

عیوب مقعد در نوزادان : (آنومالی‌های آنورکتال) راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری

مقدمه

آنومالی‌های آنورکتال (Anorectal Malformations - ARM) یا عیوب مقعد، طیف وسیعی از ناهنجاری‌های مادرزادی هستند که در آن‌ها مقعد و رکتوم به طور طبیعی شکل نگرفته‌اند و ممکن است مجاری ادراری و تناسلی را نیز درگیر کنند. شیوع این ناهنجاری‌ها حدود ۱ در هر ۳,۰۰۰ تا ۵,۰۰۰ تولد زنده است و در پسران کمی شایع‌تر از دختران هستند. دامنه این نقایص از تنگی خفیف مقعد تا ناهنجاری‌های پیچیده کلواک متغیر است و در حدود ۳۰ درصد موارد با سایر ناهنجاری‌های مادرزادی همراه هستند. پرستاران و تیم مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) نقشی حیاتی در تشخیص زودهنگام، مراقبت‌های پیش و پس از عمل، مدیریت کولستومی و آموزش والدین ایفا می‌کنند.

طبقه‌بندی و پاتوفیزیولوژی

مکانیسم بیماری

آنومالی‌های آنورکتال ناشی از نقص در تکامل سپتوم اورورکتال (دیواره جداکننده بین روده و مجاری ادراری-تناسلی) در هفته‌های ۳ تا ۸ بارداری هستند. این نقص منجر به عدم جدا شدن کامل رکتوم از مجاری ادراری-تناسلی و ایجاد فیستول (ارتباط غیرطبیعی) بین این ساختارها می‌شود.

طبقه‌بندی آناتومیک (بر اساس محل و نوع فیستول)

فیستول شایع	ویژگی‌ها	نوع
فیستول به پرینه	مقعد در محل غیر طبیعی (معمولاً جلوتر از محل طبیعی) باز می‌شود	فیستول رکتوپرینال
اورترا (بولبار یا پروستاتیک)	شایع‌ترین نوع در پسران. رکتوم به مجرای ادرار متصل است	فیستول رکتواورترال
وستیبول واژن	شایع‌ترین نوع در دختران. رکتوم به وستیبول واژن متصل است	فیستول رکتووستیبولار
واژن	نادر (کمتر از ۱٪ موارد). رکتوم به واژن متصل است	فیستول رکتوواژینال
بدون فیستول	نادر (۵٪ موارد). اغلب با سندرم داون همراه است	مقعد بدون فیستول
مجرای مشترک	شدیدترین شکل. یک مجرای مشترک برای رکتوم، واژن و مجرای ادرار	کلواکای پایدار

تفاوت جنسیتی: در پسران، فیستول‌ها معمولاً به مجرای ادرار متصل می‌شوند (رکتواورترال). در دختران، فیستول‌ها معمولاً به وستیبول یا واژن متصل می‌شوند و کلواکا (مجرای مشترک) شایع‌ترین نوع پیچیده است.

تظاهرات بالینی و تشخیص

علائم کلیدی

عدم مشاهده مقعد در معاینه اولیه نوزاد

عدم دفع مکونیوم در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول تولد

نفخ و اتساع شکم به دلیل انسداد روده

دفع مکنونیوم از مجرای ادرار (در پسران با فیستول رکتواورترال) یا از واژن (در دختران با فیستول رکتوواژینال)
وجود تنها یک منفذ در ناحیه پرینه (در کلواکا)

ارزیابی‌های تشخیصی (نقش کلیدی پرستار)

هدف	ارزیابی
تشخیص وجود یا عدم وجود مقعد، محل باز شدن فیستول، و ارزیابی اندام تناسلی	معاینه فیزیکی دقیق پرینه
غربالگری ناهنجاری‌های ادراری (در ۵۰-۲۵ موارد همراه) مانند هیدرونفروز و ریفلاکس مثانه به حالب	سونوگرافی کلیه و مثانه
تشخیص ناهنجاری‌های نخاعی و سندرم طناب نخاعی چسبیده (Tethered Cord) که در ۲۵٪ موارد رخ می‌دهد	سونوگرافی ستون فقرات
ارزیابی نقایص مهره‌های ساکرال	رادیوگرافی ساکروم
رد ناهنجاری‌های قلبی (بخشی از VACTERL)	اکوکاردیوگرافی
روش دقیق‌تر (حساسیت ۹۲٪) نسبت به رادیوگرافی (حساسیت ۱۵٪) برای تعیین سطح ضایعه	سونوگرافی ترانس پرینئال

توجه به: VACTERL اگر نوزاد یکی از ناهنجاری‌های VACTERL (ناهنجاری‌های مهره‌ای، آنورکتال، قلبی، تراکئوآزوفازیال، کلیوی، اندام‌ها) را داشته باشد، باید برای سایر ناهنجاری‌ها نیز بررسی شود.

