

گزارش یک مورد پارگی مری به دنبال مصرف نوشابه گاز دار سرد و مروری بر منابع پزشکی

دکتر علی اکبر بیگی*، دکتر وحید گوهریان**، دکتر محمدرضا عسگرزاده**، دکتر سیاوش صحت***

خلاصه:

ما بیماری را معرفی می کنیم که به دنبال مصرف نوشابه گازدار سرد دچار پارگی مری شده است. این بیمار قبل از مصرف نوشابه مشکل خاصی نداشتند ولی به دنبال مصرف نوشابه دچار درد شدید خلف استرنوم و نیمه راست توراکس می شود. در ابتدا به دنبال تنگی نفس و درد قفسه سینه راست با تشخیص پلورال افیوژن و آمپیم جهت بیمار لوله قفسه صدری راست گذاشته می شود و پس از آنکه رژیم معمولی جهت بیمار شروع شد از لوله قفسه صدری مواد غذایی خورده شده خارج گردید با وجود افزایش مصرف نوشابه های گازدار به خصوص در فصل تابستان پزشکان باید به فکر این عارضه جدی و خطرناک باشند.

واژه های کلیدی: پارگی مری، نوشابه، درد قفسه سینه، پلورال افیوژن، ازوفاکوستومی شکمی

زمینه و هدف

ثبت بالینی

مرخص می شود با این وجود، درد بیمار ادامه داشته و بیمار با افزایش تنگی نفس، تب نیز پیدا می کند و بعد از هر بار غذا خوردن دچار حالت تهوع و استفراغ شده و حال عمومی بیمار لحظه به لحظه بدتر می شود. نهایتاً بیمار ۴۸ ساعت بعد از ایجاد عارضه به مرکز اورژانس ما مراجعه می کند و در سرویس داخلی به علت تنگی نفس و تب بستری می شود. در معاینات اولیه نکات مثبت پاتولوژی وی شامل $PR=120$, $RR=28$, $T=39$ و کاهش سمع ریوی در طرف راست بود. در گرافی قفسه صدری وی پلورال افیوژن بدون پنوموتوراکس در قاعده ریه راست داشت که در آسپیراسیون مایع پلور، مایع کدر و چرکی خارج گردید. لذا با تشخیص آمپیم ریوی جهت بیمار لوله قفسه صدری گذاشته می شود که حدود $1100cc$ ترشحات چرکی خارج می گردد. روز

یک خانم ۵۲ ساله چهار روز قبل از مراجعه به اورژانس ما (ساعت ۱ بعد از ظهر) بلافاصله به دنبال بلع حجم قابل ملاحظه ای از نوشابه گازدار سرد که از بطری نوشابه مصرف کرده بود دچار درد ناگهانی در خلف استرنوم و همی توراکس راست شده بود. درد بطور مداوم بود و با بلع بدتر شده و به همراه تنگی نفس، تهوع و استفراغ به خصوص بدنبال مصرف مواد خوراکی بوده است. درد همچنین به پشت و شانه ها تیر می کشیده است. بیمار سابقه بیماری خاصی دستگاه گوارش و یا مشکل بلع نداشته است و داروی خاصی نیز مصرف نمی کرده است. بیمار ابتدا به بیمارستان درمانی دیگر مراجعه کرده است و با تشخیص گاستریت و ازوفازیت تحت درمان مسکن (مرفین)، رانیتیدین، متوگلوپرامید قرار گرفته و به دنبال کاهش درد بیمار ۲۴ بعد از بیمارستان

نویسنده پاسخگو: دکتر علی اکبر بیگی

تلفن: ۰۳۱۱-۶۲۴۹۰۳۱-۳

Email: aa_beigi@Yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء، بخش جراحی عمومی و عروق

** دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء، بخش جراحی عمومی

*** استاد جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ وصول: ۱۳۸۳/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۰۴/۲۸

www.SID.ir



(شکل شماره ۳)

عمل جراحی

پس از اقدامات اولیه قبل از عمل و آمادگی بیمار جهت عمل جراحی، با توجه به احتمال سوراخ شدن مری در نیمه قفسه صدری توراکوتومی پوسترولترال راست برای بیمار انجام شد. پارگی مری در قسمت میانی به طول ۵ سانتیمتر در طرف راست به همراه پارگی پلور مدیاستال مجاور همراه با التهاب موضعی بافت‌های اطراف مشاهده شد با توجه به عدم وجود مدیاستیت شدید ترمیم مری به طور اولیه بر روی لوله T-Tube همراه با پوشش پلورمدیاستیان در محل ترمیم اولیه انجام شد و درناژ آزاد حفره پلور توسط لوله قفسه صدری ایجاد شد. علائم التهاب و عفونت در مدیاستن فوقانی بطور خفیف وجود داشت.

