

ارزیابی ضربه‌های غیر نافذ شکم در بیمارستان شهید رجایی قزوین

دکتر سید علی حاج سید جوادی*

Evaluation of blunt abdominal trauma

S.A. Hajseidjavadi

Abstract

Background : *Symptoms of blunt abdominal trauma and the related diagnostic methods are of great importance.*

Objective : *To evaluate blunt abdominal trauma in Shahid Rajaei hospital of Qazvin.*

Methods : *Through a retrospective study , 313 patients with blunt abdominal trauma out of 1017 traumatic cases , who referred to Shahid Rajaei hospital from 1993 to 1996 , were selected.*

Findings : *The findings indicated that the most common involved organs were spleen, liver, small bower , kidney and uraters respectively. The most common signs in alert patients were pain , drop of blood pressure and sign of peritonitis. More admissions happened in summer specially in the month of Shahrivar , and more in males than females with the rate of 4 to 1. There were 87.9% discharged cases and 9.9% mortality cases. 47% of the cases had splenic trauma , 25.5% liver trauma and 14.3% samll bowel trauma.*

Conclusion : *Different results specially in U.S.A is probably due to fastening the seat belts while driving which results in more bowel trauma and less liver trauma.*

Keywords : *Blunt Abdominal Trauma , Spleen , Liver*

چکیده

زمینه : علائم و چگونگی تشخیص ضربه‌های غیر نافذ شکمی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

هدف : این مطالعه به منظور ارزیابی ضربه‌های غیر نافذ شکم در بیمارستان شهید رجایی قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها : در این مطالعه توصیفی پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان شهید رجایی از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۵ مورد بررسی قرار گرفتند. سپس این پرونده‌ها با دفتر ثبت بیماران بخش‌های جراحی ، مراقبت ویژه و اتاق عمل مطابقت داده شدند. از ۱۰۱۷ پرونده مربوط به ضربه‌ها ، ۳۱۳ پرونده بیمار دارای ضربه‌های غیر نافذ شکم انتخاب و اطلاعات موجود در پرسش‌نامه مخصوص ثبت شدند.

یافته‌ها : شایع‌ترین اعضای درگیر در اثر ضربه غیر نافذ شکمی به ترتیب طحال ، کبد ، روده کوچک ، کلیه‌ها و حالب بودند. شایع‌ترین علائم در بیماران هوشیار درد شکم ، افت فشارخون و علائم پریتونیت بود. بیشترین مراجعه در فصل تابستان (شهریور) و نسبت بیماران مرد به زن ۴ به ۱ بود. در این بررسی ۸۷/۹٪ بیماران با حال عمومی خوب مرخص شده و ۹/۹٪ فوت کرده بودند.

نتیجه‌گیری : بالا بودن آسیب‌های طحال و کبد می‌تواند به دلیل عدم استفاده از کمربند ایمنی در حین رانندگی باشد.

کلیدواژه‌ها : ضربه غیر نافذ شکم - طحال - کبد.

□ مقدمه :

ضربه‌ها یکی از عوامل مهم مرگ و میر در چهار دهه اول زندگی محسوب می‌شوند. سوانح و مرگ و میر ناشی از ضربه‌ها رو به افزایش هستند. در آمریکا حدود ۵۰ درصد مرگ و میر تصادف‌های ناشی از وسایل موتوری به دلیل تصادف موتورسیکلت است و بعد از آن ضایعه‌های نفوذی مانند خودکشی یا دیگرکشی بیشتر به چشم می‌خورد. (۴) در صورتی که در کشور ما این مورد شیوع کمتری دارد و ظاهراً پرت شدن از بلندی و ضربه‌های غیر نافذ با چوب و میله فلزی بیشتر مشاهده می‌شود. این مطالعه به منظور تعیین علائم و عوارض ضربه غیر نافذ شکم انجام شده است.

□ مواد و روش‌ها :

ابتدا از دفترهای ثبت ورود و خروج بیماران به بخش جراحی، مراقبت ویژه و اتاق عمل بیمارستان شهید رجایی قزوین، شماره پرونده و نام و نام خانوادگی بیماران احتمالی ضربه‌های غیر نافذ شکمی استخراج شد. از ۱۰۱۷ پرونده مربوط به ضربه‌ها، ۳۱۳ پرونده متعلق به بیمارانی بود که به علت آسیب احشاء داخل شکمی در اثر ضربه‌های غیر نافذ بستری شده بودند. اطلاعات بیماران شامل سن، جنس، نحوه ایجاد ضربه، علائم بالینی و آزمایشگاهی، انجام یا عدم انجام جراحی، آسیب اندام‌های دیگر، فوت یا بهبودی، طول مدت بستری، فشارخون، انجام پونکسیون و انتقال به بخش مراقبت ویژه استخراج و در پرسش‌نامه از پیش تنظیم شده ثبت شد. سپس جدول‌های فراوانی تنظیم شد.

