

جراحی های معدده

دکتر محمد طالب پور

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



- (۱) دربارهٔ مولف
- (۲) چرا بیماران لاپاروسکوپي را ترجیح می دهند؟
- (۳) فیزیولوژی معدده
- (۴) پولیپ معدده
- (۵) بیماری پپتیک
- (۶) زخم معدده
- (۷) زخم دوازدهه
- (۸) سوراخ شدن زخم پپتیک
- (۹) خونریزی پپتیک
- (۱۰) انسداد دوازدهه
- (۱۱) جسم خارجی (بزوار)
- (۱۲) تومور خوش خیم معدده
- (۱۳) سرطان معدده
- (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: امارات؛ دبی؛ کنگره Arabhealth؛ سخنرانی مدعو
● ۲۰۱۰: سوئیس؛ ژنو؛ کنگره EAES (کنگره لاپاروسکوپيست
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

● ۲۰۱۰: لبنان؛ شرکت در دوره تکمیلی Single port

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

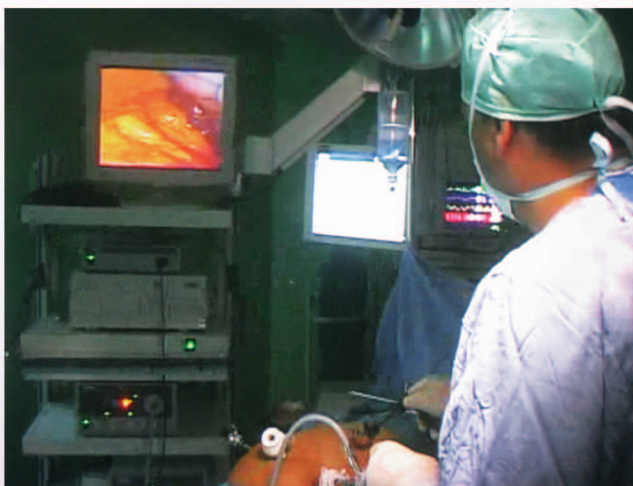
● ۲۰۰۹: فرانسه؛ پاریس؛ شرکت در دوره تکمیلی لیگاشور
پیشرفته

● 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 لاپاروسکوپی 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

● زیر بغل در سرطان پستان ۷

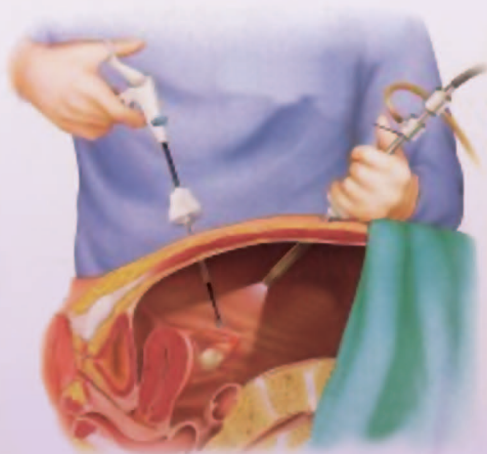
- ۱۳۸۵ کنگره EAES اسپانیا: بررسی منحنی آموزشی جراحان در فراگیری لاپاروسکوپی بر اساس مدل مطالعاتی انسانی
- ۱۳۸۶ کنگره EAES آلمان: خروج کیسه صفرا بروش لاپاروسکوپیک با دیدگاه جدید
- ۱۳۸۶ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: نقش لاپاروسکوپی در کانسر معده

- 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: سمپاتکتومی کمری به روش آندوسکوپیک
- ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن: درمان لاپاروسکوپیک کیست هیداتیک کبد
- ۱۳۸۹: کنگره EAES؛ سوئیس؛ لاپاروسکوپیک امینتال فلوپ 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



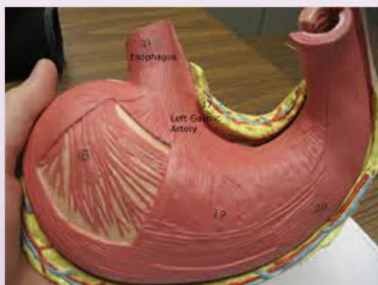
زخم معده

(۳) فیزیولوژی معده

● معده به شکل گلابی بوده و محل ذخیره غذای بلع شده؛ هضم اولیه بسیاری از غذاها و کنترل غلظت آنها جهت ورود به دوازدهه و نهایتاً عامل مهمی در ایجاد و تنظیم اشتها می باشد.

● مخاط معده بسیار پر عروق و ضخیم بوده و مقادیر زیادی اسید؛ آنزیم و هورمون های موضعی از خود ترشح می کند.

● حجم طبیعی معده حدود ۱/۵ لیتر بوده و بسته به نوع غذا ممکن است حجم معده در عمل؛ ثانویه به انقباضات عضلاتش؛ کمتر نیز شود.



