

# گزارش مورد: عمل جراحی اورژانس هرنی اینگوینال استرانگوله در

## بیمار ۸۲ ساله دچار انفارکتوس میوکارد حاد

دکتر شهربانو نوری<sup>۱</sup>

دستیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی گلستان - گرگان

دکتر ارازبردی قورچائی

استادیار گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی گلستان - گرگان

دکتر پیمان اصغری

دستیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی گلستان - گرگان

دکتر علی آری‌نیا

جراح توراکیس بیمارستان ۵ آذر گرگان

### Case report: Emergency surgerystrangulated inguinal hernia in 82-year-old patient with acute myocardial infarction

Shahrbanoo Noori, MD

Arazberdi Ghorchaei, MD

Peyman Asghari, MD

Ali Arinnia, MD

#### ABSTRACT

STEMI with primary treatment as angioplasty , thrombolysis, aspirin and statins have decreased. However, it still can be considered a significant cause of mortality in STEMI.

The patient was a 82-year-old man RLQ pain and diagnose incarcerated inguinal hernia. The patient had a history of uncontrolled diabete mellitus and cardiovascularstatus was unknown.The ECG 12 leads to surgery, STEMI was diagnosed and admitted in CCU. Heparin, aspirin and atorvastatin began for him. 24 hours later, he was transferred to the operating room. Because pulmonary disease and aging was decided to epidural anesthesia. The operation was successful and the patient was discharged after 8 days. Angiography was not performed due to lack of patient satisfaction.

**Keywords:** STEMI, Anesthesia, AMI, Non cardiac surgerg

#### چکیده

STEMI با درمان‌های اولیه همچون آنژیوپلاستی، ترومبولیز، آسپیرین و استاتین کاهش یافته است، با وجود این همچنان می‌توان آن را از علل قابل توجه مرگ و میر در نظر داشت. بیمار مورد نظر یک آقای ۸۲ ساله بود که با درد RLQ مراجعه کرده و تشخیص آن هرنی اینگوینال اینکارسره بود. بیمار سابقه دیابت کنترل نشده داشت و وضعیت قلبی عروقی وی نامشخص بود. در الکتروکاردیوگرافی ۱۲ لید قبل از عمل، STEMI تشخیص داده شده و در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بستری گردید. برای وی تجویز هپارین، آسپیرین و آتورواستاتین شروع شد. ۲۴ ساعت بعد بیمار به اتاق عمل منتقل شد. به دلیل بیماری زمینه‌ای ریوی و کهولت سن تصمیم به بی‌حسی اپیدورال گرفته شد و عمل با موفقیت انجام شد و بیمار پس از ۸ روز مرخص شد. به علت عدم رضایت بیمار آنژیوگرافی انجام نشد.

گل‌واژگان: STEMI، بیهوشی، AMI، جراحی غیر قلبی

<sup>۱</sup> . نویسندهٔ مسؤول / shahr.noori@yahoo.com

## مقدمه

سابقه انفارکتوس میوکارد انفارکتوس میوکارد در انجام بیهوشی و عمل جراحی بسیار مهم است و به طور معمول، بعد از انفارکتوس میوکارد، عمل جراحی باید تا شش هفته به تعویق افتد. زمان انفارکتوس میوکارد نقش مهمی در بروز مجدد انفارکتوس میوکارد قبل، حین و بعد از عمل دارد. (۱)

انفارکتوس میوکارد حاد (۱۰-۷ روز) و انفارکتوس میوکارد اخیر (۳۰-۷ روز) و آنژین صدری ناپایدار<sup>۲</sup>، بیشترین خطر ایسکمی قلبی، انفارکتوس میوکارد و مرگ حوالی عمل را دارند. (۲) به طوری که می توان اذعان داشت که انفارکتوس میوکارد علت ۸/۴٪ کل مرگ و میر پس از عمل را تشکیل می دهد. (۲)

در این بیماران آنچه مهم است، جلوگیری از ایسکمی مجدد قلبی است. یک راه پیشگیری، اکسیژن رسانی مناسب به میوکارد، افزایش عرضه با افزایش FIO<sub>2</sub> است. حفظ عرضه و تقاضای اکسیژن مهم تر از روش بیهوشی خاص است. در این راستا کاهش تقاضای اکسیژن میوکارد مهم است. با جلوگیری از تاقیکاردی، هایپرتانسیون، تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، هایپوکسی شریانی و هیپوتانسیون، میسر است. (۲)

