

انسداد الأمعاء الدقيقة: الأسباب والتدبير الجراحي

الدكتور فؤاد حاج قاسم*

(تاريخ الإيداع 13 / 10 / 2009. قَبْلَ للنشر في 6 / 12 / 2009)

□ ملخّص □

تهدف هذه الدراسة الراجعة إلى تحري مسببات انسدادات الأمعاء الدقيقة و طرق التدبير في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية ، شملت هذه الدراسة 71 مريضاً، عولجت انسدادات الأمعاء الدقيقة لديهم جراحياً وبشكل إسعافي. جرى تقسيم المرضى بحسب العمر والجنس إلى فئات عمرية كل منها 10 سنوات، وكان معدل إصابة الذكور (46 حالة) أعلى من معدل إصابة الإناث (25 حالة) ، و بلغت نسبة إصابة الذكور الضعف نسبة للإناث في الفئات العمرية الأكثر من 61 سنة، و كانت أكبر نسبة للإصابة بانسدادات الأمعاء الدقيقة تقع في الفئات العمرية بين 21 و 60 سنة.

لقد شكلت الالتصاقات أكثر أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة شيوعاً (21 حالة 29.5%)، تلتها اللجم 14 حالة 19.7%، والفتوق الخارجية 10 حالات أي 14% .

تم إجراء الاستئصال و المفاغرة البدئية مع استخدام الخياطة على طبقتين في 15 حالة (21.1%)، وأجريت عمليات فك الالتصاقات في 19 حالة (26.7%)، وفك اللجم في 14 حالة (19.7%)، وتم تدبير بقية الحالات بإجراءات جراحية مختلفة. حدثت الوفاة في 3 حالات (4%)، حدث انفكاك للمفاغرات لدى مريض واحد (1.4%)، ونزف عبر المفجرات في حالة واحدة (1.4%) .

إن أهمية التشخيص الدقيق و السريع لانسداد الأمعاء الدقيقة تكمن في التقليل من خطورة المضاعفات القلبية والطويلة الأمد.

الكلمات المفتاحية: انسداد الأمعاء الدقيقة ، التصاقات الأمعاء ، اللجم.

*أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Small Bowels Obstruction: Causes and Surgical Management

Dr. Fouad Haj Kassem *

(Received 13 / 10 / 2009. Accepted 6 / 12 / 2009)

□ ABSTRACT □

This retrospective study aims to assess the causes of small bowels obstruction and their management during five years (2003-2008) at Al-Assad University Hospital in Latakia. This study included 71 patients treated surgically and urgently for small bowels obstruction. The patients were divided according to age and sex groups. Males (46 cases) were generally affected more than females (25 cases), and the proportion of the affected males were double that of females at the age group exceeding 61 years. We found that the main incidence of small bowels obstruction was noticed between the 21-60 years age groups. Adhesions were the most common cause of the obstruction (21 cases; 29.5%), followed by bands obstruction (14 cases; 19.7%), and external hernias (10 cases; 14%). Resection and primary anastomosis was carried out in two layers and without protecting the anastomosis in 15 cases (21.1%), adhesionlysis in 19 cases (26.7%), and deviscaus of fibrous bands in 14 cases (19.7%); the rest of the cases were dealt with by various surgical managements. 3 patients died (the mortality rate was 4%); there was one case of anastomotic leakage, and we encountered one case of bleeding discharge. Urgent surgical management of bowels obstruction and educating patients and medical staff involved in such cases is mandatory to avoid complications of late cases of bowels obstruction.

Keywords: small bowels obstruction, Adhesions, bands.

* Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعرف انسدادات الأمعاء بأنها حالة سريرية مرضية ناجمة عن توقف مرور محتويات الأمعاء من أقسامها الدانية إلى أقسامها القاصية، مع توقف انطراحها إلى خارج الجسم عبر فوهة الشرج. وغالبًا ما يكون السبب ميكانيكيًا. تتبع أهمية هذه الحالات من كونها إحدى حالات البطن الجراحي الحاد التي تتطلب تشخيصًا سريعًا بأكبر و تدبيرًا صحيحًا.

تشكل انسدادات الأمعاء الدقيقة أكثر من 3 % من حالات البطن الجراحي الحاد [1] ، يوجد اختلاف كبير حول أكثر أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة شيوعاً، فيرى بعض أن أكثرها شيوعاً هي الالتصاقات [2,3] ، فيما يرى بعضهم الآخر أنها الفتوق.

