● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال اول، شمارهٔ ۲، صفحه ۷ الی ۱۱ ، ۱۳۷۸

بررسی موارد عمل جراحی انسداد روده در مرکز آموزشی - درمانی بیمارستان پورسینا رشت(۷۶-۱۳۷۴)

دکتر عبدالحسین صابر [۱]

خلاصه

سابقه و هدف: هدف از این مطالعه تعیین مشخصات فردی مبتلایان به انسداد روده ،تعیین مکانیسم های شایع ایجاد آن فراوانی علل ، و تعیین مرگ و میر (Mortality) و بیماریزایی (Morbidity) آنان در مراجعان است.

مواد و روشها: در این بررسی نمونه‌های مورد مطالعه پرونده کلیه بیماران جراحی شده در مدت دو سال مذکور بودند. محل اجرای مطالعه مرکز آموزشی- درمانی بیمارستان پورسینا رشت بوده که علاوه بر پذیرش بیماران این شهرستان، مرکز ارجاعی برای بیماران شهرستان‌های تابعهٔ استان گیلان هم به شمار می رود. در این مطالعه شیوع عفونت، موربیدیتی و مورتالیتی(مرگ و میر) بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه شامل ارائه مشخصات فردی بیماران و الگوی علت های انسداد در مراجعان است. گروه سنی کمتر از یک سال و بالاتر از ۶۰ سال بیشترین ابتلا را داشتند و ولوولوس سیگموئید بیشترین و ولوولوس روده باریک کمترین علت انسداد در مراجعان بوده است. میزان مرگ و میر در بیماران ولوولوس از همه کمتر(۳/۶٪) و در مبتلایان هیرشپرونگ از همه بیشتر (۱۲/۵٪) بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، پیشنهاد نهایی شامل اجرای تحقیقات تحلیلی دربارهٔ الگوی متغیر علت های انسداد می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: انسداد روده، جراحی، علت‌شناسی، همه‌گیری شناسی.

---

۱ ـ استادیار جراحی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.2.1.8]

مقدمه

انسدادروده‌عبارت‌است‌ازوجوداختلال در عبور طبیعی محتوای روده از آن ، و یکی از فوریتهای حاد شکم است که اگر به موقع درمان نشود مرگ و میر (Mortality) و بیماریزایی (Morbidity) آن زیاد است(۱). علت انسداد روده ممکن است در خارج روده (چسبندگی یا تومور)، درون مجرای روده(جسم خارجی ، آسکاریس ، ایلئوس صفراوی و Bezoir)، یا داخل دیوارهٔ روده(تومورهای خوش خیم و بدخیم و بیماریهای التهابی روده)باشد(۲). اگر اختلال در عبور مواد در روده به علت وجود مانع درانتقال آنها باشد انسداد مکانیکی ، واگر ناشی از بدی کارکرد روده ها در راندن محتوای روده به طرف جلو باشد ایلئوس (انسداد فلجی) نامیده می شود. انسداد رودهٔ کوچک ۲۰٪ از کلیهٔ موارد شکم حاد جراحی راشامل شده و از شایعترین فوریت‌های جراحی است (۳). در انسداد مکانیکی ساده اگر چه مجرای روده‌مسدودشده‌ولی جریان خون‌روده برقرار است در حالی که درانسداد ناشی از فشردگی (Strangulation) جریان خون روده مختل می‌شود.اگردوقسمت‌دیستال‌وپروکسیمال قوسی از روده‌مسدودشوداانسدادقوس‌بسته به وجود می‌آید. این مطالعه به منظور شناسایی مشخصات فردی مبتلایان به انسداد روده ، تعیین مکانیسم های شایع ایجاد انسداد،فراوانی علل انسداد روده و تعیین مرگ و میر و بیماریزائی در مراجعان به مرکز آموزشی - درمانی پورسینا رشت طی سالهای ۷۶-۷۴ انجام گرفته است.

