

آترزی مری

مجله نظام پزشکی

سال هفتم ، شماره ۳ ، صفحه ۱۶۸ ، ۱۳۵۸

دکتر محمد حسین خردپیر - دکتر فائق نجفی - دکتر کاظم کرباسی *

مقدمه:

انسداد مادرزادی مجرای مری (آترزی مری) که از نظر شیوع در اجتماعات مختلف در حدود یک در ۳۰۰ گزارش شده است ، با معرفی این چهار مورد که در مدت کوتاه چهارماه در منطقه محدودی شناسائی و عمل جراحی شده اند ، بنظر میرسد در ایران این ناهنجاری شیوع بیشتری داشته باشد. متأسفانه در اثر اشکالات موجود از جمله انجام تعداد قابل توجهی از زایمانها در منزل و عدم دسترسی بآمار صحیح نوزادان و علل مرگ آنها و عدم انجام کالبدگشائی (اتوپسی) برای یافتن علت مرگ ، بدست آوردن درصد شیوع این ناهنجاری بطور دقیق میسر نشده است. منظور اصلی از معرفی این چند مورد تاکید کردن در مورد عوامل و نکاتی است که منجر به موفقیت عمل و زنده ماندن بیماران میشود. مهمترین این عوامل، تشخیص زودرس یعنی در دوازده تا بیست و چهار ساعت اول زندگی است. بطوریکه قبل از ایجاد عوارض آنرا تشخیص داده و بامراقبتهای پزشکی لازم نوزاد را با حال عمومی خوب و مناسب بدست جراح سپرد. مسلماً مراقبتهای بعد از عمل جراحی نیز در زنده ماندن بیمار و عدم ایجاد عوارض اهمیت خود را حفظ می کند.

هر چهار نوزادیکه بررسی شده اند، رسیده (Full Term) بوده و وزن آنها در موقع تولد بیش از دوهزار و پانصد گرم بوده است. سه تن از آنها هیچ نوع ناهنجاری دیگری نداشته اند فقط یکی از آنها علائم بالینی تریزومی ۲۱ همراه با انسداد مجرای معده داشته است.

* مرکز پزشکی شهدا - تجریش.

نوع آترزی در سه نوزاد اول از نوع شایع C (قسمت فوقانی مری مسدود و قسمت تحتانی به نای ارتباط داشته است) و در نوزاد چهارم که تحت عمل جراحی قرار نگرفت از نوع A (انسداد دو طرف مری) بوده است.

بطور خلاصه عواملی که منجر به موفقیت عمل جراحی در سه نوزاد مورد بحث شده است عبارتند از:

تشخیص زودرس ناهنجاری ، مراقبتهای پزشکی لازم قبل از عمل جراحی (تجویز آنتی بیوتیک - قرار دادن لوله در مری و کشیدن مداوم ترشحات - رساندن مایع والکترولیتهای مورد نیاز، قرار دادن نوزاد در حالت مناسب بطوریکه دخول ترشحات معده به ریه به حداقل ممکن برسد).

مهارت جراح و داشتن سابقه ممتد جراحی در نوزادان، مناسب بودن شرایط نوزاد برای عمل ، (وزن کافی، حال عمومی خوب و نداشتن عوارض ، زیاد نبودن فاصله دو قسمت انتهائی (دیستال) و نزدیک به ناحیه (پروگسیمال) مسدود مری و بالاخره مراقبتهای کافی بعد از عمل).

شرح حال بیماران:

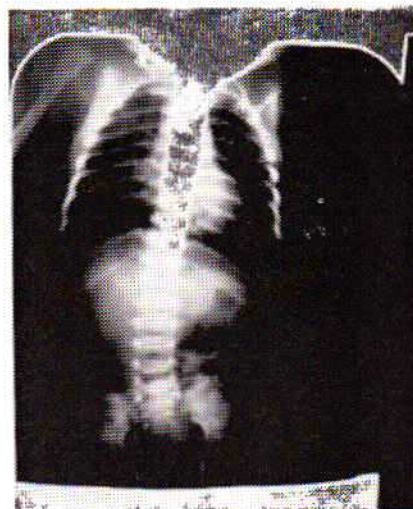
بیمار اول: نوزاد ب - ص، دو روزه، بوزن ۲۷۰۰ گرم که از یک آبستنی و زایمان طبیعی در بیمارستان متولد شده و بعلت بر گرداندن و استفراغ پس از اولین تغذیه دوران نوزادی و خروج ترشحات کف آلود از دهان باین مرکز منتقل شد.

