اِبَسُه‌های تحت حجاب حاجزی

دکتر ماهیار ارتشیری

بعضی مواقع حوادثی باعث میشود که خاطره‌ای تجذید شود و امپاتلی‌های کم‌کمی در سرعت فرآیند قرار گیرد. این حوادث درباره بیماری‌ها هم می‌توانند بپیچد و به روش‌های تطبیقی سیمپتوم‌های نخواهد عده‌ای در شرایطی که بیماریها از بین می‌روند مثلاً درسی یا در سال پیش‌های مداومتر از آن روی عرضه کنند. با بیماران مبتلا به ماهیت یک امر عادی‌دار بود ولی امروزه یک پژوهش جوان کمی ممکن است یک بیماری مبتلا به بازدید دائمی و زمانی که دلخیال از کشورهای پیشرفته متفرق نشد که در حالی که این نوع بیماری در کشور ما هنوز هم مبتلاهه عموم است.

این موضوع در مورد جراحی نیز صادق است و یکی از همین نوع بیماری‌ها آبشه‌های تحت حجاب حاجزی است که سابقه‌خیلی دیبه می‌شد و تلفات جانی قابل‌توجه‌ای را نیز در بر داشت ولی امروزه بعل مختل از جمله مراجعه زود و بحث به‌منظور و ازدیاد مراکز طبی و ازهمه مهم‌تر پیش‌بینی انواع آنتی‌بیوتیک‌ها کمتر دیده می‌شود و این خود بسیار می‌شود که خاطره‌ای آن فراموش شود. خوشبختانه یا بدبختانه اخیرا به‌جای دارد از این بیماران روبرو شدیم که این خود مشوق مادرتقویم این مقاله گردید.

معرفی آبشه‌های نیک به‌جنبه‌ی چرک درده به نقطه زیردیافر اگم اطلاق می‌شود. بدون شک جالب‌ترین و درrien حال مهم‌ترین عنوان‌های موضعی داخل شکم آبشه‌های زیر حجاب حاجز می‌باشند. غالباً عارضه‌ی یک عفونت داخل شکمی به‌شکل تشخیص و همچنین درمان آنها مشکل است.

* استادیار دانشکده پزشکی
تااربخچهٔ شکل کلینیکی آن اولین بار توسعه بار لو (Barlow) در سال ۱۸۴۵ میلادی و بعداً در سال ۱۸۶۰ لو کالیزاسیون‌های مختلف آبشه شرح داده شد. و اولین عمل توسط بار لو در سال ۱۸۷۹ انجام گرفت که عبارت بود از یک بیرون‌از رتروپرتونکال (Retroperitoneal) آناتومی لیور (Livre) فضای بین دیافراگم در بالا و قولون عرضی و مزون کولون را در دو بخش باین ترتیب تقسیم بندی نموده است:

Loge Suprahepatische.
Loge Infrahépatique.

۱- لیگمان کورونر فضای فوقانی را بدور قسمت راست و چپ تقسیم می‌کند.

\[ \text{loge supra Hepatique} \]

\[ \text{suprahepatique aroite} \]

\[ \text{suprahepatique gauche} \]

لیگمان طرفین راست، فضای فوقانی سمت راست وارد فضای قدمی و خلفی تقسم می‌نماید:

\[ \text{Suprahepatic Droite} \]

\[ \text{Anterieore} \]

\[ \text{Posteriere} \]

۲- فضای تحتانی بوسیله لیگمان ترازه بدور قسمت راست و چپ تقسیم می‌شود که فضای چپ آن بواسطه لیگمان گاستروپاتیک بدور فضای قدمی و خلفی تقسم می‌گردد:

\[ \text{Infrahepatic droite} \]

\[ \text{Ant.} \]

\[ \text{gache \ post.} \]

شاخص‌های محل ایجاد آبشه به ترتیب عبارتند از:

۱- Loge Supra Hepatique droite Posteriorea.
۲- Loge Infra Hepatique gauche Anterieore.
۳- Loge Supra Hepatique droite Anterieore.

وقیب ۷ تا ۱۵% هم دراکترپرتونکال دیده می‌شود.

