

القرار الجراحي في انسدادات الأمعاء النالبة للجراحة البطنية

الدكتور سبيع مسعود *
الدكتور أكثم قنجاوي **
فادي كش ***

(قبل للنشر في 2004/10/14)

□ الملخص □

شملت الدراسة 50 مريضاً دخلوا مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الواقعة بين عامي 2004-2002 في قسم الجراحة بتشخيص مبدئي انسداد أمعاء (حاد أو تحت حاد) مع سوابق فتح بطن جراحي. تميزت الدراسة بسيطرة الذكور بنسبة 70% خاصة في العقد الخامس والسادس. كما تضمنت دراسة الأعراض والعلامات السريرية حيث كان الألم البطني هو العرض المسيطر بنسبة 96%، وتحديد نمط وتصنيف وموقع الانسداد بالاعتماد على القصة المرضية والفحص السريري والاستقصاءات الشعاعية والفحوص المتممة:

أ. نمط الانسداد: آلي (ميكانيكي) 96%.

ب. تصنيف الانسداد: انسداد تام 78%.

ج. موقع الانسداد: انسداد علوي 70%.

تم توزيع المرضى إلى مجموعتين علاجيتين (جراحي . محافظ) وفقاً واعتماداً على معايير سريرية وشعاعية ومخبرية حيث كانت نسبة العلاج المحافظ 44%، ونسبة العلاج الجراحي 56%.

*أستاذ في قسم الجراحة . كلية الطب . جامعة تشرين-اللاذقية . سوريا .

** أستاذ مساعد في قسم الجراحة . كلية الطب . جامعة تشرين-اللاذقية . سوريا .

***طالب دراسات عليا في قسم الجراحة . كلية الطب . جامعة تشرين-اللاذقية- سوريا .

Surgical Decision in Intestinal Obstruction Post Abdominal Surgery

Dr. Sajieh Massoud*
Dr. Aktham Kanjarawi**
Fadi ksh***

(Accepted 14/10/2004)

□ ABSTRACT □

The research included 50 patients in AL-ASSAD academic hospital in Lattakia: (2002-2004).

The research was carried on patients whom were admitted to the department of surgery with initial diagnoses of intestinal obstruction (acute-sub acute) with previous laparatomy.

The research was characterized by a high rate of male patients 70%, especially those in their 5th and the 6th decades.

The research comprised the following:

Studying clinical signs and symptoms in which the abdominal pain was the prevailing symptom 96%.

Depending on the history, clinical examination, radiography investigation and complementary examination we recognized:

1. Obstruction type: Mechanical obstruction 96%.
2. Obstruction classification: Complete obstruction 78%.
3. Obstruction location: Upper obstruction 70%.

Depending on clinical, radiography and serology criteria the patients were divided into two therapeutic groups (conservative - surgical) in which the conservative rate was 44%, and the surgical was 56%.

*Professor - Surgery Department - Faculty Of Medicine - Tishreen University - Syria.

**Assistant Professor - Surgery Department - Faculty Of Medicine - Tishreen University - Syria

***Post Graduate Student - Surgery Department - Faculty Of Medicine - Tishreen University - Syria.

مقدمة:

تشكل الالتصاقات الحاصلة ضمن جوف الصفاق في مرحلة ما بعد الجراحة البطنية السبب الأكثر شيوعاً في حدوث الانسدادات المعوية، والتي أكثرها مشاهدةً انسداد الأمعاء الآلي (الميكانيكي).

يتوقف نجاح تدبير هذه الحالات بشكل أساسي على وضع التشخيص الباكر ومعرفة التأثيرات الثانوية والاضطرابات العضوية والمضاعفات الحاصلة بغية إيجاد حل لها وعلى تحديد الوقت المناسب لإجراء المداخلة الجراحية بدون أي تأخير خوفاً من حدوث التدهور السريع في حالة المريض العامة وتفاقم المضاعفات وبالتالي حدوث الوفاة خاصةً عند المنهكين والمسنين؛ علماً بأن القرار الجراحي المُتسرع غالباً ما يعرض المريض لمضاعفات سواء كانت تخديرية أم جراحية قد تكون مُهددةً لحياته.

لتدبير هؤلاء المرضى بشكل مثالي وناجع لا بُدَّ من الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل التشخيص هو انسداد معوي؟
- هل الانسداد ميكانيكي أم لا؟
- هل هناك دلائل وعلامات تشير إلى اختناق معوي؟
- هل الانسداد المعوي علوي أم منخفض؟
- متى تجرى الجراحة (توقيت الجراحة)؟

الإمراضية والسبببات:

دلَّت الدراسات على أنَّ تشكُّل الالتصاقات يبدأ بعد / 7 - 10 / أيام من زمن إجراء الجراحة على البطن ويمتد تشكُّلها حتى بعد خمسين عاماً من زمن إجراء الجراحة، لكن هناك فترات زمنية تكثر فيها نسبة تشكُّل الالتصاقات البطنية بعد إجراء الجراحة على البطن، وهي بالدرجة الأولى الفترة الممتدة ما بين / 1 - 5 / سنوات بعد الجراحة الأولى، ويليهما بالدرجة الثانية الفترة ما بين / 6 - 15 / سنة، وبالدرجة الثالثة ما بين / 2-11 / شهر بعد الجراحة [1، 2].

يلعب الفيبرين كما دلَّت الدراسات الدور الرئيسي في تشكُّل الالتصاقات داخل جوف البطن، حيث يترسب الفيبرين بشكل موضعي في حالات تهيج الصفاق لأي سبب كان مما يؤدي إلى التصاق السطوح المتقابلة للصفاق، هذه الالتصاقات إما أن تتفك وتختفي عندما يزول مصدر التهيج، أو يحل محلها نسيج ليفي ناضج تتكوّن أوعيته الدموية من خلال هذا النسيج.

وفيما يلي أهم العوامل والسبببات المؤدية لتشكُّل الالتصاقات البطنية:

1. رضوح البطن (الميكانيكية والكيميائية والحرارية) والتي يدخل ضمنها بشكل خاص رضوح الجراحة كنتيجة لكثرة استعمال المطهرات والصادات الجافة (البودرة) بالإضافة إلى استعمال التخثير الكهربائي والقطب والخيوط الجراحية، كما أن تساقط الأجسام الأجنبية كخيوط الشاش وبودرة الففازات الجراحية كالتالك ضمن جوف البطن تلعب دوراً في تشكُّل الأورام الحبيبية والالتصاقات البطنية، وهذا ما لوحظ أيضاً في حالات جفاف العرى المعوية أو وجود نز أو نزف دموي.

2. الخمج: خاصة الخمج الذي مصدره الأنبوب الهضمي كنتيجة لحدوث تمزق أو انبثاق في أحد اقسامه.

3. تجمع الدم ضمن جوف البطن: سواء بكميات كبيرة أو صغيرة.
4. الخذل المعوي: كلما ازدادت مدة الخذل كلما ازدادت نسبة تشكل الالتصاقات.
5. السوابق المرضية لوجود آفات التهابية داخل جوف البطن كالتهاب المرارة المزمن والتهاب الأمعاء المزمن [3، 4].

لقد ازدادت الانسدادات الناجمة عن الالتصاقات نظراً لزيادة العمليات الجراحية المجراة على البطن في العالم الغربي.

جدير بالذكر بأنه توجد لجم أو التصاقات خلقية ونادراً ما تسبب الالتصاقات الخلقية المشاكل الانسدادية. درس بيرري عام 1955 / 1252 / حالة انسداد أمعاء في جامعة فيستونا حيث وجد أن 31% منها نجمت عن الالتصاقات وكان 79% من هذه الالتصاقات تالياً لعمل جراحي و18% التهابي المنشأ و3% خلقياً.

التظاهرات والأعراض والعلامات السريرية:

أظهرت الدراسات أن التظاهرات والأعراض السريرية للالتصاقات البطنية لا تظهر إلا بنسبة 12-15%/ من مجموع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة على البطن لأسباب مرضية، بينما ارتفعت نسبة حدوث الالتصاقات إلى 64% عند المرضى الذين أجريت لهم الجراحة على البطن بسبب جروح المرامي النارية [5,6]. وأهم التظاهرات السريرية لهذه الالتصاقات هي الألم البطني وأعراض الانسداد المعوي سواء التام أو تحت التام، أو تكون عبارة عن اضطراب في وظيفة بعض الأعضاء المترافق بالألم البطني وعلامات عسر الهضم وانتفاخ بطن دوري وتدهور الحالة العامة للمريض كنتيجة لسوء التغذية. إن اختلاف هذه التظاهرات من مزمنة إلى حادة يكون نتيجة لموقع الالتصاقات ومقدار الانضغاط والانسداد الذي تسببه.

