

פצצת זמן מתקתקת

כיצד אנוריזמה באבי העורקים הופכת לקטסטרופה באבי העורקים



הקדמה

ברפואת החירום של קדם בית החולים, ישנן מספר מחלות בלבד שמגיעים להן אותם העדיפות והיחס כמו לקטסטרופות המתחוללות באבי העורקים {AOTRA}. כבר מהתחלת ההכשרה, מטפלים בכל הרמות לומדים לחפש, לחשוד ובסופו של דבר, בעיקר לפחד מתוהו ובוהו המתחולל באבי העורקים. במציאות, היחס ותשומת הלב שמחלה זו דורשת, אינם לשווא.

אבי העורקים הינו כלי הדם הגדול ביותר בגופינו והוא יוצא ישירות מהלב. הוא נושא את כל נפח הדם של הגוף בנקודה שבה הוא עוזב את חדר שמאל. כאשר שלימות הדופן של אבי העורקים נפגעת, אדם יכול לדמם למוות תוך מספר פעימות של הלב. אם להשתמש בקלישאה, קטסטרופה באבי העורקים יכולה להרוג מטופל בפעימת לב.

מטופלים עם חולי חריף של אבי העורקים נמצאים במצב שהינו בלתי יאומן ברמת עדינותו, דורשים שליטה הדוקה במצבם ע"י הדרכה מתאימה ומטפלים מסורים. שבריריות זו, המשולבת עם הסיכון לקריסה פתאומית ובלתי ניתנת להשבה, הם מה שנותנים לקטסטרופה של אבי העורקים את המוניטין ואת הצורך בהשגחה כזו.

מונחי מפתח

אבי העורקים הבטני { ABDOMINAL AORTA-AA } - חלק של אבי העורקים השוכן בבטן, בין הסרעפת לבין הסתעפות האיליאק { ILIAC BIFURCATION }

אנוריזמה של אבי העורקים - תהליך כרוני, שבו בדרך כלל דלקת גורמת להרס והיחלשות דופן אבי העורקים. תהליך זה מאפשר לדופן להתרחב לפחות ב- 50% מהגודל המצופה

דסקציה של אבי העורקים - תהליך מחלתי שבו השכבה הפנימית של אבי העורקים { טוניקה אינטימה- TUNICA INTIMNA } נקרעת ובכך מאפשרת לדם לזרום בין השכבות של אבי העורקים, תהליך הגורם לשכבות אלו להיפרד אחת מהשנייה

אבי העורקים החזי { THORACIC AORTA-TA } - חלק של אבי העורקים השוכן בין הלב לבין הסרעפת בתוך חלל החזה

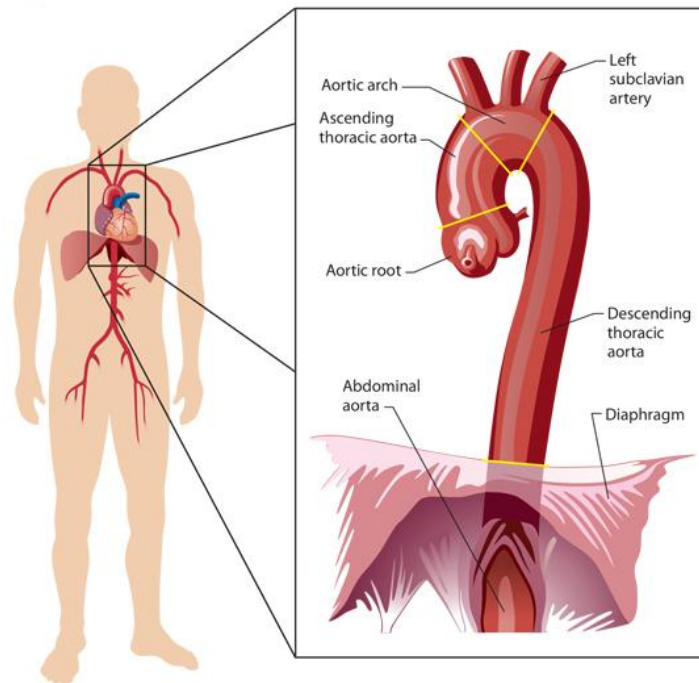
אנטומיה ופיזיולוגיה

אבי העורקים הינו כלי הדם העורקי הראשון הנמצא בחלל החזה והבטן. בעקבות חשיבותו בתוך שני מדורים אלו, אבי העורקים מסווג באופן בסיסי ביותר לשני אזורים: אבי העורקים החזי ואבי העורקים הבטני.

