Arabic summary

الملخص العربى

إن انشطار الشريان الأورطى يعتبر كارثة حادة تحدث كنتيجة عن انفصال بين طبقات جدار الشريان بسبب اندفاع تيار الدم ذا الضغط العالى من خلال بعض النقـــاط الممزقـــة أو المصابة فى الطبقة الداخلية المبطنة للتجويف الشريانى، وتقدر نسبة انتشـــار هـــذا المـــرض بحوالى ٥,٢ لكل مليون نسمة سنوياً من مختلف الأعمار.

يمكن تقسيم الحالة المرضية إلى مجموعتين:

(١)**المجموعة الأولى:** وتتسم بحدوث انشطار حاد فى خلال أســـبوعين مـــن حـــدوث الأعراض المرضية، وتكون نسبة الوفيات فى هذه المجموعة عالية جداً تصل إلـــى (٧٤% - ٨٩%).

(٢)**المجموعة الثانية:** وتظهر الأعراض المرضية على المريض بعد أكثر من أسبوعين من حدوث الإصابة وتكون نسبة الوفيات أقل بكثير من المجموعة الأولى.

ولقد تم تقسيم الحالة المرضية طبقاً لمكان بداية الانشطار وامتداده وتـــم علـــى هـــذا الأساس تحديد خطة العلاج وتسمى هذه التقسيمات:

تقسيمة ديبكى.

تقسيمة استانفورد.

وتعتبر تقسيمة ***استانفورد*** هى الأكثر شـــيوعاً مـــن حيـــث الاســـتخدام التشـــخيصى والعلاجى. ولقد عرف هذا المرض منذ سنوات بعيدة وتدرجت وسائل الفحص والتشخيص من تصوير الشريان الأورطى باستخدام أشعة اكس بعد حقنه بالصبغة. وأيضـــا كـــان لظـــهور الفحص بالأشعة المقطعية والرنين المغناطيسى والموجات فوق الصوتية الأثـــر الكبـــير فـــى التحديد الدقيق لبداية ومدى انتشار الإصابة فى الأجزاء المختلفة بالشريان الأورطى.

ولقد بدأ العلاج الدوائى لمثل هذه الحالة فى بداية الأمر وكان الهدف منه تقليل ضغـــط الدم الانقباضى وقوة اندفاع الدم من البطين الأيسر فكان الأثر واضح فى تقليل مدى انتشـــار الانشطار، إلى أنه مع حدوث تقدم فى جراحات الاوعية الدموية أصبـــح العـــلاج الجراحـــى المعتمد على استئصال الجزء المصاب من الأورطى باستخدام أنابيب صناعية لتغطية مســـار

تيار الدم والمسبوق باستخدام العلاج الدوائى أثر كبير ونتائج محفزة خاصة فى حالات الانشطار الحاد (المجموعة الأولى) وبذلك يمكن منع حدوث انفجار الشريان الأورطى ولضمان ضرورة وصول الدم إلى كافة أعضاء الجسم، إلى أنه فى حالة الانشطار (المجموعة الثانية) فإنه مازال هناك الكثير من اللغط والاختلاف حول جدوى التدخل الجراحى من عدمه حيث أن نتائج العلاج الطبى الدوائى والجراحى تكاد أن تكون متقاربة.

إن مرض انشطار الأورطى بعد علاجه جراحياً فى حاجة إلى متابعة دورية تحسباً لتكون تمدد بالشريان الأورطى أو عوده للانشطار. لذلك يجب استمرار العلاج الدوائى للحافظ على ضغط الدم الشريانى أقل من ١٣٥/٨٠ ميلتر زئبق.

والمتابعة الدورية المنتظمة تتم بعد شهر ثم ٣ أشهر ثم ٦ أشهر ثم سنة للحالات الحادة ثم تتم المتابعة سنوياً مادامت الحالة مستقرة باستخدام أشعة إكس والأشعة لتصوير الشريان الأورطى بالصبغة والرنين المغناطيسى.

وأهم الملاحظات اتساع الأورطى وعلامات المرضية لتمدد الأورطى وحدوث نزيف وبالأخص فى أماكن الوصلات الجراحية والأنابيب الصناعية.

إن هناك تطور ملحوظ فى النتائج بعد العلاج الدوائى والجراحى فى خلال الثلاثون عام الأخيرة، وبناء على الدراسات والتسجيلات الدولية لحالات الوفيات من انشطار الأورطى الحاد وجد أنها تصل إلى ٢٧% إلى ٢٩% لكل من النوع المجموعة الأولى والثانية على التوالى لعدد ٤٦٤ مريض بعد العلاج الجراحى.

وتصل إلى ٥٤% و ٩% بعد العلاج الدوائى بالتوالى

وبدراسات المجموعة الأوربية لمعدل حالات النجاة فى خلال سنة ٥٢% ، ٦٩ و ٧٠% لكل من النوع المجموعة الأولى بنوعيها (أ) ، (ب) بالتوالى والمجموعة لثانية بنوعها (ج) وقد قلت إلى ٤٨% و ٥٠% و٦٠% بعد سنتين. وتعتمد النجاة على وجود اتصال بين التجويف الحقيقى والكاذب ومدى الضغط على الجدار الشريانى.

أفضل النتائج وجدت فى الحالات التى لا يوجد بها اتصال بين التجويفين.

ويهدف هذا البحث إلى مراجعة ما نشر عن مرض انشطار الأورطى ومسبباته والحالة التى يظهر عليها المريض والوسائل المختلفة للتشخيص وكذلك طرق العلاج.