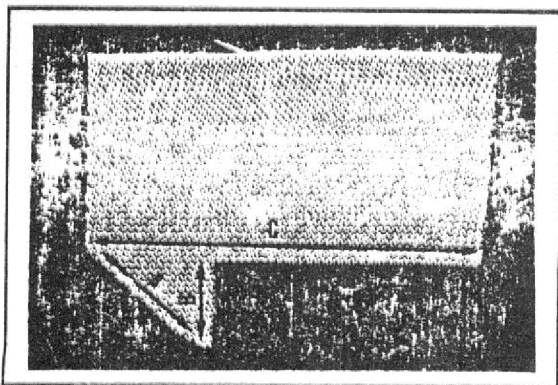


مشاهده گشوده می شود. کیسه های فتق مستقیم با استفاده از یک بخیه ویکریل (vicryl 2/0) که قابل جذب می باشد، به داخل برگردانده میشود. کیسه های فتق رانی نیز به داخل مجرای مغبنی هدایت و سپس مانند کیسه فتق مستقیم به داخل برگردانده می شود. باقطع دیواره خلفی مجرای مغبنی، می توان تاندون مغبنی، تاندون لاکونار (lacunar ligament) فاسیای رانی و تاندون کوپر (cooper's ligament) را مشاهده کرد. انشعابات عروق اوبتراتور (obtrator vessel) اطراف آن جدا شده و به دقت بسته می شوند. مش باید در اندازه $7 \times 10 \text{ cm}$ آماده گردد.

هم چنانکه در تصویر مشاهده می شود، ضلع A مش بوسیله ۴ تا ۵ بخیه به تاندون کوپر دوخته می شود (پرولین ۲ صفر) بخیه های میانی که بر ضلع A زده می شود، مش را نیز به تاندون لاکونار می دوزند، ضلع B مش به فاسیای رانی دوخته می شود. سپس مش بر روی دیواره خلفی مجرای مغبنی برگردانده شده و ضلع C مش در فاصله ۲-۳ سانتی متری زیر حلقه داخلی مجرای مغبنی به تاندون مغبنی با بخیه کانتینیون (running) دوخته می شود. در قسمتی از مش که بر روی حلقه داخلی قرار میگیرد سوراخی برای عبور طناب اسپرماتیک (spermatic cord) ایجاد می شود. و قسمت خارجی این پارگی با بخیه های جدید بسته می شود. انتهای فوقانی مش بر حسب ساختار تشریحی ناحیه عمل با بخیه های ممتد به فاسیای رکتوس (Rectus sheath) و به قسمت فوقانی



روش کار جراح

مترجم:

نرجس شهدکار

کارشناس پرستاری

مربی دانشکده پرستاری و مامایی رشت

استفاده از مش پلی پروپیلن (Poly propylen mesh) از سال ۱۹۶۱ آغاز شد. نتایج یک مطالعه در سال ۱۹۷۰، بیانگر کاربرد این مش (mesh) برای ترمیم فتق مغبنی مستقیم و عودکننده می باشد. اخیراً نیز چند محقق، نتایج استفاده از مش مارلکس (Marlex) (پلی پروپیلن) در ترمیم فتق مغبنی و رانی را بسیار خوب، توصیف کرده اند. در این مطالعه نتایج مقدماتی استفاده از مش مارلکس برای ترمیم تمام فتق های ناحیه گروین (groin) مطرح می شود.

روش استفاده

پس از بیهوشی عمومی، یا بی حس موضعی، مجرای مغبنی باز شده و کیسه فتق غیرمستقیم، پس از

