

دانشگاه بهسریز

دانشکده پسرانه

پایان نامه :

(برای دریافت درجه دکتری از دانشگاه بهسریز)

دانشکده پزشکی

موضوع :

((آنومالیهای مادرزادی قلب - تنگی میترال و معالجه جراحی آن))

اعضای هیئت داوران :

جناب آقای دکتر حجاب - ساجدی

نگار :

پهلو - اطهرستانی

سال تحصیلی

۱۳۴۸ - ۴۷

شماره پایان نامه



۶۰۵۰

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر سجاد ساجدی که نویسنده
این پایان نامه را مرهون نصیحت و راهنماییهای ذیقیمت
ایمان بوده و شماره از معلومات و محاسن اخلاقی معظم لسه
بر خود دار بوده ام

تلايم به :

والدين عزيزيم كه همراه محصل علم فرزندانيمان

از يزل هرگونه مساعدتي درجح نفرمودند -

x x x x x

تعمیرات : :

دوستان ارجمند

((فهرست مندرجات))

- ۱ - کلیاتی درباره بیماریهای مادرزادی قلب .
- ۲ - اپیدمیولوژی بیماریهای مادرزادی قلب .
- ۳ - طبقه بندی بیماریهای مادرزادی قلب .
- ۴ - مالفورماسیونهای که همراه با اختلال ریتمی هستند .
- ۵ - مالفورماسیونهای که همراه با انسداد مجرای خونی هستند .
- ۶ - مالفورماسیونهای که اثر مستقیم روی جریان خون ندارند .

((فیزیولوژی مریتمی))

- ۱ - ساختمان فیزیولوژی مریتمی
- ۲ - دینامیک گرده خون در تنگی مریتمی
- ۳ - اثر احتقان و ادیوژن، پرکاربردها
- ۴ - اثر تنگی مریتمی بر قلب راست
- ۵ - اثر تنگی مریتمی بر حجم خون
- ۶ - اثر تنگی مریتمی بر مریتمی
- ۷ - اپیدمیولوژی تنگی مریتمی
- ۸ - آسیب شناسی تنگی مریتمی

۹ - فنون و اسولوزی .

سورککوسو

۱۰ - سلسلہ قسم :

اپوککوسو

۱۱ - علاج بیمار اکلمنتیکی .

۱۲ - مہر بیماری تنگی مہترال . آمبولی ریسہ - انفارکٹوس ریسہ - مہترالہ

۱۳ - مہترالہ

۱۴ - نواہ ہون تنگی و نارسیاسی .

۱۵ - نرمان طبیسی تنگی مہترال و مسوارض آن .

اندیکاسیون عمل جراحی

کونتر اندیکاسیون

تاریخچه معالجہ جراحی تنگی مہترال .

۱۶ - معالجہ جراحی

فکٹیک عمل .

نتیجہ اعمال جراحی .

۱۷ - بہتر آگہی تنگی مہترال .

۱۸ - عوارض حین عمل و بعد از عمل .

۱۹ - اوسرواجیون یک بیمار مبعلا بہ تنگی مہترال .

۲۰ - منابع

((بیماریهای مادرزادی قلب = Congenital Heart Disease))



بیماریهای مادرزادی قلب قسمت معصری از امراض قلبی را تشکیل میدهند. گستردگی این ناهنجاریها بسیار متفاوت است ولی بیشتر آنها با زندگی خارج رحمی منافات ندارد. این بیماریها غالباً در دوران طفولیت تشخیص داده میشود و معمولاً وجود سیانورسیسماسی موفقی در قلب لجیب را متوجه بیماری میگرداند. شیوع این ناهنجاریها با افزایش سن کاهش مییابد تشخیص بعضی از این ناهنجاریها هم است زیرا برخی از آنها با درمان جراحی اصلاح میشوند. از عوارض مهم این بیماریها آنژوکاردیت تحت حاد و ایلوسر است گاهی تشخیص این ناهنجاریها در دوران شیرخوارگی مشکل است ولی امروزه با وسایلی موجود تشخیص آنها در دوران کودکی چندان مشکل نیست در بیماریهای مادرزادی قلب سیب ممکن است علامت سوپوکتیوی وجود نداشته باشد ولی در بعضی موارد تنگی نفیروتولف رعسد مفاده میگردد. علامت فمزکی این بیماریها بر حسب نوع و شدت ظاهر میگردد متفاوتند در صورتیکه خون در ریدی با خون عریانی مخلوط گردد و یا گردد در خون ریسمون، در اکثر تنگی عریان ریسمون، ناکافی با عسد سیانور ظاهر خواهد شد. علامت قلبی معمولاً نوع بیماری را معبر میکند ولی گاهی تشخیص با این علامت عملی نبوده و احتیاج بسینه

