

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 شیوه در اجتماعات مختلف در حدود یک در ۳۰۰۰ 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 ناهمجاري شیوع بیشتری داشته باشد. متأسفانه در اثر اشکالات موجود از جمله انجام تعداد قابل توجهی از زایمانها در منزل و عدم دسترسی به آمار صحیح نوزادان و علل مرگ آنها و عدم انجام کالبدگشائی (اتوپسی) برای یافتن علت مرگ، بدست آوردن درصد شیوع این ناهمجاري بطور دقیق میسر نشده است. منظور اصلی از معرفی این چند مورد تا کید کردن در مرد عوامل و نکاتی است که منجر به موقیت عمل و زنده ماندن بیماران میشود. مهمترین این این عوامل، تشخیص نوزاد را یعنی دردوازده تا بیست و چهار ساعت اول زندگی است. بطوریکه قبل از ایجاد عوارض آنرا تشخیص داده و با مرآقبتها پزشکی لازم نوزاد را با حال عمومی خوب و مناسب بدست جراح سپرد. مسلمانه مرآقبتها بعداز عمل جراحی نیز در زنده ماندن بیمار و عدم ایجاد عوارض اهمیت خود را حفظ می کنند.

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 همچنین نوع ناهمجاري دیگری نداشته اند و فقط یکی از آنها علامت بالینی تریزومی ۲۱ همراه با انسداد مجرای مقعد داشته است.

* مرگ پزشکی شهدا - تجربی.

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

بطور خلاصه عواملی که منجر به موقیت عمل جراحی درسه نوزاد مورد بحث شده است عبارتند از:

تشخیص نوزاد ناهمجاري، مرآقبتهاي پزشکي لازم قبل از عمل جراحی (تجویز آنتي بیوتیک - قرار دادن لوله در مری و کشیدن مداوم ترشحات - رساندن مایع والکترولیتهاي موردنیاز، قرار دادن نوزاد در حالت مناسب بطور يكده خول ترشحات معده به رهی بحداقل ممکن بررسد).

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 وبالاخره مرآقبتهاي کافی بعداز عمل).

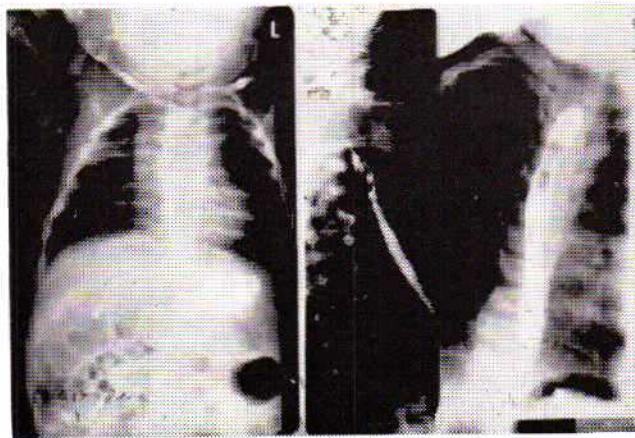
شرح حال بیماران:

بیمار اول: نوزاد ب - ص، دو روزه، بوزن ۲۷۰۰ گرم که از یک آبستنی وزایمان طبیعی در بیمارستان متولد شده و بعلت برگرداندن واستفراغ پس ازاولین تقدیم 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 هر طوب ریز بود. قلب و عروق طبیعی ولی شکم نفع مختصری داشت.

پرتو نگاری ساده انجام شد و وجود هوا در فضای جنب (Pneumothorax) قله ریه راست، ذات ریه 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، موقتی آمیز بود و پرتو نگاری های کنترل بعدی که بفاصله یک و سه ماه انجام شده است، مختصر ترگی در محل پیوند و رویهم خوابیدگی (کلاپس) لب فوقانی ریه راست را نشان میداد. در حالیکه در پرتو نگاری کنترل یکسال بعداز عمل، ماده حاجب با عبور طبیعی وارد مری شده و ضایعه ای در جدار مری گزارش نگردید و کلاپس لب فوقانی ریه نیز بهبود یافته بود (شکل شماره ۲).



