

## درهم فروفتن روده‌ها در کودکان

از دکتر هوشنگ صادقی نژاد \*

«شرح حال بیمار»

۱۳۴۰/۹/۷

رالف فرزند اول خانواده (پسر) برای بار اول در سن ده ماهگی به انواژیناسیون حاد مبتلی میشود.

از نظر بالینی دردهای متناوب شکمی و مدفوع خون آلود موجود بوده و در لمس شکم توموری در قسمت بالا و راست شکم محسوس بوده است. رادیوگرافی با تنقیه باریم تشخیص بیماری را تأیید و چون عارضه با تنقیه رفع نشده طفل تحت عمل قرار گرفته است - در لاپاراتومی انواژیناسیون تیپ ایلئو کولیک کشف که بدون زحمت رفع شد بعد از عمل طفل بخوبی روبه بهبود رفته و بعد از بازده روز از بیمارستان مرخص میشود.

۱۳۴۱/۲/۱۲

پنج ماه بعد از عمل اول عارضه طفل بطور ناگهان عود میکند در مدت فاصله بین عمل اول و دوم رشد طفل کاملاً طبیعی بوده و هیچ نوع ناراحتی نداشته است - علائم بالینی مشابه دفعه قبل و تنقیه باریم نیز مؤید تشخیص بوده و چون با متدهیدروستاتیک توفیق در رفع عارضه حاصل نمیشود طفل تحت عمل قرار میگردد و اینبار نیز انواژیناسیون نوع ایلئو کولیک وجود داشته که بدون زحمت جا افتاده است. بی‌شرف بعد از عمل طبیعی بوده و طفل روز چهاردهم بعد از عمل با بهبود کامل بیمارستان را ترک میکند.

۱۳۴۱/۶/۲۷

چهار ماه و نیم بعد از عمل دوم برای سومین بار بیماری طفل با دردهای شدید شکمی همراه با فواصل آرامش، استفراغ و مدفوع خون آلود تظاهر میکند و در لمس شکم برجستگی در قسمت بالای شکم محسوس بوده است.

رادیوگرافی با تنقیه باریم تشخیص انواژیناسیون را برای سومین بار مستجل میکند و طفل بلافاصله تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد.

در ضمن عمل بعد از رفع انواژیناسیون که با سانی انجام شد (نوع ایلئو کولیک) قسمت انتهایی ایلئون، سکوم و کولون صعودی بدقت مورد بررسی قرار گرفت و چون هیچ نوع علنی برای ایجاد و تکرار بیماری کشف نشد روده باریک با پنج بخیه مجزا با فاصله تقریبی یکسان تیمتراز یکدیگر بجدار کولون صعودی ثابت شد و آباندریس نیز برداشته شد بعد از عمل حال طفل بخوبی

\* رئیس درمانگاه جراحی بیمارستان سینا

پیشرفت نمود و روز دوازدهم بعد از عمل از بیمارستان مرخص شد. اکنون بیش از یکسال از عمل سوم میگذرد در این مدت طفل تحت نظر بوده، حال عمومی و رشد طفل طبیعی است.

### «بحث»

عود انواژیناسیون عارضه نسبتاً کمیابی است و مجموع مواردی که تا سال ۱۹۶۰ منتشر و گردآوری شده است (۷) یکصد و هفتاد و نه بیمار بوده است. مهم‌ها باید امکان عود عارضه همیشه بفکر طبیب و جراح باشد. گروس (۵) ۱۲۱۱ بیمار مبتلی به انواژیناسیون را مورد مطالعه قرار داده و میزان عود بیماری از ۴/۱ درصد ذکر کرده است.

فاصله زمانی بین کریز اول و عود بیماری و همچنین بین دفعات مختلف بعدی از سی ساعت تا هشت سال ذکر شده (۱۲) و بخصوص در مواردی که در روزهای بعد از کریز اولیه بیماری تکرار شود تشخیص آن دشوار و محتاج توجه و دقت کافی است چه اغلب دردها و مدفوع خون آلود بیمار که در حقیقت علائم بیماری مجدد است به کسالت قبلی نسبت داده می‌شود.

