

بخش جراحی ۳

نگارش دکتر داود کاظمی

نتیجه صد و پنجاه کمیشور اتومی میترال

- در مدت ۴ سال گذشته تعداد یکصد و پنجاه بیمار در بیمارستانهای پهلوی . شیبانی شماره ۳ ارتش . شهربانی . فیروزآبادی تحت عمل جراحی قلب برای برطرف کردن تنگی دریچه میترال قرار گرفته‌اند.
- مراجعه این بیماران یا بوسیله همکاران در شهر تهران یا از نقاط مختلف مملکت و یا از ممالک مجاور مانند افغانستان . پاکستان و عراق بوده‌اند و یا اینکه مستقیماً از درمانگاه بیمارستان پهلوی جهت عمل جراحی معرفی شده‌اند.
- تمام بیماران چه آنهاییکه در بیمارستانهای عمومی و یا بیمارستان خصوصی عمل شده‌اند دارای پرونده‌های معین با شرح حال کامل و دقیق امتحانات لابراتواری کامل (شمارش گلبولی - الکتروکاردیوگرافی آزمایش کامل ادرار - اوره خون - سدیماناسیون رادیوگرافی - فنوکاردیوگرافی زمان سیلان - زمان انعقاد) میباشد . بدینجهت آمار و نتیجه که در زیر گفته میشود فقط نتیجه تجربیات شخصی است و اگر عده از این آمار با نظریات همکاران عزیز موافقت نمیکند گناه از من نیست و عذر تقصیر می‌خواهم.
- علت عمده مراجعه بیماران بترتیب اهمیت عبارتند از :
- Palpitation** طپش قلب
- Dyspnea** تنگی نفس
- کوتاه شدن تنفس
- Shortness of Breath**
- Hemoptysis** خون‌ریزی از گلو
- البته در شش بیمار علت مراجعه آمبولی در پاها یا در مغز بوده‌اند که با علائم فلج صورت یا پاها و یا گانگرن نولگانگستان پا و یا تمامی یک پا مراجعه نموده‌اند .
- در بین مراجعین عده مردها بیش از زنها بوده و این یا بعلت آزادی مسافرت بیشتر مردها از شهرستانها بتهران میباشد و یا اینکه بطور کلی مانند آمارهای دیگر ممالک دنیا مردها بیش از زنها در معرض ابتلای باین بیماری قرار میگیرند . کمترین سنی که تابحال در ایران بجا مراجعه نموده‌اند ۱۲ سال و مسن‌ترین ۴۷ سال میباشد نکته قابل توجه و اهمیت دار سابقه روماتیسم در این بیماران میباشد در حدود ۵۰٪ از بیماران وجود سابقه روماتیسم یا پادرد پیدا نمیشود حال این بیماران یا واقعاً علائم روماتیسمی

تحمل عمل ثانوی را نیز نمود. در خانها سابقه نارسائی قلب (ورم پا، کنژسیون ریه‌ها (بزرگی کبد) بیشتر از مردها دیده میشود.

ولی وجود ضایعات درجه دیگر توام با تنگی در نزد مردها بیشتر است.

از نظر طبقه‌بندی بین‌المللی A.H.A. بیمارانی که بما مراجعه نموده‌اند بیشتر در طبقه ۲ یا ۳ بوده‌اند گرچه مرگومیر در گروه چهارم بیش از دیگران است ولی اگر بیماران این گروه شوک عمل را تحمل نمایند و جان سلامت برند نتیجه فیزیولوژیکی که عاید آنها میشود چندین برابر گروه ۲ یا ۳ خواهد بود. (کلیشه‌ها)

پیشنهاد عمل در گروه یک فقط موقعی انجام میگردد که یکی از علائم تنگی میترا ل در بیمار ظاهر شود ولی وجود تنگی درجه میترا ل بدون هیچگونه ناراحتی علت پیشنهاد عمل نمیشد این گروه بیماران را تحت نظر گرفته تا اولین علائم ظاهر شوند و آنگاه تحت عمل جراحی قرار خواهند گرفت.

