

## ازدیاد فشار ورید باب

پروفسور یحیی عدل\*

دکتر احمد فلسفی\*\*

ساختمان تشریحی ورید باب:

بطوری که در شکل (۱) ملاحظه میشود ورید باب خون احشاء داخل شکم را بداخل کبد میآورد.

بطور کلی ورید باب از پنج ورید تشکیل شده است:

۱- ورید مزانتریک فوقانی

۲- ورید طحالی

۳- ورید مزانتریک تحتانی

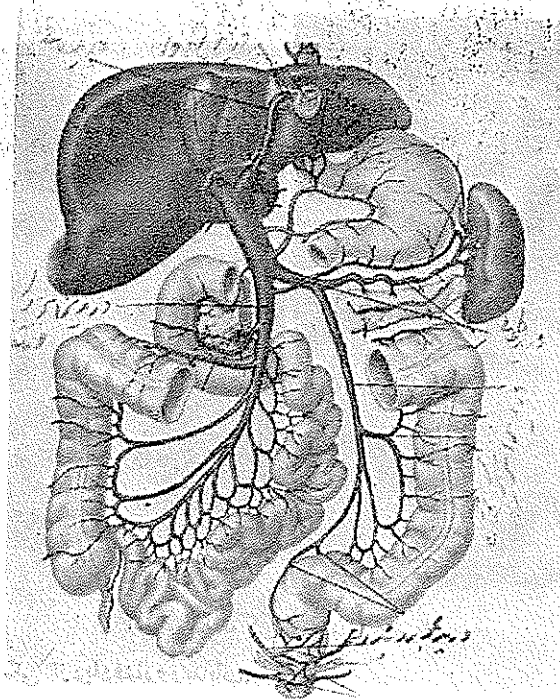
۴- ورید پیلوریک

۵- ورید کورونر

علاوه بر این شاخه‌ها، شاخه‌های فرعی دیگری از کیسه صفرا، دوازدهه، لوزالمعده و معده ممکن است بداخل ورید باب بریزند، این وضع تشریحی در همه افراد یکسان نیست. برای آنکه جراح بوضع تشریحی ورید باب اطلاع کامل پیدا نماید لازم است اسپلنوپورتوگرافی را که وسیله بی‌خطر و آسانی است در مورد بیمار انجام دهد.

معمولا اسپلنوپورتوگرافی از راه پوست انجام میگیرد و بعضی ماده حاجب را که معمولا دیورون و یا اوروگرافین ۷۰٪ میباشد در طحال تزریق نموده بدین ترتیب اگر مانع فشاری بر روی

ورید باب و انشعابات آن باشد مشخص میگردد.



طرح نوع عمل جراحی پورتوکاو<sup>۱</sup> بدون این آزمایش میسر نیست و بسیاری از اوقات این آزمایش سبب میشود که جراح بتواند یک عمل ساده و آسانی را بجای عمل پرخطر پورتوکاو برای مریض انجام دهد.

در شکل (۲) اسپلنوپورتوگرام طبیعی را نشان میدهد چنانچه در اسپلنوپورتوگرام مرضی شکل (۳) مشاهده میشود ماده حاجب در محل ورود یکدک منحرف شده و از راه ورید بزرگی بسطح شکم متمایل میگردد این ورید بزرگ ورید نافی<sup>۲</sup> نام دارد و در اصطلاح این بیماری را بیماری کورولیهیروم<sup>۳</sup> کارتر<sup>۴</sup> میگویند.

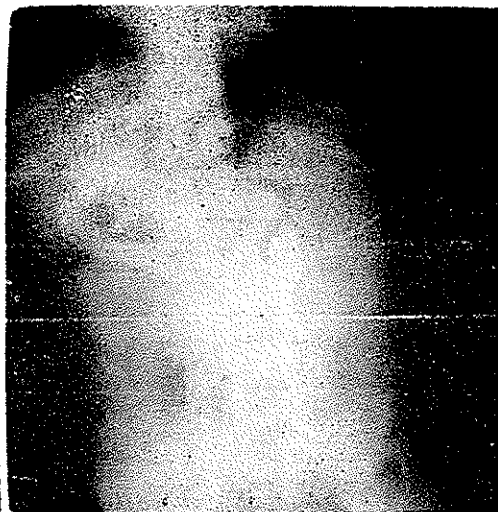
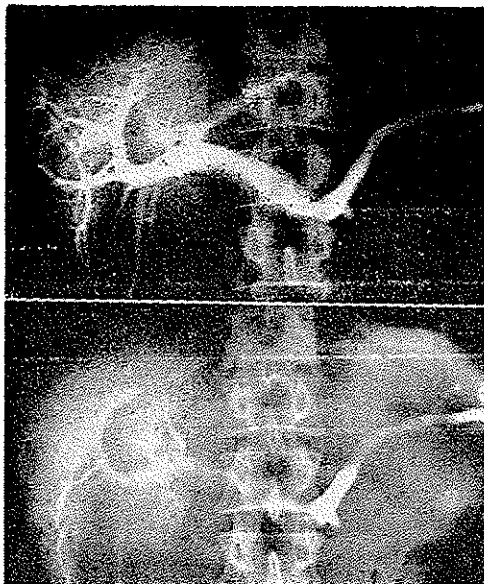
سرعت خون در ورید باب ۹ سانتیمتر در ثانیه است طول ورید باب بطور متوسط ۶ سانتیمتر میباشد و قطر آن در حدود ۰/۰۹ سانتیمتر است، ورید باب ۷۵ درصد خون کبد را تأمین مینماید.

