گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره نوزدهم شماره ۷۰ خرداد و تیر سال ۱۳۸۸ (۸۴-۸۱)

گزارش یک مورد فیستول شریان بی نام به نای به عنوان عارضه دیررس تراکئوستومی

سید خلیل فروزان نیا [۱] سیدجلیل میرحسینی [۲] محمدرضا حاجی اسماعیلی [۳]
محمدحسن عبداللهی [۴] مهدی حدادزاده [۲] حبیب الله حسینی [۴] سیدحسین مشتاقیون [۴]

چکیده

فیستول شریان بی‌نام به نای(TIF) عارضه تاخیری و نادر تراکئوستومی است و به دلیل خونریزی فراوان تهدیدکننده حیات می‌باشد. این عارضه در ۰/۱ درصد موارد تراکئوستومی و در عرض ۱۴-۷ روز نخست پس از جراحی تراکئوستومی روی می‌دهد. منابع موجود میزان زنده ماندن این بیماران۱۴/۳ را درصد گزارش کرده‌اند. ما در این گزارش یک مورد فیستول شریان بی‌نام به نای را ۵۰ روز پس از تراکئوستومی گزارش می‌کنیم که با اقدام به موقع تشخیصی- درمانی بیمار نجات یافت.

واژه های کلیدی : تراکئوستومی، فیستول شریان بی نام، عارضه دیررس تراکئوستومی

مقدمه

فیستول شریان به نای عارضه تاخیری و نادر تراکئوستومی است و به دلیل خونریزی فراوان تهدیدکننده حیات و وحشتناک(Catastroph) می‌باشد. شایعترین نوع این فیستول‌ها، فیستول شریان بی‌نام به نای (TIF) می‌باشد که در ۰/۱ درصد موارد تراکئوستومی و در عرض۱۴-۷ روز اول پس از تراکئوستومی روی می‌دهد(۳-۱). منابع موجود میزان زنده ماندن این بیماران را ۱۴/۳ درصد گزارش کرده‌اند(۴). ما در این گزارش یک مورد فیستول شریان بی‌نام به نای را گزارش می‌کنیم که بر خلاف انتظار در مقایسه زمانی با سایر موارد مشابه، ۵۰ روز پس از تراکئوستومی روی داد و با انجام اقدام به موقع تشخیصی- درمانی بیمار از خطر مرگ ۸۵/۷ درصد نجات یافت.

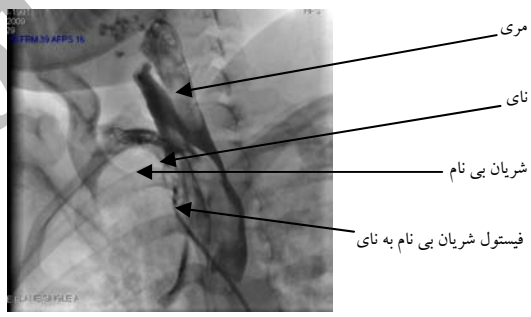
شرح مورد

بیمار خانم ۱۸ ساله ایست که با سابقه تروما به حنجره که در سیر درمان دو ماه قبل در بندرعباس تراکئوستومی شده و برای ادامه درمان در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید صدوقی یزد بستری گردیده است. شب قبل از عمل الکتیو، متعاقب سرفه شدید بیمار دچار خونریزی وسیع از تراشه و آسپیراسیون خون به

مولف مسئول: دکتر محمدرضا حاجی اسماعیلی- یزد: بیمارستان افشار
E-mail: drforouzan-nia@yahoo.com
۱. جراح قلب و عروق، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۲. جراح قلب و عروق، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۳. دستیار بیهوشی و مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۴. بیهوشی و مراقبت های ویژه، متخصص دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
تاریخ دریافت : ۸۸/۱۲/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۸/۲/۱۵ تاریخ تصویب: ۸۸/۳/۲۷

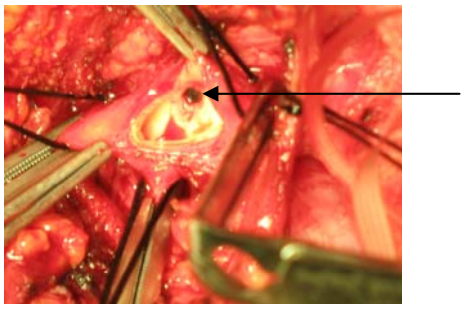
Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

ریه و انسداد مجاری تنفسی و متعاقب آن ایست تنفسی و قلبی شد. بلافاصله تیم احیاء بر بالین بیمار حاضر شده و ضمن ساکشن کردن دهان و راه هوایی با اضافه کردن باد کاف لوله تراکئوستومی، خونریزی بیمار کاهش یافت. پس ازمشاوره گوش وحلق و بینی و جراحی قلب باتوجه به پایداری همودینامیک و وضعیت عمومی، بیمار به منظور انجام آنژیوگرافی اورژانس برای بررسی آناتومی عروقی ناحیه و امکان استفاده ازstent-graft به بخش کاتتریسم منتقل گردید و با تشخیص قطعی فیستول شریان بی‌نام به نای(TIF) (شکل شماره ۱) بیمار در لیست عمل اورژانس قرارگرفت و به بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب منتقل وتحت مانیتورینگ قرارگرفت.