أهمية البحث وأهدافه:

تشكل انسدادات الأمعاء الدقيقة تحدياً للجراحين من حيث صعوبة التشخيص السريع و اختلاف طرائق التدبير مع تنوع الاسباب ، هذه الدراسة هي إضاءة على أهم أسباب انسداد الأمعاء الدقيقة في مجتمعنا وطرائق التدبير المستخدمة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية و النتائج المحرزة .

- تكمن أهداف البحث في دراسة أهم العوامل والمسببات مع أليتها المرضية المؤدية لانسدادات الأمعاء. إذ تشكل ما نسبته 3% من حالات البطن الحاد وتبلغ نسبة الوفيات العالمية لهذه الحالات زهاء 8% لكنها قد تصل إلى 23% في الحالات الاختناقية نتيجة للحالات المتأخرة وتأخر المداخلات الجراحية [2] ، حيث هدفت دراستنا إلى تقدير حجم مشكلة انسدادات الأمعاء الدقيقة و معرفة أسبابها و تدبيرها في السنوات الخمس (2003-2008) في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية .

- العمل على إبعاد العوامل التي تؤدي لانسداد الأمعاء.
- العمل على إنقاص المضاعفات الناجمة عن انسداد الأمعاء.
- وضع المبادئ والأسس الواجب إتباعها لكل سبب من أسباب الانسداد المعوي.

طرائق البحث ومواده:

أجريت دراسة راجعة لحالات انسداد الأمعاء الدقيقة التي قبلت إسعافياً في مشفى الأسد الجامعي بين بداية عام 2003 الى نهاية عام 2008 .

شملت الدراسة انسدادات الأمعاء الدقيقة و وزعت الحالات بحسب العمر والجنس و الأعراض و العلامات التي راجع بها المرضى بالإضافة إلى المداخلة الجراحية الإسعافية ومعرفة الأسباب التي أدت إلى ظهور الانسداد والمضاعفات الناجمة عن المداخلات الجراحية، حيث تم تحضير المرضى للمداخلات الجراحية الإسعافية بشكل قياسي (ضبط السوائل و الشوارد و إجراء الاستشارات التخديرية و الخاصة بالأمراض الداخلية المرافقة إن وجدت). كما تضمن التداخل الجراحي إزالة العائق المسبب للانسداد بالإضافة إلى الإجراءات الجراحية الأخرى المتبعة بحسب كل انسداد ؛ مثل إجراء بتر للأمعاء و مفاغرة بدئية وغيرها من العمليات الجراحية الإسعافية اللازمة.

المسببات :

تحدث الانسدادات المعوية بنسبة 85% من الحالات في الأمعاء الدقيقة ، وتحدث فقط بنسبة 15% من الحالات في القولونات، وأهم أسبابها :

* حسب عمر المريض:

- (1) عند الشباب و الكهول: (الشرائط الصفاقية، و اللحم و الالتصاقات، الفتوق المختلفة، داء كرون).
- (2) عند المسنين : (سرطانات القولون، انفثال القولون، الانحشار البرازي، الأورام الحميدة، الالتصاقات، التهابات الرتوج).

* حسب مكان العائق:

- (1) داخل اللمعة المعوية: (الأورام و السليلات المعوية، الانغلاف المعوي ، حصيات صفراوية كبيرة، البراز، والعقي والفضلات غير المهضومة Bozoars ، الديدان)
 - (2) آفات ضمن الجدار المعوي (رتق ولادي، داء كرون، الأورام ، التهاب الرتوج).
 - (3) آفات خارج الجدار المعوي : (اللحم و الالتصاقات ،الفتوق الخارجية والداخلية، الكتل الخارجية، الانفثال).
- * حسب نسبة المصادفة:

- (1) (الالتصاقات 60%، الفتوق الخارجية 20%، الأورام 10%، 10% أسباب أخرى كالانغلاف و الانفثال وآفات الأمعاء الالتهابية، و التضيقات التالية للمفاغرات ، و أذيات الأمعاء بنقص التروية ...).

تشخيص انسدادات الأمعاء:

أولاً : الأعراض السريرية:

- الألم البطني:

* وهو العارض الرئيس في انسداد الأمعاء الحاد ، ويتوضع عادة قرب السرة، أو يكون معمماً غير محدد، ويتميز بكونه خفيفاً وحاداً، ومنقطعاً في الانسدادات البسيطة، ويكون فجائياً، وشديداً في حالات الاختناق.

