

جراحی

درمان قرچه معده و اثنی عشر بواسیله واگوتومی

نگارش

دکتر سرکیسیان

دستیار افتخاری بخش جراحی
بیمارستان رازی

و

دکتر هنجن

استاد دانشکده پزشکی و رئیس بخش
جراحی بیمارستان رازی

برای درمان جراحی ریش معده و اثنی عشر روشهای مختلفی امروزه متداول و مورد استفاده میباشد که هر يك ممكنست به تناسب وضعیت بیمار و سیر بیماری و غیره بموقع اجرا گذارده شود. یکی از روشهای نامبرده نیز عملیاتی است که در روی اعصاب معده انجام میگردد و بطور غیر مستقیم در درمان قرحات مزبور تأثیر بسزائی دارد اگرچه تجربیاتی که از این قبیل عملیات بدست آمده و نتایجی که گرفته شده است هنوز برای اظهار نظر در این موضوع کافی نیست با وجود این یکی از روشهای جراحی نامبرده را که از مجلات خارجی اقتباس شده است برای تذکر بیمورد نمیداند.

از موقعی که «بیلروت» اولین عمل جراحی را برای درمان قرچه های معده بکار برده تا کنون طرق و متدهای مختلف جراحی جهت درمان زخمهای معده پیشنهاد شده است در بین این تکنیکهای گوناگون یکی از آنها که نتایج آن در این اواخر طرف توجه واقع شده است واگوتومی

میباشد.

این متد اولین بار توسط «لتارژ» پیشنهاد شد ولی موفقیت زیادی پیدا نکرد تا اینکه Dray-edf و همکارانش واگو تومی کامل را جهت مداوای قرحه معده پیشنهاد نمودند و نتایج حاصله در ۳۰۰ بیمار مورد آزمایش در دانشکده پزشکی شیکاگو رضایت بخش بود چه عوارض آن ناچیز و زودگذر بوده است.

از ۱۷۰ بیمار دیگری که در دانشکده پزشکی شیکاگو مورد آزمایش قرار گرفت در ۱۸ مورد قطع عصب بطور ناقص انجام گرفت از این عده ۶ نفر پس از عمل از دردهای شبیه به «اولسر» و همچنین عود مرض شکایت داشتند و دوتن از آنها را برای بار دوم مورد عمل جراحی قرار داده و الیاف باقیمانده از عصب را قطع نمودند و این بار بیماران بهبود کامل یافتند بقیه ۱۶۴ نفر مدتها تحت نظر بودند و بسا وجود اینکه با غذای معمولی تغذیه میکردند عود مرض یا عارضه دیگر مشاهده نشد.

راه عمل - عمل قطع عصب از راه بطنی^(۱) و یا از راه سینه انجام میدهند در ۱۷۰ مورد فوق الذکر ۶۱ بیمار از راه سینه^(۲) و بقیه از راه شکم عمل شدند و نتایج حاصل از هر دو راه یکی بود بعقیده استیرلین^(۳) تشریح عصب از راه سینه بهتر و آسانتر است.

شرح عمل - شکافی در خط وسط از زیر زائده حنجری تا ۲-۳ سانتیمتری زیر ناف میدهند پس از بریدن پوست و نسج زیر جلدی و صفاق معده و اثنی عشر را مورد آزمایش قرار داده محل و مقدار پیشرفت و همچنین وجود «استنوز» و غیره را جستجو میکنند (این موضوع را با لمس

۱- transabdominal ۲- transthoracique ۳- Stierlin

معده و اثنی عشر با سانی میشود تحقیق نمود) در صورتیکه «استنوز» وجود داشته باشد (برای تعیین « کالیبر اسفنکتر » ممکنست لوله‌ای از بینی وارد معده نمود) البته عمل گاستروانتروستومی^(۱) و یا گاستروودودنوستومی^(۲) صورت خواهد گرفت و بهتر است که این عمل پس از واگوتومی صورت گیرد. پس از آن جراح با آرامی لوب چپ کبد را بطرف پائین میکشد و با کماک قیچی لیگمان مثلثی کبد^(۳) را قطع میکند بعد با یک «اکرتور» کبد را بکناری میزند و سپس محل ورود مری را بدیافراگم گشاد مینماید تا حدیکه بتوان با انگشت وارد مدياستن شد و بعد با انگشت آرامی مری را در حالیکه دو تنه نصب روی آن متصل است از سایر انساج جدا میکند و سپس مری را با آهستگی داخل حفره بطنی میکشد و عصب را از سری جدا نموده و در فاصله ۵ تا ۷ سانتیمتری «کاردیا» با ابریشم لیگاتور کرده و باندازه ۵ سانتیمتر از عصب را قطع میکند (برای جلوگیری از رژنرسانس و بعمل آوردن آزمایش بافت‌شناسی) ضمناً باید دقت کرد که بمری صدمه وارد نشود.

