

ترومای کبد

پارگی‌های وریدهای اصلی کبدی در پشت کبد، سخت‌ترین مشکلات را ایجاد می‌کنند.

عوارض پس از جراحی

با تکنیک‌های موجود، به‌ندرت ممکن است که خونریزی در لاپاراتومی غیرقابل کنترل باشد مگر آنکه وریدهای خلفی کبد آسیب‌دیده باشند.

عفونت زیرکبدی در حدود ۲۰٪ از موارد رخ می‌دهد؛ این عارضه در صورتی‌که لوبکتومی انجام شده باشد شایع‌تر است.

ممکن است خونریزی گوارشی در دوره پس از عمل مربوط به هموبیلی باشد که با آنژیوگرافی انتخابی می‌توان آن را تشخیص داد. درمان عبارت است از آمبولیزاسیون از طریق سوند آرتریوگرافی.

خونریزی از زخم‌های ناشی از استرس پس از بنابراین ترومای کبدی عارضه شایعی است بیمارانی مبتلا به آسیب‌های کبدی باید پس از عمل را مصرف کنند (H2 آنتاگونیست‌های رسپتور)

پیش‌آگهی

میزان مرگ و میر پس از ترومای کبدی حدود ۱۰٪ تا ۱۵٪ است که عمدتاً به نوع آسیب و وسعت آسیب‌های وارد به سایر اعضای بستگی دارد.

اسکن در بیمارانی که ممکن است CT یافته‌های برای درمان غیرجراحی در نظر گرفته شوند عبارتند از: هماتوم کپسولار یا داخل کبدی محصور شده، پارگی یک لوب، عدم وجود بافت‌های مرده در کبد، خونریزی خفیف داخل صفاقی، و فقدان آسیب به سایر اعضای داخل شکمی.

در اکثر پارگی‌ها، زمانی که عمل جراحی انجام می‌شود خونریزی قبلاً متوقف شده است. در صورتی‌که خونریزی فعال وجود داشته باشد، زخم باید بخیه‌زده شود. خونریزی فعال باید با بستن یا بخیه‌زدن مستقیم عروق خونریزی‌کننده کنترل شود،



با انسداد موقت شریان کبدی و ورید پورت با یک کلامپ عروقی (مانور پرنیگل) به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، می‌توان عروق خونریزی‌دهنده زخم را با دقت بیشتری بست. اگر این عمل ناموفق باشد، ناحیه خونریزی‌دهنده باید با فشار پانسمان شود؛ ۲ تا ۳ روز بعد پانسمان تحت بیهوشی عمومی برداشته می‌شود.

برحسب مکانیسم آسیب، ترومای کبد به دو دسته بلانت یا نافذ تقسیم می‌شود.

ترومای بلانت یا در اثر ضربه مستقیم به قسمت فوقانی شکم یا قسمت تحتانی سمت راست قفسه سینه رخ می‌دهد و یا به دنبال کاهش سریع سرعت حرکت بیمار، مثلاً حین سقوط از بلندی بروز می‌کند. ترومای بلانت مستقیم در اکثر مواقع در تصادفات رانندگی دیده می‌شود و معمولاً زخم‌های انفجاری یا پارگی‌های خطی بر روی سطح کبد ایجاد می‌کند که در اغلب موارد نیز با تخریب وسیع پارانشیم همراه است. زخم ستاره‌ای بیشتر در قسمت خلفی فوقانی لوب راست دیده می‌شود، چون این ناحیه از کبد موقعیت حساس، سطح محدب، وضعیت ثابت و توده متراکمی دارد. آسیب لوب چپ بسیار کمتر از آسیب لوب راست شیوع دارد. در آسیب‌های ناشی از ضربات پارمکنده، ممکن است وریدهای کبدی در محل ورود به بافت کبد پاره شوند و در ناحیه‌ای از پشت کبد که جراحی و ترمیم آن بسیار مشکل است، خونریزی ایجاد کنند.

درمان:

آناستوموز اولیه



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دفتر پرستاری مرکز آموزشی و درمانی امام رضا
(ع)



ترومای کبد

تهیه کننده:

خدیجه مسرت

سرپرستار بخش ICU جراحی

تاریخ بازنگری: تابستان ۹۹

هرگونه خون ریزی اعم از زیر جلدی یا آشکار را
فورا گزارش دهید مصرف داروهای خوراکی ضد
انعقاد را با نظر پزشک ادامه دهید

تتفس عمیق و سرفه به روند بهبود شما کمک میکند

از مصرف غذا و داروهایی که تداخل اثر با دارو
های شما دارند بپرهیزید

با آرزوی سلامتی برای بیماران و همراهان گرامی

منابع: پرستاری در بحران حسین شیرینی

پرستاری و تروما محمدرضا حسین زاده

<http://imamreza.tbzmed.ac>

یافته‌های بالینی

نشانه‌ها و علائم

تظاهرات بالینی آسیب کبد همان تظاهرات بالینی
شوکه هیپوولمیک هستند

یافته‌های آزمایشگاهی

سرعت از دست رفتن خون معمولاً به قدری زیاد
است که باعث کمخونی نمی‌شود پس از پارگی کبد
ناشی از تروما بلانت ایجاد لکوسیتوز بیش از
 $15000/\mu L$

تکنیک‌های تصویربرداری

در اکثر بیماران که حال عمومی خوب دارند ولی
اسکن انجام CT مشکوک به آسیب کبدی هستند باید
شود. اسکن‌ها وسعت آسیب را نشان می‌دهند و
میزان خون از دست رفته را تا حدودی تخمین
می‌زنند.

سونوگرافی تاکنون مفید نبوده است. آنژیوگرافی در
هموبیلی، تشخیصی است

در صورت افت شدید فشار خون، خونریزی فعال، برا
اختلالات انعقادی و ضعف شدید و افت هوشیاری افت
دمای بدن، لازم است بیمار تحت عمل جراحی
لاپاروتومی قرار گیرد حتی اگر بیماری، همراهانش
تمایل به این جراحی نداشته باشند

بیمار و همراه گرامی بعد از ترومای کبد شما به
دلیل دریافت هپارین در معرض خونریزی هستید