

۱۷۰۶

توانا پوه مرکز دانا پوه

دانشگاه تبریز

دانشکده پزشکی

پایان نامه :

برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه تبریز

دانشکده پزشکی

موضوع :

((بیماریهای پسندور))

استاد ارجمند

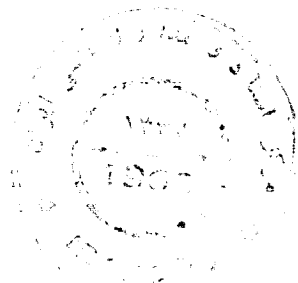
دکتر حجاب - ما جده

شماره پایان نامه

سال تحصیلی ۱۸ - ۱۷

نستازن :

محمدعلی - حائیسری



۱۷۰۶

تقدیم به :

جناب آقای دکتر مجاهد ساجدی که مبراهنهای اینها با نام سه

از هیچ کیفی تریج نفرموده اند .-

تلفیه هم به :

• دوستان عزیزم

((فهرست مندرجات))

بیماریهای سلول

- ۱ - ساختمان تریخی .
- ۲ - لیزوبولوزی سلول
- ۳ - اتیولوژی، امراض، علل و راه سرایت آن .
- ۴ - پلورزم .
- پلورزی ساده (پلورزم، فیبرینی بافت)
- پلورزی تریخی ، ایمانسان پلور (
- آمیب (پلورزم، حرکی)
- آمیب عاد .
- آمیب کرونیک .
- پنومونی اکتس .

((بیماریهای مسلوله))

ساختمان تفسیحی : جنب مسرودهها، عظامی است که ریهمن رامیهوعانده و باعث
سهولت حرکات آنها میشوند هر یک از ریهمن دارای مسروده جنب مخصوصی بود است که
تقریباً از مسروده جنب طرف مقابل مجزاً میباشد مسروده جنب از دوری تکمیل شده است
یکی دوری احشایی *Peritoneal* که ریه را کاملاً فرا گرفته است و دیگری
دور جاری یا جانبی *Parietal* که سطح داخلی جدار قفسه سینه را
مغزین میزند . بین دوری فضای جیبی *Cave Pleural* قرار دارد که
در حالت طبیعی مجازی ولی مرگام مایع و با هوا و با خون در آن جمع شود واضح و حتمی
میگرد .

دور احشایی جنب - مسرودهها، استنارک و عظام که جاستعنائی نان کاملاً در ریه
حتی در زمان ریه (رامیهوعانده و بیان چسبندگی کامل دارد این مسروده در حدود
نان برود، خود متعلق میشود و در بالا و پایین نان ریه به جنب جدار، تبدیل میگردد
دور جاری - این دوری جدارهای جایگاهی را که ریه در آن تسمار دارد میپوشاند
(یعنی دنده ها سطح میان سینه، ریه - جابج - راس ریه) و بدینسان

ترتیب عامل چهار قسمت است :

۱ - پسرده جنب دنده ای *Pierre Costale* - این قسمت از زرد جنب از جلو عقب با قسمت های زیر مجاورت دارد - در طرف جلوی استخوان جناح سینه و عروق پستان - در دو طرف با فضا های بین دنده ای و عضلات بین دنده ای در طرف عقب با سطح لوفی تنه پسرده - های پستانی و در جلو آن زنجیر سینه ای و عروق بین دنده ای پسرده جنب دنده ای در میان کنار تحتانی ریه با پسرده جنب حجاب حاجزی مجاور میباشد و این قسمت را منطقه گنست می نامند .

۲ پسرده جنب میان سینه ای = *Pierre mediastinale* این قسمت از پسرده جنب سطح داخلی ریه را میپوشاند و از استخوان جناح سینه تا سقف پسرده ای کشیده شده است و با عناصر میان سینه ای مجاورت دارد .

این عناصر در میان سینه قدیمی عبارتند از تمپوس یا با بقایای آن - بریکارد عقب حجاب حاجزی - عروق حجاب حاجزی فوقانی (عاقله های طرفی غریبان پستانی داخلی) همچنین در طرف راست پسرده جنب با قنده های وریدی و غریبانی با زوئی راسی - ورید اجسوف فوقانی و تحتانی و در طرف چپ با بریکارد و قوس آمورتا - غریبان سیات اصلی - غریبان

چشمی و مصبر روی معده چپ مجاورت دارد .

