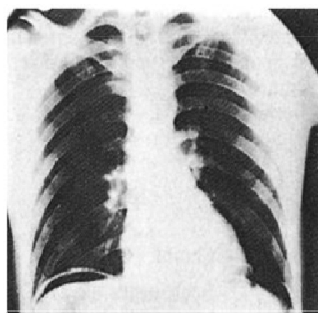
با معاینه مریض درد شدید داشته سرد، عرق آلود و تنفس سریع و سطحی دارد در ساعات یا مرحله اول مریض از نظر کلینیکی در شاک حقیقی قرار نداشته نبض ثابت و فشار خون نارمل است. درجه حرارت نارمل و یا پائین تر از نارمل قرار دارد بطن متقلص، سخت (Rigid) بوده که بنام Board like

abdomen یاد میشود با اصغاً آواز های معانی قابل سمع نبوده و در بعضی مریضان ممکن کمی شنیده شود.

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



شکل (۱۰-۱) رادیوگرافی صدر به وضعیت ایستاده در یک مریض مصاب تثقب قرحه پیپتیک که گاز را تحت حجاب حاجز نشان میدهد

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

- Computed tomography - معاینه بسیار حساس در تشخیص گاز آزاد در داخل پریتون بوده و در صورت مشکوک بودن در تشخیص تفریقی افات دیگر مانند پانکریاتیت نیز کمک مینماید.

تشخیص تفریقی

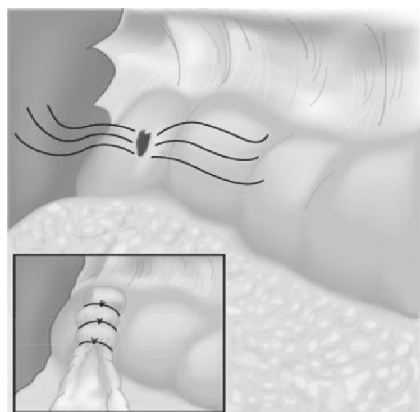
چهار حالت مرضی که اکثراً با تثقب قرحه پیپتیک مغالطه میگردد عبارتند از:

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

تداوی

اکثر جراحان به این نظر اند تا نتقب قرحه پپتیک هر چه زودتر توسط مداخله جراحی ترمیم گردد. بعد از تشخیص نتقب، 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 انستیزی تطبیق شده. درد توسط انالجزیک مورفین تسکین و ضایعات مایعات از طریق وریدی معاوضه گردد انتی بیوتیک غرض مجادله با انتانات داخل پریتوانی و H₂ Blocker و یا Proton pump inhibitor از طریق وریدی تطبیق و مریض آماده عملیات شود.

بطن این مریضان باز و ناحیه منقوبه با چند خیاطه متقطع بسته و توسط یک پارچه ثرب تقویه میگردد (simple closure). جوف بطن توسط سیروم فزیولوژیک لواژ و در صورت نتقب قرحه معده باید بیوپسی نیز اخذ گردد و



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

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 افزایش اسید و H-pylori توسط اهتماتامات طبی کنترل گردد تداوی جذری زمانی استطباب دارد که تداوی طبی مؤثر نباشد.

عواقب مرض

وفیات نتقب قرحه پپتیک در حدود ۵%-۱۰ بوده و وفيات زيادتر 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 نتقب و یا بیشتر از آن میرسند.

انذار مؤخر بعد از تثقب 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 & Melana

نزف قرحات پپتیک به شکل Hematemesis و Melana و یا هم هر دو 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 متکرر میباشد.
 - ۷- Dieulafoy's disease – عبارت از سوء شکل شریانی وریدی معده بوده که در این مرض نزف در یک مخاط ظاهراً نارمل بوجود میآید.
 - 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 اثناعشر تشکیل داده و قرحه مزمن اثناعشر 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 نرف های مبهم و مجهول ممکن از باعث گرفتن اسپرین، ادویه انتی کواگولانت، ستروئید، اندومیتاسین و غیره باشد. تاریخچه اعتیاد به الکول و یا سابقه هیپاتیت ویروسی دلالت به سیروز کبدی مینماید علاوه افراط در الکول ممکن باعث تخریش حاد معده شود. وقی الدم برنگ سرخ روشن به تعقیب استقرآغ شدید و مکرر بعد از صرف زیاد غذا ویا الکول دلالت به سندروم – Mallory Weiss مینماید.

معاینه فزیک

دریافت های معاینه فزیک 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 ویا 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 مینماید.

در صورت ادامه نرف و ضیاع زیاد خون نهایت 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 نرف و تظاهرات سیروز کبدی (ضخامه کبد و طحال، موجودیت Spider naevi پرقان و Liver palm) دلالت به وریس مری و توسع اوعیه اطراف دهن دلالت به Telangectasis نرفی ارثی میباشد.

معاینات تشخیصیه

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

- تعیین مقدار یوریا خون جهت تشخیص تفریقی نرف معدی معایی علوی و سفلی که در صورت اول یوریا سیروم معمولا بلند می‌رود.
- ارزیابی تحثر خون و تعیین صفیحات دمویه جهت دریافت سایر عوامل نرف.

تست های وظیفوی کید جهت دریافت امراض کیدی.

- Upper GI fiberoptic endoscopy – از جمله معاینات بسیار با ارزش بوده و توسط آن مری، معده و اثنا عشر مشاهده شده و بطور عاجل بزودی بعد از بستر شدن مریض اجراء شده می‌تواند. با این معاینه علاوه بر تشخیص دقیق ناحیه نرفی میتوان قرحه خون دهنده فعال پپتیک را با زرق ادرینالین در قاعده قرحه و نرف واریس مری را توسط Band ligation تداوی کرد.

تداوی

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

- ۱- به مریض اطمینان داده شود و برای رفع اضطراب و درد مورفین از طریق وریدی تطبیق گردد
- ۲- کنترل نبض، فشار خون و CVP برای حد اقل سه روز الی توقف تام نرف
- ۳- در صورت موجودیت شاک مایعات بشمول نقل الدم تطبیق شده و در ورید مرکزی کنتیتر تطبیق و از طریق ان ضایعات مایعات معاوضه گردد. کنتیتر بداخل مئانه جهت اندازه گیری دیوریز تطبیق گردد
- ۴- H₂ receptor antagonist و یا Proton pump inhibitor جهت کاهش افراز اسید از طریق وریدی داده شود
- ۵- تداوی H-pylori در صورت تثبیت انتان در قرحات اثنا عشری و معدوی شروع گردد.
- ۶- Tranexamic acid (نهی کننده Fibrinolysis) از طریق وریدی داده شود

- ۷- به مجرد توقف نزف فعال مایعات و غذاهای سبک از طریق فمی شروع گردد. تداوی ضد قرحوی فمی هر چه زودتر آغاز و به مریض به تعقیب آن غذای نیمه جامد توصیه گردد.
- ۸- به منظور جلوگیری از اختلالات تنفسی انتی بیوتیک و قایوی و فزیوتراپی صدر توصیه شود
- با پیروی از اصول فوق ۳/۴ مریضان مصاب نزف معدی معانی شفایاب میشوند.

استطبابات تداوی جراحی

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

استطبابات تداوی جراحی عبارتند از:

- ۱- ادامه نزف با وجود تداوی کافی محافظه کارانه طبی و اندوسکوپیک.
 - ۲- خونریزی فوق العاده زیاد و وافر که مانع مشاهده افت خون دهنده شود.
 - ۳- نکس نزف که به طریقه اندوسکوپیک تداوی شده نتواند.
- در این وقایع وخیم نقل الدم ادامه داده شده و مریض عاجلاً به عملیات آماده میگردد در اثنای عملیات منشه نزف قرار ذیل کنترل میگردد:
- در قرحات مزمن معده - اکثراً Partial gastrectomy و یا برداشتن ساده قرحه اجراء میگردد.
 - در قرحه اثناعشر - Pyloroplasty و شریان معدی اثناعشری 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 موقتی نرف میتوان از تداوی اندوسکوپیک یا Laser coagulation یا زرق ادرینالین استفاده کرد تا مریض برای تداوی اساسی آماده گردد.

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

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 مریض 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 الکتروولیت ها موجود میباشد.

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

در معاینه مریض Dehydrated و 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 مریض صدای به هم خوردن مایع و گاز در معده شنیده میشود که بنام Succussion splash یاد میشود. با بزرگ شدن معده حرکات استدارای 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.

تشوشرات بیوشیمک

مریضان مصاب قرحه اثنا عشر فرط اسید معدوی داشته بنا استفراغ زیاد در تضیق پیلور نه تنها باعث ضیاع اب بدن شده بلکه از باعث ضیاع ایون هایدروجن سبب الكلوز نیز میگردد و در صورت که مریض جهت تسکین درد مقدار زیاد قلیویات اخذ نماید حالت الكلوز هنوز وخیم تر شده در ابتدا تمایل به الكلوز با اطراح سودیم بای کاربونیته توسط کلیه ها جبران میگردد و بدین ترتیب PH خون د رحدود نارمل محافظه میشود. در این مرحله دیهایدریشن باعث تنقیص حجم ادرار و ازدیاد غلظت ان شده که در ابتدا مقدار کلور ان کم و بالآخره بکلی از بین رفته و تعامل ان قلیوی میگردد و اگر استفراغ ادامه یابد کمبود شدید سودیم ظاهر شده این کمبود و ضایعات سودیم تا حدی از باعث ضیاع ان در اثر استفراغ بوده لاکن علت اصلی ان اطراح سودیم بشکل سودیم بای کاربونیته از طریق ادرار است با تخلیه ذخایر سودیم عضویت، ایون هایدروجن و پوتاشیم به شکل کاتیون جاگزین سودیم شده و با بای کاربونات در ادرار اطراح

میگردد. این حادثه وضع متضادی را بار آورده یعنی با وجود که مریض مصاب الکلوز پیشرفته است ادرار اسیدی اطراح مینماید . مقدار یوریا خون نیز بلند رفته که این حادثه قسما از باعث دیهیدریشن و تا حدی در نتیجه ماف شدن کلیه ها از سبب تشوش الکتروولایت میباشد بالاخره ممکن نزد مریض حملات تیتانی از باعث تبدیل شدن کلسیم فاسفیت خفیفاً قنوی ایونایز به حالت غیر ایونایز به منظور جبران حالت الکلوز بوجود آید. بدین ترتیب غلظت ایون کلسیم در پلازما پائین آمده در حالیکه غلظت مجموعی آن تغیر نمیکند . اختلاطات و تشوشات میتابولیک را در مریضان تضیق پیلور میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:

۱. مریض دیهیدری بوده و سویه هیماتوکریت بلند میرود.
۲. مقدار ادرار کم ولی غلیظ است تعامل آن در ابتدا قنوی و بعدا اسیدی میگردد. مقدار کلور در ادرار کم و یا موجود نمی باشد
۳. سویه کلور ، سودیم و پتاشم سیروم پائین آمده و بای کاربونات و یوریا پلازما بلند میرود.

معاینات تشخیصیه

- گستروسکوپی بعد از تخلیه معده توسط سند انفی معدی سبب افت را در اکثر وقایع تعیین مینماید.
- CT scan - معلومات بیشتر اناتومیک را راجع به تشخیص و سبب افت ارایه مینماید
- Barium meal - که توسع معده، پیلور متضیق و تأخیر در تخلیه معده را نشان میدهد.
- تعیین گاز و الکتروولایت شریانی - الکلوز هایپوکلورومیک را با



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

Hypokalaemic و Uremia نشان میدهد.

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 عقدهات لنفاوی خبیثه
 - ضخامه پیلور در کاهلان
- تشخیص تفریقی تضیق پیلور از کارسینومای پیلور قبل از اندوسکوپی، بیوپسی و حتی لپراتومی ناممکن بوده لاکن نقاط ذیل در تشخیص تفریقی آن مدنظر باشد:
- طول تاریخچه مرض - موجودیت یک تاریخچه چندین ساله درد
 - وصفی قرحه پپتیک دلالت به سلیم بودن قرحه کرده در حالیکه کانسر اکثرا تاریخچه کوتاه چندماهه بدون درد دارد.
 - توسع زیادمعده - دلالت به افت سلیم کرده زیرا برای ایجاد آن مدت زیادی ایجاب مینماید.
 - موجودیت کتله در ناحیه پیلور - دلالت به افت خبیثه کرده لاکن به خاطر باشد که ممکن در قرحات بزرگ اثنا عشری نیز کتله التهابی نادرا جس گردد

تداوی - تداوی تضیق پیلور تاسس یافته عملیات جراحی بوده که قبل از عملیات باید ضایعات اب و الکترو لایت ها با تطبیق محلولات نمکی و پوتاشیم از طریق وریدی اصلاح گردد معده توسط سند معدی انفی با سوراخ های بزرگ برای مدتی شستشو گردد تا وظایف معدوی اصلاح و جذب مایعات بهتر گردد علاوه غذا های مایع غنی از پروتین و ویتامین ها مخصوصا ویتامین C به مریض توصیه شود. عملیات انتخابی که چند روز بعد از آماده ساختن مریض برای عملیات صورت میگرد عبارت از T . vagotomy با

Billroth II Gastrojejunostomy بوده و بعضی جراحان Billroth II gastroectomy را ترجیح میدهند. در صورت مسن بودن و خرابی وضع عمومی مریض میتوان صرف Gastrojejunostomy اجراء کرد.

تومور های معده

Tumors of the stomach

تصنیف

الف – تومور های سلیم یا Benign
اینها عبارتند از:

۱- تومور های 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

۳- تومور های ثانوی – عبارت از اشغال شدن معده توسط تومور

احشای مجاور (پانکراس یا کولون) میباشد.

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs)

پتالوژی

این تومور ها غیر معمول بوده و در سابق فکر می شد که از طبقه عضلی و یا حشرات عصبی جدار امعاء منشه میگردد. لاکن در حال

حاضر به این باور اند که منشه این تومورها حجرات بین الخلالی Cajal (ICCs) که حجرات pacemaker طرق معدی معایی اند میباشد.

ICCs یک قسمت از سیستم اعصاب اتونومیک بوده و زمانی که تومور منظره نسج عصبی داشته اکثراً بنام تومور عصبی اتونومیک معدی معایی (GANT) یاد شده است. تومور های دیگر ممکن منظره زیادتر شبه حجرات عضلی ملسا داشته از این رو در سابق فکر میگردید که Leiomyoma میباشد.

GISTs میتواند سلیم ویا خبیث باشد و در نواحی مختلف طرق معدی معایی بوجود می آید لاکن در معده بیشتر مشاهده شده و در سایر نواحی امعا رقیقه نیز نادر نمی باشد.

این تومور بشکل یک تومور کوچک در بین جدار عضلی ظاهر شده و تومور بزرگ خارج از جدار امعا نشونما کرده و ممکن نسبت خرابی اروا قسماً سیستمک و با لومن امعا ارتباط پیدا کند. GISTs بصورت وصفی با نرف معایی و یا انسداد ظاهری شود و یکتعداد شان در اثنای تکمیل معاینات درد های غیر وصفی بطن دریافت میگردند.

اسباب

سبب مرض نا معلوم بوده لاکن مرض در یک تعداد وقایع مترافق با نیروفبروماتوز Type I میباشد. مریضان بصورت وصفی بیشتر از ۴۰ سال عمر داشته و وقوعات آن در هر دو جنس مساویانه میباشد. پتوجینیز مرض عبارت از میوتیشن بنفسهی در c-kit gene است.

معاینات خصوصی

- اندوسکوپی: اکثراً تومور را بشکل یک پولیپ تحت المخاطی که سطح قرحوی دارد تشخیص مینماید.
- CT نیز ممکن موجودیت تومور را تشخیص نماید.
- اندوسکوپیک التراسوند (EUS) ممکن بمنظور تثبیت طبیعت پولیپ و منشه دقیق آن از جدار طبقه عضلی معده استفاده شود.

• **Positron emission tomography (PET)** بمنظور تشخیص و تعیین staging تومور استفاده میشود. زمانیکه تومور دریافت گردید تشخیص نهایی توسط بیوپسی وضع میگردد.

تداوی

عملیات جراحی تداوی انتخابی مرض میباشد که تومورهای کوچک بصورت موضعی (Wide excision) برداشته شده و تومورهای بزرگ ایجاب برداشتن وسیع (Gastrectomy یا Duodenectomy) را مینماید. Lymphadenectomy ضرور نبوده. شیمو تراپی برای ۳-۶ ماه قبل از عملیات توسط (tyrosine kinase antagonist) Imatinib ممکن در کاهش اروا و جسامت تومور مفید ثابت گردد.

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، ثدیه و پروستات قرار دارد. تومور در تمام دنیا مشاهده شده اما در بعضی نواحی بالخصوص در جاپانی ها بیشتر دیده میشود. مرض هر سن و سال بالخصوص سنین ۵۰-۷۰ را بیشتر مصاب میسازد.

ایتولوژی

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

۱- فکتور های مساعد کننده

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 پپتیک 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 می شوند.

ب - پائین بودن حالت اقتصادی اجتماعی

ج - اعتیاد به سگرت

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

۳- فکتور های جنتیک

الف - گروپ خون A

ب- Hereditary non polyposis colon cancer

(HNPCC) syndrome مترافق 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 نشونمای 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 میکروسکوپی 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 کبیدی 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. استفراغ 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 تتهقب و نزف (hematemesis) و maelana 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 فزیکتی نیز مربوط سه بخش فوق بوده و درمعاینه 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.

۴- para neoplastic syndromes

انیمی هیمولایتیک، membranous glomerulonephritis و Disseminated intravascular coagulation مزمن که باعث ترومبوز وعایی (Trousseau's sign) میگردد بعضا مشاهده میگردد.

معاینات تشخیصیه

- Faecal occult blood – (+) بوده و دلالت به نرف 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 عقدهات لنفاوی را نشان میدهد.
- CT scan – ممکن انتشار عقدهی و میتاستاتیک تومور را نشان داده و بدینترتیب معلومات در مورد ریزکشن Curative معده میدهد.
- تعیین هیموگلوبین – در ۴۵% مریضان کمخونی مشاهده میشود.
- Staging laparoscopy- غرض ارزیابی تومور ابتدایی تحرکیت تومور ، اشغال احشای مجاور معاینه جوف پریتون جهت دریافت میتاستاز های کوچک (پریتوانی و کبد) که با CT scan قابل تشخیص نمی باشد.
- 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 قرچه با حوافی برجسته و ارتشاح محیط آن
ج – جسامت آفت –تمام قرحات که جسامت بیشتر از ۲ سانتی متر دارند از نظر خبائت مشکوک بوده گرچه قرچه سلیم بسیار بزرگ با قطر ۵سانتی متر و یا بیشتر از آن بالخصوص در اشخاص مسن مشاهده شده است بخاطر باشد که هرگاه کارسینومای معده با ادویه تنقیص دهنده اسید (H₂ receptor antagonist و Proton pump inhibitor) تداوی شود درد تسکین شده و از باعث تنقیص اذیمای مجاور ممکن اشتباهاً قرچه 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 میگردند مد نظر باشد.

این امراض عبارت اند از:

- کارسینو مای معده

- کارسینو مای سیکوم

- کارسینو مای پانکراس

- Pernicious anemia

- Uraemia

مهمترین تشخیص تفریقی کارسینو مای 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 میکروسکوپی یک 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 عقدا ت لنفاوی نظر به وسعت

تومور میباشد و مریضانیکه که فعلاً gastrectomy می شوند

معمولاً قبل و بعد از عملیات chemotherapy میگردند

- **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 Gastroenterostomy اجراء شده لاکن معمولاً در

این حالات از stent استفاده می شود و هرگاه کارسینوما

غیر قابل برداشت ناحیه کاردیا با اعراض عسرت بلع موجود باشد میتوان Stent پلاستیکی و یا فلزی تطبیق کرد. تداوی شعاعی وادویه سایتوتوکسیک در تداوی مرض دارای ارزش محدود میباشد.

عواقب مرض

انذار کارسینومای معده مربوط به وسعت انتشار و درجه قابل تفریق 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 عقدهات لنفاوی اطراف معدوی (Stage II) این رقم به %۳۲ میرسد در حالیکه اشغال شدن عقدهات لنفاوی ۳سانتی متر دورتر از تومور (Stage III) صرف %۱۰ مریضان پنج سال عمر دارند موجودیت میتاستازها (Stage IV) سبب مرگ مریض قبل از پنج سال میگردد.

سایر امراض معده

توسع حاد معده (Acute gastric dilatation)

این حالت اکثرا با تشوشات پیلور و اثنا عشر و یا بعد از جراحی که تخلیه معده توسط سند انفی معدی صورت نگرفته است همراه میباشد. و معده که ممکن اتونیک باشد فوق العاده متوسع میگردداین مریضان اکثرا ضیاع مایعات و تشوشات الکترولایت دارند عدم تداوی این حالت باعث استفراغ کتلی انی و اسپریشن ان بداخل ریه ها میگردد. تداوی ان سکشن توسط تیوب انفی معدوی دارای سوراخ های بزرگ ، تعویض مایعات و تداوی عامل سببی میباشد.

Trichobezoar & phytobezoar

trichobezoar (گلوله موی) یک حالت غیر معمول بوده و اکثرا منحصر به طبقه اناث جوان مصاب تکالیف روانی میباشد.

Trichobezoar از باعث بلع موی که در معده بشکل هضم نشده باقی مانده بوجود می آید گلوله موی میتواند باعث قرچه، نزف معدی معایی، تنقب و انسداد شود. تشخیص توسط اندوسکوپی و رادیوگرافی ساده به اسانی صورت میگرد.

تداوی مرض کشیدن گلوله موی توسط مداخله جراحی باز میباشد.

Phytobezoar از مواد نباتی تشکیل شده و اساساً در مریضانی مشاهده می شود که رکودت معدوی دارند و ایجاب تداوی جراحی را می نماید

اجسام اجنبی معده

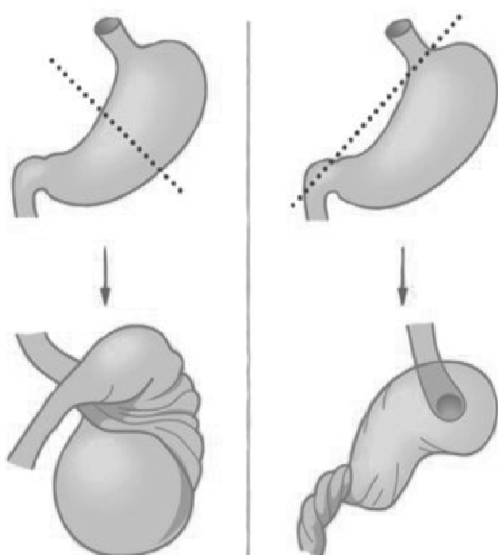
اجسام مختلف اجنبی میتواند در اثر بلع وارد معده شود و اکثراً این مواد در رادیوگرافی ساده مشاهده میگردد در صورت امکان باید به کمک اندوسکوپی کشیده شود در غیر ان اکثراً با مواد غایطه خارج می گردد. حتی اجسام مانند سوزن که در مورد ان تشویش زیاد وجود دارد ندرتا باعث اذیت و ضرر میگردد. عموماً اجسام که معده را عبور می نماید بطور بنفسهی اطراح میگردد. برخلاف حدس و گمان، دریافت جسم اجنبی و برداشتن ان در اثنای لپراتومی بسیار مشکل میباشد و مداخله جراحی در مریضانی اجرا شود که دارای اعراض بوده و یا جسم اجنبی اطراح نگردد.

تدور معده (Volvulus of the stomach)

تدور معده اکثراً به دور محوری صورت میگیرد که توسط دو نقطه تثبیت شده ان یعنی کاردیا و پیلور ساخته می شود. گرچه تدور معده میتواند در جهت افقی (organoaxial) و یا عمودی (mesenterioaxial) صورت گیرد ولی در شکل معمول ان انحنای کبیر با کولون بطرف علوی حرکت کرده و در تحت حجاب حاجز طرف چپ قرار میگیرد.

عامل مساعد کننده مرض eventration حجاب حاجز میباشد و ممکن کولون در مرحله اول به علوی حرکت نماید و معده را به خود کش نماید اینحالت اکثراً بشکل متناوب مشاهده شده لاکن ممکن به

■ Mesenterioaxial volvulus ■ Organoaxial volvulus



شکل (۱۳-۱) اشکال تدور معده

شکل حاد ظاهر گردد. در این حالت مریض با گرفتن مقدار کم غذا احساس پری کرده و از درد خفیف ناحیه اپی گاستریک و ارغ زدن شکمی است عبور تیوب معدی اکثراً ناممکن میباشد. تشخیص مرض توسط رادیوگرافی معده با مواد کثیفه وضع میگردد.

تداوی

هرگاه مرض باعث ایجاد اعراض شده باشد جراحی بهترین تداوی مرض است بصورت کلاسیک از جراحی باز استفاده شده لاکن در صورت دسترسی تداوی لپراسکوپیک مناسب تر میباشد.

در جراحی باز انحنای کبیر معده با قطع gastrocolic omentum از کولون کاملاً آزاد میگردد این عملیه ممکن بخودی خود کافی باشد لاکن جهت تقویه پیش تر میتوانم انحنای کبیر معده را با duodenojejunal flexure (و یا بهتر تر با قطعه چهارم اثناعشر) مانند گاسترو انترو استومی خلفی ولی بدون تفمم تثبیت کرد.

در وقایع که تدور در نتیجه یک defect بزرگ hiatal باشد و در بین ان صورت گیرد تداوی اساسی عبارت از بسته نمودن hiatus بدورادور مری میباشد.

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: McGRRAW – 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. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P.1045–79.
- 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. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011
- 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

اهداف آموزش

دانستن

- آناتومی جراحی امعاء رقیقه
- معاینات امعاء رقیقه
- تظاهرات سریری مختلف رتج میکل
- مرض کرون، تظاهرات سریری و تداوی ان
- تومور های امعاء رقیقه، تظاهرات سریری و تداوی انها

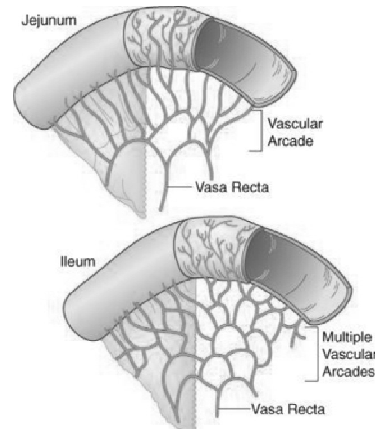
امعاء رقیقه قسمتی از جهاز هضمی است که از حذا پیلور الی سیکوم تمادی دارد و مهمترین وظیفه ان جذب مواد غذایی میباشد.

آناتومی جراحی

تقسیمات آناتومیک

الف - اثنا عشر - در فصل اول صفحه چهارم ذکر گردیده.

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



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

مجموعاً تقریباً ۶ متر طول داشته و ۲/۵ علوی آن ژیزونوم میباشد فرق آناتومیک بین ژیزونوم و الیوم طوری است که ژیزونوم در قسمت علوی جوف پریتون به طرف چپ در تحت میزوی کولون مستعرض قرار داشته در حالیکه الیوم در سفلی جوف پریتون 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 وبدون 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 جدارامعا مشاهده شود.

ارواء ژیژونوم و الیوم

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

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

لنف ژیژونوم و الیوم - لنف آن از تعداد زیاد عقدات مساریقی گذشته و بالآخره به عقدات مساریقی علوی میرسد.

تعصیب: امعا رقیقه توسط عصب سمپاتیک و پارا سمپاتیک تعصیب شده که عصب سمپاتیک از plexus coeliac و عصب پاراسمپاتیک از Vagus راست به امعا میرسد.

معاینات امعا رقیقه

رادیولوژی

- رادیوگرافی ساده

- (۱) انسداد امعا رقیقه توسط لوپ های متوسع امعا رقیقه با گاز تشخیص شده که شکل پته زینه را دارد و نسبت موقعیت مرکزی ان از امعا غلیظه تشخیص تفریق میگردد
- (۲) این معاینه گاز ازاد را در جوف پریتوان نیز نشان داده که رادیوگرافی ساده صدر به وضعیت ایستاده به این منظور زیادتز کمک مینماید.

- Barium follow-thru امعاء رقیقه

- (۱) به قسم یک جز معاینه باریوم meal و یا بطور جداگانه (تطبیق مواد کثیفه از طریق یک تیوب به قسمت علوی جیجینوم) اجرا میگردد.
- (۲) این معاینه در تشخیص تومور های امعاء رقیقه، سوء جذب، قرحات، دیورتیکول ها و فیستول ها کمک میکند.

- Fistulography

این معاینه خصوصاً در مرض کرون مفید بوده. و در نواحی که فیستول معایی جلدی ایجاد شده این معاینه میتواند اجواف ابسی و تضیقات مترافقه را نشان دهد

- الٹراساوند و CT scan

- ۱- الٹراساوند در تشخیص تفریقی لوپ های معایی متوسع پر از مایع از ساختمان های سیستیک داخل بطن کمک میکند.
- ۲- CT scan در دریافت ضخیم شدن جدار امعاء، فیستول های معایی کولونی و معایی مثانی کمک مینماید.

- Angiography مساریقی

این معاینه میتواند افات angiodyplastic و تومور های وعایی را در امعاء رقیقه که باعث خونریزی مخفی و یا اشکار میگردد نشان دهد.

- مطالعات Isotope

- این معاینه در تشخیص امراض ذیل کمک مینماید:
- ۱- خونریزی مخفی امعاء رقیقه از باعث دیورتیکول میکل، پولیپ ها، تومور ها و یا سوء شکل وعایی.
- ۲- امراض التهابی امعاء.
- ۳- زمان ترانزیت امعاء رقیقه: که در این معاینه تخلیه معده نیز همزمان مطالعه میگردد.

- Enteroscopy

این معاینه توسط enteroscope های مخصوص مانند long و یا balloon tipped push enteroscope اجرا میگردد.

رتج میکل Meckel's diverticulum



رتج میکل بقایای قنات Vitellointestinal جنین 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.

تظاهرات سریری

- رتج میکل ممکن به اشکال مختلف تظاهر نمایند: شکل (۲-۲) رتج میکل^{۱۱}
- بدون اعراض که در هنگام عملیات و یا اتوپسی دریافت میگردد.
 - التهاب حاد - که از نظر کلینیکی با اپندسیت 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 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

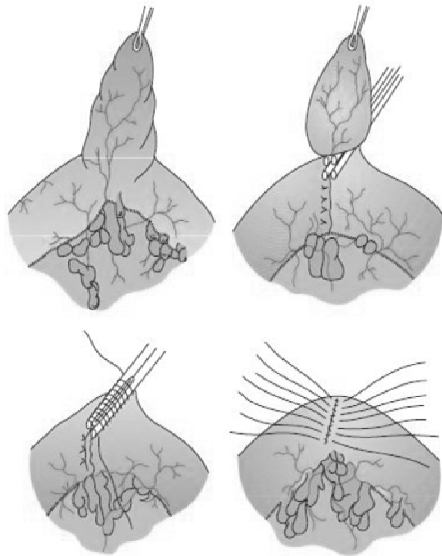
اکثراً دیورتیکول بصورت تصادفی تشخیص میشود با وجود آن معاینات ذیل در تشخیص آن کمک مینماید:

- **Technetium scan** - Technetium نشانی شده (^{99m}Tc) توسط مخاط معده جذب شده و توسط Scintigraphy معده و علاوئاً رتج میکل اکثراً نزدیک حفره حرقفی راست (RIF) مشاهده میشود.

Barium follow through - ممکن رتج را که از وجه انتی میزانتریک منشه گرفته نشان دهد.

تداوی

عبارت از ریزکشن دیورتیکول بوده که نسبت داشتن قاعده وسیع و خطر تضیق بعدی نباید از حذای قاعده قطع و مانند اپندکتومی غرس گردد. همچنان در صورت موجودیت ان بدون کدام پتالوژی باید برداشته نشود. هرگاه ارتشاح قاعده دیورتیکول به الیوم توسعه یافته باشد ریزکشن یک قمست کوچک الیوم و انستوموز نهایت به نهایت توصیه میشود.



شکل (۲-۳) مراحل اجرای Diverticulectomy میکل

مرض كرون

Crohn's Disease

مرض كرون يك مرض التهابی غير وصفی طرق هضمی است كه در آن ناحیه ماؤفه امعا در بين قسمت های سالم قرار دارد مؤلف كرون در ابتداء وقوع مرض را در اليوم توضیح كرده 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 ممكن كولونها به تنهایی مصاب شود.

ایتولوژی

اسباب مرض كرون را عوامل محیطی (كشیدن سگرت و زندگی شهری) و جنیتیک (۲۰% مریضان يك اقارب مصاب به مرض دارند) تشکیل میدهد. تحقیقات تازه اشاره به تغیر جنیتیک در ژن فامیلی NOD نموده كه این ژنها بطور ذاتی مقابل انتی ژن های باكتریائی امعاء عكس العمل معافیته نشان میدهند موجودیت Granuloma در هستولوژی دلالت به يك نوع انتان Mycobacterium نموده كه ممكن Mycobacterium avium كه Mycobacterium paratuberculosis ، subspecies است باشد. با وجود آن موفقیت ادویه Immunosuppression در كنترول مرض كرون دلالت به اسباب autoimmune نظر به انتانی مینماید.

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

پتولوژی

امعاء رقیقه در ۲/۳ وقایع مصاب مرض بوده و اليوم 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 اليوم تظاهرات ركتل و كولونیک نیز دارند.

منظره میکروسکوپی

شکل (۲-۴) تضییقات و توسع امعاء بین تضییقات در مرض کرون

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 عقدهات لنفاوی بزرگ و ضخاموی میگردد.

شحم مساریقی بالای سطح غشای مصلی امعاء در ناحیه ماؤفه پیش میروند ممکن نواحی نارمل امعاء (skip یا جست زده) در بین نواحی ماؤفه 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 محرقات 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 حرققی 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 حرقی راست و استفراغات تظاهر نموده نادراً نتقب امعاء با نرف 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 مرض را نشان دهد

انسداد امعاء- به تعقیب تشدید التهاب، فیروز جدار امعاء بوجود آمده و باعث تضییق یک قسمت امعاء و در نتیجه انسداد امعاء میگردد، همچنان انسداد ممکن به تعقیب آبه داخل پریتنوی بوجود آید.

تشکل فیستول

فیستول ممکن در امعاء مجاورویا مئانه باشد و یا ممکن فیستول محیط مقعدی تاسس نماید و فیستول های غایطی خارجی میتواند به تعقیب مداخله جراحی بوجود آید.

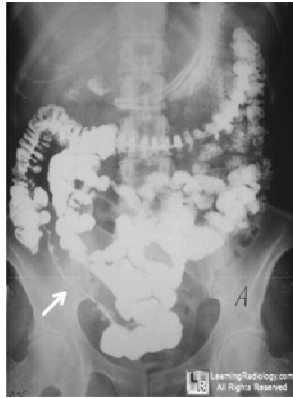
سؤ جذب – اشغال شدن وسیع امعاء باعث سؤ جذب، همراه با اسهالات شحمی و کمبود چندین ویتامین شده که در صورت ریزکشن قبلی امعاء تشدید میگردد.

اسهالات – اسهالات ممکن از باعث التهاب و تقرح مخاط، اشغال شدن کولون و رکت، ازدیاد نشوونمای انتان در قسمت انسدادی امعاء و سؤ 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.



شکل (۲-۵) Kantor's string sign در معاینه باریوم نزد مریض کرون

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
- **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 آبه تجمع مینمایند.

اختلالات

- بر علاوه اختلالات که قبلاً ذکر گردید مرض کرون در خارج از طرق معدی معائی 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**، **pyodermia gangrenosum** و **uveitis** نیز مشاهده شده و در صورت مصاب بودن کولون ها زیادتر شیوع دارد.

تداوی - تداوی بطور ابتدائی طبی بوده و جراحی در صورت بروز اختلالات و شکل مزمن مرض از تداوی های مناسب بشمار میرود. باید گفت که از تداوی جراحی از باعث سو 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 سترئوئید ها و ادویه Immunosuppressant مانند Azathioprine تداوی شده و تغذی از طریق وریدی ممکن ضرورت باشد **Infliximab** که یک انتی بادی **Monoclonal** فکتور نکروزی تومور (**TNF- α**) است در تداوی شکل حاد ارتقائی و فیستولایزی شده موثر میباشد.

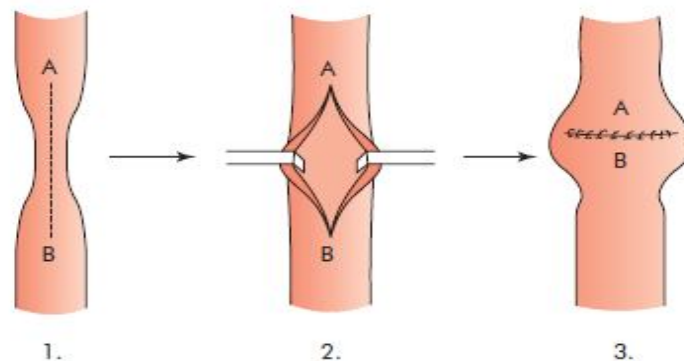
اعراض خفیف مرض توسط ادویه **5 Aminosalicylate** مانند **Sulfasalazine** و **mesalazine** تداوی شده و ممکن سترئوئید و **Metronidazole** نیز در تداوی موثر باشد.

تداوی جراحی - اگر مرحله حاد مرض در اثنای اپراتومی 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 ماؤفه و یا **Stricture plasty** اجراء گردد.

عملیات های مروج در مرض کرون عبارت اند از:

۱. **Ileocaecal resection**: این عملیه اکثرا در افات ناحیه ایوسیکل اجرا شده که نظر به وسعت افت تقممع با کولون صاعده و یا کولون مستعرض اجرا میگردد.
۲. **Segmental resection**: این عملیات اکثرا در تضیقات امعاء استطباب داشته که قسمت کوچک ماوف امعاء رقیقه و یا غلیظه بصورت موضعی برداشته میشود.
۳. **Colectomy** و **Ileorectal anastomosis**: این عملیات در مرض کرون کولونی که کولون ها وسیعا و ریکتمقسما اشغال شده و معقد نارمل باشد استفاده میشود.

۴. **Colectomy** عاجل: این عملیات ۸٪ عملیات های امراض حاد کولونی را تشکیل می دهد و استتباب ان مانند کولیت قرحوی میباشد. در صورتیکه تداوی طبی باعث بهبودی مرض شود بعدا تداوی جراحی اجرا شده زیرا در شکل فعال مرض خطر نکس زیاد میباشد.
۵. **Stricture plasty**: به غرض جلوگیری از Resection امعا میتوانم نواحی متعدد متضیق امعا را توسط عملیه وسیع ساختن موضعی (**Stricture plasty**) تداوی کرد.



شکل (۶-۲) stricture plasty: (۱) شق طولانی بالای ناحیه متضیق امعا اجرا میگردد. (۲) امعا باز و جدار ان طوریکه در شکل مشاهده میگردد از هم دور میشود. (۳) امعا دوباده بصورت مستعرض خیاطه گذاری شده تا ناحیه متضیق وسیع گردد.

۶. **Ileostomy** موقتی: این عملیات در مریضان مصاب مرض کرون حاد قسمت سفلی امعا، ناحیه محیط معقدی و رکتوم اجرا شده و باعث خاموش شدن مرض گردیده و اجازه میدهد تا راجع به برقرار نمودن تمادی امعا در آینده فکر شود.
۷. جراحی laparoscopic: در اشکال غیر اختلاطی مرض کرون ریزکشن و منحرف ساختن مسیر امعا یک عملیات مصون میباشد.
۸. **proctocolectomy**: این عملیات در مریضان مصاب مرض کرون کولونی و مقعدی که به تداوی طبی جواب نمی دهد توصیه و نزد مریض الیوستومی دایمی اجرا میگردد

۹. امراض معقدی: اکثراً بشکل محافظه کارانه توسط دریناز ساده اِرسی و تطبیق Seton ها بدور فیستول و گاهی در صورت غیر فعال بودن افت، ترمیم ابتدایی فیستول rectovaginal و یا فیستول های علوی معقدی توصیه میگردد.

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.

تومور های 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 معانی
- 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، کولون، مثانه و یا Lymphoma اشغال میگردد.

تظاهرات سریری

تومور های امعاء رقیقه ممکن با تظاهرات ذیل ظاهر گردند:

- نرف معائی
- انسداد امعاء
- تغلف امعاء
- تدور امعاء

سندروم کارسینوئید (Carcinoid syndrome)

تومور کارسینوئید عبارت از تومور های (Amine precursor) APUD (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 (Serotonin) 5 – Hydroxy tryptamine افزاز نموده و مرض اکثراً تا زمانی بدون اعراض میباشد که به کبد میتاستاز دهد که در اینصورت افزازات 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 حشرات Kultschitzky تشکیل شده و توسط نقره رنگ آمیزی و از حذای کریپیت 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 لاکن %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 عقدهات 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 معانی میباشد.
- درد های بطنی (%۴۰)
- اسپزم قصبی یا Bronchospasm (%۱۵)
- حالات غیر نارمل قلبی (تضیق دسام ریوی و tricuspid) از تظاهرات 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 تومور میتاستاز آن بوجود آمده نیز ممکن موجود باشد.

معاینات تشخیصیه

- غلظت 5 – Hydroxy indole acetic acid (5HIAA) در ادرار:
- HT – 5 به HIAA تبدیل شده و در ادرار اطراح میگردد که مقدار این ماده در ادرار جمع شده ۲۴ ساعته بلند میرود.

- Computed tomography (CT) – و یا التراساوند کبد جهت دریافت میتاستاز کبدی
تومور ابتدائی اکثراً مبهم و نا معلوم میباشند.

تداوی – تداوی مرض ریزکشن تومور در وقایع مقدم مرض بوده و میتاستاز های موضعی در کبد نیز بعضاً قابل ریزکشن میباشند. تداوی تسکین دهنده یا آرام کننده میتاستاز های بسیار وسیع توسط امبولی نمودن شریان کبدی از طریق کنتریزیشن شریان فخذی صورت گرفته و تداوی cytotoxic ممکن باعث بهبودی زیاد شود.
اعراض مرض ممکن توسط Octreotid که مشابه somatostatin میباشند و باعث نهی افراز HT – 5 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.

Referencenes:

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 Brunnicarde, 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. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 4- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
 - 5- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011
 - 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1154 – 87
 - 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.embryology.med.unsw.edu.au

فصل سوم انسداد امعاء

Intestinal Obstruction

اهداف آموزش

دانستن

- تصنیف ، اسباب و تظاهرات سریری انسداد میخانیکی امعاء
- اشکال مخصوص انسداد امعاء
- اسباب ، تظاهرات سریری و تداوی انسداد اوعیه مساریقی
- اسباب ، تظاهرات سریری و تداوی انسداد فلجی امعاء

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 علائم 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 دفعتهاً اعراض و علایم انسداد حاد در یک انسداد مزمن ظاهر شده مثلاً مسدود شدن تام لومن تنگ شده امعاء توسط ماده غایبه سخت و انسداد تحت الحاد عبارت از یک انسداد ناتمام امعاء میباشد.

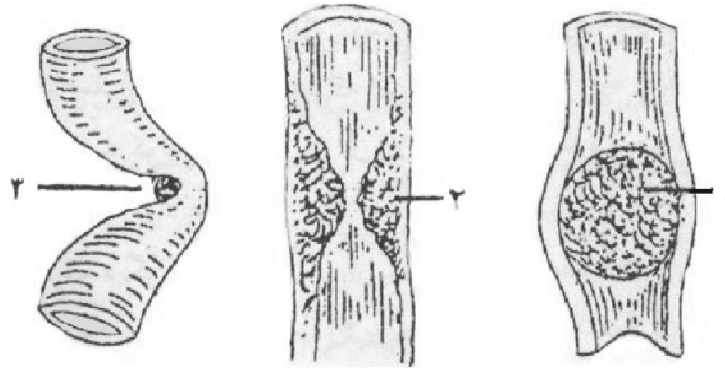
محل و موقعیت انسداد - از نظر موقعیت میتوان انسداد را به انسداد علوی و سفلی یا انسداد امعاء رقیقه و غلیظه تقسیم کرد.

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 فتق های مختنق، تدور، تغلف و یا انسداد امعاء توسط یک Band که در صورت عدم نداوی مقدم باعث گانگترین 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 غایظه سخت، سنگ های صفاوی، کلوله مواد غذائی، 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)

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

- در نوزادان - تضیق و اتریزی ولادی (مانند اتریزی اثنا عشر) Imperforated anus، تدور امعاء نوزادان، مرض

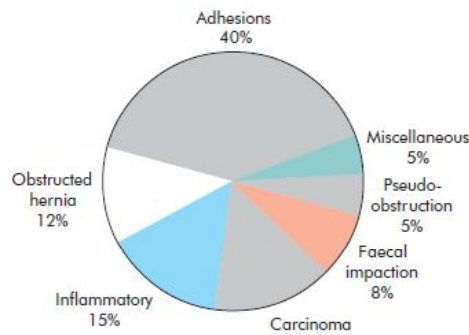
Hirschsprung و Meconium Ileus

- 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 فوحتات فتقیه باید در تمام مریضان مصاب انسداد با دقت معاینه شود.



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

پتولوژی

زمانیکه امعاء در اثر انسداد ساده مسدود گردد محتوی آن پائین تر از ناحیه انسدادی بزودی تخلیه شده و امعاء کولاپس میگردند 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 میگردند. حرکات استتاری امعاء برای رفع مانعه تشدید شده که از نظر سریری باعث درد های کولیکی بطن میگردند با توسع تدریجی امعاء جریان خون جدار آن نیز مختل شده و اگر توسع امعاء بیشتر شود ممکن قرحات مخاطی بوجود آید و بالآخره 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 میگردند و یا فشار از داخل لومن امعاء بطور مثال یک کتله غایبی بوجود آید.

در انسداد شکل اختناقی طبقه مخاطی امعاء در نتیجه پیشرفت اسکیمی ماؤف شده لذا میکروبها و توکسین ها را بیشتر در خود محافظه نتوانسته و به سرعت به جوف پریتوان نفوذ مینماید و اگر اختناق امعاء رفع نگردد باعث گانگرن ناحیه اسکمیک امعاء و تنقب آن میگردند. تأثیرات کشنده انسداد امعاء عبارت از ضایعات مایعات و الکترولیت ها از باعث استفراغات و افر و در بین لومن امعاء، ضایعات پروتئین در بین امعاء و Toxemia از باعث نفوذ توکسین و باکتری معانی در جوف پریتوان از طریق جدار امعاء اسکمیک و یا تنقب میباشد.

تظاهرات سریری

چهار عرض اساسی انسداد امعاء عبارتند از:

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

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

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

انتفاخ بطن - در انسداد مزمن کولون و تدور کولون سیگموئید 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 لاکن 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 لاکن در انسداد های مزمن و قسمت سفلی امعاء (امعاء غلیظه) اکثراً مؤخر و یا حتی موجود نمیشود. 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



شکل (۳-۳) حرکات استنداری قابل دید در انسداد امعاء از باعث فتق مختنق فحذی راست

مریض در صورت استفراغ زیاد واضحاً ضعیف آب (Dehydration) داشته و نسبت درد کولیکی که دارد به خود می پیچد نبض اکثراً سریع بوده لکن درجه حرارت نارمل میباشند. 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 دو حالت 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 غایبی سخت دریافت شود.

فرق بین انسداد ساده و نوع اختناقی

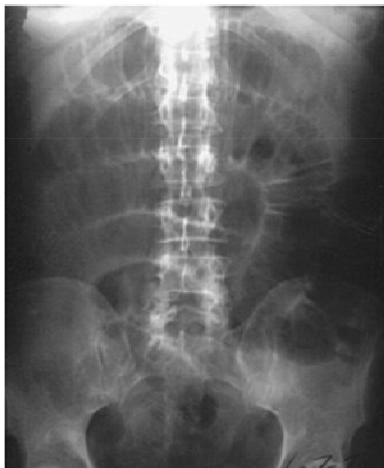
از نظر سریری تشخیص تفریقی دقیق بین انسداد های ساده و شکل اختناقی نهایت مشکل بوده و تشخیص آنها مهم میباشند زیرا انسداد

اختناق 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



شکل (۳-۵) رادیوگرافی انسداد میخانیکی امعاء بوضعیت استجاع ظهري^{۱۴}



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

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 در یک عروه بسته میباشد و چون گاز با مایع وجود ندارد بناءً سویه مایع مشاهده نمیشود.

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

- **Water – soluble contrast enema** – اجرای این معاینه بطور عاجل در تشخیص وقایع مشکوک انسداد امعاء غلیظه از باعث کارسینوما و امراض دیورتیکولر مفید بوده که در این معاینه بر خلاف اماله باریوم نارمل، مسهل 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 فنق های غیر معمول (فتق Obturator) را تشخیص نمایند.

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 ناتمام 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.

اهتمامات قبل از عملیات در انسداد حاد امعاء

این اهتمامات عبارتند از:

- ۱- اسپریشن محتوی معده - که به وسیله سکشن انفی معدی صورت گرفته و این عمل باعث تنقیص فشار امعاء و جلوگیری از انشاق محتوی معده در اثنای انستیزی میگردد.
- ۲- جبران ضایعات مایعات از طریق وریدی - ضایعات زیاد مایعات در بین امعاء و از باعث استفراغات نشان میدهد که برای معاوضه آن مقدار زیاد مایعات ضرورت میباشد. نارمل Saline با پوتاشیم در صورت پائین بودن سوپه آنها و خوب بودن وظایف کلیوی به مریض داده میشود و در صورتیکه مریض در شاک باشد خون و یا پلازما ضرورت میباشد.
- ۳- تداوی با انتی بیوتیک - در صورت احتمال انسداد نوع اختنقی و یا تشخیص در زمان عملیات توصیه میشود.

تداوی جراحی

بعد از باز نمودن بطن عروه انسدادی در ناحیه که معروض به انسداد شده (توسط Band و یا کنار فوحه فتقیه) و یا تمام قسمت امعاء که در انسداد نوع عروه بسته (Closed loop) ماؤف شده از نظر حیاتیات با دقت معاینه شود که عدم حیاتیات عروه توسط چهار علامه ذیل تشخیص میگردد:

- ۱- عدم موجودیت حرکات استداری امعاء
 - ۲- از بین رفتن جلای طبیعی امعاء
 - ۳- رنگ امعاء (امعاء برنگ سبز و سیاه حیاتیات نداشته در حالیکه امعاء برنگ بنفش ممکن طبیعی گردد).
 - ۴- عدم موجودیت نبضان شریان مساریقی
- امعاء مشکوک از نظر حیاتیات ممکن بعد از رفع انسداد شفایاب شود که به این منظور امعاء برای چند دقیقه در یک Pack مرطوب با سیروم گرم پوشانده شده و بعداً حیاتیات آن دوباره ارزیابی میگردد.
- اصول عمومی در تداوی انسداد امعاء رقیقه این است که میتوان امعاء رقیقه را ریزکشن و نسبت ارواء خوب آنرا بصورت مقدم تفم 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 کولونی را برداشته و هر دو نهایت کولون را به شکل کولوستومی مؤقتی و یا صرف نهایت پروکسیمل را (Hartmann procedure) به جدار بطن بیرون میکشیم، بخاطر باشد که در انسداد کولونی اجراء انستموز مقدم اکثراً باعث چلیدن کوک های ناحیه تفممی شده و در صورت اجراء باید عروه پروکسیمل ناحیه انستموتیک جهت محافظه ناحیه تفممی به خارج کشیده شود.

اشکال مخصوص انسداد امعاء

انسداد امعاء در نوزادان

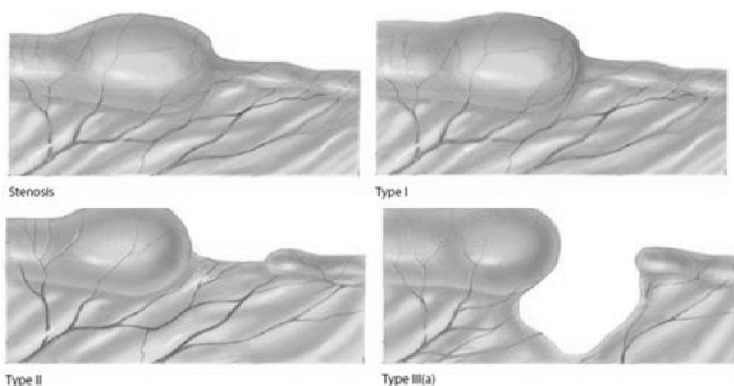
تصنیف

- 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 ترضیضات 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 عروات 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.



شکل (۳-۶) انواع مختلف اتریزی امعاء

تداوی - تداوی مرض عبارت از ریزکشن ناحیه متضیق و انسئتموز امعاء میباشد که عملیات مشکل بوده و وفیات 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 اثنا عشر میگذرد که میتواند آنرا مسدود سازد از باعث اتصال باریک مساریقه، تدور به آسانی رخ داده و در صورت عدم تداوی تمام Midgut به گانگترین معروض میگردد.

تداوی - بطن هر چه زودتر باز گردد، تدور رفع و اتصال باریک مساریقه با پریئوان وسیع ساخته میشود التصاق بین سیکوم و اثنا عشر

(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 ایوس

Meconium Ileus

۸۰٪ مریضان مصاب میکونیوم ایوس Cystic fibrosis (mucoviscidosis) دارند. در mucoviscidosis یک نقص عمومی افراز مخاط امعاء، پانکراس (مرض fibrocystic پانکراس) و ششحات قصبی موجود بوده و از باعث فقدان مخاط در امعاء و مسدود بودن قنات پانکراسی، ترپسین به امعاء نرسیده و قسمت سفلی ایوم جنین توسط میکونیوم غلیظ و چسپناک مسدود شده و ممکن تنقب امعاء در حیات داخل رحمی رخ دهد (Meconium peritonitis).

