
بسم الله الرحمن الرحيم

ACORN

Acute Care of at-Risk Newborns

مراقبت بحرانی نوزاد در معرض خطر

موارد نیازمند جراحی

اهداف

در پایان این فصل شما باید قادر باشید:

۱. تدابیر فوری را برای نوزادان با نقص دیواره قدامی شکمی فراهم کنید.

۲. تدابیر فوری را برای نوزادان با انسداد دستگاه گوارش تشخیص دهید و فراهم کنید.

۳. از سکانس جراحی استفاده کنید.

۴. نوزاد را برای مراقبت جراحی آماده و تثبیت کنید.

۵. مشخص کنید کی باید از این سکانس خارج و به دیگر سکانس های ACoRN وارد شوید.

مفاهیم کلیدی

۱. نوزادان نیازمند جراحی های بزرگ، گروه ویژه‌ای هستند که نیاز به تثبیت دارند. آنها نیاز به مراقبت هماهنگ طبی و جراحی ویژه‌ای در یک مرکز منطقه‌ای دارند.

۲. تشخیص اولیه، ترجیحاً در رحم، کیفیت مراقبت و نتایج آن را بهبود می بخشد.

۳. در تمام نوزادان نیازمند جراحی های بزرگ، تثبیت طبی بر جراحی مقدم است.

۴. بهترین زمان برای مداخله جراحی با توجه به نوع مشکل و میزان تثبیت متفاوت است. در بیشتر موارد می توان مداخله جراحی را تا زمان تثبیت بهینه وضعیت طبی به تأخیر انداخت.

بسیاری از نوزادان نیازمند جراحی بزرگ پیش از تولد تشخیص داده می‌شوند. هنگامی که این اتفاق رخ دهد:

- تشخیص کامل‌تر پیش از تولد ممکن است شرایط و علل مرتبط (مانند ناهنجاری‌های کروموزومی) را تأیید یا رد کند.
- می‌توان اطلاعات طبی و جراحی و مشاوره را در دسترس والدین قرار داد تا تصمیم‌گیری هنگام تولد و پس از آن را آسان کند.
- نوع بیمارستانی که برای مراقبت از نوزاد مورد نیاز است می‌تواند پیش‌بینی شود و انتقال پیش از تولد مد نظر قرار گیرد.
- خانواده می‌توانند فضای فیزیکی را که در آن نوزادشان مراقبت خواهد شد مشاهده و با اعضای گروه طبی و جراحی ملاقات کنند.
- در صورت نیاز زمان تولد ممکن است از پیش تعیین شود.

به هر حال نوزادان نیازمند جراحی های بزرگ ممکن است در هر زمان و در هر مرکز درمانی متولد شوند.

مراقبت های بعدی و فرجام آن ها با موارد زیر بهبود می یابد.

- تشخیص زودهنگام
- تثبیت وضعیت طبی
- مراقبت بهینه پیش از جراحی
- انتقال بهنگام به یک مرکز مناسب

علایم هشداردهنده

نوزادی که یک یا چند علامت زیر را نشان می دهد به سکانس موارد نیازمند جراحی وارد می شود:

موارد نیازمند جراحی

- ☐ نقص دیواره قدامی شکم
- ☐ استفراغ یا ناتوانی در بلع
- ☐ دیستانسیون شکمی
- ☐ تأخیر در دفع مکونیوم یا مقعد سوراخ نشده

نقص دیواره قدامی در این شرایط اندام‌های داخلی در معرض دید قرار دارند یا با یک غشاء سالم یا پاره پوشیده شده‌اند.

شکمی این شرایط عبارتند از:

- گاستروشیزی
- امفالوسل
- شرایط کمتر رایج (مانند اکستروفی مثانه یا کلواک)

استفراغ و یا ناتوانی نوزادان با انسداد روده پروگزیمال به محل اتصال ژژونوم و ایلئوم معمولاً با استفراغ تظاهر می یابند.

در بلع استفراغ به علت انسداد دستگاه گوارش - بسته به محل انسداد پروگزیمال یا دیستال محل ورود مجرای صفراوی به دئودنوم باشد - می تواند شفاف یا صفراوی باشد.

استفراغ روشن ممکن است منشاء کارکردی (غیر جراحی) داشته باشد. علل جراحی استفراغ روشن شامل مواردی مانند آترزی، تنگی یا وجود پرده (Web) دئودونوم است که انسداد، پروگزیمال به محل اتصال مجرای صفراوی به دئودنوم می باشد.

هنگامی که استفراغ جهنده، پایدار و روشن در نوزادی که پیش از این خوب بوده به وجود آید تشخیص افتراقی شامل تنگی پیلوراست. نود و پنج درصد این موارد در۳ تا ۱۲ هفتگی تشخیص داده می شوند.

استفراغ صفراوی (سبز) احتمالاً منشاء جراحی دارد. علل آن شامل موارد زیر است:

- بیشتر موارد آترزی، تنگی یا پرده دئودونوم، همراه با انسداد دیستال محل اتصال مجرای صفراوی به دئودئونوم
- چرخش نابجای روده (Malrotation) همراه با انسداد
- انسداد قسمت های دیستال
  - ممکن است دیستانسیون شکمی مقدم بر آن یا همراه آن باشد

نوزادان با آترزی مری/فیستول تراشه - مری (EA/TEF)، تنفس مشکل و صدادار دارند و به دلیل استفراغ قادر به بلعیدن نیستند(EA). نوزادان با TEF ایزوله با دیسترس تنفسی ± علایم آسپیراسیون تظاهر می یابند.

دیستانسیون شکمی نوزادان با انسداد روده دیستال به محل اتصال ژوژنوم و ایلئوم معمولاً با دیستانسیون شکمی تظاهر می‌یابند. هنگامی که شکم علاوه بر دیستانسیون، حساس (Tender) است رد علل شکم حاد، مانند آنترولوکیت نکروزان، پارگی روده، پیچ خوردگی و پریتونیت مهم می‌باشد.

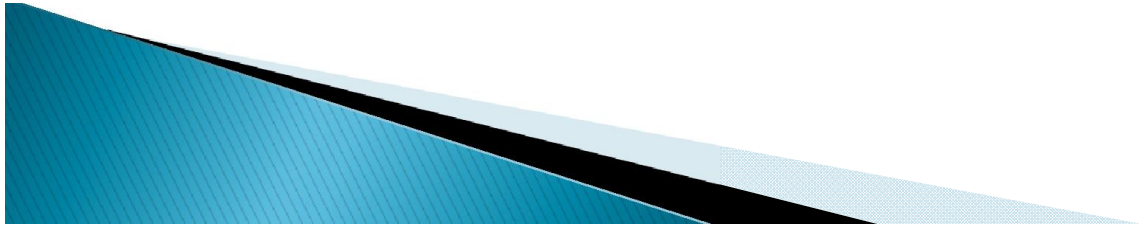
- مهم است که به خاطر بسپارید که شکم حاد می‌تواند با شوک توزیعی ظهور پیدا کند و ممکن است نیاز به جایگزینی مایع ایزوتونیک برای طبیعی کردن پرفوزیون و فشار خون باشد.

