

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دانشکده پزشکی

پایان نامه :

برای دریافت درجه دکتری پزشکی

موضوع :

درمان جراحی آسیت مقاوم به درمان طبی

(Peritoneo Venous Shunt)

به راهنمای استاد ارجمند :

جناب آقای دکتر پرویز صالحی

نگارش

ورودی بهمن سال ۱۳۶۲

وحید باقری اردستانی

شماره پایان نامه : ۲۰۳۱

سال تحصیلی ۶۹ - ۱۳۶۸

۱۴۲۷۹

II

تتبعاً لـ : _____

١٤٢٧٩

چکیده فارسی :

هدف از نگارش این رساله بررسی راههای مقابله با آسیب مقاوم به درمان مدیکال میباشد. ۱۹- ۵ درصد بیماران دارای آسیب، با روشهای درمانی که شامل محدودیت آب و نمک به همسراه استفاده از دیورتیکها میباشد بهبود نمی یابند. جهت این دسته از بیماران اقدامات جراحی صورت میگیرد. اقدامات جراحی انجام شده جهت کاهش آسیب دو دسته میباشد:

الف- دسته ای از اعمال جراحی که سبب کاهش تولید مایع آسیب میشوند که شامل: ۱- امنتوپکسی، ۲- شانت های پورتوسیستمیک، ۳- آناستوموزهای لنفی وریدی میباشد.

ب- یک سری اعمال جراحی که سبب افزایش برداشت یا جذب مایع آسیب میشود این اعمال شامل: ۱- پاراستنز، ۲- پاراستنوز و آنفوزیون مجدد مایع آسیب به خود بیمار، ۳- آناستوموزهای صفاقی- وریدی، ۴- شانت های صفاقی- وریدی میباشد.

امنتوپکسی یکی از اقدامات اولیه جراحان قدیم جهت کاهش تولید آسیب بوده که در حال حاضر دیگر انجام نمیشود زیرا اثرات آنچنانی ندارد. شانت های پورتوسیستمیک بخصوص نوع پورتوکا وال پهلوی به جهت بیماران دارای آسیب مقاوم گذاشته میشود.

شانت های پورتوسیستمیک با توجه به عوارض عمل و ایجاد انسفالوپاتی کبدی بعداً انجام شانت و همچنین احتمال ایجاد آسیب در ۱۵- ۱۰ درصد بیماران که شانت پورتوکا وال انتهای پهلوی برای آنها گذاشته میشود یا درایج نمیباشند.

آناستوموزهای لنفی وریدی نیز به علت اثرات کم آنها رایج نیست. پاراسنتزیکي از اقدامات قدیمی است که به علت ایجاد هیپوولمی و هیپوآلبومینمی شدید و احتمال ایجاد عفونت با پونکسیون مکرر شکم، منسوخ شده است. پاراسنتز و انفوزیون مجدد مایع در واقع بنای اولیه شانت صفاقی - وریدی میباشند. شانت های صفاقی - وریدی رایج ترین و مفیدترین درمان آسیت مقاوم به درمان مدیکال هستند. که در بین این شانتها شانت لوین از همه ارجح تر است. انجام شانت های صفاقی - وریدی سبب بهبودی سریع آسیت و بستری شدن به مدت کم تر از درمان مدیکال در بیماران میشود.

شایعترین عوارض بعد از عمل این شانتها، سبتي سمی، خون ریزی از واریس مری، کوآگولوپاتی منتشر داخل عروقی و نشت از محل شانت میباشد. این شانتها سورویوال بیماران را نسبت به درمان مدیکال بهتر نمیکنند.

ABSTRACT :

The purpose of this Article is the Evaluation of ways of managing the Ascites refractory to medical treatment. About 5-10 percent of patients with Ascites donot respond to the Medical Regimes,which in corporates:

Water and salt Restriction,and use of Diuretics . for this group of patients a variety of surgical Techniques has been employed which basically follows two lines: I : ways to decrease the formation of Ascitic fluid, including in this category are a)omentopexy b) portosystemic shunt c) veno - lymphatic Anastomosis. II: Ways to increase absorption and or increase Removal of ascitic fluid. These procedure include:A) parasyntesis B) Autogenous Ascitic fluid infusion C) Peritoneo-venous Anastomosis D) Peritoneo-venous shunting.