لوله ژژنوستومی برای بیمار گذاشته شد و بیمار به ICU منتقل تا ۴ روز پس از عمل مشکل خاصی نداشت و گاوژ را تحمل کرده بود. در روز پنجم بعد از عمل دچار تب شد ولی همودینامیک وی پایدار بود. در روز ششم ترشحات تیره رنگ از لوله قفسه صدری خارج شده و تب بیمار افزایش پیدا کرده با احتمال نشت محل ترمیم بلع بلودومتیلن انجام شد که ماده رنگی از لوله قفسه صدری خارج شد. لذا با توجه به وضعیت عمومی بیمار مجدداً کاندید عمل شد. بیمار تحت عمل ازوفاگوستومی + ازوفاگوستومی گردنی + ازوفاگوستومی شکمی قرار گرفت و قسمتی از مری توراسیک که آسیب دیده بود خارج گردید. در این عمل به جای استفاده از گاستروستومی با هدف حفظ معده جهت عمل جراحی ترمیمی بعدی، با استفاده از ۴ سانتیمتر انتهای مری از ازوفاگوستومی جلدی

بعد که جهت بیمار رژیم غذایی شروع می‌شود متوجه خروج مواد غذایی مصرف شده از لوله قفسه صدری می‌شوند که نهایتاً بیمار به سرویس جراحی ارجاع می‌شود گلبول‌های سفید خون بیمار به طور متوسط بالا بود. در معاینه بیمار تب ۳۸ درجه در قفسه صدری و تنگی نفس وجود داشت.

آزمایشات پاراکلینیک بیمار: ECG بیمار نرمال بود با توجه به علائم بالینی و پاراکلینیکی بیمار جهت وی احتمال پرفوراسیون مری مطرح شد که جهت تأیید ازوفاگوگرام با گاستروگرافین در ابتدا در خواست شد که با توجه به حال عمومی بیمار و عدم امکان سریع انجام این آزمایش با بلع بلودومتیلن و مشاهده خروج آن از لوله قفسه صدری تشخیص محرز شد. لذا بیمار ابتدا دهیدراته شد و تحت درمان ۳ آنتی‌بیوتیک سفتریاکسون 1 gr/q 2h/IV، کلیندامایسین 600 mg/q.sh/IV قرار گرفت و بعد از احیای کافی تحت عمل جراحی قرار گرفت (تصاویر ۱-۳).



(شکل شماره ۱)



(شکل شماره ۲)

مری، اختلالات عصبی و حرکتی باعث ایجاد زمینه بروز این سندرم می‌شوند^{۴۹} در بین افرادی که دچار پارگی کامل مری شده‌اند اگر درمان در ۲۴ ساعت اول بروز علائم باشد مرگ و میر ۲۴-۱۳٪ می‌باشد و اگر درمان بین ۲۸-۲۴ ساعت بعد از شروع علائم باشد ۶۵-۳۳٪ و اگر درمان پس از ۴۸ ساعت انجام شود ۸۹٪ می‌باشد.^{۳۷} شایعترین علائم این سندرم درد پشت استرنوم می‌باشد و علائم مرتبط با آن شامل دیسفاژی اودینوفاجی، دردهای قفسه صدری پلورتیک و تنگی نفس می‌باشد.^۲ پنوموتوراکس و پلورال افیوژن بیشتر در بررسی‌های رادیولوژیک یافت می‌شوند و قفسه صدری ممکن است آمفیژمای زیر جلدی، هوای مدیاستن، پهن شدن مدیاستن، سطح هوا، مایع مدیاستن، پلورال افیوژن، پنوموتوراکس و یا هیدروپنوموتوراکس را نشان دهد^{۴۸} و در ۲۳-۱۲٪ بیماران نرمال باشد.^۸

در صورت شک زیاد به پارگی مری یک ازوفاگوگرام با کنتراست محلول در آب باید انجام شود و در صورت منفی بودن جواب آن باریم انما تکرار شود. این آزمایشات در ۱۰٪ موارد می‌تواند منفی کاذب باشد.^۸

در صورتیکه پلورال افیوژن مشاهده شد توراکوستنز آن ممکن است ذرات غذایی و سلول‌های اسکوااموس بزاق را نشان دهد. مایع آسپیره شده ممکن است $\text{PH} < 6$ و آمیلاز بالا داشته باشد.^{۸۹}

همانگونه که ذکر گردید، سندرم Borhaave در زمینه بیماری زمینه‌ای مری در طرف چپ قفسه صدری و در بالای محل اتصال مری به معده ایجاد می‌گردد.^{۴۹} و پارگی خودبخود مری در غیاب هر گونه اختلال فانکشنال و یا بیماری مری، یک اتفاق نادر است.

Meyeroritch و همکارانش در مقاله‌ای ۶ عنوان از پارگی مری را به دنبال مصرف نوشابه‌های گازدار از طریق بطری را مطرح کردند.^۷

درمان پارگی مری با توجه به محل و منشاء پرفوراسیون و مدت زمان تأخیر تا تشخیص بیماری متفاوت می‌باشد. درمان کنسرواتیسو در پارگی‌های مخاطی و یا موضعی در بیماران Stable توصیه می‌شود. ترمیم اولیه در ۲۴ ساعت اول به دنبال پرفوراسیون نتایج قابل قبولی دارد. استفاده از T-Tube به عنوان Stent و ترمیم اولیه به عنوان یک درمان آلترناتیو در پارگی‌های تأخیری مری با ۵۰-۳۶٪ موفقیت همراه است. ولی در صورت وجود مدیاستیت شدید اکسیژن مری، ترمیم و بازسازی تأخیری مری مرجح است. در این بیمار با توجه درناژ

شکمی (همانند انجام ایلئوستومی) استفاده شد. از ازوفاگوستومی شکمی یک سوند نلاتون عبور داده شد تا در ادامه درمان به عنوان تغذیه‌ای روده‌ای مورد استفاده قرار گیرد. پس از این عمل، بیمار حال عمومی خوب پیدا کرده و با تحمل گاوژ از طریق لوله ازوفاگوستومی شکمی و بدون تب و با علائم حیاتی پایدار مرخص گردید.

ده هفته بعد بیمار در شرایط مناسب کاندید عمل کولون اینتر پوزیشن شد که با استفاده از کولون چپ به روش رترواسترنال کولون بای‌پس انجام گرفت. در این عمل از محل ازوفاگوستومی شکمی سوند نلاتون عبور داده شد و از آن به عنوان دکمپرسور معده استفاده شد و بعد از ۱ هفته که تغذیه دهانی شروع شد این لوله خارج گردید.

سه ماه بعد از عمل جراحی باز سازی مری، بیمار با شکایت خروج گاز از محل ازوفاگوستومی شکمی مراجعه کرد که بطور سرپایی با استفاده از آنستزی موضعی محل ازوفاگوستومی شکمی بیمار ترمیم شد.

بحث

پارگی خودبخودی مری اولین با توسط Herman Borhaave و پزشک هندی در سال ۱۷۲۴ توصیف شد. بروز علائم کلاسیک این سندرم، به دنبال نیروی ناشی از استفراغ می‌باشد. سندرم Borhaave به علت افزایش فشار داخل مری ایجاد می‌شود که در اثر اتساع ناگهانی مری در یک فضای بسته به وجود می‌آید.^{۳۴} در این سندرم بدنبال بلع سریع نوشابه‌های سرد، فرض بر این است که این نوشابه‌ها باعث اسپاسم قسمت دیستال مری به دنبال آن، اتساع قسمت پروگزیمال شده که با افزایش ناگهانی فشار داخل لومن مری باعث پارگی مری می‌شود.^۲ مورد مشابه گزارش شده که مصرف نوشابه‌های گازدار باعث خراشیدگی مخاطی و زیر مخاطی شده‌اند. Mahal, Oriscello یک مرد ۶۷ ساله را معرفی کردند که به دنبال بلع نوشابه سرد از بطری دچار دو شکاف مخاطی شده بود.^۵

Jernloh, Cooke یک خانم ۵۷ ساله را معرفی کردند که به دنبال مصرف نوشابه سرد گازدار، دچار آسیب مخاط و زیر مخاط مری به طول ۱۰ سانتیمتر در دیواره خلفی جانبی چپ در ۳ سانتیمتری بالای محل اتصال مری به معده شده بود.^۶ گرچه سندرم Borhaave نسبتاً ناشایع است ولی یک بیماری جدی است. ضعف دیواره مری در شرایطی مثل ریفلاکس ازوفاژیت، ازوفاژیت عفونی، زخم بارت، تنگی خوش‌خیم، کارسینومای

ایجاد ایلئوستومی با خارج گذاشتن این منقطه نه تنها از این استوما به عنوان دکومپرسیون معده بلکه به عنوان یک راه مطمئن و بدون عارضه جهت تغذیه انتیروال استفاده می‌گردد و تمام مواد غذایی بدون توجه به غلظت و اسمولاریته را می‌توان به بیمار دارد و حتی در عمل جراحی بای‌پس کولون، از عمل ازوفاگوستومی شکمی می‌توان جهت دکومپرسیون معده به جای استفاده از NG Tube استفاده می‌گردد.

نتیجه‌گیری

متخصصین داخلی و جراحی پارگی مری به دنبال بلع نوشیدنی‌های گازدار سرد را بایستی در نظر داشته باشند زیرا عدم تشخیص به موقع سبب صدمات جبران ناپذیری به بیمار می‌گردد و تشخیص زود هنگام این بیماری نجات‌بخش بیماران می‌باشد.

مدیاستن به داخل فضای پلور به واسطه پارگی همزمان مری و پلورمدیاستینال و محدود بودن مدیاستیت در منطقه گرفتار، با انجام ترمیم اولیه بر روی T- Tube سعی بر حفظ مری و ایجاد یک فیستول مروی جلدی کنترل شده داشتیم که متأسفانه با نشت در محل ترمیم مجبور به اکسیژون مری گرفتار شدیم. انجام ازوفاگوستومی گردنی و گاستروستومی و رزکسیون مری توراسیک و شکمی و بستن کاردیا یک اقدام جراحی استاندارد است. لیکن با توجه به اینکه انجام گاستروستومی استفاده از معده را به عنوان یک Conduit برای بازسازی مری و انجام بای‌پس ازوفاگوگاستریک با مشکل مواجه می‌سازد و در مواردی استفاده از کولون جهت بازسازی مری، از نظر تکنیکی قابل انجام نمی‌باشد لذا ما انجام ازوفاگوستومی شکمی و حفظ معده را به عنوان راهکار جدید مطرح می‌کنیم. در این روش با استفاده از ۴ سانتیمتر انتهای مری شکمی، همانند

Archive of SID

Abstract:

**Report of a Case Esophageal Rupture after a Cold Drink
and Review of ???**

Beigi A. MD^{*} , Goharian V. MD^{**} , Asgarzadeh M.R. MD^{**} , Sehat S. MD. FRCS^{}***

We introduce a patient that had an esophageal rupture after a cold drink. This patient had not any problem before last drinking. After a cold drink, a sudden sever retrosternal and right hemithoracic pain was started. Initially, with inspect to dyspnea and right chest pain, pleural effusion and empyema was diagnosed and a right side tube thoracostomy was done (right side chest tube). After regular diet starting, food materials were seen at her chest tube.

Because of high rate of cold drink consumption - especially at summer- physicians must be aware of this significant and harmful complications.

***Key Words: Esophageal Rupture, Cold Drinks, Empyema, Chest Pain, Plural Effusion,
Abdominal Esphagostomi***

** Assistant Professor of General Surgery, Esfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Esfahan, Iran*

*** Resident of General Surgery, Esfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Esfahan, Iran*

**** Professor of General Surgery, Esfahan University of Medical Sciences and Health Services, Al-Zahra Hospital, Esfahan, Iran*

References:

1. Borhaave H. Atrocis nec descripti prius, morbid historia secundum medicae artis leges conscripta, lugduni batavorum, boutesteniana. medici 1724; 60 (Translated in Bull med libr assoc 1955; 217-240)
2. Singh GS, slovis CM. "Occult" Boerhaaves syndrome. J Emerg med 1988; 6: 13-16.
3. Bierke HS. Boerhaave 's syndrome and barogenic injuries of the esophagus .chest surge clin N Am 1994; 4:819-825.
4. Younes Z, Johnson DA. the spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury. J clin gastroenterol 1999; 29: 306-317.
5. Orisclo RG, mahal P. Gulper 's gullet {letter}. N Engl J med 1988; 319: 450.
6. Yern loh H, cook donpartia (esophageal) perforation associated with cold carbonated beverage ingestion. MJA 2004; 181(10): 554-555.
7. Megerovitch J, Ben Ami T, Rozenman J, Barzilary z. pneumatic rupture of the esophagus caused by carbonated drinks. pediater, radiol 1988, 18(16):468-70.
8. Jones WG, Ginsberg RJ. Esophageal perforation: a continuing challenge. Ann thorac surg 1992; 53 :534-543.
9. Duncan M, Wong RKH. Esophageal emergencies: things that will wake you from a sound sleep. Gastroenterol Clin north Am 2003; 32: 1035-1052.
10. Schwartz S.I, shiles G.T, spender F-C Daly j M, Fischer J.E, Gallo may A.C. principle of surgery 7 Th edition. HILL company New York - MCGRAW - 1999; (1): 1156-1158.
11. Townsend jr.M, Beauchamp R. O'Evers B.M, Mattox K.L. sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 16th edition. united states of America. W.B. Saunders company.2001:723-725.

Archive of SID