

## کله سیستیت

### گزارش ۲۲۸ مورد ضایعات آماسی کیسه صفرا

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۹۷، ۱۳۵۴

دکتر احمد فلسفی - دکتر رضا شمس - دکتر امیر منصور صدر\*

#### مقدمه

بیماری مجاری صفراوی یکی از شایع ترین بیماریهاست که در حدود ۱۵ تا ۲۰ میلیون تن از اهالی امریکا بآن مبتلا هستند و هر ساله در حدود یک میلیون تن نیز بآن اضافه میشود. تعداد عملهای جراحی کیسه صفرا و مجاری صفراوی هم در این کشور سالیانه به ۵۰۰ هزار مورد بالغ می گردد (۶ و ۹ و ۱۲).

در ایران آمار قاطعی از میزان وفور بیماریهای مجاری صفراوی خصوصاً کیسه صفرا در دست نیست. تجربیات ۱۰ ساله اخیر ما در مورد بیماریهای کیسه صفرا و مجاری صفراوی سبب شده است که گزارشی از یافتههای بالینی و آزمایشگاهی و آسیب شناسی خود را منتشر کنیم و بنابراین تجربیات بنظر میرسد در کشور ما نیز بیماری مجاری صفراوی خصوصاً کیسه صفرا فراوان باشد که به سبب بهبود وضع اقتصادی مردم و افزایش نسبی طول عمر، ازدیاد پیدا کرده است. در این مقاله نویسندگان مشاهدات خود را که از یک بیمارستان عمومی و مورد مراجعه طبقات مختلف مردم بدست آمده است و حاوی اطلاعات مختصری از نسبت وفور و کلینیکوپاتولوژی بیماری مزبور میباشد، برای اطلاع همکاران شرح می دهند.

#### روش مطالعه

پرونده بیمارانیکه از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۲، در بخشهای جراحی بیمارستان ابن سینا تحت عمل جراحی قرار گرفته اند باتوجه به یافتههای بالینی کلیه برشهای هیستوپاتولوژی چه در بخش آسیب شناسی بیمارستان ابن سینا و چه در آزمایشگاه مرکزی دانشکده

پزشکی، مجدداً مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفت. از ۲۲۸ پرونده مورد بررسی تعداد ۶۳ مورد آن در دانشکده پزشکی و ۱۶۵ مورد آن در بیمارستان ابن سینا بوده است (آزمایشگاه آسیب شناسی بیمارستان ابن سینا از شهریور ۱۳۴۹ شروع بکار کرده است).

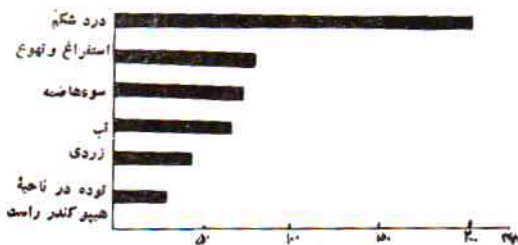
باید یادآوری کرد که جمع آوری اطلاعات بالینی از پروندههای بیمارستانهای عمومی بسیار مشکل است زیرا در بیشتر موارد اطلاعات لازم در پروندهها منعکس نیست و با وجود اینکه تنظیم پرونده و بایگانی آن در سالهای اخیر در بیمارستانها تغییرات فراوانی نموده و به نحو محسوسی بهبود یافته است معهذاً هنوز نواقص فراوان وجود دارد و این نواقص وقتی بیشتر مشاهده میشود که بخواهیم پرونده بیماران سابق را بررسی کنیم. با وجود اشکالهای بالا نویسندگان سعی کردند تا آنجا که مقدور باشد اطلاعات لازم را از پروندههای موجود استخراج نمایند و در بعضی از موارد، مراجعه مجدد بیماران سبب تکمیل اطلاعات بالینی ما شده است.

#### نتایج بالینی

پرونده بیماران از نظر جنس، سن و علائم بیماری، یافتههای آزمایشگاهی و یافتههای رادیولوژی، نوع جراحی و عوارض بعد از عمل مطالعه و مورد بررسی مجدد قرار گرفت و در آن عده از بیماران که امکان بررسیهای بعد از عمل وجود داشت پیگیری بعمل آمد. جنس: بیماران از سن ده سالگی تا ۷۰ سالگی تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و سن وفور آن در فاصله ۲۰ تا ۶۰ سالگی بوده است که در این فاصله ۲۱۴ بیمار دیده شده است.

وتیره شدن ادرار ۵٪ و در ۳٪ بیماران هیچگونه علامتی ذکر نشده است و در ضمن اعمال جراحی دیگر به کله سیستکتومی مبادرت شده است.

نمودار ۳- وفور انواع علائم بالینی در افراد مورد مطالعه.



