

## دیورتیکول:

عبارت است از بیرون زدگی بافت مخاطی و زیر مخاطی از طریق دیواره ضعیف عضلانی

ممکن است در یکی از سه قسمت مری ایجاد شود

شایع ترین نوع آن که در مردان سه برابر زنان یافت میشود دیورتیکول قسمت بالایی مری است .

## تظاهرات بالینی:

بلع مشکل - احساس پری در گردن - برگشت غذا از معده به دهان - آروغ زدن و صدای غلغل بعد از خوردن غذا -  
نفس بدبو - ترشی دهان (ارشد ۹۴)

یک سوم از بیماران بدون نشانه هستند و دو سوم دیگر آنها سختی بلع و درد قفسه سینه دارند. بلع مشکل  
متداول ترین شکایت بیماران مبتلا به دیورتیکول داخل لوله است

## درمان و مراقبت:

دیورتیکول حلقی مری پیش رونده است لذا تنها راه درمان جراحی و برداشتن دیورتیکول است

کیسه تولید شده به همراه دیواره مری برداشته می شود. علاوه بر آن در عضله انگشتری حلقی نیز برشی ایجاد  
میشود تا بدین ترتیب اسپاسم احتمالی روی عضلات باقی مانده برداشته شود

غذا و مایعات خوراکی زمانی شروع می شوند که مطالعات اشعه X عدم وجود نشت را محرز کنند.

## بیماری ریفلاکس معده به مری:

مقدار کمی برگشت محتویات معده یا دوازدهه به داخل مری در بزرگسالان و کودکان طبیعی است اما برگشت  
زیاد غذا ممکن است به علت عدم کفایت اسفنکتر تحتانی مری تنگی پیلور یا اختلال در حرکات دودی  
باشد. میزان بروز ریفلاکس به نظر میرسد که با بالا رفتن سن افزایش می یابد.

## تظاهرات بالینی:

احساس سوزش در مری - سوزش معده - بلع مشکل یا بلع درد ناک - پس زدن غذا - افزایش ترشح بزاق یا التهاب  
مری باشند ممکن است نشانه ها با علایم حمله قلب اشتباه شوند. پس باید تاریخچه بیمار از نظر بیماری قلبی  
بررسی شود.

درمان و مراقبت:

۱- دریافت غذای کم چرب

۲- جلوگیری از مصرف کافئین و دخانیات و نوشابه های گازدار

۳- از ۲ ساعت قبل از خواب دیگر هیچ چیز نخورد

۴- حفظ وزن طبیعی

۵- دارو درمانی با بلوک کننده های کانال هیستامینی: مثل فاموتیدین و رانیتیدین

مهارکننده های ترشح اسید معده: لنسوپرازول و اسموپرازول

دریافت مواد پروکینتیک: بتانکول- دام پریدون- متوکلوپروماید

۶- در نهایت جراحی: به نام فوندوپلیکاسیون نیسن (چین دادن و پیچیدن ته معده به دور انتهای پایینی مری) که

در مبحث مربوط به فتق هیاتال راجع به آن گفته شد

**مری برتز:**

ریفلاکس مزمن و درمان نشده معده به مری موجب حالتی به نام مری برتز می شود که در آن پوشش مخاطی

مری تغییر میکند. که در صورت عدم درمان میتواند منجر به ادنو کارسینومای مری گردد. پیش آگهی بدی دارد.

**تظاهرات بالینی:** شکایت از سوزش سر دل یا تگی مری یا هر دو

**درمان و مراقبت:** برداشتن مری از ناحیه هیاتوس به عنوان یک درمان پیش گیری کننده است تا از بروز ادنو

کارسینومای حاد جلوگیری شود

**تومور های خوش خیم:**

ممکن است در هر جایی از مری رشد کنن. به انان لیومیوم گفته می شود. اکثر انان بدون نشانه هستند

ضایعات کوچک توسط ازوفارگوسکوپی خارج شوند. اما تومور های رشد یافته نیاز به عمل جراحی دارند.

**سرطان مری:**

بشتر در مردان دیده می شود به خصوص در سیاه پوستان.

