

## Splenic Injures Management

Dr. Sajieh Massoud\*  
Dr. Ahmad Saad\*\*  
Mahmoud alahmad\*\*\*

(Received 25 / 10 / 2017. Accepted 5 / 12 / 2017)

### □ ABSTRACT □

The research aims to evaluate the management of traumatic splenic injuries ,in Tishreen university hospitals .and compare with the universal methods of management .

This study included 32 adult patients admitted in the department of surgery at Alassad University Hospital and tishreen University Hospital in lattakia from the beginning of september 2015 until the end of february 2017.

32 pateints (24 males,8 females),17 pateints with blunt tauma,11 pateints with penetrating trauma,4 pateints with iatrogenic trauma.there were another abdominal injuries in13 pateints (40.6%).

The management was surgical in (65.6%) ,non surgical in (34.4%).the surgical management was total splenectomy in( 81%),splenorrhaphy in( 19%).

Splenic artery embolization weren't used in any case.

**Key words:** iatrogenic trauma, Splenic artery embolization,splenectomy.

---

\*Professor, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria.

\*\*Assistant Professor, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria.

\*\*\*Postgraduate student, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria.

## تدبير أذيات الطحال الرضية

\*الدكتور سجيح مسعود

\*\*الدكتور أحمد سعد

\*\*\*محمود الأحمد

(تاريخ الإيداع 25 / 10 / 2017. قُبل للنشر في 5 / 12 / 2017)

### □ ملخص □

أجريت الدراسة بهدف تقييم طرق تدبير أذيات الطحال الرضية في مشافي جامعة تشرين ومقارنتها مع الطرق المتبعة عالمياً.

شملت الدراسة جميع المرضى المقبولين في قسم الجراحة بتشخيص أذية طحال رضية في مشافي جامعة تشرين في الفترة بين 2015\9\1 و 2017\3\1

32 مريض (24 ذكر و 8 اناث)، 17 مريض رضح كليل، 11 مريض رضح نافذ، 4 مرضى رضح خلال جراحة بطنية. وترافقت الأذية الطحالية مع أذيات بطنية مرافقة في 13 مريض (40.6%). كان التدبير جراحياً في 65.6% من الحالات وغير جراحياً في 34.4%. العلاج الجراحى كان استئصال طحال تام في 81% من الحالات و رفو الطحال في 19%، لم يتم إجراء تصميم الشريان الطحالي في أي حالة .

**الكلمات المفتاحية :** رضح خلال جراحة بطنية، تصميم الشريان الطحالي، استئصال طحال.

\* أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\* مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*\* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## مقدمة:

تشكل رضوح الطحال أحد أشيع الاصابات الرضحية البطنية، ونظرا لتوسع المعرفة حول وظائف الطحال المناعية والدموية، فإن التوجه الحالي في تدبير أذيات الطحال الرضحية عالميا يميل إلى المحافظة على النسيج الطحالي وحتى التدبير غير الجراحي [1].

تقسم رضوح الطحال من حيث الآلية إلى : رضوح نافذة، رضوح كلية، ورضوح خلال الجراحات البطنية. تشكل حوادث السير أشيع أسباب الرضوح الكلية، بينما تشكل العمليات الجراحية على المعدة والزواوية القولونية اليسرى أشيع الاسباب الجراحية. [2].

تقييم مريض رضوح البطن يكون بالتقييم السريري وإجراء الاستقصاءات الشعاعية (ايكوغرافي، تصوير طبقي محوري، تصوير الشرايين الظليل) والمخبرية (هيماتوكريت المصل) اللازمة .

بعد وضع تشخيص رضح طحالي يقوم الجراح باتخاذ القرار حول طريقة التدبير بعد تحديد درجة الأذية الطحالية وتقييم الوضع الهيموديناميكي للمريض ووضع الاسباب المرافقة إن وجدت .

التدبير الجراحي قد يكون باستئصال الطحال التام أو بإجراء جراحي محافظ على النسيج الطحالي مثل استئصال الطحال الجزئي ورفو الطحال (باستخدام مواد مرقنة وقطب جراحية). [3-4].

التدبير غير الجراحي يكون بقبول المريض في وحدة عناية مشددة ومراقبته بشكل لصيق بمتابعة العلامات الحيوية وإجراء الايكوغرافي ومتابعة هيماتوكريت المصل بشكل دوري. وفي بعض الحالات يجرى تصميم الشريان الطحالي أو أحد فروعها وهي طريقة حسنت من نسب نجاح التدبير غير الجراحي، رغم أن لها بعض المضاعفات. [5].

استئصال الطحال التام له اختلاطات هامة وقد تكون مهددة للحياة في بعض الحالات خاصة المضاعفات الانتانية وأخطرها متلازمة الانتان الشامل التالي لاستئصال الطحال (Overwhelming Postsplenectomy Infection)

[6]

في الوقت الحال يشكل التدبير غير الجراحي الخيار الأوسع انتشارا على المستوى العالمي، خاصة بعد نجاح استخدام تصميم الشريان الطحالي وفروعه في تحسين نسب نجاح التدبير غير الجراحي لأذيات الطحال الرضحية. [7].

## أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث من :

- كثرة شيوخ أذيات الطحال الناتجة عن الاصابات الرضحية (الأذيات أثناء الجراحة البطنية-حوادث السير- الاصابات الحربية (خاصة في الظروف الحالية)).
- عدم وجود دراسة محلية تقيم طرق تدبير أذيات الطحال في المشافي المحلية مقارنة مع دراسات عالمية. تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الطرق المتبعة في تدبير مرضى رضوح الطحال في مشافينا الجامعية ومقارنتها بالطرق المتبعة في المراكز العالمية، ودراسة المضاعفات والوفيات بعد العلاج .

**طرائق البحث ومواده :**

شملت عينة البحث المرضى المقبولين في مشافي جامعة تشرين(مشفى الأسد الجامعي ومشفى تشرين الجامعي) بقصة رضح على البطن مع تشخيص أذية طحال .في الفترة بين 2015/9/1 و 2017/3/1 قسمت الدراسة الى قسمين:

\*دراسة استرجاعية شملت المرضى المقبولين بدءاً من 2015/9/1 حتى 2016/3/31.

\*دراسة استقبلية شملت المرضى المقبولين في الفترة بين 2016/3/31 و 2017/3/1.

تم تحديد درجة الأذية الطحالية لكل حالة حسب مقياس درجات أذية الطحال المعتمد من الجمعية الأمريكية لجراحة الرضوح ،وتنظيم استمارة لكل مريض تم جمع المعلومات المطلوبة للدراسة لكل مريض فيها . كانت الوسائل الاستقصائية المستخدمة هي مراقبة هيماوكريت وخضاب المصل مخبريا ،والايكو غرافي والتصوير الطبقي المحوري للبطن مع حقن مادة ظليلة وريديا كاستقصاءات شعاعية.

ودراسة طريقة تدبير الأذية الطحالية لكل حالة وترتيب النتائج ضمن مجموعات حسب التدبير:

1-تدبير غير جراحي (مراقبة ودعم هيموديناميكي)

2-تدبير جراحي جزئي(خياطةأو استئصال جزئي)

3-استئصال طحال تام

ومقارنة النتائج مع دراسة عالمية مع مقارنة نسب الوفيات والمرضاة حول الجراحة.جمعت البيانات المتعلقة بالمرضى ونظمت في جداول باستخدام برنامج جدول البيانات Excel الذي قام بتحليل البيانات واستخلاص النتائج المطلوبة.

**النتائج والمناقشة:**

شملت الدراسة 32 مريضا، قبلوا بقصة رضح بطني مع تشخيص أذية طحال رضحية في قسم الجراحة في مشافي جامعة تشرين في الفترة ما بين 2015/9/1 حتى 2017/3/1.

**توزع المرضى حسب الجنس:**

الجدول رقم (1) يبين توزع المرضى حسب الجنس

المجموع	رضح خلال جراحة بطنية	رضح نافذ	رضح كلي	
24(75%)	3(75%)	13(76.4%)	8(72.7%)	ذكور
8(25%)	1(25%)	4(23.6%)	3(27.3%)	إناث

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المرضى الذكور كانت حوالي 3 أضعاف الإناث تقريبا بالنسبة لجميع أنواع الأذية وفي مجموع مرضى الدراسة.

تمت دراسة نسبة كل نوع من أنواع الأذية في العينة وكانت النتائج كما في الجدول رقم (2):

الجدول رقم (2)

المجموع	الرضح خلال جراحة بطنية	الرضح النافذ	الرضح الكليل	
32	4	11	17	عدد المرضى
%100	%12.5	%34.3	%53.2	النسبة المئوية

نلاحظ من المخطط أن مرضى الرضوح الكليلية يشكلون النسبة الأكبر 53.2%. يليها مرضى الرضوح النافذة بنسبة 34.3% والنسبة الأخيرة نسبة عالية يفسرها ارتفاع عدد حالات الاصابات النارية خلال فترة الدراسة بسبب ظروف الحرب. أما مرضى رضوح الطحال خلال جراحة بطنية فيشكلون نسبة صغيرة 12.5% .