אבי העורקים החזי מתחיל את פיתוליו באמצע החזה, מעל פני השטח הקדמיים של החדר השמאלי. הוא עושה את דרכו בחזה, בין כלי הדם הגדולים האחרים השוכנים בחזה. בסופו של דבר, אבי העורקים הינו כלי

דם המעוצב בצורת סוכריה על מקל, עם קרס העוטף את החלק העליון של הלב ומקל הרץ במקביל לעמוד השדרה.

Figure 1: Aorta anatomy



בעקבות האנטומיה המיוחדת המאפיינת את אבי העורקים החזי הפרוקסימאלי, הוא מקוטלג באופן נרחב יותר עפ"י כיוון זרימת הדם במספר אזורים:

- אבי העורקים העולה {ASCENDING AORTA} - החלק שבו הדם מטפס משורש אבי העורקים {AORTIC ROOT} לנקודה שבה הוא מתחיל לזרום מצד אחד לצדו השני של החלק העליון של הלב. החלק הקרוב ביותר של אבי העורקים העולה ידוע בשם שורש אבי העורקים {AORTIC ROOT} והוא נמצא במקום שממנו יוצאים העורקים הכליליים הימני והשמאלי.
- קשת אבי העורקים {AORTIC ARCH} - החלק של אבי העורקים החזי שבו הדם זורם בשיפוע בין החלק העולה לבין החלק היורד. כלי הדם המספקים את הראש והידיים יוצאים מהקשת והם חשובים לאבחנה ומתן פרוגנוזה כפי שנראה בהמשך.
- אבי העורקים היורד {DESCENDING AORTA} - החלק האחרון של אבי העורקים החזי, שבו הדם יורד מהקשת עד שהוא מגיע לסרעפת.

בזמן שאבי העורקים נע כלפי מטה, צמוד לגבול השמאלי של עמוד השדרה, הוא צולל דרך פתח בסרעפת. ברגע שאבי העורקים עובר את הסרעפת, הוא נקרא אבי העורקים הבטני.

אבי העורקים הבטני ממשיך לנוע כלפי מטה תוך שהוא מספק דם לכל איברי הבטן. ברגע שהוא מגיע לגובה חוליה L4, הוא מסתעף לעורקים האיליאקים המספקים דם מחומצן לגפיים התחתונות.

האנטומיה הכללית של אבי העורקים משחקת תפקיד משמעותי בסימפטומים, ממצאי הבדיקות והפרוגנוזה של המטופלים המציגים מצבי חירום של אבי העורקים.

במונחים של אנטומיה מיקרוסקופית, כל כלי הדם בתוך גוף האדם בנויים משלוש שכבות ברורות של תאים בעלי נקודות חיבור, הידועות בשמן "טוניקות" {TUNICS}. הרכב שכבות התאים הללו משתנה מאוד מאחת לשנייה.

- **טוניקה אינטימה** {TUNICA INTIMNA}- זוהי השכבה הפנימית ביותר של כלי הדם. שכבה זו מורכבת בעיקר מתאי אנדוטל השולטים בנדידת מספר מולקולות ותאי דם בין המרווח התוך תאי למרווח הבין תאי.
- **טוניקה מדיה** {TUNICA MEDIA}- שכבה אמצעית זו היא העבה ביותר מבין שלושת השכבות. עובייה של שכבה זו הינו פרופורציונאלי לקוטר כלי הדם. היא מורכבת מרקמה גמישה {אלסטין-ELASTIN} ושריר חלק. אלסטין הינו חלבון גמיש ביותר ובעקבות כך, האלסטין הינו המרכיב הנושא את רוב העומס.
- **טוניקה אדוונטיציה** {TUNICA ADVENTITIA}- אחרונה, השכבה החיצונית ביותר, הינה שכבה דקה המכוסה ברקמת חיבור. הטוניקה אדוונטיציה ממוזגת כמעט לחלוטין עם רקמת החיבור המקיפה את סביבת כלי הדם.

