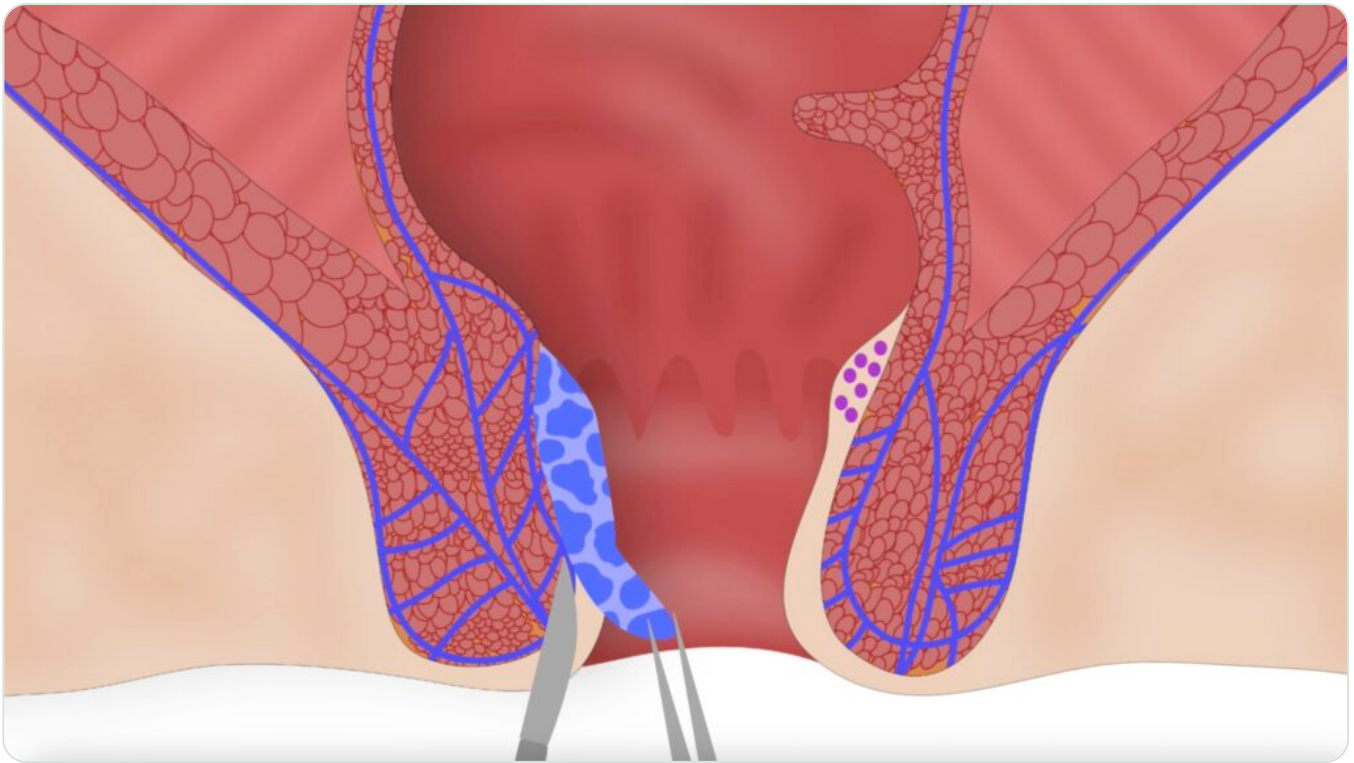


محتوى من /blog/kirurgisk-behandling-af-haemorider/

العلاج الجراحي للبواسير: من تقنية ميليجان-مورجان إلى التقنيات الحديثة



العلاج الجراحي للبواسير - ميليجان-مورجان (Milligan-Morgan)

عندما لا يكون العلاج التحفظي مثل مكملات الألياف والمليينات والمراهم المخدرة موضعياً كافياً، أو إذا كان المريض يعاني من **نزيف متكرر من الأمعاء** وهبوط مؤلم، يصبح العلاج الجراحي للبواسير ضرورة ملحة.

يعتمد اختيار الاستراتيجية الجراحية على شدة البواسير (الدرجة الأولى إلى الرابعة) والملف الشخصي لكل مريض.