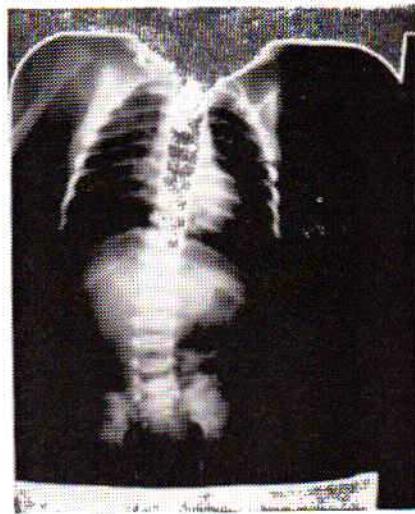
شکل شماره ۲- پرتو نگاری مری یکماه، سهماه و یکسال بعداز عمل مشاهده میشود. تنگی مری در ناحیه پیوند (آفاتوموز) بعداز یکسال دیده نمیشود.

بیمار سوم: نوزاد ز-الف، یک روزه که از یک آستینی و زایمان طبیعی بموقع (Term) با وزن ۲۸۰۰ گرم در بیمارستان متولد شد و بعلت بر گرداندن اولین تنفسی و خروج ترشحات مخاطی کف آلود پس از گذاشتن لوله بینی-معدی و کشیدن ترشحات، بادرجه حرارت مناسب جهت عمل جراحی باین مر کز منتقل گردید.

در معاینه نوزاد حال عمومی خوب بود، انتهایا مختصر سیانوزه و تنفس صدادار داشت. گوش و حلق و بینی سالم و در آزمایش ریه خشونت صدای ریوی دردو طرف شنیده میشود. قلب و عروق طبیعی و شکم بی نفع ولی صدای روده ای قابل سمع داشت. سایر دستگاهها طبیعی بود.

آزمایش های انجام شده طبیعی، فقط پرتو نگاری ساده ریه و شکم

الکتروولیت و تأمین کالری مورد نیاز حال عمومی خوب بود. در سمع ریه هارال مرطوب ریز در هردو طرف بگوش میرسید. آزمایش های دیگر نکته مرضی را نشان نداد. پرتو نگاری ساده و بدون ماده حاجب که انجام گرفت، لوله بینی-معدی (نازو گاستریک) نمره ده تا قسمتی از مری پیشرفته و معده پرازه او مجموعه تغییرات، نتیجه آترزی مری و فیستول قسمت تحتانی مری بانای بوده است. (شکل شماره ۱).



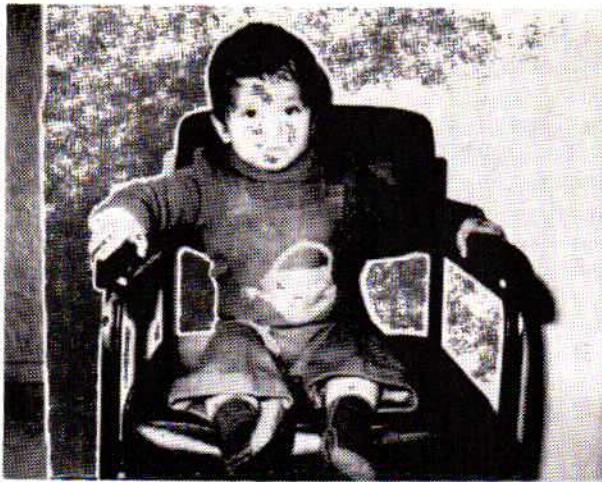
شکل ۱

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

پرتو نگاری کنترل که یکماه بعداز عمل جراحی بعمل آمد، عبور ماده حاجب از مری بطرف معده انجام گرفته بود و ناحیه تنگی مری سینه ای حدود قوس آثورت وجود داشت. ولی در پرتو نگاری که یکسال بعداز عمل انجام شد تنگی وجود نداشت. کودک هم اکنون بխوبی تنفسی میشود و در وضعیت خوبی بسر میبرد.