#### الاستقصاء الشعاعي المستخدم في التقييم الأولي الحالة :

تمت دراسة الاستقصاءات الشعاعية المستخدمة لتقييم المرضى وكانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (3) يبين نسبة استخدام الاستقصاءات الشعاعية:

المجموع	ايكو+طبقي	طبقي محوري	ايكوغرافي	
28	5	11	12	عدد المرضى
%100	%17.9	%39.3	%42.8	النسبة المئوية

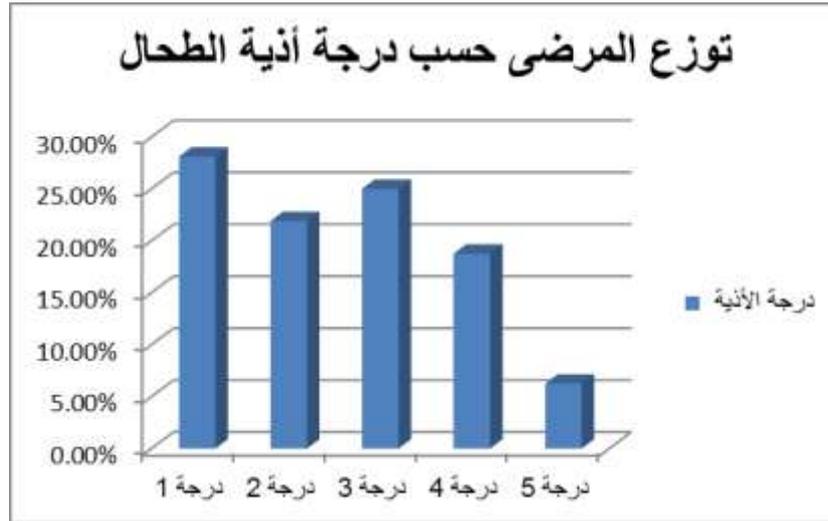
نلاحظ من خلال الجدول أن الاستقصاءين المستخدمين هما الايكو غرافي والتصوير الطبقي المحوري ، في حين لم يستخدم تصوير الاوعية الظليل في أي من الحالات بسبب عدم توفر التقنية في قسم الاسعاف . أجري الطبقي المحوري بشكل مباشر لجميع حالات الاصابات النارية في البطن كتقييم أولي ، في حين أجري الايكو غرافي كتقييم أولي في حالات الرضوح الكليلية وتم اللجوء إلى الطبقي المحوري بعدها في حالات مختارة لتقييم الأذية بشكل أوضح .

#### توزيع المرضى بحسب درجة أذية الطحال :

تم توزيع المرضى في مجموعات بحسب درجة الأذية الطحالية ، وكانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (4) يبين توزيع المرضى بحسب درجة أذية الطحال الرضحية:

المجموع	درجة 5	درجة 4	درجة 3	درجة 2	درجة 1	
32	2	6	8	7	9	عدد المرضى
%100	%6.25	%18.75	%25	%21.9	%28.1	النسبة المئوية

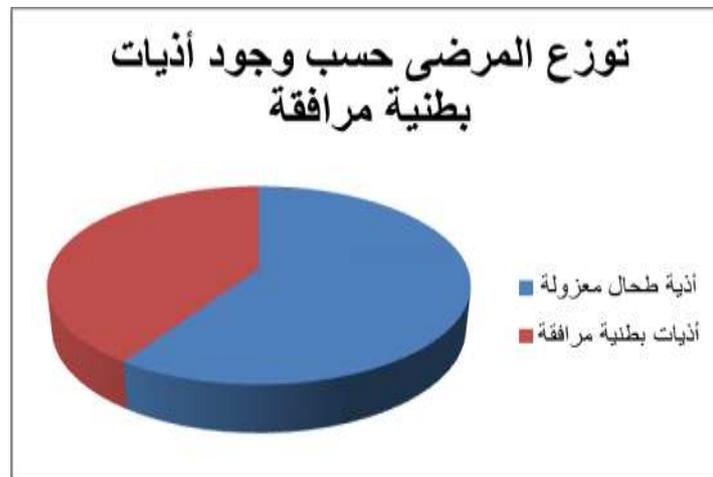


المخطط رقم (1)

## الأذيات البطنية المرافقة :

الجدول رقم (5) يبين توزع المرضى بحسب وجود أذيات بطنية مرافقة :

المجموع	أذيات بطنية مرافقة	أذية طحالية معزولة	عدد المرضى
32	13	19	
%100	%40.6	%59.4	النسبة المئوية



المخطط رقم (2) يبين توزع المرضى بحسب وجود أذيات بطنية مرافقة

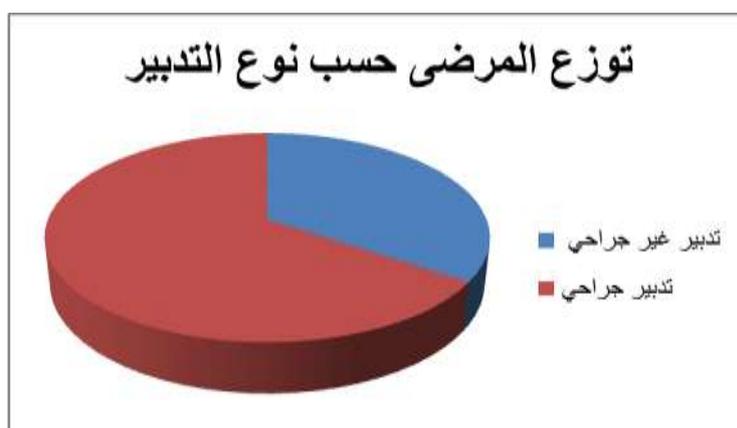
نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المرضى الذين لديهم إصابات بطنية مرافقة تبلغ 40.6%، ونسبة المرضى الذين لديهم أذية طحال معزولة 59.4%

دراسة الطرق المتبعة في التدبير والمعالجة :

تم تقسيم المرضى في مجموعتين حسب طريقة التدبير إلى : تدبير غير جراحي ، تدبير جراحي.

الجدول رقم (6) يبين توزع المرضى حسب طريقة التدبير:

المجموع	تدبير جراحي	تدبير غير جراحي	
32	21	11	عدد المرضى
% 100	%65.6	%34.4	النسبة المئوية



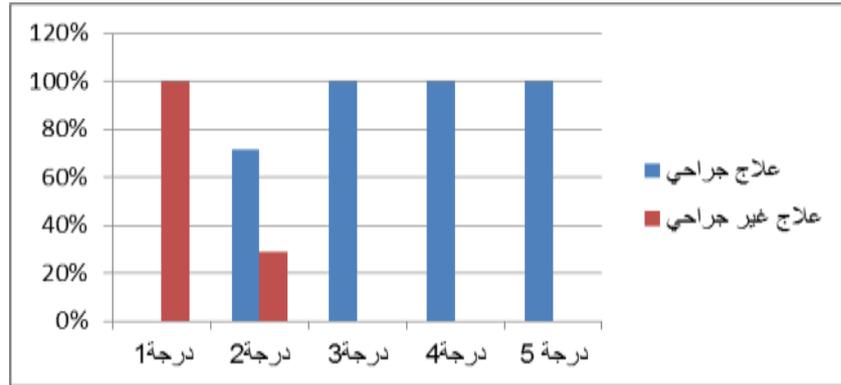
المخطط رقم (3) يبين توزع المرضى حسب طريقة التدبير:

نلاحظ من خلال المخطط ارتفاع نسبة اعتماد التدبير الجراحي لرضوح الطحال 65.6% مقارنة مع نسبة منخفضة لاستخدام التدبير غير الجراحي 34.4%.  
لوحظ أن جميع مرضى الأذيات الطحالية خلال الجراحات البطنية تم تدبيرهم جراحيا باستئصال الطحال التام خلال نفس الجراحة.

وعند دراسة طريقة التدبير لكل حالة حسب درجة الأذية كانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (7) يبين توزع المرضى حسب طريقة التدبير بالنسبة لكل درجة من درجات أذية الطحال :

المجموع	درجة 5	درجة 4	درجة 3	درجة 2	درجة 1	
21	2(100%)	6(100%)	8(100%)	5(71.4%)	0(0%)	علاج جراحي
11	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(28.6%)	9(100%)	علاج غير جراحي
32	2	6	8	7	9	المجموع



المخطط رقم (4) يبين توزع المرضى حسب طريقة التدبير بالنسبة لكل درجة من درجات أذية الطحال :

نلاحظ من خلال الجدول أن التدبير في دراستنا كان جراحيا في كل حالات الدرجة 3-4-5، في حين كان غير جراحي في بعض حالات الدرجة 2، بنسبة 28.6%، بينما كان التدبير غير جراحي في جميع حالات الدرجة الاولى .

#### التدبير الجراحي :

تم تقسيم المرضى الذين خضعوا للعلاج الجراحي لمجموعات حسب نوع الإجراء الجراحي المجرى لكل منهم فكانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (8) يبين توزع المرضى حسب نوع الإجراء الجراحي الذي أجري لكل منهم:

المجموع	رفو الطحال	استئصال طحال جزئي	استئصال طحال تام	
21	4	0	17	عدد المرضى
%100	%19	%0	%81	النسبة المئوية

نلاحظ من الجدول أن الإجراء الجراحي المتبع بشكل واسع هو استئصال الطحال التام 81% وهي نسبة مرتفعة، في حين تم إجراء إصلاح ورفو لمكان الأذية دون استئصال أي جزء في 19%، أما استئصال الطحال الجزئي لم يتم إجراؤه في أي من الحالات .

#### التدبير غير الجراحي :

وعند دراسة الحالات التي تم تدبيرها بشكل غير جراحي لوحظ أن جميع هذه الحالات تم تدبيرها بالمراقبة والدعم الهيموديناميكي، ولم يتم تدبير أي حالة باستخدام تصميم الشرايين في دراستنا.

الجدول رقم (9) يبين توزع المرضى المعالجن بطريقة غير جراحية حسب نوع الإجراء غير الجراحي الذي أجري لكل منهم:

المجموع	تصميم الشرايين	مراقبة ودعم هيموديناميكي	
11	0	11	عدد المرضى
%100	%0	%100	النسبة المئوية

**المضاعفات بعد التدبير الجراحي :**

بعد متابعة جميع الحالات التي خضعت لتدبير جراحي ،تم تسجيل وجود 5 مضاعفات بعد الجراحة تمت دراستها ودراسة نسبة حدوث كل منها ،وهي : انتان(خمج) الجرح -ذات الرئة - الخراج تحت الحجاب - انصباب الجنب

الجدول رقم (10) يبين نسبة المضاعفات التي تلت التدبير الجراحي في دراستنا:

مضاعفات بنكرياسية	التهاب بنكرياس	خراج تحت الحجاب	إنتان (خمج)الجرح	ذات رئة	انصباب جنب	عدد المرضى
0	0	2	6	4	2	
		9.5%	28.5%	19%	9.5%	النسبة المئوية

نلاحظ من خلال المخطط أن المضاعفة الأشيع كانت انتان الجرح بنسبة 28.5% يليها ذات الرئة بنسبة 19% تم تدبير هاتين المضاعفتين بالتغطية الجيدة بالصادات الوريدية و بإجراء الزرع والتحصن لعينات من الجرح. المضاعفة الثالثة كان انصباب الجنب الأيسر 9.5% تم تدبيره بإجراء نزح الجنب حتى تراجع الإنصباب. المضاعفة الرابعة هو الخراج تحت الحجاب 9.5% ،حالتين تم إجراء النزح عبر الجلد مع التوجيه بالايكو في الحالتين لكن إحدى الحالتين احتاجت لتداخل جراحي لإجراء النزح الجيد والغسل .  
**الوفيات:** حدثت الوفاة في حالتين(من أصل 32 حالة ) 9.5% ،الاولى حدثت الوفاة بعد يومين من الجراحة بسبب الأذية الدماغية المرافقة الناتجة عن إصابة نارية شديدة في الدماغ ،الحالة الثانية حدثت بعد 24 ساعة من الجراحة بسبب وجود نقص تروية قلبية شديد مشخص وغير معالج قبل الاصابة عند مريض عمره 65 سنة تعرض لحادث سير .

**مقارنة النتائج مع نتائج الدراسات الأخرى:**

تمت مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج عدة دراسات أخرى وهي :

- 1- دراسة Fuertes وزملائه في اسبانيا 2011 (566 مريض)[8]
- 2- دراسة C. Olthof وزملائه في هولندا 2014 (253 مريض)[9]
- 3- دراسة A. Matsou وزملائه في اليونان 2011(14 مريض) [10]
- 4- دراسة P. Renzulli وزملائه في سويسرا 2010 (206 مريض) [11]
- 5- دراسة PHILLIPO وزملائه في تنزانيا 2012 (188 مريض)[12]

المقارنة حسب نسبة كل من الجنسين في الدراسات المختلفة :

الجدول رقم ( 11 ) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزع المرضى حسب الجنس:

A. Matsou	C. Olthof	Fuertes	دراستنا	عدد المرضى
14	253	566	32	
9 (64.2%)	187 (73.9%)	448 (79.1%)	24 (75%)	ذكور
5 (35.8%)	66 (26.1%)	118 (20.9%)	8 (25%)	اناث

نلاحظ من خلال المخطط أن نسبة الذكور إلى الإناث متقاربة في جميع الدراسات حيث يبلغ عدد المرضى الذكور حوالي 3 أضعاف المرضى الإناث في دراستنا وجميع الدراسات الأخرى

#### المقارنة حسب نوع الأذية الطحالية :

الجدول رقم (12) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزع المرضى حسب نوع الأذية الطحالية:

C. Olthof	Fuertes	دراستنا	
%100	%94	17(53.2%)	رضح كلي
0	%6	11(34.3%)	رضح نافذ
0	0	4(12.5%)	رضح أثناء الجراحة

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأذيات النافذة مرتفعة في دراستنا مقارنة بالدراسات الأخرى 34.3% ، وهو أمر يفسره ارتفاع نسبة الإصابات النارية في ظروف الحرب ، نلاحظ أيضا أن دراستنا شملت المرضى المصابين بأذيات طحالية خلال الجراحات البطنية في حين أن الدراسات الأخرى لم تدرس تلك الحالات .

#### المقارنة حسب نسبة المرضى في كل درجة من درجات أذية الطحال :

الجدول رقم (13) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزع المرضى حسب درجة الأذية الطحالية:

درجة 5	درجة 4	درجة 3	درجة 2	درجة 1	
%6.25	%18.75	%25	%21.9	%28.1	دراستنا
%4.4	%20.4	%29.1	%25.2	%20.9	P. Renzulli

نلاحظ من خلال الجدول تقارب النسب بين دراستنا وبين دراسة د.رينزولي في جميع درجات أذية الطحال مع ملاحظة ارتفاع نسبة الإصابات من الدرجة الأولى في دراستنا بقيمة صغيرة عن دراسة د. رينزولي مقابل ارتفاع نسبة مرضى الدرجة 2-3 في دراسة د.رينزولي عن نسبتهم في دراستنا .

#### المقارنة حسب وجود أذيات بطنية مرافقة :

الجدول رقم (14) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزع المرضى حسب وجود أذيات بطنية أخرى

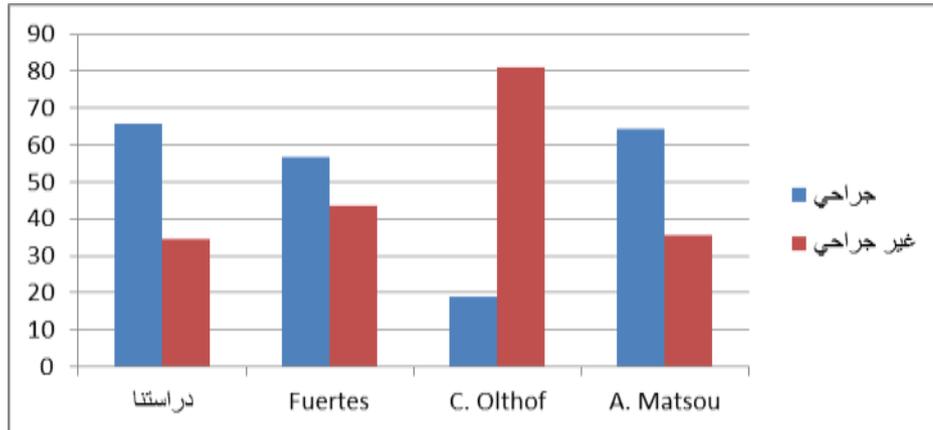
P. Renzulli	Fuertes	دراستنا	
%61.2	%59	%59.4	أذية طحالية معزولة
%38.8	%41	%40.6	أذيات بطنية مرافقة

نلاحظ من خلال المخطط التقارب الشديد بين النسب في الدراسات الثلاث حيث بلغت نسبة المرضى الذين لديهم إصابات بطنية مرافقة في دراستنا 40.6% ، و 41% في دراسة د. فورتييس ، و 38.8% في دراسة د.رينزولي .

#### المقارنة حسب طريقة التدبير :

الجدول رقم (15) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزع المرضى حسب طريقة التدبير:

A. Matsou	C. Olthof	Fuertes	دراستنا	
%64.3	%19	%56.6	21(65.6%)	جراحي
%35.7	%81	%43.4	11(34.4%)	غير جراحي



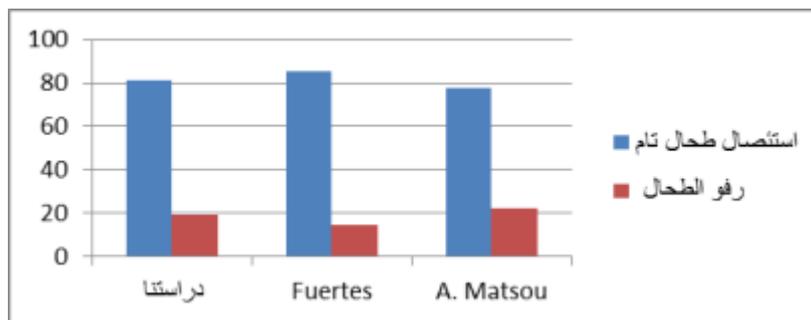
المخطط رقم (5) يوضح ذلك:

نلاحظ من خلال المخطط أن نسبة العلاج غير الجراحي كانت الأقل في دراستنا 34.4%، بينما في الدراسات الأخرى كانت نسبتها أعلى حيث بلغت في دراسة د. فورتييس 43.4%، وفي دراسة د. اولدوف 81%، وفي دراسة د. ماستو 35.7%. مما يدل على أن ثقة الجراحين في التدابير غير الجراحية في مشافينا الجامعية مازالت ضعيفة.

#### مقارنة طرق التدبير الجراحي المتبعة :

الجدول رقم (16) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزيع المرضى حسب طريقة التدبير الجراحي المتبعة:

دراسة	دراسة	دراسة	الطريقة
A. Matsou	Fuertes	دراستنا	
7(77.7%)	85.3%	17(81%)	استئصال طحال تام
0(0%)	0%	0(0%)	استئصال طحال جزئي
2(22.3%)	14.7%	4(19%)	رفو الطحال