تقسیم بندی دیگر:

فضای ژیر حجاب حاجزرا می‌توان به‌هفت قسمت نمود، سه قسمت در طرف راست یک قسمت در وسط و سه قسمت در طرف چپ.
الف - فضای داخل صفاتی قدامی: بین لب راست کبد و دیافراگم واقع شده است.
درقسمت خلاف به لایه قدامی، به لیگمان کرونک چپ و لیگمان مثلثی سمت راست و درقسمت چپ به لیگمان دامی شکل محدود است.

ب - فضای داخل صفاتی خلفی: بطور عرضی در زیر لب راست کبد قرار گرفته در طرف راست به لب راست کبد و دیافراگم، در طرف چپ به هیاتوس وینسلو در بالای به اثنی عشر، در جلو به کبد و کیسه صفرآ و در عقب به قطب فوقانی کلیه راست و دیافراگم محدود می‌باشد.

در بالای این فضای کبد و در زیر آن قرولون عرضی وزاویه کبدی کولون واقع شده.

ج - فضای خارج صفاتی: که ناحیه بدون صفاق کبد است.

۲ - قسمت مباینی:
فضای مجازی میباشد که بین دو ورقه لیگمان دامی شکل کبد قرار دارد که هر گاه بین این دو ورقه جرک جمع شود آنها را از هم جدا نموده و فضای حقیقی ایجاد می‌نماید.

۳ - قسمت چپ:
الف - فضای داخل صفاتی قدامی: از بالا بیانگر اگم - از عقب به لیگمان تربانگولولو لب چپ کبد و ایبلیئون گاستروهپاتیک و سطح قدامی معده - از طرف راست به لیگمان دامی شکل - از طرف چپ به اپیلیئون گاسترو، اسپلنیگ و دیافراگم محدود است.

ب - فضای داخل صفاتی خلفی: همان قسمت فوقانی قرچگشادنیه است لذا از عقب بیانگر اگم و بانکر آس و مزو کولون-کولون-ترانسورس- از جلو به لاباشیگل کبد و عمدتا - در طرف چپ به لیگمان اسلونر اسپون واحال و ایبلیئون گاسترو، اسپلنیگ - از طرف راست به دوازده محدود است و در بالاییک وینسلو قرار گرفته است.

ج - فضای خارج صفاتی - این فضای در حال طبیعی نشته و در جهت چپ فراگرفته است وزمانی که در آن آب ایجاد شود آب‌به ایجاد فوقانی کلیه خواهد بود که صفاق را از دیافراگم جدا می‌سازد.
علائم بالینی را می‌توان بصورت زیر تقسیم‌بندی نمود:

۱- علائم عمومی:
معمولاً بصورت یک تا کمی است در شکل کلسیک بیماری که در حال پیوست از یک عفونت شکمی است که بنظری تحت عمل جراحی قرار گرفته و یا صوناها نشده و در جریان حرارت پایین آمده. یکی از بهترین حالت‌های بطور تدریجی شروع بالا رفت در کرده و علائم سوزانی ویạc وی‌بیاکر لرزه‌های متناوب میکند. زبان باردار و نبش سریع و پرش می‌شود. بیمار ضعیف شده بی‌شکنی می‌گردد.

۲- علائم موضعی:
اولین علائم در ناحیه اپی‌کسترا است که دائمی است و یا به‌صورت فقط یک‌بار احتی بسنگین در ناحیه اپی‌کسترا حس میکند که باتانس عمق و حرکت در دنگی می‌شود. این درد ممکن است در ناحیه راست و یا چپ باشد (بر حسب محل آسه) علت این دردها تحریک رشته‌های حسی عصبی فریب است.
الف- عفونت از خلفی فونانی است: در ناحیه کلیوی وجود دارد و ممکن است این درد بسیار و حتی عضلات گردی انتشار یابد. اگر فشاری روی دنده دوارشد تندر شد وارد شد وارد شد وارد شد خواهد شد.
ب- عفونتهای خلف صفاق: پهنی راست در لمس در ناحیه است.
ج- عفونت زیر کبدی: درد در کنارادنده یا پرده یا در در سطح میشود این درد باتوجود عفونت گزینه‌ای تحمیل گشته تنگی فشار، سررفه‌های مزاحم و سکسی اسباب زحمت بیمار است. سفتی عضلات در این ناحیه وجود داشته ممکن است نیمه راست شکم و سیمه‌های نشان بسیار باشد و بنظر مرسی، جسمی مسئله کمیصدی بجول رانده شده است.