Omentopexy,venolymphatic anastomosis,peritoneo venous Anastomosis,have historic value and are not used at this time. Parasyntesis has very short lasting value and isnot Accepted as a treatment. any more porto systemic shunts Especial-ly side to side Anastomosis have been used for decreasing Ascites and has been very effective. Due to high Mortality and Morbidity,including postoperative encephalopathy and the chance of Aggreving ascites in 10-15 percent of patients following end to side portocaval shunt, these procedures arenot

VI

used very frequent.

Autogenous Ascitic fluid infusion became corner stone for development of peritoneo venous shunting, which now a days are most effective and frequently used procedure for treating intractable ascites.

Most frequent complications following this procedure are: septicemia, esophageal variceal bleeding, DIC, ascitic fluid leakage from abdominal incision site.

However, these shunts do not increase patient's survival. Different commercial shunts are available. The most popular one is Leveen shunt.

تقدیم به :

آنان که بخوانند و بفهمند و جهت کمک به

بیماران و ارتقاء علم و دانش پزشکی بکار گیرند . . .

تقدیم به استاد ارجمند آقای دکتر پرویز صالحی

که مساعدت‌های لازم را جهت نوشتن این رساله مبذول داشته اند . . .

تقدیم به پدر و مادرم که همواره جهت

رشد و آگاهی این جانب زحمات بی‌شائبه‌ای را متحمل

شده‌اند . . .

تقدیم به برادر و خواهرانم که همواره

مشوق این جانب جهت دستیابی هرچه بیشتر به علم و اخلاق

انسانی بوده‌اند . . .

تقدیم به تمامی بیماران . . .

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	مقدمه
۳	Review of Literature
۵	جنین شناسی و بافت شناسی پرده صفاق
۵	تکامل بندهای زوده‌ای
۷	بافت شناسی پرده صفاق
۷	آنا تومی و فیزیولوژی پرده صفاق
۱۱	عصب‌گیری پرده صفاق
۱۲	عمل پرده صفاق
۱۳	پاسخ به ضایعه پرده صفاق
۱۵	آسیت و تعریف آن
۱۵	پاتوژنز تشکیل آسیت و ایتولوژی آن
۲۱	معیاره فیزیکی جهت تشخیص آسیت
۲۲	آزمایشات پاراکلینیک
۲۳	پنیاسنتز
۲۴	انواع مایع آسیت و مشخصات آن
۲۶	درمان طبی آسیت
۲۹	اقدامات جراحی جهت آسیت مقاوم

صفحه	عنوان
۳۲	پاراسنتز همراه با انفوزیون مجدد مایع آسیت
۳۵	شانت های فیزیولوژیک پورتوسیستمیک جهت کاهش آسیت
۳۷	انواع شانت های پورتوسیستمیک
۴۰	انتخاب بیماران جهت انجام شانت پورتوکاوال
۴۱	تکنیک عمل شانت پورتوکاوال
۴۲	عوارض شانت های پورتوسیستمیک
۴۴	آناستوموزهای لنفی - وریدی
۴۴	امنیت و پیکسی
۴۵	انواع شانت های صفاقی - وریدی
۴۶	اندیکا سیون و کنتراندیکا سیون گذاشتن شانت صفاقی - وریدی
۴۸	شانت صفاقی - وریدی لوین
۴۹	تکنیک عمل
۵۵	نتایج حاصله از شانت های صفاقی - وریدی و عوارض شانتها
۶۰	درمان آسیت همراه با هیدروتوراکس
۶۲	مقایسه شانت لوین با شانت دن ورجهت درمان آسیت سیروتیک
۷۰	مقایسه شانت لوین با درمان مدیکال در بیماران با سیروز الکلیک
۷۲	گزارش چند مورد انجام شانت لوین در مرکز پزشکی امام حسین (ع)

فہرست جداول و نمونہ دارها

1. Shackel ford Richard T. and Zuidema George D., Surgery of the Alimentary tract, Second edition, W.B. Saunder's Page :404, Copyright , 1983.