طرائق التشخيص:

- القصة السريرية الجيدة والأعراض والعلامات السريرية: إن الإجراءات التشخيصية للمرضى المشتبه باصابتهم بالالتصاقات بطنية تتوقف 1_ على إثبات إمكانية وجود الالتصاقات عند هؤلاء المرضى (جراحة سابقة...). 2_ استبعاد وجود آفة مرضية في أعضاء جوف البطن وخلف الصفاق. 3_ وجود ترابط وثيق مابين المعطيات والأعراض والعلامات السريرية والقصة المرضية. مثلاً: توجد صعوبة كبرى في تقرير ما إذا كان الانسداد ميكانيكي الطبيعة أو خذلي إذا ما ظهرت الأعراض بعد فترة قصيرة من إجراء العمل الجراحي.
- أما في انسداد الأمعاء الناجم عن الالتصاقات بعد فترة طويلة من الجراحة، فقد يُسبق بحدوث انسداد أمعاء تحت حاد وقد يكون متكرراً لعدة مرات وتكون المظاهر السريرية تقليدية حيث يحدث ألم بطني قولنجي شديد في منتصف البطن وغيثان وإقياء وتطبل بطن، وتشاهد دائماً ندبة عمل جراحي سابق، ويوجد بالجس إيلام وإيلام مرتد مع اشتداد الأصوات المعوية.
- التصوير الشعاعي البسيط للبطن:

- وهو يبين عادة السويات السائلة الغازية . انتفاخ العرى المعوية . ثبات السويات بنفس الموقع بتكرار الصور . هواء حر داخل الصفاق . نقص الغازات في الكولون بتكرار الصور . وجود الغاز في جدار الأمعاء .
- التصوير الشعاعي الظليل:
- سواء عن طريق اللقمة أو الرحضة الباريتية إذا لم يكن هناك مضاد استطباب، حيث يبين: سرعة المرور التوسع والركودة . توسع الأمعاء وتوذم بالمخاطية.
- يجب أن تجرى الصورة البسيطة للبطن أولاً وبناءً على معطيات الصورة يُتخذ القرار بإجراء الصورة الظليلة.
- تخطيط الصدى:
- يكشف ضخامات حشوية . أورام . انصبابات . توسع العرى المعوية . توذم الجدار .
- الطبقي المحوري:
- يكشف وجود الكتل والانصبابات...

المعالجة:

تقسم إلى:

1. معالجة محافظة: حمية مطلقة.

أنبوب أنفي معدي.

تعويض السوائل والشوارد.

التغطية بالصادات.

إجراء الرحضات.

إجراء مراقبة مستمرة سريرية وشعاعية ومخبرية.

2. معالجة جراحية: (عاجل _ إسعافي _ انتقائي)

حيث يتم فتح البطن ووضع التشخيص النهائي لسبب الانسداد واتخاذ الإجراء الجراحي المناسب. يسبق العمل الجراحي تحضير المريض للجراحة لفترة تمتد ما بين 2-4 /ساعة وحتى عدة أيام. ويمكن أن نشاهد مريضاً بعد عدة أيام من إجراء عمل جراحي كبير على البطن وقد أصيب بانسداد خذلي شديد ثم أصبح يشكو من آلام بطنية ومن اشتداد الحركات الحوية بالاصغاء، وهنا يصعب التأكد إذا كانت هذه العلامات تمثل انسداد خذلي وسيعقبه تمرير الغازات أو أن هذه هي المرحلة الأولى لانسداد ميكانيكي، وهنا تستطب المعالجة المحافظة. إن إجراء صور شعاعية للبطن يساعد جداً، فوجود غاز منتشر في الأمعاء الغليظة يوجه نحو زوال الانسداد، بينما يوجه وجود عرى معوية دقيقة متوسعة مع سويات سائلة متعددة إلى حدوث انسداد ميكانيكي. لكن من المؤكد أنه إذا تم خروج الغازات أو تغوط المريض ثم حدث لديه تطبل بطن مع ألم قولنجي فالتشخيص الأكثر احتمالاً هو انسداد معوي ناجم عن الالتصاقات وبالتالي فالجراحة هي الإجراء الأمثل لمثل هؤلاء المرضى.

