



معاینه درمانگاهی روشمند در کولیک اسب: دوراهی مداخله جراحی یا دارویی

کامران شریفی

دانشیار دانشکده دامپزشکی، دانشگاه فردوسی مشهد

shariffp@um.ac.ir

واژگان کلیدی: کولیک اسب، معاینه، تصمیم‌گیری برای جراحی یا درمان دارویی

### خلاصه

کولیک از مهمترین شرایطی است که نیازمند واکنشی اضطراری از سوی دامپزشکان است. بسیاری از صاحبان اسب‌ها حتی با شنیدن کلمه کولیک و گزارش آن از سوی مهتر و یا کارگر در اسبشان مضطرب می‌شوند زیرا می‌دانند که ممکن است حیات اسب در خطر باشد. از طرفی دامپزشکانی که تجربه زیادی در این زمینه ندارند هم ممکن است به همان میزان و بیشتر در برخورد با اسب کولیکی دچار استرس زیادی شوند. هیچ راه میانبر یا فوت کوزه‌گری در دست هیچ دامپزشکی نیست. در مواجهه با کولیک دامپزشک با دو مسئله روبرو است:

۱) تشخیص قطعی علت بیماری (استراتژی اصلی)؛

۲) تصمیم‌گیری برای جراحی یا درمان (هدف فوری)

هر چند در حیطه طب استراتژی اصلی تشخیص قطعی است، هدف فوری در کولیک اسب این است که دست کم مشخص کنیم بیماری اسب کولیکی از کدام نوع است؟ از نوعی که جراحی در آن اجتناب ناپذیر است یا این که هنوز فرصت آزمودن بخت درمان دارویی وجود دارد. هدف از این مقاله پرداختن به هدف فوری در کولیک اسب است. در این مقاله نحوه برخورد دامپزشکان با موارد کولیکی در شرایط میدانی، بدون دسترسی به امکانات بیمارستانی و آزمایشگاهی توصیف می‌شود.

**مقدمه:** کولیک اسب شایع‌ترین و پرچالش‌ترین بیماری برآیدامپزشکان فعال در عرصه اسب است (۱). کولیک تظاهر بالینی دردی است که معمولاً در بیماریهای دستگاه گوارش رخ می‌دهد. عوامل پاتولوژیک اصلی در بروز درد در دستگاه گوارش را می‌توان به شیوه زیر فهرست کرد:

۱. اتساع روده با مایع، گاز یا مواد هضمی (کولیک گازی، انباشتگی سکوم با مواد مایع و انباشتگی قولونها)
۲. کشیده شدن ریشه مزانتر (کولیک شنی، پیچ خوردگی روده‌ها)
۳. ایسکمی و اینفارکشن بدون انسداد مجرا (ایسکمی روده‌ها ناشی از استروئیلوس وولگاریس)
۴. انسداد اختناق (پیچ خوردگی‌ها، توهم رفتگی‌ها)
۵. زخم‌های عمیق در معده و روده (زخم معده کره اسب‌ها)
۶. درد صفاقی (پریتونیت)
۷. تورم روده
۸. کولیک خود آغاز (۲)



شدت درد بسته به نوع بیماری و ویژگی های اسب بیمار متفاوت است؛ با این حال شدید ترین دردها در انسدادهای اختناقی روی می دهد.

علائم برخی بیماریها شبیه کولیک است. بیماریهای موجد کولیک کاذب عبارتند از:

۱. تورم بافت مورق سم
  ۲. رابدومیولیز
  ۳. انسداد یا پارگی در دستگاه ادراری
  ۴. زایمان، سخت زایی یا چرخش رحم
  ۵. اختلالات تنفسی (پلوریت/پلوروپنومونی)
  ۶. بیماری کبدی
  ۷. ترومبوز آئورتوایللیک
  ۸. ضایعات طحال
  ۹. اختلالات دستگاه اعصاب مرکزی (آتاکسی، کزاز)
  ۱۰. تخمک گذاری/تومور سلول های گرانولوزا
  ۱۱. خستگی مفرط،
  ۱۲. تتانی مادیانهای شیرده
  ۱۳. و گرمزدگی
- احتمالاً دو مورد اخیر را به خاطر بروز سکسکه و اضطراب ناشی از آن (۳) می توان به فهرست بالا افزود.

**مسئله چیست؟** اصل مسئله در آن است که سد مخاطی اهمیت بسیار زیادی در حیات دام دارد. در صورت از بین رفتن سد مخاطی، حتی به صورت موقتی، آندوتوکسمی عامل محدود کننده ای در موارد بالینی آسیب روده اسب است (۴، ۵). ضایعه مخاطی گسترده در روده اسب حتی پس از برداشت ضایعه اصلی می تواند علت توفیق اندک در برخورد جراحی با حوادث روده اسب ها باشد (۶). جالب آن که امید به زندگی ۱۴۰ راس اسبی که به علل مختلفی دچار حوادث روده ای شده طی عمل جراحی بخشی از روده آن ها را برداشته بود ارتباطی با طول روده ای که از دست داده بودند نداشته است. حتی اسب هایی تا ۹ متر از روده خود را از دست داده بودند و این موضوع مانعی برای ادامه حیات آن ها نبوده است (۷). بنا بر این باید بتوانیم طوری تصمیم بگیریم که آسیب سد مخاطی در اثر پیشرفت ضایعات به مرحله غیر قابل برگشت نرسد. شناسایی سریع مواردی که جراحی برای نجات آن ها لازم است و همچنین پیشرفت در مراقبت های بعد از عمل در پیش آگهی اسب خیلی خوب عمل کرده است و به میزان قابل توجهی میزان بقا را نسبت به دهه های ۶۰ و ۷۰ میلادی (از ۲۰-۳۰ درصد به ۸۰-۹۰ درصد) بهبود بخشیده است (۸).

### تعیین اولویت

بر اساس گزارشی که اخیراً منتشر شده هنوز در ایالات متحده عمده موارد کولیک اسب را بر اساس علائم بالینی و کاوش مقعدی تشخیص می دهند و مواردی که روش های دیگر تشخیصی را هم به کار می گیرند زیاد نیست (۹). در هر مورد کولیک مراحل زیر را باید کامل کرد:



اخذ سابقه، انجام معاینه جسمانی، انتخاب و کاربرد آزمون های تشخیصی، تفسیر نتایج، طراحی سیاست درمان، برآورد پیش بینی احتمال زنده مانده اسب، و توجه به روش هایی که از عود بیماری جلوگیری کند (۱۰).

هدف غایی از معاینه اسب کولیکی رسیدن به درک صحیح از روند بیماری است. با این حال همیشه این امر ممکن نیست. مهمتر از تشخیص نهایی و قطعی، درمان و نجات جان اسب است. در معاینه اسب کولیکی ممکن است مرتکب دو خطا شویم که احتمال هیچ کدام را هیچ گاه نمی توان به صفر رساند. یک خطا آن است که آن قدر برای رسیدن به تشخیص قطعی زمان را از دست بدهیم که ضایعات دستگاه گوارش به مرحله ی غیر قابل بازگشت برسد و اسب هر گونه بختی برای زنده ماندن را از دست داده باشد. خطای نوع دوم آن است که آن قدر حساسیت ما بالا برود که بی محابا هر اسبی را به بخش جراحی بفرستیم و در انتها مشخص شود که از آغاز نیازی به جراحی نداشته است. به نظر می رسد که خطای نوع دوم بیشتر قابل تحمل باشد. مشخص می شود که با این که استراتژی اصلی رسیدن به تشخیص است، دامپزشک باید اول هدف فوری را مورد نظر قرار دهد.

**هدف فوری:** در هر مورد کولیک باید مشخص کنیم بیماری اسب از چه نوعی است: آیا با درمان دارویی رفع می شود یا جراحی اولویت دارد؟ آن هم در زمانی که هنوز به تشخیص قطعی نرسیده ایم. برای این منظور پیمودن مراحل زیر ضروری است:

#### ۱. اخذ سابقه

اخذ سابقه اهمیت شایانی در کولیک اسب دارد و در تصمیم گیری برای هدف فوری به ما کمک می کند. اگر اضطراری برای آرام کردن اسب وجود ندارد می توانید معاینه را با اخذ سابقه با توجه به زیر شروع کنید:

- مشخصات عمومی مثل سن، جنس، وضعیت آبستنی، تعداد زایمان، نوع کار را بگیرید.
- از صاحب اسب بخواهید که مشاهداتش ( و نه تفسیرهایش) را به ویژه از نشان دادن علائم درد و شدت آن شرح دهد.
- اگر بتوانید زمان دقیق شروع کولیک را جویا شوید و تخمین بزنید آخرین باری که اسب را سالم دیده اند کی بوده است؟
- بپرسید آیا اسب قبلاً هم کولیک داشته است؟
- وضعیت عمومی مدیریت و تغییرات مدیریتی اخیر (مثلاً استراحت اجباری یا جفتگیری اخیر) را جویا شوید.
- فهرست داروهایی که اخیراً تجویز شده به ویژه داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مثل فلونکسین مگلو مین را بخواهید.
- برنامه مبارزه با آلودگی انگلی را واریسی کنید.
- اخذ تاریخ آخرین معاینه دندان های اسب فراموش نشود.
- آخرین دفع مدفوع اسب کی بوده است؟



به ندرت ممکن است از روی سابقه به تشخیص رسید اما توجه به آن برخی احتمالات را قوت می‌بخشد که در زیر به چند مثال اشاره شده است:

جدول ۱- ردپای برخی از بیماری‌ها در سابقه اسب	
استفاده اخیر از یک داروی ضد کرم قوی در کره اسب و بروز علائم درد متوسط تا شدید	انسداد ساده روده کوچک
ابتلا به گورم در چند هفته قبل و رخداد کولیک مزمن متناوب	آبسه های مزانتر
بستری شدن به هر علتی از جمله لنگش و بروز کولیک	انباشتگی سکوم
انجام کشش و رخداد کولیک حاد در نریان	فتق مغابنی
وجود رخداد پیچ خوردگی سکوم درمادیان و بروز کولیک فوق حاد	رخداد دوباره پیچ خوردگی

## ۲. معاینه جسمانی

🕒 **دسته بندی درد:** مهمترین مشخصه در کولیک اسب بروز درد است. معیارهای زیر برای دسته بندی درد باید مورد توجه قرار گیرد:

➤ **شدت درد:** در کل، رابطه ی مستقیمی بین شدت بیماری و شدت درد وجود دارد. شدت درد و دوام آن باید ارزیابی شود. دردهای شدید و مداوم می تواند نشانه ی ضایعات اختناقی باشد. در حالی که در انسدادهای ساده انتظار می رود که درد متناوب و در حد متوسط باشد. شدت درد اسب کولیکی بسته به طول و نوع بیماری، و خلق و خوی اسب متغیر است.

### جدول ۲- دسته بندی شدت درد

شدت درد	علائم درمانگاهی
ملايم	گاهی پا به زمین می‌کوبد، به پهلوها می‌نگرد، زیاد خود را می‌کشد یا می‌خوابد
متوسط	به شکم می‌لگد می‌زند، مرتب قوز می‌کند؛ انگار که می‌خواهد دراز بکشد، می‌خوابد و غلت می‌زند
شدید	معمولاً اسب عرق می‌کند، به زمین می‌افتد، به شدت غلت می‌زند، می‌غرد و مدام حرکت می‌کند

در مجموع، هر چه بیماری شدیدتر باشد، درد هم بیشتر است؛ ولی در هر بیماری هم طیف گسترده‌ای از علائم بروز می‌کند. بنا بر این تکیه صرف بر شدت درد کافی نیست.

➤ **حدت درد Acuteness:** اگر عامل زمان را در شدت بیماری دخالت دهیم مفهوم حدت حاصل می‌شود و نشان می‌دهد که درد در چه مدتی به اوج خود می‌رسد. بر اساس مفهوم حدت درد را نیز دسته بندی می‌کنیم

### جدول ۳- دسته بندی حدت درد

حدت درد	طول زمان رسیدن به اوج درد
فوق حاد	Peracute کمتر از ۱ ساعت
حاد	Acute کمتر از ۲۴ ساعت
تحت حاد	Subacute ۲۴-۷۲ ساعت
مزمن	chronic بیش از ۷۲ ساعت



➤ **مشخصه درد Character:** بر اساس مشخصه درد، فواصل بی دردی بین حملات درد توصیف می‌شود. سیر این جدول صعودی است و هر چه از درد راجعه به درد دائمی نزدیک شویم کفه جراحی سنگین تر خواهد شد.

جدول ۴- توصیف مشخصه درد

مشخصه درد		طول دوره آرامش بین دو حمله درد
راجعه	Recurrent	چند روز
گهگاهی	Occasional	طولانی تر از طول یک حمله درد
متناوب	Intermittent	کوتاه تر از طول یک حمله درد
دائمی	continuous	صفر

➤ **نحوه تغییرات شدت درد در طول زمان:** تغییرات شدت درد تاثیر مهمی در تصمیم گیری دارد. دردی که مرتب رو به افزایش است، کفه جراحی را سنگین می‌کند. استفاده از داروی ضددردی مثل فلونکسین مگلو مین برای مهار درد باید با دقت زیاد مورد توجه قرار گیرد. از یک طرف این دارو با مهار تولید ترومبوکسان و پیراستاسیکلین به مدت هشت ساعت از اسب در برابر واکنش به آندوتوکسمی حفاظت کند، از سوی دیگر می‌تواند چهره‌ی شوکی قریب‌الوقوع را پنهان نماید بدون این که بتواند از شوک جبران ناپذیر کننده جلوگیری کند.

جدول ۵- تغییرات شدت درد در طول زمان

وضوح درد	مثال
کمتر	توخودرفتگی ایلئون
بدون تغییر	انباشتگی قولون بزرگ
بیشتر	پیچ خوردگی قولون بزرگ، انسداد ساده روده کوچک

درد عامل تعیین کننده ی مهمی برای مداخله ی جراحی است، و هیچ گاه نباید از نظر دور بماند. موارد بسیاری پیش می‌آید که فقط به خاطر درد مهار نشدنی است که جراحی اکتشافی انجام می‌شود، و اکثراً هم به مورد مهمی در شکم اسب برمی‌خورند و نتیجه ی مداخله ی زود هنگام هم به سود بیمار تمام می‌شود. زمان تاثیر داروی ضد درد را هم در نظر بگیرید. اگر درد شدیدی که با فلونکسین مگلو مین مهار شده باشد پس از مدت کوتاهی بازگردد باید بنا را بر آن بگذارید که با مورد خطرناکی روبرو هستید.

