

~~۹۲۳۹~~

۹۲۳۹

۲۵

دانشگاه تهران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصصی جراحی عمومی

موضوع

آخرین تصمیم راجع به معالجه سلستون فقرات

براهنمائی

استاد معظم جناب آقای دکتر محمد حسین منصور

نگارش

دکتر غلامرضا امیرشهبانی

۱۳۴۵ - ۴۴

سال تحصیلی



تقدیم به :

استاد دانشمند جناب آقای پرفسور مدد

۱۳۴۶ - ۴۵ - ۵۱۵ - ۷۱۱ - ۱۱۱ - ۰۰۵۰۸

مخبره

م

صالحی

کلیه مکاتبات

۱۳۴۶ - ۴۵ - ۵۱۵ - ۷۱۱ - ۱۱۱ - ۰۰۵۰۸

۶۲۵۶

تقدیم به :

استاد معظم جناب آقای دکتر منصور

تقدیم به استادان معظم

جناب آقای دکتر حسین شهیدی

جناب آقای دکتر مجیب

جناب آقای دکتر راه پور

تقدیم به استاد یاران محترم :

جناب آقای دکتر هدایت

جناب آقای دکتر باب زاده

آخرین تصمیم راجع به معالجه سل ستون فقرات

ضمن موضوع دیگری غیر از مقاله مستند که آقایان کوشوا - میشلانی و مورل منتشر

نموده اند باین نتیجه رسیده‌اند •

که در معالجه سل ستون فقرات تنها در روت‌های که فقط یک دیسک مبتلا شده و

مریض زود مراجعه کرده و غایعات خراب کننده زیادی در جسم مهره نباشد معالجات

محافظه کارانه بشرح زیر • تعداد معالجه شدگان فقط ۷٪ کلیه بیماران پوتی را تشکیل

میدهند و ۹۳٪ پوتها اندیکاسیون طبی جراحی دارند •

معالجات محافظه کارانه بروش زیربایستی از ماه پید اکند •

— بیحرکتی بوسیله گچ بمدتیکه کمتر از ۱۰ ماه نباشد •

— انتی بیوتیکو ترابی بروش زیرا که پید انماید •

۱ — معالجه طولانی باشد بمدت ۱۸ ماه تا دو سال •

۲ — معالجه بشدت مداوم باشد •

۳ — معالجه با استفاده از سه انتی بیوتیک اجباری است • که شش ماه اول استریتوپاش

ریمفون — و ۱۲ تا ۱۸ ماه بعدی استریتو و پاس یا ریمفون و پاس •

همچنین در ۹۳٪ موارد که اندیکاسیون طبی و جراحی دارند معالجات طبی باز

بایستی بروش مذکور باشد •

مطالعاتیکه آقایان نامبرده از مارس ۱۹۵۰ تا دسامبر ۱۹۵۹ در مورد ۲۰۸ مریض

که عمل مستقیم روی آنها انجام شده چون پرونده چهار مریض قابل استفاده نبوده مطالعه

روی ۲۰۴ مریض که ۲۱۱ کانون پوتی داشته‌اند یعنی هفت مریض هر کدام دو کانون داشته‌اند

در میان آنها ۲۲ پاراپلوی بوده همچنین مریضهائیکه برای آنها آرتروزد تنها انجام داده‌ایم

و در این مبحث نشده‌اند .

سن مریضه‌ای عمل شده بین ۱۸ ماه تا ۷۰ ساله بوده‌اند و اگر از ۱۵ سال کمتر از طفل

و بیشتر از بالغ بنامیم در این سری ۸۵ طفل و ۱۴۶ بالغ بوده است .

عملیه‌ای انجام شده بشرح جدول زیر میباشد .

۲۰۴ مریض با ۲۱۱ کانون

تعداد کانون	عمل مستقیم روی کانون	تعداد کپرسیون	سطح عمل
۲	۱	۱	سر و یکال
۶	۵	۱	سر و یکو و رسال
۸۷	۷۲	۱۵	نه و رسال
۴۲	۳۷	۵	نه و رسو لمبر
۵۵	۵۵	—	لمبر
۱۹	۱۹	—	لمبو ساگره
۲۱۱	۱۸۹	۲۲	جمعاً

- متاسفانه سه مریض در این سری نه سه شده‌اند.
- برگشت ناخوشی و بیهودی کامل بشرح زیر است.

