آسکاریس در صفاق
(گزارش یك مورد)

مجله علمی نظام پزشکی

سال دوم ، شماره ۴ - ۵ ، صفحه ۱۳۵۱،۲۷۸

دکتر عبدالحمید حسابی *

شرح حال بیمار

آقای ا ـ ی ۲۸ساله درتاریخ ۵۰/۱/۲۹، بعلت دردوناراحتی شکم مراجعه میکند. شروع بیماری از شش روز قبل بوده است، بدین معنی که بیمار در تاریخ ۵۰/۱/۲۳ تصادف کرده و مدت شش روز بستری بوده سپس به بیمارستان آورده شده است . در معاینهٔ شکم درد و نفخ جزئی جلب توجه میکند وشکم سفت‌است. رویهمرفته حساسیت و وضعیت شکم طوری است که حدس شکم جراحی زده میشود . فشار خون $\frac{۱۴۰}{۸۰}$، نبض ۱۰۰ دردقیقه، درجه حرارت ۳۷/۶است و بیمار باوجودآنکه‌راه میرودازضعف وسستی شکایت دارد وخیلی هم احساس تشنگی میکند. بلافاصله از بیمار رادیوگرافی ساده شکم درحال ایستاده و خوابیده بعمل آمد که در آنها اثری از وجود هوا در صفاق نبود و فقط یك خط شکستگی در شاخه عانه‌ای ورکی استخوان لگن خاصره مشاهده شد . برای تکمیل معاینات و باوجودآنکه تشخیص شکم‌جراحی قطعی‌بود، از بیمار پونکسیون صفاق در ناحیهٔ حفره خاصره‌ای سمت‌چپ انجام گردید که‌مقدارزیادی خون‌خارج‌شد. برای‌اطمینان 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 لوله‌آزمایش نگاهداری شد وبهچوجه انعقادی درآن صورت نگرفت. بیمار سه‌ساعت بعد از ورود باتشخیص خونریزی‌داخلی تحت عمل جراحی قرارگرفت. شکاف میانی بالای ناف داده شد و بعد از بازکردن صفاق مشاهده شدکه حدود سه‌لیتر خون در محوطه شکم جمع شده است . در تجسس بیشتر مشاهده گردید که علت خونریزی پارگی وسیع‌لوب راست کبد است. این پارگی از سطح تحتانی شروع شده سپس در سطح خلفی ادامه داشت. برای سهولت‌کار یك شکاف عرضی نیز داده شد که بطرف راست تا لبه دنده ها ادامه یافت ، سپس پارگی وسیع دوخته شد و خونریزی قطع گردید. بعد از قطع خونریزی جستجوی‌کامل شکم بعمل‌آمد. چون پارگی نزدیك‌کیسه صفراومجاری‌صفراوی بود ، با وجود آنکه اثری از صفرا در صفاق بیمار نبود ، ابتدا تجسس کاملی از این اعضا بعمل آمد (چیزی‌که مسلماً در عرض شش روز اگر ضایعه‌ای در مجرای صفراوی بودباید آشکارمیشد) ولی هیچ ضایعه‌ای دراین دستگاه وجود نداشت . سپس دستگاه هاضمه از معده تارکتوم سانتیمتر به سانتیمتر بازرسی شد و کوچکترین ضایعه‌ای وجود نداشت لذا داخل شکم‌کاملا تمیزشد و خون‌ها آسپیره گردید وبعد از اطمینان ازقطع خونریزی، در کنار زخم‌کبد مش و یك درن هم زیر کبد گذاشته و جدار شکم بسته شد . درجریان عمل ۴ شیشه خون به بیمار تزریق گردید و بعد از عمل درمان‌های عادی بیماران جراحی در مورد این بیمارنیزانجام شد. بیمار،از روز دوم بعدازعمل‌بتدریج علائم‌نفخ و اکلوزیون پارالیتیك پیداکردکه چون خیلی شدیدبود ناچار برای بیمار لوله معده بکار برده شد ودر۴۸ ساعتی که این‌لوله وجود داشت مقادیر زیادی ترشح خارج گردید. ازروز پنجم بتدریج نفخ‌کمتر و بریستالتیسم روده‌ها شروع شد . در اینمدت بیمار مرتباً بوسیله سرم‌تغذیه میشد واز روز ششم مایعات تجویز گردید .

بطورکلی محل عمل کاملا تمیز بود . از درن بیمار فقط مختصر ترشح خونی خارج میشد . روز ششم مش بیمار خارج گردید و

* بیمارستان ابن‌سینا ـ دانشکده پزشکی ، دانشگاه تهران.

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

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

باتوجه باینکه در بسیاری اوقات نزد بیمارانی که به‌خونریزی داخلی مبتلا بوده‌اند، خصوصاً بعلت پارگی کبد یاطحال، تب‌های طولانی بی علت واضح حتی بمدت ۱ـ۲ ماه وجود داشته فکر کردیم شاید این تب نیز ازهمان زمره باشد، معهذا برای تحقیق بیشتر از بیمار یك رادیوگرافی ساده شکم برای اطمینان از نبودن جسم خارجی ددمحوطه صفاق ویك رادیوگرافی دیافراگم وقفسه صدری، برای اطمینان ازوجود یاعدم آبسه زیردیافراگم ویاپلورزی چرکی بعمل آمد که نتیجه هردوعکس منفی بود. باوجود اینکه شکم کاملا نرم بود وهیچ واکنش بخصوص وجود نداشت برای اطمینان بیشتر از وجود یك کانون در نواحی عمقی عمل، یك استیله در مسیر درن وارد شکم شد ولی جز مقداری ترشح خونی چیزی خارج نشد. فردای روزیکه استیله زده شد یعنی روز بیست ودوم بعداز عمل جراحی، موقع تعویض پانسمان مشاهده شد که چیزی ازسوراخ درن خارج شده‌است که باپنس آهسته گرفته وخارج گردید، وبعداز خروج معلوم شد که یك آسکاریس بزرگ وکاملا رشدکرده است.

