

ترجمه از :

The Medical clinics
of North America

ژانویه ۱۹۵۴

جراحی فوری در بیماریهای شکم

ترجمه :

دکتر رضا قریب

درد یکی از شایعترین علامات یک درام شکمی است. نزد شخصی که قبلا سالم بوده و بدرد شکم دچار میشود و تامدتی بطول میانجامد باید در فکر امراض جراحی شکم بود و با دقت کافی این تشخیص را مطرح نمود که آیا شکم جراحی است یا نه؟ در مقابل این علامت یعنی درد بهیچوجه نباید درصدد تسکین آن برآمد مگر اینکه تشخیص و نحوه درمان کاملا محرز و مسلم شده باشد.

از مهمترین وسایل تشخیص سؤال از سوابق بیمار است. سوابق بیمار گاهی بحدی روشن است که بهسولت میتوان بیماری را تشخیص داد. باید خواص درد از قبیل نوع و شدت، انتشار، دائمی یا متناوب بودن را جستجو نمود. در ضمن یک سلسله علائم دیگر از قبیل تهوع، قی، تب و لرز و اسهال و بول الدم را باید استفسار نمود. دیگر امتحان فیزیکی بیمار است که فوق العاده حائز اهمیت میباشد زیرا نه تنها علائم بیماری جراحی را آشکار میسازد بلکه پزشک را از تردید بین بیماری طبی یا جراحی خارج میسازد (ذات الریه، ذات الجنب، ترومبوز شرایین اکلیلی و تابس) این امتحانات کامل نمیشوند مگر اینکه از راه معاء مستقیم یا مهبل بوضع لگن و صفاق آن خاصه در زن اطلاع حاصل نمایم.

امتحان خون وادرار و رادیوگرافی بتفاوت راهنمای تشخیص میباشد.

آپاندیسیت حاد

این کلمه لااقل در ابتدای سیر بیماری افاده معنی نمیکند زیرا در آغاز مرض یک کیفیت مکانیکی و انسدادی در آپاندیس رخ میدهد سپس عوامل عفونی مزید میگردد این انسداد توسط مواد دفعی صورت میگیرد. مواد مزبور هنگام عبور از

فضای جوف آپاندیس تولید درد میکند که به قولنج آپاندیس (۱) موسوم است و محل درک آن در اطراف ناف است زیرا این عمل موجب اتساع انتهای روده کوچک و روده کور گردیده است.

تشخیص - اولین علامت درد است و چنانکه مذکور افتاد ابتدا در اطراف ناف حس میگردد. بتدریج هر قدر که انسداد آپاندیس بطول انجامد، اتساع آن بیشتر شده از یکطرف سبب بطوء جریان خون و از طرف دیگر موجب نشر میکرب از مجرای داخل آپاندیس به سرروز و صفاق مجاور میگردد، بعد بعلت تماس و حرکت این سرروزهای ملتهب بر روی خود مریض در درناحیه گودال حرقفی راست حس مینماید. درد دائمی بوده انتشاری ندارد. تهوع سپس قی در شروع درد ظاهر میگردد. استفراغ یکی دو مرتبه بیشتر نیست. عده عقیده دارند اگر قی بطور مکرر و زیاد ملاحظه شد در تشخیص آپاندیسیت باید تردید کرد علائم دیگر از قبیل لرز و اسهال نادر است در صورت وقوع نماینده و خامت بیماری میباشد.

امتحان فیزیک .. ۱ - درجه حرارت کمی بالا و گاهی طبیعی ۲ - امتحان شکم: صفاق در گودال حرقفی راست تحریک گردیده صلابت عضلات در این موقع موجود نیست زیرا جزء علائم اولیه آپاندیسیت محسوب نمیگردد. اگر وجود داشته باشد باید به پریتونیت موضعی یا عمومی ناشی از سوراخ شدن آپاندیس مشکوک شد.

صفاق تحریک شده و ملتهب اگر بصور مختلف رویهم بلغزند سبب درد میگردد. مثلا:

۱ - فشار عمقی در ربع تحتانی و راست شکم و حذف فشار بطور ناگهانی .
 ۲ - سختی سریع و متناوب ناحیه از شکم که از آپاندیس دور است (مثلا پهلوئی چپ).

