

هرنی

اهداف کلی

فتق (Hernia) عبارت است از بیرون زدن یکی از اعضای داخلی بدن از راه يك نقطه ضعیف یا يك سوراخ در عضلات اطراف آن. به زبان ساده به بیرون زدگیهای غیر طبیعی جدار شکم فتق میگویند.

آسیب شناسی و عوامل خطر

هرنی ها زمانی اتفاق می افتند که در یکپارچگی دیواره های عضلانی اختلال ایجاد شود و این اختلال با افزایش فشار داخل شکمی همراه گردد. ضعف مادرزادی عضلات یک عامل خطر می باشد، همان طور که هر گونه عاملی که فشار داخل شکم را افزایش می دهد عامل خطر می باشد. ضعف عضلانی قابل پیشگیری نیست، اما ورزش می تواند عضلات ضعیف را تقویت کند. از آن جایی که چاقی یکی از عوامل افزایش دهنده فشار داخل شکمی می باشد، این گونه افزایش فشار را می توان از طریق کنترل خون از بین برد. اجتناب از بلند کردن چیزهای سنگین و زور زدن هم فشار داخل شکمی را کاهش می دهد. تشخیص زودرس در پیشگیری از گیر افتادگی و احتقان بافت بیرون زده مهم می باشد.

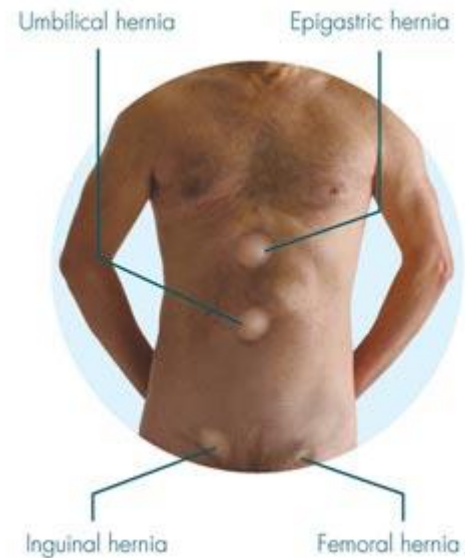
اهداف اختصاصی

علائم و نشانه های بیماری

- احساس ناراحتی در ناحیه کشاله ران و یا درد در آنجا که با بلند کردن جسم و یا خم شدن به جلو این ناراحتی تشدید می شود.
- وجود توده برجسته در کشاله ران و یا کیسه بیضه که با لمس دردناک می شود.
- وجود برجستگی بدون درد در بچه ها

پزشک به محض برخورد یا این برجستگی معاینات خود را برای اثبات تشخیص فتق آغاز

می کند. اگر توده فوق در اثر سرفه، خم شدن و یا بلند کردن جسم سنگینی و یا زور زدن بزرگتر شود احتمالاً بیمار دچار فتق می باشد. در کودکان و یا نوزادان باید اندازه توده را هنگام گریه کردن و یا سرفه چک کرد که اگر بزرگتر شود، تشخیص فتق می باشد.



پاتوفیزیولوژی

نقص های دیواره عضلانی می توانند مادرزادی و ناشی از بافت ضعیف شده یا یک فضای وسیع در سیگمان اینگوینال باشد یا می تواند در اثر تروما ایجاد گردد. فشار داخل شکمی در اثر، حاملگی، چاقی، بلند کردن اجسام سنگین، سرفه کردن و آسیب های تروماتیک حاصله از فشار اجسام غیر نافذ افزایش می یابد. زمانی که دو مورد از این عوامل با ضعف بافتی همراه شوند، هرنی می تواند ایجاد گردد..

افزایش فشار بدون ضعف بافتی نمی تواند باعث ایجاد هرنی گردد. ضعف علاوه بر مادرزادی بودن، به عنوان بخشی از پروسه مسن شدن هم کسب می گردد. در حالی که سن بیمار افزایش می یابد، بافت های عضلانی اینفیلتره می شوند و جای خود را به چربی و بافت های پیوندی می دهند. زمانی که محتویات ساک هرنی (دهانه هرنی) را با دستکاری می توان به حفره شکم بازگرداند، هرنی جانداختنی خوانده می شود. واژه های جانرفتنی یا گیرافتاده به هرنی اشاره دارند که محتویات ساک آن از طریق دستکاری قابل جانداختن و وارد کردن به شکم نیستند. زمانی که فشار حاصله از رینگ هرنی (حلقه عضلانی که روده از طریق آن بیرون زده است) خون رسانی به قطعه بیرون زده روده را قطع می کند، روده محتقن می گردد. هرنی های گیر افتاده معمولاً محتقن می گردند. این وضعیت یک اورژانس جراحی است، زیرا اگر قسمت گیرافتاده روده آزاد نگردد، به علت فقدان خون رسانی فوراً گانگرن می گردد. هرنی ها می توانند از طریق هر نقصی در دیواره شکم، از طریق دیافراگم یا بعضی از ساختارهای داخلی در حفره شکم بیرون زدگی پیدا کنند. این مبحث فقط انواع شایع تر

هرنی را مورد بررسی قرار می دهد: اینگوئینال (مستقیم و غیر مستقیم)، فمورال، نافی و برشی.

