

۶۰۲۰

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه ملی ایران

موضوع

پرتونگاری روده باریک

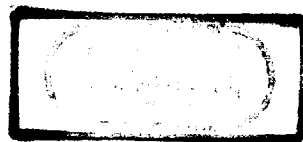
(آنومالیهای مادرزادی و بیماریهای غیرشایع روده باریک)

استاد راهنما

جناب آقای دکتر ذبیح الله ارزواز

نگارش :

تیکران شاه بیگیان



هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که زندگیم را یک سر وقف خدمت به بشریت نمایم .
احترام و تشکرات قلبی خود را بمنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان و شرافت انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت هزرگه شماری سلامت بیمارانم خواهد بود .

اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت .

شرافت و حیثیت پزشکی را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود .

دین ، ملیت ، نژاد ، عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظایف پزشکی من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت ، من در هر حال به زندگی بشرکمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .

آزادانه و شرافت خود سرگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام انجام دهم .

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ذبیح السمارنواز
بپاس تقبل زحمات این پایان نامه.

تقديمه :

هيات محترم قضاة

تقديم به :

مستورمهریانم

تقدیم به :

پدر و مادر مهربانم که رنج پرورش و تربیت
مرا تحمل نموده اند و همیشه مرا به ادامه
تحصیل تشویق کرده اند .

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

۱	بخش يك - روده باريك در شيرخواران و كودكان
۹	۱- تنگی و آترزی در واژده
۲۰	۲- لزالمده حلقوی
۲۲	۳- سوء چرخش
۳۲	۴- آترزی و تنگی های ژژنو ایلئال
۳۶	۵- دیلیکیشن
۴۱	۶- انسداد روده باريك بحالت مكونیوم (مكونیوم ایلئوس)
۴۷	۷- مكونیوم ایلئوس اکیوالان
۴۸	۸- پريتونیت مامیزه ای
۵۲	۹- بیماریهای همانند انسداد روده كوچك
۵۶	۱۰- آنتروكولیت
۶۱	۱۱- اینتوساسپشن
۶۶	۱۲- عفونتهای انگلی
۶۸	بخش دو - ضایعات غیر معمولی روده باريك
۶۹	۱- آبتالیو پروتئینی (سندرم بازن - كورنژویگ)

فهرست مطالب

شماره صفحه

موضوع

۷۰	۲- سیستمک فیروزیس
۷۵	۳- بیماری دگو
۷۹	۴- گاستروانتریت ائوزینوفیلیک
۸۳	۵- هیستوسلا سموز
۸۵	۶- ماستوسیتوز
۸۷	۷- همیریلازی ند ولر لنفوئیدی
۹۲	۸- رتراکتیل مزانتریت
۹۶	۹- ما کروگلوبولینمی والد نستروم
۱۰۰	بخش سه - ضایعات متفرقه روده
۱۰۰	۱- فتق های داخلی
۱۰۴	۲- بند روده مشترک
۱۰۴	۳- آنتریت راد یاسیونی
۱۰۶	۴- سندرم کروئخیت - کانادا
۱۰۷	۵- سنگهای روده ای
۱۰۸	۶- آبله مرغان

" فهرست مطالب "

شماره صفحه

عنوان

۱۰۸	۷- سل روده ای
۱۱۲	۸- ضایعات التهابی روده* باریک بدنهال د یورتیکولیت قولون
۱۱۳	۹- د یورتیکولیت ایلئوم
۱۱۴	۰- د یورتیکولیت د رازدهه* معکوس
۱۱۴	۱- کیستها و تومورهای روده بند
۱۱۶	۲- پنوماتوز کیستیک روده ای

.....

بخش ۱

روده باریک در شیرخواران و کودکان

آنومالیهای روده باریک در زمان نوزادی مادرزادی بوده و عوارض این آنومالیها که اکثرا به صورت انسداد روده ای تظاهر مینمایند در اواخر دوران شیرخواری و یا کودکی بطور واضح آشکار میگردد و چنانچه در اصلاح آنها کوتاهی شود، مرگ کودک را بدنبال خواهند داشت.

مهمترین راه تشخیص جهت انسداد روده باریک نوزادان پرتونگاری است که در حالات طاق باز، روی شکم و ایستاده گرفته میشود. وجود گاز در مجرای ممد روده ای تولید شده و یابوسيله مکیده شدن مایع در این مجرا نفوذ میکند جهت ارزیابی دقیق ضروری است، زیرا نکات تشخیصی بر اساس انتشار مقدار همین گازها سنجیده میشود. در ضمن تفسیر دقیق علائم احتیاج به شناخت اشکال نرمال گازهای موجود در روده نوزاد دارد.

