

۱۰۳۲

"دانشگاه ملی ایران"

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترای پزشکی

موضوع :

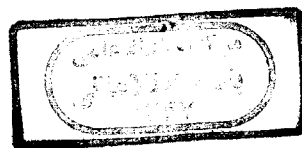
بیماریهای درجه میترا

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر منوچهر رزم آراه

تهیه کننده :

بالاسان ملك مرکومیانسس



۱۰۳۲

* سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو/۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم
که زندگیم را یکسرووقف خدمت به بشریت نمایم .

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

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود
بود . اسرار بیمارانم 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 ، شرافت و
نژاد و عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاءثیری در وظایف پزشکی
من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشرکمال احترام را مبذول خواهم داشت
و هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی
بکار نخواهم بست .

آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام
انجام دهم .

تقدیم به ————— :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر منوچهر رزم آراء بیاس

قدر دانی از زحمات ایشان در دوران تحصیل و راهنمایی

جهت تهیه پایان نامه ام .

تقدیم به _____ :

اساتید محترم دانشکده پزشکی بیاس قدر دانی از

زحماتشان .

تقديم به _____ :

پدر و مادر عزیز زو ف_____ دارم

"فهرست مطالب"

- ۱- بررسی کلینیکویاتولوژیک
- ۲- رابطه آنزیم و میترا
- ۳- اعمال طبیعی کمپلکس دریچه میترا
- ۴- تنگی آناتومیکی دریچه میترا بعلمت روماتیسم
- ۵- علل مادرزادی تنگی دریچه میترا
- ۶- میکرومیا
- ۷- سندرم رگورژیتاسیون دریچه میترا
- ۸- سندرم مارفان
- ۹- کلسیفیکاسیون دریچه میترا
- ۱۰- رفرانس

" بیماریهای دریچهٔ میترا — رال "

۱- بررسی کلینیکها و تولوزیک درباره شرایطی که باعث میگردد تا دریچهٔ

میترا بطور غیر طبیعی عمل نماید :

دکترویلیام (سی) رابرت . و دکتروزوف (ك) پرلوف (پترامیلند)

دریچهٔ میترا از پیچیده ترین دریچه های قلب محسوب میشود ، اندازه

لت های دریچه مزبور نامسلوی میباشد . یکی از این لت ها بطرف پرده داخلی

دهلیز چپ و دیگری بطرف آئورت ادامه پیدا میکند . دریچه مذکور شامل

تقریباً " ۱۲۰ طناب وتری میباشد که لتها را بستونهای ماهیچه پاپیلوری —

(Papillary Muscles) (ماهیچه های پابیلاری) اتصال میدهند

که در برگشت در امتداد دیواره آزاد بطن چپ ادامه پیدا مینماید . دریچه

میترا دارای حلقه فیبروزی ناقصی است که فقط در قاعده لت خلفی میترا

واقع میباشد .

از آنجائیکه دریچهٔ میترا از طریق دیوارهٔ داخلی عضله قلب

(Mural Endocardium) بد دیواره دهلیز چپ متصل میشود عواملی که

باعث بروز اختلالی در دهلیزشوند ممکن است در اختلال کار میترا نیز مؤثر

باشند در اینجا نظر از بحث دربارهٔ تغییرات دریچهٔ میترا بررسی تغییراتی

است که در Mitral annulus، لت‌ها، طنابهای وتري، ماهیچه‌های پاپیلاری، دیوارهٔ خارجی و آزاد بطن چپ که ممکن است باعث تغییراتی در دهانهٔ دریچهٔ میترال شوند که در نتیجهٔ این تغییرات دریچهٔ مذکور ممکن است مبتلا به تنگی و یا نارسائی و یا هر دو اینها گردد. قبل از شروع بحث دربارهٔ پیچیدگی و عواملی که مؤثر در اختلالات دریچهٔ میترال می‌باشند می‌بایستی بریشهٔ واژه مزبور (شرح شمارهٔ ۱) توجه ای نمود و بعضی از نظریه‌ها و تفسیرهایی که در مورد دریچهٔ طبیعی میترال شده است مراجعه نمود دریچهٔ میترال شبیه دریچه‌های نیمه حلقوی (هلالی) می‌باشد که دارای ساختمان بسیار پیچیده است و شامل چهار جزء اصلی بقرار زیر می‌باشد:

۱- لت‌ها

۲- طنابهای وتري

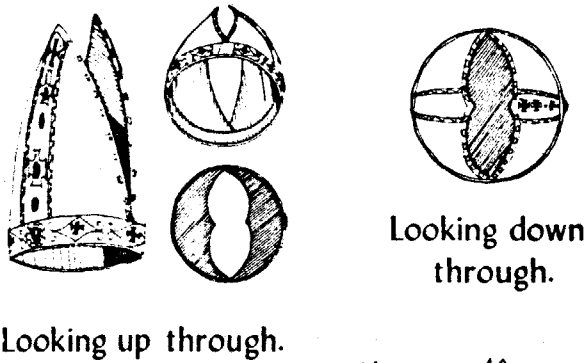
۳- ماهیچه‌های پاپیلاری

۴- انولوس (Anolus) (شرح شمارهٔ ۲ مراجعه شود)

برعکس سه دریچهٔ دیگر قلب که هر یک دارای سه لت می‌باشند فقط دریچهٔ

میترال دارای دو لت می‌باشد طول لت قدامی از قاعده تالیه بیشتر از لت

خلفی است لیکن طول تماس حلقوی لت‌های خلفی حدوداً برابر لت‌های قدامی



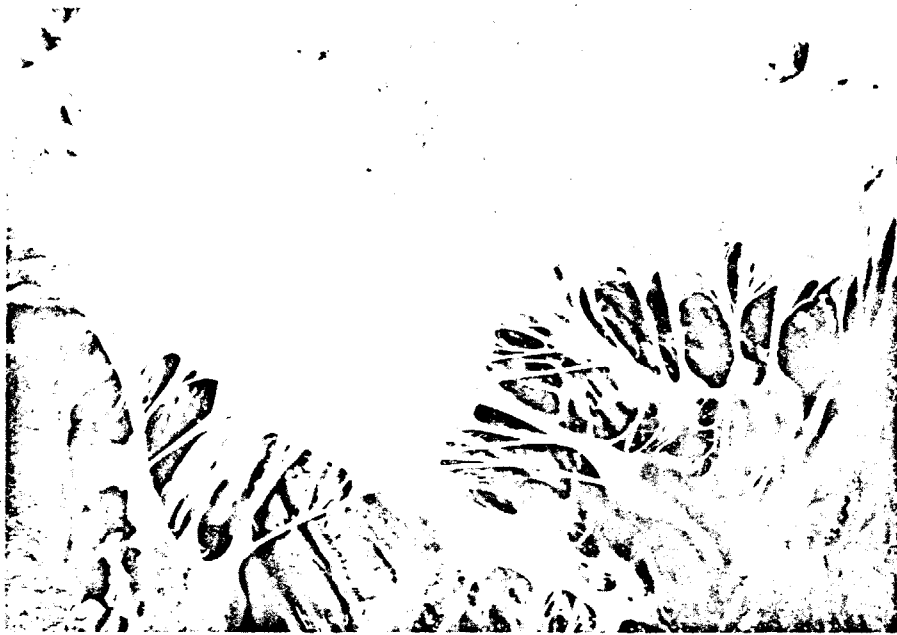
(عكس شماره ۱)

(Miter) دريچه ميترال ، واژه ميترال از زبان لاتين مشتق ميشود و
 (Mitra) در لاتين بمعنی کلاه است ، خود عبارت Mitra نيز از زبان
 يونانی که بمعنی کلاه اسقفی يا تاج اسقفی ميباشد مشتق شده است . اسقفهای
 کلیسای انجیلی لباسهائی ميبوشيدند که پوشش سر را Mitters ميخوانند
 البته اين سبک لباسه پس از روحانيون بزرگ يهودی معمول شد . شباهتی که
 فرم کلاه اسقفی با دريچه ميترال دارد توسط Vesalius ثبت گردید و بیماری
 اين دريچه مثلاً " تنگی دريچه ميترال برای اولين بار توسط John-Mayor

بسال ۱۹۶۹ ثبت رسيد .

میباشد (بشرح شماره ۲ مراجعه شود) .

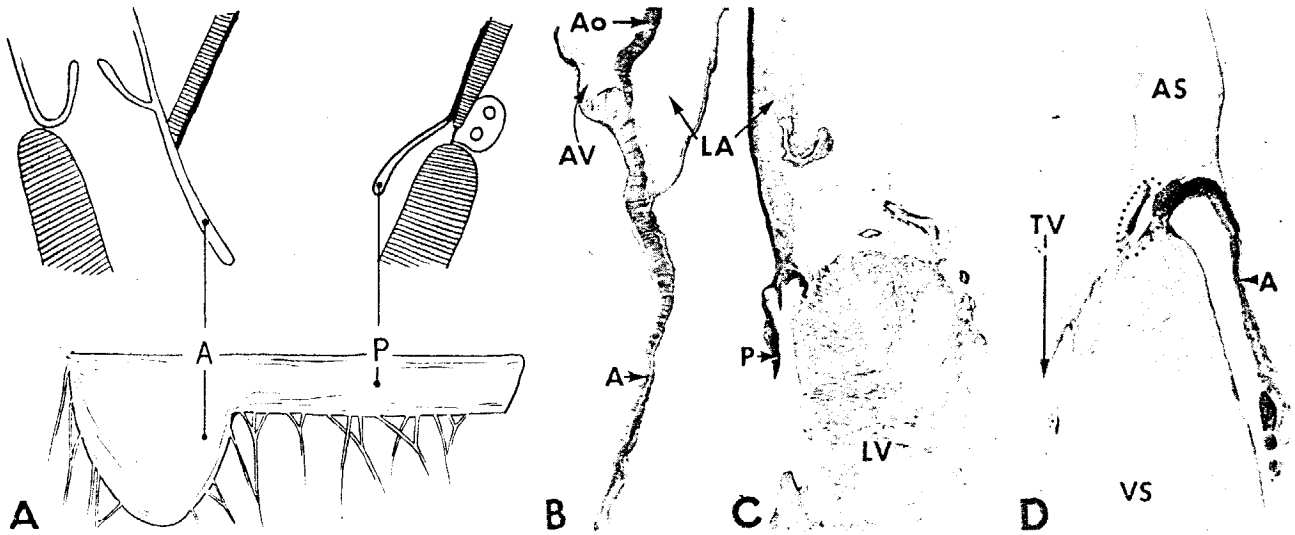
لت خلفی با طول حدود ۶ سانتیمتر و لت قدامی بطول تقریباً
 ۳ سانتیمتر بخط تماس دهانه در پیچه متصل میشود ، اگرچه طول هر یک
 از لتهای میترال از قاعده تالبه و محل اتصال لتهای میترال در قاعده با
 همدیگر کاملاً متفاوت میباشد لیکن در سطح هر یک از لتهای متعاقباً شبیه
 یکدیگر میگردند لت خلفی دارای یک دسته بافت فیروزه اصلی بنام انولوس
 (Anulus) است رین وسیله میوکاردهلیزچپ را از میوکاردهلیزچپ
 جدا میسازد و لت خلفی در حقیقت ادامه دیواره داخلی عضله قلب از
 طریق دیواره خلفی و کناری دهلیزچپ میباشد (بشرح شماره ۳ مراجعه
 شود) و برخلاف آن (لت میترال خلفی) ، لت قدامی دارای انولوس اصلی
 نمیشد لیکن در امتداد دیواره آئورت صعودی در پیچه آئورتی و قسمت
 غشائی دیواره بین دو بطن ادامه پیدا مینماید (شکل شماره ۳) سطح
 لتهای تقریباً دوونیم برابر سطح اولیه در پیچه میترال میباشد بدین معنی
 که دوونیم برابر دهانه ای که محدود بین انولوس میباشد لتهای میترال
 در دو انتهای شکاف بین خود بهمیگر متصل میشود . برعکس لتهای در پیچه^ی
 نیمه حلقوی از همدیگر جدا بوده و یا ادامه پیدا نمیکنند در صورتیکه و لت میترال



(عکس شماره ۲)

دریچهٔ میترال باز شده طبیعی . از سوی دولت به هر یک از عضلات Papillary
طنابهای وتری متصل میشود . از سوی دولت به طنابها وارد بطن و با زیر سطح
لتها میگردند . لتها برخلاف (لتهای دریچه نیمه هلالی) یکی پس از دیگری
ادامه پیدا کرده و هر یک واحد مجزا و جدا از هم میباشند . غشاء درونی قلب دیواره
د هلیزچپ واقع در بالای لت خلفی در ظاهر شبیه لت خلفی میباشد ، این
قابل پیش بینی است زیرا در واقع یکی از دیگری مشتق میشود . هرآنچه
Mural-Endocardium بالای لت قدامی با اندازه این لت سفید نمیشد

ولت ، ادامه Endocardium د هلیزچپ مانند لت خلفی نیست .



(عکس ششم - آره / ٣)

دیاگرامی از دریچه میترال را نشان می‌دهد که چگونه لت قدامی (A) با آئورت صعودی (بالا رونده) و دریچه آئورت ادامه پیدا می‌نماید و همچنین لت خلفی (P) را که باغشاء درونی دهلیز چپ ادامه می‌یابد . جریانهای داخلی و خارجی کشر (Tracts) بطن چپ توسط لت قدامی تقسیم میشوند . اتصال قاعده ای (Basal-Attachment) لت خلفی دو برابر طولانی تر از اتصال قاعده ای لت قدامی است ، گرچه طول از قاعده تا لبه لت قدامی دو برابر طول قاعده لبه لت خلفی میباشد . B-D مقاطع بافت دریچه میترال که در عکس A ٣ نشان داده میشود مطالعات و نظریه هارا تثبیت مینماید .

- B - این قسمت شامل لت دریچه میترال قدامی (A) لت دریچه
 آئورت (AV) یا دیواره آئورت (Ao) و دیواره دهلیز چپ (IA) میباشد
- C - این قسمت شامل لت دریچه میترال خلفی (P) و دیواره های دهلیز
 چپ و بطن چپ (LV) است .
- D - این قسمت از طریق دیواره دهلیز (AS) و دیواره بطن (VS) -
 ادامه پیدا کرده و شامل قسمتی از لت دریچه میترال قدامی (A) و لت دریچه
 سه لته Septal (TV) میباشد . بین قواعد این دولت قسمت فرورفته
 رشته دهلیز بطن (Atrio-Ventricular-Bundle) است که بوسیله نقطه
 چین مشخص میباشد . بدین ترتیب درک اینکه چگونه رسوبات آهکی
 Calcific از دریچه میترال ممکن است بداخل سیستم هدایت کننده ادامه
 پیدا نماید و باعث انسداد قلب گردد آسان میشود .

بایکدیگر ادامه پیدا مینمایند . طنابهای وتری در یچه^۴ میترا ل حتی پیچیده تر از خود ل ت ها میباشد ، طنابهای وتری از طریق هر يك از ل ت ها بد ا خ ل ماهیچه های پایلاری وارد میشوند (شرح شماره^۴ ۲) همان طور یکه در حدود ه بار طناب ها به ل ت ها متصل میگردند ب ماهیچه های پایلاری نیز اتصال حاصل مینمایند . بطور متوسط ۲۴ طناب وتری ب ماهیچه های پایلاری (۱۲ عدد ب هر کدام) در ویه مرفته ۱۲۰ طناب وتری به ل ت های میترا ل متصل میشوند (شرح شماره^۴ ۴) طنابهای مذکور به زیر سطوح بطنی ل ت ها وارد میگردند .

طنابها ب شاخه های کوچکتر تقسیم شده و از طریق ماهیچه های پایلاری ب طرف ل ت ادامه پیدا مینمایند . این انشعاب ممکن است بصورت طنابهای اولین ، دومین و سومین نمایان گردد . حفرات موجود بین طنابهای وتری بعنوان حفرات ثانویه بین دهلیز و بطن چپ انجام وظیفه مینمایند . واضح است که حفره اصلی بین حفرات ل تها میباشد بنابراین خون بیشتری از بین فضای طنابهای وتری عبور میکند (شرح شماره^۴ ۵) مراجعه شود . بنابراین اتصال طنابهای وتری مدخل میترا ل رانازك مینماید . ماهیچه های پایلاری بطن چپ بصورت قدامی کناری ، خلفی ، میانسی