نکته: افراد مبتلا به بیماری برتر به دلیل تحریک مزمن غشا مخاطی ناشی از برگشت محتویات معده و دئودنوم در معرض ابتلا به بیماری سرطان مری هستند

عوامل خطر زای دیگر شامل: خوردن طولانی مدت مایعات یا غذا های داغ-فقر مواد غذایی-بهداشت بد دهان و سیگار کشیدن و مصرف طولانی مدا الککل و تماس با نیتروز آمین ها می باشد

### درمان طبی:

متاسفانه این سرطان اغلب در مراحل آخر تشخیص داده می شود. و معمولا ترکیبی از شیمی درمانی و پرتو درمانی و جراحی برای اینان صورت می گیرد

### روش جراحی ازوفاگوستومی:

جراحی زمانی انجام میشود که محل تومور در ناحیه سینه ای باشد. البته روش های جراحی متفاوتی بدین منظور صورت می گیرد ولی مادر اینجا تنها **or ringer** را معرفی می کنیم

در ابتدا شکم بیمار باز شده و از نظر وجود متاستاز به سایر ارگان های دیگر بررسی می شود. پس از اطمینان از ابل عمل بودن بیمار جراحی را آغاز می کنیم

ناحیه گردن بیمار با یک برش طولی پارامدین از سمت چپ قدام به عضله استرنو کلاویدو ماستوئید باز می شود. پس از باز کردن گردن کنار زدن عضلات بیمار با استفاده از ریتراکتور چلیپی و رایت انگل ازوفاگوس در پشت تراشه بیمار اکسپوز می شود. و توسط یک درن پنروز باریک کنار کشیده شده و سپس از بافت های اطراف آزاد می شود.

پس از آزاد سازی کامل طرفین آن به وسیله ۲ عدد کوخر استریت کوتاه گرفته شده و برش داده می شود. سپس سر دیستال آن با نخ ویکریل راند ۳ دوخته می شود و یک عدد نلاتون یا فولی با استفاده از نخ سیلیک ۰ راند به انتهای آن متصل می شود. روی سر پروگزیمال آن هم که به کوخر متصل است یک عدد گاز خط دار گذاشته و کنار گذاشته می شود تا در انتها اناستوموز داده شود. در مرحله سوم شکم بیمار از ناحیه میدلاین حد فاصل بین زایفوئید و ناف بیمار بشده و پس از باز کردن لایه های شکم ابدومینال ریتراکتور برای بیمار به همراه دو عدد گاز خط دار یا لپ اسپانچ گذاشته می شود در این مرحله جراح شروع به آزاد کردن معده از بافت های اطراف می کند.

سپس ناحیه زیر لب چپ کبد در محل لیگامنت تری انگولار باز شده و بخش داخل شکمی ازوفاگوس مشخص می شود در این مرحله ازوفاگوس بیمار کاملاً از هیاتال رینگ آزاد است. از آزاد سازی کامل مری در این مرحله ازوفاگوس از داخل مجرای توراسیک به سمت داخل شکم پایین کشیده میشود. با پایین آمدن ازوفاگوس بیمار سوند نلاتون متصل به سر دیستال آن هم به سمت پایین آمده و در مسیر آزاد سازی آن و داخل قفسه سینه قرار میگیرد. از این سوند بعداً جهت بالا کشیدن معده استفاده می شود. سپس با استفاده از دو عدد کوخر بلند یا استیپلر بخشی از فوندوس معده به همراه خم کوچک آن برش داده می شود و با نخ میکریل ۳ دوخته میشود.

با اینکار ازوفاگوس بیمار به همراه بخشی از معده جدا می شود. پس از اتمام دوخت و دوز سر نلاتون واقع در شکم بیمار با نخ سیلک ۰ راند به باقی مانده معده دوخته می شود. در این مرحله با هدایت معده به درون کانال توراسیک ازوفاگوس و بالا کشیدن نلاتون از ناحگردنی معده بیمار به جای ازوفاگوس وی درون کانال توراسیک فرار گرفته و انتهای آن وارد فضای گردنی بیمار می شود. سپس معده و مری توسط یک اناستوموز end to side توسو ویکریل در دو لایه به هم دوخته می شوند. پس از اتمام اناستوموز شست و شو صورت می گیرد. برای بیمار درن پن روز جهت تخلیه ترشحات قرار داده می شود. پس از اتمام عمل جراحی ناحیه گردن نوبت به شکم بیمار میرسد ابتدا با چند بخیه تکی قسمت باقی مانده معده بیمار به ناحیه هیاتال رنگ و زیر دیافراگم دوخته می شود. بعد از آن جهت تخلیه راحت تر معده بیمار پیلوروپلاستی می شود. سپس شکم بیمار را شسته و بعد از انجام شمارش کامل لایه های جدار شکم به ترتیب دوخته می شود.

