بی‌اختیاری مدفوع و درمان جراحی آن

(گزارش دو مورد)

دکتر هوشنگ میرعلائی- دکتر هنری جهان*

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره۲ صفحه۱۶۳ ، ۲۵۳۵

بی‌اختیاری مدفوع عارضه‌ایست که علاوه بردشوار نمودن زندگی بیمار موجب ناراحتی وملال اطرافیان نیز میشود؛ عواملی چون آشفتگی‌خاطر وپریشانی روان وترس از شرکت دراجتمـاعات، توانائی رویاروئی بامسائل مهم زنـدگی را از شخص مبتلا سلب می‌نماید.

کودکان وافراد بالغ قادرندکه تا حدودی بعضی ازعیوب خود را بپوشانند ولی‌دراین‌مورد بخصوص‌وسیله دفاعی‌قابل‌اطمینانی‌ندارند وهرآن ممکن‌است خود را آلوده نموده سبب ناراحتی اطرافیان گردند واین اشکالات بتدریج‌شخصیت بیمار را مختل‌ساخته‌اثرات روانی غیرقابل جبران نزد او خواهد گـذاشت. بنابراین اعمال جراحی ترمیمی نزد این بیماران کاملا ضرور است و یگانه امید برای بازگرداندن بیماران به‌زندگی عادی می‌باشد.

رشد و تکامل‌عصبی

اطفال قبل از تکامل مراکز قشر مغز و لب‌های ارتباطی آن قادر به‌کنترل ادرار و مدفوع نیستند و در فواصل معین پس از پرشدن مثانه یارکتوم بلافاصله آنرا خالی می‌نمایند.

رشد و تکمیل راههای عصبی و مراکزمغز رفلکس‌های نخاعی را تحت‌کنترل می‌گیرند و اثر مهارکننده روی آن دارند. دربالغین فعالیت تمام اعضاء تابع مراکز هسته‌های مغزی می‌باشد وبهمین‌جهت شخص بالغ بطور اختیاری مثانه و رکتوم خـود را خالی می‌کند.

درسال ۱۹۱۴ بارینگتون (۱) و درسال ۱۹۰۷ الیوت(۱۱) در این‌باره‌روی‌جانوران‌آزمایشگاهی‌تجربیاتی کردندودرسال۱۹۳۹ مك‌لیلان(۱۷) بامطالعات بالینی خود اعصاب دوم وسوم و چهارم خاجی‌را مسئول‌کنترل رفلکس ادرار ومدفوع شناخت زیرا با از بین رفتن این اعصاب، حس مثانه ورکتوم ازبین خواهد رفت ودر نتیجه عکس‌العمل‌تخلیه ازکنترل شخص‌خارج شده وبه بی‌اختیاری ادرار ومدفوع مبتلا خواهدگشت. درچنین موارد باتعلیم وتمرین، شخص مبتلا بطورمتناوب میتواند مثانه را خالی‌نماید ولی درمورد تخلیه مدفوع چنین برنامه تمرینی عملی‌نیست.

خلاصه‌ای از تشریح میاندوراه

میاندوراه در قسمت پائین یاکف لگن‌کوچك قرارگرفته‌است. از وسط این پرده عضلانی مجاری تناسلی و ادراری و قسمت انتهائی لوله هاضمه عبور می‌کند و ساختمان تشریحی آن در زن و مرد متفاوت است.

عضلات آن در مرد در سه‌طبقه قرارگرفته‌اندکـه در طبقه سطحی عضله تنگ‌کننده خارجی مقعد میباشد. عضله تنگ‌کننده خارجی مقعد در میاندوراه خلفی در اطراف مقعدی راست روده قراردارد وشامل سه قسمت زیر میباشد:

۱- قسمت‌زیرجلدی: دراطراف مقعد قرارگرفته‌است وبه‌استخوان چسبندگی ندارد.

۲- قسمت سطحی: که شکل بیضی دارد و فیبرهـا از استخوان دنبالچه و لیگامان انوکوکسیژین از جلـوی سوراخ مقعد عبور می‌کند.

۳- قسمت عمقی: که در اطـراف قسمت نصف تحتانی مقعد عبور

* بیمارستان امیراعلم ـ دانشکده پزشکی رازی، دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

میکند و با قسمت تحتانی عضله بالابرنده مقعد یکی می‌شود وعمل آنرا تشدید مینماید .

