کله سیستیت

گزارش ۲۲۸ مورد ضایعات آماسی کیسه صفرا

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۹۷، ۱۳۵۴

دکتر احمد فلسفی ـ دکتر رضا شمس ـ دکتر امیرمنصور صدر*

مقدمه

بیماری مجاری صفراوی یکی از شایع ترین بیماریهاست که درحدود ۱۵ تا ۲۰ میلیون تن از اهالی امریکا بآن مبتلا هستند و هرساله درحدود یك میلیون تن نیز بآن اضافه میشود. تعداد عمل‌های جراحی کیسه صفرا و مجاری صفراوی هم در این کشور سالیانه به ۵۰۰ هزار مورد بالغ می گردد (۶ و ۹ و ۱۲).

در ایران آمار قطعی از میزان وفور بیماریهای مجاری صفراوی خصوصاً کیسه صفرا در دست نیست. تجربیات ۱۰ ساله اخیر ما در مورد بیماریهای کیسه صفرا ومجاری صفراوی سبب شده است که گزارشی از یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی و آسیب شناسی خودرا منتشر کنیم و بنابراین تجربیات بنظر میرسد در کشور ما نیز بیماری مجاری صفراوی خصوصاً کیسه صفرا فراوان باشد که به‌سبب بهبود وضع اقتصادی مردم و افزایش نسبی طول عمر، ازدیاد پیدا کرده است. دراین مقاله نویسندگان مشاهدات خودرا که ازیك بیمارستان عمومی و مورد مراجعه طبقات مختلف مردم بدست آمده است و حاوی اطلاعات مختصری از نسبت وفور و کلینیکو پاتولوژی بیماری مزبور میباشد، برای اطلاع همکاران شرح می‌دهند.

روش مطالعه

پرونده بیمارانیکه از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۲ ، در بخشهای جراحی بیمارستان ابن‌سینا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند باتوجه به یافته‌های بالینی کلیه برشهای هیستوپاتولوژی چه در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان ابن‌سینا وچه در آزمایشگاه مرکزی دانشکده پزشکی، مجدداً مورد مطالعه وارزیابی قرار گرفت. از ۲۲۸ پرونده مورد بررسی تعداد ۶۳ مورد آن در دانشکده پزشکی و ۱۶۵ مورد آن در بیمارستان ابن‌سینا بوده است (آزمایشگاه آسیب‌شناسی بیمارستان ابن‌سینا از شهریور ۱۳۴۹ شروع بکار کرده است).

باید یادآوری کرد که جمع آوری اطلاعات بالینی از پرونده‌های بیمارستانهای عمومی بسیار مشکل است زیرا در بیشتر موارد اطلاعات لازم در پرونده‌ها منعکس نیست و باوجوداینکه تنظیم پرونده و بایگانی آن در سالهای اخیر در بیمارستان‌ها تغییرات فراوانی نموده و به نحو محسوسی بهبود یافته است معهذا هنوز نواقص فراوان وجود دارد و این نواقص وقتی بیشتر مشاهده میشود که بخواهیم پرونده بیماران سابق را بررسی کنیم. باوجود اشکالهای بالا نویسندگان سعی کردند تا آنجاکه مقدور باشد اطلاعات لازم را از پرونده‌های موجود استخراج نمایند و در بعضی از موارد، مراجعه مجدد بیماران سبب تکمیل اطلاعات بالینی ما شده است.

نتایج بالینی

پرونده بیماران از نظر جنس ، سن و علائم بیماری ، یافته‌های آزمایشگاهی و یافته‌های رادیولوژی ، نوع جراحی و عوارض بعدازعمل مطالعه ومورد بررسی مجدد قرار گرفت ودرآن عده از بیماران که امکان بررسیهای بعدازعمل وجودداشت پیگیری بعمل آمد.

جنس: بیماران ازسن ده سالگی تا ۷۰ سالگی تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و سن وفور آن در فاصله ۲۰ تا ۶۰ سالگی بوده است که در این فاصله ۲۱۴ بیمار دیده شده است.

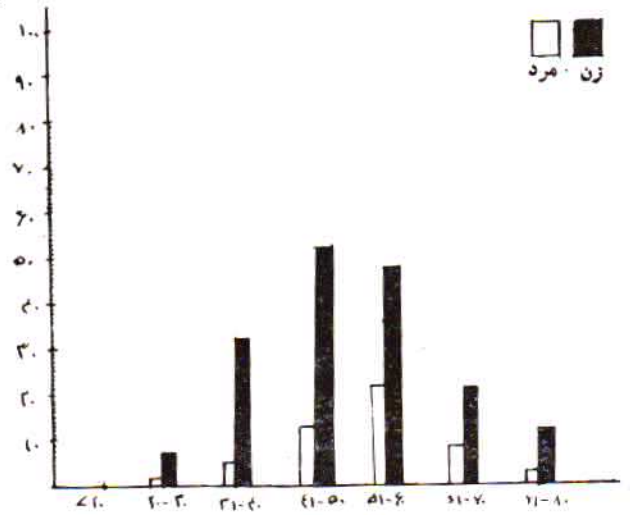
---

* بیمارستان ابن‌سینا.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]

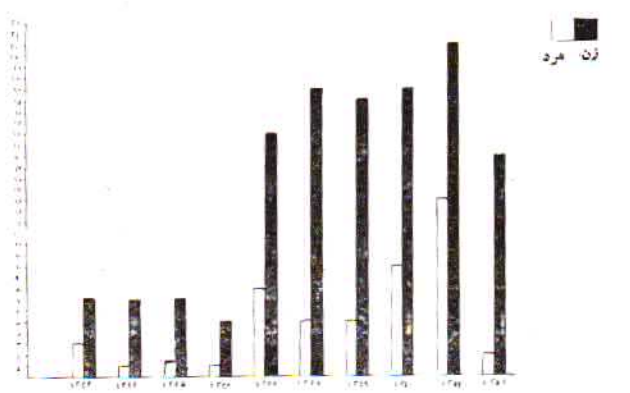
نمودار ۱ انتشار سنی بیماری کله سیستیت را در دهه‌های مختلف نشان میدهد.

