

## انسداد الأمعاء الحاد الجراحي عند البالغين

\* الدكتور فؤاد حاج قاسم

\*\* الدكتور أكثم قنجرأوي

\*\*\* علي علان

(تاريخ الإيداع 8 / 10 / 2009. قُبل للنشر في 2 / 12 / 2009)

### □ ملخص □

تمت دراسة (252) مريضاً قبلوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بتشخيص اشتباه انسداد أمعاء، وذلك من بداية شهر آب 2002 ولغاية نهاية شهر آب 2009 (7 سنوات). يهدف هذا البحث إلى دراسة أسباب انسداد الأمعاء الحاد وتقويم نتائج التدبير الإسعافي. كانت نتائج البحث على النحو الآتي: معظم أسباب الانسداد المعوي (88.88%) كانت بسبب الالتصاقات (61.11%) والفتوق الإربية (27.77%). بلغت نسبة الأسباب الأخرى التي تتضمن التشنجات - الانفتال - التضيقات - الانغلاف (11.12%) من المرضى. بلغت حساسية صورة البطن البسيطة في التشخيص (97.67%) وبلغت نوعيتها (70.27%). خضع 183 مريضاً لعمل جراحي وحوالي (46%) تطلبوا قطع أمعاء، وذلك في المجموعة المتأخرة من الانسدادات الالتصاقية مع نسبة وفيات كلية بلغت 6.3%، ونسبة مراضة كلية بلغت (8.6%).

**الكلمات المفتاحية:** الانسداد المعوي، العمليات الإسعافية.

\* أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\* أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*\* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Acute Surgical Intestinal Obstruction in Adults

Dr. Fouad Haj Kassem \*

Dr. Aktham kanjarawi\*

Ali Allan\*\*\*

(Received 8 / 10 / 2009. Accepted 2 / 12 / 2009)

### □ ABSTRACT □

This study included (252) patients admitted and treated in the Department of Emergency at Al-Assad University Hospital in Lattakia. with a clinical diagnosis of acute intestinal obstruction from August 2002 to August 2009 inclusive. This study aims to describe the causes of acute intestinal obstruction and assess the results of emergency management. The results of the study were as follows: most causes of intestinal obstruction (nearly 88.88%) were caused by postoperative adhesions (61.11%) and strangulated external hernias (27.77%). All other causes of obstruction including neoplasia, volvulus, strictures, and intussusceptions accounted for (11.12) of the patients. The sensitivity and specificity of the plain abdominal x-rays were (97.67%) and (70.27%), respectively. (221) patients were operated upon and nearly about (46%) required bowel resections in the delayed group of patients with adhesive obstruction, with an overall mortality of 6.3% and overall morbidity of 8.6%.

**Keywords:** intestinal obstruction, emergency operations

---

\*Professor, Department of surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\*Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**مقدمة:**

عرف انسداد الأمعاء ووصف وعولج من قبل أبو قراط، وسجلت أول عملية بالفعل من قبل براكساغوراس (Praxagoras) حوالي (350) قبل الميلاد عندما أجرى ناسور معوي جلدي لقطعة من المعوي لإراحة الانسداد. [1]

يعد انسداد الأمعاء إحدى المشكلات الشائعة داخل البطن التي تواجه الجراحين العاميين في ممارستهم العملية، كما أن انسداد الأمعاء الدقيقة أو الغليظة سبب رئيس للمراضة وللوفيات سواء كان السبب الفتوق أم الأورام أو الالتصاقات أو بسبب الاضطرابات الكيميائية الحيوية. يمكن أن يقي التشخيص والعلاج الباكر في كل الأعمار من الإقفار اللاعكوس والنخر ضمن للمعة، وبذلك ينقص نسبة المراضة ونسبة الوفيات على المدى الطويل. بالرغم من العديد من التقدم في الوسائل التشخيصية والعلاجية سيبقى انسداد الأمعاء مشكلة جراحية مستمرة. [1]