عضلات معده

● اکثر میکروب ها و یا مواد نامناسب بلع شده در معده تحت اثر آنزیم ها و مواد مختلف مترشحه از مخاط معده تخریب می شوند. معده در واقع یک سد مهم مقابله بامحیط خارج محسوب می شود.

● موادی که از معده وارد روده می شوند کاملاً تغییر شکل یافته و از لحاظ غلظت؛ محتویات و اجزاء خورده شده غذایی در کمتر از دو ساعت که در معده می مانند، تعدیل شده؛ به گونه ای که امکان هضم و جذب آن را در طول روده باریک فراهم می کند.

● ابتدای دوازدهه منطقه مهمی می باشد که مواد خروجی از معده بلافاصله با آن مواجه می شود.

● هر گونه اشکال در کار معده و عملاً ورود محتویات معده با ترکیب نامناسب به دوازدهه می تواند باعث اختلال در وضعیت بافت مخاطی دوازدهه نظیر زخم در موارد با تولید اسید زیاد معده شود.

۴) پولیپ معده

● مخاط معده با توجه به قطور بودن و جریان بالای خون؛ یک بافت پر کار و موثر در دستگاه گوارش محسوب می شود.

● رشد غیر عادی مخاط معده بصورت برجستگی مخاطی را پولیپ می نامند.

● این پولیپ ها گاهی تا آخر عمر شناسایی نشده و هیچ مشکلی برای بیمار ایجاد نمی کنند.

● در صورت شناسایی پولیپ؛ با توجه به خطر تبدیل شدن آن ها به ضایعات بدخیم؛ تمایل عمومی به برداشتن این ضایعات عمدتاً با روش آندوسکوپی می باشد.



● پولیپ ها یا پایه دار هستند که خروج این پولیپ ها بعلت پایه با سطح مقطع کوچک؛ اغلب بسیار ساده است؛ و یا بدون پایه که بعلت وسیع بودن سطح مقطع اتصال به معده لزوم خروج آن با روش جراحی بیشتر حس می شود.

● پولیپ ها انواع مختلف داشته و پولیپ های آدنوماتوز پر ریسک ترین گروه محسوب می شوند.

● چنانچه ابعاد پولیپ در حدی باشد که با روش آندوسکوپی امکان خارج ساختن آن نباشد (معمولاً سطح مقطع بیش از ۲ سانتیمتر)؛ در این صورت روش مناسب؛ انجام لاپاروسکوپی بوده که بعد از ایجاد برش بر روی معده؛ پولیپ بروش جراحی خارج می شود.

(۵) بیماری پتیک

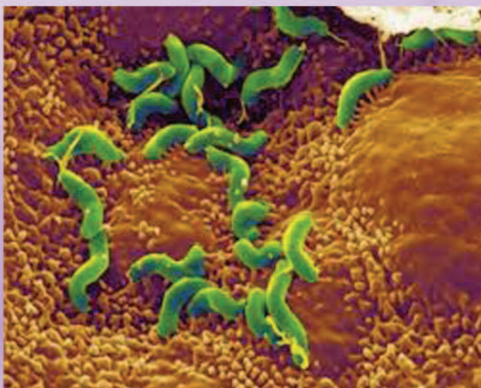
● التهاب و یا ایجاد زخم در معده و یا دوازدهه باعث افزایش تولید اسید معده و آزردهگی مخاط بدنبال اثر آن را بیماری پتیک می گوئیم.

● مهمترین عامل مولد این بیماری میکروب هلیکوباکتر بوده که با ترشحات خود موجب التهاب مخاطی می شود.

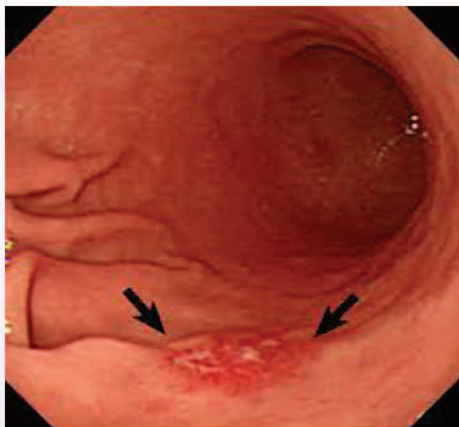
● اگر عامل التهاب مخاط عواملی غیر از تولید بیش از حد اسید معده و یا ضعف مخاط معده در مکانیسم دفاعی مقابله با اسید معده باشد؛ تحت عنوان بیماری های دیگر ذکر می شود.

● در این بیماری بعلت بالا بودن اسید معده؛ بافت مخاطی در معرض اثر سوزاننده آن ممکن است در قدم اول تخریب شده و یا نهایتا به ایجاد زخم در کانون های خاص معده و یا دوازدهه منجر شود.

● عوامل موثر در تولید اسید معده شامل اثر عصب واگ؛ گاسترین تولید شده از قسمت میانی و انتهایی مخاط معده و نهایتا هورمون هیستامین تولید شده از سلولهای ویژه جداره معده می باشد.