در امتحانات بالینی نیز یافته‌ها متغیر بوده است بدین ترتیب: احساس درد در هنگام لمس شکم خصوصاً درد هیپو کندر راست همراه یا بدون صلابت مختصر ۷۰٪، سفلی و صلابت واضح شکم ۱۵٪، علامت پریتونیت ۵٪، احساس تومور و برجستگی در ناحیه کیسه صفرا ۳٪، بدون علائم مشخص یا همراه با علائم مخلوط ۷٪ و در چهارمورد علائم واضح تومور در ناحیه کیسه صفرا دیده شد. از این عده ۳ بیمار دچار هیدروپس کیسه صفرا و مبتلا به آبسه کبد بوده‌اند (بیماران مبتلا به سرطان کیسه صفرا و مجاری صفراوی در این مطالعه قرار نگرفته‌اند) در ۱۴ بیمار، یافته‌های مخلوط وجود داشته‌است که دومورد زخم بولب اثنی عشر، یک مورد بافتق اپیگاستر و یک مورد با کیست تخمدان و مواردی نیز با آپاندیسیت-پانکراتیت-هپاتیت همراه بوده‌اند و در ۶ مورد علائم غیر مشخص بوده است. این بیماران دارای دردهای پراکنده، شکم - درد ناحیه کمری و درد پهلو بوده‌اند و در لاپاراتومی التهاب کیسه صفرا مشخص گردیده است.

سابقه علائم بالینی در بیماران تاریخچه دقیقی ندارد و اکثر بیماران زمان دقیق شروع آن را نتوانسته اند بیان کنند و فقط در ۵ مورد علائم بیماری کمتر از یک هفته قبل از مراجعه گزارش شده است.

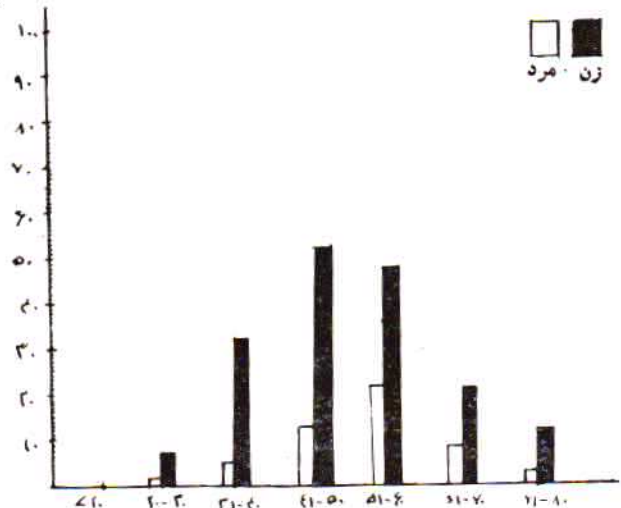
### علائم آزمایشگاهی:

امتحانات آزمایشگاهی در بیماران ما نتایج ثابتی بدست نداده است زیرا در بیشتر موارد شرح کامل آزمونها در پرونده دیده نشد و انواع آن نیز بر حسب وضع بیمار متفاوت بوده است.

افزایش گویچه‌های سفید در ۳۰ بیمار مشاهده گردید که میزان لکوسیت بین ۱۴ تا ۱۸ هزار بوده است. این افزایش معمولاً در بیماران بوده است که دارای علائم عفونی حاد بوده‌اند معذک در چند مورد با وجود لکوسیتوز علائم التهاب حاد کیسه صفرا و مجرای آن دیده نشد و در مواردی نیز که گزارش آسیب شناسی حکایت از

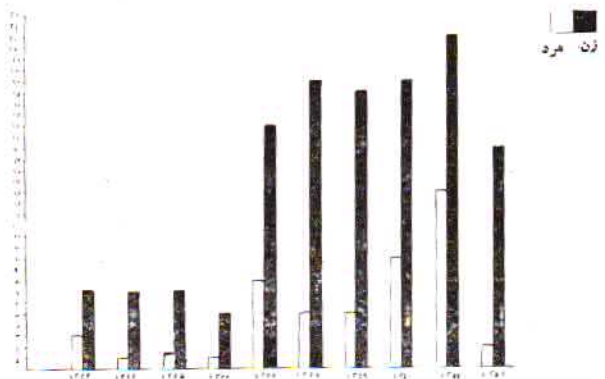
نمودار ۱ انتشار سنی بیماری کله سیستیت را در دهه‌های مختلف نشان مبدهد.

نمودار ۱- انتشار نسبی بیماری کله سیستیت.



وفور بیماری در سالهای مختلف در ۲۲۸ مورد مطالعه شده در نمودار شماره ۲ ذکر میشود.

نمودار ۳- انتشار بیماری کله سیستیت در سالیان مورد مطالعه.

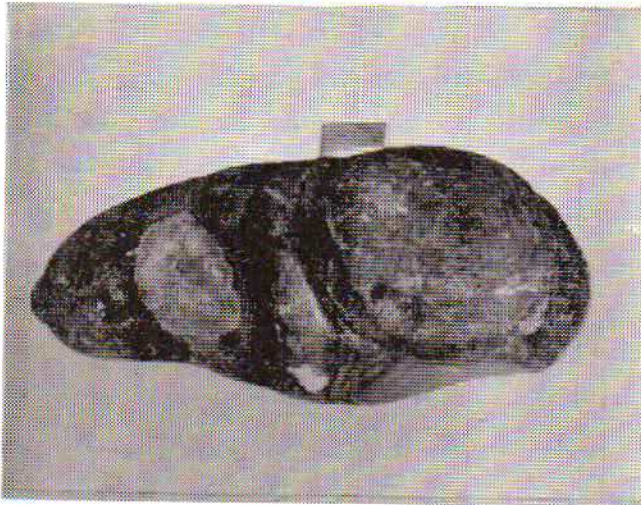


در این سالها قسمتی از بخشهای جراحی بیمارستان ابن سینا بعلت تعمیرات و تغییرات داخلی تعطیل بوده است.

