

# نامه ما مانده دانشکده پزشکی بهیت تحریریه

دکتر محمد حسن مانی  
دکتر محمد علی ملکی  
دکتر حسن میردامادی  
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

دکتر محمود سیاسی  
دکتر جهان شاه صاحب  
دکتر صادق عزیزی  
دکتر محمد قریب  
رئیس بهیت تحریریه - دکتر جهان شاه صاحب  
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

دکتر محمد حسین ادریب  
دکتر ناصر انصاری  
دکتر محمد بهشتی  
دکتر حسین سهراب

شماره سوم

آذرماه ۱۳۳۳

سال دوازدهم

## جراحی قلب

### در تنگی دریچه میترال (۱)

نگارش

دکتر یحیی عدل

استاد جراحی دانشکده پزشکی و رئیس بخش جراحی بیمارستان سینا

دکتر علی اکبر تو حیدی

دستیار بخش جراحی بیمارستان سینا

و

دکتر اسهیل مکی

دستیار بخش جراحی بیمارستان سینا

از تنگی دریچه میترال و اینکه این بیماری اکثراً دامنگیر جوانان شده و از معالجات طبی جز اینکه چند صباچی بر روزهای ناراحت شان افزوده گردد همه پزشکان اطلاع دارند.

پیشرفتهای جراحی و بیهوشی و آنژی بیوتیکها و سرمهای مختلف و ایجاد تعادل الکترولیتی، خصوصاً امکان دسترسی به قفسه صدری عمل جراحی را در بیماریهای قلب نیز ممکن ساخته است بطوریکه عده زیادی از بیماران تنگی دریچه میترال تحت

عمل جراحی قرار گرفته نتایج رضایت بخش حاصل گردیده است .

چون در بخش جراحی بیمارستان سینا تعدادی از این بیماران عمل گردیده اند (توسط آقای دکتر عدل) لذا در این مقاله راجع به عمل تنگی دریچه میترال شرحی داده و در آخر شرح حال بیماران عمل شده در بخش جراحی بیمارستان سینا ذکر خواهد گردید .

بیماران مبتلا به تنگی دریچه میترال نسبتاً زیاد است . گاهی توأم با بی کفایتی دریچه میترال بوده اسم مرض میترال ( مالادی میترال ) بخود میگیرد .

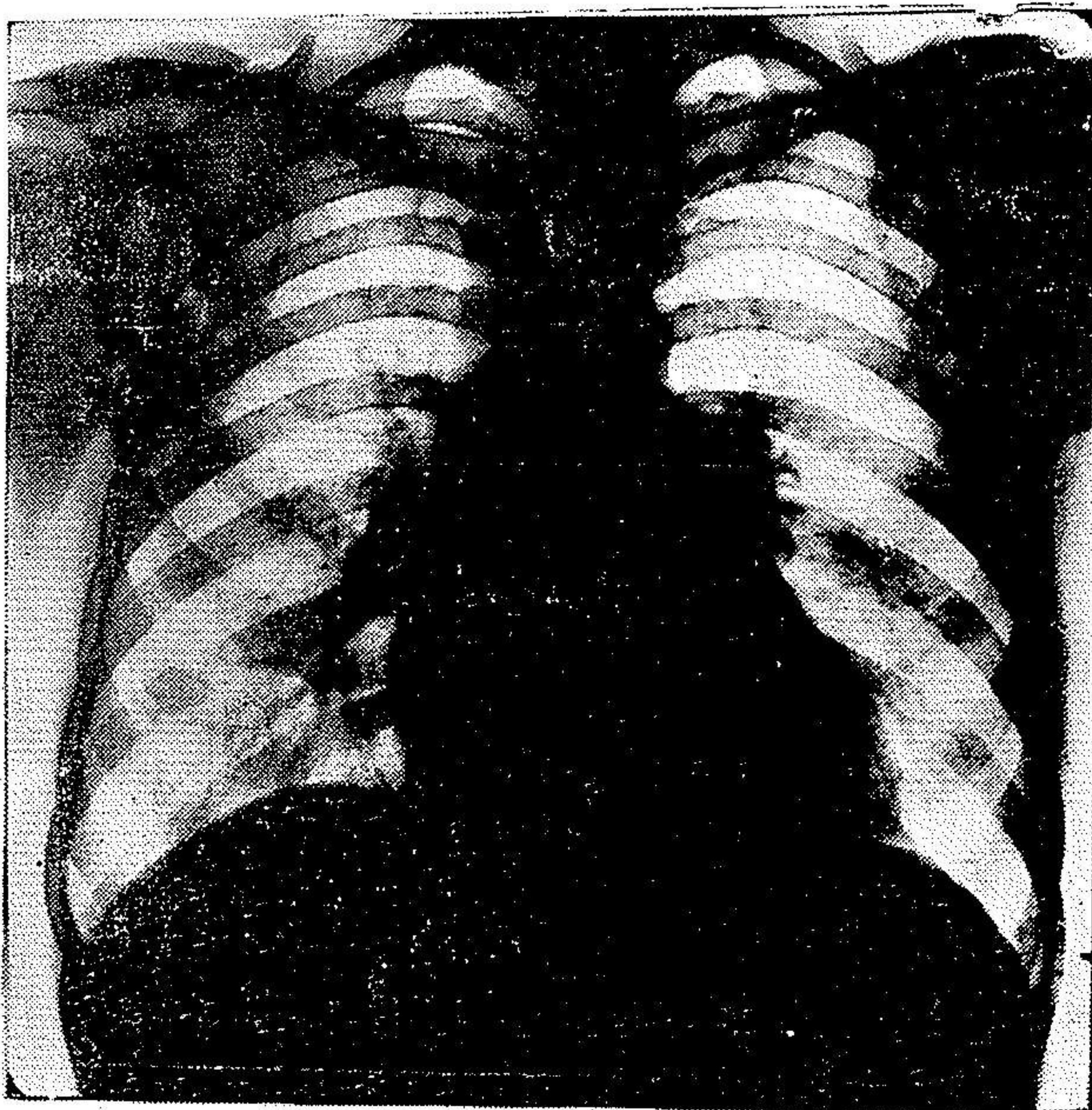
علائم این بیماری در کتابهای بیماریهای داخلی مفصلاً نوشته شده ولی ما قبل از اینکه راجع به عمل جراحی آن صحبت کنیم مطالبی را یاد آور میشویم :  
مطالعه بالینی بیمار از نظر جراحی - بیماران را بایستی قبلاً امتحان کامل کرد .

۱ - علائمی که مریض را نزد جراح می آورد : اول - تنگی نفس ( تنگی نفس با مانع میترال ) که با فعالیت پیدا میشود و سیانوز که با مقویات قلبی از بین نمیرود ، دوم - خیز ریوی ، سوم - هموپتیزی ، چهارم - دردهای سینه ای - پنجم - افزایش اختلالات عملی در دوره قبل از قاعدگی و حتی فقط در این موقع ، ششم - اختلالات عملی که در استراحت وجود دارد .

۲ - علائم فیزیکی : گوش کردن اول - رولمان دیاستولیک : ولی شدتش همیشه دلیل تناسب با کوچکی قطر نیست دوم - نتایجی که از انعکاس بیماری روی جریان کوچک خون و فشار ریوی بدست می آید مثلاً : وضوح دومین صدادر کانون ریوی ، سوفل سیستولیک آپکسو - استرنال ( ۱ ) ، سوفل دیاستولیک بی کفایتی عملی ناحیه دریچه ریوی تجسس عوامل ریوی تورم ، ملاحظه سیانوز ( آتریت یا آتریولیت ریوی ) که با جراحی رفع نمیشود .

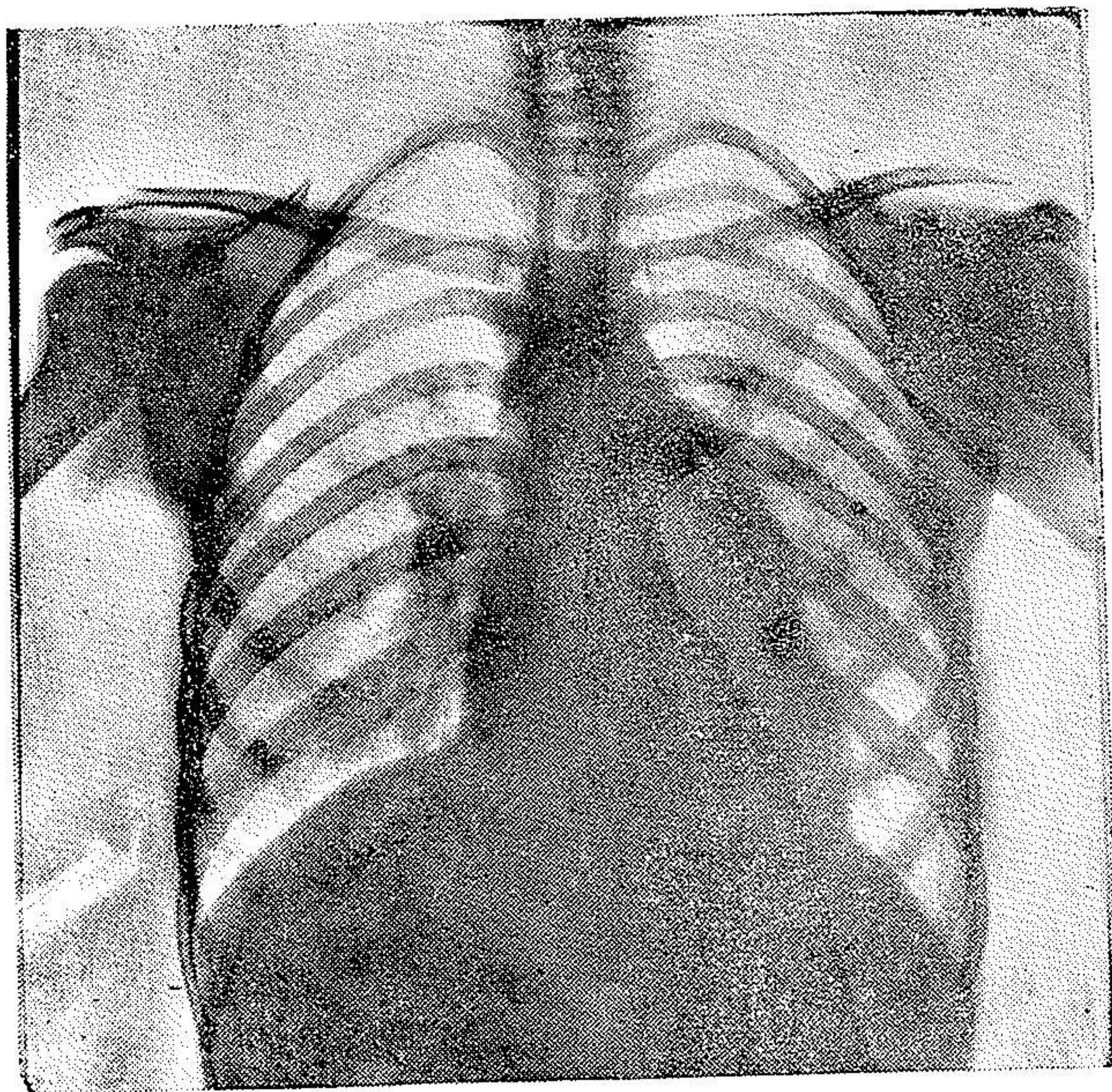
۳ - توأم بودن با ضایعات دریچه دیگر : تنگی میترال با ضایعه تنگی آورت و تنگی میترال با ضایعه بی کفایتی دریچه تری کوسپید .





شکل ۱- یوسف م- م - قبل از عمل





قبل از عمل  
شکل ۲ - م-ح ۷۵۱۸۵ - ۳۳۲۲۳





قبل از عمل

شکل ۳-م-ح ۷۵۱۸۶ ۲۳ر۲۳ر۳۳

مربوط بمقاله جراحی قلاب







۴ - مطالعه عوارض : آریتمی کامل به تنهایی عوامل جراحی را رد نمیکنند ولی دلیل پیشرفت بیماریست . آمبولی جریان بزرگ تابع عمل جراحی نبوده ولی اشکال جراحی و عقب انداختن زمان آنرا باید در نظر گرفت ، وجود بی کفایتی قلب و شدت ضعف آن .

۵ - نتایج پر تو نگاری : کاردیومگالی (۱) وجود ضایعات وسیع در میو کارد یا در چند سوراخ (۲) یا وجود یک دهلیز چپ وسیع .

۶ - نتایج الکترو کاردیو گرافیک - تغییرات آن - دو تا شدن موج P افزایش سطح و بطور نادر مدت آن و انحراف محوری چپ یا راست .

۷ - علائم عمومی : پیدا کردن علائم روماتیسم قلبی پیشرونده ؛ یا تنگی میترال پیشرونده ، حوادث ترومبو آمبولیک ، یا حوادث گرف عفونی ، متخصص قلب در مقابل قضاوت بر تریب اختلالات همودینامیک و یا عامل التهابی قرار گرفته است و همچنین بایستی در نظر بیاورد که انواعی از تنگی میترال را که پیشرفتش در چند سال انجام میگیرد و یا استنوزی که با زندگی شخص مسنی قابل تحمل میباشد وجود دارد . نتیجه امتحان بالینی از نظر جراحی : قبل از همه فونکسیونل (عملی) خصوصاً تنگی نفس (دیس پنه) که بایستی فهمید که مربوط به سد میترال یا نرو تونیک (۳) است روی علائم خیز ریوی ، همو پتیزیها ، دردهای قفسه سینه ، علائم شنوایی ، الکترو کاردیو گرام میباشد . (مثلاً سور شارژ (۴) بطن راست که در حقیقت وابسته بدرجه تنگی میترال خصوصاً افزایش مقاومت ریوی (عملی یا عضوی) میباشد ، هیپر تروفی بطن راست الکترو کاردیو گرافی وقتی که ریتم سینوسی بوده و واضح میباشد دلیل اینست که فشار متوسط در شریان ریوی بالاتر از ۵ میلی متر جیوه است و مقاومت آرتریولر ریوی لا اقل چهار برابر حال عادی است در اینحال تنگی میترال تقریباً همیشه از نوعی که تفاوت فشار بین شریان ریوی و مویرگهای ریوی زیاد است میباشد .

