همـوبیلـی ضـربـه ای

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۷۷ ، ۲۵۳۶

دکتر احمد اسمعیل‌زاده*

مقدمه : یکی ازعلل خونریزیهای دستگاه گوارش بصورت ملنا، هموبیلی است . بعبـارت دیگر خونریزیهای کبد از راه‌هـای صفرا ولوله گوارش دفع میشود وبصورت ملنا تظاهر می کند که متأسفانه از نظر بالینی کمتر به آن توجه میشود . آزمایش‌های متداول رادیولوژیائی مری ومعده ودوازدهه وترانزیت ولاومان باریته نیز دراینگونه خونریزیها منفی میباشد . تنهاراه‌تشخیص عبارت است از :

۱ـ توجه پزشك بههموبیلی

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

هموبیلی ضربه‌ای عارضه‌ای است نادر بطوریکه در سال ۱۹۶۹ Fékété فقط تعداد ۸۴ مورد آنرا درتاریخچه پزشکی جستجو وگزارش کرد . تمام این۸۴ مورد درنتیجه ضربه‌های بسته‌شکم ایجاد شده وپیش آگاهی آن وخیم و بین ۳۰ـ۴۰٪ مرگ ومیر داشته است (۵).

هموبیلی ضربه‌ای پس از یك‌دوران ۲ـ۴ هفته‌ای به دنبال ضربهٔ باز وغالباً به‌دنبال ضربه‌های بسته ناحیه شکم که همراه باآسیب کبد باشد ، تظاهر مینماید . علت آن تباهی ومرگ بافت کانون مضروب‌وایجاد آنوریسم کاذب کبدهمراه بافیستولهای Arterio-Biliaire و Veino-Biliaire میباشد (۲).

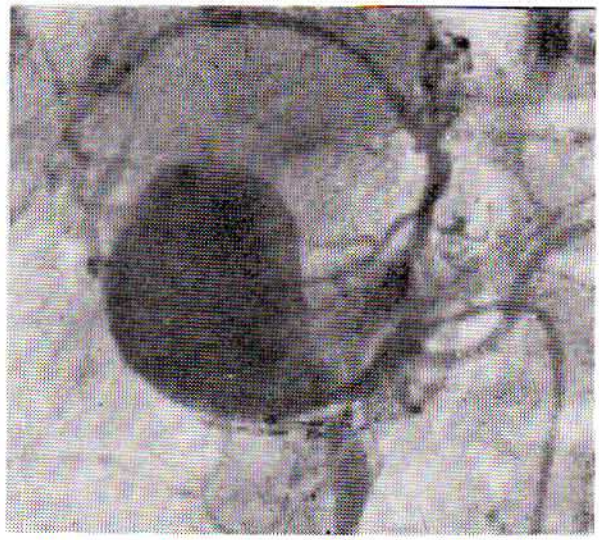
انگیزه اینجـانب از نوشتن این مقـاله تشخیص مثبت هموبیلی باکمك‌آرتریوگرافی سرخرگ کبد وروشن کردن نحوه درمان جراحی آن است که بوسیله بستن «لیگاتور» سرخرگ کبـد انجام پذیرمی‌باشد.

شرح‌حال بیمار : مصدوم جوانی است ۱۷ ساله که بعلت ضربه شدید شکم درحادثه رانندگی فوراً بستری شد . باوجود انجام دادن کارهای‌لازم‌برای نوتوانی« Réanimation» در ۲۴ ساعت نخست نشانه‌هـای کاهش فشار خون ، کم‌خونی ، سفتی و سختی جدار شکم روبشدت وافـزایش بود . ناچار بیمـار تحت عمل جراحی قـرار گـرفت . حفـره شکم پـر از خون بود کـه پس از تخلیه آن ۲ لیتر خون تزریق شد . ضمن‌کاوش پـارگی قسمت میانی‌لب راست کبد بطول۱۰ سانتیمتر وبه عمق۴سانتیمتر با کناره‌های ناهمواروخون‌دهنده جلب‌توجه کرد. بخیه‌بصورتX وتامپونمان انجام شد . حال بیمار تا روز هفتم‌روبه‌بهبود رفت. در آغـاز هفته دوم دردهیپوکندر راست همراه بازردی از نوع انسدادی ، سقوط فشار خون وکاهش مقدار هماتوکریت مشاهده شد. پس‌از۴۸ساعت، خونریزی بصورت ملنا توجه پزشك معالج را بوجود هموبیلی ضربه‌ای جلب‌کرد. آرتریوگرافی انتخابی «سلکتیو» شریان سلیاك نزد بیمار انجام شد . کدورت حجیمی باحدود منظم درفازشریـانی در قسمت مرکزی لب راست کبد مشاهده گشت . بعلاوه کیسه صفرا و مجرای هپـاتوکلدوك بطور همزمان درفاز شریـانی کدرونمایـان گردید (شکل۱) که مؤید وجود آنوریسم کاذب وفیستول «آرتریوبیلیئر» میباشد و عـامل هموبیلی محسوب میگردد .

بیمار تحت عمل جراحی مجدد قـرارگرفت . در قسمت قدامی تحتانی‌دیافراگم راست توده‌ای که حاوی‌خون وصفرا بودوجود داشت ، تخلیه‌شد . بعلت اتساع شدید مجاری صفرا و کیسه‌صفرا

* مرکز پزشکی شاهرضا ، دانشگاه فردوسی ـ مشهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]



شکل ۱

جدار کلدوك باز ومقدارزیادی‌خون‌ولخته‌همراه بامواد صفراوی خارج گردیدوجهت درناژ آن‌لوله Kehr کار گذاشته شد. باکاوش بیشتر، زخم حاصل ازضربه وبخیه‌های کانون مصدوم قابل رؤیت نبود ولی تمام لب راست کبد کدرو زرد مایل بقهوه‌ای بود .

گزارش جراح حاکی است که جهت احتراز از لبکتومی راست وبرای جلوگیری ازخونریزی، شاخه راست سرخرگ کبدبسته شد (لیگاتور). زردی پس از ۱۵ روزبکلی از بین رفت . درد وخونریزی بیمار تکرار نشد .

داده‌های آزمایشگاهی و S.G.O.T. و S.G.P.T. پس‌از ۲ هفته طبیعی بود وبیمار ۱۵ روز پس از عمل جراحی دوم‌مرخص شد.

بحث : از نظر بالینی هموبیلی باسه نشانهٔ زیر مشخص‌میگردد :

۱ــ درد هیپوکندر راست که در آنوریسم کاذب پس از ضربه (Post-Traumatique) فوق‌العاده شدید است ودرفیستولهای عروقی ـ صفراوی شدت کمتری دارد .

۲ــ زردی از نوع انسدادی که علتش خونریزی داخل مجاری صفرا وایجاد لخته میباشد واغلب شدید و دارای خصلت بحرانی است ، بدین معنا که (Par crise) بروز می کند .

۳ــ خونریزی گوارش بصورت ملنا تنها نشانه‌ای است که بعلت ترس وهراس معمولا بیمار را نزد پزشك میکشاند . آزمایش‌های رادیولوژیائی لوله‌گوارش اغلب منفی است ، ولی چنانچه‌پزشك توجه به‌هموبیلی داشته‌باشد وسابقه‌بیمار را از نظر ضربه‌وآسیب کبد بررسی کندباآرتریوگرافی سرخرگ کبد میتوان به‌تشخیص بیماری دست یافت . دراینجا توجه بدونکته اساسی لازم وضرور است .

اولا، چون سرخرگ کبد وبخصوص شاخه لب راست آن در ۴۰٪ موارد از سرخرگ مزانتریك فوقانی منشعب میگردد بنابراین درصورت منفی بودن آرتریوگرافی تنه سلیاك باید در همان جلسه آرتریوگرافی مزانتریك نیز انجام شود .

ثانیاً ، باتوجه به اینکه منشاء هموبیلی ممکن است سیاهرگ‌های کبدباشد بنابراین‌جست وجوی‌رادیولوژیائی محوراسپلنوپورتال باتهیه کلیشه‌های تأخیری جهت بررسی احتمالی وجود فیستول Veino-Biliaire ضرور است وبا این‌شیوه امروزه کمتر احتیاج به انجام اسپلنوپورتوگرافی خواهیم داشت . بدیهی است باتهیه کلیشه‌های همزمان رخ و نیمرخ «Face et profil»، میتوان توپوگرافی ضایعه را برای جراح بهتر مشخص کرد .

تفسیر رادیولوژیائی : چنانچه بایك آنوریسم کاذب ضربه‌ای مواجه باشیم معمولا درفاز شریانی کدورتی کم وبیش وسیع در کبدمشاهده خواهیم نمود(۷) وچنانچه فیستول عروقی‌ـصفراوی ایجاد شده باشد کدورت مجاری صفرا همزمان باکدر شدن سرخرگ‌هاویاسیاهرگ‌هاجلب‌توجه‌مینمایدولی‌مسیرفیستول‌بندرت بطوروضوح مشخص خواهد شد . در این مورد چنانچه آنژیو-گرافی ضمن عمل جراحی‌انجام شود معمولا مسیرومحل فیستول را مشخص می‌سازد . نکته جالب توجه اینکه تظاهرات بالینی هموبیلی معمولا دوره‌ای است «Périodique» یعنی در فواصل حملات حال بیمار خوبست ، زیرا بعلت ایجاد لخته در مجرای هپاتوکلدوك ، زردی ودرد عارض میگردد وبادفع لخته‌وجریان یافتن صفرا وخون معمولا درد وزردی بیمار نیزکاهش‌مییابد(۶). باین‌ترتیب‌آرتریوگرافی سرخرگ کبد نیز بهتراست درمرحله خونریزی «Phase hemorrhagique» انجام شود چه‌بسا درغیر اینصورت بعلت وجود لخته درمجاری صفرا محل ومسیر فیستول وهمچنین مجاری صفرا توسط ماده حاجب‌کدر نشود وتشخیص آرتریوگرافیائی بغلط منفی جلوه کند .

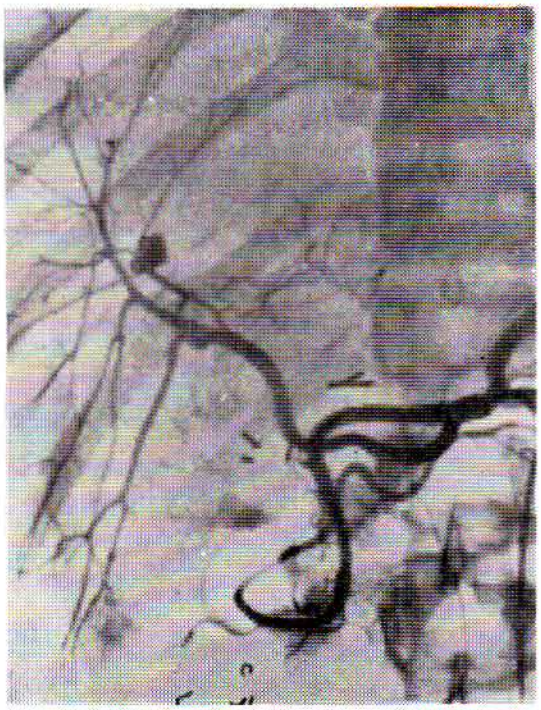
خلاصه :

هموبیلی ضربه‌ای بیماری نادریست و از نظر بالینی بانشانه‌های سه‌گانه، درد ، زردی وخونریزی دستگاه‌گوارش تظاهر نموده و مشخص میگردد . بدیهی است هریك از نشانه‌های بالینی یادشده میتواندتشخیصهای افتراقی‌متعددی‌را مطرح کند.خونریزی‌بصورت ملنا ، تمامی عوارض خونریز دستگاه گوارش را در برمی‌گیرد واز این نظر اغلب برای بیمار درخواست رادیوگرافی مری و معده‌ودوازدهه‌وروده‌هامیشود که‌منفی‌خواهدبود. بعلت‌وجودزردی، بیماریهای متعدد همراه بایرقان مطرح میگردد و یافته‌های آزمایشگاهی ورادیولوژیائی نیز گویای تشخیص مثبت هموبیلی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

نمیباشد . لذا تنها راه تشخیص بررسی رگ‌های کبد قبل از عمل جراحی (۸) ویاکلانژیوگرافی‌ضمن عمل جراحی میباشد .
راه‌های درمان متعـدد است . حتی‌المقدور بـاید از برداشتن بخشی از کبد «هپاتکتومی پارسیل» خود داری کرد .
بستن سرخرگ کبد بـه علت تباهی ومرگ بافت آن بطور نادر انجام میشود ولی درموارد خونریزی‌وسیع‌وآسیب شدیدناگزیر بـانجام آن خواهیم بود و تـاکنون نتیجه مطلوب داشته است بطوریکه در ۸۴ مورد هموبیلی‌که Fékété گزارش کرده است در ۹ مورد اجباراً بستن سرخرگ کبد انجام شده ودر ۸ مورد نتیجه مطلوب بوده‌است . Couinaud عقیده داردکه در شرایط فیزیوپـاتولوژیائی زیر میتوان دستگاه شریـانی کبد را حذف نمود (۳):

۱ـ سلولهای‌کبد سالم باشد .
۲ـ کمبود اکسیژنـاسیون اورگانیسم درکار نبـاشد زیرا در اینصورت خون سیاهرگ بـاب میتواند اکسیژنـاسیون کبد را تضمین کند .
۳ـ درناژ دستگاه صفرا بطور طبیعی وصحیح برگزارگردد .
بیمار موردبحث ماجوان ودارای شرایط فوق‌الذکربودوتوانست عمل جـراحی وبستن شریـان لب راست کبد را بطور مطلوب تحمل‌کند . در آزمـایش کنترل (Cœlio-Mesentericques) نشانه‌های‌پیدایش سرخرگ‌های تازهٔ‌کبد (Revascularisation) با منشاء شریان کرونراستوماشیك و مزانتریك فوقانی مشاهده



شکل ۲

شد (۱،۴،۹،۱۰)(شکل ۲). این‌مسئله‌نیز درآرتریوگرافیهای گزارش‌شده توسط Fékété منعکس‌است‌که بعداز بستن‌سرخرگ کبد، به‌سرعت نشانه‌های پیدایش سرخرگ‌های جدیدکبدازمنابع مختلف بخصوص سرخرگ فرنیك ، بین دنده‌ای ، اپیلوئیك و پانکراتیکوو دئودنال انجام شده است.

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., Ligatu[illegible] L'Artere Hepatique. J. Chi 107, 1-2, 7-22, 1972.
5- Fékété, F. Guillet, P[illegible]yer: 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]