### علائم بالینی

علائم بالینی در مبتلایان متغیر است و مهمترین آن بترتیب وفور در بیماران ما عبارت بودند از:

حملات مکرر و نامرتب درد، بخصوص درد ناحیه هیپو کندر راست ۹۰٪، احساس سنگینی و پری شکم ۱۵٪، احساس دل بهم خوردگی و عدم تحمل بعضی غذاها بخصوص چربی و وجود تهوع گاهی همراه با استفراغ ۱۲٪، علائم سوءهضم ۸٪، تب و حالت عفونی ۷٪، زردی



شکل ۱- نمای ماکروسکوپی سنگ کیسه صفرا.

علائم رادیولوژی: علائم رادیولوژی در اکثر بیماران کمک بزرگی به تشخیص بوده است و بجز در مواردیکه بیماران بطور اورژانس مراجعه کرده اند در اکثر موارد کله سیستوگرافی و کلانژیوگرافی انجام داده شده است. در ۲۶ مورد تشخیص قبل از عمل جراحی سنگ کیسه صفرا بوده و در ۵ مورد سنگ کلدوک قبل از عمل تشخیص داده شده بود. در بررسی بیماران بیمارستان Franchay که در سال ۱۹۶۰ انجام گرفته ۲۹٪ موارد سنگها قبل از عمل بوسیله آزمایش رادیولوژی نشان داده شده است (۱۲).

#### آزمون آسیب شناسی:

تابلوی زیر تشخیص های مهم پاتولوژی ۱۶۵ مورد کله سیستیت در آزمایشگاه آسیب شناسی بیمارستان ابن سینا نشان میدهد:

درصد	تعداد	نوع ضایعه
۷۹٪	۱۲۹ مورد	۱- کله سیستیت مزمن با یا بدون سنگ
۱۰/۳	۱۲	۲- کله سیستیت حاد چرکی
۸/۴	۱۴	۳- کله سیستیت مزمن همراه با آماس حاد
۱/۸	۳	۴- کله سیستیت مزمن همراه با پیری کله سیستیت
۱/۲	۲	۵- کله سیستیت گرانولوماتوز

موارد مشاهده شده در آزمایشگاه آسیب شناسی در دانشکده پزشکی علوم پایه نیز با نسبت های فوق تطبیق مینماید.

#### بحث

نمای آسیب شناسی: در مواردی که در کیسه صفرا عفونت وجود نداشته باشد تماس سنگ با مجرای سیستیک موجب تشکیل موکوسل میشود ولی اگر عفونت هم بآن اضافه شود التهابهای حاد بروز

عفونت حاد نموده است تعداد لکوسیت های قبل از عمل طبیعی گزارش شده اند. در شمارش گلبولی در مواردیکه هیپرلکوسیتوز گزارش شده است غالباً نوتروفیل ها زیاد شده اند و فقط در ۳ مورد افزایش ائوزینوفیل مشاهده گردید که بترتیب ۱۵ و ۲۰ و ۳۰٪ بوده اند. در کبد دلیلی برای این افزایش ائوزینوفیل دیده نشد. در ۱۰ بیمار افزایش سرعت رسوب گلبولی مشاهده گردید که حداکثر ۷۰ میلیمتر در ساعت اول بوده است. میزان اوره خون عموماً طبیعی گزارش شده است معذک در ۱۵٪ موارد آزمایش شده، میزان اوره خون بیشتر از ۴۰ میلیگرم درصد (با روش اوره آز - Urease) بوده و حداکثر آن ۶۳ میلیگرم گزارش شده است.

آزمون فسفاتاز آلکالین در ۷۰ بیمار انجام گرفته که در ۲۰٪ بیماران فزونی را نشان داده است و در یک مورد ۶۰/۵ واحد آرمسترانگ بوده است. فسفاتاز اسید تغییری را نشان نداده است. میزان قند خون عموماً بین ۸۰ تا ۱۱۰ میلیگرم بوده است. در ۱۶ بیمار میزان قند خون از ۱۱۰ میلیگرم درصد متجاوز و در دو مورد بیش از ۲۰۰ میلیگرم درصد بوده است. در این بیماران گلیکوزوری گزارش نشده است و علائم دیگری بجز هیپر گلیسمی دیده نشد. در یک بیمار میزان قند خون ۶۷ میلیگرم درصد بوده است.

میزان بیلیروبین در اکثر بیماران اندازه گیری شده و طبیعی بوده است. در ۵ بیمار هیپر بیلیروبینمی دیده شد که عموماً همراه با زردی بوده اند. کلسترول خون بین ۱۸۰ تا ۲۵۰ گزارش شده است معذک در ۲۰ بیمار بیشتر از ۲۹۰ میلیگرم در لیتر کلسترول مشاهده گردید و حداکثر آن ۳۸۰ میلی گرم در لیتر گزارش شده است. آزمایش تست های کبدي فقط در عده معدودی از بیماران انجام گرفت که نتایج غیر طبیعی بدست نیامد.

در ۲۰ بیمار سنگ کیسه صفرا برای آزمایشگاه فرستاده شد که یافته های میکروسکوپی آن بشرح ذیل گزارش شده است:

کلسترول از یک تا ۴ بعلاوه	۱۶ مورد
پیگمان صفراوی	۵
املاح صفراوی	۵
بیلیروبین	۱۴
کلسیم	۷
فسفر	۵
کربنات	۱
منیزیم	۴

متأسفانه در هیچیک از بیماران کشت صفرا بعمل نیامد و کشت خون در موارد وجود عفونت بالینی اغلب جوابهای مختلف داده است.