يمكن علاج البواسير الصغيرة بطريقة ميليجان-مورجان تحت التخدير الموضعي

دواعي إجراء الجراحة

يتم النظر في **العلاج الجراحي للبواسير** بشكل أساسي في الحالات التالية:

- **بواسير من الدرجتين الثالثة والرابعة haemorider:** حيث تتدلى الأنسجة (هبوط) ويجب دفعها يدوياً لتستقر في مكانها أو تظل ثابتة خارج القناة الشرجية.
- **النزيف المستعصي:** النزيف المستمر من الأمعاء الذي يؤدي إلى فقر الدم أو انخفاض كبير في جودة الحياة، وحيث لا تحقق العلاجات الأخرى النتائج المرجوة.

المعيار الذهبي: ميليجان-مورجان (استئصال البواسير المفتوح)

تُعتبر تقنية ميليجان-مورجان، التي تم تطويرها في عام 1937، هي "المعيار الذهبي" نظراً لفعاليتها القصوى وانخفاض معدل الانتكاس (خطر عودة البواسير).

الإجراء

يقوم الجراح Kirurgen بتشريح كتل البواسير الرئيسية الثلاث وربط الشرايين المغذية لها. بعد ذلك يتم إزالة الأنسجة المريضة، ويترك الجرح مفتوحاً (استئصال بطريقة ميليجان-مورجان). هذا يضمن التصريف ويقلل من خطر الإصابة بالعدوى العميقة.

المزايا:

- أقل خطر لعودة البواسير مقارنة بالطرق الأقل تدخلاً.
- فعالية عالية جداً لكل من البواسير الداخلية والخارجية.

العيوب:

- آلام شديدة بعد العملية (بسبب الجروح في الجزء الحساس للألم من القناة الشرجية).
- وقت طويل للالتئام (عادة من 4 إلى 6 أسابيع).

الطرق الجراحية البديلة

لتقليل آلام ما بعد العملية، تم تطوير تقنيات تعمل فوق "الخط المسنن" (linea dentata)، حيث تكون الإمدادات العصبية أقل حساسية.

1. فيرجسون (Ferguson - استئصال البواسير المغلق)

تشبه تقنية ميليجان-مورجان، ولكن هنا يتم خياطة الغشاء المخاطي بعد إزالة الأنسجة.

- **الميزة:** التئام الجروح بشكل أسرع.
- **العيب:** زيادة خطر تمزق الجرح والعدوى (خراج).

2. تثبيت البواسير بالدباسة (Stapler - بطريقة لونغو Longo)

تُستخدم هنا دباسة دائرية لإزالة حلقة من الغشاء المخاطي فوق البواسير نفسها، مما يؤدي إلى "رفعها" إلى مكانها وقطع تدفق الدم عنها.

- **الميزة:** آلام أقل بشكل ملحوظ وعودة سريعة إلى العمل.
- **العيب:** خطر أعلى لعودة البواسير ومضاعفات محددة مثل ثقب المستقيم (وإن كان نادراً).

3. THD / HAL (إزالة شريان البواسير عبر الشرج)

تقنية تعتمد على الموجات فوق الصوتية، حيث يتم تحديد وربط الشرايين التي تزود البواسير بالدم.

- **الميزة:** تدخل جراحي طفيف، لا توجد جروح في الجلد، وآلام قليلة جداً.
- **العيب:** أقل فعالية في حالات البواسير الكبيرة جداً والمثبتة من الدرجة الرابعة.

مقارنة المزايا والعيوب

الطريقة	مستوى الألم	خطر الانتكاس	وقت الالتئام
ميليجان-مورجان	مرتفع	منخفض جداً	4-6 أسابيع
لونغو (الدباسة)	منخفض/متوسط	متوسط	1-2 أسبوع
THD/HAL	منخفض	متوسط	أقل من أسبوع

الرعاية بعد عملية ميليجان-مورجان

بعد عملية استئصال البواسير المفتوحة، الهدف هو ضمان السيطرة على الألم، والحفاظ على ليونة البراز، وتعزيز التئام الجرح في المنطقة المفتوحة.

