

## پارگی و دیسکسیون آئورت و اهمیت تشخیص صحیح آن در پزشکی قانونی (معرفی مورد)

دکتر محمد دلیراد\* - دکتر جابر قره‌دادغی\*\*

\* متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

\*\* متخصص پزشکی قانونی، عضو هیأت علمی سازمان پزشکی قانونی کشور، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

### چکیده

**مقدمه:** تشخیص صحیح بالینی علت فوت در بیماران وقتی موفقیت آمیز خواهد بود که بین زمان بروز علایم بیماری و مرگ بیمار حدائق چند روز فاصله وجود داشته باشد. در صورت نبود این فاصله زمانی و وقوع سریع و ناگهانی مرگ، تعیین علت فوت بدون کالبدگشایی سخت و در مواردی غیرممکن خواهد بود. در این گونه از موارد چنانچه اولیای بیمار و یا متوفی از کادر درمانی و یا شخص و یا اشخاص دیگری شکایت داشته باشند، تعیین دقیق علت فوت با انجام کالبدگشایی ضرورت تام خواهد داشت و مورد معروفی از مصاديق شرایط ذکر شده می‌باشد.

معروفی مورد: پیرمردی ۷۰ ساله در جریان یک تصادف رانندگی دچار صدمات خفیف بدنی شده و با مراجعه به پزشکی قانونی مرکز استان گواهی پزشکی دریافت می‌کند. بعد از گذشت حدود پنج هفته، بیمار با شکایت از درد قفسه سینه و شکم به مرکز درمانی مراجعه می‌کند و بعد از درمان‌های علاجی در مراجعته سوم حین اعزام به مرکز استان در راه فوت می‌نماید. اولیای متوفی ضمن ابراز نارضایتی شدید، اعلام شکایت از کادر درمانی و راننده خاطری می‌نمایند و مرگ متوفی را نتیجه صدمات تصادف و قصور کادر درمانی قلمداد می‌نمایند. در کالبدگشایی متوفی دیسکسیون و پارگی آئورت داشته که با توضیح امر به بستکان آنان از شکایت خود منصرف می‌شوند.

نتیجه‌گیری: در صورت عدم انجام کالبدگشایی در مرگ‌های سریع و ناگهانی امکان تعیین دقیق علت فوت وجود نخواهد داشت و در صورت صدور جواز دفن بدون انجام کالبدگشایی، مورد با ابهام و پیچیدگی زیادی همراه خواهد بود و در صورت طرح شکایت بر علیه کادر درمانی و یا دیگران، ضمن اینکه امکان قضاوت متقن فراهم نخواهد شد؛ با طولانی شدن روند رسیدگی به موضوع، هزینه‌های مادی و معنوی زیادی برای تمامی افراد درگیر در پرونده تحمل خواهد شد.

واژگان کلیدی: پارگی آئورت، دیسکسیون آئورت، سانحه رانندگی، کالبدگشایی قانونی، ضربه

وصول مقاله: ۸۶/۲۵

تأثید مقاله: ۱۱/۱۸

نویسنده پاسخگو: ارومیه، خیابان کاشانی، مرکز آموزشی درمانی آیتا... طالقانی، کد پستی: ۵۷۱۵۹-۷۴۶۷۷ delirrad@yahoo.com

### مقدمه

برای کادر درمانی در آینده می‌شود. مورد زیر یکی از مواردی است که اولیای دم وی هم از کادر درمانی و هم از راننده خاطری شکایت داشتند و مرگ بیمار را نتیجه تصادف و قصور کادر درمانی در درمان مناسب و ارجاع به موقع می‌دانستند، که با ارجاع مورد به پزشکی قانونی و با کالبدگشایی و تعیین مستند علت فوت، زمینه ابهامات بعدی از بین رفت و از اطاله دادرسی و ایجاد مشکلات مضاعف برای کادر درمانی و بستگان متوفی پیشگیری گردید.

