

۲۳۹۸

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا

موضوع :

ارزش آرتروگرافی زنال در تشخیص هیپرتانسیونها

بامشاشه زنو واسکولر

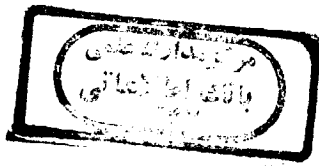
بمراهمنمائی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ذبیح اله ارنواز

نگارش :

سید حسین نبی پور اشرفی

سال تحصیلی ۵۱ - ۱۳۵۰



الف

تقديم به :

روح تو مادرم ، بخاطر فدا كارها ، محبت ها ،

وزحمات بي بايانت .

۲۳۹۱

تقدیم به :

روح پدر بزرگوارم بخاطر آرزوهائی که برای فرزندانش

داشته است .

تقدیم به :

استاد ارجمندم جناب آقای دکتر ذبیح اله ازنواز  
بخاطر راهنماییهای پرارزش آن استاد ارجمندم .

تقدیم بسه :

اساتید محترمہ دانشکدہ پزشکی دانشگاه

طی ایسران .

تقدیم به :

تمام افرادی که بنوعی در بشر رساندن این هدف بزرگ  
راهنما و مشوق من بوده اند و در مشکلات تحصیلی ام یار  
و پشتیبان من بوده اند .

سوگندنامه پزشکی (اعلامیه ژنو ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم باخود عهد می بندم که  
زندگی را یکسره وقف خدمت به بشریت نمایم .

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه اساتید  
محترم تقدیم میدام، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را باوجدان و شرافت  
انجام دهم،

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگی شماری سلامت بیمارانم خواهد بود اسرار بیماران 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 بزندگی بشر  
کمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه معلومات پزشکیم را برخلاف  
قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .

آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم آنچه را که قول داده‌ام انجام  
دهم .

## مقدمه:

در طی یکسال دوره انتزونی و مشاهده آرتروگرافیهای  
 زغال که در مورد بیماران بخش‌های مختلف بیمارستانی  
 انجام گردیده بود گرچه تعدادشان محدود بوده ولی  
 چون نتایج بسیار خوب و با ارزشی از آنها بدست آمده  
 بود مرا بر آن داشت که بررسی و تحقیق در باره این  
 موضوع را جهت گذراندن پایان‌نامه تحصیلی خود اختصاص

دهم .

سیدحسین نبی‌پور اشرفی



## فهرست مطالب :

### عنوان

- جنین شناسی و آناتومی
- چگونگی تقسیم عروق در پارانشیم کلیوی
- رابطه بیماریهای عروق کلیوی و فشار خون
- شیوع فشار خون کلیوی
- چگونگی انتخاب بیماران مبتلا به فشار خون برای تحقیق ضایعات عروق کلیوی
- روشهای تشخیصی در کشف بیماریهای شریانهای کلیوی
- تغییرات فیزیولوژیکی کمیتین در اوروگرافی
- اختلاف کلی در اندازه و شکل کالیسها و لگنچه و حالب
- مطالعه جداگانه فونکسیون کلیه
- آنژیوگرافی رنال ( آئورتوگرافی )
- لزیونهای کلیوی عروقی ( آترواسکلروز )
- تنگی فیبرو موسکولر
- آنوریسم شریان کلیوی و انواع آن

- آمبولی شریان کلیوی
- ترومبوز شریان کلیوی
- ترومبوز ورید کلیوی
- فیستول بین شریان و ورید کلیه
- مالفورماسیونهای مادرزادی شریانهای کلیوی
- پری آرتریت ندوزا
- آرتریت ( تورم شریانی ) های گوناگون
- سندرم تاکاپاسو
- آرتریت سیفلیتیک
- بیماری بورگر
- ترومبوز شریانی
- هماتومهای ضربه ای
- موارد راد یولوژیک
- منابع و مآخذ

## بیماریهای عروق کلیوی و فشارخون از مبدا کلیوی

ضایعات متعددی که در عروق مجاری ادراری ممکن است دیده شود

— آشنائی با آناتومی عروق کلیوی شرط لازم جهت درک بیماریها و تصویر آرتیوگرافی آن میباشد. یاد آوری مختصر از چگونگی تشکیل و توسعه جنین‌شناسی کلیوی نیز در این مسئله و تفهیم چگونگی تغییرات عروق و اثر آن بر اعمال کلیه مؤثر خواهد بود.

