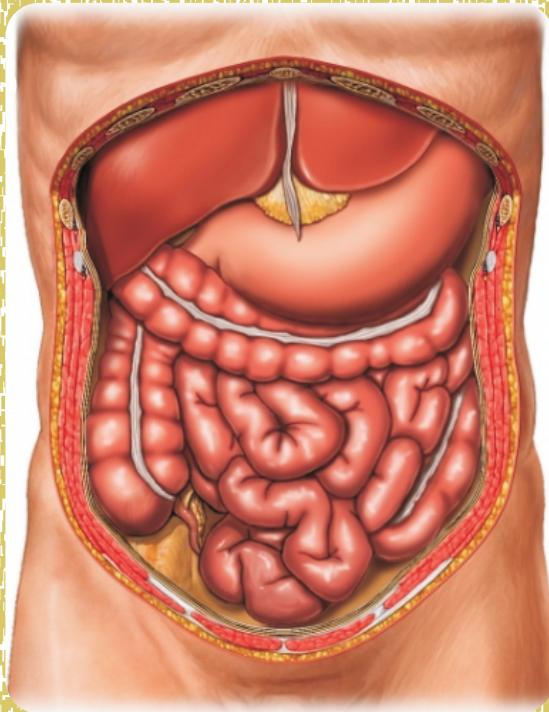




پوهنځی طب هرات

بطن حاد و مزمن

بطن حاد و مزمن



Acute and Chronic
Abdomen

دوکتور عبدالغفور ارساد



دوکتور عبدالغفور ارساد



Herat Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Abdul Ghafor Ersad

Acute and Chronic Abdomen

Funded by:

DAAD

Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-400-61-0



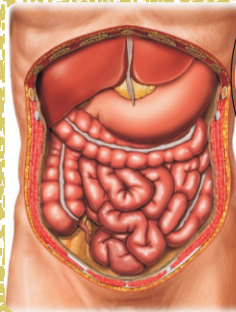
9 789936 400610 >

Printed in Afghanistan

بطن حاد و مزمن

دوکتور عبدالغفور ارساد

AFGHANIC



Herat Medical Faculty

پوهنځی طب هرات

In Dari PDF
2011

Funded by:

DAAD

Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

Acute and Chronic Abdomen

Dr. Abdul Ghafor Ersad

Download: www.ecampus-afghanistan.org

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بنام خداوند مهربان

جمهوری اسلامی افغانستان

وزارت تحصیلات عالی

ریاست پوهنتون هرات

فاکولته طب

مجموعه از معاینات فزیکي

بطن حاد و مزمن

مؤلف:

الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور (ارصاد)

استاد فاکولته طب هرات

1390

نام کتاب	بطن حاد و مزمن
مؤلف	دوکتور عبدالغفور ارصاد
ناشر	پوهنځی طب هرات
وېب سایت	www.hu.edu.af
چاپ	مطبعة سهر ، کابل، افغانستان
تعداد نشر	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۰
دوندلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه دولت فدرالی آلمان تمویل شده است. امور تخنیکي و اداري کتاب توسط انجمن عمومي پرسونل طبي در کشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است. مسؤولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤول 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
 موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
 ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بی ان: ISBN: 9789936400610

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

داکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست مندرجات

صفحه

موضوعات

15	تقریظ.....
16	مقدمه مولف
18	بطن حاد.....
18	1. تعریف.....
19	2. معاینه □ بطن حاد.....
19	الف: تاریخچه.....
21	ب: شکایات عمده.....
21	1. درد.....
29	2. استفراغ.....
30	3. حالت امعاء.....
31	4. تبول.....
31	5. تاریخچه شخصی.....
32	6. تاریخچه گذشته.....
33	ج: معاینه فیزیکی.....

33.....اول:ارزیابی عمومی

33.....1.وضع ظاهری

33.....2.وضعیت سلوک

34.....3.نبض

35.....4.تنفس

35.....5.حرارت

35.....6.زبان

36.....Jaundice, cyanosis, anemia.7

36.....دوم:معاینه بطن حاد

36.....1.تفتیش

39.....2.جس

52.....3.قرع

56.....4.اصفا

57.....سوم:اندازه قطر بطن

57.....چهارم:معاینه ریگتم

58.....پنجم:معاینه مهبلی

58.....ششم:معاینات عمومی

58.....1.معاینه صدر و جدار صدر

60.....2.معاینه صفن و حبل منوی

61.....3.معاینه ستون فقرات

62.....4.معاینه سیستم عصبی

63.....هفتم: معاینات اختصاصی

63.....1.خون

65.....2.فشار خون

65.....3.ادرار

65.....4.X-Ray Examination

67.....5.معاینه barium enema

69.....6.ندوسکوپی

70.....7.اماله

70.....8.Intravenous cholangiography

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

90.....x ray بطن.3

93.....تشخيص تفریقی.5

93.....الف:التهابات

93.....Acute appendicitis.1

100.....Alvarado Score

101.....Acute Cholecystitis.2

102.....Acute pancreatitis.3

106.....Acute Regional ileitis.4

107.....Acute Salpingitis.5

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

108.....Acute ulcerative colitis.7

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

110.....Amoebic liver abscess.9

112.....ب:ثقوب(perforation)

112.....Peptic perforation.1

114.....2.تثقب قرحات محرقه.

114.....perforation of ulcerative colitis.3

115.....ج:انسداد حاد امعا.

115.....تظاهرات کلینیکی.

119.....تشخیص.

119.....1.محل انسداد.

120.....2.طبیعت انسداد.

121.....3.اسباب انسداد.

122.....1.تغلف حاد.

124.....2.تدور کولون سگموئید.

124.....3.تدور سیکم.

125.....4. Mecunium ilius.

125.....5.انسداد سنگ های صفراوی.

126.....6. Volvulus of the midgut.

126.....7.انسداد وعائی مساریقی.

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

128..... Bolus obstruction.9

129..... د:خونریزی و تدور

129..... 1.تمزق حمل خارج رحمی

130..... 2.کیست تدور شده تخمدان

131..... 3.تمزق کیست لوتئن

131..... 4.رپچرانیورزم ابهر

132..... Aortic dissecting aneurysm.5

133..... ه:کولیک ها

133..... 1.کولیک صفراوی

134..... 2.کولیک کلیوی

134..... 3.کولیک معائی

135..... 4.کولیک اپندیکولر

136..... معاینه حالت مزمن بطن

136..... الف:تاریخچه

ب:شکایات.....138

1.درد.....138

2.سو هضم انتفاخی.....142

3.تهوع واستفراغ.....143

4.Haematemesis & melana.....145

5.یرقان.....146

6.حالت امعاء.....148

7.اشتها.....148

8.تب.....149

9.کاهش وزن.....149

ج:تاریخچه گذشته.....150

د:تاریخچه شخصی.....151

ه:تاریخچه فامیلی.....151

و:معاینات فیزیکی.....152

1.سرروی عمومی.....152

153.....2.معاینه بطن

153.....اول:تفتیش

153.....1.جلدونسج تحت الجلدی

154.....2.سرہ

155.....3.کانتور بطن

156.....4.حرکات

157.....5.تورم

157.....دوم :جس

161.....1.نقطه حساس

164.....2.لرزش مایع

165.....3. Shifting dullness

166.....4.جس ارگان های بطنی

166.....a :معدده

167.....b :کبد

170.....c :طحال

172.....کیسه صفرا. d

175.....سوم: قرع

176.....چهارم: اصفا

176.....3.معاینه عقدات لمفاوی فوق الترقوی چپ

177.....4.معاینه رکتوم و مهبل

178.....ز:معاینات اختصاصی

178.....Gastric function tests.1

179.....Night fasting secretion .a

180.....Basal Secretion .b

180.....Maximum Secretion .c

180.....Pentagastrin test .d

181.....Kay's Augmented histamine test .e

182.....Hollander's insulin test .f

183.....2.معاینه خون

183.....3.معاینه مواد غایطه

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

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

249..... Ischemic colitis.18

250..... Familial polyposis coli.19

251..... کارسینومای کولون.20

253..... ط: امراض سره وی

253..... Umbilical fistulas.1

253..... Enteroteratoma.2

254..... Endometrioma.3

254..... Carcinoma.4

254..... Umbilical concretion (calcul5

255..... آبسه سروی.6

255..... سینوس مودار.7

256..... ضمیمه

267..... منابع

تقریظ:

وقوعات بطن حاد، تشخیص و تدای به موقع آن هم چنان دریافت اعراض و علائم بطن مزمن مشکل عمده دوکتوران را در ساحه پراکتیک روزمره تشکیل میدهد برای حل شدن بهترین معضله دوکتوران که با این گونه امراض سروکار دارند باید مطالعات و اعمال خود را مطابق تخنیک و اکتشافات روز عیار سازد تا بتوانند به طور شایسته تر به هم نوعان خود کمک نمایند.

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

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

با احترام

پوهاند دوکتور چراغ علی چراغ

شف جراحی عمومی

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

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

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

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

الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارساد

استاد فاکولته طب هرات

سال 1390

بطن حاد Acute abdomen

تعریف:

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

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

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

معاینهء بطن حاد

Examination of an acute abdomen**الف: تاریخچه (history):**

1- سن (Age): برخی از حالات بطن حاد به طرز خاصی در یک

گروپ سنی معین دیده میشود در نوزادان جدید الولاده معمولاً

انسداد امعا در نتیجه

• Intestinal atresia & stenosis

• Mecunium peritonitis

• Annular pancreas

• Imperforate anus

• Mecunium ileus

دیده میشود. در اطفال (از هنگام تولد تا 2 سالگی) معمولاً

meckle's و intussusception, midgut volulus

diverticulitis وجود دارد. در کودکان (سنین قبل از بلوغ) معمولاً

non specific mesenteric lymphadenitis, appendicitis

پریتونیت استرپتوکوک یا نموکوک اولیه و انسداد معائی از سبب کرم

های مدور رخ میدهد. در بالغین جوان معمولاً اپندست و meckel s

diverticulitis دیده میشود.

در بالغین تثقب قرحه پیتیک، acute cholecystitis، acute pancreatitis بیشتر معمول است و در اشخاص مسن معمولاً Sigmoid volvulus، انسداد امعاء از سبب پیشرفت خباثت، Diverticulitis، مریضی انسدادی میزانتریک دیده میشود.

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

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

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

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

گرمسیر دیده میشود. پانکراتیت در ممالک غربی از سبب عادت شان به مصرف الکل هول معمولتر میباشد. همچنان اپندست در ممالک غربی از سبب عادت شان به خوردن غذاهای باقی مانده یا شسمانده معمولتر است .

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

ب: شکایات عمده (chief complaints)

1- درد (pain):

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

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

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

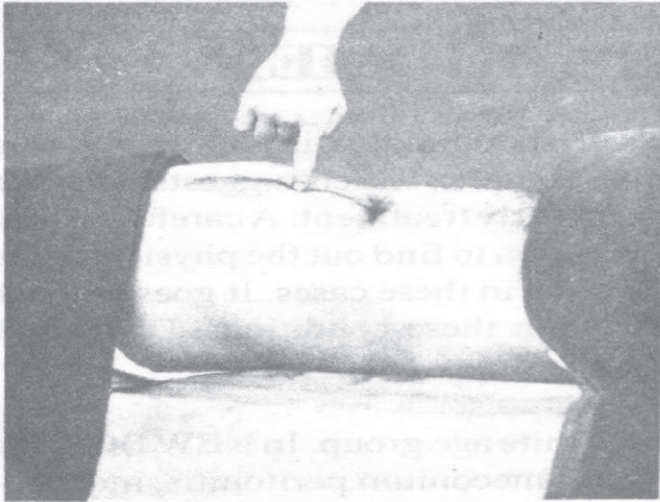


Fig. 1 — The patient is always asked to show the site of pain with one finger. This figure shows the typical site of pain in a case of peptic ulcer.

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

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

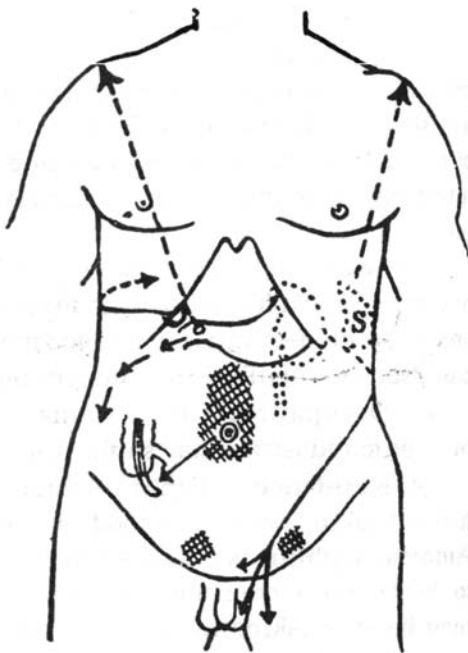


Fig. 2 — A diagrammatic representation of various types of pain seen in acute abdomen. In perforation of peptic ulcer pain is frequently referred to the right shoulder and migrates along the right paracolic gutter towards the right iliac fossa. Pain originating in the gallbladder may radiate to the back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

Site of محل درد (D): (pain):

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

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

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

F: انتشار درد: (Radiation of pain):

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

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

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

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

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

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

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

H: وصف درد (character of pain):

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

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

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

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

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

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

K: چه عواملی درد را بهتر یا بدتر میسازد؟

در واقعات پریتونیت اگر مریض آرام در بستر قرار گیرد کمی درد تسکین میابد و اگر غلت بخورد درد بیشتر میگردد. در تخریش حجاب حاجزی از سبب exudates التهابی یا موجودیت خون در نتیجه آسیب کبدی یا طحالی درد با تنفس عمیق بدتر میشود. در واقعات Cholecystitis غذای شحمی درد را بدتر مینماید در حالی که رژیم غذای بدون چربی کمی به مریض آرامش میدهد. در قرحه پیتیک مواد قلووی درد را بهتر نموده در حالی که الکھول، غذای ادویه دار یا دواهایی مثل اسپرین درد را بدتر مینماید. در hiatus hernia و reflux esophagitis با خم شدن (Stooping) درد شدید تر میشود.

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

با فشار موضعی درد کولیکی آرامش اختیار مینماید (صفاوی، حالی یا معالی)

2- استفراغ (vomiting):

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

1- در انسداد قسمت علوی امعا، Toxic enteritis و غیره استفراغ به صورت فورانی (projectile) با شدت و مقدار زیاد خارج میشود.

2- در general peritonitis یا تثقب قرحه پپتیک استفراغ آهسته regurgitation و mouthfuls میباشد.

B: محتوی (vomit): در انسداد امعا در ابتدا محتویات معده بعداً محتوی اثنا عشر (bilious) و بالاخره محتویات امعا (Faeculent) که بوی مواد غایطه را دارد تخلیه میشود، استفراغ خالص مواد غایطه معمول نمیباشد. ولی در واقعات فیستولهای معده و کولون (Gagsterocolic fistula) دیده میشود. در واقعات کولیک صفراوی استفراغ معمولاً صفراوی است. در واقعات قرحه پپتیک صفراوی استفراغ معمولاً صفراوی است. در واقعات قرحه پپتیک محتوی استفراغ محتویات معده است.

در مرحله آخری پریتونیت محتوی استفراغ سیاه قهوه یی میشود و یا مواد غایطه با خون مخلوط میباشد این نوع محتوی استفراغ در uremia دیده میشود.

C: تکرار و مقدار frequency & quantity: استفراغ متداوم با دفعات زیاد و مقدار زیاد در انسداد امعا و acute appendicitis دیده میشود در قرحه پپتیک استفراغ periodical است.

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

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

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

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

4: تبول (micturation):

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

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

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

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

6: تاریخچه گذشته: (past history) :

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

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

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

ب: معاینه فیزیکی Physical Examination

ارزیابی عمومی (General survey):

1:وضع ظاهری (appearance):

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

2:وضعیت سلوک (attitude):

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

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

3- نبض (pulse):

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

4- تنفس (Respiration):

به استثنائی نرف داخلی و واقعات بعدی پريتونيٲ سرعت تنفس در واقعات بطن حاد گاهي بلند ميروء اگر درجه حرارت بلند بروء به همان تناسب سرعت تنفس نيز بلند ميروء افزايش سرعت تنفس با حرکات مناخر انف داکتر را متوجه ميسازء که مرض در صدر وجود دارد. درد به شکل رجعت به طرف بطن به طور کلی در حالات basal pleurisy, lobar pneumonia و غيره عموميت دارد.

5- حرارت (Temperature):

در واقعات انتاني درجه حرارت بلند ميروء اين بلند رفتن درجه حرارت از يك حالت تا حالت ديگر متفاوت است اين درجه حرارت بلند در acute appendicite به خصوص نزد اطفال وصفی است در acute cholecystitis به طور متوسط درجه حرارت بلند ميروء در حالی که در acute pancreatitis يا acute diverticulitis درجه حرارت زياد بلند نميروء و اين را بايد به خاطر سپرد که بلند رفتن درجه حرارت هرگز يك علامت ابتدايي نبوده و ديرتر به وجود می آيد مثلاً در acute appendicitic ابتدا درد به وجود می آيد و بعداً استفراغ و بالاخره تب به وجود می آيد. (murphy's syndrome)

6- زبان (Tongue):

معاینه زبان در امراض سيستم هضمی منحيث اندکس قبول گرديده است. بايد متوجه بود که آیا زبان خشک است يا مرطوب و بار دارد يا خير؟ يك زبان خشک دلالت به ديهايءاشن مينمايد، خشک و قهوه يی

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

7- **Jaundice, cyanosis, anemia** :

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

معاینه بطن حاد

Examination of the abdomern

تفتیش (Inspection):

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

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

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

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

به صورت تدریجی واقع می گردد و دفعتهاً بعد از شیوع تا مدتی تظاهر نمیکند در وقایع انسداد امعای رقیقه پندیده گی در قسمت مرکزی بطن، در انسداد امعای غلیظه توسع محیطی و در volulus کولون سگموئید و چکم توسع تقریباً به صورت فوری به وجود می آید در مرحله دوم تمزق قرحه پپتیک یک توسع جزئی ممکن به وجود آید. برعکس در کولیک صفراوی، acute cholecystitis, acute appendicitis و کولیک کلیوی countor بطن نورمال بوده کدام تغییری پیدا نمیکند.

3- تحرکیت تنفسی (respiratory movement): تحریک

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

در وقایع (acute cholecystitis) و Right iliac fossa در وقایع اپندست و غیره...

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

- در volvulus کولون سگموئید امعای متوسع منظره یک تیوب هوا که یک سگمنت آن پندیده باشد را میدهد.

- باید متوجه بود که در اشخاص لاغر حرکات پرستالتیک نارمل نیز ملاحظه شده میتواند که باید با hyper peristaltism مغالطه نگردد.

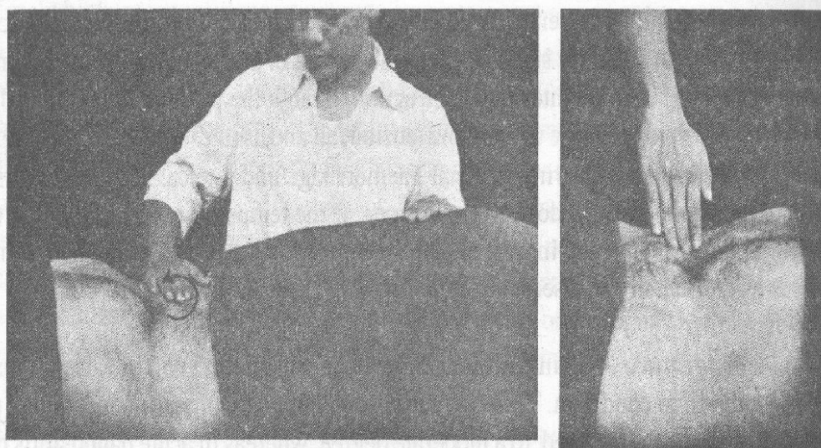
5- جستجوی کتله نبضانی (look for pulsating swelling) در واقعات انشقاق اینورزم ابهر بطنی مریض با یک درد حاد بطن مراجعه میکند.

6- جلد (skin): Discolouration یا بی رنگ شدن جلد در flank چپ sign grey turner's و هاله آبی در اطراف سره (cullen's sign) گاهی در موارد اخیر acute

hemorrhagic pancreatits distraction وسیع پانکراس به صورت دیرتر و انشقاق حمل خارج رحمی دیده میشود.

