آترزی مری

(گزارش ۲ مورد)

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۵ ، صفحه ۴۱۵ ، ۲۵۳۶

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

مقدمه :

درفاصله خرداد ماه تا دیماه هزار وسیصد و پنجاه وشش دو مورد انسداد مادرزادی مجرای مری (آترزی مری) همراه باارتباط بین مری و نای (Tracheo esophagal Fistula) در بخش نوزادان مرکز پزشکی فیروزگر تشخیص داده‌شد وبطور موفقیت‌آمیز مورد عمل جراحی پیوند انتها به‌انتهای مری قرار گرفت. چون نتایج رضایتبخش عمل‌جراحی این قبیل بیماران دربهترین مراکز پزشکی بیش‌از ۷۸٪ گزارش نشده و باتوجه به‌اینکه یکی از نوزادان مورد گزارش نارس وبیش‌از ۲۰۰۰ گرم‌وزن نداشته و علاوه بر ناهنجاری مری ، مبتلا به‌ناهنجاری مادرزادی قلب ، احتمالا ازنوع ارتباط بین دوبطن نیز بوده‌است ، لذا به‌گزارش دومورد فوق پرداخته میشود ودرخاتمه به‌اختصار این‌ناهنجاری شرح داده میشود.

شرح حال بیمار اول :

نو اد ، ع . فرزند س ، در تاریخ ۵۵/۱۰/۱۰ در ساعت نیم بعدازظهر دربخش زایمان مرکز پزشکی فیروزگر ازمادری ۲۶ ساله متولد گردید. فرزند اول خانواده، زایمان طبیعی و بموقع (Term) ، وزن ۳/۴۳۰ کیلوگرم ، قد ۵۰ سانتیمتر، دور سینه ۳۴ سانتیمتر ، معاینات فیزیکی طبیعی بود . اقدامات لازم برای نوزادان درباره وی انجام گردید و پس‌از چند ساعت برای اولین تغذیه بمادر داده شد که پس از خوردن مقدارکمی شیر آنرا برگرداندکه بلافاصله به پزشك اطلاع داده شد و در این‌موقع پس‌ازکشیدن (Suction) شیر وترشحات داخل حلق، لوله‌ای از راه بینی بطرف مری ومعده هدایت شدکه پس‌ازعبور چند سانتیمتر متوقف گردید و لوله درمحل بطورثابت گذارده شد و از نوزاد با تشخیص احتمالی آترزی مری عکسبرداری ساده باماده حاجب بعمل‌آمد، رادیوگرافی‌ساده شکم وجود هوا را در معده مشخص نمود و پس از تزریق مقدار کمی ماده حاجب و عکسبرداری، قسمت فوقانی مری بصورت یك کیسه مسدود نمایان گردید(شکل‌شماره۱و۲و۶).بلافاصله محتویات داخل کیسه مری باسرنگ کاملاً خارج وبیمار دروضعیت نیمه نشسته به‌بخش‌منتقل شد و در آنجا برای او مکش دائمی (Continuous suction) برقرار وازراه گذاردن‌لوله‌ای بداخل‌شریان ناف ، تزریق سرم شروع وآب و الکترولیت وی تأمین گردید و پس‌از تعیین گروه خونی و درخواست خون ، برای عمل جراحی آماده شد.

۴۸ ساعت بعد ازتولد، نوزاد باطاق عمل برده شد و مورد عمل جراحی‌پیوند انتها به‌انتهای‌مری قرار گرفت. بیمار عمل‌را خوب تحمل نمود وبه‌بخش منتقل گردید. مراقبت‌های بعداز عمل شامل مراقبت ونگهداری نوزاد درانکوباتور وتأمین‌آب والکترولیت ازراه لوله داخل شریان ناف باتجویز آنتی بیوتیك بود، بعلت

* مرکز پزشکی فیروزگر ـ تهران.

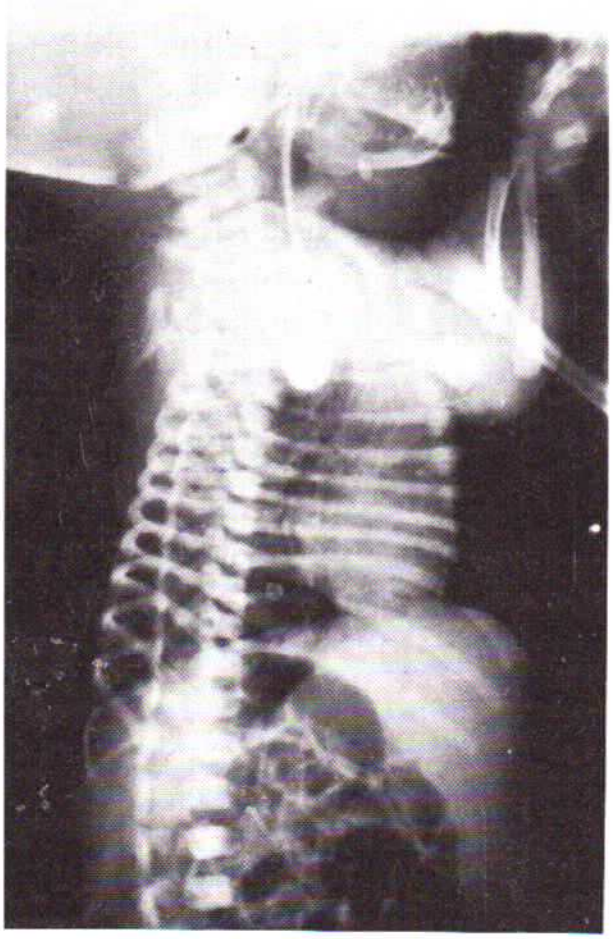
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

