الملخـــــص العربـــــى

وتقوم هذه الدراسة على تقييم النتائج التى تحدث بعد توصيل القولون بأحد هذه الطرق (الطريقة اليدوية – الدباسة الجراحية أو جهاز الفلتراك).

أجريـــت الدراسة على ستين مريضا منهم ٣٦ ذكورا ، ٢٤ إناث وتراوحت الأعمار بيـــن ١٢ إلـــى ٧٢ عاما بمتوسط ٥٠ سنة وتم تقسيم المرضى إلى ثلاث مجموعات تقسيما عشوائيا مجموعة (أ – ب – جـــ) كل مجموعة تحتوى عشرين مريضا.

وقـــد اشتملت المقارنة بين الطرق الثلاثة على تقييم مدى فاعلية كل طريقة وأثر ذلك علـــى نقاهـــة المرضى آخذين فى الاعتبار مضاعفات كل طريقة وعدد الوفيات الناجمة عن تطبيقها.

المجموعة (أ):

- التوصـــيل بالغـــرز الـــيدوية باستخدام خيوط الفكريل أو الديكسون بعمل الغرز طبقة واحدة أو طبقتين.

المجموعة (ب):

- ويتم توصيل الأمعاء فيها عن طريق إدخال كل حلقة من الفلتراك فى جزء من الأمعاء وربـــط الخـــيط حولها ثم إدخال الحلقتان مع بعضهما البعض والتأكد من ذلك بسماع صوت معين يعنى التحام وتماس حواف الأمعاء مع بعضها البعض.

المجموعة (جـــ):

- يتم استخدام الدباسة الجراحية لاستعادة توصيل القولون وتم استخدام أحجام ومقاسات مختلفة منها اعتمادا على طبيعة التوصيل الذى سيحدث.

وقد اشتملت المقارنة على:

١- مشاكل أو مضاعفات أثناء الجراحة.

٢- الوقت الذى تم فيه توصيل الأمعاء.

٣- الفترة الزمنية للعملية.

وبعد العملية تم ملاحظة الآتى:

١- متابعة حدوث حركة الأمعاء بعد الجراحة.

٢- متابعة حدوث تسريب من أماكن التوصيل.

٣- متابعة الجروح وحدوث التهابات.

٤- متابعة الحالات للتأكد من عدم حدوث انسداد معوى وخصوصا من الأجزاء المفتتة للحلقات بالنسبة للمجموعة (ب).

٥- متابعة المريض وإحساسه بإخراج أجزاء من الحلقات مع البراز.

٦- متابعة حدوث ضيق فى الأمعاء بعد ٦ شهور وذلك عن طريق المنظار.

٧- متابعة حدوث وفيات.

وكانت النتائج كالآتى:

بالنسبة للمجموعة (أ):

التى تم فيها توصيل الأمعاء بواسطة الغرز اليدوية بخيوط الفكريل ٢ زيرو أو الديكسون ٢ زيرو أو أحيانا بى دى اس (PDS) زيرو.

١- بالنسبة إلى التوصيل وجدت صعوبة فى ثلاث حالات وذلك لوجود تورم شديد فى القولون وذلك لوجود انسداد سابق به وقد تم التغلب عليه باستخدام حجم الخيط المناسب.

٢- الوقت المنقضى فى توصيل الأمعاء استغرق من ٢٥-٤٨ دقيقة بمتوسط ٣٤ دقيقة.

٣- طول مدة العملية بداية من فتح الجلد إلى إغلاق الجلد ونهاية العملية استغرق من ٦٠ -٢٣٥دقيقة متوسط ١٣٠ دقيقة.

٤- حدثت حالة انسداد معوى واحدة وتم إعطاء المريض علاجا "تحفظيا" واستجاب للعلاج ولم يحتاج إلى تدخل جراحى.

٥- حدثت ٣ حالات التهاب بالجرح وتم عمل مزرعة وأعطى المريض المضاد الحيوى المناسب حسب المزرعة وتم عمل الغيار المناسب مع تنظيف الجرح يوميا حتى تم الالتئام.

٦- حدث تسريب فى حالة واحدة (توصيل قولون بقولون) وتم إعطاء العلاج المناسب مع المتابعة واستجاب المريض بالعلاج ولم يحتاج أى تدخل جراحى.

٧- لم تحدث وفيات.

٨- مدة بقاء المريض فى المستشفى من ٧ – ١٦ يوم بمعدل ٩,٦ يوم.

بالنسبة للمجموعة (ب):

١- عند تركيب حلقات الفلتراك فى الأمعاء حدث صعوبة فى تركيب الحلقات فى حالتان مـــع حدوث تمزق بسيط فى الغشاء المخاطى للأمعاء وتم عمل غرز جراحية لهما. وأمكن التغلب على ذلك باستخدام المقاس الذى يتناسب مع قطر الأمعاء.

٢- الوقت المستعمل لعمل توصيل الأمعاء استغرق من ١٣-٢٨ دقيقة بمعدل ١٨ دقيقة.

٣- طول مدة العملية من بداية فتح الجلد إلى نهاية إغلاق جلد البطن استغرق من ٧٠ إلى ٢١٥ دقيقة بمتوسط ١٠٠ دقيقة.

٤- لم يحدث أى حالة انسداد معوى رغم تفتت جهاز الفلتراك.

٥- حدثـــت حالـــتان التهاب فى الجرح وتم عمل مزرعة من الجرح وتم المتابعة بالغيار المناسب والمضاد الحيوى حسب المزرعة وتنظيف الجرح باستمرار.

٦- تفتـــت حلقات الجهاز خلال ١١-١٩ يوم ولم يشعر أى مريض بخروج أى جزء من هذه الحلقات.

٧- لم يحدث تسريب فى توصيلة الأمعاء بواسطة الفلتراك فى جميع المرضى.

٨- لم يحدث أى وفيات.

٩- بقاء المريض فى المستشفى من ٧ - ١٠ أيام بمعدل ٨,٢ يوم.

١٠- بالمتابعة بعد ستة شهور بواسطة منظار القولون وأشعة الباريوم لم يوجد أى ضيق فى القولون فى مكان التوصيل.

بالنسبة للمجموعة (جـــ):

١- وجـــد صـــعوبة فى حالة واحدة حيث (كانت توصيل القولون بالمستقيم) وذلك لصغر طول المستقيم الشديد وتم التغلب عليها باستخدام الدباسة عن طريق الشرج باستخدام الحجم المناسب من الدباسات كما كانت هناك حاجة إلى إضافة بعض الغرز الجراحية إلى وصلة الدباسة لزيادة الأمان وعدم حدوث تسرب.

٢-- الوقت المنقضى لعمل توصيلة القولون يتراوح من ٢٠-٤٠ دقيقة بمعدل ٣٠ دقيقة.

٣- طـــول مـــدة العملية من بداية فتح الجلد حتى نهاية قفل الجلد تتراوح بين ٨٠-٢٢٠ دقيقة بمعدل ١٢٠ دقيقة.

٤- لم يحدث أى حالات انسداد معوى فى هذه المجموعة.

٥- حدثت حالتان التهاب بالجرح وتم معالجته كما سبق.

٦- حدث حالة تسرب واحدة بالقولون فى هذه المجموعة وكان التسرب بسيط لم يستدعى التدخل الجراحى وقد أخذ المريض علاجا تحفظيا.

٧- لم يحدث أى وفيات فى هذه المجموعة.
٨- بقاء المرض فى المستشفى ٧-١٥ يوم بمعدل ٩,٥ يوم.
٩- المتابعة بعد ستة شهور بأشعة الباريوم ومنظار القولون ولم يلاحظ أى حالات ضيق فى القولون.

مما سبق نستنتج الآتى:

١- أن استخدام جهاز الفلتراك سهل ويمكن للجراح أن يتعلم استخدامه وتركيبه بطريقة أبسط من الدباسة الجراحية.
٢- لم يحدث تسريب من الأمعاء فى حالات الفلتراك بعكس حالات التوصيل بالغرز اليدوية أو الدباسة الجراحية مما يؤدى إلى قلة استخدام المضادات الحيوية وعدم الحاجة إلى إجراء جراحة أخرى.
٣- انخفاض ملحوظ فى وقت توصيل الأمعاء بالنسبة للفلتراك عنه فى حالات التوصيل بالغرز اليدوية أو الدباسة وذلك هام جدا فى حالات الطوارئ. وفى حالات التوصيل فى أكثر من جزء من الأمعاء.
٤- انخفاض ملحوظ فى وقت العملية بالكامل مما يؤدى إلى تخفض كمية التخدير وإفاقة المريض بسرعة وذلك هام جدا فى الحالات الحرجة التى تعانى من أمراض فى القلب أو الرئة أو كبر السن.
٥- انخفاض مدة بقاء المريض بالمستشفى بعد العملية فى حالات الفلتراك عنه فى حالات التوصيل بالغرز اليدوية أو الدباسة مما يؤدى إلى قلة التكاليف والإقامة.
٦- انخفاض فى حدوث الانسداد المعوى الشللى بعد الجراحة بالفلتراك عنه فى حالة الطريقة اليدوية أو الدباسة الجراحية.
٧- أن الدباسة الجراحية لم تختلف كثيرا عن الطريقة اليدوية من حيث المضاعفات الناتجة ولكنها أظهرت دقة وأمانا من حيث توصيل القولون بالشرج على بعد شديد الانخفاض.

ونستخلص من هذه الدراسة أن عمليات توصيل القولون يدويا والتى تعد من أقدم الطرق المستخدمة حتى الآن، تعتمد اعتمادا أساسيا على طبيعة الأنسجة وإلى حد كبير على مهارة الجراح الذى يقوم بإجراء الجراحة ومما يترتب عليه من مضاعفات ناتجة. وأن الدباسة الجراحية لا تختلف كثيرا عن الطريقة اليدوية من حيث مضاعفات ما بعد العملية إلا أنها لا تعتمد أساسا على الجراح كما تعتمد الطرق اليدوية حيث توصيل القولون بها يتم بطريقة آلية

موحـــدة فـــى جمـــيع أجـــزاء القولون ولكن هذا يتطلب أن يكون الجراح على دراية ومهارة باســـتخدام الآلة نفسها واختيار الأحجام المناسبة منها. أما بالنسبة لجهاز الفلتراك فقد وجد أنه جهـــاز يمكـــن تعلـــم اســـتخدامه بطريقة ميسرة وسهلة التطبيق فهو يقتصر من وقت إجراء التوصيل وبالتالى وقت إجراء الجراحة وخصوصا فى حالة عمل أكثر من وصلة فى الجهاز الهضمى أو الحالات الحرجة.

كمـــا أن نســـبة الأمـــان به أعلى حيث أن المضعافات ما بعد العملية بالنسبة لجهاز الفلتراك أقل بكثير من الطرق السابق ذكرها ويمكن استخدامه فى الحالات التى لم يتم تحضير القولـــون بهـــا كمـــا فى حالات انسداد القولون. يشرط أن يكون فقط بالجزء المغطى بالغشاء البريتونى.

أمـــا بالنســـبة لعملة توصيل القولون بالمستقيم والتى تكون على بعد شديد الانخفاض وذلـــك لصـــغر طول المستقيم وجد أن التوصيل اليدوى صعب جدا كما أن مضاعفاته كثيرة وخصوصا حدوث التسرب من القولون.

وان الدباســـة الجراحـــية هـــى الحل الأمثل لمثل هذه الحالات من حيث توفير الجهد والوقـــت وقلة أو عدم حدوث مضاعفات بعد العملية ولكنها مكلفة جدا أما الآن بعد استحداث جهـــاز الفلتراك وجد أنه الحل الأمثل لمثل هذه الحالات من حيث السهولة وتقليل المضاعفات والتكاليف الجراحية حيث أنه أقل تكلفة من الدباسة الجراحية.