۱۷ مریض عمل شده پس از هفت ماه

۴۸	"	"	یکسال
۶۳	"	"	دو سال
۵۸	"	"	۴ سال
۱۵	"	"	۶ سال

- که عدد متوسط معالجه کامل ۳ سال و چهار ماه می‌شود.

پاراپلژی‌ها و لکمپرسیون‌ها

۲۲ مورد پاراپلژی داشته‌اند که تقریباً ۱۰٪ مریض‌ها می‌شوند اختلالات عصبی می‌توانند پس از شروع معالجات طبی هم ایجاد شوند و مورد از پاراپلژی‌های این سری موقعی ایجاد شده‌اند که دو ماه از شروع معالجه گذشته بوده است محل و کیفیت و علل در جدول زیر منعکس است.

۲۲ پاراپلژی

وضعیت	علل و موضع				
	C	C-D	D	DL	Tot
عود پس از معالجات کلاسیک			۲	۲	۴
عود پس از گرف خلفی تیپ آلبی	۱		۴	۱	۶
روی کانونهای تازه که دو عدد شریس از معالجه محافظه کارانه بوده		۱	۹	۲	۱۲
جمع	۱	۱	۱۵	۵	۲۲

در مورد پاراپلژیها معالجه عبارت از اینست که اگر مریض تحت معالجات طبی باشد و پاراپلژی

ظاهر شود بایستی بدون درنگ معالجه جراحی شروع گردد .

ولی در مواردیکه مریض با پاراپلژی مراجعه نموده باشد بایستی تحت یک دوره درمان ۳ تا

۶ هفته ای قرار گرفته انگاه برایش عمل شود .

در این سری ۲۲ پاراپلژی ۹ مورد آنها وقتی مراجعه کرده اند که بیشتر از یکسال از تاریخ

شروع پاراپلژی آنها گذشته بوده است .

در روی ۲۰ کانون در سال و در سولمبر ۱۴ مرتبه راه بوسترولاترال (سوون) و ۶

مرتبه راه ترانس پلورال انجام شده است .

در این سری معالجات دو سه داشته که اولی سه هفته پس از عمل موقعیکه اختلالات

عصبی رویه بهبودی میرفته در اثر يك همویاتی بدخیم و دومی یکسال پس از شکست از عمل اول که مجبور به دکمپرسیون در طرفی شده بودند که بعلت اسکار و عفونت و دنوترسیون مریض فوت نموده است.

در بقیه موارد موفقیت نسبی و موفقیت خیلی خوب داشته‌ایم که مریضها در مرتبه شروع به راه رفتن نموده و يك زندگی اجتماعی فعالی را شروع کرده‌اند. مخصوصاً دکمپرسیونهای زودرس بهترین موفقیت‌های کامل را داده‌اند.

تراکتومی چپ با حرکت دادن ائورت يك راه عالی است که در تمام حالتها میتوان يك - دکمپرسیون کامل انجام داد به علاوه قطع شریان انترکستال در ریشه ائورت باعث میشود که به شریان رادیکولر در موقع عمل صدمه نزنیم و اگر بخواهیم يك شنت بوسیله اناستوموز با شریان مامرا نترن انجام دهیم.

برای کانونهای خیلی خراب آرترویدز فوکال تکمیلی و یا آرترویدز خلفی و یا با هم انجام میدهیم در این سری ۱۲ آرترویدز فوکال و ۱۴ مورد آرترویدز خلفی انجام شده است.

مواردیکه بدون اختلالات عصبی هستند

۱۸۹ کانون در ۱۸۴ مریض بوسیله عمل مستقیم روی کانون معالجه شده‌اند ۵۹ تا از این مریضها چند ديسك مبتلا داشته‌اند و ۳۹ عدد از مریضها کسانی بودند که پس از معالجات کلاسیک عود نموده بودند. و ۳۰ مورد آنها در مرتبه عمل شده و ۲۳ مورد بیشتر از سه

دیسک مبتلا داشته‌اند و یک مورد ۱۳ دیسک مبتلا داشته است.

