

دکتر هنچن **

دکتر حمید صادقی ***

بیزور که بنظر میرسد از زبانهای شرقی گرفته شده باشد با جسامی میگویند که از خارج وارد جهاز هاضمه شده و یا اینکه داخل خود جهاز هاضمه (معده و روده‌ها) درست شده بتدریج بهم پیوسته و ایجاد جسم واحدی را نموده باشند . بطور کلی آنها را به دسته تقسیم میکنند : ۱- تریکوبیزور ۲- فیتوبیزور ۳- ککرسیون (Concretion)

همانطوریکه از اسمان پیدا است در نوع اول مو و در نوع دوم پوست میوه و مواد سمعی شرکت دارند در حالیکه نوع سوم ظاهرا از رسوبات مختلف تشکیل شده است . این بیماری نسبت به بیماریهای معده کمتر دیده میشود . تا سال ۱۹۳۸ — Ochsner Tondreaw Kirklin ۱۹۵۰ Bebokey حد مورد دیگر از کتب و مجلات جمع آوری کرده و گزارش داده اند . تریکوبیزور شایع تر از انواع دیگر بوده و در حدود ۵۰٪ و فیتوبیزور ۴۰٪ و بقیه را نوع سوم تشکیل میدهد .

تریکوبیزور از اجتماع و بهم پیوستن رشته‌های مو ایجاد میشود این کلاف موئی پس از آنکه حجم قابل ملاحظه پیدا کرد شکل معده را بخود میگیرد . بتدریج بعلت افزایش حجم از معده تجاوز کرده وارد اثنه عشر میشود معمولاً هسته اولیه را موی سر بیمار تشکیل میدهد بعد موی حیوانات یا رشته سبزیجات وغیره نیز خمیمه شده باقی ایش حجم آن کمک میکند رنگ آن سبز تند مایل به قهوه‌ای یا سیاه است و سطح آنرا مایع لزجی پوشانیده و بعلت تجزیه و تخمیر و پوتوفاکسیون مواد غذائی فوق العاده متعفن و مهوع است .

این بیماری معمولاً در پیش زنها بخصوص زنهاي جوان دیده میشود بطوریکه در سری Ochsner در حدود ۹۰٪ را زنها و از این عده در حدود ۸۰٪ سنمان کمتر از سال بوده است .

* Trichobezoor

* — استاد ورئیس بخش جراحی بیمارستان رازی
** — متخصص بخش جراحی بیمارستان رازی

انتیولوژی و پاتوژنی : انتیولوژی و پاتوژنی دقیق این بیماری روش نیست در ۹۰٪ موارد این بیماران اختلال روانی داشته یا اینکه عادت به جویدن موی سر یا ناخن و غیره دارند .

کلینیک - تظاهرات کلینیکی آن بستگی بعواملی چندی مثل حجم و بزرگی آن ، درجه تحریک معده و عوارض حاصله (قرحه . یا انسداد) دارد در صورتیکه حجم قابل ملاحظه داشته باشد در معاینه توده بزرگ و سفت و متحرکی در ناحیه اپیگاستر جلب نوجه میکند این تومر در دنک بوه بیمار تهوع داشته یا استفراغ میکند .

شروع اولیه بیماری بی سروصدا است و بیمار مدت‌ها مبتلا به سوء‌طعم است و خوردن غذا آنرا شدت میدهد رفتار فته بر بی‌اشتهائی و سنگین شدن ولاعتر شدن بیمار اضافه شده و دردهم خممه میشود بتدریج این درد قولنجی شکل شدت کرده و منجر به استفراغ میشود در حدود ۳۰٪ موارد این بیماران از بیوست یا اسهال شکایت دارند زبان بیمار باردار بوده تنفس متعفن است . در مناظره عمومی معمولاً موی سر بیمار در ناحیه پیشانی و شقیقه کم است . در معاینه همان‌طوریکه گفته شده توده بزرگی در ناحیه اپیگاستر یا پائین قر جلب توجه میکند این توده صاف و یکنواخت و سفت بوده و متحرک است .

مطالعات آزمایشگاهی - غالباً مختصری کم‌خونی و لوکوسیتوز متوسط نشان میدهد . آزمایش شیره معده و مدفوع بعلت پیداشتن رشته مو بد تشخیص کمک میکند . اسیدیتیه معده معمولاً طبیعی یا کمی کمتر از عادی است .