در معاینه ای که بعمل آمد نوزاد فعال و بعلت برقراری مایعات و

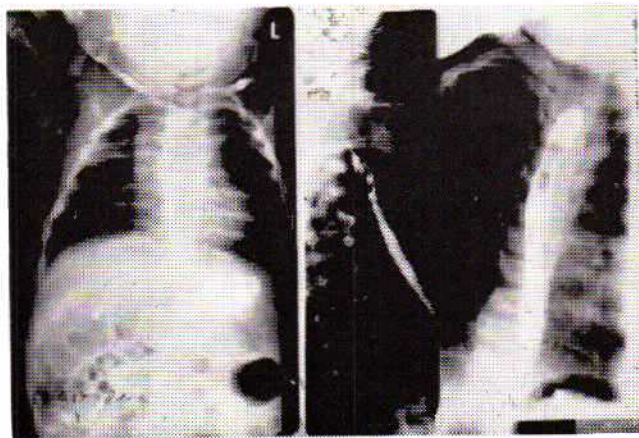
معاینه ریه‌ها، در قسمت فوقانی ریه راست صدای ریوی خفیف و حاوی رال مرطوب ریز بود. قلب و عروق طبیعی ولی شکم نفخ مختصری داشت.

پرتو نگاری ساده انجام شد و وجود هوا در فضای جنب (Pneumothorax) قله ریه راست، ذات الریه ناشی از مواد خارجی، تصویر سند داخل مری، مقدار زیادی گاز در معده را نشان داد و بیمار با تشخیص نهائی آترزی مری نوع C پس از تنظیم درجه حرارت و ادامه درمان با آنتی بیوتیک تحت درمان جراحی قرار گرفت. عمل جراحی که مانند همان روش قبلی انجام گرفت، موفقیت آمیز بود و پرتو نگاری‌های کنترل بعدی که به فاصله یک و سه ماه انجام شده است، مختصر تنگی در محل پیوند و رویهم خوابیدگی (کلاپس) لب فوقانی ریه راست را نشان می‌داد. در حالیکه در پرتو نگاری کنترل یکسال بعد از عمل، ماده حاجب با عبور طبیعی وارد مری شده و ضایعه‌ای در جدار مری گزارش نگردید و کلاپس لب فوقانی ریه نیز بهبود یافته بود (شکل شماره ۲).

الکترولیت و تأمین کالری مورد نیاز حال عمومی خوب بود. در سمع ریه‌ها رال مرطوب ریز در هر دو طرف بگوش می‌رسید. آزمایش‌های دیگر نکته مرضی را نشان نداد. پرتو نگاری ساده بدون ماده حاجب که انجام گرفت، لوله بینی-معدی (نازوگاستریک) نمره ده تا قسمتی از مری پیشرفته و معده پراز هوا و مجموعه تغییرات، نتیجه آترزی مری و فیستول قسمت تحتانی مری با نای بوده است. (شکل شماره ۱).



شکل ۱



شکل شماره ۲- پرتو نگاری مری یک ماه، سه ماه و یکسال بعد از عمل مشاهده میشود. تنگی مری در ناحیه پیوند (آناستوموز) بعد از یکسال دیده نمیشود.

بیمار سوم: نوزاد ز-الف، یک روزه که از یک بستنی و زایمان طبیعی بموقع (Term) با وزن ۲۸۰۰ گرم در بیمارستان متولد شد و به علت برگرداندن اولین تغذیه و خروج ترشحات مخاطی کف آلود پس از گذاشتن لوله بینی-معدی و کشیدن ترشحات، با درجه حرارت مناسب جهت عمل جراحی باین مرکز منتقل گردید.

در معاینه نوزاد حال عمومی خوب بود، انتهاها مختصر سیانوزه و تنفس صدا دار داشت. گوش و حلق و بینی سالم و در آزمایش ریه خشونت سداهای ریوی در دو طرف شنیده میشد. قلب و عروق طبیعی و شکم بی نفخ ولی صدای روده‌ای قابل سمع داشت. سایر دستگاهها طبیعی بود.

آزمایش‌های انجام شده طبیعی، فقط پرتو نگاری ساده ریه و شکم

بیمار با تشخیص آترزی مری نوع C تحت عمل جراحی قرار گرفت. نوع عمل بدین ترتیب بود که بعد از انجام برش دیواره سینه (تورا کوتومی) طرف راست، ابتدا فیستول بین مری - نای را بسته و پیوند در یک لایه بصورت انتها به انتها انجام گرفت. فاصله بین دو قسمت دیستال و پروگسیمال حدود ۱/۵ سانتی متر بود و بعد از عمل عوارضی وجود نداشت.

