

## واک مورد تریکوبیزور

دکتر هنجن \*\*

دکتر حمید صادقی \*\*\*

بیزور که بنظر میرسد از زبانهای شرقی گرفته شده باشد باجسامی میگویند که از خارج وارد جهاز هاضمه شده و یا اینکه داخل خود جهاز هاضمه (معدده و روده‌ها) درست شده بتدریج بهم پیوسته و ایجاد جسم واحدی را نموده باشند. بطور کلی آنها را به دسته تقسیم میکنند: ۱- تریکوبیزور ۲- فیتوبیزور (Phytobezoor) ۳- کنکریون (Concretion)

همانطوریکه از اسمشان پیدا است در نوع اول مو و در نوع دوم پوست میوه و مواد صمغی شرکت دارند درحالیکه نوع سوم ظاهرا از رسوبات مختلف تشکیل شده است. این بیماری نسبت به بیماریهای معدده کمتر دیده میشود. تا سال ۱۹۳۸ Ochsner - Bebokey ۳۰۳ مورد و از آن تاریخ تا ۱۹۵۰ Tondreaw Kirklin صد مورد دیگر از کتب و مجلات جمع آوری کرده و گزارش داده اند. تریکوبیزور شایع تر از انواع دیگر بوده و در حدود ۵۰٪ و فیتوبیزور ۴۰٪ و بقیه را نوع سوم تشکیل میدهد.

تریکوبیزور از اجتماع و بهم پیوستن رشته‌های مو ایجاد میشود این کلاف موئی پس از آنکه حجم قابل ملاحظه پیدا کرد شکل معدده را بخود میگیرد. بتدریج بعلت افزایش حجم از معدده تجاوز کرده وارد اثنی عشر میشود معمولا هسته اولیه را موی سر بیمار تشکیل میدهد بعد موی حیوانات یا رشته سبزیجات و غیره نیز ضمیمه شده و با افزایش حجم آن کمک میکند رنگ آن سبز تند مایل بقهوه‌ای یاسیاه است و سطح آنرا مایع لزجی پوشانیده و بعلت تجزیه و تخمیر و پوترفاکسیون مواد غذایی فوق العاده متعفن و مهوع است.

این بیماری معمولا در پیش زنها بخصوص زنه‌ای جوان دیده میشود بطوریکه در سری Ochsner در حدود ۹۰٪ را زنها و از این عده در حدود ۸۰٪ نشان کمتر از سی سال بوده است.

\* Trichobezoor

\*\* - استاد و رئیس بخش جراحی بیمارستان رازی  
\*\*\* - متصدی بخش جراحی بیمارستان رازی

اتیولوژی و پاتوژنی: اتیولوژی و پاتوژنی دقیق این بیماری روشن نیست در ۹۰٪ موارد این بیماران اختلال روانی داشته یا اینکه عادت به جویدن موی سر یا ناخن و غیره دارند.

کلینیک - تظاهرات کلینیکی آن بستگی به عواملی چندی مثل حجم و بزرگی آن، درجه تحریک معده و عوارض حاصله (قرحه، یا انسداد) دارد در صورتیکه حجم قابل ملاحظه داشته باشد در معاینه توده بزرگ و سفت و متحرکی در ناحیه اپیگاستریک جلب توجه میکند این تومر دردناک بوده بیمار تهوع داشته یا استفراغ میکند.

شروع اولیه بیماری بی سروصداست و بیمار مدتها مبتلا به سوءهضم است و خوردن غذا آنرا شدت میدهد رفته رفته بر بی اشتهائی و سنگین شدن و لاغر شدن بیمار اضافه شده و دردهم ضمیمه میشود بتدریج این درد قولنجی شکل شدت کرده و منجر به استفراغ میشود در حدود ۳۰٪ موارد این بیماران از بیوست یا اسهال شکایت دارند زبان بیمار باردار بوده تنفس متعفن است. در مناظره عمومی معمولاً موی سر بیمار در ناحیه پیشانی و شقیقه کم است. در معاینه همانطوریکه گفته شده توده بزرگی در ناحیه اپیگاستر یا پائین تر جلب توجه میکند این توده صاف و یکنواخت و سفت بوده و متحرک است.

مطالعات آزمایشگاهی - غالباً مختصری کم خونی و لوکوسیتوز متوسط نشان میدهد. آزمایش شیره معده و مدفوع بعلت پیداشدن رشته مو به تشخیص کمک میکند. اسیدیته معده معمولاً طبیعی یا کمی کمتر از عادی است.

