

۶۲۵۰

دانشگاه ملی ایران
دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه ملی ایران

موضوع

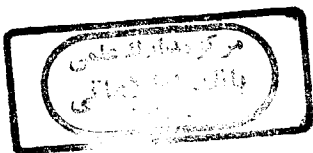
آپاندیس و آپاندیسیت پلوین

استاد راهنما : جناب آقای پروفیسور نوشیروان پویان

نگارش

کوروش لاشائی

سال ۱۳۵۴



سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو - ۱۹۴۷)

هم اکنون که - رفته پزشکی را برای خود اختیار میکنم باخود عهد می بندم نه زندگی را یکسروقف خدمت به بشریت نعیم . احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان 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 و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود .

اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت . شرافت و حیثیت پزشکی را از زبان و دل حفظ خواهم کرد . همکاران من برادران من خواهند بود . دین ، ملیت ، نژاد ، عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاثیری 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 بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قبول داده ام انجام دهم . . .

” فهرست مطالب ”

<u>شماره صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	۱- تاریخچه
۳	۲- آناتومی آپاندیس
۹	۳- آپاندیس از نگاه تاریخ تکامل و تکامل جنینی
۱۲	۴- سبب شناسی
۲۳	۵- آسیب شناسی
۳۱	۶- عوارض آپاندیسیت حاد
۳۱	۷- نشانه های آپاندیسیت (فونکسیونل)
۳۱	۸- تشخیص
۳۶	۹- تشخیص افتراقی
۴۰	۱۰- آپاندیسیت مزمن
۴۳	۱۱- معالجه
۴۵	۱۲- جمع بندی
۴۸	۱۳- موارد
—	۱۴- فهرست مآخذ و منابع

.....

تاریخچه

چند صد سال است که زخم معده، تیفوس و وبا بمثابة بیماریهای
مشخص شناخته شده و خطوط ویژه پاتولوژی، آناتومیشان ترسیم شده اند.
اماد رمورد آپاندیسیت هر چند در مومیائیهای مصری (سه هزار سال قبل از
میلاد) پریتونیت کپسوله قسمت راست شکم یافته شده است، باز تا اواسط
قرن پیش هنوز آپاندیسیت بمثابة يك بیماری مشخص شناخته نبود. البته
مدتها بود که انسان میدانست که اطراف روده کوچک چرکین میشود که بعد
از نفوذ آن به فضای آزاد شکم منجر به مرگ میگردد. اماد را اواسط قرن ۱۹
این آبسه های Pericoecal بمنوان نتیجه ی التهاب روده کور در اثر
تجمع مدفوع شناخته شد.

در سالهای ۸۰ قرن ۱۹ بود که این مسأله بالاخره روشن شد که

خود روده کور مبتدای این بیماری نیست بلکه آپاندیسیت میباشد و

بنابراین يك Typhlitis نیست بلکه يك آپاندیسیت است در

همین سالها بود که برای اولین بار در وورکودن موفقیت آمیز آپاندیسیت برای

معالجه التهاب تازه چرکین شکم (Peritonitis) انجام شد.

بعد از يك تجربه بیش از ۶۰ ساله در این مورد و بعد از مطالعات

گسترده سیستماتیک درباره آناتومی پاتولوژی آپاندیسیت و مناسبات تصویر
پاتولوژی - هیستولوژی با پدیده های کلینیکی ، تشخیص طبی در این زمینه
توانست بیشتر و بیشتر جامع و عمیق شود .

نوشته زیر علاوه بر مطالعه موارد کلینیکی حاصل مطالعه ادبیات بسیار
وسیمی است که در این زمینه وجود دارد و غرض آن تلخیص هر چه جامعتر
معلومات در این باره و بخصوص نوع لگنی یا Pelvien آن میباشد .

.....

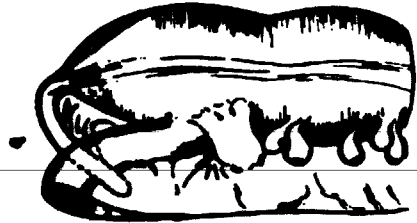
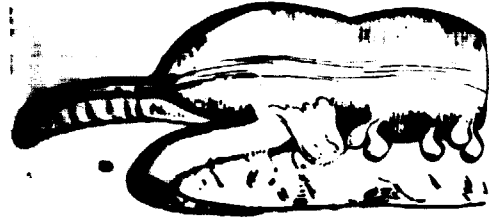
آناندیس آیاندیس :

آپاندیس یاقیق تر بگوئیم "زائده کرمی شکل" در انسان زائده های

بر روده کور است. در محلی که Tanien با هم تلاقی میکنند آپاندیس

منشعب میشود. به شکل کرم است و قطور یک مداد نازک را دارد. درازای

آن بسیار متنوع است و از ۲/۵ تا ۲۴ سانتیمتر دیده شده ولی بطور



شکل (۱)