بیمار دوم: نوزاد س-ف، ۳ روزه که در بیمارستان از مادری سالم بطور طبیعی و بموضع (Term) با وزن ۳۲۰۰ گرم متولد شده و با تشخیص آترزی مری باین مر کز پزشکی منتقل گردید. نشانه های اولیه بیماری شامل بر گرداندن اولین تنفسی نوزاد و ترشح مخاطی ازدهان و ناراحتی تنفسی بوده است.

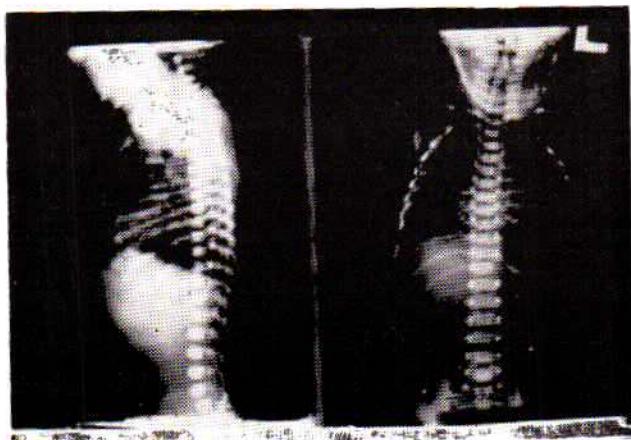
در معاینه ای که بعمل آمد حال عمومی نوزاد بعلت برقراری مایعات وریدی، آنتی بیوتیک، علیرغم داشتن اشکال تنفسی نسبتاً خوب بود.



شکل شماره ۴- کودک در سن ۲۰ ماهه‌ای

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

انته‌اها سیانوژه 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 زداشتند را تایید نمی‌کرد) (شکل شماره ۵). این بیمار بعلت ابتلا به سندروم داؤن (Down's Syndrome) و ناهنجاری‌های متعدد، مورد عمل جراحی قرار نگرفت و فوت شد. کالبدگشائی (اتوپسی) نیز بعلت اشکالات موجود بعمل نیامد.

