

نکاتی چند درباره دمل آمیبی کبد

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۱، صفحه ۴۰، ۱۳۴۸

* گنتر دارا عزیزی *

میدهند. ولی در حقیقت دقیق ترین شرح حالها و شروع درمان با اصول صحیح را باید از آن طبیب‌ها و جراحان وابسته به نیروهای دریائی داشت، تمامی اسمای آنها در این خلاصه نمی‌گنجد فقط چند نفری از آنها را می‌شود باد آور شد از جمله : Larrey - Rogers - Bertrand - Kejsch بجهة تجسسات عدیدهای در این باره نموده‌اند.

مشخصات آسه آمیبی کبد : دملهای حجمی هستند که بیشتر در قاق راست کبد تشکیل می‌شوند، گاهی در نیمه خلفی نزدیک به سطح فوقانی کبد قرار دارند ولی اکثرًا بسیار سطحی هستند.

در حدود 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 چرک لزج شوکولاتی می‌باشد. اطراف دمل ضایعات النهایی هپاتیت یا پرخونی ملاحظه می‌شود که کم و بیش منتشر است. چسبندگی‌های متعدد صفاق، حجاب حاجز، جنب و دیه و احشاء داخل شکمی اکثرًا در اطراف خایده کبدی ملاحظه می‌شود.

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

مسئله وجود یا عدم وجود آمیب و عوامل میکروبی بیماری زا در آسه کبد : در چرک محتوی آسه آمیب را نمی‌شود یافت. در جدار آسه نیز این پرتوژن بندرت یافت می‌شود. در آمار لاز (Lacaze) نسبت پیدایش آن در جدار آسه ۴۹ درصد گزارش شده است.

مقدمه : آمیب‌ها در بدن انسان آسیب‌های مختلفی ایجاد می‌کنند: اسهال‌های آمیبی یکی از انواع تظاهرات شایع بیماری‌های آمیبی در ایران است که بدوشکل حاد و مزمن شناخته شده است. چه بسا اتفاق افتد از آسیب‌های مهاجری که در بالا یا پائین قوس رانی شکافت شده‌اند آسیب‌های آمیبی بوده‌اند همان‌طور که مأخذ شاهد یک مورد آن (در یمارستان سینا) بوده‌ایم که با فیستولوگرافی

و آزمایش‌های متعدد لا برآتواری به تشخیص رسیده است. باید یاد آور شد که در تولید این دمل‌ها عوامل میکروبی بیماری‌زای معمولی (کولی‌باسیل) نیز اکثرًا شرکت می‌کنند و کمتر دیده شده است که آسه با منشاء قولونی بدون دخالت میکروبی بیماری‌زا باشد.

یادآوری نکات فوق برای تشریح مطلب مفید است زیرا دمل آمیبی کبد در حقیقت مر بوط به یک نکروز وسیع نسج کبدی است، این نکروز و لیکه فاکسیون (مایع شدن نسوج نکروزه) در محل، حفره‌ای بجامی گذارد که در آن ترشحات مختلفی جمع می‌شوند (سروزیته، خون و نسج ضایع شده) بهمین دلیل این مجموعه‌رنگ قوه‌های مخصوصی بخود می‌گیرد که بر نگ شوکلاتی است و میدانیم تاچه اندازه‌این رنگ خاص در تشخیص نوع چرک آسه بما کمک مینماید.

