



پوهنتون طبي کابل

# امراض جراحی بطن و ملحقات آن

برای پوهنځی ستوماتولوژی



امراض جراحی بطن و ملحقات آن

Textbook of Abdominal Surgery

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزى



Kabul Medical University

AFGHANIC

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi

# Textbook of Abdominal Surgery

Funded by: DAMF

۱۳۹۰

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزى



2011

# امراض جراحی بطن و ملحقات آن

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیز

AFGHANIC



Kabul Medical University  
پوهنتون طبي کابل

In Dari PDF  
2011

Funded by: DAMF

## Textbook of Abdominal Surgery

Prof. Dr. Mohammad Masoum Azizi

Download: [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# امراض جراحی بطن و محلقات آن

پوهاند دكتور محمد معصوم ( عزیزى )  
استاد دىپارتمنت جراحى پوهنتون طبى كابل

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

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

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

داکتر یحیی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بی ان: ISBN: 9789936200777

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

## پیغام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

## چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود ونبود 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 چپتر هایی استفاده مینمایند که کهنه و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

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

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

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

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

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

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



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

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

**۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته:** در سال ۲۰۰۹ پوهنخی های طب بلخ و ننگرهار دارای یک پایه پروجیکتور بود و 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 نمایم.

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

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

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

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

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

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

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید نوشته، ترجمه و یا هم 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 عناوین

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

**فصل پنجم: کولون**

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

**فصل ششم: رکتوم و کانال مقعدی**

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

**فصل هفتم: کبد**

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

**فصل هشتم: حویصل صفراء و طرق صفراوی**

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

| صفحه | عنوان                       |
|------|-----------------------------|
| ۱۵۰  | کارسینومای حویصل صفراء      |
| ۱۵۲  | ماخذ                        |
|      | <b>فصل نهم: پانکراس</b>     |
| ۱۵۴  | اناتومی جراحی               |
| ۱۵۵  | انومالی های ولادی پانکراس   |
| ۱۵۶  | پانکریاتیت حاد              |
| ۱۶۲  | پانکریاتیت مزمن             |
| ۱۶۳  | کیست های پانکراس            |
| ۱۶۴  | تومورهای پانکراس            |
| ۱۷۱  | ماخذ                        |
|      | <b>فصل دهم: طحال</b>        |
| ۱۷۳  | اناتومی جراحی               |
| ۱۷۴  | ضخامه طحال                  |
| ۱۷۵  | برداشتن طحال (سپلینکتومی)   |
| ۱۷۶  | تمزق طحال                   |
| ۱۷۸  | ماخذ                        |
|      | <b>فصل یازدهم: پریتوان</b>  |
| ۱۷۹  | اناتومی جراحی               |
| ۱۸۰  | پریتونیت حاد عمومی یا منتشر |
| ۱۸۳  | اسباب مخصوص پریتونیت        |
| ۱۸۵  | پریتونیت حاد موضعی          |
| ۱۸۸  | پریتونیت مزمن               |
| ۱۹۱  | ماخذ                        |
|      | <b>فصل دوازدهم: فتق</b>     |
| ۱۹۲  | فتق های جدار بطن            |
| ۱۹۳  | انواع فتق ها                |
| ۱۹۵  | فتق مغبنی                   |
| ۱۹۹  | فتق فخذی                    |
| ۲۰۱  | فتق ثروی                    |
| ۲۰۲  | فتق Ventral                 |
| ۲۰۲  | فتق Epigastric              |
| ۲۰۲  | فتق Incisional              |
| ۲۰۳  | فتق های نادر                |
| ۲۰۴  | ماخذ                        |

## بنام خداوند متعال

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

این کتاب که مطابق کریکولم درسی پوهنحی ستوماتولوژی پوهنتون طبی کابل در دوازده فصل و ۲۰۵ صفحه به زبان دری ساده و روان تحریر شده در آن کوشش و سعی زیادی به خرج داده ام تا از یکطرف کتاب مطابق ضرورت و سویه محصلین طب بوده و از جانب دیگر موضوعات آن کاملاً جدید و مطابق آخرین نشرات طبی جهان باشد علاوه بر فصل این کتاب دارای اشکال بوده که این خود استفاده از کتاب را برای محصلین طب ساده و بسیط میسازد.

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

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

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

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

بالاحترام

پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیز

## فصل اول معده و اثناعشر Stomach and Duodenum

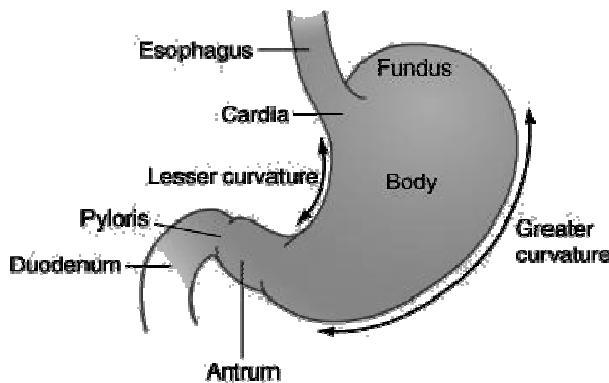
تضيق پیلور ۲۱  
تومور های معده ۲۳

اختلالات قرحات پپتیک ۱۵  
تثقب قرحه پپتیک ۱۵  
نزف قرحات پپتیک ۱۸

اناتومی جراحی ۱  
تضيق ضخاموی ولادی پیلور ۵  
قرحه پپتیک ۸

### معده یا Stomach

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



شکل (۱ - ۱) نواحی مختلف اناتومیک معده ۲

### اناتومی جراحی

معده متشکل از قسمت های ذیل میباشد:

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

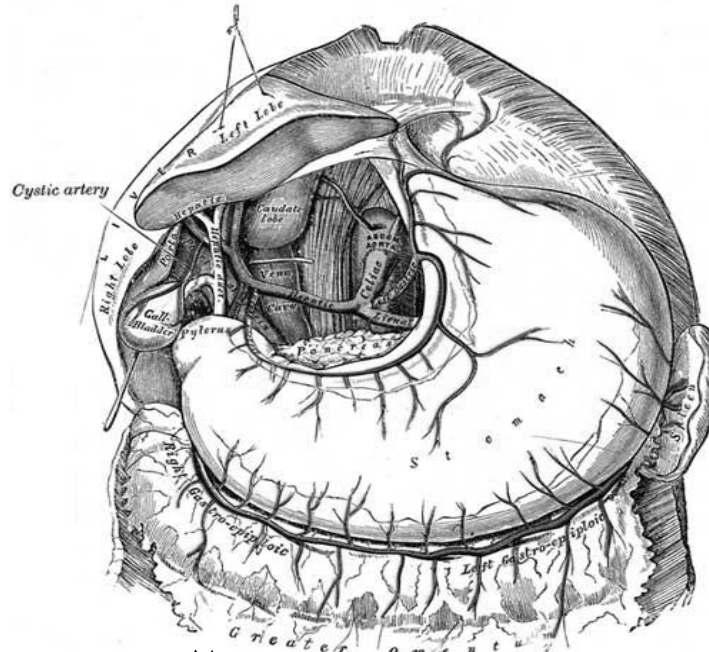
۴- Antrum - ربع چهارم سفلی معده که از Incisura angularis شروع و به پیلور ختم میگردد.

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

### ارواء معده

#### شرائین معده

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



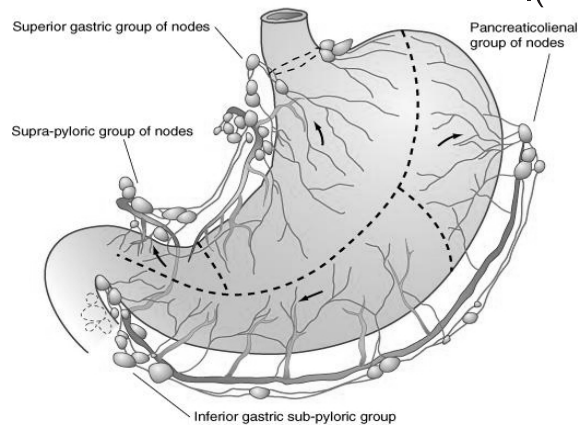
شکل (۲ - ۱) ارواء معده ۱۴

**اورده معده**

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

**دریناژ لنفاوی معده**

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



شکل (۳ - ۱) دریناژ لنفاوی معده ۲



## تعصیب

### ۱- تعصیب واگوس

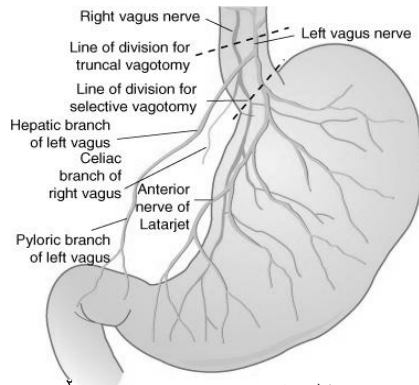
واگوس چپ (قدامی) و راست (خلفی) عصب حرکتی افزای غدوات و حرکتی عضله جدار معده میباشد.

### ۲- ضفیره سیمپاتیک Celiac

باعث انتقال سیاله های درد میگردد.

### ۳- تعصیب Intrinsic

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



شکل (۴ - ۱) تعصیب معده

شکل (۴ - ۱) تعصیب معده

## مخاط معده

به سه ناحیه تقسیم میگردد:

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

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

الف - حجرات مخاطی- مخاط قلوی افزاز مینماید.

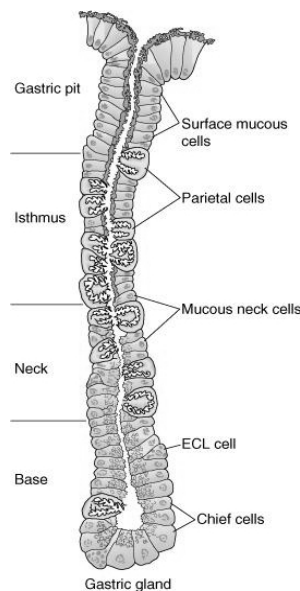
ب - حجرات Chief - Pepsinogene افزاز مینماید

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

د - حجرات Argentaffin - وظیفه آن فهمیده نشده است

3- ناحیه Pyloroantral

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



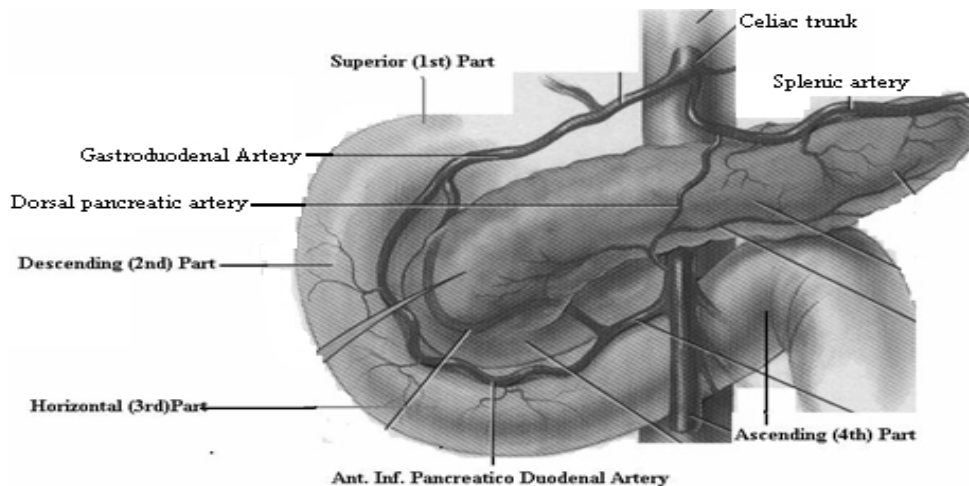
شکل (۵ - ۱) منظره هستولوژیک مخاط

### اثنا عشر یا Duodenum

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

### شراین

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



شکل (۶ - ۱) آناتومی اثناعشر ۴

## تضيق ضخاموی ولادی پیلور Congenital Hypertrophic Pyloric Stenosis

### اسباب

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

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

### پتالوژی

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

### تظاهرات سریری

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

### اعراض

#### ۱- استفراغ

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

#### ۲- قبضیت

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



### علایم

#### ۱- حرکات استنداری قابل دید

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

شکل (۷ - ۱) حرکات استنداری قابل دید در یک نوزاد مصاب تضیق ضخاموی پیلور<sup>۷</sup>

## ۲- کتله

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

## ۳- ضیاع مایعات (Dehydration)

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

## ۴- ضیاع وزن

## تشخیص تفریقی

- Gastro esophageal reflux disease (GERD)

- پرابلم تغذی

- انتانات طرق بولی

- نرف داخل قحفی

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

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

## معاینات تشخیصیه

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

## ۱- التراساوند

این معاینه تظاهرات کلاسیک را در مجرا پیلور با ضخیم شدن پیلور و  
معدده طویل نشان میدهد .

## ۲- رادیوگرافی بطن

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

## ۳- رادیوگرافی با Barium meal

با این معاینه تضیق و طویل شدن مجرا پیلور دریافت میگردد

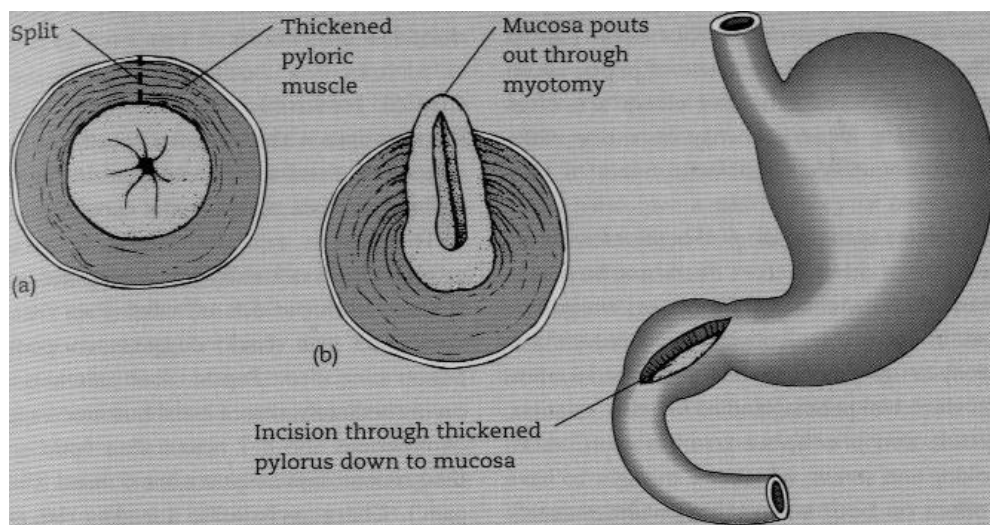
**تداوی**

تداوی مرض جراحی بوده و بخاطر باشد که هر قدر وضع عمومی طفل خراب باشد باید عملیات جراحی به منظور اصلاح مایعات و الکترولایت ها به تعویق انداخته شود بر خلاف در صورت خوب بودن وضع عمومی طفل میتوانیم آنرا بعد از بستر عاجلاً عملیات کرد.

قبل از عملیات باید ضایعات مایعات و الکترولایت ها با تطبیق محلولات گلوکوز غنی با پوتاشیم از طریق وریدی اصلاح گردد.

**تداوی جراحی**

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



شکل (۸ - ۱) Ramstedt's Pyloromyotomy

## قرحه پپتیک Peptic Ulcer

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

### اسباب

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

### اسباب قرحات پپتیک را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:

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

- ۷- استعمال نادرست NSAID's (از باعث پائین آوردن مقاومت غشای مخاطی مقابل عصاره معدوی)
- ۸- عوامل اندوکراین مانند Zollinger – Ellison syndrome و Hyperparathyroidism و Multiple adenomas syndrome

### پتالوژی

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

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

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

### نواحی معمول قرحات پپتیک عبارتند از:

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

### قرحه پپتیک حاد

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

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

**قرحه پپتیک مزمن**

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

**تظاهرات سریری****قرحه مزمن معده**

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

**اعراض**

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

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

Hematemesis - نظر به میلانا بیشتر دیده میشود.

**علام**

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

**قرحه مزمن اثنا عشر**

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



## اعراض

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

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

Melena - نظر به Hematemesis زیادتر مشاهده میشود.

## علایم

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

## معاینات تشخیصیه

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

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

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

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

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

### تداوی

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

### اساسات تداوی طبی

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

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

### اساسات تداوی جراحی

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

جراحی کوچک اجراء گردد معمولترین استطباب عملیات عاجل تثقب و نرف قرحات پپیتیک میباشد.

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

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

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

#### اختلالات بعد از عملیات

##### الف- Post gastrectomy syndromes

با وجود اینکه تقریباً ۸۵٪ مریضان مصاب قرحه پپیتیک از عملیات Polya – Partial gastrectomy راضی اند ولی عوارض و اختلالات ناگوار نیز ممکن بعد از اجراء این عملیات ها مشاهده شود که اینها عبارتند از:

- سندروم معده کوچک (Small stomach syndrome)

- استفراغات صفاوی (Bilious vomiting)

- کم خونی

- Dumping

- اسهالات شحمی Steatorrhea

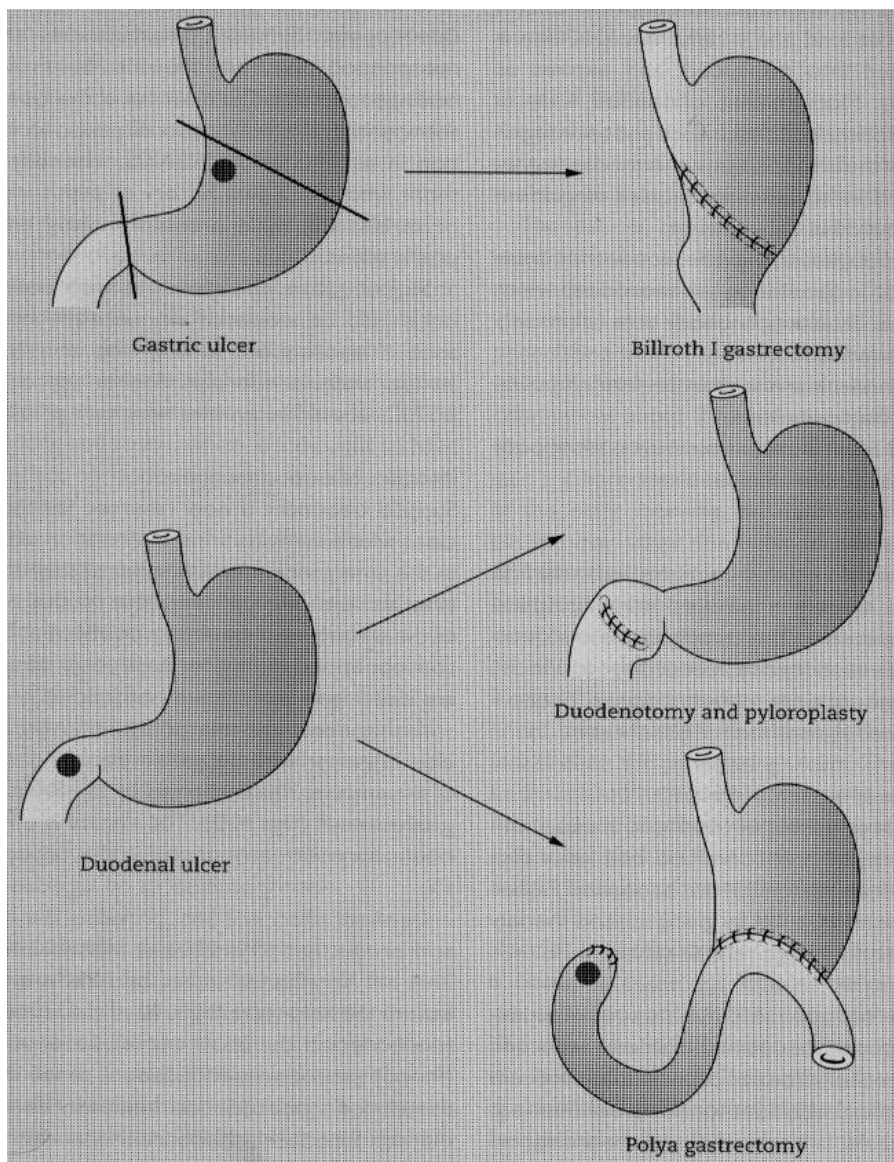
- قرحه ناحیه نفمی (Stomal ulceration)

ب Post vagotomy syndromes :

اختلالات ذیل ممکن بعد از Truncal vagotomy مشاهده شود:

- Diarrhea و steatorrhea

- قرحه انستموتیک



شکل (۹ - ۱) - عملیات های اساسی قرحات پپتیک که زمانی معمولاً اجراء میگردید. این عملیات ها تا هنوز نیز در نرف قرحات استطباب دارد. در قرحات معدوی Billroth I gastrectomy با انستوموز معدی اثنا عشری اجراء میگردد. در قرحات اثنا عشری اثنا عشر بصورت طولانی باز و او عیه خون دهنده خیاطه گذاری شده و بشکل Pyloroplasty بسته و بعض Vagotomy افرازات اسید توسط Proton pump inhibitor نهی میگردد. Polya gastrectomy با خیاطه گذاری او عیه نیز ممکن اجراء شود این عملیات در کارسینومای انتروم و جسم معده نیز معمولاً اجراء میگردد. H.pylori نیز در صورت لزوم باید تداوی شود.

**اختلالات قرحه پپتیک**

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

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

تنقب قرحه پپتیک از جمله معمولترین و مهم ترین وقایع عاجل بطنی بوده و قوعات آن از سال ۱۹۵۰ (نسبت مروج شدن H<sub>2</sub> receptor antagonist در تداوی مرض) رو به کاهش میباشد لکن وقوعات آن در طول ده سال گذشته ثابت باقیمانده است. از نظر جنس تنقب در سابق زیادتر مردان را مصاب ساخته و فعلاً نسبت مرد و زن ۱:۲ میباشد. از نظر سن زیادتر کاهلان جوان به تنقب معروض شده اما در این اواخر زیادتر اشخاص مسن بالخصوص آنهائیکه ستروئید و یا ادویه NSAID's (اسپرین، اندومیتاسین و غیره) اخذ مینمایند مصاب تنقب میگردد. بخاطر باشد که مریضان مصاب کارسینوما می معده نیز ممکن گاهی با تنقب مراجعه نمایند.

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

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

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

**مطالعه سریری**

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

با وجود فراموشی مریضان نسبت حالت خراب و دردناک %۵۰ آنها از قرحه پپتیک سابقه حکایه مینمایند. اعراض و وظیفوی نزد این مریضان عبارتند از:

- درد - درد بصورت آنی شروع شده و نهایت شدید است مریض زمان شروع درد را بطور دقیق حکایه مینماید درد به هر دو شانه و اکثراً به شانه راست انتشار مینماید. درد با حرکت زیاد شده بنام مریض در بستر آرام قرار دارد.
- دلبدی و استفراغ - دلبدی موجود بوده لکن استفراغ کمتر مشاهده میگردد.
- Hematemesis و Melena - بعضاً با اعراض فوق موجود میباشد.

با معاینه مریض درد شدید داشته سرد، عرق آلود و تنفس سریع و سطحی دارد در ساعات یا مرحله اول مریض از نظر کلینیکی در شک حقیقی قرار نداشته نبض ثابت و فشار خون نارمل است. درجه حرارت نارمل و یا پائین تر از نارمل قرار دارد بطن متقلص، سخت (Rigid) بوده که بنام Board like abdomen یاد میشود با اصغا آواز های معائی قابل سمع نبوده و در بعضی مریضان ممکن کمی شنیده شود.

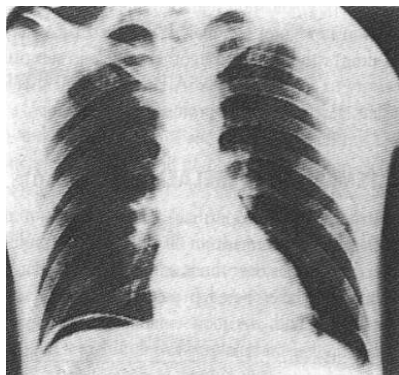
با قرع اصمیت کبدی در نصف مریضان نسبت قرار گرفتن گاز در تحت حجاب حاجز تنقیص میابد. معاینه معقدی (Rectal exam) ممکن حساسیت حوصلی را نشان دهد. در اشکال مؤخر مرض بعد از ۱۲ ساعت یا پیشتر از آن تظاهرات پریتونیت منتشر با انسداد فلجی ظاهر شده بطن انتفاخی و استفراغات غیر جهدی بوجود آمده و مریض توکسیک و در شک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

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

#### معاینات تشخیصیه

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

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



شکل (۱۰ - ۱) رادیوگرافی ساده یک مریض مصاب تثقب قرحه پپتیک که گاز را تحت حجاب حاجز نشان میدهد.

**تشخیص تفریقی**

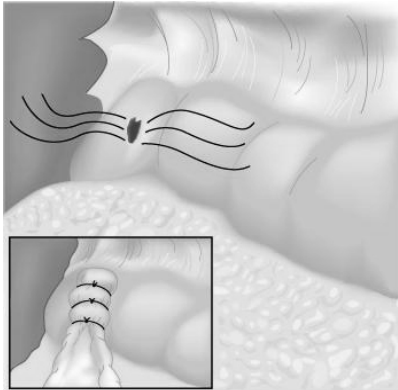
چهار حالت مرضی که اکثراً با تنقب قرحه پپتیک مغالطه می‌گردد عبارتند از:

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

**تداوی**

اکثر جراحان به این نظر اند تا تنقب قرحه پپتیک هر چه زودتر توسط مداخله جراحی ترمیم گردد. بعد از تشخیص تنقب، سند انفی معدی (NG Tube) به منظور تخلیه معده و جلوگیری از ریختن زیاد محتوی آن بداخل جوف پریتون و انشاق محتوی معده در اثنای انستیزی تطبیق شده. درد توسط انالجزیک مؤرفین تسکین و ضایعات مایعات از طریق وریدی معاوضه گردد انتی بیوتیک غرض مجادله با انتانات داخل پریتوانی و H<sub>2</sub> Blocker و یا Proton pump inhibitor از طریق وریدی تطبیق و مریض آماده عملیات شود.

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



شکل (۱۱ - ۱) بسته نمودن ناحیه متقوبه قرحه اثناعشر توسط چند خیاطه منقطع و تقویه آن توسط یک پارچه ثرب<sup>۲</sup>

**عواقب مرض**

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

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

## نزف قرحات پپتیک Hematemesis & Melena

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

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

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

### تاریخچه

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



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

### معاینه فیزیکی

دریافت های معاینه فیزیکی دلالت به ضیاع خون کرده و عبارتند از حالت ضعف، عرق، خسافت و گاهی حالت کولاپس بوده سپس نزد مریض قی الدم (Hematemesis) برنگ قهوه ای و یا سرخ روشن ظاهر میگردد. و به تعقیب آن مواد غایطه قیر مانند (Black tarry stool) که بنام میلانا یاد میشود و یا خون علقه شده را از طریق رکت امپراط مینماید. در صورت ادامه نرف و ضیاع زیاد خون نهایات و انف سرد، خسافت روبه افزایش و نبض سریع شده پیشانی عرق آلود و کف دست ها مرطوب میباشد. بخاطر باشد که موجودیت پورپورا (Purpura) دلالت به زمینه مساعد نرف و تظاهرات سیروز کبدی (ضخامه کبد و طحال، موجودیت Spider naevi یرقان و Liver palm) دلالت به وریس مری و توسع اوعیه اطراف دهن دلالت به Telangectasis نرفی ارثی میباشد.

### معاینات تشخیصیه

- تعیین مقدار هیموگلوبین - یک معاینه بسیار مفید بوده اما بخاطر باشد که این معاینه در ساعات اول نرف کمتر ارزش داشته زیرا خون ممکن بعد از ۲۴ ساعت رقیق و سویه هیموگلوبین از حد نارمل پائین آید.  
- Upper GI fiberoptic endoscopy - از جمله معاینات بسیار با ارزش بوده و توسط آن مری، معده و اثناعشر مشاهده شده و بطور عاجل بعد از بستر شدن مریض بزودی اجراء شده میتواند. با این معاینه علاوه بر تشخیص دقیق ناحیه نرفی میتوان قرحه خون دهنده فعال پپتیک را با زرق ادرینالین در قاعده قرحه و نرف واریس مری را توسط Band ligation تداوی کرد.

### تداوی

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

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

- ۳- کنترل نبض، فشار خون و CVP برای حد اقل سه روز الی توقف تام نرف
  - ۴- برای رفع اضطراب مورفین از طریق وریدی داده شود
  - ۵- H<sub>2</sub> receptor antagonist و یا Proton pump inhibitor از طریق وریدی داده شود
  - ۶- Tranexamic acid (نهی کننده Fibrinolysis) از طریق وریدی داده شود
  - ۷- به منظور جلوگیری از اختلالات تنفسی انتی بیوتیک و قایوی و فزیوتراپی صدر توصیه شود
  - ۸- به مجرد توقف نرف فعال از طریق فمی شیر هر یک ساعت و یا دو ساعت بعد اجازه داده شود و تداوی ضد قرحوی فمی هر چه زودتر شروع و به تعقیب آن غذای نیمه جامد توصیه گردد.
- با پیروی از اصول فوق ۳/۴ مریضان مصاب نرف معدی معائی شفایاب میشوند.

#### استطبایات تداوی جراحی

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

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

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

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

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

### تضیق پیلور Pyloric Stenosis

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

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

#### تظاهرات سریری

در مرحله معاوضوی اعراض و علایم تضیق پیلور موجود نبوده و زمانیکه مرحله معاوضوی مغلوب گردید نزد مریض استفراغات وصفی فراوان و بدون صفراء بوجود آمده که از نظر مقدار زیاد و حاوی غذاهای ۱-۲ روز قبل صرف شده میباشد. مواد استفراغ شده منظره و بوی غایبی دارد.

از باعث استفراغات وافر، ضیاع وزن، قبضیت (نسبت ضیاع مایعات) و ضعیفی از باعث ضیاع الکتروولیت ها موجود میباشد.

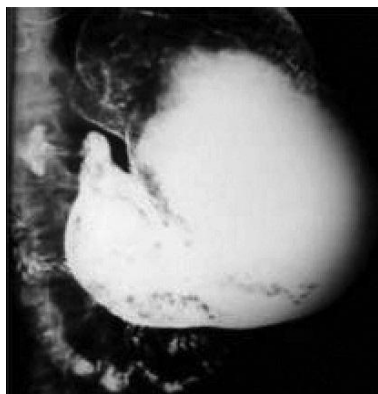
درد در تضیق پیلور در ناحیه شرسوفی قرار داشته و مریضان بعد از گرفتن غذا درد و سنگینی را در بطن خویش احساس کرده و ممکن خود مریض جهت رفع درد استفراغ را تحریک نماید.

