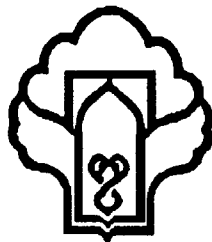


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۳/۱۲/۰۴

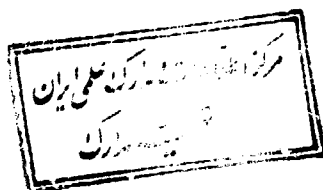


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

شهید صدوقی یزد

۱۳۸۰ / ۵ / ۷

دانشکده پزشکی



پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا تخصصی داخلی

موضوع:

مقایسه دو روش درمان طبی تزریق توکسین بوتولیسم و پماد نیتروگلسیرین

در درمان شقاق مزمن مقعد

استاد راهنما:

014966

جناب آقای دکتر مسن سلمان (روغنی)

نگارش:

۳۸۲۰۴

دکتر طاهره دبستانی تفتی

سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹

شماره ثبت:

۳۸۲۰۴

تقدیم به

روح پاک پدرم

و

وجود گرانبهای مادرم

تقدیم به

همسرم

که مرا در تمام مراحل زندگی همراه و یار است.

و به

مهربان پسر (مجتبی)

که تمامی امید و زندگی من است.

تقدیم به

استاد محترم جناب آقای دکتر سلمان روغنی

و

همه آنها که به من آموختند.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	خلاصه.....
	فصل اول - کلیات
۵	فیزیولوژی و آناتومی.....
۶	ساختمانهای حمایت کننده.....
۷	شریانها.....
۸	وریدها.....
۸	سیستم لنفاوی.....
۹	اعصاب.....
۱۰	شقاق مقعد (Anal Fissure).....
۱۰	تعریف.....
۱۲	اتیولوژی و پاتوژنز.....
۱۶	تظاهرات بالینی.....
۱۶	الف - نشانه‌ها و علائم بیماری.....

۱۷	ب - معاینات ویژه
۱۸	شقاق مزمن مقعد
۱۹	تشخیصهای افتراقی
۲۰	درمان طبی
۲۴	درمان جراحی
۲۶	عوارض جراحی
۲۸	پروگنوز (پیش آگهی)
۲۹	بیان مسئله و اهمیت موضوع
۳۱	مروری بر مطالعات مشابه
۳۷	اهداف و فرضیات
۳۷	الف - هدف اصلی
۳۷	اهداف ویژه
۳۸	هدف کاربردی
۳۸	ب - فرضیات و سؤالات پژوهشی

متغیرها ۳۹

تعریف واژه‌ها ۳۹

فصل دوم - روش تمقیق

نوع تحقیق و روش تحقیق ۴۲

جامعه مورد بررسی ۴۲

روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه ۴۲

روش و ابزار اخذ اطلاعات ۴۳

فصل سوم - نتایج

نتایج ۴۶

جداول ۴۹

فصل چهارم - بحث

بحث و نتیجه‌گیری ۵۶

پیشنهادات ۶۲

خلاصه انگلیسی ۶۴

رفرنس ۶۸

پرسشنامه ۷۲

خلاصه

شقاق مقعد بیماری شایع ناحیه آنورکتال می باشد. با بررسی های مانومتریکی ثابت شده که اسپاسم اسفنکتر آنال و افزایش فشار مقعد ، عامل ایجاد شقاق می باشد و بنابراین هدف از درمان فیشر آنال بر روی کاهش تونسیته و فشار اسفنکتر متمرکز شده است.

لترال اسفنکتر و تومی داخلی درمان رایج شقاق مزمن مقعد می باشد که اشکال اساسی آن امکان ایجاد بی اختیاری مدفوع می باشد. از جمله درمانهای طبی که امروزه جهت شقاق مقعد مورد بررسی قرار گرفته است استفاده از تزریق توکسین بوتولیسم و پماد نیترات بصورت موضعی می باشد که عارضه جراحی را مرتفع می سازد.

