

## الإسعافات الجراحية الرضية

خبرة مشفى الأسد الجامعي خلال ثلاث سنوات (1988/11/16 حتى 1991/11/16)

د. جبرائيل مهنا\*

غسان بشارة\*

### □ ملخص □

الدراسة العملية ضمت 23 حالة من المرضى المقبولين في قسم الجراحة العامة في مشفى الأسد الجامعي من تاريخ 16|11|1988 وحتى 16|11|1991 تمثلت مرضى تراوحت أعمارهم بين 5 و 51 سنة.

ولقد وجدنا الاختلاطات التالية:

- 1- الخمج السطحي.
- 2- القصور الكبدي.
- 3- القصور الكلوي الحاد.
- 4- انصباب الجنب.
- 5- الناسور المعوي الجلدي.

وقد كانت مماثلة للاختلاطات المذكورة في الدراسات العالمية ولكنها تختلف عنها في معدل الحدوث.

\* أشرف على هذا البحث الدكتور جبرائيل مهنا الأستاذ المساعد في قسم الجراحة العامة بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

قام بإعداد هذا البحث غسان بشارة طالب الدراسات العليا في قسم الجراحة العامة بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

في مقدمة البحث تم تبيان أهمية الموضوع المدروس حيث إن الرضوض هي السبب الأساسي للوفاة خلال العقود الثلاثة الأولى من الحياة عدا عما تسببه من تعطيل العمل لفترات طويلة وما تتركه من أشكال العجز عند قسم من المرضى.

ومن خلال القسم النظري تمت مناقشة الإسعاف الأولي لمريض مصاب بأذية شديدة بسبب الرضوض مع تحديد الأولوية في الأذية وبموجب شدة الأذية توجد ثلاث مجموعات للمرضى:

1- المجموعة الأولى: تشكل مجموعة المرضى الذين تكون الإصابات لديهم تتعارض مع الوظيفة الفيزيولوجية الحياتية ولذلك تكون مهددة للحياة فوراً كانسداد الطرق التنفسية أو النزف. هؤلاء المرضى يحتاجون إلى معالجة جراحية سريعة خلال 5-10 دقائق من الوصول إلى غرفة الإسعاف.

2- المجموعة الثانية: تشكل مجموعة المرضى لديهم إصابات لا تشكل تهديداً مباشراً للحياة حيث تبقى العلاقات الحياتية لديهم ثابتة. هؤلاء المرضى سيحتاجون إلى إجراءات جراحية خلال 1-2 ساعة.

3- المجموعة الثالثة: هي مجموعة المرضى الذين لديهم إصابات تحدث أذيات غير واضحة. هؤلاء المرضى يتحملون الرضوض المغلقة

للطن والتي ربما تحتاج أو لا تحتاج إلى تدخل جراحي. ولدى هؤلاء المرضى عادة لديهم الوقت الكافي لإجراء دراسات مخبرية شاملة وتصوير شعاعي وفحص فيزيائي كامل ويمكن أن يؤجل الإجراء الجراحي في هذه المجموعة لساعات أو أيام مثال: النزف الطحالي المتأخر.

أيضاً تم تقسيم التدابير الإسعافية من حيث الأهمية للمريض المصاب برضوض متعددة إلى أربعة أجزاء مرتبة بحسب الإجراء الأكثر أهمية في التدبير وهي: A-B-C-D

A- تأمين طريق هوائي كافٍ.

B- الصدمة والنزف.

C- التقييم العصبي.

D- إصابات الصدر: (استرواح الصدر -

تدمي الجنب - اندماث التامور - الصدر

السائب - تمزق القصبات).

دراسة رضوض البطن:

تسبب هذه الرضوض معدل وفيات عالياً بالمقارنة مع الجروح الثابتة كما تسبب مشاكلات كبرى في التشخيص.

إن تحديد معدل تكرار أذية ما حسب

الدراسات العالمية موضح في الجدول التالي:

التواتر	الأحشاء المتأذية
62.2%	1- الطحال
24.2%	2- الكليتين
16.2%	3- الأمعاء
15.6%	4- الكبد
3.6%	5- جدار البطن
2.7%	6- الورم الدموي خلف الصفاق
2.5%	7- المساريقا
1.4%	8- البنكرياس
1.1%	9- الحجاب الحاجز

#### المظاهر السريرية:

الاستقصائي. بالنسبة إلى المرضى غير الواعين فإنهم غالباً لا يدون موجودات سريرية مدرسية.