وضع قرار گرفتن آپاندیس

متوسط ۸-۱۰ سانتیمتر رازا دارد. در اینجا برعکس سایر قسمتهای روده، ماهیچه های طولی مانند پوششی همه عضورا فرامیگیرد. بلافاصله بعد از تولد مجرای بین روده کور و آپاندیس تشکیل يك دهانه قیفی شکل میدهد که تا سن پنج سالگی تبدیل به يك چین مخاطی میشود (دریچهی

گرلاخ Gerlach)

وضع قرار گرفتن آپاندیس کاملاً متنوع است و تا حد زیادی نیز بستگی به میزان پر بودن روده کور و چرخشهای آن بر مژنتریوم کوتاهش دارد. آپاندیس معمولاً آزادانه قابل حرکت است و از مژنتریوم باریکش آویخته است ولی اگر هم به آپاندیس تثبیت شده بر خوریم باید بدانیم که این وضع به علت التهاباتی است که در گذشته به آن دچار شده است. بطور کلی شکلهای زیرین را در وضع قرار گرفتن آپاندیس می یابیم:

الف - وضع Caudal (پائینی): در این حالت آپاندیس آزادانه

بطرف پائین آویخته است و بر حسب رازای خود میتواند از M. Psoas رد شود و به داخل لگن کوچک برسد که در این حالت امکان دارد با تخمدان راست تماس بیابد و چسبیدن آنها به یکدیگر البته همیشه پاتولوژیک است.

ب - وضع Medial (میانی): آپاندیس در این حالت بطرف

وسط قرار گرفته است و بین پیچ های روده کوچک قرار دارد و معمولاً پشت

آخرین پیچ Ileum است .

ج - وضع Lateral (کناری) : آپاندیس در این حالت

بین دیوار پهلوئی شکم و روده قرار دارد .

د - وضع Retrocaecal (پشت روده ای) : در این

حالت پشت روده کور بطرف بالا در Recessus Retrocaecalis

قرار دارد . این وضع فقط هنگامی پیش می آید که روده کور بر دیواره پشتی

شکم تثبیت نشده است ، اگر بعداً روده کور با دیواره پشت شکم وصل شود

تقریباً جایی برای آپاندیس باقی نمی ماند (شکل ۱) .

وضع قرار گرفتن آپاندیس برای عواقب آن که ممکن است مثلاً در نتیجه

ترکیدن يك آپاندیسیت چرکین پیش بیاید اهمیت دارد .

چون اگر این باز شدن آپاندیس بین پیچهای روده کوچک انجام

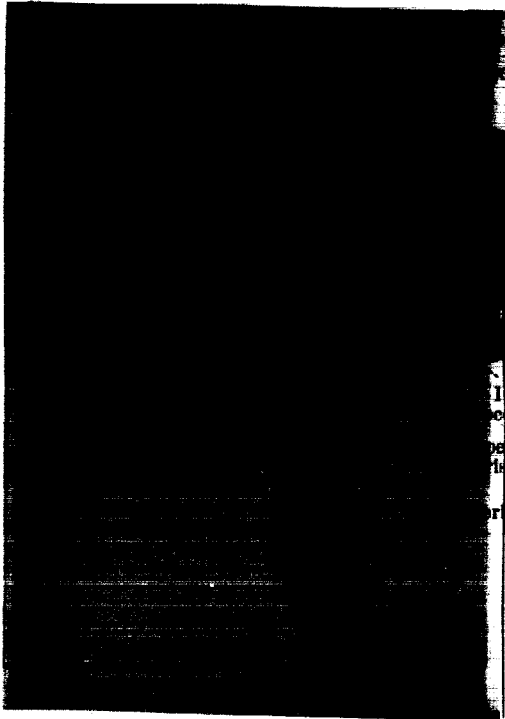
گیرد و با آنکه در يك فضای تقریباً بسته (مثل حالت Dorsal پشت

روده کور) پیش بیاید وضع فرق میکند . در این حالت دوم بعلمت چسبیدگی

خیلی سریع در نتیجه ی التهاب ، دورچرک میتواند کپسول بسته شود .

آپاندیس يك مزنتریوم باریک و آزاد دارد که Mesenteriolum

خوانده میشود و پشت نقطه ای که روده باریک به روده کبری پیوند د قرار



دارد و عبارت از يك صفحه دراز

و باریک است که يك لبه آن

آزاد و به لبه ی دیگر آن آپاندیس

آصخته است .