دلایل بیماری

در بسیاری از مواقع هیچگونه دلیل روشنی برای فتق پیدا نمی شود، اگر چه گاهی اوقات این بیماری با بلند کردن وزنه های سنگین رابطه دارد.

گاهی فتق در نوزادان و یا کودکان دیده می شود. در این موارد بافت پوشاننده احشاء داخلی قبل از تولد بطور کامل بسته نشده است. تخمین زده می شود که حدود ۵ درصد کودکان مبتلا به فتق کشاله ران می شوند (پسرها بیشتر از دخترها) که البته بعضی از آنها تا سن بلوغ علامتی نخواهند داشت.

در شرایط زیر احتمال ایجاد فتق در افراد بالاتر خواهد بود.

- وجود فتق در خانواده و اقوام نزدیک فرد
- ابتلا به بیماری فیبروز کیستیک
- ابتلا به بیضه نزول نکرده
- افراد چاق
- افرادی که پروستات بزرگی دارند و باید برای ادرار کردن همیشه زور بزنند.
- ابتلا به سرفه مزمن
- افرادی که بطور مزمن مبتلا به یبوست بوده و برای تخلیه مدفوع خود باید فشار زیادی به خود بیاورند.

انطباق یافتن با زندگی همراه با کولوستومی

هنگامی که شما بیماری که دارای کولوستومی تازه است را ویزیت می کنید. استوما و پوست استوما را به طور کامل قبل از انتخاب کیسه بررسی کنید. استوما باید قرمز گوشتی باشد، یک استوما با رنگ قرمز رنگ پریده یا صورتی رنگ پریده نشان دهنده محدودیت در خون رسانی است.

استومای سالم مرطوب است، خشک بودن نشان دهنده دهیدراتاسیون می باشد بی عیب و سالم بودن لبه های خارجی و اتصال آنها به پوست اطراف استومی را مورد توجه قرار دهید. استوما باید گرد و برجسته باشد؛ در طی ۴ تا ۶ هفته بعد از عمل از برجستگی آن کم می شود. زمانی که کیسه را برداشته اید و بیمار دراز کشیده است استوما را بررسی کنید. بررسی را هنگامی که بیمار نشسته است دوباره انجام دهید.

موارد زیر را مورد مشاهده قرار دهید.



اگر بیماران و مراقبت کنندگان راهنمایی ها و توصیه های شما را درک کنند و اجرا کنند و در مراقبت شرکت کنند، بهتر قادر به مراقبت مستقل از کولوستومی خواهند بود. چگونگی تمیز کردن استوما را نشان دهید و از بیمار بخواهید که آن را اجرا کند، مقدار خونریزی طبیعی است؛ استفاده از فشار باید خونریزی را متوقف سازد. خونریزی وسیع غیرطبیعی است. اگر این مشکل اتفاق بیافتد. بیمار باید فوراً با پزشک تماس بگیرد. به بیمار و مراقبت کنندگان او بگویید که به صورت روزانه انتظار دفع را داشته باشند. مواد دفعی در ابتدا به شکل مایع خواهند بود اما بعد از ۲ تا ۴ هفته سفت می شوند.

برای مدت ۴ تا ۸ هفته، انتظار دفع مقادیر زیادی گاز از روده را داشته باشند. به بیماران و مراقبت کنندگان آموزش دهید که مواظب علائم انسداد روده ای که نیاز به مراقبت پزشکی فوری دارند مثل: تهوع یا استفراغ، افزایش دمای بدن بیش از ۱۰۱ درجه درد شدید شکم، اتساع، برون ده مدفوع محدود یا قطع شده، و کاهش صداهای روده باشند.