ومن المهم تحديد التغيرات في ضغط الدم عند المرضى المصابين برضوض البطن المغلقة مع معرفة معدل النبض في الدقيقة.

#### الإجراءات التشخيصية:

تعتمد على:

- 1- القصة السريرية والفحص السريري.
- 2- الموجودات المخبرية: خضاب الدم - الهيماتوكريت - السكريات البيض - سكر الدم - الكرياتينين - كهرل المصل - إميلاز المصل - دراسة ثفالة البول - معايرة غازات الدم.

إن الفحص الفيزيائي للمرضى الواعين أفضل ما يمكن الاعتماد عليه في تنبؤ وجود الأذية وحتى الفحص يمكن أن يكون مضللاً كنتيجة إيجابية كاذبة أو سلبية كاذبة عند 10-20% من المرضى.

يجب أن يفحص المريض كاملاً بالإضافة إلى البطن بسبب ارتفاع نسبة حدوث الأذيات المرافقة.

إن أكثر الموجودات السريرية تكررًا

هي:

- 1- الألم البطني.
- 2- الإيلام.
- 3- الدفاع العضلي.
- 4- الصلابة البطنية.

هذه العلامات عندما تكون موجودة

فإنها تشكل استطباً لفتح البطن



### 3- الموجودات الشعاعية:

- التصوير الشعاعي البسيط للبطن والصدر وباقي أجزاء الجسم.
- التصوير الظليل للحويضة عبر الوريد.
- التصوير الشرياني.
- التصوير بالتفريس الومضاني.
- تخطيط الصدى.
- التصوير المقطعي المحوسب.
- 4- بزل البطن وغسله.

بعد إجراء العمل الجراحي لتمزق المعدة يحتفظ بالأنبوب الأنفي المعدي لعدة أيام حتى تعود الحركات المعوية الفعالة.

### 2- العفج:

يجب أن يشك بإصابات العفج والمقي الدقيق العلوي لدى أي مريض يتلقى ضربة أعلى البطن أو أسفل الصدر، والألم الخصوي يثير الاشتباه بتمزق العفج خلف الصفاق أيضاً الألم الذي ينتقل إلى الكتفين والصدر والظهر.

### التدبير:

يعتمد التدبير أولاً على الإنعاش الأولي وإجراءاته الأربعة (A-B-C-D) ثم على الدراسة السريرية والإجراءات التشخيصية وأخيراً المعالجة. وسوف نذكر بشكل مختصر تدبير الأذيات الخاصة بكل عضو بطني.

من أي عامل آخر.

### الإجراءات الجراحية:

بحسب حجم التمزق:

1- إغلاق الثقب العفجي بخياطة مستمرة بخيط Vicryl (3/0) شامل لكل الطبقات ثم خياطة خارجية متفرقة بخيط غير قابل للامتصاص.

2- إذا كان الثقب كبيراً جداً نلجأ لأحد الإجراءات التالية:

A- قطع كامل العفج المصاب ومفاغرة النهاية للنهاية.

B- قطع العفج، إغلاق النهايتين ومفاغرة معدية معوية.

C- التوتيج العفجي (إجراء Beme) في حال الأذيات العفجية الكبيرة.

### 1- المعدة:

إن إصابة المعدة بالرضوض المغلقة نادرة، وفي حال وجودها تغلق التمزقات المعدية بعد التنضير بإجراء خياطة مستمرة Vicryl (2/0) غير كل طبقات جدار المعدة. ثم قطب متفرقة على المصلية والعضلية فقط بخيوط غير قابلة للامتصاص.

في حالات استثنائية حيث يكون

القطع كاملاً يلجأ إلى:

- مفاغرة معدية معوية بعد تنضير النهايتين.
- قطع المعدة.

### المعالجة:

تعطى الصادات + Pencilline  
Gentamycine قبل الجراحة في كل المرضى  
المشتبه لديهم بإصابات كولونية حقناً وريدياً.  
فتح البطن على الخط المتوسط دائماً.

### الإجراءات الجراحية:

تعتمد على تصنيف Flink الذي  
يقسم إصابات الكولون إلى ثلاث درجات  
وإستخدام هذا التصنيف لتحديد نموذج  
الترميم.

الدرجة I: الإصابات الكولونية المعزولة مع  
تلوث في حده الأدنى أو فقدان دم دون تأذي  
توعية الكولون وتدبر خلال 8 ساعات من  
الإصابة هذه الإصابات ملائمة للترميم البدئي.  
الدرجة II: إصابات الكولون المترافقة مع  
إصابات أخرى داخل البطن تدبر خلال 12  
ساعة من الرض وغير المترافقة مع تلوث واسع  
أو خسارة دم كبيرة أو انخفاض ضغط طويل  
الأمد تقتصر هذه الدرجة على تحويل الجرح  
إلى الخارج.

الدرجة III: الأذيات التي تكون أجزاء مختلفة  
من الكولون متوضعة بعيداً عن بعضها بعضاً  
أو الأذيات المترافقة مع تأذي توعية الكولون  
أو خسارة دموية كبيرة أو انخفاض ضغط  
طويل الأمد، تلوث كثيف بالبراز، تأخير هام  
أكثر من 24 ساعة تدبر هذه الإصابات بفغر

D- مفاغرة عروية صائمية دائية مع الجزء  
العفجي المتأذي بطريقة Roux - en - y.

E- ترقيع العفج المصاب بعروية صائمية على  
طبقتين (دون فتح الصائم).

F- إجراء فوغان (العزل البوابي).

G- الاستئصال العثكلي العفجي.

يستمر وجود الأنبوب الأنفي المعدي  
لحماية الخياطة لمدة 5-7 أيام في إصابات  
العفج.

### 3- المعى الدقيق:

إن أذيات المعى الدقيق أكثر شيوياً  
من أذيات العفج أو الكولون.

### الإجراءات الجراحية:

حسب حجم التمزق:

1- الإغلاق البسيط.

2- قطع المعى المصاب وإجراء مفاغرة معوية  
- معوية.

يستمر وجود الأنبوب الأنفي المعوي  
أيضاً لعدة أيام حتى عودة الحركات المعوية  
الفعالة.

### 4- الكولون:

تشاهد إصابات الكولون بالرضوض  
المغلقة في حوادث السير وغيرها لكنها أقل  
حدوثاً بكثير من إصابات الكولون بالجروح  
النافذة.

الكولون المزدوج أو بالترميم الأساسي وفغر الكولون الداني قبل منطقة الإصابة.

تحويل الجرح إلى الخارج يتلوه إعادة الكولون للتجويف البطني عادة بعد 10-14 يوماً.

بالنسبة إلى المستقيم: التحويل الكامل لمجرى الغائط هو إجباري في كل إصابات المستقيم والنزح خلف المستقيم هام للغاية. فغر الكولون يغلق بعد 2-3 أسابيع في المرضى الذين شفوا تماماً.

#### 5- الكبد:

15-20% فقط من إصابات الكبد تحدث من رض مغلّق.

#### الإجراءات الجراحية:

حسب شدة الأذية وشدة النزف:

1- النزف وحده: يكون النزف الكبدي قد توقف تلقائياً في الوقت الذي يفتح فيه البطن أو يتوقف حالاً بعد ضغط مكان النزف. عندها فقط يستعمل النزح وحده.

2- الخياطة والنزح وربط الشريان الكبدي الأيمن أو الأيسر.

3- الاستئصال الجزئي.

4- العزل الوعائي.

5- الدك.

الورم الدموي تحت المحفظة وتدمي الصفراء تعالج حالياً بطريقة غير جراحية تعتمد على اصمام المكان النازف بعدة صمامات من الجلفوم قياس  $2mm^2$  وتكرر عبر القنطرة الشريانية الكبدية تسد هذه الصمامات موضع النزف وتمنع حدوث نزف لاحق.

#### 6- المرارة:

أذيات المرارة تعالج باستئصال المرارة.

#### 7- الشجرة الصفراوية خارج الكبد:

الإجراءات الجراحية:

1- إصلاح أولي نهائي - نهائي بوجود أنبوب T.

2- مفاغرة صفراوية - عفجية عندما تكون القناة القاصية غير مناسبة للإصلاح الأولي.

3- مفاغرة صفراوية - صائمية بطريقة Roux - en - y.

#### 8- المعثكلة:

نحو حوالي ثلث أذيات المعثكلة تحدث من الرضوض المغلقة.

#### الإجراءات الجراحية:

1- الرضوض المعثكلية البسيطة دون تمزق محفظي أو قنوي ومن دون نزف مستمر: خياطة أو تنقيع مع النزح.



الطححال والاختيار الدقيق للمرضى في الوقت المناسب للعمل الجراحي وهذه الإجراءات تتضمن:

1- عدم معالجة تمزقات المحفظة غير النازفة.  
2- تطبيق الفراء الدقيق للييفات أو العوامل الموقته الأخرى للتمزقات الدقيقة المترافقة بأدنى كمية من النزف.

3- الترميم بالخياطة للأذيات الأكثر أهمية.  
4- استئصال الطحال الجزئي للأذيات الطحالية غير المشتملة على السرة.

مضادات الاستطباب لهذه المعالجة هي:

1- المرضى غير المستقرين بشكل تال للأذيات الشديدة المترافقة.

2- التهتك الطحالي الشديد.

3- الأذية الوعائية السرية الشديدة.

4- عدم المقدرة على إجراء الإرقاء الطحالي.

أخيراً: إن استئصال الطحال لا يزال إجراءً أميناً وهو الإجراء المستطب المختار في كثير من المرضى.

#### 10- الورم الدموي خلف الصفاق:

تعتمد المعالجة على كشف الأورام الدموية خلف الصفاق خلال فتح البطن لكشف النزف الدموي وكذلك لكشف الأذيات الحشوية المترافقة: (الكلى - الحالب - المثانة... الخ). ويجري هذا مع ملاحظة حجم

2- قطع المعثكلة القاصي: هو الطريقة الأكثر فعالية لمعالجة أذيات المعثكلة مع تمزق واضح للقناة المعثكلية في جسم الغدة أو ذيلها.

3- استئصال القسم البعيد من المعثكلة مع مفاغرة معثكلية - صائمية بطريقة Roux - en - y.

4- المفاغرة المعثكلية - الصائمية بشكل Roux - en - y : تستطب في القطع العرضاني التام في المعثكلة.

5- القطع المعثكلي العفجي: الاستطبابات:

1- تمزق العفج ورأس المعثكلة.

2- انقلاع القناة الجامعة من العفج مع جدار عفجي غير معوي.

3- تمزق العفج مع هرس رأس المعثكلة.

4- الأذيات العفجية المعثكلية المشتركة مع هرس لكليهما.

#### 9- الطحال:

هو العضو البطني الأكثر تأدياً بالرضوض المغلقة.

#### المعالجة:

بسبب حدوث شذوذات مناعية وفيزيولوجية تؤدي إلى متلازمة حمجية صاعقة بسبب استئصال الطحال المصاب بالتمزق الناجم عن الرض وضعت طريقة محافظة لتدبير الرض الطحالي وهي تعتمد على المحافظة على

في حال حدوثه فإن المعالجة تعتمد على إعادة الأحشاء نحو البطن ورتق الفتق الحجابي ونزح الصدر.

الدراسة العملية للبحث قامت على 23 حالة راجعت مشفى الأسد الجامعي بين عام 1988-1991 برضوض متعددة أو رضوض بطنية معزولة.

وتم تحديد العدد بحسب الجدول

التالي:

الرضوض المعزولة	10 حالات	43.47%
الرضوض المتعددة	13 حالة	56.52%
رض بطني كلييل + إصابة عصبية	4 حالات	17.39%
رض بطني كلييل + إصابة صدرية	3 حالات	13.04%
رض بطني كلييل + إصابة عظمية	6 حالات	26.08%

ثم تم تحديد الجنس بحسب الجدول التالي:

النسبة	العدد	الجنس
82.6%	19	ذكور
17.39%	4	إناث

- 1- كان يبدأ بإنعاش المريض أولاً.
- 2- الفحص السريري وتحديد الأعراض والعلامات.
- 3- الفحوص الدموية.
- 4- الدراسة الشعاعية.
- 5- بزل البطن وغسله.

