

عمل جراحی در درمان خون دماغهای شدید

دکتر احمد جواهری (**)

پروفسور جمشید اعلم (**)

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

اکثر این نوع خونریزی‌ها که بزحمت قابل درمان با تامپون میباشند از شریان اسفنجی‌یدال 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 محل‌های خون ریزی‌دهنده بینی و اطراف اعماق 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 زیرتأمین میشود:

الف - سیستم کاروتید داخلی

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

ه استاد و رئیس بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امیراعلم

۵۵ استاد دار بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امیراعلم

سوم- لیگاتور اسفنوپالاتن

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

۱- از راه جدار طرفی داخلی چشم

در بد و امر شریان اتموئیدال قدامی را لیگاتور مینماییم و سپس استخوان پلانوم را برداشته و سلولهای اتموئید خلفی را کورتاژ مینماییم تا بجدار قدامی سینوس اسفنوئیدال بر سیم آنگاه در زیر آن قسمت از مخاط بینی که سطح قدامی تحتانی سینوس اسفنوئیدال را میتوشاند در محل سوراخ اسفنوپالاتن شریان اسفنوئیدال را لیگاتور مینماییم.

۲- از طریق جدار طرفی بینی (پارالاتر و نازال)

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

۳- از طریق سینوس فکی

عمل سینوس فکی را بطریقه کارل د. ولوکا نجام میدهیم و سپس کورتاژ کامل اتموئید خلفی نموده و از آنرا جدار قدامی تحتانی سینوس اسفنوئیدال را بر میداریم تا در زیر مخاط شریان اسفنوپالاتن را پیدا نموده و اقدام به لیگاتور آن نماییم . در عر حال پس از آنکه باطریق فوق - الذکر شریان اسفنوپالاتن را جستجو نمودیم با پنس آنرا گرفته و در محل اقدام به کوآگوله نمودن آن مینماییم . و چنانچه بعلت خونریزی زیاد مجاز نمودن شریان از بقیه نسوج مجاور مشکل باشد باید تمام نسوج همراه با شریان را که در پنس گرفته شده است کو تریزه نماییم و با وجود کوتربیزه کردن شریان باید برای اطمینان خاطر بیشتر تامپون مان محکم بینی نیز نمود.

۴- لیگاتور شریان کار و تید خارجی

تکنیک کلاسیک . که توسط فارابوف پیشنهاد شده است - در مثلثی بنام فارابوف باید شریان کار و تید خارجی را جستجو نمود این مثلث دارای سه جدار است که شامل لبه قدامی عضله جناغی چنبri - پستانی ازیک طرف و شاخ بزرگ استخوان هیوئید از طرف دیگر و بالاخره بطن خلفی عضله دو بطیئی ضلع سوم آنرا تشکیل میدهد . پس از جستجوی شریان تیسر وئیدین

فوکانی و شریان زبانی لیگاتور مینماییم.

محل برش خطی است که بطول ۴ الی ۵ سانتی‌متر در سه سانتی‌متری زاویه فک شروع می‌شود و در کنار عضله جناقی چنبری پستانی پائین می‌آید و پس از به عقب‌زن عضله نامپرده و ورید و داچ داخلی شریان کارو تید خارجی را در داخل شریان کارو تید داخلی بطریقه نامپرده در بالا لیگاتور مینماییم.

در موقع لیگاتور شریان کارو تید خارجی باید به عصب پنوموگاستریک توجه نمود که ضایعه‌ای متوجه آن نگردد همچنین در داخل مثلث فارابوف باید به عصب زیر زبانی نیز توجه داشت که قطع نگردد.

عوارض بستن شریان کارو تید خارجی در یک طرف

لیگاتوریک طرفه کارو تید خارجی کمتر دیده شده است که خطی را متوجه بیمار نماید زیرا آماریکه در این مرور متخصصین فن داده‌اند این موضوع را ثابت نمینماید تنها خطی که متوجه بیمار می‌باشد پیدایش رفلکس سینوس کارو تیدین است که بصورت سرگیجه، رنگ پریدگی صورت در همان طرف واختلال مختصر دید بصورت اسکو تووم یعنای در طرف لیگاتور شده دیده می‌شود. این اختلالات گاهی مقدمه خطی است که ممکن است منجر به مرگ بیمار گردد ولی همانطور که ذکر گردید این علائم منجر به خطی نگردیده و بیمار بهبودی می‌باید.

گاهی عوارض دیررسی بعلت بستن کارو تید خارجی بصورت سرگیجه، سردرد، اتساع بطن‌های منزی و یا آتروفی نیمه منز و بالاخره آفازی دیده شده است که البته فوق العاده نادر می‌باشد.

نتیجه

در خونریزی‌های شدید و مکرر بینی که با وجود گذاردن تامپون معدالک پس از برداشتن آن باز خونریزی شروع می‌گردد و یا بطور مکرر و در روزهای مختلف از یک محل در بینی خونریزی مینماید، در شکستگیهای فک فوکانی که خونریزی با تامپون بند نماید در آثریوم‌های بینی و خون‌دماغ ناشی از آن، در فشار خون شریانی و خون‌دماغ ناشی از آن میتوان از لیگاتور شرائین 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 Graces 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