

۵۸۳۳

توانا بودمرکه دانا بود

دانشگاه تبریز

دانشکده پزشکی

پایاننامه

برای دریافت درجه دکترا از دانشگاه تبریز

موضوع

عمل کوفی و مسواری آن

نگارش

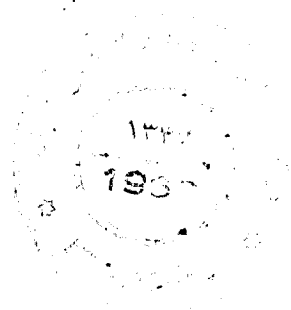
محققین - مجتهدی

سال تحلیلی

۱۳۶۷ - ۱۳۶۸

x x x x x

شماره پایاننامه



تقدیم به

پدر و مادر بزرگوارم که مراد تمام شئون زندگی

و مخصوصاً برای تحصیل علم طب تشویق فراوان مینمودند x

تقدیم به

استاد گرانمایه جناب آقای دکتر داود توکلی
که با کمال میل و علاقه در تدوین این
رساله راهنماییم فرموده اند و حق استادی
غیرقابل انکار در زمینه اینجانب دارند x

تقدیم به

سایرانسانان تیدمخترم ومعلما نیکه در دوره تحصیل

از محضرشان کسب فیض نموده ام x

x فهرست مطالب x

- ۱- تاریخچه
- ۲- ملاحظات تشریحی
- ۳- ملاحظات جراحی
- ۴- اندیکاسیون های عمل
- ۵- حاضر کردن بیمار برای عمل
- ۶- تکنیک های عمل
- ۷- مواظبت های بعد از عمل
- ۸- عوارض بعد از عمل و درمان آن

XXXXXXXXXXXX

آناستوموزحالبها به روده باعمل Goffey

تاریخچه : بمدت بسیار از صدسال جراحان متوجه آن استوموزحالبها به روده
بوده اند . این عمل قبل از سال ۱۸۵۱ بوسیله Simon // انجام گرفت و در سال
۱۸۹۲ Maydl ترانسپلانٹاسیون تریگون سفانه را که شامل سوراخهای

حالبی بود از طریق خارج صفائی به رکتوم را گزارش داده . یکسان بمدت Bergenhen
ترانسپلانٹاسیون خارج صفائی هریت از سوراخهای حالبی بطور جدا گانه برکتوم
را گزارش نموده . اگرچه موارد بوجود آمدن فیستول و سرریز میبردرا این اعصاب بیشتر
بوده ولی همراه با موفقیت های قابل ملاحظه نیز بوده است . کس قابل ملاحظه
بوسیله Robert J. Goffey بعمل آمده ، او تکنیک تشکیل دادن سوراخچه

بسیار انتهای تحتانی حالب بروده را تاکید کرده . موارد کلینیکی که بطور موفقیت آمیز
باستفون معالجه شدند برای اولین بار در سال ۱۹۱۱ بوسیله G.H. Mayo و

دو سال بمدت توسط Goffey گزارش داده شد . بطور کلی کسی نمیتواند بدون
ذکر نام کوفی از اورتروستومی روده ان صحبت نماید چون در حقیقت او بنابر این عمل
جراحی را نهاده است . او با متد اسپلانٹاسیون پیدا کرده که بوسیله اکثر جراحان
باکم و بیس تغییرات ادامه دارد . بوسیله این دانشمندان اورتروستومی روده ان بنیبر

از چند تا نتیجه نامطلوب است عمل عادی شده است. با وجود تغییرات تکنیکی که در
متداوم وجود آمده، مهذاد را در اکثر متوسمی روده از حیوان باید نام کوفی روز آن -
گذاشته شود.

