

## ضربه نافذ به گردن

۱: اصول اولیه در ارزیابی پیشرفته تروما در صدمه به گردن مانند صدمات دیگر است، که شامل ABC (راه هوایی، تنفس، گردش خون)، احیاء، و ارزیابی ثانویه می‌باشد.

به صورت کلاسیک زخم‌های گردنی به سه گروه آناتومیک تقسیم می‌شوند. با توجه به اینکه تمایل به درمان غیر جراحی وجود دارد جداسازی این ۳ منطقه از یکدیگر اهمیت کمتری پیدا می‌کند مگر اینکه علائم صدمه شدید وجود داشته باشد.

۲: علاوه بر عکس قدامی - خلفی و عکس طرفی گردن، یک گرافی قفسه سینه هم باید انجام شود چون نفوذ به فضای جنب در صورت صدمه به گردن امکان پذیر می‌باشد که البته بستگی به جسم صدمه زنده یا نوع سلاح دارد. سونوگرافی داپلر وسیله بسیار مناسبی جهت بررسی احتمال ترومای عروقی در گردن می‌باشد. (سابیستون)

۳: منطقه ۱ بین غضروف کریکوئید و کلاویکل می‌باشد که عروق خروجی از قفسه سینه را در بر می‌گیرد و شامل شریان‌های مهره ای و پروگزیمال کاروتید می‌باشد و همچنین شامل قله ریه، تراشه، مری، طناب نخاعی، مجرای توراسیک و تنه‌های عصبی اصلی گردن می‌باشد. تنها در صورتی نیاز به کاوش جراحی در این منطقه وجود دارد که بیمار در شوک باشد. در انجام چنین کاوشی ممکن است نیاز به برداشت پروگزیمال کلاویکل یا استرنوتومی باشد.

۴: منطقه ۲ ناحیه مرکزی گردن بین غضروف کریکوئید و زاویه مندیبل می‌باشد. ورید ژوگولار، شریان مهره ای و کاروتید مشترک و شاخه‌های خارجی و داخلی شریان کاروتید در این ناحیه قرار دارند. تراشه،

حنجره، طناب نخاعی، از این ناحیه عبور می‌کنند. بدون توجه به مکانیسم آسیب، اختلال راه هوایی، آمفیژم زیر جلدی، هماتوم در حال گسترش یا ضربان دار، خشونت صدا، استفراغ خونی، سرفه با خلط خونی و ترشح بزاق به اطراف زخم باید شک ما را به نیاز به عملیات جراحی برانگیزد. اندیکاسیون جراحی شامل بیمار در حال شوک و هر صدمه پر سرعت ( $HVT > 2500 \text{ ft/sec}$ ) می‌باشد. همچنین بعضی از جراحان صدمه به گردن با سلاح را بدون وجود هیچکدام از این علائم اندیکاسیون جراحی می‌دانند. ممکن است تنها یافته اولیه به نفع ترومای عروقی گردن، وجود نقص عصبی نیمکره‌ای بدون یافته واضحی در CT باشد. (سایستون)

۵: منطقه ۳ بالاترین منطقه می‌باشد و بین زاویه مندیبل و قاعده جمجمه می‌باشد. فارنکس همراه با ورید ژوگولار، شریانهای مهره‌ای و قسمت دیستال شریان کاروتید داخلی در این منطقه قرار دارند. همانند دو منطقه آناتومیک دیگر کاوش جراحی برای هر زخم نافذی که باعث شوک شود لازم است. ۶: بیمارانی که از نظر همودینامیک پایدار هستند ولی علائم و نشانه‌های مثبت دارند، باید درمان انتخابی شوند که شامل آنورتوگرافی قوس آئورت و عروق بزرگ، تراکتوبرونکوسکوپی و بلع باریم جهت بررسی مری می‌باشد.

۷: اگرچه این موضوع هنوز بحث انگیز است، برخی از درمان انتظاری بیمار حمایت می‌نمایند (فقط تحت نظر گرفتن بیمار) که در صدمه نافذ به منطقه ۲ گردنی در صورت عدم وجود صدمه شدید یا صدمه حیاتی بیمار را تحت نظر می‌گیرند.

۸: درمان انتخابی برای بیمارانی که از نظر همودینامیک با ثبات هستند یا بدون علائم و نشانه‌ها انجام می‌شود.

۹: بسته به یک صدمه خاص، یک یافته مثبت ممکن است نیاز به کاوش جراحی داشته باشد.

۱۰: اگر رویکرد انتخابی مد نظر نباشد بیمار باید تحت نظر بوده و در صورتیکه صدمه دیگری نداشته باشد که نیاز به بررسی بیشتر باشد، قابل ترخیص می‌باشد.

۱۱: این رویکرد درمانی شامل موارد زیر می‌باشد:

۱ - آرتریوگرافی از قوس آئورت و شریانهای بزرگ

۲ - لارنگوسکوپی، تراکتوسکوپی

۳ - ازوفاگوگرافی با بلع ماده حاجب



