

المرشادات العلاجية في تدبير الرضوض

GUIDELINES AND PROTOOCLS IN TRUAMA MANAGEMENT

| | |
|--------------------------------|---------------|
| تدبير رضوض البطن النافذة | ص ٢-٣ |
| تدبير رضوض البطن المغلقة | ص ٤ |
| رحض البريتوان التشخيصي | ص ٥-٦ |
| تدبير الاطفال المصابين بالرضوض | ص ٧-٨ |
| رضوض النافذة الى الاطراف | ص ٩ |
| لفغر الصدر الانعاشي الاسعافي | ص ١٠-١١ ١٢ |
| تدبير الصدمة | ص ١٣-١٤ |

ترجمة :
اشراف الطبيب اليقظان حسن

المرشد العلاجي لتدبير رضوض البطن النافذة

غرض البحث:

التعرف على الاختبارات التشخيصية المناسبة والمداخلات العلاجية لتشخيص رضوض البطن النافذة. هذه المرشحات العلاجية تساعد في تحديد الموجودات التي تدل على اصابات داخل البطن والتي تتطلب فتح بطن استقصائي

تعريف:

- ١- جروح البطن النافذة : هي اية جروح نافذة قد تخترق جوف البريتوان أو خلف البريتوان او تسبب اذية محتويات البطن . وبشكل عام اية جروح نافذة للبطن من المسافة الوريدية الخامسة الى العجان تحمل هذا الخطر.
- ٢- رضوض البطن النافذة الامامية : هي الجروح النافذة لجدار البطن الامامي او الصدر والمخرقة لجوف البريتوان
- ٣- اذيات البطن المخترقة للجوف الصدري : هي الاذيات النافذة تحت المسافة الوريدية الخامسة وحتى الحافة الضلعية وهذه الجروح تخترق الصدر ثم الحجاب الحاجز الى جوف البطن
- ٤- رضوض البطن النافذة الخلفية : هي الجروح النافذة والتي تقع خلف الخط الابطي الخلفي وهذه الجروح غالبا ما تسبب اذية الاعضاء الواقعة خلف البريتوان بشكل خاص ولكن بسبب عضلات الخاصرة و الكمية الكبيرة من العضلات الخلفية ستجعل اذية الاعضاء اكثر صعوبة و اكانية تأذيها اقل تواردا

المرشحات العلاجية :

- ١- اتبع مخطط ABCs وانعش المريض اعتمادا على موجودات الاذية البدئية
- ٢- قيم الجروح البطنية النافذة (النزف والموجودات البريتوانية) . اذيات الصدر يمكن ان تترافق مع اذية داخل البطن ولذلك تأكد الاعراض والعلامات بشكل واضح

a-قرر اذا كانت أي من هذه الاعراض والعلامات موجودة والتي تشير الى الحاجة الى فتح بطن استقصائي :

- I-انفتاق محتويات البطن
- II-نزف كتلي من الجرح
- III-اعراض بريتوانية واضحة تشير لاذية حشى اجوف او نزف داخل البريتوان
- IV-عدم استقرار هيموديناميكي مترافق مع رض بطني
- V-اعراض اقفار محيطي يظن انه بسبب اذية وعائية
- VI-كل جروح الطلق الناري مع الم وموجودات اخرى تشير لاختراق البريتوان او اذية الاعضاء خلف البريتوان

b- اذا وجدت أي من هذه العلامات مباشرة الى غرفة العمليات لاجراء فتح بطن استقصائي
c- اذا لم توجد أي من هذه الاعراض أو العلامات السابقة في الاصابات الطعنية تفحص موضع الجرح و صنفه كما يلي :

١- امامي ٢- بطني صدري ٣- خلفي او في الخاصرة

d- اذا كان الجرح الطعني امامي :

