التدبير الجراحي الإسعافي لانسدادات الأمعاء الدقيقة

رضوان الأحمد*

الملخص

تهدف هذه الدراسة الراجعة إلى معرفة أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة، وتدبيرها في السنوات الست الأخيرة (1998-2003) في الإسعاف المركزي لمستشفى المواساة الجامعي بدمشق، وقد شملت هذه الدراسة 136 مريضاً عولجت انسدادات الأمعاء الدقيقة لديهم جراحياً وبشكل إسعافي.

جرى تقسيم المرضى بحسب العمر والجنس إلى فئات عمرية كل منها 10 سنوات، وكان معدل إصابة الذكور (87 حالة) أعلى من معدل إصابة الإناث (49 حالة) عموماً، وازدادت نسبة إصابة الذكور إلى ضعف نسبة إصابة الإناث في الفئات العمرية الأكثر من61 سنة.

ووجدنا أن أكبر نسبة للإصابة بانسدادات الأمعاء الدقيقة تقع في الفئات العمرية بين 21 و60 سنة.

كانت الالتصافات أكثر أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة شيوعاً (44 حالة 32.4%)، تلتها اللجم (26 حالة19.1 %)، والفتوق الخارجية (18 حالة 13.2%).

أجري الاستئصال والمفاغرة البدئية مع استخدام الخياطة على طبقتين ودون حماية المفاغرة في 31 حالة (22.8 %)، وأجريت عمليات فك الالتصافات في 39 حالة (28.7 %) وفك اللجم في 25 حالة (18.4%) وتم تدبير بقية الحالات بإجراءات جراحية مختلفة.

حدثت الوفاة في 8 حالات (5.9 %)، لم نشاهد انفكاك مفاغرات، ولكن شاهدنا نواسير صفراوية خارجية في حالتين (1.5%)، ونزف عبر المفجرات في حالة واحدة 0.73%).

إننا نؤكد سرعة التشخيص، وتحضير المرضى للتداخل الجراحي المبكر، والإسعافي لانسدادات الأمعاء، وتثقيف المرضى والأطباء الممارسين العاملين عن هذه الحالات، وتشجيعهم على طلب الاستشارة الطبية بسرعة عند الشك بوجود انسداد أمعاء، وذلك للحد من مضاعفات الحالات المتأخرة لانسدادات الأمعاء.

* مدرس- قسم الجراحة- كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

Urgent Surgical Management for Small Bowel Obstruction

Radwan AL-Ahmad*

Abstract

This retrospective study aims to assess the causes of the small bowel obstruction and their management during the last six years (1998-2003) in the Central Emergency Department at Al-Mowassat University Hospital in Damascus. This study included 163 patients, treated surgically and urgently for small bowel obstruction.

The patients were divided according to age and sex groups. Males (87 cases) were generally affected more than females (49 cases), and the proportion of the affected males were double than that of the females at the age group older than 61 years . We found that the main incidence of small bowel obstruction noticed between the 21-60 years age groups.

Adhesions were the most common cause of the obstruction (44 cases; 32.4%), followed by bands obstruction (26 cases;19.1%), and external hernias (18cases;13.2%).

Resection and primary anastomosis was carried out in two layers manner and without protecting the anastomosis in 31 cases (22.8%), adhesionlysis in 39 cases (28.7%),and deviscaus of fibrous bands in 25 cases (18.4%), the rest of the cases were dealt with various surgical management.

8 patients died(the mortality was 5.9%), no anastomotic description noticed, but we encountered two cases of external bilious fistula (1.5%), and bleeding discharge through the drain in one case (0.73%).

We believe that speedy diagnosis, preparing the patients for early and urgently surgical management for bowel obstruction, associated with educating the patients and medical staff involved in such cases and quickly encouraging patients to seek a medical consultation when doubt in founding the bowel obstruction, is mandatory to avoid complications of late cases for bowel obstruction

*Instructor. Dept. of Surgery, AL-Mouassat University Hospital, Faculty of Medicine, Damascus University.

مقدمة

تعرف انسدادات الأمعاء بأنها حالة سريرية مرضية ناجمة عن توقف مرور محتويات الأمعاء من أقسامها الدانية إلى أقسامها القاصية, مع توقف انطراحها إلى خارج الجسم عبر فوهة الشرج. وغالباً ما يكون السبب ميكانيكياً.