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی گذشته‌نگر و با بررسی پروندهٔ مراجعان مرکز آموزشی - درمانی پورسینا که در فاصله اول مهرماه ۱۳۷۴ تا پایان شهریورماه ۱۳۷۶ (دوسال) با تشخیص انسداد روده در بخش جراحی بستری شده‌بودند انجام شد. معیار شرکت در مطالعه تشخیص انسداد روده توسط جراح متخصص (با توجه به نشانه های بالینی و آزمایشهای تشخیصی) و کامل بودن مندرجات پرونده بود. در مجموع ۱۷۶ پرونده برای مطالعه واجد شرایط تشخیص داده شد. داده‌های مورد نظر طبق یک پروتکل از پیش آزمون شده گردآوری و نتیجهٔ بررسی به صورت جداول ونمودارهای توصیفی ارائه گردید.

یافته ها

در مجموع ۶۴ نفر(۳۶/۴٪) از بیماران زن و ۱۱۲ نفر (۶۳/۶٪) مرد (نسبت مرد به زن ۷به۴) بود. توزیع سنی مراجعان به شرح جدول شمارهٔ ۱ است.

علت های انسداد روده در گروه‌های سنی متفاوت است.

جدول ۱. توزیع سنی مبتلایان به انسداد روده مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی پورسینا (۷۶-۱۳۷۴)

گروه سنی (سال)	تعداد	درصد(٪)
کمتر از یک *	۳۱	۱۷/۶
۱-۹	۱۶	۹/۱
۱۰-۱۹	۸	۴/۵
۲۰-۲۹	۸	۴/۵
۳۰-۳۹	۱۴	۸
۴۰-۴۹	۱۸	۱۰/۲
۵۰-۵۹	۱۸	۱۰/۲
۶۰-۶۹	۳۷	۲۱/۱
بیش از ۷۰	۲۶	۱۴/۷

* با توجه به این که گروه سنی کمتر از یک سال و سالمندان درهمه کتاب های مرجع بیشترین تعداد مبتلایان را شامل می‌شوند(۴) ، این گروه سنی به عنوان یک رده جداگانه مستقل درنظر گرفته شده است.

جدول شمارهٔ ۲، فراوانی و فراوانی نسبی‌علت‌های انسداد را بر حسب گروههای سنی به تفکیک و جمعاً نشان میدهد. محل انسداد در روده باریک (۵۴/۴٪)، در روده بزرگ (۴۱٪)بوده و ۴/۶٪ موارد هر دو بخش روده درگیربود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.2.1.8]

جدول ۲. فراوانی و فراوانی نسبی علت‌های انسداد روده در گروههای سنی مختلف، در بستری شدگان بخش جراحی مرکز آموزشی درمانی پورسینا(۷۶-۱۳۷۴)

علت انسداد	گروه سنی زیر ۱ سال		گروه سنی ۱ تا ۲۹ سال		گروه‌سنی ۳۰تا۵۹سال		گروه‌سنی بالای ۶۰سال		جمع مواردانسداد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ولوولوس سیگموئید	-	-	۴	۱۲/۵	۲۰	۴۰	۸	۱۲/۷	۳۲	۱۸/۲
فتق مغبنی	۱	۳/۳	۸	۲۵	۱۳	۲۶	۹	۱۴/۳	۳۱	۱۷/۶
چسبندگی	۱	۳/۳	۶	۱۸/۷	۷	۱۴	۷	۱۱/۱	۲۱	۱۱/۸
انواژیناسیون	۵	۱۶	۹	۲۸/۱	-	-	-	-	۱۴	۸
فتق رانی	-	-	۲	۶/۲	۳	۶	۷	۱۱/۱	۱۲	۶/۸
سرطان کولورکتال	-	-	-	-	۳	۶	۹	۱۴/۳	۱۲	۶/۷
گره‌ایلئوسیگموئید	-	-	-	-	۱	۲	۷	۱۱/۱	۸	۴/۵
هیرشپرونگ	۸	۲۵/۸	-	-	-	-	-	-	۸	۴/۵
Malrotation	۶	۱۹/۳	-	-	-	-	-	-	۶	۳/۵
آترزی روده‌باریک	۶	۱۹/۳	-	-	-	-	-	-	۶	۳/۵
مدفوع سفت شده	-	-	-	-	-	-	۶	۹/۵	۶	۳/۵
سوراخ نبودن مقعد	۴	۱۳	-	-	-	-	-	-	۴	۲/۳
دیورتیکولیت	-	-	-	-	-	-	۴	۶/۳	۴	۲/۳
فتق incisional	-	-	-	-	۲	۴	۲	۳/۲	۴	۲/۳
انگل	-	-	۳	۹/۳	-	-	۱	۱/۶	۴	۲/۳
تومورروده باریک	-	-	-	-	۱	۲	۱	۱/۶	۲	۱/۱
ولوولوس روده‌باریک	-	-	-	-	۱	۲	۱	۱/۶	۲	۱/۱
جمع	۳۱	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۱۷۶	۱۰۰