کوفی به معنی برای بکار بردن اصل در چرخه در آن است و موز حال بسیار بروده اختراع -
نمودن آنها را به ترتیب تکنیکت او و نوع و نوع نامگذاری کرد. در متداوم هر کدام از
حالیها را در مراحل جداگانه پیوند میکنند در متداوم هر دو حال بسیار همان مرحله
عمل میشوند در این متداومند در حالی که بنظر در نا ز فوری در اراد در حالیها گره
زده میشود. در عمل سوم انتهایهای حالیها را الیگاتور کرده و در ضخامت دیواره
روده وارد کرده و به سوتورن کروزان که شامس دیواره حال بسیار داخل مجرای تولید
شده در ضخامت روده و محافظ مجاور است، زده میشود. این سوتورن محکم گره زده شده
و بدین ترتیب به فستون از حال بسیار روده ایجاد میگرد.

ملاحظات تشریحی - اولی روده : آن است و موز روی کولون ترمینان در سطح

روده کولون (vrêle) کولون ماعد با زندگی منایرت دارد و مواد اضافی
دفع شده توسط در اراد و باره بدیده و حیواناتی که روز آنها تجزیه بهمن آمده
بشکل اولی استنیت فوت کرده اند.

در کولون انتهای بی بر عکس اولی تمام اراد و جذب مواد موجود در آن کم بوده و لذا

اجازه میدهد که غصی در شرایط مساعد بزندگی ادامه دهد . پیروی این اصل
 آنستوموزوی سوگوئید انجام میگیرد .

اولترسجاری ادراری در نظر گرفتن حالها مهم است . آنستوموزیاید بدون کش
 و پیچش حالها انجام گیرد . لذا بهتر است روده را به اورت نزدیک کرد تا اورت
 را به روده . اورت را نباید ضربه بخورد و همچنین نباید مخاط روده می بونند
 زیرا ممکنست در این صورت تولید تنگی نماید . طبقه عضلانی و آدانتهای بترتیب
 بخاطر حرکات پرستالیتیک و آزار ندهدن عروق و اعصاب نباید ضایعه بردارند .
 حالت تشریحی حالها پس از زدن مواد در موفقیت آنستوموز دارند .
 اورتوستومی بایست اورت را بیمی با موفقیت انجام شده ولی ممکنست در ریه اورت
 ریه نه نیز با موفقیت انجام گیرد . بشرط اینکه طبقه عضلانی آن انقباض
 و گسخته نباشد و دیگر اینکه حالها کلسیروزه نبوده و حرکت بخصوص خود را از دست
 نداده باشد .

ملاحظات فیزیولوژیکی

آنستوموزیاید واضح بوده و به رفلو (reflux) جواب میدهد .

(۱) هرگونه عدم اتحاد بین حالها پیرویه ممکنست باعث تولید استنوز ادراری

شود که اصلاح آن مشکل و یا غیرممکن خواهد بود .

۵) باید با رفلو (reflux) مقابله کنند .

در حالت طبیعی برگشت ادرار از مثانه به حالبها بوسیله سه عامل متوقف میشود .

۱- درجه مخالفی که بلور یا سو ما (Mea) را مدفوع میکند .

۲- انقباضات عضلانی مثانه که جدار فضای حالب داخل جداری Inward

را محو مینماید . ۰-۲- و یا لاخره انقباض پریمتالتمین حالب که در مجرای خود

باعث تولید پست فشاری بالاتر از زمان مثانه میکند (موقعی که بطور طبیعی

کار کنند) کوفی با تنظیم تکنیکس میخواست همان شرایط را در آنستوموز بوجود

آورد : به درجه مخالفی یا سو ایجاد میکنند و مثانه ترازه منحنی زیر مخالفی

انجام وظیفه میکند (بنایسون Witzel)

برای اینکه حالبها را تحت تأثیر باندالت لولای رکتوم قرار دهد (عکس ۲)

تنها تا کتور سوم متقل از تکنیک باقی می ماند .

ملاحظات جراحی : راه اولیه - آنستوموز بهین حالب خلف صفافی و -

ورکتوسیلوئید داخل صفافی انجام میگیرند و این با دوراه امکان پذیر است .

۱- راه داخل صفافی

۲- راه خارج صفافی

اوردتوسومی - بیشتر از صد لریقه در این موضوع انتشار یافته ولی ما فقط در این

چاپهارتار آنها را شرح میدهم .

۱- آناستوموزلوله ای با تونلیزاسیون (کوفی)

۲- آناستوموزلوله ای با محو کردن تونلیزاسیون (Still) (کوفی) شکل (۴)

۳- آناستوموز ترمینولا ترال منظم (شکل ۷) (output) - Hieman

Nealri - Jordonnier - مباحث مختلف عمل بترتیب نزول است .

۱- اندیکاسیون ها و انتخاب متد - ۲- تا کتید عمل در وقت و یا چند زمان -

۳- استعمال شوند حالی - ۴- اشتغال بالا تر از آناستوموز

۵- متدهای تولید از برای سون دو عضو - ۶- متدهای صفاقی کردن برای حفظ آناستوموز

اندیکاسیون های عمل :

تومورهای مثانه و مجاری ادراری تحتانی و اسکروزوکم شدن قوی العاده ظرفیت مثانه

بعضی مختلف و اکثر قوی های مثانه بیشتر لزوم این عمل را پیدا میکنند در زنان کانر

کردن زهدان . کانر تنه رحم و سرالان و این از سرالانهای شایع هستند که حال با کندی

را مبتدا می سازند - رادیوم داخل حفره ای و رادیاسیون از خارج باعث مدینه دیدن

حالیها میشود و علاوه بر تغییرات رادیاسیون در مثانه که ممکنست باعث اختلال در

سیستم دفع ادراری کرده و مستلزم ترانسپلان تاسیون حالیها گردد .

بهمین موارد نیستیم خم که ترانسپلانٹاسیون انجام میگیرد شایع تر پس آنها ضایعات
فیستولهای بزرگ و زیکروازینان است که در مقابل هرگونه عمل متفاوت نشان
داده و در نتیجه بیمار کاملاً قدرت نگهداری ادرار را از دست میدهد ولی مدت متعددی -
بتدریج مثانه روی هم جمع شده و اسکالروزه میشود و کاملاً ظرفیت خود را از دست میدهد.
ضایعات حالبی در حدود لبه لگن در موقع عمل جراحی برای موارد نیستیم ممکنست
مستقیم آنهاست و مورد حالبی روده آن شود. • بهماران باسیستیت انتراستیسیول پیشرفته
بافتن داران درشدید همراه با عدم توانائی در نگهداری ادرار هستند که کاملاً مریض
را متقاعد می سازد.

(overflow incontinence) در این موارد نادرتر انسپلانٹاسیون

حالبها بروده ممکنست برای مریض مفید باشد.

حاضر کردن بیمار برای عمل

در مورد مریضار عده و برآزمایشهای عادی ادرار و خون است امتحان فیزیکی کامل بعمل
میآید.

تخصیص عمل کلیه ها بوسیله تعیین ترکیب خون و تزریق مواد رنگی پس میآید

(۱۰۰۰.P.) این آزمایشها بوسیله اریوگرافی داخل ویدی (۱۰۷۰.P)

ویا پیلوگرام از سروگراف تکمیل میگردد .

این آزمایشهای آخری برای تعیین وجود آنوماهایی مادرزادی کلیه ها و یا حالیهها و درجه اتساع مجرای ادراری فوقانی بهم میباشد . هرگونه کم خونی و یا سوء تغذیه بیمار با یستی با اعمال جات مقتضی قبیل از عمل جراحی اصلاح شود در آزمایشهای فوق با یستی مطالعات سیتوبیو کتریولوژیست ادراری را نیز در نظر گرفت . ادرار کشت داده میشود و قسمتها حساسیت روی نمونه ها را بدست آمده بطور جداگانه از هر دو کلیه موثق مولکلمات سروگراف بسمت می آید قبیل از عمل ضد عفونی کننده های مقتضی که برای آنصده ازارگانیم های گذشت شده حاصل میباشد انجام میگردد و این داروها با یستی بمقدار کافی داده شود .