ثم تم تحديد العمر واختلفت أعمار المرضى وتباينت بشكل كبير حيث كان أصغر المرضى سنناً بعمر 5 سنوات وأكبر المرضى بعمر 51 سنة.

التدبير العام:



## 6- وضع التشخيص النهائي.

هذه الإجراءات اتخذت حسب حالة المريض العامة وحسب شدة الإصابة فالمرضى المصابون بشدة مع سوء الحالة العامة لم يكن هناك وقت لاتخاذ كل هذه الإجراءات. في أغلب الحالات (20 حالة) وضع التشخيص النهائي بعد فتح البطن الاستقصائي.

## أخيراً العلاج:

اعتمد على فتح البطن الاستقصائي على الخط المتوسط عدا حالة واحدة كان التشخيص فيها مؤكداً بالتصوير الظليل للحويضة عبر الوريد حيث أجري شق على

الخاصرة اليمنى لكشف الكلية وحيطة التمزق فيها.

أما بالنسبة إلى المرضى الثلاثة المصابين بتكدم دماغي مع رض بطني مغلق فقد أعطيت لهم معالجة مضادة للوذمة الدماغية (Mannitol + Dexamethozon) مع الصادات الواسعة والمصول والدم اللازم وبالنسبة لجميع مرضى مجموعة الدراسة أخصعوا لعلاج دوائي في أثناء وبعد الجراحة مؤلف من الصادات الواسعة الطيف والمصول اللازمة وتعويض الدم المفقود.

الدراسة المقارنة بين دراستنا وبين دراسات عالمية أخرى: نوع الحشا المصاب في دراستنا (إصابات مشتركة)

1- الطحال	8 حالات	34.78%
2- المثانة	4 حالات	17.39%
3- المساريقا	4 حالات	17.39%
4- الورم الدموي خلف الصفاق	4 حالات	17.39%
5- الأمعاء الدقيقة	3 حالات	13.04%
6- الكلية اليمنى	2 حالة	8.69%
7- الكولون	2 حالة	8.69%
8- الكبد	2 حالة	8.69%
9- العفج	1 حالة	4.34%
10- المعنكلة	1 حالة	4.34%

التشخيص النهائي قبل إجراء فتح البطن  
الاستقصائي.

أيضاً تواتر الوفيات كان في دراستنا  
عالياً حيث توفي 6 مرضى من أصل 23  
مريضاً أي بنسبة 26.08% أما في الدراسات  
العالمية فإن الوفيات تتراوح بين 5-10% فقط.  
وعلى أمل أن تكون النتائج أفضل في  
المستقبل مع دراسات أفضل لهذا البحث.

بالمقارنة مع الجدول في الدراسات  
العالمية يتضح بأن هناك اختلافاً في تواتر

الإصابة الخاصة بكل عضو بين دراستنا وبين  
الدراسات العالمية الأخرى.

ومن خلال الدراسة ككل يتضح أنه  
هناك اختلاف كبير في تدبير المرضى المصابين  
بالرضوض المتعددة أو الرضوض البطنية  
المعزولة والاختلاف الأساسي في وضع

## ABSTRACT

*The practical study has comprised (23) cases admitted to emergency section in Al-Assad University Hospital from 16-11-1988 through 16-11-1991. The study included the patient's age which was between 5-51 year old. We have found that the complications that comprised wound infection, striking infection, liver insufficiency, auctorial insufficiency, pleural insufusionnal dermic intestival fistula, were similar to those complications mentioned in the international study, but quite different in rate of occurrence.*



## REFERENCES

- 1- SCHWARTZ "Surgery" 1988.
- 2- DAVIS Christopher "Text Book of Surgery" 1986.
- 3- Chirurgie D'unrigance - 1985.
- 4- The American Journal of Surgery.
- 5- Maingot Abdounivol Operation.