در گروه سنی ۲۹-۱۰ سال فراوانی انسداد روده ۱۶ مورد (۹٪ کل بیماران) و علت‌های آن شامل فتق مغبنی ۶ مورد، چسبندگی ۵ مورد، ولوولوس سیگموئید ۴ مورد وفتق رانی یک مورد بوده است. پس از سالمندان بیشترین تعداد مبتلایان در گروه سنی کمتر از یک سال ۳۱نفر بوده که ۱۷/۶٪ کل بیماران را تشکیل داده است. گروه سنی ۵۹-۳۰ سال نیز وضعیتی تقریباً مشابه با یکدیگر داشته و در مجموع ۵۰ بیمار (۲۸/۴٪ از کل بیماران) را تشکیل داده‌اند(جدول ۲). در گروه سنی ۲۹-۱ سال علت‌های انسداد روده به ترتیب ۹ مورد انواژیناسیون روده (فقط در کودکان ۹-۱ ساله)، ۸ مورد فتق مغبنی، ۶ مورد چسبندگی، ۳ مورد انگل (فقط در کودکان ۹-۱ ساله) و ۲ مورد فتق نافی بوده

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.2.1.8]

است. ۵۶/۲٪ از انسدادهای روده درکودکان ۹-۱ ساله به علت انواژیناسیون و ۱۸/۸٪ آنها ناشی از انگل‌های روده تشخیص داده شد.

تمام موارد انسداد ناشی از انواژیناسیون روده در کودکان کمتر از ۹ سال، وتمام موارد مالروتاسیون و آترزی رودهٔ باریک درکودکان کمتراز یک سال مشاهده گردید.

مرگ و میر بیماران مبتلا به انسداد روده در افراد مورد بررسی ۵ مورد (۲/۸۴٪) بود، که شامل یک مورد انسداد روده با سابقه عمل جراحی ولوولوس، یک مورد انسداد ناشی از چسبندگی، دو مورد مرگ در انسداد ناشی از سرطان (دردوران بستری)، و یک مورد مرگ به علت انسداد ناشی از بیماری هیرشپرونگ بوده است. با این ترتیب در بیماران دچار ولوولوس نسبت مرگ و میر $\frac{۱}{۲۸}$ (۳/۶٪)، در مبتلایان به کانسرکولورکتال $\frac{۲}{۱۲}$ (۱۶/۶٪)، در مبتلایان به چسبندگی $\frac{۱}{۲۱}$ (۴/۸٪) و در بیماری هیرشپرونگ $\frac{۱}{۸}$ (۱۲/۵٪) بوده است.

بحث

در این مطالعه نسبت ابتلای مردان به زنان ۷به ۴ بود که خود ناشی از شیوع بیشتر دو عامل عمدهٔ انسداد یعنی فتق و ولوولوس درمردان است. در مطالعه‌های قبلی هم نتیجهٔ مشابهی به دست آمده است(۵). محل انسداد بیشتر در رودهٔ باریک شناسایی شده، و بیشترین مبتلایان درگروه سنی بالای ۶۰ سال بوده‌اند که در مجموع ۶۳ مورد (۳۵/۸٪) از مبتلایان را تشکیل داده‌اند در این گروه سنی، فتق‌های مغبنی، سرطان کولورکتال و ولوولوس سیگموئید ۴۱/۳٪ موارد علت انسداد به خود اختصاص داده و ۳۳/۳٪ ناشی از چسبندگی، فتق رانی و گره ایلئوسیگموئید بوده است. در درسنامه‌ها شیوع سنی ویژه‌ای ذکر نشده ولی عوامل ایجاد انسداد دراشخاص سالمند به ترتیب فتق مّغبنی گیرافتاده، فتق رانی، کارسینوم رودهٔ بزرگ ذکر شده که با این مطالعه هماهنگی دارد(۶)، ولی دو علت بعدی دیورتیکولیت و مدفوع سفت اعلام گردید که دراین مطالعه به ترتیب در ردیف‌های هشتم و هفتم قرار گرفته‌اند. نکتهٔ جالب آن که درمطالعهٔ دیگری که در همین مرکز آموزشی-درمانی انجام شده یافته‌های مشابه با یافته‌های این مطالعه به دست آمده که احتمال تغییر الگوی ایجاد انسداد در بیماران ما را بیشتر کرده و ارزش مطالعات دقیق‌تر و تحلیلی دارد(۷).