الدراسة العملية:

شملت الدراسة 50 مريضاً حيث بلغ عدد الذكور 35 مريضاً بنسبة 70%، وعدد الإناث 15 مريضة بنسبة 30%.

جدول [1] يبين التوزيع حسب الجنس.

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد المرضى	35	15	50
النسبة	70%	30%	100%

التوزيع حسب العمر:

تراوحت أعمار المرضى بين (5-73) سنة، وتم تقسيم المرضى إلى مجموعات عمرية كل 10 سنوات حيث كانت أغلب الإصابات في العقدتين الخامس والسادس بنسبة 30% و 20%.

جدول [2] يبين التوزيع حسب المجموعات العمرية.

المجموعات العمرية	عدد المرضى	النسبة
1-10 سنة	2	4%
11-20 سنة	6	12%
21-30 سنة	6	12%
31-40 سنة	8	16%
41-50 سنة	15	30%
51-60 سنة	10	20%
61-70 سنة	2	4%
71-80 سنة	1	2%
المجموع	50	100%

التوزيع حسب الأعراض والعلامات السريرية:

تم توزيع المرضى حسب الأعراض والعلامات السريرية عند القبول حيث كان الألم البطني موجوداً لدى 48 مريضاً بنسبة 96%، وتطبل أو انتفاخ البطن عند 42 مريضاً بنسبة 84%.
وبلغ عدد المرضى الذين لديهم توقف خروج غاز وغائط 39 مريضاً بنسبة 78%.
بينما وُجِدَت الإقياءات عند 33 مريضاً بنسبة 66%.
وُجِدَ إيلام ارتدادي عند 28 مريضاً بنسبة 56%.
أما الدفاع البطني فُوجِدَ عند 28 مريضاً بنسبة 56%.
وبلغ عدد المرضى الذين لديهم حمى 27 مريضاً بنسبة 54%.
وُجِدَ تسرع النبض عند 27 مريضاً بنسبة 54%.

أما الإسهالات فوجدت فقط عند مريض واحد بنسبة 2%.

جدول [3] يبين الأعراض والعلامات السريرية ونسبة تواجدها عند المرضى المقبولين.

النسبة	عدد المرضى	العرض أو العلامة
96%	48	ألم بطني
84%	42	تطبل بطن
78%	39	توقف غاز وغائط
66%	33	اقياءات
56%	28	إيلام ارتدادي
56%	28	دفاع بالبطن
54%	27	حمى
2%	1	إسهالات
54%	27	تسرع نبض

التوزع حسب موقع ونمط الانسداد:

تم اعتماداً على القصة السريرية والفحص السريري والاستقصاءات الشعاعية والمخبرية توزيع المرضى إلى عدة مجموعات وذلك حسب: موقع الانسداد: توزعت حالات الدراسة حسب موقع الانسداد: حيث كان الانسداد علوياً (على حساب الأمعاء الدقيقة) عند 35 مريضاً بنسبة 70%، ومنخفضاً (على حساب الأمعاء الغليظة) عند 15 مريض بنسبة 30%.

جدول [4] يبين توزيع موقع الانسداد.

النسبة	عدد المرضى	موقع الانسداد
70%	35	انسداد علوي
30%	15	انسداد سفلي
100%	50	المجموع

نمط الانسداد: بلغ عدد حالات الانسداد الشللي مريضين بنسبة 4% (وجود آفة أخرى في البطن أو خلف الصفاق)، وعدد حالات الانسداد الميكانيكي (الآلي) 48 مريضاً بنسبة 96%.

جدول [5] يبين توزيع نمط الانسداد:

النسبة	عدد المرضى	نمط الانسداد
96%	48	انسداد ميكانيكي

انسداد شللي	2	%4
المجموع	50	%100

- تصنيف الانسداد: بلغ عدد حالات الانسداد تحت التام 11 مريضاً بنسبة 22%، وعدد حالات الانسداد التام 39 مريضاً بنسبة 78%.