### جنین‌شناسی:

بلاستومهای اولیه کلیوی و پرونفرورها با سرعت توسط یک برآمدگی اورونیشمال یعنی مزو نفرورها که خود شامل «درد بیست شریان» میباشد و از آئورت مستقیماً جدا میگردند جایگزین میشود.

غده فوق کلیوی و بلاستومهای تناسلی نیز در این شبکه عروقی میباشند.

به نسبتی که مزو نفرورها تحلیل میروند متانفرور تثبیت میگردد. گروه فوقانی این شبکه عروقی پا برجها مانده و سبب ایجاد عروق فرنیك تحتانی که دیافراگم و همچنین غدد فوق کلیوی را مشروب خواهد کرد پا برجها میماند.

گروه تحتانی از این شبکه عروقی تشکیل عروق کلیوی و همچنین عروق تناسلی را خواهد داد.

این ارتباط اولیه عروق میتواند مسئول تغییرات مادرزادی متعدد در عروق کلیوی

و دیگر شاخه های منشعبه از آن باشد .

— گوناگونی عروق کلیوی خیلی شایعتر است از گوناگونی عروق دیگری که بهمان اقطار میباشد و بعلاوه شایعتر است از گوناگونی یا تغییرات متعدد مادرزادی در وریدهای کلیوی .  
MICHEL'S و MERKLIN روی یازده هزار شریان کلیوی در پدیکول مطالعه

کرده اند و عروق اضافی متعددی برای کلیتین پیدا نموده اند یعنی در حدود ۲ تا سه عروق در سی درصد موارد متذکر شده اند . نکته مهم در اینجا آنست که اگر بخواهیم عروق کلیوی را خوب مطالعه کنیم بدون شك آئورت را باید از محازات یازدهمین مهره پشتی تا چهارمین وحتى پنجمین مهره کمری خوب نشان داده و از ماده حاجب پر نمائیم تا اگر عروق فرعی و اضافی برای کلیتین وجود دارد از این ماده پسر شده و قابل مطالعه گردد .

ممکن است که در يك طرف فقط يك شریان کلیوی وجود داشته باشد در حالیکه در سمت دیگر عروق متعددی را شاهد باشیم .

محل معمولی انشعاب شریانهای کلیوی در مقابل فاصله بین دو مهره اولیه کمری است و شریان کلیوی سمت راست در ۴۷٪ موارد بالاتر از چپ و در ۲۱٪ موارد — شریان کلیوی سمت چپ بالا تر از راست میباشد ولی در کالبد شکافی مطالعه شده است ۳۲٪ موارد ایند شریان در يك سطح قرار داشته اند . قطر عروق —

کلیوی در دوست معمولا \* یکواخت میباشد و بطور متوسط ۵/۵ میلی متر خواهد بود که در واقع مختصرا \* کوچکتر از شریان اسپلینیک بوده و تقریبا \* بهمان قطر میباشد که شریان کبدی است . قابل درناست که شریان کلیوی سمت راست به علت عبور از - سطح خلفی ورید اجوف تحتانی دراز تر از سمت چپ خواهد بود . گاهی شریان کلیوی سمت راست از جلوی ورید اجوف تحتانی میگذرد در حالیکه تنه اصلی ورید کلیوی سمت چپ ممکن است از خلف آئورت عبور نماید . به عقیده HOLLINSHEAD شریانهای کلیوی شاخه ای به غدد فوق کلیوی و همچنین شاخه هایی به حالب و انساج چربی اطراف کلیوی و حالب قبل از اینکه بدو شاخه قدامی و خلفی تقسیم شود میدهد . در موارد زیادی همچنین ورید فرنیک تحتانی و همچنین عروق تناسلی ممکن است از این شریان جدا شود .

### چگونگی تقسیم عروق در پارانشیم کلیوی :

GRAVES بطور کلاسیک در ۱۹۵۴ و ۱۹۵۵ بطور مشخص نشان داد که کلیه نیز مانند ریه عضوی است دارای سگمانهای متعدد و با عروق ثابت مربوط به این سگمانها بدون آنکه این عروق دارای شاخه های جانبی یعنی سیرکلاسیونهای کلاترال باشد .

تنه اصلی عروق کلیوی نزدیک به نایب معمولا \* بدو شاخه تقسیم میگردد که شاخه

قدای سگمانهای فوقانی - میانی - تحتانی و معمولاً " سگمان ایکال کلیه را مشروب میسازد شاخه خلفی که در واقع در ناحیه خلفی فوقانی وارد سینه میگردد به سگمانهای خلفی خواهددرفت. این تقسیم شریانها سبب میشود که پارانشیم کلیوی به پنج سگمان غیر قابل تغییر تقسیم شود که هر کدام بوسیله ینت شریان مشروب خواهندشد .

انشعابات ثانویه که بشکل شاخه های انترلوبال - انترلوبولر و شاخه عمای قوسی خواهندبود در آنژیوگرافی کاملاً " قابل مطالعه و مشخص نبوده ولی حد فاصل بین مدولر و کورتکس را کم و بیش نشان خواهند داد .

در آنژیوگرافیهاییکه در حال حاضر با دستگاههای بسیار قوی انجام میدهند همین شاخه هائیکه ذکر شد کاملاً " قابل مطالعه بوده و مشخص گردیده است .

رابطه بیماریهای عروق کلیوی فشارخون:

- برای اولین بار توسط GOLDBIOTT و همکارانش این رابطه بیان گردیده

و تاکید شد . مطالعه اساسی و کلاسیک آن با ایجاد انسداد ناکامل در شریان

کلیوی سگها نشان داده شد همین خود پایه ای اساسی و محکم گردید برای-

مطالعات کلینیکی و تحقیقات فیزیولوژیکی با ارزش مندرک باید متذکر شد که مکانیزم

برای GOLDBIOTT همچنان تاریک بود .

عوامل هموراال که بطور مستقیم مسئول ایجاد فنسارخون میباشند برای اولین بار

توسط HOSSAY و TAGINI و BRAUNMÜNDE و

همکارانش بیان شده و توسط سایرین و کار پیگیر آنها توسعه پیدا نموده و مشکلی با ارزش

معرفی شد :

رئیس RENIN آنزیمی است که توسط کلیه ها ترشح و داخلی جریان خون

وریدی میگردد و با اثر گذاشتن بر روی ALPHA2GLOBULIN سبب آزاد شدن

آنژیوتنوسین یک میگردد .

آنزیم دیگری در خون سبب میگردد که آنژیوتنوسین یک تبدیل بیت اوکتا پپتید و آنژیو

تانسین دو شود که شدیداً قدرت بالا بودن فشار خون را دارد .

اختلاف سلیقه ای در اینکه این زنجیره بیوشیمیک بحالت ایسکی یا کم خونی کلیوی

پیدا میشود وجود دارد ولی توسط عده زیادی این مطلب قبول شده است یعنی بحالت

اختلال در جریان خون شریانی یا کم شدن قدرت فونکسین کلیوی . و بدین ترتیب

موضوع جدیدی پیش کشیده شد .

درمان جراحی تا سال ۱۶۵۳ در این بیماران عملاً رو به کاهش گذاشت تا اینکه

HOWARD و همکارانش مجدداً نشان دادند که نفرکتومی اگر نزد بیمارانسی

که دقیقاً انتخاب شده اند انجام گردد یعنی بیمارانسی که واقعاً یک نارسائی