فصلنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال سیزدهم، شماره ۳، صفحه ۲۲۰ - ۲۱۶ (پاییز ۱۳۸۹)

تیغ ماهی سرگردان:

یک مورد آبسه لگنی به‌علت سوراخ‌شدگی رکتوم به دنبال بلع تصادفی تیغ ماهی

سیروس عباسی*[۱]، سکینه اسدی[۲]، کلثوم افراسیابی[۲]، فرزاد مرادحاصلی[۳]

[۱] بخش جراحی، بیمارستان سلمان فارسی بوشهر
[۲] مرکز تحقیقات پزشکی هسته‌ای، پژوهشکده زیست‌پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۳] مرکز تحقیقات زیست فناوری دریایی خلیج‌فارس، پژوهشکده زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

تیغ ماهی یکی از شایع‌ترین اجسام خارجی است که به‌طور تصادفی بلعیده می‌شود و می‌تواند موجب عوارضی مانند پارگی، انسداد و آبسه در دستگاه گوارش شود. بیمار مرد ۷۵ ساله‌ای است که به‌دنبال اختلال اجابت مزاج، یبوست و اسهال گهگاهی، از حدود ۳ ماه قبل و اخیراً تب و لرز مراجعه کرد. در معاینه بالینی تندرنس خفیف در ناحیه هیپوگاستر و تندرنس و تورم خفیف در جدار قدامی رکتوم و پروستات حین توشه رکتال مشهود بود. بررسی‌های انجام شده شامل سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکم و لگن شواهدی به نفع وجود آبسه لگنی در فضای بین مثانه و رکتوم را نشان داد. بیمار بستری و بعد از انجام اقدامات لازم تحت لاپاراتومی قرار گرفت، چسبندگی گسترده و آبسه لگنی مشهود بود که تخلیه شد. یک تیغ ماهی به‌طول تقریبی ۶ سانتی‌متر از جدار کنار رکتوم آبسه خارج شد؛ شستشوی کامل شکم، درناژ خارجی حفره آبسه و انحراف مسیر روده انجام و شکم بسته شد. بعد از ۴ روز بیمار با حال عمومی خوب ترخیص گردید. هدف از معرفی این بیمار مرور دوباره اهمیت بلع تصادفی تیغ ماهی و عوارض ناشی از آن است و اینکه تیغ سرگردان ماهی را به‌عنوان یک تشخیص افتراقی در بیماران ارجاعی با درد شکم، خونریزی گوارشی و تب با علت نامعلوم در شهرهای ساحلی مدنظر داشته باشید.

واژگان کلیدی: آبسه لگنی، تیغ‌ماهی، سوراخ‌شدگی رکتوم، سی‌تی‌اسکن

دریافت مقاله: ۸۹/۱/۱۰- پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۴

* بخش جراحی، بیمارستان سلمان فارسی بوشهر، کدپستی: ۷۵۱۸۷-۵۹۴۱۶

Email :sabbasi55@gmail.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

مقدمه

بلع تصادفی اجسام خارجی از مشکلات شایع و مهم پزشکی است که اغلب تشخیص داده نمی‌شود (۱ و ۲). حدود ۹۰-۸۰ درصد اجسام خارجی بلع شده، توسط حرکات دستگاه گوارش به‌طور خودبخود دفع می‌شوند و نیاز به اقدام مداخله‌ای ندارد. در ۲۰-۱۰ درصد موارد، اجسام خارجی بلعیده شده نیازمند مداخله و برداشتن توسط ابزارهای کمکی هستند و کمتر از ۱ درصد آنها سبب پارگی روده می‌شوند (۱۱-۱).

تیغ ماهی از اجسام خارجی نوک تیز و سخت است که بلع تصادفی آن ممکن است موجب عوارضی چون سوراخ‌شدگی، آبسه و انسداد در مسیر دستگاه گوارش شود (۸، ۹، ۱۱ و ۱۲). شایع‌ترین محل‌های سوراخ شدن روده ناشی از اجسام خارجی دریچه ایلئوسکال و بعد از آن رکتوسیگموئید می‌باشد؛ هر چند در هر ناحیه‌ای می‌تواند اتفاق بیافتد (۱، ۳، ۸، ۱۳ و ۱۴). با توجه به اینکه تظاهرات و علایم بالینی در بیماران عمدتاً غیر اختصاصی بوده و در اغلب موارد شرح یا سابقه‌ای هم از بلع اتفاقی توسط بیمار ارائه نمی‌شود، لذا وسواس در اخذ شرح حال، شک بالینی قوی و بررسی‌های تشخیصی راهنماهای اساسی پزشک در کشف این پاتولوژی نه‌چندان شایع هستند (۵، ۹ و ۱۱).

معرفی بیمار

بیمار آقای ۷۵ ساله‌ایی بودند که با شکایت از اختلال اجابت مزاج مراجعه کرده بود. مشکل وی از حدود ۳ ماه قبل به‌صورت دوره‌هایی از اسهال و یبوست همراه با کاهش اشتها، تب و لرز به‌وجود آمده بود. علاوه‌براین، بیمار از درد در ناحیه هیپوگاستر، بی‌اختیاری ادراری و سوزش ادرار نیز شکایت داشتند. سابقه علایم دیگر از جمله تهوع و استفراغ و مدفوع خونی منفی بود.

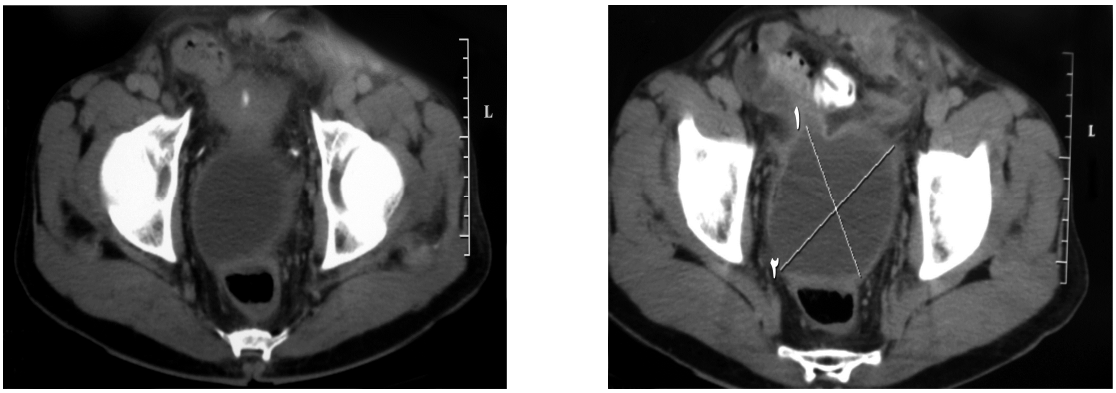
در معاینه بالینی، آقای مسن و لاغر اندامی بودند بدون ایکتر، تب خفیف داشته و سایر علائم حیاتی طبیعی بود. شکم نرم و در بخش تحتانی اندکی متسع بود. تندرنس و ریباند تندرنس ناحیه هیپوگاستر مشهود بود. در معاینه و لمس پروستات و رکتوم در جدار طرفینی و تندرنس و برجستگی وجود داشت. لومن فاقد توده یا ضایعه قابل لمس بود. معاینه اعضای دیگر طبیعی بود. در بررسی‌های آزمایشگاهی در شمارش سلول‌های خون افزایش گلبول‌های سفید وجود داشت. سایر آزمایشات کبدی، انعقادی، بیوشیمیایی خون و آزمایش ادرار و مدفوع طبیعی بودند. میزان رسوب اریتروسیت (ESR) افزایش یافته بود.

بررسی‌های رادیوگرافی شکم و لگن طبیعی بودند و هوای آزاد در پریتوئن و جسم خارجی رؤیت نشد. برای بیمار سونوگرافی شکم و لگن درخواست شد که ضایعه کیست مانند بزرگ شبیه آبسه در حفره لگنی و فضای بین رکتوم و مثانه گزارش شد. بیمار بستری و روند درمان با تزریق آنتی‌بیوتیک وریدی آغاز شد. سی‌تی‌اسکن شکم و لگن انجام شد. آبسه لگنی به‌قطر تقریبی ۷-۶ سانتی‌متر در فضای بین مثانه و رکتوم و التهاب دیواره رکتوم مشهود بود (تصویر ۱). سایر احشاء طبیعی بودند، مایع آزاد در شکم و لگن وجود نداشت. پس از آماده‌سازی روده‌ای، کولونوسکوپی توسط فوق تخصص گوارش انجام شد که به‌جز التهاب در جدار قدامی رکتوسیگموئید یافته دیگری نداشت.

بررسی‌های پیش از عمل از جمله ارزیابی قلبی و عروقی تکمیل و تحت بیهوشی عمومی لاپاراتومی با برش خط

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

وسط انجام گرفت. به‌دلیل چسبندگی وسیع در فضای لگنی تخلیه حفره آبسه از برجسته‌ترین قسمت جداری آن انجام شد. مسیر حفره آبسه به‌طور کامل تخریب و با سالین گرم شستشو شد. در هنگام تخلیه حفره آبسه و در جدار مجاور رکتوم تیغ ماهی‌ای به‌طول تقریبی ۶ سانتی‌متر خارج گردید (تصویر ۲). پاکسازی کامل فضای پریتوئن، آزادسازی روده کوچک (آنترولیز) و انحراف مسیر روده با ایلئوستومی انجام شد. دوره پس از عمل جراحی با سرم و آنتی‌بیوتیک درمانی و مراقبت روزانه به‌خوبی سپری و با بهبود شرایط عمومی، تحمل رژیم غذایی کامل و اجابت مزاج بیمار ترخیص شد.



تصویر۱) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن
در سی‌تی شکم و لگن آبسه لگنی به قطر تقریبی ۶ سانتی‌متر در فضای بین مثانه و رکتوم و التهاب دیوارهٔ رکتوم مشهود بود.



تصویر۲) تیغ ماهی (۶ سانتیمتر) خارج شده از درون آبسه لگنی تخلیه شده

بحث

بلیعدن تصادفی تیغ‌ماهی نسبتاً شایع است ولی اغلب بدون علامت است و تشخیص داده نمی‌شود (۱ و ۲). در بچه‌ها، الکلی‌ها، افرادی که از نظر ذهنی عقب‌مانده‌اند و افرادی که قصد خودکشی دارند بیشتر اتفاق می‌افتد(۱، ۸ و۱۴). همچنین در آقایان بیشتر از خانم‌ها دیده می‌شود (۵). اکثر اجسام خارجی بلع شده توسط حرکات دستگاه گوارش به‌طور خودبخود طی ۷-۱۰ روز دفع می‌شوند و نیاز به اقدام خاصی ندارد. ۱۰-۲۰ درصد اجسام خارجی بلعیده شده در دستگاه گوارش باقی مانده و نیازمند خارج‌کردن توسط ابزارهای کمکی مانند آندوسکوپی، کولونوسکوپی و پروکتوسیگموئیدوسکوپی می‌شوند و کمتر از ۱ درصد آنها سبب پارگی دستگاه گوارش می‌شوند که نیازمند جراحی می‌باشند (۱، ۹ و ۱۱).

