

نکاتی چند درباره دمل آمیبی کبد

دکتر دارا عزیزی *

مقدمه: آمیب‌ها در بدن انسان آسیب‌های مختلفی ایجاد می‌کنند: اسهال‌های آمیبی یکی از انواع تظاهرات شایع بیماری‌های آمیبی در ایران است که بدو شکل حاد و مزمن شناخته شده است. چه بسا اتفاق افتاده است که آبسه‌های مهاجری که در بالا یا پائین قوس رانی شکافته شده‌اند آبسه‌های آمیبی بوده‌اند همانطور که ما خود شاهد يك مورد آن (در بیمارستان سینا) بوده‌ایم که با فیستولوگرافی و آزمایش‌های متعدد لا بر اتواری به تشخیص رسیده است.

باید یاد آور شد که در تولید این دمل‌ها عوامل میکروبی بیماری‌زای معمولی (کولی باسیل) نیز اکثراً شرکت می‌کنند و کمتر دیده شده است که آبسه با منشاء قولونی بدون دخالت میکروب‌های بیماری‌زا باشد.

پس ادآوری نکات فوق برای تشریح مطلب مفید است زیرا دمل آمیبی کبد در حقیقت مربوط به يك نکروز وسیع نسج کبدی است، این نکروز ولیکه فاکسیون (مایع شدن نسج نکروزه) در محل، حفره‌ای بهجای گذارد که در آن ترشحات مختلفی جمع می‌شوند (سروزینه، خون و نسج ضایع شده) بهمین دلیل این مجموعه رنگ قهوه‌ای مخصوصی بخود می‌گیرد که به رنگ شوکلای است و میدانیم تاچه اندازه این رنگ خاص در تشخیص نوع چرك آبسه بیا کمک مینماید.

در مورد دمل‌های کبدی گرچه وجود عوامل میکروبی بیماری‌زای خارجی نیز گزارش شده است معذک این طور بنظر میرسد که در اینجا این عامل میکروبی، در صورتیکه وجود داشته باشد عوامل اضافی یا سورانفکسیون باشد.

تاریخچه: قدمت مطالعات مربوط به دمل کبدی را به طبیب‌های یونان قدیم و اسکندریه و ایران و اعراب قرن دهم میلادی نسبت

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۱، صفحه ۴۰، ۱۳۴۸

میدهند. ولی در حقیقت دقیق‌ترین شرح حالها و شروع درمان با اصول صحیح را باید از آن طبیب‌ها و جراحان وابسته به نیروهای دریائی دانست، تمامی اسامی آنها در این خلاصه نمی‌گنجد فقط چند نفری از آنها را می‌شود یاد آور شد از جمله: Larrey - Rogers - Bertrand - Kelsch که تجسسات عدیده‌ای در این باره نموده‌اند.

مشخصات آبسه آمیبی کبد: دمل‌های حجیمی هستند که بیشتر در قاع راست کبد تشکیل میشوند، گاهی در نیمه خلفی نزدیک به سطح فوقانی کبد قرار دارند ولی اکثراً بسیار سطحی هستند.

در ۸۰ درصد موارد دمل منفرد است، در بقیه موارد متعدد میباشد. حجم مایع این دمل از چند سانتیمتر مکعب تا نیم لیتر نیز گزارش شده است.

شکل آن اغلب کروی است و محتوی چرك لزج شوکلای می‌باشد. اطراف دمل ضایعات التهابی هپاتیت یا پرخونی ملاحظه میشود که کم و بیش منتشر است. چسبندگی‌های متعدد صفاق، حجاب حاجز، جنب و ریه و احشاء داخل شکمی اکثراً در اطراف ضایعه کبدی ملاحظه میشود.

سیر تحول دمل کبدی معمولاً بشکل سطحی شدن و بخصوص بازشدن آن به داخل قصات از راه حجاب حاجز است، بندرت بداخل یکی از احشاء توخالی شکم تخلیه میشود.

مسئله وجود یا عدم وجود آمیب و عوامل میکروبی بیماری‌زا در آبسه کبد: در چرك محتوی آبسه آمیب را نمی‌شود یافت. در جدار آبسه نیز این پروتوزوئر بندرت یافت میشود. در آمار لا کا ز (Lacaze) نسبت پیدایش آن در جدار آبسه ۴۹ در صد گزارش شده است.

* گروه جراحی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

عوامل میکروبی بیماری را بخصوص از نوع کولی باسیل ممکنست در جدار دمل دیده شود (Talbot).

در آمار Constantini - در ۹۰ درصد موارد چرک آبسه بدون عوامل آمیبی و میکروبی بوده است و در ۱۰ درصد موارد کولی باسیل یا استفیلوکوک در کشت چرک ملاحظه شده است (۳).
نکات فوق در درمان جراحی آبسه آمیبی کبد باید بدقت مورد توجه قرار گیرد. مصرف آمین و مشتقات آن و آنتی بیوتیک های وسیع الطیف براحتی دمل کبدی را از عوامل میکروبی و آمیب پاک کرده و درمان جراحی آنرا تسهیل می نماید.

درمان آبسه آمیبی کبد :

قدیمی ترین طریقه درمان آبسه کبد همانا بزل یا پونکسیون دمل است. اینکار با سوزن معمولی به نمره معمولاً ۱۸ انجام میشود و این عمل را تا بهبود کامل چندین بار در هفته تکرار میکنند. برای اولین بار Combay تخلیه آبسه کبد را با ترکار قطوری انجام داد و نتیجه خوبی از آن گرفت (۱۸۴۷) وی درن باریکی در محل ترکار قرار میداد، اینکار در مواردیکه کبد به جدار قدامی چسبندگی داشت بدون اشکال انجام میگرفت ولی خطر پخش مایع آبسه بداخل حفره صفاقی و پیدایش پریتونیت در کبد های بدون چسبندگی به احشاء مجاور همیشه وجود داشت.

در طریقه دیگری بنام اسلوب شانگهای که مدت زمانی طرفداران چندی داشت بدین ترتیب رفتار میشد که طبیب با چاقوی بلند و باریکی جدار شکم و کبد را یکباره بایک ضربه می شکافت و چرک از این راه خارج میشد. این طریقه در سال ۱۸۸۰ توسط (Stromever) که آنرا در خاور دور ملاحظه نموده بود در اروپا انجام شد. عمل بسیار جسورانه و خطرناکی بود.

از سال ۱۹۱۲ به بعد با پیدایش و مصرف آمین در درمان وارد مرحله اساسی خود شد، با مصرف آن آمیب ها از بین رفته و آبسه ها استریل میشدند و در نتیجه نسبت موارد بهبود یافته توسط جراحی رو فزونی گذاشت.

از طرف دیگر مصرف آمین تعداد موارد بیمارانی مبتلا به آبسه های کبدی را نیز کمتر نموده بود زیرا بیماران در مراحل اولیه کولیت و هپاتیت آمیبی معمولاً با آمین بهبود کامل می یافتند.

در آمارهای قدیمی مرگ و میر عمل جراحی ۴۰ تا ۵۰ درصد ذکر شده است در حالیکه بعد از رایج شدن مصرف آمین به کمتر از ده درصد کل موارد رسیده است.

بدون وارد شدن در مبحث اسلوب عمل جراحی می شود نکات اساسی مورد نظر را در اینجا یاد آور شد.

— قبل و بعد از هر عمل جراحی برای کیست های آمیبی کبد باید

امتن مصرف شود.

— اگر تشخیص مسلم است برش جدار باید هر چه بیشتر کوتاه تر انتخاب شود.

— حتی الامکان مجموعه چرکی داخل کبد باید بطور کامل تخلیه شود.

— حفره باقی مانده را نباید با هیچگونه محلولی شستشو داد.
— باتدایر چندی باید از آلودگی پرده های سرو ز مخصوصاً صفاق و جنب در ضمن تخلیه آبسه جلوگیری نمود.

بهر حال قبل از عمل، وضعیت کبد از لحاظ طرز کار آن باید دقیقاً بررسی شده باشد (تست های کبدی) و تست های انعقادی، رادیو گرافی از ریه ها، آزمایش های دیگر خون و مدفوع بطور کامل انجام شده باشد. تجسس آمیب در مدفوع و یا در صورت لزوم بیوپسی در ضمن رکتوسکوپی از ناحیه رکتوسیگموئید برای یافتن آمیب گاهی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

اگر از دسته طرفداران بزل کبد قبل از عمل باشیم در اینصورت آنرا با سوزن ۱۰ تا ۱۵ سانتی متری یا با سوزن های ۱/۰ تا ۱/۵ انجام خواهیم داد. محل انتخابی پونکسیون کبد بین نهمین و دهمین فاصله بین دنده ای راست است (بر روی خط زیر بغلی میانی قرارداد)، باید یاد آور شد که چون کبد به آسانی چاک بر میدارد لذا نکته مهم : « اجبار در پونکسیون در حالت آینه » یا حبس تنفس مطلق است زیرا کوچکترین حرکت کبد که با حرکات تنفسی انجام میشود امکان پاره شدن کبد را در بر دارد.

بهر حال اطلاعاتی را که از این پونکسیون کبد بدست می آید در چند قسمت می شود خلاصه نمود که عبارتند از تشخیص مثبت دمل کبد، تشخیص امکان عفونت اضافی (کشت چرک خارج شده) و تشخیص وضع سلولهای کبد و مجاری صفراوی داخل کبدی.

جراحان بطور کلی با بزل کبد مخالف هستند و خطر آنرا از لاپاروتومی تجسسی بیشتر میدانند. Lecène عقیده دارد که علاوه بر خطرات احتمالی چه با بزل هایی که با وجود آبسه های بزرگ کبدی نتوانسته است پرده از روی مجهول تشخیص بیماری بر دارد. Lacaze و Melnotte (۵) از طرفداران بزل کبد و Meyer از جمله مخالفین این طریقه هستند (۴).

