

گزارش یک مورد تنگی تراشه همراه با فیستول تراشه به مری بدنبال لوله گذاری در نای

دکتر نوین نیک بخش^۱، دکتر علی نقشینه^۲

۱- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- متخصص جراح عمومی

سابقه و هدف: وجود لوله تراشه یا تراکتوستومی برای مدت طولانی در داخل نای بویژه اگر همراه با لوله بینی - معده ای باشد با عوارضی نظیر تنگی نای، فیستول نای به مری و فیستول نای- شریانی بی نام همراه می گردد. این گزارش به معرفی مردی ۲۲ ساله با تنگی نای و فیستول نای به مری بدنبال لوله گذاری طولانی مدت و روش درمان آن می پردازد که با بهبودی بیمار همراه بوده است.

گزارش موارد: بیمار مردی ۲۲ ساله است که بدلیل تصادف با حالت کوما، تحت لوله گذاری با لوله تراشه قرار می گیرد و تا ۳ هفته به ونتیلاتور وصل می گردد. ۱۰ روز پس از لوله گذاری بیمار تراکتوستومی می گردد. در طی این مدت تغذیه بیمار از طریق لوله بینی - معده ای صورت می گرفت. با شروع تغذیه خوراکی، بیمار دچار سرفه همراه با هر بلع می شد. در برونکوسکپی، التهاب و تخریب مخاط تراشه در ۳ سانتی متری زیر طنابهای صوتی بطول ۲-۳ سانتی متر همراه با فیستول تراشه به مری در دیواره خلفی نای با تمایل به سمت چپ دیده شد. با توجه به وجود تنگی نفس و تنگی نای، عمل جراحی برداشت بخش تخریب شده نای و آناستوموز دو انتهای نای با ترمیم فیستول نای- مری انجام شد. نتیجه گیری: در صورت بروز فیستول تراشه به مری، قضاوت صحیح، مراقبتهای قبل و بعد از عمل، در سرنوشت بیمار نقش تعیین کننده ای دارند. رساندن کالری مناسب به بیمار (از راه روده ای) و درمان همزمان تنگی نای در صورت وجود، رمز موفقیت در جراحی این بیماران است.

واژه های کلیدی: تنگی نای، فیستول تراشه به مری، عوارض انتوباسیون.

مقدمه

دکتر Grillo و همکاران پیشرفت بسیاری پیدا کرده است (۲). در ایران از ۱۲ سال پیش و با تلاش دکتر سعیدی و عباسی و همکاران عملهای جراحی برداشت و پیوند تراشه و ترمیم عوارض آن و از همه مهمتر شناسائی و معرفی علل ایجاد این عوارض شروع شده است (۴) و (۳). گزارش کنونی به معرفی مرد جوانی میپردازد که با تشخیص تنگی نای و فیستول نای به مری ناشی از انتوباسیون طولانی مدت، مورد عمل جراحی قرار گرفته است.

گزارش مورد

بیمار مردی ۲۲ ساله که بدلیل تصادف و ضربه سر با حالت

وجود لوله تراشه یا تراکتوستومی به دلیل فشار بالای کاف آنها و ضایعات ناشی از برخورد مداوم نوک این لوله ها به دیواره نای ممکن است به عوارضی نظیر تنگی نای، فیستول نای به مری و فیستول نای به شریانی بی نام منجر گردد (۱ و ۲). احتمال بروز این عوارض در صورت وجود همزمان لوله بینی - معده ای افزایش می یابد (۳-۶). تنگی نای و سایر عوارض ناشی از انتوباسیون قابل پیشگیری اند و بهمین دلیل و با توجه به پیشرفت کمی و کیفی در مراقبت از بیماران در بخش مراقبتهای ویژه، شناخت این عارضه برای همه پزشکانی که با چنین بیماران برخورد دارند لازم است. برخورد علمی با تنگی های تراشه از حدود ۴۰ سال پیش با کارهای

ششم پس از عمل مایعات خوراکی برای بیمار شروع شد و بخیه چانه به استرنوم که بمنظور جلوگیری از فشار به محل آناستوموز، انجام شده بود، برداشته شد و روز دهم پس از عمل بیمار با حال عمومی خوب، مرخص گردید. در پیگیری شش ماهه بیمار، علائمی از دشواری در بلع و تنفس وجود نداشت.

بحث

تنگی تراشه و سایر عوارض آن بدنبال انتوباسیون قابل پیشگیری است و بهمین دلیل شناخت این مشکل برای همه جراحان، متخصصین بیهوشی و همه پزشکان که به نحوی با مراقبت از بیماران در I.C.U برخورد دارند، لازم است. عامل اصلی در بروز تنگی تراشه بدنبال لوله گذاری، وجود فشار بیش از حد ($25-30\text{mmHg}$) کاف لوله تراشه یا تراکتوستومی است که با نکرور فشاری مخاط و سپس غضروف تراشه، با ایجاد نسج فیروز به تنگی تراشه منجر می گردد(۱و۲). از اشتباهات شایع که در بیشتر بخشهای I.C.U تکرار می گردد، وجود همزمان لوله تراشه و لوله بینی-معده ای به مدت طولانی است(۳و۴)، زیرا مری درست در پشت تراشه قرار دارد و قرار داشتن لوله ای ضخیم در آن، مری را به جسمی سفت تبدیل می کند. حال، با قرار داشتن کاف لوله تراشه در داخل تراشه، تخریب دیواره مامبرانوس تراشه و لایه عضلانی و مخاطی مری در اثر تحت فشار قرار گرفتن بین کاف لوله نای و لوله بینی-معده ای امکانپذیر گشته، فیستول تراشه به مری ایجاد می گردد(۱۰و۹و۷و۱).

علت مهم دیگر در بروز این عوارض برخورد نوک لوله تراشه یا تراکتوستومی به دیواره نای با شروع هر دم توسط ونتیلاتور است که با تخریب دیواره نای به تنگی یا فیستول نای-شریان بی نام منجر می گردد(۵و۶و۱). آنچه که در بیمار معرفی شده موجب ایجاد عوارض یاد شده گشت را می توان در عدم توجه به دو نکته بیان نمود: الف- فشاربیش از اندازه داخل کاف لوله تراشه بمدت طولانی و ب- کاربرد همزمان لوله بینی - معده ای. جهت جلوگیری از این عوارض لازم است: ۱- از افزایش فشار داخل کاف لوله تراشه خودداری کرد و بهتر است که در روز چندین بار فشار آن اندازه گیری گردد(۴و۵و۱).

کما، تحت انتوباسیون با لوله تراشه قرار می گیرد و به دستگاه ونتیلاتور وصل می گردد. از همان ابتدا لوله بینی - معده ای نیز برای بیمار قرار داده شد. ده روز بعد بیمار تحت تراکتوستومی قرار می گیرد و تا دو هفته لوله تراکتوستومی داشت. با بهبودی وضعیت هوشیاری بیمار، تغذیه بیمار که تا ۳ هفته پس از تصادف از طریق لوله بینی- معده ای انجام می شد، با خروج این لوله از طریق دهانی شروع می شود.

با شروع تغذیه خوراکی، بیمار دچار سرفه همراه با هر بلع می شد. بدنبال انجام مشاوره جهت بررسی این مشکل، بیمار به مرکز آموزشی- درمانی شهید بهشتی بابل منتقل و تحت برونکوسکوپی فیبراپتیک قرار گرفت. در این هنگام لوله تراکتوستومی بیمار خارج شده بود. در برونکوسکوپی انجام شده، التهاب و تخریب مخاط و غضروف های تراشه در ۳ سانتی متری زیر طنابهای صوتی بطول ۳-۲/۵ سانتی متر همراه با فیستول تراشه به مری در دیواره خلفی نای با تمایل به سمت چپ دیده شد. قطر تراشه در محل آسیب ۱ و بیمار فاقد دیسترس تنفسی بود. در اولین قدم برای بیمار اقدام به گاستروستومی شد تا تغذیه بیمار به آسانی انجام گیرد که هم به بهبود وضعیت تغذیه ای بیمار (بیمار دچار لاغری مفرط شده بود) و هم به کاهش ترشحات ریوی و بهبود وضعیت ریوی بیمار منجر گردد.

