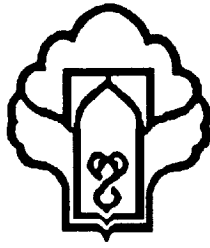


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٢٥٧٠

۱۳۸۰ / ۵ / ۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

شهید صدوقی یزد

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا تخصصی جراحی عمومی

موضوع:

تعیین نتایج پریتونئال لاواژ (DPL) در تشخیص آسیب ارگانهای

داخل شکمی متعاقب تروماهای بلانت و نافذ شکمی

استاد راهنما:

012844

آقای دکتر محمد زارع

نگارش:

دکتر عبدالحمید عمویی

سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹

شماره ثبت: ۶۵۲

۳۶۰۷۰

تقدیم به پدر بزرگوار و مادر عزیزم
که نخستین آموزگار و الگوی زندگی و نمونه
انسانیت و ایمان برایم بوده‌اند.

تقدیم به همسر مهربانم

که در نهایت بردباری امکان تلاش علمی
در میان انبوه کاستی‌ها را برایم فراهم ساخت.

و به امید زندگی میترا

به خاطر لحظاتی که از آن او بود و دریغ شد.

تقدیم

به استاد بزرگوار و معلمی دلسوز

جناب آقای دکتر محمد زارع

که به شکرانه زحمات بی شائبه او همین بس که:

«مَنْ عَلَّمَنِي حَرْفًا فَقَدْ صَيَّرَنِي عَبْدًا»

سپاس

حمد و سپاس خداوندی را سزااست که خود عالم است و علم را وسیله ترقی و عروج انسانها قرار داده ، خداوندی که از هیچ راهی به جز طریق کسب علم کسی قادر به درک رموز آفرینش و کائنات که شاید قطره‌ای از دریای بیکران قدرت لایزال اوست نمی‌باشد و سلام و درود به روان پاک رسول خاتم و مفخر آدم که تا ابد دستورات و احادیثش مورد تبرک و تقدّس عالمان به حق و دانشمندان رسته از کجروپها و ناراستیها می‌باشد. راهنما و مرشدی که به فرموده

أَلْعِلْمُ الْعِلْمَانَ عِلْمُ الْأَبْدَانِ وَ عِلْمُ الْأَدْيَانِ

علاوه بر نمایاندن مقام والای علم ووظیفه بس سنگینی را بردوش سفیدپوشان جامعه طب قرار داده است ، اینک سر سجده بر بارگاه احدیت می‌نهم و سپاس می‌گویم پروردگار را که بالطف و کرم خویش به من توانایی عطا فرمود. تا بتوانم مقطع تحصیلی دیگری را از مقاطع کسب علم و دانش به اتمام برسانم.

بارالها ، مرا هرگز به حال خود رها نکن و از لغزشها برهانم.

برخود لازم میدانم که :

ازاساتیدارجمند و گرامیم درگروه جراحی جناب آقای دکتر سیدمصطفی شیریزدی ، جناب آقای دکتر سعید کارگر ، جناب آقای دکتر عباس مدیر ، جناب آقای دکتر سیدعلیرضا حسینی نسب ، جناب آقای دکتر علی اکبر سالاری و جناب آقای دکتر محمدحسین میرشمسی که همواره در طول دوره آموزش تخصصی راهنما و مشوق اینجانب بوده‌اند نهایت سپاس و امتنان دارم.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	خلاصه
فصل اول - کلیات	
۵	مقدمه
۷	مکانیسم و الگوهای ترومای شکم
۹	ارزیابی اولیه و احیاء بیمار
۱۲	ارزیابی ثانویه (Secondary Suvey)
۱۴	ارزیابی ثالثیه (بررسی مجدد)
۱۵	روشهای تشخیصی
۱۶	لاواژ تشخیصی پریتونئال
۲۰	CT Scan
۲۲	سونوگرافی (Diagnistic Ultrasound)
۲۳	لاپاراسکوپی
۲۴	ترومای بلانت شکم
۲۷	ترومای نافذ شکم
۳۰	درمان جراحی ترومای شکم
۳۳	بیان مسئله و اهمیت آن
۳۶	بررسی متون

اهداف	۳۸
هدف کلی	۳۸
اهداف ویژه	۳۸
سؤالات پژوهشی	۳۹
تعریف واژه‌ها	۳۹

فصل دوم - روش کار

۱- محل اجرای تحقیق	۴۲
۲- مشخصات طرح	۴۲
۳- روش اجرای کار	۴۲
۴- متغیرها	۴۵

فصل سوم - نتایج

نتایج	۴۷
جداول	۵۱

فصل چهارم - بحث

بحث و نتیجه گیری نهائی	۶۳
پیشنهادات	۶۶
خلاصه انگلیسی	۶۷
رفرنس	۷۰

خلاصه

شیوع تروماهای شکم همچنان در حال افزایش است و سومین قسمت بدن است که در تروما دچار آسیب میشود. تشخیص هرچه سریعتر امکان انجام تدابیر درمانی مطلوب را تسهیل میکند. علیرغم وجود تکنیکهای تشخیصی جدیدتر و بهتر مثل CT هنوز هم ترومای شکم برای هر پزشکی مسئله پیچیده‌ای است، زیرا ارزیابی پاتولوژی داخل شکمی در بیماران مولتیپل تروما مشکل است. در اکثر موارد ضایعه شکمی تحت الشعاع سایر صدمات قرار میگیرد. غالباً بیماران مبتلا به ترومای شکم بعلت تروماهای همراه سر، اعتیاد به مواد مخدر و الکل یا بعضی داروها هوشیار نیستند. تروماهای قفسه سینه، مسائل ارتوپدیک و صدمات خلف صفاقی نیز ممکن است به همراه ترومای شکم عارض شده و تشخیص ضایعه شکمی را هرچه بیشتر پیچیده سازد.