عود انواژیناسیون در اطفالی که با متد هیدروستاتیک درمان شده‌اند بمراتب بیش از آنهایی است که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند (۱۵) (۱۸) و بنظر میرسد که چسبندگی‌هایی که بعد از عمل جراحی در شکم ایجاد می‌شود از میزان احتمال عود بیماری می‌کاهد. اگر چه ساراسن (۱۷) شرح حال مریضی را منتشر کرده است که پنج بار عمل انواژیناسیون حاد روده‌ای تحت عمل جراحی قرار گرفته و بالاخره بارز کسیون ایلئو کولیک بهبودی یافته‌است.

**پاتولوژی.** در انواژیناسیون‌های مکرر بخلاف انواژیناسیون اولیه که بیش از ۵۰٪ عاملی برای ایجاد آن کشف نمی‌شود (۵) در بیست درصد بیماران پولیپ روده- دیورتیکول مکل- هپیرتروفی نوجو لنفاوی- ضخامت بیش از اندازه درجه ایلئوسکال وجود دارد (۲۰) و در بیش از ۵۰٪ موارد سکوم متحرک موجود است (۱۲) (۲۲) و مانند انواژیناسیون معمولی، در انواع مکرر نیز بیشتر از همه نوع ایلئو کولیک دیده می‌شود.

**تشخیص.** علائم بالینی انواژیناسیون مکرر شبیه کریز بیماری دربار اول است. دردهای شدید شکمی که با فواصل آرامش همراه است بهترین علامت بیماری است و مدفوع خون آلود نیز از علائم بارز بیماری است. در اکثر بیماران استفراغ نیز وجود دارد و اغلب می‌توان از روی شکم برجستگی مخصوص این عارضه (بودن) راحس نمود- در امتحان از راه رکتوم نیز گاهی می‌توان تومور راحس کرد و بهر صورت تقریباً همیشه انگشت خونی بیرون می‌آید.

تسویه با ریوم در تمام موارد چه از نظر تشخیص و چه از نظر درمانی لازم و بی‌نهایت مفید است فقط در انواع انواژیناسیون ایلئوایئال که خوشبختانه نوع بسیار نادر بیماری است نه تنها کمکی

نمکنند بلکه ممکن است باعث کمراهی در تشخیص صحیح نیز بشود. بدینجهت لازم است همیشه قبل از انجام تنقیه باربته يك كلیشه ساده از شکم برداشت تاچنانچه انسدادی در روده كرجك موجود باشد وبادر حفره صفقایی هوا موجود باشد (پرفوراسیون روده) تشخیص داده شود.

**درمان** - معالجه انواژیناسیون مکرر مانند انواژیناسیونی که برای بار اول ایجاد می شود عبارت از دو متد هیدروستاتیک و جراحی است.

**معالجه انواژیناسیون بامتد هیدروستاتیک** - این تکنیک که برای اولین بار توسط هیرشپرونک در سال ۱۸۷۶ اجراء شده و اخیراً با تجربیاتی که در ممالک اسکاندیناری بر روی آن شده طرفدار زیادی پیدا کرده است عبارتست از جا انداختن روده انواژینه با فشار تنقیه (محلول باریوم) در تحت کنترل رادیولوژیک. اصولی که باید در مورد این نوع معالجه انجام شود بقراریز است:

- ۱- در اطفال مسن تر از ۵ سال نباید این متدرا استعمال نمود.
- ۲- در مواردی که بیش از ۴ ساعت از شروع بیماری گذشته است انجام این تکنیک صحیح نیست.
- ۳- تنقیه و کنترل رادیوسکپی باید در حضور و توسط رادیولوژیست با تجربه انجام شود.
- ۴- این معالجه باید در بیمارستان انجام شود و جراح و اطاق عمل آماده باشد تاچنانچه روده جا نرفت و یا عارضه ای ایجاد شد كودك بقوریت تحت عمل قرار گیرد.
- ۵- قبل از انجام تنقیه يك رادیوگرافی ساده باید انجام شود تا احتمال انسداد روده باریك از تشخیص حذف شود و ضمناً وجود یا عدم هوا در حفره صفقایی ( پرفوراسیون روده) نیز کنترل شود.
- ۶- ارتفاع مایع تنقیه از سطح بدن بیمار نباید بیش از يك متر باشد.
- ۷- چنانچه مایع تنقیه در وسط روده گیر کرد باید به طفل اجازه داد آنرا خالی کند و مجدداً تنقیه بعمل آید و در هر حال نباید بیش از سه دفعه اینكار را تکرار کرد.
- ۸- در خاتمه تنقیه باید علائم جا افتادن كامل انواژیناسیون را بدقت جستجو و مشاهده کرد این علائم عبارتند از:
  - الف- یر شدن كامل سكوم
  - ب- ورود مقدار كافی از محلول باریوم بداخل روده باریك
  - ج- خارج شدن محلول باریوم با مقداری گاز و قطعات مدفوع بلافاصله بعد از تنقیه.
  - ر- از بین رفتن بودن
  - ه- بهبودی حال عمومی كودك

۹- بعد از جا افتادن انواژیناسیون طفل را بایستی بدقت تحت نظر گرفت و چنانچه علائم بیماری عود کرد تحت عمل جراحی قرارداد.

۱۰- در مورد انواژیناسیون مکرر چنانچه بیمار بار قبل با متد هیدروستاتیک درمان شده است می توان برای بار دوم نیز از این تکنیک استفاده کرد و در صورتیکه در کریز قبلی هیدروستاتیک نتیجه نداده باشد نیز می توان متد هیدروستاتیک را بکار برد اگر چه امکان موفقیت آن زیاد نیست.

۱۱- در صورتیکه کریز مجدد انواژیناسیون در هفته اول بعد از عمل جراحی ایجاد کرد در صورتی می شود از تکنیک هیدروستاتیک استفاده کرد که آپاندیس طفل برداشته نشده باشد - تنقیه با فشار در هفته اول بعد از آپاندیسکتومی خطر باز شدن دهانه آپاندیس و پریتونیت عمومی دارد.

### معالجه جراحی انواژیناسیون - اولین عمل جراحی برای انواژیناسیون حاد در

کودک شیرخوار در سال ۱۸۷۴ توسط هوجینسون انجام شده است - امروزه با اطلاعاتی که از تعادل مایعات الکترولیت درست است از خطر عمل جراحی بمقدار قابل ملاحظه ای کاسته شده است.

نکاتی را که باید در مورد عمل جراحی انواژیناسیون حاد مورد توجه قرارداد عبارتند از:

- ۱- انجام عمل جراحی در اولین فرصت و با سرعت هر چه بیشتر و توسط جراح ورزیده.
- ۲- برقرار کردن تعادل مایع و الکترولیت طفل قبل و در ضمن عمل جراحی.
- ۳- برش خط وسط و یا پارامدیان راست بالای ناف. بعد از باز کردن شکم بایستی با سرعت و در عین حال با منتهای ملامت روده راجا انداخت.
- ۴- احتراز هر نوع کشش در روی روده انواژینه - بهترین ترتیب برای جا انداختن انواژیناسیون فشار بر روی بودن است.

۵- بعد از جا انداختن انواژیناسیون بایستی روده ها را بدقت بررسی نمود و چنانچه عاملی در انواژیناسیون دخالت دارد (دیورتیکول مکل - پولیپ و غیره) کشف نمود.

۶- نظر باینکه میزان عود انواژیناسیون کم است چنانچه طفل برای بار اول دچار عارضه شده است بر طرف کردن عامل ایجاد (دیورتیکول مکل و پولیپ و غیره) واجب نیست (۱۴) ولی در صورتیکه طفل دچار انواژیناسیون مکرر است حتماً باید عامل ایجاد را بر طرف کرد.