لاکاز می گوید اگر ما بتوانیم با بزل کبد در موارد اولیه آبسه کوچک کبد بشخصیم برسیم محتملاً و خامت پیش آگهی با عمل جراحی بموقع کاسته خواهد شد. در حفره دمل بعد از تخلیه باید درن گذاشت و از جمله نکات مهم تحت نظر داشتن کار این درن است. درن باید بمرور زمان کوتاه شود و دقت گردد که سر آن ته حفره دمل را زخم نکند. بمجرد اولین پیدایش خون ریزی یا تراوش بیش از حد

صفرا باید درن کوتاه گردد . يك نوع مارسوپالیزاسیون بنام هپاتوستومی Hepatostomie نیز گاهی انجام میشود . در اینجا لبه های شکاف محل آبه را به لبه های شکاف جدار میدوزند. اگر کبد به اطراف چسبندگی زیادی داشته باشد و با شکاف جدار جراح بتواند مستقیماً محل آبه برسد معمولاً دیگر احتیاجی بدوختن کبد بجدار نخواهد بود . جراحی را میشود از راه شکمی یا از راه جنب و حجاب حاجز (خلفی) انجام داد در صورت لزوم عمل دنده برداری نیز انجام خواهد شد .

بعد از عمل : آنتی بیوتیک های وسیع الطیف - آمپن - مسکن لازم باید ادامه داده شوند ، بیمار باید در حالت نیمه نشسته بماند . پانسمان ها هر روز تعویض خواهند شد. درن مرتب کوتاه می شود. معمولاً مدت زمان لازم برای نگهداری درن ۱۰ الی ۱۵ روز است .

روبینو (Robineau) عقیده دارد که درن باید هر چه زودتر برداشته شود . در این صورت بیمار بسرعت رو به بهبود میرود و حفره کبد بخوبی و بسرعت پرمیشود . عوارض از جمله خونریزی میتواند مربوط به نارسائی کبدی باشد . کوله راژی نیز ممکن است در صورت زخمی شدن کبد دیده شود . بررسی مجاری صفراوی با رادیو گرافی با ماده حاجب در صورت پیدایش جریان صفرا به خارج لازم است . اگر ممانعی در راه عبور صفرا به دوازدهه وجود داشته باشد فیستول صفراوی خارجی خشک نخواهد شد (Bourgeon - Pietri) (۲) از جمله عوارض بعد از عمل عفونتهای صفاق ، جنب و ریه نیز گاهی دیده میشوند .

- کنستانینی عقیده دارد که آبه های کبدی را بدون زه کشی

(درناژ) به خارج نیز میشود درمان نمود ، عنوط برای آنکه چرك آبه بدون میکرب و بدون آمیب باشد. عمل پیشنهادی وی بدین طریق انجام میشود : بعد از لاپاراتومی و بررسی کبد و کشف محل دمل ، آبه را شکافته و ترشحات داخل آن به آزمایشگاه فرستاده می شود و در صورتیکه شرایط فوق را دارا باشد بعد از تخلیه کامل آبه و خشک نمودن داخل آن با گاز ، حفره بسته و جدار دوخته میشود.

- در مورد آبه هایی که بداخل نایچه سر باز نموده اند بعضی از مصنفین (مانند: Lumierre, Etienne Bernard) را عقیده بر آنست که اگر تخلیه بخوبی انجام شود امکان بهبود کامل همیشه وجود دارد یعنی بعد از يك و هيك کامل آبه کبدی ممکن است خوب شود . اگر ترشحات ادامه یابد و یا عفونت از راه قصبات بداخل کبد راه یابد خطر کاشکسی بیمار را تهدید خواهد نمود . برای درمان جراحی این موارد باید از راه قفسه صدری (از ناحیه آخرین دنده های قفسه صدری) بداخل حفره کبدی راه یافت ، بازه کشی دمل از همین محل معمولاً بعد از مدتی راه فیستول کبد به قصبات خود بخود بسته می شود .

خلاصه :

بطور کلی یادآور میشویم که آبه های آمیبی کبدی گرچه کمتر دیده میشود ولی هنوز در ممالکی مانند کشورمان نسبتاً شایع است. دمل کبدی با مصرف آمپن و آنتی بیوتیک های وسیع الطیف قبل از عمل جراحی از عوامل میکربی و آمیبی پاک میشود و در نتیجه عمل جراحی که به تخلیه آن کمک مینماید اکثراً با موفقیت کامل روبرو است .

REFERENCES

- ۱- عزیزی ، د . معرفی بیمار مبتلی به آبه آمیبی کبد و نتایج عمل جراحی آن - بیمارستان پهلوی . (۱۳۴۷).
2. Bourgeon, H. et Pietri, H. (1952). Lyon Chir., 47, 729.
3. Constantini, M. (1926). Rev. Chir., 64, 357.
4. Meyer, P. Les abcès amibiens du foie. (1936). Masson et Cie., Paris.
5. Lacase, M. (1928). Rev. Chir., 66, 709.
6. Lemiere, E. (1928). Rev. Medico - Chir, 3, 109.
7. Quenu, J. Traité de technique chirurgicale, T. VII. (1959). Masson et Cie., Paris.