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

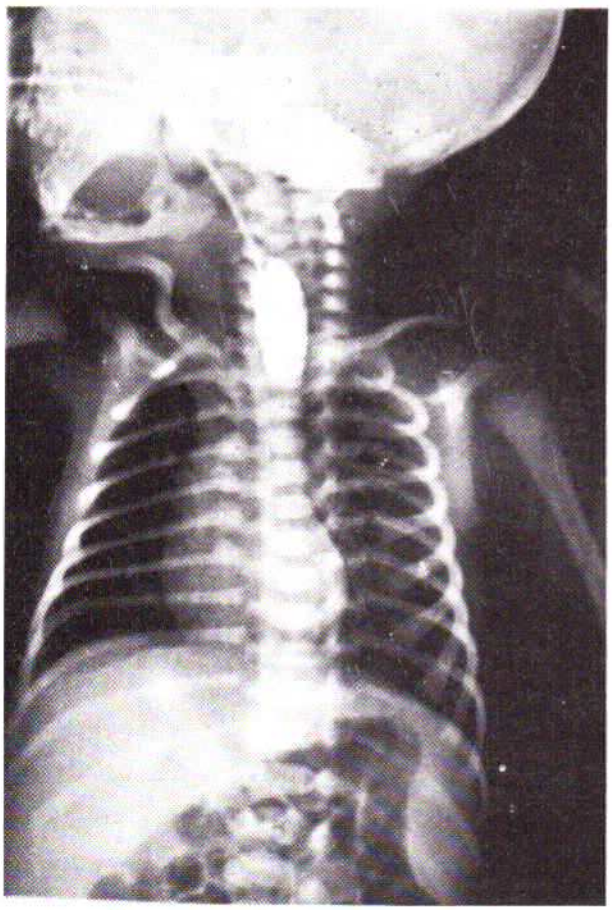
سرم راه شریانی در تاریخ ۵۶/۱۰/۱۶ یعنی ۶ روز بعد از تولد قطع گردید وتغذیه از راه لوله گاستروستومی ادامه یافت. روزهشتم بعداز عمل لوله‌ای بداخل مری هدایت وتقریباً تامحل بالای پیوند پیش برده شد . سپس رادیوگرافی با ماده حاجب انجام گرفت که نشان داد ماده حاجب بخوبی از محل پیوند رد شده و از اطراف پیوند نشت نکرده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

بعداز عکسبرداری و اطمینان ازعبور ماده حاجب از محل پیوند، تغذیه از راه دهان ابتداء با مقادیر کم سرم فیزیولوژیك سپس باشیر شروع شد و بتدریج بر مقدار آن افزوده و از مقدار شیری که از راه لوله گاستروستومی داده میشد بهمان نسبت کاسته میگردید. لوله گاستروستومی ۱۵ روز بعدازعمل خارج شد وتغذیه کامل ازراه دهان برقرار گردید که بخوبی تحمل شد . بمدت ده روز آنتی بیوتیك ادامه داشت سپس قطع گردید . درمدت بستری بودن دربیمارستان پوست نوزاد ازروز دوم بعداز تولد کمی زرد شد که برای بررسی علت آن آزمایش‌های زیر انجام گرفت .

اندازه گیری بیلروبین تام ومستقیم که بترتیب اعداد ۱۰/۹ و ۰/۳۸ میلی گرم را نشان داد. تعیین گروه خونی نوزاد (A Rh+)، آزمون کمبس (Coombs Test) منفی بود . فرمول و شمارش بدین قرار بود : گلبول سفید = ۱۱۴۰۰ ، مقدار هموگلوبین ۱۳/۳، نوتروفیل ۶۷ درصد، باتونه (Band cell) ۲ درصد ، لنفوسیت ۲۱ درصد، رتیکولوسیت ۴ درصد ، گروه خونی مادر (O Rh+) بود. ضمن ادامه سرم برای بیمار، لومینال بامقدار ۳ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن شروع و آزمایش بیلروبین درروزهای بعد تکرار شدکه بیلروبین تام حداکثر ۱۵ ومستقیم