مهمترین آزمایش امتحان رادیولژیک است که اولین دفعه ارزش تشخیص آن توسط Kampmann در ۱۹۱۱ گوشرد شد بعداً علایم رادیولژیک توسط Holand در ۱۹۱۴ شرح داده شد.

در رادیوسکپی که در حال ایستاده از بیمار بعمل میآید ملاحظه میشود که باریم مدتی در ناحیه کاردیا متوقف میشود و بعداً از اطراف جسمیکه در داخل معده است بطرف پائین نزول میکند و انحناهای بزرگ و کوچک معده را مشخص میکند و تدریجاً قسمت عمده باریم از پیلور عبور کرده و قسمت باقیمانده وجود جسم خارجی را مشخص میکند دمیدن هوا در معده و برداشتن عکس از معده نیز به تشخیص کمک میکند.

تشخیص: در صورتیکه حدس زده شود آسان است. معمولاً تومری کم و بیش بزرگ و سفت و متحرک در ناحیه اپیگاستر توام با درد و تهوع و استفراغ و بی اشتهائی و کم شدن وزن در پیش یک دختر یا زن جوان با سابقه Trichophagie، وجود رشتههای مو در مدفوع یا شیره معده دلایل و شواهدی است بر تأیید تشخیص و رادیوگرافی باصفت مشخص آن تشخیص را روشن خواهد کرد.

عوارض - عبارتند از انسداد، خونریزی، زخم و بالاخره سوراخ شدن ووزم صفاق ولی شایعترین عارضه همان انسداد روده است که در ۱۰٪ موارد دیده میشود و

علت آن جدا شدن توده کوچکی از توده اصلی و گیر کردن آن در ناحیه اپنوستیکال است .  
**شرح حال بیمار :** پسته فرزند محمود بیست ساله اهل میانه بعثت درد و اختلال هضم و آنمی در تاریخ ۴۰۳۲۷ به بخش خون بیمارستان رازی مراجعه میکند و بستری میشود بیمار در ۱۶ سالگی شوهر کرده در اوایل اختلال در قاعده ماهیانه داشته و بعلاوه در موقع قاعدگی درد داشته است و فعلا در حدود هفت ماه است که اصلا قاعده نشده است در سابقه شخصی و خانوادگی نکته قابل ذکری ندارد جز کسالت فعلی که در حدود سه سال پیش شروع شده است . ابتدا بیمار پس از خوردن غذا ترش کرده مبتلا به دل درد میشده و این ناراحتی پس از مدتی خود بخود برطرف میشده ولی اخیرا برای تسکین درد مجبور است که استفراغ بکند باینجه در نتیجه امساك از خوردن غذا بیمار نسبت بسابق لاغرتر شده است

**معاینه -** در مناظره کلی جز يك رنگ پریدگی و مختصر نارسائی روانی چیز دیگری جلب توجه نمیکند .

در معاینه تومر بزرگی باقوام سفت در ناحیه اپیگاستر حس میشود این تومر در طرف چپ تا محل طحال ادامه دارد و در طرف راست با اینکه تا زیر دنده راست ممتد شده ولی از کبد قابل تفکیک است این تومر در لمس دردناک نیست بعلاوه متحرك بوده با تغییر وضع بیمار تغییر محل پیدا میکند بطوریکه تا ناحیه کلیه چپ نیز تغییر محل میدهد .

در سایر دستگاهها اختلال قابل ذکری ندارد بدینمعنی که از لحاظ دفع جز مختصر یبوست و از لحاظ تنفسی و غیره تقریبا بیمار ناراحتی ندارد .  
**آزمایش پاراکلینیک -** امتحان خون که در تاریخ ۴۰۳۳۸ در بخش خون از بیمار بعمل آمد نتیجه اش بقرار زیر بوده است .

۳۸۲۵۰۰۰	گوچه سرخ
۸۸۰۰	سفید
۵۱	سگماتته
۴	ائوزینوفیل
۲۰	مونوسیت
۲۵	لنفوسیت

پلاکتها - در سطح لام طبیعی است .

