

فصل ۱۴ : ناف

بندناف

ساختر بندناف: حاوی دو شریان، یک ورید و ماده‌ای ژلاتینی به نام ژله وار تون است که همگی توسط غلافی که مشتق از آمنیون است در بر گرفته می‌شود.

♥ **شریان‌های نافی** ← خون بدون اکسیژن را از جنین به جفت حمل می‌کنند و در مجاورت شریان‌های ایلیاک داخلی جنین قرار دارند.

♥ **ورید نافی** ← خون اکسیژن دار شده را از جفت به جنین بر می‌گرداند.

خون موجود در بندناف ← ۲۰ میلی لیتر بر کیلوگرم است و توصیه می‌شود کلامپ کردن بندناف در هنگام زایمان ۶۰-۳۰ ثانیه به تأخیر انداخته شود.

طول بندناف طبیعی در هنگام ترم ← ۵۵ سانتی متر.

♥ **بندناف کوتاه:** با اختلالاتی که منجر به کاهش حرکات جنینی می‌شوند همراه است، مانند: هیپوتونی جنین، اولیگوهایدرآمنیوس، محدودیت فضای رحمی.

♥ **بندناف بلند (بلندتر از ۷۰ سانتی متر):** خطر گره‌های واقعی، پیچیدن بندناف به دور جنین و پرولاپس افزایش می‌یابد.

♥ **بندناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی:** با ناهنجاری‌ها، دیسترس جنینی و مرگ داخل رحمی جنین در ارتباط هستند.

هنگامی که بندناف پس از تولد بریده شود ← عروق خونی از نظر عملکردی بسته می‌شوند اما از نظر آناتومیک به مدت ۲۰-۱۰ روز باز باقی می‌مانند.

❖ شریان‌های نافی به رباط‌های نافی جانبی تبدیل می‌شوند.

❖ ورید نافی به رباط گرد تبدیل می‌شود.

❖ مجرای وریدی به رباط وریدی تبدیل می‌شود.

✓ استامپ بندناف معمولاً در طی دو هفته کنده می‌شود.

تأخیر در جدایی بندناف به مدت بیش از یک ماه ← با نقایص کموتاکسی نوتروفیل‌ها و عفونت‌های مخاطره آمیز باکتریایی در ارتباط است.

شریان نافی منفرد ← در نوزادان دوقلو بیشتر است. ۳۰٪ نوزادان دارای شریان نافی منفرد دچار دیگر اختلالات ساختمانی مادرزادی (و اغلب بیش از یک ناهنجاری) هستند که مطرح کننده کاربوتیپ‌های غیرطبیعی مانند تریزومی است.

✓ نوزادان دارای شریان نافی منفرد ایزوله در معرض افزایش خطر ناهنجاری‌های کروموزومی نیستند و در این نوزادان غیر از معاینه‌ی فیزیکی کامل انجام هیچگونه بررسی اختصاصی دیگر اندیکاسیون ندارد.

مجرای اومفالومزانتریک (OMD) ← نوعی ارتباط رویانی بین میان روده‌ی در حال تکامل و کیسه‌ی زرده‌ی اولیه است. این ارتباط به طور تیپیک در هفته‌ی ۹-۸ حاملگی پسرفت می‌کند، اما نقص در این روند می‌تواند سبب ایجاد نوعی ارتباط غیرطبیعی بندناف و دستگاه گوارش شود شامل:

♥ **دیورتیکول مکل ←** شایع‌ترین باقیمانده‌ی OMD است.

♥ **سینوس یا فیستول ←** موکوس یا محتوای گوارشی را از ناف تخلیه می‌کند. ممکن است در دوره‌ی نوزادی علامتدار شود.

♥ **پولیپ نافی ←** از کم شیوع‌ترین بقایای OMD است. به معنی بارز شدن مخاط دستگاه گوارش در محل استامپ بندناف است. بافت پولیپ، قرمز روشن، سفت و دارای ترشح موکوسی است.