پرتو نگاری کنترل که یکماه بعد از عمل جراحی بعمل آمد، عبور ماده حاجب از مری بطرف معده انجام گرفته بود و ناحیه تنگی مری سینه‌ای حدود قوس آئورت وجود داشت. ولی در پرتو نگاری که یکسال بعد از عمل انجام شد تنگی وجود نداشت. کودک هم اکنون بخوبی تغذیه میشود و در وضعیت خوبی بسر میبرد.

بیمار دوم: نوزاد س-ف، ۳ روزه که در بیمارستان از مادری سالم بطور طبیعی و بموقع (Term) با وزن ۳۲۰۰ گرم متولد شده و با تشخیص آترزی مری باین مرکز پزشکی منتقل گردید. نشانه‌های اولیه بیماری شامل برگرداندن اولین تغذیه نوزاد و ترشح مخاطی از دهان و ناراحتی تنفسی بوده است.

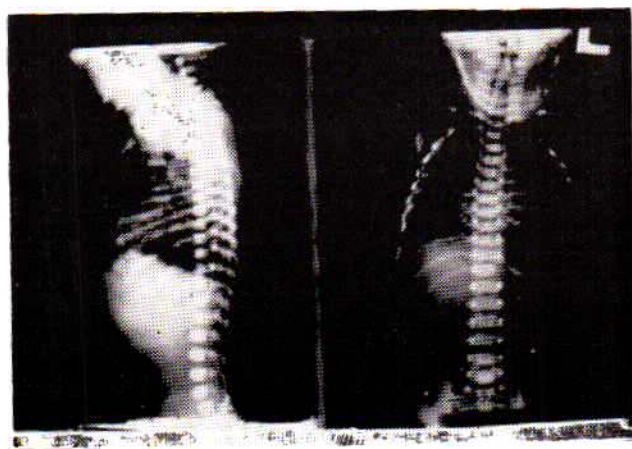
در معاینه‌ای که بعمل آمد حال عمومی نوزاد به علت برقراری مایعات وریدی، آنتی بیوتیک، علیرغم داشتن اشکال تنفسی نسبتاً خوب بود.



شکل شماره ۴- کودک در سن ۲۰ ماهگی

در آزمایش انجام شده، تنوس عضلات نوزاد کمتر از طبیعی، گریه ضعیف، پلکهای متورم و گردنی کوتاه و گوشت آلود با چشمانی مورب داشت. در معاینه قلب و ریه‌ها نکته مرضی وجود نداشت. کبد در حدود ۲ سانتیمتر زیر لبه دنده راست قابل لمس بود. میاند و راه (پرینه) مسطح و مقعد مسدود بود.

انتهاها سیانوزه و خطوط عرضی کف دست، تمام عرض دست را پوشانده بود. آزمایش‌های انجام شده طبیعی، فقط پرتونگاری ریه و شکم ناحیه تیره‌ای را در قاعده ریه چپ که نتیجه ذات‌الریه بود نشان داد. معده و روده بدون گاز و آترزی مری از نوع A (هر دو قسمت دیستال و پروگسیمال مری مسدود و هیچگونه ارتباطی بانای نداشتند) را تایید میکرد (شکل شماره ۵). این بیمار به علت ابتلا به سندرم داون (Down's Syndrome) و ناهنجاری‌های متعدد، مورد عمل جراحی قرار نگرفت و فوت شد. کالبدگشایی (اتوپسی) نیز به علت اشکالات موجود بعمل نیامد.



شکل ۵

رشته‌های تیره‌ای در قاعده ریه راست که نشان‌دهنده ذات‌الریه ناشی از ورود مواد غذایی بداخل ریه بود گزارش گردید.

لوله بینی-معدی تاثلث فوقانی مری پیشرفته و بطرف بالا برگشته بود. بیمار با تشخیص آترزی مری نوع C با مراقبت لازم قبل از عمل، تحت عمل جراحی قرار گرفت. نوع عمل همان اتصال آنها به انتها و فاصله قسمت دیستال و پروگسیمال مسدود مری در حدود ۱/۵ سانتیمتر بود.