- I- قدر اذا كان الجرح قد اخترق البريتوان بالفحص تحت الرؤية المباشرة وهذا يمكن ان يتم تحت التخدير الموضعي ، يمكن ان يتم توسيع الجرح اذا كان ذلك ضروريا" لمشاهدة عمقه استخدام المبعدات والمساعدات سيسهل استكشاف الجرح
- II- اذا لم تخترق الصفاق الامامي يمكن ان تنضير الحواف ويغلق الجرح ويضمد ويمكن ان يخرج المريض اذا لم تكن هناك اذيات اخرى
- III- اذا كان الجرح قد اخترق اللقافة يجب ان يوضع فتح البطن بالحسبان . اذا لم يكن لدى المريض موجودات لتخريش بريتواني يفضل اجراء DPL وبناء عليه يمكن ان يوضع للمريض قنطرة فولي و NGT ويجب ان يقرر فتح البطن اذا خرج دم من ال NGT او أو ببيله دموية من القنطرة البولية . العتبة بالنسبة للDPL في هذه الحالة هي وجود ٥٠٠٠ كرية حمراء /م . يجب فحص سائل الرحم ومنتجات الNGT وكذلك سائل انبوب الصدر . كل مريض رضوض البطن الذين لم يتم فتحهم يجب وضعهم تحت المراقبة على الاقل ٢٤ ساعة

e- اذا كان الجرح في صدري بطني :

- I- اجر صورة صدر شعاعية مع تعليم منطقة الجرح لتقدير وجود اذية في الصدر وتقدير العلاقة بين الجرح والحجاب الحاجز
- II- اذا كان هناك امكانية لنفاذ الجرح عبر الحجاب الحاجز قم باجراء DPL للمريض مع عتبة لتعداد الكريات < ٥٠٠٠/م
- f- اذا كان الجرح خلفي او في الخاصرة :

- I- ادخل قنطرة فولي للتأكد من عدم وجود ببيلة دموية
- II- اجري CT ثلاثي التباين triple contrast لتقدير الاذية خلف البريتوان ويعني CT مع الحقن : داخل الوريد ، في الفم او عبر ال NGT وعبر المستقيم ، ويمكن ادخال اسفنجة داخل الجرح موسومة لتحديد موقع الاذية

g- بالنسبة لجروح الحوض التي يمكن ان تخترق المستقيم :

- I- اجري تنظير مستقيم وسين لتقدير وجود اذية مخاطية
- II- قرر اجراء تحويل وتفجير خارجي وغسيل مستقيم اذا وجدت اذية

h- بالنسبة للمرضى الذين سيجرى لهم فتح بطن استقصائي :

- I- في حال اتخاذ القرار بالدخول الى غرفة العمليات وفي هذه الحالة يجب ان يكون جراح الرضوض موجودا" خلال ٢/١ ساعة كحد اقصى
- II- تاكد من انه زمرة الدم والدم المصالب سيكون جاهزا" في الحال
- III- اعطي الصادات الحيوية وقائيا" للفلورا المعوية

المراجع

الخطوات العملية لتدبير رضوض البطن المغلقة

الهدف :

لتحديد المرضى اللذين لديهم اصابات مهمة داخل البطن و معرفة المقاربه التشخيصيه الافضل .

اتبع الخطوات التاليه :

- ١- قم اولا باجراء التقييم الاولي . ان تقييم اصابات البطن تتم اثناء التقييم الثانوي .
- ٢- قم باجراء الفحص السريري للبطن متضمنا الخاصرتين و اجراء المس الشرجي .
- ٣- فكر بوجود اصابه بطنيه عند ملاحظة ما يلي :
 - أ- وجود الم بطني واضح مع او بدون علامات تخريش بريتواني ز
 - ب- وجود علامات خارجية مهمة مثل كدمات- نزف- سحجات.
 - ت- وجود كسر في الحوض.
 - ث- وجود كسور أعلى أو أسفل الحجاب الحاجز.
 - ج- وجود كسور في الأضلاع السفلية.
 - ح- وجود كسور في الفقرات الظهرية أو القطنية.
 - خ- وجود نزف او صدمة غير مفسرة.
 - د- وجود أية مؤشرات لرض البطن مثل تشوه في عجلة القيادة في السيارة أو تشوه في هيكل العربة أو عند وجود تغيير في الوعي:

- ناتج عن تناول الكحول او العقاقير.
- سبات ناتج عن رض دماغي.
- شلل رباعي أو نصفي.
- اجراء جراحة طويلة مع تخدير.

٤-قم بتحضير المريض لاجراء فتح بطن اسعافي عاجل عند:

- أ- وجود علامات تخريش بريتواني معمم.
- ب- وجود علامات صدمة نزفية مع دلالات فقد دم داخل البطن (تمدد البطن).
- ت- تمزق الحجاب الحاجز على صورة الصدر.

