

فهرست

خلاصه	تست
فصل ۱- روده باریک و آپاندیس.....	۷ ۳۷
فصل ۲- کبد و طحال	۵۵ ۸۲
فصل ۳- بیماری‌های عروقی	۱۰۱ ۱۲۹
فصل ۴- پیوند	۱۴۳ ۱۵۹
فصل ۵- ترمیم زخم	۱۶۵ ۱۷۱
فصل ۶- کیسه صفرا و مجاری صفراوی	۱۷۵ ۱۹۶
فصل ۷- هرنی	۲۰۵ ۲۱۹
فصل ۸- پانکراس	۲۲۹ ۲۴۸
فصل ۹- پستان	۲۶۱ ۲۸۰
فصل ۱۰- جراحی انکولوژی	۲۹۳ ۳۱۵
فصل ۱۱- پره‌آپ+هموستاز+عفونت	۳۳۱

روده باریک و آپاندیس

بیماری‌های روده‌ی باریک

انسداد روده‌ی باریک (SBO)

شایع‌ترین اندیکاسیون جراحی روده‌ی باریک، انسداد است.

✚ **علائم:** دیستانسیون شکم، تهوع و استفراغ.

✚ **انواع:**

① انسداد کامل: هیچ ماده‌ای از محل انسداد عبور نمی‌کند.

② انسداد لوپ بسته: نوعی انسداد کامل است که در آن قسمتی از روده در پروگزیمال و دیستال بسته می‌شود که با احتمال بالای استرانگولاسیون همراه است و باید فوراً جراحی شود.

③ انسداد پارشیال: برخی از محتویات روده عبور می‌کنند.

بسته به علت، ممکن است مزانتر نیز درگیر شده و باعث استرانگولاسیون روده، ایسکمی و درنهایت نکروز شود.

(علل خارجی:)

شایع‌ترین علت SBO است.

I. چسبندگی و اسکار: در کشورهای توسعه‌یافته، شایع‌ترین علت SBO است. علت چسبندگی:

① جراحی: چسبندگی در ۲/۳ افرادی که یک نوبت تحت جراحی قرار گرفته و در ۹۰٪ کسانی که دو یا بیشتر جراحی شکمی داشته‌اند وجود دارد. اما ۹٪-۳ این افراد دچار علائم انسدادی می‌شوند. در روش‌های لاپاراسکوپی احتمال چسبندگی ۸۰٪ کاهش می‌یابد.

② بیماری التهابی احشای شکمی: دیورتیکولیت حاد، کوله‌سیستیت، آپاندیسیت، PID، اندومتریوز.

II. هرنی: بیرون‌زدگی یک لوپ روده از نقص در فاشیاست که منجر به علائم انسدادی می‌شود.

● در مناطقی که جراحی شایع نیست، هرنی (خصوصاً اینگوینال و نافی)، شایع‌ترین علل انسداد روده‌ی باریک هستند. در مراحل اولیه، می‌توان هرنی را جا انداخت که در این حالت علائم انسدادی نیز برطرف می‌شود (reducible). اگر زمان بگذرد، روده داخل ساک دچار ورم و اتساع شده و حتی با فشار نیز نمی‌توان آن را جا انداخت (irreducible). معمولاً در این موارد گردن ساک باریک است که می‌تواند منجر به اختلال خون‌رسانی (استرانگولاسیون) و در نهایت نکروز روده شود. بنابراین، هرنی irreducible، اورژانس جراحی است.

● **هرنی ریشتر:** در این نوع، تنها قسمتی از سطح آنتی‌مزانتریک روده وارد ساک می‌شود و بنابراین، علائم انسدادی وجود ندارند.

● **هرنی داخلی:** نادر است. هرنی روده در محل نقص مزانتر یا فضا پارادئودنال، روی می‌دهد. احتمال استرانگولاسیون

روده بالاست و بلافاصله جراحی باید انجام شود.

1. Pelvic Inflammatory Disease.

نکته

در جراحی بای‌پس معده، احتمال وقوع هرنی اینترنال هست. بیماری که تحت بای‌پس معده قرار گرفته است، و دچار علائم انسدادی شده، باید بلافاصله جراحی شود؛ زیرا احتمال استرانگولاسیون بالاست و تأخیر درمان فاجعه‌بار خواهد بود.