میکروب زخم معده



زخم پپتیک

● بمنظور مقابله با بیماری فوق جراحان مدت ها اقدام به جراحی قطع شاخه عصب واگ که وارد معده می شده است می نمودند؛ و یا از دارو های آنتی هیستامین نظیر رانیتیدین؛ سایمتیدین و فاموتیدین استفاده می کردند و یا اقدام به برداشتن قسمت میانی و تحتانی معده می نمودند (همی گاسترکتومی یا آنترکتومی)

● امروزه با آمدن داروهای ضد پمپ تولید کننده اسید در سطح سلول های مخاط معده (امپرازول یا پنتوپرازول و ...) و پاسخ قاطع آن به بیماری پپتیک و همچنین درمان مناسب آنتی بیوتیکی بر علیه میکروب هلیکوباکتر؛ عملا جایگاهی برای جراحی در درمان بیماری پپتیک وجود ندارد.

● چنانچه بعلت عدم مصرف بموقع و کامل دارو های فوق بیمار مبتلا به عوارض بیماری نظیر خونریزی؛ انسداد مسیر خروجی معده و یا سوراخ شدن معده یا دوازدهه در محل زخم شده باشد؛ جراحی در مورد این بیماران اجتناب ناپذیر می شود.

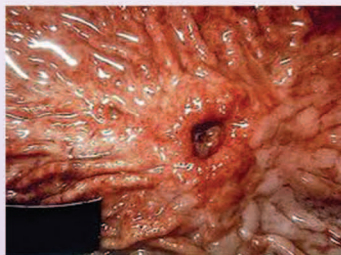
● عوامل متعددی نظیر استرس؛ جراحی؛ داروهای خاص؛ سوختگی؛ صدمات مغزی و ... می توانند بعنوان شعله ور کننده این بیماری؛ موجب بروز علائم بیماری پپتیک و یا تشدید کننده آن شوند.

(۶) زخم معده

● در حالت پیشرفته بیماری پپتیک و تحت اثر اسید با غلظت بالا در معده و همچنین ضعف مخاطی معده ممکن است کانون ملتهب و متورم؛ کم کم به فرم زخم در آمده مخاط معده کاملاً تخریب شود.

● در این حالت بعلت وجود شبکه عروقی بسیار قوی در زیر مخاط معده؛ احتمال خونریزی از این ناحیه وجود دارد.

● زخم های معده بیشتر بعلت ضعف مخاطی ایجاد می شود تا افزایش شدید ترشح اسید معده؛ لذا در این بیماران باید علاوه بر درمان آنتی اسید؛ اقدامات محافظتی بافت مخاط معده را نیز اعمال کنیم.



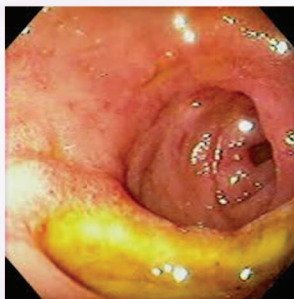
● بروز زخم معده در خم کوچک معده شایعتر بوده و از آنجا که در این ناحیه شریان معدی چپ که بسیار بزرگ و با جریان خون بالاست؛ وجود دارد؛ لذا ریسک خونریزی شدید از منشاء این شریان و یا شاخه های آن در زخم های موجود در خم کوچک معده وجود دارد.

● بعضی زخم ها بعلت سوء جذب و در بیماران مسن و یا بستری در ICU در قسمت های فوقانی معده رخ می دهد که درمان آنها اصلاح وضعیت تغذیه و اقدامات کمکی می باشد.

● در بسیاری از موارد زخم های معده با سرطان معده اشتباه می شود؛ لذا باید حتماً بهنگام مشاهده زخم در معده تعداد قابل توجهی بیوپسی از زخم برداریم تا مطمئن شویم زخم موجود؛ سرطان نیست.

● زخم های معده اگر ثابت شود که خوش خیم هستند؛ در معرض تبدیل به سرطان نیستند ولی خیلی مواقع سرطان را به اشتباه از ابتدا زخم خوش خیم معده قلمداد می کنند.

(۷) زخم دوازدهه



● از آنجا که جنس مخاط دوازدهه با معده بسیار متفاوت است و از آنجا که ابتدای دوازدهه عملاً اولین نقطه ای است که با ترشحات معده مواجه می شود؛ لذا زخم بیشتر در بولب و یا قسمت اول دوازدهه دیده می شود.

● علت بروز این زخم ها عمدتاً تحریک مخاط توسط ترشحات تغییر یافته معده و با غلظت بالای اسید و مخرب می باشد.

● چنانچه محل زخم در خلف باشد؛ معمولاً در دراز مدت منجر به خونریزی از شریان گاستروئودونال که دقیقاً در پشت قسمت اول دوازدهه قرار دارد می شود و چنانچه در قدام باشد ممکن است در صورت تداوم زخم فعال؛ نهایتاً منجر به سوراخ شدن روده در آن محل شود.