**تعريف انسداد الأمعاء:** الانسداد المعوي هو حالة سريرية مرضية ناجمة عن توقف مرور محتويات الأمعاء من الأقسام الدانية للأمعاء إلى الأقسام القاصية، كما يتوقف طرحها إلى خارج الجسم عبر فوهة الشرج، وذلك إما بسبب وجود عائق فيزيائي أو بسبب غياب التمعجات المعوية. يمكن أن يحدث هذا الانسداد في الأمعاء الدقيقة فقط (انسداد الأمعاء الدقيقة)، أو في الأمعاء الغليظة (انسداد الأمعاء الغليظة) أو بوساطة تبدلات جهازية مصيباً الأمعاء الدقيقة والغليظة (العلوص المعمم). يمكن أن يشمل الانسداد انسداداً ميكانيكياً أو بالمقابل يمكن أن يعزى لحركية غير فعالة من دون أي انسداد فيزيائي، ويدعى انسداداً وظيفياً "انسداداً كاذباً" أو علوصاً. يمكن أن يصنف انسداد الأمعاء أيضاً تبعاً للأسباب المرضية (انسداد ميكانيكي أو وظيفي)، ووقت التظاهر وفترة الانسداد (انسداد حاد أو مزمن)، وامتداد الانسداد (جزئي أو تام)، نمط الانسداد (انسداد بسيط أو عروة مغلقة أو مختنق). يسمى النوعان الأخيران "انسداداً مركباً".

حوالي (80%) من انسداد الأمعاء يحدث في الأمعاء الدقيقة، و (20%) تحدث في الكولون. سرطان الكولون والمستقيم مسؤول عن (60 - 70%) من مجمل انسدادات الأمعاء الغليظة، بينما التهاب الرتوج والافتتال مسؤول عن (30%) الباقية.

يشبه بتشخيص انسداد الأمعاء سريرياً بالاعتماد على وجود الأعراض والعلامات السريرية (ألم بطني، وغثيان وإقياء، وإمساك معد، وتمدد البطن)، ويثبت بعد ذلك بالاختبارات الشعاعية مثل صورة البطن البسيطة أو بطرق أكثر حداثة مثل الطبقي المحوري. [2]

المعالجة جراحية إسعافية وتتعلق بنوع الانسداد وسببياته ومدته وما رافقه من مضاعفات. فالجراحة تتراوح ما بين رد الفتق المختنق أو رد انغلاق أو تسوية انفتال معوي أو استئصال الشرائط أو اللجم الصفاقية وفك الالتصاقات إلى استئصال الأمعاء الجزئي أو شبه التام وإجراء المفاغرات أو فغر (stoma) الأمعاء بالاعتماد على علامات قابلية الأمعاء للحياة (اللمعان، اللون، التمعجات، النبض الشرياني).

عادة لا تجرى الجراحة إلا بعد تحضير المريض لها بهدف تحسين الحالة العامة للمريض، وإصلاح حالة التجفاف واضطراب السوائل والشوارد، وتتضمن مرحلة تحضير المريض للجراحة ما يأتي: الرشف المعوي الأنفي - إصلاح اضطراب التوازن السائلي/الشاردي - إعطاء الصادات - مراقبة الحصيل البولوي.

## أهمية البحث وأهدافه:

تكمُن أهمية البحث من كون انسداد الأمعاء الحاد من الآفات المرضية الشائعة نسبياً، إذ تشكل حوالي (3-4%) من حالات البطن الحاد التي ترافقها نسبة عالية من الوفيات (15-20%)، وهي تحتاج لتشخيص باكر وتديبير سريع. ومن هنا كانت أهداف البحث:

1. دراسة أسباب انسداد الأمعاء الحاد.
2. تقويم نتائج التدبير الإسعافي.

## طرائق البحث ومواده:

تمت دراسة (252) مريضاً قبلوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بتشخيص اشتباه انسداد أمعاء (توقف خروج غازات وغائط - سويات سائلة غازية على صورة البطن البسيطة). وذلك من بداية شهر آب 2002 ولغاية نهاية شهر آب 2009 (7 سنوات).

الوسائل التشخيصية المتبعة: القصة السريرية - الفحص السريري - صورة البطن البسيطة - الأمواج فوق الصوتية - الطبقي المحوري - صورة ظليلة للجهاز الهضمي (اللقمة الباريتية والرحضة الباريتية) - التنظير الهضمي. أجري لكل مريض استمارة تتضمن ( عمر المريض - مكان الإقامة - التشخيص المبدئي - السوابق الجراحية - الأمراض المرافقة - العلاج الجراحي المتبع - التشخيص النهائي بعد العمل الجراحي )

أجريت استشارات تخصصية عند المرضى ذوي الخطورة.

تم تحديد الجراحة كجراحة إسعافية (خلال 48 إلى 72 ساعة) أو جراحة مؤجلة (بعد عدة أيام). تم تسجيل موجودات الجراحة والمتضمنة موقع الانسداد والإجراء الجراحي المتبع. جميع الوفيات سجلوا ونسبة الوفيات تشير للوفيات الحاصلة خلال فترة القبول نفسها.

## النتائج والمناقشة:

### النتائج:

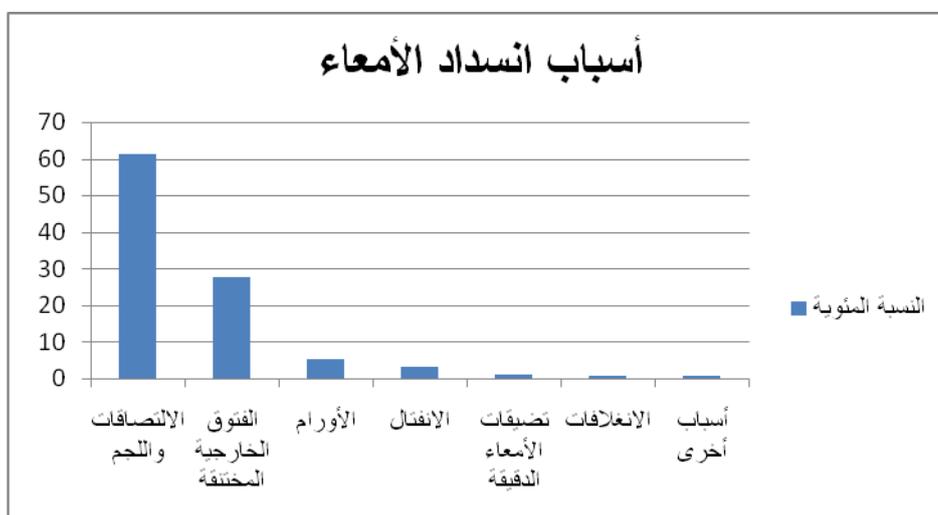
تمت دراسة (252) مريضاً قبلوا وعولجوا في الجراحة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية قسم الإسعاف بتشخيص شك انسداد أمعاء خلال فترة (7) سنوات. استثنى من الدراسة جميع المرضى الذين أعمارهم دون (18) سنة.

1. أسباب انسداد الأمعاء :

الجدول رقم (1): يبين أسباب انسداد الأمعاء.

النسبة المئوية	عدد المرضى	السبب
61.11	154	الالتصاقات واللحم
27.77	70	الفتوق الخارجية المختنقة
5.15	13	الأورام
3.17	8	الانفتال
1.19	3	تضيقات الأمعاء الدقيقة

0.79	2	الانغلاقات
0.79	2	أسباب أخرى
100	252	المجموع



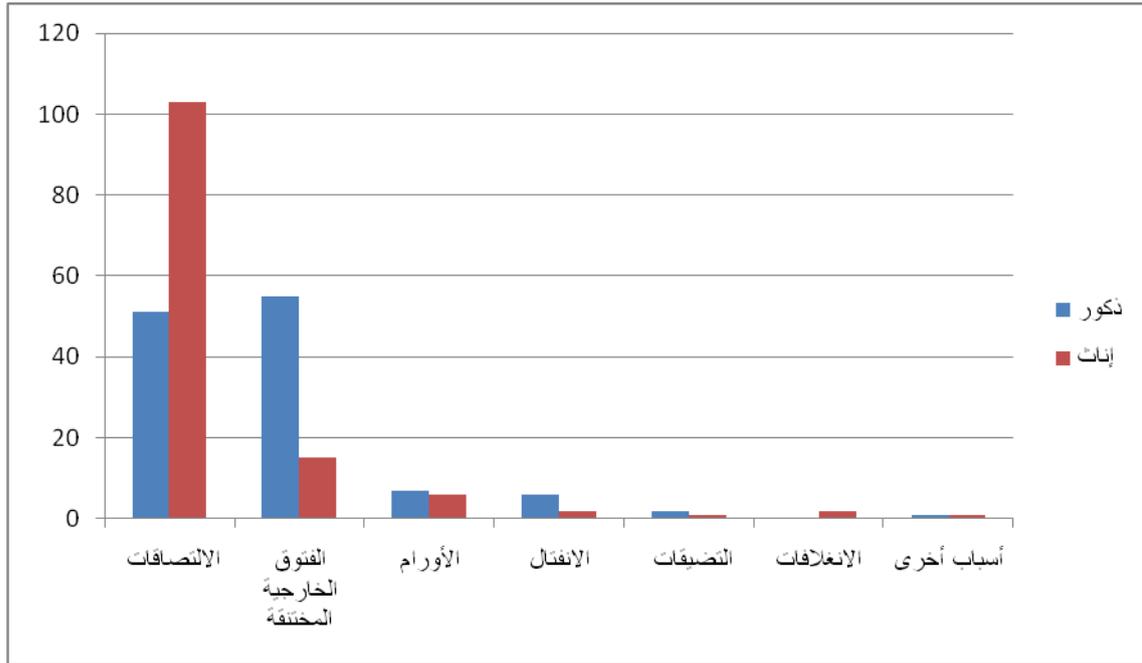
المخطط رقم (1): يبين نسب توزع أسباب انسداد الأمعاء.

## 2. توزع أسباب الانسداد حسب الجنس والعمر:

الجدول رقم (2): يبين توزع أسباب الانسداد حسب الجنس والعمر.

سبب الانسداد	عدد المرضى	ذكور	إناث	متوسط العمر (بالسنوات)	النسبة المئوية
الالتصاقات	154	51	103	32	61.11
الفتوق الخارجية المختنقة	70	55	15	43	27.77
الأورام	13	7	6	65	5.15
الانفتال	8	6	2	56	3.17
التضيقات	3	2	1	30	1.19
الانغلاقات	2	0	2	35	0.79
أسباب أخرى	2	1	1	54	0.79
المجموع	252	122	130	-	100

يبين الجدول (2) أن نسبة إصابة الإناث أعلى من نسبة إصابة الذكور وهي (1:1.1)



المخطط رقم (2): يبين نسب توزع أسباب انسداد الأمعاء.

### السيببات:

كانت الالتصاقات التالية للجراحة هي السبب الرئيس لحدوث انسداد الأمعاء، وكانت الالتصاقات بعد العمليات الجراحية موزعة كما في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3): يبين الإجراءات الجراحية بسبب الالتصاقات التالية للجراحة.

عدد المرضى	الجراحات السابقة
29	استئصال الزائدة الدودية
21	استئصال المرارة
12	استئصال الطحال
10	العمليات النسائية والقيصرية
7	إغلاق إنثقاب معدي عفجي
1	الانفتال
30	غير معروف
110	المجموع

وجدت 44 حالة من الالتصاقات الأولية بفتح البطن (6 حالات عبارة عن أشربة خلقية 38 حالة عدت التصاقات تالية للالتهاب والتي كانت في الغالب ناتجة عن داء كرون). جميع حالات الانفتال التي بلغت 8 كانت في الكولون السيني.

هناك 13 مريضاً ممن لديهم انسداد أمعاء كان سببه ورم داخل البطن. تضمنت الأورام سرطان القولون الأيمن (3)، سرطان الكولون الأيسر (6)، لمفوما الأمعاء الدقيقة (1)، سرطان الصائم (1)، وحالتان لسرطان لفانفي ثانوي من

سرطان مبيض أولي. من (3) تضيقات للفائفي الإنتهائي كان هناك حالة بسبب السل وحالتان لتضيقات تالية للمفاغرات.

كان هناك حالتان من الانغلاف للفائفي الكولوني لدى النساء الشابات بعمر ( 29 و 35 سنة). سببان آخران تضمن حالة انسداد أمعاء بحصاة مرارية لدى سيدة بعمر 38 سنة وحالة لانسداد أمعاء دقيقة منفثة ضمن ضعف في الرباط العريض لدى سيدة عمرها 65 سنة.

تمت مقارنة أسباب الانسداد المعوي في دراستنا مع الدراسات العالمية في الجدول (4).

الجدول رقم (4): المقارنة بين نسب أسباب الانسداد المعوي في مجتمعات مختلفة.

سبب الانسداد	دراستنا	دراسة إفريقية في (GHANA) [3]	النسب العالمية (Maingot) [1]
الالتصاقات	61.11	27.20	40-80
الفتوق الخارجية المختنقة	27.77	63.18	15-20
الأورام	5.15	2.15	5-10
الانفتال	3.17	5.83	5-10
التضيقات	1.19	0.78	1-2
الانغلاقات	0.79	0.47	1
أسباب أخرى	0.79	0.47	1

#### الدراسة الإحصائية:

تم تشخيص انسداد الأمعاء بالاعتماد على الإشتباه السريري (ألم بطني - توقف خروج الغاز والغائط) وعلى صورة البطن البسيطة بوضعية الوقوف (سويات سائلة غازية) ووضع التشخيص النهائي بعد الجراحة.

ولدراسة حساسية ونوعية صورة البطن البسيطة في تشخيص الانسداد المعوي نستخدم جدول التكرارات الآتي:

نتيجة صورة البطن البسيطة	يوجد انسداد جراحيا	لا يوجد انسداد جراحيا	مجموع العينة
سويات سائلة غازية	a	b	a+b
عدم وجود سويات سائلة غازية	c	d	d+c
مجموع النتائج	a+c	b+d	n=a+b+c+d

و جاءت النتائج على الشكل الآتي :

نتيجة صورة البطن البسيطة	يوجد انسداد جراحيا	لا يوجد انسداد جراحيا	مجموع العينة
سويات سائلة غازية	210	11	221
عدم وجود سويات سائلة غازية	5	26	31
مجموع النتائج	215	37	n=252

و بافتراض أنه لا يوجد مرضى لم يشخص لديهم سويات سائلة غازية بالصورة البسيطة و كانوا في الواقع عكس هذا، و كذلك في الحالة المعاكسة ، و ذلك لعدم توفر وسائل فحص أخرى.

نستنتج من جدول التكرارات السمات المميزة لصورة البطن البسيطة في تشخيص الانسداد المعوي:

أولاً: حساسية الاختبار : نستخدم القانون  $Sensitivity = a \ / \ (a+c)$

$$\text{الحساسية} = 210 \ / \ (210+5) * 100 = 97.67 \%$$

ثانياً: نوعية الاختبار : نستخدم القانون  $Specificity = d \ / \ (b + d)$

$$\text{النوعية} = 26 \ / \ (26+11) * 100 = 70.27 \%$$

ثالثاً: القيمة التنبؤية الإيجابية : نستخدم القانون  $Positive predictive value = a \ / \ (a + b)$

$$\text{القيمة التنبؤية الإيجابية} = 210 \ / \ (11+210) * 100 = 95.02 \%$$

رابعاً: القيمة التنبؤية السلبية : نستخدم القانون  $Negative predictive value = d \ / \ (c + d)$

$$\text{القيمة التنبؤية السلبية} = 26 \ / \ (26+5) * 100 = 83.87 \%$$

**الجراحة:**

تم خضوع (183) مريض أي (72.62%) لعمل جراحي بسبب انسداد الأمعاء خلال فترة العلاج الجدول 5.

الجدول رقم (5): علاج ونتائج الانسدادات المعوية الناتجة عن الأسباب المختلفة.

عدد الوفيات	قطع الأمعاء	عدد المرضى	المدخلة الجراحية	سبب الانسداد
-	1	9	جراحة خلال 48 ساعة	الالتصاقات التالية للجراحة
5	9	46	التأخر حتى 72 ساعة	
-	1	2	جراحة خلال 48 ساعة	الالتصاقات البدئية
1	2	39	التأخر حتى 72 ساعة	
1	7	54	جراحة خلال 48 ساعة	الفتوق
2	4	11	التأخر حتى 72 ساعة	
1	4	5	جراحة خلال 48 ساعة	انفتال السين
1	2	2	التأخر حتى 72 ساعة	
-	9	9	جراحة خلال 48 ساعة	الأورام
1	2	2	التأخر حتى 72 ساعة	
-	2	2	جراحة خلال 48 ساعة	الانغلاف
-	-	-	التأخر حتى 72 ساعة	

توزع المرضى حسب سبب الانسداد وعدد المرضى الخاضعين للجراحة مبين في الجدول 6 .

الجدول رقم (6): توزع المرضى حسب سبب الانسداد المعوي وخضوعهم للجراحة.

سبب الانسداد	عدد المرضى بدون جراحة	عدد المرضى الخاضعين للجراحة
--------------	-----------------------	-----------------------------

55	55	الالتصاقات التالية للجراحة
41	3	الالتصاقات البدئية
65	5	الفتوق
11	2	الأورام
7	1	انفتال السين
2	-	الانغلاف
2	1	تضيقات الأمعاء الدقيقة
-	2	الأسباب الأخرى
183	69	المجموع

أجريت الجراحة الاسعافية (خلال 72 ساعة) لدى مرضى الالتصاقات التالية للجراحة بنسبة (50%) من المرضى (110/55) مع قطع أمعاء بنسبة (18.18%) (55/10). الإجراءات الجراحية والنتائج لأسباب الانسداد لخصت في الجدول 5.

أجريت قطوع أمعاء أخرى والتي تتضمن 3 استئصال قولون أيمن و4 عمليات هارتمان (Hartman) بسبب وجود أورام في الكولون الأيسر تجتاح القسم العلوي من المستقيم و2 استئصال قولون أيسر من أجل انسداد قولون سرطاني و2 استئصال قولون أيمن من أجل انغلاف لفائفي قولوني.

9 فتوق تتألف من 2 إربي 4 سري 1 شرسوفي و 1 فخذي و1 اندحافي تراجعت خلال 4-6 ساعات من القبول وتم إصلاحها خلال أسبوع من القبول.

#### معدل الوفيات:

توفي 16 مريضاً خلال فترة القبول بسبب الانسداد المعوي بمعدل وفيات عام 6.3% منهم 12 مريضاً توفوا بعد خضوعهم للجراحة و 4 مرضى من دون جراحة. نقص الوعي الصحي والصعوبة في الإجراءات الاستقصائية الشعاعية والتأخر في تحويل المريض إلى المشفى كانت بعض أسباب الكشف المتأخر. عزيت الـ 4 وفيات قبل الجراحة إلى اجتماع صدمة نقص الحجم وانسمام الدم بالبولية الدموية (uremia) والانتان والاستنشاق.

من أصل 12 وفاة حدثت بعد الجراحة وفاتين (16.66%) حدثت خلال 48 ساعة الأولى بعد الجراحة و10 وفيات (83.34%) خلال ثلاثة أيام. هبوط الضغط الشديد وشح البول ووزمة الرئة كانت بعض الموجودات في حالتها الوفاة الباكرة التالية للجراحة. عزيت الـ 10 حالات وفاة الأخرى بشكل أساسي إلى التهاب الصفاق التالي للجراحة. بلغت نسبة الوفيات التالية للجراحة 6.5%.

#### المرضاة:

بلغت نسبة المرضاة الكلية (8.6%). وكانت المضاعفات الخاصة الأساسية التالية للجراحة هي: انسداد الأمعاء الباكر التالي للجراحة - النواسير المعوية - الخراجات داخل البطن - النكس. مع العلم أنه من الممكن وجود أكثر من مضاعفة لدى المريض نفسه.

كانت المضاعفات الأساسية في المجموعة التي خضعت لقطع الأمعاء وهي: الناسور المعوي الجلدي وخراج الجرح والطفح الجلدي على البطن. توزع مرضى المضاعفات مبين في الجدول (7).

الجدول رقم (7): توزيع المرضى حسب المضاعفات.

عدد المرضى	المضاعفات	
11	انسداد الأمعاء الباكر التالي للجراحة	المضاعفات الخاصة التالية للجراحة
7	النواسير المعوية	
4	الخراجات داخل البطن	
2	النكس	
3	الناسور المعوي الجلدي	المضاعفات بعد قطع الأمعاء
4	خمج الجرح	
2	الطفح الجلدي على البطن	
16	عدد الوفيات الكلي	
49	المجموع	

### المناقشة:

تم البدء في هذه الدراسة في الأصل لتحديد أسباب الانسداد المعوي في بيئتنا هذه الأيام. معظم أسباب الانسداد المعوي (88.88%)، كانت بسبب الالتصاقات والفتوق الإربية المختنقة (جدول 1 و 2). يلاحظ غلبة الالتصاقات على الفتوق الخارجية المختنقة كسبب لانسداد الأمعاء، ويعود ذلك غالباً للنمو الواسع للجراحة العلاجية داخل البطن في النصف الثاني من القرن العشرين وبالتالي زيادة في تكرار الانسدادات الالتصاقية التالية للجراحة ونقصان نسبي في الانسداد التالي للفتوق، كما يلعب التشخيص الباكر وإصلاح فتوق جدار البطن دوراً إضافياً في نقصان تكرار الفتوق الخارجية المختنقة كسبب لانسداد الأمعاء. بالنسبة إلى الالتصاقات الأولية التي بلغت (44) حالة من أصل (154) حالة لانسداد معوي التصاقي أي بنسبة (28.57%) كانت بمعظمها ناتجة عن داء كرون، يلاحظ غلبة الانسدادات المعوية التالية للالتصاقات لدى الإناث بالمقارنة مع الذكور ربما بسبب كثرة العمليات الحوضية النسائية المجراة عند الإناث. يمكن أن ينقص التطبيق الواسع للإجراءات التنظيرية ذات المقاربة الصغرى في المستقبل تكرار انسداد الأمعاء التالي للالتصاقات التالية للجراحة. [4] يلاحظ غلبة تكرار الفتوق المختنقة لدى الذكور كسبب لانسداد الأمعاء بسبب غلبة الفتوق الإربية عند الذكور. بالنسبة إلى تكرار انسداد الأمعاء الخبيث (5.15%) يلاحظ كثرة الانسدادات الورمية الناشئة على حساب الكولون والمستقيم.

موضوعنا الثاني: هو ملاحظة أي تغيرات في أسباب الانسداد المعوي الحاد هذه الأيام بالمقارنة مع الأسباب التي نشرت في الدراسات السابقة - على امتداد ثلاثة عقود ونصف - على مجتمعات مشابهة [5-7]. من الواضح من الدراسات الحالية والدراسات السابقة أن نسبة حدوث الانسدادات الالتصاقية بلغت أكثر من الضعف مع تناقص متناسب في حدوث الفتوق المختنقة خلال الفترة المحددة جدول (4). التأثير المحتمل لنمط التغير هذا لانسداد الأمعاء على نسبة المراضة يجب تحديده بشكل دقيق. الانتقال المشابه من نمط سيطرة الفتق لانسداد إلى زيادة الانسدادات الالتصاقية لوحظت في مجتمعات أخرى. السبب الرئيس في هذه الانتقالات هو زيادة الإصلاحات الجراحية الانتخائية للفتوق [8] والزيادة في إجراء العمليات البطنية. هذه الجهود المبذولة للإصلاح الانتخائي للفتوق تملك إمكانية تقليل سبب لانسداد المعوي يمكن الوقاية منه وبالتالي تنقص نسبة الوفيات المرتفعة المرافقة.

يعكس نمط العلاج الجراحي في هذه الدراسة (جدول 5) المقارنة الأساسية المتبعة لمقاربة علاج المرضى المصابين بانسداد الأمعاء في مشفانا. بعد إنعاش المريض تجرى الجراحة الباكرة لدى نسبة مرتفعة (77.14%) من المرضى المصابين بالفتوق، بالمقابل (50%) من الانسدادات الالتصاقية التالية للجراحة تستجيب لفترة من العلاج المحافظ، وبذلك نتجنب الجراحة. على أية حال نسبة الاستئصالات بلغت (48%) في المجموعة المتأخرة من المرضى المصابين بانسداد التصاقي الذي يدل على الحاجة إلى مراقبة حثيثة لهؤلاء المرضى خلال المعالجة المحافظة لاكتشاف علامات الاختناق بشكل مبكر.

نسبة قطوع الأمعاء المرتفعة نسبياً (12.6%) في الانسدادات الالتصاقية البديئة التالية للتهاب (جدول 5) من الممكن أن تعزى للطبيعة الكثيفة جداً للالتصاقات [9] بالإضافة إلى التأخير في المداخلة الجراحية. في حال غياب سبب واضح للانسداد هنا ينصح بالجراحة الباكرة بشكل قوي لتجنب الاختناق وتجنب الحاجة لقطع الأمعاء.

نسبة المراضة الكلية البالغة (8.6%) هي نسبة مقبولة بالمقارنة مع النسبة الموجودة في دراسات على مجتمعات مشابهة. يمكن أن يعزى هذا جزئياً إلى اختلاف في تجمع الحالات، على أية حال تقريباً كل حالات الوفاة التالية للجراحة في هذه الدراسات حدثت خلال 3 أيام مع (73%) من الحالات حدثت خلال 48 ساعة. التظاهر المتأخر والحكم السريري الضعيف والترشيح للجراحة لدى المرضى المحضرين بشكل غير كافٍ يمكن أن يكون سبباً لهبوط الضغط وشح البول وتبولن الدم والتي تلاحظ في المراضات الباكرة. التظاهرات الأبركر يمكن أن تنقص نسبة المراضة المرتفعة.

تأثير الاختناق المديد على نسبة المراضة ملفت للنظر. في مجموعة الفتوق على سبيل المثال بلغت نسبة المراضة (2.6%) لدى المرضى الذين خضعوا للجراحة خلال 48 ساعة والتي ازدادت بشكل ملحوظ إلى (22.5%) لدى المرضى الذين خضعوا للجراحة خلال 72 ساعة. يجب بذل كل الجهود لإجراء الجراحة الباكرة لدى هؤلاء المرضى.