مطالعه همودینامیک ، تعیین دبی کاردیالک ، اشباع پریفریک ، فشار حفره ها

۱ - cardiomegalie

۲ - multiorificielle

۳ - norotonique

۴ - surcharge



موضوعاتی است که مورد استفاده قرار می گیرد گروهی از بیماران که تفاوت بین فشار متوسط شریان ریوی و مویرگ پائین مانده است (مانع تنگی میترال اصلی است) که با خیز ریوی مکرر و بطور زودرس تظاهر میکنند.

### موارد استعمال جراحی :

۱ - سن : بین ۵۰ - ۱۵ سال ولی در سنهای پائین بایستی به برگشت و پیشرفت روماتیسم و در پیران به اسکروز ناحیه اوریکول توجه داشت . ولی همیشه مسئله سن هم مطلق نبوده حالت دریچه میترال را برای ما قطعی نمی نماید .

۲ - اختلالات عملی : تنگی نفس تدریجاً بدتر شود ، خیز ریوی فعالیت و تکرر همپتیزیها .

۳ - علائم شنوائی : رولمان دیاستولیک ، ولی شدت و ضعف رولمان همیشه وسیله قطعی برای کوچکی و بزرگی دریچه میترال نیست ، در توأم بودن رولمان با سوفل سیستولیک آپکس (۱) بایستی به نارسائی میترال توجه کرد زیرا گرچه درجه ضعیفش مانع جراحی نیست ولی در مرحله شدت جراحی صلاح نیست .

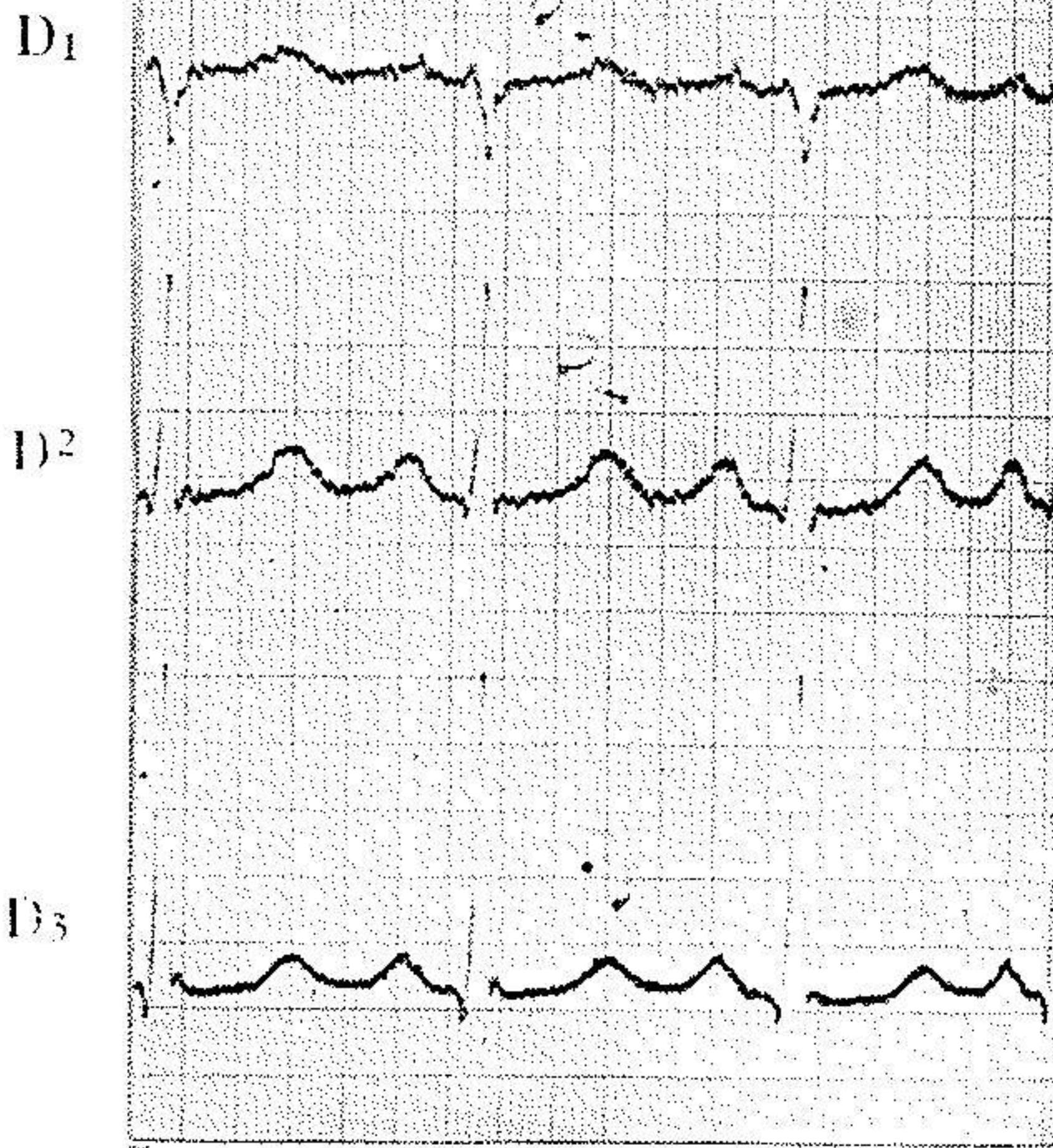
۴ - علائم الکتروکاردیوگرافیک : وقتی که انحراف محور راست توأم میشود با علائم اضافه کاری بطن راست .

۵ - عوارض پیشرونده : در روماتیسم فعال عمل صلاح نیست . آندوکاردیت بدخیم بعد از معالجات کافی با آنتی بیوتیکها از نظر جراحی اشکالی ندارد . آریتمی کامل تنها مانع عمل (۲) نبوده همچنین آمبولی در جریان بزرگ - منتهی یک فاصله زمانی را جهت اقدام بجراحی لازم دارد . در عدم کفایت قلبی خفیف جراحی میشود کرد ولی مرگومیر را نسبتاً بالا میبرد .

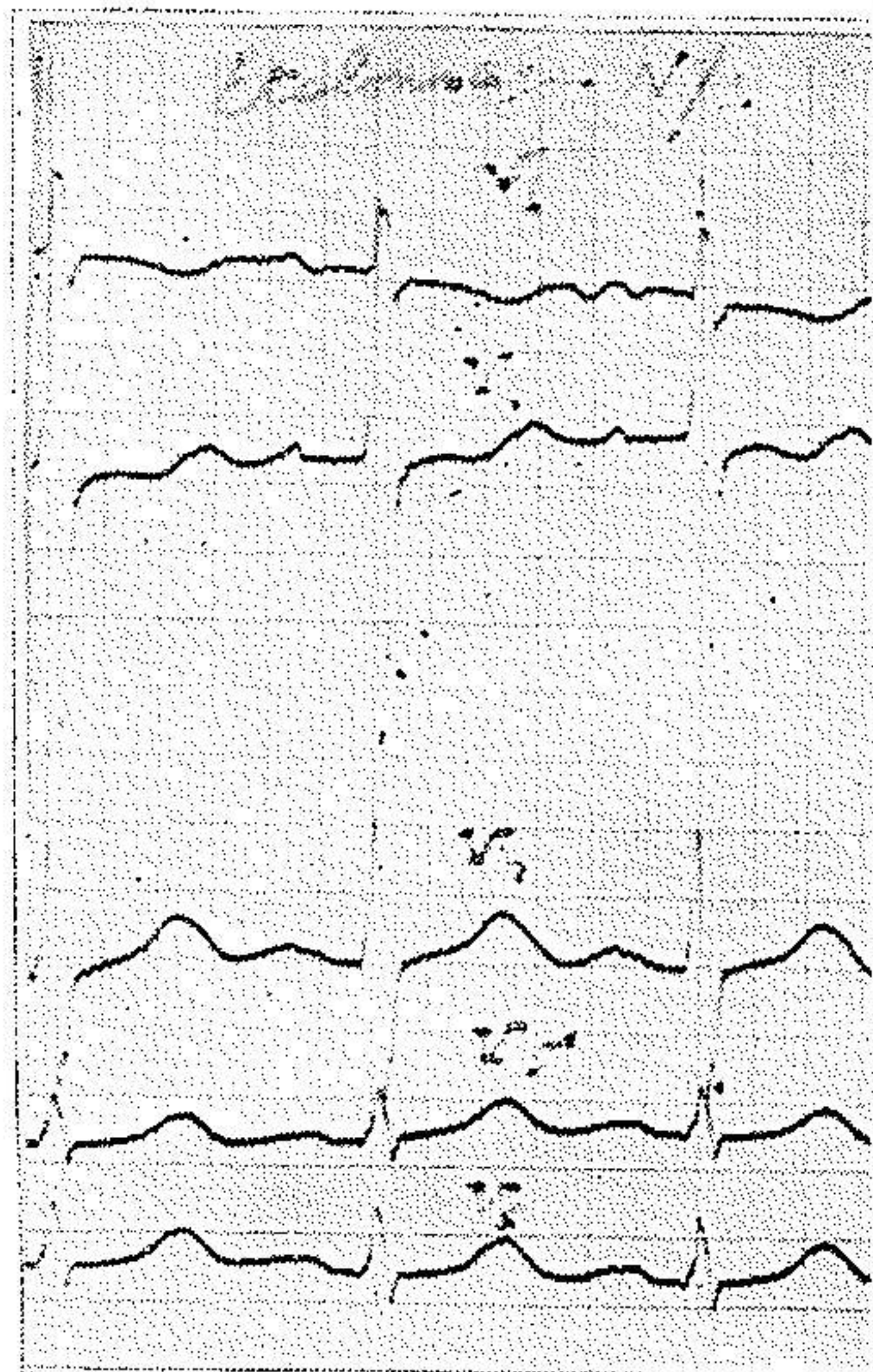
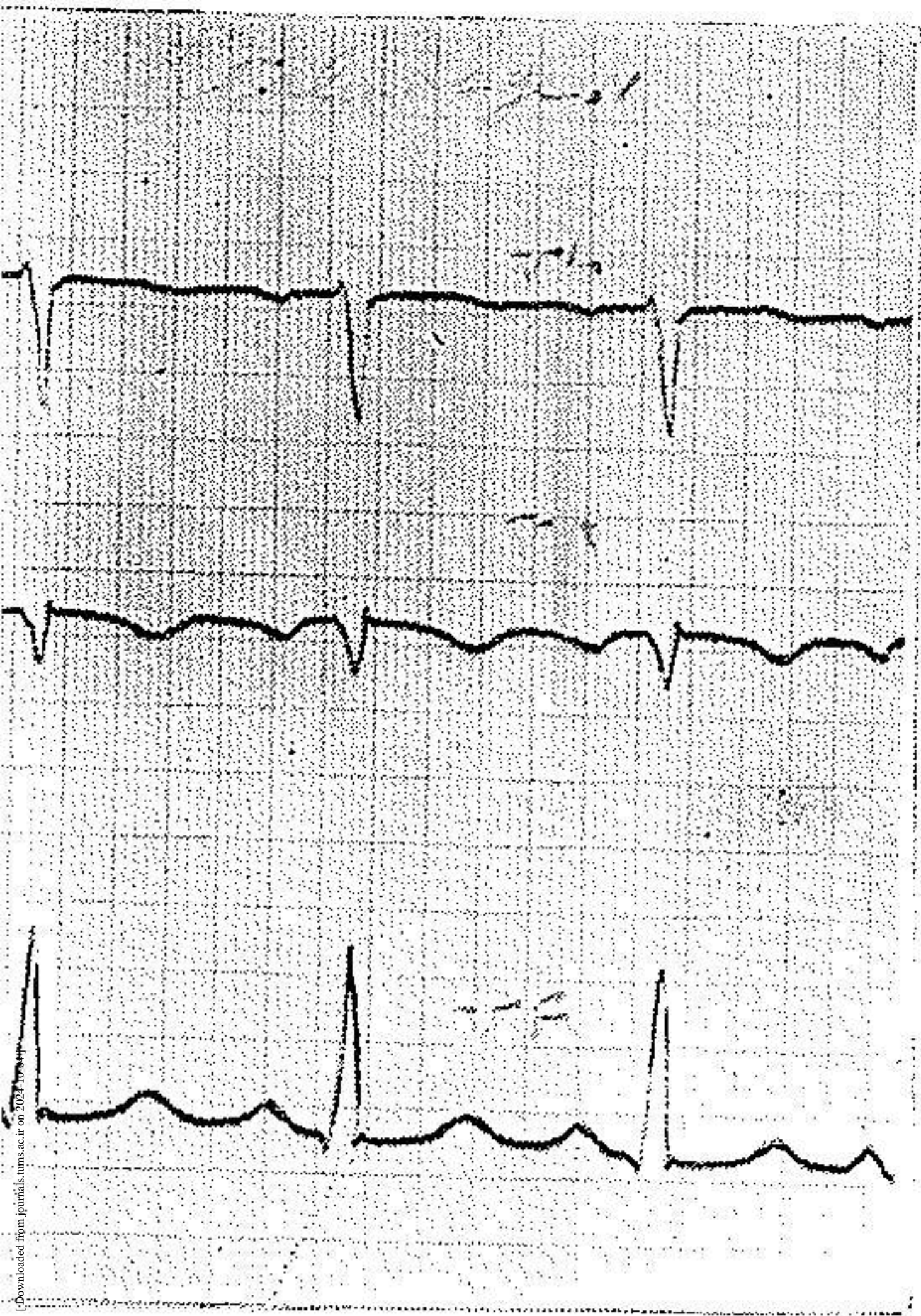
عمل جراحی روی بعضی اختصاصات رادیولوژیکی و محاسبه سطح میترال مثلاً در موردی که در حدود یک سانتی متر است کاملاً جایز میباشد .

