

خطالعه یاک مورد گاردنیو اسپاسم هری (کاردیا) از نظر آنیولژی و درمان

نگارش

محمد رضا هعیدی

پروفسور عدل و

کارورز بخش جراحی بیمارستان سینا

استاد کرسی بیماریهای خارجی در دانشکده
پزشکی و رئیس بخش جراحی بیمارستان سینا

اهمیت این مشاهده شخصی که بذکر آن میپردازیم از چند نظر است، این بیماری بسیار کمیاب میداشد و تشخیص آن تا حدی مشکل بوده بخصوص که وسائل کامل در اختیار نداشتیم بهمین لحاظ بیمار مدت چند سال با تشخیصهای مختلف تحت درمان داروهای ضد انقباضی وغیره قرار گرفته بود واز اینکونه تداویها نتیجه نگرفته و بالاخره با معالجه جراحی بهبود کامل یافته و اکنون مدتی است که کار و زندگی خود را از سرگرفته است.

خانم ط - ط اهل تبریز ۴۵ ساله مدت ۶ سال است هنگام غذاخوردن در سینه خود حس ناراحتی مینماید. شروع بیماری را بطور تحقیق نمی توانند تعیین کند ولی قبل از بروز علائم اصلی بیماری دردهای مبهمی در جلو قفسه صدری در هنگام عبور لقمه غذائی حس میکرده و رفتہ رفتہ غذاخوردن برایش مشکل شده این دیسفارثی یا عسرالبلع که همیشه توأم با درد بوده چندین روز طول میکشیده و بختاً خود بخود بر طرف میشده است. دردهای انقباضی (۱) و دیسفارثی نسبت به مواد سخت و اضطرر بوده است. در معاينة ای که شد علامت اتساع واضح و کامل وجود نداشت بیمار قی نمیکرد و برای جلوگیری از درد و ناراحتی هنگام خوردن غذا آهسته میخورد و بین هر دو لقمه غذا چند دقیقه فاصله میدارد.

حالات عمومی بیمار بر اثر انقباضهای موقت که گاهی تا هر روز طول میکشیده و ناچار از تغذیه خودداری میکرده خوب نبود بهمین مناسبت لاغر و مبتلا بعوارض بدی تغذیه شده بود

معاینه - علائم فیزیکی چیز مهمی در معاینه نشان نمیداد.

پرتو شناسی - طرز پر شدن مری و عمل دینامیکی حالت ناحیه کاردیا را روشن ساخت و نیز اتساع مختصری در بالای این ناحیه نشان نمیداد. ماده حاجب پس از طی جدارهای مری و رسیم خطوط موازی و مجزا و فاصله دار آنرا پر کرده و در ناحیه کاردیا متوقف میشده و پس از مدتی از یک معتبر خیلی تنک گذشته وارد معده میگردید. (پرتو نگاری شماره ۱) رویه هر فته عبور ماده حاجب از کاردیا مشکل و بازحمت انجام میگرفت. در رادیوسکوپی معده و دوازدهه ضایعه مهمی دیده نشد.

از نظر بالینی و پرتو بینی تشخیص کاردیو اسپاسم داده شد به اوزوفا گوسکوبی احتیاجی نبود.

در تمام مدت ۶ سال بیمار تحت درمان بداروهای ضد انقباضی از قبیل آتروپین و برومور بود. در ابتدا این داروهای کم و بیش مؤثر بوده ولی رفته رفته اثر خود را از دست داده است پس از پیشنهاد عمل جراحی بیمار ناچار تن بعمل در داد.

