



به نام خدای مهربانی ها

In the name of god of kindness

اورژانس های جراحی

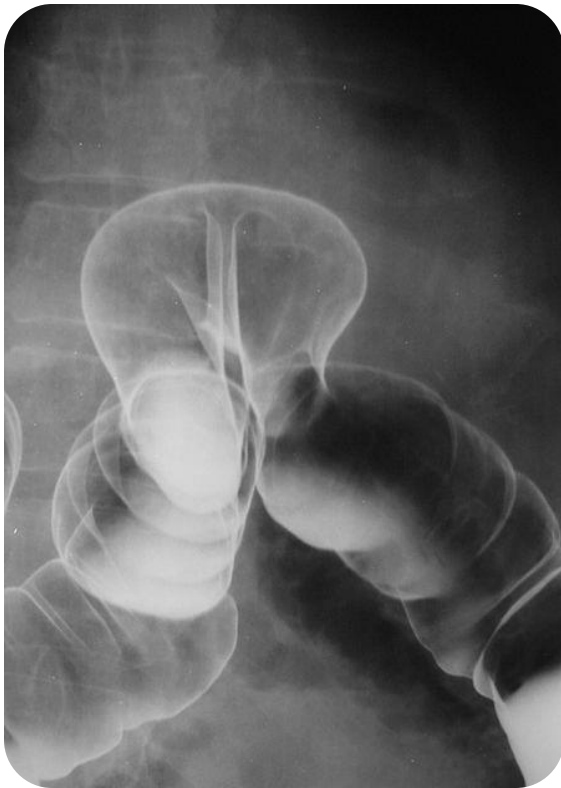
Sara Rahimi
PhD. faculty member of quims.



دانشگاه گوارش گویا
شماره 12
بیمارستان
گوارش گویا 2014/7/1



انسداد روده کوچک



❖ یکی از اختلالات رایج در روده کوچک که در هر ناحیه ای ایجاد می گردد .

❖ اما شایع ترین محل آن ایلئوم است که باریک ترین محل روده کوچک محسوب می گردد.

❖ این انسداد میتواند کامل یا نسبی باشد.

انواع انسداد روده کوچک

انسداد ها میتوانند به صورت مکانیکی و غیر مکانیکی باشند .

انسداد مکانیکی :

توسط اختلالات خارج روده ای مانند فتق اینگوینال و پیچ خوردگی و یا بلوک داخل روده ای مانند تومور یا تجمع مدفوع و انگل رخ می دهد.

انسداد غیر مکانیکی :

به آن ایلتوس پارالیتیک گفته می شود و به دنبال اختلالات نوروماسکولار ایجاد می شود، در این حالت فعالیت های عضلانی روده آنچنان کاهش پیدا می کند که به آهسته شدن حرکت محتویات روده می انجامد.

چند نکته:

- در انسداد مکانیکی حرکات پرستالتیسم روده افزایش یافته که باعث تحریک بیشتر ترشحات و افزایش اتساع روده می گردد. با افزایش نفوذپذیری مویرگی و ادم روده، پلازما به فضای روده ای نشت پیدا کرده، باعث تجمع مایع و الکترولیت ها در این فضا می گردد، که باعث هیپوولمی میشود.
- انسداد نواحی فوقانی روده کوچک با تحریک استفراغ، باعث از دست رفتن اسیدکلریدریک معده و آلكالوز متابولیک می شود .
- انسداد های زیر دئودنوم باعث از دست رفتن اسید و باز، شده و مشکلات متابولیکی شدیدی را به وجود می آورد .
- انسداد های مربوط به نواحی انتهایی روده کوچک باعث از دست رفتن مایعات قلیایی شده و موجب بروز اسیدوز متابولیک می شوند .

تظاهرات بالینی انسداد روده کوچک

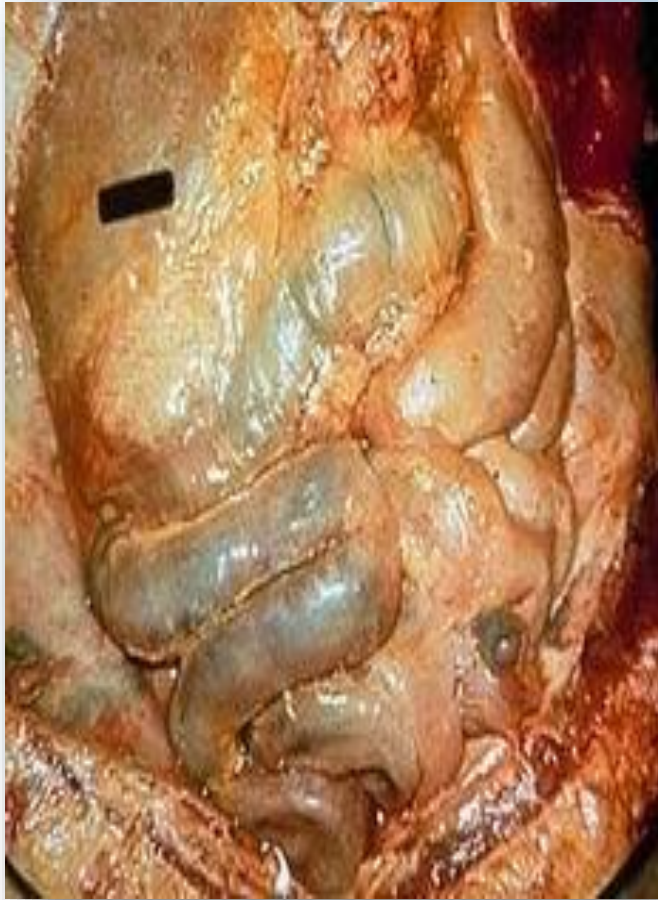
علائم و نشانه های انسداد حاد بستگی به محل و مدت زمان انسداد دارد و شامل :

- دیستانسیون
 - بیوست مقاوم
 - استفراغ مدفوع
 - درد گنگ
 - تغییر یا عدم حضور صداهای شکمی
- انسداد نسبی ممکن است بدون علامت باشد، ولی انسداد شدید همیشه همراه با درد و استفراغ است.