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

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

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

#### معاینات تشخیصیه



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

شکل (۱۲ - ۱) رادیوگرافی با Barium meal در یک مریض مصاب تضیق پیلور<sup>۱۳</sup>

#### تشخیص تفریقی

- کارسینومای ناحیه پیلور
- اسباب دیگر تضیق پیلور در کاهلان کمتر مشاهده شده و عبارت اند :
  - ندبه همراه با قرحه سلیم معده نزدیک پیلور
  - کارسینومای رأس پانکراس که اثناعشر و پیلور را اشغال کرده باشد.
  - پانکریاتیت مزمن
  - اشغال پیلور با عقداات لنفاوی خبیثه
  - ضخامه پیلور در کاهلان

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

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

## تومور های معده Tumors of The Stomach

### تصنيف

الف - تومور های سلیم یا Benign  
اینها عبارتند از:

۱- تومور های ایپی تیلیل

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

۲- تومور های نسج منضم Connective Tissue - مانند تومور سترومل معدی معائی

۳- تومور های وعائی مانند هیمانژیوما

ب - تومور های خبیث

۱- تومور های ابتدائی

الف - Adenocarcenoma

ب - تومور سترومل معدی معائی

ج - لمفوما

د - مرض Hodgkin

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

### کارسینومای معده

## Carcinoma of the Stomach

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

### اتیولوژی

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

## ۱- حالات Premalignant

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

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

ج - قرحه مزمن پپتیک تقریباً در ۱% وقایع باعث کانسر معده میگردد.

د - پولیپ معدوی

۲- فکتور های محیطی

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

ب - پائین بودن حالت اقتصادی اجتماعی

ج - اعتیاد به سگرت

د - ملیت و نژاد - مرض در جاپانی ها زیاد مشاهده میشود و مطالعات

جدید نشان داده که این ازدیاد مرض تا حد زیاد به انتان H - pylori

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

۳- فکتور های جنتیک

الف - گروپ خون A

ب- Hereditary non polyposis colon cancer syndrome (HNPCC)

متوافق با وقوعات زیاد کانسر معده و کولون میباشد.

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

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

سراسر معده مشاهده میشود.

مرض از نظر میکروسکوپی به پنج شکل ذیل مشاهده میشود.

۱- قرحه با حوافی بلند و برجسته.

۲- تومور Polypoid

۳- تومور Colloid که یک نشونمای کتلوی جلاتینی میباشد.

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

نتیجه ارتشاح تحت المخاطی تومور و عکس العمل زیاد لیفی بوجود

آمده که باعث ایجاد یک معده کوچک، ضخیم و کش شده بدون و یا با

قرحات سطحی میگردد لذا خون مخفی در این شکل مرض نادر میباشد.

۵- کارسینومای که به شکل ثانوی در یک قرحه معدوی بوجود میاید.

### منظره میکروسکوپیک

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

### انتشار تومور

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

### تظاهرات سریری

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

#### ۱- اعراض موضعی

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

## ۲- اعراض مربوط به میتاستاز

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

## ۳- تظاهرات عمومی

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

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

## معاینات تشخیصیه

- Faecal occult blood (+) - بوده و دلالت به نرف معدی معائی مینماید.

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

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

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

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

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

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

ب - موجودیت قرحه با حوافی برجسته و ارتشاح محیط آن

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



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

### تشخیص تفریقی

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

- کارسینو مای معده
- کارسینومای سیکوم
- کارسینومای پانکراس
- Pernicious anemia
- Uraemia

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

### تداوی

تداوی کارسینوما معده میتواند معالجوی و یا تسکین دهنده باشد.

- تداوی معالجوی (Curative) – عبارت از Partial یا Total gastrectomy با پاک سازی وسیع عقدا ت لفاوی نظر به وسعت تومور میباشد.
- تداوی تسکین دهنده (Palliative) – این تداوی به شکل Palliative gastrectomy حتی در صورت موجودیت میتاستاز کوچک در سایر نواحی بدن اجراء شده میتواند.
- در صورت موجودیت آفت انسدادی غیر قابل برداشت ناحیه پیلور Gastro enterostomy – اجراء شده و هرگاه کارسینومای غیر قابل برداشت ناحیه کاردیا با اعراض عسرت بلع موجود باشد میتوان Stent پلاستیکی و یا فلزی تطبیق کرد.
- تداوی شعاعی و ادویه سایتوتوکسیک در تداوی مرض دارای ارزش محدود میباشد.

**عواقب مرض**

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

**Referencenes:****مآخذ:**

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

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

## فصل دوم امعاء رقیقه Small Intestine

انatomy جراحی ۳۰ دیورتیکول میکل ۳۱ مرض کرون ۳۲ تومور های امعاء رقیقه ۳۹

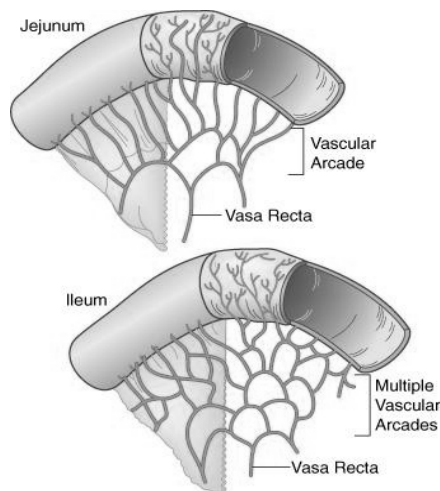
### انatomy جراحی

#### تقسیمات انatomy

الف - اثناعشر - فصل اول صفحه چهارم مطالعه شود.

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

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



### ارواء ژیزونوم و ایوم

شریان - توسط شعبات ژیزونوم و ایوم شریانی مساریقی علوی ارواء میگردد.

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

لنف ژیزونوم و ایوم - لنف آن از تعداد زیاد عقدات مساریقی گذشته و بالآخره به عقدات مساریقی علوی میرسد.

شکل (۱ - ۲) شریانین و وجه داخلی لومن امعاء رقیقه<sup>۱</sup>

## رتج میکل Meckel's diverticulum

رتج میکل بقایای قنات Vitellointestinal چنبن است که در وجه انتی میزانتریک الیوم قرار داشته و بطور تقریبی در ۲% اشخاص مشاهده شده 2Feet (۶۰ سانتی متر) از سیکوم فاصله داشته و طور متوسط ۲ انچ (۵ سانتی متر) طول دارد.



شکل (۲ - ۲) رتج میکل<sup>۱۱</sup>

### تظاهرات سریری

رتج میکل ممکن به اشکال مختلف تظاهر نمایند:

- بدون اعراض که در هنگام عملیات و یا اتوپسی دریافت میگردد.
- التهاب حاد - که از نظر کلینیکی با اپندسیت حاد شباهت دارد.
- تنقب توسط اجسام اجنبی و ایجاد لوجه پریتونیت
- تغلف (Intussusception) نوع Ileo - ileal - که اکثراً تا زمان رسیدن مریض به عملیات به گانگرن معروض شده میباشد.
- قرحه پپتیک از باعث قرار گرفتن اپیتیلیوم معده در رتج میکل به شکل مخفی که حاوی حجرات افراز کننده اسید معدوی بوده و اکثراً در اطفال مشاهده شده و یکی از اسباب میلانا در سن ده سالگی میباشد. نادراً قرحه باعث تنقب شده و یا بعضاً باعث درد بعد از گرفتن غذا میگردد همچنان رتج میکل میتواند دارای حجرات مخفی پانکراس باشد.
- قنات Vitello - intestinal باز - باعث ایجاد فیستول سروی و جریان محتوی امعاء بخارج میگردد.
- تومور تمشکی شکل ناحیه سروی (Raspberry tumor) که از باعث بازماندن نهایت ثروی قنات ویتیلین بوجود میاید.
- شریط یا Band معانی ویتیلین (Vitello - intestinal band) که از نهایت رتج میکل شروع و به سره ختم میگردد این شریط میتواند باعث اختناق عروه معانی و لوجه انسدادی شود و یا به قسم ذروه تدور الیوم عمل مینماید.

**معاینات تشخیصیه**

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

- **Technetium scan – Technetium** نشانی شده ( $^{99m}\text{Tc}$ ) توسط مخاط معده جذب شده و توسط Scintigraphy معده و علوتاً رتج میکل اکثراً نزدیک حفره حرقفی راست (RIF) مشاهده میشود.
  - **Barium follow through** – ممکن رتج را که از وجه انتی میزانتریک منشه گرفته نشان دهد.
- تداوی آن عبارت از ریزکشن دیورتیکول میباشد.

**مرض کرون****Crohn's Disease**

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

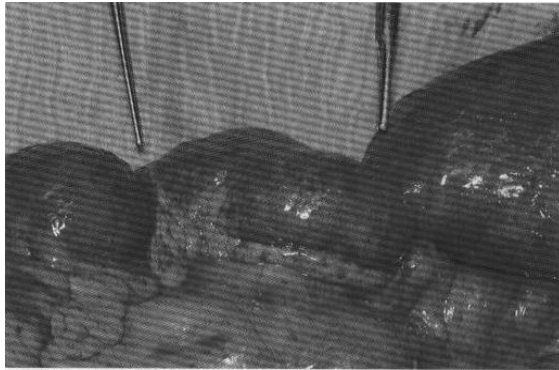
**اتیولوژی**

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

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

**پتولوژی**

امعاء رقیقه در ۲/۳ وقایع مصاب مرض بوده و الیوم نهائی معمولترین ناحیه مرض میباشد. باوجود آن مرض میتواند هر قسمت طرق هضمی را از مخاط جوف دهن الی کنار مقعد مصاب سازد ۱/۳ مریضان با آفت الیوم تظاهرات رکتل و کولونیک نیز دارند.



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

**منظره میکروسکوپی**

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

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

**منظره میکروسکوپی**

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

**تظاهرات سریری**

مرض کرون در هر سن مشاهده شده لاکن در کاهلان جوان زیاد شیوع دارد و کثرت واقعات آن در سنین بین ۲۰ - ۴۰ سالگی بوده. مرض در هر دو جنس مساویانه مشاهده میشود.

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

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

#### تشکل فیستول

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

**سو جذب** - اشغال شدن وسیع امعاء باعث سو جذب، همراه با اسهالات شحمی و کمبود چندین ویتامین شده که در صورت ریزکشن قبلی امعاء تشدید میگردد. **اسهالات** - اسهالات ممکن از باعث التهاب و تقرح مخاط، اشغال شدن کولون و رکت، ازدیاد نشوونمای انتان در قسمت انسدادی امعاء و سو جذب ثانوی از باعث مرض و یا امعاء کوتاه به تعقیب عملیات قبلی بوجود آید. تقرح مخاط سبب اسهال با موجودیت خون مخفی در مواد غایطه و کم خونی میگردد. **امراض محیط مقعدی** - ۱۰٪ مریضان مصاب مرض کرون امعاء رقیقه امراض محیط مقعدی از قبیل فیسوروفیستول نیز دارند.

#### معاینات تشخیصیه

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

معاینات اضافی دیگر در این مرض عبارت انداز:

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



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

### اختلالات

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

- سنگ کلیه – اکثراً سنگهای Oxalate بعد از Hyperoxaluria در نتیجه Steatorrhea مشاهده میشود.
- سنگ های صفراوی – در مریضان مرض کرون که قسمت الیوم را مصاب ساخته و یا الیوم ریزکشن شده باشد زیاد شیوع دارد که علت آن برهم خوردن Enterohepatic bile salt circulation است.
- Sclerosing cholangitis ابتدائی، sacroillitis، pyoderma، gangrenosum و uveitis نیز مشاهده شده و در صورت مصاب بودن کولون ها زیادتر شیوع دارد.

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

**تداوی طبی –** تداوی مرض در مرحله اول طبی بوده تقویه غذایی ممکن لازم باشد و غذای اساسی مفید میباشد حمله حاد مرض توسط ستروئید ها و ادویه Immunosuppressant مانند Azathioprine تداوی شده و تغذی از طریق وریدی ممکن ضرورت باشد Infiximab که یک انتی بادی Monoclonal به فکتور نکروزی تومور است ( $TNF-\alpha$ ) در تداوی شکل حاد ارتقائی ودر حال فیستول موثر نشان داده شده است.

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

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

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

### تومورهای امعاء رقیقه

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

#### تصنیف

##### تومور های سلیم

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

##### تومور های خبیث

##### ۱- ابتدائی

الف – Adenocarcinoma

ب – Lymphoma

ج – Carcinoid

د – Gastro – Intestinal Stromal Tumour

##### ۲- ثانوی

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

#### تظاهرات سریری

تومور های امعاء رقیقه ممکن با تظاهرات ذیل ظاهر گردند:

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

### سندروم کارسینوئید (Carcinoid syndrome)

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

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

### پتولوژی

#### منظره میکروسکوپی

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

#### منظره میکروسکوپی

از نظر میکروسکوپی تومور از حجرات Kultschitzky تشکیل شده و توسط نقره رنگ آمیزی و از حذای کریپیت های مخاط امعاء منشه میگیرد. این تومور به آهستگی نشوونما کرده و اکثراً بعد از دهه چهارم ظاهر میگردد. تومور کارسینوئید اپاندکس بطور نسبی سلیم بوده لکن ۴% آن بالآخره میتاستاز میدهد و ممکن بصورت مقدم از باعث بندش لومن اپاندکس به شکل اپاندیسیت تظاهر نماید. کارسینوئید توموریکه در الیوم و امعاء غلیظه بوجود میاید به عقدات لنفاوی ناحیوی و کبد انتشار مینماید.

## تظاهرات سریری

سندروم کارسینوئید دارای تظاهرات ذیل میباشد:

- احتقانی یا بر افروخته شدن (%۹۰) با حملات سیانوز و منظره وجه سرخ مزمن که اکثراً با Stress و گرفتن غذا یا الکل تشدید میگردد.
  - اسهالات (%۷۰) که اکثراً وافر و همراه با ازدیاد آوازهای معدی معائی میباشد.
  - درد های بطنی (%۴۰)
  - اسپزم قصبی یا Bronchospasm (%۱۵)
  - حالات غیر نارمل قلبی (تضیق دسام ریوی و tricuspid) از تظاهرات مؤخر مرض میباشد.
- کارسنوئید تومور ریه نیز که باعث تضیق دسامات قلب چپ میگردد (میترال و Aortic) همچنان ضخامه کبد و یک کتله قابل جس بطنی که توسط تومورومیتاستاز آن بوجود آمده نیز ممکن موجود باشد.

## معاینات تشخیصیه

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

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

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

**Refferencenes:****ماخذ:**

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

## فصل سوم انسداد امعاء Intestinal Obstruction

انسداد فلجی ۵۸

اشکال مخصوص انسداد امعاء ۴۶

انسداد میخانیکی امعاء ۴۰

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

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

### انسداد میخانیکی

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

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

### سرعت شروع انسداد

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

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

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

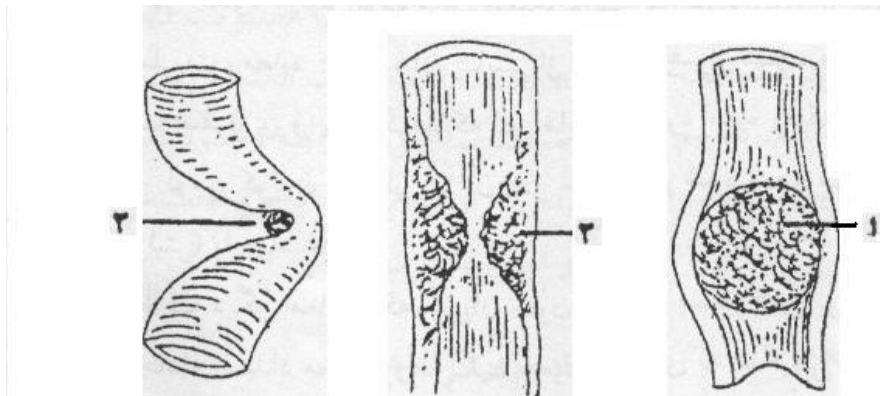
**محل و موقعیت انسداد** – از نظر موقعیت میتوان انسداد را به انسداد علوی و سفلی یا انسداد امعاء رقیقه و غلیظه تقسیم کرد.

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

## اسباب انسداد

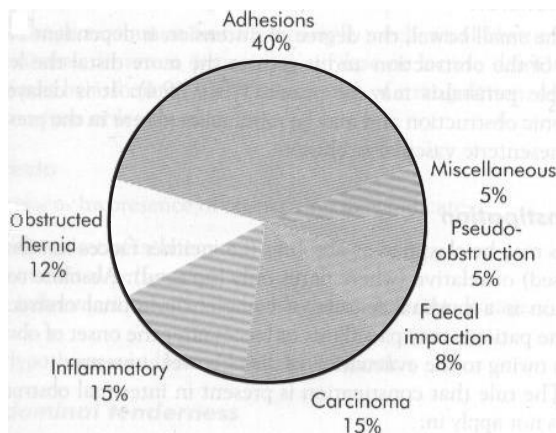
اسباب انسداد میخانیکی امعاء را مانند انسداد یک قنات در سایر نواحی بدن میتوان قرار ذیل تصنیف کرد:

- اسباب داخل لومن امعاء - مانند مواد غایبه سخت، سنگ های صفراوی، کلوله مواد غذائی، پرازیت (مانند کرم اسکاریس در امعاء رقیقه)، تغلف امعاء و غیره.
- اسباب جدار امعاء - مانند اتریزی ولادی، مرض کرون، تومور ها، دیورتیکولیت کولون و غیره
- اسباب خارج جدار امعاء - مانند فتق های مختنق (داخلی و یا خارجی)
- تدور امعاء و انسداد امعاء از باعث التصاقات و یا Bands ها



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

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



شکل (۲ - ۳) وقوع انسداد امعاء از نظر عامل سببی<sup>۲</sup>

- در نوزادان - تضییق و اتریزی ولادی (مانند اتریزی اثنا عشر) Imperforated anus، تدور امعاء نوزادان، مرض Hirschsprung و Meconium Ileus
- در شیرخواران و کودکان تغلف امعاء، مرض Hirschsprung، فتق مختنق و انسداد از باعث رتج میکل.

- در جوانان و افراد میانه سن - فتق مختنق، التصاقات و band و مرض کرون.
  - در اشخاص مسن - فتق مختنق، کارسینوما امعاء دیورتیکولیت کولون و مواد غایطه سخت.
- در اینجا باید گفت که فتق مختنق سبب مهم انسداد امعاء از زمان کودکی الی پیری بوده بنا فوحتات فتقیه باید در تمام مریضان مصاب انسداد با دقت معاینه شود.

### پتولوژی

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

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

تأثیرات کشنده انسداد امعاء عبارت از ضایعات مایعات و الکتروولیت ها از باعث استفراغات وافر و در بین لومن امعاء، ضایعات پروتین در بین امعاء و Toxemia از باعث نفوذ توکسین و باکتری معائی در جوف پریتون از طریق جدار امعاء اسکمیک و یا تنقب میباشد.

### تظاهرات سریری

چهار عرض اساسی انسداد امعاء عبارتند از:

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



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

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

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

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

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

### معاینه سریری

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

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

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

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

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

آوازهای معائی اکثراً تشدید بوده معاینه مقعدی هرگز فراموش نشود که با این معاینه ممکن یک کتله انسدادی در رکتوم و یا در جوف دوگلاس، رأس تغلف و یا یک کتله غایبی سخت دریافت شود.

#### فرق بین انسداد ساده و نوع اختناقی

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

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

#### معاینات تشخیصیه

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

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

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

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

- **Barium follow through** - از این معاینه در اشکال مشکوک

انسداد امعاء رقیقه استفاده شده و بعد از بلع باریوم سلفیت یک سلسله کلیشه های رادیوگرافی اخذ میگردد.

- **Water - soluble contrast enema** - اجرای این معاینه بطور

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

- **Computed tomography (CT)** - در تشخیص آفات انسدادی و

تومور های کولون مفید بوده و ممکن فتق های غیر معمول (فتق Obturator) را تشخیص نمایند.



شکل (۴ - ۳) رادیوگرافی انسداد<sup>۱۴</sup>  
میخانیکی امعاء بوضعیت استجاع ظهري



شکل (۳ - ۳) رادیوگرافی انسداد<sup>۱۴</sup>  
میخانیکی امعاء بوضعیت ایستاده

### تداوی

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

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

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

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

### اشکال مخصوص انسداد امعاء

#### انسداد امعاء در نوزادان

##### تصنیف

- اتریزی امعاء (Intestinal atresia)
  - تدور امعاء نوزادان (Volvulus neonatrum)
  - میکونیوم ایوس (Meconium ileus)
  - Necrotizing enterocolitis (در اطفال Premature از باعث اسکیمی مساریقی و در نتیجه اشغال مخاط توسط باکتری بوجود میاید)
  - مرض Hirschsprung
  - اتریزی انورکتل (Anorectal atresia)
- استفراغ دوامدار یک طفل نوزاد دلالت به ترضیضات داخل قحفی، انتانات و یا انسداد امعاء کرده و استفراغات صفراوی در یک طفل نوزاد بدون استثناء نشانه انسداد امعاء میباشد.
- بر علاوه استفراغ نزد این مریضان ممکن قبضیت، انتفاخ بطن و حرکات استنداری قابل رویت نیز موجود باشد.
- رادیوگرافی ساده بطن عرووات متوسع امعاء را با سویه مایع نشان میدهد.

## اتریزی امعاء Intestinal Atresia

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

**تداوی -** تداوی مرض عبارت از ریزکشن ناحیه متضیق و انستموز امعاء میباشد که عملیات مشکل بوده ووفیات آن زیاد است.

## تدور امعاء نوزادان Volvulus Neonatrum

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

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

## میکونیوم الیوس Meconium Ileus

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

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

### تظاهرات سریری

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

### تداوی

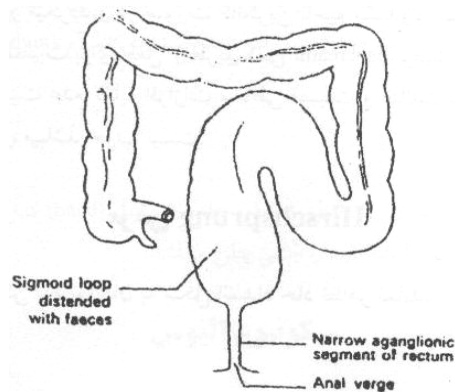
ممکن است میکونیوم را با تطبیق gastrograffin از طریق رکت تحت کنترل رادیوگرافی پاک و دور سازیم گاستروگرافین یک ماده رادیو اوپک Hyper osmolar (باعث دخول مایعات بداخل لومن امعاء میگردد) و دارای فکتور emulsion بوده و تخلیه میکونیوم را اسان میسازد در صورتیکه این تداوی مؤثر واقع نگردد و یا امعاء تنقب کرده باشد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

## مرض Hirschsprung

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

### پتولوژی

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



شکل (۵ - ۳) مرض Hirschsprung

مرض حجرات گانگلیونی در ضفیره تحت المخاطی Auerbach و ضفیره تمام کولون موجود نبوده که این حادثه باعث سپرم ناحیه ماؤفه و در نتیجه انسداد وظیفوی و توسع قسمت علوی میگردد. قبل از شناخت کامل ماهیت این مرض تداوی جراحی عبارت از ریزکشن قسمت متوسع کولون با تعصیب نارمل بوده که این تداوی باعث بهبود مریض نميگردد.

### تظاهرات سریری

در اشکال بسیار شدید مرض اعراض انسدادی در چند روز اول حیات با عدم دفع میکونیوم شروع شده و در صورتیکه تداوی نشود باعث مرگ طفل میگردد اشکال خفیف مرض با قبضیت ها ی معند دوران طفولیت توأم بوده و این مریضان با بطن فوق العاده متوسع و تشوش شدید رشد و نشوونما تا سن بلوغ میرسند یک تعداد زیاد اطفال که تداوی نزد شان اجراء نشده در ظرف سه ماه اول حیات مصاب enterocolitis شدید و تهدید کننده حیات میشوند. با معاینه مقعدی رکت م خالی و متضیق بوده و در قسمت علوی ناحیه متضیق ممکن تجمع مواد غایطه قابل جس باشد و به تعقیب این معاینه معمولاً مقدار زیاد گاز و مواد غایطه خارج میگردد.

### معاینات تشخیصیه

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

### تشخیص تفریقی

مرض با میگاکولون کسبی تشخیص تفریقی شود که این مرض با قبضیت بسیار شدید تظاهر نموده و زیادتز در اطفال ۱ - ۲ساله مخصوصاً مصاب آفات روانی مشاهده میشود معاینه مقعدی نزد این اطفال بسیار وصفی بوده و مقعد الی رکت م ملو از ماده غایطه میباشد بیوپسی جدار رکت م حجرات نارمل

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

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

### اتریزی انورکتل

## Anorectal Atresia

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

### تظاهرات سریری

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

### تداوی

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

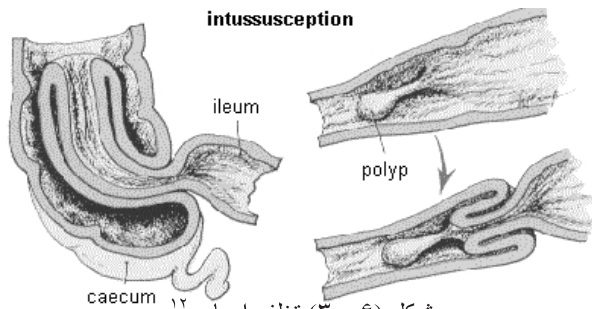


- در صورتیکه فاصله بین مقعد و نهایت مسدود شده امعاء زیاد باشد در مرحله اول کولوستومی اجراء و زمانیکه طفل دو ساله شد عملیات Pull - through اجراء میگردد و بعضی جراحان این عملیات را بصورت عاجل در نوزاد اجراء مینمایند.
- اگر فیستول مهبلی موجود باشد عملیات عاجل ضرور نبوده زیرا امعاء از طریق مهبل تخلیه شده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

### تغلف امعاء

## Intussusception

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



شکل (۶ - ۳) تغلف امعاء ۱۲

### انواع تغلف ووجه تسمیه آنها

نواحی مختلف امعاء میتواند ذروه تغلف را بسازد که انواع معمول تغلف بادر نظر داشت کثرت وقوعات عبارتند از:

- **Ileo colic** - در اینصورت تغلف IleoIleal از طریق دسام الیوسیکل بداخل کولون پیش میرود و از جمله معمولترین انواع تغلف میباشد. (۷۵%)
- **Ileo ileal** - الیوم بداخل الیوم مجاور تغلف مینماید.
- **Ileo caecal** - دراین صورت دسام الیوسیکل رأس یا ذروه تغلف را میسازد.
- **Colo colic** - کولون بداخل کولون مجاور تغلف مینماید. (معمولاً از باعث یک تومور برآمده شکل جدار امعاء)

**اسباب**

مرض در ۹۵٪ وقایع در کودکان و اطفال جوان بدون سبب واضح مشاهده شده و عقدهات لنفاوی مساریقی در این وقایع ضخاموی مییاشد و چنین فکر میشود که نسج لنفاوی صفیحات پایر (Peyer's patches) جدار امعاء در اثر Adenovirus معروض به هایپر پلازیا شده و این نسج لنفاوی متورم برجسته بداخل لومن امعاء به شکل جسم اجنبی عمل کرده و بعداً توسط حرکات استنداری به طرف سفلی به امتداد امعاء پیش برده میشود و باعث کشش امعای عقب و تغلف میگردد.

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

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

**تظاهرات سریری**

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

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

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

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

**تداوی در کودکان****تداوی غیر جراحی**

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

**تداوی جراحی**

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

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

**تدور یا Volvulus امعاء**

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

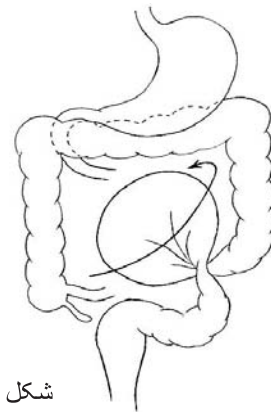
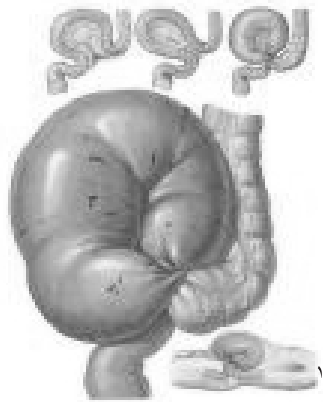
**اسباب**

فکتور های مساعد و تشدید کننده مرض عبارتند از:

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

## تدور سگموئید Sigmoid Volvulus

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



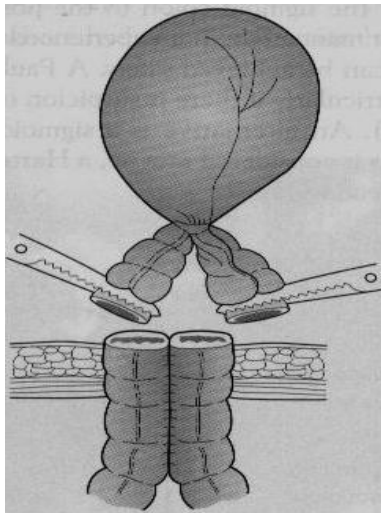
شکل (۷-۳) تدور کولون سگموئید<sup>۱۵</sup>

### تظاهرات سریری

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

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

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



شکل (۸-۳) عملیات Paul-Mikulicz<sup>۱۶</sup> در تدور کولون سگموئید

**تداوی**

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

**تدور سیکوم****Caecal Volvulus**

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

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

**تداوی**

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

**تدور امعاء رقیقه در کاهلان****Small Intestine Volvulus in Adults**

این تدور زمانی بوجود میاید که ذروه یک عروه معانی توسط التصاقات و یا اکثراً بقایای رتج میکل تثبیت شده باشد. گاهی ذروه تدور را یک تومور تشکیل

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

### تداوی

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

### انسداد اوغیه مساریقی

## Mesentric Vascular Occlusion

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

### اسباب

#### امبولی مساریقی (Mesentric embolus)

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

#### ترومبوز شریان مساریقی

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

#### ترومبوز ورید مساریقی

این نوع ترومبوز با فرط فشار ورید باب همراه بوده ویا به تعقیب splenectomy از باعث Thrombocytopenic purpura، فشار تومور بالای اوغیه مساریقی علوی ویا thrombophlebitis سپیتیک بوجود میآید.

**احتشای امعاء بدون انسداد وعائی**

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

**پتولوژی**

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

**تظاهرات سریری**

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

**تداوی**

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

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

## انسداد فلجی Paralytic Ileus

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

انسداد فلجی (adynamic و یا neurogenic) عبارت از یک حالت اتونی امعاء بوده و تظاهرات عمده کلینیکی آن عبارتند از:

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

### اسباب

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

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

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

۳- Reflex از باعث ماؤف شدن سیستم عصبی اتونوم امعاء در کسور حوصله و اضلاع نرف خلف پریطوانی و تطبیق جاکت پلاستر بوجود میاید.



۴- فکتور های میتابولیک ضایعات شدید پوتاشیم، uremia و کوما ی دیابتیک ممکن باعث انسداد فلجی شود.

۵- ادویه جات

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

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

- ضایعات شدید مایعات، الکتروولایت ها و پروتین در بین لومن امعاء از طریق استفراغات و تخلیه معده
- توسع زیاد امعاء به علت تجمع گازات بلع شده که نمیتواند امعاء را عبور نماید که باعث خرابی اروای امعاء و جذب توکسین میگردد.

#### تظاهرات سریری

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

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

#### تشخیص تفریقی

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

- مدت و زمان - انسداد فلجی نادراً بیشتر از ۳-۴ روز دوام کرده بنهء ادامه اعراض بیشتر از این مدت دلالت به انسداد میخانیکی مینماید.
- آواز های معائی - یک علامه مهم بوده که عدم موجودیت آن بصورت تام دلالت به انسداد فلجی کرده در حالیکه تشدید آن انسداد میخانیکی را نشان میدهد.
- درد - انسداد فلجی بصورت نسبی بدون درد بوده در حالیکه در انسداد میخانیکی درد های کولیکی بطن موجود است.