میترالیهای با تنگی نفس ، با خیزهای ریوی مکرر ، نبودن ظرفیت عملی کامل





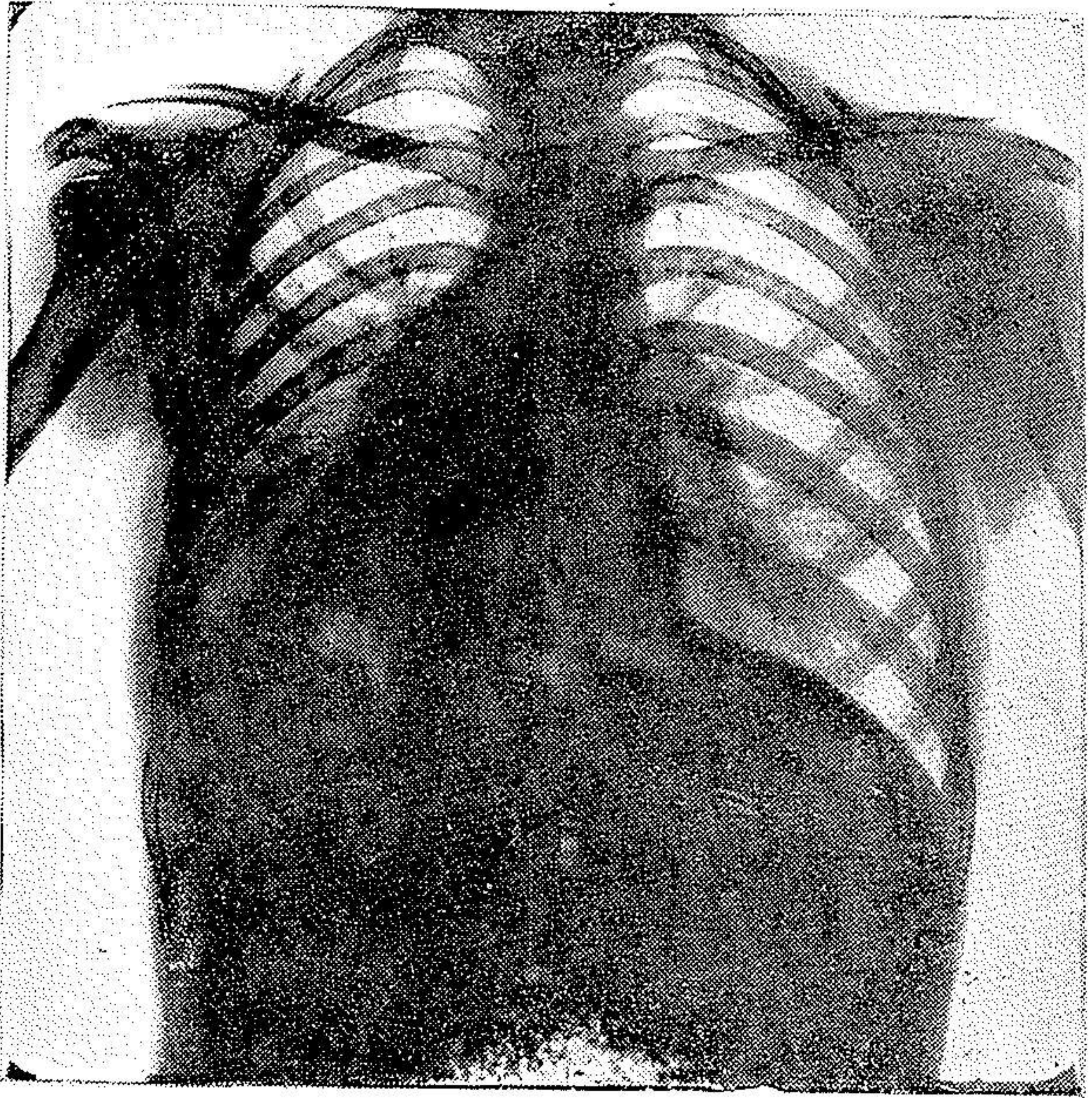
شکل ۴ - نمای الکتروکاردیوگرافی م - ح (۱)











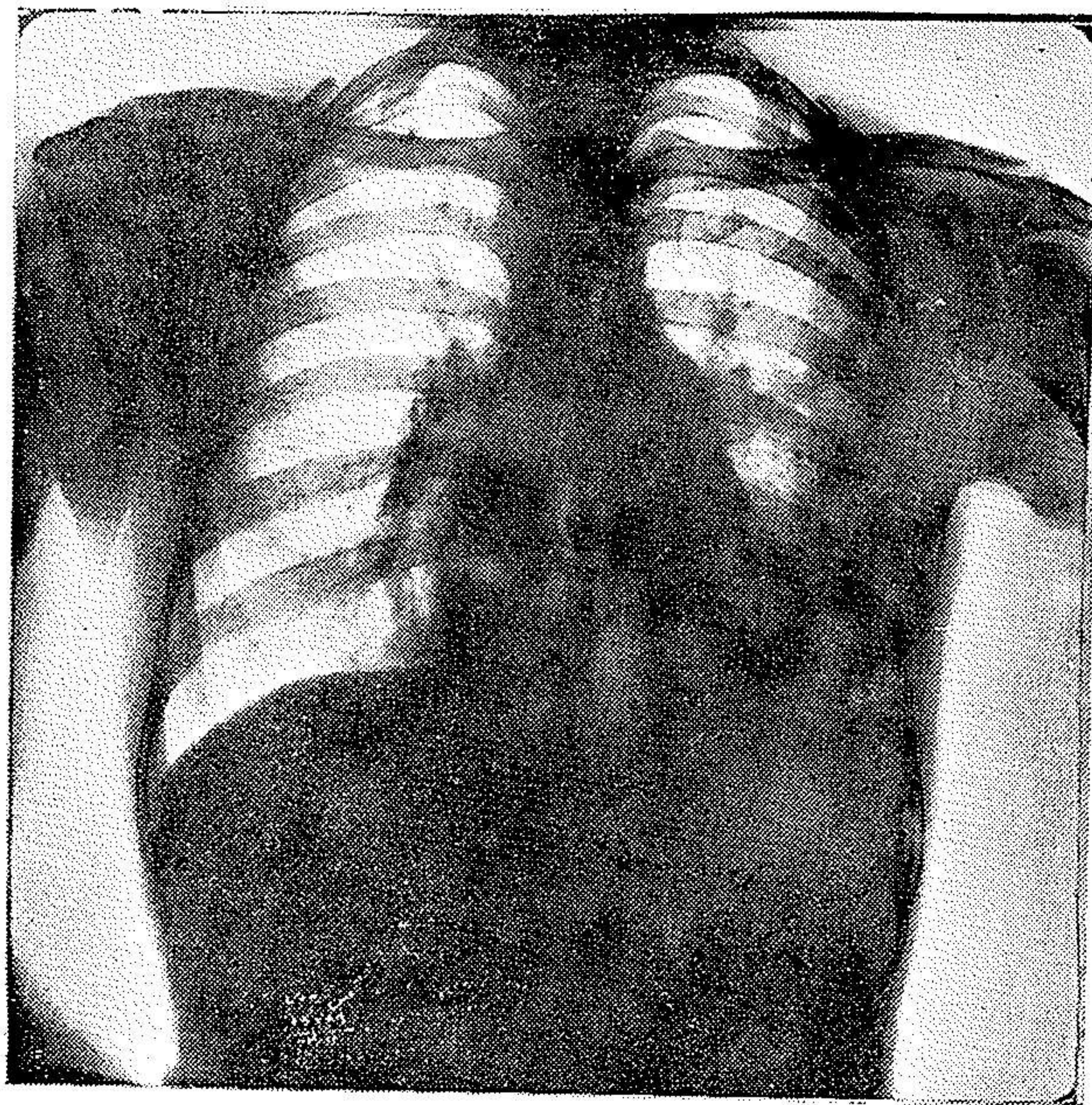
بعد از عمل

شکل ۷ - ۲ - ح ۷۵۵۲۸ ۲۹۳۳۳









قبل از عمل  
شکل ۸ - پری - ش ۷۶۰۷۴ ۶۶۶۶۶۶۶۶







اختلالات بزرگ همودینامیک در کاتاریسم عمل جراحی نتایج عالی میدهد .  
مقدمات برای عمل جراحی - گاهی برای بیماران دوره معالجه طبی لازم  
میشود، استراحت، اکسیژن دادن، رژیم بدون نمک در صورت احتیاج دیژیتالیکها،  
مدرهای جیوه مورد پیدا میکند .

بیماران تحت بیهوشی عمومی با روش جدید با اتوباسیون داخل نای با  
اترواکسیژن، پرتواکسید آزت بیهوش میشوند گاهی قبل از عمل یک پرفوزیون (۱)  
خیلی آرام سرم انجام میگردد .

از نظر تخفیف قابلیت تحریک قلب از بعضی عوامل فارماکودینامیک استفاده  
میکنند (سرم پروکائین، نتوکائین در پریکارد)

روش جراحی (تکنیک) - بعضی از پشت قفسه صدری به قلب دسترسی پیدا میکنند

ولی عده‌ای از جلو. در بیمارانیکه در بخش جراحی بیمارستان سینا عمل شده‌اند روش  
دوم بکار رفته است .

روشهایی که در خود دریچه میترال انجام شده متعدد و عبارتند از :

۱ - برداشتن یک تکه از حلقه میترال (۲) ۲ - والوئوپلاستی (۳) ۳ - شکافتن  
دریچه میترال ۴ - کمیسورومی (با بیستوری مخصوص) ۵ - حذف یک تکه از دریچه  
و اتصال دو طرف آن ۶ - باز کردن با انگشت . این طریقه را بیشتر قبول دارند .  
بهر حال بیمار به پشت خوابیده برش منحنی زیر پستان چپ داده و فضای بین  
دنده سوم و غضروف دنده‌های سوم و چهارم را در قسمت جلو قفسه صدری می‌برند  
بدین ترتیب حفره قفسه صدری باز میشود .

بعد از اینکه ریه طرف چپ خوابید (۴) بعد از رد کردن نخ در پریکارد  
آنرا باز کرده و کلان ساتینسکی (۵) در قاعده دهلیز چپ گذاشته و دو نخ  
انفوئسمان در بالای کلان رد میکنند و دهلیز را در قسمت سر بریده داخل دهلیز  
را با اسپیراتور تخلیه و انگشت سبابه را وارد میکنند و دیلاتاسیون به دریچه  
دولتی میدهند باندازه که در زنان یک انگشت و در مردان دو انگشت رد شود

۱ - perfusion

۲ - valvulectomie Partielle

۳ - valvuloplastie

۴ - degonflée

۵ - Satinsky



بعد انگشت را در حالی که نخ انفوئیسمان را سفت و گرم میزنند درمی آورند در حفره قفسه صدری آنتی بیوتیک ریخته و بدون اینکه پریکارد را بدوزند یا در حفره درن بگذارند قفسه صدری را میبندند. بعد از عمل برای بیمار آنتی بیوتیک و مرفین و در صورت لزوم اکسیژن میدهند.

پس از جراحی - از تظاهرات بعد از جراحی معمولی - تب: بعد از یکی دو روز تب مختصر و از روز ۱۵ - ۱۰ بر طرف میشود گاهی چندین هفته یک انحراف تب خفیف بدون اینکه مبدأش واضح شود دیده میشود. فشار شریانی: بعد از عمل کمی پائین میآید و ادامه آن علامت خطر است. درد: در ۱۰ روز از بین میرود گاهی تا دو ماه بدون قطع وجود داشته است. تنگی نفس را اکسیژن دادن تخفیف میدهد در صورت زیاد بودن بایستی به ترشحات پرده جنبی و پریکارد فکر کرد گاهی ترشحات جنبی خفیف موجود است که با یکی دو پونکسیون از بین میرود اولین پونکسیون دو روز بعد از عمل خواهد بود (مایع سروهما تیک) گاهی بعد از سه هفته پیدامیشود ولی با مواظبت های لازم هیچ اشکالی ندارد. واکنش پرده قلبی (پریکارد) معمولاً مخفی است (۱).

در گوش کردن (اسکول تاسیون) که روز چهارم انجام میشود از بین رفتن رولمان بطور کامل یا با جانشین شدن یک حس سوفل پر سیستولیک خفیف وجود دارد. بطور کلی در حالات مساعد عوارض پس از جراحی نسبتاً ساده است. روز دهم بیمار بلند میشود نه دهم بیماران روز بیستم بیمارستان را ترک میکنند در اشکال مساعد تنگی نفس ناشی از فعالیت (۲) از بین میرود گاهی بیماران از دردهای جدار قفسه صدری و ناحیه شانه و سختی اجرای حرکات شانه چپ شکایت دارند.

در بیمارانی که عمل جراحی راضی کننده نبوده تنگی نفس خیلی شدید و کریزهای خیز ریوی پیدا شده و حتی چندین هفته لازم است تا اینکه مثل قبل از عمل شوند.