#### علل انسداد ورید باب:

انسداد ورید باب یا در بالای کبد یا در داخل کبد و یا پائین آن میباشد علت انسداد بالای کبدی یا در نتیجه ترمبوز ورید فوق کبدی است که در اصطلاح آنرا بیماری شراری<sup>۴</sup> مینامند و یا غالباً

1- Porto\_Cave 2- Ombilical 3- Curveilhier Baumgartner 4- Chrari

نتیجه پریکاردیت سلی میباشد.



اسیلیوپورتوگرافی طبیعی ومرضی

علائم کلینیکی ازدیاد فشار ورید باب:

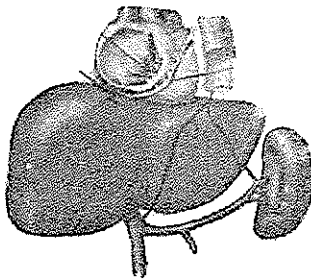
وقتی فشار بملتی در ورید باب بالا می رود سه علامت مهم ایجاد مینماید:

۱- واریس لوله مری و بالای معده که سبب خونریزی می گردد.

۲- بزرگ شدن طحال که سبب کم خونی می شود.

۳- آسیت

ممکن است این سه علامت باهم باشند ولی گاهی یکی است و زمانی اختلاط علائم



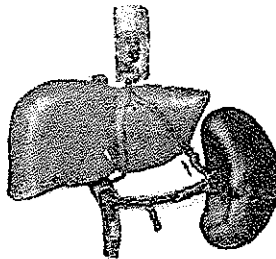
انسداد بالای کبدی نتیجه ترمپوز ورید فوق کبدی است

طوری است که تشخیص را مشکل میسازد.

۱- خونریزی این خونریزی معمولاً شدید است ولی با معالجات طبی بهبود مییابد و بیمار بعد از چند هفته بوضع طبیعی برمی گردد. بیماری که واریس مری دارد در وضع خطرناکی است و ممکن است غفلتاً خونریزی نموده منجر بمرگ او گردد. در بیماران سیروئیک خونریزی بوخامت بیماری میافزاید بدو دلیل:



علت انسداد داخل کبدی فیبروز کبد است که نتیجه سیروز می باشد



در انسداد پائین کبدی معمولاً ترمبوز وریدباب و شاخه های آن وجود دارد گاهی نیز توموری بوریدباب فشار می آورد و یا مادر زادی است

الف- خونریزی باعث آنوکسی در اعضا و احشاء بدن میگردد.

ب- جذب موادی که از تجزیه خون در امعاء حاصل میشود منجر بحالت اغما میگردد

۲- بزرگی طحال: گاهی کم خونی وضعف عمومی و یک طحال بزرگ نشانه ازدیاد فشار.

وریدباب می باشد .

۳- آسیت: ممکن است اولین علامت بیماری باشد . پیدایش آسیت گاهی نتیجه احتباس آب و نمک و مواد آلدوسترون می باشد ممکن است خون ریزی با آسیت توأمأ دیده شوند.

۴- اغما: در بیمارانی که دچار سیروز پیشرفته میباشند دیده میشود معمولاً متعاقب خونریزی اغما ظاهر میگردد علائم اولیه آن از نظر تشخیص مهم است. بیماری است که قیافه بهت زده دارد، روی ناسازگاری نشان می دهد و وقتی دستهایش را در حال افقی با پنجه باز نگه میدارد لرزش در آن دیده میشود.

