

انواژیناسیون در اطفال و بررسی ۱۵۵ مورد

نویسندگان: دکتر محمد قائمی^۱، دکتر سید محمد معتمد شریعی^۲

(۱) دانشیار جراحی بیمارستان امام رضا (ع) - مشهد

(۲) استادیار جراحی بیمارستان امید - مشهد

خلاصه:

۱۵۵ مورد انواژیناسیون در اطفال که بوسیله جراحی درمان شده اند مورد بررسی قرار گرفته اند. ۷۰٪ بیماران در ۲۴-۴۸ ساعت اول بیماری تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. مرگ و میر در حدود ۹/۶٪ بوده است. کلیه بیمارانی که فوت کرده اند، گروهی بوده اند که رزکسیون شده اند. تنها راه کاهش مرگ و میر در این بیماران، تشخیص فوری و درمان سریع و مناسب می باشد.

□ مقدمه: انواژیناسیون

فرورفتگی تلسکوپي قسمتی از روده بداخل سگمان روده ای مجاور می باشد (۱-۲). در صورت ادامه پدیده بیماری، منجر به گانگرن شده و در این حالت بیمار سریع بدحال می شود و در مدت چند ساعت ممکن است منجر به فوت کودکی کاملاً سالم و شاداب گردد. برای درمان این بیماری می توان از روشهای جراحی و غیر جراحی کمک گرفت. هر دو این روشها قبل از پیدایش گانگرن نتیجه خوب دارند. بعلت در دسترس نبودن امکانات رادیولوژی در اورژانس، تمام بیماران در بیمارستان امام رضا (ع) تحت عمل جراحی قرار گرفته اند.

□ روش مطالعه: از سال

۱۳۷۲-۱۳۵۴، ۱۵۵ کودک مبتلا به انواژیناسیون در بیمارستان امام رضا (ع) تحت درمان قرار گرفته اند. از این عده

۱۰۰ مورد مذکر و ۵۵ مورد مؤنث بوده اند. کوچکترین کودک ۴ ماه و مسن ترین آنها ۱۰ سال سن داشته است. ۷۶٪ بیماران سن کمتر از یکسال داشته اند. تشخیص بر اساس علائم بالینی و لاپاراتومی بوده است. از نظر بالینی درد ناگهانی و شدید، شایعترین علامت بوده و در ۵۴٪ موارد گزارش گردیده بود، مدفوع خونی در ۳۶٪ موارد، اتساع شکم در ۱۰٪ و لمس توده در ۳۳٪ بیماران دیده شده بود.

رادیوگرافی ساده شکم در ۹۰٪ بیماران انسداد مکانیکال را نشان می داد. اقدامات قبل از عمل شامل آسپیراسیون معده، تجویز مایعات و الکتروولیت و آنتی بیوتیک بوده است. یافته های عمل جراحی در ۹۵ بیمار ۶۶٪ توده انواژینه قابل جا انداختن بود. در ۶۰ مورد (۳۴٪) انواژیناسیون غیر قابل جارفتن، که در تمام آنها گانگرن دیده شد. در ۹۵ بیماری که

۶۶٪	۷۵ مورد قوس روده ای سالم ۲۰ مورد قوس روده ای کانگرن	۹۵ مورد قابل جارتن
۳۴٪	۶۰ مورد قوس روده ای کانگرن	۶۰ مورد غیر قابل جارتن

انوآژیناسیون قابل جارتن بود، در ۲۰ بیمار قوس روده ای کانگرن داشتند (جدول شماره ۱).

در مورد عامل ایجاد انوآژیناسیون یافته‌های زیر دیده شد: (جدول شماره ۲) در ۱۳۵ مورد علت خاصی دیده نشد، در ۱۰ مورد هیپرتروفی غدد

جدول شماره ۲ علت انوآژیناسیون

درصد	تعداد	
۸۸٪	۱۳۵	نامشخص
۶٪	۱۰	هیپرتروفی غدد لنفاوی
۳٪	۵	دیورتیکول مکل
۳٪	۵	پولیپ
۱۰۰٪	۱۵۵	جمع

لنفای مزانتریک، در ۵ مورد دیورتیکول مکل و در ۵ مورد پولیپهای روده علت انوآژیناسیون بودند.

محل پیدایش انوآژیناسیون در این بررسی بیشتر در ایلئوسکال (۷۰ مورد ۴۵/۱۶٪) دیده شد. (جدول شماره ۳)

اعمال انجام شده در ۷۵ بیمار رفع انوآژیناسیون، در ۲۰ بیمار رفع انوآژیناسیون و سپس رزکسیون قوس روده ای (بعلت آسیب روده) و در ۶۰ بیمار رزکسیون توده انوآژینه انجام شد. در تمام بیمارانی که تحت عمل رزکسیون قرار گرفتند، آناستوموز در مرحله اول انجام شد. از ۱۵۵ بیمار، ۱۵ بیمار بعلت عوارض بعد از عمل در بیمارستان فوت کردند و همگی از گروهی بودند که رزکسیون در آنها انجام

شده و از زمان شروع بیماری تا درمان، بیشتر از ۷۲ ساعت گذشته بود.

بحث: بیشترین اختلاف در انوآژیناسیون راجع به درمان بیماری می‌باشد. گروهی طرفدار جراحی بوده و گروهی دیگر استفاده از روشهای غیر جراحی مثل جانداختن به روش هیدرواستاتیک یا تنقیه هوا را توصیه می‌نمایند (۳) در سال ۱۸۷۴ اولین بار آقای Hutchinson بوسیله جراحی انوآژیناسیون را درمان کرد (۴) سپس آقای Robert Eogross آن را در امریکا و در بیمارستان بوستون متداول نمود و تا سال ۱۹۵۳ در حدود ۷۰۲ بیمار را تحت عمل جراحی قرار داد. استفاده از روش هیدرواستاتیک برای اولین بار بوسیله هیرشپرونک در کپنهاگ مورد استفاده قرار گرفت (۵) نامبرده از سال ۱۸۷۱ تا ۱۹۰۴ جمعاً ۱۰۷ بیمار مبتلا به انوآژیناسیون را با روش فوق درمان کرد و مرتالیتت در حدود ۳۵٪ را گزارش نمود. در امریکا استفاده از روش هیدرواستاتیک بوسیله آقای Ravitch به کار گرفته شده است. در سال ۱۹۵۴، ۶۷ مورد را گزارش داده که فقط یک مورد مرگ و میر داشته است (۵) ولی با بررسیهای بیشتر چنین استنباط می‌شود که روش هیدرواستاتیک فقط در ۷۵٪ بیماران موفقیت آمیز بوده است. گفته شده که استفاده از گلوکاگن میزان موفقیت را در این روش بیشتر می‌نماید (۱-۶).

باید در نظر داشت که ضوابط انتخاب روشهای غیر جراحی بسیار

محدود و باید در بیمارانی بکار گرفته شود که کمتر از ۲۴ ساعت از شروع بیماری گذشته باشد، علائم تحریک پریتون و کانگرن را نداشته باشند (۳) و اندازه توده انوآژینه شده بیشتر از ۵ سانتیمتر نباشد. این معیارها در استفاده از روش پنوماتیک نیز صادق است.

مسئله دیگر قابل بحث در این بیماران درمان عامل مولد بیماری است. عده ای معتقدند که حذف عامل مولد انوآژیناسیون باید در مرحله بعدی و حدود ۱۴-۱۰ روز بعد از عمل اول انجام شود و فقط در صورتی که آپاندیس صدمه دیده باشد می‌توان در مرحله اول آن را حذف نمود (۶). ما در تمام بیماران (۲۰ مورد) حذف عامل مولد را در مرحله اول انجام داده ایم و هیچگونه عارضه ای که ناشی از حذف عامل باشد، دیده نشد. در مواردی که بدون علت خاص، بیماری عود نماید، بعضیها رزکسیون ایلئوسکال را پیشنهاد

جدول شماره ۳ محل آناتومیک انوآژیناسیون

۴۵/۱۶٪	۷۰	ایلئوسکال
۳۲/۳۵٪	۵۰	ایلئوکولیک
۱۳/۱۹۰٪	۲۰	ایلئوایلئال
۶/۴۷٪	۱۰	ژژونوژونال
۳/۲۲٪	۵	کولوکولیک
—	۱۵۵	جمع مورد

می‌نمایند (۴) چون معتقدند که علت عود بیماری شاید هیپروتروفی چینه‌های مخاطی در زاویه ایلئوسکال باشد (۴). در شرایط پزشکی جامعه ما بهترین راه درمان این بیماری با توجه به مرگ و میر بسیار کم عمل جراحی لاپاراتومی می‌باشد.

References:

1. Fibton C. Textbook of surgery, thirteenth edition, saunders, 1986, 745 - 759
2. Guzetta P. Principles of surgery, fifth edition, Mcgraw - Hill , 1989, 1704 - 1705
3. Collin D. Hydrostatic reduction of ileocolic intussusception, Pediatric, 1989(2), 204 - 207
4. White R.R, Atlas of pediatric surgery, Mcgraw Hill, 1978, 105.
5. West K.W. Intussusception current management in infant and children, surgery, 1987, 102(4), 704-10
6. Kinys S. Intussusception in infancy and childhood analysis of 385 case, Int. surg, 1989, 74(2), 114-8
7. Reiiisen I. Intussusception in children 5-15 years of age, Br. J. Surg, 1987, 74(8) 692-3
8. Reiiisen I. Chronic intussusception in children, Br. J. Surg, 1989, 76(8), 85-6
9. Berdon W. Pneumatic reduction of ileocolic intussusception in children, Pediatric Rad., 1988, 18(1)
10. Levanzic J.e. Jurnal intussusceptiona case report J.Pediatric Surg, 1988, 2, 344-340

ر انجمن ترويج تغذيه با شيرمادر، با اهداف ترويج تغذيه کودکان با شيرمادر به منظور
پيشگيري از بيماري ها و مرگ و مير شيرخواران و کودکان، تشويق و ترغيب پزشکان و صاحب نظران
بهداشت و تغذيه جهت اجرائي تحقيقات علمي و کاربردي، تلاش جهت حمايت هاي خانواده و
جامعه و حمايت هاي قانوني از مادران باردار و شيرده، آموزش همگاني، همکاري با نهادها و
سازمانهاي ملي و بين المللي، کمک به مراکز دانشگايي و آموزشي جهت اعتلاي علم و آگاهي نسبت
به تغذيه با شيرمادر، از کليه علاقمندان دعوت به همکاري مي نمايد جهت کسب اطلاعات بيشتر
مي توانيد با صندوق پستي ۱۱۷/۱۴۴۷۵ مکاتبه و يا با شماره تلفن ۲۷۶۳۵۹ تماس حاصل فرماييد.