می‌اید:

۱- درب‌ایان دق روزی کیمیم است
۲- بالای آن بعلت وجود گاز در آسیه تپانیم وجود دارد
۳- بالای آن بعلت ترشح جنبی یا چرب کلاهماکنتی وجود دارد
۴- بالای آن صداه گارنیروی شنیده میشود.
معاینه‌فیزیک بطور خلاصه:
1- بالارفتن دیافراگم و محدود‌شدن حرکات آن
2- کم شدن یا ازینی رفت و رجوع تنفسی در قسمت قبیل قفسه سینه
3- وجود مایع در قفسه صدری (بالای دیافراگم)

پارامترهای بیولوژیکی:
1- علائم داده‌پذیری:
الف- محدودیت حرکات دیافراگم در بک طرف که علامت عفونت تحت حجاب حاجزی است. ب- بالارفتن حجاب حاجزی که دلیل آبسه تحت حجاب حاجزی است.
چ- ماهیت دوایهGREEN میان حجاب حاجزی
د- جابجا شدن قلب
د- وجود گاز‌های زیاد حجاب حاجز (پیشر دربار گرانهای اولس مدعده دیده میشود).

2- علائم آزمایشی:
در آزمایش نحوه کوپسیوز۱-۲ دزروپلی نو کولونز ۸۰/۲ دیده میشود. در آبسه تحت حجاب حاجز پونکسون تجسیس به‌هیچ‌وجه جایز نیست و در صورت لزوم باید لابراتوری تجسیس انجام داد ولی یک‌یکی از مؤلمان میگوید:
پونکسون حکم دارد گاه عالی استیناف را دارد که تکلیف را یک سره میکند ولی این عمل را باید در ارتفاع عمل و برش زیر انجام داد:
پس از ورود سوزن در محل مشکوک اک‌سوزن به آبسه برخورد نمایید. در از آن خارج میگردد و نیز سوزن همراه با حرکت تنفسی نوسان می‌نماید، در آن‌پاس جنبی هم در پونکسون وارد خارج میشود و لی سوزن پونکسون با حرکات تنفسی نوسان نخواهد کرد.
پونکسون همیشه باید در ارتفاع عمل انجام گیرد تا چنانچه بوجود چرک پی بردیم سوزن پونکسون را درجای خود باقی بگذاریم "بنوان راهنمای بجانب آبسه"
۳- بیماری ماسکه میشود.
۴- معمولاً فکر می‌کنند این بیماری نیست.

درمان:

درمان اساسی این بیماری عمل جراحی است ولی بعضی از متخصصین بیشتر بدارم طبی مهرداد نه وی اغلب بازید بعد از آن نیز به عمل جراحی اقدام کرد. البته نتیجه عمل بحال عمومی بیمار بستگی دارد مثلاً در مريضی که عارضه ریوی داشته باشد احتمال مرگ و میر زیاد است.

راه‌های عمل:

۱- Trans Pleural
۲- Peritoneal
۳- Extra Peritoneal

درمان:

در مواردی که شک و تردید وجود داشته باشد با این‌ها باید با آنتی بیوتیک و سولفامید معالجه را شروع کرد، قسمه سینه‌ای حیرکت نمود و گرم نگهداری و درصد نقص لزوم دیاتریمی نمود. وضع عمومی بیمار را تقویت کرد و در حالی که حیاتی گنت و آنرا بی‌باید نمود ولی در صورتیکه علائم مشخص عفونت روی نیک تاشش روزانه‌ای بافت راه‌های اصلی عمل جراحی است.

درمان جراحی:

عاقلانه‌ترین راه درمان هیچ میلی است و در صورت مواردیکه تشخیص قطعی داده شده و یا حتی مشکوک باید بیماری شدید میتوان به عمل جراحی دست زد. البته منظور از عمل جراحی باز کردن و در نازنسون آبیه است. در این موارد کلیه متخصصین متفق این‌که با این‌ها درنگ کردن، بهتر خلاصه‌تر از راه‌های انتخاب نمود و سپس در نازگرد. 