عوارض بعد از جراحی - بلافاصله بعد از جراحی خونریزی بزرگ و فیبریلاسیون





قبل از عمل

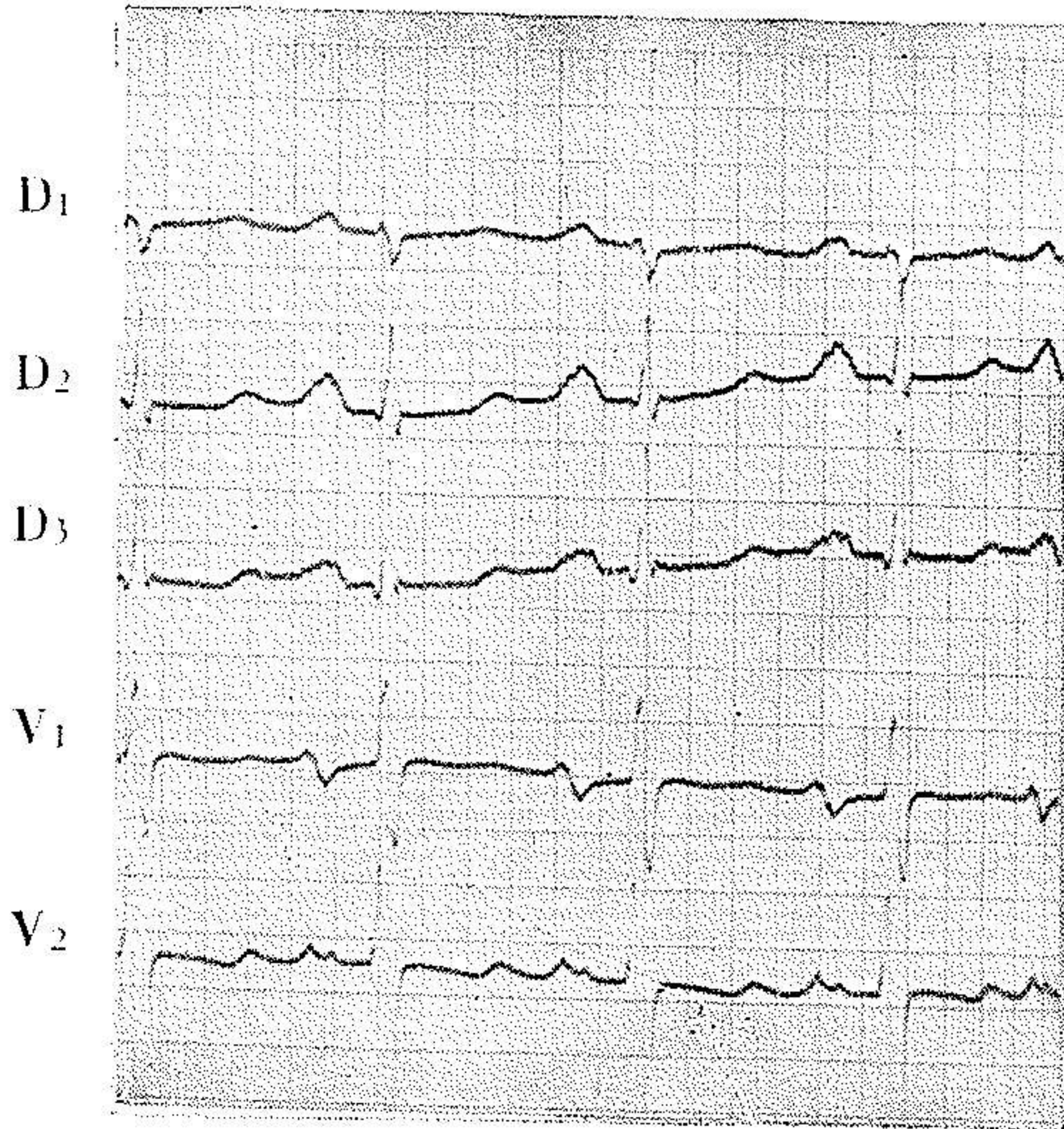
شکل ۹- پری ش- ۷۶۰۶۵-۶۶۶۶۶۶۶۶

مربوط به مقاله جراحی فلب







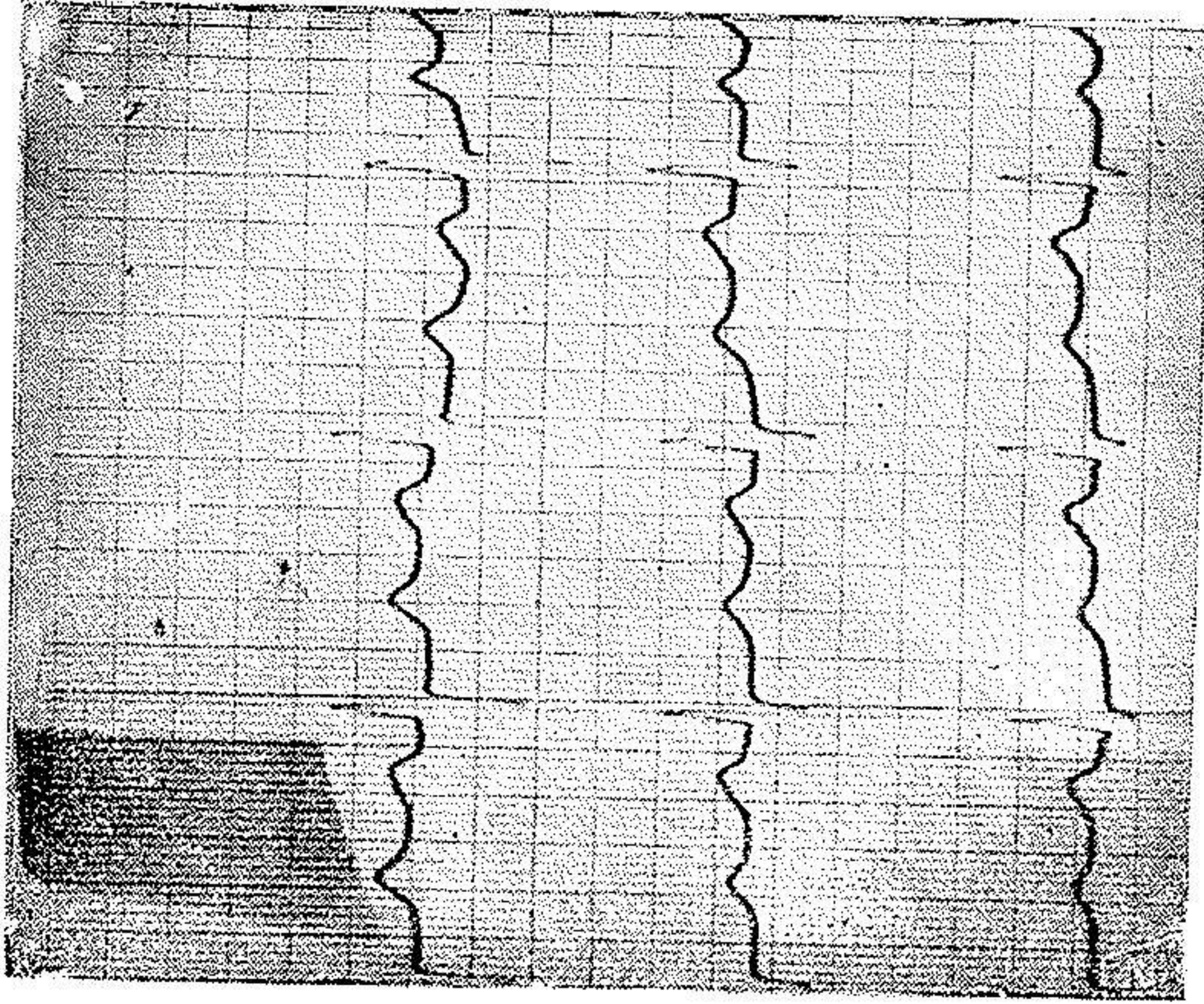


شکل ۱۰ - نمای الکترود کاردیوگرافی بری - ش (۱)

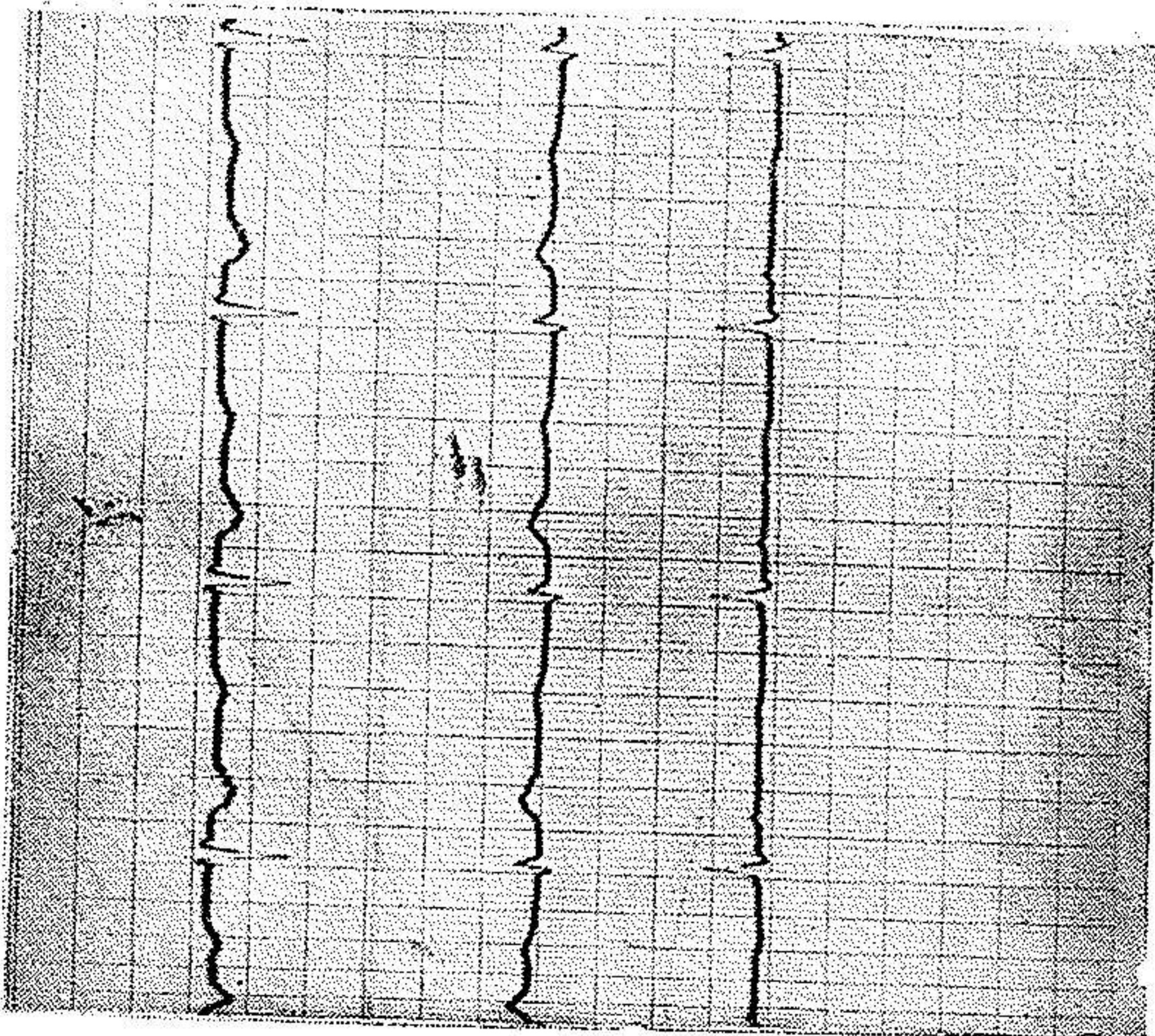








شکل ۱۱ - نمای الکترو کاردیو گرافی بری-ش (۲)



شکل ۱۲ - نمای الکترو کاردیو گرام بری - ش (۳)  
مریوبه تالاه جراحی قلب







قلبی - پارگی دهلیز - خیز حاد ریه در نتیجه جراحی نابجا پدید می آید .  
 عوارض ترمبوآمبولیک - مغزی ، ریوی ، کلیه ، دست و پا .  
 پریکاردیت چرکی - عوارض برنکوپولوئور با مصرف آنتی بیوتیک خیلی  
 نادر است .

آمار - آمار منتشره (۱) در ۱۰۵ بیمار عبارت است از : نتایج عالی ۰/۰۲۵  
 متوسط ۰/۰۳۶ ، ضعیف ۰/۰۳۰ ، فوت ۰/۰۹ ، و آمار دیگر (۲) درصد بیمار؛ عالی ۰/۰۶۶  
 متوسط یا ضعیف ۰/۰۲۱ ، فوت ۰/۰۱۳ .  
 اینک بشرح حال بیماران عمل شده در بخش جراحی بیمارستان سینا میپردازیم :

### شرح حال اول

یوسف م . م ۴۵ ساله اهل میانه کارگر در تاریخ ۳۲/۷/۶ از بخش داخلی  
 بیمارستان وزیر ( بخش آقای دکتر مظاهر ) به بخش جراحی بیمارستان سینا معرفی  
 گردید .

بیمار بعلت تنگی نفس موقع کار در نتیجه عدم توانائی کار و فعالیت و طپش قلب  
 و احساس درد در ناحیه جلو قلب به بیمارستان مراجعه کرده بود مدت بیمهاری را  
 دو سال بیان کرد که از دو ماه قبل از بیمارستان آمدن ناراحتی هایش افزایش یافته و  
 اجباراً بیمارستان وزیر مراجعه و بستری میشود و مدتی معالجات طبی انجام شده است .  
 سابقه شخصی - دردهائی را در اندامها از ۶-۵ سال قبل بیان میکند .

سابقه خانوادگی - چیز مهمی نیست .