آماده کردن روده ها چه با روزهایی لازم دارد . تنقیه نمکی روزانه داده میشود و این عمل سه روز عمل نیز بسمت می آید . تا یکروز قبیل از عمل جراحی به بیمار غذاها نسی با پروتئینی زیاد و با قیما نده کم داده میشود و در روز قبیل از عمل غذا کاملاً مایع است . سلقات دوم نیز بسمت بمقدار 10 گرم بطور روزانه بمدت دو روز قبیل از عمل داده میشود . برای کم نمودن باکتریهای روده از داروهای آنتی بیوتیک مختلف استفاده میشود . جدیدترین دارو برای این عمل نئوما سین است که ۴ ساعت قبیل از عمل بمقدار

تس دنسبورگ متوسط قرار گرفته بعد از بریدن طبقات مختلف جدار شکم است

والو diaput رادر محل قرار داده و با ازین کارتنور uvo#ser

استفاده مینمایند . باسن کوچک را آگازه کرده و روده کوچک را با یک شان بطور

چپ و بالا شکم زده و نگه میدارند و رکتوسیکوئید بطور منچپ زده میشود .

۲ - پیدا کردن و آزاد نمودن و قطع حالبها - روی ناحیه جانبی باسن کوچک و از -

جائیکه حالبها از زیر صفان بیرون میآید و تا بدل روی است بطور عمودی صفان

را نشان میدهند ، اگر اینطور نباشد محل دوشاخه شدن شریان ایلیاک اولیه را -

عزمت میگذارند و بطور عمودی صفان رادر این سطح شکاف داده و حالب در زیر لبه -

صفافی خارجی قرار گرفته و از عمق بوسیله صفان پوشیده شده است و با احتیاط حالب

را آزاد کرده و انیزیمون صفافی رادر طول حالب ادامه میدهم .

آزاد کردن حالب بطور عرضی بدون سربسته رساندن با اسرمان و بدون لیزه کردن آوانتیس

وکتوسوچین خوردگی در طول کافی انجام میگردد .

قطع حالب بین دو تالیگاتور - انتهای تحتانی را اول کرده و انتهای فوقانی را

ببندیم . و وقتیکه چسبیده است دوباره آزاد کرده و می گذاریم محتویاتش

روزی در شان خالی شود . این موضوع کاملاً مقرون با احتیاط است که بوسیله شخصی

رویه فوقانی حال برابر پیره بکنیم و بدین ترتیب از پیرس حالی در لحظه -

آناستوموز اجتناب کرده باشیم .

هستاز بستر حال بها - بستر شکافانی بایست سوزده با کاتکوت (۵) بطول

cm

۳ تا مبداء حالب . لیجان نیز چون صفاتی برای خارج صفاتی کردن آناستوموز

انتهائی مورد استفاده قرار خواهد گرفت . پخت سرمم حال برابر استرانیز کشف -

میکنیم و پیرس حال بچپ را . جدا کردن حال بچپ مشک است زیرا ریشه اس به مزوسکوئید

مربوط میباشد .

۲ - آناستوموز حال بیه روده

۴ - بستر لایاروتومی بدون درناز

مشکل ناعمن - این اشکالات مربوط به خصوصیات فرد بیمار است . پیرس شخصی با

لکن تند و با صفار انقباضی با چربی عمن خیلی ظریف خواهد بود .

(راه خارج صفاتی)

این روش خطری متونیت را از پیرس میبرد و خط مدیان را برای حالتی که احتیاج به

سیمنگتومی در سطح فوقانی باشد دست نخورده میگذارد . ضرورت شخصی را -

برابر هر یک از طرفین ایجاد میکند و اجازه نمیدهد که حشره تکمی اکسپلوره شود

با اواخر در حالت مزوسکوئید کوتاه خیلی مشک است که بدون کشره گوئید را