

۶۰۷۳

"دانشگاه ملی ایران"

"دانشکده پزشکی"

پایان نامه برای دریافت درجه دکترای پزشکی

موضوع :

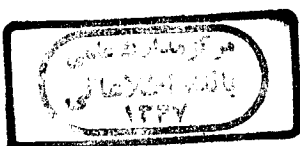
((رادیولوژی بیماریهای مادرزادی حاد شکمی))

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر ذبیح الله ارنسواز

نگارش :

مهدی بصیرت پور



سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم
که زندگیسم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم.

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی
به پیشگاه استاتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه
خود را با وجدان و شرافت انجام دهم.

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود .
اسرا ر بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت
و حیثیت پزشکی را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهم بود ، دین ، ملیت ، نژاد
و عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظایف
پزشکی من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم
داشت و هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول
انسانی بکار نخواهم برد .

آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام
انجام دهم .

..... بنام او که جهان را بیا فرید

پروردگارا سپاسگزارم که علم طب را چراغ پرنور راه

زندگیم قرار دادی .

خداوند ا..... بمن توفیق علم بیشتر عنایت فرما ، تا

بدین وسیله بتوانم دینی که در برابر اجتماع دارم بنحوا حسن

انجام دهم .

تقدیم به ————— :

استاد ارجمند عالیقدر جناب آقای دکتر ذبیح اللہ انوار

تقدیم به _____ :

پدر ارجمند و مادر عزیزم که زحمات جبران ناپذیرتان راهیجگاه

فراورش نخواهم کرد و محبت‌هایتان همیشه مهمترین مشوق من

بوده اند .

تقدیم به : ه

برادران و خواهران بسیار عزیزم

"فهرست مطالب"

صفحه

۱/

۱- ملاحظات جنین شناسی

۲۱/

۲- هرنی دیافراگماتیک

۳۲/

۳- هرنی هیاتال

۴۰/

۴- فتق دیافراگم

۴۵/

۵- نقص های مادرزادی دیواره شکم

۵۰/

۶- دیورتیکول مکل

۵۳/

۷- نقص چرخش دستگاه گوارش

۶۲/

۸- ولولوس

۷۲/

۹- تداخل هیپاتودیاфраگماتیک

۷۳/

۱۰- هرنی های داخل شکمی

۸۱/

۱۱- باندهای مادرزادی

۸۳/

۱۲- دیورتیکولهای مادرزادی دستگاه گوارش

۸۸/

۱۳- دوبله شدن دستگاه گوارش

۹۴/

۱۴- کیست های داخل شکمی

۱۰۱/

۱۵- کاشته شدن بافت هتروتوپیک

ب

- ۱۰۳/ — ۱۶ پانکراس حلقه — وی
- ۱۰۴/ — ۱۷ انسداد های مادرزادی داخلی دستگاه گوارش
- ۱۱۰/ — ۱۸ آنرمالیهای مادرزادی مقعد و رکتوم
- ۱۱۳/ — ۱۹ فیبروز کیستیک پانکراس
- ۱۱۹/ — ۲۰ نقائص گانگلیونیک شبکه Myenteric
- ۱۲۹/ — ۲۱ نقائص گانگلیونیک روده کوچک
- ۱۳۶/ — ۲۲ پارگی معده در شیرخواران
- ۱۳۸/ — ۲۳ آسیت Chylous
- ۱۳۹/ — ۲۴ میکروکولون
- ۱۴۰/ — ۲۵ آنرمالیهای مادرزادی کیسه صفرا و مجاری صفراوی
- ۱۴۳/ — ۲۶ عدم وجود مادرزادی طحال
- ۱۴۵/ — ۲۷ منابع و مآخذ

"مقدمه"

زندگی آنست که به چشمان نابینا بینائی بخشد و گوشهای ناشنوا

را بازنماید . زندگی با ناامیدی نمیسازد و ناامیدی هم با زندگی ~~جور~~

در نمیآید چون دنیا به امید بریاست و انسان به امید زنده است .

دانش پزشکی پیوسته در حال تکامل است و همواره قدمهای

تازه ای در راه شناختن بیماریها و طرز معالجه آنها برداشته میشود . بطوریکه

هر روز و هر هفته مطالب و مسائل تازه ای در مجلات و کتب پزشکی مطرح میگردد

این پیشرفت سریع حاصل تحقیقات و تجسسات دانشمندان این فن

دوسرا سرگیتی است که همه صرفنظر از ملیت و نژاد از تجربیات یکدیگر استفاده

کرده و با افزودن نتایج تحقیقات شخص بسهم خود در پیشرفت دانش

کمال میکنند .