عضلات قسمت زیرجلدی وسطحی عملشان‌بستن سوراخ مقعدمیباشد در صورتیکه قسمت عمقی عضله باکمك عضلات دیگرمجرای مقعد را بطرف جلو میکشد. عضلات اسفنکتر مقعد رشته‌هایشان مخطط است ودرحالت‌طبیعی‌تحت‌کنترل‌مغزمی‌باشند. شبکه‌هیپوگاستریك فوقانی در لگن به دوشبکه هیپوگاستریك تحتانی تقسیم میشودکه هرکدام شاخه‌هائی از گانگلیونهای سمپاتیك فوقانی خارجی دریافت می‌کنند . شبکه هیپوگاستریك وارد دیواره احشاء لگن میشودوعبارتنداز:

۱ـ شبکه‌مقعدی ۲ـ شبکه‌مثانه‌ای ۳ـ شبکه رحمی‌وواژینال

علل بی‌اختیاری مدفوع

علل بی‌اختیاری مدفوع بقرار زیرمیباشند.

۱ـ گاهی این عارضه با پرولاپسوس همـراه است کـه اسفنکتر متسع و دچار آتروفی میشود و خاصیت خود را از دست میدهد . درچنین مواردی راه درمان ، ورزش و فیزیوتراپی‌میباشد.

۲ـ صدمات ضربه‌ای‌که ممکن است در اثر زایمان یا جراحی یا سوانح‌باشد. دراین شرایط حلقه اسفنکتر قطع‌میشود وراه درمان، جراحی است‌که باید دو انتهای عضله اسفنکتر را پیدا نمود وبهم دوخت.

درجراحی‌های وسیع ناحیه‌پرینه مثل‌سرطان رکتوم یاجراحیهای غلط در جریان آبسه وفیستول‌های اطراف معقد ویا بواسیر ممکن است اسفنکتر کاملا از بین بـرود یا اعصاب این ناحیه آسیب‌کلی ببینند. درمان در چنین موارد عبارت خواهد بود از میوپلاستی و دراین عمل باید بخصوص توجه داشت کـه عضله مخطط اسفنکتر از عصب مقعدی و عضلات صاف از شبکـه هیپوگاستریك ، عصب می‌گیرند.

۳ـ ضایعات عصبی: مخصوصاً ناهنجاری‌هـای مادرزادی که روی قسمتهای اعصاب خاجی دوم وسوم وچهارم اثر می‌کند.

۴ـ وجود نسج فیبـروز و سیکاتریسیل در ناحیه پرینه مانند: سیکاتریسهای زمان جنگ، سوختیگیهای عمیق این ناحیه و جای جراحیهای متعدد.

درمان جراحی ترمیمی بی‌اختیاری مدفوع

درسال۱۹۳۲ استون (۲۳،۲۲) درباره‌ترمیم‌واصلاح بی‌اختیاری مدفوع که دراثرجراحی‌یاضربه(تروماتیسم)ایجادشده‌بود گزارشی داد واین‌گزارش شامل نتیجه اعمالی بود که از سال ۱۹۲۵ الی ۱۹۳۶ انجام داده بود وعبارت بود ازبکاربردن فاسیا در زیرجلد ناحیه سوراخ مقعد این‌عمل طرفداران‌زیادی داشت وبصورت زیر انجام میگرفت :

دوبرش‌کوچك در شیارهای قدامی وخلفی در ساعت‌های ۶ و ۱۲ میدادند واز راه زیرجلد بهم متصل مینمودند ونواری از فاسیا از این‌تونل رد می‌کردند وشبیه سرکیسه بهم می‌بستند.درسال۱۹۲۹ استون درروش جراحی‌خود تجدیدنظر نمود و بجای یك نوار از دونوارفاسیا استفاده‌کرد ودر دوجهت مخالف یکدیگردر زیرجلد اطراف مقعد رد نمود و دوسر آزاد آنها را بعضله سرینی بزرگ طرف مقابـل ثابت کرد . بدین ترتیب سوراخ از فاسیا محدود ومحصور شد .

استون درسال‌های بعداز۱۹۳۱مجدداً درروش‌عمل‌خود تجدیدنظر نمود و نوارهای فاسیا را بعضلات سرینی وصل کرد. در صورتی نتیجه‌این‌عمل باموفقیت همراه‌خواهدبودکه عصب عضله صدمه‌ندیده باشد وبطور اختیاری قدرت انقباض داشته باشد.

برای استفاده ازعضله سرینی اعمال متعددی پیشنهـادکرده‌اند: در سال ۱۹۳۰ چیتندن(۷) از دوطرف، دوقسمت‌آویخته ازعضله جدا نمود و بهم متصل‌کرد.

درسال ۱۹۴۴ بیستروم (۴) ازهر یك ازعضلات سرینی قسمتهای آویزانی‌جدا نمودکه پهنای هرکدام ۳ تا۵سانتی‌متر بود وطولش کافی‌بود تابتواند براحتی‌سوراخ مقعد را بپوشاند. بعدازپوشاندن مقعد، سوراخی بطول دو سانتیمتر در امتداد فیبرها ایجاد کرد و مخاط مقعد را ازمیان این سوراخ خارج نمود و به‌پوست دوخت.