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

### تداوی

#### وقایوی

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

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

### Refferencenes:

### ماخذ:

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

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

## فصل چهارم عروه اپاندکس Vermiform Appendix

انatomy جراحی ۶۲ التهاب حاد عروه اپاندکس ۶۳

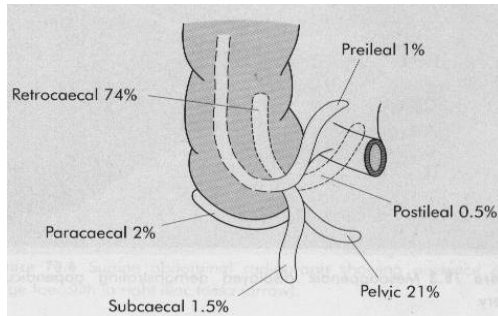
### انatomy جراحی

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

### توضع اپاندکس

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

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



(۷۴%) Retrocaecal -

(۲۱%) Pelvic یا حوصلی -

(۲%) Paracaecal -

(۱.۵%) Sub caecal -

(۱%) Pre ileal -

(۰.۵%) Post ileal -

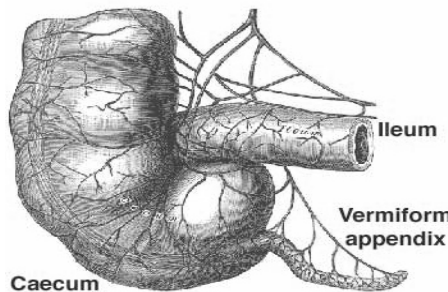
### اروای اپاندکس

۱- شریان - یک شعبه شریان Ileocolic

که از مساریفی علوی منشه میگیرد میباشد.

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

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



شکل (۲ - ۴) او عیه اپاندکس ۱۱

### التهاب حاد عروه اپاندکس Acute Appendicitis

تعریف - اپاندیسیت حاد عبارت از التهاب حاد عروه اپاندکس است که از جمله شایع ترین وقایع عاجل جراحی بطن میباشد و گمان میرود این مرض در کشور انگلستان یک ششم جمعیت را مصاب میسازد<sup>3</sup> و مرض زیادتیر در اشخاصی مشاهده میگردد که رژیم غذایی آنها غربی میباشد.

#### پتولوژی

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

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

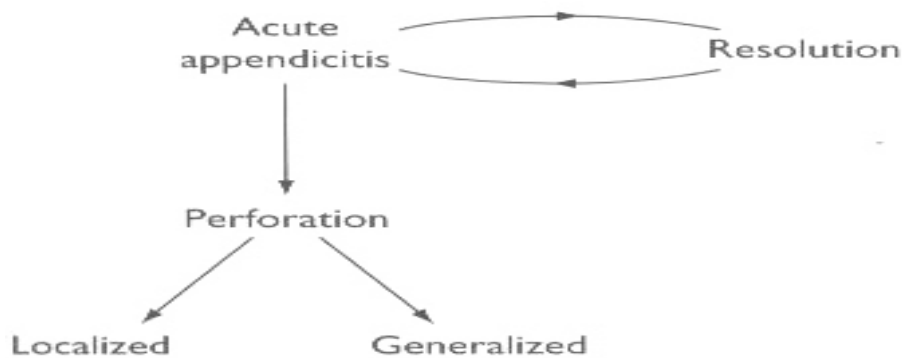
برای وقوع این تحولات ارتباط زمانی دقیق وجود نداشته نادراً اپاندکس در ۱۲ ساعت اول تنقب کرده در حالیکه بعضاً میتوان ۳-۴ روز بعد یک اپاندکس التهابی را بدون تنقب مشاهده کرد.

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

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

### سیر پتالوژیک مرض

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



### تظاهرات سریری

#### تاریخچه

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

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

بایدگفت که دردهای کولیکی مرکزی بطن منشه حشوی داشته و انتقال درد به حفره حرقفی راست ناشی از ماوف شدن پریتون جداری حساس توسط حادثه التهابی در مرحله بعدی میباشد. درد با حرکت زیاد شده بناءً مریض ترجیح میدهد تا دراز کشیده و زنانها و رانها را بحال قبض نگهدارد.

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

بی اشتهائی - که یک عرض تقریباً ثابت میباشد.

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

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

#### معاینه مریض

دریافت های معاینه فیزیکی نزد این مریضان عبارتند از:

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

#### معاینات تشخیصیه

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

- CT - این معاینه غرض تشخیص اپاندیسیت با موقعیت غیروصفی و اختلالات مرض به شکل روز افزون استفاده میشود.
- التراسوند حفره حرقفی راست (RIF) که توسط دست با تجربه ممکن باعث تشخیص گردد.
- باید گفت که معاینات فوق بصورت عموم به منظور تثبیت اپاندیسیت و تشخیص تفریقی از امراض دیگر اجراء میگردد.

### تشخیص تفریقی

- تشخیص تفریقی اپاندیسیت باید با تمام امراض که باعث درد حاد بطنی میشوند اجراء گردد و آنرا باید طور منظم تحت عناوین ذیل مطالعه کرد:
- سایر اسباب دردهای حاد داخل بطنی
  - امراض طرق بولی
  - امراض صدري
  - امراض نسائی عاجل در خانم ها
  - امراض سیستم عصبی مرکزی (CNS)

### امراض داخل بطن

- امراض ذیل معمولاً اپاندیسیت را تقلید کرده و با آن شباهت نشان میدهد:
- Non specific mesentric adenitis بالخصوص در اطفال جوان به تعقیب انتان طرق تنفسی علوی
  - Mekel's diverticulitis
  - Acute crohn's ileitis
  - انسداد حاد امعاء
  - Gastroenteritis
  - Perforated peptic ulcer
  - کولی سیستیت حاد
  - Pancariatitis
  - دیوروتیکولیت حاد کولونی

### امراض طرق بولی

- تدور خصیه
- کولیک های کلیوی و Pyelonephritis حاد



## امراض صدري

- Pneumonia قاعدوی و پلوریزی

## امراض عاجل نسائی

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

- سلفانژیت حاد

- Ectopic pregnancy

- کیست تمزق کرده جسم اصفر

- تدور یا تمزق کیست مبيض

## امراض سیستم عصبی مرکزی

- درد های Herpes zoster

- Tabes dorsalis

## تداوی

تداوی اپندیسیت حاد به استثنای حالات ذیل اپندکتومی میباشد.

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

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

### کته اپندکس (Appendix mass)

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

### تداوی

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

### اپاندیسیت در دوران حاملگی

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

**Refferencenes:****ماخذ:**

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

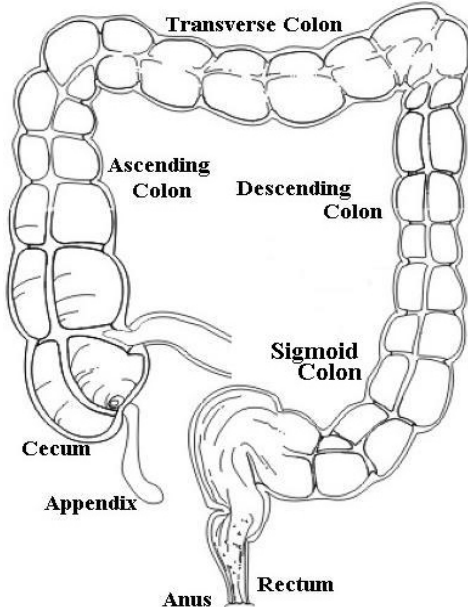
## فصل پنجم کولون

اناتومی جراحی و فزیولوژی ۷۰  
کولیت قرحوی ۷۱

دیورتیکولوز و دیوتیکولیت کولون ۷۴  
تومور های کولون ۷۹  
کولوستومی ۸۶

### اناتومی جراحی

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



مستعرض، زاویه کولونی طحالی کولون نازله و کولون سیگموئید میباشد. باید گفت که سیکوم زاویه کولونی کبدی و طحالی نسبت داشتن مساریقه کوتاه به جدار خلفی بطن تثبیت بوده در حالیکه کولون مستعرض و سیگموئید دارای مساریقه طویل بوده بناءً بداخل بطن موقعیت آنها تغیر مینماید.

### ارواء کولون

شرائین

- شریان مساریقی علوی ( Art. Mesentrica Sup. ) که کولون راست را ارواء مینماید.
- شریان مساریقی سفلی ( Art. Mesentrica Inf. ) که کولون چپ را ارواء مینماید.

شکل (۱-۵) اناتومی کولون<sup>۱۲</sup> مینماید.

### اورده

هم نام شرائین بوده و سیر معکوس آنها را دارد.

### لنف

سیر شرائین را تعقیب مینماید.

### فزیولوژی

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

## کولیت قرحوی Ulcerative colitis

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

### اسباب

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

### پتالوژی

مرض اکثراً رکتوم و کولون سیگموئید را مصاب ساخته لکن تمام کولون میتواند توسط مرض اشغال شود. (بخاطر باشد که کولون سیگموئید یک ناحیه انتخابی برای تمام امراض مهم کولونی از قبیل colitis، تدور، کارسینوما polyposis و دیورتیکولیتس بوده که علت آن تا هنوز معلوم نمی‌باشد). در ابتداء مرض مخاط کولون اذیمائی بوده که با تماس خون داده و نرف به شکل petechia (petechial hemorrhage) مشاهده می‌شود. که بعداً باعث تقرح شده این تقرحات سطحی و غیر منظم بوده و در بین آن مخاط فوق العاده اذیمائی می‌باشد و باعث ایجاد پولیپ کاذب Pseudopolyps می‌گردد جدار امعاء از باعث اذیما و فیروز سخت و rigid شده و haustration های نارمل خویش را از دست میدهد و نقطه جالب اینست که کولون التهابی با احشای مجاور خویش التصاق نمی‌کند.

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

**تظاهرات سریری**

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

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

**معاینات تشخیصیه**

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

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

- Barium enema – مخاط نا هموار و قطع شده را نشان داده که دلالت به تفرح کرده و اذیما و فیروز باعث ازبین رفتن haustration کولون میگردد که در شکل مزمن کولون شکل وصفی هموار متضیق و drainpipe را اختیار مینماید.

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

**تشخیص تفریقی**

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

**اختلاطات****اختلاطات موضعی**

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

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

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

### تداوی

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

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

**تداوی جراحی** – استطبایات تداوی جراحی عبارتند از:

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

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

### دیورتیکولوز و دیورتیکولیت کولون

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

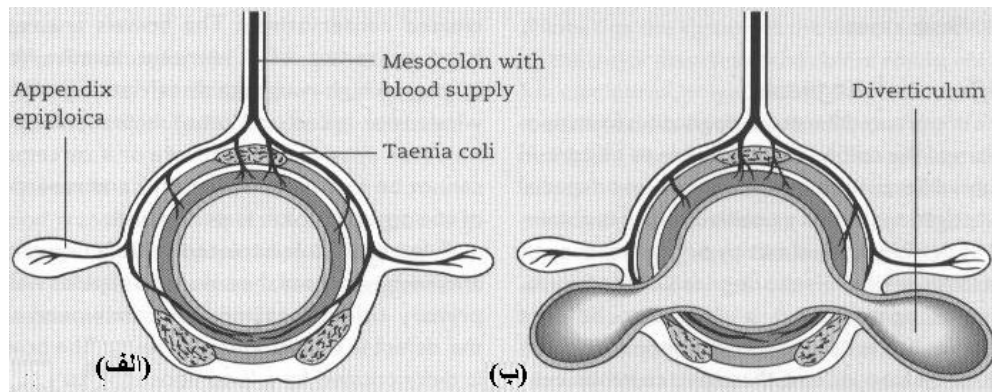
این مرض اکثراً در کولون سیگموئید و نازله مشاهده شده و با دور شدن از کولون چپ و نزدیک شدن به کولون راست کمتر مشاهده میشود دیورتیکول کولون در سنین پائین تر از ۴۰ سالگی نادر بوده در حالیکه مرض در ۳۰٪ اتوپسی اشخاص مسن مشاهده شده و وقوعات مرض در هردو جنس مساوی است.

### پتورنی مرض

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

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





شکل (۲-۵) دیورتیکول کولون و مجاورت آن با Taenia coli و ناحیه نفوذ او عیه در یک مقطع مستعرض:  
الف - کولون نارمل. ب - کولون توأم با دیورتیکول<sup>۲</sup>

### التهاب دیورتیکول یا Diverticulitis

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

#### ۱- تنقب

الف- در جوف کبیر پریتون که باعث پریتونیت میشود.

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

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

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

۳- نرف که در نتیجه تخریش و ماؤف شدن او عیه جدار کولون بوجود میآید که میتواند به شکل حاد و وافر یا مزمن و مخفی باشد.

### تظاهرات سریری

#### دیورتیکولیت حاد

بنام اپاندیسیت طرف چپ نیز یاد می شود. و تظاهرات سریری آن درد مرکزی بطن بوده که بعداً در حفره حرقفی چپ متمرکز میگردد و مترافق با تب، استفراغ حساسیت و تقلصیت موضعی میباشد. با جس بطن و معاینه مقعدی ممکن يك كتله مبهم بطنی دریافت شود تنقب دیورتیکول بداخل جوف پریتون باعث تولید اعراض و علایم پریتونیت عمومی شده و تشکل آبسه pericolic با این تفاوت که بطرف چپ قرار دارد مشابه آبسه اپاندیکولر میباشد. که در اینصورت نزد مریض يك كتله دردناك در حفره حرقفی چپ همراه با تب و لوکوسیتوز دریافت میگردد.

**دیورتیکولیت مزمن**

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

- ۱- تغییر و تشوش ترانزیت معائی مانند تناوب اسهال و قبضیت.
- ۲- انسداد امعاً غلیظه با استفراغات، انتفاخ و دردهای کولیکی بطن و قبضیت. وبخاطر با شد که انسداد امعاً رقیقه از باعث التصاق آن با کتله التهابی نادر نمی باشد.
- ۳- آمدن خون ومخاط از طریق رکت - ممکن نزد مریض حمله درد در حفره حرقی چپ با آمدن مخاط یا خون روشن و یا میلانا از طریق مقعد موجود باشد. همچنان کم خونی از باعث نرف مخفی مزمن مشاهده شده میتواند.

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

**تظاهرات غیر معمول دیورتیکولیت عبارت اند از:**

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

**معاینات تشخیصیه**

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

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

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

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

### تشخیص تفریقی

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

|                |                                      |  |
|----------------|--------------------------------------|--|
| اعراض و علایم  | دیورتیکولیت                          | کارسینوما  |
| تاریخچه        | طویل                                 | کوتاه  |
| درد            | زیاد شیوع دارد                       | کمتر شیوع دارد                                       |
| کته            | ۲۵% حساسیت دارد                      | ۲۵% بدون درد است                                     |
| نزف            | ۱۷% اکثراً وافر و دوری               | ۶۵% اکثراً مقدار کم                                  |
| رادیوگرافی     | تغییرات منتشر موجود است              | تغییرات موضعی و با Probanthelin استرخا حاصل نمیگردد. |
| سیگموئیدوسکوپی | تغییرات التهابی در بیشتر از یک ناحیه | در صورت عدم موجودیت قرحه التهاب موجود نیست.          |
| کولونوسکوپی    | کارسینوما مشاهده نمی شود             | کارسینوما موجود و بیوپسی اخذ میگردد                  |

جدول (۱ - ۵) تشخیص تفریقی دیورتیکولیت با کارسینوما

### تداوی

#### دیورتیکولیت حاد

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

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

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

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

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

### دیورتیکولیت مزمن

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

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

## تومورهای کولون

## تصنيف

تومورهای سلیم

Adenomatous polyp -

Papilloma -

Lipoma -

Neurofibroma -

Haemangima -

تومورهای خبیث

۱- ابتدائی

Carcinoma -

Lymphoma -

Carcinoid Tumour -

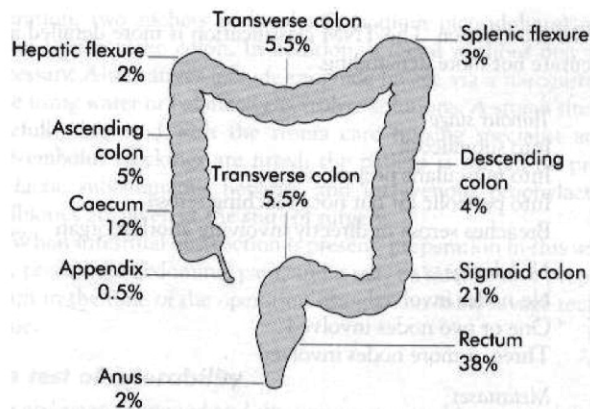
۲- ثانوی - در اینصورت کولونها توسط تومور احشای مجاور از قبیل معده مثانه، رحم و مبيض اشغال میگردد.

## کارسینومای کولون

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

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

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



شکل (۳ - ۵) توزیع کانسر Colorectal از نظر موقعیت<sup>۶</sup>

**اسباب**

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

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

- غذاهای غنی از شحم و تفاله کم

- امراض التهابی امعا مانند کولیت قرحوی

- Polyposis syndrome

**Familial adenomatous polyposis** - يك مرض نادر و بسیار مهم است

زیرا اگر تداوی نشود بدون شك به کارسینومای کولون تحول مینماید و ۰.۵% کانسر کولون را بطور مجموعی تشکیل میدهد.

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

**Hereditary non-polyposis colon cancer** - سبب ۵% کانسر

کولورکتل شده و يك مرض ارثی میباشد تومور زیاد تر در کولون راست بوجود می آید و قبل از سن ۵۰ سالگی ظاهر میگردد همچنان مرض با تومور تخمدان رحم و معده مترافق میباشد.

**پتولوژی**

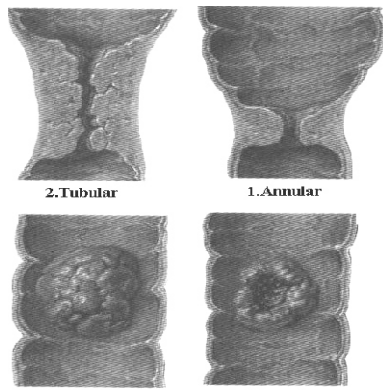
از نظر ماکروسکوپیك توموراکثرا به چهار شکل ذیل مشاهده می شود.

- Annular

- Tubular

- Ulcerative

- Cauliflower



شکل (۴ - ۵) اشکال معمول مکر و سکویک کارسینومای کولون<sup>۶</sup>

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

### انتشار تومور

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

### Staging

Staging کارسینومای کولون بطور کلاسیك به اساس تصنیف Dukes صورت میگیرد. ومربوط به وسعت انتشار داخل جدار کولون وانتشار آن به عقدات لنفاوی میباشد.

### تظاهرات سریری

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

- تظاهرات ناشی از خود تومور
- تظاهرات مربوط میتاستاز تومور
- تظاهرات وتائیرات عمومی تومور

### تائیرات وتظاهرات موضعی تومورها

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

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

#### تظاهرات میتاستاز تومورها

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

#### تظاهرات عمومی امراض خبیثه

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

در معاینه این مریضان نقاط ذیل مد نظر باشد:

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

#### معاینات تشخیصیه

- خون مخفی (Occult blood) در ماده غایطه اکثرأ موجود میباشد.
- Sigmoidoscopy ممکن تومور رادر ناحیه rectosigmoid نشان دهد که با اخذ بیوپسی تشخیص وضع میگردد حتی در صورتیکه به تومور رسیده نتوانیم آمدن خون و قیح با مخاط از علوی قویاً دلالت به امراض خبیثه مینماید.
- Colonoscopy – با استفاده از Fiberoptic colonoscopy میتوان قسمت های علوی کولون رامشاهده و بیوپسی اخذ کرد.
- اماله باریوم: اکثرأ تومور را به شکل تضییقی ويا نقص امتلاء (Apple-core deformity) نشان داده و به خاطر باشد که منفی بودن اماله باریوم به هیچ وجه موجودیت یک تومور کوچک را بالخصوص



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

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

### تشخیص تفریقی

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

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

### تداوی

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

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

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

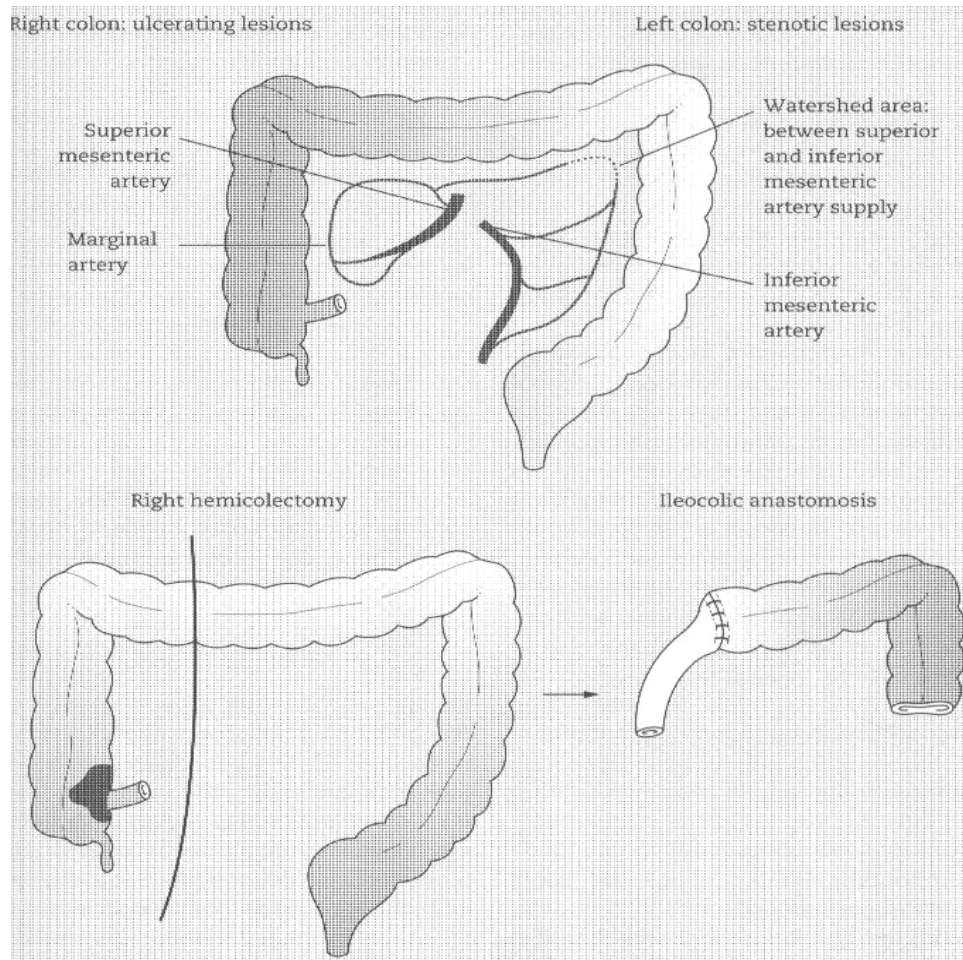
### تداوی واقعات غیر قابل معالجه یا Incurable case

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

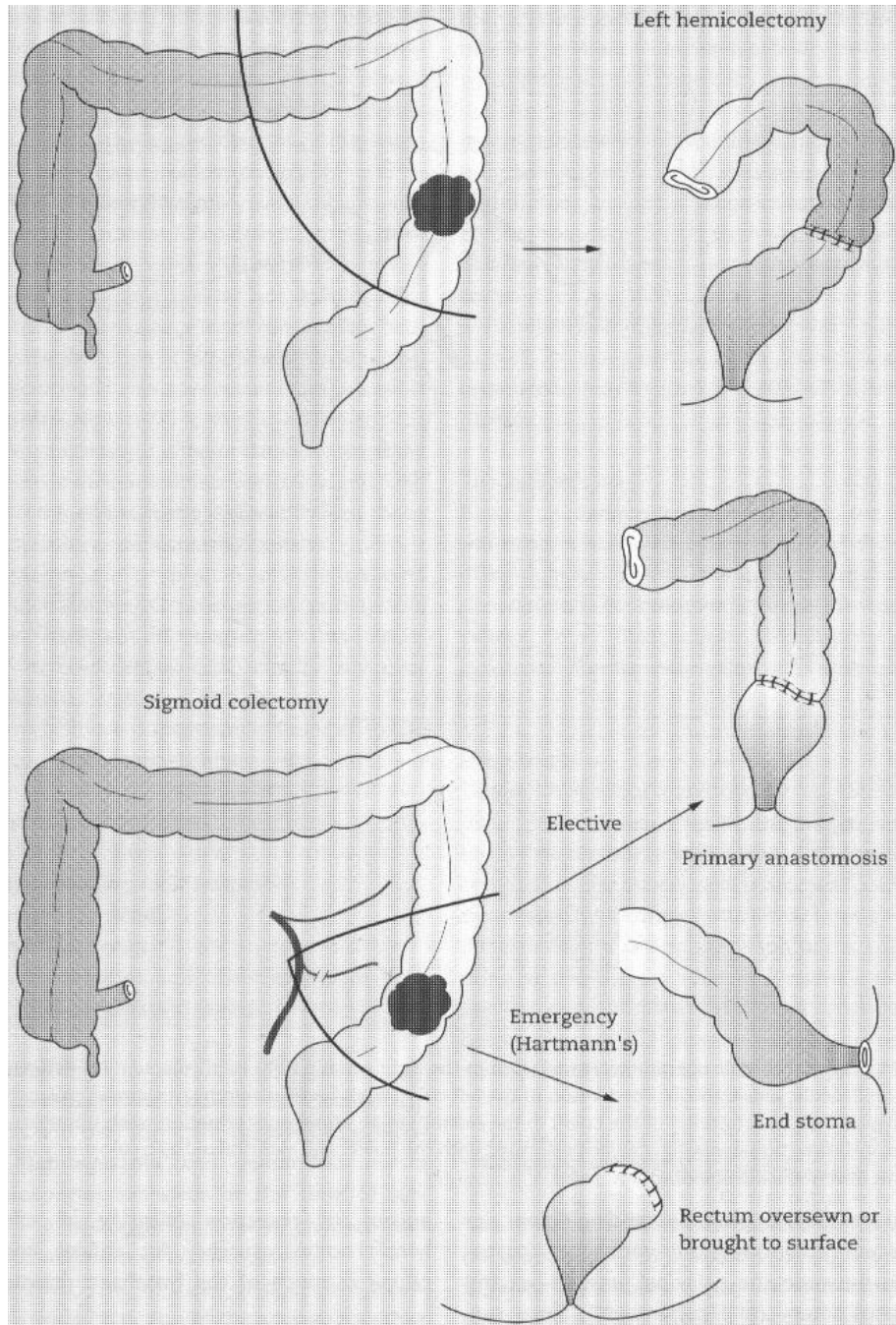
Palliative – short – circuit و یا کولوستومی اجراء شود تداوی شعاعی و cytotoxic باعث تسکین مؤقتی مریض میگردد.

### عواقب مرض

در صورت که تومور از نظر تنصیف مؤلف 'Dukes' در stage A قرار داشته باشد اکثراً قابل معالجه بوده زیادتیر از ۹۰% این مریضان ۵ سال عمر میکنند در stage B که هنوز تومور محدود به جدار کولون است این رقم به ۶۵% و در صورت موجودیت میتاستاز در عقداات لنفاوی به ۳۰% میرسد. انذار مرض در صورتیکه عقداات لنفاوی علوی اشغال نشده باشد (C<sub>1</sub>) نظر به وقایع که اشغال شده باشد (C<sub>2</sub>) بهتر است.



شکل (۵ - ۵) عملیات های معمول کولونی در آفات کولون راست Rt.Hemicolectomy با انستومز ایلیکولیک اجراء میگردد.<sup>۲</sup>



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

## کولوستومی Colostomy

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

### استطبابات کولوستومی

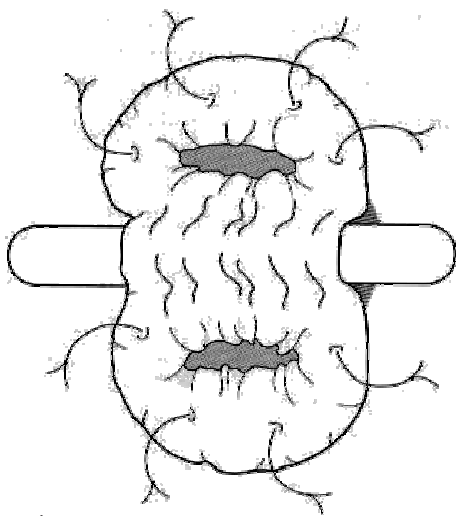
استطبابات معمول کولوستومی عبارتند از:

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

### انواع کولوستومی

#### Loop colostomy - در اینصورت

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



شکل (۷ - ۵) Loop Colostomy موقتی<sup>۶</sup>

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

#### End colostomy - در end یا terminal کولوستومی بعد از قطع کولون

نهایت proximal آن بروی جدار بطن بیرون کشیده میشود اینوع کولوستومی در ریزکشن تام رکتوم و تنقب امراض دیورتیکولر که بعد از برداشتن کولون مؤفده، انستموز مقدم نسبت ملوث بودن کولون ناممکن باشد اجراء میشود. که در صورت اخیر نهایت distal کولون را دوخته و بداخل بطن گذاشته شده (عملیه Hartmann) و یا به شکل یک فیستول مخاطی در یک ناحیه جداگانه روی جدار بطن کشیده میشود.

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

### اختلالات کولوستومی

عبارتند از:

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

### Refferencenes:

### ماخذ:

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

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

## فصل ششم رکتوم و کانال مقعدی

|                                  |                        |                  |
|----------------------------------|------------------------|------------------|
| پرولاپس رکتوم ۱۰۶                | آبسی انورکتل ۱۰۰       | اناتومی جراحی ۸۹ |
| خارش مقعدی ۱۰۹                   | فیستول های انورکتل ۱۰۳ | هموروئید ۹۳      |
| تومور های رکتوم و کانال انال ۱۱۰ | تضیق کانال مقعدی ۱۰۵   | فیسورانال ۹۸     |

### اناتومی جراحی

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

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

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

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

رکتوم از طبقات ذیل تشکیل شده است:

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

۲- طبقه تحت المخاط - در این طبقه مخصوصاً قسمت سفلی امپولا و تمام کانال انال یک شبکه غنی وریدی بنام ضفیره وریدی باسوری و یک تعداد فولیکولها قرار دارد.

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

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

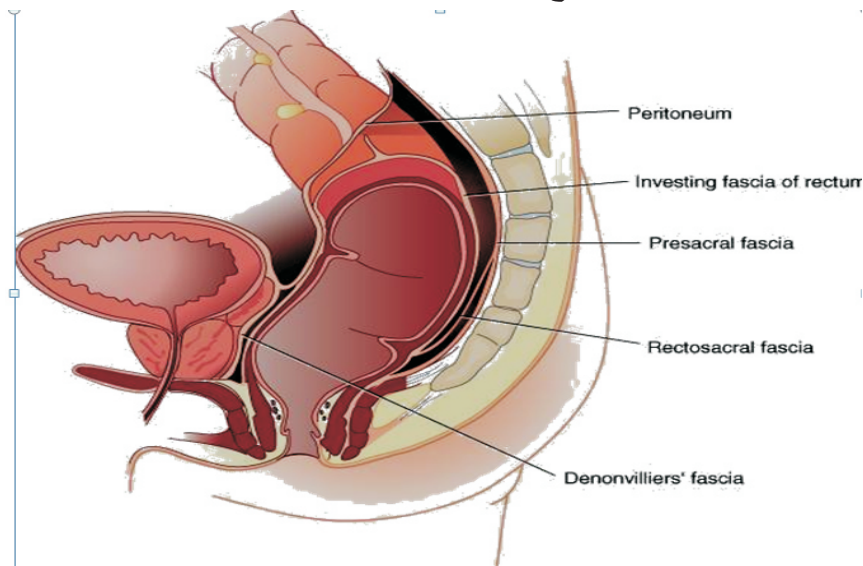
معصره داخلی - عبارت از ضخامه طبقه عضلی حلقوی در ناحیه کانال انال بوده که از الیاف عضلی ملساء غیرارادی تشکیل شده و اسپزم و تقلص آن در فیسور انال و دیگر آفات مقعدی رول مهم بازی مینماید.