نمودار ۱- انتشار نسبی بیماری کله سیستیت.



وفور بیماری در سالهـای مختلف در ۲۲۸ مورد مطالعه شده در نمودار شماره ۲ ذکر میشود.

نمودار ۲- انتشار بیماری کله سیستیت درسالهای مورد مطالعه.



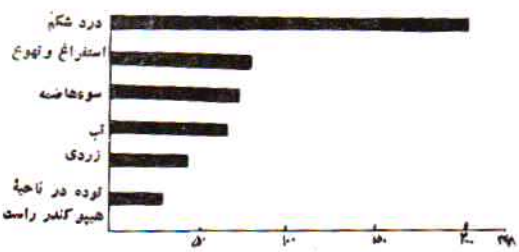
دراین‌سالها قسمتی از بخشهای جراحی بیمارستان ابن‌سینا بعلت تعمیرات و تغییرات داخلی تعطیل بوده است.

علائم بالینی

علائم بالینی در مبتلایان متغیر است و مهمترین آن بترتیب وفور در بیماران ما عبارت بودند از:

حملات مکرر و نامرتب درد، بخصوص درد ناحیه هیپوکندر راست ۹۰٪، احساس سنگینی و پری‌شکم ۱۵٪، احساس‌دل بهم‌خوردگی وعدم تحمل بعضی‌غذاها بخصوص‌چربی و وجود تهوع گاهی‌همراه بااستفراغ ۱۲٪، علائم سوءهضم۸٪، تب وحالت عفونی۷٪، زردی وتیره‌شدن ادرار ۵٪ و در ۳٪ بیماران هیچگونه‌علامتی ذکر نشده است و در ضمن اعمال جراحی دیگر به‌کله سیستکتومی مبادرت شده است.

نمودار ۳- وفور انواع علائم بالینی در افراد مورد مطالعه.



در امتحانات بالینی نیز یافته‌ها متغیر بوده است بدین‌ترتیب: احساس درد در هنگـام لمس شکم خصوصاً درد هیپوکندر راست همراه یا بدون صلابت مختصر ۷۰٪، سفتی و صلابت واضح شکم ۱۵٪، علامت پریتونیت ۵٪، احساس تومور وبرجستگی درناحیه کیسه صفرا ۳٪، بدون علائم مشخص یاهمراه با علائم مخلوط ۷٪ و درچهارمورد علائم واضح تومور درناحیه‌کیسه صفرا دیده شد. ازاین‌عده، ۳ بیمار دچار هیدروپس‌کیسه صفرا و مبتلا به‌آبسه‌کبد بوده‌اند (بیماران مبتلا به‌سرطان کیسه صفرا و مجاری صفراوی در این مطالعه قرار نگرفته‌اند) در ۱۴ بیمار، یافته‌های مخلوط وجود داشته‌است که دومورد زخم بولب اثنی‌عشر، یك مورد بافتق اپیگاستر ویك‌مورد باکیست‌تخمدان وموارد نیز باآپاندیسیت‌ـ پانکراتیت‌ـهپاتیت همراه بوده‌اند و در ۶ مورد علائم غیرمشخص بوده است. این‌بیماران دارای‌دردهای پراکنده، شکم ـ دردناحیه کمری و درد پهلو بوده‌اند و در لاپاراتومی التهـاب کیسه صفرا مشخص گردیده است.

سابقهٔ علائم‌بالینی دربیماران تاریخچه دقیقی‌ندارد و اکثر بیماران زمان دقیق شروع آن را نتوانسته اندبیان‌کنند و فقط در ۵ مورد علائم بیماری‌کمتر از یك هفته قبل‌از مراجعه‌گزارش شده است.

علائم آزمایشگاهی:

امتحانات‌آزمایشگاهی دربیماران ما نتایج ثابتی‌بدست نداده‌است زیرا در بیشتر موارد شرح کامل آزمونها در پرونده دیده نشد و انواع‌آن نیز برحسب وضع بیمار متفاوت بوده است.

افزایش گویچه‌های سفید در ۳۰ بیمار مشاهده گردیدکه میزان لکوسیت بین۱۲تا۱۸هزاربوده‌است. این‌افزایش‌معمولادربیمارانی بوده است‌که دارای علائم‌عفونی حاد بوده‌اند معذلك درچند مورد با وجود لکوسیتوز علائم التهـاب حادکیسه صفرا و مجرای آن دیده نشد و در مواردی نیز کـه‌گزارش آسیب شناسی حکایت از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]

عفونت حاد نموده‌است تعداد لکوسیتهای قبل‌ازعمل طبیعی گزارش شده‌اند . در شمارش گلبولی در مواردیکه هیپرلکوسیتوز گزارش شده‌است غالباً نوتروفیل‌ها زیاد شده‌اند وفقط در۳ مورد افزایش ائوزینوفیل‌مشاهده گردیدکه بترتیب ۱۵ و ۲۰ و ۳۰٪ بوده‌اند. درکبد دلیلی برای این افزایش ائوزینوفیل دیده نشد.

در ۱۰ بیمار افزایش سرعت رسوب گلبولی مشاهده گردید که حد اکثر ۷۰ میلیمتر در ساعت اول بوده است.

