

آبسه‌های تحت حجاب حاجزی

دکتر ماهیار اردشیری*

بعضی مواقع حوادثی باعث میشود که خاطرهای تجدید شود یا مطلبی که مدتها در بوته فراموشی قرار گرفته در مد نظر قرار گیرد. این حوادث در باره بیماریها هم مصداق پیدا میکند چه هر چه رشته طب پیشرفت میکند خواهی نخواهی عددای از بیماریها از بین میروند مثلاً درسی یا چهل سال پیش یا مدتی کمتر از آن روبرو شدن با بیماران مبتلا به مالاریا يك امر عادی بود ولی امروزه يك پزشك جوان کمتر ممکن است يك بیمار مبتلا به پالودیسیم را ببیند یا مثلاً ديفتری و سرخك در خیلی از کشورهای پیشرفته منقرض شده‌اند در حالی که این نوع بیماری در کشور ما هنوز هم مبتلا به عموم است.

این موضوع در مورد جراحی نیز صادق است و یکی از همین نوع بیماریها آبسه‌های تحت حجاب حاجزی است که سابقاً خیلی دیده میشد و تلفات جانی قابل ملاحظه‌ای را نیز در برداشت ولی امروزه بععل مختلفه از جمله مراجعه زود و بجسا به پزشك و یا ازدیاد مراکز طبی و از همه مهمتر پیدایش انواع آنتی بیوتیک‌ها کمتر دیده میشود و این خود باعث میشود که خاطره آن فراموش شود. خوشبختانه یا بدبختانه اخیراً با چند مورد از این بیماران روبرو شدیم که این خود مشوق مادر تنظیم این مقال گردید.

تعریف - آبسه سو فرنیک به تجمع چرك در هر نقطه زیر دیا فر اگم اطلاق میشود. بدون شك جالبترین و در عین حال مهمترین عفونت‌های موضعی داخل شکم آبسه‌های زیر حجاب حاجز میباشند. غالباً عارضه يك عفونت داخل شکمی بوده تشخیص و همچنین درمان آنها مشکل است.

تاریخچه - شکل کلینیکی آن اولین بار توسط بارلو (Barlow) در سال ۱۸۴۵ میلادی و بعداً در سال ۱۸۸۰ لو کالیزاسیونهای مختلف آبه شرح داده شد. و اولین عمل توسط Von Volkman در سال ۱۸۲۹ انجام گرفت که عبارت بود از يك درناژ رتروپریتونئال (Retroperitoneal).

آنا تومی - لیور (Livre) فضای بین دیافراگم در بالا و قولون عرضی و مزو-کولون را در پائین باین ترتیب تقسیم بندی نموده است :

Loge Suprahepatique.

Loge Infrahepatique.

۱- لیگمان کورونر فضای فوقانی را بدو قسمت راست و چپ تقسیم میکنند.

loge supra Hepatique $\left\{ \begin{array}{l} \text{suprahepatique aroite} \\ \text{suprahepatique gauche} \end{array} \right.$

لیگمان طرفی راست، فضای فوقانی سمت راست را بدو فضای قدامی و خلفی

تقسیم مینماید :

Suprahepatique Droite $\left\{ \begin{array}{l} \text{A nteriore} \\ \text{Posteriore} \end{array} \right.$

۲- فضای تحتانی بوسیله لیگمان ترایتز بدو قسمت راست و چپ تقسیم میشود

که فضای چپ آن بواسطه لیگمان گاستروهماپاتیک بدو فضای قدامی و خلفی تقسیم میگردد :

Infrahepatique $\left\{ \begin{array}{l} \text{droite} \\ \text{gauche} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{Ant.} \\ \text{post.} \end{array} \right.$

شایعترین محل ایجاد آبه به ترتیب عبارتند از :

1- Loge Supra Hepatique droite Posteriore.

2- Loge Infra Hepatique gauche Anteriore.

3- Loge Supra Hepatique droite Anteriore.

و قریب ۷ تا ۱۵% هم در اکستراپریتونئال دیده میشود.

تقسیم بندی دیگر :

فضای زیر حجاب حاجرا میتوان به هفت قسمت نمود. سه قسمت در طرف

راست يك قسمت در وسط و سه قسمت در طرف چپ.

۱ - سمت راست .

الف - فضای داخل صفاقی قدامی: بین لب راست کبد و دیافراگم واقع شده است. در قسمت خلف به لایه قدامی، به لیگمان کروئر کبد و لیگمان مثلثی سمت راست و در سمت چپ به لیگمان داسی شکل محدود است .

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

در بالای این فضا کبد و در زیر آن قولون عرضی و زاویه کبدی کولون واقع شده .
ج - فضای خارج صفاقی: که ناحیه بدون صفاق کبد است .

۲ - قسمت میانی :

فضای مجازی می‌باشد که بین دو ورقه لیگمان داسی شکل کبد قرار دارد که هر گاه بین این دو ورقه چرک جمع شود آنها را از هم جدا نموده و فضای حقیقی ایجاد مینماید .