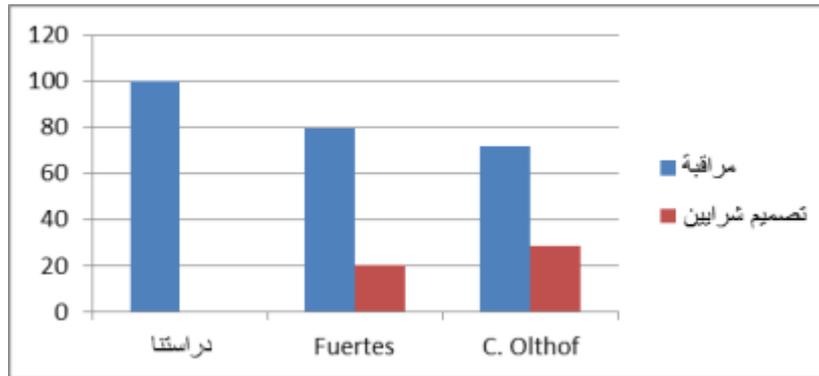
المخطط رقم (6) يوضح ذلك :

نلاحظ من خلال الجدول أن طريقة استئصال الطحال الجزئي لم تستخدم في الدراسات الثلاث، وكانت نسبة إجراء استئصال الطحال التام ورفو الطحال متقاربة في الدراسات الثلاث .

#### مقارنة طرق التدبير غير الجراحي :

الجدول رقم (17) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزيع المرضى حسب طريقة التدبير غير الجراحي:

دراسة	دراسة	دراسة	الطريقة
C. Olthof	Fuertes	دراستنا	
71.7%	79.8%	100%	مراقبة دون تداخل
28.3%	20.2%	0%	تصميم الشرايين



المخطط رقم (7) يوضح ذلك :

نلاحظ من خلال الجدول أنه لم يتم استخدام تصميم الشرايين في دراستنا بالرغم من استخدامها في الدراسات الأخرى ، ويعود ذلك إلى عدم توافر التقنية في مشافينا الجامعية .

#### المقارنة من حيث الإختلالات بعد العمل الجراحي:

الجدول رقم (18) يحوي مقارنة مع دراسات أخرى من ناحية توزع المرضى حسب المضاعفات التالية للتدبير الجراحي :

DIC	اختلالات بنكرياسية	نزف ضمن البطن	خراج تحت الحجاب	انتان الجرح	ذات رئة	انصباب جنب	
0	0	0	%9.5 (2)	%28.5 (6)	%19 (4)	%9.5 (2)	دراستنا
%5.6 (2)	0	%2.8 (1)	%5.6 (2)	%38.9 (14)	%19.3 (5)	0	PHILLIPO
0	0	0	0	%42.9 (3)	%28.6 (2)	0	A. Matsou

#### مقارنة نسبة الوفيات بعد الجراحة :

الجدول رقم (19) يحوي مقارنة مع دراسة أخرى من ناحية نسبة الوفيات التالية للتدبير :

الوفيات	
%9.5 (2)	دراستنا
%2.8 (1)	PHILLIPO

#### الاستنتاجات والتوصيات :

من خلال دراستنا نلاحظ أن نسبة الذكور للإناث في مرضى رضوح الطحال هي 75%-25% على التوالي وهي نسبة تقارب النسب العالمية .

تشكل الرضوح الكليبة النسبة الأكبر بين أنواع رضوح الطحال وتشكل حوادث السير السبب الأشيع لرضوح الطحال عالميا وفي دراستنا .نلاحظ في دراستنا ارتفاع نسبة الرضوح النافذة الناتجة عن الإصابة بشظايا الفذائف الحربية ،مقارنة مع باقي الدراسات العالمية ،وهو أمر تفسره ظروف الحرب الحالية.

يشكل مرضى أذيات الدرجة الأولى النسبة الأكبر في دراستنا ويشكل مرضى أذيات الدرجة الخامسة النسبة الأقل وهي نسب متقاربة مع النسب العالمية. نسبة الحالات التي تترافق فيها أذية الطحال مع أذيات بطنية مرافقة 40.6% وهي نسبة قريبة جدا من النسب في الدراسات الأخرى.

الاستقصاء الشعاعي المستخدم في جميع حالات الرضوح النافذة الناتجة عن أذيات نارية هو الطبقي المحوري مع حقن مادة ظليلة وريديا، بينما استخدم الايكوغرافي كاستقصاء أولي في حالات الرضوح الكليلة واستكمل لاحقا بإجراء الطبقي المحوري مع حقن مادة ظليلة وريديا في حالات مختارة لتحقيق التقييم الكافي للحالة .

نسبة الحالات التي تم تدبيرها جراحيا كانت مرتفعة مقارنة مع الدراسات العالمية، 65.6% في دراستنا ، مقابل 56.6% - 19% في دراسات أخرى، مما يدل على قلة اعتماد الجراحين على التدبير غير الجراحي (قد يفسر ذلك عدم ثقة الجراحين بنتائج العلاج غير الجراحي لمثل هؤلاء المرضى، فيلجأ الجراحون لإجراء التداخل الجراحي باكرا لأن لديهم ثقة بنتائج تداخلهم الجراحي في الحفاظ على حياة المريض أكثر من ثقتهم بنتائج مراقبة المريض في المشفى).

