



۲۱-۲۲ دی ماه ۱۴۰۱
کرج- ایران

چهارمین کنگره ملی گزارش های موردی بالینی



کد مقاله

آمپیم لکوله ، یک مورد گزارش موردی

مهشاد موثقی*، کارشناس 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

فاطمه پیرزاده، کارشناس ارشد پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

آمپیم پلور به تجمع چرک در حفره پلور گفته می شود . فضای پلورال یک فضای بالقوه ریه و دیواره قفسه سینه می باشد . تجمع مایع در فضای پلورال که عفونی گردد ، منجر به آمپیم می شود . تخلیه زودرس چرک از فضای پلورال ، اساس درمان این بیماری می باشد . موفقیت درمان ، بستگی به تشخیص سریع و انتخاب آنتی بیوتیک مناسب دارد . این بیماری با گذشت زمان از ایجاد آن دچار Loculation شده و درناژ آن سخت می گردد . به همین منظور ، بررسی و تشخیص زودهنگام آن در اولویت می باشد.

بیمار آقای ۳۳ ساله با شکایت دیس پنه ، به تریاژ بیمارستان مراجعه کرده است . بیمار در بدو ورود به بیمارستان ، Gcs: 15 و T:36.6 و HR:130 و RR:25 و BP:132/95 و SPO2:87% داشته است . سابقه سنگ کلیه و مثانه را ذکر میکند . عفونت تنفسی اخیر و سرماخوردگی نداشته است . در بررسی های اولیه و انجام آزمایشات بدو ورود ، D-DIMMER:510 و WBC:17.4 و CRP:1+ داشته است . سایر آزمایشات انجام شده نرمال بوده است . PCR منفی است . در CXR پرتابل ، پلورال افیوژن راست دیده شده است . درمان دارویی کووید ۱۹ (رمدسیویر و متیل پردنیزولون) و درمان آنتی بیوتیکی (سفتریاکسون و ونکومايسين) شروع شده است و به ICU منتقل شده است . مشاوره قلب در روز آینده انجام و با شک به PTE توصیه به شروع دریپ هپارین ۱۲۰۰ واحد در ساعت شده است . (EF:50-55%) در همان روز درخواست CT آنژیو ریه شده است که بعد از ۴ روز و استیبل شدن شرایط بیمار ، اجازه خروج از ICU داده شد و CT آنژیو انجام شد که گزارش پلورال افیوژن شدید لکوله دارای سپتا در همی توراکس راست با پنوموتوراکس خفیف و کلاپس پاسیو لوب تحتانی ریه راست داده شد و شواهدی از PTE رویت نشد . در طی این مدت بیمار دریپ هپارین را دریافت میکرد . مشاوره جراحی اورژانسی بلافاصله بعد از آماده شدن ریپورت سی تی انجام و چست تیوپ شماره ۳۲ در فضای پنجم سمت راست فیکس شد و ترشحات چرکی خارج گردید . جراح اظهار وجود آمپیم شدید در ریه راست داشت و توصیه به مشاوره جراحی توراکس جهت انجام VATS داده شد . مشاوره جراحی توراکس انجام و با رویت CT پارانشیم ریه و مدیاستن و تایید آمپیم لکوله ، بیمار به مرکز دیگری جهت انجام VATS اعزام گردید .



سی تی آنژیوگرافی آنورت توراسیک
پس از تزریق ماده حاجب در بازسازی های صورت گرفته در زمان های مختلف ،
شریان اصلی پولمونر دوطرف رویت گشته ، نقص پرشدگی مشاهده نمیشود . همچنین شاخ های شریان پولمونر دوطرف رویت گشته ، علائمی دال بر انسداد آنها و یا نقص پرشدگی مشاهده نمیشود .
پلورال افیوژن شدید لکوله دارای سپتا در همی توراکس راست همراه با پنوموتوراکس خفیف و کلاپس پاسیو لوب تحتانی ریه راست مشهود است .
نتیجه ، CT آنژیو نرمال عروق پولمونر

در آمپیم ، دریافت مراقبت های پزشکی زودهنگام ، می تواند از پیشرفت و شدت یافتن بیماری جلوگیری کند . تشخیص صحیح در روند درمان بیماران نقش حیاتی را ایفا می کند . لذا جهت کاهش خطاهای تشخیصی ، توصیه می گردد معاینات بالینی دقیق انجام شود و توجه به نتایج آزمایشات و تصویربرداری ها و انجام به موقع آنها ، مورد توجه ویژه قرار گیرد .