

Evaluation of the Management of war related colon and small intestines trauma Between 2012-2017 years

Dr.Aktham Kanjrawi*
Dr.Mahmoud Daberha**
Mohammad Yaseen***

(Received 12 / 12 / 2017. Accepted 4 / 2 / 2018)

□ ABSTRACT □

The research aims to evaluate the management of war related colon and small intestines trauma between 2012-2017years at Alasad and Tishreen Hospitals in Latakia from the beginning of March 2012 until the beginning of September 2017.

82 Patients (52 Males, 30 Females). 26 patients had small intestinal injuries and 38 Patients had colonic injuries, whereas 18 Patients had both small and large bowel injuries.

With small bowel injuries: 16 patients (61.6%) were treated with primary suture and eight patients (30.7%) were treated with resection and anastomosis, whereas two patients (7.7%) were treated by ileostomy.

With colonic injuries: 24 Patients (42.8%) were treated with primary suture and 3 Patients (5.3%) were treated with resection and anastomosis without colostomy , and 7 Patients (12.5%) were treated with resection and anastomosis without colostomy , and 9 Patients (16.2%) were treated with Hartman procedure , whereas 13 Patients (23.2%) were treated with colostomy.

Keywords: Resection and anastomosis, ileostomy, colostomy

* Professor-supervisor- Department of Surgery- Faculty of Medicine-Tishreen University-Latakia-Syria.

** Assistant Professor-associate supervisor- Department of Surgery- Faculty of Medicine-Tishreen University-Latakia-Syria.

*** Post Graduate student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.

تقييم طرق تدبير رضوح القولونات والأمعاء الدقيقة حربية المنشأ بين عامي 2012-2017

الدكتور أكثم قنجرأوي*

الدكتور محمود دبرها**

محمد ياسين***

(تاريخ الإيداع 12 / 12 / 2017. قُبل للنشر في 4 / 2 / 2018)

□ ملخص □

أجريت هذه الدراسة بهدف تقييم طرق تدبير رضوح القولونات والأمعاء الدقيقة حربية المنشأ في مشفى جامعة تشرين الجامعية ومقارنتها مع الطرق المتبعة عالمياً. شملت الدراسة المرضى المقبولين في قسم الجراحة بتشخيص رضوح القولونات والأمعاء الدقيقة الحربية النافذة في هذين المشفىين الجامعيين خلال الفترة الممتدة بين 2012/3/1 و 2017/9/1. شملت عينة الدراسة 82 مريضاً (52 ذكراً و30 أنثى)، كانت الأمعاء الدقيقة مصابة عند 26 مريضاً والقولونات عند 38 مريضاً مع وجود أذيات مشتركة بين الأمعاء الدقيقة والقولونات عند 18 مريضاً. عند إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة تم إجراء الخياطة المباشرة عند 16 مريضاً (61.6%) والبتير والمفاغرة عند 8 مرضى (30.7%) بينما أجري فغر اللفائفي عند مريضين فقط (7.7%). أما عند إصلاح أذيات القولونات فتم إجراء الخياطة المباشرة عند 24 مريضاً (42.8%) وإجراء البتير والمفاغرة دون فغر عند 3 مرضى (5.3%) والبتير والمفاغرة مع فغر عند 7 مرضى (12.5%) وتم إجراء عملية هارتمان (التي تشمل استئصال القسم المتأذي من الأمعاء وإخراج النهاية القريبة للعرورة المعوية على شكل شرج مضاد للطبيعة وإغلاق النهاية البعيدة وإعادتها لجوف البطن) عند 9 مرضى (16.2%) بينما أجري فغر القولون عند 13 مريضاً (23.2%).

الكلمات المفتاحية: البتير والمفاغرة، فغر اللفائفي، فغر القولون.

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

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

***طالب دراسات عليا-قسم الجراحة-كلية الطب-جامعة تشرين-اللاذقية-سورية.

مقدمة:

تعتبر رضوح القولونات والأمعاء الدقيقة (الصائم واللفائفي) من أكثر الإصابات تواتراً سواءً بسبب رضوح البطن الناجمة عن حوادث السير والسقوط بشكل عام، أو في سياق الإصابات الحربية بشكل خاص (الإصابات النافذة كالطلق الناري والشظايا والأدوية الانفجارية).

إن تطوّر تقنيات التشخيص ساهم بشكل واضح في وضع التشخيص الصحيح وبالتالي التدبير الصحيح، مما أدى إلى انخفاض واضح في معدّل الوفيات الناجمة عن الأدوية الحربية عامةً، والمتعلّقة بإصابة القولونات والأمعاء الدقيقة بشكل خاص.