* يكون الألم قولنجي الشكل مع نوب اشتدادية حيث تستمر عادة نوبة الألم من عدة ثوان إلى عدة دقائق (1-3 دقيقة) تليها فترة راحة تدوم 4-5 دقائق يزول فيها الألم، أو يبقى خفيفاً جداً ومحتملاً من قبل المريض، وفترة الراحة هذه تكون أطول في انسدادات القسم القاصي من الأمعاء (6-8 دقائق) عكس الانسدادات العلوية.

* يترافق الألم بسماع أصوات قرقرية ناجمة عن تحرك السوائل ، والغازات في العرى المعوية. ويجب الاشتباه بحدوث الاختناق، أو الانتقاب المؤدي لالتهاب الصفاق عندما يتحول الألم القولنجي النوبي إلى ألم حاد شديد، ومستمر.

- القيء:

* يحدث عادة بعد بداية الألم بفواصل زمنية تختلف حسب مكان الانسداد فهو باكر في الانسدادات العلوية، ومتأخر في الانسدادات السفلية، وتتميز هذه الإقياءات بأنها لا إرادية انعكاسية يحرضها التوسع المعوي، وتكون الإقياءات في البداية لمحتويات المعدة ثم تصبح صفراوية، ومع مرور الزمن تصبح بنية اللون ذات رائحة كريهة منفرة، وتعرف بالإقياءات الغائطية بسبب وفرة المجموعات الجرثومية في المحتويات المعوية، وقد يحتوي القيء على دم صريح، أو خفي في حالة الاختناق.

* وتظهر على المريض بسرعة علامات التجفاف نتيجة لفقدان السوائل (تجفاف البشرة، غرور المقلبة، الشعور بالعطش الشديد ، قلة البول....).

- الإمساك التام:

* يتميز بتوقف خروج المواد الغائطية، و الغاز بعد إفراغ المريض لمحتويات الأمعاء الواقعة تحت منطقة الانسداد.

- انتفاخ، أو تمدد البطن:

* يحدث هذا كنتيجة لتراكم السوائل ، و الغازات في العرى المعوية المتوسعة، ولا يشاهد هذا العرض في الانسدادات العلوية بينما تكثر مشاهدته في انسدادات الأمعاء الدقيقة البعيدة، وفي انسدادات القولون.

ثانياً : العلامات السريرية ، و تتضمن:

(1) دراسة العلامات الحيوية (علامات التجفاف ، الحمى، تسرع القلب، هبوط التوتر الشرياني، التنفس....) .
(2) التأمل: (علامات صدمة، تمدد بطني ، فتق مختنق ،رؤية ارتسام العرى المعوية، وجود ندبات جراحية سابقة على جدار البطن...).

(3) جس البطن: ويفيد في الكشف عن (المضض البطني، و تقع عضلات جدار البطن، وجود كتلة في البطن سواء أكانت ورمية، أم التهابية، أو كتلة انغلاق، وكقاعدة عامة يجب فحص أماكن فوهات الفتوق الخارجية في كل حالة انسداد معوي لنفي وجود فتق مختنق.

(4) المس الشرجي : عادة يكون طبيعياً لكنه أحياناً يظهر:

* أغشية دمماة على الإصبع ، و هي تشير لانغلاق معوي.

* خلو المستقيم التام من الفضلات ، و هو يشير إلى انسداد معوي.

* وجود كتلة ورمية متدلّية في الجيب الحوضي مما يدل على إصابة ورمية في القولون السيني.

* كتلة ورمية مضيقّة للمعة المستقيم ،أو وجود سدادة غائطية.

ثالثاً:العلامات المخبرية:

وتتميز بفرط تركيز الدم، واضطراب توازن السوائل، والشوارد (ارتفاع تركيز الخصاب، والهيماتوكريت، والبولية الدموية، ارتفاع تعداد الكريات البيض، انخفاض المستوى المصلي لشوارد الصوديوم ، والبوتاسيوم والكلور، وبيكربونات الصوديوم.

رابعاً:الموجودات الشعاعية:

يعدّ الفحص الشعاعي ضرورياً لإثبات التشخيص السريري، ولتحديد مكان الانسداد بشكل دقيق، ويتضمن الفحص الشعاعي:

* صورة بسيطة للبطن بوضعية الوقوف : تظهر عدد من السويات السائلة الغازية في العرى المعوية المتوسعة (يشاهد عند الوليد سوية،أو سويتين سائلتين بشكل طبيعي).

* صورة بسيطة للبطن بوضعية الاضطجاع : تظهر الغازات المنتشرة في الأمعاء مع غياب السويات السائلة الغازية.

وتغيب علامة السويات السائلة -الغازية من صورة البطن في الحالات الآتية:

(1) في المراحل الباكرة من الانسداد المعوي.

- (2) في الانسدادات العالية.
 (3) عندما تكون العرى المتوسعة مملوءة بالكثير من السوائل، والقليل من الغاز.
 (4) في الانسدادات من نموذج العروة المغلقة.
 (5) في صورة البطن بوضعية الاضطجاع.
 * صورة ملونة للأنبوب الهضمي، وتفضل سلفات الباريوم على الغاستروغرافين، وذلك لشدة تكثيفها ووضاحتها.
 ظلالتها.

* رحضة بارييتية بسيطة، أو مزدوجة التباين لدراسة انسداد القولون خاصة.

- المعالجة:

- * جراحة إسعافية، وتتعلق بنوع الانسداد وسببياته، ومدته وما رافقه من مضاعفات.
 * فالجراحة تتراوح ما بين تدبير الفتق المختنق، أو رد انغلاق، أو تسوية انفثال معوي، أو استئصال الشرائط، أو للجسم الصفاقية وفك الالتصاقات إلى استئصال الأمعاء الجزئي، أو شبه التام، وإجراء المفاغرات، أو فغر Stoma الأمعاء بالاعتماد على علامات قابلية الأمعاء للحياة (اللمعان، اللون، التمعجات، النبض الشرياني).
 * وعادة لا تجرى الجراحة إلا بعد تحضير المريض لها بهدف تحسين الحالة العامة للمريض وإصلاح حالة التجفاف، واضطراب السوائل، والشوارد، وتتضمن مرحلة تحضير المريض للجراحة ما يأتي:
 (1) الرشف المعوي الأنفي : بوضع أنبوب أنفي- معدي فور دخول المريض المستشفى لتجنب الإقياء والاستنشاق وإنفاص كمية الهواء المبتلعة و لتأمين مرور خارجي للمفرزات المعدية-المعوية ولتسهيل إجراء الجراحة.
 (2) إصلاح اضطراب التوازن السائلي - الشاردي.
 (3) إعطاء الصادات.
 (4) مراقبة الحصيل البولي.

و تبلغ نسبة الوفيات العالمية لهذه الحالات زهاء 8% لكنها قد تصل إلى 23% في الحالات الاختناقية نتيجة للحالات المتأخرة وتأخر المداخلات الجراحية [2] ، وقد هدفت دراستنا إلى تقدير حجم مشكلة انسدادات الأمعاء الدقيقة، ومعرفة أسبابها و تدبيرها في السنوات الخمس (2003-2008) في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية .

النتائج والمناقشة:

درست 71 حالة انسداد أمعاء دقيقة أجري لها عمل جراحي إسعافي في مشفى الأسد الجامعي بين بداية عام 2003 الى نهاية عام 2008 .

رجحت إصابة الذكور على الإناث (46 ذكرًا و 25 أنثى) كما يبين الجدول رقم (1) . حيث جرى تقسيم المرضى إلى فئات عمرية كل منها عشر سنوات، ويوضح الجدول رقم(2) توزع المرضى بحسب الفئات العمرية. ويلاحظ أن أكبر نسبة انسدادات الأمعاء الدقيقة وقعت في الفئات العمرية بين (31-40) سنة كما ازدادت إلى الضعف تقريبًا نسبة إصابة الذكور على إصابة الإناث في الفئات العمرية الأكثر من 61 سنة.

الجدول رقم (1) يبين توزع المرضى حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	46	25	71

النسبة %	65%	35%	100%
----------	-----	-----	------

الجدول رقم (2) يبين توزع المرضى حسب المجموعة العمرية و الجنس

الفئة العمرية	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
20 – 11	6	13	3	12	9	12.5
30 – 21	7	15	3	12	10	14
40 – 31	7	15	5	20	12	17
50 – 41	6	13	5	20	11	15.5
60 – 51	7	15	4	16	11	15.5
70 – 61	8	17	2	8	10	14
80-71	3	6	2	8	5	7
90 -81	2	4	1	4	3	4.5

تضمنت الأعراض السريرية أعراض انسداد الأمعاء (الألم البطني الماعص والنوبي، و الإقياءات وتوقف خروج الغازات والغازات وتطبل البطن) بالإضافة إلى مظاهر التهاب الصفاق .

