

جراحی های

مری

دکتر محمد طالب پور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
متخصص جراحی عمومی
فوق تخصص لاپاروسکوپی پیشرفته از انگلستان و فرانسه



- (۱) دربارهٔ مولف
- (۲) چرا بیماران لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟
- (۳) مکانیسم بلع غذا از مری
- (۴) اسپاسم منتشر مری
- (۵) آشالازی
- (۶) بریدن طولی عضلات مری به روش لاپاروسکوپی
- (۷) دیورتیکول مری
- (۸) نقش توراکوسکوپی در دیورتیکولکتومی
- (۹) رفلاکس مری
- (۱۰) ضرورت انجام جراحی در بیماری رفلاکس
- (۱۱) جراحی لاپاروسکوپیک رفلاکس
- (۱۲) سرطان مری
- (۱۳) جراحی لاپاروسکوپی در سرطان مری
- (۱۴) مجموعه جراحی های لاپاروسکوپیک

(۱) درباره مؤلف

الف) دکتر محمد طالب پور پیش‌تاز لاپاروسکوپی پیشرفته در ایران



● ۱۳۴۲: تولد در تهران

● ۱۳۴۹-۱۳۶۱: تحصیلات دبیرستانی در مدارس علوی؛
البرز و نیکان

● ۱۳۶۱-۱۳۷۲: دوره پزشکی عمومی و تخصص جراحی در
دانشگاه تهران

● ۱۳۷۲ تا کنون: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

● ۱۳۷۳-۱۳۷۹: انجام جراحی لاپاروسکوپی پایه

● ۱۳۷۹-۱۳۸۰: گذراندن دوره بورس تحصیلی فلوشیپ
لاپاروسکوپی پیشرفته در انگلستان و فرانسه

● ۱۳۸۰ تا کنون: انجام جراحی های پیشرفته لاپاروسکوپی برای
اولین بار در ایران شامل بیش از ۳۰ نوع عمل جراحی

ب) شرکت در کنگره های ذیل و ارائه مقالات

● ۲۰۱۰: سوئیس؛ ژنو؛ کنگره EAES (کنگره لاپاروسکوپیست های اروپایی)؛

● ۲۰۰۹: استرالیا؛ آدلاید؛ کنگره ISW (هفته جهانی جراحی)؛

● ۲۰۰۸: ژاپن؛ یوکوهاما؛ کنگره WCES (کنگره جهانی جراحی آندوسکوپیک)؛

● ۲۰۰۸: هند؛ دهلی؛ کنگره تازه های جراحی کم تهاجمی

● ۲۰۰۷: کانادا؛ مونترال؛ کنگره ISW؛

● ۲۰۰۶: آلمان؛ برلین؛ کنگره EAES/WCES؛

● ۲۰۰۵: تونس؛ تونس؛ کنگره MMESA (کنگره جراحی

آندوسکوپیک مدیترانه و آسیای میانه)؛

● ۲۰۰۵: چین؛ شانگهای؛ سمپوزیوم تروما و حوادث؛

● ۲۰۰۴: آمریکا؛ کالیفرنیا؛ سان دیه گو؛ کنگره ASBS

(کنگره امریکایی جراحی چاقی)؛

● ۲۰۰۴: اسپانیا؛ بارسلون؛ کنگره EAES؛

● ۲۰۰۳: ترکیه؛ استانبول؛ کنگره MMESA؛

● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ کنگره EAES؛

ج) شرکت در دوره های تکمیلی ذیل بمنظور ارتقاء سطح علمی

● ۲۰۰۹: دانمارک؛ ادنیزه؛ شرکت در دوره تکمیلی سونوگرافی
لاپاروسکوپیک و رادیو فرکونسی

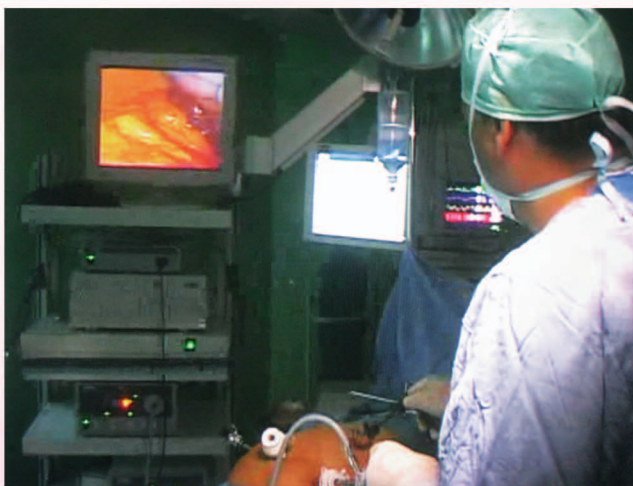
● ۲۰۰۹: فرانسه؛ پاریس؛ شرکت در دوره تکمیلی لیگاشور
پیشرفته

● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
چاقی؛

● ۲۰۰۳: انگلستان؛ داندی؛ شرکت در طرح تحقیقاتی و آنالیز
ارگونومی در اعمال جراحی خاص زیر نظر Prof Cuschieri

● ۲۰۰۱: انگلستان؛ لندن؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
کولورکتال؛ بیمارستان سنت مارکس؛ زیر نظر Prof Philips





● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ بیمارستان سیویل؛ مرکز IRCAD؛ دوره تکمیلی جراحی لاپاروسکوپی کولورکتال و غدد
 زیر نظر Prof Philips & Leroy

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ IRCAD؛ شرکت در چهار دوره کوتاه مدت جراحی شامل:

"جراحی لاپاروسکوپیک دستگاه گوارش"

"جراحی لاپاروسکوپیک پیشرفته"

"جراحی لاپاروسکوپیک آئورتوایلیاک"

"جراحی لاپاروسکوپیک نفرکتومی"

● ۲۰۰۰: انگلستان؛ داندی؛ بیمارستان Ninewells؛ دوره فلوشیپ یک ساله لاپاروسکوپی پیشرفته زیر نظر Prof Cuschieri

د (تالیف کتب)

- جراحیهای سر پایی
- کتاب جامع جراحی
- کتاب بیماری چاقی

هـ (مقالات:

