

انسداد روده باریک

۱- علائم انسداد روده باریک^۱ درد شکمی، اتساع شکم، عدم دفع گاز و مدفوع، تهوع، و استفراغ می‌باشند. اغلب در سابقه بیماران عمل جراحی شکمی قبلی، یک توده دردناک جدید در کشاله ران یا دیواره شکم وجود دارد. به منظور ارزیابی نشانه‌های پریتونیت، توده شکمی، درد منطقه‌ای، یا وجود فتق گیر افتاده، معاینه باید صورت گیرد.

شایعترین علل انسداد روده باریک به ترتیب شامل چسبندگی، بدخیمی‌ها و فتق می‌باشد. (سایستون ص ۱۳۳۵)

عدم دفع گاز و مدفوع^۲ از یافته‌های دیررس در انسداد روده باریک می‌باشد و در مراحل اولیه انسداد، بیمار ممکن است اسهال داشته باشد که به علت افزایش فعالیت انقباضی^۳ می‌باشد. (سایستون)

۲- هیچ تست آزمایشگاهی به تنهایی ایسکمی یا نکروز روده را تایید نمی‌کند. اغلب لوکوسیتوز، اسیدوز، و اختلالات الکترولیتی وجود دارند.

۳- گرافیهای ساده باید شامل نمای ایستاده قفسه سینه و نماهای ایستاده و به پشت خوابیده شکم باشند. هوای آزاد به بهترین صورت در گرافی ایستاده قفسه سینه دیده می‌شود. حلقه‌های متسع روده باریک

1 Small Bowel Obstruction

2 Obstipation

3 Peristalsis

همراه سطوح هوا - مایع مطرح کننده انسداد مکانیکی روده باریک است، اما این تابلو می‌تواند در اثر ایلتوس فلجی ایجاد شود. زمانی که تشخیص براساس معاینه و گرافیه‌های ساده مشکوک است، سی تی اسکن می‌تواند با حساسیت ۷۸٪ تا ۱۰۰٪ در انسدادهای درجه بالای روده باریک کمک کند. همچنین سی تی اسکن زمانی که علت انسداد نامشخص است، اطلاعات بیشتری را در اختیار می‌گذارد.

۴- اثرات متابولیک انسداد روده باریک با کاهش دریافت مایع، استفراغ و انتقال مایع از فضای عروقی و خارج سلولی به مجرای پروگزیمال روده (فضای سوم) ایجاد می‌شود. درمان سریع، احیا با مایعات داخل وریدی و جایگزینی الکترولیت‌های تخلیه شده است. اثر بخشی احیا با معیارهای همودینامیک و برون ده ادراری مشخص می‌شود. جهت برداشتن فشار معده و پروگزیمال روده باریک و کاهش خطر آسپیراسیون محتویات معده، لوله بینی - معده‌ای باید تعبیه شود. لوله بینی - معده‌ای همچنین از بلع هوا و اتساع پروگزیمال روده جلوگیری می‌کند.

۵- اندیکاسیونهای جراحی فوری ممکن است شامل تب، شوک، اسیدوز، لوکوسیتوز و پریتونیت باشد. هر یک یا تمامی این نشانه‌ها و علائم ممکن است نشانه پیشرفت ایسکمی و / یا نکروز روده باشد. در صورتیکه ایسکمی روده مورد سوال باشد، لاپاروتومی توصیه می‌شود. به علاوه، در هر بیمار مبتلا به انسداد روده باریک که بصورت اولیه بطور محافظه کارانه درمان می‌شود در صورتیکه هر یک از این نشانه‌ها یا علائم پیشرفت کند، باید جهت لاپاروتومی سریع در نظر گرفته شود.

۶- در صورتیکه جانندازی فتق کشاله ران نشانه‌ها و علائم انسداد روده باریک را بهبود بخشد، بیمار تحت نظر قرار می‌گیرد و سپس در یک وضعیت انتخابی عمل جراحی ترمیم فتق صورت می‌گیرد. فتق غیرقابل جانندازی، اورژانس جراحی است.

۷- روش جراحی برای فتق گیر افتاده کشاله ران بطور عمده بستگی به انتخاب جراح دارد. رویکرد قدامی استاندارد درمان است، در حالیکه در موارد نکروز روده، لاپاروتومی نیز اضافه می‌شود. بطور جایگزین، ترمیم لاپاروسکوپی با استفاده از رویکرد پیش صفاقی از طریق شکمی (TAPP) اجازه ارزیابی حیات روده و ترمیم نقص فتق را از طریق یک روش منفرد می‌دهد. به علاوه، در موارد خطرناک برای حیات، برداشت روده می‌تواند در روش پیش صفاقی صورت گیرد، و نیاز به لاپاروتومی خط وسط نمی‌باشد.

