

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خدا شفا دهنده است و این خود افتخاری است که
دستی با خدا همدست گردد.



سرشناسه	: زینال پور، عادل، ۱۳۶۵- قلی زاده برمک ۱۳۶۲-، نگهبان، حسین، ۱۳۶۸-
عنوان و نام پدیدآور	: بیماری‌های عروق محیطی، بیماری‌های وریدی و لنفاوی، جراحی در بارداری، مانیتورینگ و مراقبت بحرانی: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و مورد Sabiston 2017, Schwartz 2019 / ترجمه و تلخیص عادل زینال پور. برمک قلی زاده، ویرایش و پاسخدهی به سوالات حسین نگهبان.
مشخصات نشر	: تهران: مهرا، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	: ۵۷۰ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).
فروست	: جراحی عمومی: ۷.
شابک	: ۳,۹۵۰,۰۰۰ ریال. 4-01-622-6874-978 :
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب‌های "Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 2017 20 th ed" اثر کورتنی ام. تاونزند... [و دیگران] و "Schwartz's Principles of Surgery, 2019 11 th ed" به ویراستاری دینا کی اندرسن... [و دیگران] است.
موضوع	: جراحی
موضوع	: Surgery
موضوع	: رگ‌های محیطی -- بیماری‌ها -- تشخیص
موضوع	: Peripheral vascular diseases -- Diagnosis
موضوع	: رگ‌های محیطی -- بیماری‌ها -- جراحی
موضوع	: Peripheral vascular diseases -- Surgery
موضوع	: سیاهرگ‌ها -- بیماری‌ها
موضوع	: Veins -- Diseases
موضوع	: سیاهرگ‌ها -- جراحی
موضوع	: Veins -- Surgery
موضوع	: بارداری -- عوارض و عواقب
موضوع	: Pregnancy -- Complications
شناسه افزوده	: زینر، مایکل ج.
شناسه افزوده	: Zinner, Michael J.
شناسه افزوده	: اشلی، استنلی دبلیو.
شناسه افزوده	: Ashly, Stanley W.
شناسه افزوده	: تاونزند، کورتنی ام.
شناسه افزوده	: Townsend, Courtney M.
شناسه افزوده	: اندرسن، دینا کی.
شناسه افزوده	: Andersen, Dana K.
شناسه افزوده	: شوارتز، سیمور، ۱۹۲۸- م. اصول جراحی شوارتز
رده بندی کنگره	: ۳۱RD
رده بندی دیویی	: ۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۷۶۸۳۲۱

عنوان کتاب: بیماری‌های عروق محیطی، بیماری‌های وریدی و لنفاوی، جراحی در بارداری، مانیتورینگ و مراقبت بحرانی - خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردهای عمومی همراه پاسخ تشریحی "Sabiston 2017, Schwartzs 2019"

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

نوبت چاپ: سوم ۱۳۹۹

تیراژ: ۱۵۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۸۷۴-۰۱-۴

بهاء: ۳۹۵,۰۰۰ تومان

ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال‌پور قطار و دکتر برمک قلیزاده، ویرایش و پاسخدهی به سؤالات دکتر حسین نگهبان

ناشر: انتشارات مهرداد

صفحه آرا: زهرا علی‌زاده - رزیدنت یار

طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



جراحی عمومی
سری کاوشگر

۷

بیماری‌های عروق محیطی بیماری‌های وریدی و لنفاوی

جراحی در بارداری، مانیتورینگ و مراقبت بحرانی

مجموعه‌ای کامل از فصول به همراه سوالات ارتقاء و مورد تخصصی
و مرور سریع بر هر فصل در انتهای فصول



ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور و همکاری دکتر برمک قلی زاده
استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش: دکتر حسین نگهبان

رتبه برتر مورد تخصصی جراحی عمومی کشور ۱۳۹۸

رزیدنت‌یار
انتشارات و آموزش پزشکی



بیماری‌های عروق محیطی، بیماری‌های وریدی و لنفاوی، جراحی در بارداری، مانیتورینگ و مراقبت بحرانی

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی جراحی عمومی ۱۴۰۰

Schwartzs 2019, Sabiston2017

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال‌پور

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

رتبه دوم کشوری در آزمون بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

دکتر برمک قلی‌زاده

بورده تخصصی جراحی عمومی

رتبه سوم کشوری در آزمون بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۴

ویرایش

دکتر حسین نگهبان

رتبه برتر بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۸

هدف مادر رزیدنت یار: پرورش اندیشه‌هاست.