شکل (۲)

آناتومی ورگهای آپاندیس

رگهای روده کور و آپاندیس :

مرد و قسمت از ارتریا ایلئوسکال (Arteria ileocolica)

که شاخه (Arteria Mesenterica Superior) است

مشروب میشوند . این رگ در زاویه بین ایلئوم (Ileum) و قولون

صاعد وارد میشود و در اینجا انشاق پیدا میکند . يك شاخه به پائین ترین

قسمت ایلئوم میرود و دیگری به روده بزرگ میرود و روده کور و قولون را مشروب

میسازد .

شاخه‌ها زیر همدیگر قرار گرفته اند و بارگهای مجاور در روده های بزرگ

و کوچک مربوط میشوند . مهمترین شاخه علامان A. Appendicis

Vermiformis یا آتریا آپاندیکولاریس است که در پشت

ایلئوم به مزنتریوم میرسد . در نزدیکی لبه آزاد آن بطرف نوك آپاندیس

میرود و شاخه های ظریفی به آپاندیس میدهد و يك قسمت کوچک از روده کور

را هم مشروب میکند . مسیر سیاهرگها هم مانند سرخرگها است و

Vena Ileocolica سرخرگی به همین نام را شایعیت میکند .

اولین گروه غده های لنفاوی در مزنتریوم و ^{لو} دومی در مزنتریوم قرار دارد .

ارتباط بین رگهای لنفاوی منطقه ایلئو سکال بارگهای سوب سرور

و رتروپریتونفال از لحاظ گسترش ضایعات پاتولوژیک با اهمیت بنظر میرسد .

يك نکته جالب که از مشاهدات کلینیکی بدست آمده است اینست که راههای

صفراوی اکستراهپاتیک با این رگهای لنفاوی ارتباط دارند (شکل ۲) .

ساختمان دیواره آپاندیس:

در انسان مثل ساختمان دیواره روده بزرگ است . موزین سوب

موکوز و موکوز اختصاصی مانند سایر جاهای روده مشخص نیست ، زیرا

در دستجات عضلات داخلی در جهت سوب موکوزا پخش میشوند و بعضی جاها

Muscnlaris Mucosa هم بطور مایل در آن فرو میروند و گاه با آن استوموز می دهند و بخصوص در جوار اعصاب و سرخرگهای پلکسوس مایسنر خیلی زیادند . دانستن این مناسبات موضعی برای درک ضایعاتی که تحت شرایط التهاب هم در عناصر عصبی و هم ماهیچه ای بوجود میآید بسیار مهم است . کریپت های مخاط دارای سلولهای Paneth هستند و همچنین سلولهای زرد فراوانی دارند . سألله مهم اینست که کریپت ها در ماه پنجم و ششم بعد از ولادت است که ساختمان کامل خود را پیدا میکنند و تا تقریباً ۲۰ سالگی از دیاد مییابند و بعد در سنین بالا خیلی تقلیل پیدا میکنند . طبق نظر (Nagoya (1913 در شا نژده سالگی در یک مقطع ۱۵۹ و در ۲۲ سالگی ۲۰ کریپت وجود دارد . در وسط آپاندیس چینهای انتهایی آن بیشتر است . همچنین تعداد و اندازه فولیکولها تا ۳۰ و ۲۰ سالگی افزایش مییابد و بعد از آن کم شدن نشان آغاز میگردد . بعد از سن ۴۰ سالگی باریک میشوند و شکل نوارهایی در میآیند .

شکل مجرای وسط آپاندیس بستگی به تعداد و اندازه فولیکول ها دارد . مجرای ابتدا دایره وار است ، بعد همینکه فولیکولها بزرگتر شدند مژرس میشود و در نتیجه از دیاد تعداد فولیکولها شیاردار میشود و بالا خیره

بعد از تقلیل آنها در باره دایره وار میگرد . طبق نظر Nagoya (1913) تعداد فولیکولها در آخر آپاندیس از ابتدا و وسط آن بیشتر است که این مسأله از نظر محل التهاب اهمیت دارد .

تحرك آپاندیس همپا سایر قسمت های پروده فرق میکند . منجمله در اینجا حرکات رودی شکل منظم دیده نمیشود . هر چند در اثر تحریکات مختلف پیچ و خم و جنبشهایی پیدا میشوند (۱) که منجر به تخلیه محتوای آن میشود در نتیجه ی تنگ شدن تدریجی مجراست (۲) که اغلب Mekonio و koprostase پیش میآید و برای التهابات مخاطی زمینسه مساعدی فراهم میکند .