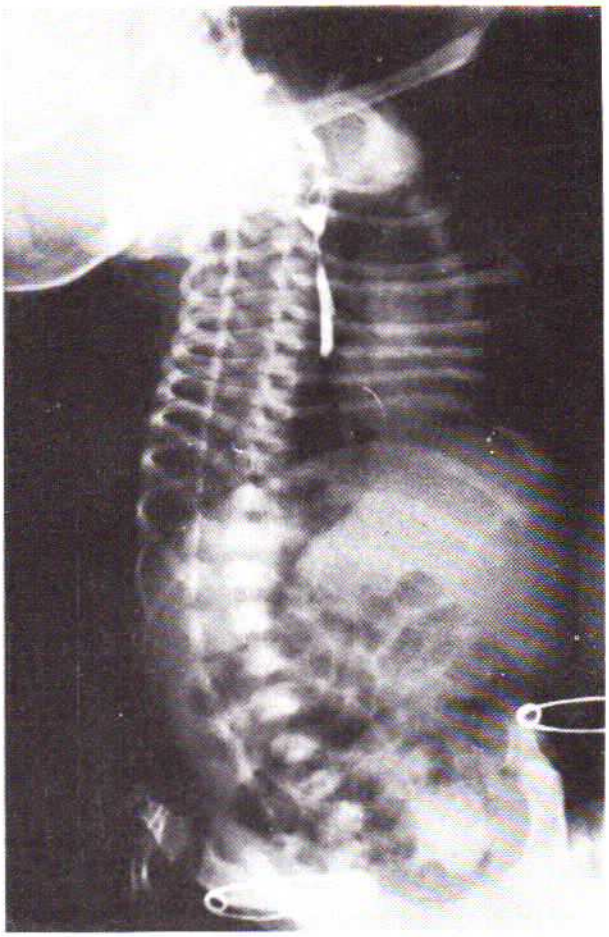


شکل شماره ۱

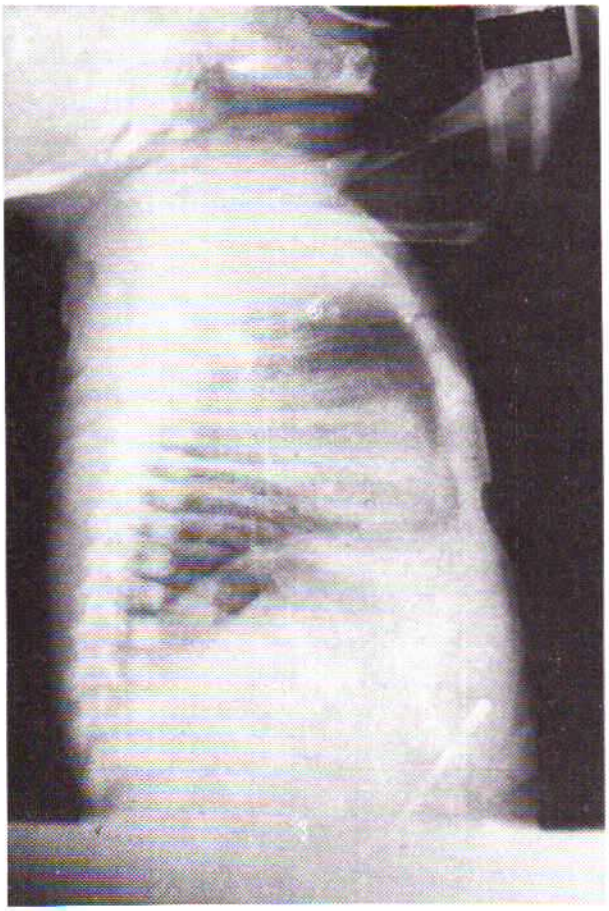


شکل شماره ۲ـ قسمت مسدود قطعه فوقانی مری پس از تزریق ماده حاجب

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



شکل شماره ۳- عبور ماده حاجب را از محل پیوند (قسمت باریک) نشان میدهد. بطوری‌که مشاهده میشود، ماده حاجب باطراف نشت نکرده است.



شکل شماره ۴- ماده حاجب را در طول مری نشان میدهدکه بخوبی ازمحل پیوند عبورکرده‌است.

۰/۳ میلی گرم درروز پنجم تولد رسید و بتدریج شروع به‌پائین آمدن نمود ودرآخرین آزمایش بیلروبین تام۱۲ ومستقیم۰/۴ میلیگرم بودکه دیگر تکرار نشد.

اندازه‌گیری‌الکترولیت بیمارجمعاً سه‌مرتبه‌انجام گرفت وتقریباً ارقامی درحدطبیعی نشان داد وچنانچه انجام‌اصلاحات مختصری درفرمول‌سرم بیمارلازم بنظرمیرسید، داده میشد. فرمول‌وشمارش چندمرتبه‌انجام‌شدکه‌نکته غیرطبیعی نداشت.درجریان‌درمان‌نوزاد دو روز اسهال گرفت‌که با برقراری سرم و درمان مناسب بهبود یافت.

بیمار در تاریخ ۵۶/۱۱/۹ یعنی ۳۰ روز بعداز تولد با حالت عمومی کاملا خوب و تغذیه کامل از راه دهان مرخص گردید.

کودك تاکنون دومرتبه به درمانگاه آورده شده و آخرین بار درتاریخ ۵۶/۴/۲۱ یعنی در سن شش ماه و ۱۰ روزه مراجعه که حالش‌کاملا خوب بود و وزنش۷/۵۰ کیلوگرم و هیچگونه مشکلی نداشت.

شرح حال بیمار دوم:

نـوزاد پسر، الف . فرزند م ، در ساعت هفت بعد ازظهر روز ۵۶/۳/۱۶ دربخش زایمان مرکز پزشکی فیروزگر ازمادری ۱۸ساله متولدشد. مدت حاملگی‌را هفت ونیم ماه ذکر کرده‌اند. وزن نوزاد درموقع تولد ۲ کیلوگرم، قد ۴۷ سانتیمتر، دورسر ۳۱سانتیمتر، دورسینه۳۱سانتیمتر. گروه‌خونی(+ORh)، گروه خونی مادر (+B Rh) بود. این‌نوزادمحصول پنجمین‌حاملگی است، مادر دو سقط ۴ و ۲/۵ ماهه داشته و دو فرزند به ترتیب در سن ۳ و ۴ ماه بعلت اسهـال و استفراغ فـوت شده‌انـد . مادر اظهارداشته‌بودکه شکمش بزرگتر ازمعمول بوده‌است ولی برطبق اطلاع ازبخش زنان مبتلا به Hydramnios نبوده است. معاینه فیزیکی نوزاد در بدو تولد جزکمی وزن ، نکته مرضی دیگری نشان‌نداد واقدامات معمولی‌نوزادان جدیدالولاده برای وی انجام‌گرفت. از چند ساعت بعداز تولد وجود ترشحات‌زیاد در داخل دهان و حلق او جلب توجه نمودکه بلافاصله ترشحات وسیله مکش (Suction) خارج‌گردید و با احتمال وجود اترزی

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

مری، لوله‌ای از راه بینی بداخل مری هدایت شدکه پس‌ازعبور چند سانتیمتر متوقف گردید و رادیوگرافی ساده شکم و سینه که بلافاصله و با وجود لوله در محل انجام گرفت نشان دادکه لوله در ناحیه مسدود قسمت فوقانی مری بطرف بالا پیچ خورده است وبعلاوه وجود هوا را در داخل معده مشخص نمود. بنا براین آترزی از نوع شایع (شکل C) یعنی انسداد قسمت فوقانی مری همراه با ارتباط نای با قسمت تحتانی مری وجود داشت . بعلاوه رادیوگرافی سینه کدورت یکنواختی را در لوب فوقانی ریه راست نشان دادکه نشان دهنده عفونت دراین قسمت بود (Pneumonitis aspiration) . سپس مقدار یك سانتیمتر مکعب ماده حاجب بآهستگی داخل لوله تزریق و عکسبرداری انجام گرفت که حدود قسمت مسدود فوقانی راکاملا مشخص نمود وبلافاصله ماده تزریق شده باسرنگ کاملا بیرون کشیده شد تا از ورود آن بداخل برونش جلوگیری شود و نوزاد در حال نیمه نشسته به‌بخش منتقل و لوله داخل مری در محل ثابت وبدستگاه مکش دائمی وصل شد و با مشاوره با جراح بیمارستان ، برای عمل آماده گردید. باین منظور و برای تأمین آب والکترولیت موردنیاز بیمار، قبل ازعمل ودرجریان عمل وبعدازآن ، لوله‌ای بداخل‌شریان ناف گذارده شد و پس از تعیین گروه خون و تهیه خون مناسب، ۲۴ ساعت بعدازتولد ، نوزاد باطاق عمل‌برده شد ومورد عمل‌جراحی پیوند انتها به انتها وهمچنین گاستروستومی در یك زمان قرارگرفت.