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

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

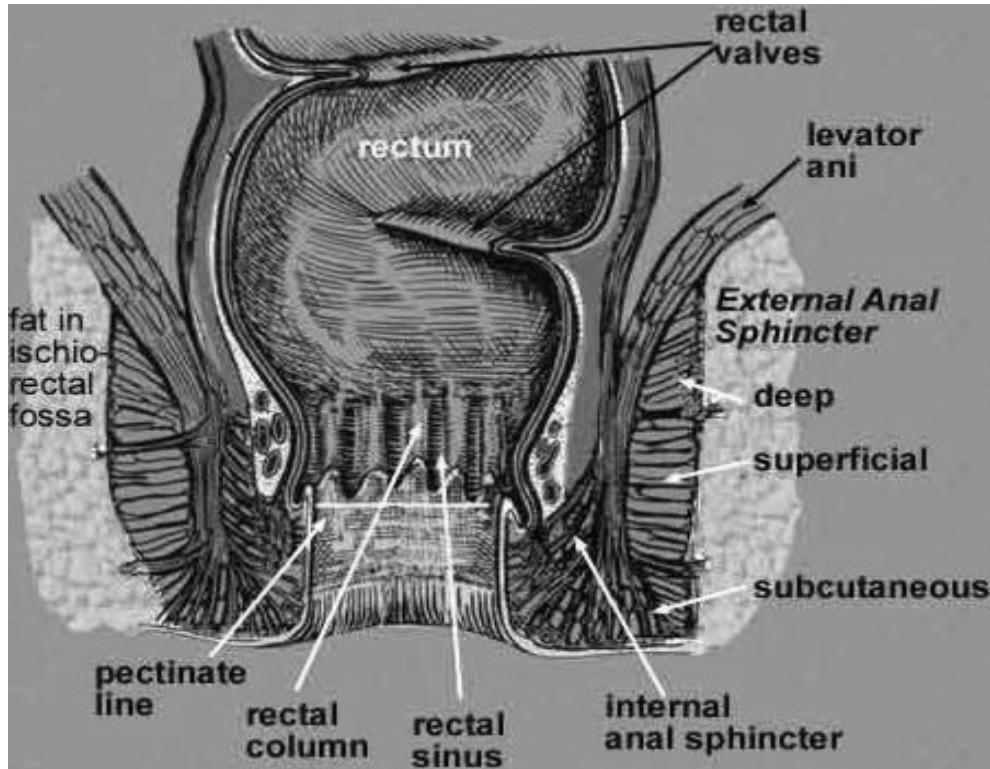
۲ - معصره خارجی سطحی - با عظم عصص در خلف اتصال دارد.

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



شکل (۱ - ۶) آناتومی جراحی رکتوم و کانال مقعدی<sup>۴</sup>





شکل (۲ - ۶) وجه داخلی رکتوم و کانال مقعدی با معصرات آن<sup>۱۳</sup>

### ارواء رکتوم

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

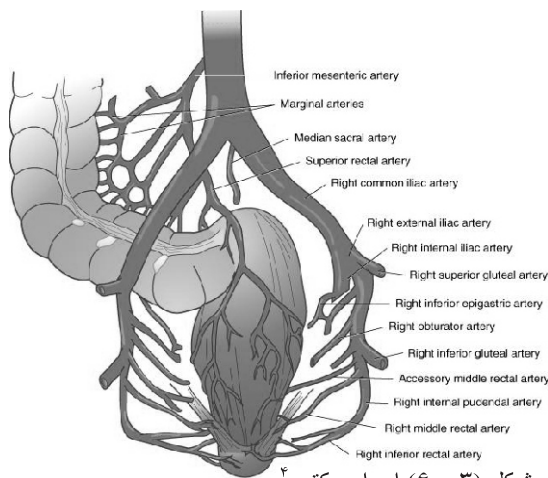
۲ - شریان باسوری متوسط

۳ - شریان باسوری سفلی

### اورده رکتوم

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

۲ - ورید باسوری سفلی - خون



شکل (۳ - ۶) ارواء رکتوم<sup>۴</sup>

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

**دریناژ لنفاوی**

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

**اعصاب - عبارتند از:**

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

## بواسیر

### Hemorrhoids (Piles)

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

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

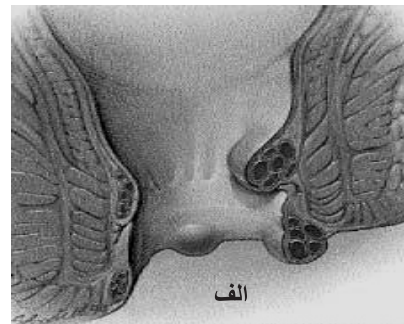
#### انواع بواسیر

ورم باسوری نظر به موقعیت مختلف اناتومیک شان به سه نوع میباشد:

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

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

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



شکل (۴-۶) انواع بواسیر. الف – بواسیر داخلی و خارجی. ب – شکل مختلط (Internoexternal) <sup>۱۳</sup>

#### بواسیر داخلی (Internal Hemorrhoids)

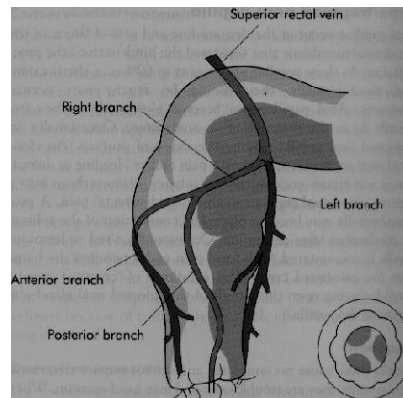
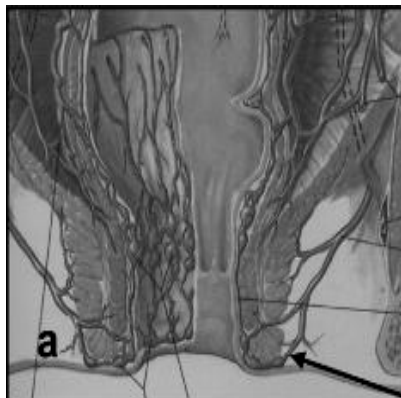
عبارت از توسع ضفیره وریدی داخلی و قسمت های علوی ضفیره باسوری سفلی میباشد بخاطر باشد که نسبت ارتباط بین ضفیره باسوری داخلی و خارجی در صورتیکه اولی توسع نماید دومی نیز در حادثه اشتراک مینماید.

**اسباب**

- الف - فکتور های مساعد کننده مرض (Predisposing Factors)
- ۱- ضعیفی ولادی جدار آورده و یا اروای شریانی زیاد غیرنارمل ضفیره رکتل
  - ۲- قرار گرفتن شعبات جمع کننده اساسی ورید باسوری علوی در یک نسج سست و بدون تقویه تحت المخاطی.
  - ۳- تحت فشارقرار گرفتن شعبات علوی باسوری در اثنای فعل تغوط (این آورده از میان انساج عضلی عبور مینماید).
  - ۴- عدم موجودیت دسام در ورید رکتل علوی
- ب - فکتور های تحریک کننده (Exciting Factors)
- ۱- زور زدن از باعث قبضیت و یا گرفتن مسهلات زیاد
  - ۲- زور زدن در اثنای فعل تبول (مثلاً ضخامه غده پروستات)
  - ۳- حاملگی
  - ۴- کارسینومای رکتل

**پتولوژی**

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



شکل (۵ - ۶) ضفیره باسوری رکتل در یک مقطع جنبی و موقعیت کلاسیک بواسیر در ساعات ۳، ۷ و ۱۱ نظر به توضع او عبه مقعدی<sup>۶</sup>

- ۱- ورم باسوری درجه I - اینوع بواسیر نرف داده اما از فوچه مقعدی خارج نمیشود.
- ۲- ورم باسوری درجه II - ورم باسوری در اثنای فعل تغوط از فوچه مقعدی خارج شده لاکن بصورت بنفسه و یا توسط داکتر دوباره ارجاع شده و بعداً بحال ارجاع شده باقی میماند.
- ۳- ورم باسوری درجه III - بواسیر در این شکل بطور دایمی بحال prolapse قرار دارد.

### تظاهرات سریری

#### اعراض

- ۱- نرف - در ابتداء خفیف و به شکل خط روی مواد غایطه مشاهده شده با پیشرفت مرض نرف زیاد برنگ سرخ روشن در اثنای فعل تغوط ظاهر میگردد و به شکل منقطع برای ماه ها و سالها ادامه پیدا میکند.
- ۲- پرولاپس از فوچه مقعدی - درابتداء خفیف بوده و صرف در اثنای فعل تغوط بوجود میاید و بصورت بنفسه ارجاع میگردد اما با گذشت زمان و پیشرفت مرض بصورت بنفسه ارجاع نشده و باید مریض توسط دست آنرا ارجاع نماید. در اشکال مؤخر مرض بدون فعل تغوط در اثنای کار وبصورت دایمی بحال prolapse باقی میماند.
- ۳- افرازات مخاطی وخارش (Discharge and pruritus) - که اکثراً در شکل بواسیر پرولاپس شده مشاهده شده و در نتیجه آن خارش مقعدی بوجود میاید.
- ۴- درد - این عرض در اشکال اختلاطی مرض از قبیل پرولاپس، ترومبوز و گانگرن مشاهده میشود.

#### علایم

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

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

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

## اختلالات

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

## تداوی

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

- Barron's banding در حذای قاعده ورم باسوری باند الاستیکی تطبیق می‌گردد و در هر بار صرف ۲ ورم باسوری بسته می‌گردد.
- ۳- Cryosurgery – در این تداوی از نایتروجن مایع  $196^{\circ}\text{C}$  - بصورت موضعی به منظور نکروز ورم باسوری استفاده می‌شود.
- ۴- Photocoagulation – عبارت از تطبیق موضعی Infrared coagulation می‌باشد.
- ۵- Hemorrhoidectomy – که در بواسیر درجه III، عدم مؤثریت تداوی های فوق در بواسیر درجه II، بواسیر فیروزی و بواسیر داخلی و خارجی یا شکل مختلط استطبیب دارد. و تکنیک عملیات بعد از آماده ساختن امعاء برای مداخله جراحی عبارت از Excesion/Ligation (طریقه باز) و یا Excesion/Suture (طریقه بسته) می‌باشد.

#### اختلالات بعد از عملیات

- الف – اختلالات مقدم – عبارت از درد، احتباس ادرار و نرف عکس العملی می‌باشد.
- ب – اختلالات مؤخر – نرف ثانوی، تضیق مقعد، فیسور انال و آبسه تحت المخاطی است.

#### بواسیر خارجی (External Hemorrhoids)

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



#### تظاهرات سریری

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

#### تداوی

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

شکل (۶-۶) بواسیر خارجی ترومبوزی<sup>۱۳</sup>

## فیسور انال Anal Fissure (Fissure in Ano)

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

اسباب - عبارت است از:

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

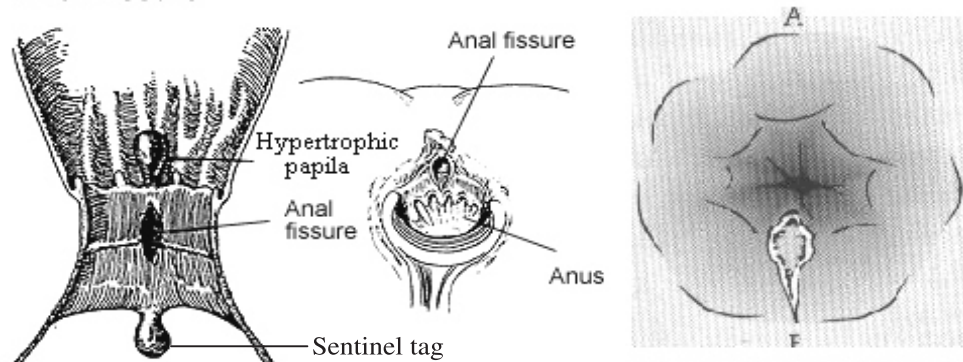
### پتولوژی

فیسور انال میتواند حاد و یا مزمن باشد.

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

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

### Anal Fissure



شکل (۶ - ۷) فیسور انال در خط متوسط خلفی (%۹۰ مردها - %۷۰ خانمها) و Sentinel tag با Hypertrophic papilla<sup>۱۵</sup>



**تظاهرات سریری****اعراض**

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

**علایم**

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

**تشخیص تفریقی**

فیسور انال باید با امراض ذیل تشخیص تفریقی شود:

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

**تداوی**

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

- ۲- توسع مقعدی - بعد از تطبیق مرحم Xylocaine بداخل مقعد یک dilator کوچک داخل مقعد شده و در صورتیکه درد نباشد میتوان dilator بزرگ نیز داخل شود.
- ۳- مسهلات - به منظور نرم شدن مواد غایطه و تغوط آسان تداوی جراحی
- ۱- عملیات Lord's - تحت انستیزی عمومی مقعد توسع داده میشود.
- ۲- Lateral anal sphincterotomy - در اینصورت معصره داخلی مقعد در جنب طرف راست و یا چپ دورتر از فیسور قطع میگردد.
- ۳- Sphinctrectomy و Dorsal fissurectomy - عبارت از قطع الیاف مستعرض معصره داخلی در زمین فیسور و برداشتن Sentinel tag در صورت موجودیت بوده تداوی بعدی شامل مراقبت امعاء، حمام های روزانه و تطبیق dilator مقعدی الی ترمیم جرحه میباشد.

### آبسه های انورکتل

### Ano - Rectal Abscess

اسباب - اسباب آبسه های انورکتل عبارتند از:

۱- انتان غده مقعدی ۹۰%

۲- نفوذ جدار رکتوم مثلاً توسط استخوان ماهی

۳- انتشار و وسعت فورانکل جلدی

۴- نیوپلازم رکتوم

۵- مرض کرون

۶- Diabetes mellitus

۷- AIDs

### عوامل میکروبی

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

۱- E.Coli (60%)

۲- Staphylococcus Aureus (23%)

۳- Bacteroides

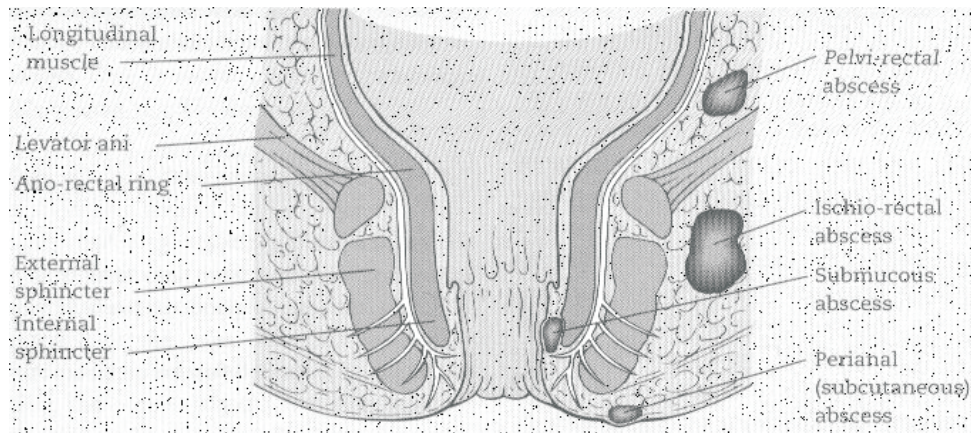
۴- Streptococcus

۵- Proteus

### تصنيف آبسه های انورکتل

این آبسه ها به چهار نوع تصنيف شده است.

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



### آبسه های محیط مقعدی یا Perianal

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

### تظاهرات سریری

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

### تداوی

دریناژ آبسه توسط یک شق صلیبی میباشد.

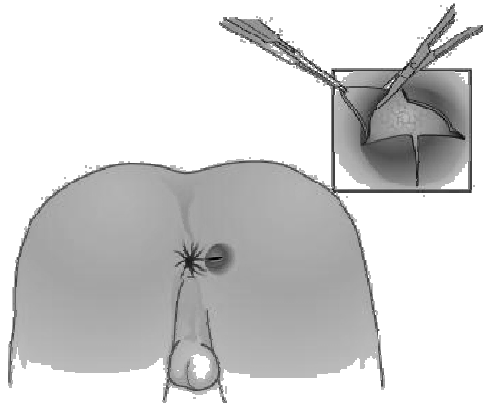
### آبسه های Ischiorectal

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

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

### تظاهرات سریری

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



شکل (۹ - ۶) دریناز آبسه انورکتل توسط یک شق صلیبی<sup>۴</sup>

### تداوی

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

### آبسه های تحت المخاطی

اینوع آبسه ها در فوق خط Dentate بوجود میاید.

### تداوی

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

### آبسه های Pelvirectal

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

## فیستول های انورکتل Fistula in Ano

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

**اسباب** – اسباب فیستول های مقعدی عبارتند از:

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

### انواع فیستول های انورکتل

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

### تصنیف

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

الف: تصنیف اناتومیک یا ستندرد:

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

ب: تصنیف Parks:

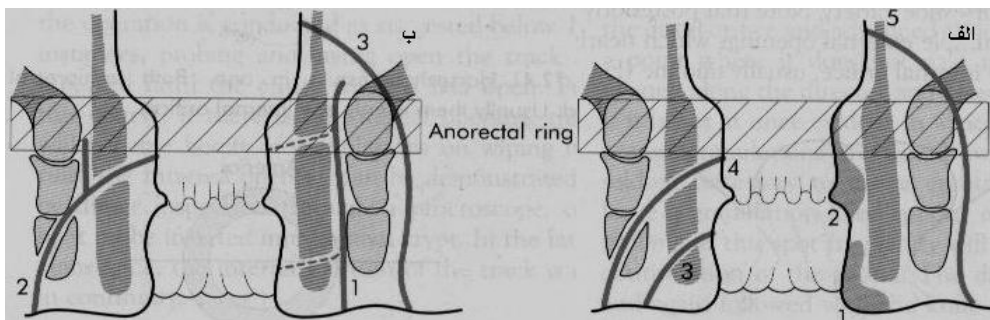
۱- (High level) Intersphincteric

۲- Transsphincteric

الف - سطحی (Low level)

ب - عمیق (High level)

۳- (High level) Supratevator

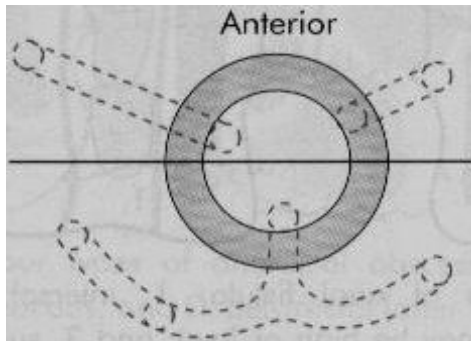


شکل (۱۰ - ۶) الف - تصنیف اناتومیک فیستول های انورکتل. ب - تصنیف Parks<sup>۶</sup>

### تظاهرات سریری

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

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



شکل (۱۱ - ۶) قانون Goodsall<sup>۶</sup>

**قانون Goodsall** - این قانون چنین حکم میکند که هرگاه در وضعیت نسائی از وسط مقعد یک خط مستعرض کشیده شود فیستول های که فوچه خارجی آن در قدام این خط قرار دارد دارای مجرای مستقیم بوده در حالیکه هرگاه فوچه خارجی شان در نصف خلفی قرار داشته باشد اکثراً

دارای مجرای منحنی شکل بوده و در خط متوسط خلف مقعد باز میگردد.

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

### تداوی

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

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

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

### تضیق کانال مقعدی

#### تصنیف

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

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

### پرولاپس رکتوم

## Prolapse Of The Rectum

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

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

ازنظر سریری مانند يك آستینچه متغلف بوده که ۲.۵ - 5 سانتی متر از فوحه مقعدی خارج میگردد. رنگ آن در صورت عدم انضمام انتان سرخ روشن بوده با جس درد ناک نبوده وچون صرف از دو طبقه مخاطی متغلف تشکیل شده بناءً ضخامت آن نازک بوده که این نکته در تشخیص تفریقی آن از سایر انواع پرولاپس دارای اهمیت میباشد.

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

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

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



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

**پرولاپس امپولر** - در این نوع پرولاپس کانال انال موقعیت اناتومیک خویش را حفظ کرده در حالیکه امپول رکتوم با تمام طبقات خویش به تنهایی کانال انال را عبور مینماید که نادراً تصادف میشود.



شکل (۱۲ - ۶) اشکال مختلف پرولاپس انورکتال<sup>۱</sup>

#### اسباب

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

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

پرولاپس تام در اطفال در پهلوی بعضی از امراض که عامل تولید کننده آن به شمار می رود مانند سنگ مثانه، تضیق احلیل، سنگ احلیل، و غیره مشاهده میشود پرولاپس در خانم ها بیشتر از باعث حمل های مکرر، کارهای شاقه بوجود آمده و جهد يك عامل مهم در تولید مرض میباشد. پرولاپس انال میتواند در پهلوی بعضی امراض دیگر این ناحیه مثلاً بواسیر، پولیپ و دیگر تومورهای سویق دار بصورت تالی بوجود آید.

### تداوی

تداوی پرولاپس قسمی

الف: در کودکان و اطفال – مرض بصورت بنفسه شفایاب شده باوجود آنهم اهتمامات ذیل شفایابی را سریع میسازد.

۱- ارجاع پرولاپس توسط دست – به مادر طفل توصیه شود تا پرولاپس را دوباره ارجاع نماید هرگاه طفل مصاب سوء تغذی باشد باید تغذی طفل اصلاح و منظم گردد همچنان رژیم مایع، تغوط بصورت خوابیده و تثبیت هر دو بارزه الیوی توسط لوکوپلاست بعد از فعل تغوط بعضاً مفید ثابت می شود.

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

۳- عملیات Thiersch – در این صورت فوچه مقعدی توسط يك wire و یا خیاطه نیلون تنگ ساخته شده تا مانع پرولاپس گردد.

ب: در کاهلان –

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

۲- برداشتن مخاط پرولاپس شده.

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

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

### خارش مقعدی Pruritus Ani

**تعریف** – Pruritus ani عبارت از يك خارش معند در حذای فوحه خارجی انوس و جلد محیط مقعدی است که جلد ناحیه سرخ و hyperkeratotic بوده و ممکن مرطوب و دارای خراش ها باشد.

#### اسباب

چهار سبب عمده و اساسی خارش مقعدی عبارت اند از:

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

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

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

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

#### تداوی

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

## تومورهای رکتوم و کانال انال

### تصنیف

الف- تومورهای سلیم.  
- ادینوما

- پاپیلوما

- لیپوما

- اندومتریوما

ب- تومورهای خبیث.

1 - ابتدائی

- ادینوکارسینوما

- Squamous carcinoma of lower anal canal

- تومور کارسینوئید

- لمفوما

2 - ثانوی

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

### کارسینومای رکتوم

کارسینومای رکتوم هر دو جنس را مساویانه مصاب ساخته و بعد از 20 سالگی در هر سن مشاهده میشود لیکن سنین 50 الی 70 ساله را بیشتر مصاب میسازد کارسینومای رکتوم ۱/۳ تمام تومور های امعای غلیظه را تشکیل داده است.

### اسباب

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

### پتولوژی

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

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

۲- Papilliferous

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

۴- Colloid

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

۱- Well differentiated carcinoma

۲- Averagely differentiated adenocarcinoma

۳- Anaplastic (Highly undifferentiated) adenocarcinoma

**انتشار مرض**

۱- انتشار موضعی

الف - انتشار به دورادور رکتوم

ب - اشغال شدن طبقه عضلی

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

۲- انتشار لنفاوی - در مرحله اول تومور به عقدا ت لنفاوی نا حیوی در امتداد او عیه مساریقی سفلی انتشار کرده و در مرحله اخر مرض میتواند بصورت ریتروگراد به عقدا ت لنفاوی ناحیه حرقی و مغبنی نیز انتشار نماید و عقدا ت فوق الترقوی نیز میتواند از طریق قنات صدی اشغال شوند.

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

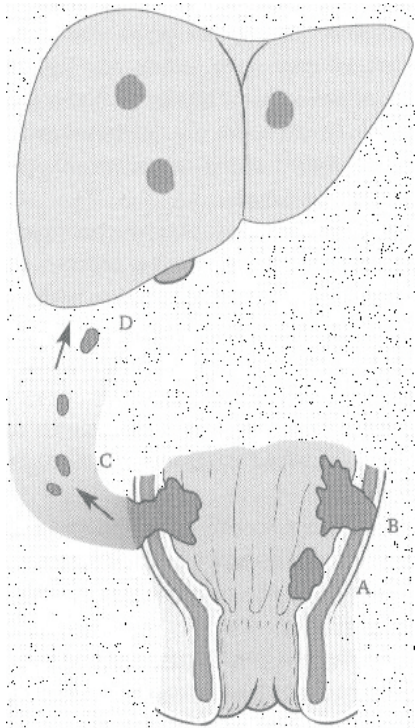
۴- انتشار Trans - coelomic : دانه های سرطانی بدخل جوف پریتون غرس میگردند.

### Staging

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

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

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



- ج - عقدهات لنفاوی تاحیوی اشغال شده است.  
 د - میٹاستاز به فاصله مثلا در کبد و یا مثانه موجود است.

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

### عواقب مرض

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

### تظاهرات سریری

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

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

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

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

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

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

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

**معاینه مقعدی (Per rectal exam)** - تقریباً در ۹۰٪ وقایع تومور جس شده که در مراحل مقدم به شکل یک برجستگی و یا نودول با قاعده سخت بوده و زمانیکه مرکز آن تفرح نمود یک فرورفتگی سطحی با حوافی برجسته و به خارج چپه شده با قاعده سخت دریافت میگردد. و تومور ناحیه رکتوسگموئید را میتوان با معاینه Bimanual جس کرد و در صورت که انگشت به تماس مستقیم تومور امده باشد انگشت با خون و یا مواد مخاطی قیحی با مقدار کم خون ملوث میباشد. و در تومور تفریحی کارسینوماتوز ۱/۳ سفلی رکتوم عقداً لنفاوی اشغال شده را به شکل تومور بیضوی شکل در فوق تومور در قسمت خلفی و یا خلفی جنبی در انساج خارجی رکتوم جس کرده میتوانیم و جهت دریافت میتاستاز باید معاینه مهلی و Cystoscopy نیز اجرا شود.

#### معاینات تشخیصیه

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

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

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

#### تشخیص تفریقی

تومورهای قابل جس رکتوم با آفات ذیل تشخیص تفریقی شود:

۱- تومورهای سلیم

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

### تداوی

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

#### ۱. تداوی معالجوی (Curative treatment)

تداوی جذری کارسینومای رکتوم مربوط به فاصله تومور از حافه مقعدی قرار ذیل میباشد:

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

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

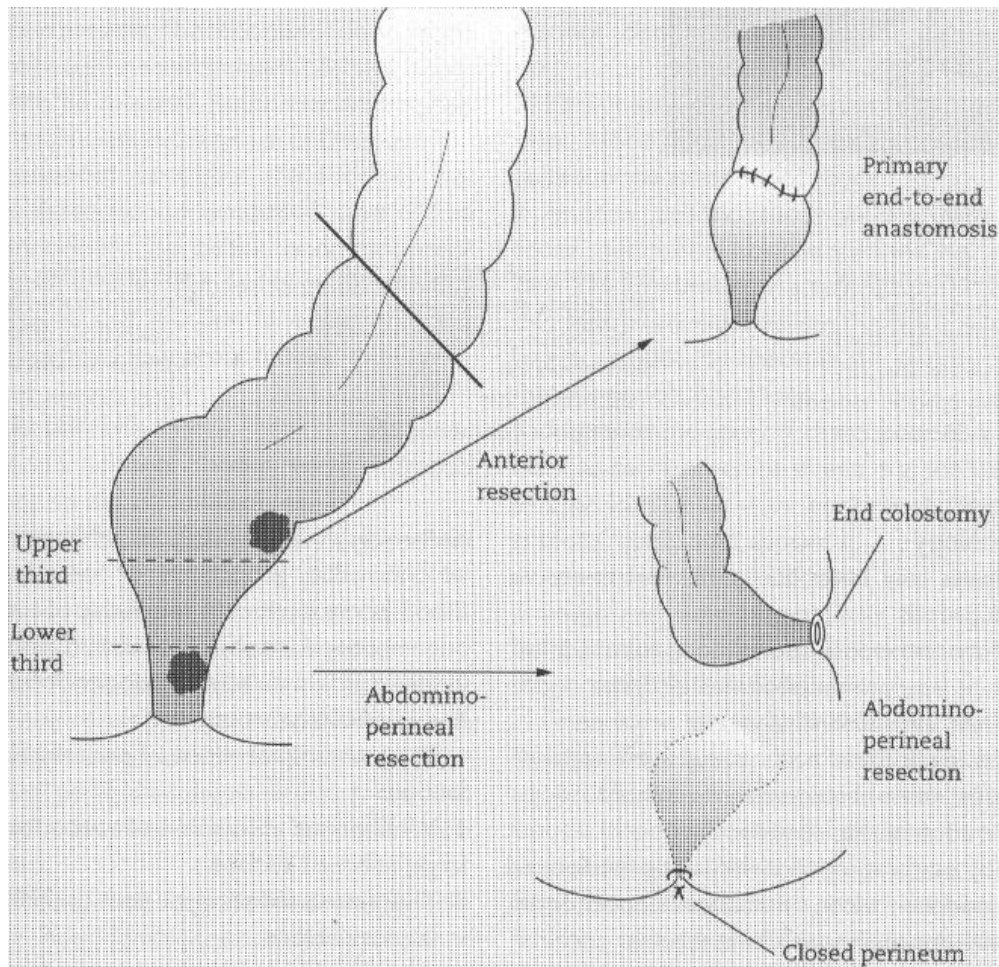
ج - تومور ۱/۳ متوسط رکتوم - اینوع تومورها را نیز میتوان توسط Anterior resection در صورتی که سگمنت پائین رکتوم را از تومور پاک کرده بتوانیم تداوی کرد. و عملیات نزد خانمها نسبت حوصله متوسع آسان تر میباشد.

#### ۲. تداوی تسکین دهنده (Palliative treatment)

ریزیکشن تومور ابتدائی در صورت امکان حتی اگر میتاستاز نیز موجود باشد باعث تسکین مریض شده در صورت انسداد امعاء کولوستومی اجراء شده و چون تومور به حال خود باقی میماند بناءً نرف، افرازات مخاطی و درد عجزی بر طرف نمیگردد.



