

سخنی چند در باره انسداد روده در ایران

پروفسور یحیی عدل * دکتر محمد علوی **

عواملی مانند سن ، جنس ، نژاد و وضع طبیعی و جغرافیائی میتواند درجهٔ شیوع و علت انسداد روده را تغییر دهد و برای اینکه این مطلب در ایران مورد بحث قرار گیرد ما در اینجا آمار چهار سالهٔ بیمارستان سینا را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده ایم و نتیجه حاصل را با مقایسه‌ای از آمار کشورهای دیگر و نکات قابل اهمیت انسداد روده یاد آور شده ایم (جدول يك).

آنچه که از جدول يك استنباط میشود نبودن فتق‌های مختنق بعنوان علل انسداد روده میباشد اصولاً گرچه بحث راجع بانسداد روده بدون بحث دربارهٔ فتق مختنق بعنوان یکی از اشکال آن ناقص میباشد ولی چون غالباً تشخیص آسان و علت نیز معین میباشد بنابراین فتق مختنق از جدول انسداد روده حذف شده است و در مدت این چهار سال حدود ۱۵۰ مورد فتق‌های مختنق گوناگون تحت عمل جراحی قرار گرفته است البته تعداد مراجعه کنندگان خیلی بیشتر بوده است ولی در عدهٔ قابل توجهی درمان بصورت جا انداختن ساده بوده است. نکته دیگری که قابل یادآوری میباشد آنست که ۳۵۱ مورد بیمار گروهی میباشند که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و تشخیص آنها روشن بوده است و بیمارانی که شرح حالشان یا شرح عملشان ناقص بوده است در اینجا آورده نشده است.

آنچه که در این جدول جالب بنظر میرسد نکات زیر است که باید بان دقت

شود :

* استاد و مدیر گروه جراحی دانشکده پزشکی تهران

** استادیار جراحی دانشکده پزشکی تهران

۱- شایعترین علت انسداد روده در ایران (اگر فوق مختنق را ندیده بگیریم) ولولوس قولون لگنی میباشد که در این آمار حدود ۴۴٪ موارد انسداد روده را تشکیل می دهد .

جدول يك : انواع انسداد روده بر حسب درجه شیوع در ایران
(آمار چهار سال ۴۶-۱۳۴۲)

حد اکثر شیوع سن	مرکز و میر % انسداد	زن	مرد	تعداد	علت انسداد	
۶۰-۴۰ سالگی	۴۴	۳۰	۲۴	۱۳۱	۱۵۵	۱- ولولوس قولون لگنی بعلت چسبندگی
۴۰-۲۰	۲۰٫۵	۱۶	۲۰	۵۲	۷۲	۲- بعد از عمل یا بدون عمل
۷-۵ ماهگی	۱۱٫۶	۱۲	۷	۳۴	۴۱	۳- انواژیناسیون
۲۰-۱۰ سالگی	۶٫۰۳	۸	۷	۱۶	۲۳	۴- ولولوس سکوم و قولون صاعد
۵۰-۳۰	۶٫۲۴	۵	۴	۱۸	۲۲	۵- روده باریک
۳۰-۲۰	۲٫۸۳	۸	۳	۶	۹	۶- مضاعف روده باریک و قولون
۴۰-۳۰		۲	۴	۲	۷	۷- تومور روده باریک، بزرگ و مزانتز
۶۰-۴۰		۲	۲	۲	۴	۸- ایلئوس پارالیتیک
	۸٫۳	۱	۱	۲	۳	۹- سل شکمی
متغیر بین ۶۲-۳۵		-	-	۲	۲	۱۰- انفارکتوس مزانتز
۲۰-۱ سالگی		-	۱	۱	۲	۱۱- بعلت انگل و اسکاریس
۴۰-۲۰		۱	-	۲	۲	۱۲- ایلئیت ترمینال
متغیر		۴	۳	۶	۹	۱۳- علل مختلف
	%۱۰۰	۸۹	۷۶	۲۷۵	۳۵۱	جمع

۲- بعد از ولولوس قولون لگنی انسدادهای روده ناشی از چسبندگی های بعد از عمل یا بریدها و چسبندگی های نامعلوم قرار دارد .

۳- انواژیناسیون در درجه سوم قرارداد . البته وقتیکه بدون در نظر گرفتن سن علل انسداد روده را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم، در صورتیکه اگر سن مورد

توجه قرار گیرد شایعترین علت انسداد روده در بچه‌ها انواژیناسیون میباشد که شاید حدود ۹۰٪ از موارد را تشکیل میدهد .

۴- نکته قابل اهمیت و فور نسبی و لولوس سکوم و قولون صاعد میباشد که بر طبق این آمار در درجه چهارم اهمیت قرار دارد .

۵- و لولوس روده باریک و و لولوس مضاعف روده باریک و قولون لگنی به ترتیب در درجه پنجم و ششم قرار دارند .

۶- از نکات جالب دیگر آنست که تو مو رهای روده تعداد کمی از بیماران را تشکیل میدهد و همچنین با وجود شیوع سل در ایران مواردیکه سل روده باعث انسداد میشود نسبتاً ناچیز است و همچنین انسداد رود بعلت عیب عروقی نسبتاً در ایران کم می باشد .