Ⓢ **سطح هوشیاری یا رفتار اسب attitude or alertness:** بسته به بیماری اسب و خود حیوان ممکن است سطح هوشیاری تغییر کند. در اکثریت موارد کولیک سطح هوشیاری اسب طبیعی است. با این حال در برخی بیماری‌ها سطح هوشیاری تغییر می‌کند. در مواردی همچون پیچ خوردگی قولون بزرگ سطح هوشیاری از شدت درد به مرحله تهییج می‌رسد و اسب از شدت درد ممکن است به افراد حمله کند یا به خود صدمه بزند. در برخی موارد که در جریان کولیک آسیب مخاطی و/یا جذب آندوتوکسین‌ها وجود دارد ممکن است علائم افسردگی بروز کند. یکی از نشانه‌های با اهمیت آماس روده قدامی فروکش درد پس از تخلیه معده و افول سطح هوشیاری به مرحله افسردگی است.



جدول ۶- توصیف سطح هوشیاری یا رفتار اسب

مثال	سطح هوشیاری
پریتونیت، آماس روده قدامی پس از تخلیه معده	افسردگی
اکثر کولیک ها	هوشیاری
پیچ خوردگی قولون صعودی	تهییج

**وضعیت دستگاه گردش خون:** اطلاعاتی که دستگاه گردش خون در مورد اسب کولیکی می‌دهد بسیار ارزشمند است. باید توجه داشت که از روی ارزیابی این دستگاه می‌توان تا حد زیادی در مورد اسب و احتمال حیات او پیش بینی کرد. "تعداد ضربان قلب" و "مشخصات نبض"، معیارهای مهمی در ارزیابی اسب کولیکی‌اند. در مجموع درد و حرکات ناشی از درد، صرفاً اثری نسبتاً جزئی بر تعداد ضربان قلب دارد؛ در حالی که اثر تغلیظ خون و کاهش خون برگشتی به قلب از سیاهرگها و واکنش دستگاه گردش خون به آندوتوکسینها تأثیر بسیار بیشتری به صورت افزایش تعداد ضربان قلب دارد. رابطه ی بین تعداد نبض با ماهیت کولیک و طول مدت آن بسیار تنگاتنگ است. در انباشتگی خفیف لگنی حتی در مواردی که ۴۸ ساعت از آغاز بیماری گذشته است، افزایش ضربان قلب هم اگر رخ دهد، بسیار جزئی است؛ در حالی که در انباشتگی ایلئون به دلیل توقیف مایعات در روده ی کوچک و معده و هیپوولمی ناشی از آن تعداد نبض در روندی پیش رونده بالا می‌رود. در بیماریهایی که در طی آنها اینفارکشن روده رخ می‌دهد، تعداد ضربان قلب بدون نوسان افزایش می‌یابد. با تسلط شوک آندوتوکسیک تعداد ضربان قلب هم مرتب بالا و بالاتر می‌رود. سرعت این افزایش به اهمیت و شدت اتساع و طول روده ی گرفتار حادثه بستگی دارد.

عموماً تعداد نبض، شاخص شدت بیماری و اثرات آن بر دستگاه گردش خون است. ضربان قلب بیش از هشتاد بار در دقیقه نشاندهنده بیماری یا ضایعه‌ای جدی است که آشفتگی شدیدی در دستگاه گردش خون ایجاد کرده و بنا براین، به احتمال زیاد حیات اسب در خطر است. مشخصات نبض هم باید ارزیابی شود. معمولاً در شوک و کاهش حجم خون درون رگها نبض ضعیف می‌شود. در نامتوازی حاد الکترولیتها نبض نامنظم می‌زند و برخی معتقدند که از شنود صدای قلب اطلاعات بیشتری می‌دهد. در مورد نبض باید قدرت، شدت و طول مدت عبور موج آن را سنجید. در موارد وخیم گویی یک نخ ضعیف از زیر انگشت میانه دامپزشک می‌گذرد.

مشخصات غشاهای مخاطی اهمیت زیادی در تعیین وضعیت آب بدن اسب دارد. لثه (به شرطی که رنگدانه نداشته باشد) بهترین جا برای ارزیابی مخاطات است، زیرا در اسب کولیکی اغلب ملتحمه در اثر ضربه پرخون می‌شود. رنگ طبیعی غشاهای مخاطی دهان صورتی کم رنگ است، ولی بسته به عامل بیماری، هر تغییری در این رنگ به خاطر کم‌آبی است. در کم‌آبی ساده رنگ مخاط اندکی به سفیدی می‌زند. ولی در پرخونی سیاهرگها یا سرریز آندوتوکسینها به خون رنگ مخاطات به قرمز تا قرمز آجری می‌گراید و در آخر کبود می‌شود. در پایان که کاهش خونرسانی به بافتها و هیپوکسی شدید شد، رنگ غشاهای مخاطی به خاکستری کم رنگ مایل به آبی بدل می‌شود.