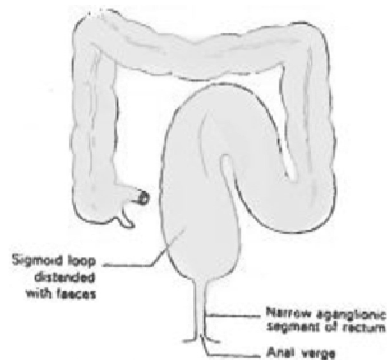
تظاهرات سریری

طفل از روز اول تولد مصاب انسداد حاد امعاء با انتفاخ زیاد بطن و استفراغ بوده و ممکن عروه ایوم 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 اوپیک Hyper osmolar (باعث دخول مایعات بداخل لومن امعاء میگردد) و دارای فکتور emulsion بوده و تخلیه میکونیوم را آسان میسازد در صورتیکه این تداوی مؤثر واقع نگردد و یا امعاء تنقب کرده باشد مداخله جراحی استتباب 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 نمیباشد.



شکل (۳-۷) مرض Hirschsprung

مرض Hirschsprung

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

پتولوژی

این مرض که بنام میگانگولون ولادی و یا aganglionic نیز یاد شده از باعث تشوش در رشد اعصاب پاراسیمپاتیک در قسمت اخیر امعاء بوجود می‌آید در این مرض حجرات گانگلیونی در ضفیره تحت المخاطی Auerbach و ضفیره Inter Myentric of Meissner رکتوم و بعضاً قسمت سفلی کولون و نادراً تمام کولون موجود نبوده که این حادثه باعث سپزم ناحیه ماؤفه 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 های 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 رکتّم 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** - رکتّم را بصورت وصفی متضیق نشان داده که علوی تر از ان کولون متوسع و پر از مواد غایطه میباشد.
- بیوپسی جدار ریکتم که باید عمیق و شامل طبقه تحت المخاطی باشد عدم موجودیت تام حجرات گانگلونی را نشان داده و در اشکال مشکل باید بیوپسی بصورت طولانی که تمام جدار را در بر گیرد اخذ گردد.

تشخیص تفریقی

مرض با میگاکولون کسبی تشخیص تفریقی شود که این مرض با قبضیت بسیار شدید تظاهر نموده و زیادتر در اطفال ۱ - ۲ ساله مخصوصاً مصاب آفات روانی مشاهده میشود معاینه مقعدی نزد این اطفال بسیار وصفی بوده و مقعد الی رکتّم مملو از ماده غایطه میباشد بیوپسی جدار رکتّم 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 تفمّم 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 رکتوم مشاهده شده و در نتیجه عدم باز شدن حجاب بین Hindgut و اکتودرم غلاف شده Proctodaeum بوجود میاید و ۵۰٪ 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 بعضی 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

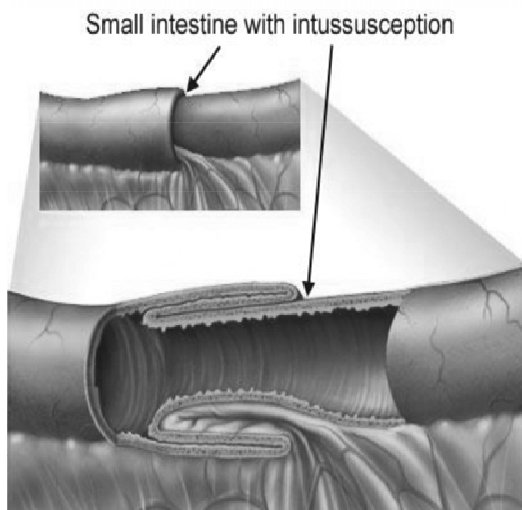
- اگر حجاب نازک باشد میتوان آنرا قطع و کنار های آنرا با جلد خیاطه گذاری کرد.
- در صورتیکه فاصله بین مقعد و نهایت مسدود شده امعاء زیاد باشد در مرحله اول کولوستومی اجراء و زمانیکه طفل دو ساله شد عملیات Pull - through اجراء میگردد و بعضی جراحان این عملیات را بصورت عاجل در نوزاد اجراء مینمایند.

- 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



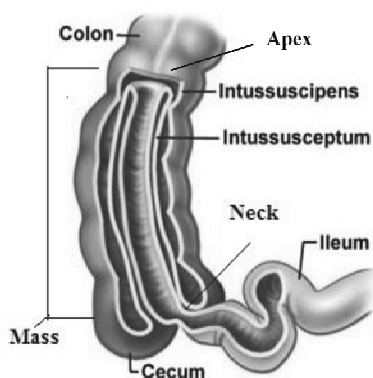
پتولوژی: تغلف متشکل

از سه قسمت است

۱- تیوب داخلی یا قسمت داخل شونده.

۲- تیوب متوسط یا قسمت برگشت کننده.

۳- تیوب خارجی یا قسمت شیت.



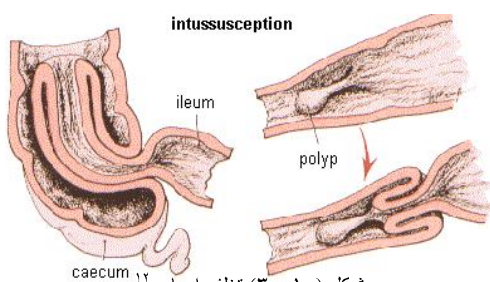
شکل (۹-۳) قسمت های مختلف تغلف امعاء از نظر بتالوژی

تیوب خارجی بنام Intussuscipen و تیوب داخلی و متوسط بصورت مشترک Intussusceptum یاد می‌گردد. محل اتصال طبقه داخل شونده با کتله تغلف بنام عنق یاد می‌گردد قسمت که بداخل لومن امعاء پیش می‌رود بنام ذروه (Apex) یاد شده و کتله (Mass) که در مجموع تغلف را می‌سازد با پیشرفت ذروه بزرگتر می‌گردد

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 Ileoleal از طریق دسام



شکل (۱۰-۳) تغلف امعاء

الیوسیکل بداخل کولون پیش می‌رود و از جمله معمولترین انواع تغلف میباشد. (۷۵%)

- **Ileo ileal** - الیوم بداخل الیوم مجاور تغلف مینماید.

- **Ileo caecal** -

در این صورت دسام الیوسیکل رأس یا ذروه تغلف را می‌سازد.

- **Colo colic** - کولون بداخل کولون مجاور تغلف مینماید. (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 عقداً لنفاوی مساریقی در این وقایع ضخاموی میباشد و چنین فکر

میشود که نسج لنفاوی صفيحات 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.

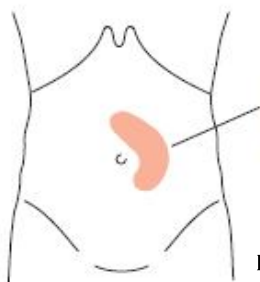
در کاهلان و بعضی اطفال پولیپ، کارسینوما، لنفوما امعاء و یا رتج میکل بداخل فرورفته ممکن رأس تغلف را بسازد.

ارواء intussusceptum در نتیجه فشار مستقیم تیوب خارجی (intussusception) و فشار بالای مساریقه ماؤف شده و در صورت عدم تداوی گانگرن 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 میباشد. طفل استفراغ داشته و اکثراً خون و یا مخاط غلیظ (slime) را که منظره Red current jelly را دارد از طریق رکت مینماید.



کته Sausage شکل که مقعریت ان بطرف ثره میباشد

شکل (۳-۱۱) علامه فزیکي تغلف در یک طفل شیر خوار که توسط مولف Hamilton bailey ارائه شده است.

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 کته 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 استفرافات غایبی بوجود آمده و طفل از باعث گانگرن تغلف و ایجاد پریتونیت شدیداً توکسیک میگردد.

تظاهرات سریری تغلف امعا در کاهلان

عبارت از اعراض و علایم انسداد امعا بوده و با جس کتله در بطن و آمدن خون از طریق مقعد تشخیص و ضع میگردد و باید گفت که تغلف در کاهلان یک حادثه مزمن و نکس کننده بوده و با حملات متکرر انسداد تحت الحاد و تغیر علایم بطنی ظاهر شده میتواند که در اثنای حمله مرض کتله واضح در بطن جس شده و بعد از چند ساعت کتله غایب و اعراض و علایم از بین میرود

معاینات تشخیصیه:

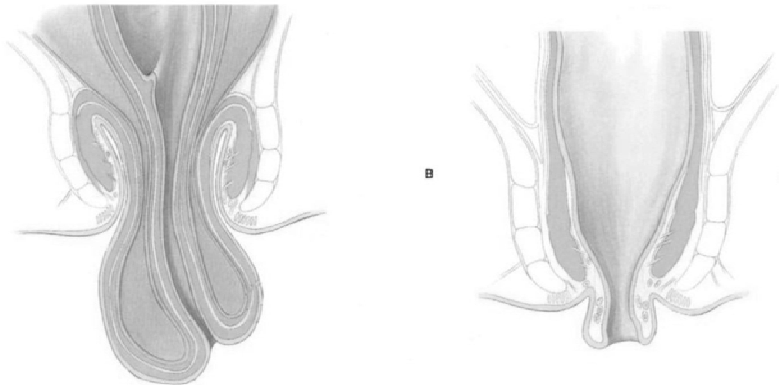
- ۱- رادیوگرافی ساده بطن: تظاهرات انسداد امعا رقیقه یا غلیظه را با عدم موجودیت خیال گاز سیکوم در وقایع تغلف ileoileal و ileocolic نشان میدهد .
- ۲- رادیوگرافی با اماله باریوم : خیال وصفی Claw Sign را در تغلف ileocolic و Colocolic نشان میدهد.
- ۳- التراسوند بطنی: در اطفال دارای ارزش فوق العاده تشخیصیه بوده و خیال وصفی کلچه شرین (Doughnut) بشکل یک حلقه مدور در کولون مستعرض نشان میدهد.
- ۴- CT scan: در تشخیص اشکال مشکوک کمک مینماید.

تشخیص تفریقی

۱. Acute enterocolitis: که اسهال یک عرض مهم بوده و مانند تغلف دارای درد بطنی و استفراغ میباشد همچنان خون و مخاط ممکن اطراح شود لاکن در enterocolitis مواد غایبی ویا صفرا همیشه در مواد غایبی موجود میباشد.
۲. Henoch- Schoenlein purpura مترافق با اعراض بطنی: در این حالت ممکن Rash های وصفی مشابه کیک خوردگی موجود باشد. تغلف

میتواند با این شکل Purpura همزمان مشاهده شود که در وقایع مشکوک باید لپراتومی اجرا گردد.

۳. با پرو لاپس ریکتوم: به اسانی تشخیص تفریقی شده زیرا در پرو لاپس ریکتوم غشای مخاطی با جلد محیط معقدی تمادی داشته در حالیکه در تغلف که از فوچه معقدی خارج گردد انگشت بداخل میزابه که بین عروه خارج شده و کانال معقدی ایجاد میگردد داخل میشود.



تغلف امعاء که از فوچه معقدی خارج شده

شکل (۳-۱۲) پرو لاپس ریکتوم

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 ناسمکن باشد و یا امعاء گانگرن 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 گانگرن 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 سیگموئید، سیکوم و امعاء رقیقه را مصاب ساخته لکن حویصل صفراء و معده نیز میتواند تدور نماید.

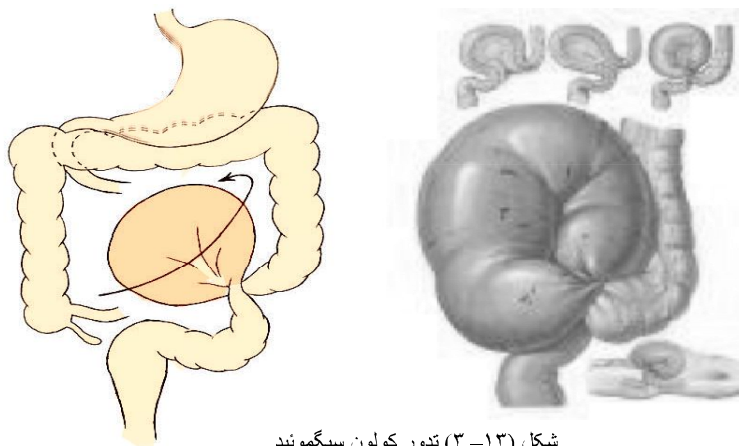
اسباب

- 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 سیگموئید 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 سیگموئید

Sigmoid Volvulus

تدور کولون سیگموئید اکثراً در اشخاص مسن مصاب قبضیت مشاهده

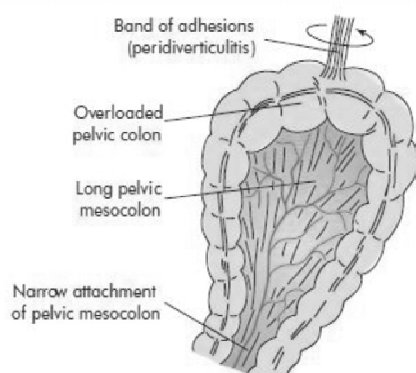


شکل (۱۳-۳) تدور کولون سیگموئید

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 سیگموئید مخالف عقرب ساعت از نصف تا سه دور تدور مینماید.

پتولوژی

فکتور که باعث تدور کولون سیگموئید میگردد عبارت از سیگموئید



شکل (۱۴-۳) فکتور های مساعد کننده تدور کولون سیگموئید

طویل، زیاد متحرک با مساریقه طویل، التصاق ذروه عروه و یا باریک شدن قاعده ان در اثر التصاقات، پر و مملو بودن کولون با مواد غایطه، توسع زیاد کولون و ضخیم شدن جداران در میگاکولون کسبی میباشد. مطالعات نشان داده که تدور

کولون سیگموئید در ممالک رو به انکشاف (شیوع زیاد) و ممالک غربی دو فرق مهم دارد اول اینکه عروه سیگموئید در ممالک روبه انکشاف طویل دارای جدار های نازک و مساریقه باریک بوده در حالیکه در ممالک غربی شدیداً ضخاموی است. این تغییرات در ریگتم نیز تبادی دارد و نشان میدهد که تدور سیگموئید یک اختلاط میخانیکی انومالی مخصوص کولون است دوم اینکه کولون سیگموئید در ممالک رو به انکشاف پر از مواد غایطه بوده در حالیکه در ممالک غربی مملو از گازات است.

ارتباط بین تدور سیگموئید و امراض روانی نیز کاملاً ثابت شده که این ارتباط ممکن از باعث موجودیت قبضیت و عدم اطراح مواد غایطه نزد این مریضان مسن و مصاب تشوشات روانی باشد.

تظاهرات سریری

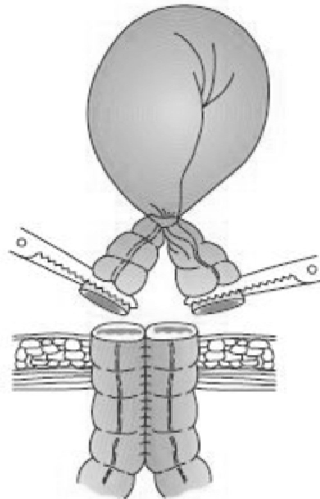
در این مرض درد های کولیکی بطن بصورت ناگهانی ظاهر شده که با توسع شدید و آنی کولون سیگموئید همراه میباشد. رادیوگرافی ساده بطن یک خیال فوق العاده متوسع بیضوی شکل را در طرف چپ بطن نشان داده که بنام **Bent inner tube sign** یا **Omega sign** یاد میشود. که در صورت عدم تداوی کولون سیگموئید احتقانی به گانگرن میشود. 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.

تداوی

یک تیوب مقعدی طویل و نرم از طریق سیگموئیدوسکوپ به کولون سیگموئید پیش برده میشود توسط این عملیه در اغلب موارد تدور تازه سیگموئید ارجاع شده و یک مقدار زیاد گاز و مواد غایطه نرم خارج میگردد در صورتیکه این عملیه نتیجه ندهد تدور با اجراء لپراتومی ارجاع شده و محتوی کولون توسط تیوب رکتل تخلیه و جهت جلوگیری

از تدور بعدی باید قسمت اضافی کولون ریزکشن و کولوستومی اجراء گردد. اگر گانگرن تأسس نموده باشد ناحیه گانگرن 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 سیگموئید یک استطباب ریزکشن انتخابی کولون سیگموئید طویل میباشد.



شکل (۱۵ - ۳) عملیات Paul - Mikulicz در تدور کولون سیگموئید^۷

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 صورت نارمل بودن امعاء اکثر جراحان جهت جلوگیری از عود تدور caecopexy توصیه مینمایند لاکن در اشکال حاد مرض بعد از رفع تدور با اجرای caecostomy موقتی محتوی سیکوم تخلیه شده و این عملیه به نوبه خویش باعث التصاق و تثبیت سیکوم به جدار بطن میگردد هرگاه رفع تدور ناممکن و یا سیکوم گانگرن 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 معانی 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 معانی 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 او عیه مساریقی

Mesentric Vascular Occlusion

امبولی یا ترمبوز او عیه مساریقی یک نوع انسداد مخصوص امعاء را بدون بندش معائی بوجود میآورد.

در اینجا باید گفت که امبولی شریانی نظر به ترومبوز بنفسه زیادتر مشاهده شده و او عیه مساریقی علوی نظر به سفلی بیشتر مصاب آفت میگردد و نسبت موجودیت کولیترال های خوب در او عیه 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 آورده 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 او عیه مساریقی علوی و یا thrombophlebitis سپتیک بوجود میاید.

احتشاه امعاء بدون انسداد وعائی

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

پتولوژی

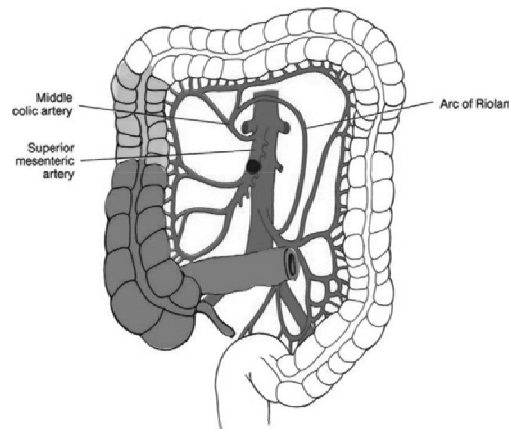
انسداد او عیه مساریقی باعث احتشای امعاء شده و با نرف جدار، داخل لومن امعاء و جوف پریتوان همراه میباشد. گانگرین و تنقب امعاء نیز بعلت ماؤف شدن جریان دموی بوجود آمده و اگر این حادثه باعث احتشاه نشود ممکن اعراض انژین معائی (Intestinal angina) که عبارت از درد شدید بطنی به تعقیب گرفتن غذا است بوجود آرد که ترس از گرفتن غذا نسبت ایجاد درد باعث ضیاع سریع وزن شده و ممکن اسهالات شحمی نیز موجود باشد. درجات خفیف انسداد او عیه 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 میرض اعراض و شکایاتی داشته باشد.

تظاهرات سریری

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

تداوی

شاک با تطبیق خون تداوی شده و گاهی موفقیت در صورت embolecty مقدم قبل از وقوع گانگرن واضح راپور داده شده است



شکل (۳-۱۶) امبولی جذع شریان مساریقی علوی که باعث گانگرن نواحی مربوطه امعا گردیده است.

ریزکشن قسمت گانگرن شده امعاء اجرا شده لکن این عملیه در صورت مصاب بودن تمام او عیه 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 حرققی به شریان مساریقی علوی

برسد ممکن میباشد. امعاء که بصورت واضح گانگرن نموده ریزکشن شده و امعاء مشکوک از نظر حیاتییت بحال خود گذاشته میشود و در لپراتومی روز های بعدی حیاتییت آن مشاهده میگردد. در مریضان جوان ریزکشن وسیع امعاء رقیقه را میتوان با تغذی کاملاً وریدی بطور دایمی 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 پریتوانی و تطبیق جاکت پلاستر بوجود میاید.

۴- فکتور های میتابولیک

ضایعات شدید پوتاشیم، uremia و کوماای 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 میخانیک 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 میخانیک 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 تداوی شده در حالیکه انسداد میخانیک اکثراً ایجاب عملیات عاجل جراحی را مینماید.

تشخیص تفریقی

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

- مدت و زمان - انسداد فلجی نادراً بیشتر از ۳-۴ روز دوام کرده بناء ادامه اعراض بیشتر از این مدت دلالت به انسداد میخانیک 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 لیکاز 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 رکت 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

تشوشات 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 الکتروولایت 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 آخذه حرکی میگردد) ممکن توصیه شود.

References: ماخذ:

- 1- A.A Munro. Intestinal Obstruction. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.420 – 45
- 2- 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
- 3- Edward E. Whang. Stanley W. Ashley, and Micheal J.Zinner. Small Intestine. In: F. Charles Brunnicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 706 – 11
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 5- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 6- Marc Christopher Winslet. Intestinal Obstruction. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey &

- Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 25th ed.
Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1188 – 1203.
- 7- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 7th
ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi;
2011
- 8- Recharad 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
- 9- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall
and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI,
ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA,
editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE:
HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL
SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 156 – 58
- 10- Theodore R. Schrock. Small Intestine. In: Lawrence
W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis &
Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P.
568 - 72
- 11- www.dkimages.com
- 12- www.hawaii.edu
- 13- www.health.allrefer.com
- 14- www.nettrimages.com
- 15- www.nurseminerva.co.uk

فصل چهارم عروه اپاندکس Vermiform Appendix

اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی اپاندکس و اسباب اپندسیت حاد
- علایم سریری و تشخیص تفریقی اپندسیت حاد
- کتله اپندکس و منجنت ان
- تظاهرات سریری اپندسیت حاد نزد اطفال و خانم های حامله

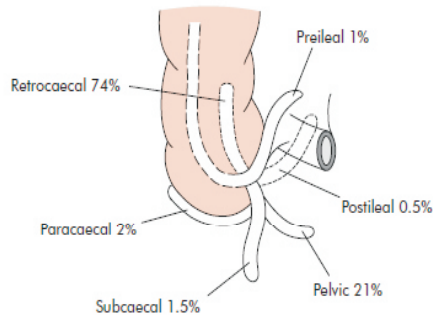
آناتومی جراحی

عروه اپاندکس یک قسمت از امعاء غلیظه بوده بطور متوسط ۷,۵-۱۰ سانتی متر طول داشته و لومن آن ۲ ملی متر قطر دارد.

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.



شکل (۱-۴) توضع اپاندکس

- Rectrocaecal (۷۴%)

- Pelvic یا حوصلی (۲۱%)

- Paracaecal (۲%)

- Sub caecal (۱,۵%)

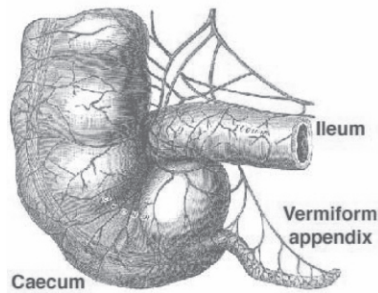
- Pre ileal (۱%)

- Post ileal (۰,۵%)

نا گفته نماند که اپندکس نیز مانند سیکوم میتواند موقعیت های ذیل را داشته باشد:

- موقعیت علوی یعنی در قدام کلیه راست و در تحت وجه سفلی کبد (Sub hepatic) .
- موقعیت سفلی در جوف حوصله (Pelvic) .
- موقعیت معکوس در حفره حرقفی چپ (Situs inversus viscerum یا Transposition احشا) و یا در حالاتیکه اپندکس بطرف چپ تمادی داشته باشد.

اروای اپاندکس



شکل (۲ - ۴) اوعیه اپاندکس^{۱۱}

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 اوعیه لنفاوی بعد از عبور میزو اپاندکس به عقدات لنفاوی الیوسیکل تخلیه میگردد.

فزیولوژی اپندکس:

اپندکس در یک شخص جوان دارای تعدا زیاد فولیکول های لمفاوی بوده که این فولیکول ها دو هفته بعداز تولد در اپندکس ظاهر شده و تعداد ان در ۱۵ سالگی به ۲۰۰ عدد یا بیشتر از ان میرسد. با پیشرفت سن این انساج لمفاوی ضمور کرده و باعث فیروز جدار اپندکس و یا انسداد قسمی یا تام لومن ان میگردد. هرگاه اپندکس دارای وظیفه فزیولوژیک باشد ممکن این وظیفه مربوط به فولیکول های لمفاوی ان باشد.

التهاب حاد عروه اپاندکس

Acute Appendicitis

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

اسباب

از نظر جنس مردها نظر به خانم ها بیشتر مصاب شده و اشخاص که حالت اجتماعی متوسط یا عالی دارند و تغذی شان مواد غنی از پروتئین و کاربوهایدریت بوده و فاقد مواد سیلولوز میباشد زیادتیر مصاب مرض میگردد. زمینه فامیلی نیز در وقوع مرض رول داشته و عامل مهم در ایجاد التهاب اپندکس بند شدن لومن ان توسط عوامل ذیل میباشد:

- Faecolith (سبب معمول مرض بشمار میرود).
- تضیق لیفی.
- اجسام اجنبی مانند پرازیت های معایی (کرم اکسیور و اسکاریس)، خسته حبوبات و میوه جات.
- کارسینوما سیکوم از باعث مسدود شدن فوچه اپندکس.
- ضخامه انساج لمفاوی تحت المخاطی اپندکس که باعث مسدود شدن لومن اپندکس شده و در سن طفولیت و بلوغ زیاد مشاهده میشود.
- از نظر باکتریولوژی باکتری های مختلط از قبیل E-coli، 'Non hemolytic streptococci، Enterococci Bacteroides و Cl.Welchii، Anaerobic streptococci دریافت شده است.

پتولوژی

اپاندیسیت حاد اکثراً زمانی بوجود میاید 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 میاید. چون در کودکان لومن اپاندکس و فوچه آن بداخل سیکوم وسیع است و در اشخاص مسن لومن اپاندکس تقریباً مسدود میگردد بناءً اپاندیسیت در این دو نهایت حیات بطور نسبی نادر میباشد.

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

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

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

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

از نظر اناتومی پتالوژی افات که در التهاب اپندکس بوجود می اید میتوان در دو بخش مطالعه کرد:

الف: مطالعه افت اپندکس- که اولاً در اپندکس التهاب ساده (Catheral) بعداً تقیح و در اخر تثقب و گانگرن بوجود می اید.

۱. **مرحله التهاب ساده:** در این مرحله اپندکس احتقانی و سرخ رنگ شده اوعیه شعریه ان زیاد و تمام طبقات اپندکس ضخاموی میگردد که از نظر هستولوژی فولیکول های لفاوی حالت ضخاموی سرخ رنگ را دارد.

۲. **مرحله تقیح یا Phlegmonous:** که در ابتدا در قسمت مرکزی فولیکول لفاوی یک نقطه تقیح پیدا شده که بداخل لومن اپندکس تجمع و باعث توسع ان میگردد.

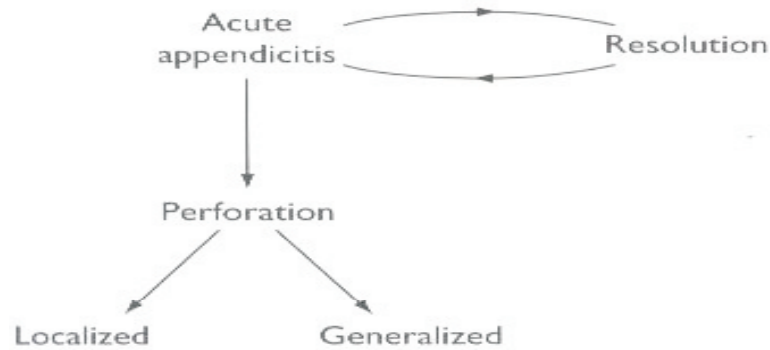
۳. **مرحله گانگرن:** انتانات و یا اسکمی از باعث ترومبوز اوعیه اپندکولیر باعث گانگرن اپندکس میگردد

ب: مطالعه افت محیط اپندکس: انتانات از طریق لفاوی ویا تثقب عروه اپندکس به پريتوان رسیده و باعث پريتونیت میگردد. قبل از تثقب یک مایع مصلی در محیط اپندکس تجمع کرده که سیر این مایع نظر به هر واقعه و شخص فرق

مینماید و در صورت که مایع رشف گردد سیکوم، الیوم و ثرب کبیر اطراف اپندکس را احاطه کرده و یک کتله را در RIF میسازد که بنام Appendix Mass یاد میشود.

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) لاکن 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 بنا 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 در جس بطنی، حساسیت کمتر دریافت میگردد. نادراً ذروه اپاندکس در حفره حرقی چپ قرار داشته و دردها ممکن در اینجا متمرکز گردد.

بایدگفت که دردهای کولیکی مرکزی بطن منشأ حشوی داشته و انتقال درد به حفره حرقفی راست ناشی از ماوف شدن پریتون جدارى حساس توسط حادثه التهابی در مرحله بعدی میباشد. درد با حرکت زیاد شده بناءً مریض ترجیح میدهد تا دراز کشیده وزانوها 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 حرقفی راست.

بی اشتھائی - که یک عرض تقریباً ثابت میباشد.
قبضیت - معمول بوده لکن 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 نتقب 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 فزیکى نزد این مریضان عبارتند از:

- تب (در حدود $37,5^{\circ}\text{C}$) و Tachycardia از دریافت های معمول میباشد.
- مریض بر افروخته 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.

- تست ها و علائم دیگر که در تشخیص اپندسیت حاد حایز اهمیت است عبارتند از:
 ۱. Pointing sign: در این تست از مریض خواهش میشود تا نقطه شروع درد و تغییر موقعیت انرا با انگشت نشان دهد.
 ۲. Cough sign: اجرای سرفه ممکن باعث تولید درد در RIF گردد.
 ۳. حساسیت موضعی با جس در نقطه Mc burney و یا محل توضع اپندکس بعد از انتقال و موضعی شدن درد
 ۴. تقلصیت و مقاومت عضلی (Muscle guarding) در RIF.
 ۵. Blumberg's Sign) Rebond tenderness): در این تست در نقطه Mc burney حفره حرقفی راست جس عمیق اجرا و دست بصورت انی از روی جدار بطن دور شده که باعث تولید درد در ناحیه میگردد اما چون برای مریض زیاد دردناک بوده و علاوتا در تشخیص زیاد کمک نکرده بنا از اجرای ان خودداری شود.
 ۶. Rovsing's Sign: فشار در ناحیه LIF از باعث حرکت اپندکس التهابی ممکن باعث تولید درد RIF شود.
 ۷. Psoas Sign: در صورت توضع اپندکس التهابی بالای عضله Psoas، بسط انی مفصل حرقفی فخذی راست از حالت قبض باعث تولید درد میگردد.
 ۸. Obturator Sign) Cope's sign): در صورتیکه اپندکس التهابی در تماس عضله Obturator internus باشد هر گاه مفصل حرقفی فخذی از حالت قبض تدور انسی داده شود باعث تولید درد در ناحیه هایپوگستریک میگردد.
- در اشکال مؤخر مرض که پریتونیت منتشر تأسس نموده باشد بطن بصورت منتشر حساس و متقلص (rigid) شده آواز های معائی 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

تشخیص اپاندسیت حاد اساساً روی کلینک مرض صورت گرفته لاکن بخاطر باشد که گرفتن تصمیم عملیات صرف به اساس کلینک باعث ۱۵-۳۰٪ اپاندکتومی نارمل می‌گردد.

فرضیه که برداشتن اپاندکس نارمل نظر به تاخیر در تشخیص بهتر است بالخصوص در اشخاص مسن بطور دقیق ارزیابی و ثابت نشده است.

یکتعداد سیستم نمرات که اساس انرا کلینک و لابراتوار میسازد بمنظور کمک در تشخیص اپاندسیت حاد توصیه شده که معمولترین آنها سیستم نمرات Alvarado میباشد (جدول ۴-۱).

نمره ۷ و یا بیشتر از ان به گمان اغلب اپاندسیت حاد را نشان میدهد و مریضانی که نمره ۵-۶ دارند اجرای التراسوند بطنی یا معاینه CT در جلوگیری از اپاندکتومی نارمل کمک مینماید

جدول (۴-۱) سیستم نمره Alvarado (MANTRELS)

نمره	اعراض
۱	مهاجرت درد به RIF
۱	بی اشتهایی
۱	دلبدی و استفراغ
علامه	
۲	حساسیت RIF
۱	Rebound tenderness
۱	بلند رفتن درجه حرارت
معاینات لابراتواری	
۲	لوکوسایتوزس
۱	ازدیاد نوتروفیل (Shift to Left)
۱۰	مجموعه

معاینات اپاندیسیت حاد عبارتند از:

- 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 حرقفی راست (RIF) که توسط دست های 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 طُرق 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

- Pancreatitis
- دیوروتیکولیت حاد کولونی

امراض طرق بولی تناسلی

- 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 مبیض

امراض سیستم عصبی مرکزی

- درد های Herpes zoster

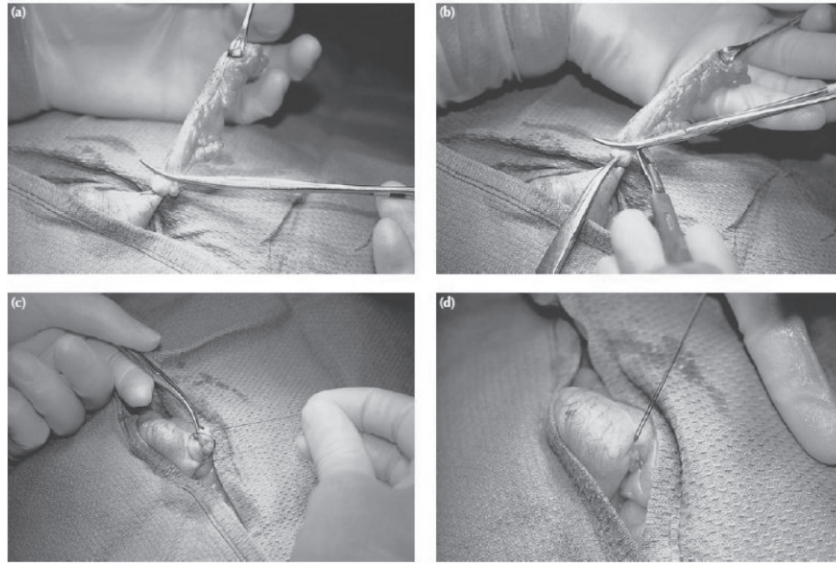
- Tabes dorsalis

تداوی

تداوی اپندیسیت حاد به استثنای حالات ذیل اپندکتومی میباشد.

- هرگاه مریض نسبت پریتونیت پیشرفته در شرف مرگ باشد که در اینصورت یگانه امیدواری بهتر ساختن وضع عمومی مریض توسط تطبیق مایعات از طریق ورید، اسپیریشن معدی انفی، انتی بیوتیک و سایر اتمامات برای احیای مجدد مریض میباشد.
- هرگاه حمله مرض قبلاً رشف شده باشد که در اینصورت اپندکتومی بصورت یک عملیه انتخابی توصیه میشود.

- در صورتی که کتله اپندکس (Appendix mass) بدون موجودیت پریتونیت 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 پریتونیت انتی بیوتیک ادامه داده شود. Metronidazole و Gentamycin و یا Cephalosprin بالای هر دو انتان aerobic و anaerobic معائی مؤثر بوده انتی بیوتیک را میتوانیم ۲۴ الي ۴۸ ساعت بعد از کلچر چرک و تعیین حساسیت میکروب تغییر دهیم.
- در صورتیکه مریض قبل از ۴۸ ساعت مراجعه کرده باشد بعد از آماده ساختن برای عملیات بطن توسط شق Gridiron در نقطه Mcburney باز شده طوریکه جلد، تحت الجلد و صفاق عضله منحرفه کبیره شق شده بعداً الیاف عضله منحرفه صغیره و مستعرض دور، پریتون شق و سیکوم به میدان کشیده میشود. اولاً اوعیه میزو اپندکس بسته شده و سپس اپندکس از حذای قاعده ان لیگاتور، purse string تطبیق و بعد از قطع اپندکس stump ان در سیکوم غرس میگردد. درن در صورت التهاب شدید بستر اپندکس، موجودیت آبسه موضعی و عدم بسته شدن stump اپندکس تطبیق شود و شق عملیاتی دوباره پلان به پلان ترمیم میگردد.
- در بعضی موارد بسیار نادر اپاندکس التهابی و التصاقی را نمیتوان بشکل مصئون برداشت که در چنین موارد ناحیه اپاندکس بطور کافی دریناز شده و اپندکتومی بعد از سپری شدن سه ماه اجراء شود که بنام Interval appendectomy یاد میشود.



شکل (۴-۳) مراحل اپاندکتومی

اختلالات بعد از عملیات

اختلالات بعد از اپاندکتومی نسبتاً غیر معمول بوده و در صورت بروز از باعث موجودیت پریتونیت در زمان عملیات و یا امراض دیگر که باعث اختلالات می‌گردد می‌باشد. این اختلالات عبارتند از:

۱. انتان جرحه عملیاتی

از جمله معمولترین اختلاط بعد از عملیات بوده که در ۵-۱۰٪ مریضان مشاهده میشود و بشکل درد و احمرار جرحه عملیاتی در روز چهارم یا پنجم بعد از عملیات ظاهر شده تداوی آن دریناژ جرحه و انتی بیوتیک ها میباشد.

۲. اِیسی های داخل بطنی

این اختلاط در صورت تطبیق انتی بیوتیک در جریان عملیات نسبتاً نادر مشاهده میشود. تب نوسانی، کسالت و بی اشتهاپی ، ۵-۷ روز بعد از عملیات دلالت به این اختلاط مینماید. این ایسی ها در بین لوپ های معایی (enterloop)، ناحیه paracolic ، حوصلی و تحت حجاب حاجزی بوجود می آید. التراسونوگرافی بطنی و CT scan تشخیص مرض را زیاد

اسان ساخته و در دریناژ ان از طریق جلد کمک مینماید. و نزد این مریضان در صورت مشکوک بودن افت و عدم کمک معاینات تشخیصیه لپراتومی نیز اجرا شده میتواند.

۳. انسداد فلجی (Ileus)

انسداد فلجی بعد از اپاندکتومی مشاهده شده و در شکل گانگرنوز ممکن برای چند روز ادامه یابد. هرگاه انسداد فلجی اضافتر از ۴-۵ روز دوام نماید و خصوصا با تب همراه باشد دلالت به انتان داخل بطنی کرده و معاینات تشخیصیه باید اجرا گردد.

۴. تشوشات تنفسی

در صورت عدم موجودیت امراض تنفسی مترافقه، اختلاط تنفسی بعد از اپاندکتومی نادر میباشد. ادویه ضد درد و فزیوتراپی بعد از عملیات از وقوع این اختلاط جلوگیری مینماید.

۵. ترومبوز وریدی و امبولی

نادر بوده و صرف در مریضان مسن و خانم های که ادویه ضد حاملگی فمی را میگیرند مشاهده میشود که نزد این گروپ مریضان باید تدابیر وقایوی اتخاذ گردد.

۶. portal pyemia (pylephlebitis)

این اختلاط نادر بوده لاکن از جمله اختلاط بسیار جدی اپاندکس گانگرنوز بشمار میرود که با تب بلند، لرزه و یرقان همراه بوده و از باعث Septicemia ورید باب که باعث ابسی ها متعدد کبدی میگردد بوجود میاید. تداوی ان تطبیق انتی بیوتیک سیستمیک و دریناژ ابسی از طریق جلد در صورت لزوم میباشد.

۷. فیستول غایطی (faecal fistula)

لیکاژ از حذای Stump اپاندکس نادرا مشاهده شده لاکن در صورت خیاطه های زیاد عمیق purse string و یا انیما و التهاب جدار سیکوم ممکن این اختلاط بوجود آید. گاهی این اختلاط بتعقیب اپاندکتومی در مریضان مصاب مرض کرون مشاهده میگردد. تداوی محافظه کارانه با غذای های دارای تفاله کم معایی اکثرا باعث بسته شدن فیستول میگردد.

۸. انسداد معایی از باعث التصاقات

از جمله اختلاط بسیار معمول موخر اپاندکتومی بوده و در اثنای عملیات مشاهده میگردد که اکثرا صرف یک band adhesion باعث اختلاط شده است. گاهی درد مزمن حفره حرقفی راست دلالت به تشکل adhesion بعد از اپاندکتومی مینماید. که در چنین موارد لپراسکوپی در تائید موجودیت التصاقات و قطع آنها با ارزش میباشد.

کته اپندکس (Appendix mass)

در اینصورت مریض با يك تاريخچه درد بطني چهار يا پنج روزه و کته موضعی حفره حرقفی راست مراجعه مینماید درحالیکه سایر نواحی بطن نرم و آواز های معائی موجود بوده و اعراض و علایم پريتونیت عمومی وجود ندارد که در چنین حالات اپندکس التهابی توسط ثرب کبير و احشای مجاور با و یا بدون موجودیت آسه موضعی احاطه شده میباشد و جراحی عاجل در این حالت بنابر التصاقات زیاد مشکل است.

تشخيص تفریقی

کته اپندکس با کتلات ذیل حفره حرقفی راست تشخيص تفریقی شود:

- کانسر سيكوم- که توسط سن زیاد، تاريخچه طولانی مرض، تشوش ترانزیت معمولاً بشکل اسهال ، موجودیت خون در موا غایطه، کمخونی و بلاخره اماله باریوم از کته اپندکس تشخيص تفریقی میگردد.
- مرض کرون- در این مرض اکثرا کته بشکل موضعی با اسهال در یک مریض جوان مشاهده میگردد.
- حویصل صفرا متوسع- که تا حفره حرقفی راست رسیده میتواند.
- کلیه حوصلی (یا تعویض کلیه).
- کته مبيضي یا نفیری.
- انوریزم شریان حرقفی مشترک، داخلی و یا خارجی.
- تومور های خلف پريتوانی- که از انساح نرم یا عقدرات لمفاوی جدار خلفی بطن و یا از حوصله منشه میگردد.

- توبرکلوز الیوسیکل (در انگلستان نادر اما در افغانستان معمول است)
- اَبسی پَسواس- در حال حاضر نادر است

تداوی

تداوی ابتدائی محافظه کارانه بوده مریض بستر شده غذای مایع توصیه و وضع عمومی، درجه حرارت و نبض با دقت کنترل و کتله روی بطن نشانی میگردد Metronidazole شروع شده لاکن انتی بیوتیک برای مدت طولانی داده نمیشود زیرا باعث تولید یک کتله مزمن التهابی میگردد که بنام Antibioticoma یاد میشود. با این تداوی % ۸۰ Appendix mass رشف شده و یا اینکه کتله تدریجاً بزرگ و درجه حرارت بلند رفته و آَبسه اپندکس را میسازد که در اینصورت باید آَبسه دریناژ شود و در صورت عدم دریناژ و تداوی آَبسه مذکور ممکن از طریق جلد باز گردد و یا بداخل رکتوم و جوف پیریتوان 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 اجراء اپاندکتومی خطر حملات حاد بعدی مرض میرود.

اپاندیسیت در دوران حاملگی

در دوران حاملگی شیوع اپاندیسیت مانند سایر اشخاص بوده لاکن مرگ و میرو اختلالات آن نسبت مغالطه شدن مرض با سایر اختلالات حمل، بلند و بیشتر میباشد و مرض باید از pyelitis استقراغات حاملگی Red- degeneration of fibroid و تدور کیست مبیض تشخیص تفریقی شود. چون اپاندکس 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.

اپاندیسیت حاد در اطفال و شیرخواران

اپاندیسیت حاد نزد شیرخواران پائینتر از ۳ سال نسبتاً نادر بوده لاکن باوجود ان واقعات مرض در اطفال چند روزه و حتی premature راپور داده شده است.

مرض نزد اطفال و شیرخواران نسبت به کاهلان از باعث فیصدی بلند تنقب (۱/۳ مریضان) که باعث مرگ و میر میگردد وخامت بیشتر دارد. نزد اطفال لوحه کلینیکی اپاندیسیت کمتر وصفی بوده تب بلند و استفراغات مکرر میباشد همچنان طفل تاریخچه مریضی را حکایه کرده نتوانسته و طبیب نسبت وقوعات کمتر مرض نزد اطفال به این مرض زیاد متوجه نبوده و در نتیجه باعث تاخیر تشخیص میگردد. سیر و ارتقا اپاندیسیت در اطفال نظر به کاهلان سریع بوده و بصورت مقدم باعث گانگراین و تنقب میگردد. چون اطفال دارای ثرب کبیر کوچک و کمتر انکشاف یافته اند و از طرفی سیر اپاندیسیت نزد انها سریع و فاصله بین شروع مرض و تنقب اپاندکس کوتاه میباشد بنا افت نادرا تهدید شده و تنقب اپاندکس گانگرینوز باعث پریتونیت منتشر و ابله سایر نواحی بطن میگردد.

Referencenes:

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. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011

- 4- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 5- Kevin P. Lally, Charles S.Cox, Jr., and Richard J. Andrassy. Appendix. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1381 – 1400
- 6- Lawrence W. Way. Appendix. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 556 - 60
- 7- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011
- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P.1204–18.
- 9- Robert J.C. Steele. Disorder of the Small Intestine and Vermiform Appendix 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. 563 – 66

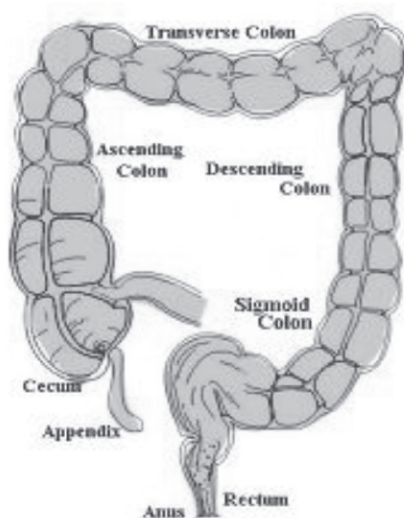
-
- 10- S. Paterson – Brown. Acute Appendicitis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.399 – 411
- 11- www.surgery.med.umich.edu

فصل پنجم کولون The colon

اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی ، طرز معاینه، اعراض و علایم و معاینات کولون
- تظاهرات سریری مختلف کولیت قرحوی و منجنت ان
- تظاهرات سریری مختلف دیورتیکولوز کولون و منجنت ان
- تظاهرات سریری تویرکولوز الیوسیکل و تداوی ان
- فکتور های مساعد کننده، پتالوژی، تظاهرات سریری ، staging و تداوی کانسر کولون



شکل (۱ - ۵) آناتومی کولون^{۱۲}

آناتومی 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 $\frac{2}{3}$ proximal کولون مستعرض بوده و کولون چپ متشکل از $\frac{1}{3}$ distal کولون 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 بداخل 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.

تعصیب

اعصاب کولون ها از ضفیره عصبی سمپاتیتیک منشه گرفته و به امتداد شریان مساریقی علوی و سفلی سیر مینماید. درد های حشوی قسمت های پروکسمل کولون در اطراف ثره و قسمت دیستال کولون در ناحیه hypogastric احساس میشود.

لنف

سیر شرائین را تعقیب نموده و از طریق یک تعداد عقدات کولونی به عقدات مساریقی علوی و سفلی میرسد.

فزیولوژی

مهم ترین وظیفه کولونها ذخیره موقتی مواد غایطه و جذب آب و الکتروولایت 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.

اعراض و علائم امراض کولونی

الف: اعراض و علائم غیر وصفی

- بی اشتهایی
- احساس عدم صحت مندی
- ضیاع وزن

- نفس تنگی از باعث کمخونی
- انتفاخ بطن

ب: اعراض و علائم وصفی

۱. درد بطن : دونوع درد بطن در امراض کولونی موجود است یکی درد های کولیکی و دیگر دردهای ثابت و دوامدار که درد های کولیکی از باعث تشنج شدید عضلات کولونی در مقابل تخریسات (توکسین، باکتری ها و یا ادویه جات) بوجود آمده و در ناحیه ماوفه کولون موضع دارد مثلا تشنج کولون راست باعث درد های کولیکی قسمت مرکزی بطن شده و در اطراف ثره موضع دارد در حالیکه تشنج کولون چپ باعث درد های کولیکی قسمت سفلی بطن و یا فوق عانه میگردد. درد های ثابت و دوامدار بطن از تظاهرات پریتونیت موضعی بوده و در ناحیه از بطن احساس میگردد که طبقه مصلی کولون به التهاب معروض شده است.

۲. تغییرات ترانزیت معایی که به چهار شکل ذیل مشاهده میگردد:

- قبضیت
- اسهال
- ازدیاد گازات
- تناوب قبضیت و اسهال

در اثنای اخذ تاریخچه باید راجع به هدف و مفهوم قبضیت و اسهال پرسش شود. ازدیاد گازات از باعث بلع مقدار زیاد گاز بوده که باید از مریض راجع به اعراض قسمت علوی جهاز هضمی از قبیل hiatus hernia ، سنگ های صفراوی استجواب شود. تناوب اسهال و قبضیت ممکن اعراض مقدم انسداد تحت الحاد کولونی باشد که علت قبضیت انسداد کولون بوده و اسهال از باعث ازدیاد حرکات کولونی و رقیق شدن محتوی ان علوی تر از ناحیه انسدادی که عبور مواد مذکور را اسان میسازد بوجود می آید

۳. وصف مواد غایطه: راجع به شکل و فورم مواد غایطه که ایا نارمل ویا شکل پنسل مانند را از باعث Rigidity کولون اختیار نموده پرسیان شود. مواد غایطه رقیق(بشکل اسهال) میتواند به یک انسداد تحت الحاد دلالت نماید رنگ مواد غایطه نیز میتواند تغییر کند چنانچه در صورت

میلانا و یا تداوی با آهن از طریق فمی مواد غایطه سیاه رنگ شده و در صورت عدم کفایه پانکراس از باعث تشوش جذب مواد شحمی مواد غایطه محجم خاسف و شحمی میگردد

۴. سیلانان مخاطی: تخریش غشای مخاطی کولون باعث فرط افراز مخاط نسبت موجودیت تعداد زیاد غداوات مخاطی شده که مخاط میتواند بصورت جدا و یا مخلوط با مواد غایطه اطراح شود و به این ترتیب مریض از اسهالات و یا سیلانان مخاطی حکایه میکند
۵. نرف: تظاهرات نرف کولونی مربوط به مقدار و سرعت نرف است که میتواند مخفی و یا کتلوی باشد و معمولا به رنگ سرخ روشن و یا تغیر کرده و مخلوط با مواد غایطه اطراح میگردد.

معاینه و ارزیابی تشوشات کولونی

- تشوشات کولونی را میتوان قرار ذیل مطالعه و ارزیابی کرد
۱. گرفتن تاریخچه دقیق بشمول وضعیت صحی قبلی و تداوی دوائی موجوده.
 ۲. معاینه عمومی و دقیق بطن بشمول معاینه معقدی
 ۳. Sigmoidscopy
 ۴. تست های هیماتولوژی و بیوشیمک که شامل تعیین مقدار هیموگلوبین، کریوات سفید خون، سویه آهن سیروم، Iron binding capacity و در صورت لزوم فیصدی اشباع ان، تست های وظیفوی کبد بشمول پروتین سیروم و معاینه میکروسکوپی و کلچر مواد غایطه میباشد
 ۵. معاینه رادیولوژی: که عبارت از Air Contrast Barium Enema میباشد
 ۶. Colonoscopy: برای معاینه و مطالعه تمام کولون
 ۷. التراساوند: التراساوند بطنی که برای تشخیص میتاستازهای کبدی و کتلات بطنی بکار میرود. همچنان از التراساوند در جریان عملیات و از طریق رکت نیز استفاده شده میتواند.
 ۸. CT scan: این معاینه به منظور تعیین stage کانسر کولون و رکت و همچنان برای تشخیص کتلات بطنی بکار میرود و در مریضان مسن که اماله باریوم و کولونوسکوپی را تحمل کرده نمیتواند دارای ارزش خاص میباشد.

۹. مطالعات مخصوص Isotopic که بمنظور تشخیص در وقایع نرف های مخفی و مشکوک استفاده میشود

عملیات های معمول و مروج کولونی

عملیه decompression

Caecostomy: عبارت از ایجاد یک فیستول بین سیکوم و جدار قدامی بطن است.

Loop colostomy: عبارت از ایجاد یک فیستول بین قسمتی از کولون و جدار قدامی بطن است. در حالیکه سائیر نواحی کولون دست ناخورده بحال خودش باقی میماند.

عملیه Defunctioning

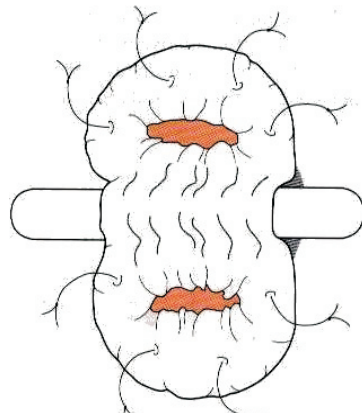
Loop colostomy

End colostomy – عبارت از ایجاد یک فیستول بین کولون و جدار قدامی بطن بوده که نهایت distal آن دوخته شده و بداخل بطن رهای شده و یا اینکه به قسم یک فیستول مخاطی به جدار بطن بیرون کشیده میشود.

- **عملیه Hartmann's**: در این عملیه قسمت ماوفه کولون سیگموئید برداشته شده و کولون نازله به شکل End colostomy بجدار بطن بیرون و نهایت Proximal رکت بدخل بطن دوخته می شود

- Double barreled colostomy -

در این نوع کولوستومی بعد از برداشتن قسمت ماوفه کولون، هر دو 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 نماییم.



شکل (۲-۵) Loop Colostomy موقتی

Resection یا برداشتن کولون - در این عملیه یک قسمت ویا تمام کولون برداشته میشود.

- **Colotomy** عبارت از باز نمودن کولون به منظور تفتیش و یا برداشتن پولیپ و دوباره بسته نمودن کولون و قرار دادن آن بداخل بطن می باشد
 - **R.Hemicolectomy**: عبارت از برداشتن سیکوم ، کولون صاعده و یک قسمت کولون مستعرض و انستوموز الیوم نهائی با کولون مستعرض می باشد
 - **Transverse colectomy**: عبارت از برداشتن کولون مستعرض و انستوموز کولون صاعده با کولون نازله و یا اجراء End colostomy با یک فیستول مخاظی میباشد

- **Left Hemicolectomy**: عبارت از برداشتن کولون طرف چپ است

- **Sigmoid Colectomy**: عبارت از برداشتن کولون سیگموئید میباشد.