تأخیر دفع مکونیوم یا مقعد سوراخ نشده نوزادان با انسداد آناتومیکی یا کارکردی بخش‌های دیستال روده با عدم یا تأخیر دفع مکونیوم بروز می‌کنند (بیشتر از ۴۸ ساعت در نوزادان ترم و ۷۲ ساعت در نوزادان نارس). علل آن عبارتند از:

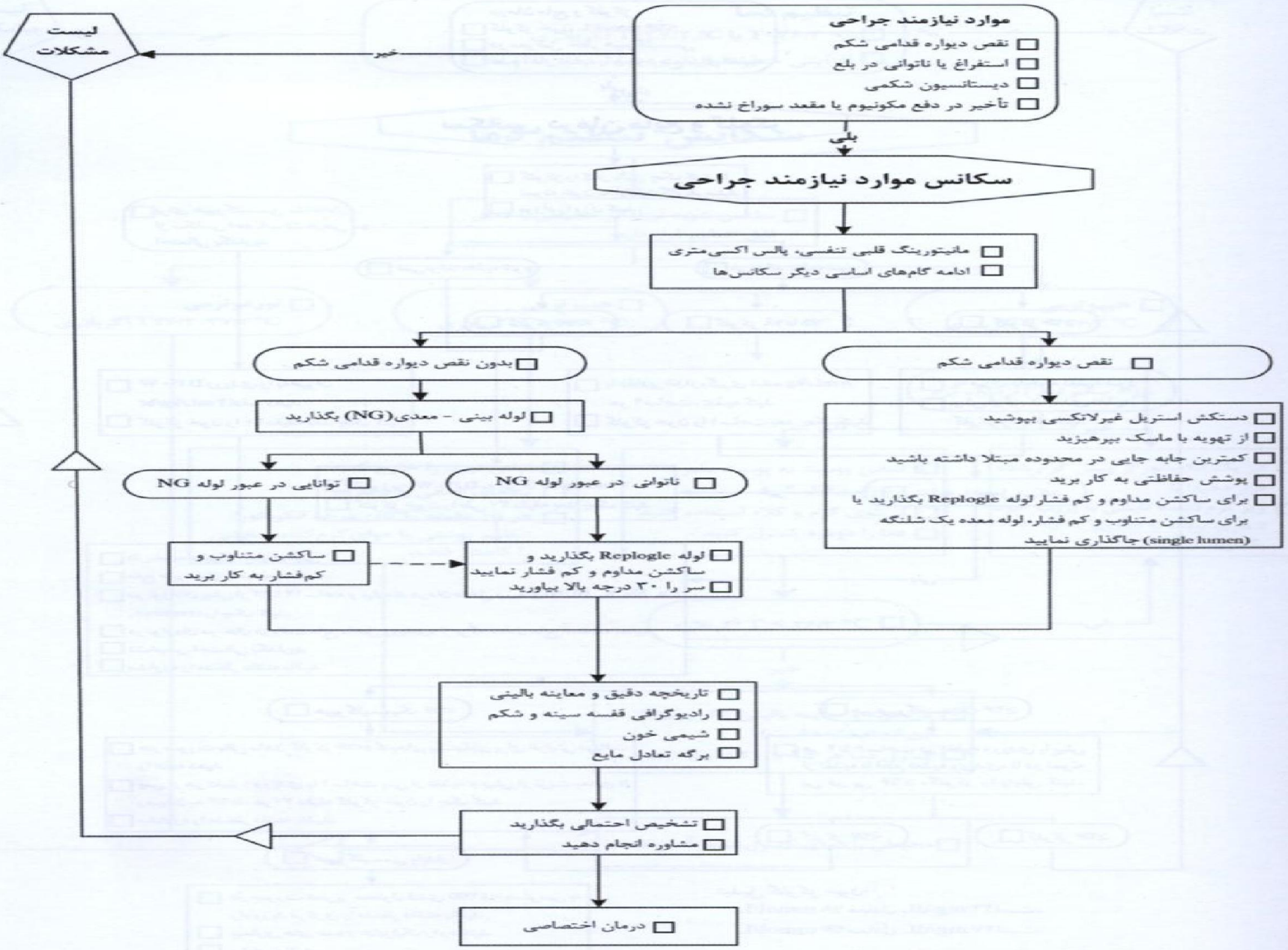
- آترزی مقعد با یا بدون فیستول پرینه یا فیستول ادراری تناسلی
- ایلئوس مکونیوم
- عدم وجود مادرزادی شبکه میانتریک (بیماری هیرشپرونگ)

این شرایط باید ترجیحاً پیش از آغاز دیستانسیون شکمی به منظور کم کردن عوارضی مانند کولیت - به دلیل رشد بیش از حد باکتری‌ها - زود تشخیص داده شود.

معاینه معمول نوزاد باید همیشه شامل مشاهده مقعد باشد. توجه کنید که در آترزی مقعد، مکونیوم می‌تواند از فیستول پرینه یا فیستول ادراری تناسلی خارج شود.



سکانس موارد نیازمند جراحی



گام های اساسی

فعالیت های پایشی و مداخله هایی که برای نوزادان در سکانس موارد نیازمند جراحی بکار می رود عبارتند از:

- برقراری مانیتورینگ قلبی - ریوی و اکسیمتری
- ادامه گام های اساسی ازسکانس های کاربردی دیگر

سازماندهی

روش کار در نوزادانی که موارد نیازمند جراحی هستند به موارد زیر وابسته است:

مراقبت

- آیا نوزاد نقص دیواره قدامی شکمی دارد یا خیر؟
- آیا می توان برای نوزادی که علایم انسداد دستگاه گوارش دارد (استفراغ، دیستانسیون شکمی، تأخیر دفع مکونیوم یا مقعد سوراخ نشده) لوله معده گذاشت یا خیر؟

پاسخ

در موارد نیازمند جراحی پاسخ، بهتر کردن وضعیت نوزاد و کم کردن عوارض، پیش ازجراحی است.

نقص دیواره قدامی شکمی

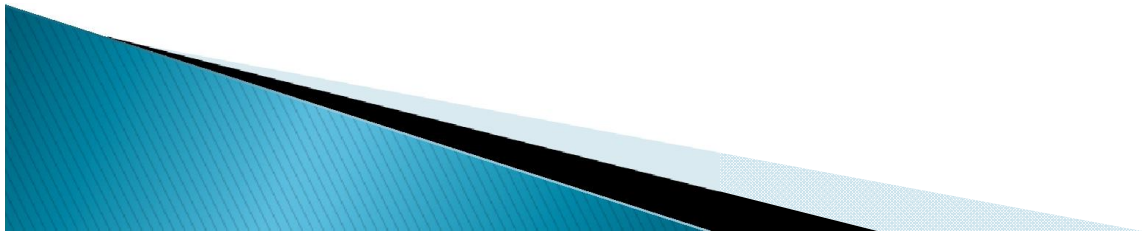
برای نوزادان با نقص دیواره قدامی شکمی

- از روش استریل و دستکش بدون لاتکس هنگام جابجایی نواحی یا روده‌های در معرض دید استفاده شود و آغاز آن از اتاق زایمان باشد.
- به منظور کم کردن دیستانسیون گازی دستگاه گوارش، از تهویه با بگ و ماسک در نوزادان با گاستروشیزی پرهیز کنید.
- برای پیشگیری از آسیب و عفونت ثانویه، دستکاری نواحی مبتلا را به حداقل برسانید.
- احشا و مناطق روباز را هرچه زودتر بپوشانید
  - با قرار دادن نوزاد داخل یک «کیسه روده» پلاستیکی استریل شفاف تا حد خط پستانی وی
  - برای به حداقل رساندن خطر پاره شدن، عفونت و از دست دادن دما، مایع و الکترولیت

- فشار دستگاه گوارش را با قرار دادن یک

لوله معده یک مجرایی شماره ۸ یا ۱۰ برای انجام ساکشن خفیف متناوب کاهش دهید.

«کیسه روده» بر پوشاندن با گاز استریل ارجح است چرا که گاز مرطوب اجازه مشاهده مستقیم را نمی‌دهد، سطح در معرض را می خراشد، از زخم مایع جذب می کند و ممکن است تکه های آن روی سطح بماند.



ناتوانایی در جاگذاری NGT

نوزادی که لوله معده را نمی‌توان برایش رد کرد به داشتن آترزی مری مشکوک است. ترشحات دهانی در بن بست مری جمع می شود. ساکشن مداوم با استفاده از یک لوله دو مجرای "Replogle "sump برای کم کردن خطر آسپیراسیون مورد نیاز است.

توانایی در جاگذاری NGT

برای نوزادانی که لوله معده را می‌توان رد کرد فشار دستگاه گوارش را باید با ساکشن متناوب کم فشار کاهش داد. در صورت نیاز به ساکشن مداوم، از یک لوله دو مجرایی "Replogle "sump باید استفاده شود.

چگونه شما ساکشن متناوب خفیف را تنظیم می کنید؟

هنگام استفاده از یک لولهٔ معده یک مجرایی برای کاهش فشار دستگاه گوارش، ساکشن متناوب باید استفاده شود. ساکشن مداوم با استفاده از یک لولهٔ معده یک مجرایی ممکن است سبب روی هم خوابیدن معده به دلیل اثر مستقیم فشار منفی بر روی مخاط شود. این امر ممکن است سبب زخم، خونریزی یا سوراخ شدگی شود.

گام های بعدی

گام‌های بعدی شامل گرفتن یک تاریخچه دقیق، انجام معاینه بالینی، دستور انجام آزمایش‌های تشخیصی و آغاز استفاده از برگه تعادل مایع می باشد.

تاریخچه دقیق جمع آوری اطلاعات اساسی طی گرفتن تاریخچه دقیق موارد نیازمند جراحی شامل موارد زیر است:

پیش از زایمان

- تاریخچه پزشکی، بارداری و خانوادگی
- انجام غربالگری «سه گانه» (Triple Screening) بین هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری
- انجام اولتراسونوگرافی حین بارداری
- انجام آمینوسنتز
- وجود پلی هیدروآمینوس
  - زمان آغاز آن

حین زایمان

- زایمان زودرس
- زمان پارگی کیسه آب
- روش زایمان

نوزادی

- نیاز به احیا
- درمان های انجام شده در اتاق زایمان
- سن بارداری: ترم یا نارس

معاینه بالینی دقیق علاوه بر یک معاینهٔ معمول طی بررسی اولیه و سکانس های کاربردی دیگر، معاینه بالینی دقیق برای موارد نیازمند جراحی شامل موارد زیر است:

اندازه گیری علایم حیاتی: تعداد تنفس، ضربان قلب، دما، فشار خون، وزن فعلی در مقایسه با وزن هنگام تولد

مشاهده و معاینه

- وزن تولد: کوچک، متناسب یا بزرگ نسبت به سن بارداری
- رنگ پوست از نظر زردی
- رنگ مواد موجود در لوله معده
- علایم دهیدراتاسیون
  - خشکی غشاهای مخاطی
  - از دست دادن وزن (>۱۰٪) نسبت به وزن تولد
  - فونتانل قدامی فرو رفته
- دیواره قدامی شکمی
  - وجود/نوع نقص
  - دیستانسیون
  - لوپ ها یا حرکات دودی قابل مشاهده (گاهی «Ropey Abdomen» خوانده می‌شود)
  - قرمزی یا تغییر رنگ های دیگر
  - حساسیت در لمس
- اندازه گیری محیط شکم
- وجود ناهنجاری های دیگر

تست های تشخیصی تست هایی که ممکن است ما را در رسیدن به تشخیص احتمالی و تعیین اقدامات بعدی کمک کند، شامل موارد زیر است:

۱. رادیوگرافی قفسهٔ سینه

- تعیین می کند آیا علایم آسپیراسیون وجود دارد.
- هنگامی که لوله معده رد نمی شود و به آترزی مری مشکوک هستیم، تعیین می کند:
  - لوله معده یک مجرایی و یا دو مجرایی کجا قرار دارد.
  - آیا قسمت پروگزیمال مری دیده می شود.
- اختلالات شکل/اندازه قلب یا ناهنجاری های مهره‌ای را مشخص می کند.

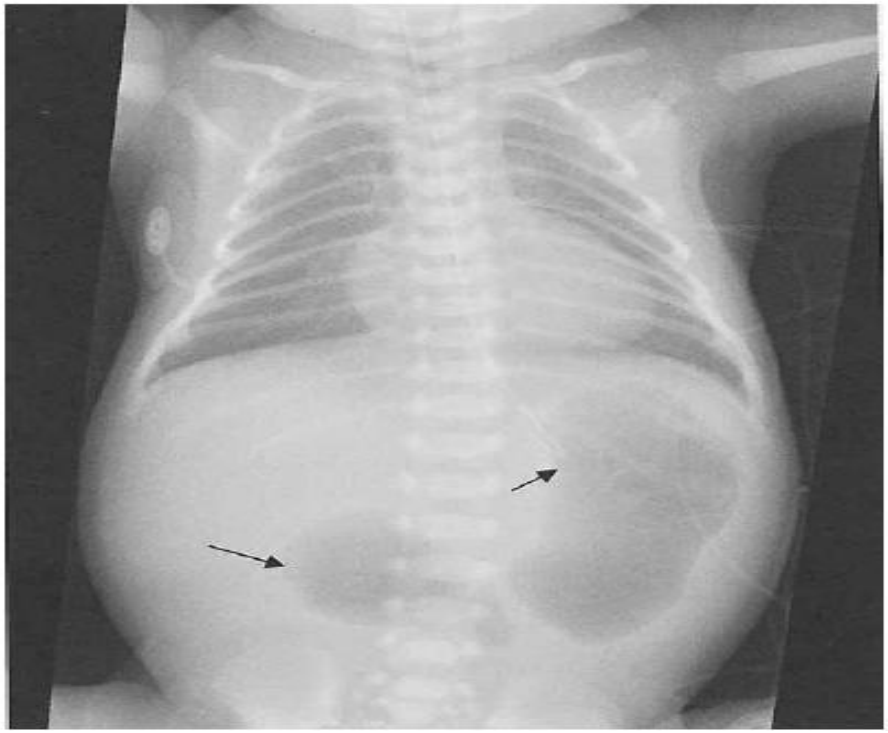
۲. رادیوگرافی ساده شکم

در بسیاری موارد، رادیوگرافی ساده شکم می تواند اطلاعات کافی برای آغاز اقدامات لازم فراهم کند.

- در شک به آترزی مری، رادیوگرافی تعیین می کند آیا هوا در معده وجود دارد یا نه (وجود فیستول در ناحیه دیستال را تأیید می کند)
- رادیوگرافی Cross Table Lateral در حالی که نوزاد به پشت خوابیده است، بهترین راه تشخیص سطوح هوا ـ مایع در لوپ های روده و هوای آزاد در حفره صفاقی است.

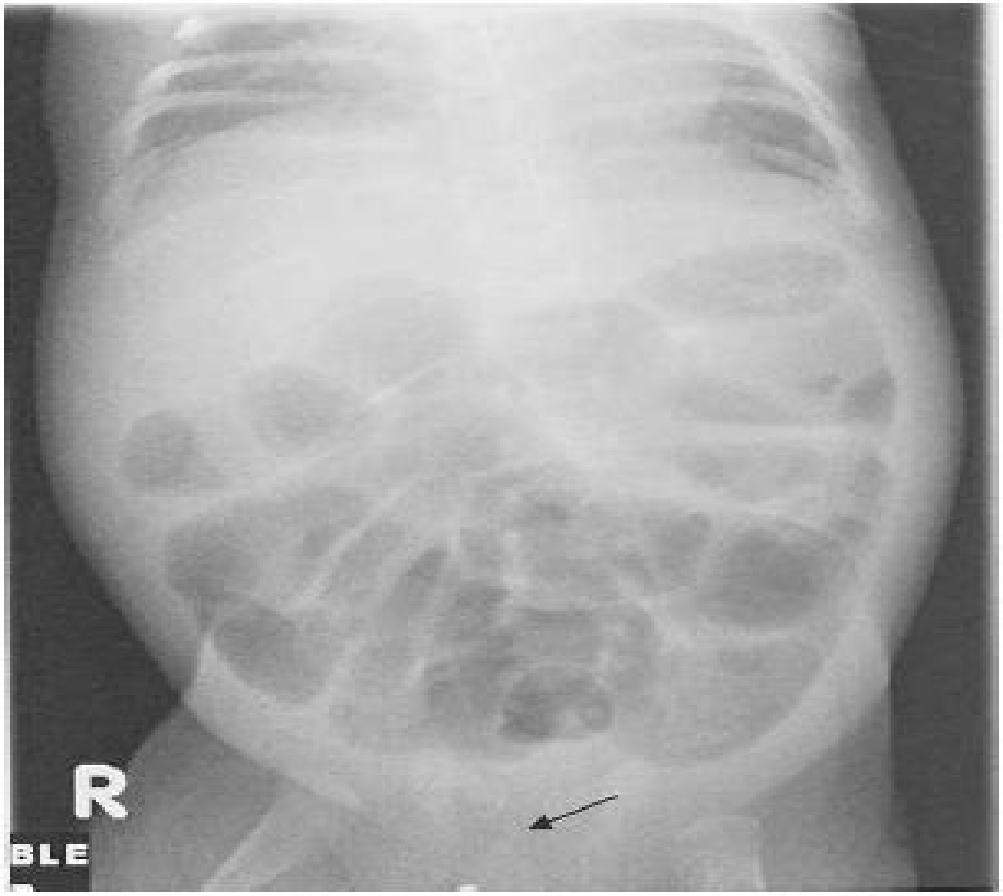
- در آترزی های دستگاه گوارش محل آترزی را تعیین می کند/تخمین می زند.
  - یک حباب منفرد (Single bubble) در آترزی پیلور (نادر است)
  - حباب دوگانه (Double bubble) در آترزی دئودونوم
  - سطح پروگزیمال هوا درآترزی های دیستال تر
  - وجود لوپ های متسع
  - وجود سطوح هوا - مایع
  - وجود یا عدم وجود هوا در رکتوم
- در پریتونیت مکونیومی، برای جستجوی وجود مواد آمورف کلسیفیه در حفره صفاقی
- وجود هوای آزاد در حفره صفاقی
- وجود اختلالات مهره ای یا خاجی - لگنی