خونرسانی بافتی و کارکرد دستگاه گردش خون را می‌توان با توجه به زمان برگشت خون به بستر مویرگی [capillary refill time (CRT)] ارزیابی کرد. برای این کار باید لثه ی بالای دندانهای پیش فک بالا را فشار داد؛ زمان طبیعی برگشت رنگ لثه از سفیدی به رنگ طبیعی ۱ تا ۲ ثانیه است. در کم‌آبی این زمان ۳ تا ۴ ثانیه، و در موارد شدید ۵ تا ۶ ثانیه طول می‌کشد.

**تنفس:** در اسبی که درد متوسط یا شدید شکم دارد، ظاهراً برای این که حرکات دیافراگم و قفسه ی سینه کاهش یابد، معمولاً تعداد تنفس به بیش از ۳۰ بار در دقیقه می‌رسد. در فشار بر دیافراگم در اثر اتساع گسترده قولون بزرگ، اسیدوز و



فتق روده‌ها به فضای جنب هم تعداد تنفس بالا می‌رود. افزایش تعداد تنفس همراه با کبودی مخاطات (سیانوز) که می‌تواند ناشی از فشار بر سیاهرگ میانخالییا آسیب ریوی ناشی از آندوتوکسین یا هیپوولمی باشد، نشان از کشندگی بیماری دارد.

**شنود دستگاه گوارش:** شنود کامل محوطه شکم در اسب کولیکی الزامی است؛ بهترین نقاط شنود در امتداد لبه ی خلفی دنده‌ها از گودی تهیگاهی تا پایین شکم در هر دو طرف راست و چپ است. در اسب سالم دو نوع صدا از قولونهای بزرگ شنود می‌شود، یکی صداهای کوتاه ناشی از حرکات مخلوط کننده که دو تا چهار بار در هر دقیقه شنیده می‌شود، و دیگری صداهای بلند حرکات رانشی (صدای سیفون) که هر دو تا چهار دقیقه یک بار به گوش می‌رسد، ولی تعداد و شدت آنها پس از غذا خوردن افزایش می‌یابد. تقریباً در تمام موارد درد شکم، صداهای رانشی کم می‌شوند. استثنای واضح بر این قاعده کولیک اسپاسمی است که می‌توان بر اساس این یافته بیماری را ملایم، درمان دارویی را موفق، و پیش بینی را عالی ارزیابی کرد. هر چه بیماری وخیم تر باشد صدای حرکات روده بیشتر به سوی محو شدن پیش می‌رود.

**اتساع شکم:** اتساع شکم نشانه وخامت بیماری است و به سرعت کفه ترازو را به سمت جراحی سنگین می‌کند. در اتساع روده های کوچک و معده اتساع حفره شکم رخ نمی‌دهد و در تشخیص تفریقی، جایگاه ردیف اول متعلق به اختلالات قولون صعودی است.

**دقه و ملامسه شکم:** برخلاف نشخوارکنندگان دقه شکم و یا دقه لمسی (Ballotment) به ندرت نتایج مفیدی در بردارد (همانند کولیک گازی سکوم) و اسب سالم به طور طبیعی عضلات شکم را در ملامسه منقبض می‌کند. هنگامی که در ملامسه حس کنید که دیواره شکم دچار انقباض بسیار شدید شده است باید به پریتونیت منتشر فکر کرد که ممکن است در اثر پارگی معده یا روده رخ دهد.

**کاوش مقعدی:** کاوش مقعدی یکی از مهمترین مراحل معاینه ی درمانگاهی اسب کولیکی است، و همیشه باید انجام شود، مگر این که اسب بسیار کوچک یا خیلی مهاجم باشد. در هر مورد، معاینه ی مقعدی باید با توجه به ارزش و خطرات آن انجام شود.

