

نکاتی از ازدیاد فشار وریدباب 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 وریدباب توأماً سبب بروز این عوارض میگرددند.

علت ازدیاد فشار وریدباب:

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 صفراوی

هپاتیت الکلیک

سرطان کبد

شیستوزوما

بیماری فیبروز وریدی

فیبروز کبدی مادرزادی

بیماریهای کبدی ۹۰٪ اوقات سبب ازدیاد فشار وریدباب میشوند.

۲- بیماریهای خارج کبدی

الف: بیماریهایی که وریدباب را مسدود میکنند

آترزی مادرزادی و یا استنوز ورید باب

ترمبوز که در نتیجه عفونت و یا ضربه بوجود میآید

تغییر شکل وریدباب بصورت کادرن

فشار ازخارج که بعلت تومورها بوجود میآید،

ب: بسته شدن وریدهای هپاتیک

سندرم Budd. Chiari

«یکی از مشکلات بزرگ در ایران درمان بیماری است»
«که مبتلا به ازدیاد فشار وریدباب میباشند، مشاهدات ما»
«در سالهای ۱۳۳۸-۱۳۵۰ نشان داده است که قریب»
«به ۹۰٪ - ۸۵ این بیماران مبتلا بسیروز هستند.»
«ترمبوز وریدباب و شاخه‌های آن ۱۵٪ - ۱۰ بیماران»
«را تشکیل میدهد. چون عوارض این بیماری غالباً»
«مهلك بوده و محتاج به تدابیر درمانی خاصی میباشد»
«در این مقاله سعی شده است که روش کار، طرز تشخیص»
«و اصول مداوی را به تفصیل ذکر کرده و نتایج تجربی»
«آنها بالاخص برای آن عده از پزشکان که در اقصی»
«نقاط کشور خدمت میکنند و تقریباً امکانات زیادی»
«جهت مداوی این قبیل بیماران ندارند مشروحاً بیان»
«نماید.»

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، در صورتی که
فشار ورید اجوف طبیعی باشد. بعبارت دیگر چنانچه مانعی در
مسیر خون ورید اجوف نباشد و اختلاف فشار دو ورید در حدود
۱۵۰ میلیمتر آب باشد آنوقت ازدیاد فشار وریدباب وجود دارد
و باید علت آنرا جستجو کرد. معمولاً بیماریهای کبد خصوصاً
سیروز مولد این سندرم میباشد و چون در ایران بیماری سیروز
بحد 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 هیپراسپلنیزم عوارضی
هستند که مستقیماً در نتیجه بالا رفتن فشار وریدباب ایجاد میشوند،
در حالی که آسیت، اغماء کبدی، اولسر معده و از کار افتادن کلیه‌ها

* بیمارستان ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

پریکاردیت Constrictive

از میان بیماریهای کبد، سیروز پورتال توأم با الکلیسم مزمن در ممالک فرانسه و آمریکا زیاد دیده میشود. سیروز پست نکروتیک که متعاقب هپاتیت و پروسه وجود میآید از همه شایع تر است و شاید مخصوصاً در ایران سوء تغذیه و کمبود پروتئین را نیز بتوان علل مساعد کننده سیروزها بشمار آورد. سیروز صفراوی چه از نوع خارج کبدی و چه داخل کبدی نادرند. آمار دکتر آرمین (۱) نشان میدهد که یافته‌های کالبد شکافی ۴۳۸۹ بیمار که از سال ۱۳۳۸ تا سال ۱۳۴۷ در بخش آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی جمع‌آوری شده، ۱۳۴ مورد سیروز پس از نکروز و ۱۲ مورد سیروز صفراوی، ۶ مورد سیروز پس از هپاتیت و دو مورد سیروز قلبی بوده‌اند و نکته مهم اینکه از ۹۰ مورد سیروز پورتال، حدود ۳۷ درصد آن با واریس مری و ۱۳ درصد با زخم معده همراه بوده‌است. آمار Hunt (۳) در انگلستان نشان میدهد از ۲۱۸ بیمار مبتلا به سیروز، ۹۶ مورد سیروز ایدیوپاتیک (تیب Laennec)، ۴۵ مورد متعاقب عفونت، ۲۷ مورد الکلیک، ۱۵ مورد بر اثر فقر پروتئین، ۱۶ مورد سیروز صفراوی، ۶ مورد نتیجه آرسنیک، ۵ مورد سیروز سیفیلیسی و ۳ مورد سیروز کاردیالک بوده‌اند و نیز آمار نگارنده (۴) نشان میدهد که ۳۰٪ بیماران مبتلا به ازدیاد 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. بر طبق 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 ۴۰-۲۰ سال بوده است. بیماریهای خارج کبدی که باعث بسته شدن ورید باب و بالا رفتن فشار آن میشوند از همه مهمتر ترمبوز ورید باب است. عفونت بندناف در ایام طفولیت غالباً علت آنست، ولی گاهی علت آن معلوم نیست. آترزی مادرزادی ورید باب و تومورهائی که غالباً از خارج به ورید باب فشار آورده و سبب بالا رفتن فشار داخل آن میگردد 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 کتایبهای تشریح فرانسه زبان به ورید کبدی، ورید فوق کبدی میگویند Vein sushepatique). سندرم Budd-Chiary را بوجود می‌آورد، بسته شدن این وریدها

بیشتر بعلت تورم، ترمبوز، نئوپلازی و یا فیروز آن‌ها بوجود می‌آید.

علت واقعی این کیفیت بدرستی معلوم نیست و نتیجه آن کبد بسیار بزرگ و آسیت زیاد میباشد. این بیماری بسا عمل پورتوکاو Side-to-Side درمان میشود.

فیزيوپاتولوژی ازدیاد فشار ورید باب در نتیجه سیروز .

انهدام و از بین رفتن سلولهای کبد منجر به تشکیل فیروز 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 شاخه‌های 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 سیروز دیده میشود. بر اثر این بسته شدن، فشار داخل سینوزوئیدال های کبد بالا میرود که متعاقب آن فشار خون ورید باب نیز افزایش پیدا میکند و حجم خون ورید باب کاهش می‌یابد. در موارد پیشرفته خون ورید باب بعبقبر میگردد یعنی در حقیقت پس میزند و تغذیه پارانشیم کبد بعهده 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 کبد را مختل می‌کند. برای جبران این کمبود حجم خون در شریان کبدی افزایش مییابد و تغذیه قسمت اعظم سلولهای کبد بعهده 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 آنها واریس ایجاد میگردد و بعلاوه طحال بزرگ میشود. مهمترین 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 بمرگ بیمار می‌شود.

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

- 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 ابتلا به زردی، الکلیسم، هپاتیت، خونریزی بشکل هماتمز و ملنا، آسیت و ادم و اختلالات روانی و نبودن علائم اولسر معده و اثنی عشر تقریباً تشخیص سیروز را مسجل می کند و بعلاوه در معاینه مشاهده می شود که این بیماران غالباً دچار هپانواسپلنومگالی میباشند.

وریدهای فرعی در زیر جدار شکمشان مشاهده میشود، عضلاتشان لاغر شده، آسیت، زردی و علائم عصبی از قبیل لرزش دست دارند. بدیهی است تمام این علائم کلاسیک را نمیتوان در بیمار پیدا کرد. ب- آزمایش های خون- آزمایش هایی که از بیماران انجام میشود بقرار زیر است:

فورمول خون، شمارش گلبولی، هموگلوبین، هماتوکریت و کراس میچ Cross match، تست های کبدی، برم سفالین، پروترومبین، بیلی روبین، فسفاتاز الکالین، آللبومین، گلبولین، تیمول، سفالین، فلوکولاسیون و ترانس آمیناز.

اوره، الکترولیت ها و CO_2 .

از میان آزمایش های کبد B.S.P، پروترومبین و بیلی روبین سرم از همه مهمتر میباشند. سایر تست های کبد غالباً در سیروزها طبیعی است.

پ- ازفاگواسکوپ: بتازگی ازفاگواسکوپها را از ماده فیبروشیشه بطوری درست کرده اند که کاملاً خم شده و بهر شکلی درمیآید و همین امر این معاینه را بر بالین بیمار و درطاق اورژانس سهل و آسان کرده است. میتوان گفت که بهترین وسیله برای تشخیص محل خونریزی است. اگر معده دچار گاستریت و یا اولسر باشد میتوان بهسولت آنرا دید. بدیهی است قبل از گذراندن لوله گاستروسکوپ باید لوله نسبتاً کلفتی بداخل معده وارد کرد و خونهای داخل معده را با سرم فیزیولوژی سرد شستشود. ت- رادیوگرافی از لوله مری و معده: غالباً تصور میشود که رادیوگرافی باماده حاجب ممکن است خونریزی را تشدید کند و یا اینکه در زمان خونریزی امکان تشخیص ضایعات بعلت وجود لخته های زیاد خیلی کم است، ولی در عمل ثابت شده است که ماده حاجب، خونریزی را تشدید نمی کند و بعلاوه با شستشوی معده امکان دیدن ضایعات زیاد است. همینقدر که بیمار از حال شوک خارج شد و وضع عمومی بیمار نسبتاً رضایت بخش گردید

علائم - علائمی که مستقیماً در نتیجه ازدیاد فشار ورید باب و عروق فرعی آن ایجاد میشوند واریس مری و هپراسپلنوسم میباشند. آسیت علامت شاخص و مستقیم از دیاد فشار ورید باب نیست بلکه بعلت بسته شدن ورید کبدی و بالا رفتن فشار داخل کبد که بیشتر بعلت سیروز ایجاد میگردد درست میشود. بالا رفتن فشار داخل کبد ترشح الیدسترون و احتباس نمک را بوجود میآورد که در حقیقت ایندو از عوامل اصلی ایجاد آسیت میباشند. ترشح زیاد لنف نیز متعاقب بالا رفتن فشار داخل کبد ایجاد میشود که اینها مجموعاً سبب ترشح مایع آسیت از سطح کبد و خصوصاً ناف کبد بداخل فضای صفاق میگردد.

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.

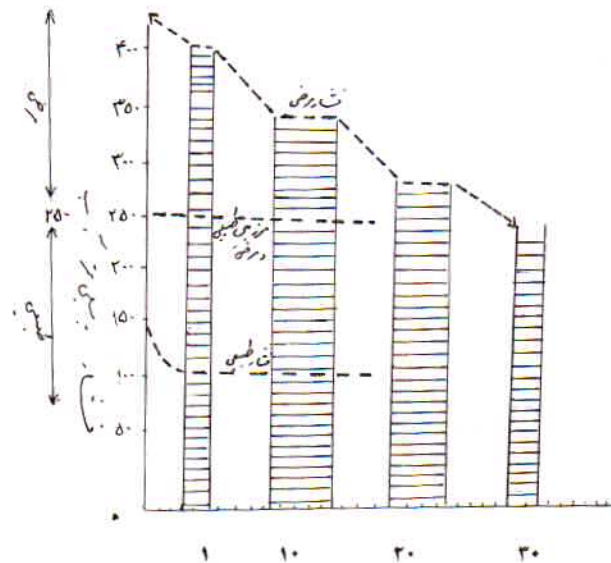
چون واریس مری از میان این علائم حائز اهمیت بشمار می آید در اینجا به تفصیل از آن ذکر خواهد شد.

واریس مری - از هر چهار بیماری که مبتلا بسیروز بوده و بعلت خونریزی برای اولین بار به بیمارستان مراجعه می کنند سه نفر از آنها حتماً فوت می شوند. 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 ازدیاد فشار ورید باب را تشکیل میدهد. عواملی که باعث پاره شدن واریس مری میگردد معلوم نیست. شاید برگشت عصیر معده بداخل لوله مری ایجاد زخم و خونریزی بنماید، ولی در آزمایش های ازفاگواسکوپ و آسپشناسی مخاط لوله مری ازفاژیت به نسبت ۲۰/۱ دیده شده است. بعلاوه این بیماران دچار آکلریدری معده میباشند. بیمارانی را که بعلت واریس مری در مدت دوازده سال در بخش جراحی بیمارستان ابن سینا بستری بوده اند تحت مطالعه قرار داده ایم، بنظر میرسد که مهمترین عامل پاره شدن واریس، بالا بودن فشار ورید باب باشد یعنی در حقیقت عوامل تغذیه و محیط زیست تأثیری در پاره شدن واریس مری ندارند. بیمارانی که مبتلا به واریس مری و معده بوده و خونریزی می کنند فشار ورید باب آنها خیلی بالاتر از بیمارانی است که واریس دارند ولی خونریزی نکرده اند. در بیمارانی که بما مراجعه کرده اند بالاترین فشار ۴۲۰ میلی متر و پائین ترین آن ۲۹۰ میلی متر بوده است.

تشخیص خونریزی واریس مری - این مطلب دارای اهمیت زیادی است، زیرا غالباً خونریزیهای قسمت فوقانی جهاز هاضمه علل مختلف دارند و پزشک گیج میشود که هماتمز یا ملنا یا توم آندو معلول چه علتی است؟

از این راه میتوان با اندازه فشار ورید باب پی برد . در مدت دوازده سال ، بیش از سیصد اسپلنو پورتو 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 مرضی در ۴ بیمار عمل شده (اسپلنوما نوتری)

ج - آرتریوگرافی : در بیمارانی که قبلاً طحال برداری شده اند مورد استعمال دارد . باین ترتیب که از راه شریان فمورال سوند نازک و بلندی وارد آئوت نموده و آنرا تا شریان سلیاک بالامیرند و در آنجا ماده حاجب را تزریق می کنند . پس از مدت کمی ماده حاجب از شریانها گذشته و وارد شاخه های ورید باب و بالاخره کبد میگردد . بدیهی است برای تشخیص فوری واریس مری خون دهنده این آزمایش ضرور نمیباشد .

کنترل خونریزی بوسیله لوله Blackmore - در مواردیکه وسایل تشخیص کافی وجود ندارد میتوان لوله Blackmore را برقرار نمود . چنانچه خونریزی بند آمد بطور یقین محل خونریزی از واریس مری است و در $\frac{3}{4}$ موارد وسیله تشخیص مطمئنی است . چون در اکثر بیمارستانهای کشور وسایل کافی جهت 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 - زح ، ۲۴ ساله ، بعلت هماتمز و ملنای شدید در تاریخ ۴/۲/۵۲ بستری میشود . 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

رادیوگرافی از معده و لوله مری انجام میشود . صلاح است که پزشك 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 يك رادیولوژیست متبحر میتواند واریس مری را در زمان رادیوسکوپی در ۹۰ 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 بازویی و یا ورید فمورال يك سوند بلند پلاستیکی را وارد قلب ، دهلیز راست و ورید اجوف تحتانی و بالاخره ورید فوق کبدی می کنند . نوك سوند بداخل یکی از وریدهای فرعی وارد میشود که در آنجا فشار داخل سینوزوئید بآن انتقال می یابد . ارتباط فشار ورید کبد و ورید باب غالباً به نسبت مستقیم میباشد ، باین معنی که فی المثل در سیروزها فشار داخل سینوزوئید و پشت سینوزوئید بالا میرود . این فشار به لوله ای که بلافاصله بعد از سینوزوئید در داخل ورید کبدی قرار دارد منتقل شده و بدینوسیله بطور غیر مستقیم میتوان فشار ورید باب را اندازه گیری کرد و اگر فشار ورید باب بالا باشد ، حتماً فشار ورید کبدی نیز بالا است و بالعکس .

چنانچه مراتب پنجگانه فوق بدرستی انجام گیرد ، در ۹۵ درصد موارد تشخیص واریس ممکن و همه اینکارها را میتوان در بخش اورژانس یا درمانگاه در مدت ۶ ساعت انجام داد . بدیهی است که در اغلب شهرستانها و روستاهای کشور این وسایل وجود ندارد و یا میسر نیست ، بنابراین تشخیص را مشکل می کند . بهتر است در آنحال از راه معاینه و شرح حال دقیق بیمار ، به تشخیص رسید . دیده شده است که غالب این بیماران طحال بزرگ دارند و احیاناً کبد نیز بزرگ است ، سابقه خونریزی داشته و یا اینکه طحال برداری شده اند و یا وریدهای زیر پوستی شکم آنها بزرگ است ، در این موارد میتوان تشخیص احتمالی واریس را داد و درمان فوری را شروع کرد .

ج - اسپلنو پورتو گرافی و اسپلنوما نوتری : در حقیقت این آزمایش برای تشخیص فوری واریس خون دهنده واجب نیست ولی از نظر اطلاع از وضع عروق فرعی و همودینامیک ، یعنی حجم خونی که به کبد وارد می شود مفید است ، و بالاخره وسیله ایست که جهت انتخاب بیماران برای عمل جراحی پورتو کوا باید انجام گیرد . در بیمارانی که مبتلا بانسداد خارج کبدی ورید باب میباشد محل انسداد و عروق فرعی را بوضوح نشان میدهد . اسپلنوما نوتری نیز در زمان اسپلنو پورتو گرافی انجام میشود .

کرد و بتدریج حالت عمومی او بهتر گردید و پس از سه هفته از بیمارستان مرخص شد. روز چهاردهم رادیوگرافی از لوله مری و معده بعمل آمد، بیمار دچار واریس شدید مری و زخم معده توأم بود. بیمار دو ماه پس از ترخیص 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- اولسرمعده، ۲- اولسراثنی عشر، ۳- گاستریت های خون دهنده که خیلی شایع هستند، ۴- سرطان معده، ۵- فتق هیاتوس ۶- سندرم Mallory-Weiss که نادر میباشد.

بدیهی است با رادیوگرافی و گاستروسکوپی میتوان بهسولت 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 ۱۰ 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

درمانهای عمومی	درمان طبی	درمان جراحی
- ترمیم حجم خون - جلوگیری از اغماء - جلوگیری از آلكالوز - جبران هیپوکالمی	- گذاشتن لوله Blackmore - تزریق ماده هیپوفیز خلفی - هیپوترمی	- لیگاتور واریس - شانت پورتوکاو - اعمال دیگر

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، بیشتر سبب فوت بیمار میشوند. با وجودیکه کنترل خونریزی در درجه اول اهمیت قرار دارد معذک 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 از واریس مری خونریزی میکنند غالباً دچار ترمبوسیتوپنی توأم با اختلال عوامل منعقد کننده میباشد. بنابراین باید سعی نمود که خون تازه با آنها تزریق شود، یعنی خونی که از دوازده ساعت بیشتر نمانده باشد. دوکانول نسبتاً کلفت بداخل رگهای هر دو دست وارد کرده و با فشار پمپ خون وارد بدن بیمار می کنیم. باید دانست علاوه بر اختلال فاکتورهای انعقادی گلبولهای قرمز خون بیماران سیروتیک از لحاظ ماده ای با $2/3$ Diphosphoglyceric acid

و اضطراب و بیقراری است. در معاینه فیزیکی بر روی شکم اثر يك شكاف جراحی در ناحیه بالای ناف از آپاندیس گزیفونید تا ناف دیده میشود و بیمار اظهار میدارد که پانزده سال قبل نیز دچار هماتمز 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 $9/5/5$ ، صداهای قلب و ریبه طبیعی است. در کف دست و پا علائم پوستی دیده 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 برداری لوله Blackmore از راه بینی گردید. لوله مرتباً هر روز کنترل میشد ولی بیمار روز سوم خونریزی شدیدی کرد که با تزریق خون موقتاً بند آمد.

روز چهارم لوله Blackmore در پشت صفحه رادیوسکوپی تلویزیون کاملاً جابجا گردید زیرا مشاهده شد که با تمام مراقبت ها لوله بداخل معده لغزیده است و باید دانست که اگر لوله لغزش پیدا کند اثر فشار بالون معده بر روی وریدهای ناحیه کاردا که قسمت اعظم خونریزی از آنجاست از بین میرود 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 بالون نهار روز کنترل میگردد.

روز هفتم ابتدا با بالون معده و سپس با 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 راه لوله تغذیه میشد. شیر سرد و مایعات سرد بسا داده شد و مقدار ۴ گرم نئوماکسین هر دوازده ساعت از راه لوله بداخل معده تزریق میگردد. در تاریخ $52/2/11$ آزمایش های خون بیمار از این قرار بوده است: هموگلوبین ۷ گرم، هماتوکریت ۲۰ درصد، گلبولهای قرمز $2/480/000$ و گلبولهای سفید 14400 ، پلوی ۳۸، لنفو ۱۵، 3 Mono 0، Eo و نورمو بلاست ۴۴، اوره خون ۶۰ سانتی گرم در لیتر و قند خون $170/3$ 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 برقرار گردید. بیمار از روز هشتم به بعد شروع به تغذیه و حرکت

که باعث جدا شدن اکسیژن از هموگلوبین میشود و نفوذ آنرا بداخل انساج بدن تسهیل میکند، فقیر است. بنابراین تجویز خون تازه از لحاظ جبران کمبود اکسیژن انساج توصیه میشود.

ب - جلو گیری از اغماء کبدی: انسفالوپاتی متعاقب خونریزی از واریس مری در نتیجه مقدار زیادی آمونیاک است که از راه عروق فرعی ویا کولاترالها بداخل سیستم وریدی بدن وارد شده واز آنجا به مغز میرود و سلولهای مغز را تحت تأثیر قرار میدهد. بنابراین باکتریهای مولد آمونیاک را در روده باید از بین برد وبعلاوه هر چه سریعتر مقدار خونی را که در معده و امعاء وجود دارد خارج کرد. برای اینکار لوله ای از راه بینی بداخل معده وارد میکنیم و معده را با سرم فیزیولوژی خیلی سرد یا مخلوط با تکه های یخ میشوئیم ، ۴ گرم نشو ما یسین از راه لوله وارد معده کرده و چند بار در روز با آب نشو ما یسین دار تنقیه می کنیم (۴ گرم برای هر لیتر). لوله معده هیچوقت واریس را پاره نمی کند بنابراین از اولین کارهایی است که باید انجام گیرد. گوا اینکه 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 گلوکز هپروتونیک توأم با ویتامین B.C.K. جایز است. تجویز سدیم صلاح نیست زیرا بیماران سیر و تیک غالباً دچار احتباس نمک و آب میباشد.

ت - جلو گیری از آلكالوز متابولیک و جبران هیپوکالمی: اغلب بیماران سیر و تیک که مبتلا بخونریزی میشوند دچار عارضه هیپوکالمی و آلكالوز متابولیک نیز میگرددند. زیانهای آلكالوز متابولیک بترتیب عبارتند از :

۱- از تجزیه اکسی هموگلوبین جلو گیری می کند و بدین ترتیب مانع رسیدن اکسیژن کافی بانساج بدن میگردد.

۲- توأم با هیپوکالمی باعث ایجاد آریتمی قلب می شود.

۳- باعث افزایش سمیت آمونیاک و نفوذ بیشتر آن بداخل سلولهای مغز میگردد.

۴- سبب پائین افتادن یون کلسیم در انساج خاراج سلولی گشته و بالتیجه ایجاد تتانی مینماید.

بادر نظر گرفتن موارد فوق لازم است بمحض اینکه بیمار وارد بیمارستان شد کلرور و پتاس بمقدار کافی در داخل سرم ویا کلرور دآمونیم و یا هیدروکلرات آرژینین تجویز نمود. چندین روز هر روز بمقدار ۴۰ میلی اکی والان باید به تجویز پتاسیم ادامه داد.

ث - مواظبت از اعمال حیاتی بدن .

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

مثانه .

۲- اندازه گیری فشار ورید مرکزی بابرقراری کاتتر از راه ورید بازوئی بداخل ورید اجوف فوقانی .

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

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

- برقرار کردن لوله Blackmore

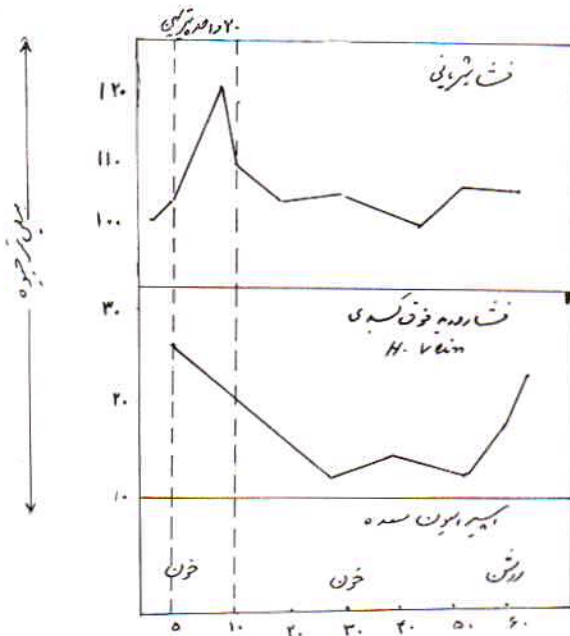
- تزریق عصاره هیپوفیز خلفی.

- هیپوترمی لوله مری و معده.

درحالی که هر کدام از این عوامل به تنهایی میتوانند از خونریزی واریس مری جلو گیری کنند ولی درحقیقت 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 Westphal و بعداً در سال ۱۹۴۵ بوسیله Blackmore, Seng- staken جهت اینکار مورد استعمال قرار گرفت . هم اکنون در اغلب ممالک دنیا و تقریباً همه بیمارستانها گذاشتن این لوله بداخل لوله مری و معده برای جلو گیری از خونریزی بشکل استاندارد در آمده است . بدون شك این يك وسیله مفیدی است که جان عده زیادی از بیماران را از مرگ حتمی و فوری نجات می بخشد . باوجود این دیده شده است که وقتی بادبالونهای لوله را خالی نموده و لوله را خارج می کنیم ، مجدداً 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 وارد شدن مقداری از مواد داخل دهان و حلق بداخل ریه ها.

بدین ترتیب استعمال این لوله باید بامراقبت زیاد توأم باشد . طرز برقراری لوله - ابتدا حلق بیمار را بامحلول گریلوکائین ۴٪ کاملاً بیحس میکنیم و سپس لوله را که قبلاً آزمایش کرده ایم از راه سوراخ بینی بآهستگی وارد حلق و سپس لوله مری و معده می کنیم . پس از اطمینان از ورود لوله بداخل معده قدری از مواد معده را می کشیم و ممکن است از این راه معده را بامحلول سرم فیزیولوژی سرد یخ دار شستشو بدهیم . سپس مقدار ۴۰ cc هوا از راه لوله ای که به بادکنک معده منتهی میشود وارد نموده و لوله را بآهستگی بطرف بیرون میکشیم تا وقتی که بادکنک معده در ناحیه کاردیا ثابت شود ، سپس بادکنک ناحیه مری را از ۸۰ cc هوا پر نموده و لوله را بدین ترتیب بایک نوار چسب بناحیه صورت در حال کشیده ثابت می کنیم . چون حرکات دودی که در



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

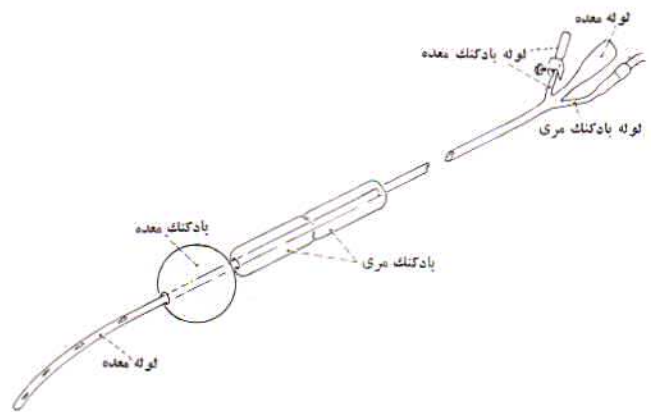
توضیح - پس از تزریق پیترسین فشار شریانی سقوط میکند و همینطور فشار ورید فوق کبدی که برابر فشار ورید باب است پائین میآیند و پس از ۳۰ دقیقه که تأثیر دارو واضح گردید آسپیراسیون معده نشان داده است که محتوای آن دیگر خون ندارد و روشن است .

نکته مهم - باید توجه داشت این دارو بزرگ پوست تزریق نشود زیرا باعث گانگرن پوست و عارضه مهم جدیدی میشود که تحمل آن غالباً برای این نوع بیمار مشکل است .

۳- هیپوترمی - با هیپوترمی ناحیه معده و مری میتواند درجه حرارت معده را تا حد ۱۴-۱۰ سانتیمتر جیوه پائین آورد و وقتی درجه حرارت معده باین حد رسید خاصیت اسیدیته عصیر معده از بین میرود و بعلاوه از حجم خونی که بمعده میآید کاسته میشود . سرد کردن معده با بالنهائی که در معده و لوله مری قرار دارند انجام میشود که از این بالنها مرتباً محللول سرد آب و الکل 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 طریقه تقریباً در همه جا متروک شده است .

۳- درمان جراحی فوری - دستورالعمل استاندارد تاکنون در دنیا این بوده است که با وسائلی غیر جراحی ابتدا خونریزی را بند آورده ، سپس با تقویت بیمار در یک زمان مناسب اقدام بعمل جراحی پورتوکاو 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 و اطمینان از برقراری لوله صلاح است که زیر صفحه رادیوسکوپ و تلویزیون لوله را کاملاً کنترل نمود و خصوصاً از قرار گرفتن بالون معده در ناحیه کاردیا اطمینان حاصل کرد .

لوله را با این وضع مدت ۴۸ ساعت نگه میداریم و پس از آن بادکنکها 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 هستگی خارج می کنیم . با این طریقه 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 اسپلانکتیک را منقبض نموده و غیر مستقیم باعث پائین آمدن فشار ورید باب میشود . مقدار و سرعت تزریق آن در کیفیت تأثیر دارو دخالت دارد . معمولاً بیست واحد از دارو را در ۱۵۰ cc سرم حل نموده در مدت ۲۰ دقیقه بداخل رگ بیمار تزریق می کنیم . اثر دارو فوری است و مدت ۸ ساعت نیز بطول میانجامد . بدهی 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 ممد 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 .

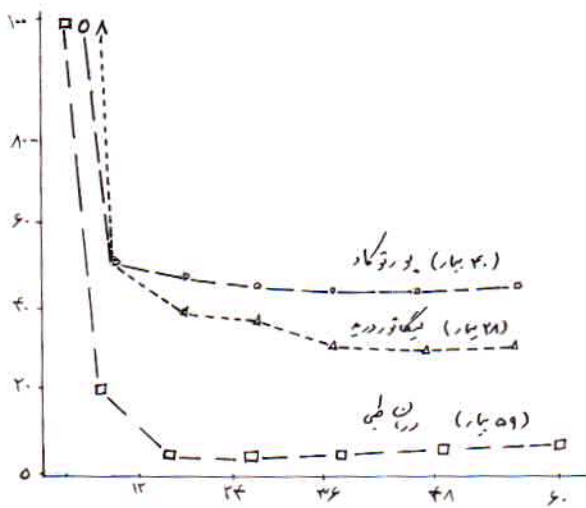
تداوی جراحی فوری و انتخابی در ازدیاد فشار ورید باب

پورتو کاو اورژانس	لیگاتور واریس	پورتو کاو انتخابی	
۱	۳	۳۲	عده بیماران
-	-	۴	زردی
-	۲	۳۰	آسیت
-	۱	۸	انسفالوپاتی
%۲۵	%۷	%۱۴	هموگلوبین
۱	۳	۱۱	واریس
۱	۰	۲۳	بیمارانی که سی روز زنده مانده اند
۱	۰	۷	بیمارانی که پنج سال زنده مانده اند

۴۶ بیمار عمل شده در مرکز پزشکی ابن سینا.

آمار نشان میدهد که ۵۳٪ بیماران بعد از عمل پورتو کاو زنده 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 بر ترتیب عبارتست از پورتو کاو اورژانس ۴۳٪، لیگاتور واریس مری ۲۱٪ و درمان طبی فقط ۳٪. آمار بین المللی همچنین نشان میدهد که عده بیماران ۵ ساله در پورتو کاو اورژانس چهارده بار از آنهایی که ابتدا با درمان طبی درمان شده سپس تحت عمل جراحی پورتو کاو قرار میگیرند بیشتر است. بدیهی است بعضی از این بیماران با هیچ طریقه ای 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 پورتو کاو اورژانس است.

درصد بهبودی



شکل ۴- تعداد ماههای بعد از بستری شدن بعزت 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 بادو روش انجام میگردد:
- عمل بستن یا لیگاتور واریس مری و معده.
- شانت پورتو کاو.

۱- لیگاتور واریس مری - دلیل روشنی که لیگاتور واریس مری را بهترین روش درمان فوری خونریزی واریس مری میدانند اینست که با این طریقه میتوان بطور مطمئن خونریزی را بند آورد، با این حساب که این عمل در مقام مقایسه با عمل پورتو کاو عمل بزرگی نیست. ولی عملاً اینطور نیست زیرا زمان عمل، شوک و تروما تیسیم عمل تقریباً مثل عمل پورتو کاو است. میتوان گفت با آنکه بستن واریس مری بر درمان طبی رجحان دارد معذک بنظر نمیرسد که بهترین روش فوری درمان خونریزی واریس مری باشد. مرگ و میر این عمل ۸۶-۱۵ درصد میباشد. عمل لیگاتور واریس مری از طریقه قفسه صدری، هفتمین فضای بین دنده ای چپ، عورت میگردد. 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 کرمه O یا OO از پائین ببالا و از بالا ببائین 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 پورتو کاو فوری - شانت پورتو 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 در اکثر بیماران از بین خواهد برد. برتری این روش در درمان فوری خونریزی واریس مری اینست که بطور فوری و برای همیشه خونریزی را درمان مینماید. تنها یک سؤال باقی میماند و آن اینست که آیا بیماران سیروتیک میتوانند این عمل فوری را تحمل کنند؟

مقایسه نتایج عمل پورتو کاو اورژانس - لیگاتور واریس مری و درمان طبی در بیماران مبتلا بسیروز که از واریس مری خونریزی میکنند

پورتو کاو اورژانس	لیگاتور واریس	درمان طبی	
۴۰	۲۸	۵۹	عده بیماران
(%۵۸)۲۳	(%۵۷)۱۶	(%۴۲)۲۵	زردی
(%۴۳)۱۷	(%۵۰)۱۴	(%۴۱)۲۴	آسیت
(%۲۰)۸	(%۲۵)۷	(%۲۵)۱۵	انسفالوپاتی
(%۷۰)۲۸	(%۷۱)۲۰	(%۷۰)۴۱	اندازه هموگلوبین ۱۱ml %گرم
(%۱۰۰)۴۰	(%۱۰۰)۲۸	(%۹۵)۵۶	واریس که تشخیص داده شده است
(%۵۲)۲۱	(%۵۴)۱۵	(%۱۷)۱۰	بیمارانی که سی روز پس از درمان زنده مانده اند
(%۴۳)۱۷	(%۲۱)۶	(%۳)۲	بیمارانی که پنج سال زنده مانده اند

قتل از کتاب Christopher ۱۹۷۲

اسپلنومگالی - چهل درصد خون سیستم ورید باب در طحال جمع میشود . بدیهی است وقتی ازدیاد فشار ورید باب وجود دارد طحال بزرگ میشود . در بیماران سیروتیک طحال بزرگ همراه با آنمی لکوپنی و ترمبوپنی 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 را درمان نمی کند در اینحال طحال برداری باید همراه با شانت اسپلنورنال باشد . شانت پورتوکاو موقفاً طحال را کوچک میکند ولی هیپراسپلنوسم را بطور کامل از بین نمیببرد و صلاح 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 سانتی متری پائین کاردیا و دوختن دوباره آن که باین ترتیب ارتباط عروقی بین شاخه های ورید باب و اجوف از بین میرود . گاهی لیگاتور وریدهای اطراف معده و ناحیه تحتانی لوله مری همراه با عمل Transection انجام میگردد .

عمل از فاگوگاسترکتومی، اسپلنکتومی تنها و یا بالیگاتورورید کورونر ، قطع دو سوم انحنای بزرگ معده ، لیگاتور شریان کورونر ، درناژ کانال توراسیک . گرچه این روش ها گاهی در بعضی از بیماران انجام شده و موفقیت هائی نیز داشته است معذک همچکدام بعنوان روش انتخابی درمان خونریزی واریس مری بشمار نمیآیند .

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.
- ۴- دکتر ا. فلسفی، درمان جراحی ازدیاد فشار ورید باب. دانشگاه تهران ۱۳۵۱-ص ۲.
- 5- SHERLOCK. S. Diseases of the liver and biliary systeme, 1963-194.
- 6- CHRISTOPHER DAVIS. Text Book of surgery. 1972-1026.
- ۷- 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.