اعمال‌متعددی به‌اسامی‌مختلف جهت ترمیم‌عضلات‌جداشده اسفنکتر مقعد پیشنهاد شده‌اند که عبارتند از:

۱۹۲۶ ایزکیرو (۱۶)،۱۹۲۷ سیسترنك(۲۰)، ۱۹۲۷ گوبلس (۱۳)،۱۹۲۹ استندل(۲۱)،۱۹۳۵هیرشمن(۱۵)،۱۹۴۸ بیرنیم (۳)، ۱۹۶۱ بلسدل(۵)،۱۹۷۲ تامپسون (۲۴).

منظورتمام این‌اعمال جراحی‌ترمیمی نزدیك‌کردن انتهای عضلات جدا شده می‌باشد کـه در اثر ضربه یا کشش صدمه دیده است در صورتیکه این پارگی تازه باشد میتوان این عمل را انجام داد و نتیجه مطلوب گرفت. ولی متأسفانه در بیشتر موارد بیماران دیر مراجعه میکنند وبهمین‌جهت عضله جمع‌میشود وبه‌نسج‌سفت وسخت تبدیل‌میگردد.

پیوند عضله راست داخلی: اعمال جراحی کـه شرح داده شد ، در صورتی‌نتیجه‌خواهند دادکه اعصاب عضلات‌کولون، رکتوم، مثانه وپرینه بی‌عیب باشند.

درسال۱۹۵۲ پیکرل وهمکاران(۱۸و۱۹) برای درمان‌بی‌اختیاری مدفوع‌وادرار ازعضله راست داخلی‌استفاده‌کردندعضله‌راست‌داخلی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

عضله نازك ونواری شکلی است که از قسمت قدامی لگن تا قسمت داخل پاکشیده شده است و سطحی‌ترین عضله این ناحیه می‌باشد.

روش‌های عمل:

۱ـ روش کلاسیك: پس از پیدا کردن دو انتهای عضله اسفنکتر، آنرا بهم می‌دوزند، عمل بسیاردقیق است. الیاف عضلانی باید محکم بوده و دچار آتروفی نشده باشند، در زیربیهوشی عمومی بعد از تمیزکردن ناحیه آنورکتال، دو انتهای عضله اسفنکتر را با دو انگشت حس می‌کنیم و دیلاتاسیون آنال را انجام میدهیم تا فیبرهای عضلانی اسفنکتر طویلتر شوند. برش پاراآنال بشکل منحنی بطول ۵ تا ۶ سانتی متر در ناحیه سیکاتریس در حد فاصل بین پوست و مخاط داده می‌شود بعد از پیدا کردن دو سر عضله اسفنکتر باکاتکوت کرومیك دو صفر مخاط وبعداً عضلات را با کاتکوت کرومیك یك بصورت × میدوزیم. بهتراست پوست را با نایلون دوخته وپانسمان آن باآنتی بیوتیك وهیدروکورتیزن انجام پذیرد.

۲ـ روش کوترل وموسه (۱۰): بیشتر برای پارگی‌های زایمان بکارمیرود. بعدازضدعفونی کردن ناحیه‌نشین در زیربیهوشی‌عمومی دیلاتاسیون را انجام میدهیم وبا چهاربخیه، دوعدد قدامی ودوعدد خلفی زیرلب بزرگ فرج دو طرف اسفنکتر را مشخص می‌کنیم. سپس برشی از راست به‌چپ داده و دکلمان رکتـوواژینال انجام می‌گیرد. بعدازپیداکردن دوانتهای عضله اسفنکترراً بی‌دیسکسیون بهم میدوزیم.

۳ـ روش پیکرل (۱۸): بیمار را شب قبل وصبح روز عمل حمام میدهند در صورتیکه مثانه بیمار آتون باشد یا بی‌اختیاری ادرار داشته باشد باید سند ادراری گذاشت تا از عفونت مجاری ادرار جلوگیری کرد. رانهـا، پرینه قسمت تحتانی شکم و سرینهـا راکاملا تمیز می‌نمایند در صورتیکـه از عضله راست داخلی طرف راست نخواهندپیوندکنند ران راست را درحال آبدوکسیون قرار میدهند. ناودانی‌راکه بین تاندن‌های آبدوکتور دراز وعضله راست داخلی ایجاد میشود احساس مینمایند. برای نمایـان شدن این ناودان بطورمتناوب قسمت تحتانی ران را خم و راست می‌کنند.

