

نامه دانشکده پزشکی

تهران

تحت نظریت تحریریه

دکتر محمد تقی آوینی دکتر بهرام بهرامی دکتر حسن لایق
دکتر محمد حسین اویس دکتر حسین رضای دکتر محمد علی علی
دکتر صادق پیروز عزیزی دکتر بهمن ارمغان دکتر حسن بهرامی
دکتر سید علی یوسفی دکتر حسن طاهر دکتر محمد علی شرفی

رئیس هیئت تحریریه: دکتر بهمن ارمغان

مدرس: دکتر نصرالله کاشانی صاحب قلم: دکتر محمد تقی آوینی
مدیر مجله: دکتر حسن طاهر مدیر امور اداری: دکتر نصرالله کاشانی

شماره هشتم

اردیبهشت ماه ۱۳۴۱

سال نوزدهم

نظری چند درباره زیادی فشار ورید باب و شرح حال چند بیمار جالب (۱)

دکتر محمد تقی آوینی

دکتر وقار

دکتر صادق پیروز عزیزی

بنام علایم کوچک روده قبل از سیرو
تعریف کرده بود بعلماء فرانسوی اجازه
داد که علت اساسی و سببی را که
مولد این سندرم یعنی موانع جریان خون
در ورید باب است پیدا کنند از ۱۹۳۰
بعد نیز که این کیفیت مورد توجه قاطبه
علماء قرار گرفت اشکال بالینی این
سندرم معلوم شد و سبب انواع امراضی

الف- توجه به زیادی فشار ورید باب
و سهل الحصول بودن تشخیص این
سندرم از لحاظ بالینی و غیره شیوع
آن را امروزه به ثبوت رسانیده است.
بدست آوین زیادتی فشار ورید باب
که Gilbert و شاگردانش (۲) در
حدود پنجاه سال قبل در سیروز نوشته
بودند و علایمی که قبل از آنان Hanot

که مولد زیادی فشار ورید باب است روشن گردید بطوریکه امروز زیادی فشار ورید باب فقط منتسب باین ورید و انشعاباتش نیست بلکه جریان خون داخل کبد خواه قبل از سینوزوئید که متوجه خود ورید باب است و خواه بعد از سینوزوئید یعنی در حدود ورید بالای کبد و اجوف و حتی قلب راست قادر است که فشار ورید باب را افزایش دهد و سندرم ساده قبل از ۱۹۳۰ را

ملبس بلباس و شکل امروزی نماید بنابراین هر مانع که از جریان صحیح خون در ورید باب بطرف قلب راست جلوگیری کند و حتی اگر این مانع بعلت توقف خون در قلب ناخوش و نارسائی باشد طبعاً و اجباراً به زیادی فشار ورید منتهی میگردد.

برای تفهیم صحیح و تسهیل در تشخیص گرفتاری این طریق طولانی (از طحال تا بطن راست) این سندرم را بسه شکل متمایز تقسیم کرده اند.

اول - مانع یا بلوک قبل از سینوزوئید کبد که ممکن است I در خارج از کبد باشد و سندرم زیادی فشار زیر کبد را تشکیل دهد و یا II در داخل کبد رادع و مانعی موجود باشد یعنی بلوک داخل کبد (از لحاظ کلینیکی سندرم بانثی به

شکلی از این دسته اطلاق میشود) که مدت‌های مدیدی با اختلالات کبدی و اسیت همراه نباشد ولی در حقیقت این سرحدات قراردادی از همدیگر زیاد متمایز نیستند.

دوم - مانع کبد بعد از سینوزوئید مستقر گردد (بالای کبد)

بنابراین میتوان گفت سندرم زیادی فشار ورید باب حائز سه شکل مهم است.

I - بلوک پائین II - داخل کبد قبل از سینوزوئید III - بالای کبد بعد از سینوزوئید.