پرتونگاری کنترل که در حدود یکماه پس از عمل انجام شد، ضایعات ریوی بهبود یافته و عبور ماده حاجب از مری در فلوروسکوپ طبیعی، وضعیت ناحیه اتصال رضایت‌بخش و نشت (Likage) ماده حاجب به اطراف وجود نداشت. در پرتونگاری ۷ ماه بعد، عبور ماده حاجب بخوبی انجام و ضایعه جدار موجود نبود. کودک هیچگونه اشکال تغذیه‌ای نداشت و در وضعیت خوبی بسر میبرد (شکل شماره ۳ و ۴).

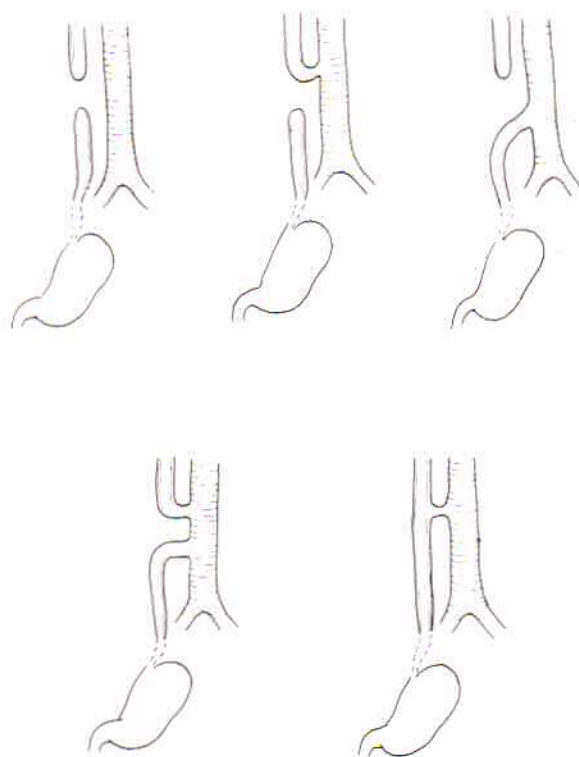


شکل شماره ۳- یکسال بعد از عمل اثری از کنگی محل پیوند دیده نمیشود.

بیمار چهارم: نوزاد پسر، ۷-ک، دوازده که از یک آبستنی وزایمان طبیعی بوزن ۲۵۷۰ گرم در بیمارستان متولد شد و به علت خروج ترشحات کف آلود فراوان از دهان و مسدود بودن مقعد باین مرکز معرفی گردید.

عمل جراحی و روش‌های مختلف آن:

عمل جراحی بر حسب شدت ضایعه و ناهنجاریهای همراه و سن نوزاد از نظر سن حاملگی و وزن متفاوت است.



در سال ۱۸۹۸، Hoffman برای نخستین بار از راه کردن عمل ترمیم مری را انجام داد ولی چون موفق به انجام آن نشد گاستروستومی بعمل آورد.

در سال ۱۹۱۳، ازوفاگوستومی و گاستروستومی و بستن فیستول از راه باز کردن جدار سینه توسط Richter (۱۶) صورت گرفت. در سال ۱۹۳۹، Lanman (۱۳) و Shaw برای نخستین بار عمل پیوند بین دو قطعه مری را انجام دادند.

ولی نخستین عمل پیوند موفقیت آمیز توسط Haight در سال ۱۹۴۱، انجام پذیرفت.

در سال ۱۹۲۹، Vogt (۲۰) تقسیم بندی اشکال مختلف تشریحی آترزی مری را که مورد قبول اکثریت مکتبهای جراحی واقع شده بشرح زیر انجام داده است.

چون شرایط نوزاد از نظر سن حاملگی، وزن موقع تولد در انتخاب نوع عمل و مرگ و میر آن دخالت مستقیم دارد، Waterstone و همکارانش در سال ۱۹۶۲ (۲۱) با مطالعه و بررسی ۲۱۸ نوزاد

مثلاً به آترزی مری با توجه به مسائل مذکور آنها را به پنج گروه تقسیم کرده اند:

- گروه A: وزن بیش از ۲/۵ کیلوگرم و حال عمومی خوب.
گروه 1-B: وزن ۲ تا ۲/۵ کیلوگرم با حال عمومی خوب.
گروه 2-B: وزن ۲/۵ تا ۳ کیلوگرم همراه با ذات‌الریه خفیف و ناهنجاریهای خفیف مادرزادی.
گروه 1-C: وزن کمتر از ۲ کیلوگرم.
گروه 2-C: وزن ۲ تا ۲/۵ کیلوگرم همراه با ذات‌الریه و ناهنجاریهای شدید.