برش رانی:

انگشتان چپ را درقسمت داخلی تاندن نزدیك کننده قرارمیدهند. برش مستقیم درحدود ۵ سانتیمتر در $\frac{1}{3}$ فوقانی عضلهٔ راست داخلی میدهند. برش‌را عمیقتر مینمایند تا غلاف عضله نمایان شود. برش روی غلاف عضله میدهیم و بـا انگشت سبابه عضله را کاملا آزاد می‌کنیم. برش دوم درحدود پنج سانتیمتر در امتداد محور طولی عضله دریك سوم تحتانی درست در بالای زانـو داده میشود. در این‌نقطه عضله درست درعقب عضله‌خیاطه قرار گرفته‌است. فیبرهای عضلانی دراین نقطه به‌تانـدن تبدیل میشود وقتی‌که تاندن بیضی‌شکل عضله راست داخلی مشخص گردید قسمت فوقانی‌عضله را نیز با انگشت سبابه‌آزاد می‌نمائیم. گاهی برای آزادکردن‌کامل‌عضله لازم است که غلاف عضله را در سرتاسر قطع نمائیم بـرای اینکار قسمت تحتانی ران را ۹۰ درجه در زانو تامیکنیم واین عمل‌سبب شل شدن عضله میشود و بدین ترتیب میتوانیم با انگشت در قسمت تحتانی‌ران‌عضله‌را ازپشت‌کندیل داخلی‌ران ومفصل‌زانوجداکنیم. تاندن عضله راست داخلی در قسمت تحتانی ران بعد از دور زدن کندیل داخلی پهنترمیشود وبه بدنهٔ استخوان درشت نی‌زیر کندیل و برجستگی درشت نی بشکل دم کبوتـر می‌چسبد. از راه برش تحتانی ران و کشش روی عضله میتوان قسمت انتهـائی تاندن را مشخص‌نمود وتمام قسمت‌انتهائی‌که شبیه دم‌کبوتر است باپریوست از استخوان درشت‌نی جداکرد. قطع‌کامل تاندن از استخـوان درشت‌نی در ثابت‌کـردن آن در پرینه بسیار مفید است. یك‌برش سوم‌به‌طول۵سانتیمتروبطورمایل درامتداد تاندن درقسمت فوقانی داخلی درشت‌نی جائی‌که تاندن پهن میشود میدهیم و قسمت آزاد شده عضله وتاندن را ازبرش یك‌سوم تحتانی ران بیرون می‌آوریم و تاندن آنرا بامحلول نمکی‌گرم و مرطوب حفظ می‌نمائیم. از برش فوقانی، عضله را بادقت خارج می‌کنیم وبعد برش‌تحتانی‌ران را بعدازهموستاز درچندطبقه بااپریشم‌میدوزیم. درموقع‌دیسکسیون عضله باید دقت نمود تا به‌اعصاب دوم، سوم وچهارم کمـری و یا عصب‌سدادی وهمچنین عروقی‌که از شریان رانی عمقی واردقسمت فوقانی عضله بصورت توده عصبی عروقی وارد میشود صدمه نرسد. عصب سدادی یك شاخه اصلی و سه یا چهار شاخه فرعی دارد که وارد عضله راست داخلی میشود. بنابراین بهتراست در موقع‌عمل از محرك عصبی استفاده‌کرد تا بعصب سدادی صدمه وارد نشود.

برش در ناحیه میاندوراه

پایه تخت عمل را پائین می‌آوریم و رانها را خم و از هـم بازهم میکنیم تا ناحیه پرینه‌کاملا مشخص شود. دو برش‌کوچك در حدود ۲/۵ سانتیمتر در ساعات ۶ و ۱۲ درحد فاصل پوست و مخـاط میدهیم. برش را درجلو وعقب عمیقتر می‌نمائیم باید دقت نمود تا نوارهای مقعدی دنبالچه‌ای و مقعدی پیازی صدمه نبینند. از این نوارها برای‌نگاهداری عضله استفاده می‌شود. دربعضی موارد این نوارها رشدکافی ندارند وبنابراین قابل استفاده نمیباشند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

دور نشین در نسج چربی تونلی درست می‌کنیم ، تونل باید باندازه‌ای باشد تا انگشت سبابه براحتی ازآن بگذرد. دکلمان باید تا اتصال مخاط و پوست ادامه پیدا کند (میاندوراه درمواقعی که عصب یاعضله ندارد برجسته ومقعد گشاد میشود و مخاط رکتوم پرولاپسوس پیدا می‌نماید.)