تم تشخيص الحالات اعتماداً على القصة المرضية والفحص السريري والفحوصات المنممة التي شملت الاستقصاءات المخبرية و الشعاعية . كانت للسوابق المرضية و الجراحية قيمة كبيرة حيث تبين أن حوالي نصف المرضى 54% خضعوا لعمليات جراحية سابقة، و في الجدول رقم (3) بعض أنواع المداخلات الجراحية السابقة التي خضع لها أولئك المرضى. من هذه المداخلات و في المرتبة الأولى استئصال الزائدة الدودية 12 حالة (16.9%) ، ثم القرحات المعدية و العفجية 8 حالة (11.2%) ، و استئصال المرارة 5 حالات (7.4%) وعمليات الأورام 3 حالات (4.2%) و الفتوق حالتين (2%) و عمليات متفرقة لباقي الحالات .

الجدول رقم (3) يبين أنواع المداخلات الجراحية السابقة التي خضع لها المرضى

النسبة %	العدد	نوع المداخلة الجراحية السابقة
16.9	12	استئصال زائدة دودية
11.2	8	عمليات على المعدة و العفج بسبب قرحات
7.4	5	استئصال مرارة
4.2	3	استئصال أورام
3	2	فتوق جدار البطن
3	2	قيصريات
3	2	انسدادات أمعاء
1.5	1	رضوض البطن
1.5	1	استئصال رحم وأورام مبيض
3	2	عمليات أخرى

46	33	من دون مداخلة جراحية سابقة
100	71	المجموع

تضمنت الفحوصات المخبرية الإسعافية التحاليل الدموية الروتينية بما فيها الشوارد ، وقد أجريت بعض الفحوصات المخبرية الإضافية في بعض الحالات.

واقترنت التحريات الشعاعية على إجراء الصورة الشعاعية البسيطة للبطن إما بوضعية الوقوف مع إظهار قبة الحجابين أو بوضعية الاستلقاء الجانبي، وذلك لأن جميع الحالات كانت إسعافية، وقد ظهرت السويات السائلة - الغازية عند كل المرضى، وظهر الهلال الغازي بالإضافة إلى السويات السائلة الغازية في حالة واحدة تحت قبة الحجاب اليمنى دلالة على انتقاب حشا أجوف. أجريت كل العمليات تحت التخدير العام مع تنبيب الرغامى ، ومع جرعات وقائية من الصادات الحيوية (1 غرام من الجيل الثاني من السيفالوسبورينات أو من مشتقات البنسلين في الوريد قبل إجراء الشق الجراحي)، ثم التغطية الثلاثية (أحد مشتقات البنسلينات أو سيفالوسبورينات + ميترونيدازول + أمينوكليكوزيد) بعد العمل الجراحي طوال فترة الاستشفاء .

اختلف تدبير الحالات الإسعافية في دراستنا تبعاً لحالة المريض العامة و الموجودات المسببة لانسدادات الأمعاء المكتشفة في أثناء المداخلة الجراحية، ويبين الجدول رقم (4) أهم أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة المكتشفة في أثناء الجراحة المجرة . نلاحظ أن الالتصاقات احتلت المرتبة الأولى (21 حالة 29.5 %) كسبب لانسدادات الأمعاء الدقيقة، ثم اللحم في المرتبة الثانية (14 حالة 19.7 %) في حين احتلت الفتوق الخارجية (10 حالات 14%) المرتبة الثالثة، والأورام المرتبة الرابعة (5 حالات 7%) و داء كرون في 3 حالات 4% و الباقي حالات متفرقة .

