

گزارش ۲۸ مورد فتق دیافراگماتیک مادرزادی درمان شده در مرکز  
جراحی اطفال دانشگاه تهران

دکتر ولی الله محرابی\* - دکتر بهرام الیهی\*\* - دکتر محمود اشرفی\*\*\*

(۲۸/۵٪) یک مورد قبل و ۷ مورد بعد از عمل فوت شدند. البته آمار منتشره مرگ و میر نسبت به سایر منابع خیلی پائین تر می باشد (۵۰ - ۳۰٪) شاید بعلت آنکه در ۲۴ ساعت اول کمتر وقت دارند که به ما مراجعه نمایند. پیش آگهی بعدی در مجموع خوبست و بستگی به وضعیت ریه طرف فتق و ناهنجاریهای همراه دارد. دو جدول زیر نمایانگر انواع فتقهای دیافراگمی مادرزادیست که در مرکز ما مورد درمان قرار گرفته اند: تاریخچه مختصر فتقهای دیافراگماتیک: اولین توصیف فتق دیافراگماتیک را در سال ۱۶۷۹ L. Riverius استناد می دهند<sup>۳</sup>.

اولین عمل موفقیت آمیز در بچه ها در سال ۱۹۰۲ L. Heidenhain گزارش گردیده است. Bettman در سال ۱۹۲۹ اولین عمل موفقیت آمیز را در یک شیرخوار ۳/۵ ماهه گزارش کرده و بخاطر تسهیل در بستن شکاف دیافراگم مجبور شد دو دنده بچه را بشکند. اما پایه گزار محکم تدبیر جراحی فتقهای دیافراگماتیک از ۱۹۴۰ توسط Gross و Ladd برقرار گردید<sup>۹</sup>.

تکامل دیافراگم در دوره جنینی: (۱۰ و ۱۲) - قسمت

از سال ۱۳۵۹-۱۳۶۲ بمدت سه سال تعداد ۲۸ بیمار مبتلا به فتق دیافراگماتیک مادرزادی در بیمارستان بستری و تحت درمان قرار گرفتند. از این تعداد ۲۵ مورد فتق دیافراگماتیک مادرزادی از نوع یوسترولاترال (بوک دالک) بودند، که ۲۱ مورد آن (۸۴ درصد) طرف چپ و ۴ مورد طرف راست (۱۴ درصد) و دو مورد فتق مورگانی (۷ درصد) و یک مورد اونتراسیون دیافراگم (۴ درصد) .

نوزادان مبتلا به فتق بوک دالک همگی فول ترم، وزن متوسط آنها حدود ۲۵۰۰ گرم یا بیشتر بوده و طبیعی متولد شدند، فقط یک مورد با سزارین متولد شده بود. سن تشخیص و مراجعه بیماران به بیمارستان بین یک روز تا ۳ سال می باشد. ولی اکثر بیماران در دو هفته اول بعد از تولد (۶۲٪) به بیمارستان آورده شدند. اکثر بیماران با علائم دیسترس تنفسی، سیانوز، سرفه مراجعه و بستری شدند. تکنیک عمل جراحی تماما "بطریقه لایاروتومی عرضی کوادران فوقانی بوده است. در ۵۲٪ با مالروتاسیون همراه بودند که اصلاح گردیده آپاندکتومی و سکوپسی شدند.

۱۴ مورد (۵۶٪) با عارضه تواءم شدند: ۲۸٪ عفونت جدار- ۱۲٪ همتامز و ملنا داشتند. مرگ و میر ۸ مورد

\* - ( بیمارستان امیر کبیر ) .