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



شکل (۱۴ - ۶) عملیات های جراحی در وقایع کارسینومای رکتوم<sup>۲</sup>

**References:****ماخذ:**

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

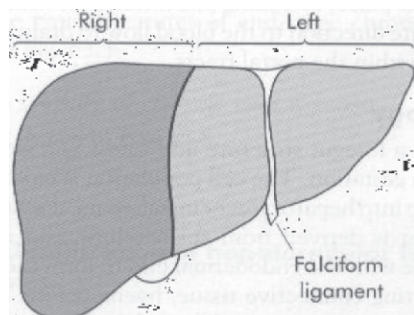
- 
- 12- Thomas R. Russell. Anorectum. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 631 - 48
  - 13- [www.googlesearch.com/rectum&analcanal](http://www.googlesearch.com/rectum&analcanal)
  - 14- [www.shands.org](http://www.shands.org)
  - 15-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

## فصل هفتم کبد Liver

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

### اناتومی جراحی

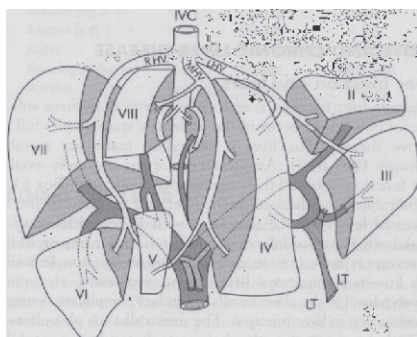
فص های جراحی کبد - کبد از نظر جراحی به دو فص یعنی راست و چپ توسط یک فیسور بزرگ بدون اروا تقسیم میگردد. که این فیسور به امتداد بستر حویصل صفرا بطرف وجه قدامی کبد الی ورید اجوف سفلی سیر داشته و بالاخره به سویق کبد میرسد.



شکل (۱ - ۷) لوب های جراحی کبد با در نظر داشت تقسیمات اناتومیک به لوب راست و چپ توسط Lig. Falciform.<sup>۲</sup>

### سگمنت های کبد

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



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

**ارواء شریانی**

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

**ارواء بابی**

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

**دریناژ وریدی**

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

**قنوات صفراوی**

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

**ضخامه کبد****Liver Enlargement**

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

کبد ضخاموی در تحت حافه ضلعی راست بطرف سفلی بزرگ شده و ممکن زاویه تحت ضلعی را مملو ساخته و حتی در ضخامه زیاد بطرف حافه ضلعی چپ نیز وسعت پیدا میکند. کبد ضخاموی کتله را میسازد که با حرکات تنفسی متحرک بوده با قرع اصمیت داشته و این اصمیت با اصمیت کبدی تمادی دارد و در علوی نیز کبد سرحد طبعی خویش را که مسافه بین الضلعی پنجم است تجاوز مینماید.

**اسباب ضخامه کبد**

- ۱- ولادی
- الف- فص ریدل
- ب- مرض پولی کیستیک
- ۲- التهابی
- الف- هیپاتیت انتانی
- ب- Portal pyaemia و آبسه کبدی
- ج- Leptospirosis (Weil's disease)
- د- Actinomycosis
- ۳- پرازتیک
- الف - هیپاتیت و آبسه امبیک
- ب - مرض هیداتید
- ۴- نیوپلاستیک
- الف- تومورهای ابتدایی
- ب- تومورهای ثانوی
- ۵- سیروزس
- الف- بابی
- ب- صفراوی
- ج- قلبی
- د- هیمو کروماتوزس
- ۶- امراض خون (Hemopoitic) و ریتکولوزس
- الف- مرض هوجکن
- ب- لمفاوی غیر هوجکن
- ج- لوکیمیا
- د- Polycythaemia
- ۷- امراض میتابولیک
- الف- امیلوئید
- ب- مرض Gauchers

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

## یرقان Jaundice

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

### میتابولیزم بلوروبین

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

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

### تصنیف و پتوژنی

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

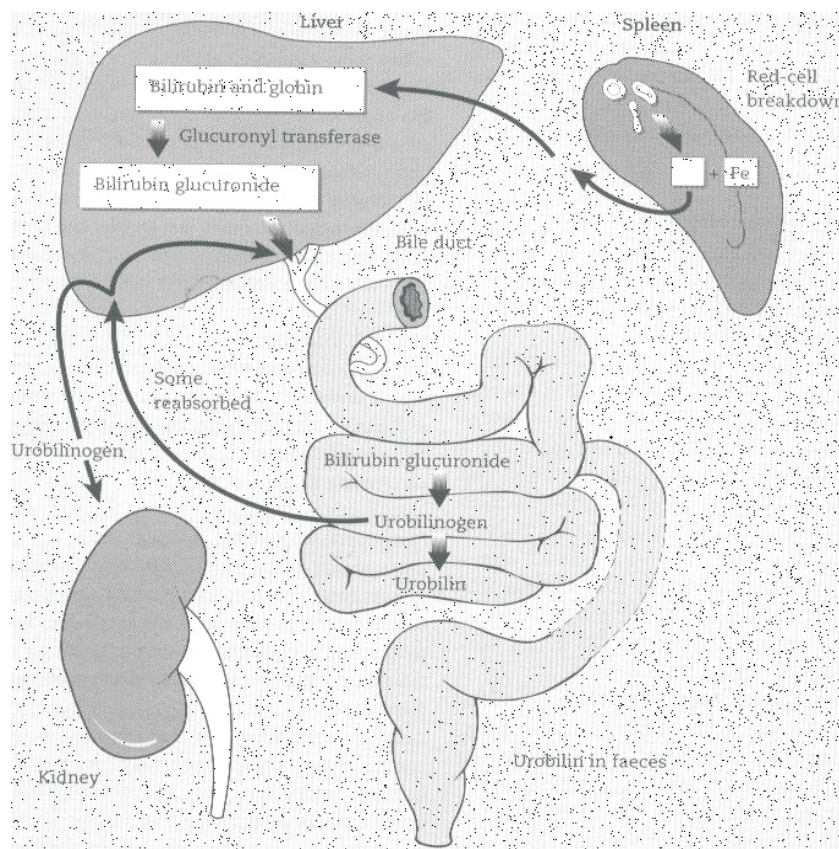
### یرقان قبل از کبدی (Pre hepatic jaundice)

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

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

### یرقان کبدی یا Hepatic jaundice

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



شکل (۳ - ۷) متابولیسم بلوروبین. ۳



**یرقان بعد از کبدی یا انسدادی**

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

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

**اسباب****یرقان قبل از کبدی**

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

**یرقان کبدی**

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

- هیپاتیت - ویروسی (هیپاتیت ویروسی شکل A,B,C)
- Cirrhosis
- رکودت صفرا از باعث ادویه مانند Chlorpromazine
- تسممات کبدی توسط گرفتن مقدار زیاد Paracetamol، کاربن تتراکلوراید، کلوروفارم، هلوتان و فاسفورس
- تومورهای کبدی

**یرقان بعد از کبدی**

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

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

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

### تشخیص

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

### تاریخچه

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

### معاینه مریض

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

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

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

اگر حویصل صفرا متوسع و قابل جس باشد ممکن سبب یرقان سنگ نباشد (قانون Courvoisier's) و در یرقان انسدادی Post hepatic کبد اکثراً طور یکنواخت بزرگ میگردد.

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

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

### معاینات تشخیصیه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- سیروم بلروبین - نادراً از  $100 \mu \text{mol/lit}$  ( $5 \text{mg/dl}$ ) در یرقان قبل از کبدی بلند بوده لکن در یرقان انسدادی ممکن بطور قابل ملاحظه بلند باشد و در صفحه مؤخر امراض خبیثه ممکن مقدار آن از  $1000 \mu \text{mol/lit}$  ( $50 \text{mg/dl}$ ) تجاوز نماید.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) - در این معاینه اندوسکوپ از طریق دهن داخل ویک کانول داخل امپول و اتر شده و بدین ترتیب توضع و وصف آفت انسدادی را بداخل قنات های صفراوی نشان میدهد همچنان تومور periampullary بصورت مستقیم مشاهده و بیوپسی اخذ میگردد.

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

- بیوپسی توسط سوزن (Needle biopsy) - هر گاه التراسوند توسع طرق صفراوی را نشان ندهد در اینصورت آفت انسدادی موجود نبوده و بیوپسی کبد توسط سوزن معلومات مهمی را در مورد پتالوژی کبد (هیپاتیت و سیروز) ارائه مینماید و در صورتیکه آفت محراقی را در کبد نشان دهد میتوان همزمان تحت کنترول scanning بیوپسی اخذ کرد بخاطر باشد که اجرای این عملیه در صورت موجودیت یرقان خطرناک بوده و در صورت طویل بودن زمان پروترومبین باید قبل از اخذ بیوپسی توسط تطبیق vit k اصلاح گردد وقوع نرف به تعقیب اخذ بیوپسی ایجاب لپراتومی عاجل را مینماید.

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

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

### خلاصه معاینات تشخیصیه یرقان

معاینات یرقان را میتوان قرار ذیل گروپ بندی کرد:

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

### ترضیضات کبد

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

#### تظاهرات سریری

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

#### تداوی

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

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

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

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

### آبسه های کبد

#### آبسه های پیوژنیک کبد

منشه احتمالی این انتانات عبارت اند از:

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

این آبسه هامعمولا متعدد بوده و انتانات معمول E.coli، Streptococcus faecalis و Streptococcus milleri میباشد.

#### تظاهرات سریری

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



**معاینات تشخیصیه**

- کلچر خون- که قبل از شروع تداوی اجرا شده و اکثراً مثبت میباشد.
- التراسوند و CT کبد ممکن آبنه کبد و توضیح آنرا تعیین نمایند و علاوه منشه pyaemia را نشان میدهد.

**تداوی**

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

**آبنه آمیبیک کبد****Amoebic liver abscess**

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

**تداوی**

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

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

۷۵٪ کیست هیداتید در انسانها در کبد مشاهده میشود.

**پتولوژی**

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

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

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

#### تظاهرات سريرى

ممکن cyst به شکل يك کتله بدون عرض موجود و محتوى آن بميرد و جدار آن تکلس کرده و به شکل يك ساختمان غير فعال و بى ضرر در اثناء اتوپسى دريافت شود.

در صورتیکه کيست به شکل فعال باقى ماند ميتواند تدريجاً بزرگ و به اختلاطات ذيل معروض گردد.

- تمزق – بداخل جوف پريتوان، جوف پلورا، طرق هضمى و يا طرق صفراوى
- منتن شدن
- توليد يرقان انسدادى – در اثر فشار بالاى طرق صفراوى داخل کبدى گرچه يرقان اکثراً از باعث تمزق و آزاد شدن کيست بداخل طرق صفراوى و آزاد شدن کيست در داخل قنات صفراوى بوجود ميايد.

#### معاینات تشخيصيه

- راديوگرافى ساده کبد ممکن يك ساحه روشن را که توسط کيست توليد شده و يا خيال تکلس را در جدار کيست نشان دهد.
- التراسوند و CT scan – موقعيت کيست را نشان ميدهد.
- Casoni's test – در ۷۵% وقايع مثبت بوده و نسبت دقيق نبودن امروز کمتر استفاده ميشود.

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

### تداوی

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

### تومور های کبد

## Liver Tumours

### تصنیف

تومورهای سلیم - که نادر بوده و عبارتند از:

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

- Adenoma

تومور های خبیث

۱- تومور های خبیث ابتدائی

الف - Hepatocellular carcinoma (Hepatoma)

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

ج - Cholangiocarcinoma

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

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

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

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

## تومور های خبیث کبد Hepatocellular Carcinoma (Hepatoma)

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

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

- انتان هیپاتیت شکل B - از جمله معمولترین اسباب HCC در سراسر جهان میباشد.
- انتان هیپاتیت شکل C - که درین شکل فاصله زمانی بین انتان و مصاب شدن به مرض ۲۵ سال یا بیشتر از آن میباشد.
- امراض کبدی الکولیک
- هیموکروماتوزس - که در این شکل ازدیاد مقدار آهن به HCC ارتباط داده میشود.

### پتولوژی

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

از نظر ماکروسکوپیك تومور به شکل يك كتله بزرگ واحد و یا محراقات متعدد در سراسر کبد مشاهده میشود.

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

### تظاهرات سریری

تظاهرات سریری نظر به پیشرفت و وسعت مرض فرق مینماید. در صورتیکه سیروز موجود نباشد تظاهرات سریری، کبد زیاد بزرگ و ممکن حین باشد. در شکل پیشرفته مرض ممکن تغییرات سرطانی واضح در کبد با وخیم شدن آنی وضع مریض، encephalopathy، حین و ماؤف شدن وظایف ساختمانی مشاهده شود.

**معاینات تشخیصیه**

- Serum  $\alpha$  fetoprotein (AFP) - اکثراً بطور قابل ملاحظه بلند رفته گرچه خود سیروز نیز همراه با سویه بلند AFP میباشد.
- Cross sectional imaging - توسط التراسوند، CT و MRI ممکن يك تومور بزرگ را تثبیت و تشخیص نماید. تومور های که يك سانتي متر و يا کمتر از آن قطر دارند تشخیص شان در صورت موجودیت سیروز از نودول های regenerative مشکل میباشد.
- Selective hepatic angiography - این معاینه ممکن يك نودول regenerative را از يك HCC كوچك تشخیص نماید و يا ممکن كانسر چندین محراقی را آشكار سازد.

**تداوی**

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

**Cholangiocarcinoma (Cholangioma)**

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

**تداوی**

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

**تومور های ثانوی خبیث کبد**

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

تظاهرات سریری تومورهای میتاستاتیک کبد عبارتند از:

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

**تداوی**

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

**References:****ماخذ:**

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

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

## فصل هشتم حویصل صفراء و طرق صفراوی

سنگ های قنوات صفراوی اساسی ۱۴۸  
کار سینومای حویصل صفراء ۱۵۰

کولی سیستیت حاد ۱۴۴  
کولی سیستیت مزمن ۱۴۶

اناتومی جراحی ۱۳۸  
انومالی های ولادی ۱۴۰  
سنگ های صفراوی ۱۴۱

### اناتومی جراحی

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

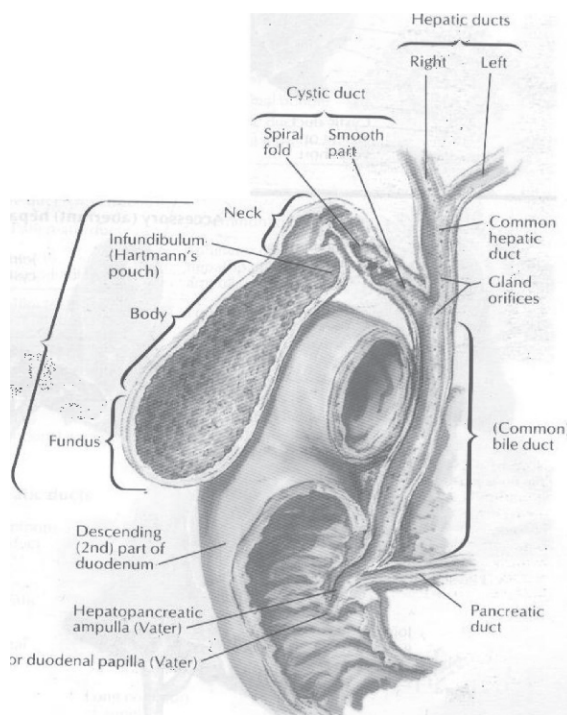
### سیستم قنیوات

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

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

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

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



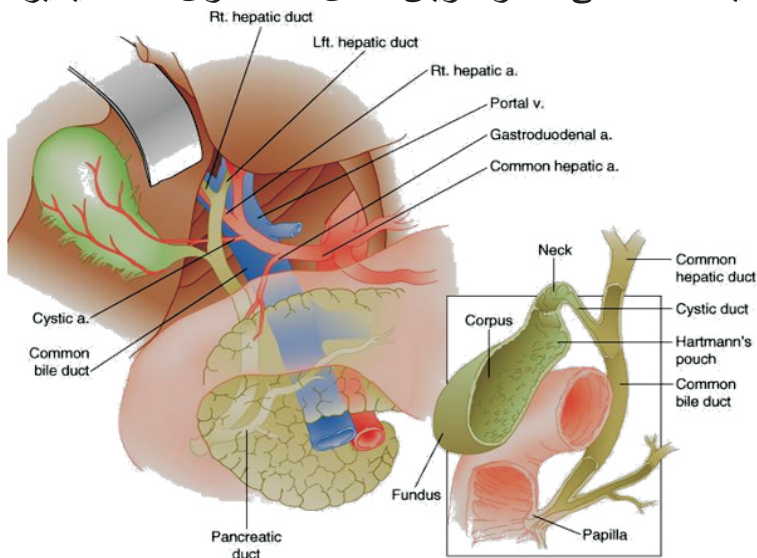
شکل (۱-۸) اناتومی جراحی حویصل صفراء و طرق صفراوی<sup>۱</sup>



- الف - قطعه فوق اثنا عشری (Supra duodenal portion) : تقریباً ۲.۵ سانتی متر طول داشته و در کنار آزاد ثرب صغیر سیر دارد.
- ب - قطعه خلف اثنا عشری (Retroduodenal portion)
- ج - قطعه تحت اثنا عشری (Infra duodenal portion) : در یک میزابه قرار داشته و بعضاً در وجه خلفی پانکراس در یک تونل قرار دارد.
- د - قطعه داخل اثنا عشری (Intraduodenal portion) : در جدار قطعه دوم اثنا عشر بصورت مایل سیر داشته و توسط معصره Oddi احاطه شده و در حذای ذروه Papilla vater خاتمه میابد.

### ارواء حویصل صفرا

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



شکل (۲ - ۸) ارواء حویصل صفرا ۱۲

### تغییرات آناتومیک

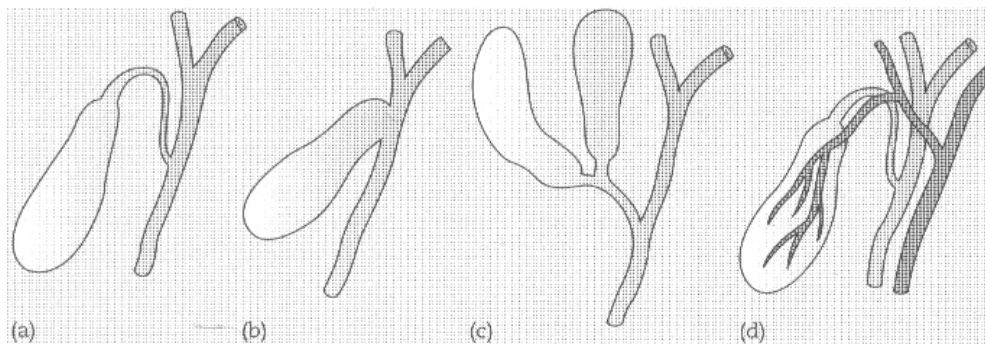
- ۱- قرار گرفتن شریان کبدی راست و یا شریان سیستک در قدام قنات کبدی اساسی و یا قنات سیستیک.
- ۲- سیر معوج شریان کبدی در قدام منشه قنات سیستک و یا معوج بودن شریان کبدی راست یا شریان سیستیک کوتاه.

### درینازلنفای

۱. لnf تحت المخاطی و تحت المصلی حویصل صفرا به عقدات لnfای که در حدای اتصال قنات سیستک با قنات کبدی اساسی قرار دارد رسیده و بعداً به عقدات لnfای ناحیه سویق کبدی واز آنجا به عقدات لnfای Celiac میرسد.
۲. همچنان لnf تحت المخاطی حویصل صفرا به لnf تحت کپسول کبد ارتباط دارد.

### انومالی های ولادی

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



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

## سنگ های صفراوی Cholelithiasis (Gall stones)

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

### اسباب

#### فکتور های مساعد کننده

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

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

### فکتور های تحریکی

برای سنگ های کولسترول و Mixed

۱- میتابولیک

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

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

۲- انتانات

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

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

### برای سنگ های صباغی

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

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

۲- تضیقات سلیم و خبیث قنوات صفراوی

۳- سیروزس

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

۵- انتانات E.coli که این انتان  $\beta$ -glucouronidase تولید کرده که بلورین را به شکل غیر منحل unconjugated تبدیل میناید.

### پتولوژی

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

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

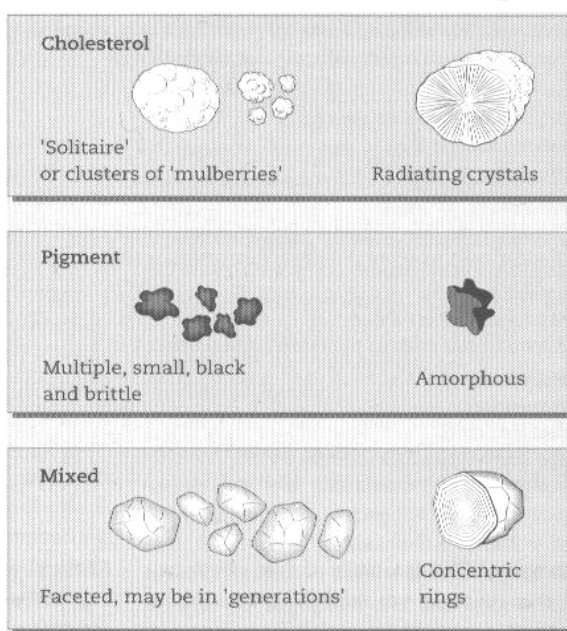
سنگ های حویصل صفرا سه نوع بوده و عبارت اند از:

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

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

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

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



شامل میباشد. و اکثراً

متعدد و چند سطحی

بوده و سطح هر سنگ

بروی سطح سنگ

دیگر تکیه میکند.

۳. سنگ های صباغی

(۵٪) - این سنگ ها

اکثراً کوچک، سیاه

و متعدد بوده و کاملاً از

Ca bilirubinate تشکیل

شده است. بعضی شان

سخت و مرجان مانند

بوده درحالیکه باقیمانده

نرم و شکنند میباشد.

سیر و اختلالات سنگ های صفراوی شکل (۴ - ۸) انواع سنگ های صفراوی<sup>۲</sup>

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

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

قرار ذیل خلاصه کرد:

الف - در حویصل صفرا

۱- سنگ های خاموش

۲- کولی سیست مزمن

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

- گانگرن

- تنقب

- Empyema یا تقیح

## ۴- Mucocele

۵- کارسینومای حویصل صفرا

ب - در طرق صفراوی.

۱- یرقان انسدادی

۲- Cholangitis

۳- پانکراتایت حاد

ج - در امعا

انسداد حاد امعا ( Gall stone ileus ).

## سنگ های صفراوی خاموش

تشخیص سنگ های صفراوی نسبت اجرای التراسوند بطن طور روتین رو به افزایش بوده و کولی سیستکتومی ممکن در مریضان جوان با وضع عمومی خوب توصیه شود زیرا این سنگ ها نیز ممکن روزی باعث یک تعداد مشکلات زیادی شود که قبلاً ذکر گردید و در صورتیکه مریض مسن و مساعد به عملیات نباشد سنگ های خاموش و بدون اعراض بحال خودش بدون تداوی گذاشته میشود.

## کولی سیست حاد

## Acute cholecystitis

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

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

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

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

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

### تشخیص تفریقی

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

### معاینات تشخیصیه

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

### تداوی

تقریباً ۹۸٪ کولی سیست حاد با تداوی محافظه کارانه که عبارت از استراحت بستر، انتی بیوتیک و ادویه ضد درد میباشد شفایاب شده و Cholecystectomy انتخابی به منظور جلوگیری از حملات بعدی ۶ هفته بعد اجرا میگردد که Cholecystectomy laparoscopic را نسبت ندبه کوچک، ودوره نقاهت زود رس نظربه Cholecystectomy باز ترجیح میدهند. با وجود این مشکلات عملیاتی، انومالی اناتومیک، و عدم موجودیت وسایل ممکن ایجاب عملیات باز را نماید.

Empyema حویصل صفرا اکثراً ایجاب مداخله عاجل را مینماید که باید با دریناژ عاجل (Cholecystostomy) از طریق جلد تحت راهنمای التراساوند و یا توسط عملیات باز صورت گیرد و یا Cholecystectomy اجرا گردد. تنقب حویصل صفرای التهابی حاد نادر بوده و ایجاب عملیات عاجل را مینماید و این اختلاط و فیات زیاد دارد. در صورتیکه تشخیص در مرحله مقدم کولی سیست حاد مشکوک باشد لپراتومی اجرا شده و اجرای کولی سیستکتومی در ۲۴-۴۸ ساعت اول مرض نسبت اذیمای انساج مجاور نسبتاً آسان بوده لکن عملیات بعد از سپری شدن این مدت نسبت ایجاد التصاقات التهابی مشکل میگردد. یک تعداد زیاد جراحان مداخله جراحی عاجل را در کولی سیست حاد توصیه میکنند.

### کولی سیستیت مزمن

کولی سیستیت مزمن تقریباً همیشه با سنگ کیسه صفرا همراه بوده و حمله های متکرر التهابی باعث فیبروز مزمن و ضخیم شدن جدار کیسه صفرا میگردد. که ممکن حاوی صفرا غلیظ و بعضاً منتن باشد. نزد این مریضان حملات متکرر درد بطن از باعث کولی سیست خفیف موجود بوده که ممکن با ویا بدون تب باشد تکالیف فوق بعد از گرفتن غذا های شحمی که باعث آزاد شدن Cholecystokinin و تقلص حویصل بالای سنگ میگردد بوجود میاید. Flatulent, dyspepsia نیز بعضاً وجود داشته و لوحه سریری مزمن ممکن با ایجادکولی سیست حاد ویا مهاجرت سنگ بداخل قنات صفراوی وخیم تر شود. Murphy's sign - اکثراً نزد این مریضان (+) بوده که دراین علامه انگشت کلان در ناحیه حویصل صفرا گذاشته شده و از مریض خواهش می شود تا شهیق عمیق اجرا کند که درصورت درد مریض قبل از ختم شهیق تنفس خویش را قطع مینماید.

### تشخیص تفریقی

مرض از اسباب دیگر dyspepsia مزمن از قبیل قرحات پپیتک و Hiatus hernia تشخیص تفریقی شود. گاهی اعراض مرض شباهت نزدیک با عدم کفایه او عیه اکلیلی نشان داده و بخاطر باید داشت که بعضاً اعراض فوق مترافق با سنگ های صفراوی میباشد.



معاینات تشخیصیه - در کولی سیست حاد ذکر گردید.

### تداوی

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

### تداوی غیر جراحی

#### تجزیه سنگ های صفراوی

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

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

### Lithotripsy

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

## سنگ های قنات صفراوی اساسی Cholelithiasis

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

سنگ های قنات صفراوی باعث انسداد جریان صفرا ویا کولانژیت انتانی میگرددو هرگاه انسداد بصورت بنفسه ویا توسط تداوی رفع نشود فشار بالای سیستم صفراوی باعث سیروز ثانوی و عدم کفایه کبد میگردد.

### اعراض

ممکن مریض بدون اعراض باشد لکن اکثراً یک یا بیشتر اعراض که عبارت از درد های کولیکی بطن، یرقان وتب میباشد وجود دارد . یرقان ممکن دوامدار ویا منقطع باشد- رنگ ادرار تاریک و مواد غایطه خاسف و بی رنگ (Clay colored stool) بوده و جلد خارش دارد.

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

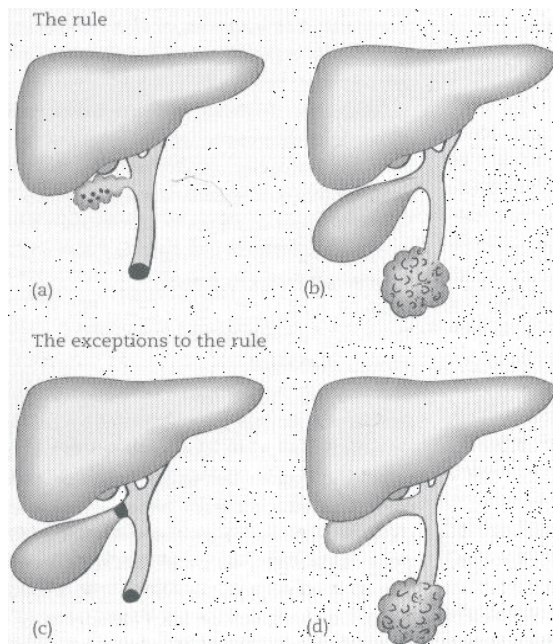
### علامت

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

این قانون دو استثناء دارد:

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

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



شکل (۵ - ۸) قانون Courvoisier  
در مریضان مصاب یرقان<sup>۲</sup>

### تشخیص تفریقی سنگ های قنات صفراوی اساسی

۱- با یرقان (۷۵% وقایع)

الف - کارسینومای پانکراس و یا قنات صفراوی  
ب - هیپاتیت حاد

۲- بدون یرقان (۲۵% وقایع)

الف - کولیک کلیوی

ب - انسداد امعاء

ج - Angina pectoris

### معاینات تشخیصیه

۱- تست وظایف کبدی (LFT)

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

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

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

۴- PTC

تداوی

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

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

- Supraduodenal choledochotomy

- Transduodenal sphincterotomy

- Choledochoduodenostomy

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

### کارسینومای حویصل صفرا

#### پتالوژی

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

چون سنگ های صفراوی در خانم ها زیاد مشاهده می شود بناءً شیوع کارسینومای حویصل صفرا نیز چار مرتبه بیشتر در خانم ها نظر به مرد ها میباشد. ۹۰٪ این تومور ها ادینو کارسینوما و ۱۰٪ با قیمانده Squamous carcinoma است.

کارسینومای حویصل صفرا بصورت موضعی کبد و قنات آنرا اشغال کرده و انتشار لنفاوی آن به عقداات لنفاوی در حذای سوبق کبد میباشد. همچنان میتواند ورید باب و کبد اشغال شود.

**تظاهرات کلینیکی**

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

**تداوی**

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

**Cholangiocarcinoma****پتولوژی**

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

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

از نظر میکروسکوپیک این تومورها Mucin secreting adenocarcinoma میباشدند.

**تظاهرات سریری**

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

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

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

### تداوی

تومور به آهستگی نشوء نما کرده بناً تطبیق stent به کمک ERCP و یا bypass توسط عملیه جراحی باعث تسکین مریض میگردد. در صورتیکه تومور قابل معالجه نباشد انذار تاریک است.

## References:

## ماخذ:

- 1- Frank H. Netter. Atlas of Human Anatomy, 3<sup>rd</sup> ed. USA: Icon Learning Systems. Teterboro, New Jersey; 2003.
- 2- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10<sup>th</sup> ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 3- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 4- Hobart W. Harris. Biliary System. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 219 – 34
- 5- J.N Thompson. Acute Gallbladder Disease: Acute Cholecystitis and Biliary Colic. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13<sup>th</sup> ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.773 – 83
- 6- Lawrence W. Way. Biliary Tract. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 487 - 516
- 7- Margret Oddstottir and John G. Hunter. Gallbladder and Extra Hepatic Biliary System. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson .... et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8<sup>th</sup> ed. USA: McGRAW – HILL; 2006. P. 821 – 44
- 8- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4<sup>th</sup> ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004

- 9- R.C.G Russell. The Gallbladder and Bile Ducts. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24<sup>th</sup> ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1094–1113
- 10- Rowan Parks and Fenella Welsh. Gallbladder and Biliary Surgery. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9<sup>th</sup> ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 317 – 38
- 11- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Biliary Tract. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4<sup>th</sup> ed. UK: Arnold; 2002. P. 375 – 452
- 12- Steven A. Ahrendt and Henry A. Pitt. Biliary Tract. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17<sup>th</sup> ed. USA: Sander; 2004. P.1597 – 1642

## فصل نهم

### پانکراس

## Pancreas

کیست های پانکراس ۱۶۳  
تومورهای پانکراس ۱۶۴

پانکریاتیت حاد ۱۵۶  
پانکریاتیت مزمن ۱۶۲

اناتومی جراحی ۱۵۴  
انومالی های ولادی پانکراس ۱۵۵

### اناتومی جراحی

پانکراس یک عضو خلف پریتونانی بوده تقریباً ۸۵ گرم وزن دارد و ۱۲-۱۵ سانتی متر طول دارد و متشکل از چهار قسمت یعنی رأس، عنق، جسم و زنب میباشد.

رأس پانکراس دیسک مانند بوده و در حذای مقعریت اثنا عشر قرار دارد و یک قسمت آن که بطرف چپ در خلف او عیه مساریقی علوی تمادی دارد بنام Uncinate process یاد میشود.

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

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

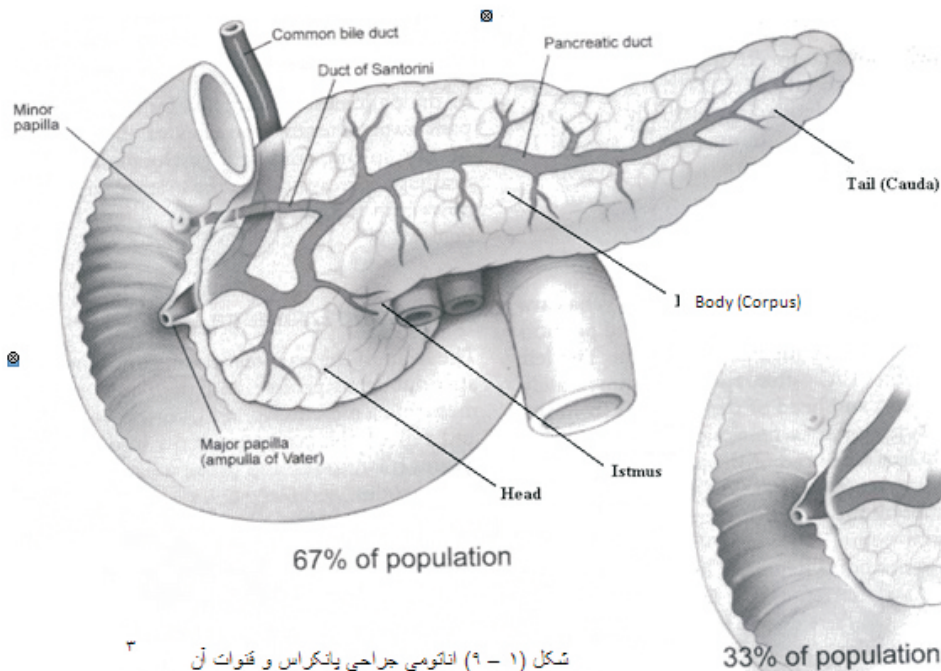
پانکراس در قدام با کولون مستعرض، اتصال مساریقه کولون مستعرض، ثرب صغیر و معده و در خلف با قنات صفراوی، ورید باب و طحال، ورید اجوف سفلی، ابهر، منشه شریان مساریقی علوی، عضله پسواس چپ، غده فوق الکلیه چپ کلیه چپ و سویق طحال مجاورت دارد.

### قنات پانکراس

۱- قنات پانکراسی اساسی : این قنات توسط قنات جوانه بطنی (قنات راس) در راس پانکراس ساخته شده که با قنات ظهری (قنات جسم و زنب) در رأس پانکراس یکجا میگردد و بعد از سیر خلفی سفلی بالاخره با قنات صفراوی در حذای امپول و اتر در جدار خلفی انسی قطعه دوم اثنا عشر وصل میگردد.

۲- قنات پانکراسی اضافی: قنات اساسی جسم و زنب پانکراس بوده و در رأس پانکراس به قدام سیر داشته و داخل قطعه دوم اثنا عشر در حذای Accessory papilla میگردد.





شکل (۱ - ۹) آناتومی جراحی پانکراس و قنوات آن

### ارواء پانکراس

۱- شراین: پانکراس توسط شراین طحالی و Pancreaticoduodenal

علوی وسفلی ارواء میگردد.

۲- درینازوریدی: اورده آن

به ورید باب میریزد.

۳- لئف: به عقدات لئفاوی که

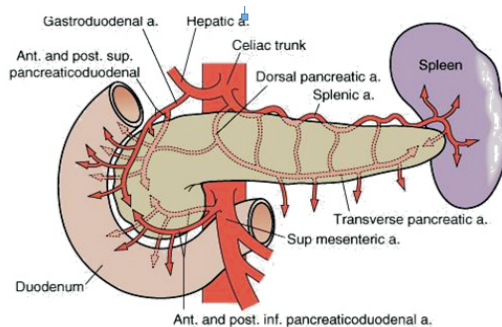
در امتداد شراین

پانکراسی قرار دارد

دریناز شده واز آنجا به

عقدات celiac و

مساریقی علوی میریزد.



شکل (۲ - ۹) ارواء پانکراس

### انومالی ولادی پانکراس

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

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

### پانکراس حلقوی (Annular pancreas)

دوجوانه ابتدایی پانکراس ممکن در جریان انکشاف خویش قطعه دوم اثنا عشر را احاطه نمایند و باعث تولید یک شکل نادر انسداد خارجی اثنا عشر شود.

### پانکراس Hetrotopic

پانکراس Hetrotopic گاهی اوقات توسط یک جوانه اضافی Foregut ابتدایی بوجود میاید ودرین انومالی یک نودول نسج پانکراس ممکن درمعدده، اثنا عشر یا ژیزونوم دریافت شود و باعث اعراض انسدادی ویا سوء هاضمه میشود.

### پانکریاتیت حاد

## Acute pancreatitis

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

### اسباب

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

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

- بعد از عملیات : بالخصوص بعد از bypass قلبی ریوی و یا ترضیض پانکراس در اثنای آزاد نمودن اثنا عشر در عملیات گاستریکتومی قسمی و یا splenectomy .
- بعداز ERCP : بالخصوص در صورت اجرا Pancreatography با مشکلات در عبور کانول از papilla که باعث اذیما وانسداد ناحیه میگردد.
- کارسینومای پانکراس.
- انتانات: مانند - کله چرک (Mump)، Cytomegalovirus و یا انتان Cocksackie .
- ترضیض : بالخصوص ترضیض کند یا Crush injury
- ادویه جات مانند کورتیکواستروئید ها و Sodium valproate.
- Hypothermia
- Hypercalcaemia
- Hyperlipidaemia
- و عایی: پانکریاتیت ممکن در فرط فشار خون خبیث، امبولی کولسترول و Ployarteritis nodosa وجود آید.

### پتولوژی

پانکریاتیت حاد از باعث هضم بنفسه (Autodigestion) در نتیجه انزایم های هضمی آزاد شده پانکراس از التهابات دیگر فرق دارد. پانکراس در حالت نارمل از هضم بنفسه توسط ذخیره انزایم ها در گرانول های zymogen داخل حجروی قبل از افراز آن به قسم پرو انزایم محافظه میگردد. بطور مثال Trypsin به شکل Trypsinogen افراز شده و در امعاء توسط Enterokinase به Trypsin تبدیل میگردد. Trypsin به نوبه خود باعث شکستن Proenzym و فعال شدن آنها میگردد. یکی از این انزایم ها Phospholipase-A میباشد که در پانکریاتیت باعث ماؤف شدن جدار حجره و نکروز شحمی همراه با لیپاز پانکراسی میگردد.

میکانیزم که باعث هضم بنفسه میگردد متعدد بوده که بازگشت محتوی اثناعشری پانکراسی یک فکتور مهم میباشد. ممکن در نتیجه ترضیض papilla در اثنای کانولیشن اندوسکوپیک، ترضیض و جراحی این ناحیه و یا ترضیض معصره در اثر عبور سنگ در تازه گی ها بوجود آید. از این رو است که پانکریاتیت و سنگ های صفاوی همیشه یکجا مشاهده می شود. همچنان محتوی اثنا عشر دارای Enterokinase بوده و در اثربازگشت بداخل قنات باعث فعال شدن پروانزایم های پانکراس میگردد که بصورت تجربوی

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

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

با پیشرفت التهاب و هضم بنفسه‌ی مواد نکروتیک مایع و اکزودات التهابی در جوف صغیر پریتوان جمع شده و این مایع که توسط معده در قدام و پانکراس نکروتیک در خلف احاطه شده کیست کاذب بوده و معمولاً بعد از روز دهم ظاهر میگردد.

#### پتالوژی ماکروسکوپی

در اثنای عملیات تظاهرات مرض کاملاً وصفی بوده و یک انصباب پریتوانی خون آلود موجود میباشد و در سراسر جوف پریتوان نقاط سفید نکروز شحمی (Fat necrosis) مشاهده می شود که توسط لیپاز آزاد شده از پانکراس، که باعث آزاد شدن اسید های شحمی و گلیسرول از شحم میگردد و اسید مذکور با کلسیم اتحاد نموده و صابون کلسیم غیر منحل را میسازد بوجود میاید. پانکراس متورم، نزفی و در اشکال شدید واقعاً نکروتیک میباشد گاهی پانکریاتیت متفیح ممکن بوجود آید.

#### تظاهرات سریری

مریض اکثراً چاق دارای سن متوسط یا مسن میباشد خانم ها نظر به مرد ها به مرض زیادتر مصاب میشوند. درد شدید، دوامدار بوده و بصورت آنی شروع و موقعیت اپی گاستریک دارد و بخلف انتشار مینماید. مریض بخاطر تسکین درد خود را به قدام خم میکند. اق زدن متکرر معمول بوده و استفراغ مقدم و فراوان میباشد. مریض در شاک بوده نبض سریع و سیانوز (از باعث کولاپس دورانی) موجود میباشد. درجه حرارت یا پائین تر از نارمل و یا تا  $39^{\circ}\text{C}$  ( $103^{\circ}\text{F}$ ) بلند می رود.

با معاینه بطن بصورت منتشر حساس و متقلص بوده و تقریباً ۳۰٪ این مریضان زردی خفیف از باعث ادیما رأس پانکراس و انسداد قسمی قنات کولیدوک دارند. چند روز بعد از حمله شدید مرض ممکن است تغییر رنگ آبی شکل در نواحی قطنی از باعث Extravasation عصاره خون آلود پانکراس در انساج خلف پریتوانی بوجود آید که بنام Grey Turner's sign یاد میشود.

## معاینات تشخیصیه

این معاینات به منظور تشخیص، تعیین شدت و انذار مرض اجراء شده و عبارتند از:

- سیروم امیلاز - پانکراس ماؤف باعث آزاد شدن امیلاز بداخل دوران شده که توسط کلیه ها اطراح میگردد بناءً غلظت امیلاز در سیروم بلند رفته و در مرحله حاد مرض بطور قابل ملاحظه (پنج مرتبه و یا بیشتر از آن) بلند میرود و در ظرف ۲ - ۳ روز دوباره نارمل میگردد. نادراً در حمله بسیار شدید مرض با تخریب وسیع پانکراس سویه امیلاز خون نارمل میباشد و قبل از تشخیص پانکریاتیت باید اسباب دیگر که باعث بلند رفتن امیلاز خون میگردد در نظر باشد.
- معاینه خون - لوکوسیتوز متوسط با کم خونی در شکل شدید مرض موجود است.
- گلوکوز خون - در ۱۵% وقایع بلند رفته و همراه با Glucosuria میباشد.
- سیروم بلوروبین - اکثراً بلند میرود.
- گازات شریانی خون - در اشکال شدید مرض Hypoxia مشاهده میشود.
- سویه کلسیم سیروم - ممکن پائین باشد قسماً در نتیجه Fat saponification و تیتانی ممکن مشاهده شود که در چنین وقایع انذار مرض خراب است.
- Computed tomography (CT) - این معاینه پانکراس رابخوبی نشان داده و در صورتیکه امیلاز نارمل و تشخیص مشکوک باشد ممکن التهاب پانکراس را تأیید و تثبیت نماید و در صفحه مؤخر پانکراس نکروتیک، آبسه و کیست کاذب ممکن مشاهده شود.
- ECG - ممکن موجه T سقوطی و Arrythmia را نشان داده و با اسکیمی قلبی مغالطه شود.
- رادیوگرافی بطن - این معاینه اکثراً بصورت مستقیم کمک نتوانسته اما عدم موجودیت گاز آزاد و یا سویه گاز و مایع باعث تشخیص تفریقی مرض با تنقب قرحه پبیتیک و انسداد های علوی امعاء میشود در بعضی وقایع یک عروه متوسع واحد قسمت علوی ژیزونوم ممکن در کلیشه رادیوگرافی مشاهده شود که بنام Sentinel loop sign یاد میشود و در اشکال مزمن مرض ممکن سنگ های رادیوآپیک پانکراس دریافت شود.

- التراسوند - این معاینه سنگ حویصل صفراء و توسع قنات صفراوی اساسی را که دلالت به سنگ قنات کولیدوک مینماید بطور ضمیموی نشان داده و با وجود اینکه گازات معائی مانع مشاهده خوب پانکراس میگردد ممکن پانکراس بزرگ و ضخاموی دریافت شود.
- بخاطر باشد که هر یک از سه انزایم که توسط پانکراس آزاد میگردد در ایجاد تظاهرات پانکریاتیت حاد رولی بازی مینمایند:
- ۱- Trypsin - که باعث هضم بنفسه پانکراس میگردد.
- ۲- Lipase - که باعث نکروز شحمی میگردد.
- ۳- Amylase - که از جوف پریتون جذب و سویه آن در سیروم بلند میروود و بدین ترتیب یک تست خوب برای تشخیص است.

### تشخیص تفریقی

حمله کمتر شدید پانکریاتیت شباهت به کولی سیستیت حاد داشته و حمله زیاد شدید مرض با شاک، اکثراً با تنقب قرحه پیپتیک و ترومبوز اوغیه اکلیلی مغالطه میگردد. همچنان مرض با انسداد علوی امعاء و اسباب دیگر پریتونیت تشخیص تفریقی شود.

### تداوی

- تداوی پانکریاتیت حاد در صورتیکه تشخیص واضح باشد محافظه کارانه بوده ولی در وقایع که تشخیص واضح نباشد باید لپراتومی اجراء تا مرض تشخیص و تداوی شود.
- تداوی محافظه کارانه** - اساس تداوی طبی یا محافظه کارانه را تسکین درد و استراحت غده پانکراس تشکیل میدهد و قرار ذیل میباشد:
- انالجزیک - درد توسط Pethidine تسکین شده زیرا مورفین باعث اسپزم معصره Oddi میگردد.
- جبران ضایعات مایعات - توسط محلولات Colloid و خون به منظور تداوی شاک و تأمین دیوریز، در اشکال کمتر شدید مرض تعویض مایعات و الکتروولیت به تنهائی کافی میباشد.
- استراحت غده پانکراس - با دور نمودن منبهات افرازی غده که به این منظور به مریض از طریق دهن غذا و یا مایعات داده نشده و اسپریشن انفی معدوی در صورت استفراغ شروع میشود.
- تغذی - در اشکال شدید مرض تغذی بصورت تام از طریق Parentral صورت گرفته و شواهدی که در صورت عدم موجودیت

Ileus تغذی Nasojejunal را نظر به شکل فوق ترجیح دهد وجود ندارد.

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

همچنان قنات صفراوی اساسی متوسع در التراسوند یک استنطباب Sphincterotomy عاجل است. مؤثریت تداوی دوائی به منظور تنقیص فعالیت انزایم های پانکراس توسط Aprotonin و یا تنقیص افرازات آن توسط Probanthine یا Atropine ثابت نشده است.

**تداوی جراحی** - از تداوی جراحی مقدم در حمله حاد مرض تا حد امکان جلوگیری شود در حالیکه تداوی جراحی مؤخر مرض به منظور تطهیر پانکراس نکروتیک (Necrosectomy) دریناژ آبه و کیست کاذب استنطباب دارد و در پانکریاتیت از باعث سنگ های صفراوی باید به مجرد شفایابی مریض از حمله حاد Cholecystectomy اجراء شود.

**انذار**

وفیات پانکریاتیت حاد در حدود ۱۰% بوده و مربوط به شدت حمله مرض میباشد.

### اختلاطات

- تشکل آبه - که در نکروز پانکراس مشاهده شده و متصف با تب و لوکوسیتوز دوامدار میباشد.
- کیست کاذب - متصف با درد و سویه بلند امیلاز به شکل دوامدار بوده که اکثراً در هفته دوم مشاهده شده و بشکل یک کتله ناحیه اپی گاستریت ظاهر میگردد.
- نرف معدی معائی - از باعث Erosion حاد معده ویا قرحه پپتیک
- عدم کفایه کلیه - که همراه با شاک و نکروز پانکراس میباشد.
- عدم کفایه ریوی - جرعه حاد ریوی
- حملات بعدی (Relapsing pancreatitis)
- Diabetes mellitus - در نتیجه حمله شدید با نکروز پانکراس و یا Chronic relapsing pancreatitis بوجود میاید.

## پانکریاتیت مزمن Chronic Pancreatitis

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

### اسباب

در دنیا غرب الکولیزم سبب عمده پانکریاتیت مزمن میباشد در بعضی مناطق آسیا و افریقا پانکریاتیت مترافق با سوء تغذی و ارثی بوده و بلند بودن سویه کلسیم خون یک سبب غیر معمول مرض میباشد.

### تظاهرات سریری

- مریض شاید با یکی یا بیشتر از حالات ذیل مراجعه نماید:
- بدون اعراض - (تکلس پانکراس در کلیشه رادیوگرافی به تشخیص کمک میکند)
  - درد های مکرر بطن - که بطرف ناحیه قطنی انتشار کرده و به وضعیت نشسته و خم شده به قدام تسکین میگردد.
  - اسهال شحمی از باعث عدم کفایه پانکراس
  - دیابیت از باعث آفت حجات  $\beta$  پانکراس
  - یرقان انسدادی - که تشخیص تفریقی آن از کارسینومای رأس پانکراس حتی در زمان عملیات مشکل است.

### معاینات تشخیصیه

- سیروم امیلاز - که در اثنای حمله درد ممکن بلند باشد اما در شکل طولانی مرض نسبت باقیماندن یک تعداد کم نسج پانکراسی ممکن سویه امیلاز در خون نارمل باشد.
- رادیوگرافی بطن ممکن سنگ و یا تکلس را نشان دهد.
- CT - ممکن غده را از نظر ساختمان بزرگ و غیر منظم نشان دهد.
- ERCP - ممکن قنات پانکراسی را متوسع و غیر منظم و قنات صفاوی را تحت فشار رأس پانکراس نشان دهد.
- Exocrine function tests - مانند تست Pancreolauryl که درین تست Fluorescein dilaurate خورده شده و توسط Esterase پانکراسی تجزیه و در نتیجه Fluorescein آزاد میگردد که بعد از



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

### تداوی

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

- انالجزیک - برای تسکین درد باید انالجزیک مشتقات مورفین توصیه شود لکن طوریکه میدانیم تداوی دوامدار باعث اعتیاد شده بناءً گرفتن انالجزیک به صورت درست یکی از مشکلات تداوی میباشد.
- تغذی - غذا باید حاوی مقدار کم شحم باشد و از طریق دهن انزایم های پانکراسی توصیه شود.
- انسولین - در صورت موجودیت Diabetes mellitus توصیه شود.
- تداوی جراحی - در صورت حمله های متکرر مرض و درد شدید توصیه شده که در اینصورت Partial pancreatectomy و یا دریناژ تمام طول قنات پانکراسی در یک عروه امعا(Pancreato jejunostomy) ممکن ایجاب نماید. نادراً Total pancreatectomy ضرورت میباشد که به تعقیب آن دیابت و اسهال شحمی تأسس مینماید.
- یرقان انسدادی بدون درد - که توسط عملیات Bypass یعنی Cholecystojejunostomy رفع میگردد.

### کیست های پانکراس

#### تصنیف

کیست های پانکراس بدودسته یعنی کیست های حقیقی (True cyst) و کیست های کاذب (False cyst) تصنیف میگردد:  
 ۱- کیست های حقیقی یا True cyst (%۲۰) که عبارتند از:

- مرض پولی سیستیک ولادی پانکراسی
- کیست احتباسی یا Retention cyst
- کیست هیداتید
- کیست های نیوپلاستیک مانند Cystadenoma و یا Cystadenocarcinoma

- ۲- کیست های کاذب یا Pseudocyst (%۸۰)  
 کیست های کاذب پانکراس عبارت از تجمع مایع در جوف صغیر پریتون میباشد. و اسباب آن عبارت است از:
- بعد از ترضیضات پانکراس
  - به تعقیب پانکریاتیت حاد
  - از باعث تنقب قرحات خلفی معده(که نادر است)

### تظاهرات سریری

کیست های پانکراس به شکل یک تورم بزرگ، سخت و مدور در قسمت علوی بطن ظاهر شده که در ابتداء نسبت قرار داشتن عروه معائی مملو از گاز در قدام آن با قرع Resonant بوده اما بعداً که جسامت کیست بزرگ گردید امعاء را به یک طرف تیله کرده و با جس Dull میگردد.

### تداوی

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

## تومور های پانکراس

### تصنیف

- تومور های سلیم
- ۱- ادینوما
  - ۲- Cystadenoma
  - ۳- Islet – cell tumour
  - الف – Zollinger – Ellison tumour
  - ب – Insulinoma ( $\beta$ -cell tumour)
  - ج – Glucagonoma ( $\alpha$ -cell tumour)

### تومور های خبیث

- ۱- تومور های خبیث ابتدائی
- الف – Adenocarcinoma
- ب – Cystadenocarcinoma
- ج – تومور خبیث حجرات Islet

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

**تومور های حجرات Islet یا Islet - cell tumours**  
این تومورها نادر اند اما نسبت تأثیرات میتابولیک خویش (حتی در صورت آفات کوچک که تشخیص آن با CT، MR و انژیوگرافی انتخابی مشکل است) دلچسپ میباشند.

#### انواع تومورها

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

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

#### انسولینوما ( $\beta$ - cell tumour)

۹۰٪ این تومورها سلیم و ۱۰٪ شان خبیث میباشند. نزد این مریضان نسبت افراز زیاد انسولین ممکن دوگروپ اعراض هایپوگلاسیمیک مشاهده شود:  
۱- تظاهرات سیستم عصبی مرکزی - که عبارتند از ضعیفی، عرق لرزش، اختلال شعور، hemiplegia و بالاخره کوما که ممکن کشنده باشد.

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

### تشخیص: Whipple's triad

وصف عمده تشخیصیه این سندروم عبارتند از -

- حمله مرض در اثر گرسنگی یا تمرین بوجود میاید.
  - در اثنای حمله مرض hypoglycemia موجود میباشد.
  - حمله مرض با گرفتن شکر از طریق فمی یا وریدی برطرف میگردد.
- تشخیص تفریقی هایپوگلیسیمیا بنفسه در کاهلان، شامل تطبیق انسولین توسط خود شخص یا الکل و عدم کفایه غده فوق الکلیه، نخامیه و کبدی میباشد.

### معاینات تشخیصیه

- سویه انسولین - سویه بلند انسولین در موجودیت هایپوگلیسیمیا. هایپوگلیسیمیا میتواند از باعث یک دوره گرسنگی طولانی (۱۴ - ۱۶ ساعت) بوجود آید.
- C - Peptide levels - ممکن به منظور رد تطبیق انسولین خارجی اندازه گیری شود زیرا این ماده در انسولینوما بلند بوده و در صورتیکه انسولین خارجی تطبیق شده باشد پائین میباشد.
- تست توضع (Localization test) شامل CT، MR و انژیوگرافی انتخابی میباشد. نادراً توضع تا زمان لپراتومی تشخیص نمیگردد و حتی بعد از آن نیز ممکن مشکل باشد.

### تداوی

برداشتن تومور میباشد.

### گاسترینوما (Zollinger-Ellison syndrome/non-β-cell islet tumour)

این تومور Non-β-cell ممکن سلیم و یا خبیث، واحد و یا متعدد باشد و ۱/۴ آنها قسمتی از MEN سندروم میباشد. تومورهای خبیث در شکل sporadic کمتر معمول (۳۰%) نظر به شکل مربوط به MEN (۶۰%) بوده و بطور نسبی آهسته نشوونما مینماید. با وجود آن بالاخره میتاستاز کبدی بوجود میاید. گاسترینوما باعث افراز یک ماده شبیه گاسترین در خون شده که سبب افراز

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

#### معاینات تشخیصیه

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

#### تداوی

تداوی مرض عبارت از برداشتن تومور بوده و در صورت عدم امکان افراز زیاد اسید توسط Proton pump inhibitors (Omeprazole) و یا دوزهای بلند Histamine H<sub>2</sub>-receptors antagonists (Cimetidine) یا Ranitidine کنترل می‌گردد. تداوی عصری ضد اسید، تداوی جراحی مرض را که Total gastrectomy میباشد تا اندازه زیاد تعویض نموده است.

### کارسینومای پانکراس

#### پتولوژی

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

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

- از نظر میکروسکوپی یک تومور به انواع ذیل می باشد:
- ادینوکارسینوما افراز کننده مخاط (منشه قناتی دارد) که زیاد معمول است.
  - کارسینومای حجرات acinar (منشه acinar دارد) غیر افرازی مخاط
  - تومور غیر قابل تفریق (Undifferentiated)
  - Cystadenocarcinoma که نادر بوده و اکثراً در خانم های با سن متوسط مشاهده میشود.

#### انتشار تومور

- ۱- انتشار مستقیم
  - الف - در قنات صفراوی اساسی که باعث یرقان انسدادی میگردد.
  - ب - در اثنا عشر باعث نرف مخفی و یا آشکار میگردد.
  - ج - در ورید باب باعث ترومبوز ورید باب، فرط فشار باب و حبن میگردد.
  - د - در ورید اجوف سفلی باعث اذیمای دوطرفه طرف سفلی میگردد.
- ۲- انتشار لنفاوی - به عقدات لنفاوی مجاور و عقدات سوپک کبدی
- ۳- انتشار دموی - به کبد و از آنجا به ریه انتشار مینماید.
- ۴- Transcoelomic - تومور در پیریتوان غرس و باعث حبن میگردد.

#### تظاهرات سریری

- کارسینومای پانکراس میتواند به اشکال مختلف تظاهر نماید:
- یرقان روبه ازدیاد بدون درد - از تظاهرات کلاسیک مرض بوده لاکن این شکل مرض بصورت نسبی غیر معمول میباشد و زیادتر در تومور نوع Peri-ampullary مشاهده شده و قنات صفراوی بصورت مقدم قبل از اشغال احشاء مجاور و تولید درد تحت فشار قرار میگیرد.
  - درد - حد اقل ۵۰% مریضان درد گنگ و دوامدار ناحیه اپی گاستریک دارند که اکثراً به ناحیه قطنی علوی انتشار کرده و درد اکثراً قبل از یرقان منقطع بوجود میاید.
  - یرقان متناوب - یرقان اکثراً روبه ازدیاد بوده لاکن میتواند در اثر نکروز تومور به شکل مؤقتی کاهش ویا حتی از بین رود.
  - دیابیت - ظهور گلوکوز در ادرار یک شخص مسن که تازه مشاهده شده ممکن از باعث تومور پانکراس باشد.
  - Thrombophlebitis migrans (Trousseau's sign) که پتورژی آن معلوم نمیشد.

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

### معاینه مریض

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

### معاینات تشخیصیه

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

### تشخیص تفریقی

مرض باید از اسباب دیگر یرقان انسدادی و درد های علوی بطن تشخیص تفریقی شود. بخاطر باشد که تشخیص کارسینومای جسم و زنب پانکراس نسبت

عدم ایجاد یرقان بسیار مشکل بوده و معاینات لابراتواری و رادیولوژی اکثراً منفی میباشد.

### تداوی

تداوی کارسینوما پانکراس اکثراً عرضی بوده و این تداوی در تومور های رأس پانکراس که با یرقان انسدادی و انسداد اثناعشر مراجعه مینمایند قابل تطبیق میباشد. ریزکشن معالجوی نادراً امکان داشته در غیر آن تسکین مریض یک تداوی بسیار مناسب است.

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

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

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

درد شدید ممکن توسط رادیوتراپی تسکین شود لکن اکثراً ایجاب تداوی با مشتقات مورفین را مینماید.

### عواقب مرض

انذار مریضان مصاب کارسینومای پانکراس تاریک بوده حتی در صورت قابل ریزکشن بودن تومور عملیات در حدود ۱۰٪ و فیات داشته و یک فیصدی کم مریضان برای پنج سال زنده میمانند. تومورهای periampullary که بصورت مقدم مراجعه مینمایند بعد از ریزکشن انذار نسبتاً خوب داشته و ۲۵٪ شان برای پنج سال عمر میکنند.

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



**References:****ماخذ:**

- 1- Abdool Rahim Moosa, Miceal Bouvet and Reza A. Gamagami. Disorders of the Pancreas. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4<sup>th</sup> ed. UK: Arnold; 2002. P. 477 – 526
- 2- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10<sup>th</sup> ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 3- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 4- Howard A. Reber, Lawrence W. Way. Pancreas. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 517 - 40
- 5- J.N. Thompson. Acute Pancreatitis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13<sup>th</sup> ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.784 – 92
- 6- Micheal L. Sler. Exocrine Pancreas. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17<sup>th</sup> ed. USA: Sander; 2004. P.1643 – 78
- 7- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4<sup>th</sup> ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 8- R.C.G. Russell. The Pancrease. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24<sup>th</sup> ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1114 – 32
- 9- Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9<sup>th</sup> ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 339 – 58
- 10- Sean J. Mulvihill. Pancreas. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 199 – 218

- 
- 11- William E. Fisher, Dana K. Anderson, Richard H. Bell. Pancreas.  
In: F. Charles Brunicaide, Dana K. Anderson .... et al, editors  
Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8<sup>th</sup> ed. USA:  
McGRAW-HILL; 2006. P. 845 – 78

## فصل دهم طحال

اناتومی جراحی ۱۷۳  
ضخامه طحال ۱۷۴

برداشتن طحال (سپلینکتومی) ۱۷۵

تمزق طحال ۱۷۶

### اناتومی جراحی موقعیت

طحال در قسمت خلفی هایپوکاندر چپ بین غور معده و حجاب حاجز در خط ضلع دهم قرار دارد.

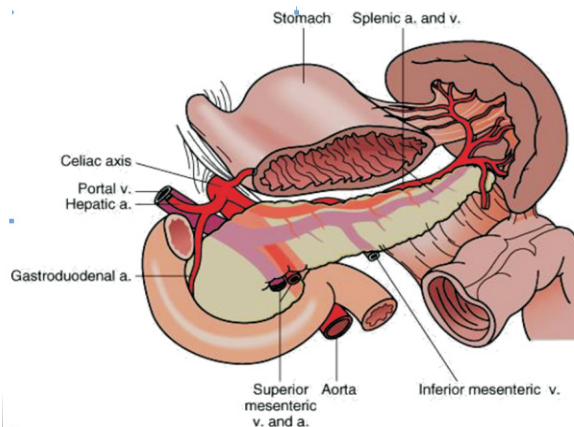
طحال توسط پریتوان پوشیده شده و در حذای سویق طحالی آنرا عبور و به نام Gastrosplenic omentum به انحنای کبیر معده میرسد و حاوی اوعیه معدوی کوچک و Gastroepiploic میباشد. همچنان پریتوان به طرف کلیه چپ عبور کرده و Lig. lienorenal را میسازد که حاوی اوعیه طحالی و زنب پانکراس میباشد.

طحال در قدام با معده، زنب پانکراس، زاویه کولونی چپ مجاورت داشته و کلیه چپ در امتداد کنار انسی آن قرار دارد.