۷- در ۳۰۱ مورد انسداد روده در بیمارستان St. Mary انگلستان ۱۷۷ مورد بعلت فتق مختق و ۱۲۴ مورد بعلل دیگر بوده است و از ۶۸۹۲ مورد انسداد روده انتشار یافته بوسیله اتحادیه جراحان انگلیسی نتیجه چنین بوده است .

فتق خارجی	۳۲۶۷	مورد
فشار خارجی بر روی روده	۱۳۲۴	»
انواژیناسیون	۱۰۳۴	»
تنگی های داخلی روده	۹۷۱	»
ولولوس	۱۷۶	»
انسداد بوسیله اجسام داخل روده	۷۱	»
بعلت آمبولی و ترمبوز	۴۹	»

بطوریکه در کشورهای اروپائی و آمریکائی اگر فتق مختق در نظر گرفته نشود انواژیناسیون سرطان روده بزرگ و چسبندگی ها و بریدها سه عامل مهم انسداد روده میباشد در صورتیکه و لولوس از علل نسبتاً نادر میباشد بطوریکه و لولوس ، انسداد ناشی از سنگک صفر اوی تنگی های سلی و سایر علل جمعاً ۱۵٪ موارد انسداد روده را تشکیل میدهند .

ولولوس قولون لگن :

یکی از شایعترین علل انسداد روده ای میباشد بطوریکه آمار چهار ساله بیمارستان سینا چنین میباشد .

جدول دو : ولولوس قولون لگنی

سال	تعداد	مرد	زن	مرگ و میر	حداکثر سن	حداقل
۴۲	۲۹	۲۷	۲	۳	۷۰	۱۵
۴۳	۳۲	۲۷	۵	۵	۸۰	۲۲
۴۴	۴۲	۳۳	۹	۱۰	۷۰	۲۵
۴۵	۵۲	۴۴	۸	۱۲	۸۰	۷
جمع کل	۱۵۵	۱۳۱	۲۴	۳۰		

درجه شیوع سنی :

۱-۱۰ سالگی ۱ مورد ۳۰-۲۰ سالگی ۲۰ مورد ۴۰-۳۰ سالگی ۲۱ مورد
 ۵۰-۴۰ سالگی ۳۷ مورد ۶۰-۵۰ سالگی ۴۸ مورد ۷۰-۶۰ سالگی ۲۴ مورد و
 ۸۰-۷۰ سالگی ۴ مورد .

آنچه که در باره ولولوس قولون لگنی میتوان گفت آنست که نسبت آن در مردان خیلی بیشتر از زنان (۵۵ برابر) و مرگ و میر در آن زیاد (۱۹%) و حد اکثر شیوع سنی آن بین ۶۰-۴۰ سالگی میباشد .

تعداد زیادی از این بیماران بیش از یک نوبت تحت عمل جراحی قرار گرفته اند بطوریکه ۱۴ بیمار بیش از دو نوبت عمل شده اند علت مرگ و میر غالباً دیر مراجعه کردن بیمار و خرابی حالت عمومی و گانگرن روده میباشد بطوریکه عده زیادی از این بیماران در هنگام مراجعه در حالت کلاپس کامل میباشند ۲۶ بیمار از این بیماران بعداً کولکتومی و ۲ بیمار کولکتومی فوری و ۱۲ بیمار بعلت گانگرن روده عمل میکولیکس شده اند نکته قابل توجهی در شرح حال بیمارانیکه مکرراً تحت عمل جراحی قرار گرفته اند وجود داشته که ارزش یادآوری دارد و آن اینست که در سه بیمار بعد از سه نوبت عمل جراحی، تحت عمل کولکتومی قرار گرفته اند در هر سه مورد گرانولاسیونهای متعددی در سرتاسر حفره شکمی وجود داشته که جهت بافت برداری فرستاده میشود و جواب آن واکنش جسم خارجی بوده است بطوریکه این

گرانولاسیونها با سل صفاقی مطرح شده بوده است و شاید علت آن وارد شدن ذرات پودر تالک در نتیجه عمل های مکرر بداخل حفره صفاقی باشد .

پس باید بخواطر داشت که بیماران مبتلا به ولولوس قولون لگنی را بهتر است هرچه زودتر در شرایط مساعد تحت عمل جراحی قرار داد و کولکتومی کرد تا از خطرات عود بیماری و مرگ و میر عارضه کاسته شود . و دیگر شاید علت وفور ولولوس قولون لگنی در ایران رژیم غذایی خاص و عامل نژادی وارثی باشد .

انسداد روده بعلت چسبندگی های بعد از عمل و برید :

بعد از ولولوس قولون لگنی شایعترین علت میباشد و حدود ۲۰-۲۵٪ موارد انسداد روده را تشکیل میدهد و در آمار کشورهای خارجی نیز بین ۲۵-۲۰٪ موارد میباشد بیشتر انسداد روده باریک میدهد و چسبندگی به محل آپاندیس چه عمل شده و چه عمل نشده شایعترین علت میباشد و مرگ و میر آن نسبتاً زیاد حدود ۲۲٪ میباشد و نسبت مردها به زنها ۲٫۵ برابر است .