در آماده کردن بیمار برای عمل جراحی بهیچوجه مواد ضد انعقاد کننده خون بعنوان پیش‌گیری مصرف نمیشود مگر آنکه بیمار سابقه آمبولی داشته باشد در آن صورت از پنج روز قبل از عمل این ماده نیز قطع شده تا خون ریزی بیمار در موقع عمل جراحی بطور طبیعی بوده و سپس ۲۴ الی ۴۸ ساعت بعد از عمل دوباره شروع مینمائیم.

در ۵۰ بیمارانیکه قبل از عمل دیزیتالین با آنها داده میشده است ۲۴

بصورت تظاهرات مفصلی نداشته‌اند و یا اینکه بعلت عدم توجه یا ناراحتی وجود این سابقه را نمیتوانند بیان نمایند بیماران فاصله بین پیدایش علائم روماتیسم و تظاهرات تنگی درجه میترا ل را بین ۲ تا ۲۰ سال ذکر مینماید. (کلیشه‌ها ۳ و ۲) در سابقه تعداد معدودی از بیماران ابتلاء به مخمک ذکر میشود آیا وجود مخمک در پیدایش تنگی میترا ل تا چه اندازه موثر است مورد گفتگو است از نظر جغرافیائی در بین ۱۵۰ نفر بیمار تعداد پیشماری از نواحی شمال و غرب مخصوصاً آذربایجان و زنجان و کردستان و تعداد قلیلی از اهالی جنوب ایران میباشد البته نزدیکی شهرها و سهولت وسائل حمل و نقل و آشنائی با اصول بهداشت و عادت مراجعه به پزشک واز همه مهمتر مسئله توانائی مالی در مراجعه این بیماران سهم بسزائی دارد.

در دو سال اخیر پزشکان و همکاران جوانی که به نقاط دوردست جهت انجام شغل شریف پزشکی تشریف برده‌اند بیماران را از نقاط مختلف روانه شهر تهران با تشخیص قطعی و مسلم جهت انجام عمل اربسال میدارند. در بین بانوان عده آنهاییکه ازدواج نموده‌اند و حتی یک یا چند کودک دارند بیش از دوشیزگان میباشد. ۱۱ نفر از بانوان که تحت عمل جراحی قرار گرفتند حامله بین ماههای ۳ تا ۷ بوده‌اند فقط در یک نفر سقط خودبخودی انجام گرفت که عمل کورتاژ پس از ۳۶ ساعت کمیشور اتومی انجام گرفت و بدون هیچگونه عارضه بیمار

روش عمل از طریق که برای اینجانب سہلتر و آسانتر میباشد طریقہ راست است مزایا و معایب این روش در مقالہ شماره اریبہشت ماہ ۱۳۳۶ مجلہ دانشکدہ پزشکی تہران بتفصیل بیان شدہ است بدینجہت از ذکر مجدد آن در اینجا خودداری میشود .

معیار تنگی و گشادی دریچہ را بانگشت گرفته و وجود یا عدم نارسائی دریچہ را نیز بانگشت حس مینمائیم . همانطور کہ در کلیشہ شماره ۶ ملاحظہ میفرمائید تنگی از نوک چوب کبریت تا یک انگشت کامل بودہ از ۵ تا ۱۰ سانتیمتر مکعب نارسائی نیز قبل از عمل وجود داشته است .

