

نکاتی از ازدیاد فشار ورید باب در ایران

دکتر احمد فاسفی*

مجله نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۴ ، صفحه ۱۳۵۲، ۳۳۷

معلول عوامل متعدد میباشند و در حقیقت بیماری کبدی و ازدیاد فشار ورید باب تواناً سبب بروز این عوارض میگردد.

علت ازدیاد فشار ورید باب :

دو دسته از بیماریها میتوانند فشار ورید باب را بالا برند:

۱- بیماریهای کبدی

۲- بیماریهای عروق خونی خارج کبدی

۱- بیماریهای داخل کبدی

سیروز پورتال (الکلیک - غذائی - Laennec's)

سیروز پست نکروتیک

سیروز صفر اوی

هپاتیت الکلیک

سرطان کبد

شیستوزوما

بیماری فیبروز وریدی

فیبروز کبدی مادرزادی

بیماریهای کبدی

۹۰٪ اوقات سبب ازدیاد فشار ورید باب میشوند.

۲- بیماریهای خارج کبدی

الف: بیماریهایی که ورید باب را مسدود میکنند

آترزی مادرزادی و یا استئنوز ورید باب

ترمبوز که در نتیجه عفونت و یا ضربه بوجود می آید

تنفسی شکل ورید باب بصورت کادرن

فشار از خارج که بعلت تومورها بوجود می آید،

ب: بسته شدن وریدهای هپاتیک

Budd. Chiari

سندرم

«یکی از مشکلات بزرگ در ایران درمان بیمارانی است»

«که مبتلا به ازدیاد فشار ورید باب میباشند، مشاهدات ما»

«در سالهای ۱۳۳۸-۱۳۵۰ نشان داده است که قریب»

«به ۹۰٪-۸۵٪ این بیماران مبتلا بسیروز هستند»

«ترمبوز ورید باب و شاخهای آن ۱۵٪-۱۰٪ بیماران»

«را تشکیل میدهد . چون عوارض این بیماری غالباً»

«مهلك بوده و محتاج به تدابير درمانی خاصی میباشد»

«در این مقاله سعی شده است که روش کار، طرز تشخیص»

«و اصول تداوی را به تفصیل ذکر کرده و نتایج تجربی»

«آنرا بالاخص برای آن عده از پزشکان که در اقصی»

«نقاط کشور خدمت میکنند و تقریباً امکانات زیادی»

«جهت مداوای این قبیل بیماران ندارند مشروح آیینه»

«نمایند».

فشار خون در ورید باب برابر با ۱۴۰-۱۰۰ میلیمتر آب است

(۷-۱۰ میلیمتر جیوه). ازدیاد فشار ورید باب وقتی است که

این فشار بحد ۲۵۰ میلیمتر آب و یا بیشتر برسد، درصورتی که

فشار ورید اجوف طبیعی باشد. بعبارت دیگر چنانچه مانع در

مسیر خون ورید اجوف نباشد و اختلاف فشار دو ورید در حدود

۱۵ میلیمتر آب باشد آنوقت ازدیاد فشار ورید باب وجود دارد

و باید علت آنرا جستجو کرد. عموماً بیماریهای کبد خصوصاً

سیروز مولد این سندرم میباشد و چون در ایران بیماری سیروز

به حد وفور دیده میشود (۱) بنابراین مطالعه درباره این کیفیت حائز

اهمیت بسزایی است، زیرا بالا رفتن فشار ورید باب عوارض

خطرناکی را ایجاد می کند که در بسیاری از موارد موجب هلاکت

ناگهانی بیمار می شود. واریس مری و هیپراسپلنتیسم عوارضی

هستند که مستقیماً در نتیجه بالارفتن فشار ورید باب ایجاد میشوند،

در حالی که آسیت، اغماء کبدی، اولسر معده و از کارافتادن کلیدها

* بیمارستان ابن سينا، دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

بیشتر بعلت تورم، ترمبووز، نئوپلازی و یا فیبروز آن‌ها بوجود می‌آید.

علت واقعی این کیفیت بررسی معلوم نیست و نتیجه آن کبد بسیار بزرگ و آسیب زیاد می‌باشد. این بیماری با عمل پورتوکاو Side-to-Side درمان می‌شود.

فیزیوپاتولوژی ازدیاد فشار ورید باب در نتیجه سیروز. انهدام و از بین رفتن سلولهای کبد منجر به تشکیل فیبروز و ندولهای تازه می‌گردد که وضع ساختمان کبد را بهم می‌زنند. نتیجه این بی‌نظمی و اختلال در بافت کبد اینست که عروق داخل کبدی فشرده شده و اعوجاج پیدا می‌کنند. در این میان شاخه‌ای وریدهای کبدی که جدارشان نازکتر است از همه بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند و بالنتیجه انسدادی در جریان خون کبد که بخارج جریان دارد ایجاد می‌شود، این انسداد را انسداد پست سینوزوئیدال Post sinusoidal می‌گویند که در اشکال معمولی سیروزدیده می‌شود. بر اثر این بسته شدن، فشار داخل سینوزوئیدهای کبد بالا می‌رود که متعاقب آن فشار خون ورید باب نیز افزایش پیدا می‌کند و حجم خون ورید باب کاهش می‌یابد. در مواد پیش‌فرنخ خون ورید باب بعقب بر می‌گردد یعنی در حقیقت پس میزند و تغذیه پارانشیم کبد بهده شریان کبدی واگذار می‌شود. یکی دیگر از نتایج بهم ریختن بافت کبد، از بین رفتن ارتباط عروق داخل کبدی است. بدین ترتیب اتصال شاخه‌های ورید باب با شریان کبدی و نیز با شاخه‌های ورید کبدی H-Vein از بین می‌رود و نتیجه آن ایجاد شانتهای شریانی وریدی است که فشار خون ورید باب را بالا می‌برد، بعلاوه ایجاد این شانت‌ها خون را از پارانشیم کبد منحرف و تغذیه سلولهای سلولهای کبد را مختلف می‌کند. برای جبران این کمبود حجم خون در شریان کبدی افزایش می‌باید و تغذیه قسمت اعظم سلولهای کبد بهده شریان کبدی محول می‌گردد. افزایش فشار در ورید باب سبب افزایش عروق فرعی و اتصال این عروق با عروق سیستم وریدی بدن (سیستم اجوف) می‌شود. در نتیجه بالا رفتن فشار در وریدها و گشاد شدن آنهوازی ایجاد می‌گردد و بعلاوه طحال بزرگ می‌شود. مهمنترین عروق فرعی، عروق زیر مخاطی لوله مری و قسمت فوقانی معده و وریدهای اطراف ناف و جدار شکم می‌باشند. پاره شدن واریس مری خونریزیهای شدید ایجاد می‌کند که غالباً منجر به مرگ بیمار می‌شود.

پریکاردیت Constrictive

از میان بیماریهای کبد، سیروز پورتال توأم با الكلیسم مزمن در ممالک فرانسو-آمریکا زیاد دیده می‌شود. سیروز پست نکروتیک که متعاقب هپاتیت ویروسی بوجود می‌آید از همه شایع‌تر است و شاید مخصوصاً در ایران سوء تغذیه و کمبود پروتئین را نیز بتوان علل مساعد کننده سیروزها بشمار آورد. آمار دکتر آرمین (۱) نشان میدهد که باتفاقهای كالبدشکافی ۴۳۸۹ بیمار که از سال ۱۳۳۸ تا سال ۱۳۴۷ در بخش آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی جمع آوری شده، ۱۳۴ مورد سیروز پس از نکروز و ۱۲ مورد سیروز صفر اولی، ۶ مورد سیروز پس از هپاتیت و دو مورد سیروز قلبی بوده‌اند و نکته مهم اینکه از ۰۹۰ مورد سیروز پورتال، حدود ۳۷ درصد آن با واریس مری و ۱۳ درصد با خزم معده همراه بوده است. آمار Hunt (۲) در انگلستان نشان میدهد از ۲۱۸ بیمار مبتلا بسیروز، ۹۶ مورد سیروز ایدیوپاتیک (تیپ Laennec)، ۴۵ مورد متعاقب عفو نت، ۲۷ مورد الكلیک، ۱۵ مورد بر اثر فقر پرتوئین، ۱۶ مورد سیروز صفر اولی، ۶ مورد نتیجه ارسنیک، ۵ مورد سیروز سیفیلیسی و ۳ مورد سیروز کاردیاک بوده‌اند و نیز آمار نگارنده (۴) نشان میدهد که ۳۰٪ بیماران مبتلا بازدیاد فشار ورید باب دچار واریس مری بوده‌اند. سیر تکاملی بیماری سیروز بسیار بطئی است، بنابراین بیمارانی که دچار ازدیاد فشار ورید باب می‌شوند، غالباً در سنین ۶۰-۵۰ سال می‌باشند. بشرطی آماری که نگارنده در سال ۱۹۷۰ به کنگره بین‌المللی جراحان ارائه نمود، در ایران حد متوسط سن اشخاص مبتلا به ازدیاد فشار ورید باب بین ۲۰-۴۰ سال بوده است. بیماریهای خارج کبدی که باعث بسته شدن ورید باب و بالارفتن فشار آن می‌شوند از همه مهمنتر ترمبووز ورید باب است. عفونت بندناو در ایام طفولیت غالباً علت آنست، ولی گاهی علت آن معلوم نیست. آترزی مادرزادی ورید باب و تومورهایی که غالباً از خارج بدورید باب فشار آورده و سبب بالارفتن فشار داخل آن می‌گردند بسیار نادر است. ازدیاد فشار ورید باب خارج کبدی غالباً در بچگی و یا ابتدای بلوغ ایجاد می‌شود و این بیماران غالباً دارای کبد سالمی هستند، وضع جسمانی آنها خوبست و معمولاً عوارض ازدیاد فشار و عمل جراحی را خوب تحمل می‌کنند. بسته شدن وریدهای کبدی Hepatic veins (در کتابهای تشریح فرانسه‌زبان بهورید کبدی، ورید فوق کبدی می‌گویند Vein sushepatique) سندرم Budd-Chiary را بوجود می‌آورد، بسته شدن این وریدها

در اینحال کافی است که به سه سؤال، جواب مثبت بدheim:

۱- آیا بیمار دچار بیماری سیروز است؟

۲- آیا بیمار دچار ازدیاد فشار ورید باب و واریس مری است؟

۳- آیا منشاء خونریزی از واریس است؟

برای روشن شدن مطلب باید بمراتب زیر توجه کرد.

الف - شرح حال و معاینه بیمار: سابقه ابتلاء به ذردی، الکلیسم، هپاتیت، خونریزی بشکل هماهنگ و ملنا، آسیت و ادم و اختلالات روانی و نبودن علامت اولسر معده و اثنتی عشر تقریباً تشخیص سیروز رامسیجول می‌کند و بعلاوه در معاینه مشاهده می‌شود که این بیماران غالباً دچار هپانو اسپلنومگالی می‌باشند.

وریدهای فرعی در زین جدار شکممان مشاهده می‌شود، عضلاتشان لاغر شده، آسیت، ذردی و علامت عصبی از قبیل لرزش دست دارند.

بدیهی است تمام این علامت کلاسیک را نمیتوان در بیمار پیدا کرد.

ب- آزمایش‌های خون-آزمایش‌هایی که از بیماران جام می‌شود بقرار

زیر است:

فورمول خون، شمارش گلبولی، همو گلوین، هماتوکریت و کراس مج Cross match، تست‌های کبدی، برم سفالین، پروترومبین، بیلی روین، فسفاتاز الکالین، آلبومین، گلبولین، تیمول، سفالین، فلوكولاسیون و ترانس آمیناز.

او ره، الکتروولیتها CO_2 .

از میان آزمایش‌های کبد B.S.P، پروترومبین و بیلی روین سرم

از همه مهمتر می‌باشد. سایر تست‌های کبد غالباً در سیروزها

طبیعی است.

پ- ازفاگوگاسترسکوپی: بتازگی از فاگوسکوپها را از ماده فیبروپیشنه بطوری درست کرده‌اند که کاملاً خم شده و به شکلی در می‌آید و همین امر این معاینه را بر بالین بیمار و در اطاق او را از سهل و آسان کرده است. میتوان گفت که بهترین وسیله برای

تشخیص محل خونریزی است. اگر معده دچار گاستریت و یا

اولر باشد میتوان به سهولت آنرا دید. بدیهی است قبل از گذراندن

لوله گاسترسکوپ باید لوله نسبتاً کلفتی بداخل معده وارد

کرد و خونهای داخل معده را با سرم فیزیولوژی سرد شسته شود.

ت- رادیوگرافی از لوله مری و معده: غالباً تصور می‌شود که رادیوگرافی باماude حاجب ممکن است خونریزی را تشدید کند

و یا اینکه در زمان خونریزی امکان تشخیص ضایعات بعلت وجود

لختهای زیاد خیلی کم است، ولی در عمل ثابت شده است که

اماude حاجب، خونریزی را تشدید نمی‌کند و بعلاوه با شستشوی

معده امکان دیدن ضایعات زیاد است. همینقدر که بیمار از حال

شوك خارج شد و وضع عمومی بیمار نسبتاً رضایت بخش گردید

عالانم - علائمی که مستقیماً در نتیجه از دیاد فشار ورید باب و عروق فرعی آن ایجاد می‌شوند واریس مری و هیپر اسپلنسیم می‌باشد. آسیت علامت شاخص و مستقیم از دیاد فشار ورید باب نیست بلکه بعلت بسته شدن ورید کبدی و بالارفتن فشار داخل کبد که بیشتر بعلت سیروز ایجاد می‌گردد درست می‌شود. بالارفتن فشار داخل کبد ترشح المدسترون و احتیاط نمک را بوجود می‌آورد که در حقیقت ایندو از عوامل اصلی ایجاد آسیت می‌باشد. ترشح زیاد لنف نیز متعاقب بالارفتن فشار داخل کبد ایجاد می‌شود که اینها مجموعاً سبب ترشح مابع آسیت از سطح کبد و خصوصاً ناف کبد بداخل فضای صفاق می‌گردند.

بزرگی طحال غالباً در ازدیاد فشار ورید باب وجود دارد. زمانی طحال خیلی بزرگ و وقتی کوچک است و در حقیقت نسبت مستقیمی بین زیادی فشار ورید باب و بزرگی طحال نیست.

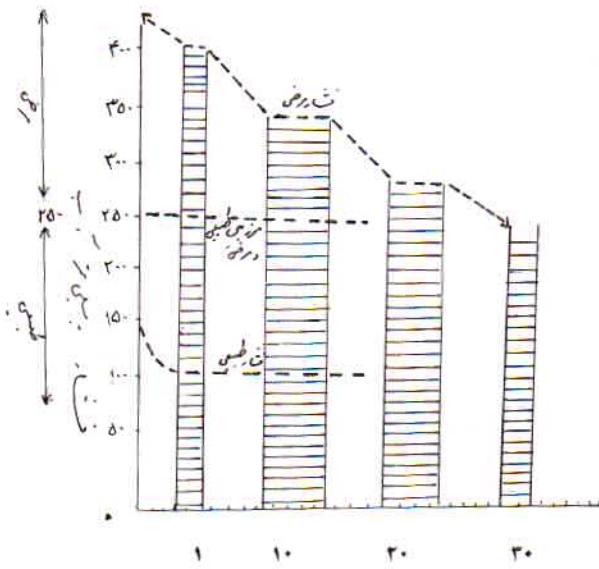
چون واریس مری از میان این علامت حائز اهمیت بیشماری است در اینجا به تفصیل از آن ذکر خواهد شد.

واریس مری - از هرچهار بیماری که مبتلا بسیروز بوده و بعلت خونریزی برای اولین بار به بیمارستان مراجعه می‌کنند سه نفر از آنها حتماً فوت می‌شوند. آمار جدید نشان میدهد که مرگ فوری متعاقب خونریزی واریس مری به ۷۳٪ درصد رسیده است(۶).

از این مطلب، این نتیجه حاصل می‌شود که درمان فوری خونریزی واریس مری مهمترین و شاخص ترین مبحث درمان از دیاد فشار ورید باب را تشکیل میدهد. عواملی که باعث پاره شدن واریس مری می‌گردد معلوم نیست. شاید برگشت عصین معده بداخل لوله مری ایجاد زخم و خونریزی بنماید، ولی در آزمایش‌های ازفاگوگوپی و آسیب‌شناسی مخاط لوله مری افزایشی به نسبت ۱/۲۰ دیده شده است. بعلاوه این بیماران دچار آکلریدری معده می‌باشند. بیمارانی را که بعلت واریس مری در مدت دوازده سال در بخش جراحی بیمارستان این سینا بستری بوده‌اند تحت مطالعه قرارداده ایم، بنظر هم‌رسد که مهمترین عامل پاره شدن واریس، بالا بودن فشار ورید باب باشد یعنی در حقیقت عوامل تنفسی و محیط زیست تأثیری در پاره شدن واریس ندارند. بیمارانی که مبتلا به واریس مری و معده بوده و خونریزی می‌کنند فشار ورید باب آنها خیلی بالاتر از بیمارانی است که واریس دارند ولی خونریزی نکرده‌اند. در بیمارانی که بما مراجعه کرده‌اند بالاترین فشار ۴۰ میلی متر و پائین ترین آن ۲۹۰ میلی متر بوده است.

تشخیص خونریزی واریس مری - این مطلب دارای اهمیت زیادی است، زیرا غالباً خونریزی‌هایی قسمت فوقانی جهازه‌اضمه عال مختلف دارند و پزشک گیج می‌شود که هماهنگ یامننا و یاتوأم آندو معلول چه علته است؟

از این راه میتوان باندازه فشار ورید باب پی برد . در مدت دوازده سال، بیش از سیصد اسپلنوبورتو گرافی در بخش رادیولوژی بیمارستان ابن سینا انجام داده ایم و در هیچ زمان از محل سوزن، خونریزی که منجر بعمل جراحی شود نداشته ایم (۷).



شکل ۱- فشار عرضی در ۳۶ بیمار عمل شده (اسپلنومانو تمری)

ج - آرتربو گرافی : در بیمارانی که قبل از طحال برداری شده اند مورد استعمال دارد . باین ترتیب که از راه شریان سلیاک فمورال سوند نازک و بلندی وارد آنوت نموده و آنرا تا شریان سلیاک بالامیبر ند و در آنجا ماده حاجب را تزریق می کنند . پس از مدت کمی ماده حاجب از شریانها گذشته وارد شاخه های ورید باب وبالا خواهد بود . بدینه این آزمایش ضرور نمیباشد .

کنترل خونریزی بوسیله لوله Blackmore - در مواد یکه وسائل تشخیص کافی وجود ندارد میتوان لوله Blackmore را بر قرار نمود . چنانچه خونریزی بندآمد بطور یقین محل خونریزی اذواریس مری است و در $\frac{3}{4}$ موارد وسیله تشخیص مطمئنی است . چون در اکثر بیمارستانهای کشور کافی وسائل تشخیص محل خونریزی وجود ندارد، صلاح است هر بیمارستان تعدادی از این نوع لوله را داشته باشد ، زیرا بکرات دیده شده که وجود این وسیله باعث نجات بیماران گردیده است . اکنون باین شرح حال توجه فرمائید :

خانم ز-ح، ۲۴ ساله، بعلت هما تمز و ملنای شدید در تاریخ ۵۲/۲/۴ بسته بود . بیمار چهل و هشت ساعت است که خونریزی شدید دارد و مقدار زیادی خون به او تزریق شده است . ملتحمه چشم سفید رنگ، پوست و ناخنها سفید و بیمار در یک حالت استرس

رادیو گرافی از معده و لوله مری انجام میشود . صلاح است که پزشک معالج نیز در تمام مدت عکس برداری بر بالین بیمار حضور داشته باشد و تغذیه بیمار از راه داخل ورید بطور مداوم انجام گیرد . آمار نشان میدهد که فقط در ۶۰-۵۰ درصد موارد واریس مری بوسیله عکس برداری تشخیص داده میشود ، ولی بتجربه ثابت شده است که یک رادیولوژیست متبحر میتواند واریس مری را در زمان رادیوسکوپی در ۹۰-۶۰ درصد اوقات تشخیص دهد .

ث - اندازه گیری فشار ورید فوق کبدی H. vein : طریقه ای که فشار ورید کبدی و غیر مستقیم فشار ورید باب را در داخل کبد میتوان اندازه گیری کرد ، اینست که از راه ورید بازوئی و یا ورید فمورال یک سوند بلند پلاستیکی را وارد قلب، دهیم راست و ورید اچوف تختانی و بالاخره ورید فوق کبدی می کنند . نوک سوند بداخل یکی از وریدهای فرعی وارد میشود که در آنجا فشار داخل سینوزوئید با آن انتقال می یابد . ارتقاب فشار ورید کبد و ورید باب غالباً به نسبت مستقیم میباشد، باین معنی که فشار در سیر وریدها فشار داخل سینوزوئید و پشت سینوزوئید بالا میرود . این فشار به لوله ای که بالا فصله بعد از سینوزوئید در داخل ورید کبدی قرار دارد منتقل شده و بدینوسیله بطور غیرمستقیم میتوان فشار ورید باب را اندازه گیری کرد واگر فشار ورید باب بالا باشد، حتماً فشار ورید کبدی نیز بالا است و بالعکس .

چنانچه هر اتب پنج گانه فوق بدرستی انجام گیرد، در ۹۵ درصد موارد تشخیص واریس ممکن و همه اینکارها را میتوان در بخش اورژانس یاد رمانگاه در مدت ۶ ساعت انجام داد . بدینه است که در اغلب شهرستانها و روستاهای کشور این وسائل وجود نداردویا میسر نیست، بنابراین تشخیص را مشکل می کند . بهتر است در آنجا از راه معاینه و شرح حال دقیق بیمار، به تشخیص رسید . دیده شده است که غالب این بیماران طحال بزرگ دارند و اینکه طحال کبد نیز بزرگ است، ساقه خونریزی زیر پوستی شکم آنها بزرگ است، در این موارد میتوان تشخیص احتمالی واریس را داد و درمان فوری را شروع کرد .

ج - اسپلنوبورتو گرافی و اسپلنومانو تمری: در حقیقت این آزمایش برای تشخیص فوری واریس خون دهنده واجب نیست ولی از نظر اطلاع از وضع عروق فرعی و همو دینامیک، یعنی حجم خونی که به کبد وارد می شود مفید است، وبالاخره وسیله ای است که جهت انتخاب بیماران برای عمل جراحی پورتو کاو باید انجام گیرد . در بیمارانی که مبتلا باشد از خارج کبدی ورید باب میباشد محل انسداد عروق فرعی را بوضوح نشان میدهد . اسپلنومانو تمری نیز در زمان اسپلنوبورتو گرافی انجام میشود .

کرد و بتدریج حالت عمومی او بهتر گردید و پس از سه هفته از بیمارستان مرخص شد. روز چهاردهم رادیو گرافی از لوله مری و معده بعمل آمد، بیمار دچار واریس شدید مری و زخم معده توام است. بود. بیمار دو ماه پس از تحریص معاینه شد، خونریزی نداشته است. در تشخیص افتراقی در خونریزی قسمت فوقانی جهاز هاضمه نزد بیماران مبتلا بسیروز علاوه بر واریس مری شش بیماری دیگر را نیز باید در نظر گرفت.

۱- اولسر معده، ۲- اولسر اثنتی عشر، ۳- گاسکریت های خون دهنده که خبلی شایع هستند، ۴- سرطان معده، ۵- فتق هیاتوس ۶- سندرم Mallory-Weiss که نادر میباشد.

بديهی است با رادیو گرافی و گاستروسکوپی میتوان بهولت این بیماریها را تشخیص داد. باید در نظر داشت که در ۲۵ درصد بیماران سیروتیک غیر از واریس مری بیماریهای دیگری نیز وجود دارند که خونریزی می کنند و در کمتر از ۰.۱ درصد موارد، واریس مری با سایر بیماریهای خون دهنده توأم میباشد.

درمان فوری- میتوان درمان فوری خونریزی واریس مری را در سه قسمت تشریح کرد.

جدول ۱- اصول تداوی فوری در خونریزی واریس مری

درمان جراحی	درمان طبی	درماننهای عمومی
- لیگاتور واریس	- گذاشتن لوله Blackmore	- ترمیم حجم خون
- پورتوکاو	- قریق ماده هیبو قیز خلفی	- جلوگیری از اگامه
- اعمال دیگر	- هبپو قرمی	- جلوگیری از آنکالوز
	- جبران هیبو کالمی	- جبران هیبو کالمی

۱- درمانهای عمومی فوری: غالباً خود خونریزی از واریس مری در اشخاص سیروتیک باعث مرگ بیمار نمیشود بلکه عدم تحمل کبد، ناتوانی کلیه ها و عفونت، پیشتر سبب فوت بیمار میشوند. با وجودی که کنترل خونریزی در درجه اول اهمیت قرار دارد معذل ک درمان بیماری اصلی به نجات بیمار کمک زیادی خواهد کرد. بنابراین لازم است اصول زیر رعایت شود:

الف- ترمیم حجم خون: بیماران مبتلا بسیروز که ازواریس مری خونریزی میکنند غالباً دچار ترمبوسیتوپنی توأم با اختلال عوامل منعقد کننده میباشند. بنابراین باید سعی نمود که خون تازه با نهاده تزریق شود، یعنی خونی که از دوازده ساعت پیشتر نماده باشد. دوکانول نسبتاً کلفت بداخل رگهای هردو دست وارد کرده و با فشار پمپ خون وارد بدن بیمار می کنیم. باید دانست علاوه بر اختلال فاکتورهای انعقادی گلوبولهای قرمز خون بیماران سیروتیک از لحاظ ماده ای با اسم ۲/۳ Diphosphoglyceric acid

و اضطراب و بیقراری است. در معاینه فیزیکی بر روی شکم اثر یک شکاف جراحی در ناحیه بالای ناف از آپاندیس گزینه شکم است. تا ناف دیده نمیشود و بیمار اظهار میدارد که پانزده سال قبل نیز دچار هماهنگ و ملنا بوده و طحال برداری شده است. در فاصله پانزده سال بعد از عمل هیچ نوع ناراحتی نداشته است. لوب چپ کبد بزرگ و در شکم مقدار کمی آسیت وجود دارد. فشار خون ۵/۵، صدای های قلب و ریه طبیعی است. در کف دست و پا عالمی بسته نمیشود. بیمار بطور متناوب خونریزی شدید میکند. با کبد بزرگ وجود آسیت و سابقه طحال برداری تشخیص احتمالی واریس مری داده شد و اقدام به برقاری لوله Blackmore از سوم خونریزی شدیدی کرد که با تزریق خون موقعتاً بند آمد. روز چهارم لوله Blackmore در پشت صفحه رادیوسکوپی تلویزیون کاملاً جایجا گردید زیرا مشاهده شد که با تمام مرافقت لوله بداخل معده لنز یده است و باید دانست که اگر لوله لغزش پیدا کند اثر فشار باللون معده بر روی وریدهای ناحیه کار دیبا که قسمت اعظم خونریزی از آنجاست از بین میزود و مجدداً بیمار دچار خونریزی می شود. بدینجهت لوله در جای خود کاملاً مستقر گردید و مدت یک هفته در جای خود باقی ماند و با بدلalon نهاده روز کنترل میگردد.

روز هفتم ابتدا باد بالون معده و سپس باد بالون مری خالی شدند و در همین حال مدت بیست و چهار ساعت لوله در جای خود باقی ماند. پس از اطمینان از بند آمدن خونریزی در روز هشتم لوله کاملاً برداشته شد و در تمام این مدت هشت روز بیمار از رام لوله تنفسی میشد. شیر سرد و مایعات سرد بساو داده شد و مقدار ۴ گرم نئومایسین هر دوازده ساعت از راه لوله بداخل معده تزریق میگردد. در تاریخ ۱۱/۵/۲ آزمایش های خون بیمار از این قرار بوده است: همو گلوبین ۷ گرم، هماتوکریت ۲۰ درصد، گلوبولهای قرمز ۱۴۴۰۰/۴۸۰/۰۰۰ و گلوبولهای سفید ۱۴۴۰۰/۰۰۰ و نورموبلاست ۳/۰ Mono E.O ۱۵ لنسیو، اورده خون ۱۰/۰۳ گرم در لیتر و قند خون ۶۰ سانتی گرم در لیتر و قند خون ۱۰/۰۳ گرم در لیتر. چند بار خونریزی شدید باعث شد که تصمیم به عمل پورتوکاو فوری گرفته شود ولی تحت نظر قرار دادن بیمار و کنترل لوله و تزریق پنجاه شیشه خون به میزان دوازده لیتر و نیم بالاخره خونریزی بند آمد. ناگفته نماند که بیمار در روزهای چهارم و پنجم دچار آسیت شدیدی گردید که با کم کردن مایعات تزریقی و تجویز کمی دی اورتیک و اسپیرولاکتون دیورز بر قرار گردید. بیمار از روز هشتم به بعد شروع به تندیمه و حرکت

مثانه .

۲- اندازه گیری فشار ورید من کزی با برقراری کاتتر از راه ورید بازویی بداخیل ورید اجوف فوکانی .

۳- اندازه گیری هما توکریت و جمع آوری خونهایی که از راه لوله معده بخارج شستشو داده میشود .

۲- درمان طبی فوری: درمانهای طبی بسه طریق انجام میگیرد :

- برقرار کردن لوله Blackmore

- تزریق عصاره هیپو فیز خلفی .

- هیپوتونی لوله مری و معده .

در حالی که هر کدام از این عوامل به تنها ی میتوانند از خونریزی واریس مری جلوگیری کنند ولی در حقیقت نسبت مرگ و میر را در این بیماران تغییر نداده اند .

۱- برقرار کردن لوله Blackmore : بهترین وسیله برای بند آوردن خونریزی واریس مری است . در سال ۱۹۳۰، بوسیله Blackmore, Seng و بعداً در سال ۱۹۴۵ Blackhal staken جهت اینکار مورد استعمال قرار گرفت . هم اکنون در اغلب ممالک دنیا و تقریباً همه بیمارستانها گذاشتن این لوله بداخیل لوله مری و معده برای جلوگیری از خونریزی بشکل استاندارد در آمده است . بدون شک این یک وسیله مفیدی است که جان عده زیادی از بیماران را از مرگ حتمی و فوری نجات میبخشد . با وجود این دیده شده است که وقتی باد باللونهای لوله را خالی نموده و لوله را خارج می کنیم ، مجددآ خونریزی شروع میشود . بعلاوه عوارضی پس از گذاشتن لوله ممکن است بروز نماید مانند سوراخ شدن لوله مری ، در آمدن و گیر کردن لوله در ناحیه حلق و ایجاد خفگی و پنومونی در نتیجه از داشتن مقداری از مواد داخل دهان و حلق بداخیل ریدهایا .

بدین ترتیب استعمال این لوله باید با مرآقبت زیاد توأم باشد . طرز برقراری لوله - ابتدا حلق بیمار را با محلول گریلوکائین ۴٪ کاملاً بیحس میکنیم و سپس لوله را که قبلاً آزمایش کرده ایم از راه سوراخ بینی با هستکی وارد حلق و پس لوله مری و معده می کنیم . پس از اطمینان از ورود لوله بداخیل معده قدری از مواد معده را می کشیم و ممکن است از این راه معده را با محلول سرم فیزیولوژی سرد یخ دار شته و بدهیم . سپس مقدار ۴۰cc هوا از راه لوله ای که به باد کنک معده منتهی میشود وارد نموده و لوله را با هستکی بطرف بیرون میکشم تاوقتی که باد کنک معده در ناحیه کاردیا ثابت شود ، سپس باد کنک ناحیه مری را از ۸۰cc هوا پر نموده و لوله را بدین ترتیب با یک نوار چسب بناهی صورت درحال کشیده ثابت می کنیم . چون حرکات دودی که در

که باعث جدادشدن اکسیژن از همو گلوبین میشود و نفوذ آن را بداخیل انساج بدن تسهیل میکند ، فقیر است . بنابراین تجویز خون تازه از لحاظ جبران کمبود اکسیژن انساج توصیه میشود .

ب - جلوگیری از اغماء کبدی: انسفالوپاتی متعاقب خونریزی از واریس مری در نتیجه مقدار ذیسادی آمونیاک است که از راه عرقی فرعی و یا کولاترالها بداخیل سیستم وریدی بدن وارد شده و از آنجا به مغز میرود و سلو لهای مغز را تحت تأثیر قرار میدهد . بنابراین باکتریهای مولد آمونیاک را در روده باید ازین برد و بعلاوه هرچه سریعتر مقدار خونی را که در معده و اعماء وجود دارد خارج کرد . برای اینکار لوله ای از راه بینی بداخیل معده وارد میکنیم و معده را با سرم فیزیولوژی خیلی سرد یامخلوط با تکه های یخ میشوئیم ، ۴ گرم نشومایسین از راه لوله وارد معده کرده و چند بار در روز با آب نشومایسین دار تتفیه می کنیم (۴ گرم برای هر لیتر) . لوله معده هیچ وقت واریس را پاره نمی کند بنابراین از اولین کارهایی است که باید انجام گیرد . گواینکه از نظر تئوری موادی مانند آرژینین و گلو تامات سدیم ، آمونیاک خون را خنثی می کنند ولی در عمل نتیجه قابل توجهی از تجویز آنها گرفته نشده است .

پ - تقویت کبد : تجویز سرم گلوکزه هیپرتونیک توأم با ویتامین B.C.K. جایز است . تجویز سدیم صلاح نیست زیرا بیماران سیروتیک غالباً دچار احتباس نمک و آب میباشند .

ت - جلوگیری از آلکالوز متابولیک و جبران هیپو کالمی : اغلب بیماران سیروتیک که مبتلا به خونریزی میشوند دچار عارضه هیپو کالمی و آلکالوز متابولیک نیز میگردند . ذیانهای آلکالوز متابولیک پتر تیپ عبارتند از :

۱- از تجزیه اکسی همو گلوبین جلوگیری می کند و بدین ترتیب مانع رسیدن اکسیژن کافی بانساج بدن میگردد .

۲- توأم با هیپو کالمی باعث ایجاد آریتمی قلب می شود .

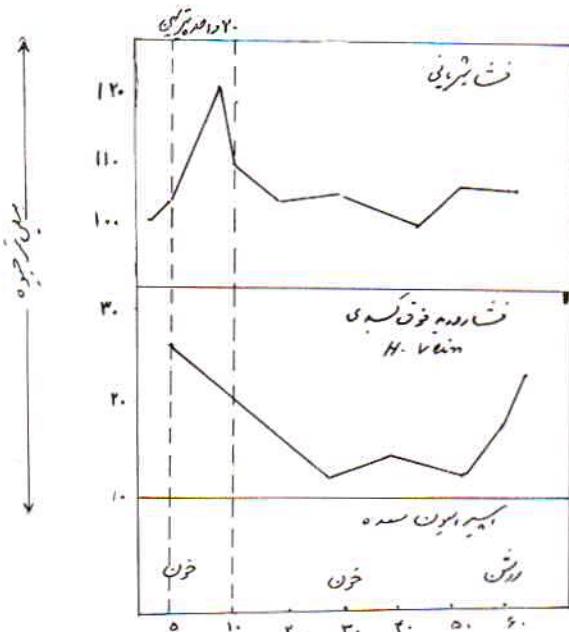
۳- باعث افزایش سمیت آمونیاک و نفوذ بیشتر آن بداخیل سلو لهای مغز میگردد .

۴- سبب پائین افتادن یون کلسیم در انساج خارج سلو لهی گشته و بالنتیجه ایجاد تنانی مینماید .

بادر نظر گرفتن مواد فوق لازم است بمحض اینکه بیمار وارد بیمارستان شد کلرور و دپٹاس بمقدار کافی در داخل سرم و یا کلرور آمونیوم و یا هیدرو کلرات آرژینین تجویز نمود . چندین روز هر روز بمقدار ۴۰ میلی اکی والان باید به تجویز پتابسیم ادامه داد .

ث - موازنیت از اعمال حیاتی بدن .

۱- اندازه گیری دفع ادرار از راه برقراری لوله فولی بداخیل



شکل ۳- تزریق ماده پیترسین (هیپوفیز خلفی) و اثر آن در بالین آوردن فشار ورید فوق کبدی H.vien (فثار ورید باب). Sherlock 1963.

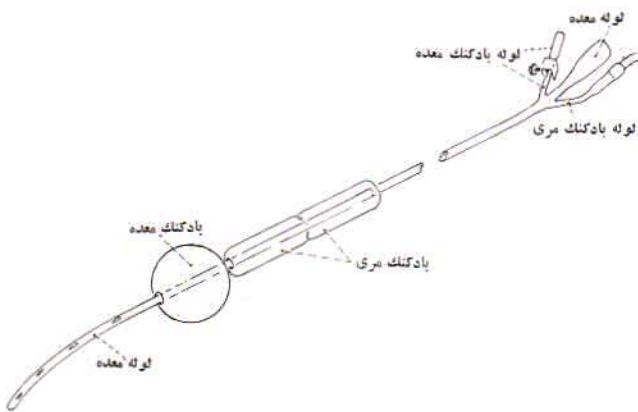
توضیح - پس از تزریق پیترسین فشار شریانی سقوط میکند و همینطور فشار ورید فوق کبدی که برابر فشار ورید باب است پائین میافتد و پس از ۳۰ دقیقه که تأثیر دارو واضح گردید آسپیراسیون معده نشانده است که محتوای آن دیگر خون ندارد وروشن است.

نکته مهم - باید توجه داشت این دارو بزر پوست تزریق نشود زیرا باعث گانگرн پوست وعارضه مهم جدیدی میشود که تحمل آن غالباً برای این نوع بیمار مشکل است.

۳- هیپوترمی - باهیپوترمی ناحیه معده و مری میتوان درجه حرارت معده را تا حد ۱۰-۱۴ سانتیمتر جیوه پائین آورد ووقتی درجه حرارت معده با این حد رسید خاصیت اسیدیته عصیر معده ازین میرود و بعلاوه از حجم خونی که بمعده میآید کاسته میشود . سرد کردن معده با بالنهای که در معده و لوله مری قرار دارد انجام میشود که از این بالنهای مرتباً محلول سرد آب والکل جریان دارد. ما تجربه ای در این مورد نداریم و در رسالات و نوشته های جدید تأکیدی در بکار بردن این روش نشده است . استنباط نگارنده اینست که این طریق تقریباً در همه جا متروک شده است.

۳- درمان جراحی فوری - دستورالعمل استاندارد تاکنون در دنیا این بوده است که با وسائل غیر جراحی ابتدا خونریزی را بند آورده ، سپس با تقویت بیمار در يك زمان مناسب اقدام به عمل جراحی پورتوکا نمود، ولی آمار نشان داده است که با وجود بکار بردن این امکانات نصف و شاید $\frac{2}{3}$ این بیماران میمیرند و فقط ۱۰-۲۰ درصد زنده میمانند.

لوله مری وجود دارد ممکن است لوله را بطرف پائین بکشاند لازم است روز بعد مجدداً کنترل شود، چنانچه لوله بطرف پائین لغزیده است باید آنرا در جای خود ثابت نمود.



شکل ۴- لوله Blackmore

نکته مهم- غالباً با وجود مهارت واطمنان از برقراری لوله صلاح است که زیر صفحه رادیوسکوپی و تلویزیون لوله را کاملاً کنترل نمود وخصوصاً از قرار گرفتن بالون معده در ناحیه کارهای اطمینان حاصل کرد.

لوله را بسا این وضع مدت ۴۸ ساعت نگه میداریم و پس از آن بادکنک ها را خالی کرده ، برای مدت ۲۴ ساعت دیگر لوله را در جای خود باقی میگذاریم، چنانچه پس از آن خونریزی مجدد ایجاد نشد لوله را با استگاه خارج می کنیم . با این طریق ساده مادر طول دوازده سال گذشته توانسته ایم عده زیادی از بیماران را که خونریزی های شدید واریس مری داشته اند از مرگ فوری نجات دهیم .

۲- تزریق عصاره هیپوفیز خلفی : به تجربه ثابت شده است که عصاره هیپوفیز خلفی عروق اسپلانکنیک را منقبض نموده وغیر مستقیم باعث پائین آمدن فشار ورید باب میشود . مقدار وسرعت تزریق آن در کیفیت تأثیر دارو دخالت دارد . معمولاً بیست واحد از دارو را در ۱۵۰ سرم حل نموده در مدت ۲۰ دقیقه بداخل رگ بیمار تزریق می کنیم . اثر دارو فوری است و مدت ۸ ساعت نیز بطول میانجامد . بدینه است انتظار معجزه از آن نباید داشت و لازم است در عین تزریق دارو از سایر امکاناتی که برای بند آوردن خونریزی، از آن ذکر شد نیز مدد خواست. با وجود این چون وسیله ساده است توصیه میشود که در اولین ساعت ورود بیمار به بیمارستان چنانچه خونریزی واریس مری محرز است، تزریق آن فوراً انجام شود .

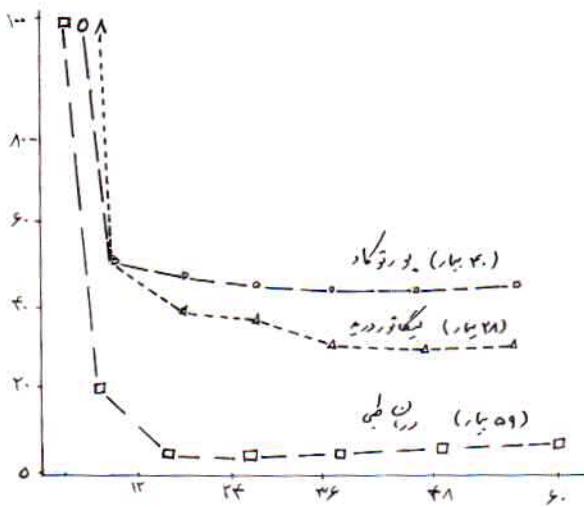
تداوی جراحی فوری و انتخابی در ازدیاد فشار ورید باب

اورژانس	پور تو کاو	لیگاتور	پور تو کاو	انتخابی
۱	۲	۲۲		عده بیماران
-	-	۴		زردی
-	۲	۳۰		آسیت
-	۱	۸		انسالوباتی
%۲۵	%۷	%۱۴		هموگلوبین
۱	۳	۱۱		واریس
۱	۰	۲۳		بیمارانی که سی دوز زنده مانده اند
۱	۰	۷		بیمارانی که پنج سال زنده مانده اند

۳۶ بیمار عمل شده در مرکز پزشکی این سینا.

آمار نشان میدهد که ۵۳% بیماران بعد از عمل پور تو کاوز نده می‌مانند و حال آنکه با لیگاتور واریس مری %۵۴ و با درمانهای طبی فقط ۱۷% زنده می‌مانند. تعداد بیمارانی که تا پنج سال زنده می‌مانند بتر تیپ عبارت است از پور تو کاو اورژانس %۴۳، لیگاتور واریس مری %۲۱ و درمان طبی فقط ۳%. آمار بین‌المللی همچنین نشان میدهد که عده بیماران ۵ ساله در پور تو کاو اورژانس چهارده بار از آنها که ابتدا با درمان طبی درمان شده سپس تحت عمل جراحی پور تو کاو قرار می‌گیرند بیشتر است. بدیهی است بعضی از این بیماران با هیچ طریقه‌ای درمان نمی‌شوند و هنوز ضوابطی که نشان دهد کدام بیمار تحمل عمل را می‌کند و کدام نمی‌کند بوجود نیامده است. بنابراین ثابت شده که جهت درمان فوری خونریزی واریس مری بهترین روش پور تو کاو اورژانس است.

در صد بیهوشی



شکل ۴- تعداد ماههای بعد از بستری شدن بعلت خونریزی بیمارانی که تا ۵ سال زنده مانده اند. Christopher ۱۹۷۲

بنابراین روش جدید اینست که بیمار را در همان ابتدا تحت عمل جراحی قرار داد.

عمل جراحی با دو روش انجام می‌گیرد:

- عمل بستن یا لیگاتور واریس مری و معده.

- شانت پور تو کاو.

۱- لیگاتور واریس مری - دلیل روشی که لیگاتور واریس مری را بهترین روش درمان فوری خونریزی واریس مری میدانند است که با این طریقه میتوان بطوط مطمئن خونریزی را بندآورد، با این حساب که این عمل در مقام مقایسه با عمل پور تو کاو عمل بزرگی نیست. ولی عملاً اینطور نیست زیرا زمان عمل، شوک و ترمومتریسم عمل تقریباً مثل یک عمل پور تو کواست. میتوان گفت با آنکه بستن واریس مری بر درمان طبی رحیحان دارد معدله بین ۳ تا ۵ بیمار در هر ۱۰۰ بیمار می‌باشد. مرگ و میر این عمل ۱۵-۸۶ درصد میباشد. عمل لیگاتور واریس مری از طریق قصه‌صدری، هفتمین فضای بین دندان‌ای چپ، سورت می‌گیرد. بدین ترتیب لوله مری را در ثلث تحتانی بایک شکاف طولی باز نموده و زمانی که واریس‌ها نمودار شدند هر واریس را با نخ کاتکوت کرده و ۰۰ از پائین بیالا و از بالا پائین باروش Continue میدوزیم. اگر واریس‌ها بداخل معده ادامه دارند لازم است قسمت فوقانی معده را نیز باز کرد و واریس‌های معده را نیز با این روش لیگاتور نمود.

۲- شانت پور تو کاو فوری - شانت پور تو کاو تنها روشی است که ازدیاد فشار ورید باب و واریس مری را قطعاً درمان مینماید. اگر از لحاظ تکنیک بدرستی انجام شود برای همیشه واریس مری را دراکتر بیماران ازین خواهد برد. برتری این روش در درمان فوری خونریزی واریس مری اینست که بطوط فوری و برای همیشه خونریزی را درمان مینماید. تنها یک سوال باقی میماند و آن اینست که آیا بیماران سیروتیک میتوانند این عمل فوری را تحمل کنند؟

مقایسه نتایج عمل پور تو کاو اورژانس - لیگاتور واریس مری و درمان طبی در بیماران مبتلا به سیروتیک از واریس مری خونریزی میکنند

درمان طبی	درمان طبی	لیگاتور	پور تو کاو	اورژانس
۵۹	۲۸	(%)۵۷(۲۲)	(%)۵۷(۱۶)	عده بیماران
(%)۴۲(۲۵)	(%)۴۱(۲۴)	(%)۵۰(۱۴)	(%)۴۳(۱۷)	زردی
(%)۲۵(۱۵)	(%)۲۵(۱۵)	(%)۲۵(۷)	(%)۲۰(۸)	آسیت
(%)۷۰(۴۱)	(%)۷۰(۴۱)	(%)۷۱(۲۰)	(%)۷۰(۲۸)	انداده هموگلوبین %۱۱mL
(%)۹۵(۵۶)	(%)۹۵(۵۶)	(%)۱۰۰(۲۸)	(%)۱۰۰(۴۰)	واریس که تشخیص داده شده است
(%)۱۰(۱۰)	(%)۱۰(۱۰)	(%)۱۲(۱۰)	(%)۱۲(۱۵)	بیمارانی که سی دوز پس از درمان
(%)۲۰(۱۷)	(%)۲۰(۱۷)	(%)۲۱(۶)	(%)۲۱(۶)	زنده مانده اند
(%)۱۱(۷)	(%)۱۱(۷)			بیمارانی که پنج سال زنده مانده اند

اسپلنومگالی - چهل درصد خون سیستم ورید باب در طحال جمع میشود . بدینهی است وقتی ازدیاد فشار ورید باب وجود دارد طحال بزرگ میشود . در بیماران سیروتیک طحال بزرگ همراه با آنمی لکوبنی و ترمبوبنی مجموعاً سندرم Banti را بوجود میآورند . بیمار دچار واریس مری است و خونریزی مینماید و بالنتیجه بر شدت کم خونی میافزاید .

نکته مهم - طحال برداری در سیروز و ازدیاد فشار ورید باب واریس مری رادرمان نمی کند در اینحال طحال برداری بایدهمراه با شانت اسپلنورنال باشد . شانت پورتوکاو موقتاً طحال را کوچک میکند ولی هیپراسپلنیسم را بطور کامل از بین نمیرد وصلاح است پس از چندی طحال برداری نیز انجام شود .

۳- اعمال جراحی دیگر: این اعمال عبارتند از عمل Transection، و آن عبارتست از قطع عرضی معده در سه ساقیمتری پائین کار دیبا و دو ختن دوباره آن که باین ترتیب ارتباط عروقی بین شاخهای ورید باب و اجوف ازین میروند . گاهی لیگاتور وریدهای اطراف معده و ناحیه تختانی لوله همراه با عمل Transection انجام میگیرد .

عمل از فاگوگاسترکتومی، اسپلنکتومی تنها و یا بالیگاتور ورید کورونر ، قطع دو سوم از حنای بزرگ معده ، لیگاتور شریان کورونر ، درناژ کانال توراسیک . گرچه این روش ها گاهی در بعضی از بیماران انجام شده و موقفيت هائی نیز داشته است معدلك هبچکدام بعنوان روش انتخابی درمان خونریزی واریس مری به شمار نمی آیند .

REFERENCES:

- ۱- دکتر کمال الدین آرمین - مجله نظام پزشکی، سال اول شماره ۵، آبانماه ۱۳۴۹، ص ۳۶۲
- ۲- دکتر کمال الدین آرمین - مجله نظام پزشکی، سال اول شماره ۵، آبانماه ۱۳۴۹، ص ۳۶۴
- 3- Hunt. A.H. Portal Hypertension. 1958,26-27.
- 4- دکتر ا. فلسفی، درمان جراحی ازدیاد فشار ورید باب. دانشگاه تهران ۱۳۵۱-۲۰.
- 5- SHERLOCK. S. Diseases of the liver and biliary system, 1963-194.
- 6- CHRISTOPHER DAVIS. Text Book of surgery. 1972-1026.
- 7- دکتر ا. فلسفی ، ازدیاد فشار ورید باب ۱۴۴۵ دانشگاه تهران . ص ۵۸-۵۹
- 8- SHERLOCK. S. Diseases of the liver and biliary system. 1963. 205.