



۲۱-۲۲ دی ماه ۱۴۰۱
کرج- ایران

چهارمین کنگره ملی گزارش های موردی بالینی



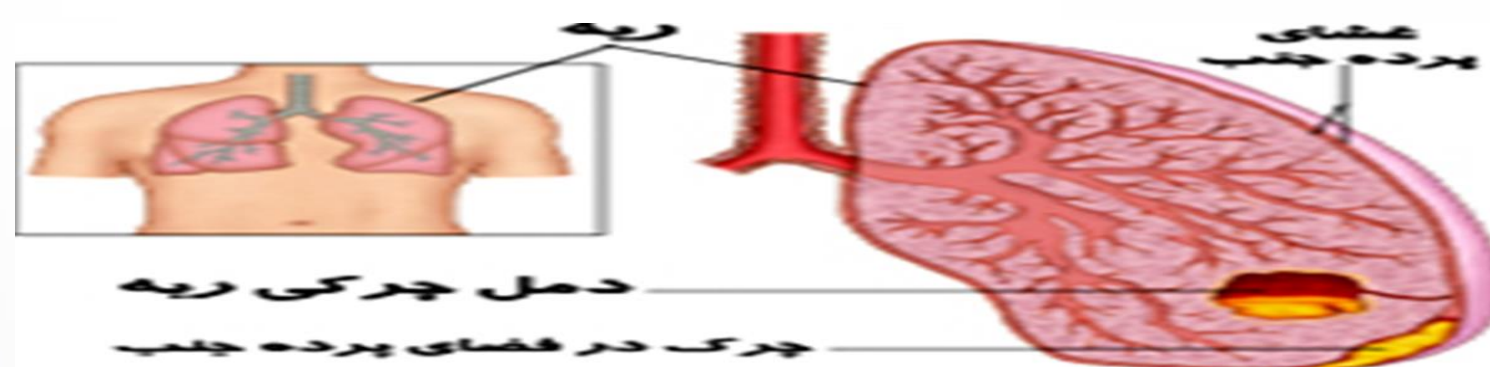
کد مقاله

گزارش یک مورد مرگ ناشی از عدم درمان کامل cop

صدف صفی خانی*، کارشناس ارشد پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
مریم بابایی، کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
اعظم عابدی، کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
نرگس تقی پور، کارشناس ارشد پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
مهشاد موثقی، کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

Cryptogenic organizing pneumonia یا COP به معنی خشک و ضخیم شدگی و فیبروزه شدن بافت ریه می باشد که این شرایط در زنان و مردان بین ۵۰ تا ۶۰ سال و افراد با بیماری های زمینه ای چون لوپوس، آرتریت روماتوئید و اسکرویدرما شایع می باشد و میتوان از عوارض ثانویه کووید نیز باشد.

Cop در افرادی که تحت رادیوتراپی و تحت برخورد با مواد شیمیایی، پرندگان، عفونت های ریوی و تحت پیوند اعضا بوده اند، مشاهده شده است. این شرایط همچنین در افرادی با سرطان ریه و لنفوما قابل مشاهده می باشد که از علائم آن، علائم شبه آنفلانزا را میتوان ذکر کرد که همین مورد تشخیص بیماری را دشوار می کند. کلی آن شامل تنگی نفس، تنفس سریع و سطحی، سرفه خشک و از دست دادن وزن می باشد که با پیشرفت بیماری حتی در حین استراحت نیز این علائم در بیمار دیده می شوند. در بعضی بیماران درد قفسه سینه، تعریق شبانه و هموپتزی نیز وجود دارند. تشخیص صحیح Cop نیاز به ارزیابی دقیق پزشک دارد و با کمک CXR و آزمایشات بالینی و بیوپسی از ریه قابل تشخیص است. درمان COP شامل استفاده از کورتیکواستروئید ها مثل پردنیزولون می باشد که برای هفته ها و ماه ها تجویز می شود و اگر در طول چند هفته بهبودی حاصل نشد، درمان cytotoxic (سیکلو فوسفاماید) استفاده می شود. COP هیچ گونه پاسخی نسبت به درمان آنتی بیوتیکی ندارد.



بیمار آقای ۴۱ ساله که با پای خود به اورژانس مراجعه کرده است و با علائم تائیکاردی و تنگی نفس و سردرد و دیسترس تنفسی با R/O PTE بستری ICU شده است. علائم حیاتی بدو ورود مددجو: T=36، PR=135، RR=22، BP=110/60، SPO2=94% می باشد. مددجو سابقه بستری دو هفته قبل به دنبال کووید ۱۹ را ذکر می کند و سه دوز واکسن سینوفارم نیز تزریق کرده است. طی آزمایشات

negative D-DIMER= و IL6=7/4(UP TO 5/9) و CRP=18/28(UP TO 5) و Procalcitonin=Negative گزارش شده است.

CXR و CHEST CT و CT آنژیوگرافی ریه و مشاوره قلب و اکو و داخلی انجام شد و EF=55% ذکر شده است. مشاوره داخلی کورتیکواستروئید را شروع کرده و تشخیص COP را برای مددجو ذکر کرده است و بعد از آن مشاوره ریه با بیمارستان امام علی انجام شده است و پیشنهاد شده است که مددجو کورتیکواستروئید دریافت کند و یک ماه بعد CT ریه مجدد تکرار شود. در رپورت CT آنژیوگرافی، PTE رد شده است و لنف نود هیلار به ابعاد 11*18 و احتمالاً Reactive در ناف ریه راست گزارش شده است و افزایش ضخامت در سپتاهای بین لوبولی در قواعد ریه ها مشاهده شده است و آپاسیته های گراند گلاس باند شکل در اپکس ریه ها و آپاسیته های کانسالیدياتیو arcade-like در قواعد ریه ها مشاهده شده است و در درجه اول COP و با احتمال کمتر بیماری هایی مانند پنومونی ائوزینوفیلیک مزمن، سارکوئیدوز، واسکولیت ها در DDX مطرح شده است و بدخیمی هایی ایجاد کننده نود های کانسالیدياتیو مانند لنفوم و BAC مطرح هستند و یافته ها برای کووید آتیپیک بوده اند که درمان استروئیدی برای مددجو شروع شده بود، اما مددجو با رضایت شخصی از بیمارستان خارج شد و طی اطلاع رسانی همراه مددجو فرمودند که به بیمارستان دیگری مراجعه خواهند کرد که متأسفانه چند هفته بعد متوجه شدیم که مددجو فوت شده است.

COP یکی از شرایط ریوی می باشد که نیاز به تشخیص و درمان زود هنگام دارد و علی رغم این تفاسیر به علت نزدیک بودن علائم آن با سایر بیماری های ریوی به مراتب تشخیص سخت تری دارد. در این کیس تشخیص زود هنگام و درمان مربوطه صورت گرفته است ولی سایر اختلالات مانند بدخیمی ها رد نشده است و آزمایشات نشان دهنده ی عفونت باکتریایی نمی باشد که این ها به سود تشخیص COP می باشد.