

## پرسش و پاسخ

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۶ ، صفحه ۵۵۳ ، ۱۳۵۴

۱۹۶۳ مقاله‌ای منتشر ساخته است که در آن گروهی بیمار با تشخیص بالینی باز بودن کانال آرتریل را کاتریسم نموده است و مشاهده نمود که عده‌ای از آنها ناهنجاریهای دیگر شریان ریوی داشته‌اند .

در کانال آرتریل‌ها چنانکه میدانیم ممکن است ارتباط بزرگ چپ به راست موجود باشد که در اینصورت فقط سوفل دیاستولی در نوک قلب خواهیم داشت و سوفل مداوم مخصوص بیماری را نداریم . یا در بیمارانیکه مقاومت عروق ریوی شدید داشته باشند همراه با ارتباط کوچک چپ به راست یسار است به چپ ممکن است سوفل نداشته باشند یا فقط یک - سوفل اجکشن ضعیف در روی شریان ریوی متسع شنبده شود که تشخیص را مشکل میکند . یک مورد جالب در بخش دکتر ویلیس هرست در بیمارستان دانشگاه آموری با تشخیص بالینی PDA کاتریسم گردید . در این بیمار شریان پستانی داخلی بایکی از عروق دیواره قفسه صدری ارتباط داشت و تا بلو بالینی کاملاً مشابه کانال آرتریل ایجاد کرده بود ، برخی از ناهنجاریهای شرايين کرونر نیز کاملاً مشابه PDA هستند و تنها کاتریسم ، بیماری اصلی را روشن میکند .

بهر حال بنا با ظاهر آقای دکتر میرمحمد صادقی داگر تشخیص فقط جنبه بالینی داشته باشد حتی اگر مرحوم دکتر پاول وود پیشتر اول قاب قدیم هم آنرا تأیید کرده باشد باز قابل تردید است .»

همانطور که ایشان اشاره نموده‌اند این اولین گزارش از تنایج کاتریسم قلب است و امید است آن همکار محترم کماکان در کار خود موفق باشند و بخصوص به یکی از ضروری ترین وسایل آزمایشگاه

پرسش - در شماره دوم سال چهارم صفحه ۱۶۱ مقاله سودمندی تحت عنوان بررسی یکصد بیمار کاتریسم شده توسط همکاران چمند آقای دکتر میرمحمد صادقی بچاپ رسیده است که از برخی جهات احتیاج به تذکر مختصری بشرح زیر دارد :

یکی از نکات جالب مقاله ، پیدایش صرع گراند مال پس از تزریق رنوگرافین بود . جالب از این نظر که رنوگرافین از نظر ایجاد عارضه مغزی همیشه بعنوان ماده حاجب مطمئن و بی آزار شناخته شده است تا آنجا که استعمال آنرا در آنژیوگرافی سر برال توصیه میکنند ولی بهر حال پزشکی ریاضی نیست .

Hypaque نیز همان فرمول رنوگرافین را دارد یعنی هر دو Diatrizoate هستند با این تفاوت که در رنوگرافین متیل گلو کامین و در Hypaque سدیم وجود دارد .

ممکنست در این بیمار بخصوص صرع به سابقه قبلی و تمایل بیمار به صرع یا محل تزریق ارتباط نداشته باشد بلکه مقدار ماده حاجب بکار برده شده بعلمت دوز تزریق پیاپی زیادتر از معمول بوده است . معمولاً برای آمورتوگرافی در فرد بالغ ۴۵ سانتیمتر مکعب ماده حاجب در ۲ تا ۳ ثانیه مجاز است . البته خطر ایجاد ضایعه مغزی در تمام مواردیکه ماده حاجب با غلظت زیاد به آمورت وارد میشود وجود دارد و این خطر در آنژیوگرافی سر برال یا تزریق ماده حاجب درون قلب دیده میشود . بیماریهای قلبی سیانوز دار همراه با ارتباط راست به چپ که در آن ماده حاجب با غلظت زیاد به مغز میرسد از آنجمله است . کانال آرتریل‌ها را هم باید جدی گرفت و برای آنها باید کاتریسم انجام شود زیرا گاهی واقعاً گول زنده است . دکتر David Dean از بیمارستان وترانس در بو فالو آمریکادرسال ۱۹۶۲ یا

**پاسخ :** در جواب همکار محترم آقای دکتر علی اکبر صحت به توضیحات زیر مبادرت میشود:

درباره تزریق ماده حاجب در بیماریکه دچار بصرع شد ، مقدار ماده تزریق شده ۴۵cc اوروگرافین ۷۶٪ بوده است و در آنروز فقط همین تزریق انجام شده بود . تزریق قبلی در شریان ریوی ۹ روز قبل بعمل آمده بود .

راجع بکاتتریسیم بیماران دچار به بازبودن مجرای شریانی نیز همانطور که در اصل مقاله گفته شده شك نیست که اگر کوچکترین ضغنی در تشخیص بالینی وجود داشته باشد باید آنها را نیز مورد بررسی قرار داد . بهر حال آنها یک کاتتریسیم نشده اند چه تحت عمل قرار گرفته بودند و در حین عمل عارضه آنها تأیید گردیده بود و چه آنهائی که تحت عمل قرار نگرفته بودند هیچک در لیست بیماران ما وجود نداشت و تمام این یکصد بیمار ، آنهائی هستند که کاتتریسیم شده اند . ما بجای سینه آنژیوگرافی از Video tape استفاده می کردیم و این موضوع در مقاله آمده بود . نشان دادن حرکت دریچه ها ، مقدار پس زدن خون (Regurgitation) ، شدت تنگی ها و غیره بدینوسیله امکان پذیر است و کاملاً کارسینه (سری) را انجام میدهد فقط دقت لازم را برای آنژیوگرافی کروزر ندارد و بهمین جهت آنژیوگرافی کرنا انجام نداده بودیم . خوشبختانه همانطور که در متن مقاله ذکر شده فعلاً مجهز به سینه آنژیوگرافی هم گردیده ایم و این کمبود نیز مرتفع گردیده است . سینه آنژیوگرافی زحمت تحقیقات لازم قلب را کمتر نمیکند و از وسایل مورد نیاز کاتتریسیم چیزی نمیکاهد فقط آنژیوگرافی را بصورت فیلم سینمایی به تعداد نسبتاً زیاد در دقیقه نشان میدهد که میتوان در موقع دیدن ، سرعت فیلم را کم و زیاد کرد و یاد هر موقع فیلم را نگهداشت و مثل یک رادیوگرافی عادی جزئیات را ملاحظه کرد و این امر برای تنگی های ناحیه ای و یا جزئی شرایین کرور بزرگترین کمک تشخیصی را مینماید . ما در موقع آنژیوگرافی ها در حال حاضر ، هم آنژیو را بر روی Video tape و هم بر روی سینه (سری) ضبط می کنیم . Video tape فوراً آنچه را که ثبت و ضبط شده در اختیار ما میگذارد و سینه پس از طی مراحل ثبوت و ظهور و پس از انتقال بر روی پرژکتور مخصوص است که میتواند مورد مطالعه قرار گیرد .

دکتر میر محمد صادقی

قلب که سینه آنژیوگرافی است هر چه زودتر دست یابند زیرا در کاتتریسیم مدرن امروز ، سینه آنژیوگرافی علاوه بر سادگی و دقت عمل از انجام بعضی کارهای غیر ضرور نیز جلوگیری نموده است . در گذشته ای نه چندان دور دهها کاتتر و Guide Wire با اشکال و عناوین مختلف و وسایل گوناگون و ورزش در آزمایشگاه قلب بکار گرفته میشد . جهت تشخیص بیماری مجبور بودند چندین نوع مقاومت عروقی تعیین نمایند . محاسبه سطح دریچه های قلب تا آخرین میلیمتر مربع آن و فو نو کاردیوگرافی همراه با تجویز داروهای مختلف و بالاخره تعیین مقدار خونیکه از حفره ای بحفره دیگر میرود نیز جزء کارهای عادی آزمایشگاه قلب بود که هنوز هم در برخی مراکز انجام می شود .

امروز سینه آنژیوگرافی به تنهایی میتواند جوابگوی احتیاجات ما در زمینه کاتتریسیم باشد تا آنجا که بدون مبالغه میتوان گفت که اساتید بنام و پیشقراولان قلب ، چون پاول وود و هلن توسیگ از قافله قلب جدید عقب هستند چون در سینه آنژیو- کاردیوگرافی کار نکرده اند .

خوشبختانه می بینیم که حتی در آمریکا کسانی که سالها مشغول کاتتریسیم قلب بوده اند در وضع آزمایشگاه های خود تجدید نظر می نمایند و روش های قدیمی را رها میکنند و ما که قدمهای اول را در این راه بر میداریم باید سعی کنیم تا از تازه ترین و آخرین روش شروع کنیم چون کاتتریسیم قلب مثل جراحی است و در جراحی تکنیک صحیح مهمترین شالوده کار است .

مطابق آماری که از همین صد مورد کاتتریسیم بدست ما آمده است ۶۰ درصد از بیماریهای قلبی مادرزادی و ۴۰ درصد بقیه اکتسابی بوده است . در همین بیماران مادرزادی ممکن است واقعا در عده ای مسیر شریان کروزر طبیعی نباشد و بعنوان مثال در بیمار مبتلا به تترالوژی ممکن است ضمن وانتریکولوتومی ، جراح بعلت آگاه نبودن از مسیر شریان قلب ، کروزر بیمار را قطع نماید . لذا برای تکمیل مطالعه ، آنژیوگرافی کروزر بخصوص در بیمارانی که ناهنجاری آمورت دارند ضرور است تا بتوان بنا باظهار آن همکار عزیز « به هدف روشن ساختن کلیه مجهولات برای گرفتن تصمیم نهائی دست یافت » .

دکتر علی اکبر صحت