

پیوند وریدی شریان فمورال و موارد اینگونه پیوندها با شرح حال یک بیمار

بیمار جوانی است بیست و شش ساله که در تاریخ ۲۰ آبانماه ۱۳۴۵ دوچار ضربت چاقویی بزرگ و پهن در قسمت خلفی ران راست میشود. بعلت درد شدید و حالت سنکوبی بیمار بلافاصله در شهرستان بستری میشود و معالجات طبی از قبیل T. A. T. و پنی سیلین و خون شروع میشود و تا تاریخ ششم دیماه ۵۰ ادامه پیدا میکند. درحالیکه بیمار بستری بوده است روزپروز ران راست او حجیم تر میشود و کم احساس سردی و محدود شدن حرکات دریای راست همراه با درد شروع میشود. بیمار مضطرب برای معالجه در تاریخ ۱۷۰۶/۱۰/۶۰ پس از ۱۷ روز ضربه چاقو در ران راست بتهران حرکت مینماید در امتحانات بالینی که در ۱۷۰۶/۱۰/۶۰ در بیمارستان بعمل آمد بیمار یست رنگ پریده با فشار خون ۹۰/۶۰ و نبض ۱۲۰ نکات جالب توجه عبارت بودند از حجم ران راست که سه برابر ران چپ بود و اکیموز شدید این ناحیه. زخم چاقو در حدود ۵ سانتیمتر طول داشت که در $\frac{1}{3}$ تحتانی خلفی ران مقابل کانال Hunter قرار داشت و هماتوم و اکیموز شدید در اطراف آن دیده میشد. Thrill در روی کانال Hunter و سوفل سیستولیک درجه ۴ در روی ران حس و شنیده میشد. پای راست نسبتاً سرد بود و زانو بحالت نیم خم بود شریانهای پائین دارای ضربان زیر بودند.

	Artere Femoral	Dorsalis pedis A.	D. Tibialis A.
راست	4 plus	—	—
چپ	4 plus	3 plus	3 plus

False Aneurysm of the Femoral Artery at the level of Hunter canal, right side. **تشخیص بالینی**

آنژیوگرافی برای بیمار بعمل نیامد زیرا تشخیص بالینی محرز بود در این صورت آنژیوگرافی بجز اینکه قطع شریان فمورال را با برگردن کاویته F. Aneurysm در ران راست

نشان دهد چیز دیگر بتشخیص اولیه نمیتوانست بیافزاید. لذا بیمار بلافاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت.

شرح عمل - در مورد F. Aneurysm که عبارتند از وجود یک شریان بازیا نیمه باز در یک هماتوم. قبل از هر چیز باید وسیله کنترل خونریزی شدید را در ناحیه E. Aneurysm پیش بینی نمود. باین معنی که اصلاً نباید از مرحله اول سعی بر این باشد که کاویته F. Aneur. را باز نمود. زیرا خونریزی شدید در اثر برداشتن فشار اطراف از شریان بوجود خواهد آمد و جراح ممکن است برای بند آوردن خونریزی شدید در این مورد عجله نماید و محل عمل را بخوبی نتواند تشریح نماید و اعضاء مهم مانند عصب و ورید و شریانهای مختلف را با پنس بگیرد و ضایعه جدیدی بخصوص در مورد اعصاب ایجاد نماید که غیر قابل ترمیم باشد.

