

نکاتی چند دربارهٔ دمل آمیبی کبد

دکتر دارا عزیزی *

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۱، صفحه ۴۰، ۱۳۴۸

مقدمه: آمیب‌ها در بدن انسان آسیب‌های مختلفی ایجاد میکنند: اسهالهای آمیبی یکی از انواع تظاهرات شایع بیماریهای آمیبی در ایران است که بدو شکل حاد و مزمن شناخته شده است. چه بسا اتفاق افتاده است که آبسه‌های مهاجری که در بالا یا پائین قوس رانی شکافته شده‌اند آبسه‌های آمیبی بوده‌اند همانطور که ما خود شاهد يك مورد آن (در بیمارستان سینا) بوده‌ایم که با فیستولوگرافی و آزمایشهای متعدد لا بر اتواری به تشخیص رسیده است.

باید یاد آور شد که در تولید این دمل‌ها عوامل میکروبی بیماری‌زای معمولی (کولی باسیل) نیز اکثراً شرکت میکنند و کمتر دیده شده است که آبسه با منشاء قولونی بدون دخالت میکروبهای بیماری‌زا باشد.

یسادآوری نکات فوق برای تشریح مطلب مفید است زیرا دمل آمیبی کبد در حقیقت مربوط به يك نکروز وسیع نسج کبدی است، این نکروز ولیکه فاکسیون (مایع شدن نسج نکروزه) در محل، حفره‌ای بهجامی گذارد که در آن ترشحات مختلفی جمع میشوند (سروزینه، خون و نسج ضایع شده) بهمین دلیل این مجموعه رنگ قهوه‌ای مخصوصی بخود می‌گیرد که بزرنگ شوکلاتی است و میدانیم تاچه اندازه این رنگ خاص در تشخیص نوع چرك آبسه بما کمک مینماید.

در مورد دمل‌های کبدی گرچه وجود عوامل میکروبی بیماری‌زای خارجی نیز گزارش شده است معذک این طور بنظر میرسد که در اینجا این عامل میکروبی، در صورتیکه وجود داشته باشد عوامل اضافی یا سورانفکسیون باشد.

تاریخچه: قدمت مطالعات مربوط به دمل کبدی را به طبیب‌های یونان قدیم و اسکندریه و ایران و اعراب قرن دهم میلادی نسبت

میدهند. ولی در حقیقت دقیق‌ترین شرح حالها و شروع درمان با اصول صحیح را باید از آن طبیب‌ها و جراحان وابسته به نیروهای دریائی دانست، تمامی اسامی آنها در این خلاصه نمی‌گنجد فقط چند نفری از آنها را میشود یاد آور شد از جمله: Larrey - Rogers - Bertrand - Ketsch که تجسسات عدیده‌ای در این باره نموده‌اند.

مشخصات آبسه آمیبی کبد: دملهای حجیمی هستند که بیشتر در قاع راست کبد تشکیل میشوند، گاهی در نیمه خلفی نزدیک به سطح فوقانی کبد قرار دارند ولی اکثراً بسیار سطحی هستند.

در ۸۰ درصد موارد دمل منفرد است، در بقیه موارد متعدد میباشد. حجم مایع این دمل از چند سانتیمتر مکعب تا نیم لیتر نیز گزارش شده است.

شکل آن اغلب کروی است و محتوی چرك لزج شوکلاتی میباشد. اطراف دمل ضایعات التهابی هپاتیت یا پرخونی ملاحظه میشود که کم و بیش منتشر است. چسبندگی‌های متعدد صفاق، حجاب حاجز، جنب و ریه و احشاء داخل شکمی اکثراً در اطراف ضایعه کبدی ملاحظه میشود.

سیر تحول دمل کبدی معمولاً بشکل سطحی شدن و بخصوص بازشدن آن به داخل قصات از راه حجاب حاجز است، بندرت بداخل یکی از احشاء توخالی شکم تخلیه میشود.

مسئله وجود یا عدم وجود آمیب و عوامل میکروبی بیماری‌زا در آبسه کبد: در چرك محتوی آبسه آمیب را نمی‌شود یافت. در جدار آبسه نیز این پروتوزوئر بندرت یافت میشود. در آمار لا کاز (Lacaze) نسبت پیدایش آن در جدار آبسه ۴۹ درصد گزارش شده است.

* گروه جراحی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

عوامل میکروبی بیماری‌ها بخصوص از نوع کولی باسیل ممکنست در جدار دمل دیده شود (Talbot).

در آمار Constantini - در ۹۰ درصد موارد چرک آبسه بدون عوامل آمیبی و میکروبی بوده است و در ۱۰ درصد موارد کولی باسیل یا استافیلوکوک در کشت چرک ملاحظه شده است (۳). نکات فوق در درمان جراحی آبسه آمیبی کبد باید بدقت مورد توجه قرار گیرد. مصرف امتین و مشتقات آن و آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف براحتی دمل کبدی را از عوامل میکروبی و آمیب پاک کرده و درمان جراحی آنرا تسهیل می‌نماید.