درمان تمام بقایای OMD؟ اکسیزیون ناهنجاری از طریق جراحی.

اوراکوس پایدار (کیست اوراکوسی، سینوس اوراکوسی، اوراکوس باز یا دیورتیکول اوراکوسی) ← از بسته نشدن مجرای آلانتوئیک ناشی می‌شود و ممکن است با انسداد خروجی مثانه همراه باشد.

✓ اگر ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از ناف دیده شود، باید احتمال باز بودن اوراکوس مطرح شود.

علامت؟ ترشح، وجود توده یا کیست، درد شکم، اریتم موضعی، عفونت. **تشخیص؟** با سونوگرافی و سیستوگرافی.

درمان؟ اکسیزیون ناهنجاری از طریق جراحی اصلاح انسداد مثانه (در صورت وجود).

خونریزی

علل؟ تروما/ بستن نامناسب بندناف/ ناتوانی در تشکیل ترومبوس طبیعی/ بیماری هموراژیک نوزادان/ سایر اختلالات انعقادی به ویژه کمبود فاکتور ۱۳/ سپتی سمی/ عفونت موضعی.

گرانولوم

زمان جدا شدن استامپ بندناف ← معمولاً در عرض ۲-۱ هفته پس از تولد خشک و جدا می‌شود. لایه‌ی نازکی از پوست، سطح باز حاصل را می‌پوشاند، بافت اسکار تشکیل می‌شود و زخم معمولاً در عرض ۱۵-۱۲ روز ترمیم می‌یابد.

وجود ارگانیسیم‌های ساپروفیت ← سبب تأخیر در جدا شدن بندناف و افزایش احتمالی تهاجم توسط ارگانیسیم‌های پاتوژن می‌شود.

عفونت خفیف یا اپی تلیالیزه شدن ناقص ← ممکن است منجر به ایجاد ناحیه‌ی گرانوله‌ی مرطوب در قاعده‌ی بندناف همراه با ترشح موکوئید یا موکوسی- چرکی خفیف شود. درمان؟ تمیز کردن بندناف با الکل چند بار در روز.

پابرجا ماندن بافت گرانولاسیون در قاعده‌ی بندناف ← شایع. اندازه این بافت نرم ۱۰-۳ میلی متر است، عروقی و گرانولر و به رنگ قرمز تیره یا صورتی است و ممکن است ترشح سروزی- چرکی داشته باشد. درمان بافت گرانولاسیون؟ کوتر کردن با نیترات نقره که تا هنگام خشک شدن قاعده ضایعه، با فواصل چند روز یکبار تکرار می‌شود.

عفونت‌ها

اومفالیته ← به معنی عفونت استامپ بندناف، خود ناف یا دیواره‌ی شکمی اطراف است. ✓ وجود سلولیت، با میزان بروز بالای باکتری همراه است و اومفالیته عارضه دار ممکن است به صفاق، عروق نافی یا پورت و یا کبد گسترش پیدا کند.

❗ فاشئیت نکروزان (که اغلب چندمیکروبی است)، با میزان بالای مرگ و میر همراه است. درمان اومفالیته؟ تجویز فوری آنتی بیوتیک (با عوامل مؤثر بر استافیلوکوک طلایی و اشریشیاکولی مانند داروهای ضد استافیلوکوکی پنی سیلین یا وانکومایسین در ترکیب با یک آمینوگلیکوزید).

در صورت تشکیل آبسه ← ممکن است برش و تخلیه‌ی جراحی ضرورت پیدا کند. در کشورهای در حال توسعه ← استعمال موضعی کلرهگزیدین با کاهش اومفالیته و مرگ و میر نوزادی همراه است.

در کشورهای توسعه یافته ← شواهدی در مورد برتر بودن کاربرد عوامل آنتی سپتیک در مقایسه با خشک نگه داشتن بندناف برای به حداقل رساندن خطر اومفالیوت وجود ندارد.

