

مورد نادر وجود سیم نیم متری به مدت طولانی در برونش بیمار ۳۸ ساله

ابوالفضل مظفری*

چکیده

زمینه و هدف: آسپیراسیون جسم خارجی در برونش، یکی از موارد اورژانس بوده که برای خارج کردن آن، انجام اقدامات فوری ضروری است. این عارضه غالباً در کودکان و دهه ششم زندگی با بیماری زمینه‌ای اتفاق می‌افتد و بیماران با شرح حال احساس خفگی ناگهانی و سرفه در پی بلع مراجعه می‌کنند.

معرفی مورد: بیمار آقای ۳۸ ساله‌ای است که با عدم وجود سابقه بیماری، از ۱۳ سال پیش در پی بلع زیپ فلزی بدون وجود علائم خاصی در زمان آسپیراسیون، بعد از چندین نوبت بستری و دریافت آنتی‌بیوتیک‌های فراوان، با تشخیص پنومونی، برونشکتازی و عدم پاسخ مناسب به درمان؛ به وجود جسم خارجی مشکوک و به وسیله برونکوسکوپ انعطاف‌پذیر در دو نوبت بعد از بیهوش شدن، جسم فلزی حدود نیم متری از برونش راست وی خارج گردید.

کلید واژه‌ها: جسم خارجی؛ برونش؛ برونکوسکوپی.

استادیار بیماری‌های ریه، دانشگاه آزاد
اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

ابوالفضل مظفری، دانشگاه آزاد اسلامی،
واحد قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

a_mozafari@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۳

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Mozaffari A. A Rare Case of the Long Time Presence of a Half Meter
Wire in Bronchus of a 38-Year-Old Patient.
Qom Univ Med Sci J 2013;7(6):71-75. [Full Text in Persian]

مقدمه

آسپیراسیون جسم خارجی از اورژانس‌های طب داخلی، گوش و حلق و بینی است. تعدادی از موارد ایست تنفسی و درپی آن ایست قلبی ناشی از انسداد مجرای تنفسی به دنبال آسپیراسیون غذا یا جسم خارجی می‌باشد (۱). آسپیراسیون جسم خارجی بیشتر در کودکان اتفاق می‌افتد و در بالغین در سنین کهولت و وجود ریسک فاکتورهایی نظیر سکنه مغزی و بیماری‌های نورولوژیک، اشکال در بلع و مصرف مواد مخدر و خواب‌آور رخ می‌دهد (۲). آسپیراسیون غالباً در برونش راست اتفاق می‌افتد و وجود جسم خارجی در برونش چپ، حنجره و تراشه، کمتر دیده می‌شود (۳). در غیاب ریسک فاکتورهای آسپیراسیون، زمانی به وجود جسم خارجی در ریه فرد بالغ شک می‌شود، که شرح حال قوی به نفع آسپیراسیون، یا جسم بلع شده فلزی و یا چگالی بالا بوده و در عکس ساده یا سی تی اسکن نیز قابل رؤیت باشد.

شرح مورد

بیمار آقای ۳۸ ساله، کشاورز، اهل شهرستان هشتروند استان آذربایجان شرقی است. بیمار بدون هیچ پیشینه مشکل جسمی و بیماری ریوی، حدود ۱۳ سال پیش با شرح حال سرفه، خلط و تب و لرز، چند روز بعد از آسپیراسیون جسم فلزی، به بیمارستان مراجعه کرده که البته بدون دادن شرح حالی از آسپیراسیون، فقط بعد از خارج کردن جسم خارجی به آن اشاره کرده است. در آن زمان، بعد از انجام رادیوگرافی قفسه صدری، با تشخیص پنومونی بستری شده که بیمار اظهار داشته از آن پس، چندین نوبت به همین دلیل در بیمارستان با تشخیص پنومونی بستری شده است. در طی این مدت بیمار، به خصوص در فصل سرما مبتلا به خس خس، تنگی نفس و سرفه و گاه گاه خلط خونی بوده که تحت درمان با اسپری استروئیدی و سالبوتامول قرار داشته است.

در شرح حال گذشته بیمار قبل از آسپیراسیون جسم خارجی، حساسیت فصلی و سابقه عفونت‌های مکرر تنفسی مشاهده نشد و واکسیناسیون را کامل انجام داده بود. سابقه اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل را نیز ذکر نکرد. سابقه فامیلی از نظر آسم و آلرژی و بیماری‌های مادرزادی ریوی منفی بود. در مجموع، هیچ ریسک فاکتوری را به نفع آسپیراسیون ذکر نکرد.