جدول [6] يبين تصنيف الانسداد:

النسبة	عدد المرضى	تصنيف الانسداد
%22	11	انسداد تحت تام
%78	39	انسداد تام
%100	50	المجموع

- التوزع حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية:
تمت دراسة ايجابية الإستقصاءات الشعاعية حيث كانت كالتالي:
_ سويات سائلة- غازية على صورة البطن البسيطة بوضعية الوقوف لدى 48 مريضاً بنسبة 96%.
_ تسمك في جدار العرى المعوية لدى 9 مرضى بنسبة 18%.
_ غاز في جدار الأمعاء لدى مريض واحد بنسبة 2%.
_ هواء حر ضمن الصفاق لدى 3 مرضى بنسبة 6%.
_ سويات سائلة- غازية بنفس الموقع بتكرار الصورة الشعاعية لدى 8 مرضى بنسبة 16%.

جدول [7] يبين توزع الحالات حسب ايجابية الإستقصاءات الشعاعية.

النسبة	عدد المرضى	ايجابية الإستقصاءات الشعاعية
%96	48	سويات على صورة البطن البسيطة
%18	9	تسمك في جدار العرى المعوية
%6	3	هواء حر ضمن الصفاق
%2	1	غاز في جدار الأمعاء
%16	8	سويات بنفس الموقع بتكرار الصورة الشعاعية

- التوزع حسب المعطيات التي وجهت لإجراء الجراحة:
اتخذ القرار الجراحي وفقاً لمعطيات الأعراض والعلامات والنتائج المخبرية:
_ الألم البطني الشديد لدى 28 مريضاً بنسبة 56%.

- _ حمى لدى 14 مريضاً بنسبة 28%.
- _ تسرع نبض لدى 14 مريضاً بنسبة 28%.
- _ إيلام ارتدادي لدى 28 مريضاً بنسبة 56%.
- _ دفاع بطني معمم لدى 15 مريضاً بنسبة 30%.
- _ ارتفاع في تعداد الكريات البيض (< من 12.000) لدى 29 مريضاً بنسبة 58%.
- _ ارتفاع في نسبة العدلات (< من 80%) لدى 29 مريضاً بنسبة 58%.

جدول [8] يبين توزيع الحالات حسب المعطيات التي وجهت لإجراء الجراحة.

النسبة	عدد المرضى	العرض أو العلامة
56%	28	ألم بطني شديد
28%	14	حمى
28%	14	تسرع نبض
56%	28	إيلام ارتدادي
30%	15	دفاع بطني معمم
58%	29	ارتفاع الكريات البيض
58%	29	ارتفاع في نسبة العدلات

التوزيع حسب الإجراء العلاجي:

- توزعت الحالات حسب الإجراء العلاجي المتبع حيث بلغ عدد الحالات التي تم تدبيرها بالعلاج المحافظ 22 مريضاً بنسبة 44%. وبلغ عدد الحالات التي تم تدبيرها بالعلاج الجراحي 28 مريضاً بنسبة 56%.

جدول [9] يبين توزيع الحالات حسب الإجراء العلاجي.

النسبة	عدد المرضى	نوع الإجراء العلاجي
56%	28	علاج جراحي
44%	22	علاج محافظ
100%	50	المجموع

التوزيع حسب توقيت التداخل الجراحي:

- تم توزيع المرضى حسب توقيت التداخل الجراحي حيث بلغ عدد المرضى الذين خضعوا للجراحة العاجلة 15 مريضاً بنسبة 30%.

وبلغ عدد المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي إسعافي 11 مريضاً بنسبة 22%.
كما بلغ عدد المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي انتقائي مريضين بنسبة 4%.

جدول [10] يبين توزع الحالات حسب توقيت العمل الجراحي.