في هذه الدراسة نسبة المراضة الكلية التالية للجراحة بلغت (8.6%)، وهي نسبة مقبولة مقارنة بالنسب العالمية البالغة (3-30%).

نحتاج لإجراءات حاسمة لإنقاذ نسبة الوفيات المرتفعة التي يمكن الوقاية منها، والتي تؤثر على أكثر القطاعات الاقتصادية إنتاجاً (جدول 2).

### الاستنتاجات والتوصيات:

1. معظم أسباب الانسداد المعوي كانت بسبب الالتصاقات والفتوق الإربية مع غلبة الالتصاقات على الفتوق الخارجية المختنقة كسبب لانسداد الأمعاء.
2. بالنسبة إلى الالتصاقات الأولية كانت بمعظمها ناتجة عن داء كرون.
3. في حال غياب سبب واضح للانسداد، هنا ينصح بالجراحة الباكرة بشكل قوي لتجنب الاختناق وتجنب الحاجة لقطع الأمعاء.
4. نسبة الاستئصالات المرتفعة في المجموعة المتأخرة من المرضى المصابين بانسداد التصاقي الذي يدل على الحاجة إلى مراقبة حثيثة لهؤلاء المرضى خلال المعالجة المحافظة لاكتشاف علامات الاختناق بشكل مبكر.

5. الكشف المتأخر والحكم السريري الضعيف والترشيح للجراحة لدى المرضى المحضرين بشكل غير كافٍ يمكن أن يكون سبباً لهبوط الضغط وشح البول وتبولن الدم والتي تلاحظ في المراضات الباكرة. التظاهرات الأبركر يمكن أن تنقص نسبة المراضة المرتفعة.
6. تأثير الاختناق المديد على نسبة المراضة ملفت للنظر. لذلك يجب بذل كل الجهود لإجراء الجراحة الباكرة لدى هؤلاء المرضى.
7. نحتاج لإجراءات حاسمة لإنقاص نسبة الوفيات المرتفعة التي يمكن الوقاية منها والتي تؤثر على أكثر القطاعات الاقتصادية إنتاجاً.
8. بالنسبة إلى المواد التي توقي من تشكل الالتصاقات التالية للجراحة والتي تطبق في أثناء العمليات الجراحية على البطن تحتاج لدراسات أخرى مستقلة وفي مراكز متخصصة.

### المراجع:

1. ZINNER, M, J. ; ASHLEY, A, W. *Maingot's Abdominal Operations*. 11<sup>th</sup> ED, England, 2004, 1232.
2. FICHER, M. ; JOSEF, E. *Mastery Of Surgery*. 5<sup>th</sup> ED, Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2007, 2626.
3. OHENE-YEBOAH, M. ; ADIPPAH, E. *Acute Intestinal Obstruction in Adults in Kumasi, Ghana*. Ghana Medical Journal Ghana, Vol. 40, N°. 2, 2006, 50-54.
4. DUEPREE, J. ; DELANEY, C. *Does means of access affect the incidence of small bowel obstruction and ventral hernia after bowel resection? Laparoscopy versus laparotomy*. Journal American Collage of Surgery U.S.A. Vol. 197, N°. 3, 2003, 177-181.
5. NAAEDER, S. ; ARCHAMPONG, E. *Changing pattern of acute intestinal obstruction in Accra*. West Africa Journal of Medical . Vol. 12, N°. 4, 1993, 82-88.
6. ARCHAMPONG, E. ; OWUSU, P. *The pattern of acute intestinal obstruction at Korle Bu Teaching Hospital, Accra*. . West Africa Journal of Medical . Vol. 3, N°. 5, 1984, 263-270.
7. BADOE, E. *Acute intestinal in Korle Bu Teaching Hospital, Accra*: Ghana Medical Journal Ghana, Vol. 9, N°. 6, 1970, 283-287.
8. NELSON, W ; ELLIS, H. *The spectrum of intestinal obstruction today*. The Britch Journal Clinical Practic England. Vol. 23, N°. 4, 1984, 249-251.
9. GILROY, B. *Adhesive obstruction*. Annal Roy Collage of Surgery England. Vol. 60, N°. 1, 1984, 164-169.