٥-اذا كانت هناك علامات أذية بطنية والمريض مستقر هيموديناميكيا قم:
أ-باجراء CT للبطن:

- اذا أظهر ال CT وجود اصابة حشا أصم اقبل المريض للمراقبة.
- اذا لم يظهر ال CT وجود اصابة حشا أصم
- بل اكد وجود سائل حر داخل البطن قم باجراء DPL أو FAST
- ب-اذا كان ال DPL سلبي اقبل المريض للمراقبة بعد معالجة الاصابات الأخرى .

٦- اذا اظهر المريض المراقب اية علامات تخريش بريتواني او ترفع حروري او علوص قم باجراء CT للبطن لنفي انتقاب حشا اجوف .

المرشد العلاجي لرحض البريتوان التشخيصي

المرشادات العلاجية :

الاستطابات :

- a- كل المرضى غير المستقرين هيموديناميكيا" مع تخيم بمستوى الوعي مع شلل ثنائي أورباعي مع امكانية وجود رض على البطن
- b- كل رضوض البطن المشكوك بها والمترافقة مع عدم استقرار هيموديناميك مع وجود مضض في البطن
- c- انخفاض الهيماتوكريت غير المفسر في أو لدى غير المستقرين
- d- تقييم امكانية وجود اذية حشى اجوف
- مضادات الاستطباب
- a-فتح بطن سابق على الخط الناصف
- b-وجود استطباب جراحي واضح
- الاجراء :

- a-ضع NGوقثطرة فولي مالم يكن هناك مضاد استطباب مطلق لذلك
- b-نظف المنطقة تحت السرة بالبوفيدون اليودي وغطها بالشانات
- c-خدر هذه المنطقة بالكزيلوكائين ١% مع الادرينالين
- d-اجر فتح كافي تحت السرة على الخط الناصف . باستثناء كسور الحوض الشديدة والحوامل يمكن ان يتم الفتح فوق السرة وعلى الخط الناصف
- e-يتم الشق حتى الصفلق الذي يفتح بشكل طولي حتى يكشف البريتوان يجب ان يتم هنا ارقاء جيد لان النزف يمكن ان يتسرب الى جوف البريتوان او يعطي ايجابية كاذبة
- f-النقط البريتوان بين بنسين ثم افتحه حوالي ٢-٤ سم
- g-ادخل قنطار التحال الى جوف البريتوان عبر جدار البطن الامامي
- h- وجه القنطار باتجاه الميزابة الحوضية اليمنى
- i-ارشف عبر القنطار واذا لم يعد الدم (>٢٠مل) ادفش ١٠٠٠ مل من سوائل كريستالية عند البالغين (١٠ مل/كغ عند الاطفال)
- ج-اخفض زجاجة التفجير الفارغة الى مستوى الارض للسماح للسوائل بالعودة اليها
- k-اذا لم تعد السوائل أغلق القنطار وانزع منه السدادة الترابية واذا استمر عود السوائل قليلا" ادفش كمية اخرى من السوائل الكريستالية(اخفض عتبة عد الخلايا الى النصف)

I- ارسل مزيج السائل الى المخبر لعد الخلايا و عيار الاميلاز انزع القنطار واغلق الجرح بالطريقة التي تختارها

النتيجة: رض البريتوان ايجابي في رضوض البطن الكليّة تحت المعطيات التالية:

a- دم عياني < ١٠ مل

b- < ١٠٠٠٠٠٠ كرية حمراء/مل

c- < ٥٠٠ كرية بيضاء/مل

d- الاميلاز < ١٠٠ وحدة

e- بقايا طعامية او براز

النتيجة: رض البريتوان ايجابي في رضوض البطن النافذة تحت المعطيات التالية :

a- دم متخثر < ٥ مل

b- < ٥٠٠٠ كرية حمراء/مل

c- < ٥٠٠ كرية بيضاء/مل

d- اميلاز < ١٠٠ وحدة

المراجع:

دليل المرشدات العلاجية للرضوض دياكونيس ، رضوض البطن النافذة

رضوض البطن الكليّة ، " " " " "

رضوض الصدر الكليّة ، " " " " "

تاريخ المراجعات :

كانون ٢ - ٢٠٠٥

كانون ٢ - ٢٠٠٦

كانون ٢ - ٢٠٠٧

تاريخ التعديل :