□ یافته‌ها :

از ۳۱۳ بیمار مورد بررسی، ۸۱ نفر (۲۶/۶ درصد) در سال ۱۳۷۵، ۷۸ نفر (۲۸/۵ درصد) در سال ۷۴، ۷۶ نفر (۲۴/۹ درصد) در سال ۷۳ و ۶۱ نفر (۲۰ درصد) در سال ۷۲ دچار آسیب شده بودند. ۲۴۹ نفر (۷۹/۶ درصد) مرد بودند. ۲۱۵ نفر از مراجعه‌کننده‌ها (۶۸/۷ درصد) بالای ۱۵ سال سن داشتند. ۳۳ نفر (۱۰/۱ درصد) بیماران به هنگام ورود کاهش سطح هوشیاری داشتند و ۲۶۰ نفر (۸۳/۱ درصد) از درد شکم ناشی از ضربه شکایت داشتند. ۲۰ نفر (۶/۸ درصد) هنگام مراجعه فقط سابقه ضربه شکم را ذکر می‌کردند و علامت دیگری نداشتند. ۲۱۶ نفر (۶۹ درصد) در لمس شکم درد داشتند، ۹۹ نفر (۳۱/۶ درصد) فشارخون پایین و ۱۶۳ نفر (۵۲/۱ درصد) هنگام معاینه تائیکاردی داشتند.

۲۳۸ نفر (۵۶ درصد) از بیماران مورد بررسی پونکسیون شکمی نشده بودند و یا این که در پرونده ثبت نشده بود، ۴۱ نفر (۱۳/۱ درصد) پونکسیون مثبت و بقیه پونکسیون منفی داشتند. در پرونده ۶۰ نفر (۱۹/۲ درصد) برگه آزمایش ادرار وجود نداشت، ۱۰۲ نفر (۳۲/۶ درصد) آزمایش ادرار طبیعی، ۵۸ نفر (۱۸/۵ درصد) هم‌چوری خفیف و ۹۳ نفر (۲۹/۷ درصد) هم‌چوری آشکار داشتند. ۲۶۰ نفر از کل بیماران (۸۳/۱ درصد) عمل جراحی شده بودند که از این تعداد ۱۸۳ نفر (۷۰/۴ درصد) بالای ۱۵ سال سن داشتند. ۲۷۴ نفر (۸۷/۵ درصد) از بیماران احتیاج به تزریق خون داشتند. ۵۲ نفر (۱۶/۶۱)

□ بحث و نتیجه‌گیری :

در این مطالعه شایع‌ترین اعضای درگیر اول طحال و سپس کبد بود که این یافته با اکثر مطالعه‌ها مطابقت دارد. (۳) در بعضی منابع صدمه کبد در مرتبه سوم یا چهارم قرار دارد که شاید به دلیل استفاده از کمربند ایمنی در حین رانندگی در آن کشورها باشد که صدمه‌های کبد را کمتر و صدمه‌های روده را بیشتر کرده است. (۱۵)

در تشخیص ضربه‌های غیر نافذ شکم بیشتر باید به شرح حال و معاینه فیزیکی توجه داشت که به طور مرتب توسط همان پزشک اولیه انجام شده باشد. روش تشخیص بعدی پونکسیون (tap) یا لاواژ تشخیصی صفاق است.

سونوگرافی راه تشخیصی دیگری است که می‌تواند مایع داخل شکمی و به خصوص لگن و شاید هماتوم رتروپریتوان وسیع را نشان دهد. (۲ و ۳ و ۸ و ۱۴ و ۱۶) سی‌تی‌اسکن حساسیت بیشتری نسبت به پونکسیون دارد. (۳ و ۶ و ۸ و ۱۰ و ۱۱) سی‌تی‌اسکن با تزریق ماده حاجب وریدی (البته در بیماران با علائم ثابت) $\frac{1}{1000}$ ممکن است اشتباه کند. (۱۷)

لاپاراسکوپی تشخیصی از $\frac{1}{1000}$ لاپاراتومی‌های غیرضروری جلوگیری می‌کند. این روش را می‌توان با بی‌حسی موضعی و داروهای ضد درد با فشار کم گاز CO_2 (۸ تا ۱۰ میلی‌متر جیوه) انجام و مثبت یا منفی بودن صدمه شکمی و حتی شدت صدمات را به خصوص در کبد و رتروپریتوان، به خوبی تشخیص داد. (۱ و ۱۵) این روش حتی با حساسیت ۱۸ درصد در صدمات روده مورد استفاده قرار می‌گیرد و می‌تواند در بیماران با علائم ثابت به کار رود. (۱۳)

درصد) تحت درمان طبی قرار گرفته و ۸ نفر (۲/۵۵ درصد) اعزام شده بودند. شایع‌ترین نوع عمل (۴۴/۱ درصد) برداشتن قسمتی از بافت آسیب‌دیده یا تمام آن بود. بیشترین درگیری (۴۶/۹۶ درصد) در طحال بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱ :

فراوانی درگیری اعضای بیماران مورد مطالعه

عضو آسیب‌دیده	درصد
طحال	۴۶/۹۶
کبد	۲۵/۵۵
روده کوچک	۱۴/۳۷
کلیه و حالب	۸/۶۲
شریان‌های شکمی	۱/۲۷
معه	۰/۹۵
روده بزرگ	۰/۹۵
پانکراس	۰/۶۳
مثانه	۰/۳۱

۲۴۱ نفر (۷۷ درصد) در بخش جراحی و ۷۲ نفر (۲۳ درصد) در بخش مراقبت ویژه بستری شدند. ۲۷۵ نفر (۸۷ درصد) بهبود یافته و با حال عمومی قابل قبول مرخص شده بودند. ۷ نفر (۲/۲ درصد) قبل از عمل، ۴ نفر (۱/۳ درصد) در حین عمل و ۹ نفر (۶/۱ درصد) بعد از عمل فوت کرده بودند. ۱۸۶ نفر (۵۹/۴۲ درصد) کمتر از یک هفته، ۹۶ نفر (۳۰/۸ درصد) بین یک تا دو هفته و ۳۱ نفر (۹/۹ درصد) بیشتر از دو هفته بستری شده بودند.

مراجع :

1. Berei G, Sackier JM, Paz Partlow M. Emergency laparoscopy. *Am J Surg* 1991 ; 161 : 332
2. Bode PJ, Niezen RA, Van Vagr AB et al. Abdominal ultrasound as a reliable indicator for conclusive laparotomy in blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1993; 34 : 27
3. Feliciano DV. Diagnostic modalities in abdominal trauma : peritoneal lavage , ultrasonography , computed tomography scanning and arteriography. *Surg Clin North Am* 1991 ; 71 : 241
4. Gtam Shires Eritin Rthal. Trauma. in : Schwatz. Principles of surgery. USA , Mc Grow Hill , 6th ed , 1994 , 175
5. Gue JI , Miller FB , Cryer HM et al. A prospective randomized comparison between open and closed peritoneal lavage techniques. *J Trauma* 1990 ; 30 : 880
6. Kohn JS , Clark DE , Lsler RJ et al. Is computed tomographic grading of splenic injury useful in the nonsurgical management of blunt trauma ?. *J Trauma* 1994 ; 36 : 385
7. Lazarus HN , Nelson JA. A technique for peritoneal lavage without risk or complication . *Surg Gynecol Obstet* 1979 ; 149 : 889
8. Liu M , Lee CH , Peng FK. Prospective comparison of diagnostic peritoneal lavage , computed tomography scanning and ultrasonography for the diagnosis of blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1993 ; 35 : 267
9. Makersie RC , Tiwary AD , Shackord SR et al. Intraabdominal injury following blunt trauma identifying the high risk patient using objective risk factors. *Arch surg* 1989 ; 124 : 809
10. Meredith JW , Diteshein JA , Stonehouse S et al. Computed tomography and diagnostic peritoneal lavage complimentary roles in blunt trauma. *Am Surg* 1992 ; 58 : 44
11. Meyer DM , Thal ER , Weigelt JA et al. Evaluation of computed tomography and diagnostic peritoneal lavage in blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1989 ; 29 : 1168
12. Moore EE , Cogbill TH , Jurkovich GJ et al. Organ injury scaling : spleen and liver (1994 revision). *J Trauma* 1995 ; 38 : 323
13. Renz BM , Feliciano DV. Unnecessary laparotomies for trauma : a prospective study of morbidity. *J Trauma* 1995 ; 38 : 350

14. Rozycki GS , Ochsner MG , Jaffin et al. *Prospective evaluation of surgeon's use of ultrasound in the evaluation of trauma patients. J Trauma* 1993 ; 34 : 516
15. Skier J. *Diagnostic Laparoscopy in non-malignant diseases. Surg Clin North Am* 1992 Oct ; 72 (5) : 1039-40
16. Tiling T , Bouillon B , Schmid A et al. *Ultrasound in blunt abdomenothoracic trauma. In : Border JR , Ailgower M , Hansen ST , Ruedi TP , eds. Blunt Multiple Trauma. New York , Marcel Dekker , 1990 , Chap 27*
17. Villalba MR , Howells GA , Lucas RJ et al. *Nonoperative management of the adult ruptured spleen. Arch Surg* 1990 ; 125 : 836
18. Yowell DC , Bivins BA , Bell RM. *Diagnostic peritoneal lavage. Surg Gynecol Obstet* 1982 ; 155 : 257