

تغییرات پاتولوژیک در ریچه میترال و عمل کمیسور تو می

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۱ ، صفحه ۱۳ ، ۱۳۴۸

* دکترا ابوالقاسم پاکدامن

نبووند.

معالجه: بعلت تغییرات مرضی مختلف نوع معالجه هم بر حسب تغییرات ایجاد شده فرق میکند در هر حال درمان نارسائی خالص مادرزادی در ریچه میترال عمل جراحی است و در اغلب بیماران مبتلوان از عمل باز کردن در ریچه (Valvulotomy) استفاده نمود.

در مواردیکه تغییرات پاتولوژیک در ریچه میترال شدید باشد باید عمل تعویض آنرا با در ریچه مصنوعی با خاطر داشت از طرفی نباید از نظر دور داشت که عمل تعویض در ریچه نباید قبل از هشتاد سال زندگی طفل صورت گیرد.

در سال ۱۹۶۲ برای اولین بار Barcia [۷] و همکارانش بکمک دستگاه قلب و شش مصنوعی Extrakorporale zirculation (E.K.Z.) تنگی در ریچه میترال را در یک چنین بیماری بر طرف نمودند. در هر صورت معالجه این نوع بیماران اغلب شامل دو مرحله میباشد.

مرحله اول که شامل باز کردن در ریچه بمنقوله ادامه زندگی طفل است و در حقیقت بیشتر بصورت یک عمل فوری واجتناب ناپذیر صورت می گیرد.

مرحله دوم حالتی است که طفل بزرگتر شده و دارای قدرت جسمی بیشتری است در این حالت می توان با کمک دستگاه قلب و شش مصنوعی به ترمیم کلی تر و در صورت لزوم به تعویض در ریچه میترال مبادرت نمود.

تنگی اکتسابی در ریچه میترال: در حدود یک چهارم مجموعه نارسائی های قلبی بعلت روماتیسم بوده که نیمی از آنرا تنگی میترال تشکیل می دهد [۸]

ایجاد تغییرات پاتولوژیک در در ریچه میترال ممکن است بدو صورت انجام پذیرد:

- ۱- تغییرات ایجاد شده مادرزادی.
- ۲- تغییرات ایجاد شده اکتسابی.

تغییرات ایجاد شده مادرزادی: نارسائی مادرزادی در ریچه میترال که به تنهایی پیش آید تقریباً نادر است. [۱] Ferencz و همکارانش در سال ۱۹۴۵ گزارشی درباره ۴۵ مريض از اين نوع دادند که از سال ۱۸۴۵ تا آن زمان مورد بررسی قرار گرفته بود. علت اين نارسائی هنوز کاملاً معلوم نیست ولی عده ای بموارد زیر در اين پیدايش معتقدند:

- ۱- استئوуз اکتسابی زودرس میترال.
- ۲- ناهنجاری های مادرزادی.
- ۳- اندوکارديت جنبيني.
- ۴- اندوکارديت فيبر والاستيك.

تغییرات مرضی در اين حالت معمولاً فقط بر روی در ریچه میترال بوده، کمیسورها اغلب بهم چسبیده و گاهی حتی به ندرت قابل روئیت آند.

در ریچه میترال ابتدا بعلت ضخامت کمیسورهاقيقی شکل بوده است. تغییرات پاتولوژیک ایجاد شده بر روی رشته های پیوندی به ستونهای گوشی نیز غیر عادی است [۵]. در گزارشی از کلینیک جراحی دانشگاه مونیخ در فاصله بین سالهای ۱۹۶۲ تا ۱۹۶۳ در باره ۵ طفل مبتلا به عوارض مذکور چنین ذکر شده که تنگی در ریچه میترال در آنها کاملاً شدید بوده و حتی درسه مورد در ریچه میترال در مجموع بصورت پرده ای با یک سوراخ مرکزی مشاهده میگردیده است بطوريکه حتی کمیسورها هم از یکدیگر قابل تشخيص

* - گروه فیزیولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

از طریق جراحی مستقیم پیشنهاد نمود که خود از دو راه قابل اجراست :

۱- باز کردن تنگی دریچه با انگشت.

۲- باز کردن تنگی دریچه با وسائل جراحی.

باید دانست که موقتیت عمل استنوز دریچه میترال بستگی به میزان باز بودن کمیسورها و حالت تحرک دریچه دارد البته در حالی که خراصی ماهیچه قلب، از دیگر فشار در سرخرگ ریوی یا نارسائی های دریچه های دیگر قلب وجود نداشته باشد. برای رسیدن به دریچه میترال می توان از راههای زیر استفاده نمود:

۱- از راه گوش چپ قلب با انگشت و یا اسبابهای باز کننده (ترانس اوریکولر).