الجدول رقم (4) أهم أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة المكتشفة في أثناء الجراحة

النسبة %	العدد	سبب الانسداد المعوي
29.5	21	الالتصاقات
19.7	14	لحم
14	10	الفتوق الخارجية
7	5	الأورام
4	3	داء كرون
3	2	انفتال أمعاء
3	2	انحشار برازي
3	2	احتشاء مساريقي
3	2	تضييق مفاغرة
11.2	8	أسباب أخرى

تم التدبير الجراحي الإسعافي لكل الحالات، كما يبين الجدول رقم (5) ، فقد قمنا بفك الالتصاقات في 19 حالة، و هي المداخلة الأعلى نسبة في دراستنا (26.7 %) بالمقارنة مع بقية المداخلات، وجرى بتر أمعاء مع مفاغرة بدئية باستخدام الخياطة على طبقتين في 15 حالة (21.1 %)، وقمنا بقص اللحم لدى 14 حالة

(19.7 %)، وفي 8 حالات (11.2 %) تم رد الفتوق المختنقة، وقمنا بمفاغرات تلتيفية في ثلاث حالات (4 %)، بقية الحالات تم فيها إجراءات مختلفة

الجدول رقم (5) يبين نوع التدبير الجراحي الإسعافي

النسبة %	العدد	نوع التدبير
26.7	19	فك التصاقات
21.1	15	إجراء مفاغرات بدئية على طبقتين
19.7	14	قص لحم
11.2	8	رد فتوق خارجية
4	3	مفاغرات تلتيفية
3	2	رد انفثال أمعاء
3	2	استحلاب كتل برازية
3	2	رد فتوق داخلية
8.4	6	إجراءات مختلفة (استئصال مرارة و حصيات سادة و أورام وعائية)

حدثت 3 وفيات لأسباب قلبية و تنفسية في حين شملت المضاعفات القريبة للجراحة انفكالك المفاغرة في حالة واحدة و النزف عبر المفجر في حالة واحدة تطلبتا إعادة استكشاف جراحي و حصلت حالة ناسور صفراوي خارجي تراجعت بالعلاج المحافظ. كما شوهد التهاب الجرح في ثلاث حالات تراجع بالعلاج بالصادات و العناية الجراحية ، يبين الجدول (6) المضاعفات الجراحية المشاهدة .

الجدول رقم (6) يبين نوع المضاعفات الجراحية المشاهدة

النسبة %	العدد	نوع المضاعفة
4	3	الوفيات بعد الجراحة
4	3	خمج جروح
1.4	1	نزف عبر المفجرات
1.4	1	ناسور صفراوي خارجي
2.8	2	مضاعفات أخرى
86	61	من دون مضاعفات

لقد ذكرت عدة دراسات أن الفتوق الخارجية تأتي في المرتبة الأولى كمسبب لانسدادات الأمعاء الدقيقة في الدول النامية [4,5,6] فقد ذكر Steitieh [5] في دراسته أن الفتق الخارجي اللارود هو من أكثر أسباب انسدادات الأمعاء بنسبة 29% من مجمل الأسباب لكن دراستنا تبين أن السبب الأكثر شيوعاً لدينا هو الالتصاقات (29.5 %) إن هذه النتيجة تشابه الدراسات المجراة على المجتمعات الغربية [8,9,13,15] (عند اعتبار أن هذه الدراسات شملت اللجم مع الالتصاقات تحت مسمى واحد) ، و هذا سببه الزيادة في العمليات الجراحية على البطن [10,11] وقد لاحظنا أن عمليات استئصال الزائدة الدودية قد احتلت المرتبة الأولى في دراستنا (16.9 %) كسبب للمداخلات

الجراحية السابقة على البطن، و هذا مماثل للدراسات العالمية [5] ، في الدراسات العالمية الأخرى [5,13,14] كانت الالتصاقات هي السبب الأكثر شيوعاً لانسدادات الأمعاء الدقيقة تلاها داء كرون ومن ثم الأورام ثم الفتوق. لكننا في دراستنا احتلت اللحم ثم الفتوق ثم الأورام على الترتيب المراتب الثانية و الثالثة و الرابعة ثم داء كرون في المرتبة الخامسة .

كانت نسبة الوفيات في الدراسات العالمية 8% [2] أما نسبة الوفيات في دراستنا فكانت أقل بالنصف تقريبا مع ثلاث حالات (4.2 %) حدثت لأسباب طبية غير متعلقة مباشرة بالإجراء الجراحي . لقد كان فك الالتصاقات الإجراء الأكثر شيوعا في دراستنا، فقد أجرينا هذا النوع من التدبير عند 19 حالة (26.7 %)، وساعد على ذلك التداخل الباكر قبل حدوث الانتقاب . و من هنا تكمن أهمية سرعة التشخيص، وتحضير المرضى للتدخل الجراحي الباكر، و الإسعافي لمثل هذه الحالات، و نشر الوعي لدى الممارسين عن الأعراض الباكرة و طرائق التشخيص .

