

## آمبولی شریان بازوئی

دکتر حسام‌الدین مبرهن \* دکتر پرویز میرهادی \*\*

### منشاء آمبولی‌ها:

- ۱- فیبریلاسیون دهلیزی در حدود  $\frac{2}{3}$  یا ۷۵٪ اینگونه بیماران وجود دارد و بدین ترتیب لخته داخل دهلیز چپ و بخصوص داخل گوشک آن مهمترین منشاء آمبولی باید بحساب آورده شود.
- ۲- در حدود  $\frac{1}{4}$  یا ۲۵٪ بیماران فیبریلاسیون دهلیزی وجود ندارد و در نصف این گروه و یا بهتر بگوئیم در ۱۲ الی ۱۳ درصد مجموع کل بیماران سابقه انفارکتوس تازه وجود دارد و باید ترومبوس داخل بطن چپ را منشاء آمبولی دانست. در ۱۲ الی ۱۳ درصد باقی مانده آندوکار دیت با کتریسل و ترومبوز وریدهای ریوی علت و منشاء آمبولی میباشد.
- ۳- در مورد اینکه آیا ترومبوس شریان و یا آمبولی در کار است؛ باید دقت بیشتر و بررسی بیشتر بعمل آید.

### محل آمبولی‌ها:

در حدود  $\frac{1}{3}$  آمبولی‌های اندام فوقانی (شکل ۲) در شریان ترقوه‌ای و یا زیر بغلی متوقف میگردند. در حالیکه دو سوم آنها به شریان بازوئی میرسند. و بدین ترتیب ضربان شریان زیر بغلی در  $\frac{2}{3}$  موارد قابل لمس میباشد. تعداد نادری از آمبولی‌ها بقسمتهای پائین میرسند. پورسانتاژ جایگزینی آمبولی‌ها در شکل ۲ بخوبی مشخص گردیده است.

### تعداد آمبولی‌ها

آمبولی اندام فوقانی غالباً قبل و یا همراه و یا بعد از آمبولی شریان‌های دیگر دیده میشود. در یک آمار [۱] در ۲۶٪ بیماران آمبولی شریان دیگر قبلاً وجود داشت و در ۹٪ همراه

آمبولی شریان بازوئی و یا بهتر بگوئیم آمبولی اندام فوقانی گوا اینکه چندان نادر نیست ولی نسبت به آمبولی‌های نقاط دیگر بخصوص اندام تحتانی کمتر میباشد و گزارش‌های پزشکی نیز در این مورد نسبتاً معدود است [۱۳ و ۱۰ و ۹] و تعداد بیماران ذکر شده در گزارشات نیز کم میباشد [۱۴ و ۱۲ و ۱۱ و ۹ و ۸ و ۷ و ۵ و ۱]. ما در این مقاله فقط به بحث درباره آمبولی‌های شریان اندام فوقانی میپردازیم و از ذکر انسدادهای حاد شریان مذکور بعزل مکانیکی و شیمیایی خودداری میکنیم.

نتیجه درخشان آمبولکتومی شریان‌های اندام تحتانی و سایر شریان‌های بزرگ مشوقی برای جراحان قلب و عروق در آمبولکتومی شراین اندام فوقانی بوده است در هر حال بعلت وجود کلاترال‌های فوق‌العاده زیاد و بزرگ در اندام فوقانی و بعلت کوچکی نسبی قطر عروق آن اندام و نیز بعلت اثر خوب بلوک سمپاتیک گردنی و بالاخره بعلت کمیابی آمبولی عروق، برخی از جراحان در گذشته بجای عمل جراحی و آمبولکتومی متد «صبر کن و بهین چه میشود» (Wait and See) را برگزیده بودند. بالینی: آمبولی اندام فوقانی در سنین ۱۵ الی ۹۰ سالگی دیده شده است و حد متوسط سن را در آمارها ۶۰ سال ذکر میکنند. نسبت مرد به زن  $\frac{2}{1}$  (در یک گزارش [۱]  $\frac{1.67}{1.43}$ ) میباشد. سن بیماران و نسبت جنس مذکر به مؤنث شبیه به آمبولی‌های شراین پریفریک در سایر نقاط بدن است [۱۴ و ۸ و ۱] تشخیص با علائم کلینیکی آسان است و گوا اینکه فقط در ۵۰٪ موارد سنتومهای شدید وجود دارد احتیاجی به آنژیوگرافی نیست. در موارد مزمن با آنژیوگرافی میتوان به محل آمبولی و طول شریان مسدود پی برد.

\* دانشیار جراحی قلب و عروق دانشگاه تهران  
\*\* متخصص بیماریهای داخلی و قلب و عروق

با آمبولی شراین دیگر ودر ۲۳٪ قبل از آنها و بالاخره در ۴۲٪ موارد آمبولی منفرد اندام فوقانی وجود داشت. احتمال وقوع آمبولی در اندام فوقانی در طرف راست و چپ تقریباً مساوی است.