جدول ۱: انواع فتقهای دیافراگماتیک مادرزادی (۶۲-۱۳۵۹)

فتق بوک دالک چپ	فتق بوک دالک راست	فتق مورگانی	اوانتراسیون دیافراگم	تعداد کل
۲۱	۴	۲	۱	۲۸
%۷۵	%۱۴	%۷	%۴	%۱۰۰

جدول ۲: انواع فتق بوک دالک ۶۲-۱۳۵۹

چپ	راست	همراه با ساک	بدون ساک	تعداد کل
۲۱	۴	۴	۲۱	۲۵
%۸۴	%۱۶	%۱۶	%۸۴	%۱۰۰

عمده دیافراگم از سیتوم ترنسورسوم ساخته می‌شود. سیتوم ترنسورسوم یک صفحه ضخیم از بافت مزودرمی است که در حد فاصل حفره پریکاردی و پایه کیسه زرد قرار دارد. این سیتوم بطور کامل حفره توراسیک را از حفره ایدومینال مجزا نمی‌کند بلکه در دو طرف روده قدامی یک دهانه مجرمانند باز می‌ماند بنام مجرای پریکاردیوپریتونئال. رشد جوانه‌های ریوی در درون این مجاری انجام می‌گیرد. انتهای ایدومینال مجاری پلوروپریتونئال توسط یک غشاء هلالی بنام غشاء پلوروپریتونئال اشغال می‌گردد. در هفته هفتم، این غشاء در وسط با مزانتیریوم ازوفاگوس و در جلو با سیتوم ترنسورسوم جوش می‌خورد و ارتباط بین حفره توراسک و حفره ایدومینال را می‌بندد. با توسعه و پیشرفت حفره‌های پلورال در درون مزانشیم جداری جنین، ایجاد یک حاشیه مزانشیمی برای غشاء‌های پلوروپریتونئال می‌نماید.

سیتوم ترنسورسوم ابتدا در برابر سومیت‌های گردنی قرار دارد و از عصب فرنیک (C<sub>3</sub>-C<sub>4</sub>-C<sub>5</sub>) عصب

می‌گیرد که بعداً "نزول می‌کند. حاشیه مزانشیمی تدریجاً در ضخامت غشاء‌های پلوروپریتونئال نفوذ نموده و آنرا عضلانی می‌نماید. قسمت خلفی خارجی، آخرین قسمتی است که مسدود می‌گردد و معمولاً "طرف چپ درتر از طرف راست مسدود می‌شود. سیتوم ترنسورسوم تبدیل به وتر مرکزی دیافراگم می‌گردد. در هفته ۸-۹ حفره پلورال و حفره ایدومینال توسط یک غشاء دو لایه (غشاء پلوروپریتونئال) که یک لایه آن از پلوراویک لایه دیگرش از پریتونئوم تشکیل یافته از همدیگر مجزا می‌گردند. در همان زمانیکه دیافراگم در حال تشکیل است روده میانی سریعاً "طول می‌گردد. و فضای قاعده‌ای بدن ناف را اشغال می‌کند. در حدود هفته ۹ روده بدرون حفره ایدومینال باز می‌گردد و پس از آن در جهت عکس عقربه‌های ساعت چرخش حاصل می‌کند و این چرخش در هفته ۱۰ پایان می‌یابد.

در نوزادان مبتلا به فتق بوک دالک پس از تولد، وزن متوسط ریه طرف ضایعه ۳/۷ گرم و طرف مقابل ۱۳/۳ گرم می باشد، درحالیکه ریه راست طبیعی ۳۵ گرم می باشد. شایعترین ناهنجاریهایی که همراه فتق بوکدالک ممکنست دیده شوند، ریه هیپوپلاستیک، مالروتاسیون روده و باز ماندن مجرای شریانی را می توان نام برد.

از نظر پاتوفیزیولوژی، قبل از تولد، ریه نقشی در اکسیژناسیون جنین ندارد ولی پس از تولد، در اولین نفس شروع به بلع هوا می کند. هوای بلع شده وارد معده و روده می شود و اتساع آنها سبب فشار بر ریتین و کاهش مقدار  $\text{PaO}_2$  و افزایش  $\text{PaCO}_2$  می گردد. هیپوکسی و اسیدوز حاصله مقاومت عروقی را زیاد کرده باعث افزایش شنت راست به چپ و باز ماندن مجرای شریانی و سوراخ اوایل می گردد. اگر فتق ترمیم شود و ریه گسترش یابد تمام این جریان بحال طبیعی برگشت می کند ولی چنانچه ریه هیپوپلاستیک باشد، ترمیم فتق نقشی در بهبود اختلال همودینامیک و وانتیلاتوری مجاری نخواهد داشت.