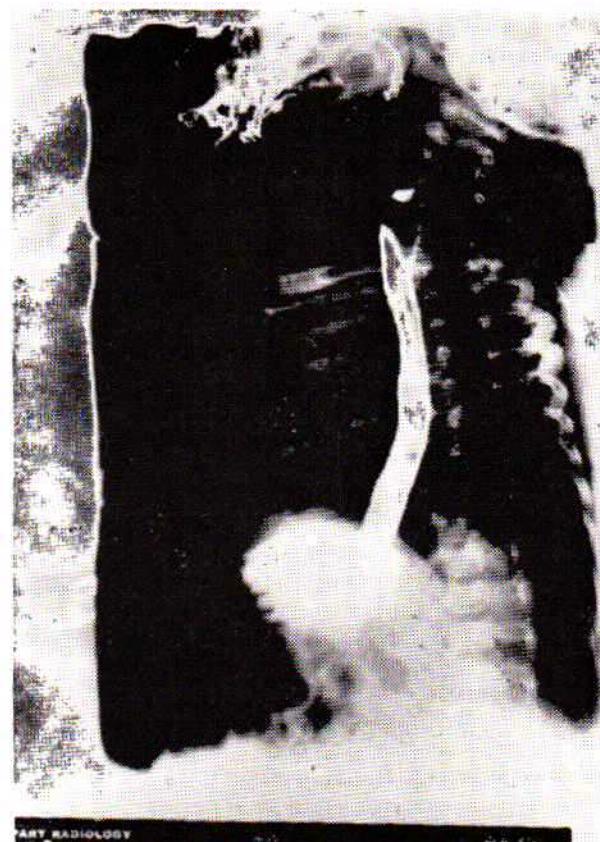


شکل ۵

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

لوله پینی-معده تائلث فوکانی مری پیش‌رفته و بطرف بالا بر گشته بود. بیمار با تشخیص آترزی مری نوع C با مراقبت لازم قبل از عمل، تحت عمل جراحی قرار گرفت. نوع عمل همان اتصال انتهایه وفاصله قسمت دیستال و پروگسیمال مسدود مری در حدود ۱/۵ سانتی‌متر بود.

پرتونگاری کنترل که در حدود دیکماه پس از عمل انجام شد، صایعات ریوی بهبود یافته و عبور ماده حـ. اجب از مری در فلوروسکوپی طبیعی، وضعیت ناحیه اتصال رضایت‌بخش و نشت (Likage) ماده حاچب به اطراف وجود نداشت. در پرتونگاری ۷ ماه بعد، عبور ماده حاچب بخوبی انجام و ضایعه جداره وجود نبود. کودک هیچ‌گونه اشکال تقذیب‌ای نداشت و در وضعیت خوبی بسر می‌برد (شکل شماره ۶ و ۷).

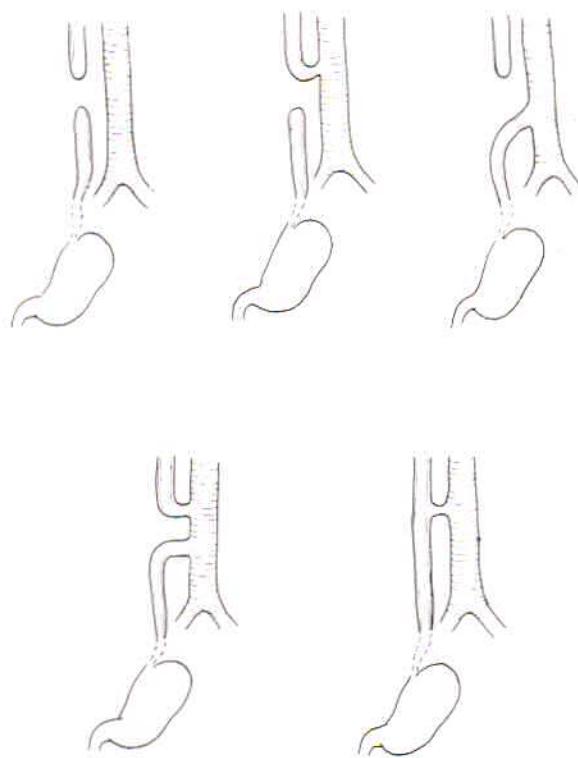


شکل شماره ۶- بکمال بعداز عمل اثری از تنگی محل بیوند دیده نمی‌شود.

بیمار چهارم: نوزاد پسر، عـ.كـ، دوروزه که از یک آبستنی وزایمان طبیعی بوزن ۲۵۷۰ گرم در بیمارستان متولد شد و بعلت خروج ترشحات کف آلود فروان ازدهان و مسدود بودن مقعد باین مرکز معروف 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.



مبلا به آترزی مری با توجه به مسائل مذکور آنها را به پنج گروه تقسیم کرده‌اند:

گروه A: وزن بیش از $2/5$ کیلوگرم و حال عمومی خوب.

گروه B-1: وزن ۲ تا $2/5$ کیلوگرم با حال عمومی خوب.

گروه B-2: وزن $2/5$ تا $3/5$ کیلوگرم همراه با ذات‌الریه خفیف و ناهنجاریهای خفیف مادرزادی.

گروه C-1: وزن کمتر از 2 کیلوگرم.

گروه C-2: وزن ۲ تا $2/5$ کیلوگرم همراه با ذات‌الریه و ناهنجاریهای شدید.