نشت مدفوع یک مشکل شایع می باشد. جهت به حداقل رساندن نشت، دستورالعمل ها دقیق در مورد مناسب بودن اندازه دهانه کیسه و مراقبت از آن را فراهم آورید، کیسه باید دو بار در هفته تعویض گردد. تصور نکنید که قسمت چسبیده ای که بیمار از بیمارستان به خانه می برد، زمانی که استوما کوچک می شود هم برای آن مناسب است اگر پوست اطراف استوما منقبض شود بیمار به جای ویفر صاف به یک ویفر

کوژ یا محدب نیاز دارد. اگر استوما گرد باشد شما می توانید از یک کیسه بدون برش استفاده کنید. اما اگر گرد نیست، از یک کیسه که جهت تناسب با استومای برش داده شده است استفاده کنید.

محیط استوما را اندازه بگیرید و آن را توسط یک مژیک بر روی یک قطعه پلاستیکی سفت و محکم رسم کنید. و به این طریق یک الگو برای برش قسمت چسبنده کیسه به دست آورید. سپس الگوی حاصله بر روی قطعه پلاستیکی را برش دهید و از نظر تناسب با استوما امتحان کنید؛ این الگو ممکن است برای زمانی که استوما جمع و کوچک می شود مناسب نباشد. استفاده کردن از یک کمربند راحت که زیاد تنگ نباشد می تواند ارتباط بین کیسه و پوست اطراف استوما را ارتقاء بخشد. اگر بیمار از سیستم کیسه دو قطعه ای استفاده می کند، از وجود یک چسبندگی خوب بین کیسه و ویفر اطمینان حاصل کنید .

جهت تقویت کردن آموزش های خودبین ویزیت های تان، دستورالعمل های ساده و گام به گام برای تعویض کیسه به بیماران و مراقبت کنندگان ارائه دهید. اطلاعات مربوط به غذا و مایعات را به صورت مکتوب و کلامی در اختیار بیمار قرار دهید. پیشنهاد کنید که بیمار در ابتدا از مصرف غذاهای پرفیبر مثل ذرت، ذرت بوداده، قارچ، بادام زمینی و غذاهای چینی خودداری می کند، زیرا این غذاها می توانند باعث متورم شدن روده و انسداد آن گردند. بعد از ۴ تا ۸ هفته، زمانی که تورم کاهش می یابد، بیماران باید قادر باشند به تدریج خوردن یک غذای معمولی را از سر بگیرند و جهت پیشگیری از یبوست در اثر شروع رژیم غذایی معمولی مصرف مایعات را افزایش دهند.

بیماران دارای کولوستومی و اعضای خانواده هایشان را به سازمان هایی که می توانند به آنها کمک کنند تا با تشخیص کولوستومی و تغییرات تصور از جسم تطابق یابند مثل سازمان استومی ایالات متحده، جامعه سرطان آمریکا و انجمن ملی زخم، استومی و کنترل تکانه های بدن پرستاران ارجاع دهید. پرستاران عضو گروه آخر می توانند اطلاعات با ارزشی در مورد از سرگیری زندگی طبیعی ارائه دهند و به مراقبت و ساماندهی استومی های عارضه دار کمک کنند .

هرنی اینگوینال غیر مستقیم از طریق حلقه اینگوینال بیرون می زند و طناب اسپرمی را در کانال اینگوینال دنبال می کند . این هرنی به علت وجود فضایی که پایین آمدن

بیضه ها را ممکن می سازد در مردها از زن ها شایع تر است . شیوع بالایی از هرنی اینگوینال غیر مستقیم در افراد جوان به چشم می خورد . این شیوع همچنین در بین افراد ۵۰ تا ۶۰ ساله بالا می باشد و سپس در سن های بالاتر به تدریج کاهش می یابد . این هرنی ها می توانند گسترش یابند و غالباً وارد کیسه بیضه ها شوند .

هرنی اینگوینال مستقیم

در هرنی اینگوینال مستقیم ، روده از دیواره شکم ، در جایی که ضعف عضلانی وجود دارد عبور می کند ، نه مثل اینگوینال غیر مستقیم یا فمورال که از کانال اینگوینال عبور می کنند . این نوع هرنی ، بیشتر در افراد مسن تر به چشم می خورد . هرنی اینگوینال مستقیم ، به تدریج در یک ناحیه که به علت نقص مادرزادی در تعدادی از فیبرهایش ، ضعیف است ایجاد می گردد. هرنی فمورال (فتق رانی) هرنی فمورال از طریق حلقه رانی حادث می گردد و در زن ها نسبت به مردها شایع تر است.