از نظر شیوع و علائم بالینی باید گفت که شیوع فتق بوکدالک به نسبت یک در ۵۴۰۰ نوزاد زنده متولد شده است و نسبت دختر و پسر تقریباً مساویست. آمار بیمارستان امیرکبیر هم بیانگر همین نسبت است. شروع و شدت علائم با وخامت ضایعه ارتباط دارد. شایعترین علامت در موقع تولد دیسترس تنفسی است - سایر علائم از یک دقیقه تا یکساعت بعد از تولد شروع و شامل اشکال تنفسی همراه با سیانوز، تاکی پنه توأم با رتراکشن دنده است. در بعضی موارد قطر قدامی خلفی قفسه سینه افزایش یافته است. شکم در این بیماران اسکاfoئیداست. یافته های بالینی این مرکز در جدول ۳ مشخص شده است:

بیماران، همگی فول ترم، وزن بالای ۲۵۰۰ گرم، زایمان طبیعی (فقط یک مورد سزارین) بوده است. شایعترین علامت بیماران ما دیسترس تنفسی، سیانوز و سرفه بوده است (۶۷/۵٪) سه نوزاد فقط بعلت سیانوز انتهاها توأم بسا سیانوز مخاط بستری شده اند. یک مورد نیز با درد شکم و استفراغ و تب مراجعه نموده است. یک مورد هم کودک ۲ ساله ای است که هیچ سابقه ناراحتی تنفسی نداشته و فقط

اگر روده زودتر از معمول وارد ابدومن گردد و یا اینکه مسدود شدن غشاء پلوروپریتونئال ناکامل باشد و یا دیرتر از معمول مسدود گردد، روده از دیفکت دیافراگم وارد توراکس می گردد و در نتیجه آن چرخش و تثبیت روده انجام نمی گیرد و ساک فتقی هم وجود ندارد. اگر غشاء پلوروپریتونئال کاملاً مسدود شده باشد ولی قسمتهای تقویت کننده دیافراگم رشد نکرده باشند فتق دیافراگمی دارای ساک می گردد. دیفکت های رترواسترنال مورگانی در حد فاصل سیتوم ترنسورسوم و جدار قدامی قفسه سینه قرار دارد. علت پیدایش آن تاخیر در جوش خوردن آخرین دنده ها و گریفوآسترونوم با سیتوم ترنسورسوم در هفته هفتم است.

آناتومی نقص دیافراگم در فتق بوک دالک: نقص دیافراگم ممکن است خیلی کوچک یا کاملاً وسیع، حتی تا نیمی از دیافراگم را شامل شود. اغلب در قسمت یوسترولاترال چپ دیافراگم نقص پدید می آید (۹۴-۸۳٪). آماریکه ما گزارش دادیم ۷۵٪ می باشد. فتق دو طرفه هم نادر است. ساک ممکن است موجود باشد یا نباشد. اگر باشد معمولاً همان غشاء پلوروپریتونئال می باشد. گزارش شده که در اپروچ توراکس ساک بیشتر از اپروچ شکم دیده می شود. محتویات فتق بوک دالک در طرف راست و چپ متفاوت است.<sup>۴</sup>

طرف چپ: معده، روده باریک، کولون، طحال، پانکراس، آدرنال، کلیه چپ و لوب چپ کبد، طرف راست: اغلب کبد، گاهی روده باریک و کولون می باشد. آمار منتشر از بیمارستان امیرکبیر در طرف چپ اکثراً "روده باریک، طحال و قسمتی از کولون بود فقط دو مورد، تنها معده و روده باریک جای داشت؛ طرف راست روده باریک و کولون بودند. وقتیکه کولون بداخل توراکس هرنیه می شود، چرخش و تثبیت روده ناکامل است. در این وضعیت اغلب Malrotation دیده می شود و بعلت کوچ کردن احشاء بدرون توراکس، حفره شکم کوچک می ماند و اعمال جراحی مواجه با اشکال می گردد. ضمناً احشاء به ریه فشار آورده مانع از گسترش و رشد آن می گردند و مدیاستینوم را هم بطرف مقابل می رانند.

