

آترزی مری

(گزارش ۲ مورد)

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۵، صفحه ۴۱۵، ۲۵۳۶

دکتر مرتضی گلستانه - دکتر عبدالله علوی - دکتر ابوالحسن کشمیری *

مقدمه:

برای اولین تغذیه بمادر داده شد که پس از خوردن مقدار کمی شیر آنرا بر گرداند که بلافاصله به پزشک اطلاع داده شد و در این موقع پس از کشیدن (Suction) شیر و ترشحات داخل حلق، لوله‌ای از راه بینی بطرف مری و معده هداشت شد که پس از عبور چند سانتی‌متر متوقف گردید و لوله در محل بطور ثابت گذارده شد و از نوزاد با تشخیص احتمالی آترزی مری عکسپرداری ساده بامده حاچب بعمل آمد، رادیوگرافی‌اده شکم وجود هوارا در معده مشخص نمود و پس از تزریق مقدار کمی ماده حاچب و عکسپرداری، قسمت فوکانی مری بصورت یک کیسه مسدود نمایان گردید (شکل شماره ۱ و ۲). بلافاصله محتویات داخل کیسه مری باسرنگ کاملاً خارج و بیمار دروضعت نیمه نشسته به بخش منتقل شد و در آنجا برای او مکش دائمی (Continuous suction) برقرار و از راه گذاردن لوله‌ای بداخل شریان ناف، تزریق سرم شروع و آب والکترولیت وی تأیین گردید و پس از تعیین گروه خونی و درخواست خون، برای عمل جراحی آماده شد.

۴۸ ساعت بعد از تولد، نوزاد با طاق عمل برده شد و مورد عمل جراحی پیوند انتهای‌به‌انتهای مری قرار گرفت. بیمار عمل را خوب تحمل نمود و به بخش منتقل گردید. مراقبت‌های بعداز عمل شامل مراقبت و نگهداری نوزاد در انکوباتور و تأمین آب والکترولیت از راه لوله داخل شریان ناف با تجویز آنتی بیوتیک بود، بعلت

درفاصله خرداد ماه تا دیماه هزار و سیصد و پنجاه و شش دو مورد انسداد مادرزادی مجرای مری (آترزی مری) همراه با ارتباط بین سری و نای (Tracheo esophageal Fistula) در بخش نوزادان مرکز پزشکی فیروزگر تشخیص داده شد و بطور موافقی آمیز مورد عمل جراحی پیوند انتهایها به انتهای مری قرار گرفت. چون تابع رضایت‌بخش عمل جراحی این قبیل بیماران در بهترین مرکز پزشکی بیش از ۷۸٪ گزارش نشده و با توجه به اینکه یکی از نوزادان مورد گزارش نارس و بیش از ۲۰۰۰ گرم وزن نداشته و علاوه بر ناهنجاری مری، مبتلا به ناهنجاری مادرزادی قلب، احتمالاً از نوع ارتباط بین دو بطن نیز بوده است، لذا به گزارش دومورد فوق پرداخته میشود و در خاتمه با اختصار این ناهنجاری شرح داده میشود.

شرح حال بیمار اول:

نواد، ع. فرزند س، در تاریخ ۱۰/۱۰/۵۵ در ساعت نیم بعداز ظهر در بخش زایمان مرکز پزشکی فیروزگر از مادری ۲۶ ساله متولد گردید. فرزند اول خانواده، زایمان طبیعی و بموقع (Term)، وزن ۳/۴۳۰ کیلو گرم، قد ۵۰ سانتی‌متر، دور سینه ۳۴ سانتی‌متر، معاینات فیزیکی طبیعی بود. اقدامات لازم برای نوزادان درباره وی انجام گردید و پس از چند ساعت

* مرکز پزشکی فیروزگر- تهران.

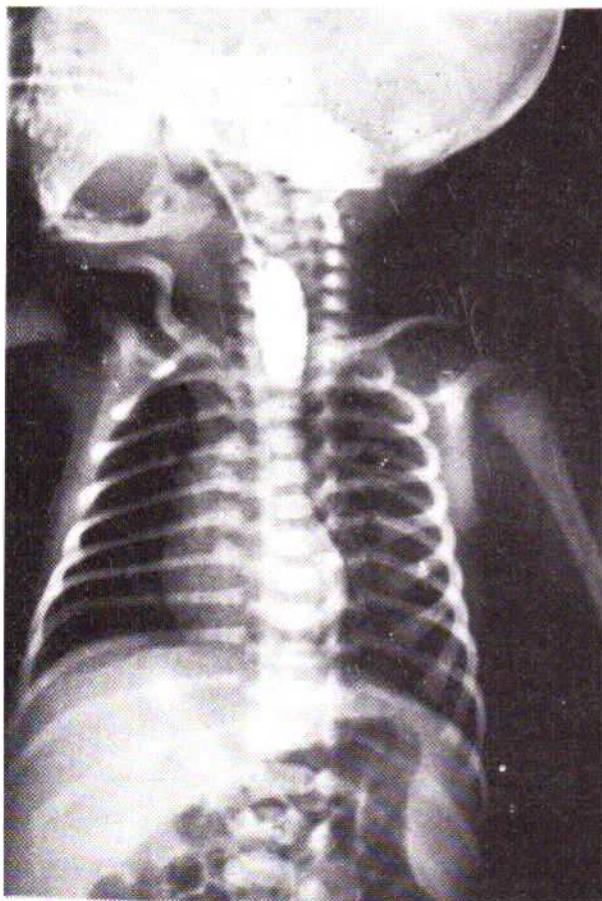
شیری که از راه لوله گاستروستومی داده میشد بهمان نسبت کاسته میگردید. لوله گاستروستومی ۵ روز بعد از عمل خارج شد و تنذیه کامل از راه دهان برقرار گردید که بخوبی تحمل شد. بعدها در روز آلتی بتویک ادامه داشت سپس قطع گردید. در مدت بستری بودن در بیمارستان پوست نوزاد از روز دوم بعداز تولد کمی زرد شد که برای بررسی علت آن آزمایش های زیر انجام گرفت.

