

## کلله سیستمیت

### گزارش ۲۲۸ مورد ضایعات آمانسی کیسه صفو ا

محله نظام پژوهشی

سال جهارم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۹۷

دکتر احمد فلسفی - دکتر رضا شمس - ۵ آندر امیر منصور صدر\*

پژوهشی، مجدداً مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفت. از ۲۲۸ پرونده مورد بررسی تعداد ۶۳ مورد آن در دانشکده پژوهشی و ۱۶۵ مورد آن در بیمارستان ابن سینا بوده است (آزمایشگاه آسیب‌شناسی بیمارستان ابن سینا از شهریور ۱۳۹۶ 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 معهدها هنوز نواعص فراوان وجود دارد و این نواقص وقتی بیشتر مشاهده می‌شود که بخواهیم پرونده بیماران سابق را بررسی کنیم. با وجود اشکالهای بالا نویسنده‌گان سعی کردن تا آنچه که مقدور باشد اطلاعات لازم را از پرونده‌های موجود استخراج نمایند و در بعضی از موارد، مرآجعه مجدد بیماران سبب تکمیل اطلاعات بالینی مانده 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 عدد 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 گرفته‌اند و سن وفور آن در فاصله ۲۰ تا ۶۰ سالگی بوده است که در این فاصله ۲۱۴ بیمار دیده شده است.

#### مقدمه

بیماری مجاری صفو اویکی از شایع ترین بیماریهای است که در حدود ۱۵ تا ۲۰ میلیون تن از اهالی امریکا با آن مبتلا هستند و هر ساله در حدود یک میلیون تن نیز با آن اضافه می‌شود. تعداد عمل‌های جراحی کیسه صفو او و مجاری صفو اویکی هم در این کشور سالیانه به ۵۰۰ هزار مورد بالغ می‌گردد (۶ و ۹ و ۱۲).

در این آمار قطعی از میزان وفور بیماریهای مجاری صفو اوی خصوصاً کیسه صفو در دست نیست. تجربیات ۱۰ ساله اخیر ما در مورد بیماریهای کیسه صفو و مجاری صفو اوی مسبب شده است که گزارشی از یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی و آسیب‌شناسی خود را منتشر کنیم و بنابراین تجربیات بمنظور میرسد در کشور ما نیز بیماری مجاری صفو اوی خصوصاً کیسه صفو اوی خود را باشد که بهبود وضع اقتصادی مردم و افزایش نسبی طول عمر، از دیاد پیدا کرده است. در این مقاله نویسنده‌گان مشاهدات خود را که از یک بیمارستان عمومی و مورد مراجعه طبقات مختلف مردم بست آمده است و حاوی اطلاعات مختصری از نسبت وفور و کلینیکوپاتولوژی بیماری مزبور می‌باشد، برای اطلاع همکاران شرح می‌دهند.

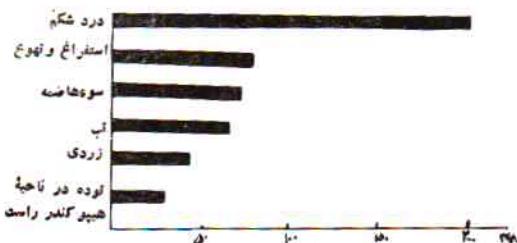
#### روش مطالعه

پرونده بیمارانیکه از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۲، در بخش‌های جراحی بیمارستان ابن سینا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند با توجه به یافته‌های بالینی کلیه برشهای هیستوپاتولوژی چه در بخش آسیب‌شناسی بیمارستان ابن سینا و چه در آزمایشگاه مرکزی دانشکده

\* بیمارستان ابن سینا.