تومورهای کیسه صفرا تمیز داد. طبقه عضلانی هیپر تروفیه است و چند برابر معمول ضخامت دارد، طبقه سروژ دارای رشته‌های ضخیم کلاژن است و ممکن است ضخامت آن بیشتر از ضخامت تمامی کیسه صفراوی طبیعی باشد. همینطور افزایش نسج همبندی در بین رشته‌های عضلانی دیده میشود. تمام نسج همبندی از سلولهای لنفوسیت - پلاسموسیت و سلولهای منونوکلئر بزرگ و گرانولوسیت‌های ائوزینوفیل انباشته است و بندرت سلولهای لنفوسیت تشکیل فولیکولهای لنفاوی با مراکز زایا میدهد. گاهی مواقع به کله سیستیت مزمن مخصوصاً کله سیستیت مزمن سنگی، التهابهای حاد هم اضافه میشود که در اینصورت التهابهای حاد و مزمن توأمأ در کیسه صفرا مشاهده میشود (۲،۱).

#### نمای بالینی

در این مطالعه ما آندسته از بیماران را که دارای علائم حاد بودند و مدت زمانی آن کوتاه بوده است بعنوان کله سیستیت حاد بستری کردیم. اینگونه بیماران در موقع مراجعه دارای حساسیت مشخص در شکم بودند و در آزمونهای آسیب‌شناسی کیسه صفرا تشخیص کله سیستیت حاد تأیید شد. در مواردیکه بیماران دارای دردهای مبهم با سابقه طولانی بودند و در آزمونهای بالینی با بررسی دقیق فقط دردی در ناحیه هیپوکندر راست داشته‌اند آنها را بعنوان کله سیستیت مزمن بستری کردیم. در این گونه بیماران عده‌ای نیز بودند که علائم بالینی آنها در چند هفته قبل از مراجعه تشدید یافته به‌ضأ همراه با زردی و یا علائم عفونی حاد بوده‌اند که آنها را بعنوان بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن همراه با پوسه حاد بستری کردیم.

گرچه ما در اکثر موارد در هنگام عمل سنگ را مشاهده کرده‌ایم (۷۰٪) ولی علائم بالینی منتسب به سنگ در بیماران چندان زیاد نبوده است. با اطلاعات فراوانی که در سالهای اخیر در باره تشخیص و درمان بیماریهای مجاری صفراوی بدست آمده است و در نتیجه روشهای درمانی بسیار مؤثری در دسترس قرار گرفته و با پیشرفت‌هایی که در رادیولوژی این مجاری بدست آمده است امروزه بهتر و راحتتر میتوان بیماریهای صفراوی را تشخیص داد. در بین این روش‌ها کلانژیوگرافی از راه کبد (Transhepatic) و از راه ورید ژوگولر (Trans Jugular) و آنژیوگرافی احشائی پانکراتو کلانژیوگرافی، اندوسکوپي و دئودنوگرافی هیپوتونیک را میتوان نام برد. اسکیننگ اولتراسونیک نیز کمکهای زیادی به تشخیص میکند. بهر صورت شناخت روزافزون ضایعات مجاری صفراوی تنها بستگی با افزایش مهارت ما در شناسائی این بیماریها ندارد بلکه عملاً دیده میشود که میزان مبتلایان به بیماریهای مجاری صفراوی بطور واقع رو با افزایش است.

میکند که درجات مختلف دارد و حتی ممکن است منجر به پیدایش آمپیم شود (گرچه آمپیم واقعی ندرتاً ایجاد میشود). در بیماران که سابقه حمله کله سیستیت دارند ممکن است علائم مزمن آن نیز دیده شود. در التهابهای حاد ممکن است در ناحیه قعر کیسه صفرا گانگرن ایجاد شود. در مواقعی که کیسه صفرا سوراخ شود بندرت ممکن است محتویات کیسه صفرا بداخل حفره صفاق آزاد گردد که در این صورت آبسه در اطراف کیسه صفرا تشکیل میشود. در بعضی موارد بعلت تماس سنگ با گردن کیسه صفرا ممکن است نکروز ایجاد شود و منجر به سوراخ شدن تدریجی کیسه صفرا شود و ایجاد فیستوال (دئودنوم) و یا حتی کولون نماید. در کله سیستیت حاد ممکن است فرایند آماسی، ساختمانهای مجاور را گرفتار کند بنابراین غدد لنفاوی که در بین مجرای سیستیک و هپاتیک قرار دارند متورم میشوند و ممکن است موجب ایجاد وقفه در عبور صفرا شوند (۳).

در موقع کله سیستکتومی (Cholecystectomy) هر گاه سنگهای کوچک دیده شود، لازم است که مجاری صفراوی اصلی هم از نظر وجود سنگ مورد بررسی قرار گیرند (۹).

از نظر ماکروسکوپي در مورد التهابهای حاد، کیسه صفرا بزرگ، سفید و رنگ آن قرمز مایل به قهوه‌ایست و ضخامت جدار آن افزایش یافته است و در داخل کیسه صفرا معمولاً مخلوطی از صفرا، خون و چرک دیده میشود ولی سنگ قاعدتاً وجود ندارد. در مورد التهابهای مزمن، دیواره کیسه صفرا ضخیم میشود و چند برابر ضخامت معمولی را پیدا میکند.