اندازه گیری بیلر و بین تام و مستقیم که بترتیب اعداد 0.389 ± 0.010 (A Rh+)، میلی گرم را نشان داد. تعیین گروه خونی نوزاد (Coombs Test) منفی بود. فرمول و شمارش بین قرار بود: گلبلو سفید = $11400 \pm 13/3$ ، مقدار هموگلوبین 67 ± 21 درصد، نوتوفیل 2 ± 4 درصد، باقی 2 ± 1 درصد، گروه خونی مادر آزمون کمبس (O Rh+) بود. ضمن ادامه سرم برای بیمار، لومینال با مقدار $3 \text{ ml}/\text{kg}$ برای هر کیلو گرم وزن شروع و آزمایش بیلر و بین در روزهای بعد تکرار شد که بیلر و بین تام حداقل 15 و مستقیم

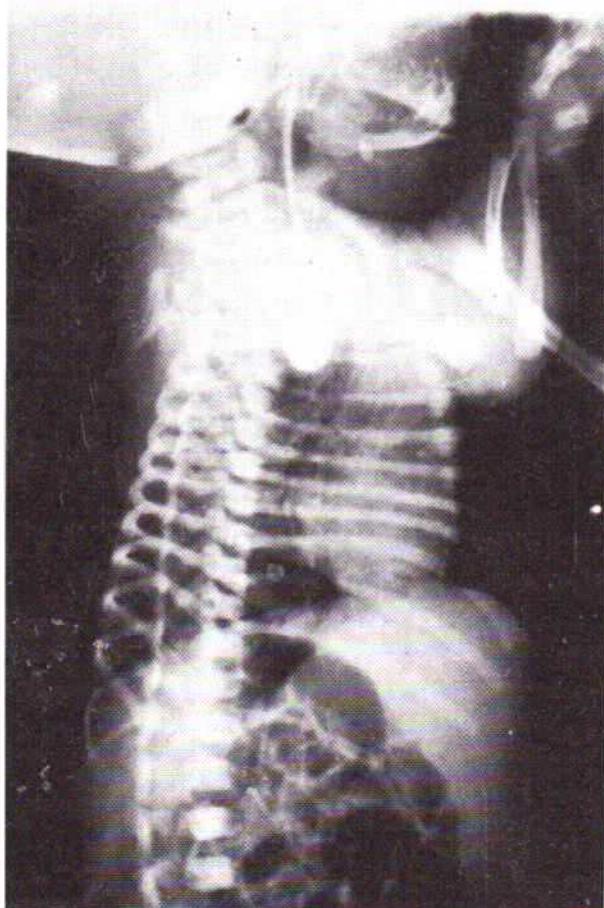
طولانی بودن عمل، گاستروستومی ۴۸ ساعت بعد انجام گرفت و از روز بعد ضمن ادامه سرم، تنذیه از راه لوله گاستروستومی شروع و بتدریج بر مقدار آن افزوده و از مقدار سرم شریان ناف کاسته گردید.

سرم راه شریانی در تاریخ ۱۶/۱۰/۵۶ یعنی ۶ روز بعد از تولد قطع گردید و تنذیه از راه لوله گاستروستومی ادامه یافت. روز هشتم بعداز عمل اولهای بداخل مری هدایت و تقویاً تام محل بالای پیوند پیش برده شد. سپس رادیو گرافی با ماده حاجب انجام گرفت که نشان داد ماده حاجب بخوبی از محل پیوند رد شده و از اطراف پیوند نشست نکرده است. البته در محل پیوند تنگی نسبت به قسمت بالا و پائین نشان داده میشد (شکل شماره ۳ و ۴).

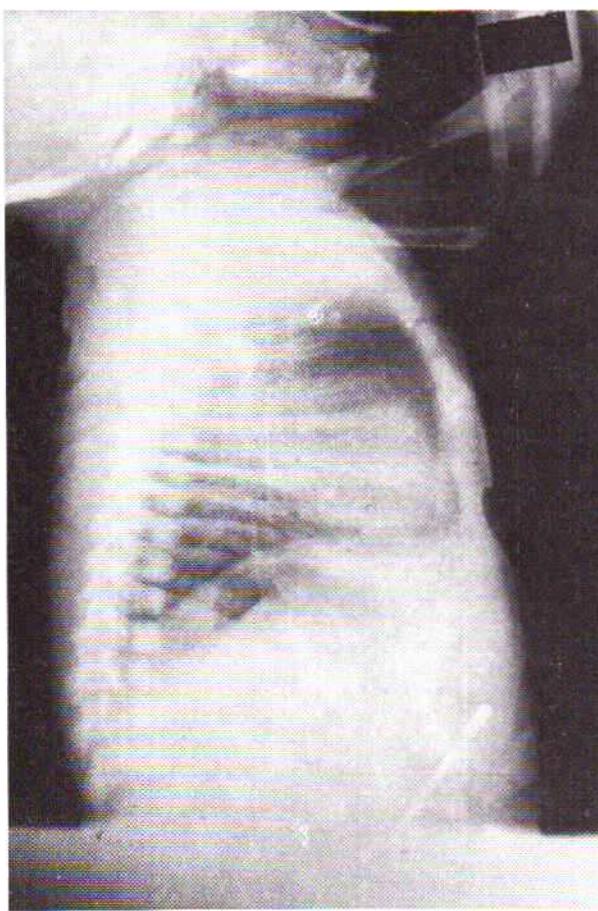
بعداز عکسبرداری و اطمینان از عبور ماده حاجب از محل پیوند، تنذیه از راه دهان ابتداء با مقادیر کم سرم فیزیولوژیک سپس باشیر شروع شد و بتدریج بر مقدار آن افزوده و از مقدار