در خلف آن حجاب حاجز، پلورا چپ، ریه چپ و اضلاع ۹، ۱۰ و ۱۱ قرار دارد.

### شراین

شریان طحالی یکی از سه شعبه نهائی شریان celiac بوده و در کنار علوی پانکراس سیر معوج داشته و در نهایت به شش شعبه تقسیم و داخل سویق طحالی میگردد



شکل (۱ - ۱۰) اناتومی طحال<sup>۸</sup>

**ضخامه طحال (Splenomegaly)****علائم فیزیکی**

براینکه طحال از نظرسریری قابل جس شود باید سه مرتبه بزرگ تر از حالت طبیعی باشد. در این حالت طحال یک کتله متورم را میسازد که از حافه ضلعی چپ پائین آمده با تنفس متحرک و حافه سفلی آن سخت و ممکن دارای فرورفتگی باشد این کتله با قرع اصمیت داشته و اصمیت مذکور از حافه ضلعی علوی تر تمادی دارد.

سه حالت که تشخیص تفریقی آن با ضخامه طحال مهم میباشد عبارت اند از:

- ۱- کلیه بزرگ طرف چپ - در صورتیکه کلیه زیاد بزرگ نشده باشد نسبت قرار گرفتن گازات کولون در قدام آن با قرع طبلیت نشان میدهد.
- ۲- کارسینومای کاردیا و قسمت علوی جسم معده - هرگاه تومور معده قابل جس باشد اکثراً اعراض انسداد معده نیز موجود بوده که بدین ترتیب در تعیین توضع آفت کمک میکند.
- ۳- ضخامه فص چپ کبد

**تصنيف**

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

## ۱- انتانات

الف - وایرس ها - Glandular fever

ب - باکتری ها - Septicaemia، Typhoid، Typhus (Septic spleen)

ج - پروتوزوایی - ملاریا، Egyptian splenomegaly (schistosomiasis)

Kalaazar

د - پرازیتیک - هیداتید

۲- امراض خون

الف - Chronic lymphocytic و Chronic myeloid - leukaemia

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

ج - Idiopathic thrombocytopenia myelofibrosis، Polycythaemia Rubra Vera

د - Haemolytic Anaemia مانند  $\beta$ -Thalassaemia، Spherocytosis

۳- فرط فشار باب

۴- امراض میتابولیک و کولاژن

الف - Amyloid - به شکل ثانوی در التهاب مفصلی روماتوئید، امراض

کولاژن و انتانات مزمن.

ب - Storage disease مانند Niemann- pick، Gaucher disease

disease

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

### برداشتن طحال (Splenectomy)

Splenectomy در حالات ذیل استطباب دارد:

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

### اختلالات Splenectomy

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

### انتان بعد از Splenectomy

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

برداشتن طحال، مریض بالخصوص طفل را برای مصاب شدن به انتانات مانند pneumococcus مساعد میسازد و سیر کلینیکی یک انتان شدید باکتریائی با شکاک و کولایس دورانی میباشد که به نام Overwhelming post Splenectomy sepsis (OPSS) یاد میشود.

برای ایجاد معافیت و قایوی مقابل انتانات فوق باید در صورت امکان قبل از عملیات واکسین تطبیق شود. علاوه بر این اطفال الی رسیدن به سن بلوغ penicillin به دوز کم روزانه و کاهش برای مدت یک سال بعد از splenectomy به شکل و قایوی بگیرند. و در صورت پائین بودن معافیت ادویه فوق را برای مدت طولانی اخذ نمایند.

## تمزق طحال Ruptured Spleen

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

### تظاهرات سریری

تمزق طحال چهار نوع لوحه سریری را بار میآورد:

۱- نزف کتلوی با مرگ آنی از باعث شکاک - این حادثه از اثر متلاشی و پارچه شدن مکمل طحال و یا جدا شدن آن از حذای سویق به وجود آمده و ممکن در ظرف چند دقیقه باعث مرگ شود که خوشبختانه نادراً مشاهده میشود.

۲- Peritonism از باعث ضیاع خون روبه ازدیاد. به تعقیب اعراض و علایم ضیاع خون روبه ازدیاد همراه با شواهد تخریش پریتنوی موجود بوده و مریض در ظرف چند ساعت بعد از تصادم زیاد خاسف شده نبض سریع و فشار خون سقوط میکند. و درد بطنی منتشر و یا موضعی در flank چپ موجود میباشد. مریض از درد های راجعه به شانه چپ شاکمی بوده و یا اینکه صرف با استجواب حکایه مینماید.

با معاینه بطن به صورت عموم بالخصوص طرف چپ حساس بوده و ممکن rigidity واضح به طور منتشر موجود باشد و یا اینکه guarding خفیف در ناحیه flank چپ دریافت شود. کبودی جدار بطن اکثراً موجود نبوده و یا اینکه صرف خفیف میباشد.

- ۳- تمزق مؤخر که ممکن چند ساعت تا چند روز بعد از ترخیص مشاهده شود در این شکل به تعقیب ترخیص ابتدائی درد موجود بوده که به زودی رفع و بعد از یک دوره کاملاً بدون اعراض و خاموشی اعراض و علائم تمزق طحال ظاهر میگردد.
- این نوع تمزق از باعث هیماتوم تحت کپسول طحال بوجود آمده که در نتیجه همولیز حجم آن زیاد و بالآخره بعد از تمزق کپسول نازک پریتنوانی نرف آنی و شدید به وجود می آید.
- ۴- تمزق بنفسه - طحال مرضی از باعث ملاریا، تب Glandular leukaemia و غیره ممکن بعد از ترخیص جزئی و خفیف به تمزق معروض شود.

#### معاینات تشخیصیه

- تشخیص تمزق طحال توسط معاینه سریری صورت گرفته و در صورت مواجه شدن به نرف کتلوی جراح باید فوراً لپراتومی اجراء نماید. و در حالات کمتر حاد، اجرای معاینات ذیل مفید می باشد:
- رادیوگرافی صدر- ممکن کسور اضلاع، تمزق حجاب حاجز و یا جرحه ریه چپ را به صورت مترافق نشان دهد.
  - رادیوگرافی بطن- حباب های هوائی معده ممکن به طرف راست بیجا و خیال گاز آن دنداندار شود زاویه طحالی کولون در صورت داشتن گاز توسط هیماتوم به سفلی بیجا میگردد.
  - Computed tomography (CT)- از جمله معاینات انتخابی در مریضان با وضع عمومی خوب میباشد. که تمزق طحال، موجودیت مایع به داخل بطن و علاوتاً جروحات ترخیصی سایر احشا را نشان میدهد.
  - معاینه ادرار- موجودیت خون در ادرار دلالت به آفت کیلوی مترافقه مینماید.

#### تداوی

در تمزق طحال بعد از شروع نقل الدم لپراتومی اجراء شده هرگاه طحال پارچه و متلاشی و از حذای سویق جدا شده باشد ایجاب Splenectomy عاجل را مینماید. و در صورت تمزق کوچک کوشش شود تا طحال نسبت خطر انتان بعد از Splenectomy بالخصوص در اطفال و کاهلان جوان با خیاطه های ظریف و گاز هموستاتیک قابل رشف حفظ شود. و بعد از کنترل نرف، تفتیش دقیق برای دریافت آفات سایر احشای بطنی اجراگردد.

**References:****ماخذ:**

- 1- Adrian E. Park and Rodrick Mc Kinlay. Spleen. In: F. Charles Brunicaide, Dana K. Anderson .... et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8<sup>th</sup> ed. USA: McGRAW-HILL; 2006. P. 879 – 96
- 2- Alan T. Lefor and Edward H. Phillips. Spleen. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 325 – 34
- 3- David C. Hohn. Spleen. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 541 - 55
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10<sup>th</sup> ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 5- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 6- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4<sup>th</sup> ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 7- O. James Garden. The Spleen. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24<sup>th</sup> ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1084 – 93
- 8- R. Daniel Beauchamp, Michael D. Holzman and Timothy C. Fabian. Spleen. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17<sup>th</sup> ed. USA: Sander; 2004. P.1679 – 1710
- 9- Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9<sup>th</sup> ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 353 – 55
- 10- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Spleen and Lymphnodes. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4<sup>th</sup> ed. UK: Arnold; 2002. P. 453 – 76



## فصل یازدهم پریتوان Peritoneum

اناتومی جراحی ۱۷۹

پریتونیت حاد عمومی یا منتشر ۱۸۰

اسباب مخصوص پریتونیت ۱۸۳

پریتونیت حاد موضعی ۱۸۵

پریتونیت مزمن ۱۸۸

### اناتومی جراحی

پریتوان به دو قسمت تقسیم شده که عبارت از پریتوان حشوی و جداری میباشد. پریتوان حشوی احشای داخل بطنی را پوشانده در حالیکه پریتوان جداری باقی مانده قسمت جوف پریتوان را می پوشاند. پریتوان جداری غنی از اعصاب بوده و تخریش آن باعث یک درد شدید و موضعی در ناحیه مؤلفه میگردد بر خلاف پریتوان حشوی از نظر تعصیب فقیر بوده و درد ناشی از آن مبهم و بصورت درست دریک ناحیه موضعی نمیباشد.

جوف پریتوان بزرگترین جوف بدن بوده و غشای که این جوف را میپوشاند سطح آن (۲ مترمربع درکاهل) تقریباً مساوی جلد بدن می باشد. پریتوان یک غشای مصلی شبکه مانند بوده که از یک طبقه حجات مسطح polyhydral که بالای یک طبقه نازک انساج فیبروالاستیک قرار دارد تشکیل شده و بدین ترتیب این دو طبقه غشای پریتوان را میسازد. این غشا در قسمت تحتانی خویش توسط یک مقدار کمی از انساج areolar تقویه شده که در این ناحیه یک شبکه از اوعیه لنفاوی و تعداد زیادی شعریه اوعیه دموی قرار دارد و از طریق آن جذب و exudation صورت میگیرد.

غشای پریتوان جهت سهولت لغزش احشای متحرک بطنی یک مقدار مایع چسپناک به رنگ زرد خاسف حاوی لمفوسید و پولی مورف افراز نموده و کثافت مخصوصه محتوی داخل بطنی تقریباً ۱۰۰۰ می باشد احشای متحرک مملو از گاز نظر به وضعیت شخص به طرف علوی حرکت کرده چنانچه گاز داخل جوف پریتوان نیز در قسمت علوی بطن قرار میگیرد.

پائین آمدن فشار داخل بطنی از باعث حرکت حجاب حاجز به علوی در اثنای ذفیر در جذب شعریه ها کمک کرده و افرازات به صورت دوام دار به علوی سیر مینماید تجربه نشان داده که مواد کوچک رنگه و باکتری ها به زودی توسط شبکه لنفاوی پریتوان جذب و در ظرف چند دقیقه به اوعیه لنفاوی فوق حجاب حاجزی میرسد از همین با عث قیح داخل بطنی نیز به تحت حجاب حاجز انتشار مینماید.

هر گاه defect در پریتون جدارى ایجاد شود التیام از حافه آن صورت نگرفته بلکه ناحیه در اثر metamorphosis حجرات mesenchymal ترمیم شده و یک defect بزرگ به زودی التیام می یابد .  
غشای پریتون تحت قانون آزمون آزمونیک میتواند یک مقدار زیاد مایع را جذب و افراز نماید که از این خاصه غشای پریتون در عملیه دیالیز پریتونى به منظور تداوی عدم کفایه کلیوی استفاده میشود.

### پریتونیت

## Peritonitis

پریتونیت عبارت از التهاب غشای پریتون بوده که در اکثر موارد توسط ژرم های عامل مرضی بوجود میاید.

پریتونیت از نظر جراحی به دودسته تقسیم شده است:

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

موضعی باشد.

۲- پریتونیت مزمن (Chronic Peritonitis)

### پریتونیت حاد عمومی یا منتشر (Acute Diffused Peritonitis)

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

#### اسباب

باکتری ها ممکن از چهار طریق ذیل داخل جوف پریتون شوند:

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

۲- از احشای داخل بطنى:

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

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

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

۳- از طریق دموی به تعقیب (pneumococcal) septicaemia

(streptococcal و staphylococcal) که بصورت غلط اصطلاح

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

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

میاید.

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

### پتالوژی

پریتونیت بامنشه معایی اکثراً یک فلورای مختلط غایبی (E.coli، streptococcus faecalis، pseudomonas، klebsiella و proteus توأم با anaerobic، clostridium و bacteroides) نشان میدهد.  
انتانات نسائی ممکن gonococcal، chlamydial، و یا streptococcal باشند.  
پریتونیت با منشه دموی ممکن streptococcal، pneumococcal، staphylococcal و یا Tuberculous باشد.

در دختران جوان انتان نسائی نادر از باعث pneumococcus میباشد.  
تاثیرات پتالوژیک پریتونیت عبارت انداز:

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

### تظاهرات سریری

پریتونیت همیشه بصورت ثانوی از باعث یک تعداد امراض دیگر (اپاندیسیت حاد، تثقب قرحه پپیتیک وغیره) که از خود تظاهرات سریری مشخص دارند بوجود آمده با وجود أنهم زمانیکه پریتونیت تأسس نمود نزد مریض درد شدید بطن بوجود میاید چون درد با حرکت تشدید میگردد بناً مریض میخواهد دراز بکشد تخریش حجاب حاجز باعث انتشار درد به شانه ها میگردد. دلبدی واستفراغ موجود بوده درجه حرارت بلند و نبض روبه ازدیاد میباشد.

با معاینه حساسیت منتشر در بطن دریافت شده جدار بطن rigid و Rebound  
tenderness موجود میباشد بطن خاموش بوده و معاینه معقدی ممکن حساسیت جوف دوگلاس رانشان دهد.

در اشکال پیشرفته پریتونیت بطن منتفخ و tympanitic شده و علائم مایع آزاد موجود میباشد مریض زیاد توکسیک شده و نبض سریع و خیطی میگردد استفراغات غایبی، جلد مرطوب، سرد و سیانوزی میباشد (وجه Hippocratic).

### معاینات تشخیصیه

این معاینات دارای ارزش محدود بوده و تشخیص متکی به تظاهرات سریری مرض میباشد.

- معاینه مکمل خون (FBC) – لوکوسیتوز واضح را نشان میدهد.
- سیروم امیلاز- در تشخیص تفریقی مرض از پانکریاتیت حاد کمک میکند.
- رادیوگرافی صدر- ممکن گاز آزاد را در وقایع تنقب احتشای مجوف بطنی در تحت حجاب حاجز نشان دهد (free air) و همچنان در تشخیص تفریقی از انتان ریوی کمک مینماید.
- رادیوگرافی بطن – ممکن گاز آزاد (تنقب قرحه پپتیک) و یا اسباب دیگر پریتونیت را نشان دهد.
- CT در تشخیص گاز آزاد یک معاینه فوق العاده ارزشمند بوده و اکثراً سبب پریتونیت را وضع مینماید.

### تشخیص تفریقی

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

### اساسات تداوی

در این جا صرف اساسات تداوی ذکر شده و تداوی پریتونیت ها از باعث اسباب جداگانه در مبحث مربوطه مطالعه میگردد.

اساسات تداوی پریتونیت عبارت اند از:

- ۱- تسکین درد (بعد از تشخیص قطعی) توسط مشتقات مورفین از طریق وریدی.
- ۲- اسپریشن معده توسط سند انفی معدی به منظور تنقیص انتفاخ بطن و جلوگیری از انشاق مواد استفراغ شده در اثنای دادن انستیزی.
- ۳- جبران مایعات و الکترولایت ها از طریق وریدی و تطبیق خون یا تعویض کننده های آن در صورت موجودیت شاک.

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

۵- جراحی - به منظور برداشتن یا ترمیم منشه مرض (اپاندیسیت گانگرینوز متقوبه ویا تثقب قرحه) استطباب دارد که دراینصورت بطن باز وبعد از تداوی عامل سببی پریتونیت، جوف پریتوان چندین بار باسیروم فیزیولوژیک شسته شده واکثراً با دریناژ دوباره بسته میگردد. بعداز عملیات نیز تداوی با انتهی بیوتیک های انتخابی ادامه داده میشود.

#### اسباب مخصوص پریتونیت

##### پریتونیت ازباعث دیالیز پریتوانی

مریضان مصاب عدم کفایه کلیه که دیالیز پریتوانی میشوند مساعد به تولید پریتونیت ازبا عث دخول انتان از طریق کتیتز دیالیز ویا تثقب احشا میباشند که در چنین وقایع فلورا عموماً مخلوطی از اورگانیزم های کولونی میباشند. تشخیص توسط موجودیت درد بطنی و آمدن مایع چرکین از طریق سیت دیالیز وضع میگردد که انتان واحد توسط انتهی بیوتیک داخل وریدی وداخل پریتوانی تداوی شده درحالیکه میکرواورگانیزم های متعدد دلالت به تثقب امعاء کرده و بر علاوه انتهی بیوتیک ایجاب لپراتومی را مینماید .

##### پریتونیت باکتریائی غیراختصاصی

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

##### پریتونیت پنوموکوکی

بصورت ثانوی ازبا عث septicaemia مترافق با انتان ریوی پنوموکوک ویا ازباعث انتان صاعده از مهبل در دختران ۴ - ۱۰ ساله که در حال حاضر نادر است بوجود میاید از نظر سریری نزد مریض پریتونیت بصورت آنی شروع ومترافق با توکسیمیا شدید وتب میباشند وتعداد لوکوسیت ها از ۲۰۰۰۰ درملی مترمکعب تجاوز مینماید .

**تداوی**

اکثراً لپراتومی به گمان اپاندیسیت حاد اجرا شده و مایع شفاف و یا مکرر که حاوی صفحات فبرین میباشد دریافت شده و درسلاید چرک مذکور پونوموکوک گرام مثبت که بصورت جوهره قرار دارند مشاهده میشود و مریض درمقابل تداوی با پنسیلین جواب میدهد.

**پریتونیت سترپتوکوکی**

این شکل پریتونیت دراطفال به تعقیب انتان سترپتوکوک تانسل، التهاب اذن متوسط، تب scarlet و یا erysipelas بوجود میآید.

**پریتونیت ستافیلوکوکی**

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

**پریتونیت صفراوی**

این نوع پریتونیت در نتیجه عوامل ذیل بوجود میآید :

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

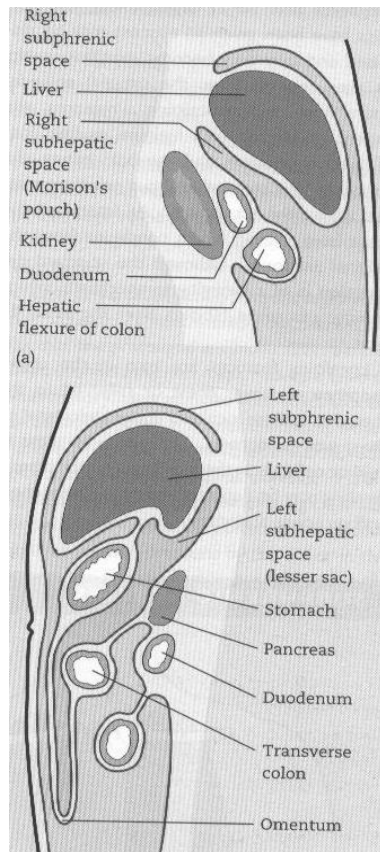
پریتونیت صفراوی نادراً از باعث کولی سیستیت حاد بوجود میآید زیرا برخلاف اپاندکس که در اثر التهاب گانگرین میکند حویصل صفرا ی التهابی دارای جدار ضخیم بوده و توسط التصاقات احاطه شده و علاوتاً اروای خوبتر نسبت به اپاندکس دارد.

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

## پریتونیت حاد موضعی Acute Localised Peritonitis

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

### آبسی های Sub phrenic اناتومی



شکل (۱ - ۱۱) آناتومی ناحیه

Sub phrenic

ناحیه Sub phrenic بین حجاب حاجز در علوی و کولون مستعرض با میزوکولون در سفلی قرار داشته و توسط کبد و لیگامنت های آن به ناحیه های کوچکتر تقسیم میگردد فضای تحت حجاب حاجزی راست و چپ بین حجاب حاجز و کبد قرار داشته که توسط لیگامنت falciform کبد از هم جدا میگردد. فضای تحت کبدی راست و چپ در تحت کبد قرار داشته که راست آن جوف Morison و چپ آن جوف صغیرپریتون را ساخته و باهم توسط Foramen Winslow ارتباط دارند. فضای خارج پریتونی راست در بین دو ناحیه برهنه کبد و حجاب حاجز قرار دارد. تقریباً ۲/۳ آبسی های subphrenic به طرف راست به وجود آمده و نادراً دوطرفه مییاشد.

### اسباب

آبسی های تحت کبدی و تحت حجاب حاجزی ممکن به تعقیب پریتونیت عمومی به وجود آید و سبب اصلی مرض اکثراً پریتونیت قسمت های علوی بطن، لیکاز عملیات های طریق صفراوی و معدوی و یا تنقب قرحه معده مییاشد.

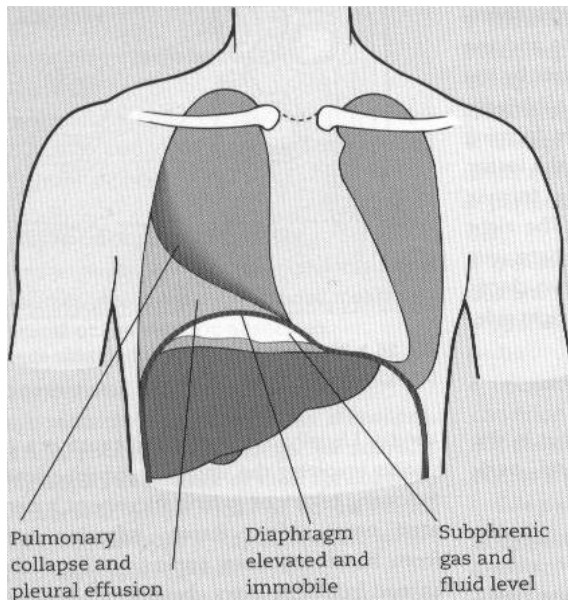
نادراً انتان از طریق دموی و یا انتشار مستقیم از آفات ابتدائی صدر مانند empyema بوجود می آید.

### تظاهرات سریری

این آبسی‌ها اکثراً ۱۰-۲۱ روز بعد از عملیات پریتونیت عمومی به وجود آمده و در صورتی که مریض آنتی بیوتیک اخذ نماید ممکن آبسی برای مدتی از نظر مخفی ماند و هفته‌ها حتی ماه بعد از انتان ابتدائی ظاهر شود. ممکن اعراض موضعی موجود نباشد و مریض نسبت کسالت، دل‌بدی، ضیاع وزن، کم‌خونی و تب مراجعه نماید و حد اقل نصف مریضان تبی دارند که ادامه تب پریتونیت اولی است با وجود آن توضیح استندرد و قبول شده، تب نوسانی است که ده روز بعد از مرض ابتدائی بوجود می‌آید. تظاهرات موضعی مرض، درد قسمت علوی بطن و یا سفلی صدر بوده که انتشار آن به شانه و حساسیت موضعی نواحی فوق میباشد. با معاینه ممکن علامه مایع و کولاپس قاعده ریه دریافت شود و در اشکال مؤخر مرض ممکن تورم در قسمت سفلی جدار صدر و یا علوی بطن موجود باشد.

### معاینات تشخیصیه

- معاینه خون (FBC) کریوات سفید خون به ۱۵-۲۰ هزار فی ملی متر مکعب میرسد و polymorph لوکوسیتوز موجود میباشد.



- رادیوگرافی صدر که ممکن انومالی‌های ذیل را نشان دهد:  
الف - بلند رفتن حجاب حاجز در طرف مؤف.  
ب - انصباب پلورائی ویا کولپس قاعده ریه.  
ج - سوبه گاز و مایع در تحت حجاب حاجز.  
- التراسوند ممکن تنقیص ویا عدم موجودیت حرکات حجاب حاجز را با آبسی sub phrenic نشان دهد.

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

شکل (۲-۱۱) خیال رادیولوژیک آبسه Sub phrenic راست<sup>۱</sup>



**تداوی**

در صفحه مقدم مرض که گاز و مایع آزاد در کلیشه رادیوگرافی مشاهده نشود نزد مریض تداوی با انتی بیوتیک های وسیع التاثير شروع شده که در صورت جواب سریع با این تداوی دلالت به سیلولیت sub phrenic می نماید. در صورتیکه از نظر سریری و رادیوگرافی آبسی موضعی تشخیص گردد و یا با شیموتراپی رشف نگردد آبه از طریق جلدی تحت رهنمائی التراسوند و یا CT دریناژ گردد هرگاه این تداوی نتیجه ندهد و یا آبسی چند جوفی باشد دریناژ جراحی اجرا میگردد. که نظر به توضع آبسی یا از طریق خلف خارج پریتوانی از میان بستر و یا راساً تحت ضلع ۱۲ و یا از قدام توسط یک شق تحت ضلعی صورت میگردد.

**آبسی حوصلی**

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

**تظاهرات سریری**

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

**تداوی**

سیلولیت حوصلی در مرحله مقدم ممکن مقابل یک دوره شیموتراپی به سرعت جواب دهد لکن بعضاً تداوی طولانی با انتی بیوتیک در صورت عدم رشف انتان ممکن با عث ایجاد یک کتله التهابی مزمن با اجواف آبه های کوچک در حوصله شود بنابراین بهتر است زمانیکه آبسی در حوصله بوجود آمد انتی بیوتیک قطع و انتظار کشیده شود تا آبسی در مهبل و یا رکتوم پیش آید و از این طریق توسط عملیه جراحی دریناژ گردد حتی در بسیاری مریضان ضرورت به

دریناژ نبوده زیرا با فشار محکم انگشت در رکت姆 آبی تمزق و از طریق جدار رکتُم تخلیه میگردد.

### پریتونیت مزمن Chronic peritonitis

در بین تمام پریتونیت های مزمن پریتونیت توبرکلوزیک آفت است که به کثرت مشاهده شده و از نظر کثرت وقوعات بعد از توبرکلوز ریوی مقام دوم را دارد.

#### پریتونیت توبرکلوزیک

باید گفت که پریتونیت توبرکلوزیک همیشه به شکل ثانوی از با عث توبرکلوز نواحی دیگر بدن به وجود آمده که ممکن محراق ابتدائی خاموش باشد. پریتونیت توبرکلوزیک در کشور انگلستان با کاهش توبرکلوز در سایر نواحی بدن نهایت نادر شده و مرض زیاده تر در مهاجرین کشور های روبه انکشاف و آنهایکه از باعث تداوی و یا امراض مثلاً (AIDS) معافیت پائین دارند مشاهده میشود.

#### منبع انتان

- ۱- از عقده لنفاوی توبرکلوزیک مساریقی
- ۲- از توبرکلوز ناحیه الیوسیکل
- ۳- از pyosalpinx توبرکلوزیک
- ۴- از طریق دموی از توبرکلوز ریوی اکثرآ شکل miliary

#### انواع سریری مرض

از نظر سریری پنج شکل پریتونیت توبرکلوزیک وجود دارد:

#### الف - شکل Ascitic

پتالوژی - در این شکل پریتون توسط tubercle ها مزین شده وجوف پریتون توسط یک مایع خاسف زرد گونه پر میگردد .

#### تظاهرات سریری

اعراض - شروع مرض ناگهانی بوده مریض ضیاع انرژی، خسافت وجه وضیاع نسبی وزن دارد و نسبت بزرگ شدن بطن به طیبب مراجعه مینماید. بعضاً درد کاملاً وجود نداشته ودر یک تعداد ناراحتی بطن با قبضیت ویا اسهال موجود میباشد و تب از طرف شام با عرق شبانه دیده می شود.

**علائم**

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

**ب - شکل (Loculated) Encysted**

پتالوژی - مشابه شکل فوق بوده لاکن در این شکل یک قسمت جوف پریتوان مصاب آفت میگردد و نسبت ایجاد یک تورم موضعی به داخل بطن مشکلات تشخیصی را بار میاورد.

**تظاهرات سریری**

اعراض - مشابه شکل اسیتیک بوده لاکن در اینجا یک کتله به شکل موضعی در بطن موجود میباشد.

علائم - با معاینه یک تورم موضعی به داخل بطن دریافت شده Fluid thrill و Shifting dullness نظر به توضع آفت ممکن موجود باشد و یا نباشد .

**ج - شکل (Plastic) Fibrous**

پتالوژی - در این شکل التصاقات وسیع داخل بطنی موجود بوده که با عث التصاقات عروات معائی بالخصوص الیوم بین هم میگردد. و این عروات التصاقی متوسع مانند یک عروه کور عمل مینماید.

**تظاهرات سریری**

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

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

**د- شکل تقیحی یا Furulant****پتالوژی**

در این شکل یک کتله از امعای التصاقی و ثرب توسط قیح توبرکلوزیک احاطه شده و آبه بارد را میسازد که به طرف سطح معمولاً نزدیک ثره سیر کرده و یا به داخل امعا باز میگردد.

**تظاهرات سریری**

اعراض - در این شکل مریض از ضیاع وزن، درد بطنی، آمدن افرازات از یک فوحه در جدار بطن شاکی است.

**علائم**

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

**ه- شکل حاد**

این شکل از نظر پاتولوژی مشابه شکل ascitic مرض بوده و از نظر تظاهرات سریری شباهت نزدیک به پریتونیت حاد باکتریایی می‌رساند.

**معاینات تشخیصیه**

- ۱- اسپریشن پریتوانی - مایع اسپری شده زرد خاسف و اکثراً شفاف و غنی از لمفوسیت بوده کثافت مخصوصه بلند ۱۰۲۰ یا بیشتر از آن دارد و ممکن در کلچر و معاینه میکروسکوپی یک توسط تلوین - Ziehl Nelsen باسیل Mycobacterium tuberculosis مشاهده شود.
- ۲- Mantoux test - مثبت بودن تست در یک مریض که معافیت نداشته به گمان اغلب دلالت به مرض مینماید.
- ۳- رادیوگرافی صدر - ممکن توبرکلوز ریوی را نشان دهد.
- ۴- لپراسکوپی - نوع کلنیک مریض را نشان میدهد.
- ۵- بیوپسی پریتوانی - گرانولومای وصفی توبر کلوز را نشان میدهد.

**تداوی**

۱- تداوی طبی - در شکل غیر اختلاطی مرض توسط Ethambutol، Rifampin، Isoniazid و Pyrazinamid برای دوماه شروع شده و با داده میشود.

۲- تداوی جراحی - در شکل تجمع مایع لپراتومی اجرا شده مایع تخلیه و بطن بدون دریناز دوباره بسته میشود.

در شکل فیبریینی مرض باندها و التصاقات رفع شده و در صورتیکه التصاقات توأم با تضیق لیفی الیوم باشد ناحیه ماؤفه برداشته شود و در موجودیت صرف التصاقات ممکن عملیات Plication اجرا شود.

در شکل تفیجی بعد از لپراتومی آبه تخلیه و فیستول غایطی بسته شده و انستروز بین امعا علوی تر از فیستول و یک ناحیه غیر انسدادی در سفلی اجرا میشود.