چینهای مخاطی در بعضی نواحی برجسته و در برخی نواحی از بین میرود و مجرای سیستیک قطور میشود.

از نظر میکروسکوپي در کله سیستیت حاد پوشش مخاطی ممکن است در بعضی نواحی از بین رفته زخمی گردد و در برخی نواحی دیگر باقی بماند. گویچه‌های سرخ و سلولهای گرانولوسیت نوتروفیل در تمام طبقات دیواره کیسه صفرا ارتشاح می‌یابند که همراه با فیبرین یا اگرزودای قرمز رنگ است. عروق متسع و در اطراف آنها اجتماع گلبولهای سفید مشاهده میشود.

در التهابهای مزمن، پوشش مخاطی معمولاً باقی است و دارای چینهای بزرگ است که ممکن است نمای پاپیلر بخود گیرد. در بعضی نواحی مخاط و کوریون آن در ضخامت دیواره کیسه صفرا فرو میرود که آنرا «Rokitansky-Aschoff Sinus» می‌نامند و معمولاً در طول عروق خونی تشکیل میگردد و در طبقه عضلانی هم دیده میشود که قعر آنها معمولاً به طبقه سروژ میرسد. تشخیص این ساختمانهای غده‌ای شکل اهمیت فراوان دارد و باید آنرا از

- ۱- تأخیر عمل جراحی باعث افزایش میزان مرگ و میر میگردد.
  - ۲- وجود پانکراتیت یا برفقان و یا وجود پانکراتیت توأم با برفقان مانع عمل جراحی فوری نیست.
  - ۳- در کله سیستیتومی برای التهابهای حاد، تجویز آنتی بیوتیک قبل از عمل جراحی میزان مرگ و میر بعد از عمل را کاهش نمیدهد.
  - ۴- برای کله سیستیت حاد عمل جراحی فوری توصیه شده است زیرا بطور مؤثر میزان مرگ و میر را کاهش میدهد و مدت توقف را در بیمارستان کوتاه میکند (۵).
- مشاهدات ما در هنگام عمل از اینقرار است:
- در ۱۰۹ مورد سنگهای متعدد و منفرد در کیسه صفرا دیده شد.
  - در ۲۳ مورد علاوه بر سنگ کیسه صفرا سنگ کله دوک نیز وجود داشت.
  - در ۸ مورد کیسه صفرا سنگ نداشت ولی در کله دوک سنگ دیده شد.
  - در ۳۶ مورد علائم التهاب شدید در کیسه صفرا مشخص بود ولی سنگی وجود نداشت.
  - در ۱۵ مورد کیسه صفرا کوچک و متصلب و دارای جداری ضخیم بوده است.
  - در ۵ مورد هیدروپس کیسه صفرا بدون سنگ ملاحظه شد.
  - در ۵ مورد علائم پریتونیت دیده شد.
  - تمام بیماران عمل جراحی را براحتی تحمل کردند معذک بک بیمار در ضمن عمل جراحی بعلت خونریزی شدید فوت کرده است و حوادث بعد از عمل در ۱۰ بیمار دیگر منجر نیز فوت شده است.
  - جدول شماره ۱ موارد فوت پس از عمل جراحی:

جدول شماره ۱- موارد فوت پس از عمل جراحی

درصد کل عمل جراحی	تعداد	علت
۲/۲۳	۷	کلایس عروق - ایزمی و علل نامشخص
۱	۳	فیستول صفراوی بعد از عمل جراحی
۰/۲۳	۱	خونریزی شدید ضمن عمل جراحی
۳/۶۶	۱۱	جمع

همانطوریکه ملاحظه شده در حدود ۴٪ موارد اعمال جراحی موفقیت آمیز نبوده است که پس از بررسی علت آن نارسائی کلیه - نارسائی قلب و عروق - عفونت شدید بعد از عمل و تأخیر در مراجعه بیماران بوده است.

#### جراحی

اعمال جراحی مختلفی در بیماران انجام گرفت که در جدول شماره ۲ انواع آن ذکر شده است.

دکتر هنله و همکارانش (۳) این افزایش را در بیمارستانهای بریستول بخوبی مشاهده کرده و شرح داده اند بطوریکه تعداد کلی اعمال جراحی کیسه صفرا برای ۵ سال تحت مطالعه آنها بشرح زیر بوده است:

۱۵۳ مورد در سال ۱۹۳۳، ۱۴۵ مورد در سال ۱۹۴۰، ۲۳۱ مورد در سال ۱۹۵۰، ۴۶۵ مورد در سال ۱۹۶۰ و ۶۲۳ مورد در سال ۱۹۷۰.

بنابر این گزارش، تغییرات بین سالهای ۱۹۳۳ تا ۱۹۴۰ قابل توجه نبوده است ولی در سه دهه بعد این تغییرات کاملاً چشم گیر میباشد بطوریکه تعداد اعمال جراحی در سال ۱۹۷۰ - ۳/۴ بار بیش از سال ۱۹۴۰ بوده است. مشابه این تغییرات را ما نیز در مورد بیماران خود دیده ایم بطوریکه در سالهای اول تعداد مبتلایان خیلی کم بوده اند ولی در سال ۱۳۵۱ این تعداد بحدود ۶ برابر میرسد. از بررسی های دکتر هنله معلوم شده است که افزایش عمل جراحی سنگ صفرا در تمام سنین دیده شده ولی بیشتر در سنین پائین تر از ۳۰ سال و در مردان بوده است.

