



عوارض جراحی های معده و روده ی باریک

دکتر حسن یونسی قلعه

متخصص جراحی عمومی

دانشگاه علوم پزشکی بابل

عوارض جراحی های معده

سندرم دامپینگ

علت تخریب یا بای پس پیلور

معمولاً بعد از پیلوروپلاستی، پیلورومیوتومی و دیستال گاسترکتومی اتفاق می افتد
البته عوامل دیگر هم نقش دارند چون دامپینگ بعد از hsv هم اتفاق می افتد به خاطر
کاهش کمپلیانس معده و تخلیه سریع
علائم ناشی از ورود ناگهانی یک حجم هایپراسمولار به روده باریک می باشد

دامپینگ زودرس

۱۵ تا ۳۰ دقیقه بعد از صرف غذا

علائم

تعریق ضعف، سبکی سر و تاکیکاردی

بهبود با تزریق سالین یا دراز کشیدن

ممکن است دل درد کرامپی داشته باشد و اسهال اغلب در ادامه ایجاد می شود.

دامپینگ تاخیری

دو تا سه ساعت بعد از صرف غذا

ناشی از هایپوگلیسمی واکنشی بعد غذا در اثر افزایش انسولین

با تجویز قند بهبود می یابد

درمان:

اصل درمان تغییر رژیم غذایی

— عدم مصرف مایعات با وعده های غذایی

مخصوصاً مایعات پر اسمول **milk shake** خیلی مشکل زا هستند

— افزودن ترکیبات فیبری به غذا مفید است

— اگر رژیم غذایی موفق نبود اکثرئوتاید اضافه میشود

برای درمان علائم دامپینگ تاخیری آکاربوز استفاده می شود

درمان جراحی:

بسیاری از بیماران با صبر کردن چند ماه تا چند سال درمان طبی و تغییر رژیم غذایی بهبود می یابند پس نباید زود تصمیم به جراحی گرفت

هر وقت تصمیم به جراحی گرفتیم اول باید بیمار را در بیمارستان بستری کنیم
(برای بررسی شدت علائم و پایبندی به رژیم غذایی و دارو ها)

روش های جراحی:

۱. take down of GJ.ostomy

به شرطی که عصبدهی واگی به آنتروم داشته باشیم و پیلور هم سالم باشد روش قابل قبولی است.

۲. استفاده از سگمان معکوس روده باریک به طول ۱۰ سانت: مابین معده و ابتدای ژنوم قرار داده می شود هر چند تخلیه معده را کند می کند اما اکثراً به انسداد می انجامد و معمولاً قابل استفاده نیست

۳. ایجاد R-Y GJ.ostomy:

کلاً به دلیل اختلال حرکتی ذاتی در بازوی Roux سبب تخلیه تاخیری معده میشود. نتایج خوب است و گزینه انتخابی برای دامپینگ شدید محسوب می شود

BILE REFLUX GASTRITIS

تهوع، استفراغ صفراوی، درد اپی گاستر
معمولاً علائم چندین ماه تا چند سال بعد از گاسترکتومی روی می دهد
تشخیص های افتراقی:
انسداد لوپ آوران یا وبران، استاز معده، انسداد روده باریک

در تشخیص این بیماری استفاده از رادیوگرافی ساده شکم، آندوسکوپی فوقانی، upper GI series، سی تی اسکن شکم و اسکن تخلیه معده کمک کننده است.

میزان ریفلاکس صفر با آنالیز معده یا تست امپدانس مری و یا سنتی گرافی (اسکن ریفلاکس صفر) اندازه گرفته میشود.

روش های درمان جراحی:

۱. ایجاد R-Y GJ.OSTOMY: باید بازوی R حداقل ۴۵ سانتی متر باشد
۲. قرار دادن لوپ ایزوپریستالتیک ۴۰ سانتی متر بین باقیمانده معده و دئودنوم
۳. تغییر بیروت ۲ به آناستوموز braun

آنمی

جذب آهن: پروگزیمال GI / با محیط اسیدی تسهیل می شود
جذب B12: وابسته به فاکتور داخلی / تسهیل جذب با محیط اسیدی / کاهش در توتال
گاسترکتومی و رزکسیون ایلئوم
شایع ترین عارضه متابولیک در بیماران چاقی مرضی که بای پس می شوند

بیمار باید تحت پایش از نظر آهن فولات و B12 باشد
بیمارانی که تحت عمل گاسترکتومی توتال و بای پس معده قرار گرفته‌اند مکمل خوراکی
آهن می‌دهیم
همچنین در بیماران توتال گاسترکتومی باید تزریق ویتامین B12 انجام شود

عوارض جراحی های روده ی باریک

ایلتوس

* مکانیکال (شایعترین علت انسداد مکانیکال در فرد با سابقه ی جراحی های شکمی
چسبندگی میباشد)

* غیر مکانیکال (ایلتوس)

ایئوس

تعریف:

علائم و نشانه های انسداد بدون ضایعه مکانیکال
شایعترین علت تاخیر در ترخیص
معمولاً گذرا و برگشت پذیر است
علل احتمالی:

۱. رفلکسهای سمپاتیکی ناشی از استرس
۲. تاثیرات بیهوشی/بی دردی
۳. آزاد شدن مدياتورهای التهابی