انگلیسی:

- Proficiency-gain curve for an advanced laparoscopic procedure defined by observation clinical human reliability assessment (OCHRA) **Surg Endosc.** 2008 Sep 23.
- Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17793-798 2007
- New aspects in laparoscopic cholecystectomy
Source: **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17 (3):290-295 2007
- Laparoscopic management of an internal double omental hernia: a rare cause of intestinal obstruction, **Hernia** 9 (2):195-7 2005
- The role of endoscopic autopsy in trauma cases: the first report from Iran **Arch Iran Med** 2009 Jul; 12(4):353-7
- Synchronous surgical Removal of Suspicious Ovarian Metastases from colorectal cancer **Med journal of the Islamic Republic of Iran.** 2005 Feb; 18(4)

● آزاد سازی مری به روش توراکوسکوپی در کانسر مری مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۱؛ دوره ۱۰، پاییز، شماره ۳: صفحات ۸۶-۹۴

● ارزیابی روش های مختلف درمان سنگ کلدوک و گزارش درمان لاپاروسکوپیک آن در پنج بیمار مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۱، پاییز، شماره ۳: صفحات ۷۴

● لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی روش انتخابی در درمان جراحی ITP، طب و تزکیه بهار ۱۳۸۳؛ (۵۲): ۹۶-۱۰۲.

● نحوه برخورد با بیماران مبتلا به ندول منفرد تیروئید بیمارستان امام، ۷۶-۱۳۷۱ مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۷): ۵۹۱-۵۹۷.

● نقش لاپاروسکوپی در بیماران ترومائی مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۸): ۶۹۸-۷۰۴.

● بررسی صحت تشخیصی لاپاراسکوپی در آسیب شکمی ترومای منجر به فوت در پزشکی قانونی تهران مجله دانشکده پزشکی آذر ۱۳۸۵؛ ۶۴(۹): ۳۳-۳۹.

● لاپاروسکوپیک هرنیوپلاستی در فتق های اینگوینال دوطرفه به کمک مش عینکی شکل در ۵۴ بیمار مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۶۵ شماره ۵ مرداد ۸۶

● لاپاراسکوپیک هرنیوپلاستی با بی حسی اپیدورال: گزارش ۲۰ بیمار مجله دانشکده پزشکی فروردین ۱۳۸۶؛ ۶۵(۱): ۶۰-۶۴

(۹) سخنرانی

- ۱۳۷۸ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: تشخیص اولیه کانسرتیروئید به کمک تظاهرات دوردست آن
- ۱۳۸۱ جامعه جراحان: آناستوموز با دست بین معده و روده به روش لاپاروسکوپیک
- ۱۳۸۱ جامعه جراحان: لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی
- ۱۳۸۱ کنگره طب داخلی: جراحی لاپاروسکوپیک فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ۱۳۸۲ جامعه جراحان: درمان لاپاروسکوپیک بیماری آشالازی مری
- ۱۳۸۲ کنگره هپاتوبیلیری ایران: جراحی لاپاروسکوپیک سنگ های کلدوک
- ۱۳۸۳ جامعه جراحان: درمان جراحی فتق دوطرفه با مش عینکی بروش لاپاروسکوپیک
- ۱۳۸۳ جامعه جراحان: ترمیم لاپاروسکوپیک پرولاپس رکتوم
- ۱۳۸۳ کنگره تروما؛ چین: نقش لاپاروسکوپي در درمان بیماران ترومایی stable
- ۱۳۸۳ کنگره MMESA؛ ترکیه: ارزیابی بالینی آناستوموز با دست بروش لاپاروسکوپیک در ۲۰ بیمار سرطان پیشرفته لوزالمعده
- ۱۳۸۴ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: گزارش بیست مورد آناستوموز لاپاروسکوپیک بای پس در بیماران پیشرفته کانسر سر پانکراس
- ۱۳۸۴ کنگره جراحی دانشگاه علوم پزشکی ایران: گزارش بیماران جراحی شده کولورکتال به روش لاپاروسکوپي
- ۱۳۸۵ جامعه جراحان: خروج تیموس از مدیاستن بروش توراکوسکوپي
- ۱۳۸۵ کنگره MMESA تونس: جراحی کم تهاجم در درمان سرطان مری
- ۱۳۸۵ کنگره پستان؛ دانشگاه شهید بهشتی: جراحی آندوسکوپیک

- ۱۳۸۵ کنگره EAES اسپانیا: بررسی منحنی آموزشی جراحان در فراگیری لاپاروسکوپی بر اساس مدل مطالعاتی انسانی
- ۱۳۸۶ کنگره EAES آلمان: خروج کیسه صفرا بروش لاپاروسکوپیک با دیدگاه جدید
- ۱۳۸۶ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: نقش لاپاروسکوپی در کانسر معده

- ۱۳۸۶ کنگره والز؛ هند: جراحی واریس پا بروش آندوسکوپیک
- ۱۳۸۷ کنگره ISW مونترال: اتوپسی لاپاروسکوپیک در متوفیان حاصله از تصادفات
- ۱۳۸۷ کنگره ISW مونترال: درمان جراحی لاپاروسکوپیک فتق با بیحسی اپیدورال
- ۱۳۸۷ کنگره ASBS سانفرانسیسکو: جراحی پلیکاسیون معده بروش لاپاروسکوپیک در بیماران چاق
- ۱۳۸۷ کنگره اورولوژی: جراحی آندوسکوپیک بافت نرم (پستان؛ زیر بغل؛ هیدروسل و ...)
- ۱۳۸۷ کنگره فتق؛ دانشگاه شهید بهشتی: درمان لاپاروسکوپیک فتق های جداره شکم
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: چه بیمارانی بیشترین نتیجه را از جراحی های باریتریک می برند؟
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: گزارش نتایج جراحی پلیکاسیون معده در بیماران چاق ایرانی
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: سمپانکتومی کمری به روش آندوسکوپیک
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: درمان لاپاروسکوپیک کیست هیداتیک کبد
- و ده ها سخنرانی داخلی و خارجی دیگر

(۲) چرا بیماران، لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟

● از آنجا که برش ایجاد شده در جداره شکم بسیار کوچک و مجزی می باشد ظاهر بیمار بعد از عمل، زیبایی طبیعی خود را حفظ خواهد کرد.