و تیره شدن اداره ۵٪ و در ۳٪ بیماران هیچگوئی نعلایمی 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 هیپوکندر راست  
هرماه یا بدون صلابت مختصر ۷۰٪، سفقی و صلابت واضح شکم  
۱۵٪، علامت پریتوئیت ۵٪، احساس توهود و برجستگی درناحیه  
کیسه صفراء ۳٪، بدون علامت مشخص یا همراه با علائم مخلوط ۷٪  
و در چهارمورد علائم واضح تومور درناحیه کیسه صفراء دیده شد.  
ازین عده، ۳ بیمار دچار هیدروپس کیسه صفراء و مبتلا به آبسه کبد  
بوده‌اند (بیماران مبتلا به سلطان کیسه صفراء و مجرای صفراء  
در این مطالعه قرار نگرفته‌اند) در ۱۴ بیمار، یافته‌های مخلوط  
وجود داشته است که دومورد زخم بولب اثنتی عشر، یک مورد یافته  
اپیگاستر و یک مورد با کیست تخدمان و مواردی نیز با آپاندیسیت-  
پانکر ایت-هپاتیت هرماه بوده‌اند و در ۶ مورد علامت غیرمشخص  
بوده است. این بیماران دارای دردهای پراکنده شکم - درناحیه  
کمری و درد پهلو بوده‌اند و در لایه ارتوئی التهاب کیسه صفراء  
مشخص گردیده است.

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

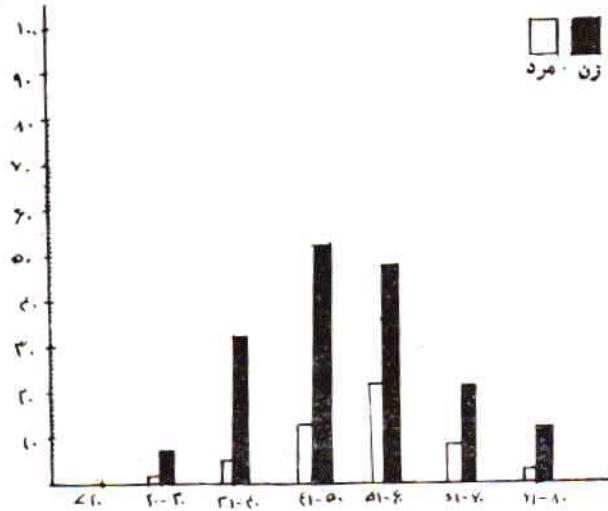
علاوېم آزماسکاھي:

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 ۱۸ تا ۲۱ هزار بوده است. این افزایش معمولاً در بیمارانی بوده است که دارای علائم غفومنی حاد بوده‌اند معذلك در چند مورد با وجود لکوسیتوز علائم التهاب حاد کیسه صفراء و مجرای آن دیده نشد و در مواردی نیز که گزارش آسیب شناسی حکایت از

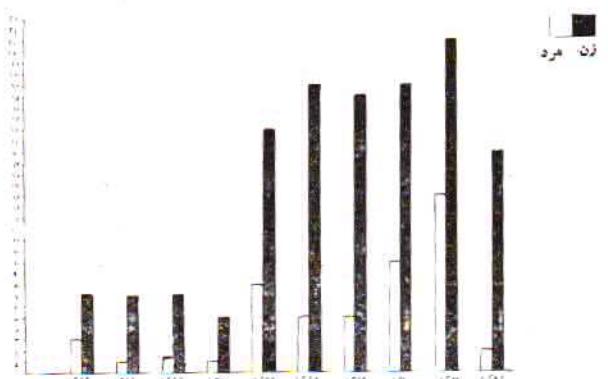
نمودار ۱ انتشار سنی بیماری کلله سیستیت را در دهه‌های مختلف نشان مدهد.

#### نحوه دار ۱- انتشار فیزی یهاری کله سیستیت.



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

<sup>۳</sup>- اذشار نمایی کله سستیت در سالنای عورد مطابعه.

