

### منابع:

- 1- Basaran. etal. "consang cieaus marrages and parents of down syndrome".clinical coun sult. vol.22. 1992
- 2- Emery,Alan EH. Mueller , Robest C. Elements of Medical Genetics. Churchill living stone: 1992.
- 3- Willson, Robert R. etal. obstetrics and Gynaecology missouri C.V.mosby co. 1997.

می‌توانند اطلاع رسانی بیشتری در این مورد داشته باشند پیشنهاد می‌شود پژوهشی در رابطه با بررسی تأثیر آموزش ارتباط جمعی در فراگیری جوانان و اجتناب از ازدواجهای فامیلی انجام پذیرد. پژوهشگر پیشنهاد می‌کند که این پژوهش انگیزه‌ای برای انجام تحقیق وسیع‌تری در سطح جامعه در ارتباط با موضوع باشد.

## تازه‌های جراحی

### کولورکتال<sup>(۱)</sup>

گرفتار نمی‌کند. کلیت اولسراتیو معمولاً از رکتوم شروع و به طرف کولون پیش می‌رود، و شامل دوره‌های تشدید و بهبودی است که اغلب بوسیله دارو درمانی با عوامل ضد التهاب (سولفازالین<sup>(۴)</sup>، آزولفیدین<sup>(۵)</sup>، رووازا<sup>(۶)</sup> و ...) یا استروئیدها (پردنیزون<sup>(۷)</sup>) بهبود می‌یابد. چنانچه علائم و نشانه‌های بیماری مکرراً مشاهده گردد و بیماری با درمان دارویی کنترل نشود یا به علت عوارض جانبی دارو بیمار قادر نباشد استروئید

**نویسنده:** اکرم مرباغی عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران هدف از ارائه این موضوع صرفاً بحث درباره دیدگاهها و روشهای جدید انجام شده در جراحی‌های کولون و مقعد است. هر چند بررسی بسیار جامعی نیست لیکن خلاصه‌ای از موارد مختلف مربوط به جراحی‌های کولون، از جمله بیماری التهابی روده (کلیت اولسراتیو<sup>(۲)</sup> و بیماری کرون<sup>(۳)</sup>)، سرطان مقعد و جراحی لاپاراسکوپی را مطرح می‌کند.

- 1- Colorectal
- 2- Ulcerative-Colitis
- 3- Crohn's disease
- 4- Sulfasaline
- 5- Azulfidine
- 6- Rowasa
- 7- Prednisone

### تازه‌های جراحی در بیماریهای التهابی کولون

کلیت اولسراتیو یک بیماری التهابی روده است که به آستر روده یا مخاط آن آسیب می‌رساند. عبارتی دیگر، فقط به کولون محدود شده و مانند بیماری کرون روده کوچک یا قسمتهای دیگر دستگاه گوارشی را

ایلیئوستومی سنتی<sup>(۵)</sup>، قدیمی‌ترین روش برای پروکتوکلیستومی و ایلیئوستومی است که طی سالهای ۱۹۷۰ اغلب از آن استفاده می‌شد. هدف، ایجاد ایلیئوستومی بدون استفاده از وسیله خارجی (کیسه) بوده است. ایلیئوستومی سنتی بر ۲۰ اینچ قسمت آخر روده کوچک انجام می‌شود. از آنجائیکه روده کوچک قادر نیست توده حجیمی را در خود نگهدارد، لذا در اثر اتساع، عکس‌العمل انقباضی نشان می‌دهد. البته اگر عکس‌العمل شدید باشد درد احساس می‌شود. در این روش دو الی سه حلقه از روده کوچک برداشته می‌شود تا مخزن نسبتاً بزرگی جهت نگهداری مدفوع ایجاد گردد. انقباض، چندان قابل ملاحظه نیست و این مخزن به مرور هم منبسط خواهد شد.

کناره‌های قسمت انتهائی بریدگی روده کوچک به داخل خود روده تا می‌شود و دریچه پستانکی<sup>(۶)</sup> ایجاد می‌گردد. با پر شدن مخزن، فشار به اطراف دریچه پستانکی وارد آمده و از این رو کناره تا شده به داخل روده برآمده می‌شود. در نتیجه دریچه فشرده شده و این فشار سبب بسته شدن آن می‌گردد. هنگام نیاز به تخلیه که معمولاً ۴۶ بار در روز است، لوله پلاستیکی نسبتاً سفتی در داخل دریچه پستانک قرار داده می‌شود تا دریچه باز بماند و بدین ترتیب مدفوع خارج گردد. ایلیئوستومی ایجاد شده در این نوع عمل در سطح پوست صاف و مسطح و بدون برآمدگی است و معمولاً برای پوشانیدن منفذ ایلیئوستومی، فقط از یک

را بمدت طولانی دریافت کند و یا دچار مسمومیت دارویی شود، همچنین بیماری قسمت اعظم کولون را برای مدت طولانی حدود ۸ تا ۱۰ سال گرفتار کرده باشد، قسمتی از کولون، با عمل جراحی برداشته می‌شود و نتیجتاً بیماری بهبود می‌یابد. طول مدت بیماری و وسعت سطح ملتهب روده از عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای عمل جراحی است زیرا خطر سرطان کولون بیمار را تهدید می‌کند.

سه روش جراحی برای درمان کلیت اولسراتیو در دسترس است که در هر سه این روشها، هدف، برداشتن تمامی آستر مخاطی کولون و بهبود بیماری می‌باشد. تفاوتها تنها در روش حفظ کولون باقیمانده است. درمان استاندارد شده در طول چندین دهه، برداشتن کامل کولون و انجام "ایلیئوستومی انتهائی"<sup>(۱)</sup> بوده است. در این روش تمام قسمت‌های کولون از نقطه اتصال ایلیئوسکال تا مقعد<sup>(۲)</sup> برداشته می‌شود و انتهای ایلیئوم و قسمت بعدی روده کوچک به دیواره شکم آورده و ایلیئوستومی انجام می‌شود. رکتوم و مقعد و عضلات اسفنکر مقعدی تماماً برداشته می‌شوند و زخم نشیمنگاه بخیه زده می‌شود.

از مزایای این عمل، یکی انجام آسان آن بر خلاف بزرگ بودن محل است که در یک مرحله انجام می‌گیرد و کمترین عوارض را دربردارد. در ضمن، نیاز به عمل جراحی مجدد نیز در این روش کمتر پیش می‌آید. شکی نیست بعضی عوارض در این روش نیز ایجاد می‌شوند، مثل مشکلات ایلیئوستومی، باز شدن زخم میان دو راهی<sup>(۳)</sup> و انسداد. با وجود این، عوارض ایجاد شده در این روش کمتر از سایر روشها است. از معایب چشمگیر این روش دفع دائمی مدفوع از ناحیه ایلیئوستومی است که سبب می‌شود تمام مدت شخص از کیسه یا وسیله پوششی<sup>(۴)</sup> استفاده کند. این نوع جراحی معیاری در مقابل تمامی دیگر روشها است.

1- end - ileostomy

2- Anus

3- Perineal

4- Appliance

5- Continent leostomy

6- Nipple - valve

اینکه نمی‌توانند کاندیدای عمل آناستوموزایلئال مقعدی باشند، ممکن است داوطلب کلاستومی دائم بشوند، بخصوص در مواردیکه این عمل به علت برداشته شدن قبلی عضلات مقعد بوده یا عملکرد آنها برای حفظ مواد زائد ناکافی باشد. بنابراین چنین بیمارانی باید در مورد خطرات ویژه و مزایای آن آگاهی کامل داشته و لاقل دو مورد مشاوره از موسسات دیگر هم کسب کنند.

عمل تعیبه جیب ایلئال آناستوموز مقعد (یا روش جیب لگنی) امروزه بعنوان یک عمل جراحی اساسی برای درمان بیماران با کولیت اولسراتیو و پولیپ‌های فامیلیال ارجح است. در این روش جیب یا مخزن با ۲ یا ۳ حلقه از ایلئوم ساخته می‌شود و سپس به قسمت سالم کانال مقعد متصل می‌گردد. در این عمل قوام و قدرت نگهداری عضلات اسفنکتر مقعد (آنال) حفظ می‌شود. مزایای این روش آن است که عمل تخلیه طبیعی انجام میشود (از میان دوراهی مقعد) و ایجاد استومای دائمی ضروری نیست. معمولاً شخص به زندگی طبیعی باز می‌گردد و پس از سپری شدن ایام نقاهت بعد از عمل محدودیت‌های فعالیت برای او وجود ندارد. حتی بسیاری از زنان پس از این عمل حاملگی‌های طبیعی هم داشته‌اند.

تنها مضرّت این روش دو مرحله‌ای بودن آن است. در مرحله اول کلکتومی<sup>(۷)</sup> (برداشتن کولون) و ایجاد

تکه گاز یا باند استفاده می‌شود، لذا چشمگیرترین حسن این روش، مسطح بودن محل عمل و بی‌نیازی از کیسه است.

اغلب این عمل‌های جراحی طی سالهای ۱۹۷۰ انجام می‌گرفتند، لذا امکان پیگیری مداوم و موثر از مراکز معتبر با نمونه‌های بزرگ مانند مایوکلینیک<sup>(۱)</sup> در دسترس است.

متأسفانه در عده بسیاری از این بیماران مشکلات زیادی ایجاد شده است. فراوانترین عارضه، لغزش<sup>(۲)</sup> یا نارسائی<sup>(۳)</sup> دریچه است، زیرا دریچه پستانکی بوسیله برگرداندن قسمتی از کناره ایلئوم به داخل خود ساخته شده و با بخیه زدن یا بست<sup>(۴)</sup> یا مش<sup>(۵)</sup> و سایر روشها در جای خود محکم شده است. در حالیکه ایلئوم عضوی منقبض شونده است و تمایل به باقی ماندن در این وضعیت ثابت را ندارد، لذا به فعالیت افتاده و سعی می‌کند به وضع اولیه برگردد. در نتیجه لاقل  $\frac{1}{4}$  تا  $\frac{1}{3}$  از بیماران دچار بدشکلی دریچه می‌شوند و جریان دائمی مدفوع از سوراخ وارفته محل ایلئوستومی ادامه می‌یابد. شکی نیست که نشت دائمی مدفوع روی پوست، وضعیتی مشکل آفرین است.

آمار جراحی مجدد در این موارد، ۲۰ الی ۳۵ درصد بوده است. در تعدادی از این بیماران، بطور متوسط ۱۰ عمل جراحی بعلت نارسائی دریچه یا سایر مشکلات انجام گرفته است. جیب ممکن است برداشته و به جای آن یک ایلئوستومی استاندارد شده ساخته شود. بهر حال قسمت عمده‌ای از انتهای ایلئوم برداشته می‌شود. این امر به کاهش جذب بعضی از ویتامینها مواد مغذی از جمله ویتامین  $B_{12}$  می‌انجامد. به دلیل ذکر شده و همچنین به واسطه پذیرفته شدن عمل جراحی آناستوموزبین ایلئوم و مقعد<sup>(۶)</sup>، ایلئوستومی دائمی دیگر امروزه بعنوان یک روش اساسی بندرت انجام می‌گیرد. هر چند گروه کوچکی از بیماران بدلیل

- 1- Mayo - Clinic
- 2- Valve slippage
- 3- Incompetence
- 4- Staples
- 5- Mesh
- 6- Ileal pouch - anal anastomosis operation
- 7- Colectomy

این بیماران در محل‌هایی که وی بتواند با آرامش و اعتماد نیازهای خود را بروز دهد ضروری است. نقش پرستار در چنین گردهمائی‌هایی دادن اطلاعات جدید در مورد مراقبت از خود به بیماران، گزارش موارد و مشکلات مشاهده شده یا ابراز شده توسط بیماران و بالاخره هدایت آنها به پزشک و پیگیری وضع سلامتی آنان است.

با توجه به این نکته که گردهم آوردن این بیماران خود یک وسیله حمایت و ایجاد مشارکت از طرف بیمار و خانواده او در درمان و توانبخشی خود او است، کمیته بین‌المللی اقدام به ایجاد انجمنهای استومی در سرتاسر جهان نموده است و طبق گزارش همین انجمن تا پنجم می / ۱۹۹۳ (۴۸) کشور به عضویت این کمیته درآمده اند که (۷) عضو از آن متعلق به کشورهای آسیائی می‌باشد. همچنین جدیدترین عضو این کمیته کشور لبنان است که در هفتم جولای ۱۹۹۳ به عضویت درآمده است.

از جمله برنامه‌هایی که سازمان نامبرده جهت حمایت از بیماران کشورهای عضو مطرح نموده است، تشکیل یک اردوی خانوادگی در سوئد است که بطور خلاصه و به عنوان نمونه بیان می‌گردد، باشد تا بیماران کلتومی شده ایران و خانواده‌هایشان نیز از چنین مزایائی بهره‌مند گردند.

### اردوهای خانوادگی در سوئد

از تمام نقاط سوئد خانواده‌های دارای عضو یا بچه کلتومی شده با شرکت در این اردو، چهار روز آفتابی را در پناهگاههای منطقه خارج نوا<sup>(۲)</sup> در من<sup>(۳)</sup>

جیب با آناستوموزایلنو - آنال انجام می‌گیرد. در ضمن آن یک "ایلئوستومی حلقه‌ای"<sup>(۱)</sup> موقتی بمنظور انحراف مسیر مدفوع بداخل وسیله مصنوعی انجام و فرصت ایجاد بهبودی در جیب لگنی فراهم می‌گردد. مرحله دوم که مرحله‌ای نسبتاً ساده‌تر است شامل بستن ایلئوستومی حلقه‌ای که معمولاً بعد از ۳ - ۲ ماه انجام می‌گیرد، می‌باشد. عمل آناستوموز مقعد به کیسه ایلئال بسیار پیچیده‌تر از پروکتوکولکتومی و ایلئوستومی است و میزان عوارض آن بالاتر است. این میزان در مراکزی که این روش را مکرراً انجام می‌دهند، بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. نشت مدفوع خصوصاً در شب و التهاب جیب تعبیه شده از جمله مشکلاتی است که برخی بیماران با آنها مواجه می‌شوند.

به هر حال عمل جراحی روی کولون از هر نوعی که باشد و بخصوص زمانی که قسمتی از روده برداشته شده و تغییراتی در نحوه دفع مدفوع شخص ایجاد گردیده است، برای بیمار مرحله‌ای دشوار است و نیاز به حمایت فیزیکی و روانی دراز مدت بسیار چشمگیر می‌باشد.

در این وضعیت لازم است که پرستار با ارائه خدمات مراقبتی، بیمار را برای پذیرش وضع جدید آماده سازد و با نشان دادن بیمارانی که کلتومی شده‌اند و بدون اختلال در چرخه زندگی و کار به فعالیت خود ادامه می‌دهند، بیمار جدید را تشویق نماید که زندگی خود را با وضع موجود تطبیق دهد. پرستار همچنین به عنوان حامی بیمار و ارائه دهنده مراقبت پرستاری نه تنها باید اطلاعاتی در باره وضعیت فیزیکی، تغذیه‌ای و ... بیمار داشته باشد، بلکه لازم است درباره خود بیمار نیز اطلاعات کافی داشته و بداند که او چگونه فکر می‌کند، چه احساسی دارد، چطور احساس خود را بیان می‌دارد و ... لذا گردهم‌آیی

1- Loopileostomy

2- Nova

3- Man

در ناحیه لوکابرون<sup>(۱)</sup> گذراندند.

بعضی از خانواده‌ها قبلاً با سایر خانواده‌های اردو آشنائی داشتند ولی بعضی‌ها برای اولین بار به اردو آمده بودند. اغلب بچه‌ها سالم و مشکلی با استومای خود نداشتند. اما برخی از آنان هنوز در مرحله بیمارستانی بودند و درد و ناراحتی هم داشتند. بعضی از والدین به امید بهبود بچه‌هایشان آماده هرگونه مقابله بودند، عده‌ای هم قبلاً این ایام پر اضطراب و غم را با نگرانی و مشکلات عدیده طی کرده بودند، با این تفاوت که اکنون تنها نبودند.

محوطه، بسیار زیبا و غذاها، عالی و تختخوابها، راحت بودند، خورشید می‌درخشید و همه از تسهیلات بسیار عالی برخوردار بودند، ولی آنچه که من نویسنده را بیشتر تحت تأثیر قرار داد، خوشحالی و گرمی گروه و خوشحالی بسیار کودکان آن اردو بود. یکی از دختران مبتلا چنین اظهار کرد:

این احساس که کس دیگری هم مثل من است و در این میان تنها نیستم باعث آرامش می‌گردد.

در آن روز والدین برای کار گروهی و بحث گروهی دعوت شدند. بچه‌ها را تحت نظر چند نفر مربی در باغ گذاشتند تا بازی کنند و بچه‌ها تمام بعدازظهر را تفریح کردند و اما موارد و موضوعاتی که آن روز در جمع والدین صحبت شد به قرار زیر بودند:

(۱) مسائل مربوط به حقوق بیمه و تامین اجتماعی بیماران استومی شده چیست؟

(۲) احساسات نوجوانی که دارای استوماست چیست؟

(۳) چه نوع مراکز روزانه و مدارس برای این گروه لازم است؟

(۴) بحران چیست و چگونه باید با آن مقابله کرد؟

(۵) چگونه به بچه‌هایی که دارای استوما هستند باید کمک کرد؟

همه این رئوس مطالب به درد والدینی که در آنجا

حضور داشتند می‌خورد، چون بنحوی از انحاء در برآوردن نیازهای کودکانشان لازم بود.

با توجه به شایع بودن سرطان بطور کلی در جهان و با در نظر داشتن این امر که مواردی از سرطان در ایران نیز تشخیص داده شده و می‌شود و احتمالاً برای عده‌ای با سرطان دستگاه گوارش و روده عمل کولوستومی انجام می‌گیرد، عضویت در انجمن بین المللی استومی برای ایران نیز ضروری بنظر می‌رسد، تا بتواند از مزایای این عضویت در حد امکان به نفع کولوستومی شده‌ها اعم از مبتلایان به سرطان یا بیماریهای دیگر استفاده کند.

### منابع

- 1- Brace A. orkin, M.D. "what new in colorectal surgery" ostomy - international. Issue 1. 1994. vol.15 No7. pp: 28-37
- 2-Brunner, lillian sh. and suddarth, Doris S. text book of medical surgical nursing. New york: j.B. lippincott Company. Sixth edition. 1988

What is new about colorectal surgeries?

Author: Marbaghi A.

Abstract: The aim of this paper is to introduce new methods of colorectal and anus surgeries. It is not a comprehensive paper and just is a summary of issues related to colon surgeries due to intestinal inflammatory diseases (ulcerative colitis and Crohn's disease), and anus cancer. Ulcerative colitis usually initiates from rectum and then develops upward to colon. There are three methods of surgery for ulcerative colitis. Difference between these methods is how residual colon is protected. One method is continent ileostomy which is the most traditional method. In this method ileostomy is done for patient without use of external bag for drainage. One standard method is total colon resection from ileosecal junction to anus and then is end-ileostomy. The third method is pocket-pelvic method. Today this method is preferred as an essential way to treat ulcerative colitis and familial polyyps. In this method drainage of feces will be normally from anus.

Key words: colorectal surgeries, ulcerative colitis, anus cancer, continent ileostomy, end-ileostomy, pocket-pelvic method, familial polyyps.