نویسنده‌گان مزبور میزان مرگ و میر گروه A بعداز عمل پیوند اولیه را در حد ۵% و گروه C را ۹۴% گزارش کرده‌اند، در حالیکه گروه B ۶۸% موارد عمل موققت آمیز داشته است.

امروزه جراحان از این تقسیم‌بندی برای گرفتن تصمیم درباره لزوم عملهای مقدماتی قبل از پیوند و یا اقدامات دیگر و همچنین خطر بعداز عمل استفاده میکنند.

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

۱- در صورتیکه نوزاد رسیده (فول‌ترم) و گروه A باشد عمل توراکوتومی همراه با بستن فیستول پیوند دو انتهای مری بالا فاصله پس از تشخیص باید انجام گیرد.

۲- در نوزادان نارس که وزن آنها کمتر از 2 کیلوگرم بوده و در گروه C قرارداده باشند، ابتدا باید فیستول را از طریق توراکوتومی ترمیم کرد و برای ادامه تقدیم نوزاد گاستر وستومی انجام داد. پس از درمان و بهبود ذات‌الریه (بنومونی) و افزایش وزن نوزاد بحداقل $2/5$ کیلوگرم (با تقدیم از طریق گاستر وستومی) مرحله دوم عمل یعنی پیوند بین دو قسمت مری انجام میگیرد.

۳- در نوزادانیکه آترزی مری از نوع A باشد چون معمولاً فاصله دو قسمت مری بیش از 3 سانتیمتر است انجام پیوند در همان موقع امکان ندارد، لذا در این نوزادان ابتدا عمل باز کردن مری در ناحیه گردن (Esophagostomy) (جهت در ناز بزاق) و گاستر وستومی (جهت ادامه تقدیم نوزاد) انجام میدهدند و پس از افزایش وزن نوزاد در حدود $10-15$ 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 درده‌گذشته بجای کولون از لوله معدی نیز استفاده شده و بعضی از جراحان منجمله Gavrilii (۲) در این زمینه موققت درخشانی بدست آورده‌اند. Cohen

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

در سال ۱۹۱۳، ازوفاگوستومی و گاستر وستومی 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 قطمه مری را انجام دادند.

ولی نخستین عمل پیوند موققت 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) بامطالعه و بررسی ۲۱۸ نوزاد

مراقبهای بعداز عمل جراحی:

این نوزادان بعداز عمل باید کماکان در انکو باتور نگهداری شوند. مایعات و الکترولیت‌های لازم و آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف تجویز گردد. برای جلوگیری از آتلکتازی هر ساعت یکباره وضع بیمار عوض شود. در دویا سه روز اول پس از عمل چون نوزاد قادر به بلع بزند خود نمی‌باشد، تخلیه مداوم لازم است. در صورت وجود ذات‌الریه واشکال تنفسی، اوله‌گذاری (Intubation) و تنفس مصنوعی بوسیله رسپیراتور باید انجام گیرد تا بمرور وضع تنفس نوزاد بهبودیابد. 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 نگهدارشند سپس تغذیه بصورت گواژه ازراه لوله معده (Feeding Tube) بمدت یک هفته و پس از آن ازراه دهان ادامه یافتد. عده‌ای از جراحان عمل گاستروستومی و تغذیه از آن طریق را به لوله معده ترجیح میدهند.

بحث :

در هفته چهارم زندگی جنینی نای و برونش از جوانهای در روده قدامی بوجود می‌آیند، مری نیز از قسمت اولیه روده ابتدائی تشکیل می‌شود، در هفته هشتم جنینی در اپنتمیوم حفره دهانی حفره‌هایی بوجود می‌آید و فضای داخل مری را ایجاد می‌کنند. بنابراین توقف رشد در هر یک از مراحل جنینی فوق منجر به فیستول مری-نای و یا آترزی مری و یا ققدان مری می‌گردد.

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

۱- ناهنجاری‌های عروق محل آترزی.