بينما كانت الإحصائيات العالمية تشير إلى معدّلات وفيات مخيفة خلال الحرب العالمية الأولى الناجمة عن أدوية الأمعاء (حيث بلغت 60%)، بالمقابل تُشير الإحصائيات المجرّاة على حرب العراق إلى معدّل وفيات (15%)، وانخفضت تلك النسبة إلى (10%) بحسب آخر الإحصائيات العالمية.

برهنت معظم الدراسات أنّ معدّلات الوفيات المرعبة خلال الحرب العالمية الأولى تعود بنسبة (33%) منها إلى التأخّر في التدبير بسبب وضع تشخيص خاطئة.

بالرغم من أنّ الوسائل التشخيصية الشعاعية تساعدنا كثيراً في الوقت الزاهن في وضع التشخيص الدقيق في أغلب الأحيان، إلا أننا لا نستطيع أن ننكر أنّ تشخيص هذه الأدوية يشكّل تحدياً كبيراً للجراح في بعض الأحيان، لا سيّما حين ترافقها مع المرضى عديدي الرضوح.

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث من:

- شيوع رضوح الأمعاء الدقيقة والقولونات الناجمة عن الأدوية الحربية (الطلق الناري-الشظايا-الأدوية الانفجارية) خاصة خلال السنوات الماضية.

- عدم وجود دراسة محلية تقيم طرق تدبير هذه الأدوية في المشافي المحلية مقارنة مع الدراسات العالمية.

هدف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الطرق المتبعة في تدبير مرضى رضوح الأمعاء الدقيقة والقولونات الحربية في مشفى الأسد الجامعي ومشفى تشرين الجامعي ومقارنتها مع الطرق المتبعة في المراكز العالمية، ودراسة المضاعفات بعد العلاج.

طرائق البحث ومواده:

شملت عينة البحث المرضى المقبولين في مشفى الأسد الجامعي ومشفى تشرين الجامعي بقصة أدوية رضحية نافذة حربية للأمعاء الدقيقة والقولونات خلال الفترة الممتدة بين 2012/3/1 و 2017/9/1.

تم تقسيم الدراسة إلى:

-دراسة استرجاعية: شملت المرضى المقبولين بدءاً من 2012/3/1 حتى 2016/2/19.

-دراسة استقبالية: شملت المرضى المقبولين في الفترة بين 2016/2/20 حتى 2017/9/1. تم تنظيم استمارة لكل مريض مع جمع البيانات المطلوبة وتنظيمها في جداول خاصة، ثم تم تحليل البيانات والنتائج المطلوبة. كانت الوسائل المخبرية المستخدمة هي مراقبة تعداد الكريات البيض والصيغة الالتهابية ومراقبة خضاب الدم والهيماوكريت. بينما كانت الوسائل الشعاعية المستخدمة بواسطة الأمواج فوق الصوتية والطبقي المحوري للبطن والصورة الظليلة للأمعاء في بعض الحالات.

تم تحديد درجة الأذيات المعوية حسب تصنيف الجمعية الأميركية لجراحة الرضوح، وتقسيم طريقة تدبير الأذيات المعوية كما يلي: 1- خياطة بدئية مباشرة 2- البتر والمفاغرة 3- الفغر ومقارنة النتائج مع الدراسات العالمية.

❖ تصنيف أذيّات الصّائم واللفّاني والقولونات: (1)

لقد صنّفت الجمعية الأميركيّة لجراحة الرّضوح (AAST) The American Association for the Surgery of Trauma الأذيّات المعويّة إلى خمس درجات:

- الدرجة الأولى: وجود ورم دموي في جدار العروة، أو كدمة مع تروية دموية جيّدة.
- الدرجة الثانية: وجود انثقاب في جدار العروة يشمل >50% من محيط العروة.
- الدرجة الثالثة: وجود أذية في جدار العروة يشمل <50% من محيط العروة.
- الدرجة الرابعة: تمزّق كامل للمعة العروة المعويّة.
- الدرجة الخامسة: انقطاع كامل للمعة المعويّة مع وجود ضياع مادّي مجاور للمساريقا.

النتائج والمناقشة: Results and discussion

شملت العينة 82 مريضاً راجعوا قسم الإسعاف بأذيّات بطنية نافذة مع أذيّات معوية مرافقة 38 مريضاً لديهم أذيّات قولونية و26 مريضاً لديه أذيّات في الأمعاء الدقيقة و18 مريضاً لديه إصابات مشتركة بين الأمعاء الدقيقة والقولونات.

توزع المرضى حسب الجنس:

الجدول (1): توزع المرضى حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد المرضى	52	30	82
النسبة المئوية	73.1%	26.9%	100%

نلاحظ من الجدول رجحان إصابة الذكور على الإناث ويتعلق ذلك بطبيعة الظروف المحيطة ونوعية العمل لأن المرضى أغلبهم عسكريون.

