



فهرست

فصل هفتم: دستگاه گوارش ۱

مقدمه ۱

حلق ۱۱

مری ۱۳

نواحی شکم ۲۱

حفره صفاق ۲۱

معدده ۲۶

روده کوچک ۳۳

روده بزرگ یا کولون ۳۹

غدد ضمیمه دستگاه گوارش ۵۲

فصل هشتم: دستگاه ادراری ۶۵

مقدمه ۶۵

پیشابراه ۷۸

فصل نهم: دستگاه تناسلی مرد ۸۲

مقدمه ۸۲

آلت تناسلی مردانه یا پنیس ۸۴

بیضه ۸۷

پروستات ۹۵

فصل دهم: دستگاه تناسلی زن ۹۹

مقدمه ۹۹

تخمندانها ۹۹

رحم ۱۰۳

واژن ۱۰۶

پستان ۱۰۸

فصل یازدهم: دستگاه درون ریز ۱۱۱

مقدمه ۱۱۱

غده فوق کلیوی یا آدرنال ۱۱۳

غده تیروئید ۱۱۴

فصل دوازدهم: دستگاه عصبی ۱۱۹

ساختار کلی ۱۱۹

طباب نخاعی ۱۲۲

درماتومها ۱۴۵

مغز ۱۴۶

منز ۱۵۲

اعصاب مغزی ۱۶۴

سیستم عصبی خودمختار ۱۷۸

فصل سیزدهم: چشم ۱۸۲

مقدمه ۱۸۳

کره چشم ۱۸۳

پلکها ۱۹۱

سیستم اشکی ۱۹۵

فصل چهاردهم: گوش ۲۰۳

مقدمه ۲۰۳

گوش خارجی ۲۰۴

گوش میانی ۲۰۷

گوش داخلی ۲۰۹

نمایه ۲۱۱

منابع ۳۱۴

www.abadisteb.pub

فصل هفتم



دستگاه گوارش

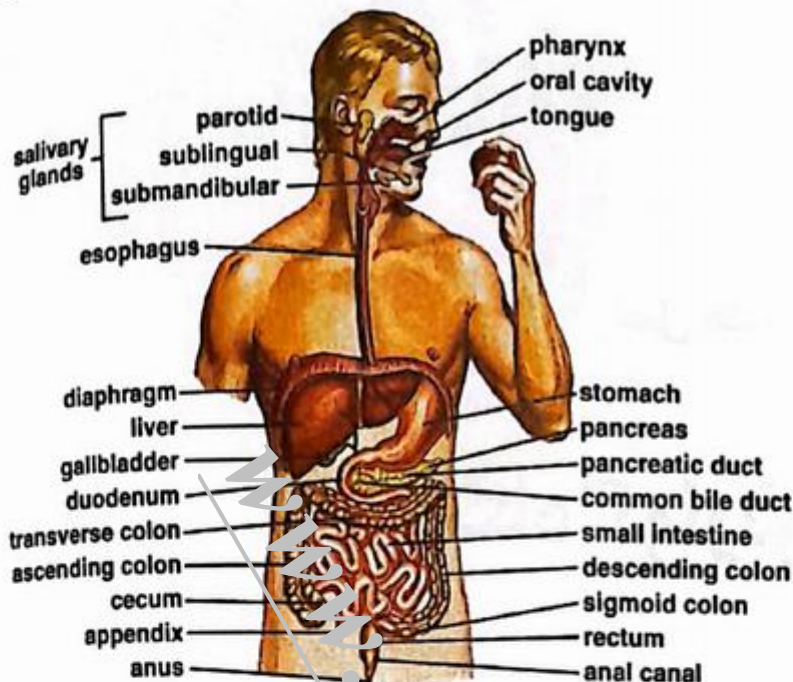
مقدمه

به طور کلی، دستگاه گوارش از لوله‌ای مفروش با اپی‌تلیوم تشکیل شده است که حدود ۷/۵ متر طول داشته و از حفره‌ی دهان تا کانال آنال امتداد پیدا می‌کند (شکل ۱-۷). این لوله، حفرات و ساختارهای احشایی زیر را شامل می‌شود:

- حفره‌ی دهان که زبان، دندان‌ها و غدد بزاقی را در خود جای می‌دهد.
- حلق که به سه ناحیه‌ی حلق بینی، حلق دهانی و حلق حشراتی تقسیم می‌شود.
- مری
- معده
- روده‌ی کوچک از سه قسمت دئودنوم، ژژنوم و ایلئوم تشکیل شده است.
- روده‌ی بزرگ که خود به قسمت‌های سکوم، کرامنت، صنودی، کولون عرضی، کولون نزولی، کولون سیگموئید، رکتوم و کانال آنال تقسیم می‌شود.
- تعدادی غدد ضمیمه نیز وجود دارند که با دستگاه گوارش در ارتباط بوده و بر عملکرد آن تأثیر می‌گذارند. این غدد عبارتند از:
 - غدد بزاقی (salivary glands): شامل سه غده‌ی اصلی و صدها غدد کوچک (میکروسکوپی) بوده که غدد میکروسکوپی آن در کل مخاط دهان پراکنده شده‌اند.
 - کبد (Liver): بزرگ‌ترین غده در بدن است که نسبت به غدد دیگر نواحی بدن از بافت سخت‌تری برخوردار می‌باشد.
 - کیسه‌ی صفرا (Gallbladder): عمل اصلی آن ذخیره و تغلیظ صفرای مورد نیاز برای تجزیه و هضم چربی می‌باشد.
 - پانکراس (Pancreas): از یک قسمت درون‌ریز و یک قسمت برون‌ریز تشکیل شده که بخش برون‌ریز آن سنتز و رهاسازی آنزیم‌های گوارشی را برعهده دارد.

دهان (Oral cavity)

حفره دهان شامل وستیبیول Vestibule (فضایی بین دندان‌ها و لب‌ها یا گونه‌ها) و حفره حقیقی دهان oral cavity proper (فضایی در سمت داخل دندان‌ها و لثه‌ها) می‌باشد (شکل ۲-۷). حفره حقیقی دهان از کام، دندان‌ها، لثه‌ها، زبان و غدد بزاقی تشکیل شده است. مخاط پوشاننده کام سخت، گونه‌ها، زبان و لب‌ها متشکل از تعداد زیادی غدد بزاقی



شکل ۱-۲ دستگاه گوارش

کوچک می‌باشد که مستقیماً بزاق را به‌داخل حفره دهان ترشح می‌کنند. تجمعاتی از بافت لیمفوتیک به‌نام لوز‌دهانی‌ها (Palatine tonsils) که دو عدد هستند در بین حین‌های پلتوگلووسال (Palatoglossal) و پلتوفرنجیل (Palatopharyngeal) قرار گرفته‌اند و همچون حفاظی برای ورود به حلق دهانی (اروفرینکس) عمل می‌کنند. در ضخامت چیزها مذکور عضلات اسکلتی هم‌نام با این چیزها وجود دارد.



اهمیت بالینی

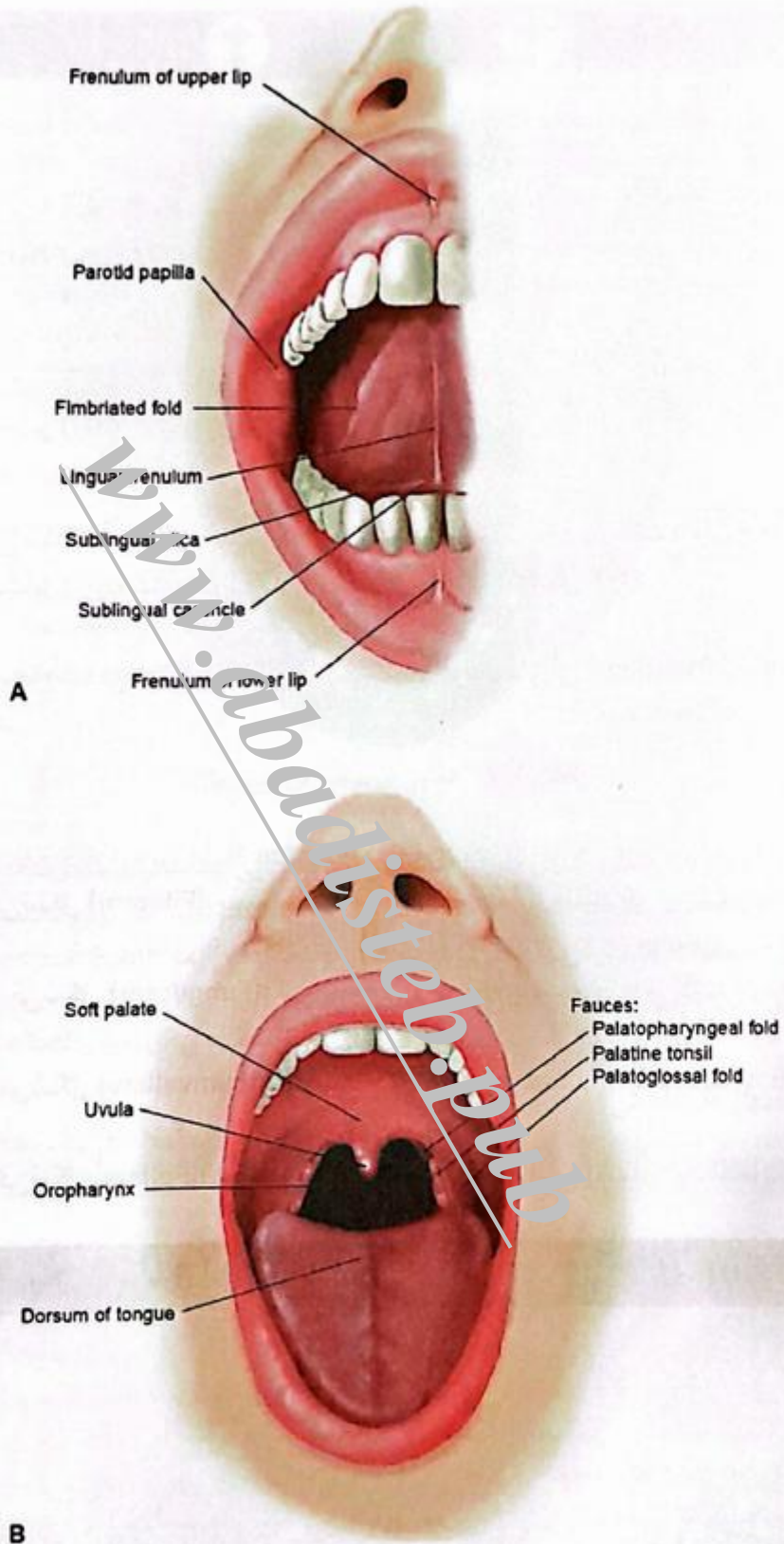


گرفتن درجه حرارت از طریق دهان

در اغلب مراکز درجه حرارت را از راه دهان اندازه می‌گیرند. عوامل مؤثر بر انتخاب محل اندازه‌گیری دمای بدن سن بیمار، وضعیت هوشیاری، میزان درد و سایر مراقبت‌های مقرر و وضعیت دهانی بیمار از نظر نداشتن ضایعه و معیاری که برای انتخاب روش دهانی وجود دارد این است که بیمار باید بتواند درجه حرارت را در دهان خود نگه داشته یا دهان را ببندد. درجه حرارت دهان با استفاده از دماسنج شیشه‌ای برای افراد بی‌هوش، حساس، بیمارانی در حال زایمان و کودکان به علت خطر شکستن آن در دهان نباید استفاده شود. همچنین این نوع دماسنج برای افرادی که بیماری‌های حفره دهان دارند یا افرادی که در ناحیه دهان و بینی عمل جراحی داشته‌اند به کار نمی‌رود. دماسنج باید حدود ۳ دقیقه در داخل دهان بماند.

در مواردی که بیمار غذا یا مایعات گرم یا سرد و سیگار یا آدامس استفاده کرده است، معمولاً توصیه می‌شود قبل از کنترل درجه حرارت حدود ۱۵ دقیقه منتظر بماند تا مخاط دهان به حالت طبیعی باز گردد.

در مورد بیماری که اکسیژن از راه بینی دریافت می‌کند، درجه حرارت از راه دهان گرفته نمی‌شود. زیرا عقیده بر این است که اکسیژن به طور کاذب دما را کمتر نشان می‌دهد. برای بیماری که اکسیژن از راه ماسک دریافت می‌کند توصیه به کنترل درجه حرارت از راه دهانی نمی‌شود، که علت آن کاهش میزان اکسیژن در سطح خون بیمار است.



شکل ۲-۷ حفره دهان A: در حالتی که زبان بالا آورده شده است B: در حالتی که زبان پایین آورده شده است

اهمیت بالینی

لوله‌ی بینی-معده ای (NGT)

از این لوله جهت وارد کردن ماده غذایی به معده و یا خارج کردن محتویات معده شامل خون و یا ماده غذایی استفاده می‌شود. مجموع فاصله بین نرمة گوش تا نوک بینی و فاصله نرمة گوش تا زائده زیفوئید جناغ، طول تقریبی لازم برای وارد کردن لوله است. قبل از وارد کردن، سرلوله را خیس نموده و یا آغشته به ژل محلول در آب می‌نمایند. سپس سرلوله را وارد بینی فرد بیمار می‌شود و به او توصیه می‌شود جهت تسهیل در ورود لوله به معده، مرتب عمل بلع را انجام دهد و یا اگر امکان داشت آب بنوشد. در صورتی که مجاری بینی بسیار کوچک بوده و یا به هر عللی مسدود بود و امکان لوله گذاری از بینی وجود نداشته باشد، از لوله دهانی-بینی (OGT) استفاده می‌شود.