تنبع أهمية هذه الحالات من كونها إحدى حالات البطن الجراحي الحاد و التي تتطلب تشخيصاً سريعاً باكراً و تدبيراً حاذقاً.

تشكل انسدادات الأمعاء الدقيقة أكثر من 3 %من حالات البطن الجراحي الحاد [1].

يوجد اختلاف كبير حول أكثر أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة شيوعاً، فيرى بعض أن أكثرها شيوعاً هي الالتصاقات [2,3]، فيما يرى البعض الآخر الفتوق و خصوصاً في الدول النامية [4,5,6].

لكن هنالك آراء مغايرة تماماً و التي تنص على أن أهم أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة هي داء كرون والالتصاقات [7] وذلك حسب البلدان.

و تبلغ نسبة الوفيات العالمية لهذه الحالات زهاء 8% لكنها قد تصل إلى 23 %في الحالات الاختناقية نتيجة للحالات المتأخرة و تأخر المداخلات الجراحية[2].

وقد هدفت دراستنا إلى تقدير حجم مشكلة انسدادات الأمعاء الدقيقة، و معرفة أسبابها و تدبيرها في السنوات الست الأخيرة (1998- 2003) في الإسعاف المركزي لمستشفى المواساة الجامعي بدمشق.

مواد الدراسة وطرائقها:

أجريت دراسة راجعة لحالات انسداد الأمعاء الدقيقة التي قبلت في الإسعاف المركزي في مستشفى المواساة الجامعي بدمشق بين الأول من كانون الثاني January 1998 إلى نهاية كانون الأول December 2003 وذلك عبر مراجعة سجلات المرضى و سجلات العمليات الجراحية.

شملت الدراسة انسدادات الأمعاء الدقيقة و وزعت الحالات بحسب العمر والجنس, وكذلك الأعراض و العلامات

التي راجع بها المرضى بالإضافة إلى نوع الوسائل التشخيصية المستخدمة للكشف عن المرض و المداخلة الجراحية الإسعافية ومعرفة الأسباب المؤدية إلى ظهور الانسداد والمضاعفات الناجمة عن المداخلات الجراحية، وقد طبقت الإجراءات المتبعة في تحضير المرضى للمداخلات الجراحية الإسعافية.

تضمن التداخل الجراحي إزالة العائق المسبب للانسداد بالإضافة إلى الإجراءات الجراحية الأخرى المتبعة بحسب كل انسداد ؛ مثل إجراء بتر للأمعاء ومفاغرة بدئية وغيرها من العمليات الجراحية الإسعافية اللازمة.

أجريت جميع الدراسات الإحصائية باستخدام برنامج Microsoft Excel.

النتائج:

درست 136 حالة انسداد أمعاء دقيقة أجري فيها تداخل جراحي إسعافي في الإسعاف المركزي في مشفى المواساة الجامعي بدمشق على مدى ست سنوات بين عامي 1998 و2003 م.

كانت كل الحالات إسعافية ورجحت إصابة الذكور على الإناث (87 ذكراً و 49 أنثى) ويبين الجدول رقم (1) توزع المرضى بحسب الجنس .

وقد جرى تقسيم المرضى إلى فئات عمرية كل منها عشر سنوات، ويوضح الجدول رقم(2) توزع المرضى بحسب الفئات العمرية.

ويلاحظ أن أكبر نسبة لانسدادات الأمعاء الدقيقة وقعت في الفئات العمرية بين (21-60) سنة ورجحت إلى الضعف تقريباً نسبة إصابة الذكور على إصابة الإناث في الفئات العمرية الأكثر من 61 سنة.

درست الأعراض والعلامات السريرية الإسعافية التي حضر بها المرضى إلى الإسعاف المركزي, فتبين وجود أعراض انسدادية مشتركة عند غالبية المرضى، وشملت الأعراض السريرية رباعية انسداد الأمعاء (الألم البطني المغص والنوبي، والإقياءات وتوقف خروج الغائط والغازات وتطبل البطن بالإضافة إلى مظاهر التهاب الصفاق وقد أضيفت

إلى الأعراض السابقة في ثلاث حـالات (2.21%) أعراض انثقاب حشا أجـوف أيضاً.

جرى تشخيص الحالات في دراستنا بناء على القصة المرضية والفحص السريري والفحوصـات المتممـة التـي شـملت الاستقصاءات المخبرية والشعاعية.