علاوه بر اقدامات بالا، حین عمل باید پایش از نظر ایسکمی قلبی انجام شود و در صورت بروز ایسکمی، بلافاصله درمان شود. همچنین از تغییرات شدید و پایدار در ضربان قلب و فشار خون سیستمیک باید جلوگیری به عمل آید و تغییرات در محدوده ۲۰٪ حفظ شود. (۲)

علاوه بر موارد ذکر شده، از هایپرونتیلیاسیون باید جلوگیری شود، زیرا باعث هایپوکایینی شده و منجر به انقباض عروق کرونری می شود. (۲)

اهداف بعد از عمل نیز مانند همان اهداف حین عمل است. بنابراین باید از هر عاملی که سبب

افزایش مصرف اکسیژن میوکارد می گردد، مانند لرز و درد و هایپوکسی جلوگیری شود. (۲)

## گزارش مورد

بیمار آقای ۸۲ ساله با درد RLQ<sup>۳</sup> در تاریخ ۹۲/۴/۳۱ به اورژانس مراجعه نمود. بیمار از یک هفته قبل از مراجعه درد داشته و به علت تشدید درد به بیمارستان مراجعه کرد. در تاریخچه بیمار سابقه دیابت ملیتوس مشاهده می شد. بنا به اظهار همراهمان وی، سابقه بیماری قلبی و عروقی نداشته و طی سال های اخیر برای بررسی به پزشک مراجعه نکرده بود ولی سابقه گهگاهی تنگی نفس و سرفه و دفع خلط گهگاهی و مصرف سالبوتامول را می داد. در هنگام مراجعه بیمار درد قفسه سینه نداشته و در معاینه ریه رال خفیف در قاعده ریه شنیده شد. در معاینه شکم یک توده ۵×۱۰ سانتی متر لمس شد که دردناک بود. با تشخیص هرنی اینگوینال اینکارسره توسط جراح، تصمیم به انتقال بیمار به اتاق عمل گرفته شد. برای اقدامات قبل از عمل از بیمار الکتروکاردیوگرام ۱۲ لید گرفته شد که در لیدها ST Elevation، V<sub>2</sub>-V<sub>6</sub> (صعود قطعه ST) داشت. بنا به درخواست متخصص قلب، سطح سرمی تریپونین بیمار اندازه گیری شد که نتیجه آن مثبت بود.

به علت ریسک بالا و مورتالیتی زیاد، عمل جراحی لغو گردید و بیمار با تشخیص STE انفارکتوس میوکارد در بخش مراقبت های ویژه قلب بستری شد. با تجویز متخصص قلب و عروق، داروهای هپارین، آسپیرین و آتورواستاتین برای وی شروع شد و آنتی بیوتیک های مترونیدازول و سفتریاکسون توسط جراح تجویز گردید.

یک روز بعد از بستری، در تاریخ ۹۲/۵/۱، مجدداً سطح تریپونین بیمار در دو آزمایشگاه مختلف مورد بررسی قرار گرفت که همچنان جواب آزمایش مثبت بود. نتیجه اکوکاردیوگرافی نیز نشان دهنده EF=۴۰-۳۵٪ و عدم مشکل دریچه ای بود. کلیه داروهای

<sup>۳</sup>. right lower quaderant

<sup>۲</sup>. Unstable Angina

RR= 14

PR= 80-110

**بعد از عمل** با توجه به به فشار خون بیمار، دوپامین Taper و سپس قطع شد. بعد از اتمام عمل جراحی بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه قلب منتقل شد. در بخش مراقبت‌های ویژه قلب نیز نیاز به انفوزیون دوپامین نبود. تا ۸ روز بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بستری بود و هر روز ویزیت می‌شد. درد بیمار تا ۴۸ ساعت بعد از عمل با استفاده از تزریق لیدوکائین ۲٪ داخل کاتتر اپیدورال، کنترل شد. بعد از جابجا شدن کاتتر و کشیدن آن از مخدر (مورفین) به صورت PRN استفاده شد. هپارین S.C نیز تزریق می‌شد. طی این مدت مشاوره داخلی نیز صورت گرفت و برای بیمار اسپری سالبوتامول گذاشته شد. به علت نارضایتی بیمار آنژیوگرافی برای وی انجام نشد. دو هفته بعد از ترخیص مجدداً با بیمار تماس تلفنی برقرار شد که به گفته همراهان، حال عمومی بیمار نسبتاً خوب بود اما هنوز هیچ اقدامی برای پیگیری مشکل قلبی وی نشده بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

تشخیص انفارکتوس میوکارد بر اساس کلینیک و پاراکلینیک است. درد قفسه سینه از علائم مهم است که در برخی موارد از جمله افراد مسن و افراد دیابتیک ممکن است دیده نشود. (۲) به دلیل وجود هر دو معیار در بیمار مورد نظر، انفارکتوس میوکارد بدون درد سینه رخ داده بود.

از راههای تشخیص انفارکتوس میوکارد، الکتروکاردیوگرافی لید است (۲)، که بیمار ST Elevation در لیدهای پره‌کوردیال (V2-V6) داشت.

میزان تریپونین سرم به عنوان مارکرهای قلبی، از روش‌های تشخیص AMI است (۲) که در این مورد در روز متوالی مثبت بود.

به دلیل اورژانس بودن جراحی، برای بیمار فقط درمان دارویی شروع شد. با توجه به ریسک بالای جراحی و بیهوشی در این بیماران و با در نظر داشتن اورژانس و مهلک بودن وضعیت بیمار، با انجام

قلبی بیمار قبل و بعد از عمل ادامه یافت و همودینامیک بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه قلب تحت کنترل بود.

ساعت ۲۳/۳۰ بیمار مجدداً توسط رزیدنت بیهوشی ویزیت شد. حال عمومی بیمار خوب نبود. در معاینه رال قاعده ریه سمع شد ولی در سمع قلب، سوفلی شنیده نشد. ST همچنان بالا بود. مجدداً با متخصص آنکال قلب مشاوره صورت گرفت و با متخصص بیهوشی و جراحی هماهنگی بعمل آمد و ساعت ۳۰ دقیقه بامداد تاریخ ۹۲/۵/۲ (۲۴ ساعت بعد از مراجعه) به اتاق عمل منتقل شد.

**در اتاق عمل** پس از انتقال بیمار به تخت، پایش قلبی-عروقی و علائم حیاتی و پالس اکسی‌متری انجام شد.

با توجه به کهولت سن و بیماری زمینه‌ای ریوی و کنترل درد بعد از عمل، برای بیمار آنستزی اپیدورال با ۱۵ سی‌سی بوپیواکائین ۰/۵٪ انجام شد. برای کنترل درد بعد از عمل کاتتر اپیدورال نیز گذاشته شد. با تزریق لوکال آنستزیک، آرتریال لاین گرفته شد. اکسیژن تراپی با ماسک (۸ لیتر / دقیقه) صورت گرفت. برای کاهش اضطراب، میدازولام به صورت داخل وریدی تزریق شد.

در شروع عمل، علائم حیاتی به شرح زیر بود:

RR= 14

HR= 80

Bp= 110/70

O2Sat ≥ 95%

پس از آنستزی اپیدورال بیمار دچار افت فشار خون تا حد ۸۰/۵۰ شد که به علت نبودن فنیل‌فرین در بیمارستان، از افرین و به دنبال آن از انفوزیون دوپامین، برای بهبود فشار خون بیمار استفاده شد. انفوزیون دوپامین تا آخر عمل ادامه یافت و طی این مدت اکسیژن تراپی کماکان ادامه داشت. مایع‌درمانی نیز به اندازه لازم انجام شد. لازم به ذکر است که عمل جراحی یک ساعت طول کشید. روده گانگرن بود. همچنین علائم حیاتی بیمار در حین عمل به قرار زیر بود:

Bp= 80/50 تا 100/60

- گرم نگهداشتن محیط برای جلوگیری لرز
- اکسیژن تراپی با ماسک با مقدار ۸ لیتر / دقیقه
- شروع دوپامین به علت افت فشار خون حین عمل جراحی که به نظر می رسد ناشی از سپتی سمی (به علت روده گانگرنه) باشد.
- مایع درمانی بیمار در طی عمل جراحی
- پس از عمل جراحی و کنترل علائم حیاتی در ریکاوری بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه قلب منتقل شد و تحت مراقبت ویژه قرار گرفت. هشت روز بعد بدون انجام آنژیو گرافی (به دلیل نارضایتی بیمار) از بیمارستان ترخیص شد.

مشاوره بین متخصصان قلب، بیهوشی و جراحی، تصمیم به عمل جراحی در اسرع وقت گرفته شد. کاهش کار میوکارد، کمتر شدن مصرف اکسیژن میوکارد و جلوگیری از افزایش فعالیت سمپاتیک، از اقدامات ضروری است که در این بیماران باید انجام شود. (۲) در این راستا و با توجه به این ضرورت برای جلوگیری از درد در حین و بعد از عمل، برای بیمار بی‌حسی اپیدورال و کاتتر گذاشته شد. دیگر اقداماتی که برای بیمار انجام گرفت عبارتند از:

- تزریق داخل وریدی میدازولام برای جلوگیری از اضطراب

#### REFERENCES

- 1- Miller anesthesia ,2010
- 2- Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease 2013