(۲)

آزمایشات تخصصی دارد در این موارد میتوان آزمایشهای زیر استفاده کرد :

۱ - رادیولوژی - با این آزمایش میتوان اندازه حفره های قلب - شکل و محل

عروق بزرگ و ریه خونی نسج ریه را تعیین نمود .

۲ - الکتروکاردیوگرافی - به منظور وجود نوع میوکرودیستالیا را تعیین میکند .

۳ - آنژیوکاردیوگرافی - از این آزمایش برای نمایان ساختن حدود حفرات

قلب و محل اتصال دریاچه غشایی مختلف استفاده میشود .

۴ - کاتتریسم قلب - با این آزمایش میتوان فشار و مقدار انقباض خون حفرات

مختلف قلب و عروق بزرگ را تعیین نمود .

۵ - منحنی های رینوگرافی - بوسیله تزریق یک ماده رنگی بدایره ورید

و یا مستقیماً بوسیله یک کاتتر بدایره قلب و اندازه گیری زمان رسیدن و خلطت ایمن

ماده رنگی در خون یک طرفه می توان وجود یک شنت قلبی را ثابت نمود و بسازد ه

قلب را اندازه گرفت .

((اصول سوئی آنومالیهای مادرزادی قلب))

علت اصلی و بزرگ بدایره این آنومالیهای مادرزادی پلورکلی معلوم نیست ولی میتوان

عوامل زیر را در بدایره آنها موثر دانست :

(۳)

۱ - بعضی کاربرد بولوکها اتصالات آمیوتیک و ترومانیم های رحم و خصوصا فونتها، ویروسی مانند مرجه در سه ماه اول حاملگی یعنی زمان تشکیل حلقه های قلب جنین را از عوامل مؤثر پیدایش مریوب مادرزادی قلب میفانند ولی هنوز قاهر این عوامل با قیبا - نرسیده است .

۲ - عوامل ارثی - قاهر عوامل ارثی در این مورد چندان صحیح بنظر نمی رسد فقط در چند مورد استثنایی ناهنجاریها، مادرزادی قلب را در چندین از افراد یک خانواده یافته اند بعلاوه نباید فراموش کرد که مادرانی که مبتلا با انواع گوناگون بیماریها، مادرزادی یا اکتسابی قلب میباشند فرزندان از هر لحاظ سالم بدنها میاورند . سیگاری و سل و الکلیسم و پروپاسا در قاهر محوسی در بیماریها، مادرزادی، فرزندان آنها ندارد .

۳ - نکته مهم در امر مادرزادی قلب اینست که این بیماریها بیشتر در کودکان نارس یا سه ماهه دیده میشود و اغلب با ناهنجاریها، مادرزادی دیگر مانند لیشکر، - میو سیداس کرپوئور کیدی - اسپینا بیلید و غیره همراه است .

در باره لرن پیدایش این ناهنجاریها دو نظریه موجود است - یکی تصور، آندوکاردیست جنینی دیگری، تیسوری نومیبوب . آندوکاردیست جنینی فقط در بعضی موارد نسادر در کار است در این مورد تا همسایه در درجه های قلب راحت است و عیامت زیاد، بظایمات

(۴)

اکتسابی دارد ولی باید دانست که وجود آفا آمار در این درجه هادلیل برای نیست که
ناهنجاری حتما نتیجه آنفوکاردهت باشد زیرا امیدانیم که آنفوکاردهت عفونی معواند روی
ناهنجاریهای مادرزادی قلب اضافه شود . امروزه عموماً کاربردپولوگها معتقدند که اغلب
ناهنجاریهای مادرزادی قلب نومعسوب پیونده معولمعفن نسبی از قلب است .
این نظریه را بنام نظریه تراولوزیت مینامند .