ترومای بلانت شکمی شایعترین مکانیسم ترومای شکم است که اکثریت بدنبال تصادف با وسایل نقلیه موتوری اتفاق می‌افتد و ترومای نافذ شکمی در مجموعه شهری افزایش یافته است. دو تا از راههای تشخیصی دقیق Ct Scan و لاواژ تشخیصی صفاقی (DPL) است. DPL روش بی‌خطر بوده و در بیماران مبتلا به ترومای شکم روش کمکی قابل اعتمادی است. CT نیاز به تجهیزات، رادیولوژیست مجرب و در دسترس، انتقال بیمار به مرکز CT و Stable بودن بیمار و صرف زمان و هزینه بالا دارد.

این مطالعه با هدف ارزیابی نتایج پریتنال لاواژ در تشخیص تروماهای شکمی در مقایسه با لاپاراتومی و درمان کنسرواتو انجام شده است. مطالعه از نوع توصیفی و به روش مقطعی طی ۲۷ ماه از مهرماه ۱۳۷۷ لغایت شهریور ۱۳۷۹ انجام شد که ۱۳۵ بیمار با شک به ترومای شکم مورد بررسی قرار گرفت با متوسط سنی ۲۸/۶ سال محدوده سنی ۳ تا ۷۸ سال که ۹۹ نفر مرد و ۳۶ نفر زن بودند. ۱/۸۸٪ بیماران ترومای بلانت و ۹/۱۱٪ ترومای نافذ شکمی داشتند. تمام بیماران تحت لاواژ تشخیصی صفاقی قرار گرفتند که ۷۰ بیمار لاواژ مثبت و ۶۵ بیمار لاواژ منفی داشتند. از ۷۰ بیمار لاواژ مثبت ۵۷ بیمار ترومای بلانت و ۱۳ نفر ترومای نافذ شکمی و از ۶۵ بیمار لاواژ منفی ۶۲ نفر ترومای بلانت و ۳ نفر ترومای نافذ شکمی داشتند. تمام بیماران لاواژ مثبت تحت لاپاراتومی قرار گرفتند که ۶۳ بیمار ضایعه داخل پریتنال داشتند که نیاز به ترمیم و اصلاح جراحی داشت و ۷ بیمار ضایعه داخل شکمی نداشتند یعنی نتیجه لاواژ مثبت کاذب بود. تمام بیماران لاواژ منفی بمدت ۳ تا ۵ روز تحت درمان کنسرواتو قرار گرفتند که در طی درمان کنسرواتو ۳ بیمار نیاز به لاپاراتومی پیدا کرد که هر سه بیمار ضایعه داخل شکمی داشتند که نیاز به دخالت و ترمیم جراحی داشت و هر سه بیمار ترومای بلانت شکمی داشتند. پس مشخص میشود که در ۳ بیمار نتیجه لاواژ منفی کاذب بود. در بیماران لاپاراتومی شده شایعترین ارگانهای آسیب دیده داخل شکمی به ترتیب طحال، کبد، روده باریک و مزانتر، روده بزرگ و کلیه

بودند.

آنالیز آماری در این مطالعه نشان می‌دهد که DPL در تروماهای شکمی (بلانت و نافذ) حساسیت ۹۵/۵٪، اختصاصیت ۹۰٪، دقت ۹۲/۶٪، ارزش اخباری مثبت ۹۰٪ و ارزش اخباری منفی ۹۵/۴٪ داشت. در ترومای بلانت شکمی DPL حساسیت ۹۴/۵٪، اختصاصیت ۹۰/۷٪، دقت ۹۲/۴٪ داشت و در ترومای نافذ شکمی DPL حساسیت ۱۰۰٪، اختصاصیت ۷۵٪ و دقت ۹۳/۸٪ داشت.

به این ترتیب مشخص می‌شود که DPL در تروماهای شکمی حساس و اختصاصی است و دقت بسیار بالایی دارد. پس در ارزیابی اولیه ترومای نافذ و بلانت شکمی پریتونئال لاواژ توصیه می‌شود.