اینجانب نیز مفتخر هستم که بارها همنامی و کمک استاد محترم و عالیقدر

دانشکده پزشکی دانشگاه ملی ایران ، جناب آقای دکتر ذبیح الله ارنواز

و با تشکر و سپاسگزاری از ایشان با جمع آوری مقالات و چاپ این پایان نامه

و ^{آن} ^{مادرزادی} ^{معالجه} مخصوصاً "در زمینه بیماریهای حاد شکمی شاید بتوان جان یک بیمار

رانجات داد .

مهدی بصیرت پور

اختلالات مادرزادی Congenital Disorder

ملاحظات جنین‌شناسی :

خصوصیات انسانی در اختلالات دستگاه گوارش تقریباً " در حد و در روزهای ۳۵

زندگی جنین شروع میگردد ، موقعیکه لوله گوارش اولیه شامل (Foregut روده

جلوی) درانحناء سفالیک و (روده خلفی Hindgut) درانحناء می

و دهانه کیسه زرد در بین آنها قرار دارد میباشد .

كلواك (Cloaca) که انتهای روده خلفی Hindgut است بطرف عقب در

داخل Bopy Stalk بعنوان لوله آلتونویس Allantois پیشرفت

میکند . در ضمن اینکه کیسه زرد از بین میرود از قسمت گردنش کاسته میشود و بصورت

یک لوله باریک درمیآید که بنام Yolk Stalk تنه زرده یا مجرای

ویتلینین Vitellin duct نامیده میشود .

انتهای قدامی روده جلوی Foregut بوسیله غشاء دهانی حلقی

Stomodium Buccopharyngeal از استومود یوم

جدا میشود قسمت فوقانی (روده جلویی Foregut) متسع میشود و تشکیل فارنکس را میدهد جایی که بعداً " قوسهای برونشیا ن تشکیل میشوند . مری از زیر آن بوجود میآید و بر طولش بدنبال تکامل و نزول معده که تقریباً " در حدود هفتمه چهارم زندگی جنینی شروع میگردد و افزوده میشود .

قسمت دمی این روده بطور آزاد بداخل کیسه زرده باز میشود .

کبد بصورت يك د یورتیکولوم در بین معده و دهانه مجرای ویتلین بوجود میآید .

نوار مزودرم از مقعد تا رکتوم ظاهر میشود و بداخل مزانتر تکامل پیدا میکند تا روده اولیها

به Notocord متصل کند . معده مجاور دیواره شکم میشود بانساز

فاصله ای که Umbilicus از دیواره عرضی قرار دارد قسمت سفالیک این دیواره

به تشکیل دیافراگم کمک میکند ، در حالیکه سطح دمی بداخل کبد رشد کرده و تشکیل

مزوگاستریوم شکمی را میدهد .

ضمن اینکه معده متسع میگردد و انحناء بزرگ بطرف نخاع در حالیکه انحناء کوچک

بطرف شکم کشیده میشود .

تقریباً " در هفتمه ششم روده میانی Midgut بر طولش افزوده میشود و

بصورت يك قوس V مانند درمیآید که بطرف پائین و جلو برجسته میگردد . از قله این قوس V مجرای ویتلین بداخل Umbilicus عبور میکند . جوانه طحال و پانکراس از زیر معده بوجود میآیند که بعداً* تشکیل این عضوها را میدهند .

شریان سیلیاک جهت مشروب کردن طحال ، پانکراس و معده از آئورت منشعب میشود

شریان مزانتریک فوقانی قوس V روده میانی Midgut و شریان مزانتریک تحتانی روده خلفی Hindgut را مشروب میکنند . تمام اینها در روی يك مزانتسر مشترك خلفی قرار میگیرند بطوریکه مزانتریستی با انحنا* بزرگ معده تماس پیدا میکند . مزانتریستی که کولون را آویزان میکند مزو کولون است .

تقریباً* در این موقع برآمدگی موضعی دیگری در روده در ^{ست} درزیر دهانه مجرای ویتلین بوجود میآید . و این قسمت تشکیل سکوم و آپاندیس را میدهد . قوس انتهائی روده بیک دیورتیکول سکوم ختم میشود و تشکیل کولون صعودی کولون عرضی را میدهد .

روده خلفی Hindgut که بداخل کلوآک Cloaca برجسته میشود آنرا بیک لوله رکتوم پشتی که بطرف مقعد کشیده میشود و یک سینوس او روژنیتال شکمی تقسیم میکند . بنا بر این در هفته ششم لوله هاضمه بصورت يك لوله مداوم از حلق تا معده بوجود میآید .