ب - اسباب زیادی فشار ورید باب بسیار گوناگون هستند :

هر علت خواه ترمبوز و خواه فشار خارج که از ابتدای ورید طحال تا انتهای ورید باب قبل از دخول در کبد مانع صحیح جریان خون باشد و حتی زیادی جریان خون که در بعضی از اسپلنو-مگالیاها بخصوص لوسمی دیده میشود جزو علل اساسی زیادی فشار ورید باب زیر کبدی محسوب میشود. در شکل اخیر که بعملی معروف شده است فشار طحالی زیاد است و اسپلنوپورتوگرافی انسدادی را نشان نمیدهد.

سیروز با اسباب مخصوص بخود و

وجود اسیت و کبد بزرگ جریان دو طرفه میشود و آورده در تمام شکم بخصوص ناحیه هیپوگاستر ظاهر می شود در سمع این آورده سوت های متعدد و گاهی شدید مسموع میافتد (نوع اجوف . اجوف) و در همین وضعیت است نیز که آورده اطراف ناف متسع شده اند : (Tete de Meduse)

و بالاخره آورده عمیق که جریان خون باب را از طریق کلیه و ریه و رحم و غیره به قلب منتقل میسازند مبتلا به زیادی فشار میشوند دو دسته از این قبیل آورده مورد توجه هستند چون تولید واریس میکنند و در نتیجه آن گاهی خونریزیهای شدید اتفاق میافتد: (۱) آورده ثلث پائین مری (۲) آورده همو-روئید

۲- اسپلنومگالی - حجم اسپلنومگالی بسته بمحل مانع است باین معنی هر قدر انسداد به طحال نزدیک باشد اسپلنومگالی شدیدتر است .

ولهذا درمانع های بعداز سینوزوئید بزحمت بزرگ میشود بعد از خونریزی و در نتیجه اعمال جراحی انحرافی اسپلنو-مگالی کوچکتتر میگردد هیپراسپلنسیسم با Pancytopenie که دارد واسپلنو-مانومتري و اسپلنوپورتوگرافی وسائلی هستند که زیادی فشار باب را در این

مرض Wilson - Schistosomiasis و غیره علل داخل کبدی این سندرم را تشکیل میدهند .

سندرم Budd - Shiari و ترمبوز ورید اجوف بعد از وصول ورید بالای کبد و نارسائی قلب راست بهر علت بخصوص پریکاردیت های فشار دهنده از اهم اسباب زیادی فشار بالای کبدی محسوب میشوند .

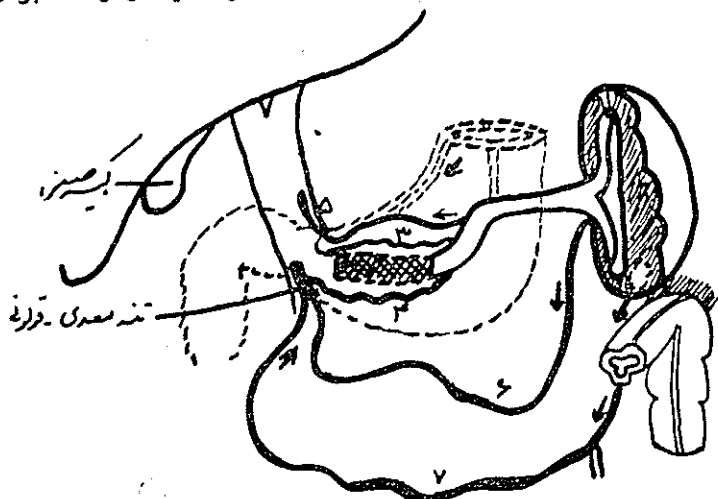
ج - تشخیص بیماری . با جریان های طرفی وسیع . اسپلنومگالی . اسیت . واریس مری . سیروز علائم نارسائی قلب راست . زیادی فشار طحال (۳) . اسپلنوپور توگرافی . زیادی فشار خون وریدی و ورید بالای کبد میسر است . بدیهی است این علائم بیش و کم در انواع زیادی فشارورید موجودند و با تجزیه و تحلیل آنها میتوان به تشخیص افتراقی رسید (۴) .