این مطالعه بر روی ۷۰ بیمار واجد شرایط مبتلا به شقاق مزمن مقعد که به درمانگاه داخلی بیمارستان شهید رهنمون مراجعه نمودند ، انجام شد. نوع مطالعه تحلیلی و روش تحقیق از نوع clinical Trial می باشد. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بوده و بیماران با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه A (تزریق ۸۰u توکسین بوتولیسم (Dysport) در قدام و طرفین خط

میانی در داخل اسفنکتر آنال) و گروه B (استفاده از پماد نیتروگلسیرین موضعی ۰/۳ درصد، دو بار در روز به مدت ۸-۴ هفته) تقسیم شدند. مدت زمان مطالعه یک سال (آبان ۱۳۷۸ الی آذرماه ۱۳۷۹) بود. از مجموع ۷۰ بیمار در نظر گرفته شده ۱۰ مورد از مطالعه خارج شدند (۷ مورد از گروه بوتولیسیم و ۳ مورد از گروه نیترات) که به علت عدم مراجعه بعدی و عدم امکان پیگیری بود. مطالعه بر روی ۶۰ بیمار باقیمانده انجام شد.

نتایج حاصل از این مطالعه پس از ۶ ماه پیگیری بهبودی علائم و ترمیم زخم در ۲۷ بیمار از گروه بوتولیسیم (۹۰٪) و ۲۴ بیمار از گروه نیترات (۸۰٪) بعد از ۸-۴ هفته از درمان بود.

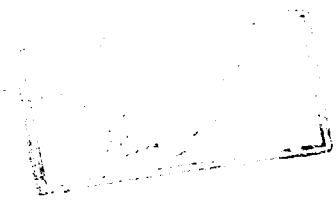
یک نفر از گروه نیترات نیز دارای بهبود علائم بدون ترمیم زخم بود. شروع ترمیم زخم در گروه بوتولیسیم زودتر از گروه نیترات بود. هرچند که از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود نداشت. هیچگونه عارضه جانبی به دنبال درمان با بوتولیسیم ایجاد نشد. به جز یک مورد بی اختیاری گذرا که بعد از چند روز برطرف شد. سردرد بعنوان عارضه مهم مصرف نیترات بود که در ۵ بیمار (۷/۱۶٪) تا پایان دوره درمان وجود داشت که البته گذرا و قابل تحمل بوده و یا با مصرف

استامینوفن بهبود یافت. در یک مورد به علت سردرد غیر قابل تحمل تغییر روش درمان به بوتولیسیم انجام شد که بابهبودی همراه بود. عارضه دیگر همراه با مصرف نیتروگلسیرین سوزش مقعد بود که در ۲ بیمار (۶/۶۷٪) در طی مصرف دارو وجود داشت که البته قابل تحمل بود. در گروه بوتولیسیم دو مورد (۷/۴٪) و در گروه نیترات ۴ مورد (۱۶/۶٪) عود وجود داشت.

در این مطالعه هیچ نوع تفاوت معنی دار آماری بین سن، جنس، سابقه بیماری و پاسخ یا عدم پاسخ به درمان مشاهده نشد. براساس نتایج این مطالعه هرچند که هر دو نوع روش درمانی استفاده از توکسین بوتولیسیم و نیترات موضعی در درمان شقاق مزمن مقعد به عنوان یک روش جایگزین جراحی مؤثر است ولی توکسین بوتولیسیم یک روش ارجح می باشد.

فصل اول

مقدمه و کلیات



فیزیولوژی و آناتومی

کانال آنال از پروکتودئوم (Proctodeum) که یک فرورفتگی از اکتودرم است مشتق میشود. رکتوم منشأ انتودرمی داشته و به دلیل اختلاف منشأ در مقایسه با کانال آنال، تغذیه شریانی و عصبی و تخلیه لنفاوی و وریدی در هریک از دو ساختمان متفاوت بوده و این اختلاف در لایه‌های پوشاننده نیز وجود دارد. منطقه مرزی بین رکتوم و کانال آنال، شامل سلولهای بینابینی می‌باشد.