نویسندگان مزبور میزان مرگ و میر گروه A بعد از عمل پیوند اولیه را در حد ۵٪ و گروه C را ۹۴٪ گزارش کرده اند، در حالیکه گروه B ۶۸٪ موارد عمل موفقیت آمیز داشته است. امروزه جراحان از این تقسیم بندی برای گرفتن تصمیم درباره لزوم عملهای مقدماتی قبل از پیوند و یا اقدامات دیگر و همچنین خطر بعد از عمل استفاده میکنند.

طریقه عمل جراحی را با در نظر گرفتن وضع عمومی نوزاد و شکل تشریحی آن میتوان بشرح زیر انتخاب کرد:

۱- در صورتیکه نوزاد رسیده (فول ترم) و گروه A باشد عمل تورا کوتومی همراه با بستن فیستول و پیوند دو انتهای مری بلافاصله پس از تشخیص باید انجام گیرد.

۲- در نوزادان نارس که وزن آنها کمتر از ۲ کیلوگرم بوده و در گروه C قرار داشته باشند، ابتدا باید فیستول را از طریق تورا کوتومی ترمیم کرد و برای ادامه تغذیه نوزاد گاستروستومی انجام داد. پس از درمان و بهبود ذات‌الریه (پنومونی) و افزایش وزن نوزاد بعداً ۲/۵ کیلوگرم (با تغذیه از طریق گاستروستومی) مرحله دوم عمل یعنی پیوند بین دو قسمت مری انجام میگردد.

۳- در نوزادانیکه آترزی مری از نوع A باشد چون معمولاً فاصله دو قسمت مری بیش از ۳ سانتیمتر است انجام پیوند در همان موقع امکان ندارد، لذا در این نوزادان ابتدا عمل باز کردن مری در ناحیه گردن (Esophagostomy) (جهت درناژ بزاق) و گاستروستومی (جهت ادامه تغذیه نوزاد) انجام میدهند و پس از افزایش وزن نوزاد در حدود ۱۰-۱۵ کیلوگرم اقدام به مرحله بعدی عمل جراحی مینمایند.

برای پیوند دو قسمت مری سابقاً از روش Waterstone که همان روش گذاشتن کولون بجای مری (Colon interposition) است، استفاده میشد و در دهه گذشته بجای کولون از لوله معدی نیز استفاده شده و بعضی از جراحان منجمه Gavrilu مینکر آن و Cohen (۲) در این زمینه موفقیت درخشانی بدست آورده اند.

مراقبتهای بعد از عمل جراحی:

این نوزادان بعد از عمل باید کماکان در انکوباتور نگهداری شوند. مایعات و الکترولیت های لازم و آنتی بیوتیک وسیع الطیف تجویز گردد. برای جلوگیری از آتلکتازی هر ساعت یکبار وضع بیمار عوض شود. در دو یا سه روز اول پس از عمل چون نوزاد قادر به بلع بزاق خود نمیباشد، تخلیه مداوم لازم است. در صورت وجود ذات الریه و اشکال تنفسی، لوله گذاری (Intubation) و تنفس مصنوعی بوسیله ریسپراتور باید انجام گیرد تا به مرور وضع تنفسی نوزاد بهبود یابد. در مورد طریقه و زمان شروع تغذیه پس از عمل در این نوزادان عقاید مختلف موجود است. طریقی که در سه نوزاد گزارش شده بکار رفته است چنین بود که مدت ۵ روز بعد از عمل آنها را ناشتا نگهداشته سپس تغذیه بصورت گاوآذر از راه لوله معده (Feeding Tube) بمدت یک هفته و پس از آن از راه دهان ادامه یافت. عده ای از جراحان عمل گاستروستومی و تغذیه از آن طریق را به لوله معده ترجیح میدهند.

بحث:

در هفته چهارم زندگی جنینی نای و برونش ازجوانه ای در روده قدامی بوجود می آیند، مری نیز از قسمت اولیه روده ابتدائی تشکیل میشود، در هفته هشتم جنینی در اپیتلیوم حفره دهانی حفره هائی بوجود می آید فضای داخل مری را ایجاد میکند. بنابراین توقف رشد در هر یک از مراحل جنینی فوق منجر به فیستول مری-نای و یا آترزی مری و یا فقدان مری میگردد.