جدول سه : انسداد بعلت چسبندگیهای بعد از عمل یا

بریدهای با علت نامعلوم و یا معلوم

سال	تعداد	مرد	زن	مرگ و میر	حداکثر سن	حداقل سن
۴۲	۱۴	۱۲	۲	۵	۷۰	۴ ماهه
۴۳	۲۰	۱۵	۵	۴	۷۰	۵ ساله
۴۴	۱۶	۱۱	۵	۲	۵۵	۲۳ ساله
۴۵	۲۲	۱۴	۸	۵	۷۵	۲ ساله
جمع	۷۲	۵۲	۲۰	۱۶		

درجه شیوع سنی :

تا ۱۰ سالگی ۴ مورد ۲۰-۱۰ سالگی ۷ مورد ۳۰-۲۰ سالگی ۲۲ مورد
 ۴۰-۳۰ سالگی ۱۵ مورد ۵۰-۴۰ سالگی ۱۲ مورد ۶۰-۵۰ سالگی ۶ مورد
 ۷۰-۶۰ سالگی ۵ مورد ۸۰-۷۰ سالگی ۱ مورد

همچنین موقعیت موارد انسداد چنین بوده است :

بعد از عمل آپاندیسیت یا آپاندیسیت ۳۴ مورد - دیورتیکول مکل ۵ مورد -
عمل‌های نامعلوم و گوناگون ۱۳ مورد - بریدهای با اصل نامعلوم ۲۰ مورد .
در يك مورد بعلت گانگرن و در ۶ مورد بعلل گوناگون لازم شد که قسمتی از
روده باریک برداشته شود و انسداد بیشتر از نوع انسداد روده باریک بوده است .

انواژیناسیون :

جمعاً ۴۱ مورد وجود داشته است که اکثریت نزدیک باتفاق آن در اطفال
میباشد و شکل بالغ آن یعنی در اطفال بزرگتر از ۴ سال فقط ۵ مورد بوده است
(۱/۴۲٪ از کل انسداد روده‌ای) نسبت پسر بچه‌ها بدختر بچه‌ها ۹- می‌باشد و ۱۱/۶٪
از تمام انسدادهای روده‌ای را تشکیل میدهد بیشتر آن در سال اول زندگی و آنهم
بین ماههای پنجم و هفتم میباشد . مرگ‌ومیر آن زیاد حدود ۲۹/۳٪ می‌باشد که ناشی
از تأخیر مراجعه و پیشرفت عارضه و خرابی حال عمومی اطفال میباشد .

جدول چهار : انواژیناسیون در سنین متفاوت

سال	تعداد	پسر بچه و مرد	دختر بچه وزن	مرگ‌ومیر	حداکثر سن	حداقل	سن بالغین	نوع
۴۲	۵	۳	۲	۱	۲ سال	۵ ماهه		ایلئوسکال
۴۳	۱۱	۸	۳	۵	۸ ماهه	۵		ایلئوسکال
۴۴	۱۶	۱۴	۲	۳	۵۰ ساله	۳	۳۰-۴۰-۵۰	در توضیح آمده است
۴۵	۹	۹	-	۳	۳۰ ساله	۵	۳۰ ساله	۸ مورد ایلئوسکال
	۴۱	۳۴	۷	۱۲				

درجه شیوع سنی :

۴- ۱ ماهگی ۴ مورد ، ۵ ماهگی ۱۱ مورد ، ۶ ماهگی ۱ مورد ، ۷ ماهگی
۱۰ مورد ، ۸ ماهگی ۴ مورد ، ۱۰ ماهگی ۱ مورد ، یکساله ۳ مورد ، ۳- ۱ سالگی
۲ مورد و فرم بالغین از چهار سال ببالا ۵ مورد .

نوع درمان انجام شده :

در سال ۴۲ تماماً برطرف کردن انواژیناسیون ایلئوسکال بوده است در سال ۴۳ نیز درمان همان برطرف کردن انواژیناسیون ایلئوسکال بوده در سال ۴۳ یک طفل ۴ ماهه دچار انواژیناسیون ایلئوسکو کولیک بوده که مجبور به رزکسیون میشوند و طفل فوت میکند. مرد ۴۰ ساله ای دچار انواژیناسیون ایلئوایلئال و ایلئو کولیک با سه روز سابقه که مجبور به رزکسیون و اناستوموز Ileotransversostomy میشوند. مرد ۳۵ ساله ای دچار نوع ایلئوایلئال بعلت دیورتیکول مکل انواژینه با سه روز سابقه و سابقه دردهای قولنجی و استفراغ بوده است که رزکسیون و اناستوموز Ileo-Tr. میشود در یک مرد ۵۰ ساله نیز رزکسیون بعمل می آید و بعد از Ileo-Tr. انتهای قولون عرضی بعنوان آنوس بیرون گذاشته میشود و بهبود می یابد و یک طفل نیز رزکسیون میشود و بهبود می یابد. از ۱۶ مورد مراجعه کننده ۱۱ مورد از نوع ایلئوسکال و ۵ مورد ایلئوایلئال یا ایلئوسکو کولیک بوده است در سال چهل و پنج این نکات جالب وجود داشته است که یک بیمار ۳۰ ساله رزکسیون میشود و فوت میکند یک بچه هم بعلت برطرف نشدن انواژیناسیون و یک بچه هم بعلت ۸ روزه بودن عارضه و گانگرن رزکسیون میشوند و فوت میکنند در یک مورد هم آپاندیس گانگرن وجود داشته که برداشته میشود و طفل بهبود می یابد در مورد انواژیناسیون بالغین نکته قابل توجه سابقه دردهای قولنجی و شکل مزمن عارضه میباشد و برای اطلاع بیشتر میتوان از مقاله نگارنده در مجله دانشکده پزشکی استفاده شود.