توزع المرضى حسب آلية الإصابة:

الجدول (2): توزع المرضى حسب آلية الإصابة

المجموع	طعنة سكين	شظايا	طلق ناربي	أداة الرضح
82	5	27	50	العدد
%100	%6.1	%32.9	60.9%	النسبة المئوية

نلاحظ من الجدول السابق أن الطلق الناري كان السبب في 50 حالة أي بنسبه 60.9 بالمئة بينما كانت الشظايا مسؤولة عن 32 حالة بنسبة 32.9 بالمئة وطعنة السكين عن خمس حالات فقط بنسبة 6.1 بالمئة.

توزع الإصابات بين الأمعاء الدقيقة والقولونات:

الجدول (3): توزع الإصابات بين الأمعاء الدقيقة والقولونات

المجموع	إصابة مشتركة	القولونات	الأمعاء الدقيقة	العضو المتأذي
82 مريض	18	38	26	العدد
%100	%22	%46.3	%31.7	النسبة المئوية

أشكال الأذيات المعوية وتوزعها بين الأمعاء الدقيقة والقولونات:

بالنسبة لأذيات الأمعاء الدقيقة توزعت كما يلي:

الجدول (4): أشكال أذيات الأمعاء الدقيقة

المجموع	انقطاع تام	أذية أكبر من 50% من اللمعة	أذية أقل من 50% من اللمعة	جرح أقل من 1 سم	شكل الأذية
8	1	1	2	4	الصائم
18	1	2	4	11	الفائفي
26	2	3	6	15	العدد
%100	%7.7	%11.5	%23.2	% 57.6	النسبة المئوية

تبين من الجدول السابق أن الأذيات الأكثر تواترا في الأمعاء الدقيقة كانت تمزق الجدار الأقل من 50 بالمئة حيث بلغت نسبتها 57.6 بالمئة وتوزعت بين أربع إصابات في الصائم و11 إصابة في الفائفي بينما شكل الانقطاع التام لللمعة النسبة الأقل بنسبة 7.7 بالمئة (إصابة واحدة في الصائم وإصابة في الفائفي). وشكلت الأذية الجدارية الأكثر من 50 بالمئة من لمعة العروة 23.2 بالمئة (6 إصابات توزعت بين إصابتين للصائم مقابل 4 إصابات للفائفي).

أما بالنسبة للأذيات القولونية فتوزعت كما يلي:

الجدول (5): أشكال أذيات القولونات

المجموع	انقطاع تام	أذية أكبر من 50% من اللمعة	أذية أقل من 50% من اللمعة	جرح أقل من 1 سم	شكل الأذية
4	0	1	2	1	الأعور
10	1	1	5	3	القولون الصاعد
10	0	3	3	4	القولون المعترض

15	2	2	3	8	القولون النازل
17	1	2	3	11	القولون السيني
56	4	9	16	27	المجموع
%100	%6.6	%16.3	%28	%48.3	النسبة المئوية

يتبين مرة أخرى من خلال الجدول السابق أن الأذيات الأكثر تواتراً هي أذية الجدار الأقل من 50 بالمئة وذلك في 48.3 بالمئة من الإصابات القولونية توزعت بين 11 إصابة في القولون السيني و8 للقولون النازل و4 إصابات للقولون المعترض و3 إصابات للقولون الصاعد، مقابل إصابة وحيدة للأعور. حدث الانقطاع التام للمعة في أربع حالات فقط: حالتان للقولون النازل مقابل حالة واحدة لكل من القولونين الصاعد والسيني.

طرق إصلاح الأذيات المعوية **Methods of repair of intestinal damages**:

تنوعت تبعاً لموقع الأذيات وشكلها وترافقها مع أذيات أخرى وذلك مع التلوث البرازي المرافق . طرق إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة كانت كما يلي:

الجدول (6): طرق إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة

المجموع	فغر اللفائفي	البتر والمفاغرة	الخيطة المباشرة	نمط الإصلاح
26	2	8	16	العدد
%100	%7.7	%30.7	%61.6	النسبة المئوية

الجدول (7): مقارنة الإصلاح المباشر إلى الفغر في أذيات الأمعاء الدقيقة

المجموع	فغر اللفائفي	الإصلاح المباشر	نمط الإصلاح
26	2	24	العدد
%100	% 7.7	%92.3	النسبة المئوية

يتضح من الجداول السابقة أن الإصلاح المباشر كان الإجراء المتبع في 92.3 بالمئة توزع بين الخيطة المباشرة عند 16 مريض (61.6 بالمئة) والبتر والمفاغرة عند 30.7 بالمئة كانت أغلبها أذيات مشرشرة وأكبر من 50 بالمئة من محيط العروة. بينما كان فغر اللفائفي هو الإجراء المتبع في حالتين فقط (7.7 بالمئة) حيث كانت الأذيتان عبارة عن انقطاع تام للعروة ولكن بسبب سوء الحالة العامة للمريض المصدوم أجرينا الفغر.