در ۷۵٪ از حالات دریچہ فیروز بودہ کہ بوسیلہ فشار بانگشت بازنگشتہ و مجبور بہ استعمال گیوتین شدہ ایم . تعداد دفعاتی کہ در ہر عمل مجبور بہ استعمال گیوتین شدہ ایم از یک تا ۵ بار بودہ است تقریباً گیوتین راست برای بریدن کمیشور خلفی دو برابر گیوتین چپ برای بریدن کمیشور قدامی مصرف شدہ است (کلیشہ ۷)

در ۳۵ بیمار کلسیم در کنارہ های دریچہ حس گردیدہ کہ مقدار آن نیز متفاوت بودہ ولی بطور کلی ہرچہ سن بیمار بیشتر باشد احتمال وجود کلسیم زیادتر و در صورت موجود بودن مقدار آن بیشتر نزد مرد ہا مخصوصاً بیمارارن دہ نشین دیدہ می شود در ۱۲ بیمار تنگی زیر دریچہ مشاہدہ

ساعت قبل از عمل نیز این دارو قطع گردیدہ و سپس فوراً در حین عمل یا بعد از عمل شروع مینمائیم علت آنستکہ حساسیت عضلہ قلب را در موقع عمل بہ دیژیتال شدیدتر نمودہ باشیم تا استفادہ بیشتری از این داروی مفید در موقع خود بنمائیم .

فیبریلاسیون اوریکولر در ۳۵ الی ۴۰ بیمار قبل از عمل دیدہ شدہ است ولی در این گروہ هیچگونہ عارضہ بعد از عمل بعلت فیبریلاسیون دیدہ نشدہ و حتی در چہار نوبت تغییر فوری ریتم از فیبریلاسیون اوریکولر بہ سینوزالی بعلت انتروانسیون عمل دیدہ شدہ

عقیدہ ما بر اینست کہ بیمارانیکہ دارای سدیماتاسیون متوسط پیش از ۲۵ میلی متر دارند عمل جراحی صورت نگیرد تا بدینوسیلہ از عوارض احتمالی عفونی ناشیہ بعد از عمل جلوگیری نمودہ باشیم .

از یکصد و پنجاه بیمار فقط پانزدہ نفر آنها از طریق چپ عمل شدہ اند و آنہم یا بعلت وجود آمبولی مواج و بقصد خارج کردن آمبولی بودہ و یا آنکہ بیمار دارای عارضہ ریوی طرف چپ بودہ کہ در ہمزمان عمل قلب آن ضایعہ نیز ترمیم شدہ باشد و یا تصمیم بر آن بودہ کہ دو شریان کاروتید اصلی راست و شریان زیر چنبری چپ را برای جلوگیری از ایجاد آمبولی مفزی مسدود کردہ باشیم . در دو نوبت نیز جہت نشان دادن راہ چپ بہ همکاران جوان نیز اقدام بہ عمل از این راہ شدہ است . (کلیشہ ۵)

نتایج بسیار خوب بادامه زندگی عادی مشغول بوده و بیش از نصف بیماران احتیاج به هیچگونه دارویادرمانی ندارند.

مسئله که بیشتر بیماران و گاهی

از اوقات آقایان پزشکان نیز سؤال میفرمایند موضوع برگشت تنگی دریچه است. بنظر اینجانب برگشت تنگی دریچه معلول یکی از علل زیر است.

(۱) عدم بازکردن دریچه باندازه کافی درحین عمل توسط جراح. یا بعلت مساعد نبودن حالت عمومی بیمار و یا خدای ناکرده بعلت عدم مهارت جراح در طرز بازکردن یا عدم آشنائی در استعمال هر نوع چاقو یا دیلاتاتور.

برای جلوگیری از این موضوع رسم مابراین است که گوشی یا دیافراگم پهن و بلندی را بر روی نوك قلب محکم کرده و صدای قلب مرتباً توسط متخصص قلب در حین عمل شنیده میشود تا اینکه سوفل دیاستولیک کاملاً از بین برود.