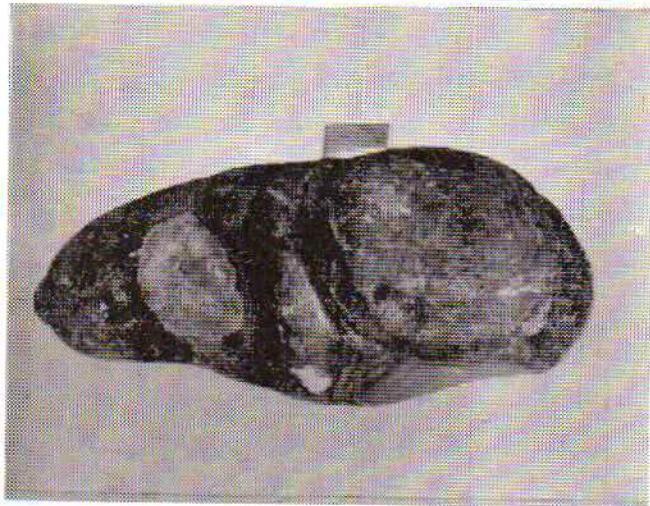


در این سالها قسمتی از بخش‌های جراحی بیمارستان این‌سینا بعلت تعمیرات و تغییرات داخلی تعطیل بوده است.

عالائم بالینی

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

حملات مکرونامه قب درد، بخصوص درد ناحیه هیپو کندر راست ۹۰٪، احساس سنتگینی و پریشکم ۱۵٪، احساس دل بهم خوردگی و عدم تحمل بعضی غذاها بخصوص چربی وجود تهوع گاهی همراه با استفراغ ۱۲٪، علائم سوهوشم ۸٪، تب و حالت عفونی ۷٪، زردی



شکل ۱- نهای ماکروسکوپی سنگ کیسه صفراء.

**علائم رادیولوژی:** علائم رادیولوژی در اکثر بیماران کمک بزرگی به تشخیص بوده است و بجز در مواردیکه بیماران بطور اورڈانس مراجعت کرده اند در اکثر موارد کله سیستو گرافی و کلانثیو گرافی انجام داده شده است. در ۲۶ مورد تشخیص قبل از عمل جراحی سنگ کیسه صفراء بوده و در ۵ مورد سنگ کلارک قبل از عمل تشخیص داده شده بود. در بررسی بیمارستان Franchay که در سال ۱۹۹۰ انجام گرفته ۲۹٪ موارد سنگها قبل از عمل بوسیله آزمایش رادیولوژی نشان داده شده است (۱۲).

#### آزمون آسوب 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	- کله سیستیت هزمن یا یا بدون سنگ
۱۰/۳	۱۷	- کله سیستیت حاد چرکی
۸/۴	۱۴	- کله سیستیت من من همراه با آماش حاد
۱/۸	۳	- کله سیستیت من من همراه با پری کله سیستیت
۱/۲	۲	- کله سیستیت گرانولوماتوز

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

#### بحث

**نهای آسیب شناسی:** در مواردی که در کیسه صفراء عفونت وجود نداشته باشد تماس سنگ با مجرای سیستیک موجب تشکیل موکوس میشود ولی اگر عفونت هم با آن اضافه شود التهاب های حاد بروز

عفونت حاد نموده است تعداد لکو سیتهاي قبل از عمل طبیعی گزارش شده اند. در شمارش گلبولی در مواردیکه هیپر لکو سیتوز گزارش شده است غالباً نوتروفیل ها زیاد شده اند و فقط در ۳ مورد افزایش آوزینوفیل مشاهده گردید که بترتیب ۱۵ و ۲۰ و ۳۰٪ بوده اند.

در گبد دلیلی برای این افزایش آوزینوفیل دیده نشد. در ۱۰ بیمار افزایش سرعت رسوب گلبولی مشاهده گردید که حد اکثر ۷۰ میلیمتر در ساعت اول بوده است.

میزان اوره خون عموماً طبیعی گزارش شده است معدله در ۱۵٪ موارد آزمایش شده، میزان اوره خون بیشتر از ۴۰ میلیگرم درصد (با روش اوره آز Urease) بوده و حد اکثر آن ۶۳ میلیگرم گزارش شده است.