● صدمه به نسوج بدن شامل عضلات و پوست جداره شکم و ... به مراتب کمتر است لذا سیستم امنیتی بدن و قدرت ترمیم در بدن کمتر متاثر می شود.



● پایانه های حسی جداره بدن بسیار حساس بوده لذا بعد این اعمال به علت عدم تحریک این پایانه ها، درد بعد از عمل به مراتب کمتر بوده لذا بیمار سریعتر به فعالیت های روزانه خود پرداخته و زودتر می تواند از بیمارستان مرخص شود.

● از آنجا که دستکاری احشاء شکمی در این عمل صورت نمی گیرد لذا حرکات روده ای بعد عمل سریعتر به حالت عادی باز گشته و فرد می تواند مایعات و غذا مصرف کند.

● به علت صدمه نسجی کمتر در داخل شکم و جداره بدن احتمال چسبندگی داخل شکمی کمتر وجود دارد.

● مشکلات حاصل از برش های جراحی نظیر عفونت زخم و یا فتق محل برش در این افراد دیده نمی شود.

● به خصوص در افراد چاق چون برش های جراحی باز خیلی بزرگ تر است لذا مزایای لاپاروسکوپی در افراد چاق چشمگیر تر است.

● جراح در حین عمل به کمک تلسکوپ محل عمل را می بیند که دیدی با بزرگنمایی حداقل ۲/۵ برابر نرمال و با نور عالی برای جراح تامین می کند که به مراتب واضح تر از روش باز است.

● اگر چه هزینه عمل بروش لاپاروسکوپی از روش باز بیشتر است ولی عملاً بعلت کوتاه تر شدن مدت بستری در بیمارستان هزینه نهایی تفاوت قابل توجهی ندارد



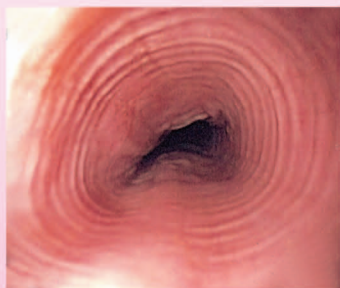
واریس مری

(۳) مکانیسم بلع غذا از مری

● بعد از عبور غذا از راه گلو به داخل مری؛ حرکت غذا را تا حدود یک سوم مسیر؛ فرد می تواند بصورت ارادی حس کرده و حتی می تواند باعث برگشت غذا به بیرون شود.

● عبور غذا عمدتاً با حرکات دودی عضلات مری و تا حدی با فشار جو به سمت پایین محقق می شود.

● عضلات مری به سه فرم حرکت میکند: حرکات انقباضی عرضی؛ حرکات انقباضی طولی که این دو حرکت طبیعی بوده و موجب حرکت رو به جلوی غذا می شود.



● فرم سوم حرکت مری به صورت معکوس بوده و حرکت غیر طبیعی محسوب می شود. مثال شایع این حالت مصرف مایعات خیلی سرد می باشد که با ایجاد این فرم حرکت معکوس موجب درد شدید پشت جناغ سینه می شود.

● تنظیم حرکات دودی مری با اعصاب مرکزی و با واسطه شبکه عصبی بین عضلات مری می باشد. هر گونه تخریب این مسیر عصبی موجب به هم خوردن مکانیسم طبیعی بلع غذا می شود.

● طول مسیر عبور غذا از ابتدای دهان تا ابتدای معده حدود ۴۵ سانتیمتر بوده و زمان لازم جهت عبور غذا در این محدوده حدود ۶ الی ۱۰ ثانیه می باشد.

۴) اسپاسم منتشر مری

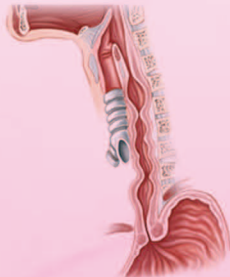
● از جمله بیماری‌های حاصله از اختلال در حرکات دودی مری محسوب می‌شود.

● بعلت عدم نظم در حرکات مری معمولاً درد خلف جناغ سینه بهنگام بلع غذا و بادرجات کمتری عدم توانایی بلع ایجاد می‌شود.

● بیماری با شیوع نسبتاً برابر بین خانم‌ها و آقایان و در سنین میانسالی بروز می‌کند.

● معمولاً این مشکل با مصرف مایعات بیشتر از مصرف جامدات مشاهده می‌شود.

● در صورت عدم پاسخ به درمان‌های دارویی (که معمولاً موجب رفع انقباضات غیر متناسب عضلات مری می‌شود) جراحی بصورت بریدن طولی عضلات در ناحیه نیمه تحتانی مری توصیه می‌شود.



● حاصل این کار عدم وجود هر گونه انقباضاتی در قسمت تحتانی مری و عملاً عبور غذا با موج اولیه ایجاد شده در قسمت‌های بالایی و همچنین فشار جو می‌باشد.

● در نتیجه بلع غذا با سرعت کمتری صورت می‌گیرد لذا بهنگام غذا خوردن لقمه‌ها با فاصله بیشتری از حالت طبیعی باید مصرف شود.

● بهترین متد انجام این جراحی از راه قفسه صدري و بروش توراکوسکوپی و بدون ایجاد برش می‌باشد