(۲) باز نکردن تنگی زیر دریچه

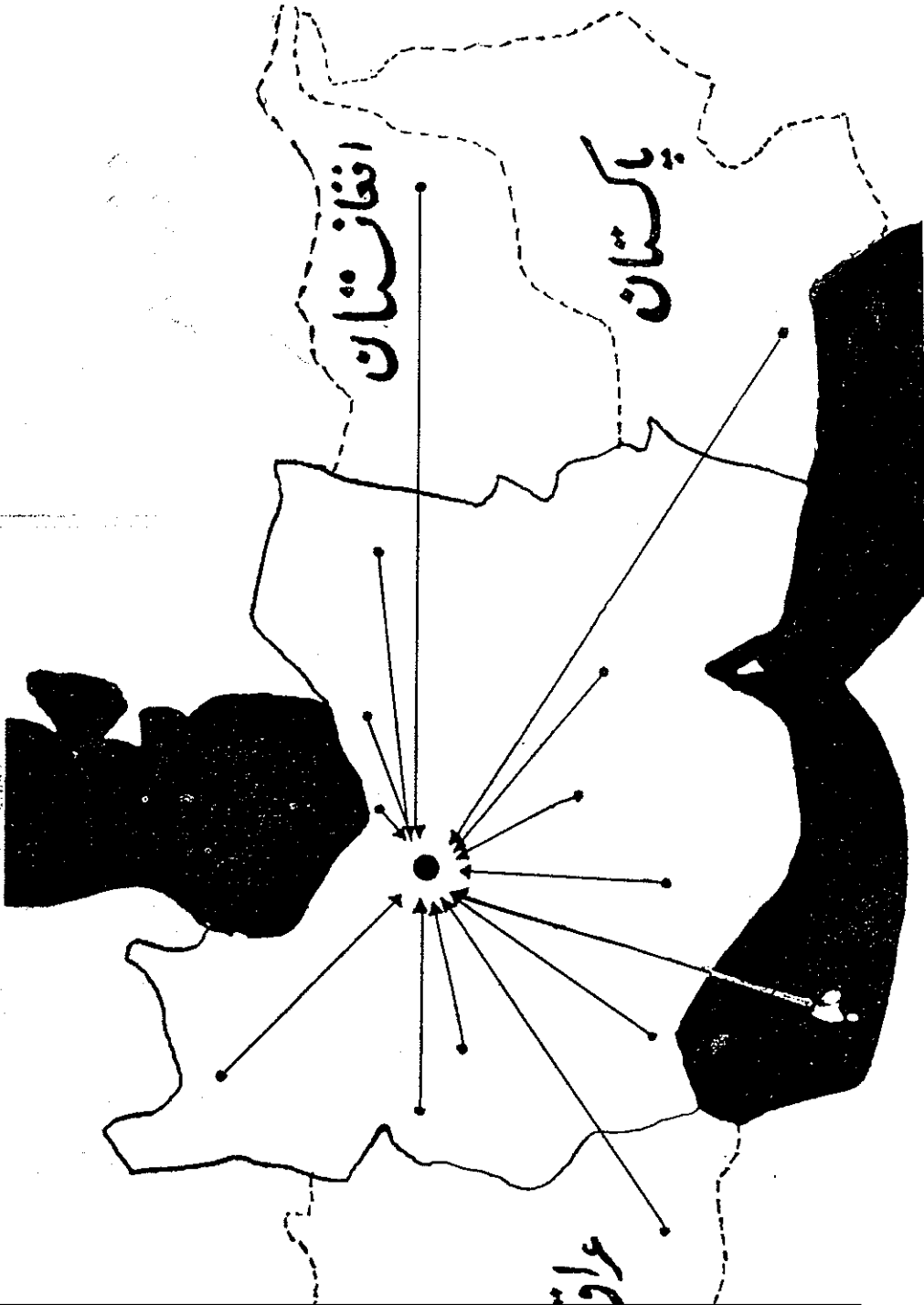
(۳) در گروهی از بیماران دیده شده است که مدتی پس از عمل بیمار دچار يك سیتی سمی استریتوککی شده و بنا بعللی تحت درمان قرار نگرفته اند و دوباره يك تنگی بوجود آمده است در ده ها هزار عمل تنگی دریچه میترال که تا بحال در آمریکا شده است فقط ۵ نفر باین علت دوباره مراجعه نموده اند.