۲- از راه پرده بین دوده لیز پس از بریدن دهیلز راست با استفاده از دستگاه شش و قلب مصنوعی یا طریقه هیبووتومی پس از قطع قلب از دستگاه گردش خون.

۳- عمل ترانس اوریکولر و ترانس واتریکولر به کمک دست و اسبابهای باز کننده تاپس (Tubbs).

۴- از راه دهیلز چپ.

Knothe و همکارانش گزارشی در باره وضع ۳۴۱ مريض پس از عمل کمیسور توئی دریچه میترال که در فاصله سالهای ۱۹۵۳ تا ۱۹۶۶ انجام گرفته بود منتشر کردند. این عدد ۲۲۷ نفر زن و ۱۱۴ نفر مرد بودند.

نتیجه و نوع عمل بشرح زیر بوده است.

۱- باز کردن استنوز دریچه میترال با انگشت که در ۹۳ مريض انجام گرفت و باز از این عدد در ۴۵ بیمار باز کردن دریچه یعنی کمیسور توئی کامل بوده است (۴۸/۴ درصد) درحالی که در بقیه یعنی در ۴۸ مورد دیگر فقط قسمتی از کمیسور باز شده بود.

نتیجه عمل در ۴۸ مورد که کمیسورها بطور غیر کامل باز شده بود بشرح زیر می باشد:

در ۳۲ مورد يك کمیسور بطور کامل و قسمتی از کمیسور دیگر باز شده بود.

در ۸ مورد فقط کمیسور عقبی باز شده بود.

در ۵ مورد فقط کمیسور جلوئی باز شده بود.

در ۳ مورد فقط کمیسور عقبی باز شده بود.

۲- باز کردن استنوز میترال از راه ترانس واتریکولر با وسائل باز کننده - تعداد بیماران عمل شده از این راه ۲۴۸ نفر بود که ۱۷۶ نفرشان یعنی در ۱۰/۹ آنها هر دو کمیسور بطور کامل باز شده و در بقیه یعنی ۷۲ مورد باز شدن کمیسور غیر کامل بود.

در هشتاد و پنج درصد اشخاصی که دوران بیماری و تب روماتیسمی را گذرا دهند نارسائی دریچه های قلب و در نتیجه اکثر تنگی میترال دیده می شود [۹]

قطع دریچه میترال که در حال عادی در حدود ۳/۵ سانتیمتر است در هنگام بروز استنوز تنگتر می گردد. در این حالت دهیلز چپ با فشار خود (۱۰-۵ میلیمتر جیوه) دیگر نمی تواند در ۵/۰ ثانیه ۴۰ سانتیمتر مکعب خون را که در حالت عادی از دریچه میترال می گذرد بداخل بطن چپ برآند. در اینجاست که اختلالات همودینامیک در اثر اختلال در کار دریچه برمبنای تغییرات پاتولوژیکی بروز می کند. درین چهار دریچه قلب، میترال دارای اهمیت درمانی و جراحی بخصوصی است این بخش از جراحی قلب پس از طی مرحل تکاملی در سالهای اخیر موفق به پیشرفت های جالبی گردیده است.

درین سالهای ۱۸۹۸-۱۹۰۲ میلادی از جراحان Sam, Ways, Lane و Brunton پیشنهاداتی در زمینه برطرف کردن استنوز میترال بوسیله عمل جراحی نمودند پس از آن Cuiter و Pribram در سالهای ۱۹۲۳-۱۹۲۴ به عمل باز کردن دریچه میترال از راه ترانس واتریکولر Transventricular دست ندادند. یکسال بعد یعنی در سال ۱۹۲۵ Souttar اولین والولوتومی را از راه گوش چپ قلب یعنی بطریقه ترانس اوریکولر با موفقیت انجام داد.

بی مفاسیت نیست اگر از Bieley و Brock بعنوان اولین پیشو اوان جراحی مددن دریچه میترال نام ببریم زیرا آنها بودند که انسال ۱۹۴۸ در این زمینه از جراحی قلب قدمهای مؤثری برداشتند.

در مرحل بعدی علاوه بر والولوتومی، جراحی ترمیمی (پلاستیک) دریچه میترال در حالت گشادی دریچه نیز انجام پذیرفت تا بالاخره در سال ۱۹۶۱ اولین تعویض دریچه میترال با موفقیت بوسیله Starr با دریچه ای که خود به کمک Edward Saxon بود انجام گرفت. پیشرفت های انجام شده در زمینه جراحی های قلب بخصوص دریچه میترال در چند سال اخیر را می توان بیشتر Ellis, Harken, Cooley, Derra, Lillehey, Zenker, Wooler, Dubost, Stalpaert, Ross, Kremer, Merendino, Borst دانست.

