

" دانشگاه ملی ایران "  
 \*\*\*\*\*

دانشگاه پزشکی  
 \*\*\*\*\*

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترای پزشکی

موضوع :

(( رتینویاتسی هیپرتانسیو ))

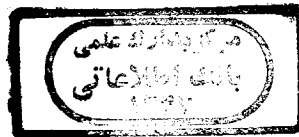
استادان راهنما :

جناب آقای دکتر امیر ملک مدنی - جناب آقای دکتر محمد رامین

نگارش :

مهرداد توفیق رفیعی

سال تحصیلی ۱۳۵۱ - ۱۳۵۰



سوگند نامه پزشکی ( اعلامیه ژنو/ ۱۹۴۷ )

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که  
زندگیم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم .

احترام و تشکرات قلبی خود را بمنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه  
اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان  
و شرافت انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگی شماری سلامت بیمارانم خواهد بود .  
اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت پزشکی  
را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین ، ملیت ، نژاد عقاید سیاسی  
و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاثیری در وظایف پزشکی من نسبت به بیمارانم  
نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه  
معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .  
آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام انجام دهم .

تقدیرم بـه :

استاد عالیقدر و گرانمایه جناب آقای دکتر امیرملاک، مدنی کسه

راهنمایی این پایان نامه را تقبل فرمودند .

تقدیم به ————— :

استاد دانشمند جناب آقای دکتر محمد رامین که اینجانب را در تهیه

و تنظیم این پایان نامه تشویق و رهبری فرمودند .

تقدیم به \_\_\_\_\_ :

پدر بزرگوار و عزیزم که در راه پرورش و تحصیل من نهایت از خود گذشتگی

را نموده و من همیشه سپاسگزار صحبت‌هایش هستم .

مادر مهربانم :

زحمات شبانه روزی تو ضامن موفقیت من بود ، این نوشته ناچیز

راکه حاصل زحمات بی پایان تو و از قلم من جاری است به آستان

مقدست تقدیم میدارم .

تقديم به \_\_\_\_\_ :

• خواهران عزیزو مهربانانم .

فهرست مطالب

\*\*\*\*\*

۱- مقدمه

۲- کلیات

۳- همپرتانسیون ثانویه

۴- تجمع بهماریهای کلموی با بهماریهای شبکیه

الف - گومرولونفریت

ب - نفروز

ج - نفرواسکلروز آرتریولر

۵- اتیولوژی تفریقات شبکیه در بهماریهای کلموی

۶- طبقه بندی علائم رتینویاتی همپرتانسیون

۷- همپرتانسیون بدون اسکروز

۸- همپرتانسیون با اسکروز جبران پذیر

۹- آناتومیاتولوژی

۱۰- همپرتانسیون با اسکروز آرتریولر

۱۱- پاتولوژی

۱۲- همپرتانسیون بدخیم



۱۳- درمان از زیاد فشارخون

الف - درمان از راه رژیم

ب - اقدامات جراحی

ج - درمان دارویی

۱۴- پیش آگهی از زیاد فشارخون

۱۵- شرح حال بیماران

۱۶- خلاصه و نتیجه

۱۷- منابع و مآخذ

مقدمه

\*\*\*\*\*

افزایش فشارخون یکی از مشکلترین و شایعترین مسائلی است که هر

پزشک دردوران محدود یا طولانی طبابت خود با آن سروکار دارد و نمیتواند خود

را از اشکالاتی که در سر راه تشخیص و درمان آن قرار میگیرد دور بدارد .

هرچند هنوز نمیتوان افزایش فشارخون را بعنوان یک بیماری مستقلی

تلقی نمود ، زیرا بروز آن در اکثر موارد ناشی از اختلالاتی است که در گردش خون

بدن پیش میآید ، خواه این تغییرات معلول عوامل Humoral و یا

عروقی باشد و خواه ناشی از اختلالاتی باشد که هنوز ماهیت بیشتر آنها بر ما

روشن نیست .

در هر صورت هرگاه فشارخون یا بطور ابتدائی و یا در جریان بیماریهای

دیگر افزایش یافته گواه بوجود یک عارضه جدی و مهمی است که نباید عواقب

آنرا از نظر برداشت .

