

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

دانشکده پزشکی

۳۰ / ۴ / ۱۳۸۰



بایان نامه:

جهت اخذ درجه تخصصی جراحی عمومی

موضوع:

بررسی موارد ترومای کبدی و نحوه درمان آن در
بیمارستان های طالقانی و امام کرمانشاه از سال ۷۹-۱۳۷۴

استاد راهنما:

آقای دکتر رضا طبیبی

011965

۳۵۵۴۴

نگارش:

لقمان مهرزاد

آبان ماه ۱۳۷۹

تقدیم به

گل‌های زندگی

آرزو و پادینا

تقدیم به

جناب آقای دکتر طیبی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

■ فصل اول

۱	کبد و کیسه صفرا
۲	آناتومی کبد
۲	درناژ صفراوی
۳	جریان خون کبدی
۴	اتصالات پریتون
۱۵	اهداف مطالعه

■ فصل دوم

۱۶	سؤالات تحقیق و محدودیت آن
۱۶	استفاده از آنتی بیوتیک

■ فصل سوم

۱۷	روشها و مواد
۱۸	جامعه مورد پژوهش و روش گردآوری اطلاعات
۱۸	روش نمونه گیری
۱۹	متغیرها
۲۰	جداول
۳۰	خلاصه
۳۱	نمونه و روش کار
۳۲	مقدمه

■ فصل چهارم

۳۳	نتایج
----	-------

■ فصل پنجم

۳۵	بحث
۳۷	پیشنهادات
۳۸	خلاصه فارسی
۳۹	خلاصه انگلیسی
۴۰	رفرنس

فصل اول

کلیات

جنین شناسی

آناتومی

ترومای کبدی و نحوه درمان آن

کبد و کیسه صفرا

کبد اولیه در واسط هفته سوم به صورت برجستگی بر روی پوشش آندودرمی انتهای دیستال روده قدامی ظاهر می شود (دیورتیکال یا جوانه کبدی) و به داخل دیواره عرضی نفوذ می کند (شکل ۵-۱۴). طنابهای اپی تلیال کبدی با وریدهای زرده ای و نافی مخلوط شده، سینوزوئیدهای کبدی را ایجاد می کنند و نهایتاً به پارانشیم کبدی و پوشش اپی تلیال مجاری صفراوی تمایز می یابند. سلولهای کوپفر، سلولهای خونساز و بافت همبندی از مزودرم جانبی و دیواره عرضی ساخته می شوند.

دیواره عرضی، به رباط فلسیفورم؛ مزودرم دیواره عرضی بین کبد و روده قدامی، به چادرینه کوچک؛ و مزودرم دیواره عرضی بین کبد و دیواره قدامی شکم، به رباط داسی شکل (فلسیفورم) تبدیل می شوند. این دو مزودرم با یکدیگر، اتصال صفاقی بین روده قدامی و دیواره قدامی شکم به نام مزوگاستر شکمی را تشکیل می دهند. قسمت فوقانی کبد (منطقه برهنه کبد)، بدون پوشش صفاقی و در ارتباط مستقیم با دیواره عرضی اولیه باقی می ماند.

عمل کبد در جنین

در هفته ۱۰، وزن کبد، ۱۰٪ وزن بدن می باشد (ناشی از وجود سینوزوئیدها و خونسازی) و در هنگام تولد، ۵٪ وزن را تشکیل می دهد. مجرای سیستیک با الحاق به مجرای کبدی، مجرای صفراوی یا کلدوک را به وجود می آورد.

آناتومی کبد

حدود ۲٪ وزن بدن در بالغین و ۴٪ وزن کودکان را کبد تشکیل می‌دهد. اندازه این عضو نشاندهنده پیچیدگی عملکرد آن است. تقسیم بندی حقیقی کبد به لوب‌های راست و چپ در امتداد خطی است که در خلف، حفره ورید اجوف تحتانی را به کیسه صفرا در جلو و پایین وصل میکند. لوب راست بر اساس نحوه توزیع شاخه‌های داخل کبدی شریان هیپاتیک، ورید پورت، مجاری صفراوی به یک بخش قدامی و یک بخش خلفی تقسیم بندی می‌کنند و لوب چپ نیز به دو بخش داخلی و خارجی تقسیم می‌شود. خود کبد توسط شیار پورت به دو لوب تقسیم می‌شود.

ورید کبدی میانی در داخل این شیار طی مسیری کند لوب راست کبد توسط شیار پورتال راست که ورید کبدی راست در آن است به دو بخش تقسیم می‌شود. کوئینار نوعی تقسیم بندی عملکردی را بر اساس تخلیه وریدی کبد پیشنهاد نمود. بخش قدامی داخلی راست حاوی سگمان VI در جلو و سگمان VII در عقب است. بخش قدامی داخلی راست حاوی سگمان V در جلو و سگمان VIII در عقب.