آزمون فسفات آلکالن در ۷۰ بیمار انجام گرفته که در ۲۰٪ بیماران فزونی را نشان داده است و در یک مورد ۵۰ واحد آمسترنگ بوده است. فسفات آسید تنبیری 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 بیلیروبینی دیده شده که عموماً همراه با ذردی بوده اند. کلسترول خون بین ۱۸۰ تا ۲۵۰ گزارش شده است معدله در ۲۰ بیمار بیشتر از ۲۹۰ میلیگرم در لیتر کلسترول مشاهده گردید وحداکثر آن ۳۸۰ میلی گرم در لیتر گزارش شده است. آزمایش تست های کبدی فقط در عدد معده ای از بیماران انجام گرفت که نتایج غیر طبیعی بدست نیامد.

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

کلسترول از یک تا ۴ بعلاوه	۱۶ مورد
پیگمان صفر اوی	۵
املاح صفر اوی	۵
بیلیروبین	۱۴
کلسمیم	۷
فسفر	۵
کربنات	۱
منیزیم	۴

متاسفانه در هیچ یک از بیماران کشت صفراء بعمل نیامد و کشت خون در موارد وجود عفونت بالینی اغلب جواههای مختلف داده است.

تو مودهای کیسه سفر ا تمیز داد. طبقه عضلانی هپر تروفیه است و چند برابر معمول ضخامت دارد، طبقه سروز دارای رشته‌های ضخیم کلاژن است و ممکن است ضخامت آن بیشتر از ضخامت تمامی کیسه سفر اوی طبیعی باشد. همینطور افزایش نسخ همبندی درین رشته‌های عضلانی دیده میشود. تمام نسخ همبندی از سلو لهای لنفوسيت - پلاسموسیت و سلو لهای منو نو کلئر بزرگ و گرانو- لو سیت های اوزن‌نوفیل انباسته است و بندرت سلو لهای لنفوسيت تشکیل فولیکولهای لنفاوی با مرآکز زایا میدهد. گاهی موقع به کله سیستیت مزمن مخصوصاً کله سیستیت مزمن سنگی، التهابهای حاد هم اضافه میشود که در اینصورت التهابهای حاد و مزمن توأم در کیسه سفرا مشاهده میشود (۲۰۱).

#### نمای بالینی

در این مطالعه ما آنسته از بیماران را که دارای عالائم حاد بودند و مدت زمانی آن کوتاه بوده است بنوان کله سیستیت حاد بستری کردیم. اینگونه بیماران در موقع مراجعه دارای حساسیت مشخص در شکم بودند و در آزمونهای آسیب‌شناسی کیسه سفرا تشخیص کله سیستیت حاد تأیید شد. در موادیکه بیماران دارای دردهای مبهم با سابقه طولانی بودند و در آزمونهای بالینی با بررسی دقیق فقط دردی در ناحیه هپو کندر راست داشته‌اند آنها را بنوان کله سیستیت مزمن بستری کردیم. در این گونه بیماران عده‌ای نیز بودند که عالائم بالینی آنها در چند هفته قبل از مراجعه تشدید یافته بـضا همراه با ذردی و یا عالائم عفونی حاد بوده‌اند که آنها را بنوان بیماران مبتلا به کله سیستیت مزمن همراه با پوسه حاد بستری کردیم.

گرچه ما در اکثر موارد در هنگام عمل سنگ را مشاهده کردیم (۷۰٪) ولی عالائم بالینی منتسب به سنگ در بیماران چندان زیاد نبوده است. با اطلاعات فراوانی که درسالهای اخیر درباره تشخیص و درمان بیماریهای مجرای سفراوی بدست آمده است و درنتیجه روشهای درمانی بسیار مؤثری دردسترس قرار گرفته و با پیشرفت‌هایی که در رادیولوژی این مجرای سفراوی بدست آمده است امروزه بهتر و راحتتر میتوان بیماریهای سفراوی را تشخیص داد. درین این روش‌ها کلانتریو گرافی از راه کبد (Transhepatic) و از راه ورید ژوکولر (Trans Jugular) و آنتریو گرافی احتشائی پانکراتو کلانتریو گرافی، اندوسکوپی و دئودنو گرافی هپیوتونیک را میتوان نام برد. اسکینگ اولتراسونیک نیز کمکهای زیادی به تشخیص میکند. بهر صورت شناخت روزافزون ضایعات مجرای سفراوی تنها بستگی با فرایش همارت ما در شناسائی این بیماریها ندارد بلکه عملاً دیده میشود که میزان مبتلایان به بیماریهای مجرای سفراوی بطور واقع رو با فرایش است.