چنانچه انسدادی در مری وجود نداشته باشد معمولا بلافاصله بعد از تولد مقداری مواد روده ظاهر میشود که تسمتی در اثر بلعیدن هوا و

ظاهراً قسمت دیگرش مربوط به گریه^۲ زمان تولد است که باعث تحریک عمل دم
 در زمانی که گوت هنوز بسته و اسفنکتر فوقانی مری ضعیف است میباشسد.
 عموماً ۵ تا ۳۰ دقیقه بعد از تولد میتوان مقدار گاز در روده باریک دید و
 بعد از سه ساعت تمام روده باریک محتوی گاز میشود. این گازها معمولاً بین
 ۳ تا ۴ ساعت بعد از تولد به قولون صعودی رسیده و تقریباً عرض ۵ ساعت
 تمام قولون حاوی گاز میشود. در نتیجه چنانچه بعد از ۲۴ ساعت از شکم
 نوزاد کلیشه ای تهیه شود انتشار طبیعی هوا در تمام مجرای معدی روده ای
 دیده خواهد شد (شکل ۱-۱). ولی باید در نظر داشت که انتشار هوا در
 مجرای فوق الذکر یک نوزاد نارس سریعتر از نوزاد طبیعی صورت میگیرد.
 درد و ران نوزاد، انتشار گاز در مجرای معدی روده ای و وجود سطوح
 مایع در روده باریک غیر طبیعی نبوده و چنانچه در شکل ۱-۱ نشان داده
 شده است انتشار هوا در روده^۲ باریک شمائی به صورت Polyhedral
 بوجود می آید. با افزایش سن و راه افتادن کودک کمیت و کیفیت گازهای
 موجود در روده باریک بتدریج بحالتی که در کودکان بزرگسال و بالذین دیده
 میشود درمیآید.

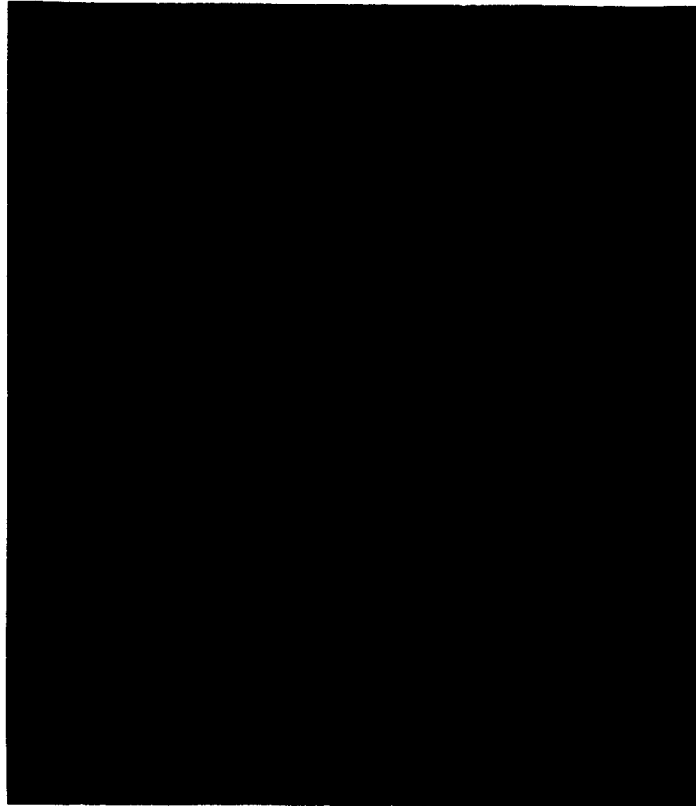
شکم نوزاد معمولاً در موقع تولد عاری از هوا است و چنانچه ذکر شده چند



(شکل ۱-۱)