مهمنترین آزمایش امتحان رادیولزیک است که اولین دفعه ارزش تشخیص آن توسط Kampmann در ۱۹۱۱ گوشزد شد بعداً عالیم رادیولزیک توسط Holland در ۱۹۱۴ شرح داده شد .

در رادیوسکوپی که در حال ایستاده از بیمار عمل می‌آید ملاحظه میشود که باریم مدتی در ناحیه کارديا متوقف میشود و بعداً از اطراف جسمیکه در داخل معده است بطرف پائین ترول میکند و انحنای بزرگ و کوچک معده را مشخص میکند و تدریجاً قسمت عده باریم از پیلوور عبور کرده و قسمت باقیمانده وجود جسم خارجی را مشخص میکند دمیدن هوا در معده و برداشتن عکس از معده نیز به تشخیص کمک میکند .

تشخیص : در صورتیکه حدس زده شود آسان است . معمولاً تومری کم و بیش بزرگ و سفت و متحرک در ناحیه اپیگاستر توام با درد و تهوع و استفراغ و بی‌اشتهائی و کم شدن وزن در پیش یک دختر یا زن جوان با سابقه Trichophagie ، وجود رشته‌های مو در مدفوع یا شیره معده دلائل و شواهدی است بر تایید تشخیص و رادیوگرافی باصفت مشخص آن تشخیص را روش خواهد کرد .

عوارض - عبارتند از انسداد ، خونریزی ، زخم و بالاخره سوراخ شدن و وزم صفاق ولی شایع‌ترین عارضه همان انسداد روده است که در ۱۰٪ موارد دیده میشود و

علت آن جدادشدن توده کوچکی از توده اصلی و گیر کردن آن در ناحیه ایلئوسکال است.

شرح حال بیمار : پسته فرزند معمود بیست ساله اهل میانه بعلت درد اختلال هضم و آنمی در تاریخ ۱۶ ر.۱۴ به بخش خون بیمارستان رازی مراجعه میکند و بستری میشود بیمار در ۱۶ سالگی شوهر کرده در اوایل اختلال در قاعده ماهیانه داشته و بعلاوه در موقع قاعدگی درد داشته است و قاعده در حدود هفت ماه است که احصار قاعده نشده است در سابقه شخصی و خانوادگی نکته قابل ذکری ندارد جز کسالت فعلی که در حدود سه سال پیش شروع شده است. ابتدا بیمار پس از خوردن غذا ترش کرده مبتلا به دل درد میشده و این ناراحتی پس از مدتی خود بخود بر طرف میشده ولی اخیرا برای تسکین درد مجبور است که استفراغ بکند باینجهت در تیجده امساك از خوردن غذا بیمار نسبت به سابق لاغرتر شده است

معاینه — در مناظره کلی جز یک رنگ پریدگی و مختصر نارسانی روانی چیز دیگری جلب توجه نمیکند.

در معاینه توهر بزرگی با قوام سفت در ناحیه اپیگاستر حس میشود این توهر در طرف چپ تا محل طحال ادامه دارد و در طرف راست با اینکه تا زیر دنده راست ممتد شده ولی از کبد قابل تشکیک است این توهر در لمس دردناک نیست بعلاوه متحرک بوده با تغییر وضع بیمار تغییر محل پیدا میکند بطوريکه تا ناحیه کلیه چپ نیز تغییر محل میدهد.

در سایر دستگاهها اختلال قابل ذکری ندارد بدین معنی که از لحاظ دفع جز مختصر بیوست و از لحاظ تنفسی و غیره تقریباً بیمار ناراحتی ندارد. آزمایش پاراکلینیک — امتحان خون که در تاریخ ۸ ر.۱۴ در بخش خون از بیمار عمل آمد تیجداش بقرار زیر بوده است.

۳۸۲۵۰۰۰	گوچدسرخ
۸۸۰۰	سفید
۵۱	سگماته
۴	ائوزینوفیل
۲۰	مونوسیت
۲۵	لنفوسیت

پلاکتها — در سطح لام طبیعی است.