علت اصلی آترزی مری هنوز بدرستی توجیه نشده ولی عوامل متعدد خارجی ممکنست در بوجود آوردن این ناهنجاری مؤثر باشد از جمله:

- ۱- ناهنجاری های عروق محل آترزی.
 - ۲- عدم رسیدن خون کافی به قسمت تحتانی محل آترزی.
 - ۳- فشار بر محل رشد مری توسط ناهنجاری های عروقی، بندرت ممکن است عوامل ارثی نیز در ایجاد آن مؤثر باشند.
- این ناهنجاری مادرزادی یکی از فوریت های جراحی در نوزادان میباشد و شدت و وخامت آن بستگی به عوامل چندی دارد از جمله. نارس بودن نوزاد (Prematurity)، ناهنجاری های همراه با این عارضه مانند ناهنجاری مادرزادی قلب، ناهنجاری سایر قسمتهای لوله گوارش، ناهنجاری های اسکلتی و یا سندرمهای مادرزادی، ذات الریه و فاصله بین دو انتهای دچار آترزی مری.
- در سه مورد از چهار نوزاد معرفی شده نیز ناهنجاری منحصر به آترزی مری بوده و هر سه نوزاد رسیده (فول ترم) و از یک زایمان طبیعی برخوردار بوده اند لذا علاوه بر موفقیت آمیز بودن عمل،

در دهه گذشته روش های جدیدی برای پیوند مری بکار برده شده، از جمله روش Howard - Mayer (۹) باین ترتیب که ابتدا توسط توراکوتومی فیستول بین نای و مری بسته میشود سپس قسمت فوقانی مری را که مسدود است بوسیله سوند جیوه ای بطور متناوب مرتباً با کمی فشار تحت کشش قرار میدهند تا به مرور طول آن بیشتر شده و فاصله دو قسمت مری کمتر شود و اتصال امکان پذیر گردد. البته این در مواردی است که طول دو قسمت مری بیشتر از معمول باشد و امکان پیوند اولیه نباشد. موارد متعددی از آترزی مری با این روش توسط نویسنده و سایر جراحان اطفال بطور موفقیت آمیز گزارش شده است.

روش جدیدتر متعلق به Rehbein (۱۷) است که با انجام توراکوتومی و گاستروستومی، یک نخ نایلون را که در انتها بیک سوزن صاف مربوط است از راه گاستروستومی بداخل قسمت مسدود مری راهنمایی میشود بطوریکه سوزن از دهان خارج گردد و دو انتهای مری بعد از تشریح توسط چند بخیه بیکدیگر نزدیک شود تا فاصله دو قسمت بعد اقل برسد. بدین طریق Rehbein مشاهده کرد که بعد از گذشت حدود دو هفته به دور نخ مزبور جراحی اپی تلیال تشکیل میشود و نوزاد بتدریج بزاق دهان را فرو میبرد، سپس توسط دیلاتاتورهای مختلف Rehbein که از شماره خیلی باریک بیلا موجود است دیلاتاسیون انجام میگیرد که با ادامه آن و کشیدن نخ، عمل پیوند خود بخود صورت میگیرد. موارد موفقیت آمیزی با این روش نیز توسط Rehbein و سایر جراحان اطفال گزارش شده است.

اخیراً Livaditis (۱۴) برای شکل هایی که طول قسمت آترزی کمی بیش از معمول است، روش Circular Myotomy را پیشنهاد کرده تا با این طریق بتوان کمبود فاصله دو قسمت مری را برای انجام عمل پیوند جبران کرد.

۴- نوزادانی که فیستول نای و مری بصورت H داشته و آترزی مری نداشته باشند، اگر محل فیستول بالاتر از مهره دوم قفسه سینه قرار گرفته باشد، که در بیشتر موارد چنین است بستن فیستول از راه گردن و چنانچه پائین تر باشد، از راه قفسه سینه انجام میگیرد.

روش عمل در پیوند: معمولاً اتصال در یک لایه بصورت انتها به انتها صورت میگیرد، اتصال در سه مورد گزارش شده، بهمین طریق صورت گرفته است.

عده ای از جراحان برای اتصال از روش تلسکوپ استفاده میکنند باین طریق که چون قطر دیواره قسمت فوقانی مری زیاد شده و قسمت تحتانی ضعیف مانده است، ابتدا لایه مخاطی قسمت فوقانی را به تمام لایه های قسمت تحتانی میدوزند سپس لایه عضلانی قسمت فوقانی را روی قسمت تحتانی خواهند دوخت.

