

گزارش یک مورد دایسکشن آئورت با تشخیص زودهنگام

وحیده قدیری^۱، شیما نیکبخت^{۲*}، محمدعلی پوراحمدی^۳، سیماسادات حجازی^۴، مریم رعنائی^۱

^۱ کارشناس پرستاری، بیمارستان آیت الله هاشمی رفسنجانی شیروان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مجتمع آموزش عالی سلامت و بیمارستان امام خمینی(ره) شیروان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۳ متخصص بیماری های قلبی، بیمارستان آیت الله هاشمی رفسنجانی شیروان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۴ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۰۹

چکیده

مقدمه: دایسکشن آئورت (Aortic Dissection) بیماری غیرشایعی می باشد که تشخیص دیررس آن با مرگ و میر بالایی همراه است و درمان فوری آن میزان بقای این بیماران را به طور قابل توجهی افزایش می دهد.

معرفی بیمار: در پژوهش حاضر گزارشی در مورد یک فرد بیمار (مرد) ۵۸ ساله که با شکایت درد شدید قفسه سینه و تعریق با تشخیص اولیه سندرم کرونری حاد در بخش مراقبت های ویژه قلبی بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان شیروان پذیرش شده بود، ارائه گردید. پرستار بخش متوجه اختلاف فشار خون بین دو دست بیمار شده و سریع پزشک معالج را مطلع ساخته بود و پزشک معالج با شک به دایسکشن، دستور انجام سی.تی. آنژیوگرافی قفسه سینه را داده بود. با توجه به نتایج سی.تی. آنژیوگرافی، تشخیص نهایی دایسکشن آئورت برای بیمار داده شد و بیمار بلافاصله جهت اقدامات بعدی به مرکز درمانی پیشرفته در استان مجاور اعزام گردید. **نتیجه گیری:** دخالت زودرس درمانی در ارتباط با دایسکشن آئورت از بروز عوارض بعدی جلوگیری نموده و منجر به کاهش مرگ و میر ناشی از آن می شود. همان طور که در ارتباط با بیمار مورد مطالعه، انجام بررسی های دقیق و به هنگام پزشکی و پرستاری توانست به تشخیص سریع و نجات جان بیمار منجر شود.

کلمات کلیدی: بیماری های قلبی، دایسکشن آئورت، گزارش موردی

مقدمه

و عفونی و بارداری از عوامل خطر ایجادکننده این اختلال می‌باشند (۲۰۱۰، ۱۳).

در پژوهش حاضر گزارشی در مورد یک بیمار با تشخیص دایسکشن آئورت پرداخته‌ایم که با اقدامات و تشخیص به‌هنگام مورد درمان قرار گرفته و روند بهبودی را طی می‌نماید.

شرح مورد

بیمار مورد مطالعه یک مرد ۵۸ ساله بود که در ساعت ۲۲:۰۵ آبان ماه سال ۱۳۹۶ با شکایت از درد شدید در قفسه سینه به همراه تعریق توسط خانواده‌اش به اورژانس بیمارستان امام خمینی(ره) شهرستان شیروان مراجعه نمود. در بیمارستان بلافاصله مسیر وریدی در دست بیمار برقرار شد و آزمایشات CBC (Complete Blood Count)، Cr، Na، K، PT-PTT (Prothrombin Time-Partial Thromboplastin)، INR (International Normalized Ratio)، Time Bun، (Blood Urea Nitrogen) و Troponin-I درخواست گشته و نمونه‌های درخواستی به آزمایشگاه ارسال گردید. در ادامه، بیمار تحت مانیتورینگ قلبی قرار گرفت و مشاوره قلبی در ساعت ۲۲:۲۰ انجام شد و بیمار در بخش CCU (Coronary Care Unit) بستری گردید. شایان ذکر است که علائم حیاتی بیمار در اورژانس مورد ارزیابی قرار گرفت که تعداد ضربان قلب معادل ۸۷، فشار خون برابر با ۸۵/۵۰ و SPO₂ (Peripheral Oxygen Saturation) معادل ۹۵ درصد گزارش گردید. باید خاطر نشان ساخت که ECG (Electrocardiography) انجام شده در اورژانس نشان‌دهنده ایسکمی قلبی بود. پیش از انتقال بیمار به CCU، اکوکاردیوگرافی اورژانسی توسط پزشک متخصص قلب انجام شد که نتیجه آن به شرح زیر می‌باشد:

Antrolateral H.K, mild AI-No TR, EF=55%

دایسکشن آئورت وضعیتی اورژانسی است که در آن پاره‌شدن انتیمای (Intima) آئورت باعث دایسکشن خون به داخل دیواره رگ می‌گردد و تقریباً همیشه از طریق یک پارگی لومینال مشخص می‌شود (۳-۱). دایسکشن آئورت بیماری غیرشایعی بوده و میزان گزارش شده آن ۵ تا ۲۷ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (۴،۵). این بیماری تهدیدکننده حیات بوده و تشخیص و درمان دیررس آن با مرگ و میر بالایی همراه می‌باشد (۷-۸)؛ به طوری که درصد مرگ و میر مبتلایان به ازای هر یک ساعت تأخیر در درمان، یک درصد افزایش می‌یابد؛ اما در صورت تشخیص زودرس و درمان به موقع آن، میزان بقای این بیماری به‌طور قابل توجهی افزایش پیدا می‌کند (۹،۱۰). بیش از ۲۵ درصد از افراد درمان نشده طی ۲۴ ساعت اول، ۵۰ درصد طی هفته اول و بیش از ۷۵ درصد طی ماه اول فوت می‌کنند. تشخیص سریع و مدیریت این بیماری، کلیدی برای کاهش بیماری‌زایی و مرگ و میر می‌باشد (۱۲-۱۰). تخمین زده شده است که ۲۱ درصد از بیماران مبتلا به دایسکشن آئورت قبل از درمان در بیمارستان فوت می‌کنند (۱۲).

این بیماری در تقسیم‌بندی Stanford به دو تیپ A و B تقسیم شده است. نوع A شامل درگیری آئورت صعودی با گسترش به سوی آئورت نزولی و یا بدون آن است و درمان قطعی آن جراحی می‌باشد. نوع B نیز شامل درگیری آئورت نزولی است که استراتژی‌های اولیه آن درمان‌های دارویی می‌باشد. دایسکشن تیپ A آئورت حتی با انجام جراحی، اختلالی کشنده و با پیش‌آگهی بد به شمار می‌رود؛ به طوری که هر یک ساعت تأخیر در تشخیص و درمان با افزایش ۱ تا ۲ درصد مرگ و میر همراه است (۱۰،۹). بیماری ژنتیکی و بیماری مارفان، درجه آئورت دولتی، فشار خون بالا، مصرف کوکائین، استعمال دخانیات، بیماری‌های مادرزادی مانند کوآرکتاسیون آئورت، آترواسکلروز، تروما، بیماری‌های التهابی



شکل ۱: تصویر سی.تی.اسکن تظاهر دایسکشن آئورت

روند بهبودی را طی می‌نماید.

بحث

شروع ناگهانی، شدید و حالت تیرکشیدن در قفسه سینه، شایع‌ترین و مشخص‌ترین علامت در بیماران مبتلا به دایسکشن آئورت می‌باشد که با عناوین "خنجرزدن، پاره‌شدن و یا چاک‌دادن (دریدن)" توصیف می‌شود. این درد بین دو کتف و گاهی در قدام قلب به سمت گردن و بازوها انتشار یافته و کم‌کم خفیف می‌شود. تجزیه و تحلیل دفتر ثبت بین‌المللی دایسکشن حاد (IRAD: International Registry of Acute Dissection) نشان می‌دهد که درد شدید قفسه سینه، بیشتر در نوع A شایع است؛ در حالی که درد پشت و درد شکمی در دایسکشن نوع B شایع‌تر می‌باشد. این احتمال وجود دارد که درد تغییر محل دهد و مسیر انتشار دایسکشن را دنبال کند (۶،۱۴). در این راستا پس از تجزیه و تحلیل پرونده ۹۷۷ بیمار از اسناد بین‌المللی دایسکشن حاد آئورت، تنها ۶۳ بیمار (۶/۴ درصد) درد نداشتند (۱۵). این درد با حداکثر شدت در همان ابتدا آغاز می‌شود؛ این امر وجه تمایز آن با انفارکتوس میوکارد می‌باشد که در آن شدت درد به تدریج افزایش می‌یابد (۱۲). بیمار مورد بررسی در پژوهش حاضر نیز با درد شدید قفسه سینه که به‌طور ناگهانی در حین انجام فعالیت روزانه ایجاد شده بود، به اورژانس مراجعه کرده بود.

در ساعت ۲۳:۰۰ بیمار با تشخیص اولیه ACS (Acute Coronary Syndrome) در بخش CCU بستری گردید و تحت مانیتورینگ قلبی قرار گرفت. ریتم بیمار، سینوسی همراه با PVC (Premature Ventricular Complex) و PAC (Premature Atrial Contracture) پراکنده بود. علائم حیاتی بیمار توسط پرستار بخش کنترل گردید و فشار خون بیمار از طریق هر دو دست مورد ارزیابی قرار گرفت که فشار خون دست راست معادل ۱۱۲/۷۸ و فشار خون دست چپ برابر با ۷۶/۴۵ بود؛ اختلاف فشار خون بین دو دست قابل توجه بود. این اختلاف فشار خون و درد داشتن بیمار به اطلاع پزشک معالج که در بخش حضور داشت، رسانده شد و پزشک به دلیل شک به دایسکشن آئورت، دستور انجام سی.تی.انژیوگرافی قفسه سینه را داد. پس از هماهنگی‌های لازم و آماده‌شدن جواب Cr و سایر آزمایشات که در محدوده نرمال بودند، در ساعت ۰۰:۳۰ سی.تی.انژیوگرافی انجام شد که در آن شواهد دایسکشن در آئورت صعودی با گسترش به سوی آئورت شکمی مشاهده گردید و با تأیید دایسکشن، بیمار در ساعت ۱:۳۰ بامداد جهت انجام اقدامات بعدی به مرکز درمانی پیشرفته در استان مجاور اعزام گردید و در آنجا تحت عمل جراحی قرار گرفت. وضعیت بیمار پس از گذشت ۱۵ روز از عمل جراحی مورد پیگیری قرار گرفت و گزارش گردید که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان،

بیشترین میزان بروز دایسکشن آئورت در فصل زمستان رخ می‌دهد (۱۲،۱۷)؛ اما در مورد بیمار مورد نظر در مطالعه حاضر، این اتفاق در فصل پاییز افتاده بود. اگرچه سن بالاتر یک عامل مستقل مؤثر بر افزایش مرگ و میر و عوارض اعمال جراحی می‌باشد؛ اما مطالعات پیشین نشان داده‌اند که تعداد بیماران سالمندی که به دلیل دایسکشن آئورت تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، رو به افزایش می‌باشد (۴)؛ زیرا روش‌های تصویربرداری و جراحی طی سالیان گذشته پیشرفت‌های زیادی داشته است و مطالعات اخیر نتایج قابل‌توجهی را در راستای بهبود مبتلایان به دایسکشن حاد آئورت نوع A پس از عمل جراحی نشان داده‌اند (۴،۱۰،۱۳). بیمار مورد اشاره در مطالعه حاضر نیز پس از اعزام، تحت عمل جراحی قرار گرفته بود.

چهار روش تشخیصی که معمولاً یک یا دو مورد از آن‌ها برای تشخیص بیماری کافی می‌باشد، عبارت هستند از: سی.تی اسکن، اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک، MRI (Magnetic Resonance Imaging) و آئورتوگرافی (۶). در ارتباط با بیمار مورد نظر، تظاهرات حاد بیماری و فشار خون غیرقرینه براکیال، نسبت به این بیماری شک ایجاد نمود و سپس با انجام سی.تی اسکن به‌طور قطعی تشخیص داده شد.

نتیجه‌گیری

دخالت زودرس درمانی در راستای دایسکشن ایجادشده از بروز آنوریسم بعدی و خطرات بالای آن پیشگیری خواهد کرد؛ همان‌طور که در ارتباط با بیمار مورد مطالعه، انجام بررسی‌های دقیق و به‌هنگام پرستاری و پزشکی توانست به تشخیص سریع و نجات جان بیمار منجر شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه کارکنان مراقبتی و درمانی و همچنین بیمار محترم تشکر و

به‌طور کلی تظاهرات بالینی، تنوع و هم‌پوشانی دارند. فشار خون بالا (مطالعات نشان داده‌اند که افراد جوان‌تر مبتلا به این بیماری (زیر ۴۰ سال) کمتر دچار فشار خون بوده‌اند)، تاکی‌کاردی و هیپوتانسیون ناشی از پارگی آئورت، تامپوناد پریکارد، نارسایی حاد دریچه آئورت و یا حتی ایسکمی حاد میوکارد با درگیری استیوم کرونری (Coronary Ostia) از جمله تظاهرات بالینی مشاهده شده می‌باشد. باید خاطر نشان ساخت که این احتمال وجود دارد که پالس‌های با ضرب متغیر یا غیرواقعی در اندام‌ها و سوفل دیاستولیک ناشی از برگشت خون آئورت تظاهر یابند. همچنین ممکن است سنکوپ، سکته مغزی و سایر تظاهرات عصبی ثانویه به سندرم مال‌پرفیوژن گسترش پیدا کنند. در این ارتباط، انجام یک معاینه کامل عصبی ضروری بوده و یافته‌ها باید مستند شوند (۱۲،۱۴). علاوه‌براین، در برخی از مواقع ممکن است به‌طور قابل‌توجهی در فشار خون سیستولیک یک دست با دست دیگر تفاوت وجود داشته باشد (۱۶). این وضعیت معمولاً زمانی ایجاد می‌شود که دایسکشن یکی از شریان‌های ساب‌کلاوین را درگیر نماید (۱۲). در این راستا در مورد بیمار مورد نظر در پژوهش حاضر نیز اختلاف فشار خون دو بازو مشهود بود.

جنسیت مرد و میانگین سنی حدود ۶۰ سال برای نوع A و ۷۰ سال برای نوع B از دیگر عوامل مستعد کننده مهمی هستند که منجر به گسترش دایسکشن می‌شوند (۱۴،۱۷،۱۸). در مطالعه مخبری و همکاران (۱۳۹۵) نیز بیشترین میزان دایسکشن آئورت در محدوده سنی ۷۱ تا ۸۰ سال رخ داده بود (۱۰). شایان ذکر است که بیمار مورد بررسی در پژوهش حاضر نیز مرد بود و در محدوده سنی کمتر از ۶۰ سال قرار داشت. مطالعات نشان داده‌اند که اوج بروز دایسکشن در اوایل صبح و بین ساعات ۶:۰۰ صبح تا ظهر رخ می‌دهد (۱۲)؛ اما بیمار مورد نظر ما در شب مورد حمله بیماری قرار گرفته بود. باید توجه داشت که

اخذ رضایت آگاهانه از بیمار انجام شده است.

قدردانی نمایند. شایان ذکر می‌باشد که این مطالعه پس از

References

- Morris-Stiff G, Coxon M, Ball E, Lewis MH. Post coital aortic dissection: a case report. *J Med Case Rep*. 2008; 2(1):6.
- Akbarzadeh PH. Standard prescriptions PSP aeries. 1st ed. Tehran: Pasha-Golban; 2009. P. 512. [in Persian]
- Pape LA, Awais M, Woznicki EM, Suzuki T, Trimarchi S, Evangelista A, et al. Presentation, diagnosis, and outcomes of acute aortic dissection: 17-year trends from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 66(4):350-8.
- Kawahito K, Adachi H, Yamaguchi A, Ino T. Early and late surgical outcomes of acute type A aortic dissection in patients aged 75 years and older. *Ann Thorac Surg*. 2000; 70(5):1455-9.
- Larson EW, Edwards WD. Risk factors for aortic dissection: a necropsy study of 161 cases. *Am J Cardiol*. 1984; 53(6):849-55.
- Forouzannia S, Mirhosseini S, Abedi H, Davoudi N. A case report of chronic aortic dissection: case report. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv*. 2001; 9(3):67-71. [in Persian]
- Hu WS, Lin CL. Bidirectional association between aortic dissection and atrial fibrillation: findings from a huge national database. *Clin Cardiol*. 2019; 10:1-8.
- Tchana-Sato V, Sakalihasan N, Defraigne JO. Aortic dissection. *Rev Med Liege*. 2018; 73(5-6):290-5.
- Moluodi A, Sabzi F, Salehi N. Evaluation study of aortic dissection and early outcome of disease in female patients. *Sci J Ilam Univ Med Sci*. 2014; 23(2):90-4. [in Persian]
- Mokhberi V, Habibi V, Nabati M. Evaluation of surgical treatment of type A aortic dissection. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 26(144):329-35. [in Persian]
- Nusair M, Abuzetun JY, Khaja A, Dohrmann M. A case of aortic dissection in a cocaine abuser: a case report and review of literature. *Cases J*. 2008; 1(1):369.
- Patel PD, Arora RR. Pathophysiology, diagnosis, and management of aortic dissection. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2008; 2(16):439-68.
- Elsayed RS, Cohen RG, Fleischman F, Bowdish ME. Acute type A aortic dissection. *Cardiol Clin*. 2017; 35(3):331-45.
- Hebballi R, Swanevelde J. Diagnosis and management of aortic dissection. *Continuing Educ Anaesth Crit Care Pain*. 2009; 9(1):14-8.
- Cohen R, Mena D, Carbajal-Mendoza R, Arole O, Mejia JO. A case report on asymptomatic ascending aortic dissection. *Int J Angiol*. 2008; 17(03):155-61.
- Mohamed-Yassin MS, Baharudin N, Ramli AS, Hashim H. Pleuritic chest pain and fever: an unusual presentation of aortic dissection. *Malay Fam Physician*. 2019; 14(1):47-52.
- Parve S, Ziganshin BA, Elefteriades JA. Overview of the current knowledge on etiology, natural history and treatment of aortic dissection. *J Cardiovasc Surg*. 2017; 58(2):238-51.
- Rylski B, Suedkamp M, Beyersdorf F, Nitsch B, Hoffmann I, Blettner M, et al. Outcome after surgery for acute aortic dissection type A in patients over 70 years: data analysis from the German Registry for Acute Aortic Dissection Type A (GERAADA). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2011; 40(2):435-40.

Case Report

A Case Report of Aortic Dissection With Early Diagnosis

Vahide Ghadiri¹, Shima Nikbakht^{2*}, Mohammad Ali Poor Ahmadi³, Sima Sadat Hejazi⁴,
Maryam Raenai¹

¹ Bachelor of Nursing, Ayatollah Hashemi Rafsanjani hospital of Shirvan, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

² MSc of Health Care Management, Shirvan Center of Higher Health Education & Imam Khomeini Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

³ Cardiologist, Ayatollah Hashemi Rafsanjani hospital of Shirvan, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

⁴ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

Received: 30 June 2019

Accepted: 23 July 2019

Abstract

Introduction: Aortic dissection is a non-prevalent disease leading to high mortality rate in the absence of diagnostic delay, whereas its immediate treatment significantly increases the survival rate of the patients.

Case Report: Here we report a 58-year-old man patient admitted to coronary care unit of Imam Khomeini Hospital of Shirvan, Iran, with severe chest pain and sweating and primary diagnosis of acute coronary syndrome. Thereafter, the difference in blood pressure between patient's hands captured one of the nurses' attention and the doctor was informed quickly. The doctor ordered the CT angiography of thorax with a suspicion of dissection. According to CT findings, the final diagnosis of the patient was aortic dissection, and the patient was immediately transferred to a medical center in the nearby province for advanced medical interventions.

Conclusion: Early therapeutic intervention in acute aortic dissection prevents further complications and decreases the mortality associated with this disease. In the case of this patient, the performance of accurate and timely medical and nursing examinations led to quick diagnosis and rescued his life.

Keywords: Aortic dissection, Case report, Heart diseases