وجدنا أن أكثر مـن نـصف المرضـى (56.5%) خضعوا لمـداخلات جراحيـة سابقة، ويبين الجدول رقـم (3) بعـض أنواع المداخلات الجراحية السابقة التـي خضع لها أولئك المرضى.

نلاحظ أن استئـصال الزائـدة الدوديـة احتلت المرتبة الأولى 18.4% (25 حالة) كسبب للمداخلات الجراحية السابقة على البطن، تلتها القرحات المعدية والعفجيـة ومـ ـضاعفاتها (9.6%) (13حالـ ـة)، واستئصال المرارة (7.4%) 10حالات)، وأما عمليات الفتوق والأورام فقد احتلت المرتبة الرابعة (6.6% لكل منها) كسبب للمداخلات الجراحية السابقة على البطن.

تضمنت الفحوصات المخبرية الإسـعافية التحاليل الدموية الروتينيـة بمـا فيهـا الشوارد، وقد أجريت بعض الفحوصات المخبرية الإضافية في بعض الحالات.

واقتصرت التحريـات الـشعاعية علـى إجراء الصورة الشعاعية البسيطة للبطن إما بوضعية الوقوف مـع إظهـار قبـة الحجابين أو بوضعية الاستلقاء الجانبي، وذلك لأن جميع الحالات كانت إسعافية، وقد ظهرت السويات السائلة – الغازيـة عند كل المرضى، وظهر الهلال الغازي بالإضافة إلى السويات السائلة الغازية في ثلاث حالات تحت قبة الحجاب اليمنـى دلالة على انثقاب حشا أجوف.

أجريت كل العمليات تحت التخدير العام مع تنبيب الرغامى وإعطاء المرخيـات العضلية بعد تحضير المرضى إسـعافياً تبعاً لحالة المريض العامة، واسـتخدمنا جرعات وقائية من الصادات الحيوية (1 غـرام مـن الجيـل الثـاني مـن الـسيفالوسبورينات أو مـن مـشتقات البنسلين في الوريد قبل إجـراء الـشق الجراحي)، وطبقنا ما يـسمى بالتغطيـة الثلاثية (أحـد مـشتقات البنـسلينات أو سيفالوسـبورينات + ميترونيـدازول +

أمينوكليكوزيد) تلو العمل الجراحي بمدة زمنية محدودة تبعاً لحالة المريض والإجراء الجراحي.

اختلف تدبير الحالات الإسعافية في دراستنا تبعاً لحالة المريض العامة و الموجودات المسببة لانسدادات الأمعاء المكتشفة في أثناء المداخلة الجراحية، ويبين الجدول رقم (4) أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة من خلال المداخلات الجراحية التي أجريناها.

نلاحظ أن الالتصاقات احتلت المرتبة الأولى (44 حالة 32.4%) كسبب لانسدادات الأمعاء الدقيقة, واحتلت اللجم المرتبة الثانية (26 حالة 19.1%) في حين احتلت الفتوق الخارجية (18 حالة 13.2%) المرتبة الثالثة، والأورام المرتبة الرابعة (11 حالة 8%) أما بقية الأسباب فلا توجد بينها فروقات إحصائية تذكر.

أما بالنسبة لداء كرون فلاحظناه في حالتين فقط (1.5%) من مجمل حالات انسدادات الأمعاء الدقيقة.

أجري التدبير الجراحي الإسعافي لكل الحالات، ويبين الجدول رقم (5) نوع التدبير الجراحي لانسدادات الأمعاء الدقيقة وعدد الحالات والنسب المئوية، فقد قمنا بفك الالتصاقات في 39حالة، وبذلك كانت هذه المداخلة هي النسبة الغالبة في دراستنا (28.7%) بالمقارنة مع بقية المداخلات، وجرى بتر أمعاء مع مفاغرة بدئية باستخدام الخياطة على طبقتين في 31 حالة (22.8%)، وقمنا بقص اللجم في 25 حالة (18.4%)، وفي أربع عشرة حالة (10.3%) حلت مشكلة الانسداد عبر رد الفتوق المختنقة، وقمنا بخياطة انثقاب الأمعاء الدقيقة في ثلاث حالات (2.2 %)، وفي بقية الحالات حلت مشكلة الانسداد عبر رد الانغلاف أو رد الانسدال وغيرها من المداخلات الجراحية المبينة في الجدول رقم (5).

