

معرفی یک مورد پارگی قلب متعاقب ترومای نافذ قفسه سینه

دکتر سید مصطفی شیریزی^۱، دکتر عباس مدیر^۲

چکیده

در هر بیمار با زخم نفوذی سینه باید به فکر آسیب نفوذی قلب بود که تظاهر آن به دو حالت تامپوناد قلبی و شوک هموراژیک می باشد. تهیه گرافی سینه باعث تأخیر در تشخیص و درمان می شود. نقش اکوکاردیوگرافی و پریکاردیو سنتز نیز مورد بحث است بعضی مؤلفین ایجاد پنجره پریکارد را در ساب گزیفونید وسیله تشخیصی انتخابی می دانند در صورت شک به آسیب نفوذی قلب، بعد از اقدامات احیاء، انجام تورا کوتومی و ترمیم لازم است و با درمان سریع ۸۰٪ بیماران زنده می مانند. مورد معرفی بیماری ۸ ساله با Stab Wound و کاهش صدا در همی تورا کس چپ و هموتورا کس و با شک آسیب قلبی، اکوکاردیوگرافی شد که نتیجه آن منفی بود. در تورا کوتومی اورژانسی انجام شده، پارگی قدامی و خلفی بطن راست ترمیم شد. بعد از ۸ روز بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

واژه‌های کلیدی: پارگی قلب، ترومای نافذ قفسه سینه

مقدمه

آسیب های نفوذی قلب بطور شایع در نتیجه اجسام برنده مثل چاقو (Stab Wound) و آسیب گلوله (Gunshot) می باشد^(۱) و در هر بیمار با زخم نفوذی سینه، در محل و مسیری که می تواند آسیب قلب ایجاد کند باید به فکر آن بود^(۱). با توجه به اینکه بطن راست (RV) ۵۵ درصد و بطن چپ (LV) ۲۰ درصد و دهلیز راست (RA) و عروق بزرگ به ترتیب ۱۰، ۱۵ درصد دیواره قدامی قلب را تشکیل می دهند^(۲) در آسیب نفوذی قلب، درگیری حفرات به تنهایی به ترتیب: RV، ۳۵ درصد و LA بطور خیلی کمتر شایع می باشد و در

(تریاد Beck که شامل هیپوتانسیون، افزایش فشار وریدی مرکزی، کاهش صدای قلبی) که بیشتر ناشی از Stab Wound است و شوک هموراژیک^(۲). اگر وضعیت بیمار اجازه دهد، گرافی از قفسه صدری گرفته می شود^(۱) ولی بعضی معتقدند گرافی باعث تأخیر تشخیص قطعی و درمان می شود^(۲). نقش اکوکاردیوگرافی و پریکاردیو سنتز مورد بحث است. ولی در یک مطالعه، اکوکاردیوگرافی روش حساسی در ارزیابی آسیب نفوذی مشکوک قلب شناخته شده است^(۲). بعضی از مؤلفین ایجاد Sub Xiphoid Pericardial Window را در بخش اورژانس یا اتاق عمل با آنستزی لوکال یا جنرال خفیف،

۱ و ۲ - استادیار گروه جراحی عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

۳۰ درصد موارد بیش از یک حفره قلبی آسیب می بیند^(۱). بطور کلی بیماری در دو حالت تظاهر می کنند که تامپوناد قلبی

داشت و پریکارد دچار پارگی بوده و خروج خون از آن دیده می شد با باز نمودن پریکارد، متوجه پارگی در سطح قدامی بطن راست شدیم که به طریق Horizontal و با سیلک دو صفر سوچور شد. در بررسی بیشتر، پارگی سطح خلفی بطن راست را مشاهده نمودیم که با نخ پرولین دو صفر ترمیم شده در حین ترمیم دیواره خلفی بیمار دچار ایست قلبی گردید که با الکتروشوک و ماساژ باز، عملیات احیاء مؤثر واقع شد. پریکارد را باز گذاشته و با گذاشتن لوله سینه در هفتمین فضای دنده ای و در خط وسط زیر بغلی، توراکس بسته شده و بیمار در بخش ICU قلب بستری شده و پس از ۴۸ ساعت به بخش جراحی منتقل گردید و سپس بعد از ۶ روز با حال عمومی خوب مرخص گردید.