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

جس palpation:



Figs. 3 & 4.— During the palpation the volar surface of the fingers should be employed and moved gently as in 'pill rolling'. The forearm should be kept horizontal along the level of the abdomen. In the second figure i.e. Fig.3.4 the fingers are held vertical to poke the abdominal wall. This is a wrong method of palpation.

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

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

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

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

1- حسیت زیاد در یک ناحیه جلدی (hyperaesthesia): این عمل

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

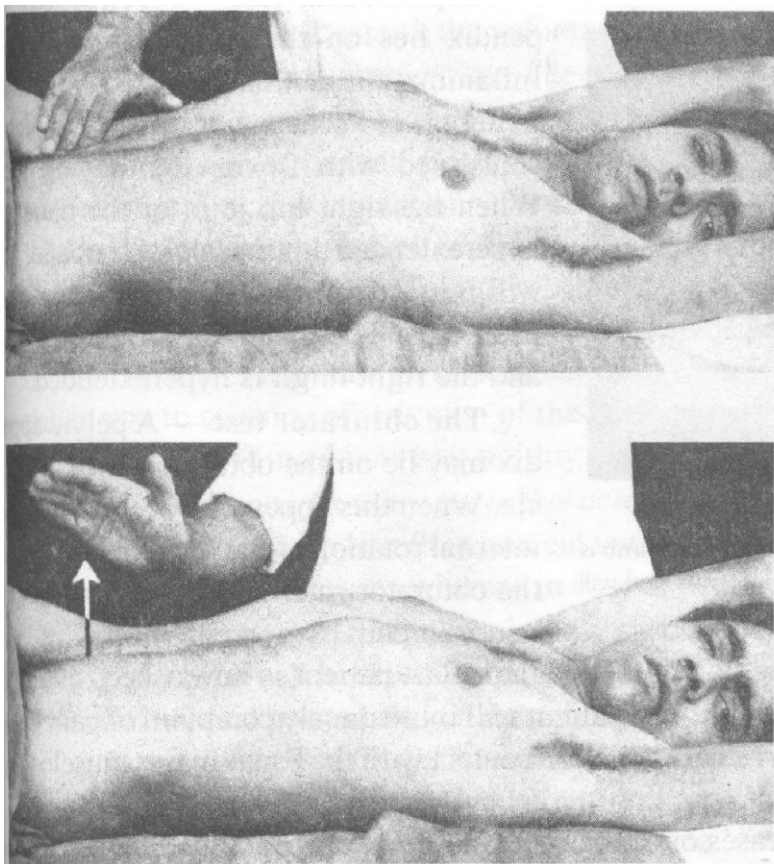
2- حساسیت Tenderness: حساسیت بالای عضو التهابی متداوم است

از مریض خواهش نمائید تا ناحیه درد را نشان بدهد. (pointing test) اگر معلوم شد که همین نقطه حداظمی محل حساسیت است

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

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

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



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

نتیجتاً این حرکت ناگهانی عضلات بطن دوباره به جای اصلی قرار میگیرند مریض دفعه‌تاً از شدت درد گریه خواهد کرد و یا حداقل به خاطر درد خود را عقب می کشد و این در حالیست که پیریتوان



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

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

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

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

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

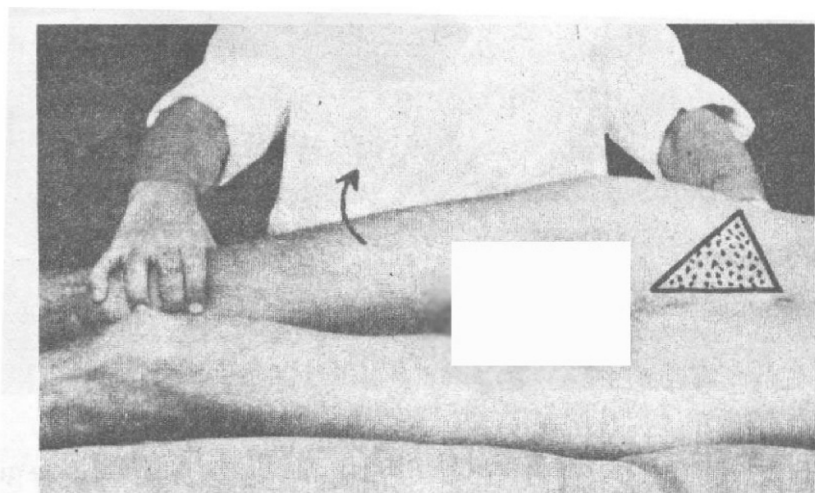


Fig. 8. — Method of eliciting Cope's psoas test. The right thigh is being hyperextended which will initiate pain in a case of retrocaecal appendicitis. Note the position of Sherrin's triangle, indicated by dots.

چپ دور داده شود و ران راست مریض کش شود

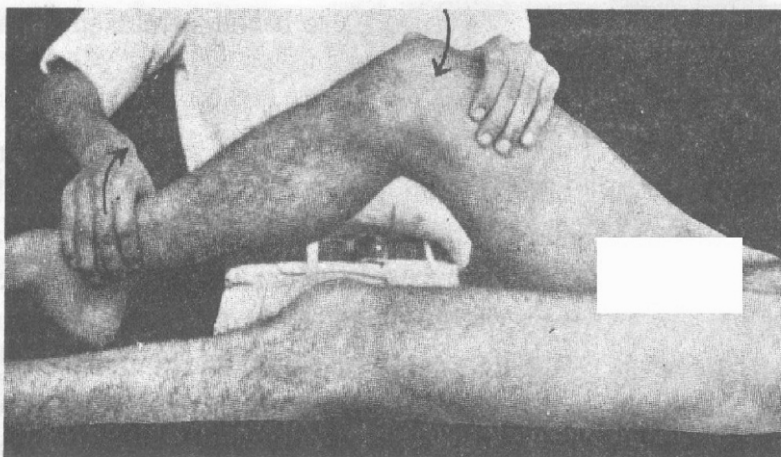


Fig. 9. — Method of eliciting Cope's obturator test. The lower limb is being internally rotated which will stretch the obturator internus and will initiate pain in pelvic appendicitis.

The obturator test: اپندکس حوصلی ممکن بالای عضله obturator enternus قرار داشته باشد، هرگاه این اپندکس التهابی شود وقتی که مفصل حرقفی فخذی را internal rotation بدهیم چون این عضله کش میشود لذا مریض احساس درد شدید مینماید.

Bladwing's test: یک دست بالای پهلوی مریض قرار داده میشود و از مریض خواسته میشود تا پای راست خود را در حالی که زانوی آن به حالت extension قرار دارد بلند نماید. در اپندکس retrocecal مریض به صورت فوری از درد شکایت مینماید.

اپندکس Retrocecal در تماس نزدیک عضله psoas major

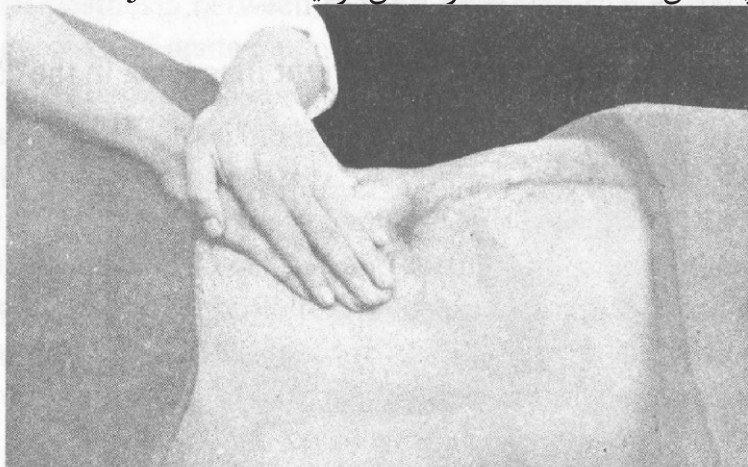


Fig. 10.— Method of palpating the abdomen for muscle guard. The hand in contact with the abdomen feels for muscular rigidity whereas the hand over it applies pressure.

قرار می گیرد عضله یی که در اثنای flexion مفصل hip تقبض می نماید و قابل ذکر است که در واقعات اپندست retrocecal و pelvic در ناحیه rigidity, Mcburney موجود نمیباشد. بنابراین درین جا نکته مهمی که در بالا ذکر شد مثبت بودن این تست ها در اپندست حوصلی و retrocecal می باشد.

3: شخی عضلی muscular rigidity (muscle guard):

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

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

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

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

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

مشابه‌انسداد حاد امعای بدون اختناق کدام rigidity در بطن به وجود نمی‌آید یعنی در انسداد های معایی شخی واضح در مراحل اول موجود نبوده مگر بعداً وقتی تظاهر مینماید که پریتونیت تاسس کند. تظاهر rigidity در مراحل اول انسداد حاد معائی اختناق اعضای داخلی است باید به خاطر داشت که در پریتونیت موخر که با Toximia شدید همراه باشد مثلاً post typhoid perforation و یا پریتونیت بعد از عملیات شخی عضلی خفیف و یا غائب میباشد طوری که قبلاً نیز تذکر داده شد برای تشخیص تفریقی پلوریزی حجاب حاجزی از تمزقات peptic ulcer برای مریض گفته شود که بعد از شهیق عمیق تنفس خود را قید کند (البته با دهن باز وبعد از ذفیر) با اجرای این عملیه شخی در واقعه پلوریزی حجاب حاجزی کم اما در واقعات تمزق قرحه پپتیک تغییر نمیکند.

تشخیص تفریق rigidity امراض صدري از تثقب قرحه پپتیک
(Differentiation of rigidity due to thoracic disease from that due to perforated peptic ulcer)

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

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

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

4: بسط distension:

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

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

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

در Intussusception یک کتله ساسچ مانند ممکن در ناحیه epigaster یا ناحیه قطنی چپ احساس گردد و این اکثراً با right iliara fossa خالی مربوط میباشد. Sign-de-dance

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

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

قرع percussion

قرع آهسته و سطحی میتواند ناحیه حساس را آشکار سازد.

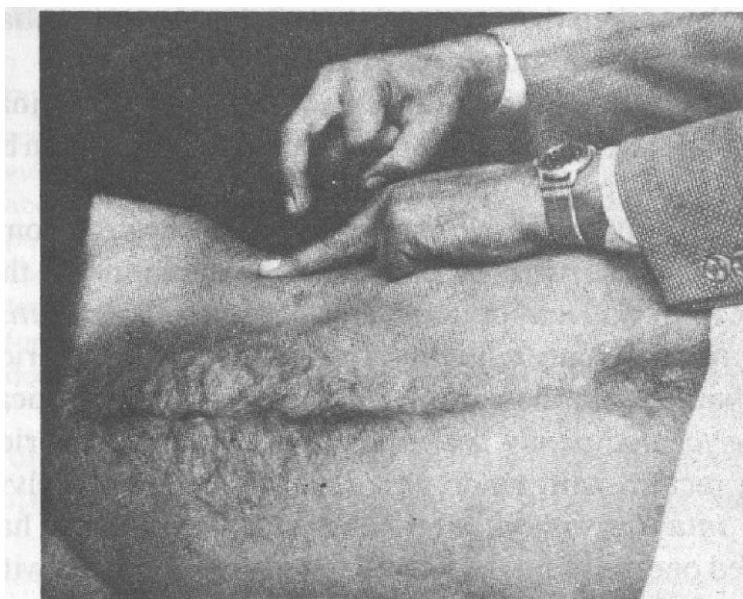


Fig. 11. — Eliciting shifting dullness. The abdomen is percussed from the midline towards the flank. When the percussion becomes dull in the flank, the patient is turned to the opposite side. The figure shows that the flank is again percussed and the note becomes resonant.

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

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

اشتباه یا اغفال: fallacy:

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

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

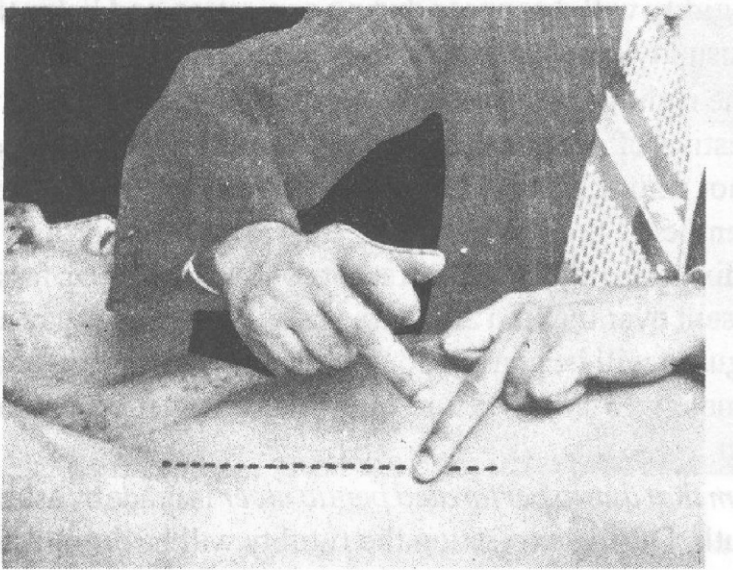


Fig. 12.— Demonstrating the presence of resonance over the area of liver dullness by percussing along the right midaxillary line about 3 inches above the costal margin. Resonance here indicates gas under the diaphragm.

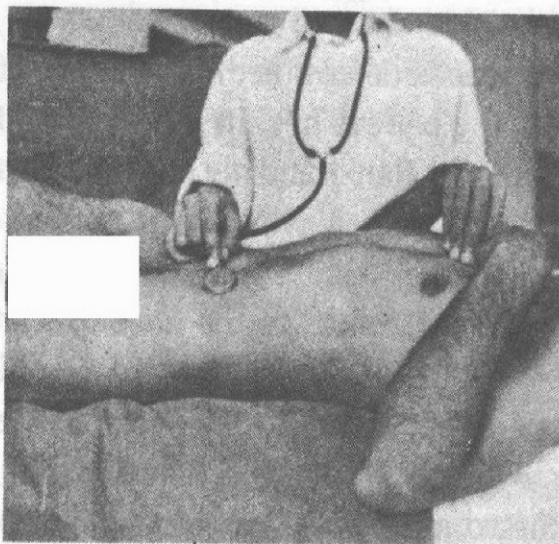
Fluid Thrill-2: این تست نیز مبین موجودیت مایع آزاد در بطن
 با مقدار زیاد است.

3- obliteration of liver dullness (معدومیت اصمیت کبدی)

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

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

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



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

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

اصفا auscultation:

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

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

اندازه قطر بطن measurement:

تعیین سرعت توسع بطن در واقعات انسداد امعا، paralytic ilius و post operative peritonitis با اندازه نمودن قطر بطن در سویه سره به صورت مکرر تخمین میگردد

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

بطن حاد ناحیه ریکتوم متوسع مانند بالون بوده که اهمیت آن هنوز کشف نشده است.

معاینه مهبلی **Vaginal examination**:

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

معاینات عمومی

General examination

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

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

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

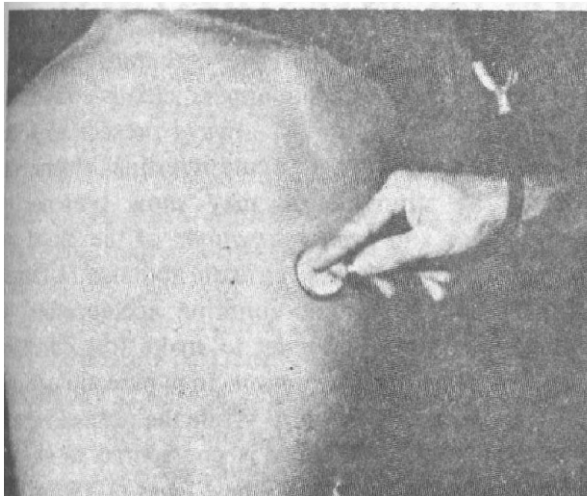


Fig. 14.— The chest must be thoroughly examined in every case of acute abdomen. In diaphragmatic pleurisy and basal pneumonia pain is often referred to the abdomen.

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

مناخر انف و عدم تنفس vesicular بسیار وصفی به pneumonia
lobar میباشد. در وقایعی که اطفال مطاب شده باشند از سبب عدم

اخذ تاریخچه خوب تشخیص مغشوش میگردد تست فشار صدري)
(thoracic compression test) کمک زیاد مینماید طوری که
قسمت سفلی صدر از هر دو طرف فشار داده میشود که هرگاه آفت
صدري موجود باشد درد شدید صدر به وجود آمده اگر آفت مربوط به

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

tenderness تشخیص

را ثابت میسازد.

1- معاینه صفن

و حبل منوی

examine the
scrotum &
(spermatic cord

معاینه از نظر

filariasis مانند

پنیدیده گی، حساسیت و

احمرار ناحیه groin

چون از سبب

retroperitoneal

lymphangitis بطن

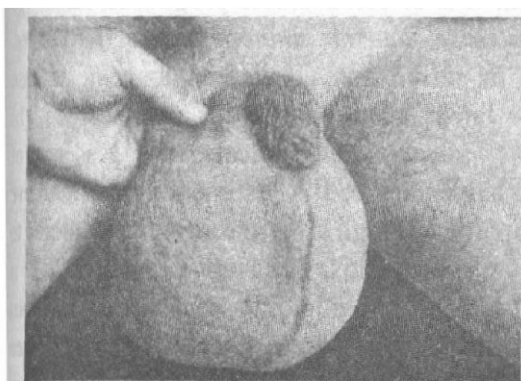


Fig. 15.— The spermatic cord and scrotum should always be examined for evidence of filariasis in a case of acute abdomen. Cases are on record when the patient complains of acute pain in the abdomen when the pathology lies in the testis e.g. pain complained in the right iliac fossa in case of torsion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

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

2- معاینه ستون

فقرات (examine the spine for pott's disease)

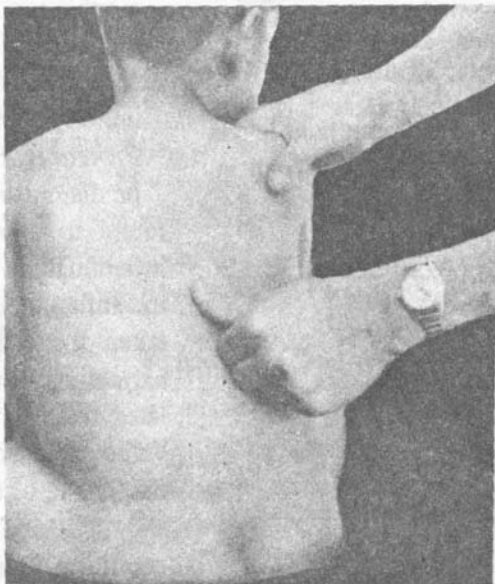


Fig. 16.— Spine should be examined to exclude Pott's disease when the patient complains of abdominal pain.

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

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

معاینات اختصاصی

Special investigation

1- خون (blood)

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

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

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

d. سویه کلسیم سیروم در پانکراتیت حاد پایین می آید.

As calcium is fixed in the formation of soap

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

e. سطح بیلوروبین سیروم در پانکراتیت حاد بالا میرود.

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

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

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

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

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

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

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

X-Ray 4

:Examination

در صورت موجودیت وسایل X-Ray به منظور رسیدن به

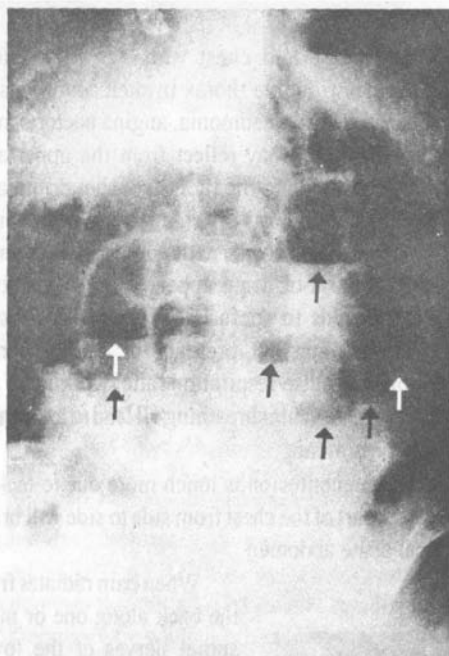


Fig. 17.— Straight X-ray showing multiple fluid levels (shown by arrows) and gas in acute intestinal obstruction.

