

ترومای کبد

پارگی‌های وریدهای اصلی کبدي 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 زیرکبدي 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 کبدي عارضه شایعی است. بیماران مبتلا به آسیب‌های کبدي باید پس از عمل را مصرف کنند (H2 آنتاگونیست‌های رسپتور)

پیش‌آگهی

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

اسکن در بیماران که ممکن است CT یافته‌های برای درمان غیرجراحی در نظر گرفته شوند عبارتند از: هماتوم کپسولار یا داخل کبدي محصور شده، پارگی یک لوب، عدم وجود بافت‌های مرده در کبد، خونریزی خفیف داخل صفاقي، و فقدان آسیب به سایر اعضا 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 کبدي و ورید پورت با یک کلامپ عروقي (مانور پرنیگل) به‌مدت 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 به‌دنبال 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 متر اکی دارد. آسیب لوب چپ بسیار کمتر از آسیب لوب راست شیوع دارد. در آسیب‌های ناشی از ضربات پار مکننده، ممکن است وریدهای کبدي 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

تنفس 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
شوک 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 دست‌رفته 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، همراهیانش
تمایل به این جراحی نداشته باشند

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