در ۱۷۰ مورد فوق‌الذکر فقط در یک مورد مری سوراخ شده است. پس از قطع هر دو عصب عضله طولی مری شل (رولاشه) شده و مری وارد شکم میگردد.

نکته عملی مهم - باید دقت کرد که قطع رشته‌های عصبی بطور کامل انجام گیرد چه میدانیم در بیماران معدی خصوصاً بیماران مبتلا به قرحه اثنی عشر ترشح در شبها بعداعلای خود میرسد و در صورتیکه عصب بطور کامل قطع نشود این ترشح بحال خود باقی خواهد ماند و از عملیات جراحی نتیجه بدست نخواهد آمد.

۱- gastro enterostomie ۲- gastro - duodenostomie

۳- lig. triangulaire du foie

پس از آنکه جراح از قطع کامل عصب مطمئن شد سوراخ دیافراگم را با بخیه‌های مجزی مرمت و تتمه عمل را در صورتیکه مورد نیاز باشد (گاستروانتروستومی و غیره) انجام داده و جدار را می‌بندد.

مواظبت‌های بعد از عمل - معده و روده‌ها در تحت تأثیر دو دسته عصب خارجی و داخلی می‌باشند تجربه زیر وجود خودکاری معده را ثابت میکند.

اگر تکه‌ای از معده یا روده را در محلول اکسیژنه رینگر و لوك قرار دهند تا مدت‌ها انقباضات منظم میکند.

سیستم عصبی خارجی معده را واگو سمپاتیك تشکیل میدهد.

عصب پنمو گاستریك علاوه بر اینکه اثرش مخالف اثر سمپاتیك است خود دارای دو نوع رشته میباشد يك دسته رل محرك و دسته دیگر رل مهار کننده دارند و تجربه زیر که در روی سگ و گربه بعمل آمده این موضوع را تأیید میکند.

عصب سمپاتیك اثر مهار کننده روی جسم معده دارد و این خاصیت پس از واگو تومی باعث اتساع و ابساط معده میشود.

با ملاحظه مراتب فوق‌الذکر لزوم مواظبت‌های بعد از عمل روشن میشود چه با قطع پنمو گاستریك این دستگاه منظم غفلتاً بهم خورد و عصب سمپاتیك بلامنازع باقی مانده باعث اختلالات عمده میشود و لازم است تا پیدایش تعادل ثانویه از بروز این اختلالات جلوگیری کرد گذاشتن لوله لوین از ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل از عمل تا روز ۴ الی ۵ بعد از عمل و خالی کردن معده با اسباب وان ژنستین (۱) برای جلوگیری از عوارض کمک بزرگی خواهد بود. امتحان شیر معده پس از عمل کاهش اسیدیته معده را

نشان میدهد.

روز ۴ یا ۵ لوله را برداشته و بمریض اجازه میدهند که هر ساعت ۳۰ سانتیمتر مکعب آب بیاشامد و آخر روز آب معده را میکشند اگر چیزی نبود روز دوم هر ساعت ۶۰ سانتیمتر مکعب تجویز میکنند اگر باز هم نتیجه تخلیه منفی بود مریض را دو سه روز تحت رژیم هیدریک قرار میدهند و در صورتیکه بیمار به نفخ امعاء مبتلا گردد غذا خوردن را قطع و الا هر روز غلظت غذا را زیاد میکنند تا غذای معمولی.

تعادل بعد از عمل - مدت پیدایش تعادل در اشخاص مختلف متفاوتست معمولا ۳ هفته تا ۶ ماه طول میکشد و پیدایش تعادل را نتیجه فعالیت سیستم شبکه اوئر باخ^(۱) و یا زیاد شدن تونوس سمپاتیك می دانند.

راجع بعملیات جراحی روی عصب پنمو گاستریک ما نظریات و تجربیات خودمان را در طی مقاله دیگری انتشار خواهیم داد.