یکی از عوارض بسیار نادر ولی بسیار جالب آن پیدایش سندرم استیل Subclavian Steal Syndrom میباشد. میدانیم که در این سندرم شریان تحت ترقوه در محل قبل از انشعاب شریان ورتبرال مسدود میگردد و در اثر آن شریان ورتبرال خون قسمتی از مغز را بطرف بازو درنه میکند و ایجاد ناراحتی های مغزی مینماید. این سندرم و یا انسداد شریان ترقوه تقریباً در تمام موارد بعلت آرتریواسکلروز میباشد ولی در موارد نادری علت آن را آمبولی شریان تحت ترقوه ای نیز ذکر کرده اند [۲] علت مادرزادی آن را نیز نگاشته اند [۳ و ۴]

**درمان**

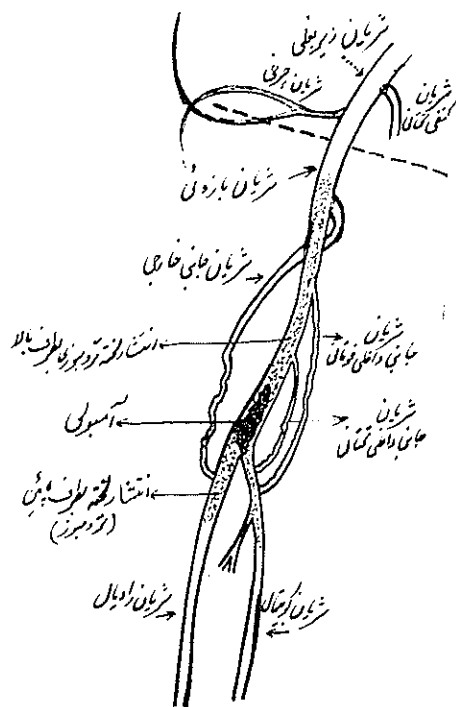
**۱- درمان کمک کننده و یا پالیا تیف (Palliative treatment)**

شامل استفاده از داروهای وازودیلاتاتور میباشد.

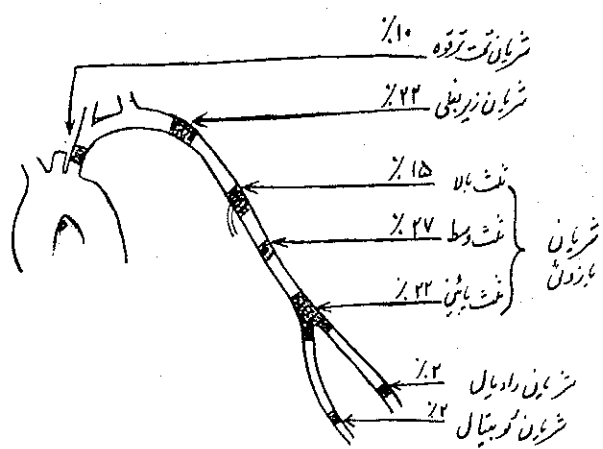
**۲- باوك سمپاتيك و آنتی کو آنگولانت-** این تدابیر برای اتساع عروق و جلوگیری از پیشرفت ترومبوز میباشد. بلوک سمپاتیک شامل بلوک شبکه بازویی و یا بلوک گانگلیون ستاره ای شکل و یا هر دو میباشد. درمانهای فوری در عده ای موثر میباشد ولی تأثیر آنها در مورد جلوگیری از بروز گانگرن تا چه حد میباشد مطلبی است که نمیتوان باسانی آن را قبول کرد. آیا گانگرن بعلت وجود کلاترال های کافی پیش نیامده است و یا آنکه تدابیر فوق موثر بوده است؟

**۳- درمان جراحی-** فرض کنیم که بعلت وجود کلاترال ها یا تدا بیر فوق گانگرن پیش نیاید. آیا صحیح است که عضومهی یعنی دست از نعمت حصول خون از طریق شریان اصلی خود یعنی شریان بازویی محروم بماند. این گونه دستها معمولاً خواب میروند و وزود خسته میشوند یعنی به لنگش متناوب Intermittent Claudication مانند آنچه در اندام تحتانی دیده میشوند گرفتار هستند.

بنا به گفته های بالا چنین بنظر میرسد که اگر انسداد عروقی در شریان بازویی باشد ولو آنکه علائم و ناراحتی ها کم باشند و گانگرن و حالت پره گانگرن در کار نباشد عمل جراحی اندیکاسیون دارد و در صورتیکه علائم و عوارض خطرناک فوق در کار باشد یعنی در حال ایجاد باشند، عمل جراحی اندیکاسیون مطلق دارد. اکسپلوراسیون (Exploration) شریان بازویی نیز کاری بسیار سهل و بی خطر میباشد و بایحسی موضعی نیز قابل اجراست و در این صورت دلیلی ندارد که بیمار را گرفتار انسداد عروقی نگهداریم و او را از نعمت عمل محروم سازیم. نتایج عمل جراحی یعنی اکسپلوراسیون شریان بازویی و در آوردن لخته و شست و شوی شریان تا ۹۵٪ بسیار خوب و تا ۹۹٪ خوب و متوسط است. این ارقام در درمانهای پالیا تیف و غیره بسیار کم میباشد و از طرفی



شکل ۱- شمای آمبولی و انتشار ترومبوس در بالا و پائین آمبولی



شکل ۲- نقاط توقف آمبولی ها و چند درصد آنها

**عوارض:**

عوارض آمبولی کاملاً شناخته شده اند. در موارد انسداد وسیع خطر گانگرن در کار است و در مواردیکه قسمت کوتاهی از رگ مسدود شده است معمولاً کلاترال ها برای جبران کمبود خون کافی هستند. ولی گاهی دردهائی در هنگام کار زیاد پیدامیشوند.

راست و ساعد مراجعه نمود و در يك بیمارستان خصوصی بستری گردید. با علائم فوق و فقدان ضربان رادیال و براکیال و نیز بعلت سرعت وقوع عوارض بالا تشخیص آمبولی شریان بازویی داده شد. در مورد اینکه چگونه علائم فوق با انسداد شریان به وجود آمده است این تشخیص مطرح شد که انتشار ترومبوز در بالا و در پائین آمبولی باعث انسدادی وسیع تر در تنه اصلی شریان بازویی و شعب اصلی آن یعنی رادیال و کوبیتال و نیز در کلاترال‌های مهم گردیده است. این تشخیص در موقع عمل جراحی کاملاً تأیید گردید و شکل ۱ پاتولوژی را بخوبی نشان میدهد.

بیمار در تاریخ ۱۳۴۶/۷/۶ در همان بیمارستان با استفاده از بیحسی موضعی تحت عمل جراحی قرار گرفت و شریان بازویی باز و آمبولی و نیز ترمبوس‌های ماقبل و مابعد آن در آورده شد. عروق مربوطه با محلول هپارین در سرم فیزیولوژیک شسته شد و جریان خون بخوبی برقرار گردید. بیمار در روز هفتم عمل جراحی بدون بروز عارضه‌ای مرخص گردید. و تا چند سال پس از آن حال او و دست راستش کاملاً رضایت بخش بود.

در مورد تأثیر درمان و یا بهبودی خود بخود نمیتوان جواب قطعی داد. هر چه محل آمبولی بالاتر باشد اندام باخطر بیشتری رو بروست ولی از طرفی عمل جراحی آسان تر و با نتیجه بهتری همراه است. نقطه‌ای که از همه جا خطرناک تر است ثلث فوقانی بازو است زیرا کلاترال‌ها کافی نیستند. در شش مورد از هفت مورد که آمپوتاسیون بعمل آمد [۱] آمبولی در آن ناحیه مستقر بود. اصولاً باید دانست که آمبولی اندام فوقانی يك آمبولی و یا مرض خوش خیمی نیست. در يك آمار [۱] از ۹۵ بیمار ۲۹ مورد گرفتار ناراحتی شدید اندام و یا عاقل شدن آن عضو گردیدند و در هفت مورد آمپوتاسیون در ساعد و یا در انگشت سبابه لازم الاجراء گردید. زندگی بعد از اینگونه آمبولی‌ها در برخی موارد چندان طولانی نیست و این مربوط به علل موجوده آمبولی میباشد (انفارکتوس، فیبریلاسیون و غیره)

#### شرح حال بیمار

بیمار ما مرد ۸۴ ساله‌ای (آقای الف) بود که بعلت درد بسیار شدید در دست و ساعد راست و بقول خودش رنگ بنفش دست

#### REFERENCES:

1. Baird, R., Ann. Surg., 5: 160, 1964.
2. Dardid, H., Ann. Surg., 7: 189, 1966.
3. Lexine, H., Serfes, L., J. Surg. Res., 3: 653, 1966.
4. Massumt, R., J.A.M.A., 182: 254, 1962.
5. Baily, R., Hattingly, K., Amer. J. Hyg. 42: 566, 1967.
6. Coelho, M., Garia, P., Arq. Brasil. Cardiol., 12: 131, 1951.
7. Greenwood, R., Aldridge, K., Amer. J. Cardiol., 5: 43, 1968.
8. Haimonce, H., Angiology., 1: 20, 1956.
9. Key, E., Brit. J. Surg., 24: 335, 1966.
10. Lonbarity, W., Bull. Soc. Path. Exot., 31: 369, 1969.
11. Magarity, X., Surg. Gynec. Obstet., 106: 17, 1968.
12. Pearse, H., Ann. Surg. 98: 17, 1933.
13. Trumball, W., Ann. Surg., 149: 89, 1959.
14. Warren, R., Ann. Surg., 150: 311, 1958.