درست المضاعفات بعد المداخلة الجراحية، والجدول رقم (6) يبين عدد حالات المضاعفات بعد الجراحة ونسبها علماً أن هناك تداخلاً في بعض الحالات، وقد حدثت الوفاة في ثماني حالات فقط (5.9%)، ولم تحدث هذه الوفيات في أثناء العمل الجراحي بل كان سبب الوفاة

حدوث اضطرابات قلبية في حالتين، وانتقالات ورمية في حالة واحدة وقصور كلوي في ثلاث حالات وقصور تنفسي في حالتين.

لم نلاحظ انفكاك مفاغرات وإنما حصلت نواسير صفراوية خارجية عند مريضين فقط (1.5 %)، واستخدم العلاج المحافظ لهذه الحالات دون اللجوء إلى مداخلات جراحية تالية، وحدث نزف عبر المفجرات في حالة واحدة فقط (0.73%) عولجت علاجاً محافظاً.

ورغم استخدام المميعات الدموية (Innoho أو celexan وغيرها) بجرعات وقائية عند بعض المرضى وجدنا التهاب الوريد الخثري في حالتين (1.5%) عولجت علاجاً محافظاً.

وحدث خمج جرح في سبع حالات (5.15%) عولجت علاجاً محافظاً، ومضاعفات أخرى قلبية وغيرها مبينة في الجدول رقم (6).

المناقشة

تحتل الفتوق الخارجية المرتبة الأولى كأسباب لانسدادات الأمعاء الدقيقة بشكل عام في الدول النامية [4,5,6] فقد ذكر Steitiyeh MR [5] في دراسته أن الفتق الخارجي اللاردود يعد من أكثر أسباب انسدادات الأمعاء شيوعاً إذْ شكل نسبة 29% من مجمل الأسباب، وعلى النقيض من ذلك تؤكد دراستنا أن السبب الأكثر شيوعاً لانسدادات الأمعاء الدقيقة هو الالتصاقات، إذْ شكلت في دراستنا النسبة الغالبة من الحالات (32.4 %) وهذا ما يتوافق مع الدراسات العالمية [8,9,13,15] والتي تنص على أن الالتصاقات من أكثر أسباب الانسدادات المعوية شيوعاً خصوصاً في المجتمع الغربي، وربما هذا ناتج عن الزيادة في المداخلات الجراحية على البطن [10.11].

وقد لاحظنا أن عمليات استئصال الزائدة الدودية قد احتلت المرتبة الأولى في دراستنا (18.4%) كسبب للمداخلات الجراحية السابقة على البطن، وهذا ما يتوافق مع دراسة Steitiyeh MR [5]، فقد شكل استئصال الزائدة الدودية نسبة 56% من مجمل المداخلات الجراحية السابقة على مرضى الانسداد المعوي.

وتؤكد دراسة George.M [7] أن الالتصاقات هي السبب الأكثر شيوعاً لانسدادات الأمعاء الدقيقة تلاها داء كرون ومن ثم الأورام.

لكننا في دراستنا وجدنا أن داء كرون (حالتان فقط 1.5%) احتل نسبة قليلة كسبب لانسداد الأمعاء الدقيقة بالمقارنة مع النسب الأخرى (الجدول رقم 7).

أما بالنسبة للفتوق الخارجية فقد احتلت المرتبة الرابعة (13.5 %) في دراستنا كسبب لانسدادات الأمعاء الدقيقة وهذا ما تؤكده نسب الدراسات العالمية الأخرى [13,14].

يعد انغلاف الأمعاء أحد أسباب الانسداد المعوي فقد أوردت بعض الدراسات العالمية [7] أن الانغلاف يشكل 21% من مجمل أسباب الانسداد المعوي، لكن هذه النسبة نادراً ما تصادف في دراسات عالمية أخرى [4,9].

أما في دراستنا فقد شوهد الانغلاف في حالتين فقط (1.5 %) وهي نسبة ضئيلة كسبب لانسدادات الأمعاء مقارنة مع النسب الأخرى، وربما لهذا علاقة مع سن المرضى إذْ من المعروف أن الانغلاف المعوي يشاهد عند الأطفال أكثر من البالغين .

تشير أغلب الدراسات إلى أن أخطر المضاعفات في الحالات الإسعافية لانسدادات الأمعاء الدقيقة هي الوفيات، وتحتل المرتبة الأولى بين المضاعفات وتبلغ نسبة 8% وتزداد نسبتها في حالات الانسدادات الاختناقية لتصل إلى23% من مجمل الحالات[2].