گردید که آنها نیز برطرف گردیده بنا بگفته استاد من هیچ عمل تنگی میترال کامل نیست مگر وجود یا عدم تنگی زیر دریچه ثابت شود.

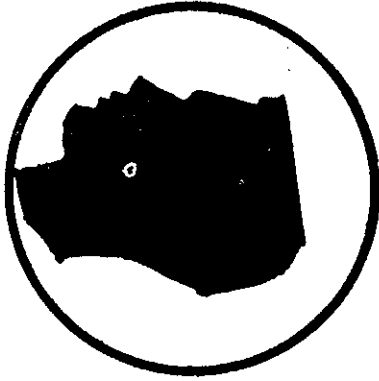
در تعداد معدودی از بیماران مقدار نارسائی بعد از کمیشور اتومی اضافه گردید و در يك بیمار نارسائی شدیدی بوجود آمده که غیر قابل ترمیم بنظر رسید. در دو مورد تنگی دریچه تریکوسپید توام باتنگی میترال مشاهده گردید که هر دو ضایعه در يك جلسه ترمیم گشت و در يك مورد رابطه بین دو دهلیز نیز دیده شده (لوتن باخر) که بطریقه **Atrio - Septo - Pexy** عمل گردید.

مهمترین عارضه که در حین عمل پیداشده است. بترتیب اهمیت عبارتند از ایست قلب. تغییرات ریتم (تاکیکاردی اکستراسیستول - ریتم بی ژمینه) پارگی بخیه و خون ریزی بوده اند. پلورزی. عفونت پلور. و در يك بیمار استئیت دنده نیز که از عوارض دیررس میباشند مشاهده گردیده است در یکصد و پنجاه تن بیمار عمل شده ۸ مرگ و میر بوده است که در فواصل مختلف و بعلل گوناگون در گذشته اند (کلیشه ۹ و ۸)

از نتیجه مجموعه پرسشنامه هائی که در چندی قبل جهت بیماران عمل شده ارسال گردیده است چنین استنباط میشود که در حدود ۷۵٪ از بیماران با