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

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

گاز تحت حجاب حاجز تشخیص را تأیید مینماید. متشابهاً استفاده از gastrograffine تثقب را مشخص میسازد در acute cholecystitis مجاری صفراوی با زرق biligrafın توسط intravenos cholangiography دیده میشود اما کیسه صفرا قابل دید نمیباشد.

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

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

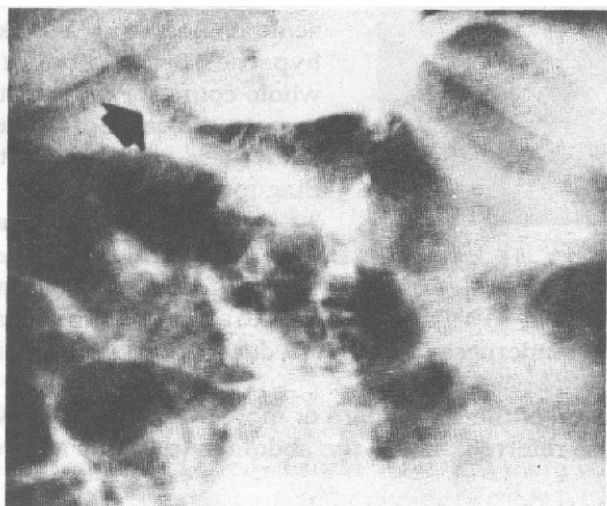


Fig. 18.— Gallstone ileus — showing air in the biliary tree.

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

برای تشخیص تفریقی کولیک کلیوی از کولیک appendicular pyelography, داخل وریدی بسیار مهم است در acute ulcerative colitis یک سایه برجسته از توسع کولون مستعرض, toxic megacolon ممکن دیده شود. بعد از تثقب هوای آزاد در جوف پیریتوان ممکن قابل توجه باشد.

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



کننده باشد
barium

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

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

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

6- اندوسکوپي: **Endoscopy**: proctosigmoidoscopy در acute ulcerative colitis زمانی که ریکتم (% 90-95) درگیر شده کمک کننده است. مخاط اکثراً granular , erythematous بوده و به آسانی خونریزی میدهد. قرحات مخاطی سطحی دیده میشوند در مرض crohn (regional ileitis) اندوسکوپي cobblestone را آشکار میسازد و قرحه خطی عمیق معلوم میشود. Colonoscopy تعیین کننده موجودیت مریضی در ulcerative colitis و در crohn's disease

Skip lesions دیده میشود. در بسیاری diverticulites حاد sigmoidoscopy دردناک میباشد. مخاط ملتهب است و

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

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

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

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

که سنگهای کیسه صفرا، سنگهای مجاری صفراوی توسع کیسه صفرا با سنگ و sludge (لجن) را ثابت میسازد. همچنان سنگ در cystic duct توسع شجره صفراوی و حتی تومور پانکراس را تثبیت مینماید.

10- Radio-isotop scanning

Cholescintigraphy با ^{131}I Rose Bengal یا با یک مشتق از Technetium- $^{99\text{m}}$ Tc-iminodiacetic acid (IDA scan) تست وصفی تری نسبت به دیگر تستها در Cholecystitis حاد میباشد. بعد از زرق داخل وریدی این ماده به وسیله کبد در سیستم مجاری صفراوی دفع میشود. واین خودنشان دهنده شجره صفراوی خارج کبدی و کیسه صفرا میباشد در کولی سستیت حاد کیسه صفرا قابل دید نیست کیسه صفرا قابل فرض یا مجرای cystic مسدود میباشد و دقت و راستی این کار 100 فیصد است.

11- (CT scan) computed tomography

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

12- Exploratory lapratomy

تشخیص تثبیت نمیگردد تا که یک لپراتومی انجام نشود.

Causes of Acute Abdomen

A: Intra Abdominal causes:

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

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

Extra Abdominal causes:

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

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

In children the following condition are common:

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

In females the following condition are common:

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

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

Hepatic

Traumatic rupture .1

Abscess.2

Pyogenic

Amebic

Biliary

Acute cholecystitis.1

Hydrops

Empyema

Ruptured

Free (bile peritonitis)

Abscess (pericholecystitis)

Biliary colic.2

Duodenal

Peptic ulcer.1

perforated

perforating

obstruction.2

Rupture.3

Blunt trauma

Perforating injury

Gastro-enteric

Acute gastro enteritis.1

Food poisoning

Dietary indiscretion

Chemical

Peritoneal

Peritonitis

Primary diffuse (pneumococcus)

Secondary to visceral pathology

Local (abscess)

Generalized (benign paroxysmal)

Small intestinal

Obstruction.1

Meckel 's diverticulum.2

Inflammation

Torsion

Perforation.3

Traumatic

Inflammatory (typhoid)

Due to strangulation

Intussusceptions .4

Regional enteritis.5

Ileocecal tuberculosis.6

Uterine

Rupture .1

Spontaneous (in pregnancy)

Instrumental

Infection .2

Postabortal

Puerperal

Torsion of pedunculated fibroid.3

Acute degeneration of fibroid.4

Splenic

Infarction .1

Abscess.2

Rupture.3

Traumatic

Malarial

Gastric

Peptic ulcer.1

Perforated

Perforating

Carcinoma .2

Perforated

Perforating

Mesenteric

Mesenteric lymphadenitis

Mesenteric thrombosis

Large intestinal

Non specific ulcerative colitis.1

Fulminating

Toxic dilatation

Perforation

Obstruction

Volvlus .2

Sigmoid

Cecal

Specific colitis.3

Amebic

Bacillary

Neoplasm .4

Obstruction

Perforation

Intussusceptions.5

Diverticulitis .6

Perforation .7

Rupture (blunt trauma)

Perforating injury

Appendicitis .8

Foreign body.9

Fecal impaction

Rectally inserted

Ingested

Ovarian

Ruptured follicular cyst or corpus luteum.1

Torsion of cyst pedicle.2

Ruptured endometrial (chocolate) cyst .3

Tubal

Ectopic gestation.1

Tubo-ovarian abscess.2

Acute salpingitis.3

Torsion of hydrosalpinx.4

Thoracic

Cardiac

Coronary thrombosis.1

Acute pericarditis.2

Cardia failure with hepatic engorgement.3

Pleuropulmonary

Pneumonia.1

Pleurisy (diaphragmatic).2

Embolism of infarction.3

Retroperitoneal

Neural .1

Tabetic crisis

Diabetic crisis

Lead poisoning

Pancreatic .2

Acute pancreatitis

Renal .3

Ruptured tumor (a)

Abscess (b)

Nephric

Perinephric

Traumatic ruptured(c)

Hydronephrosis and pyelonephrosis (d)

Pyelonephritis (e)

Spinal .4

Fracture (a)

Osteomyelitis (b)

Tuberculous

Pyogenic

Ureteral .5

Calculus

Dietl's crisis

Psoas abscess.6

Vascular (Aorta or other vessel).7

Aneurysm

Dissecting

Ruptured

Pelvic .8

Cellulitis (a)

Postabortal

Postpartum

Fracture (b)

Genito-urinary(c)

Acute retention

Urinary extravasation

Systemic

Uremia .1

Nephritis

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

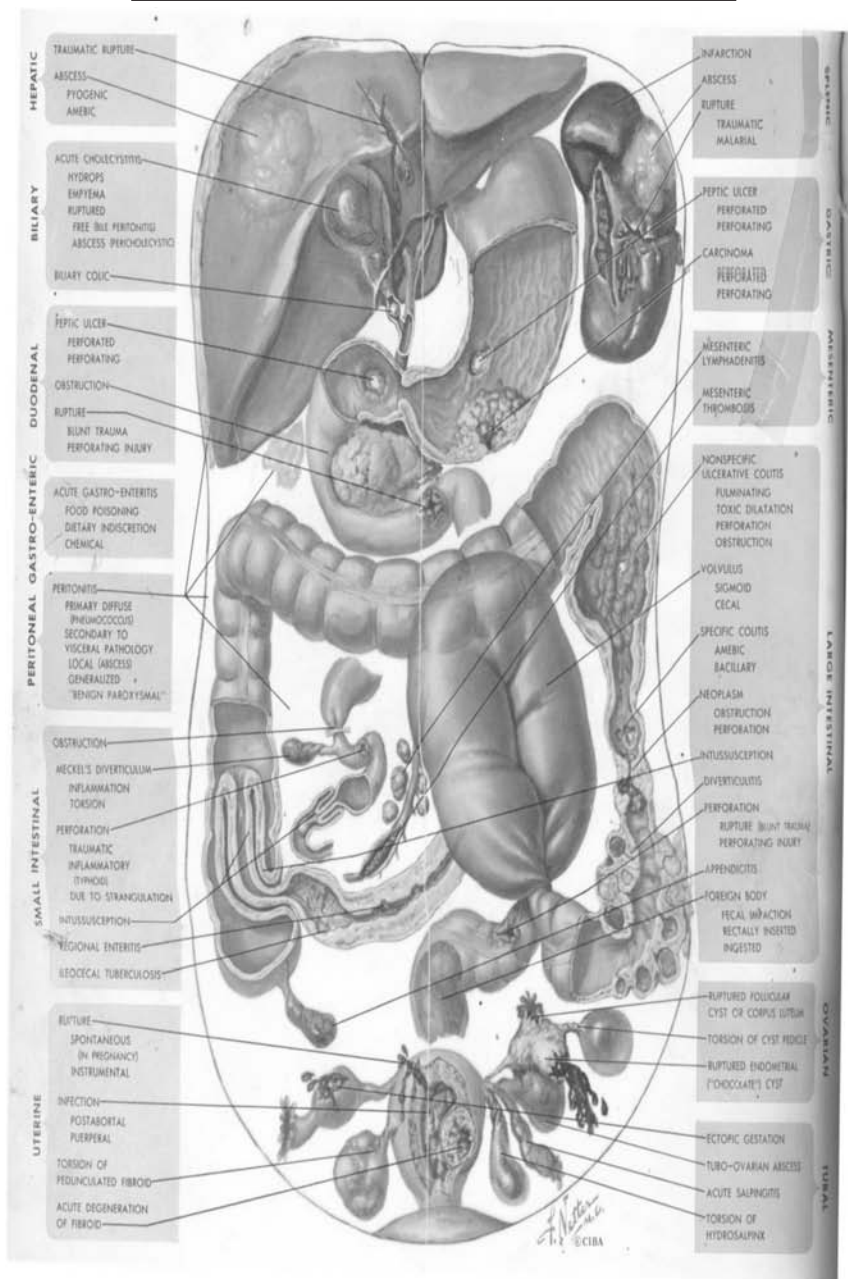
Abdominal wall

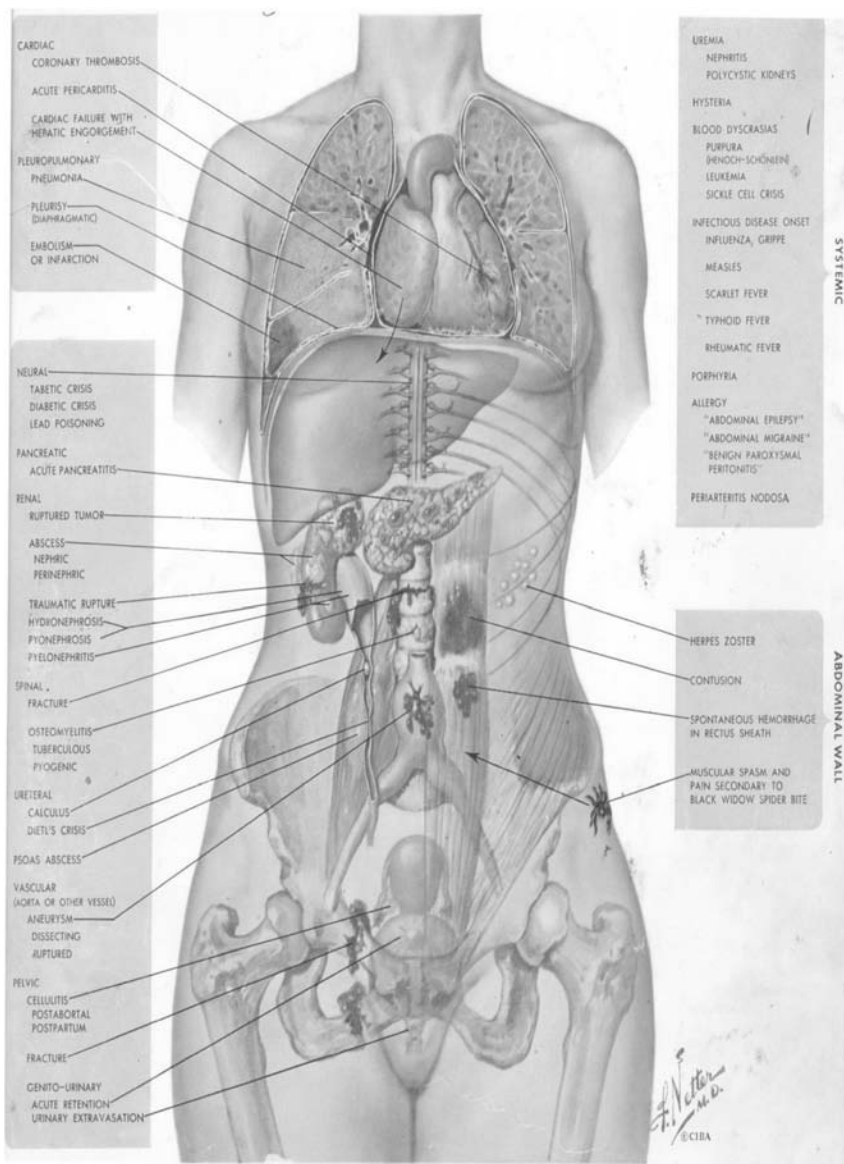
Herpes zoster

Contusion

Spontaneous hemorrhage in rectus sheath

Muscular spasm and pain secondary to black widow
spider bite





Professor Ernst Hanisch اسباب بطن حاد را قرار ذیل بیان نموده است:

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

a. Inflammatory

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

b. Mechanical

- 1 Obstructive conditions as incarcerated hernia**
- 2. Post-operative adhesions**
- 3. Intussusception**
- 4. Malrotation of the gut with volvulus**
- 5. Congenital atresia or stenosis of the gut**

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

c. Neoplastic

d. Vascular

mesenteric arterial thrombosis or embolism

e. Congenital defects

- 1. Doudenal atresia**

2. omphalocele or diaphragmatic hernia

f. Traumatic

1. Stab and gunshot wounds

2. Blunt abdominal injuries producing such conditions as splenic rupture

3. History or evidence of trauma should make this diagnosis fairly obvious

معاینات جروحات بطن

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

الف) تاریخچه

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

ب) معاینات فیزیکی

1. ارزیابی عمومی (General survey)

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

2. Local examination :

در قدم اول باید درد، حساسیت، شخی، dullness و یا Surgical emphysema (امفزم زیر جلدی که بعد از عمل جراحی پیدا میشود) مورد توجه باشد اگر یک یا چندى از اعراض فوق به غیر از ساحه مجروح به دیگر نواحى موجود باشد اهمیت زیاد داشته و بعد از investigation استطاب عملیات را دارد. و باید داکتر بداند که جروحات بطنى بدون تظاهر خارجى نیز مى تواند به وجود آید، مثلاً جروحات کند بطن (blunt trauma)، sub cutaneos، جروحات دیگر احشا و غیره.

اگر معاینات فیزیکی بی نتیجه باشد و داکتر به کدام تشخیص نرسد مریض بطن حاد هر یک ساعت تکراراً معاینه شود. چون درد بطنى شدید اکثراً منشأ نخاعى نیز مى داشته باشد لذا از نظر معاینه عصبى هم باید investigation شود.

3. x ray بطن : هر گاه رادیوگرافی به وضعیت نشسته اخذ شود گاز تحت حجاب حاجز تشخیص ریچر احشای مجوف را واضح مى سازد. حین معاینه فیزیکی هر گاه دیده شود، که قسمت علوى بطن مجروح

گردیده و امکان زیاد موجود که نفز مربوط جگر، طحال، گرده و غيره احشای علوی بطن باشد و اگر قسمت سفلی بطن مصاب شده باشد احتمال پريتونيت در اثر آفت امعا و مثانه به وجود آمده ميتواند .

در واقعات نفز علامه معمول خونريزی داخلی عبارت از خسافت رو به افزايش ،نا آرامی، نبض ضعيف و نیز تنفس به قسم *air hunger*، درجه حرارت نیمه نارمل بوده و به تدريج کولپس تاسس مينمايد علاوهً علایم موضعی نیز به وجود می آید.

جگر معمولاً در واقعاتی که طرف راست صدر زیر فشار بيايد ريچر میکند که حساسيت و وسيع شدن ساحه اصمت کبد و *shifting dullness* نیز علامه مهم آن میباشد.

اگر طرف چپ ساحه ضلعی به ترضيض معروض گردد اعراض و علایم جرحه طحال را به وجود می آورد و علایم آن قرار ذیل است:

A – Balances sign: اصمیت متداوم بالای نصف طرف چپ بطن در علوی که به تعقیب تحتر خون طحال به وجود آمده و *shifting dullness* در طرف راست موجود می باشد.

B – kehr's sign: که درد *reffered* و انتشار آن به طرف شانه چپ میباشد و به تخریش نصف چپ حجاب حاجز توسط خون جمع شده دلالت می نماید.

Saeggers splenic point:

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

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

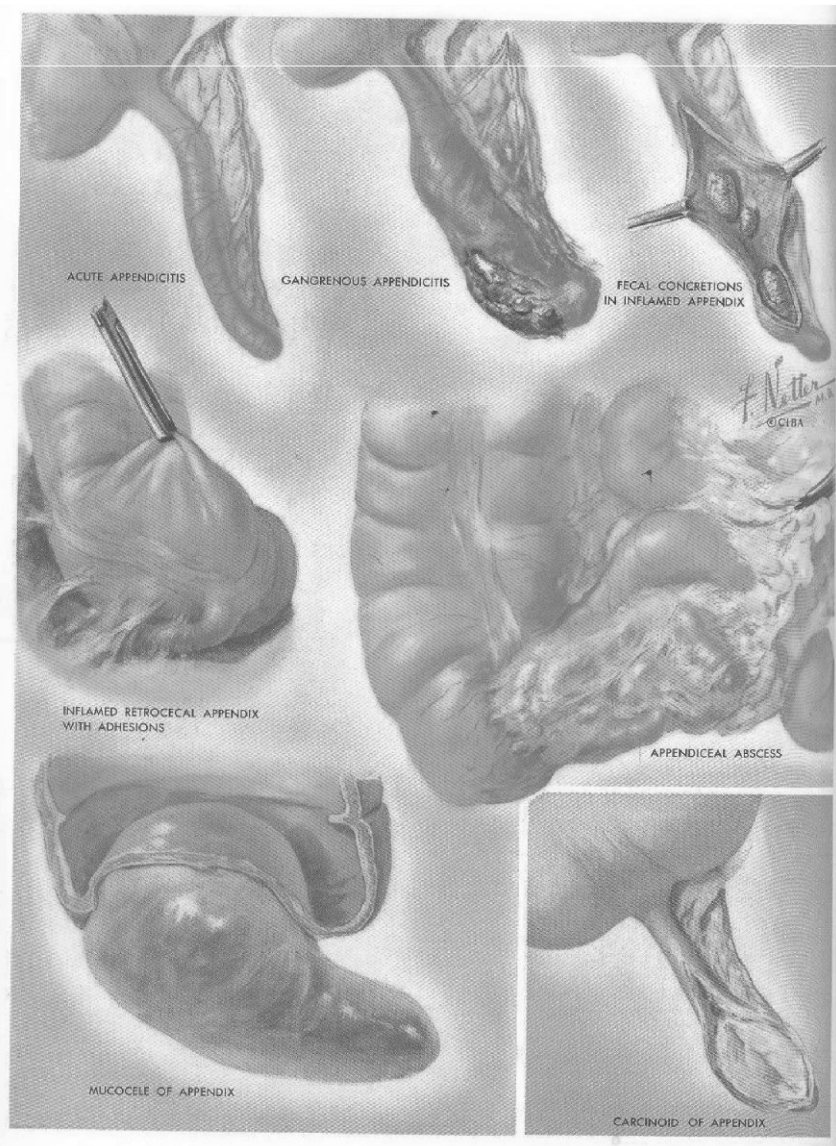
امعای غلیظه میتواند خارج پريتوان یا داخل پريتوان تمزق نماید که تمزق داخل پريتوان منتج به پريتونیت حاد و شدید شده زیرا محتوی این امعا بسیار متن میباشد و در نوع تمزق خارج پريتوانی ممکن cellulitis منتشر و امفیزم جراحی را به وجود آورد. مثانه هم میتواند تمزق خارج و یا داخل پريتوانی بدهد، نوع داخل پريتوانی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

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

تشخیص تفریقی

Differential diagnosis**التهاب (Inflammation)****1. Acute appendicitis:**

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



در کلینیک دو نوع مختلف آن دیده شده است

A. غیر انسدادی Non.Obstructive

B. انسدادی Obstructive

درد اولی حشوی بوده در ناحیه خط متوسط سره احساس می‌گردد درد

دومی از اثر تخریش پری‌توان جداری می‌باشد از همین سبب درد در

ساحه موقعیت اپندکس احساس می‌گردد. در obstructive app.

وصف کولیکی داشته و در شکل غیر obstructive درد به قسم dull

aching است که به تعقیب آن استفراغ، دل‌ب‌دی، بی‌اشتهایی به وجود

می‌آید که مربوط به درجه Distension اپندکس می‌بوده که زیاد ،

متوسط و یا خفیف Distensio مینماید. تب عموماً با اعراض فوق

همراه است و از $102^{\circ}F$ بلندتر نمیرود اگر بالاتر از آن باشد تشخیص

مشکوک است تسلسل علایم یعنی درد، استفراغ، درجه حرارت بلند بنام

Murphy's syndrome شناخته میشود، تا کنون از عادت امعا

قبضیت معمول است اما ممکن اسهالی در حالت اپندست حوصلی یا

آبسه های appendicular موجود باشد. اگرچه در اطفال هم اسهال

و تب بلند میتواند تاسس کند با معاینه در sherene's tringle در

ناحیه hyperaesthesia دیده شده و حساسیت در قسمت

Mcburney شخی عضلی Rebound tenderness مثبت است.

مثبت بودن Rovsing's sign یک تشخیص تفریقی است و باید

همیشه جستجو گردد در حدود 2-3 روز یک حساسیت و کتله ثابتی

در ناحیه اپندکس پیدا میشود که بنام appendecular lump

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

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

تشخیص تفریقی بین اپندست التهابی catarrhal و اپندست انسدادی:

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

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

اپندست خلف چیکم. retrocecal appendicitis :

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

اپندست حوصلی Pelvic appendicitis :

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

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

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

اپندست حاد در اطفال و شیر خواران **Infancy& Childhood**

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

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

اپندست حاد در سنین بالاتر (Elderly):

درین مریضان از سبب جدار **Luxed abdomen** شخی بطن به مشکل به وجود می آید اما از سبب اترواسلکروز شریان اپندکس اولاً چانس گانگرن شدن اپندکس بسیار به زودی موجود می باشد و به صورت تالی فیروز سابقه و عکس العمل ناقص پریتهوانی زمینه تمزق را مساعد میسازد لوحه کلنیککی اکثرأ با انسداد خلفی امعای رقیقه شباهت دارد و **Clinician** ممکن به مریض توسعه اماله را نماید که با اجرای این عملیه وضعیت مریض بیشتر رو به وخامت می رود.

اپندست حاد در زمان حاملگی **Pregnancy**:

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

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

:Alvarado Score

برای دوکتورانی که دراطاق عاجل ویا دیگر ساحات مصروف معاینه
 مریضان مصاب acute abdomen هستند، Alvarado Score برای
 تشخیص Acute Appendicitis بهترین ممد میباشد که به طور
 وسیع مورد استفاده قرار میگیرد:

<u>Symptoms</u>	<u>Score</u>
Anorexia	1
Nausea and vomiting	1
Migratory RIF pain	1
<u>Signs</u>	
Raised temperature	1
Tenderness in RIF	1
Rebound tenderness	2
<u>Tests</u>	
Leukocytosis	2
Shift to left (segmented neutriphils)	1
Total:	10

2. Acute Cholecystitis:

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

مضاد استتباب است. و به تشخیص این حالت
Radioactive scanning, ultrasound کمک کننده است.

3.Acute pancreatitis:

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

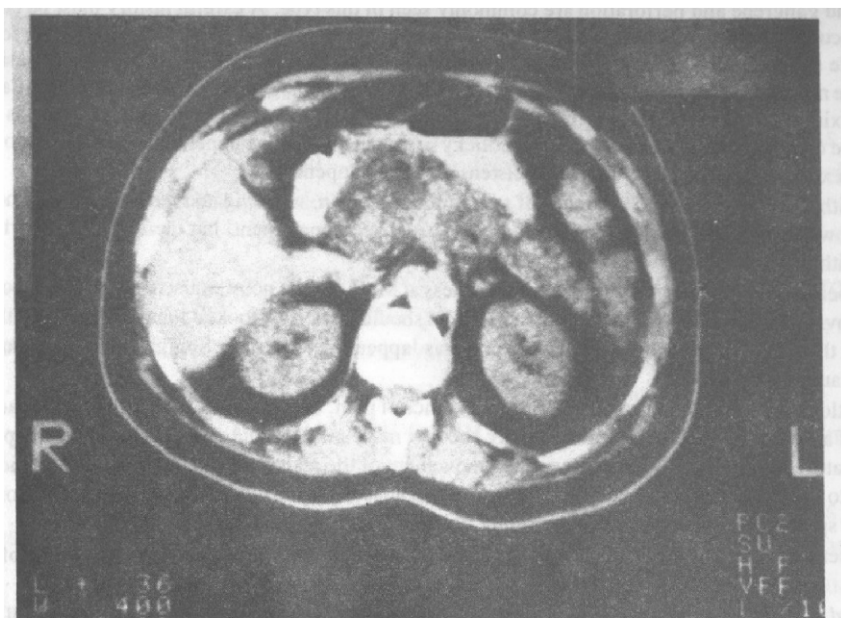


Fig. 20.—CT Scan of the abdomen showing oedematous enlarged pancreas indicating acute pancreatitis.

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

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

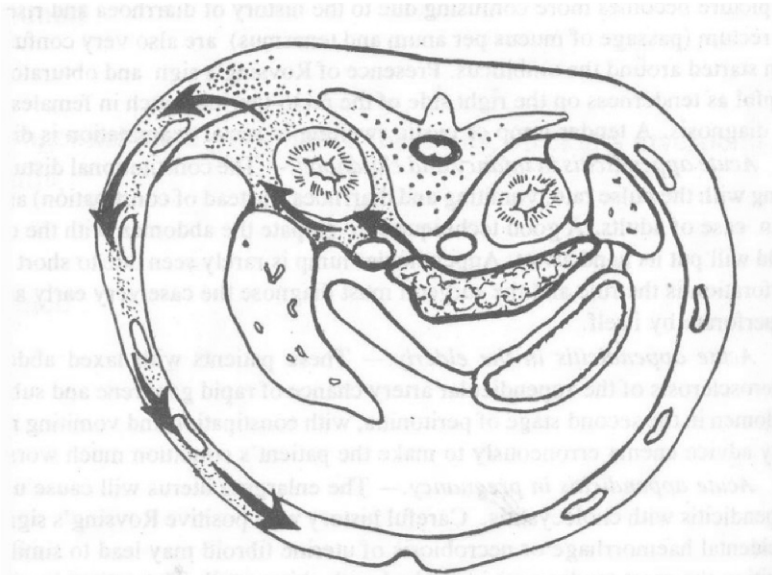


Fig. 21 .— Diagrammatic representation showing how haemorrhagic fluid from acute haemorrhagic pancreatitis tracks along the abdominal wall to cause discolouration of the loin (Gray-Turner's sign) and around the umbilicus (Cullen's sign).

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

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

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

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

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

4.Acute Regional ileitis:

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

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

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

5. Acute Salpingitis:

معمولاً در زمان تحيض يا هفته اول بعد از سقط و يا ولادت تظاهر مي نمايد درد acute salpingitis عمدتاً در ناحيه Hypogastrium يا حتي در iliac fossa جس ميشود اين مرض بايد از اپندست حاد تشخيص تفريقي شود تاريخچهء دقيق قاعدگي از مريض گرفته شود و سوال شود كه درد از كجا شروع شد؟ معمولاً در اپندست حاد از ناحيهء اطراف سره شروع گرديده و بعداً به R.ilic شفت ميگردد در حالي كه در Acute salpigitis درد ساكت در Fossa iliac موجود است و هم درد دو طرفه در سفلي بطن، حساسيت، احساس درد حين تبول، افزازات مهيلي و درجهء حرارت معمولاً 102F يا بالاتر موجود است. علاوهً سندرم Murphy منفي است.

Rigidity بطني به اندازه اپندست موجود نيست. افزازات مهيلي پتوگونوميك به اين مرض است با معاينه مهيلي رحم بزرگ دريافت ميگردد و زماني كه اين حالت اتفاق ميافتد سقط و يا دوره نفاسي(Puerperium) را تعقيب ميكند Cervix نرم تر است اما در صورتي كه تحريك شود سبب درد خيلي زياد ميگردد فقط زماني كه مرحله حاد تمام شد تورم يك طرفه يا دو طرفه Tubal ممكن موجود آيد.

6. Acute non- specific mesentric lymphoid:

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

7. Acute ulcerative colitis:

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

پی در پی که شامل خون، مخاط، Pus، بلند رفتن درجه حرارت و حالت توکسیک شکل اساسی و اصلی این مرض حاد است، زمانی که تمام یا یک قسمت اساسی کولون مبتلا شده باشد حمله با شدت بیشتر و تشوشات سیستمیک همراه میباید عمق قرحات مهم شمرده می شود قرحه عمیق توسعه می یابد به طبقه عضلی و سبب Toxi colitis می گردد که با تظاهرات شدید سستمیک همراه است، از سبب Toxic megacolon ممکن توسع شدید بطن به وجود آید از دست دادن پروتین، پایین آمدن البومین سیرم و کاهش وزن درین حالت به وجود می آید و همچنان arthritus , Pyoderma, Erythema nodosum و غیره از اختلالات در صورت ابتلای سستمیک این مرض می باشد البته باید به خاطر باشد که Colitis در سنین بالاتر خطر ناک تر نسبت به مریضان جوان تر می باشد. Straight x-Ray, rectal biopsy و Endoscopy تشخیص را قطعی می سازد.

8. Subdiaphragmatic subperitoneal abscess:

این حالت معمولاً بعد از آفات intraperitoneal از سبب تثقب قرحات پپتیک ترضیضات بطنی، اپندست حاد، عملیات های طرق صفراوی و معده به وجود می آید درجه حرارت بلند می رود، تعداد نبض و تنفس نیز زیاد می شود موجودیت درد ناحیه نیز به تشخیص کمک میکند درد در ناحیه Hypochondrium معمولاً احساس می شود و درد ممکن از سبب تخریش دیافراگم به وجود آمده و به شانه طرف

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

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

:Amoebic liver abscess.9

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

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

اختلاطات: عبارت اند از ریچر آبسه ها در

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

تثقب (perforation)

1. Peptic perforation

منظره کلینیکی آن در سه مرحله شرح میشود:

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

استطباب عملیات با موجودیت دو اصل عمده گذاشته میشود:

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

مرحله دوم یا عکس العمل Reaction: در حقیقت مرحله یی است

که اغوا کننده است و رهنمایی غلط میدهد (misreaction) زیرا مایعات مخرش با مخلوط شدن با اگزودات پیریتوانی رقیق میگردد، با رقیق شدن مایعات مخرش شدت اعراض کم میشود (در حالی که هنوز آتش در زیر خاکستر روشن میباشد). مریض آرام است اعراض بدون اشتباه، آرام مگر علایم موجود است که باید پالیده شود شخی عضلی موجوده بوده دو تظاهر دیگر میتواند محو باشد. یعنی liver

dullness, dullness shifting . با معاینه ریکتم در ناحیه rectovesical حساسیت جس میگردد اگر وسایل مسیر نباشد کلیشه رادیوگرافی ساده مقدار هوا را در زیر حجاب حاجز در 70٪ وقایع نشان میدهد.

مرحله سوم final stage : درین مرحله پیریتونیت وصفی میباشد

که اگر تاسس نماید چانس بهبودی کم است. وجه مضطرب، چشمها فرورفته (hipocrate face) زیاد شدن ضربان قلب به حجم کم و فشار کم، استفراغ دوامدار، شخی تخته مانند بطن، distension وسیع بطنی تماماً اشاره به تشخیص میباشد و تظاهرات فوق یکی بعد از دیگری بروز نموده، حالت مریض را رو به وخامت میکشاند و نزدیک شدن به مرگ را نشان میدهد.

2. تثقب قرحات محرقه **perforation of typhoid ulcer**:

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

3. **Perforation of the ulcerative colitis**: فقط در 4 فیصد

وقایع تثقب ulcerative colitis به شکل اختلاط fulminating مرض میباشد دردهای ناگهانی بطن، حالت شاک و distension بطنی گمان زیاد به تثقب ulcerative colitis می رود که ملوث شدن پیریتوان ذریعه مواد غایطه کولون بسیار خطرناک بوده و ایجاب عملیات عاجل را مینماید.

Perforation of diverticular disease of colon: پیریتونیت

عمومی یا generalized peritonite از اثر تثقب نهایتاً نادر است. بیشتر اوقات از نتیجه آبسه های موضعی میباشد. اگر پیریتونیت عمومی رخ بدهد mortality rate بسیار زیاد بوده و کمتر از 50٪ نمیشود.

انسداد حاد امعا

Acute intestinal obstruction**تظاهرات کلینیکی:**

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

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

عرض اصلی و عمده دیگر قبضیت میباشد که اقلأ 24 ساعت ضرور است تا این عرض متبازز گردد.

1. Intestinal colic: هرگاه انسداد در جیجونوم یا شروع الیوم

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

2. Vomiting: این عرض به قسم واضح و ثابت موجود است، تعداد

استفراغات مربوط به ناحیه انسداد است (در انسداد قسمت علوی امعا استفراغات به تناسب انسداد قسمت سفلی امعا بسیار شدید میباشد). محتوی استفراغات در ابتدا محتوی معده (پارچه های مواد غذایی و

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

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

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

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

5. Dehydration: در انسداد ها مخصوصاً انسداد قسمت بالائی امعا از سبب ضیاع مقدار زیاد آب و الکترولیت ها دیهیدریشن به وجود می آید در انسداد الیوم نهایی که با کمبود مقدار کم ضیاع مایعات و الکترولیت های که از طریق معدی معائی افراز و دو باره جذب میشوند) همراه

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

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

Percussion: هرگاه امعا مملو از گاز بسیار distended نباشد قرع معاینهء معلومات دهندهء نمیباشد.

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

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

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

تشخیص:

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

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

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

Low small intestine حمله ناگهانی احساس درد بالاتر از ناحیه umbilical و استفراغ دیرتر به قسم nonperfuse بظهور میرسد و

محتوی استفراغ در ابتدا مواد معدوی بعداً صفراوی و در اخیر faeculent است distension نیز در قسمت وسط بطن قابل تشخیص بوده و حرکات استداری به قسم ladder pattern گاهی قابل تشخیص میباشد. در انسداد امعای غلیظ حمله درد ناگهانی نبوده بلکه تدریجی میباشد و درد نیز دوامدار نیست. درد در ناحیه hypogastrium احساس میشود. استفراغ بسیار دیرتر از اعراض انسدادی ممکن ظاهر شود و حتی ممکن است موجود نباشد. Distension در هر دو flank قابل دید است هر گاه با دقت قسمت R. iliac fossa جس گردد ممکن چکم بسیار distend و سخت تر در تحت انگشتان قابل جس باشد معاینه rectal به قسم Anular growth نمایان میباشد.

b: طبیعت انسداد (nature of obstruction):

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

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

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

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

c-اسباب انسداد:

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

hersh و یا doudidnum ولادی و atresia و meconium ilius و prung disease و غیره دیده میشود.
 در infancy مخصوصاً intussusception و در سن بلوغ برعلاوه
 intussusception و چسبندگی ها از سبب meckles' diverti و
 یا local peritonitis از سبب appendicitis
 TB peritonitis ، Tabes mesentrica و غیره در اشخاص
 کاهل انسداد ذریعۀ بند ها و تدور های امعا قابل دید میباشد. و هم
 کارسینو مای کولون نیز از واقعات معمول میباشد. یک زن چاق 40
 ساله که تاریخچه قبلی سنگهای کیسه صفرا داشته و مصاب انسداد امعا
 باشد امکان موجودیت Gall stone ilius باید مد نظر باشد اما فتق
 مختنق نمیتواند در هر سن و سال رخ بدهد .

1: تغلف حاد (acute intussusceptions):

معمولاً مریض یک طفل بین سنین 12-6 ماهه گی میباشد حملهٔ مرض
 ناگهانی است طفل از درد بطن فریاد مینماید و پاهای خود را به طرف
 بالا میکشاند حملهٔ درد بعد از چند دقیقه گم شده و باز بعد از 25
 دقیقه دو باره شروع میشود. وجه pollar یک علامهٔ وصفی است که
 همیشه با حملهٔ درد همراه میباشد استفراغ بسیار کم اتفاق میافتد و به
 طور معمول بعد از 24 ساعت به وجود می آید و هم نظر به نوع
 intussusception فرق مینماید distension و موجودیت وجه
 pollar از علایم تشخیصیه وصفی مرض است. قبضیت مطلق نادراً دیده

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

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

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

اجرای رادیو گرافی ساده بطن ممکن نمایانگر ازدیاد گازات در امعای رقیقه و عدم موجودیت خیال caecaligus باشد اجرای اماله با باریوم در صورت موجودیت تغلف iliocolic نشان دهنده Typical pincer مانند اختتام اماله با باریوم میباشد. البته در شکل ilioilial تغلف، رادیو گرافی با مواد کثیفه باریوم چندان ارزش تشخیصیه ندارد مشروط بر اینکه iliocecal valve فعال باشد.

2: تدور کولون سگموئید (Volvulus of sigmoid colon) :

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

3: تدور سیکم (Volvulus of the cecum) :

تدور کولون سگموئید معمولاً در سنین متوسط به اشخاص مسن به ملاحظه میرسد اما این حالت یعنی تدور چکم بیشتر در سنین 30-20 سالگی معمول است. و هم این تدور تنها وقتی به وجود می آید که نصف طرف راست کولون سست و متحرک باشد. و در ابتدا Distension تنها در ناحیه R. Lowerabdomin موجود بوده بعداً به صورت تدریجی به قسمتهای دیگر بطن (تمام بطن) نیز انتقال نموده و با اجرای رادیوگرافی منطریه‌یی که شباهت زیاد با انسداد امعا رقیقه

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

4. **Mecunium ileus:**

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

5: انسداد سنگ های صفراوی (**Gall stone ilius**) :

معمولاً خانمهای چاق در سنین 40-50 سالگی مصاب این مریضی میباشد هم تاریخچه قبلی سنگهای صفراوی را نیز دارند و ناحیه **impact** تقریباً در حدود 2 فت به نزدیک **ileocecal valve** میباشد هکذا این قسمت باریکترین قسمت امعای رقیقه میباشد اعراض معمولاً **illusive** میباشد.

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

توسع غير طبيعى از جمله علايم بعدى ميباشد و اجراى راديو گرافى stright نمايانگر سن بوده كه تشخيص را تأييد مينمايد و اگر حتى سنگ هم به ملاحظه نرسيد لويهاى متوسع از موجوديت گاز نبايد Miss شود.

6: Volvulus of the midgut (volvulus neonatorum)

Arrested rotation امعا مسئول اين تدور ميباشد. سيكوم شناور همراه با قسمت عمده از امعاى رقيقه دريك ساقه باريك ميزانتر دوران ميكند.

نزد طفل علايم انسداد امعا فوراً بعد از تولد به وجود مى آيد اشكال كلاسيك و يافته هاى راديولوژيكي مشابه به انسداد امعا كوچك است. ديهايديرشن به زودى به وجود مى آيد و تداوى بايد به زودى كه امكان دارد آغاز شود.

7: انسداد وعائى مساريقى (Mesenteric vascular obstruction)

اين واقعات نزد اشخاصى كه مصاب آفات دسامات قلبى و اتروسلكروزي ميباشند رخ ميدهد، شاك مشخص (Pronounced) دردهاى كولوليكي كه نسبتاً شديد است و توسع بطنى كه اينديست حا را تقليد ميكند ميباشد. استفراغ از جمله اعراض معمولى مرض است. هماتمز و ميلانا در بيشتر از 1/3 حصه واقعات به وقوع ميپيوند. با معاينه فزيكى rigidity و tenderness موضعى در بالاى ناحيه احتشايى

میتوان مشاهده نمود اعراض و علائم نشاندهندهٔ طرح mesenteric arterial occlusion میباشد. و Mesenteric venous occlusion نیز منظره های مختلف کلینیکی دارد. علاوتا انسداد داخل بطنی و portal hypertension فکتورهای مساعد کننده این حالت است.

Intestinal obstruction due to worms : 8

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

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

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

Bolus obstruction :9

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

Hemorrhage and Torsion

(خونریزی و تدور)

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

حمله درد ناگهانی در ناحیه hypogastrium و شک بسیار شدید و هولناک نزد خانمی که به سن حاملگی قرار داشته باشد و این خانم تاریخچه یک یا دو دوره تحیض را miss نموده باشد، کاندید تکلیف فوق الذکر میباشد، درد ناگهانی و شدید بوده و عمدتاً در ناحیه hypogastrium مریض احساس و انتشار درد به قسمت های کمر و قسمت پایین تر و به صورت تدریجی درد در تمام بطن انتشار میگردد و حتی تا به زاویه شانه از سبب تخریش سطح تحتانی حجاب حاجز ذریعه مایع sanguineous (خونی) انتشار مینماید (البته وقتی که خونریزی موجود باشد و اطراف سفلی مریض و پایه های چپرکت به منظور مبارزه علیه شک بالا قرار داده شود) تا به معاینه فیزیکی distension خفیف در بطن از سبب meteorism ممکن موجود باشد و هم علامه تشخیصیه خونی موجودیت Blue Discolouration در اطراف ناف میباشد اگر چه این علامه بسیار نادر است با قرع tenderness عمیق در ناحیه hypogastrium قابل تثبیت است و rigidity نشاندهنده حالت التهابی نبوده و Redound tenderness نیز در صفحه ابتدائی مرض مثبت است. Shifting

dullness وقتی مثبت می باشد که خون به قدر کافی بدخل cavity پریتوان موجود باشد.

معاینه فیزیکی مهبل نیز قرار ذیل به تشخیص کمک میکند :

1- cervix از حالت نورمال نرمتر احساس میشود.

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

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

2: تمزق cyst (follicular) Lutein :

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

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

3: کیست تدور شده تخمدان (Twisted ovarian cyst):

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

4: Rupture یا leaking انیورزم ابهر:

زمانی که یک مریض معمولاً با سنین متوسط یا یک مرد کاهل با یک درد شدید بطن یا قسمت سفلی صدر و در حالت شک میباشد به چندین حالت احتمال تشخیص میرود که اینها عبارتند از : تثقب قرحه پیتیک، coronary thrombosis پانکراتیک حاد و ریچر یا leaking انیورزم ابهر. این مریض با این حالت معمولاً

hypertensive بوده ولی زمانی که لیکاز شروع میشود فشارخون به صورت خطرناک پایین می آید معمولاً مریض از درد شدید قسمت علوی یا مرکزی بطن شکایت نموده که این درد به back انتشار

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

5: Aortic dissecting aneurysm :

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

COLIC

اشکال یا منظره عمومی کولیک ها عبارت اند از :

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

1. کولیک صفراوی (Biliary colic) :

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

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

2. کولیک کلیوی (uretric یا renal colic):

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

3. کولیک معائی (intestinal colic):

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

4. کولیک اپندیکولار Appendicular colic اپندست

انسدادی درد کولیکی در fossailiaca راست، استفراغ و بلند رفتن درجه حرارت به این نام یاد میشود. این شکل اپندست نظر به شکل unobstructive آن باید بسیار جدی شمرده شود که نیاز به مداخله عاجل جراحی دارد زیرا که امکان گانگرن، تمزق و generalized peritonitis زیاد است.

اسباب خارج بطنی:

ریچر عضله rectus abdomen و پاره شدن شریان inferior epigastric :

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

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

معاینه حالت مزمن بطن

Examination of chronic Abdominal Condition

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

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

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

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

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

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

ب: شکایات یا Complaints

1-Pain: درد عرض اصلی اکثریت وضعیت های بطنی مزمن می باشد استفسار یا پرس وجو باید نکات ذیل را تشکیل دهد:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

درد در duodenal ulcer, pyloric ulcer, high gastric ترتیب 2 hou¹، 1 hour، 2 h بعد از غذا به وجود می آید.

زمان ظهور درد بیشتر یا کمتر منحصر به مورد تشخیص است بنا بر پرسش باید طوری باشد که مریض درد را وقتی احساس کرده است که معده اش خالی بوده مثلاً چند ساعت قبل از صبح یا بعد از ظهر (3-4 ساعت بعد از گرفتن غذای چاشت) این تشخیص زخم اتنا عشر میباشد. اگر درد فوراً بعد از گرفتن غذا (در حدود 2¹ ساعت بعد از خوردن غذا) شروع شود مریض شاید از gastric ulcer رنج ببرد.

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

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

Character- e: آیا درد به وصف mild یا griping, sever است یک درد به وصف griping اکثراً در یک colic صفراوی که همراه با cholecystitis بوده تجربه شده است.

و یک درد به وصف sever در peptic ulcer احساس میشود.
و در appendicitis درد ممکن به وصف sever و حتی griping در appendicular colic همراه با چند ماه فاصله بین حملات باشد.

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

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

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

3- Nausea & Vomiting (تهوع و استفراغ): تهوع یک

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

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

a- Character and amount خصوصیت و مقدار: استفراغ

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

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

Frequency-b: استفراغ در انسداد پایلور و التهاب معده ثابت بوده را در زخم معده، اختلال سیستم هضمی ناشی از اپندیس، امراض کیسه صفرا و التهاب پانقراس مکرراً رخ میدهد. این معمولاً در زخم اثنا عشر بدون انسداد موجود نمیباشد.

Relation to food-c: استفراغ معمولاً در زخم معده به زودی بعد از صرف غذا (در ظرف دو ساعت) دیده میشود. در تضیق باب المعدی استفراغ ممکن در هر وقت اما معمولاً چندین ساعت بعد از غذا (اغلباً در عصر) رخ دهد. استفراغ ناشی از امراض کیسه صفرا و التهاب پانقراس (در حالات که خیلی مشخص است) هیچ ارتباطی به غذا ندارد.

Relief of pain-d تسکین درد : استفراغ بعضی اوقات به درد آرامش و تسکین میبخشد و این حالت اغلب در زخم معده ایجاد میشود. یکبار اگر مریض ازین واقعیت آگاهی یافت او اغلب به آن در وقت افزایش درد متوسل میشود اما استفراغ موجب تسکین جزئی در التهاب پانقراس، التهاب کیسه صفرا، سرطان معده و اپندیسیت میشود.

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

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

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

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

a: یرقان از سبب Neoplasia

b: یرقان از سبب سنگ مجرای صفراوی

c: یرقان با اسباب دیگر

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

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

مجرای صفراوی از اثر سنگ قبلی سبب ایجاد زردی و بلند رفتن درجه حرارت میشود.

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

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

خارش ناشی از ذخیره نمکهای صفراوی در خون میباشد.

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

Progressively deepening Jaundice یا **painless** خصوصیت از کارسینومای راس پانکراس می باشد. در کارسینومای ناحیه Ampulla of vater زردی ممکن است به صورت متناوب ناشی از Sloughing کتله تومور باشد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

که قسمت های مختلف طرق معدی معایی را مصاب میسازد. (و غیره...

معاینات فیزیکی physical Examination

1. سروی عمومی General survey

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

نبض، تنفس و حرارت را یادداشت کنید.

2. معاینه بطن Abdominal Examination

اول: تفتیش یا Inspection:

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

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

ابتدا محتاطانه هر گونه تورم قابل دید را ببینید. بعداً در جستجو Erythema باشید اگر آورده سطحی فرو رفته اند درین حالت موقعیت آن را یادداشت کنید که اگر در اطراف ناف (در انسداد ورید باب) موقعیت دارد و یا در دو طرف بطن (در انسداد IVC inferior vena cava).

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

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

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

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

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

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

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

3- Contour of the abdomen: بطن نارمل نه منقبض و نه

منبسط میباشد انقباض عمومی در اشخاص لاغر و انبساط منظم به علت (چاقی «Fat» مایع «Fluid»، نفخ «Flatus»، مواد غایطه «Faeces» و یا جنین «Fetus» میباشد.

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

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

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

Movements-4 حرکات:

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

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

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

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

دوم: جس یا Palpitation:



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

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

ببیند در غیر آن عضلات بطن spasm خواهند نمود و یافته های عمده از بین خواهند رفت.

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



انگشتان
نباید
عمودی
گرفته شود
و نباید بالای
بطن ضربه
زده شود.
دشمن
بزرگ جس
موثر، شخی

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

عضلات بطن می باشد.

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

مریض جهت مرتفع ساختن کشش پاهای خم شده گذاشته شود.

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

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

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

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

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

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

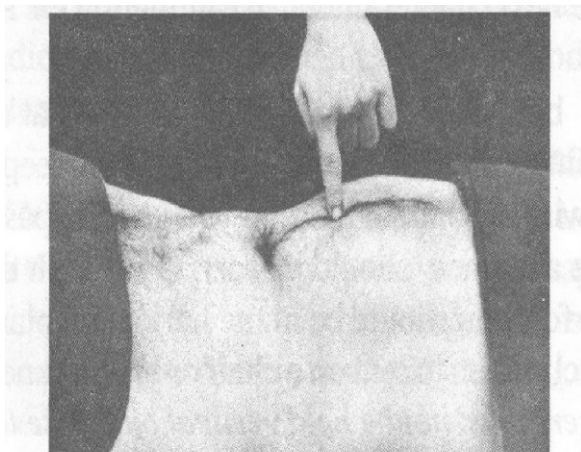
IX: هنگامی که نواحی مختلف را جس میکنید یک چشم شما متوجه وجه مریض باشد تا عکس العمل وی را هنگام نواحی مختلف ببینید او ممکن است از شدت درد خود را عقب بکشد و در جایی ممکن است از درد شکایت نداشته باشد که این ها رهنمایهای خوبی برای تشخیص وی میباشد.

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

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

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

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



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

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

دهید.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4- جس ارگان های بطنی:

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

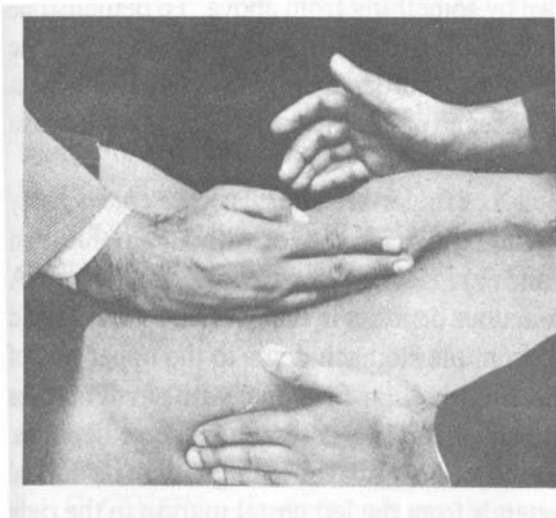


Fig. 26 — Method of eliciting fluid thrill.

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

غلغل یا شرشر (gurgle) شنیده میشود در صورت مشکوک بودن از

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

احیاناً یک برآمدگی (lump) در ناحیه پایلور دریافت میگردد. برآمدگی قابل دید در شکل ولادی stenosis پایلور نسبت به Stenosis کسبی بالغین معمولتر است. در Stenosis پایلور ولادی معمولاً در جس ضخامت پایلور دریافت میگردد از طرف دیگر تورم قابل جس در معده به معنای کارسینوما یا تثقب یک قرحه پتیک میباشد.

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

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

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

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

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

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

II: تیز یا مدور بودن کناره

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

IV : قوام نرم درشت یا سخت مثل سنگ.

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

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

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

4 میتود جس وجود دارد:

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

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

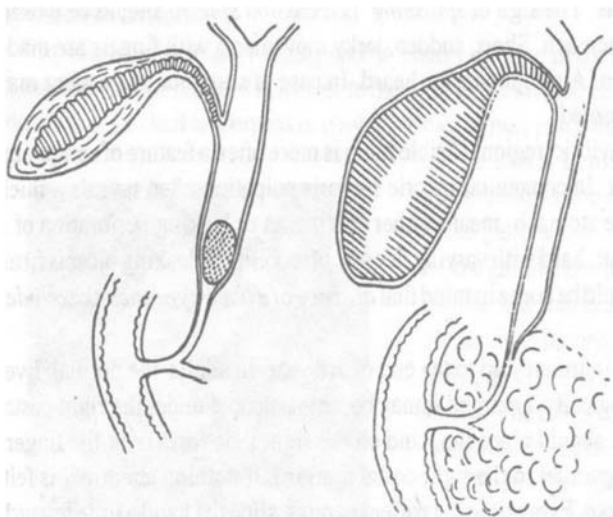
جس ناقص یک طحال بزرگ اساساً نسبت به موقعیت اصلی آن بیشتر قابل جس است یک طحال بزرگ فقط زیر ضلع دهم نمایان می شود.

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

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

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

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



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

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

درحالات ذیل

کیسه صفرا قابل جس میشود

a: در حالت empyema و mocucele که کیسه صفرا بزرگ شده باشد.

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

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

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

II: Oriental cholangiohepatitis

III: انسداد calculus پانکراس در امپول و اتر

IV: Mocucele کیسه صفرا به واسطه یک سنگ در cystic duct.

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

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

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

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

سوم: قرع یا Percussion

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

چهارم: اصغا یا Auscultation

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

3. معاینه عقادات لمفاوی فوق ترقوی یا Supraclavicular چپ: این بسیار مهم است زیرا جس این



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

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

(Troisier's sign)

4. معاینه رکتوم و مهبِل :

گذشته از حالات کولونیک و ریکتم جای که این معاینات

ضروری هستند، در دیگر حالات بطن مزمن، اهمیت معاینه ریکم و Vaginal نمیتواند تأکیدی باشد. در اپن دیست، مرض کرون، کارسینومای معده (جای که تومور krukemberg's تخمدان ممکن در معاینه vagina واضح شود) و غیره. این معاینات ممکن در تشخیص کمک کننده باشند.

معاینات اختصاصی یا Special investigations

1. Gastric function tests این تستها در اول صبح اجرا میشوند و شامل افراز قاعدوی میباشد و حد اکثر افرازات توسط محرکهای از قبیل انسولین، هستامین و پنتاگسترین صورت میگیرد. مریض نباید از شب قبل چیزی خورده باشد و در 24 ساعت گذشته نیز نباید انتی اسید یا انتی کولرژیک گرفته باشد مریض باید کفش ها، جاکت و نیکتایی خود را بیرون بیاورد. و یقه خود را باز نماید وزن و قد آن اندازه گیری شود. بعداً مریض راحت بالای یک تخت دراز میکشد و ناف و گلوی مریض با یک محلول 3٪ لیگنوکالین در سالین ایزوتونیک اسپری میشود N.G تیوب که در گذشته (Ryle's Tube) بود، حالا این یک پلاستیک رادیوپاک با 125cm طول و یک سوراخ نزدیک سر، که اول با پارافین مایع خوب نرم میشود و از انف عبور داده و از مریض خواش میشود که مکرراً در اثنای که تیوب به صورت یکنواخت و به سرعت از بلعوم، مری و معده پایین برده میشود فرو ببرد یا ببلعد و بعداً یک سرنگ 20-50 ملی متری به تیوب تثبیت میشود و معده از مایع، هوا و با اسپایرشن های مکرر تخلیه میشود بعداً مریض به اطاق فلورسکوپی انتقال داده شده و پوزیشن تیوب برابر و تطبیق میشود

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

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

قرحه معده بین 5 تا 15 و در سندرم زولینجرایلیسون بین 100 تا 300 (رقم طبیعی بین 10 تا 20) میباشد.

Basal Secretion:b 12 ساعت از افراز شبانه مزیت تشخیصی دارد افراز قاعدوی صبح به علاوه به صورت فنی یک شکل غیر قابل اعتماد است اسید به $m \in q/hr$ از افرازات قاعدوی در قرحه اثنا عشر تقریباً 5meq/hr بوده و در قرحه معده $1-2\text{ meq/hr}$ است (رقم نارمل 1meq/hr است). افراز قاعدوی نمایندگی از افراز کتله حجات پاریتل مریض مینماید، آن حجراتی که حتی در حالت استراحت نیز تحریک شده میباشد.

Maximum Secretion:c با تحریکات مختلف میتواند به وجود بیاید تست هستامین افزوده شده *whereas Kay's* بتدریج شهرت خود را از دست داده و کار برد تست انسولین *Hollander* محدود شده است، پنتاگسترین یک محرک معمول گشته و بیشتر از دیگر محرکات استفاده میشود.

Pentagastrin test:d دوز مساعد پنتاگسترین 6mgr/kwb است. بیشتر به شکل داخل عضلی تطبیق میشود. 15 دقیقه در جریان ساعت بعدی سمپل ها جمع آوری میشوند

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

Kay's Augmented histamine test: این تست تعیین و

مشخص کننده کتله مجموعی حجات اگزانتیک معده بوده و نخست محتوای Fasting stomach جمع آوری میشود Myperamin به دوز 100mg به صورت داخل عضلی تطبیق میشود به منظور لغو کردن عوارض جانبی هستامین تنبیه آن از اسید معده متثنی قرار میگیرد تقریباً بعد از 30 دقیقه هستامین اسید فسفات به دوز $0/04/\text{kwb}$ به صورت تحت الجلدی تزریق میشود افزاز اسید معده تا مدت ساعت بعدی جمع آوری میشود. حد وسط پاسخ HCl به Meq اسید آزاد در هر ساعت به شکل ذیل

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

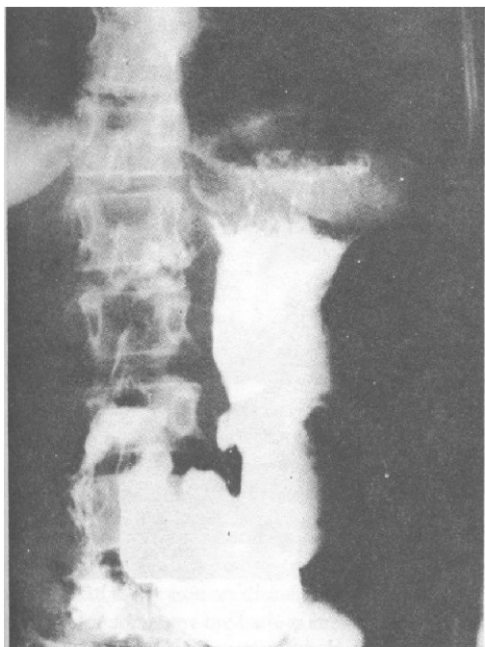


Fig. 30. — Gastric ulcer showing the ulcer-crater on the lesser curvature of the stomach and an incisura (indrawing) on the greater curvature just opposite to the crater. Note that the duodenal cap is normal.

Hollander's insulin

test:f این تست

اساساً حقیقتی را که

انسولین هایپوگلاسمی

را سبب میشود بیان

میدارد و در کتله

حجرات پاریتل موجب

تنبیه مستقیم واگوس

میشود انسولین به

مریضی که واگوتومی

شده باشد داده میشود

و نباید منتج به افزایش

محصول اسیدی شود

این تست به تشخیص

مکمل و اگوتومی در مرحله بعد از عمل معتبر تر است بعد از

Fasting محتوای معده اسپایره میشود و انسولین محلول به دوز

0/2unit/kwb به صورت داخل عضلی تزریق میگردد. 2ml از

خون وریدی فقط قبل از دانستن انسولین برای تخمین زدن یا برآورد نمودن قند گرفته میشود اسپایره در هشت 15 دقیقه جمع آوری و نشانی کرده میشود و 2ml خون وریدی در مدت 30 تا 45 دقیقه بعد از دانستن انسولین به منظور تخمین زدن سطح قند خون گرفته میشود و این باید به خاطر باشد که گفته ها و ظاهر مریض باید یادداشت شود. خشکی و آسیب جزئی در سطح هوشیاری مریض باید فوراً به کوما ی تهدید کننده هایپوگلیسمی گمان برده شود دکستروز (5%) به دوز 50 ml باید همیشه در طی تست در دسترس باشد و فوراً داخل وریدی تزریق شود و باید حالت مذکور رخ بدهد پایین آمدن سطح قند خون زیر 45mg/100ml منتج به زیادی افراز اسید خواهد شد. حداکثر برون ده اسید در همین تایم انتظار میرود.