شکل شماره ۱: تصویرآنژیوگرافیک فیستول شریان بی نام به نای(TIF)

بیمار تحت بیهوشی عمومی و تهویه از طریق لوله تراکئوستومی و مانیتورینگ تهاجمی متغیرهای همودینامیک قرار گرفت. پس از پرب و درپ از ناحیه گردن تا زانوها برش مدین استرنوتومی استاندارد انجام و تیموس از ناحیه بین دو لوب قطع شد و ابتدا کنترل پروگزیمال و سپس کنترل دیستال شریان بی نام انجام شد. سپس برش محل فیستول انجام و پس از مشخص شدن محل فیستول با نای (شکل شماره ۲) و خارج کردن قطعه گرفتار شریان بی‌نام دو انتهای پروگزیمال و دیستال شریان با دو لایه بخیه با پرولن ۶/۰ ترمیم شد. سپس نقص دیواره نای با پرولن ۵/۰ به صورت جداگانه و طولی ترمیم شد و دو انتهای لوب‌تیموس روی محل ترمیم نای و در انتهای شریان بی نام قرار داده شد. استرنوم پس از قرار دادن یک درن' به روش معمول ترمیم و زخم ناحیه فوقانی استرنوم در نزدیک محل تراکئوستومی باز گذاشته شد.



شکل شماره ۲: تصویر محیط عمل فیستول شریان بی نام به نای(TIF) در بیمار

پس از عمل جراحی، بیمار از طریق تراکئوستومی تحت تهویه مکانیکی قرار گرفت و به بخش مراقبت‌های ویژه جراحی قلب منتقل شد و روز بعد از عمل از ونتیلاتور جدا و به بخش منتقل گردید و روز بعد جهت ادامه درمان ضایعه تراشه به بخش گوش و حلق و بینی انتقال یافت.

بحث

فیستول شریان به نای عارضه تاخیری و نادر تراکئوستومی است و به دلیل خونریزی فراوان تهدیدکننده حیات می‌باشد.شایعترین نوع این فیستول‌ها، فیستول شریان بی‌نام به نای(TIF) است ولی می‌تواند بین شریان‌های دیگر از جمله قوس آئورت، شریان کاروتید مشترک و شریان ساب کلاوین راست(۵) هم ایجاد شود. فیستول با شریان ساب کلاوین چپ تا کنون گزارش نشده است. ۷۸ درصد موارد آن در سه هفته اول پس از تراکئوستومی اتفاق می‌افتد و فرم تاخیری آن فقط در ۰/۳ درصد موارد دیده می‌شود(۳). فشار بالای

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

www.SID.ir

درازمدت کاف، پایین بودن برش جراحی تراکئوستومی، بالاتر قرارگرفتن شریان بی‌نام از حد معمول، ترومای مخاطی ناشی از دستکاری لوله تراکئوستومی و حرکت بیش از حد لوله تراکئوستومی در طول زمان از علل مطرح برای ایجاد TIF می‌باشد(۱). به منظور کاستن از نکروز فشاری ناحیه‌ای استفاده از کاف‌های کم فشار با حجم بالا و تخلیه و بادگیری متناوب کاف توصیه شده است(۱،۶).