عوارض ایجاد شده به‌دنبال بلع جسم خارجی مانند پارگی، انسداد، خونریزی و آبسه اغلب در نواحی‌ای از دستگاه گوارش که زاویه‌دار هستند یا به‌طور

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

فیزیولوژیک تنگ می‌باشند مانند تنگی ناشی از عضله کریکوفارنژیوس در مری و دریچه ایلئوسکال اتفاق می‌افتد. نواحی کمتر شایع ایجاد عوارض قوس آئورت، مری در محل تنه اصلی برونکوس چپ، محل اتصال مری به حلق، دریچه پیلور، لیگامان تریتز و محل اتصال رکتوم به سیگموئید و آنوس می‌باشد (۸). بنابراین در بیمارانی که قبلاً جراحی یا ناهنجاری‌های دستگاه گوارش داشته‌اند یا بیماری‌های التهابی روده و سرطان یا دیورتیکولوز دستگاه گوارش داشته‌اند احتمال ایجاد عوارض به‌دنبال بلع جسم خارجی شایع‌تر می‌باشد (۸).

خطر پارگی دستگاه گوارش توسط اجسام نوک‌تیز (۳۵-۱۵ درصد) در مقایسه با اجسام غیر نوک‌تیز (۳ درصد) بالاتر می‌باشند (۱ و ۸). تیغ ماهی یکی از اجسام خارجی نوک‌تیز است که به‌طور شایع بلعیده می‌شود و می‌تواند سبب پارگی دستگاه گوارش و دیگر عوارض گفته‌شده شود (۸، ۹،۱۱ و ۱۲). علایم ناشی از سوراخ‌شدگی دستگاه گوارش توسط تیغ‌ماهی بسته به ناحیه درگیر متفاوت است. همچنین شدت علائم نیز می‌تواند از خفیف تا شدید باشد (۵ و ۹). مثلاً اگر سوراخ‌شدگی در ناحیه رکتوم و کانال آنال اتفاق بیافتد بیمار می‌تواند با درد شدید مانند فیشر یا علایم سپسیس یا با آبسه اطراف رکتوم و آنوس و علایم ادراری ثانویه به تحریک پروستات و مثانه مراجعه کند (۳). همان‌طور که در بیمار معرفی شده نیز به‌دلیل آبسه لگنی در فضای بین مثانه و رکتوم علایم ادراری وجود داشت.

در کل شایع‌ترین علایم ایجاد شده می‌تواند درد (۹۵ درصد)، تب (۸۱ درصد) و پریتونیت لوکالیزه باشد (۵ و ۹). موردهایی نیز گزارش شده‌اند که بلع تیغ‌ماهی باعث عوارض غیر شایعی همچون پارگی کولون عرضی (۱)، آبسه شکمی (۲)، آبسه تیروئید (۱۵) و پانکراتیت (۱۰) شده است. تیغ‌ماهی بلعیده شده در موردی درون کیسه هرنی اینگوئینال یافت شده است (۹) یا باعث سوراخ شدن دیورتیکول مکل (۱۳) شده است.

همچنین رادیوگرافی معمولی در تشخیص تیغ‌ماهی به‌دلیل رادیولوسنت بودن تیغ برخی گونه ماهی‌ها، حساسیت پایین (۱۲) و وابسته بودن به تنظیمات کیلوولتاژ (۸) در مواردی که رادیواپک می‌باشند، روش قابل اعتمادی نمی‌باشد. همان طور که در این بررسی رادیوگرافی معمولی کمکی با رؤیت تیغ ماهی نکرد. سی‌تی‌اسکن با کنتراست وریدی می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری برای تشخیص تیغ‌ماهی بلعیده شده خارج از لوله گوارشی در اختیار قرار دهد (۸). هر چند عواملی چون عدم وجود ظن بالینی و انتخاب نکردن ضخامت مناسب برای برش‌های سی‌تی اسکن می‌تواند از عواملی باشد که باعث عدم تشخیص توسط سی‌تی‌اسکن شود (۴).

گستره تظاهرات و علائم همراه و شیوع این پاتولوژی در سنین مختلف تا به‌حدی است که اغلب گزارشات تشخیص قطعی را پیش از عمل جراحی تقریباً ناممکن دانسته‌اند. بررسی موارد منجر به لاپاراتومی بلع تصادفی تیغ‌ماهی نشان می‌دهد که پریتونیت، آبسه، انسداد روده و پارگی روده بیشترین علل را به‌خود اختصاص داده‌اند. درمان قطعی در این‌گونه موارد مستلزم رفع پاتولوژی اولیه و اقدام جهت کنترل و درمان عوارض است که با در نظر گرفتن سن، مدت زمان بیماری و شرایط حین لاپاراتومی شامل تمیز و خشک کردن فضای عفونی شده پریتوئن، دبریدمان ناحیه‌ای، رزکسیون روده، انحراف مسیر روده و درناژ خارجی حفره آبسه یا شکمی می‌باشد (۲).

در پایان این بحث به یاد داشته باشیم که بهتر است

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

درمناطق ساحلی مطالعات و دانسته‌های فعلی خود را در زمینه بیماری‌های مرتبط با اقلیم و اکوسیستم دریا، آبزیان و موجودات دریایی و تروماهای دریایی افزایش بدهیم. شناخت بیشتر این موارد و جنبه‌های متنوع عوارض احتمالی ناشی از مصرف ماهی‌ها و فرآورده‌های مختلف دریایی برای مدیریت تشخیص و درمان «بیماری‌های ویژه مناطق ساحلی» یقیناً مفید خواهد بود.

References:

1.Chiu JJ, Chen TL, Zhan YL, et al. Perforation of the transverse colon by a fish bone: a case report. J Emerg Med 2009; 36: 345-7.
2.Chen CK, Su YJ, Lai YC, et al. fish bone – related intra-abdominal abscess in an elderly patient. Int J Infect Dis 2010; 14: 171-2.
3.Davies DH. A chicken bone in the rectum. Arch Emerg Med 1991; 8: 62-4.
4.Coulier B, Tancredi MH, Ramboux A, et al. Spiral CT and multidetector-row CT diagnosis of perforation of the small intestine caused by ingested foreign bodies. Eur Radiol 2004; 14: 1918-25.
5.Aduful HK. Anal pain secondary to swallowed bone. Ghana Med J 2006; 40: 31-2.
6.Hassan A, Saboor MA, Haider F, et al. Ingested fish bone unusual cause of perianal sepsis a case report. Bahrain med bull 2001; 23: 98-9.
7.Ell SR, Sprigg A. The radio-opacity of fishbones--species variation. Clin Radiol 1991; 44: 104-7.
8.Goh BKP, Tan YM, Lin SE, et al. CT in the preoperative Diagnosis of fish bone Perforation of the Gastrointestinal Tract. Am J Roentgenol 2006; 187: 710-4.
9.Fuentes M, Morales M , Brime M, et al. Fish bone Within an inguinal hernia. Eur J Radiol EXTRA 2006; 59: 115-8.
10.Taipei Veterans General Hospital-Index. Accidental ingestion of fish bone caused bowel perforation and pancreatitis. (Accessed in March 1, 2010, at http://www.vghtpe.gov.tw/doce/news/news20091230.pdf).
11.The Internet Journal of Surgery. Jejunal Perforation by a foreign body. (Accessed in March 10, 2010, at http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_surgery /volume_21_number_2_1/article/jejunal-perforation-by-a-foreign-body.html).
12.Ngan JH, Fok PJ, Lai EC, et al. A prospective study on fish bone ingestion. Experience of 358 patients. Ann Surg 1990; 211: 459-62.
13.Wong JH, Suhaili DN, Kok KY, et al. Fish bone perforation of Meckel's diverticulum: a rare event. Asian J Surg 2005; 28: 295-6.
14.Ando T, Onda M, Moriyama Y, et al. Three Cases of Perforation or Penetration of Digestive Tract by Ingested Fish Bone. Jpn J Gastroenterol Surg 1990; 23: 889-93.
15.Chen CY, Peng JP. Esophageal fish bone Migration induced thyroid abscess: Case Report and review of the literature. Am J Otolaryngol 2010; 28: 295-6.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]