كانون ٢ - ٢٠٠٨

Deaconess trauma services

Reviewed : JAN 05 JAN 06 JAN 07

Revised: JAN 08

المرشد العلاجي لتدبير الاطفال المصابين بالرضوض

غرض المرشد :

التعرف على المرشادات العلاجية السريرية لتدبير اذيات الاطفال بواسطة فريق الرضوض

التعريف:

الطفل المريض هو الطفل الذي تكون لديه اسباب مختلفة للاذية والتي تحتاج الى مقارنة متغيرة للتشخيص والمعالجة بعد رض كبير . وهذا يجب ان يقارب كل مريض طفل كمريض خاص. من المستحيل تعريف الطفل المريض بحد اقصى للعمر لان النمو والتطور يختلف بين طفل واخر .
الطفل عادة يعالج في قسم الاطفال اذا كان بعمر ١٥ سنة او اقل

المرشادات العلاجية :

١- اتبع المرشادات العلاجية المؤسسة بواسطة ATLS ولا تجعل اختلاف العمر عند الطفل ان يصرف انتباهك عن ABCs. الاسعاف الاولي ، الانعاش ، العلاج الثانوي وتقييم الحالة للعناية بالرض

٢-المخطط الاولي والانعاش :

A- الطريق الهوائي :

١-يمكن ان يستختم الفنية الفموية للتهوية في المريض غير الواعي لا تدخله وتديره ١٨٠ درجة كما تفعل عند البالغين

٢-التنبيب الفموي الرغامي افضل وسيلة للحصول على طريق هوائي :

a-ابق العمود الرقيبي ثابتا"

b-جهاز لائحة معدات الاطفال مع الانابيب الرغامية

c-ادخل انبوب التهوية ٢-٣سم تحت الحبال الصوتية

d- اسمع كلا جانبي الصدر حتى الابط

٣- فغر الغشاء الحلقي الدرقي غير مفضل في الرضع والاطفال الصغار

٤-زود الاطفال بهواء جاري بمعدل ٧-١٠ مل / كغ

٥-معدل التهوية يجب ان يكون:

a-٤٠ تنفس /د عند الرضع

b-٢٠ تنفس/د عند الاطفال

B-التنفس :

١- رضوض الصدر غير شائعة ولكن وجودها يظهر علامات اذية شديدة

٢-انبوب تفجير الصدر يدخل كما في البالغين

٣- قياس انبوب الصدر موجود في لائحة ادوات الاطفال

C-الدوران :

- ١-تقييم سريع لعلامات نقص التروية النسيجية يجري كما عند البالغين
- ٢-تسرع القلب هو اول علامة لنقص الحجم
- ٣-المداخل الوريدية : حاول الدخول بوريد محيطي بواسطة ٢ كانيولا ، اذا لم تنجح اتبع احدى الخطوات التالية

a- الرضع والاطفال > ٦ مدخل داخل العظم

b-الاطفال < ٤ قنطرة الوريد الفخذي

c-الاطفال < ٤ - خط وريدي مركزي كالوريد تحت الترقوة او الوداجي

d- أي طفل اخر تجريد الوريد :- الوريد الصافن الكبير تحت الركبة

-الوداجي الظاهر

-الوريد الرأسي الأنسي في المرفق

٤-تسريب السوائل :

a-الدفعة الاولى ٢٠ مع / كغ رينغر لاكتات

b-اذا بقي غير مستقر سرب دفعة ثانية كما سبق

c-اذا استمر عدم الاستقرار سرب ١٠ مل / كغ من الكريات الحمر

d-اذا استمر عدم الاستقرار فكر بأسباب اخرى للصدمة او فكر بالحاجة الى الفتح الاسعافي الاستقصائي

D-التقييم العصبي :

- ١-انذار الأطفال يكون عادة أفضل من البالغين مع نفس الدرجة من أذية الرأس
- ٢-فكر بتثبيب كل الأطفال مع غلاسكو = > ٨
- ٣-حافظ على ثبات الحجم باعطاء محلول رينغر لالتات -لا يوجد دليل على أن اعطاء المحاليل المنخفضة التوتر أي فائدة باكرة في تدبير رضوض الرأس .
- ٤-اطلب استشارة الجراحة العصبية العاجلة و CT للرأس لأي طفل مع تبدل في الحالة العقلية
- ٥-يجب أن يراقب الضغط داخل القحف باكرا" وخاصة ان الأطفال يبدون ميلا اكبر لحدوث تورم دماغ دون أذية عصبية واضحة .
- ٦-جرعات أدوية الأطفال
- a- مانيتول ٠.٥-١.٠ غ/كغ
- b-ديازيبام ٠.٢٥ مع/ كغ تسريب وريدي بطئ
- c-فينوباربيتال ٢-٣ مع/كغ
- d-فينيتوين ١٥-٢٠ مع/كغ كجرعة صيانة تسرب بحيث ٠.٥-١.٥ مل/كغ/ د كجرعة تحميل ثم ٤-٧ مع/كغ كجرعة صيانيه
- E- التعرض :