۳ - انبساط ران راست که سبب کشش عضله پسوآس ولذا حرکت صفاق میگردد.

۴ - حرکت دادن صفاق لگن .

آزمایشگاه - لو کوسیتوز موجود است معمولاً اگر از بیست هزار متجاوز بود باید فکر عارضه کرد .

تشخیص افتراقی :

۱ - سنک در حالب راست - درد شدیدتر و متناوب (بشکل قولنج) و بکشاله ران انتشار مییابد ، بول الدم واضح بوسیله میکروسکپ ، تب معمولاً نیست . فرمول خون طبیعی بوده علائم تحریک صفاق موجود نمیشود .

۲ - لنفادنیت مزانتریک (۱) - در کودکان شیوع دارد معمولاً مجاری تنفسی فوقانی گرفتار عفونت است تب و لو کوسیتوز خیلی بالا است علائم تحریک صفاق وجود ندارد .

۳ - عفونتهای لگن - علائم مرض ممکن است در طرف چپ هم وجود داشته باشد تب و لو کوسیتوز شدیدتر است با حرکت دادن گلوی زهدان درد شدت پیدا میکند .

درمان - گوا اینکه داروهای آنتی بیوتیک بطور مؤکد از عوارض و احتمال سوراخ شدن آپاندیس کاسته است ولی بعنوان داروی معالجه آپاندیسیت حاد نباید آنها را بکار برد و پریتونیتهای ناشی از آپاندیسیت معلوم نیست با استعمال این آنتی بیوتیکها کلاً بهبود پذیرد زیرا بسیاری از باکتریها نسبت به آنتی بیوتیکها مقاوم اند . پس معالجه آپاندیسیت حاد پس از تشخیص عمل جراحی است .

سوراخ شدن قرحه معده و آنتی بیوتیک

ریختن عصیر معدی در صفاق از یکطرف ایجاد پریتونیت مینماید و از طرف دیگر با شوک شدیدی همراه میگردد (نقصان فشار خون ، سرعت ضربان قلب ، پریدگی چهره و غیره) . سفتی شکم از مهمترین علامت پریتونیت است پس از چندی علائم پریتونیت ناشی از عصیر معدی رو بنقصان میگردد زیرا مایع مزبور با مواد ترشح شده از صفاق مخلوط شده رقیق میگردد بالنتیجه درد تخفیف پیدا میکند و حالت شوک مرتفع میشود شکم رفته رفته نرم میشود .

سوراخ شدن قرحه در معتادین بالکل شایع تر است زیرا از یکطرف جنب الکل سبب ترشح معده میگردد و از طرف دیگر مانع میشود که عصیر معده با اغذبه بخوبی مزوج گردد. در هر فرد مشکوک باید دقیقاً از سابقه بیمار و علائم قرحه استفسار نمود.

امتحان فیزیکی: صلابت عضلات شکم از مهمترین علائم است حتی در مرحله که نشانه‌های بیماری رو به تخفیف میگذارند. حرکت دادن صفاق لگن دردناک است زیرا صفاق لگن شدیداً متأثر شده است. وجود هوا در صفاق موجب از بین رفتن ماتیته کبد میشود.

رادیولوژی وجود هوا را در زیر حجاب حاجز تأیید مینماید در اینجا دو نکته را باید در نظر داشت یکی اینکه هنگام عکس برداشتن بیمار باید ایستاده باشد و لا اقل مدت بیست دقیقه در این وضع بماند. دیگر اینکه وجود هوا را بیش از ۶۰٪ مواقع نمیتوان ملاحظه کرد.

درجه حرارت بعلمت شوک پائین تر از طبیعی بعداً بواسطه پریتونیت بالا میرود. بیمار پس از ۶ - ۱۲ ساعت به پریتونیت عمومی مبتلا میشود استفراغ و تب و لکوسیتوز و ایلئوس (۱) بر آن مزید میگردد.

