بسمه‌های تحت حجاب حاجزی

دکتر ماهیار اردشیری

بعضی مواردی باعث می‌شود که خاطرات تجدید شود و مطالعه کمیته‌ای در بسته فراموشی قرار گرفته دردم نظر قرار گیرد. این حوادث درباره بیماران هم مصداق پیدا می‌کند که رشته طب پیشرفته می‌کند خواهان نخواهی عده‌ای از بیماری‌ها از بین می‌روند مثل مدریس یا پلاستیک سال پیش یا مدتی کمتر از آن روبرو هستند. باید بیماران مبتلا به مالاریا یک امر عادی بود ولی امروزه یک پزشک جوان کمتر ممکن است یک بیمارستان به بالرینگا را بی‌پناه یا ثابت‌دار با خبری از کشورهای پیشرفته متفرقه دندانه‌ای که این نوع بیماری در کشور ما هنوز هم مبتلاء هستند.

این موضوع در مورد جراحی نیز صادق است و یکی از مهم‌ترین بیماری‌ها آسیه‌های تحت حجاب حاجزی است که سابقه‌ای خیلی دیده می‌شود و تلفات جانی قابل ملاحظه‌ای را نیز در برابر و راه‌پیمایش بی‌پناهی از جمله مراحل و بجای به‌پخش و یا از دیگر مراکز طبی و از همه مهم‌تر به‌پیش‌گیری از این بیماری‌ها کمتر دیده می‌شود و این خود بساعتم بیشتر که خاطره‌های آن فراموش شود. خوشبختانه یا بدخانه‌های اخیراً با چند مورد از این بیماران روبرو هستیم که این خود شروع مادر تظیم این مقاله گردید.

تغییر – آسیه سوفرینک به تجربه‌ی جراح در درد پنجه زیر درد افت اگم تحقیق می‌شود. بدون شک جالب‌ترین و در عین حال مهم‌ترین عیوب‌های موضعی داخل چشمه آبی‌های زیر حجاب حاجز می‌باشد. غالباً عارضه‌ی عفونت داخل چشمه بوده تشدید و همچنین درمان آنها مشکل است.

استادیار دانشکده پزشکی
تاریخچه: شکل کلینیکی آن اولین بار توسط بارلور (Barlow) در سال 1845 میلادی و بعداً در سال 1880 لوکالیزاسیون‌های مختلف آن به‌صورت شرح داده شد. واوین در سال 1896 انجام گرفت که عبارت بود از یک دوران رتروپریتونال (Retroperitoneal) آنانومی لیور (Liver) فضای بین دیافراگم در بالا و قورون عرضی و مزود کولون را در دو این ابند ترتیب تقسیم بندی نموده است:

Loge Suprahepatique.
Loge Infrahépatique.

1- لیگمان کورونر فضای فوقانی را بدو قسمت راست و جنوبی تقسیم می‌کند.

Loge supra Hepatique
suprahépatique droite
suprahépatique gauche

لیگمان طرفی راست، فضای فوقانی سمت راست را دو القای قدمی و خلفی تقسیم می‌نماید:

Suprahepatique Droite
 Anterioire
 Posterieore

2- فضای تحتانی پس از لیگمان تراز بدو قسمت راست و جنوبی تقسیم می‌شود که فضای چپ آن با استفاده از لیگمان گاستروپاتیک بدو قسمی قدمی و خلفی تقسیم می‌گردد:

Infrahepatische
droite
 Anterieure
 gauche
 Posterieure

شایع‌ترین محل ایجاد آبسه به ترتیب عبارتند از:

1- Loge Supra Hepatique droite Posterieora.
2- Loge Infra Hepatique gauche Anterieure.
3- Loge Supra Hepatique droite Anterieure.

وبرابر ۷ یا ۱۵ درصد از پاتولوژیال دیده می‌شود.

تقسیم بندی دیگر:

فضای زیر حجاب حاجزرا میان بنه می‌گردد سه قسمت در طرف راست یک قسمت در وسط و سه قسمت در طرف چپ.
فازیات داخل صافی قدامی: بین لب راست کبد و دیافراگم واقع شده است. درقسمت خلفی بیابان قدامی به لیگمان کرونر کبد و لیگمان مثلث سمت راست ودرقسمت چپ به لیگمان داسی شکل محدود است. 
ب - فازیات داخل صافی قدامی خلفی: بطور عرضی در زیرلب راست کبد قرار گرفته در طرف راست به لب راست کبد و دیافراگم، درطرف چپ به هیاتوس ویسولو درباین به اینه عشر، درجلو به کبد و کیسه صفرآ و درعقب به قطب فوقانی کلیه راست و دیافراگم محدود می‌باشد.
درباین این فضا کبد و درباین آن قرار عرضی و این فضا کبد کلیه قرار واقع شده.
ج - فازیات خارج صافی قدامی: که ناحیه بدون صافی کبد است.