كان التدبير جراحيا في جميع مرضى أذيات الدرجة 3-4-5، بينما كان غير جراحيا في جميع مرضى أذيات الدرجة 1، بينما أذيات الدرجة 2 كان التدبير فيها جراحيا في 71.4% وغير جراحيا في 28.6% من الحالات . الإجراء الجراحي الأكثر استخداما هو استئصال الطحال التام ، بنسبة 81% من المرضى الذين تم التداخل عليهم جراحيا ، وهي نسبة قريبة من النسب في الدراسات الأخرى .

التدبير غير الجراحي اعتمد في جميع الحالات على المراقبة اللصيقة للعلامات الحيوية وهيماتوكريت المصل وايكو البطن الدوري ، مع الدعم الهيموديناميكي ، ولم يتم إجراء تصميم الشريان الطحالي أو أحد فروعه في أي من الحالات، بسبب عدم توافر التقنية والمواد اللازمة لذلك في المشفى، في أنه يتم تدبير حوالي 20%-30% من الحالات باستخدامه في الدراسات الأخرى .

المضاعفات بعد الجراحة التي تم تشخيصها في عينة دراستنا هي بالترتيب حسب الشيوخ : انتان الجرح- ذات الرئة - انصباب الجنب - الخراج تحت الحجاب. حدثت المضاعفات في (10 حالات) 31.25% من المرضى . نسبة الوفيات في عينة الدراسة كانت 9.5% (حالتين ) وكانت الوفاة في الحالة الأولى ناتجة عن الإصابة الدماغية وفي الحالة الثانية ناتجة عن الوظيفة القلبية السيئة ، ولم تنتج عن اختلاط جراحي في أي من الحالتين وهي نسبة قريبة من النسب في الدراسات الأخرى .

### التوصيات :

\*تخصيص قسم في العناية المشددة الإسعافية لمتابعة مرضى رضوح البطن يتولى مراقبة ومتابعة المرضى فيه كادر متخصص يؤمن المراقبة اللصيقة للمريض بالشكل المطلوب ، مع إمكانية إجراء الإستقصاءات الشعاعية والمخبرية ضمن هذا القسم بالسرعة المطلوبة وفي أي وقت .

\*تأمين تقنية إجراء تصميم الشرايين والمواد المستخدمة اللازمة لإجرائه، بحيث أن إجرائه بيد خبيرة سيساهم في خفض نسبة التداخل الجراحي عند مرضى رضوح الطحال .

\*العمل على نشر التوعية و سن القوانين المتعلقة بقواعد قيادة السيارات لأن مجرد استخدامه سيؤدي إلى تراجع ملحوظ في عدد مرضى رضوح الطحال .

## المراجع:

1. PACHER, HL. *Changing patterns in the management of splenic trauma: the impact of nonoperative management*. Ann Surg. 1998;227:708–717; discussion 17–19
2. HOLUBAR, SD. *Splenic salvage after intraoperative splenic injury during colectomy*. Arch Surg. 2009;144:1040–1045.
3. ANDRALES G, GADACZ TR. *The Spleen*. In: Ashley SW, Zinner MJ, eds. *Maingot's Abdominal Operations. 11th ed*. New York, NY: McGraw-Hill; 2007:1075–1098.
4. PICKHARDT B, MOORE EE, MOORE FA. *Operative splenic salvage in adults: a decade perspective*. J Trauma. 1989; 29: 1386-1391.
5. SABE AA, CLARIDGE JA, ROSENBLUM , et al . *The effects of splenic artery embolization on nonoperative management of blunt splenic injury: a 16-year experience*. J Trauma. 2009;67:565–572; discussion 71–72.
6. OKABAYASHI T, HANAZAKIK. *Overwhelming postsplenectomy infection syndrome in adults: a clinically preventable disease*. World J Gastroenterol. 2008;14:176-179.
7. STASSEN NA, BHULLAR I, CHENG JD, et al. *Selective nonoperative management of blunt splenic injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline*. J Trauma and Acute Care Surg. 2012;73(5):S294-S300.
8. MONTIEL JIMENES FUERTES. *Spleen Injuries in Spain: At What Point Are We?*. *ci resp*. 2013; 91(9): 584–589
9. DOMINIQUE C. OLTHOF. *Variation in treatment of blunt splenic injury in Dutch academic trauma centers*. *journal of surgical research* (2014) 1-6
10. A. MATSOU, et al. *Management of Splenic Injuries Following Blunt Abdominal Trauma: Our Experience*. Hellenic Journal of Surgery 2011; 83: 92
11. P. ENZULLI. *Management of blunt injuries to the spleen*. British Journal of Surgery 2010; 97: 1696–1703
12. PHILLIPO L CHALYA. *Splenic injuries at Bugando Medical Centre in northwestern Tanzania: a tertiary hospital experience*. Chalya et al. BMC Research Notes 2012, 5:59