درمان آبسه آمیبی کبد :

قدیمی‌ترین طریقه درمان آبسه کبد همانا بزل یا پونکسیون دمل است. اینکار با سوزن معمولی به نمره معمولاً ۱۸ انجام میشود و این عمل را تا بهبود کامل چندین بار در هفته تکرار میکنند. برای اولین بار Combay تخلیه آبسه کبد را با ترکار قطوری انجام داد و نتیجه خوبی از آن گرفت (۱۸۴۷) وی درن باریکی در محل ترکار قرار میداد، اینکار در مواردیکه کبد به جدار قدامی چسبندگی داشت بدون اشکال انجام میگرفت ولی خطر پخش مایع آبسه بداخل حفره صفاقی و پیدایش پریتونیت در کبدهای بدون چسبندگی به احشاء مجاور همیشه وجود داشت.

در طریقه دیگری بنام اسلوب شانگهای که مدت زمانی طرفداران چندی داشت بدین ترتیب رفتار میشد که طبیب با چاقوی بلند و باریکی جدار شکم و کبد را یکباره بایک ضربه می‌شکافت و چرک از این راه خارج میشد. این طریقه در سال ۱۸۸۰ توسط (Stromever) که آنرا در خاور دور ملاحظه نموده بود در اروپا انجام شد. عمل بسیار جسورانه و خطرناکی بود.

از سال ۱۹۱۲ به بعد با پیدایش و مصرف امتین درمان وارد مرحله اساسی خود شد، با مصرف آن آمیب‌ها از بین رفته و آبسه‌ها استریل میشدند و در نتیجه نسبت موارد بهبود یافته توسط جراحی رو به فزونی گذاشت.

از طرف دیگر مصرف امتین تعداد موارد بیماران مبتلا به آبسه‌های کبدی را نیز کمتر نموده بود زیرا بیماران در مراحل اولیه کولیت و هپاتیت آمیبی معمولاً با امتین بهبود کامل مییافتند.

در آمارهای قدیمی مرگ و میر عمل جراحی ۴۰ تا ۵۰ درصد ذکر شده است در حالیکه بعد از رایج شدن مصرف امتین به کمتر از ده درصد کل موارد رسیده است.

بدون وارد شدن در مبحث اسلوب عمل جراحی می‌شود نکات اساسی مورد نظر را در اینجا یادآور شد.

قبل و بعد از هر عمل جراحی برای کیست‌های آمیبی کبد باید

امتین مصرف شود.

- اگر تشخیص مسلم است برش جدار باید هر چه بیشتر کوتاه‌تر انتخاب شود.

- حتی الامکان مجموعه چرکی داخل کبد باید بطور کامل تخلیه شود.

- حفره باقی مانده را نباید باهیجگونه محلولی شستشو داد.

- باتدایر چندی باید از آلودگی پرده‌های سروژ مخصوصاً صفاق و جنب در ضمن تخلیه آبسه جلوگیری نمود.

بهر حال قبل از عمل، وضعیت کبد از لحاظ طرز کار آن باید دقیقاً بررسی شده باشد (تست‌های کبدی) و تست‌های انعقادی، رادیوگرافی از ریه‌ها، آزمایش‌های دیگر خون و مدفوع بطور کامل انجام شده باشد. تجسس آمیب در مدفوع و یا در صورت لزوم بیوپسی در ضمن رکتوسکوپی از ناحیه رکتوسیگموئید برای یافتن آمیب گاهی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

اگر از دسته طرفداران بزل کبد قبل از عمل باشیم در اینصورت آنرا با سوزن ۱۰ تا ۱۵ سانتی متری یا با سوزن‌های $\frac{1}{10}$ تا $\frac{1}{15}$ انجام خواهیم داد. محل انتخابی پونکسیون کبد بین نهمین و دهمین فاصله بین دنده‌ای راست است (بر روی خط زیر بغلی میانی قرارداد)، باید یادآور شد که چون کبد به آسانی چاک بر میدارد لذا نکته مهم: « اجبار در پونکسیون در حالت آینه» یا حبس تنفس مطلق است زیرا کوچکترین حرکت کبد که با حرکات تنفسی انجام میشود امکان پاره شدن کبد را در بر دارد.

بهر حال اطلاعاتی را که از این پونکسیون کبد بدست می‌آید در چند قسمت می‌شود خلاصه نمود که عبارتند از تشخیص مثبت دمل کبد، تشخیص امکان عفونت اضافی (کشت چرک خارج شده) و تشخیص وضع سلولهای کبد و مجاری صفراوی داخل کبدی.

جراحان بطور کلی با بزل کبد مخالف هستند و خطر آنرا از لاپاروتومی تجسسی بیشتر میدانند. Lecène عقیده دارد که علاوه بر خطرات احتمالی چه بسا بزل‌هایی که با وجود آبسه‌های بزرگ کبدی نتوانسته‌است پرده از روی مجهول تشخیص بیماری بردارد.