۲- قسمت میانی:
فازیات مجازی میباشد که بین دو ورقه لیگمان داسی شکل کبد قرار دارد که هرگاه بین این دو ورقه کبد جمع شود آنها را از هم جدا نموده و فضای حقيقی ایجاد می‌نماید.

۳- قسمت چپ:
الف - فازیات داخل صافی قدامی: از بالا به دیافراگم - از عقب به لیگمان تربانگولو و لب چپ کبد و اپیلیون کاسترووپاتیک و وسطه قدامی معده - از طرف راست به لیگمان داسی شکل - از طرف چپ به اپیلیون کاسترو و اسلینیک و دیافراگم محدود است.
ب - فازیات داخل صافی خلفی: همان قسمت فوقانی قمر چپ‌ساده‌نی است لذا از عقب به دیافراگم و پانگر کر مزون کولونو کراون ترانسسورس - از جلو به لیگمان کرونر کبد و معده - در طرف چپ به لیگمان اسپلنر نال و طحال و اپیلیون کاسترو و اسلینیک - از طرف راست به دوازده محدود است و درباین آبیش سوراخ و ویسولو قرار گرفته است.
ج - فازیات خارج صافی قدامی - این فضا در حوالی طبیعی نش هم بندی چربی فراگرفته است و زمانی که در آن آبیش ایجاد شود آبیش در این نیکی قطب فوقانی کلیه خواهد بود که صافی را از دیافراگم جدا می‌سازد.
علائم بالینی را می‌توان بصورت زیر تقسیم‌بندی نمود:

۱ - علائم عمومی:
معمولاً بصورت یک توکسمی است. در شکل کلاسیک بیماری که در حال پیوسته‌ی از یک عفونت شکمی است که بناگاهی تحت عمل جراحی قرار گرفته و یا صورتی نشده و درجه حرارت پایین‌آمده. بیمار بهره بطور تدریجی شروع بالا رفت. کرده‌ی وسوسنی میشود و بیمار لرزه‌ای متناوب میکند. زبان باردار و نبض سریع و پر بریده میشود. بیمار ضعیف شده بی‌اشتهایی می‌گردد.

۳ - علائم موضعی:
او لی علائم دردناحه اپ‌گاستراست که دائمی است و یا تیماری فقط پثنار احتی وستگنی در ناحیه اپ‌گاستر حس میکند. با پنجم عمق و حركت در ناحیه میشود. این درد ممکن است درمانه راست و یا چپ باشد (بر حسب محل آسه) علت این درد است. تحریک رشته‌ها حسی عصب فرینک است.

الف - عفونت آپ‌گاستر قطعی راست: در ناحیه کلیوی وجود دارد و ممکن است این درد ناشان و حس عضلات گردنی انتشار پیدا کند. اگر فشاری روی دندان دوازدهم وارد شود درد شدیدتر خواهد شد.

ب - عفونت‌های خلف صفاق: پهلولی راست در جسم در ناحیه است.

ج - عفونت زیر کبدی: درد در کنار نرده‌ها یا پرپی کنده حس میشود این درد باتوجه عفونت را یافته گر تمام تغییر نشته‌ی تغییری سر به‌های زخمی و سکسکه اسباب زحمت بیمار است. سفی عضلات در این ناحیه وجود داشته ممکن است نیمه راست شکم ویژه‌ی نشان نشان داشته باشد و نظر مراسله‌که قسمی صدری بجول رانده شده است.

۱ - موارد آسه توأم با گاز است که در این صورت چهار ناحیه مشخص بوجود می‌آید:

۲ - در بانیان داری یک دمای است.

۳ - بالای آن بعلت وجود گاز در آسه تمبانیسم و وجود دارد.

۴ - بالای آن بعلت ترشح جنب یا ریه کلبه مانند وجود دارد.

۵ - بالای آن صدای غاره‌ی شنیده می‌شود.
معاینه‌فیزیک بطور خلاصه:
1- بالارفتن دیافراگم و محدودشدن حرکات آن
2- کم‌شدن یا ازینه و فتق صدای تنفسی درقسمت پایین قفسه سینه‌
3- وجود مایع درقفسه صدری (بالای دیافراگم)

پارا کلینیکاک:
1- علامت دادی‌پلوزیک:
الف- محدودیت حرکات دیافراگم در یک طرف که علامت عفونت تحت
حجاب حاجزی است، نه آبشه تحت حجاب حاجزی.
ب- بالارفتن حجاب حاجز به دلیل آبشه تحت حجاب حاجزی است.
ج- باشندشان زاویه زنده ای حجاب حاجزی
د- جابجا شدن قلب

5- وجود گازوپلیست زیر حجاب حاجز (پیشتر دربار گذی های اولسرعده دیده
می‌شود).

