Medical Journal of Mashhad
University of Medical Sciences
Vol.50, No: 97, P: 275 - 282
Autumn 2007

مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
شماره ۹۷، سال ۵۰
پائیز ۸۶، صفحه: ۲۸۲ - ۲۷۵

مقاله اصلی

مقایسه بوژیناژ پیلور به وسیله انگشت با پیلورومیوتومی یا پیلوروپلاستی در اعمال جراحی جایگزین معده به دنبال ازوفاژکتومی

*علی جنگجو[۱] MD، مصطفی مهرابی[۲] MD، کامران کاویانی[۳] MD، احمد آموزشی[۴] MD

[۱]استادیار جراحی، [۲]دانشیار جراحی، [۳]دستیار جراحی، [۴]دستیار جراحی - بیمارستان امام رضا (ع)

تاریخ دریافت: ۸۵/۶/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۸۶/۵/۲۲

خلاصه

مقدمه: یکی از مشکلاتی که در عده ای از بیمارانی که برای حذف مری و جایگزینی معده انتخاب شده اند، بروز می کند، انسداد عملی پیلور است و لذا یک عمل درناژ معده مثل پیلورومیوتومی یا پیلوروپلاستی همزمان نیاز دارند (۱). در مطالعه حاضر هدف، معرفی روش درناژ معده به وسیله بوژیناژ بسته پیلور با انگشت به جای پیلوروپلاستی یا پیلورومیوتومی بوده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی از سال ۱۳۸۱ - ۱۳۸۴ در بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شده است. ۸۵ بیمار مبتلا به سرطان مری که ازوفاژکتومی و جایگزینی معده به جای مری برای آن ها انجام شد، مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۱ بیمار به صورت تصادفی تحت اعمال پیلورومیوتومی یا پیلوروپلاستی(گروه A) و ۲۴ مورد تحت بوژیناژ پیلور با انگشت (گروه B) قرار گرفتند. روز نهم با اسکن تخلیه معده سرعت عبور مواد از معده اندازه گیری شد. بیماران در سه گروه طبیعی، تأخیری و انسداد کامل تقسیم شدند. مشخصات فردی، نتایج اعمال جراحی و اسکن تخلیه ای در پرسشنامه جمع آوری و توسط آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و آزمون های کای دو، کای اسکوئر پردازش شد.

نتایج: ۵۸ بیمار با میانگین سنی ۵۸ سال بررسی شدند.۴۰ نفر (۶۹٪) مرد و ۱۸ نفر (۳۱٪) زن بودند. ۳۱ مورد (۵۳/۴٪) تحت بوژیناژ پیلور با انگشت، ۲۴ مورد (۴۲/۴٪) پیلورومیوتومی، دو مورد (۳/۴٪) پیلوروپلاستی و در یک مورد نیز هیچ اقدامی بر پیلور صورت نگرفت. هشت مورد (۱۳/۸٪) عفونت برش جراحی دیده شد که یک مورد در گردن و هفت مورد در شکم بود. دو بیمار (۳/۴٪) دچار فیستول گردن و یک مورد (۱/۷٪) دچار فیستول در توراکس شدند و سه مورد شیلوتوراکس پیدا کردند. آسیب تراشه در یک مورد و نشت از محل ژژنوستومی نیز در یک مورد روی داد. اسکن تخلیه در ۵۳ بیمار انجام شد. نتیجه اسکن در ۴۴ مورد (۷۵/۹٪) طبیعی، هشت مورد (۱۳/۸٪) با تأخیر و در یک مورد (۱/۷٪) انسداد کامل پیلور را نشان می داد.

نتیجه گیری: در حالی که اغلب جراحان روش ترانس هیاتال را به عنوان روش تسکینی قبول دارند، عده ای آن را بهترین روش در هر مرحله ای می دانند. آسیب مجاری هوایی در حین عمل در قسمت غیر غضروفی مجاری هوایی روی داده، در صورتی که کوچک باشند اغلب با درمان نگهدارنده و با عبور دادن لوله تراشه یا تراکئوستومی به بعد از محل آسیب درمان می شوند. جراحی در موارد آسیب شدید یا عدم جواب به درمان نگهدارنده توصیه می شود. درمان اولیه اغلب فیستول های ایجاد شده در ناحیه گردن، نگهدارنده است. در مواردی که جدا شدن آناستوموز وسیع باشد یا بعد از ۳ هفته به درمان نگهدارنده جواب ندهند، یا فیستول های داخل توراکس توصیه به مداخله جراحی می شود. در مطالعه حاضر انسداد یا ااستاز معده از نظر آماری هیچ ارتباطی به نوع عمل انجام شده بر پیلور نداشت. لذا توصیه این مطالعه به جایگزینی بوژیناژ پیلور با انگشت به جای پیلورومیوتومی یا پیلوروپلاستی است.

کلمات کلیدی: فارنگولارنگوازوفاژکتومی، ازوفاژکتومی، ترانس هیاتال، بوژیناژ پیلور، پیلورومیوتومی، پیلوروپلاستی

* مشهد - بیمارستان امام رضا (ع)، گروه جراحی - تلفن: ۸۵۲۵۲۵۵ - نویسنده رابط