Best Science For Safe Life



۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸
۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶
www.Residenttyar.com

ISBN: 978-622-6874-01-4



سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت جویان راحت قرارم ده و یاری ام کن تا در آموختن نلغزم و آن چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۱ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث جراحی عمومی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مؤلف:

همکاران و دستیاران عزیز؛ با سلام

آموزش رشته جراحی عمومی به علت گسترش حیطه کاری با حجم بالای مباحث و لزوم انجام اقدامات مناسب و به موقع برای نجات جان بیماران، بسیار مهم و حائز اهمیت است. رفرنس اصلی برای آموزش دستیاران جراحی کتاب با ارزش شوارتز به همراه کتابهای سابیستون و مینگات است. همیشه نیازه وجود یک کتاب جمع‌بندی و خلاصه جامع از مباحث و توسط یک مولف، برای آموزش دستیاران حس می‌شد بخصوص اگر مطالب به صورت طبقه‌بندی موضوعی و به تفکیک ارائه شود باعث جلوگیری از پراکندگی مطالب در ذهن خواننده می‌شود و راه گشای دستیاران برای موفقیت در امتحانات مورد و ارتقاء و همچنین تشخیص و درمان بیماران در بالین خواهد بود.

کتاب حاضر تا حدود زیادی توانسته این نیاز را برطرف کند از ویژگیهای کتاب حاضر مطرح کردن سؤالات مورد و ارتقا ۲ سال اخیر با پاسخ تشریحی به همراه سؤالات مورد ۹۸ در پایان هر فصل، استفاده از عکس‌ها و جداول مهم کتاب، جمع آوری مباحث مربوط به یک موضوع از فصول مختلف شوارتز و سابیستون و امکان مرور سریع نکات مهم در هفته‌های آخر قبل امتحانات می‌باشد. با مطالعه کامل هر فصل، تسلط کافی برای موفقیت در آزمونهای پیش رو فراهم می‌شود، کسب نتایج درخشان در مورد ۹۸ توسط خوانندگان کتاب حاضر باعث دلگرمی ما و تجدید چاپ آن شد. در پایان خداوند بزرگ را شاکرم که به حقیر توفیق داد تا با نگارش این کتاب قدم کوچکی در جهت آموزش همکاران عزیز بردارم.

چشمی بر هست و دوخته‌ام باز که شاید	باز آئی و بر بنایم از چشم به راهی
دل کر چه دمامم هوس خط تو دارد	یک از تو خوشم با کرم گاه بگاہی
تقدیر الهی چو پی نوشتن ماست	مانیز بسازیم به تقدیر الهی

از موسسه محترم رزیدنت یار و جناب آقای دکتر هومان فیضی کمال تشکر و قدردانی را دارم. مطمئناً این کتاب خالی از اشکال نیست و نیاز رجوع به کتابهای رفرنس را برطرف نمی‌کند.

خوشحال خواهیم شد که پیشنهادات و انتقادات خود را با ما از طریق تماس با موسسه یا ایمیل به آدرس info@residenttyar.com در میان بگذارید.

با تشکر

دکتر عادل زینال پور

زمستان ۱۳۹۸

مقدمه مؤلف:

عرض سلام و احترام خدمت دستیاران و همکاران عزیز؛ همانطور که می‌دانید علم جراحی با سایر رشته‌های پزشکی تفاوت دارد، به جرات می‌توان گفت تنها رشته‌ای است که در عین توانمندی‌های فیزیکی و مهارتی نیازمند توانمندی ذهنی و علمی برا مواجه شدن با طیف وسیعی از بیماران اورژانس است. از این رو بنده و همکار گرانقدرم دکتر زینال‌پور بر آن شدیم تا کتابی را تهیه کنیم که بیشترین کارایی را منطبق بر آخرین رفرنس‌های اعلام شده‌ی وزارت بهداشت فراهم کند. آنچه در این کتاب گردآوری شده خلاصه‌ای جامع از کتاب‌های شوارتز، ساینستون و مینگات است. با هنر استاد زینال‌پور و به منظور سهولت جمع‌بندی، مطالب مشترک کتاب‌ها در فصول مشترک در کنار هم آورده شده است. در پایان به مصداق «من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق» وظیفه خود می‌دانم از زحمات اساتیدم در دانشگاه علوم پزشکی ایران که الفبای جراحی را از آنها آموختم، مدیر محترم موسسه جناب دکتر فیضی و همکاران گرانقدرم در موسسه رزیدنت‌یار جهت طراحی زیبا و صفحه‌بندی مناسب کمال تشکر را داشته باشم. از تمامی اساتید و همکارانم در سراسر کشور عزیزمان تقاضا دارم ما را در جهت ارتقا این کتاب یاری نمایند و انتقادات و پیشنهادات خود را به موسسه ارسال فرمایند.

و من الله توفیق

دکتر حسین نگهبان

متخصص جراحی عمومی

زمستان ۱۳۹۹

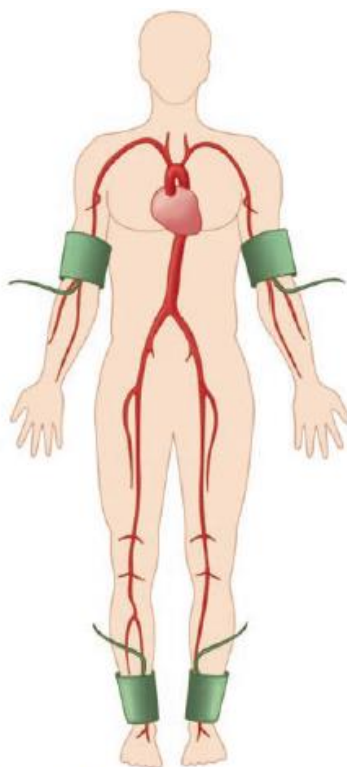
فهرست

فصل ۲۳ - رویکرد عمومی به بیماران عروق.....	Error! Bookmark not defined.
مرور سریع رویکرد عمومی به بیماران عروق.....	۱۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۳.....	Error! Bookmark not defined.
فصل ۶۲ (سابستون) - بیماری‌های عروق محیطی.....	Error! Bookmark not defined.
فصل ۲۴ - بیماری‌های وریدی و لنفاوی.....	Error! Bookmark not defined.
مرور سریع بیماری‌های وریدی و لنفاوی.....	Error! Bookmark not defined.
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۴.....	Error! Bookmark not defined.
فصل ۱۳ شوارتز و ۲۱ سابستون - مانیتورینگ و مراقبت بحرانی جراحی	Error! Bookmark not defined.
defined.	
مرور سریع بیماری‌های وریدی و لنفاوی.....	Error! Bookmark not defined.
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....	Error! Bookmark not defined.
فصل ۷۱ - جراحی در بارداری.....	Error! Bookmark not defined.
مرور سریع جراحی در بارداری.....	Error! Bookmark not defined.
سؤالات و پاسخنامه فصل ۷۱.....	Error! Bookmark not defined.



مرور سریع رویکرد عمومی به بیماران عروق

درد در زمان استراحت (تظاهراتی از بیماری انسدادی زمینه‌ای شدید) ثابت است و در پا (نه در گروه‌های عضلانی)، به طور مشخص در مفصل متاتارسوفالانژیال رخ می‌دهد و با آویزان کردن بهتر می‌شود.



Right ABI = ratio of

Higher of the right ankle systolic pressures (posterior tibial or dorsalis pedis)

Higher arm systolic pressure (left or right arm)

Left ABI = ratio of

Higher of the left ankle systolic pressures (posterior tibial or dorsalis pedis)

Higher arm systolic pressure (left or right arm)

Figure 23-1. Calculating the ankle-brachial index (ABI).



مقادیر ABI:

- مقادیر نرمال بیشتر از ۱ است.
- بیماران مبتلا به لنگش متناوب به طور معمول ABI در محدوده ۰/۷-۰/۵.
- افراد مبتلا به درد در حالت استراحت در محدوده ۰/۵-۰/۳ قرار دارند.
- افراد مبتلا با گانگرن ABI کمتر از ۰/۳ دارند.
- فشار مطلق مچ پا کمتر از ۵۰ میلی‌متر جیوه یا فشار انگشت شست کمتر از ۳۰ میلی‌متر جیوه نشان دهنده ایسکمی وخیم اندام هستند.

استنت

اندیکاسیون‌ها:

- بعد از یک آنژیوپلاستی ناکافی و نتیجه غیر قابل قبول به دنبال آنژیوپلاستی
- عارضه‌دار شدن آنژیوپلاستی مثل دایسکشن رگ
- برگشتن الاستیک تنگی شریانی

استنت گرافت

موارد استفاده:

- برای درمان ضایعات تروماتیک عروقی شامل پارگی شریان و فیستول‌های شریانی وریدی استفاده می‌شوند.
- در درمان بیماری‌های انسدادی شریان ایلیاک یا فمورال و همچنین آنوریسم‌های پوپلیته‌آل
- برای ترمیم داخل عروقی آنوریسم‌های عروقی

بیماری شریان کاروتید

- ضایعات ایسکیمیک بازگشت‌پذیر نورولوژیک (RIND): به علائم نورولوژیک ایسکیمیک منطقه‌ای اطلاق می‌شود که بیشتر از ۲۴ ساعت طول می‌کشند اما در طول ۳ هفته برطرف می‌شود.
- وقتی که یک نقص عصبی بیشتر از ۳ هفته طول بکشد به عنوان سکته کامل (Completed Stroke) در نظر گرفته می‌شود



یافته‌های سونوگرافیک تنگی:

- به طور مشخص، پیک سرعت سیستولی در محل تنگی افزایش دارد.
- سرعت پایان دیاستولی در درجات بالاتر تنگی افزایش می‌یابد.
- تنگی شریان کاروتید داخلی می‌تواند منجر به شیفت رنگ با موزائیک رنگی شود که مطرح‌کننده توربولانس بعد از تنگی می‌باشد.
- کاهش سرعت امواج داپلر به طور تیپیک در مناطق دیستال به تنگی شدید کاروتید که جریان خون کاهش یافته دیده می‌شود.
- انسداد یک طرفه شریان کاروتید داخلی منجر به بالا رفتن کاذب سرعت در سمت مقابل شود که ناشی از افزایش جبرانی جریان خون است.
- در صورت وجود یک تنگی با درجات بالا یا انسداد در ICA، در بررسی شریان کاروتید مشترک همان طرف مقاومت با جریان بالا دیده می‌شود که مشابه آن در شریان کاروتید خارجی نیز دیده می‌شود.
- تنگی ۷۹-۵۰٪ قطر با پیک سرعت سیستولی بالاتر از ۱۲۵cm/sec و پهن شدن موج‌ها همراه است.
- تنگی ۹۹-۸۰٪ پیک سرعت سیستولی بیش از ۱۲۵cm/sec و پیک سرعت دیاستولی بیش از ۱۴۰cm/sec است.
- درحال حاضر جامعه جراحان عروق جراحی اندارکتومی را به عنوان اولین خط درمان برای بیماران علامتدار با تنگی ۵۰٪ تا ۹۹٪ و بیماران بدون علامت با تنگی ۶۰ تا ۹۹٪ پیشنهاد کرده است
- نسبت پیک سرعت سیستولی شریان کاروتید داخلی به کاروتید مشترک (ICA/CCA) می‌تواند برای طبقه‌بندی استفاده شود. یک نسبت بیشتر از ۴ مطرح‌کننده قوی تنگی آنژیوگرافیک ۹۹-۷۰٪ است.
- استنت‌گذاری کاروتید باید برای بیماران علامتدار با تنگی ۹۹-۵۰٪ در خطر بالا برای اندارکتومی به دلیل آناتومیک یا مدیکال باید انجام شود. استنت‌گذاری کاروتید برای بیماران بدون علامت در این زمان توصیه نمی‌شود.
- بیماران بدون علامت در خطر بالا برای مداخله یا انتظار طول عمر کمتر از ۳ سال باید تحت درمان دارویی به عنوان اولین خط درمانی قرار گیرند.



Table 23-4

Conditions qualifying patients as high surgical risk for carotid endarterectomy

ANATOMIC FACTORS	PHYSIOLOGIC FACTORS
• High carotid bifurcation (above C2 vertebral body) • Low common carotid artery (below clavicle) • Contralateral carotid occlusion • Restenosis of ipsilateral prior carotid endarterectomy • Previous neck irradiation • Prior radical neck dissection • Contralateral laryngeal nerve palsy • Presence of tracheostomy	• Age ≥ 80 years • Left ventricular ejection fraction $\leq 30\%$ • New York Heart Association class III/IV congestive heart failure • Unstable angina: Canadian Cardiovascular Society class III/IV angina pectoris • Recent myocardial infarction • Clinically significant cardiac disease (congestive heart failure, abnormal stress test, or need for coronary revascularization) • Severe chronic obstructive pulmonary disease • End-stage renal disease on dialysis



Table 23-5

Unfavorable carotid angiographic appearance in which carotid stenting should be avoided

- Extensive carotid calcification
- Polypoid or globular carotid lesions
- Severe tortuosity of the common carotid artery
- Long-segment stenoses (>2 cm in length)
- Carotid artery occlusion
- Severe intraluminal thrombus (angiographic defects)
- Extensive middle cerebral artery atherosclerosis

تنگی کاروتید علامت‌دار:

- زمان اقدام جراحی اند‌آرتکتومی: بهتر است در عرض ۴ هفته اول بعد از سکته حاد انجام شود.
- زمان استنت گذاری: بهتر است بعد از ۲ هفته از رخداد سکته حاد انجام شود.

روش جراحی:

- دستکاری محل دو شاخه شدن کاروتید می‌تواند موجب برادی کاردی واکنشی مرتبط با تحریک جسم کاروتید شود. این رفلکس را با تزریق لیدوکائین ۱٪ به جسم کاروتید می‌توان کنترل کرد و یا با تجویز آتروپین IV معکوس کرد.
- وقتی که یک فلاپ اینتیمال در محل برداشتن پلاک باقی بماند، بخیه‌های Tacking باید در آنجا زده شود (برای چسباندن اینتیمای بلند شده به جدار) تا از عدم وجود انسداد در مقابل جریان اطمینان حاصل شود.
- بستن با پیچ به خصوص برای عروق باریک (کمتر از ۷ میلی‌متر) توصیه می‌شود.

عوارض اند‌آرتکتومی کاروتید

سکته مغزی حاد

- شایع‌ترین علت سکته بعد از عمل جراحی ناشی از فرستادن آمبولی است. با شیوع کمتر، انسداد حاد شریان کاروتید.
- وقتی بیماران علائم نورولوژیک ایسکمی بعد از اند‌آرتکتومی را تجربه می‌کنند، مداخله فوری باید انجام شود.



- اسکن داپلکس کاروتید برای ارزیابی باز بودن ICA خارج مغزی باید سریعاً انجام شود.
- اکسپلور کردن مجدد برای انسداد حاد شریان کاروتید ضروری است.
- انجام آنژیوگرافی مغزی اگر انسداد در قسمت اینتراکرانیاال باشد، می‌تواند سودمند باشد.

- هوماتوم در گردن:

- درمان: باید زخم بیمار باز شده و هرگونه هوماتوم گسترش یابنده‌ای باید تخلیه و خونریزی فعال باید متوقف شود.

عوارض استنت گذاری کاروتید.

آمبولیزاسیون دیستال:

- وقوع آمبولیزاسیون دیستال با انجام استنت گذاری کاروتید حتی با وجود EPD، در مقایسه با انجام اندآرتراکتومی کاروتید، بسیار فراوان تر است.
- ترومبوز حاد استنت کاروتید: بسیار نادر است.

بیماری‌های غیر آترواسکلروزی شریان کاروتید

پیچ خوردگی و گره خوردگی شریان کاروتید (Coil and Kink).

- به طور کلاسیک، چرخش، خم کردن یا صاف کردن ناگهانی سر می‌تواند موجب تشدید علائم ایسکمی شود.
- آنژیوگرافی مغزی، با چندین نما، گرفته شده در حالت‌های خم شدن، صاف کردن و چرخش گردن در تعیین اهمیت بالینی پیچ خوردگی و گره خوردگی سودمند است.

دیسکسیون شریان کاروتید.

- ویژگی‌های بالینی تیپیک دایسکسیون شریان کاروتید شامل درد گردن یک طرفه، سردرد، و سندرم هورنر در همان سمت که به دنبال آن‌ها تظاهرات ایسکمی مغزی یا چشمی و فلج اعصاب مغزی رخ می‌دهد.

تشخیص:

- آنژیوگرافی با کاتتر روش انتخابی برای تشخیص دیسکسیون‌های شریانی بوده است.





- محل دیسکسیون:

- دایسکسیون به طور معمول در ICA، دیستال به بولب، شروع می شود.

درمان:

- درمان دارویی به عنوان درمان اولیه

- درمان ضد انعقادی (هپارین و وارفارین) و درمان ضد پلاکتی به طور رایج استفاده می شود،

- اندیکاسیون مداخلات درمانی برای رخداد TIAهای عودکننده یا سکته های عودکننده یا شکست در درمان دارویی می باشد.

آنوریسم شریان کاروتید

- بولب کاروتید در بیشتر آنوریسم های کاروتید در گیر است.

- بیماران به طور تیپیک با یک توده ضربان دار گردنی مراجعه می کنند.

- آنوریسم های درمان نشده می توانند باعث علائم عصبی ناشی از امبولیزاسیون شوند.

- امروزه در درمان آنوریسم ها درمان های اندوواسکولار ارجح است.

تومور جسم کاروتید.

- تصویربرداری CT یا MRI کمک بیشتری در ارتباط تومور با ساختارهای مجاورش می کند.

به طور کلاسیک، تومور جسم کاروتید محل دو شاخه شدن کاروتید را پهن می کند.

درمان:

- برداشتن جراحی

- ترومبوز حاد شریان کاروتید، اگر بیمار بدون علامت باشد، می تواند با درمان دارویی ضد انعقادی درمان شود.

آنوریسم آئورت شکمی

- ریسک پارگی برای آنوریسم های کوچک تر از ۵/۵ سانتی متر بسیار کم است و بعد از آن شروع

به افزایش می کند. این سایز می تواند به عنوان یک آستانه مناسب برای توصیه به ترمیم انتخابی باشد.





- در اندازه‌های مساوی، به نظر می‌رسد که زنان در ریسک بالاتری از پارگی نسبت به مردان قرار دارند، و آستانه پایین‌تر ۴/۵ سانتی‌متر ممکن است برای بیماران در معرض خطر معقول و مناسب باشد.
- الگوی گسترش سریع بیشتر از ۵/۵ سانتی‌متر در طول ۶ ماه، می‌تواند به عنوان یک اندیکاسیون نسبی برای ترمیم انتخابی در نظر گرفته شود
- ریسک پارگی برای آنوریسم‌های کوچک‌تر از ۵/۵ سانتی‌متر بسیار کم است و بعد از آن شروع به افزایش می‌کند. این سایز می‌تواند به عنوان یک آستانه مناسب برای توصیه به ترمیم انتخابی باشد.
- در اندازه‌های مساوی، به نظر می‌رسد که زنان در ریسک بالاتری از پارگی نسبت به مردان قرار دارند، و آستانه پایین‌تر ۴/۵ سانتی‌متر ممکن است برای بیماران در معرض خطر معقول و مناسب باشد.
- الگوی گسترش سریع بیشتر از ۵/۵ سانتی‌متر در طول ۶ ماه، می‌تواند به عنوان یک اندیکاسیون نسبی برای ترمیم انتخابی در نظر گرفته شود

علائم موارد مشکوک به پارگی آنوریسم:

- بیماران با درد کمر و یا درد شکم با یک توده ضربان‌دار دردناک مراجعه کنند.
- بیماران با این علائم باید به عنوان یک پارگی درمان شوند مگر این که خلاف آن ثابت شود.
- اگر بیمار از نظر همودینامیک پایدار است و آنوریسم در CT اسکن سالم است، بیمار برای کنترل فشار خون با عوامل ضد فشار خون IV بستری می‌شود و معمولاً ظرف ۱۲ تا ۲۴ ساعت یا حداقل در طول همان بستری تحت عمل جراحی ترمیمی قرار می‌گیرد.
- CT اسکن:
 - استاندارد طلایی تعیین واجد شرایط بودن بر قابل ترمیم داخل عروقی محسوب می‌شود.
 - تنها اندیکاسیون استفاده از آنژیوگرافی وجود بیماری همزمان انسدادی شریان ایلیاک (در کمتر از ۱۰٪ بیماران AAA دیده می‌شود) و آناتومی غیر معمول عروق کلیوی می‌باشد.
 - اگر علائمی از ایسکمی کولون بعد از پیوند بای‌پس آئورت مشاهده شده، می‌توان بای‌پس همزمان برای شریان مزانتریک جهت بازسازی گردش خون کولون انجام داد





رویکرد عمومی به بیماران عروق

رزیدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی

- اگر علائمی از ایسکمی کولون بعد از پیوند بای پس آئورت مشاهده شده، می توان بای پس همزمان برای شریان مزانتریک جهت بازسازی گردش خون کولون انجام داد

عوارض ترمیم جراحی آنوریسم آئورت شکمی:

- بروز نارسایی کلیوی در افرادی که تحت ترمیم AAA پاره شده بوده اند، شایع تر است.
- کولیت ایسکمیک به علت از دست دادن خون رسانی های کولترال به کولون رکتوسیگموئید. بیماران با کولیت ایسکمیک partial thickness بدون عارضه بهبود می یابند اما موارد با ضخامت کامل نیازمند جراحی و رزکشن است.
- احتمال چنین عارضه ای در کسانی که سابقه قبلی برش کولون داشته و یا تحت ترمیم AAA پاره شده قرار گرفته اند بالاتر است
- فیستول آئورت - روده ای:
- اگر گرافت صناعی به طور کامل با کیسه آنوریسم یا رتروپریتون پوشیده نشود، ممکن است چسبندگی روده ای با تخریب متعاقب روده ای رخ دهد که منجر به یک فیستول آئورت - روده ای می شود.

ترمیم داخل عروقی آنوریسم آئورت شکمی

Table 23-9

Ideal characteristics of an aneurysm for endovascular abdominal aortic aneurysm repair

Neck length (mm)	>15
Neck diameter (mm)	>18, <32
Aortic Neck angle (degrees)	<60
Neck mural calcification (% circumference)	<50
Neck luminal thrombus (% circumference)	<50
Common iliac artery diameter (mm)	Between 8 and 20
Common iliac artery length (mm)	>20
External iliac artery diameter (mm)	>7





- بزرگترین چالش در انتخاب وسیله، تعیین طول مطلوب شریان‌های کلیوی به شریان‌های هایپوگاستریک برای تعیین طول استنت است.

عوارض:

- اختلال عملکرد شاخه ایلایک استنت گرافت در نتیجه ترومبوز
- درمان شامل ترومبولیز یا ترومبکتومی گرافت و در صورت لزوم تعبیه یک استنت گرافت دیگر می‌باشد.
- ایسکمی لگنی
- ریسک رخداد آن در بیماران مبتلا به AAA و آنوریسم شریان ایلایک به طور همزمان، که قبل از عمل تحت آمبولیزاسیون با کویل در شریان ایلایک داخلی قرار گرفته‌اند بیشتر است.
- این علائم شامل لگنش متناوب Buttock، ناتوانی جنسی، تخریب پوست ناحیه گلوئال و ایسکمی کولون

پیگیری‌های بعد از انجام ترمیم داخل عروقی آنوریسم آئورت

- در ماه اول، باید یک CT اسکن اسپیرال سه فازی (بدون کنتراست، با کنتراست، تاخیری) و یک عکس ساده شکمی با ۴ نما (قدامی خلفی، لترال و ۲ نمای مورب) انجام شود.
- تصویربرداری‌های بعدی با فواصل زمانی ۶ ماهه تا سال دوم و بعد از آن به طور سالانه صورت می‌گیرد.
- بعد از ۶ ماه اول، بیمارانی که نمی‌توانند به آسانی جهت ویزیت پزشک مراجعه حضوری کنند، تصویربرداری‌ها را در محل زندگی خود انجام داده و برای بررسی ارسال می‌کنند.

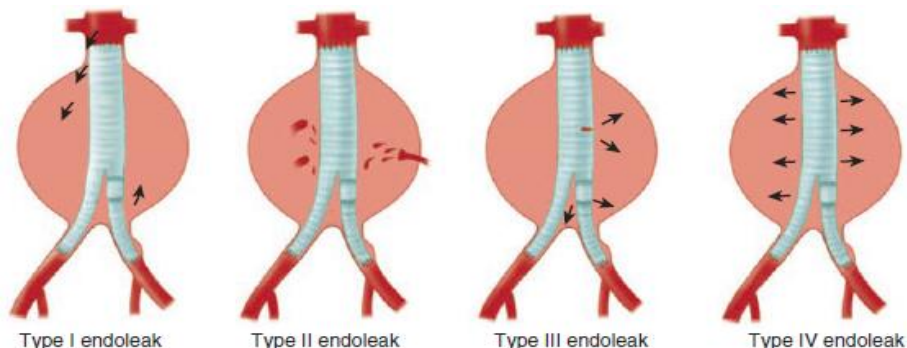


Figure 23-34. The four types of endoleak include the following: type I endoleak = attachment site leak; type II endoleak = side branch leak caused by lumbar or side branches; type III endoleak = endograft junctional leak due to overlapping device components; and type IV endoleak = endograft fabric or porosity leak.

Table 23-10	
Endoleak classification	
CLASSIFICATION	DESCRIPTION
Type I endoleak	Attachment site leak
Type II endoleak	Side branch leak caused by lumbar or inferior mesenteric arteries
Type III endoleak	Junctional leak (of overlapping endograft components) and graft fabric defect
Type IV endoleak	Endograft fabric porosity leak

- اندولیک پایدار نوع ۱ نیاز به درمان فوری دارد.
- اندولیک نوع ۲ یک مسیر بالینی خوش خیم دارد و جز در موارد رشد آنوریسم نیاز به مداخله‌ای ندارد.
- در اندولیک نوع ۳ توجه به اتیولوژی و زمان، باید سریعاً ترمیم شود
- اندولیک نوع ۴ به نشت پراکنده و زود هنگام در طول آنژیوگرافی تکمیلی اطلاق می‌شود که ناشی از سوراخ شدن گرافت و یا سوراخ‌های بخیه در بعضی وسایل با مواد داکرونی است.



- علائم بالینی بارزی ندارد و معمولاً تا ۴۸ ساعت قابل مشاهده نیست.

اندوتنشن (endotension) به دنبال ترمیم داخل عروقی آنوریسم آئورت.

- یکی از مکانیسم‌های مشهور، پروسه ترانسوداتیو مربوط به مواد خاص گرافت PTFE گسترش یافته است.
- اگر بخواهیم محافظه کارانه برخورد کنیم، اگر بیمار دارای شرایط مناسب برای جراحی دارد، می‌توان با عمل باز الکتیو درمان بیمار انجام شود.

انواع بیماری‌های انسدادی شریان مزانتریک

ایسکمی حاد مزانتریک

- در ایسکمی حاد امبولیک مزانتریک امبولی به طور معمول از قلب منشا می‌گیرد و به طور شایع در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی و انفارکتوس میوکارد رخ می‌دهد.

ایسکمی غیر انسدادی مزانتریک

- ایسکمی غیر انسدادی مزانتریک با سطح پایین جریان خون در شریان‌های مزانتریک نرمال مشخص می‌شود و به طور شایع در بیماران با وضعیت بحرانی که از وازوپرسورها استفاده می‌کنند دیده می‌شود.

ایسکمی مزمن مزانتریک

- به طور تیپیک حداقل دو شریان از سه شریان اصلی مزانتریک را درگیر می‌کند.

تظاهرات بالینی

ایسکمی حاد مزانتریک:

- درد شکمی شدید با شروع ناگهانی بدون تناسب با یافته‌های معاینه فیزیکی در بیماران با بیماری‌های زمینه‌ای قلبی (مانند AF) یا آترواسکلروتیک می‌باشد
- اغلب همراه اسهال خونی بوده که در نتیجه تخریب موکوسی ثانویه به ایسکمی می‌باشد.



ایسکمی مزمن مزانتريک

- علائم کلاسیک شامل درد شکمی بعد از غذا خوردن در میان شکم، ترس از غذا، و کاهش وزن هستند.

ایسکمی غیرانسدادی مزانتريک

- درد شکمی تنها در ۷۰٪ این بیماران بروز می‌یابد. وقتی بروز یافت، درد معمولاً بسیار شدید، اما با محل ویژگی و شدت‌های متفاوت می‌باشد.
- در صورت عدم وجود درد شکمی، اتساع پیشرونده شکم به همراه اسیدوز می‌تواند از علائم اولیه ایسکمی و انفارکتوس قریب الوقوع روده باشد.

ارزیابی تشخیصی

- شمارش کامل خون (CBC)، غلظت خون و لکوسیتوز و اسیدوز متابولیک
- افزایش سطح لاکتات، هاپیر کالمی، و ازتیمی در مراحل دیر هنگام ایسکمی مزانتريک روی می‌دهد.
- نمای رادیوگرافیک ایلئوس آدینامیک به همراه شکم بدون گاز شایع‌ترین یافته در بیماران مبتلا به ایسکمی حاد مزانتريک می‌باشد.

سونوگرافی داپلکس

- یک پیک سرعت سیستولیک در SMA در حدود بیشتر از ۲۷۵cm/s برای تشخیص تنگی بیش از ۷۰٪ دارای دقت کلی ۹۶٪ می‌باشد.
- تشخیص قطعی بیماری عروق مزانتريک توسط آنژیوگرافی مزانتريک biplanar انجام می‌شود که باید سریعاً در هر بیماری با شک به انسداد مزانتريک انجام شود.

آمبولی مزانتريک به طور معمول در دهانه شریان کولیک میانی قرار می‌گیرد که باعث ایجاد meniscus sign (علامت هلالی) می‌شود.

- ترومبوز مزانتريک، در پروگزیمال‌ترین نقطه SMA رخ می‌دهد، که در ۱-۲ سانتی‌متری منشا آن قرار دارد.
- در مورد انسداد مزمن مزانتريک، نمای گردش خون کولترال به طور معمول مشخص است.
- ایسکمی غیر انسدادی مزانتريک یک تصویر آنژیوگرافی از وازواسپاسم قطعه‌ای مزانتريک با یک نمای نرمال تنه اصلی SMA ایجاد می‌کند.





- آنژیوگرافی مزانتریک می‌تواند نقش درمانی هم داشته باشد.
- در موارد ایسکمی غیرانسدادی مزانتریک: یک کاتتر تزریقی در دهانه SMA قرار داده می‌شود و مواد وازودیلاتور مانند پاپاورین (Papaverine) درمان ترومبولیتیک از طریق کاتتر: نقش کوچکی در رسیدگی به انسداد ترومبوتیک مزانترا ایفا می‌کند.

ترمیم جراحی

ایسکمی حاد آمبولیک مزانترا.

درمان اولیه:

- شامل احیای مایعات و دادن آنتی‌کواگولان سیستمیک (هپارین) برای جلوگیری از انتشار بیشتر لخته می‌باشد.
- در ریشه مزانترا روده کوچک اکسپلور می‌شود.
- راه آلترناتیو رسیدن به SMA می‌تواند از طریق برش رتروپریتون لترال به قسمت چهارم دئودنوم صورت گیرد که برای آشکار کردن SMA به سمت مدیال چرخانده می‌شود.
- یک آرتریوتومی عرضی جهت خروج امبولوس انجام می‌شود.
- لاپاروتومی Second Look تاخیری:
- باید ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از امبولکتومی برای بررسی میزان زنده ماندن روده‌ها انجام گیرد.

ایسکمی حاد ترومبوتیک مزانترا،

- این بیماران نیاز به روش‌های بازسازی SMA جهت بای‌پس ضایعات انسدادی پروگزیمال و بازگرداندن جریان خون مزانتریک کافی دارند.
- ورید صافن، گرافت انتخابی است
- برای منشا گرافت بای‌پس می‌توانیم از آئورت سوپراسلیاک یا شریان ایلیاک استفاده کنیم.
- شریان ایلیاک معمولاً شریان انتخابی برای بای‌پس است مگر اینکه ایلیاک بیمار کلسیفیه باشد که در این صورت از آئورت سوپراسلیاک استفاده می‌شود.

ایسکمی مزمن مزانترا.

- بیماری انسدادی مزانتریک با اندآرتروکتومی ترانس‌آئورتیک یا بای‌پس شریان مزانتریک می‌تواند با موفقیت درمان شود.





اندآترکتومی ترانس آئورتیک

- اندیکاسیون: برای ضایعات Ostial به شرط باز بودن شریان سلیاک و SMA

بای پس شریان مزانتریک

برای ضایعات انسدادی، در یک تا ۲ سانتی متری دیستال منشأ شریان مزانتریک

درمان اندوواسکولار (Endovascular)

ایسکمی مزمن مزانتتر.

اندیکاسیون‌ها:

- در بیمارانی که به علت بیماری‌های همراه، high risk برای جراحی باز هستند.
- در بیمارانی با عود بیماری یا تنگی آناستوموز به دنبال بازسازی عروقی مزانتریک باز قبلی، مراجعه کرده‌اند.

ایسکمی حاد مزانتتر.

درمان ترومبولیتیک با استفاده از کاتتر (CDT)، یک روش درمانی بالقوه سودمند برای ایسکمی حاد مزانتتر است

ایسکمی غیر انسدادی مزانتتر.

- درمان در قدم اول دارویی می‌باشد که با کاتتریزاسیون انتخابی شریانی مزانتریک و به دنبال آن تزریق مواد وازودیلاتور مانند tolazoline یا Papaverine انجام می‌شود.

اندیکاسیون‌های تعبیه استنت بعد از PTA در ایسکمی مزمن مزانتتر

- تنگی قابل توجه با باقی مانده بیشتر از ۳۰٪
- وجود دایسکسیون بعد از آنژیوپلاستی
- تنگی مجدد بعد از PTA

اندیکاسیون‌های تعبیه اولیه استنت در ایسکمی مزمن مزانتتر

- تنگی‌های کلیسفیة شده Ostial،
- تنگی‌های درجه بالای اکسنتریک (high-grade eccentric stenoses)
- انسدادهای مزمن،





جراحی عمومی جلد ۲

وزیدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی

بیماری شریان کلیوی

آترواسکلروز:

.....