הגדרות ופתו-פיזיולוגיה

כאשר מדברים על קטסטרופה באבי העורקים, ברוב המקרים מתכוונים לאנורזימה באבי העורקים שנחתכה. במקרים הדרמטיים ביותר, אבי העורקים מתפוצץ וכל נפח הדם של המטופל נשפך בתוך מספר שניות. מקרה זה, שהינו הגרוע ביותר, מסתיים במוות פתאומי ומהיר. אולם, ברוב המקרים האחרים, האנורזימה נקרעת ומתחילה לדלוף. מקרה נפוץ זה מתבטא במטופלים סימפטומטיים בכמה היבטים.

ההבחנה בין אנורזימה של אבי העורקים ודסקציה של אבי העורקים הינה חשובה. אנורזימה של אבי העורקים, כמו כל עורק אחר בהקשר זה, מאופיינת ע"י חלק מוגדר של כלי הדם, שקוטרו עבר הגדלה של לפחות פי 1.5 בהשוואה לקוטר המצופה של אותו כלי דם. התהליך שבו אנורזימה מתהווה תלוי בעיקר בנתוני המטופל ובמיקומה לאורך אבי העורקים. אנשים רבים עם אנורזימה באבי העורקים חיים שנים מבלי לדעת שום דבר על מצבם ומבלי שהם סובלים משום סיבוך כתוצאה מהאנורזימה.

התיאוריה גורסת כי ישנם גורמים רבים המובילים להתפתחות אנורזימה, אך אין הבנה מלאה של גורמים אלו. ישנם מרכיבים מולקולאריים ומכאניים הגורמים לרוב מקרי האנורזימות. אבי העורקים נפגע כתוצאה ממגוון מצבים מזיקים כגון: יתר לחץ דם כרוני ועישון, דלקת המתרחשת בתוך דפנות כלי הדם ומובילה לפגיעה בתפקוד האלסטין ולנמק של תאי השריר החלק.

שינויים דלקתיים המתרחשים באבי העורקים הדיסטאלי לעורק הסאב-קלאוויין {SUBCLAVIAN ARTERY} השמאלי מובילים להתפתחות פלאק אtherosclerotic, בדומה למחלת עורקים כליליים {CORONARY ARTERY DISEASE- CAD}. אולם, ישנה אמונה כי נוכחות אtherosclerosis בתוך האנורזימה היא יותר תופעת לוואי מאשר גורם, כאשר שניהם נגרמים כתוצאה מדלקת בתוך דופן כלי הדם. באבי העורקים העולה, אtherosclerosis הינו תהליך שנצפה לעיתים נדירות וזאת בעקבות שינויים בתהליכי בניית התאים בחלק זה של אבי העורקים החזי.

שינויים דלקתיים אלו מתחילים לפגוע באיטיות בדופן כלי הדם, תהליך הגורם לכלי הדם במשך הזמן להתנפח. כאשר הנפיחות ממשיכה לגדול, היא גורמת להיווצרות האנורזימה. ברגע שהפגיעה בדופן האנורזימה

מגיעה למסה קריטית מסוימת, ההלמות המתרחשות בעקבות התכווצות החדרים מובילות לקריעתה המובילה לדסקציה.

באנוריזמה באבי העורקים החזי, האטיולוגיה משתנה בהתבסס על מיקום התחלת האנוריזמה. באנוריזמה הממוקמת פרוקסימאלית לאבי העורקים היורד, הגורמים מקושרים בעיקר לשינויים גנטיים ברקמה של אזור זה של אבי העורקים {מסתם אורטלי דו-עלי, כוארקוטציה של אבי העורקים, התערבות ניתוחית קודמת במסתם האורטלי}. בעקבות היחס הגדול יותר של האלסטין באבי העורקים החזי, אנוריזמה באבי העורקים החזי היא בד"כ שקטה במהלך התפתחותה. מטופלים מציגים תלונות המקושרות לאנוריזמה המתהווה באבי העורקים החזי לעיתים נדירות בלבד. רוב האנוריזמות באבי העורקים החזי מתפתחות לאט ובשקט {פחות מ-0.5 ס"מ בשנה}, כאשר אנוריזמה הממוקמת פרוקסימאלית לעורק הסאב-קלוויאן השמאלי גדלה בקצב איטי של 0.1 ס"מ בשנה.