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 ازطریق داخل جنبی قسمت فوقانی وتحتانی مری کاملا ازنسوج اطراف آزادگردید. قسمت‌فوقانی مری‌مطابق معمول هیپرتروفی داشت و پس‌از جدا نمودن‌کامل این قسمت از اطراف ، مجرای نواری شکلی که ازقسمت فوقانی مری به‌قسمت غشائی نای متصل بود پس‌از آزاد نمودن ازاطراف، کاملا نزدیك به جدار قسمت غشائی نای با ابریشم پنج صفر دوخته شد ودرسمت مری نیز بهمین ترتیب عمل و قطع گردید . قسمت تحتانی مری کاملا از اطراف جدا و پیوند قسمت تحتانی مری با روش (Haight) با ابریشم پنج صفر انجام شد بطوری که قسمت‌تحتانی مری درقسمت فوقانی بصورت تلسکوپ درآید. تمام لایه‌های دیواره قسمت تحتانی به مخاط و زیر مخاط قسمت فوقانی دوخته شد و لایه دوم پیوند که شامل تمام دیواره قسمت تحتانی به عضله ولایه خارجی‌قسمت فوقانی‌مری بود دوخته شد.

مراقبت‌های بعدازعمل شامل مراقبت نوزاد در انکوباتور، تأمین آب و الکترولیت ازراه لوله داخل‌شریان ناف در چند روزاول سپس ازطریق تغذیه از راه‌گاستروستومی ، تجویز آنتی‌بیوتیك واکسیژن‌بود. بعدازعمل تا ۴۸ ساعت ازراه لوله‌گاستروستومی چیزی به‌نوزاد داده نشد. از روزسوم عمل مایعات بمقدارکم از راه لوله‌گاستروستومی شروع و از مقدار مایعات داخل وریدی بهمان نسبت‌کاسته شد. درفواصل‌مناسب الکترولیت بیمار اندازه‌گیری ودرصورت لزوم‌ترکیبات مایعات داخل وریدی براساس نتایج‌آن اصلاح میشد. ازروزدوم عمل‌بیمار کمی‌زردبنظرمیرسید، پوست روی اندامهای تحتانی ساق پا و ران سرد وکمی سفت و شروع‌تصلب‌خیزدارپوست (Sclerema) را نشان‌میداد بهمین‌جهت ضمن‌تجویزمقدارکامل‌آنتی‌بیوتیك، کورتن‌نیز شروع گردید که‌در دو روزاول تزریقی‌بود و روزهای بعد از راه‌لوله‌گاستروستومی داد شد . سفتی پوست و چسبندگی آن بنسوج زیرین تاحدی به‌صورت نیز سرایت‌کرد، ولی با ادامه درمان در همین مرحله متوقف و بتدریج شروع به بهبود نمود و کورتن در ظرف یك هفته‌بآهستگی وتدریجاً قطع گردید. زردی‌پوست پیشرفت‌چندانی نکرد و بیلروبین در روز ششم تولد به حداکثر ، تام ۱۵/۷ و مستقیم ۲ رسیدکه باتجویز لومینال زردی ازبین رفت. درمعاینه روزانه‌بیمار، روزهای‌اول‌بعدازعمل‌تعدادی رال (Rale) درهردو طرف سینه شنیده میشد. ریتم قلب منظم وضربان قلب حدود۱۲۰ دردقیقه وصداهای قلب طبیعی بود . روز چهارم بعدازعمل رادیوگرافی از سینه بعمل آمد که وجود مقدار کمی هوا را در طرف راست یعنی در طرفی‌که بیمار لوله داخل سینه داشت نشان میداد . در همین تاریخ لوله از داخل سینه بیرون آورده شد . ضمناً شیر از راه لوله‌گاستروستومی شروع و تدریجاً بر مقدارآن افزوده شد. روزنهم بعدازعمل نوزاد تاحدی ناراحتی تنفسی داشت و در سمع ریه صداهای تنفسی در طرف راست‌خیلی ضعیف بگوش میرسید و حرکات قفسه سینه در این طرف ازطرف مقابل کمتر بود . رادیوگرافی سینه‌که در این موقع انجام شد کدورت یکنواختی را درریه راست نشان داد که احتمالا بعلت کلاپس ریه درهمین‌طرف‌بود بااخذنتیجه‌رادیوگرافی وباءشورت جراح تصمیم‌گرفته شد ازطریق لوله داخل‌نای ترشحات موجود در برونش تخلیه‌گردد . اینکار وسیله متخصص بیهوشی انجام شد وحدود۱ـ۲سانتیمتر مکعب ترشحات مخاطی چرکی نسبتاً غلیظ خارج‌گردید و عکسبرداری که بلافاصله بعداز آن تکرار شد روشن شدن میدان ریه راست را نشان داد. روزبعد هم این‌عمل تکرارشدکه مقدارناچیزی‌ترشح‌خارج‌گردید. رادیوگرافی‌های

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

بعدی بهبود کامل کلاپس ریه را نشان داد. روزدهم تولد درسمع قلب‌سوفل سیستولیك در کناره چپ استخوان جناغ سینه شنیده شد که در روزهای بعد شدت آن به $\frac{۳-۲}{۶}$ رسید و حداکثر شدت آن درسومین و چهارمین فضای بین دنده‌ای چپ و بطرف خط وسط انتشار داشت و احتمال وجود ناهنجاری مادرزادی قلبی از نوع ارتباط بین دوبطن‌را علاوه بر ناهنجاری مری برای‌نوزاده‌طرح نمود ولی در این مرحله بیمار در نارسائی نبود.

