

ایسکمی حاد اندام



دکتر رضا شجاعی

فوق تخصص جراحی عروق و
اندوواسکولار

Dr.reza.shojaee@gmail.com

تعریف

- اختلال ناگهانی در جریان خون بافتی به اندام
- ایسکمی حاد ← دو هفته از آغاز اختلال بافتی

اتیولوژی

- - تروما
- آسیب های یاتروژنیک

- - ترمبوتیک
- آمبولیک

- بیشتر علل ایجاد کننده ایسکمی حاد اندام فوقانی

- تروما

- یاتروژنیک

- آمبولیک

- ضایعات آترواسکلروتیک در اندام تحتانی کمتر باعث ایجاد

- علامت می شوند

Arterial Embolism

- تعریف آمبولی شریانی :

انسداد شاخه های درخت شریانی در نتیجه حرکت لخته و یا مواد دیگر در طول درخت شریانی

- قلب : شایعترین محل برای ایجاد و فرستادن آمبولی

(در حدود 90 درصد موارد)

شایعترین علت : آریتمی ها

شایعترین آریتمی : AF

سایر علل ایجاد کننده آمبولی در قلب

- mural thrombus overlying a myocardial infarction

thrombus forming within a dilated left ventricular aneurysm

Cardiomyopathies

Diseased valves: → rheumatic heart disease
endocarditis

نواحی دیگر ایجاد کننده آمبولی شریانی

- ترمبوزهای مورال آنوریسمهای آئورت

- توراسیک

صعودی

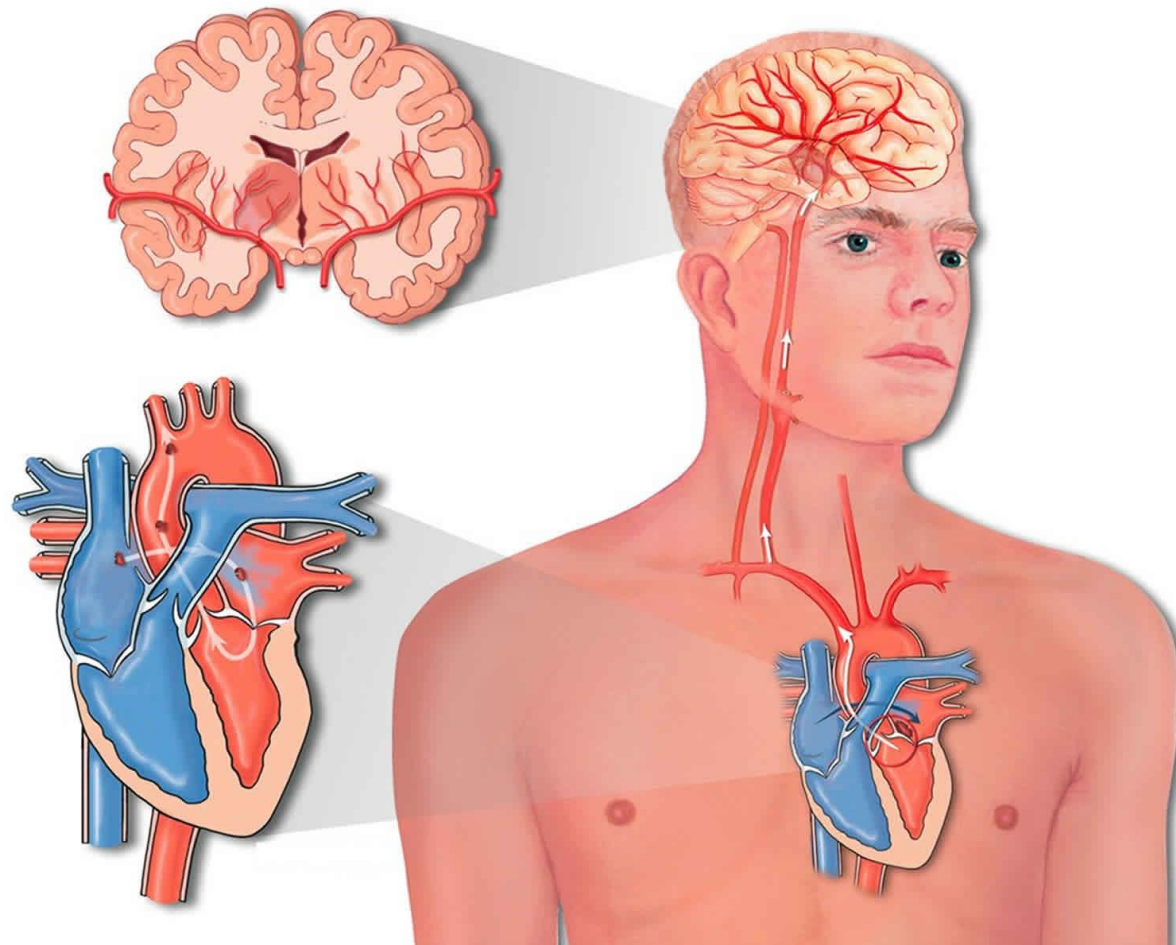
نزولی

- شکمی

- پلاکهای آترواسکلروتیک سراسر آئورت (آتروآمبولی و ترومبوآمبولی)

Paradoxical embolus

- نقص و وجود دیفکت در سپتای قلبی
- عبور آمبولی وریدی از این دیفکت و رفتن به سیستم شریانی



ترومبوز شریانی

- در طول درخت شریانی
 - در بازسازی های شریانی و گرافتهای عروقی
- غالباً دراری ضایعات اترواسکلروتیک زمینه ای
- آنوریسمهای دژنراتیو
- ← اهمیت شرح حال و معاینه بالینی اندام مقابل

علائم بالینی ایسکمی حاد شریانی اندام

- “6 Ps”:

pain

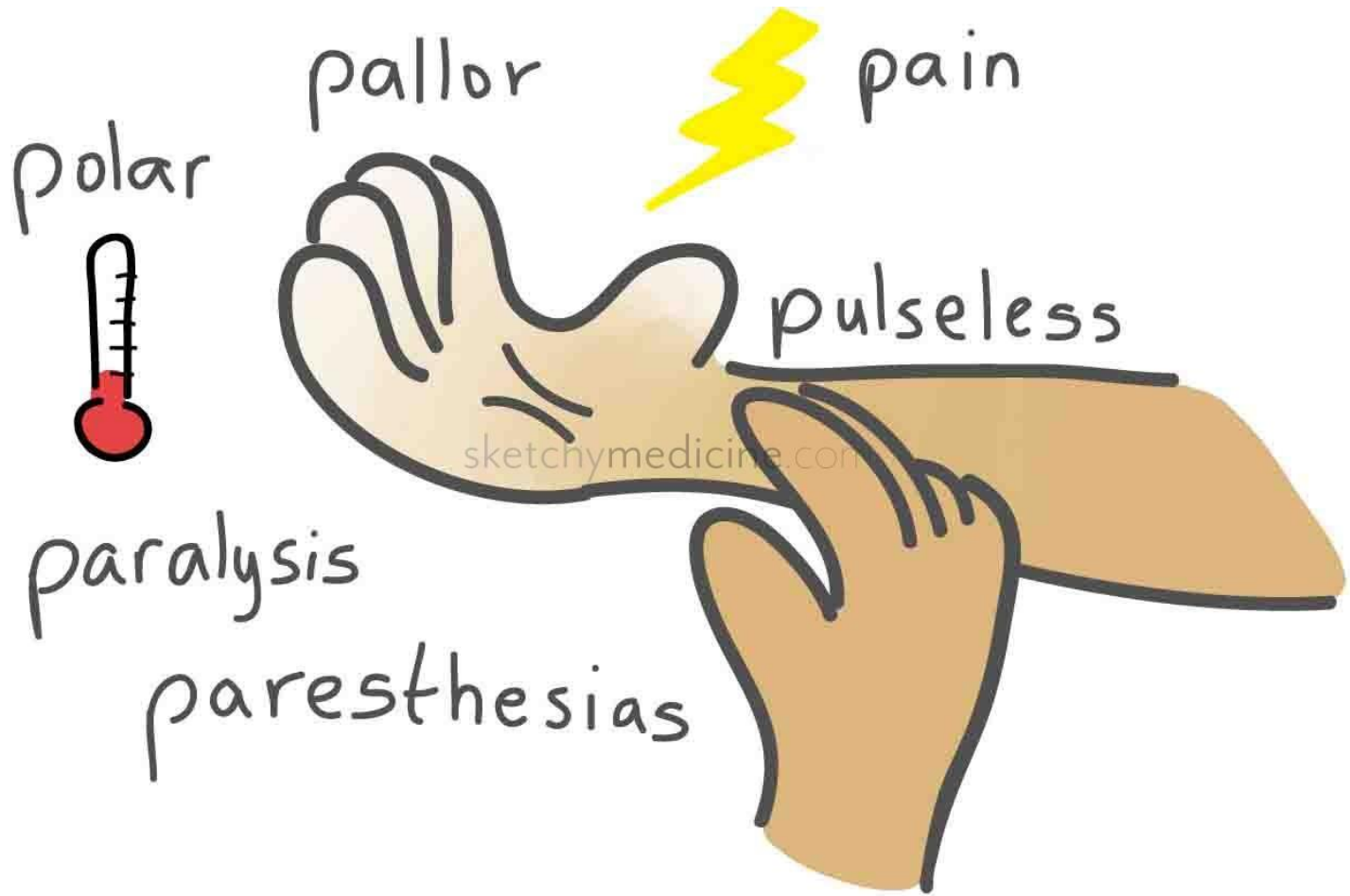
pallor

paresthesias

paralysis

pulselessness

poikilothermia or “perishing cold”



- شایعترین محل برای نشستن آمبولی های شریانی در اندام تحتانی محل بایفورکیشن شریان فمورال مشترک می باشد.

- درد پا و کاف عضلات ساق

- عدم لمس نبض ها و یا کاهش آنها

- عدم توانایی در حرکت اندام ← یافته بسیار مهم

- عدم لمس نبض هر دو شریان فمورال :
saddle embolus to the aortic bifurcation

- درد و لنگش دو طرفه باتوک و لگن
- ایمپوتنسی
- فقدان نبض فمورال دو طرف
- (سندروم لریش)

Management

در حین بررسی و اداره بیمار مبتلا به ایسکمی حاد اندام نکته بسیار مهم اخذ شرح حال دقیق و معاینه و مقایسه یافته ها با اندام غیر درگیر بیمار می باشد.

- یکی از اطلاعات دقیق و مورد نیاز مشخص کردن این میباشد که آیا بیمار قبلا پروسیجر عروقی و یا سابقه لنگش قدیمی داشته است؟

- در صورت مثبت بودن هر کدام از این سوالات نشان دهنده وجود بیماری عروقی زمینه ای بوده و ریواسکولاریزاسیون را

پیچیده تر کرده فلذا نیازمند بررسی تصویربرداری برای اتخاذ

پلان درمانی می باشد.

- در طرف مقابل در بیماری که بدون وجود هیچ سابقه قبلی و همچنین نرمال بودن اندام مقابل آمبولی به شدت مطرح بوده و فرایند آمبولکتومی بدون انجام یافته های تصویربرداری قابل انجام می باشد.

Table 23-19

Classification of peripheral arterial disease based on the Fontaine and Rutherford classifications

FONTAINE CLASSIFICATION		RUTHERFORD CLASSIFICATION		
STAGE	CLINICAL	GRADE	CATEGORY	CLINICAL
I	Asymptomatic	0	0	Asymptomatic
IIa	Mild claudication	I	1	Mild claudication
IIb	Moderate to severe claudication	I	2	Moderate claudication
		I	3	Severe claudication
III	Ischemic rest pain	II	4	Ischemic rest pain
IV	Ulceration or gangrene	III	5	Minor tissue loss
		III	6	Major tissue loss

درمان

- اکسیژن تراپی
- ضد درد
- کاتتر فولی و کنترل برون ده ادراری
- شروع هپارین در صورت عدم وجود کنتر اندیکاسیون
- بررسی تستهای وضعیت هایپرکواگولوپاتی در صورت شک بالینی قبل از شروع هپارین

انواع روشهای درمانی

- درمان اولیه آنتی کواگولان
- درمان تروبولیتیک
- درمان اندوواسکولار
- درمان جراحی

?

با تشکر از توجه شما