أما نسبة الوفيات في دراستنا فقد حدثت في ثماني حالات (5.9%) ولم تحدث هذه الوفيات في أثناء المداخلة الجراحية بل نجمت عن أسباب أخرى لا تتعلق بالمداخلة الجراحية أو المفاغرة.

لقد احتلت عمليات البتر للأمعاء وإجراء المفاغرات البدئية مع استخدام الخياطة على طبقتين المرتبة الأولى في دراستنا، فقد أجرينا هذا النوع من التدبير عند 31 حالة(22.8 %)) بالمقارنة مع بقية التدابير الجراحية الأخرى، وربما يعود هذا إلى حالات الانسداد المعوي المتأخرة وكذلك تأخر المرضى لطلب المساعدة

الطبية مع العلم أننا أجرينا المداخلات الجراحية بشكل باكر. لذا فإننا نؤكد سرعة التشخيص، وتحضير المرضى للتداخل الجراحي الباكر، والإسعافي لمثل هذه الحالات، وتثقيف المرضى والأطباء الممارسين العاملين عن هذه الحالات، وتشجيعهم على طلب الاستشارة الطبية بسرعة عند الشك بوجود انسداد أمعاء، وذلك للحد من مضاعفات الحالات المتأخرة لانسدادات الأمعاء.

جدول رقم(1)

انسدادات الأمعاء الدقيقة				المجموع	
ذكور		إناث			
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
87	63.97	49	36.03	136	100

توزع حالات انسداد الأمعاء الدقيقة حسب الجنس والنسبة المئوية

جدول رقم (2)

الفئة العمرية (سنة)	الذكور		الإناث		المجموع	
	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
20 - 11	13	14.94	6	12.24	19	13.97
30 - 21	14	16.09	7	14.28	21	15.44
40 - 31	15	17.24	10	20.41	25	15.34
50 - 41	11	12.64	10	20.41	21	15.44
60 - 51	12	13.79	8	16.33	20	15.70
70 - 61	14	16.09	3	6.12	17	12.50
80-71	7	8.04	4	8.16	11	8.09
90 -81	1	1.15	1	2.04	2	1.47
المجموع الكلي	87	100	49	100	136	100

توزع حالات انسداد الأمعاء الدقيقة حسب الفئات العمرية ونسبتها المئوية

جدول رقم (3)

نوع المداخلة الجراحية السابقة	العدد	النسبة%
استئصال زائدة دودية	25	18.38
استئصال مرارة	10	7.35
عمليات على المعدة والعفج بسبب قرحات	13	9.56
فتوق جدار البطن	9	6.62
استئصال أورام	9	6.62
قيصريات	5	3.68
استئصال رحم وأورام مبيض	4	2.94
عمليات على الكلية	2	1.47
معالجة كيماوية وشعاعية	1	0.74
انسدادات أمعاء	3	2.21
رضوض البطن	2	1.47
استئصال طحال	3	2.21
كيسات مائية	1	0.74
عمليات أخرى	5	3.68
من دون مداخلة جراحية سابقة	44	32.35
المجموع	136	100

العمليات الجراحية المجراة سابقاً على مرضى انسدادات الأمعاء الدقيقة ونسبتها المئوية

جدول رقم (4)

سبب الانسداد المعوي	انسداد أمعاء دقيقة	
	العدد	النسبة%
الإلتصاقات	44	32.35
الأورام	11	8.09
لحم (لجام)	26	19.12
الفتوق الخارجية	18	13.24
انفتال أمعاء	3	2.21
احتشاء مساريقي	9	6.62
النهابي (خذلي)	7	5.15
فتوق داخلية	5	3.68
انحشار مرارة	5	3.68
انسدال فولستومي أو اليستومي	2	1.47
داء كرون	2	1.47
انغلاف أمعاء	2	1.47
تضيق مفاغرة	1	0.74
أجسام أجنبية	1	0.74
المجموع	136	100

أسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة حسب مداخلاتنا الجراحية ونسبها

جدول رقم (5)