Lacaze و Melnotte (۵) از طرفداران بزل کبد و Meyer از جمله مخالفین این طریقه هستند (۴). لاکاز می‌گوید اگر ما بتوانیم بسا بزل کبد در موارد اولیه آبسه کوچک کبد بشخصیم برسیم محتملاً وخامت پیش‌آگهی با عمل جراحی بموقع کاسته خواهد شد. در حفره دمل بعد از تخلیه باید درن گذاشت و از جمله نکات مهم تحت نظر داشتن کار این درن است. درن باید بمرور زمان کوتاه شود و دقت گردد که سر آن ته حفره دمل را زخم نکند. بمجرد اولین پیدایش خون ریزی یا تراوش بیش از حد

(درناز) به خارج نیز میشود درمان نمود ، منوط براینکه چرك آبسه بدون میکرب و بدون آمیب باشد. عمل پیشنهادی وی بدین طریق انجام میشود : بعد از لاپاراتومی و بررسی کبد و کشف محل دمل ، آبسه را شکافته و ترشحات داخل آن به آزمایشگاه فرستاده می شود و در صورتیکه شرایط فوق را دارا باشد بعد از تخلیه کامل آبسه و خشک نمودن داخل آن با گاز ، حفره بسته ، و جدار دوخته میشود.

- در مورد آبسه هایی که بداخل نایچه سر باز نموده اند بعضی از مصنفین (مانند: Lumierre, Etienne Bernard) را عقیده بر آنست که اگر تخلیه بخوبی انجام شود امکان بهبود کامل همیشه وجود دارد یعنی بعد از يك وهيك کامل آبسه کبدي ممکن است خوب شود . اگر ترشحات ادامه یابد و یا عفونت از راه قصبات بداخل کبد راه یابد خطر کاشکسی بیمار را تهدید خواهد نمود . برای درمان جراحی این موارد باید از راه قفسه صدری (از ناحیه آخرین دنده های قفسه صدری) بداخل حفره کبدي راه یافت ، بازه کشی دمل از همین محل معمولاً بعد از مدتی راه فیستول کبد به قصبات خود بخود بسته می شود .

خلاصه :

بطور کلی یادآور میشویم که آبسه های آمیبی کبدي گرچه کمتر دیده میشود ولی هنوز در مالکی مانند کشورمان نسبتاً شایع است . دمل کبدي با مصرف امپین و آنتی بیوتیک های وسیع الطیف قبل از عمل جراحی از عوامل میکربی و آمیبی پاک میشود و در نتیجه عمل جراحی که به تخلیه آن کمک مینماید اکثراً با موفقیت کامل روبروست .

صفرآ باید درن کوتاه گردد . يك نوع مارسوپالیزاسیون بنام هپاتوستومی Hepatostomie نیز گاهی انجام میشود . در اینجا لبه های شکاف محل آبسه را به لبه های شکاف جدار میدوزند ، اگر کبد به اطراف چسبندگی زیادی داشته باشد و باشکاف جدار جراح بتواند مستقیماً بمحل آبسه برسد معمولاً دیگر احتیاجی بدوختن کبد بجدار نخواهد بود . جراحی را میشود از راه شکمی یا از راه جنب و حجاب حاجز (خلفی) انجام داد در صورت لزوم عمل دنده برداری نیز انجام خواهد شد .

بعد از عمل : آنتی بیوتیک های وسیع الطیف - امپین - مسکن لازم باید ادامه داده شوند ، بیمار باید در حالت نیمه نشسته بماند . پانسمان ها هر روز تعویض خواهند شد . درن مرتب کوتاه می شود . معمولاً مدت زمان لازم برای نگهداری درن ۱۰ الی ۱۵ روز است .

روبینو (Robineau) عقیده دارد که درن باید هر چه زودتر برداشته شود . در اینصورت بیمار بسرعت رو به بهبود می رود و حفره کبد بخوبی و بسرعت پرمیشود . عوارض از جمله خونریزی میتواند مربوط به نارسائی کبدي باشد . کوله راژی نیز ممکن است در صورت زخمی شدن کبد دیده شود . بررسی مجاری صفراوی با رادیوگرافی با ماده حاجب در صورت پیدایش جریان صفرآ به خارج لازم است . اگر مسانعی در راه عبور صفرآ به دوازدهه وجود داشته باشد فیستول صفراوی خارجی خشک نخواهد شد (Bourgeon - Pietri) (۲) از جمله عوارض بعد از عمل عفونتهای صفاق ، جنب و ریه نیز گاهی دیده میشوند .

- کنستانینی عقیده دارد که آبسه های کبدي را بدون زه کشی

REFERENCES

- ۱- عزیزی ، د . معرفی بیمار مبتلی به آبسه آمیبی کبد و نتایج عمل جراحی آن - بیمارستان پهلوی . (۱۳۴۷).
2. Bourgeon, H. et Pietri, H. (1952). Lyon Chir., 47, 729.
3. Constantini, M. (1926). Rev. Chir., 64, 357.
4. Meyer, P. Les abcès amibiens du foie. (1936). Masson et Cie., Paris.
5. Lacase, M. (1928). Rev. Chir., 66, 709.
6. Lemiere, E. (1928). Rev. Medico - Chir, 3, 109.
7. Quenu, J. Traité de technique chirurgicale, T. VII. (1959). Masson et Cie., Paris.