جدول ۳: علائم بالینی بوک دالک

دیسترس تنفسی سرفه - سیانوز	سرفه - تب	سیانوز تنها	درد شکم	استفراغ + تب
۱۹	۴	۳	۱	۱
%۶۷/۵	%۱۶	%۱۰/۵	%۳/۵	%۳/۵

قلب و مדיاستینیوم بطرف مقابل رانده شده اند. از علائم مهم دیگر ناچیز بودن گازهای محتوی شکم است. اگس-رادیوگرافی ساده بلافاصله پس از تولد انجام شود ممکن است بعلت کمی مقدار هوای بلع شده تشخیص اشتباه شود، در این صورت باید صبر کرد تا هوای بلع شده باندازه کافی وارد معده و روده ها گردد یا بکمک یک کانتر مقداری هوا وارد معده و روده نوزاد کنند. اگر بازهم شکی موجود باشد بکمک ماده حاجب (مثلا "گاستروگرافین") می توان وجود کولون را در داخل توراکس نمایان ساخت و تشخیص را قطعی نمود.

در تشخیص افتراقی، بیمارهای کیستیک مادرزادی ریه مانند مال فور ماسیون آدنوما توئید کیستیک ریه، پنوما توسل، پنومونی استافیلوکوکوسی که در مراحل اولیه شان دیسترس تنفسی ایجاد می کنند را می توان مطرح کرد، ولی بر روی رادیوگرافی ریتین در بیمارهای ذکر شده گازهای روده داخل شکم نرمال است و در قفسه سینه هوای روده موجود نیست، در صورت شک باریوم انما تشخیص را قطعی می کند.

۹ روز قبل از بستری شدن دچار اشکال تنفسی می شود. سن و زمان بروز علائم و تشخیص بیماران مورد درمان در مرکز امیر کبیر در جدول ۴ مشخص شده است:

تمامی نوزادان بعد از گذشت ۲۴ ساعت از تولد به بیمارستان آورده شدند، نوزادانیکه در طول هفته اول بستری شدند %۴۲/۸ در هفته دوم %۲۵/۲ قبل از یکسال ۱۴/۶ درصد و بعد از یکسال ۱۷/۴ درصد است.

در معاینه فیزیکی صدای ریوی طرف ضایعه کاهش یافته یا وجود ندارد، صدای قلب در طرف مقابل بهتر شنیده می شود. در بیمارانیکه نظاهرات باتئینی دیرتر بروز می کند معمولا "نشانه ها ملایم ترند و حتی ممکن است در بعضی بیماران در دوره نوزادی نشانه ای نداشته باشند و خیلی دیرتر یا علائم گوارشی (مثل استفراغ، دیسفاژی، ملنا) یا بصورت سرفه، دردهای قفسه سینه و عفونت های مکرر تنفسی به پزشک مراجعه نمایند. از نظر تشخیصی معمولا "در رادیوگرافی ساده ریتین که شکم را نیز شامل شود روایت مقطع قوسهای روده در قفسه سینه تشخیص را می دهد. در اینحال