- **Anterior resection**: عبارت از برداشتن یک قسمت و یا تمام کولون سیگموئید و یا قسمتی از رکتوم و انستوموز بین کولون و رکتوم است و در این عملیه بمنظور جلوگیری از لیکاز ناحیه انستوموتیک اکثرا Proximal defunctioning colostomy نیز اجراء میگردد

- **Total colectomy**: عبارت از برداشتن تمام کولون و انستوموز الیوم با رکتوم (Iliorectal anastomose) و یا اجراء Ileostomy نزد مریض میباشد

- **Pan proctocolectomy**: عبارت از برداشتن تمام کولون با رکتوم ، کانال انال و اجراء الیوستومی دایمی نزد مریض می باشد

- **Abdominoperineal Resection**: عبارت از برداشتن یک قسمت از کولون سیگموئید رکتوم و کانال انال با اجراء permanent end colostomy نزد مریض میباشد.

آماده ساختن امعاء برای عملیات های کولونی

هدف از آماده ساختن امعاء برای مداخلات جراحی بالای کولون پاک ساختن کولونهای از مواد غایطه و تنقیص انتانات کولون بوده که برای این منظور به مریض رژیم غذائی مایع و کم تفاله با اماله تخلیوی روز دو مرتبه و مسهلات (Magnesium sulfate) توصیه شده و جهت تنقیص انتانات Anaerobic و Aerobic انتی بیوتیک ها از قبیل میترونیدازول، نیومایسین، Phthalyl sulphathiazole ۲-۳ روز قبل از عملیات داده می شود و یا اینکه قبل از

عملیات Metronidazole و Gentamycin با ادویه Premedication زرق میگردد.

همچنان شست و شو تمام امعاء با سیروم فزیولوژیک ایزوتونیک به سرعت ۲-۴ لیتر فی ساعت برای مدت ۳-۴ ساعت از طریق تیوب انفی معدی یک میتود خوب و موثر آماده ساختن کولونها در حالات غیر انسدادی برای مداخله جراحی میباشد.

با میتود های فوق پاک سازی میخانیکی و دوائی میتوانیم کولونهای را برای مدت ۳-۵ روز آماده عملیات سازیم.

جدول (۱-۵) میتود معمول آماده امعاء در ظرف ۳ روز

روز اول

- مسهل قوی مانند مگنیزیم سلفیت ۳۰ گرام .
- انتی بیوتیک انتخابی مانند Metronidazole با Neomycin بعد از مسهل شروع گردد.
- رژیم غذایی مایع و یا کم تفاله.
- اماله تخلیوی روز دو مرتبه

روز دوم

- روش و تداوی روز اول با استثنای مسهل ادامه داده شود.

روز سوم

- روش و تداوی به استثنای مسهل مانند روز اول بوده و علاوتا به مریض ادویه مقبض مانند Tinture Opium و یا Belladonal نیز توصیه میگردد.

کولوستومی (Colostomy)

هر گاه امعاء به روی جلد بطن آورده شده و باز گردد بنام Stoma (یعنی دهانه) یاد میگردد. بنأ کولوستومی عبارت از باز کردن کولون روی سطح جلد است که مواد غایطه در بین یک خریطه التصاقی به جلد جمع اوری میشود. کولوستومی میتواند موقتی و یا دایمی باشد:

کولوستومی موقتی (Temporary Colostomy)

در این نوع کولوستومی تمادی کولون در آینده دوباره برقرار می‌گردد و زیاده‌تر در وقایع انسداد کولون سیگموئید از کانسر، تدور، دیورتیکول کولون، فیستول های مثانی کولونی، محافظه انستوموز کولورکتل به تعقیب ریزکشن قدامی، جروحات ترضیض کولون و ریکتم و عملیات فیستول های انورکتل علوی اجرا می‌گردد.

کولوستومی دایمی (Permanent Colostomy)

در این نوع کولوستومی تمادی کولون نسبت برداشتن قسمت دیستل کولون (مثلا برداشتن رکتوم از طریق بطنی عجانی در وقایع کانسر) دوباره برقرار شده نمیتواند.

استطبابات کولوستومی

استطبابات معمول کولوستومی عبارتند از:

- منحرف ساختن جریان غایطی بمنظور التیام انستوموز و یا فیستول قسمت دیستال کولون.
- تنقیص فشار کولون متوسع قبل از برداشتن یک افست انسدادی کولون.
- برداشتن رکتوم و یا قسمت دیستال کولون.

اختلالات کولوستومی

در هر کولوستومی ممکن اختلالات ذیل در صورت اجرا این عمل با تکنیک غلط مشاهده شود:

- **Retraction:** در این صورت Stump کولوستومی از فوچه که خارج کشیده شده بدخل بطن سقوط مینماید. که میتواند علت ان کشش عروه و یا نکروز Stump کولوستومی باشد.
- **تضیق (stenosis):** در این حالت فوچه کولوستومی کوچک شده و علت ان اسکیمی و یا دوختن ناکافی مخاط کولونی با حوافی جلد میباشد.
- **Para colostomy hernia Defect:** در این حالت محتوی پریتوانی از طریق کنار کولوستومی به فتق معروض می‌گردد.

- **Prolapse:** عبارت از تغلف کولون به خارج از طریق فوچه کولوستومی است.
 - **انسداد امعا رقیقه:** از طریق مسافه بین عروه کولوستومی و جدار وحشی بطن که از باعث عدم مسدود ساختن این مسافه ایجاد میگردد.
 - **نکروز نهایت دیستال کولوستومی:** که علت آن اسکیمی و اروا ناکافی میباشد.
 - **نزف:** از باعث باز ماندن اوئیه در زمان عملیات و یا گرانولومای حوافی کولوستومی بوجود می آید.
 - **اسهال کولوستومی:** اکثراً از باعث Enteritis انتانی بوجود می آید.
- اکثر این اختلالات ایجاب می نماید تا بطن باز و کولوستومی دوباره اصلاح گردد.

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. خانم ها نظر به مردها زیادتیر مصاب این مرض شده مرض در هر سن و سال از کودکی الی پیری مشاهده می شود لکن وقوعات زیاد آن بین سنین ۲۰-۴۰ سالگی میباشد.

اسباب

سبب مرض نا معلوم بوده با وجود آن منبهاات محیطی، عکس العمل های Autoimmune و فکترهای جنتیک (همراه با Human leucocyte antigen HLA-B27) را در ایتولوژی مرض دیدخل 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 نمی باشد). در ابتداء مرض مخاط کولون اذیمائی بوده که با تماس خون داده و نزف به شکل petechia (Petechial hemorrhage) مشاهده می شود. 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 احتشای مجاور خویش التصاق نمیکند.

از نظر میکروسکوپی محل آفت در کولیت قرحوی طبقه مخاطی است و آبسه های کوچک در حذای کریپت های مخاط (Crypt abscess) بوجود آمده و بداخل لومن باز شده و باعث تشکل 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

مرد ها و خانم ها طور مساویانه مصاب شده و مرض قبل از سن ۱۰ سالگی غیر معمول میباشد و اکثرا در دهه دوم، سوم و چهارم حیات مشاهده میشود اولین عرض مرض اسهال ابگین بوده که در یک شخص قبلا نارمل از نظر ترانزیت در روز و شب دیده میشود بعدا سیلانات مخاطی و بعضا قیحی و مخاطی نزفی از طریق رکت موجود می اید اسهال شدید خونی ممکن ۲۰ مراتبه در روز مشاهده شود درد در صفحه مقدم مرض غیر معمول بوده و مرض در اکثر وقایع شکل مزمن دارد و متصف با صفحات شفایابی و نکس میباشد. عوامل ذیل دلالت به انزار خراب مرض مینماید:

- شدید بودن حمله ابتدایی
- اشغال شدن تمام کولون توسط مرض
- ازدیاد سن (بیشتر از ۶۰ سال)

کولیت قرحوی از نظر سریری به اشکال ذیل مشاهده میشود:

۱. **Limited Colitis**: که افت منحصر به رکتوم و قسمت سفلی کولون بوده و از نظر پتالوژی با اشکال که تمام کولون و رکتوم مصاب میگردد فرق ندارد این شکل مرض کمتر به کانسر تحول کرده و در ۵-۱۰٪ وقایع قسمت باقی مانده کولون مصاب میگردد.

۲. **Total Colitis**: عبارت از التهاب تمام کولون بوده و اصطلاح Total Colitis نیز به همین شکل داده شده این شکل دارای اختلالات زیاد بوده و با گذشت هر ۱۰ سال خطر تحول به کانسر نیز زیاد شده وصف کلینیکی آن اسهالات شدید و متکرر خونی (تا ۲۰ مرتبه در روز)، ضیاع آب و الکتروولایت های بوده کمخونی و هایپوپروتینمی نیز مشاهده شده که اکثرا Total colectomy توصیه میشود.

۳. **Fulminating type**: این شکل با تب ۳۸,۹ الی ۳۹,۴ درجه سانتی گرید، اسهالات پی در پی خون دار، مخاط و قیح وصفی بوده و شخص را بسیار ضعیف میسازد. ممکن انتفاخ بطن از باعث توسع توکسیک کولون که با رادیوگرافی ساده بطن تائید میگردد موجود باشد که ایجاب عملیات جراحی را مینماید.

این شکل مرض با پیچش، محرقه و کولیت امیبی تشخیص تفریقی شود. بخاطر باشد که سویه البومین سیروم نظر به شدت حمله پائین آمده که رهنمای خوب در مورد تصمیم عملیات جراحی میباشد.

۴. **شکل مزمن**: در این شکل حمله اول اکثرا شدت متوسط داشته لاکن بعدا مرض شکل دوامدار را اختیار مینماید. خرابی وضع عمومی و دفعات فعل تغوط مربوط به وسعت افت بوده که در وقایع خفیف مرض اکثرا محدود به یک قطعه کولون میباشد در بعضی وقایع مرض منحصر به نصف کولون بوده و در صورت که تمام کولون مصاب باشد خطر استحال به کانسر زیاد است.

معاینات تشخیصیه

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

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

- **Colonoscopy** – در این معاینه تمام کولون تفتیش شده سرحد علوی آفت تعین و بیوپسی اخذ میگردد.

- **Barium enema** – مخاط نا هموار و قطع شده را نشان داده که دلالت به تفرح کرده 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 پتالوژیست با تجربه تر مشکل میباشد و در حقیقت ۱۰٪ واقعات کولیت قرحوی Non-specific colitis راپور داده میشود.

تشخیص تفریقی کولیت قرحوی از مرض کرون کولونی در جدول (۲-۵) مشاهده میگردد

جدول (۲-۵) تشخیص تفریقی کولیت قرحوی و مرض کرون

تظاهرات سریری	کولیت قرحوی	مرض کرون
	مرض محیط معقدی نادر است.	امراض محیط معقدی مانند فیسور ، فیستول معمول میباشند.
	اکثرا نزف وافر است.	نزف وافر غیر معمول است.
	امعا رقیقه مصاب نمی گردد.	امعا رقیقه ممکن مصاب گردد.
پنالوژی تفاوت میکروسکوپی	مرض از رکتیم بطرف علوی وسعت اختیار مینماید. صرف مخاط مصاب میگردد. فیستول نمی سازد. مخاط استحالوی پولیپ کاذب میسازد. جدار امعا ضخاموی نیست. استحاله به کانسر در اشکال طولانی مرض معمول است.	هرقسمت کولون ممکن مصاب گردد (Skip lesions). تمام جدار مصاب میگردد. فیستول در احشای مجاور میسازد. پولیپ نمی سازد. جدار امعا ضخاموی است. استحاله به کانسر نادر است.
تفاوت میکروسکوپی	گرانولوما موجود نیست.	گرانولوما موجود است.
<p>۱۰% وقایع بطور واضح از همدیگر تشخیص تفریقی شده نتوانسته و بنام کولیت قرحوی غیر وصفی تحریر میگردد.</p>		

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.
 - تضییق
 - 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، Pyodermia 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 مینمایند. 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 استطبیب دارد که تداوی طبی مؤثر واقع نشود و یا اختلالات 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 کورتیکوستروئید 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 - استطببات تداوی جراحی عبارتند از:

- شکل fulminanting مرض که با تداوی طبی جواب ندهد (این شکل مرض با اسهالات خونی 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.
- اختلالات کولیت که قبلاً ذکر گردید.

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

دیورتیکولوز و دیورتیکولیت کولون

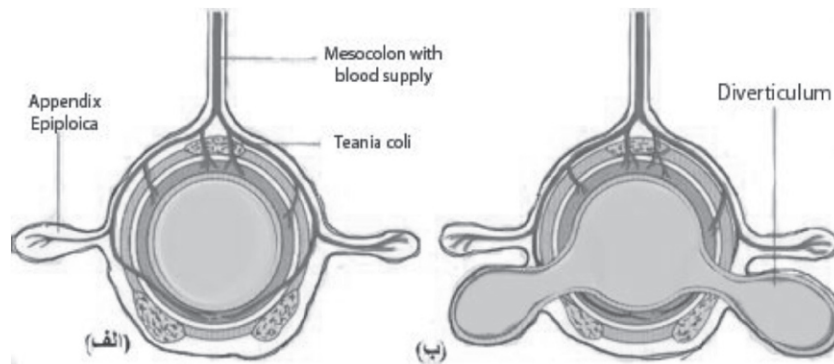
دیورتیکول کولون عبارت از یک فتق مخاطی است که در کنار Taenia coli بوجود آمده و اکثراً توسط Appendix epiploica پوشیده میباشد و چون بدون طبقه عضلی میباشد بناءً از جمله دیورتیکول کاذب بوده در حالیکه دیورتیکول میکل یک دیورتیکول حقیقی است.

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 هر دو جنس مساوی است.

پتوزنی 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 او عیه 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 (۳-۵) 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^۶

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 پریتون که باعث پریتونیت میشود.

ب- در انساج محیط کولونی با تشکل آبه محیط کولونی یا Pericolic abscess.

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

- ۲- تولید انتان مزمن مترافق با فیروز التهابی که باعث تولید اعراض انسدادی حاد و مزمن و حاد روی مزمن می‌گردد.
- ۳- نرف 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. و تظاهرات سریری آن درد مرکزی بطن بوده که بعداً در حفره حرقی چپ متمرکز می‌گردد و مترافق با تب، استفراغ حساسیت و تقلصیت موضعی میباشد. با جس بطن و معاینه مقعدی ممکن يك كتله مبهم بطنی دریافت شود تثقب دیورتیکول بداخل جوف پريتوان باعث تولید اعراض و علایم پريتونیت عمومی شده و تشکل آبسه pericolic با این تفاوت که بطرف چپ قرار دارد مشابه آبسه اپاندیکولر میباشد. که در این صورت نزد مریض يك كتله دردناك در حفره حرقی چپ همراه با تب و لوکوسیتوز دریافت می‌گردد.

دیورتیکولیت مزمن

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

- ۱- تغیر و تشوش ترانزیت معائی مانند تناوب اسهال و قبضیت.
- ۲- انسداد امعاً غلیظه با استفراغات، انتفاخ و دردهای کولیکی بطن و قبضیت. و بخاطر با شد که انسداد امعاً رقیقه از باعث التصاق آن با كتله التهابی نادر نمی باشد.
- ۳- آمدن خون و مخاط 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 نرف مخفی مزمن مشاهده شده میتواند.

با معاینه حساسیت حفره حرقی چپ و كتله در ناحیه کولون سیگموئید دریافت شده که با معاینه مقعدی نیز جس می‌گردد.

تظاهرات غیر معمول دیورتیکولیت عبارت اند از:

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

معاینات تشخیصیه

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.

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

Colonoscopy – توسط این معاینه میتوان ناحیه ماؤفه را مشاهده کرد اما عبور آله به علوی نسبت موجودیت کولون سیگموئید متضیق و rigid در این مرض اکثرآ 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 تضیق شبیه دندانه اره (Saw tooth) در کولون سیگموئید میگردد. این معاینه در مرحله حاد مرض نسبت ایجاد تنقب اجرانگردد.

تشخیص تفریقی

مهم ترین تشخیص تفریقی مرض با نیوپلازم کولون میباشد و باید گفت که تشخیص تفریقی این دومرض به اتکاً علایم سریری و حتی معاینات تشخیصیه

مشکل بوده و صرف با گرفتن بیوپسی به کمک سیگمونیدوسکوپ 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
کنله	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.
سیگمونیدوسکوپ	تغییرات التهابی در بیشتر از یک ناحیه	در صورت عدم موجودیت قرحه التهاب موجود نیست.
کولونوسکوپ	کارسینوما مشاهده نمی شود	کارسینوما موجود و بیوپسی اخذ میگردد

جدول (۳ - ۵) تشخیص تفریقی دیورتیکولیت با کارسینوما کولون

تداوی

دیورتیکولیت حاد

بصورت محافظه کارانه تداوی شده و به مریض رژیم غذایی مایع با انتی بیوتیک (Metronidazole با پنسلین و Gentamycin و Cephalosporin از جمله تداوی انتخابی میباشد) توصیه میگردد. و با این تداوی یک تعداد زیاد مریضان شفایاب می شود.

آبسه محیط کولونی در ابتداء مانند آبسه اپاندیکولر محافظه کارانه تداوی شده ولی اگر آبسه بزرگ گردد در یناژ استطباب دارد و چون دریناژ آبسه در اکثر موارد باعث ایجاد فیستول غایبی 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 و کولون 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 و کولون به شکل End colostomy به جدار بطن بیرون کشیده شود.

دست های با تجربه میتواند در اثنای عملیات کولون ها را به شکل Antegrade شستشو و 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 و کولون سیگموئید ریزکشن میگردد.

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

توبر کلوز الیوسیکل

عمومیات- این مرض در نواحی که فقدان غذائی و ویتامین ها موجود است در پهلوی توبرکلوز سایر احشاء مشاهده شده و وقوعات ان بین سنین ۳۵-۴۰ سالگی زیاد بوده و هر دو جنس را مساویانه مصاب میسازد. باسیل کوخ در امعاء زیاد تر ناحیه الیو سیکل را انتخاب کرده که سبب ان نا معلوم است لکن

فکر می شود که رکودت ترانزیت معائی در این ناحیه باعث میکروتروماتیزم شده و یا اینکه کولیت تحت الحاد و یا مزمن باعث تفرح شده و زمینه را برای تلقیح باسیل کوخ مساعد می سازد
 باسیل کوخ از دو طریق ذیل به این ناحیه میرسد:
 ۱. از طریق دموی به تعقیب یک Septicemia.
 ۲. از طریق هضمی بعد از گرفتن غذا های حاوی باسیل کوخ مانند شیر، گوشت حیوانات مریض و یا بلع تفشع در مریضان تویرکلوز ریوی.

تظاهرات سریری

اعراض عمومی- این اعراض برای یک مدت طولانی مخفی بوده یعنی مریض برای یک مدت طولانی دارای وضع عمومی خوب بوده لاغری و ضعف عمومی که معمولا در تویرکلوز مشاهده میشود موجود نمی باشد. و در مرحله بعدی مرض اعراض بتدریج ظاهر میگردد.

اعراض موضعی : در مرحله ابتدائی مرض اکثرا مریضان از یکنوع کولیت شکایت داشته و درد حفره حرقفی راست توضع دارد به مرور زمان یک تورم بشکل طولانی و با قوام بسته و الاستیک در حفره حرقفی راست جس میگردد. که تومور مذکور در مرحله ابتدائی متحرک بوده و بعدا نسبت ایجاد التصاقات غیر متحرک میگردد.
 حافه انسی تومور اکثرا غیر منظم بوده زیرا عقدا ت لمفاوی مساریقه را وتیره التهابی تدریجا مصاب میسازد.

تشویشات غایبی- مریضان اکثرا یک سندروم انتیروکولیت را از خود نشان داده و از درد حفره حرقفی راست و محیط ثروی شکایت دارند. که با اسهالات معند مترافق بوده و بعضا خون، مخاط و یا قیح نیز در مواد غایطه مشاهده می شود.

سندروم کونیک (Koenig syndrome)

این سندروم در وقایع که دسام الیوسیکل اشغال شده باشد نزد مریض موجود بوده و در حقیقت یک حالت انسداد تحت الحاد می باشد که با انتفاخ بطن، تراید

درد و بعضاً استفراغ مترافق می باشد و بعد از تزاید و اوج گرفتن اعراض فوق دفعاتاً در اثر گریز گاز و مواد غایبه از حذای دسام الیوسیکل و پیداشدن یک اواز موزیکال مریض آرام میگردد باید گفت که این سندروم در همه وقایع توبرکلوز الیوسیکل موجود نبوده و اگر باشد با دریافت سایر اعراض توبرکلوز الیوسیکل مار ۱ به تشخیص کمک میکند.

اعراض رادیولوژیک

اگر ماده کثیفه از طریق فمی گرفته شود ناحیه ماوفه توسط ماده کثیفه مملو نشده و اگر اماله باریوم اجرا گردد نیز ناحیه مرضی مملو نشده و بعضاً ماده کثیفه بعد از عبور از دسام الیوسیکل داخل الیوم شده که دلالت به عدم کفایه دسام مینماید.

در رادیوگرافی خیال های کف مانند در ناحیه مرضی مشاهده شده و جدار های سیکوم شکسته به نظر میرسد و شکل پرداس مانند را بخود میگیرد اما بخاطر باشد که خیال خلا هرگز مشاهده نمی شود.

اشکال اناتومو پتالوژی

از نظر اناتومو پتالوژی مرض به پنج شکل ذیل مشاهده می شود:

۱. شکل هایپرتروپیک: که نظربه اشکال دیگر زیادتر مشاهده شده و به شکل یک تومور تظاهر می نماید. دارای حوافی غیر منظم بوده و به وضعیت عمودی از علوی به سفلی قرار دارد و در علوی قسمتی از کولون ساعده را اشغال کرده و در سفلی افت بطرف الیوم پیش رفت میکند و عادتاً اپاندکس نیز اشغال میگردد. توبرکلوز در این شکل تمام طبقات را اشغال کرده و یک ساختمان Sclerofibromatose را از خود نشان میدهد. در مقطع طوری بنظر میرسد که جدار سیکوم توسط نسج شحمی اشغال شده و یک تعداد محراقات تلینی تجنبی در ان مشاهده میشود. و روی پریتون ناحیه ماوفه یک تعداد گرانول های کوچک بصورت منتشر دیده میشود. افت در این شکل مرض از داخل بخارج پیشرفت کرده و از این سبب لومن معائی کوچک نشده و باعث تضیق نمی گردد ولی اگر افت از خارج به داخل نشوونما نماید باعث تضیق شده و عقدات لنفاوی همیشه به افت اشتراک میکند.

از نظر هستولوژیک طبقه مخاطی ضخاموی بوده و دارای فولیکول های توبرکلوزیک می باشد. نکته مهم این است که از نظر تحولات نسجی افت توبرکلوزی کمتر واضح بوده ولی تحولات التهابی عادی در صحنه حاکمیت دارد.

۲- **شکل Ulcero caseuse**: در این شکل یک تعداد زیاد فولیکولهای توبرکلوزی در غشای مخاطی باز شده و یکنوع تقرح وسیع را بوجود می آورد در محیط ناحیه ماوفه یک عکسل العمل شدید پریتنوانی مشاهده می شود. افت یک کتله فیبروکازیوز ساخته که مرکز آن تلین نموده و به شکل خراج در آمده و بطرف جلد ناحیه مغبنی ، حرقفی و یا قطنی مهاجرت می نماید و حتی جلد باز شده میتواند . اگر خراج مذکور به سیکوم و یا کولون باز گردد خراج های قیچی غایطی را می سازد.

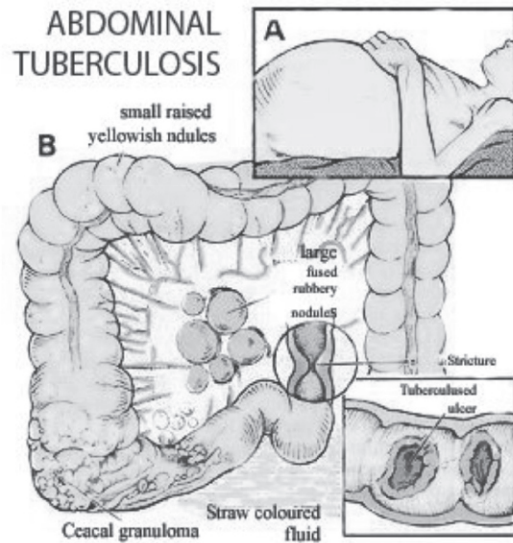
۳- **شکل تقرحی بالخاصه**: در این شکل تقرح بصورت انتخابی بالای دسام الیوسیکل توضع نمود و در نتیجه باز شدن فولیکول های توبرکلوزی بصورت مجموعی بوجود می آید . این تقرح پیشرفت کرده و بعد از اشغال طبقات مختلف جدار سیکوم باعث تنقب در جوف ازاد پریتنوان میگردد و در صورتیکه ناحیه مثقوبه توسط احشا بطنی و پریتنوان محدود گردد باعث خراج pyostercorale در حفره حرقفی راست شده میتواند.

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

۵- **شکل اپندیسیت توبرکلوزیک**: افت توبرکلوز به اشکال مختلف در اپاندکس مشاهده شده مثلا به شکل تقرح در غشای مخاطی اپاندکس ظاهر و بالاخره باعث تنقب می شود و یا اینکه اپاندکس در بین یک خراج سرد محاط و از خارج به افت اشتراک و بالاخره تنقب نماید و یا بعضا توبرکلوز الیوسیکل هایپیر تروپیک را التباس می نماید.

سیر و اختلالات

مرض سیر مختلف داشته بعضا مخفی سیر کرده و افت بدون پیش رفت توقف



شکل (۴-۵) توبرکلوز امعا (ناحیه ایوسیکل) با سیر و اختلالات آن

می نماید در وقایع دیگرافت به پیش رفت خویش ادامه داده و کولون صاعده را اشغال و در محیط سیکوم خراج را بوجود میآورد. این خراج ها میتواند به جلد و یا داخل احشای مجاور بطنی حتی مهبل باز گردد. اختلاط دیگر از قبیل توبرکلوز عمومی ، مینازیت و یا انسداد مرگ را سریعتر می سازد.

تشخیص

تشخیص روی اعراض سریری ، مشاهده مریض ، موجودیت محراقات توبرکلوزی در سایر نواحی بدن ، رادیوگرافی و تحری باسیل کوخ در مواد غایطه صورت میگیرد.

تشخیص تفریقی

تشخیص در مراحل ابتدایی مرض مشکل بوده و بعضا با کولیت و اپاندیسیت مغالطه می شود که درچنین وقایع عملیات جراحی از باعث موجودیت علایم اپاندیسیت تشخیص را واضح میسازد . در وقایع دیگری که توبرکلوز ایوسیکل یک کتله توموری قابل جس راساخته باشد در اینصورت باید با تمام کتلات تومورال حفره حرقفی راست تشخیص تفریقی شود مانند Typhlitis ، Actinomycosis ، hypertropic ، تومور های خلف پریتون، تومور اپاندکس ، تومور اقسام رخوه این ناحیه و غیره.

تداوی

تداوی توبرکلوز ایبوسیکل طبی و جراحی بوده باتداوی طبی یعنی تطبیق ادویه انتی توبرکلوزیک ویتامین ها و تغذی خوب وضع عمومی مریض بهتر ساخته شده و در صورتیکه توبرکلوز باعث اختلاط نشده و وضع عمومی مریض با تداوی و تغذی بهتر گردد می توانیم عملیه Hemicolectomy طرف راست را انجام و الیوم نهایی را با کولون مستعرض انستوموز داد.

در وقایع که توبرکلوز ایبوسیکل باعث انسداد شده باشد و خرابی وضع عمومی مریض اجازه عملیات جذری را ندهد میتوان به اجرای عملیه Ileo - transversostomy اکتفا کرد. و بعد از برطرف شدن لوحه انسدادی و خاموش شدن افت میتوانم عملیه جذری Hemicolectomy را در زمان دوم اجرا کرد در صورتیکه توبرکلوز ایبوسیکل باعث فیستول غایبی و یا قیچی در مهبل ، مثانه ، امعا ویا جلد شده باشد در اینصورت عملیات جذری در یک زمان استتباب نداشته و در زمان اول ileo transversostomy را اجرا و در زمان دوم Hemicolectomy صورت میگیرد.

تومورهای کولون**تصنیف**

تومورهای سلیم

- Adenomatous polyp

- Papilloma

- Lipoma

- Neurofibroma

- Haemangima

تومورهای خبیث

۱- ابتدائی

- Carcinoma

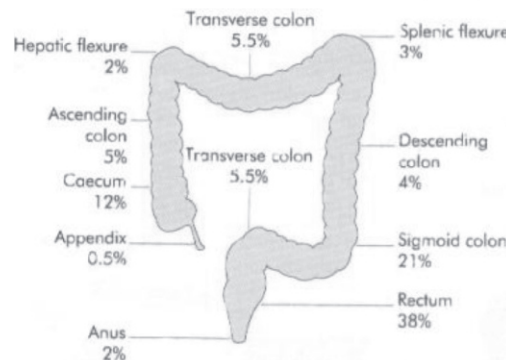
- Lymphoma

- Carcinoid Tumour

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

کارسینومای کولون

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



شکل (5-5) توزیع کانسر Colorectal از نظر موقعیت

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.

فکتورهای مساعد کننده

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

- ارثیت که باعث Family cancer syndrome شده بطور مثال Hereditary non-polyposis 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 وبسیار مهم است

زیرا اگر تداوی نشود بدون شك به کارسینومای کولون تحول مینماید و ۰,۵% کانسر کولون را بطور مجموعی تشکیل میدهد.

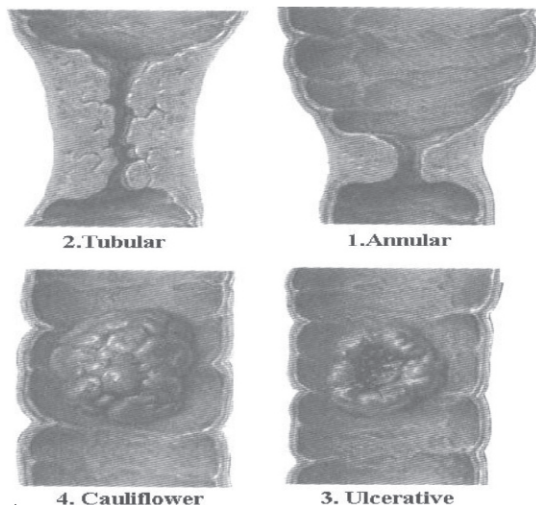
مرض به ارثیت برده می شود و پولیپ ها برای باراول در سن بلوغ ظاهر شده و اعراض آن از قبیل نرف و اسهالات در حدود ۲۱ سالگی مشاهده می شود و تحول مرض به خبائثت در ۲۰-۴۰ سالگی رخ میدهد. اشخاص مصاب به مرض اکثراً ضخامه طبقه صباغی شبکیه (Retinal) را داشته که يك تست خوب بدون خطر میباشد. تداوی مرض عبارت از Total 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-polyposis colon cancer – سبب ۵% کانسر

کولورکتل 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 تومور اکثراً به چهار شکل ذیل مشاهده می شود.



- Annular -
- Tubular -
- Ulcerative -
- Cauliflower -

از نظر میکروسکوپیك

تمام این تومورها

Adenocarcinoma

بوده که از حجرات

اپیتلیال ویا از کریپت

های Lieberkuhn

منشأه میگیرد.

شکل (۶ - ۵) اشکال معمول میکروسکوپیك کارسینومای کولون *

انتشار تومور

- انتشار موضعی - تومور برای يك مدت قابل ملاحظه منحصر و محدود به امعا بوده و تدریجا دورادور جدار کولون و طولاً انتشار مینماید. بالآخره احشای مجاور را (امعا رقیقه، معده، اثنا عشر، حالب، رحم، جدار بطن و غیره) را اشغال مینماید.
- انتشار لنفاوی - از طریق لنفاوی تومور به عقدات لنفاوی ناحیوی وبالآخره از طریق قنات صدري ممکن به عقدات فوق الترقوی در مرحله اخير انتشار نماید.
- انتشار دموی - 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 کلاسیک به اساس تصنیف Dukes صورت میگیرد. و مربوط به وسعت انتشار داخل جدار کولون و انتشار آن به عقدات لنفاوی میباشد.

تظاهرات سریری

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

- تظاهرات ناشی از خود تومور
- تظاهرات مربوط میتاستاز تومور
- تظاهرات و تائیرات عمومی تومور

تائیرات و تظاهرات موضعی تومورها

۱- تغییرات ترانزیت معائی از جمله اعراض بسیار معمول کارسینومای کولون است که به شکل قبضیت، اسهال و یا تناوب هردو مشاهده می شود. اسهال ممکن با مخاط (از باعث افراز زیاد آن توسط تومور) و یا نرف روشن یا به شکل میلانا و یا مخفی همراه باشد.

- ۲- انسداد امعا از باعث يك تومور تضیقي که اکثراً کولون چپ (نازله) را مصاب میسازد.
- ۳- تنقب تومور در جوف پريتوان ویا موضعی با تشکل آبه محیط کولونی ویا با ایجاد فیستول در احشای مجاور مانند فیستولها ی معدی کولونی وکولونی مثنی که از جمله تظاهرات نادر مرض میباشد.

تظاهرات میاستاز تومورها

این مریضان ممکن با یرقان، توسع بطن از باعث حبن ویا ضخامه کبد مراجعه نمایند.

تظاهرات عمومی امراض خبیثه

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

در معاینه این مریضان نقاط ذیل مد نظر باشد:

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

معاینات تشخیصیه

- خون مخفی (Occult blood) در ماده غایطه 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 و قیح با مخاط از علوی قویاً دلالت به امراض خبیثه مینماید.

- **Colonoscopy** – با استفاده از Fibreoptic colonoscope میتوان قسمت های علوی کولون را مشاهده و بیوپسی اخذ کرد.
- **اماله باریوم** - اکثراً تومور را به شکل تضیقی و یا نقص امتلاء (Apple-core deformity) نشان داده و به خاطر باشد که منفی بودن اماله باریوم به هیچ وجه موجودیت یک تومور کوچک را بالخصوص در صورت موجودیت دیورتیکول های زیاد رد کرده نمیتواند و در صورت موجودیت مواد غایطه بداخل کولون ممکن این معاینه را بصورت غلط مثبت نشان دهد 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 کانسرکولون و میتاستاز کبدی میدهد. نادراً در صورت مشکوک بودن تشخیص، لپراتومی استطبیب دارد.

تشخیص تفریقی

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

- امراض دیورتیکولر
- کولیت قرحوی
- باپچش ها و اسباب 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 تعیین 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 انستوموز 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 انستوموز مقدم نسبت خرابی اروا کولون باعث وقوعات زیاد لیکاز ناحیه انستوموتیک شده بناءً باید در بعضی موارد خاص صورت گیرد. انواع تداوی کانسر کولون نظربه توضع آن در شکل (۵-۷) و (۵-۸) نشان داده شده است.

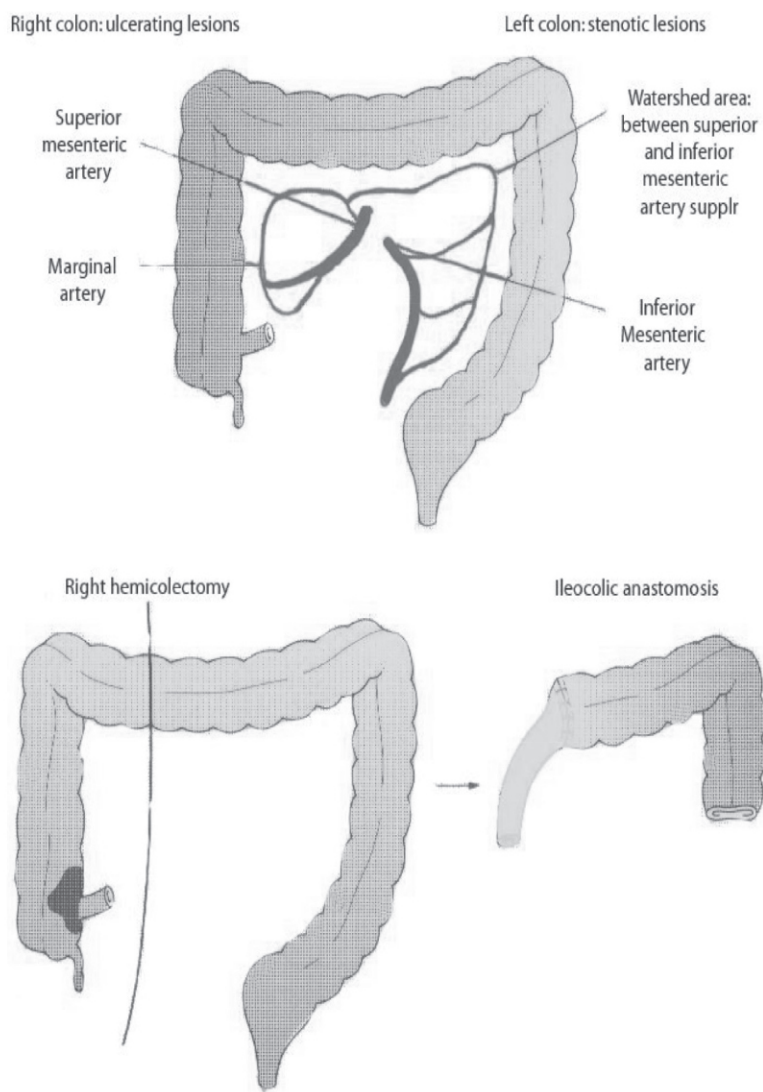
تداوی بعد از عملیات – شیموترایی با 5Fluorouracil یکجا با Folic acid یا Levamisole باعث تنقیص عود مرض میگردد.

تداوی واقعات غیر قابل معالجه یا Incurable case

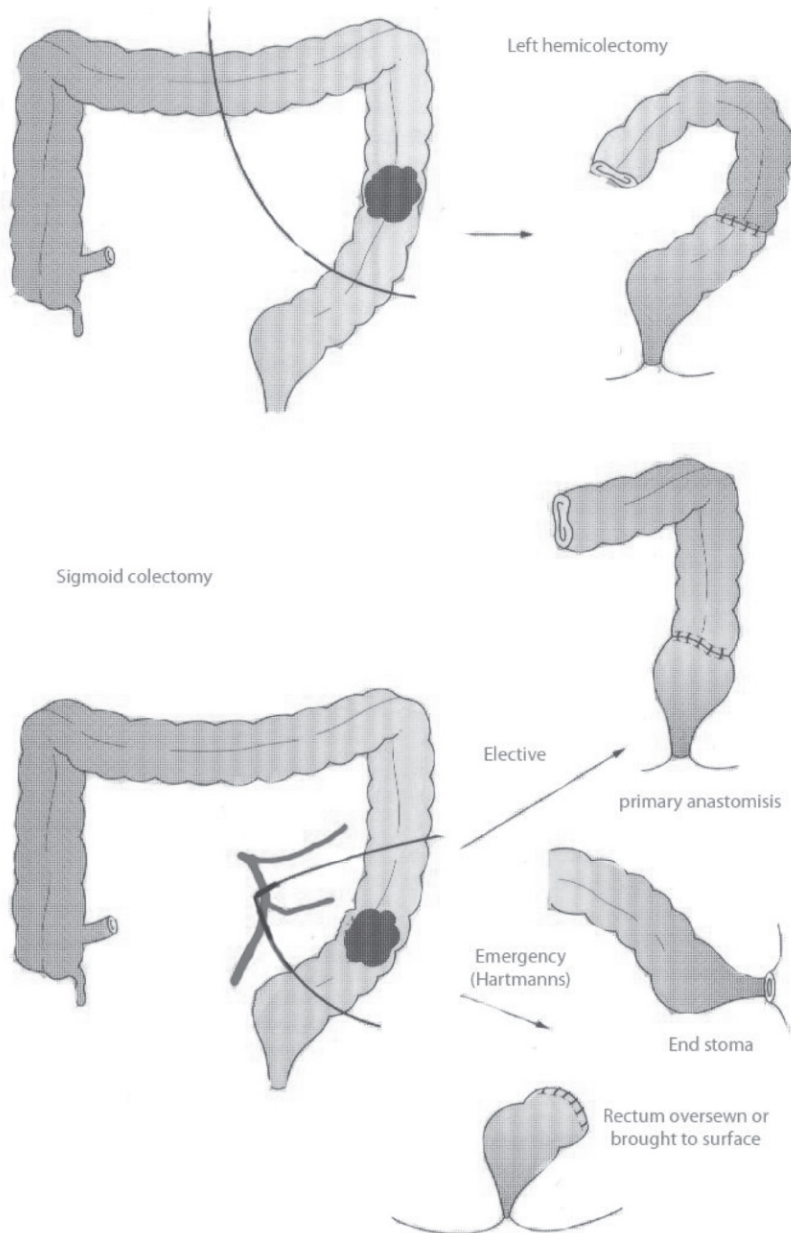
ریزکشن تومور ابتدائی حتی در صورت موجودیت میتاستاز باعث تسکین مریض میگردد و در صورتیکه این عمل ناممکن باشد به منظور رفع انسداد Palliative – short – circuit و یا کولوستومی اجراء شود تداوی شعاعی و cytotoxic باعث تسکین مؤقتی مریض میگردد.

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 عقدات لنفاوی به ۳۰% میرسد. انداز مرض در صورتیکه عقدات لنفاوی علوی اشغال نشده باشد (C₁) نظر به وقایع که اشغال شده باشد (C₂) بهتر است.



شکل (۷ - ۵) عملیات های معمول کولونی در آفات کولون راست Rt.Hemicolectomy با انستوموز ایلیوکولیک اجراء میگردد.^۲



شکل (۸ - ۵) در صورت توضع آفت در کولون چپ Lt.Hemicolectomy یا Sigmoid Colectomy اجراء و کولون با رکت انستوموز داده میشود. در وقایع عاجل و آماده نبودن امعاء عملیات Hartmann اجراء ونهایت کولون به قسم کولوستومی بیرون کشیده شده و رکت دوخته میشود.^۲

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. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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 Brunnicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRRAW – 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1154 – 87.
- 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. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
- 10- Robert J.C. Steele. Disorders of the Colon and Rectum. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 569 – 626
- 11- Theodore R. Schorck. Large Intestine. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 586 - 630
- 12- www.intmed.muhealth.org

فصل ششم رکتوم و کانال مقعدی

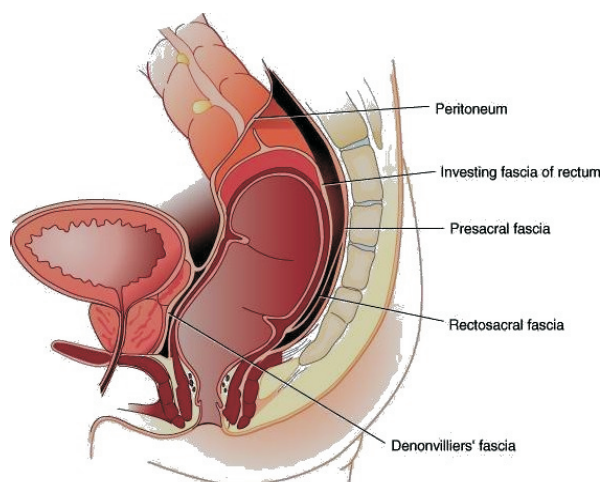
اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی رکتوم و کانال مقعدی
- پتالوژی، تظاهرات سریری، معاینات، تشخیص تفریقی و تداوی امراض که رکتوم و کانال مقعدی را مصاب میسازد
- کارسینوما رکتوم یک مرض معمول و اعراض ان مشابه امراض سلیم بوده بنا این مریضان باید با دقت معاینه و ارزیابی گردند

آناتومی جراحی

رکتوم یا امعاء مستقیم قسمت اخیر انبوب هضمی بوده و از نظر



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

ساختمان آناتومیک شباهت نزدیک به چوکات کولون دارد. از نظر موقعیت آناتومیک مربوط احشاء حوصلی بوده و دروجه قدامی عظم عجز و عصص قرار دارد حدود علوی آن با حدود علوی فقره سوم عجزی توافق

داشته و طول آن ۱۵-۲۰ سانتی متر میباشد. رکتوم قسماً داخل پريتوان و قسماً خارج پريتوان قرار داشته که سرحد واضح بين قسمت داخل و خارج پريتوانی وجود نداشته و نظربه هر شخص فرق مینماید.

رکتم 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 رکتم در قدام عظم عجزوعصص 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 تمدید گردد به سره توافق مینماید که این اصل اناتومیک از نظر معانیه بدون درد و atraumatic دارای اهمیت زیاد میباشد.

رکتم از طبقات ذیل تشکیل شده است:

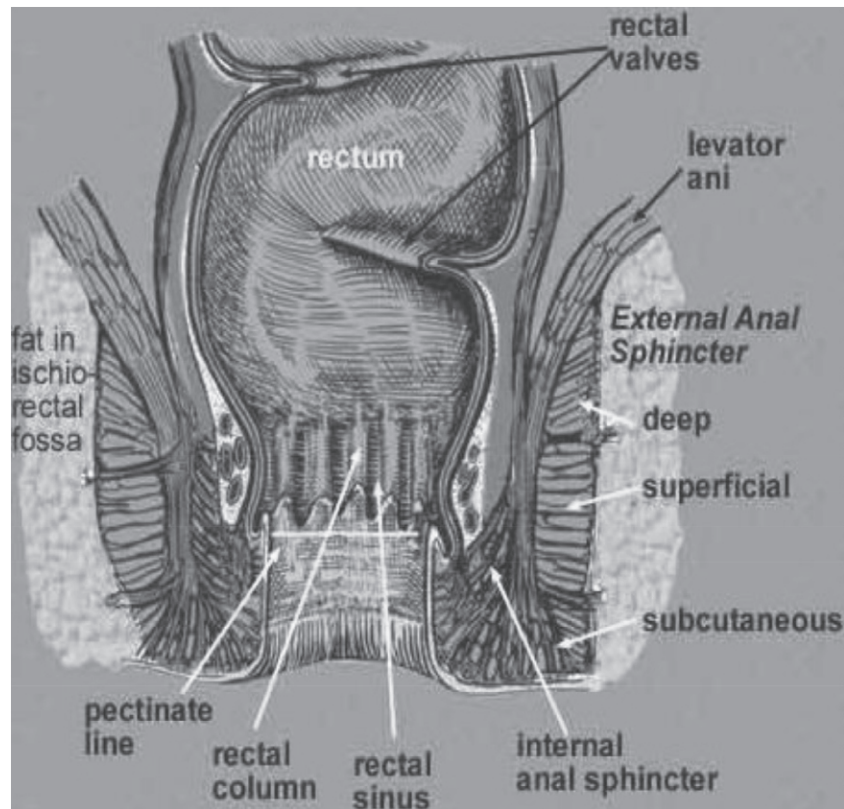
۱- طبقه مخاطی - توسط یک طبقه حجرات اپیتل استوانی فرش و دارای سه تبارز مستعرض بنام Plica transversalis میباشد.

۲- طبقه تحت المخاط - در این طبقه مخصوصاً قسمت سفلی امپولا و تمام کانال 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 - طوری که قبلاً گفته شد رکتم قسماً داخل پریتنوی و قسماً خارج پریتنوی میباشد کانال انال ۴-۵ سانتی متر طول داشته حدود علوی آنرا انورکتل و حدود سفلی آنرا فوحه 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 فوحه 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



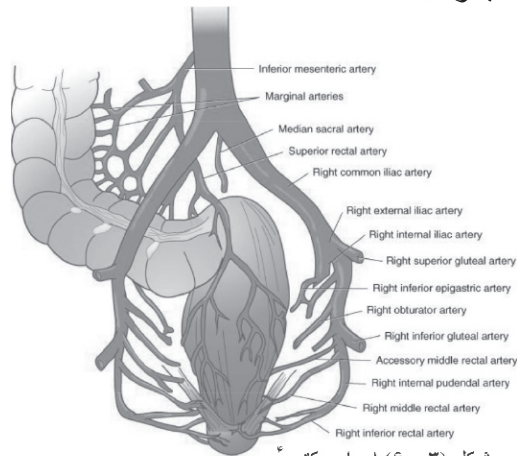
شکل (۲ - ۶) وجه داخلی رکتوم و کانال مقعدی با معصرات آن^{۱۳}

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 را انتقال

داده و به ورید مساریقی

سفلی میریزد.

۲ - ورید باسوری سفلی -

شکل (۳ - ۶) ارواء رکتوم

خون 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 تعصیب و دارای الیاف سیمپاتیک 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.

اعراض و علائم امراض انورکتل

اعراض و علائم غیر وصفی امراض انورکتل شبه امراض کولونیک بوده اما چون نرف این ناحیه اکثرا توسط خود مریض مشاهده شده و علاوه بر درد آن شدید است بنا بر مریضان زودتر به طبیب مراجعه مینماید

اعراض و علائم وصفی

- درد : از باعث التهاب، ارتشاح تومور و یا سپرم معصره مقعدی بوده مثلا اشغال ناحیه مقعدی توسط تومور ، بواسیر ترومبوزی ، فیسور و ابسی ها محیط مقعدی .
- نرف : بشکل سرخ روشن و یا تاریک بوده در حالیکه نرف قسمت علوی جهاز هضمی اکثرا تغیر کرده و بشکل میلانا میباشد .
- سیلانات مخاطی: در حالات کارسینوما کولون و یا ریکتم ، التهاب کولون ، پرولاپس رکتوم و بواسیر درجه سوم.
- Tenesmus: عبارت از احساس پر بودن رکتوم همراهی با تقاضای شدید فعل تغوط بوده که بدون نتیجه و اطراح مواد غایطه میباشد سبب آن اکثرا کتله تومورال است.
- تخریش یا Irritation : از باعث افت مقعدی از قبیل فیستول ، فیسور، بواسیر و همچنان مرض کرون و منتن شدن با کرم ها.

مشاهده و طرز معاینه رکتوم

در امراض انورکتل معاینه مقعد و رکتوم قسمت مهم معاینه را تشکیل داده و در اینجا نیز باید مشاهده مریض مانند سایر امراض بصورت سیستماتیک و دقیق اخذ گردد و کوشش شود تا نکات ذیل در مشاهده مریض تذکر داده شود:

الف: تاریخ شروع شکایات

ب: درد، اوصاف درد، زمان درد، رابطه آن با فعل تغوط ، موقعیت درد، دوامدار ویا متقطع بودن درد.

ج: نرف، شدت نرف، مقدار نرف، رنگ و وصف و صورت خونریزی (به شکل علقه قطره قطره و یا به شکل فوران).

د: قوام مواد غایطه و قبضیت ، اسهال ، آمدن مخاط ، قیح، کتلات نسجی.

بعد از اكمال مشاهده و رجوع به یکی از امراض رکتوم باید معاینات سریری که عبارت از تفتیش ، جس و رکتوسکوپی است انجام گردد. در صورتیکه با

وصف معاینات فوق تشخیص بصورت واضح وضع شده نتواند باید معاینات از قبیل رادیوگرافی و بیوپسی اجراء گردد.

تفتیش- در این معاینه کوشش شود تا فوچه خارجی انوس با جلد محیط آن با نواحی عجان بصورت مکمل معاینه و نواحی البوی از هم دور شده و جلد محیط معقد بمنظور دریافت تخریش ، مجرای فیستول ، هیموروئید پرولاپس شده، فیسور و Tag های جلدی تفتیش شود و هرگاه از مریض خواهش شود که زور بزند ممکن پرولاپس رکتوم ظاهر گردد.

جس رکتوم که بنام Rectal touch نیز یاد میگردد باید به دقت اجرا گردد و به مریض فهمانده شود که این معاینه بدون درد بوده و ممکن ناراحتی جزئی احساس نماید البته اجرای این معاینه با میتود درست دارای اهمیت میباشد. و قبل از اجرای جس و رکتوسکوپی ، باید رکتوم با دادن اماله پاک گردد و جهت معاینه به مریض روی بستر معاینه وضعیت داده شود که T.R و رکتوسکوپی به وضعیت های ذیل نزد مریض اجرا شده میتواند:

۱. وضعیت جنبی چپ (The left lateral or Sim's position)

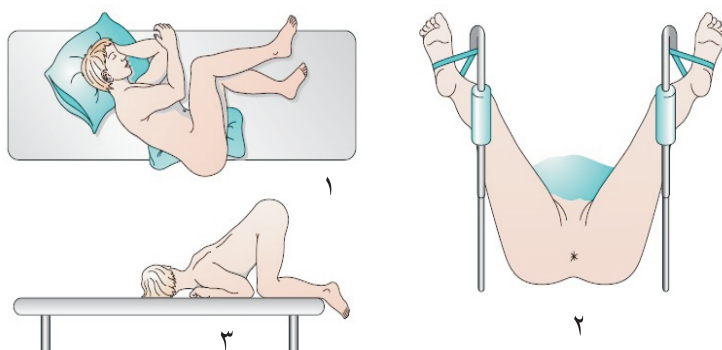
مریض روی بستر بوضعیت جنبی چپ خوابیده و رانها حالت قبض را روی بطن میگرد. معاینه کننده بطرف راست مریض قرار داشته و معاینه را با دست راست انجام میدهد.

۲. وضعیت نسائی (The lithotomy position):

دراین صورت مریض روی بستر بوضعیت ظهری افتاده و هر دو طرف سفلی بوضعیت نیمه قبض و تبعد قرار می دهد.

۳. وضعیت سجده (The knee – elbow position):

که معکوس وضعیت نسائی بوده یعنی مریض روی بستر توسط زانو و ارنج ها اتکا دارد.