امروزه از موارد مختلف فشارخونهای اصلی کاسته شده زیرا با پیشرفت

علم فیزیولوژی و بررسی نتایج حاصل از کارهای تجربی آزمایشگاهی برای اکثر

فشارخونها علتی میتوان یافت و آنچه مسلم<sup>است</sup> اینست که پزشک نباید با تشخیص

احتمالی فشارخون اصلی ، خود را از ادامه بررسی در بیمار معاف بدارد بلکه باید

تا حد امکان از کلیه وسایل لازم جهت تشخیص علت فشارخون استمداد بطلبید  
 زیرا در اکثر موارد فشارخونهای ثانوی بتدریج سیر پیشرونده خود را ادامه  
 داده و بجائی میرسند که امکان مداوا را از طبیب سلب مینماید .

در این پایان نامه کوشش بعمل آمده تا کلیه تغییرات شبکه که  
 افزایش فشارخون ایجاد میشود شرح داده و طبقه بندی و سیر این تغییرات  
 را مورد بررسی قرار دهیم .

برای تهیه مطالب و مندرجات این پایان نامه از منابع مختلف استفاده  
 شده و هرچند که جزئیات تمام منابع مورد استفاده مشکل است ولی حتی الامکان  
 سعی بعمل آمده تا نام مراجع مهمی که ذکر آن ضروری تر و لازم بوده در آخر  
 پایان نامه برده شود .

ضمناً وظیفه خود میدانم از معاضدت و همکاری بهدریغ و گرانبهای  
 جناب آقای دکتر امیرمطلب مدنی و جناب آقای دکتر محمد رامین اساتید معظم  
 دانشگاه که مراد در نوشتن این پایان نامه یاری فرموده اند سپاسگزاری نمایم .

دیماه / ۱۳۵۱ مهرداد توفیق رفیعی

"ازدیاد فشارخون شریانی"

\*\*\*\*\*

یکی از افتالمولوژیست های بنامی که دانش ما را درباره تغییرات شبکه

در ازدیاد فشارخون شریانی افزایش داده است (۱۸۹۰ - ۱۹۶۱)

Henry P. Wagener میباشد ، که زندگی حرفه ای خود را در مورد

مطالعه بیماریهای عروقی در زمانی که تمام نظریات پزشکی بسرعت تغییر یافتند

صرف نموده است . وی در Charleston کارولینای جنوبی بدنیا آمد

و تحصیلات پزشکی خود را نیز در همانجا انجام داد . پس از خدمت در نیروهای

مسلح آمریکا در مدت جنگ اول جهانی به بنیاد Mayo در Rochester

رفت (۱۹۲۰ - ۵۵) و در آنجا زندگی و مطالعه خود را ادامه داد . در همین

جا بود که استفاده از بسیاری از نظریات و مواد بالینی را مرحله اجرا را آورد . وی

اساساً یک پزشک افتالمولوژیست بود و بطور وسیعی دانش ما را در مورد تغییرات

چشمی در ازدیاد فشارخون ، دیابت و Temporal Arteritis افزایش

داد . وی در این کلینیک با دکتر Norman M. Keith همکاری نمود و

بزرگترین توجه او در مورد تخمین و پیش آگهی بیماری بالا برنده فشارخون بود .

باین دلیل که این دو پزشک طبقه بندی علائم شبکه ای را بیان کردند

در کار خود بسیار آگاه بوده و کارهایشان مورد تأیید و قابل استفاده است .

از دیاد فشارخون شریانی حالتی است که در آن فشارخون معمولاً " از مقداری که بطور طبیعی ملاحظه میگردد بالاتر برده میشود چنانکه فشارخون طبیعی شروع به افزایش یافتن نماید اگرچه این تفاوت موقتی باشد چه وقتی باید کرد ، که باید گفت که افزایش فشارخون سیستولیک، بازویی بیشتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک بیشتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه معمولاً " بعنوان علائم مرضی شناخته میشوند و در بیشتر موارد هر دو افزایش می یابند .