1. إدارة الألم (المسكنات)

الألم هو التحدي الأكبر بعد علاج البواسير بهذه الطريقة.

- **العلاج المختلط:** يتم عادة استخدام خطة ثابتة من الباراسيتامول (بانادول) ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية (مثل إيبوميتين) لتغطية الآلام الأساسية.

- **مسكنات أقوى:** في أول 3-5 أيام، قد يكون من الضروري استخدام الأفيونات (مثل ترامادول أو أوكسيكودون).
- **تنبيه:** الأفيونات تسبب الإمساك، مما قد يجعل عملية التبرز الأولى مؤلمة جداً.
- **مرهم مخدر موضعي:** تطبيق جل الـليدوكائين قبل وبعد التبرز يمكن أن يوفر راحة قصيرة المدى.

2. تنظيم الإخراج والنظام الغذائي

من الضروري أن يكون البراز الأول (عادةً بعد 1-3 أيام من العملية) ليناً.

- **المليّنات:** يتم وصف المليّنات الأسموزية للمرضى بشكل روتيني (مثل ماغنيسيا أو موفيكول) لتجنب الإمساك والشد أثناء التبرز.
- **النظام الغذائي:** اتباع نظام غذائي غني بالألياف (خضروات، حبوب كاملة) مع شرب كميات وفيرة من السوائل (2-3 لتر يومياً) أمر أساسي.
- **العادات:** تجنب الجلوس لفترات طويلة في المرحاض، لأن ذلك يزيد الضغط على المناطق التي خضعت للجراحة.

3. النظافة والعناية بالجرح

بما أن الجروح في عملية ميليجان-مورجان تُترك مفتوحة، فإن النظافة مهمة جداً للوقاية من العدوى.

- **مغطس المقعدة:** يُنصح غالباً بأخذ مغاطس دافئة (أو الشطف بالـدش) 2-3 مرات يومياً ودائماً بعد التبرز. هذا ينظف الجرح ويمكن أن يساعد في إرخاء العضلة العاصرة (Sphincter)، مما يقلل التشنجات والألم.
- **الضمادات:** تُستخدم ضمادة ماصة بسيطة (شاش) لامتصاص سوائل الجرح، وهو أمر طبيعي في الأسابيع الأولى.

4. متى يجب استشارة الطبيب؟

على الرغم من أن ظهور القليل من **النزيف الطازج من الأمعاء** أمر طبيعي مع عمليات التبرز الأولى، يجب على المريض مراجعة الطبيب في حال:

- نزيف حاد أو مستمر.
- حمى أو زيادة في **التورم** واحمرار (علامات العدوى).
- عدم القدرة على التبول (احتباس البول هو أحد الآثار الجانبية المعروفة ولكنها مؤقتة).

المصادر (بناءً على PubMed)

- Brown S.R.** (2017). *Haemorrhoids: An update on management*. Therapeutic Advances in Chronic .1
Disease. [PMID: 28670481](#)
- Lohsiriwat V.** (2012). *Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management*. World .2
Journal of Gastroenterology. [PMID: 22611310](#)
- Salfi R., et al.** (2020). *Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: still the gold standard?* Reviews on .3
Recent Clinical Trials. [PMID: 32204732](#)
- Watson A.J., et al.** (2016). *Hemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the .4
management of third-degree hemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised
controlled trial*. The Lancet. [PMID: 27233860](#)
- Burch J., et al.** (2008). *Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids: a .5
systematic review*. Health Technology Assessment. [PMID: 18331705](#)
- Joshi G.P., et al.** (2010). *Techniques for managing postoperative pain after hemorrhoidectomy*. .6
Current Opinion in Anaesthesiology. [PMID: 20644415](#)
- Gallo G., et al.** (2020). *Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): .7
management and treatment of hemorrhoidal disease*. Techniques in Coloproctology. [PMID:
32036511](#)
- Moesgaard F., et al.** (1982). *High-fiber diet reduces the recurrence of hemorrhoids: a .8
randomized trial*. Diseases of the [Colon](#) & Rectum. [PMID: 6754359](#)
- Sjödahl R., et al.** (2015). *Postoperative pain and quality of life after hemorrhoidectomy*. .9
International Journal of Colorectal Disease. [PMID: 25433653](#)