شکل (۶-۴) وضعیت مریض جهت معاینه مقعدی و رکتوسکوپی: ۱- وضعیت جنبی چپ
۲- وضعیت نسائی ۳- وضعیت سجده

در این معاینه بعد از پوشیدن دستکش و چرب کردن انگشت اشاره دست را ست با پارافین در کاهل ها و انگشت کوچک در اطفال هر دو بارزه الیوی توسط دست چپ از هم دور شده و در حالیکه انحنی و محور کانال انال و امپولا در نظر گرفته میشود انگشت به اهستگی داخل کانال انال می شود باید به مریض توصیه شود که در اثنای معاینه دهن باز تنفس نماید زمانیکه انگشت داخل کانال انال شد کوشش شود تا سطح حساس انگشت بصورت یک حلقه تمام سطح داخلی کانال انال را تماس و جس نماید و نقاط اشتباهی و دردناک یادداشت شود و بعد از معاینه دقیق کانال انال انگشت بیشتر داخل شده و قسمت های سفلی امپولا نیز جس شود و در معاینه T.R به نکات ذیل توجه شود:

- مقویت معصره
- در کانال مقعدی
- موجودیت سختی (Induration)
- درد (فیسور و کارسینومای مقعد)
- محتوی رکتوم (مواد غایطه و خون)
- در رکتوم
- مخاط رکتوم (بمنظور دریافت قرحات و تومور)
- پروستات و عنق رحم

در صورتیکه کتله جس گردد میتوانم از معاینه Bimanual که دست چپ در قسمت سفلی بطن گذاشته میشود استفاده کرد و بخاطر باشد که اکثریت

کارسینومای رکتوم به معاینه رکتال جس شده میتواند. درد شدید در اثنای معاینه دلالت به فیسور انال کرده و بهتر است معاینه به تعویق انداخته شود و تحت انستیزی اجرا گردد و بر اینکه تشخیص واضح تر گردد می توانیم بعد از R.T پروکتوسکوپی و سگموئیدوسکوپی را نیز نزد مریض اجرا کرد. و باید گفت که این معاینات ساده نبوده و در صورتیکه دقت نشود خالی از خطر نبوده و اجرای آن ایجاب معلومات را نیز مینماید.

پروکتوسکوپی (Proctoscopy)

با این معاینه میتوان کانال انال و قسمت سفلی رکتوم را مشاهده و تداوی زرقی هیموروئید را اجرا و از غشای مخاطی بیوپسی اخذ کرد. سیگموئید سکوپي Sigmoidoscopy : اجرای این معاینه ایجاب تجربه و پرکتیس را کرده و توسط آن میتوان تمام رکتوم و قسمت های سفلی سیگموئید را مشاهده و بیوپسی اخذ و پولیپ را توسط لیگاتور و یا Diathermy تداوی کرد.

رادیولوژی- اماله باریوم در رد و یا تشخیص افات مشکوک قسمت های علوی کمک کرده و طوریکه میدانیم هموروئید در اشخاص مسن زیاد مشاهده شده اما بخاطر باشد که نسبت دادن نرف رکتوم به هیموروئید در حالیکه کارسینومای رکتوم و یا کولون نیز موجود باشد یک اشتباه غیر قابل عفو میباشد.

بواسیر

Hemorrhoids (Piles)

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

وقوع مرض - مرض زیادتر در مردان، کمتر در زنان و نادراً در اطفال مشاهده میشود لاکن 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 آناتومیک شان به سه نوع میباشد:

- ۱- بواسیر داخلی (Internal hemorrhoids) - بطرف داخل مقعدی قرارداشته 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 (Interoexternal hemorrhoids) - دو شکل فوق با هم یکجا موجود است.



شکل (۵ - ۶) انواع بواسیر. الف - بواسیر داخلی و خارجی. ب - شکل مختلط (Interoexternal) ^{۱۲}

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

بواسیر اکثرا Idiopathic بوده لاکن فکتور های ذیل ممکن باعث ایجاد و تشدید مرض گردد

الف - فکتور های مساعد کننده مرض (Predisposing Factors)

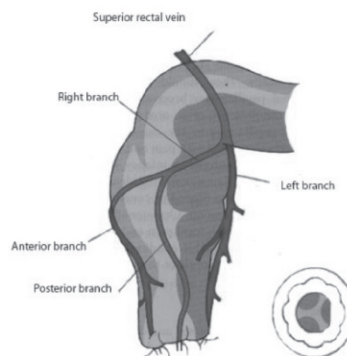
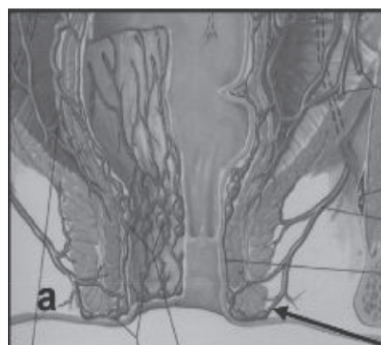
- ۱- ضعفی ولادی جدار آورده و یا اروای شریانی زیاد غیرنارمل ضفیره رکتل
- ۲- قرار گرفتن شعبات جمع کننده اساسی ورید باسوری علوی در یک نسج سست و بدون تقویه تحت المخاطی.

- ۳- تحت فشار قرار 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 رکتوم

پتولوژی

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

- ۱- ورم باسوری درجه I - اینوع بواسیر در کانال انال موقعیت داشته نرف داده اما از فوچه مقعدی خارج نمیشود.
- ۲- ورم باسوری درجه II - ورم باسوری در اثنای فعل تغوط از فوچه مقعدی



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

خارج شده لاکن بصورت بنفسه دوباره ارجاع شده و بعداً بحال ارجاع شده باقی میماند.

۳- ورم باسوری درجه III - در اثنای فعل تغوط از کانال مقعدی خارج شده و ممکن توسط مریض با دست ارجاع گردد.

۴- ورم باسوری درجه IV - اینوع بواسیر بطور دایمی از فووه مقعدی خارج باقی میماند.

تظاهرات سریری

اعراض

۱- نرف - در ابتداء خفیف و به شکل خط روی مواد غایطه مشاهده شده با پیشرفت مرض نرف زیاد برنگ سرخ روشن در اثنای فعل تغوط ظاهر میگردد و به شکل متقطع برای ماه ها و سالها ادامه پیدا میکند.

۲- پرولاپس از فووه 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

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

معروض نشده قابل جس نبوده و بواسیر درجه III و IV بشکل یک برآمدگی نرم غشای مخاطی قابل تشخیص میباشد. درمعاینه پروکتوسکوپی هرگاه بواسیر داخلی موجود باشد اورام باسوری پائین تراز انورکتل ring بشکل برآمدگی بداخل پروکتوسکوپ مشاهده میشود.

اختلالات

- ۱- نرف وافر – این نرف اکثراً خارجی بوده لاکن بعد از کش شدن و برگشت بواسیر خون دهنده بداخل کانال مقعدی میتواند داخلی باشد و رکت م حاوی 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 ازبین رفته اما حساسیت ادامه پیدا میکند.
- ۴- تقرح – تقرح سطحی مخاط اکثراً همراه با بواسیر اختناقی و ترومبوزی میباشد.
- ۵- گانگرن – این اختلاط در صورت اختناق شدید که باعث ماؤف شدن ارواء شریانی بواسیر شود بوجود آمده و نکروز ناحیه اکثراً سطحی و موضعی میباشد.
- ۶- استحاله لیفی – برنگ سفید مشاهده شده در اول بدون زنب (Sessile) بوده لاکن بعداً زنب دار شده و شکل پولیپ لیفی را میگیرد.
- ۷- تقیح – در این شکل درد به شکل لق زدن (Thrombbing) همراه با تورم محیط مقعدی موجود بوده و در نتیجه آبه محیط مقعدی و یا تحت المخاطی بوجود میاید.
- ۸- Pylephlebitis – نادراً در اثر انتشار انتان به ورید باب مشاهده میشود

تداوی

قبل از آغاز تداوی باید اسباب مساعد کننده یا مترافقه و بالخصوص افت بسیار مهم از قبیل کارسینوما رد گردد.

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 توسط مداخله های کوچک

- 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.

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

- Photocoagulation - عبارت از تطبیق موضعی Infrared coagulation میباشد.

۳- تداوی جراحی (Hemorrhoidectomy) - که در بواسیر درجه III و IV ، 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.

اختلاطات بعد از عملیات

الف - اختلاطات مقدم - عبارت است از:

۱. درد: که ایجاب تطبیق مکرر petidine و xylocain را مینماید
۲. احتباس حاد ادراد: این اختلاط ناشی از ناراحتی حاد ناحیه انال به تعقیب عملیات جراحی بوده و در مریضان ذکور زیاد مشاهده شده و موجودیت تیوب و یا گاز بداخل مقعد حادثه را تشدید مینماید. قبل از تطبیق کثیتر به

مریض اطمینان داده شود و آنلجریک تطبیق و اجازه داده شود تا در کنار بستر خویش به تنهایی ایستاده و یا به حمام گرم برده شود تا ادرار نماید.

۳. نرف: نرف بعد از عملیات ممکن از نوع عکس العملی (reactionary) باشد. که اکثراً در شب عملیات مشاهده شده و یائینکه نرف ثانوی باشد که در روز ۷-۸ بعد از عملیات بوجود آید. در صورت که منشه نرف فوق معصره باشد ممکن نرف از خارج مشاهده نشود در حالیکه نرف کولون و رکتوم را مملو ساخته و صرف مقدار کم خون به خارج نفوذ و ظاهر گردد. تداوی عمومی در صورت وخیم بودن نرف عبارت از تطبیق خون بوده که توجه به وضع عمومی مریض وخامت نرف را نشان میدهد و نبض بیشتر از ۱۰۰ فی دقیقه و فشار خون پائینتر از ۱۰۰ ملی متر سیما ب دلالت به نرف وخیم مینماید.

تداوی موضعی تحت انستیزی عمومی در اتاق عملیات صورت گرفته رکتوم با محلول سیروم فزیولوژیکی گرم شستشو و علقات خون تخلیه میگردد. در خونریزی های عکس العملی بعضاً محل نرف دریافت و لیگاتور شده و در بیشتر مریضان نرف در ساحه عملیاتی بشکل oozing بوده که برای جلوگیری از گاز روی یک تیوب رابری پیچانده شده و بداخل کانال انل گذاشته میشود که بدینترتیب نرف متوقف و خون باقی مانده و گاز از طریق تیوب خارج میگردد.

ب - اختلاطات مؤخر

۱. تضیق معقدی: این اختلاط صرف زمانی مشاهده میشود که جلد و مخاط بیش از حد گذاشته شود بنا جهت جلوگیری از این اختلاط باید پل اپیتیلیوم بین هیموروئید برداشته شده گذاشته شود.
۲. فیسور انل و ایسی تحت مخاطی ممکن مشاهده شود.
۳. عدم اقتدار معصره معقدی (Incontinence)

بواسیر خارجی (External Hemorrhoids)

توسط ضفیره باسوری سفلی و مخصوصاً توسط شبکه وریدی که وجه خارجی معصره معقدی را می پوشاند بوجود می آید. که در ابتدا به شکل بارزه کوچک در خط جلدی مخاطی انوس بوجود آمده و به مرور زمان بزرگ تر میگردد

رنگ بنفشوی دارد و در صورت انضمام انتان بزرگ تر و اعراض آن زیاد می‌گردد.

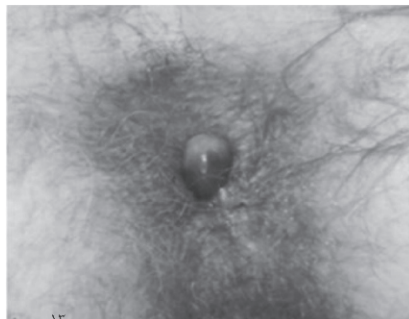
اورام باسوری خارجی نیز مانند داخلی اعراض از قبیل درد، سوزش، خارش و نارامی ناحیه مقعدی داشته و با نشستن دوامدار تزیاید کسب مینماید. ورم باسور خارجی میتواند به ترومبوز معروض گردد.

بواسیر خارجی ترومبوزی یا Perianal hematoma

عبارت از یک علقه کوچک خون 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 آلسیاه رنگ که با جس شدیداً حساس میباشد دریافت می‌گردد.



شکل (۶-۷) بواسیر خارجی ترومبوزی

تداوی

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

فیسور انال

Anal Fissure (Fissure in Ano)

عبارت از یک قرچه طویل در امتداد محور طولانی قسمت سفلی کانال انال است.

موقعیت: فیسور انال اکثراً در خط متوسط خلفی (%۹۰ مردها و %۷۰ خانم‌ها). بعضاً در خط متوسط قدامی (%۹) و گاهی در جنب (%۱) قرار داشته نادراً متعدد میباشد.

علت اینکه فیسور انال اکثراً در ملتقای خلفی مشاهده میشود کاملاً واضح نبوده اما بعضی مولفین مانند Mummer Lockhart سبب بوجود آمدن فیسور انال را در ملتقای خلفی و قدامی مربوط خصوصیت اناتومیک این نواحی دانسته و این مولف عقیده دارد که میان معصره داخلی و خارجی تحت الجلدی در حذای ملتقای قدامی و خلفی فاصله های مثلثی شکل باقی مانده زیرا معصره داخلی کاملاً ساختمان دایروی داشته در حالیکه معصره خارجی تحت الجلدی مغزلی شکل است این نواحی مثلث الشكل در حقیقت نقاط ضعیف را در اثنای فعل تغوط و توسع معصره میسازد. همچنان مولفین دیگر در موارد کثرت وقوعات فیسور انال در حذای ملتقای خلفی چنین نظر دارند که عبور مواد غایطه سخت زیادتر باعث ترخیص انساج خلف کانال انال از باعث خصوصیت اناتومیک این ناحیه شده و زمینه را برای تولید فیسور انال مساعد میسازد.

فیسور انال در ملتقای قدامی زیادتر در خانم ها و خصوصاً انهنائیکه ولادت نموده اند مشاهده شده که علت ان ماوف شدن غشای مخاطی معقد در اثر ترخیص زمین حوصله و عجان میباشد.

اسباب - عبارت است از:

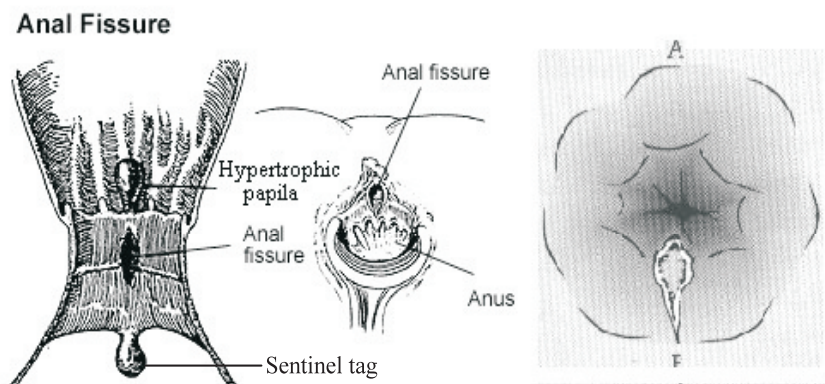
- ۱- کتله سخت غایطی
- ۲- امراض التهابی امعاء
- ۳- اجرای عملیات بواسیر به شکل نادرست که در آن جلد زیاد برداشته شده باشد.
- ۴- انتانات زهروی

پتولوژی

فیسور 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 اسپرم 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 اسپرم معصره داخلی موجود بوده در این شکل مرض انتان معمول است که ممکن شدید و باعث تشکل آبسه گردد.



شکل (۸ - ۴) فیسورانال در خط متوسط خلفی (۹۰٪ مردها - ۷۰٪ خانمها) و Sentinel tag با Hypertrophic papilla

تظاهرات سریری

مرض عموماً در جوانها و زیادتر در خانم ها مشاهده شده و در اشخاص مسن نسبت اتونی عضلی غیر معمول میباشد. فیسور ائل در اطفال نادر نبوده و حتی بعضاً در اطفال شیر خوار نیز مشاهده شده و باعث میگاکولون کسبی شده میتواند.

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 و یا بیشتر از آن دوام مینماید.
- ۲- نرف - 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- قیضیت

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 قدامی 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 احتمالاً سایر پتولوژی بداخل رکتوم موجود باشد. که در اینصورت باید قبل از اجرای این معاینه انسیتیتیک 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، امراض 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 مرحم 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 انسیتیزی 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

عمومیات: افات التهابی حاد رکتوم و نسج محیط ان به کثرت تصادف شده و عادتاً شدید سیر مینماید. سبب کثرت وقوع حوادث التهابی این نواحی را مربوط به عوامل مختلف میدانند که یکی از این عوامل موجودیت مقدار زیاد و انواع مختلف مایکرواورگانیزم های رکتوم میباشد. عامل دیگر تناقص مقاومت نسج شحمی این ناحیه مقابل انتانات و کاهش لمفوسیت های و هستوسیت ها در نسج منضم محیط مقعدی است روی همین دلایل است که افات التهابی این ناحیه نظر به نواحی دیگر عضویت تمایل زیاد به مزمن شدن داشته و باعث اختلالات که مهمترین ان تشکل فیستول میباشد میگردد. بنا ابسی ها و فیستول های انورکتل قسماً یک مبحث مشترک را میسازد.

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

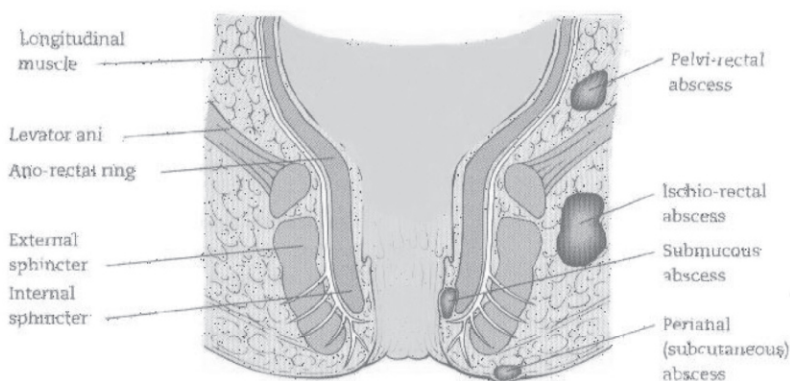
این آبسه ها به چهار نوع تصنيف شده است.

۱- Perianal abscess (60%)

۲- Ischio-rectal abscess (30%)

۳- Submucosal abscess (5%)

۴- Pelvirectal abscess (5%)



شکل (۹-۶) چهار شکل اناتومیک ابيسی های انورکتل

آبسه های محیط مقعدی یا Perianal Abscess

این نوع آبسه اکثراً در نتیجه تقيح 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

دریناز آبهه توسط یک شق صلیبی میباشد.

آبهه های Ischiorectal

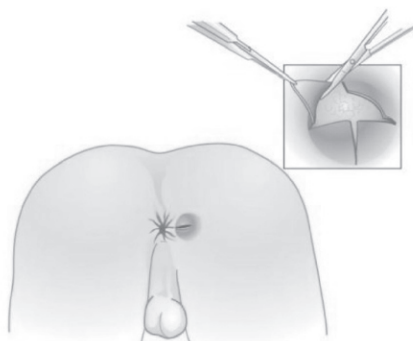
اینوع آبهه در اثر انتشار وحشی آبهه مقعدی بین العضلی سفلی از میان معصره خارجی بوجود میاید. نادراً انتان از طریق دموی و یا لنفای به این ناحیه میرسد درصورتیکه این آبهه ها بصورت مقدم تخلیه نشود حفره Ischiorectal مقابل نیز اشغال شده و باعث تشکل آبهه نعل مانند میگردد و فوچه داخلی آن بداخل کانال مقعدی باز میگردد.

تظاهرات سریری

اعراض این آبهه ها تب و درد در طرف مربوطه کانال مقعدی میباشد و در معاینه اکثراً تب 101F^o با یک تورم شدید و حساس قابل جس در زمین Fossa ischiorectal در طرف مربوطه دریافت میگردد.

تداوی

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



شکل (۱۰ - ۶) دریناز آبهه انورکتل توسط یک شق صلیبی

آبهه های تحت المخاطی

اینوع آبهه ها در فوق خط Dentate بوجود میاید.

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 شرح و پریتون حوصلی قرار دارد و شباهت به آبسه های حوصلی دارد.

در این آبسه ها اعراض موضعی کم بوده و اعراض عمومی زیاد میباشد. نزد مریض تب بلند با لرزه موجود بوده و درد بصورت مبهم در رکت احساس میگردد بطن منتفخ و انسداد فلجی بدرجات مختلف موجود است علاوتا مریض از Dysuria و درد فوق عانه شاکی بوده و با جس جدار رکت احساس میباشد در صورت تجمع زیاد قیح جدار رکت به یک طرف رانده شده و متبازر میباشد.

این ابسی ها میتواند در جوف پریتون باز و باعث پریتونیت گردد و یا اینکه در رکت باز شده و بصورت نادر عضله رافعه شرح را سوراخ و در قسمت سفلی این عضله تجمع مینماید.

تداوی

تداوی محافظه کارانه طبی در مراحل ابتدایی استتباب داشته هرگاه قیح تجمع کرده باشد باید مداخله جراحی اجرا گردد. که قبل از مداخله جراحی در حالیکه انگشت اشاره بطور رهنما داخل کانال انال قرار دارد توسط یک سورنج ناحیه بذل شده که در صورت تخلیه قیح سوزن به حال خودش گذاشته شده و یک شق طولانی ۵-۶ سانتی متر به فاصله ۲-۳ سانتی متر دورتر از ناحیه معقدی اجرا و بعد از تخلیه قیح درن بداخل جوف ابسی گذاشته میشود.

فیستول های انورکتل**Fistula in Ano**

تعریف - فیستول عبارت از یک ارتباط غیر نارمل بین دو سطح اپیتیلیل مثلا بین دو عضو مجوف یا یک عضو مجوف با سطح بدن میباشد و فیستول های که در ناحیه انورکتل بوجود می آید بنام ناحیه مربوطه یاد میشود.

- Sinuse - عبارت از یک مجرای است که توسط نسج گرانولیشن فرش شده و منبع انتان را به سطح جلد ارتباط میدهد.

بصورت عموم فیستول ها بدو نوع یعنی فیستول های انبویی و شفوی تقسیم شده که فیستول های انورکتل از جمله فیستول های انبویی میباشد. این فیستول ها

عموما بعد از یک ابسی انورکتل که بصورت ناکافی یا بنفسهی دریناژ شده بوجود آمده و ناثابت میباشد یعنی بمرور زمان بعضی از قسمت های مجرای فیستول بصورت بنفسهی الیتام یافته و بعد از تجمع قیج در قسمت های عمیق سبب یک حمله حاد التهابی شده و از طریق مجرای سابقه و یا جدید باز میگردد.

فیستول های شفوی ثابت (Stable) بوده و خیلی کوتاه میباشد که مخاط دو عضو مجوف (کیسه صفرا با اثنا عشر و یا مهبل با مثانه) را باهم ارتباط میدهد.

وقوع مرض

این مرض عموماً در سنین جوانی (سن لنفاتیکی) زیاد مشاهده شده و وقوعات آن در سن ۳۰ سالگی زیاد بوده و حتی تا سن ۵۰ سالگی نیز مشاهده میشود و مردها نظر به خانم ها بیشتر مصاب میگردد.

اسباب

بسیاری از امراض انورکتل بحیث اسباب تولید کننده فیستول انورکتل شناخته شده و عبارتند از:

- ۱- آبسه های انورکتل که بصورت بنفسهی 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 رکتوم
- 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:

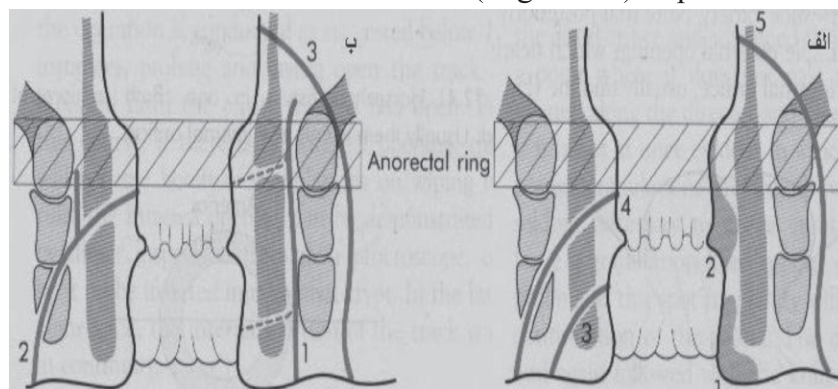
۱- (High level) Intersphincteric

۲- Transsphincteric

الف - سطحی (Low level)

ب - عمیق (High level)

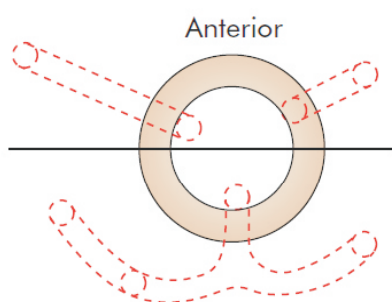
۳- (High level) Supratevator



شکل (۱۱ - 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 افزادات مصلی قیحی جریان پیدا کرده و به تعقیب آن از حملات متکرر انتان محیط مقعدی و آمدن چرک به شکل دوامدار یاد آور میشوند. با معاینه فوچه خارجی فیستول در محیط مقعد مشاهده شده و فوچه داخلی ممکن با معاینه مقعدی جس شود. باید گفت که معاینه توسط سند Probe دردناک بوده و باید تا زمانیکه مریض انستیزی میگیرد به تعویق انداخته شود. ارزیابی درست وسعت مجرای فیستول بالخصوص ارتباط آن به معصره مقعدی بسیار مهم و با ارزش میباشد.



شکل (۶-۱۲) قانون Goodsall

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

قرار داشته 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 Magnetic resonance (MR) میتواند آناتومی فیستول را بصورت واضح نشان دهد.

معاینات تشخیصیه

۱- Endoanal ultrasound- این معاینه توسط هایپروجن پراوکساید به مقصد تعیین مجرای فیستول بکار میرود.

۲- MRI- این معاینه در تصویر برداری فیستول های مقعدی ارزش طلائی داشته. لاکن نسبت قیمت بودن ان صرف در واقعات فیستول های مشکل عود کننده از ان استفاده میشود و مجرای های ثانوی فیستول را که در عملیات از نظر مانده و باعث عود فیستول میگردد نشان میدهد.

۳- Fistulography & CT scan- این معاینات در صورت احتمال فیستول Extrasphincteric مفید و کمک مینماید.

اختلالات

اختلالات مرض مختلف بوده و عبارتند از:

۱- Dermo-epidermitis

۲- تبدیل فیستول واحد به فیستول متعدد

۳- تحول به کارسینوما که در سیر فیسول های مزمن و دوامدار مشاهده شده میتواند.

۴- تضییق و یا عدم اقتدار تام معصره - این اختلالات از باعث تشکل نسج تصلبی که باعث مشکلات در فعالیت و وظایف معصره میگردد بوجود میاید.

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 آماده ساختن مریض و تعیین موقعیت فیسول، سند probe در مجرای خارجی فیستول داخل و از فوچه داخلی آن خارج ساخته شده و فیستول از یک نهایت الی نهایت دیگر شق و باز گذاشته میشود (Fistulotomy) تا توسط نسج 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 نزدیک انورکتل ring) در مجرای فیستول فبرین چسپنده یا bio-prosthetic (fisula plug) زرق میگردد در صورت که این تداوی که غرض محافظه معصره اجرا میگردد نتیجه ندهد قسمت سفلی مجرای فیستول 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 میشود تا معصره در نتیجه محکم نمودن مکرر خیاطه

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.

فیستول نکس کننده که مترافق با مرض کرون باشد ممکن در نتیجه تداوی طولانی با انتی بیوتیک و انتی بادی فکتور نکروزی ضد تومور (TNF) مانند Infiximab جواب دهد.

در فیستول های علوی transsphincteric بعضاً ایجاب مینماید تا جهت تداوی کولوستومی موقتی اجرا گردد.

تداوی فیستول های pelvi-rectal و خارج معصروی عبارت از fistulectomy تام بوده و بعد از برداشتن فیستول، جرحه باز گذاشته شده و کوشش شود تا جرحه از عمق بطرف سطح التیام یابد.

تضیقات رکتوم

تضیق کانال مقعدی عبارت از خورد شدن قطر لومن رکتوم در اثر یک سلسله افات میباشد در این حادثه رکتوم در یک قسمت متضیق شده و ناحیه مذکور ارتجاعیت طبیعی و انعطاف پذیری خویشرا به درجات مختلف نظر به طبیعت افت ابتدایی و پیشرفته بودن آن از دست میدهد تضیق در بعضی امراض سیر ارتقاعی داشته و تدریجاً قطر رکتوم کم شده تا اینکه لومن آن کاملاً مسدود میگردد تضیقات رکتوم معمولاً در سه ناحیه ذیل تصادف میشود:

۱- فوچه خارجی کانال مقعدی

۲- در کانال مقعدی

۳- در امپول رکتوم

از نظر اناتومی پتالوژی تضیق میتواند بشکل غشایی (زیادتر فوچه خارجی مقعد) شکل حلقوی و یا استوانی که یک قسمت زیاد رکتوم را اشغال مینماید باشد.

تصنیف

- ولادی

- ترضیضی - مخصوصاً بعد از عملیات از باعث برداشتن بسیار زیاد جلد ومخاط در عملیات Hemorrhoidectomy.

- التهابی – مانند Lymphogranuloma inguinale (اکثراً در خانمها)
مرض کرون وکولیت قرحوی
- بعد از تداوی شعاعی.
- نیوپلازم شکل Infiltrating .

نظواهرات سریری:

- مشکلات روبه ازدیاد در فعل تغوط
- تغوط دردناک
- باریک شدن قطر مواد غایطه (Pipe stem)
- توسع رکتوم در قسمت علوی ناحیه متضیق

نظر به افت ابتدایی که سبب تضیق شده ممکن اعراض دیگر از قبیل سیلانات مرضی مانند خون، مخاط، قیج، پارچه های جدا شده تومور، اسهال قبضیت و یا تناوب اسهال و قبضیت نیز مشاهده شود. بعضاً در مراحل پیشرفته تضیق اعراض و علایم انسداد حاد و یا تحت حاد نیز مشاهده میگردد. در معاینه مشاهده میشود که لومن رکتوم در یک قسمت کوچک و ارتجاعیت خویش را از دست داده است. و در صورتیکه فوچه تضیق بزرگ باشد میتوان با معاینه توسط انگشت نوع تضیق را که Anulare و یا Tubular است تعیین نمود در صورت لزوم باید رادیوگرافی، رکتوسکوپی اجرا و بیوپسی نیز اخذ گردد.

اختلالات

- تشکل قرحات و ابسی در ناحیه متضیق
- فیستول و تنقب در مهبل، مئانه و جوف پریتون
- عدم اقتدار وظیفوی معصره معقدی
- انسداد امعا

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

پرولاپس رکتوم Prolapse of the Rectum

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

1- پرولاپس قسمی (Partial prolapse) - در اینصورت صرف غشای مخاطی و تحت المخاطی روی طبقات عمیق لغزیده و از فوچه مقعدی خارج شده و اکثراً مربوط به انوس میباشند.

از نظر سریری پرولاپس قسمی یا ناتام مانند يك آستینچه متغلف بوده که ۲,۵ - 5 سانتی متر از فوچه مقعدی خارج میگردد. رنگ آن در صورت عدم انضمام انتان سرخ روشن بوده با جس درد ناک نبوده و چون صرف از دو طبقه مخاطی متغلف تشکیل شده بناءً ضخامت آن نازک بوده که این نکته در تشخیص تفریقی آن از سایر انواع پرولاپس دارای اهمیت میباشد.

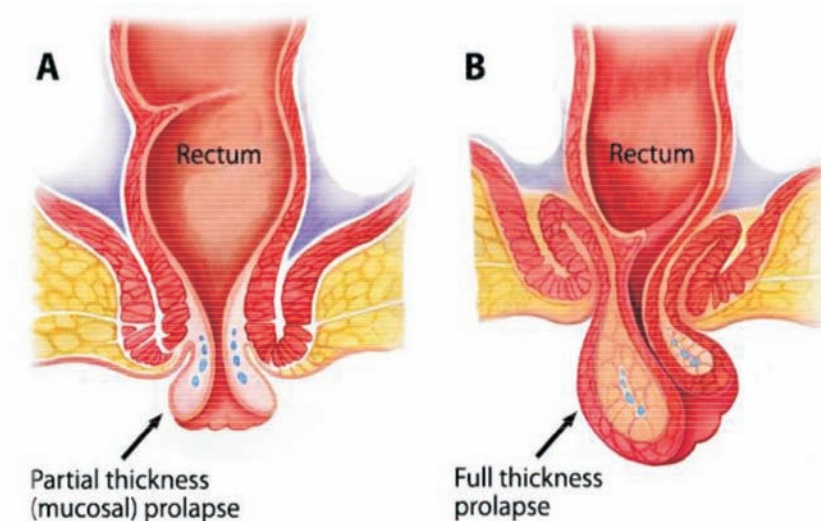
2- پرولاپس تام (Complete prolapse) - در این نوع پرولاپس تمام طبقات رکتوم اشتراک کرده و نظر به اینکه عروه خارج شده مربوط کدام قطعه امعا مستقیم است نام همان قطعه را گرفته مثلاً پرولاپس انال، پرولاپس امپولر یا رکتل، و در صورت که پرولاپس مربوط هر دو قطعه امعا مستقیم باشد بنام پرولاپس انورکتل یاد می شود.

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

پرولاپس انورکتل - طول آن تا ۱۰-۱۵ سانتی متر رسیده میتواند به شکل يك آستینچه متغلف و استوانه ای بوده در مراحل ابتدائی دارای يك تعداد اتلام حلقوی یا عرضانی میباشد در حالیکه در شکل مکمل و مزمن وجه خارجی آن املس

وکش شده میباید. بعضاً با عدم اقتدار تام معصره همراه بوده و در وقایع پیشرفته جوف دوگلاس زیاد عمیق شده و در قدم عروه پرولاپس شده به شکل کیسه جس میگردد که بنام Hydrocele یاد شده 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 رکتوم با تمام طبقات خویش به تنهایی کانال انال را عبور مینماید که نادراً تصادف میشود.



شکل (۱۳-۶) اشکال مختلف پرولاپس انورکتال

اسباب

پرولاپس در دونهایت حیات یعنی اطفال ۱ - ۳ ساله و اشخاص مسن زیاد مشاهده می شود خانمها نظر به مردها زیادتر مصاب میگردد در اطفال خورد سال و 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 معدن، 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 منکرر، 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 سوپق دار بصورت تالی بوجود آید.

اختلالات

اختلالات مرض عبارتند از:

- ۱- Proctitis - که این اختلاط از باعث تخریش عروه پرولاپس و انضمام انتان بوجود می آید
- ۲- اختناق عروپرولاپس - که بعضاً تصادف شده و زیاد وخیم میباشد
- ۳- اختناق محتوی هایدروسل.

تداوی

تداوی پرولاس قسمی

الف: در کودکان و اطفال - مرض بصورت بنفسه شفایاب شده باوجود آنهام اهمامات 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 هر دوبارزه الیوی توسط لوکوپلاست بعداز فعل تغوط بعضاً مفید ثابت می شود.

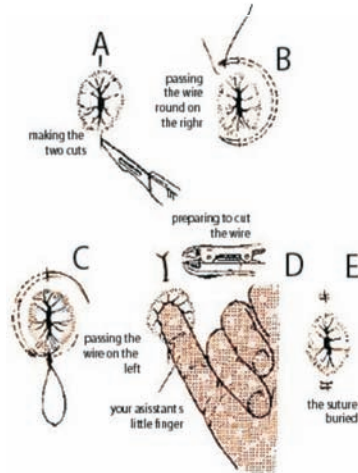
۲- زرق تحت الخاطی مواد Sclerosant - از این تداوی در صورت عدم مؤثریت تداوی فوق استفاده می شود.

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

ب: درگاهلان -

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

۲- برداشتن مخاط پرولاپس شده.



شکل (۶-۱۴) عملیات Thiersch

تداوی پرولاپس تام - برای تداوی پرولاپس تام میتودهای زیاد توضیح شده، که اینها عبارت اند از عملیات Thiersch 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 میگردد.

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 یارکتوم - تمام عوامل که باعث مرطوب شدن جلد مقعدی میگردد مثلاً عدم توجه به نظافت ناحیه مقعدی، عرق زیاد افزازت مخاطی از باعث بواسیر، التهاب رکتوم (Proctitis) التهاب کولون، فیستول مقعدی، نیوپلازم رکتوم 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 و یرقان احتباسی.

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

تداوی

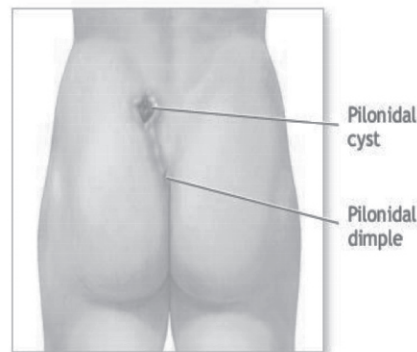
سبب اصلی مرض تداوی شود و شکل Idiopathic مرض با مرحم
هایدروکورتیزون و توجه به نظافت ناحیه نتیجه بسیار خوب میدهد.

پیلونیدل سینوس

Pilonidal sinus

پیلونیدل سینوس عبارت از موجودیت یک فوچه کوچک و گاهی چندین فوچه
است که در حدای خط متوسط اکثراً ۲-۳ سانتی متر خلف تر از فوچه مقعدی
قرار دارد.

Pilonidal از کلمه لاتین pilus بمعنی موی و nidus بمعنی اشیانه گرفته شده
که موی اکثراً از سینوس مذکور خارج میگردد. پیلونیدل سینوس بزودی منتن
شده و ابسی را بوجود می آورد. مرض اکثراً در سنین ۲۰-۲۹ سالگی مشاهده
شده و در مورد اینکه آیا پیلونیدل سینوس یک مرض ولادی و یا کسبی است در
سابق بحث و مناقشه وجود داشته لکن فکر میشود که یک تعداد زیاد این
سینوس ها در نتیجه سوراخ شدن جلد توسط موی بوجود می آید زیرا صرف
موی مرده در جلد برداشته شده دریافت شده و هرگز فولیکول موی مشاهده نشده
است. افت مشابه نادراً در حدای التوائ بین انگشتان سلمان ها، در حدای ثره ،



جوف ابط و Stump
امپوتیشن نیز مشاهده شده
فرورفتگی که در نزد اطفال
در حدای خط متوسط در
خلف مقعد مشاهده میشود
ایتولوژی کاملاً جداگانه دارد
و در آن موی موجود نمی
باشد.

پیلونیدل سینوس قبل از سن
بلوغ و روئیدن موی بدن

مشاهده نشده و امروز قبول شده که پیلونیدل سینوس یک مرض کسبی است که
در نتیجه نشوونما موی بطرف داخل جلد بوجود میاید.

پتولوژی

سینوس بشکل یک مجرای منتن در بین طبقه تحت الجلدی تمادی داشته و مجرا
های جانبی نیز مشاهده شده میتواند تقریباً در نصف وقایع طبقات فرش
Squamous اپیتلیال دریافت شده و ساقه موی به اشکال ذیل در سینوس
دریافت میگردد:

۱- بشکل کاملاً آزاد

۲- احاطه شده و فرورفته در نسج گرانولیشن

۳- عمیق در نسج ندبوی تکامل یافته و در ۳/۴ وقایع حجرات دیو اسا
اجنبی نیز مشاهده میگردد.

تظاهرات سریری

در این مرض یک سینوس مزمن و یا نکس کننده در خط متوسط تقریباً به سویه
قسمت اول عظم عصص موجود بوده و بصورت وصفی چند عدد موی از
فوحه سینوس برآمده میباشد. افزازات سینوس اکثراً خون الود بوده و حاوی
سیبوم چرکین میباشد و بعضاً موی نیز در آن مشاهده میگردد. فوحت ثانوی
ممکن در هر طرف خط متوسط و بعضاً دورتر در نواحی الیوی و عجان
موجود باشد.

طوری‌که قبلاً اشاره شده اعراض مرض در دهه سوم حیات شروع شده و چون مریضان موخر مراجعه مینمایند بنا شروع مرض را قبلاً یادآور میشوند. مردها نظر به خانم زیادتر (۱:۴) مصاب مرض شده و چون تکامل و نشوونما در خانم‌ها مقدم است بنا خانم‌ها طور اوسط ۳ سال مقدمتر از مردها مصاب این مرض میگردد. مرض نادرا در سفید پوستان مشاهده شده و اکثر مریضان پرموی و چاق میباشد. با وجود اینکه مرض اشخاص پرموی و دارای موی سخت را نظر به موی نرم ترجیح میدهد اما مرض تقریباً منحصر به نژاد سفید میباشد.

شکایت مریض امدن افرازات، درد و موجودیت کتله حساس در قسمت سفلی ستون فقرات بوده و حتی در زمان شدت التهاب اعراض خفیف میباشد. اکثراً نزد مریض تاریخچه ابسی متکرر ناحیه که بصورت بنفسهی تخلیه و یا شق شده دریافت میگردد. سینوس در ابتدا دارای یک فوچه بوده اما میتواند تا شش فوچه نیز موجود باشد که تمام این فوحات در خط متوسط به سویه مفصل عجزی عصصی قرار دارد. برخلاف فیستول‌های مقعدی این سینوس به علوی و قدام بطرف عظم عجز پیشرفته لاکن به عظم نرسیده و به نزدیک آن ختم میگردد.

زمانیکه ابسی تشکل نمود ممکن از طریق سینوس اولی تخلیه شود و یا اینکه بعد از پخته شدن جلد باز و یا شق شده و سینوس ثانوی را بوجود میآورد.

تداوی

هرگاه ابسی تشکل کرده باشد باید شق و دریناژ گردد و گذاشته شود تا افت خاموش گردد در مرحله بعدی سینوس با مجراهای جانبی آن بصورت وسیع برداشته شده و در صورتیکه مجرای سینوی الی صفاق عجزی عصصی رسیده باشد باید تمام انساج اشغال شده برداشته شود. اگر ناحیه منتن باشد باید جرحه باز گذاشته شده تا از عمق بطرف سطح پر گردد (Mursupialisation) و در صورتیکه نسبتاً پاک باشد جرحه توسط خیاطه‌های ابتدایی بسته شده و جرحه در یک تعدا وقایع بدون منتن شدن ترمیم میگردد. نکس مرض مشاهده شده و نگاهداری جلد اطراف جرحه عاری از موی تا اندازه از نکس مرض جلوگیری مینماید.

تومورهای رکتوم و کانال انال

تصنیف

الف- تومورهای سلیم.

- ادینوما

- پاپیلوما

- لیپوما

- اندومتریوما

ب- تومورهای خبیث.

۱ - ابتدائی

- ادینوکارسینوما

- Squamous carcinoma of lower anal canal

- Melanoma

- تومور کارسینوئید

- لمفوما

۲ - ثانوی

در اینصورت رکتوم و کانال انال توسط تومور پروستات، رحم و میتراساز پریتوان حوصلی اشغال میگردد.

کارسینومای رکتوم

کارسینومای رکتوم هر دو جنس را مساویانه مصاب ساخته و بعد از ۲۰ سالگی در هر سن مشاهده میشود لیکن سنین ۵۰ الی ۷۰ ساله را بیشتر مصاب میسازد. کارسینومای رکتوم ۱/۳ تمام تومورهای 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 کانسینوما رکتوم به اشکال ذیل مشاهده می شود:

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

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 میباشد:

۱- Well differentiated adenocarcinoma

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 عقدا ت لنفاوی ناحیوی در امتداد

اوعیه مساریقی سفلی انتشار کرده و در مرحله اخر مرض میتواند بصورت

ریتروگراد به عقدا ت لنفاوی ناحیه حرققی و مغبنی نیز انتشار نماید و عقدا ت

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 Transcoelomic : 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.

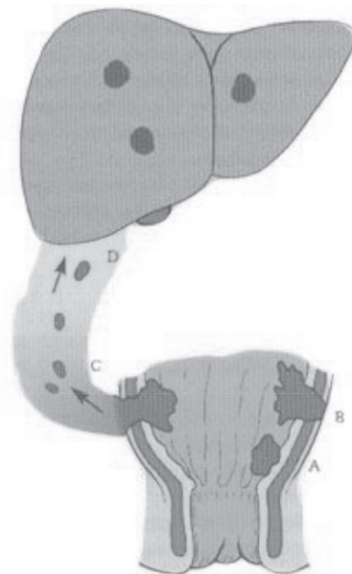
ب - تومور جدار رکتوم را به صورت تام اشغال کرده.

ج - عقدات لنفاوی ناحیوی اشغال شده است.

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

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 .



شکل (۱۶-۶) تصنیف Dukes در مورد تومور امعاء غلیظه:
A - تومور محدود به جدار امعاء. B - اشغال تمام جدار.
C - اشغال عقدات لنفاوی ناحیوی. D - انتشار به نواحی بعیده

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.

- نرف - یک عرض ثابت و مقدم مرض بوده که مقدار آن کم و در آخر فعل تغوط مشاهده میشود و بعضاً لباس مریض را خون آلود میسازد و شباهت به نرف بواسیر داخلی دارد بناءً باید در تمام وقایع نرف 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 اکثراً حاوی گاز و مقدار کم مخاط خون الود میباشد انجام میدهد (اسهال کاذب) .

- تشوش در ترانزیت معایی (Alteration in bowel habit) - یک عرض مهم دیگر مرض بوده که به شکل تناوب اسهال و قبضیت مشاهده میشود و در صورت تومور ناحیه رکتوسگموئید اکثراً قبضیت و در تومور ناحیه امپولا اسهال 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 میناستاز 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 میناستاز کبدی و حین 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 فرورفتگی سطحی با حوافی برجسته و به خارج چپه شده با قاعده سخت دریافت میگردد. و تومور ناحیه رکتوسگموئید را میتوان با معاینه Bimanual جس کرد و در صورت که انگشت به تماس مستقیم تومور امده باشد انگشت با خون و یا مواد مخاطی قیحی با مقدار کم خون ملوث میباشد. و در تومور تفریحی 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.
- کولونوسکوپی- این معاینه جهت دریافت تومور های ثانوی مترافقه (۵% تومور های امعا غلیظه متعدد میباشد). کولیت قرحوی و پولیپوزس فامیلی اجرا میگردد. اماله باریوم در صورت عدم دسترسی به کولونوسکوپی استطباب دارد.
- CT- جهت دریافت میتاستاز صدر، بطن و حوصله.
- MR حوصله جهت تعیین stage تومور، تداوی شعاعی و کیمیاوی قبل از عملیات.
- التراساوند بطن – ممکن میتاستاز کبد و یا حبن را تشخیص نماید .

تشخیص تفریقی

تومورهای 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- تومور های نادر رکتوم

۱۱- کتلات 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 سگمونید با قسمت سفلی رکتوم انستوموز داده میشود (Anterior resection).

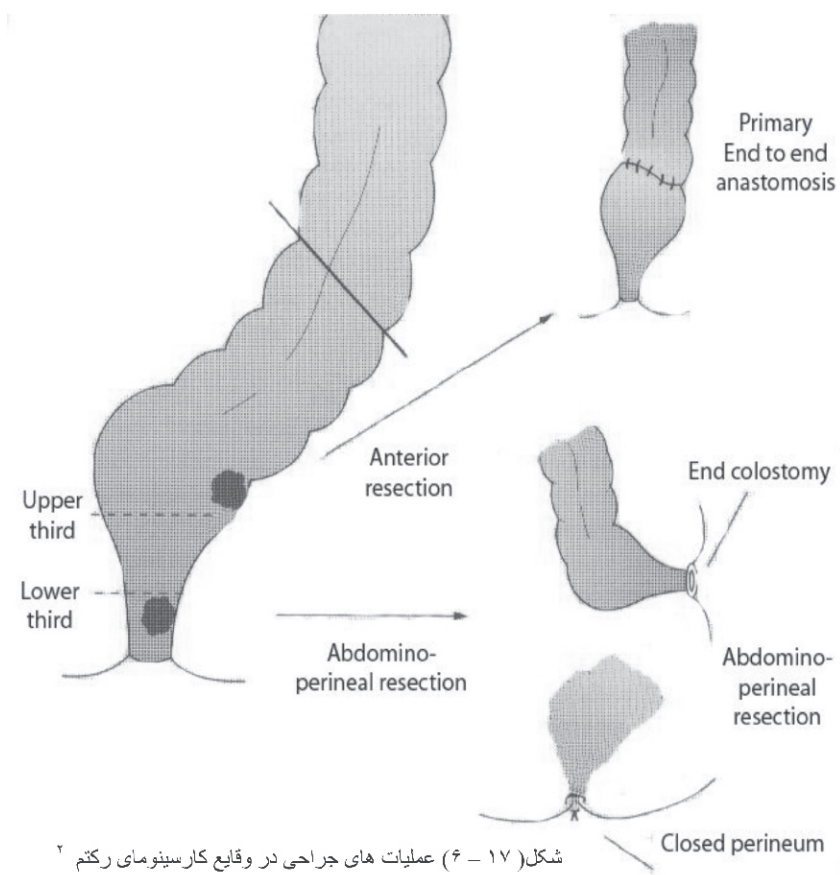
ب - تومورهای ۱/۳ سفلی رکتوم - در صورت که تومور از حافه مقعدی کمتر از ۵ سانتی متر فاصله داشته باشد اکثراً Abdominoperineal resection رکتوم با Terminal colostomy اجرا شده و رادیو تراپی ضمیموی ممکن نکس موضعی مرض را بعد از عملیات کاهش دهد.

ج - تومور ۱/۳ متوسط رکتوم - اینوع تومورها را نیز میتوان توسط Anterior resection در صورت که سگمنت پائین رکتوم را از تومور پاک کرده بتوانیم تداوی کرد. و عملیات نزد خانمها 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 نرف، افرازات مخاطی و درد عجزی بر طرف نميگردد.

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.



کارسینوما انوس و کانال معقدی

امراض خبیثه ناحیه معقدی نادر بوده و کمتر از ۲٪ تمام کانسر های کولون تشکیل میدهد. این تومور ها پائینتر از خط Dentate اکثرا از نوع squamous بوده در حالیکه بالاتر از این خط از نوع basaloid، cloacogenic یا transitional میباشد. این تومورها مجموعا بنام کارسینوما epidermoid یاد شده تا از تومور های که از حجرات غیر squamous (adenocarcinoma, melanoma, lymphoma, sarcoma) منشه میگیرند تشخیص تفریق شود.

لمف این ناحیه به عقده‌های لمفاوی مغربی دریناژ شده و باید بخاطر باشد که بعضا کارسینوما رکتوم به سفلی انتشار و قسمت علوی کانال انال را اشغال کرده که صرف بیوپسی تومور میتواند منشه تومور را واضح سازد.

انواع تومور

این تومور ها به اشکال ذیل مشاهده میگردد:

- ۱- Squamous cell carcinoma
- ۲- Basaloid carcinoma
- ۳- Mucoepidermal carcinoma
- ۴- Basal cell carcinoma
- ۵- Malignant melanoma
- ۶- Lymphoma
- ۷- Bowin's disease
- ۸- Paget's disease
- ۹- Kaposi tumor

نظواهرات سریری

اعراض و علایم سریری کانسرکانال انال مشابه کانسر رکتوم بوده با این تفاوت که درد در کانسر رکتوم یک اعراض موخر بوده در حالیکه نسبت حساس بودن ناحیه انال یک عرض مقدم و شدید میباشد .

اعراض مرض عبارت از نرف مقعدی، افزازات مخاطی، فعل تغوط کاذب (tenesmus) ، احساس کتله در مقعد و تغیرات ترانزیت معایی میباشد. ممکن بعضا مریض با یک کتله ناحیه مغربی از باعث عقده‌های لمفاوی میتاستاتیک مراجعه نماید.

با معاینه تومور در مراحل ابتدایی بشکل یک فیسور در میان التوات مقعدی با حوافی برجسته و زمین سرخ مشاهده شده که با جس حساس و با اندک تماس خون میدهد. با معاینه مقعدی (rectal exam) ، مقویت معصره مقعدی در ابتدا زیاد و در مراحل پیشرفته کم شده و ممکن یک کتله تقرحی، سخت، حساس و نرفی در حافه و یا کانال مقعدی دریافت شود.

تشخیص تفریقی

کانشر کانال انال با امراض مشابه دیگر این ناحیه مانند فیسور انال، فیستول انال، Nicola's fever، condylomata و توبرکلوز تشخیص تفریقی شود.

تداوی

تداوی کنسر حافه معقدی - هرگاه squamous cell carcinoma کوچک و در مراحل مقدم باشد بصورت موضعی وسیعاً برداشته شده و در صورت که عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی اشغال شده باشد عقدات مذکور نیز باید برداشته شود که انذار این نوع تداوی نسبتاً خوب است.

کانشر کانال انال - تداوی معمول کنسر کانال انال عبارت از برداشتن تومور از طریق بطنی عجانی (abdominoperineal excision) بوده که در این عملیات تومور با نواحی محیط معقدی وسیعاً برداشته شده و در صورت اشغال بودن عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی این عقدات نیز برداشته میشود. گرچه این تداوی از نظر پرنسیپ کاملاً درست بوده لکن ضرورت اجرای کولوستومی دایمی و معیوبیت های این عملیات سبب شده تا جراحان در مرحله اول به تداوی محافظه کارانه اقدام نمایند.

در واقعات انتخابی کوچک صرف از رادیوتراپی استفاده شده و مریضانیکه به این میتود تداوی شده اند ۵۰٪ آنها ایجاب abdominoperineal excision را نمی کند. هرگاه عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی اشغال شده باشد برعلاوه رادیوتراپی عقدات مذکور برداشته شود.

میتود دیگر تداوی کنسر کانال انال که در این اواخر توسط مولف Nigro پیشنهاد شده عبارت از اتحاد شیموتراپی و رادیوتراپی (Chemoradiation) میباشد و در صورت که نزد مریض بعد از ختم این تداوی تومور باقیماند abdominoperineal excision نیز اجرا و در غیر ان از عملیات صرف نظر میگردد.

در صورت که تومور پیشرفته و ضع عمومی مریض خراب باشد صرف به اجرای کولوستومی دایمی اکتفا میگردد.

References:**ماخذ:**

- 1- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
- 2- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 3- Heidi. Nelson. Anus. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1483 – 1512
- 4- Kelli M. Bullard and David A. Rothenberger. Colon, Rectum, and Anus. In: F. Charles Brunnicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 773 – 83
- 5- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1219 – 70.
- 6- Margreat Farquharson, Brendan Moran, Farquharson's Textbook of Operative General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005.
- 7- 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

- 8- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
- 9- 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
- 10- Robert J.C. Steele and Kenneth Campbell. Disorders of the Anal canal. 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. 627 – 46
- 11- Thomas R. Russell. Anorectum. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 631 - 48
- 12- www.googlesearch.com/rectum&analcanal
- 13- www.shands.org
- 14- www.quinn-healthcare.com

فصل هفتم

کبد

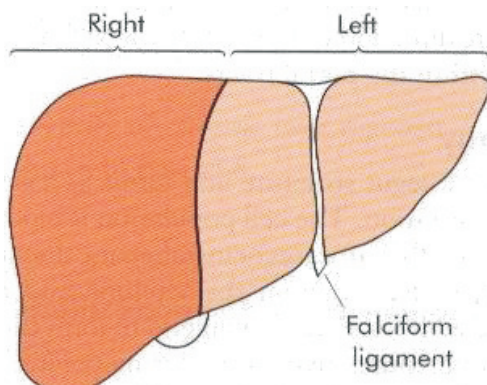
Liver

اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی کبد
- ارزیابی و معاینات امراض کبدی
- اسباب معمول ضخامه کبد
- اسباب مختلف یرقان ، طرق تشخیص و تداوی آنها
- منجمنت ترضیضات، انتانات(ابدسه ها و کیست هیداتید کبد) و تومور های کبد

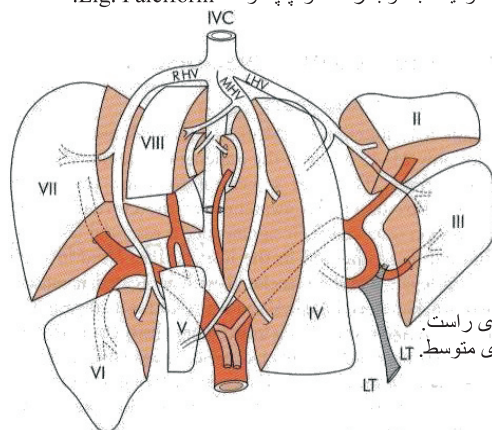
آناتومی جراحی



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

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 سوپک کبد میرسد.

سگمنت های کبد



هر فص جراحی کبد به چهار سگمنت تقسیم شده و میتوان ۲-۱ سگمنت را با محافظه اروا و جریان صفراوی

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.

سگمنت های دیگر بدون کدام تشوش برداشت.

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 حدای 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 .

قنات صفراوی

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

وظایف کبدی

۱. تولید صفراء و میتابولیزم بیلوروبین و نمکهای صفراوی.
۲. تولید البومین، فیبرینوژن و پروترومبین.
۳. ذخیره و میتابولیزم کاربوهایدریت به شمول تبدیل مونوسکراید (Dextrose) به Glycogen و برعکس ان .
۴. تولید فاسفولیپید و کولیسترول ، سنتیز اسید های شحمی از کاربوهایدریت و مراحل دیگر در میتابولیزم شحم.

۵. Deamination یا دور نمودن گروپ امین از مرکبات عضوی امینو اسید ها با تولید یوریا و دور نمودن امونیا از خون باب
۶. تولید انرژی و حرارت که در میتابولیزم عضویت بکار رفته و باید گفت که در کبد عملیه انابولیزم و کتابولیزم هر دو ایجاب یکمقدار انرژی را کرده که این انرژی از تبدیل ATP (Adenosine triphosphate) به ADP (Adenosine diphosphate) و همچنان در اثر Oxygenation aerobic از طریق Cycle Krebs به وجود آمده و محصول فرعی که در نتیجه این فعالیت بوجود میاید عبارت از یک مقدار انرژی زیاد به شکل حرارت میباشد.
۷. فعالیت ریتیکولواند و تیلیل.
۸. ذخیره ویتامین B12 (cyanocobalamine) و ویتامین A
۹. ذخیره آهن و مس.
۱۰. تخریب باکتریها بالخصوص کوکهای گرام مثبت که اکثرا در خون باب دریافت شده و فکر میشود که کبد یکنعداد زیاد باکتریها را که از طریق ورید باب داخل بدن میگردد تخریب مینماید.
۱۱. Detoxication ادویه و هورمون مانند Benzodiazopines ، ستروژن.
۱۲. Regeneration - کبد برخلاف اعضای دیگر خاصه فوق العاده زیاد التیام دوباره (Regeneration) را دارد.

میتود های ارزیابی کبد:

تست های وظیفوی کبد(LFTs):

۱. تعیین مقدار سیروم بیلیروبین : بلند بودن سویه بیلیروبین Conjugated از ۰,۴ ملیگرام فی ۱۰۰ میلیتر دلالت به رکودت داخل قنوات صفراوی و یا افت حجرات کبدی مینماید
۲. الکلین فاسفتاز سیروم: بلند تر از ۱۰۰ iu/L با سویه ترانس آمیناز پائین دلالت به یرقان انسدادی کرده لاکن بخاطر باشد که این انزایم در یرقان کولوستاتیک نیز بلند میرود
۳. ترانس آمیناز سیروم (Aminotransferases): سویه انزایم ها در افات حجرات کبدی بالاتر از ۱۰۰ u دریافت میشود
۴. تعیین مقدار البومین سیروم: در صورت پائین بودن سویه ان از ۲۵ ملیگرام فی لیتر دلالت به تشوش وظیفوی کبد میکند.

۵. پروترومبین پلازما: در صورت پائین بودن باید قبل از عملیات مریض توسط Vit K تداوی شود و در صورت که تداوی جواب ندهد دلالت به مآوف شدن شدید حجرات کبدی مینماید
۶. 5-Nucleotidase & γ -glutamyl transferase: غلظت این انزایم ها در خون توسط فعالیت Osteoblastic تغییر نکرده بنا این تست علت بلند رفتن الکلین فاسفتاز را که هضمی و یا کبدی است تعیین مینماید و این انزایم ها مخصوصا در امراض کبدی الکولیک بلند میرود
۷. α -feto protein: سویه بسیار بلند ان دلالت به امراض خبیثه مینماید.
۸. تست های خصوصی
- الف: برای هیموکروماتوزس مانند آهن سیروم ، Total Iron Binding Capacity و سیروم Ferritine
- ب: مرض wilson's ، تعیین مقدار مس سیروم و ادرار و Ceruloplasmin سیروم
- ج: کمبود α_1 -anti trypsin .
۹. تست های ایمنولوژیک مانند انتی بادی های Antimitochondrial ، Anti nuclear ، Anti smooth muscle ، Liver membrane که این انتی بادی ها در سیروز ابتدائی صفاوی و هیپاتیت فعال مزمن دریافت میشوند.

بیوپسی کبد

این معاینه در امراض کبدی منتشر مانند سیروز، ریتکولوزس و هیپاتیت دارای ارزش فوق العاده زیاد بوده لاکن در صورت موضعی بودن افت مانند تومور ها و گرانولومای محراقی ممکن اشتباه رخ دهد.

تکنیک های تصویری

۱. میتود های بی ضرر (Non invasive)

الف: رادیوگرافی ساده بطن: ممکن تکلس را نشان دهد مثلا در کیست هیداتید.

ب: التراسونوگرافی، توسع طرق صفاوی، سنگ کیسه صفا، تومورهای ابتدائی و ثانوی کبد و کیست ها را نشان میدهد. با Doppler التراسوند میتوان جریان شریانی، ورید باب و ورید کبدی رامطالعه کرد و علاوتا از التراسوند میتوان در گرفتن بیوپسی کبد از طریق جلد به حیث رهنما استفاده کرد.

ج: Computerised tomography: از جمله معاینات بسیار دقیق بوده و در مورد افات کوچکتر از یک سانتی متر کبد از قبیل تومور و کیست ها معلومات کافی ارائه مینماید.

د: Magnetic resonance imaging(MRI): مانند CT با ارزش بوده و شامل انواع ذیل میباشد:

- Magnetic resonance cholangio pancreatography (MRCP): از این معاینه میتوان در افات طرق صفراوی در صورت عدم امکان و یا موثریت ERCP استفاده کرد.

-Magnetic resonance angiography (MRA): از این معاینه میتوان جهت مطالعه شریان کبدی و ورید باب به عوض Angiography انتخابی کبد استفاده کرد.

ه: Radio active scanning

در این معاینه کبد نارمل در تمام نواحی یکسان فعالیت داشته ابسه، کیست ، تومور ، ابسه تحت حجاب حاجزی به شکل یک Defect مشاهده می شود و در امراض منتشر حجرات کبد مانند سیروز جذب مواد مذکور کاهش می یابد

و: Flurodeoxy glucose positron emission tomography (FDG-PET)

این معاینه متکی به جذب زیاد گلوکوز توسط انساج کانسروز به مقایسه انساج سلیم و التهابی میباشد.

۲. طریقه های Invasive

الف: Angiography: از این معاینه به منظور تشخیص افات وعایی کبد و تداوی امراض کبدی مانند تداوی تومور های کبد توسط Chemo embolization استفاده میشود

ب: Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC)

ج: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): این معاینه به منظور تشخیص تفریقی یرقان طبی از جراحی، گرفتن صفرا برای معاینه سائیتولوژیک و میکروبیولوژیک، کشیدن سنگ و توسع تضیقات و تطبیق پروستیز بکار میرود.

د: laparoscopy و Laparoscopic ultrasound: این دو معاینه در تشخیص Staging تومور توسط میتاستاز پری‌توانی و مجاورت آن با اوعیه و طرق صفرای معلومات میدهد.

ضخامه کبد

Liver Enlargement

کبد نارمل قابل جس نبوده با وجود آن 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- پرازیتیک
- الف - هیپاتیت و آبسه امبیک
- ب - مرض هیداتید
- ۴- نیوپلاستیک

الف- تومورهای ابتدایی

ب- تومورهای ثانوی

۵- سیروزس

الف- بابی

ب- صفرای

ج- قلبی

د- هیمو کروماتوزس

۶- امراض خون (Hemopoitic) و ریتیکولوزس

الف- مرض هوجکن

ب- لمفاوی غیر هوجکن

ج- لوکیمیا

د- Polycythaemia

۷- امراض میتابولیک

الف- امیلونید

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 امیلویید مد نظر باشد و اگر علاوه بر ان عقداات لمفاوی نیز ضخاموی باشد در اینصورت تشخیص به گمان اغلب Lymphoma میباشد.

یرقان

Jaundice

سویه نارمل بیلوروبین سیروم پایین تر از $1.7 \mu \text{mol/lit}$ (1mg/dl) بوده و زمانیکه سویه بیلوروبین بلند تر از $3.5 \mu \text{mol/lit}$ (3mg/dl) شود باعث زردی رنگ sclera چشم و جلد شده و بنام یرقان یا زردی یاد می شود.

میتابولیزم بیلوروبین

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 ریتکولواندوتیلیل تخریب شده و حلقه Porphyrin مالیکول هیموگلوبین شکسته و کامپلیکس بیلوروبین، آهن و گلوبین بوجود میاید. آهن از این کامپلیکس ازاد شده و در سنتیز هیموگلوبین در مخ عظم دوباره بکار میرود قسمت بیلوروبین - گلوبین به شکل یک ماده منحل در شحم و غیر منحل در آب به کبد میرسد در کبد بیلوروبین با اسید گلوکورونیک ترکیب شده و در صفرا به شکل بیلوروبین دای گلوکوروناید که منحل در آب است اطراح میگردد.

بیلوروبین 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 یوروبیلین تبدیل شده یوروبیلین صباغی با دیگر محصولات که در نتیجه تخریب بیلوروبین بوجود میاید به مواد غایطه رنگ طبیعی 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 یوربیلین اکسیدایز شده که رنگ تاریک دارد.

تصنیف و پتوژنی

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

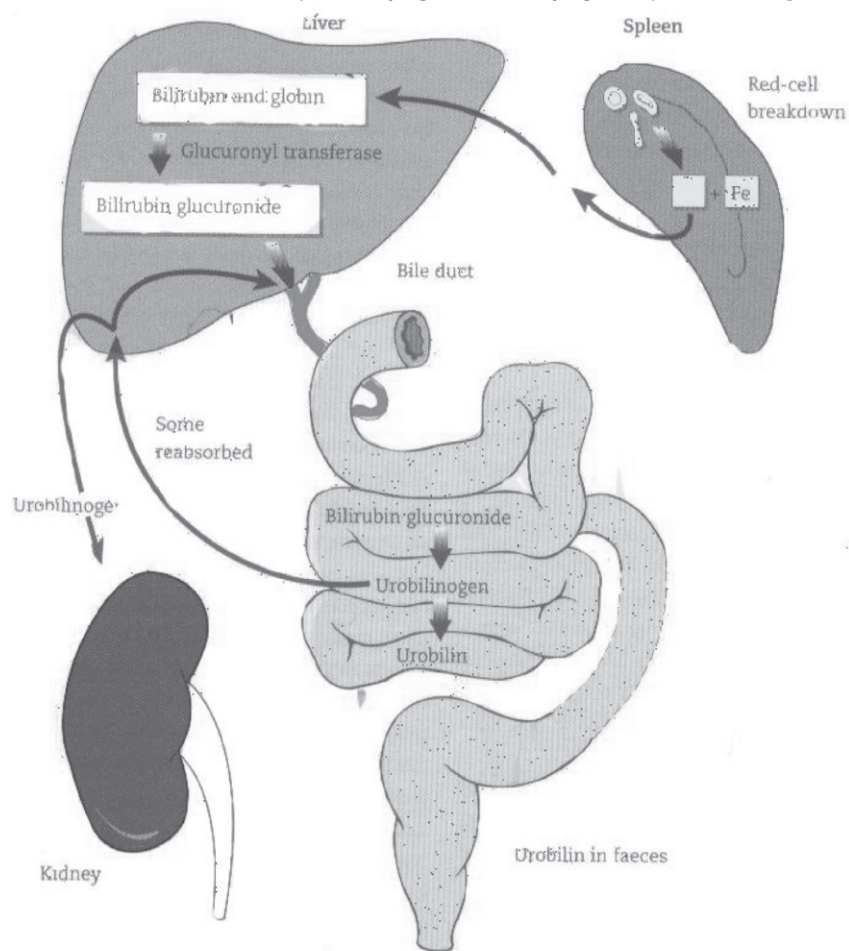
یرقان قبل از کبدی (Pre hepatic jaundice)

در اینوع یرقان مقدار زیاد (unconjugated) بیلوروبین در نتیجه تخریب زیاد کریوات سرخ خون در Hemolysis توسط سیستم رتیکولواندوتیلیل بوجود آمده و کبد نمیتواند آنرا به بیلوروبین Conjugated تبدیل نمایند بناءً مقدار بیلوروبین غیر مزدوج در خون بلند رفته در حالیکه سویه بیلوروبین مزدوج در خون نارمل میباشد و هیچکدام شان در ادرار مشاهده نمی شود با وجود آن

مقدار بیروبیلینوژن 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 بیلوروبین را Conjugated کند و کمتر در قنوات اطراح مینماید بدین ترتیب سویه هر دو نوع بیلوروبین (Unconjugated و Conjugated) در خون بلند میروود .



شکل (۳ - ۷) متابولیسم بیلوروبین.

یرقان بعد از کبدی یا انسدادی

انسداد قنات صفراوی داخل و خارج کبدی مانع اطراح بیلوروبین Conjugated شده که در اینصورت چون صباغات صفراوی داخل امعاء نشده رنگ مواد غایطه خاسف می‌گردد و بیلوروبین Conjugated داخل دوران و از طریق کلیه ها درادرار اطراح می‌گردد و رنگ ادرار را نصورای 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 هیمولایتیک 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.

- هپیتیت - ویروسی (هپیتیت ویروسی شکل A, B, C)
- Cirrhosis
- رکودت صفرا از باعث ادویه مانند Chlorpromazine
- تسممات کبدی توسط گرفتن مقدار زیاد Paracetamol، کاربن تیتراکلوراید، 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 مثلا سنگ های صفراوی
- ۲- آفات جدار قنات صفراوی

- الف - اتریزی ولادی قنات اساسی صفراوی
 ب - تضیقات ترضیضی
 ج - کولاتریت مزمن
 د - تومور قنات صفراوی
 ۳- بندش طرق صفراوی از باعث فشار خارجی
 الف - پانکریاتیت
 ب - تومور رأس پانکراس
 ج - تومور امپول و اثر

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 (Acholuric jaundice) یرقان توأم با مواد غایطه بیرنگ (Clay colored stool) و ادرار تاریک دلالت به یرقان کبدی و یا بعد از کبدی میکند. در هر مریض مصاب یرقان باید در مورد نقل الدم در ماه های اخیر، ادویه جات (Methyldopa, Paracetamol Chlorpromazine) معروض شدن موثر به هلوتان، زرقیات و اعتیاد به الکل 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 منشه 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 وبوجود آمدن دیابیت در تازه گی ها به کارسینوما پانکراس دلالت مینماید.

معاینه مریض

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

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

معاینه کبد نیز مفید بوده که در هیپاتیت ویروسی کبد خفیفاً بزرگ و حساس است. درسیروز حافه کبد سخت میباشد و ممکن کبد کوچک و غیر قابل جس باشد. کبد بسیار بزرگ با سطح غیر منظم دلالت به امراض خبیثه مینماید. اگر 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 لف 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 کاتولیشن اندوسکوپیکی 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. بیلوروبین به جز شکل منحل در آب (Conjugated) توسط کلیه اطراح نشده بناء در یرقان قبل از کبدی بیلوروبین 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 بیلوروبین 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 بناً 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 بیلوروبین در ادرار دلالت به یرقان انسدادی داخل و یا بعد از کبدی مینماید.

از دیداد 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 فشارباب (سیروزکبدی) و یا کارسینومای امپولا که باعث انسداد فوچه قنات صفراوی اساسی و نرف بداخل اثنا عشر میگردد مثبت باشد.

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

- سیروم بیلوروبین - 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 بیلوروبین به شکل unconjugated در خون موجود بوده در یرقان انسدادی خالص بعد از کبدی بیلوروبین خون بیش تر به شکل Conjugated موجود بوده در حالیکه در یرقان کبدی نسبت توام بودن تخریب حجات کبدی و انسداد قنات صفراوی داخل کبدی، بیلوروبین سیروم مخلوطی از شکل Conjugated و unconjugated میباشد.

- Alkaline phosphatase (ALP) – این انزایم توسط حجرات که قنوات 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 بعداز 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 ماؤف 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	یوروبیلینوجن	یوروبیلینوجن	عدم یوروبیلینوجن
بیلوروبین سیروم	بیلوروبین غیر مزدوج	بیلوروبین مزدوج و غیر مزدوج	بیلوروبین 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 glutamyl 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 لاکن با تجویز vit k قابل اصلاح است (در صورت که نسج وظیفوی کبد هنوز موجود باشد) و در یرقان کبدی پیش رفته نه تنها زمان پروترومبین بلند و طولانی است بلکه با تجویز vit k نیز اصلاح نمی‌گردد زیرا علاوه بر مختل بودن جذب vit k، کبد ماؤف نیز قادر به سنتیز 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 لاکن 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 (MR) و Magnetic resonance scan (MR) 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 لاکن تشخیص تفریقی ان 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 و یک کانول داخل امپول واتر شده و بدین ترتیب توضع و وصف افت 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 (هپاتیت و سیروز) ارائه مینماید و در صورتیکه آفت محراقی را در کبد نشان دهد میتوان همزمان تحت کنترل 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 نرف 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 حالیکه 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 و وظیفوی حجات کبدی)زمان پروترومبین و البومین
- ماوف شدن حجات کبدی: ترانس آمینازها 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

عمومیات :

جروحات کبد نظر به موقعیت آن در تحت حجاب حاجز که توسط جدار صدر محافظه می‌گردد خوشبختانه کمتر مشاهده شده با وجود آن در صورت وقوع وخیم بوده و حتی با تداوی عاجل و مناسب باعث مرگ و میر شده می‌تواند. ترضیضات کبد را میتوان به ترضیضات بسته و نافذ تقسیم کرد. ترضیضات بسته باعث Contusion، Laceration و Avulsion کبد شده و اکثراً مترافق با جروحات طحالی، مساریقی و کلیوی میباشد. جروحات نافذ کبد مانند جروحات قاطعه و ناریه اکثراً مترافق با افات صدري و قلبی میباشد باید گفت که ترضیضات شدید بطنی که باعث جروحات کبدی می‌گردد در حال افزایش بوده و تشخیص دقیق منشه نرف قبل از عملیات در بعضی موارد مشکل میباشد

پتالوژی:

ترضیضات و جروحات کبدی میتواند Subcapsular، Transcapsular و یا مرکزی باشد. زمانیکه تمزق کبد کپسول Glisson را در بر گیرد خون و صفرا داخل جوف پریتوان شده و هرگاه کپسول سالم باقی ماند خون اکثراً در وجه علوی کبد بین کپسول و پرانشیم کبدی تجمع مینماید جروحات مرکزی کبد عبارت از انشقاق و پارگی پرانشیم کبدی بوده و ترضیضات کند کبدی میتواند با امبولی پرانشیم کبدی به قلب راست و ریه باعث مرگ گردد. هرگاه جرحه کبدی نزدیک سوئق (Hilus) باشد بزودی باعث مرگ شده و این مریضان نادراً جهت تداوی به شفاخانه میرسند.

تظاهرات سریری

مریض بعد از ترخیص 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 ترخیص 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 تداوی کرد و برای ارزیابی پیش رفت مرض CT تکرار میگردد.

در صورت ادامه خون ریزی و خطر افات سایر احشای بطنی لپراتومی اجرا شده و تخریبات کوچک کبد خیاطه گذاری میگردد. در صورتیکه ترخیص 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 نرف 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 کبدی توسط دو عامل مرضی مجزا یعنی انتانات پیوجینک و Entamoeba Histolytica بوجود آمده چون تظاهرات سریری و تداوی انها از هم فرق دارد بنا آنها را بصورت جداگانه مطالعه مینمایم.

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 پراتشیم کبدی انتشار کرده مثلاً آبسه های تحت حجات حاجزی یا کولی سیست حاد.

این آبسه هامعمولاً متعددبوده و انتانات 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، اپاندیسیت و یا دیورتیکولیت دریافت شود. سیر کلینکی مرض اکثراً تدریجی با یک کسالت غیر وصفی برای بیشتر از یک ماه قبل از مراجعه و تشخیص میباشد.

معاینات تشخیصیه

- Leukocytosis و انیمی ممکن مشاهده شود.
- سویه البومین سیروم سریعاً کاهش میابد.
- کلچر خون- که قبل از شروع تداوی اجرا شده و اکثراً مثبت میباشد.
- التراسوند و CT کبد ممکن آبسه کبد و توضع آنرا تعین نمایند و علاوتاً منشه pyaemia را نشان میدهد.

تداوی

منشه ابتدایی انتان باید بصورت مناسب از بین برده شود.

آبسه های کوچک توسط انتی بیوتیک (Aminoglycoside، Penicillin) و Metronidazole یا Cephalosporin و Metronidazole (تداوی می شوند).

آبسه های بزرگ تحت رهنمایی التراسوند از طریق جلد دریناژ گردد.

آبسه آمیبیک کبد

Amoebic liver (Tropical, Dysenteric) abscess

پرازیت امیب تقریباً ۱۰٪ مردم جهان را منتن ساخته و ابسی آمیبیک کبد مرحله نهایی التهاب کبدی آمیبیک (Amoebic Hepatitis) میباشد. که ممکن بشکل یک اختلاط در سیر پیچش امیبی مشاهده شود. این مرض زیادتیر در سنین ۳۰-۴۰ سالگی مشاهده شده و مردها نظر به خانم زیادتیر (۹:۱) مصاب مرض میگردد.

پتالوزی

Enta amoeba Histolytica از یک قرحه امیبی جدار کولون داخل یک شعبه ورید مساریقی سفلی شده و از طریق ورید باب به کبد میرسد که اکثرا در قسمت علوی و خلفی لوب راست کبد جاگزین و شروع به تکثر نموده و بصورت موضعی باعث تولید یک مایع نکروزی میگردد باید گفت که اندازه تخریب کبد متناسب به بزرگی colony امیب، مقاومت میزبان و انتانات ثانوی بوده و ابسی در ۷۰٪ وقایع واحد و در ۳۰٪ متعدد میباشد. ابسی آمیبیک کبد دارای یک قیح وصفی چاکلیتی رنگ و یا گلابی رنگ (Anchovy sauce) بوده که متشکل از حجرات تخریبی کبد، کریوات سفید و سرخ خون میباشد. اما ناگفته نماند در که یک تعداد وقایع نسبت مخلوط شدن با صفرا قیح مذکور سبز رنگ بوده میتواند و تقریباً در نصف وقایع قیح مذکور برعلاوه E.histolytica دارای ستافیلوکوک، ستریپتوکوک و E.Coli نیز بوده و در باقی وقایع (به استثنای ابسی های مزمن که در چند قطره اخیر چرک و یا شستشوی جدار ابسی در اثنای عملیات امیب متحرک را دریافت کرده میتوانم) قیح مذکور معقم میباشد. ابسی مذکور نسبت حادثه

Perihepatitis سبب میشود تا اکثراً کبد را با حجاب حاجر و جدار بطن التصاق دهد.

سیر مرض:

ابسی امیبیک کبد میتواند سیر های مختلف ذیل را اختیار نماید:

۱. مریض میتواند در مرحله مقدم Amoebic hepatitis که احتمال تشکل ابسی میرود توسط Metronidazole تداوی و شفایاب شود لکن مولفین در مورد موجودیت یک مرحله hepatitis بدون تشکل ابسی شک و تردید داشته و احتمال میرود که ممکن درین حالات تداوی باعث رشف ابسی های کوچک شود.

۲. ابسی عموماً کبد را بطرف علوی بزرگ میسازد.

۳. ابسی میتواند توسط یک کپسول احاطه و برای مدت طولانی بدون اعراض باقی ماند.

۴. در صورت عدم تشخیص و تداوی، ابسی میتواند به نواحی ذیل تمزق نماید:

الف- به ریه راست

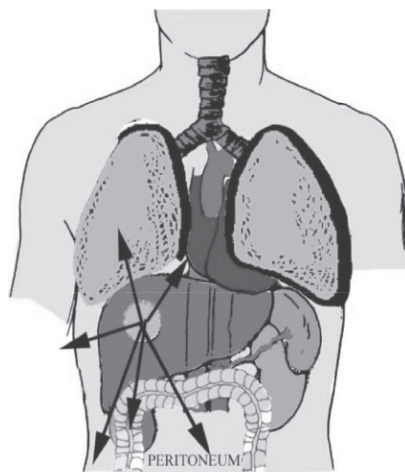
ب- بداخل جوف پریتون

ج- به جوف پلورا راست

د- نادراً بداخل یکی از احشای مجوف بطنی.

ه- استثنائاً بطرف تحت الجلد.

باید گفت که تمزق و راه یافتن ابسی کبدی بداخل ریه و اطراح قیح چاکلیتی رنگ با تقشع بعضاً باعث شفا مریض شده میتواند.



شکل (۷-۴) نواحی که در ان ابسی کبد میتواند تمزق نماید

منتن شدن ابسی امیبیک کبد با باکتریها یکی از اختلالات معمول مرض بوده ابسی های واحد امیبیک کبد اکثراً با ادویه مخصوص مرض و دریناژ تداوی شده در حالیکه انذار ابسی های امیبیک متعدد خراب میباشد.

تظاهرات سریری

ابسی امیبیک کبد در یک مریض منطقه حاره یا تحت حاره دفعتا به تعقیب یک حمله پیچش امیبی ظاهر شده و بعضا بصورت موخر حتی چند ماه بعد از پیچش مشاهده شده میتواند. نادرا مرض دریک ناقل صحت مند و یا اشخاص که اسهال خفیف داشته و مرض تشخیص و تداوی نشده نیز مشاهده شده میتواند. این مرض زیادتیر مردان جوان را مصاب میسازد. اعراض مرض عبارتند از:

۱. درد- که بصورت ثابت و متداوم در هایپوکاندر راست موقعیت دارد.
 ۲. تب- که به 100.4°F یا بیشتر از آن در شب بلند رفته و مترافق با عرق زیاد میباشد. لرزه مخصوصا در مرحله مقدم مرض مشاهده میشود.
 ۳. ضیاع وزن
 ۴. چهره خاکی رنگ
- در معاینه فزیکای علایم ذیل دریافت میگردد:
۱. خسافت (کمخونی)
 ۲. حساسیت و rigidity در هایپوکاندر راست.
 ۳. کبد قابل جس (Hepatomegaly) لاکن در صورت که قابل جس نباشد حساسیت بین الضلعی ممکن دریافت شود.
 ۴. ازدیاد اصمیت سرحد علوی کبد.
 ۵. علامه قاعده ریه (Basal Lung Sign) در طرف مربوطه با قرع اصمیت دریافت میگردد.
- بخاطر باشد که نسبت حادثه perihepatitis و تثبیت کبد با احشای مجاور، کبد به سفلی بزرگ شده نتوانسته در حالیکه ابسی بداخل آن وجود دارد.

معاینات خصوصی

۱. معاینه خون- Leukocytosis که ۷۵٪ پولی مورف میباشد.
 ۲. هیموگلوبین- کمخونی (شدید نیست)
 ۳. معاینه مواد غایطه- Trophozoites و Cyst ممکن در مواد غایطه دریافت شود.
 ۴. رادیوگرافی-
- الف- بلند رفتن و تثبیت قبه راست حجاب حاجز را نشان میدهد

- ب- افات متکلس را نشان میدهد.
۵. التراساوند و CT scanning- موقعیت ابسی را نشان داده و علاوتاً در تخلیه قیح وصفی چاکلیتی رنگ کمک مینماید.
۶. سیگمونیدوسکوپی- ممکن قرحات وصفی را نشان دهد و در بیوپسی مخاط پرازیت دیده شود.
۷. سیرولوژی
- الف- Enzyme – linked immunosorbent assay (ELISA)
- ب- Polymerize chain reaction (PCR)

تداوی

۱. تداوی طبی- در تداوی طبی Metronidazole 400 mg سه مرتبه در روز از طریق فمی برای ۵-۱۰ روز و یا Tinidazole 2 g از طریق فمی برای ۳-۵ روز توصیه میگردد.
۲. تخلیه ابسی تحت رهنمایی التراساوند و یا CT – این تداوی زمانی استطباب دارد که تداوی طبی فوق نتیجه نداده و یا ابسی بزرگ خصوصاً در لوب چپ کبد موجود باشد و یا اینکه ابسی بصورت ثانوی منتن شده باشد.
۳. تداوی جراحی- زمانی استطباب دارد که ابسی بزرگ در لوب چپ کبد موجود و یا ابسی بداخل جوف پریتون تمزق کرده باشد.

مرض هیداتید کبد

Hydatid Disease of the Liver

مرض هیداتید کبد عبارت از یک کیست است که توسط Taenia Echinococcus بوجود می آید و میتواند در نواحی مختلف بدن مشاهده شود لکن در ۷۵٪ وقایع در کبد (اکثراً فص راست) توضع کرده و بعداً بالترتیب ریه ، عضلات، دماغ، طحال، کلیه ها، فقرات و سایر احشای را مصاب میسازد.

دو شکل عامل مرض موجود میباشد:

۱. Echinococcus Granulosus: که باعث مرض هیداتید نزد انسان میگردد.

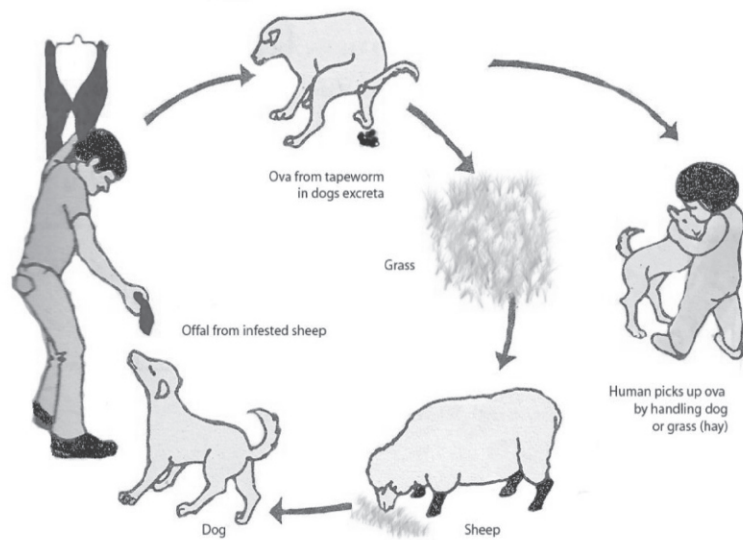
۲. Echinococcus Alveolaris or Multi locularis: که شکل نادر
مرض است

منشه انتان

سگ ها مهمترین منبع انتقال پرازیت بوده و انسان در اثر تماس مستقیم با آن و یا خوردن آب و سبزیجات منتن با پرازیت مصاب مرض میگردد. حیوانات مخصوصا گوسفند نیز به عین ترتیب مصاب مرض شده و زمانیکه لاروا پرازیت داخل معده گردید تخم از آن خارج و جدار امعا را نفوذ و از طریق ورید باب به کبد رسیده و در آنجا به کیست تحول مینماید. سگ در اثر خوردن احشای گوسفند که دارای کیست باشد مصاب این پرازیت شده و کیست مذکور در امعا سگ به پرازیت کامل تبدیل میگردد بنا بر مرض در مناطق که تربیه گوسفند مروج است مانند استرالیا، امریکا جنوبی، یونان، ترکیه، عراق و بعضی نواحی انگلستان در سابق زیاد مشاهده شده که فعلا با اهمات صحت عامه از قبیل از بین بردن سگ های ولگرد باعث تنقیص قابل ملاحظه در وقوعات مرض شده است. لکن در مملکت ما وقوعات مرض خصوصا در صفحات شمال کشور تا هنوز زیاد مشاهده میگردد.

سیکل حیاتی پرازیت

میزبان اصلی این پرازیت طوریکه قبلا ذکر شده سگ، گرگ، روبا و شغال بوده که پرازیت در امعا این حیوانات زندگی کرده و تخم پرازیت توسط مواد غایطه خارج و اب سبزیجات را ملوث میسازد. میزبان بین البینی پرازیت انسان، گوسفند، گاو، بز و اسب بوده و میزبان اصلی در اثر خوردن احشای منتن میزبان بین البینی مصاب پرازیت میگردد. پرازیت ۲-۶ ملی متر طول و ۰,۳ ملی متر عرض دارد متشکل از یک راس (Scolex) و سه سگمنت میباشد که راس دارای ۴ ساختمان چوشک مانند بوده و سگمنت اخری حاوی تخم پرازیت میباشد. لاروا پرازیت که بشکل کیستیک میباشد حاوی حویصلات دختری بوده که در بین یک مایع شناور است.

شکل (۷-۵) سیکل حیاتی *E. granulosus*

پتالوزی

مرحله لاروای *Echinococcus granulosus* میتواند در اکثر قسمت های بدن انکشاف نماید لکن اکثرا در کبد این حادثه رخ میدهد و از طریق یک شعبه ورید باب به کبد رسیده که درانجا به یک کیست یک جوفی بزرگ پر از مایع که اکثرا در لوب راست قرار دارد تبدیل میگردد. کیست هیداتید متشکل از ساختمان های ذیل میباشد.

۱- طبقه *Advantitia* (pseudocyst) - حاوی نسج لیفی بوده و در نتیجه عکس العمل کبد مقابل پرازیت بوجود میاید و نسبت التصاق صمیمی با کبد از آن جدا نميگردد.

۲- طبقه *Laminated membrane* (ectocyst) - توسط خود پرازیت بوجود آمده و دارای رنگ سفید الاستیکی میباشد در آن مایع هیداتید قرار دارد.

۳- *Germinal epithelium* (endocyst) - یگانه قسمت زنده کیست بوده و از يك طبقه حجرات واحد تشکیل شده که بطرف داخل مایع هیداتید را افزاز و بطرف خارج طبقه *L.membrane* را میسازد.

۴- مایع کیست (hydatid fluid) - که مایع شفاف بوده و دارای کثافت ۱۰۰۵-۱۰۰۹ است و در صورت که منتن نشده باشد دارای حویصلات دخترت و Scolex ها میباشد.

۵- Brood capsules- از طبقه Germinal epithelium در بین کیست انکشاف یافته و با آن توسط یک سویق التصاق دارد و در بین آن Scolices (راس آینده پرازیت) انکشاف مینماید.

۶- کیست های دخترت (Daughter cysts)- در صورتیکه Laminated membrane ترزیضی گردد این طبقه انشفاق و پارچه شده و Brood capsules از آن آزاد و به کیست های دخترت نشوونما میکند. کیست مادری از بین رفته و محتوی آن با مایع هیداتید صرف توسط طبقه Adventitia احاطه میگردد.

سیر مرض

۱- نادرا پرازیت مرده و مایع آن رشف میگردد و در صورتیکه از کیست هیداتید مدت زیاد گذشته باشد ممکن جدار آن متکلس باشد.

۲- اکثرکیست تدریجا بزرگ شده و بالاخره به شکل یک کتله ظاهر میگردد در صورتیکه دارای سویق باشد بداخل جوف پریتون شناور بوده و با کیست های مساریقی پانکراس و کلیوی مغالطه شده میتواند

۳- ممکن کیست هیداتید کبد به اختلاط معروض شود که این اختلاطات عبارت اند از :

الف- یرقان- که از باعث فشار کیست بالای طرق صفراوی و یا موجودیت آن بداخل طرق صفراوی بوجود می آید .

ب- تمزق کیست- که میتواند به نواحی ذیل صورت گیرد:

۱- جوف پریتون

۲- طرق هضمی

۳- جوف پلورا

۴- طرق صفراوی (که یک اختلاط معمول مرض است)

تمزق کیست بداخل جوف پريتوان همرا با شاک عميق و ساير علايم پريتونيت حاد منتشر بوده و مانند تمام وقايع تمزق کیست هيداتيد اعراض و علايم شاک انافيلاکتیک خصوصاً اورتيکاريا مشاهده میشود. (تطبيق کورتیکوستروئيد یک روز قبل از عمليات ، بروز عمليات و یک روز بعد از عمليات نیز بمنظور جلوگیری از شاک مذکور میباشد).

این مريضان عاجلاً تداوی، از شاک خارج و جوف پريتوان پاک گردد لاکن باوجود ان هم انذار خوب نبوده و احتمال تشکل کیست های متعدد در اينده با وجود پاک نمودن دقيق جوف پريتوان ميرود.

- باز شدن کیست در طرق هضمی با یک درد شديد با وصف پاره گی همراه بوده درجه حرارت بالا رفته و در مواد غایطه حویصلات دخترتی مشاهده و کتله موجوده در بطن کوچک میگردد.

- تمزق کیست بداخل جوف پلورا نادر بوده و هرگاه کیست در یکی از قصبات باز گردد با سرفه مایع و حویصلات اطراح میشود.

- باز شدن بداخل طرق صفراوی از نظر جراحی مهم بوده که نسبت انسداد طرق صفراوی باعث کولیک صفراوی میگردد و هرگاه حویصلات CBD را مسدود سازد باعث یرقان احتباسی شده میتواند.

ج- تقيح کیست (Suppuration)- این اختلاط از نظر کثرت بدرجه دوم مشاهده شده که عامل انتانی کولی باسیل و انایروب های بوده و از طریق صفراوی کیست را منتن میسازد زمان که کیست منتن شد پرازیت از بین رفته و کیست اسی پیوجینک را میسازد.

تظاهرات سریری

کسیت هيداتيد میتواند برای یک مدت طولانی و شاید برای چندین سال بعد از منتن شدن انسان توسط پرازیت بدون اعراض باقی ماند بالاخره بعد از مدتی یک کتله قابل دید و جس را در قسمت علوی بطن بوجود میآورد و تا زمانی که کیست هيداتيد کبد بزرگی را در جوف بطن نسازد باعث تشوشات وخیم نشده زمانیکه کتله بزرگ گردید مريض از باعث ناراحتی کتله و یا فشار ان بالای احشاً مجاور نزد طبیب مراجعه مینماید.

با تفتیش تورم و سوء شکل در ناحیه کبدی مشاهده شده و RUQ نظر به LUQ بلندتر معلوم میشود.

با جس کتله مذکور منظم، لشم و بدون درد بوده تموج نداشته بلکه قوام رابری و سخت دارد و هرگاه کتله مذکور در اثنای قرع اصغا شود اهتزاز بنام hydatid thrill سمع میگردد. باید گفت که کیست هیداتید کبد تا زمانیکه به اختلاط معروض نشده تشوشات و وظیفوی ایجاد نکرده، یرقان و حبن ندارد و وضع مریض خوب میباشد.

معاینات تشخیصیه

۱- معاینه خون - ممکن eosinophilia موجود باشد اما يك معاینه وصفی نمیباشد.

۲- سیرولوژی -

الف- ELISA

ب- Complement fixation test

ج- تست Flocculation و Hemagglutination

د- Countercurrent immunoelectroporesis for Arc5

or Immunoblot

۳- Cassoni's reaction - تست داخل جدی توسط مایع هیداتید(در ۷۵٪ مثبت است)

۴- رادیوگرافی ساده- رادیوگرافی ساده بطن و صدر ممکن یک خیال مدور متکلس را در کیست های که معروض به تمزق نشده درکبد و یا ریه با بیجا شدن حجاب حاجر نشان دهد.

۵- التراسوند و CT scan- التراسوند کیست چند جوفی (multiloculated) را نشان داده در حالیکه CT scan غشای شناور را در بین کیست نشان میدهد.

۶- ERCP- ارتباط کیست را با طرق صفراوی نشان میدهد.

تداوی

الف- تداوی طبی - این تداوی کمتر معمول و ارزش داشته و صرف در وقایع عود کیست، کیست های کوچک، متعدد و ملوث شدن جوف بطن در اثنای عملیات استطبیب دارد.

که به این منظور از ادویه ذیل استفاده میشود:

- ۱- Mebendazole ۴۰-۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن سه مرتبه در روز برای ۲۱-۳۰ روز.
- ۲- Albendazole ۱۰-۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن برای ۳ ماه الی یک سال (Mebendazole و Albendazole هر دو در مقابل غشای Germinal عمل مینماید).
- ۳- Praziquantel ۴۰ میلی گرام فی کیلو گرام وزن بدن ۲ دفعه در روز که در دو هفته اول با Albendazole یکجا داده شود (این دوا در مقابل Protoscolecis عمل مینماید).
- ب- تداوی از طریق جلدی (PAIR) – در این طریقه تحت رهنمایی التراساوند و یا CT کیست توسط سرنج تخلیه و مواد (95% Ethanole یا خالص) بداخل آن زرق و بعدا دوباره تخلیه میگردد.
- این تداوی از خود استطبایات و عدم استطبایات خاص دارد.
- ج- تداوی جراحی- در حالات ذیل استطبایات دارد:
 - ۱- کیست های بزرگ همراه با کیست های دختری متعدد
 - ۲- کیست های سطحی که در اثر ترخیص و یا بصورت بنفسی خطر تمزق را دارد.
 - ۳- منتن شدن کیست توسط باکتری ها بصورت ثانوی.
 - ۴- ارتباط کیست با طرق صفراوی
 - ۵- فشار کیست بالای اعضای مجاورحیاتی

انتخاب میتود عملیات

- ۱- Laparoscopic cystotomy- که در این میتود قبه کیست برداشته شده و omentoplasty اجرا میگردد.
- ۲- تداوی باز جراحی- تداوی جراحی شامل ریزکشن کبد، برداشتن کیست بصورت موضعی و برداشتن قبه کیست با محتوی آن میباشد: که در این میتود بطن توسط شق Kocher راست یا paramedian و یا midline باز شده و بعد از ظاهر شدن کیست توسط کامپرس های بطنی ناحیه مذکور از سایر نواحی بطن مجزا میگردد و در اطراف کبد یک کامپرس بزرگ مغطوس با محلول سودیم کلوراید هایپرتونیک 20% و یا Na-hypochloride قرار داده میشود بعدا کیست تخلیه شده

و یک مقدار محلول Scolocidal ب داخل کیست زرق می‌گردد تا ۳/۴ انرا پر نماید. محلول مذکور بعد از ۵-۱۰ دقیقه تخلیه و یک شق بالای کیست اجرا و طبقه Adventitia باز می‌گردد طبقه Laminated memebbran قابل مشاهده شده و توسط sponge forceps طبقه مذکور با احتیاط گرفته میشود و با انگشت از طبقه Adventitia جدا تا کیست بصورت کامل و سالم خارج گردد که این کار در کیست های غیر اختلاطی ممکن بوده لاکن در اشکال اختلاطی ممکن طبقه L. membrane بشکل پارچه پارچه خارج شود.

جوف باقی مانده کبد را میتوان بصورت تام بسته کرد و در کیست های بزرگ ثرب ب داخل جوف کیست گذاشته شده (omentopexy) یا (omentoplasty). لاکن در وقایع کیست های اختلاطی (منتن بودن کیست، موجودیت صفرا ب داخل کیست) جوف کیست بخارج دریناژ می‌گردد (Marsupialization).

جهت جلوگیری از نکس مرض praziquantel با albendazole برای ۲ هفته بعد از عملیات توصیه می‌گردد.

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، ثدییه، خصیه ها، میلانوما و غیره)
- ج - انتشار از طریق مستقیم (از حویصل صفرا، معده و زاویه کولونی)

تومور های سلیم کبد

Haemangiomas

از جمله معمولترین تومور های سلیم کبد بوده و راپور واقعات ان با دسترسی التراساوند تشخیصیه زیاد شده است.

این تومور از یک ضفیره وعایی غیر نارمل تشکیل شده و از نظر التراساوند وصفی میباشد. در صورت مشکوک بودن CT scan تشخیص را واضح میسازد. هیمانژیوما اکثرا متعدد بوده و در صورت تشخیص تصادفی وصف ان تعیین و ایجاب کدام تداوی را نمی نماید. تداوی هیمانژیوم بزرگ تا هنوز تحت مباحثه میباشد.

راپور تمزق یک تعداد واقعات هیمانژیوما باعث شده تا ریزکشن هیمانژیوما بزرگ مخصوصا عرضی مورد توجه قرار گیرد. هیمانژیوما نادرا به خبائت تحول کرده لذا جراحی استطباب ندارد. از بیوپسی این افات از طریق جلد نسبت وعایی بودن و خطر خونریزی فراوان ان در جوف پریتون خودداری شود.

ادینوما کبدی (Hepatic adenoma)

از جمله تومورهای نادر سلیم کبد بوده و در CT scan بشکل یک تومور وعایی با حدود واضح مشاهده میگردد. این تومور اکثرا در یک کبد نارمل بوجود می اید متاسفانه نسبت نداشتن تظاهرات وصفی رادیولوژی از تومور های خبیثه تشخیص تفریقی شده نمی تواند. در انژیوگرافی ممکن تشکل واضح شریانی در محیط تومور مشاهده شود. تعیین وصف این افات، بیوپسی از طریق جلد ویا ریزکشن و معاینه هستوپتالوژی را ایجاب مینماید. این تومور میتواند به خبائت تحول نماید بنا ریزکشن تومور تداوی انتخابی مرض است. چون تومور وعایی است بنا بیوپسی از طریق جلد میتواند باعث خونریزی شود تومور با هورمون های جنسی (بشمول قرص های فمی ضد حاملگی) ارتباط داشته

چنانچه برگشت ادینوما symptomatic با قطع تنبه هورمونی این مطلب را تائید مینماید.

هایپرپلازیا نودولیر محراقی (Focal nodular hyperplasia)

این یک حالت سلیم غیر معمول بوده که سبب آن نا معلوم میباشد و عبارت از نشوونما محراقی بیش از حد نسج وظیفوی کبد بوده که توسط سترومای لیفی تقویه شده این مریضان اکثرا خانم های سن متوسط بوده و کدام ارتباط با امراض کبدی ندارد. التراساوند یک کتله تومورال سخت را نشان داده لاکن در تشخیص تفریقی مرض کمک کرده نمی تواند. CT با مواد کثیفه ممکن یک خیال مرکزی (central scarring) و افت و عایی را نشان دهد.

باید گفت که با وجود آن، این تظاهرات برای هایپرپلازیا نودولیر محراقی وصفی نمی باشد Scan کبدی با sulphur colloid ممکن در تشخیص موثر باشد. هایپرپلازیا نودولیر محراقی حاوی حجرات hepatocyte و kupffer بوده که حجره اخیرالذکر با جذب colloid تشخیص تفریقی مرض را از ادینوما سلیم و کانسر های ابتدایی و میتاستاتیک کبد با نداشتن تعداد کافی این حجرات ممکن میسازد

تومور های خبیث کبد

Hepatocellular Carcinoma (Hepatoma)

این مرض از جمله معمولترین کانسرها در دنیا بوده و از نظر وقوعات تفاوت زیاد جغرافیائی داشته مرض در غرب غیر معمول بوده لاکن در افریقای مرکزی و جنوب و شرق آسیا زیاد معمول میباشد که این توزیع جغرافیائی مرض 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 از دیاد مقدار آهن به HCC ارتباط داده میشود.
- امراض Fatty liver غیر الکولی.

پتولوژی

پتوژنی HCC در صورت مترافق بودن با سیروز به يك پروسه التهابی مزمن ارتباط داده میشود. از نظر ماکروسکوپیك تومور به شكل يك كتله بزرگ واحد و یا محرقات متعدد در سراسر کبد مشاهده میشود. انتشار تومور در بین پرانشیم کبدی و اوعیه صورت گرفته چنانچه ترومیوز ورید باب یکی از دریافت های معمول مرض میباشد میناستاز بخارج کبد در مرحله مؤخر مرض صورت میگیرد.

تظاهرات سریری

نزد این مریضان تظاهرات امراض مزمن کبدی، بی اشتهاهی و ضیاع وزن موجود بوده و تظاهرات سریری نظر به پیشرفت و وسعت مرض کبدی فرق مینماید. در صورتیکه سیروز موجود نباشد تظاهرات سریری، کبد زیاد بزرگ و ممکن حبن باشد. در شکل پیشرفته مرض کبدی ممکن تحول به خباثت با خراب شدن سریع وضع مریض، ایجاد encephalopathy، حبن و ماؤف شدن وظایف ساختمانی کبد 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 يك تومور بزرگ را تثبیت و تشخیص نماید. تومور های که يك 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 يك نودول regenerative را از يك HCC كوچك تشخیص نماید و یا ممکن كانسر چندین محراقی را آشكار سازد.
 - لپراسکوپى و التراساوند لپراسکوپى.

تداوى

در صورت عدم موجودیت سیروز، HCC ابتدائی محدود به يك فص كبد را میتوان توسط Hemihepatectomy تداوى كرد اما در صورت موجودیت سیروز برداشتن هر قسمت از پرانشیم كبدى به معنی تشدید حالت غير معاوضوى كبد و مرگ میباشد. تداوى موضعی مانند از بین بردن تومور توسط رادیوفریکونسی یا chemoembolization شریانی ممکن استفاده شود لاکن در این تداوى تمام كبد معروض به خطر بوده و حتی بعد از بین بردن موفقانه افت ممكن افات مذکور دوباره بوجود آید. یگانه راه علاج تعویض كبد مرضى توسط Transplantation كبد میباشد. نتیجه این عملیات در صورتى خوب است كه تومور واحد و كوچك تر از ۵ سانتى متر باشد. و یا تومور متعدد اما بیشتر از سه عدد نبوده و قطر شان کمتر از سه سانتى متر باشد.

Cholangiocarcinoma (Cholangioma)

این تومور کمتر معمول بوده و به اهستگی نشوونما مینماید cholangiocarcinoma %۲۰ تومور های خبیث ابتدائی كبد را تشکیل میدهد و ادینوکارسینوماى است كه از سیستم قنیوات صفراوى منشه گرفته و اكثرًا در ناحیه اتصال قنات كبدى راست و چپ (klat skin tumor) مشاهده میگردد و بالاخره پرانشیم كبدى را اشغال مینماید این تومور اكثرًا لیفی بوده و باعث تضیق شدید قنات صفراوى میگردد. Cholangiocarcinoma قسمت دیستال قنات صفراوى اكثرًا polypoidal بوده و باعث انسداد لومن قنات میگردد. این تومور میتواند به شكل يك اختلاط Sclerosing cholangitis ابتدائی ظاهر گردد. مرض بصورت مستقیم در بین پرانشیم كبدى و عقدا ت ناحیوى انتشار و باعث مرگ میگردد.

تظاهرات سریری

مرض اکثراً در اشخاص مسن مشاهده شده لاکن در مریضان مصاب Sclerosing cholangitis ابتدایی ممکن در سنین مقدم تظاهر نماید. یرقان انسدادی بدون درد از تظاهرات عمده این مرض میباشد

معاینات تشخیصیه

- ۱- التراساوند بطنی- که قنیوات متوسع داخل کبدی را نشان میدهد.
- ۲- MRCP- که وسعت اشغال قنات را توسط تومور و قابلیت ریزکشن انرا نشان میدهد.
- ۳- MRA- در ارزیابی اشغال موضعی او عیه توسط تومور کمک مینماید.
- ۴- ERCP یا PTC- نیز میتواند جهت تثبیت موجودیت تضیق ناحیه Hilus و معاینه تشخیصیه سایتولوژیک استفاده شود.
- ۵- CT scan- ارتشاح تومور را در بین پرانشیم کبدی و علاوتاً لمف ادینوپتی ناحیوی را نیز نشان میدهد.

تداوی

تومور های که بشکل مقدم ظاهر میگردد با ریزکشن که اکثراً ایجاب ریزکشن وسیع کبدی را مینماید قابل معالجه میباشد. لاکن در اکثر موارد تومور غیرقابل ریزکشن بوده و یرقان را میتوان با تطبیق stent بطرف علوی در امتداد قنات صفراوی اساسی از میان تومور به وسیله ERCP و یا سفلی تر از تومور توسط PTC تداوی کرد این عملیه ها باعث رفع یرقان برای چندین ماه میگردد.

تومور های ثانوی خبیث کبد

کبد یکی از معمولترین عضو بدن برای میتاستازها بوده چنانچه در اتوپسی مریضانیکه از باعث امراض خبیثه پیشرفته میمیرند اکثراً در کبد شان میتاستاز دریافت میگردد در این تومورها نکرور 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 قنویات داخل کبدی
- عدم کفایه کبد
- انسداد ورید باب – که باعث واریس مری و حبن میگردد.
- انسداد ورید اجوف سفلی – که باعث اذیمای طرف سفلی 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 زیادتر 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1080 – 1100.
- 3- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
- 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

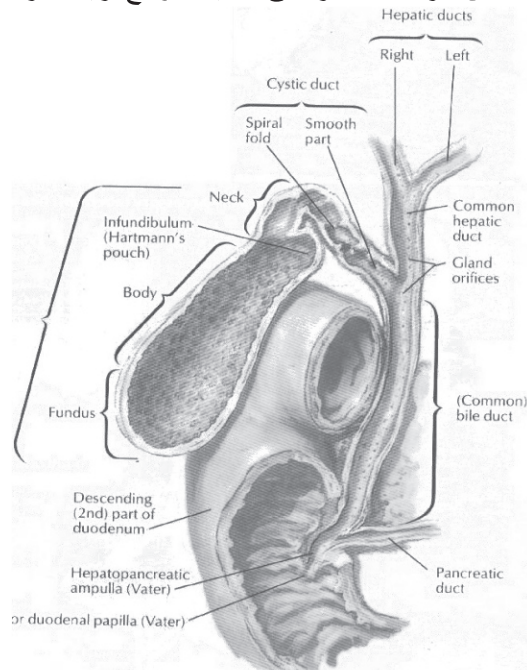
اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی طرق صفراوی
- ارزیابی و معاینات امراض طرق صفراوی
- اسباب، تظاهرات سریری، اختلالات و تداوی سنگ های طرق صفراوی
- تشوشتات غیر معمول طرق صفراوی
- امراض خبیثه طرق صفراوی

آناتومی جراحی

حویصل صفرا شکل ناک مانند را داشته طول آن ۷,۵-۱۲,۵ سانتی و ظرفیت نارمل آن ۵۰ ملی لیتر میباشد لاکن در حالت مرضی قابلیت توسع زیاد دارد



حویصل صفرا از نظر آناتومیک متشکل از غور (Fundus) جسم (Corpus) و عنق (Neck) بوده و غشای مخاطی آن دارای یک تعداد بتارزات و فرورفتگی ها دربین طبقه عضلی بنام Luschka crypts میباشد.

سیستم قنیوات

۱- قنات سیستک: ۲,۵

سانتی متر طول داشته و بعد از شروع از

Infundibulum

حویصل صفرا با قنات

کیدی اساسی وصل و

شکل (۱-۸) آناتومی جراحی حویصل صفراء و طرق صفراوی^۱ 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 میآید.

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:

الف - قطعه فوق اثنا عشری (Supra duodenal portion) : تقریباً ۲,۵ سانتی متر طول داشته و در کنار آزاد ثرب صغیر سیر دارد.

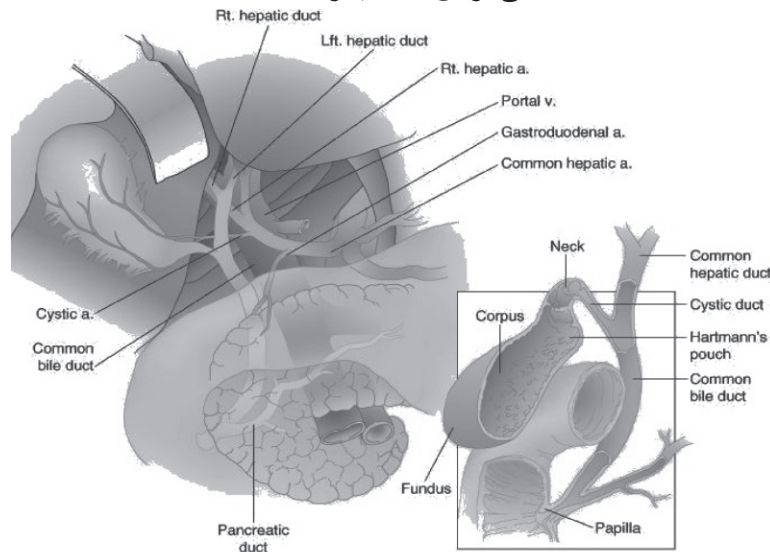
ب - قطعه خلف اثنا عشری (Retroduodenal portion)

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.



شکل (۲) (۸) ارواء حویصل صفرا

۲- شریان سیستک اضافی که از شریان معدی اثنا عشری منشه میگیرد.

تغییرات اناتومیک

- 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.

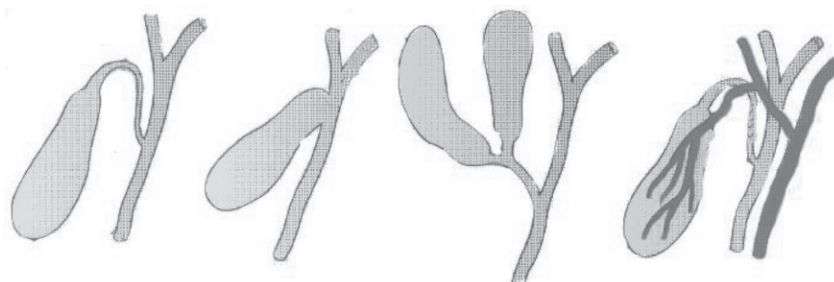
درینازلنفای

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 کبدي راست در قدام قنات کبدي اساسی.^۲

فزیولوژی جراحی

زمانیکه صفرا کبد را ترک مینماید حاوی ۹۷٪ اب، ۱-۲٪ نمکهای صفراوی و ۱٪ صباغات، کولسترول و اسید های شحمی میباشد. کبد تقریباً ۴۰ ملی لیتر صفرا فی ساعت اطراح مینماید. حویصل صفرا نارمل دارای وظایف ذیل میباشد:

- ۱- ذخیره صفرا- در اثنای گرسنگی مقاومت معاصره مقابل جریان صفرا زیاد بوده و صفرا اطراح شده توسط کبد بداخل حویصل جریان پیدا میکند بعد از گرفتن غذا مقاومت معاصره Oddi مقابل جریان صفرا کم شده حویصل تقلص و صفرا داخل اثنا عشر میگردد این عکس العمل حرکی طرق صفراوی قسما مربوط به هورمون Cholecystokinin میباشد که در نتیجه عکس العمل مخاط قسمت علوی امعا مقابل مواد غذایی خصوصاً شحم ازاد میگردد.
- ۲- غلیظ ساختن صفرا - صفرا که از کبد به حویصل صفرا میرسد در اثر عملیه جذب فعال اب ، سودیم، کلوراید و بای کاربونات توسط غشای مخاطی حویصل ۵-۱۰ مرتبه غلیظ شده و همزمان مقدار نمک های صفراوی، صباغات صفراوی، کولسترول و کلسیم در ان افزایش میابد.
- ۳- افراز مخاط- که تقریباً ۲۰ ملی لیتر در هر ۲۴ ساعت افراز میگردد.

معاینات طرق صفراوی

- التراسونوگرافی

یک معاینه بی ضرر بوده و در تشخیص سنگ های صفراوی ارزش فوق العاده زیاد دارد همچنان این معاینه در صورت موجودیت یرقان در صدر معاینات قرار دارد

- رادیوگرافی ساده بطن

در ۱۰٪ وقایع سنگ های رادیو اوپیک کیسه صفرا را نشان داده و همچنان این معاینه وقایع نادر تکلس کیسه صفرا (porcelain gall bladder) و Lime bile و گاز در قنات صفراوی را نشان میدهد.

- کولی سیستوگرافی فمی (Graham cole test)

این معاینه گرچه از رواج افتاده اما با وجود ان برای تشخیص Polyp، Diverticula و ارزیابی وظایف کیسه صفرا از ان استفاده می شود

- کولانژیوگرافی وریدی (Biligram)

در این معاینه biligram (Meglumine ioglycamate) از طریق وریدی زرق شده وماده مذکور بزودی توسط کبد به طرق صفراوی اطراح و به تعقیب ان رادیوگرافی اخذ میگردد که در ان قنات صفراوی و موجودیت سنگ بداخل حویصل طور واضح مشاهده میشود.

- Radioisotope scanning

در این معاینه technetium-99m مشتقات نشانی شده Imino-diacetic acid (HIDA, PIPIDA) که در صفرا اطراح میگردد به منظور دیدن طرق صفراوی بکار میرود

- Computerized tomography (CT)

این معاینه در Staging کارسینوما حویصل صفرا و طرق صفراوی به منظور تشخیص و سعت تومور ، موجودیت میتاستاز ها و لنف ادینوپاتی ارزش دارد.

-Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP)

یک معاینه ستندرد در تشخیص امراض و سنگ های طرق صفراوی میباشد

- ERCP

- PTC

- Per operative cholangiography

- Operative Biliary Endoscopy (Choledochoscopy)

سنگ های صفراوی

Cholelithiasis (Gall stones)

سنگ های صفراوی از جمله معمولترین امراض طرق صفراوی بوده که در اطفال نادر میباشد و وقوع 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 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 یا پنجا ساله

فکتور های تحریکی

برای سنگ های کولستروال و Mixed

۱- میتابولیک

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

چاقی، حالاتی که باعث تنقیص نمک های صفراوی میگردد عبارت اند از استروژن امراض ایوم، زیزکشن ویا bypass ایوم و تداوی با Cholestyramine.

۲- انتانات

اگرچه صفراوی مریضان مصاب سنگ صفراوی اکثراً معقم میباشد لکن انتانات درسنگ 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 واگتومی 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 بلوربین در حالات ذیل می شود:

Spherocytosis ارثی، Sickle-cell anemia، Thalassemia، ملاریا و دسامات مصنوعی قلب.

۲- تضیقات سلیم وخبیث قنوات صفراوی

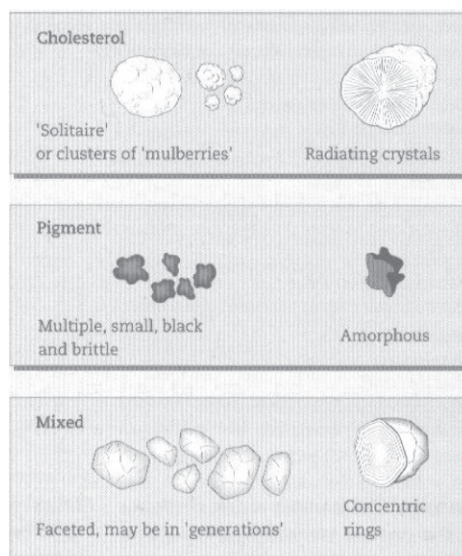
۳- سیروزس

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 ویا اینکه جدار حویصل صفرا ضمور کرده بدور سنگ جمع می شود ودر 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,
و Ca-palmitate

پروتئین شامل میباشند. 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 در حالیکه باقیمانده نرم و شکنند میباشند.

سیر و اختلاطات سنگ های صفراوی

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 نقیح

۴- Mucocele

۵- کارسینومای حویصل صفرا

ب - در طرق صفراوی.

۱- یرقان انسدادی

۲- Cholangitis

۳- پانکریاتیت 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 احشای مجاور بالخصوص ثرب کبیر پوشیده شده بوجود آمده است.

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

گاهی Empyema حویصل صفرا بوجود آمده و نادراً حویصل بداخل جوف پریتون تنقب 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 محرکه و انتانات گاز گانگرن باشد.

تشخیص تفریقی

مرض باید از اپاندیسیت حاد، تنقب 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 پپتیک 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 شفا یاب شده

Cholecystectomy انتخابی به منظور جلوگیری از حملات بعدی ۶ هفته بعد اجرا میگردد که Cholecystectomy laparoscopic را نسبت ندبه کوچک، دوره نقاهت زود رس نظربه Cholecystectomy باز ترجیح میدهند. با وجود این مشکلات عملیاتی، انومالی آناتومیک، 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 ویا توسط عملیات باز صورت گیرد ویا Cholecystectomy اجرا گردد. تثقب حویصل صفرای التهابی حاد نادر بوده و ایجاب عملیات عاجل را مینماید واین اختلاط وفیات 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 لاکن عملیات بعد از سپری شدن این مدت نسبت ایجاد التصاقات التهابی مشکل میگردد. یک تعداد زیاد جراحان مداخله جراحی عاجل را در کولی سیست حاد توصیه میکنند.

کولی سیستیت مزمن

Chronic Cholecystitis

کولی سیستیت مزمن تقریباً همیشه با سنگ کیسه صفرا همراه بوده و حمله های مکرر التهابی باعث فیبروز مزمن و ضخیم شدن جدار کیسه صفرا میگردد. که ممکن حاوی صفرا غلیظ و بعضاً منتن باشد.

نزد این مریضان حملات مکرر 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 در این علامه انگشت کلان در ناحیه حویصل صفرا گذاشته شده و از مریض خواهش می شود تا شهیق عمیق اجرا کند که در صورت درد مریض قبل از ختم شهیق تنفس خویش را قطع مینماید.

تشخیص تفریقی

مرض از اسباب دیگر dyspepsia مزمن از قبیل 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 گردیده است.

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 علاوه‌تاً نکس مرض اکثراً بعد از قطع تداوی نسبت باقی ماندن حویصل صفرا غیر نارمل مشاهده می‌شود. بناءً این تداوی در موارد محدودی استطباب 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 کتینر بداخل حویصل از طریق جلدی و اسپری آنها حل نمود. اما با وجود آن این میتود تداوی نسبت داشتن معاذیر استطباب محدود دارد.

تقیح حویصل صفراء (Empyema of the gall blader)

در این صورت حویصل صفرا با قیح مملو شده لاکن باوجود ان در اضافتر از نصف وقایع در کلچر قیح باکتری نمی‌روید. تقیح حویصل صفرا در نتیجه اختلاط کولی سیستیت حاد و یا منتن شدن موکوسل بوجود آمده که درد شدید و حساسیت با تقلصیت هیپوکاندر راست بیشتر میگردد درجه حرارت بلند رفته و لوکوسیت ها به ۱۸۰۰۰ هزار میرسد بعضا حویصل صفرا توسط احشای مجاور مانند ثرب کبیر و معده احاطه شده و کتله یا پلاسترون حویصل را بوجود می‌آورد که با تداوی توسط انتی بیوتیک ها و تطبیقات سرد میتواند از سفلی بطرف علوی رشف گردد. تداوی تقیح حویصل صفرا کولی سیستیکتومی میباشد.

موکوسیل حویصل صفرا (Mucocele of the gall bladder)

این اختلاط زمانی بوجود می‌آید که عنق حویصل صفراء و یا قنات سیستک توسط سنگ مسدود و صفرای حویصل معقم باشد که در این صورت صفرا جذب و حویصل صفرا توسط مخاط که از اپیتلیوم حویصل صفرا افزاز میگردد مملو میشود. در این حالت حویصل صفرا به اشکال و جسامت های مختلف ممکن در تحت اضلاع قابل جس باشد که با فعل تنفس متحرک بوده و میتواند به انتان و انشقاق معروض شود. بخاطر باشد که موکوسیل حویصل صفرا در امراض خبیثه که باعث بندش قنات سیستیک شود نیز بوجود آمده میتواند.

Acalculus Cholecystitis

التهاب حاد و مزمن حویصل صفراء بدون موجودیت سنگ صفراوی نیز بوجود آمده و باعث تولید اعراض مشابه کولی سیستیت سنگدار میگردد بعضی از این مریضان یک التهاب غیر وصفی جدار حویصل داشته در حالیکه دیگران یک حالت Cholecystoses دارند و مریضانیکه اعراض مزمن دارند جهت تشخیص کولی سیستوگرافی فمی نظریه التراسوند مفید بوده و در صورت موجودیت اعراض حاد Radioisotope scanning معاینه با ارزش میباشد همچنان تشخیص کرسنل های کولیستروول در عصاره اثناعشری نیز در تشخیص کمک می نماید. کولی سیستیت حاد بدون سنگ بالخصوص در مریضان شفایاب از جراحی کبیره، مصاب ترضیض و سوختگی مشاهده شده که اکثرا تشخیص صورت نگرفته و ۲۰٪ وفیات دارد.

**کولی سیستوزس (Adenomyomatosis, Polyposis, Cholesterosis,
Cholecystitis glandularis proliferans)**

یک گروه امراضی اند که بعضا حویصل صفرا رامصاب میسازد که دراین حالت تغییراتی التهابی مزمن با هایپرپلازی تمام عناصر نسجی مشاهده می شود

Cholesterosis (Syn. Strawberry gallbladder): در این حالت جدار داخلی حویصل صفرا شبه توت فرنگی (Strawberry) مشاهده شده که نشانه رسوب و تجمع کریستل وایستر کولیستروول در طبقه تحت مخاط میباشد و ممکن مترافق با سنگ های کولیستروول باشد

اعراض بعد از کولی سیستیکتومی

Post Cholecystectomy Syndrome

کولی سیستیکتومی در ۱۵٪ مریضان باعث از بین رفتن اعراض نشده و گفته میشود که این مریضان مصاب سندروم Post cholecystectomy میباشد. این تشخیص باید با احتیاط زیاد گذاشته شود زیرا اعراض مذکور اکثرا مربوط احشا دیگر از قبیل hiatus hernia، قرحه اثنا عشری، پانکریاتیت،

دیورتیکولیت و یا Irritable bowel syndrome بوده و در صورتیکه امراض فوق رد گردد به یکی از افات ذیل طرق صفراوی فکر شود:

- ۱- سنگ طرق صفراوی اساسی- که در اثنای عملیات از نظر مانده است.
- ۲- باقی ماندن stump طویل قنات سیستیک مثلاً در صورت اتصال قنات سیستیک با قنات صفراوی اساسی سفلی تر از حالت نارمل.
- ۳- موقوف شدن قنات صفراوی اساسی در اثنای عملیات که باعث تضیق آن میگردد.

تداوی

کولانژیوگرافی داخل وریدی و ERCP در تشخیص مرض کمک کرده و تداوی آن نظر به عامل سببی صورت میگردد.

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 میآید.

سنگ های قنات صفراوی باعث انسداد جریان صفرا ویا کولانژیت انتانی میگردد و هرگاه انسداد بصورت بنفسه ویا توسط تداوی رفع نشود فشار بالای سیستم صفراوی باعث سیروز ثانوی و عدم کفایه کبد میگردد.

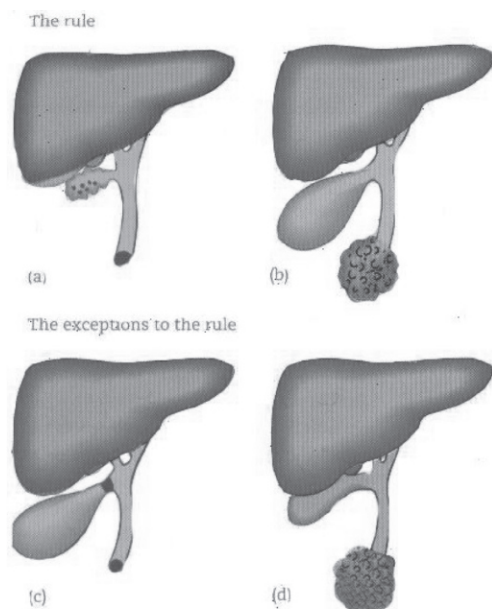
اعراض

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 ویا 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.

علایم

حساسیت ممکن در ناحیه اپی گستریک و هایپو کاندرراست 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



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

که هرگاه یرقان از باعث بندش قنات کولیدوک توسط سنگ باشد حویصل صفرا متوسع و قابل جس نه بوده (فیروز جدار حویصل و بندش ناتام توسط سنگ) در حالیکه هرگاه سبب یرقان، کانسر رأس پانکراس ویا 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 لکن نسبت توضع آن در تحت فص راست کبد از نظر سریری غیر قابل جس میباشد.

تشخیص تفریقی سنگ های قنات صفراوی اساسی

۱- با یرقان (۷۵% وقایع)

الف - کارسینومای پانکراس ویا قنات صفراوی

- ب - هیپاتیت حاد
 ۲- بدون یرقان (۲۵% وقایع)
 الف - کولیک کلیوی
 ب - انسداد امعاء
 ج - Angina pectoris

معاینات تشخیصیه

- ۱- تست وظائف کبدی (LFT)
 سویه الکلین 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

تضیقات قنات صفراوی اساسی

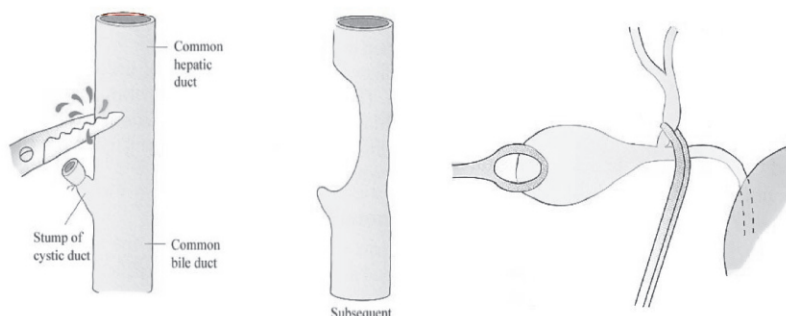
تضیقات قنات صفراوی اساسی می تواند سلیم (۸۰% بعد از عملیات و ۲۰% التهابی) و یا خبیث باشد.

تضیقات بعد از عملیات (post operative)

مربوط به قنات صفراوی اساسی و یا قنات کبدی اساسی بوده و در یکتعداد کم وقایع صرف قنات کبدی راست مصاب می گردد و اینوع تضیقات در اثنای کولی سیستمیکومی در نتیجه یکتعداد اشتباهات تکنیکی قابل جلوگیری ذیل بوجود می آید.

۱. تطبیق شریان گیر بصورت کورکورانه در وقایع نزف شریان سیستمیک با شریان سیستمیک اضافی و یا شریان کبدی راست که احتمال ماوف شدن قنات کبدی اساسی میرود برای جلوگیری از این اختلاط وخیم، تمام نزف های غیر مترقبه این ناحیه باید ابتدا با داخل نمودن انگشت اشاره در فوچه Winslow و محکم گرفتن حافه ازاد Gastrohepatic Omentum بین انگشت کلان و اشاره کنترل گردد و بدین ترتیب تحت فشار قرار دادن موقتی شریان کبدی باعث ظاهر شدن محل نزف و لیگاتور ان بصورت درست میگردد (Hogarth Pringle's Manoeuvre).

۲. اجرای کولی سیستمیکومی با تسلیخ حویصل از حذای غور کیسه (Fundus First Operation) و کش نمودن زیاد حویصل صفراوی ازاد شده سبب می شود تا قنات صفراوی اساسی نسبت کشش زیاد یک زاویه ساخته و بعوض قنات سیستمیک توسط شریان گیر گرفته شود.



شکل (۸-۶) ماوف شدن قنات در اثنای عملیات ماوف شدن قنات کبدی مشترک که سبب تضیق میگردد

۳. عدم وضاحت آناتومی در حذای مثلث Calot's از باعث التهاب زیاد که بدین ترتیب قنات کبدی اساسی بعوض قنات سیستیک بسته شده می تواند.
۴. عدم معلومات در مورد انومالی آناتومیک طرق صفراوی .
۵. انشقاق (Laceration) طرق صفراوی اساسی در اثنای استکشاف ان به منظور سنگ.
۶. در ۳٪ وقایع تضیقات قنات صفراوی اساسی ، قنات مذکور در اثنای گاستریکتومی قسمی به منظور قرحه نافذه اثناعشری ماوف میگردد.
- جروحات طرق صفراوی تقریباً در ۱۵٪ وقایع در اثنای عملیات تشخیص شده و ۸۵٪ باقیمانده توسط اختلاطات ذیل بعد از عملیات تشخیص میگردد:
- ۱- آمدن افرازات صفراوی زیاد و دوامدار از طریق درن و در صورت عدم تطبیق درن بوجود آمدن پریتونیت صفراوی.
- ۲- یرقان روبه ازدیاد و در صورت ناتام بودن بندش، یرقان الی تشکل فیبروز که لومن قنات را متضیق تر سازد به تاخیر می افتد.

معاینات رادیولوژیک

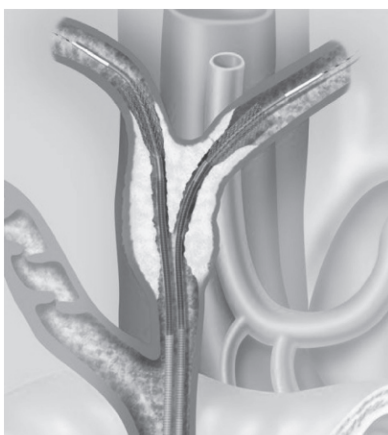
- ۱- التراسوند.
- ۲- کولانژیوگرافی از طریق (T-tube) در صورت موجودیت ان.
- ۳- ERCP
- ۴- Transhepatic Cholangiography که به علت امکان انتان باید صرف در روز عملیات اجراء گردد.
- ۵- CT cholangiography

تداوی

مریضانیکه وضع عمومی خراب دارند نزد انها با تطبیق کتیتز بداخل قنات Intrahepatic از طریق جلدی، دریناژ صفراء بصورت موقتی بخارج صورت گرفته همچنان در اثنای ERCP میتوان جهت دریناژ از طریق فمی کتیتز را از ناحیه متضیق عبور داد که بعد از بهتر شدن وضع عمومی مریض عملیه جراحی انتخابی اجراء میشود. تداوی با میتود های فوق میتواند باعث کولانژیایتیس شود بنا در تمام مریضان توصیه نمی شود. در وقایع تضیقات سلیم یا قطع قنات، بهترین تداوی عبارت از Roux en Y

choledochojejunostomy عاجل توسط یک جراح مجرب در تداوی تضیقات سلیم بعد از عملیات میباشد.

تداوی دیگر در وقایع تضیقات تازه و موجودیت Endoscopist خوب عبور یک Wire رهنما از ناحیه متضیق و توسع ان توسط بالون با تطبیق Stent در ناحیه مذکور میباشد.



شکل (۷-۸) تطبیق stent در وقایع تضیقات طرق صفراوی

عملیات جراحی

در یک تعداد کم وقایع تضیقات خبیثه (کارسینومای طرق صفراوی یا راس پانکراس) قابل ریزکشن میباشد. تضیقات سلیم و خبیث غیرقابل برداشت ایجاب عملیات Bypass ویا Stenting را مینماید و عملیات های مخلف موجود میباشد.

۱- Cholecystojejunostomy: این عملیات زمانی اجرا میگردد که حویصل صفراء موجود، قنات سیستیک باز و تضیق سفلی تر از محل اتصال قنات سیستیک با قنات کبدی اساسی قرار داشته باشد. و جهت دریناز صفراء یک عروه ژیزینوم با حویصل صفراء تفم داده میشود. این عملیات در تضیقات سلیم نسبت خطر انتان هرگز اجراء نشود.

۲- Choledochojejunostomy: دراین عملیات نهایت علوی قنات صفراوی با جنب Roux en Y عروه ژیزینوم تفم داده میشود و ممکن این تفم در صورت لزوم با قنات صفراوی کبدی اساسی در حذای سویق کبدی صورت میگردد.

۳. Choledochoduodenostomy: از جمله عملیات انتخابی در انسداد موضعی طرق صفراوی سفلی میباشد.

۴- تطبیق Stent: در صورتیکه عملیات Bypass نا ممکن باشد یک Stent توسط مداخله جراحی یا از طریق PTC و یا ERCP در ناحیه متضیق گذاشته میشود

SCLEROSING CHOLANGITIS

عبارت از ضخیم شدن لیفی جدار های قنوات صفراوی میباشد که اکثراً مترافق با تضیقات متعدد است. ممکن قنوات داخل و خارج کبدی مصاب افت شود. مرض بصورت ثانوی بعد از سنگ طرق صفراوی، افات ولادی و یا ترضیضات عملیاتی طرق صفراوی به مشاهده رسیده و در یک تعداد کم وقایع فکتور های مساعد کننده فوق دریافت نشده و افت بنام (Primary Sclerosing Cholangitis) یاد میشود.

sclerosing cholangitis در یک برسه وقایع مترافق با کولیت قرحوی بوده و در کلیشه رادیوگرافی نسبت تضیقات متعدد که توسط قطعات با قطر نارمل و یا متوسع از هم جدا میگردد به شکل دانه تسبیح مشاهده میشود. انذار مرض مختلف بوده و بعضی مریضان نسبت عدم کفایه کبد چند ماه بعد از تشخیص فوت کرده در حالیکه دیگران ممکن بصورت نسبی بدون اعراض برای سالهای زیاد زندگی نمایند. تداوی مناسب مرض تحت مناقشه بوده و در صورتیکه تضیق بزرگ طرق صفراوی خارج کبدی موجود باشد عملیه Bypass ممکن مفید ثابت شود و وقایع دیگر مرض با دریناژ طرق صفرای اساسی توسط T-tube و گذاشتن Stent در ناحیه متضیق بصورت موفقانه تداوی میگردد. اکثراً تداوی با یک دوز بلند Steroids برای یک دوره کوتاه قبل از عملیات و یا ۱۰ روز بعد از عملیات در رفع تضیقات لیفی موثر میباشد.

فیستول های صفراوی

فیستول های صفراوی دو نوع میباشد: یکی داخلی و دیگر خارجی.

۱- فیستول های صفراوی داخلی: در اینصورت سنگ صفراوی بعد از تفرح جدار حویصل فیستول را بین معده، اثنا عشر و یا کولون ایجاد کرده و در کلیشه رادیوگرافی ساده بطن، گاز در طرق صفراوی مشاهده می شود. و در صورتیکه فیستول مذکور بقدر کافی بزرگ باشد ممکن سنگ باعث انسداد امعاء رقیقه شود (Gallstone ileus) اگر سنگ ها داخل کولون شود میتواند باعث انسداد کولون شود. که در اینصورت با کارسینومای کولونی بدون اعراض شباهت نشان میدهد.

۲- فیستول های خارجی: تقریباً تمام این فیستول ها به تعقیب عملیاتیهای که بالای طرق صفراوی و یا اثنا عشری صورت میگیرد در نتیجه ماوف شدن

قنوات اساسی ویا لیکاز انستوموز صفراوی بوجود می آید. فیستولهای مذکور در صورت بندش و جلوگیری از جریان صفراء بداخل امعاء ادامه یافته بنا در چنین حالات باید تمادی سیستم صفراوی برقرار ساخته شود .

رادیوگرافی (مانند Sinogram، ERCP) جهت ارزیابی افت مفید بوده و در صورتیکه طرق صفراوی سالم باشد sphincterotomy و کشیدن تمام اجسام نکروتیک و اجنبی از طرق صفراوی باعث حل پرابلم میگردد. هرگاه تضیق موجود باشد ایجاب تطبیق (Stent) و یا مداخله جراحی را می نماید. و به خاطر باشد که فیستول های اثناعشری نسبت عصاره پانکراسی ایجاب مراقبت مخصوص را می نماید.

کارسینومای حویصل صفرا

پتالوژی

یک تومور نسبتاً نادر بوده ودر ۸۵%-۹۰٪ وقایع مترافق با سنگ های صفراوی میباشد بعضی موءلفین سبب مرض را تخریش مزمن ویک تعداد دیگر تاثیر کارسینوژنیک مشتقات کولیک اسید میدانند 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٪ باقیمانده Squamous carcinoma است.

کارسینومای حویصل صفرا بصورت موضعی کبد و قنوات آنرا اشغال کرده و انتشار لنفاوی آن به عقدات لنفاوی در حذای سوپک 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 وبر علاوه ضیاع وزن در مرحله موعخر باعث یرقان انسدادی می شود ودراین 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. 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 انذار مرض همیشه خراب بوده و مریض در ظرف چند ماه فوت میکند.

Cholangiocarcinoma**پتولوژی**

وقوعات کارسینومای قنوات 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 ماکروسکوپی این تومور در داخل پرانشیم کبدی و یا در قنوات صفراوی بزرگ خارج کبدی بوجود میاید. قنوات صفراوی کبدی راست و چپ یا قنات صفراوی کبدی اساسی و قنات سیستک نواحی اند که زیادتیر مصاب میگردند.

از نظر میکروسکوپی این تومورها Mucin secreting adenocarcinoma میباشد.

تظاهرات سریری

یگانه تظاهرات سریری مرض یرقان روز افزون بدون درد 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 نمیشد.

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

تداوی

تومور به آهستگی نشوء نما کرده بناً تطبيق stent به کمک ERCP ویا 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. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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: McGRRRA;
2011
- 8- 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. 25th ed.
Great Britain: Hodder Arnold; 2008.
P. 1111–1129.
- 9- 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
- 10- 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
- 11- 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

اهداف آموزش

دانشتن:

- آناتومی جراحی پانکراس
- ارزیابی و معاینات پانکراس
- انومالی های ولادی پانکراس
- اسباب ، ارزیابی و تداوی پانکریاتیت
- تظاهرات سریری، تشخیص و تداوی کانسر پانکراس

آناتومی جراحی

پانکراس یک عضو خلف پریتونانی بوده تقریباً ۸۵ گرام 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.

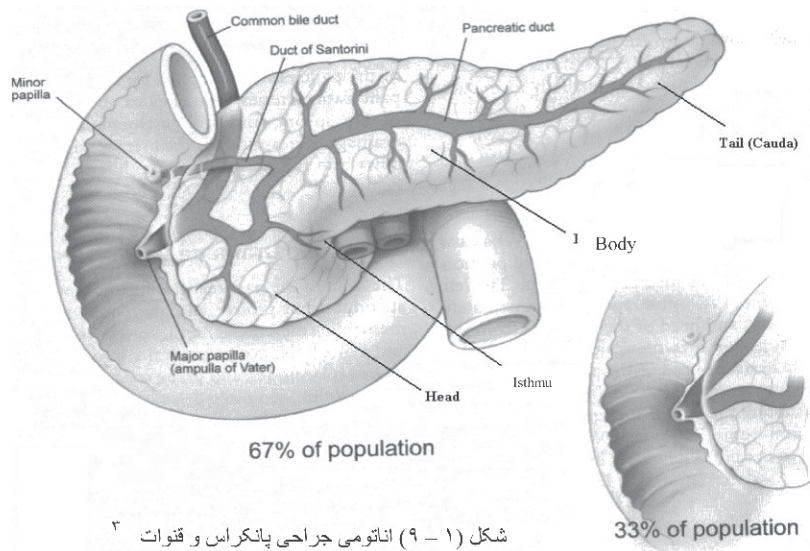
جسم پانکراس بطرف علوی وچپ سیر داشته و خط متوسط را عبور مینماید. زنب پانکراس در حذای رباط طحالی کلیوی بطرف قدام موقعیت داشته و با سویق طحال تماس دارد.

پانکراس در قدام با کولون مستعرض، اتصال مساریقه کولون مستعرض، ثرب صغیر ومعدده ودر 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.

قنوات پانکراس

۱- قنوات پانکراسی اساسی : این قنوات توسط قنوات جوانه بطنی (قنوات راس) در راس پانکراس ساخته شده که با قنوات ظهري (قنوات جسم و زنب) در رأس پانکراس یکجا میگردند و بعد از سیر خلفی سفلی بالاخره با قنوات صفراوی در حذای امپول و اتر در جدار خلفی انسی قطعه دوم اثنا عشر وصل میگردند.

۲- قنوات پانکراسی اضافی: قنوات اساسی جسم و زنب پانکراس بوده و در رأس پانکراس به قدام سیر داشته و داخل قطعه دوم اثنا عشر در حذای Accessory papilla میگردند.



شکل (۱ - ۹) آناتومی جراحی پانکراس و قنوات^۳

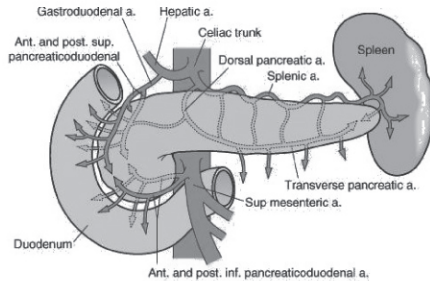
ارواء پانکراس

۱- شرانین: پانکراس توسط شرانین طحالی و

Pancreaticoduodenal

علوی و سفلی ارواء میگردند.

۲- دریناژوریدی: آورده آن به ورید باب میریزد.



شکل (۲ - ۹) ارواء پانکراس^۴

۳- لنف: به عقداات لنفاوی که در امتداد شرائین پانکراسی قرار دارد دریناژ شده واز آنجا به عقداات celiac و مساریقی علوی میریزد.

انومالی ولادی پانکراس

پانکراس به قسم دوجوانه ظهری و بطنی (Ventral, Dorsal) از اثنا عشر ابتدائی انکشاف یافته جوانه بطنی به خلف تدور کرده و بدین ترتیب او عیه 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 و اتر باز میگردد.

جوانه ظهری بزرگ، جسم و زنب 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 و درین انومالی یک نودول نسج پانکراس ممکن در معده، اثنا عشر یا ژیزونوم دریافت شود و باعث اعراض انسدادی و یا سوء هاضمه میشود.

مرض سیستیک ولادی پانکراس

این انومالی بعضا با مرض ولادی سیستیک کلیه و کبد همرا می باشد.

فزیولوژی جراحی

غده پانکراس در عکس العمل مقابل مواد غذایی باعث افراز انزایم های هضمی در یک مایع غنی از قلویات (PH 8.4) و بای کاربنات شده که این انزایم های هضمی توسط حجرات acinar افراز میگردد در حالیکه حجرات قنوات بای کاربونات افراز می نماید. غده پانکراس روزانه تقریبا یک لیتر افرازات داشته که این افرازات حاوی ۵-۸ گرام پروتین به شکل انزایم میباشد. افرازات خارجی پانکراس تحت کنترول عصبی و هارمونی بوده و تنبیه عصب

سیمپاتییک حشوی باعث نهی افراز ان میگردد . سرعت افراز و محتوی بای کاربونات عصاره پانکراسی توسط هارمون Secretin که از مخاط اثنا عشر در اثر تنبیه اسید لومن افراز میگردد افزایش مییابد. افراز انزایم های پانکراسی توسط Pancreozymin که از مخاط اثنا عشر در اثر شحم و پپیتاید های داخل لومن افراز میگردد شدیداً تنبیه شده همچنان افرازات پانکراسی توسط هارمونهای که بداخل پانکراس و امعا تولید میشود مانند vasoactive intestinal peptide و گاسترین تنبیه شده و توسط هارمونهای پانکراسی مانند Somatostatin وپولی پپیتاید پانکراسی و گلوکاگون نهی میگردد.

افرازات پانکراس شامل مرحله Cephalic که با فکر در مورد مواد غذائی شروع شده، مرحله معدوی که با موجودیت غذا در معده تولید شده و مرحله معائی که توسط افرازات secretin و pancreozymin اثنا عشر و ژیرینوم وساطت میگردد می باشد. انزایم های هضمی پانکراس تقریباً ۲۰ عدد بوده که اینها عبارتند از:

انزایم پروتئولیتیک مانند Trypsin ، انزایم Lipolytic مانند Lipase انزایم های پارچه کننده نشایسته مانند Amylase و انزایم های پارچه کننده Nucleic اسید مانند ribonuclease.

معاینه خصوصی پانکراس

برای اینکه در مورد افات پانکراس معلومات حاصل کرد می توانیم معاینات خصوصی ذیل را انجام داد:

۱- تعیین سوبه انزایمهای پانکراس در مایعات عضویت- در جروحات پانکراس amylase ، lipase ، trypsin ، chemotrypsin و elastase در بین سیروم ازاد میگردد:

- سیروم amylase در ظرف چند ساعت بعد از ترضیض پانکراس بلند رفته و بعد از ۴-۸ روز کاهش مییابد. سوبه فوق العاده بلند سیروم امیلاز زیادتز به پانکریاتیت حاد دلالت میکند.

- Urinary amylase و amylase-creatinine clearance ratios کمتر ارزش تشخیصیه دارد

۲- تست های وظیفوی پانکراس- عکس العمل افرازی پانکراس مقابل تنبیهات ستندرد در ارزیابی وظایف غده پانکراس کمک مینماید. که به این منظور از

یکتعداد تست در تعیین بای کاربنات و انزایم ها در عصاره پانکراس استفاده می‌گردد.

۳- اجرای التراسوند، endoscopic ultrasound، CT scan، MRI، ERCP و رادیوگرافی ساده بطن و صدر که در تشخیص امراض و ارزیابی انومالی های ساختمانی پرانشیم و سیستم قنوات پانکراس مفید می باشد.

ترضیضات و جروحات پانکراس

ترضیضات و جروحات خارجی- پانکراس میتواند در اثر ترضیضات مستقیم کند و یا جروحات نافذه مجروح گردد . ترضیضات کند میتواند در اثر تصادمات ترفیکی یا بایسکل و یا در اثر فشار غیر مترقبه در بطن بحال استرخا بوقوع رسد. در ترضیضات پانکراس معمولترین ناحیه آسیب پذیر عنق ان میباشد که بالای فقره دوم قطنی و ابهر قرار دارد و در صورت وارد شدن ترضیض بطرف راست بطن میتواند راس پانکراس و اثنا عشر تمزق نماید. جروحات نافذه که پانکراس را مصاب میسازد اکثرا معده، اثنا عشر، کولون، کبد و یا طحال را نیز در بر میگیرد.

تظاهرات سریری و تداوی مرض

معمولترین تظاهرات سریری ترضیضات کند پانکراس درد ناحیه اپی گستریک می باشد . تعیین سویه سیروم امیلاز در تشخیص کمک کرده که در ۹۰٪ وقایع بلند میروند . معاینه التراسوند ممکن اذیما، هیماتوم و یا یک سیست کاذب پانکراس را نشان دهد و ادامه درد بطنی، بلند بودن سویه سیروم امیلاز برای مدت طولانی و یا با پیشرفت علایم فزیکی استطباب لاپراتومی را نشان میدهد . در اثنای عملیات نسبت هیماتوم وسیع محیط پانکراس اکثرا وسعت جرحه قابل تعیین نبوده و در صورت عدم خونریزی واضح پانکراس بحال خودش گذاشته شده و درن در ناحیه تطبیق و یک دوره تداوی محافظه کارانه با تقویه مریض از طریق وریدی و نگرفتن غذا از طریق فمی تعقیب میگردد. هرگاه جسم پانکراس قطع شده باشد در صورت خوب بودن وضع عمومی مریض ریزکشن قسمت Distal توصیه میشود. کوشش بمنظور ترمیم ناحیه اکثرا باعث ماوف شدن اثنا عشر شده همچنان ترمیم قنات بالای Stent ، انستوموز هر دو نهایت پاره شده به یک عروه Roux en Y و Sphincterotomy بمنظور تنقیص

فشار عصاره پانکراسی و جلوگیری از تشکیل فیستول دارای نتایج خوب نمی باشد. در صورت تشکل کسیت کاذب پانکراس باید Cystogastrostomy اجرا شود. بعضاً جرحه قنات پانکراسی تامدت زیاد الی بوجود آمدن پانکریاتیت از باعث تضییق قنات اعراض واضح ندارد.

انذار مرض- معمولترین سبب مرگ در جروحات پانکراس نزف ناحیه تمزقی میباشد و فیات ترضیضات کند پانکراس با در نظر داشت افت مترافقه از ۱۶ - ۲۸% بوده و وفیات جروحات نافذه پانکراس مترافق با جروحات احشاء مجاور به ۵۰% میرسد.

جروحات زمان عملیات پانکراس (Iatrogenic injury)

این جروحات به چهار شکل ذیل بوجود میاید:

۱. جرحه ذنب پانکراس در اثنای برداشتن طحال که باعث فیستول پانکراسی میگردد
۲. جرحه قنات پانکراسی اضافی (Santorini) در اثنای عملیات گاستریکتومی قسمی Billroth II.
۳. سعی بمنظور Enucleation تومور حجره Islet پانکراس میتواند باعث فیستول شود.
۴. نزف اثنا عشری به تعقیب Sphincterotomy که جهت توقف و کنترل نزف ایجاب Duodenotomy را مینماید.

فیستول های پانکراس

فیستول پانکراس اکثراً در اثر ترضیض زمان عملیات بوجود آمده که در اکثر وقایع در ابتدا از نظر مخفی باقی می ماند.

تداوی

تداوی این فیستول ها بنا بر دلایل ذیل مشکل میباشد:

۱. ضایعات مایعات و الکترولیت ها: پانکراس در صورت موجودیت فیستول تمایل به افراز زیاد داشته و ممکن در ۲۴ ساعت تا ۲ لیتر ضایعات داشته باشد که این ضایعات مایعات و الکترولیت ها باعث تحدید حیات مریض میگردد بنا

لازم است تا ضایعات مذکور جبران گردد و در صورت زیاد بودن ضایعات باید عصاره پانکراسی از طریق فمی توصیه شود
افرازات پانکراس بصورت قسمی توسط ادویه مشابه Somatostatin به انحطاط معروض شده و غذا مریض باید دارای مقدار زیاد پروتین و مقدار کم کاربوهایدریت باشد و اکثراً ایجاب مینماید تا تغذی این مریضان کاملاً از طریق Parentral صورت گیرد.

۲. **هضم بنفسهی جدارها:** جلد باید توسط Hcl 1% Ointment در کریم اکساید زینک محافظه شود بخاطر باشد که عصاره پانکراسی به تنهایی نظر به عصاره پانکراسی و اثنا عشری بالای جدار تاثیر تخریشی کمتر دارد زیرا انزایم های پانکراس توسط محتوی اثنا عشر فعال میگردد.

۳. **دریناژ:** باید توسط التراسوند و CT scanning راجع به عدم موجودیت تجمع مایع بدور را دور پانکراس اطمینان حاصل کرد و در صورت تجمع مایع دریناژ آن از طریق جلد تحت کنترول Imaging توصیه میشود در صورت سالم بودن قنات پانکراسی ممکن فیستول شفایات شود بر خلاف در قطع مکمل قنات افرازات ادامه یافته و Pancreatogram در تداوی کمک میکند که در صورت قطع تام قنات ریزکشن توصیه میشود.

پانکریاتیت حاد

Acute pancreatitis

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

اسباب

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

- سنگ های صفراوی (۵۰-۷۰٪): سنگ های صفراوی در انگلستان در نصف وقایع مشاهده شده چنانچه در مواد غایبه یک تعداد زیاد مریضان پانکریاتیت حاد سنگ های کوچک صفراوی را میتوان دریافت کرد.
- الکول (۲۵٪): 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 و امریکا 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 ویا ترضیض پانکراس در اثنای آزاد نمودن اثنا عشر در عملیات گاستریکتومی قسمی ویا splenectomy .
 - بعداز ERCP : بالخصوص در صورت اجرا Pancreatography با مشکلات در عبور کانول از papilla که باعث ادیما وانسداد ناحیه میگردد.
 - کارسینومای پانکراس.
 - انتانات: مانند - کله چرک (Mumps) Cytomegalovirus ویا انتان Cocksackie .
 - ترضیض : بالخصوص ترضیض کند یا Crush injury
 - ادویه جات مانند کورتیکواستروئید ها و Sodium valproate.
 - Hypothermia
 - Hypercalcaemia
 - Hyperlipidaemia
 - وعایی: 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 شسیستن 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 اثنا عشری پانکراسی یک فکتور مهم میباشد که 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 اثنا عشری 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 بنفسه 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 سیست کاذب بوده و معمولاً بعد از روز دهم ظاهر میگردد.

پتالوژی میکروسکوپیک

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 میآید. پانکراس متورم، نزفی و در اشکال شدید واقعاً نکروتیک میباشد گاهی پانکریاتیت متفیح 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 آبی شروع و موقعیت آبی 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 کولاپس دورانی) موجود میباشد. درجه حرارت یا پائین تر از نارمل و یا تا 39°C (103°F) بلند میرود.

با معاینه بطن بصورت منتشر حساس و متقلص بوده و تقریباً ۳۰٪ این مریضان زردی خفیف از باعث اذیما رأس پانکراس و انسداد قسمی قنات کولیدوک دارند. چند روز بعد از حمله شدید مرض ممکن است تغیر رنگ آبی شکل در نواحی 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 انذار مرض اجراء شده و عبارتند از:

- سیروم امیلاز - پانکراس ماؤف باعث آزاد شدن امیلاز بداخل دوران شده که توسط کلیه ها اطراح میگردد بنأء 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، آبه و سیست 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 نتقب 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 رادیواپیک 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 ازجوف 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 شاک، اکثراً با تنقب قرحه پپتیک 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:

- انالژیک – درد توسط Pethidine تسکین شده زیرا مورفین باعث اسپزم معصره Oddi می‌گردد.
- جبران ضایعات مایعات – توسط محلولات Colloid و خون به منظور تداوی شاک و تأمین دیوریز، در اشکال کمتر شدید مرض تعویض مایعات و الکتروولیت 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 وقایعی 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 صفاوی بالخصوص در اشکال شدید مفید میباشد.

همچنان قنات صفاوی 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 سیست کاذب استطباب دارد و در پانکریاتیت از باعث سنگ های صفاوی 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.
- سیست کاذب – متصف با درد و سوبه بلند امیلاز به شکل دوامدار بوده که اکثراً در هفته دوم مشاهده شده و بشکل یک کتله ناحیه اپی گاستریت ظاهر میگردد.
- نرف معدی معائی – از باعث Erosion حاد معده و یا قرحه پپتیک
- عدم کفایه کلیه – که همراه با شاک و نکروز پانکراس میباشد.
- عدم کفایه ریوی – جرحه 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

- الکولیزم مترافق با غذای غنی از پروتئین و شحم که در دنیا غرب سبب عمده پانکریاتیت مزمن میباشد.
- تضییق و انسداد قنات پانکراسی از باعث ترخیصات، پانکریاتیت حاد و کانسر پانکراس.
- Hyperparathyroidism.
- فیروز سیستیک.
- ارثی.
- سو تغذی دوران طفولیت.
- تضییق امپول واتر.
- بلند بودن سویه کلسیم خون (سبب غیر معمول)
- اسباب نا معلوم.

پتولوژی

- تظاهرات ماکروسکوپی
- در ابتدا پانکراس ممکن نارمل بنظر رسد بعدا از باعث Sclerosis و تصلب بزرگ و سخت میگردد. زمانیکه قنات معوج و در بعضی نواحی متوسع گردید سنگ های متکلس که از چند ملی گرام الی ۲۰۰ گرام وزن دارد در بین ان تشکل مینماید و قنات توسط مایع مکدر و غنی از پروتئین جلاتینی مسدود شده و سیست ها را میسازد.
- تظاهرات میکروسکوپی
- افات یک فصیص خاص را مصاب ساخته و باعث میتاپلازیا و هایپر پلازیا قنات ، ضمور acini و فیروز بین الفصیصی میگردد.

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.
 - دلبدی و استفراغ
 - بی اشتهایی
 - اسهال شحمی از باعث عدم کفایه پانکراس
 - ضیاع وزن - از باعث بی اشتهایی، سوء جذب (Steatorrhea) و استفراغ
 - دیابیت با اعراض ان از باعث آفت حجرات β پانکراس
 - یرقان انسدادی - که تشخیص تفریقی آن از کارسینومای رأس پانکراس حتی در زمان عملیات مشکل است.
 - کتله حساس و سخت ناحیه اپی گستریک که ممکن دلالت به تشکل سیست نماید

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.
- معاینه مواد غایطه- اسهال شحمی را نشان میدهد.
- رادیوگرافی بطن ممکن سنگ و یا تکلس را نشان دهد.
- التراساوند- که بصورت وصفی سنگ، سیست ها ، غیرمنظم بودن و توسع قنات اساسی پانکراس را نشان میدهد.
- CT - ممکن غده را از نظر ساختمان بزرگ و غیر منظم نشان دهد.
- ERCP - ممکن قنات پانکراسی را متوسع و غیر منظم وقنات صفاوی را تحت فشار رأس پانکراس نشان دهد.

- Exocrine function tests – مانند تست fecal elastase که به عوض تخنیک قدیم که در آن شحم در مواد غایطه تعیین میگردید وسیعاً بکار میرود.

تداوی

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

- انالجزیک – برای تسکین درد باید انالجزیک مشتقات مورفین توصیه شود لکن طوریکه میدانیم تداوی دوامدار باعث اعتیاد شده بنأء گرفتن انالجزیک به صورت درست یکی از مشکلات تداوی میباشد.

- رژیم غذایی – 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.

سیست های پانکراس

تصنیف

سیست های پانکراس بدودسته یعنی سیست های حقیقی (True cyst) و سیست های کاذب (False cyst) تصنیف میگردد:

۱- سیست های حقیقی یا True cyst (%۲۰) عبارت از سیست های اند که مملو از یک مایع بوده و توسط یک غشای اپیتلیال احاطه شده است. این سیست ها نیز قرار ذیل تصنیف میگردد:

الف- سیست های ولادی:

- سیست های واحد (Single cyst)
- سیست های متعدد (Multiple cysts) یا مرض پولی سیستیک پانکراس
- سیست در موئید
- مرض فایبروسیسستیک پانکراس

ب- سیست های کسبی (Acquired cysts):

- سیست های احتباسی (Retention cyst)
- سیست های پرازیتیک (سیست هیداتید)
- سیست های نیوپلاستیک
 - Cystadenoma سلیم
 - Cystadenocarcinoma

سیست های ولادی پانکراس نهایت نادر بوده و سیست پرازیتیک پانکراس در ایالات متحده امریکا راپور داده نشده. Retension cyst که یک توسع سیستک فئات پانکراسی است اکثرا از باعث التهاب پانکراس بوجود آمده و مانند سیست های ولادی نادر نمی باشد. سیست های نیوپلاستیک پانکراس نسبتا نادر است.