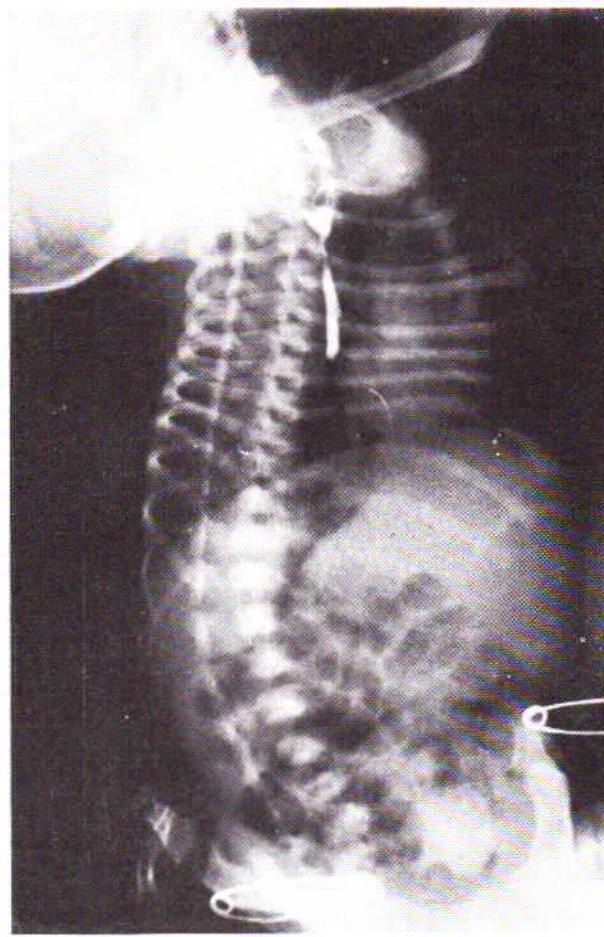
شکل شماره ۳ - قسمت مسدود قطعه فوقانی مری پس از تزریق ماده حاجب



شکل شماره ۴



شکل شماره ۳- عبور ماده حاجب را در طول هری نشان میدهد که بخوبی از محل پیوند عبور کرده است.



شکل شماره ۳- عبور ماده حاجب را از محل پیوند (قسمت پاریث) نشان میدهد. بطوری که مشاهده میشود، ماده حاجب باطراف نشست تکرده است.

شرح حال بیمار دوم:

نوزاد پسر، الف. فرزند م، در ساعت هفت بعد از ظهر روز ۵۶/۳/۱۶ در بخش زایمان مرکز پزشکی فیروزگر از مادری ۱۸ ساله متولد شد. مدت حاملگی را هفت و نیم ماه ذکر کردند. وزن نوزاد در موقع تولد ۲ کیلو گرم، قد ۴۷ سانتیمتر، دورسر ۳۱ سانتیمتر، دورسینه ۳۱ سانتیمتر. گروه خونی (ORh+)، گروه خونی مادر (+B Rh+) بود. این نوزاد مخصوصاً پنجمین حاملگی است، مادر دو سقط ۴ و ۲/۵ ماهه داشته و دو فرزند به ترتیب در سن ۳ و ۴ ماه بعلت اسهال و استفراغ فوت شده‌اند. مادر اظهارداشته بود که شکمش بزرگتر از معمول بوده است ولی برطبق اطلاع از پیش زنان مبتلا به Hydramnios نبوده است. معاینه فیزیکی نوزاد در بدو تولد جز کمی وزن، نکه مرضی دیگری نشان نداد و اقدامات معمولی نوزادان جدید الولاده برای وی انجام گرفت. از چند ساعت بعداز تولد وجود ترشحات زیاد در داخل دهان و حلق او جلب توجه نمود که بالا فاصله ترشحات وسیله مکش (Suction) خارج گردید و با احتمال وجود اترزی

۰/۳ میلی گرم در روز پنجم تولد رسید و بتدريج شروع به پائين آمدن نمود و در آخرین آزمایش پيلوبين تام ۱۲ و مستقيم ۰/۴ ميليكرم بود که ديسگر تکرار نشد.

اندازه گيری الکتروولیت بیمار جمعاً سهم تبا انجام گرفت و تقریباً ارقامی در حد طبیعی نشان داد و چنانچه انجام اصلاحات مختصری در فرمول سرم بیمار لازم بنظر ببر سید، داده میشود. فرمول و شمارش چند مرتبه انجام شد که نکته غیرطبیعی نداشت. در جریان درمان نوزاد دو روز اسهال گرفت که با برقراری سرم و درمان مناسب بهبود یافت.

بیمار در تاریخ ۵۶/۱۱/۹ یعنی ۳۰ روز بعداز تولد با حالت عمومی کاملاً خوب و تفیدیه کامل از راه دهان منحصر گردید. کودک تا کنون دو مرتبه به درمانگاه آورده شده و آخرین بار در تاریخ ۵۶/۴/۲۱ یعنی در سن شش ماه و ۱۰ روزه مراجعت که حالت کاملاً خوب بود و وزنش ۷/۵ کیلو گرم و هیچگونه مشکلی نداشت.

مراقبت‌های بعدازعمل شامل مراقبت نوزاد در انکوباتور، تأمین آب و الکتروولیت از راه لوله داخل شریان ناف در چند روزاول سپس از طریق تغذیه از راه گاستروستومی، تجویز آنتی‌بیوتیک واکسیژن بود. بعدازعمل تا ۴۸ ساعت از راه لوله گاستروستومی چیزی بدنوزاد داده نشد. از روز سوم عمل مایعات بمقدار کم از راه لوله گاستروستومی شروع و از مقدار مایعات داخل وریدی بهمان نسبت کاسته شد. در فواصل مناسب الکتروولیت بیمار اندازه کمیری و در صورت لزوم ترکیبات مایعات داخل وریدی براساس تنایع آن اصلاح می‌شد. از روز دوم عمل بیمار کمی زرد بنظر میرسید، پوست روی اندام‌های تحتانی ساق پا و ران سرد و کمی سفت و شروع تصلب خیز دار پوست (Sclerema) را نشان میداد بهمین جهت ضمن تجویز مقدار کامل آنتی‌بیوتیک، کورتن نیز شروع گردید که در دو روزاول تزریق بود و روزهای بعد از راه لوله گاستروستومی داد شد. سفقی پوست و چسبندگی آن بنسوچ زیرین تاحدی به صورت نیز سایت کرد، ولی با ادامه درمان در همین مرحله متوقف و بتدریج شروع به بیرون نمود و کورتن در ظرف یک هفته باهستگی و تدریجی قطع گردید. زردی پوست پیش‌رفت چندانی نکرد و بیاروین در روز ششم تولد به حداکثر، تام ۱۵/۷ و مستقیم ۲ رسید که با تجویز لومینال زردی ازین رفت. در معاینه روزانه بیمار، روزهای اول بعدازعمل تعدادی رال (Rale) در هردو طرف سینه شنیده می‌شد. ریتم قلب منظم و ضربان قلب حدود ۱۲۰ در دقیقه و صدای قلب طبیعی بود. روز چهارم بعدازعمل رادیو-گرافی از سینه بعمل آمد که وجود مقدار کمی هوا را در طرف راست یعنی در طرفی که بیمار لوله داخل سینه داشت نشان میداد. در همین تاریخ لوله از داخل سینه بیرون آورده شد. ضمناً شیر از راه لوله گاستروستومی شروع و تدریجی بر مقدار آن افزوده شد. روز نهم بعدازعمل نوزاد تاحدی ناراحتی تنفسی داشت و در سمع ریه صدای تنفسی در طرف راست خیلی ضعیف بگوش میرسید و حرکات قفسه سینه در این طرف از طرف مقابل کمتر بود. رادیو-گرافی سینه که در این موقع انجام شد کدورت یکنواختی را در ریه راست نشان داد که احتمالاً بعلت کلاپس ریه در همین طرف بود با اخذ نتیجه رادیو-گرافی و با مشورت جراح تصمیم گرفته شد از طریق لوله داخل نای ترشحات موجود در برونش تخلیه گردد. اینکار وسیله متخصص یهوئی انجام شد وحدود ۲-۳ ساعتیمتر مکعب ترشحات مخاطی چرکی نسبتاً غلیظ خارج گردید و عکسبرداری که بلا فاصله بعداز آن تکرار شد روشن شدن میدان ریه راست را نشان داد. روز بعد هم این عمل تکرار شد که مقدار ناچیزی ترشح خارج گردید. رادیو-گرافی های