در شیرخواران که دومین گروه سنی دارای بیشترین موارد انسداد روده بوده‌اند سه علت عمده انسداد روده به ترتیب بیماری هیرشپرونگ (۲۵/۸٪)، Malrotation (۱۹/۳٪)، آترزی رودهٔ باریک (۱۹/۳٪) بوده در حالی که در درسنامهٔ (Maingost's)(۸) سه علت عمده به ترتیب آترزی مادرزادی، ولوولوس نوزادان، ایلئوس مکونیوم ذکر شده و هیرشپرونگ و سوراخ نبودن مقعد در ردیف چهارم و پنجم بوده‌اند. این تفاوت اگرچه ممکن است ناشی از کم بودن تعداد نمونهٔ موردمطالعه باشد ولی نبودن ولوولوس نوزادان و ایلئوس مکونیوم در بین بیماران این مطالعه و فراوان بودن انسداد روده به علت هیرشپرونگ، مطالعه‌های مفصل‌تر و دقیق‌تر برای تعیین دقیق سیمای انسداد روده در منطقه را می‌طلبد.

در مجموع ولوولوس روده، فتق مغبنی، چسبندگی وانواژیناسیون هم در این مطالعه و هم در مطالعهٔ قبلی در این مرکز (۹)، جزو چهار علت انسداد روده بوده‌اند در حالی که در درسنامه‌ها چسبندگی‌های بعد از عمل جراحی، فتق‌ها و تومورهای بدخیم در صدر علت‌های انسداد روده ذکر شده (۱۰) و انواژیناسیون هم چهارمین علت انسداد به شمار می‌آید. این تفاوت‌ها نشان از شیوع ولوولوس در منطقه و مستلزم مطالعهٔ بیشتر است.

پیشنهاد

باتوجه به تفاوت درالگوی علت‌های بروز انسداد روده دراین مطالعه (ومطالعهٔ مشابه قبلی از همین مرکز) با مطالب ذکر شده در درسنامه‌ها اجرای مطالعه‌ای دقیق جهت بررسی عوامل مؤثر دراین تفاوت الگو پیشنهادمی گردد.

****

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.2.1.8]

References;

1. Francisco L.K et al. Facts surgical clinic of north America, 1997; 75(6).

2. Jonsmehir PF, Muryoch AM, Frcs Ed. Recurrent adhesive small bowel obstruction . World J Surg 1985; 9: 868-875.

3. Andorson JR, Welch GH. Acute volvulus of the right colon. World J Surg 1986;10: 336-324.

4. Welch GH, Anderson GR. Volvulus of the small intestine in the adults. World J Surg 1986;10:496-500.

5. Meier DE, Dalecoln MD, Tarpley Y , Akentayo BS. Intussusception in children international perspective. World J Surg 1996 ; 20: 1035-1040.

6. Kodner W, Elisa RD, Birnhaum H. Colon rectum and Anus. SCHWARTZ 1994; 1202.

7. Paterson RB, Steele YR. Malignant disease of the colon. Gen Surg 1995;229.

8. Fromm DG. Obstruction. groonhied mulhoolland oldham zolenock 1993; 731.

۹ - بررسی چهار ساله انسداد روده در بخش جراحی بیمارستان پورسینای رشت، پایان نامه کارورزی (زمستان ۱۳۷۱)

10. Scott JR. Intestinal obstruction in: Sabiston textbook of surgery. 14th ed. W.B Saunders company 1997.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1378.1.2.1.8]