در کاوش مقعدی باید به دنبال هر گونه نشانی از جابه‌جایی، انباشتگی، درد مزانتر و کشیدگی آن، مشخصات مدفوع و یا وجود شن در مدفوع بود. کاربرد مهم کاوش مقعدی در آن است که حتی پیش از آن که وضعیت اسب وخیم شود یا تغییراتی در مایع صفاقی پدید آید نیاز به جراحی را برملا می‌نماید. در هنگام معاینه باید از خود پرسید:

۱. آیا احشاء در جای هنجار خود آرمیده‌اند؟
۲. آیا در هیچ بخشی از روده اتساع دیده می‌شود؟
۳. اگر اتساع هست:
  - به علت غذا است یا مایع یا گاز؟
  - آیا اتساعی در سکوم، قولون یا روده ی کوچک رخ داده است؟
۴. آیا یافته ارزشمند دیگری هم هست؟ (مثلاً کشیدگی مزانتر، وجود شن، سطوح ناهنجار صفاقییا خون در مدفوع)
۵. در نریان مجاری مغابنی را معاینه کرده اید؟

رعایت نکات ایمنی در کاوش مقعدی هم برای اسب و هم برای دامپزشک مهم است. در کاوش مقعدی در داخل جایگاه معاینه، میله خلفی جایگاه خطر بالقوه است. اگر اسب ناگهان خود را خم کند و یا خود را بیندازد هم دست دامپزشک و هم رکتوم اسب آسیب



جدی خواهد دید. اگر در داخل اصطبل اسب را معاینه می‌کنید، اگر راست دست هستید پهلوی راست اسب در کنار دیوار باید قرار گیرد و فرد کمکی باید در سمت چپ اسب بایستد و بالعکس! پیش از کاوش مقعدی دمای رکتوم را اندازه بگیرید. در اکثر موارد دما در دامنه طبیعی است. در آماس روده قدامی، کولیت، و پریتونیت (نه همیشه) تب از علائم مهم است.

**استفاده از لوله معدی:** استفاده از لوله معدی در اسبی که درد شدیدی دارد اهمیتی فوری دارد و حتی پیش از اخذ سابقه باید آن را در معده مستقر کرد. همین کار ممکن اسبی را از خطر پارگی قریب الوقوع معده نجات دهد. در حالت عادی اسیدیته معده بین ۳-۶ است. اگر بیش از ۲ لیتر مایع متعفن قهوه ای رنگ با pH قلیایی خارج شد باید بنا را بر این بگذارید که انسدادی کامل در مسیر روده کوچک رخ داده محتویات روده به معده پس زده است. در این گونه موارد به هیچ وجه از روغن معدنی استفاده نکنید و موارد زیر را در نظر بگیرید:

\*انسداد روده کوچک(رتبه اول)

\*تحت فشار قرار گرفتن دوازدهه به علت جابه جایی قولون بزرگ

\*آماس روده قدامی

\*ایلاووس(Ileus)

\*پریتونیت

\*بیماری علفی (grass sickness) (عمدتا در انگلستان و برخی کشورهای اروپا)

در آماس روده قدامی اساس کار بر این است که لوله معدی در محل باقی بماند و به طور متناوب معده تخلیه شود.

**اخذ مایع صفافی:** در فاصله بین ناف و زائده خنجر جنای پایین ترین نقطه را پیدا کنید. در بسیاری اسب ها این نقطه در میانه این دو نقطه است. با یک سرسوزن شماره ۱۹ از خط سفید بگذرید و مایع صفافی را اخذ کنید. مایع صفافی طبیعی زرد کهربایی و شفاف است. با افزایش میزان پروتیین، تعداد گلبول‌های قرمز و گلبول‌های سفید کدورت مایع صفافی افزایش می‌یابد.

بدون داشتن امکانات آزمایشگاهی در صورت افزایش کدورت احتمال دارد که با موردی از انسداد ساده روده کوچک یا پریتونیت روبرو باشید. در انسداد اختناقی یا انفارکسیون غیراختناقی یکی دو ساعت پس از رخداد ایسکمی سلولهای قرمز خون به صفاق نشت می‌کنند. بسته به شدت ایسکمی و طول روده درگیر در آغاز اول نارنجی کم رنگ و سپس خونابه ای خواهد شد. رنگ زرد کهربایی مایل به صورتی نشان دهنده التهاب ملایم و رنگ خونابه ای نشان دهنده التهاب شدید و انفارکسیون است. اخذ خون کامل نشان دهنده اصابت سرسوزن به یک رگ یا اصابت به لبه پایینی طحال است که در جابه جایی پشتی قولون به چپ امکان آن وجود دارد. مهمترین ارزشی که اخذ مایع صفافی دارد در هنگامی است که بخواهیم انسدادی اختناقی را از غیر اختناقی تفکیک کنیم.