بطور خلاصه راه‌های عمل بقیرازیر است:

۱- ترانس سروز
۲- اکستراسوروز
آوسمهای تحت حجاب حاجی

شاره دوم

1 - در طریقه ترانس سروز (طریقه اول) حطر آلودگی پلو در و ایجاد پلووزی و
آلودگی صاف و پرتویت همیشه وجود دارد.
2 - در طریقه اکستراسروس (طریقه دوم) دوراه وجود دارد:
الف - از طرف خلف ب - از طرف جلو که میتوان به محلهای مختلفه رسد.

1 - از طرف خلف

بهترین راه برای دسترسی به آسهایی که خلفی فوقانی راست و فضای خلف صافی و فضای راست تحتانی است (۰/۸) آسه‌ها در این ناحیه انده در طرف چپ راه ایجاد دست‌یابی به فضای خلفی تحتانی چپ می‌باشد.

تکنیک عمل:
فرض کنیم که عمل رادرطرف راست انجام می‌دهیم، بیمار را روی پله‌چپ می‌بینیم و شکافی را در دندانهای می‌دهیم و دندان‌های دو زیر و پرتویت قطع می‌کنیم و عضلات جلوی فقراتی را کنار می‌زنیم و بعد یک شکاف عرضی بر سر دندان می‌دهیم و قطع میکسی کنیم. جسم‌گی اسبانی حجاب حاجی در روابط اولین مهره‌کمری با انتخاب شکاف افقی و حفظ آن در سطح اولین مهره کمری از سر به دیدن جنب جلو گیری می‌کند.
پس از قطع حجاب حاجی کلسیول کلیوی دیده می‌شود که آرنا با کله بیانی می‌زنیم، تأیید تحتانی کبد یا فضای زیر کبدی با صاف کردن یابا شوره در این موقع فضای تحتانی راست دقتاً تحت معاونت و بررسی قرار گیرد و درصدیت از شرایط و نکسیون بعمل می‌آید در صورتی که آسه وجود داشته باشد با انگشت باز کرد و درن کلفت گذاشت.

1 - از طرف جلو و راست:

این راه بهترین طریقه رسدی به آسه نواحی قدامی فوقانی است و همچنین میتوان آن‌ها در رای آسه‌های تحتانی راست باک‌بند. ابتدا در صورتی که سلامت فضای خلفی فوقانی راست محترم باشد با این طریقه استفاده نمود ولی بطور کلی این
SUMMARY

Still we can see Sub-phrenic abscess in our hospital on and off.
1 - This may localise in different places under diaphragm.
2 - Aetioloqy of Sub - Phrenic abscess is different but it appears mostly after a peritonitis.
3 - Diagnosis is rather difficult and for accurate diagnosis, one should know the symptoms, and the help of laboratory findings and X - rays.
4 - Treatment is both conservative and surgical but we suggest surgery as treatment of choice for these patients.

Résumé

1 - Les Abcès Sous - Diaphragmatiques (A.S.D.) se rencontrent plus couramment qu'on ne le pense.
2 - Ils se localisent, en général, dans les différentes loges sous-diaphragmatiques.
3 - Les causes des (A.S.D.) sont multiples. Mais en principe on les observe au cours de l'évolution d'une péritonite.
4 - Le diagnostic des A.S.D. n'est pas aisé.
   on s'aidera, pour l'effectuer, des examens para-cliniques.
5 - Les opinions sont partagées en ce qui concerne la thérapeutique,
les uns se fiant au traitement médical, les autres à l'intervention chirurgicale.
Cependant L'opération chirurgicale semble la solution la plus sage.

References:

1 - سخنرانیهای جناب آقای پروفسور عدل

2 - A bdominal Operation by:
   Rodney Maingot, F.R.C.S.
   London 1961 Page 850 - 859

3 - A short practice of surgery by:
   Hamilton Bailey & Mc Neil love.
   1959 Page 480 - 490

4 - Surgery - Cyneecology & Obstetrics
   December, 1956 Volume 103 - Number 6
   Page 765 - 766