این هرنی به شکل یک پلاک چربی در کانال رانی ایجاد می گردد که بزرگ می شود و به تدریج ، پریتون و تقریباً به ناچار مثانه را به داخل ساک می کشد . در این نوع هرنی گرفتار شدن و محتقن شدن هرنی بسیار شایع می باشد . هرنی نافی هرنی نافی در بالغین در زن ها شایع تر است و ناشی از افزایش فشار داخل شکم می باشد . این مشکل غالباً در افراد چاق و زنانی که چندین حاملگی داشته اند اتفاق می افتد.

هرنی برشی یا وینترال این گونه هرنی در محل یک برش جراحی قبلی که به علت وجود مشکلی بعد از عمل مثل عفونت ، تغذیه ناکافی ، اتساع شدید یا چاقی به خوبی ترمیم نشده است اتفاق می افتد . درمان و کنترل نهایی درمان طبی هرنی هایی که گرفتار یا محتقن نشده اند ، می توانند از طریق مکانیکی به جای خود بازگردند . یک فتق بند که یک پد نرم می باشد که توسط یک کمربند روی محل هرنی که به جای خود بازگردانده شده است مورد استفاده قرار گیرد . بعد از بازگرداندن هرنی ، پد بر روی آن گذاشته می شود و جهت جلوگیری از عود هرنی در آنجا نگه داشته می شود . به بیمار آموزش داده می شود که هر روز قبل از بلند شدن فتق بند را بر روی محل بگذارد.

بیمار باید پوست زیر فتق بند را از نظر علائم خراشیدگی و اختلال پوستی به دقت بررسی کند . درمان و کنترل جراحی ترمیم هرنی اینگوینال (هرنیورافی) شایع می باشد که تقریباً از هر ۱۰۰۰۰ نفر در ایالات متحده ۲۸ نفر تحت این عمل قرار می

گیرند . ترمیم هرنی با استفاده از یک برش کوچک به طور مستقیم بر روی ناحیه ضعیف ایجاد می گردد انجام می گیرد . سپس روده به داخل حفره پریتون بازگردانده می شود ، ساک هرنی بریده و برداشته می شود و عضلات روی ناحیه کاملاً به هم نزدیک می گردند . مش می تواند بهبودی را تسهیل کرده و از عود جلوگیری کند . هرنی های ناحیه اینگوینال معمولاً معمولاً با استفاده از بی هوشی نخاعی یا ناحیه ای صورت می گیرند.

بیشتر ترمیم های هرنی امروزه به عنوان پروسیجرهای سرپایی انجام می گیرند . هرنیورافی خارجی پریتوننی به وسیله لاپاراسکوپ (LEP) یک تکنیک جدیدتر است که میزان موفقیت بالاتر همراه با عود کمتر ، درد کمتر و دوره ریکاوری بعد از عمل کوتاه تر دارد . بعضی از ترمیم ها مشکل هستند زیرا توده عضلانی کمی جهت نگهداشتن روده در مکان مربوطه وجود دارد . در این مورد جهت تقویت کردن محل هرنی گرافت های مش انجام می گیرند.

بیمارانی که ترمیم های مشکل دارند جهت دریافت آنتی بیوتیک پروفیلاکسی معمولاً ۱ تا ۲ روز در بیمارستان بستری می شوند . مراقبت پرستاری از بیماری که تحت عمل جراحی قرار می گیرد از تخلیه ادرار بعد از عمل جراحی اطمینان حاصل کنید زیرا بعد از جراحی هرنی احتباس ادراری ، بویژه در مرد ها یک مشکل شایع می باشد . به محض اینکه بیمار توانست غذا را تحمل کند ، او را به رژیم غذایی معمولی بازگردانید . اگر بی هوشی عمومی مورد استفاده قرار گیرد ، پیشرفت بعد از جراحی آهسته تر صورت می گیرد ، به بیمار اطمینان دهید که در مراحل اولیه بعد از جراحی هرنی عود نخواهد کرد.

بعضی از بیماران به خاطر ترس از این مشکل اظهار غیر فعال شدن می کنند ، باید به بیمار گفته شود که برای مدت ۴ تا ۶ هفته هیچ چیزی را بلند نکند . افراد چاق آهسته تر پیشرفت می کند ، آهسته تر بهبود می یابند و نیاز به تشویق بیشتری جهت مشارکت در فعالیت های بعد از عمل دارند . بعد از عمل ترمیم هرنی اینگوینال جهت کنترل درد و کاهش تورم معمولاً یک کیسه یخ بر روی محل برش گذاشته میب شود . در مرد ها ، ناحیه اسکروتوم باید به دقت از نظر تورم بررسی گردد . همچنین می توان یک کیسه یخ هم بر روی ناحیه اسکروتوم ، بیمار را در پوزیشنی قرار دهید که اسکروتوم بالا قرار گیرد و به بیمار بگویید موقعی که از تخت بیرون می رود از بیضه بند استفاده کند .