افزایش میزان عمل جراحی کیسه صفرا نه تنها بعلت افزایش میزان شیوع سنگ صفرا میباشد بلکه علل زیر هم ممکن است در افزایش میزان عمل جراحی کیسه صفرا مؤثر باشند:

- قدرت تحمل علائم سنگ صفرا در بیماران کم شده است و بنا بر این تعداد بیشتری برای درمان به طبیب مراجعه می کنند.
- پزشکان در تشخیص سنگ صفرا از نظر بالینی تجربیات بیشتری پیدا کرده اند.
- بهبود روش های رادیولوژی موجب افزایش تشخیص صحیح و درمان سنگ صفرا شده است.

- سرویسهای جراحی بیشتری در دسترس بیماران قرار گرفته است (۶). از بررسی هایی که در بیمارستان «Frenchay» بعمل آمده معلوم میشود که شایعترین سن ابتلا به سنگ صفرا دهه پنجم زندگی میباشد (۱۲). ما نیز در بررسی بیماران بیمارستان ابن سینا همین نتیجه را بدست آورده ایم که در نمودار شماره یک نشان داده شده است.

در بیمارستان Frenchay در مدت دهسالی که بررسی آغاز شده است میزان مرگ و میر عمل جراحی در بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفرا ۸/۷٪ بوده است و ۹/۸٪ بیماران هم بعلت عفونت قفسه سینه - عفونت زخم و ترومبوز وریدی فوت کرده اند (۱۲). موارد فوت بعد از عمل در بیمارستان ابن سینا بطوریکه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است ۳/۶۶٪ بوده است. با بررسی هایی که از ۲۵۶ بیمار مبتلا به کله سیستیت حاد در بیمارستان «Frenchay» بعمل آمده این نکات مورد توجه قرار گرفته است:

## جدول شماره ۲- اعمال جراحی که در بیماران انجام گرفته است

نوع عمل	تعداد
کله سیستکتومی	۱۶۵
کله سیستکتومی و کوله دوکوستومی	۲۶
کله سیستکتومی و اسفنکترتومی	۲۱
کله سیستکتومی و بافت برداری کبد	۱
کله دوکودوئودونوستومی	۳
کله دوکوزونوستومی	۲
جمع اعمال انجام شده	۲۲۸

## روش کار:

کله سیستکتومی: بهی از جراحان ترجیح میدهند که کله سیستیت حاد را با عمل جراحی درمان نمایند و با وجودیکه دیده شده است در مورد بعضی از بیماران عمل جراحی کله سیستکتومی باسانی صورت میگیرد معذک باید دانست که مشکلات و عوارض بعد از عمل در موارد کله سیستیت حاد خیلی بیش از کله سیستیت مزمن میباشد فیالمثل دیده شده است که پس از باز کردن شکم، کیسه صفرا و انساج اطراف آن با اندازه ای متورم است که عروق و مجاری صفراوی را نمیتوان تشخیص داد.

در این موارد صلاح است که جراح به عمل کله سیستوستومی یعنی باز کردن کیسه صفرا و خالی کردن و وصل کردن آن بجدار با گذاشتن يك لوله Pezzer در آن اکتفا نماید.

باید دانست که این عمل در بسیاری از موارد جان بیمار را از مرگ حتمی نجات میدهد و جراح فرصت دارد تا در عمل بعدی پس از مدتی کیسه صفرا را براحتی بردارد (۴ و ۱۰).

در ۵٪ از بیماران که مبتلا به کله سیستیت بوده اند عمل کله سیستکتومی بر روی کیسه صفرا متورم به صورت حاد انجام گرفته است و در هیچکدام مجبور به کله سیستوستومی نشده ایم. توضیح آنکه پس از باز کردن کیسه صفرا و تخلیه آن از چرك و سنگ و مواد صفراوی چنانچه کیسه صفرا قابل برداشتن باشد جراح میتواند اقدام به کله سیستکتومی بنماید و در موارد کله سیستیت حاد بهتر است کله سیستکتومی از قدام بخلف (Anteropost) انجام شود.

کله سیستکتومی امروزه در اغلب بیمارستان های دنیا بطریقه رترو-گراد عمل میشود بدین شرح که در پایه کیسه صفرا ابتدا شریان کیسه صفرا را درمثلث کالو (Calot) پیدا نموده با نخ ابریشم یا فیل دولن میبندند و سپس مجرای سیستیک را کاملاً از مجرای کله دوک تخلیه نموده در فاصله ۳-۵ میلیمتری اتصال سیستیک به کله دوک آنرا قطع مینمایند و پس از قطع شریان و مجرای

سیستیک، کیسه صفرا را از پائین به بالا، بطوریکه بجدار کبد صدمه ای وارد نشود، تشریح می کنند.