مراقبت‌های پرستاری و مدیریت درمان

۱. مراقبت‌های پیش از عمل (نقش کلیدی پرستار)

شرح	مداخله
نوزاد نباید تغذیه شود تا زمان انجام ارزیابی ها و تصمیم گیری جراحی	NPO (ناشتا)
نآمین مایعات و الکترولیت ها از طریق وریدی	هیدراتاسیون وریدی
قرار دادن لوله بینی-معدده (NGT) برای تخلیه محتویات معدده و کاهش اتساع شکم	دکومپرسیون معدده
پایش دقیق علائم حیاتی، اشباع اکسیژن و علائم عفونت	پایش علائم حیاتی
هماهنگی با تیم جراحی کودکان، آماده سازی نوزاد برای عمل و اخذ رضایت آگاهانه از والدین	آماده سازی برای جراحی
مراقبت از سپسیس، آسپیراسیون، اتساع شکم، سوراخ شدگی کولون و اختلالات الکترولیتی به دلیل تأخیر در تشخیص و درمان	پایش عوارض

۲. مدیریت جراحی

رویکرد جراحی بر اساس نوع و سطح ضایعه تعیین می شود :

نوع ناهنجاری	رویکرد جراحی
آنومالی های پایین (Low)	ترمیم اولیه (آنوپلاستی): ایجاد مقعد جدید در نوزادی یا در ماه های اول. نیازی به کولستومی ندارد
آنومالی های بالا و متوسط (High/Intermediate)	جراحی سه مرحله ای: ۱. کولستومی در دوره نوزادی ۲. ترمیم قطعی (آنوپلاستی ساژیتال خلفی) در ۲-۳ ماهگی ۳. بستن کولستومی در حدود ۶ ماهگی

پس از ترمیم قطعی: معمولاً ۱۴ روز پس از عمل، بخیه‌ها کشیده شده و دیلاتاسیون مقعد با دیلاتورهای هگاری شروع می‌شود. این کار روزانه ادامه می‌یابد تا به اندازه مناسب برای سن برسد و سپس ۶ ماه دیگر نیز ادامه می‌یابد.

۳. مراقبت از کولستومی (نقش کلیدی پرستار)

در نوزادان با آنومالی‌های بالا یا متوسط، کولستومی موقت ایجاد می‌شود. مراقبت‌های پرستاری شامل موارد زیر است:

شرح	مداخله
تمیز کردن استوما با آب و صابون ملایم، خشک کردن کامل، و استفاده از کیسه کولستومی مناسب	مراقبت از استوما
بررسی قرمزی، تحریک یا زخم در پوست اطراف استوما. استفاده از پودرهای محافظ در صورت نیاز	پایش عوارض پوستی
آموزش تعویض کیسه، مراقبت از پوست، و تشخیص علائم عفونت	آموزش به والدین
ثبت دقیق میزان و ویژگی‌های ترشحات کولستومی	پایش دفع

۴. مدیریت دیلاتاسیون مقعد (نقش کلیدی پرستار)

دیلاتاسیون مقعد (Fistula Dilatation) یک مداخله حیاتی برای حفظ باز بودن مقعد جدید است و پرستار نقش کلیدی در آموزش و حمایت از والدین دارد.

شرح	مداخله
استفاده از ویدئوهای آموزشی، عروسک‌های نمایشی و کتابچه‌های آموزشی برای آموزش نحوه صحیح دیلاتاسیون	آموزش والدین
استفاده از روش‌های غیردارویی (مانند حواس‌پرتهی، شیردهی) برای کاهش درد ناشی از دیلاتاسیون	مدیریت درد

پایش عوارض	بررسی خونریزی، پارگی یا تنگی مجدد مقعد
------------	--

۵. تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی (بر اساس NANDA)

بر اساس مطالعات موردی، تشخیص‌های پرستاری اصلی در نوزادان با آنومالی آنورکتال عبارتند از :

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
اختلال در یکپارچگی پوست (Impaired Skin Integrity)	مراقبت از پوست اطراف استوما، پایش عفونت، آموزش مراقبت از پوست به والدین
درد حاد (Acute Pain)	مدیریت درد ناشی از دیلاتاسیون و جراحی با روش‌های دارویی و غیردارویی
اضطراب/تنش نقش مراقبتی (Caregiver Role Strain)	حمایت از والدین، آموزش تکنیک‌های مراقبتی، برگزاری جلسات خانوادگی، معرفی گروه‌های حمایتی
خطر عفونت	رعایت اصول استریل، پایش علائم عفونت، آموزش بهداشت به والدین
عدم تعادل تغذیه‌ای	حمایت از تغذیه مادر (شیردهی یا دوشیدن شیر)، تغذیه از طریق لوله در صورت نیاز

