

دانشگاه تهران

دانشگاه پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصص جراحی عمومی

موضوع

هیپرتانسیون پوزال و جراحی

پراگمائی

استاد معظم جناب آقای پروفسور یحیی عدل

نگارش

دکتر انوش راوری

۱۳۴۵-۴۶

سال تحصیلی

۱۱۴۸۷

تقدیم به: استاد معظم جناب آقای پروفیسور عدل که از
محبتها و راهنماییهای بیدریغشان همیشه
برخوردار بوده‌ام. وانتظار میکنم که شایرند کوچکی
از مکتبشان میباشم.

تقدیم به :

بمادر و مادر خواهران و برادر عزیزم

تقدیم به :

استادان عزیزم که علم جراحی را در مکتبشان

آموختم.

تقدیم به : دہرادوں
شہزادہ فرخ دہرادوں

فهرست مند رجیات

صفحہ	موضوع
۱	مقدمہ
۱	فصل اول - تشریح و فیزیولوژی
۶	فصل دوم - تعریف
۱۱	فصل سوم - علامت بالینی فشارخونہ باب
۱۷	فصل چہارم - مطالعات بااراکلینیکی
۲۶	فصل پنجم - عوارض ہیپرتانسیون باب
۴۴	فصل ششم - درمان جراحی ہیپرتانسیون باب
۵۹	خلاصہ

هیپرتانسیون ورید بساب و جراحی

مقدمه: در مدت اقامت خود در ویتنام به ۳۶ مریض پریشور که در مبعث ما نیز به بیمارستان مراجعه کرده بودند متاثر شده غیر از تعدادی که معده و دی بقیه معکوم به مرتکب شده اند و در اتوسس تمام آنها مبتلی به واریس مری بودند این موضوع مرا بر آن داشت تا درباره این بیماری مطالعه بیشتری کرده و پایان نامه خود را به همین موضوع اختصاص دهم: درباره هیپرتانسیون پورتال مقاله های متعددی و در باره درمان اعمال جراحی متعددی پیشنهاد شده است ولی میشود گفت که تاکنون به نتیجه قطعی نرسیده ولی آنچه که مسلم است اعمال جراحی در جلوگیری و کنترل یکی از عوارض مهم و خطرناک هیپرتانسیون پورتال یعنی در خونریزی واریس مری نقش مهمی داشته است. با وجود این در تهیه این پایان نامه از منابع گوناگون استفاده کرده و نشریات اساتید فن را بطور خلاصه یاد آور میشود و چنانچه ورد از شرح حال بیماران و اعمال که در ویتنام بیمارستان سینا انجام شده است انجانی میگردد.

فصل اول

تشریح و فیزیولوژی سیستم باب

تشریح سیستم باب: در ابتدا برای سهولت امر لازمست که خلاصه ای از تشریح سیستم باب بطور جدول وارتهائش شده و وظیفه عمده ورید باب اینست که خون در سنگاه گسوارش (که داخل شکم و حفره لگن قرار دارد با استثناء قسمت انتهائی کانال آنال) بانگراس و طحال را بکبد برساند.

تنه اصلی ورید باب در مقابل دومین مهره کبری و در عقب بانگراس از اتصال ورید طحال و مزانتريك فوقانی بوجود میآید بیلا و راست کشیده شده و در عقب اولین قسمت دوازدهم گده ششسه در کنار فوقانی آن وارد رباط *Hepato duodenal* و بطرف کبد کشیده و قسمت شکمی هپاتومس

و پنسلورانشکیل میدهد که مجاری صفراوی و شریان کبدی در جلو آن قرار داده و ورید باب بطرف چپ کشیده و شریان کبدی از آن پیروی میکند در حالیکه مجاری صفراوی این مسیر را پیروی نمیکنند . ورید باب در انتهای راست ناف کبد به دو شاخه تقسیم میشود طول تنه اصلی $5/8$ و قطر آن $1/5$ است . شاخه راست کوتاه و پهن اغلب ورید میسنتیک بآن وارد میشود که داخل لب راست شده عده ای را عقیده بر اینست که قسمت عمده خون ورید مزانتريك فوقانی از این شاخه یکبه میرسد شاخه چپ طولتر و باریکتر است بطرف چپ کشیده شده و شاخه هائی به لب های

داده و آن لب چپ میشود . شاخه های وریدی کوچک *quadrate, caudate* و گاهی ورید نائی که بسته شده است بدخل آن باز میشود . *paraumbilical*

شاخه های جانبی ورید باب : ورید باب در قسمت بالای بانگراس شاخه های کبی دارد

که عبارتست از :

۱ - ورید بانگراسیکونه و توند نال فوقانی

۲ - ورید پیلوریک

۳ - ورید کورونواستوماشیک *Coronary vien* که در $\frac{2}{3}$ موارد شاخه

اصلی ورید باب و قیه موارد گاهی وارد ورید طحال می شود و زمانی در محل اتصال ورید طحال ورید

مزانشريك فوقانی میشود *

۴ - در عقب بانگراس در ۱۰٪ موارد شاخه های مستقیم بانگراس بیان میریزد *

آنومالی های وریه باب : خیلی کم است که عبارتند از :

۱ - عبور وریه باب و مزانشريك فوقانی از جلو بانگراس

۲ - گاهی یکی از وریه های ریه بد اخل آن باز میشود *

۳ - وریه باب ممکن است مستقیماً وارد وریه اجوف تحتانی شود (شنت خود بخود)

۴ - تخلیه وریه های ژزوم بد اخل وریه باب *

۵ - باز بودن وریه نانی

۶ - تنگی ماه رزادی یا آرنزی وریه باب *

اختصاصات وریه باب و شاخه های آن : وریه باب به شاخه هایش فاقد دریه اند

ولی گاهی شاخه های انتهایی در ریه های ناقص دارند عده ای عقیده دارند که خون های -

وریه باب مخلوط نمیشود در نتیجه خون مزانشريك فوقانی به لب راست و بیشتر خون

طحالی و کورونریه لب چپ و قسمت چپ لب راست و لبهای *quadrate* و

خون مخلوط در ریانتیبه ارنه ولی *caudate*

ثابت نشده است *

فیزیولوژی ویت باب :

۱ - فشار طبیعی ویت باب بین ۷-۵ میلیمتر جیوه یا ۱۲-۱۰ سانتی متر آب است

۲ - خونی که از کبد میگذرد بطور متوسط ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ در دقیقه است ۷۵٪ آن

را خون ویت باب تشکیل میدهد .

۳ - مقدار اکسیژن خون ویت باب : ویت باب ۷۲٪ اکسیژن رسیده بکبد را تشکیل

میدهد که در موقع هضم غذا این مقدار کاسته میشود حال آنکه کبد در این زمان احتیاج بیشتری

ب اکسیژن دارد در نتیجه باب ضمیمه یعنی از شاخه اکسیژن برای کبد نیست ارتباطات

ارتباطات بین سیستم باب و گره شریکی ویت باب

short gastric

۱ - ارتباطات بین ویت مری با شاخه های کور و

که در هیپرتانسیون پورتال مری و معده میشود .

۲ - در انتهای تحتانی رکتوم و کانال آنا ویت های بواسیری تحتانی (از گره شریکی)

بامیانی و فوقانی (از سیستم باب) که باعث ایجاد بواسیر میشود .

۳ - ارتباطات بین ویت های جده از قده من شکم و آراف ناف با ویت های

• caput medusae که منجر به تشکیل paraumbilical میشود .

۴ - ارتباطات خلف صفاتی بین مزانتریک تحتانی و شاخه های خلف صفاتی قولون صعود

و نازل سطح برهنه کبد با ویت های دیافراگماتیک .

۵ - ارتباط بین عروق دیافراگماتیک و انکراتیک معدی با فوق کلیوی است.

۶ - ارتباط بین طحال دیافراگم.

۷ - ارتباط در ناف کبد که از لب *caudate* به وید اجوف تحتانی میریزد.

۸ - تاهی ارتباط بین شاخه های ویدی ریوی و باب موجود است.

در موارد سیروز ممکن است ۹۰٪ خون وید باب از این ارتباطات به گردن عمومی بریزد.

شریان کبدی: دارای انومالی های متعدده و وضع مهم اکسین کبد است نشان آن مساوی

نشار خون عمومی است در موقع بستن این شریان برای جلوگیری از نکروز کبدی باید لیگاتور را قبل

از انشعاب شریان کاسترو نه شده نال از شریان کبدی گرفته.

وید های کبدی که وظیفه تخلیه خون کبد را به داخل وید اجوف تحتانی دارند.

+++++

فصل دوم

تعریف : Allen هیپرتانسیون باب را این تعریف کرده است که عبارتست

از سندرمی که با افزایش ازونگوتانستریک ، اسپینوزالی و سایر موارد در باب مشخص میشود
 غالباً همراه هیپاتومالی واسیت است . پر هیپرتانسیون پورتال به تنهایی بیماری مستقلی
 نیست بلکه هرآنچه آدی در مسیر رگهای وریدی به این سیستم سبب افزایش فشار میسند و در
 نتیجه ایجاد علائم از این سندرم رانموده و در این جهت در ذراغ از راه های ارتباطی کمک میگردد .

علل انسداد ورید باب : سه گروه تقسیم میشود .

1 - عوامل انسداد قبل از ورود به کبد
 Prehepatic یا hepatic
 Extra

بیشتر مبتلایان اطفال اند که شرح این سندرم اولین بار در سال ۱۹۲۷ بوسیله -

Smith و Heward داده شد .

علل انسداد خارج کبدی : الف : انسداد مادرزادی پورت نادر است و بجای آن

توده ای از ورید باب بصورت cavernoma وجود دارد گاهی در ورید در پیچه های

انسداد دیده میشود و زمانی تنگی ورید باب دیده شده است .

در اتوسی با عدم سابقه قبلی و وجود منین پاتین نشانه ان بقایای ویت باب در موقع

لمس روتتی که انسداد کاملاً لوکالیزه شده باشد مشخص میشود .

ب : ترموزیت باب : در دوره اول زندگی نسبتاً شایع است شایعترین علت آن

عفونت است که از ویت نائی به شاخه چپ ویت باب و از آنجا به تنه اصلی ویت باب میرسد

که بعد اکانالیزه شده و ترانسفور ماسیون کاورنوید می کند در انتقال بزکتر نیز عفونت نقشی

مهی دارد مثل Pylephlebitis بدنیال آبه ایاتد سیریا عفونت های دیریا

استئومیلیت گاهی نائی از آبه نائی کید است گاهی با بیماریهای خونی مثل Polycythemia

Thrombotic thrombocytopenia و Myelo fibrosis

suppurative pylephelibitis و بالاخره

وزمانی ترموزیت بعلت کند شدن گردش خون در ویت باب است ولی نادر است گاهی در جریان

بیماریهای تب دار که همراه دزهیدراتاسیون است (در ایران زیاد است) زمانی در اثر ضربه

شکم ایجاد میشود .

پ : هیپرتانسیون با بنش از اثرات شریان طحالی : شریان طحالی ممکن است

ویت طحالی را بچند طریق مسدود کند .

— صیر غیر طبیعی .

— اتساع انوریسمی

— فیستول شریانی ویت .

ت — هیپرتانسیون با بنش از عیوب شریان کبدی : انوریسم شریانی ویت شریان کبدی .

ث - هیپرتانسیون ناشی از کمپرسیون : تومورهای اوکیست سالی بانکراریه بانکراریت

حاد ، بسوده و کیست بانکراریس ، پیرنفروما و تومورهای فولون عربی آن نوبیاس سالی

شده اند گاهی هیپرنفروما و تومورهای کلیه راست و تار سینومهای اولیه کند .

ج - هیپرتانسیون بابیناسی ازتهاجم وید با بیوسیله تومورهای بدخیم : سرطان

بانکراریس ، معده ، فولون ،

نقط ۲۵ تا ۱۰٪ موارد هیپرتانسیون پورتال خارج کبدی است Hunt از ۲۵۰

بیمار فقط ۲۲٪ بیمار خارج کبدی Banton از ۱۳۱ بیمار ۲۵ مورد خارج کبدی

گزارش شده اند که در ایران یکی از عوامل مهم ترمیوز وید بابین در اطفال مزهید راتانسیون بعلت

بیماریهای تب دار یا اسهال و استفراغ است .

۲ - عللی که در کبد باعث هیپرتانسیون پورتال میشود : که شایعترین علل بوده و

۶۰ تا ۸۵٪ موارد است که sheplock آنرا بدو دسته تقسیم کرده است .

گروه اول : presinusoidal portal hypertention

گروه دوم : post sinusoidal portal hypertention

گروه اول : presinusoidal portal H. عوامل ایجاد آن عبارتند از :

الف - شیستوزوما schistosomiasis که بعلت راکسیون ایجاد شده در شاخه های

کوچک وید بابین بعلت تخم انگل است .

ب : Congenital hepatic fibrosis میانه که بنظر میرسد گسسه

هیپرتانسیون در اینجا بعلت کبیره شاخه های انتهائی ریه باب در بواسی نیروزه پورتال است .

ب : Developmental portal hypertension در بیماریهای لوسمی میلوئید و همورژیک

است .

پ - سارکوئیدوز و سیفیلیس که خیلی نادر است .

گروه دوم : Post sinusoidal portal H. الف : که شایعترین علت

هیپرتانسیون پورتال که سیروز باشد تشکیل میدهد و تمام سیروزهای میتوانند ایجاد این ناراحتی

رایجند ولی شایعترین فرم آن سیروز پورتال است که بدون علت است که در ممالکی که مصرف

الکل زیاد است زیاد دیده میشود .

در باره افزایش فشار ریه باب در سیروز نظریات مختلف و متعددی است و آزمایش های

گوناگون توسط دانشمندان انجام شده است . حده ای را عقیده بر این است که حاصل

اماسی در هیپرتانسیون پورتال در سیروز افزایش Arterio portal communication

و Hepatic resistance میباشد .

ولی Vomack و Peters را عقیده بر آنست که ریه های اولیه باب

در کبد بعلت نیروزه ریه و هم ای در نره است با وجود این میتوان گفت که علت اصلی افزایش ریه

باب در سیروز هنوز مشخص نشده است .