

پارگی مری

۱- پارگی مری بعنوان یک اورژانس پزشکی مطرح می‌شود. چرا که هر گونه تاخیری باعث کاهش احتمال نجات بیماران می‌گردد.

سوراخ شدگی در اثر اقدامات پزشکی، خودبخودی و در اثر تروما، شایع‌ترین انواع پارگی مری را تشکیل می‌دهند.

آندوسکوپی شایع‌ترین علت پارگی مری در اثر اقدامات پزشکی تشخیصی، درمانی می‌باشد و شایع‌ترین محل آن نیز ناحیه کریکوفارنژیال می‌باشد. پارگی‌های مری میانی و دیستال در هنگام تهیه بیوپسی از ضایعات یا متسع‌سازی اتفاق می‌افتد. از علل ناشایع دیگر لوله‌گذاری تنفسی مشکل، برداشت بدخیمی ریه و جراحی روی ستون فقرات گردنی می‌باشند. پارگی مری در اثر زور زدن، شایع‌ترین علت پارگی خودبخودی مری می‌باشد. در این حالت پارگی معمولاً در قسمت خلفی و چپ قسمت تحتانی روی می‌دهد. (سابیستون) این نوع پارگی مری، شدیدترین حالت بوده و با مرگ و میر بالایی همراه می‌باشد چون با آلودگی شدید همراه است.

شکایات بیمار (درد، استفراغ، استفراغ خونی^۱، بلع مشکل^۱ و تنفس سریع^۲) و علائم (تاکی کاردی، تب، آمفیژم زیرجلدی، صدای قرچ قرچ در قفسه سینه^۳، پرصدایی قفسه سینه^۴ و گنگی صدا در قفسه سینه^۵) بسته به علت و محل پارگی (شکمی یا گردنی - سینه‌ای) تغییر می‌کند.

درد شایع ترین شکایت این بیماران است که در ۹۰-۷۰٪ بیماران دیده می‌شود و معمولاً دقیقاً در محل سوراخ‌شدگی احساس می‌شود.

پرفوراسیون در منطقه گردنی با درد در گردن و سفتی مشخص می‌شود. در پارگی شکمی، در صورت وجود پرفوراسیون در قدام، درد ساب گزیفوئید حس می‌شود، و در صورتی که پرفوراسیون در خلف باشد و با Lesser Sac ارتباط داشته باشد، درد مبهمی در محل اپی گاستر حس می‌شود که بعضاً به پشت هم انتشار دارد.

درد شدید پشت جناغ و یا قفسه سینه، در طرف سوراخ در پارگی مری سینه‌ای دیده می‌شود. درد سینه‌ای شدید بعد از زور زدن استفراغ خون، در پارگی‌های پس از استفراغ^۴ اتفاق می‌افتد.

تاکی کاردی و تاکی پنه در اکثر بیماران دچار پارگی وجود دارد. آمفیزم زیرجلدی هم معمولاً در پارگی‌های گردنی دیده می‌شود، اما در پارگی‌های سینه‌ای و شکمی کمتر اتفاق می‌افتد.

۲- گرافی ساده قفسه سینه در ۶۰٪ بیماران به تشخیص کمک می‌کند. در صورتی که بلافاصله پس از پارگی گرفته شود، امکان دارد نرمال گزارش شود.

وجود هوا در مדיاستن^۵، آمفیزم زیرجلدی، پهن شدن و یا سطح مایع - هوا در میان سینه، نیاز به بررسی‌های تشخیصی جهت رد پارگی مری دارد.

هیدروپنوموتوراکس سمت چپ در بیماران با پارگی دیستال مری دیده می‌شود. ازوفاگوگرام با ماده حاجب محلول در آب، می‌تواند محل پارگی مری را مشخص کند.

در مورد پارگی‌هایی که در قفسه سینه اتفاق می‌افتد، باریوم ازوفاگوگرام^۶ جهت بررسی جزئیات مخاطی انجام می‌شود.

ازوفاگوسکوپی در بررسی بیماران مشکوک به پارگی مری انجام نمی‌شود، چرا که ممکن است پارگی‌هایی را که در چین‌های مخاطی مخفی شده باشند را تشخیص ندهد و یا ممکن است در اثر اتساع مری با هوا، پرفوراسیون را تشدید کند. (سایستون)

۳- روش‌های غیر جراحی باید با دقت در مورد بیماران انتخاب شده انجام گیرد.

معیارهای انتخاب بیماران فوق الذکر (کرایتریای کامرون) عبارتست از: بیمار با ثبات، بدون شواهدی مبنی بر وجود سپسیس، پارگی با فضای جنب و یا صفاق ارتباط نداشته باشد و پارگی باید به راحتی به داخل مری درناژ شود.

1 Dysphagia

2 Tachypnea

3 Chest Crunch

4 Hypersonarity

5 Dullness

6 Postemetic

7 Pneumomediastinum

8 Barium Esophagogram

علائم و نشانه‌های سپسیس در حین درمان غیرجراحی، نیاز قطعی به جراحی را نشان می‌دهد. پنوموتوراکس، آمفیزم زیرجلدی و ضعف تنفسی نیز شرایط اجرای مداخله جراحی هستند.