ولولوس سکوم و قولون صاعد :

جدول پنج : تعداد موارد ولولوس سکوم و قولون صاعد

سال	تعداد	مرد	زن	مرکز و میر	حد اکثر سن	حد اقل سن
۴۲	۲	۲	-	۲	۶۰	۲۷ سال
۴۳	۴	۱	۳	۲	۶۰	۱۳
۴۴	۷	۵	۲	۱	۴۲	۱۲
۴۵	۱۰	۸	۲	۳	۷۰	۱۴
جمع	۲۳	۱۶	۷	۸		

درجه شیوع سنی

۲۰-۱۰ سالگی ۶ مورد، ۳۰-۲۰ سالگی ۶ مورد، ۴۰-۳۰ سالگی ۴ مورد، ۵۰-۴۰ سالگی ۲ مورد، ۶۰-۵۰ سالگی ۳ مورد و ۷۰-۶۰ سالگی ۲ مورد.

آنچه که از این جدول و جدول يك استنباط می‌شود آنست که بر طبق آمار بیمارستان سینا از لحاظ درجه شیوع این نوع ولولوس در درجه چهارم قرار دارد و ۶/۵۳٪ از انسدادهای روده‌ای را تشکیل می‌دهد. مردان ۲/۳ برابر بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند و مرگ و میر آن زیاد و حدود ۳۵٪ میباشد و شایعترین سن بروز عارضه بین ۱۰-۳۰ سالگی میباشد.

در سال چهل و دو در يك مورد بعلت گانگرن بیمار همی کولکتومی فوت میشود و بیمار دیگر بعد از برطرف کردن ولولوس او انتراسیون پیدا میکند و بعد از عمل مجدد فوت میشود. در سال چهل و سه يك بیمار بعلت گانگرن روده باریک و سکوم رزکسیون و فوت میکند در بیمار دیگر آپاندیس برداشته می‌شود بعداً فیستول روده‌ای میکند و بیمار تلف میگردد و در بیماران دیگر فقط ولولوس برطرف میشود و بهبودی می‌یابند در سالهای چهل و چهار و چهل و پنج سه بیمار بعلت گانگرن رزکسیون و فوت میکنند و ۲ بیمار همی کولکتومی می‌شوند و بهبودی می‌یابند و در يك بیمار فقط بعلت گانگرن وسیع درن گذاشته میشود و بیمار فوت میکند بقیه بیماران فقط ولولوسشان برطرف میشود. نکته قابل یادآوری آنست که تمام این بیماران دارای سکوم موبیل بوده‌اند و عده‌ای هم روده باریک و قولون صاعد مزوی مشترک داشته‌اند و در چهار مورد از این بیماران برای جلوگیری از عود عارضه سکوم در محل ثابت شده است.

ولولوس روده باریک: (به جدول شماره ۶ رجوع شود).

آنچه که استنباط میشود آنست که ولولوس روده باریک از لحاظ درجه شیوع در درجه پنجم میباشد و ۶/۲۴٪ از انسدادهای روده‌ای را تشکیل میدهد مردان ۴/۵ برابر زنها مبتلا میشوند و مرگ و میر آن حدود ۲۲/۷٪ میباشد حداکثر شیوع سنی آن بین ۳۰-۵۰ سالگی میباشد. نکته مهمی که در شرح حال اینگونه بیماران ملاحظه میشود یکی دردهای فوق‌العاده شدید و دیگر اینکه سرعت بیمار بطرف کلاپس

جدول شش: ولولوس روده باریک

سال	تعداد	مرد	زن	مرگ و میر	حداکثر سن	حداقل سن
۴۲	۲	۲	-	۱	۶۰	-
۴۳	۸	۶	۲	۱	۶۰	۱۶
۴۴	۷	۵	۲	۱	۶۰	۲
۴۵	۵	۵	-	۲	۵۰	۳۲
جمع	۲۲	۱۸	۴	۵		

درجه شیوع سنی:

۱۰-۱ سالگی ۱ مورد، ۲۰-۱۰ سالگی ۲ مورد، ۳۰-۲۰ سالگی ۲ مورد
 ۴۰-۳۰ سالگی ۶ مورد، ۵۰-۴۰ سالگی ۶ مورد، ۶۰-۵۰ سالگی ۴ مورد، و
 ۷۰-۶۰ سالگی ۱ مورد.

میروود و از این جهت اغلب بیماران در مراحل اولیه مراجعه میکنند برخلاف ولولوس قولون لگنی و صاعد که بعلت کمتر بودن درد و حملات Subocclusion بیمار مدتی آنرا تحمل میکند و در مرحله ای مراجعه می کند که اغلب گانگرن و خرابی حالت عمومی وجود دارد و در این بیماران اغلب اقدام به برطرف کردن ولولوس شده است در دو بیمار بعلت گانگرن وسیع فقط درن گذاشته میشود و بیمار فوت میکند در ۵ مورد بعلت گانگرن رزکسیون بعمل می آید و فقط یک طفل ۲ ساله از این گروه فوت میکند. ولولوس مضاعف روده باریک و قولون لگنی یکی از بدترین انواع انسدادهای روده ای میباشد (جدول هفت).