لیک  
در کاهش دادن فشارخون بالا باید بخطر داشت که فشارخون سیستولیک کمتر از فشارخون دیاستولیک قابل توجه است ، زیرا که فشارخون سیستولیک نشانه تلاش ماکزیمم کار قلب بوده و مقدار زیاد آن نشانه جواب خوب قلبی میباشد خطری که ایجاد میکند پارگی شریان میباشد که در چشم چندان زیاد دیده نمیشود سطح فشارخون دیاستولیک بالا که نشان دهند فشار مداوم و علاوه بر این بیک استرس همیشگی در دیواره رگهاست بسیار قابل توجه بود و هنگامیکه به شدت افزایش یابد و بیشتر شود پیش آگهی آن بد میباشد ، هنگامیکه در همین موقع فشار سیستولیک پائین بیفتد ، تزلزل در کار قلب در نتیجه فرجام کارکننده آن تهدید کننده میباشد ، در مورد بیکه فشار سیستولیک و دیاستولیک

یکسان بالا میباشد پیش آگهی مطلوب تراست ولی وقتی که یکی بد دیگری نزدیک میگردد پیش آگهی خطر میشود .

افزایش فشار دیاستولیک در شریان افتالمیک اگر با دینامومتر اندازه گیری شده باشد بطور طبیعی همانطور که خواهیم دید فشارخون دیاستولیک

افتالمیک نصف فشارخون بازویی خواهد بود ( ۱۹۴۸ - ۵۶ Weigelein

۱۹۳۷ Streiff ۵۲ - ۱۹۱۷ Bailliart ) . افزایش

بیش از اندازه در این نسبت ممکن است درازد یا در فشارخون اتفاق افتاده و

گفته شده است که مهم میباشد . ( ۱۹۲۲ Magitot ۱۹۵۰

۱۹۵۵ Dubois - Poulsen and Miller

• (Miller and Audouineix

اما نشانه های بالینی عدم تعادل این نسبت هنوز مورد سؤال میباشد

( ۱۹۴۶ Bjork ۱۹۴۶ Streiff and Bischler ۱۹۵۹

• ( Lobstein and Nordmann ) . در حال حاضر در بیشتر حالات

( ۸۵ تا ۹۰٪ ) علت افزایش فشارخون دیاستولیک ناشناخته مانده است ،

هرچند که گمان میکنند علت خطای بیوشیمیایی در متابولیسم باشد .

اینگونه حالات در اواسط عمر که در ضمن آن بیماریهای مخصوصی مثل

همپرتانسیون اولیه وجود دارد اتفاق می افتد . ( همپریپیژی Allbutt

۱۹۱۵ ) این حالت نباید بعنوان یک بیماری کامل در نظر آورده شود زیرا که

فشارخون بین مقداری این و بالا متغیر است و همیشه با افزایش سن افزایش

می یابد .

پس در این صورت باید گفت که هرگونه وجه تشخیص بین فشارخون زیاد

و فشارخون طبیعی موقتی میباشد . بهرحال افزایش فشارخون در زنان دوبرابر

بیشتر از مردان دیده میشود و مثل دیگر عوامل پیچیده از قبیل طول قد و هوشیار<sup>ی</sup>

به عوامل ارثی زیادی بستگی دارد . در نتیجه معمولاً " بنظر می آید که این

بیماری بصورت صفت غالب با تمایل ارثی به خاصیت افزایش یابنده ، خطر

مرگ و میرا افزایش دهد . ( ۱۹۵۴ Hamilton ۵۶ - ۱۹۴۷

Platt ) . عوامل محیطی یعنی هم عوامل روانی و هم عوامل جسمانی

ممکن است یکی از عوامل ایجاد کننده بیماری باشد . ( Pickering ۱۹۶۵ )

علاوه بر این بیماری های حالت متداول بوده و بنظر می آید که تقریباً ۲۵٪ -

جمعیت ۵۰ تا ۵۵ ساله انگلستان ( Platt ۱۹۵۹ ) و دانمارک

( ۱۹۴۸ Sabye ) وجود داشته باشد .

این بیماری معمولاً " بدون سروصد شروع شده و ممکن است به مدت