پیش‌آگهی و عوارض

پیش‌آگهی عملکردی (بر اساس نوع ناهنجاری)

نوع ناهنجاری	شانس کنترل دفع (Voluntary Bowel Movements)
فیستول پرینال	۱۰۰٪ کنترل دفع
فیستول وستیبولار (دختران)	۹۰٪ کنترل دفع
فیستول اورترال بولبار (پسران)	۸۰٪ کنترل دفع
فیستول اورترال پروستاتیک (پسران)	۶۶٪ کنترل دفع
فیستول گردن مثانه (پسران)	۱۵٪ کنترل دفع

۷۶٪ کنترل دفع	مقعد بدون فیستول
---------------	------------------

عوارض شایع

یبوست مزمن: شایع ترین عارضه. در صورت عدم درمان، باعث گشاد شدن رکتوم و بی اختیاری ادراری کاذب (Encopresis) می شود

بی اختیاری مدفوع: به ویژه در ناهنجاری های بالا و درگیری ساکروم

تنگی مقعد: نیاز به دیلاتاسیون مکرر یا جراحی مجدد

پرولاپس مخاط مقعد

عفونت زخم جراحی

ناهنجاری های نخاعی چسبیده: بدتر شدن پیش آگهی عملکردی مثانه و روده

نقش کلیدی پرستار (جمع بندی)

پرستاران با ایفای نقش های کلیدی زیر، تضمین کننده اصلی موفقیت درمان و بهبود کیفیت زندگی نوزادان با آنومالی آنورکتال هستند:

ارزیاب بالینی: تشخیص زودهنگام آنومالی در معاینه اولیه، ارزیابی ناهنجاری های همراه (VACTERL)، و پایش دقیق عوارض

مدیر مراقبت: آماده سازی نوزاد برای جراحی، مراقبت از کولستومی، مدیریت دیلاتاسیون مقعد

آموزنده و مشاور: آموزش والدین در مورد مراقبت از استوما، دیلاتاسیون مقعد، و مدیریت عوارض

حمایت کننده روانی: کاهش اضطراب و تنش نقش مراقبتی والدین از طریق جلسات خانوادگی و معرفی گروه های حمایتی

هماهنگ کننده تیم: همکاری با جراح کودکان، متخصص کلیه، متخصص اعصاب و سایر اعضای تیم برای ارائه
مراقبت جامع

منابع

ScienceDirect. Anorectal Anomalies [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/anorectal-anomalies>

UKBB. Anorektale Malformation. 2025 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://www.ukbb.ch/behandlung-betreuung/krankheitsbilder/anorektale-malformation/>

PAHO. Anorectal Malformations Management [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52805/978598171_spa.pdf

CDC Archive. Anorectal Atresia/Stenosis. 2021 [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/ncbddd/birthdefects/surveillancemanual/quick-reference-handbook/anorectal-atresia-stenosis.html

Universidad Técnica de Ambato. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO EN LACTANTE CON ANO IMPERFORADO. 2025 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/items/5d366a3a-ea0c-4754-9377-6060f3f7ccae>

Humpath. Anorectal Malformations [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://www.humpath.com/anorectal-malformations>

Ovid. ERN eUROGEN Guidelines on the Management of Anorectal Malformations Part I. 2025 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://www.ovid.com/journals/eujps/abstract/10.1055/s-0044-1791250>

Dialnet. Plan de cuidados en un neonato con atresia de ano. 2022 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277427>

Medscape. Pediatric Imperforate Anus. 2026 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/929904-print>

Medical Science of Uzbekistan. Prone-Lateral Radiography and Transperineal Ultrasonography in Pediatric Anal Atresia. 2024 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://fdoctors.uz/index.php/journal/en/article/view/81>

News-Medical. Imperforate Anus (IA). 2022 [cited 2026 Sep 15]. Available from: [https://www.news-medical.net/health/Imperforate-Anus-\(IA\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Imperforate-Anus-(IA).aspx)

OUCI. Anorectal developmental anomalies [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://ouci.dntb.gov.ua/?backlinks_to=10.3390/children10061037

Alicia. Cuidado enfermero a recién nacido con malformación ano rectal. 2023 [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_d305a25a70caa66316052cd926e5c499

Orphanet. Malformazione anorettale non sindromica [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://www.orpha.net/it/disease/detail/557>