میکند که درجات مختلف دارد و حتی ممکن است منجر به پیدایش آمپیم شود (گرچه آمپیم واقعی ندرتاً ایجاد میشود). در بیمارانی که سابقه حمله کله سیستیت دارند ممکن است علامت‌زمن آن نیز دیده شود. در التهابهای حاد ممکن است در ناحیه قعر کیسه سفر ا گانگر ایجاد شود. در موافقی که کیسه سفر ا سوراخ شود بندرت ممکن است محتویات کیسه سفر ا بداخل حفره صفاق آزاد گردد که در این صورت آبده در اطراف کیسه سفر ا تشکیل میشود. در بعضی موارد بعلت تماس سنگ با گردن کیسه سفر ا ممکن است نکروز ایجاد شود و منجر به سوراخ شدن تدریجی کیسه سفر ا شود و ایجاد فستوال (دگونوم) و باحتی کولون نماید. در کله سیستیت حاد ممکن است فرایند آماسی، ساختمانهای مجاور را گرفتار کند بنابراین غدد لنفاوی که درین مجرای سیستیک و هیاتیک قرار دارند متور میشوند و ممکن است موجب ایجاد وقفه در عبور سفرا شوند (۳).

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

از نظر میکروسکوپی درمورد التهابهای حاد، کیسه سفر ا بزرگ، سفت و رنگ آن قرمز مایل به قهوه‌ایست و ضخامت جدار آن افزایش بافتی است و در داخل کیسه سفر ا معمولاً مخلوطی از سفرا، خون و چربک دیده میشود ولی سنگ قاعده‌تاً وجود ندارد. درمورد التهابهای مزمن، دیواره کیسه سفر ا ضخیم میشود و چند برابر ضخامت معمولی را پیدا میکند.

چینهای مخاطی در بعضی نواحی بر جسته و در برخی نواحی از بین میروند و مجرای سیستیک قطور میشود.

از نظر میکروسکوپی در کله سیستیت حاد پوشش مخاطی ممکن است در بعضی نواحی ازین رفته زخمی گردد و در برخی نواحی دیگر باقی بماند. گویچه‌های سرخ و سلو لهای گرانولوسیت نوتوفیل در تمام طبقات دیواره کیسه سفر ا ارتشاج میباشد که همراه با فیرین یا آگزودای 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 سفر ا فرو میرود که آنرا Rokitansky-Aschoff Sinus می‌نامند و معمولاً در طول عروق خونی تشکیل میگردد و در طبقه عضلانی هم دیده میشود که قدر آنها معمولاً به طبقه سر ورز 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 بر قان و یا وجود پانکراتیت توأم با بر قان مانع عمل جراحی فوری نیست.
  - ۳- در کله سیستکتومی 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 صفراء دیده شد.
    - در ۲۳ مورد علاوه بر سنگ کیسه صفراء سنگ کله دوک نیز وجود داشت.
    - در ۸ مورد کیسه صفراء سنگ نداشت ولی در کله دوک سنگ دیده شد.
    - در ۳۶ مورد علائم التهاب شدید در کیسه صفراء مشخص بود ولی سنگی وجود نداشت.
    - در ۱۵ مورد کیسه صفراء کوچک و متصل و دارای چداری تنفسی بوده است.
    - در ۵ مورد هیدروپس کیسه صفراء بدون سنگ ملاحظه شد.
    - در ۵ مورد علائم پریتونت دیده شد.
    - تمام بیماران عمل جراحی را بر احتی تحمل کردند معدلك یا بیمار در ضمن عمل جراحی بعلت خونریزی شدید فوت کرده است وحوادث بعد از عمل در ۱۰ بیمار دیگر متوجه نیز بفوت شده است.
    - جدول شماره ۱ موارد فوت شده را نشان میدهد :
- جدول شماره ۱ - موارد فوت پس از عمل جراحی