(۵) آشالازی

- از جمله بیماری های شایع حرکتی در مری محسوب می شود.
- سن شایع بیماری میانسالی و در زن و مرد با نسبت تقریبا برابر شیوع دارد.
- به علت تخریب شبکه عصبی بین عضلات در قسمت های تحتانی مری عملا عضلات این ناحیه در حالت انقباضی بصورت ممتد قرار دارند.
- حاصل این امر عدم عبور غذا بصورت طبیعی از این ناحیه و احساس گیر کردن غذا می باشد.
- در ابتدا این مسئله در مورد مایعات بیشتر از جامدات بوده ولی نهایتا تابلوی بیماران بصورت گیر کردن غذا موقع بلع می باشد.
- علت تخریب شبکه های عصبی خیلی مشخص نیست ولی اثر بیماری های ویروسی؛ مسمومیت با بعضی مواد و ... را بعنوان دلایل احتمالی نام می برند.
- جهت تشخیص؛ عکس رنگی مری بخوبی بسته شدن یکنواخت و نوک منقاری مجرای مری را در انتها نشان می دهد. بر حسب مدت درگیری فرد نیز ممکن است قسمت های بالایی مری گشاد تر از حد نرمال شده و حتی به ابعاد غیر عادی برسد.
- معیار قطعی تشخیص بیماری با مانومتری می باشد که بخوبی کانون پر فشار در قسمت های انتهایی مری را که به واسطه حالت انقباضی بیش از حد عضلات مری ایجاد شده نشان می دهد.
- جهت درمان آشالازی متد های غیر تهاجمی نظیر تزریق مواد شل کننده عضلات در محل و یا استفاده از بالون حین آندوسکوپی که عضلات را از هم دور میکند؛ وجود دارد.
- از آنجا که احتمال برگشت علائم بیماری در این متد ها بسیار بالاست و از آن طرف کنترل دقیقی جهت میزان باز کردن عضلات و پرهیز از بروز پارگی مری وجود ندارد لذا بعنوان روش انتخابی محسوب نمی شوند.



● روش انتخابی درمان بیماری آشنالازی بریدن طولی حداقل ۷ سانتیمتر از عضلات انتهایی مری می باشد که موجب آزاد شدن مجرای مخاطی مری از حلقه انقباضی عضلانی می شود.

● معمولاً نیمی از مجرای مری از حصار عضلات خارج شده و عملاً مری تبدیل به یک مجرای مخاطی بدون حرکت انقباضی می شود.

● انجام این جراحی چنانچه قبلاً از بالون استفاده شده باشد چون باعث چسبندگی عضلات به مخاط می شود به مراتب سخت تر است و بهتر است بیمار قبل از عمل هیچ اقدام دیگری نظیر تزریق یا بالون انجام نداده باشد.

● امروزه بریدن عضلات مری چه از راه شکم و یا از راه قفسه صدری با دستگاه لاپاروسکوپ صورت می گیرد و در مقایسه با متد قدیمی باز کردن شکم بمراتب برای بیمار خوشایند تر می باشد.

● چون بریدن عضلات مری در انتها خطر رفلاکس را برای بیمار ایجاد می کند لذا بصورت پیش گیرانه امروزه در کنار عمل بریدن عضلات؛ عمل ضد رفلاکس؛ بصورت ۱۸۰ درجه چرخش دور مری توصیه می شود.

● حسن این کار غیر از جلوگیری نسبی از رفلاکس در بیمار جلوگیری از چسبیدن مجدد عضلات به هم و دور باقی ماندن عضلات بریده شده از هم بواسطه دوختن حلقه معدی بکار رفته جهت عمل ضد رفلاکس به عضلات بریده شده دو طرف می باشد.

(۶) بریدن طولی عضلات مری بروش لاپاروسکوپی

● اختلالات انقباضات عضلات مری در بیماریهایی نظیر آشالازی و یا اسپاسم منتشر مری می تواند بصورت درد بهنگام بلع و یا گیر کردن غذا خود را نشان دهد.

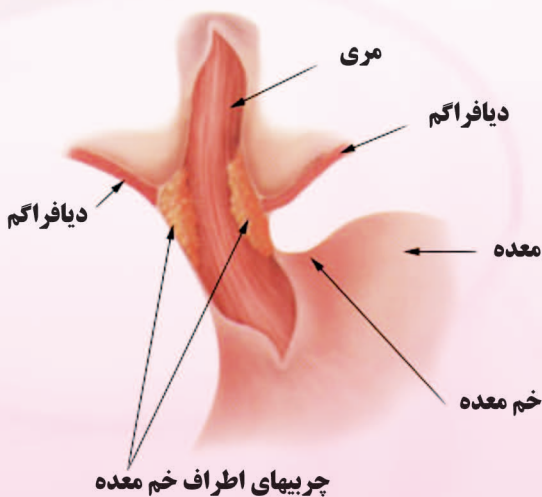
● عملاً با بریدن طولی عضله معیوب در محلی که مری دچار اختلال حرکتی شده است و آزاد سازی حداقل نیمی از مخاط مری از عضلات بریده شده این مشکل قابل رفع می باشد.

● از آنجا که طول عضله درگیر دقیقاً قابل شناسایی نیست ترجیح جراحان بر این است که حداکثر طول ممکن از عضله مری را که در معرض این بیماری است را ببرند.

● در بیماری آشالازی این طول حداقل ۷ سانتیمتر و در اسپاسم منتشر مری تا مرز قوس آئورت می باشد (نیمه تحتانی مری).

● دستیابی به این طول از مری در بیماری آشالازی هم از مسیر قفسه صدی و هم از راه شکم امکان پذیر می باشد.





● بریدن طولی عضلات مری با روش متداول باز بعلت سختی دسترسی به مری معمولاً همراه با برش های وسیع جراحی و دردهای شدید بعد عمل بدنبال کشش زیاد نسوج جهت دسترسی به محل عمل همراه است.

● استفاده از روش لاپاروسکوپی نه تنها موجب دستیابی به مزایای عمومی آن برای بیمار می شود که موجب امکان دید بهتر و مناسب تر از روش باز در شناسایی محل مورد نظر مری جهت میوتومی می شود.

● از آنجا که تلسکوپ را می توان از راه تروکار ها تا داخل فضای مدیاستن برد لذا امکان بریدن کامل قسمت درگیر مری از راه عمل شکمی بخوبی فراهم می باشد.

● در مواقعی که لازم باشد طول بیشتری از مری؛ میوتومی شود از راه قفسه صدری به کمک دستگاه می توان این کار را تا زیر قوس شریان آئورت نیز ادامه داد.

۷) دیورتیکول مری

● فشار بالای حین بلع غذا در فضای داخل مری در طول زمان؛ می تواند در صورت بروز عدم هماهنگی بین حرکات عضلات مری موجب بیرون زدگی لایه های مری در پر فشار ترین نقاط شود.