#### تصمیم گیری برای هدف فوری

دنیای نظریه و دنیای واقعیت همیشه دقیقا منطبق بر هم نیستند. اغلب در کولیک اسب هم چنین است و بسته به نوع انسداد، محل انسداد و شدت کولیک و مدت زمانیکه از شروع کولیک گذشته، تنوع بی‌اندازه‌ای از نشانه‌های درمانگاهی در هنگام معاینه دیده می‌شود. به هر حال پس از انجام معاینات کامل وجود دست کم سه مورد از موارد زیر می‌تواند در تصمیم گیری برای انجام جراحی حتی در صورت نایل نشدن به تشخیص قطعی کمک کند:

۱. وجود درد مهارنشده
۲. برگشت بیش از ۲ لیتر مایع قهوه ای رنگ بد بوی قلیایی
۳. اتساع شدید روده ها در کاوش مقعدی
۴. محو صداهای غرغری روده در شنود
۵. مایع صفافی خونابه ای





وخامت رو به گسترش دستگاه گردش خون هم یکی دیگر از معیارها برای مداخله ی جراحی است. اگر در طول زمان تعداد ضربان قلب افزایش یابد، نبض ضعیف و ضعیفتر شود، احتقان غشاهای مخاطی بیشتر شود، حجم فشرده سلولی بالا و بالاتر برود، زمان برگشت خون به بستر مویرگی مرتب طولانی تر شود، همه نشان می دهند که چیزی به فروپاشی دستگاه گردش خون نمانده است. شدت و سرعت وخامت در نشانیهای بالا در هیچ یک از بیماریهای دستگاه گوارش به پای مواردی که ایسکمی روده، به ویژه چرخش ۳۶۰ درجه ای قولون بزرگ و انسداد اختناقی بخش قابل توجهی از روده ی کوچک روی داده، نمی رسد. در اسبهایی که گرفتار انسداد (و نه انسداد اختناقی) کامل روده ی کوچک آند، مثلاً در انباشتگی ایلئون، روند وخیم شدن علائم فوق به آهستگی پیشرفت می کند؛ در حالی که در توخوردفتگی سکوم حتی اگر چند روز هم از رخداد بیماری گذشته باشد، در معیارهای معاینه ی دستگاه گردش خون تغییر اندکی روی خواهد داد. مواردی از آماس روده وجود دارد که نیازی هم به عمل جراحی نیست، ولی نشانیهای بالینی تا مرحله ی شوک شدید پیش می رود. در این موارد باید به جای تکیه بر سایر معیارهای معاینه ی فیزیکی، بر اساس ارزیابی دقیق نشانه های مربوط به شوک برای مداخله ی جراحی تصمیم گرفت. حتی کولیک های ساده را باید جدی بگیرید. به ندرت با یک بار معاینه می توان اطمینان حاصل کرد که با یک کولیک ساده روبرو هستید (۱۱).

### ارسال اسب به مرکز بیمارستانی برای انجام عمل جراحی

پیش از حرکت به سوی مرکز درمانی کمکهای اولیه ی زیر لازم است:

۱. نخست با لوله ی معده ی اسب را تخلیه کنید؛ و اگر سفری طولانی در پیش است، لوله ی معده ی اسب را از معده ی اسب در نیاورید و برای آن که در طول سفر هم در نیاید، آن را با نوار به گلگی ببندید.
۲. به اسب داروی ضد درد هم بدهید. اگر فکر می کنید که جراحی لازم است و به انسداد اختناقی مشکوک هستید، فلونکسین داروی انتخابی و ارجح است، زیرا افزون بر مهار درد، با اثرات آندوتوکسمی هم به مقابله بر می خیزد. دتومیدین هم جایگزین خوبی برای اثرات آرامش بخشی و ضد دردی فلونکسین است.
۳. اگر اسب در حالت شوک قرار دارد، می توانید تا هنگامی که وسیله ی حمل اسب نرسیده است، تجویز مایعات الکترولیتی را شروع کنید تا حجم خون در گردش مطلوبتر شود، ولی درنگ به خاطر تجویز حجم زیادی از مایعات الکترولیتی تا حدی که تأثیر قابل توجهی بر حجم فشرده سلولی اسب بگذارد، جایز نیست. از این بابت نگرانی به دل راه ندهید؛ زیرا به محض ورود به مرکز درمانی، حتی اگر اسب در شوک شدیدی هم باشد، با تزریق سریع ۲/۵ لیتر محلول سالین هیپرتونیک وضعیت دستگاه گردش خون اسب بهتر می شود. مباداً تصمیم بگیرید که قبل از حرکت اسب به سوی مرکز درمانی، خود محلول سالین هیپرتونیک را تزریق کنید؛ زیرا در مدت ۲ ساعت پس از تجویز محلول سالین هیپرتونیک حجم زیادی از مایعات ایزوتونیک باید تزریق شود.
۴. آنتی بیوتیک وسیع الطیفی هم تزریق کنید.
۵. دور اسب پتو بیچید و اندامهای حرکتی را باندپیچی کنید.
۶. گزارش دقیقی از داروهایی که تجویز کرده اید، همراه اسب روانه کنید.
۷. مالک اسب را خیلی خوب راهنمایی کنید، که از چه راهی به بیمارستان برسد.
۸. کره را از مادیان جدا کنید تا آسیب نبیند
۹. اگر اسب درد شدیدی دارد بهتر است با وسیله نقلیه روباز مثل کامیون خاور یا کامیون ده تن اسب را بفرستید تا اگر اسب زمینگیر شد بتوان به راحتی اسب را بیرون کشید.