آپاندیس از نگاه تاریخ تکامل و تکامل جنینی :

نظرات درباره اهمیت فیلوژنتیک آپاندیس مختلف است . اگر کسبود

آنرا از لحاظ Tanien و همچنین تنوع شکل آن را به حساب

بیاوریم و یافته های تاریخ تکامل را اساس قرار دهیم میتوانیم آنرا به مثابه

بخشی از روده کور یا زشناسیم که تدریجاً در حال از بین رفتن است . ولی

از طرف دیگر بدلیل وجود بافت فراوان لنفویتیکولر میتوان آنرا بعنوان بخشی

ویژه از روده شناخت که در نتیجه یک تغییر کار Function پدید

1. Rossle 1927

2. Ragnotti 1931

آمده است (مانند روده کور در پرندگان که ارگان لنفوتیکولری است که وظیفه آن ساختن لنفوسیت میباشد) .

بنظر بولک (Bolk) این دو نظریه متناقض یکدیگر نیستند .

ما میتوانیم هر دو را صحیح بدانیم به این ترتیب که آپاندیس را در روده اعضای لوزه ای قرار دهیم که در حیوانات درجا های مختلف دستگاهاضه وجود دارند .

این وضع ویژه آپاندیس بمثابة عضولوزه ای از مطالعه در Ontogenese آن هم فهمیده میشود :

کرپیت ها در این قسمت روده بطور چشمگیری دراز شده اند و تقریباً

Muscularis Propria میرسد و در هفته پانزدهم بسیار

گسترده شده اند و بعنوان پیکره هائی که به این ترتیب بزرگ شده اند وارد

فعل و انفعالاتی در پیدایش بافت لنفاوی میشوند .

بعد از ماه هشتم در این بافت فولیکولهای مشخص قابل تمیز میشوند .

در نوزاد هنوز فولیکولها نسبتاً کم است ، ابتدا بعد از ماه دوم حیات مراکز

اکسیون در فولیکولهای که دیگر فراوان شده اند ایجاد میشود . آپاندیس

در سالهای آخر کودکی شکل نهائی خود را پیدا میکند .

ابعداد آپاندیس باسنین عر تفسیر میابند ، به عبارت دیگر بیش از هر

چیز تغییرات آنها با بافت لنفور تیکولر در ارتباط است .

البته مطابق نظر (Coffari 1931) به تیپ اشخاص

(Konstitution) نیز وابستگی دارد .

Projecktion آپاندیس را بروی دیوار جلوی شکم میتوانیم

فقط بطور تقریبی تعیین کنیم زیرا وضع آپاندیس البته وابسته به وضع روده

کور است و آنهم همیشه یکسان نیست . برای یافتن این نقطه پیشنهادات

مختلف وجود دارد که مهمترین آنها :

نقطه مك برنی (۱) : در وسط خطی که *Spina ilicaventralis*

به ناف میپیوندد قرار دارد که بهنگام التهاب آپاندیس فشار بر این نقطه

درد آوراست (۲) این همان نقطه تلاقی ایلئوم به روده کور است .

نقطه لانتز (۳) : اگر *Spina Iliaca Sup.* را با خطی فرضی

بههم وصل کنیم و آنرا به سه قسمت مساوی تقسیم کنیم نقطه فاصل بین قسمت

راست و قسمت میانی نقطه لانتز است .

1. Chart Mac Burney (1845-1913) پزشك نیویورکی

2. Rovsing Sign

3. Otto Lanz (1865-1935) پزشك آمستردامی

سبب شناسی :

بدون شك وضع ویژه ی مکانیکی موتوری این منطقه مهمترین علت اساس پیدایش آپاندیسیت میباشد .

عدم تناسب درازای آپاندیس نسبت به مجرای تنگ آن و نیز حرکات رودی شکل بسیار کم که باعث انباشته شدن و تجزیه محتوای آن میشود و بالاخره وجود تنگه های در آپاندیس که معمولا در دهانه آپاندیس به رود وجود دارد و نیز شکل خاص چین مخاط که میتواند بر اثر تراکم در داخل مجرا بافت لنفاوی بسیار به شکل های دکه پدید آورد و سبب تنگی مجرا بشکل ستاره بشود ، عوامل مکانیکی - موتوری خاص آپاندیس هستند . ناگفته نماند که تنگه ها در مجرای آپاندیس میتواند در نتیجه التهابات زخمهای التیام یافته ، ورم مخاط و یا اجسامی از قبیل Faecolith و ندرتا ساچمه ،

دانه میوه ، استخوان ماهی وغیره باشد که برای این نوع از علل نمیتوان اهمیت چندانی قائل شد .

سن هم در اینجانب نقشی بازی میکند به این معنی که در او ان کودکی تا سن پنج سالگی دهانه قیفی شکل آن تخلیه ترشحات رانیز امکان پذیر میسازد و به این ترتیب بروز بیماری در این سنین کمتر است . حال آنکه