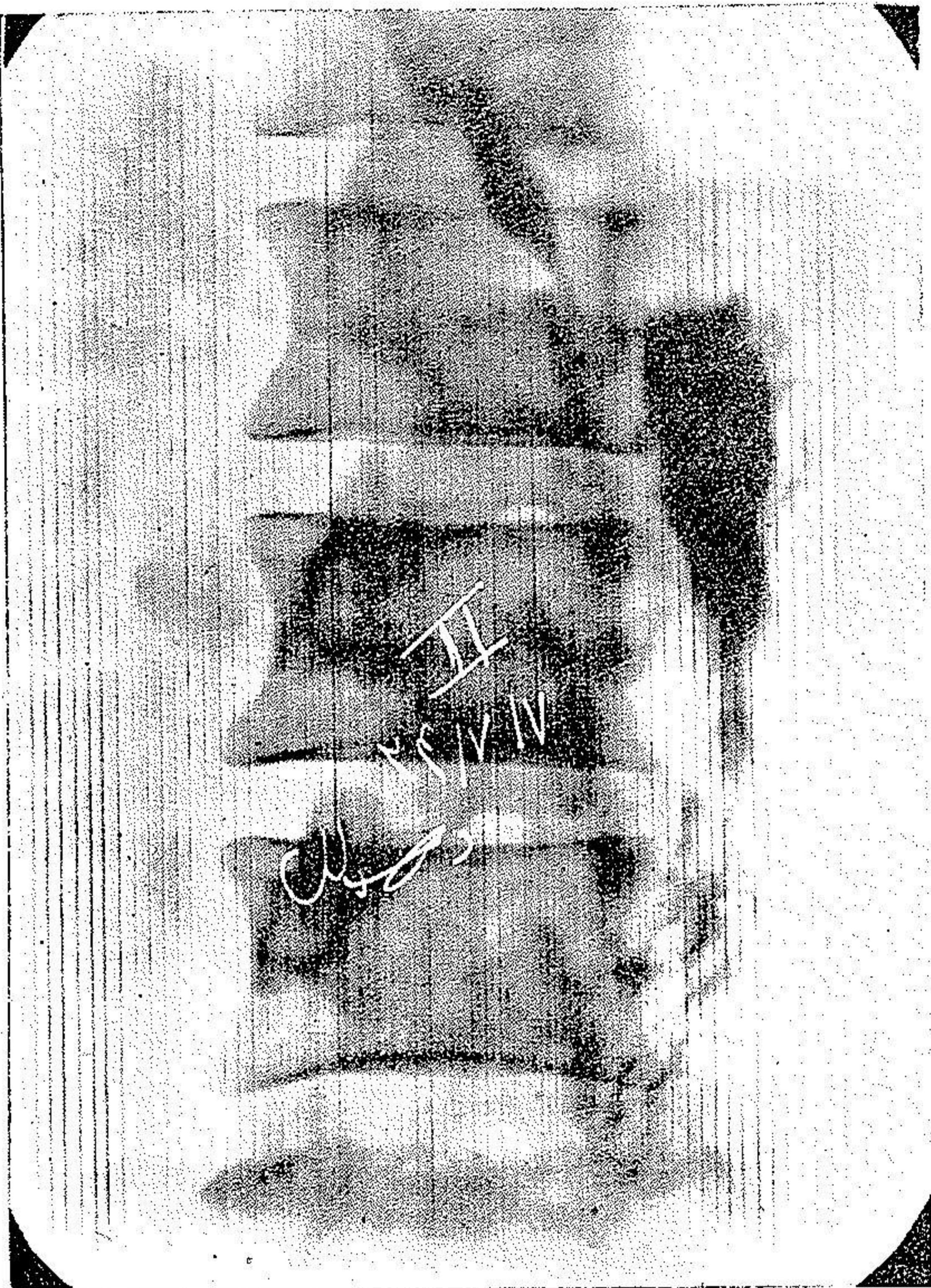
برای روشن شدن ذهن همکاران محترم لازم میدانیم مختصری در باره کاردیو اسپاسم شرح داده شود تا در مواردی که باین قبیل بیماران بدخورد کردیم از خطاهای جبران ناپذیر مصون بمانیم و جان بیماران را رهانی بخشیم چه بسا اتفاق میافتد که با تشخیص غلط سرطان مری از عمل جراحی خود داری شده ورتفه رفته بر اثر بدی تعذیه و ضعف حالت عمومی بیمارا بمرگ نزدیکتر میسازیم. ما سعی خواهیم کرد که نکات بر جسته تشخیص افتراقی این بیماری را با سرطان و سایر عوارض انسدادی مری روشن سازیم همانطوری که گفته شد علائم بالینی در این بیماران مختصر و محتاج بتفحص و تجسس بیشتر است.

اساساً اسپاسم مری بچند جهه ممکن است پیدا شود گاهی اسپاسم بدلیل است بدین معنیکه یک نوع انقباضاتی بدون علت ظاهر شده در حالیکه هیچگونه ضایعه عضوی در خود مری یاد را عضاء مجاور وجود نداردو علت آن همانا بهم خوردن تعادل



پرتو نگاری شماره (۱)

پرتو نگاری مری و معده و دوازدهه
توقف کامل ماده حاجب در محل فم معده (کاردیا)



پر تو نگاری شماره (۳)

این پر تو نگاری عنصر ماده حاجب را از میزان تنسکی نشان میدهد

دستگاه عصبی - عضلانی^(۱) موضعی یا دستگاه نورو-وژتاتیف^(۲) عمومی است. ولی اسپاسم اغلب اوقات بی دلیل نبوده و بر اثر ضایعات مختصری است که در نقاط مختلف پراکنده و کشف آنها اغلب آسان نیست مثلا وجود التهاب سبلک یا قرحة ساده در مری که بصورت خار تحریکی در آمده و بر دستگاه فوق اثر میکند و حتی برخی از بیماران اسپاسموفیل بوده بر اثر کوچکترین تحریکی انقباضاتی در آنان پیدا میشود این اسپاسم رفته رفته طولانی و بالاخره دائمی میگردد بطوریکه بر طرف ساختن آن دیگر با وسائل تداوی عادی و معمولی بی تیجه میماند.

از لحاظ محل ممکن است اسپاسم کلی^(۳) یا در انتهای فوکانی یا تحتانی مری باشد. ما در این جا بیشتر بحث خود را با اسپاسم ناحیه کاردها تخصیص داده و از انواع دیگر اسپاسم خودداری مینماییم.

چیزیکه سالها است بیشتر مورد بحث میباشد مسئله علت و پانوزنی اسپاسم است چنانکه دیده میشود رفته رفته بر اثر اسپاسم قسمت بالاتر مری متسع و یا طویل شده و در مری کیسه ایجاد میشود ولی هنوز روشن نیست که آیا اسپاسم سبب اتساع و طویل شدن مری میگردد و یا بالعکس. ما سعی میکنیم بطور اختصار این موضوع را تا حدی روشن سازیم. چنانکه گذشت بیماران کم و بیش دچار اتساع یا دارای یک مگا اوزوفاژ میباشند. این مگا اوزوفاژ در اشخاص عصبی و مضطرب و کسانیکه مبتلا بعدم تعادل نورو-وژتاتیف میباشند دیده میشود و گاهی هم مربوط به تظاهرات اسپاسموفیلی است و بعد از آن غالباً ضعف و خرابی متابولیسم (سوخت و ساز) کلیم است.

بر اثر خرابی و ضعف بازرسی و کسترنل مراکز کنده کننده^(۴) مغزی روی رفلکسهای خود کار بعضی از سوراخها و دریچه ها نمیتوانند بخوبی انجام وظیفه کنند. در باره سوراخ تحتانی مری (کاردها) نیز این نظریه صادق است زمانی علل دیگری موجب عارضه میگردد از آنجمله علتها موضعی: وجود ضایعاتی در یک قسمت از مری از قبیل التهابات مختصر یا ضایعاتی که بر اثر مسمومیت ای مختلف مانند توتون و الکل و سرب ایجاد شده. تو مورها و قرحة ها و بیماریهای مانند محملک و تب مطبقه و دیفتری و کوفت. گاهی بعضی از اسپاسمهای بمنظرا بدایی میرسند و هیچیک از علل قبلی موجود نیست و ممکن است ضایعات در حول حجاب حاجز یا درستونهای^(۵)

آن باشد بطوریکه گردن بند گوشتی دور مری ضخیم و کلفت شده باشد تمام این ناهنجاریها مادرزادی است و چه بسا علتهایی که بعداً پیدا شده در اثر فشار مستقیم یا بعلت تحریک تولید اسپاسم یا مبداء رفلکسی مینماید.

پاتوزنی : مشاهدات و مطالعات میکولیتس وزنکر و زیمنس باین نتیجه رسیده که پاتوزنی کاردیو اسپاسم و اتساع مری را مربوط بدلو علت میدانند :

۱ - اسپاسم عضلانی در انتهای تحتانی مری

۲ - وجود ناهنجاریها از نظر کالبد شناسی

میکولیتس از قدیم عمل اسپاسم مزمن کاردیا را تشريح و او اول کسی است که کلمه کاردیو اسپاسم را بکار برده است و رفته رفته مصنفین دیگر فرضه اسپاسم بدون دلیل را قبول نمودند ولی هنوز واضح و روشن نیست که آیا اسپاسم :

- جدار خود کار دیارا میگیرد - یا سوراخ مری دیافراگم و یا مجرای کاردیا را بتمامی فرامیگیرد.