فعلاً بیمار بست با حال عمومی نسبتاً خوب ، کم خون ، از درد ناحیه جلو قلب و  
 طپش قلب موقع راه رفتن و تنگی نفس شکایت دارد . همچنین نفخ معدی ناراحتش  
 میسازد .

امتحان قلب علائم تنگی دریچه میترال ( فرمیسمان ، رولمان دیاستولیک ، اکلاهی  
 اولین صدا ، دو تا شدن دومین صدا ) را نشان میدهد . فشار خون ماکزیم ۱۱ و می نیمم  
 ۸/۵ تعداد نبض ۹۰ در دقیقه .



امتحانات آزمایشگاهی - اوره خون ۵۰ سانتی گرم ، واسرمان و کان منفی ، گلبول سرخ ۲۸۰۰۰۰۰ و سفید ۷ هزار (سگمانته ۶۶، با تونه ۲ ، لنفوسیت ۳۲) ادرار طبیعی است .

رادیوگرافی در تاریخ ۳۲/۷/۸ انجام شد .

در تاریخ ۳۲/۸/۱۳ تحت عمل جراحی ( باروشی که قبلاً ذکر شد) قرار گرفت و سوراخ میترال که يك انگشت هم با اشکال رده میشد باندازه دو انگشت باز گردید. فرمیسمان و رولمان بعد از عمل از بین رفت مواظبتهای لازم بعد از عمل انجام شد (فشار خون و نبض و تنفس مرتباً کنترل میشد). بیمار بعد از مدت تقریباً یکماه با وضع رضایت بخش بطوریکه حتی پلههای متعددی را بدون تنگی نفس و ناراحتی بالامی رفت بیمارستان را ترک کرد .

### شرح حال دوم

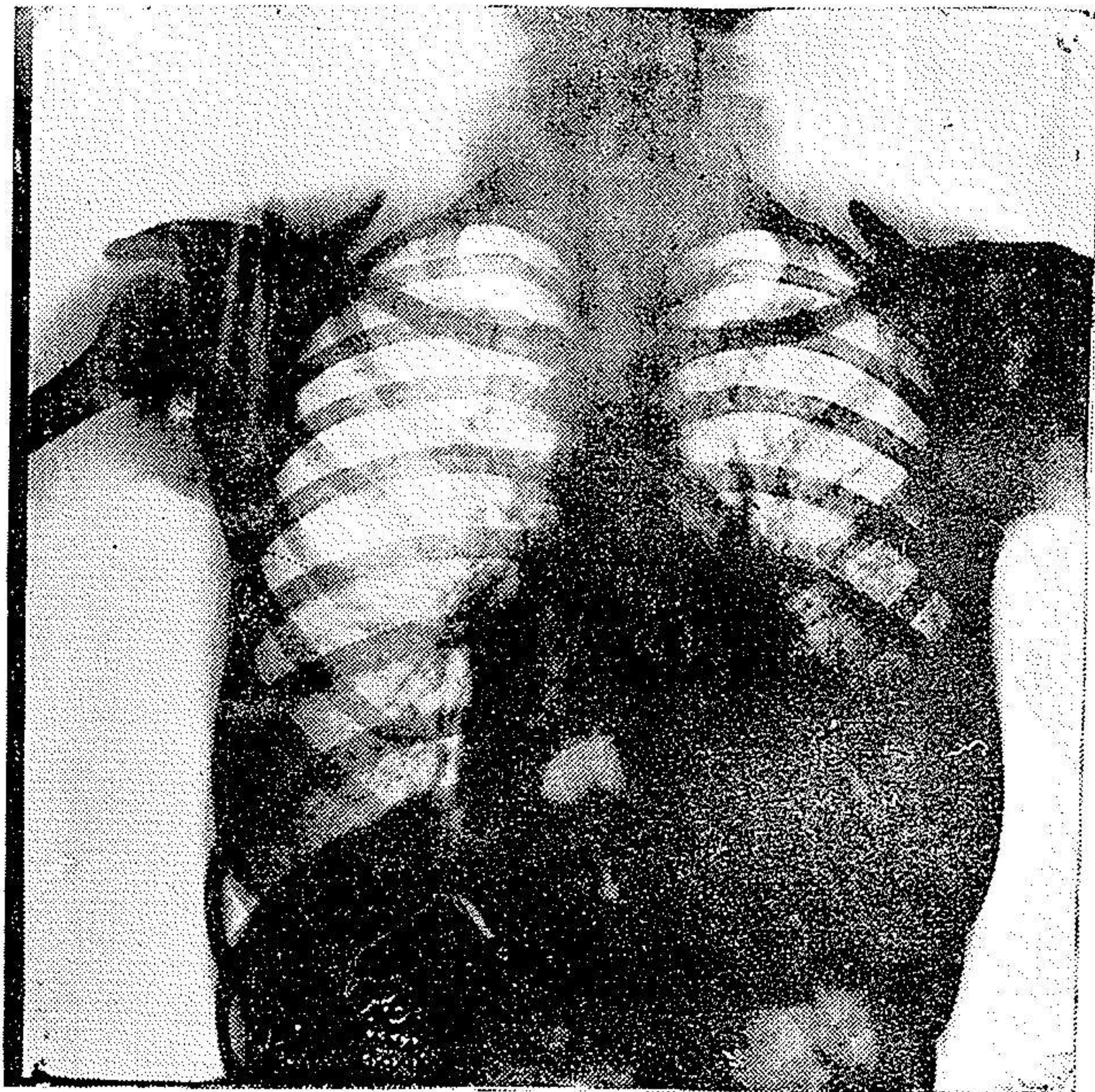
ع . ح ۲۲ ساله اهل اراک گلگیر ساز، بعلت تنگی نفس موقع کار ، طپش قلب و هموپتیزیهای مکرر بیمارستان مراجعه نموده است از پنج سال پیش ناراحتی قلبی را حس کرده و خلط خونی داشته است تنگی نفس تدریجاً شدت کرده است بیمار اظهار میداشت که در اواخر ورم هر دو پا عارض گشته و پانزده روز قبل از آمدن به بیمارستان سینا در بخش و اگیر بیمارستان پهلوئی مراجعه و تحت معالجات دیزیتالین قرار گرفته و از آنجا به بخش جراحی سینا معرفی گردیده است .

سابقه شخصی - در طفولیت مدت طولانی تب و لرز داشته است .

در امتحان بیمار نوك قلب پائین تر از محل عادی و شوک قلب واضح دیده میشود علائم تنگی میترال با سوفل خیلی خفیف سیستولیک وجود دارد خصوصاً فرمیسمان و رولمان دیاستولیک خیلی واضح است . فشار خون  $\frac{10}{6}$  نبض ۸۵ .

در تاریخ ۳۲/۱۱/۱۵ تحت عمل جراحی قرار گرفت ، دو روز پیش از عمل دو قرص کنین کاردین داده شد) روز پنجم عمل نشست ، چندروز بعد راه رفت ، دو ماه بعد با وضع رضایت بخشی در حالی که فرمیسمان و رولمان از بین رفته بود و تنگی نفس نداشت بیمارستان را ترک کرد .



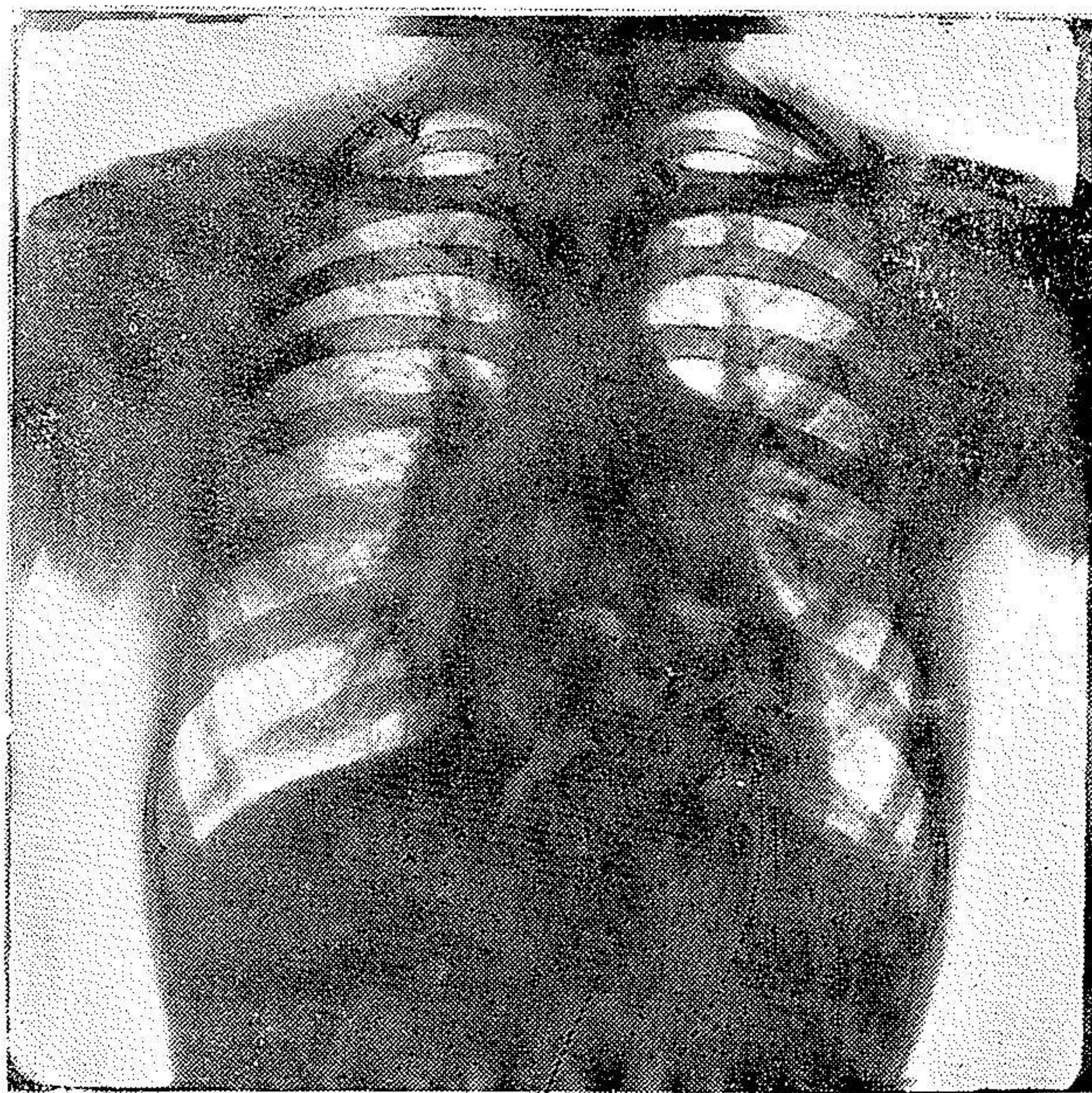


بعد از عمل  
شکل ۱۳ - پری - ش ۷۶۲۶۰ ار ۳۳۷









قبل از عمل

شکل ۱۴- ح-ع-۹۶-۷۶۰۰۹۱-۳۱ ر ۳۳









قبل از عمل

شکل ۱۵-ح-ع-ع-۷۶۰۱۰ - ۳۱ر۵ر۳۳

مربوط به مقاله جراحی قاع







## شرح حال سوم

م - ح شانزده ساله اهل اراك بعلت تنگی نفس موقوع راه رفتن و هموپتیزی به بخش داخلی بیمارستان وزیري مراجعه و جهت عمل جراحی توسط آقای دکتر مظاهر به بیمارستان سینا معرفی گردیده است. مدت کسالت بیمار یکسال و با تنگی نفس موقوع کار شروع و در این مدت چهار بار هموپتیزی داشته که دفعه آخر زیاد بوده است سابقه تب و لرزهای خفیف در چهار سال پیش و دردهائی را در ناحیه ساق پا و بازو بیان میکند.

حالت عمومی بیمار خوب و قیافه کم خون و لاغر اندام بود. در معاینه کبد دو انگشت بزرگ و طحال قابل لمس است جهت الکترو کاردیو گرافی به آقای دکتر نهاوندی معرفی گردید ایشان نیز مورد استعمال جراحی را با امتحانات لازم تأیید کردند. بطوریکه علائم تنگی در بچه میترال بطور خالص و فشرده (۱) بدون علائم نارسائی قلب راست بود و تمام ناراحتی های بیمار از نوع مانع مکانیک تشخیص داده میشود. این تنگی شدید در بچه میترال از وجود هموپتیزیهای فعالیت، و فرعاً از شدت رولمان و فرمیسمان نتیجه گرفته میشود نبودن نارسائی قلب راست از امتحان بالینی و از اندازه فشار وریدی در چین آرنج معلوم میگشت و امتحان الکترو کاردیو گرافی وجود هیپرتروفی راست را نشان داده امتحان پرتوشناسی بطن راست و دهلیز چپ بطور خیلی خفیف هیپرتروفی است و دهلیز راست نیز مختصری متسع است.

امتحانات آزمایشگاهی - واسرمان منفی، اوره خون ۰/۳۴ ادرار چیز غیر طبیعی ندارد. فرمول خون گلبول سرخ ۴۳۰۰۰۰۰ گلبول سفید ۷۸۰۰ (سگمانته ۶۹، ائوزینوفیل ۲ يك هسته بزرگ و میانه ۲ لنفوسیت ۲۷) فشار ماکزیمم ۱۱ و می نیمم ۷ نبض ۸۰.

بیمار در تاریخ ۳۳/۳/۸ تحت عمل قرار گرفت انگشت سبابه (۲) از در بچه میترال رد نمیشد باندازه لازم گشاد گردید بعد از اتمام عمل رولمان و فرمیسمان از بین رفته بود. این بیمار نیز با نتیجه خوب از بیمارستان مرخص گردید.