لوب چپ کبدی توسعه شیار پورتال چپ که خود در بر گیرنده ورید کبدی چپ است تقسیم می‌گردد. بخش قدامی چپ توسط شیار نافی به سگمان IV که قسمت قدامی آن تشکیل دهنده لوب مربعی است و سگمان III که خود قسمت قدامی لترال لوب چپ است تقسیم می‌شود. بخش خلفی همان سگمان II است. سگمان دور سال I از نظر شبکه عروقی، از تقسیمات پورتال مجزا است و رابطه‌ای با سه ورید اصلی کبدی ندارد.

درناژ صفراوی: در لوب راست، مجاری سکتورال قدامی و خلفی به هم پیوسته و مجرای هیپاتیک راست را بوجود می‌آورند. اما در لوب چپ مجاری سکتورال داخلی و خارجی با هم یکی شده و مجرای هیپاتیک چپ را بوجود می‌آورند که به مجرای راست وصل شده و در پورتا هیپاتین مجرای مشترک کبدی را بوجود می‌آورند. این مجرا نیست به سایر ساختمان‌های موجود در این ناحیه قدامی تر قرار گرفته است.

جریان خون کبدی: جریان خون اوران کبد از دو محل تامین می‌گردد ۱- شریان کبدی که خون اکسیژن دار را حمل میکند و ۲۵٪ از جریان خون کبد را بعهده دارد ۲- ورید پورت که جریان خون احشائی را درناژ کرده و مسئول ۷۵٪ از جریان خون کبد است.

شریان کبدی مشترک از تنه سلیاک جدا می‌شود و بعد از اینکه شاخه‌های گاسترودئودنال و گاستریک از آن جدا می‌شود در لیگامان هپاتودئودنال و در طرف چپ CBD و در جلوی ورید پورت به طرف بالا صعود می‌کند این شریان در طرف چپ شیار لوب اصلی به دو شاخه راست و چپ تقسیم می‌گردد. در ۱۷٪ از مردم عادی شریان اصلی راست کبد از شریان مزانتریک فوقانی منشا می‌گیرد. در کبد آناستوموزهای بین شرائین کبدی راست و چپ رخ نمی‌دهد. شریان سیستیک معمولاً یکی از شاخه‌های خارج کبدی شریان کبدی راست است.

سیستم وریدی هپاتیک از یک ورید مرکزی که در وسط لوبول کبدی قرار گرفته است شروع می‌شود این ورید تنها رگ بدن است که سینوزوئیدها خون خود را به آن تخلیه می‌کنند، از بهم پیوستن وریدهای مرکزی ساب لوبولر وین‌ها پدید می‌آیند و از یکی شدن آنها وریدهای جمع کننده بوجود می‌آید، در اثر یکی شدن این وریدها در نهایت سه ورید اصلی کبدی بوجود می‌آیند که شامل وریدهای راست و چپ و میانی می‌باشند. ورید کبدی راست مسئول درناژ تمامی قسمت خلفی و ناحیه فوقانی قسمت قدامی لوب راست است. ورید کبدی چپ، تمام ناحیه طرفی قسمت چپ شیار نافی را تخلیه می‌کند. درناژ بخش‌های تحتانی قسمت‌های داخلی و قدامی هر دو لوب توسط ورید میانی انجام می‌گیرد. میزان متوسط خون وریدی کبدی 1500 cc در دقیقه به ازای $1/73$ متر مربع سطح بدن است.

اتصالات پریتونن :

کبد بجز یک قسمت از سطح خلفی آن که فضای برهنه نام دارد از پریتونن پوشیده شده است. این فضا توسط لایه‌های فوقانی و تحتانی رباط کروناری محدود می‌شود. این رباط توسط رفلکشن پریتونن از دیافراگم به کبد تشکیل می‌شود. لایه‌های فوقانی و تحتانی در سمت راست به‌همدیگر پیوسته و رباط مثلثی راست را بوجود می‌آورند. رباط فلیسفورم از ناف، تا اندازه‌ای در سمت راست خط وسط بسوی کبد بالا می‌رود، و حاوی رباط گرد در کناره آزارش می‌باشد. رباط گرد به داخل شیار در سطح تحتانی و رباط فلیسفورم بر روی سطح محدب کبد رفته و تقسیم می‌شوند.

