

هموبیلی ضربه ای

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۴، صفحه ۲۷۷-۲۵۳۶

دکتر احمد اسمعیل زاده*

شرح حال بیمار: مصدوم جوانی است ۱۷ ساله که بعلت ضربه شدید شکم در حادثه رانندگی فوراً بستری شد. باوجود انجام دادن کارهای لازم برای نوتوانی «Réanimation» در ۲۴ ساعت نخست نشانه‌های کاهش فشار خون، کم‌خونی، سفتی و سختی جدار شکم رو بشدت و افزایش بود. ناچار بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. حفره شکم پراز خون بود که پس از تخلیه آن ۲ لیتر خون تزریق شد. ضمن کاوش پارگی قسمت میانی لب راست کبد بطول ۱۰ سانتیمتر و به عمق ۴ سانتیمتر با کتارهای ناهموار و خون‌دهنده جلب توجه کرد. بخیه بصورت X و تامپونمان انجام شد. حال بیمار تا روز هفتم رو به بهبود رفت. در آغاز هفته دوم دردهای کتدر راست همراه با زردی از نوع انسدادی، سقوط فشار خون و کاهش مقدار هماتوکریت مشاهده شد. پس از ۴۸ ساعت، خونریزی بصورت ملنا توجه پزشک معالج را بوجود هموبیلی ضربه ای جلب کرد. آرتریوگرافی انتخابی «سلکتیو» شریان سلیاک نزد بیمار انجام شد. کدورت حجیمی با حدود منظم در فاش شریانی در قسمت مرکزی لب راست کبد مشاهده گشت. بعلاوه کیسه صفرا و مجرای هپاتوکلدوک بطور همزمان در فاش شریانی کدرو نمایان گردید (شکل ۱) که دؤید وجود آنورسم کاذب و فیستول «آرتریو بیلیتر» میباشد و عامل هموبیلی محسوب میگردد.

بیمار تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفت. در قسمت قدامی تحتانی دیافراگم راست توده ای که حاوی خون و صفرا بود وجود داشت، تخلیه شد. بعلت اتساع شدید مجاری صفرا و کیسه صفرا

مقدمه: یکی از علل خونریزیهای دستگاه گوارش بصورت ملنا، هموبیلی است. بعبارت دیگر خونریزیهای کبد از راه‌های صفرا و لوله گوارش دفع میشود و بصورت ملنا تظاهر می کند که متأسفانه از نظر بالینی کمتر به آن توجه میشود. آزمایش‌های متداول رادیولوژیائی مری و معده و دوازدهه و ترانزیت و لاومان باریته نیز در اینگونه خونریزیها منفی میباشد. تنه‌راه تشخیص عبارت است از:

۱- توجه پزشک به هموبیلی

۲- بررسی عروق کبد چه سرخرگ و چه سیاهرگ با انجام آرتریوگرافی سرخرگ کبد.

هموبیلی ضربه ای عارضه ای است نادر بطوریکه در سال ۱۹۶۹ Fékété فقط تعداد ۸۴ مورد آنرا در تاریخچه پزشکی جستجو و گزارش کرد. تمام این ۸۴ مورد در نتیجه ضربه‌های بسته شکم ایجاد شده و پیش آگاهی آن وخیم و بین ۳۰-۴۰٪ مرگ و میر داشته است (۵).

هموبیلی ضربه ای پس از يك دوران ۲-۴ هفته ای به دنبال ضربه باز و غالباً به دنبال ضربه‌های بسته ناحیه شکم که همراه با آسیب کبد باشد، تظاهر مینماید. علت آن تباهی و مرگ بافت کانون موروب و ایجاد آنورسم کاذب کبد همراه با فیستولهای Arterio-Biliaire و Veino-Biliaire میباشد (۲).

انگیزه اینجانب از نوشتن این مقاله تشخیص مثبت هموبیلی با کمک آرتریوگرافی سرخرگ کبد و روشن کردن نحوه درمان جراحی آن است که بوسیله بستن «لیگاتور» سرخرگ کبد انجام پذیر می باشد.