این نکته قابل دقت است که مجرای صفراوی فرعی در بستر کیسه صفرا وجود دارد و ممکن است در موقع تشریح و جدا کردن آنها پاره شود و پس از عمل منجر به دفع صفراوی زیاد از بیمار بشود بنابراین صلاح است بدقت این مجرا را جستجو کرده و آنها را لیگاتور نمائیم. پس از برداشتن کیسه صفرا سرورز دو طرف بستر کیسه صفرا را که باقی مانده است از پائین به بالا میدوزیم و يك درن در محل میگذاریم و آنرا از سوراخ دیگری که از شکاف اصلی شکم فاصله دارد بیرون میآوریم.

گرچه کله سیستکتومی بطریقه رترو-گراد طرفداران زیادی دارد معذک بسیاری از جراحان توصیه میکنند که مخصوصاً اگر جراح تازه کار باشد صلاح است این عمل را از قدام به خلف انجام دهد زیرا این طریقه خطرش از روش رترو-گراد بمراتب کمتر است. بهر حال روال کار ما این است که در موارد کله سیستیت حاد بیمار را تحت درمان داروئی قرار می دهیم و در صورت امکان عمل جراحی را موکول به زمانی می نمائیم که بیمار حالش خوب شده و کیسه صفرا از وضع تورم حاد خارج شده باشد.

چنانچه درد و تب بیمار ادامه یافت و علائم موضعی و لکوسیتوز دال بر پیشرفت بیماری بود اقدام به عمل جراحی می کنیم. پس از باز کردن شکم، محتوی کیسه صفرا را خالی نموده اگر میسر بود کله سیستکتومی و اگر صلاح نبود اقدام به کله سیستوستومی مینمائیم. گرچه در این مقاله فرصت تذکر راجع به روش های اعمال مجرای صفراوی نمیباشد معذک لازم است چند کلمه ای در مورد کله دوکودوئودونوستومی و اسفنکترتومی و یا بهتر بگوئیم اسفنکترترو-پلاستی شرح داده شود.

در حقیقت اندیکاسیون این دو عمل در موارد زیر است:

۱- وجود سنگهای متعدد در مجرای کله دوک (معمولاً بیش از ۵ عدد)،

۲- فیروز آمپول واتر که بوژی نمره ۴ میلیمتر از آن نگذرد،

۳- تنگی انتهائی مجرای کله دوک،

۴- اتساع مجرای کله دوک بیش از ۲۵ میلیمتر،

انتخاب اسفنکتر و پلاستی و کله دوکودوئودونوستومی بستگی به وضع کله دوک دارد. اگر مجرای کله دوک خیلی گشاد است بدیهی است کله دوکودوئودونوستومی و چنانچه مجرا زیاد متسع نیست (بیش از ۱۵ میلیمتر باشد) اقدام به اسفنکتر و پلاستی میگردد. باید تذکار داد که کله دوکودوئودونوستومی بطریقه «End - To - Side» انجام میشود و اسفنکتر و پلاستی با برش کامل اسفنکتر بطریقی که در شکل ۳ نمایان است انجام میگردد.

تجسس مجرای کله دوک (۷)

بعد از باز کردن پریتون در قسمت راست، لیگامان هپاتودوئودنال کله دوک را میتوان مشاهده کرد.

برای باز کردن کله دوک دو بخیه نگاهدارنده با کاتکوت کرومیک سه صفر در سطح قدامی کله دوک در بالا یا پائین مجرای سیستیک زده میشود و پس از بالا نگاهداشتن بخیه‌ها، بایک شکاف عمودی در سطح قدامی کله دوک در بین بخیه‌ها، مجرای کله دوک باز میشود. شکاف با اندازه ۱۲ میلی‌متر اتساع داده میشود و پس از باز کردن کله دوک و خارج نمودن سنگه برای تجسس آمپول و اتر از دیلاتاتورهای Bake استفاده میشود که آنرا از شماره پائین شروع کرده تا شماره ۱۰ جهت اتساع آمپول و اتر بکار میبریم.

پس از اطمینان از اینکه سنگه در مجرای کله دوک وجود ندارد و آمپول و اتر با اندازه کافی اتساع یافته مجرای کله دوک را با محلول سرم فیزیولوژی شسته، سوند بشکل T در داخل مجرای کله دوک میگذاریم و شکاف روی کله دوک را با کاتکوت کرومیک دو صفر می‌دوزیم. استفاده از ابریشم یا مواد غیر قابل جذب برای دوختن مجرای کله دوک مناسب نیست.

خلاصه و نتیجه

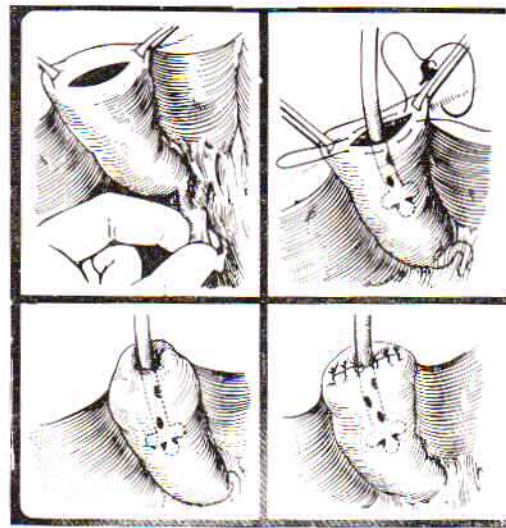
۲۲۸ مورد بیمار مبتلا به کله سیستیت از سالهای ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۲ در بخش‌های جراحی بیمارستان ابن سینا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند.