تشخیص افتراقی:

۱ - قولنج صفراوی - گاهی دردش مشابه سوراخ شدن قرحه میگردد ولی در قولنج مجرای صفراوی درد متناوب بوده شدت درد در ربع فوقانی و راست شکم است و بطرف شانه همان طرف انتشار مییابد. حال آنکه شدت درد در قرحه سوراخ شده در ناحیه طاق شکم بوده و اگر انتشاری داشته باشد به رأس هر دو شانه است (تحریک عصب فرنیک).

۲ - قولنج کلیوی - درد آن کثراً به بیضه همان طرف انشعاب مییابد. بول الدم مرئی یا ذره بینی راهنمای تشخیص میباشد.

۳ - پانکراتیت حاد - صلابت عضلات در اینجا زیاد عمومی نیست و ازدیاد آمیلاز در خون وسیله تشخیص است.

۴ - انسداد روده - بسهوات تشخیص داده میشود . شکم نرم و متسع بوده استفرغ فراوان تر از قرحه سوراخ شده است .

۵ - پاره شدن حاملگی خارج از رحم - شروع شدید و ناگهانی بوده گو اینکه شکم مقاومتی دارد ولی بعد صلابت نمیرسد و دفع خون تشخیص را آسان میکند .

درمان - اولین اقدام از بین بردن فشار معده است بقسمی که لوله وارد معده میکنند و مرتب محتوی معده را تخلیه مینمایند این عمل از یک طرف سبب میشود حالت شوک و درد مریض رو باصلاح گذارد و از طرف دیگر از ورود مابقی محتویات عصیر معده بصفاق جلو گیری مینماید و حالت مریض را برای عمل جراحی که بلافاصله پس از این مانور صورت خواهد گرفت آماده میسازد .

تنها راه علاج این مرضی عمل جراحی است . وسایل دیگر تداوی از قبیل کشیدن مرتب محتوی معده ، رساندن مایعات و آنتی بیوتیکها نتیجه بهتر از عمل جراحی نمیدهد زیرا اطراف چنین قرحه نسوج بقدری سفت و متصلب است که مسدود شدن خود بخود قرحه بنظر بعید میآید .

اما در قرچهائی که مدتی از سوراخ شدنشان میگذرد (قبل از دوازده ساعت همیشه باید شکم را باز کرد) و پریتونیت کاملاً واضحی پیدا شده باید بهعالجات طبی و آنتی بیوتیک مبادرت نمود زیرا باز کردن شکم در این موارد مرگ و میر زیادی دارد . آنتی بیوتیکها را بدو صورت میتوان بکاربرد یا روزانه ششصد هزار واحد پنی سیلین و یک گرم استرپتومیسین داخل نموده یا روزانه نیم گرم اورئومیسین و ترامیسین داخل رگ زرق کرد .

انسداد حاد امعاء

تشخیص - باسه علامت مشخص میشود؛ دردهای قولنجی، استفراغ که بالاخره مدفوعی میشود و توقف گاز و مدفوع . این علامات با طرز شروع و محل انسداد متغیر میباشد . علل انسداد متعدد است و اهم آنها نزد بالغین عبارتند از : ۱ - فتق مختنق ۲ - کارسینوم قولون ۳ - چسبندگی های صفاق متعاقب يك عمل جراحی اگر انسداد در معاء دقاق باشد درد شدیدتر ، استفراغ زود و زیادتر و حال عمومی بیمار بسرعت بوخامت میگراید . برعکس در انسداد معاء غلاظ حال عمومی دیر خراب

میشود استفراغ زودرس نبوده هیچگاه مدفوعی نمیشود. توقف گاز و مدفوع در نوع اول مدتی بطول میانجامد تا کامل شود زیرا قسمت پائین ناحیه مسدود بواسطه هیپرپرزیستالتیسم محتوی خود را تخلیه مینماید. اگر بیمار را بحال خود گذارند بتدریج حال عمومی بدتر شده، دفع آب و املاح و توکسمی سبب هلاکت مریض میگردد.

امتحان فیزیکی - شکم متسع بوده صلابت ندارد. اتساع شکم در مورد انسداد امعاء باریک مختصر و در انسداد قولون زیاد است. در سمع شکم حرکات متناوب پرزیستالتیسم که منطبق با تناوب درد است مسوع میافتد.