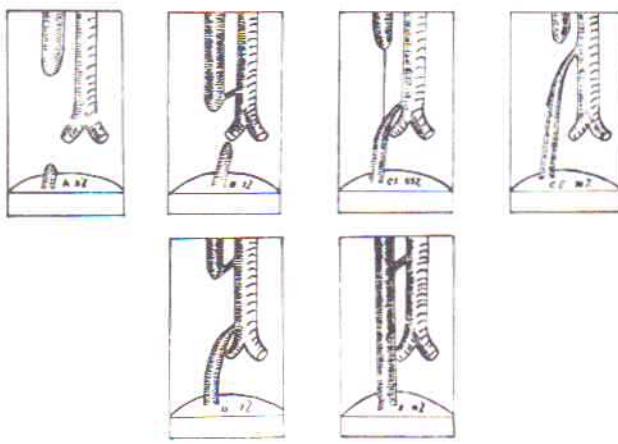
مری، لولهای از راه یعنی بداخل مری هدایت شد که پس از عبور چند ساعتیمتر متوقف گردید و رادیو-گرافی ساده شکم و سینه که بلا فاصله و با وجود لوله در محل انجام گرفت نشان داد که لوله در ناحیه مسدود قسمت فوقانی مری بطرف بالا پیچ خورده است و بعلاوه وجود هوا را در داخل معده مشخص نمود. بنا براین آتشی از نوع شایع (شکل C) یعنی انسداد قسمت فوقانی مری همراه با ارتباط نای با قسمت تحتانی مری وجود داشت. بعلاوه رادیو-گرافی سینه کدورت یکنواختی را در لوب فوقانی ریه راست نشان داد که نشان دهنده عفونت در این قسمت بود (Pneumonitis aspiration). سپس مقدار یک ساعتیمتر مکعب ماده حاجب باهستگی داخل لوله تزریق و عکسبرداری انجام گرفت که حدود قسمت مسدود فوقانی را کاملاً مشخص نمود و بلا فاصله ماده تزریق شده با سرنگ کاملاً بیرون کشیده شد تا از ورود آن بداخل برونش جلوگیری شود و نوزاد در حال نیمه نشسته به بخش منتقل و لوله داخل مری در محل ثابت و بدستگاه مکش دائمی وصل شد و با مشاوره با جراح بیمارستان، برای عمل آماده گردید. باین منظور و برای تأمین آب والکتروولیت موردنیاز بیمار، قبل از عمل و در جریان عمل و بعداز آن، لولهای بداخل شریان ناف گذارده شد و پس از تعیین گروه خون و تهیه خون مناسب، ۲۴ ساعت بعداز تولد، نوزاد با طلاق عمل برد شد و مورد عمل جراحی پیوند انتهای به انتهای و همچنین گاستروستومی در یک زمان قرار گرفت.

شرح عمل: در اطاق عمل انتهای بیمار با بستن نوار پنبه، گرم نگه داشته شد. پس از بیهوشی برشی در طرف راست قفسه سینه داده شد و از طریق داخل جنبی قسمت فوقانی و تحتانی مری کاملاً از نسوج اطراف آزاد گردید. قسمت فوقانی مری مطالع معمول هیپتروفی داشت و پس از جدا نمودن کامل این قسمت از اطراف، مجرای نواری شکلی که از قسمت فوقانی مری به قسمت غشائی نای متصل بود پس از آزاد نمودن از اطراف، کاملاً نزدیک به جدار قسمت غشائی نای با ابریشم پنج صفر دوخته شد و درست مری نیز بهمین ترتیب عمل و قطع گردید. قسمت تحتانی مری کاملاً از اطراف جدا و پیوند قسمت تحتانی مری با روش (Haight) با ابریشم پنج صفر انجام شد بطوری که قسمت تحتانی مری در قسمت فوقانی بصورت تلسکوپ درآید. تمام لایدهای دیواره قسمت تحتانی به مخاط و زیر مخاط قسمت فوقانی دوخته شد و لایه دوم پیوند که شامل تمام دیواره قسمت تحتانی به عضله ولايه خارجی قسمت فوقانی مری بود دوخته شد.

علت:

مری از اولین قسمت روده اولیه منشاء میگیرد. قسمت فوقانی آن از قطعه پشت حلقی و قسمت تحتانی از قطعه جاو میگردد. بهمچون آنکه گردن مشخص شد و قلب و ربه و معده بطرف پائین حرکت نمودند مری بسرعت طویل میگردد. در هفته هشتم جنبنی حفره‌ای در اپی‌تلیوم آن ایجاد شده و مجرای داخلی آنرا بوجود می‌ورد. در هفته چهارم جنبنی ناودان حنجره‌ای نائی بمنظور ایجاد حنجره و نای وریه اولیه بوجود می‌آید سپس دوشکاف طرفی بطرور طولی این مجرای تنفسی اولیه را از مری جدا می‌سازد. این جدا شدن بطرف بالا پیشرفت مینماید ناهنجاری مادرزادی بعلت عدم پیشرفت صحیح هریک از این مراحل تکاملی بوجود می‌آید که از بودن کامل مری تا دوتا شدن آن متغیر می‌باشد.