بیمار اظهار داشت که ۶ سال پیش در پی پیشرفت علائم و عدم پاسخ به درمان، به شهر قم مراجعه و توسط یکی از همکاران ویزیت و بستری گردید، که بعد از انجام سی تی اسکن ریه، تشخیص برونشکتازی لب تحتانی ریه راست برای وی داده شد. بیمار بعد از دریافت آنتی‌بیوتیک و بهبودی نسبی، تحت برونکوسکوپی قرار گرفت. پزشک معالج در برونکوسکوپی مشکوک به وجود جسم خارجی شد، که به دلیل نبود پنس برونکوسکوپ، توصیه به پیگیری در مرکز مجهزتری شد، ولی بیمار هیچ اقدامی در جهت درمان انجام نداد تا اینکه مجدداً بعد از چند سال تحمل بیماری و نوبت‌های متوالی درمان آنتی‌بیوتیکی، به قم مراجعه کرد.

در معاینه از بیمار، علائم حیاتی نرمال بود. تب، سیانوز و کلاپینگ نداشت و افزایش صداهای تنفسی و صدای کراکل کورس در ریه راست شنیده شد. سایر معاینات طبیعی بود و آزمایشهای روتین خون نکته غیرطبیعی نداشت. همچنین در عکس قفسه صدری و سی تی اسکن ریه؛ برونشکتازی و انفیتراسیون قواعد ریه راست مشاهده شد. بیمار تحت درمان با کوآموکسی سیلین و سیپروفلوکساسین و اسپری آترونت قرار گرفت و روز بعد در بیمارستان شهید بهشتی قم بعد از بیهوش کردن بیمار با میدازولام و پروپوفول، برونکوسکوپی صورت گرفت. طناب‌های صوتی، تراشه و کارینا نرمال بود و التهاب و ضایعه فضاگیر مشاهده نشد. در ادامه، ابتدا با ورود به برونش چپ مشاهده گردید که نرمال است، سپس وارد برونش راست شده و در آنجا کلافی از سیم فلزی بعد از عبور از برونش لب فوقانی در برونش ایترومدیوس ریه راست رؤیت شد.

ترشحات چرکی فراوانی از ریه راست خارج شد که مانع دید مناسب بود. بعد از شستشو با حدود ۵۰۰CC سرم نرمال سالین و تزریق لیدوکائین برای کاهش سرفه بیمار، با پنس جسم خارجی، در دو نوبت سیم ۵/۵ متری خارج شد. عمل خروج این جسم خارجی حدود ۴۰ دقیقه به طول انجامید و چندین نوبت بیمار دچار افت اشباع اکسیژن شد، که به اجبار عمل برونکوسکوپی به‌طور موقت متوقف گردید.



شکل شماره ۵: تصویری از جسم خارجی و بیمار



شکل شماره ۱: سی تی اسکن بیمار



شکل شماره ۲: جسم خارجی در برونش



شکل شماره ۳: برونش بعد از خارج کردن جسم خارجی



شکل شماره ۴: سیم فلزی بعد از خارج کردن از ریه بیمار

بحث

آسپیراسیون جسم خارجی یکی از علل مهم مرگ و میر است. علائم آن شامل احساس خفگی ناگهانی و سرفه‌های غیرقابل کنترل با یا بدون تهوع می‌باشد. از نشانه‌های دیگر می‌توان به تب، خس خس و تنگی نفس، عفونت‌های مکرر ریوی و برونشکتازی و آتلکتازی اشاره نمود (۴). در این بیمار، علت تأخیر در تشخیص، عدم وجود علائم بارز برای آسپیراسیون بود. بیمار زمان وقوع آسپیراسیون و علائم آن را بیاد نمی‌آورد و بعداً با علائم پنومونی‌های مکرر و برونشکتازی ثانویه مراجعه کرده بود. در مطالعات مختلف شایع‌ترین سن آسپیراسیون سنین کودکی ذکر شده است و فقط ۲۰٪ این موارد در بزرگسالان و عموماً در سنین بالای ۶۰ سال که ریسک فاکتوری برای آسپیراسیون وجود دارد، رخ داده است (۵-۷). مورد ذکر شده در این مقاله هیچ ریسک فاکتوری مانند مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای خواب‌آور و سابقه بیهوشی نداشت.

هسته و دانه‌های گیاهی و تکه‌های وسایل اسباب‌بازی در کودکان زیر ۳ سال و خلال دندان، سوزن، سنجا و تکه‌های دارت در کودکان زیر ۷ سال و سنین مدرسه از وسایل آسپیره شده می‌باشد (۸-۱۲). در سن بالغین، شایع‌ترین جسم خارجی تکه‌های غذا مانند استخوان مرغ و ماهی است. از موارد نادر گزارش شده می‌توان به آسپیراسیون دارت، تکه سنگ، پروتز دندان و نخ ریسمان ۲ سانتی اشاره کرد (۱۳-۱۵). شایع‌ترین یافته در رادیولوژی قفسه صدری نیز آتلکتازی، آمفییزم موضعی و انفیتراسیون یک طرفه و در طولانی‌مدت برونشکتازی بوده است (۱۶، ۱۷).

برونشکتازی یک‌طرفه از مواردی است که هنگام مواجهه با آن بایستی حتماً به آسپیراسیون جسم خارجی مشکوک شد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان بخش آندوسکوپی بیمارستان شهید بهشتی قم، خصوصاً خانم معصومه عباسی و خانم طاهره امیرآبادی و آقای علی آذریان که در انجام برونکوسکوپی ما را یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

در این بیمار در عکس قفسه صدری و سی تی اسکن، انفیتراسیون و برونشکتازی در قاعده ریه راست مشاهده گردید. آسپیراسیون جسم فلزی با سائز حدود ۵/۰m و عدم وجود علائم خاصی مانند احساس خفگی و سیانوز، در زمان وقوع و وجود جسم خارجی به مدت ۱۳ سال در ریه، از موارد بسیار نادر می‌باشد. در گرفتن شرح حال دقیق از بیماران، به خصوص در افرادی که با عفونت‌های مکرر مراجعه می‌کنند، وجود انفیتراسیون طولانی مدت و

References:

1. Haugen RK. The cafe coronary: Sudden deaths in restaurants. JAMA 1963;186:142-3.
2. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Bietlot MP, Rodenstein DO. Tracheobronchial foreign bodies: Presentation and management in children and adults. Chest 1999 May; 115(5):1357-62.
3. Rahulan V, Patel M, Sy E, Menon L. Foreign body aspiration in elderly: An occult cause of chronic pulmonary symptoms and persistent infiltrates. Clin Geriatr 2003;11:41-45.
4. Emir H, Tekant G, Beşik C, Eliçevik M, Senyüz OF, Büyükkunal C, et al. Bronchoscopic removal of tracheobronchial foreign bodies: Value of patient history and timing. Pediatr Surg Int 2001 Mar; 17(2-3):85-7.
5. Eren S, Balci AE, Dikici B, Doblan M, Eren MN. Foreign body aspiration in children: Experience of 1160 cases. Ann Trop Paediatr 2003 Mar; 23(1):31-7.
6. Daines CL, Wood RE, Boesch RP. Foreign body aspiration: An important etiology of respiratory symptoms in children. J Allergy Clin Immunol 2008 May; 121(5):1297-8.
7. Rafanan AL, Mehta AC. Adult airway foreign body removal. What's new? Clin Chest Med 2001 Jun; 22(2):319-30.
8. Karakoc F, Karadag B, Akbenlioğlu C, Ersu R, Yildizeli B, Yuksel M, et al. Foreign body aspiratin: What is the outcome? Pediatr Pulmonol 2002 Jul; 34(1):30-6.
9. Gun F, Salman T, Abbasoglu L, Celik R, Celik A. Safety pin ingestion in children: A cultural fact. Pediatr Surg Int 2003 Aug; 19(6):482-4.
10. Kaptanoglu M, Dogan K, Onen A, Kunt N. Turban pin aspiration: A potential risk for young islamic girls. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999;48(2):131-5.
11. Kiyani G, Gocmen B, Tugtepe H, Karakoc F, Dagli E, Dagli TE. Foreign body aspiration in children: The value of diagnostic criteria. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2009 Jul; 73(7):963-7.
12. Tokar B, Ozkan R, Ilhan T. Tracheobronchial foreign bodies in children: Importance of accurate history and plain chest radiography in delayed presentation. Clin Radiol 2004 Jul; 59(7):609-15.
13. Arabi Mianroodi A, Teimouri Y, Vallance NA. Foreign bodies: Aspirated or ingested? A report of two unusual cases. Iran J Otorhinolaryngol 2011 Spring; 24(2):91-95.
14. Mahmoud M, Imam S, Patel H, King M. Foreign body aspiration of a dental bridge in the left main stem bronchus. Case Rep Med 2012;2012:798163.

15. Cakir E, Torun E, Uyan ZS, Akca O, Soysal O. An unusual case of foreign body aspiration mimicking cavitary tuberculosis in adolescent patient: Thread aspiration. *Ital J Pediatr* 2012;38:17.
16. Karakoc F, Cakir E, Ersu R, Uyan ZS, Colak B, Karadag B, et al. Late diagnosis of foreign body aspiration in children with chronic respiratory symptoms. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007 Feb; 71(2):241-6.
17. Zerella JT, Dimler M, McGill LC, Pippus KJ. Foreign body aspiration in children value of radiography and complications of bronchoscopy. *J Pediatr Surg* 1998 Nov; 33(11):1651-4.