בניגוד לכך, אנוריזמה באבי העורקים הבטני נוטה להתפתח בקצב מהיר יותר: 1-0.2 ס"מ בשנה. בדומה לאנוריזמה באבי העורקים החזי, ככל שהאנוריזמה באבי העורקים הבטני גדולה יותר, כך קצב ההתפתחות שלה מהיר יותר. ככלל, גם אנוריזמה באבי העורקים הבטני היא א-סימפטומטית. אולם, אנוריזמות אלו יותר מקושרות לסימפטומים שלא נגרמים בעקבות דסקציה {כאבי בטן}.

דסקציה של אבי העורקים הינה קריעה חריפה של שכבת הטוניקה אינטימה, המובילה לדימום בתוך השכבה האמצעית. המחשבה הקיימת בעולם הרפואה כיום, המנסה להבין את הגורם לקרע, מתמקדת בנוכחות יתר לחץ דם בשילוב אנוריזמה כרונית. ישנו סיכון גבוה במיוחד לדסקציה במטופלים עם אנוריזמה, אם הם מפתחים משבר חריף של לחץ דם גבוה.

ישנם גורמים נוספים שלא על רקע אנוריזמה המובילים לדסקציה של אבי העורקים, כגון משבר חריף של לחץ דם גבוה לאחר נטילת קוקאין וטראומה. שני המצבים הללו מובילים לניתוק אבי העורקים ולרוב, הם יהיו קטלניים תוך מספר רגעים מרגע ההתרחשות.

ללא קשר לגורם המוביל לקרע, בכל פעימה של הלב, דם נוסף נדחף בין שכבות כלי הדם. כאשר דם נדחף לחללים, שכבות כלי הדם מתחילות להיפרד אחת מהשנייה ומכאן מגיע המונח "דסקציה". האזור שנוצר בעקבות דליפת הדם שהולך וממלא אותו, נקרא "חלל מדומה". החלל המדומה יכול לגדול בשני הכיוונים מנקודת הקריעה ויכול להתרחב לכל עורק אחר הנמצא במגע עם אבי העורקים {עורקים כליליים, קרוטידים/עורקים מוחיים, עורקים של עמוד השדרה, עורקים כלייתיים ופריפריאליים המובילים דם לגפיים}. הגדילה של החלל המדומה היא הסיבה האמתית לסימפטומים המופיעים אצל המטופלים. לעיתים קרובות, כל גדילה בעורקים אחרים מובילה למצבים איסכמיים באיבר שאותו מספקים עורקים אלו, כגון איסכמיה בשריר הלב ושבץ מוחי.

אם הדסקציה גדלה פרוקסימאלית ומגיעה לשורש אבי העורקים, היא יכולה להרוס לחלוטין את המסתם האורטלי ו/או לגרום לתפליט פריקרדיאלי/טמפונדה.

שיטת הסיווג המקובלת ביותר לסיווג דסקציה של אבי העורקים, מתבססת על אילו חלקים של אבי העורקים הושפעו, למרות המיקום המדויק שבו נוצר הקרע או האזור שבו הייתה האנוריזמה. אנוריזמה מסוג A חייבת לערב את אבי העורקים הנמצא פרוקסימאלית לעורק הסאב-קלוויאן השמאלי, אנוריזמה מסוג B יכולה לערב כל חלק של אבי העורקים, חוץ מאבי העורקים החזי הפרוקסימאלי לעורק הסאב-קלוויאן השמאלי. אנוריזמות מסוג A מקושרות לאחוזים גבוהים יותר של תחלואה ותמותה.

דסקציה של אבי העורקים מתפתחת דרך קרע קטן בשכבה הפנימית ביותר של אבי העורקים



שכיחות וסכנות

שכיחות מקרי האנוריזמה של אבי העורקים הינה גבוהה ביותר אצל גברים קווקזים מעל גיל 64. נשים נוטות לא לפתח אנוריזמה של אבי העורקים כמו גברים, אך הן נוטות לסבול יותר מדסקציות.

ישנם מספר מצבים גנטיים המציבים את המטופלים בקבוצת סיכון להתפתחות אנוריזמה של אבי העורקים, במיוחד אלו המשפיעים על יצירת הקולגן, כגון תסמונת מרפן {MARFAN SYNDROME} ותסמונת אהלר-דנלוס {EHLER-DANLOS SYNDROME}. הבחנה חשובה בין הגורמים הגנטיים היא, כי הם כמעט לעולם לא מעורבים בהתפתחות אנוריזמה אצל מטופלים קשישים. פעמים רבות הפרעות גנטיות הן הסיבה לדסקציות של אנוריזמות במטופלים בני פחות מגיל 40.

בנוסף לכך, למצב זה ישנו מרכיב משפחתי חזק ביותר. לכמעט 20% מהמטופלים עם האנוריזמות, יש בני משפחה מדרגה ראשונה הסובלים גם כן ממצב זה.

מלבד הפרעה גנטית ידועה, שני הסיכונים הגדולים להתפתחות אנוריזמה של אבי העורקים הם היסטוריה של יתר לחץ דם ואתרוסקלרוזיס. חלק מגורמי הסיכון האחרים כוללים: הפרעות דלקתיות, ניתוח מעקפים בעבר, צנתור בעבר, החלפת/תיקון מסתם אורטלי, אנוריזמה בכלי דם אחרים בעלי קוטר בינוני, מסתם אורטלי דו-עלי, הפרעות בהתפתחות אבי העורקים {קוארקוטציה של אבי העורקים}, הרמת משקולות בעצימות גבוהה והכי חשוב- עישון.

עבור מטופלים המנסים להבדיל בין מחלה של אבי העורקים לבין מצבים אחרים, ישנה קבוצת גורמי סיכון שעלולה לשחק תפקיד בהתפתחות אנוריזמה ובדסקציה שתפתח בעקבותיה. למרבה הצער, סיכונים נוספים אלו הינם משותפים עם מספר עצום של מצבים לבביים אחרים, כגון מחלת עורקים כליליים, אוטם שריר הלב, אי ספיקת לב וכו'...

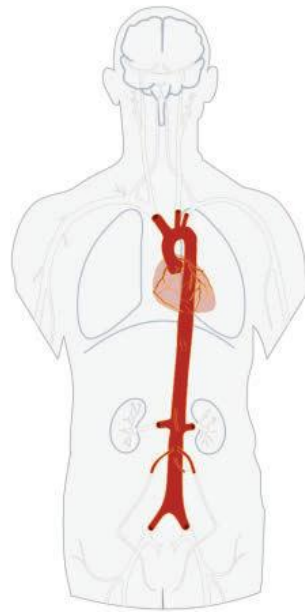
מבלי להתייחס לתהליך המוביל להתפתחות האנוריזמה, לעיתים נדירות בלבד מטופלים בדרג קדם בית החולים יפגשו מטופלים עם אנוריזמה לא ידועה או א-סימפטומטיים ויהיו יכולים לאבחן את המצב עם רמת ביטחון כל שהיא. היכולת להעריך במהירות את המטופל ולהכליל את אפשרות הדסקציה במכלול האפשרויות, היא שלעיתים תעשה את ההבדל. זיהוי דסקציה של אבי העורקים הינו חשוב ביותר במטופלים אלו והוא די סביר במתאר קדם בית החולים.

מופע המטופל

הסימפטום הנפוץ ביותר בדסקציה של אבי העורקים הינו כאב. ההתחלה היא כמעט תמיד פתאומית וחריפה ביותר. איכות הכאב בדרך כלל מתוארת כחדה או קורעת, כאשר כאב חד הוא יותר נפוץ. מיקום הכאב יכול להשתנות כתלות במיקום ובאיברים המעורבים. בדקציות מבודדות של אבי העורקים הבטני, כאב בבטן ובגב הינו נפוץ ביותר. במטופלים עם דסקציה באבי העורקים החזי, לרוב מתואר כאב בחזה האחורי המלווה בכאב בחזה הקדמי ומתאים לדסקציה מסוג A. במידה וישנה התפתחות של הדסקציה לכלי דם נוספים, הכאב יוקרן לכמעט כל מקום. במידה ומעורב כלי דם כלילי, ייתכן ויוצגו סימפטומים של אוטם שריר הלב. אם ישנה דסקציה של כלי דם כלייתיים ייתכן ויוצג כאב במותניים בצד המושפע. אם כלי דם איליאקי נהרס, הגפה האיסקמית המעורבת יכולה לכאוב.

המטפלים צריכים לשים לב במיוחד לדסקציות, אם אצל המטופל ישנה אנוריזמה ידועה של אבי העורקים והתחלה פתאומית של כאבים שתוארו לעיל. במידה ומטופלים אלו, הידועים כבעלי אנוריזמה והתחלה פתאומית של כאבים בחזה/ גב מציגים גם יתר לחץ דם, ייתכן והם סובלים מדסקציה חריפה. אסור למטפלים לפספס מופע סימפטומים זה!

בעקבות השונות במיקום האנוריזמה והתנועתיות של הדסקציה, הסימפטומים יכולים להשתנות בצורה רחבה ממטופל אחד למטופל אחר. לדוגמא, אם הדסקציה מערבת את עורק הסאב-קלוויאן השמאלי, המטופל יציג שונות בלחצי הדם בין הידיים. אם כלי הדם המספקים את עמוד השדרה מעורבים, המטופל עלול יהיה להציג שיתוק בעקבות איסכמיה של חוט השדרה. קשה לאבחן דסקציה על בסיס הקשר לסימפטומים אלו בלבד, אולם, סימפטומים אלו, בנוסף לסימפטומים הקלאסיים המוצגים לעיל, צריכים לסייע בגיבוש האבחנה.



בעקבות גודלו של אבי העורקים ומעורבותו בכמעט כל איברי הגוף, לדסקציות עלולות להיות השלכות קטסטרופליות כמעט על כל חלקי הגוף

פינוי

אם לא מטפלים בה, דסקציה של אבי עורקים נחשבת לגור דין מוות, במיוחד במקרים של דסקציה גדולה או דסקציה מסוג A. אם הטוניקה אדוונטיציה נקרעת כתוצאה מדסקציה שהולכת וגדלה, המטופל יאבד דם לתוך החלל המעורב ונפח דמו יתרוקן לחלוטין תוך דקות ספורות.

הדבר הטוב ביותר שצוותי רפואת החירום יכולים להציע למטופלים אלו הינו זיהוי מהיר המלווה בפינוי נכון למוסד קולט מתאים. באזורים רבים, מטופלים רבים דורשים התערבות של מנתחים מומחים המצויים רק במרכזים שלישוניים אקדמיים. אם אין אפשרות לפנות למרכזים מסוג זה, על המטפלים לעשות כל מאמץ לפנות למרכז רפואי בעל יכולות ביצוע ניתוחי לב- חזה וכלי דם. לרוב, מטופלים עם אנוריזמה ידועה באבי העורקים יוכלו לדווח לכס באיזה בית חולים הם נמצאים במעקב ולאן יש לפנותם. ייתכן ויהיה צורך בפינוי בהיטס עם רופא מומחה שינהל את הפינוי המוטס. על הפינוי בהיטס להיות מוגבל למטופלים שיש לגביהם חשד גבוה לדסקציה ושנמצאים באזור שבו הפינוי למוסד המתאים הינו בלתי אפשרי בתוך פרק זמן סביר.

טיפול

הטיפול במטופלים אלו מתמקד במספר נקודות עיקריות. בסופו של דבר, המטרה היא לשמור על המטופל בחיים מספיק זמן עד כניסתו לניתוח, עם כמה שפחות סיבוכים בדרך.

הטיפול הראשוני איננו שונה מכל מצב חירום רפואי פנימי או ניתוחי, יש לשים לב ל-A,B,C. אם מצב ההכרה של המטופל דורש ביצוע אינטובציה, יש לצנרר ולהנשים. אם לחץ הדם של המטופל נמוך, יש לספק נוזלים בשיקול דעת.

הצעד הבא בטיפול המידי: ראשית, בחולי זה, על המטפלים לשקול את הצורך החיוני במתן משככי כאבים. דסקציות בנוכחות טאכיקרדיה ויתר לחץ דם, הן מסוכנות ביותר ומועדות למוות פתאומי. כאב עלול להוביל לשני הגורמים הללו. טיפול אגרסיבי במשככי כאבים הינו טיפול מפתח במניעת החמרה הנגרמת בעקבות יתר לחץ דם וטאכיקרדיה.

לאחר השגת שליטה בכאב, על המטפלים לשלוט בצורה הדוקה במצב ההמודינמי. ישנה חשיבות גדולה מאוד להשגת שליטה על לחץ הדם והדופק במטופלים אלו. המטרה הראשונית היא לוודא כי לחץ הדם הסיסטולי של המטופל נע בין 100-120 מ"מ כספית. במטופלים עם לחץ דם גבוה ודופק מעל 60 בדקה, הטיפול הראשוני צריך להיות חסמי בטא במתן תוך ורידי. לרוב, התרופה המועדפת לדרג קדם בית החולים ולמהלך הפינני בטיפול נמרץ הינה אסמולול { ESMOLOL }. למרות שתרופות אחרות, כגון לבטלול { LABETALOL } נראות לעיתים קרובות יותר בבית המטופלים, אסמולול היא ככל הנראה הבחירה החזקה ביותר בסביבת קדם בית החולים וזאת משום שהיא מרוכזת ביותר וכן יש לה זמן מחצית חיים קצר ביותר. במידה ומטופל מפתח תגובה אלרגית או תגובה לא רצויה לאסמולול, ניתן לעצור את ההשפעה והתגובה תסתיים בתוך מספר דקות. אסמולול היא תרופה יעילה ביותר להורדת לחץ דם משני לדופק מהיר ולכן, יש לספק אותה רק למטופלים עם דופק 80 בדקה ומעלה. מטופלים שצפויים להאטת דופק מינימאלית { 70-90 פעימות בדקה }, ייתכן ויחוו ירידת לחץ דם מינימאלי בלבד. אולם, זכרו כי אסמולול הינה תרופה שפועלת באופן חזק ביותר על כלי הדם ויש לספק דרך גישה ורידית הפתוחה באופן ודאי ובעלת פתח בגודל גדול.

אם אין התוויה למתן חסמי בטא { דופק איטי מ- 60 בדקה לדוגמא }, או שיש התוויה נגד { אלרגיה ידועה, אסטמה וכו'... } או שפשוט התרופה איננה יעילה, תרופת הבחירה הבאה הינה עירווי של ניטרופרוסיד { NITROPRUSSIDE }. כתרופה המרחיבה באופן ישיר את כלי הדם הפריפריים, ניטרופרוסיד היא די יעילה בהורדת לחץ הדם תוך שמירת הטונוס והאלסטיות של אבי העורקים. אין לספק תרופות אחרות להרחבת כלי דם למטופלים אלו, כגון הידרלזין { HYDRALAZINE } וזאת משום שהן עלולות להוריד את טונוס כלי הדם לנקודה שבה הם יהיו יותר פגיעים ללחץ מוגבר והרחבה נוספת של הקרעים.

בשלב החריף של הדסקציה, יש לספק כל אחד מטיפולים אלו דרך עירווי במתן תוך ורידי וזאת על מנת לנטר מקרוב את יעילות התרופות ולשנות את קצב המתן עפ"י הצורך.

מסקנות

מטופלים הסובלים מדסקציה של אבי העורקים אכן נמצאים בסיכון גבוה לתוצאות קטסטרופליות. ככל שהדסקציות מתקדמות, המטופלים עלולים לסבול מהשלכות הרסניות, כגון כשל כלייתי, שיתוק, שבץ מוחי או אוטם שריר הלב. בנוסף, לדסקציות ישנה סבירות גבוהה להידרדרות פתאומית, תהליך שהורג מטופלים בתוך מספר שניות.

זיהוי מהיר של מצב זה הינו חיוני להישרדות המטופלים. לעיתים קרובות, מטופלים אלו נמצאים במצבי חירום ניתוחיים הדורשים שירותים מיוחדים הזמינים רק במספר מצומצם של מרכזים רפואיים. פינוי מהיר למוסד הרפואי המתאים יגדיל את אחוזי ההישרדות. לסיום, טיפולים מכווני מטרה ושליטה הדוקה במצב ההמודינמי ע"י המטפלים בדרג קדם בית החולים יגדילו עד מאוד את סיכויי המטופלים להגיע לחדר הניתוח לצורך החלמה ניתוחית מלאה.

המאמר פורסם בגיליון JEMS- 3/16, תורגם ונערך ע"י איתי טילינגר-

פרמדיק מרחב ירקון