۲- عدم رسیدن خون کافی به قسمت تحتانی محل آترزی.
۳- فشار بر محل رشد مری توسط ناهنجاری‌های عروقی، بندرت ممکن است عوامل ارضی نیز در ایجاد آن مؤثر باشند.

این ناهنجاری مادرزادی یکی از فوریت‌های جراحی در نوزادان می‌باشد و شدت و خامت آن بستگی به عوامل چندی دارد از جمله، نارس بودن نوزاد (Prematurity)، ناهنجاری‌های همراه با این عارضه مانند ناهنجاری مادرزادی قلب، ناهنجاری سایر قسمت‌های لوله گوارش، ناهنجاری‌های اسکلتی و یا سندروم‌های مادرزادی، ذات‌الریه و فاصله بین دو انتهای دچار آترزی می‌شود.

در سه مورد از چهار نوزاد معرفی شده نیز ناهنجاری منحصر به آترزی مری بوده و هرسه نوزاد رسیده (فول‌ترم) و از یک‌هزایمان طبیعی برخوردار بوده‌اند لذا علاوه بر موقعیت آمیز بودن عمل،

درده‌گذشته روش‌های جدیدی برای پیوند مری بکار برده شده، از جمله روش Howard - Mayer (۹) باین ترتیب که ابتدا توسط تورا کوتومی فیستول بین نای و مری بسته می‌شود سپس قسمت فوقانی مری را که مسدود است بوسیله سوند جبوه‌ای بطور متناوب مرتب با کمی فشار تحت کشش قرار میدهند تا بمرو 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 موقت آمیز گزارش شده است.

روش جدیدتر متعلق به Rehbein (۱۷) است که با انجام تورا کوتومی و گاستروستومی، یک نخ نایلون را که در انتهای بیک سوزن صاف مر بوط است از راه گاستروستومی بداخل قسمت مسدود مری راهنمایی می‌شود بطور یکه سوزن از دهان خارج گردد و دواتنهای مری بعداز تشریح توسط چند بجیه یکدیگر تزدیک شود تا فاصله دو قسمت بحداقل برسد. بدین طریق Rehbein مشاهده کرد که بعداز گذشت حدود دوهفتۀ بدور نخ مزبور مجرای اپی‌تیال تشکیل می‌شود و نوزاد بتدریج بزاق دهان را فرموده، سپس توسط دیلاتاتورهای مختلف Rehbein که از شماره خیلی باریک بیالا موجود است دیلاتاسیون انجام می‌گیرد که با ادامه آن و کشیدن نخ، عمل پیوند خود بخود صورت می‌گیرد. موارد موقت آمیزی با این روش نیز توسط Rehbein و سایر جراحان اطفال گزارش شده است.

اخیراً Livaditis (۱۴) برای شکل‌هایی 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 قفسه‌سینه قرار گرفته باشد، که در بیشتر موارد جنین است بستن فیستول از راه گردان و چنانچه پائین‌تر باشد، از راه قفسه سینه انجام می‌گیرد.

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

عده‌ای از جراحان برای اتصال از روشن تلسکوب استفاده می‌کنند. با این طریق که چون قطر دیواره قسمت فوقانی مری زیاد شده و قسمت تحتانی ضمیف مازده است، ابتدا لایه مخاطی قسمت فوقانی را به تمام لایه‌های قسمت تحتانی میدوزند سپس لایه عضلانی قسمت فوقانی را روی قسمت تحتانی خواهند دوخت.