در انتها ماه سوم (روده میانی Midgut) از Umbilical

Cord خارج میشود و به حفره شکمی برمیگردد .

در حدود هفت هفته هفتم تا دهم معده سریعاً رشد میکند .

سرعت رشد چسبندگی پشتی معده به انحنا^{مزو} بزرگ بیشتر از رشد چسبندگی مزو

شکمی معده به انحنا^{کوچک} مییابد . انحنا^{بزرگ} بطرف پائین و چپ چرخش

پیدا میکند بطوریکه سطح طرف راست در جهت خلف و سطح طرف چپ از جهت

قدامی برمیگردد . بدنبال چرخش انحنا^{بزرگ} مزو پشتی معده طویلتر میشود

و بطور جانبی شکمی از نخاع دور میگردد .

با این چرخش سطوح راست مزو پشتی و شکمی معده بطرف عقب و طرف چپ معده

بطرف جلو متوجه میگردد .

بنابراین (Omental Bursa کیسه چادرینه) در زیر معده

تشکیل میشود و این برجستگیها بعنوان دستگاه گوارش تکامل پیدا میکنند .

محل ورود به حفره پریتونئال کوچک سوراخ وینسلو Winslow است

یا سوراخ اپی پلوتیک Foramen Epiploicum در ضمن اینکس

برآمدگی انحنا^{بزرگ} و انتها می معده متوجه سمت شکمی و یا گاهی اوقات متوجه

د م آن میگرد د ایجاد خمیدگی معکوس د رزیرد شود نوم میکند . د رضمن اینکه

معدده بطرف راست چرخش پیدا میکند د تود نوم رابیک طرف میراند .

کبد و پانکراس بصورت ییک د یورتیکول از د شود نوم بوجود میآیند و د شود نو

راد ر جای خود ثابت میکنند . د شود نوم بوسیله مزانتر د رابتد آ ویزان میشود و

بطرف جلو بصورت ییک قوس برجسته د رمیآید . قوس د شود نوم و مزانتر د شود نوم

بعداً " بوسیله کولون عرضی جا بجا میشوند .

سطح طرف راست مزانتر بطرف خلف متوجه میشو د و به پریتونئوم جانبی می

چسبند و بتدریج از بین میروند . کوچکترین نقیص د ر چرخش ممکن وضعیت د شود نوم

را تغییر میدهد .

هنگامیکه معدده چرخش پیدا میکند حفره چادرینه کوچک Bursa

Omentalis بوسیله طویل شدن مزوپیشتی معدده ساخته میشود .

پریتونئوم بطرف پائین از انحنا بزرگ معدده د ر جلوی کولون عرضی ورود به رابیک ،

رشد میکند تا تشکیل چادرینه بزرگ رابد دهد . چادرینه کوچک از مزوشکمی معدده

مشتق میشود و یاد یواره قد اصی شکم و معدده و د شود نوم تماس پیدا میکند .

موقعیکه کبد رشد میکند چادرینه کوچک بین کبد و معدده تشکیل میشود .

لیگامانهای فالسیفرم و کرونری Coronary بین کبد و یواره شکم و یا فراگم از یک ورقه مزود مال منشاء میگیرند. ابتدا سطح قدامی مزوکولون عرضی از سطح خلفی چادرینه بزرگ مجزا میشود و موقعیکه این دو سطح یکی میشوند چادرینه بزرگ از کولون عرضی بصورت آزاد درمیآید. طبق قاعده مزانترهای کولون صعودی و نزولی موقعیکه روده باریک بدیواره خلفی شکم بطور مایل منتهی میشود.

روده جلوئی Foregut بطرف جوانه کبدی در جهت قدام (وروده خلفی Hindgut) در جهت خلف بالا میروند و یک وضعیت ثابت در اثر تماس خلفی با مزانتر پیدا میکنند. روده میانی Midgut هر چند مزانترش کمی ندارد ولی میتواند تشکیل چینهارا بدهد که بارشد سریع روده طول بیشتری را در داخل حفره شکمی جا بدهد.

این ثابت شدن روده جلوئی Foregut و روده خلفی Hindgut ایجاد وضعیت های غیر طبیعی مادرزادی را میکنند در حالیکه متحرک بودن روده میانی Midgut کاملاً آنرا مستعد اشتباهات در چرخش میکند.

زمانیکه Olinimentary Tract در خط وسط بوسیله مزانتر مشترک پشتی آویزان میگردد. سه تقسیم بر طبق ساختن و جریان خون