و ۶ کانون بیشتر از ۶ دیسک مبتلا داشته‌اند.

در این مریضها ژیبوزیت متغیر بین ۶۰ درجه تا ۱۳۰ درجه ایجاد شده بوده است -

خرابیه‌های وسیع بیشتر روی ستون فقرات در سال بچه‌ها بوده است.

بیحرکتی بوسیله (Coquille) پلاتره نزد بالغین و کورست پلاتره نزد

اطفال انجام شده است.

در اثر کشش مداوم و کاملاً محتاطانه ۵ مورد از ۱۵ تا ۳۰ درجه ژیبوزیت آنها راست شده است

طول مدت معالجه بین سه هفته تا ۱۹ ماه متغیر بوده است.

اگر فیستولی بعد از عمل باقی بماند تا چهار ماه نباید عمل شود تا فرصت کافی برای استریل

شدن کانون از باسیل وجود داشته باشد و در خیلی از موارد تا ۶ ماه بعد از عمل بوسیله

انتی بیوتیکو تراپی طولانی این فیستولها بهبودی یافته‌اند.

خلاصه

در این گروه یک دسه بعلت فلپیت و امبولی ریه که ۸ روز پس از عمل دسه شده است.

از نظر کلینیکی ؛ در این سری معالجات با رادیوگرافی و همچنین از نظر کلینیکی برگشتی

مشاهده نشده است.

طول مدت متوسط بیحرکتی ۱۳ ماه است.

اجازه شروع فعالیت های عمومی در حدود ۱۶ ماه است.

از نظر اناتومیك : نتایج مطالعه شده روی ۲۰۰ کانون نزد ۱۹۴ مریض عبارتند از :

خسب : که يك انکی لوز فیبروز ایجاد شده و این انکی لوز فقط کانونهای محدود را

میتواند تحمل کند و بایستی بوسیله يك ارترو زخلفی استحکام یابد که در این سری ۳۱

مورد این عمل انجام شده است.

خیلی خوب : تمام کانونهایكه يك سینستور قسمتی (۱۷ مورد) و یا کامل (۲۳ مورد)

انجام شده است بایک زاویه قد امی سبك .

عالی : تمام انهایكه بهبودی کامل بدست آمده بوسیله يك سینستور قسمتی یا کامل که

۷۵ مورد بوده بدون تغییر ژسوزیته موقع مراجعه که ۶۴٪ این مریضهای ما را تشکیل میدهد .

جمع نتایج يك ترقی بسیار خوبی را در معالجات بوت بوسیله عمل جراحی روی کانون اثبات

میکند و مطالعه این پرونده ها اجازه میدهد که فکر کنیم که این هنوز هم خواهند توانست

بهبودی پیدا کنند . بطور خلاصه اندیکاسیون عمل جراحی مستقیم روی کانون بوتی موقعی است

که خود را در مقابل چهار سؤال زیر قرار داده باشیم .

۱ - وخامت عمل مستقیم روی کانون - کتر اندیکاسیون دارد .

۲ - تاریخ " " " - طول مدت معالجه انتی بیوتیکوترایی قبل از عمل

۳ - انتخاب راه عمل بر حسب موضع کانون .

۴ - ژنت های تکمیلی عمل مستقیم روی کانون * مثل ارتودز موضعی و ارتودز

• خلفی

۱ - وخامت عمل مستقیم روی کانون و کتراند یکاسیونهای اتفاقی

نه سن ونه همراه شدن سایر لزیونهای توبرکولز بنظر نمیرسد که ایجاد یک کتراند یکاسیون

برای عمل مستقیم روی کانون بکند ولی باوصف این پیرمرد هائی که بیشتر از هفتاد سال

دارند ممکن است نتوانند خوب عمل را تحمل کنند • همچنین تمام بیمارهای حاد راکه

مریض بآن مبتلاست قبلا بایستی معالجه شود • همچنین بیمارانی که حاد ممکن است

عمل مستقیم باعث تسریع در سیرناخوشی آنها بشود •

۲ - تاریخ عمل مستقیم روی کانون

فایده یک عمل مستقیم زود رس روی کانون بعلی زیر واضح است •

- برداشتن آسان و کامل لزیونهای (توبرکولز)

- جلوگیری کردن از وخامت و خرابی شدید استخوانهای جسم مهره خصوصاً نزد اطفال

- مداخله کردن قبل از بروز اسکروز اطراف کانون •

- کوتاه کردن مدت بیحرکتی •

اما خطر یختر عفونت را در عمل مستقیم بوسیله بیحرکتی و معالجه طبی قوی چهار تا شش

هفته قبل از عمل بکلی میشود از بین برد • و در ۳۳ مورد مریضهائی که عمل شده اند بایک

معالجه طبی صحیح قبل از عمل بمدت کمتر از ده ماه هیچگونه عوارض روی - بلورال -

پریتنال و مننژ ایجاد نشده است.

در نتیجه در معالجه عوارض تورکولز کیفیت معالجه بیشتر از زردی دارد تا طول مدت معالجه

۳ - عمل مستقیم روی کانون

تکنیک جراحی مستقیم روی کانون امکان ایجاد لزیونهای شدید به اعضا مهم عروقی

عصبی و احشائی که همگی حساس به پرونوستیک حیاتی هستند دارد که بایستی در وقت

لازم برای اجتناب از این ضایعات بشود.

رواد ابرو در هر طبقه با طبقه دیگر فرق میکند و ماسح هر یک از آنها میرد ازیم.

الف - البته راهی که آقایان کوشوا و بینه پیشنهاد کرده اند راه بر استرنال است که از جلو

عضله استرنو کلئید و ماستوئیدین بین عروق گردنی و احشاء گردنی مستقیماً بطرف جسم مهره

پائین میروم که بین جسم تیروئید و پاکیه اسکولونرووس از قطع ولیگاتور و زردی تیروئیدین

وسطی یکمیدان عمل کافی برای مهره های سرویکال وسطی و پائینی از چهارمین گردنی

تا اولین پشتی ایجاد میشود. در این جا بایستی عضلات زیر هیوئید را قطع نکرد و نگاه داشت

عصب راجعه نباید جستجو شود. کانال توراسیک بواسطه زردی از محل انسیزون خطر

قطع شدن ندارد و انشعاب زردی پیروگوف بوسیله عضله استرنو کلئید و ماستوئیدین کاملاً

محافظت میشود و بالاین انسیزون بهر طرف جسم مهره میتوانیم دسترسی داشته باشیم.

مخصوصاً روی هفتمین گردنی که خیلی به برش دیگر ترجیح دارد برتری دیگری عدم زخمی کردن عصب اسپینال و سمپاتیک است. از همین راه به کنار مهره های اول گردنی باگذشتن از عقب عروق جمجمه میتوان رسید.

در این تکنیک که توسط آقایان کوشوا و بینه انجام شده دو عارضه داشته اند.

اول - در نزد مرضی که کانون قدیمی داشته و بوسیله گرف خلفی تیپ البی عمل شده بوده بعد ابایک کوادری پلژی عود کننده مراجعه نموده بوسیله سرویکوفومی جلو -

(S. G. M.) یک دکمپرسیون خوشنود کننده ایجاد شده ولی در ضمن

جراحی شریان فارنژه اساندا نت آنها را مجبور به لیگاتور کاروتید خارجی نموده که بعداً مرض بدون سکلی بهبودی یافت.

مورد دیگری اجان سندرم کلود برنارد هورنر در پیشه مرض دیگر بوده است راههای دیگری هم توسط سایر جراحان پیشنهاد شده.

برای برتهای اولین و دومین گردنی تکنیک آقای افره که از راه دهان وزیر مخاط

رترو فارنژه به جسم مهره رسیده آنها کورتاژ میکنند برای مهره های از سومین تا هفتمین

گردنی یکی هم راه خلف استرنوم است که بین اسکالن ها و (S. G. M.)

رد میشود بیشتر جراحان از این راه استفاده میکنند سر راه رحال رتاسیون وانکی نزون

بطرف مقابل ورید ژوگولر خارجی را لیگاتور و قطع میکنیم شاخه های عصبی اریکولر خلفی