این نوع انسداد روده ای از لحاظ درجه شیوع در مرتبه ششم قرار دارد و جمعاً ۲/۸۳٪ از انسدادهای روده ای را تشکیل میدهد. نسبت مردان بزنان ۲/۱ میباشد و حداکثر شیوع سنی آن بین ۳۰-۲۰ سالگی میباشد. از لحاظ پیش آگهی فوق العاده بد بطوریکه مرگ و میر آن ۸۸/۵٪ میباشد و درمانهای انجام شده در این بیماران بقرار زیر است:

جدول هفت: ولولوس مضاعف روده باریک و قولون لگنی

سال	تعداد	زن	مرد	مرگ و میر	حداکثر سن	حداقل سن
۴۲	۳	۲	۱	۳	۷۰	۲۶
۴۳	۲	-	۲	۱	۳۱	۲۸
۴۴	۱	-	۱	۱	۵۰	-
۴۵	۳	۱	۲	۳	۳۶	۲۴
جمع	۹	۳	۶	۸		

در سال ۴۲ سه مورد برخورد شده است که همراه با گانگرن روده باریک و قولون بوده است که روده باریک رزکسیون شده و قولون لگنی بیرون گذاشته شده است و هر سه بیمار فوت میکنند.

در سال ۴۳ در یک بیمار گانگرن روده باریک بدون گانگرن قولون بوده است که روده باریک رزکسیون میشود و بیمار بهبود می یابد و مورد دیگر بعلت گانگرن وسیع هیچگونه عملی انجام نمیشود و بیمار فوت میکند.

در سال ۴۴ فقط یک بیمار وجود داشته که گانگرن روده باریک با قولون توأم بوده است روده باریک رزکسیون میشود و قولون را بیرون میگذارند و بیمار فوت می کند.

در سال ۴۵ دو بیمار رزکسیون روده باریک و عمل میکولیکس نسبت به قولون میشود و در یک بیمار ولولوس روده باریک بر طرف و قولون بعلت گانگرن میکولیکس میشود و هر دو بیمار فوت میکنند.

توءورهای روده بزرگ و باریک مزانتر :

برطبق این آمار چندان شایع نمی باشد بطوریکه جمعاً ۷ مورد وجود داشته که سه مورد آن مرد و ۴ مورد زن بوده است و نکته جالب آنست که سن این بیماران از ۵ سال متجاوز نبوده و ۲ مورد آن در نزد افراد کمتر از بیست سال ملاحظه شده است. از این ۷ مورد یک مورد بعلت سارکوم مزانتر بوده و بقیه بعلت سرطان روده

بزرگ بوده است و مرگ و میر در مدت توقف در بیمارستان در ۲ بیمار اتفاق افتاده است .

ایلئوس فلجی :

این عارضه نسبتاً نادر بوده است و اگر تعداد بیمارانی که در این چهار ساله تحت عمل جراحی قرار گرفته اند در نظر بگیریم میتوان گفت که این عارضه تقریباً هیچ بوده است با وجودیکه از آن بعنوان یکی از عوارض شایع بعد از اعمال جراحی یاد میکنند در مدت چهار سال ۴ مورد وجود داشته که ۲ مورد آن زن و ۲ مورد مرد بوده است و تماماً در سنین از چهل ببالا بوده است یکی بعد از هیسترکتومی و ۲ مورد باعث نامعلوم فقط در لاپاراتومی معلوم شده است که ایلئوس فلجی میباشد و یک مورد بعد از ضربه عارض شده است و نکته جالب مرگ و میر زیاد این عارضه (۵۰٪) میباشد .

سل شکمی :

در سه مورد سل باعث انسداد روده ای بوده است که یک مورد برای دومین بار تحت عمل جراحی قرار گرفته و بعد از برطرف کردن چسبندگی رزکسیون روده باریک انجام میشود و بیمار فوت میکند در یک مورد فقط چسبندگی ها جدا میشود و در یک مورد علاوه از جدا کردن چسبندگی ها لازم میشود که ایلئوترانسورستومی انجام شود . این دو بیمار هر دو بهبود می یابند .

عیب عروقی و انفارکتوس مزانتر :

نکته جالب نتیجه درمانی در ۲ مورد می باشد که یکی با تزریق نوکائین در مزانتر و دیگری با رزکسیون موضعی بهبود می یابند و این برخلاف مرگ و میر زیاد این عارضه است .

انسداد بعلت انگل بخصوص اسکاریس :

۲ بیمار وجود داشته یکی زن و ۱۲ ساله که با تنقیه و دادن داروی ضد انگل بیمار تعداد زیادی اسکاریس دفع میکند و بهبود می یابد بیمار دوم پسر بچه ۲ ساله ایست که دچار گانگرن قسمت انتهائی ایلئون بوده و رزکسیون و اناستوموز ایلئوترانسورستومی میشود ، و بهبود می یابد .

ایلیتیت ترمینال :

در ۲ مورد باعث انسداد روده‌ای شده‌است که هر دو مرد و ۲۵ و ۳۲ ساله بوده‌اند در هر دو رز کسیون و ایلئوترانسورستومی میشود و یک بیمار بعلت خرابی حالت عمومی و شوك فوت میکند .