در طول دوره Post Op بیمار دچار آتلکتازی لوب تحتانی ریه چپ شده که با انجام فیزیوتراپی بهبود یافت. همچنین در اکوکاردیوگرافی کنترل، بجز Trivial TR و شیفته قلب به مدیاسین فوقانی چپ (ناشی از آتلکتازی احتمالی) بقیه موارد نرمال گزارش شد و در فالوآپ ۲ سال بعد بیمار مبتلا به Ventricular Septal Defect (VSD) شده بود که توسط متخصص جراحی قلب کاندید جراحی جهت اصلاح آن شد.

بحث و نتیجه گیری

در بیماران با ترومای نافذ قفسه صدری و بالای شکم باید به فکر آسیب قلبی بود با وجود امکانات جهت انتقال سریع مصدومین به محل اورژانس، ۸۰-۶۰ درصد بیماران با آسیب قلبی در محل حادثه یا قبل از رسیدن به اورژانس فوت می کنند. در اغلب بیمارانی که در اثر اصابت چاقو به قفسه صدری دچار پارگی قلب می شوند با تظاهرات تامپوناد قلبی مواجه می شویم که علت آن سوراخ کوچک روی پریکارد است. ولی در پارگی قلب ناشی از گلوله، اکثراً با تابلوی خونریزی به داخل فضای پلور مواجه می شویم در مورد گزارش شده با وجود ضربه چاقو و پارگی کوچک پریکارد، بیمار با تابلوی هموتوراکس ماسیو به اورژانس آورده شد و با انجام اکوکاردیوگرافی، پارگی قلب قبل از عمل رد شده بود و لیکن

وسیله تشخیصی انتخابی می دانند که اگر هیچ خونی در پریکارد نباشد آسیب قلبی تقریباً بطور مطمئن رد می شود^(۲).

در هر بیمار با آسیب نفوذی و مشکوک به آسیب قلبی می بایست اقدامات احیاء (شامل کنترل مجرای هوایی، جایگزینی مایع، گذاشتن Chest Tube) انجام شود^(۱) اگر علائم بیمار ناپایدار و خیلی مشکوک به آسیب قلبی است، توراکوتومی و ترمیم لازم است. در عین حال درمان تهاجمی شامل توراکوتومی در بخش اورژانس، منجر به بقاء تعداد قابل توجهی از بیماران می شود که اجازه انتقال به اتاق عمل را نمی دهد^(۲). با درمان سریع و مؤثر، حدود ۸۰٪ بیماران زنده می مانند و در اینها نتایج فونکسیون عالی است^(۱). در یک مطالعه گزارش شده است که آسیب های گلوله به همراه تأخیر در رسیدن به بیمارستان و درمان، با میزان مرگ و میر بالایی همراه بوده است^(۳). یکی از عوارض تأخیری در آسیب نفوذی قلب فیستول شریانی آئورتو-پولمونر می باشد^(۴).

معرفی بیمار

بیمار پسر بچه ۸ ساله ای بود که به دنبال نزاع دچار Stab Wound در ناحیه سومین فضای دنده ای همی توراکس سمت چپ شده و پس از ویزیت توسط پزشک عمومی شهرستان مهریز، بلافاصله به مرکز پزشکی افشار یزد اعزام و پس از گذشت ۲ ساعت از زمان برخورد چاقو به این مرکز رسیده بود (پرونده بیمار شماره ۱۱۰۶۷۶ بیمارستان افشار یزد).

در معاینه اولیه بیمار با BP 70/50 mmHg و زخم در سومین فضای بین دنده ای و در خط میدکلاویکولر چپ مشاهده شد. در سماع ریه کاهش صدای واضح در همی توراکس چپ داشت که با توجه به شرایط فوق الذکر بلافاصله لوله سینه Chest Tube در محل گذاشته شده و حدود یک لیتر خون خارج شد که به دلیل ادامه یافتن خروج خون و تشخیص احتمالی آسیب قلب، اکوکاردیوگرافی انجام شد که نتیجه نرمال و بدون افیوژن پریکارد گزارش گردید با شک آسیب قلب توراکوتومی اورژانس انجام گردید که نتایج چنین بود. حدود نیم لیتر خون داخل همی توراکس چپ وجود

اتاق عمل منتقل شده و این نباید بیشتر از ۵ دقیقه طول بکشد. میزان عفونت زخم پس از یک توراکوتومی غیر استریل کمتر از ۵ درصد است (۲).

پیشنهادات: در جهت نجات بیماران با آسیب های قلبی توجه همکاران گرامی را به نکات زیر جلب می کنیم:

۱- در هر بیمار با ترومای نافذ قفسه صدری و بالای شکم باید به فکر آسیب قلبی باشیم.

۲- اقدامات احیاء بیماران، مقدم به اقدامات تشخیصی پاراکلینیک است.

۳- بیمار با آسیب قلبی باید به نحوه سریع به اتاق عمل جراحی منتقل شود.

۴- در صورتیکه بیمار با ایست قلبی به اورژانس آورده شود باید به فکر پارگی قلب باشیم و توسط جراح مجرب توراکوتومی در همان محل اورژانس جهت کنترل خونریزی انجام شود.

۵- انجام گرافی قفسه صدری و یا اکوکاردیوگرافی در بیماران آسیب قلبی که علائم حیاتی آنها ناپایدار است (Unstable)، هیچ لزومی ندارد و صرفاً باعث اتلاف وقت می شود.

به دلیل ادامه خونریزی از لوله قفسه صدری، توراکوتومی اورژانسی انجام شد که خون بطور مستقیم از بطن راست به فضای پلور فوران داشت و در بررسی بیشتر، متوجه پارگی در قسمت خلف بطن راست نیز شدیم که در آن موقع خونریزی فعال نداشت. زمان، فاکتور مهمی در نجات بیماران با آسیب قلبی می باشد بیماران مشکوک را باید فوراً به اتاق عمل برده و پس از عملیات احیاء، توراکوتومی اورژانسی به عمل آید و حتی در مواردی با تابلوی ایست قلبی به اورژانس آورده می شود و شک به پارگی قلب است، توسط جراح با تجربه می توان در اتاق درمان اورژانس، توراکوتومی در شرایط غیر استریل به عمل آورد و پس از کنترل خونریزی با فشار انگشت و سپس با بخیه های متقاطع جهت ادامه جراحی، بیمار به اتاق عمل انتقال یابد. بیمار گزارش شده در یکی از شهرستانهای استان یزد، که فاصله تقریبی ۳۰ کیلومتر داشته، مورد اصابت قرار گرفته و حدود ۲ ساعت از زمان حادثه تا انتقال به اتاق عمل طول کشیده است. باید توجه کنیم در صورتی که علائم حیاتی بیمار ناپایدار است، لزومی به انجام گرافی قفسه صدری یا اکوکاردیوگرافی نیست و صرفاً با توجه به محل آسیب قفسه صدری و علائم حیاتی تصمیم به توراکوتومی اورژانس یا پریکاردیوستنزی می گیریم. عوارض پس از جراحی که بیمار را تهدید می کند شامل: خونریزی، آریتمی، عفونت، اتلکتازی و Post-Pericardiotomy Syn است که این بیمار تنها دچار اتلکتازی لوب تحتانی ریه چپ شد و با فیزیوتراپی قفسه صدری بهبود یافت. دو عامل مهلک و خطرناک در ترومای نافذ، خونریزی و نامپوناد قلبی است. زخم های ناشی از چاقو اغلب منجر به تامپوناد می شود زیرا پارگی پریکارد کوچک است ولی زخم های ناشی از گلوله، منجر به خونریزی زیاد می شود. بطن راست که در قدامی ترین قسمت قلب است، بیشتر در معرض ترومای نافذ است و در کلیه بیماران با ترومای نافذ قفسه صدری و بالای شکم باید به فکر آسیب قلبی بود. علائم شایع شامل: تاکی کاردی، هیپوتانسیون، هموتوراکس، نبض ضعیف، برجسته شدن وردی جوگولر و کاهش صدای قلبی است. بیماران با پارگی قلب باید سریعاً به

References

- 1- John.W, Kirklin . Cardiac Surgery , Brain.G , Barratt-. Cardiac Trauma 2th Editi. Churchil livingstone 1992. Vol 2 , PP: 1227-29.
- 2- Fred .A, Crawford . *Asabiston Textbook of surgery* Jr. M.D , Penetrating Cardiac injuries. W.D , Saunder, 1997, PP: 1956-9.
- 3- Campbell. N.C ; Themson .S.R, Mackart.D.J, Meumann.C.M; Van . Middelkoop .I ; Botha .J.B . *Review of 1198 cases of penetrating cardiac trauma.*. Durban– south Africa. Br.J.surg,1997 Dec,84(12), PP: 1737-40.
- 4- Black well . RA; Symbas . PW , *Delayed traumatic aorta . pulmonary artery fistula .* Atlanta . Georgia, USA , J Trauma, 1998 Jan , 44(1) , PP: 212-3 .