آترزی دئودنوم



- رادیوگرافی شکمی نشان‌دهنده حباب دوگانه (**Double bubble**) تیپیک است.
- پیکان بلندتر به دئودنوم متسع در پروگزیمال آترزی اشاره دارد. حباب بزرگ‌تر معده متسع است.
- پیکان کوچک‌تر نمایان گر نوک لوله معده است که باید به داخل معده متسع پیش برده شود تا به درناژ و تخلیه فشار بهتر کمک کند.

آترزی ایلیوم



- رادیوگرافی شکم نشان دهنده شکم متسع همراه با قوس‌های متعدد و متسع روده است.
- پیکان به عدم وجود هوا در رکتوم اشاره می‌کند.
- از نظر بالینی نوزاد با اتساع پیش رونده شکم و به دنبال آن استفراغ صفراوی تظاهر می‌یابد.

۳. بیوشیمی خون

- برای تعیین این که آیا اختلالات الکترولیتی ناشی از دفع بیش از حد آب یا الکترولیت بوسیلهٔ تبخیر (نقص دیواره شکمی) یا استفراغ، ساکشن و یا فضای سوم (انسداد روده) وجود دارد یا خیر.

برگه تعادل مایع به منظور پایش جذب و دفع مایعات، شامل حجم مایع خارج شده معدی و دیگر دفع‌ها در نوزادان نیازمند جراحی از برگه تعادل مایع استفاده کنید.

ممکن است برای تشخیص نوع و شدت ضایعه و وجود یا عدم وجود ناهنجاری‌های همراه بررسی های تشخیصی خاصی مورد نیاز باشد. این بررسی ها شامل موارد زیر است:

۱. **بررسی رادیوگرافیک با استفاده از ماده حاجب**

- وقتی رادیوگرافی های ساده نمی تواند محل و نوع ضایعه/نقص را مشخص کند.

۲. **بیوپسی ساکشن رکتوم**

- برای تعیین وجود سلول های گانگلیونی در شبکهٔ میانتریک رکتوم/روده در شک به بیماری هیرشپرونگ
  - اگر بیوپسی ساکشن قطعی نباشد، بیوپسی با جراحی ممکن است لزوم یابد.
  - اگربیوپسی بیماری هیرشپرونگ را نشان دهد بیوپسی های دیگر برای تعیین "ناحیه گذار" (zone of transition) یعنی دیستال ترین قطعه‌ای که سلول گانگلیونی وجود دارد باید انجام گیرد.

۳. **اکوکاردیوگرافی**

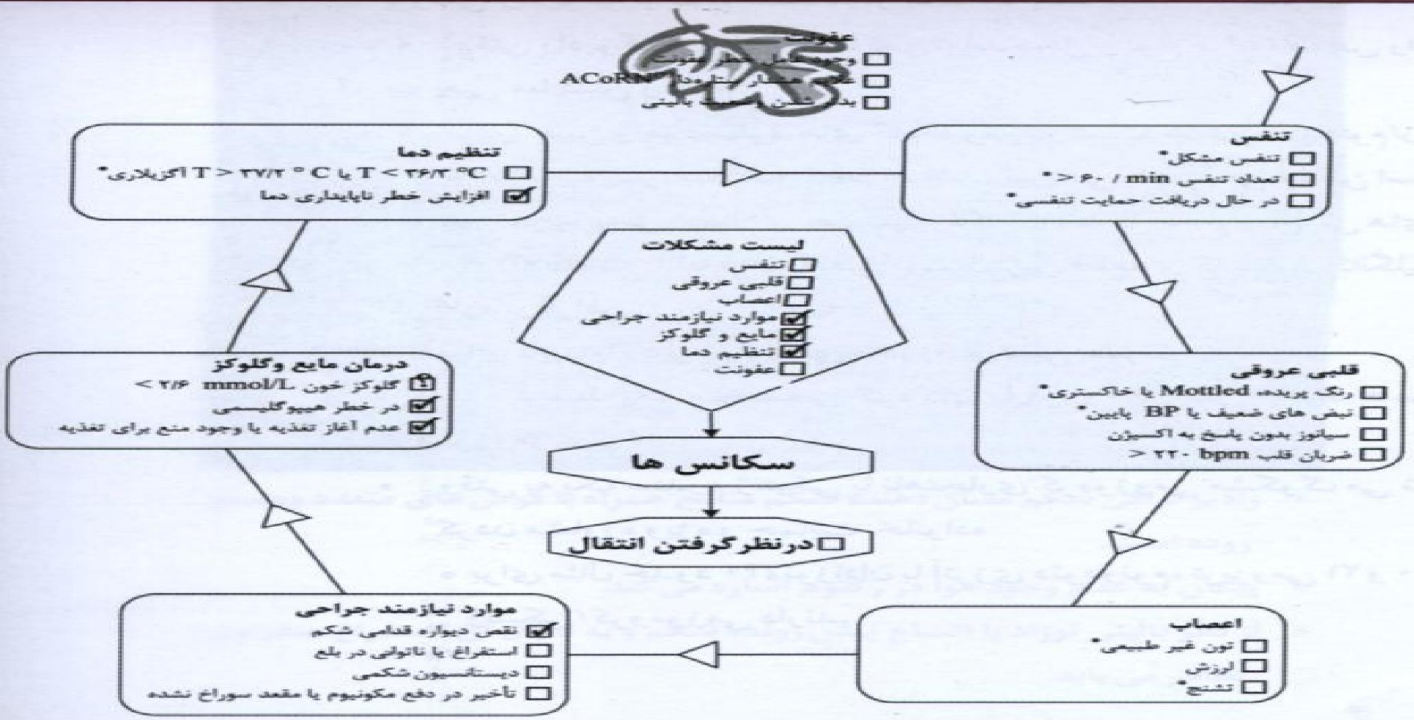
- برای تأیید یا رد بیماری های مادرزادی قلبی همراه

۴. **ارزیابی توسط یک متخصص کودکان یا فوق تخصص مرتبط ± متخصص ژنتیک پزشکی ± آنالیز کروموزومی**

- وقتی به یک سندرم ژنتیکی یا ناهنجاری کرموزومی مشکوک می شویم برای تأیید تشخیص و فراهم کردن مشاوره ویژه و حمایت خانواده
  - برای مثال حدود ۴۰٪نوزادان با آترزی دئودونوم، تریزومی ۲۱ و ۳۰٪نوزادان با امفالوسل، ناهنجاری ژنتیکی/کروموزمی دارند.

#۱ موارد نیازمند جراحی - نقص دیواره شکمی

به شما خبر می‌دهند در تولد نوزاد ۳۷ هفته ای حاضر شوید . در هنگام تولد متوجه می‌شوید که او یک نقص واضح دیواره شکمی دارد و لوپ‌های روده کوچک بیرون زده و علایم حیاتی طبیعی است. او تنفسی منظم دارد و در هوای اتاق صورتی رنگ است.
شما تشخیص می‌دهید که نوزاد هیچ یک از علایم احیا را ندارد و بررسی اولیه را آغاز می‌کنید.

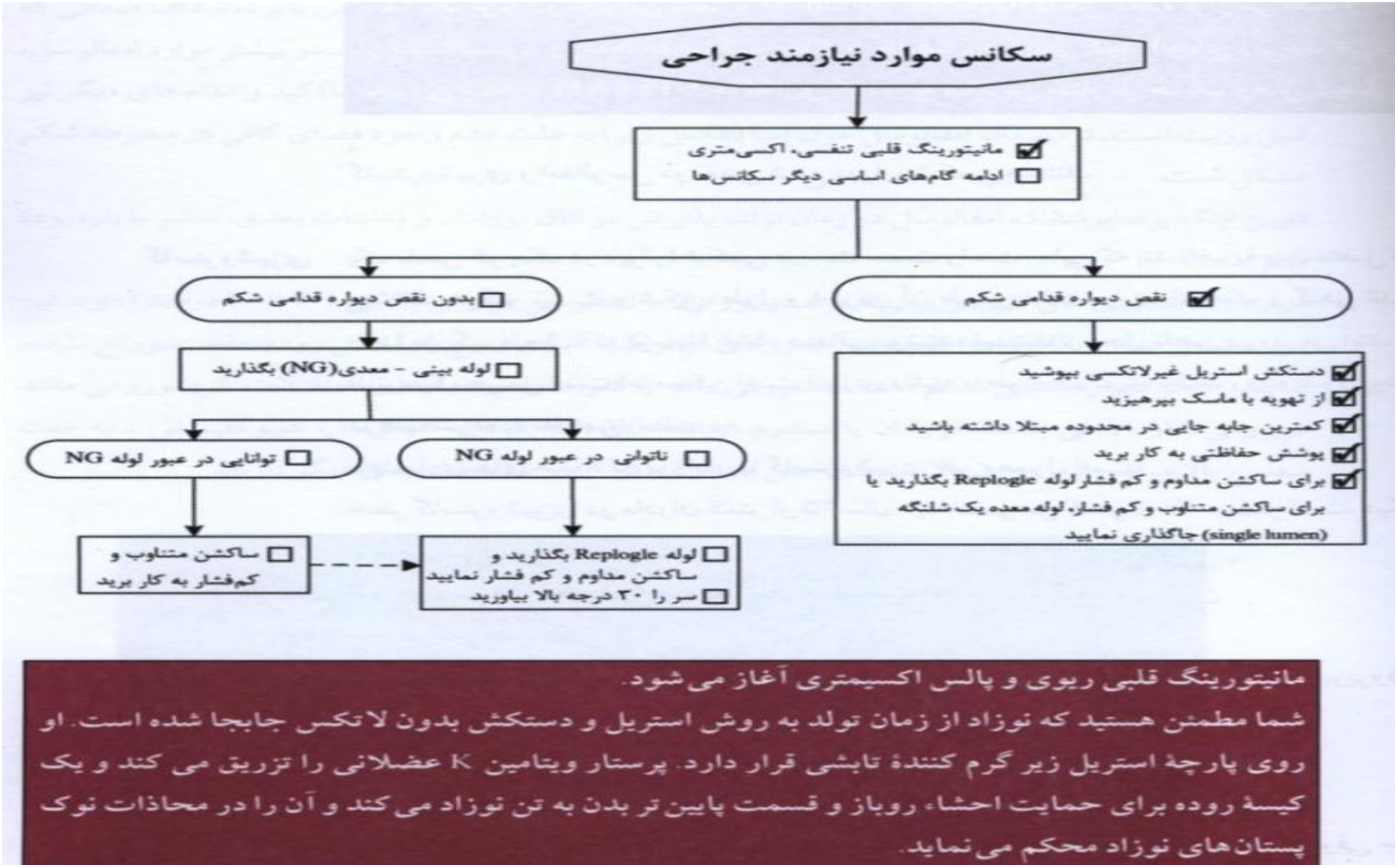


نوزاد هیچ علامت هشداردهنده مرتبط با سکانس‌های تنفسی، قلبی عروقی و اعصاب ندارد ولی یک علامت هشداردهنده برای سکانس موارد نیازمند جراحی دارد.

موارد نیازمند جراحی

- [x] نقص دیواره قدامی شکم
- [ ] استفراغ یا ناتوانی در بلع
- [ ] دیستانسیون شکمی
- [ ] تأخیر در دفع مکونیوم یا مقعد سوراخ نشده

شما وارد سکانس موارد نیازمند جراحی می‌شوید.



مانیتورینگ قلبی ریوی و پالس اکسیمتری آغاز می‌شود.
شما مطمئن هستید که نوزاد از زمان تولد به روش استریل و دستکش بدون لاتکس جابجا شده است. او روی پارچهٔ استریل زیر گرم کنندهٔ تابشی قرار دارد. پرستار ویتامین K عضلانی را تزریق می کند و یک کیسهٔ روده برای حمایت احشاء روباز و قسمت پایین تر بدن به تن نوزاد می کند و آن را در محاذات نوک پستان‌های نوزاد محکم می‌نماید.

شما یک لولهٔ دو مجرایی شماره ۱۰ "Replegle "sump داخل معده قرار می‌دهید و آن را برای پیشگیری از دیستانسیون روده‌ها به ساکشن مداوم خفیف وصل می‌کنید (بجای آن شما می‌توانید یک لوله یک مجرایی شماره ۸ Fr یا ۱۰ Fr جاگذاری کرده، به ساکشن متناوب خفیف وصل کنید).



گاستروشیزی یک نقص کوچک در دیوارهٔ شکمی درست سمت راست جایی که بند ناف به بدن متصل می‌شود وجود دارد. بند ناف درگیر نیست و شکل، طول و اجزای آن طبیعی است. رودهٔ کوچک و گاهی اندام‌های دیگر (معده، رودهٔ بزرگ، طحال) که بوسیلهٔ غشاء صفاقی پوشیده نیستند از محل نقص بیرون می‌آیند.

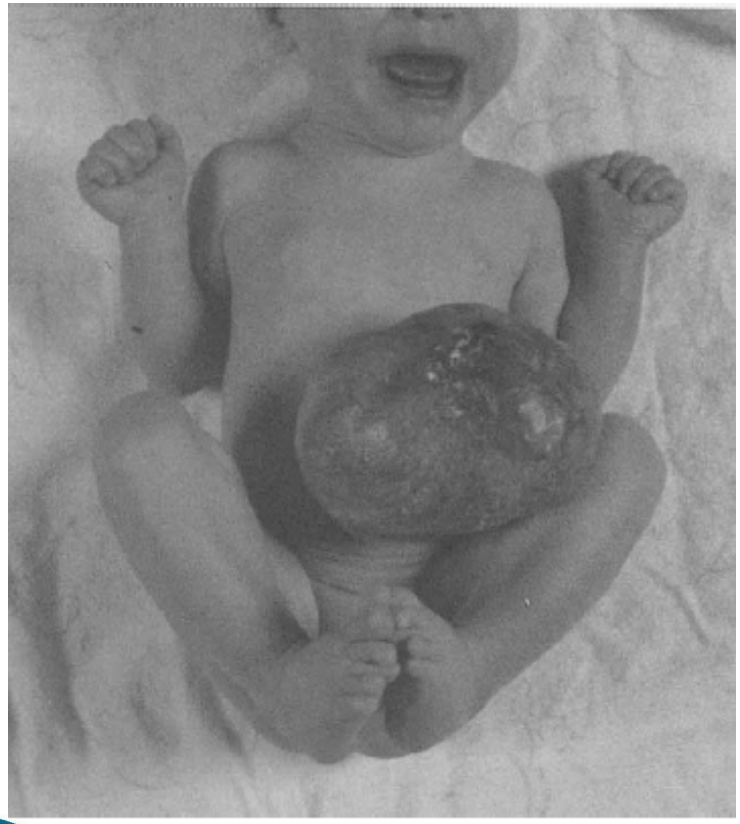
ناهنجاری های همراه در نوزادان با گاستروشیزی غیر معمول است.



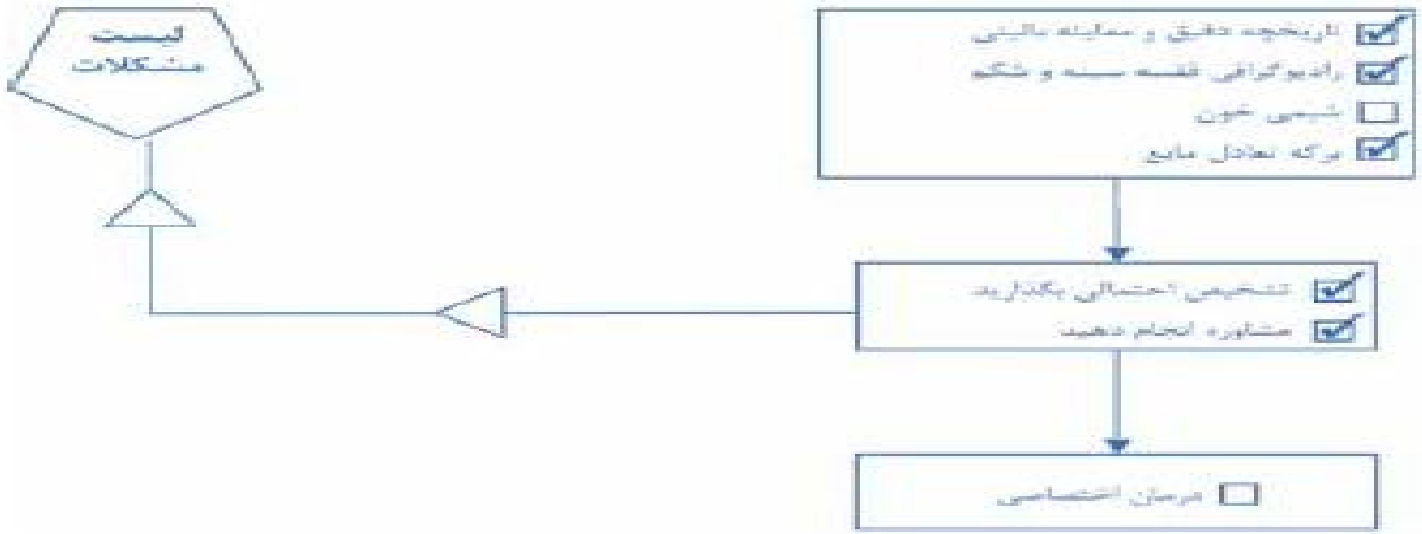
عوامل خطر پیش از تولد :

- مادران کمتر از ۲۵ سال - به خصوص کمتر از ۲۰
- مراقبت‌های حین بارداری ضعیف/وضعیت اجتماعی، اقتصادی پایین
- سیگار کشیدن
- استفاده از داروهایی مانند مهار کننده‌های سیکلواکسیژناز برای مثال آسپیرین، ایبوپروفن و دکونژستانت‌ها
- (ضد احتقان‌ها)
- مواجهه با حلال‌ها (در ارتباط با شغل یا برای سرگرمی)
- داروهای "روان‌گردان" مانند داروهای وابسته به آمفتامین یا کوکایین.

امفالوسل یک سوراخ در پایه بند ناف است که محتویات شکم از آن بیرون زده است. این نقص با پرده شفاف صفاقی که محتویات آن قابل رؤیت است پوشیده شده. بند ناف از قسمت مبتلا خارج می‌شود. در بیشتر موارد امفالوسل، فقط رودهٔ کوچک مشاهده می‌شود هر چند در امفالوسل بزرگ (امفالوسل غول آسا) کبد و اندام‌های دیگر نیز قابل رؤیت است. ترمیم یک امفالوسل غول آسا (عکس زیر) به علت عدم وجود فضای کافی در محوطه شکم مشکل است.



موارد و ناهنجاری‌های کروموزومی همراه در نوزادان با امفالوسل فراوانی بالایی (۳۰ تا ۴۰ درصد) دارد. این موارد شامل بیماری مادرزادی قلب، فتق مادرزادی دیافراگم، آترزی و پیچ خوردگی روده، مقعد سوراخ نشده، نقایص دیگر دیواره قدامی شکم مانند اکستروفی مثانه یا کلواک، اسپینابیفیدا و اختلالات کروموزومی مانند تریزومی ۱۳و ۱۸ می باشند. نوزادان با سندرم Beckwith-Wideman، امفالوسل، هیپوگلیسمی - به علت سطوح بالای انسولین - وزن بالا نسبت به سن بارداری (LGA) و ناهنجاری‌های دیگر دارند.



شما تاریخچه دقیقی بدست می‌آورید و در می‌یابید که مادر ۱۷ ساله بوده و حداقل مراقبت حین بارداری داشته است.
احشاء داخلی قابل رویت در کیسه روده شامل چندین لوپ از روده کوچک است که به نظر صورتی می‌رسند و خون‌رسانی خوبی دارند.
معاینه بالینی دقیق از جهات دیگر نکته‌ای ندارد و علایم بدشکلی (Dysmorphic Features) و ناهنجاری‌های دیگر را نشان نمی‌دهند.
رادیوگرافی شکم و قفسهٔ سینه انجام شده و طبیعی است.
چون نوزاد تازه متولد شده بیوشیمی خون انجام نشده است.
برای نوزاد، برگه تعادل مایع گذاشته می‌شود، اگر چه ارزیابی اختصاصی بیشتری نیاز است.
تشخیص احتمالی شما گاستروشیزی بدون هیچ ناهنجاری همراه است.
شما با مرکز منطقه‌ای برای مشاوره و انتقال نوزاد تماس می گیرید.
با داشتن یک تشخیص احتمالی شما از سکانس موارد نیازمند جراحی خارج می‌شوید و سکانس درمان مایع و گلوکز و تنظیم دما را ادامه می دهید.

نوزادان با نقص دیواره شکمی در خطر موارد زیر قرار دارند.

- هیپوترمی
- از دست دادن بیش از حد مایع و عدم تعادل الکترولیتی
- عفونت
- بی‌ثباتی قلبی تنفسی

ترمیم جراحی در نقایص دیواره شکمی چیست؟

برای پیشگیری از عفونت و حفظ حیات روده‌ها، گاستروشیزی باید در اولین فرصت ترمیم می‌شود. روش‌های درمان براساس اندازه نقص و توانایی به داخل فرستادن احشاء قابل رؤیت شکم متغیر است.

نوزاد به مرکز منطقه‌ای منتقل می‌شود.

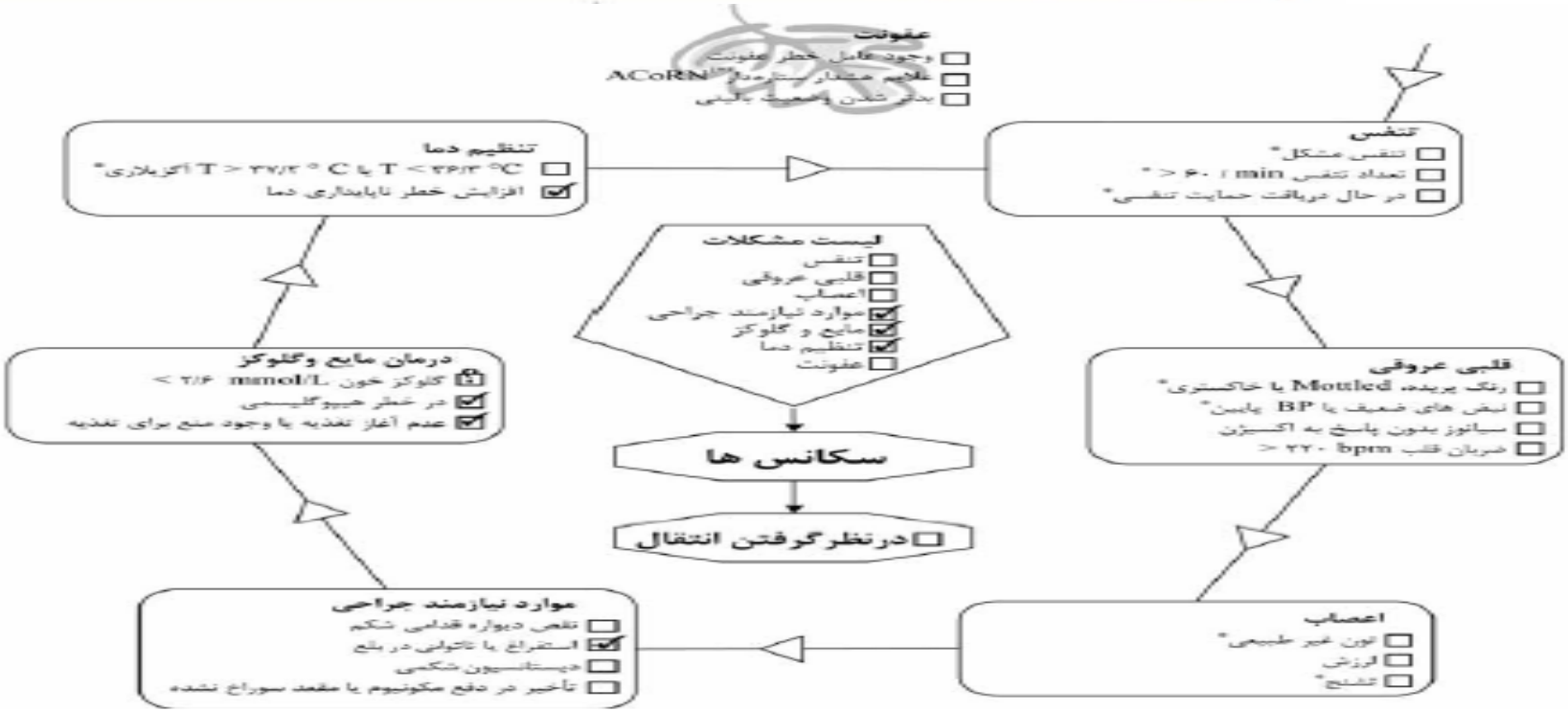
روده‌های بیرون زده به داخل فرستاده می‌شود و ترمیم اولیه انجام می‌گردد.

پس از عمل، او نیاز به تهویه مکانیکی به مدت سه روز با زیر نظر گرفتن دقیق فشار داخل شکمی و اصلاح دقیق مایع و الکترولیت‌ها برای تثبیت همودینامیک دارد.

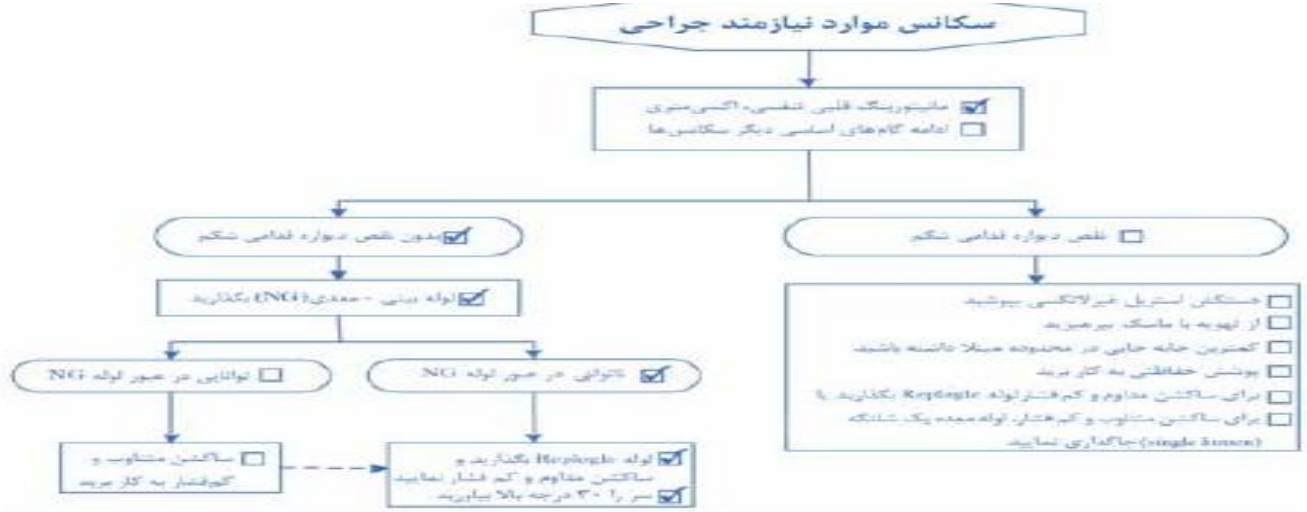
او تغذیه غیر دهانی دریافت می‌کند. پیش‌بینی شده که تغذیه دهانی تا ۲ تا ۳ هفته بعد آغاز نمی‌شود و نوزاد به آهستگی و در یک فرایند طولانی به تغذیه کامل دهانی خواهد رسید.

مورد # ۲ موارد نیازمند جراحی: ناتوانی در جاگذاری لوله بینی - معدی (NGT)

شما برای معاینه یک نوزاد ترم ۳ ساعته که به دنبال تغذیه با شیر مادر دچار سرفه شده است فراخوانده می‌شوید. او یک اپیزود آپنه داشته و آغوز در حال خروج از بینی‌اش است.
مادر می گوید که از بدو تولد یراق وترشحات غلیظی از دهان نوزادش خارج می شود و او چندین بار دهان او را با پارچه نرمی تمیز کرده است. او در اتاق زایمان پستان به دهان نوزادش گذاشته و نوزاد بخوبی تحمل کرده است. اگرچه تلاش برای تغذیه با شیر مادر که یک ساعت پیش آغاز شده نیز منجر به سرفه شده و بنابراین قطع گردیده است.
علایم حیاتی طبیعی است. نوزاد هم اکنون تنفس منظم دارد ودر هوای اتاق صورتی است. اما تنفس صدادار می‌باشد. شما متوجه می‌شوید که یراق از گوشه دهان نوزاد جاری است. رال‌های خفیف دو طرفه در سمع ریه‌ها شنیده می‌شود. شما مشخص می‌کنید که نوزاد هیچ یک از علایم احیا را ندارد و بررسی اولیه را انجام می دهید.



نوزاد وارد سکانس‌های ACoRN مشخص شده در بررسی اولیه می شود.
هیچ علامت هشداردهنده مربوط به سکانس‌های تنفسی، قلبی عروقی یا اعصاب وجود ندارد ولی نوزاد یک علامت هشداردهنده برای ورود به سکانس موارد نیازمند جراحی دارد. تصمیم به قطع تغذیه، زیر نظر گرفتن نوزاد زیر گرم‌کنندهٔ تابشی و آغاز انفوزیون داخل وریدی D %۱۰W گرفته می‌شود.
راه هوایی باز است و نوزاد تنفس منظم دارد و در هوای اتاق صورتی باقی می‌ماند اما تنفس اش هنوز صدادار است و بزاق از گوشه دهان خارج می شود. رال‌های ضعیف دو طرفه در سمع ریه شنیده می‌شود.
شما وارد سکانس موارد نیازمند جراحی می شود



شما به آرامی دهان و بینی نوزاد را ساکشن می‌کنید. سپس تلاش می‌کنید یک NGT وارد کنید. در حدود ۱۰ تا ۱۲ سانتیمتری با مقاومتی مواجه می‌شوید.

چرا کوشش برای برای وارد کردن NGT بخشی از گام‌های اساسی موارد نیازمند جراحی است؟

نوزادان با نقایص دیواره قدامی شکم یا مشکوک به انسداد دستگاه گوارش در هر سطحی، از قرار دادن NGT سود می برند. این کار:

- فشار را از روی دستگاه گوارش برداشته، استفراغ را کاهش می دهد.
- آترزی مری را رد می کند.

شما دوباره دهان و بینی نوزاد را ساکشن و یک لوله Replogle درخواست و تا حد ۱۰ cm آن را وارد و به ساکشن کم فشار مداوم وصل می‌کنید. شما هم چنین سر نوزاد را ۳۰ درجه بالاتر از تخت قرار داده،اقداماتی برای آرام‌سازی وی انجام می‌دهید تا گریه وی را کاهش داده خطر اتساع معده و بازگشت محتویات از راه فیستول احتمالی تراشه به مری را کم کند.

سپس به مادر می‌گویید که ممکن است مری نوزادش دو قسمتی بوده نیاز به معاینه دقیق‌تری باشد.

نوزادان با آترزی مری چگونه تظاهر می‌یابند؟

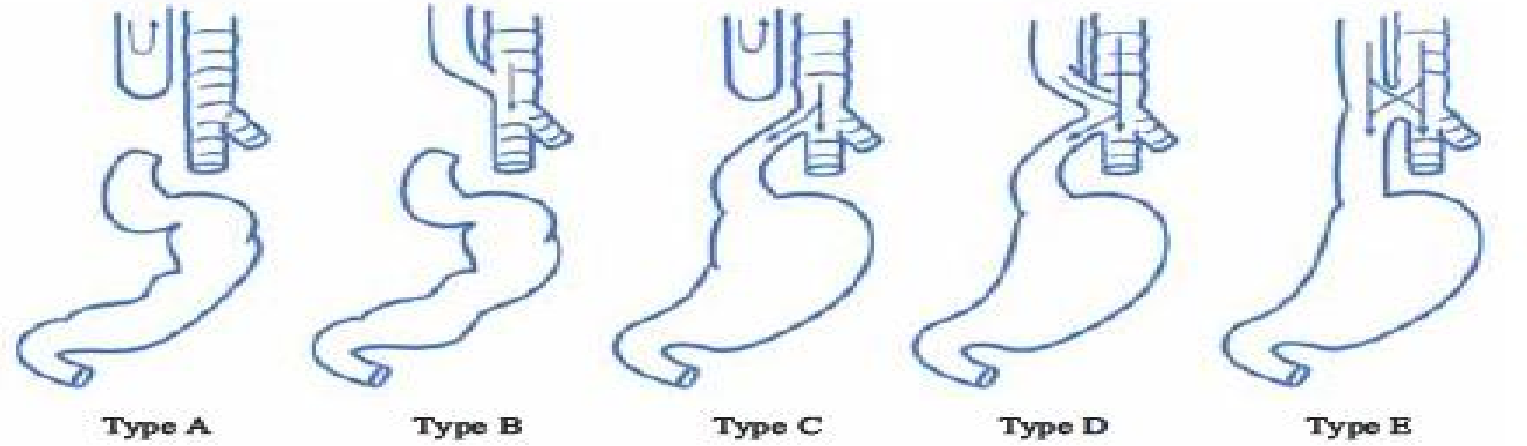
نوزادان با آترزی مری (EA) با ناتوانی در بلع، بیرون ریختن بزاق دهان و سرفه تظاهر می‌یابند. برگشت مواد غذایی و بزاق از بینی معمولاً دیده می‌شود.

پس از اولین یا دومین تغذیه با شیر مادر - همین که تولید شیر آغاز و شیر خارج می‌شود - نوزاد در هنگام تغذیه پستان مادر را نمی‌پذیرد و حالت خفگی پیدا می‌کند، سرفه می‌کند و شیر از بینی او خارج می‌شود. در این زمان ممکن است دوره‌هایی از سیانوز، آپنه - به علت آسپیره کردن شیر به داخل ریه‌ها - دیده شود.

ممکن است دیسترس تنفسی به علت پنومونی آسپیراسیون در این نوزادان رخ دهد اما معمولاً علامت زودرس نیست.

تنوع آناتومیکی در آترزی مری/فیستول تراشه به مری (EA/TEF)

شکل زیر ۵ نوع تنوع آناتومیکی در EA/TEF را نشان می‌دهد.

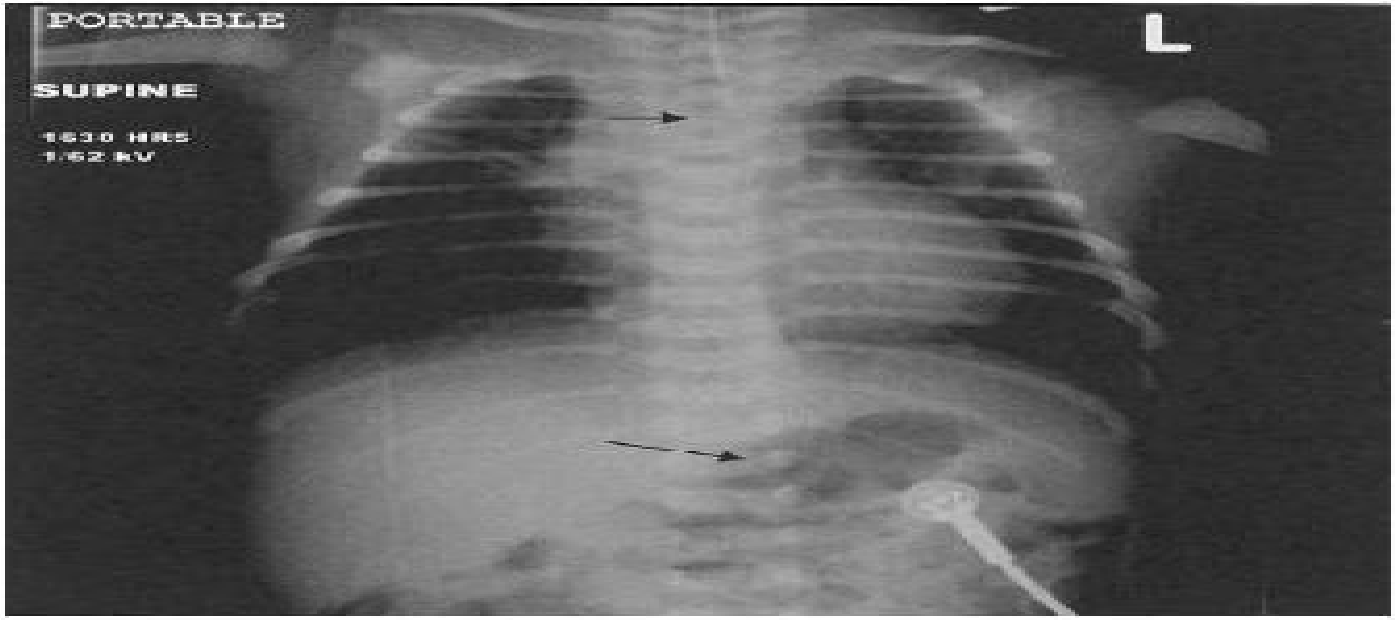


نوع C، شایع‌ترین نوع آناتومیکی EA/TEF (۸۰٪ موارد) می‌باشد. انتهای پروگزیمال مری به صورت کیسه است که از عبور مایع و ترشحات بلع شده به طرف معده پیشگیری می‌کند. جاگذاری لوله معده بیشتر از ۱۰ تا ۱۲ سانتی متر غیر ممکن است. دیستال تراشه، نزدیک به کارینا و دیستال مری با یک فیستول «تراشه ـ مری» به هم متصل است. به علت فیستول دیستال، حباب معده در رادیوگرافی مشهود است.

نوع A، آترزی مری بدون فیستول (EA) دومین نوع شایع است که هم چنین بنام «آترزی مری خالص» نیز نامیده و تقریباً در ۱۰٪ موارد دیده می‌شود. به دلیل آترزی مری و عدم وجود فیستول دیستال، هوا وارد معده نمی‌شود.

نوع E(«فیستول H») یک TEF بدون EA می باشد. تشخیص این نوع مشکل است و ممکن است در اواخر دورهٔ نوزادی به صورت سرفه و خفگی طی تغذیه یا در دورهٔ کودکی با تاریخچه پنومونی مکرر ظاهر شود. این نوع در ۵٪ موارد به وقوع می‌پیوندد.

شما تاریخچه دقیقی بدست می آورید و در می یابید که ارتفاع رحم در ۴ هفته اخیر بیش از حد انتظار افزایش پیدا کرده و سونوگرافی، پلی هیدرو‌آمنیوس را نشان داده است. معاینه بالینی ظاهر بد شکل را نشان نمی‌دهد. معاینه بالینی قلبی، عروقی طبیعی و آنوس باز است.
رادیوگرافی قفسه سینه در زیر نشان داده شده است.



- پیکان بالایی سطح قرار گرفتن لوله Replogle را نشان می‌دهد. این سطح حفره پروگزیمال مری است.
- پیکان پایینی هوا را در معده و روده‌ها نشان می‌دهد که نشانگر یک فیستول تراشه - مری دیستال است.
- علاوه بر این، حدود ریه انفیلتراسیون‌هایی را نشان می‌دهد که بیان کننده احتقان/ آسپیراسیون است.
- سایه قلب شکل و اندازه طبیعی دارد.
- اختلالات جسم مهره‌ای دیده نمی شود.

EA/TEF نادر همراه با ناهنجاریهای :

تریزومی ۱۳و۱۸و۲۱

آترزی دأودنوم

INPERFORATED Anus

تترالوژی فالوت , VSD

اختلالات ستون فقرات

اختلالات کلیوی یا سیستم ادراری

سندرم های غیر کروموزومی مانند

سندرم VATER

سپاس از توجه شما

دکتر فاطمه اقبالیان

