

## الالتصاقات البريتوانية ما بعد الجراحة على البطن

الدكتور فؤاد عبد القادر حاج قاسم\*

(قبل للنشر في 2004/1/27)

### □ الملخص □

- أكدت معظم الدراسات على ارتفاع نسبة حدوث الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة خلال الأربعين سنة الماضية ، وهذا ما أكدته دراستنا أيضاً على عدد كبير من المرضى /561/ مريض خلال /10/ سنوات ، حيث تبين أن:
- الالتصاقات البطنية قد تتشكل بعد أسبوع واحد فقط أو خلال /50/ عاماً من بدء إجراء الجراحة على البطن خاصة جراحة الزائدة والجراحات النسائية ... ، حيث يلعب الفيبرين الدور الرئيسي في تشكلها ، كما صنفت هذه الالتصاقات في أربع درجات.
  - المتلازمات والأعراض والعلامات السريرية تراوحت ما بين الألم البطني إلى اضطراب وظيفة أعضاء البطن إلى الانسداد المعوي بجميع أشكاله وتظاهراته المرضية.
  - تشخيص هذه الحالات اعتمد بشكل أساسي على التظاهرات المرضية والفحص السريري بالإضافة إلى التصوير الشعاعي البسيط والملون وتخطيط الصدى وتنظير البطن الاستقصائي. كما أن المعالجة الجراحية كانت ناجحة عند الغالبية العظمى من المرضى.
  - الوقاية ممكنة باتباع التدابير والإجراءات الجراحية بكل حذر واهتمام بالإضافة لقيام المريض بإجراء عدة تمارين رياضية محددة بعد تخرجه من المستشفى.

---

\* أستاذ مساعد في كلية الطب . قسم الجراحة . جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا

## Postoperative Abdominal Adhesions Disease

Dr. Foad Hag Kassim\*

(Accepted 27/1/2004)

### □ ABSTRACT □

Most studies carried out during the last forty years assured an increase in the incidence of abdominal adhesions in the postoperative period.

This data has been confirmed by our study on a large number of patients /561/patients, in ten years time, our study showed that:

- Abdominal adhesions may appear after just one week or within fifty years from conducting abdominal surgery especially after appendectomy and gynecological surgeries, where the fibrin plays a major rule in their formation, these adhesions have been classified in four categories.
- Clinical symptoms, signs and syndromes fluctuated between abdominal pain, dysfunction of the abdominal viscerae and intestinal obstruction with all its forms and manifestations.
- The diagnosis of these cases depended primarily on the clinical presentations and clinical examination in addition to the plain and colored roentgenography, echography, laparoscopy and investigational laparotomy.
- Surgical treatment was curative in the majority of patients.
- Prophylaxis can be obtained by a careful and adequate conduct of the surgical management and procedures besides instructing the patient to do certain physical exercises after he leaves the hospital.

---

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

## مقدمة:

لقد بات معروفاً بشكل جيد بأن التكنيك الجراحي الجيد لوحده لا يعتبر كافياً للوقاية من تشكل الالتصاقات ، وبالْحَقِيقَة فإن الالتصاقات هي السبب الرئيسي لمجموعة الأعراض السريرية الناجمة عن المتلازمة البطنية لانسداد الأمعاء مما يجعل العمل الجراحي المتكرر مبتذلاً وخطراً [1] Horardovs.

فهي تشكل عبئاً اقتصادياً لدى كثير من الدول من حيث تكاليف العناية الصحية وقيمة العطالة عن العمل مما حدا بالحكومات الفيدرالية للولايات المتحدة إلى اعتبارها تأمينات خاصة Private Insurers.

وإن الإجابات المأخوذة من قبل 362 جراحاً وجدت بشكل عام أن 76% من الجراحين فتح على الأقل مريضين كل عام بسبب انسداد الأمعاء الدقيقة الناتج عن الالتصاقات.

وإن 35% من الجراحين وجد التصاقات أثناء فتح البطن ، لأسباب أخرى لا تعود للالتصاقات (أي بسبب مرض آخر غير الالتصاقات) وذلك كان عند أكثر من 5/ مرضى كل عام.

هذا يبين بالمعدل السنوي المقدر بـ 12 - 14 ألف مشكلة سريرية لها علاقة بالالتصاقات في المملكة المتحدة. فالسبب الأساسي غالباً للالتصاقات البريتوانية ناتج عن جراحة سابقة [2].

دلّت الدراسات العالمية على أنه خلال الأربعين سنة الماضية ارتفعت نسبة حدوث الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة [ 12 ] والتي شكلت أهم أسباب الانسداد المعوي الحاد 70 - 80% من الحالات [ 13 - 8-9-12 ] بالإضافة إلى الآلام البطنية والأعراض والتظاهرات الهضمية الأخرى مما تطلب ذلك تدبيراً سريعاً لحل تلك الحالات الإسعافية رغم أن تشخيصها بشكل أكيد ليس بالأمر السهل وخاصة الحالات المبهمة منها وهذا ما أكده معظم الأطباء من جراحين ومعالجين من كافة الاختصاصات [ 4-5-6 ] ولهذا السبب قمنا بإجراء هذا البحث في محاولة لتبيان أهم الأسباب والأمراض والآلية والتظاهرات السريرية بالإضافة إلى طرق تشخيص الالتصاقات البطنية مع مناقشة هذه الحالات وكيفية العمل لتقليل نسبة حدوث هذه الالتصاقات بعد إجراء المداخلات الجراحية على البطن.

فقد أجريت دراستنا هذه في مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية قسم الجراحة على عدد كبير من المرضى 561/ مريضاً/ تراوحت أعمارهم ما بين 23 - 85 سنة خلال 10 سنوات /1993 - 2002/ حيث تناولت هذه الدراسة جميع المرضى الذين راجعوا المستشفى . قسم الجراحة . بألم أو شكاية بطنية أو حالة بطن حاد والذين سبق أن أجريت لهم جراحة سابقة على البطن لأي سبب من الأسباب سواء أكان هذا السبب رضاحاً بطنياً أو مرضاً معيناً استوجب المداخلة الجراحية.

## أهمية البحث وأهدافه :

تكمن أهمية هذا البحث وأهدافه في :

- 1- دراسة أهم العوامل والسبببات مع آليتها المرضية المؤدية لتشكيل الالتصاقات البطنية بعد إجراء المداخلات الجراحية على البطن لأي سبب كان.
- 2- العمل على إبعاد العوامل التي تزيد من نسبة حدوث الالتصاقات البطنية بعد الجراحة وخاصة في الجراحات المبرمجة قدر الإمكان.

- 3- وضع المبادئ والأسس الواجب اتباعها في أثناء إجراء الجراحة على البطن لتجنب حدوث الالتصاقات البطنية بهدف تقليل نسبة حدوث المضاعفات سواء القريبة أو البعيدة في مرحلة ما بعد الجراحة مما يجنب المريض التعرض لجراحة ثانية بسبب الالتصاقات وهذا بدوره يخفف المدة الزمنية اللازمة لاستشفاء المريض وتعطيله عن العمل ، كما يخفف أيضاً من العبء الاقتصادي والمادي.
- 4- تدريب المريض على إجراء بعض التمارين الرياضية الخاصة بعد إجراء الجراحة على البطن والتي أثبتت فائدتها في تخفيض نسبة حدوث الالتصاقات البطنية.

## الأمراضية والسبببات: Pathogenesis and Etiology

دلت الدراسات على أن تشكل الالتصاقات يبدأ بعد 7/ - 10/ أيام من زمن إجراء الجراحة على البطن ويمتد تشكلها حتى بعد 50/ عاماً من زمن إجراء الجراحة ، لكن هنالك فترات زمنية تكثر بها نسبة تشكل الالتصاقات البطنية بعد إجراء الجراحة على البطن. وهي بالدرجة الأولى الفترة الممتدة ما بين 1/ - 5/ سنوات بعد الجراحة الأولى ، ويليهما بالدرجة الثانية الفترة ما بين 6/ - 15/ سنة وفي الدرجة الثالثة ما بين 2/ - 11/ شهراً بعد الجراحة [ 8 ]. يلعب الفيبرين /Fibrin/ كما دلت الدراسات الدور الرئيسي في تشكل الالتصاقات داخل جوف البطن ، حيث يتشكل الفيبرين بشكل موضعي في حالات تهيج الصفاق لأي سبب كان مما يؤدي إلى التصاق السطوح المتقابلة للصفاق ، وهذه الالتصاقات إما أن تتفك وتختفي عندما يزول مصدر التهيج أو يحل محلها نسيج ليفي ناضج تتكون أوعيته الدموية من خلال هذا النسيج. وفيما يلي أهم العوامل والسبببات المؤدية لتشكيل الالتصاقات البطنية [ 1-4-8-9-12-13 ] :

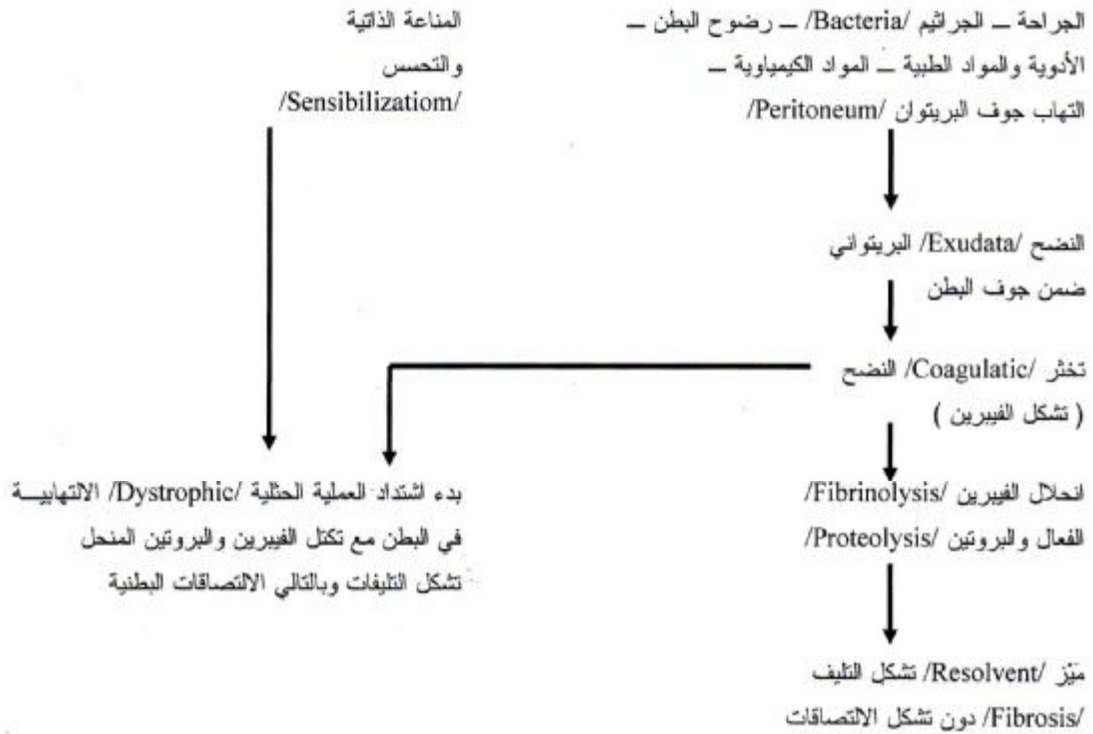
- 1- **رضوح البطن:** (الآلية والكيميائية والحرارية) التي يدخل ضمنها بشكل خاص رضوح الجراحة نظراً لكثرة استعمال الأدوات الجراحية والمطهرات والأدوية والسوائل كالكحول واليود الكحولي والمطهرات الأخرى والصادات الجافة (البودرة) والمنحلة المركزة منها ومضادات التخثر والأنزيمات وغيرها ، بالإضافة إلى استعمال التخثر الكهربائي /Electrocoagulation/ والقطب والخيوط الجراحية كما أن لتساقط الأجسام الأجنبية كخيوط الشاش وبودرة القفازات الجراحية كالتالك ضمن جوف البطن دوراً في تشكل الأورام الحبيبية /Granuloma/ والالتصاقات البطنية ، وهذا ما لوحظ أيضاً في حالات جفاف العرى المعوية أو وجود نزف أو نزف دموي داخل البطن كما أن لوجود ورم دموي في المساريق أو خلف الصفاق دوراً هاماً في تشكل الالتصاقات البطنية ، وحسب العديد من الدراسات قدرت نسبة تشكل الالتصاقات البطنية حسب نوع الجراحة المجراة وسطياً كالتالي:

جدول رقم 1/ يبين نسبة تشكل الالتصاقات حسب نوع الجراحة

نوع الجراحة المجراة	جراحة الزائدة	الجراحة النسائية	تدبير جراحي لانسداد معوي	الجراحات البطنية الأخرى (قرحة منقبة، استئصال مرارة محصاة ملتهبة - جراحة معدة ..)	رضوح البطن المترافقة بأذية أحد الأحشاء
النسبة المئوية	40%	20%	15%	15%	10%

- جراحة الزائدة / Appendectomy / 40%
- الجراحات النسائية 20%
- الجراحات البطنية الأخرى (قرحة منتقبة - استئصال مرارة محصاة ملتهبة - جراحة معدة ... ) 15%
- رضوح البطن المترافقة بأذية أحد الأحشاء البطنية 10%
- 2 **الخمج / infection** :/ من الأسباب الهامة التي تلعب دوراً في تشكيل الالتصاقات داخل جوف البطن ، خاصة الخمج الذي مصدره الأنبوب الهضمي كنتيجة لحدوث تمزق أو انبثاق في أحد أقسامه.
- 3 **تجمع الدم ضمن جوف البطن** سواء بكميات كبيرة أو صغيرة بعد جراحة البطن.
- 4 **الخدل المعوي / Intestinal Paresis** : هناك تناسب طردي ما بين زيادة مدة الخدل المعوي وزيادة نسبة تشكل الالتصاقات والعكس صحيح.
- 5 **السوابق المرضية لوجود آفات التهابية** داخل جوف البطن كالتهاب المرارة المزمن والتهاب الأمعاء المزمن ... وهذا ما أكدته إحدى الدراسات على /700/ مريضاً بأن /33% من هؤلاء المرضى كانوا يعانون من التصاقات بطنية شوهدت أثناء الجراحة [ 12 ] .
- 6 **اضطراب العوامل المناعية والتحسسية** : وجد أن حوالي /85% من أولئك المرضى الذين عانوا من التصاقات بطنية بعد الجراحة كان لديهم اضطراب في بروتينات المصل (انخفاض نسبة الألبومين وارتفاع في نسبة الغلوبولين ألفا وبيتا وغاما) . ويبين المخطط التالي السبببات والآلية المرضية في تشكل الالتصاقات البطنية :

#### الآلية المرضية والسبببات في تشكل الالتصاقات البطنية :



هذا وأمكن تحديد أربع درجات من الالتصاقات البطنية [ 4-8 ] وهي:

- 1- **الدرجة الأولى:** منطقة الالتصاقات محددة ولا تشمل أكثر من /50سم/ من الأمعاء الدقيقة وغالباً القسم الانتهائي (القاصي) منها ، حيث تكون هذه الالتصاقات ما بين الأمعاء الدقيقة وجدار البطن الأمامي والتي قد تلتصق مع (الأمعاء الدقيقة . المثانة . الرحم والملحقات ) .
- 2- **الدرجة الثانية:** الحالة التي تؤدي فيها الالتصاقات لجذب حوالي /1متر/ من الأمعاء الدقيقة إليها ، حيث تلتصق الأمعاء مع جدار البطن الأمامي مكان ندبة العمل الجراحي السابق ومع الجدارين الجانبيين للبطن مضافاً إليها القولونات مع بعض أحشاء البطن .
- 3- **الدرجة الثالثة:** تمتد الالتصاقات لتشمل /1-3/ م من الأمعاء الدقيقة مع الثرب وندبة العمل الجراحي السابق وجدار جوف البطن ، لكن على ما يبدو يبقى القسم العلوي من الأمعاء الدقيقة حرراً .
- 4- **الدرجة الرابعة:** الالتصاقات شاملة للطبقة المصلية /Tunica Serosa/ لجميع أحشاء جوف البطن (البطن عبارة عن كتلة التصاقات ) .

## التظاهرات والأعراض والعلامات السريرية :

أظهرت الدراسة أن التظاهرات والأعراض السريرية للالتصاقات البطنية لا تظهر إلا بنسبة /12-15%/ من مجموع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة على البطن لأسباب مرضية ، بينما ارتفعت نسبة حدوث الالتصاقات إلى /64%/ عند المرضى الذين أجريت لهم الجراحة على البطن بسبب جروح المرامي النارية . وأهم التظاهرات السريرية لهذه الالتصاقات هي الألم وأعراض الانسداد المعوي سواء التام أو تحت التام ، أو تكون عبارة عن اضطراب في وظيفة بعض الأعضاء المترافق بالألم البطني وعلامات عسر الهضم وانتفاخ بطن دوري ، وتدهور الحالة العامة للمريض كنتيجة لسوء التغذية . ويبين الجدول التالي نوع التظاهرات السريرية والشكليات /Morphology/ الخاصة:

جدول رقم /2/ يبين تصنيف الشكليات والتظاهرات السريرية في داء الالتصاقات البطنية

التظاهرات السريرية	الشكليات الخاصة Morphology
- متلازمة ألمية مع اضطراب وظيفة أعضاء البطن غير المترافق بالانسداد المعوي .	تتوضع الالتصاقات في أي منطقة من جوف البطن: (المعدة . المرارة . العفج . الأمعاء الدقيقة والقولونات . الثرب الكبير والمساريق . الحفرة الحرقفية اليمنى ...) تؤدي هذه الالتصاقات لتشوه يتوافق مع العضو أو الحشا أو تؤدي إلى انضغاطه كما يحدث في منطقة البواب والعفج حيث يحدث شد إلى الكبد . أحياناً قد تبدو الالتصاقات على شكل كتلة في منطقة الشرسوف أو الحفرة الحرقفية اليمنى .
- انسداد أمعاء دينمي حاد (النوبة الأولى) .	. الالتصاقات قد تكون في منطقة وحيدة أو تكون متعددة ، والانسداد غالباً ما يكون على حساب الأمعاء الدقيقة لكنه أحياناً قد يكون على حساب القولون حيث يكون هنالك تضيق غير شديد في لمعة الأمعاء .
- انسداد أمعاء دينمي متكرر (راجع )	- كالسابق بالإضافة لكون تضيق لمعة الأمعاء أكثر مع وجود توسع في الأمعاء فوق منطقة التضيق .

<p>- انسداد أمعاء حاد بسبب الالتصاقات من الشكل أو النموذج الانسدادي /Obstruction/.</p>	<p>- انسداد لمعة الأمعاء يكون إما تاماً أو تحت تام (غالباً الأمعاء الدقيقة) كنتيجة لتزوي أو انثناء الأمعاء مما يؤدي إلى تضيق أو انسداد للمعة المعوية ، وقد يحدث هذا كنتيجة لانضغاط الأمعاء بارتشاحات التهابية في منطقة الالتصاق. يلاحظ توسع في الأمعاء فوق منطقة الانسداد وفي المعدة وأحياناً يلاحظ تغيرات في جدار الأمعاء والمساريق كالتصاق في منطقة الانسداد أو اضطراب الدوران في تلك المنطقة.</p>
<p>- انسداد أمعاء حاد بسبب الالتصاقات من الشكل الاختنقي /Strangulation/ المترافق باضطراب في الدوران.</p>	<p>إصابة عروءة معوية وحيدة أو أكثر مع مساريقها ، يلاحظ انفصال /Volvulus/ الأمعاء خاصة الدقيقة منها وبشكل نادر الأمعاء الغليظة المترافق بتأذي المساريق واضطراب الدوران اللمفي والدموي وياضطراب التعصيب. تتميز هذه الحالة بتطورها السريع خلال ساعات نحو الأسوء بتموت العرى المعوية المختلفة.</p>

وتشير الدراسة إلى أن 42% من مرضى الانسداد المعوي الآلي (الميكانيكي) كان الانسداد عندهم من النوع الاختنقي. بينما فقط 29% من هؤلاء المرضى كان الانسداد عندهم من النوع الانسدادي وبلغت نسبة النوع المختلط (الاختنقي . الانسدادي) 34% من مجموع المرضى ومن أهم الأعراض symptom التي تشير لوجود الالتصاقات البطنية ما يلي :

**Rosenheim Symptom**: الضغط تحت القوس الضلعية اليسرى يوقظ ألماً في حال وجود التصاقات ما بين المعدة وجدار البطن .

**Garnot symptom** ظهور الألم في المنطقة الشرسوفية أثناء فرط بسط الجذع Truncus

**Leott Symptom**: ظهور الألم واشتداده أثناء شد وسحب الثنيات الجلدية للبطن.

**Bondrenko symptom**: ظهور الألم أثناء جس أحشاء البطن والضغط بشكل عمودي في حال وجود التصاقات.

**Knoch Symptom**: اشتداد الألم البطني أثناء انحناء أو ثني العمود الفقري للأمام ، وزوال الألم عندما يكون المريض بالوضعية المرفقية . الركبية [4-5-7].

**المتلازمات الألمية المترافقة باضطراب وظيفي لأعضاء البطن وغير المترافقة بانسداد الأمعاء :**

تتم معالجة معظم هؤلاء المرضى عادة في العيادات الداخلية (الأمراض الهضمية خاصة) و فقط 33% منهم يراجعون العيادات الجراحية.

يمكن للألم البطني أن يكون محدداً في أي منطقة من مناطق البطن والحوض وتتراوح شدة الألم من معتدل إلى حاد وهو قد يكون دائماً أو مستمراً أو يكون عبارة عن شد أو إحساس بحرق أو تمزق ، وهذا يزداد عادة أثناء الحركة وخاصة أثناء تحرك المريض من جهة إلى أخرى. قد يترافق الألم الشديد بالقرقرة البطنية Borborygmus ، القيء ، توقف خروج الغاز ... وغيرها.

وتقسم هذه التظاهرات السريرية إلى المجموعات التالية :

1- **المتلازمة الألمية**: المترافقة بعسر حركة Dyskinesis الأمعاء الدقيقة وهي أكثر المجموعات حدوثاً.

- 2- المتلازمة الشرسوفية: تحدث عندما تكون الالتصاقات في منطقة الشرسوف وهي سبب الاضطراب الوظيفي المعدي.
- 3- متلازمة حول العفج Periduodenitis: تحدث عندما تتوضع الالتصاقات في منطقة العفج والطرق الصفراوية والتي تسبب بشكل ثانوي ركودة عجيبة Duodenostasis ، عسر تصريف صفراوي ، ركودة صفراوية Cholestasis ، انسداد عفج حاد.
- 4- متلازمة شد الثرب الكبير Omentum: كنتيجة لوجود الالتصاق في القسم القاصي من الثرب الكبير.
- 5- متلازمة نهاية أو طرف العروة المعوية ansaterminal مع المساريق: كما في حالة التهاب مساريقا اللفائقي mesoileitis .
- 6- التهاب حول القولون pericolitis: بسبب الالتصاقات المتوضعة على مسير القولون والتي تؤدي إلى تشوه واضطراب في وظيفة القولون.
- 7- التصاقات جوف البطن والنواسير المعوية intestinal fistula .
- 8- النوب البطنية Abdominal crisis: بسبب التصاقات جوف البطن والتي تعطي لوحة سريرية لبطن حاد.
- 9- متلازمة البطن الكبير: نتيجة الكسل المعوي . المعدي المزمن.
- 10- الالتصاقات البطنية والاندحاقات في مرحلة ما بعد الجراحة [10-12-13].

ونورد فيما يلي بعض الحالات السريرية التي راجعت المشفى خلال فترة الدراسة:  
الحالة الأولى :

مريض: م . 42 سنة دخل المشفى بشكوى ألم مستمر في المنطقة الشرسوفية منذ حوالي 4 سنوات علماً بأنه كان قد أجري للمريض منذ حوالي 15 سنة استئصال زائدة ملتبهة ، وأجري له منذ 5 سنوات استئصال مرارة محصاة. أظهر فحص المريض بإجراء التصوير الملون باللقمة الباريتية مع إجراء التنظير الهضمي العلوي تشوه في البصلة مع التهاب عفج (وذمة مع احتقان ) . المعالجة الدوائية لم تعط أي تحسن ملحوظ. أجريت الجراحة للمريض بفتح البطن على الخط العلوي المتوسط حيث وجدت كتلة التصاقات شاملة لمنطقة الشرسوف وحول السرة ، إحدى هذه الالتصاقات ملتصق بالعفج بشدة مسبباً توتراً وسحب له ، كما أن القسم السفلي من المعدة مشدود نحو الفص الكبدية الأيمن. ووجد تسمك بالثرب الكبير.



الشكل رقم /1/



صورة ملونة للمعدة والعفج تظهر كيف أن العفج مشدود للزاوية القولونية اليمنى بسبب الالتصاقات باستئصال البطن لم تلاحظ قرحة هضمية. تخرج المريض من المستشفى بعد أسبوع من الجراحة بحالة عامة مقبولة ، وأعطى عدة تمارين رياضية لممارستها بالمنزل . راجع المستشفى بعدها عدة مرات للمراقبة ، وهو الآن بوضع جيد ولا توجد أي أعراض أو تظاهرات سريرية تذكر .

#### الحالة الثانية :

مريضة ل . 51 سنة: دخلت المستشفى بشكوى وجود انتباج مع ألم حاد في القسم السفلي الأيمن من البطن ، يزداد هذا الانتباج أثناء السعال وأثناء الجهد .

أجري للمريضة منذ ثلاث سنوات استئصال كيسة مبيض أيمن بقطر /10/ سم مع استئصال زائدة ملتتهبة. أظهر الفحص السريري ندبة جراحية بطول /14/سم في القسم السفلي الأيمن من البطن بشكل طولي مع وجود بروز واضح في هذه المنطقة أبعاده حوالي /25×25/ سم أجريت للمريضة الجراحة فوق الندبة الجراحية حيث وجد كيس فثق يحوي ضمنه الأعور وحوالي /1.5م/ من الأمعاء الدقيقة بشكل كتلة /Conglomerate/ ملتصقة ببعضها البعض ، حيث أجري للمريضة فك وتحرير الالتصاقات واستئصال كيس الفتق بعد رد محتواه وتم الإغلاق على طبقات بعد ترميم جدار البطن وتخرجت المريضة من المستشفى بحالة عامة جيدة وأعطيت بعض التمارين الرياضية لممارستها في المنزل وحتى الآن لا توجد أي شكوى أو أعراض .

#### الحالة الثالثة :

مريضة ن /47/ سنة: دخلت المستشفى بشكل إسعافي لإصابتها بألم بطني حاد مفاجئ مع غثيان وإقياءات متعددة مع تطبل بطن وتوقف خروج المواد الغائطية والغاز . أجري للمريضة منذ حوالي /20/ عام قيصرية كما أجري لها منذ حوالي /8/ سنوات جراحة نسائية باستئصال ورم ليفي في الرحم . بفتح البطن على الخط المتوسط السفلي وجدت التصاقات ولجم كثيرة مع انحشار عروة معوية حول إحدى اللجم وانفتالها حوله مع وجود توسع شديد في القسم العلوي من الأمعاء أجري فك الالتصاقات وقطعت اللجم وتم تحرير العروة المنفتلة والتي كان لونها غامقاً ، حيث أجري تدفئة هذه العروة بالسيروم الفيزيولوجي الدافئ لمدة /15/ دقيقة فعاد لها لونها ولمعانها وتوعيتها وتمجعاتها فردت إلى البطن بكل أمان . وتم إغلاق البطن على طبقات وتخرجت المريضة من المستشفى بحالة عامة جيدة بعد أن أعطيت عدة تمارين رياضية لممارستها في المنزل . ولم تلاحظ أي شكوى في المعاينة الثانية للمريضة بعد ستة أشهر من الجراحة .

### تشخيص الالتصاقات البطنية :

#### A . تشخيص الحالات غير الاسعافية :

يعتمد التشخيص على وجود الألم البطني المترافق باضطرابات في وظيفة أعضاء جوف البطن كالطرق الصفراوية والأمعاء والمعدة وخاصة في حالات الانسداد المعوي المزمن أو المنكر ، التي تترافق عادة بأعراض وعلامات الانسداد المعوي تحت الحاد (الألم البطني . القيء . تطبل البطن . الإمساك) الذي قد يدل على وجود الالتصاقات داخل جوف البطن [3]. لكن الألم البطني قد يلتبس مع أمراض أعضاء جوف البطن والأعضاء الواقعة خلف البريتوان وخاصة الحالات المزمنة منها مما يجعل هذه الحالة تحتاج لأكثر من اختصاص كالعصبية والبولية والهضمية والجراحية وغيرها للتفريق بين هذه الحالات وحالات التصاقات جوف البطن وبناءً على ذلك فالإجراءات التشخيصية للمرضى المشتبه إصابتهم بالتصاقات بطنية تتوقف على:

أولاً: على إثبات إمكانية وجود الالتصاقات عند هؤلاء المرضى كوجود جراحة سابقة على البطن مثلاً.

وثانياً: على استبعاد وجود آفة مرضية في أعضاء جوف البطن وخلف البريتوان.  
وثالثاً: على وجود ترابط وثيق ما بين المعطيات والأعراض والعلامات السريرية والقصة المرضية [48].

## طرق التشخيص وأهمها :

1- التصوير الشعاعي البسيط للبطن والتصوير الملون أو الظليل للجهاز الهضمي سواء عن طريق اللقمة أو الرحضة الباريئية إذا لم يكن هناك مضاد استنطاب لتبيان وضع حالة المعدة . العفج . الأمعاء الدقيقة . القولونات والمستقيم . فمثلاً قد يلاحظ توقف المادة الظليلية في المعدة أكثر من خمس ساعات وفي الأمعاء الدقيقة أكثر من أربع وعشرون ساعة أو تجمع المادة الظليلية في جميع أقسام الأمعاء وهذه علامات مميزة للالتصاقات البطنية.



الشكل رقم /2/

صورة ملونة للبطن تبين انسداد الأمعاء الدقيقة الحاد (العديد من السويات السائلة ضمن العرى المعوية )

2- **تخطيط الصدى /Echography/** يساعد في الكشف عن وجود الضخامات الحشوية والكتل والأورام والانصبابات داخل جوف البطن.

3- **تنظير البطن /Laproscope/** من الطرق الهامة التي تسمح برؤية جوف البطن بالعين المجردة وبالتالي تحديد أماكن الإصابة ومنطقة الالتصاقات ، لكن هذه الطريقة لا تجرى عند المرضى الذين يعانون من تطبل بطن خوفاً من حدوث المضاعفات والتي أهمها: الانتقاب والترف ومما يجدر ذكره بأن هذه الطريقة طورت إلى الجراحة التنظيرية منذ عام /1985/م من قبل /Pannen F/ و /Isakof/ وغيرهما وطبقت كطريقة علاجية أيضاً في هذه الحالات بالإضافة إلى كونها طريقة تشخيصية إذا أمكن فك الالتصاقات وتحرير العضو المتأذي أثناء إجراء التنظير عند بعض المرضى.

4- **فتح البطن الاستقصائي /Laparotomia/** طريقة تشخيصية علاجية في نفس الوقت.

## التشخيص التفريقي : /Differential diagnosis/:

من الصعوبة جداً تفريق معظم حالات البطن خاصة الجراحية منها والمزمنة عن حالات الالتصاقات داخل البطن وذلك لوجود التوافق غالباً بينهما في جميع الأعراض والتظاهرات السريرية. ففي إحدى الدراسات [ 12 ] [ وجد أن 30% من المرضى الذين أدخلوا المستشفى بتشخيص التصاقات بطنية كان التشخيص أثناء فتح البطن غير ذلك. وأكثر الحالات المرضية التباساً مع الالتصاقات البطنية هي: (القرحات المعدية . العفجية اللانمذجية ، بعض حالات أورام القولون وتشوهات ، بعض آفات الجهاز البولي وخاصة التهاب الحويضة والكلية المزمن Pyelonephritis الذي غالباً ما يرافقه التصاقات بطنية ، داء المبيضات /Candidomycosis/ سرطان الأمعاء الدقيقة المترافق بانسداد معوي تحت حاد أو مزمن ، تدرن الأعور ، آفات الملحقات ، ..... وغيرها ) [11-12].

**مثال:** مريض ف /73/ سنة: دخل المستشفى بشكل إسعافي بتشخيص انسداد أمعاء حاد (بالاعتماد على الأعراض والتظاهرات السريرية والصورة البسيطة للبطن) علماً بأن المريض يشكو من أعراض تحت انسداد معوي منذ حوالي ثلاث أشهر كان قد أجري للمريض منذ أكثر من سنتين رتق فتق أرني عرطل مزدوج مع وضع رقعة صناعية (حيث كان قسم كبير من الأمعاء والقولونات بما فيها الزائدة ضمن كيس الفتق ضمن الصفن).

أجريت الجراحة للمريض لحل مشكلة الانسداد المعوي الحاد والذي كان يظن أن سببه الالتصاقات ولكن أثناء فتح البطن وجد الثرب ملتصقاً بندبة العمل الجراحي السابق ، ووجد القسم الأيسر من القولون متوسعاً بشدة وبالاستقصاء وجدت كتلة ورمية على حساب السين تسد للعدة بشكل شبه تام تقريباً.

أجري للمريض فك الالتصاقات واستئصال القولون النازل مع السين والمساريقا وكانت نتيجة التشريح المرضي /adenocarcinoma Well differentiated/ / تخرج المريض من المستشفى بعد خمسة أيام من الجراحة بحالة عامة جيدة وحتى تاريخه لا توجد أية شكوى.

### **B - تشخيص الحالات الحادة أو الاسعافية :**

تتميز هذه الحالات بأنها على الأغلب حالات انسداد أمعاء حاد أو تحت حاد ، وهي إما أن تكون عبارة عن انسداد دينمي أو آلي (ميكانيكي) من النوع الانسدادي أو الاختناقي .

تفيد بعض الفحوصات والتحليل المخبرية في تقدير شدة المرض والتغيرات الفيزيولوجية المرضية لدى المريض والتي أهمها (التجفاف Dehydration . الأزوتيمية Azotemia . نقص بروتينات الدم Hypoproteinemia . اضطراب السوائل والشوارد (نقص الكلور خاصة) - وللتصوير الشعاعي أهمية كبرى في وضع تشخيص الانسداد المعوي الحاد ، كما يلعب التصوير الهضمي الملون دوراً في التمييز ما بين أشكال الانسداد الآلي (اختناقي . انسدادي) والانسداد الديني بسبب الالتصاقات [4-6].

وفيما يلي جدولاً يبين نوع الانسداد المعوي وتظاهراته السريرية :

الجدول رقم 3/ يبين نوع الانسداد وتظاهراته السريرية

نوع الانسداد المعوي	الألم	انتفاخ البطن	التمعجات	أصوات الأمعاء المرضية	وجود انصباب داخل البطن	الصورة البسيطة	الصورة الملونة
1- انسداد الأمعاء الدينامي الناجم عن الالتصاقات: أ - نموذج فرط الحركة Hyperkinetic	قولنجي	معتدل	غائبة	واضحة	غائب	سويبات سائلة . غازية عند 38% من المرضى	مرور بطيء
ب - نموذج نقص الحركة Hypokinetic	معتدل	واضح	غائبة	غائبة	غائب	انتفاخ الأمعاء الدقيقة والغليظة	
2 - انسداد الأمعاء الآلي الناجم عن الالتصاقات: أ - من النوع الانسدادي [Obstruction]	قولنجي مع فترات هدوء	واضح وقد يكون البطن غير متناظر	تحتاج لمراقبة	واضحة	موجود	سويبات سائلة غازية عند 73% من المرضى	توسع مع ركودة معدية + توسع الأمعاء الدقيقة مع توزم في مخاطيتها
ب - من النوع الاختنقي [Strngulation]	حاد ومستمر على أرضية قولنجيات مستمرة	غالباً واضح والبطن غير متناظر	غائبة	موجودة	موجود	سويبات سائلة غازية عند 77% من المرضى	غالباً لا يوجد عبور مع سوء الحالة العامة للمريض

يجب أن تجرى الصورة البسيطة للبطن أولاً ، وبناء على معطيات هذه الصورة يتخذ القرار بإجراء التصوير الملون .

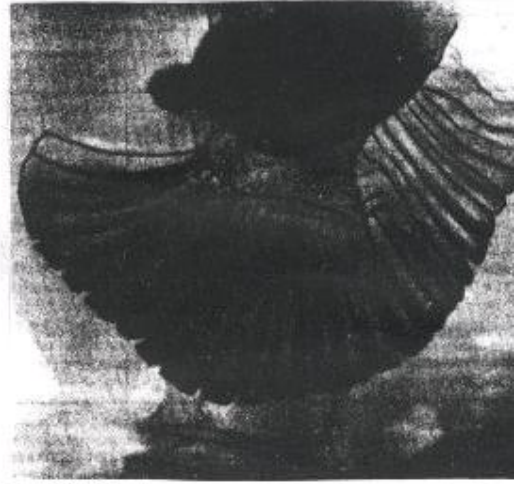
تشير المعطيات بشكل عام بأن نسبة تواجد السويبات السائلة . الغازية في حالات الانسداد المعوي الآلي هي أكثر بمرتين مما هي عليه في انسداد الأمعاء الدينامي ، كما إن علامات تطبل البطن كنتيجة لانتفاخ الأمعاء الدقيقة والغليظة هي أكثر مشاهدة في حالات انسداد الأمعاء من النوع الانسدادي [Obstruction]. لكن وعندما لا نتمكن من وضع التشخيص بشكل أكيد مع وجود شك بانسداد الأمعاء الدقيقة وعندما تسمح الحالة العامة للمريض

يجرى التصوير الملون باللقمة الباريئية بإعطاء المريض سلفات الباريوم بكمية لا تتجاوز /50 - 100/ مل ، حيث يبين هذا التصوير توسع المعدة مع وجود سائل ضمنها مع توسع في العرى المعوية فوق مستوى الانسداد مع وجود سويات سائلة . غازية [10-12].



الشكل رقم /4/

صورة ملونة للبطن (بعد 4 ساعات من تناول المادة الظليلية . سلفات الصوديوم) تبين توسع العرى المعوية مع تأخير وسوء في إفراغ المادة الملونة



الشكل رقم /3/

صورة ملونة للأمعاء الدقيقة تبين توسعها الشديد

مثال: مريضة أ /24/ سنة: دخلت المستشفى بشكل إسعافي لإصابتها بأعراض وتظاهرات انسداد معوي حاد مع حالة عامة سيئة (أظهرت صورة البطن البسيطة عدة سويات سائلة . غازية في البطن ) .

كان قد أجري للمريضة منذ /4/ سنوات قيصرية ، كما أجري لها قبل دخولها المستشفى ب /15/ يوماً جراحة إسعافية بسبب تمزق حمل هاجر على حساب البوق الأيمن. أظهر فتح البطن أن الأمعاء عبارة عن كتلة من الالتصاقات ما عدا حوالي /1 - 1.5/م من الصائم الذي كان متوسعاً بشدة ، كما كان هنالك توسع شديد بالمعدة ، ووجدت قطعة من الأمعاء بطول حوالي /50/سم متموتة تماماً لاختلفها ضمن كتلة الالتصاقات. أجري للمريضة استئصال القسم المتموت من الأمعاء مع إجراء المفاغرة المعوية نهائية . نهاية مع فك وتحريز ما أمكن من الالتصاقات. تخرجت المريضة بعد سبعة أيام من زمن الجراحة من المستشفى بحالة عامة مقبولة مع متابعة العلاج المحافظ في المنزل مع إجراء بعض التمارين الرياضية التي أعطيت لها. راجعت المريضة بعد ثلاثة أشهر من إجراء الجراحة وهي بحالة عامة جيدة وهذا ما أكده أيضاً التصوير الملون للجهاز الهضمي الذي أكد العبور الطبيعي للمادة الملونة دون وجود أي توسع أو شد على الأحشاء ، وإلى الآن ماتزال المريضة تراقب وهي بحالة عامة جيدة .

وفيما يلي جدولاً بالحالات المرضية التي راجعت المستشفى خلال /10/ أعوام /1993 - 2002م/

جدول رقم /4/ يبين نوع الحالة المرضية والجراحة السابقة وعدد المرضى ونسبتهم المئوية

النسبة المئوية	عدد المرضى	العمل الجراحي السابق	الحالة السريرية
17.29%	97	جراحة المعدة استئصال المرارة	- المتلازمة الألمية (الألم البطني في مرحلة ما بعد الجراحة )
13.19%	74	استئصال المرارة جراحة المعدة والأمعاء	- انتفاخ بطن مترافق باضطرابات هضمية
30.12%	169	استئصال زائدة جراحات نسائية (قيصرية - أورام وكيسات المبيض - استئصال رحم ... ) جراحة الأمعاء	- الانسداد المعوي المتكرر
23.88%	134	جراحات نسائية استئصال زائدة جراحة معدة رتق فتق	- الانسداد المعوي الحاد
7.31%	41	جراحات نسائية جراحة الأمعاء رتق فتق	- الاندحاق
8.21%	46	استئصال زائدة جراحة الأمعاء	- النواسير المعوية
100%	561		مجموع عدد المرضى

### الوقاية من الالتصاقات: Prevention of Postoperative Adhesions

تختلف نسبة تشكل الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة من جراحة لأخرى ، إذ تكون مرتفعة جداً (حوالي 88%) من الحالات عند إجراء جراحة ثانية على البطن [12].

من أهم التدابير الواجبة لمنع تشكل الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة هي الإجراءات الاتقائية أثناء الجراحة كتجنب حدوث أي رضح لأي من أحشاء البطن (إجراء الجراحة بلطف وبدقة وعدم هبش أو هتك الأنسجة . الأرقاء الجيد . عدم استعمال الدَحْسَة Tampon أو المنزح drain إذا لم يكن هناك استطباب لذلك، عدم استخدام الصادات التي تكون على شكل بودرة والمحاليل المطهرة والسوائل المعقمة لرحض البطن وكذلك أي من المحاليل والمركبات التالية: الأنزيمات Enzyme والممعيات كالهيبارين ومركبات خمائر الستريبتوكيناز Streptokinase والهيالورونيداز (... Hyaluronidase) حيث هذه جميعها تؤدي لتخريش نسيجي تكاثري وبالتالي تشكل الأورام الحبيبية Granulomatosis والالتصاقات[4-8].

- ويلعب ترميم البريتوان بشكل جيد وتغطية أحشاء البطن بالثرب بعد إجراء الأرقاء الجيد ، وعودة التمعجات المعوية بأسرع وقت ممكن بعد الجراحة دوراً هاماً في الوقاية من تشكل الالتصاقات البطنية. وفيما يلي أهم الإجراءات المتبعة للوقاية من تشكل الالتصاقات البطنية أثناء الجراحة:
- 1- تجنب الرضح الزائد وذلك بإجراء شق (فتح) جراحي كاف يحول دون إجراء الشد العنيف على حواف الجرح مع تغطية هذه الحواف بالشانات.
  - 2- وللتخدير العام أثناء فتح البطن أهميته في تأمين الاسترخاء الجيد للمريض الذي بدوره يقلل نسبة الرضح بشكل ملحوظ.
  - 3- عدم ترك بعض أحشاء البطن كالأمعاء مثلاً خارج البطن إلا في حالات الضرورة ، حيث عندئذ يجب تغطيتها بشكل تام بقطعة قماش (شانة) رطبة دافئة مع الحذر الشديد بعدم جفافها ، ولا يسمح باستعمال الشانات الجافة على الإطلاق.
  - 4- الحرص الشديد على سلامة الطبقة المتوسطة mesothelium للأحشاء وعدم تعرضها للرض أثناء الجراحة وذلك بعدم استعمال القطع القماشية الخشنة والكثيفة داخل البطن.
  - 5- إجراء الأرقاء الجيد داخل البطن ورشف aspiration أي تجمع دموي إذا وجد بالممص الكهربائي Electro aspirator.
  - 6- الحؤول دون حدوث أي تلامس ما بين المحاليل الكحولية اليودية وجوف البطن مع الانتباه الجيد لعدم سقوط بعض الأجسام الغريبة كخيوط الشاش مثلاً داخل البطن.
  - 7- الامتناع عن استعمال الصادات خاصة غير المنحلة (المسحوق) ضمن جوف البطن ، علماً بأن هنالك بعض المدارس تسمح باستعمال جرعة وحيدة فقط (50 - 100 مل من الصادات المنحلة) في حالات التهاب البريتوان الحاد acute peri tonitis داخل البطن لكنها لا تسمح باستعمالها بشكل وقائي [12].
  - 8- اختيار الخيوط الجراحية المستعملة ضمن جوف البطن بشكل دقيق ، حيث يجب استبعاد الخيوط التي تسبب ارتكاساً التهابياً للأنسجة. إذ دلت الدراسة على أن خيوط القصابة Catgut هي أكثر الخيوط الجراحية التي تسبب هذا الارتكاس وذلك لسببين: أولهما إن خيوط القصابة مشبعة باليود ويود البوتاسيوم ، وثانيهما إنها قد تسبب ارتكاس اليرجياتي التهابي وبالتالي حدوث الارتشاحات infiltration والالتصاقات [11].

## المعالجة:

وتقسم إلى :

- أ- **المعالجة المحافظة (الدوائية):** تستطب عند وجود المتلازمة الألمية المعتدلة الشدة أو المحتملة والتي قد تترافق بوجود بعض الاضطراب الوظيفي لأحد أعضاء جوف البطن كنتيجة للالتصاقات البطنية كسوء الهضم والنفخة أحياناً وحالات انسداد الأمعاء الدينامي وحالات الكسل المعوي المزمن (نقص الحركة المعوية) أو ما يسمى بمتلازمة البطن الكبير. لكن وبشكل عام يجب إدخال المريض المستشفى للمراقبة وإجراء التدابير الإسعافية خلال عدة ساعات (2-3) ساعات إذا ظهرت أعراض الانسداد المعوي الحاد [4-7].
- ب- **المعالجة الجراحية:** تستطب في حال فشل المعالجة المحافظة وعند وجود الاضطراب الوظيفي لعضو أو أكثر من أعضاء جوف البطن وخاصة في حالات الانسداد المعوي الحاد. يجب أن يسبق أي عمل جراحي

مرحلة تحضير المريض للجراحة ، حيث تمتد هذه المرحلة من (2-4) ساعات إلى عدة أيام وفيما يلي جدولاً يبين استطببات الجراحة بسبب الالتصاقات البطنية ونوع الجراحة المفضلة [8-9] :

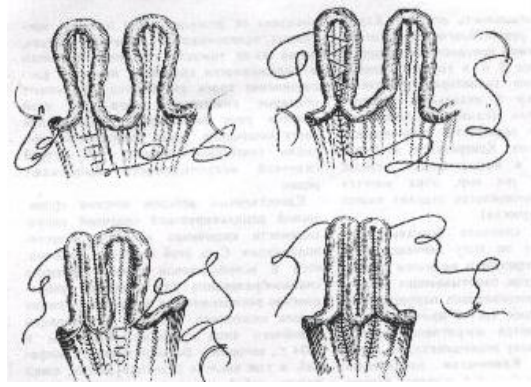
الجدول رقم /5/ استطببات الجراحة في حالات الالتصاقات البطنية

نوع الجراحة	المتلازمات والتظاهرات السريرية
- مبرمجة	- تشوه وانزياح في المعدة مع اضطراب في الإفراغ المعدي
- مبرمجة	- وجود تضيق في منطقة بواب المعدة أو العفج
- مبرمجة	- التصاقات العفج المسببة للانسداد أو لركودة عفجية. مع عسر إفراغ صفراوي أو التهاب معتكلة مزمن.
- مبرمجة أو عاجلة حسب الحالة	- التصاقات القولون المسببة لالتفاف أو انفتال معوي
- مبرمجة	التهاب حول القولون Pericolitis المصاحب مع متلازمة ألمية أو نوب من الانسداد المعوي
- غالباً جراحة مبرمجة لفك الانسداد المعوي مع المعالجة الدوائية	- الانسداد المعوي الناكس المتكرر
- عاجلة بعد إصلاح اضطراب السوائل والشوارد	- الانسداد المعوي الحاد وتحت الحاد
- مبرمجة	- الانسداد المعوي المزمن
- عاجلة مع إصلاح اضطراب السوائل والشوارد	- الاختناق المعوي
- مبرمجة	- المتلازمة الألمية والمعندة على المعالجة المحافظة

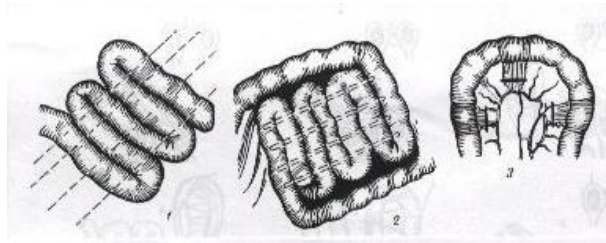
يختلف نوع الجراحة المجرى بناءً على الحالة العامة للمريض ودرجة تأذي الأمعاء ودرجة ونوعية الالتصاقات ، فقد تكون الجراحة عبارة عن إصلاح التشوه أو المرض الناجم عنها ، أو عبارة عن فك الالتصاقات وتحرير الأمعاء ، أو عبارة عن استئصال جزئي للأمعاء المتموتة بعد فك الالتصاقات أو إجراء المفاغرة Anastomosis أو إجراء فغر معوي Stoma.

ويعتبر تثبيت الأمعاء الطريقة المثلى في معالجة الانسداد المعوي المزمن المتكرر بسبب الالتصاقات، حيث يستفاد من الالتصاقات نفسها في تثبيت الأمعاء. وفي الوقت الحاضر تطورت طرق التثبيت هذه وتعددت طرق تقنياتها ، وأهم الطرق الجراحية المجرى لهذا الغرض هي: عملية Noble وعملية Child-phillips ، وعملية Merquet. وهذه بعض الرسوم التوضيحية لهذه الجراحات :

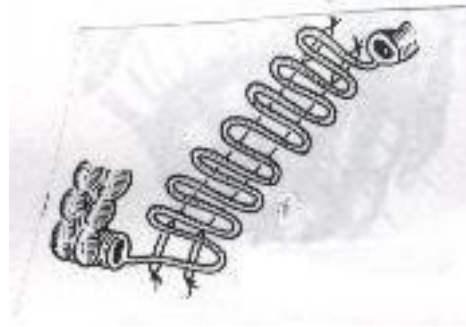




الشكل رقم /5/ عملية Noble



الشكل رقم /6/  
عملية Child-Phillips



الشكل رقم /7/  
عملية Merquet

وفيما يلي جدول بنوع الحالات المرضية التي راجعت مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال عشرة أعوام  
ونوع الجراحة المجرىة على المرضى :

جدول رقم /6/ يبين التظاهرات والأعراض المرضية ونوع الجراحة وعدد المرضى والنسبة المئوية

عدد المرضى والنسبة	الجراحة	معقد أعراض Symptom-Comlex
247 (44.05%)	فك الالتصاقات وقطع اللحم إجراء المفاغرة المعوية تفيم معوي استئصال جزئي للثرب	- الانسداد المعوي الحاد بسبب الالتصاقات
143 (25.49%)	فك الالتصاقات وقطع اللحم تثبيت الأمعاء استئصال جزئي للثرب استئصال نصف القولون Hemicolectomia استئصال أمعاء جزئي مع إجراء المفاغرة	- الانسداد المعوي المزمن والمتكرر بسبب الالتصاقات
84 (14.97%)	فك الالتصاقات استئصال معدي جزئي استئصال ثرب جزئي إجراء المفاغرة المعدية المعوية إجراء المفاغرة العفجية الصائمية	- الالتصاقات المترافقة بالمتلازمات الأمية
41 (7.30%)	فك وتحرير الالتصاقات استئصال أمعاء جزئي مع المفاغرة رتق الفتق	- الاندحاقات
46 (8.19%)	استئصال مجرى الناسور بعد فك الالتصاقات استئصال جزئي للأمعاء وإجراء المفاغرة	- النواسير المعوية

## تأهيل المرضى : Rehabilitation :

يتم تأهيل المرضى بعد تخرجهم من المستشفى باتباع معالجة فيزيائية هدفها دعم الضغط البطني radiology department –faculty of medicine – tishreen university – lattakia- syria. وزيادة مقوية أعضاء جوف البطن وذلك بإجراء التمارين الرياضية لعضلات البطن والحجاب وبمشاركة كامل العضوية في هذه الحركات ، حيث تمارس هذه التمارين بشكل خفيف ومحتمل وتدرجي إلى أن تطبق جميعها خلال 3-6 أشهر من تخرج المريض من المستشفى ، كما يطلب من المريض أن يراجع المستشفى خلال 2-3 أشهر الأولى للمراقبة وبعدها بشكل دوري. ويوضح الشكل التالي هذه التمارين الرياضية مع شرح عن كيفية تطبيقها [12].



الشكل رقم /8/ يبين مجموعة التمارين الرياضية الخاصة بمرض داء الالتصاقات البطنية في مرحلة التأهيل

- 1- الاستلقاء الظهرى واليدين على البطن ، إجراء تنفس بطني صدري مع شهيق وزفير عميقين بحيث تتحرك الأضلاع لعدة مرات.
- 2- الاستلقاء الظهرى واليدين بمحاذاة الجسم ، يرفع الطرفان السفليان من مستوى المفصل الفخذي الحرقفي ليشكلان زاوية قائمة مع الجسم أثناء الزفير ثم يعودان على استقامة الجسم أثناء الشهيق وهكذا بالتناوب.
- 3- الاستلقاء الظهرى تقرب الرجلين من البطن بواسطة اليدين أثناء الزفير ويأخذ المريض وضعية الجلوس أثناء الشهيق (وهكذا تتناوب الحركة).
- 4- الاستلقاء الظهرى ، يضم أثناء الزفير الطرفين السفليين إلى البطن بدون مساعدة اليدين ثم يقربان إلى الصدر ويعودان أثناء الشهيق إلى وضعية الاستلقاء الظهرى وهكذا.
- 5- الاستلقاء الظهرى اليدين تحت الرأس مع انحناء الركبتين ، يجلس المريض أثناء الزفير ويعود إلى وضعية الاستلقاء أثناء الشهيق وهكذا.
- 6- الاستلقاء الظهرى مع ثني الركبتين ، اليدين بمحاذاة الجذع ، يرفع الحوض أثناء الزفير ، يسحب البطن للداخل ، يعود المريض إلى وضعه السابق أثناء الشهيق وهكذا.
- 7- الاستلقاء الظهرى ، اليدين تحت الرأس والرجلين مستقيمتين ، يحاول الجلوس أثناء الشهيق ويعود إلى وضعه أثناء الزفير وهكذا.
- 8- الاستلقاء الظهرى ، اليدين بوضعية التباعد ، رفع الطرفين السفليين وثنيهما من مفصل الركبة ، يدور الطرفان السفليان نحو اليسار أثناء الزفير ويعودان لوضعهما السابق أثناء الشهيق ثم يدوران نحو اليمين أثناء الزفير ويعودان لوضعهما الأول أثناء الشهيق وهكذا بالتناوب.
- 9- الاستلقاء الظهرى ، اليدين بمحاذاة الجذع ، يجلس المريض أثناء الزفير ويعود إلى وضعية الاستلقاء أثناء الشهيق وهكذا.
- 10- الجلوس على كرسي ، تبعد الأيدي أثناء الشهيق ثم يضم أحد الطرفين السفليين إلى البطن بواسطة الأيدي أثناء الزفير وهكذا بالتناوب بين الطرفين السفليين.

