بررسی ۱۰ ساله وضعیت آناستوموزهای فموروپوبلیته در بیمارستان شهدا تجریش طی سالهای ۷۴-۱۳۶۵

دکتر سیدرضا موسوی *

خلاصه

سابقه و هدف: به دلیل افزایش مشکلات عروقی اندام تحتانی و به خصوص گرفتاری شریان فمورال سطحی و تعیین وضعیت پای پس فموروپوبلیته این تحقیق در مراجعین به بیمارستان شهدا تجریش انجام گرفت.

مواد و روشها: این بررسی به روش داده‌های موجود (Existing data) صورت پذیرفت. پرونده بیماران پس از ترخیص از بایگانی بیمارستان استخراج شده و در آن خصوصیات فردی، علل مراجعه، اندیکاسیون‌های عمل، نوع گرافت مصرفی، پیش‌آگهی زودرس و دیررس بیماران از پرونده استخراج و در یک فرم اطلاعاتی ثبت گردید.

یافته‌ها: از ۵۰ بیماری که مورد عمل پای پس فموروپوبلیته قرار گرفته بودند، ۴۱ نفر (۸۲ درصد) مرد و ۹ مورد (۱۸ درصد) زن، ۳۹ نفر (۷۸ درصد) بالای ۴۰ سال و ۱۱ مورد (۲۲ درصد) زیر ۴۰ سال داشته‌اند.

۱۱ بیمار سابقه بیماری عروقی در پای مقابل داشتند که تحت عمل قرار گرفته بودند. شایع‌ترین علت مراجعه بیماران سردی اندام بود که در ۷۴ درصد از موارد مشاهده شد. ۳۶ درصد با درد در زمان استراحت و ۴۶ درصد با لنگش پا، ۹۴ درصد از گرافت ورید صافن (اتوژن) و ۲ درصد صافن یخ زده و ۴ درصد گورتکس (Gortex) برای آناستوموز استفاده گردید.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین علت انسداد اندام تحتانی در بیماران آترواسکلروز بود و بیماران با مراجعه به سرویس جراحی عروق بیمارستان شهدای تجریش پس از اقدامات تشخیصی و آماده سازی تحت عمل جراحی پای پس فموروپوبلیته قرار گرفته‌اند. سردی اندام که قبل از عمل ۷۴ درصد بود به ۲۸ درصد کاهش یافت و اکثریت بیماران از علایمی نظیر لنگش و درد ایسکمی اندام رهایی یافتند.

واژگان کلیدی: آترواسکلروز، لنگش پا، ایسکمی اندام و گانگرن، پای پس

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی، مرکز پزشکی شهدای تجریش

مقدمه

با توجه به پیشرفت جوامع بشری و افزایش طول عمر انسانها و ازدیاد بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، فشار خون ، مشکلات قلبی ، آترواسکلروز و تصادفات ، بیماری‌های عروقی نیز دیده می‌شود که گاهی منجر به ناتوانی افراد و یا از دست دادن عضو می‌شود(۱) به طوری که در سال ۱۹۹۰ یک میلیون اعمال ترمیمی عروق تنها در ایالات متحده آمریکا گزارش شده است (۱). با توجه به کتب مرجع Eck برای اولین بار آناستوموز وریدی پورت به کاو تحتانی را در سال ۱۸۷۷ و Murphy نیز برای اولین بار آناستوموز end to end را در دو دهه بعد انجام داد. در سال ۱۹۱۲، Carrel برای کار بر روی انتقال خون ، تکنیک بخیه عروقی و پیوند اعضا در حیوانات آزمایشگاهی جایزه نوبل را در فیزیولوژی و طب دریافت کرد. در سال ۱۹۵۱، Kunlin برای بای‌پس از ورید صافن استفاده کرد و بالاخره یک سال بعد Voorhees و Blakemore روش استفاده از گرافت‌های مصنوعی را شرح دادند (۱). از آنجایی که بیمارستان شهدا تجریش جز یکی از مراکز مراجعین بیماری‌های عروقی است و برای مطالعه مشخصات بیماران ، بررسی عوامل خطر و بیماریهای زمینه‌ای در انسداد عروق اندام تحتانی و علایم بیماران به هنگام مراجعه کرده‌اند و نتایج گرافت‌های انجام گرفته در این مرکز مناسب می‌باشد،این تحقیق جهت مطالعه و توجه به سوالات و تناقض‌ها در وضعیت آناستوموزهای فموروپوبلیته در مراجعین به بیمارستان شهدا تجریش به صورت ۱۰ ساله بین سالهای ۷۴-۱۳۶۵ انجام گرفت.

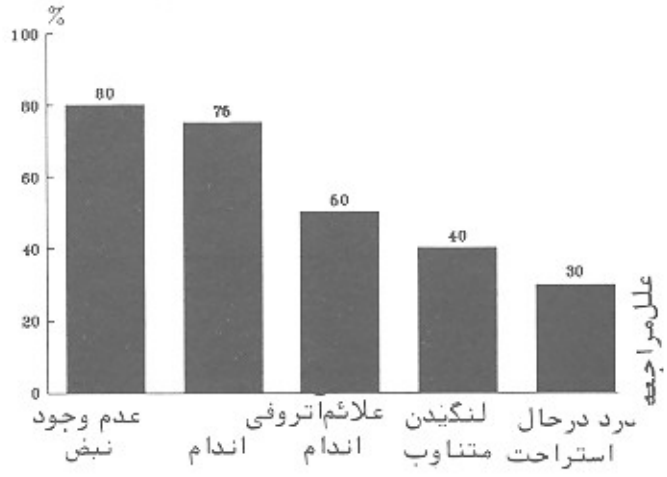
مواد و روشها

پژوهش حاضر به روش مطالعه داده (Exisiting data) موجود صورت پذیرفت . با مراجعه به بایگانی بیمارستان شهدای تجریش کلیه بیمارانی که مشکلات عروقی اندام تحتانی چه به صورت مزمن یا به شکل تروما داشتند، خصوصیاتی نظیر سن ، جنس ، بیماریهای زمینه‌ای و کشیدن سیگار ، نوع گرافت مصرفی و هم چنین نخ برای آناستوموز و بالاخره پیش‌آگهی درمان با معاینه نبض شریان‌های دیستال اندام و مقایسه با قبل از عمل و بهبودی درد و از بین رفتن لنگش پا بررسی و در همان فرم اطلاعاتی ثبت گردید. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی ، استخراج و با آمارهای توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها

از ۵۰ بیمار مورد بررسی ، ۴۱ نفر (۸۲ درصد) مرد و ۹ نفر بقیه (۱۸ درصد) زن بودند. محدوده سنی بیماران ۸۹-۱۰ و ۳۹ نفر (۷۸ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند. ۱۱ بیمار سابقه بیماری عروق در پای مقابل داشتند که قبلاً تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.

۲۶ نفر (۵۲ درصد) به خاطر آترواسکلروز ، ۱۲ مورد (۲۴ درصد) به دلیل ترومای شریانی ، ۷ نفر (۱۴ درصد) به خاطر بورگر، ۳ مورد (۶ درصد) به علت آنوریسم حقیقی و بالاخره ۲ نفر به دلیل واسکولیت مراجعه کرده بودند. در افراد دچار تروما، در ۳ نفر آنوریسم کاذب و در بقیه قطع و له شدن شریان مشاهده می‌گردد. در ۴ مورد (۸ درصد) از بیماران همزمان با عمل جراحی بای‌پس عمل آندراترکتومی نیز انجام گرفت. در نمودار (۱) توزیع علل مراجعه بیماران ارایه گردیده و نشان می‌دهد که حدود ۳/۴ بیماران با سردی اندام مراجعه کردند، لنگش متناوب و علایم آتروفی اندام علل‌های بعدی مراجعه بیماران بوده است.



نمودار ۱ـ توزیع علل مراجعه ۵۰ بیماری که در بیمارستان شهدا تجریش طی سالهای ۷۴ـ۱۳۶۵ تحت عمل فموروپوپلیته قرار گرفته‌اند.

نوع گراف مصرفی در ۴۷ نفر (۹۴ درصد) از ورید صافن ودر ۱ موردوریدیخ‌زده‌ودر ۲ نفر (۴ درصد) از Gortex (PTFE) و نوع تخ مصرفی پرولن 6/0، 7/0 بود. بعدازعمل ۴۲نفر (۸۴ درصد) دارای نبض دیستال قوی (++++) شدند که در یک مورد کماکان عدم نبض دیستال ودربقیه بیماران نبض نسبتاً خوب وجود داشت.

سردی اندام از ۳۷ نفر به ۱۴ نفر (۳۷/۸) رسید که هم چنان سردی اندام را داشتند. نتایج بهبود لنگیدن اندام و آتروفی بعد از عمل گزارش نشده بود. اندیکاسیون عمل بای‌پس فموروپوپلیته در نمودار (۱) ارایه گردیده و نشان می‌دهد که بیش از پنجاه درصد آنها به علت ابتلا به آترواسکلروز بوده و ترومای شریانی ۱/۴ این بیماران را تشکیل داده است.

نمودار ۲ـ توزیع اندیکاسیون‌های جراحی فموروپوپلیته در ۵۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان شهدا تجریش طی سالهای ۷۴ـ۱۳۶۵

از افرادی که دارای نبض بعد از عمل بودند، ۴ مورد پس از گذشت مدت یک ماه فاقد نبض شدند که علت اصلی آن ترومبوآمبولی و عفونت بود. در یک مورد آمبولکتومی موفق صورت گرفت که مجدداً بیمار دارای نبض خوب شد.

سردی اندام قبل از عمل در ۳۷ مورد (۷۴ درصد) گزارش شده که در ۳ نفر اندام درگیر مختصری نسبت به اندام مقابل سردتر بود. بعد از عمل نیز ۱۴ مورد (۲۸ درصد) سردی اندام مشاهده گردید که در ۶ نفر از آنها سردی اندام خفیف و تنها اندام مبتلا کمی سردتر از اندام مقابل بود.

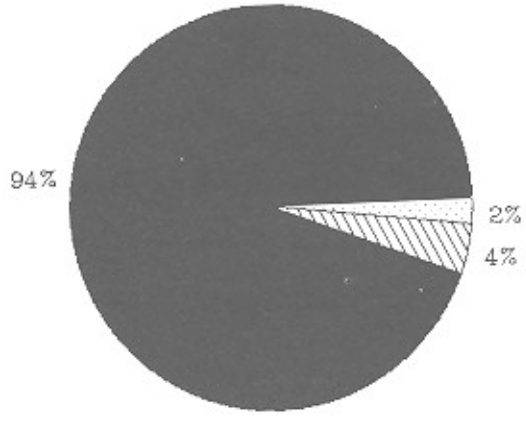
در ۲۶ نفر (۵۲ درصد) از بیماران علایم آتروفی گزارش شده است که بیشتر در گروه بیماران آترواسکلروزی بوده است (جدول ۱).

جدول ۱ـ علایم و نشانه‌های بیماران را قبل از عمل و از بهبودی نشان می‌دهد (جاهایی که با خط تیره نمایش داده شده در پرونده بیماران بررسی دقیقی صورت نگرفته بود)

علایم و نشانه‌ها	قبل از عمل	بعد از عمل
عدم وجود نبض	۴۲ (۸۴)	۷ (۱۴)
سردی اندام	۳۷ (۷۴)	۱۴ (۲۸)
علایم آتروفی اندام	۲۶ (۵۲)	—
لنگش متناوب	۲۳ (۴۶)	—
درد در حال استراحت	۱۸ (۳۶)	۱ (۲)

۱۲ درصد سمپاتکتومی انجام گرفته که در ۲ نفر

بعد از عمل بای‌پس صورت پذیرفت. گرافت‌های مورد استفاده در عمل بای‌پس ۴۷ مورد (۹۴ درصد) از ورید صافن خود بیمار ، در ۱ نفر (۲ درصد) ورید یخ‌زده و در ۲ مورد (۴ درصد) Gortex (PTFE) بود.



نمودار ۳ـ میزان مصرف گرافت‌ها در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش طی سالهای ۷۴ـ۱۳۶۵

عوارض زودرس بعد از عمل در این مطالعه عبارتند از: ۳ مورد نشت (Leak) خون‌ریزی که کنترل شد و یک مورد وجود سروما در ناحیه عمل که تخلیه صورت گرفت و بهبودی حاصل شد. در ۳ نفر خون‌ریزی شدید بود و در ۴ نفر عفونت گرافت مشاهده گردید که ۲ مورد آن همراه با خون‌ریزی شدید بود. در ۴ نفر ترومبوز در ناحیه گرافت و یک نفر آمبولی ناحیه گرافت به وجود آمده بود که آمبولکتومی صورت گرفت.

در ۱۴ نفر (۲۸ درصد) از بیماران عوارض زودرس مذکور ملاحظه شد. در مورد عوارض دیررس از قبیل آنوریسم و فیستول در پی‌گیری یک ساله پس از عمل تنها ۳ نفر (۶ درصد) از بیماران به دلیل ترومبوز گرافت مراجعه کرده بودند که عمل مجدد برای آنان انجام گرفت (جدول ۲).

جدول ۲ـ عوارض زودرس محل آناستوموز فموروپوبلیته در بیمارستان شهدای تجریش طی سالهای ۷۴ـ۱۳۶۵

عوارض زودرس / گرافت	تعداد	درصد
عفونت	۴	۸
ترومبوز	۴	۸
نشت خون Leak	۳	۶
خون‌ریزی شدید	۳	۶
آمبولی	۱	۲
وجود سروما	۱	۲
جمع	۱۶	۳۲

بحث

در این تحقیق نوع گرافتی که بیشتر مورد استفاده قرار گرفته ورید صافن اتوژن است (۹۴ درصد) و در مواردی که ورید صافن خود بیمار قطر مناسب را برای آناستوموز نداشته (باریک بوده) و یا در اثر اعمال مشابه یا موارد دیگر مثل بای‌پس قلبی ورید صافن مورد استفاده قرار گرفته است ، گرافت مصنوعی مثل PTFE به کار رفت که عارضه خاصی مشاهده نگردید.

در هر حال ورید صافن اتوژن که شرایط مناسب را داشته باشد برای آناستوموز مناسب‌تر است (۲). خون‌ریزی از بای پس فموروپوبلیته در تحقیق ما ۳ مورد (۶ درصد) بود که از استاندارد اعمال عروق (۳ درصد) بیشتر است (۱) و دلیل آن احتمالاً مربوط به خون‌ریزی از محل ستورها یا لیگاتور نکردن شاخه‌های ورید صافن گرافت شده می‌باشد (۲،۳) و به ندرت ممکن است مربوط به دادن هپارین بیش از حد و یا مصرف آسپرین و یا دیگر

آنتی‌پلاکت‌ها قبل از عمل است (۳). میزان ترومبوز گرافت در این تحقیق ۶ درصد بوده که با استاندارد جهانی (۲،۳) تقریباً مساوی است . این اتفاق معمولاً ۲۴-۱۲ ماه پس از عمل بای‌پس ممکن است به وجود آید که بیشترین علت آن هیپرپلازی نئوانتیما می‌باشد و پس از ۲۴ ماه معمولاً به علت پیشرفت آترواسکلروز است (۴). بیشترین محل وقوع سروما ، لنفوسل و یا نشت لنف که در بای‌پس فموروپوپلیته ممکن است دیده شود، در کشاله ران ذکر می‌شود(۳)، در گزارش ما فقط یک مورد (۲درصد) بود. این عارضه معمولاً در اثر قطع عروق لنفاتیک یا لنف نود می‌باشد که درمان آن با استراحت در بستر و بالا نگاه داشتن عضو بهبود می‌یابد و نیز می‌توان از بانداژ استریل نیز استفاده کرد (۳).

بر اساس مطالعه حاضر ، بیشترین گروه را بیماران مبتلا به آترواسکلروز و سپس افراد دچار تروما تشکیل می‌دهند. آترواسکلروز بیشتر در سن بالای ۴۰ سال و تروما در زیر ۴۰ سال بوده است و بیشترین مورد اندیکاسیون عمل ایسکمی اندام و لنگش متناوب می‌باشد که با نتایج گزارش شده در بررسی‌های کشورهای غربی مطابقت دارد (۵،۶).

References:

1. Schwartz SI., Principles of Surgery. 6th ed. New York. McGraw-Hill; 1994: 953.
2. McCann RL., Femoropopliteal and femoroinfrapoplited bypass, In: Sabiston DC (Ed) . Textbook of Surgery, 15th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997: 1695.
3. Greenfield LJ., Complications of lower extremity revascularization, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1990: 365.
4. Veith FJ. Gupta S. Daly V., Management of early and late thrombosis of expanded polytetrafluoroethlene (PTFE) femoropopliteal bypass grafts: Favorable prognosis with appropriate reoperation, Surgery. 1980; 87: 581-587.
5. Rutherford RB., Infrainguinal bypass. In: Haimovici H (Ed). Vascular Surgery. 4th ed. Cambridge: Blackwell; 1996: 806-807.
6. Taylor LM. Edwards JM. Porter JM., Present status if reversed vein bypass grafting: Five-year results of a modern series, J Vasc Surg. 1990; 11: 193.