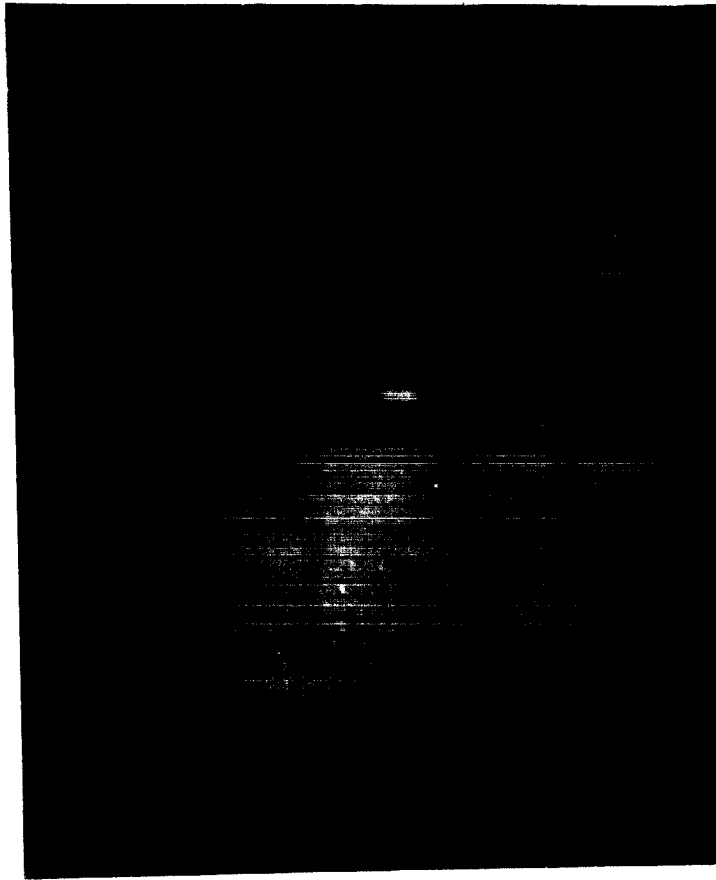
شکم طبیعی در نوزاد ۲۴ ساعته . هوا در تمام روده^۱ باریک و بزرگ پخش شده ولی
 اتساع غیرطبیعی ملاحظه نمیشود ، در ضمن روده^۲ باریک نمای پلی هیدرالی دارد.

مقدار کمی گاز
 ساعت بعد از تولد گران دیده میشود . بنا به گفته Singleton
 بعضی مواقع نگهداشتن بچه بحالت درو مابین فاصله تولد و آزمایش پرتو-
 نگاری سبب تهی بودن شکم از گاز میشود ، ولی امکان دارد این پدیده در
 مواقعی که اشکالات تنفسی وجود دارد ، مثلا بعملت نارسایی یا آسپیه های
 مغزی نیز دیده شود . در ضمن ممکن است این حالت را در بچه های کیه
 مادرانشان در زمان وضع حمل بیهوشی داشته یا آرام بخش های قوی مصرف
 کرده و یا معتاد به مواد مخدر بوده اند نیز دیده شود . در مورد بچه های
 اسهالی و کم آب نیز شکم های بدون گاز یا نسبتا گازدار دیده میشود بدون
 در نظر گرفتن اطلاعات بالینی چنانچه بخواهیم کلیشه شکم بی گاز نوزاد را
 بررسی کنیم بایستی به فکر احتمالی یک آتزی مری که فاقد فیستول مابین
 تراشه و انتهای تحتانی مری است باشیم . در ضمن نباید فراموش کرد که در
 حالات استثنائی انسداد روده کوچک ممکن است سطح مایع جای گاز را بگیرد
 و این حالت مخصوصا در کلیشه هاییکه در حالت به پشت خوابیده گرفته میشود
 ملاحظه میگردد ولی چنانچه کلیشه های ایستاده تهیه شوند تعداد کمی
 سطح مایع و گاز در معده و یا معده ورودی باریک به چشم میخورند (شکل ۲-۱)
 و (۳-۱) . معمولا در چنین مواردی تخلیه مایع معده و وارد نخودن همان



(شکل ۲-۱)

آترزی ژنوم در نوزاد ۳۶ ساعته که توسط استفراغ و اتساع شکمی جلب توجه نمود. گریه در ریح راست فوقانی عکس توده عمای گازین معده و ابتدای روده باریک وجود دارند، لیکن حفره شکمی نسبتاً کم گاز است. شکم متسع وجود مایع در روده باریک یا در حفره صفاقی را گویا میباید. این نما با انسداد روده باریک قابل اشتباه است، زیرا که در آن حالت نیز بطور کامل مایع جای گازهای روده را میگیرد.



(شکل ۳-۱)

آترزی ژژنال راد

وارد نمودن ماده حاجب اتساع محسوسی راد رروده باریک
 نشان میدهد ، در ضمن وارد نمودن هوانیز جهت تشخیص
 لازم میباشد . تصویر فوق وجود آترزی ژژنال راد رانتهای آن مسجل
 کرده است