### معرفی مورد

در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۵ یک دستگاه خودروی سواری پیکان، واژگون و سرنشین صندلی جلوی آن که پیرمردی ۷۰ ساله بوده مجرح می‌شود. مصدوم به پزشکی قانونی مرکز استان مراجعه

تشخیص صحیح بالینی علت فوت در بیماران وقتی موفقیت آمیز خواهد بود که معمولاً چند روز بین زمان بروز علایم بیماری و مرگ بیمار فاصله وجود داشته باشد و نیز بیمار به پزشک مراجعته نموده و تحت درمان قرار گرفته باشد. در صورت عدم مراجعته به موقع بیمار و یا نبود این فاصله زمانی و وقوع سریع و ناگهانی مرگ، تعیین علت فوت بدون کالبدگشایی سخت و در مواردی غیرممکن خواهد بود و چنانچه اولیای بیمار و یا متوفی در خصوص مرگ بیمار از کادر درمانی و یا شخص و یا اشخاص دیگری شکایت داشته باشند، تعیین دقیق علت فوت با انجام کالبدگشایی ضرورت تام داشته و ارجاع این موارد به پزشکی قانونی، وفق موازین الزامی خواهد بود. صدور جواز دفن در مراکز درمانی برای این موارد و عدم ارجاع آنها، موجب بروز مشکل

را به سانحه تصادف رانندگی نسبت داده و از راننده خاطی نیز شاکی بوده‌اند.

جسد جهت انجام معاینه و در صورت لزوم کالبدگشایی و تعیین علت فوت از جانب مقام قضایی به پزشکی قانونی مرکز استان ارجاع گردید. در معاینه ظاهری یافته‌های غیرطبیعی به شرح زیر بودند: (۱) جراحت بخیه شده‌ی شدہ‌تیام یافته در گونه چپ (مربوط به حادثه) (۲) ضایعه پوستی تؤام با جراحت غیرضربی‌ای به قطر سه سانتی‌متر در ناحیه آهیانه‌ای چپ سر (۳) تغییر رنگ طوسی پررنگ به قطر پنج سانتی‌متر در پوست فرق سر. با توجه به فقدان یافته غیرعادی در سایر قسمت‌های بدن متوفی و برای بررسی دقیق ضایعه شماره ۲ فوق‌الذکر و جهت تعیین علت فوت، کالبدگشایی انجام شد. در ابتدا پوست سر باز شد. زیر پوست سر در ناحیه آهیانه‌ای راست، خونمردگی زیرجلدی به قطر تقریبی سه سانتی‌متر مشهود بود که با بررسی مجدد پوست سر در این ناحیه هیچ جراحتی رؤیت نشد. جمجمه گشوده شد. در بافت مغز و مخچه آثار غیرطبیعی اعم از خیز و خونریزی و عفونت و کوشتگی و یا لهش‌گی نسجی مشاهده نشد. در کالبدگشایی تنه، زیر پوست و لابه‌لای عضلات خونمردگی رؤیت نشد. آبشامه قلب (پریکارڈ) چسبندگی شدید به جناغ داشت. فضای جنبی چپ مملو از خون بود (حدود دو لیتر) و در فضای جنبی راست نیز حدود نیم لیتر خون سیال وجود داشت. ریه‌ها رنگ پریده بودند. مقدار زیادی خون لخته شده نیز در اطراف قلب و میادیستان (میان‌سینه) و دور آئورت مشهود بود (تصویر ۱).

جهت بررسی منشأ خونریزی، امعاء و احشای سینه‌ای و شکمی به صورت بلوك خارج گردیدند. در ناحیه ناف هر دو ریه مقدار فراوانی لخته خون وجود داشت. شریان آئورت به صورت طولی باز شد. جدا شدگی لایه خارجی آئورت از لایه میانی آئورت از ابتدای آن تا انتهای قسمت سینه‌ای شریان کاملاً مشهود بود. همچنین پلاک‌های متعدد آترومی (تصلب شرایین) در سرتاسر سطح داخلی آئورت به خصوص در بخش سینه‌ای آن وجود داشت (تصویر ۲ و ۳).

با بررسی بیشتر و دقیق‌تر مشخص گردید که در فاصله حدود سی سانتی‌متری از ابتدای آئورت، یک پارگی نامنظم به طول حدود ۱/۵ سانتی‌متر بر روی یکی از پلاک‌های آترومی در دیواره خلفی جانبی آئورت نزولی سینه‌ای ایجاد و از طریق آن خون به جدار آئورت نفوذ کرده و سبب ایجاد هماتوم جداری آئورت با انتشار به سمت بالا (دیسکسیون رتروگراد) شده بود (تصویر ۴). شکم فاقد خون و مایع غیرطبیعی و یافته پاتولوژیک بود.

با توجه به شرح فوق، علت فوت «آنوریسم شکافنده (دیسکان)» شریان آئورت و عوارض ناشی از آن» تعیین گردید و با توضیح موضوع به بستگان متوفی، مبنی بر اینکه با توجه به عدم وجود آثار ترومما در قفسه صدری و با توجه به گذشت ۳۵ روز از زمان حادثه و عدم وجود ناراحتی و شکایت در متوفی در طی این مدت، وجود ارتباط بین حادثه و بروز پارگی در جدار آئورت قبل احران نیست. توضیح داده شد که

و پس از درخواست مشاوره از متخصص گوش و حلق و بینی، طبق گواهی صادر شده دچار صدمات زیر بوده است: (۱) کبودی زیر هر دو چشم (۲) شکستگی استخوان بینی (۳) بریدگی گونه چپ (دامیه) (۴) اظهار تالم از سردرد و سرگیجه. به دلیل عدم وجود مرکز پزشکی قانونی در شهرستان محل سکونت. زمان معاینه مجدد وی به یک ماه بعد موکول می‌شود.

طبق بررسی به عمل آمده خودرو فقط دو سرنشین داشته و از سرعت متوسطی برخوردار بوده و در مسیر جاده بین شهری و نزدیک یک سه راهی دارای ایست بارزرسی نیروی انتظامی واژگون شده و راننده خودرو که جوان‌تر از مصدوم بود در جریان این حادثه دچار صدمه بدنی خاصی نشده بود.

حدود ۳۵ روز بعد از حادثه، مصدوم مورد بحث با شکایت درد مبهم در قسمت قدامی تحتانی قفسه‌ی سینه و شکم و کمر، حدود ساعت ۳ بامداد به اورژانس بیمارستان شهرستان محل سکونت خود مراجعه می‌نماید. علایم حیاتی ثبت شده در پرونده به شرح زیر و در محدوده طبیعی بوده‌اند. فشار خون: ۱۳۰/۸۵ میلی‌متر جیوه؛ تعداد نبض ۸۵ ضربان در دقیقه؛ تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه. نوار قلبی تهیه شده نیز طبیعی بوده و بیمار در لمس دندنه‌ها و مهره‌ها احساس درد داشته است. بیمار تحت نظر گرفته شده و چندین بار علایم حیاتی وی بررسی می‌گردد. نوارهای قلبی ساعت ۱۰ و ۱۱:۳۰ صبح نیز طبیعی بوده‌اند. طبق نظر پزشک معالج یک عدد آمپول سولفات مورفین به صورت عضلانی به بیمار تزریق شده و در ساعت ۱۱:۴۰ صبح از بیمارستان مرخص می‌شود.

بیمار برای دومین بار در ساعت ۱۷ همان روز با علایم مشابه یعنی درد مهره‌های پشتی و دندنه‌ها به همان بیمارستان مراجعه کرده است. علایم حیاتی ثبت شده به شرح زیر و طبیعی بوده‌اند (فشار خون: ۱۳۵/۸۵ میلی‌متر جیوه؛ تعداد نبض ۷۵ ضربان در دقیقه؛ تعداد تنفس ۱۸ بار در دقیقه) و نوار قلب گرفته شده نیز طبیعی بوده و با تشخیص درد عضلانی اسکلتی، توصیه به مراجعه به متخصص جراحی مغز و اعصاب در مرکز استان شده است. این بار نیز قبل از ترخیص، یک عدد آمپول پتیدین به صورت عضلانی به بیمار تزریق شده است.

بیمار بامداد روز بعد برای سومین بار با علایم مشابه به همان بیمارستان مراجعه و جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی بیشتر به بیمارستان دولتی مرکز استان اعزام شده است. فاصله شهرستان محل سکونت تا مرکز استان ۷۵ دقیقه بوده که پس از طی حدود یک سوم این مسافت، بیمار در مسیر اعزام فوت نموده و آمبولانس حامل وی به بیمارستان مبدأ بازگشته است.

متعاقب فوت بیمار، بستگان وی به اورژانس بیمارستان هجوم آورده و ضمن اعتراض و آسیب رساندن به تأسیسات بیمارستان، از اعزام نشدن به موقع بیمارشان به مرکز استان اعلام نارضایتی نموده و از پزشک و کارکنان بیمارستان نیز به دلیل کوتاهی در امر تشخیص و درمان و ارجاع دیرهنگام بیمار شکایت داشته‌اند. از سوی دیگر مرگ



تصویر ۳ - نقاط متعدد آترواسکلروز (تصلب شرایین)  
درجدار آئورت



تصویر ۱ - پس از تخلیه خون موجود در فضاهای جنبی  
دو طرف، مقدار زیادی لخته خون در میان سینه  
(مذیاستن) و اطراف قلب دیده می‌شود.



تصویر ۴ - دیسکسیون رتروگراد آئورت: خون از محل پارگی  
اولیه در حدود ۳۰ سانتیمتری قلب وارد جدار  
آئورت شده و لایه‌های انتیما و مدیا را از هم جدا  
نموده و تا خود قلب رسیده است.



تصویر ۲ - قلب به همراه هر دو ریه، شریان آئورت به صورت  
طولی باز شده است. به وجود لخته‌های فراوان  
خود در ناف هر دو ریه و اطراف شریان آئورت و  
پلاک‌های آترومی متعدد در سطح داخلی آئورت و  
همچنین محل پارگی آئورت (در منتهی الیه سمت  
چپ و پایین تصویر) توجه فرمائید.

آئورت ایجاد شود که این حالت در صدمات بسته (پلات) قفسه‌ی سینه مثل تصادفات رانندگی شایع‌تر است و به سرعت منجر به بروز شوک همورازیک و کلپس قلبی عروقی و مرگ می‌شود<sup>(۳)</sup>. در برخی از مواقع پارگی فقط در ضخامت لایه انتیما و مدیا آئورت رخ می‌دهد که در این حالت با هر ضربان قلب مقداری خون به فضای بین لایه‌های جدار آئورت وارد می‌شود و در صورت ادامه ورود خون، جدا شدن پیشرونده لایه‌های دیواره آئورت رخ داده و دیسکسیون آئورت رخ می‌دهد.

### شکاف آئورت

دیسکسیون آئورت شایع‌ترین پدیده مهلک درگیر کننده آئورت است<sup>(۴)</sup>. با ورود خون به جدار آئورت، ابتدا مجرای کاذبی در کنار مجرای اصلی شریان ایجاد می‌شود<sup>(۱)</sup>. گاه این مجرای کاذب از محل یا محل‌های دیگری غیر از پارگی اولیه به مجرای اصلی آئورت راه می‌یابد<sup>(۵)</sup> (Re-entry sites). جدا شدن دیواره آئورت معمولاً به سمت پایین است (دیسکسیون نزولی یا دیستال) اما ممکن است جدا شدن به سمت بالا اتفاق افتد (دیسکسیون رتروگراد، صعودی یا پروگزیمال)<sup>(۵)</sup>.

علت اصلی پارگی ابتدایی و خونریزی بین دیواره آئورت در اکثر موارد ناشناخته است لیکن در اغلب موارد (۹۴٪ بیماران) پرفشاری خون وجود دارد که نقش مهمی در شروع خونریزی داخل جدار رگ ایفا می‌کند<sup>(۵)</sup>. عوامل خطرساز معمول بیماری‌های قلبی مثل مصرف دخانیات، پرفشاری خون، تصلب شرایین، بالا بودن کلسیتون خون و همچنین بیماری‌های بافت همبند، التهاب آئورت، دریچه آئورت دولتی، دژبراسیون کیستیک میدیا، بارداری، سوءمصرف کوکائین و آمفتابین‌ها از علل زمینه‌ساز دیسکسیون آئورت هستند<sup>(۴)، (۵)</sup>.

علل دیسکسیون ضربه‌ای آئورت نیز به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: (الف) خارجی یا غیرمستقیم ناشی از ضربات بسته (پلات) قفسه‌ی سینه یا شکم (ب) داخلی یا مستقیم ناشی از اقدامات تشخصی (کاترگذاری) یا درمانی (جراحی قلب) (دیسکسیون ایاتروژنیک). میزان بروز هر دو نوع تروماتیک با توجه به افزایش وسایل نقلیه موتوری، تصلب شرایین (آترواسکلروز)، بالا رفتن سن حیات و فزونی تعداد اعمال تشخصی و جراحی قلب رو به افزایش است<sup>(۶)، (۷)</sup>. البته در صدمات بسته قفسه‌ی سینه دیسکسیون تروماتیک آئورت پدیده نادری است<sup>(۸)</sup>، لیکن پارگی تروماتیک آئورت یکی از علل مهم مرگ و میر در این موارد می‌باشد<sup>(۶)، (۷)</sup>.

دیسکسیون آئورت در مردان سه برابر شایع‌تر از زنان و در سیاهپوستان شایع‌تر از سفیدپوستان و در بین آسیایی‌ها ناشایع است. حدود سه چهارم دیسکسیون‌های آئورت در سنین ۴۰ تا ۷۰ سالگی رخ می‌دهند<sup>(۱)</sup>. دیسکسیون در افراد جوان تراز ۴۰ سال با ناهنجاری‌های بافت همبند مثل سندرم مارfan شایع می‌باشد<sup>(۲)</sup>.

شروع دیسکسیون اغلب (در ۸۰ تا ۹۰٪ موارد) با درد شدید سینه

امکان درمان این عارضه در آن شهر و استان میسر نبود و آنان از شکایت خود منصرف شدند.

### آناتومی آئورت

آئورت حدود دو و نیم سانتی‌متر قطر دارد و بزرگ‌ترین شریان بدن است که از قلب شروع و تا محل دوشاخه شدن و تبدیل به شریان‌های رانی در لگن امتداد دارد. دیواره شریان از داخل به خارج شامل لایه‌های داخلی (انتیما)، میانی (میدیا) و خارجی (آدونتیس) است. از بیماری‌های آئورت، آنوریسم‌ها، پارگی و شکاف (دیسکسیون) هستند. این موارد می‌توانند به سرعت کشنده باشند اما بعضی از آنها معمولاً سال‌ها طول می‌کشد تا ایجاد شوند<sup>(۱)</sup>.

### آنوریسم آئورت

آنوریسم به اتساع ناهنجار یک رگ در نواحی ضعیف دیواره اطلاق می‌شود به طوری که قطر آن بیش از ۱/۵ برابر حالت معمول گردد. آنوریسم در هر شریان یا ورید ممکن است ایجاد شود لیکن بروز آن در آئورت و عروق مغز (آنوریسم برجی) شایع‌تر است<sup>(۲) و (۳)</sup>.

مهمنترین علل ایجاد آنوریسم عبارتند از: تصلب شرایین، دژبراسیون کیستیک میدیا، ضربه (تروما)، عوامل مادرزادی (آنوریسم برجی در شریان‌های مغز)، عفونتها (قارچی و سیفیلیس)، بیماری‌های سیستمیک و واسکولیت‌ها<sup>(۳)</sup>.

از لحاظ شکل آنوریسم‌ها به سه دسته ساکولر، فوزی‌فورم و دیسکان تقسیم می‌شوند. آنوریسم ساکولر به اتساع در یک طرف شریان گفته می‌شود که اندازه آن ممکن است از ۱ تا ۲۰ سانتی‌متر متفاوت باشد و معمولاً خون داخل این نوع آنوریسم لخته می‌شود. آنوریسم فوزی‌فورم به اتساع دوکی شکل جدار مجرأ اطلاق می‌شود. قطر آنوریسم فوزی‌فورم نیز ممکن است تا ۲۰ سانتی‌متر برسد لیکن طول آن زیاد بوده و ممکن است تمام قسمت صعودی و قوس آئورت و یا قسمت وسیعی از آئورت شکمی و حتی شریان‌های ایلیاک (مغبی) را درگیر نماید. آنوریسم دیسکان زمانی ایجاد می‌شود که خون به جدار رگ نفوذ کرده و حفره‌ای مملو از خون تشکیل شود<sup>(۳)</sup>. اغلب آنوریسم‌های آئورت در قسمت شکمی، درست زیر شریان‌های کلیه و بالای شریان‌های ایلیاک قرار دارند<sup>(۲)</sup>. آنوریسم در هر سنی ممکن است ایجاد شود لیکن در مردان بین سنین ۴۰ تا ۷۰ شایع‌تر است و در ایالات متحده حدود ۵ تا ۷٪ جمعیت بالای ۶۰ سال دارای آنوریسم آئورت هستند<sup>(۲)</sup>. چنانچه در کودکان یا افراد کمتر از ۴۰ سال آنوریسم یافت گردد اغلب با یک بیماری یا اختلال بافت همبند همراه است<sup>(۳)</sup>.

### پارگی آئورت

پارگی آئورت یک حادثه خط‌زنگ است که به سرعت ممکن است منجر به مرگ گردد. پارگی ممکن است در تمام ضخامت دیواره

و مزمن (پس از ۶۰ روز بعد از پارگی) تقسیم می‌شود. از روز ۱۴ به بعد دیواره آئورت شکننده‌تر شده و احتمال ایجاد عوارض و خطر عمل جراحی افزایش می‌یابد (۴).

عوارض دیسکسیون عبارتند از: ۱) پارگی احتمالی جدار خارجی آئورت به داخل یکی از سه حفره پریکارد، جنب یا شکم و اختلالات همودینامیک بعدی از جمله سنکوب و مرگ ۲) اختلال در جریان خون آئورت یا هر یک از شاخه‌های شریانی منشعب از آن نظری شریان‌های کرونری، کاروتید، بین‌دنداهی، احتشایی، کلیوی یا ایلیاک ۳) نارسایی دریچه آئورت (۱۰، ۷، ۴).

از لحاظ شیوه درمانی در دیسکسیون آئورت فوقانی (قسمت صعودی و عرضی) درمان جراحی و در دیسکسیون آئورت تحتانی (قسمت سینه‌ای و سینه‌ای-شکمی) درمان طبی و در صورت بروز عوارض، درمان جراحی صورت می‌پذیرد. اگر قسمت فوقانی و تحتانی هر دو با هم درگیر باشند برای قسمت فوقانی درمان جراحی و برای قسمت تحتانی درمان طبی بعدی انجام می‌گیرد (۱۱). بدون درمان حدود نصف موارد دیسکسیون حاد آئورت فوقانی در عرض ۲۴ ساعت و حدود ۶۰٪ موارد دیسکسیون حاد آئورت تحتانی طی یک ماه می‌میرند (۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب ذکر شده، موارد زیر در خصوص این بیمار فوت شده قابل طرح و بحث می‌باشند:

۱) تشخیص صحیح بعد از مرگ بیماری‌های عروق بزرگ از جمله شریان آئورت اهمیت به سزایی در پزشکی قانونی دارد که این امر با معاینه ظاهری جسد محدود نبوده و مستلزم انجام کالبدگشایی است.

۲) اگرچه این احتمال وجود دارد که پارگی بر اثر ضربه تصادف ایجاد شده باشد ولی بنا به دلایل زیر ما معتقدیم که پارگی و یا دست کم دیسکسیون متعاقب آن، همزمان با بروز علایم بالینی بیمار یعنی حدود ۲۴ ساعت قبل از فوت ایجاد شده است:

الف) طبق شواهد موجود، مصدوم پس از سانجه تصادف علایمی از ترومایی بلاتن قفسه‌ی سینه یا شکم نداشته است.

ب) نامبرده بسیاری از عوامل خطر پارگی و دیسکسیون از جمله جنسیت مذکور (دیسکسیون آئورت در مردان ۳ برابر شایع تر از زنان است)، سن بالا (سه چهارم دیسکسیون‌های آئورت بین سنین ۴۰ تا ۷۰ سالگی رخ می‌دهند و بیمار مورد بحث نیز ۷۰ ساله بود)، تصلب شرایین (در تصاویر نیز به وضوح قابل رویت است) و احتمالاً پرفشاری خون و مصرف دخانیات را داشته است.

ج) پارگی دقیقاً بر روی یک بلاک آتروومی در دیواره آئورت قرار داشت و این امر، احتمال پارگی غیرتروماتیک را بیشتر به ذهن متبار می‌سازد و در ناحیه پارگی آثار و علایمی که نشانگر قدیمی بودن آن

یا پشت همراه است که از قدیم به صورت درد شکافنده (Tearing) توصیف شده است. این درد همگام با پیشرفت دیسکسیون در طول آئورت به پایین با بالا کشیده می‌شود. محل درد معمولاً نشان دهنده قسمت درگیر آئورت است. در در قدام سینه دال بر گرفتاری آئورت فوقانی و احساس درد در پشت و شکم دال بر دیسکسیون آئورت تحتانی است (۴). پرفشاری خون در هر دو نوع ممکن است وجود داشته باشد لیکن در نوع دیسکسیون تحتانی شایع تر است. کمبود نسب (Pulse deficit)، اختلالات عصبی، نارسایی دریچه آئورت و نارسایی احتقانی قلب نیز در نوع فوقانی دیده می‌شود (۱۰).

فقط در سه نفر از هر صد هزار نفری که با عالیم درد سینه، پشت یا شکم به اورژانس مراجعه می‌کنند دیسکسیون آئورت وجود دارد. بنابراین تشخیص دیسکسیون آئورت مشکل بوده و اگر پرشک به فکر آن نباشد تشخیص بسیار مشکل خواهد بود (۴). با توجه به این امر تأخیر در تشخیص معمولاً وجود دارد و تأخیر بیش از ۲۴ ساعت در ۳۹٪ موارد رخ می‌دهد. متأسفانه تأخیر در تشخیص با درمان تاخیری نیز همراه بوده و می‌تواند به عوارض وخیم منجر شود. رادیوگرافی قفسه‌ی سینه تقریباً در همه موارد شکل غیرعادی آئورت تشخیص کمک کننده هستند (۱۱) و آژنژیوگرافی آئورت در صورت انجام معمولاً تأیید کننده تشخیص می‌باشد (۱۰).

روش‌های آزمایشگاهی کاربرد کمی در تشخیص دیسکسیون آئورت دارند. نوار قلب غیرطبیعی و نشانگرهای سرمی افزایش یافته که معمولاً با سکته قلبی همراه هستند تشخیص دیسکسیون آئورت را در نمی‌کنند زیرا خود دیسکسیون ممکن است سبب اختلال جریان خون عروق کرونر و سکته قلبی شده باشد. با در نظر گرفتن محل دیسکسیون دو نوع تقسیم‌بندی انجام شده است که در هر دو نوع، محل اولیه پارگی اهمیتی ندارد بلکه محل ایجاد دیسکسیون مهم است (۴) (جدول ۱).

بر اساس زمان گذشته از حادثه اولیه نیز دیسکسیون به موارد حاد ۱۴ روز اول بعد از پارگی)، تحت حاد (۱۵ تا ۶۰ روز بعد از پارگی)

جدول ۱- انواع تقسیم بندی دیسکسیون آئورت

تقسیم بندی Stanford	تقسیم بندی DeBakely	محل دیسکسیون
A	I	دیسکسیون آئورت صعودی و نزولی
A	II	دیسکسیون آئورت صعودی
B	III و IIIa و IIIb	دیسکسیون آئورت نزولی سینه‌ای و شکمی (IIIb)

قبول بود لیکن عدم تشخیص آن از سوی یک پزشک عمومی شاغل در تنها اورژانس بیمارستان یک شهر محروم از امکانات پیشرفته پزشکی که شاید در طول عمر طبابت حرفه‌ای خود تنها یک بار با چنین بیماری برخورد نماید خیلی دور از انتظار نیست.

(۶) تأخیر در تشخیص تاخیر در درمان را نیز در پی دارد. درمان دیسکسیون آئورت فوقانی این بیمار مستلزم عمل جراحی بود (۱۱). بدون درمان یک دوم این بیماران در کمتر از ۲۴ ساعت فوت می‌نمایند (۴) که در مورد این بیمار نیز اتفاقی رخ داد.

در خصوص برقراری ارتباط بین فوت و حادثه تصادف، پزشک قانونی دچار چالش بزرگی بود چرا که از یک طرف متوفی عوامل زمینه‌ای بروز پارگی خودبخود در لایه انتیما و مدیا آئورت و دیسکسیون متعاقب آن را داشت و همچنین بعد از حادثه تصادف نیز هیچگونه آثار ضربه به قفسه صدری و یا شکایت از سوی متوفی به ثبت نرسیده بود؛ از طرفی دیگر احتمال اینکه پارگی اولیه بدنبال تصادف رخ داده باشد و بدون بروز هرگونه علایم، بعد از گذشت ۳۵ روز دیسکسیون بروز نماید نیز وجود دارد. ولی با عنایت به انصاف اولیای دم از شکایت خود، پیگیری و پرسش در خصوص ارتباط و یا عدم ارتباط با تصادف مطرح نگردید. البته توضیحات پزشکی قانونی به اولیای دم در خصوص سخت بودن برقراری ارتباط بین حادثه تصادف و مرگ، در انصاف آنها از شکایت بی تأثیر نبود.

به هر حال هدف ارایه این مقاله آشنا نمودن همکاران محترم پزشک و پزشکان قانونی با بیماری‌های شریان آئورت و همچنین آگاهی آنان از برخی مشکلات اشتغال به طبابت و پزشکی قانونی در شهرها و استان‌های محروم کشور و عواقب اخلاقی و قانونی مترب بود. امید است که معرفی این مورد مقبول نظر اساتید و همکاران گرامی بوده و نویسنده‌گان را از نکته نظرات خویش آگاه سازند.

### تقدیم و تشکر

نویسنده‌گان مقاله از زحمات آقای دکتر رامین محمدیان مرادی (پزشک قانونی محترم پرونده) و آقای ساسان احمدی (تکنسین سالن تشریح پزشکی قانونی) نهایت تشکر و قدردانی را می‌نمایند.

باشد وجود نداشت.

(۵) شروع دیسکسیون در ۸۰ تا ۹۰٪ موارد با درد شدید سینه یا پشت همراه است که بیمار مورد بحث ما نیز این علایم را فقط حدود ۲۴ ساعت قبل از فوت داشته با چنین دردی به اورژانس بیمارستان مراجعه و قبل از آن هیچ علامی نداشته است. کیفیت و محل درد بیمار نیز با نوع دیسکسیون مشاهده شده در کالبدگشایی (دیسکسیون رتروگراد آئورت فوقانی) هم خوانی داشته است. بیمار در مراجعته اول درد در دندنهای و مهره‌های پشتی را اظهار نموده است. بنابراین دوم درد در دندنهای و مهره‌های پشتی را اظهار نموده است. بنابراین می‌توان قسمت تحتانی قدم قفسه‌ی سینه و شکم و کمر و در مراجعته قبل از فوت شروع شده نه در فاصله ۳۵ روزه ضربه تا شروع علایم (در صورت بروز پارگی در زمان ضربه در طی این ۳۵ روز سپری شده باید بیمار عالیمی هر چند خفیف می‌داشت).

(۳) طبیعی بودن نوار قلب در این بیمار ردکننده تشخیص دیسکسیون آئورت نبوده است و با وجود نوار قلب طبیعی یا حتی غیرطبیعی نیز ممکن است دیسکسیون آئورت وجود داشته باشد.

(۴) عوارض دیسکسیون در این بیمار به صورت پارگی به داخل حفرات جنب چپ و راست و مدیا استن بوده است.

(۵) رادیوگرافی قفسه‌ی سینه تقریباً در تمام موارد شکل غیرعادی آئورت را در دیسکسیون آئورت نشان می‌دهد (۱۰) و اگر در بیمارستان شهرستان رادیوگرافی قفسه‌ی سینه برای این بیمار درخواست می‌شود به احتمال قوی پهن شدگی آئورت (مدیاستن) در کلیشه رادیوگرافی قابل رویت بود. اگرچه عدم درخواست رادیوگرافی قفسه‌ی سینه دال بر سهل انگاری پزشکان بیمارستان در معالجه این بیمار است لیکن همان‌گونه که در بالا نیز اشاره شد در نهایت فقط برای سه نفر از هر صد هزار نفری که با عالیم درد سینه، پشت یا شکم به اورژانس مراجعه می‌کنند تشخیص نهایی دیسکسیون آئورت مطرح می‌شود بنابراین تشخیص دیسکسیون آئورت در صورتی که پزشک به فکر آن نباشد بسیار مشکل خواهد بود (۴). با توجه به این امر تأخیر در تشخیص معمولاً وجود دارد و تأخیر بیش از ۲۴ ساعت در ۳۹٪ موارد رخ می‌دهد (۱۰). اگر یک جراح یا پزشک متخصص در یک مرکز درمانی مجهز و شلغ مرتکب چنین اشتباہی می‌شد، بیشک غیرقابل

## References

- 1- Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. The Merck manual of medical information: 2nd Home Edition. Introduction to aneurysms and aortic dissection. London: Merck; 2004.
- 2- Faggioli GL, Stella A, Gargiulo M, Tarantini Sm, D'Addato M, Ricotla JJ. Morphology of small aneurysms: definition and impact on risk of rupture. American Journal of Surgery.1994, 168: 131-5.
- 3- Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins and Cotran pathologic basis of disease. 7th ed. China:

- Elsevier; 2005: 530-4.
- 4- Charles Brunicardi F, et al. Schwartz's principles of surgery. 8<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2005: 691-715.
  - 5- O'Gara PT, DeSanctis RW. Acute aortic dissection and its variants: Toward a common diagnostic and therapeutic approach. *Circulation* 92; 1995: 1376.
  - 6- Meszaros I, Meszaros I. Traumatic dissection of the aorta (external and iatrogenic traumas). *Orv Hetil*. Dec 2001, 142 (51): 2851-5.
  - 7- Mimasaka S, Yajima Y, Hashiyada M, Nata M, Oba M, Funayama M. A case of aortic dissection caused by blunt chest trauma. *Forensic Science International*. Mar 2003, 132(1): 5-8.
  - 8- Uematsu M, Okada M, Yoshimura N, Azami T, Ataka K, Yamashita C. A surgical case of aortic dissection Stanford type A caused by blunt chest trauma - a report of a successful case. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi*. Jun 1995, 43(6): 928-33.
  - 9- Richens D, Field M, Neale M, Oakley C. The mechanism of injury in blunt traumatic rupture of the aorta. *Eur J Cardiothorac Surg*. Feb 2002, 21(2): 288-93.
  - 10-Slater EE, DeSanctis RW. The clinical recognition of dissecting aortic aneurysm. *American Journal of Medicine*. May 1976, 60(5): 625-33.
  - 11-Garrett BN, Ram CV. Acute aortic dissection. *Cardiol Clin*. May 1984, 2(2): 227-38.