جدول ۴: زمان بروز علائم و تشخیص فتق بوک دالک

۶-۱ روز	۱۴-۷ روز	۱۱-۱ ماه	۴-۱ سال
۱۲	۵	۳	۵
%۴۸	%۲۰	%۱۲	%۲۰

در تکنیک عمل جراحی (۱۲ و ۱۱ و ۱۲)، همیشه از طریق لاپاروتومی عرضی استفاده می‌کنیم. تاکنون از اپروچ توراسیک استفاده نکرده‌ایم. بعد از لاپاروتومی کاتتری (نلاتون ۱۲) از راه نقص دیافراگم وارد توراکس کرده احشاء را با ملایمت بیرون می‌کشیم، تحقیق دقیق برای پیدا کردن ساک انجام می‌گیرد. چون اگر ساک برداشته نشود ریه سه کاملاً "باز نخواهد شد. اندازه ریه طرف ضایعه بایستی یادداشت شود. سعی در باز کردن فوری و کامل ریه طرف ضایعه نمی‌نمائیم، چون ممکن است پنوموتراکس طرف مقابل بدهد. ترمیم دیافراگم پس از گذاردن چست تیوب با سیلک انجام می‌دهیم. گاهی لازم می‌شود لبه خلفی عضله دیافراگم را رتروپریتوان بالای کلیه پیدا کرد و ترمیم صورت گیرد. تاکنون لازم نیامده است که مجبور شویم بعلت وسعت نقص دیافراگم از عضله ترانسورسوس برای ترمیم استفاده نمائیم.

مالروتاسون روده‌ای را بعد از آپاندکتومی با سکوپکسی اصلاح می‌نمائیم. در یک مورد دیورتیکول مکل دیده شد که در همان جلسه رزکسیون و آناستوموز گردید و بیمار بدون عارضه بهبود یافت. گاهی اوقات بعلت کوچک بودن فضای شکم احشاء براحتی داخل شکم جای نمی‌گیرد و باعث فشار روی دیافراگم و احتلال حرکت آن می‌شود ولی تاکنون مجبور نشده‌ایم که برای اینکار فقط به دوختن پریتوان و یوسست اکتفا نمائیم.

جدول ۵ موارد آتومالی همراه با فتق دیافراگم در این مرکز که حسن عمل مشخص شد نشان می‌دهد:

در بچه‌های مسن تر که نشانه‌های اولیه گوارشی است، GIS وجود معده و روده را بالای دیافراگم نشان می‌دهد. درمان فتقهای دیافراگماتیک جراحی است، قبل از عمل باید باین نکته توجه داشت که هرگز نباید بتوسط ماسک به این کودکان اکسیژن داد، زیرا هوا با فشار وارد معده و روده‌ها شده سبب تشدید دیسترس تنفسی می‌گردد. اگر قبل از عمل و بیهوشی احتیاج بکمک تنفسی بود باید لوله تراکئال عبور داد و کمک تنفسی نمود. مطمئن‌ترین و موثرترین راه وانتیلاسیون با دست با فشار یائین و فرکانس زیاد است بطوریکه گاهی لازم می‌شود سرعت تنفسی بیشتر از ۸۰ در دقیقه باشد. اندازه‌گیری  $\text{Pa O}_2$  و  $\text{Pa CO}_2$  و PH خون قبل و بعد از عمل ضروری است. برای اینکار از کاتترنافی و شریان بازویی راست استفاده می‌شود. اندازه‌گیری مقدار  $\text{Pa O}_2$  شریان بازویی و نافی درجه شانت راست به چپ را نشان می‌دهد که در تعیین پرونوستیک بیماری لازم است. چنانچه  $\text{Pa CO}_2$  بیشتر از ۶۰ میلی‌آب و PH کمتر از ۷ باشد سرانجام بدی برای بیمار خواهد داشت. هیپرکاپنی و اسیدوز تنفسی را در اینحالت نمی‌توان با محلول بی‌کربنات اصلاح کرد. ممکن است از محلول Tham استفاده شود مشروط بر اینکه وانتیلاسیون بیمار با دستگاه حفظ شود چون بکسی از عوارض مصرف Tham وقفه تنفسی است. از بیداش هیپوترمی، بوسیله بالا نگهداشتن درجه حرارت باید جلوگیری نمود. از بیدایش پنوموتراکس طرف مقابل باید اجتناب نمود و در صورت بروز فوراً "چست تیوب گذارده شود.

جدول ۵: آتومالیهای همراه با فتق بوک‌دالک

مالروتاسیون	۱۲	۵۲%
دیورتیکول مکل	۱	۴%

نیود و در ۷۲ ساعت بعد از تولد تحت عمل جراحی قرار گرفتند. سوری تا ۹۳٪ گزارش شده است. آمار تهیه شده در مرکز جراحی اطفال دانشگاه تهران از ۲۵ مورد فتق بوک دالک بستری شده ۸ مورد فوت نمودند که یک مورد قبل از اقدام بعمل جراحی و ۷ مورد بعد از عمل فوت شدند و مرتالیه ۳۲٪ بود.

جدول ۶: مرتالیه فتق های دیافراگماتیک و نسبت سنی مرتالیه را در مرکز ما مشخص نموده اند:

جدول ۶: مرتالیه فتق های مادرزادی دیافراگم .

بوک دالک	مورگان	اوانتراسیون	تعداد کل
۸	-	۱	۹
۲۸/۵٪	-	۴٪	۳۲٪

جدول ۷: نسبت سنی مرتالیه بوک دالک

روز	روز	ماه
۶-۱	۷-۱۴	۱-۱۱
۵	۳	-
۲۵٪	۱۲٪	-

دلایل اصلی مرگ و میر در این بیماران نارسایی تنفسی همراه با ریه هیپوپلاستیک است، آنومالیهای مادرزادی همراه نیز دلیل دیگری برای تشدید ضایعه و مرگ و میر خواهد بود، از جمله بیماری مادرزادی قلب - پنوموتراکس طرف مقابل - انسداد روده بعد از عمل عفونت (سستی سمی) و خونریزی می باشد. عود فتق شایع نیست اما می تواند خیلی زود یا چند ماه بعد از عمل دید آید که مجدداً "باید ترمیم شود". بیماران که در مرکز جراحی اطفال دانشگاه تهران تحت عمل جراحی قرار گرفتند ۵۲/۳۸٪ دچار عارضه شدند

از نظر مراقبت های بعد از عمل (۵ و ۱۲) بیمار گرم نگهداشته شود - اکسیژن باندازه کافی مایعات مناسب وریدی داده شود، چنانچه گاستروستومی دارد باز باشد تا ترشحات درناژ شود  $Pa O_2$  و  $Pa CO_2$  باید محاسبه شود. اگر  $Pa O_2$  پایین و  $Pa CO_2$  بالا بود آنگاه لوله تراشه و رسیراتور لازم می شود، بعضی از بیماران برای چند ساعت و عده ای تا چندین روز کمک تنفسی لازم دارند. اگر بطور ناگهانی وضع بیمار بدتر شد باید به پنوموتراکس طرف مقابل مشکوک شد و لوله تراکس گذارد. ریه طرف ضایعه در بعضی ها چند ساعت پس از عمل باز می شود و تراکس را بر می کند که پرنوستیک خوب است ولی بعضی دیگر ممکن است چند روز تا دو هفته طول بکشد تا ریه متسع شود. در صورتیکه بیمار عمل را خوب تحمل کرد و بعد از عمل نیسز وضع ثابتی داشت ولی ناگهان افزایش هیپوکسی و هیپرکاپنی و اسیدوز پیدا کرد و فوت نمود معتقدند این بیماران ریه هیپوپلاستیک داشتند و بدی وضع ناگهانی آنها بعلت هیپوکسی - هیپرکاپنی و واروکنتریکسیون عروق ریوی و افزایش فشار عروق ریوی است.