۸- انسداد به علت چسبندگی شایعترین نوع انسداد روده باریک است. بسیاری از این انسدادها با استراحت روده و برداشتن فشار بهبود می‌یابند. در صورت عدم بهبود بالینی، ممکن است گرافیه‌های بیشتری کاربرد داشته باشد. هر بیمار با بدتر شدن نشانه‌ها و علائم باید تحت لاپاروتومی سریع و جداسازی چسبندگیها^۱ قرار گیرد.

۹- کمتر از ۱۰٪ تمام موارد انسداد روده باریک در نتیجه انسداد دیستال (کولون) رخ می‌دهد. شایعترین علت انسداد کولون، سرطان کولون است. در موارد مشکوک به تومورهای روده بزرگ، اطلاعات بدست آمده از کولونوسکوپی پیش از عمل یا تنقیه با باریم می‌تواند در درمان جراحی تومور کمک کند. به

علاوه، استنت برای کاهش فشار می‌تواند در طی کولونوسکوپی تعبیه شود که اجازه آماده سازی کامل روده را قبل از جراحی می‌دهد.

۱۰- ایلئوس سنگ صفاوی، انسداد روده باریک به علت سنگ صفاوی داخل مجرا می‌باشد. درمان برش روده و برداشتن سنگ است. موارد بلع شده یا بزوارها نیز می‌توانند سبب انسداد روده شوند و نیازمند برداشت از طریق برش روده هستند.

۱۱- درهم رفتگی^۱ روده باریک در بالغین ناشایع است. عامل درهم رفتگی در اکثر بیماران، تومور است، اگرچه ممکن است نوارهای چسبنده یا گره‌های لافی ملتهب نیز عامل درهم رفتگی باشند. جا اندازی ساده یا جداسازی چسبندگی‌ها ممکن است تنها درمان لازم باشد. بیماران مبتلا به تومور نیازمند برداشتن توده پس از جااندازی درهم رفتگی هستند.

۱۲- پیچ خوردگی (ولولوس)^۲، چرخش یک حلقه روده حداقل ۱۸۰ درجه حول محور مزانتریک خود است. پیچ خوردگی سکوم می‌تواند بصورت انسداد روده باریک بروز یابد و معمولاً نیازمند لاپاروتومی برای درمان است. برداشت کولون پیچ خورده در مقایسه با اصلاح پیچ خوردگی و یا ثابت‌سازی به تنهایی میزان عود را کاهش می‌دهد.

۱۳- بیماری کرون می‌تواند در طی یک دوره التهاب حاد یا بطور شایعتر، در اثر تشکیل تنگی مزمن با انسداد روده بروز نماید. معمولاً انسدادهای التهابی حاد با استراحت روده بهبود می‌یابند.

۱۴- ایلئوس یک انسداد عملکردی ثانویه به کاهش حرکت روده باریک است، که معمولاً با یک بیماری زمینه‌ای همراه است. علیرغم عدم انسداد حقیقی، این بیماران نیز از حجم و الکترولیت‌های تخلیه می‌شوند و از اتساع شکمی رنج می‌برند. بنابراین درمان باید بر وضعیت حجم و الکترولیت‌های بیمار متمرکز شود و شامل لوله بینی - معده‌ای می‌باشد تا زمانی که علت زمینه‌ای کاهش حرکت تشخیص داده شود. به علاوه، تمام داروهای کاهنده حرکت (نظیر مخدرها و آنتی کولینرژیک‌ها) باید کاهش دوز یافته یا تا زمان بهبود ایلئوس مصرف نشوند.

۱۵- در صورتیکه بیماری طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت از تحت نظر گرفتن بهبود نیافت، مطالعه روده باریک با گاستروگرافین می‌تواند برای افتراق بین انسداد ناقص و کامل کمک کند. نرسیدن گاستروگرافین به کولون طی ۲۴ ساعت پس از مصرف مطرح کننده انسداد کامل است و این بیماران از لاپاروتومی و جداسازی چسبندگیها سود خواهند برد. در صورتیکه، اگر گاسترو گرافین طی ۲۴ ساعت پس از مصرف به کولون برسد، تا ۷۵٪ از بیماران، انسداد روده باریک تنها با مراقبت تحت نظر بهبود خواهد یافت.

۱۶- اغلب در انسداد ناشی از تنگی کولون در بیماری کرون، لاپاروتومی مورد نیاز خواهد بود. از آنجایی که دوره‌های مکرر انسدادی در بیمارهای التهابی یک قانون است، عملهای جراحی که طول روده باریک را حفظ کند، مانند ترمیم تنگی^۳ یا برداشت محدود ارجح هستند.

1 Intussusception

2 Volvolus

3 Stricturoplasty

۱۷- تحت نظر قرار دادن طولانی برای انسداد ناقص برای مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت با عوارض ناخواسته کمی همراه است و در صورتیکه پس از این مدت هنوز بهبودی حاصل نشده باشد، بیمار باید برای جداسازی چسبندگیها تحت لاپاروتومی قرار گیرد.

پارگی مری