2. ۲ - منبع شماره ۱ صفحه ۴۰۴

3. Warren Dean MD, and Fulenwider J. Timothy M.D., et al. (Leveen VS Denver Peritoneovenous Shunts for intractable Ascites of cirrhosis, A Randomized Prospective trial) , Archives of surgery, Volume, 121, Page:352, March,1986.

۴ - منبع شماره ۳ صفحه ۳۵۴

۵ - منبع شماره ۳ صفحه ۳۵۳

فهرست اشکال

1. Shackel ford Richard T. and Zuidema, George D. Surgery of the Alimentary tract, Second Edition, Volume 4, W.B. Saunders. Page:401 Copright , 1983.
2. Schwartz. Seymour, Principles of surgery 5th Edition, MC Graw-Hill book company Page:1291 Copright , 1989.
3. Schackel ford Richard T. and Zuidema, George D. Surgery of the Alimentary tract, Second edition, Volume 4, .W.B.S. Saunders Page;401, Copright , 1983.

۴ - منبع شماره ۳ صفحه ۴۰۲

5. Leveen Harry H., (Management of Ascites with Hydrothorax) The American Journal of Surgery Volume 148 Page:210-213, August , 1984.
6. Warren Den M.D., and Fulenwider J. Smoth M.D., et al. (Leveen VS Denver Peritoneo veonous shunts for intractable ascites of cirrhosis: A Randomized prospective trial) Archives of surgery volume 121 Page:354, March, 1986.
7. (I,II) Langer Bernard M.D. and Greig Paul D.M.D., Peritoneo venous shunts for intractable Ascites, Sabistan David, Text book of Surgery W.B. Saunders Company Page:1118 Copright , 1986.

مقدمه

=====

آسیت یکی از مسایل بفرنج علم پزشکی میباشد. علت وجود مشکلات متعدد در رابطه با آسیت، عوامل بوجود آورنده آن میباشند. این عوامل معمولاً متنوع بوده و بروز آسیت را بعنوان یک سیمپتوم در مراحل انتهایی بیماریها سبب میشوند. به عبارتی وجود آسیت معمولاً "حکایت از یک بیماری زمینهای پیشرفته دارد که یکی از ظواهرات آن تجمع مایع در حفره صفاق میباشد. سیروز به عنوان یکی از شایعترین و احتمالاً "شایعترین" عوامل بوجود آورنده آسیت شناخته شده است. همانگونه که اطلاع دارید سیروز بافت طبیعی کبدی در اثر پروسه های التهابی تخریب گردیده و به جای آن فیبروز و ندولهای رزتره بوجود میآید. با وقوع این پدیده ها کبد فونکسیون طبیعی خود را از دست داده و متعاقب آن به علت افزایش مقاومت در برابر جریان خون پورت، ایجاد هیپرتانسیون پورت میگردد. همراه با این مسایل با ایجاد یک سری تغییراتی و دخالت فاکتورهای متعددی در فرد سیروتیک آسیت بوجود میآید. جهت کاهش و برطرف شدن آسیت اقدامات درمانی و دارویی انجام میشود که متأسفانه در درصدی از بیماران این اقدامات مفید و کارساز واقع نمیکردند. جهت شناخت چگونگی برخورد با این دسته بیماران که دچار این معضل گردیده اند و آسیت آنها، آنان را ناتوان و زمین گیر کرده است اقدام به انتخاب این عنوان جهت پایان نامه شده است، که بتوان راههای مقابله با این آسیت مقاوم به درمان مدیکال را هرچه بیشتر و بهتر شناخت و شاهد مرگ تدریجی بیماران با آسیت های حمیم و مقاوم به اقدامات نگهدارنده در بیماران آنها نبود. در طی این بررسی

به سوالات ذیل پاسخ داده خواهد شد . . .

- ۱ - آیا درمان مناسبی جهت بیماران دارای آسیت ناتوان کننده
و مقاوم به درمان مدیکال وجود دارد ؟
- ۲ - چه اقدامات موثره غیرمدیکال جهت بیماران با آسیت مقاوم
وجود دارد ؟
- ۳ - کدام یک از اقدامات غیرمدیکال ارجح میباشد ؟
- ۴ - مزایای و معایب اقدامات جراحی جهت آسیت چیست ؟
- ۵ - کدامیک از متدهای انجام شده جهت درمان آسیت مقاوم (متد طبی
یا متد جراحی) مناسبتر است ؟
- ۶ - آیا اقدامات جراحی جهت درمان آسیت، سوراخوال بیماران
را بهتر و بیشتر نسبت به درمان مدیکال نمیکند ؟

: Review of Literature

اقدامات جراحی و تهاجمی متعددی جهت درمان آسیت مقاوم به درمان مدیکال صورت گرفته است که ابتدایی ترین آنها نجا مپا راسنتز ویا پاراسنتز به همراه انفوزیون مایع پونکسیون شده به سیستم گردش خون عمومی بوده است. اول بار در سال ۱۹۱۱ ایده و فکر پاراسنتز به همراه انفوزیون مجدد مایع آسیت شکل گرفت که در طی سالها بعد بر اساس این ایده ابداع انواع شانت های صفاقی - وریدی صورت پذیرفت زیرا وقتی که دیده شد پونکسیون مایع شکمی به همراه انفوزیون مجدد آن در بیمار مفید می باشد، تصمیم گرفته شد که وسیله ای ساخته شود تا بتواند بطور مداوم مایع آسیت را به جریان خون عمومی انتقال دهد. در سال ۱۹۶۱ آقای Payne و همکار روی آقای Wantz گزارش نمودند که انجام شانت پورتوکاوال سبک کاهش آسیت میشود. در سال ۱۹۶۲ آقای Kaiser استفاده از متد پاراسنتز به همراه انفوزیون مجدد مایع آسیت را رایج کرد. تحقیقات محققان همچنان ادامه یافت و اقدامات جراحی متفاوتی انجام گردید. در سال ۱۹۶۴ توسط آقای Welch و در سال ۱۹۶۶ آقای Arloff و در سال ۱۹۶۸ توسط آقای Burchell استفاده از شانت پورتوکاوال پهلو به پهلو مطرح گردید و توسط این افراد بسیار انجام این شانت آسیت مقاوم به درمان مدیکال بیماران بهبود میافت. البته در سال ۱۹۶۸ آقای Panke گزارش نمود که ۱۵ - ۱۰ درصد بیماران متعاقب شانت پورتوکاوال انتها به پهلو دچار آسیت میشوند که عده ای محققان جهت درمان این نوع آسیت در سالهای بعد

پیشنها دا نجام شانتها ی صفاقی - وریدی را دادند . . .

در سال ۱۹۶۸ توسط آقای Fish برای اولین بار استفاده از اعمال جراحی جهت درنا ژنات صدی و کاهش آسیت توصیه شد . در دهه ۷۰ تحولات عظیمی در اعمال جراحی جهت آسیت رخ داد و آن ابداع شانت صفاقی - وریدی توسط آقای Leveen در سال ۱۹۷۴ بود که تا به ط ل هنوز هم به عنوان بهترین روش جراحی آسیت مقاوم به درمان مدیکال شناخته شده است . تقریبا "همزمان با آقای لوین Denver نیز در سال ۱۹۷۴ شانت صفاقی - وریدی خود را که متفاوت از شانت لوین میباشد ابداع کرد . آقای Waddel در سال ۱۹۷۴ و آقایان Lund و New Kirk در سال ۱۹۷۹ نیز کاتترهای شانت صفاقی - وریدی مخصوص به خود که خیلی مشابه کاتتر لوین میباشد را ابداع کردند . در سال ۱۹۸۰ آقای Metzler استفاده از اولترا سوند جهت تشخیص انسداد شانت را مطرح کردند . در سال ۱۹۸۱ آقای میلر و شوارتز تزریق ماده حاجب به داخل شانت و تشخیص انسداد آن را مطرح کردند . در سال ۱۹۸۶ توسط آقای Warren واسمیت و سایر همکاران آنها مقایسه بین شانت لوین و دن و صورت گرفت . در سال ۱۹۸۹ توسط آقای Malcolm M. Stanley و همکاران مقایسه بین شانت صفاقی - وریدی و درمان مدیکال در بیماران با سیروز الکلیک و آسیت ما سیو صورت گرفته است . . .