أما بالنسبة لطرق إصلاح أذيات القولونات فكانت كما يلي:

الجدول (8): طرق إصلاح أذيات القولونات

المجموع	فغر القولون	هارتمان	بتر ومفاغرة مع فغر	بتر ومفاغرة دون فغر	خيطة مباشرة	نمط الإصلاح
56	13	9	7	3	24	العدد
%100	% 23.2	%16.2	% 12.5	%5.3	%42.8	النسبة المئوية



الشكل(1): أنماط طرق إصلاح أذيات القولونات

الجدول (9): نمط إصلاح أذيات القولونات

نمط الإصلاح	الإصلاح المباشر	الفغر
العدد	34	22
النسبة المئوية	60.7%	39.3%

نلاحظ مرة أخرى أن الإصلاح المباشر هو الأكثر اتباعا في تدبير أذيات القولونات بنسبة 60.7 بالمئة بينما كان 39.3 بالمئة لفغر القولون.

تم اتباع الخياطة المباشرة لدى 24 مريض (42.8 بالمئة) حيث كانت الأذيات عبارة عن جروح بسيطة أو تمزق في الجدار أقل من 50 بالمئة.. وأجريت المفاغرة البدئية بعد التنظير الجيد عند ثلاثة مرضى بنسبة 5.3 بالمئة بدون وجود أي تلوث برازي واضح وأجريت الإصلاح قبل مضي ساعتين على الإصابة. أما البتر والمفاغرة مع فغر دان فأجريت في سبع إصابات بنسبة 12.5 بالمئة حيث شملت الأذية أكثر من 50 بالمئة من الجدار مع وجود شك حول وجود الإنتان الصفاقي بالرغم من الغسيل الواسع وتم إغلاق الفغر بعد شهرين من التداخل الأول.

تم إجراء عملية هارتمان عند تسعة مرضى أي بنسبة 16.2 بالمئة حيث وجد ضياع مادي في القولون النازل والسيني مع تلوث شديد وأغلق الفغر بعد حوالي الشهرين أيضا. تم إجراء فغر القولون عند 13 مريض بنسبه 23.2 بالمئة حيث كانت الإصابة شديدة مع ضياع مادي واضح وعدم وجود الوقت الكافي لأي إجراء آخر (سوء الحالة العامة للمريض).

أما بالنسبة للوقت الفاصل بين وقت الحادث وبدء الإصلاح الجراحي فهو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (10): الوقت الفاصل بين وقت الحادث والإصلاح الجراحي

الزمن بالساعة	خلال أول 4 ساعات	4-8 ساعات	بعد أكثر من 8 ساعات	المجموع
العدد	45	30	7	82
النسبة المئوية	54.9%	36.5%	8.6%	100%

ذوبشكل أدق فقد تم تدبير 54.9 بالمئة من الأذيات خلال الساعات الأربع الأولى و36.5 بالمئة بين 4 إلى 8 ساعات بينما كان هناك 7 أذيات تم تدبيرها بعد مضي 8 ساعات وشكلت 8.6 بالمئة.

ويعد متابعة المرضى سواء أثناء وجودهم في المشفى أو خلال مراجعتهم للعيادة الجراحية فقد تم إحصاء بعض المضاعفات وهي مبينة في الجدول التالي:

الجدول (11): مضاعفات الإصلاح الجراحي

المضاعفات	إنتان الشق الجراحي	خراجة البطن	ناسور معوي	مضاعفات الفغر	انفكاك المفاغرة	المجموع
العدد	6	4	3	2	1	16
النسبة المئوية	7.3%	4.8%	3.6%	2.5%	1.2%	19.4%

يتضح مما سبق أن إنتان الشق الجراحي حدث بنسبة 7.3 بالمئة من الحالات عند ستة من المرضى (أشيع اختلاط) وتم التدبير بفك القطب وترك الجرح ليلتئم بالمقصد الثانوي، أما الخراجة البطنية فوجدت عند 4 مرضى (4.8 بالمئة) .