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

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

* گروه حرایی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

دکتر دارا عزیزی : نکاتی چند درباره دمل آمیبی کبد

- امتن مصرف شود .
- اگر تشخیص مسلم است برش جدار باید هر چه بیشتر کوتاه تر انتخاب شود .
- حتی الامکان مجموعه چرکی داخل کبد باید بطور کامل تخلیه شود .
- حفره باقی مانده را نباید باهیچگونه محلولی شستشو داد .
- با تدایر چندی باید از آلودگی پرده های سروز مخصوصاً صفا و جنب در ضمن تخلیه آب سه جلو گیری نمود .
- بهر حال قبل از عمل، وضعیت کبد از لحاظ طرز کار آن باید دقیقاً بررسی شده باشد (تست های کبدی) و تست های انعقادی، رادیو گرافی از ریه ها، آزمایش های دیگر خون و مدفوع بطور کامل انجام شده باشد . تجسس آمیب در مدفوع و یا در صورت لزوم بیوپسی در ضمن رکتسوسکوبی از ناحیه رکتو سیگموئید برای یافتن آمیب گاهی مورد استفاده قرار خواهد گرفت .
- اگر از دسته طرفداران بزل کبد قبل از عمل باشیم در این صورت آنرا با سوزن ۱۰ تا ۱۵ سانتی متری یا با سوزن های $\frac{1}{10}$ تا $\frac{1}{15}$ انجام خواهیم داد . محل انتخابی پونکسیون کبد بین نهمین و دهمین فاصله بین دنده ای راست است (بر روی خط زیر بغلی میانی قرار دارد)، باید یاد آور شد که چون کبد به آسانی چاک بر می دارد لذا نکته مهم : « اجراء در پونکسیون در حالت آپنه » یا حبس تنفس مطلق است زیرا کوچکترین حرکت کبد که با حرکات تنفسی انجام می شود امکان پاره شدن کبد را در بر دارد .
- بهر حال اطلاعاتی را که از این پونکسیون کبد بدست می آید در چند قسمت می شود خلاصه نمود که عبارتند از تشخیص مثبت دمل کبد، تشخیص امکان عفونت اضافی (کشت چرک خارج شده) و تشخیص وضع سلولهای کبد و مجاری صفر اوی داخل کبدی .
- جراحان بطور کلی با بزل کبد مخ - الف هستند و خطر آنرا از لاپاروتومی تجسسی بیشتر میدانند Leccène عقیده دارد که علاوه بر خطرات احتمالی چه با بزل هایی که با وجود آب سه های بزرگ کبدی نتوانسته است پرده از روی مجهول تشخیص بیماری بردارد .
- Melnotte و Lacaze (۵) از طرفداران بزل کبد و Meyer از جمله مخالفین این طریقه هستند (۶) .
- لاکاز می گوید اگر ماقوانیم با بزل کبد در موادر اولیه آب سه کوچک کبد بشناسیم بر سیم محتملا و خامت پیش آگهی باعث 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 نخم نکند . بمجرد اولین پیدایش خون ریزی یا تراوش بیش از حد

عوامل میکروبی بیماری را بخصوص ازنوع کولی با سیل ممکنست در جدار دمل دیده شود (Talbot) .

در آمار Constantinini - در ۹۰ درصد موارد چرک آب سه بدون عوامل آمیبی و میکروبی بوده است و در ۱۰ درصد موارد کولی با سیل یا استافیلوکوک در کشت چرک ملاحظه شده است (۳) .

نکات فوق در درمان جراحی آب سه آمیبی کبد باید بدقت مورد توجه قرار گیرد . مصرف امتن و مشتقات آن و آنتی بیوتیک های وسیع الطیف بر احتی دمل کبدی را از عوامل میکروبی و آمیب پاک کرده و درمان جراحی آنرا تسهیل می نماید .

درمان آب سه آمیبی کبد :

قدیمی ترین طریقه درمان آب سه کبد همانا بزل یا پونکسیون دمل است . اینکار با سوزن معمولی به نمره معمولاً ۱۸ انجام می شود و این عمل را تا بهبود کامل چندین بار در هفته تکرار می کنند . برای اولین بار Combay تخلیه آب سه کبد را با ترا کار قطعی انجام داد و نتیجه خوبی از آن گرفت (۱۸۴۷) وی درن باریکی در محل ترا کار قرار میداد، اینکار در موادر دیگه کبد به جدار قدامی چسبندگی داشت بدون اشکال انجام می گرفت ولی خطر پخش مایع آب سه بداخل حفره صفا و پیدایش پریتو نیت در کبد های بدون چسبندگی به احشاء مبتاور همیشه وجود داشت .