روی این اصل باید در اینگونه موارد قسمت قدامی یا فوقانی شریان را برای کنترل خونریزی قبلاً در اختیار داشت باین معنی که قبلاً شریان فمورال را در ناحیه آرکاد فمورال آزاد نمود تا کلاسههای مخصوص شریانی در موقع لزوم بکلی و باسانی بتوان آنرا مسدود نمود و سپس F. Aneurysm را باز کرد. همین رویه در این بیمار اجرا شد و پس از باز نمودن آنوریسیم و برداشتن فشار جدار با خونریزی شدیدی مواجه شدیم که چون قبلاً پیش بینی شده بود بلافاصله با کلاسه شریان فمورال در آرکاد فمورال خونریزی بطور قابل ملاحظه کنترل شد و توانستیم باسانی تخلیه خون و هماتوم را که در حدود حداقل ۱۱۰۰ سانتیمتر مکعب بود انجام دهیم و بعداً تشریح نموده و عضله Vaste Interne را کنار زده و کانال هانترا تشریح کردیم. ضایعه در اینجا عبارت بود از قطع شریان فمورال در کانال هانتربطول ۰ سانتیمتر که Longitudinal بود. و قسمت قدامی جدار شریانی کاملاً کنده شده بود و ورید فمورال و عصب سافن آترن سالم بود. چون قطع شریان بیش از ۲ سانتیمتر بود لذا تصمیم پیوند گرفته شد. در این مورد بهترین پیوند عبارت است از پیوند وریدی زیرا در غیر این صورت خطر عفونت زیاد است و علاوه بر این در موارد پیوندهای عروق یا بهترین پیوند همان پیوند وریدی است لذا ورید سافن را از قسمت Arcade فمورال باندازه ۷ سانتیمتر قطع نمودیم و آنرا وارونه بدوطرف شریان فمورال که قطع آزاد داشت پیوند نمودیم بلافاصله جریان خون پا برقرار شد و ضربان طبیعی شریانهای پا حس شد.

کاویته ها یا حفره های هماتوم با Vaginal packing پر شد و جدار دوخته شد چون خطر عفونت در اینگونه بیماران زیاد است لذا پنی سیلین بمقدار ۹ میلیون در روز با یک گرم استرپتوسایسین و Mystecylin V یک گرم در روز مریض داده شد. Vaginal packing فردای

آنروز بیرون آورده شد و بیمار بدون Complication در تاریخ ۱۷.۱۰.۱۴ یعنی یازده روز بعد از عمل از بیمارستان سرخص شد.

ضربه‌های تیز که در مسیر عروق وارد بشود ایجاد ضایعات عروقی میکند که عبارتند از پارگی شریان ویا ورید که به نوبه خود سمکن است ایجاد دو عارضه زیر را بنمایند:

۱ - Arterio-venous fistula

۲ - False Aneurysm or Pulsating Hematoma

بحث ما روی False Aneurysm و معالجه آن با پیوند وریدی خواهد بود.

دراثر پاره شدن شریان مقداری خون وارد انساج مجاور شده بزودی برای خودش جا باز کرده و ایجاد هماتومی میکند که دارای ضریان بوده و درگوش دادن سوفل سیستولیک و گاهی دوبل سوفل که هم سیستولیک و هم دیاستولیک باشد و کاملاً از هم مجزا است شنیده میشود.

خونی که از شریان خارج میشود در صورتیکه نسوج اطراف فشار و مقاومت کافی داشته باشند بزودی نشارهاتوم به Mean Arterial Pressure میرسد و بنابراین درموقع دیاستول مقداری خون بعلت فشارسوجود درهاتوم وارد قسمت Distal شریان شده بهمین ترتیب جریان پیدا میکند.

بنابراین اینگونه ضایعات شریانی وایسکمی نسبی معمولاً بوسیله عضو مربوطه تا حدی بخوبی تحمل میشود چون مقداری از خون قسمت انتهایی عضو تأمین میگردد.

در داخل این هماتوم بعلت توربلا نسی که دراثر جریان خون ایجاد میشود کم کم لخته ایجاد شده و جدار انوریسم اپی تلیالیزه میگردد.

سکائیسیم دوبل سوفل یعنی سیستولیک و دیاستولیک که کاملاً از هم مجزا است اینستکه در انتهای سیستول و در انتهای دیاستول برای مدت کوتاهی فشار داخل رگ و داخل انوریسم یا هماتوم مساوی میشود و همین تساوی فشار برای مدت کوتاهی کافی است که فاصله بین دو سوفل سیستولیک و دیاستولیک ایجاد میشود درحالیکه مثلاً در A-V فیستول شریانی و وریدی بعلت اینکه همیشه چه در سیستول و چه در دیاستول جریان خون از شریان به ورید است یک سوفل دائم Continuous Murmur شنیده میشود.