ترشحات نای و تجویز آنتی بیوتیک مناسب مهمترین اقدام برای پیشگیری از عفونت ریه محسوب می شود. متداولترین آنتی بیوتیکهایی که مصرف میشوند وژره های گرم مثبت و گرم منفی را در سطح وسیعی می پوشانند عبارتند از: پنی سیلین یا آمپی سیلین همراه با کائامایسین یا گارامایسین که بلافاصله پس از تشخیص ناهنجاری باید شروع گردد. برای تأیید تشخیص از پرتونگاری ساده کردن وسینه در حالیکه کاتتری بانمره ۱۲-۱۰ داخل مری قرار گرفته باشد، باید استفاده کرد. حتی المقدور از مصرف هر نوع ماده حاجب بعلت امکان تحریک و افزایش شانس ذات الریه باید خودداری گردد و فقط در موارد نادر که باروش فوق امکان تشخیص بهیچوجه وجود نداشته باشد حداکثر مقدار ۱ سانتیمتر مکعب ماده حاجب با کنترل رادیوسکپی تزریق و بلافاصله پس از تشخیص آنرا تخلیه کنیم. ماده حاجب روغنی ویا باریم را میتوان باطریق مذکور مصرف کرد ولی از مصرف ماده حاجب آبی بعلت خطر تحریک شدید باید جداً خودداری کرد.

در نوزادان معرفی شده نیز تشخیص بوسیله علائم بالینی و پرتونگاری ساده باورودلوله در داخل مری، بدون مصرف ماده حاجب داده شده است و تخلیه مداوم ترشحات نای و تجویز آنتی بیوتیک مناسب از ساعات اولیه زندگی سبب شد که با وضع مناسب و حال عمومی خوب به اطاق عمل بروند. متأسفانه یکی از عللی که امکان تشخیص زودرس را مشکل می سازد زایمانهایی است که در منزل صورت میگیرد و تا موقعی که حال عمومی نوزاد بعلت استفراغهای مکرر و کم آبی بدن و عفونت ریوی به بدی نگراید والدین را بطرف پزشک سوق نمیدهد و غالباً امکان عمل جراحی وجود ندارد چون نوزاد مشرف بمرگ است.

خلاصه:

چهار مورد آترزی مری گزارش گردید که در سه مورد عمل جراحی با موفقیت انجام شد و بهبود کامل حاصل گردید. ناهنجاری مادرزادی یکی از فوریتهای عمل جراحی در نوزادان میباشد و شدت و وخامت آن بستگی به عواملی از جمله: نارسی نوزاد، ناهنجاری همراه با پنومونی و فاصله بین دواتهای آترزی مری دارد. تشخیص زودرس ناهنجاری، مراقبتهای پزشکی لازم قبل و بعد از عمل از عواملی است که منجر به موفقیت عمل جراحی میشود.

پیش آگاهی آنها از نظر عوارض دیررس عمل جراحی خوب بوده است. در حالیکه در نوزاد چهارم بعلت سندرم داون و ناهنجاریهای متعدد وی از اقدام بعمل جراحی صرف نظر شد.

برطبق بررسی Greenwood (۷) مرگ و میر عمل آترزی مری در نوزادانیکه ناهنجاری مادرزادی قلب نیز داشته باشند در حدود ۷۹ درصد بوده است و از طرفی Waterstone و همکارانش (۲۱) برای تعیین مرگ و میر عمل نوزادان را به پنج گروه تقسیم کرده اند که شرح آن قبلاً در این مقاله آمده است.

تشخیص زودرس و مراقبتهای پزشکی قبل از عمل جراحی از عوامل مهم موفقیت در عمل محسوب میگردد.

البته اخیراً با پیشرفت امکانات تشخیص قبل از زایمان این امید وجود دارد که در آینده نزدیک نیز این ناهنجاری مانند بسیاری دیگر از ناهنجاریهای مادرزادی قبل از تولد تشخیص داده شود و گروههای مختلف (جراحی اطفال، پزشک اطفال، زنان و مائمی) آمادگی کامل برای هر نوع مراقبت پزشکی و عمل جراحی در زمان تولد نوزاد خواهند داشت.

با توجه بعدموجود این امکانات در حال حاضر در اکثر نقاط جهان، باید حداکثر توجه را به علائم بالینی این ناهنجاری معطوف داشت تا هر چه زودتر پس از تولد تشخیص داده شود و حتی میتوان بطور عادی برای هر نوزادی که متولد میشود لوله مری برقرار کرد. زیادی ترشحات کف آل، دو مخاطی دهان از زمان تولد، برگرداندن مایعات بلافاصله پس از خوردن (بدون تغییر ماهیت) و ناراحتی تنفسی، سه علامت مهم بالینی این ناهنجاری هستند که در صورت ظاهر شدن، باید پی گیری لازم برای اثبات یا رد آترزی مری انجام گیرد.