در آزمایش ادرار که در تاریخ ۴۰۳۳۱۶ بعمل آمد عناصر غیر طبیعی پیدا نشده است گزارشی که توسط پرتوبین در تاریخ ۴۰۳۳۱۶ از پرتونگاری از معده داده شده بقرار زیر است :

معده دارای اندامی متسع میباشد ولی کناره های آن صاف و هموار و چینهای

غشاء مخاط از میان رفته و در معده تصاویر لاکونر متعدد نمایان است. حرکات دودی از میان رفته ولی تخلیه انجام میگیرد این تغییرات نشانه تومر معده میباشد. رادیوگرافی کولون که در تاریخ ۱۲/۳/۴۰ بعمل آمد نتیجه اش بفرار زیر است:

قسمتهای مختلف کولون بخوبی پر شده سیگموئید قدری طویل میباشد کولون عرضی در بعضی قسمتها قدری باریک شده پس از تخلیه چینهای مخاطی بخوبی نمایان میباشد در ناحیه کولون عرضی دو قطعه رشته باریک دیده میشود. نتیجه: کولیت

با تشخیص تومر معده بیمار برای لاپاروتومی در تاریخ ۲۵/۳/۴۰ به بخش جراحی منتقل و در تاریخ ۲۹/۳/۴۰ از بیمار آزمایش کامل خون توسط آزمایشگاه بیمارستان بعمل آمده که نتیجه بفرار زیر بوده است:

۱۶۰۰	گوچه سرخ	۳۲۰۰۰۰۰	گوچه سفید
۲	سگمانته	۷۹	اُتوزینوفیل
۱۶	بزرگ	۳	لنفوسیت

رمان انعقاد ۶ دقیقه، سیلان ۲ دقیقه، سدیماناسیون ساعت اول ۴۵ میلیمتر، هموگلوبین ۵۵٪ بیمار در تاریخ ۱۲/۴/۴۰ پس از ترریق خون و آماده کردن تحت عمل جراحی قرار گرفت.

بیهوشی توسط دکتر اسکویی انجام شد.

وضع بیمار بطوریکه دفتر بایگانی قسمت بیهوشی نشان میدهد بفرار زیر بوده است:

بیمار بیست ساله با آنمی متوسط با هموگلوبین ۵۵٪، کمی چاق، فشارخون  $\frac{۱۲}{۸}$  بوده پرمدیکاسیون مرفین ۱۰ میلی گرم، آتروپین ۰.۵ میلی گرم یکساعت قبل از عمل داخل عضله تزریق شده است.

شروع بیهوشی با Nestonal ۵۰۰ میلی گرم و Flaxedil

۸۰ میلی گرم بوده پس از لوله‌گراری داخل تراشه انستری با اثر در دستگاه سته ادامه یافت داروهای مصرف شده ضمن بیهوشی عبارت بود از سرم قندی ۵٪ ۱۵۰ سانتی‌متر مکعب، خون ایزوگروپ ۴۰۰ سانتی‌متر مکعب لارگاکتیل ۱۵ میلی گرم، بیهوشی آرام و بدون عارضه گذشت فشار خون در تمام مدت عمل  $\frac{۱۰}{۷}$  بوده است.

جدار در خط وسط و بالای ناف باز شد. در جستجو توموری در داخل معده محسوس بوده معده چسبندگی قابل ملاحظه‌ای نداشت بنابراین برداشتن معده بطریقه Polya-Finstein انجام شد. و معده برداشته شده با محتوی اش که شکل آن را ملاحظه میفرمایند جهت نگهداری به بخش آسیب‌شناسی ارسال شد و جدار مطابق معمول

مرتب گردید .



بیمار روز پانزدهم بعد از عمل با بهبودی کامل به بخش خون منتقل و از آنجا مرخص گردید . پس از بهبودی برای روشن شدن علت از بیمار مجدداً تحقیق بعمل آمد با وجود اینکه موی اطراف شقیقه و پیشانی بیمار کم بود . موخوارگی را اقرار نکرد ولی اصرار میکرد که مقدار زیادی پنیرخیکی میل نموده است بیمار بعداً چند باری به بخش جراحی مراجعه و شکایتی نداشته است .

نتیجه - یک مورد Trichobezoor معده که از نقطه نظر بالینی و آزمایش های پرتوشناسی تومر بدخیم تشخیص داده شده و تحت عمل جراحی قرار گرفته است و همین یک مورد نشان میدهد که درتومرهای معده لازم است مورد نظر قرار گیرد .

منابع :

A short practice of surgery Baily and Sove 1959  
 Abdominal operation Rodney Maingot 1961  
 Surgery of the allmentary tract Ghackel Ford 1956