۷- چنانچه عاملی برای ایجاد انواژیناسیون کشف نشود در انواژیناسیون های اولیه کار اضافی نباید کرد ولی در صورتیکه طفل برای بار دوم و یا دفعات بعدی تحت عمل قرار

میگیرد یکی از اعمال زیر توصیه می‌گردد

الف - برداشتن آپاندیس (۱۱) (۱۶) (۲۳)

ب - ثابت کردن سکوم بجدار تحتانی و راست شکم (۱۲) (۲۱)

ج - ثابت کردن روده باریک به قولون صعودی (۷) (۱۳)

د - رزکسیون ایلئوکولیک (۱۷)

تصمیم با انتخاب نوع عمل بستگی بوضع طفل و روده انواژینه و نظر جراح دارد و در هیچ يك

از این اعمال تضمین اینکه صد درصد از تکرار عارضه جلوگیری شود وجود ندارد (۴) (۵)

۸- در صورتیکه انواژیناسیون جا نیفتد و یا روده کاتکر نه شده باشد متدهای مختلفی

ذکر شده است که بهترین آنها رزکسیون ایلئوکولیک و آناستوموز در یک زمان میباشد

(۳) چنانچه بعلت بدی حال عمومی و یا طول مدت عمل جراح صلاح بدانند که عمل

ساده‌تری را انجام دهد می‌توان از رزکسیون تیب میکولیکز (۵) (۸) استفاده کرد.

### خلاصه

۱- شرح حال بیماری که سه بار مبتلی به انواژیناسیون شده و بار سوم با ثابت کردن ایلئون

به دیواره کولون بهبودی یافته است ذکر شد.

۲- در مورد نسبت ایجاد انواژیناسیون مکرر- یا تولوژی و تشخیص آن بحث بعمل آمد.

۳- دو متد معالجه هیدروستاتیک و عمل جراحی در درمان انواژیناسیون شرح داده شد.

### References

- 1 - Abbott C.C, Cabell B.B. and Greech Jr. O. Archi. Surg. 1962-84-365
- 2 - Campbell Cooke D. and Lewis E. Lancet. 1960-2-1359
- 3 - Dennis C. Ann. Surg. 1947-125-788
- 4 - Gibson R. and al. Surg. Clin. N. Amm. 1949-29-1141
- 5 - Gross R.E. Surgery of Infancy and Childhood P P. 281-300 Philadelphia - W. B. Saunders Co. 1953
- 6 - Hays D. M. and al. Arch. Surg. Clin. 1960-80-788

- 7 - Herman B. E. and Becker J. Surg. Clin. N. Amm. 1960.40.4  
1009
- 8 - Hindmarsh T. A. and al Brit. Med. Jour. 1945.2.382
- 9 - Ide Jr. and Arthur W. Lancet, 1951.71.541
- 10 - Korttila K. Acta Chir. scan. 1952.104.45.
- 11 - Linakis B. and Gray S. W. and al. South. Med. Journ.  
1960-53-1226
- 12 - Mac Farlane, D. A. and Thomas L. P. Brit. Med Jour. 1954-  
559
- 13 - Mastin, E. V. Amm. Jour.Surg. 1942-58-300
- 14 - Orloff. M. J. Surg. Gyn. Obs. 1956-102-313
- 15 - Packard G. B. and Allen R. P. Surgery 1959-45-406
- 16 - Ravitch M. M. and Morgan Ann. Surg 1952- 135-596
- 17 - Sarason E. L. and al. New Eng. Jour.Med. 1955-253-905.
- 18 - Santulli, T. V. and Ferrer Jr. J. M. Ann. Surg. 1956,143,8.
- 19 - Steyn, J. and Kyle J, Brit. Med. Jour. 1961,1,1730 .
- 20 - Thorndike, A  
New - Eng. Jour. Med. 1932 ( Quoted by Herman B, E. Surg. clin. N. Am.  
1960-40-4-1009 )
- 21 - Thurston, D.L. and al. Arch. Surg. 1953-67-68
- 22 - Todyo Ann. Surg' 1938
- Quoted by Mastin E. V. Amm Jour. Surg. 1942.5.8300
- 23 - Ware C. w. Surg. Gyn. Obs. 1950-91-173.