● در صورت مشاهده زخم دوازدهه؛ درمان مورد نظر؛ استفاده از داروهای آنتی اسید و درمان آنتی بیوتیکی بر علیه میکروب هلیکوباکتر می باشد.

● بعد از اتمام یک دوره درمانی باید از ترمیم کامل محل زخم اطمینان کامل حاصل کرد.

● چنانچه زخم های دوازدهه بخوبی درمان نشوند و در طول زمان مرتب عود کرده و ناقص درمان شود؛ عملاً جای زخم در هم چروکیده شده و باعث تنگی مسیر خروجی معده به دوازدهه می شود.

● در این حالت انسداد حاصله باید به کمک جراحی و ایجاد راه غذایی جدید رفع شود.

۸) سوراخ شدن زخم پتیک

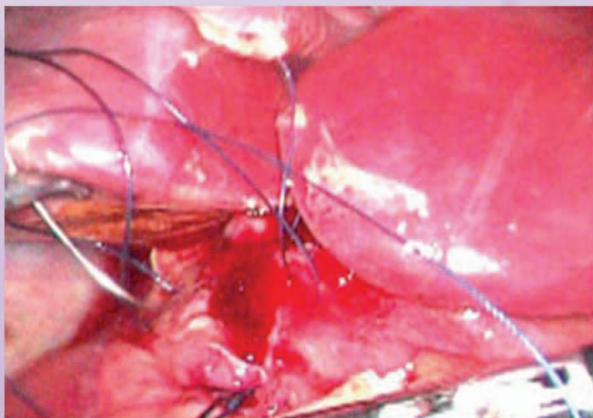
● در صورت فعال بودن زخم و تداوم بیماری؛ ممکن است زخم عمیق شده و تمامی جداره معده را در بر گیرد.

● چنانچه در مسیر خورده شدن جداره معده؛ رگ مهمی قرار داشته باشد؛ حاصل آن خونریزی از رگ مربوطه می باشد.

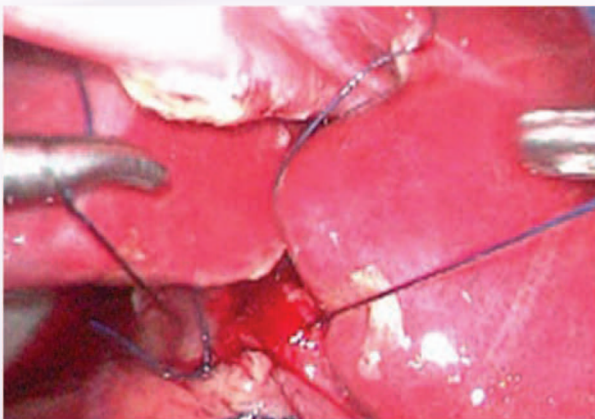
● چنانچه جداره معده به احشاء مجاور چسبیده باشد؛ حاصل خورده شدن جداره معده توسط زخم فعال؛ نفوذ زخم به عضو مجاور نظیر لوزالمعده می باشد که می تواند موجب درد شدید و التهاب ناحیه شود.

● چنانچه جداره روده به فضای آزاد شکم مرتبط باشد؛ حاصل کار سوراخ شدن جداره توسط زخم و خروج ترشحات معده به فضای آزاد شکم می باشد.

● معمولاً کانون شایع بروز پرفوراسیون (سوراخ شدن) در معده ناحیه قبل از پیلور و در دوازدهه قسمت قدامی دوازدهه در بولب می باشد.



ترمیم زخم پاره شده دوازدهه



ترمیم زخم پاره شده دوازدهه

● در صورت بروز این عارضه؛ بیمار باید بصورت اورژانس عمل شده و محل پارگی ترمیم شود.

● در مورد معده باید از جداره زخم بیوپسی انجام دهیم تا بتوانیم آن را از سرطان افتراق دهیم ولی در دوازدهه چون احتمال سرطان مطرح نمی باشد؛ لذا بیوپسی لزومی ندارد.

● گاهی بستن زخم در دوازدهه بعلت سفتی جداره زخم پاره شده و عدم امکان به هم رسیدن زخم عملی نیست؛ لذا به کمک امنتوم (چادرینه) و یا سطح سروزال روده باریک محل زخم را ترمیم می کنیم.

● امروزه به علت وجود داروهای ضد اسید قوی؛ نیازی به عمل آنتی اسید بعد از ترمیم زخم پاره شده نیست؛ به شرط آنکه بیمار بطور منظم درمان دارویی را انجام دهد؛ در غیر اینصورت در بخصوص افراد جوان؛ بعلت خطر بالای عود بیماری؛ بهتر است عمل آنتی اسید انجام شود.

● گاهی در زخم پاره شده معده؛ بهتر است در صورت امکان؛ اقدام به برداشتن قسمت انتهایی معده نماییم.

