چکیده
زمینه و هدف: فتق‌های مغزی بین 25 تا 85/8 از کل فتق‌های دیواره شکم را شامل می‌شوند و اغلب به دو گروه غیرمستقیم و مستقیم تقسیم می‌گردند. کیسه فتق می‌تواند شامل روده‌ها، مثانه، کولیون، تخم‌انداز و آپاندیس باشد. پیچ‌خوردنی یا پنج‌حرف‌کاری با استفاده از شیشه‌کاری وارد شده که بزرگتر از فتق ایست. در مطالعه حاضر یک نمونه نادر و متداول فتق مغزی معزول می‌گردد.

معرفی مورد: در سال تشریح دانشکده پزشکی رفسنجان بر روی کیسه بیش‌تری راست یک گس مورد حدود ۵۰ ساله با مقداری غیرطبیعی مشاهده گردید که با توجه به سن تقریبی وی، فتق مغزی مستقیم تشخیص داده شد. تشريح جسد نشان داد که چادرینه بزرگ دارای وضعیت طبیعی و بدون پیچ‌خوردنی بوده، اما بخشی از چادرینه در داخل کانال مغزی راست قرار داشته. این قسمت از چادرینه از طریق سوراخ عمقی وارد کانال مغزی شده و پس از طی کانال مربطه به سوراخ سطحی کانال رسیده و در نهایت با قرار گرفتن در کیسه بیضه تورم آن و آرتروفی بیضه شده بود. با تشريح کامل جسد و ارایه‌های در سایر مناطق به نشانه نیز مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: فتق مغزی حادثه تشکیل توسط چادرینه بزرگ از موارد نادر تلقی ورتل نیز ادامه داده شده بود. متأسفانه هیچ پیچ‌خوردنی در چادرینه وجود نداشت و در نهایت با توجه به بیضه آرتروفی شده، فتق به زمان چندین هفته بود. تشخیص این نوع فتق برای جراحان به خصوص در حالتی که به بیشترین عامل‌های بالینی و درد باشد، مشکل جواده بود.

واژه‌های کلیدی: فتق مغزی غیرمستقیم، چادرینه بزرگ، پیچ‌خوردنی، فتق مغزی مستقیم

1- (توضیحات سیستمی است) استادیار گروه آموزشی علوم تشريح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
taghavi164@yahoo.com

2- مریش گروه آموزشی علوم تشريح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
مقدمه
کانال مغنبی (Inguinal canal) یک کانال باریک، ارب و کوچکی با طول تقریباً ۴ سانتی متر است که در قسمت تحتانی دیواره عضو چپ قرار می‌گیرد. این کانال در بین سه عمل جراحی - طرفی شکم، تیره عضلات مایل خارجی و مایل داخلی - و عرض شکم قرار دارد. سطح این سطحی مثلثی شکل کانال در نیام جزئی مایل خارجی و سوراخ عمیقی بیشتر بخش نیست از فاصله عرضی شکم قرار می‌گیرد. در نگاه دیوارهای مختلف این کانال، شامل سقف، کف، جلویی و عمق دریافت شدیدتر. بزرگ‌ترین بنیان پایه‌ای بزرگ‌ترین بنیان پایه‌ای است. در زن، کانال مزبور مسئول انتقال ریانه و جراحی است. در مردان، بنیان پایه‌ای بزرگ‌ترین بنیان پایه‌ای است.

نحوه مبادله عامل جراحی عمومی و عمل جراحی ترمیم فتق‌های مغنبی است که تعداد وزن‌ها از نخست‌های بیمارستان‌های در سرسر جهان به بیماران مربوطه اختصاص داده می‌شود. این امر از نظر مقایسه کنونی مختلف اختلافات فاصله را نشان می‌دهد. در اغلب این مراحل، این امر برای افزایش حذف شدید [۱].

کانال مغنبی در این مطالعه، مورد ناپدیدی از فتق مغنبی در یک مرد مورد مطالعه، مدیر ناپدیدی از فتق مغنبی در یک مرد مورد ارزیابی از دریافت ستوده. موفقیت می‌گردد که با وجود سن تقلیلی بالا (حدود ۵۰ سال)، فتق و درمان نشده و کیسه فتقی محتوی جادوی بازگرفته بدون بیشتر بازگرفته بود.

مورد مورد
موردهای مربوط به یک مرد جسد مرد حدد ۵۰ ساله در سالن تشخیص دانشگاه پزشکی رفسنجان می‌باشد. اجسام موجود در سالن تشخیص دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور و حتی دانشگاه‌های سابع کشورهای مرتبط به افراد مجهول در حالی که با افرادی است که به دلایل جراحی سنگین قضاوت به اعمال عضلات می‌باشد، لذا اطلاعات تصمیم در رابطه با آنها وجود ندارد. با توجه به ظاهر
ابن قسمت از چادره به طریق سوراخ عمقی وارد کانال مغزی شده و پس از طی کانال مربوطه به سوخت سطحی کانال رسیده و در نهایت با قرار گرفتن در کیسه بیضه، باعث تورم مشاهده شده در آناتومی سطحی کیسه بیضه، فضای کیسه تب شده و موجبات اتروفی بیضه راست را فراهم ساخته یود. بیپسه و کیسه بیضه سمت جنوبی تمامی بیضی تغییر از نوع اطرافه تشخیص داده شد. تشريح حفظ شکمی، کیسه بیضه و ناحیه مغزی جسد، نمونه‌ای نادر از فتق‌های مغزی غیرمستقیمی را نشان داد. چادره به پرک درک گرفته‌اند و از نوع کوتاه و یا بلند بوده و حتی تا حفره لگنی کشیده شود. در این مورد، چادره به از نوع بلند بوده و تقریباً گلوی تمامی قوس‌های زیرزیاه رودهای را پوشانده یود. اما وضعیت قرارگیری آن بیضی و بدون پیچ خورده کنن. بخشی از حاشیه راست تحتالی چادرهی جمع شده و به شکل لوله‌ای در داخل کانال مغزی قرار داشت (شکل ۱).
۲۳۴ فلت مغناطیسی غیرمستقیم بدون پیچ‌خوردنگی

پیچ‌خوردنگی داده‌نگاری را با کمکی جدید و چه بسا یا ناپایان عمر با ناراحتی زندگی دریافت کرده است.

پیچ‌خوردنگی یکی از دو نواحی قدامی و جلوگیری به‌طور تمام‌الوقت درد های خاکی و شدت، موجب جنبه مثبت عروق ناحیه در گریز را به‌فراهم آورده و در نهایت خاصیت نسبت به محل پیچ‌خوردنگی با کم‌خونی و نکروز روبرو می‌گردد. این ایجاد عوارض در مورد جسد مهاجر شده که بدون پیچ‌خوردنگی چادره‌نگاری بوده شاده و از این نظر، چنین مشخص نیست.

امروزه استفاده از CT (Contrast- Enhanced Computed) یا MRI (Magnetic Resonance Imaging) و Tomography به‌طوری‌که برای تشخیص پیچ‌خوردنگی چادره‌نگاری بزرگ معرفی می‌گردد [۱،۵]. در تصاویر CT مربوطه که در گزارشات آمده است، پیچ‌خوردنگی چادره‌نگاری، با توجه واحد پزشکی از نوع‌در درست گریز همراه می‌باشد که تشخیص را راحت تر می‌نماید. اما این افراد نیز نتواند استفاده در مورد مشاهده نشود و این موضوع به‌طور کامل مشاهده و در قسمت دیگر از این نواحی استفاده از چنین روشهای می‌تواند کمکی به تشخیص نماید؟ چرا؟

در گزارشات مربوط به پیچ‌خوردنگی چادره‌نگاری همراه با فلت مغناطیسی جذور می‌گردد که علت بلافاصله امید سمت راست و مسعت بودن آن سمت، طول و اندازه بزرگ‌تر سمت راست چادره‌نگاری نسبت به سمت چپ تجربه تبیین این مسئله می‌باشد. به نظر می‌رسد که در جسد مغناطیسی شده نیز این عوامل مؤثر بوده‌اند [۱،۵].

نتیجه‌گیری

از آن چه فلت‌های مغناطیسی حداقل شده توسط چادره‌نگار بزرک معمولاً بدون علایم به‌بینی بوده و تشخیص آنها از بیماری‌ها و ناراحتی ها در دوازده است و چه با سال‌ها...

بحث

مطالعات نشان می‌دهد که شایع‌ترین اعضاه درگیر در فلت‌های مغناطیسی خوشه، روده‌های غده (۶۷٪) و پس از آن به ترتیب قلیب‌های (۱۸٪)، کولون سینی تیره (۱۰٪) و آناندیس (۱۵٪) می‌باشد. از کل فلت‌های جدار شکم، ۱۸٪ مربوط به درگیری چادره‌نگاری می‌باشد که در این تعداد را در بین ۱۰ تا ۲۸ درصدی افراد جامعه که دچار فلت‌های مغناطیسی می‌گردد، مبهم‌سازی کمی و چسب. کمتری حاصل خواهد شد. از طرف دیگر، نمونه حاضر دارای فلت‌های مغناطیسی درگیری چادره‌نگاری بدون پیچ‌خوردنگی و عدم درمان نا‌حال می‌باشد. تقیی‌تر در تیمی مطالعات مشابه، فلت چادره‌نگاری در کلان مغناطیسی با پیچ‌خورده‌گی و با به اصلاح تورش چادره‌نگار کننده است.

پیچ‌خوردنگی چادره‌نگاری بزرگ عارضه نادری است که به اصطلاح گزارش گردیده است.

سبب در دشی‌شکم در به‌هم گره‌های سینی شده و در مواردی با فلت مغناطیسی همراه می‌گردد. گفتگوی شده که علائم این عارضه غیراختصاصی بوده و شبه به علایم بیماری‌های مثل اپنیدیسیت، کولون سینیتک حاد، و Sigmond Diverticulitis Cecal Diverticulitis می‌باشد. بالاترین تحقیق قبل از عمل Appendagitis جراحی آن مشکل است. [۶،۵] اعتقاد ما بر این است که اگر بیماری دچار عارضه مشابه اما بدون پیچ‌خوردنگی و اختناق شدید چادره‌نگار، مشکل تشخیص مفعولی در مورد شد و شاید به همین دلیل عارضه جسد مغناطیسی شده قبل از
References


Indirect Inguinal Hernia without Torsion of Greater Omentum

A case Report

M.M. Taghavi¹, H.R. Jafari Naveh²

Received: 30/01/10     Sent for Revision: 10/04/10     Received Revised Manuscript: 24/08/10     Accepted: 02/10/10

Background and Objectives: Inguinal hernias account for 75-85% of abdominal wall hernias. Inguinal hernias are often classified as direct and indirect. The sac of hernia can include intestines, bladder, colons, ovary and appendices. The torsion of greater omentum with unilateral or bilateral inguinal hernia is a rare condition. In the present study a different rare case of inguinal hernia is reported.

Case report: An abnormal swelling was seen on the right scrotal sac of a 50-year old man's cadaver in dissection room of Rafsanjan Medical School. Before dissection of cadaver, and with regard to the age of the case, the cause of swelling was diagnosed as direct inguinal hernia. Dissection of cadaver showed that the greater omentum is normal and without torsion, but a part of it was placed on the right inguinal canal. This part of omentum had entered the deep ring first and then had gone into canal and finally reached scrotal sac causing mentioned swelling and atrophy of testis. After the dissection of other body parts, some variations were seen.

Conclusion: This type of inguinal hernia formed by greater omentum is a rare variation because firstly the involved testis was atrophied. Secondly; there was no torsion in the greater omentum and lastly, with regard to atrophied testis, the hernia was from the embryonic period and had remained from the vaginal process. Diagnosis of this type of hernia is difficult for the surgeons especially when there are no clinical signs and pain involved.

Key words: Indirect Inguinal Hernia, Greater Omentum, Torsion, Direct Inguinal Hernia

¹- Assistant Prof., Dept. of Anatomy, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
Corresponding author, Tel: (0391) 4220244, Fax: (0391) 5225209, E-mail: taghavi164@yahoo.com
2- Academic Member, Dept. of Anatomy, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran