

گزارش کوتاه

اپیدمیولوژی ترومای غیرنافذ شکمی در گرگان (۸۴-۱۳۸۰)

دکتر محمدرضا مطیع^{۱*}، ناصر بهنام پور^۲، دکتر حمید علی نژاد^۳

۱- استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۲- کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۳- پزشک عمومی.

چکیده

زمینه و هدف: در ایران تروما دومین علت مرگ و میر در تمام سنین بوده و سالیانه هزینه زیادی را بر سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌کند. ترومای شکم بخش عمده‌ای از تروماها را تشکیل می‌دهد. این مطالعه به منظور تعیین ویژگی‌های شخصی و آسیب‌شناسی بیماران مبتلا به ترومای غیرنافذ شکمی در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی گذشته‌نگر ویژگی‌های شخصی و آسیب‌شناسی ۲۳۹ بیمار با ترومای غیرنافذ شکمی بستری در بخش جراحی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان طی سال‌های ۸۴-۱۳۸۰ ثبت شد.

یافته‌ها: از ۲۳۹ نفر مرد (۸۲/۴ درصد) و ۴۲ نفر زن (۱۷/۶ درصد) بودند که میانگین سنی ۲۳/۴ و میانگین مدت بستری ۸/۸ روز داشتند. شایع‌ترین علت ترومای غیرنافذ شکم حوادث ترافیکی بود. شایع‌ترین اندام آسیب‌دیده طحال (۱۱۸ نفر با ۴۹/۴ درصد) و کبد (۵۱ نفر با ۲۱/۳ درصد) بود. ۱۶۶ نفر (۶۹/۵ درصد) هم‌زمان دارای تروما در سایر نقاط بدن بودند. مرگ و میر ۱۶/۳ درصد و علت اصلی آن شوک هیپوولمیک بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه با نتایج سایر مطالعات انجام شده در سایر نقاط ایران مشابهت دارد و لازم است در زمینه پیشگیری و کاهش حوادث ترافیکی در شهر گرگان برنامه کاملی طراحی گردد.

کلید واژه‌ها: تروما، ترومای غیرنافذ، شکم، طحال، کبد

* نویسنده مسؤول: دکتر محمدرضا مطیع، پست الکترونیکی: motie36135@yahoo.com

نشانی: مشهد، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تلفن: ۸۵۲۵۲۵۵ (۰۵۱۱)، نمابر: ۸۵۲۵۲۵۵

وصول مقاله: ۸۶/۸/۲، اصلاح نهایی: ۸۷/۵/۱۴، پذیرش مقاله: ۸۷/۲/۱۳

مقدمه

بیمار به تفکیک سن بستری، کمترین و بیشترین سنین بستری به ترتیب ۱ و ۷۵ سال با میانگین ۲۳/۴۳ سال و انحراف معیار ۱۴/۳۸ بود.

حداقل و حداکثر مدت بستری بیماران در بیمارستان بین ۴۴-۱ روز (با میانگین ۸/۷۹ روز و با انحراف معیار ۸/۹۹) بود. بیماران براساس علت ایجاد کننده تروما بررسی شدند (جدول ۱). همچنین علت سانحه به وجود آمده در پی تصادف مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران ترومای غیر نافذ شکم

براساس علت تروما	
تعداد (درصد)	علت تروما
۱۷۱ (۷۱/۵)	حوادث ترافیکی
۹ (۳/۸)	نزاع
۳۲ (۱۳/۴)	سقوط از ارتفاع
۱۲ (۵)	پرتاب جسم سنگین روی فرد
۵ (۲/۱)	حوادث ورزشی
۱۰ (۴/۲)	نامشخص

جدول ۲: توزیع فراوانی علت حوادث ترافیکی

علت تصادفات	
تعداد (درصد)	علت تصادفات
۲۶ (۱۵/۲)	اتومبیل به اتومبیل
۳۴ (۱۹/۹)	اتومبیل به عابر
۳۸ (۲۲/۲)	اتومبیل به موتور
۲ (۱/۲)	موتور به موتور
۱۱ (۶/۴)	موتور به عابر
۴ (۲/۳)	واژگونی اتومبیل
۱۴ (۸/۲)	واژگونی موتور
۲ (۱/۲)	سقوط اتومبیل به پرتگاه
۲ (۱/۲)	سقوط موتور به پرتگاه
۳۸ (۲۲/۲)	نامشخص
۱۷۱ (۱۰۰)	جمع

از مجموع ۲۳۹ بیمار ۱۱۸ نفر (۴۹/۴ درصد) آسیب طحال، ۵۱ نفر (۲۱/۳ درصد) آسیب کبد، ۴۸ نفر (۲۰/۱ درصد) هماتوم خلف صفاق، ۲۳ نفر (۹/۶ درصد) آسیب کلیه‌ها و

تروما یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت جوامع در دنیا است و یکی از عوامل مرگ و میر و ناتوانی چه در کشورهای صنعتی و چه در کشورهای در حال رشد است (۱ و ۲). تروما شایع‌ترین علت مرگ در افراد ۴۴-۱ ساله و سومین علت مرگ در تمام سنین به حساب می‌آید (۱). در ایران تروما دومین علت مرگ در افراد جوان است (۳) و سالانه میلیاردها دلار هزینه بر سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌کند (۳).

شایع‌ترین علت تروما حوادث ترافیکی بوده (۳-۱) و ۲۰ درصد از این دسته تروماها در ناحیه شکم رخ می‌دهد (۱۰). طحال، کبد، کلیه و روده‌ها شایع‌ترین اندام‌هایی هستند که در ترومای شکم آسیب می‌بینند (۱ و ۲ و ۶-۴). این مطالعه به منظور توصیف ویژگی‌های شخصی و آسیب‌شناسی بیماران مبتلا به ترومای بسته شکم مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان طی سال‌های ۸۴-۱۳۸۰ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی براساس اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران انجام شد. ۲۳۹ بیمار دارای ترومای شکمی مراجعه کننده با ترومای غیر نافذ شکم به مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان در فاصله سال‌های ۸۴-۱۳۸۰ بررسی شدند. بیماران وارد مطالعه شدند که حداقل یکی از قسمت‌های آسیب دیده ناحیه شکم بود و باعث جراحی یا جراحت یکی از اعضاء داخل حفره شکمی شده بود که به وسیله روش‌های تشخیصی و یا جراحی اثبات گردیده بود. در این مطالعه علاوه بر محل آنااتومیک ترومای غیر نافذ شکمی، علت به وجود آمدن آن به همراه جنس و سن بیماران مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به وسیله جداول توزیع فراوانی توصیف شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۲۳۹ بیمار بستری به علت ترومای غیر نافذ، ۱۹۷ نفر را مردان (۸۲/۴ درصد) و ۴۲ نفر را زنان (۱۷/۶ درصد) تشکیل می‌دادند. نسبت کلی مرد به زن ۱ به ۴/۶۹ بود. از ۲۳۹

متعدد به همراه سپسیس و ۴ نفر (۱۰ درصد) به علت آمبولی ریوی فوت نمودند.

جدول ۳: توزیع فراوانی بیماران ترومای غیرنافذ شکم

نحوه ترخیص	تعداد (درصد)
بهبودی کامل	۱۵۹ (۶۶/۵)
بهبودی نسبی	۱۹ (۷/۹)
پیگیری بعدی	۱۵ (۶/۳)
اعزام به مرکز دیگر	۴ (۱/۷)
فوت	۳۹ (۱۶/۳)
خروج با میل شخصی	۳ (۱/۳)
جمع	۲۳۹ (۱۰۰)

بحث

در این مطالعه ۲۳۹ بیمار (۷۷ درصد) دچار آسیب غیرنافذ شکم شده بودند. این یافته با نتایج مطالعه Smith در بیمارستان لیورپول استرالیا که روی ۱۲۲۴ بیمار دارای ترومای شکم انجام شده بود، مشابه است (۷).

در مطالعه ما، از مجموع ۲۳۹ بیمار بستری به علت ترومای غیرنافذ، ۱۹۷ نفر را مردان (۸۲/۴ درصد) و ۴۲ نفر را زنان (۱۷/۶ درصد) تشکیل می‌دادند. نسبت کلی مرد به زن برابر یک به ۴/۶۹ به دست آمد که مشابه نتایج تحقیق Alli در نیجریه می‌باشد (۸).

در این مطالعه کمترین و بیشترین سنین بستری شده به ترتیب ۱ سال و ۷۵ سال با میانگین ۲۳/۴۳ سال و انحراف معیار ۱۴/۳۸ بود. در مطالعه Alli میانگین سنی بیماران ترومای غیرنافذ شکم ۲۵/۱۷ سال بود (۸) که تقریباً مشابه مطالعه ما می‌باشد.

در این مطالعه، حداقل و حداکثر مدت بستری بیماران دارای ترومای غیرنافذ شکم در بیمارستان بین ۱-۴۴ روز (با میانگین ۸/۷۹ روز و انحراف معیار ۸/۹۹ به دست آمد. در مطالعه Nespoli میانگین مدت بستری ۱۲ روز بود (۹).

در مطالعه ما، بیشترین علل ایجاد ترومای غیرنافذ شکم

آدرنال، ۲۳ نفر (۹/۶ درصد) آسیب به امتوم و مزاتتر، ۲۱ نفر (۸/۸ درصد) آسیب به روده باریک، ۱۷ نفر (۷/۱ درصد) آسیب به عروق اصلی، ۱۳ نفر (۵/۴ درصد) آسیب به حالب‌ها، مثانه و مجاری ادراری، ۸ نفر (۳/۳ درصد) آسیب به دیافراگم، ۸ نفر (۳/۳ درصد) آسیب پانکراس، ۷ نفر (۲/۹ درصد) آسیب به کولون، ۶ نفر (۲/۵ درصد) آسیب معده و دئودنوم، ۶ نفر (۲/۵ درصد) آسیب عضلات جدار شکم، ۴ نفر (۱/۷ درصد) آسیب به تخمدان، رحم، لوله‌های فالوپ و جفت و ۲ نفر (۰/۸ درصد) آسیب به کیسه صفرا و مجاری صفراوی داشتند.

همچنین مشخص شد که ۱۴۸ نفر (۷۸ درصد) دچار آسیب اندام‌های توپر شکم و ۴۱ نفر (۲۲ درصد) دچار آسیب اندام‌های توخالی شکم در پی ترومای غیرنافذ شکمی شده‌اند.

بیماران بستری شده به علت ترومای غیرنافذ از جهت همراهی با آسیب سایر نقاط بدن (سر و گردن، قفسه‌سینه، لگن، اندام‌ها و ستون فقرات) بررسی شدند. براین اساس ۱۰۵ نفر (۴۳/۹ درصد) همراهی با ترومای سر و گردن، ۵۰ بیمار (۲۰/۹ درصد) همراهی با ترومای قفسه‌سینه، ۳۹ بیمار (۱۶/۳ درصد) همراهی با ترومای لگن، ۱۰۸ بیمار (۴۵/۲ درصد) همراهی با ترومای اندام‌ها و در نهایت ۱۱ بیمار (۴/۶ درصد) همراهی با ترومای ستون فقرات داشتند.

۷۳ نفر (۳۰/۵ درصد) صرفاً ترومای وارده به شکم داشتند. در حالی که ۱۶۶ نفر دیگر (۶۹/۵ درصد) حداقل در یک نقطه دیگر (به غیر از شکم)، دچار آسیب شده بودند. ۵۹ نفر (۲۴/۷ درصد) از این تعداد در یک منطقه دیگر غیر از شکم، ۷۲ نفر (۳۰/۱ درصد) در ۲ منطقه، ۳۰ نفر (۱۲/۶ درصد) در ۳ منطقه و ۵ نفر (۲/۱ درصد) در ۴ منطقه دیگر، ترومای وارده داشتند. سرنوشت نهایی آسیب وارده به ۲۳۹ بیمار مورد مطالعه و نحوه ترخیص در جدول ۳ آمده است.

از مجموع ۲۳۹ بیمار ۳۹ نفر (۱۶/۳ درصد) فوت شدند. از این میان ۱۶ نفر (۴۱ درصد) به علت شوک هیپوولمیک، ۸ نفر (۲۱ درصد) به علت صدمات شدید مغزی، ۶ نفر (۱۵ درصد) هم دچار شوک هیپوولمیک و هم دارای صدمه شدید مغزی، ۵ نفر (۱۳ درصد) به علت نارسایی اندام‌های

ترومای شکم با ترومای سایر نقاط بدن به ترتیب شامل ترومای اندام‌ها (۴۱ درصد)، ترومای سروگردن (۳۹/۵ درصد)، ترومای قفسه‌سینه (۲۸/۵ درصد) و ترومای لگن (۱۴/۱ درصد) بود (۱۰). نتایج حاصل از مطالعه ما تقریباً مشابه نتایج به دست آمده مطالعه Sido در آلمان می‌باشد.

در بررسی ما شایع‌ترین علت مرگ و میر شوک هیپوولمیک (۴۱ درصد)، صدمات شدید مغزی (۲۱ درصد)، نارسایی اندام‌های متعدد به همراه سپسیس (۱۳ درصد) و آمبولی ریوی (۱۰ درصد) بود که با علل اصلی مرگ و میر ناشی از ترومای ذکر شده در مطالعه Garcia (۱۱) یکسان است.

نتیجه‌گیری

همه‌گیرشناسی تروما در بررسی ما مشابه سایر نواحی کشور است. با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق که شایع‌ترین علت تروما حوادث ترافیکی بود، لازم است که سازمان‌های مربوطه در زمینه پیشگیری و کاهش حوادث ترافیکی در استان گلستان که استانی توریستی است، برنامه‌ریزی کاملی انجام دهند.

با توجه به علت مرگ و میر بیماران در مرکز درمانی لازم است، در زمینه کنترل سریع خونریزی، جایگزینی مایعات و خون قبل و حین عمل دقت لازم انجام شود.

پیشنهاد می‌گردد به منظور تکمیل تجزیه و تحلیل ترومای شکم مطالعه مشابه‌ای روی ترومای نافذ شکم انجام شود و سعی شود پرونده بیماران کامل و نظام تروما ریجستری انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری مدیریت وقت مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان و کارکنان واحد آمار و مدارک پزشکی بیمارستان کمال تشکر را دارند.

حوادث ترافیکی بود. در منبع جراحی سایستون (۲) نیز شایع‌ترین علل ایجادکننده ترومای غیرنافذ شکم به ترتیب تصادفات وسیله نقلیه (ماشین، موتورسیکلت)، سقوط از ارتفاع، نزاع و حوادث ورزشی قید شده است. همچنین در بررسی که اکبری از طریق نظام ثبت مرگ در ده استان کشور و با جمعیتی حدود ۱۶ میلیون انجام داد، حوادث ترافیکی و سقوط از بلندی شایع‌ترین علت بستری ناشی از حوادث بوده است (۶). نتایج بررسی ما نیز مطابق نتایج درج شده در این دو بررسی بود.

در مطالعه ما شایع‌ترین اندام و عضو آسیب دیده شکم به دنبال ترومای غیرنافذ شکم به ترتیب آسیب طحال (۴۹/۴ درصد)، آسیب کبد (۲۱/۳ درصد)، همتوم خلف صفاق (۲۰/۱ درصد)، آسیب کلیه‌ها و آدرنال (۹/۶ درصد) بوده است. اعضاء توپر نظیر طحال، کبد و کلیه‌ها نمی‌توانند با تغییر شکل به ترومای غیرنافذ پاسخ دهند، در جریان آسیب غیرنافذ شکم بیشتر دچار جراحت می‌شوند (۱). همچنین نتایج مشابهی در تحقیقات بهبودی (۴) در بیمارستان پورسینای رشت و حاج سیدجوادی (۶) در بیمارستان شهیدرجایی قزوین به دست آمده است.

در مطالعه ما مشخص شد که از ۲۳۹ بیمار ترومای غیرنافذ شکم ۶۹/۵ درصد دارای ترومای هم‌زمان در سایر نقاط بدن شده بودند. از این میان بیشترین نقاطی که آسیب آنها با ترومای غیرنافذ شکم همراهی داشت، به ترتیب شامل ترومای اندام‌ها (۴۵/۲ درصد)، ترومای سروگردن (۴۳/۹ درصد)، ترومای قفسه‌سینه (۲۰/۹ درصد)، ترومای لگن (۱۶/۳ درصد) و ترومای ستون فقرات (۴/۶ درصد) بود.

در مطالعه Sido در بیمارستان شیروورگیگک شهر نونهایمر آلمان در میان ۶۲۳ بیمار ترومای غیرنافذ شکم ۴۰۵ نفر (۶۵ درصد) ترومای سایر نقاط بدن را نیز داشتند. همراهی

References

- 1) Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiard TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz Principles of Surgery. 8th. New York. McGraw-Hill Com. 2005; pp: 129-187.
- 2) Courtney M. Townsend Jr. Sabiston Textbook of Surgery. 17th. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2004; pp:512-528.
- 3) Akbary MS, Naghavy M. [Injuries Epidemiology in Islamic Republic Of Iran.] Ministry of Health and Medical Education. Health Affair. 2002. [Persian]
- 4) Behboodi F. [A study on frequency of lesions due to trauma in intra-abdominal organs.] Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences. 1998; 25-26(7):30-35. [Article in Persian]
- 5) Ezati N. [Report of 269 cases of blunt abdominal trauma during 3 years in surgical wards of Imam Khomeini Hospital in Tabriz.] Urmia Medical Journal. 1997; 3(8):146-152. [Article in Persian]
- 6) Hajseidjavadi SA. [Evaluation of blunt abdominal trauma.] The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services. 2001;17:54-50 [Article in Persian]
- 7) Smith J, Caldwell E, D'Amours S, Jalaludin B, Sugrue M. Abdominal trauma: a disease in evolution. ANZ J Surg. 2005; 75(9):790-4.
- 8) Alli N. Management of blunt abdominal trauma in Maiduguri: a retrospective study. Niger J Med. 2005;14(1):17-22.
- 9) Nespoli A, Gianotti L. [Multiple abdominal trauma: therapeutical options.] Ann Ital Chir. 2005;76(2):115-7. [Article in Italian]
- 10) Sido B, Grenacher L, Friess H, Büchler MW. [Abdominal trauma.] Orthopade. 2005;34(9):880-8. [Article in German]
- 11) Garcia A. Critical care issues in the early management of severe trauma. Surg Clin North Am. 2006;86(6):1359-87.