(۱) جریان طرفی . در وهله اول زیادی فشار که از نوع باب واجوف است (در ابتدای کار چون در بالا است آورده را در قسمت بالای ناحیه ناف وسعت می دهد) در اینحال جریان خون از پائین به بالا سیر میکند بعد ها اجوف پائین مبتلا به زیادی فشار میشود و آورده کنار شکم نیز نمایان میشوند و خون از بالا به پائین جریان دارد . در وهله ثانی بعلت

بوسیله پلی به بعد از محل انسداد می
رساند و لهذا رسوخ ثانوی خون از
مجرای طبیعی امکان پذیر شده است
در صورتیکه پل از ناف یا قطبهای طحال
تا ورید طحالی کشیده شود انسداد در
ابتدای ورید طحالی قرار گرفته است
و پل ها از آورده کوتاه طحال و معده

موجب میشود که خون راه طویل تری را
طی کند .

گاهی برای برگشت خون از راه
های طرفی مانند دستگاه اجوف پائینی
و بالائی استفاده میشود : (راه انحرافی :
(شکل ۳) . راه های انحرافی همیشه بعلت
اسکلروز یا تومر که برآورده طحال و



شکل ۲

در صورتیکه انسداد در ابتدای ورید طحالی باشد می توان گفت که در دستگاه برای برگشت خون از راه های دیگر نیز

[۳] - [۴] - [۵] - [۶] - [۷]

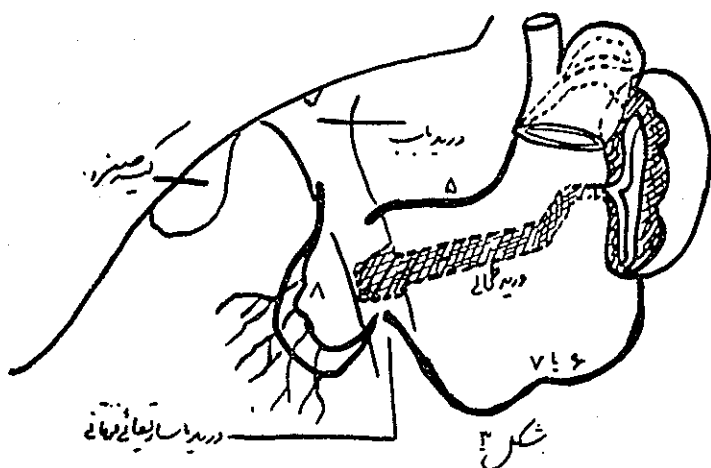
خلفی و غیره متشکل شده اند : (شکل ۱)
انسداد قسمتی از ورید طحال پلهای
مربوطه را تولید می کنند بدین معنی که
پلهای خون را از راه ورید مزانتیری فوقانی
به باب میرسانند : (شکل ۲)
بالاخره انسداد تمامی ورید طحال

باب فشار وارد می آورند بوجود می آیند.
این راه ها اغلب از ورید طحال گاهی
از ورید باب و بندرت از شعبه چپ
ورید باب منشعب میشوند و خون را از
طریق شبکه آورده زیر مخاطی و ورید
معدی - مری به دستگاه آزیگوس می -

رسانند و بدین ترتیب واریس مری راه
طحالی . مری آزیگوس واجوف تولید
مینکند . (۱۱ و ۱۲)

در تولید سندرم Cruvellier
Baumgarten و مرض Pegot راه باب -
ناف - اجوف که خون شاخه چپ باب را
بوسیله اپیگاستری تا اجوف پائین و یا
بوسیله پستانی داخلی به اجوف فوقانی

دوم) فشار زیاد داخل کبد - زحمت
سینوزوئید یا انسداد داخل کبد مولد
سیروز است سیروز در فضای عروقی
بین تیغه های سلول کبد مستقر میشود
واجله علائم آن مشهور خاص و عام می



گراخ در دریاب پس تغلیظ پس تغلیظ شده در دریاب کبد
در دریاب کبد پس تغلیظ شده در دریاب کبد
در دریاب کبد پس تغلیظ شده در دریاب کبد

میرساند مقصراست - محل تشکیل این
سندرم در بلوکهای داخل کبدی است
چون در انسداد های قبل از کبد سر
چشمه انحرافهای قبل از انشعاب ورید
باب واقع شده است و بهمین دلیل به