شاخه راست به لایه فوقانی رباط کروناری متصل می‌شود و شاخه چپ آن به نام رباط مثلثی چپ امتداد می‌یابد و ادامه آن در قسمت خلفی و سمت راست، به استنوم کوچک در انتهای فوقانی شیار رباط وریدی متصل می‌شود. استنوم کوچک از شیارهای ناف کبد و رباط وریدی منشا گرفته و به صوت غلافی امتداد یافته و در طول انحنای کوچک معده می‌چسبند.



Fig. 223



Fig. 224

Fig. 223 Position of the organs in the upper abdominal cavity. A probe is inserted through the epiploic foramen into the vestibule of the omental bursa. A small hook retracts the round ligament of the liver.

- * Foramen of Winslow
- ** Phrenico-colic ligament

Fig. 224. Position of the organs in the upper abdominal cavity. The stomach is pulled downward to the left by a hook in the lesser curvature. The omental bursa has been opened after cutting the hepatogastric ligament of the lesser omentum. The arrows point in the direction of the three recesses of the omental bursa.

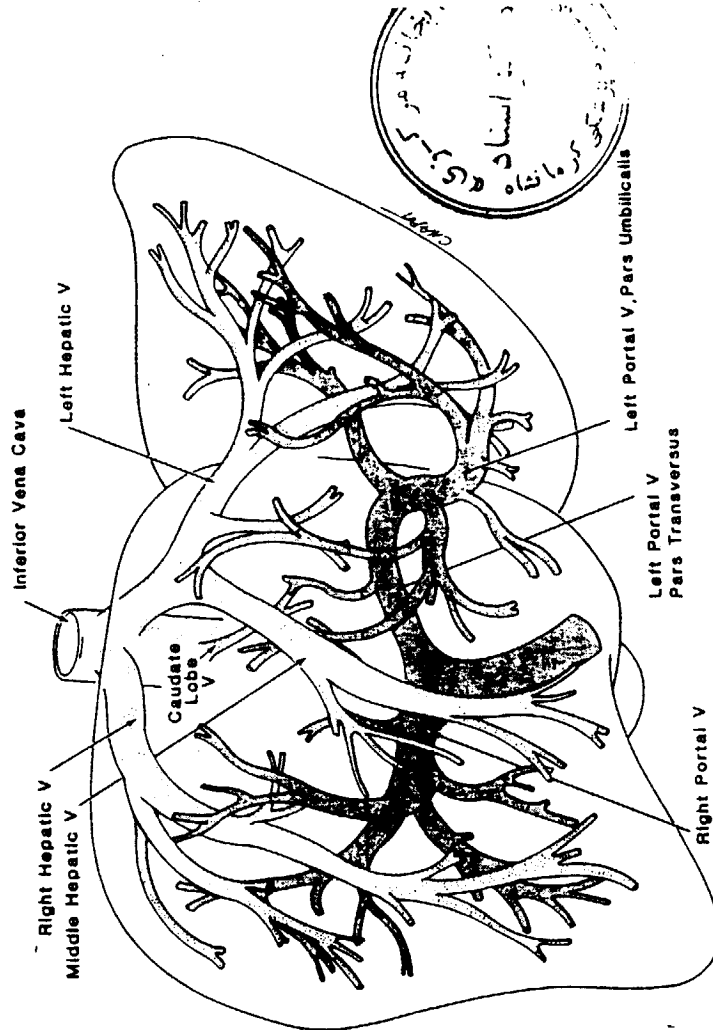


Figure 33-5. Hepatic veins and portal vein. There are three major hepatic veins: right, middle, and left. The portal vein divides into a right and left trunk, with the left curving in the falciform ligament as the pars umbilicus (where the umbilical vein joined it). (From Campira, J. L., and Reynolds, T. B.: The hepatic circulation. *In* Arias, I., et al. [Eds.]: *The Liver: Biology and Pathobiology*. New York, Raven Press, 1982.)

تروما یا جراحی عبارتست از صدمه ای به بدن که ناشی از تبادلی با انرژی محیطی می باشد ، بطوریکه از قدرت ارتجاع 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 شود از نظر شیوع سومین علت مرگ به حساب می آید ، تروما مشکل مهمی در سلامت جامعه بشمار می آید .

درمان بیمارانی که دچار تروما شده اند معمولاً در صحنه جراحی شروع می گردد . درمان اولیه بیمارانی که دچار جراحی جدی شده اند شامل : ارزیابی اولیه ، احیاء ارزیابی ثانویه ، بررسی تشخیص و درمان قطعی می باشد .

این مفاهیم به ترتیب عنوان می شوند در واقع اغلب همزمان با یکدیگر انجام می شوند . این روند با شناسائی و درمان وضعیت هائی که موجب تهدید فوری حیات می شوند آغاز می گردد . در دوره ATLS به این بخش از درمان ، ارزیابی اولیه یا primary survey یا ABC اطلاق می گردد . این مرحله باید قبل از هر اقدام دیگری درمان شود .