در آزمایش ادرار که در تاریخ ۱۶ ر.۱۴ بعمل آمد عناصر غیرطبیعی پیدا شده است گزارشی که توسعه پرتویین در تاریخ ۱۶ ر.۱۴ از پرتونگاری از معده داده شده بقرار زیر است:

معده دارای اندامی متسع میباشد ولی کناره های آن صاف و هموار و چین های

غشاء مخاط از میان رفتند و در معده تصاویر لاکونر متعدد نمایان است . حرکات دودی از میان رفته ولی تخلیه انجام میگیرد این تغییرات نشانه تومر معده میباشد .
رادیوگرافی کولون که در تاریخ ۱۲ مرداد ۴۰ عمل آمد نتیجه اش بقسرار زیر است :

قسمتهاي مختلف کولون بخوبی پر شده سیگموئید قدری طویل میباشد کولون عرضی د ربعی قسمتها قدری باریک شده پس از تخلیه چین های مخاطی بخوبی نمایان میباشد در ماحیه کولون عرضی دو قطعه رشتہ باریک دیده میشود .
نتیجه : کولیت

با تشخیص تومر معده بیمار برای لاپاروتومی در تاریخ ۲۵ مرداد ۴۰ به بخش جراحی منتقل و در تاریخ ۲۹ مرداد ۴۰ از بیمار آزمایش کامل خون توسط آزمایشگاه بیمارستان عمل آمده که نتیجه بقرار زیر بوده است :

۸۶۰۰	۳۲۰۰۰۰۰	گویچه سرخ
۲	۷۹	سگمانته
۱۶	۳	بزرگ
رمان انعقاد ۶ دقیقه ، سیلان ۲ دقیقه ، سدیماتاسیون ساعت اول ۴۵ میلیمتر ،		
همو گلبین ۵۵٪ بیمار در تاریخ ۱۲ مرداد ۴۰ پس از تزریق خون و آماده کردن تحت عمل جراحی قرار گرفت .		

بیهوشی توسط دکتر اسکوئی انجام شد .

وضع بیمار بطوریکه دفتر بایگانی قسمت بیهوشی نشان میدهد بقرار زیر بوده است :

بیمار بیست ساله با آنی متوسط با همو گلبین ۵۵٪ ، کمی چاق ، فشار خون $\frac{۱۲}{۸}$ بوده پردمدیکاسیون مرفين ۱۰ میلی گرم ، آتروپین ۵۰ میلی گرم یک ساعت قبل از عمل داخل عضله تزریق شده است .

شروع بیهوشی با Flaxedil ۵۰۰ میلی گرم و Nestonal ۸۰ میلی گرم بوده پس از لوله گواری داخل تراشه انستری بالتر در دستگاه ستد ادامه یافت داروهای مصرف شده ضمن بیهوشی عبارت بود از سرم قندی ۱۵۰٪ سانتی منتر مکعب ، خون ایزو گروپ ۴۰۰ سانتی منتر مکعب لارگاکتیل ۱۵ میلی گرم ، بیهوشی آرام و بدون عارضه گذشت فشار خون در تمام مدت عمل $\frac{۷}{۱۰}$ بوده است .

جدار در خط وسط و بالای ناف باز شد . در جستجو توموری در داخل معده محسوس بوده معده چسبندگی قابل ملاحظه ای نداشت بنابراین برداشتن معده بطریقه Polya-Finstein انجام شد . و معده برداشته شده با محظی اش که شکل آن را ملاحظه میفرمایند جهت نگهداری به بخش آسیب شناسی ارسال شد و جدار مطابق معمول

مرتب گردید.



بیمار روز پانزدهم بعد از عمل با بهبودی کامل به بخش خون متنقل وازانجا مرخص گردید. پس از بهبودی برای روشن شدن علت از بیمار مجدداً تحقیق بعمل آمد با وجود اینکه موی اطراف شقيقه و پیشانی بیمار کم بود. موخوارگی را اقرار نکرده ولی اصرار میکرد که مقدار زیادی پنیر خیکی میل نموده است بیمار بعداً چند باری به بخش جراحی مراجعه و شکایتی نداشته است.

نتیجه — یک مورد Trichobezoor معده که از نقطه نظر بالینی و آزمایش های پرتوشناسی تو مر بد خیم تشخیص داده شده و تحت عمل جراحی قرار گرفته است و همین یک مورد نشان میدهد که در تو مر های معده لازم است موردنظر قرار گیرد.

منابع:

A short practice of surgery Baily and Sove 1959
Abdominal operation Rodney Maingot 1961
Surgery of the alimentary tract Ghackel Ford 1956