## شرح حال چهارم

پری . ش هفده ساله اهل تهران خانه دار که یکسالست شوهر کرده ، بعلت  
 طپش قلب و تنگی نفس موقع خوابیدن و کار کردن و فعالیت در تاریخ ۳۳/۶/۳ توسط  
 آقای دکتر نپاونندی با تشخیص تنگی دریچه میترال خیلی فشرده بدون علامت خستگی  
 میوکارد جهت عمل جراحی به بخش جراحی سینا معرفی شد .

بیماری از سه سال پیش با طپش قلب موقع تندرته رفتن شروع و تدریجاً شدت  
 کرده و آبستنی در دو ماه قبل از معرفی مزید بر علت و سبب افزایش ناراحتی وی  
 گردیده که با تجویز اطباء کورتاژ شده است بیمار تا حال سه بار هموپتیزی که دفعه  
 آخر شدید بوده داشته است . مدت ۶-۵ ماه احساس درد در طاق دل و ناحیه قلب  
 میکند .

سابقه شخصی - سرخک و سیاه سرفه در بچگی و حصیه در سه سال پیش عارض  
 گشته سابقه روماتیسم را بیان نمیکند .

سابقه خانوادگی - چیز مهمی نشان نمیدهد .

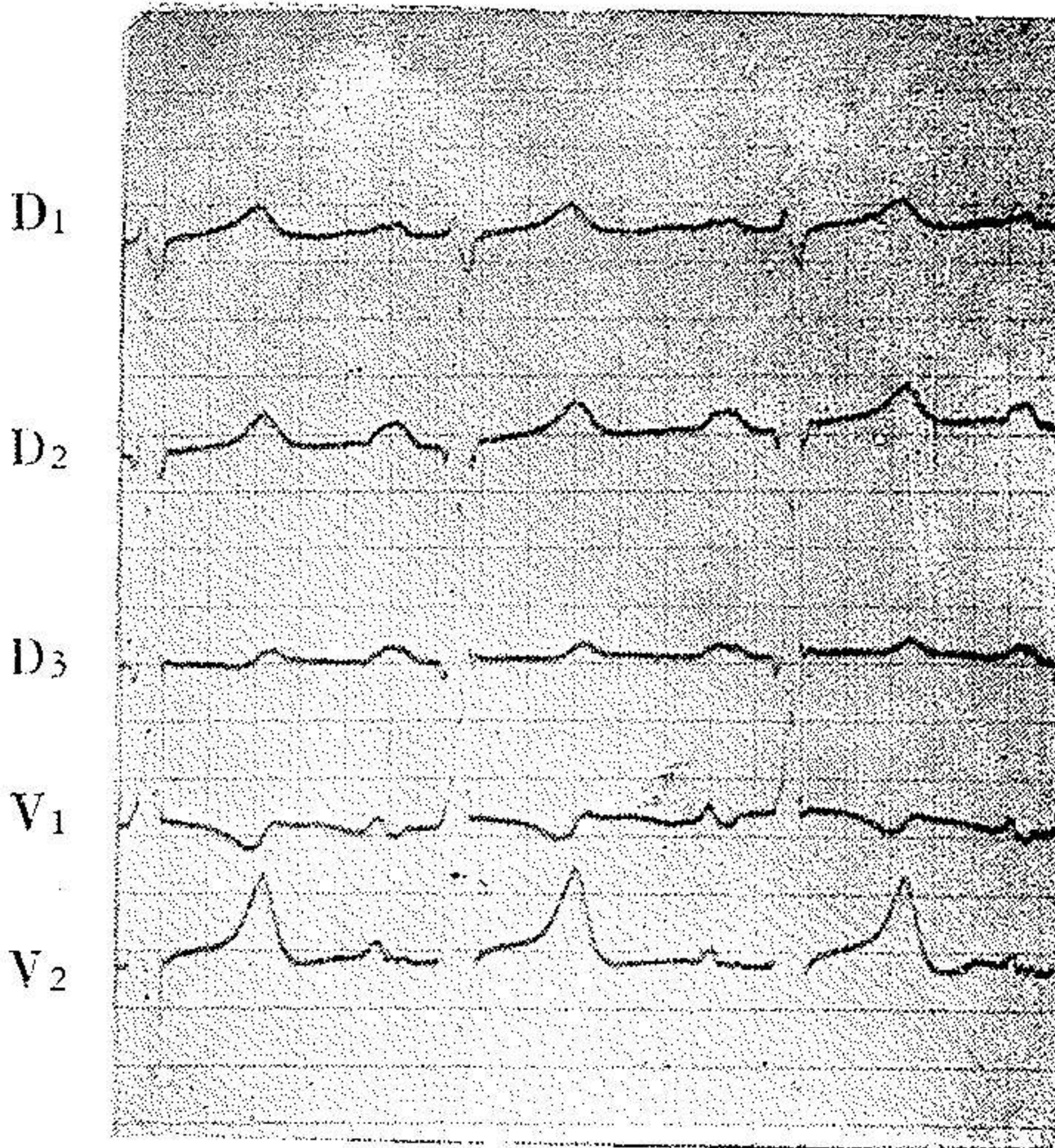
بیمار زن جوانی است با حالت عمومی خوب، لاغر اندام که از طپش قلب تنگی  
 تنفس موقع راه رفتن و فعالیت و خوابیدن و سابقه سه دفعه هموپتیزی شکایت دارد .

امتحان دستگاههای مختلف بیمار - سابقه هموپتیزی و تک سرفه علامت تنگی  
 دریچه میترال: فرمیسمان خفیف در پنجمین فضای چپ باشوک مختصر نوک قلب با  
 صدای روان شدید دیاستولیک و شدت صدای اول (۱) نشان میدهد فشار خون  
 ماگزیمم ۱۰/۵ می نیمم ۷/۵ نبض ۱۱۰ در دقیقه .

امتحانات پاراکلینیکی - اوره خون ۰/۳۴ - ادرار طبیعی - واسرمان منفی -  
 امتحان رادیوگرافی و الکتروکاردیوگرافی انجام شده است .

در تاریخ ۳۳/۶/۹ (بعد از دادن کینیدین) تحت عمل جراحی قرار گرفت سوراخ  
 دریچه میترال خیلی تنگ و فشرده بود باز گردید و پریکارد دوخته نشد چند روز بعد  
 از عمل مقداری مایع سروهماتیک (۱۵۰ سانتی کوب) از حفره جنب کشیده شد روز





Etalouage N. (1 cm = 1 mm)

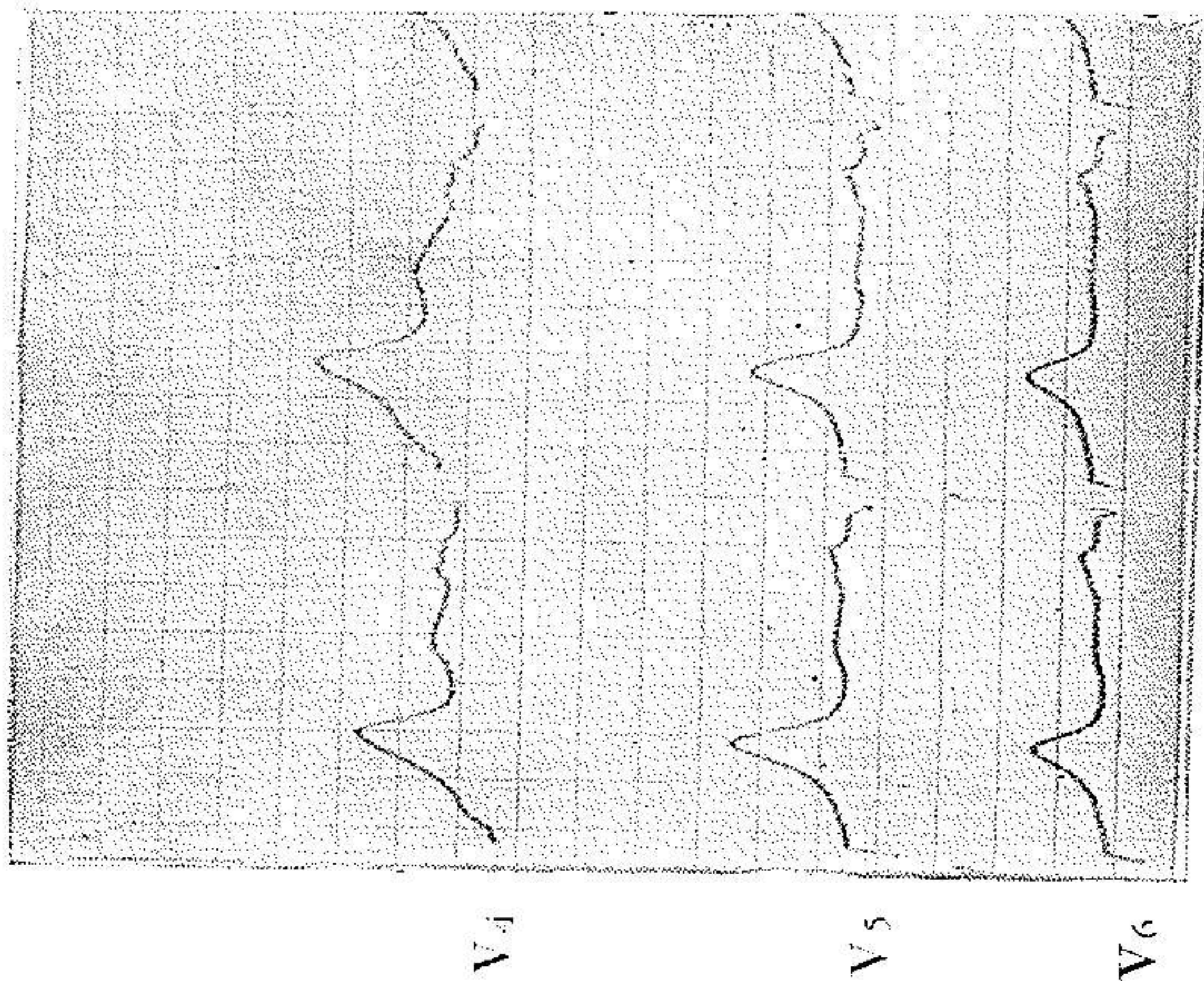
Chromnographie ./2 et 0/01. sec

شکل ۱۶ - نمای الکتروکاردیوگرام ح-ع-ع ۴ر۶ر۳۳ (۱)

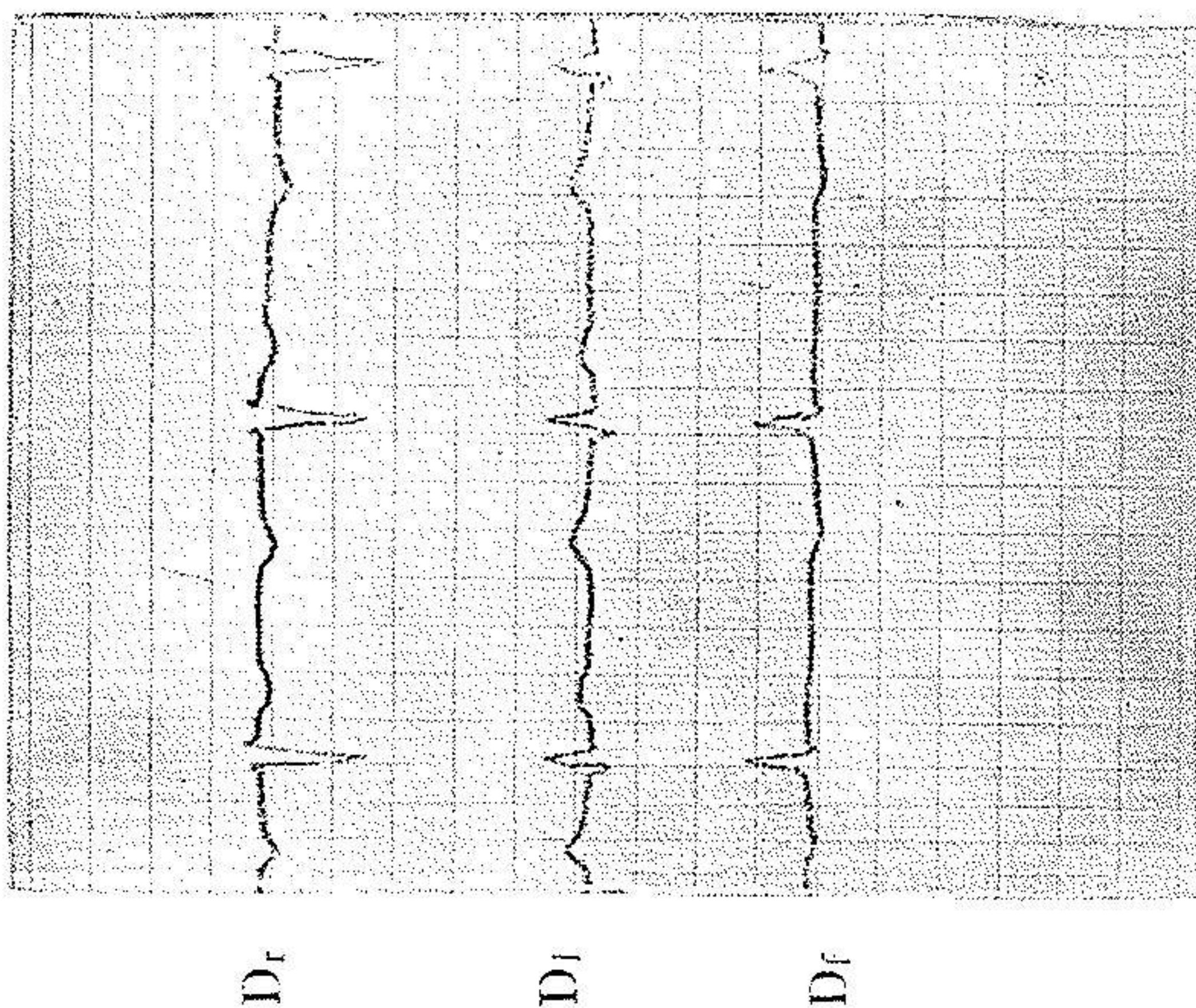








شکل ۱۷ نمای الکترو کاردیو گرام ح-ع.ع.ع ۶ر ۳۳ (۲)



شکل ۱۸ نمای الکترو کاردیو گرام ح-ع.ع.ع ۶ر ۳۳ (۳)

مربوط به مقاله جراحی قلب







ششم در تخت خواب نشست و امتحان قلب از بین رفتن فرمیسمان و روله آن را نشان میداد بیمار بعد از یکماه با حالت خوب و نبودن تنگی تنفس مرخص گردید.