با گذشت ۳ هفته از گاستروستومی، علائم تنگی نفس بیمار بدلیل بروز تنگی تراشه شروع شد که به همین دلیل بیمار تحت برونکوسکوپی ریژید و دیلاتاسیون محل تنگی قرار گرفت و در ضمن ارزیابی دقیقی از محل تنگی و فیستول، فاصله آنها تا طنابهای صوتی و سوراخ تراکتوستومی قبلی بعمل آمد. با توجه به باقی ماندن فیستول تراشه به مری و وجود همزمان تنگی تراشه تصمیم به برداشت محل تنگی تراشه و پیوند تراشه همراه با ترمیم فیستول تراشه به مری گرفته شد که در تاریخ ۸/۱۱/۸۲ برای بیمار انجام شد. در حین عمل فیستول تراشه به مری به طول ۱/۵ سانتی متر دیده شد که در دو لایه دوخته شد و برای تقویت محل ترمیم و جلوگیری از عود فیستول بر روی آن یک لایه از عضلات نواری گردن قرار داده شد و سپس با بریدن ۳ سانتی متر از تراشه ای که تخریب شده بود، اقدام به آناستوموز آنها به انتهای تراشه شد. از روز

از اشتباهات شایع و بسیار مخرب در این بیماران توصیه به انجام درمان با لیزر و یا انجام تراکتوستومی اورژانسی بدون دانستن محل تنگی است که گاه منجر به غیرقابل ترمیم شدن تراشه این بیماران و ازدست دادن همیشگی صدایاجان بیماران میگردد (۷ و ۶).

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری صمیمانه گروه بیهوشی مرکز آموزشی-درمانی شهید بهشتی بابل به سرپرستی استاد ارجمند آقای دکتر ابراهیم علیچانیپور و راهنماییهای ارزشمند ایشان در حین عمل و مراقبت های پس از عمل و نیز پرسنل زحمتکش بخش مراقبتهای ویژه نهایت سپاسگذاری را داریم.

۲- در صورت نیاز به تغذیه از راه گوارش بهتر است هر چه زودتر جهت بیمار با توجه به شرایط هشیاری بیمار اقدام به گاستروستومی یا ژژونوستومی شود (۵ و ۱).

۳- در برخورد با بیماران دچار تنگی تراشه در صورت بروز تنگی نفس، قبل از انجام تراکتوستومی، لازم است با تمهیدات خاص بیهوشی (با استفاده از بیهوشی استنشاقی و پرهیز از کاربرد هر نوع داروی آرام بخش و مسکن و شل کننده عضلانی) این بیماران تحت برونکوسکوپی ریژیدو تعیین وضعیت تراشه و تنگی آن قرار گیرند (۷ و ۱).

۴- در صورت وجود تنگی نای و فیستول تراشه به مری می توان در یک مرحله اقدام به ترمیم هر دو نمود (۱۰-۸ و ۵).

Reference

1. Mathisen DJ, Grillo HC, Wain JC, et al. Management of acquired nonmalignant tracheoesophageal fistula, Ann Thorac Surg 1991; 52: 759.
2. Grillo HC. Surgery of the trachea. Curr Probl Surg 1970; 7: 3.
۳. عباسی ع، سعیدی ف. درمان جراحی تنگی مجاری هوای فوقانی ناشی از لوله های تراشه، مجله علمی نظام پزشکی ایران ۱۳۷۹؛ ۱۸: ۴.
۴. عباسی ع و همکاران. بررسی عامل ایجاد تنگی بعد از لوله گذاری در مجاری هوایی در مراجعین به بخش جراحی قفسه سینه بیمارستان دکتر مسی دانشوری و مدرس، فصلنامه پژوهشی پژوهنده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۰؛ ۵: ۴.
5. Oliaro A, Rena O, Papalia E, Filosso PL, Ruffini E. Surgical management of acquired non-malignant tracheoesophageal fistulas. J Cardiovasc Surg Torino 2001; 42(2): 257-60.
6. Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ, et al. Postintubation tracheal stenosis, treatment and results. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109: 486.
7. Shields TW, Locicero J, Onn RB (eds). General thoracic surgery. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2000; pp: 885-97.
8. Dartevelle P, Macchiarini P. Management of acquired tracheoesophageal fistula. Chest Surg Clin North Am 1996; 6: 4, 819-36.
9. Fiala P, Cernohorsky S, Cermak J, Patek J, Krepela E. Tracheal stenosis complicated with tracheoesophageal fistula. Eur J Cardiothorac Surg 2004; 25(1): 127-30.
10. Hoshino K, Satoh N, Kajitani S, Kamasako A. A case of tracheoesophageal fistula cured by surgical therapy after blunt trauma received 38 years ago. Kyobu Geka 1999; 52(12): 1052-7.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه جراحی، تلفن: ۴-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.

novinsu@hotmail.com