● از جمله این نقاط پر فشار؛ بالای ناحیه اسفنگتر فوقانی مری می باشد که موجب بیرون زدگی مخاط مری به بیرون در ناحیه گردن می شود که دیورتیکول (بیرون زدگی) زنکر نامیده می شود.

● بیرون زدگی مخاط مری گاهی در قسمت های تحتانی مری نیز رخ داده و دیورتیکول های بزرگی در فضای قفسه صدری ایجاد می شود.

● بندرت این بیرون زدگی ها تمامی لایه ها را شامل شده و عامل آن چسبندگی غدد لنفاوی ملتهب در فضای قفسه صدری و در مجاور مری می باشد.

● در مواقعی که ابعاد این دیورتیکول ها بزرگ باشد بریدن آنها توصیه می شود که در مواردی که در فضای قفسه صدری وجود داشته باشند روش توراکوسکوپی و پرهیز از باز کردن جداره قفسه صدری پیشنهاد می شود.



۱) نقش توراکوسکوپي در دیورتیکولکتومی



● عمده دیورتیکول های مری که در فضای قفسه صدری قرار دارند از جنس مخاطی بوده و حاصل اختلالات حرکتی عضلات مری می باشد.

● لذا جهت درمان آنها استفاده از توراکوسکوپ و استاپلر جهت بریدن بیرون زدگی مخاطی توصیه می شود.

● جهت جلوگیری از عود این بیماری و همچنین ترمیم مخاط مری در محل عمل؛ انجام میوتومی طولی عضلات مری در قسمت بعد محل بریدن دیورتیکول تا محل اتصال به معده همزمان با عمل اصلی پیشنهاد می شود.

● بهنگام استفاده از استاپلر باید کاملاً دقت کرد مخاط مری در آن ناحیه تنگ نشود.

● در مواقعی که ابعاد دیورتیکول کوچک باشد صرف میوتومی کفایت می کند و الزاماً نیازی به بریدن دیورتیکول نیست.

● محل شایع گسترش دیورتیکول به سمت قفسه صدری سمت راست می باشد در حالیکه انجام میوتومی مری از سمت چپ بیشتر امکان پذیر است. لذا انجام این عمل ممکن است در دو نوبت و یا از دو طرف در یک نوبت صورت گیرد.

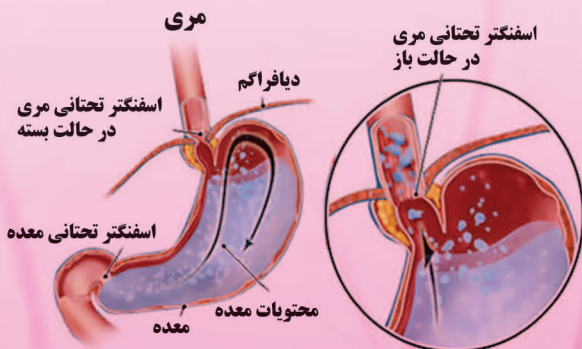
(۹) رفلکس مری

● برگشت ترشحات معده به مری باعث شلی دریچه حد واسط مری به معده را رفلکس می گویند.

● این حالت می تواند بدنبال مصرف غذای زیاد و یا نوشابه گاز دار؛ قهوه؛ شکلات؛ چای پر رنگ و غذاهای چرب بصورت فیزیولوژیک نیز رخ دهد.

● در صورت تداوم این فرایند بتدریج التهاب در قسمت های انتهایی مری رخ داده و عملاً مخاط مری از حالت نرمال خارج شده و حاصل تدریجی این تغییرات بروز بیماری رفلاکس می باشد که بمعنی تداوم این اختلال و معیوب شدن دریچه مربوطه می باشد.

● علائم بالینی این بیماری در بیش از ۹۰٪ موارد بصورت پس زدن ترشحات معده به مری؛ سوزش پشت جناغ سینه و در حدود ۱۰٪ موارد علائم ریوی نظیر آسم؛ تغییر صدا؛ سینوزیت مزمن و سرفه های مکرر می باشد.



● تشخیص بیماری رفلاکس معمولاً با معاینه بالینی و شرح حال دقیق می باشد و ارزیابی شدت آن معمولاً بکمک آندوسکوپی و مشاهده شدت التهاب قسمت انتهایی مری می باشد.



● در مواردی که تشخیص بر اساس معاینه بالینی و شرح حال و آندوسکوپی واضح نباشد؛ جهت اطمینان از تشخیص؛ از روش محاسبه سطح اسید قسمت تحتانی مری طی ۲۴ ساعت و بکمک سنسورهای خاص کمک گرفته می شود.

● چنانچه بیمار در کنار علائم فوق دچار سختی در بلع نیز باشد الزاما باید مانومتری عضلات مری نیز انجام داد تا مطمئن شد عضلات مری مبتلا به اختلا حرکتی نیست.

● شیوع این بیماری در حدود ۱۰٪ افراد جامعه می باشد که بیش از ۸۵٪ این موارد بخوبی با درمان های دارویی و اصلاح نحوه تغذیه و زندگی بهبود می یابند.

● در مواردی که درمان دارویی و اصلاح وضعیت زندگی نتواند در طی مدت محدود (حداکثر دو سال) باعث رفع این بیماری شود عملا جراحی بخصوص در افراد جوان بعنوان روش انتخابی پیشنهاد می شود.