النسبة	عدد المرضى	توقيت العمل الجراحي
30%	15	عاجل
22%	11	إسعافي
4%	2	انتقائي

التوزع حسب نوع الجراحة المجراة:

تم توزيع الحالات المعالجة جراحياً حسب نوع العمل الجراحي الذي تم إجراؤه حيث بلغ عدد المرضى الذين اجري لهم فك وتحريم الالتصاقات 14 مريضاً بنسبة 28%. وبلغ عدد المرضى الذين اجري لهم بتر جزء من الأمعاء مع إجراء مفاغرة 5 مرضى بنسبة 10%. وبلغ عدد المرضى الذين اجري لهم تدفئة جزء من الأمعاء والتأكد من عيوشتها ثم ردها إلى البطن مريضين بنسبة 4% .
بينما اجري رد إنغلاف معوي لمريض واحد بنسبة 2%. كما تم إجراء فغر لفانفي لمريض واحد بنسبة 2%. بينما بلغ عدد المرضى الذين اجري لهم فغر قولون مريضين بنسبة 4%. وتم استئصال زائدة دودية مختلطة لدى مريضين بنسبة 4%. كما اجري نزح لنز صفراوي عند مريض واحد بنسبة 2%.

جدول [11] يبين توزع الحالات حسب نوع العمل الجراحي المجري.

النسبة	عدد المرضى	نوع العمل الجراحي
28%	14	فك وتحريم الالتصاقات
10%	5	بتر ومفاغرة
4%	2	تدفئة جزء من الأمعاء
2%	1	رد الإنغلاف المعوي
2%	1	فغر لفانفي
4%	2	فغر قولون
4%	2	استئصال زائدة
2%	1	تدبير نز صفراوي بالنزح

التوزع حسب التشخيص النهائي بعد الفتح الجراحي:

بلغ عدد المرضى الذين خضعوا للجراحة 28 مريضاً، حيث كان التشخيص النهائي:
_ الالتصاقات لدى 19 مريضاً بنسبة 38%.

- _ انغلاق أمعاء لدى مريض واحد بنسبة 2%.
- _ زائدة دودية مختلطة لدى مريضين بنسبة 4%.
- _ فتق معوي داخلي لدى مريض واحد بنسبة 2%.
- _ نز صفراوي مع علامات تخريش للصفاق (بعد 5 أيام من استئصال مرارة) لدى مريض واحد بنسبة 2%.
- _ ورم على حسان القولونات أو الأمعاء الدقيقة لدى 3 مرضى بنسبة 6%.
- _ احتشاء مساريقي لدى مريض واحد بنسبة 2%.

جدول [12] يبين توزع الحالات حسب التشخيص النهائي.

النسبة	عدد المرضى	التشخيص النهائي
38%	19	التصاقات
2%	1	انغلاق أمعاء
4%	2	زائدة مختلطة
2%	1	فتق معوي داخلي
2%	1	نز صفراوي
2%	1	احتشاء مساريقي
6%	3	ورم قولونات أو أمعاء دقيقة

• التوزع حسب مدة الإقامة في المشفى:

تراوحت فترة الإقامة في المشفى من يومين إلى اسبوعين وذلك حسب الإجراء العلاجي المتخذ، حيث بلغ عدد المرضى الذين دامت مدة إقامتهم يومين 20 مريضاً بنسبة 40%. وبلغ عدد المرضى الذين تراوحت مدة إقامتهم بين (3-7) أيام 25 مريضاً بنسبة 50%. وتراوحت مدة الإقامة بين (8-14) يوم لدى 5 مرضى بنسبة 10%.

جدول [13] يبين توزع المرضى حسب مدة الإقامة في المشفى.

النسبة	عدد المرضى	مدة الإقامة
40%	20	يومين
50%	25	3-7 أيام
10%	5	8-14 يوم

• التوزع حسب المضاعفات بعد الجراحة:

تمت دراسة المضاعفات التي حدثت للمرضى بعد الجراحة حيث وُجد:
_ تقيح جرح لدى 7 مرضى بنسبة 14%.

- _ نقف جرح لدى 5 مرضى بنسبة 10%.
- _ ناسور معوي لدى مريض واحد بنسبة 2%.
- _ اندحاق لدى 7 مرضى بنسبة 14%.
- _ الوفاة لدى مريض واحد بنسبة 2%.

جدول [14] يبين المضاعفات ونسبة حدوثها.