۴- برخورد محافظه‌کارانه با بیمار شامل عدم تغذیه خوراکی، گذاشتن لوله بینی - معده برای بیمار و مصرف بلوک کننده H_2 و یا یک مهار کننده پمپ پروتون برای جلوگیری از بازگشت اسید، مایع درمانی و تغذیه وریدی می‌باشد.

۵- جراحی، شامل ترمیم اولیه و انحراف مسیر مری^۱ یا برداشتن با جراحی^۲ می‌باشد.

آمادگی‌های قبل از عمل عبارتست از لوله بینی به معده، آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف و احیاء داخل وریدی بیمار.

۶- ازوفاگوتومی با یا بدون بازسازی، باید به عنوان درمان خط اول برای پرفوراسیون در بیماران با مری گشاد شده^۳، تنگی‌های شدید غیرقابل بازگشت، بلع مواد سوزاننده و یا کارسینوم مری قابل برداشت، در نظر گرفته شود.

۷- اگر پرفوراسیون در حین درمان تسکینی کارسینوم غیرقابل عمل مری رخ دهد، استفاده از یک استنت پوشش دار معمولاً جلوی نشت را می‌گیرد. اگر گذاشتن استنت مقدور نباشد، انحراف مسیر و برداشتن مری همراه با گاستروستومی و ژژونوستومی لازم می‌باشد.

۸- اگر پرفوراسیون مری در کمتر از ۷۲ ساعت تشخیص داده شده باشد، می‌تواند توسط ترمیم اولیه و تقویت محل پارگی توسط فوندوس معده، فلپ جنبی و فلپ عضلانی و استنت برای کاهش احتمال تشکیل فیستول درمان گردد. پارگی‌های گردنی توسط بستن اولیه و تخلیه کردن درمان می‌شوند. پارگی مری سینه‌ای احتیاج به توراکتومی راست جهت دسترسی به دو سوم فوقانی مری و توراکتومی سمت چپ برای دسترسی به یک سوم تحتانی مری دارند. در زخم‌های مربوط به محل کاردیا از طریق لاپاروتومی نیمه فوقانی خط وسط و یا توراکتومی چپ وارد عمل می‌شویم.

پارگی‌های مری سینه‌ای احتیاج به درناژ مدیاستن از طریق باز کردن جنب جداری به اندازه تمام طول مری، دارند. بافت‌های آلوده و یا مرده موجود در میان سینه و جنب جداری باید پاکسازی شوند.

مری در بیشتر اوقات و کاردیا باید به طور کامل جداسازی شوند تا محل دقیق پارگی به درستی تشخیص داده شده و مری جهت یک ترمیم بدون کشش، آماده شود.

برش بافت عضلانی مری معمولاً جهت یافتن آسیب‌های مخاطی مورد نیاز می‌باشد. ترمیم اولیه معمولاً توسط بستن و ترمیم نقص مخاطی و بستن لایه‌های عضلانی صورت می‌گیرد.

پارگی مری سینه‌ای را می‌توان توسط فلپ‌های جنبی و یا پایک‌های عضلانی از عضلات بین دنده‌ای تقویت کرد.

-
1. Diversion
 2. Resection
 3. Mega Esophagus

تقویت پارگی‌های سینه‌ای همچنين می‌تواند توسط بافت عضلانی دیواره قفسه سینه، دیافراگم و یا پايک‌هایی از امتنوم صورت گیرد. پارگی‌هایی که در محل کاردیا باشد، توسط عمل فوندوپلیکاسیون معده حمایت می‌شوند.

۹- در پارگی‌هایی که دیر تشخیص داده می‌شوند، معمولاً می‌توان ترمیم اولیه و حمایت توسط عضلات ناحیه و یا جنب انجام داد. البته این در صورتی است که التهاب شدید و مدياستینیت وجود نداشته باشد.

۱۰- در صورتی که ترمیم و حمایت اولیه، به علت التهاب شدید و مدياستینیت مقدور نباشد، اقدامات شامل برداشتن مری و یا انحراف مسیر مری می‌باشد که شامل ازوفاگوستومی سرویکال (diversion) مری گردنی و ایجاد یک فیستول بزاقی)، برداشت فشار از روی معده توسط گاستروستومی، و ژژونوستومی با بازسازی تاخیری (۶ ماهه) می‌باشد. جایگزین برای انحراف مسیر یا برداشتن مری عبارتست از : تخلیه پارگی توسط T-tube و ایجاد یک فیستول کنترل شده مری به سطح پوست. گذاشتن T-tube می‌تواند در بیماران با خطر بالا استفاده شود، اما نشت ممتد و ادامه دار می‌تواند منجر به سپسیس شود و به صورت همیشگی توصیه نمی‌شود.