### شرح حال پنجم

حسن . ع . ع سی ساله اهل همدان شاگرد بنا

بعلت درد ناحیه جلو قلب، درد موقع دست زدن ناحیه اپی گاستر و تنگی نفس

و همو پتیزی در ۳۳/۶/۶ به بخش جراحی سینا مراجعه و بستری گردید.

شروع بیماری از هفت سال پیش با سرگیجه و بی حالی و لیپو تیمی باطنین صدا

در گوشها بوده که تدریجاً شدت نموده و اقدام به معالجه کرده تا اندازه بهتر گشته

است و این کیفیت در زمستانها شدت می یافته تا دو سال قبل سرفه و اخلاط (بدون خون)

علاوه گشته و به معالجه پرداخته تا اینکه سرما خوردگی چهار ماه قبل و سرفه و اخلاط

و شدت ضربانات قلب او را به بخش آقای دکتر عزیزی کشانده که مداوا گشته و عمل

جراحی پیشنهاد شده است بیمار موقع بالا رفتن پله حالت خفقان و تنگی نفس پیدا میکند

و حتی موقع خم شدن تنگی نفس و سیانوز و سرفه عارض وی میگردد، عرق بر صورتش

می نشیند و گاهی تک سرفه های خشکی میکند که اطرافیان مشکوک به سل میشوند

عکس برداری ها و تجزیه اخلاط از این نظر همه منفی بود تا دو ماه پیش سرفه شدید

و ناراحتی قلبی پیشین و اخلاط زرد رنگ و حتی سرفه شدید موقع خواب درد ناحیه

جلو قلب وی را سخت ناراحت میکنند و ۶-۵ روز پیش از ورود به بیمارستان بعلت

حرکت تند و هیجان سرفه شدیدی شروع شده و رگ های خون در اخلاط مشاهده

کرده است.

در سابقه شخصی - سیاه سرفه و سرخک در بچگی و استئومیلیت در ده سال پیش

و درد هر دو زانو را متذکر میشود. بیمار است کوتاه قد و جثه کوچک با وزن ۴۲

کیلو گرم حالت عمومی فعلی خوب ولی بر اثر راه رفتن و حرکت تنگی نفس و سیانوز

شدید میشود.

امتحان دستگاهها - کم اشتها و زبان باردار و بیوست داشته و کبد در ملامسه

حساس، در راه رفتن سرفه عارض و اخلاط دفع میکند. چند رال در قاعده ریتین شنیده

میشود.



دستگاه قلب و عروق - نوك قلب در پنجمین فضای چپ حس میشود فرمیسمان خفیف در ملامسه - و در گوش کردن رولمان دیاستولیک و اکالی صدای اول شنیده میشود امتحانی که توسط آقای دکتر نپاوندی شده تنگی دریچه میترال خالص را تأیید کرده و اندازه تنگی را از قطر انگشت اندکس کم تر تشخیص داده اند فشار وریدی را در بازو اندازه گیری نموده اند. خلاصه نارسائی بطن راست وجود نداشته، طپش قلب و تنگی نفس منحصرأمر بوط باشکال عبور خون از سوراخ دریچه میترال تشخیص داده شده است. وجود هیپرتروفی بطن راست با دهلیز راست (در امتحان الکترو-کاردیو گرافیک) دلیل تنگی دریچه و نشانه فشار شدید داخل شریان ریوی و در امتحان پرتونگاری برجستگی قوس متوسط چپ (در روبرو) این مطلب را تأیید میکند در نتیجه میوکارد خوب و نبودن بی کفایتی قلب و تنگی خیلی فشرده میترال مورد عمل جراحی را نشان میداد.

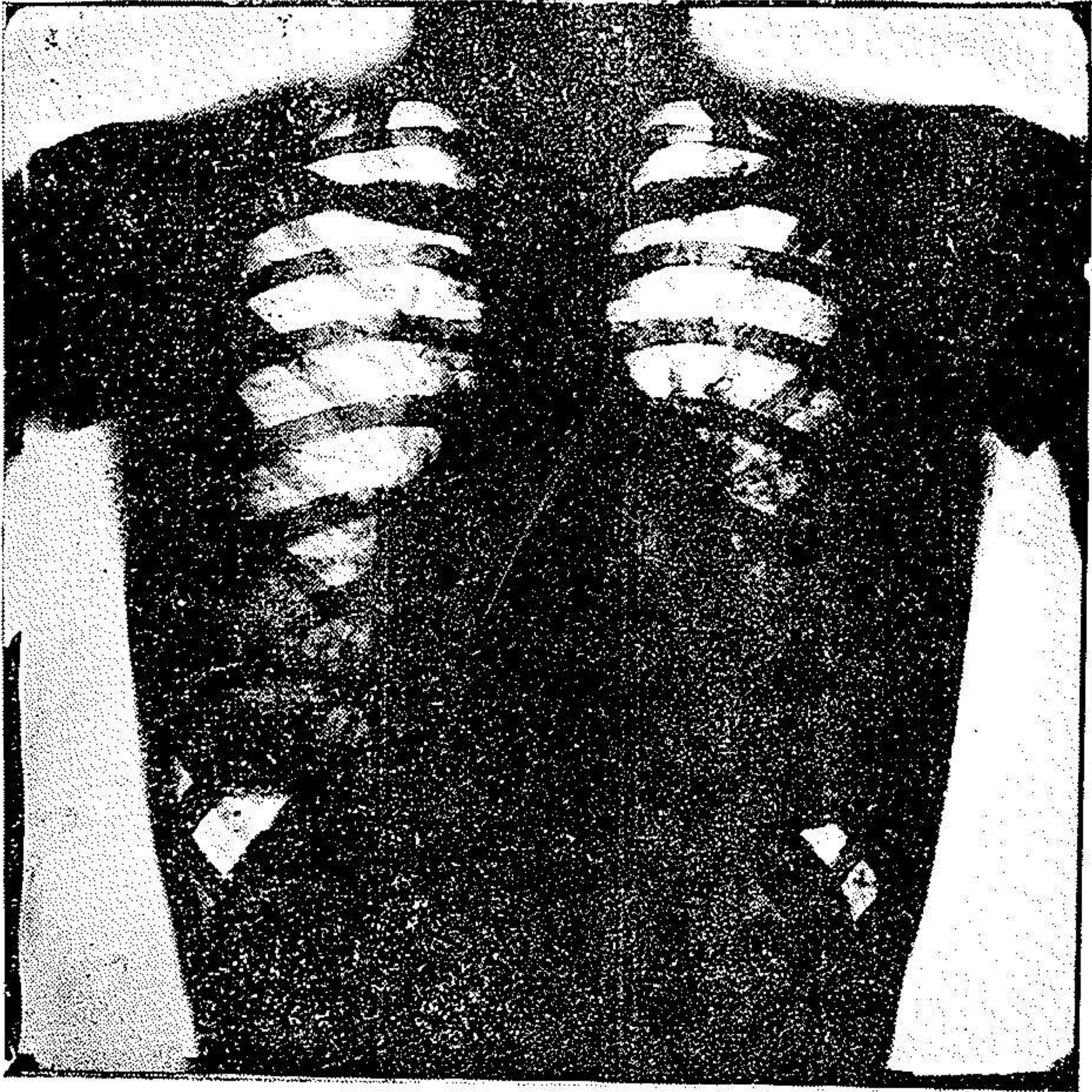
امتحانات ادرار (آلبومین ترانس) اوره خون  $0/44$  گرم در لیتر و اسرمان منفی فرمول خون گلبول سرخ  $3200000$  سفید  $6200$  (سگمانته  $53$  باتونه و اتوزینوفیل  $2$  یک هسته بزرگ  $2$  متوسط  $2$  لنفوسیت  $32$ ) بیمار در تاریخ  $33/6/26$  عمل شد و در تاریخ  $33/7/1$  پونکسیون  $150$ cc مایع سروهماتیک از حفره جنبی شد. فرمیسمان و رولمان از بین رفته حال بیمار کاملاً رضایت بخش میباشد.

### شرح حال ششم

مهدی - ر - ۱ - نوزده ساله اهل تهران شاگرد مکانیک.

بعلت تنگی نفس در فعالیت و طپش قلب در  $33/6/24$  از بخش آقای دکتر مظاهر به بخش جراحی سینا معرفی گردید. مدت هشت سال است که گرفتار این عارضه گشته اولش با دو چرخه سواری تنگی نفس و سرفه و دفع مقاداری اخلاط سفید که بعداً رنگش مایل بسرخ شده است شروع میگردد و تدریجاً پیش رفته و امسال هم موقعی که سوار چرخ بوده و سرعت حرکت میکرده تنگی نفس و طپش قلب و سرفه و هموپتیزی پیدا کرده است بعلاوه در فاصله این مراحل نیز موقعی که بیمار میدویده همین کیفیات برایش رخ میداده است. بیمار در بالا رفتن پله ها تنگی نفس و طپش قلب





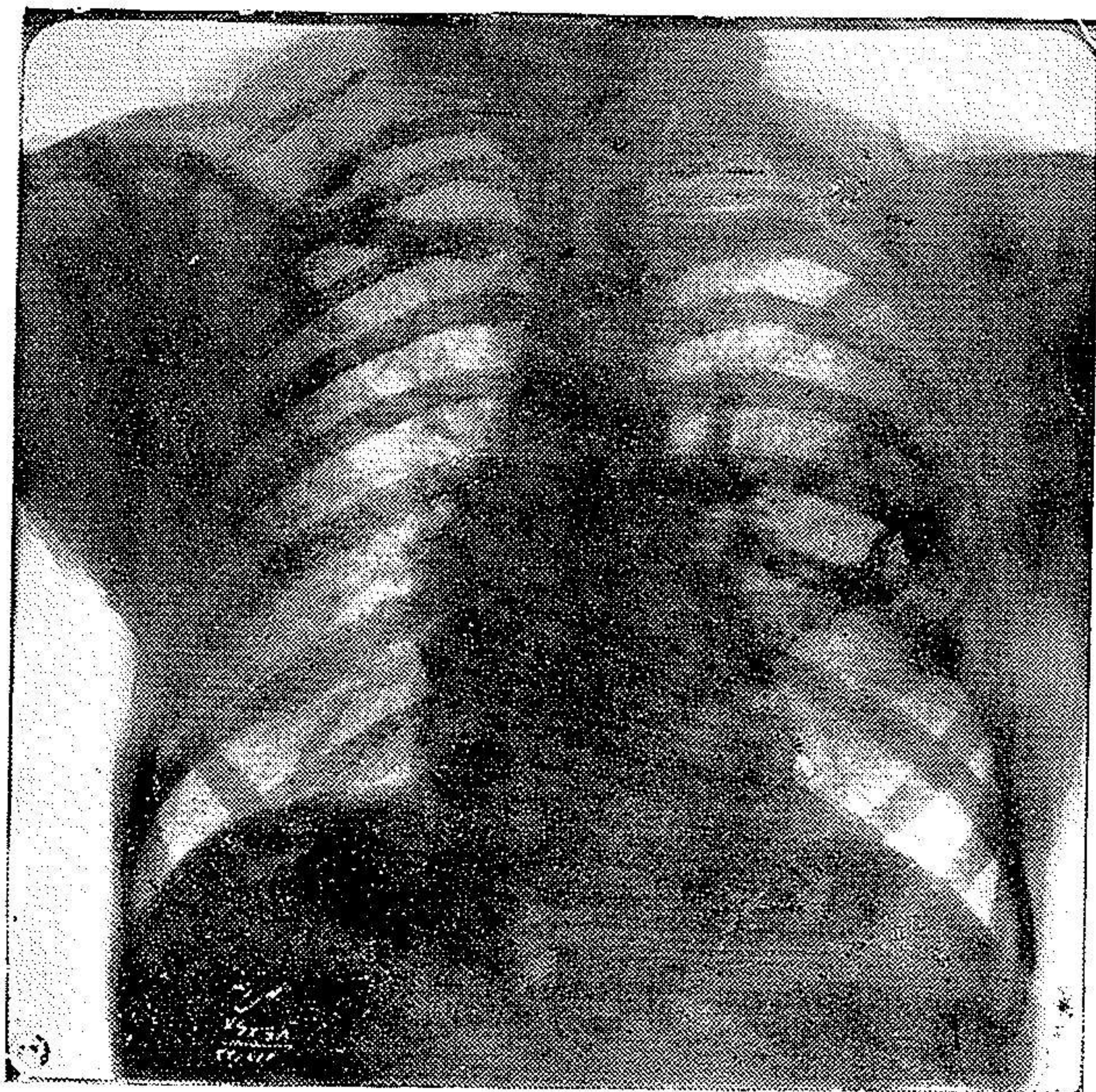
بعد از عمل

شکل ۱۹ - ح - ع - ع - ۷۶۲۸۹ - ۱۳۷۳۳









قبل از عمل  
شکل ۲۰ - م - ر روز عمل ۳۳۷۶۶







او را ناراحت دیگر کرده لذا بیمارستان حمایت مسلولین مراجعه و عکس برداری از نظر سلسله می نمایند که منفی بوده است .