باشد ولی مرض در حقیقت از انتهای
آورده باب شروع و به ابتدای ورید
مرکز قاجک کبد ختم میگردد - در قدیم
تصور میرفت که فیروز باب که خصیصه
مهم سیروز است باعث زیادی فشار باب

تابلوی ۱

بزرگ بالای کبد داخل کبد زیر کبد

A خصیصه‌های مشترک زیادی فشار			
جریان طرفی باب اجوف	شایع	شایع	شایع
واریس مری	«	«	»
اسپلنومگالی	«	«	»
فشار داخل طحال	همیشه بالا	همیشه بالا	همیشه بالا
B خصیصه‌های افتراقی			
کبد	بزرگ و دردناک	بسته به سبب بیماری	طبیعی
اسیت	خیلع شایع	شایع	نادر
یرقان	نسبتاً شایع	نسبتاً شایع	نادر
آنسفالوپاتی	شایع	شایع	خیلی نادر
جریان طرفی اجوف اجوف	شایع	نادر	معدوم
تست‌های کبدی	کمی مختل یا طبیعی	اغلب مختل	طبیعی
کلرانس B. S. P.	کبد ناخوش	کبد ناخوش	طبیعی
بزل کبد و لاپاروسکوپی	کبد ناخوش	»	طبیعی
فشار داخل کبد و ورید بالای کبد	بالا	بالا یا طبیعی	طبیعی
اسپلنوپورتوگرافی	انسداد در شاخه های خارج کبد و بدنه ورید باب بنسبت جریان طرفی کبد رو موجود نیست .	مثل قبلی	انسداد شاخه‌های کبدی و بدون ورید باب وجود جریان طرفی کبد (Hepatopete)

تابلوی ۲

بود - شیاری انسداد ورید
اجوف بعد از ورود رسائی راست و
ورید بالای کبد پریکاردیت فشاری
کاردیوپاتی یا نا -

هیپاتومگالی	خیالی شایع	خیلی شایع	خیلی شایع
برگشت کبد و ژوگولر	غائب	غائب	حاضر
اسیت	خیلی شایع	خیالی شایع	شایع
مقدار پروتیدهای اسیت	۵ - ۱۵ گرم	؟	۲۰ - ۳۰ گرم
اسپلنومگالی	شایع	شایع	نادر
جریان طرفی شکمی	باب . اجوف	باب اجوف - اجوف - اجوف	غائب
واریس مری	شایع	شایع	نادر
تست کبدی	طبیعی یا کمی مختل	طبیعی یا کمی مختل	طبیعی
کلرانس	خیالی غیر طبیعی	خیالی غیر طبیعی	کمی طبیعی
فشار داخل طحال	بالا	بالا	کم و بیش غیر طبیعی
فشار سینوزوئیدی	بالا	«	بالا
فشار وریدران	طبیعی	بالا	بالا
فشار ورید بازو	طبیعی	بالا	بالا
فشار دهلیزی راست	طبیعی	طبیعی	بالا
اسپلنوپورتوگرافی	جریان کرفی فرار از کبد	جریان طرفی فرار از کبد	جریان طرفی نیست
فلبوگرافی اجوف	طبیعی	انسداد و بالای کبدی	اتساع ورید اجوف

- نوکلئر در مقابل يك لنفو در میدان میکروسکپی .
- ۸- آزمایش مایع جنب . آلبومین بعلت کمی مایع اندازه گیری نشد ۳۵ لوکوسیت و ده عدد هماسی در هرمیلی متر مکعب دارد .
- ۹- سیلان ۲۳ دقیقه انعقاد ۳ ره دقیقه .
- ۱۰- پروترمبین ۶۰٪
- ۱۱- قرمز کنگو - بعد از یکساعت مقدار ۹۰٪ ماده رنگی در جریان خون باقیمانده است .
- ۱۲- واسرمن منفی
- ۱۳- اوره خون ۴۴ سانتی گرم در لیتر .
- ۱۴- مدفوع از لحاظ تخم کرم تخم انکیلوستوم دارد .
- ۱۵- رادیوگرافی ریتین . دیافراگم ها بعلت اسیت بالا رانده شده ودرسینوس جنبی چپ علائم راکسیون جنبی وجود دارد .
- ۱۶- بیوپسی کبد - شرح ماکرو- سکپی يك قطعه رشته مانند بطول ۶ میلیمتر و ضخامت يك میلیمتر برنگ
- خاکستری میباشد شرح میکروسکپی در آزمایش ریزینی برش تهیه شده از بافت ارسالی مشاهده میشود که وضع لبولی کبد مشخص است سینوسها گشاد شده اند این گشادی سینوسها در مرکز لبولها بیشتر مشخص است در پارانشیم کبدی يك پرخونی خفیف مشاهده شد دژنر- سانس و نکروز وجود ندارد .
- بطوریکه مشاهده میشود کلیه آزمایشات فوق یا طبیعی است یا اگر جزئی اختلافی نشان میدهد نمیتواند وضع بیمار را توجیه کند ناچار با نبودن هیچگونه علائم بالینی قبلی از قبیل تنگ نفس . کبودی اتساع ورید های گردن کبد دردناک و غیره متوجه قلب شده و آزمایشات زیر برای بیمار انجام گرفت .
- ۱۷- فشاروریدی در تاریخ ۷ رار ۴۰ سی سانتیمتر آب .
- ۱۸- الکتروکاردیوگرافی بنفع يك بریکاردیت فشارد هنده (کمی ولتاژ در تمام اشتقاقات و همچنین T منفی در تمام اشتقاقات)
- ۱۹- کاتریرسم حفرات قلب .

شریان ریوی	میلیمتر جیوه + ۶	دهلیز راست	فشار متوسط ۳+ میلیمتر جیوه
	میلیمتر جیوه + ۱۵		فشار مینما ۳- میلیمتر جیوه
	میلیمتر جیوه ۲۳٫۵		فشار ماکزیمما ۷+ میلیمتر جیوه
بطن راست	فشار متوسط میلیمتر جیوه + ۶		
	فشار ماکزیمما ۲۳٫۵ میلیمتر جیوه		
	فشار آخر دیاستول ۱۲ میلیمتر جیوه		
	اول دیاستول ۴ - میلیمتر جیوه		

بافت ارسالی بافت همبندی فیبر وزرا نشان میدهد که در بافت همبندی زیر آن ضایعات فولیکولر توپر کولوز مشاهده میشود.

تشخیص: توپر کولوز فولیکولر کازئوز پریکارد: پریکاردیت توپر کولوز.

۲۱- شرح عمل توسط آقای دکتر کاظمی - پس از قرار دادن بیمار بر روی تخت عمل در حالت بر پشت خوابیده بیهوشی عمومی برقرار گردید و لوله داخل تراشه گذاشته شد سینه چپ بیمار بامواد ضد عفونی آماده گردید برشی در زیر خط بستانی چپ بمحازات ششمین فضای بین دنده داده عضلات سینه بریده و از ششمین فضای بین دنده وارد قفسه صدری چپ گردیدیم. ریه چپ بجدار و پریکارد چسبندگی داشت که تمام آنها آزاد گردید حرکات قلب کم وآهسته بود برشی بر روی پریکارد که قطر آن در حدود یک سانتی متر و نیم بود بموازات و قدام عصب

نتیجه کاتتریسیم . پریکاردیت فشار دهنده را تأیید میکند .

بیمار در تاریخ ۴۰۳۷٫۳ به بخش جراحی منتقل و توسط آقای دکتر کاظمی تحت عمل جراحی پریکارد قرار گرفت و نتیجه بیوپسی که از پریکارد بعد از عمل بعمل آمده بشرح زیر میباشد .

۲۰- شرح ماکروسکپی- بافت ارسالی از ۵ قطعه کوچک و بزرگ شبیه به تکه های چرم تشکیل یافته است ابعاد قطعه بزرگتر ۱۵۰×۵۰×۸ سانتیمتر و قطعه کوچکتر ۸×۱۰×۱۵ سانتیمتر می- باشند رنگ قطعات از سفید صدفی تا خاکستری مایل بزرگ متغیر است و دارای قوامی کاملاً سفت الاستیک میباشد فقط قطعه بزرگ حاوی مقداری نسج چربی است نرمتر از سایر قسمت ها میباشد مقطع قطعه بزرگتر منظره چربی یا زرد رنگ دارد .

شرح میکروسکپی . آزمایش ریزی

- دارد که یا مربوط به کبد و یا مربوط به تومری در این ناحیه است .
- قلب و عروق - تنگی نفس ندارد شوک نوک قلب در پنجمین فضا لمس میشود در سمع صدا های قلب خفیف ریتم قلب عادی سوفلی شنیده نمیشود فشار خون ۱۰/۸/۵
- در رادیوسکوپي قلب و ریه پایه قلب عریض و ضربان کناره راست قلب تخفیف یافته و مشکوک به پریکاردیت با مایع است سایه ریه ها طبیعی ناف ریتین باردار است .
- فشار وریدی معادل ۳۱ سانتیمتر آب است .
- دستگاه تنفس - سرفه و تنگی نفس ندارد قفسه صدری در مناظره و لمس دق و سمع طبیعی و نکته مرضی مشهود نیست .
- دستگاه ادراری، تناسلی بیمار شکایتی ندارد .
- دستگاه عصبی . اختلالی موجود نیست رفلکس های وتری و چشمی به شکل طبیعی وجود دارد .
- آزمایشات زیر برای بیمار انجام گرفته است .
- ۱- فرمول و شمارش - گویچه سرخ ۴۶۰۰۰۰ گویچه سفید ۹۲۰۰ اتو ۵ باتونه ۲ سگمانته ۶۴ لنفو ۲۴ منو ۵
- ۲- آزمایش ادرار طبیعی
- ۳- سدیمانتاسیون ساعت اول ۱۲ میلیمتر ساعت دوم ۴۰ میلیمتر .
- ۴- مایع آسیت . باسیل کخ و سلول سرطانی دیده نشد آلبومین ۴۰ گرم درلیتر ۱۲۰۰ گلبول سرخ و ۱۰۰۰ گلبول سفید در هر میلیمتر مکعب ۵ لنفوسیت در مقابل یک پولی نوکلئر دارد .
- ۵- رادیو گرافی ریتین - در نسج ریه تغییرات مرضی مشهود نیست سایه قلب و مדיاستن طبیعی است سینوسهای جنبی آزاد میباشد دیافراگمها بعلت آسیت بالا رانده شده است .
- ۶- B.S.P. بعد از نیمساعت مقدار ۰٫۶ ماده رنگی در جریان خون باقیمانده است
- ۷- تست های کبدی . واندنبرگ منفی . بیلروبین توتال ۶ میلی گرم در لیتر تیمول ۵ واحد سفالین ++ .
- ۸- الکترو کاردیو گرافی بنفع پریکاردیت چسبیده (کمی ولتاژ T منفی) تشخیص بیماری پریکاردیت چسبیده میباشد .
- این بیمار نیز توسط آقای دکتر کاظمی عمل گردیده و تشخیص فوق هم در عمل و هم در بیوپسی تأیید گردیده است .
- نتیجه - ۱) کادر زیادی فشار باب که پنجاه سال قبل بتوسط Gilbert

و شاگردانش پایه گذاری شده بود در باب بعد از کبد را بعرض خوانندگان این اواخر توسعه یافته و شامل گرفتاری گرامی مجله رساندیم .

کلیه قسمت های ورید باب و لهذا بسه (۳) سه بیمار مورد بحث مبتلا به قسمت قبل - در و بعد از کبد تقسیم پریکاردیت مزمن . سندرم Budd - Chiari شده است .

کاذب بودند و هر سه بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفتند و لهذا تشخیص بیماری آنان مورد تأیید قرار گرفت .

(۲) پس از شرح مختصری راجع باین سندروم و طرق تشخیص آن شرح حال سه بیمار مبتلا به زیادی فشار ورید