برای اتصال برش فوقانی ران درساعت۱۲ باید تونلی‌درست نمود این تونل باید به اندازه‌کافی گشاد باشد تا دو انگشت براحتی از آن بگذرد عضله راست داخلی را طوری‌که چرخش پیدا نکند و تحت فشار قرارنگیرد با دقت از این تونل رد میکنیم و از برش ساعت ۱۲ خارج می‌نمائیم . قسمت فوقانی عضله که محل ورود عروق و اعصاب است باید کاملا آزاد باشد چنانچه توده عروق و اعصاب دیده نشود نشانه‌آزاد نبودن عضله‌است. بعدازخارج‌کردن عضله ازبرش‌ساعت۱۲ باید تاندن‌آنرا از زیر نوارهای‌نگاهدارنده عبور داد .

بعداً تاندن وعضله را از دورتادور مقعد می‌گذارانیم (در مسیر عقربه ساعت در صورتیکه عضله راست داخلی پای راست مورد استفاده قرار گرفته باشدو بالعکس) تاندن وعضله را در ساعت ۶ از زیرقلاب خارج می‌کنیم کمك‌جراح عضله را با اسفنج مرطوب آغشته بسرم فیزیولوژیك گرم در دست میگیرد. مجدداً تاندن را از زیرجلد از برش ساعت ۶ به برش ساعت ۱۲ آورده وقسمت انتهائی آنرا از پشت قلاب و عضله رد می‌کنیم. تمام برشها را چه در ران وچه در پرینه با ابریشم چهارصفر میدوزیم. دربستن نسوج زیرجلدی وپوست باید دقت‌کافی نمود.

ثابت کردن تاندن عضله راست داخلی :

انتهای تاندن عضله راست داخلی را بعداز ردکردن مجدد ازبرش ساعت۱۲ (باید تاندن را از زیرعضله وقلاب رد نمود) به‌پریوست برجستگی ورکی یاعضله بالا برنده مقعد یابقسمت داخلی‌لیگامان انگوئینال یا لیگامان لاکونر یامحل ثابت تاندن عضله آدوکتور بزرگ ثابت میکنیم . همیشه تاندن را در طرف مقابل ثابت می‌نمایند تا سوراخ مقعد درخط وسط قرار گیرد و ازکشیدگی آن بیك طرف جلوگیری بنماید، چنانچه بیمار باریك ولاغراندام باشد ثابت‌کردن تاندن به‌عضله‌بالابرنده مقعد وپریوست‌برجستگی ورکی آسان است و با روش زیر انجام میگیرد. برش عرضی در حدود پنج سانتی‌متر درست روی برجستگی ورکی درطرف مقابل پیوند عضله میدهیم. این برش در حدود ساعت ۴ باید باشد (رانها بایستی خم باشند و بدن در وضعیت لیتوتومی باشد) برش را عمیقتر می‌نمائیم و برجستگی ورکی و کنار طرفی عضله بالا برنده مقعد مشخص گردد. آویخته‌ای از پریوست برجستگی ورکی بلند می‌کنیم و از توده عضلانی بالا برنده مقعد نیرآویخته درست می‌نمائیم. انتهای تاندن عضله راست داخلی را دو قسمت می‌کنیم یك قسمت از آنرا به آویخته پریوست وقسمت دیگر را در اطراف وزیرعضله بالا برنده مقعد با ابریشم ثابت می‌نمائیم. دربیماران چاق انتهای تاندن‌را میتوان با انتهای داخلی‌لیگامان انگوئینال یا لیگامان لاکونر یا قسمت ثابت آدوکتور بزرگ در طرف مقابل پیوند عضله راست داخلی ثابت نمود.

طرز ثابت‌کردن تاندن:

برشی بطول تقریبی پنج سانتیمتر زیرچین‌کشاله‌ران روی‌انتهای داخلی لیگامان انگوئینال میدهیم. برش را عمیقتر می‌نمائیم تا لیگامان درکناربرجستگی عانه نمایان شود. کوردون اسپرماتیك را در مردها بطرف بالا میکشیم. باکشیدن انتهای تحتانی پوست بطرف‌پائین تاندن‌آدوکتوربزرگ نمایان میشود. تونل زیرجلدی با انگشت یا قیچی‌که نوك‌تیز نباشد ایجاد می‌کنیم تا برشی‌راکه درکشاله‌ران درست‌کرده‌ایم بابرش‌ساعت۱۲ پرینه بهم‌متصل‌نمائیم. تونل‌در زیرلیگامان‌لاکونر باتاندن عضله‌آدوکتورمی‌باشد. انتهای تاندن راست داخلی را از تونل زیرجلدی به‌کشاله‌ران می‌آوریم در زیر وروی لیگامان‌لاکونر تا تاندون آدوکتور بزرگ رد می‌نمائیم. بعد انتهای تاندن عضله راست داخلی رابدو نقطه‌تاندن راست داخلی و لیگامان‌لاکونر در دو طرف ثابت میکنیم.