در سابقه شخصی و خانوادگی - در سابقه خانوادگی چیز مهمی نیست و سابقه دردهائی را در پا و ناحیه ساق پا که هر دو طرف و گاهی هم در ران درد خیلی شدید داشته است بیان میکنند .

بیماریست با حالت عمومی نسبتاً خوب ولی با قیافه کم خون که از ناراحتیهای ذکر شده شکایت دارد .

امتحان دستگاههای مختلف - علائم تنگی میترال ( فرمیسمان خفیف ، رولمان و دو تا شدن صدای دوم ) وجود دارد . از دستگاههای دیگر جز از سرفه که بیان شد شکایتی ندارد . امتحان رادیو گرافی انجام شد .

فشار خون ۱۲/۵ و ۵/۵ نبض ۷۲ امتحان اوره خون ۰/۲۴ آزمایش هشت و کان و مانیکه منفی است گویچه سرخ ۴۰۰۰۰۰ سفید ۶۲۰۰ ( سگمانته ۶۹ يك هسته بزرگ ۲ متوسط ۳ لنفوسیت ۳۶ ) .

در تاریخ ۳۳/۷/۶ عمل شد در تاریخ ۳۳/۷/۱۳ پونکسیون حفره جنب گردید مقداری مایع سروهماتیک کشیده شد حال عمومی بیمار رضایت بخش بود و فرمیسمان و رولمان از بین رفته ولی هنوز در بخش بستری میباشد . بعلاوه چندین بیمار دیگر در بخش جهت عمل جراحی بستری میباشد .



## فنیل بوتازون<sup>(۱)</sup> در علاج لجه اشکال مختلف روماتیسم

نمادش

دکتر حکیمیان

و

دکتر صادق پیروزعزیزی

دستیار کرسی بالینی بیماریهای درونی

استاد کرسی بالینی بیماریهای درونی

### الف - کلیات

I - فنیل بوتازون یا بوتازولیدین<sup>(۲)</sup> که در جریان مطالعات با امیدوپیرین<sup>(۳)</sup> کشف شده است مؤثرترین دارویی است که تا کنون برای معالجه تظاهرات گوناگون روماتیسم در دسترس بشر قرار گرفته است و می توان ادعا کرد که دست کمی از A. C. T. H. و کورتیزون ندارد و از کلیه داروهای شبیه کورتیزون<sup>(۴)</sup> مهم تر و مؤثرتر است.

II - بوتازولیدین یک دی متیل امینو فنیل دی متیل پیرازولین<sup>(۵)</sup> است و کارخانه گای گی<sup>(۶)</sup> در موقعیکه برای محلول کردن امیدوپیرین سعی وافر بکار میبرده آنرا کشف کرده است.

III - طرز عمل این دارو شاید بعلت رفع تغییرات مرضی در صحنه نسج ملتهجه (کلاژن) بطور مستقیم باشد و شاید نیز از ارتباط صنوبری و فوق کلیوی برای دخالت در امر کلاژنوز<sup>(۷)</sup> استفاده مینماید.

در بازار این دارو به اشکال قرصهای ۲۰۰ میلی گرمی و آمپولهای ۶۰۰ میلی گرمی (محلول ۲۰۰٪) و شیاف ۲۵۰ میلی گرمی عرضه شده است.

IV - موارد استعمال دارو متعدد است و هنوز در این موارد نیز بنحوشایانی تحقیقات کامل بعمل نیامده است و فعلا این موارد را میتوان به سه مرحله کلی تقسیم نمود.

۱ - phenyl butazone

۲ - butazolidine

۳ - amidopyrine

۴ - cortison like

۵ - dimethyl amino phenyl dimethyl pyrazoline

۶ - Geigy

۷ - Collagenose



- ۱- اثر ضد التهابی و ساقط کننده تبها (۱) .
- ۲- اثر ضد درد .
- ۳- در کلیه تظاهرات دردناک مفصلی (a) خواه حاد مانند مرض بویو و غیره
- b- خواه مزمن مانند پلی آرتریت کپته مترقی . P. C. E. - اسپوندیل آرتریت مزمن تشمعی مترقی . S. A. E. که هر جا زو میباشند و همچنین تظاهرات محدود مفصل مانند دیسک آرتریتها (۲) و منوآرتریت های زانو و شانه و غیره و تظاهرات دردناک اطراف مفصل مانند در داو تار (۳) و بورسها (۴) و بالاخره
- c) حملات التهابی آرتروز مانند کوکس آرتروز (۵) و غیره .
- ۴- در عوارض احشائی روماتیسم به استثنای عوارض کلیوی - مانند کاردیت روماتیسمی - آنسفالیت و سریتها (۶) .
- ۷- مقدار دارو از قرار پیشنهاداتی که شده است در حدود ۸ تا ۱۲ میلی گرم کیلو گرم وزن بیمار در موقع حمله دوائی و سه تا شش میلی گرم کیلو گرم در موارد مداوی استحکامی میباشد . بعقیده ما همانطور که در سطور بعد می آید این مقادیر زیاد است و با کمتر نیز نتیجه مطلوب حاصل میشود .
- VI - طرز استعمال دارو از راه تزریق درون عضله یا وریدی است و معمولاً اگر مرض شدت نداشته باشد یک آمپول عمیق در عضله برای تسکین درد و التهاب کافی است ولی تزریقات داخل وریدی نیز که در موارد شدید مرض و حتی در چند روز اول هر تجویز میتوان به کار برد کاملاً میسر و بی آزار میباشد .
- قرصهای بوتازون لیدین معمولاً پس از یک دوره مداوای تزریقی بمقدار سه تا چهار عدد در روز تجویز میشود و شیاف آن در صورت کم شدن اثر قرصها که دو تا سه عدد استعمال میگردد (۷) .

- ۱ - antiphlogestique و antithermique      ۲ - discarthritis  
 ۳ - tendinite      ۴ - tendino- bursites  
 ۵ - Coxarthrose      ۶ - Serite

۷ - S. De Seze معتقد است که عوارض خونی را که محققین انگلیسی متذکر شده اند باید

به کردن تجویز قرص انداخت



VII - مدت تجویز دارو بسته به بازرسی بیولوژیکی و حالت مرضی و عمومی بیمار است و معمولاً در اشکال حاد پس از یک هفته میتوان تزریقات را به تجویز قرص یا شیاف تبدیل نمود و حتی بین تجویزات فواصلی قائل شد که بدیهی است در روزهای اول کم و بعد کم کم به مدت استراحت اضافه خواهد شد بطوریکه تجویز یکدفعه در هفته برای جلوگیری از نکس بیماری کافی خواهد بود.

VIII - موارد عدم استعمال دارو نیز متعدد است و در موارد زیر باید از تجویز دارو شدیداً خودداری کرد.

در کاشکسی نزد پیران فرتوت و پلی اسکلروزی و نارسائی قلب و کلیه و عروق کرونر و استحالته عضله قلب و انفارکتوس میوکارد، در قرحه اثنی عشر و روده ها مانند حصبه و کولیت قرحه؛ در سل ریوی؛ در تغییرات کمپلکس پروترومبین و ترمبوز و در حالات لو کوپنی و نوتروپنی و امراض هیپوپلازی تولیدکن مرض استخوان و بطریق اولی در آپلازی این اعضا و بالاخره امراض آرترژیکی پوست.

IX - جزو عوارض استعمال بوتازولیدین اختلالات هاضمه مانند سوزش معده و تهوع و استفراغ و بی اشتهائی و تولید زخم معده و اختلالات پوستی مانند خارش و بشورات پلی مورف و کهیر و خیز پشت چشم و قوزک و عمومی؛ عوارض خونی از قبیل لو کوپنی و نوتروپنی و حتی آگرانولوسیتوز و نرفالدمهای پوستی و جهاز هضمی و هماتوری را می شمارند.

X - در موقع استعمال دارو از تست های کلیوی و الکترو کاردیو گرافی و هموگرام حتی میلوگرام برای جلوگیری از عوارض و از سرعت رسوب گلبولهای قرمز برای ادامه یا قطع معالجه باید استفاده نمود.

### ب - مشاهدات

از یکسال قبل ما عده بیشماری از بیماران مبتلا به عوارض دردناک و التهابی مفاصل را تحت درمان با بوتازولیدین قرار داده ایم و بطور کلی نتیجه معالجات بسیار مطلوب بوده است.



I - مطلوبترین نتیجه که از بوتازولیدین تراپی حاصل شده است در حمله نقرس ولیمبوسیاتیک و مرض بویو وهیدراتروز عفونی دو طرفه زانو (۱) بوده است .  
در این تظاهرات چهار گانه نتیجه بسیار سریع است و حتی با یک تزریق فرق فاحشی در حال بیمار پیدا میشود . ما به این نتیجه سریع خیلی اهمیت میدهیم زیرا در صورت عدم یا کمی بهبود حال بیمار در تجویز دارو نباید اصرار کرد .

در تظاهرات دیگر البته معالجه باین سرعت و بطور قاطع نتیجه نمیدهد ولی همیشه بعد از چند روز که از مداوا میگردد بیماران احساس بهبودی نسبی مینمایند و در این موارد از داروهای ضد روماتیسمی دیگر مانند هورمونها و رادیوتراپی و حتی از مسکنین اعصاب مانند اوپاکو (۲) پریس کل (۳) تولسرول (۴) یدوبرمورها مثل ایزودیت (۵) پیر آزین مثل تیودرازین (۶) و غیره باید استمداد جست .

II - برای حمله بیماری ما معمولا یک آمپول بوتازولیدین را مدت یک هفته و در هفته دوم این مقدار را یکروز در میان در عضله تزریق میکنیم و بعد برای مداوای استحکامی از قرص وشیاف و حتی از آمپول استفاده مینمائیم و با در نظر داشتن حال بیمار فواصل معالجه را تا تجویز یک روز در هفته روز بروز زیاد میکنیم و در صورتیکه نتیجه سریع بوده و سرعت رسوب گلبولهای قرمز کم بشود بعد از یکماه مداوا را قطع مینمائیم و در تظاهرات کهنه مداوا را الی غیرالنهاییه تعقیب میکنیم .

III - مراعات احتیاط لازم همانطور که شرح دادیم یکی از واجبات مداوای با فنیل بوتازون است . بنظر ما خیز یکی از حوادث بسیار شایع و زودرس مداوا است و معمولا با آزار کلیوی همراه نیست و بعد از قطع دارو به سرعت از بین میرود علت این احتیاس نمک و آب و گاهی مواد دیگر خلاصه عمل ضد مدری بوتازولیدین برای ما

۱ - هیدراتروز دو طرفه زانو که بعد از تب مختصری تولید میشود و ما آنرا عفونی میدانیم نادر نیست و در بعضی از فصول حتی بطور شیوع دیده میشود . دوره این هیدراتروز که تاکنون به نظر ما درجائی نرسیده است یک یا دو ماه میباشد و هورمون فوق کلیوی و خلافتش ACTH و هم چنین بوتازولیدین دوره این بیماری را بطور جالب توجهی کم می کنند .

۲ - Eupaco

۳ - Periscol

۴ - Tulesrol

۵ - Izodite

۶ - Piprazyme

۷ - Tioderazine



مجهول است و شاید آنرا بتوان به اغتشاشات عملی لوله‌ها منتسب دانست - با وجود اینکه عملی بودن این عارضه برای ما روشن است در طی مداوای ممتد باید حتماً متوجه کلیه‌ها بود و با پیدایش زیادی اوره خون باید دوا را قطع کرد زیرا متأسفانه ادبیات طبی مرك اشخاص را جزو موارد محسوب نمی‌نماید و اورمی کشنده یکی از عوارض خطرناک بوتازولیدین تراپی است .

برای جلوگیری از این حادثه غذا باید بی نمک و شاید تجویز پتاسیم به مقادیر کلاسیکی در دو هفته اول مفید باشد . نرف الدمها و علائم پوستی شدید و سوابق زخم انٹی عشر و روده و انفارکتوس میوکارد جز عوارضی است که باید ما را از پیرامون این مداوا دور بسازد و حتی در طی مداوا احتمال تولید زخم انٹی عشر را نباید از نظر دور ساخت و در مقابل علائم هضمی مانند سوزش طاق دل تهوع و استفراغ که با پانسمان کنندگان و ضدترشیه‌ها و مسکنین عصب و آگ بهبود حاصل نکرد قطع دارو بنظر ما اجباری می‌آید و بالاخره از درد تزریق با اضافه کردن نوکائین به دارو و تزریق عمیق می‌توان جلوگیری نمود .

### ج - نتیجه

۱) بوتازولیدین که در طی سعی در محلول کردن امیدو پیرین کشف شده است در امراض التهابی و دردناک مفاصل داروی بسیار مؤثری است .

۲) اثر دارو در نقرس و مرض روماتیسمی و دیسکوپاتی و هید آرتروز دو طرفه عفونی زانو که گاهی می‌بینیم بسیار سریع و رضایت بخش است - در مرحله حاد آرتروزها درمان به سرعت و در مدت کوتاه درد و التهاب بیمار را تسکین می‌بخشد . و بالاخره در امراض کهنه مترقی مفاصل ممکن است اثر نیکو و قاطعی بدهد ولی معمولاً نتیجه بوضوح امراض چهارگانه بالا نیست و باید برای بهبود نسبی و دائمی مداوا را الی غیرالنهاییه تعقیب کرد .

۳ - در موقع استعمال دارو باید از مداوای بعضی از افراد که سوابق مرضی بخصوص دارند و ما مشروحاً نوشته‌ایم خودداری نمود و در همومیلوگرام و الکترو-کاردیوگرافی و تست‌های کلیوی برای جلوگیری از عوارض استفاده کرد .