

انسداد روده بعلت فتق مختنق ورسوراخ بند آپاندیس

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۴، صفحه ۲۷۱، ۱۳۴۹

دکتر عبدالحمید حسینی*

نوسان درد دقیقه داشت. در رادیوگرافی ساده شکم که در حالت ایستاده و خوابیده بعمل آمد تصاویر حد فاصل مایع و گاز بمقدار زیاد دیده میشد و قسمت اعظم روده های باریک اتساع (دیلاتاسیون) داشت. آزمایش خون نشان داد که اوره خون مختصری افزایش یافته و تعادل الکترولیت ها نیز اندکی دگرگون شده است. بلافاصله مقداری سرم و الکترولیت به بیمار تزریق گردید و با تشخیص

انسداد روده بدون علت واضح عمل شروع شد. لازم بذکر است که در معاینه سایر قسمت ها عارضه ای وجود نداشت، لمس مقعدی علامت جالبی نشان نداد، بیمار تنقیه شده اما مزاج اجابت نکرده بود. سابقه بیمار که کاملاً بررسی شد هیچ درد و ناراحتی شکم را در گذشته نشان نمی داد.

در عمل جراحی شکاف میانی بالا و پائین ناف داده شد. بعد از باز کردن صفاق، داخل شکم مقدار نسبتاً زیادی سر و زیته وجود داشت که در انسداد (الکلوزیون) معمولاً دیده میشود. در تجسس روده ملاحظه شد که روده های باریک کاملاً گشاد شده پراز گاز و مایع است و در جست وجوی زیاد معلوم گشت که گیری در پائین روده باریک نزدیک آپاندیس وجود دارد. ابتدا اوضاع و احوال چنین حدسی را بر میانگیخت که باید یک برید بعلت آپاندیسیت در کار باشد ولی با دقت بیشتر مسلم گشت که سوراخی بطول تقریبی ۲ تا ۳ سانتیمتر در بند آپاندیس وجود دارد و یک قوس پائین ایلتون از این سوراخ عبور کرده و کاملاً تحت فشار قرار گرفته و تغییر رنگ داده است. (شکل صفحه بعد)

بلافاصله سوراخی که در مزو آپاندیس وجود داشت با شکافتن مزو کاملاً بازوروده آزاد گردید و مقداری پارچه آغشته به سرم فیزیولوژی گرم روی آن گذارده شد. روده بسرعت تغییر رنگ داد و معلوم شد که احتیاج به قطع ندارد. ولی بند آپاندیس که

تحت عنوان فتق های داخل شکم، از انواعی از فتق صحبت میشود که بعلت سوراخی در بند روده یا چادرینه ایجاد شود و اشکالی از این فتق بعلت وجود سوراخی در مزانتر، مزو کولون عرضی و مزوسیگموئید و همچنین چادرینه بزرگ کاملاً شناخته شده و توسط جراحان بسیاری شرح داده شده است ولی فتق بعلت وجود سوراخی در مزو آپاندیس بندرت دیده و نوشته شده است. در تحقیقاتی که بعمل آمده تاکنون یک مورد دیگر غیر از آنچه در این مقاله آمده انتشار یافته است.

شرح حال بیمار مورد بحث:

محمود - ج ۴۲ ساله بعلت درد شکم مراجعه میکند. چون درد بیمار خیلی شدید بوده است پرستار یک آمپول مسکن باو تزریق مینماید و ده دقیقه بعد بوسیله پزشک مورد معاینه قرار میگردد. در پرسش از بیمار معلوم میشود که مدت ۲۴ ساعت است دچار درد شدید شکم شده و همراه با این درد استفراغ هم داشته و چندبار غذاهای خورده شده و صفر استفراغ کرده است. این دردها شدت و ضعف داشته و در این مدت شکم بیمار هیچ اجابت نکرده است. حال عمومی بیمار در گون و از تشنگی و خشکی زبان نیز شاکی بود.

در معاینه، تمام شکم دردناک بود و نفخ متوسطی همراه با تمپانیسم داشت. در لمس شکم وجود پرستالیزم روده ها در زیر جدار واضح بود و هنگام گوش کردن صدای روده ها بطور واضح شنیده میشد. در تمام شکم سفتی مختصری وجود داشت ولی تصلب شکم (کونتراکتور) در کار نبود. هنگام معاینه، بیمار دچار استفراغ شد که محتوی خارج شده تقریباً برنگ مدفوع بود.

در امتحان عمومی، بیمار کاملاً دزیدرته و زبان خشک و چشم ها فرورفته بود. فشار خون $\frac{1}{3}$ میلیمتر جیوه و نبض در حدود ۱۲۰

* بیمارستان ابن سینا - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

مقدماتی برای آماده شدن عمل برایش انجام میگردد و در عمل شکاف پارارکتال راست داده شده و در تجسس داخل شکم دیده میشود که علت اکلوزیون يك فتق مختنق داخلی است و یکی از قوس‌های روده باریک از سوراخی در مزوآپاندیس عبور کرده و ایجاد انسداد نموده است. بدون گشاد کردن سوراخ مزوآپاندیس قوس روده از این سوراخ به آرامی خارج گردید و سپس سوراخ دوخته شد و آپاندیس هم باقی گذارده شد.

ملاحظه میشود که شرح حال هر دو بیمار کم و بیش مشابه یکدیگر است و فقط اختلاف در تکنیک جراحی است که ما در بیمار خود آپاندیس را برداشتیم و آنها باقی گذاردند. البته دلیل اساسی شاید این باشد که روده در بیمار آنها آسان تر خارج شده است و در بیمار ما با سانی خارج نمیشد و خروج آن از سوراخی باین کوچکی مستلزم فشار و دستکاری زیاد روی روده بود. در حالیکه يك شکاف مختصر روی کنار بند آپاندیس باعث میشد که خود بخود روده آزاد شود و وقتی باین ترتیب مزو شکافته شد البته لازم است که آپاندیس برداشته شود با این حساب که برداشتن آپاندیس زمان کمتری میخواهد تا خارج کردن روده از این سوراخ و دوختن آن. دلیل دیگر هم شاید این باشد که چون بیمار آنها خیلی پیر بوده است نخواستند کار اضافی دیگری از نظر جراحی انجام دهند.

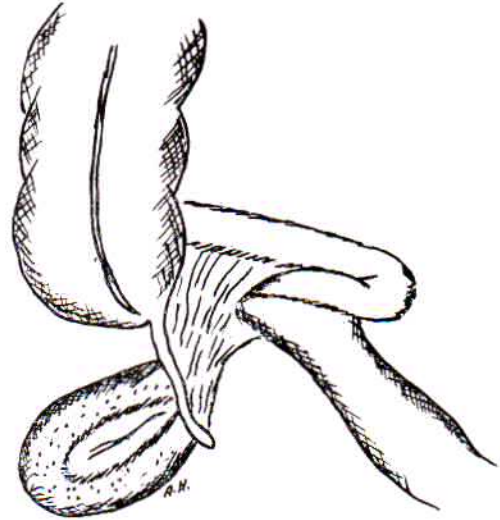
علت: بهیچوجه علت مشخصی برای ایجاد این سوراخ‌ها در روی مزو یا چادرینه نمیتوان شرح داد ولی دو عامل ضربه و عفونت‌های قبلی را ممکن است ذکر کرد که شاید موجب بروز این سوراخ‌ها باشند. سوراخ بند روده باریک با توجه بآمار منتشر شده بیشتر در قوس‌های ابتدائی و انتهائی دیده میشود.

درباره سوراخ مزوآپاندیس نیز بجز دو عامل ضربه و عفونت، از عوامل دیگری نمیتوان صحبت بمیان آورد.

تشخیص: معمولاً تشخیص قبل از عمل جراحی ممکن نیست. این ضایعه در دو حالت تشخیص داده میشود یکی هنگامیکه بیماری را بخاطر ضایعه دیگری تحت عمل جراحی قرار میدهم و بعد از پاروتومی متوجه میشویم که بیمار یک فتق داخلی هم داشته که علامتی از خود نشان نداده است. حالت دوم وقتی است که این فتق‌ها حالت اختناق پیدا میکنند و بیمار با تشخیص يك اکلوزیون حاد تحت عمل جراحی قرار میگردد و بعد از باز کردن متوجه میشویم که علت انسداد فتق داخلی است.

میزان مرگ و میر این بیماری خیلی بالاست. آمار Mocks روی ۵۴ بیمار عمل شده ۲۴ فوت نشان داده است (۴۴٪).

حالا بریده شده بود بسته و آپاندیس ظاهراً طبیعی، برداشته شد. از آپاندیس آزمایش بعمل آمد ولی علائم آسیب شناسی عفونت حاد در آن مشاهده نگردید.



روزهای بعد از عمل بخوبی گذشت. بعد از ۴۸ ساعت حرکات روده‌ها شروع شد و بیمار گاز دفع نمود و روز چهارم مزاجش اجابت کرد. وضعیت زخم هم خیلی خوب بود و روز دهم بخیه‌ها برداشته شد و بیمار با بهبود کامل مرخص گردید.

بحث: با توجه به تاریخچه بیماری ملاحظه میشود که Cutler در ۱۹۲۵ تنها ۲۸ مورد از فتق داخلی که در مزاتر اتفاق افتاده شرح داده است. در سال ۱۹۵۸ Mocks ۱۶۰ مورد جمع آوری کرد که ۳۳ مورد در چادرینه و ۱۲۷ مورد در مزاتر بوده است. تنها موردیکه فتق بعلت وجود سوراخی در مزوآپاندیس گزارش شده، در مجله Annals of Surgery است که در سال ۱۹۶۳ انتشار یافته و در بیمارستان مرسی شیکاگو دیده شده است.

در این شرح حال از زنی ۸۰ ساله یاد میشود که با تابلوی انسداد روده ۴ روزه همراه با کم آبی شدید بدن مراجعه کرده است. رادیوگرافی ساده شکم تصاویر هیدروآئرک در روده‌ها نشان میدهد و تنقیه باریم تمام کادر کولون را پر کرده و ۱۰ سانتیمتر نیز از انتهای ایلئون را فرا میگردد. اوره خون قدری بالا، آمیلاز سرم ۱۴۴ واحد سوموژی - کالر ۱۱۷، سدیم ۱۳۹، پتاسیم ۴/۹ میلی اکی والان بوده است. الکتروکاردیوگرافی ایسکمی خفیف قلب همراه با هیپر تروفی بطن چپ را نشان داده است. برای بیمار لوله معده گذارده شده و بمدت ۱۸ ساعت دره‌انتهای

REFERENCES

- 1- James A. Rooney M D, James P. Carrol M.D., John L. Keeley M.D.: Annals of Surgery Vol. 157, No.2 Febr. 1963, Lippincott.
- 2- Cutler, C.D. and H.W. Scatt Jr: Transmesentrie Hernia, Surg. Gynec. and Obst. 79: 509, 1954.
- 3- Christopher's Textbook of Surgery, 1964, Eighth Edition Saunders Philadelphia.