**نکته:** اغلب جهت دوختن پوست ناحیه گردن از روش separated semi-mattress استفاده می شود

#### اختلالات مربوط به معده:

معده به ۴ بخش اصلی تقسیم می شود:

۱- کاردیا: دهانه ورودی معده

۲- فوندوس: بخشی از معده که در بالای سطح سوراخ کاردیا است

۳- تنه: بزرگترین بخش معده است

۴- ناحیه پیلور: که به دو بخش انتروم پیلوریک و کانال پیلوریک تقسیم بندی می شود. اسفنکتر پیلور در این ناحیه قرار دارد

خون رسانی به معده:

۱- شریان معده ای چپ از تنه سلیاک

۲- شریان معده ای راست از شریان هپاتیک

۳- شریان گاستروامنتال یا گاسترواپیپلوئیک راست از گاترو دئودنال

۴- شریان گاستروامنتال یا گاسترواپیپلوئیک چپ از شریان طحالی

۵- شریان گاستریک خلفی یا معده ای کوچک از شریان طحالی

### سرطان معده:

در مردان بیشتر از زنان دیده می شود رژیم حاوی مقادیر بالای ماهی دودی و کمبود میوه ها و سبزی های تازه ممکن است خطر بروز انرا افزایش دهد. سایر عوامل شامل: التهاب مزمن معده- انمی پرینشیوز -عدم ترشح اسید معده -حضور هلیکوباکت پیلوری و توارث می باشد

### درمان طبی:

هیچ نوع درمان طبی مشخصی وجود ندارد اگر تومور قبل از متاستاز برداشته شود شانس بهبودی وجود دارد ولی در غیر این صورت امکان پذیر نیست.

### درمان جراحی:

در حالت کلی جراحی های معده اغلب در بیمارانی استفاده می شود که مبتلا به زخم های گوارشی خون ریزی های خطرناک -انسداد یا سوراخ شدگی معده شده اند.

انواع جراحی های معده:

### واگوتومی معده:

جدا سازی دو طرفه عصب واگ که پایین مری قرار دارد کلید درمان زخم های معده ای و دوازدهه ای مزمن می باشد چرا که اینکار منجر به کاهش ترشح اسید معده و بهبود زخم ها می شود.

عصب واگ دارای دو قسمت می باشد:

۱- بخش قدامی: که در جدار قدامی ازوفاگوس واقع می باشد

۲- بخش خلفی: که در جدار خلفی ازوفاگوس واقع میباشد

واگوتومی: به دو صورت واگوتومی تنه ای و انتخابی انجام میگردد.

اگر عصب واگ ۵-۷ سانتی متر بالای محل اتصال مری به معده قطع شود به آن واگوتومی تنه ای ولی اگر عصب واگ نزدیک تنه سلیاک قطع شود به آن واگوتومی انتخابی اطلاق میشود.

### پروسیجر جراحی واگوتومی تنه ای:

پس از پپ و درپ و ایجاد برش جراحی میدلاین محتویات درون شکم بررسی شده و محل زخم های گوارشی در صورت وجود چک می شوند

سپس جراح برای دست یابی به ازوفاگوس لیگامنت سه ضلعی را که لب چپ کبد را به دیافراگ متصل کرده با استفاده از متز یا کوتتری باز می کند. سپس با کنار زدن لب چپ کبد به محل ازوفاگوس میرسد. در این مرحله پریتون روی ازوفاگوس باز می شود. با باز کردن هیاتال رینگ و آزاد کردن لیگامنت گاسترو هیپاتیک و پایین کشیدن تنه ازوفاگوس عصب واگ پیدا میشود. از لمس انگشتی جهت پیدا کردن محل عصب استفاده میشود. پس از پیدا کردن محل عصب انتریور تنه عصب بالاتر از محل اتصال ازوفاگوس به معده با دو عدد رایت انگل گرفته می شوند. سپس دو انتهای واقع در فضای بین کلمپ ها چیده شده و هر کدام به تنهایی توسط نخ سیلک ۰ یا ۲/۰ تای میشوند. این کار به همین منوال برای بخش خلفی عصب نیز انجام میگردد. پس از اتمام پروسیجر رینگ هیاتال بیمار دوخته می شود و در نهایت در صورت لزوم شکم بیمار با نرمال سالین شسته شده و بعد از اطمینان از درست بودن شمارش گازها و لب اسپانچ ها لایه های شکم طبق روتین بسته میشوند.

### پیلوروپلاستی:

در مواقع قطع عصب رسانی معده به دنبال واگوتومی تنه ای یا انتخابی یا جداسازی ازوفاگوس در پروسیجر های ازوفاژکتومی انجام می گیرد که در نتیجه آن معده راحت تر به داخل روده تخلیه می شود.