نوع التدبير	انسدادات أمعاء دقيقة	
	العدد	النسبة%
إجراء مفاغرات بدئية على طبقتين من دون حماية	31	22.79
إخراج البوستومي	5	3.68
فك التصاقات	39	28.68
فك لجم	25	18.38
رد فتوق خارجية	10	7.35
رد فتوق داخلية	4	2.94
رد انسدال البوستومي	2	1.47
رد انفتال أمعاء	2	1.47
رد انغلاف أمعاء	1	0.74
استجلاب كتل برازية	4	2.94
فتح أمعاء وخياطتها	1	0.74
مفاغرات تطبيقية	1	0.74
خياطة انثقاب	3	2.21
عمليات مشتركة	8	5.88
المجموع	136	100

التدبير الجراحي لانسدادات الأمعاء الدقيقة حسب دراستنا ونسبته المئوية

جدول رقم (6)

نوع المضاعفة	العدد	النسبة%
نزف عبر المفجرات	1	0.74
ناسور صفراوية خارجية	2	1.47
انتهاب وريد خثري	2	1.47
قصور تنفسي	2	1.47
قصور كلوي	3	2.21
مضاعفات قلبية	4	2.94
خمج جروح	7	5.15
الوفيات بعد الجراحة	8	5.88
مضاعفات أخرى	4	2.94
من دون مضاعفات	103	75.74
المجموع	136	100

مضاعفات المداخلات الجراحية على انسدادات الأمعاء الدقيقة حسب دراستنا

جدول رقم (7)

سبب الانسداد	دراستنا (2003) N=136 %	دراسة George.M (2000) N=310 %	دراسة Mohamed.AY (1997) N=68 %	دراسة Seror.D (1993) N=80 %	دراسة Landercasper.J (1993) N=150 %	دراسة Mucha.P (1987) N=314 %
الالتصافات	32	66	56	81	52	49
الفتوق الخارجية	13	4	25	9	9	15
الأورام	8	3	3	7	11	16
داء كرون	1.5	8	4	-	-	1
أسباب أخرى	44.9	19	12	3	28	19

مقارنة المعطيات الجراحية لأسباب انسدادات الأمعاء الدقيقة حسب دراستنا ودراسات عالمية أخرى

References

1- Bevan PG. Adhesive obstruction .Ann.R.Coll.Surg.Engl.l998;66:164-169.
2- Mc Entee G, Pender D,Mulvin D, et al. Current spectrum of intestinal obstruction. Br.J.Surg.1987 ; 74: 976-980.
3- Eilis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. Eur.J. Surg.1997;557 (suppl): 5-9.
4- Kuruvilla K, Chalhallani CR, Rajagopal AK, Salem FR. Major causes of intestinal obstruction in libya. BR . J.Surg.1987 ;74 : 314-315 .
5- Steitiyeh MR, Qaraibeh K.I, Ammari FF.Current pattern of intestinal obstruction in northern Jordan . Saudi Medical J . 1993 ;14 (1) : 50-52 .
6- Chiedozi LC, Aboh I0 , Piserchia NE. Mechanical bowel obstruction . Review of 316 cases in benin city . Amr. J.Surg. 1980 ; 139 : 38-393
7- George. M, Jason B, lan S, Philip HG. Etiology of small bowel obstruction . Am.J.Surg.2000; 180:33-36.
8- Nelson TW, Ellis H.The spectrum of intestinal obstruction today. Br.J. Clin .Pract. 1984; 38: 249-251 .
9- Fuzun M, Kaymak E, Harmaciogin 0. Astarcioglu K. Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in western Turkey. Br.J.1991;78:202-203 .
10- Bender JS, Busito MJ, Graham C , Allaben RD. Small bowel obstruction in the elderly. Am. Surg.l989 ; 55 : 385-38 .
11- Asbun HJ, Pempinello C, Halasz NA. Small bowel obstruction and its management. Int.Surg. 1989; 74: 23-27.
12- Mohamed AY, Al. Ghaithi A, Langevin JM , Naser HM.Causes and management of intestinal obstruction in Saudi Arabian hospital J.R.Coll. Surg. Edinb.l977;42: 21-23.
13- Mucha P .Small intestinal bowel obstruction. Surg. Clin. North. Am . 1987 ; 67 : 597-620.
14- Seror D, Feigin E, Szold A, et al. How conservatively can postoperative small bowel obstruction be treated. Am. J. Surg . 1993 ; 165 : 121-126
15- Landercasper J. Cogbill TH, Merry WH, et al. Long-term outcome after hospitalization for small bowel obstruction. Arch. Surg . 1993 ; 128 : 765-771.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2004/4/13.
تاريخ قبوله للنشر:2005/6/27.