وضع این بیماران از نظر جنس - سن - علائم بیماری و یافته‌های آزمایشگاهی و نوع عمل جراحی و عوارض بعد از عمل مورد مطالعه قرار گرفته‌است و نتایج حاصله از این بررسی با بررسی‌هایی که در مطبوعات پزشکی جهانی انتشار یافته مقایسه شده است.

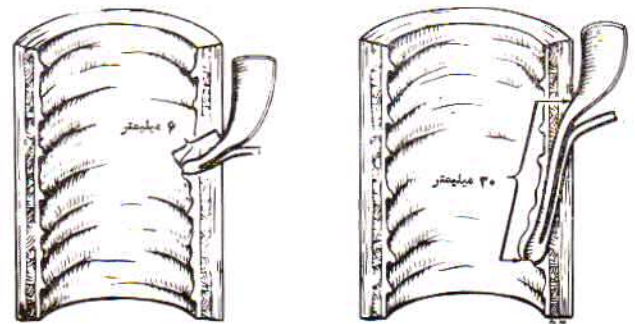
بیماری‌های التهابی مجاری صفراوی در سالهای مورد مطالعه در ایران رو به‌ترتیب است و بعلاوه در اکثر موارد این التهاب همراه با سنگه و یا ناشی از آن بوده‌است. از لحاظ سنی و فور این بیماری در سنین متوسط بویژه در دهه چهارم و پنجم کاملاً مشخص است. اکثر این بیماران زن میباشند (۳ زن در مقابل یک مرد).

عفونت مزمن با یا بدون التهاب حاد در اکثر موارد مشاهده گردید. عوارض جراحی ناچیز بوده است و میزان مرگ و میر بعد از عمل ۳/۶٪ میباشد که در بیشتر موارد بدی وضع عمومی بیمار و نارسایی قلب و عروق علت آن بوده است.

در خاتمه نگارندگان پیشنهاد مینمایند که بمنظور بررسی دقیق‌تر از میزان و فور این بیماری و بیماری‌های دیگر لازم است یک مرکز ثبت و ضبط بیماریها در ایران تأسیس گردد تا بتوان با جمع‌آوری گزارش‌های مختلف، مدارک دقیق‌تر از وفور بیماریها - وضع بالینی و میزان مرگ و میر ناشی از آنها بدست آورد.

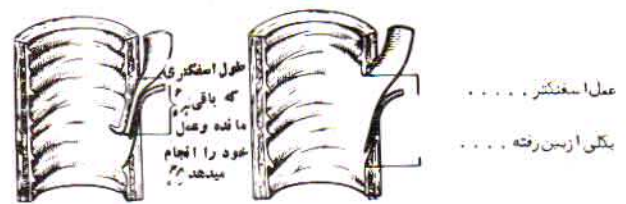


شکل ۳- قراردادن لوله Pezzer در عمل کله سیستومی



شکل ۲

طول اسفنکتر اودی داخل‌جدار از ۳۰-۶ میلی‌متر تفاوت مینماید.



عمل اسفنکتر . . . . .  
بگس از سن رفته . . . . .

شکل ۴ بعد از اسفنکتر و پلاستی بعد از اسفنکتر و تومی



جداره روده . . . . .  
تراز گردن . . . . .  
حاله دیواره و . . . . .  
مدار و برمی . . . . .  
عوارض . . . . .  
تأسیس . . . . .  
محرار و نور . . . . .  
آمپول و اتر . . . . .  
پایس . . . . .

اسفنکتر  
Boyd

شکل ۵

## REFERENCES :

- 1- Anderson W. A. D. (editor). Pathology, Vol 2 Sixth edition C. V. Mosby P. 1261-64, 1971.
- 2- Boyd, W. A textbook of pathology. Eight edition. P. 898-902, 1970.
- 3- Burnett W. Acute cholecystitis. Practitioner. 209. 150-156, Aug. 1972.
- 4- du plessis D. J. and Jersly J. the management of acute cholecystitis The surgical clinics of North America Vol 53, P. 1071-1077, 1973.
- 5- Gardner B. Masur R. and Fujimoto J., Factors influencing the timing of cholecystectomy in acute cholecystitis. Am. J. Surg. 125-730-3 June, 1973.
- 6- Holland C, and Heaton K. W. Increasing frequency of gall bladder operations in the Bristol clinical area Br. Med J. 3, 672-5, 16 sept. 1972.
- 7- Mangot R. exploration of the bileduct. operative surgery Charls Rob and Rodney Smith (editor) Abdomen and Rectom and Anus. Butterwath pub. PP 410-420. 1969.
- 8- Mullen J. Rosato, E F. Ipsen J, and Rosato F.E. Gallstone Characteristics In the diagnosis of choledocholithiasis. Ann. Surg 176. 718-20 Dec. 1972.
- 9- Orloff M. Forward, on Symposium on surgery of the biliary tree. The surgical clinics of North America. Vol 54-961-962, 1973.
- 10- Rosoff L. and Robbins F.G., Operative treatment of acute cholecystitis. The surgical clinics of North America 53. 1074 - 1088, 1973.
- 11- Waddell W. R. and Grover F. L. Gallbladder as a conduit between the liver and intestine surgery 74. 524 - 9 Oct 1973.
- 12- Wilson R. C. Frequency of gall bladder operation. BR Med. J. 4, 46 - 7 Oct 1972.