۹) خونریزی پتیک

● خونریزی از زخم معده و یا دوازدهه جزو عوارض بیماری پتیک قلمداد شده و نیازمند درمان جدی تری در مقایسه با صرف بیماری پتیک می باشد.

● در این حالت بیماران قاعدتا باید در اورژانس بیمارستان بستری شده و در ابتدا اقدامات احیاء در موارد با خونریزی شدید و همچنین شستشوی معده با سرم فیزیولوژی جهت خروج خون موجود در معده و کنترل خونریزی به کمک مایع شستشو انجام شود.

● سپس با کمک آندوسکوپی وضعیت زخم بیمار ارزیابی می شود و چنانچه با اقدامات کمکی حین آندوسکوپی نظیر تزریق آدرنالین و یا کرایو تراپی و ... خونریزی متوقف شد؛ ادامه درمان های دارویی آنتی اولسر با شدت تمام در مورد بیمار؛ تنها کاری است که در این مرحله توصیه می شود.

● اما چنانچه خونریزی تداوم داشت؛ در جوانان حداکثر تا زمانی که نیاز به تزریق بیش از ۴ واحد خون شده باشد و در افراد مسن بلافاصله؛ اقدام به جراحی جهت مهار خونریزی می شود.

● چنانچه جهت مهار خونریزی نیاز به جراحی باشد؛ حداقل جراحی بصورت گاستروتومی و یافتن محل زخم و نهایتا دوختن عمقی زخم جهت کنترل خونریزی و همچنین انجام یک عمل آنتی اولسر سبک (واگتومی) جهت کاهش ریسک عود خونریزی می باشد.

● بعضی معتقد به درمان دارویی جهت مهار ریسک عود خونریزی بعد از کنترل جراحی خونریزی معده هستند که با توجه به اینکه نیاز به زمان کافی جهت کاهش ریسک عود با درمان دارویی است و احتمال عود خونریزی بلافاصله بعد از عمل همیشه وجود دارد لذا اقدام جراحی آنتی اولسر اقدامی محتاطانه تر محسوب می شود.

● انجام لاپاروسکوپی در کنترل خونریزی از زخم ویژگی های متعددی دارد:

۱) با یک گاستروتومی کوچک می توان تلسکوپ را داخل معده کرد و بدون برش بزرگ در سطح معده کانون خونریزی را پیدا کرد.

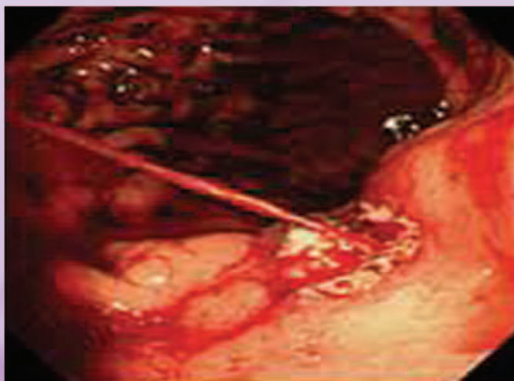
۲) با توجه به کوچک بودن اصل عمل که صرف زدن یک بخیه در محل خونریزی و انجام واگوتومی می باشد؛ لاپاروسکوپی به مراتب دید بهتر و دقت بیشتر در واگوتومی و بخیه زدن محل خونریزی دارد.

۳) کوتاه بودن دوران نقاهت بعد از اعمال لاپاروسکوپی؛ این حسن را دارد که فرد زودتر به خوردن غذا روی آورده و عملاً پوشش مکانیکی محل زخم توسط دارو ها و یا غذا زودتر به دست می آید.

۴) ترمیم محل زخم خونریزی بعد از جراحی؛ از آنجا که شکم بیمار باز نشده است و سیستم ترمیم و ایمنی بدن متمرکز در محل زخم است؛ سریع تر و کاملتر انجام می شود.

● در مواردی که زخم خونریزی دهنده در انتهای معده باشد؛ گاهی بهتر است جهت اطمینان کامل از عدم عود خونریزی؛ زخم را به همراه قسمت انتهایی معده با هم خارج کنیم (آنترکتومی).

● بندرت در قسمت های فوقانی معده؛ عامل خونریزی؛ یک کلافه خونی سر باز کرده می باشد که در این حالت تنها اقدام جراحی زدن بخیه بر روی این کلافه خونی می باشد.



زخم خونریزی دهنده معده

۱۰) انسداد دوازدهه

● زخم های موجود در ابتدای دوازدهه اگر در طول زمان بصورت ناقص درمان شوند و بدنبال ترمیم ناقص زخم ؛ مجددا زخم جدیدی در محل ایجاد شود؛ موجب خواهند شد که در محل زخم به مرور زمان؛ یک اسکار بزرگی ایجاد شود؛ به گونه ای که در موارد پیشرفته می تواند حتی راه غذایی را در مسیر خروجی معده ببندد.