مقارنة النتائج مع نتائج الدراسات العالمية:

- (1) دراسة Dr.Fealk وزملائه عام 2004 على المرضى الذي تم علاجهم بين عامين 1997-2001 في الولايات المتحدة الأمريكية (74 مريض بإصابة القولونات). (2)
- (2) دراسة الدكتور محمد يوسف حسن وزملائه عام 2003 في مستشفى Medina في مقديشو على مرضى الحرب الذين تم تدبيرهم بين عامي 2000_2002 (430 مريض بإصابة القولونات). (3)
- (3) دراسة Dr.Mathew Wilson وزملائه عام 2007 على المرضى الذين راجعوا مركز الرضوح بين عامي 1995_2006 (81 مريض بإصابة القولونات). (4)
- (4) دراسة Dr.Motamedi وزملائه عام 2010 التي أجراها على ضحايا الحرب بين إيران والعراق بين عامي 1980_1988 (252 مريض بإصابة الأمعاء الدقيقة). (5)
- (5) دراسة Dr.Bušić وزملائه عام 2004 على 23 مريض مصابين بأذيات في الأمعاء الدقيقة أثناء الحرب الكرواتية بين عامي 1991_1992. (6)

بمقارنة طرق إصلاح أذيات القولونات مع الدراسات الأخرى تبين:

الجدول (12): مقارنة طرق إصلاح القولونات بين دراستنا والدراسات الأخرى

نمط الإصلاح	الخيطة المباشرة	بتر+مفاغرة	هارتمان	فغر القولون	المجموع
دراستنا	24(42.8%)	10(17.8%)	9(16.2%)	13(23.2%)	56
Dr.Fealk	39(52.7%)	21(28.3%)	8(10.8%)	6(7.2%)	74
Dr.Hasan	117(27.2%)	76(17.8%)	90(20.9%)	147(34.1%)	430
Dr.Wilson	33(40.7%)	23(28.4%)	10(12.4%)	15(18.5%)	81

يتبين من الجدول أن الخيطة المباشرة كانت الإجراء الأول في دراستنا بنسبه 42.8 بالمئة ثم فغر القولون بنسبة 23.2 بالمئة، ثم البتر والمفاغرة بنسبة 17.8 بالمئة، ثم إجراء هارتمان بنسبه 16.2 بالمئة. واحتلت الخيطة المباشرة الإجراء الأول في دراسة Dr.Fealk بنسبة 52.7 بالمئة، ثم القطع والمفاغرة بنسبة 28.3 بالمئة، ثم إجراء هارتمان بنسبة 10.8 بالمئة، و أخيرا فغر القولون بنسبة 8.2 بالمئة، بينما احتل فغر القولون الإجراء الأول في دراسة

Dr.Hasan بنسبة 34.1 بالمئة، ثم الخياطة المباشرة بنسبة 27.2 بالمئة، ثم إجراء هارتمان 20.9 بالمئة، وأخيرا البتر والمفاغرة 17.8 بالمئة.

احتلت الخياطة المباشرة أيضا النسبة الأعلى في دراسة Dr.Wilson بنسبة 40.7 بالمئة، ثم البتر والمفاغرة بنسبة 28.4 بالمئة، و فغر القولون 18.5 بالمئة، ثم إجراء عملية هارتمان 12.4 بالمئة.

أما بالنسبة للفترة الفاصلة بين وقت الحادث وبدء الإصلاح الجراحي فهي مبينة في الجدول التالي:

الجدول (13): مقارنة الفترة الفاصلة بين وقت الحادث وبدء الإصلاح الجراحي

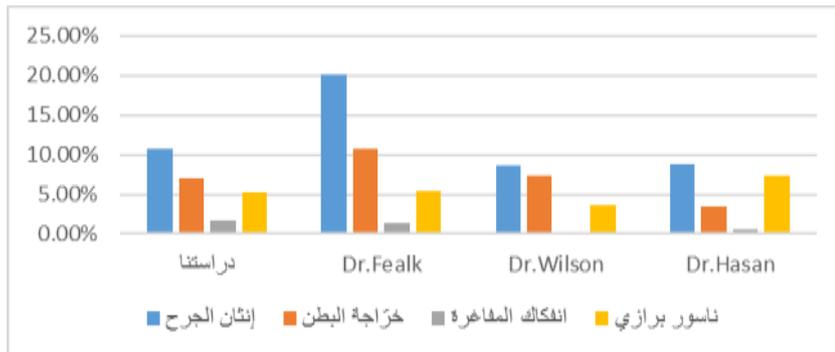
الزمن بالساعات	أول 4 ساعات	4-8 ساعات	أكثر من 8 ساعات	المجموع
دراستنا	45 (54.9%)	30 (36.5%)	7 (8.6%)	82
Dr.Fealk	47 (63.5%)	20 (27%)	7 (9.4%)	74

نلاحظ مما سبق أن 91.4 بالمئة من مرضى دراستنا تم إجراء التدبير اللازم لهم خلال 8 ساعات الأولى و90.5 بالمئة من مرضى دراسة Dr.Fealk تم إجراء التدبير لهم خلال 8 ساعات الأولى وهذا يدعم كون الإصلاح المباشر هو الإجراء الأول في تدبير رضوح القولونات.