قم بفحص المريض من ناحيه الظهر بعد تثبيت العمود الرقبي .
المراجع:

Deaconess trauma guid line manual

المرشد العلاجي لرضوض النافذة الى الاطراف

غرض البحث:

التعرف على التشخيص المناسب لمقاربة رضوض الاطراف النافذة والمعالجة المبدئية لها

المرشادات العلاجية:

- ١- اتبع ABCs
- ٢- سيطر على النزف الدموي بالضغط الموضعي
- ٣- انجز فحص سريع . لاحظ النبض المحيطي والموجودات العصبية
- ٤- انجز صور شعاعية سريعة متضمنة مدخل ومخرج الجرح مستخدماً "علامات ظليله على الاشعه
- ٥- خذ المريض مباشرة الى الجراحة في حال وجود أي مما يلي:

- A- نزف او دم غير مسيطر عليه من الجرح
- B- ورم دموي يزداد حجمه بسرعة
- C- تضر سريع لمتلازمة الحجات
- D- ملاحظة غياب الجريان المحيطي

٦- انجز تصور وعائي في الحالات التالية :

- A-تضاؤل النبض المحيطي
- B- اختلاف الضغط الدموي الجهازي للطرف العلوي < ٢٠ ملم ز عندما يشك بأذية في الطرف العلوي
- C- استمرار النزف من الجرح
- D - لغط او هرير
- E- اذية اعصاب كبيرة

٧- اذا وجد ضعف عصبي :

- I-قيم الضعف و سجله
- II- استدعي اخصائي العظمية والترميمية والجراحة العصبية

- ٨- اقبل الى المشفى لكل رضوض الاطراف عندما تلاحظ اي من الموجودات السابقه
- ٩- اعط جرعة من cephalosporin ومصل مضاد للكزاز اذا دعت الحاجة
- ١٠- نضر حواف الجرح واغلقه او عالجه بالخياطة معتمداً "على الحالة السريرية

المراجع

deaconess trauma services

Reviewed : JAN 05 JAN 06 JAN 07

Revised: JAN 08

المرشد العلاجي لفقر الصدر الانعاشي الاسعافي

غرض البحث:

فقر الصدر الانعاشي الاسعافي يمكن ان يكون ضروريا" لمعالجة المرضى الموجودين في الحالات الطرفية المرضى الذين يمكن ما عدا ذلك ان يموتون بدون معالجة هجومية . فقر الصدر الاسعافي لا يستخدم في انعاش كل المرضى الموجودين في الحالات الطرفية . الاجراء التالي يقصد به اجراء ليس شاملا" دائما" ولا خاصا". المرضى الاخرين غير المشمولين بهذا الاجراء والذين يمكن ان يستفيدوا من فتح الصدر هم نادرون وحالات خاصة الاجراء ينجز بالتوازي مع وسائل الانعاش الاخرى واحيانا يكن تقديم الانعاش في غرفة العمليات التعريف : وجود علامات الحياة تتضمن وجود ضغط دم ، فعالية قلبية كهربائية ، وجهد تنفسي . الانعاش الهجومي بالسوائل يتضمن وحدتين من الكريات الحمراء وليترين من رينغر لاكتات خلال ١٥ دقيقة

المرشحات العلاجية :

١-الاستطببات :

- A- رضوض الصدر الصدر النافذة مع ضغط >٤٠ ملم زئبقي او علامات حياة ما قبل المشفى
- B - رضوض نافذة لغير الصدر اورض غير دماغي مع ضغط >٤٠ و بدون استجابة للمعالجة الهجومية بالسوائل مع علامات حياة ما قبل المشفى
- C- توقف القلب في رض الصدر او البطن الكليل بعد الوصول الى المشفى مع امكانية الحصول على ضغط دم
- D-الصمامة الهوائية الجهازية المتوقعة