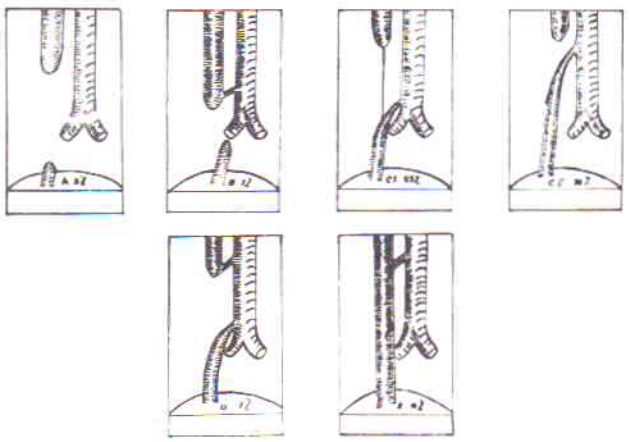
سیزدهمین روز بعداز عمل معاینه روزانه نشان دادکه سوفل قلبی بشدت خود باقی‌و بیمار دچارتاکی‌کاردی‌است. تعداد ضربان‌های قلب۱۵۰ـ۱۶۰دردقیقه کبدکمی‌بزرگ و بیمار دچارمشکل‌تنفسی است و بنظر میرسید علائم فوق مقدمه نارسائی‌قلب باشد . دراین مرحله‌تصمیم گرفته‌شد به‌بیمار دیژیتال‌بین‌داده‌شود، تجویزدیژیتال با مقادیر معمولی آن و مناسب با سن نوزاد انجام شد و پس از ۲۴ساعت بیماررروی مقدار نگهدارنده دیژیتال گذارده شد بااین درمان، نبض به۱۲۰در دقیقه کاهش پیدا کرد، حجم کبدکوچك و ناراحتی تنفس برطرف شد و مقدار نگهدارنده دیژیتال ادامه یافت.

دو هفته بعد از عمل بمنظور بررسی وضع محل پیوند لوله‌ای بداخل 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 ازمحل پیوند نشان داد. ازروز بعد تغذیه ازراه دهان ابتدا باه‌محلول دکستروز ۵ درصد بمقدار کم سپس باشیرشروع وبتدریج برمقدارآن افزوده شد وازمقدار تغذیه از راه لوله معدی بهمان اندازه‌کسر گردید و بالاخره در ظرف شش روز یعنی ۱۹ روز بعدازعمل، بیمار بطورکامل از راه دهان تغذیه شد ولوله‌گاستروستومی خارج گردید . درتمام مدت درمان در فواصل معین فرمول خونی ازنوزاد بعمل آمد ویکبار بعلت کمخونی (هموگلوبین 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 ازراه دهان میخورد و مقدار نگهدارنده دیژیتال یك قطره دیگوکسین در روزاست، نوزاد بتدریج افزایش وزن پیدا کرده و وزن اوبه۲/۳۵۰ کیلوگرم رسیده است ودرحال‌حاضر تنهایافته فیزیکی مثبت وجود سوفل قلبی درجه $\frac{۳-۲}{۶}$ درکناره‌چپ استخوان جناغ‌سینه باانتشاربطرف خط وسط وباتشخیص‌احتمالی ارتباط بین دو بطن میباشد

علت:

مری از اولین قسمت روده اولیه منشاء میگیرد. قسمت‌فوقانی‌آن از قطعه پشت حلقی و قسمت تحتانی از قطعه جلو معدی است . به‌محض آنکه‌گردن مشخص شد و قلب و ریه و معده بطرف‌پائین حرکت نمودند مری بسرعت طویل میگردد. درهفته هشتم جنینی حفره‌ای درلپی‌تلیوم‌آن ایجاد شده ومجرای داخلی آنرا بوجود میآورد. درهفته چهارم‌جنین ناودان حنجره‌ای نائی‌بمنظورایجاد حنجره ونای وریه اولیه بوجود میآید سپس دوشکاف طرفی بطور طولی این مجرای تنفسی اولیه را ازمری جدا میسازد. این‌جدا شدن بطرف بالا پیشرفت مینماید ناهنجاری مادرزادی بعلت‌عدم پیشرفت صحیح هریك‌ازاین‌مراحل‌تکاملی‌بوجود میآیدکه‌ازنبودن کامل مری تا دوتا شدن آن متغیر میباشد.

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



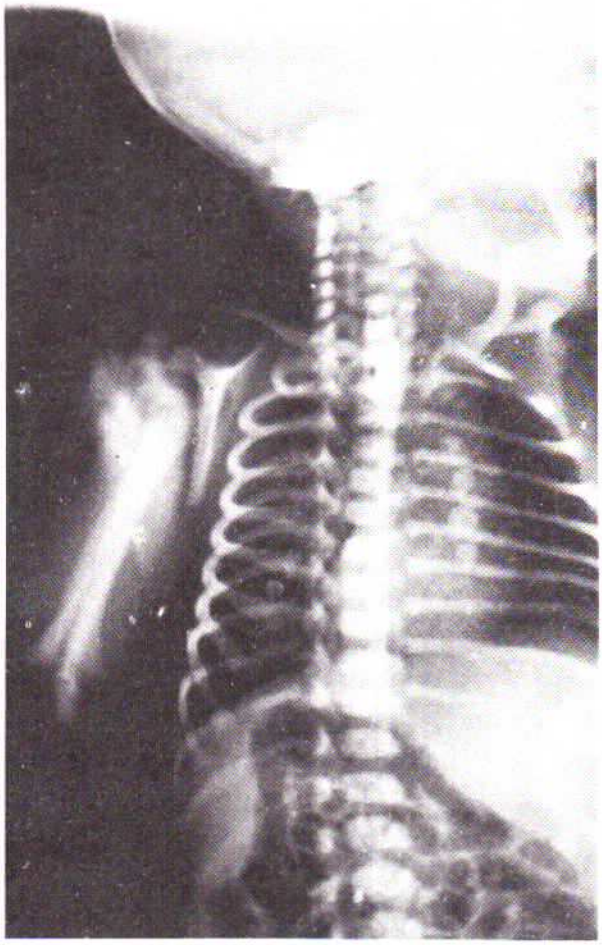
شکل شماره ۵ ـ نوع تشریحی مهم آترزی مری در شمای بالا نشان داده شده‌است.