مجاورات آن در میان سینه خلفی عبارتست از -

در طرف راست با قبه الریه - مری - و در فرد بزرگ - عصب روی معده و در طرف چپ با آئورهای نزولی - قنات الصرور و هادی نم فرد . برده جنب عناصر ما بین الذکسر و اکاملا میوهیفا نسودر فرورفتگیهای بین آنها وارد میشود مثلاً در فاصله بین ورسد فرد بزرگ و مری (در طرف راست) و بین آئورفا و مری (در طرف چپ) داخل در فضای بیسن آنها میشود و دو بین بست تفکیک میدهد یکی بنام بن بست جنبی بین فرد مری و دیگر بن بست جنبی بین آئورفا و مری *Inter aortico esophagium* در طرف با بیسن نزدیک حجاب حاجز این دو بین بست بیکدیگر متصل میشوند و ریاط بین جنبی را تشکیل میدهند .

خط انعکاس نورون برده جنب = *Lingua de reflexion* - جنب احشای در اطراف ناف یعنی هر سطح میا میزهای ریه روی خود منعطف میشود و جنب جاری میسندل میگردد - روی هر فقه نقالی که این تبدیل انجام میگیرد روی حلی بنام خط انعکاس قرار دارد این خط مانند راکتی است که قسمت بعضی شکل آن در بالا بدور ناف میباشند

و در سه آن تا حجاب حاجز صفحات و آنرا رباط مغزی ریه می نامند .

۲ - پسرده جنب حجاب حاجز *Pleuro diaphragmatic*

این جنب روی حجاب حاجز را پیوسته است و بآن چسبندگی دارد .

۳ - گنبد جنب *Dome pleurale* یا بن بست فوقانی ریه - قسمتی از جنب

است که واسه ریه را می پوشاند و بواسطه عناصر عظامی لیفی بکلیت های استخوانی مجاور

خود مربوط میگردد و در نتیجه ریه در جای خود نگاهدار میشود این عناصر را در دستگاه

آویزان کننده جنب *appareil suspensur de la pleure* می نامند که عامل

یک عضله بسم عضله نردبانی کوچک و دود سته لیفی اعلی ریه است مهره ای جنبی و رباط

دنده ای جنبی میباشد .

۴ - عضله نردبانی کوچک *Petit scalene* در بالا بزاعده عرض هفتمین

مهره گردنی می چسبند و سپس بطور مایل بطرف پایین و خارج و جلو متوجه مهره دویواسطه

برخی رسته های وتری با گنبد جنبی چسبندگی دارد و سرانجام بکنار داخلی دنده اول در -

عقب محل اتصال عضله نردبانی کتدای بروی تکه لیفران *lissfrano* ..

ختم می شود . اگر این عضله وجود نداشته باشد بجای آن رباطی بنام رباط مهره ای -

جیبی دنده‌ای قرار دارد .

۲- رباط مهره‌ای جیبی *Iga. Vertebro - pleural* این رباط از کنار قدامی

گردن دنده‌ای، اول شروع و بروی گنبد جیبی منتهی می‌گردد .

اگر دستگاه آویزان کننده را بدون تفریح نمایم مدخله می‌فود که رباطها، همایسن

اللفکر بروی سوره جنب نجیبده است بلکه اتصال آنها بروی سوره می‌باشد، است که در

روی گنبد جیبی واقع و از آن مجزای می‌باشد .

رباطها، مهره‌ای جیبی (در داخل) و رباط دنده‌ای جیبی (در خارج) و جیب (در -

پایین) و دنده اول (در عقب) و عضله نردبانی کوچک (در بالا و خارج) مجموعاً فضای

را محدود میکنند که در بالا و عقب گنبد جیبی است و عقده سینه‌ای گردنی تحتانی در آن

قرار دارد .

جیب جیبی *Sinus pleurae* - و لغتیکه جنب از سطح سطح دیگر منصرف می‌فود -

بن بستى را بنام جیبها یا بن بستهای جیبی تشکیل میدهد که عبارتند از -

۱ - جیب دنده‌ای، جیب حاجزی .

۲ - جیب دنده‌ای، میان سینه‌ای قدامی و جیب دنده‌ای، میان سینه‌ای خلفی که بین جنب دنده‌ای

و جب میان سینه ای قرار دارد .

۳ - جیب جابجا جزئی میان سینه ای .