درصد کل عمل جراحی	تعداد	عملت
۲/۲۳	۷	کل پس عروق - ارتعی و عمل نامشخص
۱	۲	بیستول صفرایی بعد از عمل جراحی
۰/۲۳	۱	خونریزی شدید شمن عمل جراحی
۲/۶۶	۱۱	جمع

همانطوریکه ملاحظه شده در حدود ۴٪ موارد اعمال جراحی موقیت 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 بربیستول بخوبی مشاهده کرده و شرح داده اند بطوریکه تعداد کلی اعمال جراحی کیسه صفراء برای ۵ سال تحت مطالعه آنها شرح زیر بوده است:

۱۵۳ مورد در سال ۱۹۳۳، ۱۹۴۵ مورد در سال ۱۹۴۰، ۱۹۴۰ مورد در سال ۱۹۵۰، ۱۹۵۵ مورد در سال ۱۹۶۰ و ۶۲۳ مورد در سال ۱۹۷۰.

بنابراین 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 بار بیش از ۳/۴ مورد دیده است. مشایهاین 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 به حدود ۶ بر این میرسد. از بررسی های دکتر هنله معلوم شده است که افزایش عمل جراحی سنگ صفراء در تمام سنین دیده شده ولی بیشتر در سنین پائین تر از ۳ سال و در مردان بوده است.

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

- قدرت تحمل علائم سنگ صفراء در بیماران کم شده است و بنابراین تعداد بیشتری برای درمان به طبیب مراجعه می کنند.

- پزشکان در تشخیص سنگ صفراء از نظر بالینی تجربیات بیشتری پیدا کرده اند.

- بهبود روش های رادیولوژی موجب افزایش تشخیص صحیح و درمان سنگ صفراء 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 ابتلاء به سنگ صفراء دهه پنجم زندگی میباشد (۱۲). ما نیز در بررسی بیماران بیمارستان این سینا همین نتیجه را بدست آورده ایم که در نمودار شماره یک نشان داده شده است.

در بیمارستان Frenchay در مدت ده سالی که بررسی آغاز شده است میزان مرگ و میر عمل جراحی در بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفراء ۷/۸٪ بوده است و ۹/۸٪ بیماران هم بعلت عفونت قفسه سینه - عفونت زخم و ترمیوز وریدی فوت کرده اند (۱۲). موارد فوت بعد از عمل در بیمارستان این سینا بطوریکه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است ۳/۶٪ 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:

سیستیک ، کیسه صfra را از پائین به بالا ، بطوریکه بجدار کبد صدهای وارد نشد، تشریح می کنند.

این نکته قابل دقت است که مجرای صfra اوی فرعی در بستر کیسه صfra وجود دارد و ممکن است در موقع تشریح و جدا کردن آنها پاده شود و پس از عمل منجر بدفع صfra ای زیاد از بیمار بشود بنابر این صلاح است بدقت این مجرا را جستجو کرده و آنها را لیگاتور نمائیم. پس از برداشتن کیسه صfra سروز دوطرف بستر کیسه صfra را که باقی مانده است از پائین به بالا میدوزیم و یک درن در محل میگذاریم و آنرا از سوراخ دیگری که از شکاف اصلی شکم فاصله دارد برون می آوریم.

گرچه کله سیستکتومی بطریقه رتزوگراد طرفداران زیادی دارد معدنکه بسیاری از جراحان توصیه میکنند که مخصوصاً اگر جراح تازه کار باشد صلاح است این عمل را از قدم به خلف انجام دهد زیرا این طریقه خطرش از روش رتروگراد بمراتب کمتر است. به حال روال کارها 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 حاش خوب شده و کیسه صfra از وضع تورم حاد خارج شده باشد.