از نظر آزمایشگاهی علائم مهمی ندارند.

رادیولوژی برای تشخیص و هم محل انسداد ضروری است.

روده‌های کوچک معمولاً گاز ندارند و زیراشعه X مرئی نیستند و لذا وجود مقادیر زیادی گاز در این امعاء نماینده وجود آناز مرض در داخل شکم است.

۱ - انسداد روده ناشی از سرطان قولون - نزد شخصی که از چهل سال بیشتر دارد و علائم انسداد روده را نشان میدهد و در سابقه اش عمل جراحی موجود نبوده باید در فکر سرطان قولون بود برای تأیید تشخیص و نحوه عمل باید به رادیو-سکپی و بیوپسی اقدام نمود.

۲ - انسداد ناشی از فتق مختنق - فتق مختنق بسهولت تشخیص داده میشود مگر در افراد خیلی فربه که تشخیص مشکل میگردد شایع ترین آنها فتق مغبنی و مشکل ترین آنها فتق رانی است.

درمان - گوا اینکه در ابتدای اختناق با کمک داروهای منخدر و منوم جانداختن فتق گاهی صورت میگیرد ولی هنگام ظهور علائم انسداد نباید بچنین تدبیری متوسل گردید رساندن مایعات و املاح ببدن قبل از عمل از ضروریات است.

۳ - انسداد متعاقب چسبندگی - این چسبندگی هاممکن است بین دوروده یا یکی از احشاء شکم و صفاق جداری باشد شروع این انسداد نیز سریع و شدید است سابقه بیمار برای تشخیص مفید میباشد.

معالجه: پس از حاضر (۱) کردن مریض باید بعمل جراحی اقدام نمود.

۴ - علل دیگر انسداد روده‌ها: سنگ کیسه صفرا - این سنگها معمولاً از

روده‌ها عبور کرده و در انتهای ایلتون متوقف میگردند و تولید انسداد مینمایند .
سابقه بیمار و علائم رادیولوژیک وسیله تشخیص است .

انواژیناسیون - نزد بالغین شیوع زیادی ندارد در صورت وقوع با تومرها قابل اشتباه است .

ولولوس قولون سینی (۱) - نزد افراد مسن زیاد دیده میشود غالباً سابقه ولولوس‌های متعدد دیگر در معاینه آنها موجود است . شکم را باید شکافت و پیچ روده را اصلاح نمود .

دیورتیکولیت

تشخیص - بنام آپاندیسیت چپ نامیده میشود زیرا شدت علائمش در سمت چپ متمرکز است . سوابق بیمار نیز در هر دو مرض یکسان است فقط غلبه اختلالات دفع غایب بصورت یبوست گاهی توقف گاز و مدفوع در دیورتیکولیت بیشتر است علائم عفونی در این بیماری شدیدتر از آپاندیسیت بوده بیمار به تب و ارز دچار میگردد و و گلوبولهای سفید نیز افزوده گردیده است . این بیماری منحصرأ نزد افرادیکه بیش از ۵۰ سال دارند دیده میشود .

اتیولوژی پیدایش دیورتیکوسیت شبیه آپاندیسیت است . بواسطه نازکی جدار دیورتیکول به پاره شدن مستعد میباشد روده‌های کوچک و اپیلونون بسهولت سوراخ مزبور را مسدود کرده و تشکیل پلاسترون میدهند .

تشخیص افتراقی - کارسینوم قولون سینی غالباً بطرف جدار امعاء باز شده و علائم التهابی میدهد که تشخیص آن از دیورتیکولیت خالی از اشکال نخواهد بود خاصه اگر دو مرض باهم توأم باشند .

همچنین دیورتیکولیت‌ها را از عفونت‌های سمت چپ لگن باید تشخیص داد و راه تشخیص فقط امتحانات لگن است .

درمان - در مرحله حاد ممکن است از عمل جراحی صرف نظر کرده و به معالجات طبی مبادرت کرد :

۱ - آنتی بیوتیک : بصورت پنی سیلین ششصد هزار واحد در روز و یک گرم دهیدرواسترپتومیسین روزانه . ترامیسین و اورنومیسین بمقادیر ۵۰ یا ۲۵ از راه ورید مرجح است این راه فقط یک عیب دارد و آن تحریک ورید و ایجاد ترمبوز

است ولی معمولاً در صورت تکرار رخ میدهد .