* مرکز پزشکی شاهرضا، دانشگاه فردوسی- مشهد.

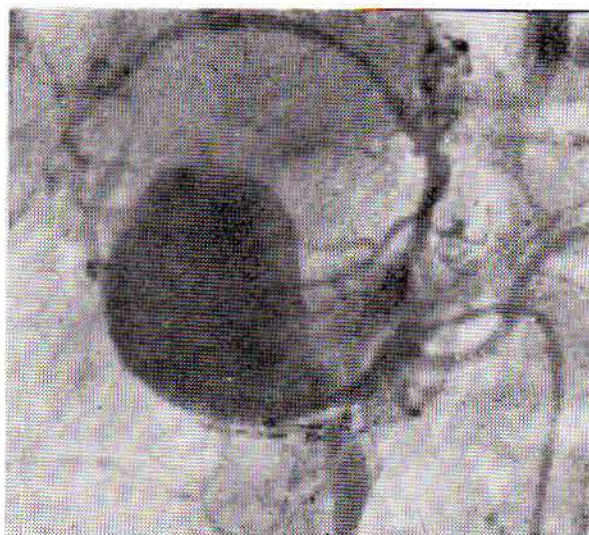
اولاً، چون سرخرگ کبد و بخصوص شاخه لب راست آن در ۴۰٪ موارد از سرخرگ مزانتريک فوقانی منشعب میگردد بنابراین در صورت منفی بودن آرتريوگرافی تنه سلیاک باید در همان جلسه آرتريوگرافی مزانتريک نیز انجام شود.

ثانیاً، با توجه به اینکه منشاء همویلی ممکن است سیاهرگ‌های کبد باشد بنابراین جست و جوی رادیولوژیائی محور اسپلنوپورتال با تهیه کلیشه‌های تأخیری جهت بررسی احتمالی وجود فیستول Veino-Biliaire ضرور است و با این شیوه امروزه کمتر احتیاج به انجام اسپلنوپورتوگرافی خواهیم داشت. بدیهی است با تهیه کلیشه‌های همزمان رخ و نیمرخ «Face et profil»، میتوان توپوگرافی ضایعه را برای جراح بهتر مشخص کرد.

تفسیر رادیولوژیائی: چنانچه بایک آنورسم کاذب ضربه‌ای مواجه باشیم معمولاً در فاز شریانی کدورتی کم و بیش وسیع در کبدمشاهده خواهیم نمود (۷) و چنانچه فیستول عروقی-صفراوی ایجاد شده باشد کدورت مجاری صفرا همزمان با کدر شدن سرخرگ‌ها و سیاهرگ‌ها جلب توجه مینماید ولی مسیر فیستول بندرت بطور وضوح مشخص خواهد شد. در این مورد چنانچه کالانژیو-گرافی ضمن عمل جراحی انجام شود معمولاً مسیر و محل فیستول را مشخص می‌سازد. نکته جالب توجه اینکه تظاهرات بالینی همویلی معمولاً دوره‌ای است «Périodique» یعنی در فواصل حملات حال بیمار خوبست، زیرا بعلت ایجاد لخته در مجرای هپاتوکلدوک، زردی و درد عارض میگردد و بادفع لخته و جریان یافتن صفرا و خون معمولاً درد و زردی بیمار نیز کاهش مییابد (۶).
باین ترتیب آرتريوگرافی سرخرگ کبد نیز بهتر است در مرحله خونریزی «Phase hemorrhagique» انجام شود چه بسا در غیر اینصورت بعلت وجود لخته در مجاری صفرا محل و مسیر فیستول و همچنین مجاری صفرا توسط ماده حاجب کدر نشود و تشخیص آرتريوگرافیائی بغلط منفی جلوه کند.

خلاصه:

همویلی ضربه‌ای بیماری نادریست و از نظر بالینی بانسازهای سه‌گانه، درد، زردی و خونریزی دستگاہ گوارش تظاهر نموده و مشخص میگردد. بدیهی است هر یک از نشانه‌های بالینی یادشده میتواند تشخیصی‌های افتراقی متعددی را مطرح کند. خونریزی بصورت ملنا، تمامی عوارض خونریز دستگاہ گوارش را در برمی‌گیرد و از این نظر اغلب برای بیمار درخواست رادیوگرافی مری و معده و دوازده‌وروده‌ها میشود که منفی خواهد بود. بعلت وجود زردی، بیماری‌های متعدد همراه با یرقان مطرح میگردد و یافته‌های آزمایشگاهی و رادیولوژیائی نیز گویای تشخیص مثبت همویلی



شکل ۱

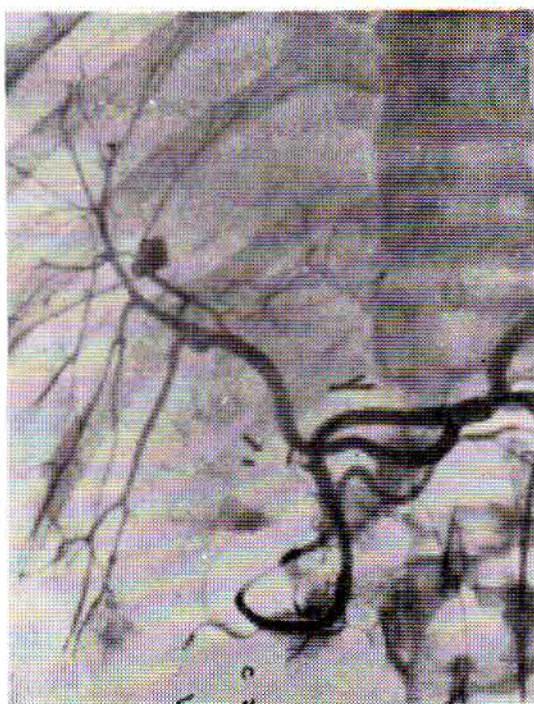
جدار کلدوک باز و مقدار زیادی خون ولخته همراه با، واد صفراوی خارج گردید و جهت درناژ آن لوله Kehr کار گذاشته شد. باکوش بیشتر، زخم حاصل از ضربه و بخیه‌های کانون مصدوم قابل رؤیت نبود ولی تمام لب راست کبد کدرو زرد مایل به قهوه‌ای بود. گزارش جراح حاکی است که جهت احتراز از لیکتومی راست و برای جلوگیری از خونریزی، شاخه راست سرخرگ کبد بسته شد (لیگاتور). زردی پس از ۱۵ روز بکلی از بین رفت. درد و خونریزی بیمار تکرار نشد.

داده‌های آزمایشگاهی و S.G.O.T. و S.G.P.T. پس از ۲ هفته طبیعی بود و بیمار ۱۵ روز پس از عمل جراحی دوم مرخص شد.

بحث: از نظر بالینی همویلی باسه نشانه زیر مشخص میگردد:
۱- درد هپوکندر راست که در آنورسم کاذب پس از ضربه عروقی (Post-Traumatique) فوق‌العاده شدید است و در فیستول‌های عروقی - صفراوی شدت کمتری دارد.

۲- زردی از نوع انسدادی که علتش خونریزی داخل مجاری صفرا و ایجاد لخته میباشد و اغلب شدید و دارای خصلت بحرانی است، بدین معنا که (Par crise) بروز می‌کند.

۳- خونریزی گوارش بصورت ملنا تنها نشانه‌ای است که بعلت ترس و هراس معمولاً بیمار را نزد پزشک میکشاند. آزمایش‌های رادیولوژیائی لوله گوارش اغلب منفی است، ولی چنانچه پزشک توجه به همویلی داشته باشد و سابقه بیمار را از نظر ضربه و آسیب کبد بررسی کند با آرتريوگرافی سرخرگ کبد میتوان به تشخیص بیماری دست یافت. در اینجا توجه بدون‌کنه اساسی لازم و ضرور است.



شکل ۲

شد (۱۰،۹،۴،۱) (شکل ۲). این مسئله نیز در آرتریوگرافیهای گزارش شده توسط Fékété منعکس است که بعد از بستن سرخرگ کبد، به سرعت نشانه‌های پیدایش سرخرگ‌های جدید کبد از منابع مختلف بخصوص سرخرگ فرنیك، بین دنده‌ای، اپیلوئیک و پانکراتیکو و دئودنال انجام شده است.

نمیباشد. لذا تنها راه تشخیص بررسی رگ‌های کبد قبل از عمل جراحی (۸) ویا کلاژیوگرافی ضمن عمل جراحی می باشد. راه‌های درمان متعدد است. حتی المقدور باید از برداشتن بخشی از کبد «هپاتکتومی پارسیل» خود داری کرد. بستن سرخرگ کبد به علت تباهی و مرگ بافت آن بطور نادر انجام میشود ولی در موارد خونریزی وسیع و آسیب شدید ناگزیر با انجام آن خواهیم بود و تاکنون نتیجه مطلوب داشته است بطوریکه در ۸۴ مورد همویلی که Fékété گزارش کرده است در ۹ مورد اجباراً بستن سرخرگ کبد انجام شده و در ۸ مورد نتیجه مطلوب بوده است. Couinaud عقیده دارد که در شرایط فیزیوپاتولوژیایی زیر میتوان دستگاه شریانی کبد را حذف نمود (۳):

۱- سلولهای کبد سالم باشد.
 ۲- کمبود اکسیژن‌ناسیون اورگانسیم در کار نباشد زیرا در اینصورت خون سیاهرگ بساب میتواند اکسیژن‌ناسیون کبد را تضمین کند.

۳- درناژ دستگاه صفا بطور طبیعی و صحیح بر گزار گردد.
 بیمار مورد بحث ماجوان و دارای شرایط فوق‌الذکر بود و توانست عمل جراحی و بستن شریان لب راست کبد را بطور مطلوب تحمل کند. در آزمایش کنترل (Cælio-Mesentericques) نشانه‌های پیدایش سرخرگ‌های تازه کبد (Revascularisation) با منشاء شریان کرونراستوماشیک و مزانتریک فوقانی مشاهده

REFERENCES:

- 1- Bengmark, S.: Ronsengren. Angiographic study of the collateral circulation of the liver after ligation of the Hepatic artery in Man. American. J. Surgery. 119, 620-624. 1970.
- 2- Cleveland, R.J., Jackson, B.H.: Traumatic intrahepatic artery portal vein fistula with associated hemobilia. Ann. Surgery 451. 1970-1971.
- 3- Couinaud, C., Juni, G., Weinfeld, G.: Ligature de l'artere hepatique. Mem. Acad. Chirurgie 96, 494-499. 1970.
- 4- Couinaud, C., Ligature de L'Artere Hepatique. J. Chi 107, 1-2, 7-22, 1972.
- 5- Fékété, F., Guillet, P., Meyer: Hemobilies traumatique. Ann. Chirurgie 23, 1199. 1969.
- 6- Gundersen, A.E., Green, R.M.: Traumatic hemobilia; Accurate pre-operative diagnosis artery Angiogram 62, 862, 1967.
- 7- Kate. M.C.: Chien esing meng. Angiographic evaluation of traumatic intra-hepatic pseudo-anevrysm and hemobilia. Radiology 9, 84-95. 1970.
- 8- Lopez, E.: Le Diagnostic arteiographique des faux anevrysmes traumatiques du foie. presse Medicale: 1, 12, 791. 1972.
- 9- Michels, N.A.: Collateral arterial pathway to the liver after ligation of the hepatic artery and removal of the coeliac axis. Cancer. 6, 708, 1953.
- 10- Wilkinson, G., Mikhelsen, C. The treatment of post-traumatic hemobilia by ligation of the common hepatic artery-S. Chir. N. American 48, 1337-3148, 1968.