چنانچه درد و تب بیمار ادامه یافت و علامت موضعی و لکوسیتوزال بر پیش رفت بیماری بود اقدام به عمل جراحی می کنیم. پس از باز کردن شکم، محتوی کیسه صfra را خالی نموده اگر میسر بود کله سیستکتومی و اگر صلاح نبود اقدام به کله سیستوستومی مینمایم. گرچه در این مقاله فرست تذکر راجع به روش های اعمال مجرای صfra اوی نمیباشد معدنکه لازم است چند کلمه ای در مورد کله دوکودئونوستومی و اسفنکتروتومی و یا بهتر بگوییم اسفنکتروپلاستی 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- فیبروز آمپول واتر که بوئی نمره ۴ میلیمتر از آن نگذرد،

۳- تنگی انتهای مجرای کله دوک ،

۴- اتساع مجرای کله دوک بیش از ۲۵ میلیمتر ،

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

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

نوع عمل	تعداد
کله سیستکتومی	۱۶۵
کله سیستکتومی و دوکوستومی	۲۶
کله سیستکتومی و اسفنکتروتومی	۲۱
کله سیستکتومی و بافت برداری کبد	۱
کله دوکو دوکو دلوستومی	۲
کله دوکو ززو دلوستومی	۲
جمع اعمال انجام شده	۲۲۸

### روش کار :

کله سیستکتومی: بعضی 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 معدنکه باید از این ابتدا نست که مشکلات و عوارض بعد از عمل در موارد کله سیستیت حاد خیلی بیش از کله سیستیت مزمن میباشد فی المثل دیده شده است که پس از باز کردن شکم ، کیسه صfra و انساج اطراف آن با اندازه ای متوأم است که عروق و مجاري صfra اوی را نمیتوان تشخیص داد.

در این موارد صلاح است که جراح به عمل کله سیستوستومی بعنی باز کردن کیسه صfra و خالی کردن و وصل کردن آن بجدار با گذاشتن یک 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 فرست دارد تا در عمل بعدی پس از مدتی کیسه صfra را بر احتی بردارد (۴۰ و ۴۱).

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

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

## تجسس مجرای کله دوك (۷)

بعداز باز کردن پریتون در قسمت راست، لیگامان هپاتودئو دنال کله دوك را میتوان مشاهده کرد.

برای باز کردن کله دوك دو بخیه نگاهدارنده با کاتکوت کرومیک سه صفر در سطح قدامی کله دوك در بالا یا پائین مجرای سیستیک زده میشود و پس از بالا نگاهداشت بخیه ها، بایک شکاف عمودی در سطح قدامی کله دوك در بین بخیه ها، مجرای کله دوك باز میشود. شکاف باندازه ۱۲ میلیمتر اتساع داده میشود و پس از باز کردن کله دوك و خارج نمودن سنگ برای تجسس آمپول واتر از دیلاتاتورهای استفاده میشود که آنرا از شماره پائین شروع کرده تا نمره ۱۰ جهت اتساع آمپول واتر بکار میریم.

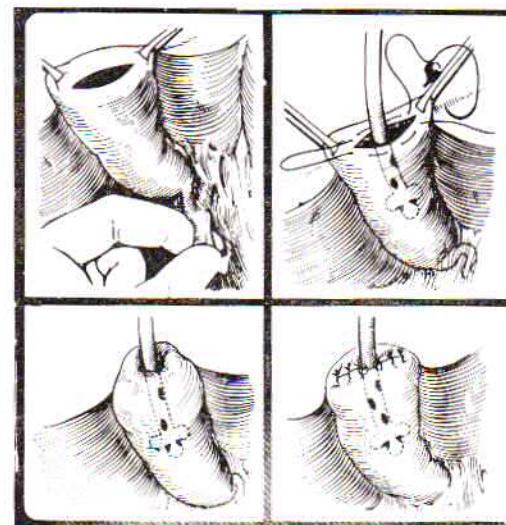
پس از اطمینان از اینکه سنگ در مجرای کله دوك وجود ندارد و آمپول واتر باندازه کافی اتساع یافته مجرای کله دوك را بامحاط سرم فیزیولوژی شسته، سوند بشکل T در داخل مجرای کله دوك میگذاریم و شکاف روی کله دوك را با کاتکوت کرومیک دو صفر می دویم. استفاده از ابریشم یا مواد غیرقابل جذب برای دوختن مجرای کله دوك مناسب نیست.

