

- Principles of critical care. New York, NY: McGraw – Hill Co 1998;1279-86.
23. Stoney RJ and Cunningham CG: Acute mesenteric ischaemia. *Surgery*. 1993;114:489-90.
24. Lipski DA and Earnst CB: Visceral ischaemia syndrome. In: Moore WS, ed. *Vascular surgery: a comprehensive review*. Philadelphia: Saunders 1998;543-54.
25. Oldenburg WA, Louis LL, Rodenburg TS, et al: Acute mesenteric ischaemia. A clinical review. *Arch. Intern. Med.* 2004(May); 164(24):1054-61.
26. Rosen A, Korobkin M, Silverman PM, et al: Mesenteric vein thrombosis: CT identification. *Am. J. Radiol.* 1984;143:84-6.
27. Bergan JJ: Diagnosis of acute intestinal ischaemia. *Semin. Vasc. Surg.* 1990;3:143-8.
28. Levey PZ, Krausz MM and Manny J: Acute mesenteric ischaemia: improved results: a retrospective analysis of ninety-two patients. *Surgery*. 1990;107:372-80.
29. Pavel J, Levey MM and Krause JM: The role of second-look procedure in improving survival time for patients with mesenteric vein thrombosis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1990;170:287-91.
30. D'Abreu F and Humble JG: Mesenteric vein thrombosis. Recovery after resection with heparin. *Lancet.* 1946;1:354-6.

هذا وقد نتج عن استئصال الأمعاء وجود ظاهرة ما يسمى بقصر الأمعاء في ثلاث حالات من مرضى الانسداد الشرياني بينما حدثت هذه الظاهرة في حالة واحدة من الانسداد الوريدي، وبلغ معدل النجاة بعد عام ٣٢% لمرضى الانسداد الشرياني مقابل ٨٥.٨% لمرضى الانسداد الوريدي.

الاستنتاج: ونستخلص من البحث أن مرض الانسداد الحاد للأوعية الدموية المغذية للأمعاء لهو مرض خطير يستلزم منا سرعة التشخيص المبكر بوضعه في الاعتبار عند فحص المريض إكلينيكيًا واستخدام الوسائل الحديثة لذلك، ويعزى عدم التشخيص المبكر إلى تشابه الشواهد الإكلينيكية بينه وبين الأمراض الباطنية الأخرى وكذلك تعدد أنواع وأسباب هذا الانسداد، ويعتبر إصلاح الحالة العامة للمريض بإعطائه السوائل اللازمة لتحسين ضغط الدم ووظائف الكلى ثم إجراء الجراحة العاجلة له من أهم العوامل التي تؤدي إلى انخفاض نسبة الوفيات.

دراسة العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الوفيات لمرضى الانسداد الحاد للأوعية الدموية المغذية للأمعاء بمنطقة سوهاج

علاء السيوطي

قسم الجراحة العامة - كلية الطب - جامعة سوهاج

الخلفية: يعد الانسداد الحاد للأوعية الدموية المغذية للأمعاء من أشد الأمراض الباطنية ضراوة من حيث حدوث الألام الحادة بالبطن فضلاً عن ارتفاع نسبة وفياتها والتي قد تصل إلى ١٠٠% وذلك بسبب تأخر التشخيص والخلط بينها وبين حدوث مثل هذه الألام لأسباب باطنية أخرى.

والهدف من هذا العمل هو كيفية الوصول إلى تشخيص مبكر لهذا المرض ودراسة العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الوفيات وإيجاد الحلول اللازمة لها.

المرضى والوسائل: ولذلك فقد تم دراسة جميع الحالات التي أجريت لها عمليات جراحية بقسم الطوارئ بمستشفى سوهاج الجامعي في الفترة من يناير ٢٠٠٠ إلى يناير ٢٠٠٦، وكان التشخيص النهائي لها بعد إجراء هذه العمليات هو الانسداد الحاد بالأوعية الدموية المغذية للأمعاء. وعلى ضوء نوع الوعاء الدموي المسدود تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين. المجموعة الأولى وهم مرضى الانسداد الشرياني، والمجموعة الثانية هم مرضى الانسداد الوريدي.

النتائج: شمل هذا البحث ٣٢ حالة مثلت نسبة الإصابة بالانسداد الشرياني ٧٨% (٢٥ حالة) بينما مثلت نسبة الإصابة بالانسداد الوريدي ٢٢% (٧ حالات). وقد كان متوسط عمر الفرد في المجموعتين ٥٨.٧ سنة ويعتبر متوسط هذا العمر أصغر بحوالي عشر سنوات عما هو مسجل بالأبحاث الطبية الأخرى، هذا بالإضافة إلى زيادة معدل الإصابة بالانسداد الوريدي الحاد في ذكور متوسط أعمارهم أكثر قليلاً عن أربعين عاماً عما هو وارد بالمراجع الأخرى، وقد يعزى ذلك إلى الإصابة المبكرة بديدان البهارسيا المنتشرة بهذه المنطقة والتي قد تتسبب في زيادة الضغط داخل الوريد الباطني نتيجة إصابة الكبد بها أو ببويضاتها. أما أمراض القلب وعدم انتظام نبضاته فقد كانت العامل الرئيسي في حدوث الانسداد الشرياني.

وبالنسبة للأعراض فقد كان وجود آلام حادة بالبطن هو الشكوى السائدة في المجموعتين بنسبة ١٠٠% وإن كانت هذه الألام مبرحة في الانسداد الشرياني وأقل حدة في الانسداد الوريدي، أما عن الأعراض الأخرى كالقيء والإسهال الدموي أو القوي الدموي فكانت موجودة بنسب متفاوتة في المجموعتين.

هذا ومن أهم العوامل المؤثرة في معدل الوفيات لهؤلاء المرضى هو كمية البول عند الدخول للمستشفى، فقد لوحظ أن نقص كمية البول عن ٣٠ سم/ساعة (نتيجة لقصور وظائف الكلى) تتسبب في زيادة معدل الوفيات بعد إجراء الجراحة، وبمقارنة الفحوص المعملية لمرضى الانسداد الشرياني والانسداد الوريدي فقد لوحظ أن هناك ارتفاع جوهري في عدد كرات الدم البيضاء لمرضى الانسداد الشرياني (٢٣.٣ ± ١.٨ × ١٠^٣ كرية بيضاء لكل مليلتر) عنه في الانسداد الوريدي (١٥.٦ ± ٢.٧ × ١٠^٣ كرية بيضاء لكل مليلتر) وكذلك ارتفاع ملحوظ للبولينا في مرضى الانسداد الشرياني (٣٦.٤ ± ٤ مجم/ديسلتر) عنه في الانسداد الوريدي (١٩.١ ± ٣.٥ مجم/ديسلتر).

وقد كانت عملية استئصال الأمعاء التالفة مع التوصيل الأولي للأمعاء هي العملية الغالبة في المجموعتين بنسبة ٨٧.٥% (٢٨ مريضاً)، أما استئصال الجلطة المتسببة في الانسداد الشرياني مصاحب له استئصال الجزء التالف من الأمعاء فقد تم إجراؤه في أربعة من مرضى الانسداد الشرياني بنسبة (١٢.٥%).

هذا وقد بلغت نسبة الوفاة خلال ثلاثين يوماً لمرضى الانسداد الشرياني ٦٠% مقارنة بـ ١٤.٢% لمرضى الانسداد الوريدي، وهذه النسبة ذات دلالة إحصائية، وقد لوحظ بين مرضى الانسداد الشرياني أن جوهر الاختلاف بين المتوفين والذين عاشوا هو التشخيص المبكر والتدخل الجراحي المبكر، وقد بلغت نسبة الوفاة لمرضى التشخيص المبكر ٣٧.٤% مقارنة بـ ٧٠% للمرضى الذين تأخر تشخيصهم والتدخل الجراحي لهم.

جامعة سوهاج
كلية طب سوهاج



مجلة سوهاج الطبية



يوليو 2007

العدد (11) رقم (2)