کاردیا یا محل اتصال مری بمعده از حلقه های انقباضی پوشیده شده بطوریکه بستن یا باز شدن آن شبیه به پیلو رنیست لذا از نظر تشريحی قبول کاردیو اسپاسم منحصوصی مشکل بنظر میرسد.

برخی از مصنفین بفرنوس اسپاسم^(۱) معتقدند و دلائل آنها متکی بدلالل تشريحی و پرتوشناصی و آسیب شناسی است و میگویند که رابطه خیلی نزدیک بین رشته های عضلانی جدار مری و دیافراگم موجود میباشد ولی پرتویی و اوزووفاگوسکوپی نشان نمیدهد که در دیافراگم وجود داشته باشد در جاهای دیگر نیز این مانع وجود ندارد. اتساع همیشه از تنگی دیافراگم شروع و هرگز در پائین تر دیده نمیشود بطوریکه در بی عیب بودن جدار های مری و ضخیم شدن دیافراگم دور مری یک اختلاف واضح و آشکاری مشاهده نمیگردد.

بنظر ما این دلایل کاملا منطقی نیست. چه توقف ماده حاجب ممکن است در زیر یعنی در شکم باشد و دلایل آسیب شناسی نیز قادر باثبات این نیست که در سوراخ دیافراگمی انقباضاتی وجود دارد یا نه

بطور خلاصه یادآوری شد که کاردیو اسپاسم و اتساع مری با هم دیده شده حال کدام

یک علت ابتدائی و سبب هستند بر ما درست معلوم نیست. زنگروزی منس بدون اینکه کار دیو اسپاسم را رد نمایند معتقدند که پاتوژنی اسپاسم یک علت واحد و مشخصی نداشته و علل متعدد دارد. در بین این علل ابتدائی آتونی ابتدائی عضلات مری را بالخصوص یادآوری مینمایند بطوریکه چگونگی پیدایش اتساع مربوط با آتونی و کار دیو اسپاسم است و این دو عامل (علت ضایعه عصب پنو مو گاستریک) یکی بر دیگری مؤثر واقع میشود، دلایل نامبردهان گرچه متکی تجارت فیزیولژیکی است (در حیوانات قطع عصب دهم سبب انقباضات کار دیا و اتساع مری میشود) ولی قابل ایراد است چه فلج عصب دهم مخصوصاً بعد از دیفتری که نادر نیست جزیک اتساع دوکی شکل تغییر شکل دیگری بمری نمیدهد و عضلات مری در همه حال نه آتونی داشته و نه فلح شده اند بلکه در اکثر موارد انقباضات بیشتر از حالت معمولی است.

فرضیه مادرزادی که «بار»^(۱) بدان متکی است و امروز تا اندازه بیشتر مورد قبول است بعقیده نامبرده مگا اوزو فاژ چیزی نیست مگر شکل بخصوصی از اتساع که تشکیل حفره میدهد. در دستگاه گوارش و دستگاه میزه راه تمام اتساعات دارای خواص سهیولژیک و بالینی واحد و مشابهی میباشند بطوریکه بروز آنها بدون علت ظاهری بوده و تکامل آنها آهسته و تسلیمی است و بعده ناهنجاریهای استکه در نسوج مادرزادی ایجاد و بیشتر روی بافت های همبند ارتجاعی^(۲) است. بطور خلاصه نظریات مؤلف نامبرده در باره ایجاد مگا اوزو فاژ و اتساع مری تاحدی صادق است و چون بحث ما بیشتر روی پاتوژنی کار دیو اسپاسم است بعنوان اشاره فرضیه فوق را یادآور شدیم و بطور فهرست چنین نتیجه میگیریم:

مری از نظر فیزیولژی دارای سه عمل مهم است.

اثر عضلات جدار مری روی لقمه غذائی - قدرت پریستالیسم طبیعی و بالاخره باز و بسته شدن کار دیا که هم آهنگی کاملی باید داشته باشد.

این اعمال بواسطه تقسیم عصبی که در دور مری وجود دارد منظماً انجام یافته و شبکه دور مری یا غده های عصبی عمل خود را تحت تأثیر پنو مو گاستریک و سمپاتیک انجام میدهد و بالنتیجه خود کاری بخصوصی بمری میدهد که با هم اهنگی کاملی قسمتهای مختلف مری منظماً لقمه غذائی را بطرف معده میراند. سمپاتیک و پنو مو گاستریک عکس پکدیگر عمل مینمایند.

در حال طبیعی وظیفه سمپاتیک تقویت عضلات جدار مری و بستن کاردیا در هنگام استراحت است - بالعکس پنوموگاستریک در قدرت پریستالتیسم مری و باز نمودن کاردیا در هنگام عبور لقمه غذائی مؤثر است - دیده میشود هر عییکه روی این شبکه عصبی وارد شود اختلالاتی در نظم حرکات مری پدید میآورد و سبب تنگی و طویل شدن و بالاخره اتساع مری میگردد. مبداء و منشاء اختلالات عصبی مری ممکن است دینامیک و یا عضوی باشد که از آنجمله بایک نظر عمومی حالت‌های نوروپاتیک^(۱) و عدم تعادل نوروژاتیف و بالاخره اختلالات اولیه و یا ثانوی عضوی مانند مسمومیتها (اپیریت) عفونتها (اوزو فاژیت) وغیره باعث است.

تشخیص کاردیو اسپاسم متکی بعلامنی بالینی و پرتو شناسی و اوزو فاگوسکوپی است.

نشانه‌های بالینی در ابتدا بیماران دیسفازی مختصری داشته و بتدریج در فاصله چند سال دردهای مبهم قفسه صدری در موقع بلع لقمه غذائی شدیدتر شده وقی^(۲) ظاهر میشود. دیسفازی وقت سرانجام دائمی میگردد قی^(۲) از تمام تظاهرات حتی واضحتر و ثابت‌تر است و بسته باینکه اتساعی در کار باشد یانه قی بیشتر و یا ابداً وجود ندارد در اینجا استکه تشخیص تو مورهای ناحیه کاردیا مخصوصاً نوع فراوان آن‌هه سرطان باشد مطرح میشود. منظره بیمار در هر دو حال متفاوت است: در سرطان بیمار مسن است لاغری مفرط - خرابی حالت عمومی دیسفازی دائمی و پیشتر فته دردناک- جریان مایع بزاقی - سیر تکامل کوتاه در حدود یک‌سال همه از وجود سرطان حکایت میکنند در صورتیکه در کاردیو اسپاسم بیمار نسبتاً جوان و هر آینه تغذیه درست انجام گیرد سالها در حالت عمومی تغییراتی حاصل نمیشود و بیماران منظره طبیعی خود را حفظ میکنند. مهمتر از همه پرتو نگاری بتشخیص کمک مینماید. واژ ذکر علاشم مشخصه پرتو نگاری اوزو فاگوسکوپی بعلت طویل شدن مطلب خودداری میکنیم.

ساختر تشخیص‌هاییکه ممکن است پیش آید کم اهمیت می‌باشند. مثلاً اثرین صدری فشار روی مری در اثر تو مورهای مدیا است آنوریسم یا تنگ در نتیجه جوشگاه زخم^(۲) تنگی‌های کوفتی وسلی که بسیار نادر می‌باشند.

بروز این بیماری معمولاً در سنین ۳۵-۴۵ و در زن و مرد بکسان دیده میشود در کودکان نیز نادر نیست.

در شیر خواران و اطفال نسبتاً بزرگتر باشکال دیگری تظاهر مینماید در شیر خواران دیسفارژی گاهی بشکل متناوب هویدا میشود دیسفارژی اسپاسمی روی زمینه عصبی ارثی یا آرتربیتیک بروز کرده و ممکن است اطفال شخصاً عصبی باشند تا بدون درد و زحمت و بدون حالت تهوع با فاصله های نسبتاً طولانی پیدا میشود، گاهی هم بالعکس دیسفارژی ممکن است دائمی باشد زیرا بر اثر بروز کریز های مرتب رفته رفته دیسفارژی حقیقی برقرار میشود ولی در شیر خواران این نوع نادر است و در اطفال بزرگ بیشتر دیده میشود بطوریکه بر اثر استفراغهای فراوان و بدی تغذیه کم کم حالت عمومی خراب میشود البته تشخیص این بیماری در شیر خواران مشکل و محتاج تحقیقات بیشتری است چه شیر خواران بر اثر مختصر سوء هاضمه یا تنگی های مادرزادی پیلو ر دچار استفراغهای مکرر میشوند.

درمان

روشهای متعدد از برای علاج اینگونه بیماران توصیه شده از آنجمله میل زدن بوسیله بوژیهای نسبتاً نرم که معالجه اساسی نبوده هر چند وقتی باستی تکرار شود و نیز تحمل این کار برای بیماران مشکل است علی الخصوص که همه وقت انجام پذیر نبوده محتاج بکمال اوزو فاسکوپی هستیم

معالجات طبی از قبیل دادن داروهای ضدانقباضی مانند آتروپین و برومورها اثر وقت داشته رفته رفته بی اثر میگردد.

این است که عمل جراحی توأم با معالجات عمومی تنها راه علاج است.

طرق مختلفه جراحی پیشنهاد شده که کم ویش مؤثر و بطور کلی نتایج حاصله در این روشهای گوناگون یکسان نیست اینک ما بطور خلاصه عملیکه در باره بیمار مورد بحث کردیم یادآور شده و بعقیده ماروش برگزیده بشمار میرود مانیز به پیروی از «هلر^(۱)» که اول مرتبه این روش را مجرداً داشته آنرا توصیه و بطور خلاصه راه و طرز عمل را شرح میدهیم:

هلر در ۱۹۱۴ عمل پلاستیک روی عضله ناحیه کاردیا را مجرداً داشت و پس از آن در سال ۱۹۲۹ «دلبد^(۲)» آنرا در پاریس عمل کرد و آن عبارت است از «ازوفاگو-کاردیو توومی خارج مخاطی^(۳)» و یا کاردیومیوتومی^(۴)

۱—Heller ۲—Delbed ۳—oesophago-cardiotomie extramuqueuse
۴—cardio - myotomie

طرز عمل: بیمار را روی تخت عمل خوابانیده وزیر شانه هایش یک بالش میگذاریم پس از بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی با اتر لایپارا تو می وسطی و فوقانی انجام میدهیم برای نمایان شدن کار دیالازم است که ابتدا کمی کبدرا حرکت داده لیگامان سه گوش چپ^(۱) و سطح عمقی صفاق را برید وقتیکه کاردیا معلوم شد با انگشت سوراخ دیافرا گماتیک را گشاد کرده و کاردیا را با هستگی در حدود (۸-۱۰) سانتیمتر پائین میکشیم ابتدا شکاف کوچک در قسمت قدامی ناحیه تنک شده داده بطوریکه بمخاط صدمه نرساند و از این شکاف سندشیار دار را داخل و ببالا میرانیم و روی این سند تمام کanal کار دیارا را که ضخیم شده در حدود (۶-۵) سانتیمتر میبریم - باید متذکر بود که طبقه مخاطی مری باید حفظ شود . مری کم کم متسع شده و تگی بر طرف میگردد .

لیگامان گرد^(۲) کبد را مجدد آدوخته و جدار شکم را در سه طبقه محکم میدوزیم اتفاقاتی که ممکن است بیفت: پارگی مخاط مری است و در این موقع برخی را عقیده بر این است که گاستر و ستومی باید کرد ولی بنظر ما لزومی ندارد و فیستولی بر جای نمیگذارد .

از روز دوم یا سوم مایعات و بعد غذاهای سفت به بیمار میدهیم که خود مانع سیکا- تریس و جوش خوردن است:

مدارک و مأخذ

- 1— Contribution à l'étude cardiospasme (Gamaleïa) Thèse Nancy (1919-20)
- 2— Contribution à l'étude de l'œsophagisme et spécialement sa phatogénèse Thèse Nancy (1926-27) Chatelain
- 3— Gums, action de l'atropine sur le Cardio - spasme
- 4— Archive des maladies du voies digestives 1927
- 5— Deux cas de cardio-sposmes Société chirurgical de Paris 1929
- 6— Forgue Pathologie ext. 1939
- 7— Anatomie (Rouvière)
- 8— Physiologie Binet
- 9— Anatomo - Pathologie D^r Habibi