نتایج درمان فتق بوک دالک: نتیجه درمان سه سن و نشانه های اولیه بیمار بستگی دارد. نوزادانی که با دیسترس تنفسی شدید از اطاق زایمان تا چند ساعت بعد از تولد آورده می شوند حتی با تلاش در تصحیح فوری جراحی و حداکثر مراقبت ویژه سوری *Survival* خوبی نخواهند داشت. ولی آنها نیکه با نشانه های گوارش و یا گذشت چند روز از تولد مراجعه کنند سوری آنها نتایج طول المدت خوبی دارد. بسیاری از بیماران بعلت شدت ضایعات قبل از رسیدن بمرکز جراحی از بین میروند و یا علیرغم بهبود در پیشرفت وضع ترانسپورت نوزادان و مراقبت ویژه در حین بیهوشی و تکنیک عمل و اصلاح  $Pa O_2$  و  $Pa CO_2$  و اسیدوز کمتر از ۵۵٪ سوری دارند.

در بررسی روی ۴۱۰ مورد (۵۱) فتق بوک دالک که در مراکز دیگر درمان شده اند نتایج زیر بدست آمد:

حدود نیمی با دیسترس تنفسی بعد از تولد (۲۴-۴۸ ساعت) مراجعه و بستری شده اند که نمی از آنها فوت شدند و از ۶۳ مورد نوزادانیکه دیسترس شدید تنفسی داشتند و سرعت رسیدگی و اقدام بعمل جراحی شد مرتالیه به ۳۱٪ کاهش پیدا کرد. از ۱۹۷ بیماریکه نشانه های ریوی حندان شدید

کوچک بود خارج نموده، ساک را قطع نمودیم و دیفکت دیافرآگمی را با سیلک ۰۰ و سوتورهای جدا جدا دوختیم. اوانتراسیون دیافرآگم عبارت از رشد ناقص بافت عضلانی یا وتر مرکزی دیافرآگم است که بجای آنها غشاء پلوروپریتونئال وجود دارد. می‌تواند یکطرفه یا دو طرفه باشد. اوانتراسیون جزء نقصهای مادرزادی دیافرآگم بررسی

که ۱۹/۵۴٪ عفونت جدار - ۱۴/۳٪ هماتروملنا - ۴/۷۶٪ پنوموتراکس راست و ۴/۷۶٪ پریتونیت ناشی از پرفوراسیون ایلیوم و ۴/۷۶٪ سپتی سمی و یک مورد فتق انسی زیونال بوده است.

جدول ۸ عوارض بعد از عمل فتق بوک دالک در این مرکز را نشان می‌دهد.

جدول ۸: عوارض بعد از عمل فتق بوک دالک

تعداد کل	فتق انسی زیونال	سپتی سمی	عفونت جدار	هماتر ملنا	پریتونیت بر فوراسیون	پنوموتراکس
۱۴	۱	۱	۷	۳	۱	۱
%۵۶	%۴	%۴	%۲۸	%۱۲	%۴	%۴

می‌گردد. دریک موردی که ما داشتیم چون سیمپتومهای تنفسی خفیف بودند با عمل پلیکاتور درمان شد و نتیجه خوبی حاصل گردید.

#### بحث و نتیجه گیری

آماری که از شیوع این نقص مادرزادی در لیتراتور داده می‌شود نمایانگر واقعیت نیست زیرا تعدادی از ایسن نوزادان در همان بدو تولد و پیش از آنکه آنها را به مراکز جراحی کودکان انتقال دهند در اثر دیسترس شدید تنفسی و یانهنجاریهای شدید مادرزادی همراه می‌میرند. نوزادانی هم که مقاومت بیشتری دارند و یا نقص کمتری بایستی همکاران پزشک هرچه زودتر به تشخیص برسند و به ویژه برای جبران سیانوز و اشکال تنفسی نوزاد از دادن اکسیژن با ماسک جدا خودداری کنند، زیرا بجای نجات کودک او را بسوی مرگ سوق می‌دهند و بکار بردن N.G.T کمک شایانی به تخلیه هوای معده می‌کند. بعلت پیشرفت تکنیک جراحی و مراقبتهای ویژه، آمار مرگ و میر رو به کاهش است. علل مرگ و میر در مراحل اولیه بیشتر تنفسی است، و ناهنجاری مادرزادی همراه، رل کمتری در مرگ و میر دارند. درآماریکه

بیمارانیکه از نظر کلینیکی سوروی خوبی دارند متعاقب ترمیم فتق، ریه آنها بخوبی فونکسیون پیدا می‌کنند، البته لازم است مدت طولانی فالوآپ شوند.