۵۹ نفر



۱۲ سال

۴۵ سال

۵۵ نفر

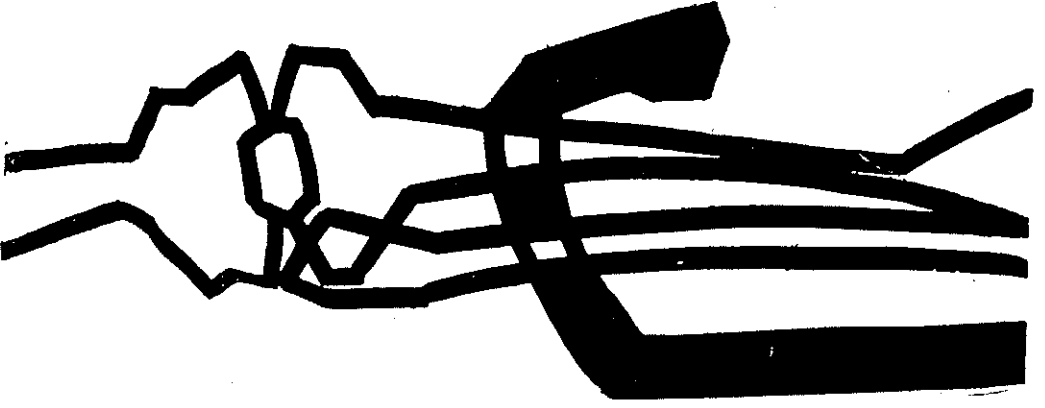


۱۵ سال

۴۷ سال

جوانترین

پس‌ترین



۲۸ - دارای سابقهٔ ریاست

۱۲ - بدون رمانیس

۶۰ - بدون اطلاع

نفر ۱۴



درج

نفر ۳۵



درج

نفر ۵۰



درج

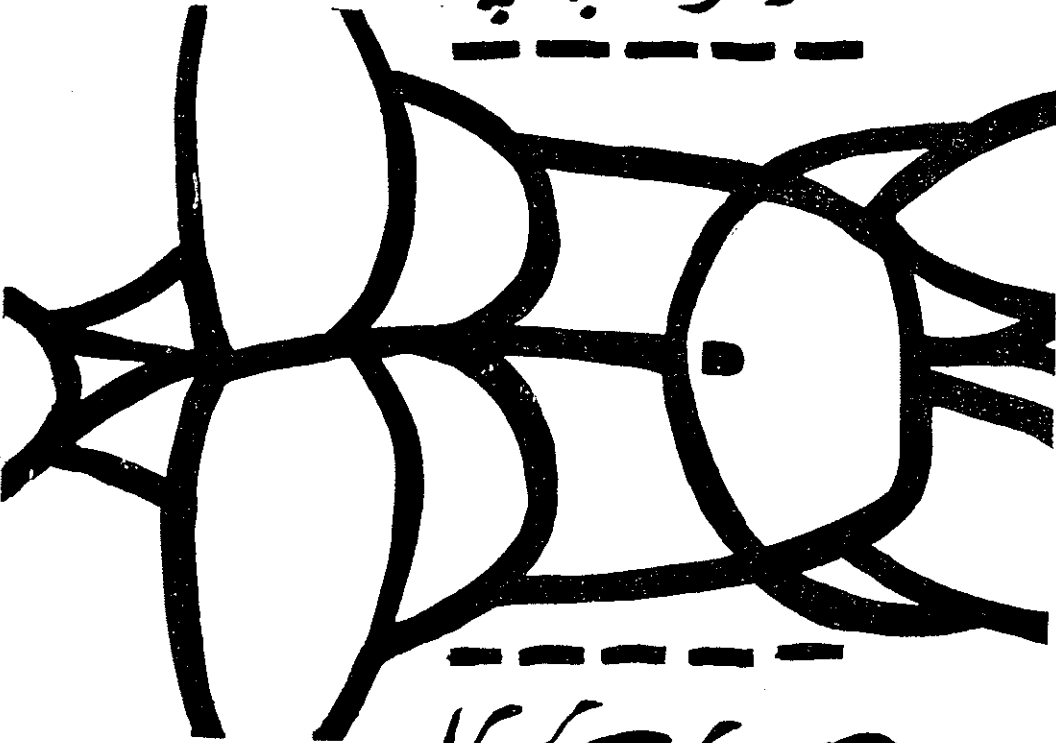
نفر ۱۳



درج

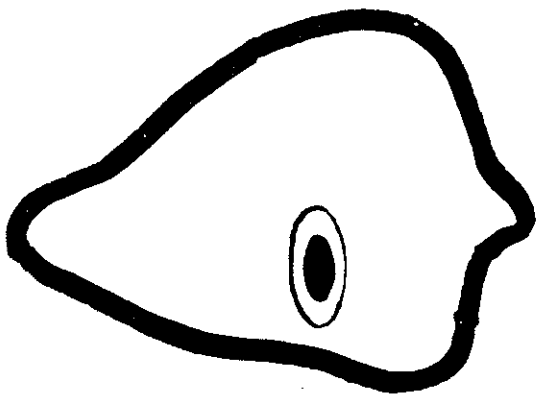
۱۵

از طرف چپ