فیزیولوژی :

فشار داخل جنبی = Intrapleural pressure در حال طبیعی بین ریه ها و جدار

سینه سینه همچگونه ارتباط فیزیکی وجود ندارد با وجود این ریه ها صیغه قلبه سینه

را بهمینگونه زیر اعصاب های موجود در فضای داخل جنبی با لوله مداوم هر نوع گاز یا مایعی

را که وارد فضای مزبور شود جذب مینمایند ولی در ریه های تمام دایمی به کلا پیوسته

شدن از جدار سینه وجود ندارد و این تمامین حداقل بوسیله دو عامل مختلف با هم پیوسته -

۱ - در سرتاسر ریه ها رشته های ارتجاعی زیادی موجود است که بهمینگونه در حال کشش بوده و

تمامین بکوتاه شدن دارند .

۲ - کشش سطحی مایعاتی که جابجا به هم را منفرجه میکنند در آنها تمامین دایمی به کلا پیوسته

ایجاد مینمایند این کیفیت که شاید از اولی اهمیت بیشتر داشته باشد مربوط به نسوه

جاذبه است که بین ملکولها، سطحی مایع وجود دارد بدین است که این توجع کشنده

تمامین بتقلیل اندازه هر یک از جابجا به هم داشته و اجماع تمام این نیروها، کوچک باعث

کلا پس همه ریه میفود .

بعلت وجود این تمایل به کلا پس = Collapse tendency ریه ها همیشه مایلند
از دیواره های قفسه سینه دور شوند تا اگر حجم ریه با اندازه حجم بازنمی استراحت با عصب
پدید شده نامبرده سبب میفود که فشار داخل جنبی نسبت به فشار جو ۱ میلیمتر جیوه گردد -
در همان دم عادی پس از آنکه ریه منقبضه شود و جیوه عدد تمایل بکلا پس حاصل شود
۶ میلیمتر جیوه افزایش مییابد اگر دم و بازدم بر فشار داخل جنبی - در نتیجه
عمل عضلات تنفسی فشار داخل جنبی کم و زیاد میفود اگر عدد - انقباض بازنمی بیشتر ،
باعضده که فشار داخل جیاهای ۲۰ به ۳۰ میلیمتر جیوه افزایش یابد فشار داخل جنبی
نیز مماندن همین مقدار منها ، تمایل به کلا پس رویتین یعنی ۲۰ - ۳۰ یا ۲۶ میلیمتر
جیوه خواهد بود .

از طرف دیگر در صورتیکه عظام دم فشار داخل جیاهای ۱۰ را به ۱۵ میلیمتر جیوه تقلیل
دهند فشار داخل جنبی باز هم ۱ میلیمتر از آن کمتر یعنی ۱۹ میلیمتر جیوه میگردد .
بنابراین بعلت وجود تمایل به کلا پس در ریه ها فشار داخل جنبی همیشه از فشار داخل
جیاهای کترات وقتی ریه ها بعدا کترات اساع برسند تمایل به کلا پس بیشتر و تنفسی

در حداقل اتساع با غنند کم تر است و بطور متوسط در حدود ۴ میلی متر جبهه می باشد .
 عوامل طبیعی ریه ها به کلا پس عامل بالینی بسیار مهمی به شمار می آید زیرا وقتی فضای داخل
 جبهی به اتمسفر باز شود به علت فشارهای منفی فضای مزبور جریان هوا بداخل آن راه -
 یافته و ریه ها روی خود جمع می شوند در این وضعیت حتی عروق خونی ما بین جبا بچه ها
 نیز کلا پس یافته و بیچ و خم پیدا میکنند بطوریکه مقاومت در مقابل جریان خون بسبب
 ۵ تا ۱۰ برابر مقدار طبیعی افزایش می یابد افزایش مقاومت عروقی نفع زیادی
 در بردارد زیرا سبب می شود که تحت اعظم خون جریان روی ریه کلا پس نیافته دیگر -
 جریان یابد و در نتیجه میزان تبادل گاز، خونی که ریه ها را ترک میکند تقریباً
 طبیعی خواهد بود .

تنفس در نوموتوراکسی : بعضی از اوقات در دوره نریک زمان کلا پس پیدا میکنند
 ولی این موضوع نشان آن نیست که بیمار قادر به تنفس نخواهد بود هر وقت که قلب
 سینه اتساع پیدا میکند در دوره جمع شده نیز همراه با آن اتساع پیدا کند زیرا
 افزایش حجم حفره سینه فشار منفی المبران ریه ها را بیشتر میکند و فشار منفی
 اضافی نیز بنوبه خود ریه را متسع می نماید لذا با اینکه ممکنست در موقع بساؤدم

مردوریه کلاسه پیدا کنند ممیذا در موقی دم تا اندازه ای از هوا بر خواهد استوفاسست

در قسمتی از سیکل تنفسی تبادل گاز، بین حبابچه ها و خون انجام خواهد گرفت .

اصول و بیماری های امراض پلور و راه سرایت آن :

میکروبی های که باعث انفلکسیون پلور می شوند عبارتند از پنوموکوک - استرپتوکوک - اسفالیلو

کوک - کلی باسیل - پنوموسیل و سایر کچ . این میکروبیها ممکن است بعضیها در وسای

تو اما سبب بیماری شوند . در پلوریت بیجه مانجبت به بزرگسالان اغلب پنوموکوک و در

بالغین بیشتر استرپتوکوک مسئول ایجاد بیماری هستند .

پلور با میکروبیهاییکه از کانونها، مختلف و وارد آن می شود انفکته میگردد .

۱ - از اعضای مجاری - آجهنه های دهواره قفسه سینه - پر، پلوریت - آیه مساس

کلهوی - کانسر پستان - امراض ریهوی / پنومونی - پرنکوپنومونی - آیه ریهوی -

کانون ریهوی (التهابات مدیاستن - آیه های زیر دیافرام و غیره که از این اعضا

مجاری فونته پلور مستقیم به پلور انتشار می یابند ولی اغلب این انفکسیونها کمتر دیده

می شوند و اکثریت را انفکسیونهای تشکیل میدهند که از راه لنگ به پلور وارد می شوند .

۲ - از اعضای دور - رماتیسم - تیفوس استوسا بر امراضی که از منشاء اعضای دور میباشند

- عامل میکروبی که بدین وسیله خود را به پلور میسرساند تولید پلوریتها، معالقاتیک میباشد.
- ۳- از راه عمومی - انفکسیونها، عمومی از قبیل سلولک و سرخچه وغیره میتوانند به پلور انتشار یابند که ورود آنها به پلور از راه عمومی است.
- ۴- العیاب وانفکسیون سلولک پلور - که در نتیجه زخمها، با زلفه سینه پدید میآید که گاهی در نتیجه حرکت بسطن صورتوراسیک و ضربه ها آمهیم را تشکیل میدهند.



پلوروزی

تعریف - پلوروزی Plevrity یا پلوریت Plevritis یعنی آماس جنب است که گاه موضعی وزمانی منتشر - حاد یا مزمن و میزان اگزودا اندک (پلوروزی ساده - فبرینی - یاخک) یا بسیار است که در حفره جنب بصورت مایع آزاد گرد میآید (پلوروزی همراه با ترشح) پلوروزی ساده (پلوروزی فبرینی یاخک)

این اصطلاح برای بیان پلوروزی در مرحله اگزودا، فبرینی بکار میرود یعنی هنگامیکه هنوز ترشح قابل توجهی ایجاد نشده است.

اتمولوزی - پلوروزی خشک بسطن وجود عفونت هم میتوانند بر اثر انفارکتوس برسد

صورتا نهایی که پلور را از طریق انتشار مستقیم و یا متعاقباً از مبعلا میکنند ایجاد شوند این عارضه همچنین ممکن است فرانس حرکت از عوامل اتیولوژیکی که در بالا ذکر شد بدین آید همچنین این بیماری در جریان يك عفونت ویروسی (کوکساگی) نیز دیده میشود و در صورت مزبور ابتدا عضلات بین دنده‌ای را مبتلا میکند و بنام بیماری *Dorn hola* نامیده میشود .

علامت اصلی - علامت خاص پلوروزی خشک درد جیبی است تصور میشود که این درد به علت کشش ورقه حار جیب ملتهب بدست می‌آید (حرکت جیب احشایی تولید درد نمیکند) و بهین جهت در آخر شیب شدت بیشتر دارد بیمارانی که درد جیبی دارند می‌توانند که دامنه حرکات تنفسی خود را بحد امکان برسانند و از پیدایش سرفه تا سر حد امکان جلوگیری بعمل آورند . در بیشتر موارد علامت مخصوص این بیماری که فوران پلور است شنیده میشود این علامت مگر است بصورت صدای زغنی شبیه رنده کردن یا صدای ضیفی که مختصراً در ابتدای عمیق شنیده میشوند جلب توجه کنند و مشابه رالهای کره‌خیاں باشند ولی طست مشخصه آن اینست که با سرفه تغییر نمیکند در تمام موارد این فوران با تنفس عمیق افزایش می‌یابد هنگامیکه بیمار تنفس خود را نگاه میدارد شنیده نمیشود و در مرحله