در طریقه دیگری بنام اسلوب شانگهای که مدت زمانی طرفداران چندی داشت بدین ترتیب رفتار می شد که طبیب با چاقوی بلند و باریکی جدار شکم و کبد را یکباره با یک ضربه می شکافت و چرک از این راه خارج می شد . 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 امتن درمان وارد مرحله اساسی خود شد ، با مصرف آن آمیب ها ازین رفته و آب سه ها استریل می شدند و در نتیجه نسبت موارد بهبود و افته توسط جراحی رو بفزونی گذاشت .

از طرف دیگر مصرف امتن تعداد موارد بیماران مبتلا به آب سه های کبدی را نیز کمتر نموده بود زیرا بیماران در مراحل اولیه کولیت و ھپاتیت آمیبی معمولاً با امتن بهبود کامل می بافتند .

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

بدون وارد شدن در مبحث اسلوب عمل جراحی می شود نکات اساسی موردنظر را در اینجا یاد آور شد .

- قبل و بعد از هر عمل جراحی برای کیست های آمیبی کبد باید

(درنار) به خارج نیز میشود درمان نمود ، منوط بر اینکه چرک آبse بدون میکروب و بدون آمیب باشد. عمل پیشنهادی وی بینین طریق انجام میشود : بعداز لایارا توئی و بررسی کبد و کشف محل دمل ، آبse را شکافته و ترشحات داخل آن به آزمایشگاه فرستاده میشود درصورتیکه شرایط فوقورا دارا باشد بعداز تخلیه كامل آبse و خشک نمودن داخل آن با گاز ، حفره بسته، وجدار دوخته میشود.

- درمورد آیسنهائی که بداخل نای چه 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 بعداز یک و میک کامل آبse کبدی ممکن است خوب شود . اگر ترشحات ادامه یابد و یاعقونت 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 آخرين دندنه های قفسه صدری) بداخل حفره کبدی راه یافت ، بازه کشی دمل ازهیں محل معمولاً بعداز مدتی راه فیستول کبد به قصبات خود بخود بسته می شود .

خلاصه :

بطور کلی یادآور میشویم که آبse های آمیبی کبدی گرچه کمتر دیده میشود ولی هنوز در مالکی مانند کشورهای مانع اشایع است . دمل کبدی با مصرف امتن و آنتی بیوتیک های وسیع الطیف قبل از عمل جراحی انواع میکروبی و آمیبی پاک میشود و درنتیجه عمل جراحی که به تخلیه آن کمک مینماید اکثرآ با موفقیت کامل رو بروست .

REFERENCES

- ۱- عزیزی ، د . معرفی بیمار مبتلی به آبse 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.

صفرا باید درن کوتاه گردد . یک نوع مارسوپیالیز اسیون بنام هپاتوستومی Hepatostomie نیز گاهی انجام میشود . در اینجا لبه های شکاف محل آبse را به لبه های شکاف جدار میدوزند . اگر کبد به اطراف چسبندگی زیادی داشته باشد و با شکاف جدار جراح بتواند مستقیماً محل آبse بر سر معمولاً دیگر احتیاجی بدوختن کبد بجدار نخواهد بود . جراحی را میشود از راه شکمی یا از راه جنب و حجاب حاجز (خلفی) انجام داد درصورت لزوم عمل دنده برداری نیز انجام خواهد شد .

بعداز عمل : آنتی بیوتیک های وسیع الطیف - امتن - 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 .

رو بینو (Robineau) عقیده دارد که درن باید هر چه نزدتر برداشته شود . در اینصورت بیمار بسرعت رو به بهبود میرود و حفره کبد بخوبی و بسرعت پرمیشود . عوارض از جمله خونریزی میتواند مربوط به نارسائی کبدی باشد . کوله راژی نیز ممکن است درصورت ذخمي شدن کبده دیده شود . بررسی مجاری صفو اوی با رادیو گرافی بامداد حاجب درصورت پیدا شی جریان صfra به خارج لازم است . اگر مانع در راه عبور صfra به دوازدهه وجود داشته باشد فیستول صفو اوی خارجی خشک نخواهد شد (Bourgeon - Pietri) (۲) از جمله عوارض بعداز عمل غفو نتهاي صفاق ، جنب وریه نیز گاهی دیده میشوند .

- کنستانتینی عقیده دارد که آبse های کبدی را بدون ذه کشی