

انسداد روده بعلت فتق مختنق در سوراخ بند آپاندیس

دکتر عبدالحمید حسابی*

مجله علمی نظام پزشکی
شماره ۴، صفحه ۲۷۱، ۱۳۴۹

نوسان دردیقه داشت. در رادیو گرافی ساده شکم که در حالت ایستاده و خواهید بعمل آمد تصاویر حد فاصل مایع و گاز بمقدار زیاد دیده میشد و قسمت اعظم روده های باریک اتساع (دیلاتاسیون) داشت. آزمایش خون نشان داد که اوره خون مختصری افزایش یافته و تعادل الکترولیت ها نبیاند کی دگر گون شده است. بالا فاصله مقداری سرمه الکترولیت به بیمار تزریق گردید و با تشخیص انسداد روده بدون علت واضح عمل شروع شد.

لازم بذکر است که در معاینه سایر قسمتها عارضه ای وجود نداشت، لمس مقعدی عالمت جالبی نشان نداد، بیمار تنفسی شده اما مزاج اجابت نکرده بود. سابقه بیمار که کاملا بررسی شد هیچ درد و ناراحتی شکم را در گذشته نشان نمی داد.

در عمل جراحی شکاف میانی بالا و پائین ناف داده شد. بعد از باز کردن صفاق، داخل شکم مقدار نسبتاً زیادی سروزیته وجود داشت که در انسداد (اکلوزیون) معمولاً دیده میشود. در تجسس روده ملاحظه شده روده های باریک کاملاً گشاد شده پراز گاز و مایع است و در جست وجوی زیاد معلوم گشت که گیری در پائین روده باریک نزدیک آپاندیس وجود دارد. ابتدا اوضاع و احوال چنین حنسی را بر میانگیخت که باید یک بزید بعلت آپاندیسیت در کار باشد ولی با دقت بیشتر مسلم گشت که سوراخی بطول تقریبی ۲ تا ۳ سانتیمتر در بند آپاندیس وجود دارد و یک قوس پائین ایلثون از این سوراخ عبور کرده و کاملاً تحت فشار قرار گرفته و تغییر رنگ داده است. (شکل صفحه بعد)

بالا فاصله سوراخی که در مزو آپاندیس وجود داشت با شکافتن مزو کاملاً باز و روده آزاد گردید و مقداری پارچه آغشته به سرم فیزیو- لوژی گرم روی آن گذاشده شد. روده بسرعت تغییر رنگ داد و معلوم شد که احتیاج به قطع ندارد. ولی بند آپاندیس که

تحت عنوان فتوهای داخل شکم، ازانواعی از فتق صحبت میشود که بعلت سوراخی در بند روده یا چادرینه ایجاد شود و اشکالی از این فتق بعلت وجود سوراخی در مزامنتر، مزو کولون عرضی و مزو سیگموئید و همچنین چادرینه بزرگ کاملاً شناخته شده و توسط جراحان بسیاری شرح داده شده است ولی فتق بعلت وجود سوراخی در مزو آپاندیس بندرت دیده و نوشته شده است. در تحقیقاتی که بعمل آمده تاکنون یک مورد دیگر غیر از آنچه در این مقاله آمده انتشار یافته است.

شرح حال بیمار موره بحث:

مصطفی - ج ۴۲ ساله بعلت درد شکم مراجعه میکند. چون درد بیمار خیلی شدید بوده است پرستار یک آمپول مسکن باو تزریق مینماید و ده دقیقه بعد بوسیله پزشک مورد معاینه قرار میگیرد. در پرسش از بیمار معلوم میشود که مدت ۲۴ ساعت است دچار درد شدید شکم شده و همراه با این درد استفراغ هم داشته و چندبار غذاهای خورده شده و صفراء استفراغ کرده است. این دردها شدت و ضعف داشته و در این مدت شکم بیمار هیچ اجابت نکرده است. حال عمومی بیمار دگر گون و از تشنگی و خشکی زبان نیز شاکی بود.

در معاینه تمام شکم در دنک بود و نفخ متوسطی همراه با تپیانیسم داشت. در لمس شکم وجود پریستالنیسم روده ها در زیر جدار واضح بود و هنگام گوش کردن حدای روده ها بطور واضح شنیده میشد. در تمام شکم سفتی مختصری وجود داشت ولی تصلب شکم (کونتر اکتور) در کار نبود. هنگام معاینه، بیمار دچار استفراغ شد که محتوی خارج شده تقریباً بر نگاه مدفوع بود

در امتحان عمومی، بیمار کاملاً دزیده اته و زبان خشک و چشمها فرو رفته بود. فشار خون ۱۰۰ میلیمتر جیوه و نیض در حدود ۱۲۰

* بیمارستان ابن سينا - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

مقدماتی برای آماده شدن عمل برایش انجام میگیرد و در عمل شکاف پارارکتال راست داده شده و در تجسس داخل شکم دیده میشود که علت اکلوزیون یک فتق مختنق داخلی است و یکی از قوس های روده باریک از سوراخی در مزو آپاندیس عبور کرده و ایجاد انسداد نموده است. بدون گشاد کردن سوراخ مزو آپاندیس قوس روده از این سوراخ به آرامی خارج گردید و سپس سوراخ دوخته شد و آپاندیس هم باقی گذارده شد.