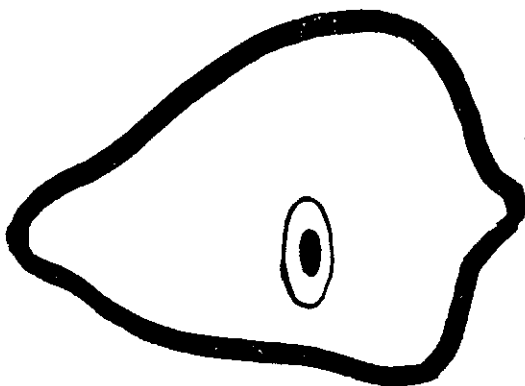
یست با چپ

۱۳۵



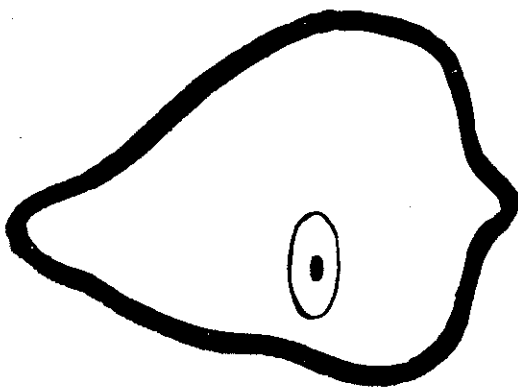
۱۶۵

آبگشت



۱۶۶

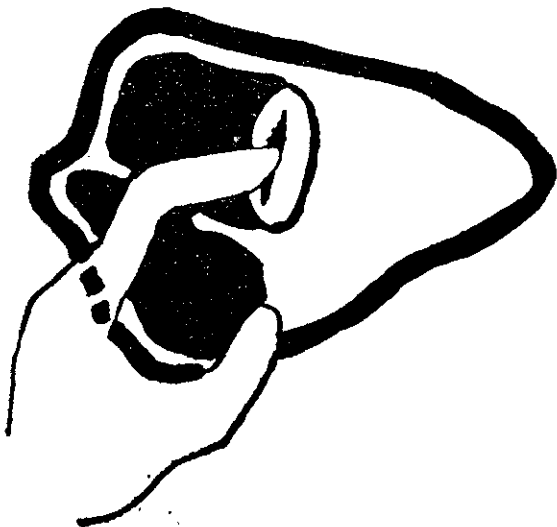
نوک آبگشت



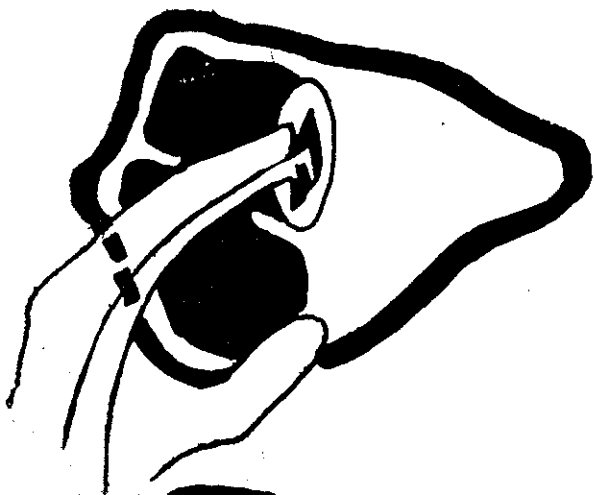
۱۶۹

اندازه چوب کبریت

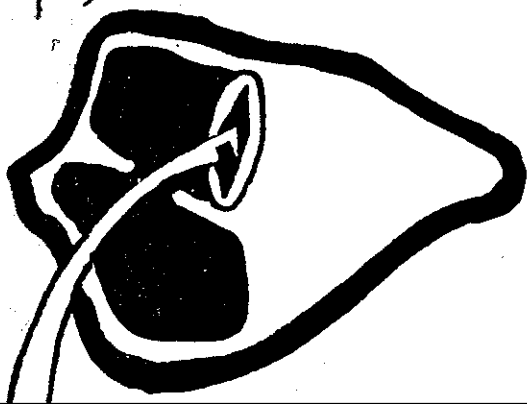
۳۸



۳۹



۴۰



۷

یکی بخیه ایضا و معروض دیگر