۲- سیست های کاذب یا Pseudocyst (%۸۰)

عبارت از سیست های اند که مملو از یک تجمع عصاره پانکراسی (با و یا بدون علقات خون) حجرات نکروتیک ویا التهابی پانکراس میباشد و توسط یک غشای لیفی یا فیبروز احاطه شده است. این سیست ها اکثرا یک جوفی بوده و در حذای جوف صغیر پريتوان (Lasser sac) توزع دارد لاکن بعضا میتواند در بین پانکراس، مساریقه کولون مستعرض، ثرب کبیر و نادرا در خلف پانکراس و یا منصف نیز بوجود آید. رنگ مایع داخل سیست شفاف و بدون رنگ بوده اما نظر به مقدار خون و حجرات نکروتیک میتواند نسواری و یا سبز تاریک باشد.

ایتولوژی

اسباب سیست کاذب پانکراس عبارتند از:

- ۱- به تعقیب التهاب حاد پانکراس (%۷۵)

۲- به تعقیب ترضیضات (۲۵%)

باید گفت که نیوپلازم، پرازیت ها و تثقب قرحات خلفی معده نیز از جمله اسباب نادر مرض بشمار میروند و مرض زیادتدر در مردان در دهه چهارم و پنجم حیات مشاهده میشود. زیرا در ایجاد مرض پانکریاتیت از باعث الکولیزم نظر به سنگ های صفراوی بیشتر رول دارد.

تظاهرات سریری

اعراض سریری سیست های کاذب پانکراس عبارت از درد های دوامدار بطنی، تب و فلج امعا (Ileus) میباشد که ۲-۳ هفته بعد از حمله پانکریاتیت حاد، مزمن و یا ترضیض پانکراس ظاهر میگردد.

درد در ناحیه LUQ و یا اپی گستریک توضع داشته و بعضا بطرف خلف انتشار دارد که از جمله مهم ترین عرض مرض بشمار میروند.

دلبدی استفراغ، بی اشتهایی و ضیاع وزدن در ۲۰% مریضان مشاهده شده و نادرا نزف معدی معایی از باعث فشار کتله بالای ورید باب و تشکل وریس بوقوع میرسد و در صورت فشار سیست بالای قنات صفراوی پرقان ظاهر میگردد.

با معاینه فزیکی در ۷۵% مریضان کتله بزرگ مدور و ثابت در قسمت علوی بطن دریافت شده که اکثرا بدون درد است. تحرکیت کتله نظر به شدت عکس العمل التهابی محیط سیست و تثبیت ان به احشای مجاور فرق میکند. جسامت کتله بعضا تغیر کرده که ممکن علت ان دریناژ قسمی سیست در قنات پانکراسی باشد. بعضا کتله مذکور به کلی از بین رفته که این حادثه ممکن مربوط به رشف مقدار کم مایع، ثرب کبیر و پانکراس ضخاموی بتعقیب خاموش شدن وتیره التهابی باشد.

معاینات تشخیصیه

۱- بلند بودن سویه امپلاز سیروم

۲- اجرای Barium meal : که در این معاینه معده توسط کتله به علوی و قدام تپله شده و هرگاه کیست توضع علوی داشته باشد. انحنای صغیر معده هموار و پهن میگردد. در صورت توضع سیست در حدای راس پانکراس، چوکات اثنا

عشر متوسع شده و اماله باریوم بیجا شده گی کولون مستعرض را به سفلی نشان میدهد .

۳- معاینه التراساوند که در تشخیص مرض معاینه با ارزش است.

۴- Retrograde Endoscopic Canulation قنات پانکراسی که ممکن بندش قنات Wirsung و یا Extravasation مواد ملونه را بداخل سیست نشان دهد.

۵- Computerised Axial Tomography: یک میتود بسیار خوب در تعیین توضع سیست است.

۶- معاینه خون که اکثرا leucocytosis را نشان میدهد.

تداوی

سیست های حقیقی- عبارت از برداشتن سیست توسط مداخله جراحی میباشد. سیست های کاذب- نظر به اینکه سیست حاد و یا مزمن میباشد تداوی ان فرق کرده که نوع اول ان اکثرا به تعقیب حمله پانکریاتیت حاد بوجود آمده و ۲۰- ۴۰٪ انها بدون تداوی رشف میگردد. بنا در صورت که منتن نشده باشد باید کدام عملی در هفته های اول بعد از تشخیص اجرا نگردد و توسط التراساوند متکرر راجع به ارتقا سیست و یا رشف ان معلومات حاصل گردد. تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که سیست منتن گردد یا برای ۲-۳ ماه موجود باشد و یا اینکه قطر بیشتر از ۶ سانتی متر داشته باشد. و این تداوی عبارتند از :

۱- دریناژ خارجی یا External drainage (Mursupialisation): از طریق جلد تحت کنترل التراساوند.

۲- دریناژ داخلی یا Internal drainage: که شامل cystgastrostomy، cystjejunostomy Roux-Y و یا cystduodenostomy میباشد.

۳- ریزکشن یک قسمت پانکراس که کیست کاذب را دربر میگردد. باید گفت که هرگاه سیست کاذب پانکراس تداوی نشود میتواند به یک تعداد اختلاط مانند انتانات ثانوی، انسداد طرق صفراوی اساسی و اثنا عشر، نرف شدید و تمزق در احشا مجاور و یا جوف پریتون معروض گردد.

تومور های پانکراس

تصنیف- بدو گروه سلیم و خبیث تقسیم میگردد.

الف: تومور های سلیم

۱- ادینوما

۲- Cystadenoma

۳- تومور حجرات جزیرات پانکراس (Islet – cell tumour)

الف – Zollinger – Ellison tumour (non β -cell tumour)

ب – Insulinoma (β -cell tumour)

ج – Glucagonoma (α -cell tumour)

ب : تومور های خبیث

۱- تومور های خبیث ابتدائی

الف – Adenocarcinoma

ب – Cystadenocarcinoma

ج – تومور خبیث حجرات Islet

۲- تومور های خبیث ثانوی

در این صورت پانکراس توسط تومورهای معده یا قنات صفراوی مصاب میگردد.

تومور های neuroendocrine پانکراسی

این تومور ها از یک تعداد حجرات جزایر Langerhans منشه میگردد گرچه نادر اند (کمتر از ۲% نیوپلازم پانکراس) اما نسبت تأثیرات میتابولیک خویش حتی در صورت افات کوچک که تشخیص ان با CT، MR و انژیوگرافی انتخابی مشکل است نهایت دلچسپ میباشند.

انواع تومورها

تومور های نیرواندوکراین پانکراس از حجرات Amine Precursor Uptake (APUD) 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 افزاز نموده که اینها هارمون های فعال بوده

فوظایف شان شناخته نشده و اکثراً اضافه تر از یک پولی پپتید افراز میگردد جزایرات پانکراس حاوی یک تعداد حجرات زیاد بوده که از جمله حجرات α که گلوکاگون، حجرات β انسولین و حجرات δ (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) و هارمون Vasoactive intestinal polypeptide (VIP-oma) و هارمون Adrenocorticotrophic (ACTH) (کوشنگ سندروم).
تومور های حجرات Islet ممکن مترافق با دیگر تومورهای اندوکرین در سایر نواحی بدن به شکل یک قسمت از Multiple endocrine neoplasia (MEN) سندروم مشاهده شود که اکثراً قسمت قدامی غده نخامیه و پارائیراید 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 ضعیفی، عرق لرزش، اختلال شعور، hemiplegia و بالاخره کوما که ممکن کشنده باشد.

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

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 میباشد.

- حمله مرض با گرفتن شکر از طریق فمی یا وریدی برطرف می‌گردد.
- تشخیص تفریقی هایپوگلیسیمیا بنفسه در کاهلان، شامل تطبیق انسولین توسط خود شخص یا الکل و عدم کفایه غده فوق الکلیه، نخامیه و کبدی میباشد.

معاینات تشخیصیه

- سویه انسولین - سویه بلند انسولین در موجودیت هایپوگلیسیمیا. هایپوگلیسیمیا میتواند از باعث یک دوره گرسنگی طولانی (۱۴ - ۱۶ ساعت) بوجود آید.
- C - Peptide levels - ممکن به منظور رد تطبیق انسولین خارجی اندازه گیری شود زیرا این ماده در انسولینوما بلند بوده و در صورتیکه انسولین خارجی تطبیق شده باشد پائین میباشد.
- تست توضع (Localization test) شامل CT، MR و انژیوگرافی انتخابی میباشد. نادراً توضع تا زمان لپراتومی تشخیص نمی‌گردد و حتی بعد از آن نیز ممکن مشکل باشد.

تداوی - برداشتن تومور میباشد.

گاسترینوما

(Zollinger-Ellison syndrome/non-β-cell islet tumour)

این تومور Non-β-cell ممکن سلیم و یا خبیث، واحد ویا متعدد باشد و ۱/۴ آنها قسمتی از MEN سندروم میباشد. تومورهای خبیث در شکل sporadic کمتر معمول (۳۰٪) نظر به شکل مربوط به MEN (۶۰٪) بوده و بطور نسبی آهسته نشوونما مینماید. با وجود آن بالاخره میتاستاز کبدی بوجود می‌آید. 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 نرف و تنقب 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 (Omeprazole) Proton pump inhibitors و یا دوزهای بلند (Cimetidine) Histamine H₂-receptors antagonists یا (Ranitidine) کنترول میگردد. تداوی جراحی مرض راکه Total gastrectomy میباشد تداوی عصری ضد اسید تا اندازه زیاد تعویض نموده است.

کارسینوما پانکراس

کanser پانکراس ششمین سبب مرگ از باعث kanser در کشور انگلستان بوده و وقوعات ان ۱۰ واقعه در ۱۰۰۰۰۰۰ نفوس سالانه میباشد. این kanser ۲-۳٪ تمام kanser های جهان را تشکیل داده است در ایالات متحده امریکا چهارمین سبب مرگ از باعث kanser میباشد و وقوعات مرض در ۲۵ سال گذشته تدریجاً کاهش یافته مرض اکثراً در اشخاص مسن مشاهده میشود چنانچه نصف مریضان سن بالاتر از ۷۰ سال دارد و در اشخاص معتاد به سگرت زیاد مشاهده میگردد.

پتولوژی

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

۱/۳ تومور های رأس پانکراس Peri-ampullary بوده که از امپول واتر مخاط اثنا عشر و یا از نهایت سفلی قنات صفاوی اساسی منشه میگردد. از نظر ماکروسکوپیک تومور ارتشاحی (Infiltrating) سخت و غیر منظم میباشد.

- از نظر میکروسکوپی یک تومور به انواع ذیل میباشد:
- 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 و اکثراً در خانم های با سن متوسط مشاهده میشود.

انتشار تومور

۱- انتشار مستقیم

- الف - در قنات صفراوی اساسی که باعث یرقان انسدادی میگردد.
 - ب - در اثنا عشر باعث نرف 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 ادیمای دوطرفه طرف سفلی میگردد.
- ۲- انتشار لنفاوی - به عقدات لنفاوی مجاور و عقدات سوپیک کبدی
- ۳- انتشار دموی - به کبد و از آنجا به ریه انتشار مینماید.
- ۴- Transcoelomic - تومور در پریتون 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 زیادتر در تومور نوع Peri-ampullary مشاهده شده و قنات صفراوی بصورت مقدم قبل از اشغال احشاء مجاور و تولید درد تحت فشار قرار میگیرد.
 - درد - حد اقل ۵۰% مریضان درد گنگ و دوامدار ناحیه اپی گاستریک دارند که اکثراً به ناحیه قطنی علوی انتشار کرده و درد اکثراً قبل از یرقان متقطع بوجود میاید.
 - یرقان متناوب - یرقان اکثراً روبه ازدیاد بوده لاکن میتواند در اثر نکروز تومور به شکل مؤقتی کاهش و یا 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 نمیباشد.
- تظاهرات عمومی امراض خبیثه - بی اشتهای و بالخصوص ضیاع وزن میباشد.

معاینه مریض

مریضان اکثراً یرقانی بوده و ۵۰٪ شان حویصل صفرای قابل جس دارند (Courvoisier's law) در صورتیکه تومور بزرگ باشد ممکن کتله در ناحیه اپی گاستریک جس شود کید 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.
- Endoscopic ultrasound - که معلومات زیاد در مورد تومور ارایه مینماید
- 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 نرف تومور periamullary داشته باشد. (The silvery stool of Ogilvie)

- سیروم امیلاز نادراً بلند می‌رود.
- آنالیز بیوشمیک تغییرات یرقان احتباسی را تثبیت و تأیید مینماید. (بلوروبین و الکالین فوسفاتز بلند)

تشخیص تفریقی

مرض باید از اسباب دیگر یرقان انسدادی و درد های علوی بطن تشخیص تفریقی شود. بخاطر باشد که تشخیص کارسینوما جسم و زنب پانکراس نسبت عدم ایجاد یرقان بسیار مشکل بوده و معاینات لابراتواری و رادیولوژی اکثراً منفی میباشد.

تداوی

تداوی کارسینوما پانکراس اکثراً عرضی بوده و این تداوی در تومور های رأس پانکراس که با یرقان انسدادی و انسداد 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 دریناژ صفراوی با استفاده از یک Roux loop ژیزونوم و غرس قنات پانکراس در عروه ژیزونوم اجراء میشود. گرچه اکثر این تومورها غیر قابل عملیات اند و آنهاستیکه قابل عملیات میباشد انداز خراب دارند.

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

Palliative intubation – که 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٪ و فیات 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. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011
- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1130 – 53
- 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 Brunnicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW–HILL; 2006. P. 845 – 78

فصل دهم طحال

اهداف آموزش

دانستن:

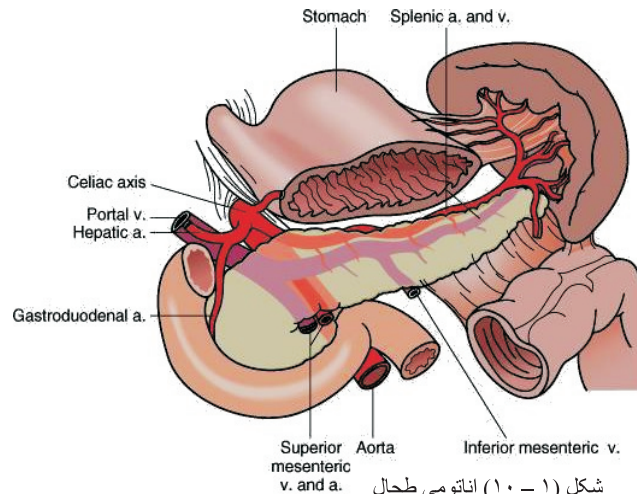
- آناتومی جراحی طحال
- وظایف طحال
- اسباب معمول ضخامه طحال
- تظاهرات سریری ترضیضات طحال، تداوی و اختلالات بعد از برداشتن طحال

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 حدای سوپیکطحالی 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 اوعیهطحالی و زنب پانکراس میباشد.



شکل (۱ - ۱۰) آناتومی طحال

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

شریانطحالی 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 سوپکطحالی میگردد .

وظایفطحال:

طحال برای ادامه حیات یک عضو اساسی نبوده چنانچه بعد از برداشتنطحال با معاینه سریری کدام عوارض واضح مشاهده نمی شود . رولطحال در مورد سلامتی و امراض بصورت واضح روشن نبوده با وجود ان هم وظایف ذیلطحال فهمیده شده است:

۱. عکس العمل مقابل انتی ژن و تولید انتی بادی
۲. تخریب کریوات سرخ با اشکال غیر نارمل و Rigid.
۳. Phagocytosis اجسام اجنبی.
۴. ذخیره صفیحات دمویه.
۵. تولید Erythrocyte ها.

ضخامهطحال (Splenomegaly)

علامیم فزیکی

براینکهطحال از نظرسریری قابل جس شود باید سه مرتبه بزرگ تر از حالتطبیعی باشد. دراین حالتطحال یک کتله متورم را میسازد که از حافه ضلعیچپ پائین آمده با تنفس متحرک و حافه سفلی آن سخت و ممکن دارای فرورفتگی باشد این کتله با قرع اصمیت داشته و اصمیت مذکور ازحافه ضلعیعلوی تر تمادی دارد.

سه حالت که تشخیص تفریقی آن با ضخامهطحال 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 تصنيف کرد:

۱- انتانات

الف - وایرس ها - Glandular fever

ب - باکتری ها - Typhoid، Typhus، Septicaemia (Septic spleen)

ج - پروتوزوایی - ملاریا، Egyptian splenomegaly، Kala-azar (schistosomiasis)

د - پرازیتیک - هیداتید

۲- امراض خون

الف - Chronic lymphocytic و Chronic myeloid - leukaemia

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

ج - Idiopathic thrombocytopenia، Polycythaemia Rubra Vera، myelofibrosis

د - Haemolytic Anaemia مانند β -Thalassaemia، Spherocytosis

۳- فرط فشار باب

۴- امراض میتابولیک و کولازن

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

ب - Storage disease مانند Niemann-pick، Gaucher disease

۵- کیست ها، آبه ها و تومور طحال، که اینها همه نادرند.

درکشور انگلستان ضخامه شدید و کتلوی طحال ناشی از امراضی از قبیل Myeloid، Leukemia، 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 ترضیضات 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، انستموزطحالی کلیوی در فرط فشار باب و Distal pancreatectomy .

اختلالات Splenectomy

- توسع معده (Gastric dilatation) از باعث ileus معده به تعقیب Splenectomy و هوای بلع شده به وجود آمده که میتواند در اثر فشار باعث باز شدن او عیه 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 اورده 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 باکتریایی با شک 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 ترضیضات غیر نافذ جدار بطن بوجود میاید. تمزق طحال اکثراً به تنهائی مشاهده شده لکن 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- نرف کتلوی با مرگ آنی از باعث شک - این حادثه از اثر متلاشی و پارچه شدن مکمل طحال و یا جدا شدن آن از حذای سوپق 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 ترخیص مشاهده شود در این شکل به تعقیب ترخیص ابتدائی درد موجود بوده که به زودی رفع و بعد از یک دوره کاملاً بدون اعراض و خاموشی اعراض و علائم تمزق طحال ظاهر میگردد.

این نوع تمزق از باعث هیماتوم تحت کپسول طحال بوجود آمده که در نتیجه همولیز حجم آن زیاد و بالآخره بعد از تمزق کپسول نازک پریتنوی نرف آنی و شدید به وجود می آید.

۴- تمزق بنفسه - طحال مرضی از باعث ملاریا، تب Glandular leukaemia و غیره ممکن بعد از ترخیص 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.

- Ultrasound- این معاینه ممکن مایع آزاد، هیماتوم داخل طحالی و یا تمزق کپسول را نشان دهد.

- 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 ترخیصی سایر احشا را نشان میدهد.

- معاینه ادرار- موجودیت خون در ادرار دلالت به آفت کیلوی مترافقه مینماید.

تداوی

درتمزق طحال بعد از شروع نقل الدم لپراتومی اجرا شده هرگاه طحال پارچه و متلاشی و ازحذای سوپق جدا شده باشد ایجاب Splenectomy عاجل را مینماید. و درصورت تمزق کوچک کوشش شود تا طحال نسبت خطر انتان بعد از Splenectomy بالخصوص در اطفال و کاهلان جوان با خیاطه های ظریف و گاز هموستایتیک قابل رشف حفظ شود. و بعد از کنترل نرف، تفتیش دقیق برای دریافت آفات سایر احشای بطنی اجراگردد.

References:**ماخذ:**

- 1- Adrian E. Park and Rodrick Mc Kinlay. Spleen. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRRAW-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: APPLANTON & LANGE; 2004. P. 541 - 55
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 5- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 6- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011

- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1101 – 10
- 8- R. Daniel Beauchamp, Michael D. Holzman and Timothy C. Fabin. Spleen. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P.1679 – 1710
- 9- Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 353 – 55
- 10- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Spleen and Lymphnodes. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 453 – 76

فصل یازدهم

پریتوان

Peritoneum

اهداف آموزش

دانستن:

- آناتومی جراحی پریتوان
- اسباب و تظاهرات سریری پریتونیت موضعی و منتشر
- تداوی جراحی مریضان پریتونیت حاد منتشر و موضعی
- تظاهرات سریری پریتونیت توبرکلوزیک

آناتومی 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 ماؤه میگردد بر خلاف پریتوان حشوی از نظر تعصیب فقیر بوده و درد ناشی از آن مبهم و بصورت درست دریک ناحیه موضعی نمیشد.

جوف پریتوان بزرگترین جوف بدن بوده و غشای که این جوف را میپوشاند سطح آن (۲مترمربع 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 پریتون 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 پریتون 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 پریتون جذب و در ظرف چند دقیقه به او عیه لنفاوی فوق حجاب حاجزی میرسد از همین باعث قیج داخل بطنی نیز به تحت حجاب حاجز انتشار مینماید.

هر گاه defect در پریتون 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 پریتون تحت قانون آزمو تیک میتواند یک مقدار زیاد مایع را جذب و افراز نماید که از این خاصه غشای پریتون در عملیه دیالیز پریطوانی به منظور تداوی عدم کفایه کلیوی استفاده میشود.

پریتونیت

Peritonitis

پریتونیت عبارت از التهاب غشای پریتون 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 و اعراض و علایم سریری آن متبازلز ترمیباشد و اگر به زودی تداوی نشود کشنده بوده و تداوی آن در اکثر موارد مداخله جراحی میباید.

اسباب

باکتری ها ممکن از چهار طریق ذیل داخل جوف پریتون شوند:

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

۲- از احشای داخل بطنی:

الف- گانگرن یکی از احشا مانند اپاندیسیت حاد، کولی سیستیت حاد دیورتیکولیت و یا احتشای امعاء.

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

ج - چلیدن کوک ها ی تهمی 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 و به 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 در کاهلان %۳۰ وقایع پریتونیت از باعث اختلاطات بعداز عملیات، %۲۰ از باعث اپاندیسیت حاد و %۲۰ از باعث تنقب قرحه بیپتیک بوجود میاید.

از نظر باکتریایی پریتونیت بامنشه معایی اکثرأ یک فلورای مختلط غایطی (E.coli، streptococcus faecalis، pseudomonas، klebsiella، proteus توأم با anaerobic، clostridium و bacteroides) نشان میدهد. انتانات نسائی ممکن gonococcal، chlamydial و یا streptococcal باشند.

پریتونیت با منشه دموی ممکن streptococcal، pneumococcal
 staphylococcal و یا Tuberculous باشد.
 در دختران جوان انتان نسائی نادر از باعث pneumococcus
 میباشد.

اناتومو پتالوژی

در اثناى لاپراتومی در یک مریض مصاب پریتونیت حاد منتشر
 پتالوژی های ذیل دریافت میگردد:

۱- انصباب داخل پریتوانی با منظره متحول در بطن موجود بوده و در
 صورتیکه پریتونیت هایپیرسپتیک باشد مایع مذکور مکرر ویا زرد مایل
 بوده و اگر از ان مدت زیاد گذشته باشد مایع مذکور مصلی قیحی و یا
 قیحی میباشد. در صورت تثقب احشا مجوف بطنی محتوی احشا مذکور
 بداخل بطن موجود میباشد.

۲- تحولات که در پریتوان دیده میشود مخصوصا در ناحیه نزدیک افت
 رنگ پریتوان تیره و پوشیده از بعضی مواد بوده و بعضا غشای کاذب
 سطح پریتوان را میپوشاند.

۳- در ناحیه ماوفه و محیط افت سببی پریتونیت التصاقات کم و بیش
 موجود بوده و به این منظور ثرب و امعا بدور ادور ناحیه رسیده تا افت
 ابتدایی را تحدید نماید.

تاثیرات پتالوژیک پریتونیت عبارت انداز:

۱- جذب زیادتوکسین از سطح بزرگ پریتوان 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 ازباعت یک تعداد امراض دیگر (اپاندیسیت حاد، تنقب قرحه پیپتیک و غیره) که از خود تظاهرات سریری مشخص دارند بوجود آمده با وجود آنهم زمانیکه پریتونیت تأسس نمود تظاهرات سریری انرا در دو مرحله یعنی مرحله تاسس (Initial phase) و مرحله نهایی (Terminal phase) مطالعه مینمایم:

۱- مرحله تاسس- در این مرحله اعراض مرض عبارتند از :

- درد بطن
- دلبدی و استفراغ
- قبضیت
- تحول نبض و درجه حرارت

درد بطن- بسیار انی بوده و مریض دفعتا مصاب درد شدید بطنی میگردد. شدت درد متحول و وصف خله زدن را دارد. درد در یک نواحی بطن نظر به سایر نواحی زیاد بوده و دوامدار می باشد. این مریضان برخلاف مریضان انسداد میخانیککی امعا و اپندیسیت در بستر آرام میباشد.

دلبدی و استفراغ- در اکثر وقایع موجود بوده اما هیچ گاه مانند مریضان انسداد کتلوی نمی باشد.

قبضیت- این عرض مانند مریضان انسداد امعا واضح نبوده و حتی بعضا اسهالات مشاهده میشود.

درجه حرارت و نبض- متحول بوده بعضا درجه حرارت نارمل و یا پائینتر از نارمل نیز میباشد اما نبض اکثرا سریع بوده و نبض بسیار سریع دلالت به وخامت مرض میکند.

در معاینه- بطن با تنفس اشتراک نکرده از سویه صدر پائین است. با جس که قسمت مهم معاینه میباشد یک تقلصیت یا شخی (Rigidity) عضلی جدار بطن دریافت شده که باید با دقت دریافت گردد در جه شخی جدار بطن متحول بوده مثلا در تنقبات قرحه پیپتیک زیاد بوده که با ان بطن خشبی (Board like abdomen) میگویند بعضا این شخی جدار

بطن کم بوده صرف یک مقاومت عضلی (Muscle defence) موجود می‌باشد.

تقلصیت جدار بطن ابتدا در ناحیه ماوفه موجود بوده لاکن بعد از تشکل پریتونیت حاد منتشر به تمام بطن منتشر می‌گردد. بخاطر باشد که شخی جدار بطن در مریضان لاغر و پریتونیت از باعث محرکه خفیف می باشد.

با قرع در صورت تنقب احشا مجوف بطنی اصمیت کبدی در تحت اضلاع ۶، ۷ و ۸ بالای خط ابطی قدامی از بین رفته و جای انرا وضاحت می‌گردد در این معاینه مریض به وضعیت جنبی چپ خوابیده تا گازات در ناحیه کبدی قرار گیرد.

در اصغا بطن او از معایی شنیده نشده که دلالت به یک انسداد فلجی از باعث پریتونیت می نماید.

معاینه معقدی (rectal exam) جوف دوگلاس را حساس و پر نشان میدهد.

۲- مرحله نهایی (terminal phase): این مرحله سه الی چهار روز بعد از تاسس پریتونیت مشاهده شده که در این حالت وجه مریضان سربی یا سیانوتیک شده استفراغات مکرر (اولا صفراوی بعدا غایطی) و هکک بوجود آمده توقف گاز و مواد غایطه تام می‌گردد. نبض سریع، سطحی و خیطی شده بطن منتفخ می‌گردد. عسرت تنفس بوجود آمده و در معاینه بطن بصورت یک نواخت متقلص می‌باشد مریض وجه هایپوکراتیک را پیدا کرده و چانس بهبودی مریض کم است.

معاینات تشخیصیه

این معاینات دارای ارزش محدود بوده و تشخیص متکی به تظاهرات سریری مرض می‌باشد.

- معاینه مکمل خون (FBC) - لوکوسیتوز واضح رانشان میدهد.
- سیروم امیلاز - درتشخیص تفریقی مرض از پانکریاتیت حاد کمک میکند.
- رادیوگرافی صدر (باید به وضعیت ایستاده اجرا گردد) - ممکن گاز آزاد (free air) را دروقایع تنقب احشای مجوف بطنی

- در تحت حجاب حاجز نشان دهد (در ۷۰٪ وقایع تنقبات قرحه پپتیک مشاهده میشود) و همچنان در تشخیص تفریقی پریتونیت از انتان ریوی کمک مینماید.
- رادیوگرافی بطن - ممکن گاز آزاد (تنقب قرحه پپتیک) و یا 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 صفرای، که مریض در همه این امراض نارام میباشد تشخیص تفریقی شود.

Basal pneumonia، احتشای میوکارد، نرف 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- اوکسیجن تیراپی- در صورت که مریض هایپوکسیک و یا اشباع اوکسیجن هیموگلوبین ان کمتر از ۹۵٪ باشد.
- ۲- جبران مایعات و الکترو لایت ها از طریق وریدی و تطبیق خون یا تعویض کننده های آن در صورت موجودیت شاک.
- ۳- تداوی بالانتی بیوتیک ها - به منظور مجادله مقابل انتانات معائی توسط انتی بیوتیک های وسیع التأثير مانند Penicillin و Gentamycin یا Cephalosporin توأم با Metronidazole. لاکن تداوی باتعین حساسیت انتان رهنمائی میگردد.
- ۴- تسکین درد (بعد از تشخیص قطعی) توسط مشتقات مورفین از طریق وریدی.

۵- اسپریشن معده توسط سند انفی معدی به منظور تنقیص انتفاخ بطن و جلوگیری از انشاق مواد استفراغ شده در انتای دادن انسٹیزی.

۶- جراحی - به منظور برداشتن یا ترمیم منشه مرض (اپاندیسیت گانگرینوز متقوبه و یا تنقب قرحه) استطباب دارد که در اینصورت بطن باز و بعد از تداوی عامل سببی پریتونیت، جوف پریتون چندین بار با سیروم فیزیولوژیک شسته شده و اکثراً با دریناژ دوباره بسته میگردد. بعد از عملیات نیز تداوی با انتی بیوتیک های انتخابی ادامه داده میشود.

اسباب مخصوص پریتونیت

پریتونیت از باعث دیالیز پریطوانی

مریضان مصاب عدم کفایه کلیه که دیالیز پریطوانی میشوند مساعد به تولید پریتونیت از باعث دخول انتان از طریق کیتیر دیالیز و یا تنقب 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 و داخل پریطوانی تداوی شده در حالیکه میکرواورگانیزم های متعدد دلالت به تنقب امعاء کرده و بر علاوه انتی بیوتیک ایجاب پراتومی را مینماید .

پریتونیت باکتریائی غیر اختصاصی

مریضان مصاب سیروز کبد و حین یک وسط غنی از پروتین برای کلچر اورگانیزم ها داشته و علاوه نسبت مریضی معافیت پائین دارند که انتان از طریق دموی به ناحیه رسیده و توسط tap بطنی تشخیص و با انتی بیوتیک های وریدی تداوی میشوند.

پریتونیت پنوموکوکی

بصورت ثانوی از باعث septicaemia مترافق با انتان ریوی پنوموکوک و یا از باعث انتان صاعده از مهبل در دختران ۴ - ۱۰ ساله که در حال حاضر نادر است بوجود میآید از نظر سریری نزد مریض پریتونیت بصورت آنی شروع و مترافق با توکسیمیا شدید و تب میباشند و تعداد لوکوسیت ها از ۲۰۰۰۰۰ در ملی مترمکعب تجاوز مینماید .

تداوی

اکثراً لپراتومی به گمان اپانديسیت حاد اجرا شده و مایع شفاف و یا مکرر که حاوی صفحات فبرین میباشد دریافت شده و درسلاید 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 ترشیضی 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 ولیکاژ صفرا از کبد، حویصل صفرا و یا قنوات صفراوی به تعقیب عملیات های طرق صفراوی .

- تثقب حویصل صفراوی التهابی حاد.

- اکزودات صفرا از یک حویصل صفرای گانگرنی بدون تثقب.

- تثقب بنفسه حویصل صفرا.

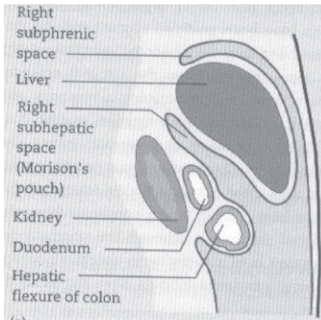
- ایدیوپاتیک - نادر بوده لاکن به خوبی شناخته شده که در چنین واقع پریتونیت صفراوی بدون سبب واضح بوجود میاید ممکن سبب آن تثقب کوچک از باعث سنگ باشد که بعداً بسته شده است.

پریتونیت صفراوی نادراً از باعث کولی سیستیت حاد بوجود میاید زیرا برخلاف اپاندکس که در اثر التهاب گانگرنین میکند حویصل صفرای

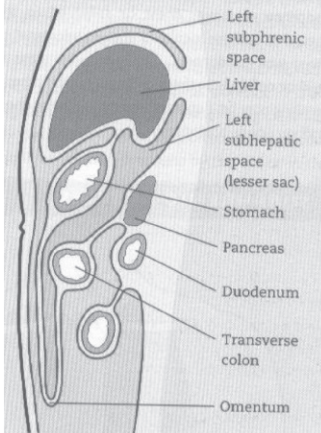
التهابی دارای جدار ضخیم بوده و توسط التصاقات احاطه شده و علاوتاً اروای خوبتر نسبت به اپاندکس دارد. این مریضان با تمام تظاهرات پریتونیت منتشر مراجعه کرده و باید به منظور تدای عامل سببی لپراتومی اجرا شود که در حدود ۵۰٪ و فیات دارد و و فیات مانند سایر پریتونیت ها در اشخاص پیرومراجعه مؤخر بیشتر میباشد.

پریتونیت حاد موضعی

Acute Localised Peritonitis



در این نوع پریتونیت التهاب در تمام جوف پریتون منتشر نبوده بلکه در یک ناحیه بطن موضعی میباشد 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

اناتومی

ناحیه Sub phrenic بین حجاب حاجز در علوی و کولون مستعرض با میزوکولون در سفلی قرار داشته و توسط کبد و لیگامنت های آن به ناحیه های کوچکتر تقسیم میگردد فضای تحت حجاب حاجزی راست و چپ بین حجاب حاجز و کبد قرار داشته که توسط لیگامنت falciform کبد از هم جدا میگردد.

شکل (۱ - ۱۱) آناتومی ناحیه

Sub phrenic

فضای تحت کبدی راست و چپ در تحت کبد قرار داشته که راست آن

جوف Morison و چپ آن جوف صغیر پریتون را ساخته و باهم توسط Foramen Winslow ارتباط دارند. فضای خارج پریتوانی 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 اکثرأ 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

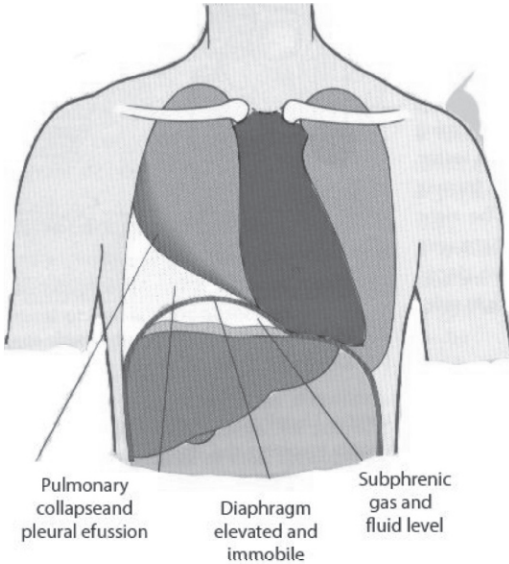
این آبسی ها اکثرأ ۱۰-۲۱ روز بعد از عملیات پریتونیت عمومی به وجود آمده و در صورت که مریض انتی بیوتیک اخذ نماید ممکن آبسی برای مدتی از نظر مخفی ماند و هفته ها حتی ماه بعد از انتان ابتدائی ظاهر شود.

ممکن اعراض موضعی موجود نباشد و مریض نسبت کسالت، دلبدی، ضیاع وزن، کم خونی و تب مراجعه نماید و حد اقل نصف مریضان تبی دارند که ادامه تب پریتونیت اولی است با وجود آن توضیح استتدر 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 می باشد.

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
 و یا کولپس قاعده ریه.

ج - سویه گاز و مایع در تحت حجاب حاجز.

- التراسوند ممکن تنقیص و یا عدم موجودیت حرکات حجاب حاجز را با
 آبسی sub phrenic نشان دهد.

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

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 آبسی موضعی تشخیص
 گردد و یا با شیموتراپی رشف نگردد آبه از طریق جلدی تحت
 رهنمائی التراسوند و یا CT دریناژ گردد هرگاه این تداوی نتیجه نهد و
 یا آبسی چند جوفی باشد دریناژ جراحی اجرا میگردد. که نظر به توضع
 آبسی یا از طریق خلف خارج پریتوانی از میان بستر و یا راساً تحت
 ضلع ۱۲ و یا از قدام توسط یک شق تحت ضلعی صورت میگردد.

آبسی حوصلی

آبسی حوصلی ممکن به تعقیب هر پریتونیت عمومی به وجود آید لاکن معمولاً بعد از اپاندیسیت حاد (۷۵٪) و یا انتانات نسائی مشاهده میشود این آبسی در مردها بین رکتوم و مثانه و در خانم ها بین رحم و رکتوم (جوف دوگلاس) به وجود می آید.

اگر آبسه 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 آبسی 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 مهبلی 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 شیموترابی به سرعت جواب دهد لاکن بعضاً تداوی طولانی با انتی بیوتیک در صورت عدم رشف انتان ممکن با عث ایجاد یک کتله التهابی مزمن با اجواف آبسه های کوچک در حوصله شود بنابراین بهتر است زمانیکه آبسی در حوصله بوجود آمد انتی بیوتیک قطع و انتظار کشیده شود تا آبسی در مهبل و یا 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 رکتوم آبسی تمزق و از طریق جدار رکتوم 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 و ضیاع 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.

علایم

با معاینه آورده متوسع در تحت جلد بطن مشاهده شده Shifting dullness و Fluid thrill دریافت میگردد و در اطفال نکور 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 پریتون 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.

علایم - 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 عرووات معانی بالخصوص الیوم بین هم میگردد. و این عرووات 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 علاوه بر این اعراض انسداد حاد یا تحت الحاد مشاهده میشود.

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

د- شکل تقیحی یا Purulent**پتالوژی**

در این شکل یک کتله از امعای التصاقی و ثرب توسط قیح توبرکلوزیک احاطه شده و آبسه بارد را میسازد که به طرف سطح معمولاً نزدیک ثره سیر کرده و یا به داخل امعا باز میگردد.

تظاهرات سریری

اعراض - در این شکل مریض از ضیاع وزن، درد بطنی، آمدن افرازات از یک فوچه در جدار بطن شاکی است.

علایم

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

ه- شکل حاد

این شکل از نظر پتالوژی مشابه شکل ascitic مرض بوده و از نظر تظاهرات سریری شبا هت نزدیک به پریتونیت حاد باکتریایی میرساند.

معاینات تشخیصیه

۱- اسپریشن پریتوانی - مایع اسپری شده زرد خاسف و اکثراً شفاف و غنی از لmfوسیت بوده کثافت مخصوصه بلند ۱۰۲۰ یا بیشتر از آن

- دارد و ممکن در کلچر و معاینه میکروسکوپی یک توسط تلوین Ziehl Nelsen – باسیل Mycobacterium tuberculosis مشاهده شود.
- ۲- Mantoux 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 توبر کلوز 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 دریناژ 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 آبه تخلیه و فیستول غایبی بسته شده و انستموز بین امعا علوی تر از فیستول و یک ناحیه غیر انسدادی در سفلی اجرا میشود.

ماخذ:

References:

- 1- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 991 – 1008
- 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. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011
- 6- 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. 148 – 56
- 7- S. Paterson – Brown. Laparotomy and Intraoperative 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

هدف آموزش

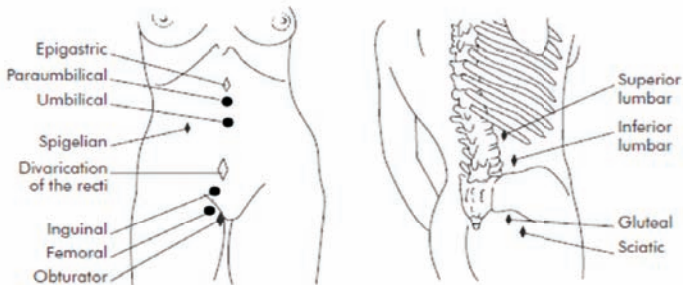
دانستن:

- نواحی معمول فتق های جدار بطن، آناتومی، اسباب، تظاهرات سریری، اختلالات و تداوی آنها

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 جدارگی تشکیل شده است. فتق ها از نظر اوصاف، ایتولوژی، آناتوموپیتالوژی، اعراض، اختلالات و سیر مشابه هم بوده و از نظر کثرت وقوعات انواع معمول فتق های جدار بطن قرار ذیل اند:

- فتق مغربی که غیر مستقیم و مستقیم میباشد
- فتق فخدگی
- فتق ثروی و Paraumbilical
- فتق ناحیه عملیاتی یا Incisional
- فتق Ventral و اپی گاستریک



شکل (۱-۱۲) فتق های جدار بطن از نظر وقوعات دایره سیاه- فتق های معمول؛ لوزی سفید - کمتر معمول و لوزی سیاه - فتق های نادر

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 مغبنی 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 ماؤف 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.

اسباب فتق ها جدار بطن را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد :

۱- فرط فشار داخل بطن از باعث:

- فعالیت زیاد عضلات و یا فشار از باعث بلند کردن وزن سنگین

- سرفه مزمن

- زور زدن در اثنای فعل تبول یا تغوط

- چاقی

- حاملگی

۲- امراض خبیثه داخل بطن

۳- ضعیفی کسبی به تعقیب ترضیض

۴- ضعیفی اناتومیک در نواحی که :

- بعضی ساختمانها که جدار بطن را عبور مینماید.

- عدم انکشاف عضلات

- عدم موجودیت عضله و صرف موجودیت نسج ندبی مانند ثره

۵- اعتیاد به سگرت (که باعث کاهش کسبی کولازن میگردد)

۶- دیالیزس پریتنانی

اناتومو پتالوژی

یک فتق متشکل از سه قسمت ذیل میباشد:

- کیسه فنقیه (Sac)

- مسیر یا پوش فتق (Covering of sac)

- محتوی کیسه فتقیه (Contents of sac)

- کیسه فتقیه - یک دیورتیکول پریټوانی بوده و متشکل از دهانه، عنق، جسم و غور میباشد که عنق کیسه فتقیه بخوبی قابل شناخت بوده لاکن فتقهای مستقیم مغبنی و نوع Incisional بدون عنق میباشد. قطر عنق کیسه فتقیه بسیار مهم بوده زیرا در صورت کوچک بودن (مانند فتق های فحذی و ثروی) میتواند بزودی باعث اختناق که اختلاط مهم فتق است شود.
- 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).
- محتوی فتق - به استثنای کبد و پانکراس تمام احشای بطنی شده میتواند. و اکثراً ساختمان های ذیل محتوی فتق را میسازد:
 ۱. مایع (Fluid): که معمولترین محتوی کیسه فتقیه بوده و از آگزودات پریټوانی تشکیل شده و یا اینکه یک قسمت حین میباشد.
 ۲. ثرب کبیر که بنام Omentocele یاد میشود
 ۳. امعا که بنام Enterocele یاد شده و اکثراً امعا رقیقه بوده لاکن در بعضی حالات امعا غلیظه و اپندکس نیز بوده میتواند.
 ۴. یک قسمت از جدار امعا که بنام Richter's Hernia یاد میشود.
 ۵. یک قسمت رتج (Diverticule) یا جدار مئانه بر علاوه احشاء دیگر میتواند محتوی کیسه فتقیه را تشکیل دهد مثلاً در فتق های مستقیم و Sliding مغبنی و فتق فحذی.
 ۶. مبیض با و یا بدون نفیر ها.
 ۷. رتج میکل که بنام Littre's Hernia یاد میشود.
 ۸. اپندکس التهابی (Amayand's hernia).

انواع فتق

فتق در هر ناحیه که باشد ممکن به اشکال ذیل مشاهده شود:

- فتق قابل ارجاع (Reducible Hernia)

- فتق غیر قابل ارجاع (Irreducible Hernia)

- فتق مختنق (Strangulated Hernia)

- فتق انسدادی (Obstructed Hernia)

- فتق التهابی (Inflamed Hernia)

فتق قابل ارجاع

عبارت از فتق است که محتوی آن ازاد و سالم بوده و بصورت تام در اثنای استراحت و یا توسط مریض و طبیب به داخل بطن قابل ارجاع باشد. در اثنای ارجاع هر گاه محتوی کیسه فتقیه امعا باشد صدای Gurgles شنیده شده و ارجاع آن در اول مشکل و در اخیر اسان است و در صورت ثرب کبیر که قوام خمیر مانند دارد برخلاف ارجاع آن در اول اسان و در اخر مشکل است (نسبت التصاقات ثرب با کیسه فتقیه).
فتق قابل ارجاع در اثنای سرفه یک توسع و Impulse نشان میدهد.

مطالعه سریری

تا زمانیکه فتق به یک اختلاط بزرگ از قبیل اختناق معروض نگردد بدون درد و اعراض وظیفوی بوده و ممکن مریض صرف از ناراحتی، احساس سنگنی و پیدا شدن کتله در ناحیه فتقیه در اثنای جهد شاکی باشد.

در معاینه فزیکی مریض فتق بدو وضعیت اول ایستاده و بعدا خوابیده معاینه میشود. در حالت ایستاده اگر مریض سرفه نماید یک کتله در ناحیه فتقیه ظاهر شده که جسامت مختلف داشته و با سرفه Impulse نشان میدهد. با جس قوام نرم و ایلاستیک داشته و با فشار دوباره داخل بطن ارجاع میشود. با قرع در صورت انبوب هضمی طبلیت و اگر ثرب باشد اصمیت دریافت میگردد.

با اصغا در صورت انبوب هضمی اواز های معایی شنیده میشود. به وضعیت خوابیده فتق اکثرا بنفسهی ارجاع شده و در اثنای جهد و سرفه دوباره ظاهر میگردد. اگر بعد از ارجاع فتق با انگشت اشاره (Indix Finger) فوحه فتقیه جس گردد به مشاهده میرسد که متوسع بوده و اگر مریض سرفه کند تماس احشاء بطنی به نوک انگشت احساس میگردد.

سیر فتق

فتق ولادی در ماه ها و یا سال های آینده ممکن بنفسهی شفا یاب شود لکن فتق کسبی در صورت عدم تداوی جراحی تدریجاً بزرگ شده و یا اینکه به اختلاط معروض میگردد.

تداوی

فتق های ولادی بعضاً در ماه ها و یا سال های بعدی حیات بصورت بنفسهی بسته و یا شفا یاب شده در غیر ان باید بعد از سن یک سالگی کیسه فتقیه توسط مداخله جراحی از حذای عنق بسته گردد (Herniotomy).

تداوی فتق ها کسبی همیشه جراحی بوده و تطبیق بنداژ ها و چره بند صرف در موارد استطباب دارد که عملیات جراحی نسبت سن زیاد و خرابی وضع عمومی از باعث افت قلبی، تنفسی، کلیوی، کبدی و غیره خطر حیاتی داشته باشد.

هدف از عملیات جراحی عبارت است از:

- ارجاع محتوی کیسه فتقیه بداخل بطن
- تسلیخ کیسه فتقیه الی عنق و بسته نمودن ان.
- ترمیم و تقویه جدار بطن.

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 معانی مانع ارجاع محتوی فتق میگردد.

در فتق های غیر قابل ارجاع اعراض وعلایم فتق های مختنق و انسدادی موجود نبوده و این نوع فتق اکثراً دلالت به یک Omentocele مخصوصاً ناحیه فخذی و ثروی مینماید.

باید گفت که اختناق در فتق های غیر قابل ارجاع زیاد مشاهده میشود.

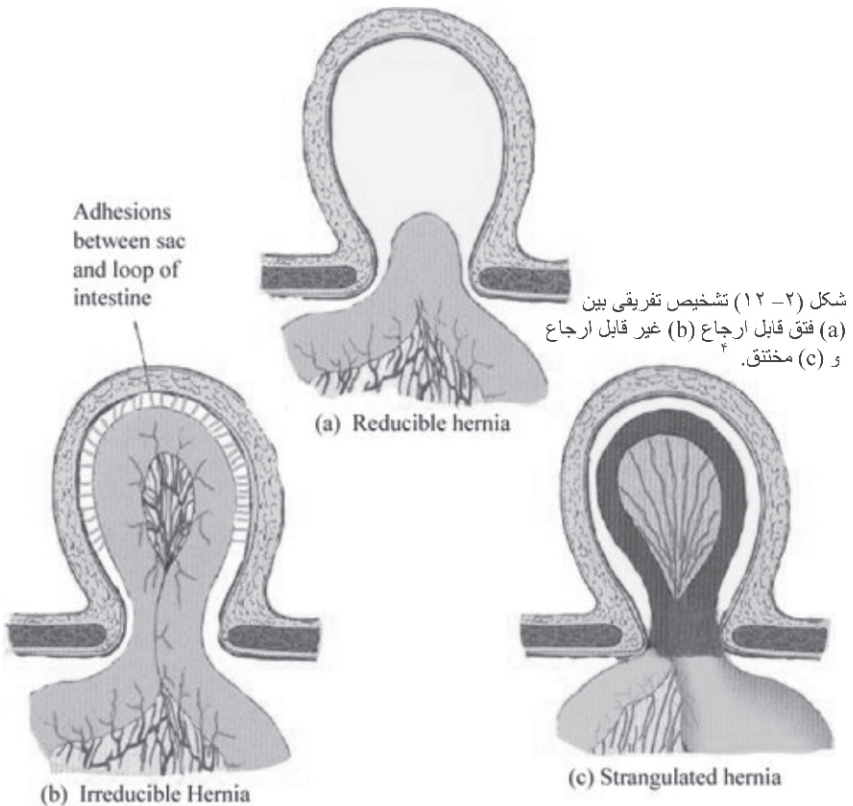
فتق مختنق

هر گاه محتوی کیسه فتقیه در حذای عنق تحت فشار انی و دوامدار قرار گیرد و باعث خرابی اروا محتوی کیسه فتقیه شود فتق مختنق گفته میشود این نوع فتق میتواند بعد از ۵-۶ ساعت باعث گانگرین محتوی ان شود. گر چه فتق مغنیه

نظر به فخذی زیاد مشاهده میشود اما اختناق در فتق فخذی نسبت کوچک بودن
 عنق و جدار های سخت فوحه فتقیه بیشتر دیده میشود.

از نظر فزیوپاتالوژی اختناق فتق سبب حوادث ذیل میگردد:

۱. انسداد امعا
۲. حوادث انتانی ار باعث رکودت در ناحیه.
۳. اسکیمی که باعث نکروز و نتقب امعا میگردد

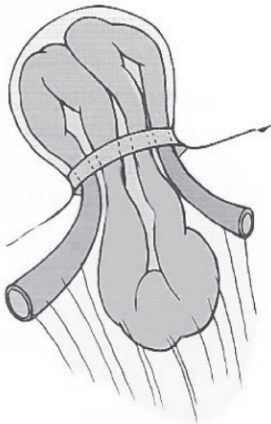


اناتوموپتالوژی

هرگاه محتوی کیسه فتقیه امعا باشد به انسداد معروض شده (به استثنا
 هرگاه محتوی کیسه فتقیه امعا باشد به انسداد معروض شده) به استثنا
 Richter's Hernia) و اروا امعا نیز مختل میگردد در مرحله اول باز گشت
 وریدی مانع شده جدار امعاء احتقانی و رنگ سرخ روشن را اختیار کرده و یک
 مقدار مایع مصلی بداخل کیسه میریزد با پیشرفت افت دوران شریانی نیز متاثر

شده و خون در تحت غشای مصلی و داخل لومن امعا خارج شده که مایع داخل کیسه خون الود میگردد. جدار امعا شکنند شده و اجازه میدهد تا باکتریها جدار را عبور و داخل مایع کیسه فتقیه شود.

گانگرین ابتدا در حذای حلقه اختناقی و بعدا در وجه انتی میزانتربیک پیدا شده و تمادی پیدا میکند رنگ امعا تغیر کرده و سیاه رنگ شده و مساریقه ناحیه اختناقی نیز گانگرین مینماید. در صورت که اختناق رفع نشود جدار امعا در حذای اختناق و یا قسمت محدب لُوپ امعا تنقب کرده انتان از کیسه فتقیه بداخل جوف پریتون انتشار و پریتونیت را بوجود می آورد.



شکل (۳-۱۲) اختناق شکل W یا Maydl's

در بعضی موارد امعا بشکل Retrograde اختناق کرده یعنی امعا در داخل کیسه فتقیه نارمل بوده اما در داخل بطن گانگرین میکند (فتق شکل W یا Maydl's Hernia) بنا باید در اثنای عملیات در حدود ۵۰ الی ۱۰۰ سانتی متر قسمت Proximal و Distal عروه ناحیه اختناقی تفتیش شود.

تظاهرات سریری

در صورت وقوع اختناق مریض از یک درد شدید ناحیه فتقیه و دردهای کولیکی مرکزی بطن شاکمی بوده و اعراض دیگر انسداد معائی از قبیل استفراغ، انتفاخ بطن و قبضیت تام بزودی ظاهر میگردد.

با معاینه در ناحیه فتقیه یک کتله حساس، سخت و غیرقابل ارجاع که با سرفه Impulse نشان نمیدهد دریافت میگردد جلد روی کتله اختناقی، التهابی و اذیمایی شده و علایم انسداد امعا با انتفاخ، حساسیت بطن و آوازهای شدید معائی موجود میباشد. در صورتیکه محتوی فتق ثرب کبیر باشد تظاهرات فوق کمتر مشاهده میشود.

سیر مرض

اگر فتق مختنق تداوی نشود اعراض انسداد پیشرفته و یک فلگمون در ناحیه اختناقی بوجود می آید یعنی امعا در ناحیه تنقب کرده بنا سیر بدون عملیات فتق مختنق کشنده است.

تشخیص

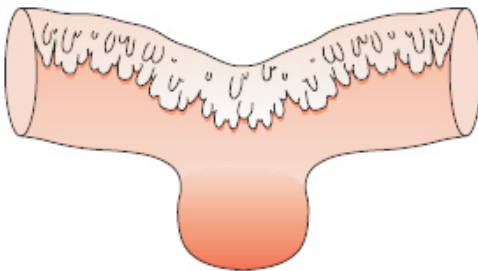
فتق مختنق توسط اعراض و علائم فوق تشخیص شده و باید از ابسی های حاد ، بارد و فلگمون ناحیه فتقیه تشخیص تفریقی شود که در این موارد درد موضعی و اعراض انسدادی موجود نمی باشد همچنان فتق مختنق از التهاب عقدات لمفاوی نواحی فتقیه مانند عقدات Cloquit ناحیه Groin تشخیص تفریقی شود.

تداوی

یگانه تداوی فتق مختنق عملیه جراحی بصورت مقدم است تا امعا و مساریقه ان بزودی از تحت فشار و اسکیمی ازاد گردد.

این مریضان تحت انستیز عمومی و یا موضعی عملیات شده که بعد از رفع اختناق در صورت سالم بودن، محتوی کیسه فتقیه بداخل بطن ارجاع و هر گاه امعا گانگراین کرده باشد قسمت گانگراین شده بعد از ریزکشن بداخل بطن ارجاع و ترمیم فتق صورت میگردد.

اگر از فتق مختنق اضافتر از ۵-۶ ساعت گذشته باشد برای ارجاع ان با دست و فشار خصوصا در اطفال شیر خوار کوشش نشود (عملیه Taxis) زیرا این عمل باعث تمزق امعا و ارجاع عروه گانگراین شده بداخل بطن شده میتواند.



فتق مختنق Richter

این شکل فتق مختنق فوق العاده وخیم بوده زیرا نسبت اختناق یک قسمت کوچک جدار امعا و عدم موجودیت لوحه

شکل (۴-۱۲) فتق Richter گانگربنی از باعث فتق مختنق فحذی^۲

انسدادی، تشخیص و عملیات جراحی اکثراً به تعویق می افتد. این نوع فتق زیادتر در ناحیه فخذی مشاهده شده و علایم موضعی اختناق در صورت شحمی بودن خانم اکثراً غیر قابل دریافت میباشد ممکن مریض استفراغ نداشته و یا ۱-۲ بار استفراغ نماید کولیک معایی موجود لاکن ترانزیت نارمل است و یا ممکن اسهال موجود باشد. قبضیت تام بعد از تاسس انسداد فلجی بصورت موخر مشاهده میشود. بنا گانگترین قسمت اختناقی امعا و پریتونیت اکثراً قبل از عملیات تاسس مینماید.

Strangulated Omentocele

اعراض ابتدایی ان اکثراً مشابه اختناق امعا بوده ممکن استفراغ و قبضیت موجود نباشد. ثرب کبیر برخلاف امعا با اروا کم حیاتییت خویش را حفظ کرده. بنا گانگترین نسبتاً موخر بوده و اولاً در مرکز کتله شحمی تاسس مینماید. و هرگاه اختناق رفع نگردد قسمت گانگترین شده به انتان معروض شده و برای مدتی در خود کیسه موضعی باقی مینماید. که در صورت اختناق در ناحیه مغبنی میتواند باعث ابسی سفن شود و یا ممکن انتان به پریتون انتشار و باعث پریتونیت گردد.

فتق انسدادی (Obstructed Hernia)

عبارت از فتق غیر قابل ارجاع است که محتوی ان امعا بوده و بدون مختل شدن اروا، امعا از داخل و یا خارج به انسداد معروض میگردد. اعراض ان (دردها کولیکی بطن و حساسیت کتله فتقیه) کمتر شدید بوده و شروع ان نظر به فتق مختنق بیشتر تدریجی میباشد. این نوع فتق در اکثراً موارد میتواند به یک فتق اختناقی ارتقاء نماید.

چون تشخیص ان از نظر کلینیکی از فتق مختنق مشکل است بنا تداوی ان مانند فتق مختنق مصئونتر است

فتق *Incarcerated*: این اصطلاح نیز بعضاً بصورت غیر دقیق بعوض فتق های انسدادی و اختناقی استعمال شده اما استعمال ان زمانی درست میباشد که لومن کولون بداخل کیسه فتقیه توسط کتله غایبی مسدود گردد

فتق های التهابی (Inflamed Hernia)

فتق های التهابی میتواند از باعث التهاب محتوی کیسه فتقیه مانند اپندیسیت یا سلفانژیت و یا از باعث اسباب خارجی مانند قرحات Trophic که در فتق های بزرگ ثروی و یا Incisional ناسس مینماید بوجود آید. این نوع فتق اکثرا حساس بوده ولی سخت و تحت فشار نمی باشد. که جلد آن سرخ و اذیمی است. تداوی نظر به عوامل سببی آن صورت میگردد.

انواع توفوگرافیک فتق ها

فتق مغبنی

فتق مغبنی را میتوان قرار ذیل تصنیف کرد:

- فتق مغبنی غیر مستقیم - این نوع فتق داخل فوچه عمیق مغبنی شده و قنات مغبنی را عبور مینماید.
 - فتق مغبنی مستقیم - این نوع فتق جدار خلفی قنات مغبنی را انسی تر از فوچه عمیق مغبنی به قدام تپله مینماید.
- برای دانستن بهتر این نوع فتق ها آناتومی قنات مغبنی را در اینجا مطالعه مینماییم.

آناتومی قنات مغبنی

قنات مغبنی در قسمت سفلی جدار بطن قرار داشته و سیر مایل دارد محتوی آنرا کورد N.ilioinguinal و یک شعبه Genital عصب Genitofemoral در مردها و رباط مدور به عوض حبل منوی درخاتم ها تشکیل میدهد طول آن ۴ سانتی متر و از علوی به سفلی و از وحشی به انسی و از فوچه عمیق به طرف فوچه سطحی موازی به رباط مغبنی کمی علوی تر از آن قرار دارد.

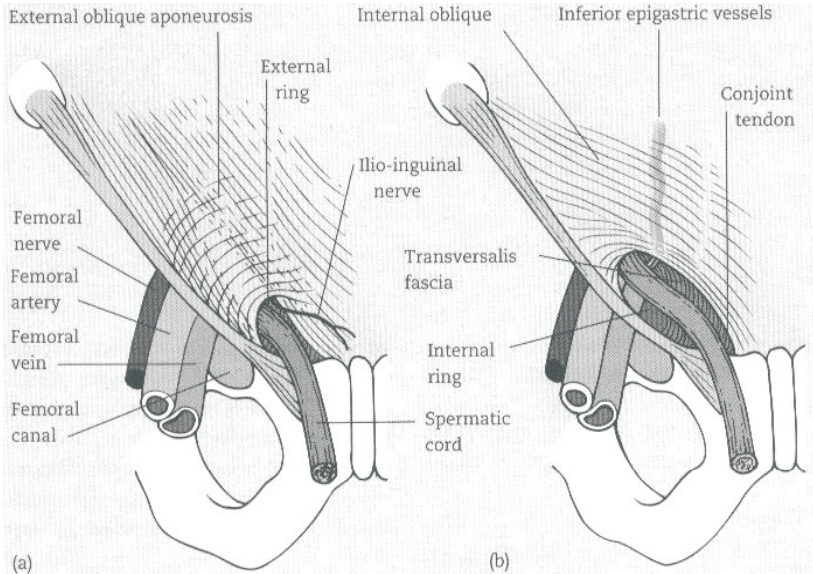
در قدام - جلد، صفاق سطحی، External oblique aponeurosis تمام طول قنات را پوشانده و ثلث وحشی آنرا عضله Oblique internal میپوشاند.

در خلف - رباط مزدوج (Conjoint tendon) که متشکل از الیاف عضله منحرفه صغیره 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 مغربی قرار دارد.

فوحه عمیق قنات مغربی 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.



شکل (۵ - ۱۲) آناتومی قنات مغربی: (a) با موجودیت Ext. Oblique بدون (b) Ext. Oblique aponeurosis

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

فتق مغربی غیر مستقیم

این نوع فتق از طریق فوحه عمیق داخل قنات مغربی شده و در قدام حبل منوی قرار داشته که در صورت بزرگ بودن فوحه سطحی را عبور و داخل سفن میگردد. فتق مغربی غیر مستقیم نظر به تمام انواع فتق ها زیاد مشاهده شده و در صورتیکه قابل ارجاع باشد میتوان توسط فشار نوک انگشت بالای فوحه عمیق مغربی از خارج شدن فتق جلوگیری کرد که این فوحه یک الی دو سانتی متر علوی تر از ناحیه که شریان فخذی از تحت رباط مغربی عبور مینماید قرار داشته

و در نقطه متوسط مغربی یا نقطه متوسط خطی که شوک حرقفی قدامی علوی را به ارتفاق عانه وصل مینماید جس میگردد.

در صورتیکه فتق از فوحه سطحی مغربی خارج گردد در علوی و انسی Pubic tubercle قرار داشته که به اینترتیب از فتق فخذی که از کانال فخذی خارج و در سلفی و وحشی آن قرار دارد تشخیص تفریقی میشود.

فتق مغربی غیر مستقیم میتواند ولادی باشد که به زودی بعد از ولادت و یا در سن بلوغ ظاهر شده شکل کسبی آن در کاهلان در هر سن مشاهده میشود و کیسه آن رتج پریتوانی میباشد.

فوحه داخلی تنگ قنات مغربی دو خصوصیت مهم برای فتق های مغربی غیر مستقیم داده است:

اول اینکه فتق زمانی جسامت کامل خویش را اختیار مینماید که مریض ایستاده و راه برود و به حالت خوابیده نیز فوراً به داخل بطن ارجاع نشده زیرا برای عبور آن از یک فوحه تنگ مدتی لازم می باشد و دوم اینکه اختناق در این نوع فتق نسبت تنگ بودن فوحه آن زیاد مشاهده میشود.

سه شکل فتق مغربی غیر مستقیم وجود دارد:

۱. شکل Bubonocele: که در اینصورت فتق منحصر و محدود به قنات مغربی است.

۲. شکل Funicular: در این

شکل Processus Vaginalis

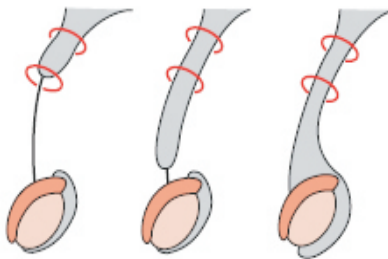
در فوق بربخ مسدود شده و محتوی فتق از خصیه که در تحت آن قرار دارد بصورت جدا جس میگردد.

۳. شکل تام یا Scrotal: این

شکل نادرا در زمان تولد موجود

بوده لاکن در شیرخواران معمولاً

مشاهده شده همچنان در بالغان و کاهلان مشاهده میشود و خصیه در قسمت سلفی ترین فتق قرار دارد.



Bubonocele Funicular Complete

شکل (۶-۱۲) سه شکل فتق مغربی غیر مستقیم

تظاهرات سریری

فتق مغبنی غیر مستقیم در هر سن و سال مشاهده شده و مردها ۲۰ مرتبه بیشتر نسبت به خانم ها مصاب میگردد این مریضان در اثنای انجام وظایف سنگین و تمرینات شدید از درد کشاله ران (Groin region) و یا درد های راجعه خصیه شاکمی بوده و اگر از مریض خواهش شود که سرفه کند کتله و تورم گذری که Impulse نشان میدهد قابل مشاهده و جس میباشد. در صورتیکه کیسه فتقیه منحصر و محدود به قنات مغبنی باشد تورم و Bulging مذکور با مشاهده ناحیه مغبنی از جنب و یا علوی در حالیکه طیبیب کمی بخلف شانیه مربوطه مریض ایستاد باشد به خوبی مشاهده میشود.

زمانیکه فتق مغبنی غیر مستقیم بزرگ گردید با سرفه واضحاً مشاهده شده و به مجرد ایستاده شدن مریض پائین میاید در این نوع فتق ها مریض احساس سنگینی نموده و کشش مساریقه امعا ممکن باعث تولید درد های اپی گستریک شود. در صورت که فتق قابل ارجاع باشد با جس کاتال مغبنی متوسع دریافت میگردد. در اطفال کتله فتقیه در اثنای گریه ظاهر شده که در اطفال شیرخوار و نوزادان در Translucent بوده در حالیکه در کاهلان این وصف هر گز وجود ندارد در دختر های جوان در صورت عدم توسع حوصله ممکن یک تخمدان محتوی کیسه فتقیه را تشکیل دهد.

تشخیص تفریقی

- در مردها:

۱. Vaginal Hydrocele.

۲. کیست کوردون.

۳. سپر ماتوسل

۴. فتق فحذی.

۵. Undescended Testis ناحیه مغبنی که اکثراً مترافق با فتق میباشد.

۶. لیپوما کورد که تشخیص تفریقی ان اکثراً مشکل و در اثنای عملیات وضع میگردد

- در خانم ها

۱. هایدروسل قنات Nuck که از نظر تشخیص تفریقی پرابلم بزرگ را میسازد.

۲. فتق فحذی.

فتق مغبنی مستقیم

این نوع فتق مستقیماً جدار خلفی قنات مغبنی را به قدام تپله 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 نقتیش 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 غیرمستقیم 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 آنآ ظاهر شده و در حالت خوابیده نیز فوراً دوباره ناپدید میگردد. و علاوه بر آن نسبت داشتن فوحه بزرگ اختناق در اینوع 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 غیرمستقیم را از مستقیم تشخیص تفریقی کرد لاکن تشخیص نهائی صرف در وقت عملیات امکان پذیر بوده طوریکه اوعیه اپی گاستریک سفلی درکنار انسی فوحه داخلی قرار داشته بناءً کیسه فتقهای غیر مستقیم از وحشی این اوعیه عبور کرده در حالیکه از فتق مستقیم از انسی آن میگردد.

فتق های مستقیم و غیر مستقیم مغبنی

فتق غیر مستقیم	فتق مستقیم
مثله	از فوحه عمیق قنات مغنی وحشی تر
	از اوعیه اپی گاستریک سفلی عبور مینماید
ولادی یا کسبی	ممکن ولادی باشد
کنترول فتق توسط فشار بالای فوحه عمیق مغبنی	شده میتواند
اختناق	نسبت تنگ بودن عنق (فوحه عمیق) معمول بوده
توسعه فتق الی سفن	اکثراً مشاهده میگردد
ارجاع فتق در حالت خوابیده	به آسانی صورت نمیگرد
نکس فتق بعداز جراحی	غیر معمول است

جدول شماره (۱-۲) نقاط که در تشخیص تفریقی فتق مغبنی غیر مستقیم از مستقیم کمک مینماید

در بسیاری از موارد فتق مستقیم و غیرمستقیم همزمان وجود داشته و مانند دو پای تنبان (Pantaloons) از دو طرف او عیه اپی گستریک سفلی بیرون میاید که بنام Dual hernia (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 بنفسی بسته نشده بناء 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 صفاق مستعرض در جدار خلفی توسط نیلون (Shouldice repair) و یا تقویه جدار خلفی توسط Nylon mesh یا Polypropylene (Lichtenstein repair) صورت میگیرد. تکنیک دیگر گذاشتن Mesh توسط لپراسکوپیک از طریق بطن بوده تا فوچه فتقیه را مسدود سازد که تکنیک اخربالخصوص در تداوی فتق های نکس کننده و دو طرفه مفید ثابت شده است.

ترمیم فتق های مغبنی به تکنیک Bassini و Farquharson نیز از مدت زیاد مروج میباشد.

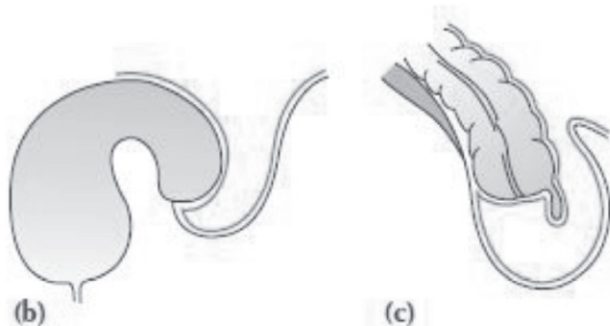
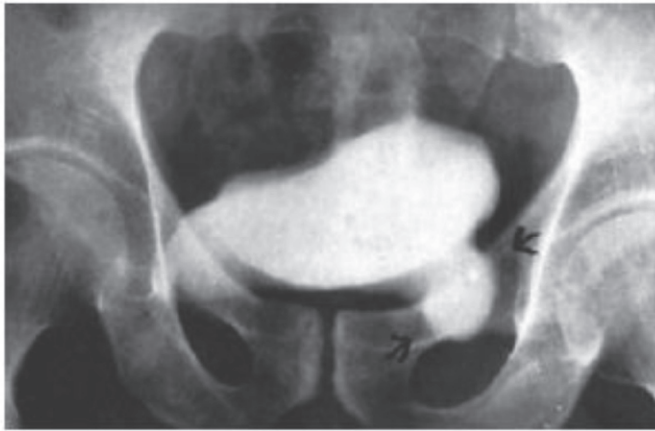
چهره بند صرف در مریضانی توصیه میشود که نسبت داشتن وضع عمومی بسیار خراب عملیات را تحمل کرده نمیتوانند. اما بخاطر باشد که این مریضان اکثرأ در تطبیق درست چهره بند مشکلات داشته و در صورت دردناک بودن فتق که احتمال اختناق در آن زیاد میرود ترمیم فتق تحت انسستزی موضعی به شکل یک واقعه انتخابی نظر به ترمیم آن به شکل واقعه عاجل از باعث اختناق ترجیح داده میشود.

فتق لغزنده یا Sliding Hernia یا hernio-en-glissade

در این نوع فتق در اثر لغزش پریتون جداری خلفی که روی احشاء خلف پریتوانی را میپوشاند جدار خلفی کیسه فتقیه صرف توسط پریتون ساخته نشده بلکه در طرف چپ توسط کولون سیگموئید و مساریقه ان و در طرف راست توسط سیکم ساخته شده و در بعضی موارد جدار خلفی کیسه در هر دو طرف توسط یک قسمت مثنانه ساخته شده است. و باید در مورد اینکه سیکوم، اپندکس و یا یک قسمت از کولون که کاملاً بداخل کیسه فتقیه قرار دارد و باعث Sliding Hernia نشده معلومات درست حاصل گردد.

فتق Sliding امعا رقیقه یک در ۲۰۰۰ واقعه و فتق بدون کیسه یک در ۸۰۰۰ واقعه مشاهده میگردد.

(a)



شکل (۷-۱۲) a سیستوگرام. مثنانه در فتق لغزنده مغنی چپ
b. عین شکل فوق. c. سیکوم و اپندکس در فتق لغزنده

نظاهرات سریری

فتق نوع Slidding تقریباً محدود به طبقه مردها بوده و از جمله شش فتق نوع Slidding پنج ان بطرف چپ توضع داشته و فتق لغزنده دو طرفه نهایت نادر می باشد. این مریضان اکثراً سن زیادتر از ۴۰ سال داشته و با پیشرفت سن وقوعات مرض افزایش مییابد .

دریافت های کلینیکی Pathognomonic برای فتق نوع Slidding موجود نبوده لاکن احتمال موجودیت این نوع فتق در هر فتق بزرگ فسیصی مغربی که به سفن پائین میگردد مدنظر باشد . امعا غلیظه (و یا سیکوم و اپاندکس در طرف راست) اکثراً در یک فتق لغزنده موجود مییابد.

امعا غلیظه بصورت نادر در یک فتق Sliding به اختناق معروض شده و اکثراً امعا غلیظه که به اختناق معروض نشده در قسمت خلفی کیسه که حاوی امعا رقیقه اختناقی مییابد توضع دارد.

تداوی

تداوی و کنترول فتق نوع Sliding توسط چره بند نا ممکن بوده و بصورت عموم این نوع فتق باعث ناراحتی زیاد شده بنا عملیات توصیه شده و نتایج تداوی جراحی اکثراً خوب مییابد.

در عملیات در صورت که کیسه فتقیه از کورد و جدار بطن کاملاً ازاد شود ضرورت به برداشتن کیسه نبوده و در تحت صفاق مستعرض که ترمیم شده قرار داده میشود. در بعضی موارد جهت ترمیم بهتر ایجاب مینماید تا خصیه نیز برداشته شود. به منظور تسلیخ و ازاد کردن سیکوم یا کولون از پریتون کوشش نشود زیرا در چنین واقعات پریتونیت و یا فیستول غایطی از باعث نکروز نواحی از امعا که اروا ان مختل گردیده ممکن مشاهده شود.

فتق فخذی

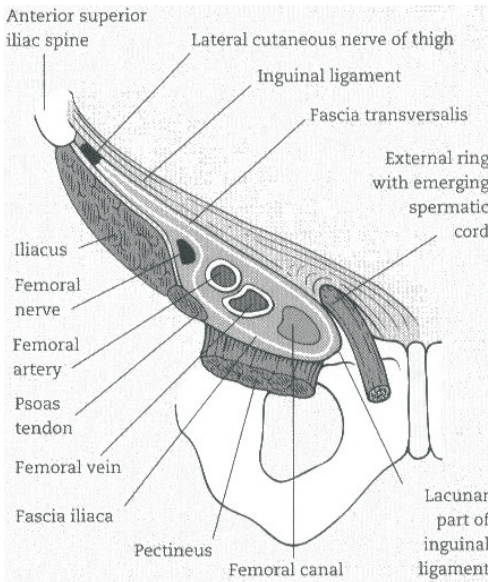
Femoral Hernia

هرگاه احشای بطنی قنات فخذی را عبور ودرمثلت Scarpa تحت جلد ظاهر گردد فتق فخذی گفته میشود.

از نظر کثرت وقوعات فتق فخذی مقام سوم داشته (فتق نوع Incisional مقام دوم را حایز میباشد) و ۲۰٪ فتق را در خانم ها و ۵٪ را در مردها تشکیل میدهد. فتق فخذی نسبت به اینکه توسط چره بند کنترل شده نتوانسته و همچنان از باعث تنگ بودن عنق کیسه و سخت بودن فوحه فخذی نظر به همه انواع فتق زیادتر به اختناق معروض میگردد دارای اهمیت زیاد میباشد. ۴۰٪ فتق فخذی بار اول به لوحه اختناق تظاهر مینماید.

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 ۷ - ۱۲) عبارت اند از:



شکل (۷ - ۱۲) اناتومی قنات فخذی و ارتباط آن با ساختمان های مجاور

- در قدام رباط مغربی
- درانسی حافه تیز کارد
- مانند قسمت
- Pectineal رباط
- مغربی 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 مغربی تمادی دارد. قنات مغربی حاوی شحم و عقدات لنفاوی (عقدہ لنفاوی Cloquet) می باشد.

پتالوژی

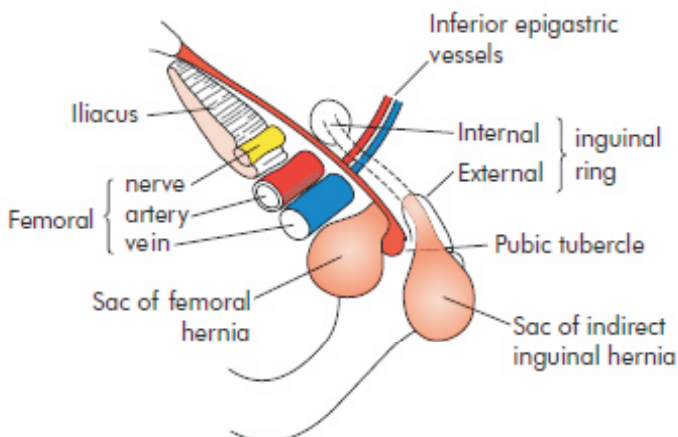
این فتق بعد از اینکه کانال فخذی را عبور نمود الی فوهه saphenous پائین آمده و چون فتق مذکور از قنات فخذی با جدار های غیر قابل توسع میگذرد بنا کوچک بوده لکن زمانیکه فوهه saphenous را عبور و به نسج سست areolar جذر ران رسید بعضاً بصورت قابل ملاحظه بزرگ میگردد. فتق فخذی زیاد متوسع شکل مدور را داشته و نهایت علوی آن بالاتر از رباط مغربی بوده میتواند به مرور زمان محتوی فتق از باعث سیر معوج خویش غیر قابل ارجاع شده و مساعد به اختناق میگردد.

نظارات سریری

فتق فخذی در خانم ها (نسبت داشتن حوصله وسیع) نظر به مردها زیاد مشاهده شده بخاطر باشد که فتق مغربی 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 غیر اختناقی به شکل یک تورم مدور در سفلی و وحشی Tuberculum pubicum موجود بوده که به حالت ایستاده و سرفه بزرگ شده و به حالت خوابیده ناپدید میگردد اما با وجود آن در اکثر وقایع نسبت موجودیت شحم خارج پریتوانی در محیط کسبه فتقیه حتی در صورت ارجاع تام فتق یک تورم در ناحیه قابل جس می باشد.

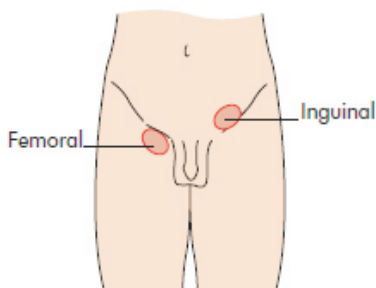
زمانیکه فتق بزرگ گردید فوحه Saphenous را در صفاق عمیق عبور کرده و بعداً به طرف علوی دور خورده و در علوی رباط مغربی قرار میگیرد که در این صورت نباید در تشخیص تفریقی فتق غیر قابل ارجاع فخذی و مغربی مشکلی ایجاد شود زیرا عنق فتق فخذی همیشه در سفلی و وحشی Pubic tubercle قرار داشته.



شکل (۸ - ۱۲) مجاورت فتق غیر مستقیم مغبنی با فخذی بصورت مقایسوی: فتق مغبنی علوی و انسی تر از pubic tubercle سیر داشته در حالیکه فتق فخذی سفلی و وحشی تر از ان قرار دارد

در حالیکه کیسه فتق مغبنی غیر مستقیم در علوی و انسی آن تمادی دارد. عنق فئات 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.

تشخیص تفریقی



شکل (۹-۱۲) اساسات تشخیص تفریقی بین فتق فخذی و مغبنی

۱. با فتق مغبنی: فتق مغبنی در علوی انسی نهایت انسی رباط مغبنی که با Tuberculum Pubicum التصاق دارد قرار داشته در حالیکه فتق فخذی سفلی تر از ان قرار دارد و بخاطر باشد که بعضا غور کیسه فتقیه فخذی علوی تر از رباط مغبنی قرار میگیرد.

۲. با Saphena Varix: که توسع

کیسوی ورید Vena Saphena Magna بوده و اکثرا مترافق با سایر علایم Varicose Vein میباشد. این کتله بحالت استجاع ظهري کاملا از بین رفته در حالیکه فتق فخذی هنوز هم قابل جس میباشد. هر دو حالت با سرفه Saphena Varix Impulse نشان داده و در Saphena Varix در اثنای سرفه و یا بسته نمودن ورید پائینتر از Varix ممکن Fluid thrill جس شود. و بعضا ممکن یک صدای

ورید (Venous Hum) با گذاشتن ستائیسکوپ بالای Saphena Varix شنیده میشود

۳. با **عقدۀ لمفاوی ضخاموی فخذی**: تشخیص در صورتیکه سایر عقدات لمفاوی ناحیوی بزرگ باشد اسان بود لاکن در وقایع که صرف عقدۀ Cloquet به ضخامه شده باشد تشخیص در صورت عدم دریافت جرحه و یا خراش منتن در طرف مربوطه یا ناحیه عجان نا ممکن بوده و در صورت مشکوک بودن باید مداخله جراحی اجرا شود.

۴. با **لیپوما**

۵. با **انوریزم فخذی**

۶. با **ابسی پسواس**: در اینصورت کتله مذکور متموج و ابسی حرقفی موجود میباشد. که با کتله تحت سوال ارتباط دارد و معاینه فقرات و رادیوگرافی آن تشخیص را واضح میسازد.

۷. با **Psoas Bursa متوسع**: این تورم با قبض مفصل حرقفی فخذی کوچک شده و Osteoarthritis مفصل مذکور موجود می باشد.

۸. با **تمزق عضله Adductor Longus** که مترافق با هیماتوم باشد.

انواع فتق فخذی

۱. **هایدروسل کیسه فتقیه فخذی (Hydrocele of Femoral Hernial Sac)**: در این شکل عنق کیسه توسط ثرب و یا در اثر التصاق مسدود شده و باعث هایدروسل کیسه میگردد.

۲. **Laugier's Femoral Hernia**:

در این شکل فتق از طریق یک فوچه در رباط Lucanar (Gimbernat's) بوجود آمده و فتق بطور غیر معمول انسی قرار داشته و اکثرا اختناقی میباشد

۳. **فتق فخذی Narath**:

این شکل فتق فخذی در مریضان مصاب خلع ولادی مفصل حرقفی فخذی از باعث توضع وحشی عضله Psoas مشاهده شده و فتق در خلف اوعیه فخذی مخفی قرار میگیرد.

۴. **Cloquet's Hernia**:

کیسه فتقیه در تحت صفاق که عضله Pectineus را می پوشاند قرار داشته و ممکن به اختناق معروض گردد.

تداوی

چون فتق فخذی اکثرا به اختناق معروض میگردد بنا باید زودتر عملیات شوند و بنا بر همین دلیل استعمال چره بند نیز در این نوع فتق مضاد استطبیب میباید.

تداوی جراحی:

این نوع فتق از طریق سفلی (Look Wood)، علوی (MC Evedy) و یا از طریق مغربی (Lotheissen) عملیات شده و قبل از شروع عملیات باید مثانه و معده تخلیه گردد که بعد از شق جلد و تحت الجلد، کیسه فتقیه دریافت و الی عنق تسلیخ میگردد و بعد از باز نمودن کیسه محتوی آن بداخل بطن ارجاع و عنق کیسه از قسمت علویترین آن بسته شده و جدار بطن با دوختن رباط Iliopectineal (رباط Cooper) با رباط مزدوج و یا رباط مغربی در پلان عمیق و صفاق منحرف کبیره با صفاق عضله Pectineal در پلان سطحی تقویه میگردد و در اثنای عملیات دقت شود تا ورید فخذی ماوف نگردد.

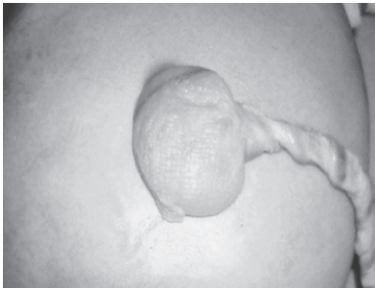
فتق ثروی

عبارت از فتق است که محتوی فتق فوحه ثروی را عبور و تحت الجلد ظاهر گردد. فتق ثروی میتواند نزد نوزادان، اطفال و اشخاص کاهل مشاهده شود که این سه نوع فتق از نظر اناتومی، پتوژنی، سیر، انداز و بالاخره تداوی از هم فرق دارند.

فتق ثروی نوزادان

Exomphalos یا Omphalocele

این نوع فتق یک حالت نادر بوده و در هر شش هزار ولادت یک واقعه مشاهده میگردد که در آن تمام یا یک قسمت Midgut درحالت حیات جنینی به داخل جوف بطن برگشت نمی نماید در این حالت امعا دربین یک کیسه نازک Semitranslucent قرار داشته و از دو



شکل (۱۰-۱۲) فتق ثروی ولادی

(Exomphalos minor) ۱۲

طبقه تشکیل شده که از خارج بداخل عبارتند از:

غشای امنیوتیک و پریتون.

این فتق 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.
دو شکل Exomphalos وجود دارد:

۱. Exomphalos Minor

در این شکل Defect صفاقی کوچکتر از ۴ سانتی متر بوده کیسه فتقیه کوچک و حاوی یک لوپ امعای رقیقه و یا رتج میکل میباشد نروه ان با Cord التصاق دارد و در صورت عدم دقت در اثنای بسته نمودن حبل ثروی از حدای قاعده ان احشای مذکور میتواند سهوا بسته گردد.

۲. Exomphalos Major

در این شکل فتق Defect صفاقی بزرگتر از ۴ سانتی متر بوده و حبل ثروی در وجه سفلی کتله فتقیه التصاق دارد محتوی ان امعای رقیقه ، غلیظه و اکثرا یک قسمت کبد ، طحال ، معده ، پانکراس و یا ممکن مثانه نیز باشد.

تداوی

۱. Exomphalos Minor:

در این شکل جهت ارجاع محتوی کیسه فتقیه از طریق فوحه کوچک ثروی بداخل بطن کورد تدور داده شده و جهت محافظه ان بحالت ارجاع شده توسط یک بنداز محکم بسته میگردد و بنداز مذکور باوجود موجودیت افزادات مصلی قیچی الی ۱۴ روز دور نمی گردد.

۲. Exomphalos Major:

در صورت سالم بودن کیسه (عدم تمزق) کیسه فتقیه روزانه توسط یک محلول انتی سپتیک خشک کننده تلوین شده هرگاه تداوی موثر تمام شود یک Eschar روی کیسه تشکل کرده و بالاخره گرانولیشن از محیط به مرکز بوجود میاید و فتق Ventral که از ان باقی میماند بعدا ترمیم میگردد

در صورت تمزق کیسه عملیات عاجل جراحی توصیه میگردد

فتق ثروی شیرخواران و اطفال

این نوع فتق از طریق یک ندبه ضعیف ثروی اکثراً در نتیجه انتان دوره نوزادی بوجود میاید که تقریباً ۹۰٪ شان در نتیجه تکمش و ضخیم شدن ندبه در ۵ سال اول حیات بصورت بنفسهی شفایاب میگردد. این فتق اکثراً بدون اعراض بوده لاکن زیاد شدن جسامت فتق در اثر گریه باعث تولید درد شده و فتق کوچک شکل کریوی را داشته و در صورت بزرگ شدن شکل مخروطی را اختیار و بدون گریه نیز مشاهده میگردد. انسداد و اختناق در این نوع فتق قبل از سن ۳ سالگی نهایت نادر است.

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.

(Supra or Infra Umbilical Hernia) 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 امعا رقیقه نیز میباشد.

تظاهرات سریری

فتق Paraumbilical در خانم ها نظر به مردها ۵ مراتب بیشتر مشاهده شده این مریضان اکثراً چاق و ۳۵-۵۰ سال عمر دارند چاقی رو به ازدیاد، سستی عضلات و حمل های مکرر از جمله فکتور های مهم در تولید مرض است. فتق نسبت التصاق ثرب با کیسه فتقیه بزودی غیر قابل ارجاع شده و فتق بزرگ در اثر کشش وزن خویش باعث تولید میگردد در صورت کشش معده و یا کولون مستعرض اعراض معدی معایی مشاهده شده و حملات تحت الحاد انسداد معایی و

کولیک های گذری اکثرا موجود میباشد. در اشکال پیشرفته Intertrigo در قسمت التوا جلد بطن یک اختلاط است که باعث تکلیف مریض میگردد

تداوی

این نوع فتق در صورت عدم تداوی بزرگ شده و محتوی آن بیشتر غیر قابل ارجاع و در نهایت معروض به اختناق میگردد. در صورت که مریض چاق و فتق بدون اعراض باشد عملیات را میتوانم الی تنقیص وزن به تعویق اندازم در عملیات کیسه فتقیه برداشته شده و شیت عضله ریکتوس در علوی و سفلی فتق روی هم آورده میشود (عملیات Mayo's).

فتق Ventral

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.

فتق شرسوفی (Fatty hernia of the linea alba) Epigastric Hernia

این نوع فتق یک نوع مخصوص فتق Ventral بوده که از طریق یک Defect خط ابیض بوجود آمده و از Processus xyphoid الی ثره در هر ناحیه توضع کرده میتواند لکن اکثرا در وسط این دو ناحیه مشاهده شده میگردد. فتق شرسوفی بشکل یک لغزش شحم خازج پریتنون از طریق خط ابیض شروع شده و طوریکه میدانم این خط توسط او عیه کوچک دموی سوراخ شده بنا بعضا میتواند اضافتر از یک فتق موجود باشد.

فتق شرسوفی بجسامت یک نخود عبارت از شحم خارج پریتنونی بوده (فتق شحمی خط ابیض) و با بزرگ شدن فتق رتج پریتنونی به کشش معروض شده بلاخره فتق اپی گستریک حقیقی را بوجود می آورد. در این نوع فتق نسبت کوچک بودن عنق احشای مجوف داخل کیسه شده نتوانسته بنا کیسه فتقیه خالی و یا حاوی یک قسمت کوچک ثرب کبیر میباشد. و نادرا عنق این نوع فتق بزرگ بوده و اجازه میدهد تا یک قسمت احشای مجوف داخل کیسه فتقیه گردد فتق شرسوفی میتواند در نتیجه یک جهد انی که باعث پاره شدن خط ابیض میگردد بوجود آید. این مریضان اکثرا کارگران دستی بوده و ۳۰-۴۵ سال عمر دارند.

تظاهرات سریری

۱. شکل بدون عرض: فتق کوچک شرفوفی و خط ابیض میتواند بدون اعراض باشد که با جس نظر به تفتیش خوبی تشخیص شده و اکثرا در اثنای جس روتین بطن تشخیص میگردد.

۲. شکل دردناک: بعضا فتق شرفوفی باعث دردهای موضعی شده و کارهای فزیکایی باعث ازدیاد درد میگردد همچنان این نوع فتق با تماس و لباس های تنگ دردناک بوده که ممکن علت آن اختناق قسمی از باعث فشرده شدن زیاد محتوی شحمی آن باشد.

۳. درد های راجعه: این مریضان بدون متوجه به فتق شرفوفی از دردهای مشابه قرحه پیپتیک حکایه مینماید.

لاکن بخاطر باشد که با وجود غیر عرضی بودن این فتق ها در اکثرا موارد تا زمان رد شدن افات معدی معایی اعراض به آن نسبت داده نشود.

تداوی

در صورت موجودیت اعراض باید فتق عملیات شود

فتق بعد از عملیات

Incisional (Post Operative) Hernia

تعریف: عبارت از فتق است که در اثر یک ندبه کسبی جدار بطن از باعث جراحی سابقه و یا حادثه ترضیعی بوجود میاید.

ایتولوژی:

این نوع فتق زیادتیر در اشخاص چاق مشاهده شده و سرفه دوامدار با انتفاخ بطنی بعد از عملیات در ایتولوژی فتق رول زیاد دارد. وقوعات فتق Incisional نسبت انتان جرحه عملیات های پریتونیت زیاد بوده، کشیدن تیوب دریناژ بعوض جرحه لپراتومی از طریق یک جرحه جدا گانه باعث تنقیص وقوعات مرض شده است.

فتق Incisional اکثرا در صفحه مقدم بعد از عملیات به شکل یک تمزق قسمی طبقات عمیق جرحه لپراتومی که بدون اعراض مییابد شروع شده و در صورت سالم باقی ماندن جلد بعد از برداشتن کوکها اکثرا از نظر دور باقی می ماند. آمدن

افرازات مصلی دموی (Serosanguineous) از جرحه عملیاتی دلالت به حادثه Dehiscence کرده و در چنین وقایع خیاطه گذاری طبقات عمیق جرحه عملیاتی که از هم دور شده از تشکل فتق بزرگ در آینده که ترمیم آن مشکل است جلوگیری مینماید.

نظواهرات سریری:

فتق نوع Incisional از نظر بزرگی بدرجات مختلف مشاهده شده و از یک فتق کوچک در قسمت سفلی ندبه عملیاتی الی یک فتق بزرگ در تمام طول ندبه عملیاتی سابقه به شکل یک Bulging مشاهده شده میتواند. جسامت این فتق ها مخصوصا انهاییکه از طریق ندبه سفلی بطن بوجود می آید تدریجا زیاد شده و یک قسمت زیاد محتوی آن غیر قابل ارجاع میگردد. و جلد که روی این نوع فتق را میپوشاند بعضا انقدر نازک و ضموری است که حرکات استداری امعا در تحت آن قابل دید میباشد. حملات انسدادی تحت الحاد معمول بوده و اختناق در قسمت عنق یک کیسه کوچک و یا بداخل اجواف کیسه بزرگ بوجود آمده میتواند.

با وجود آن تعداد زیاد فتق های Incisional بدون عرض و دارای عنق وسیع بوده و ایجاب تداوی را نمی کند.

تداوی

۱. تداوی Palliative : استعمال شکم بند مخصوصا در وقایع که فتق در ندبه بطنی علوی توضع داشته باشد کافی می باشد.
۲. تداوی جراحی : طریقه های مختلف تداوی جراحی موجود است.

اهتمامات قبل از عملیات: برای ترمیم درست و بهتر فتق ، اهتمامات مخصوص قبل از عملیات موجود است. در صورتیکه مریض چاق باشد باید وزن آن توسط پرهیز غذایی کم گردد در غیر آن ارجاع محتوی فتق بزرگ بداخل جوف اصلی بطن که برای مدت چند سال در آن قرار نداشته خالی از خطر نبوده و علاوه از خطر نکس فتق، احتمال انسداد فلجی از باعث فشار بالای احشای بطنی نیز می رود و ممکن اختلالات تنفسی از باعث بلند رفتن حجاب حاجز مشاهده شود .

اساسات و پرنسیپ های عملیات: بعد از برداشتن ندبه عملیاتی کیسه فتقیه تسلیخ شده و بعدا کیسه باز و محتوی ان بداخل بطن ارجاع میگردد و قبل از اشکار شدن دهانه کیسه التصاقات امعا و ثرب ازاد میگردد و طبقات جدار بطن قرار ذیل با مواد دوخت غیر قابل رشف ترمیم میگردد.

۱- پریتون

۲- طبقات صفاق: کنار های وحشی صفاق از عضلات که بالای ان قرار دارد ازاد و در طول جرحه توسط خیاطه های متقطع با هم نزدیک میگردد.

۲- عضلات و طبقه قدامی صفاق با هم نزدیک شده و ممکن جهت از بین بردن کشش و فشار ایجاب نماید تا دور تر از ناحیه شق ها اجراء گردد (Tension Relaxing Incision).

باید گفت که در این اواخر فتقهای Incisional بدون کشش صفاق های جدار بطن با استفاده از مواد سنتتیک از قبیل Tantalum Gauze ، Mesh و Net ساخته شده از نیلون یا Dacron ترمیم میگردد.

فتق های نادر جدار بطن

فتق های بین الجداری (Interparietal Hernia (interstitial hernia) کیسه فتقیه این نوع فتق در بین طبقات جدار قدامی بطن قرار دارد و در صورت که فتق مغبنی و یا فخذی نیز همزمان موجود باشد ممکن کیسه فتقیه ان با کیسه فتقیه فوق الذکر بصورت مترافق موجود و یا با انها ارتباط داشته باشد باید گفت که عدم معلومات در مورد این نوع فتق ها باعث اشتباه در تشخیص و تداوی شده میتواند

انواع دیگر فتق های بین الجداری

۱. preperitoneal (۲۰%) در این نوع فتق اکثرا کیسه فتقیه بشکل یک رتج از فتق مغبنی و یا فخذی منشه میگردد

۲. Intermuscular (۶۰%) در این صورت کیسه فتقیه در بین طبقات عضلی جدار قدامی بطن (اکثرا عضله منحرفه کبیره و صغیره) قرار داشته و کیسه فتقیه اکثرا دو جوفی و مترافق با فتق مغنی میباشد

۳. **Inguino-superficial (۲۰%)** در این نوع فتق کیسه فتقیه الی تحت صفاق سطحی جدار بطن و یا ران تمادی داشته معمولاً مترافق با عدم نزول تام خصیه میباشد.

تظاهرات سریری:

این مریضان (اکثراً ذکور) با یک لوحه انسدادی امعا از باعث انسداد و یا اختناق فتق مراجعه کرده که در نوع Preperitoneal چون کتله قابل مشاهده نمی باشد و باعث تاخیر تشخیص میگردد بنا و فیات بلند است.

تداوی

جهت جلوگیری از انسداد امعا عملیات جراحی توصیه میگردد.

فتق اسپیگل (Spigelian hernia)

فتق اسپیگل عبارت از یک نوع فتق جداری است که اکثراً در حذای Linea arcuata بوجود می آید که نادر بوده و در لیتراتور طبی صرف ۱۰۰۰ واقعه راپور داده شده است. در این نوع فتق غور کیسه توسط شحم خارج پریتنوی پوشیده و در تحت عضله منحرفه صغیره قرار داشته بنا قابل جس نمی باشد. فتق مذکور در اکثر وقایع از بین عضله فوق عبور و در میان عضله منحرفه کبیره و صغیره یک کتله واضع را بشکل سماروغ میسازد. این فتق اکثراً در اشخاص چاق بعد از ۵۰ سالگی مشاهده شده و مرد و زن بصورت مساویانه مصاب میگردد. نزد این مریضان بصورت وصفی یک کتله نرم قابل ارجاع وحشی تر از Rectus در تحت ثره دریافت میگردد. تشخیص توسط CT ویا التراساوند scanning صورت گرفته که معاینه اخیر نسبت اینکه هرگاه Defect در حالت خوابیده مشاهده نشود در حالت ایستاده نیز اجرا شده میتواند ترجیح داده میشود. این نوع فتق نظر به اینکه عنق توسط صفاق سخت احاطه شده ممکن به اختناق معروض گردد.

تداوی

هرگاه Defect قابل جس باشد عضلات از هم دور شده (Muscle splitting approach) بعداً کیسه ازاد و محتوی ان بداخل بطن ارجاع و کیسه از حذا عنق

بسته و برداشته میشود. عضله مستعرض، منحرفه صغیره و کبیره با هم نزدیک میگردد. در صورت که کیسه قابل جس نباشد از یک شق paramedian استفاده شده و کیسه در قسمت خارج الپریتوانی جستجو شده و ترمیم فتق مانند شکل فوق الذکر اجرا میگردد.

ترمیم لپراسکوپیک این نوع فتق ها از طریق بطن نیز اجرا شده میتواند

فتق قطنی Lumbar Hernai

فتق قطنی ابتدایی اکثرا از طریق مثلث قطنی سفلی Petit بوجود آمده که این مثلث در سفلی توسط قنزعه حرقفی، در وحشی توسط عضله منحرفه کبیره در انسی توسط عضله Latissimus dorsi احاطه شده. در یک تعداد کم وقایع فتق قطنی از طریق مثلث قطنی علوی Grynfeltt بوجود آمده که این مثلث در علوی توسط ضلع ۱۲ در انسی توسط sacro spinalis و در وحشی توسط قسمت خلفی عضله منحرفه صغیره احاطه شده است.

فتق قطنی ابتدایی بسیار نادر بوده و صرف ۳۰۰ واقعه ان راپور داده شده است در اکثرا وقایع فتق قطنی بطور ثانوی بعد از عملیات های کلیوی بوجود آمده و ممکن دارای یک کیسه وسیع باشد.

تشخیص تفریقی

فتق قطنی باید با افات ذیل تشخیص تفریقی شود:

- Lipoma
- ابسی بارد (توبرکلوزیک) این ناحیه
- با فتق های خیالی (Phantom) ناحیه قطنی از باعث فلج موضعی عضلی در اثر ماوف شدن اعصاب عضلات مربوطه مانند Poliomyelitis.

تداوی

فتق های قطنی ابتدایی که کوچک اند به اسانی تداوی شده چون این نوع فتق ها به مرور زمان بزرگ گردیده بنا بعد از تشخیص باید ترمیم شود.

فتق های بعد از عملیات ناحیه قطنی بعضا بزرگ بوده و Defect موجوده را نمی توان بدون استفاده از Flap صفاقی ترمیم کرد و ناحیه ترمیم شده را میتوان توسط یک Polypropylene mesh تقویه کرد.

فتق عجانی (Perineal hernia)

این نوع فتق بسیار نادر بوده و عبارتند از :

- فتق بعد از عملیات از طریق ندبه عجانی که ممکن بعد از برداشتن رکتوم بوجود آید
- Median sliding perineal hernia : که یک پرولاپس نام رکتوم است.
- Anterolateral perineal hernia : که در خانم ها بشکل یک تورم شفه کبیره مشاهده میگردد.
- Posterolateral perineal hernia : که levator ani یا رافعه شرج را عبور و داخل Fossa ischiorectal میگردد.

تداوی

این فتق ها توسط عملیات Combined بخوبی تداوی شده طوریکه یک شق بالای کتله فتقیه اجرا و کیسه باز میگردد محتوی آن بداخل بطن ارجاع شده و کیسه از ساختمان های مجاور آن ازاد ساخته شده و جرحه عملیاتی بسته میگردد و در حالیکه به مریض وضعیت semi Trendelenburg داده میشود بطن باز و بعد از دریافت عنق کیسه فتقیه، کیسه چپه شده و از حذای عنق بسته و قسمت اضافی آن برداشته میشود در اخیر زمین حوصله توسط نزدیک ساختن عضله ترمیم شده و در صورت لزوم ترمیم با prosthetic mesh تقویه گردد.

فتق سدادی (Obturator hernia)

این نوع فتق از طریق کانال سدادی بوجود آمده و در خانم ها نظر به مردها شش مرتبه بیشتر مشاهده میشود این مریضان اکثرا بیشتر از ۶۰ سال عمر داشته و چون کتله فتقیه توسط عضله Pectineus پوشیده شده بنا قابل دید نبوده و نادرا باعث ایجاد یک کتله در مثلث Scarpa میگردد لاکن اگر بطرف مذکور حالت قبض، تبعد و تدور وحشی داده شود بعضا فتق زیادتر اشکار و واضح میگردد این

مریضان طرف خویش را در حالت نیمه قبض نگاه داشته و حرکت طرف باعث ازدیاد درد میگردد. درد در اضافتر از ۵۰٪ فتق مختنق سدادی توسط شعبه Obturator Geniculate عصب به زانو انتشار مینماید. در معاینه معقدی و یا مهبلی بعضا بشکل یک کتله حساس در ناحیه Foramin Obturator جس میگردد. وقایع فتق سدادی زمانی تظاهر مینماید که اکثرا به اختناق معروض شده و این اختناق در اکثر وقایع از نوع Richter میباشد که CT ممکن تشخیص را تأیید و تثبیت نماید.

تداوی

در این نوع فتق ها عملیات جراحی توصیه میشود که لپراتومی سفلی اجرا شده (در صورت معلومات در طرف ماوفه) و بعد از تأیید تشخیص وضعیت trendelenburg تام به مریض داده میشود در این نوع فتق حلقه اختنقی صفاق Obturator بوده و در حالیکه از انتشار مایع منتن کیسه فتقیه بداخل جوف پریتون جلوگیری میگردد Forceps های مناسب در فاصله بین صفاق سدادی داخل و با دور نمودن صفاق مذکور محتوی کیسه فتقیه ارجاع میشود. در صورت ضرورت باید صفاق مذکور موازی به او عیه و عصب شق شود. محتوی کیسه فتقیه نفثیش و در صورت لزوم تداوی گردد و جهت جلوگیری از نکس فتق رباط عریض بالای فوحه مذکور خیاطه گذاری شود .

فتق الیوی و سیاتیک (Gluteal & Sciatic hernia)

فتق الیوی از طریق فوحه سیاتیک کبیر در فوق و یا تحت Piriformis عبور مینماید و فتق سیاتیک از میان فوحه سیاتیک ضغیر میگردد. تشخیص تفریقی این نوع فتقها با حالات ذیل صورت گیرد:

- لیپوما و یا Fibrosarcoma که در تحت عضله Gluteus maximus قرار دارد
- ابسی توبرکولوزیک
- نوریزم الیوی

باید گفت که تمام کتلات مشکوک این ناحیه باید توسط عملیه جراحی تشخیص و تداوی شود.

References: م ا خ ن د

- 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. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 969 –90
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011
- 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. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
- 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 Brunicaude, 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, ABDOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 167 – 79
- 12- www.emedicine.com

Book Name Abdominal Surgery
Author Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi
Publisher Kabul Medical University
Website www.kmu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936400696

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education

Kabul, 2012

www.ketabton.com

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Tural from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

Abstract

This book is written by Prof. M.Massoum Azizi for Kabul Curative faculty students under title of abdominal surgery which contains 12 chapters and describes 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 medical university according to their curriculum that's why surgical treatment has described briefly according to students knowledge with fluent Dari language, the contents of this book is taken from update international text books with illustrated images.

This is very useful for undergraduates and fresh graduated medical doctors who are interested in surgery.

With thanks

Prof. Mohammad Massoum Azizi

Director of Aliabad teaching hospital and

Former head of surgery department

بیوگرافی پوهاند دوکتور محمد معصوم "عزیزی"



پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی فرزند مرحوم دگروال محمد جان در سال ۱۳۳۵ در ولایت لغمان تولد شده . تعلیمات ابتدائی و متوسطه مکتب را در لیسه غرغینت ولایت خوست و ثانوی را در کابل به درجه عالی در سال ۱۳۵۳ به پایان رسانیده و بعد از سپری نمودن امتحان کانکور شامل پوهنئی طب کابل گردید. موصوف محصل ممتاز دوره خود بوده و در سال ۱۳۶۰ به درجه ماستر از این پوهنئی فارغ التحصیل شده و همان سال شامل کدر علمی دیپارتمنت جراحی شفاخانه تدریسی علی اباد گردید و تحت نظر استادان مجرب این دیپارتمنت

اغاز به کار نمود و جهت ارتقای علمی و مسلکی به کشور چکوسلواکیا و جاپان سفر نموده است.

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی بحیث شف دیپارتمنت جراحی شفاخانه علی اباد ایفای وظیفه می نمود که 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 ایفای وظیفه نموده است.

پوهاند عزیزی در طول دوره استادی در پوهنتون طبی کابل اضافتر از ۲۲ اثر علمی و تحقیقی داشته و ۳ کتاب درسی جراحی را برای تدریس محصلین پوهنخی طب معالجوی و سنتوماتولوژی تحریر و عضو کمپسون های مختلف و شورای عالی پوهنتون طبی کابل میباشد و بالترتیب نایل به اخذ رتب علمی الی پوهاندی گردیده و از اوایل سال ۱۳۹۰ به اینطرف بر علاوه وظیفه استادی بحیث رئیس شفاخانه تدریسی علی اباد ایفای وظیفه مینماید که بر علاوه کار های علمی در دیپارتمنت جراحی و پوهنتون طبی در بخش اداری این شفاخانه نیز یک سلسله کار ها را انجام داده و جهت بلند بردن سطح علمی، کتابخانه بلاک جراحی را دوباره احیا نموده و همچنان برای رفع مشکل فاصله، زینه و پیاده رو بین بلاک جراحی و داخله و یک باب گلخانه را در صحن شفاخانه اعمار کرده است.