خلاصه

برای درمان بی‌اختیاری مدفوع وادرار، روشهای‌جراحی‌متعددی پیشنهادکرده‌اندکه‌کم وبیش باموفقیت همراه‌بوده‌است. اصول کلی این‌عمل تنگ کردن سوراخ مقعد میباشد و برای این منظور از نوارهای فاسیالاتا و آویخته‌هائی از عضله سرینی مورد استفاده قرارگرفته است.

یکی از عملهای ترمیمی‌که مورد توجه قرار گرفته پیوند عضله راست داخلی است‌که در سال ۱۹۵۲ پیکرل، برودنیت، ماستر پیشنهاد کرده‌اند. ازاین روش جراحی در بی‌اختیاری ادرار نیز استفاده می‌کنند.

علل بی‌اختیاری مدفوع وادرار:

۱ـ مادرزادی

۲ـ در اثرضربه

۳ـ گاهی همراه با پرولاپسوس است

۴ـ وجود نسج فیبروز وسیکاتریسیل در ناحیه پرینه

شرح حال بیمار ۱:

بیمارمردی‌است۲۶ساله، مجرد، مازندرانی، بعلت‌ناتوانی‌نگهداری مدفوع به مدت ۴ سال در تاریخ ۱۳۴۷/۱/۱۵ به بیمارستان

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

مراجعه کرد، درمعاینه که بعمل آمد حال عمومی بسیارخوب بود، سابقه بیماری مهمی نداشت ولی در تاریخ ۱۳۴۳/۱/۲۶ بعلت فیستول آنال که نوع آن برای ما روشن نبود تحت عمل جراحی قرار گرفته بود که متعاقب عمل دچار بی‌اختیاری مدفوع شده‌بود. سه‌سال بعد ازعمل اول دوباره بوسیله بخش جراحی همان بیمارستان مجدداً برای بی‌اختیاری مدفوع تحت عمل قرار گرفته بود و گویا سعی کرده بودند تا عضله اسفنکتر را بدوزند ولی بعد ازعمل دچار عفونت شدید وفلگمون پرینه شده بود و نتیجتاً حالت بی‌اختیاری مدفوع تشدید پیدا کرده بود.

درمعاینه، در ناحیه نشین سیکاتریس عمل قبلی دیده میشد و پوست دورنشین نازك بود وبه‌انساج زیرچسبندگی داشت. سوراخ مقعد وسیع و مخاط آن اکتروپیون پیدا کرده بود، در توشه رکتال دو انگشت براحتی وارد نشین میشد وهیچگونه انقباضی‌روی‌انگشت نداشت و اثری از اسفنکتر خارجی دیده نمیشد.

در تاریخ ۱۳۴۷/۱/۱۶ مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت و از عضله راست داخلی ران راست برای درست کردن اسفنکتر استفاده‌شد.

بعد از آزادکردن عضله راست داخلی وجداکردن پوست پرینه که بعلت چسبندگی بیش از اندازه به انساج حالت طبیعی پیشین را از دست داده‌بود بطریقه پیکرل دور مقعد چرخانیده شد و درروی ایسکیون طرف چپ ثابت گردید.

بعدازعمل بعلت سیکاتریس‌قدیمی پوست جداشده دچار نکروز شد. وعضله راست داخلی نمایان گردید وعفونت پیدا کرد و دفع شد.

شش ماه بعد در تاریخ ۴۷/۷/۲۹ بعداز بهبودکامل پرینه، بیمار مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت. این بار از عضله راست داخلی ران چپ استفاده شد. یك‌تونل درعمق‌عضلات سطحی پرینه وعضله بالابرنده ایجاد کردیم وبعد از ردکردن عضلات راست داخلی چپ از داخل این تونل به ایسکیون طرف راست ثابت گردید. نتیجه عمل بسیار خوب بود و از روز سوم تمرینات انقباضی عضله را شروع کرد. بیماربی‌اختیاری مدفوع را توانست کنترل نماید و روز سی‌ام که مرخص گردید فقط بی‌اختیاری گاز داشت. اسکلروز عضله وجود نداشت و بی‌اختیاری مدفوع کاملا ازبین رفته بود وبیمار قادربه‌کنترل مدفوع خود بود. بیمار به‌شهرخود گرگان مراجعت نمود ودرفواصل‌شش‌ماه بمدت دوسال جهت‌معاینه مجدد به‌بیمارستان مراجعه نمود عضله اسفنکترانقباض داشت وکاملا اختیار مدفوع‌خودرا داشت وفقط از بی‌اختیاری گاز شکایت می‌کرد.

شرح حال بیمار ۲:

بیمارمردیست ۵۰ساله، که تاریخ ۱۳۴۵/۵/۱۵ بعلت‌پرولاپسوس رکتوم و بی اختیاری مدفوع وگاز به بیمارستان مراجعه کرده است.