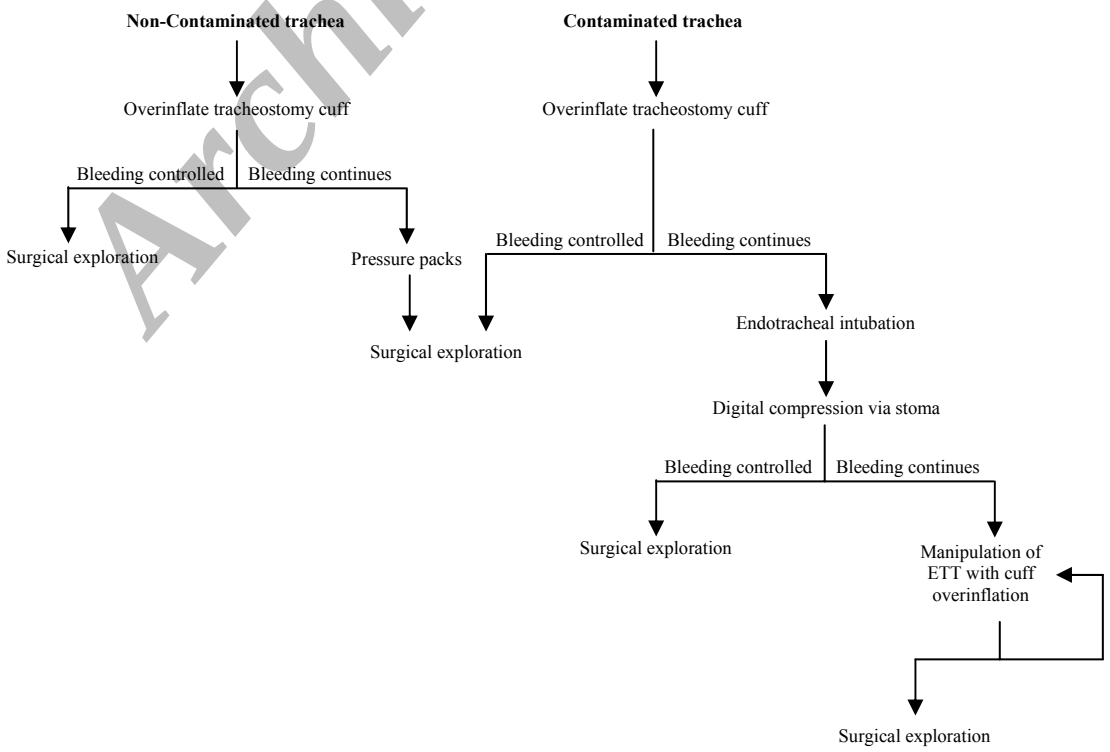
در مواجهه با چنین بیمارانی اولین هدف برقراری راه هوایی مطمئن است(۱) لذا اولین اقدام باد کردن بیش از حد کاف است ولی باید دقت کرد که بیش از حد بادکردن کاف تراکئوستومی فقط به طور موقت می‌تواند خونریزی را کنترل کند ولی در دراز مدت با نکروز فشاری ناحیه تشدید باعث آسیب‌دیدگی و تنگی ناحیه‌ای می‌شود لذا باید بیمار در اولین فرصت جهت اکسپلوراسیون جراحی از طریق اپروچ استرنوتومی میانی به اتاق عمل منتقل شود. قدم بعدی فشار انگشتی روی شریان بی‌نام در بالای استرنوم است. الگوریتم زیر نحوه برخورد با چنین بیمارانی را نشان می‌دهد(۱۰).

در مورد بهترین روش ترمیم جراحی TIF اختلاف نظر وجود دارد چراکه روش‌های مختلف، عوارض عصبی متفاوتی دارند(۱،۹،۸). شایعترین عوارض این عمل ترمیم خونریزی مجدد و عفونت محل عمل است (۱).

پیوند داخل عروقی (Endovascular graft) یکی از روش‌های درمانی مطرح برای بیمار می‌باشد(۱۰) که با توجه به آلودگی میکروبی منطقه و خطرات احتمالی ناشی از آن از آن صرف نظر شد.

یکی از انتخاب‌های مطرح برای بیمارانجام تراکئوستومی ازطریق‌پوست(Percutaneus Dilated Tracheostomy=PDT) بود با توجه به دستکاری و تهاجم کمتر این روش جراحی احتمالا عوارض کمتری خواهد داشت(۷). در مورد مشابه گزارش شده در رفرنس شماره یک نتیجه تلاش‌های تیم جراحی روی بیمار موفقیت‌آمیز نبوده و بیمار فوت کرده است(۱).

بیمار معرفی شده در این گزارش یک مورد فیستول



Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

www.SID.ir

شریان بی‌نام به نای بود که بر خلاف انتظار در مقایسه زمانی با سایر موارد مشابه، ۵۰ روز پس از تراکئوستومی روی داده بود که با اقدام به موقع تشخیصی- درمانی بیمار از خطر مرگ ۸۵/۷ درصد نجات یافت.

References

1. Hung JJ, Hsu HS, Huang CS, Yang KY. Case reports Tracheoesophageal fistula and tracheo-subclavian artery fistula after tracheostomy. Eur J Cardiothorac Surg 2007; 32(4): 676-678.
2. Allan JS, Wright CD. Tracheoinnominate fistula: diagnosis and management. Chest Surg Clin N Am 2003; 13: 331-341.
3. Jones JW, Reynolds M, Hewitt RL, Drapanas T. Tracheo-innominate artery erosion: successful surgical management of a devastating complication. Ann Surg 1976; 184: 194-204.
4. Wood DE, Mathisen DJ. Late complications of tracheotomy. Clin Chest Med 1991; 12: 597-609.
5. Barton TK, Gaede JT. Recurrent arteriotracheal fistula. South Med J 1980; 73: 687-688.
6. Kapural L, Sprung J, Gluncic I, Kapural M, Andelinovic S, Primorac D, et al. Tracheo-innominate artery fistula after tracheostomy. Anesth Analg 1999; 88: 777-780.
7. Gelman JJ, Aro M, Weiss SM. Tracheo-innominate artery fistula. J Am Coll Surg 1994; 179: 626-634.
8. Yang FY, Criado E, Schwartz JA, Keagy BA, Wilcox BR. Trachea-innominate artery fistula: retrospective comparison of treatment methods. South Med J 1988; 81: 701-706.
9. Um SJ, Park BH, Son C. An aortoesophageal fistula in patient with lung cancer after chemo-irradiation and subsequent esophageal stent implantation. J Thorac Oncol 2009; 4(2): 263-265.
10. Grant C.A, Dempsey G, Harrison J, Jones T. Tracheo-innominate artery fistula after percutaneous tracheostomy: three case reports and a clinical review. British J Anaesthesia 2006; 96(1):127-131.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

www.SID.ir