

## سوختگی مری

۱- درمان بیمار مبتلا به بلع مواد سوزاننده در درجه اول عبارتست از یافتن علت ایجاد سوختگی ( برای مثال : باز یا اسید، جامد یا مایع )

بازها منجر به ایجاد نکروز تولیدکننده مایع<sup>۱</sup> می‌شوند و ایجاد سوختگی عمیق می‌کنند. این در حالی است که اسید معمولاً نکروز انعقادی ایجاد می‌کند و منجر به ایجاد اسکار می‌شود که نفوذ اسید به عمق را کم می‌کند. در صورت مصرف اسید، مری ممکن است به علت وجود بافت اپی تلیال سنگفرشی آسیب نبیند. ( ساییستون )

باز جامد، معمولاً به حلق دهانی می‌چسبد و آن را می‌سوزاند. این در حالی است که باز مایع به سرعت بلعیده می‌شود و به همین علت آسیب کمتری در حلق دهانی ایجاد می‌کند، اما در عین حال آسیب بیشتری در مری و یا حتی معده ایجاد می‌کند.

شکایات بیمار به دنبال بلع مواد سوزاننده شامل : درد دهان، استفراغ خونی، آبریزش و ناتوانی در بلع می‌باشد، هرچند نبود شکایات فوق و یا نبود سوختگی حلق دهانی، آسیب مری را رد نمی‌کند. محل‌های شایع سوختگی مکان‌هایی هستند که به علت تنگی‌های طبیعی عبور مواد به کندی صورت می‌گیرد که شامل منطقه کریکوفارنژیال، محل قوس آئورت و برونش اصلی چپ و اسفنکتر تحتانی مری می‌باشند. ( ساییستون )

- ۲- در صورتی که معاینه فیزیکی و یا گرافی گرفته شده از شکم و یا سینه مطرح کننده پارگی باشد، جراحی جهت پاکسازی بافت‌های نکروز شده و جلوگیری از پیشرفت آسیب، الزامی می‌باشد.
- ۳- خشونت صدا، استریدور و تنگی نفس، ادم حنجره را مطرح می‌کند. البته علائم فوق می‌تواند به علت آسیب اپی گلوت نیز باشد.
- این علائم اقدام سریع جهت بررسی وضعیت راه هوایی با برونکوسکوپ، لارنگوسکوپ و در صورت نیاز لوله‌گذاری و یا تراکئوستومی جهت برقراری راه تنفس بیمار را الزام می‌دارد.
- استروئیدها در صورت نیاز، برای از بین بردن انسداد راههای هوایی، قابل تجویز می‌باشند. انسداد فوق الذکر می‌تواند در اثر ادم مخاطی و یا اسپاسم برونش‌ها ایجاد شده باشد.
- ۴- ازوفاگوسکوپ، ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از آسیب پیشنهاد می‌شود، و قبل از آن باید معده را تخلیه کرده و بیمار را تا حد ممکن پایدار نمود، مگر حالتی که شک به پارگی معده و یا مری کرده باشیم.
- آندوسکوپ را باید فقط تا محل اولین سوختگی شدید پیش برد، تا به این طریق جلوی پارگی ناشی از اعمال پزشکی گرفته شود، که البته این روش معمولاً جلوی بررسی کامل مری و معده را می‌گیرد. در بچه‌ها به خاطر اینکه انجام ازوفاگوسکوپ نیاز به بیهوشی دارد، در صورت بدون علامت بودن کودک، می‌توان از انجام ازوفاگوسکوپ صرف نظر کرد. (سابیستون)
- ۵- بیماران با سوختگی درجه ۲ یا ۳ بدون نشانه‌های پارگی معمولاً در ICU بستری و حمایت می‌شوند. باید تغذیه غیر خوراکی بوده و توسط مایعات داخل وریدی و آنتی بیوتیک‌ها حمایت شوند، تا ریسک آلودگی باکتریال میان سینه در اثر مری آسیب دیده و اسپیراسیون به حداقل برسد.
- به این علت که بازگشت اسید احتمال ایجاد تنگی را بالا می‌برد، از آنتاگونیست‌های گیرنده  $H_2$ ، مهار کننده پمپ پروتون و یا آنتی اسیدها استفاده می‌کنیم. استروئیدها به عنوان عامل جلوگیری کننده از ایجاد تنگی، ثابت نشده اند و حتی ممکن است علائم پریتونیت را نیز مخفی کنند.
- ۶- درمان سوختگی‌های درجه ۱ مری که سوراخ نشده و ایجاد تنگی نکرده‌اند، معمولاً عبارتست از تحت نظر گرفتن بیمار برای ۴۸ ساعت.
- ۷- پارگی مری به علت مواد سوزاننده به بهترین شکل توسط ازوفاژکتومی از طریق هیاتوس درمان می‌شود.
- نکروزهای وسیع و عمیق تمام ضخامت مری و یا معده باید توسط ازوفاگوگاسترکتومی رادیکال و اورژانس درمان شوند که البته ترمیم تأخیری ۶ ماهه برای آن لازم است.
- تمام بیماران از ازوفاگوستومی گردنی و ژژونوستومی تغذیه‌ای سود می‌برند.
- ۸- جایگزین‌های درمانی برای آسیب‌های درجه ۲ و ۳ عبارتست از، گاستروستومی انتخابی جهت تغذیه بیمار، همراه با عبور دادن یک لوله بینی - معده جهت دیلاتاسیون در جهت معکوس<sup>۱</sup> برای رفع تنگی‌های ممکن. این روش معمولاً در اطفال استفاده می‌شود.