● حاصل اینکار در طول زمان بزرگی بیش از حد معده؛ احساس برگشت غذاهای چند روز پیش از معده به مری؛ استفراغ های بدون رنگ صفرا و نهایتا بی اشتهايي و اختلالات آب و املاح مهم نظیر کاهش پتاسیم؛ کلر و سدیم در بدن می شود.

● خیلی از مواقع درجاتی از این انسداد؛ ثانویه به ورم مخاطی حاصله از عبور با فشار غذا از محل تنگی می باشد.



مجرای بسیار تنگ شده خروجی معده

● لذا بهتر است در این مواقع در ابتدا بیمار را بستری کرده چند روزی غذا به وی نداده و با کمک سرم؛ ضروریات مواد غذایی وی را تامین نماییم و چنانچه با تخلیه محتویات معده به کمک لوله معده کم کم راه باز شد؛ به کمک اقدامات تکمیلی دارویی درمان بیمار را انجام دهیم.

● ولی اگر با این روش راه غذایی باز نشد؛ عملاً چاره ای جز اقدام جراحی و ایجاد راه غذایی جدید وجود ندارد.

● عمل جراحی مناسب در این بیماران ایجاد راه غذایی با قطر حداقل ۳ الی ۵ سانتیمتر بین قسمت انتهایی معده مجاور اسفنگتر با قسمت های اول روده باریک می باشد.

● این عمل هم از لحاظ تکنیکی راحت و بی دردسر می باشد و هم اختلال مهمی در فیزیولوژی بدن و مراحل هضم غذا ایجاد نمی کند.

● بدنبال این عمل؛ از آن جهت که ترشحات اسیدی معده براحتی با مخاط ظریف روده باریک مواجه می شود؛ لذا باید پیشگیرانه یا حین عمل جراحی یک عمل آنتی اسید نظیر واگتومی انجام داد و یا از آن بهتر اینکه به شرط همکاری بیمار؛ بصورت مرتب اقدام به مصرف داروهای آنتی اسید نظیرامپرازول و... بنماییم.

● چنانچه بعلت ازمان انسداد؛ حجم معده بسیار بزرگ شده باشد؛ بهتر است بجای عمل فوق اقدام به برداشتن نیمی از معده کرده تا طول زیاد معده کشیده شده در طول زمان؛ باعث تاخیر در حرکت غذا به جلو نشود.

● ایجاد راه غذایی بین معده و روده باریک و یا عمل بریدن نیمی از معده بخوبی بروش لاپاروسکوپی قابل انجام بوده و بیمار می تواند از مزایای لاپاروسکوپی در این اعمال نیز بهره ببرد.



(۱۱) جسم خارجی (بزوار)

● در افرادی که به هر دلیل حرکات معده کند شده باشد و یا مسیر خروجی معده براحتی باز نباشد؛ ممکن است غذای خورده شده مدت طولانی در معده محبوس شود.

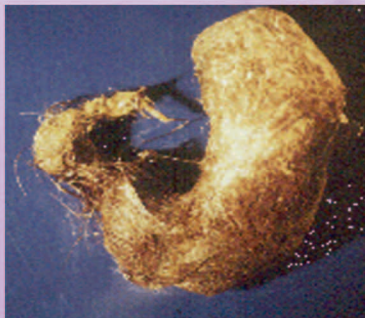
● چنانچه غذای مذکور حاوی فیبر های غیر قابل هضم باشد؛ حاصل احتباس طولانی مدت آن در معده؛ شکل گرفتن یک جسم سفت و غیر قابل هضم (بزوار) در قالب شکل معده می باشد. موادی که بطور شایع باعث بزوار می شوند پوست خرما؛ مو و ... می باشند.

● چنانچه بیماری؛ عمل همی گاسترکتومی (برداشت قسمتی از معده) را قبلاً انجام داده باشد؛ احتمال ایجاد بزوار در این افراد به مراتب بیشتر است.

● ممکن است تکه ای از این بزوار از معده کنده شده و در مسیر عبور از روده باریک؛ با توجه به قطر کم روده باریک موجب انسداد شود.

● انجام گاستروتومی و خروج جسم خارجی از معده اقدام منطقی پیشنهادی می باشد.

● از آنجا که در طول زمان این مشکل به مراتب اتفاق می افتد و انجام لاپاروسکوپی و خروج بزوار براحتی قابل تکرار می باشد؛ لذا توصیه به لاپاروسکوپی به مراتب به سود این بیماران می باشد.



موی خورده شده در قالب ابعاد معده

۱۲) تومور خوش خیم معده

● سطح مخاطی معده و یا لایه های زیر مخاطی شامل عضلات صاف؛ عروق و اعصاب جداره معده هر کدام می تواند منشأ بروز تومور بطور مستقل باشد.

● از جمله تومور هایی که به نسبت شایع بوده و مهم است تومور های با منشأ عضلات روده باریک می باشد که در ابعاد کوچک به نام لیومیوما و در ابعاد بزرگتر لیومیوسارکوما نامیده می شود. امروزه این تومور ها را بنام GIST یا تومور استرومال دستگاه گوارش می نامند.