میزان اوره خون عموماً طبیعی گزارش شده است معذلك در ۱۵٪ مواردآزمایش شده، میزان اوره‌خون بیشتراز ۴۰ میلیگرم درصد (با روش اوره آز Urease-) بوده و حداکثر آن ۶۳ میلیگرم گزارش شده است .

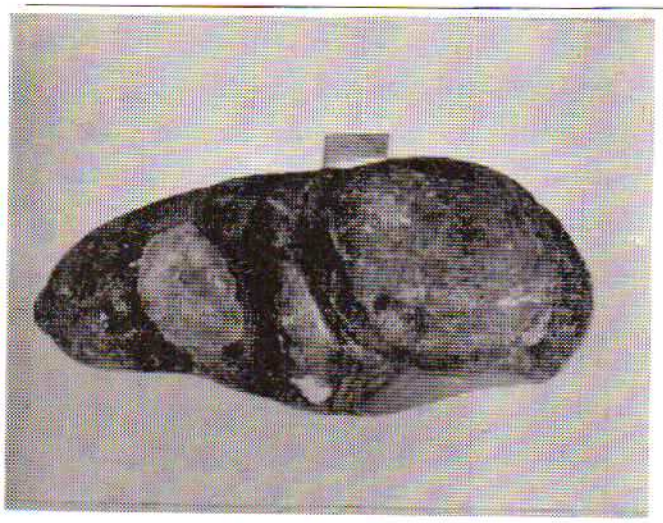
آزمون‌فسفاتاز آلکالن در ۷۰ بیمارانجام گرفته‌که در ۲۰٪ بیماران فزونی‌را نشان داده‌است و در یك‌مورد ۶۰/۵ واحدآرمسترانگ بوده است. فسفاتاز اسید تغییری را نشان نداده است . میزان قند خون عموماً بین ۸۰ تا ۱۱۰ میلیگرم‌بوده‌است. در۱۶ بیمارمیزان قند خون از ۱۱۰ میلیگرم درصد متجاوز و در دومورد بیش‌از ۲۰۰ میلیگرم درصد بوده است . در این بیماران گلیکوزوری گزارش نشده است و علائم دیگری بجز هیپرگلیسمی دیده نشد. در یك بیمار میزان قند خون ۶۷ میلیگرم درصد بوده است.

میزان بیلیروبین در اکثر بیماران اندازه‌گیری شده و طبیعی بوده‌است. در ۵ بیمار هیپربیلیروبینمی دیده شدکه عموماً همراه با زردی بوده‌اند. کلسترول خون بین ۱۸۰ تا ۲۵۰ گزارش‌شده‌است معذلك در ۲۰ بیمار بیشتراز ۲۹۰ میلیگرم درلیتر کلسترول مشاهده گردید وحداکثر آن ۳۸۰ میلی گرم درلیتر گزارش شده است. آزمایش تست‌های کبدی فقط در عده معدودی از بیماران انجام گرفت‌که نتایج غیرطبیعی بدست نیامد.

در ۲۰ بیمار سنگ کیسه صفرا برای آزمایشگاه فرستاده شد که یافته‌های میکروسکوپی آن بشرح ذیل گزارش شده است:

کلسترول از یك تا ۴ بعلاوه	۱۶ مورد
پیگمان صفراوی	۵ »
املاح صفراوی	۵ »
بیلیروبین	۱۴ »
کلسیم	۷ »
فسفر	۵ »
کربنات	۱ »
منیزیم	۴ »

متأسفانه درهیچیك ازبیماران کشت صفرا بعمل نیامد وکشت‌خون درموارد وجود عفونت بالینی اغلب جوابهای مختلف داده است.



شکل ۱ــ نمای ماکروسکوپی سنگ کیسه صفرا .

علائم رادیولژی: علائم‌رادیولژی دراکثر بیماران کمك بزرگی به تشخیص بوده است و بجز در مواردیکه بیماران بطوراورژانس مراجعه کرده‌اند دراکثرموارد کله‌سیستوگرافی وکلانژیوگرافی انجام داده شده است. در ۲۶ مورد تشخیص قبل از عمل جراحی سنگ کیسه‌صفرا بوده و در۵مورد سنگ کادوك قبل‌ازعمل‌تشخیص داده شده‌بود. دربررسی بیماران بیمارستان Franchay که درسال ۱۹۶۰ انجام گرفته ۲۹٪ موارد سنگها قبل‌ازعمل بوسیله‌آزمایش رادیولژی نشان داده شده است(۱۲).

آزمون آسیب شناسی :

تابلوی زیر تشخیص‌های مهم پاتولوژی ۱۶۵ مورد کله سیستیت درآزمایشگاه آسیب‌شناسی بیمارستان ابن‌سینا نشان میدهد:

نوع ضایعه	تعداد	درصد
۱ــ کله سیستیت مزمن با یا بدون سنگ	۱۲۹ مورد	٪۷۹
۲ــ کله سیستیت حاد چرکی	۱۷ »	۱۰/۳
۳ــ کله سیستیت‌مزمن همراه باآماس‌حاد	۱۴ »	۸/۴
۴ــ کله‌سیستیت‌مزمن‌همراه‌باپری‌کله‌سیستیت	۳ »	۱/۸
۵ــ کله سیستیت گرانولوماتوز	۲ »	۱/۲

موارد مشاهده‌شده درآزمایشگاه آسیب‌شناسی دردانشکده پزشکی علوم پایه نیز با نسبت‌های فوق تطبیق مینماید.

بحث

نمای آسیب شناسی: در مواردی‌که درکیسه صفرا عفونت وجود نداشته‌باشد تماس‌سنگ بامجرای سیستیك‌موجب تشکیل‌موکوسل میشود ولی اگر عفونت هم بآن اضافه شود التهابهای حاد بروز

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]

میکند که درجات مختلف دارد وحتی ممکن‌است منجر به‌پیدایش آمپیم شود (گرچه‌آمپیم واقعی ندرتاً ایجاد میشود). درییمارانی که سابقه‌حمله کله‌سیستیت دارند ممکن‌است علائم‌مزمن آن‌نیزدیده شود . در التهابهای حاد ممکن است در ناحیه قعر کیسه صفرا گانگرن‌ایجاد شود. درمواقعی که‌کیسه صفرا سوراخ شود بندرت ممکن است محتویات‌کیسه صفرا بداخل حفره صفاق آزادگردد که در این‌صورت‌آبسه در اطراف‌کیسه صفرا تشکیل میشود . در بعضی موارد بعلت تماس سنگ با گردن کیسه صفرا ممکن است نکروز ایجاد شود ومنجر به سوراخ‌شدن تدریجی‌کیسه‌صفرا شود وایجاد فیستوال (دئودنوم) ویاحتی‌کولون نماید. درکله سیستیت حاد ممکن‌است فرایندآماسی، ساختمانهای مجاور را گرفتارکند بنابراین غدد لنفاوی‌که در بین مجرای سیستیك و هپاتیك قرار دارند متورم میشوند وممکن است موجب‌ایجاد وقفه درعبورصفرا شوند (۳).

در موقع کله‌سیستکتومی (Cholecystectomy) هرگاه سنگهای کوچك دیده شود،لازم است‌که مجاری صفراوی اصلی هم از نظر وجود سنگ مورد بررسی قرارگیرند (۹).

ازنظرماکروسکوپی درمورد التهابهای حاد،کیسه صفرا بزرگ، سفت و رنگ آن قرمز مایل بقهوه‌ایست و ضخامت جدار آن افزایش یافته‌است و درداخل‌کیسه صفرا معمولا مخلوطی‌ازصفرا، خون وچرك دیده میشود ولی‌سنگ قاعدتاً وجود ندارد. درمورد التهابهای مزمن ، دیواره‌کیسه صفرا ضخیم میشود و چند برابر ضخامت معمولی را پیدا میکند .

چینهای مخاطی در بعضی نواحی برجسته ودر برخی نواحی از بین میرود و مجرای سیستیك قطور میشود.

از نظر میکروسکوپی درکله سیستیت حاد پوشش مخاطی ممکن است در بعضی نواحی ازبین رفته زخمی گردد و دربرخی نواحی دیگر باقی بماند . گویچه‌های سرخ و سلولهای گرانولوسیت نوتروفیل در تمام طبقات دیواره‌کیسه صفرا ارتشاح مینمایند که همراه بافیبرین یا اگزودای قرمز رنگ است. عروق متسع ودر اطراف آنها اجتماع گلبولهای سفید مشاهده میشود.

در التهابهای مزمن ، پوشش مخاطی معمولا باقی است و دارای چینهای بزرگ است‌که ممکن است نمای پاپیلر بخودگیرد . در بعضی نواحی مخاط وکوریون آن در ضخامت دیواره‌کیسه صفرا فرومیرود که آنرا «Rokitansky-Aschoff Sinus» می‌نامند و معمولا در طول عروق خونی تشکیل میگردد ودر طبقه عضلانی هم دیده میشودکه قمرآنها معمولا به طبقه سروز میرسد. تشخیص این‌ساختمانهای غده‌ای‌شکل اهمیت فراوان دارد و باید آنرا از تومورهای‌کیسه صفرا تمیز داد. طبقه عضلانی هیپرتروفیه است و چندبرابرمعمول ضخامت دارد، طبقه سروز دارای رشته‌های‌ضخیم کلاژن است و ممکن است ضخامت آن بیشتر از ضخامت تمامی کیسه صفراوی طبیعی‌باشد. همینطور افزایش نسج همبندی دربین رشته‌های عضلانی دیده میشود . تمام نسوج همبندی ازسلولهای لنفوسیت ـ پلاسموسیت و سلولهای منونوکلئر بزرگ وگرانولوسیت‌های ائوزینوفیل انباشته است و بندرت سلولهای لنفوسیت تشکیل فولیکولهای لنفاوی با مراکز زایا میدهد . گاهی مواقع به‌کله سیستیت مزمن مخصوصاً کله سیستیت مزمن‌سنگی،التهابهای حاد هم اضافه میشودکه دراینصورت التهابهای حاد ومزمن توأماً در کیسه صفرا مشاهده میشود (۲،۱).

نمای بالینی

دراین مطالعه ما آندسته ازبیماران راکه دارای علائم حاد بودند ومدت زمانی آن‌کوتاه بوده‌است بعنوان‌کله سیستیت حاد بستری کردیم. اینگونه بیماران درموقع مراجعه دارای‌حساسیت مشخص در شکم بودند و در آزمونهای آسیب‌شناسی کیسهٔ صفرا تشخیص کله سیستیت حاد تأییدشد. در مواردیکه بیماران دارای دردهای مبهم با سابقهٔ طولانی بودند و در آزمونهای بالینی با بررسی دقیق فقط دردی درناحیه هیپوکندر راست داشته‌اندآنهارا بعنوان کله سیستیت مزمن بستری کردیم . در این‌گونه بیماران عده‌ای نیز بودندکه علائم بالینی آنها درچند هفته قبل از مراجعه‌تشدید یافته بعضاً همراه با زردی و یا علائم عفونی حاد بوده‌اندکه آنها را بعنوان بیماران مبتلا به‌کله سیستیت مزمن همراه باپوسه حاد بستری کردیم.

گرچه ما در اکثر موارد در هنگام عمل‌سنگ را مشاهده کرده‌ایم (۷۰٪) ولی علائم‌بالینی منتسب به سنگ در بیماران چندان زیاد نبوده‌است. بااطلاعات فراوانی‌که درسالهای اخیر درباره‌تشخیص و درمان بیماریهای مجاری صفراوی بدست آمده است و درنتیجه روشهای درمانی‌بسیارمؤثری دردسترس‌قرارگرفته وباپیشرفتهائی که در رادیولوژی این مجاری بدست آمده است امروزه بهتر و راحتتر میتوان بیماریهای صفراوی را تشخیص داد . در بین این روش‌ها کلانژیوگرافی‌از راه‌کبد(Transhepatic)و ازراه ورید ژوگولر (Trans Juguler) وآنژیوگرافی احشائی پانکراتو کلانژیوگرافی ، اندوسکوپی و دئودنوگرافی هیپوتونیك را میتوان نام برد. اسکینگ اولتراسونیك نیز کمکهای زیادی به تشخیص میکند . بهر صورت شناخت روزافزون ضایعات مجاری صفراوی تنها بستگی بافزایش مهارت ما درشناسائی این بیماریها نداردبلکه عملا دیده میشودکه میزان‌مبتلایان به‌بیماریهای‌مجاری صفراوی بطور واقع روبافزایش است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]

دکتر هنله و همکارانش (۳) این افزایش را در بیمارستانهای بریستول بخوبی مشاهده کرده وشرح داده‌اند بطوریکه تعداد کلی اعمال جراحی کیسه صفرا برای ۵ سال تحت مطالعه آنها بشرح زیر بوده است:

۱۵۳ مورد در سال ۱۹۳۳، ۱۴۵ مورد در سال ۱۹۴۰، ۲۳۱ مورد درسال ۱۹۵۰، ۴۶۵ مورد درسال ۱۹۶۰ و ۶۲۳ مورد در سال ۱۹۷۰.

بنابراین گزارش، تغییرات بین‌سالهای ۱۹۳۳ تا ۱۹۴۰ قابل‌توجه نبوده است ولی درسه دههٔ بعد این تغییرات کاملا چشم‌گیرمیباشد بطوریکه تعداد اعمال جراحی در سال ۱۹۷۰ـ۳/۴ بار بیش از سال ۱۹۴۰ بوده‌است. مشابه‌این‌تغییرات را ما نیزدرمورد بیماران خود دیده‌ایم بطوریکه در سالهای اول تعداد مبتلایان خیلی کم بوده‌اند ولی در سال ۱۳۵۱ این تعداد بحدود ۶ برابر میرسد.

ازبررسی‌های دکترهنله معلوم شده است که افزایش عمل‌جراحی سنگ صفرا در تمام سنین دیده شده ولی بیشتر در سنین پائین‌تر از ۳۰ سال ودر مردان بوده‌است.

افزایش میزان عمل‌جراحی کیسهٔ صفرا نه‌تنهابعلت افزایش‌میزان شیوع سنگ‌صفرا میباشد بلکه علل زیرهم ممکن است درافزایش میزان عمل جراحی کیسهٔ صفرا مؤثر باشند:

ـ قدرت تحمل‌علائم سنگ صفرا دربیماران کم‌شده‌است وبنابراین تعداد بیشتری برای درمان به‌طبیب مراجعه می‌کنند.

ـ پزشکان درتشخیص سنگ صفرا ازنظربالینی‌تجربیات بیشتری پیدا کرده‌اند.

ـ بهبود روش‌های رادیولوژی موجب افزایش تشخیص صحیح و درمان سنگ صفرا شده‌است.

ـ سرویسهای‌جراحی‌بیشتری‌دردسترس‌بیماران‌قرارگرفته‌است(۶).

از بررسی‌هائی‌که در بیمارستان «Frenchay» بعمل آمده معلوم میشود که شایعترین سن ابتلاء به سنگ صفرا دهه پنجم زندگی میباشد(۱۲). ما نیز دربررسی بیماران بیمارستان ابن‌سینا همین نتیجه را بدست آورده‌ایم که در نمودار شماره یك نشان داده شده است.

دربیمارستان Frenchay درمدت دهسالی‌که بررسی آغازشده‌است میزان مرگ‌ومیرعمل‌جراحی دربیماران مبتلا به‌سنگ‌کیسه صفرا ۸/۷٪ بوده است و ۹/۸٪ بیماران هم بعلت عفونت قفسه سینه ـ عفونت زخم وترومبوز وریدی فوت کرده‌اند (۱۲). موارد فوت بعداز عمل دربیمارستان ابن‌سینا بطوریکه درجدول‌شماره۱ نشان داده شده است ۳/۶۶٪ بوده است. با بررسی‌هائی که از ۲۵۶ بیمار مبتلا به‌کله سیستیت حاد در بیمارستان «Frenchay» بعمل آمده این نکات مورد توجه قرارگرفته است:

۱ـ تأخیرعمل‌جراحی باعث افزایش میزان مرگ ومیر میگردد.

۲ـ وجود پانکراتیت یاپرقان ویاوجود پانکراتیت توأم بایرقان مانع عمل جراحی فوری نیست.

۳ـ درکله سیستکتومی برای التهابهای‌حاد، تجویز آنتی‌بیوتیك قبل‌ازعمل‌جراحی میزان مرگ ومیر بعدازعمل را کاهش‌نمیدهد.

۴ـ برای‌کله سیستیت حاد عمل جراحی فوری توصیه شده است زیرا بطور مؤثر میزان مرگ ومیر راکاهش میدهد و مدت توقف را در بیمارستان‌کوتاه میکند (۵).

مشاهدات ما در هنگام عمل از اینقرار است:

در ۱۰۹ مورد سنگهای متعدد و منفرد درکیسه صفرا دیده شد.

در۲۳مورد علاوه‌برسنگ کیسه‌صفراسنگ کله دوك نیزوجودداشت.

در ۸ موردکیسه صفرا سنگ نداشت ولی درکله دوك سنگ دیده شد.

در ۳۶ مورد علائم التهاب شدید درکیسه صفرا مشخص بود ولی سنگی وجود نداشت.

در ۱۵ موردکیسه صفراکوچك و متصلب و دارای جداری ضخیم بوده است.

در ۵ مورد هیدروپس‌کیسه صفرا بدون سنگ ملاحظه شد.

در ۵ مورد علائم پریتونت دیده شد.

تمام بیماران عمل جراحی را براحتی تحمل کردند معذلك یك بیمار درضمن عمل جراحی بعلت خونریزی شدید فوت کرده‌است وحوادث بعداز عمل در ۱۰ بیمار دیگرمنجرنیز بفوت شده‌است.

جدول شماره ۱ موارد فوت شده را نشان میدهد:

جدول‌شماره ۱ـ موارد فوت پس‌از عمل جراحی

علت	تعداد	درصدکل عمل‌جراحی
کلاپس عروق ـ ایدمی و علل نامشخص	۷	۲/۳۳
فیستول صفراوی بعد از عمل جراحی	۳	۱
خونریزی شدید ضمن‌عمل‌جراحی	۱	۰/۳۳
جمع	۱۱	۳/۶۶

همانطوریکه ملاحظه شده در حدود ۴٪ موارد اعمال جراحی موفقیت‌آمیز نبوده است که پس‌از بررسی علت آن نارسائی کلیه ـ نارسائی قلب و عروق‌ـعفونت شدید بعداز عمل و تأخیردرمراجعه بیماران بوده است.

جراحی

اعمال‌جراحی‌مختلفی دربیماران‌انجام گرفت که درجدول شماره۲ انواع آن ذکرشده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]

جدول شماره ۳ـ اعمال جراحی‌که در بیماران انجام گرفته است

نوع عمل	تعداد
کله سیستکتومی	۱۶۵
کله سیستکتومی و کوله دوکوستومی	۳۶
کله سیستکتومی و اسفنکتروتومی	۲۱
کله سیستکتومی و بافت‌برداری کبد	۱
کله دوکو دوئودونوستومی	۳
کله دوکوژژونوستومی	۲
جمع اعمال انجام شده	۲۲۸

روش کار :

کله سیستکتومی: بعضی‌ازجراحان ترجیح میدهند که کله‌سیستیت حاد را با عمل جراحی درمان نمایند و باوجودیکه دیده شده‌است در مورد بعضی از بیماران عمل جراحی کله سیستکتومی بآسانی صورت میگیرد معذلك بایددانست که مشکلات وعوارض بعدازعمل در موارد کله سیستیت حاد خیلی بیش از کله سیستیت مزمن‌میباشد فی‌المثل دیده شده است که پس از بازکردن شکم ، کیسه صفرا و انساج اطراف آن باندازه‌ای متورم‌است که‌عروق ومجاری‌صفراوی را نمیتوان تشخیص داد.

در این موارد صلاح است که جراح به عمل کله سیستوستومی‌یعنی باز کردن کیسه صفرا و خالی کردن و وصل کردن آن بجدار باگذاشتن یك لوله Pezzer در آن اکتفا نماید.

باید دانست که این عمل در بسیاری از موارد جـان بیمار را از مرگ حتمی نجـات میدهد و جراح فرصت دارد تا درعمل بعدی پس‌از مدتی کیسه صفرا را براحتی بردارد (۴ و ۱۰).

در ۵٪ از بیماران که مبتلا به کله سیستیت بوده‌اند عمل کله‌ـ سیستکتومی برروی کیسه‌صفرای متورم به‌صورت‌حاد انجام گرفته است و در هیچکدام مجبور به‌کله سیستوستومی نشده‌ایم. توضیح آنکه پس از بازکردن کیسه صفرا و تخلیه آن از چرك و سنگ و مواد صفراوی چنانچه کیسه صفـرا قابل برداشتن باشد جراح میتواند اقدام به‌کله‌سیستکتومی بنماید ودرمواردکله سیستیت حاد بهتر است کله سیستکتومی از قدام بخلف (Anteropost) انجام شود .

کله سیستکتومی امروزه دراغلب بیمارستان‌های دنیابطریقه رتروـ گراد عمل میشود بدین شرح که درپایه کیسه صفرا ابتدا شریان کیسه صفرا را درمثلث کالـو (Calot) پیدا نموده با نخ ابریشم یا فیل دولن میبندند و سپس مجرای سیستیك را کاملا از مجرای کله دوك تشریح نموده در فاصله ۳ـ۵ میلیمتری اتصال سیستیك به کله دوك آنرا قطع مینمایند و پس از قطع شریان و مجرای سیستیك ، کیسه صفرا را از پائین به بالا ، بطوریکه بجدار کبد صدمه‌ای وارد نشود، تشریح می کنند.