۹- جایگزین دوم عبارتست از: گذاشتن استنت داخل مجرای برای جلوگیری از تنگی، همراه با گاستروستومی. این استنت به مدت ۲۱ روز در مری نگهداشته می‌شود. گرافی مکرر سینه و شکم و بلع باریوم ۲۴ ساعت بعد جهت رد سوراخ شدگی مری انجام می‌شود.

۱۰- راه سوم عبارتست از ادامه مصرف آنتی بیوتیک و آغاز تغذیه بیمار از طریق یک لوله دابهوف<sup>۱</sup> و یا تغذیه کاملاً عروقی.<sup>۲</sup> در هر دوی این روشها بیمار با تغذیه غیر خوراکی<sup>۳</sup> ننگه داشته می‌شود. تا وقتی که بتواند بزاق خود را بدون درد بلعد، در این صورت رژیم غذایی در حد تحمل بیمار آغاز می‌شود. از وفاگوستروئودونوسکوپ<sup>۳</sup> هفته بعد برای بررسی‌های بعدی انجام می‌گیرد. همچنین معده و مری توسط بلع باریوم به ترتیب: ۳ هفته، ۳ ماه و ۶ ماه پس از آسیب بررسی می‌شوند تا ایجاد هرگونه تنگی رد شود. تنگی شایع‌ترین عارضه سوختگی‌های درجه ۲ و ۳ می‌باشد. این روش همچنین برای بررسی ایجاد انسدادهای خروجی معده و نیز ایجاد و تشکیل ساختمان‌های مشابه لینییت پلاستیکا<sup>۴</sup> یا ساعت شنی<sup>۵</sup> استفاده می‌شود.

شایعترین عارضه سوختگی‌های درجه ۲ و ۳ مری، ایجاد تنگی است. که معمولاً بین هفته‌های ۸ تا ۳ ایجاد می‌شود و بعضی از این تنگی‌ها خفیف می‌باشند که به متسع سازی پاسخ می‌دهند. اتساع نباید قبل از هفته ششم انجام شود تا اینکه ایجاد بافت اپی تلیال مری به خوبی انجام شود. برای تنگی‌های موضعی بیشتر از ۱۰۵ سانتی‌متر که به دیلاتاسیون جواب نمی‌دهند، تزریق موضعی استروئید و اتساع پس از تزریق ممکن است کمک کننده باشد. (سایبستون).

1 Dobhoff tube

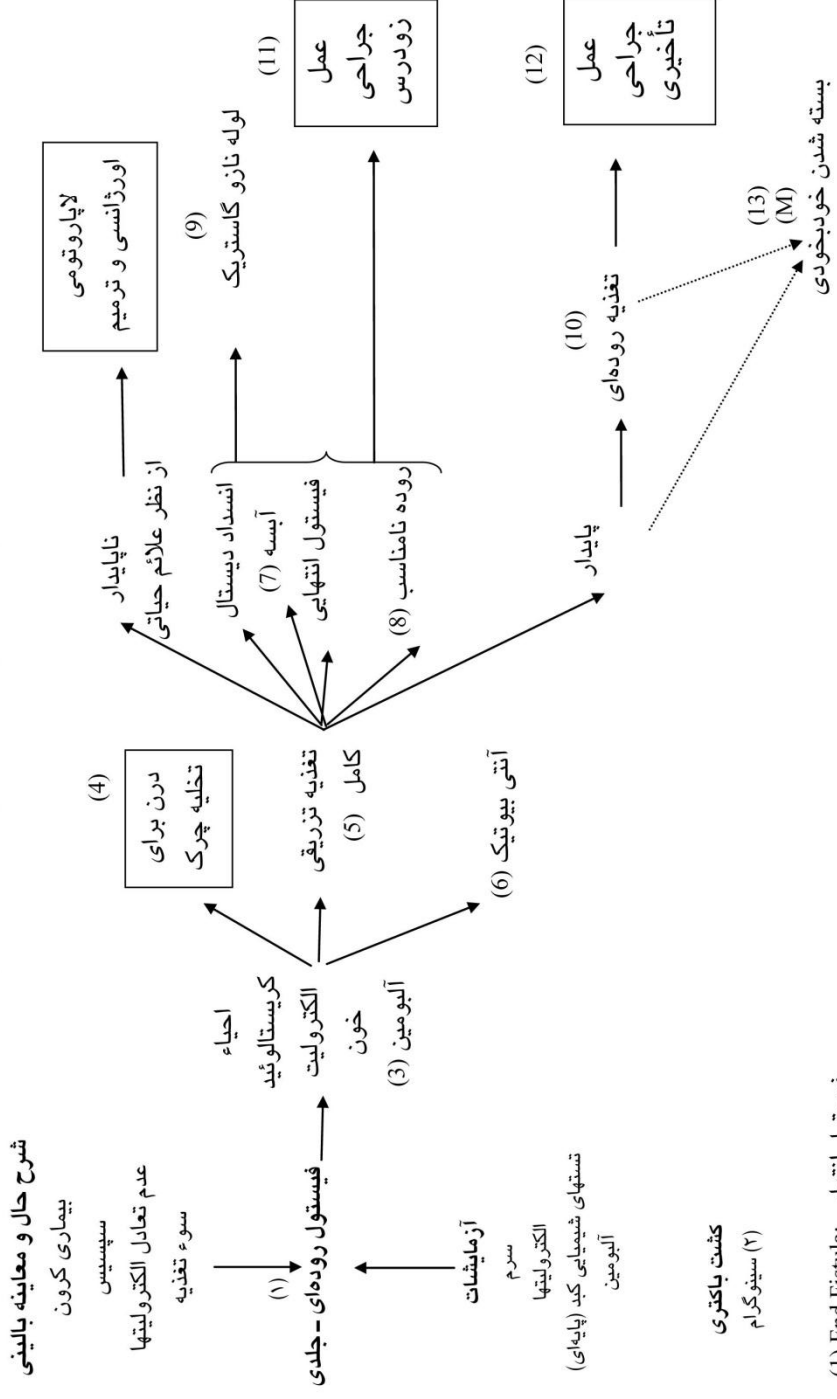
2 Total Parenteral Nutrition

3 NPO

4 Linitis plastica-like

5 Hourglass

## فیستول پوستی - روده‌ای (انتروکوتانوس)



(1) End Fistula: فیستول انتهایی

کشت باکتری  
(۲) سینوگرام

آزمایشات  
سرم  
الکترولیتها  
تستهای شیمیایی کبد (پایه‌ای)  
آلبومین