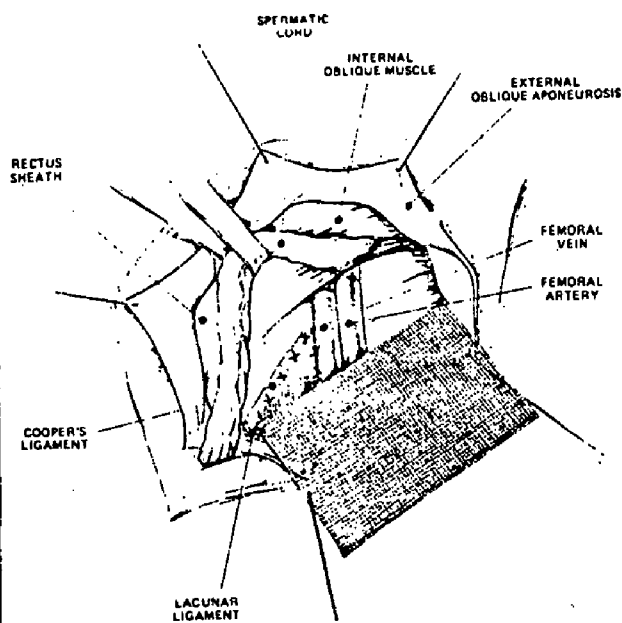


FIG. 2

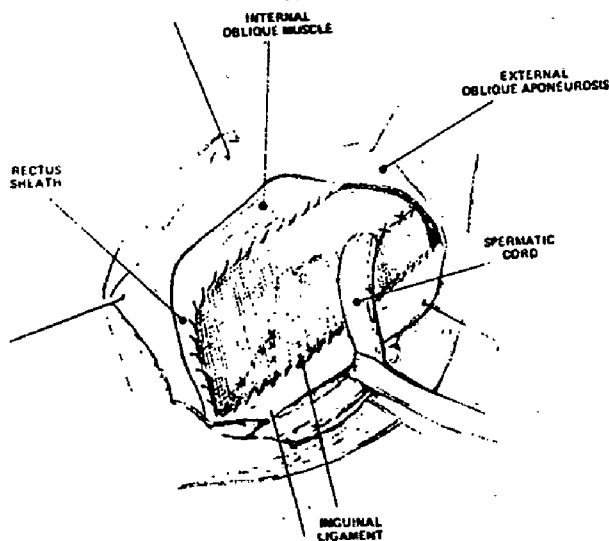


FIG. 3

FIG. 2. Closure of femoral ring.
FIG. 3. Fixation of the mesh on inguinal ligament, rectus sheath and conjoint muscle.

زیادی عود فتق گزارش شده است. چند مطالعه دیگر هم نتایج ترمیم فتق رانی بدون کشش و با استفاده از مش را نشان می دهند. اگرچه علاوه بر ترمیم حلقه رانی، ترمیم جداگانه فتق مغربی نیز لازم است، این روش ترمیم نسبت به تمامی روش هایی که قبلاً برای ترمیم فتق های رانی یا مغربی یا فتق های مخلوط رانی و مغربی بکار رفته است، دارای نتایج سودمندتری است.

REFERENCE:

Angel Celdran, M.D., P.H.D., "The SURGEON AT Work" surgery Gyn 8 obs October 1992
Vol: 175. pp: 359-361

عضله و تاندون مختلط (Cojoint muscle and Tendon) دوخته می شود. پس از آن فاسیای عضله مایل بر روی طناب اسپرماتیک دوخته می شود.

نتایج

از ژانویه ۱۹۹۰، ۴۳ بیمار مبتلا به فتق های مستقیم و غیر مستقیم بزرگ و رانی (اولیه یا عود کرده) با استفاده از روش فوق تحت درمان قرار گرفتند. هیچ نوع عفونتی نیز ایجاد نشد. سه مورد هماتوم (Hematoma) مورد مشاهده خود بخود برطرف شد و تاکنون هیچ یک از بیماران نیز دچار عود بیماری نشده اند.

بحث

دلایل متعددی برای استفاده از یک روش در ترمیم فتق های مغربی و رانی وجود دارد نخستین دلیل، ساختار تشریحی ناحیه است: عضله عرضی شکم، (فاسیای آن)، فاسیای ترانسورس (Transversalis fascia) و آپونوروزیس (aponeurosis) دیواره خلفی مجرای مغربی را تشکیل می دهند. حاشیه تحتانی، مجرای ایلوپوبیک (Iliopubic) است که در شاخ فوقانی پوبیس (pubic) وارد شده و در مجاورت تاندون کوپر قرار می گیرد. ارتباط بین فتق های مغربی مخصوصاً مستقیم و رانی در چندین گزارش بیان شده است. تقریباً نیمی از بیماران مرد که به علت فتق رانی در کلینیک شولدایس (shouldice) تحت عمل جراحی قرار گرفتند دچار فتق مغربی نیز بودند. در حالیکه در بیشتر آنها این مشکل کلینیکی قبلاً تشخیص داده نشده بود.

همراه بودن فتق رانی و مغربی در زنان کمتر مشاهده می شود. هم چنین فتق مغربی پس از ترمیم اغلب به صورت فتق رانی عود می کند که شاید به علت عدم توجه یا تشخیص ترمیم اول، یا بالا کشیده شدن رباط مغربی و مجرای ایلوپوبیک (Iliopubic) در طول ترمیم اولیه فتق و افزایش سطح مخروط رانی باشد. پس از ترمیم فتق رانی به صورت سنتی، تعداد