این نکته قابل‌دقت‌است که مجرای‌صفراوی فرعی‌در بستر کیسه‌صفرا وجود دارد وممکن است در موقع تشریح و جداکردن آنها پاره شود وپس‌ازعمل منجر به‌دفع صفرای زیاد ازبیمار بشود بنابراین صلاح است بدقت این مجرا را جستجو کرده وآنها را لیگاتور نمائیم. پس‌ازبرداشتن کیسه صفرا سروز دوطرف بستر کیسه صفرا راکه باقی مانده است از پائین به بالا میدوزیم و یك درن درمحل میگذاریم و آنرا از سوراخ دیگری‌که از شکاف اصلی شکم‌فاصله دارد بیرون میآوریم.

گرچه کله سیستکتومی بطریقه‌رتروگراد طرفداران زیادی دارد معذلك بسیاری ازجراحان توصیه میکنند که مخصوصاً اگرجراح تازه‌کار باشد صلاح است این عمل را از قدام به خلف انجام دهد زیرا این طریقه خطرش از روش رتروگراد بمراتب کمتر است.

بهرحال روال‌کار ما این است که در مواردکله سیستیت حاد بیمار را تحت درمان داروئی‌قرارمی‌دهیم ودرصورت امکان عمل‌جراحی را موکول به‌زمانی‌می‌نمائیم که بیمارحالش‌خوب شده وکیسه‌صفرا از وضع تورم حاد خارج شده باشد.

چنانچه درد وتب بیمار ادامه‌یافت وعلائم موضعی و لکوسیتوزدال برپیشرفت بیماری بود اقدام به عمل جراحی می کنیم. پس‌از باز کردن شکم، محتوی کیسه صفـرا را خالی نموده اگرمیسر بود کله‌سیستکتومی‌واگرصلاح‌نبود اقدام به‌کله سیستوستومی‌مینمائیم.

گرچه دراین‌مقاله فرصت تذکرراجع به‌روش‌های اعمال مجرای صفراوی نمیباشد معذلك لازم است چند کلمه‌ای در مورد کله‌ـ دوکودوئودنوستومی واسفنکتروتومی و یا بهتر بگوئیم اسفنکترو‌ـ پلاستی شرح داده شود.

در حقیقت اندیکاسیون این دو عمل در موارد زیر است:

۱ـ وجود سنگهای متعدد در مجرای‌کله دوك (معمولا بیش از ۵ عدد)،

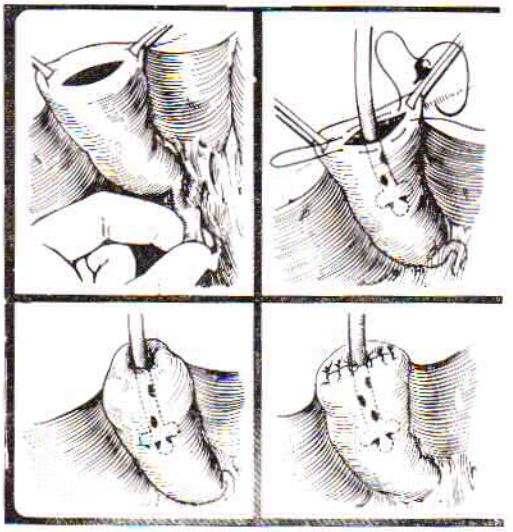
۲ـ فیبروزآمپول واترکه بوژی نمره ۴ میلیمتر ازآن نگذرد،

۳ـ تنگی انتهائی مجرای‌کله دوك،

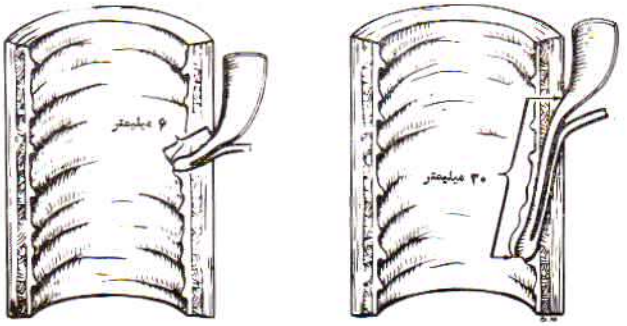
۴ـ اتساع مجرای‌کله‌دوك بیش‌از ۲۵ میلیمتر،

انتخاب اسفنکتروپلاستی‌وکله دوکودوئودنوستومی بستگی‌به‌وضع کله دوك دارد. اگرمجرای‌کله دوك خیلی گشاد است بدیهی‌است کله دوکودوئودنوستومی وچنانچه مجرا زیاد متسع‌نیست (بیش‌از ۱۵ میلیمتر باشد) اقدام به اسفنکتروپلاستی میگردد. باید تذکار دادکه‌کله‌دوکودئودنوستومی بطریقه «End - To - Side» انجام میشود و اسفنکتروپلاستی بابرش‌کامل اسفنکتر بطریقیکه درشکل ۳ نمایان است انجام میگیرد.

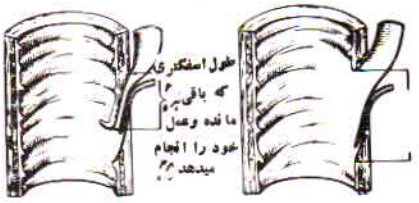
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]



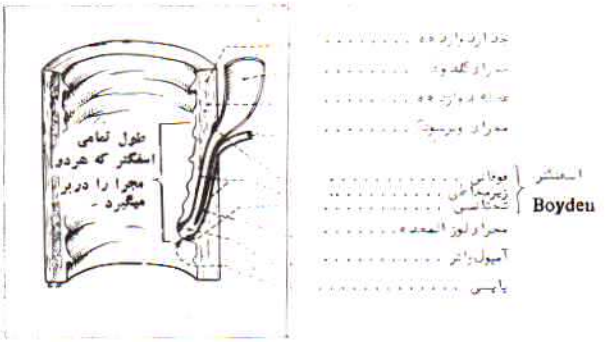
شکل ۲- قراردادن لوله Pezzer در عمل کله سیتوستومی



شکل ۳
طول اسفنکتراودی داخل‌جداری از ۳۰-۶ میلیمتر تفاوت مینماید.