علل متفرقه :

- ۹ مورد بعلل متفرقه بوده‌است که به ترتیب عبارتند از:
- ۱- يك مورد بعلت پانکراتیت جهت بیمار عمل درناژ انجام شده و اویسراسیون پیدا میکند مجدداً عمل شده و فوت میکند.
 - ۲- ولولوس قولون عرضی در يك مورد وجود داشته که با بر طرف کردن ولولوس بیمار بهبود مییابد .
 - ۳- اتساع حاد معده در ۲ مورد بعلت نامعلوم وجود داشته که در هر دو لاپاراتومی انجام میشود .
 - در يك بیمار اقدامی انجام نمیشود و بیمار بهبود می‌یابد در يك مورد دیگر پیلورتومی انجام میشود و بیمار فوت میکند .
 - ۴- ۲ مورد انسداد روده‌ای ناشی از پریتونیت ادراری بوده که در یکی درناژ صفاق همراه با سیستوستومی انجام میشود و بیمار بهبود می‌یابد در مورد دیگر يك سرطان سوراخ شده مثانه وجود داشته که عمل کافی انجام میشود و بیمار فوت میکند .
 - ۵- ۲ مورد انسداد روده‌ای ناشی از پریتونیت با علت نامعلوم بوده است که در هر دو عمل درناژ انجام میشود و یکی فوت میکند و دیگری بهبود می‌یابد .
 - ۶- يك مورد بعنوان سوب اکلوزیون بیمار عمل میشود و علتی برای انسداد روده‌ای پیدا نمیشود و بیمار بهبود می‌یابد .

نتیجه :

در مدت چهار سال جمعاً ۱۳۰۶۹ بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند که البته اعمال جراحی کوچک در آن منظور نشده است از این تعداد ۳۵۱ مورد بعلت انسداد روده‌ای بوده است که ۲۷۵٪ اعمال جراحی راتشکیل میدهد در مردان خیابای

شایعتر از زنان و این نسبت در مجموع موارد انسداد روده ای که ملاحظه شده است ۳۶٪ برابر می باشد. میزان مرگ و میر در جمع کل بیماران ۲۵٫۳٪ می باشد که حداکثر مرگ و میر در ولولوس مضاعف روده باریک و قولون لگنی (۵۸٫۸٪) بوده است و حداقل در این آمار در انفارکتوس مزانتروانسداد بعلت انگل بوده است که برخلاف متعارف می باشد و بعلت کم بودن تعداد بیماران ارزش چندانی ندارد.

بحث :

انسداد روده ای چه از لحاظ تشخیص و چه درمان یکی از مسائل مشکل و مبهم می باشد که هر پزشکی با آن مواجه می شود. بانسداد روده ای بساید از دو جنبه نظر داشت :

اول اینکه انسداد روده ای مجموعه ای از حوادث می باشد که توجه و ارزیابی بآنها نهایت اهمیت را دارد. یعنی شامل ارزیابی محل انسداد، علت انسداد، طرز شروع و اثرات ناشی از انسداد می باشد.

دوم اینکه از لحاظ درمانی بیمار باید در دو مرحله مورد توجه قرار گیرد یکی مرحله ابتدائی و درمان کنسرواتیو و دیگری درمان جراحی.

بخاطر آنکه اثر انسداد روده ای بخوبی مفهوم شود یادی از گردش روده ای یا Intestinal Circulation ضروری است.

بطور کلی لوله گوارش از دو قسمت کاملاً متمایز از لحاظ فونکسیون تشکیل شده است یکی قسمت پروکزیمال (دهان، مری، معده و نیمه فوقانی روده باریک) که بیشتر دارای اثر ترشعی می باشد بطوریکه مقدار قابل توجهی مایع از گردش خون از طریق کاپیلرهای جدار این قسمت یا غدد با ترشح خارجی وارد لوله گوارش می شود که مقدار آنها در یک فرد ۷۰ کیلو گرمی در ۲۴ ساعت بقراردیل می باشد :

- ۱ - بزاق ۱٫۰۱ لیتر
- ۲ - شیر معده ۳ »
- ۳ - صفرا ۱ »
- ۴ - شیر پانکراس ۱ »
- ۵ - شیر روده ای ۲ »

که جمعاً ۸٫۰۱ لیتر می باشد و اگر در نظر گرفته شود که ۶۰٪ وزن بدن در شخص

بالغ از آب تشکیل شده میتوان چنین نتیجه گرفت که این مقدار ۲۰٪ از کل آب بدن میباشد.

دومین قسمت لوله گوارش قسمت دیستال میباشد که شامل نیمه دیستال روده باریک و قولون است و عمل جذب را انجام میدهد و مایعاتی که در قسمت پروکزیمال ترشح شده از این قسمت جذب میشود. و این گردش ۱/۳ از آب بدن در داخل لوله گوارش و سیله‌ای برای هضم و جذب مواد غذائی میباشد بنابراین اولین اثر مهم انسداد روده‌ای قطع این گردش روده‌ای و در نتیجه از دست رفتن سریع مایعات و اختلال تغذیه‌ای و الکترولیتی میباشد که نهایت اهمیت را دارد.

علل انسداد:

در اکثر موارد در لاپاراتومی علت کشف و یا تأیید می‌شود. البته از مطالعه سیر بیماری طرز شروع و توجه بسن بیمار تا اندازه‌ای میتوان علت انسداد را حدس زد ولی تشخیص قطعی با لاپاراتومی است.

علل انسداد ممکن است در داخل روده باشد بنابراین اجسام خارجی، انگل‌ها و سنگ صفاوی از این دسته عوامل میباشد که در آمار ما تعداد فوق‌العاده کمی را تشکیل میدهند.