طول مدت ایلئوس:

معدده: ۴۸ ساعت

روده ی باریک: کمتر از ۲۴ ساعت

کولون: ۳ تا ۵ روز

اگر ایلئوس بعد از ۳ تا ۵ روز از جراحی باقی باشد یا در غیاب عمل جراحی ایجاد شود
بررسی تشخیصی عوامل مستعد کننده و رد انسداد مکانیکی

سمع شکم شاخص قابل اعتمادی از برطرف شدن کامل ایلئوس نیست و شواهد کاربردی ترین
مثل دفع گاز و مدفوع مفیدترند

در ایلئوس طول کشیده باید انسداد مکانیکی رد شود و اختلالات الکترولیتی بررسی و اصلاح شود

گرافی های ساده تهیه میشود ولی معمولاً قادر به افتراق ایلئوس از انسداد مکانیکال نیستند لذا سی تی اسکن روش بهتری می باشد.

سی تی اسکن آبسه داخل شکمی یا سپسیس پریتونئال را هم نشان می دهد.

درمان ایلئوس:

NPO

NGT به شرط اتساع شدید یا استفراغ زیاد

اصلاح آب و الکترولیت

TPN در شرایطی که مدت ایلئوس طولانی شده باشد

موارد زیر در کاهش ایلئوس بعد از عمل اثبات شده اند:

۱. کاهش تجویز مایعات حین عمل
۲. کاهش دستکاری روده ها
۳. در صورت امکان جراحی لاپاراسکوپی
۴. استفاده از NSAID تزریقی به جای هر نوع اپیوئید
۵. استفاده از بی دردی اپیدورال یا بی حس کننده های موضعی
۶. پروتکل های تغذیه ای زودهنگام
۷. early ambulatory.

فیستول

فیستول یعنی ارتباط غیر طبیعی بین دو سطح اپیتلیالیزه

۸۰ درصد فیستولها یاتروژنیک هستند

علت:

انتروتومی

از هم گسیختگی آناستوموز روده ای

فیستول خودبه خودی بدون سابقه جراحی هم درکرون و کانسر اتفاق می افتد

انواع:

انتروانتريک

انتروکولیک

انتروزیکال

انتروکوتانه

فاکتورهایی که مانع بسته شدن فیستول می شوند:

- F:foreign bodies
- R: radiation
- I: inflammation, infection
- E: epithelialization of tract
- N: neoplasm, nutrition
- D: distal obstruction
- S: steroid, short tract <2cm

فیستولهای یاتروژنیک انتروکوتانه معمولاً در روزهای ۵ تا ۱۰ بعد از عمل ظاهر میشوند

علائم:

تب

لکوسیتوز

ایلئوس طول کشیده

تندرنس شکمی

عفونت زخم

معمولاً با آبسه های داخل شکمی همراهند

تشخیص:

سی تی اسکن باکنتراست خوراکی

اگر سی تی اسکن نتوانست آناتومی فیستول را نشان دهد، small bowel series یا
انتروکلازیس میکنیم.

اگر با این روش ها هم نتوانستیم آناتومی فیستول را نشان دهیم ناچاریم fistulogram انجام
دهیم.

درمان:

۱. اصلاح آب و الکترولیت و وضعیت تغذیه ای
۲. کنترل سپسیس با آنتی بیوتیک و درناژ آبسه ها
۳. کنترل پوست در برابر ترشحات فیستولی با تعبیه بگ استومی یا درن

در تصمیم گیری برای درمان فیستول انتروکوتانه باید امکان بسته شدن خود به خودی را به
حداکثر رساند

#دو چیز در این مرحله مهم است:

الف) تغذیه؛ اکثراً باید TPN شوند اما تغذیه روده ای یا دهانی در فیستول های low و دیستال را می توان امتحان کرد .

سوماتواستاتین خصوصاً در high output نقش دارد از طریق کمک به اصلاح آب و الکترولیتی و کمک به بسته شدن زودرس فیستول اما معلوم نیست بتواند احتمال بسته شدن خود به خودی را افزایش دهد.

ب) تایم: ۲ تا ۳ ماه زمان کافی است. فیستولی که بخواهد بسته شود معمولاً طی ۵ هفته به احتمال ۹۰ درصد بسته می شود اگر در این مدت بسته نشد باید surgery مد نظر قرار بگیرد

عوارض استوما

۱. نکروز ایسکمیک

۲. رترکشن استوما

۳. محل نامناسب

۴. درماتیت

۵. پرولاپس

۶. هرنی پاراستوما: موارد عارضه دار یا بزرگ پایدار نیاز به اقدام جراحی

۷. تنگی

اقدامات جهت پیشگیری از عوارض استوما

-اکسیژون قسمت حلقوی پوست تقریبا به سایز ۲ سانتی متر

-حفظ چربی زیرجلدی برای ایجاد حمایتی جهت استوما

-تعبیه ترانس رکتوس استوما

-محل دیفکت فاشیا به اندازه ۲ انگشت

-انتخاب روده ی نرمال

موبیلیزاسیون کافی روده برای اجتناب از کشش روی استوما

-حفظ جریان خون به انتهای روده

و...