مراقبتهای قبل از عمل جراحی: جلوگیری از ایجاد ذات الریه و تغذیه کافی نوزاد و جلوگیری از اختلال آب و الکترولیت میباشد. نظر باینکه در چهار نوع از پنج شکل تشریحی آترزی مری بعلت ارتباط موجود بین نای و مری (نوع B و C و D و E) امکان ورود ترشحات معده یا بزاق بداخل ریه وجود دارد و ایجاد ذات الریه (شیمیائی-میکروبی) یا آتلکتازی ویا هردو ازشایعترین عوارض این ناهنجاری و از مهمترین علل مرگ و میر نوزادان مبتلایان میباشد. چنانکه در گزارش Grybosky (۴) ۷۵ درصد کل مرگ و میر نوزادان مبتلایان بعلت ذات الریه ذکر کرده است، لذا مکش مداوم

REFERENCES:

- 1- Cozzi, F. and Wilkinson, H.: Esophageal atresia Lancet. 2: 1222, 1967.
- 2- Cohen, D.H., Middleton A.W. and Fletcher, J.: Journal of Pediatric Surgery Gastric Tube Esophagoplasty. 9, 451, 1974.
- 3- Duenhoelter, J. H. et al: Prenatal diagnosis of gastrointestinal tract obstruction. Obstet. Gynec. 47: 618, 1976.
- 4- Grybosky, J.: Gastrointestinal problem in the infant PP 47, W.B. Saunders Company, Ph., London, Toronto, 1975.
- 5- Grob, M.: Congenital esophagus atresia, in Lehrbuch der Kinder Chirurgie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag. 1957.
- 6- Gross, R.E.: The Surgery of infancy and childhood. Philadelphia Saunders. 1963.
- 7- Greenwood, R. D. and Rosenthal, A.: Cardiovascular malformation associated with TEF and esophageal atresia Pediatrics. 57: 87, 1976.
- 8- Haight, C. and Towsley, A.A.: Congenital atresia of the esophagus and tracheo - esophageal fistula Reconstruction of the esophagus by primary anastomosis. Ann. Surg. 120: 623, 1944.
- 9- Howard, R. and Mayer, N. A.: Esophageal atresia: A technique for elongation the upper pouch, Surgery 58: 725, 1965.
- 10- Holder, T. M. and Aschcraft, K. W.: Esophageal atresia and TEF, Ann. Thorac. Surg. 9: 445, 1970.
- 11- Koop, C. E., Schnaufer, C. and Bronnle, F. M.: Esophageal atresia and TEF. Supportive measure that affect survival. Pediatrics. 54: 558, 1974.
- 12- Koop, C. E. and Hamilton, J. P.: Atresia of the esophagus. Increased survival with stages procedures. in the poor risk infant. Ann. Surg. 162: 389, 1965.
- 13- Lanman, T.H.: Congenital atresia of the esophagus. A study of 32 cases. Arch. Surg. 41: 1060, 1940,
- 14- Livaditis : Esophageal atresia: Major factor affecting survival. Zeitschrift fur Kinder chirurgie Band 16 Heft 4: 376, 1975.
- 15- Martin, L. W.: Management of esophageal anomalies, Pediatrics. 36: 342, 1965.
- 16- Richter, H. M.: Congenital atresia of the esophagus. An operation designed for its cure, with a report of two cases operated upon by the author. Surg. Gynec. Obstet. 17: 397, 1913.
- 17- Rehbein, F. and Schweder, N.: Neue Wege in der Rekonstruktion der Kindlichen Speiserohre. Dtsch. Med. Wschr. 97: 757, 1972.
- 18- Raffensperger, J.: Gastrointestinal tract defects associated with esophageal atresia and TEF. Surgical Management. Arch Surg. 101: 241, 1970.
- 19- Tondury, G.: Zur pathogenese der esophagus atresie Zeitschrift fur Kinder chirurgie Band 16 Heft 2: 118 1975.
- 20- Vogt, E. G.: Congenital esophageal atresia. Am. J. Rontgen. 22: 163, 1929.
- 21- Waterstone, D. J., Bonham - Corter, R. E. and Aberdeen, E.: Esophageal atresia TEF Lancet. 2: 819, 1962.