۳ - قسمت چپ :

الف - فضای داخل صفاقی قدامی: از بالا بدیافراگم - از عقب به لیگمان تریانگولر و لب چپ کبد و اپیپلئون گاسترو هیپاتیک و سطح قدامی معده - از طرف راست به لیگمان داسی شکل - از طرف چپ به اپی پلئون گاسترو اسپلنیگ و دیسافراگم محدود است .

ب - فضای داخل صفاقی خلفی: همان قسمت فوقانی قعر چادرینه است لذا از عقب بدیافراگم و پانکر آس و مزو کولون و کولون ترانسورس - از جلو به لب اشپیگل کبد و معده - در طرف چپ به لیگمان اسپلنورنال و طحال و اپیپلئون گاسترو اسپلنیگ - از طرف راست به دوازدهم محدود است و در بالایش سوراخ وینسلو قرار گرفته است .

ج - فضای خارج صفاقی - این فضا را در حال طبیعی نسج هم بندی چربی فرا گرفته است و زمانی که در آن آبسه ایجاد شود آبسه در نزدیکی قطب فوقانی کلیه خواهد بود که صفاق را از دیافراگم جدا می‌سازد .

علائم بالینی را میتوان بصورت زیر تقسیم بندی نمود :

۱ - علائم عمومی :

معمولا بصورت يك تو کسمی است در شکل کلاسیک بیماری که در حال بهبودی از يك عفونت شکمی است که بتازگی تحت عمل جراحی قرار گرفته و با اصولا عمل نشده و درجه حرارت پائین آمده . یکمرتبه درجه حرارت بطور تدریجی شروع ببالا رفتن کرده و نوسانی میشود و بیمار لرزهای متناوب میکند . زبان باردار و نبض سریع و پر میشود . بیمار ضعیف شده بی اشتها میگردد .

۲ - علائم موضعی :

اولین علامت درد ناحیه اپیگاستر است که دائمی است و با بیمار فقط يك ناراحتی و سنگینی در ناحیه اپیگاستر حس میکند که با تنفس عمیق و حرکت دردناک میشود . این درد ممکن است در شانیه راست و پا چپ باشد (بر حسب محل آبه) علت این دردها تحریک رشته های حسی عصب فریک است .

الف - عفونت لژ خلفی فوقانی راست : درد ناحیه کلیوی وجود دارد و ممکن است این درد بشانه و حتی عضلات گردنی انتشار پیدا کند . اگر فشاری روی دنده دوازدهم وارد شود درد شدیدتر خواهد شد .

ب - عفونت های خلف صفاق : پهلوی راست در لمس دردناک است .

ج - عفونت زیر کبدی : درد در کنار دنده ها یا هیپوکندر حس میشود این درد با توسعه عفونت غیر قابل تحمل گشته تنگ نفس ، سرفه های مزاحم و سسکه اسباب زحمت بیمار است . سفتی عضلات در این ناحیه وجود داشته ممکن است نیمه راست شکم وسینه تنفس نداشته باشد و بنظر میرسد که قفسه صدی بجلو رانده شده است در ۱۰٪ موارد آبه توأم با گاز است که در این صورت چهار ناحیه مشخص بوجود میآید :

۱ - در پائین دق روی کبد مات است

۲ - بالای آن بعلت وجود گاز در آبه تمپانیسم وجود دارد .

۳ - بالای آن بعلت ترشح جنب یا ریه کلابه ماتیه وجود دارد .

۴ - بالای آن صدای غارریوی شنیده میشود .

معاینه فیزیك بطور خلاصه :

- ۱ - بالارفتن دیافراگم و محدود شدن حرکات آن
- ۲ - کم شدن یا از بین رفتن صدای تنفسی در قسمت پائین قفسه سینه
- ۳ - وجود مایع در قفسه صدری (بالای دیافراگم)

پارااکلینیک :

- ۱ - علائم رادیولوژیک :
- الف - محدودیت حرکات دیافراگم در يك طرف که علامت عفونت تحت حجاب حاجزی است نه آبسه تحت حجاب حاجزی .
- ب - بالارفتن حجاب حاجز که دلیل آبسه تحت حجاب حاجزی است .
- ج - بسته شدن زاویه دنده‌ای حجاب حاجزی
- د - جابجا شدن قلب
- ه - وجود گاز و مایع زیر حجاب حاجز (بیشتر در پارگی‌های اولسر معده دیده میشود) .