زبان (Tongue)

زبان عضوی عضلانی است که در تکلم، جویدن، بلع و حس چشایی نقش دارد. عضلات داخلی و خارجی زبان در فصل دستگاه عضلانی (جلد اول) آورده شده‌اند. زبان دارای بخش‌های زیر است (شکل ۳-۷):

- سطح پشتی
 - سطح شکمی: سطح شکمی توسط یک چین مخاطی به **فرنولوم زبان (Lingual frenulum)** به کف دهان متصل می‌گردد.
 - قاعده
 - رأس
- بر روی سطح پشتی زبان چهار نوع پرز (پاپیلا - papillae) دیده می‌شود:

- **نخی شکل (Filiform):** بیرون زردگی‌های کوچک و فراوانی هستند که سبب غیر یکنواختی سطح زبان می‌شوند. به جز پرزهای نخی شکل بقیه پرزهای موجود در زبان دارای جوانه‌های چشایی هستند.
- **قارچی شکل (Fungiform):** این پرزها بزرگ‌تر بوده و شبیه قارچ می‌باشند (ممکن است به صورت کلاهک‌های قرمز رنگی دیده شوند).
- **جامی شکل (Circumvallate):** این‌ها پرزهای بزرگی هستند در یک ردیف بلافاصله در قدام انتهای زبان قرار می‌گیرند.
- **برگی شکل (Foliate):** در سطوح طرفی زبان قرار گرفته‌اند و در انسان زیاد تکامل نیافته‌اند.

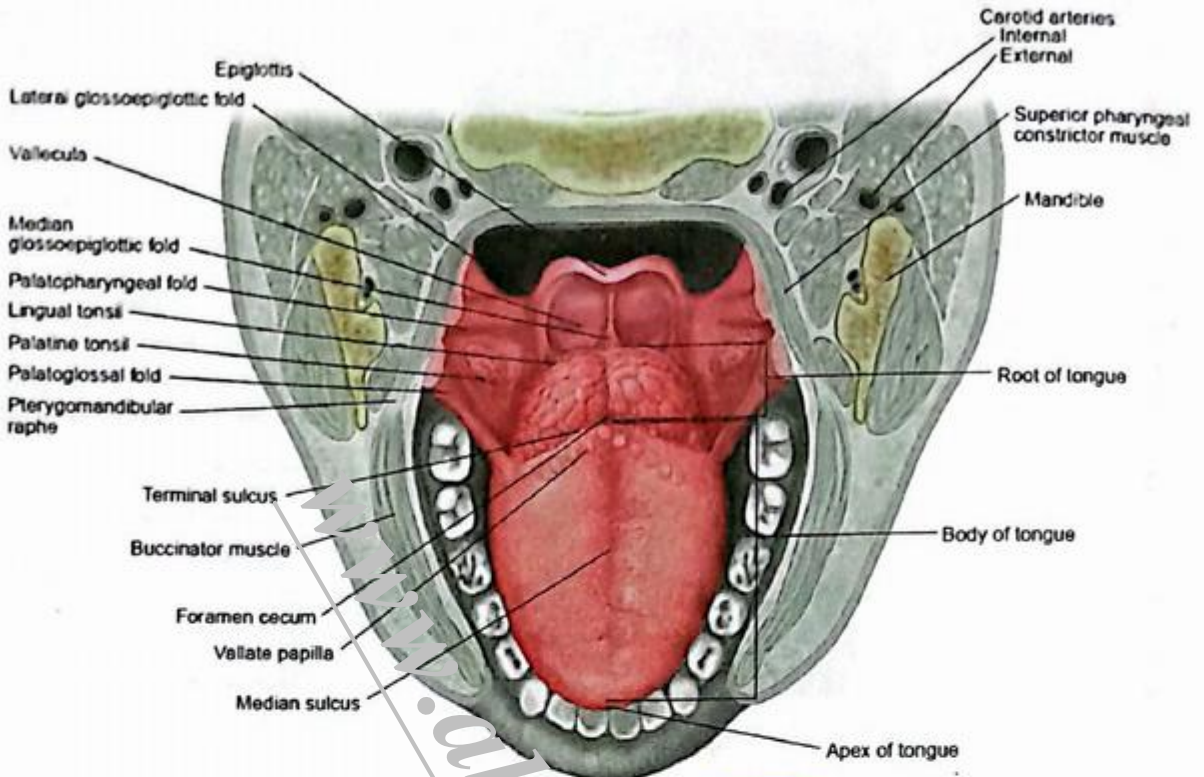
اهمیت جراحی

گلوستکتومی (Glossectomy)

گلوستکتومی به معنای برداشت تمام یا قسمتی از زبان است که در موارد بدخیمی‌های حفره‌ی دهان اندیکاسیون دارد. در مواردی که تومور کاملاً زبان را درگیر کرده، تمام زبان و بافت‌های کف دهان برداشته می‌شود که به آن **توتال گلوستکتومی (Total glossectomy)** گویند. می‌توان از گرافت‌های عضلانی - جلدی (myocutaneous graft) جهت ترمیم دیواره‌ی حفره دهان بهره برد. ناراحتی‌های تنفسی و آسپیراسیون مزمن، مهم‌ترین مشکلات بعد از گلوستکتومی به حساب می‌آیند؛ اتصال رأس اپی‌گلوت به دیواره‌ی حلق (Epiglottopexy) ریسک آسپیراسیون را کاهش می‌دهد.

غدد بزاقی (Salivary Glands)

علاوه بر هزاران غدد بزاقی کوچک و فرعی در ناحیه دهان و مخاط زبان، سه جفت غده بزاقی اصلی بزرگ وجود دارد که بخش اعظم بزاق دهان را آن‌ها ترشح می‌کنند. محتویات تشکیل دهنده بزاق عبارتند از: آب، موسین، a - آمیلاز جهت هضم



شکل ۳-۷ نمایی از سطح عمق فانی زبان

اولیه کربوهیدرات‌ها، لیزوزوم به منظور کنترل فلورای باکتریایی. بی‌کربنات برای بافری کردن بزاق، آنتی‌بادی‌ها، کلسیم و فسفات که جهت حفظ سلامت دندان‌ها ضروری می‌باشند. روزانه حدود ۱٫۲ لیتر بزاق تولید می‌شود. همانطور که در جدول ۱-۷ ذکر شده است، غدد بزاقی زیرزبانی و تحت‌فکی توسط الیاف پاراسمپاتیکی عصب فیشیال و غده پاروتید توسط الیاف پاراسمپاتیکی عصب گلو سوفارینجیال عصبدهی می‌گردند.

جدول ۱-۷ غدد بزاقی اصلی

نوع و عصب‌هی	غده
غده‌ای سرورزی است که توسط الیاف پاراسمپاتیک CN IX عصب‌دهی می‌شود. الیاف مذکور از طریق عصب پتروسال کوچک (CN IX) طی مسیر کرده و وارد گنگلیون گوشه (اتیک Otic) می‌گردند. آن‌ها در این گنگلیون سیناپس می‌کنند. سپس الیاف پس‌عقد‌های همراه با عصب اریکولوتمپورال (شاخه‌ای از CN V ₃) وارد غده گشته و منجر به ترشح غده از طریق مجرای پاروتید (استنسن Stensen's یا استنون Stenon's) می‌شوند.	بناگوشی (پاروتید Parotid) (شکل ۴-۷)
غده‌ای سرورزی - موکوسی است که توسط الیاف پاراسمپاتیک CN VII عصب‌دهی می‌شود. این الیاف از طریق شاخه کوردانیمپنی CN VII وارد غده گشته و به عصب زبانی می‌پیوندند تا در گنگلیون ساب‌مندیبولار سیناپس کنند. ترشحات غده از طریق مجرای ساب‌مندیبولر (وارتون Wharton's) خارج می‌گردد.	تحت فکی (ساب‌مندیبولار Submandibular) (شکل ۵-۷)
عمدتاً غده‌ای موکوسی می‌باشد که توسط الیاف پاراسمپاتیکی CN VII (مشابه غده تحت فکی) عصب‌دهی می‌گردد. ترشحات غده از طریق مجاری کوچک و متعددی در رأس چین زیرزبانی (Sublingual fold) تخلیه می‌شود.	زیر زبانی (ساب‌لینگوال sub lingual)