## References:

## ماخذ:

- 1- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10<sup>th</sup> ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 2- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 3- Jeremy Thompson. The Peritoneum, Omentum, Mesentery and Retroperitoneal space. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24<sup>th</sup> ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1133 – 52
- 4- John H. Boey. Peritoneal cavity. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLANTON & LANGE; 2004. P. 404 - 20
- 5- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4<sup>th</sup> ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 6- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4<sup>th</sup> ed. UK: Arnold; 2002. P. 148 – 56
- 7- S. Paterson – Brown. Laparatomy and Intraperitoneal Sepsis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13<sup>th</sup> ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.307 – 26
- 8- William P.Schecter. Peritoneum and Acute Abdomen. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 147 – 56

## فصل دوازدهم فتق های جدار بطن Abdominal Wall Hernia

|                    |                 |                      |
|--------------------|-----------------|----------------------|
| فتق Epigastric ۲۰۲ | فتق فخذی ۱۹۹    | فتق های جدار بطن ۱۹۲ |
| فتق Incisional ۲۰۲ | فتق ثروی ۲۰۱    | انواع فتق ها ۱۹۳     |
| فتق های نادر ۲۰۳   | فتق Ventral ۲۰۲ | فتق مغربی ۱۹۵        |

### تعریف

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

- فتق مغربی که غیر مستقیم و مستقیم میباشد
- فتق فخذی
- فتق ثروی و Paraumbilical
- فتق ناحیه عملیاتی یا Incisional
- فتق Ventral و اپی گاستریک

### اسباب

فتق ها در نواحی ضعیف جدار بطن بوجود آمده که این نواحی ضعیف یا ولادی است مثلاً دوام Processus vaginalis خصیه و بسته نشدن تام ندبه ثروی که باعث فتق ولادی مغربی و ثروی میگردد.

یا اینکه فتق بصورت کسبی در نواحی عبور بعضی ساختمان ها از جدار بطن مثلاً کانال فخذی و یا از باعث ضعیفی جدار بطن به تعقیب شق عملیاتی (Incisional hernia) در اثر نقص التیام در نتیجه انتان، تکنیک خراب و یا مؤلف شدن عصب که سبب فلج عضلات جدار بطن میشود بوجود میاید. علاوه بر این فتق ها باید به حیث یک عرض یک تعداد حالات و یا امراضیکه باعث ازدیاد فشار داخل بطنی میگردد در نظر باشد که اینها عبارت اند از:

- سرفه مزمن از باعث برانشیبت مزمن.
- قبضیت که ممکن علت آن کارسینومای کولون باشد.
- انسداد بولی از باعث امراض پروستات
- حاملگی
- انتفاخ و توسع بطن از باعث حین.
- ضعیفی عضلات جدار بطن مثلاً در لاغری و چاقی زیاد.

**اناتومو پتالوژی**

یک فتق متشکل از سه قسمت ذیل می‌باشد:

- کیسه فتقیه (Sac)
- مسیر یا پوش فتق (Covering of sac)
- محتوی کیسه فتقیه (Contents of sac)
- کیسه فتقیه – یک دیورتیکول پری‌توانی بوده و متشکل از دهانه، عنق جسم و غور می‌باشد که عنق کیسه فتقیه بخوبی قابل شناخت بوده لاکن فتق‌های مستقیم مغبنی و نوع Incisional بدون عنق می‌باشد. قطر عنق کیسه فتقیه بسیار مهم بوده زیرا در صورت کوچک بودن (مانند فتق های فحذی و ثروی) می‌تواند بزودی با عث اختناق که اختلاط مهم فتق است شود.
- ۱- مسیر یا پوش فتق – از طبقات جدار بطن که کیسه فتقیه از آن عبور مینماید تشکیل شده بنام مسیر فتق یا یک فوچه لیفی بوده (فتق ثروی) و یا اینکه میسر فتق را عضلات و صفاق های جدار بطن تشکیل میدهد (فتق مغبنی و فحذی).
- ۲- محتوی فتق – به استثنای کبد و پانکراس تمام احشای بطنی شده می‌تواند. و اکثراً مایع (اکزودات پری‌توانی یا حبن)، ثرب کبیر، امعاء محتوی فتق را تشکیل میدهد.

**انواع فتق**

فتق در هر ناحیه که باشد ممکن به اشکال ذیل مشاهده شود:

- قابل ارجاع (Reducible)
- غیر قابل ارجاع (Irreducible)
- مختنق (Strangulated)

**فتق قابل ارجاع**

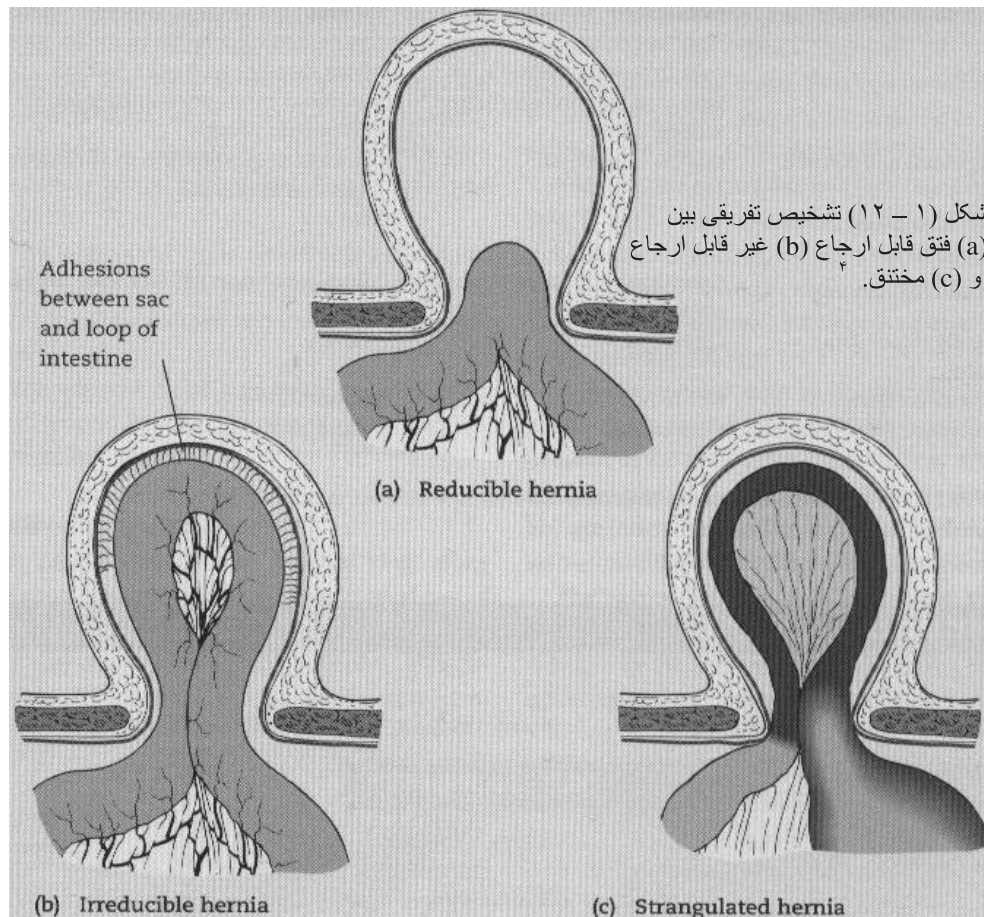
عبارت از فتق است که محتوی آن بصورت تام به داخل بطن ارجاع می‌گردد.

**فتق غیر قابل ارجاع**

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

**فتق مختنق**

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



**تظاهرات سریری**

**فتق قابل ارجاع**

در فتق قابل ارجاع یک کتله یا تورم اکثراً بدون درد در ناحیه فتقیه موجود است و در حالت خوابیده غائب شده و ممکن کمی ناراحتی موجود باشد. با معاینه یک کتله قابل ارجاع که با سرفه Impulse نشان میدهد دریافت میشود.



### فتق غیر قابل ارجاع

هر گاه یک فتق، غیر قابل ارجاع لاکن بدون درد و سایر اعراض باشد فتق غیر قابل ارجاع تشخیص می‌گردد. در اینجا باید گفت که عدم موجودیت Impulse در اثنای سرفه به تنهایی اختناق را نشان داده نتوانسته چنانچه در فتق غیر قابل ارجاع فحذی در بسیاری وقایع نسبت مسدود شدن عنق توسط پارچه از ثرب با سرفه Impulse تولید نمی‌گردد.

### فتق مختنق

در صورت وقوع اختناق مریض از یک درد شدید ناحیه فتقیه و دردهای کولیکی مرکزی بطن شاکی بوده و اعراض دیگر انسداد معائی از قبیل استفراغ، انتفاخ بطن و قبضیت تام بزودی ظاهر می‌گردد. با معاینه در ناحیه فتقیه یک کتله حساس، سخت و غیر قابل ارجاع که با سرفه Impulse نشان نمیدهد دریافت می‌گردد جلد روی کتله اختناقی، التهابی و اذیمایی شده و علایم انسداد امعا با انتفاخ، حساسیت بطن و آوازهای شدید معائی موجود میباشد. در صورتیکه محتوی فتق کبیر باشد تظاهرات فوق کمتر مشاهده میشود. سه نوع فتق که زیادتیر معروض به اختناق میشوند عبارت از فتق فحذی، فتق غیر مستقیم مغبنی و ثروی میباشد.

### فتق مغبنی

فتق مغبنی را میتوان قرار ذیل تصنیف کرد:

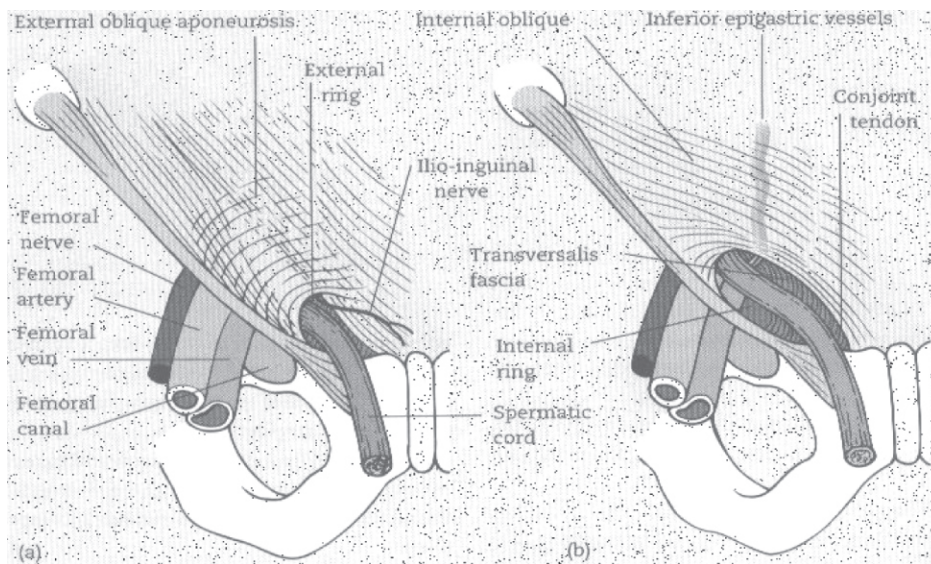
- فتق مغبنی غیر مستقیم - این نوع فتق داخل فوحه عمیق مغبنی شده و قنات مغبنی را عبور مینماید.
- فتق مغبنی مستقیم - این نوع فتق جدار خلفی قنات مغبنی را انسی تر از فوحه عمیق مغبنی به قدام تیله مینماید.

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

#### اناتومی قنات مغبنی

قنات مغبنی در قسمت سفلی جدار بطن قرار داشته و سیر مایل دارد محتوی آنرا کورد Nilioinguinal و یک شعبه Genital عصب Genitofemoral در مردها و رباط مدرو به عوض حبل منوی در خانم ها تشکیل میدهد طول آن ۴ سانتی متر و از علوی به سفلی و از وحشی به انسی و از فوحه عمیق به طرف فوحه سطحی موازی به رباط مغبنی کمی علوی تر از آن قرار دارد.

در قدام - جلد، صفاق سطحی، External oblique aponeurosis تمام طول قنات را پوشانده و ثلث وحشی آنرا عضله Oblique internal میپوشاند. در خلف - رباط مزدوج (Conjoint tendon) که متشکل از الیاف عضله منحرفه کبیره و عضله مستعرض بطن میباشد جدار خلفی قنات را در انسی ساخته و صفاق مستعرض در وحشی قرار دارد. در علوی - الیاف سفلی ترین Int.oblique و مستعرض این جدار را میسازد. در سفلی - رباط مغربی قرار دارد.



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

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

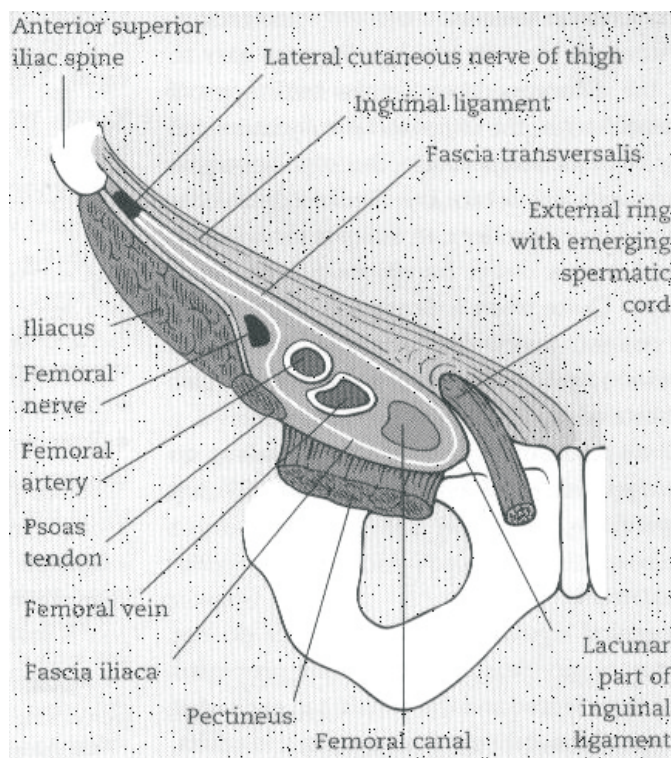
فوحه سطحی قنات مغربی یک defect، شکل فرو رفته به داخل در صفاق عضله منحرفه کبیره بوده که در قسمت علوی انسی Pubic tubercle قرار دارد.

### فتق مغربی غیر مستقیم

این نوع فتق از طریق فوحه عمیق داخل قنات مغربی شده و در قدام حبل منوی قرار داشته که در صورت بزرگ بودن فوحه سطحی را عبور و داخل سفن میگردد. فتق مغربی غیر مستقیم نظر به تمام انواع فتق ها زیاد مشاهده شده و

در صورتیکه قابل ارجاع باشد میتوان توسط فشار نوک انگشت بالای فوچه عمیق مغبنی از خارج شدن فتق جلوگیری کرد که این فوچه یک الی دو سانتی متر علوی تر از ناحیه که شریان فخذی از تحت رباط مغبنی عبور مینماید قرار داشته و در نقطه متوسط مغبنی یا نقطه متوسط خطی که شوک حرقفی قدیمی علوی را به ارتفاع عانه وصل مینماید جس میگردد.

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



در سفلی و وحشی آن قرار دارد تشخیص تفریقی میشود.

فتق مغبنی غیر مستقیم میتواند ولادی باشد که به زودی بعد از ولادت و یا در سن بلوغ ظاهر شده شکل کسبی آن در کاهلان در هر سن مشاهده میشود و کیسه آن رتج پریتنوانی میباشد. فوچه داخلی تنگ قنات مغبنی دو خصوصیت مهم برای فتق های مغبنی غیر مستقیم داده است:

اول اینکه فتق زمانی جسامت کامل خویش

شکل (۳ - ۱۲) آناتومی قنات فخذی و ارتباط آن با ساختمان های مجاور<sup>۴</sup>

را اختیار مینماید که مریض ایستاده و راه برود و به حالت خوابیده نیز فوراً به داخل بطن ارجاع نشده زیرا برای عبور آن از یک فوچه تنگ مدتی لازم می باشد و دوم اینکه اختناق در این نوع فتق نسبت تنگ بودن فوچه آن زیاد مشاهده میشود.

**فتق مغربی مستقیم**

این نوع فتق مستقیماً جدار خلفی قنات مغربی را به قدام تیله مینماید و چون در انسی فوحه عمیق مغربی قرار دارد بناءً در اثر فشار انگشت بالای فوحه عمیق علوی تر از نبضان شریان فخذی کنترل شده نمیتواند. در تفتیش دیده میشود که فتق مستقیماً به قدام بیرون آمده در حالیکه فتق مغربی غیر مستقیم مسیر منحرف کورد را تعقیب و داخل سفن میگردد. نقاط دیگر که فتق مغربی مستقیم را از غیرمستقیم تشخیص تفریقی مینماید اینست که فتق مستقیم همیشه کسبی بوده بناءً در کودکان و نوجوانان نهایت نادر میباشد و چون فوحه فتقیه بزرگ است بناءً در حالت ایستاده آنآ ظاهر شده و در حالت خوابیده نیز فوراً دوباره ناپدید میگردد. و علاوه بر آن نسبت داشتن فوحه بزرگ اختناق در این نوع فتق بسیار نادر است. فتق مغربی مستقیم در خانم ها مشاهده نمیشود.

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

در بسیاری از موارد فتق مستقیم و غیرمستقیم همزمان وجود داشته و مانند دو پای تنبان (Pantaloons) از دو طرف او عیه اپی گاستریک سفلی بیرون میاید که بنام Dual hernia (یا Saddle bag یا Pantaloons) یاد میشود.

فتقهای مغربی در ۶۰٪ وقایع در طرف راست، در ۲۰٪ به طرف چپ بوجود آمده و ۲۰٪ باقیمانده دو طرفه میباشد.

**تداوی**

فتقهای ولادی کودکان به صورت بنفسهی بسته نشده بناءً در سن تقریباً یک سالگی Processus vaginalis باز، بسته شده و کیسه فتقیه برداشته میشود (Herniotomy).

در کاهلان عملیات همیشه توصیه شده و این عملیات عبارت از برداشتن کیسه و ترمیم کانال مغربی ضعیف میباشد. که معمولاً با آوردن عضله مستعرض در جدار خلفی توسط نیلون (Shouldice repair) و یا تقویه جدار خلفی توسط Nylon mesh یا Polypropylene (Lichtenstein repair) صورت میگردد.

چره بند صرف در مریضانی توصیه میشود که نسبت داشتن وضع عمومی بسیار خراب عملیات را تحمل کرده نمیتوانند. اما بخاطر باشد که این مریضان اکثراً در

تطبیق درست چره بند مشکلات داشته و در صورت دردناک بودن فتق که احتمال اختناق در آن زیاد می‌رود ترمیم فتق تحت انستزی موضعی به شکل یک واقعه انتخابی نظر به ترمیم آن به شکل واقعه عاجل از باعث اختناق ترجیح داده می‌شود.

### فتق فخذی

## Femoral Hernia

هرگاه احشای بطنی قنات فخذی را عبور و در مثلث Scarpa تحت جلد ظاهر گردد فتق فخذی گفته می‌شود.

### اناتومی

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

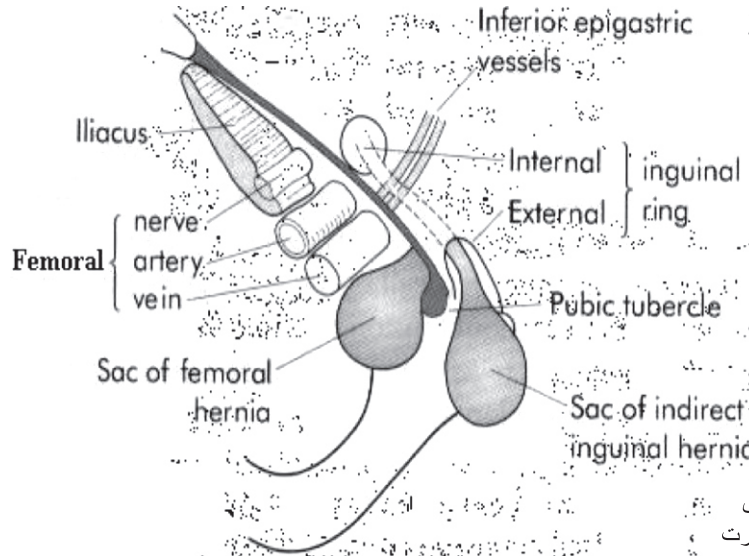
- در قدام رباط مغربی
- در انسی حافه تیز کارد مانند قسمت Pectineal رباط مغربی که بنام Lig.Lacunar یا رباط Gimbernat یاد می‌شود.
- در وحشی ورید فخذی.
- در خلف رباط Cooper که این رباط توسط پریوست ضخیم در امتداد شعبه علوی عظم عانه تشکیل شده که در انسی به قسمت Pectineal رباط مغربی تمادی دارد.
- قنات مغربی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

### تظاهرات سریری

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

فتق فخذی غیراختنافی به شکل یک تورم مدور در سفلی و وحشی Tuberculum pubicum موجود بوده که به حالت ایستاده و سرفه بزرگ شده و به حالت خوابیده ناپدید می‌گردد اما با وجود آن در اکثر وقایع نسبت موجودیت شحم خارج پریتوانی در محیط کسبه فتقیه حتی در صورت ارجاع تام فتق یک تورم در ناحیه قابل جس می باشد.

زمانیکه فتق بزرگ گردید فوچه Saphenous را در صفاق عمیق عبور کرده و بعداً به طرف علوی دور خورده و در علوی رباط مغربی قرار میگیرد که در این

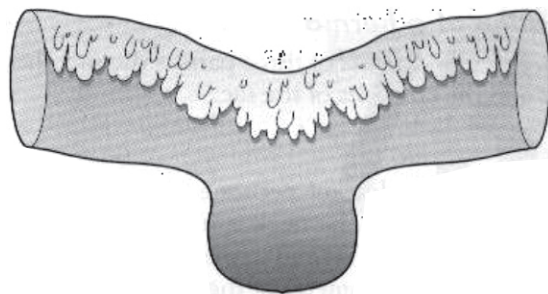


شکل (۴ - ۱۲) مجاورت فتق غیرمستقیم مغربی با فخذی بصورت مقایسوی

صورت نباید در تشخیص تفریقی فتق غیرقابل ارجاع فخذی و مغربی مشکلی ایجاد شود زیرا عنق فتق فخذی همیشه در سفلی و وحشی Pubic tubercle قرار داشته درحالیکه کیسه فتق مغربی غیر مستقیم در علوی وانسی آن تمامی دارد. عنق قنات فخذی تنگ بوده و کنار انسی آن نهایت تیز میباشد که بنابر همین دلیل غیر قابل ارجاع شدن و اختناق در این نوع فتق نهایت زیاد میباشد.

### فتق Richter

این نوع فتق زیاد تر در فتق های فخذی مشاهده شده که در آن صرف یک قسمت جدار امعا داخل فوچه فتقیه شده و به اختناق معروض میگردد. چون در این نوع فتق لومن امعا بصورت تام مسدود نشده لذا اعراض انسداد امعا مشاهده نمیشود



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

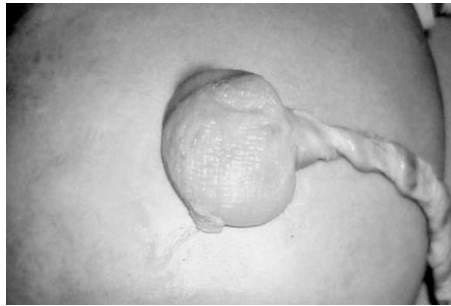
شکل (۵ - ۱۲) فتق Richter گانگرنی از باعث فتق مختنق فخذی

**تداوی**

چون در فتق فخذی خطر اختناق زیاد است بناءً تمام این فتق ها باید توسط برداشتن کیسه و بسته نمودن کانال فخذی ترمیم شوند.

**فتق ثروی****Exomphalos یا Omphalocele**

یک حالت نادر بوده که در آن تمام یا یک قسمت Midgut در حالت حیات جنینی



به داخل جوف بطن برگشت نمی نماید در این حالت امعا دربین یک کیسه نازک قرار داشته و از طریق یک Defect جدار قدامی بطن درخارج جوف بطن قرار دارد که در صورت عدم تداوی کیسه مذکور تمزق کرده و باعث ایجاد پریتونیت کشنده میگردد بعضاً در اثنای ولادت تمزق رخ میدهد.

شکل (۶ - ۱۲) فتق ثروی ولادی  
(Exomphalos minor) ۱۱

**تداوی**

تداوی در صورت امکان ترمیم جراحی به صورت فوری بوده و در صورت بزرگ بودن کیسه، توسط پانسمان های مرطوب با انتی سپتیک خفیف محافظه شده تا به تدریج Epithelization بوجود آمده و بعداً به ترمیم فتق اقدام میگردد.

**فتق ثروی ولادی**

این نوع فتق از باعث عدم بسته شدن تام ندبه ثروی بوجود آمده و زیادتر در اطفال سیاه پوست مشاهده میشود. که اکثراً در سال اول حیات بصورت بنفسی بسته و شفا یاب میگردد.

**تداوی**

ترمیم جراحی فتق باید تا سن دو سالگی اجراء نشود و به والدین طفل اطمینان داده شود که اکثر این فتق ها بصورت بنفسی شفا یاب میشوند بستن ناحیه فتقیه توسط لوکوپلاست و چره بند الاستیکی صرف برای رفع تشویش والدین توصیه میشود.

### Paraumbilical Hernia

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

#### تداوی

کیسه فتقیه برداشته شده و شیت عضله ریکتوس در علوی و سفلی فتق روی هم آورده میشود (عملیات Mayo's)

### Ventral فتق

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

### Epigastric فتق

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

#### تداوی

خیاطه گذاری ساده defect کافی است.

### Incisional فتق

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

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

#### تداوی

در صورتیکه وضع عمومی مریض خوب باشد ترمیم فتق بعد از تسلیخ طبقات جدار بطن با خیاطه گذاری هر طبقه به صورت جداگانه صورت میگردد و فتق



بزرگ Incisional توسط شیت نیلون و یا Polypropylene ترمیم می‌گردد در صورتیکه عملیات توصیه نشود از شکم بند استفاده شود.

### فتق های نادر

#### فتق Obturator

این نوع فتق اکثراً در خانم های مسن و لاغر دیده شده و از طریق کانال obturator که از آن او عیه و اعصاب عبور می نماید بوجود می آید که فشار فتق مختنق بالای این عصب باعث دردهای راجعه در نواحی تعصیب جلدی آن شده بناءً انسداد معانی در یک خانم مسن با انتشار درد در کنار انسی ران ممکن دلالت به فتق مختنق obturator نماید. فتق اکثراً از نوع Richter بوده و CT ممکن تشخیص را تأیید و تثبیت نماید.

#### فتق Spigelian

این نوع فتق از طریق Arcuate line در بین کنار وحشی قسمت سفلی شیت خلفی عضله ریکتوس بوجود می آید و به شکل یک کتله حساس در قسمت سفلی یکطرف جدار بطن موجود میباشد که در صورت مشکوک بودن، CT تشخیص را تثبیت می نماید.

#### فتق Gluteal

از طریق فوچه سیاتیک کبیر بوجود می آید.

#### فتق سیاتیک

از طریق فوچه سیاتیک صغیر بوجود می آید.

#### فتق قطنی (Lumbar Hernia)

فتق قطنی در اکثر موارد یک فتق Incisional بوده که به تعقیب عملیات های کلیوی بوجود می آید لاکن نادراً از طریق مثلث قطنی سفلی که سرحد آنرا در سفلی قنزع حرقفی، در انسی عضله Latissimus dorsi و در وحشی عضله منحرفه کبیره میسازد ممکن بوجود آید.

**References:****ماخذ:**

- 1- B. W. Ellis. Hernia and other conditions of the Abdominal Wall. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON – BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13<sup>th</sup> ed. Great Britain: Arnold; 2000. P.333 – 42
- 2- Daniel J. Scott and Daniel B. Jones. Hernia and Abdominal Wall Defects. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 335 – 54
- 3- David H. Bennett and Andrew N. Kingsnorth. Hernias, Umbilicus and Abdominal Wall. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 24<sup>th</sup> ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2004. P. 1272 – 93
- 4- HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 10<sup>th</sup> ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2004
- 5- HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004
- 6- Karen E. Deveny. Hernia & other Lesions of the Abdominal Wall. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 649 - 60
- 7- Mark A. Malangoni and Raymond J. Gagliardi. Hernia. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17<sup>th</sup> ed. USA: Sander; 2004. P.1199 – 1218
- 8- Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF Surgery. 4<sup>th</sup> ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2004
- 9- ROBERT BENDAVID, JACK ABRAHAMSON MAURICE E.ARREGUI, JEAN BERNARD FLAMENT EDWARD H. PHILLIPS. ABDOMINAL WALL HERNIAS: Principles and Management. USA: Springer – Verlag; 2001.
- 10- Robert J. Fitzgibbons, Jr. and Hardeep S. Ahluwalia. Inguinal Hernia. In: F. Charles Brunnicarde, Dana K. Anderson .... et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8<sup>th</sup> ed. USA: McGRAW–HILL; 2006. P. 920 – 42
- 11- Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C.

---

STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4<sup>th</sup> ed. UK: Arnold; 2002. P. 167 – 79  
12- [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com)

**Abstract:**

This book is written by Prof. M.Masoom Aziz for Kabul Stomatology faculty students under title of abdominal surgery which contain 12 chapters and describe the whole abdomen and its apparatus (elementary tract, liver, pancreas, spleen, peritoneum and abdominal wall hernia).

This book is written for under graduate students of stomatology according to their curriculum that's why surgical treatment has described shortly according to students level with fluent Dari language, the contents of this book is taken from update international text books with illustrated images.

This is very useful for under graduated students and fresh graduated surgical doctors who are interested in surgery.

With thanks

Prof. M.Masoom Azizi

Director of Aliabad Teaching Hospital and

Former Head of Surgery Department

## بیوگرافی

### پوهاند دوكتور محمد معصوم "عزیزی"



پوهاند دوكتور محمد معصوم عزیزی فرزند مرحوم دگروال محمد جان در سال ۱۳۳۵ در ولایت لغمان تولد شده . تعلیمات ابتدائی و متوسطه مکتب را در لیسه غرغبت ولایت خوست و ثانوی را در کابل به درجه عالی در سال ۱۳۵۳ به پایان رسانیده و بعد از سپری نمودن امتحان کانکور شامل پوهنځی طب کابل گردید . موصوف محصل ممتاز دوره خود بوده و در سال ۱۳۶۰ به درجه ماستر از این پوهنځی فارغ التحصیل شده و همان

سال شامل کدر علمی دیپارتمنت جراحی شفاخانه تدریسی علی آباد گردید و تحت نظر استادان مجرب این دیپارتمنت آغاز به کار نموده و جهت ارتقای علمی و مسلکی به کشور چکوسلواکیا و چاپان سفر نموده است .

پوهاند دوكتور محمد معصوم "عزیزی" در سالهای اخیر جنگ های داخلی کشور مجبور به ترک وطن و مهاجرت به کشور پاکستان شده و در انجا بعد از سپری نمودن امتحان رقابتی بحیث شف جراحی شفاخانه الکویت و استاد جراحی در پوهنتون افغان پشاور آیفای وظیفه نموده است .

پوهاند عزیزی در طول دوره استادی در پوهنتون طبی کابل اضافتر از ۲۲ اثر علمی و تحقیقی داشته و ۲ کتاب درسی جراحی را برای تدریس محصلین پوهنځی طب معالجوی و ستوماتولوژی تحریر و عضو کمیسیون های مختلف و شورای عالی پوهنتون طبی کابل بوده بالترتیب نایل به اخذ رتب علمی الی پوهاندی گردید و از سال ۱۳۹۰ با اینطرف بر علاوه وظیفه استادی بحیث رئیس شفاخانه تدریسی علی آباد مصروف خدمت به هموطنان عزیز کشور میباشد.