



جراحی لوزه سوم

تهیه کننده:

موسی چهری

شماره ۷۶

آموزش به مددجو

مجموعه کتابچه های آموزشی ضمن

خدمت پرستاری

مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)

که لوزه سوم از یک نسج لنفاوی تشکیل شده است، از حدود ۴ سالگی به بعد نسج لوزه تحلیل می رود. یکی از دلایلی که باعث می شود شکایت مریض کم شود این است که راه هایی هوایی و مسیر حلق و حنجره با افزایش سن بزرگ تر شده و در نتیجه لوزه سوم نسبت به این راه ها کوچک می شود. از طرفی خود لوزه ها هم به مرور زمان کوچکتر می شوند. بنابراین هم بزرگ شدن و باقی ماندن لوزه سوم در همان حالت اولیه هر دو موثر می باشند.

گاهی ممکن است این گونه نباشد و به مرور زمان بهبودی حاصل نشود و حتی در افراد بزرگتر و بچه های ۱۲ و ۱۴ ساله هم، لوزه سوم ایجاد مشکلات و عوارضی کند. در نتیجه بهتر است حتما با اولین مشکل نسبت به درمان اقدام شود و والدین نایستی در تمام موارد صبر کنند تا با افزایش سن مشکل بر طرف شد.

انواژیناسیون یکی از علل اصلی انسداد روده در کودکان است. در این حالت قطعه ای از روده به داخل مجرای روده پروگزیمال وارد می شود. این روند معمولاً از قسمت انتهایی ایلئوم آغاز می شود و به سمت کولون صعودی و عرضی و نزولی پیشرفت می کند. بندرت ممکن است انواژیناسیون از رکتوم به سمت بیرون پرولاپس پیدا کند. علت بروز انواژیناسیون مشخص نیست با وجود این محققان بر اساس اطلاعات اخیر چنین مطرح کرده اند که هیپرتروفی پلاکهای پیر در قسمت انتهایی ایلئوم به علت عفونت ویروسی، آغازگر این روند است پس حرکات پرستالتیک باعث می شود که روده واقع در قسمت دیستال این نقطه به داخل خود انواژیناسیون پیدا کند انواژیناسیون ایندوباتیک در کودکان حوالی سنین ۲۴-۶ ماهگی رخ می دهد. در سایر گروههای سنی باید احتمال وجود علت پاتولوژیک را برای شروع انواژیناسیون در نظر گرفت این علل پاتولوژیک عبارتند از: پولیپ، تومورهای بدخیم (مانند لنفوم) کیستها،

دوبلیکاسیون روده، یا دیورتیکول مکل، انواژیناسیونها را بندرت می توان از طریق انما با هوا یا ماده حاجب برطرف کرد. در این حالت باید با انجام جراحی نقطه شروع انواژیناسیون را مشخص و نسبت به جا اندازی آن اقدام کرد.

نظارات بالینی:

چون انواژیناسیون به دفعات قبل از عفونت ویروسی دستگاه گوارش رخ می دهد بنابراین ممکن است نتوان شروع آن را به راحتی تشخیص داد. بطور معمول شیر خواران مبتلا به انواژیناسیون دچار حملات درد کرامپی شکم و استفراغ های متناوب می شوند در فواصل حملات کودک ممکن است فعالیت طبیعی داشته باشد اما با پیشرفت بیماری شدید می شود احتمال خروج مدفوع بصورت زله کشمشی (currant-jelly) از رکتوم وجود دارد. اگر انواژیناسیون برطرف نشود در نهایت ناحیه انواژینه دچار گانگرن و پرفوراسیون می شود. در این معاینه بالینی: یک توده طویل در ربع فوقانی راست یا اپی گاستر به دست

می خورد در حالیکه ربع تحتانی راست شکم فاقد روده بنظر می رسد (نشانه Dance). این توده را می توان در رادیوگرافی ساده شکم نیز مشاهده کرد اما با انجام انما با هوا یا ماده حاجب مشاهده آن آسانتر است.

درمان:

تمام بیماران مبتلا به انواژیناسیون را باید از نظر وجود پرتونیت و بیماری شدید سیستمیک ارزیابی کرد. بعد از احیای بیمار و تجویز آنتی بیوتیکهای داخل وریدی، بررسی مناسب بودن شرایط کودک برای جا اندازی به روش رادیولوژی یا جراحی ضروری است. در صورت عدم وجود پرتونیت باید انواژیناسیون را از طریق جا اندازی به روش رادیولوژی برطرف نمود، اما در صورت وجود پرتونیت یا بدحال بودن بیمار، انجام لاپاراتومی فوری اندیکاسیون دارد. در بیماران بایدار انما با هوا ارزش تشخیصی و در اغلب موارد کاربرد درمانی دارد. میزان کلی موفقیت در روش جا اندازی رادیوگرافیک با توجه به تجربیات مراکز درمانی