تومور خوش خیم معده

● از آنجا که منشأ این تومور ها عضلانی بوده و از آنجا که عضله؛ بافتی پر عروق محسوب می شود؛ لذا این تومور ها در معرض خونریزی های شدید می باشند.

● کنترل خونریزی معمولا با خروج تومور امکان پذیر است و از آن جا که این تومور ها در ابعاد کوچک (زیر ۵ سانتیمتر) خوش خیم قلمداد می شوند؛ لذا جراحی آنها بصورت برداشت تومور با حاشیه محدود از اطراف کفایت می کند.

● چنانچه ابعاد ضایعه بزرگتر باشد؛ با شک به بدخیم بودن باید عمل با وسعت بیشتر انجام شود.

● برداشت تومور لیومیوم با حاشیه محدود بروش لاپاروسکوپی از طریق ایجاد گاستروتومی کوچک و با کمک آندواستاپلر روشی کم خطر و ایده آل برای این تومور های خوش خیم می باشد.

(۱۲) سرطان معده

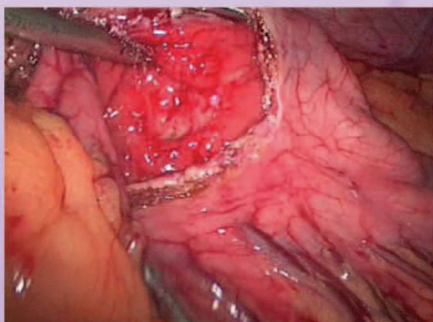
● لایه مخاطی معده سد مستحکم و مهمی در مقابل غذای خورده شده می باشد.

● بدینصورت که اغلب غذاهای خورده شده استریل نبوده و در مواجهه با اسید معده و ترشحات آنزیمی آن؛ میکروب ها و سموم غذا ها کنترل شده و بعد از عبور از سد معده؛ غذا ها بدون داشتن اثر سوء روی مخاط روده ها؛ با آنها مواجه می شوند.

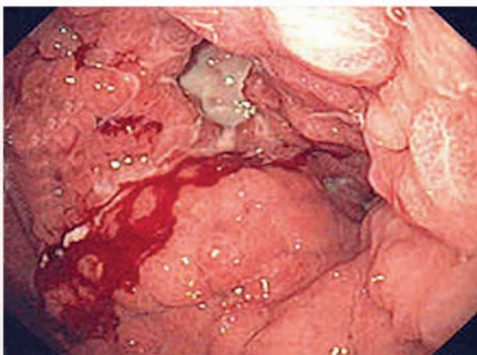
● چنانچه غذا های خورده شده استاندارد نبوده و محتویات آن بصورت مزمن روی مخاط معده اثر نامناسب بگذارد؛ می تواند مقدمه ایجاد سرطان معده را فراهم کند.

● اگر چه در دنیا شایع ترین سرطان دستگاه گوارش مربوط به کولون می باشد؛ ولی در ایران این سرطان معده است که شاید بعلت غذاهای مصرفی غیربهداشتی شایعترین سرطان میباشد.

● متأسفانه سرطان معده بعلت وجود یک فضای بزرگ در معده خیلی دیر خود را نشان میدهد؛ لذا اگر بخواهیم بر اساس شکایت بیمار و یا علائمی که در بیمار بروز می کند؛ بدنبال تشخیص بر آنیم؛ خیلی دیر است و معمولاً در این حالت؛ سرطان در حدی پیشرفته است که امکان هیچگونه کمکی به بیمار نیست.



سرطان معده در مراحل ابتدایی



سرطان معده در مراحل پیشرفته

● چنانچه بر اساس شواهد موجود؛ به کمک آندوسکوپی و بیوپسی تشخیص سرطان معده بدهیم؛ فاز مهم مرحله بعد؛ تشخیص درجه پیشرفت بیماری است و اینکه آیا بیمار مورد نظر را می توان عمل کرد یا خیر؟

● به کمک معاینه بالینی؛ شواهد پخش شدن بیماری را تا حدی می توان فهمید: وجود غدد لنفاوی در گردن؛ آسیت در شکم؛ کم خونی شدید؛ وجود توده های متعدد در ناحیه کبد و ... می تواند موید پخش شدن تومور و غیر قابل عمل بودن سرطان باشد.

● در غیر اینصورت نباید به صرف معاینه بالینی اکتفا کرد و به کمک CTScsn؛ آزمایشات کبدی؛ عکس ریه و سونوگرافی حین آندوسکوپی، می توان وسعت ضایعه را شناخته و بر آن اساس تصمیم گرفت که آیا عمل قابل انجام است یا خیر؟

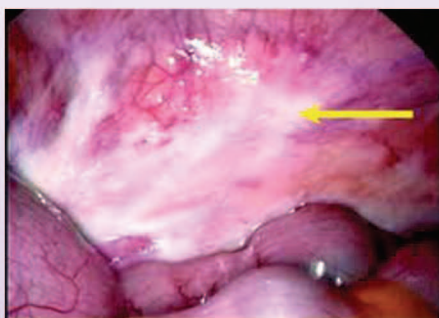
● در این مرحله نیز حین عمل جراحی مشخص می شود که در صد قابل توجهی از بیماران را نیز باز نمی توان عمل کرد.