معالجه دارویی دریچه میترالی که در اثر تغییرات پاتولوژیک تغییر شکل داده وایجاد تنگی و یا گشادی کرده باشد بکلی بی حاصل است از اینرو بود که Brunton در سال ۱۹۰۲ معالجه آنرا

فاصل راشکل می دهد که به عقیده al. et Swan است حکام باقتهایش کمتر است .

با بروز عوارض ذکر شده بهتر است در چنین مواردی به نکات زیر توجه نمود :

۱- کمپرسیون دیواره دهلیز با انگشت .

۲- بمنظور دوخت بهتر است سوزن بزرگ نازک و محدود را انتخاب کنیم .

۳- Bailey پیشنهاد می کند که درحالی که محل پاره شده درجهت سیاهر گشته باشد پس از گذاشتن دو گیره محل پارگی را بدوزند .

۴- درحالیکه پارگی درجهت سولکوس کورناریوس قرارداشته باشد قراردادن گیره ها بدون خطر نخواهد بود .

۵- درصورتیکه درین جلوگیری از خونریزی با پنس سرخرگ کورنر را در داخل پنس قرار دهیم خطر ایجاد فیبر بلاسیون درین خواهد بود .

Swan و Bailey در چنین حالتی پیشنهاد می کنند که بهتر است از بخیه های متصل استفاده شود .

۶- Morris و Haight در حالت پارگی های دیواره دهلیز از کاتدفلی Foley استفاده می کنند بدین معنی که در چنین حالتی کاتد را در داخل دهلیز قرار داده و پس از باز کردن قسمت باد کنک آن از داخل عمل تامپونادر انجام میدهند در این حالت بهتر می شود قسمت پاره شده دیواره دهلیز را دوخت .

۷- راه دیگر پوشاندن دیواره دهلیز و سیله پر یکاره می باشد . حتی گاهی اوقات می شود از این متد در هنگامیکه گوش قلب خیلی کوچک یا بهم چروکیده یا در اثر یک عمل قبلی قسمت کمی از آن قابل روئیت است یک گوش مصنوعی از پر یکاره بوجود آورد .

۸- آمبولی مغزی از عوارضی است که همزمان با باز کردن تنگی میترال میتواند پیش آید اما از این خطر می شود تا حدی جلوگیری نمود . Bailey پیشنهاد می کند در هنگامیکه جراح با انجشت داخل قلب و برای مثال عمل کمیسور تومنی را انجام میدهد بیهوشی دهنده میتواند با یک دست بر روی سرخرگ سبات فشار داده و از راندن شیئی بطرف بالا (مغز) جلوگیری بعمل آورد .

۹- اختلالات در ریتم قلب که گاهی تا مرحله ایستادن قلب پیش می رود .

چهارم - دیگر از اختلالاتی که ممکن است بوجود آید ورم ششی است .

Bailey در ۱۰۰۴ مورد از استنوز میترال در گذشتگان را بر ابر ۸/۱ گزارش داد . از طرف او خاطر نشان ساخت که در ۶۵ مورد از گروه ۴ این مرگ و میر به ۱۵٪ افزایش

در ۷۲ موردی که کمیسورها بطور غیر کامل باز شده بود نتیجه عمل بشرح زیر بود :

در ۳۶ مورد کمیسور جلوئی بطور کامل و قسمتی از کمیسور عقبی باز شده بود .

در ۲۷ مورد کمیسور عقبی بطور کامل و قسمتی از کمیسور جلوئی باز شده بود .

در ۳ مورد قسمتی از هر یک از دو کمیسور باز شده بود .

در ۴ مورد فقط کمیسور جلوئی باز شده بود .

و در ۲ مورد فقط کمیسور عقبی باز شده بود .

عوارض عمل جراحی و مرگ و میر ناشی از آن گاهی اوقات عمل بر طرف کردن تنگی میترال خالی از اشکال نبوده در هنگام عمل ممکن است ایجاد عوارضی بنماید که ذیلا بچند مورد از آن اشاره می شود :

اول - خونریزی در هنگام پارگی دیواره دهلیز ، که خود یکی از خطرناکترین عوارض در هنگام عمل است .

در گزارشی راجع به ۵۳۵ عمل استنوز میترال که انجام شده در ۷۷ مورد از این خونریزی خطرناک (یعنی ۱/۳٪ بمارانش نام می برد حتی در دو نوبت موفق به جلوگیری از خونریزی نشده است .

Bailey گزارش می دهد که در ۴/۵٪ بمارانی که بعلت تنگی میترال عمل کرده پارگی دیواره دهلیز پیش آمده است .

پاره شدن دیواره دهلیز بیشتر ممکن است بعلل زیر باشد :

۱- در مواردی که انجشت بهزحمت و با فشار داخل دهلیز راند شود .

۲- در مواردی که گوش چپ قلب بهم چروکیده ، کوچک و یا بطرف عقب قرار گرفته و دخول انجشت داخل دهلیز را مشکل می کند .

۳- فشار زیاد در هنگامی که انجشت داخل قلب است .

۴- گاهی اوقات دیواره دهلیز حالتی را داشته که ممکن است نزد پاره شود در این صورت بهتر است که انجشت دوم تا آخر بند بطور کامل داخل دهلیز شود .

نوع پاره شدن در قسمت پائین گوش قلب و دیواره دهلیز بر حسب نوع و جهت فشاری که بآن وارد می شود ممکن است در جهات م- تلف صورت گیرد ، پاره شدن دیواره دهلیز اکثرا در جهات سولکوس کورناریوس Sulcus coronarius و در حقیقت در محلی

است که سرخرگ اکلیلی چرخی A. Coronaria circomflexa شاخه ای به دیواره گوش قلب می فرستد و این همان محلی است که اپیکاراد Epicard به دیواره دهلیز میرسد و یک منطقه حد

مطالعه قرار میدهیم که دسته اول را بیماران مریبوط به مرکز تحقیقاتی دانشگاههای بلژیک (مرکب از دانشکدههای پزشکی دانشگاههای Bruxelles, Louvain, Liege, Gand) تشکیل میدهند و در گروه دوم بررسی مختصری از بیمارانی که در مرکز قلب دانشگاه لون بعلت نارسائی در یچه میترال مورد عمل کمیسور تومنی قرار گرفته‌اند بعمل آمده است.

گروه اول مریبوط به مرکز تحقیقاتی دانشگاههای بلژیک: تعداد بیمارانی که در این مرکز از زانویه ۱۹۵۲ تا ۱۹۶۲ مورد عمل کمیسور تومنی میترال در قلب بسته قرار گرفته‌اند برابر با ۶۸۹ نفر میباشد.

عمل بازکردن کمیسورها در بیماران فوق وسیله‌انگشت یا باوسایل بازکننده (مثل تابس و چاقوی بروک) بر حسب نوع بافت‌های در یچه قلب انجام پذیرفت. در بیماران مذکور نارسائی در یچه میترال اکثراً بصورت تنگی در یچه و در عده‌ای هم همراه با گشادی در یچه بود.

همانطوریکه در بالا اشاره شده مجموعاً ۶۸۹ نفر مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند که از این عده ۴۷ نفر شان در هنگام عمل و یا بالا فاصله در روزهای بعد از آن در گذشته‌اند. بنابراین پورسانثار مرگ و میر قبل از سال ۱۹۶۲ برابر با ۸/۶٪ است و در پنج سال اول یعنی برای سالهای ۵۶-۵۲ برابر با ۱۰/۸٪ در مورد ۲۲۱ بیمار، و در پنج سال آخر یعنی برای سالهای ۶۱-۵۷ برابر ۴۶ مورد ۱/۹٪ در مورد ۶۱ بیمار است. عمل معمولی بین بیماران عبارت بود از:

- آمبولی مغزی ۱۷ نفر
- نارسائی قلبی گشادی در یچه ۱۰ نفر
- عوارض مریبوط به عمل جراحی ۶ نفر
- اختلالات در ریتم قلب، ایستادن قلب ۲ نفر
- بیماریهای عفونی ۲ نفر
- آمبولی ریوی ۱ نفر
- کلایپس گردش خون ۱ نفر
- علل ناشناخته ۸ نفر

از تعداد بیماران مذکور ۴۶۲ نفر یعنی ۹۳٪ شفا یافته‌اند و ۵۴۱ نفر یعنی ۸٪ خود را به بیمارستان معرفی کرده و ۱۰۱ نفر از آنها مراجعه نکرده ولی میدانیم که زنده هستند. در تمام این بیماران آزمایشات رادیو گرافی، الکتروکاردیو گرام، نیز انجام گرفته و در ۹۶ بیمار توانستیم پس از پنج میان سال بعد از عمل سندقلبی گذاشته آزمایشات لازم را انجام دهیم. از ۵۲۱ بیمار عمل شده که مورد بررسی قرار گرفته بودند بیشتر بین نکات توجه شده است:

یافته است. Harken در باره ۱۰۰۰ بیمار مبتلا به استنوز میترال که عمل شده‌اند در گروه سه مرگ و میر برابر با ۲/۷٪ و در گروه ۴ برابر با ۲/۷٪ گزارش میدهد. Herbst که ۵۹٪ از کمیسور تومنی‌های خود را وسیله اسبابهای بازکننده انجام داده مرگ و میر بیماران خود را برابر با ۶٪ در مجموع گزارش میدهد بعقیده او ما وقتی میتوانیم یک عمل کمیسور تومنی را موقیت‌آمیز بدانیم که از دیاباد و تجمع خون در دهلیز چپ و گردش خون شی ببرطرف شده و در نتیجه فشار بطن راست و رگهای ریوی نقصان یافته‌ویا بکلی برطرف گردیده باشد. تنگی یا استنوز مجدد: استنوز مجدد در یچه میترال پس از یک عمل کمیسور تومنی از عواملی است که در سالهای پس از عمل ممکن است پیش آید. جدول زیر نظریه چند نفر از جراحان قلب را در این باره نشان میدهد.

نام جراح	مجموع بیماران	تعداد استنوز مجدد	فاصله عمل تا عود	تبهای روماتیسمی
Ch. Bailey	۳۰۰	%۳۰	۵-۳ سال	%۵
V.O Bjork	۱۳۷	%۵	۵-۳ سال	۴ مورد
R.Froment	۵۵۰	%۳/۷	۸-۱ سال	۲ مورد
D.E Harken	۱۰۰۰	%۷/۸	۴-۲ سال	%۱۷
W. Irmer	۱۰۰۰	%۳	۵-۳ سال	۸ مورد
J. Kudasz	۱۲۰۰	%۱/۸	۵-۲ سال	۲ مورد
P. Soulie	۲۶۰	%۱۲	۷-۲ سال	۱۳ مورد
P. Wood	۷۵۰	%۱۶	۵-۳ سال	به ندرت

Wood در بین بیماران خود فاصله بین عمل و استنوز مجدد را بین ۵-۳ سال تخمین می‌زند و معتقد است که پس از این مدت سالانه ۱٪ بر تعداد تنگی میترال اضافه میگردد.

Zenker معتقد است که در ۸۰٪ بیماران مبتلا به تنگی میترال عوارض ناشی از آن، پس از عمل ناراحتی‌های موجود، یک درجه تخفیف حاصل میکند یعنی تنگی میترال درجه سه به درجه دو تخفیف پیدا مینماید.

Soulie و همکارانش از ۲۶۰ استنوز میترالی را که عمل کرده بودند در باره استنوز مجدد نتایج زیر را گزارش میدهند:

- در سال ۱۹۵۷ تعداد استنوز مجدد برابر بود با ۹ مورد.
- در سال ۱۹۵۸ تعداد استنوز مجدد برابر بود با ۱۶ مورد.
- در سال ۱۹۵۹ تعداد استنوز مجدد برابر بود با ۲۴ مورد.
- در سال ۱۹۶۰ تعداد استنوز مجدد برابر بود با ۳۱ مورد.

تجربیات شخصی در مورد کمیسور تومنی میترال و عمل مرگ کی بیماران در اینجا دو گروه از بیماران عمل شده را بطور مختصر مورد

در ۳۵ مورد یعنی ۴/۶٪ حالت نارسائی مجدد در یچه میترال ملاحظه گردیده است :

عامل دیگر موربدبررسی، سن بیماران بود که میتوان آنرا بطور کلی چنین تقسیم بندی نمود :

۴۲/۷	۳۹-۳۰ سالگی
۴۴/۱	۴۹-۴۰ سالگی
۱۵/۷	۲۹-۲۰ سالگی
۴۷/۴	در کمتر از ۲۰ یا بیشتر از ۵۰

از نظر جنسی ۷۰٪ از بیماران زن و ۳۰٪ مرد بودند . با توجه باین پویانثاث ملاحظه میگردد که تعداد زن‌های مبتلا به نارسائی میترال به مراتب بیشتر از مرد ها میباشد . در این صورت مجموع نتایج عمل را در بین زن و مرد در چند دل نزیر خلاصه میکنیم :

نتیجه عمل	مرد حا٪	زن حا٪
خوب	۳۲/۷	۵۱/۱
متوسط	۱۸/۲	۱۹/۴
تشدید یافته	۶/۹	۳/۵
مرگ دیررس	۱۵/۶	۱۲/۶
مرگ در اثر عمل جراحی	۱۱/۹	۷/۸
عمل مجدد	۹/۴	۵/۳

اکنون به گزارش کوتاهی در مورد ۳۵۱ مريض عمل شده بعلت نارسائی در یچه میترال در مرکز قلب دانشگاه لون میپردازیم . از سال ۱۹۵۱ تا ۱۹۶۹ در مرکز قلب دانشگاه لون تعداد ۳۵۱ مريض را بعلت نارسائی در یچه میترال مورد عمل کمیسور توهمی قرار دادیم . از این عده ۲۵۵ نفر (۷۲/۷٪) زن و ۶۶ نفر (۲۷/۳٪) مرد بودند . این بیماران همگی قبل از عمل در بخش کاردیولوژی کلینیک ما مورد آزمایش‌های لازم قبل از عمل قرار گرفته و پس از آن به بخش جراحی منتقل عمل منتقل شدند .

از این عده تعداد ۱۸ نفر در هنگام یا چند روز بعد از عمل مرده‌اند بنابراین پویانثاث در گذشتگان برابر با ۱/۵٪ میباشد . علت مرگ این عده و عوارض موجود را میتوان چنین خلاصه نمود :

عوارض اصلی که منجر به مرگ ۱۸ نفر از بیماران گردید: ۳ نفر بعلل عوارض در حین عمل و ۱۵ نفر بعلل عوارض بعد از عمل

نتیجه کلی عمل جراحی .

۲- تأثیر بعضی از فاکتورهای قبل از عمل بر روی این نتایج مثل سن ، جنس ، ریتم قلب ، آمبولیهای قبل از عمل ، نتیجه آزمایشات قلب و قفسه سینه ، نارسائی در یچه میترال (گشادی در یچه) ، آهکی شدن در یچهها و ارزش‌های همودینامیک .

۳- توجه به تغییرات بعد از عمل مثل آمبولیهای محیطی ، ریتم قلبی ، آزمایشات مربوط به قلب و قفسه سینه ، الکتروکاردیوگرام ، فنوکاردیوگرام و ارزش‌های همودینامیک .

۴- نارسائی مجدد در یچه میترال . با بررسی نتیجه آزمایشات پس از عمل و بر حسب فعالیتهاي جسمی میتوان این بیماران را به ۴ گروه تقسیم بندی نمود :

گروه ۱ : بیمارانی که فعالیت جسمی ندارند همچنین در آنها علائمی هم مشاهده نمیگردند .

گروه ۲ : فعالیت جسمی در این بیماران سبک و همراه با استراحت است درصورتیکه فعالیتهاي عادي زندگی زیاد شود عوارض در کار قلب مشاهده خواهد شد .

گروه ۳ : محدود کردن فعالیتهاي فیزیکی بیشتر از گروه دوم است حتی درهور کارهای ساده عوارضی در قلب ظاهر میگردد .

گروه ۴ : در این بیماران امکان فعالیتهاي فیزیکی خیلی کم است و نارسائی قلبی حتی در موقع استراحت وجود دارد . با استفاده از نتایج فوق میتوان این بیماران عمل شده را به دسته خوب ، متوسط ، بد تقسیم کرد .

الف - نتایج را وقتی خوب میدانیم در صورتیکه بهتر شدن در حد یک گروه باشد یا بهتر بگوئیم بهتر شدن از یک گروه به گروه دیگر . بعضی از آنها را خیلی خوب می نامیم مثلا در مورد بیمارانیکه قبل از عمل ناراحتی‌های شدیدی داشته ولي بعد از آن میتوانند نسبتاً خوب کار کنند .

ب - آن دسته از بیماران را متوسط می نامیم که بعد از عمل جراحی در هنگام معاينه وضع مزاجی آنها تغییر فاحشی نداشته باشد .

ج - نتیجه بد در موقعی است که منجر به مرگ بیمار میگردد . درهور ۵۴۱ مريض جراحی شده نتایج زیر حاصل شده است:

خوب و خیلی خوب ۲۸۸ نفر پویانثاث ۵۳/۲٪

متوسط ۱۰۹ نفر » ۲۰/۱٪

بد ۱۰۹ نفر » ۲۰/۱٪

بیمارانی که حالشان بدشده ۳۲۵ نفر » ۵۱/۹٪

۷۷۹ نفر نیز از این عده در گذشته‌اند . (۱۴/۲٪)

در گذشته اند.

بار دچار حمله قلبی و تاکیکاردي شد شماه بعد حملات قلبی دیگری با ضربان شدید نبض برابر با ۱۸۰ مرتبه در دقیقه بروز کرد بعلاوه نفس تنگی پیش رونده که حتی هنگام استراحت و خواب وی را آزار میداد. در این هنگام مریض برای اولین بار به پیش از خانوادگی خود مراجعه کرد. در آنونه ۱۹۵۸ تنگی در یچه میترال تشخیص داده شد و مریض تحت معالجه قرار گرفت.

ناراحتی های بیمار بصورت نفس تنگی و ضربان شدید قلب بطوری بود که دیگر فرمیتوانست کارهای خانه را برایتی انجام دهد. بالا رفتن از پله برایش مشکل وایجاد نفس تنگی شدیدی مینمود علاوه بر این ۳ - ۴ مرتبه در هفته دچار حمله های تاکی کاردی و تاکی کاردی حمله ای میشد و در پایه ایش مخصوصاً هنگام شب ملاحظه میگردید. معاینات بعدی کار دیولوژی وجود تنگی میترال درجه ۲ را تائید کرد. معالجه داروئی باز پیش غذائی بدون نمک شروع شد در کنترل بعدی فشار خون ۹۰/۱۴۰ و فشار مرکزی سیاهرگی CVD نسبتاً معمولی و نبض به ۸۰ دفعه در دقیقه رسید.

عمل کمیسوروتومی در ۱۰/۵۹ با موفقیت انجام پذیرفت در موقع عمل بزرگی سطح در یچه میترال برابر با ۱/۸ سانتی متر مربع بود

پس از عمل ناراحتی های قلبی بر طرف گردید بطوریکه مریض مجددآ زندگی عادی خود را بازیافت. وی پس از آن نیز تحت کنترل قرار گرفت.

در ۶۹/۴/۲۴ خانم V.M. بمنظور معاینه و معالجه در بخش کار دیولوژی بیمارستان مابستری گردید. علت آن نفس تنگی شدید، درد و سوزش در ناحیه قلب، ادم استخوانهای قوزک پا، بزرگی کبد و بالاخره نتیجه آزمایشات کار دیولوژی وجود یک تنگی مجدد یا گشادی در یچه میترال را تایید میکرد که با یک نارسائی قلبی *Decompensation Cardiaque* همراه بود.

اول معالجه داروئی بامرأقت و کنترل شدید انجام پذیرفت و وضع بیمار را تاحدی بهبود بخشید. آزمایشات بعدی قلب باکاتد، وجود افزایش فشار شریان ربوی *Pulmonaire Hypertension* را نشان میداد. واین خود دلیل بر آنست که معالجات داروئی فقط برای مدتی کوتاه میتواند ثمر بخش باشد و حتی هر آن ممکن است عوارض و خیمتری برای مریض پیش آید. لذا تصمیم گرفته شد که مریض پس از آمادگی مورد عمل و تمویض در یچه قرار گیرد.

۱ - عوارض هنگام عمل : همانطوریکه قبل اشاره شد یکی از خطرناکترین عوارض هنگام عمل پارگی و درنتیجه خونریزی دیواره دهلیز است. Prochazka پورسانثراز این پیش آمد خطرناک را در بین بیماران عمل شده اش ۱/۳ و Bailey آنرا ۴/۵ گزارش میدهد.

در کلینیک ما در بین ۳۵۱ بیمار عمل شده در ۳ مورد پارگی دیواره دهلیز رخ داد یعنی پورسانثراز برابر با ۸/۸۵ % بود و از این سه مورد در دو بیمار خونریزی بقدرتی شدید بود که منجر به مرگ بیمار گردید. مورد دیگری که در هنگام عمل سبب مرگ بیمار شد ایستادن قلب بود.

۲ - عوارض بعد از عمل : عواملی که پس از کمیسوروتومی باعث مرگ بیماران شد عبارت بود از :

۱ - آمبولی : ۵ نفر (آمبولی ریسوی ۴ نفر و آمبولی مغزی ۱ نفر).

۲ - سندروم پس از عمل کمیسوروتومی ۶ نفر بعلل : خونریزی، شوک، عوارض مریبوط به عمل جراحی، انفارکتوس، فلچ نیمه چپ بدن، ترمبوس در دهلیز چپ، ترمبوس عروق شکمی وغیره.

۳ - ذاتالریه، ورم پرده های جنب چرکی ۲ نفر.

۴ - نارسائی های تنفسی مثلا در موقع دادن بیش از حد تر کیبات مرین وغیره ۲ نفر.

گذشته از این، در شش مورد بعلت وجود ترمبوس (Thrombus) در دهلیز چپ مجبور شدیم که در هنگام عمل از دستگاه قلب و شش مصنوعی استفاده نمائیم. در این بیماران پس از برداشتن ترمبوس عمل کمیسوروتومی در قلب باز انجام گرفت. از این عده چهار نفر بطور کامل شفا یافته و در دو مورد بعلت خونریزی و شوک منجر به مرگ گردید. عمل کمیسوروتومی در این دسته از بیماران بصور تهای Digital، چاقوی *Tubbs Brock* یعنی بر حسب نوع بافت و تغییرات موجود در در یچه میترال انجام پذیرفت.

بنی مناسبت نیست اگر بمنظور بررسی در وضع بیماران عمل شده وایجاد تنگی مجدد در آنهاست که عمل کمیسوروتومی انجام گرفته، یک مورد از این بیماران را مورد مطالعه قرار دهیم:

خانم V.M. متولد ۱۹۱۴/۱۲/۲۴ در بلژیک شماره پرونده در مرکز قلب دانشگاه لون ۱۷۵۸ در سن پانزده سالگی بیتلبا به روماتیسم و درد مفاصل گردید در سال ۱۹۵۷ برای اولین

جان دهها انسان را از خطرات ناشی اذنارسائی های آن نجات بخشند. البته بررسی ها و تحقیقات درمانی قلب بهمین جا خاتمه نیافته بلکه دانشمندان در صدد هستند شکلات موجود را نیز بر طرف سازند. در این راه با وجود مشکلات فراوان، اهمیت همکاری دسته جمعی و تیمی در جراحی قلب بیشتر نمایان میگردد.

هم اனطوریکه ملاحظه گردید درین عده ای از بیماران ما و یا در مراحل دیگر جراح مجبور میشود ضمن عمل از دستگاه قلب و شش مصنوعی استفاده نماید یا به گفته استادم درا (Derra) در هر کلینیک جراحی قلب و قبل از هر عمل باید دستگاه E.K.Z و حتی دریچه های مصنوعی آماده باشد تا در صورت لزوم بتوان فوراً از دستگاه مزبور بمنظور توسعه عمل و تعویض دریچه ها استفاده نمود.

بیمار مزبور پس از معاینات و معالجات لازم در سپتامبر ۱۹۶۹ به کمک دستگاه قلب و شش مصنوعی مورد عمل و در نتیجه تعویض دریچه قرار گرفت و بدین ترتیب دریچه میترال که در اثر تغییرات مرضی قادر به انجام کار خود نبود برداشته شد و یک دریچه مصنوعی جایگزین آن گردید.

بنابراین حدفاصل بین دو عمل یعنی از کمیسوروتومی (سال ۱۹۵۸) تا تعویض دریچه (۱۹۶۹) بالغ بردوازده سال میگردد و لی با بررسی دروضع سایر بیماران پس از عمل میتوان وجود استنوز مجدد را درین پنج تا هشتین سال پس از کمیسوروتومی تخمین زد.

نتیجه : آنچه مسلم است جراحی دریچه میترال در سالهای اخیر پیشرفت های زیادی نموده و جراحان قلب توانسته اند بدینوسیله

REFERENCES

1. Frencz, C. et al. Circulation, 9, 161, 1954.
2. Day, H. F. Lancet, 1, 1144, 1932.
3. Donnelly, H. H. J. A. M. A., 82, 318, 1924.
4. Bernstein, A. Amer. J. Cardiol., 2, 102, 1958.
5. Klinner, W. Forum cardiologicum 11, Chirurgie An Offenen Herzen Boehringer Mannheim, 1968.
6. Bower, U. Ibid.
7. Barcia, A. et al. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 37, 632, 1962.
8. Saegesser, M. Chir. Therap., 7, 329, 1963.
9. Brunschweiler, H. Thoraxchir., 4, 266, 1956.
10. Knothe, W. Thoraxchir., 15, 292, 1957.
11. Prochazka, N. Thoraxchir., 6, 17, 1958.
12. Bailey, C. P. Surgery of the heart Lea Febiger Pub. Co , Philadelphia, 1955.
13. Swan, W. K et al., Thoraxchir., 27, 96, 1954.
14. Morris, J. D. Ann. Surg., 145, 404, 1957.
15. Bailey, V. Thoraxchir., 3, 268, 1955.
16. Harken, L. Ibid.
17. Herbst, M. Ibid. 6, 465, 1958
18. Loogen, J. Ibid. 10, 180, 1963.
19. Zenker, H. Ibid. 15, 292, 1957.
20. Derra, B. Intra--Und Postoperative Zwischenfalle. G. T. Verlag, 1967.