بمقارنة مضاعفات الإصلاح الجراحي للأذيات القولونية نجد:

الجدول (14): مقارنة مضاعفات الإصلاح الجراحي للأذيات القولونية بين دراستنا والدراسات الأخرى

المضاعفات	إنتان الشق الجراحي	خراجة البطن	انفكالك المفاغرة	ناسور برازي
دراستنا	6 (10.7%)	4 (7.1%)	1 (1.7%)	3 (5.3%)
Dr.Fealk	15 (20.2%)	8 (10.8%)	1 (1.3%)	4 (5.4%)
Dr.Wilson	7 (8.6%)	6 (7.4%)	0 (0%)	3 (3.7%)
Dr.Hasan	38 (8.8%)	14 (3.2%)	3 (0.6%)	32 (7.4%)



الشكل (2): مقارنة مضاعفات الإصلاح الجراحي للأذيات القولونية

نستنتج مما سبق أن إنتان الجرح كان الأكثر شيوعا في الاختلاطات في كل الدراسات إذ بلغت النسبة أعلى قيمه لها في دراسة Dr.Fealk بنسبة 20.2 بالمئة بينما كان انفكالك المفاغرة هو الاختلاط الأقل شيوعا في كل الدراسات حيث بلغت النسبة الأكبر في دراسة Dr.Fealk بنسبة 1.3 بالمئة وبينما كانت 0 بالمئة في دراسة Dr.Wilson.

أجرينا مقارنة بين دراستنا ودراسة كل من Dr.Hasan و Dr.wilson على المرضى الذين أجري عندهم فغر

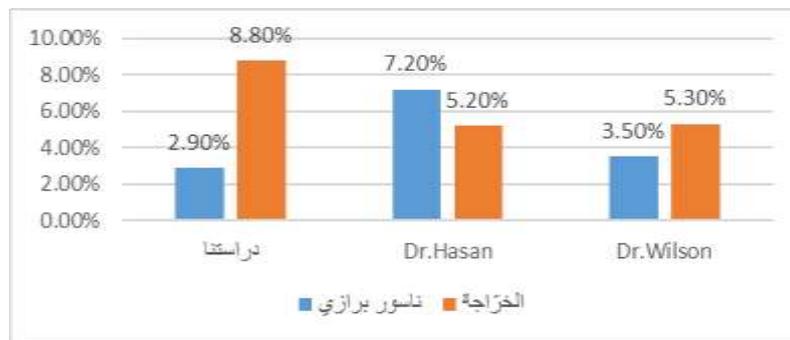
قولون

وإصلاح بدئي وقارنا نسبة الاختلاطات في كل حالة في كلتا الدراستين وفق ما يلي:

المرضى الذين أجري لهم إصلاح بدئي:

الجدول (15): مقارنة شيع المضاغفات عند المرضى الذين أجري لهم إصلاح بدئي

Dr.Wilson	Dr.Hasan	دراستنا	العدد
56	193	34	
(3.5%)2	(7.2%)14	(2.9%)1	الناصور البرازي
(5.3%)3	(5.2%)10	(8.8%)3	الخراجة البطنية

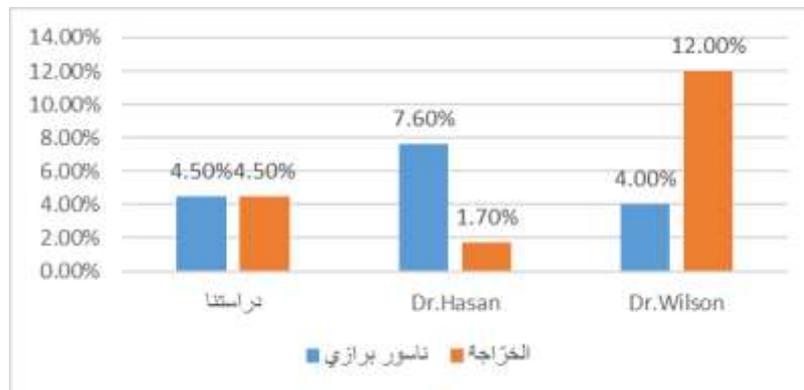


الشكل (3): مقارنة الاختلاطات عند مرض الأديبات القولونية الذين أجري لهم إصلاح بدئي

المرضى الذين أجري لهم فغر قولون:

الجدول (16): مقارنة شيع الاختلاطات عند مرض الأديبات القولونية الذين أجري لهم فغر قولون