ملاحظه میشود که شرح حال هر دو بیمار کم و بیش مشابه یکدیگر است و فقط اختلاف در تکنیک جراحی است که ما در بیمار خود آپاندیس را برداشتم و آنها باقی گذاردم. البته دلیل اساسی شاید این باشد که روده در بیمار آنها آسان تر خارج شده است و در بیمار ما باسانی خارج نمیشد و خروج آن از سوراخی باین کوچکی مستلزم فشار و دستکاری زیاد روی روده بود. درحالیکه یک شکاف مختصر روی کنار بند آپاندیس باعث میشود که خود بخود روده آزاد شود و وقتی باین قریب مژوشکافته شد البته لازم است که آپاندیس برداشته شود با این حساب که برداشتن آپاندیس زمان کمتری میخواهد تا خارج گردن روده از این سوراخ و دوختن آن دلیل دیگر هم شاید این باشد که چون بیمار آنها خیلی پر بوده است نخواسته اند کار اضافی دیگری از نظر جراحی انجام دهند.

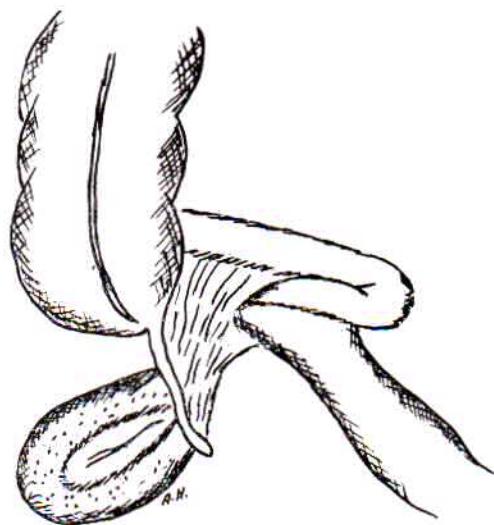
عملت: بهیچوجه علت مشخصی برای ایجاد این سوراخها در روی مزو یا چادرینه نمیتوان شرح داد ولی دو عامل ضربه و عفونت های قبلی را ممکن است ذکر کرد که شاید موجب بروز این سوراخها باشند. سوراخ بند روده باریک با توجه به آمار منتشر شده بیشتر در قوس های ابتدائی و انتهائی دیده میشود.

در باره سوراخ مزو آپاندیس نیز بجز دو عامل ضربه و عفونت، از عوامل دیگری نمیتوان صحبت بیان آورد.

تشخیص: معمولاً تشخیص قبل از عمل جراحی ممکن نیست. این ضایعه در دو حالت تشخیص داده میشود یکی هنگامیکه بیماری را بخاطر ضایعه دیگری تحت عمل جراحی قرار میدهیم و بعد از لپاروتومی متوجه میشویم که بیماریک فتق داخلی هم داشته که علامتی از خود نشان نداده است. حالت دوم وقتی است که این فتقها حالت اختناق پیدا میکنند و بیمار با تشخیص یک اکلوزیون حاد تحت عمل جراحی قرار میگیرد و بعد از باز کردن متوجه میشویم که علت انسداد فتق داخلی است.

میزان مرگ و میر این بیماری خیلی بالاست. آمار Mocks ۱۹۶۳ میلیون ۵۴ بیمار عمل شده ۲۴ فوت نشان داده است (۴۴%).

حالا بریده شده بود بسته و آپاندیس ظاهرآ طبیعی، برداشته شد. از آپاندیس آزمایش بعمل آمد ولی عالم آسیب شناسی عفونت حاد در آن مشاهده نگردید.



روزهای بعد از عمل بخوبی گذشت. بعد از ۴۸ ساعت حرکات روده ها شروع شد و بیمار گازدغ نمود و روز چهارم مراجعت اجابت کرد. وضیت زخم هم خیلی خوب بود و روز دهم بخیه ها برداشته شد و بیمار با بهبود کامل مرخص گردید.

بحث: با توجه به تاریخچه بیماری ملاحظه میشود که در ۱۹۲۵ تنها ۲۸ مورد از فتق داخلی که در مزاوتر اتفاق افتاده شرح داده است. در سال ۱۹۵۸ مورد جمع آوری کرد که ۳۳ مورد در چادرینه و ۱۲۷ مورد در مزاوتر بوده است. تنها موردیکه فتق بعلت وجود سوراخی در مزو آپاندیس گزارش شده، در مجله Annals of Surgery ۱۹۶۳ است که در سال ۱۹۶۳ انتشار یافته و در بیمارستان مرسی شیکاگو دیده شده است. در این شرح حال از زنی ۸۰ ساله باد میشود که با تابلوی انسداد روده ۴ روزه همراه با کم آبی شدید بدن مراجعت کرده است. رادیو گرافی ساده شکم تصاویر هیدرو آئریک در روده ها نشان میدهد و تدقیق باریم تمام کادر کولون را پر کرده و ۱۰ سانتیمتر نیز از انتهای ایلئون را فرا میگیرد. اوره خون قدری بالا، آمبلاز سرمه ۱۴۴ واحد سوموزی - کلر ۱۱۷، سدیم ۱۳۹، پتاسیم ۴/۹ میلی اکی والان بوده است. الکتروکاردیو گرافی ایسکمی خفیف قلب همراه با هیپر تروفی بطن چپ را نشان داده است. برای بیمار لوله معده گذارده شده و بمدت ۱۸ ساعت در مانهای

REFERENCES

- James A. Rooney M.D., James P. Carroll M.D., John L. Keeley M.D.: Annals of Surgery Vol. 157, No.2 Febr. 1963, Lippincott.
- Cutler, C.D. and H.W. Scott Jr: Transmesenteric Hernia, Surg. Gynec. and Obst. 79: 509, 1954.
- Christopher's Textbook of Surgery, 1964, Eighth Edition Saunders Philadelphia.