المضاعفة	عدد المرضى	النسبة المئوية
تقيح جرح	7	14%
نقف جرح	5	10%
ناسور معوي	1	2%
اندحاق	7	14%
الوفاة	1	2%

المناقشة:

بمقارنة نتائج دراستنا مع نتائج دراسة أجريت في جامعة دمشق عام 2000 تبين أن نسبة إصابة الذكور 63.8% وهي نسبة قريبة من دراستنا.

بمقارنة أسباب الانسداد تبين أن نسبة الانسداد بسبب الالتصاقات واللحم 29.8% ونسبة الأورام (قولونات أو أمعاء) 18.6% ونسبة انغلاق الأمعاء 1.5% ونسبة الإحتشاء المساريقي 1.5%.

• مقارنة نوع التدبير الجراحي:

_ فك وتحريم الالتصاقات بنسبة 72.5%.

_ رد الإنغلاق المعوي بنسبة 1.5%.

_ تدفئة عروة معوية وردّها بنسبة 5%.

_ فغر قولون بنسبة 4%.

_ فغر لفائفي بنسبة 2% [7].

نلاحظ أن نسبة الحالات في دراستنا التي تم تدبيرها عن طريق فك وتحريم الالتصاقات 28% وهذه النسبة مأخوذة من العدد الكلي (50 مريضاً) حيث أن عدد المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي 28 مريضاً فقط; بينما نلاحظ في دراسة جامعة دمشق أن النسبة 72.5% وهي مأخوذة من العدد الكلي 139 مريضاً وهو نفس عدد المرضى الذين خضعوا للجراحة لذلك وجد هذا الإختلاف في النسبة.

بمقارنة أسباب الانسداد بين دراستنا ودراسة wangenstein في الولايات المتحدة أواخر التسعينيات وجد الانسداد بسبب الالتصاقات بنسبة 31% والانسداد بسبب الإنغلاق بنسبة 3% والانسداد بسبب الأورام بنسبة 27% [8].

الخلاصة:

شملت الدراسة 50 مريضاً بتشخيص مبدئي انسداد أمعاء (حاد أو تحت حاد) مع سوابق فتح جراحي. تميزت الدراسة بسيطرة الذكور بنسبة 70%، خاصة في العقدين الخامس والسادس بنسبة 30% و20%. كان الانسداد علوي بنسبة 70%. وبلغت نسبة الانسداد المعوي الآلي أو الميكانيكي 96%. بينما كان الألم البطني هو العرض السريري المسيطر بنسبة 96%. ووجدت سويات سائلة-غازية على صورة البطن البسيطة بنسبة 96%. بناءً على معايير خاصة وُزِّعَ المرضى إلى مجموعتين علاجيتين حيث كانت نسبة المرضى الذين خضعوا للعلاج الجراحي 56%. حيث كان العمل الجراحي إسعافي عاجل بنسبة 30%. تم وضع التشخيص النهائي للانسداد بعد فتح البطن حيث وجدت الالتصاقات بنسبة 38%. اجري للمرضى العمل الجراحي المناسب حيث خضع معظمهم لفك وتحرير الالتصاقات بنسبة 28%. وتراوحت مدة إقامة المرضى في المشفى ما بين 3-7 أيام عند 50% منهم.

المراجع:

.....

1. SHALIMOV A.A., SAENKO V.F.1987-Digestive surgery, Zdarovia, Keiv;

pp528-537.

2. BUSHUYEV V.V.,KOMAROV V.A. 1990- Foreign body staying in the abdominal cavity for 30 years as a cause of acute ileutitis. J.Clinical surgery. Keiv, No4; pp 67.
3. GEORGE. D.,ZUIDEMA(SHACKELFORD,S) 1996-Surgery of The Alimentary Tract, Forth Edition U.S.A; PP375-389.
4. ZHENCHEVCKY R.A. 1989-Abdominal adhesion disease, Meditsina,Moscow.
5. SEYMOURI. SCHWARTZ, 1998-Principles of surgery, Sixth Edition, U.S.A.
6. MAINGOT. Forth Edition,1999.
7. التدبير الجراحي لإنسداد الأمعاء: إعداد د.عبد الرحمن أحمد حمادية، إشراف أ.د.معاوية عبد الهادي، المشارك بالإشراف أ.د.عبد الغني الشلبي، رسالة ماجستير - جامعة دمشق 2000 0-71 ص.
8. INTERNET: California center of surgery 2004.