۲ - استراحت اندامها : مریض در بستر استراحت میکند و از غذا خوردن از راه دهان باید امساک نماید در عوض برای بیمار روزانه مثلاً سه لیتر سرم گلوکز ۰/۵٪ مخلوط در آب جوشیده یا سرم نمکی تجویز مینمایند . پس از برطرف شدن علائم عفونی بتدریج از طریق دهان میتواند غذا بخورد با دادن روغن های ملین از بیوست باید جلوگیری نمود .

در بسیاری از موارد لازم میاید که روده ناحیه مثوف را قطع نمایند (۱) تا از چنین عوارضی در آینده مریض مصون بماند . پاره از مریضی با این تداوی بهبود کلی پیدا نمیکند و لذا معالجه غائی برای آنها عمل جراحی و در آوردن روده مثوف است . ممکن است ابتدا قولون را باز نموده (۲) سپس به بریدن روده اقدام کرد .

قولنج های صفراوی و گالک نیستیت

۱ - قولنج در مجاری صفراوی : مربوط به عبور و دفع سنگ از مجرای صفراوی است . بدین معنی که اگر سنگی از کیسه صفرا خارج شده و داخل مجرای صفراوی گردد عضلات صاف حول این مجرا برای دفع این جسم خارجی شروع به انقباض میکنند و انقباض ایلیاف صاف مترادف بروز دردی است که صفت عمده اش متناوب بودن آنست زیرا عضلات صاف هم در اینحال بطرز متناوب منقبض شده اند . محل شدت درد در ربع فوقانی و راست گاهی در طاق شکم بوده ، در هر حال به شانه راست انتشار مییابد . در شروع درد ممکن است استفراغ وجود داشته باشد ولی دوامی ندارد . لرز و تب بطور نادر دیده میشود مگر اینکه سنگ در مجرای اصلی صفراوی باشد که در اینحال یرقان بطور واضح موجود خواهد بود .

امتحان فیزیکی : عضلات شکم مقاومتی ندارند فقط کم و بیش حساس اند . فرمول خون طبیعی است .

درمان - اولین قدم اسکات درداست . مؤلف مقاله معتقد است که باید بوسیله مرفین به تسکین درد اقدام نمود بقسمی که مقدار ۳-۲ میلی گرم مرفین یا ۱۵۰ میلی گرم دمرول (۳) را بآهستگی داخل رگ زرق نمود و اگر مجدداً احتیاج پیدا شد بتزریق

۱ - resection

۲ - colostomy

۳ - Demerol

زیر جلدی مبادرت کرد تا درد تسکین پیدا نماید. از بین داروهای آنتی کولی نرژیک (۱) به پرو بانترین (۲) اهمیت زیادی داده میشود. آتروپین و بلادن بدون اثر است. پس از آرامش درد بیمار استراحت میکند از راه دهان غذا نمیخورد و برای عمل جراحی وی تصمیم گرفته میشود.

۱ - کله سیستت حاد - غالباً همراه با قولنجهای صفراوی میباشد پیدایش آن مشابه آپاندیسیت است یعنی اول يك عامل انسدادی وجود دارد که عبارتست از سنگ در مجرای سیستیک یا آمپول کیسه صفرا سپس التهاب کیسه مراره بر آن مزید میگردد. درد و انتشار آن مشابه قولنج صفراوی بوده و علائم عمومی واضح تر از نوع قبلی میباشد. مریض تب دارد و گلوبولهای سفید افزایش یافته است. عضلات ناحیه مربوط حساس و صفاق تحریک شده است.

درمان - تسکین درد مشابه حالت قبل است. سپس باید به در آوردن کیسه صفرا تصمیم گرفت.

تشخیص افتراقی -

۱ - سنگ حالب راست - درد بطرف بیضه و کشاله ران همانطرف انتشار پیدا میکند. وجود خون در ادرار راهنمای تشخیص است.