2- علامت آزمایشی:
در آزمایش خون لوکوسینوز ۱۲ ژرالپلی نوکلوتوس ۳۰/۰ دیده می‌شود.
در آبشه تحت حجاب حاجز پونکسیون تحقیق به‌هجوه چابز نیست و در
صورت لزوم باید لپاراتومی تحقیق انجام داد ولی یکی از مؤلنه می‌گوید:
"پونکسیون حکم داده‌گاه عالی استیناف را دارده که تکلیف را یک سره می‌کند
و لی این عمل را باید در اطاق عمل و بشر زیر انجام داد:
پس از روش درن سوزن در محل مشکوک اگر سوروزن به آبشه برخوردار نماید چرک
از آن خارج می‌گردد و نوزون همراه با حرکات تنفسی نوسان می‌نماید، در آن‌پک چنین
هم در پونکسیون جرد خارج می‌شود ولی سوزن پونکسیون با حرکات تنفسی نوسان
نخواهد کرد."}

پونکسیون همیشه به‌ایستاد در اطاق عمل انجام گیرد تا چنانچه بوجود جرحی بی
بردید سوزن پونکسیون را درجای خود بقایی بگذارید (پیشان راهنما بجانب آبشه)
3- بیماری ماسکه میشود.

4- معمولاً فکر می‌شود این بیماری نیست.

درمان:

درمان اساسی این بیماری عمل جراحی است ولی بعضی از متخصصین بدو ابتدای بدن از می‌گیرند ولی اغلب با این امر به دقت اذیت و انفجار امکان کرد. البته نتیجه عمل بحال عمومی بیمار بستگی دارد مثلاً در عرضه که عارضه رایگی داشته باشد احتمال مرگ و میر زیاد است.

راه‌های عمل:

1- Trans Pleural
2- Peritoneal
3- Extra Peritoneal

درمان:

در مواردی که شک و تردید وجود داشته باشد با انتخاب باز یا بستگی به طبیعت بیمار، جراح یا تجویز کرد و در صورت لزوم دیاترمی نمود وضع عمومی بیمار را تقویت کرد و در صورت کانو اصلی گست و آنرا بیدا نمود ولی در صورتی که علائم مشخص عفونت سوفرناک تأسیس روزا آماده یافت راه عفونته عمی جراحی است.

درمان جراحی:

عفونت‌ترین راه درمان بیماری است و در مواردی که تشخیص قطعی داده شده و باحتی مشکوک باید بیماری شدید میتوان با عمل جراحی دستزد. البته منظور از عمل جراحی باید کرد و در صورت نمودن آبسو است. در این موارد کلیه متخصصین متفق‌النیابند که باید نزدیک‌ترین راه را انتخاب نمود و سپس در ناز کرد.

بطور خلاصه راه‌های عمل بیکاریز است:

1- ترانس سروز
2- اکستراسروز
1 - در راهبردی توانایی فرآیند تولید نووی میزبانه به این امر نیاز دارد.
2 - در راهبردی توانایی فرآیند تولید نووی میزبانه به این امر نیاز دارد.
الف - از طرف خلف ب - از طرف جلو که میتوان به محل‌های مختلفه رسد.

1 - از طرف خلف

بهترین راه برای دسترسی به بسیاری از خلفی فضاهای راست و فضای خلف
صفا و فضای راست تحتائي است (60/10 آمده‌ها در انتخاب درست‌یابی بی‌بی‌بی)
راه ایده‌آل

تکنیک عمل:

فرض کنم که عمل رادار را در توانایی فضایی، بیماری را روی پهلوی چپ
میخوایم و شکاف کننده دوی دندان دوازده می‌باشد. نتایج در شکاف قرار گیرد. سپس
امن روی زیر پروست قطع میکس و عضلات جلوی فقاری را کنار می‌زنیم. بعد یک
شکاف عرضی بی‌ماری پرده می‌گیرد و قطع میکس و عضلات جلوی فقاری را کنار می‌زنیم
در انتخاب شکاف افیقی، هنوز آن در سطح اولین مهرو
کمری از صدای دیدن جنب گیری می‌کند.

پس از قطع حجاب حجاب که یکی می‌تواند به آنی ارزان شود می‌باشد که آنرا با کلیه پتائی
می‌زنیم تا به توانایی کبد یا فضای زیر کبدی بسیاری‌ها شدید در این موقعیت
FHVI را در اختیاری تحت معاینه و بررسی قرار می‌گیرد و در صورتی که سلامتی
بیمار می‌باشد در صورتی که آبشه وجود داشته باساید با انگشت باز کرد و درن کلفت

2 - از طرف جلو راست:

این راه بهترین طریقه رسیدن به پاسخ نوایی قدمای فونتاین است و همچنین
میتوان آنرا برای آبشهای تحتانی راست بکار رود. البته در انتخابی که سلامتی
فونتاین راست محرز باشد با باید از این طریقه استفاده نمود ولی بطور کلی این

167
SUMMARY
Still we can see Sub-phrenic abscess in our hospital on and off.
1 - This may localise in different places under diaphragm.
2 - Aetiology 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.
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 liant 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 - Cynecology & Obstetrics
    December, 1956 Volume 103 - Number 6
    Page 765 - 766