۲ - علائم آزمایشگاهی :

- در آزمایش خون لوکوسیتوز -- ۱۲ هزار و پلی نوکلئوز ۰/۰۸۰ دیده میشود. در آبسه تحت حجاب حاجز پونکسیون تجسسی بهیچوجه جایز نیست و در صورت لزوم باید لاپاراتومی تجسسی انجام داد ولی یکی از مؤلفین میگوید :
- «پونکسیون حکم دادگاه عالی استیناف را دارد که تکلیف را يك سره میکند ولی این عمل را باید در اطاق عمل و بشرح زیر انجام داد :

پس از فرو بردن سوزن در محل مشکوک اگر سوزن به آبسه برخورد نماید چرك از آن خارج میگردد و نیز سوزن همراه با حرکات تنفسی نوسان مینماید، در آمپیم جنبی هم در پونکسیون چرك خارج میشود ولی سوزن پونکسیون با حرکات تنفسی نوسان نخواهد کرد»

پونکسیون همیشه باید در اطاق عمل انجام گیرد تا چنانچه بوجود چرك پی بردیم سوزن پونکسیون را در جای خود باقی بگذاریم «بمعنای راهنما بجانب آبسه»

۳ - بیماری ماسکه میشود.

۴ - معمولاً فکر متوجه این بیماری نیست.

درمان :

درمان اساسی این بیماری عمل جراحی است ولی بعضی از متخصصین بدواً بدرمان طبی میپردازند ولی اغلب باید بعد از آن نیز بعمل جراحی اقدام کرد . البته نتیجه عمل بحال عمومی بیمار بستگی دارد مثلاً در مریضی که عارضه ریوی داشته باشد احتمال مرگ و میر زیاد است .

راههای عمل :

- 1 - Trans Pleural
- 2 - Peritoneal
- 3 - Extra Peritoneal

درمان :

در مواردیکه شك و تردید وجود داشته باشد باید با آنتی بیوتیک و سولفامید
معالجه را شروع کرد، قفسه سینه را بی حرکت نمود و گرم نگه داشت و در صورت لزوم
دیاترمی نمود . وضع عمومی بیمار را تقویت کرد و دنبال کانون اصلی گشت و آنرا
پیدا نمود ولی در صورتیکه علائم مشخص عفونت سو فرنیک تاشش روز ادامه یافت
راه عاقلانه عمل جراحی است .

درمان جراحی :

عاقلانه ترین راه درمان بیماری است و در تمام مواردیکه تشخیص قطعی داده
شده و یا حتی مشکوک باین بیماری شدیم میتوان بعمل جراحی دست زد . البته منظور
از عمل جراحی باز کردن و درناژ نمودن آبسه است . در این موارد کلیه متخصصین
متفق القولند که باید نزدیک ترین راه را انتخاب نمود و سپس درناژ کرد .

بطور خلاصه راههای عمل بقرار زیر است :

۱ - ترانس سرور

۲ - اکستراسرور

۱ -- درطریقه ترانس‌سروز (طریقه اول) خطر آلودگی پلورویاجاد پلورزی و آلودگی صفاق و پریتونیت همیشه وجود دارد .

۲ -- درطریقه اکستراسروز (طریقه دوم) دوره وجود دارد :

الف - ازطرف خلف ب - ازطرف جلو که میتوان به محل‌های مختلفه رسید.

۱ - از طرف خلف

بهترین راه برای دسترسی بآبسه‌های لژخلفی فوقانی راست و فضای خلف صفاقی و فضای راست تحتانی است (۰/۰۸۰ آبسه‌ها در این نواحی اند) درطرف چپ راه ایده‌ال دست‌یابی بفضای خلفی تحتانی چپ میباشد .

تکنیک عمل :

فرض کنیم که عمل را درطرف راست انجام میدهم . بیمار را روی پهلو چپ میخوابانیم و شکافی روی دنده دوازدهم میدهم تا دنده در شکاف قرارگیرد . سپس دنده را زیر پریوست قطع میکنیم و عضلات جلوی فقراتی را کنار میزنیم بعد یک شکاف عرضی بسرتاسر دنده میدهم و قطع میکنیم . چسبندگی اسپینال حجاب حاجز در محاذات اولین مهره کمری با انتخاب شکاف افقی و حفظ آن در سطح اولین مهره کمری از صدمه دیدن جنب‌جلوگیری میکند .

پس از قطع حجاب حاجز کپسول کلیوی دیده میشود که آنرا با کلیه بپائین میزنیم تا لبه تحتانی کبد یا فضای زیر کبدی با صفاق پیدا شود در این موقع فضای تحتانی راست دقیقاً تحت معاینه و بررسی قرار میگیرد و در صورت لزوم پونکسیون بعمل میاید در صورتیکه آبسه وجود داشت باید با انگشت باز کرد و درن کلفت گذاشت .

۱ - از طرف جلو و راست :

این راه بهترین طریقه رسیدن بآبسه نواحی قدامی فوقانی است و همچنین میتوان آنرا برای آبسه‌های تحتانی راست بکار برد . البته در صورتی که سلامت فضای خلفی فوقانی راست محرز باشد باید از 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.

3 - 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 Abscès 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:

۱- سخنرانیهای جناب آقای پروفیسور عدل

2²- A bdominal Operation by:

Rodney Maingot, F.R.C.S.

London 1961 Page 850 - 859

3 - Ashort practice of surgery by:

Hamilton Bailey & Mc Neil love.

1959 Page 480 - 490

4 - Surgery - Gynecology & Obstetrics

December, 1956 Volume 103 - Number 6

Page 765 - 766