Dr.Wilson	Dr.Hasan	دراستنا	العدد
25	237	22	
(1%)4	(18%)7.6	(1%)4.5	الناصور البرازي
(3%)12	(4%)1.7	(1%)4.5	الخراجة البطنية



الشكل (4): مقارنة الاختلاطات عند مرض الأديبات القولونية الذين أجري لهم فغر قولون

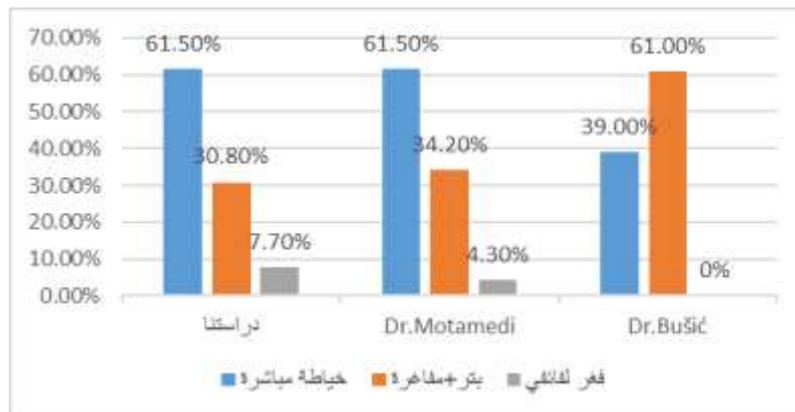
نلاحظ مما سبق أن 2.9 بالمئة من مرضى دراستنا الذين أجري لهم إصلاح بدئي تطور عندهم ناسور برازي بينما تطور عند 4.5 بالمئة عند من أجرينا عندهم فغر للقولون. تطور عند 8.8 بالمئة من مرضى دراستنا الذين أجري لهم إصلاح بدئي خراجة بطنية بينما تطور عند 4.5 بالمئة عند من أجرينا عندهم فغر للقولون. أما مرضى Dr.Hasan الذين أجري لهم إصلاح بدئي فقد تطور عند 7.2 بالمئة ناسور برازي مقابل 7.6 بالمئة عند من أجري لهم فغر للقولون. أيضا في دراسة Dr.Hasan الذين أجري لهم إصلاح بدئي تطور عند 5.2 بالمئة خراجة بطنية مقابل 1.7 بالمئة عند من أجري لهم فغر للقولون.

أما مرضى Dr.Wilson الذين أجري لهم إصلاح بدئي فقد تطور عند 3.5 بالمئة ناسور برازي مقابل 4 بالمئة عند من أجري لهم فغر للقولون. أيضا في دراسة Dr.Wilson تطور عند 5.3 بالمئة ممن أجري لهم إصلاح بدئي خراجة بطنية مقابل 12 بالمئة عند من أجري لهم فغر للقولون. نستنتج من الإحصائيات السابقة أن نسب الاختلاطات متقاربة جدا بين المرضى الذين أجري لهم إصلاح بدئي مقابل المرضى الذين خضعوا لفغر القولون.

بمقارنة طرق إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة مع الدراسات الأخرى تبين ما يلي:

الجدول (17): مقارنة طرق إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة مع الدراسات الأخرى

نمط الإصلاح	خيطة مباشرة	بتر+مفاغرة	فغر للفائقي	المجموع
دراستنا	16(61.5%)	8(30.8%)	2(7.7%)	26
Dr.Motamedi	155(61.5%)	86(34.2%)	11(4.3%)	252
Dr.Bušić	9(39%)	14(61%)	0(0%)	23



الشكل (5) مقارنة طرق إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة مع الدراسات الأخرى

يتضح مما سبق أن الخيطة المباشرة كانت الإجراء الأول في دراستنا ودراسة Dr.Motamedi بنسبة 61.5 بالمئة بينما كان البتر والمفاغرة هو الإجراء الأول في دراسة Dr.Bušić بنسبة 61 بالمئة وكان الفغر هو الإجراء الأقل اتباعا في جميع الدراسات.

مقاربة مضاعفات الإصلاح الجراحي لأذيات الأمعاء الدقيقة يتبين ما يلي:

مقارنة مضاعفات الإصلاح الجراحي لأذيات الأمعاء الدقيقة

الجدول (18): مقارنة مضاعفات الإصلاح الجراحي لأذيات الأمعاء الدقيقة

المجموع	انفكاك المفاغرة	ناسور معوي	المضاعفات
26	0(0%)	1(3.8%)	دراستنا
252	1(0.3%)	4(1.5%)	Dr.Motamedi

يتبين من الجدول أن الناسور المعوي حصل في حالة واحدة فقط في دراستنا 3.8 بالمئة وكانت على حساب الثلث الأول من الصائم بعد إجراء البتر والمفاغرة وتم علاج الناسور بالعلاج المحافظ. بينما حدث الناسور المعوي عند أربعة مرضى بنسبة 1.5 بالمئة في دراسة Dr.Motamedi . لم تحدث أية حالة لانفكاك المفاغرة في دراستنا بينما حدثت حالة واحدة فقط في دراسة Dr.Motamedi بنسبة 0.3 بالمئة وكان الانفكاك على حساب مفاغرة صائمية تم إجراؤها بعد حوالي 9 ساعات من الأذية البدئية.