نه‌سال قبل‌ازمراجعه به‌بیمارستان بعلت خونریزی ازمقعد بعنوان بواسیر تحت عمل جراحی قرار گرفته ولی بهبود نیافته بود و خونریزی با شدت بیشتری ادامه یافته و پرولاپسوس نیز اضافه شده بود. یکسال بعد در بخش جراحی دیگری از راه شکم برای پرولاپسوس رکتوم مورد عمل جراحی قرارگرفته بود که بازهم نتیجه‌ای عایدش نگردیده بود. سال بعد دربخش جراحی دیگری برای باردوم از راه پرینه عمل شده است.

ولی مجدداً بعد ازعمل پرولاپسوس برای باردوم از راه شکم‌عمل میشود و این‌بار نیز نتیجه‌ای نمی‌گیرد.

پنجمین عمل از راه مقعد بوسیله جراح دیگری انجام میشودکه این‌بار نه‌تنها پرولاپسوس‌او خوب نمیشود، بلکه بی‌اختیاری گاز و مدفوع نیز بدان اضافه میشود. پرولاپسوس تشدید پیداکرده و چند ماه بعد از راه شکم در همان بخش عمل میشود بی آنکه ناراحتی‌هایش بهبود پیداکند بالاخره سه ماه قبل برای بیمار سرکلاژ آنوس با نخ غیرقابل جذب بعمل می‌آید که نسبتاً مفید بوده است ولی بعلت ایجاد دمل و علائم عفونی شدید اجباراً نخ سرکلاژ برداشته میشود.

درمعاینه بیماری‌بود باحال‌عمومی‌خوب ودستگاههای‌سالم،سوراخ نشین بسیار وسیع، مخاط روده وکولن بطرف بیرون اکتروپیون داشت. از ستون‌های مورگانبی و تشکیلات نشین اثری باقی نمانده، پوست تمام ناحیه پرینه از زخم‌های التیام یافته پوشیده شده بود. وقتی‌که بیمار زور میزد روده‌اش در حدود ۲۰سانتیمتر بشکل مخروط با رأس تحتانی خارج میشد و سه انگشت به‌آسانی وارد روده میشد واثری ازاسفنکتر نبود، مسلماً اسفنکترآنال و عضلات پرینه تماماً از بین رفته بود.

تصمیم به‌میوپلاستی باروش پیکرل گرفته شد. ازپنج روزقبل‌ازعمل به‌بیمار ورزش‌عضلات نزدیك‌کننده ران راست داده شد،روده بیمار مانند اعمال کولون آماده شد، تنقیه بهیچوجه امکان نداشت.

در تاریخ ۴۵/۵/۱۵ با بیهوشی عمومی در وضع ژینکولوژیك روی تخت عمل قرار داده شد. تمام سطح درونی ران راست آزاد و عضله راست داخلی بخوبی نمایان بود. عضلات داخلی را در انتهای فوقانی و تحتانی بعد ازدادن شکافهائی بطول ۱۰ سانتیمتر پیدا و آزادکرده و چند سانتیمتر بالای انتهای تحتانی را قطع نمودیم.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

انتهای تحتانی قسمت قطع شده عضله را با دادن حرکات متناوب و آزادکردن بوسیله انگشت و اسباب بلند از شکاف بالائی خارج نمودیم.

معمولا عروق و اعصاب عضله در یك سوم فوقانی وارد آن میشوند که باید بادقت تمام آزاد شده واز عضله‌جدا نشوند، چون موفقیت عمل بسالم ماندن آنها بستگی دارد. یك شکاف طولی کوچك در بالای‌نشین ودرخط وسط داده ودرفاصله بین‌این‌شکاف‌وشکاف‌فوقانی ران پوست را از انساج زیر جدا کرده و تونلی ایجاد می‌کنند که عضله براحتی ازآن رد شده وتحت فشار قرار نمیگیرد. عضله آزاد شده را از داخل این‌تونل عبور داده وازشکاف فوقانی نشین درآوردیم ، شکاف دیگری درخط وسط وپائین نشین داده دور تا دور سوراخ نشین بهمان منوال تونلی ایجاد کردیم که در ضمن دوشکاف را از دوطرف نشین بهم مربوط سازد. عضله را در داخل تونل دور نشین چرخانده و در حقیقت یك سرکلاژ نشین بوسیله عضله‌انجام دادیم: یك انگشت درون مقعد قرارمیدهیم، عضله راست داخلی را به دور رکتوم هدایت میکنیم و کشش روی عضله را اقزایش میدهیم تاانگشت داخل مقعد تحت فشارقرار گیرد. بعد از کشش کافی‌ومتناسب‌انتهای عضله‌را درشکاف میانی‌وفوقانی‌بوسط‌آن دوختیم . شکافهای پوستی را بستیم و بدین ترتیب عمل به پایان رسید.