علل انسداد ممکن است در جدار روده باشد که یا منشأ التهابی دارد و یا منشأ توموری. در نوع التهابی آپاندیسیت با عوارض آن، ایلئیت ترمینال، دیورتیکولیت و سل قابل ذکر است که در آمار ما چندان علت شایع نیست و سرطان بهر نوعی که باشد در آمار ما بعنوان عامل انسداد حاد روده‌ای خیلی کم ملاحظه شده است.

علل انسداد گاهی Extrinsic میباشد که با چسبندگی با ولولوس یا فشار بر روده بوسیله تومور یا توده التهابی غیر مریوط میباشد در ایران شایعترین علت انسداد روده‌ای ولولوس و چسبندگی بعد از عمل یا چسبندگی‌های التهابی با اصل نامعلوم میباشد بطوریکه از ۳۵۱ مورد انسداد حاد روده‌ای ۲۱۰ مورد بعلت ولولوس‌های گوناگون و ۷۲ مورد بعلت چسبندگی بوده است.

گاهی انسداد روده‌ای از نوع فونکسیونل میباشد که یافلجی است و یا اسپاستیک که نوع اخیر فوق‌العاده نادر است ولی نوع فلجی میتواند بعلل گوناگون بوجود آید که اهم آنها عبارتند از:

- ۱- پریتونیت (فلج سمی روده‌ای) .
- ۲- گاهی در بیماریهای اختصاصی جدار روده مثل استاتوره و کولیت اولسروز .
- ۳- گاهی بعلت سوء اثر داروها مثل داروهای Ganglion - blocking که در فشارخون بکار میرود .
- ۴- گاهی ناشی از رفلکس بعلت ضربه میباشد (مثل شکستگی ستون فقرات یا هماتوم خلف صفاق) .
- ۵- گاهی بعلت عدم تعادل الکترولیتی است (در نارسائی فوق کلیه) .
- ۶- گاهی بعلت نارسائی قلب در نتیجه ورم جدار روده میباشد .
- ۷- گاهی بعلت اورمی .
- ۸- گاهی بعلت خونریزی در جدار روده در ضمن تجویز داروهای ضد انعقادی میباشد .
- ۹- بالاخره بدنبال اعمال جراحی که شاید از همه شایعتر باشد . خوشبختانه در آمار ما چندان شایع نیست .

عوامل مؤثر در مرگ و میر بیماران با انسداد روده‌ای

این عوامل از دو نقطه نظر بایستی مورد بحث قرار گیرند :

- ۱- عواملی که میزان مرگ و میر را افزایش میدهند .
- ۲- عواملی که باعث مرگ می‌شوند .

اول - عواملی که میزان مرگ و میر را افزایش میدهند :

- ۱- تأخیر در تشخیص مهمترین عامل میباشد و امروزه همگی به این عقیده‌اند که تشخیص زودرس و برقراری درمان مناسب بمیزان قابل توجهی از میزان مرگ و میر بیماران با انسداد روده‌ای کاسته است. باید بخصاطر داشت که بیشتر تشخیص انسداد روده‌ای بر اساس مشاهدات بالینی میباشد و پاراکلینیک اهمیت چندانی در تشخیص انسداد روده‌ای ندارد. البته این یادآوری به آن معنی نیست که نباید از پاراکلینیک استفاده کرد بلکه نباید مشاهدات بالینی را تحت الشعاع آن قرارداد. بطوریکه Miller معتقد است که درجه مرگ و میر در ازاء هر يك ساعت تأخیر در تشخیص ۱٪ افزایش می‌یابد و Van Beuren چنین میگوید :

«The longer a patient with intestinal obstruction lives before operation, The sooner he dies afterward»*

۲ - موضع و وسعت انسداد : از عوامل دیگر باید کامل بودن انسداد، اختناقی بودن یا نبودن و نقطه انسداد را در نظر داشت. واضحست که انسدادهای بالا بخصوص انسداد بلافاصله بعد از دوازدهه زودتر بیمار را بطرف مرگ می برد تا انسداد قولونی و همچنین مواردیکه انسداد ناکامل است بیمار مدت بیشتری عارضه را تحمل میکند تا انسداد کامل و نکته دیگر آنست که اختناق روده ای یکی از عوامل فوق العاده مهم در افزایش مرگ و میر بیماران با انسداد روده ای میباشد .

۳ - اتساع شکمی : در انسدادهای بالا نقش مهمی ندارد ولی در انسدادهای پائین خود منشأ اختلالات عروقی میشود . مثلاً در انسداد قولون اگر دریچه ایلئوسکال مانع ورود مواد بداخل ایلئون باشد يك نوع انسداد Closed loop تشکیل میشود که اگر اصلاح نشود با افزایش فشار داخل قولون اختلالات عروقی بروز میکند و منجر بسوراخ شدن سکوم بخصوص در سطح قدامیش میشود . در صورتیکه اگر دریچه ایلئوسکال نارسا باشد این وضع بروز نمیکند و محتویات قولون وارد ایلئون میشود و اتساع شکمی عمومی بروز میکند .

۴ - وضع تغذیه بیمار : اصولاً بیمارانیکه دچار سوء تغذیه یا کمبود ویتامین هستند انسداد روده ای را همانند هر بیماری ، خیلی بد تحمل میکنند .

۵ - بیماریهای توام : بیمارانیکه دچار نارسائی قلب یا عیب کرنری هستند و یا اینکه دچار دیابت ، نارسائی کلیه ، یا نارسائی کبد هستند خیلی بدانسداد روده ای را تحمل میکنند و میزان مرگ و میر به نسبت قابل ملاحظه ای در آنها افزایش می یابد .