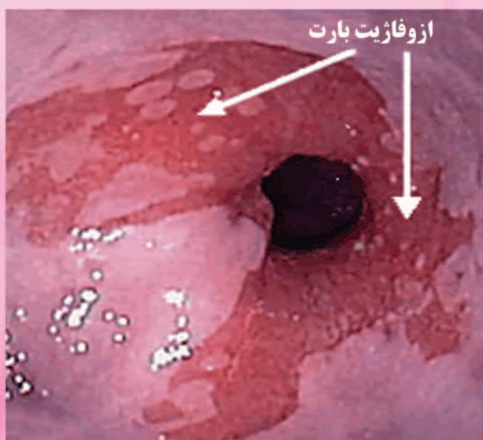
۱۰) ضرورت انجام جراحی در بیماری رفلاکس

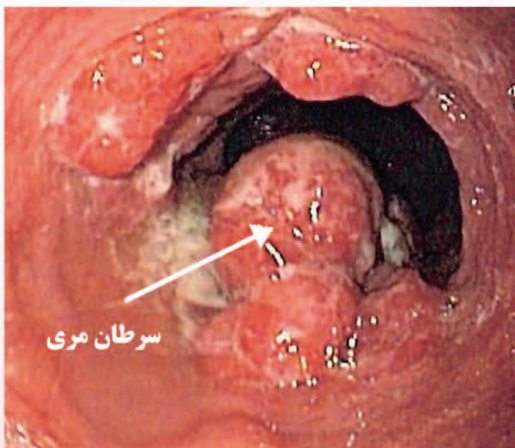
● بیمارانی که با درمان های دارویی متداول بهبود می یابند به این معنی نیست که بیماری رفلاکس در آن ها درمان شده است. بلکه بکمک داروهای ضد اسید موجب کاهش سطح اسید محتویات برگشتی و کاهش اثر سوزاننده آن می شود.

● در واقع نظیر مصرف مسکن در بعضی بیماریها اگر چه بیمار احساس عدم ناراحتی می کند ولی بیماری همچنان در وی فعال بوده و پروسه تخریب مری توسط محتویات بدون اسید ولی حاوی صفرا؛ انزیم ها و ... ادامه دارد.

● عملا اگر هدف از درمان بیماران صرفا رفع درد پشت جناغ سینه در افراد باشد درمان دارویی و یا جراحی در این هدف تقریبا یکسان عمل می کنند.

● ولی اگر هدف از درمان جلوگیری از برگشت ترشحات از معده به مری باشد که یکی از نتایج آن رفع درد پشت جناغ سینه باشد؛ در اینصورت درمان جراحی موفقیتی بالای ۸۵٪ داشته در حالیکه در تمامی بیماران با درمان دارویی پروسه برگشت ترشحات حتی حین درمان همچنان بصورت بدون درد ادامه دارد.





● چنانچه هدف از درمان جلوگیری از مهمترین عارضه این بیماری که همان بیماری سرطان انتهای مری است باشد؛ در آن صورت باید در اولین فرصت ممکن و قبل از بروز هر گونه تغییر بافتی در مخاط مری اقدام به مهاربرگشت ترشحات کرد.

● لذا توصیه اکید بر انجام جراحی رفلاکس در حداکثر دو سال بعد از بروز علائم و درمان دارویی موفق که بمحض قطع دارو علائم برگشته باشد؛ می شود.

● چرا که تاخیر در انجام جراحی موجب افزایش خطر تغییر بافتی در مخاط انتهای مری و ضعف بیشتر حرکتی در عضلات مری می شود.

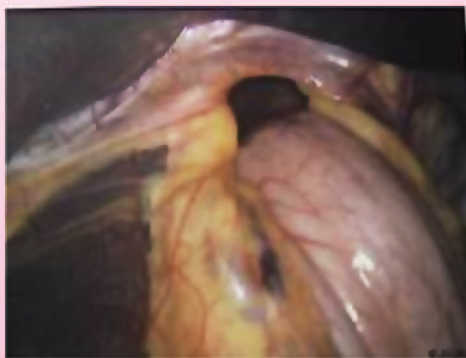
● چنانچه انجام جراحی سالها بعد از تشخیص بیماری و درمان دارویی صورت پذیرد با این مشکل روبرو خواهد بود که بعد از عمل؛ عضلات مری که سالیان طولانی تحت اثر التهاب موجود و عدم وجود اثر دریچه ای انتهای مری انقباضات مناسبی نداشته و عملا از کار افتاده است؛ بعد از عمل و ایجاد دریچه قوی و تقریبا نرمال؛ نمی تواند تا مدتها انقباضات قوی داشته باشد و بلع غذا در آنها تا مدتها به سختی صورت می گیرد.

(۱۱) جراحی لاپاروسکوپیک رفلاکس

● زمانیکه تصمیم به جراحی در بیماری رفلاکس گرفته می شود چند نکته مهم باید در نظر گرفته شود.

● از آنجا که اجرای تکنیک درست این عمل بسیار در کسب نتایج مناسب بعد از عمل مهم است لذا انتخاب درست تکنیک؛ اطلاع دقیق از شرایط مری بیمار و قدرت انقباضات عضلات مری نقش اساسی را بعهده دارد.

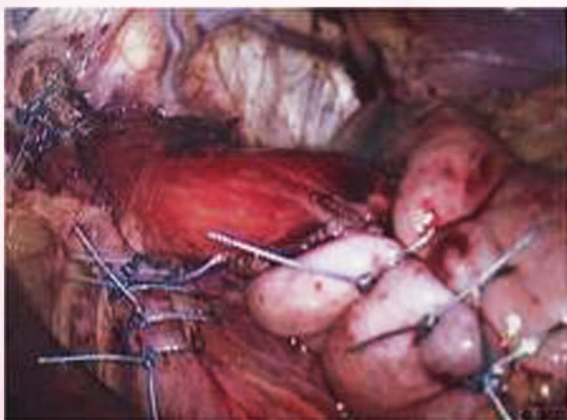
● توانایی جراح در اجرای درست عمل در روش لاپاروسکوپي بمراتب بیشتر از روش مرسوم باز است چرا که دید محل عمل و بزرگنمایی حاصله از تلسکوپ در لاپاروسکوپي بمراتب در انجام درست جراحی موثر است.



فتق ناحیه هیاتال

● از طرف دیگر درد شدید حاصله از کشش روی نسوج؛ جهت کسب دید مناسب در عمل باز؛ گاهی برای بیمار بمراتب ناخوشایند تر از اصل درد اولیه از بیماری بوده و رضایتمندی بیمار بصورت مناسب تامین نمی شود.

● در واقع تا زمانی که روش لاپاروسکوپي معرفی نشده بوده در عمل خیلی از بیماران تمایلی به عمل بروش باز از خود نشان نمی دادند و همان درمان های دارویی را ترجیح می دادند.