۲ - پاره شدن قرحه معده - درد مداوم بوده قولنجی شکل نیست شکم سفت و بیمار سابقه معدی دارد.

۳ - ذات الریه راست و ذات الجنب حجاب حاجزی - حالت عفونی شدید، تنفس مریض مشکل و علائم ریوی و جنبی به تشخیص کمک مینماید.

۴ - ترمبوز شرائین اکلیلی - معمولاً شدت درد در بازو و شانه چپ بوده بوده علائم قلبی و الکترو کاردیو گرافی وسیله تشخیص است اشتباه در تشخیص بمرگ مریض منتهی میگردد زیرا چنین مرضی تحمل عمل جراحی ندارند.

پانکروآییت حاد

برخلاف آنچه تصور میشود مرض نادری نیست. شروع بیماری با درد شدیدی

آغاز میشود که هیچ درام شکمی چنین درد و شو کی ایجاد نمیکند حتی سوراخ شدن قرحة معده .

شدت درد در ناحیه طاق شکم بوده بطرف چپ، وسط و پشت در حدود دنده‌ها انتشار مییابد . نادر نیست که درد در پشت حس شود بدون درد ناحیه شکم .

درد مداوم بوده با استفراغ توأم است . این علائم همراه باشوك گاهی بقدری شدید است که بلادرنگ سبب هلاکت مریض میشود .

امتحان فیزیک - شکم صلابت ندارد ولی خیلی حساس است خاصه در ناحیه اپیگاستر . بعلت ایجاد يك ایلئوس فلجی (۱) شکم اتساع پیدا میکند و صداهای امعاء خاموش یا نقصان یافته است .

آزمایشگاه - فرمول و امتحان خون طبیعی است .

از دیاد میزان آمیلاز سرم خون از علائم ذقیمت این بیماری بشمار میآید . چند ساعت پس از شروع بیماری آمیلاز خون ترقی میکند و تا ساعت ۳۶ تا ۴۸ هم بالا است سپس بعد طبیعی نزدیک میشود و لذا ارزش این علامت محدود است .

درمان - اولین اقدام اصلاح شوك بیمار است بوسیله رساندن مایعات خصوصاً خون یعنی افزودن حجم خون و استعمال داروهای محرك مثل افدرین و نوراپی نفرین (۲) از آنجائیکه پاتوژنی این بیمهاری را فعال شدن آنزیم لوزالمعده میدانند لذا گزاردن لوله در اثنای عشر و کشیدن دائم ترشحات موجود بنظر مفید میآید زیرا بدینوسیله HCl معده نیز خارج شده لذا از ترشح لوزالمعده جلوگیری بعمل میآید . از طرف دیگر باید عمل عصب دهم را طوری محدود کرد که از این بابت هم ترشحات لوزالمعده کاسته شود . برای این منظور داروهای آنتی کولی نرژیک مثل پرو بانترین لازم است این دارو را از راه دهان ۱۵-۳۰ میلی گرم هر شش ساعت مصرف میکنند .

با این روش در عرض چند ساعت یا چند روز وضع بیمار اصلاح میشود البته بدون مرگ و میر نیست . اگر تشخیص صحیح باشد عمل جراحی لازم نیست . بعضی

جراحان عقیده دارند که شکم را باز کرده پس از درناژ (۱) لوله شبیه T در مجرای صفرا بگذارند ولی بنظر نمیرسد نفع زیادی داشته باشد.

نزف الدمهای شدید از چهار معده

از جمله فوریت‌های جراحی هستند که درد علامت اصلی و اولیه نیست و بدو دسته تقسیم میشوند یکی خونریزی‌های قرحه معده و اثنی عشر دیگر پاره شدن واریس‌های مری (۲).

۱ - خونریزی از قرحه معده و اثنی عشر - خونریزی از عوارض شایع قرحه بوده و تقریباً یک سوم افرادیکه برای عمل قرحه حاضر میشوند دچار این عارضه بوده‌اند که خود یکی از موارد مجاز (۳) بودن عمل جراحی قرحه است. این نزف‌الدمها یکی از علل مرگ این بیماران میباشد از آنجائیکه وقوع خونریزی ناشی از هضم جدار عروق است لذا نزد افراد مسن که قابلیت ارتجاع عروق حذف گردیده و خامت بیشتری دارد.