۶ - سن : یکی از عوامل مهم میباشد بطوریکه اطفال کمتر از یکسال انسداد روده ای را خیلی بد تحمل میکنند و مرگ و میر در آنها خیلی بالاست زیرا سرعت اختلال الکترولیتی و مایعات بروز میکند و اعمال جراحی را هم بد تحمل میکنند در سنین خیلی بالا نیز بعلا فرسودگی عمومی بدن انسداد روده ای با مرگ و میر زیاد توام است :

* اگر بیمار مبتلا با انسداد روده ای مدت طولانی تر بدون درمان جراحی نگه داری شود، خطر مرگ برای او بعد از عمل بیشتر است .

دوم - علل مرگ در انسداد روده‌ای :

- علل مرگ در انسداد روده‌ای بقدری متعدداست که نمیتوان يك عامل بخصوص را برشمرد بلکه این علل را بدودسته تقسیم میکنند :
- ۱ - علل اولیه (که بعلت خود انسداد میباشد).
 - ۲ - علل ثانویه (عارضه در زمان بروز انسداد وجود دارد و بآن مربوط نیست).
- علل اولیه مرگ در انسداد روده‌ای بقرار ذیل میباشد :
- ۱ - مرگ بعلت تغییرات شیمیائی و اختلال الکترولیتی خون .
 - ۲ - مرگ بعلت اختناق یا شوک .
 - ۳ - مرگ بعلت پریتونیت که در نتیجه سوراخ شدن و نشت مواد بداخل صفاق میباشد .

علل ثانویه مرگ در انسداد روده‌ای :

- گاهی باوجودیکه انسداد روده‌ای بیمار برطرف شده و بیمار از لحاظ انسداد بخوبی درمان شده‌است عواملی باعث مرگ بیمار میشوند که بطور خلاصه عبارتند از :
- ۱ - گاهی سرطان عامل انسداد روده‌ای بعلت متاستاز باعث مرگ میشود .
 - ۲ - نارسائی قلب و بروز ترمبوز کرونر از عوامل مهم میباشد .
 - ۳ - آمبولی ریه یا آتلکتازی ریه بعلت استفراغ و وارد شدن مواد غذائی بداخل مجرای تنفسی و یا پنومونی باعث مرگ بیمار میشود .
 - ۴ - گاهی بیهوشی بصورت ایست قلب و یا عدم آماده کردن بیمار باحالت شوک باعث مرگ میشود .
 - ۵ - گاهی بعلت تجویز ناکافی مایعات بیمار دچار نارسائی حاد کلیه میشود و بعلت اورمی فوت میکند .
- درمان : بادر نظر گرفتن تمام این عوامل باید توجه داشت که در درمان انسداد روده سه اصل مورد توجه میباشد :
- ۱ - برطرف کردن انسداد .
 - ۲ - اصلاح اختلالات حاصل از انسداد روده .
 - ۳ - درمان علت انسداد .
- ودر درمان هر نوع انسداد روده باید باین نکته توجه داشت که نتیجه خوب

درمانی باتوام کردن درمان محافظه کاری (Conservative) و جراحی میباشد .
درمان محافظه کاری بر سه اصل استوار است :

۱ - گذاشتن لوله معده که دارای چند اثر میباشد اول از استفراغ بیمار جلوگیری میکند دوم مقدار مایع خارج شده چگونگی پیشرفت عارضه را نشان میدهد سوم در اشخاص مسن یا اطفال خیلی کوچک از وارد شدن مواد بداخل مجاری تنفسی جلوگیری میکند و چهارم از لحاظ تنظیم مایعات اهمیت دارد .

۲ - تجویز مایعات از راه سیاهرگ - آنچه مسلم است انسداد روده مانع جذب مواد از روده میشود بالنتیجه تغذیه بیمار قطع میگردد پس برای تغذیه بیمار و اصلاح مواد از دست رفته بایستی از مایعات مناسب در سیاهرگ استفاده شود . برای ارزیابی مایعات از دست رفته میتوان از چند طریق استفاده کرد :

الف - محاسبه مواد استفراغ شده .

ب - تجسس علائم بالینی دز هیدراتاسیون که در موارد بروز آن باید اعتراف کرد که حدود ۶۰٪ از مایعات خارج سلولی از دست رفته است .

ج - تعداد ایماژهای هیدروآئریک در رادیوگرافی ساده و ایستاده از شکم بیمار .

۳ - تجویز مسکن مناسب و آنتی بیوتیک به بیمار - مورفین و Pethidine با وجود اعتراضاتی که در مورد آنها میشود داروهای مسکن مناسبی میباشد .
درمان جراحی :

بیشتر در مرحله اول بر طرف کردن انسداد میباشدگاهی در ضمن عمل میتوان علت اصلی انسداد را نیز بر طرف کرد ولی گاهی اجبار در آنست که بعد از بر طرف کردن انسداد ، بیمار در مرحله ای دیگر مورد عمل جراحی برای علت انسداد قرار بگیرد .

References

- 1- British Medical Journal 16 March 1968 Page 687-691
- 2- » » » 23 » » » 751-753
- 3- Gastro - intestinal obstruction By Cantor and Reynolds 1957 .
- 4- Body fluids in surgery By WilKinson 1960
- 5- Clinical Surgery Edited By Rob and Smith Abdomen and Rectum and Anus 1966 Page 122-145 .