فوندوپلیکشن نیسن

ترمیم محل فتق هیاتال

● با معرفی جراحی لاپاروسکوپی تحولی در درمان بیماری رفلاکس ایجاد شد؛ بدینصورت که تمایل عمومی بیماران به انجام جراحی لاپاروسکوپی و نتایج مناسب آن در مقایسه با روش باز و عدم وجود دردهای شدیدی که بعد از عمل باز دیده می شد؛ باعث گسترش این تکنیک و اعتماد به آن شد.

● در این عمل بعد از آزاد سازی معده در ناحیه فوندوس که عصب گیری مشابه با دریچه انتهایی مری دارد؛ آنرا بصورت کامل به دور مری چرخانده و در محل فیکس می کنیم. (عمل نیسن)

● چنانچه انقباضات عضلات مری به هر دلیل ضعیف شده باشد و یا احیانا موجب اختلال شده باشد فوندوس آزاد شده را بصورت کامل دور مری نمی چرخانیم بلکه حدود ۲۷۰ درجه دور مری حلقه مربوطه را ایجاد می کنیم. (عمل بلسی)

(۱۲) سرطان مری

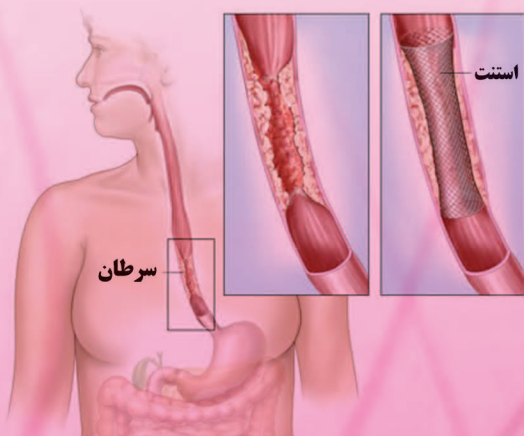
● سرطان مری در ایران در مقایسه با خیلی از مناطق دیگر دنیا به مراتب شایع تر است.

● عوامل محیطی نظیر مواد رادیواکتیو و یا سرطان زای موجود در خاک ناحیه؛ عادت های تغذیه ای نامناسب نظیر استفاده از چای بسیار داغ و همچنین زمینه های خانوادگی می تواند از علل زمینه ای محسوب شود.

● از جمله علل بروز سرطان مری بیماری رفلاکس طول کشیده می باشد که با ایجاد تغییرات بافتی در انتهای مری نهایتاً به بدخیمی تبدیل می شود.

● علامت اصلی بیماری بصورت گیر کردن غذا حین بلع می باشد. در ابتدا این مشکل بدنبال غذای جامد دیده می شود و بعد مدت کوتاهی حتی حین مصرف مایعات نیز این مشکل دیده می شود.

● در بسیاری از موارد؛ زمانی که بیمار به مرز بروز سختی بلع برسد سرطان به بسیاری از نقاط بدن پخش شده است.



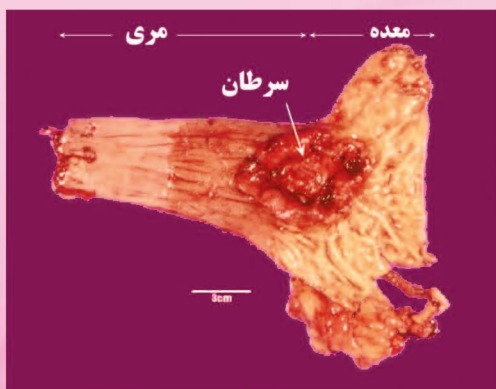
● شواهد این پخش شدن معمولا با مشاهده توده در قسمت قدام و چپ گردن (ویرشو نود)؛ سرفه زده شدن بهنگام بلع بعلت فیستول مری به نای؛ تغییر صدای بیمار بعلت تهاجم سرطان به عصب حنجره؛ وجود توده های متعدد در قسمت فوقانی و راست شکم ثانویه به تهاجم به کبد و وجود مایع آزاد فراوان در شکم می باشد.

● سرعت تهاجم سلول های سرطانی از طریق شبکه زیر مخاطی بسیار بالا است.

● بهترین روش درمانی در سرطان مری برداشتن کل مری بروش جراحی و جایگزینی آن با معده می باشد.

● از آنجا که در بسیاری از موارد چه به دلیل عدم وجود حال عمومی مناسب جهت بیهوشی و عمل و یا گسترش بیماری به نقاط مختلف بدن امکان جراحی برای بیمار فراهم نمی شود؛ لذا اطلاع از روش های دیگر درمانی حائز اهمیت فراوان می باشد.

● اشعه درمانی و شیمی درمانی دو متد دیگر درمانی محسوب می شود که در مواردی که جراحی امکان پذیر نباشد توصیه می شود.



۱۳) جراحی لاپاروسکوپی سرطان مری

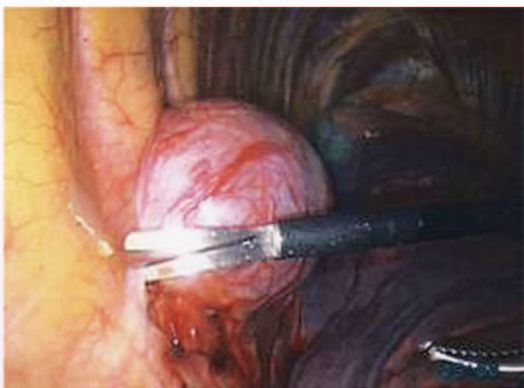
● در این جراحی سعی می شود با توجه به گسترش سریع زیر مخاطی سلول های سرطانی به کل مری؛ تمامی مری را برداشته و مسیر غذایی را با جایگزینی معده در محل مری بسازیم.

● عملاً جهت انجام جراحی هم باید شکم باز شود تا محل اتصال مری به معده دقیقاً شناسایی شده و جدا شود و معده کاملاً جهت بالا آمدن در سطح گردن آزاد شود؛ هم قفسه صدری باز شود تا دقیقاً مسیر مری و وجود تومور و چسبندگی های احتمالی تومور به اطراف ملاحظه و آزاد شود و هم گردن باز شود تا قسمت بالایی مری شناسایی شده و جدا شود و معده آزاد شده در شکم بالا آورده شده و به زیر حلق دوخته شود.