ترشحات نای و تجویز آنتی بیوتیک مناسب مهمنترين اقدام برای پیشگیری از عغونت ریه محسوب میشود. متداولترین آنتی بیوتیکهای که مصرف میشوند وثرهای گرم مثبت و گرم منفی را در سطح وسیعی میپوشاند عبارتنداز: پنی سیلین یا آمپی سیلین همراه با کاتانا میسین یا گاراما میسین که بالا فاصله پس از تشخیص ناهنجاری باید شروع گردد. برای تأیید تشخیص از پرتو نگاری ساده گردن وسینه در حالیکه کاتری با نمره ۱۰-۱۲ داخل مری قرار گرفته باشد، باید استفاده کرد. حتی المقدور از مصرف هر نوع ماده حاجب بعلت امکان تحریک و افزایش شانس ذاتالریه باید خودداری گردد و فقط در موارد نادر که باروش فوق امکان تشخیص بهیچوجه وجود نداشته باشد حد اکثر مقدار ۱ سانتیمتر مکعب ماده حاجب با کنترل رادیوسکوپی تزریق و بالا فاصله پس از تشخیص آنرا تخلیه کنیم. ماده حاجب روغنی و یا باریم را میتوان با طریق مذکور مصرف کرد و لی از مصرف ماده حاجب آبی بعلت خطر تحریک شدید باید جدا خودداری کرد.

در نوزادان معرفی شده نیز تشخیص بو سیله عالم بالینی و پرتو نگاری ساده باور و دلوله در داخل مری، بدون مصرف ماده حاجب داده شده است و تخلیه مداوم ترشحات نای و تجویز آنتی بیوتیک مناسب از ساعت اولیه زندگی سبب شد که با وضع مناسب وحال عمومی خوب به اطاق عمل بروند. متاسفانه یکی از علی که امکان تشخیص زودرس را مشکل میسازد زایمانهایی است که در منزل صورت میگیرد و تا موقعی که حال عمومی نوزاد بعلت استفراغهای مکرر و کم آبی بدن و عغونت ریوی به بدی نگراید والدین را بطرف پزشک سوق نمیدهد و غالباً امکان عمل جراحی وجود ندارد چون نوزاد مشرف به مرگ است.

خلاصه:

چهارمورد 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 خامت آن بستگی به عواملی از جمله: نارسی نوزاد، ناهنجاری همراه با پنومونی و فاصله بین دو انتهای 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 عارض دیر رس عمل جراحی خوب بوده است. در حالیکه در نوزاد چهارم بعلت سندروم داون و ناهنجاریهای متعدد وی از اقدام بعمل جراحی صرف نظر شد.

بر طبق 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 طرف Waterstone (۲۱) و همکارانش برا ای تعیین مرگ و میر عمل نوزادان را به پنج گروه تقسیم کرده اند که شرح آن قبل از مقاله آمده است.

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

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

با توجه به عدم وجود این امکانات در حال حاضر در اکثر نقاط جهان، باید حدا کثیر توجه را به عالم 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 تر شحات کف آلو دومخاطی دهان از زمان تولد، بر گرداندن مایعات بالا فاصله پس از خوردن (بدون تغییر هایی) و ناراحتی نفسی، سه علامت مهم بالینی این ناهنجاری هستند که در صورت ظاهر شدن، باید پی گیری لازم برای ایجاد یا رد آترزی مری انجام گیرد.

مراقبتهای قبل از عمل جراحی: جلوگیری از ایجاد ذاتالریه و تغذیه کافی نوزاد و جلوگیری از اختلال آب والکترولیت میباشد. نظر باینکه در چهار نوع از پنج شکل تشریحی آترزی مری بعلت ارتباط موجودین نای و عمری (نوع B و C و D و E) امکان ورود ترشحات معده یا بزاق بداخل ریه وجود دارد و ایجاد ذاتالریه (شیمیائی-میکروبی) یا آتلکتازی و یا هردو از شایعین عوارض این ناهنجاری و از مهمنتین علل مرگ و میر نوزادان مبتلا میباشد. چنانکه در گزارش Grybosky (۴) ۷۵ درصد کل مرگ و میر نوزادان مبتلارا بعلت ذاتالریه 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.: Neuewege 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 osophagus atrosie 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 - Carter, R. E. and Aberdeen, E.: Esophageal atresia TEF Lancet. 2: 819, 1962.