الاستنتاجات والتوصيات:**الاستنتاجات:**

نلاحظ من خلال دراستنا أن نسبة الذكور للإناث هي 73.1% إلى 26.9% على التوالي وهي مقاربة للنسب العالمية. ويشكل الطلق الناري النسبة الأكبر بين أدوات الرضح التي سببت الأذيات المعوية النافذة بنسبة 60.9% وهو مشابه أيضا للدراسات العالمية بينما احتلت الشظايا السبب الثاني بنسبة 32.9%. وشكل الإصلاح البدئي سواء بالخياطة المباشرة أو بالمفاغرة الإجراء الأكثر استخداما في إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة والقولونات، إذ تم إجراء الإصلاح المباشر بنسبة 60.6% من الأذيات القولونية وبنسبة 92.3% من أذيات الأمعاء الدقيقة. وإن الإجراء الجراحي الأكثر استخداما في دراستنا لتدبير أذيات القولونات هو الخياطة المباشرة بنسبة 42.8% وشكل إجراء هارتمان الإجراء الأقل استخداما بنسبة 16.2%. وكانت الخياطة المباشرة أيضا الإجراء الأكثر اتبعا في إصلاح أذيات الأمعاء الدقيقة بنسبة 61.5% بينما شكل فغر اللفائفي الإجراء الأقل استخداما بنسبة 7.7% وهذا يتوافق بشكل كبير مع الدراسات العالمية. تم إجراء الإصلاح الجراحي عند 90.5% خلال الساعات الثماني الأولى، وهذا ساهم بشكل كبير في السماح بإجراء الإصلاح المباشر والاستغناء عن إجراء الفغر في العديد من الحالات. وإن الاختلاطات الجراحية التي تم تشخيصها في دراستنا هي بالترتيب: إنتان الشق الجراحي-خراجة البطن-الناوسر البرازي-انفكاك المفاغرة. وحدثت هذه الاختلاطات عند 15 مريض أي بنسبة 18.2%. شكل إنتان الشق الجراحي المضاعفة الأشيع في دراستنا والدراسات العالمية إذ بلغت نسبتها في دراستنا 10.7% وشكل انفكاك المفاغرة الاختلاط الأقل بنسبة 1.7%.

وكانت الاختلاطات متقاربة جدا بين المرضى الذين أجري لهم إصلاح بدئي مقابل المرضى الذين خضعوا لفغر اللفائفي أو القولون، مما يبين أن الفغر لا يخفف من نسبة المضاعفات التالية للجراحة.

التوصيات:

التأكيد على السرعة الفائقة والمبرمجة في إجراءات: التشخيص-المعالجة-العناية بعد العمل الجراحي. ضرورة تواجد قسم خاص في العناية المشددة لمتابعة مرضى الرضوح الحربية بإشراف تخديري جراحي مع الاستعانة بأطباء الداخلية عند الضرورة. يجب التعامل مع مرضى الرضوح الحربية بشكل استثنائي منذ لحظة نقل المريض مرورا بتقييمه وإنعاشه وانتهاء بتدبيره، لما تشكله كل مرحلة من أهمية بالغة.

المراجع

1. MATTOpeer group pressureX,K.L;MOORE,E.E, *Trauma*.7th ed,MC Graw Hill,U.S.A,2013,590.
2. FEALK,M,*the conundrum of traumatic colon injury*,the American journal of surgery,U.S.A,vol. 188,2004,663-670 .
3. HASSAN,M.Y , *abdominal war wounds with large bowel involvement*,East and central African journal of surgery,south Africa,vol.8,No1,2003.
4. WILSON,M.T,*adapting to the changing paradigm of management of colon injuries*,the American journal of surgery,U.S.A,vol.194,2007,746-750.
5. MOTAMEDI,M.R,*assessment and outcome of 496 penetrating gastrointestinal warfare injuries* ,JR Army Med corps. zolo Mari,vol.156,No.1,2010,25-27.
6. BUŠIĆ,Ž,*small bowel injuries in penetrating abdominal trauma during war:ten-year follow- up findings,military medicine*,U.S.A,vol.169,No.9,2004,721.