

ضربه غیر نافذ به شکم

- ۱: ضربه غیر نافذ به شکم یک علت مهم مرگ قابل پیشگیری می‌باشد.
- ۲: عملیات اولیه درمانی به ترتیب شامل موارد زیر می‌باشد: ۱ - باز بودن راه هوایی ۲ - تنفس ۳ - گردش خون (ABC)
- میزان ناتوانی بیمار سنجیده می‌شود و مریض در حین احیا بررسی می‌شود.
- ۳: عملیات ثانویه شامل بررسی کامل ارگان‌ها و معاینه فیزیکی با دقت در جزئیات، از نوک سر تا انگشت پا می‌باشد. هدف اصلی، شناسایی تمام صدمات مخفی می‌باشد.
- در بررسی ثانویه توجه خاصی باید به نواحی پشت، زیر بغل و پرینه شود، زیرا آسیب در این نواحی معمولاً از نظر دور می‌ماند. (شوارتز)
- ۴: دانستن مکانیسم آسیب مهم است چون شک ما را به مناطق آسیب‌های مخفی راهنمایی می‌کند. تاریخچه پزشکی^۱ شامل سؤالاتی راجع به آلرژی، داروها، بیماریهای قبلی و عمل جراحی می‌باشد. همچنین شامل آخرین غذای خورده شده و حوادث قبل از آسیب می‌باشد. اطلاعات مربوط به صحنه حادثه (استفاده از کمربند ایمنی، آسیب به وسیله نقلیه، خون ریزی یا مرگ در صحنه حادثه) علائم حیاتی قبل از رسیدن به بیمارستان و اطلاعات دیگر باید گرفته شود. سابقه ضربه واضح به قفسه سینه و لگن باید شک ما را به آسیب داخل شکمی بالا ببرد.

1 AMPLE: Allergies, Medication, Past medical History, Last meal, Events or description of injury

۵: معاینه فیزیکی در بعضی موارد غیرقابل اعتماد است، چرا که عوارض ضربه معمولاً بعثت ضربه به سر نادیده می‌ماند یا به علت آسیب‌های دیگر ذهن ما منحرف می‌شود، و یا به علت مسمومیت ممکن است بعضی آسیب‌ها از نظر دور بمانند. اگرچه خونریزی داخل صفاق باعث ایجاد درد حاد شکمی یا حساسیت در بسیاری موارد نمی‌شود، اکیموز جداره شکم (علامت کمر بند ایمنی) باید مورد توجه قرار گیرد چون علامت خوبی از وجود آسیب است.

۶: اگرچه آزمایشات زمان بستری شدن معمولاً مفید نمی‌باشد ولی کمک بسیاری در مقایسه با مقادیر بعدی می‌کند. برای اکثر بیماران گرفتن هماتوکریت و آنالیز ادراری کافی است. اندازه گیری گلبول سفید در کسانی که شک بالا به آسیب داخل شکمی دارند کمک کننده است. استفاده از آزمایشات سم شناسی، کمک به توضیح و تفسیر علت تغییر وضعیت هوشیاری می‌کند. برای بیمارانی که در شوک هستند باید تعیین نوع گروه خونی ایزوگروپ^۱ انجام گیرد. آزمایشات اضافی ممکن است بر پایه مشکلات قبلی (قلبی، تنفسی، کبدی، کلیوی یا استفاده از داروهای ضد انعقاد) انجام گیرد.

۷: عکس برداری از قفسه سینه، لگن و طرفی گردن برای همه بیماران با ترومای چند ارگانی لازم می‌باشد.

۸: تحریک منتشر صفاق نیاز به لاپاروتومی فوری را مطرح می‌کند.

۹: انجام سونوگرافی در ترومای غیر نافذ می‌تواند وسیله خوبی در تریاژ اولیه ضربه غیر نافذ به شکم باشد. در سونوگرافی تروما بدنبال چهار نکته جستجو می‌کنیم: ۱- بن بست موريسون^۲ - ۲- لگن ۳- یک

چهارم فوقانی چپ شکمی ۴- فضای پریکاردیال

۱۰: توصیه به انجام برش خط وسط می‌شود چرا که اینکار سریعتر انجام می‌شود و در صورت لزوم می‌توان آنرا بزرگتر کرد. کنترل خونریزی اولین هدف ماست و بعد از آن هدف بعدی ارزیابی سیستمیک احشای شکمی و خلف صفاقی می‌باشد. نحوه درمان آسیب به ارگانهای دیگر در فصلهای دیگر این کتاب مطرح شده است.

۱۱: اکثریت بیماران از نظر همودینامیک پایدار هستند و می‌توانند ارزیابی سیستمیک و عملیات ثانویه را تحمل کنند.

۱۲: درمان افراد ناپایدار از نظر همودینامیک براساس یافته‌های سونوگرافی می‌باشد: تایید وجود هموپریتون نیاز فوری به لاپاروتومی را مطرح می‌کند، در حالیکه جواب منفی سونوگرافی یا جواب مبهم (عدم وجود مایع) باید با تکرار سونوگرافی یا لاواژ پریتون (DPL) دنبال شود. ارزیابی متوالی در این موارد حیاتی است. اگرچه حساسیت سونوگرافی برای خون در داخل صفاق بیش از ۹۸٪ است جراحی قبلی شکم، چاقی، گاز اضافی روده دقت تشخیص را محدود می‌نماید.

1 Cross match

2 Morison's Pouch

۱۳: بیماران پایدار از نظر همودینامیک همراه با وجود مایع در سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن، در صورتی که کاندید درمان غیر جراحی باشند، سیروز داشته باشند یا بیش از ۱۲ ساعت از آسیب گذشته باشد، با سی‌تی‌اسکن پیگیری می‌شوند، در غیر اینصورت باید DPL انجام شود.

۱۴: DPL یک تکنیک سنتی است که برای رد سریع خونریزی واضح داخل پریتون بکار می‌رود. یک کاتتر با استفاده از بی‌حسی موضعی در جداره شکم پایین ناف به داخل پریتون و لگن برده می‌شود. اگر مایع آسپیره اولیه ۱۰ سی‌سی خون واضح نشان ندهد، یک لیتر مایع کریستالوئید از کاتتر تزریق شده و دوباره آسپیره می‌شود. لاواژ مثبت در ترومای غیر نافذ شکم بصورت زیر تعریف می‌شود: مایعی که دارای بیش از صد هزار گلبول قرمز در هر میلی‌متر مکعب باشد. DPL تقریباً در ۱۰۰٪ موارد در تشخیص خونریزی داخل پریتون دقیق است. همچنین DPL در تشخیص پارگی مخفی احشاء تو خالی کمک کننده است. مایع لاواژ شامل وجود صفرا یا محتویات روده‌ای نیاز به کاوش جراحی فوری را مطرح می‌کند. گلبول سفید بالا در مایع لاواژ (بالتر از ۵۰۰ در هر میلی‌متر مکعب) دیگر معیاری برای بررسی جراحی فوری نیست، اگرچه هنوز یک معیار نسبی است. وجود آنزیمهای بالا (آمیلاز بیش از ۱۰ IU.Lit و آلکالین فسفاتاز بیش از ۳ IU.Lit) نیاز به لاپاروتومی را مطرح می‌کند. منفی کاذب در DPL 20٪ است و آسپیهایی که بیشتر از نظر دور می‌ماند شامل آسیب به دیافراگم، مثانه، روده باریک و پانکراس است. در صورت شک به آسیب دیافراگم، DPL باید انجام شود. وجود RBC بیش از ۱۰،۰۰۰ مثبت تلقی شده و جراحی باید انجام شود. در صورتی که تعداد RBC بین ۱۰،۰۰۰ - ۱۰۰۰ باشد، توراکوسکوپی توصیه می‌شود. (شوارتز)

۱۵: سی‌تی‌اسکن امکان بررسی آسیب به ارگانهای داخل شکمی را می‌دهد. همچنین احتمال بررسی خلف صفاق و آسیب دستگاه ادراری تناسلی را فراهم می‌کند که هر دو این موارد در DPL از نظر دور می‌مانند و با سونوگرافی به سختی ارزیابی می‌شوند.

۱۶: بیمار پایدار از نظر همودینامیک با یافته‌های سونوگرافی مبهم یا منفی باید در صورت وجود GCS کمتر از ۱۱، آسپیهای پراکنده، آسیب واضح به قفسه سینه یا لگن، حساسیت موضعی پایدار شکمی، خون واضح در ادرار و یا آنمی غیرقابل توضیح با CT شکمی ارزیابی شوند. در صورت عدم وجود این مسایل فقط مراقبت تحت نظر کفایت می‌کند.

۱۷: مراقبت تحت نظر شامل معاینه فیزیکی مکرر، مونیتور علائم حیاتی، آزمایشات خونی و در صورت امکان تکرار سونوگرافی می‌باشد.

18: مایع آزاد در شکم در CT بدون وجود آسیب به ارگانهای توپر شکم به آسیب به روده باریک را مطرح می‌کند. بیمار هوشیار می‌تواند تحت نظر قرار گیرد، در حالیکه در بیمار در کما DPL باید انجام شود. معیارهای انجام لاپاروتومی باید براساس ترکیبی از تصمیم گیری بالینی، همودینامیک بیمار و نتیجه DPL باشد. توجه خاصی باید به شمارش گلبول سفید و نسبت گلبول سفید به قرمز، همچنین به وجود آنزیمها و صفرا مبدول شود. توجه کمتری به میزان RBC در این شرایط نیاز است.

