

عمل جراحی در درمان خون دماغهای شدید

پرفسور جمشید اعلم(*)

دکتر احمد جواهری(**)

اغلب اتفاق میافتد که نزد بعضی از بیماران خون دماغهای فوقالعاده شدیدی ایجاد میشود که با درمانهای معمولی و گذاردن تامپون در بینی بهبودی نیافته و خون دماغ ادامه مییابد. پزشکان متخصص گوش و حلق و بینی اغلب با چنین مرضائی روبرو میشوند که واقعاً مسئله بهبودی آنها يك امر غیر عملی بنظر میرسد و گاهی چنان خونریزی شدید و یا طولانی میشود که پزشك متخصص را خسته میکند در چنین مواردی ما میتوانیم با استفاده از جراحی بنتیجه دلخواه برسیم .

اکثر این نوع خونریزیها که بزحمت قابل درمان با تامپون میباشد از شریان اسفنوئیدال که بنام شریان خون دهنده بینی نامیده میشود میباشد که در بعضی موارد لازم است اقدام به بستن شریان نامبرده یا حتی شریان کاروتید خارجی نمود. حال برای بیان مخل‌های خون ریزی دهنده بینی و طرز انجام اعمال جراحی آنها نخست اقدام به درج مختصری از تشریح عروق بینی نموده و سپس تکنیکهای مختلف عمل را یادآور میشویم .

یادآوری تشریحی

بیشتر سطح مخاط حفره بینی از شریان کاروتید خارجی مشروب میشود و خون جاری در شریان کاروتید خارجی بیش از همه بشریان فکی داخلی منتقل میگردد. عروق حفره بینی از شرائین زیر تأمین میشود:

الف - سیستم کاروتید داخلی

از شریان کاروتید داخلی شریان اکتالمیک مجزا میشود و از این شریان نیز دو شاخه بنام‌های اتموئیدال قدائی و اتموئیدال خلفی جدا میشوند. این شرائین پس از عبور از مجاری پرویزنی همانم خود قسمتهای بالای بینی و اطراف تیغه غربالی و قسمتی از جدار خارجی و داخلی بینی را مشروب مینمایند

سوم- لیگاتور اسفنوپالاتن

لیگاتور شریان اسفنوپالاتن کاری بس مشکل میباشد و برای انجام آن راههای مختلفی را پیشنهاد نموده اند که ذیلا بشرح آنها میپردازیم :

۱- از راه جدار طرفی داخلی چشم

در بدو امر شریان اتموئیدال قدامی را لیگاتور مینمائیم و سپس استخوان پلانوم را برداشته و سلولهای اتموئید خلفی را کورتاژ مینمائیم تا بجدار قدامی سینوس اسفنوئیدال برسیم. آنگاه در زیر آن قسمت از مخاط بینی که سطح قدامی تحتانی سینوس اسفنوئیدال را میپوشاند در محل سوراخ اسفنوپالاتن شریان اسفنوئیدال را لیگاتور مینمائیم.

۲- از طریق جدار طرفی بینی (پارالاترونازال)

برش در روی صورت و کناره طرفی بینی داده میشود و پس از کورتاژ اتموئیدها بطریقه فوق الذکر لیگاتور شریان اسفنوپالاتن را مینمائیم .

۳- از طریق سینوس فکی

عمل سینوس فکی را بطریقه کارلد . ولوک انجام میدهم و سپس کورتاژ کامل اتموئید خلفی نموده و از آنراه جدار قدامی تحتانی سینوس اسفنوئیدال را بر میداریم تا در زیر مخاط شریان اسفنوپالاتن را پیدا نموده و اقدام به لیگاتور آن نمائیم. در هر حال پس از آنکه با طرق فوق - الذکر شریان اسفنوپالاتن را جستجو نمودیم با پنس آنرا گرفته و در محل اقدام به کوآگوله نمودن آن مینمائیم . و چنانچه بدلت خونریزی زیاد مجزا نمودن شریان از بقیه نسوج مجاور مشکل باشد باید تمام نسوج همراه با شریان را که درپنس گرفته شده است کورتیزه نمائیم و با وجود کورتیزه کردن شریان باید برای اطمینان خاطر بیشتر تامپون مان محکم بینی نیز نمود.

۴- لیگاتور شریان کاروتید خارجی

تکنیک کلاسیک . که توسط فارابوف پیشنهاد شده است - در مثلثی بنام فارابوف باید شریان کاروتید خارجی را جستجو نمود این مثلث دارای سه جدار است که شامل لبه قدامی عضله جناقی چنبری - پستانی از یک طرف و شاخ بزرگ استخوان هیوئید از طرف دیگر و بالاخره بنطن خلفی عضله دو بطنی ضلع سوم آنرا تشکیل میدهد . پس از جستجوی شریان تیسروئیدین

فوقانی و شریان زبانی لیگاتورمینمائیم .

محل برش خطی است که بطول ۴ الی ۵ سانتی متر در سه سانتی متری زاویه فك شروع میشود و در کنار عضله جناقی چنبری پستانی پائین میآید و پس از به عقب زدن عضله نامبرده و ورید و داج داخلی شریان کاروتید خارجی را در داخل شریان کاروتید داخلی بطریقه نامبرده در بالا لیگاتورمینمائیم .

در موقع لیگاتور شریان کاروتید خارجی باید به عصب پنوموگاستریک توجه نمود که ضایعه ای متوجه آن نگردد همچنین در داخل مثلث فارابوف باید به عصب زیرزبانی نیز توجه داشت که قطع نگردد .

عوارض بستن شریان کاروتید خارجی در يك طرف

لیگاتوریک طرفه کاروتید خارجی کمتر دیده شده است که خطری را متوجه بیمار نماید زیرا آماریکه در این مورد متخصصین فن داده اند این موضوع را ثابت مینماید تنها خطری که متوجه بیمار میباشد پیدایش رفلکس سینوس کاروتیدین است که بصورت سرگیجه، رنگ پریدگی صورت در همان طرف و اختلال مختصر دید بصورت اسکوتوم بینائی در طرف لیگاتور شده دیده میشود . این اختلالات گاهی مقدمه خطری است که ممکن است منجر به مرگ بیمار گردد ولی همانطور که ذکر گردید این علائم منجر به خطری نگردیده و بیمار بهبودی مییابد .

گاهی عوارض دیررسی بعلت بستن کاروتید خارجی بصورت سرگیجه، سردرد، اتساع بطن های منغزی ویا آتروفی نیمه منغز و بالاخره آفازی دیده شده است که البته فوق العاده نادر میباشد .

نتیجه

در خونریزی های شدید و مکرر بینی که با وجود گذاردن تامپون معذالك پس از برداشتن آن باز خونریزی شروع میگردد و یا بطور مکرر و در روزهای مختلف از يك محل در بینی خونریزی مینماید ، در شکستگیهای فك فوقانی که خونریزی با تامپون بند نمیآید در آنژیوم های بینی و خون دماغ ناشی از آن ، در فشارخون شریانی و خون دماغ ناشی از آن میتوان از لیگاتورشرائین بینی بخصوص شریان فکی داخلی استفاده نمود .

Reference :

- 1- Oto - Rhino - Laryngologie. et Gros Vaisseaux Du Cou
par P.André , Y Guerrier et. J. Pinel 1964
- 2-L'intervention Chirurgicale dans les Epistaxis Graees Nouvel Methode
par J. Bouche et . Frenche (Paris)
59 ongrès Français D'Oto - Rhino - Laryngologie 1962
- 3- Epistaxie
Oto - Rhino . Laryngologie (Truffert)
- 4- onférence de Professeur. Mounier Kuhn à l' hopital
Amir Aalam sur L'epistaxie