تشخیص - اگر خونریزی از قرحه تنها علامت بیماری باشد یا بیمار سابقه قرحه را بخوبی نتواند بیان کند تشخیص مشکل بوده و لازمه وقت زیادی خواهد بود. عکس برداری با ماده حاجب به تشخیص کمک مینماید.

درمان - مانند هر زخم خونریزی دهنده است. یعنی ابتدا شوک را معالجه نمود. شوک را باید با رساندن مایعات، خاصه خون، جبران کرد گاهی برای افزایش فشار خون مقادیر معتدله خون لازم است.

این عقیده امروز منسوخ شده است که برای جلوگیری از خونریزی و ایجاد هموستاز (۴) فشار خون مریض را پایین نگه‌دارند زیرا چنین مریضی ممکن است بمرحله از شوک برسد که غیر قابل برگشت باشد انتقال خون تا مقداری ضرور است که فشار خون را در حدود طبیعی نگه‌دارد. از استعمال مرفین باید اجتناب نمود و برای تسکین منوم (۵) ها مرجح است داروهای محرك و منقبض کننده عروق از قبیل افسدرین و آدرنالین ضرورت ندارد. گرم کردن مریض سبب اتساع عروق محیطی میگردد و خون را از مرکز به محیط می‌آورد و این خود برای مریض مضر است زیرا مکانیسم دفاعی بدن سعی کرده

۱ - drainage

۲ - esophageal varices

۳ - indication

۴ - hemostase

۵ - barbiturates

عروق محیطی را منقبض نماید و خون موجود را بطرف مرکز و احشاء سریع التاثر برساند و با گرم کردن مریض عملاً به از بین بردن احشاء رئیسه بدن مانند قلب و کلیه صدمه وارد شده است.

بلند کردن پایه تخت شاید مفید باشد و از کم شدن جریان خون در مغز جلوگیری مینماید. غیر از انتقال خون مهمترین کار رساندن اکسیژن است (۸-۷ لیتر در دقیقه) که از دخول خون مریض در مرحله غیر قابل جبران شک جلوگیری میشود. (۱)

در محل قرچه پس از مدتی لخته ایجاد میشود اگر توانستیم لخته مزبور را در محل نگهداری کنیم قادر به هموستاز شده ایم برای حفظ باید از برخورد اسیده معده جلوگیری کرد و این منظور با رژیم سی بی (۲) و داروهای ضد اسیدی عملی میگردد. داروهای جدید آنتی کولی نرژیک از ترشح معده جلوگیری میکنند مثل پروبانترین.

اگر با این تدابیر خونریزی ادامه پیدا کرد باید بعمل جراحی متوسل شد، مریک و میر در این عمل خیلی زیاد است.

زیرا مریضی که فعلاً از شوک اولیه خارج نشده است مجدداً باید شوک عمل جراحی را تحمل نماید.

۲- واریس های مری: تشخیص - اگر تشمع کبد در کار باشد تشخیص بسهولت داده میشود.

درمان - اسبابی تعبیه کرده اند که دارای یک او له و دو بالن میباشد، بالن انتهائی که استوانه شکل است وارد مری مینمایند و تا حدود فم المعده پیش میبرند سپس بالن خارجی که با انتهای دیگر او له مربوط است از آب پر میکنند در این ضمن بالن داخل معده نیز متسع شده بطوریکه فشار ناشی از اتساع تا طول ۷ - ۸ سانتیمتری مری منعکس میگردد. با این وسیله اگر خونریزی از واریس مری باشد متوقف میشود. بنابراین هم برای تشخیص و هم جهت درمان مفید است. گاهی خونریزی از واریس های معده بوده و با این تدبیر هم خونریزی متوقف نمیشود فشار مدت زیادی نباید بطول انجامد زیرا سبب نکروز مری میگردد. استعمال مرهم های هموستاتیک نفع زیادی ندارد.

شوک را هم مانند شوک قرچه معده اصلاح میکنند.