

## آناستوموزورید باب = اجوف (۱)

### در ازدیاد فشار باب (۲)

نکاتش

#### دکتر یحیی عدل

استاد جراحی دانشکده پزشکی و رئیس بخش جراحی بیمارستان سینا

دکتر اسماعیل مکی و دکتر علی اکبر توحیدی

دو سال پیش بیماری با تشخیص بانتی (۳) در بخش جراحی بیمارستان سینا توسط یکی از ما تحت عمل جراحی قرار گرفت و آناستوموزورید طحالی - کلیوی انجام شد، بیمار بهبودی یافته مرخص گردید.

بدین مناسبت در این مقاله راجع به هیپرتانسیون پرتال از نظر جراحی چند کلمه نگاشته و بعد از شرح اعمال مختلفه ابروواسیون بیمار خواهد آمد.

روشهای جراحی برای تخفیف دادن استاز هیپرتانسیون ورید باب است که عامل هماتوز و عظم احتقانی طحال (۴) میباشد در استاز سیستم ورید طحالی که سپلنومگالی احتقانی با خونریزیهای دستگاہ گوارش کم خونی لکوپنی ترمبوسیتو پنی (۵) تابلو بیماری بانتی را درست می کند این آناستوموز اجرا می گردد.

برای پائین آوردن فشارورید باب تدابیری اندیشیده و کارهای مختلفی انجام داده اند: تخفیف دادن به مقدار خون شریانی (مثلاً بستن شریان معدی - بستن شریان طحالی) یا در آوردن طحال، بستن وریدها، بستن وریدهای معده و دور مری. آناستوموز ورید باب - اجوفی که ممکن است ورید طحالی یا مزانتریک باشد یا تنه باب را از یک طرف به ورید کلیه یا ورید اجوف تحتانی از طرف دیگر ارتباط داد (یک ورید از اولی با یک ورید از دومی) موقعی که مستقیماً ورید باب را بورید اجوف اتصال دهیم با اسم

۱ - anastomose porto-cave      ۲ - hypertension portal      ۳ - Banti  
 ۴ - splenomegalie congestive      ۵ - thrombocytopenie

آناستوموز تنه (۱) و مستقیم - در صورتیکه مثلاً آناستوموز طحالی کلیوی غیر مستقیم وریشه است (۲).

مورد استعمال جراحی آناستوموز - عمل مشکل و دقیقی است نکته اصلی اینک آیبازندگی مریض مستقیماً بواسطه نتایج خود هیپرتانسیون ورید باب شدید می شود؟

در بیماران که چندین دفعه هماتوز کرده اند (اعلام خطر کننده (۳) این هماتوز های مکرر و نگران کننده بستگی به فشار ورید باب دارد تصمیم به عمل جراحی می گیرند. این هماتوزها بواسطه هیپرامی دستگاه تغذیه فوقانی میباشد ولی بایستی هماتوزهای عدم کفایت کبد پیشرفته یا اختلالات شدید خونی مخصوصاً زخم دوازدهه و تومورهای معدی توجه داشت.

بهترین علامت کلاسیک هماتوز فشار ورید باب عظم احتقانی طحال است تنها علامت مشخصه (۴) عبارت از وجود واریسهای متهرکز در مری (۵) که در ناحیه کاردیا (۶) و کم و بیش روی مری و برجستگی بزرگ معده پیشرفته باشند بارادیوسکپی و رادیوگرافی تشخیص می دهند.

بعد از حدس بالینی هیپرتانسیون پورتال بایستی حالت فیزیوپاتولوژیک (۷) بیمار رامعین کرده باین بیان که:

اولا - در ایجاد حوادث، استاز پورتال مکانیکی عمل اصلی دارد.

ثانیا - مریض تحمل انحراف پرتو - کاو دارد یا نه؟

جواب این دو موضوع از یکعده امتحانات آزمایشگاهی آشکار می گردد که

علاوه بر نتایجی که برای قابل عمل بودن یا نبودن آن می دهد به وضع کبد توأم به

هیپرتانسیون پورتال پی می بریم.

۱ - anas-tronculaire

۲ - anast. radulaire

۳ - alarmant

۴ - Pathogonomonique

۵ - Varice oesophagien localisée

۶ - Cardia

۷ - Physiopathologique



الف - بیماری که اعمال کبدش شدید و خراب شده عمل جراحی صلاح نیست در صورت خفیف بودن بی کفایتی با معالجات مقدماتی در حدود بیست روز بیمار را برای عمل حاضر می کنند .

ب - اختلالات خونی داخلی توأم با طحال بزرگ آشکار می گردد : کم خونی هیپوپلاکتوز (۱) لکوپنی (۲) و یک درجه بیشتر پانسیتوپنی (۳) این سندرم بانتهی است که قسمتی با اکستره پلاکت (۴) خصوصاً انتقال خون به مقدار کم و مکرر و هم گروپ معالجه می کردند . تابلو هماتولژیک با اپرو (۵) منفی مورد استعمال در آوردن طحال را دارد .

کم خونی و هیپوپروتیدی را در مدت چند هفته اصلاح می کنند بر حسب هماتوکریت (۶) بروش فیلیپس

د - در حالت آسیت با هیپوزرینمی (۷) : پونکسیونهای مکرر هر روز توأم با رژیم هیپرپروتیدیک بهترین اثر را خواهد داشت .

ج - در مواردی که خونریزی دستگاه گوارش ( با وجود انتقال خون ) قطع نمی شود اقدام فوری لازم است تا مپون کردن عمل جراحی ( بستن شریان معده - بستن شریان طحالی گاسترکتهی )

برای اقدام جراحی بایستی وسایل کار از هر لحاظ کامل و آماده باشد تجربه روی عروق یکی از شرائط کار است بیهوشی رانیماسیون ( ۸ ) با شرائط کامل ، اکسیژناسیون (۹) کافی ، کورار ، پرفوزیون (۱۰) گاهی فراوان (چندین لیتر خون) اسپیراتور ، یکعده وسایل لازم است .

## روش جراحی

زمان کاوش (۱۱) - این زمان مهم است سندرم هیپرتانسیون پرتال را ثابت

- |                       |                           |                 |
|-----------------------|---------------------------|-----------------|
| ۱-hypoplaquetose      | ۲-Leucopénie              | ۳-Pancytopenie  |
| ۴-extrait dePlaquette | ۵-spleno-constriction     | ۶-hematocrite   |
| ۷-hyposerinemie       | ۸ - reanimation           | ۹ - oxygenation |
| ۱۰ - Perfusion        | ۱۱ - temps d' exploration |                 |

کردند بواسطه اندازه گیری مستقیم فشار وریدی داخل ورید باب با تکمیل اطلاعات توسط فلبو گرافی پرتال (۱) با دی یودین (۱) دیده میشود. این فلبو گرافی بشرطی اجرا می شود که تجسسات عملی کلیه رضایت بخش بوده و تست تحمل به ید انجام شده باشد.

راه دسترسی - فوق نافی عرضی است که از یک انکشت بالای ناف به نهمین دنده راست و چپ امتداد یافته و تقریباً خفیفی بطرف بالا داشته باشد و بر حسب احتیاج روی قفسه صدری امتداد یابد.

جراحی آناستوموز پرتو کاو دو قسم است :

اول - در طرف راست که روی تنه ها انجام میشود که انتهائی - کناری (۳) یا کناری - کناری است. (۴)

دوم - در طرف چپ که روی شاخه ها انجام می شود انتهائی - کناری است. بعد از باز کردن شکم و معاینه دقیق چشمی و لامسی وضع عروق و طحال و پایه کبد و کبد روشن میشود و با مانومتر فشار وریدی را اندازه می گیرند در صورتی که بالاتر از ۲۰ سانتی متر باشد عمل می کنند.

اگر منطقه هیپرتاندو در سیستم معدی - طحالی است عمل را در طرف چپ و اگر در تمام منطقه است در طرف راست آناستوموز می کنند بشرطی که وضع ورید باب اجازه دهد.

چون بیماری که در بخش جراحی سینا عمل شده آناستوموز طحالی - کلیوی (۵) انجام شده است این روش را شرح میدهم.

آناستوموز طحالی - کلیوی - برش شکم با توسعه بطرف چپ قفسه صدری است. طحال را با اندازه ای که چسبندگیهای عروقی اجازه دهد آزاد می کنند اپی پلئون معدی - طحالی را قطع کرده و دم لوزالمعده را آزاد می کنند. لیگامان زاویه

۱ - Phlebographie Portale

۲ - Diiodine

۳ - termino - laterale

۴ - latero - laterale

۵ - anast. spleno-renal



کولون چپ را می برند (مواظب ورید طحالی باید بود) وزیر جلد بطور عمقی آدر نالین تزریق می کنند. باباز کردن عمق چادرینه (۱) در کنار فوقانی لوزالمعده شریان کلفت شده رامی بینند و آنرا قبلادور از ناف طحال می بندند و در این حال چسبند گیهای عروقی طحال را از دیا فرآگم آزاد میکنیم. ورید طحالی را در حدود تقسیم شدن به شاخه های اولیه و هم در یک سانتیمتری پائین آن بسته و انتهای نخ دوم را با پنس نگاه میداریم (نشانه) ورید طحالی را قطع کرده و طحال را بر میدارند و ورید را چند سانتیمتر آزاد میکنند و بعد یک کلامپ (۲) در پائین لیگاتور نشانه (۳) می اندازند و ورید بایستی در حدود ۸-۱۰ سانتیمتر آزاد شود. فشار بایی رزیدوئل (۴) را بعد از در آوردن طحال اندازه می گیرند و این عدد روش جراح رامعین می کند. در صورتیکه بالاتراز دوست میلیمتر (بامانومتر آبی) باشد جراحی مورد جدی دارد اگر عادی باشد (لااقل ۱۰۰ میلیمتر) بی فائده است.

برای آزاد کردن ورید کلیوی زاویه کلون چپ را پائین می آورند. دوروش برای اینکار موجود است :

الف- آزاد کردن کلیه و با کشش ملایم آن آزاد کردن ورید در پایه کلیه که آسان است.

ب- خود ورید را در محلش پیدامی کنند که طریقه بهتری است. ورید بایستی چند سانتیمتر آزاد شود بر حسب اینکه عمل کلیه در آری انجام شود یا نه آناستوموز انتهای - انتهای یا انتهای - کناری خواهد بود.

در انتهای کناری: بعد از گذاشتن کلامپ پوت (۵) برشی در کنار فوقانی ورید کلیوی چپ بطور طولی می دهند بعد ورید طحالی را باین ورید نزدیک کرده ورید را با سورژه (۶) آناستوموز می کنند (باسوزن غیر بران و ابریشم سیاه ۰-۴) در موقع گذاشتن اعضاء سر جای خود بایستی توجه کرد که آناستوموز زاویه انحناء پیدانکند.

۱ - arriere cavité

۲ - clamp Bull-Dog

۳ - rexere

۴ - residuelle

۵ - Potts

۶ - surgeé eversant

- مواظبت پس از جراحی - ۴۸ ساعت اول خیلی مواظبت لازم دارد .
- ۱- هموستاز: با وجود بند آوردن دقیق خون بایستی در شکم درن گذاشت
  - ۲- ترمبوز: باعث عدم موفقیت است بطور پیشرس ایجاد می شود در صورتیکه کلی (۱) باشد باعث انفارکتوس مزاتر می شود .
  - ۳- هپاری نیزاسیون - (۲) کار دقیقی است با مواظبت مرتب زمان انعقاد خون اجرا می گردد .
  - ۴- انسداد روده: باعث فشار و ترمبوز آناستوموز می شود با تداپییری مرتفع میشود (آسپیراسیون معدی وضع خوابیده با مختصر سر اشیبی (۳)، پروستیگمین)
  - ۵- عفونت: با تزریق پنی سیلین و استرپتومیسین قبل و بعد از عمل .
  - ۶- پانکراتیت: دستکاری لوزالمعده باعث آن می شود .
  - ۷- اورمی: با کلامپاژ کردن ورید اجوف تحتانی - خصوصاً بعد از کلیه در آری (در پیوند طحالی - کلیوی) دیده میشود .
  - ۸- بی کفایتی کبد: در آنها که ناراحتی کبدی داشته اند .

### شرح حال بیمار:

ح . م . ش . م ۲۶ ساله اهل اردستان بتاريخ ۳۱/۷/۲۹ در بخش جراحی سینا بستری گردید .

علت مراجعه - درد هیپو کندرچپ و حس سنگینی در این ناحیه و اختلالات گوارش میباشد .

بیمار از سالها پیش احساس سنگینی و ناراحتی در این ناحیه داشته و خود متوجه توموری بوده است که در طرف چپ پیدا روز بروز بزرگتر شده و خونریزی از بینی مزید بر ناراحتی های بیمار گردیده که گاهگاهی بروز و در چند سال اخیر شدت یافته است . متخصص گوش و حلق و بینی عارضه را عمومی دانسته است . در سابقه ، ۵ روز پیش از مراجعه به این بخش تب و لرزی را یاد آور میشود به بیمارستان



رازی مراجعه با آزمایشهای مختلف تشخیص سندرم بانتی داده میشود و به بیمارستان سینا اعزام میگردد

B.W منفی - فرمول و شمارش گلبولی : گلبول سفید ۴۸۰۰۰۰ قرمز ۱۸۰۰۰۰۰

میلوسیت تروفیل ۶/۵ درصد    ائوزینوفیل ۱/۵ درصد    نرو بلاست ۳/۵ درصد

متامیلوسیت ۲ «    لنفوسیت ۲۷ «

پولی نو کلتر تروفیل ۶ «    مونونو کلتر ۱۳/۵ «

پونکسیون طحال :

منونو کلتر ۱۰ درصد    متامیلوسیت تروفیل ۱ درصد

منوسیت ۲ «    میلوسیت تروفیل ۲ «

لنفوسیت ۸۲ «    اریتروبلاست ۱ «

پلی نو کلتر تروفیل ۱ «

میلو گرام - را کسیون سری اریتروبلاستیک

خون از نظر هماتوزوئتر حتی بعد از تزریق آدرنالین منفی بود .

سابقه شخصی و خانوادگی - ۱۲ سالگی شوهر کرده یکسال بعد شوهرش

فوت کرده است چهار سال است قاعده نمیشود .

شرح حال کنونی - بیمار بست کم خون و لاغر در حدود ۴ کیلو گرم .

زبان بارداروبی اشتهای اذرا ترش و احساس سنگینی بلافاصله بعد از غذایی کند .

در معاینه شکم - برآمدگی خصوصاً در هیپو کندر طرف چپ و جریان وریدی (۱) .

در لمس شکم و طرف چپ توموری حس می شود نسبتاً بزرگ که از یکطرف تاناف

از طرف دیگر تا حفره خاصره طرف راست کشیده شده و نسبتاً سفت و حساس است

حدود آن در بالاتر تا پنجمین فضای بین دنده قابل دق است .

کبد با اندازه سه بند انگشت پائین تر از کنار تحتانی دنده و حدود فوقانی آن در دق

در پنجمین فضای بین دنده است، سطحش صاف بدون درد، قوام آن طبیعی . مایع در شکم

موجود نیست .

دستگاه تنفس - عارضه ندارد . دستگاه قلبی عروقی : تعداد نبض ۸۶ در دقیقه فشارخون  $\frac{۱۰}{۵/۸}$  در راه رفتن و فعالیت تنگی نفس (بعلت آنمی) در گوش کردن قلب سو فل غیرعضوی (آنمی) وجود دارد. باعلائم فوق تشخیص عظم طحال میلوئید داده شد و بعد از تقویت حالت عمومی جهت عمل حاضر شد. طحال را در آورديم چون فشارورید باب ۳۴ بود آناستوموز طحالی - کلیوی انجام شد .

درمانهای بعد از عمل - آنتی بیوتیکها - هپارین - پرکورتین - تقویت عمومی، بیمار روز بروز بهبودی حاصل کرد .

فرمول و شمارهش در تاریخ ۳۱/۹/۱۲ گلبول قرمز ۳۷۶۰۰۰۰ - سفید ۷۸۰۰۰  
 نرو فیل ۶۸ باتونه ۱ ائوزینوفیل ۳ بزرك ۲ منوسیت ۲۴  
 در تاریخ ۳۱/۱۱/۵ گلبولهای سرخ به ۴۱۶۰۰۰۰ رسید حال عمومی بیمار خوب شد درد و سنگینی ناحیه هیپو کندرچپ مرتفع شد، اختلالات گوارش از بین رفت و اشتها کاملاً خوب شده بود . در موقع مرخص شدن وزن بیمار به ۵۵ کیلو رسیده بود .

رادیوگرافی از کلیتین بعمل آمد ترشح آن کاملاً خوب بود چند ماه پیش کاغذی از نطنز نوشته از وضع خود راضی بود .

روش سخت این عمل و از طرفی حال نامساعد این بیمار آن سبب شده است که بجای این روش طریق دیگری را که سهل تر و بی خطر تر بوده نتیجه نیز کم و بیش همان است بکار برند مثلاً پس از باز کردن شکم کمپرس آلوده به منظورید را به سطح فوقانی کبد ماساژ داده سپس جدار را می بندند، باین ترتیب روز ۸-۵ چسبندگیهای بین سطح فوقانی کبد و پرده حجاب حازو جدار ایجاد شده و سبب پائین آمدن فشارورید باب خواهد بود یعنی ارتباط ورید باب - اجوف کمکی است . ضمناً متذکر میشویم که قبل از انجام آناستوموز مستقیم یا غیرمستقیم ورید باب و اجوف این کار را با اتصال دادن چادرینه بزرك بجدار شکم انجام می دهند .