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

این شکل خود نیز بدونوع تقسیم میگردد (CI) و (CII) و در شکل (CI) ناحیه مسدود شده نسبتاً طولانی‌است، درحالی‌که در در نوع (CII) انتهای قسمت فوقانی و تحتانی یا از یکدیگر تجاوزکرده و یا طول ناحیه مسدود شده خیلی کوتاه است.

توأم بودن بعضی اختلال‌ها با این ناهنجاری شناخته شده است . Polyhydramnios در $\frac{۱}{۳}$ مادران، نوزادان‌مبتلا گزارش‌شده است و این‌بعلت آنست‌که نوزاد مبتلا به‌آترزی مری قادربه‌بلع مایع آمنیوتیك نیست . در ۵۰ درصد موارد ناهنجاریهای دیگر

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



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

نیز تواماً مشاهده میگردد که در نصف موارد این ناهنجاریها مربوط به مجاری گوارشی (در $\frac{1}{2}$ موارد ناهنجاری Ano-rectal)، قلبی ، عروقی و تناسلی ادراری است.

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

علائم بالینی: اغلب اوقات نوزاد بلافاصله بعداز تولد گریه میکند. خودبخود تنفس برقرار شده و پوست رنگ طبیعی بخود میگیرد. از آنجاکه نوزاد قادر به بلع بزاق نیست چند ثانیه تا چندساعت بعد از تولد مشاهده میشود که مقدار زیادی ترشحات مخاطی بطور غیرعادی در حلق جمع و گاه از بینی و دهان روی ملافه جاری گشته است. دیر یا زود وتقریباً درتمام موارد اشکال تنفسی باتجمع ترشحات در حلق توأم میگردد. ناراحتی تنفسی ازتغییر رنگ نوزاد به خاکستری با شهیق وزفیر صدادار تاسیانوز شدید و اشکال تنفسی در مرحله شهیق ورفیر متغییر میباشد . کشیدن ترشحات حلقی برای چند لحظه سبب تخفیف این ناراحتیها میگردد. چنانچه اشتباهاً سعی در تغذیه نوزاد شود این عمل سبب تشدید علائم تنفسی و برگرداندن سریع مایعات بلع شده بهمراه ترشحات غلیظ و کفدارخواهدشد. بعلاوه بعدازتغذیه سمع ریه‌ها که قبلا کاملا پاك بود وجود رالهای خشن و مربوط به‌ترشحات در برونشیولها را آشکار مینماید.

کشیدن ترشحات حلق ویا از راه لوله داخل نای سبب بازشدن مجاری‌هوائی‌میگردد. اتلکتازی قسمت‌فوقانی ریه راست‌ممکنست بروز نموده و باقی بماند.

بنابراین مجموعه علائمی شامل: ۱ـ تجمع بیش‌از حد ترشحات ۲ ـ اشکال تنفسی چه دائمی و چه بطور حمله‌ای ۳ـ برگشت تمام مایعات بلع شده، مشخص آترزی مری میباشد . اگر شکم نوزاد خالی و فرورفته بنظر برسد میتوان تصور کرد که ارتباطی بین قسمت پائین مری و نای موجود نیست در این حالت ممکن است اصلا ارتباطی بین مری و نای وجود نداشته و یا قسمت فوقانی مری با نای در ارتباط باشدکه دراین‌مرحله اشکال تنفسی و سرفه مخصوصاً بعد از شروع تغذیه خیلی بیشتر از موارد دیگر است. از طرف دیگر اگر شکم سریعاً متسع و روده‌ها پر از هوا شود میتوان مطمئن بود که شکل شایع آترزی یعنی ارتباط بین قسمت تحتانی مری با نای موجود است.

تشخیص : پولی‌هیدروآمنیوس مادر بخصوص اگر بازایمان قبل‌از موعد همراه‌باشد همیشه گمان وجودآترزی مری را برمیانگیزد. دراین مورد و در هرحالتی که از جهات دیگر به چنین تشخیص مشکوك باشیم باید یك‌لوله حاجب اشعه ازبینی بداخل مری‌عبور دهیم. درشیرخواران مبتلابه‌آترزی مری، لوله‌پس‌ازآنکه ۱۰ـ۱۲ سانتیمتر پائین رفت در انتهای مسدود قسمت فوقانی مری متوقف میگردد. لوله انتخابی باید نسبتاً بزرگ و قابل انعطاف باشد زیرا بکاربردن لوله خیلی نرم ممکن است در حلقه مسدود مری بطرف بالا پیچ خورده و اشتباهاً تصورگردد که از مری گذشته و داخل معده شده است .

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

۱ـ محل‌انسداد را نشان میدهد.

۲ـ میزان عوارض ریوی را نمایان میسازد .

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

وجود هوا درمعده معرف وجود ارتباط بین‌قسمت تحتانی مری با نای‌است‌بااین‌همه‌بایددرنظرداشت که نبودن‌هوا درمعده وروده‌ها نمیتواند بطور قاطع وجود ارتباط کوچکی بین مری و نای را رد نماید، بعلاوه اگرهوا فقط درمعده بوده و در روده‌ها مشاهده نشود احتمال توأم بودن آترزی روده (دوازدهه) را نیز باید در نظر داشت. معمولا احتیاج بمطالعه رادیولژیك بیشتری نیست

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

با این وصف میتوان با تزریق ۰/۵ تا یك سانتیمتر مکعب ماده حاجب Lipiodol ازراه لوله داخل مری و با کنترل فلورسکپی حدود کیسه فوقانی مری را در سطح T2 یا T4 مشخص نمود با اینکار بعلاوه وجود تنگی شدید را از آترزی میتوان تشخیص‌داد ویا احتمالا فیستول بین‌قسمت فوقانی‌مری ونای ویا فقط فیستول بین مری و نای در نوع شبیه به H (H Type) 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 ونباید بکاربرده شود.