فصل اول

مقدمه و کلیات

مقدمه

تروما عبارتست از صدمه‌ای به بدن که ناشی از تبدلی با انرژی محیطی می‌باشد، بطوریکه از قدرت ارتجاعی بدن فراتر رود. تروما شایعترین علت مرگ در افراد ۱ تا ۴۴ ساله است و اگر علل مرگ و میر تمام سنین در نظر گرفته شوند از نظر شیوع سومین علت مرگ به حساب می‌آید. تصادفات وسایل نقلیه موتوری بیش از ۵۰٪ از این علل مرگهای ناشی از تروما را تشکیل می‌دهند. (۹۷)

شیوع ترومای شکم همچنان در حال افزایش است و شکم سومین ناحیه بدن است که بدنبال تروما نیاز به جراحی دارد. حدود ۲۰٪ از قربانیان تروماهای شهری را ترومای شکم تشکیل می‌دهند. ترومای بلانت شایعترین مکانیسم ترومای شکم مخصوصاً ناشی از وسایل نقلیه موتوری است. سایر مکانیسمهای ترومای شکم شامل سقوط، حمله یا تجاوز، حوادث صنعتی، زخمهای گلوله و ساچمه و وسایل بُرنده می‌باشد. در بچه‌ها حوادث تصادفات پیاده و با اتومبیل، بازی با دوچرخه و سقوط از ارتفاع و child abuse مسبب آسیبهای شکمی هستند. (۲)

در نواحی شهری ترومای نافذ بطور نسبی افزایش یافته است. زخم چاقو از زخم گلوله شایعتر و کمتر کشنده است. امروزه اکثریت مراکز تروما به جای اکسپلوریشن سریع شکم روش انتخابی تر برای زخمهای نافذ شکم مخصوصاً با چاقو در نظر میگیرند که بعلت

افزایش و بهبود تکنیکهای تشخیصی دقیق و در دسترس است. اگرچه ۷۵ تا ۹۰٪ بیماران با زخمهای گلوله شکم نیاز به لاپاراتومی اورژانس دارند فقط ۲۵ تا ۳۵٪ بیماران با زخم چاقو و ۱۵ تا ۲۰٪ بیماران با ترومای بلانت شکمی نیاز به دخالت جراحی دارند. بعلاوه بیش از $\frac{1}{3}$ این بیماران که در ابتدا علائم حیاتی پایدار دارند نیاز به لاپاراتومی اورژانس دارند. در بیماران با ترومای شکمی لگنی علائم پریتونئال میتواند مخفی بماند. بعلت انتشار درد از آسیبهای همراه یا کاهش سطح هوشیاری بیمار ثانویه به مسمومیت یا ترومای سر علائم غیر قابل اعتماد است. (۹۲)

Out come خوب این بیماران به شدت تروما، تلاش تیم مجهز و آماده که از صحنه تصادف شروع میشود، بستگی دارد. این تیم شامل تکنسینهای اورژانس، پرسنل بخش اورژانس، جراحان اورژانس و سرویسهای مشاوره است. درمان اولیه جهت نیازهای فیزیولوژیک فوری بیمار انجام میشود که شامل ABC (راه هوایی، تنفس و گردش خون) است که اغلب قبل از تشخیص قطعی شروع میشود. آسیبهای متعدد تهدید کننده حیات بیمار اغلب بطور همزمان تشخیص داده و درمان میشوند و جراح تروما بایستی پاسخ بیمار را ارزیابی کند و نتایج تشخیص را تحلیل و روش درمان را بصورت مکتوب در آورده و توسط افراد تیم تروما اجرا شود. (۹)

مکانیسم و الگوهای ترومای شکم

ارزیابی و تصمیم‌گیری در بیمارانی که دچار ترومای بلانت شده‌اند بسیار مشکلتر از بیماران مبتلا به ترومای نافذ است. در ترومای بلانت در مقایسه با زخم ناشی از گلوله یا چاقو، انرژی بیشتری در سطح وسیعتری از بدن وارد میشود. در نتیجه ترومای بلانت با جراحات متعدد بسیار منتشر همراه است، درحالیکه در ترومای نافذ، صدمه محدود به مسیر گلوله یا چاقوست. بیمارانی که دچار ترومای بلانت شده‌اند براساس خطر ابتلاء به صدمات متعدد به دو گروه انتقال انرژی زیاد و انتقال انرژی کم تقسیم میشوند. جراحاتی که با انتقال انرژی زیاد (high energy transfer) همراه عبارتند از تصادف وسایل نقلیه با عابر پیاده، آن دسته از تصادفات وسایل نقلیه که در آن تغییر سرعت اتومبیل از ۲۰ mph بیشتر بوده یا بیمار به خارج از اتومبیل پرت شده است، تصادفات موتورسیکلت و سقوط از ارتفاعات بلندتر از ۲۰ پا. بزرگترین عوامل خطر ساز در صحنه تروما که نشاندهنده شدت تروما هستند و با جراحات مرگبار همراه می‌باشند، عبارتند از مرگ یکی دیگر از سرنشینان اتومبیل و گذشت بیش از ۲۰ دقیقه تا نجات و رهاسازی بیمار از صحنه تصادف است.^(۷)

بیمارانی که دچار تروما با انتقال انرژی زیاد شده‌اند الگوهای مشخصی از جراحیات دارند که از مکانیسم تروما تبعیت می‌کنند. بعنوان مثال هنگامی که رانندگانی که کمر بند