پیلوروپلاستی به سه روش انجام میشود.

۱- heineke-mikulicz ۲- finny ۳- jaboulay-procedure: در مواقعی انجام میشود که اسکار یا

دفرمیتی شدید در ناحیه خروجی معده وجود داشته باشد

پروسیجر پیلوروپلاستی:

روش heineke-mikulicz: پس از باز کردن شکم و پیدا کردن پیلوراز روی ورید پیلوری دئودنوم آزاد شده و در قسمت بالا و پایین رینگ پیلور با نخ سیلک ۲ عدد سوچر زده می شود و سپس ورید پیلوری بیمار تای زده می شود و برشی طولی به اندازه ۲-۳ سانتی متر روی دیواره قدامی پیلوری در ۲ طرف رینگ زده می شود. سپس انسزیون طولی به شکل عرضی در آمده و به ۲ شکل دوخته می شود: ۱- در ۲ لایه توسط ویریل ۳/۰ ۲- توسط استپلر خطی

در پایان رینگ پیلوری را بررسی می کنند تا از باز بودن آن اطمینان حاصل شود

روش finny: در این روش هم مانند روش بالا عمل میکنند با این تفاوت که پس از دوختن لبه ها یک برش U شکل از سمت معده به دوازدهه زده می شود. و لبه شان کاملا از هم باز میشوند و جدار داخلی شان از نظر وجود زخم چک میشود پس از آن خون گیری لبه های خلفی و قدامی محل با نخ ویکریل با pds دوخته می شوند در پایان نیز شست و شوی شکم و بستن آن انجام میگردد.

روش های مختلف برداشتن معده :

۱- برداشتن نیمی از معده ذیا همی گاسترکتومی یا بیله روت ۱

۲- ساب توتال گاسترکتومی یا بیله روت ۲

۳- توتال گاسترکتومی یا برداشتن کامل معده

بیله روت ۱: شایع ترین نوع جداسازی فیزیولوژیک معده است که به آن گاسترودئودنوستومی هم میگویند. معده و دئودنوم آزاد شده و به شکل end-to-end به هم اناستوموز داده میشود.

در این روش برش میدلاین از بالای زائده ی زایفوئید تا نزدیک ناف بیمار داده میشود. پس از باز کردن شکم و گذاشتن ابدومینال ریتراکتور و مشاهده ی داخل شکم بیمار ابتدا امتوم بین کولون عرضی و خم بزرگ معده تا محل خم طحالی کولون آزاد شده و لیگامان طحالی- کلیوی هم قطع می شود و فوندوس معده هم از دیافراگم آزاد می شود و سپس نقطه وسط معده مشخص می شود. خم کوچک معده هم از پایین تا محل سومین ورید پرومیننت آزاد می شود. با آزاد سازی قسمت پشت دئودنوم سر پانکراس مشخص می شود. پس از جدا کردن کامل امتوم از کولون لوپ چپ کبد هم آزاد شده و بیمار واگوتومی می شود. در این مرحله لیگامان اسپلنورنال چپ بیمار در امتداد مسیری که عروق کمتری داشته باشد آزاد می شود. اگر حین این آزاد سازی خون ریزی اتفاق بیفتد جراح مجبور به اسپلنکتومی اورژانسی بیمار می شود. امتوم بالا کشیده شده و قسمت پشتی معده از کپسول پانکراس آزاد می شود. شریان معده ای راست و گاسترواپیلوئیک لایگیت میشوند. و محل دئودنوم تا پایین تر از محل زخم جدا می شود. سپس معده هم تا محل آزاد شده آن به وسیله ی استپلر یا کوخر استریت

## مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

جدا میشوند. بافت ها جدا شده در ظرف پاتولوژی انداخته می شود. سپس حدود ۲-۳ سانتی متر از استامپ معده متناسب با عرض دئودنوم باقی مانده و بقیه آن در دو لایه با ویکریل دوخته می شود. سپس اناستوموز گاستروئودنال هم با همان نخ در دو لایه انجام می شود. لایه داخلی اغلب ساده و ممتد و لایه خارجی به صورت ساده و تک تک دوخته میشود.

نکته: لازم به ذکر است که قبل از عمل اینترنال فولی برای کلیه بیمارانی که تحت عمل های جراحی لاپاراتومی قرار میگیرند گذاشته میشود.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸/۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۳۳۳۳۸۰۰۲ (رشت)

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

فروشگاه اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir