

آسکاریس در صفاق (گزارش يك مورد)

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم، شماره ۴-۵، صفحه ۲۷۸-۲۸۱

دکتر عبدالحمید حسینی *

شرح حال بیمار

آقای ۱- ۲۸ ساله در تاریخ ۲۹/۱/۵۰، بعلت درد و ناراحتی شکم مراجعه میکند. شروع بیماری از شش روز قبل بوده است، بدین معنی که بیمار در تاریخ ۲۳/۱/۵۰ تصادف کرده و مدت شش روز بستری بوده سپس به بیمارستان آورده شده است. در معاینه شکم درد و نفخ جزئی جلب توجه میکند و شکم سفت است. رویه برفته حساسیت و وضعیت شکم طوری است که حدس شکم جراحی زده میشود. فشار خون $\frac{140}{80}$ ، نبض ۱۰۰ در دقیقه، درجه حرارت $37/6$ است و بیمار با وجود آنکه راه میرود از ضعف و سستی شکایت دارد و خیلی هم احساس تشنگی میکند. بلافاصله از بیمار رادیوگرافی ساده شکم در حال ایستاده و خوابیده بعمل آمد که در آنها اثری از وجود هوا در صفاق نبود و فقط يك خط شکستگی در شاخه عانه‌ای ورکی استخوان لگن خاصره مشاهده شد. برای تکمیل معاینات و با وجود آنکه تشخیص شکم جراحی قطعی بود، از بیمار پونکسیون صفاق در ناحیه حفره خاصره‌ای سمت چپ انجام گردید که مقدار زیادی خون خارج شد. برای اطمینان از اینکه خون مربوط به ورود سوزن در رگ نباشد (با وجود آنکه رنگ خون شبیه بخون مانده و کهنه بود)، این خون مدتی در لوله آزمایش نگاهداری شد و به‌جوجه انعقادی در آن صورت نگرفت. بیمار سه ساعت بعد از ورود با تشخیص خونریزی داخلی تحت عمل جراحی قرار گرفت. شکاف میانی بالای ناف داده شد و بعد از باز کردن صفاق مشاهده شد که حدود سه لیتر خون در محوطه شکم جمع شده است. در تجسس بیشتر مشاهده گردید که علت خونریزی پارگی وسیع لوب راست کبد است. این

پارگی از سطح تحتانی شروع شده سپس در سطح خلفی ادامه داشت. برای سهولت کار يك شکاف عرضی نیز داده شد که بطرف راست تا لبه دنده‌ها ادامه یافت، سپس پارگی وسیع دوخته شد و خونریزی قطع گردید. بعد از قطع خونریزی جستجوی کامل شکم بعمل آمد. چون پارگی نزدیک کیسه صفرا و مجاری صفراوی بود، با وجود آنکه اثری از صفرا در صفاق بیمار نبود، ابتدا تجسس کاملی از این اعضا بعمل آمد (چیزی که مسلماً در عرض شش روز اگر ضایعه‌ای در مجرای صفراوی بود باید آشکار میشد) ولی هیچ ضایعه‌ای در این دستگاه وجود نداشت. سپس دستگاه هاضمه از معده تا رکتوم سانتیمتر به سانتیمتر بازرسی شد و کوچکترین ضایعه‌ای وجود نداشت لذا داخل شکم کاملاً تمیز شد و خون‌ها آسپیره گردید و بعد از اطمینان از قطع خونریزی، در کنار زخم کبد مش و يك درن هم زیر کبد گذاشته و جدار شکم بسته شد. در جریان عمل ۴ شیشه خون به بیمار تزریق گردید و بعد از عمل درمان‌های عادی بیماران جراحی در مورد این بیمار نیز انجام شد. بیمار، از روز دوم بعد از عمل بتدریج علائم نفخ و اکلوزیون پارالیتیک پیدا کرد که چون خیلی شدید بود ناچار برای بیمار لوله معده بکار برده شد و در ۴ ساعتی که این لوله وجود داشت مقادیر زیادی ترشح خارج گردید. از روز پنجم بتدریج نفخ کمتر و بریستال‌تیسیم روده‌ها شروع شد. در این مدت بیمار مرتباً بوسیله سرم تغذیه میشد و از روز ششم مایعات تجویز گردید.

بطور کلی محل عمل کاملاً تمیز بود. از درن بیمار فقط مختصر ترشح خونی خارج میشد. روز ششم مش بیمار خارج گردید و

* بیمارستان ابن‌سینا - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

هوایی داخل محوطه صفاق وجود نداشت، ثالثاً اگر سوراخی هم ایجاد و بسته شده باشد باید آثاری از غشاء کاذب در نقطه‌ای از روده دیده شود (۱) که بهیچوجه چنین چیزی وجود نداشت.

اگر هم بخواهیم تصور کنیم که بعد از عمل جراحی چنین حادثه‌ای اتفاق افتاده باشد، یعنی سوراخ در روده ایجاد گردیده باشد، تقریباً بعید بنظر میرسد زیرا چنین سوراخ شدگی اولادلیلی لازم دارد و ثانیاً احتیاج به بروز علائمی دارد که بیماران نداشتند و ثالثاً چطور چنین سوراخی بدون جراحی بهبود یافته است؛ مگر اینکه در هر سه مورد بخواهیم تصورات بعید داشته باشیم مبنی بر اینکه سوراخی خود بخود ایجاد شده و آسکاریس از آن خارج گردیده و بدون علائم بارزی خود بخود هم بسته شده است؟

۲- خروج کرم از طریق مجاری صفراوی، بادر نظر گرفتن اینکه مکرر دیده شده که آسکاریس از راه دریچه اودی وارد کولودوک شده است (۳). ممکن است چنین تصور شود که یک آسکاریس از این طریق وارد مجاری صفراوی شده و بعداً از سوراخی در مجاری صفراوی خارج شده و وارد صفاق گردیده است. در اینجا هم این سوراخ باید در مجاری خارج کبدی باشد که چنین سوراخی در جریان عمل مشاهده نشد. بادر نظر گرفتن این که با وجود چنین سوراخی، باید داخل شکم صفرا مشاهده می‌شده و یا در روزهای بعد، از درن صفرا خارج می‌شده است که چنین چیزی نبوده است. و یا اینکه از مجاری داخل کبدی آسکاریس عبور کرده و به ناحیه پارگی رسیده و در عرض ۶ روزی که پارگی کبد باز بوده از یکی از سوراخ‌های مقطع وارد محوطه صفاق شده است. در این حالت هم بادر نظر گرفتن عدم تناسب قطر مجاری داخل کبدی و قطر آسکاریس و نیز فاصله مجاری خارج کبدی با مقطع پارگی میتوان ادعا کرد که چنین مهاجرتی عملاً غیر ممکن است.

۳- فرضیه سوم اینست که بادر نظر گرفتن مهاجرت لارو آسکاریس از طریق ورید باب به ریه‌ها، و نیز مهاجرت غیرعادی لارو از ریه بجریان بزرگ خون (۴)، ممکن است فکر کنیم که این لارو هنگام عبور از ورید باب و کبد به علت پارگی کبد همراه با خون خارج شده از محل پارگی، وارد صفاق گردیده و یا لارو از طریق جریان خون خارج شده از قلب و آئورت در صفاق جایگزین گشته است. به هر حال این سؤال پیش می‌آید که آیا این لارو بدون برگشت به دستگاه گوارش امکان تبدیل شدن بیک کرم بالغ را دارد یا نه؟ این امر بادر نظر گرفتن سیکل حیاتی آسکاریس قابل تصور نیست (۴).

بعد از خارج شدن فتیله (مش) نیز ترشح زیادی وجود نداشت، بطوریکه درن نیز روز هشتم خارج شد. از روز دهم با وجود خوب بودن حال عمومی، بیمار تب کرد و درجه حرارت در بعضی ساعات از چهل هم تجاوز می‌کرد. همراه با این تب، جز مختصر درد نواحی عمل که غالباً در اکثر اعمال بزرگ دیده می‌شود، ناراحتی بخصوص دیگری دیده نشد. چون هیچ دلیلی برای توجیه این تب‌های شدید وجود نداشت آنتی‌بیوتیک‌های بیماران ادامه یافت و مقدار آن زیادتر شد ولی هیچ نتیجه‌ای در کم کردن یا پائین آوردن تب بدست نیامد.

با توجه باینکه در بسیاری اوقات نزد بیمارانی که به خونریزی داخلی مبتلا بوده‌اند، خصوصاً به علت پارگی کبد یا طحال، تب‌های طولانی بی علت واضح حتی بمدت ۱-۲ ماه وجود داشته فکر کردیم شاید این تب نیز از همان زمره باشد، معیناً برای تحقیق بیشتر از بیماران یک رادیوگرافی ساده شکم برای اطمینان از نبودن جسم خارجی در محوطه صفاق و یک رادیوگرافی دیافراگم و قفسه صدری، برای اطمینان از وجود یا عدم آبه زیر دیافراگم و یا پلورزی چرکی بعمل آمد که نتیجه هر دو عکس منفی بود. با وجود اینکه شکم کاملاً نرم بود و هیچ واکنش بخصوص وجود نداشت برای اطمینان بیشتر از وجود یک کانون در نواحی عمقی عمل، یک استیله در مسیر درن وارد شکم شد ولی جز مقداری ترشح خونی چیزی خارج نشد. فردای روزیکه استیله زده شد یعنی روز بیست و دوم بعد از عمل جراحی، موقع تعویض بانسمان مشاهده شد که چیزی از سوراخ درن خارج شده است که با پانس آهسته گرفته و خارج گردید، و بعد از خروج معلوم شد که یک آسکاریس بزرگ و کاملاً رشد کرده است.

از روز بعد تب بیمار کمتر شد و در عرض سه روز قطع گردید و یک هفته بعد بیمار با بهبود مرخص گشت.

بحث: در باره منشاء این آسکاریس در محوطه صفاق اظهار نظر قطعی کاری مشکل است و حقیقتاً نمیتوان با اطمینان کامل دلیلی ارائه داد ولی ممکن است سه فرضیه در مورد این بیمار مطرح کرد:

۱- کرم از سوراخی در جدار روده خارج شده باشد (۲). ولی این سوراخ چگونه و در چه زمانی ایجاد شده است؟ با توجه به کاوش و بازرسی کامل شکم میتوان با اطمینان اظهار نظر کرد که در هنگام عمل جراحی سوراخی در جدار روده نبوده است، بسا در تقارن گرفتن اینکه اولاً از چنین سوراخی نباید ترشحات روده خارج شده باشد که هیچ اثری از آن نبود. ثانیاً هیچ

در صفاق برای اظهار نظر کارشناسان و همکاران ارجمند آزاد میگذاریم که تا چنانچه شرح حال های مشابه دیگری دارند منتشر و در باره پاتوژنی وجود چنین آسکاریس در صفاق، ما را هدایت کنند.

نتیجه: شرح حال بیماری که دچار پارگی کبد بوده است و از محل درن، آسکاریس خارج شده شرح داده شد، و در باره علت وجودی این آسکاریس بحث شد بی آنکه توانسته باشیم به نتیجه قطعی برسیم. بدین خاطر بحث این بیمار و پاتوژنی وجود آسکاریس را

REFERENCES :

- 1 - Christopher's Textbook of surgery. Saunders Co. London. 1964. P.710.
- 2 - Cecil & loeb, Textbook of Medicine. Saunders Co. London. 1967. P.762.
- 3 - Thorek, Modern surgical technic. J. B. Lippincott Co. Philadelphia. 1966. P. 2055.
- ۴- کتاب انگل شناسی - دکتر انصاری - سال ۱۳۳۰ - دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران .