



**Dr. TOWLIAT**  
Colorectal Surgeon

**دکتر سید محسن تولیت کاشانی**  
جراح کولورکتال

**آبسه و فیستول مقعدی**

تهران، خیابان شریعتی، دوراهی قلپک، جنب بیمارستان  
ایرانمهر، کوچه میری، پلاک ۵، ساختمان پزشکان جهانمهر  
۰۲۱ ۲۲۶۴۶۵۳۶  
[www.towliat.com](http://www.towliat.com)

### ستون

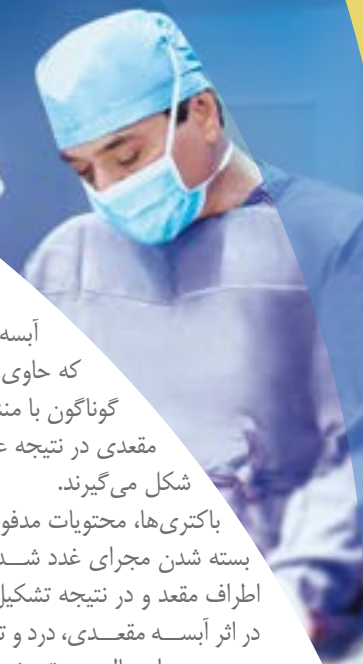
همان طور که اشاره شد گاهی حجم عضله درگیر در مسیر فیستول به میزانی زیاد است که با بریدن آن احتمال آسیب به عضله و ایجاد بی‌اختیاری دفع وجود خواهد داشت. در این شرایط، ابتدا از ستون (یک نوار لاستیکی ظریف و یا نخ ضخیم) استفاده می‌شود سپس قسمت سطحی عضله بریده شده تا از میزان خطر ایجاد بی‌اختیاری کاسته شود.

### بهبودی

در هفته اول بعد از جراحی، ناراحتی و درد کم یا متوسط وجود دارد که با مصرف داروهای مسکن، پمادهای بی‌حس کننده و لگن آب گرم قابل کنترل است. همچنین دوره عدم فعالیت بیمار نیز کوتاه خواهد بود.

درمان و بهبودی کامل فیستول و آبسه معمولاً به دوره‌ای استراحت در منزل نیازمند است. طول این زمان با وسعت زخم در ارتباط می‌باشد. در این زمان قرار دادن مقعد در آب گرم (لگن آب گرم) برای ۳-۴ مرتبه در روز به همراه مصرف داروهای روان کننده مدفوع توصیه می‌شود. همچنین می‌توان از گاز تمیز برای جلوگیری از تراوش و آلوده شدن لباس استفاده کرد. دفع مدفوع در روند بهبودی تأثیری ندارد بلکه شستشو با آب گرم جهت رعایت بهداشت پس از دفع مهمترین عامل می‌باشد.





## تشخیص

بیشتر آبسه‌ها و فیستول‌های مقعدی بر اساس یافته‌های بالینی و گاهی به کمک وسایل تشخیصی از قبیل اندوسونوگرافی برای تعیین مسیر فیستول، قابل تشخیص هستند. اکثر اوقات دهانه خارجی فیستول به شکل سوراخی کوچک با فاصله‌ای متفاوت از مقعد مشاهده می‌شود که از آن ترشح مایع، چرک و یا گاهی خون دیده می‌شود. اغلب این دهانه خارجی بسته شده و برای مدتی علامت خاصی ندارد و یا اینکه به طور مکرر باز و بسته می‌شود.

## درمان

درمان آبسه با تخلیه چرک از حفره عفونی و ایجاد سوراخی در نزدیکی مقعد برای برداشتن فشار از این ناحیه حاصل می‌شود. انجام این عمل دردناک بوده و بهتر است تحت بی‌حسی موضعی و یا بیهوشی انجام گیرد. آبسه‌های بزرگتر یا عمیق‌تر نیازمند بستری شدن و بی‌حسی عمومی هستند. همچنین در مواردی که عفونت شدیدتر بوده و یا مشکلات دیگری از قبیل دیابت و یا کاهش سطح ایمنی بدن وجود داشته باشد، بستری شدن بیمار مورد نیاز خواهد بود. برای درمان فیستول نیز انجام جراحی ضروری است. با وجود اینکه جراحی فیستول نسبتاً آسان است اما می‌تواند مشکلاتی در پی داشته باشد. این امر اهمیت انجام عمل توسط متخصص جراحی کولورکتال را بارز می‌سازد. جراحی فیستول می‌تواند همزمان با جراحی آبسه انجام شود، هر چند فیستول معمولاً بین ۶-۴ هفته بعد (در مواقعی ماه‌ها یا شاید سال‌ها بعد) از جراحی آبسه شکل می‌گیرد. جراحی فیستول معمولاً شامل برش قسمتی از ماهیچه‌های اسفنکتر برای باز کردن تونل ارتباطی بین حفره داخلی و خارجی و تبدیل کردن تونل به یک شیار که از عمق قابل ترمیم است، می‌باشد. روش‌های متفاوتی از قبیل فیستولکتومی (برداشتن مسیر فیستول) و فلپ مخاطی برحسب ضرورت و با تشخیص جراح کولورکتال بکار برده می‌شود. در بیشتر موارد جراحی فیستول به صورت سرپایی و با بستری کوتاه مدت انجام می‌پذیرد. عمل جراحی با لیزر در فیستول مقعدی همان روش بریدن با کوتر و یا تیغ جراحی می‌باشد و مزیتی ندارد. ارتباط مستقیمی بین بی‌اختیاری دفع مدفوع و حجم ماهیچه اسفنکتر مقعدی درگیر وجود دارد. برای جلوگیری از بی‌اختیاری دفع باید برداشتن دائمی مسیر چرکی فیستول با دقت و احتیاط کامل انجام شود. در برخی شرایط نیاز به انجام جراحی در دو مرحله می‌باشد.

## آبسه

آبسه به یک حفره عفونی اطلاق می‌شود که حاوی چرک غلیظ و بدبو و میکروب‌های گوناگون با منشأ متفاوت می‌باشد. ۹۰٪ از آبسه‌های مقعدی در نتیجه عفونت غدد بین عضلانی اطراف مقعد شکل می‌گیرند. باکتری‌ها، محتویات مدفوع و اجسام خارجی معمولاً منجر به بسته شدن مجرای غدد شده و موجب گسترش عفونت به نسوج اطراف مقعد و در نتیجه تشکیل آبسه می‌شوند.

در اثر آبسه مقعدی، درد و تورم در نزدیکی مقعد ایجاد می‌گردد. همچنین احتمال بروز تب نیز وجود دارد. درمان این عارضه شامل خارج کردن چرک از حفره عفونی به روش جراحی و ایجاد یک سوراخ بر روی پوست در نزدیکی مقعد برای برداشتن فشار از این ناحیه می‌باشد. در برخی موارد، به مدت چند روز یک کاتتر کوچک داخل برش و حفره قرار داده می‌شود تا از تخلیه کامل چرک اطمینان حاصل شود. در اکثر بیماران پس از تخلیه آبسه، یک فیستول شکل می‌گیرد.

## فیستول

فیستول مقعدی یک مجرای غیر معمول بین فضای داخلی کانال مقعدی یا کانال رکتوم و سطح پوست است. در موارد نادری فیستول به شکل مجرای بین واژن یا دیگر حفره‌های لگنی و سطح پوست مشاهده می‌شود. فیستول می‌تواند به حفره آبسه ارتباط داشته و یا مستقیماً بین پوست و رکتوم ارتباط داشته باشد.

در واقع آبسه و فیستول مقعدی عوارضی هستند که در ادامه عفونت‌های ناحیه مقعدی و رکتوم ایجاد می‌شوند. آبسه یک عارضه چرکی حاد است که مراحل مزمن‌تر آن منجر به ایجاد ارتباطی غیر طبیعی در فضای بین اسفنکتر و رکتوم می‌شود. این مجرای ارتباطی اپیتیلیایزه، عامل ترشح دائمی از آبسه‌های چرکی است.

اکثر فیستول‌های مقعدی در اثر یک آبسه مقعدی-رکتومی شکل می‌گیرند. در مواردی که آبسه به صورت خود به خودی باز شده (یا از طریق جراحی باز شود) فیستول شکل می‌گیرد. در ۵۰٪ موارد بعد از ایجاد آبسه، فیستول به وجود می‌آید که بروز آن قابل پیش‌بینی نیست. از دیگر عوامل نادر ایجاد کننده فیستول می‌توان به سل، سرطان و یا بیماری‌های التهاب روده اشاره کرد.

## تقسیم‌بندی فیستول‌ها

فیستول‌ها بر اساس ارتباط آن‌ها با قسمت‌های مختلف اسفنکتر مقعدی (عضلات مقعدی که در کنترل خروج مدفوع اهمیت دارند) دسته‌بندی می‌شوند: بین اسفنکتری، ترانس اسفنکتری، فوق اسفنکتری و خارج اسفنکتری. شایع‌ترین نوع، فیستول بین اسفنکتری می‌باشد. این تقسیم‌بندی در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش عمل، به جراح کمک می‌کند.

## علائم

شایع‌ترین علائم شامل درد، تورم، التهاب شدید اطراف مقعد (قرمزی پوست) و تب می‌باشد. گاهی خونریزی و علائم ادراری از قبیل سوزش و یا درد نیز مشاهده می‌شود. بیماران فیستولی معمولاً سابقه آبسه تخلیه شده، ترشح چرک و یا خونریزی را دارند و گاهی تنها با علامت خونریزی مراجعه می‌کنند.