III. کارسینوماتوز (کانسر متاستاتیک پری‌توئن): معمولاً منشأ آن تخمدان یا کولون است. متأسفانه معمولاً مولتی‌فوکال

هستند؛ ولی حتی در این شرایط نیز در صورت وجود انسداد، باید اقدامات مداخله‌ای تسکینی انجام شود.

IV. ولولوس: علل زمینه‌ای می‌تواند چسبندگی روده بعد از جراحی یا مالروتاسیون یا باندهای مادرزادی باشد. معمولاً

ولولوس حول محور مزانتر اتفاق می‌افتد و احتمال استرانگولاسیون بالاست.

V. سندروم SMA: قسمت سوم دئودنوم بین SMA و آئورت تحت فشار قرار می‌گیرد. بیمار به دنبال کاهش وزن سریع و قابل

توجه مراجعه می‌کند. تشخیص با CT یا MRI است که محل انسداد را نشان می‌دهد.

علل جداری:

معمولاً جدار روده ضخیم شده و تنگی اتفاق می‌افتد. مایعات عبور می‌کنند اما مواد جامد باقی مانده و منجر به دردهای کرامپی می‌شوند.

تنگی‌های خوش‌خیم:

✚ شایع‌ترین علت: کرون

علل دیگر: انتریت ناشی از رادیاسیون، زخم‌های ناشی از مصرف مزمن NSAIDs، تنگی محل آناستوموز عمل قبلی.

✚ درمان: معمولاً درمان غیرجراحی است.

تنگی‌های بدخیم:

• تومور اولیه‌ی روده‌ی باریک: آدنوکارسینوما، GIST، لنفوما

• متاستاز: ملانوم بدخیم

✚ درمان: معمولاً به جراحی نیاز دارند.

انسداد ناشی از تنگی معمولاً پارشیال بوده و به آرامی ایجاد می‌شود. بیمار هفته‌ها دچار درد کرامپی بوده و کاهش وزن پیدا

کرده است. مزانتر درگیر نیست و استرانگولاسیون ناشایع است.

علل اینترالومینال:

اگر جسم خارجی بلعیده‌شده از پیلور عبور کند، معمولاً از بقیه‌ی دستگاه گوارش نیز رد می‌شود. در برخی موارد، دریچه‌ی ایلئوسکال

باریک بوده و اجسام بزرگ گیر می‌کنند و منجر به انسداد می‌شوند. گیرکردن در محل ایلئوسکال شایع است.

✚ علل:

• فیتوبزوار: فیبرهای هضم‌نشده‌ی میوه‌ها و سبزی‌ها بوده که به هم متصل شده و بزوار تشکیل می‌دهند.

• سنگ کیسه‌ی صفرا: گاهی در کوله‌سیستیت خصوصاً در افراد مسن، کیسه‌ی صفرا به روده‌ی مجاور فیستولیزه شده و

سنگ وارد روده می‌شود و دریچه‌ی ایلئوسکال را می‌بندد.

• درهم‌رفتگی روده (Intussusception): قسمتی از روده به‌صورت تلسکوپی در خود فرو می‌رود. در اطفال به‌صورت خودبه‌خودی اتفاق می‌افتد.

در بزرگسالان ناشایع بوده و معمولاً پاتولوژی زمینه‌ای مثل پولیپ اینترالومینال یا کانسر وجود دارد. بنابراین، حتی اگر برطرف شد، باید ارزیابی کامل روده‌ی باریک (معمولاً با small bowel follow through) انجام شود.

نکته اخیراً در CT اسکن انواژیناسیون‌های بدون علامت دیده می‌شود که اگر ادامه یافت باید ارزیابی بیشتر انجام شود. (این یافته دلیل بر انجام جراحی نیست).

پاتوفیزیولوژی

I. از دست رفتن مایعات: در انسداد روده، مایعات بدن به دلایل مختلفی از دست می‌رود و با پیشرفت بیماری نشت مایع به فضای سوم (ادم جدار روده و ورود مایع به فضای پریتونئ) اتفاق می‌افتد.

II. اختلالات الکترولیتی: بسته به محل انسداد و مدت بیماری متفاوت است. در انسدادهای دیستال‌تر به دلیل دفع صفرا اسیدوز اتفاق می‌افتد و در انسدادهای پروگزیمال به دلیل دفع اسید معده، آلکالوز داریم.

III. استرانگولاسیون: عارضه‌ی خطرناک اصلی است که در موارد Closed loop و انسداد کامل بیشتر دیده می‌شود. ممکن است سپسیس لوکال یا سیستمیک و نیز پرفوراسیون اضافه شوند.

شواهد به نفع استرانگولاسیون: تب، تاکی‌کاردی، لکوسیتوز، تندرns لوکالیزه

- در صورت وجود یک علامت، احتمال استرانگولاسیون ۷٪ و در صورت وجود هر ۴ علامت، ۶۷٪ است.
- ممکن است هیچ‌کدام وجود نداشته باشند؛ اما انفارکت روده اتفاق بیفتد یا همه‌ی علائم باشند؛ اما انفارکت نباشد.
- در صورت وجود هرکدام از علائم، بهتر است مداخله‌ی فوری جراحی انجام شود.
- در بیماری که دچار انسداد کامل است و بیش از ۴۸ - ۲۴ ساعت تحت نظر گرفته شده؛ ولی شواهدی به نفع بهبودی ندارد، احتمال استرانگولاسیون و گانگرن روده بالاست.

تظاهرات بالینی و ارزیابی

شرح حال

- شرح حال بیماری‌های قبلی خصوصاً جراحی‌ها یا بیماری‌های شکمی اهمیت زیادی دارد.
- شرح حال برجستگی یا درد موضعی، ممکن است علامتی از هرنی باشد.
- علائم مزمن و مبهم قبلی، به نفع بیماری‌های زمینه‌ای مانند بیماری التهابی روده یا نئوپلاسم‌هاست.

TABLE 2-2 Symptoms and signs of Bowel Obstruction

Symptom or sign	Proximal small bowel (open loop)	Distal small bowel (open loop)	small bowel (closed loop)	Colon and Rectum
Pain	Intermittent, intense, colicky, often relieved by vomiting	Intermittent to constant	Progressive, intermittent to constant, rapidly worsens	Continuous
Vomiting	Large volumes, bilious and frequent	Low volume and frequency; progressively feculent with time	May be prominent (reflex)	Intermittent, not prominent feculent when present
Tenderness	Epigastric or periumbilical; quite mild unless strangulation is present	Diffuse and progressive	Diffuse, progressive	Diffuse
Distention	Absent	Moderate to marked	Often absent	Marked
Obstipation	May not be present	Present	May not be present	Present

✚ درد: در شروع معمولاً کولیکی و دور ناف است (درد اتونومیک).

• به مرور با کاهش پریتالتیسم و حرکت روده، درد ثابت شده و دیستانسیون روده پیشرفت می‌کند.

• لوکالیزه شدن درد و تندرns (درد سوماتیک) به نفع ایسکمی روده و پریتونیت مجاور است.

✚ تهوع و استفراغ: در بسیاری از بیماران وجود دارد. در انسداد دیستال‌تر، با تأخیر بیشتری بروز می‌کند و ممکن است فکالوئید شود.

✚ دیستانسیون شکم: در انسداد دیستال اتفاق می‌افتد. اگر انسداد کاملاً پروگزیمال باشد، ممکن است دیستانسیون وجود نداشته باشد.

✚ یبوست و obstipation (عدم دفع گاز و مدفوع): ممکن است در مراحل اولیه‌ی انسداد، هنوز در دیستال گاز و مدفوع

وجود داشته باشد و دفع شود. همچنین در انسداد پارشیال، معمولاً دفع گاز و مدفوع شل وجود دارد.

معاینه

بیماران مبتلا به SBO، معمولاً با تأخیر و پس از بروز درد شکم، حالت تهوع و استفراغ و با اختلالات آب و الکترولیت مراجعه می‌کنند.

• به مرور زمان، با اضافه شدن دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی، لتارژی اتفاق می‌افتد.

• تاکی‌کاردی، خشکی مخاطات، کاهش تورگور پوستی و افت فشار نسبی، در مراحل پیشرفته‌تر بیماری دیده می‌شوند.

• بسته به محل انسداد، شکم ممکن است دیستانته باشد یا نباشد. دق شکم می‌تواند به علت تجمع هوا، تمپان بوده، یا

به دنبال تجمع مایع در روده یا آسیت، Dull باشد.

• در مراحل اولیه‌ی انسداد، صداها شکمی افزایش یافته و high pitch می‌باشند؛ اما با پیشرفت دیستانسیون یا بروز

پریتونیت، صداها کاهش می‌یابند.

- اسکارهای جراحی و مناطق مستعد هرنی باید به دقت بررسی شوند. در افراد چاق، ممکن است هرنی واضح نباشد و تنها علامت، تغییر contour شکم، اریتم یا تندرنس در محل اسکار عمل قبلی باشد.
- **تندرنس خفیف ژنرالیزه** شایع بوده و معمولاً با دکمپرشن (تعبیه‌ی NGT) بهبودی می‌یابد و بدین معنی است که هنوز ایسکمی روده اتفاق نیفتاده است.
- **تندرنس مداوم قابل توجه یا شواهد پرتیونیت** مانند تندرنس در دق، ریباند تندرنس یا ترس از حرکت کردن، نشان‌دهنده‌ی بیماری پیشرفته و نیاز به مداخله‌ی جراحی اورژانس است.

تصویربرداری

A- گرافی‌ها:

- در قدم اول، سری گرافی‌های شکمی (شامل گرافی ایستاده‌ی قفسه‌ی سینه، گرافی ایستاده و خوابیده‌ی شکم) به‌عنوان ارزشمندترین روش تصویربرداری، انجام می‌شوند.
- **نکات مهم در گرافی:** سنگ صفراوی، پنوموپریتون (هوای آزاد)، هوا در جدار روده، هوا در مجاری صفراوی و پورت و پنومونی می‌باشد.
- **شواهد مطرح‌کننده‌ی انسداد، در غیاب بیماری‌های دیگر:**
 - ① دیستانسیون روده‌ی پروگزیمال به محل انسداد و کلاپس دیستال آن در کلاپس، روده دیده نمی‌شود.
 - ② سطوح مایع- هوا در گرافی ایستاده.
 - ③ **لوپ‌های روده‌ای که در یک محل تجمع یافته و در گرافی‌های سریال، همچنان باقی می‌مانند (مطرح‌کننده‌ی انسداد ناشی از closed loop).**

نکته ۱- در صورتی که لوپ روده حاوی مایع باشد و هوا نداشته باشد، ممکن است با دانسیته‌های بافت نرم یکی شده و تشخیص انسداد را دشوار سازد.

نکته ۲- اگر روده در اثر تجمع هوا، کاملاً دیستانته باشد، افتراق روده‌ی باریک و بزرگ دشوار خواهد بود. در این موارد می‌توان از انمای کنتراست محلول در آب برای رد انسداد کولون استفاده کرد.

B- سی‌تی اسکن

- در مواردی که تشخیص واضح نیست، بسیار کمک‌کننده بوده و می‌تواند شواهد **نفرولیتاز، دیورتیکولیت، پانکراتیت** یا بیماری‌های عروقی مزاتر را نشان دهد.
- سی‌تی اسکن می‌تواند لوپ‌های پر از مایع روده‌ی باریک و نیز محل ترانزیشن (تبدیل لوپ دیلاته به کلابه) را نشان دهد. چرخش مزاتر می‌تواند علامت whorlpool را ایجاد کند که موید ولولوس، closed loop obstruction و یا هرنی اینترنال است.
- سی‌تی اسکن حتی بدون کنتراست خوراکی نیز، می‌تواند بسیاری از موارد یادشده را نمایان ساخته و در موارد مشکوک به انسداد روده کمک‌کننده باشد. (ممکن است یافته‌های CT با بالین همخوانی نداشته باشد، مثل یافتن اینتوساسپشن تصادفی در CT یا یافته‌های شبیه Closed loop که اصلاً با بالین همخوان نیست)

C- کنتراست استادی**+ اندیکاسیون‌ها:**

- علائم انسداد پارشیال طولانی‌مدت
- افتراق ایلئوس پارالیتیک از مکانیکال

کنتراست استادی و باریم انما (برای رد انسداد کولون) با آنژیوگرافی (برای رد بیماری‌های انسدادی عروق مزانتریک) تداخل دارد و باید بعد از رد این موارد انجام شود. در موارد حاد، معمولاً انجام آن ضروری نیست. (فقط عکس ساده و CT تشخیصی است.)

(تست‌های آزمایشگاهی)

به تشخیص کمک نمی‌کند؛ اما در رد علل دیگر و نیز بررسی کفایت احیا کمک‌کننده هستند.

+ لکوسیتوز: خصوصاً اگر بعد از احیای کافی و دکمپرشن روده‌ها باقی بماند، به معنای پیشرفت ایسکمی است.

+ الکترولیت‌ها: آلکالوز «contraction» همراه با هایپوکالمی در موارد دهیدراسیون شدید شایع است.

+ آمیلاز بالا: در SBO دیده می‌شود؛ اما اگر خیلی بالا بود، باید به فکر پانکراتیت حاد باشیم.

+ آنالیز ادراری: برای رد عفونت ادراری و سنگ کاربرد دارد.

+ اسیدوزلاکتیک: می‌تواند نشان‌دهنده ایسکمی روده باشد؛ (خصوصاً اگر احیای کافی انجام شده است). البته در موارد نکرور واضح روده ممکن است اسیدوزلاکتیک وجود نداشته باشد. اگر بیمار به درمان غیرجراحی جواب نمی‌دهد، نباید به‌خاطر لاکتات نرمال صبر کرد و انجام جراحی ضروری است.

(تشخیص‌های افتراقی)

ایلئوس پارالیتیک: شایع‌ترین تشخیص افتراقی است. به دنبال بیماری سیستمیک یا التهابی، روده دیستانت شده و علائم obstipation، مشابه با SBO اتفاق می‌افتد و تنها تفاوت، عدم وجود انسداد مکانیکال است.

+ عوامل مستعدکننده: نارکوتیک‌ها، استراحت در بستر، تروما، هایپوتیروئیدی، اختلال الکترولیتی (خصوصاً پتاسیم، منیزیم، کلسیم و فسفات)، بیهوشی، داروهای روان‌پزشکی، بیماری التهابی سیستمیک یا پریتونئال، سپسیس.

+ علائم: مشابه SBO با کمی تفاوت.

TABLE 2-3 Characteristics of Paralytic Ileus and small Intestinal Obstruction

Paralytic Ileus	Small Intestinal obstruction
Minimal abdominal pain	Crampy abdominal pain
Nausea and vomiting	Nausea and vomiting
Obstipation and failure to pass flatus	Obstipation and failure to pass flatus
Abdominal distension	Abdominal distension
Decreased or absent bowel sounds	Normal or increased bowel sounds
Gas in the small intestine and colon on x-ray	Gas in the small intestine only on x-ray

✚ **گرافی:** دیلاتاسیون منتشر تمام روده‌ها (کوچک و بزرگ) بدون وجود ترانزیشن.

✚ **کنتراست انما:** برای رد انسداد کولون.

✚ **کنتراست استادی روده‌ی باریک:** بعد از رد انسداد کولون، برای مواردی که افتراق انسداد مکانیکال از پارالیتیک دشوار است کاربرد دارد.

✚ **ایلئوس بعد از عمل (POI):** بعد از جراحی‌های بزرگ شکمی، شایع است.

- مولتی فاکتوریال: استرس عمل، اختلال آب و الکترولیت، تسکین درد خصوصاً با نارتوتیک‌ها و
- فعالیت روده بعد از جراحی‌های بزرگ دستگاه گوارش، به‌کندی باز می‌گردد و یکی از علل اصلی بستری طولانی‌مدت در جراحی‌های کولون در مقایسه با سایرین است.
- پروتکل fast-track به‌منظور کاهش POI ارائه شده شامل موارد زیر است:

① پیشگیری از هیدراسیون اضافی

② عدم استفاده از NGT

③ شروع فعالیت و راه رفتن در اولین فرصت

④ شروع رژیم غذایی در اولین فرصت بعد از جراحی‌های مازور GI

⑤ استفاده از Alvimopan: آنتاگونیست اپیوئید با اثر روی گیرنده‌های μ است؛

درمان انسداد روده‌ای

I. اصلاح آب و الکترولیت: قدم اول درمان، احیاست پیش از اصلاح تهاجمی الکترولیت‌ها، باید بیمار یوولمیک شود؛ زیرا در غیراین‌صورت پرفیوژن کلیه مختل بوده و ممکن است افزایش ناگهانی سطح الکترولیت‌ها مثل پتاسیم اتفاق بیفتد.

✚ **روش‌های ارزیابی احیا:**

• U.O: برون‌ده ادراری، بهترین روش برای ارزیابی کفایت احیاست. در بزرگسالان، برقراری ادرار به میزان حجم ادرار/CC 0.5 Kg/hr نشان‌دهنده‌ی کفایت احیاست.

• CVP: در موارد بیماری‌های قلبی عارضه‌دار، می‌توان از فشار ورید مرکزی (CVP) به‌عنوان روش کمکی برای ارزیابی کفایت احیا استفاده کرد.

پاسخ بیمار به درمان به‌صورت مکرر حین احیا ارزیابی می‌شود.

II. NPO کردن و تعبیه‌ی NGT:

فواید NGT:

- ① کنترل استفراغ
- ② کاهش دیستانسیون پروگزیمال به انسداد
- ③ کاهش ریسک آسپیراسیون
- ④ اندازه‌گیری حجم مایع و الکترولیت ازدست‌رفته.

نکته اخیراً تجویز ماده کنتراست خوراکی محلول در آب نیاز به جراحی و مدت زمان بستری را کم کرده است.

III. ادامه‌ی درمان بسته به علت:

+ انسداد پارشیال یا درجه‌ی پایین با سابقه‌ی جراحی قبلی و عدم وجود شواهد هرنی: چسبندگی شایع‌ترین علت بوده و در ۸۰٪ موارد با اقدامات **کانزرواتیو** درمان می‌شود.

+ **هرنی اینکارسره:** جاناندازی انجام شده و سپس بیمار تحت نظر گرفته می‌شود (بررسی از نظر برطرف شدن علائم انسدادی):

- در صورت جاناندازی موفق، ترمیم هرنی جهت پیشگیری از عود انجام می‌شود.

- در صورتی که **هرنی** جا نرود، باید **اصلاح آب الکترولیت انجام** شود و بیمار **سریعاً** به اتاق عمل منتقل شود.

- **Reduction en mass.** در این حالت، هرنی و ساک با هم جا می‌روند و **اختناق باقی می‌ماند.**

- علائم ناموفق بودن جاناندازی: درد یا تندرns مداوم، علائم التهاب در معاینه یا تست‌های آزمایشگاهی مختلف.

+ **انسداد بدون سابقه‌ی قبلی جراحی یا هرنی در معاینه:** علت زمینه‌ای، معمولاً ضایعات نئوپلاستیک یا هرنی داخلی است و بنابراین، درمان، عمل جراحی است.

+ **انسداد کامل درجه بالا:** در این شرایط احتمال بهبودی پایین و ریسک ایسکمی روده بالاست. بنابراین، مداخله‌ی جراحی اورژانسی توصیه می‌شود.

اندیکاسیون جراحی در بیمارانی که تحت نظر گرفته می‌شوند:

① عدم بهبود بالینی و رادیولوژیک در مدت ۱-۵ روز (صبرکردن بیش از آن، احتمال ایسکمی روده را افزایش می‌دهد).

② افزایش نیاز به مایعات دریافتی شواهد بدتر شدن در معاینه، بررسی‌های رادیولوژیک و یا پارامترهای آزمایشگاهی.

اندیکاسیون‌های درمان غیرجراحی در مدت بیش از این چهارچوب زمانی:

① انسدادهای زودرس بعد از عمل که معمولاً **طی دو هفته** برطرف می‌شوند (به دنبال بهبودی adhesion‌های حاد و التهاب روده).

② کارسینوماتوز شکم با سابقه‌ی انسدادهای مکرر در زمینه‌ی جراحی‌های متعدد شکمی و درگیری تومورال شکم.

③ انتریت ناشی از رادیاسیون.

+ **عمل جراحی:** قبل از عمل آنتی‌بیوتیک با پوشش گرم منفی‌های هوازی و بی‌هوازی‌ها تجویز می‌شود.

نکات مهم در لاپاراتومی:

- چسبندگی‌ها آزاد می‌شوند.

- هرنی جا انداخته شده و ترمیم می‌شود.

- تمام طول روده ارزیابی می‌شود، در صورت شک به ایسکمی روده، می‌توان با فلورسئین یا سونوگرافی داپلر برای تکمیل معاینه‌ی بالینی (رنگ روده، خونریزی و پرستالتیسم) استفاده کرد. هیچ‌کدام از این روش‌ها، ۱۰۰٪ تشخیصی نبوده و در صورت مشکوک بودن روده، باید ۲۴ ساعت بعد، عمل جراحی مجدد برای ارزیابی روده انجام شود (2nd look).

- در صورت وجود سابقه‌ی کرون یا کوتاه بودن طول روده، باید رزکشن کمترین مقدار ممکن انجام شود؛ زیرا احتمال سندروم روده‌ی کوتاه و نیاز به تغذیه‌ی وریدی طولانی‌مدت وجود دارد خصوصاً وقتی روده باقی مانده به حدود ۱۰۰ cm می‌رسد. قسمتی از روده که واضحاً مشکل‌دار است، برداشته می‌شود. اگر نئوپلاسم داشت، رزکشن با مارژین مناسب انجام می‌شود.

درهم‌فتگی روده (intussusception):

- در اطفال: معمولاً خودبه‌خود اتفاق افتاده و با انمای کنتراست یا هوا، جاندازی انجام می‌شود.
- در بزرگسالان: نیازمند جراحی و رزکشن قسمت مبتلاست (lead point مانند پولیپ یا کانسر دارد).

لاپاراسکوپي:

قرار دادن پورتهای لاپاراسکوپي و کار با روده‌های دیستانته در شرایط انسداد، (خصوصاً اگر بیمار سابقه‌ی جراحی‌های قبلی داشته و جراحی دشوار باشد) خطرناک بوده و استفاده از این روش را محدود می‌کند.

✚ **عوارض:** احتمال بروز عوارض خصوصاً در موارد انفارکت روده و یا رزکشن بیشتر است.

① عوارض عبارت‌اند از: عفونت زخم، لیک آناستوموز، آبسه، پریتونیت، فیستول.

② مورتالیتیه:

• در موارد بدون عارضه که نیاز به لاپاراتومی داشته‌اند > ۱٪ بوده است.

• در موارد استرانگولاسیون یا پرفوراسیون، به ۲۵٪ هم می‌رسد.

③ سندروم روده‌ی کوتاه: در رزکشن‌های وسیع دیده می‌شود و بیمار به تغذیه‌ی وریدی و حمایت تغذیه‌ای طولانی‌مدت نیاز دارد.

④ انسداد مجدد: مواد مختلفی برای کاهش احتمال انسداد مجدد بررسی شده‌اند؛ اما هیچ‌کدام به حد کافی مؤثر نبوده‌اند.

بیماری کرون (CD) در روده‌ی باریک

اهمیت و بروز بیماری

در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر دیده می‌شود. فاکتورهای ژنتیکی و محیطی هر دو مؤثرند.

• دوقلوهای منوزیگوت و نیز اقوام درجه یک، به احتمال بیشتری مبتلا می‌شوند. در بستگان درجه اول فرد مبتلا احتمال ابتلا ۳۰ برابر می‌شود.

• مصرف NSAID و سیگار کشیدن نیز با CD مرتبط هستند. صص

توزیع سنی Bimodal است. پیک اول، اواخر دهه‌ی دوم و اوایل دهه‌ی سوم زندگی و پیک دوم دهه‌های ششم و هفتم زندگی است.

✚ **محل درگیری:** از دهان تا مقعد، اما شایع‌ترین محل درگیری روده‌ی کوچک و کولون است.

• درپچه‌ی ایلئوسکال در ۴۰-۵۰٪ موارد درگیر است.

• درگیری ایزوله روده باریک حدود ۴۰-۳۰٪ موارد است.

• درگیری ایزوله‌ی کولون در ۲۰٪ موارد دیده می‌شود.

بیماری قابل درمان نیست و عود می‌کند. به همین علت، جزو مشکلات اصلی سیستم سلامت محسوب می‌شود.

پاتوفیزیولوژی

CD، یک بیماری مزمن است که با التهاب تمام ضخامت دستگاه گوارش و نیز درگیری ارگان‌های دیگر مانند پوست، چشم، دهان، مفاصل و سیستم صفراوی خود را نشان می‌دهد.

CD خصوصیتی دارد که می‌توان آن را از کولیت اولسروسی مزمن (CUC) افتراق داد. البته در ۱۵-۱۰٪ موارد، تشخیص معلوم نیست که به آن کولیت Indeterminate می‌گویند.