٢-الاجراء:

A-تعقيم ثنائي الجانب امامي وحشي بينما تفتح طاولة فتح الصدر

B-شق فقر الصدر الايسر يكون امامي وحشي متوضع تحت حلمة الثدي بالنسبة للذكور وتحت الطية الثديية بالنسبة للاناث.يوسع الشق من الحافة اليسرى للقص حتى العضلة العريضة الظهرية ويتم الدخول الى الصدر عبر الحافة العلوية للضلع الرابعة او الخامسة . انتبه لتفادي اذية القلب او الرئة . يفضل الشق الامامي الايمن الوحشي في جروح الصدر الايمن البدئية

C- ينجز تسليخ اضافي لتوسيع شق فقر الصدر عبر القص الى جوف الصدر المقابل

D- ادخل مبعداضلاع اليدوي باتجاه وحشي

E - افحص التامور اذا كان متوترا" بانصباب دموي (التامور متوسع مع لون كستنائي) نفذ الاجراء h

F- اذا توقعت صمة هوائية جهازية او وجد نزف هائل من البرانشيم الرئوي او من سره الرئة
ضع ملقط ملائم عبر الجزء الانسي من سره الرئة

G- اسحب الرئة اليسرى باليد اليسرى وحافظ على الابهر بتدوير اليد اليمنى انسيا" عبر جدار
الصدر الخلفي . يتوضع البهر وحشيا على اجسام الفقرات ويكون خلفيا" وحشيا" بالنسبة للمري .
افحص حول الابهر سفليا" حتى الوصول الى سره الرئة. طبق ملقط عبر الابهر تحت السره

H- ادخل التامور بتطويل شق التامور اماميا" بشكل موازي للعصب الحجابي التالي الافضل
يكون بامسك التامور بفور سبيس وقطعه بالمقص الجراحي . الشق التاموري يوسع سفليا" الى
انعكاس الحجاب الحاجز وعلويا" الى سره الرئة . انتبه لتفادي اذية الشريان اللاحق الايسر
والعصب الحجابي . هكذا يكون التداخل الافضل بالشق الايسر كما اجري الشق

I- استدل على القلب الايسر من كيس التامور . اذا وجد انصباب تامور دموي وافحص القلب
بحثا" عن ثقب دك الثقب اذا وجد . اذا لم يوجد انصباب دموي ابدأ تمسيد القلب المفتوح .
كلمات عبر الابهر اذا لم تكن منجزة سابقا" ، اذا وجدت اشارة الى ان الاستجابة الهيموديناميكية
غير ملاحظة
المراجع:

Manual Reference: **Deaconess Trauma Services**

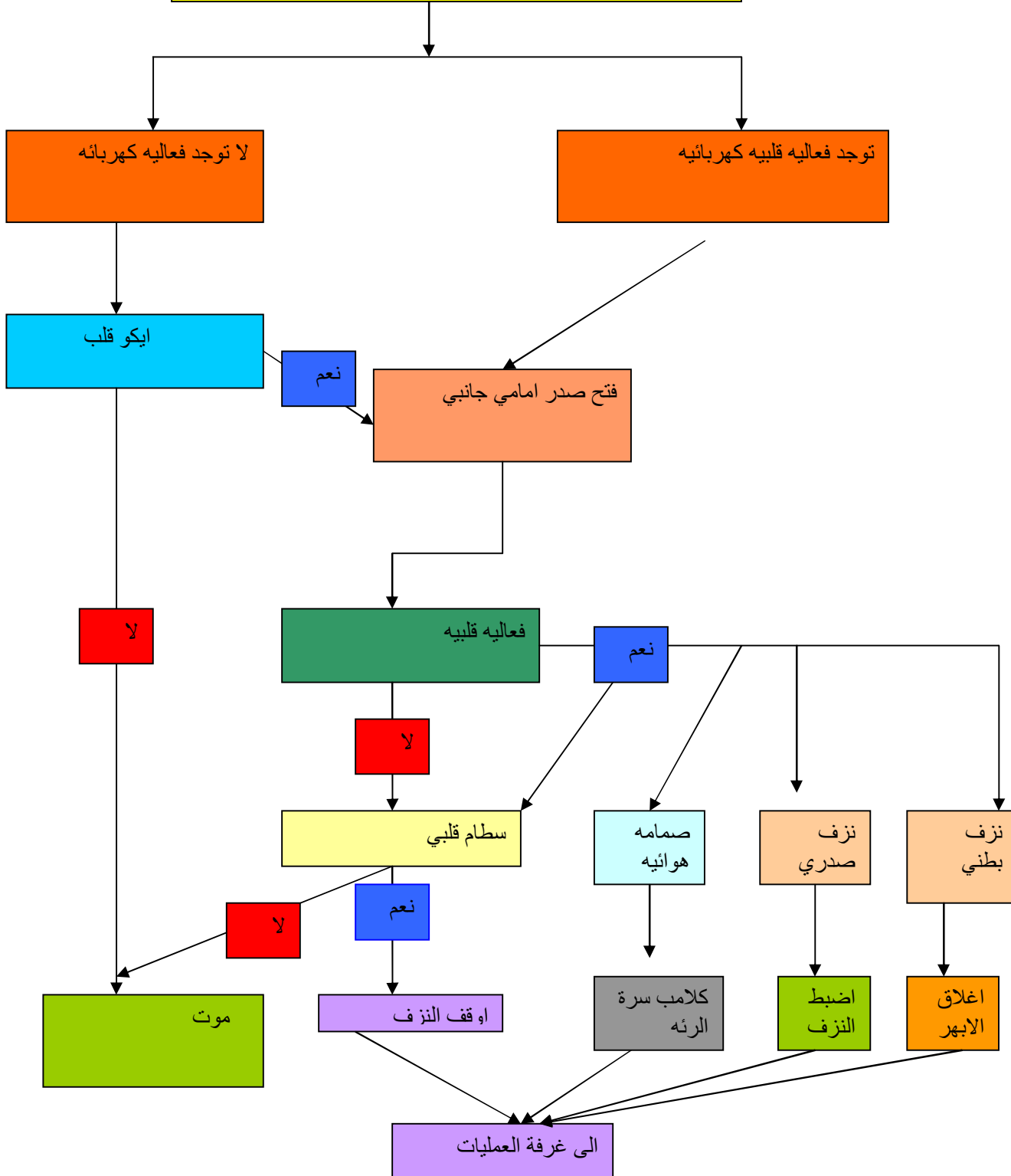
REVIEWED DATE ٢٠٠٦ ٢٠٠٥

٢٠٠٧

REVISED DATE 2008

مخطط فتح الصدر الاسعافي

انعاش قلبي تنفسي اقل من ٥ دقائق بون تنبيب
انعاش قلبي تنفسي اقل من ١٠ دقائق بون تنبيب



المرشد العلاجي لتصنيف ومعالجة الصدمة

غرض المرشد

التزود بمرشدات علاجية لتأمين كفاية التروية للدماغ والأعضاء الرئيسية

التعاريف

- تروية الأعضاء غير الكافية ينتج عنه نقص أكسجة النسيج في الخلايا الوظيفية وموت الخلايا
- المريض يمكن أن يكون بحالة صدمة مع أوبدون علامات حيوية غير مستقرة.
- السبب الأكثر شيوعاً للصدمة في الرضوض هو النزف.
- أذية الدماغ المعزولة لا تسبب الصدمة.
- رض البرتوان التشخيصي يختصر ب BDL .
-

المرشدات العلاجية

- 1- الأولوية الأولى في تدبير الصدمة هو التشخيص ثم بدء العلاج ومن ثم معرفة السبب على التوالي.
- 2- المريض المروض في الصدمة يعتبر ناقص الحجم حتى يثبت العكس.
- 3- يمكن التعرف على النزف الخارجي والسيطرة عليه بواسطة الضغط اليدوي على الجرح.
- 4- الانعاش بالسوائل :

- A- يجب أن يؤمن مرضى الرضوض بطريقتين وريديتين على الأقل.
- B- يجب اعطاء مرضى الرضوض محلول رينغر لاكلتات دافئ كخطوة مبدئية في الانعاش.
- C- اذا استقرت العلامات الحيوية يسرب رينغر لاكلتات بشكل محدد من قبل الطبيب.
- D- اذا كان لدى المريض ضغط جهازى أقل من 90 ملم زئبقي يجب اعطاء المريض دفعة اولى 1000 مل من محلول رينغر لاكلتات الدافئ واذا لم يستجب نجرب دفعة ثانية من رينغر.
- E- يجب تقييم المريض بعد اعطاء كل دفعة من السوائل.
- F- اذا بقي المريض غير مستقر هيموديناميكياً بعد ثلاث دفعات منالسوائل يجب:

- I- ابدأ بنقل الدم.
- II - حاول التعرف بشكل سريع على مصدر الدم .
- III- تحويل المريض فوراً الى الجراحة.
- G- اذا استقر المريض بعد تسريب لترين من رينغر يخفف التسريب الوريدي تبعاً لارشادات الطبيب.
- H- اذا تطور المريض نحو الصدمة بعد تخفيف رينغر لاكلتات ابدأ بنقل الكريات الحمراء.
- I- وضع خط وريدي مركزي

- I- بدلاً من ذلك يمكن استخدام القناطر المركزية كالتالي :
- 1- الوريد تحت الترقوة .

- ٢- الوريد الوداجي الباطن.
 ٣- الوريد الفخذي .
 II -يجب ألا يوضع الوريد المركزي في وريد متنازي .
 III -يجب اجراء صورة صدرية بعد وضع القثطرة المركزية.

٥- تدبير الصدمة:

- a- استجابة سريعة(الدم المفقود > ١٠-٢٠%) العلامات الحيوية طبيعية –اجري تصالب دم للمريض واستمرار التقييم.
 b- استجابة معتدلة (الدم المفقود > ٢٠-٤٠%) العلامات الحيوية/رغم أن تسريب الالسوائل يستمر بشكل دفعات ولكن تدهور العلامات الحيوية عندما انخفض التسريب الى جرعات الصيانة/يعني أن فقدان الدم مستمر" أو الانعاش غير كافي/.
 اعد دفعات السوائل و انقل دم بدون تصالب كما وصف أعلاه /جهاز ٦ وحدات متصالبة من الكريات الحمر باكرا" وحاول أن تعرف مصدر النزف/.
 c- اذا لم تحصل أي استجابة وبقيت العلامات الحيوية غير مستقرة فكر بإمكانية وجود ريح صدرية أو اندحاس تامور/ انقل دم غير متصلب واعد دفعات السوائل وتنبيب الصدر - فكر بإمكانية تقييم مصدر النزف بتصوير الصدر على الجهاز المحمول مع صورة للحوض واجراء DBL اذا لم يوجد مصدر للنزف-فكر بأسباب غير نزفية للصدمة مثل ريح صدرية متوترة أو صدمة قلبية أو صدمة عصبية/.

تصنيف الصدمة النزفية

| الدرجة | درجة I | درجة II | درجة III | درجة IV |
|--------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|
| الدم المفقود | حتى ٧٥٠ مل | ٧٥٠-١٥٠٠ مل | ١٥٠٠-٢٠٠٠ مل | < ٢٠٠٠ مل |
| الحجم % | حتى ١٥% | ١٥-٣٠% | ٣٠-٤٠% | < ٤٠% |
| معدل النبض | > ١٠٠ | < ١٠٠ | < ١٢٠ | < ١٤٠ |
| ضغط الدم | طبيعي | طبيعي | ناقص | ناقص |
| معدل التنفس | ١٤-٢٠ | ٢٠-٣٠ | ٣٠-٤٠ | < ٣٥ |
| كمية البول بالساعة | < ٣٠ | ٢٠-٣٠ | ٥-١٥ | انقطاع البول |
| الحالة العقلية | قلق بسيط | قلق متوسط | قلق-وسن | قلق-نوم |
| السوائل المعوضة | سوائل كريستالية | سوائل كريستالية | كريستالية ودم | كريستالية ودم |

REFERENCES:

- Deaconess Trauma Guideline Manual, ENDOTRACHEAL INTUBATION AND AIRWAY MANAGEMENT.
 □ Deaconess Trauma Guideline Manual, EMERGENT THORACOTOMY.
 □ Deaconess Hospital Critical Care Policy and Procedure Manual, A – 13: AUTO TRANSFUSION.
 □ Deaconess Hospital Policy and Procedure Manual, MASSIVE BLOOD TRANSFUSION.
 □ Deaconess Hospital Laboratory Policy and Procedure Manual, BLOOD USAGE REVIEW PROGRAM.
 □ Deaconess Trauma Guideline Manual, DIAGNOSTIC PERITONEAL LAVAGE.

مخطط تدبير الصدمة

