

# جراحی

از کارهای بخش جراحی بیمارستان روزبه

## فتق های بزرگ مغبنی

### نگارش

### آقای دکتر هاشم هنجن

استاد بالینی جراحی دانشکده پزشکی - رئیس بخش جراحی بیمارستان روزبه

در بین بیمارانیکه مبتلی بفتق مغبنی هستند و برای معالجه جراحی مراجعه مینمایند بندرت بیمارانی دیده میشود که فتقشان فوق العاده بزرگ و بافتقهای معمولی قابل مقایسه نیست. این فتقها را میتوان يك نوع اواتراسیون<sup>(۱)</sup> نامید. آنچه این قبیل فتقها را از فتقهای معمولی تمیز میدهد میزان فراخی و گشادی مجرای مغبنی نیست چون فراخی مجرای مغبنی راهر گاه از حد معمول هم خیلی زیادتر باشد بالاخره باطرق دیگر یا بكمك پلاستيك عضلات و نیام عضلات<sup>(۲)</sup> و غیره میتوان مسدود نمود بلکه آنچه مختص این قبیل فتقهاست عدم تناسب محتویات آنها با حفره شکم میباشد. بطوریکه در داخل حفره بطنی محلی برای پذیرفتن و نگاهداشتن اندرونه ایکه در کسبه فتقی تدریجاً جای گرفته است موجود نمیشود و بهمن جهت این فتقها معمولاً جامیرود و در ناحیه مغبنی کیسه هائی بزرگی يك هندوانه متوسط تشکیل داده چندین کیلو گرم وزن دارد و تولید اختلالات گوارش و سوء هاضمه و نیز برخی بیماریهای پوست مانند اگزما و اتترتریگو<sup>(۳)</sup> ناحیه کشاله رانها و خارش زیاد و غیره مینماید. آلت رجولیت اغلب در داخل کیسه قرار میگیرد و بواسطه بزرگ بودن کیسه فتقی این بیماران اغلب بی اولاد میمانند و حتی ممکن است تدریجاً از کار کردن و امرار معاش و غیره باز مانند.

وظیفه جراح در مقابل این بیماران چیست؟ و بهترین روش عمل جراحی و درمان آن کدامست؟

مادر اینجا شرح حال بیمار را که بچنین فتقی دچار بود و بما مراجعه کرد برای مثال شرح میدهیم:

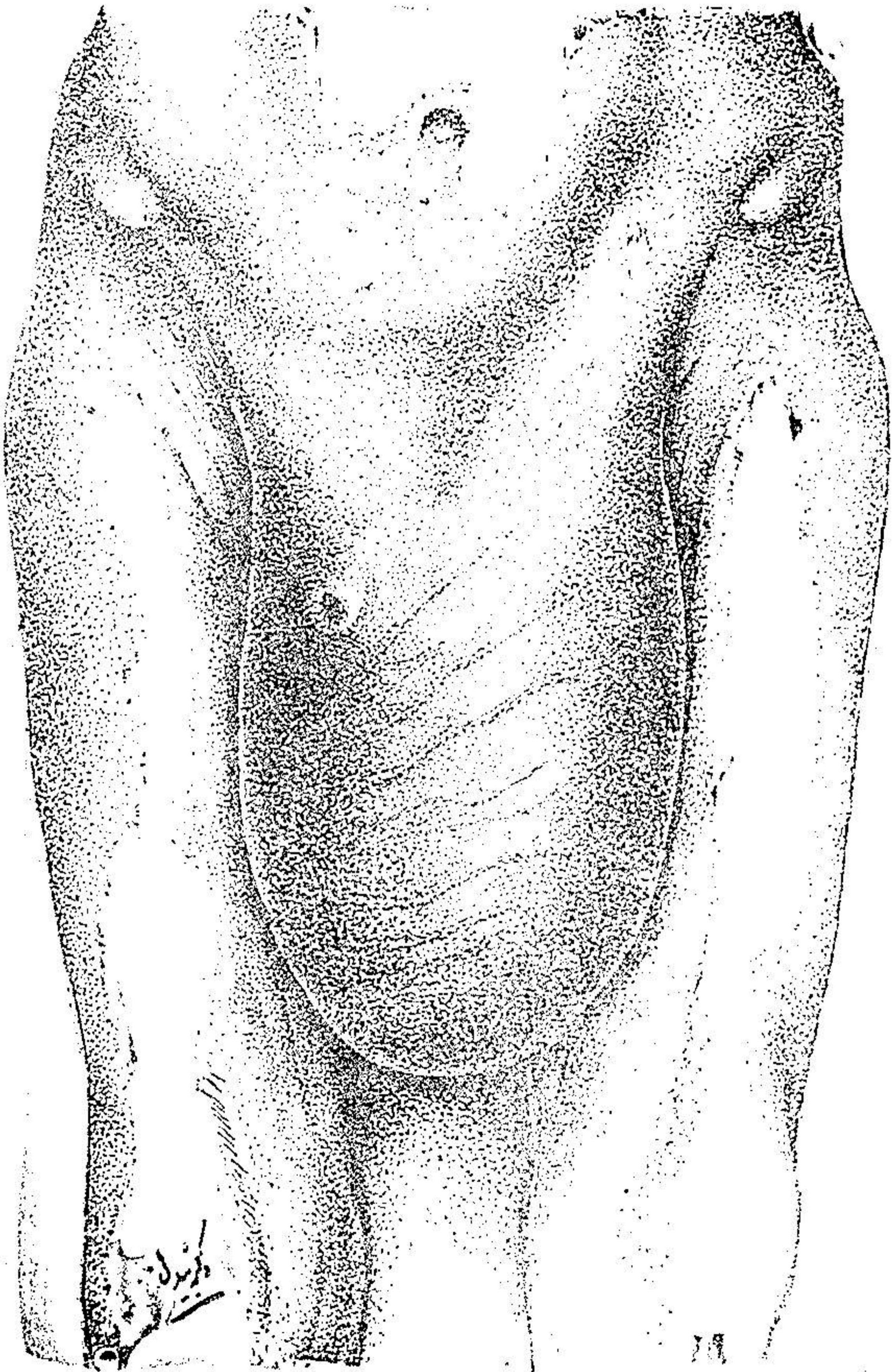
۱- eventration ۲- aponévrose ۳- intertrigo

ح.ع. مردی است ۳۸ ساله متوسط القامت در چهارده سال قبل متادل شده ولی تا بحال دارای فرزند نشده است در دوره کودکی ظاهراً سالم و فقط به بیماریهای سبکی دچار شده است. در ابتدای دوره جوانی همیشه سالم بوده است. به بیماری آمیزشی مبتلی نگشته نوسابه الکلی نمی نوشد. دود با اعتدال استعمال مینماید سابقاً ورزش میکرده است در چند سال پیش مبتلی به فتق میشود که ابتدا کوچک بوده ولی تدریجاً بقدری بزرگ میگردد که راه رفتن و نشستن و رفع احتیاجات روزانه برایش مشکل میگردد. در معاینه دردوشش آماس مزمن نایژه ها وجود دارد. دردستگاه گوارش و گردش خون عارضه ای مشاهده نمیشود. دستگاه پی سالم است فربهی خصوصاً چربی زیاد ناحیه شکم جلب توجه مینماید. در زیر شکم فتقی مشاهده میشود بیرزگی یک هندوانه بوزن سه کیلو گرم یا بیشتر محتویات فتق کیسه را کاملاً پر کرده بطوریکه خود کیسه قدری سختی و صلابت دارد بملاوه محتویات آن قابل بازگشت بشکم نمیباشد. فشار خون بیمار طبیعی است. آزمایش پشاب و خون عارضه ای نشان نمیدهد. شکم بیمار بزرگ و چربی بسیار دارد و عضلات آن سست است.