در قدیم برای معالجه این نوع هماتوم‌ها صبر میکردند که لخته در داخل انوریسم ایجاد شده و بمرور Collateral ها نیز وسیع شده و سپس شریان را از بالا و پائین ناحیه هماتوم بسته هماتوم را بریداشتند. درحالیکه در حال حاضر این بیماران بمحض تشخیص باید مورد عمل جراحی قرار گیرند زیرا:

- ۱ - برای اینکه خود هماتوم فشار به نسوج و عروق جانبی داده باعث ایسکمی می‌شود.
- ۲ - درد شدید گاهی غیرقابل تحمل است.
- ۳ - خود هماتوم ممکن است پیوست نزدیک شده و پاره شود.

برای جراحی شریان پاره شده چنانکه اشاره شد اول باید شریان را در قسمت Proximal نسبت به ضایعه کاسلاً با عمل جراحی پیدا کرد و تحت کنترل گرفت. بعد محل ضایعه یا هماتوم را تحت عمل جراحی قرار داده شریان پاره شده را بزودی پیدا و با پنس‌های Arterial بسته Clamps و هماتوم را خالی و تمیز و سپس شریان را در دو انتها بخوبی Dissequé کرد.

اگر سوراخ شریان کوچک باشد می‌شود دوخت ولی باید دقت کرد و Intima را بخوبی دید چرا بعضی اوقات پارگی قسمت Intima بمراتب بیشتر از پارگی قسمت خارجی شریان است و اگر دقت نشود تولید لخته در همان محل می‌کند و نتیجه عمل رضایت‌بخش نخواهد بود. در صورتیکه شریان بکلی قطع شده باشد و قسمت از بین رفته کوتاه نباشد بخوبی میتوان شریان را از دو طرف آزاد کرده بهم نزدیک و اناستوموز نمود بشرطی که کوچکترین کشش Tension روی اناستوموز نباید وجود داشته باشد والا اناستوموز نخواهد گرفت و اگر قسمت پاره شده طولانی باشد باید حتما پس از تمیز کردن دو طرف یا دو انتهای شریان پیوند بکاربرد. بهترین و مناسبترین پیوندها برای اینگونه بیماران همان پیوند ورید خود بیمار است که از Saphenus V. برداشته و بطور وارونه اناستوموز می‌شود البته وارونه برای اینکه والوهای داخلی ورید مانع عبور خون نشوند.

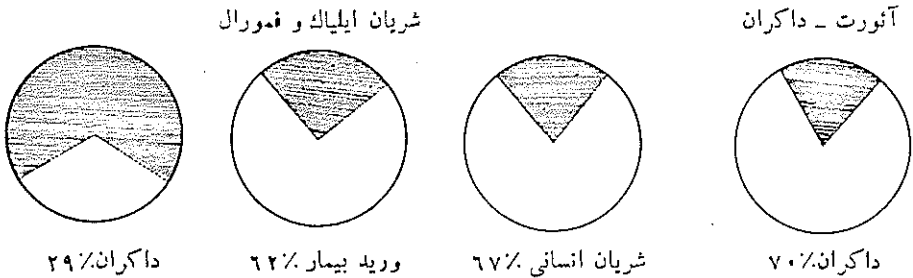
در اینجا لازم است مختصری راجع به موارد استعمال مواد ساختمانی مثلاً دکران و پیوندهای Homograft و نتایج آن نیز اشاره شود.

در موارد زیر پیوندهای مصنوعی حتمی است.

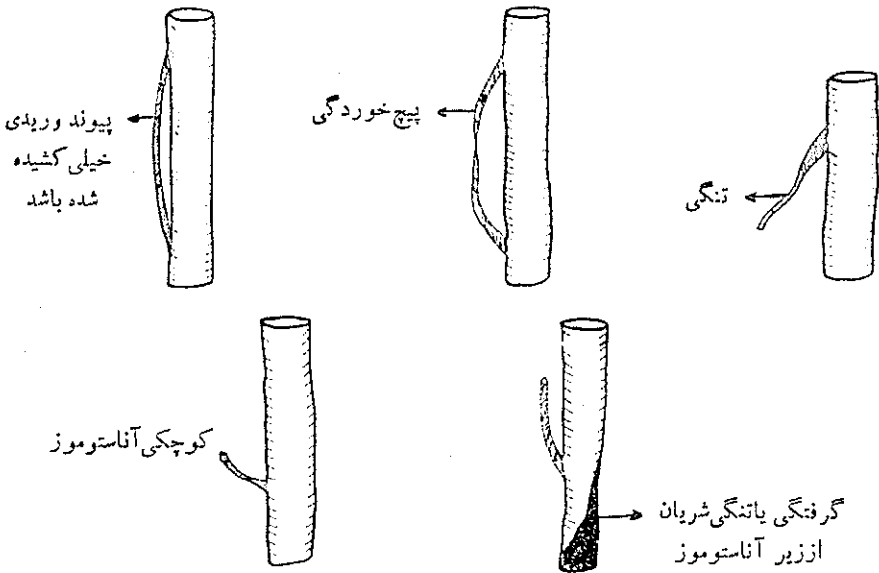
- ۱ - در انوریسم‌های واقعی True aneurysm.
 - ۲ - در گرفتگیهای مزمن شریانی که در اثر ارتریواسکلروز باشد.
- آنژیوگرافی برخلاف آنچه که در ضربه‌های عروقی و False aneurysm اشاره کردیم در گرفتگیهای مزمن شریانی حتماً لازم است زیرا بوسیله آنژیوگرافی است که اندیکاسیون عمل را میتوان روی این بیماران تعیین کرد.

نتایجی که در انوریسم‌های حقیقی شریان آنورت از پیوندهای مصنوعی نوع مثلاً دکران بعمل آمده است ظرف دو سالی که بیماران تحت نظر بوده‌اند ۷۰٪ آنان رضایت‌بخش بوده در حالیکه با پیوند Homograft ۶۵٪ بوده است.

در پیوندهای شریانهای متوسط از قبیل ایلیاک و فمورال نیز نتیجه پیوندهای وریدی ۶۲٪ و پیوندهای مصنوعی ۲۹٪ رضایتبخش بوده است.



شکل ۱ - مقایسه با ماندن پیوندی‌های شریانی - وریدی با مواد پلاستیکی



شکل ۲ علل عدم موفقیت پیوند وریدی با شریان فمورال یا پبلیته

علل عدم موفقیت پیوندهای وریدی شریان فمورال یا پبلیته در شکل ۲ نشان داده شده و بقرار زیر است:

- ۱ - کشش زیاد Tension در ناحیه آناستوموز و همچنین در طول پیوند وریدی .
- ۲ - پیوند وریدی پیچ خوردگی داشته باشد .
- ۳ - پیوند وریدی تنگ و باریک باشد .

- ۴ - پیوند وریدی کوچکی آناستوموز شده باشد.
 - ۵ - گرفتگی یا تنگی شریانی در قسمت Distal آناستوموز باشد.
 - ۶ - طول ورید پیوند شده زیادتر از حد باشد.
- نتیجه: ۱- ضایعات شریانی و زخمی شدن عروق را چه ایجاد آنوریسم کاذب بکنند و چه نکنند باید زود تشخیص داده و تحت عمل جراحی قرار داد.
- ۲ - بطور کلی باید در نظر داشت که پروتوستیک پیوند و ترسیم زخمهای شریانی که در مورد پارگی و زخمی شدن شریانها بهرعلتی که باشد انجام بگیرد، بکلی با پروتوستیک پیوندهائی که در مورد گرفتگیهای مزمن شریانی (ارتریواسکلروز اوبلیترانت) بکار برده میشود فرق دارد چرا که در نوع اول نتایج بهراتب بهتر از نوع دوم یعنی ارتریواسکلروز میباشد.