فتق نافی

اغلب با دیاستاز عضلات رکتوس همراه است. علت فتق نافی؟ بسته شدن ناقص و یا ضعف حلقه‌ی عضلانی نافی.

عوامل مستعدکننده؟ نژاد سیاه و وزن کم هنگام تولد.

✓ فتق به صورت تورم نرم پوشیده شده با پوست دیده می‌شود که در جریان گریه کردن، سرفه یا زور زدن بیرون می‌آید (برآمده می‌شود) و می‌توان از طریق حلقه‌ی بیرون زده‌ی موجود در سطح ناف به آسانی آن را جا انداخت. فتق حاوی چادرینه (اومنتوم) یا بخش‌هایی از روده‌ی کوچک است. اندازه‌ی فتق؟ از کمتر از ۱ سانتی متر تا ۵ سانتی متر متغیر است. اما نقایص بزرگ نادر هستند. زمان از بین رفتن فتق؟ ♥ اکثر فتق‌های نافی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر می‌شوند، خود به خود تا یک سالگی از بین می‌روند.

♥ گاهی فتق‌های بزرگ (با قطر ۶-۵ سانتی متر) نیز به طور خود به خود

تا ۶-۵ سالگی از بین می‌روند.

♥ احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر

کمتر است.

اندیکاسیون‌های جراحی؟ ♥ فتق تا ۵-۴ سالگی پابرجا بماند.

♥ بعد از ۲-۱ سالگی به طور پیشرونده بزرگتر شود.

♥ سبب بروز علائم شود.

♥ دچار اختناق گردد (اختناق محتویات روده بسیار نادر است).

اومفالوسل مادرزادی

اومفالوسل ← فتق یا بیرون زدگی محتویات شکم به داخل قاعده‌ی بندناف است. حفره‌ی شکم کوچک است که از فقدان احشای فضاگیر ناشی می‌شود.

✓ برخلاف فتق نافی (که شیوع بیشتری دارد)، ساک اومفالوسل فقط با صفاق پوشیده می‌شود و در روی آن پوست وجود ندارد.

✓ در اومفالوسل اتصال قسمت دیستال بندناف به داخل خود ساک، متمایز کننده این اختلال از سایر نقایص دیواره شکمی مانند گاستروشیزی است.

درمان؟ پوشاندن ساک با پانسمان مرطوب استریل، سپس در صورتی که جای کافی برای جا دادن احشای شکمی وجود داشته باشد، ترمیم با جراحی.

اگر اومفالوسل به حدی بزرگ باشد که امکان ترمیم فوری وجود نداشته باشد ← پانسمان مداوم ممکن است زمان کافی ایجاد کند تا اپی تلیالیزه شدن ساک پیشرفت کند.

اگر ساک پاره شده باشد و یا اگر برای پوشاندن توده و ساک دست نخورده‌ی آن آزادسازی بیش از حد بافت‌ها لازم باشد ← گاهی اوقات می‌توان از مش یا مواد سنتتیک مشابه برای پوشاندن احشا استفاده کرد.

♥ در ۷۰-۵۰٪ نوزادان مبتلا به اومفالوسل ناهنجاری‌های توأم وجود دارند.

♥ در ۳۰٪ نوزادان مبتلا به اومفالوسل اختلالات کروموزومی دیده می‌شود.

✓ احتمال کاربوتیپ غیرطبیعی در مواردی که کبد در داخل شکم قرار دارد (و نه داخل ساک) بیشتر است!

✓ اومفالوسل ممکن است بخشی از سندرم بک ویت-ویدمن باشد که با اومفالوسل، ماکروزومی و هیپوگلیسمی مشخص می‌شود.

✓ در نوزادان مبتلا به اومفالوسل ایزوله، میزان بقا بیش از ۹۰٪ است.

تومورهای ناف

نادر هستند. شامل آنژیوم، انتروتراوم، کیست درموئید، میکسوسارکوم و کیست‌های بقابای مجرای اوراکوسی یا اومفالومزانتریک (OMD) هستند