روش درمان - روش معالجه جراحی این بیماران رامیتوان بدو قسمت نمود: یکی آماده نمودن برای عمل جراحی و دیگری عمل جراحی است. مقصود از آماده کردن بیمار چیست؟ هر گاه این بیماران را بی مقدمه تحت عمل جراحی قرار دهند ممکن است جراح مصادف با وضع خطرناک و غیر قابل ترمیمی شود و بیمار دوچار مخاطره جانی گردد چه اغلب مقدار زیادی از روده فراخ و روده کور و آویزه و مقداری از روده باریک و اپی پلئن<sup>(۱)</sup> بعضی اوقات معده و قسمتی از آبدان و مقدار زیادی چربی در کیسه فتقی جای دارد که انتقالشان حتی پس از آزاد نمودن از چسبندگیها و غیره بداخل شکم بمحل فیزیولوژیکی و طبیعی آنها غیر ممکن است. در داخل شکم مقدار زیادی بافت چربی فضای آنرا پر کرده و مانع از جای گرفتن احشاء واقعی میشود و در واقع این احشاء حق سکونت را در داخل شکم از دست داده است.

جادادن مجدد احشاء نامبره در کیسه فتقی و بستن و جمع کردن عضلات و غلافها و غیره هم بحالت قبل از عمل اغلب برای جراح تولید اشکالات مینماید و خطر گنددر بردارد. هر گاه هیچیک از این دوروش ممکن نشود جراح پیریدن و درآوردن<sup>(۲)</sup> مقداری از احشاء مجبور میگردد که حتی برای کسیکه مساطب جراحی احشاء بطنی هم باشد پیش آمد خوبی نیست، و اغلب برای بیمار هم نتیجه خوبی نخواهد داشت. پس لذزم است جراح قبل از آنکه بعمل تصمیم بگیرد از قابلیت جادادن احشاء مذکور در داخل حفره شکم تا اندازه ای مطامع باشد تا در موقع عمل جراحی با وضع غیر قابل





دکتر محمد...



ترمیمی روبرو نگردد.

روش آماده نمودن بیمار برای عمل جراحی - هر بیمار که مبتلی بعوارض کهنه و یا آمفیزم و یا بیماری دل نباشد و آزمایش پیشاب طبیعی و عارضه‌های از بیماریهای آمیزشی نشان ندهد میتواند تحت عمل جراحی قرار گیرد. فربهی زیاد بخودی خود مانع عمل نیست. فقط عمل جگر ظاهراً تحت تأثیر تراکم چربی در این اندام کاملاً طبیعی نیست. عوارض آئورتا و فشار خون و تصلب سرخرگها و ازدیاد اوره خون باید قبلاً مداوا شود و بیماران حتی المقدور برای عمل آماده شوند. مبتلایان به واریس<sup>(۱)</sup> شدید پاها بهتر است عمل جراحی نشوند. ولی مهمتر از همه کم نمودن میزان چربی بیمار است بدین ترتیب که بیمار را ابتدا چهار تا شش هفته متوالی تحت دستور خوراک مخصوص قرار میدهیم. گوشت و چربی کمتر داده میشود. غذای بیمار منحصر بسبزی و میوه خواهد بود. بدین ترتیب میزان کالری که به بیمار داده میشود خیلی کمتر از آنستکه قبلاً استعمال مینموده است. چون معمولاً این بیماران بیش از حد لزوم غذا میخورند هر هفته وزن آنانرا بازرسی میکنیم و اگر در دستورهایی داده شده تخلفی نشده باشد هر هفته دو تا سه کیلو باید از وزنشان کم شود تا آنکه تدریجاً تا پانزده کیلو لاغر شوند در اینصورت کم شدن و از بین رفتن بافت چربی بخوبی محسوس است. بعلاوه همه روزه داروهای ملین باید تجویز گردد. تخت بیمار را سرازیر قرار میدهند بطوریکه پاها لااقل سی سانتیمتر بالاتر باشد و خصوصاً کیسه فتق را بالا قرار میدهند و روزی یکبار میکوشند با مانور مخصوصی روده ها را داخل حفره بطنی نمایند بتدریج کیسه فتقی نرمتر میگردد. بعضی اوقات لازم است کیسه فتقی را بوسیله نوار لاستیکی یا شبیه بآن به بندند و قدری تحت فشار قرار دهند. ضمناً بیماریهای پوستی را درمان میکنیم ورزش بدنی بحد اعتدال سودمند میباشد. خصوصاً عضلات شکم را محکمتر میکند و حجم تنفس قدری زیاد میشود و از عوارض ریوی بعد از عمل جلوگیری میشود. ورزش بدنی گذشته از تقویت عضلات موجب ازدیاد گردش خون و لاغر شدن بیمار میگردد و اگر ادامه یابد پس از يك تا دو ماه شاید ۲۰ کیلو یا بیشتر از وزن بیمار کاسته خواهد شد و بدین ترتیب تدریجاً برای عمل جراحی مهیا میگردد.