### نروم عمل جراحی در ازدیاد فشار ورید باب

**۱- خونریزی:** ممکن است خونریزی شدید باشد در حالیکه آزمایشهای کبدی وضع کبد را طبیعی نشان دهد، در بیماران سیر و تیک ممکن است خونریزی مقدمه از بین رفتن سلولهای کبدی و جالت اغما باشد لنتن از پوستون<sup>۱</sup> نشان داده است که ۵۰٪ این بیماران پس از خونریزی در سال اول فوت نموده اند. تحقیقات سالهای اخیر نشان می دهد که متأسفانه با وجود مداوای طبی غالب این بیماران از خونریزی اول فوت مینمایند بطوریکه ممکن است بعضی از آنها واریس شدیدی هم در مری نداشته باشند نتیجه اینکه اگر بتوان بوسیله عمل جراحی از خونریزی جلو گیری نمود باید این عمل انجام گیرد طبق گفته دکتر بلا کمور<sup>۲</sup> «اینموضوع بهیچ عنوان قابل بحث و گفتگو نیست»، از طرف دیگر باید در نظر داشت که بندرت بعضی از این بیماران مسدتها زنده مانده و پس از آن خونریزی مختصری از خود نشان داده اند، با وجود این بهیچوجه این مطلب مانع از اقدام بعمل جراحی در مورد اکثریت این بیماران نمی گردد.

**۲- آسیت:** در قدیم تمام معالجات جراحی در ازدیاد فشار ورید باب متوجه درمان آسیت بوده است امروزه بکلی وضع معالجه آسیت تغییر کرده و بهیچوجه نباید آسیت را با جراحی معالجه نمود بلکه آسیت يك مسئله كاملا طبی است. شکی نیست وقتی کمی آلومین خون، احتباس آب و نمک و مواد ضد دفع پیشاب مانند آلدوسترون وجود دارد عمل جراحی كاملا غیر وارد است رژیم کامل و معالجات داروئی پس از مدتی سبب جذب آسیت خواهد شد. با وجود این بعضی از آسیتها با معالجات طبی بهبود نیافته و ممکن است با عمل جراحی بتوان آنرا درمان نمود. اگر آسیت توأم با خونریزی باشد اقدام بعمل جراحی ضروری است.

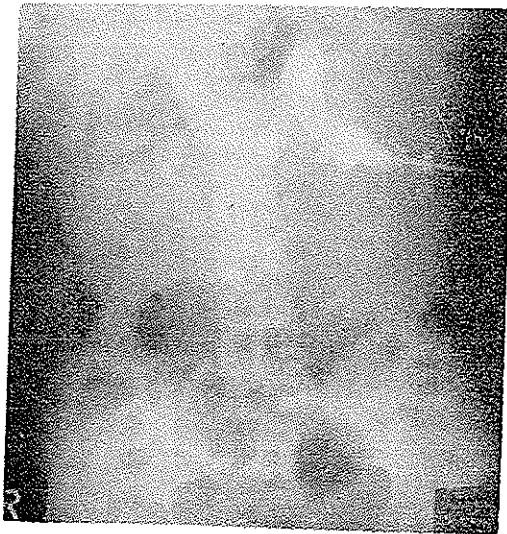
**۳- کم خونی طحالی:** برداشتن طحال برای معالجه احتقان طحال و کم خونی طحالی قدمی است که از سابق گذاشته شده است. در این اواخر تنها معالجه بیماری بانتهی<sup>۳</sup> برداشتن طحال بوده است. بیماری بانتهی بزرگی طحال همراه با واریس مری است در صورتیکه انسدادی در مسیر ورید باب و انشعابات آن نباشد.

امروز عمل کلاسیک آنست که برداشتن طحال با عمل پیوند ورید کلیوی و طحالی (اسپلنورنال)<sup>۴</sup> همراه باشد در اینصورت علائم ازدیاد فشار ورید باب بکلی از بین میرود. باید دانست بعضی از بیماران وضع وخیمی دارند در اینحال عمل جراحی در دو وهله انجام میگردد، وهله اول برداشتن طحال، وهله دوم عمل پیوند.

**۴- زردی (یرقان):** در بیمارانی که مبتلا بسیروز میباشند یرقان نشانه مراحل آخر بیماری

است گاهی یرقان نتیجه انسداد مجاری صفراوی خارج کبدی است در آن حال صلاح است که اقدام بعمل جراحی نمود بیماران یرقانی تمایل بخونریزی دارند و اگر آزمایشات کبدی مساعد باشد می توان برای جلوگیری از خونریزی اقدام بعمل جراحی نمود. هنت<sup>۱</sup> بیماری را که مبتلا به یرقان و آسیت و خونریزی بوده است مدتها تحت معالجات طبی قرار داده و سپس اقدام بعمل جراحی نموده است. با وجودیکه هیچگونه امیدی به بهبود بیمار نمی رفت از عمل پیوند نتیجه کامل گرفت و بیمار بهبود یافت.