بلند رفتن غلظت 20mmol/lit بالای سطح قاعدوی در نخستین ساعت، واگوتومی نا مکمل را اظهار میدارد. این باید به خاطر باشد که غلظت بالای اسید در افراز قاعدوی در سطح بیشتر از اسید آزاد و 20mmol/hr دلالت بر سندروم زولنجر ایلسون مینماید.

2. معاینه خون: سطح هموگولین خون در مریضی Anemia پایین بوده و با Hematemesis و melana, همراه خواهد بود.

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

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

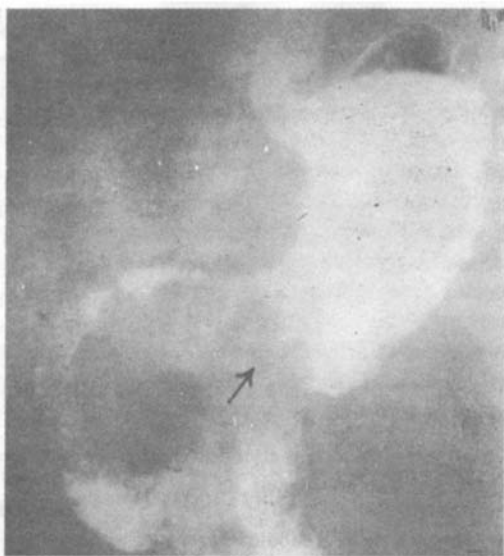


Fig. 31 — Barium meal X-ray showing the typical filling defect (Shown by an arrow) of carcinoma of the pyloric region of the stomach.

بر قرحه پتیک همراه
با همواراژ مینماید با
معاینه چشم همواراژ
کوچک ممکن نیست
که در غایطه آشکار
باشد. در این حالت
معاینه خون غیر از
خون مدفوع باید
صورت بگیرد. در
پانکراتیت مزمن

(Steatorhea) و

(creatorhea) در

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

اولسراتیو می باشد لذا معاینه روتین مدفوع باید از موارد بطن مزمن باشد.

4. معاینات رادیوگرافی: x ray با استفاده از Barium meal

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

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

در خلال این مدت قرحات ممکن است در خلف یا قدام انحنای صغیر واقع شوند. این هویدا است که معمولاً منظره قدامی خلفی آنها را نشان نمیدهد و منظره مایل ممکن است بعضی از آنها را آشکار سازد. در این موارد زمانی که معده خالی شده باشد و یا باریوم در سطح زیر قرحه رفته باشد ممکن است آن ناحیه لکه از باریوم با یک ناحیه روشن در اطراف آن باقی مانده باشد. تاج چین های مخاطی نزدیک هم وبه سوی **Crater** قرار دارند. و وقتی دیده میشوند که مبین علامات قرحه اند بر علاوه این علامات

مستقیم باید به جستجوی علامات غیر مستقیم قرحه پرداخت.
اینها عبارتند از:

a/ سوز مداوم معده به سطح قرحه و تولید یک شکاف در
انحنای کبیر معده.

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

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

d/ در شتی و بینظمی مخاط معده

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

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

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

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

Barium meal با معاینات تعقیب میشود: این عمل زمانی اجرا میشود که گمان برود که یک ضایعه در نهایت دیستال ایلئوم، اپندکس،

چیکم یا قسمت پروکسیمال کولون صاعده وجود دارد. بعد از دادن باریم معاینه

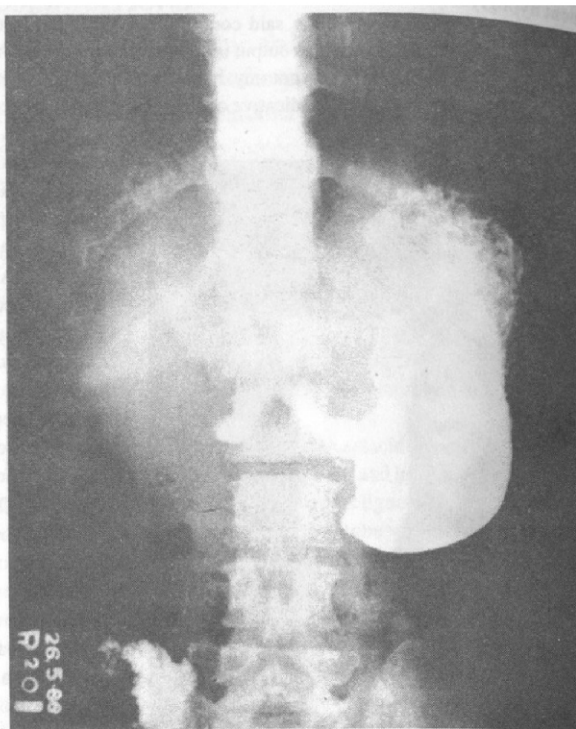


Fig. 32 .— Barium meal X-ray showing irregular filling defect of the pyloric region of the stomach due to carcinoma of the stomach.

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

I: اپندیست (نه پر بودن اپندکس ثبات و حسایت در اپندکس وقتی که مملو از باریوم است).

II: توپرکلوز illiocecal (چیکم بی جا می شود به سوی بالا قسمت نهایی ایلیم اندکی باریک و تقریباً عمودی میشود)

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

VI کار سینومای چیکم (پرشدگی نا منظم نقص چیکم را بار می آورد).

Hypotonic duodenography: به یک روش بسیار خوب

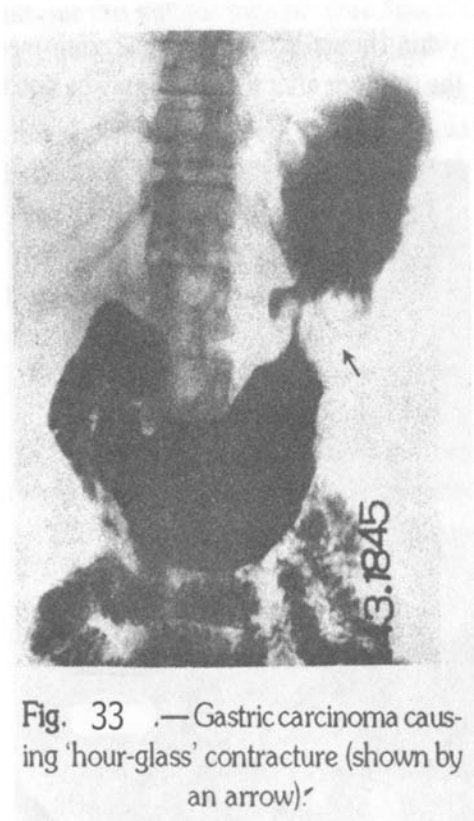
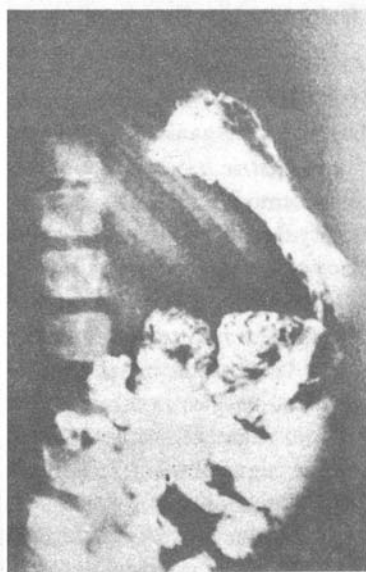


Fig. 33. — Gastric carcinoma causing 'hour-glass' contracture (shown by an arrow).



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

نشانددهنده دودینیوم مرضی و سو شکل دودینیوم در نتیجه پانکراس مرضی میباشد. در اینجا دودینیوم با تزریق انترنیل (دوای ضد سپرم) اتونیک میشود باریوم هایپوتونیک از میان تیوب (Scot harden) پیشبرده میشود بالاخره دودینیوم منبسط شده و با هوا

که یک اثر double contrast میدهد و در پانکراتیت مزمن
زودترین تغییر یک پهن شدگی معین در حاشیه وسط لوپ
دودینیوم و بعداً علامه 3 inverted دیده میشود.



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

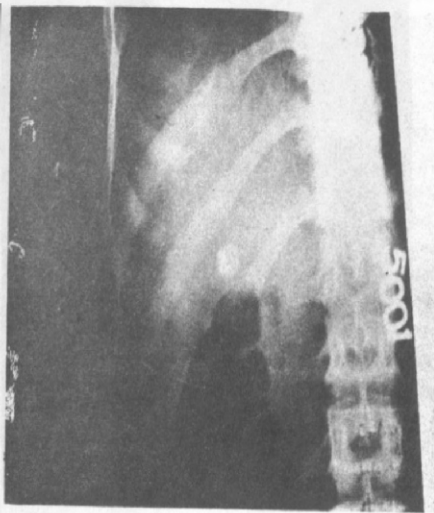


Fig. 36 .— Straight X-ray showing a typical radio-opaque gallstone. Note that the centre of the stone is relatively radio-translucent.

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

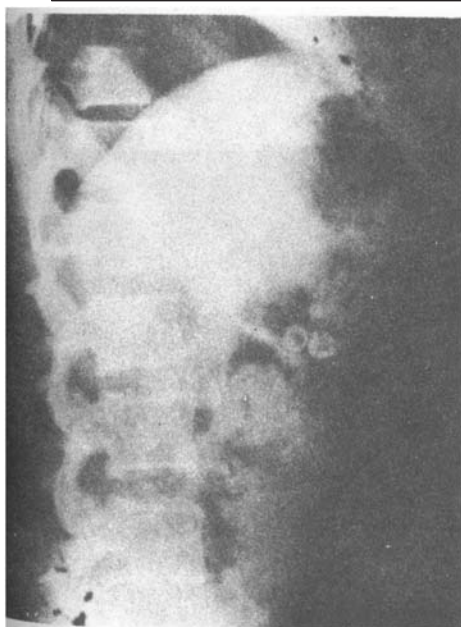


Fig. 37 .— In lateral view note that the gallstones (with relatively radiotranslucent centre) are situated quite in front of the vertebral bodies (cf. renal stone).

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

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



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

که سایه های صفراوی را مانع میشود آماده باشد. در ابتدا X-Ray مستقیم گرفته میشود. فقط در 10٪ موارد X-RAY مستقیم سنگ صفا دیده میشود اگر دیده شود مانند حلقه ها به ملاحظه میرسد. در آنهای که به مراکز رادیوترانس لوسنت باقی میماند Whereas محیط آن کلسی فیکشنها دیده میشود این شکل وصفی سنگهای مخلوط است، سنگ های کلستریولی اصلاً رادیوپاک نیستند. خیلی

به ندرت کلسی فکشنهای کیسه صفا یا صفراوی limy در کیسه صفا ممکن دیده شود.

Barium enema examination.1

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



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

سگموئید، کولون صاعده کولون ترانسورس و کلون نازله گرفته میشوند. در بخش تشخیصهای مختلف سو شکل های که توسط این معاینه آشکار میشوند

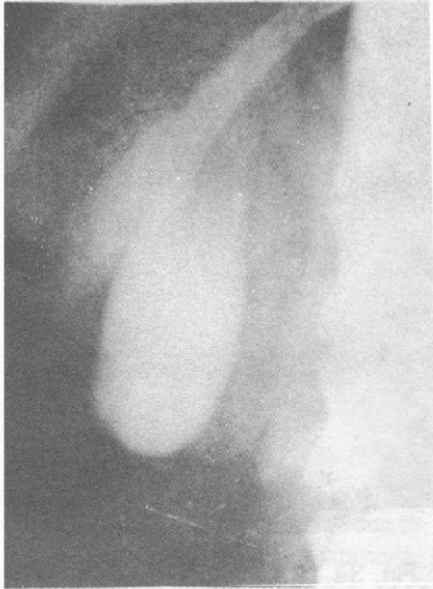


Fig. 41 .— Oral cholecystography showing a normal functioning gallbladder.

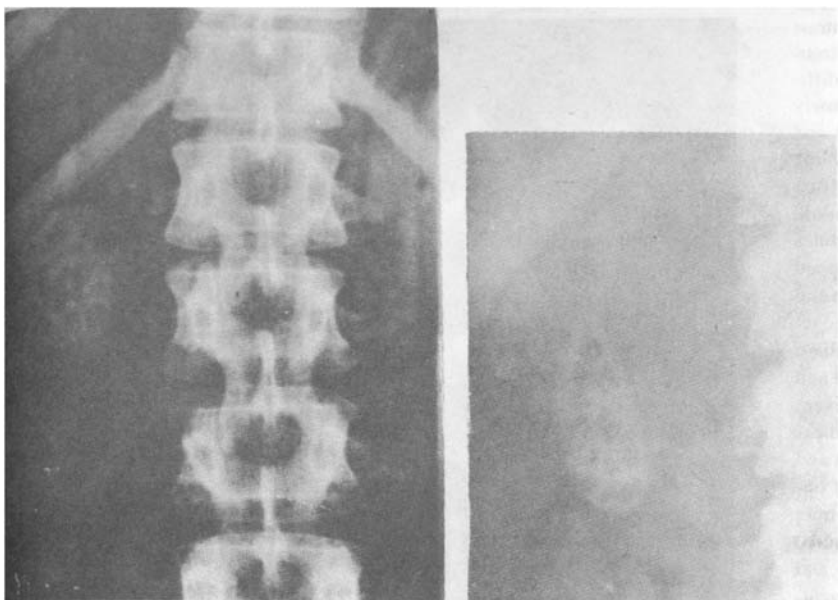
درپیتالوژی های مختلف از ین ناحیه بحث میشوند. در تنقیه که امعا با باریوم پر و خالی شده و به تعقیب آن هوا داخل امعا پمپ گردد استر باریوم در جدار کولون واضح تر خواهد بود

بر خلاف تاریکی زمینه ئی در کولون پر از هوا. این خود نمونه واقعی

برای پولیپ کوچک، قرحه کوچک مخاطی و خباثت زودرس میباشد.

2. Oral Cholecystography: این عملیه برای تشخیص

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



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

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

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

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

3. Cholangiography داخل وریدی: تا امروز یک محل یا

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

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

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

ثانیاً در مورد کولی سستیت حاد.

Cholangiography.4 ترنس هپاتیک از طریق جلد

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

Gauge فیصدی مطالعه نتیجه بخش و موفق و افزایش یافته و



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



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

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

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

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

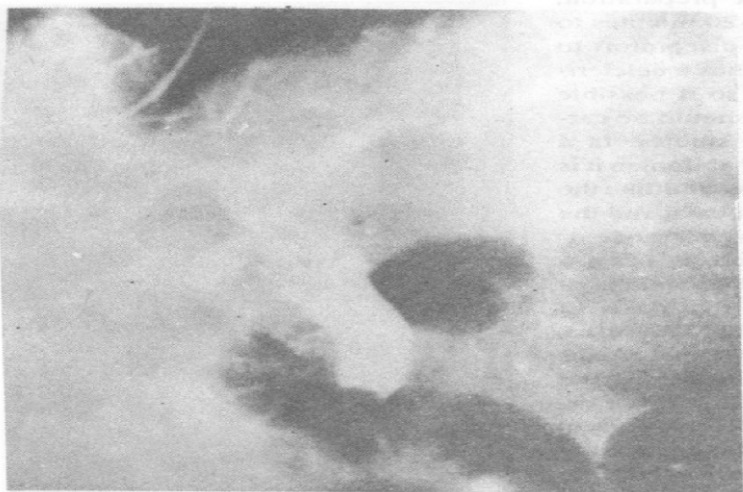


Fig. 45 .— PTC showing obstruction of the common bile duct due to a stone in its lower part shown by the concave margin of dye.

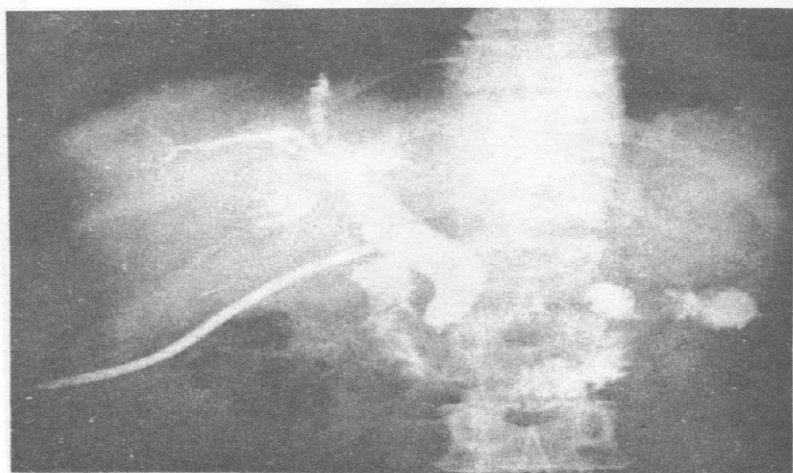


Fig. 46 .— T-tube cholangiography showing stone (negative shadow) at the distal end of the common bile duct. Note that the common bile duct and hepatic ducts are dilated.

5- **Fiber-optic Endoscopy** : یک قدم بزرگ روبه

پیشرفت میباشد و هم تا کنون با همین قسم مربوط حالات تحقیقی بطن مزمن میگردد تکنیک مدرن گستروسکوپی **Fiber-optic** در مورد روشنی بیشتر انداخته و به صورت واضح نشاندهنده پتالوژی واقعی میباشد.

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

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

نشانه های گستروسکوپی عبارت اند از:

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

II: خونریزی قسمت علوی معدی معائی

III: استفراغ مبرم و شاکی بودن از علامه گستریکتومی قبلی مریضی. و این تاکید کننده این که اندوسکوپی یک رول مهم را در خونریزی معدی معائی دارد، نمیباشد. به علاوه یکی میتواند قرحه پیتیکی را که در X-Ray با meal Barium دیده نمیشود، آشکار کند و نیز میتواند قرحه را که توسط تداوی طبی بهبود یافته تشخیص دهد همچنان یک قرحه معده که آیا سلیم یا خبیث است میتواند با اندوسکوپی تشخیص داده شود به دوربین عکاسی معده تصویر خاموش پتالوژیک معده را نشان میدهد و اما نه، کمترین آن 90٪ ذمت و درستی در یافتن قرحه معده که اغلباً با اسکیاگرافی به نظر نمیرسد میباشد معده به دسترس اندوسکوپیست بوده و گستریت، قرحه، هموراژ، ستوماتا و خباثت به صورت مناسب تشخیص داده میشود اما تفتیش منظم از اثناعشر تا ظهور یک اندوسکوپ باریک که بتواند از پیلور بگذرد ممکن نبود.

Side viewing Olympus JFB , Forward Viewing

Olympus GIFD ACMI میتواند به منظور دودینوسکوپی به

قسم یک بخش دودینوسکوپی مری معدی استفاده شود، روی هم

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

Retrograde Endoscopy (ERCP) cholangiopancreatography: حالا مجرای صفراوی

عمومی و مجاری پانکراس میتواند توسط دید جنبی و دودینوسکوپی fiber-optic از میان آمپولاتر کانولشن شود (کانول به بدن وارد شده و در آمپول واتر باقی میماند) عمل کانولشن پا پیلاهای واتر توسط یک آلت با چنین وضعیت انجام میشود طوری که یک منظره نهائی از پایلا را به فاصله یک سانتی متری نشان میدهد یک کانول polythene از هوا واضح ساخته

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

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

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

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

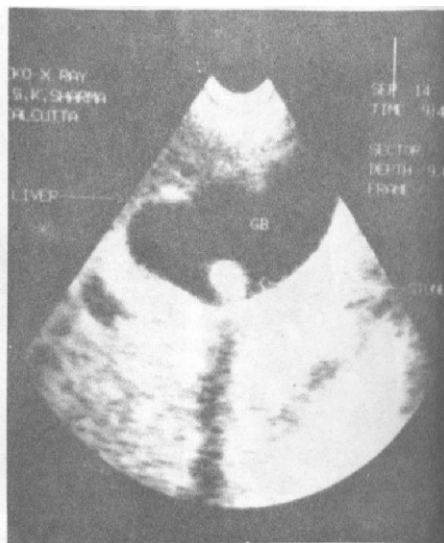


Fig. 47. — Ultrasonography showing clearly a stone in a dilated gallbladder.