قبل از اقدام بعمل چنانکه در فوق ذکر شد لازم است از محتویات کیسه فتق اطلاع حاصل نمود و برای اینکار معمول ما اینطور است که از بیمار در دو نوبت پرتوننگاری میشود اول با استعمال حقنه ماده حاجب باریت. در این آزمایش وضع زوده‌های فرباخ در داخل کیسه فتقی معلوم میشود. بعداً با استعمال ماده حاجب از راه دهان وضع معده و پس از چندین ساعت مجدداً وضع روده‌های باریک را معین مینمائیم. با این آزمایشها معلوم میداریم چه مقدار و کدامیک از روده‌ها در کیسه فتق جای گرفته است و بعلاوه وضع چسبندگیها



والتصاقات و متحرك بودن روده‌ها بنحوی معین خواهد شد و چون اغلب در این فتق‌ها قسمتی از محتویات کیسه يك فتق لغزنده (۱) تشکیل میدهد و قسمتی از کیسه فتق از جدار امعاء ساخته شده است و ممکن است در موقع باز کردن کیسه جدار امعاء اشتباها مجروح شود و تولید مخاطره نماید توسط پرتوننگاری محل لغزش (۲) معلوم میشود و از محل جالب‌تری داخل کیسه فتق خواهیم شد. در پرتوننگاری فقط حقنه با ماده حاجب



بکار برده شده است.

هرگاه بیمار بهمین دستور که ذکر شد از حیث معالجات و دستور خوراک و غیره و آزمایش پرتونگاری آماده گردد میتوان بعمل جراحی مبادرت کرد و مطمئن بود که با وضع خطرناکی مواجه نخواهیم گشت و نتیجه مطلوبه بدست میاید.

در روش عمل جراحی فقط چند نکته را قابل ذکر میداند.

اول - بیحسی موضعی یا مخاطبی بکار میرود.

دوم - در صورت لزوم اپی پلئن را کم و بیش در میآوریم.

سوم - در فتق لغزنده دقت کامل مبذول میداریم که سرخرگها و سیاهرگهای

روده فراخ که از جهت خلفی و خارجی آنها سیر مینماید آسیب نیابد و بدین ترتیب از غانغرایای آنها جلوگیری میکنیم.

چهارم - اگر روده ها چسبندگی داشته باشد فقط در صورت لزوم آنها را از

یکدیگر جدا مینمائیم.

پنجم - در صورت امکان کیسه فتق را کاملاً جدا کرده در میآوریم.

ششم - در سالمندان ممکن است از بیضه صرف نظر کرده آنرا اخته نمود و یا

بیضه را در محل دیگری پیوند کرد و مجرای مغبنی را برای استحکام کاملاً مسدود نمود.

بدیهی است تا میتوان از اخراج بیضه باید دوری جست.

هفتم - برای مسدود نمودن مجرای مغبن در صورت لزوم از عضلات مجاور

مانند مستقیم بزرگ شکم و غلاف آن و یا از عضله خیاطه و غلافش و یا از عضله پکتینه (۱)

کمک میجوئیم و یا پیوند غلافی بطور آزاد مینمائیم.

هشتم - غالباً پوست و غلاف عضلهها را با مفتول نقره و یا آلومینویم و یا برنر

بنخیه میکنیم.