**۵- واریس مری بدون خونریزی:** بعضی از بیماران که از بزرگی طحال، کم خونی، یرقان و آسیت رنج برده و با وجودیکه عکس برداری از لوله مری واریس مری را نشان میدهد بهیچوجه خونریزی نداشته اند آیا این بیماران را بعنوان پیش گیری باید تحت عمل جراحی قرارداد؟



لینتن در ۱۹۵۱ باین نتیجه رسید که این بیماران نباید تحت عمل جراحی قرار گیرند و بسیاری از جراحان با این عقیده موافق میباشند. هنت معتقد است هر قدر این بیماران بیشتر تحت نظر باشند بهمان نسبت تعداد تلفات آنها از خونریزی بیشتر است و اظهار میدارد در بیمارانی که میروز آنها پیشرفته نباشد صلاح است عمل پورتوکاو بعنوان پیش گیری انجام گیرد.

### شرح حال بیماران

#### بیمار اول

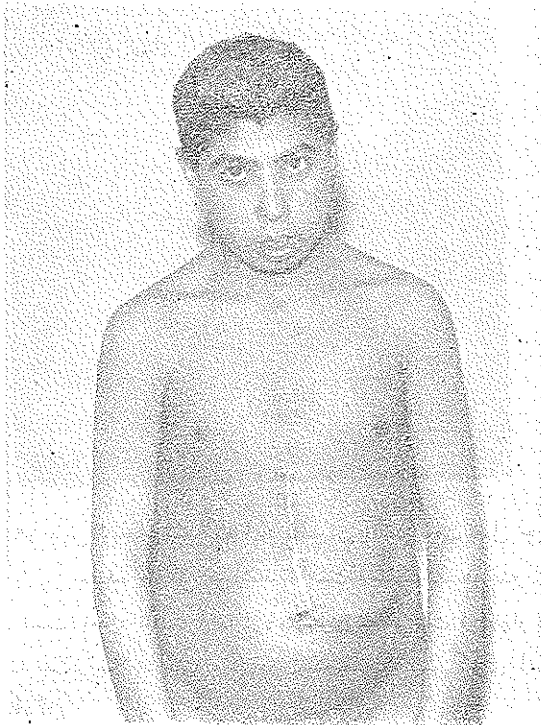
رمضانعلی ۱۴ ساله اهل نیشابور شغل زارع به ملت بزرگی شکم و درد پهلوی چپ مراجعه

نموده است در معاینه، طحال فوق العاده بزرگی وجود داشت که از ناف تجاوز کرده و قسمتی از طرف راست شکم را نیز اشغال کرده بود مقدار آسیت کم و رادیو کرافی که از مری بعمل آمد واریس نداشته است .

آزمایش خون - کویچه سرخ ۴۰۰۰۰۰۰ ر۴ کویچه سفید ۸۰۰۰۰۰۰ مقدار هموگلوبین ۷۰٪  
هماتوکریت ۳۸٪ و پروتربین ۶۵٪ بوده است .

آزمایشات کبدی - آلبومین خون ۴۹ر۲۰ گرم در لیتر مقدار گلوبولین ۲۲ر۸ گرم در لیتر  
پروتئین تام ۶۳ گرم، نسبت  $\frac{S}{G} = ۱ر۵$  بوده است .

اسپلنوپورتوگرافی بعمل آمد، ورید طحالی و ورید باب عریض تر از معمول نشان داده شد. در تاریخ ۱۵/۱۰/۴۱ در بیمارستان سینا تحت عمل جراحی قرار گرفت .



در لاپاراتومی مشاهده گردید که کبد کاملاً سیروتیک و آنروفیه میباشد طحال برداشته شد و عمل پیوند ورید طحالی کلیوی انجام گرفت .  
چند روز بعد از عمل بیمار دچار عوارض تنفسی توأم با ادم در پاها گشت که خوشبختانه با

معالجات طبی بهبود یافت و پس از یکماه مرخص گردید . سه ماه پس از آن بیمار برای پاره‌ای آزمایشات بستری گردید . از جمله لاپاروسکوپی از او بعمل آمد . در لاپاروسکوپی بعلت وجود چسبندگی تمامی سطح کبد دیده نشد ولی قسمتی از آن که مشاهده گردید کاملاً صاف و برنگ کبد طبیعی بوده است .