- 11- الجلوس على كرسي ، يأخذ المريض تنفساً عميقاً (بطني - صدري) بحيث يسحب جدار البطن للداخل أثناء الشهيق ، ويجري بعد ذلك زفيراً عميقاً مع إجراء تدليك خفيف للأضلاع اليمنى ثم اليسرى بالتناوب.
- 12- المريض بوضعية الوقوف واليدان للأمام ، ثني الطرف السفلي الأيمن للداخل من المفصل الحرقفي الفخذي دون ثني الركبة مشكلاً زاوية قائمة مع الجسم ، ثم تبدل الوضعية بثني الطرف السفلي الأيسر وهكذا بالتناوب.

## النتائج والمناقشة :

- من دراستنا لمعظم المرضى الذين راجعوا المستشفى بإصابتهم بداء الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة وبعد الرجوع للدراسة المقارنة (الموضحة في الجدول رقم -1-) تبين :
- 1- أن معظم هؤلاء المرضى كانت الجراحة الأولى التي أجريت لهم هي جراحة استئصال الزائدة ، حيث بلغت نسبة تشكل الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة 37.61% وهي قريبة بشكل عام من النسب العالمية إن لم تكن أقل منها وقد يعود السبب حسب دراستنا إلى عدد المرضى الذي هو أقل من مجموع مرضى الدراسات العالمية ودرجة التهاب الزائدة ونوعية الخيوط الجراحية المستعملة.
- 2- احتلت الجراحات النسائية (القيصرية - الحمل الهاجر - أورام وكيسات المبيض والرحم ..) المرتبة الثانية حيث بلغت نسبة هؤلاء المرضى حسب دراستنا 31.9% وهي أكثر من النسب العالمية ، وبمناقشة هذه الحالات تبين أن للنز الدموي وعدم إجراء الأرقاء الجيد ورشف الدم المتجمع بالممص الكهربائي بشكل تام ، كما أن لاستعمال خيوط القصابة الكرومية Chromic gut في الخياطات الداخلية بشكل واسع وتوسيع الجراحة النسائية بمشاركتها باستئصال الزائدة في كثير من الحالات التي راجعت مشفانا تبين أن لكل ذلك دوراً في ارتفاع نسبة تشكل الالتصاقات البطنية في مرحلة ما بعد الجراحة أكثر من النسب العالمية.
- 3- احتلت الجراحات الأخرى كاستئصال المرارة المحصاة الملتهبة وانتقاب قرحة هضمية وجراحات المعدة والأمعاء المرتبة الثالثة إذ بلغت نسبتها 18.71% وهي أعلى من النسب العالمية بحوالي 4% ويعود السبب في ذلك لاستعمال المفرط للخياطة والتخثير الكهربائي وعدم استعمال جهاز الستابلينغ وأدوات الغرز الجراحية Staplin devices في مشفانا.
- 4- وجاءت في المرتبة الرابعة والأخيرة الجراحات التي أجريت بسبب رضوح البطن المترافقة بأذية الأحشاء ، إذ بلغت نسبتها 11.76% وهي قريبة من النسب العالمية رغم قلة هذه الحالات التي راجعت المستشفى خلال فترة الدراسة.

هذا ورغم كل الجهود المتبذبة حيث لم يتمكن من متابعة سوى 186 مريضاً (33.15%) من مجموع المرضى العام والبالغ 561 مريضاً وذلك لأسباب كثيرة أهمها عدم مراجعة المرضى المستشفى أو العيادة الجراحية إلا إذا كان هناك شكوى معينة والقليل منهم راجع للاطمئنان عن صحته حسب تعبيره.

لكن وبشكل عام معظم المرضى المراجعين كانت نتائجهم جيدة (140 مريضاً - 75.30% من أصل المرضى المراجعين).

وكانت مقبولة عند (41 مريضاً - 22.05%) وكانت الشكوى عند معظمهم عدم ارتياح أحياناً بعد الطعام ، أو ألم بطني محتمل أثناء التعرض للبرد وأثناء القيام بالأعمال المجهدة ، هذا وقد تم تدبير هؤلاء المرضى بالمعالجة المحافظة ، كما وجد عند أربعة منهم تناذر قرصي تمت معالجته دوائياً بالمعالجة النوعية.

وراجع المستشفى خمسة مرضى (2.65%) بحالة عامة سيئة بشكل إسعافي حيث أجريت الجراحة لثلاثة منهم لتدبير الانسداد المعوي الحاد الحاصل عندهم بسبب الالتصاقات للمرة الثانية بعد الجراحة الأولى.

كما أجريت الجراحة الإسعافية لاثنتين منهم لتدبير فتق اندحاقى مختنق بعد إجراء الجراحة للمرة الثالثة.

هذا وبشكل عام لم تحصل لدينا أية وفيات أثناء الجراحة ، كما أن نسبة المضاعفات في مرحلة ما بعد الجراحة كانت قليلة جداً وهي عبارة عن التهاب حواف الجرح أو تجمع بسيط لسائل مصلي مدمى في منطقة الجرح ، حيث أمكن السيطرة على هذه المضاعفات بالصادات والنزح.

كما لم تتجاوز إقامة المريض في المستشفى الأسبوع بعد إجراء الجراحة وكانت وسطياً ما بين 4-7 أيام، ولعب تقدم السن والحالة العامة للمريض ووجود أمراض مرافقة دوراً في إطالة الإقامة في المستشفى.

## المراجع:

.....

- 1- BUSHUYEV V.V., KOMAROV V.A. 1990 – Foreign body Staying in the abdominal cavity for 30 years as a cause of acute ileus. J.Clinical surgery. Keiv, NO4 .PP67.
- 2- Surgical clinics of North Americal – 2000
- 3- FUKUA T., HAWESD .1992 – Ct diagnosis of small bowell obstruction, J.Radial 258.PP.111-113.
- 4- GEORGE. D., ZUIDEMA (Shackelford, s) 1996 – Surgery of the alimentary tract, Fourth Edition U.S.A. PP.375-389.
- 5- GORELY V.V., ZELBMAN E.P.1990 – Chronic ileus caused by hyperfixation of the duodenum, J.Clinical surgery, Kiev. No5 .PP52.
- 6- MAKEYEV A.F., JURKO G.N. 1990 – acute intestinal obstruction adhesion in a woman patient with multiple postoperative abscesses of the abdominal cavity, J.Clinical surgery, Kiev, No 8 .PP62-63.
- 7- Seymouri. Schwartz, 2000 – principles of surgery, Sixth Edition, U.S.A. PP 1028-1031.
- 8- SHALIMOV A.A., SAENKO V.F. 1987 – Digestive surgery, Zdarovia, Keiv, PP528-537.
- 9- SKRIPNISHENKO D.F. 2000 – Emergency surgery abdominal cavity, Zdarovia, Keiv PP 207-240.
- 10- ZAITSEV V.T., GONCHARENKO L.I. 1999 – Impaired hemodynamics in acute ileus at the early postoperative period and their correction, J. Clinical surgery, Keiv, No 1. PP 23-25.
- 11- ZAITSEV V.T. 1989 – Emergency surgery abdominalis, Zdarovia, Keiv PP 213-237.
- 12- ZHENCHEVCKY R .A. 1999 – Abdominal adhesion disease, Meditsina, Moscow.
- 13- The WASHINGTON MANUAL of surgery .USA. second Edition 2002.