در نوع (H type) نشان‌دادن فیستول گاهی مشکل است، مسیر این فیستول معمولا بطور مورب از مری به‌نای بطرف بالا بوده و همیشه در قسمت فوقانی مری و در ۷۰٪ موارد درسطح دومین مهره سینه‌ای ویا بالاتر قرار گرفته‌است. روش‌های مختلفی‌برای نشان‌دادن این‌نوع توصیه شده‌است. یك روش که بیشتر بکارمیرود آنست که ماده‌حاجب وسیله شیشه (بطری‌شیر) ویا بوسیله تزریق داخل لوله‌ای‌که درقسمت فوقانی مری قرار گرفته و با کنترول مداوم فلورسکپی در حالی که بیمار به شکم خوابیده انجام میگیرد .

درمان:

درمان این نقص مادرزادی جراحی است. موفقیت درمان این نوزادان مستلزم همکاری وهماهنگی‌جراحی که باروش‌عمل‌آشنائی کامل داشته باشد ازیکطرف و متخصص کودکان و متخصص بیهوشی ماهر از طرف دیگر میباشد. با در نظر گرفتن اینکه درحدود ۳۰٪ از بازده قلبی این نوزادان شانت میشود اهمیت افرادی که مجرب و آزموده برای بیهوش‌کردن این بیماران باشند حائز اهمیت بسیاراست. تعداد زیادی ازاین نوزادان ممکن است‌نارس بوده و دستگاه مرکزی تنظیم حرارت بدن آنها‌کامل نشده باشد وبرای نگهداری وثابت ماندن حرارت بدن این نوزادان باید در انکوباتور قرارگیرند و در حین عمل نیز مراعات این نکته الزامی است.

قبل‌از سال ۱۹۳۹ نوزادانی‌که دچار آترزی مری بودند دریك ماهه اول عمر میمردند دراین سال Ladd و Leven هر کدام بطورمستقل عمل سه‌گانه را که عبارتند از: عمل بازنمودن مری درگردن (Cervical Esophagostomy) ، بستن ارتباط نای و مری ازطریق خارج جنبی وگاستروستومی را ابداع نمودند. عده‌ای از این نوزادان باین ترتیب زنده ماندند و بعد از سن دوسال عمل انتخابی‌روی این‌بیماران انجام شد. در سال۱۹۴۳ اولین عمل موفقیت آمیز در یك مرحله و پیوند قسمت فوقانی و تحتانی مری توسط Haight و Towsley گزارش شد این عمل امروزه متداول میباشد.

وقتی قسمت تحتانی مری وجود ندارد و یا بنحوی آترزی دارد که پیونداولیه امکان‌پذیر نمیباشد عمل (Ladd) را انجام‌میدهیم و بعداز دو سال با کمك قسمتی ازروده بزرگ و یا لوله‌ای‌که از معده گرفته شده و معکوس نموده‌ایم مری را با معده ارتباط داده و راه مواد غذائی را از دهان به معده برقرار می کنیم.

معمولا امروزه باوجود افرادمجرب وتقنهای بعدازعمل بیماران را ازراه داخل جنبی‌عمل مینمایند. ورید آزیگوس را قطع کرده و میبندند، قسمت فوقانی مری در مدیاستن و در خلف نای کاملا هویدا میباشد. جدا کردن این قسمت ازنسوج اطراف ضروریست و در صورتیکه فیستول بین‌نای و قسمت فوقانی مری وجود داشته باشد باید بسته شود ، فیستول بین قسمت تحتانی مری و برونش ویانای راکاملا جدانموده وآنرا مماس‌بانای بسته وقطع می کنیم. پیوند بطورتلسکوپ انجام‌میپذیرد (نحوه‌عمل قبلا ذکرشده‌است) معمولا بعداز خاتمه عمل پرده جنب روی پیوند قرار داده میشود و پس‌از خاتمه عمل لوله‌معدی برداشته میشود وهمچنین گاستروستومی بشرحی که قبلا ذکرشد انجام میگیرد.

دقت درمراقبت قبل وبعداز عمل برای‌حصول‌موفقیت نهائی‌دارای اهمیت بسیاراست، مراقبت قبل‌از عمل دردو مسئله خلاصه‌میگردد:

۱ـ جلوگیری از عوارض ریوی

۲ـ تنظیم آب و الکترولیت

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

الف ـ تشخیص زود رس بیماری و ممانعت از تغذیه بیمار در هر موردکه به این ناهنجاری مشکوك هستیم.

ب ـ انتقال سریع نوزاد بانکوباتور به‌نزدیکترین‌واحد تخصصی جراحی اطفال

پ ـ بمنظور جلوگیری ازبازگشت محتویات معده بداخل ریه از راه ارتباط قسمت تحتانی مری با نای ، شانه‌ها و سر بیمار باید بالاتر از تنه قرارگیرد. بدیهی است در مواردیکه ارتباطی بین قسمت‌تحتانی مری ونای وجود ندارد بهتر است بیمار بطورافقی و یا سرپائین‌تر از تنه قرارگیرد تا خروج ترشحات مخاطی از دهان بخارج آسان گردد.

ت ـ بوسیله کشیدن‌مایعات چه‌بطورمتناوب وچه بطور دائم قسمت فوقانی‌مری باید ازبزاق وترشحات خالی نگهداشته شود، اینکار باگذاشتن لوله‌ای نرم در مری از راه بینی عملی میگردد.

ث ـ اگرعوارض ریوی بوجودآمده‌است باید برای بیمارآنتی‌بیوتیك تجویز گردد.

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

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

چ ـ تعادل اسید ـ باز، آب و الکترولیت بیمار ازطریق تزریق مایعات داخل وریدی تأمین میشود.

ح ـ نظارت مداوم پرستاری با تجربه و جدا نگاهداشتن بیمار ضرور است.

اصول کلی بالا بعداز عمل نیز باید بکار برده شود. بمجردی که ارتباط بین مری ونای بسته شد میتوان شیر خوار را دروضعیت افقی ویاسررا پائینتر ازتنه قرارداد تاترشحات حلقی بهترخارج شود و بطور متناوب ترشحات‌را خارج نمود. بعلاوه بیمار را با مهارت باید از یك پهلو به‌پهلوی دیگرخواباند، این‌عمل‌بمنظور جلوگیری از کلاپس ریه انجام میگیرد.