پنج نوع تشريحی مهم آترزی مری و ارتباط بین نای و مری در شما زیر نشان داده شده است (شکل شماره ۵).



شکل شماره ۵ - نوع تشريحی مهم آترزی مری در شما زیر نشان داده شده است.

در شایعترین شکل (Type C) قسمت فوقانی مری بیک حلقة مسدود ختم میگردد و قسمت تحتانی مری بوسیله فیستولی بانای ارتباط دارد.

این شکل خود نیز بدون نوع تقسیم میگردد (CI) و (CII) و در شکل (CI) ناحیه مسدود شده نسبتاً طولانی است، درحالی که در در نوع (CII) انتهای قسمت فوقانی و تحتانی یا از یکدیگر تجاوز کرده و یا طول ناحیه مسدود شده خیلی کوتاه است.

توأم بودن بعضی اختلال‌ها با این ناهنجاری شناخته شده است. Polyhydramnios در $\frac{1}{3}$ مادران، نوزادان مبتلا گزارش شده است و این بعلت آنست که نوزاد مبتلا به آترزی مری قادر به بلع مایع آمنوبتیک نیست. در ۵۰ درصد موارد ناهنجاری‌های دیگر

بعدی بهبود کامل کلپس ریه را نشان داد. روز دهم تولد در سمع قلب سوغل میستولیک در کناره چپ استخوان جناغ بینه شنیده شد که در روزهای بعد شدت آن به 2° رسید و حداقل شدت آن درسومین و چهارمین فضای بین دندنه‌ای چپ و بطرف خط وسط انتشار داشت و احتمال وجود ناهنجاری مادرزادی قلبی از نوع ارتباط بین دو بطن را علاوه بر ناهنجاری مری برای نوزاد طرح نمود ولی در این مرحله بیمار در نارسائی نبود.

سیزدهمین روز بعداز عمل معاينه روزانه نشان داد که سوغل قلبی بشدت خود باقی و بیمار دچارتا کی کاردی است. تعداد ضربان‌های قلب ۱۵۰-۱۶۰ در دقیقه کبد کمی بزرگ و بیمار دچار مشکل تنفسی است و بنظر هیرسید علامت فوق مقدمه نارسائی قلب باشد. در این مرحله تصمیم گرفته شد به بیمار دیئویتالین داده شود، تجویز دیئویتال با مقادیر معمولی آن و مناسب با سن نوزاد انجام شد و پس از ۲۴ ساعت بیمار روی مقدار نگهدارنده دیئویتال گذارده شد با این درمان، نبض به ۱۲۰ در دقیقه کاهش پیدا کرد، حجم کبد کوچک و ناراحتی تنفس بطرف شد و مقدار نگهدارنده دیئویتال ادامه یافت.

دو هفته بعد از عمل بمنظور بررسی وضع محل پیوند لوله‌ای بداخیل مری هدایت شد بطوری که انتهای آن از محل پیوند بالاتر قرار گیرد سپس ماده حاجب داخل لوله تزریق و رادیوگرافی از مری بعمل آمد. این عکس باز بودن کامل مری را بدون نشت ماده حاجب از محل پیوند نشان داد. از روز بعد تغذیه از راه دهان ابتدا با محلول دکتروز ۵ درصد بمقدار کم سپس با شیر شروع و بتدريج برمقدار آن افزوده شد و از مقدار تغذیه از راه لوله معدی بهمان اندازه کسر گردید و بالاخره در ظرف شن روز یعنی ۱۹ روز بعدازعمل، بیمار بطور کامل از راه دهان تغذیه شد و لوله گاستروستومی خارج گردید. در تمام مدت درمان در فواصل معین فرمول خونی از نوزاد بعمل آمد و یکبار بعلت کمخونی (همو گلوبین مساوی با ۹/۶) احتیاج به تزریق خون بمقدار ۴۰ سانتیمتر مکعب پیدا شد. فعلاً نوزاد ۵۹ روزه با حالت عمومی خوب و هر سه ساعت ۶۰ سانتیمتر مکعب شیر از راه دهان میخورد و مقدار نگهدارنده دیئویتال یک قطره دیگو گسین در روز است، نوزاد بتدريج افزایش وزن پیدا کرده و وزن او به ۲/۳۵۰ کیلو گرم رسیده است و در حال حاضر تنها یافته فیزیکی مشبت وجود سوغل قلبی درجه 2° در کناره چپ استخوان جناغ سینه با انتشار بطرف خط وسط و با تشخیص احتمالی ارتباط بین دو بطن می‌باشد.

ترشحات غلیظ و کفدار خواهد شد. بعلاوه بعد از تنفسی سمع ریدها که قبلاً کاملاً پاک بود وجود رالهای خشن و مربوط به ترشحات در برونشولها را آشکار مینماید.

کشیدن ترشحات حلق ویا از راه لوله داخل نای سبب بازشندر مجاری هوایی میگردد. اتلکتازی قسمت فوقانی ریه راست ممکنست بروز نموده و باقی بماند.

بنابراین مجموعه علامتی شامل: ۱- تجمع ییش از حد ترشحات ۲- اشکال تنفسی چه دائمی و چه بطور حمله‌ای ۳- برگشت تمام مایعات بلع شده، مشخص آتزی مری میباشد. اگر شکم نوزاد خالی و فرورفته بنظر بررسد میتوان تصویر کرد که ارتباطی بین قسمت پائین مری و نای موجود نیست در این حالت ممکن است اصلاً ارتباط باشد که در این مرحله اشکال تنفسی و سرفه مخصوصاً بعد از شروع تنفسی خیلی بیشتر از موارد دیگر است. از طرف دیگر اگر شکم سریعاً منسخ و رودها پر از هوا شود میتوان مطمئن بود که شکل شایع آتزی یعنی ارتباط بین قسمت تحتانی مری با نای موجود است.

تشخیص: پولی‌هیدروآمنیوس مادر بخصوص اگر بازایمان قبل از موعد همراه باشد همیشه گمان وجود آتزی مری را بر میانگیرد. در این مورد و در هر حالتی که از جهات دیگر به چنین تشخیص مشکوک باشیم باید یک لوله حاجب اشعه ازینی بداخل مری عبور دهیم. در شیر خواران مبتلا به آتزی مری، لوله پس از آنکه ۱۰-۱۲ ساعتی‌تر پائین رفت در انتهای مسدود قسمت فوقانی مری متوقف میگردد. لوله انتخابی باید نسبتاً بزرگ و قابل انعطاف باشد زیرا بکار بردن لوله خیلی نرم ممکن است در حلقه مسدود مری بطرف بالا پیچ خورده و اشتباهآ تصور گردد که از مری گذشته و داخل معده شده است.

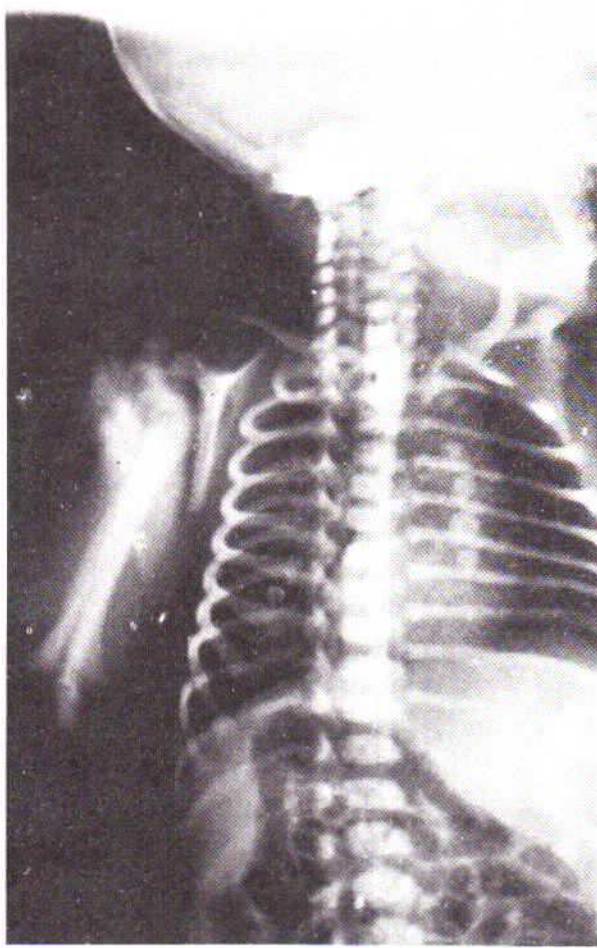
رادیوگرافی سینه و شکم در حالی که لوله در محل قرار دارد نکات زیر را مشخص مینماید:

۱- محل انسداد را نشان میدهد.

۲- میزان عوارض ریوی را نمایان می‌سازد.

۳- وجود یاعدم هوا را در معده و روده نشان میدهد.

وجود هوا در معده معرف وجود ارتباط بین قسمت تحتانی مری با نای است با این همه باید در تظر داشت که نبودن هوا در معده و رودها نمیتواند بطور قاطع وجود ارتباط کوچکی بین مری و نای را رد نماید، بعلاوه اگر هوا فقط در معده بوده و در رودها مشاهده نشود احتمال توأم بودن آتزی روده (دوازده) را نیز باید در نظر داشت. عموماً احتیاج بمعالجه رادیولزیک بیشتری نیست



شکل شماره ۶- گیه مسدود قسمت فوقانی مری را پس از تزریق ماده حاجب نشان میدهد.

نیز توأمًا مشاهده میگردد که در نصف موارد این ناهنجاریها

من بوظ به مجاری گوارشی (در ۱ موارد ناهنجاری Ano-rectal، قلبی، عروقی و تناسلي ادراری است.

نارسی چهار بار در این نوزادان بیشتر است. مطالعات فامیلی عامل ژنتیکی برای بیماری نشان نمیدهد.

علامت بالینی: اغلب اوقات نوزاد بلافاصله بعد از تولد گریه میکند. خود بخود تنفس برقرار شده و بوست رنگ طبیعی بخود میگیرد. از آنجاکه نوزاد قادر به بلع بزرگ نیست چند ثانیه تا چند ساعت بعد از تولد مشاهده میشود که مقدار زیادی ترشحات مخاطی بطور غیرعادی در حلق جمع و گاه ازینی و دهان روی ملاقه جاری گشته است. دیر یا زود و تقریباً در تمام موارد اشکال تنفسی با تجمع ترشحات در حلق توأم میگردد. ناراحتی تنفسی از تغییر رنگ نوزاد به خاکستری با شهیق و وزیر صدادار تاسیا نوز شدید و اشکال تنفسی در مرحله شهیق وریز متغیر میباشد. کشیدن ترشحات حلقی برای چند لحظه سبب تخفیف این ناراحتیها میگردد. چنانچه اشتباهآ سعی در تنفسی نوزاد شود این عمل سبب تشدید علامت تنفسی و برگرداندن سریع مایعات بلع شده به مرأة

تحتانی مری توسط Haight و Towsley گزارش شد این عمل امروزه متداول میباشد.

وقتی قسمت تحتانی مری وجود ندارد و یا بنحوی آتزی دارد که پیونداولیه امکان پذیر نمیباشد عمل (Ladd) را انجام میدهیم و بعداز دو سال با کمک قسمتی از روده بزرگ و یا لوله‌ای که از معده گرفته شده و معکوس نموده این مری را با معده ارتباط داده و راه مواد غذایی را از دهان به معده برقرار می‌کنیم.

معمولًا امروزه با وجود افراد مجرب و قهقهه ای بعداز عمل بیماران را از راه داخل جنبی عمل مینمایند. ورید آزیگوس را قطع کرده و میبنندند، قسمت فوقانی مری در مدیاستن و در خلف نای کاملاً هویدا میباشد. جدا کردن این قسمت از نسوج اطراف ضروریست و در صورتیکه فیستول بین نای و قسمت فوقانی مری وجود داشته باشد باید بسته شود، فیستول بین قسمت تحتانی مری و برونش و بیانای را کاملاً جدا نموده و آنرا مماس بنا نای بسته و قطع می‌کنیم. پیوند بطور تلسکوپ انجام می‌باید (نحوه عمل قبل ذکر شده است) معمولًا بعداز خاتمه عمل پرده جانب روی پیوند قرار داده میشود و پس از خاتمه عمل لوله‌مدادی برداشته میشود و همچنین گاسترو-ستومی بشرحی که قبل ذکر شد انجام می‌گیرد.

دقت در مرآقبت قبل و بعداز عمل برای حصول موفقیت نهائی دارای اهمیت بسیار است، مرآقبت قبل از عمل دردو مسئله خلاصه می‌گردد:

- ۱- جلوگیری از عوارض دیوی
- ۲- تنظیم آب و الکترولیت

برای تأمین این دو منظور عوامل زیر دارای اهمیت اساسی است.

الف - تشخیص زود رس بیماری و ممانعت از تغذیه بیمار در هر مورد که به این ناهنجاری مشکوک هستیم.

ب- انتقال سریع نوزاد بانکوباتور به فردیکترین واحد تخصصی جراحی اطفال

ب- بمنظور جلوگیری از بازگشت محتویات معده بداخل ریه از راه ارتباط قسمت تحتانی مری با نای، شانها و سر بیمار باید بالاتر از تنہ قرار گیرد. بدیهی است در مواردیکه ارتباطی بین قسمت تحتانی مری و نای وجود ندارد بهتر است بیمار بطور اتفاقی و یا سربالین تر از تنہ قرار گیرد تا خروج ترشحات مخاطی از دهان بخارج آسان گردد.

ت - بوسیله کشیدن مایعات چه بطور متناوب و چه بطور دائم قسمت فوقانی مری باید از بزاق و ترشحات خالی نگهدارش شود، اینکار باگذاشتن لوله‌ای نرم در مری از راه یعنی عملی می‌گردد.

ث - اگر عوارض دیوی بوجود آمده است باید برای بیمار آلتی-بیوتیک تجویز گردد.

با این وصف میتوان با تزریق ۵/۰ تا یک ساتیمتر مکعب ماده حاجب Lipiodol از راه لوله داخل مری و با کنترل فلورسکپی حدود کمیس فوکانی مری را در سطح T2 یا T4 مشخص نمود با اینکار بعلاوه وجود تنگی شدید را از آتزی میتوان تشخیص داد و یا احتمالاً فیستول بین قسمت فوقانی مری و نای و یا فقط فیستول بین مری و نای در نوع شیبه به H Type (H) را نشان داد.

بعد از گرفتن عکس و قبل از خارج کردن لوله باید تمام ماده حاجب را از داخل مری بخارج کشید. سولفات باریم بعلت خطری که ورود آن در ریه ایجاد مینماید و باید بکاربرده شود. در نوع type (H) نشان دادن فیستول گاهی مشکل است، مسیر این فیستول معمولاً بطور مورب از مری بهنای بطراف بالا بوده و همیشه در قسمت فوقانی مری و در ۷۰٪ موارد در سطح دومین مهره سینه‌ای و یا بالاتر قرار گرفته است. روش‌های مختلفی برای نشان دادن این نوع توصیه شده است. یک روش که بیشتر بکاربرود آنست که ماده حاجب وسیله شیشه (بطری شیر) و یا بوسیله تزریق داخل لوله‌ای که در قسمت فوقانی مری قرار گرفته و با کنترول مدادوم فلورسکپی در حالی که بیمار به شکم خواهد انجام می‌گیرد.

درمان:

درمان این نقص مادرزادی جراحی است. موفقیت درمان این نوزادان مستلزم همکاری و هماهنگی جراحی که باروش عمل آشناei کامل داشته باشد از یکطرف و متخصص کودکان و متخصص بیهوشی ماهر از طرف دیگر میباشد. با در نظر گرفتن اینکه در حدود ۳۰٪ از بازده قلبی این نوزادان شانت میشود اهمیت افرادی که مجبوب و آزموده برای بیهوش کردن این بیماران باشند حائز اهمیت بسیار است. تعداد زیادی از این نوزادان ممکن است نارس بوده و دستگاه من کزی تنظیم حرارت بدن آنها کامل نشده باشد و برای نگهداری و ثابت ماندن حرارت بدن این نوزادان باید در انکوباتور قرار گیرند و در حین عمل نیز مراعات این نکته الزامی است.

قبل از سال ۱۹۳۹ نوزادانی که دچار آتزی مری بودند در یک ماهه اول عمر میمیزند در این سال Ladd و Leven هر کدام بطور مستقل عمل سه گانه را که عبارتند از: عمل بازنمودن من در گردن (Cervical Esophagostomy)، بستن ارتباط نای و مری از طریق خارج جنبی و گاستروستومی را ابداع نمودند. عده‌ای از این نوزادان باین ترتیب زنده مانندند و بعد از سن دو سال عمل انتخابی روی این بیماران انجام شد. در سال ۱۹۴۳ اولین عمل موفقیت آمیز در یک مرحله و پیوند قسمت فوقانی و

بیش از ۶۰ درصد بیمارانشان زنده مانداند. گزارشی از کلینیک دیگر با ۲۰ مورد فقط ۷ مورد زنده مانداند و در گزارش دیگر از ۵ بیمار که چهار مورد آن عمل شده‌اند، فقط یک مورد زنده مانده است. بدینهای است در این دسته اخیر، متوسط عمر نوزاد در موقع تشخیص ۷/۴ روز بوده و این واقعیتی است که از ابتدا بیمار را در شرایط نامساعد قرار میدهد.

تمام نوزادانی که مردانه چهار بر نکوپنومونی شدید بوده‌اند. بطور کلی میتوان گفت در ۹۰٪ نوزادان رسیده (Full Term) بدون وجود ناهنجاری مادرزادی دیگر یا عوارض ریوی و در آنهایی که عمل پیوند انتها به انتهای مری دریک مرحله امکان‌پذیر است میتوان انتظار زنده ماندن بیمار را داشت. از طرف دیگر زنده ماندن در نوزادان با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم و مبتلا به ناهنجاریهای توأم دیگر یا عوارض ریوی غیرمعمولی است.

عارض: تقریباً ۸٪ مرگ‌های بعدازعمل را عوارض ریوی می‌کلند که دارای ریوی و ذات‌الریه یا به نشت از محل پیوند که منجر به نفوذ هوا در جنب (Pneumothorax) (مخصوصاً اگر راه داخل‌داخل جنبی بکار رفته باشد)، جمع شدن چرک در محفظه جنب (Empyema) و ورم مدیاستن نسبت میدهند. نشت از محل پیوند در اثر پاره شدن بخیدها هنگامی که عمل پیوند تحت کشش انجام شده و یاد رئیجه نکر و زقامت تحتانی نسبتاً کم عروق مری میباشد، نشت از محل پیوند مسبب ورم مدیاستن و سیر سریع بطریخ و خامت دراکثر موارد عمل‌های ناموفق بوده است.