((طبقه بنسندی بیماریهای مادرزادی قلب))

بیماریهای مادرزادی قلب شامل ظایعات قریبی آنت و این آنورمالیته هابمسا
امکان میدهد که تقسیم بندی این ظایعات هم از لحاظ ساختمانی و هم از لحاظ وظیفه صورت
گیردولی ممکن است که هر دو نکته را در یک تقسیم بندی منظور داشت مثلا اکثر موارد
وانتربیکولرپتال دفتکت (V. c. n) با استنوز پولمونر سیانوتیک همراه است .
اکثر موارد نقص دیواره بین دلمسز سیانوتیک نیستند ولی موارد استثنای زیاد است
که نباید فراموش کرد . تقسیم بندی ناهنجاریهای مادرزادی قلب که در زیر شرح داده
میشود بوسیله = Hande Abbott انجام گرفته است .

این تقسیم بندی بر اساس وجود یا عدم سیانوزیناعده ولی تقسیم بندی که در اینجا ذکر

(5)

میفرد این نامها را با اختصار تحت عنوان شرح میدهم :

1 - Malformation that prevent shutting of blood .

(مالفورماسیونهای که همراه بافتت خونی هستند)

a (عنت راست به چپ)

b (عنت چپ به راست)

2 - Malformation that obstruct blood flow .

(مالفورماسیونهای که همراه با انسداد مجرای خونی هستند)

3 - Malformation with no direct effect on blood flow .

(مالفورماسیونهای که اثر مستقیم روی جریان عین ندارند)

۱ - مالفورماسیونهای که همراه با اختلال میبایستند

(۱) - A . S . D (نارس دیواره بین دود هلیس)

عالمترین نام جاری مادرزادی قلب است این نام جاری، ممکن است بدرجات مختلف

معنی از بازماندن سوراخ بعضی قان بودن جاریه ملیزی

Cor trilobulare -

دیسه عود این نام جاری را بدو سه قسم میکنند :

biventriculaire

(۹)

(1) - Persistent ostium secundum . باقی ماندن جدار ثانویه

(2) - Persistent ostium Primum . باقی ماندن جدار اولیه

این تقسیم بندی برای جراح را اضمای خوبی است چون حالت دوم جراحی خیلی ممکن است اکثر بیماران بعد از این ناهنجاری ضایعات مادرزادی دیگری ندارند ولی استننا مسا استنوز میترال و تریکوسپید ممکن است همراه با این ضایعه دیده شود توام بسود ن

A.S.S. و استنوز میترال را استنوز لوتیناکر = Intenbacher's Syndrome

می نامند که زیاد شایع نیست . معده ای تغییر می دهد و جراحی تغییر می دهد

که یک سولف دیاستولیک در نوب قلب غنیمده می شود و این سولف در مواردی که A.S.S.

همراه با یک درجه میترال نرمال باعث غنیمده می شود بنابراین در تغییر سیستم

لوتیناکر با بعضی توجه کامل نمود .

در هم بالینی ممکن است تا سالها یعنی تا زمانی که جهنتت معکوس نشده است در هم

سوپوکتیوی موجود نباشد ولی پس از مرور این حالت تنگی نفس و سیانوزیس از مدتی

نارمایی قلب ظاهر میگردد . در هم اپوکتیوی که پاتوگنومونیک این ناهنجاری

است وجود ندارد ولی گاهی یک سولف دیاستولیک یا دیاستولیک در کنار هم استر نسیم

غنیمده می شود و معمولاً این سولف همراه با دیوبیلما مدای دوم در کانول پولمونراست .

(۷)

در داد یوگرافی اسحاق غربان رسوی و عاقله های اعلی آن معاهده میفود و در داد یوگوسی
غربان عدیده در غربان پولمونری دهنده میفود (Hilar dance)
میشنظره در الکتروکار دیوگرافی و همچنین در روی عکس میکنست علامه عظم پیلن راست
معاهده عود مدتی که در الکتروکار دیوگرافی اکثر معاهده میفود بلوک عاقله راست مد
میسراست .

- در مسلمان - با عمل جراحی حواج بین دوده هلسز راس بندهند .
- پیش آگهی - ولتیده عنت میفود نارسان قلب بسرعت ظاهر میگردد .

(۲) - نقش دیواره بین دو بیلن V.S.D

دومین ناهنجاری مادرزادی قلب است و درجه این ناهنجاری هم از وجود حواج کوچک مسا
نبودن چهارمین بیلنی متفاوت است .
Cor trilocular batrium
عنت در اینجا به راست است ولی از دیوار فشار پولمونری سبب میفود عنت میفود .
علامه بالینی - معمولاً علامه سوپوکتموواضعی وجود ندارد علامه فیزیکی معضرا پس
بیماری عبارتند از سوزش و تریس سیستولیک عدیده که حداکثر شدت آن در چهارمین فضای
بین دنده ای نزدیک استرنوم است البته استنوز درجه پولمونری با انفاندیلوم ممکن است
این سوزش را ایجاد کند ولی این سوزش بیشتر در فضای دوم و سوم بین دنده ای میباشند .

(A)

از طرف دیگر از هر ۱۰ نفر مبتلایان به VSD ۹ نفرشان يك آنورمالیته دیگری

دارند که از همه هایعتر استنوز پولمونری میباشد .

درمسا - جراح بین دوپلین را میتوان عمل جراحی بست .

بهداگهی - پروستیک این بیمار ، بیکی پوست و جراح بین دوپلین دارد و لسی

بالورکلی این ناظران جز در موارد عدهی که منجر به نارطای قلب میشود درسا برموارد

ناظران درعمر بیمار ندارد آن دو کاردهی است حاد از عوارض ناظران است .

(باقی ماندن کانال شریانی = Patent Ductus Arteriosus)

در دوران جنینی و بچگی از آنکه ریه ها عروق به فعالیت نمایند بیشتر خون شریانی رسیده

از کانال آرتریال گذرند و در نزدیکی محل انقباض شریانی زیر جنین چه وارد آمورت میشود

این کانال بالورکلی همی پس از تولد بسته میشود ولی گاهی بعضی که هنوز در سن نهمت این

بهدیسه صورت شرفه و کانال مزبور باز میماند در این موارد چون فشار آمورت از فشار

شریانی پولمونری بیشتر است لذا یک غش شریانی - ویدی دامسی برقرار شده و مقدار از

خون آمورت وارد شریانی میشود شدت بستگی کامی بدرجه وسعت کانال

دارد در موارد معمولی بهر از ۵۰ درصد خون بالی چه جدا از ریه ها عبور میکنند .

(۹)

این پدیده سبب افزایش کار قلب می‌گردد. با زمان گذشتن کانال‌های غیرباز در زمانها به‌تدریج است
و ممکن است با ناهنجاریهای دیگر عروق با عده یکی از ناهنجاریها که همراه با این ضایعه
دیده می‌شود آنزیمی کامل پولمونری است که در این موارد کانال آرتریل یک وظیفه اساسی
و در حین خون برپه‌ها دیده دارد.

علامت سوبوکتیسو - ممکن است با علامت‌های متعددی با عده با عده در صورت دیده شدن
ضایعه ریه و نمودن تاخیر خواهد افتاد در این موارد با عده تنگی نفس در موقع فعالیت و آنگاه
تدریجاً ناراحتی قلب بروز خواهد کرد.

علامت ابوکتیسو - ۱ - سولن مداوم (ماشینی) Machinery murmur

که در آخر سولن شنیده شده و ماگزیمم شدت آن در دومین فضای بین دنده‌ها، چپ
نزدیک استرنوم است همزمان با این سولن لرزه‌ای (Thrill) در لمس همین ناحیه
محسوس است ولی این علامت ثابت نیست.

۲ - در امتداد پرتو نگاری از بیمار جریان پولمونری خیلی واضح یا نه است ولی قلب زیاد
بزرگ نشده است گاهی همراهین ریوی اصلی دروازه‌های ضریان غیر لجمی دارند ولی
در این موارد این علامت با اندازه ارتباطی بین دوده‌ها مشخص نیست.

۳ - الکتروناتاردیوگرام معمولاً لجمی است ولی اگر اختلافی در منحنی الکتریکی قلب