تغذیه ازراه لوله‌گاستروستومی‌را میتوان بعداز ۴۸ ساعت‌شروع کرد، بعضی‌ها تغذیه‌را ازراه لوله‌ای‌که هنگام عمل ازمری عبور داده‌اند انجام میدهند. چنانچه پیوند بی‌عارضه انجام‌گیرد تغذیه 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:

۱ـ تأخیر در تشخیص

۲ـ نارس بودن نوزاد (Prematurity)

۳ـ وجود عوارض ریوی

۴ـ توأم بودن بیماری با ناهنجاریهای مادرزادی شدید دیگر

۵ـ ضعف روش جراحی و مراقبت بعداز عمل

۶ـ نوع‌تشریحی بیماری (مثلا درنوع CII که بدون‌کشش‌نسج، عمل پیوند انتها به انتها امکان پذیر است در مقایسه با نوع CI پیش‌آگاهی خیلی بهتر است).

در بیمارانی که بیماری زود تشخیص داده شده و زود عمل شوند پیش‌آگاهی بهتر از بیمـارانی است که دیر عمل میشوند و این بعلت‌آنستکه اختلال‌های بیوشیمیائی، آب والکترولیت وهمچنین عوارض ریوی در بیمارانی که زود عمل میشونـد کمتر است . معمولا با اطلاعات‌امروزی تأخیر درعمل بیش‌از ۴۸ ساعت قابل قبول نیست.

تأثیر مهارت عمل‌کننده وگروهی‌که مراقبت قبل و بعد از عمل بیمار را بعهده دارند بخوبی ازگزارش‌های زیرمشخص‌میگردد. Haight بنیان‌گذار عمل پیوند مری و Leven که ۶۸ مورد بیمـاران خصوصی عمل شده خود را گـزارش کرده‌اند رقمـی بیش از ۶۰ درصد بیمارانشان زنـده مـانده‌اند . گـزارشی از کلینیك دیگر با۲۰مورد فقط۷مورد زنده مانده‌اند و درگزارش دیگر از ۵ بیمارکه چهار موردآن عمل شده‌اند ، فقط یك مورد زنده مانده‌است. بدیهی‌است دراین‌دسته اخیر، متوسط عمر نوزاد در موقع تشخیص ۷/۴ روز بوده واین واقعیتی است‌که ازابتدا بیمار را در شرایط نامساعد قرار میدهد.

تمام نوزادانی‌که مرده‌اند دچار برنکوپنومونی شدید بوده‌اند . بطورکلی میتوان‌گفت در ۹۰٪ نوزادان رسیده (Full Term) بدون وجود ناهنجاری مادرزادی دیگر ویا عوارض ریوی و در آنهائی‌که عمل پیوند انتها به انتهای مری دریك مرحله امکان‌پذیر است میتوان انتظار زنده ماندن بیمار را داشت.

از طرف دیگر زنده ماندن در نوزادان با وزن‌کمتر از ۲۰۰۰ گرم و مبتلا به ناهنجاریهای توأم دیگر و یـا عوارض ریـوی غیرمعمولی است .

عوارض : تقریباً ۸۰٪ مرگهای بعدازعمل را بعوارض ریوی‌مثل کلاپس ریوی و ذات‌الریه یا به نشت از محل پیوندکه منجر به نفوذ هوا درجنب (Pneumothorax) (مخصوصاً اگر راه داخل داخل جنبی بکار رفتـه باشد)، جمع شدن چرك در محفظه جنب (Empyema) و ورم مدیاستن نسبت میدهند. نشت ازمحل پیوند دراثرپاره شدن بخیه‌ها هنگامی‌که عمل پیوند تحت‌کشش انجام شده ویادرنتیجه نکروزقسمت تحتانی‌نسبتاً کم عروق مری‌میباشد، نشت از محل پیونـد مسبب ورم مدیاستن و سیر سریع بطـرف وخامت دراکثر موارد عمل‌های ناموفق بوده است .

دراکثر این‌بیماران‌عمل جراحی وبستن مجددمحل عمل‌ضرورت پیدا کرده کـه در معدودی با موفقیت همراه بوده‌است. بالاخره مهمترین عارضه بعداز عمل پیدایش تنگی در محل پیوند است و در مواردی‌که شدید باشد ممکن است احتیاج به اتساع با سوند داشته باشد. تشخیص‌تنگی معمولا چند ماه به تأخیر می‌افتد زیرا تا زمانیکه غذاهای جامد برای بیمار شروع نگردد اشکال بلع آشکار نمیشود. اکثراین‌موارد را با اتساع مکرربطوررضایتبخش میتوان درمان نمـود ولی عده‌ای را عقیـده برآنستکه خطرات اتساع با سوند آنقدر زیاد است‌که باید انجام‌آنرا تامادامی‌که همه اقدامات محافظ‌کارانه بی‌نتیجه بماند به تأخیرانداخت.

بعضی از بیماران بعلت ورم مری ناشی از برگشت مواد از معده به مری (Reflux) دچار تنگی‌قسمت تحتانی مری میگردند.

خلاصه و نتیجه:

دومورد آترزی مری همراه با ارتباط بین مری ونای ازمرکز پزشکی فیروزگرگزارش گردید، یکی از نوزادان نارس وعلاوه

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

بر ناهنجاری فوق مبتلا به ناهنجاری مادرزادی قلب نیز بود.
موفقیت در درمان این بیماران مستلزم تشخیص بموقع بیماری ، همکاری نزدیك و مهارت جراح و گروهی که مراقبت قبل، حین و بعدازعمل‌را بعهده میگیرند میباشد.بروزعوارض ریوی، نارسی، توأم بودن ناهنجاریهای دیگر و بالاخره تکنیك ضعیف جراحی از عواملی هستندکه برزنده ماندن نوزاد تأثیر نامساعد دارند . عوارض‌بیماری شامل: عوارض‌ریوی، نشت ازمحل‌پیوند وبالاخره بروز تنگی در محل پیوند میباشد، عارضه اخیر در اکثر موارد با اتساع مکرر توسط سند درمان میگردد.

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.

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