چه موقع باید بدنبال اقدامات پزشکی رفت؟

بغیر از فتق نافی که در اکثر موارد تا سن ۴ سالگی بهبود می یابد، در مورد سایر موارد فتق، در اولین فرصت پس از تشخیص بهتر است بیمار عمل جراحی شود. زیرا خصوصاً در ماههای اول پس از تشخیص احتمالی ایجاد عوارض بالا می باشد.

در موارد زیر باید بی درنگ به پزشک مراجعه کرد:

- فردی که به فتق مبتلا است و محتوای فتق با فشار آرام به محوطه شکمی باز نمی گردد.
- فردی که به فتق مبتلاست دچار تهوع، استفراغ و یا تب شود.
- محل فتق، قرمز ارغوانی، تیره و یا کلاً دچار تغییر رنگ شود.

علائم و نشانه های بیماری

مهمترین عارضه فتق، گیر کردن محتوای آن بوده، که معمولاً روده است و فشار بر اعضای گیر افتاده موجب قطع خورسانی به آنها شده که نهایتاً باعث نابودی عضو می شود که این مورد یکی از اورژانسهای جراحی است و می تواند جان مریضی را به خطر بیاندازد.

درمان

تقریباً تمام موارد فتق احتیاج به جراحی دارد که بهتر است این عمل قبل از ایجاد عوارض انجام شود. در این جراحی ممکن است از بیهوشی عمومی یا موضعی استفاده شود. در ابتدا از طریق یک شکاف روده را به سر جای خود در محوطه شکمی برمی گردانند و سپس عضلات و بافتهای پوشاننده را به هم نزدیک کرده و با بخیه ترمیم می کنند. در اکثر موارد یک بافت مصنوعی پلاستیکی (Mesh) برای افزایش قدرت منطقه ای که ضعیف بوده و در حال ترمیم است بکار می رود.

پس از جراحی، منطقه عمل با یک پانسمان پوشانده می شود که پس از ۲-۱ روز برداشته خواهد شد.

از عوارض این جراحی می توان به عفونت و ایجاد آبسه اشاره کرد و برای رفع درد پس از عمل گاهی از مسکن استفاده می شود.

نتیجه عمل هم معمولاً خوب است و درصد عود پائین می باشد. (۳-۱ درصد)

پیشگیری

البته خیلی از موارد فتق دلیل روشنی ندارد ولی رعایت نکات زیر مفید بنظر می رسد:

- استفاده از تکنیک مناسب برای بلند کردن وزنه یا اجسام سنگین

- کاهش وزن در افراد چاق
- جلوگیری از ایجاد یبوست با خوردن سبزی ها و میوه ها، نوشیدن مقادیر زیادی مایعات، ورزش منظم، بمحض احساس دفع به دستشویی رفتن و خودداری از احتباس مدفوع.

آیا می توان به جاي جراحي از فتق بند استفاده کرد ؟
درمان غیر جراحی فتق مغبنی، استفاده از فتق بند است که روی ناحیه درگیر، فشار وارد می آورد و به جا انداختن آن، کمک می نماید اما در کل استفاده از آن ایده خوبی نمی باشد. فتق بند در واقع هیچ کاری جهت از بین بردن و رفع فتق انجام نمیدهد و فقط علائم آن را کاهش می دهد.

بنابراین با وجود استفاده از آن فتق همچنان بزرگ می شود، همچنین موجب ایجاد زخم در موضع فتق می شود. تداوم در بزرگ شدن فتق و ایجاد چسبندگی در بافت های زیرین، از عوارض فتق بند هستند که ترمیم جراحی فتق را دشوار می سازند و عود مجدد آن را محتمل تر می کنند. بنابراین استفاده از فتق بند فقط باید به عنوان يك وسیله به مدت کوتاهی قبل از انجام عمل جراحی محدود شود.

چگونه به این افراد کمک کنیم ؟

اگر بیمار مبتلا به يك توده بدون درد است، اقدامات كمك هاي اولیه ضرورتی ندارند؛ تنها به بیمار اطمینان خاطر بدهید و به او توصیه کنید که در اسرع وقت به يك پزشك مراجعه کند.

با این حال، وجود استفراغ و درد شدید به این معنا است که قسمتی از روده گیر افتاده و دچار کمبود خون شده است (این وضعیت را «فتق مختنق» می نامند،) این مشکل نیازمند جراحی فوری است.