در اکثر این بیماران عمل جراحی و بستن مجده محل عمل ضرورت پیدا کرده که در محدودی با موقعیت همراه بوده است. بالاخره مهمنترین عارضه بعداز عمل پیدایش تنگی در محل پیوند است و در مواردی که شدید باشد ممکن است احتیاج به اتساع با سوند داشته باشد. تشخیص تنگی معمولاً چند ماه به تأخیر می‌افتد زیرا تا زمانیکه غذاهای جامد برای بیمار شروع نگردد اشکال بلع آشکار نمیشود. اکثر این موارد را با اتساع مکرر بطور رضایت‌بخش میتوان درمان نمود ولی عذرای را عقیده بر آنستکه خطرات اتساع با سوند آنقدر زیاد است که باید انجام آنرا تامادامی که همه اقدامات محافظت‌کارانه بی‌نتیجه بماند به تأخیر انداخت. بعضی از بیماران بعلت ورم مری ناشی از برگشت مواد از معده به مری (Reflux) دچار تنگی قسمت تحتانی مری می‌گردند.

خلاصه و نتیجه:

دومورد آترزی مری همراه با ارتباط بین مری و نای از مرکز پزشکی فیروزگر گزارش گردید، یکی از نوزادان نارس و علاوه

ج- بمنظور حفظ حرارت، رطوبت و اکسیژن با غلظت مناسب باید از نوزاد در انکوباتور مراقبت نمود.

ج- تعادل اسید- باز، آب و الکترولیت بیمار از طریق تزریق مایعات داخل وریدی تأمین میشود.

ح- نظرارت مداوم پرستاری با توجه و جدا نگاهداشتن بیمار ضرور است.

اصل کلی بالا بعداز عمل نیز باید بکار برد شود. بمجردی که ارتباط بین مری و نای بسته شد میتوان شیر خوار را دروضعت افقی ویاسرا پائینتر از تنه قرارداد تا ترشحات حلقی بهتر خارج شود و بطور متناوب ترشحات را خارج نمود. بعلاوه بیمار را با مهارت باید از یک پهلو به پهلوی دیگر خواباند، این عمل بمنظور جلوگیری از کلابس ریه انجام میگیرد.

تندیه از راه لوله گاستروستومی را میتوان بعداز ۴۸ ساعت شروع کرد، بعضی‌ها تندیه را از راه لوله‌ای که هنگام عمل از مری عبور داده‌اند انجام میدهند. چنانچه پیوند بی‌عارضه انجام گیرد تندیه از راه دهان را میتوان ۱۰ تا ۱۲ روز بعد از عمل شروع کرد.

پیش‌آگاهی: زنده ماندن بیمار تا حد زیادی مربوط به نبودن عوارض است.

عواملی که بر زنده ماندن بیمار اثر نامساعد دارند عبارتند از:

۱- تأخیر در تشخیص

۲- نارس بودن نوزاد (Prematurity)

۳- وجود عوارض ریوی

۴- توأم بودن بیماری با ناهنجاریهای مادرزادی شدید دیگر

۵- ضعف روش جراحی و مراقبت بعداز عمل

۶- نوع تشريحی بیماری (مثلًا در نوع CII که بدون کشش نسج، عمل پیوند انتها به انتهای امکان پذیر است در مقایسه با نوع CI پیش‌آگاهی خوبی بهتر است).

در بیمارانی که بیماری زود تشخیص داده شده و زود عمل شوند پیش‌آگاهی بهتر از بیمارانی است که دیر عمل میشوند و این بعلت آنستکه اختلالاتی بیوشیمیائی، آب و الکترولیت و همچنین عوارض ریوی در بیمارانی که زود عمل میشوند کمتر است. معمولاً با اطلاعات امر و زی تأخیر در عمل بیش از ۴۸ ساعت قابل قبول نیست.

تأثیر مهارت عمل کننده و گروهی که مراقبت قبل و بعد از عمل بیمار را بهده دارند بخوبی از گزارش‌های زیر مشخص میگردد. Haight بنیان‌گذار عمل پیوند مری و Leven که ۶۸ مورد بیماران خصوصی عمل شده خود را گزارش کرده‌اند رقمی

از عواملی هستند که بر زندگانی ماندن نوزاد تأثیر نامساعد دارند. عوارض بیماری شامل: عوارض ریوی، نشت از محل پیوند و بالاخره بروز تنگی در محل پیوند میباشد، عارضه اخیر در اکثر موارد با اتساع مکرر توسط سند درمان میگردد.

بر ناهنجاری فوق مبتلا به ناهنجاری مادرزادی قلب نیز بود. موفقیت در درمان این بیماران مستلزم تشخیص بموقع بیماری، همکاری نزدیک و مهارت جراح و گروهی که مراقبت قبل، حین و بعد از عمل را بعده میگیرند میباشد. بروز عوارض ریوی، نارسی، تؤام بودن ناهنجاریهای دیگر و بالاخره تکنیک ضعیف جراحی

REFERENCES :

- 1- Victor, C., Vaughan, M.D. and McKay, R. J.: Nelson Textbook of Pediatrics Tenth Edition 1975. W. B. Saunders Company. Philadelphia. London. Toronto p. 803 - 805.
- 2- Forfar, J. O., and Arneil, G-C.: Textbook of Pediatrics 1973. Churchill Livingstone. Edinburgh and London P. 401 - 404.
- 3- Aleander, J., Schaffer, M. D. and Avery, M. E.: Diseases of the Newborn Third Edition W. B. Saunders Company. Philadelphia. London. Toronto 1971. p. 141 - 147.
- 4- Gellis, S., and Kagan, B. M : Current Pediatric Therapy, W. B. Saunders Company Philadelphia. London. Toronto 1973. P. 182 - 183.
- 5- Gellis, S. and Kagan, B. M.: Current Pediatric Therapy. W. B. Saunders. Company Philadelphia. London. Toronto 1976. P. 175 - 176.
- 6- HughJolly, M. A.: Disease of Children Third Edition Blacr Well Scientific Publications. Oxford London Edinburgh Melbourne P. 151 - 153.