الجدول رقم (7) يبين سبب الانسداد مقارنة مع الدراسات العالمية

دراسة Landercasper.J (1993) N=150 %	دراسة Seror.D (1993) N=80 %	دراسة Mohamed.AY (1997) N=68 %	دراسة George.M (2000) N=310 %	دراستنا 2008 N=71 %	سبب الانسداد
52	81	56	66	29.5	الالتصاقات
9	9	25	4	14	الفتوق الخارجية
11	7	3	3	7	الأورام
-	-	4	8	4	داء كرون

ملاحظة : لقد اعتبرنا في دراستنا أن الالتصاقات و اللحم هما سببان منفصلان للانسداد (على الرغم من تشابه الآلية الامراضية) في حين لم تميز الدراسات العالمية بين الحديتين ككيان مستقل و لهذا نعزو انخفاض نسبة الالتصاقات في دراستنا .

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

- شكلت الالتصاقات أكثر أسباب انسدادات الأمعاء شيوعاً، تلتها اللحم و الفتوق الخارجية .
- نسبة كبيرة من الوفيات سببها سوء الحالة العامة و الاضطرابات الشاردية بعد العمل الجراحي .

التوصيات:

- التأكيد على التشخيص المبكر للوقاية من تفاقم مضاعفات انسداد الأمعاء.

-ان الالتصاقات هي من الأسباب التي يمكن تجنبها بتقليل الرض الجراحي و اللجوء قدر الإمكان إلى الإجراءات الجراحية الأقل حجما عند الإمكان ، كما يجب التأكيد على أن أي مريض حدث لديه انسداد أمعاء بسبب الالتصاقات أو اللجم هو أكثر عرضة للإصابة بها من جديد و يقع ضمن مجموعة الخطر الخاصة بانسداد الأمعاء الدقيقة .

-تبين الدراسة أهمية السوابق المرضية و الجراحية في كشف الإصابة باكراً، و كذلك أهمية الفحص السريري الدقيق في كشف الأسباب (الفتق الفخذي عند المسنين مثلا) .

-لا بد من التحضير الجيد للمريض المصاب بانسداد الأمعاء الدقيقة قبل الجراحة وخاصةً من ناحية توازن السوائل والشوارد ، كما يجب أن يمتد هذا الاهتمام إلى مرحلة ما بعد الجراحة بسبب النسبة العالية للوفيات المتعلقة بالحالة العامة للمريض في حالات انسداد الأمعاء الدقيقة .

المراجع:

1. BEVAN, P.G. *Adhesive obstruction* . Ann.R.Coll.Surg.Engl .66, 1998,164-169 .
2. ENTEE, G.; PENDER, D.; MULVIN, D. *Current spectrum of intestinal obstruction*. Br.J.Surg. 74,1987, 976-980 .
3. EILIS, H. *The clinical significance of adhesions , focus on intestinal obstruction*. Eur.J. Surg. 557 (suppl), 1997, 5-9 .
4. KURUVILLA, K.; CHALHARIN, C.R. *Major causes of intestinal obstruction in libya*. BR . J.Surg. 74,1987,314-315 .
5. STEITIYEH, M.R. *Current pattern of intestinal obstruction in northern Jordan* . Saudi Medical J . 14 ,1 , 1993 , 50-52 .
6. CHIEDOZI, L.C.; ABIH . *Mechanical bowel obstruction . Review of 316 cases in benin city* . Amr. J.Surg. 139 ,1980, 38-393
7. SCHWARTZ'S . *Principle Of Surgery*, F. Charles Brunicardi. 5th ED,2004.
8. MICHAEL, J.; ZINNER, STANELEY, W.; ASHLEY. *Maingot's Abdominal Operations*, 11th ED, 2004 ,223-229
9. MICHAEL, W.; KEITH, D.; GERARD, M. *Greenfield's Surgery, Scientific Principles & Practice*, 4th ED, 2006, 520-531.
10. PETER, J.; WILLIAM, C. *Oxford Textbook Of Surgery*, 2nd ED,2000, 604- 618 .
11. LAWRENCE,W.; GERARD,W. *Current Surgical Diagnosis & Treatment*, 11th ED, 2003, 373-382 ,