به یاد داشته باشید، در هر موردی که مشکوک به اتساع معده هستید، احتمال پارگی معده هم وجود دارد؛ به ویژه اگر در اسبی نشانیهای درد آشکار ناگهان از بین رود و مرتب وضعیت دستگاه گردش خون وخیم و وخیمتر شود. اگر در اسبی تعداد زیادی از حلقه های روده ی کوچک در کاوش مقعدی زیر دستتان آمد، ولی فقط گاز بدون مایع و یا مایع اندکی از لوله ی معده ی خارج شود، باید به پارگی معده مشکوک شوید. در پارگی معده، مایع قهوه ای تیره ای احتمالاً همراه با ذرات غذا در نمونه گیری از مایع صفافی



خارج می‌شود. اگر در کاوش مقعدی احساس کردید که سطوح سرریزی به خاطر چسبیدن ذرات مواد هضمی به آنها زبر شده است، و اگر به خاطر حضور گاز آزاد در حفره ی شکم، بر خلاف انتظار یک دست به راحتی به میان حلقه‌های روده ی کوچک می‌رود، حفره ی شکم در وضعیت وخیمی قرار گرفته است.

تعداد زیادی از اسبهایی که به مراکز درمانی ارجاع شده‌اند، پارگی معده داشته‌اند. گرچه در برخی از آنها پارگی معده در طول سفر رخ داده بود، معده بقیه حتی پیش از حرکت به سوی مرکز درمانی پاره شده بود. پارگی معده باید در اسرع وقت تشخیص داده شود، و در صورت تأیید، بی‌درنگ هم به حیات اسب پایان دهید تا اسب از رنجی بی‌بهره در سفری بی‌فایده رهایی یابد.

#### منابع اصلی برای مطالعه بیشتر:

ادواردز، گ، ب؛ و وایت، ن، آ (۱۹۹۹) - دستنامه کولیک اسب. مترجم کامران شریفی، انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد، چاپ سوم، ۱۳۹۴.

Arden, W.A., (1989) Acute abdominal pain. In: Brown, C.M.(ed.) problems in equine medicine, Lea and Febiger, PP:38-58.

Baxter, G.M. (1992) The steps in assessing a colicky Horse. *Veterinary Medicine*, 1012-1015.

Archer, D. (2004) Decision making in the management of the colicky horse. In *Practice*.26:378-385.

Eric Mueller, P.O., Moore, J.N. (2000) Rectal examination of the horses with acute abdominal pain. *Comp. cont.edu.prac.vet*. 22:606-620.

#### مراجع درون متن:

1. Dukti, S., White, N.A. (2009) Prognosticating equine colic. *Vet Clin Equine* 25: 217-231.
2. Smith B.P., Magdesian, K.G. (2015) Alterations in Alimentary and hepatic function. In: Smith, B.P. (ed.) *Large Animal Internal Medicine*, 5<sup>th</sup> ed., Elsevier, PP. 94.
3. Radostits, O.M., Gay, C.C., Hinchcliff, K.W., Constable, P.D. 2007. *Veterinary Medicine*, 10<sup>th</sup> ed., 47-48,
4. Meschter, C.L., Craig, D., Hackett, R. (1991) Histopathological and ultrastructural changes in simulated large colonic torsion and reperfusion in ponies. *Eq. Vet. J.*, 23:426-433.
5. Sullins, K.E., Stashak, T.S., Mero, K.N. (1985) Evaluation of fluorescein dye as an indicator of intestinal viability in the horse. *JAVMA*. 186:257-261.
6. Meschter, C.L., Tyler, D.E., (1986) White, N.A. Histopathologic findings in gastrointestinal tract of horses with colic. *Am.J.Vet.Res.* 47:598-606.
7. Mc Donald, M.H., Pascoe, J.R., Storter, S.M., Meagher, D.M. (1989) Survival after small intestine resection and anastomosis in horses. *Vet. Surg.* 18:415-423.
8. White, N.A. (2006) Equine Colic. Proceedings of 52<sup>nd</sup> convention of Association of American Bovine Practitioners (AAEP), 2-6 Dec. San Antonio, Texas. PP.109-114.
9. Curtis, L., Thomas, J.S.M., England, G.C.W., Freeman, S.L. Burford, J.H. (2014) Prospective study of primary assessment of equine colic: Part2: Diagnostic approach, decision-making and outcomes. The 11<sup>th</sup> international equine colic research symposium hosted by british Equine Veterinary Association (BEVA), 7-10 July, Dublin, Ireland, PP.16 (abstract)
10. Cohen, N.C. (1997). Epidemiology of Colic. *Vet Clin Equine* 13: 191-201.
11. Dyson, S.J. 1992. *Equine Practice*. Wolfe. PP. 224.