6- Ultrasound: به

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

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

تعیین حدود،نا چیز از تومور خبیث بیانگر انفلترشن از انساج مجاور میباشد-



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

کارسینومای
معهده ممکن
گاهی منحنی
یک کتله

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

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

تاکنون همانقدر که مربوط امراض کیسه صفرا میشود در عدم

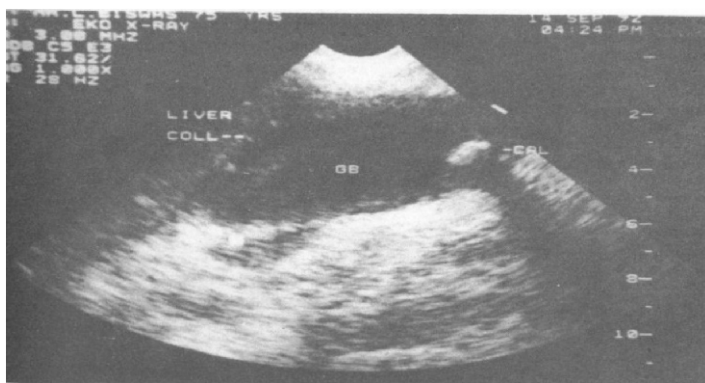


Fig. 49 — Ultrasonography showing a calculus at the neck of the gallbladder, which is hugely dilated — a case of empyema gallbladder. One can also see fluid collection (Coll.) around the highly infected gallbladder.

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

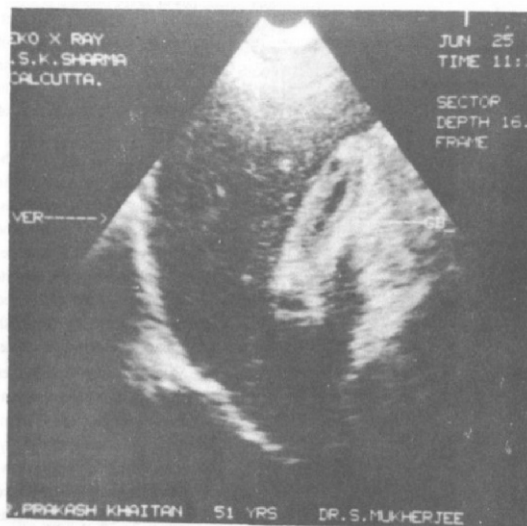


Fig. 50. — Ultrasonography showing thick walled gallbladder — a case of acalculous chronic cholecystitis

التراساوند
میتواند
سنگهای
صفراوی را
به سائزهای
بزرگتر از
چند ملی
متر آشکار
mud سازد
صفراوی

همچنان میتواند قابل قدر باشدو این قابل اعتراف است که

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

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

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

بیش از 3cm قطر دارند میتوانند با لوازم التراسونیک تشخیص



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

گردند یک

طحال بزرگ

میتواند

Notch

طحالی به شکل

وصفی خود

شناخته شود

سیست های

طحال که

ولادی یا

تروماتیک

باشند به آسانی

به وسیله التراسوند در substance طحالی دیده میشوند اسپلینو

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

7- Radio- Isotope scanning: در اسکن های کبدی انجام

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

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

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

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

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

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

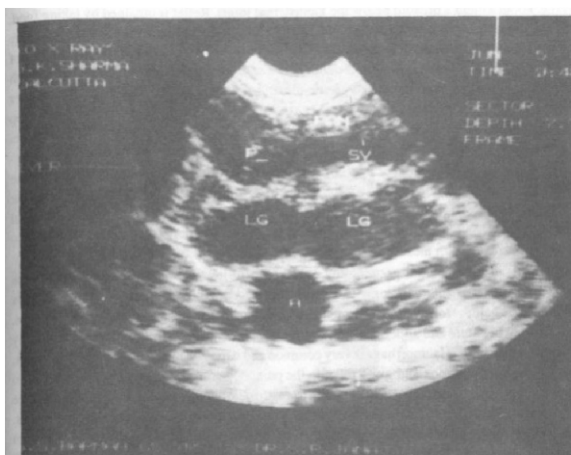


Fig. 52 .— Ultrasonography of the abdomen showing enlarged metastatic lymph nodes in front of the aorta (involving pre- and para-aortic groups of lymph nodes).

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

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

8- Radioactive Isotope in alimentary bleeding

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

حاد معدی معائی و یافتن محل هموراژ توسط رادیوگرافی معاینه اندوسکوپی یا حتی لپراتومی مشکل است چنانچه تزریق بعدی ^{51}Cr -laballed حجات سرخ polythene تیوب به آهستگی تالیوم نهائی پائین برده میشود.

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

9- Selective visceral Angiography: خونریزی از قرار

($0/5-3^{cc}/min$) توسط این تکنیک تشخیص شده میتواند. آنژیو گرافی فوری زمانی که محل هموراژ نا معلوم است دلالت بر هموراژ حاد مینماید. آنژیو گرافی نه فقط به صورت درست محل هموراژ را نشان میدهد بلکه همچنان میتواند خونریزی را تاحدی با ادویه انقباض دهنده اوعیه با انفیوژن انتخابی کنترل کند.

کترایزشن جلدی از طریق Femoral یا Axillar با تکنیک Seldinger با تزریق انتخابی محلول ایودین Contrast material در داخل شریان کویلیاک، میزانتر علوی و یا سفلی تعقیب میشود، طوری که محل هموراژ تعیین شده میباشد. نزدیکترین اوعیه در محل به صورت انتخابی کترایز میگردد.

پترسین Petresin ($0/2^{u}/min$) برای مدت 15 دقیقه انفیوژن میگردد بعداً همین دوز طبق سرعت و اندازه هموراژ میزان یا تعدیل میگردد جراحی عاجل در صورتی که خونریزی با پترسین کنترل شده نتواند ضروری پنداشته میشود استفاده از Gelfoam mixed clot یا کتر Fogarty میتواند اوعیه خوندهنده را مسدود نماید.

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

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

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

تشخیص تفریقی

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

هماتموزومیلانا در 1/4 موارد ارتباط به قرحه مزمن معده میگیرد در یک معاینه حساسیت عمیق میتواند با ثبات قابل ملاحظه در ناحیه متوسط Epigaster به وجود آید.

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

2. قرحه مزمن اثناعشری: به صورت وصفی مریضانی که جوان اند (یعنی زیر 40 سال) کاملاً مصروف، و آنهایی که غذا را با عجله یعنی در یک انتروال نا منظم بین سگرت هاو مکالمات تلفنی میبلعند. نشانه اصلی درد است اما این دونیم تا 4 ساعت بعد از خوردن غذا به وجود می آید وقتی که معده خالی شود واین عبارت از Hunger pain است.

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

بسیار معمول این مریضی هستند. و این را به خاطر باید داشت که استفراغ از نشانه های غیر معمول قرحه اثناعشری میباشد. هئاتمز و میلانا که به وسیله هموراژ به وجود میآیند نسبت به قرحه معده درین مریضی معمول تر است. استثنائاً اشتها خوب است. به علاوه مریضان برای خلاص شدن از درد در فواصل همیشگی غذا میخورند لذا اکثریت مریضان خوب هستند در معاینه حساسیت عمیق موضعی در محل اثناعشر کاملاً معمول است. درینجا 2٪ چانس تثقب و 5٪ چانس هموراژ وجود دارد تحقیقات قسمی که قبلاً تذکر داده شد انجام شود.

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

استفراغ با میزان زیادی به صورت مشخص در هنگام شام اتفاق افتاده ومعمولاً حاوی مواد غذایی نا مشخص، نا پاک و کف دار حتی از 2 تا 3 روز قبل میباشد. در معاینه نمایان شدن حرکات دودی(peristalsis) از چپ به راست علامت شاخص بیماری

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

4. **Gastro-Jejunal Ulcer**: این بعد از Poly type

گستركتومی قسمی یا بعد از اناستوموز گستروژوژنمی به وجود می آید. وقوع آن زمانی که گستروژئژنوستمی با واگتومی ارتباط داده نمیشود بسیار بالا میرود، قرحه راجعه تقریباً در 3٪ موارد بعد از Poly گستركتومی و 5٪ موارد آن بعد از واگتومی و گستروژوژنوستمی به وجود می آید نشانه های آن اکثراً در حدود 2 سال یا بعد از عمل تظاهر مینماید، درد باز یک نشانه مهم است، اکثراً ماهیت سوراخ کننده دارد در حدود نیم ساعت بعد از خوردن غذا بوجود می آید درد به صورت مشخص از بالا و چپ سره تا به چپ حفره ایلیاک انتشار دارد هموراژ بسیار معمول است و ممکن است به صورت هماتمز، میلانا یا خون مخفی در مدفوع آشکار شود، استفراغ نیز بسیار معمولست و بدرد تسکین میدهد نسبت به قرحه پپتیک به تثقب مستعدتر است. این قرحه ممکن به کولون مستعرض نفوذ نموده و یک فیستول گستروژوژنوکولی را بسازد. با ظاهر شدن این فستول نشانه های قرحه آناستوموتیک

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

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

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

5. کارسینومای معده:

تصویر سریری میتواند به صورت مناسب تحت 4 عنوان ذیل شرح داده شود:

1- تیپ بیسر و صدا (کارسینوما درجسم معده رخ میدهد).

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

III- به قسم یک Lump یا بر آمدگی.

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

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

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

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

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

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

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

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

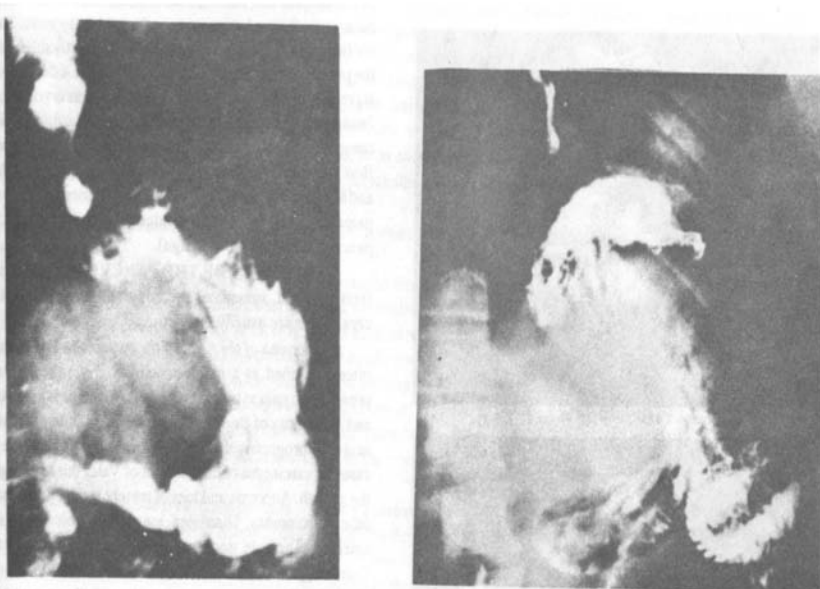
3- برآمدگی (Lump): بعضی وقت نزد مریضان ممکن است یک برآمدگی ناحیه اپی گستر وجود داشته باشد نه چیز دیگری. وضعیت یا ظاهر عمومی مریض مانند آنچه که در بالا بحث شد

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

4- **تیپ قرحه پتیک:** امکان رخ دادن کارسینو ما در قرحه معدوی شناخته و تصدیق شده است اما فیصدی اختلات آن مشکوک و نا معلوم میباشد زمانی خبثت گمان میرود که :

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

Hiatus hernia به قسم پرولبس قسمتی از معده در جوف صدر
 از میان سوراخ مری تعریف میگردد. این ممکن است Sliding
 Type -I 85% مجاورت مری یا Rolling 2% Type -II تیپ



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

mixed 5% باشد. اکثر قربانیان را اشخاص میان سال یا خانمهای
 چاقی که پا به سن گذاشته اند تشکیل میدهد، مریضان ممکن
 است از سوخت دل شاکی باشند که با دراز کشیدن و دولای و خم
 شدن بدتر شده میرود و با آروغ یا برگشت اسید معده که به دهن

همراه می‌باشد ممکن با علایمی همراه باشد که در نتیجه موجودیت Hernia درصدر، از قبیل نفخ سوهاضمه، سیری، کوتاهی تنفس، درد قسمت علوی بطن تاکی کاردی و غیره باشد. مریضان ممکن است با اختلالات ایزوفازیت مثل dysphagia هماتمز جزئی یا انمی وغیره مراجعه نمایند. ، تحقیقات ویژه مانند X-Ray با خوراک باریوم ایزوفگوسکوپی وغیره تشخیص دهنده وضع و حالت مریض می‌باشد.

6. Chronic Cholecystitis and Cholelithiasis : اگرچه

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

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

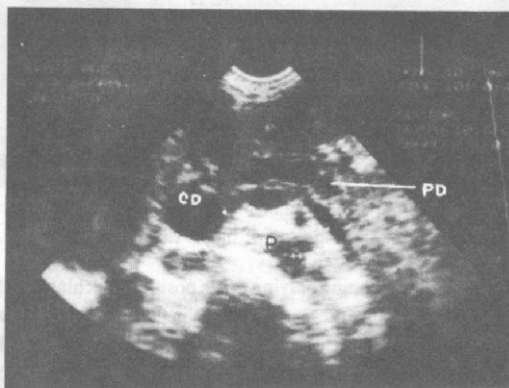
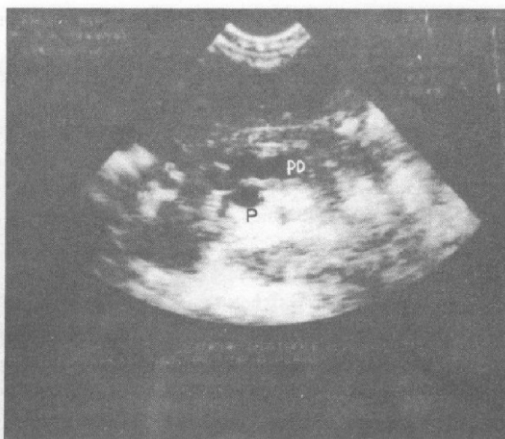
سنگ در Common bile duct: - به طور وصفی مریضان از موارد ذیل رنج میبرند

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

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

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

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



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

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

9. Chronic pancreatitis

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

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

10: Carcinoma of the pancreases: اکثراً راس

پانکراس را مبتلا ساخته و بعضی اوقات جسم و نادراً ذنب را مصاب میسازد، اکثریت قربانیان را مردهاتشکیل میدهند.

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

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

مثل کارسینوماهای دیگر بی اشتهاپی و باختن وزن بسیار معمول بوده و اسهال بدبو و مشکل آفرین می‌باشد.

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

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

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

11. اپندیسیت مزمن: قربانیان اصلی این حالت دختران جوان هستند. یک درد مبهم در بطن دردیکه معمولاً در حفره ایلپاک راست شکایت میشود و احتمالاً اولین نشانه در اکثریت موارد است درد موضعی قطعی ممکن وجود نداشته باشد اما در عوض یک سو هاضمه مبهم ممکن است شکایت شود استفراغ به وجود می آید اما تسکین دهنده درد نمیباشد این درد در ناحیه قبل و بعد از موقعیت ایلپاک اپندکیس معمول تر است.

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

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

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

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

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

2- مرحله کولیت، زمانی که اسهال، تب، انمی، و باختن وزن تظاهر مینماید

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

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

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

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

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

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

حالت عبارت از:

1. اسهال
2. باختن وزن
3. درد بطنی

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

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

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

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

A: توبرکلوز معایی:

B: توبرکلوز عقدات لمفاوی میزانتتر

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

a / ulcerative Tuberculosis

b / hyperplastic ilio- caecal tuberculosis

Ulcerative tuberculosis: این اکثراً در نتیجه استنشاق باسیل توبرکلوز (نوع انسانی) در بلغم در توبرکلوز ریوی میباشد این حالت با چندین قرحه ایلئوم نهایی مشخص میشود، تثقب غیر معمول است ترمیم قرحات یک شکل سخت و متضیق را به وجود میآورد. با ختن وزن و اسهال، مدفوعی متعفن و حاوی چرک و خون مخفی از جمله شکایات اند. بیشتر وقت مریضی یک مورد شناخته شده از توبرکلوز ریوی است در معاینه کدام چیز مشخص دریافت نمیشود، بجز حساسیت جزئی در حفره ایلئاک راست **Barium meal** ممکن نا مناسب پرشدن یا پر نشدن ایلئوم

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

Hyperplastic Tuberculosis –b: در چپتر بعدی در بخش تشخیص تفریقی تورم ناحیه راست ایلیاک شرح داده میشود.

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

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

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

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

Indistinguishable from appendicitis –d (غیرقابل تشخیص یا تفریق از اپندیسیت) : بعضی اوقات این حالت با درد بطنی استفراغ و حسایت جزئی در حفره ایلایک راست به وجود می آید مقلد اپندیسیت. اینکه درد در عین جای مبرم است، Rovsing sign منفی است نه سرعت نبض بالا و نه لوکوسایتوز بالا بر علیه تشخیص اپندیسیت می رود x-Ray راست آشکار کننده کلسفی های عقدات لمفاوی میباشد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Ulcerative colitis: این مرض نزد خانم ها نسبت به مردها بیشتر اتفاق می افتد و اکثریت و قوعات آن بین 20-30 سالگی است، مریضان با اسهال مخاطی خونی و چرکی مراجعه مینمایند ممکن ناراحتی و یا درد بطن وجود داشته باشد. مریضی با عود مرض و تسکین موقتی مشخص میشود. درممالک گرم سیر مانند هند کمیاب است. در تیپ راجعه و مزمن مریضان به تدریج ازسبب اسهالات و ضایع شدن خون میگردند. در acute fulminating type درجه حرارت بدن شان بلند رفته ($104^{\circ}F - 103^{\circ}F$) و اسهال پی در پی و حاوی خون و چرک مریض را لاغر میکند. حالت شدید اساساً وابسته به اندازه یا وسعت ابتدایی

مریضی عمق قرحه مخاطی و سن مریض می باشد. زمانی که این حالت محدود به ریکتم و سگموئید است کولون به ندرت سبب شدت مریضی میشود. زمانی که تمام یا قسمتی از کولون مبتلا میشود حمله با بعضی از اختلالات سستیمیک شدید تر می باشد. و اگر تمام کولون مبتلا باشد بازهم مریضی خفیف است در صورتیکه قرحه سطحی مانده باشد برعکس قرحه عمیق بخصوص اگر ناحیه بیشتری از عضله عمقی در معرض قرار گرفته باشد منتج به شدید شدن مریضی میشود.

تظاهرات سستیمیک این مریضی عبارت اند از:

erythema nodosum، pyoderma، Arthritis و غیره
و اینها کدام ارتباطی با وسعت و اندازه قرحه ندارد اما ارتباط با وسعت ابتلای مریضی میگیرد. تخلیه پروتین نتیجتاً همیشه توقع میرود با باختن وزن بدن و کاهش وزن عضله همراه است. کولیت در بزرگترها که پا به سن گذاشته اند خطرناکتر نبست به مریضان جوان می باشد. تشخیص اساساً با دو تحقیق مسلم می باشد.

1- تنقیه باریوم

2- سگموئیدوسکوپي کولونوسکپی و بیوسپی.

Barium enema این را به خاطر باید داشت که زمانی که مریض بی نهایت تکلیف دارد به صورت مقدماتی X-Ray ساده لازم میشود. اگر آنها نشاندهنده توسع باشند (mega colon) مطالعات باریوم باید هدایت داده شود که استعمال نشود. در اولین مرحله در مریضی مزمن تننقه باریوم از نشان دادن کدام قرحه عاجز است. سطح مخاطی نرم به نظر میرسد اما کولون کوتاه تر شده و haustralهایش را از دست میدهد بعداً پولیپهای کاذب به قسم چندین filling defect کوچک نشان داده میشود. در مریضی حاد قرحه مخاطی و یا قرحه و پولیپهای متعدد کاذب دیده شود قسمی که رکتیم تقریباً به طور ثابت در کولیت السراتیوم مبتلا است مریضی میتواند با اطمینان توسط سگموئیدوسکوپی و بیوبسی تشخیص شود در موارد خفیف granularity hyperemia مخاط میتواند دیده شود مخاط نازک میشود و در بیشتر حالات شدید التهاب هموارژیک منتشر به نظر میرسد و قرحه اگزودایی نیز دیده میشود نمونه بیوبسی با یک فورسپس برانکوسکوپی با یک نوع دستگاه اسکن گرفته میشود. اختلالات عبارتند از: تنگی، پولیپ های متعدد کاذب، کارسینوما، هموراز، آبسه های ischiorectal، فیستول مقعدی، آرتريت، سیروز کبد ankylosisng spondylitis

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

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

Solitary:

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

C. Inflammatory- Benign lymphoid polyp

Multiple:

A. Polyposis coli

B. Juvenile, puetz-zegher's

C. Benign lymphoid polyposis,
Pseudopolyposis of ulcerative
colitis.

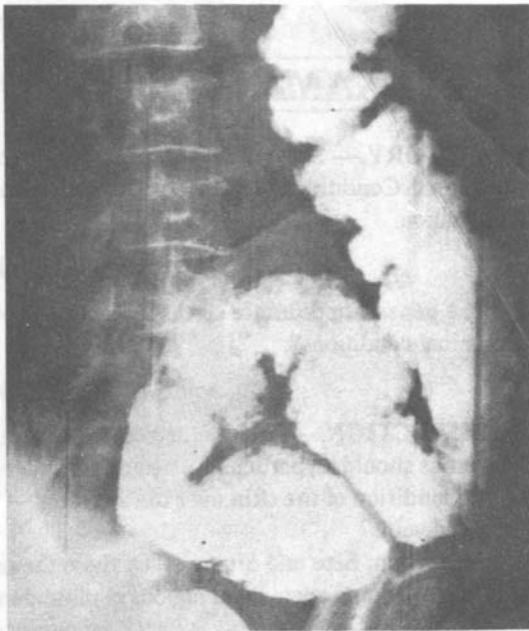


Fig. 57 .— Barium enema X-ray showing multiple polyposis coli.

19. Familial polyposis coli

مرض است که توسط ژنهای انتقال مینماید، چندین پولیپ بیشتر در کولون سگموئید و رکتوم یافت میشوند. اما سرانجام تمام کولون مبتلا خواهد شد مریضان با اسهالی

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

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

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

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

امراض سروی

1. Umbilical fistulas:

1- مدفوعی در نتیجه بازبودن *vetilointestinal*

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

3-ادراری در نتیجه باز بودن *urachus*

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

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

این در نتیجه پرولبس مخاط ناپاک انتهای مجرای *vitelo-intestinal* (دیرپایی قسمت پروکسیمال باعث دایورتیکول *Meckl's* میشود) و این موجب یک تومور توت فرنگی مانند با یک تمایل به خونریزی میشود

: Endometrioma.3

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

: Carcinoma.4

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

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

: Umbilical concretion (calculus) . 5

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

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

7. Pilonidal sinus (سینوس مودار): این سینوس خیلی

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

ضمیمه

Acute abdominal pain

امراضی که باعث درد داخل بطنی در مواردی جراحی میگردند

surgical wards¹

All age groups

- Appendicitis
- Diverticular disease
- Perforated peptic ulcer
- Nonspecific abdominal pain²
- Acute cholecystitis
- Intestinal obstruction
- Acute pancreatitis
- Renal colic
- Dyspepsia

The elderly

- Cancer (colorectal)
- Vascular
- Medical causes

Children

- Intussusception
- Urinary tract infection
- Hernia
- Upper respiratory tract infection

Women

- Pelvic inflammatory disease (salpingitis)
- Urinary tract infection
- Ectopic pregnancy
- Ovarian cyst

در هر گروه، ۹۰٪ امراض یا بیشتر در آن کنگوری را در بر میگیرد.

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

و بدون سبب نامعین است که نیاز به تداوی جراحی ندارد. درد بطنی غیر جراحی ممکن است یک تفسیر

قابل ترجیح Acronym باشد.

نظواهرات کلینیکی اساسی که Appendiciditis را از درد بطنی غیر اختصاصی (غیر جراحی) تفریق می کنند.

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

نظواهرات کلینیکی که بیانگر غیر حشوی مثقوبه یا انسداد امعاء اند.

Perforated viscus

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

Intestinal obstruction

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

تظاهراتی که پیشنهاد کننده Ectopic pregnancy اند.

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

تظاهراتی که پیشنهاد کننده intussusception اند.

- Age less than 30 months
- Episodic pain
- Severe, central pain
- No aggravating factors
- Blood in stools
- Distress and pallor
- Diffuse tenderness
- Guarding
- Palpable mass
- Abnormal bowel sounds

تظاهرات تفريق دهنده بعضی امراض مهم در مريضان بالای ۴۰ سال سن

Important features

Cancer

- Intermittent pain of over 48 hours' duration
- Any alteration in bowel habit
- Abdominal distension
- Mass present

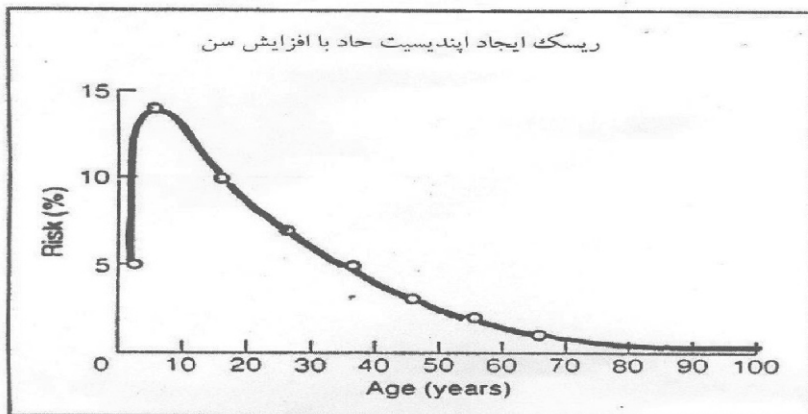
Vascular diseases

- Sudden onset of pain
- Associated chest pain and arrhythmia
- Lower limb pulses diminished
- Pallor and cyanosis

Colonic perforation

- Pain of over 48 hours' duration
- Pain onset in lower abdomen
- Any alteration in bowel habit
- Abdominal distension

Appendicitis 1



1

عواملی که پیشرفت التهاب در اپندیسیت را تعیین می کنند

Systemic

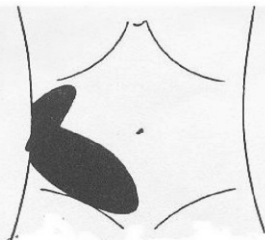
- Extremes of age
- Coincidental systemic disease (e.g. rheumatoid arthritis, morbid obesity)
- Immunosuppression (e.g. as a result of corticosteroids, chemotherapy)

Local

- Site of appendix
- Speed of development of inflammation
- Presence of faecalith
- Vascular impairment
- Mobility of omentum

Appendicitis 2

ناحیه که حداظمی حساسیت در آن در صورت اپنڈیسیت
حاد وجود دارد



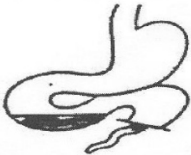
¹ The point of maximal tenderness lies within this area, and depends on the position of the appendix.

Supplementary investigations in acute appendicitis

Investigation	Comments
Leukocyte count	Low specificity
Plain abdominal radiograph	Low specificity
Ultrasound	High specificity; identifies alternative pathology; non-invasive; low sensitivity in early appendicitis
CT scan	Expensive; low sensitivity in early appendicitis
Contrast radiology - barium enema	Invasive; 15% technically unsatisfactory
Structured data collection	Simple; effective
'Active observation'	Effective; safe in early appendicitis
Computer-aided diagnosis	Value disputed; benefit due to structured data collection
Laparoscopy	Invasive; restricted to young women with equivocal signs
Peritoneal cytology	Invasive; high sensitivity, low specificity

Intestinal obstruction 1

توضیح و نتایج انسداد امعاء

Type of obstruction	Effects of obstruction
High small bowel  Radiographic appearance: may have only single fluid level; no gas in colon	• Acute colic • No distension • Early vomiting, dehydration, presentation • Rapid obvious fluid loss • Early hypovolaemic shock
Low small bowel  Radiographic appearance: multiple fluid levels; no gas in colon	• Acute colic • Late distension • Later vomiting, dehydration, presentation • Hidden fluid and protein loss • Inadequate rehydration

Intestinal obstruction 2

توضیح ونتایج انسدادامعاء

Type of obstruction	Effects of obstruction
Closed loop  Radiographic appearance: may have single or multiple fluid levels; no gas in colon	• Constant pain and colic • Fluid loss • Blood loss • Toxaemia • Shock – hypovolaemia, Gram-negative septicæmia • Perforation – renal failure, disseminated intravascular coagulation
Large bowel  Radiographic appearance: distended caecum; no gas in rectum or below obstructing lesion	• Vague colic • Early distension • Late vomiting • Late hidden fluid and protein loss • Caecal perforation • Shock – hypovolaemia, Gram-negative septicæmia, renal failure, disseminated intravascular coagulation

Intestinal obstruction 3

اسباب معمول انسداد امعاء به اساس سن

Common causes of intestinal obstruction according to age				
Neonate 0-6 months	Child 6 months - 15 years	Young adult 15-40 years	Middle age 40-65 years	Elderly 65 years and over
Congenital atresia Volvulus neonatorum Meconium ileus Imperforate anus Hirschsprung's disease				
	Intussusception			
	Meckel's diverticulum			
	Bolus			
	Iatrogenic adhesions			
	Groin hernia			
		Crohn's disease		
		Small bowel tumour		
			Colonic tumour	
				Mesenteric vascular occlusions
				Sigmoid volvulus
				Pseudo-obstruction
				Gallstone ileus

Large bowel obstruction

Small bowel obstruction

Laboratory and imaging studies for diagnosis patients with acute abdominal pain

Study

Etiology

Abdominal CT Appendicitis, diverticulitis, bowel obstruction, pancreatitis (necrosis), abdominal aortic aneurysm in stable patient, mesenteric ischemia

Abdominal radiography Bowel perforation (free air), bowel obstruction/volvulus (dilated bowel and air fluid levels), abdominal aortic aneurysm (dilated calcified aorta), mesenteric ischemia (dilated loops, air fluid levels, pneumatosis intestinalis (gas in bowel wall), thumbprinting (edema of bowel wall with convex indentations of lumen

Amylase Pancreatitis (less specific than lipase), bowel obstruction, peptic ulcer perforation, bowel perforation, mesenteric ischemia

Angiography Mesenteric ischemia

Blood cultures Infection

Chest radiography Pneumonia, free air under diaphragm

Electrocardiography Nonabdominal emergencies such as myocardial infarction or pulmonary embolism

Electrolytes Diabetes ketoacidosis, electrolyte abnormalities, metabolic acidosis with bowel infarction (mesenteric ischemia)

Lipase Pancreatitis, bowel obstruction, duodenal ulcer

Liver function test & transaminases

Cholecystitis (most commonly elevated alkaline phosphatase, H-glutamyltransferase, elevated bilirubin), mesenteric ischemia (possible elevated alkaline phosphatase)

Pulse oximetry Pneumonia, pulmonary embolism

Ultrasonography Cholecystitis, appendicitis (less accurate than CT, more operator dependent), abdominal aortic aneurysm in unstable patient

Urinalysis Urinary tract infection
CT=computed tomography

References:

1. *A Manual on Clinical surgery S.Dos*

Including special investigation and differential diagnosis.

Somen Dos, M.B.B.S (cal), F.R.C.S (Eng, Edin) Senior Consultant Surgeon 6th Edition Chapter 33, page 337-358, Chapter 34, page 359-385

2. *The Ciba Collection of Medical Illustrations*

Volume 3, Digestive system part II, Lower Digestive Tract Prepared by, FRANK, H.NETTER M.D Edited by, ERNST OPPENHEIMER M.D Commissioned and published by CIBA Pages 148,188,189

3. SRB's Clinical Surgery

4. Professor Ernst Hanisch

5. www.Google.com

Book Name	Acute and Chronic Abdomen
Author	Dr. Abdul Ghafor Ersad
Publisher	Herat Medical Faculty
Website	www.hu.edu.af
Number	1000
Published	2011
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936400610

Printed in Afghanistan. 2011

Acute and Chronic abdomen

With the latest advancement in the field of education especially medical science, one of the major problems we have been facing in the hospital especially in the emergency room, is different conditions of acute and chronic abdomen due to lack of awareness.

Based on all the above facts I had to initiate writing this book entitled to (Acute and Chronic Abdomen) which will basically help doctors and medical students to examine and diagnose certain diseases.

As we know Afghanistan is one of the poorest countries in the world and still suffers from war and post war conflict. Our young students, especially some of medical students can't afford buying medical books and also their level of understanding in English language is very low. Therefore, I decided to write some medical books in Dari which is in lined with curriculum of medical college.

At it is the first book of the nature written by me on physical examination on acute and chronic abdomen, in Afghanistan in Dari language, thus, it will capture interest of doctors and medical students in patients.

Further more this book covers very interesting subjects which will attract readers who have special interest in medical accurate examination of patients.

On other hand, it is a matter of great happiness for all of us that after several decades of war, lots of medical institutes are functional in different universities based in several provinces of Afghanistan now where thousands of students are accomplishing their higher studies in the field of medical and this is very important that these students have

full command of physical examination and are able to diagnose diseases, properly to help improve quality of treatment of patients in our beloved country.

Professor Dr. Abdul Ghafoor (Ersad)

Dean of Medical Faculty

Herat University, Herat Afghanistan

معرفی مختصر پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد



محترم دوکتور عبدالغفور ارصاد یکی از دوکتوران موفق و جراحان ورزیده کشور ما میباشد که در طی سی سال گذشته زندگی پر بار خویش را در راه خدمتگذاری صادقانه به مردم و میهن ما وقف نموده است .

از خدمات دوکتور ارصاد نه تنها باید بعنوان یک طبیب و جراح ورزیده قدردانی صورت بگیرد ، بلکه زحمات و تلاشهای شبانه روزی او در عرصه های تحقیق و پژوهش ، تالیف و ترجمه و تدریس و آموزش دوکتوران جوان کشور ما چه در عرصه های تیوری و چه در عرصه های عملی نیز باید مورد ستایش فراوان قرار گیرد .

دوکتور ارصاد که اکنون بحیث استاد کرسی جراحی فاکولته طب هرات و مشاور پوهنتون آن ولایت ایفای وظیفه مینماید ، عضو انجمن بین المللی کمک به مریضان سوختگی نیز میباشد . او که سفر های رسمی زیادی بخارج از کشور داشته تا در محافل علمی طبی اشتراک نماید در سال ۲۰۰۴ عضویت یونی استاف جرمنی بر گزیده شده و به اخذ تقدیر نامه های از ایران و آلمان نایل گردیده است .

اینک بطور خلاصه می پردازیم به معرفی مختصر ایشان:

■ بعد از فراغت از فاکولته طب (اول سرطان سال ۱۳۵۶ هجری شمسی (از تاریخ اول اسد سال ۱۳۵۶ الی اخیر همان سال به صفت داکتر در شفاخانه پولیس هرات

■ از ۷ حمل سال ۱۳۵۷ الی اول اسد به خدمت عسکری در غند تعلیمی .

■ از اول سنبله سال ۱۳۵۷ الی اخیر سال ۱۳۵۸ به صفت داکتر در ولسوالی گلران هرات .

■ بعد از سپری نمودن امتحان تر یننگ از شروع سال ۱۳۵۹ الی ۱۳۶۴ به حیث داکتر جراحی شامل تیم تر یننگ کیر میدیکو شفاخانه جمهوریت کابل

■ بعد از اخذ تخصص جراحی و سپری نمودن امتحان کدري از شروع سال ۱۳۶۵ الی سال ۱۳۶۸ به حیث استاد یعنی به صفت نامزد پوهیالی بخش جراحی انستیتوت طب کابل و تر ینر جراحی شفاخانه جمهوریت و هم در خلال این مدت دوره معینه کورس ماستری را به قسم داخل خدمت سپری و بعد از سپری امتحان به رتبه ماستری نایل شده است . و بعداً به رتبه علمی پوهنیار و با سپری شدن مدت سه سال و تکمیل مقرارت رتبه علمی پوهنملی و تحریر کتاب تحقیقی که در فرست آثار ذکر است رتبه علمی پوهنملی اخذ نموده است .

■ به سال ۱۳۶۹ نظر به تقاضای مردم هرات طور خدمتی به سرویس جراحی صحت عامه به صفت سر جراح و بعد از مدت زمانی به صفت سرپرست صحت عامه هرات

■ از سال ۱۳۷۰ الی سال ۱۳۷۵ به حیث اولین رئیس فاکولته طب هرات

■ در دوره سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۸۱ به حیث استاد جراحی فاکولته طب هرات و هم با ترجمه کتاب که از طرف استاد رهنما برای ترفیع علمی به رتبه پوهندوی که با وی سپرده شده بود تکمیل و با پره نمودن سایر مقررات ترفیع مذكوره از طرف مقام محترم وزارت تحصیلات عالی ریاست انجرام به رتبه علمی پوهندوی نایل شده است .

■ از سال ۱۳۸۱ برای مدت يك سال بار دوم به حیث رئیس فاکولته طب هرات

■ بعد از آن تاریخ هم به حیث مشاور ریاست پوهنتون از جانب وزارت تحصیلات عالی و هم به حیث ناظر در بخش جراحی شفاخانه حوزوی هرات و همچنان بحیث استاد فاکولته طب ایفای وظیفه می نماید. و هم در سال ۱۳۸۷ بعد از تکمیل معیارات علمی تحقیقی یعنی ارائه دو کنفرانس و ده اثر علمی تحقیقی به رتبه علمی پوهنوالی از طرف مقام ریاست انسجام وزارت تحصیلات عالی نایل شده است.

■ از ماه سرطان سال ۱۳۹۰ تا اکنون برای بار سوم به حیث رئیس فاکولته طب هرات تعیین و فعالیت مینمایند.

محترم دکتور ارصاد در کنار سایر تحقیق ها و آثار علمی خویش از قبیل تالیف و ترجمه هشت مقاله علمی را در فصل نامه اندیشه چاپ پوهنتون هرات نیز به نشر رسانیده است که مورد استفاده دانشمندان و دانش آموزان قرار گرفته است. علاوهً به حیث استاد رهنما به يك تعداد از اساتید پوهنهی طب پوهنتون هرات ممد بوده و می باشد

کتاب های را که محترم دکتور ارصاد با استفاده از منابع معتبر انگلیسی تالیف و ترجمه نموده است قرار ذیل است:

■ بیورولوژی

■ بطن حاد

■ اخذ تاریخچه

■ نومورها و آفات انتانی ثدیه

■ نیورولوژی کلینیکی

■ اورتوپیدی

■ جراحی اطفال

■ جروحات سوختگی

■ تخریبات سوختگی و وقایه از ان

■ طب عدلی

■ میتود لیتونریپسی ESWL

■ مقایسه دو میتود باسینی و شولیس برای ترمیم فتق مغبنی (کتاب تحقیقی برای ترفیع از رتبه پوهندوی به پوهنوالی. و هم به تعداد ده مقاله علمی تحقیقی که از آثار وی هشت مقاله در فصلنامه اندیشه و دو مقاله در فصلنامه افغان طبی مجله به نشر رسیده است

سفر ها

از سفر های ایشان که اکثریت آنها در بخش طبابت بوده میتوان از سفر به کشور های ایران، پاکستان، تاجکستان،

عربستان، هند، چین، ترکیه، دبی، کوریای جنوبی، فرانسه و آلمان نام برد که در جریان این سفر ها موفق به دریافت سرتیفیکت های از ایران و آلمان نیز گردیده است . و هم اشتراک درنهمین کنگره یورولوژی آسیا به کشور هندوستان رسماً سفر نموده است .

موفقیت هر چه بیشتر شان را در راه خدمت به ملت مسلمان افغانستان چه در عرصه های صحت و طبابت و چه در عرصه های علمی از بارگاه خداوند بزرگ (ج) استدعا مینمائیم .