روزهای بعد از عمل وضع بیمار از نظرحال عمومی معمولی بود، بیمار از روز بعد از عمل شروع بهورزش و انقباض عضله بوسیله نزدیك کردن‌ران راست به‌بدن‌نمود، چهار روز بعد بیمارمیتوانست با نزدیك‌کردن ران، عضله جدید را منقبض نماید .

بعد از اولین اجابت مزاج پرولاپسوس بیمار نیز از بین رفته و مدفوع باختیار خودش دفع میشد. پانزده روز بعد از عمل بیمار باحال عمومی خوب از بیمارستان خارج شد. یك ماه بعد دوباره معاینه شد. عضله مقعد بخوبی انقباض داشت. بیمار ۲۰۰ میلی‌لیتر تنقیه را بخوبی نگاه میداشت شکایت بیمار فقط از بی‌اختیاری در موقع‌خواب بود که گاهگاه برایش اتفاق می‌افتاد . در آخرین معاینه‌ای که چند ماه بعد شد ، وضع بیمار خیلی خوب و کاملا رضایت بخش بود.

REFERENCES:

1. Barrington, F. J.: The physiology of micturition. Quart. J. Ewptl. Physiology., 8: 33, 1914.
2. Begley, B. J.; and Flocks, R. H.: Bladder neck obstruction in children. J. Iowa. Soc , 55: 525,1961.
3. Birnbaum, W.: A method of repair for a common type of traumatic incontinence of the anal sphincter. Surg. Gynec & Obst., 87: 716, 1948.
4 Bistrom, O.: Plasticher Ersatz der M. Sphincter Ani. Acta. Chir. Scandinav., 90: 431, 1944.
5. Blaisdell, P. C.: A Simpler yet more effective repair of the incontinent sphincter ani, Surg,. Gynec & Obst. 112: 375, 1961.
6. Bors, E.: Urologic aspects of rehabilitation in spinal cord injuries, a J. A. M. A., 146, 225, 1951.
7. Chittenden, A.S.: Sphincter muscle and reconstruction. Ann. Surg. 92: 162, 1930.
8. Cullen, P.K., and Welch, J.S.: Results of stress in incontinence repair. Surg., Gynec. & Obst., 113: 85, 1961.
9. Converse, J. M. Reconstructive Plastic Surgery Vol. V. 2113. 1966.
10. Cottrel and Musset, Technique chirurgicale tome XI Masson et cie 1969.
11. Elliott. T. r. The innervation of the bladder and urethra. J. Physiol., 35: 367: 1907.
13. Gobells. R.; Method of forming a new anal sphincter Arch. F. Klin. Chir. (Kongressbericht), 148: 612, 1927.
13. Green, T. H. jr. Management of stress incontinence. Am. J. Obst. & Gynec., 83, 632,1962.
14. Gross, R. E. Thesurgery of infancy and childhood. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 19(53)
15. Hirschman. L.J.: Establishment of a continent anal sphincter by pedunculated innervated myoplasty. Tr. Am. Proct. Soc., 36:178,1935.
16. Izquierdo, J.: Artificial anal sphincter. Deutsche med. Wchnschr., 52:795, 1926.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

17. McLellan, F.C.: The neurogenic bladder. Charles C Thomas, Springfield, 111., 1939.

18. Pickrell, K. L., Broadbent, T. R.' Masters, F. W. and Metzger, J. T.: Construction of a rectal sphincter and restoraton of anal continenee by tranasplanting the gracilis muscle. Ann. Surg., 135: 853, 1952.

19. Pickrell, K. L., Masters, F. W., Georgiade. N., and Horton, C : Rectal Sphincter reconstruction using gracilis muscle transplant. Plast. & Reconstr. Surg., 13.46,1954.

20. Sistrunk, W.: Plastic surgery operation for extensive laceration of the anal sphincter. Ann. Surg?, 85: 185., 1927.

21. Steindl, H.: Surgery _ in relation to continence of feces. Wien. Med Wchnschr., 79: 1516,1538,1929.

22. Stone, H.B.,: Plastic operation for anal incontinecne. Arch Surg., 24,120, 1932.

23. Stone, H.B., and McLanahan, S.: Results with fascia plcastic operation for anal incontinence. Ann. Surg., 114: 73, 1941

24. Thompson N. Unpublished work 1972.

25. Thompton N. Investigation of autogenous skeletal muscle free grafts in the dog. with a report on a successful free graft of skeletal muscle in man. Transplantation, 12, 353, 1941.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]