از روز بعدتب بیمار کمتر شد ودرعرض سه روز قطع گردید ویك هفته بعدبیمار بابهبود مرخص گشت.

بحث: درباره‌منشاء این اسکاریس درمحوطه 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:

۱ـ کرم از سوراخی در جدار روده خارج شده باشد (۲). ولی این سوراخ چگونه و در چه زمانی ایجاد شده است؟ باتوجه به‌کاوش وبازرسی کامل شکم میتوان بااطمینان اظهار نظر کرد که در هنگام عمل جراحی سوراخی در جدار روده نبوده است، با در نظر گرفتن اینکه اولا از چنین سوراخی باید ترشحات روده خارج شده باشد که هیچ اثری از آن نبود. ثانیاً هیچ هوائی داخل محوطه صفاق وجود نداشت، ثالثاً اگرسوراخی هم ایجاد وبسته شده باشد باید آثاری از غشاء کاذب درنقطه‌ای از روده دیده‌شود(۱) که بهیچوجه چنین چیزی وجود نداشت.

اگرهم بخواهیم تصور کنیم که بعداز عمل جراحی چنین حادثه‌ای اتفاق افتاده‌باشد، یعنی سوراخ در روده ایجاد گردیده‌باشد، تقریباً بعید بنظر میرسد زیرا چنین سوراخ شدگی اولادلیلی لازم داردو ثانیاً احتیاج به‌بروز علائمی دارد که بیمار ما نداشت وثالثاً چطورچنین سوراخی بدون جراحی بهبود یافته است؟ مگراینکه درهرسه مورد بخواهیم تصورات بعید داشته باشیم مبنی براینکه سوراخی خود بخود ایجاد شده وآسکاریس از آن خارج گردیده وبدون علائم بارزی خود بخود هم بسته شده است؟!

۲ـ خروج کرم ازطریق مجاری صفراوی، بادرنظر گرفتن اینکه مکرردیده شده که آسکاریس از راه‌دریچه اودی وارد کولدوك شده است(۳). ممکن‌است چنین تصورشود که یك آسکاریس ازاین‌طریق وارد مجاری صفراوی شده وبعداً از سوراخی درمجاری صفراوی خارج شده و وارد صفاق گردیده است. دراینجا هم این سوراخ یا باید درمجاری خارج کبدی باشد که چنین سوراخی درجریان عمل مشاهده نشد. بادرنظر گرفتن این که باوجود چنین سوراخی، باید داخل شکم صفرا مشاهده میشده ویا درروزهای بعد، ازدرن صفرا خارج میشده است که چنین چیزی نبوده‌است. ویااینکه ازمجاری داخل کبدی آسکاریس عبورکرده وبه‌ناحیه پارگی رسیده ودرعرض ۶ روزی که پارگی کبد بازبوده از یکی از سوراخ‌های مقطع وارد محوطه صفاق شده است. در این حالت هم با درنظر گرفتن عدم تناسب قطر مجاری داخل کبدی وقطر آسکاریس ونیز فاصله‌مجاری خارج کبدی بامقطع پارگی میتوان ادعا کرد که چنین مهاجرتی عملا غیر ممکن است.

۳ـ فرضیهٔ سوم اینست که بادرنظر گرفتن مهاجرت لاروآسکاریس ازطریق وریدباب به‌ریه‌ها، ونیز مهاجرت غیرعادی لارو ازریه بجریان بزرگ خون (۴)، ممکن است فکر کنیم که این لاروهنگام عبوراز وریدباب وکبدبعلت پارگی کبد همراه باخون خارج شده‌از محل پارگی، واردصفاق گردیده‌ویالاروازطریق جریان خون خارج شده ازقلب وآئورت در صفاق جایگزین گشته است. به هرحال این سئوال پیش میآید که آیااین لارو بدون برگشت به دستگاه گوارش امکان تبدیل شدن بیك کرم بالغ را دارد یانه؟ این‌امر بادرنظر گرفتن سیکل حیاتی آسکاریس قابل تصورنیست (۴).

***

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

نتیجه : شرح‌حال بیماریکه دچارپارگی‌کبد بوده است واز محل درن، آسکاریس خارج شده شرح داده شد، ودرباره علت وجودی این آسکاریس بحث شد بی‌آنکه توانسته باشیم به نتیجه قطعی برسیم . بدین خاطربحث این بیمار وپاتوژنی وجودآسکاریس‌را در صفاق برای اظهـار نظر کارشناسان و همکاران ارجمند آزاد میگذاریم که تا چنانچه شرح حال های مشابه دیگری دارنـد منتشر و در باره پاتوژنی وجود چنین آسکاریس درصفاق، ما را هدایت کنند.

REFERENCES :

1 - Christopher's Textbook of surgery. Saundrs 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.

۴ـ کتاب انگل‌شناسی ـ دکتر انصاری ـ سال ۱۳۳۰ـ دانشکده پزشکی ـ دانشگاه تهران .

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