## خلاصه و نتیجه

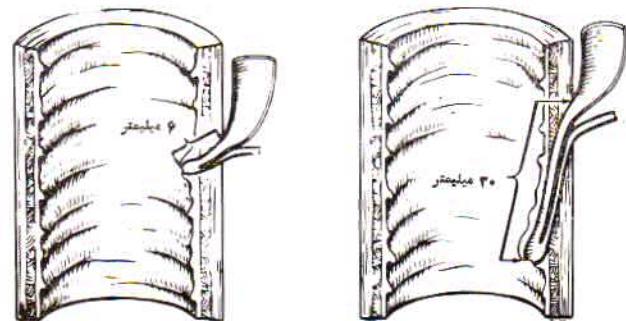
۲۲۸ مورد بیمار مبتلا به کله سیستیت از سالهای ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۲ در بخش های جراحی بیمارستان ابن سينا تحت عمل جراحی قرار گرفته اند.

وضع این بیماران از قتلر جنس - سن - عالم بیماری و یافته های آزمایشگاهی و نوع عمل جراحی و عوارض بعد از عمل مورد مطالعه قرار گرفته است و ترتیب حاصله از این بررسی با بررسی هایی که در مطبوعات پزشکی جهانی انتشار یافته مقایسه شده است. بیماری های التهابی صفو ای در سالهای مورد مطالعه در ایران رو به تزايد است و بعلاوه در اکثر موارد این التهاب هموراه با سنگ و یا ناشی از آن بوده است. از لحاظ سفی وفور این بیماری در سنین متوسط بودیه در دهه چهارم و پنجم کاملاً مشخص است. اکثر این بیماران زن میباشند (۳ زن در مقابل یک مرد).

عنونت مزمن با یا بدون التهاب حاد در اکثر موارد مشاهده گردید. عوارض جراحی ناچیز بوده است و میزان مرگ و میر بعداز عمل ۶/۳٪ میباشد که در بیشتر موارد بدی وضع عمومی بیمار و نارسائی قلب و عروق علت آن بوده است. در خاتمه نگارندگان پیشنهاد مینمایند که بمنظور بررسی دقیق تر از میزان وفور این بیماری و بیماری های دیگر لازم است يك مرکز ثبت و ضبط بیماریها در ایران تأسیس گردد تا بتوان با جمع آوری گزارش های مختلف، مدارک دقیق تر از وفور بیماریها وضع بالینی و میزان مرگ و میر ناشی از آنها بدست آورد.



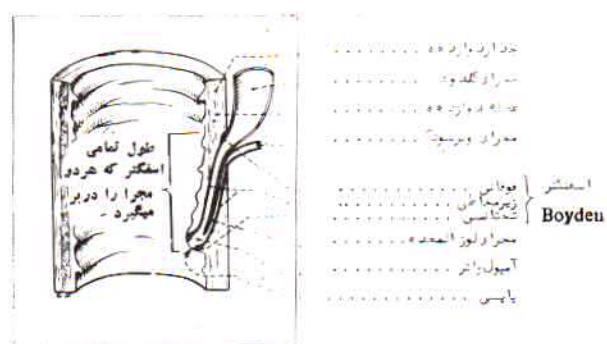
شکل ۲- قراردادن نوله Pezzer در عمل کله سیستیومی



طول اسفنکترو اودی داخل جداری از ۶-۳۰ میلیمتر تفاوت مینماید.



شکل ۴- بعد از اسفنکترو بلاستی



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 choledo-cholithiasis. 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.