نتیجه این عمل بسیار رضایت بخش بود در حقیقت اگر جواب لاپاروسکوپی صحیح باشد میتوان گفت که عمل پورتوگاو در مورد این بیمار کورتیوا<sup>۱</sup> بوده است .

### شرح حال بیمار دوم

طاهر س. پ ۲۰ ساله اهل مرند شغل خانداندار در تاریخ ۲۶/۸/۴۱ بعالت درد پهلوئی چپ، کم-



خونی، بزرگی شکم و تب بدبخش خون بیمارستان رازی مراجعه مینماید و سپس برای عمل جراحی بدبیمارستان سینا معرفی میگردد .

در معاینه طنحال بیمار فوق‌العاده بزرگ ، آسیت بمقدار نسبتاً زیاد و رادیوگرافی از لوله

مری و اریس مری را نشان داده است. اسپلنوپورتوگرافی بعمل آمد ماده تزریقی وارد سیستم ورید طحالی و ورید باب نشد و تشخیص ترمبوز ورید طحالی و ورید باب داده شد.

آزمایش خون - گویچه قرمز ۳۲۰۰۰۰۰۰۰ گویچه سفید ۷۸۰۰ هموگلوبین ۶۵٪  
هماتوکریت ۲۹٪ زمان سیلان ۴ دقیقه و زمان انعقاد ۷ دقیقه بوده است.  
آزمایشات کبدی:

مقدار پروتئین تام ۷۰ گرم آلبومین ۴۸٫۸ گرم گلوبولین ۲۱٫۲۰ گرم در لیتر و نسبت سرین بگلوبولین  $\frac{۲}{۳}$  بوده است.

بیمار در تاریخ ۲۵٫۱۰٫۴۱ در بیمارستان سیناتحت عمل جراحی قرار گرفت، فشار ورید باب ۲۰۰ میلیمتر آب بوده است. طحال بیمار فوق‌العاده بزرگ و چسبیده باطراف بود، برداشته شد و مشاهده گردید که در ورید طحالی ترمبوز وجود دارد.

پس از تخلیه ترمبوز عمل پیوند بین ورید طحالی و ورید کلیوی بطریقه اندتوزیداً انجام گردید. تا روز سوم بعد از عمل حال عمومی بیمار بسیار خوب بود ولی ناگهان دچار هماتمز شدید شد که دو روز ادامه داشت ولی با تزریق خون هماتمز بند، آمد ظاهراً هماتمز در نتیجه ترمبوز دهانه پیوند ایجاد شده است بتدریج آسیت بیمار مجدداً ظاهر شد و پس از یکماه رادیوگرافی از لوله مری و اریس شدیدی را نشان داد. و آسیت نیز مجدداً ایجاد شده بود حالت عمومی بیمار بوخامت گرائید و پس از دوماه تصمیم بعمل جراحی مجدد گرفته شد شکم بیمار برای بار دوم باز شد، فشار ورید باب ۲۷۰ میلی متر آب بود چون بیمار تحمل عمل سنگینی از نوع پورتوکاومستقیم را نمینمود شریان کبدی و ورید کروئریلیکاتور گردید.

بیمار پس از عمل دوم بتدریج ضعیف گردید و پس از یکماه در یک حالت کلاپس فوت نمود پس از عمل ورم و آسیت بیمار دیگر ایجاد نشد و همانمز نیز از بین رفت.

### نتیجه:

رو بهمرفته ۷ بیمار را تحت عمل جراحی پورتوکاومستقیم قرار داده‌ایم که از این عده سه نفر مبتلا به ترمبوز ورید باب و ورید طحالی بوده‌اند و پنج نفر دیگر سیروز داشته‌اند.

دو عمل پورتوکاومستقیم، پنج عمل پورتوکاوم غیر مستقیم یا اسپلنورنال انجام شده است. از این عده چهار نفر از عمل جراحی نتیجه خوب گرفته و زنده‌اند و سه نفر دیگری بعلت ابتلا به کما ویکی در نتیجه ایجاد ترمبوز دهانه پیوند و دیگری بعلت عود آسیت و کلاپس در گذشته‌اند.

## References

- 1- Physiologic Principles of Surgery – Zimmerman . Levnie .
- 2- Portal hypertension–Hunt.
- 3- The Surgery of Infancy and Childhood – Gross.
- 4- Annal of Surgery – January 1963 .
- 5- Annal of Surgery – January 1962.
- 6- Annal of Surgery – November 1962 .
- 7- Surgery, Gynecology and Obstetric - March 1962 .
- 8- Surgery Gynecology and Obstetric – May 1962 .
- 9- Pediatric Surgery – Sewenson .