کانال آنال و پوست خارجی مجاور آن با اعصاب حسی سوماتیک عصب دهی شده و نسبت به تحریکات دردناک بسیار حساس است. عصب دهی مخاط رکتوم، اتونوم بوده و تقریباً نسبت به درد حساسیتی ندارد. درد در بیماران دارای نئوپلاسم‌های رکتوم، یک علامت ابتدائی نیست. تخلیه وریدی بالای محل اتصال آنورکتوم از طریق سیستم پورت و تخلیه وریدی کانال آنال از طریق سیستم کاو (اجوف) انجام میشود. بازگشت لنفاوی رکتوم در مسیر پایک عروقی هموروئید فوقانی به غدد لنفاوی آئورت و مزانتریک تحتانی است ولی جریان لنفاوی کانال آنال از طریق عبور از کانال Alcock به غدد ایلیاک داخلی و در واقع به غدد اینگوینال تخلیه میشود.

کانال آنال تقریباً ۳ سانتیمتر طول داشته و مسیر آن به سمت ناف است و در حالت استراحت زاویه مشخصی با رکتوم بوجود می‌آید. این زاویه در هنگام دفع، مستقیم میشود. حد فوقانی کانال آنال محل اتصال آنورکتال می‌باشد. (اتصال پوستی - مخاطی خط Pectinate و خط دندانه‌دار).

در این سطح، حفره‌های آنال و دهانه غدد آنال وجود داشته و بروز عفونتها ممکن است باعث آبسه آنورکتوم یا تشکیل فیستول شود. شیار بین اسفنکتری در کانال آنال قابل لمس بوده و جدائی اسفنکتر داخلی و خارجی را نشان میدهد. حلقه اسفنکتری آنورکتوم، کانال آنال را در بر گرفته و قسمتهای خلفی و جانبی حلقه، شامل محل اتصال اسفنکتر داخلی، عضله طولی و بخش مرکزی لواتور پوبورکتالیس (عضله کشنده بین پوبیس و رکتوم) و اجزای اسفنکتر خارجی می‌باشد. در قدام حلقه بیشتر در معرض تروما قرار دارد. اسفنکتر داخلی شامل عضلات صاف غیرارادی بوده و سایر عضلات، از نوع مخطط ارادی هستند. (۱۹)

ساختمانهای حمایت کننده

عضله پوبورکتالیس یک پوشش عضلانی در اطراف رکتوم تشکیل داده و

آن را تقویت می‌کند. رکتوم بوسیله فاشیای والدیر (Waldeyer) که یک لایه محکم و بدون عروق از فاشیای پاریتال لگنی است. از لیگامانهای طرفی، عروق هموروئید میانی میگذرد و مزورکتوم خلفی تقویت میشود. لیگامانها و مزورکتوم، باعث ثابت نگه داشتن رکتوم به سطح قدامی ساکروم میشوند.^(۱۹)

شریانها

شریان هموروئید فوقانی، دقیقاً ادامه شریان مزانتریک تحتانی بوده و به دو شاخه اصلی چپ و راست تقسیم میشود. شاخه راست نیز به دو شاخه دیگر تقسیم شده و این سه شاخه انتهائی موقعیتهای خاص هموروئید داخلی را تعیین میکند. به این صورت که دو شریان در هر یک از ربع‌های (quadrant) چپ و راست و یکی در ربع جانبی سمت چپ قرار دارند. شریانهای هموروئید داخلی در هر قسمت از قسمت قدامی ایلیاک داخلی یا پودندال داخلی جدا شده و به لیگامانهای جانبی رکتوم وارد میشوند. شریانهای هموروئید تحتانی، شاخه‌های شریان داخلی بوده و از میان کانال Alcoch عبور می‌کنند. آناستوموز بین حلقه‌های عروقی فوقانی و تحتانی، باعث گردش خون جانبی (Collateral) شده که پس از انسداد ناشی از آترواسکلروز یا انجام جراحی در تغذیه عروقی