در مرحله بعدی که شامل ارزیابی ثانویه می باشد در مورد ترومای شکم بیمار به جز برخی استثنائات جراحی لازم نیست تعیین کند که کدامیک از اعضاء داخل شکمی آسیب دیده اند ، تنها باید تصمیم بگیرد که آیا لاپاراتومی تجسسی لازم است یا نه . معاینات فیزیکی شکم برای تعیین این موضوع قابل اطمینان نیست ، اما اکثر صاحب نظران عقیده دارند که وجود سفتی شکم یا اتساع واضح آن در بیماری که دچار ترومای تنه شده اند اندیکاسیون جراحی تجسسی فوری می باشد . با اینحال برای اکثر بیماران ترومائی غیر نافذ شکم لزوم انجام جراحی تجسسی واضح نیست .

اگر تمام معاینات پی در پی شکم را یک جراح انجام دهد، می تواند پیش از وقوع عوارض جدی عفونی یا ناشی از خونریزی، نشانه های زودرس التهاب صفاق و لزوم لاپاراتومی را تشخیص دهد.

روش های تشخیصی برای ترومای نافذ و غیر نافذ شکمی بسیار متفاوت است. برای صدمات ناشی از سلاح های گرم که در آن گلوله به حفره صفاقی نفوذ کرده است ارزیابی چندانی پیش از جراحی لازم نیست، زیرا احتمال جراحات داخلی بیش از ۹۰٪ می باشد و انجام لاپاراتومی عاقلانه است. زخم گلوله در قدام تنه بین فضای بین دنده ای چهارم و سمفیزیس پوبیس که مسیر آن از روی رادیوگرافی یا زخم ورودی - خروجی مطرح کننده نفوذ به صفاق است، باید تحت جراحی قرار گیرد.

زخم های گلوله به پشت و پهلو مشکل تر است زیرا ضخامت بافت بین پوست و اعضای شکمی بیشتر می باشد. در صورت وجود هر گونه شک و تردید همیشه بهتر است که شکم تحت تجسس قرار گیرد. بر خلاف زخم های گلوله، زخم های چاقو و اجسام نوک تیز که به داخل حفره صفاق نفوذ می کنند کمتر احتمال دارد که اعضا داخل شکمی را مجروح کنند. این زخم ها ابتدا باید در اورژانس تحت بی حسی تجسس شوند تا مشخص شود که آیا صفاق صدمه دیده است یا خیر.

جراحاتی که به حفره صفاق نفوذ کرده اند به ارزیابی بیشتر نیازی ندارند. ولی در صورتی که به حفره صفاقی نفوذ کرده اند و علائم بالینی بیمار شک بر انگیز است باید تحت عمل جراحی قرار گیرند.

کبد شایعترین ارگانی است که در طی ضایعات نافذ شکمی دچار ضایعه می گردد و همچنین دومین ارگان داخلی شکمی است که به دنبال ترومای غیر نافذ شکمی دچار ضایعه می گردد.

ضایعات در اغلب موارد کوچک و براحتی قابل درمان هستند ولی در بعضی موارد بخصوص در تروماهای شدید ضایعات کبدی می تواند تهدید کننده حیات و یا حتی کشنده نیز باشند. در حقیقت حدود ۵۰٪ موارد ضایعات کبدی در هنگام اکسیلوراسیون بدون خونریزی هستند و در ۲۰٪ موارد هم با sutur ligation ساده بافت کبد خونریزی بند می آید. معمولا ضایعات کبدی که در grade های III و IV و V هستند جهت درمان و management همیشه بحث انگیز می باشند.

میزان بالای مورتالیتته حدود ۱۱٪ و موربیدیتته ۲۲٪ حاکی از این ضایعات شدید کبدی است. هفت تکنیک اصولی که در درمان جراحی ضایعات کبدی ناشی از تروما وجود دارد شامل:

- ۱- suture
- ۲- inflow occlusion
- ۳- Packing
- ۴- Hepatic artery ligation
- ۵- Resection
- ۶- Mesh hepatorrhaphy
- ۷- Atrial - caval shunting

آناتومی کبد و توزیع ضایعات کبدی و چگونگی گسترش آن نقش مهمی در ابروج درمانی دارد. در مواردی که فقط ضایعه مربوط به کبد باشد در نصف موارد احتیاج به اقدام خاصی حتی مثل سوچور نیز وجود ندارد و خونریزی خودبخود بند آمده است. در بسیاری از مواردی که خونریزی وجود دارد، از بافت کبدی است و با sutur کردن کبدی خونریزی قطع می گردد.