● گاهی چنانچه تومور در قسمت های تحتانی مری باشد دیگر نیازی به باز کردن قفسه صدری نخواهد بود و از همان مسیر شکم و بصورت لمس با دست (ونه از راه دید مستقیم) مری را آزاد کرده و عمل را کامل می کنیم.

● بندرت بجای برداشتن تمامی مری بخصوص در تومورهای با منشأ بافتی غددی فقط قسمت تحتانی مری برداشته شده و در قفسه صدری دوخت و دوز انجام شده و عملاً گردن بیمار باز نمی شود.

● در حالت متداول که سه ناحیه از بدن بخاطر این عمل باید باز شود؛ وسعت برش های عمل و مشکلاتی که این برش ها از لحاظ عفونت و یا کاهش ظرفیت تنفسی و ... ممکنست ایجاد کنند؛ باعث شده است که جراحان متمایل به استفاده از روش های با تهاجم کمتر بعنوان جایگزین برش های بزرگ شوند.



● بدینصورت که بجای برش قفسه صدري از توراکوسکوپي بمنظور آزادسازی مری و غدد لنفاوی اطراف محل سرطان مری استفاده کنیم؛ و یا بجای باز کردن شکم از لاپاروسکوپي جهت آزادسازی معده و جداسازی مری از معده استفاده کنیم.

● گاهی هر دو موارد بالا را به روش آندوسکوپیک عمل می کنیم و گاهی یکی از این دو را جهت تسریع در کار بروش باز و دیگری را آندوسکوپیک عمل می کنیم.

● در توراکوسکوپي که با ۴ تروکار معمولاً انجام می شود؛ ابتدا ورید آزیگوس را جدا کرده و سپس تومور را به آرامی از اطراف به همراه غدد لنفاوی در گیر آزاد می کنیم و ادامه آزاد سازی را تا حد دیافراگم در پایین و ورودی قفسه صدري در قسمت فوقانی ادامه می دهیم.

● در لاپاروسکوپي ابتدا معده را با حفظ عروق اصلی از اطراف آزاد کرده و سپس محل اتصال مری به معده را بریده و از طریق برش کوچکی مری حاوی تومور را خارج ساخته و معده را از راه تونل ایجاد شده در قفسه صدري به گردن می رسانیم.

● دوران بعد از عمل در این روش به مراتب آسان تر سپری شده و عوارض احتمالی حاصل از وسعت عمل بمراتب کمتر می شود.

۱۴- فهرست اعمال جراحی که مولف به روش لاپاروسکوپی (Minimally invasive) انجام می دهد:

۱) جراحی بیماری چاقی مفرط:

- پلیکاسیون معده
- بای پس معده
- بای پس روده
- گاستریک باندینگ

۲) جراحی سنگ های کیسه صفرا و مجاری صفراوی:

- کله سیستکتومی
- بای پس کیسه صفرا به ژرژنوم
- اکسپلوراسیون کلدوک و کلدوکوسکوپی و گذاشتن T-Tube

۳) جراحی مری:

- آشالازی
- دیورتیکول مری
- فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ازوفازکتومی در سرطان مری

۴) جراحی معده:

- برداشتن پولیپ ویا تومور های خوش خیم معده
- برداشتن معده در سرطان معده بصورت گاسترکتومی پروگزیمال و یا توتال
- زخم پاره شده دوازدهه
- خونریزی معده
- تنگی خروجی معده بعلت بیماری پپتیک

۵) جراحی کبد و طحال:

- اسپلنکتومی در ITP
- کیست هیداتیک کبد
- اسفروسیتوز و تالاسمی
- بیوپسی کبد
- RF Ablation متاستازهای کبدی با سونوگرافی حین لاپاروسکوپی

۶) جراحی کولورکتال:

- پرولاپس رکتوم
- سیگموئیدکتومی
- توتال کولکتومی
- آپاندکتومی
- همی کولکتومی راست و چپ

۷) جراحی لوزالمعده:

- پانکراتکتومی دیستال
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- بای پس مجاری صفراوی و گوارشی در سرطان پیشرفته لوزالمعده

۸) جراحی غدد:

- پاراتیروئید
- ژنیکوماستی
- دیسکسیون غدد لنفاوی زیر بغل در سرطان پستان
- آدرنال
- تیموس

۹) جراحی فتق های جداره شکم:

- فتق کشاله ران
- فتق محل عمل قبلی
- فتق های داخل شکمی
- فتق نافی
- فتق هیاتال
- فتق دیافراگم

۱۰) جراحی عروق:

- واریس پا
- سمپاتکتومی کمری
- بستن وریدهای پرفوران ساق یا SEPS
- واریکوسل
- سمپاتکتومی توراسیک

۱۱) اورژانس:

- تصادفات در بیماران Stable
- پرفوراسیون زخم دوازدهه
- انسداد معده
- کله سیستیت حاد
- انسداد های ثانویه به چسبندگی
- خونریزی معده
- آپاندیسیت
- پریتونیت

۱۲) آناستوموز با دست:

- گاستروژژنوستومی در انسداد معده
- گاستروژژنوستومی در گاستریک بای پس
- کلدوکیدئودنوستومی
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- کله سیستوژژنوستومی
- آنتروانتروستومی
- ایلئورکتال آناستوموز
- کولورکتال آناستوموز

۱۳) متفرقه

- امنتال فلپ در عفونت استرنوم و یا فیستول رکتال
- هیدروسل
- غدد لنفاوی کشاله ران
- اتوپسی متوفیان ترومایی و یا مبهم



دکتر محمد طالب پور در حال انجام لاپاروسکوپی و آندوسونوگرافی

مطب

خیابان ولی عصر، نرسیده به اتوبان نیایش
خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۸۵ ، واحد ۶
تلفن ۸۸۶۵۳۱۶۰۱

بیمارستان لاله

شهرک غرب، خیابان فلامک جنوبی
جنب وزارت بهداشت، خیابان سیمای ایرانیان
تلفن ۸۸۳۶۹۸۷۲

Email: mtaleb7155@gmail.com
www.mohammadtalebpour.com
www.laparoscopicgastricplication.com