شکل ۴　　بعد از اسفنکتروپلاستی　　بعداز اسفنکتروتومی



شکل ۵

تجسس مجرای کله دوك (۷)

بعداز بازکردن پریتون درقسمت راست ، لیگامان هپاتودوئودنال کله دوك‌را میتوان مشاهده کرد.

برای بازکردن کله دوك دو بخیه نگاهدارنده باکاتکوت کرومیك سه صفر در سطح قدامی کله دوك در بالا یا پائین مجرای سیستیك زده میشود وپس‌ازبالا نگاهداشتن بخیه‌ها، بایك شکاف عمودی در سطح قدامی کله دوك دربین بخیه‌ها، مجرای کله دوك بازمیشود. شکاف باندازه ۱۲میلیمتر اتساع داده‌میشود وپس‌ازبازکردن کله‌دوك و خارج نمودن سنگ برای تجسس آمپول واتر از دیلاتاتورهای Bake استفاده میشودکه‌آنرا ازشماره پائین‌شروع کرده‌تانمره ۱۰ جهت اتساع آمپول واتر بکار میبریم.

پس‌از اطمینان از اینکه سنگ در مجرای کله دوك وجود ندارد و آمپول واتربااندازهٔ کافی اتساع یافته مجرای کله دوك را بامحلول سرم فیزیولوژی شسته، سوند بشکل T در داخل مجرای کله دوك میگـذاریم و شکاف روی کله دوك را باکاتکوت کرومیك دو صفر می‌دوزیم. استفاده از ابریشم یا مواد غیرقابل جذب برای دوختن مجرای کله دوك مناسب نیست.

خلاصه و نتیجه

۲۲۸ مورد بیمار مبتلا به کله سیستیت ازسالهای ۱۳۴۳تا۱۳۵۲ در بخش‌های جراحی بیمارستان ابن‌سینا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند.

وضع این بیماران ازنظرجنس ـ سن ـ علائم بیماری و یافته‌های آزمایشگـاهی و نوع عمل جراحی و عوارض بعد از عمل مورد مطالعه قرار گرفته‌است ونتایج حاصله ازاین‌بررسی بابررسی‌هائی که در مطبوعات پزشکی جهانی انتشار یافته مقایسه شده است.

بیماریهای التهابی مجـاری صفراوی در سالهای مورد مطالعه در ایران رو به‌تزاید است وبعلاوه در اکثر موارد این التهاب‌همراه با سنگ ویا ناشی ازآن بوده‌است. ازلحاظ سنی وفور این‌بیماری در سنین متوسط بویژه در دهه چهارم و پنجم کاملا مشخص است . اکثر این بیماران زن میباشند (۳ زن در مقابل یك مرد).

عفونت مزمن با یابدون التهاب حاد دراکثرموارد مشاهد گردید.

عوارض‌جراحی ناچیز بوده است ومیزان مرگ و میر بعدازعمل ۳/۶٪ میباشدکه دربیشترموارد بدی وضع عمومی‌بیمار و نارسائی قلب و عروق علت‌آن بوده است.

در خاتمه نگارندگان پیشنهاد مینمایندکه بمنظور بررسی دقیق‌تر ازمیزان وفور این‌بیماری و بیماری‌های دیگرلازم است یك مرکز ثبت وضبط بیماریها درایران تأسیس گردد تا بتوان باجمع‌آوری گزارش‌های‌مختلف، مدارك دقیق‌تر ازوفور بیماریها ـ وضع بالینی و میزان مرگ و میر ناشی ازآنها بدست آورد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]

REFERENCES :

1- Anderson W. A. D. (editor). Pathology, Vol 2 Sixth edition C. V. mosby P. 1261_64, 1971.

2- Boyd, W. A textbook of pathology. Eight edition. P. 898_902,1970.

3- Burnett W. Acute cholecystitis. Practitioner. 209. 150_156, Aug. 1972.

4- du plessis D. J. and Jersly J. the management of acute cholecystitis The surgical clinics of North America Vol 53, P. 1071_1077, 1973.

5- Gardner B. Masur R. and Fujimoto J., Factors influencing the timing of cholecystectomy in acute cholecystitis. Am. J. Surg. 125_730_3 June, 1973.

6- Holland C. and Heaton K. W. Increasing frequency of gall bladder operations in the Bristol clinical area Br. Med J. 3, 672_5, 16 sept. 1972.

7- Mangot R. exploration of the bileduct. operative surgery Charls Rob and Rodney Smith (editor) Abdomen and Rectom and Anus. Butterwath pub. PP 410_420. 1969.

8- Mullen J. Rosato, E F. Ipsen J, and Rosato F.E. Gallstone Characteristics In the diagnosis of choledocholithiasis. Ann. Surg 176. 718_20 Dec. 1972.

9- Orloff M. Forward, on Symposium on surgery of the biliary tree. The surgical clinics of North America. Vol 54_961_962, 1973.

10- Rosoff L. and Robbins F.G., Operative treatment of acute cholecystitis. The surgical clinics of North America 53. 1074 _ 1088, 1973.

11- Waddell W. R. and Grover F. L. Gallbladder as a conduit between the liver and intestine surgery 74. 524 - 9 Oct 1973.

12- Wilson R. C. Frequency of gall bladder operation. BR Med. J. 4, 46 - 7 Oct 1972.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-06]