● بدینصورت که یا سرطان به کبد تهاجم ریز پیدا کرده است به گونه ای که عکس های اختصاصی قبل از عمل نتوانسته بودند آن را نشان دهند؛ یا سرطان به جداره شکم تهاجم کرده ولی باز مخفی مانده بوده است و یا به حدی تهاجم مستقیم پیدا کرده است که قابل جدا کردن از ارگان های اصلی مجاور نظیر آئورت و یا کبد و لوزالمعده نیست در حالیکه در تصاویر؛ این نکته مشخص نشده است.

۱۳) لاپاروسکوپی سرطان معده

● بهترین و موثر ترین گزینه درمان سرطان معده؛ روش جراحی است و اقدامات کمکی نظیر شیمی درمانی و احیانا رادیوتراپی به تنهایی ضریب موفقیت محدودی دارند.

● گاهی در مواردی که بر اساس شواهد پاراکلینیکی؛ احتمال گسترده‌گی سرطان در موضع؛ بالا باشد برای اینکه احتمال برداشتن تومور به روش جراحی بالاتر رود؛ به کمک یک دوره کوتاه شیمی درمانی قبل از عمل؛ ابعاد تومور را کوچک تر کرده تا چسبندگی های احتمالی تومور به اطراف را تقلیل دهیم.



پخش شدن سرطان معده به جداره شکم

● به هر حال وقتی تصمیم به عمل جراحی در بیماران مبتلا به سرطان معده گرفتیم؛ باید در قدم اول به کمک لاپاروسکوپی تشخیصی مستقیما وضعیت تومور و وسعت آن را شناسایی کنیم؛ آیا کبد در گیر است؟ آیا سلول های سرطانی در سطح شکم پخش شده اند؟ و آیا تومور آنقدر به اطراف گسترش یافته است که امکان برداشت آن وجود داشته باشد یا خیر؟

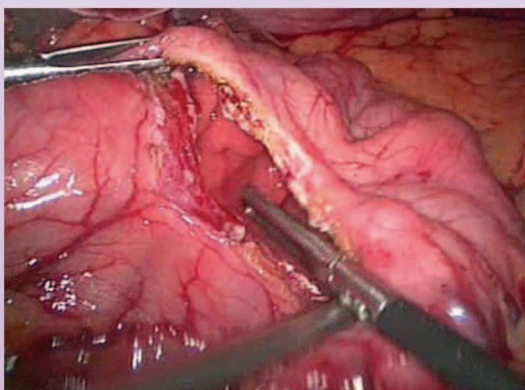
● اهمیت مرحله اول جراحی بصورت لاپاروسکوپی تشخیصی بمنظور کاهش موارد لاپاروتومی های ناموفق حائز توجه است؛ بدین صورت که موارد واضح تهاجم گسترده سرطان در فضای شکم را براحتی شناسایی کرده و عملا مانع ایجاد یک برش بزرگ در سطح شکم می شویم.

● البته این به این معنی نیست که اگر لاپاروسکوپی تشخیصی موید عدم گسترش سرطان معده باشد؛ در عمل نیز چنین باشد. لاپاروسکوپی تشخیصی می تواند تا ۳۰٪ از جراحی ها را که بصورت لاپاروتومی های منفی می باشند؛ را کاهش دهد و تنها ۱۰٪ احتمال غیر قابل عمل بودن علیرغم لاپاروسکوپی منفی باقی می ماند.

● در مواردی که امکان لاپاروسکوپی پیشرفته باشد و جراح بتواند وارد فضای ساک کوچک در پشت معده شود و تومور را از اطراف آزاد کند میزان در صد بالا به کمتر از ۵٪ تقلیل می یابد.

● چنانچه جراح توانایی انجام لاپاروسکوپی پیشرفته را داشته باشد؛ معمولاً انجام گاسترکتومی ساب توتال براحتی قابل انجام است ولی چنانچه گاسترکتومی کامل لازم باشد آناستوموز مری به روده باریک نیازمند استفاده از استاپلر حلقوی و تمهیدات مربوطه می باشد.

● در مواردی که هدف از عمل؛ ایجاد درمان قطعی باشد که بیشتر در مراحل اولیه سرطان دیده می شود؛ در اینصورت برداشتن غدد لنفاوی محدوده اطراف آئورت و ناف کبد موجب کاهش خطر عود بیماری می شود.



بریدن معده و بررسی داخل آن به کمک لاپاروسکوپ

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 ژژنوم
- 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: (روده بزرگ)

- 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 پا 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
- کلدوگودئودنوستومی
- 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