

"انواع برشهای جراحی"

برشهای عرضی شکم

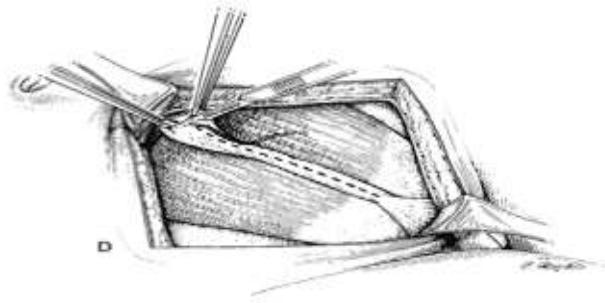
برش فان اشتیل:

یک برش عرضی با کمی انحنا به سمت بالا است. ممکن است در هر سطحی زده شود (شکل A ۷-۱۴). معمولاً ۱۰-۱۵ سانتیمتر طول دارد. پوست، چربی زیر جلد و فاسیای سطحی رکتوس بصورت عرضی برش داده می شوند. سپس فاسیای قدامی رکتوس از بالا و پایین توسط انگشتان دو دست در جهت مخالف کشیده و از عضلات زیر آزاد می شوند (شکل C ۷-۱۴). عضلات رکتوس در خط وسط از هم جدا شده، و بعد پریتون بطور عمودی باز می شود (شکل D ۷-۱۴). اگر برش فانشتیل از دو طرف تا عضلات مایل خارجی و داخلی ادامه پیدا کند ممکن است باعث آسیب اعصاب ایلوهیپوگاستریک و ایلواینگوئینال و ایجاد نوروما شود.

به منظور جلوگیری از صدمه به این اعصاب، در این موارد هنگام دوختن فاسیا، در این قسمت تنها فاسیای عضله مایل خارجی (لایه بالایی فاسیا) سوچور می شود.



شکل ۷-۱۴ A-B-C



شکل ۷-۱۴D

برش چرنی:

انسزیون چرنی ۲۵٪ بلندتر از انسزیون میدلاین بین ناف تا سمفیز پوبیس است. مزیت این برش این است که دسترسی به فضای رتزیوس آسانتر است (جراحی های بی اختیاری ادراری) و دید بسیار خوبی در جدار طرفی لگن ایجاد می کند (لیگاتور شریان هیپوگاستریک)

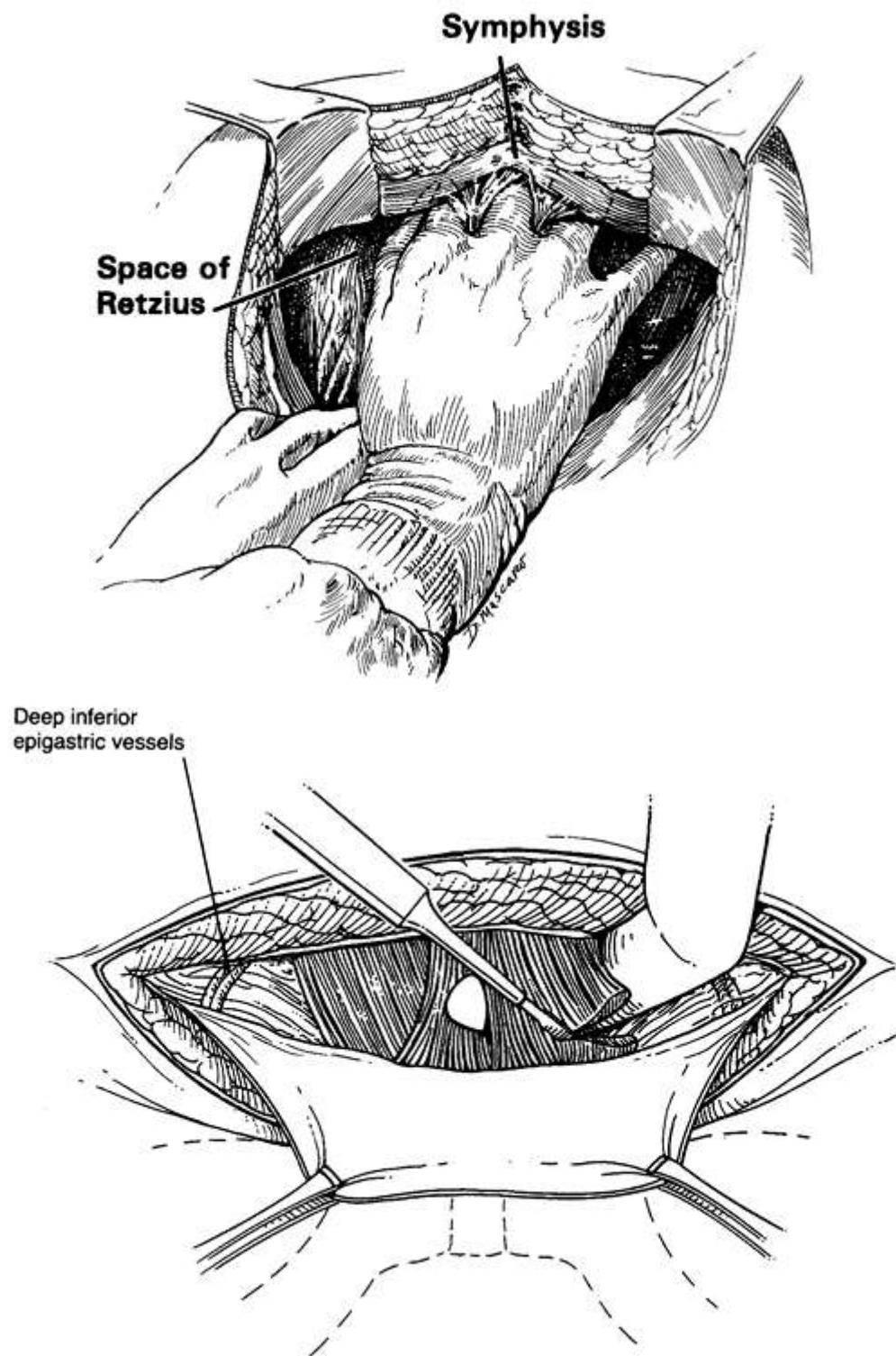
اگر بدنبال برش فانشتیل دید کافی نباشد از برش چرنی استفاده می شود.

روش ایجاد برش: پوست و فاسیا بصورت عرضی برش داده می شود. سپس عضله رکتوس از محل اتصال به سمفیز پوبیس جدا می شود.

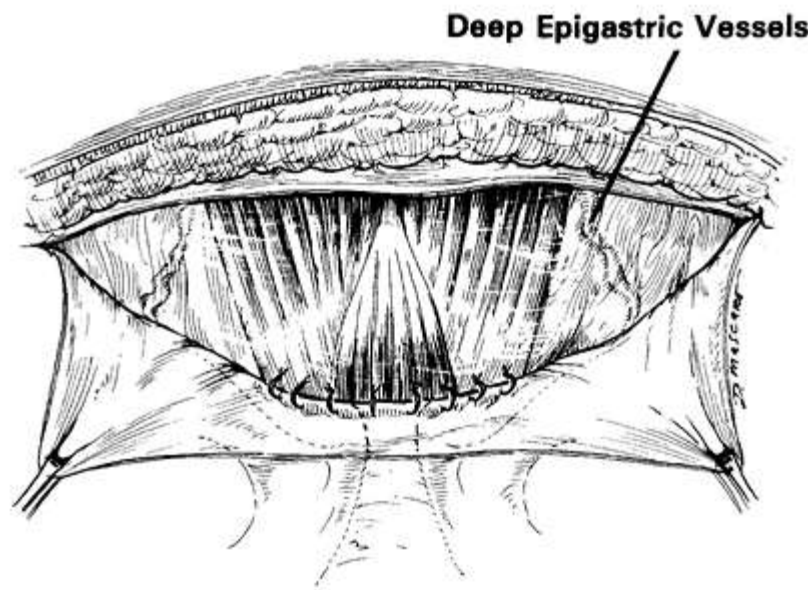
فضای رتزیوس دیسکت می شود. عروق اپیگاستریک تحتانی که از قسمت تحتانی شکم بسمت خارج می روند رؤیت می شوند. عضلات پیرامیداليس بصورت شارپ دیسکت می شوند. سپس تاندون فیبری عضلات رکتوس از محل اتصالشان به سمفیز پوبیس توسط کوتر و در حالیکه انگشت جراح زیر عضله قرار دارد جدا می شوند. خونریزی در این منطقه زیاد نیست بنابراین عروق اپیگاستریک تحتانی نیاز به لیگاتور ندارند. برش پیریتوان بصورت عرضی ۲ سانتیمتر بالاتر از مثانه انجام می شود.

برشهای عرضی مخصوصاً چرنی و میلارد باعث آسیب اعصاب می شوند. بخصوص وقتی از رتراکتور، بطور عمقی و با کشش لترال استفاده شود احتمال آسیب عصب فمورال زیاد است.

بنابراین وقتی از رتراکتور لترال استفاده می شود، نباید به اندازه ای عمقی باشد که روی عضله پسواس قرار گیرد.



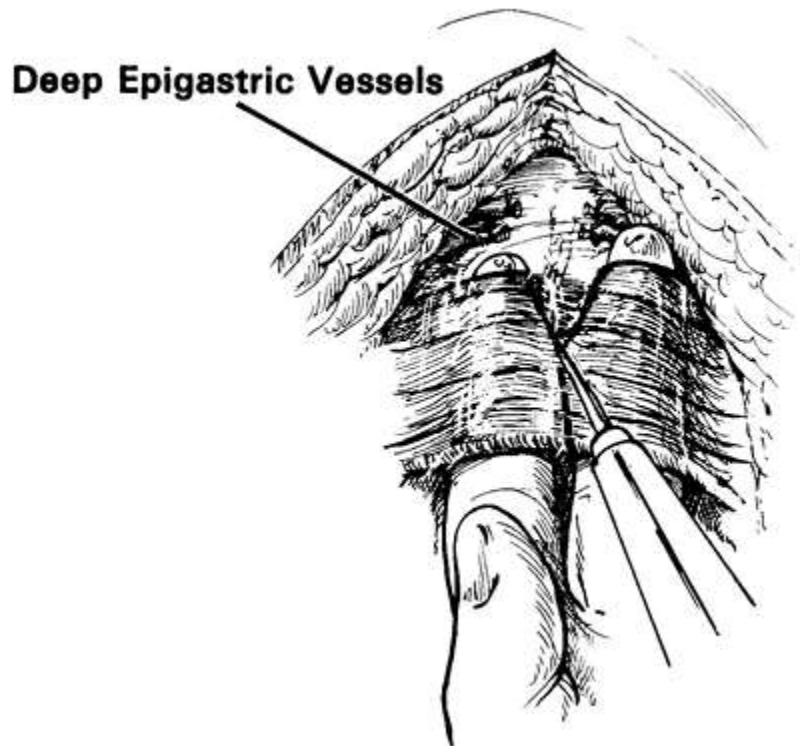
روش بستن برش: پیرتوان بصورت ممتد سوچور می شود. انتهای تاندون رکتوس توسط ۵ یا ۶ سوچور دائمی یا دیرجذب منقطع بصورت ماترس افقی، به لبه تحتانی فلاپ پایینی رکتوس متصل می شود. جهت جلوگیری از استئومیلیت پوبیس، نباید عضله رکتوس به پریوست سمفیز پوبیس سوچور شود. بقیه مراحل شبیه فانشتیل انجام می شود.



برش میلارد:

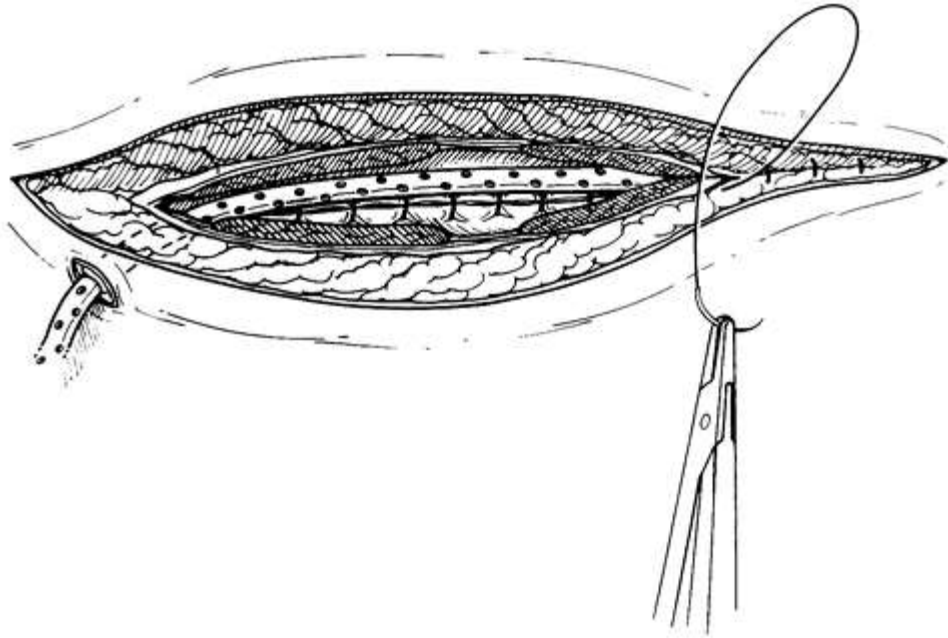
تمام لایه های جدار تحتانی شکم بصورت عرضی برش داده می شوند. لگن به خوبی رویت می شود و در جراحی رادیکال لگن مثل هیستریکتومی انجام می شود. قبل از برش، با ۳ یا ۴ مارکر محدوده برش مشخص می شود. این مارکرها در نزدیک شدن لبه های پوست کمک کننده هستند. برش عرضی پوست ۳ تا ۸ سانتیمتر بالاتر از سمفیز پوبیس انجام می شود. فاسیا بصورت عرضی برش زده می شود ولی آپونوروز از عضلات زیرین جدا نمی شود. عروق اپیگاستریک تحتانی در قسمت خارجی و خلفی عضله رکتوس رویت می شوند. عروق با استفاده از انگشت و بطور آهسته از عضله جدا شده و قبل از برش عضله رکتوس،

لیگاتور می شوند. انگشتان جراح رکتوس را از پریتون دور می کند و عضله در بین انگشتان توسط کوتر برش زده می شود.



بهتر است قبل از ورود به پریتون، عضله را به فاسیای بالای آن بخیه کنیم. اینکار با استفاده از نخ دیرجب 0-2 و بصورت U شکل انجام می شود بطوریکه گره ها روی فاسیا قرار گیرند. پریتون نیز بصورت عرضی برش زده می شود.

روش بستن برش: بستن پریتون جداری اختیاری است. بستن فاسیا مانند فان اشتیل است. ضرورتی ندارد عضلات را دوباره بهم نزدیک کنیم. در صورتیکه هموستاز خوب برقرار نباشد، پریتون را با نخ PGA ۰-۲ دوخته و روی آن و زیر فاسیا یک درن بسته مطابق شکل می گذاریم.



نکته: باید توجه شود که در بیماران مبتلا به اختلال خونرسانی پا بدنبال انسداد شریان ایلپاک مشترک یا آئورت انتهایی، برش میلارد انجام نشود زیرا ممکن است تنها خون از شاخه های کلاترال شریان اپیگاستریک تحتانی به اندام تحتانی جریان یابد. در نتیجه لیگاتور این شریان باعث ایسکمی اندام تحتانی شود.

در موارد نقص خونرسانی در اندام تحتانی، برش میدلاین توصیه می شود.

برش پارامدین:

برش پارامدین بصورت عمودی و به موازات برش مدیان زده می شود و به دو نوع مدیال و لترال است. از نظر عوارض تنفسی، عفونت زخم و dehiscence این سه نوع انسزیون (میدلاین، پارامدیان مدیال و لترال) تفاوتی ندارند. احتمال هرنی انسزیونال در انسزیون پارامدیان لترال کمتر از میدلاین و پارامدیان مدیال بوده و در دو نوع آخر برابر است. همانند برش میدلاین استحکام و

اکسپوژر خوبی دارد، بخصوص در سمتی از لگن که برش ایجاد شده است. مثلاً "برش پارامدین چپ در موارد درگیری کولون سیگموئید و یا بررسی دیواره چپ لگن استفاده می شود.

اگر چه این برشها از بعضی جنبه ها سودمند است ولی خیلی از مواقع مشکل ساز است. استفاده از این برش باعث افزایش عفونت، خونریزی، زمان عمل، آسیب اعصاب که سبب آتروفی عضله رکتوس می شود.

اگر برش پارامدین به موازات برش میدلاین قبلی ایجاد شود (و یا برعکس)، خونرسانی بین دو برش ممکن است ناکافی باشد، که این مسئله سبب نکروز بافتی، تأخیر بهبود زخم و هرنی می شود.

تهیه کننده: دکتر لیلی حفیظی، دانشیار گروه زنان
رفرانس: تلینز ۲۰۱۵