بررسی های Dunnill نشان می‌دهد که پس از تولد ریه قادر است رشد کافی بنماید. از زمان تولد تا بلوغ شمارش آلئوئول ها ۱۵ برابر می‌شود، و بیشترین رشد قبل از هشت سالگی است و بعد از آن حجم ریه بخاطر افزایش اندازه آلئوئول زیاد می‌شود.

فتق مورگانی<sup>۲</sup> تقریباً ۲ تا ۴ درصد فتقهای دیا- فراگماتیک را تشکیل می‌دهد. دیفکت دیافرآگم در خلف استرونوم واقع شده معمولاً "کوچک است، تقریباً همیشه ساک دارد و مقدار کمی از احشاء ابدومینال وارد آن می‌گردند. معمولاً "سیمپتوماتیک نیست و غالباً" در هنگام انجسام رادیوگرافی روتین توراکس با دیدن یک سطح هوا و مایع در قسمت تحتانی مدیاستینوم قدامی تشخیص داده می‌شود، و در صورت شک بکمک ترانزیت گاسترواینستینال می‌توان آنرا تایید کرد. محض تشخیص باید عمل شود زیرا خطر احتناق وجود دارد. یک موردی که داشتیم از طریق لاپاروتومی عرضی، احشای داخل ساک که شامل معده و قسمتی از روده

ما داریم متأسفانه بیشتر مرگ و میرهای ما بعلت عفونت ،  
 دیر رسیدن بمرکز جراحی و ناکافی بودن مراقبتهای بعد از  
 عمل است .  
 فتق است که اگر تدریجا " گسترش یابد پرونوستیک بسیار  
 عالیست ولی اگر هیپوپلاستیک باشد باید انتظار عوارض  
 بیشتری داشت . در مواردی که ما عمل کرده ایم عود فتق  
 نداشتیم .  
 پیش آگهی آینده بیمار مربوط به وضعیت ریه طرف

## REFERENCES:

- 1- Adelman S., and Benson, C.D.: Bochdalek Hernia in infants: Factors determining mortality, J. Ped. Surg. 11: 569 - 1976.
- 2- Bentley, G and Lister, J.: Retrosternal Hernia, Surgery 57: 567- 1965.
- 3- Bonetus, T: Sepulchretum....Geneva - 1976.
- 4- Bulter N. and all: Congenital diaphragmatic Hernia as a cause of prenatal mortality, Lancet 1: 659 - 1962.
- 5- Dunphy J.B. and all: Current Surgical Diagnosis and Treatment. 5th ed. Lang. Medical Pub. California - 1981.
- 6- Groff D.B.: H. of pediatric surgical emergencies. M. E. Pub. Co. New York - 1981, P. 68.
- 7- Gross R.E: The surgery of Infancy and Childhood Philadelphia: W.B. Saunders Co. - 1953.
- 8- Heidenhain, L: Geschte eines Falles von Chronischer....Deutsch. Z. Chir. 76 394 - 403 - 1905.
- 9- Ladd W.E. and Gross R.E.: Congenital diaphragmatic Hernia. N. Eng. J. Med.223: 917-925 - 1940.
- 10-Langman J.: Medical Embryology. 3th ed. By W.W.C. Baltimore. 1975 P. 305.
- 11-Mc Namara and all: Congenital Postero - lateral diaphragmatic Hernia in the newborn: J. Thorac - Cardiovas. Surg. 55:55, 1968.
- 12-Ravitch. M.M. and all: Pediatric surgery. 3th ed. Y.B.M.P. Inc. Chicago. 1979 Vol. 1 P: 432.