علائم مربوط به انسداد مکانیکی و غیر مکانیکی روده کوچک



انسداد روده بزرگ



□ انسداد روده بزرگ باعث تجمع محتویات روده، مایع و گاز در پشت ناحیه انسداد می شود.

□ انسداد کولن منجر به اتساع شدید و پارگی می گردد، مگر آنکه گاز و مایع تجمع یافته بتواند از طریق دریچه ایلئوسکال، به طرف روده کوچک باز گردد.

□ در صورت انسداد جریان خون به ناحیه، احتمال نکروز ناحیه وجود دارد.

□ در این نوع انسداد، علائم دهیدراتاسیون به آهستگی پیشرفت می کند زیرا کولن قادر به جذب محتویات مایع جمع شده درون خود است.

علايم انسداد روده بزرگ

کرامپ شديد زیر شکم

ديستاسيون شديد شکم

احتمال بروز استفراغ با محتويات مواد
نارنجی یا قهوه ای با بوی مدفوع

یبوست و عدم دفع گاز

اسیدوز متابولیک

نکات کلیدی در تشخیص و درمان

گوش دادن به صداهای شکم یکی از مهمترین مهارت ها جهت بررسی اینگونه بیماران است. فقدان صداهای شکم، دلالت بر ایلئوس پارالتیک دارد.

در صورت حضور صداهای شکم مشخصات آن دارای ارزش بسیار است. صدای ایجاد شده توسط انسدادهای مکانیکی به طور مشخص بلند، سریع و مداوم هستند. درد معمولاً ارتباط مستقیمی با فعالیت پرستالتیسم روده دارد و بنابراین همراه با این حرکات کم یا زیاد می گردد.

در لمس ممکن است شکم دارای حساسیت متوسط و منتشر بر روی تمامی نواحی شکم، و یا درد لوکالیزه باشد.

مطالعات رادیوگرافی و علائم حیاتی می تواند نشانه های انسداد را مشخص نماید. در انسداد روده، در عکس ایستاده شکم سطح مایع - گاز دیده می شود که کلید بسیار مهم تشخیصی برای انسداد مکانیکی است.

مداخلات درمانی در انسداد روده و کولن

- I. برداشتن فشار از روی مجرای گوارشی: باید بیمار را NPO نگه داشته و از لوله معده استفاده گردد. لوله معده باید به کیسه متصل گردد و جریان ترشحات توسط جاذبه برقرار گردد. لوله باید هر ۴ ساعت توسط ۳۰ میلی لیتر نرمال شسته شود تا مجرای آن همیشه باز باشد.
- II. دادن پوزیشن مناسب به بیمار: قرار گرفتن پوزیشن نیمه نشسته به کاهش فشار ناشی از اتساع شکم بر قفسه سینه کمک می کند و موجب تسهیل در تهویه می گردد.
- III. کنترل درد: درد کولیکی در انسدادهای مکانیکی همراه با تهوع، استفراغ خشکی مخاطها و تشنگی باعث ناراحتی شدید بیمار می گردد. اما تجویز مسکن مخدر به این بیماران ممنوع است زیرا علائم بیماری، و بخصوص علائم مربوط به پارگی را می پوشاند.
- IV. تصحیح اختلال مایعات و الکترولیت ها: مایعات وریدی بر اساس میزان BUN و کراتینین سرم طبق دستور پزشک تجویز می شود. در صورت وجود علائم خون ریزی داخلی، ممکن است نیاز به تجویز خون نیز داشته باشند.
- V. آمادگی برای اعزام به اتاق عمل: در انسدادهای مکانیکی باید در اولین فرصت ممکن بیمار را برای اعزام به اتاق عمل آماده نمود.

دستورات اولیه برای انسداد روده

2. CVS Q4h & chart
3. NG tube fixed
4. Foley Cath fixed
5. Chart I/O, NGT
6. Serum NS 1000 cc / IV / stat free (more stat serum if needed)
7. Serum half saline 1000 cc / IV / tds
8. CBC, Na, K, BUN, Cr, BS, PT, PTT, INR, UA
9. ABG
10. ECG
11. Cardiac monitoring & Pulse oximetry (if very ill)
12. Supplemental O2 (3-4 lit/min)
13. CXR (upright)
14. Abdominal X-ray (supine & upright)
15. Abdominopelvic sonography (CT scan may also be indicated)
16. Amp Ranitidine 50 mg / IV / bd
17. Amp Ceftriaxon 1 gr / IV / bd
18. Vial Metronidazol 500 mg / IV / qid
19. Cardiology consult
20. Reserve 6 units of PC
21. Informed concent for colostomy

پریتونیت

پریتونیت عبارت است از التهاب حاد پرده صفاق که میتواند اولیه یا ثانویه، موضعی یا منتشر باشد و جزء بیماری های تهدید کننده حیات می باشد.

وقتی حفره صفاق آلوده می شود بدن از خود واکنش التهابی نشان می دهد تا عفونت موضعی را لوکالیزه کند. در صورت محدود شدن پریتونیت، از انتشار آن جلوگیری می شود در غیر این صورت عفونت گسترش پیدا می کند.

اتساع عروقی منجر به جابجایی مایعات می گردد و باعث شانت خون بیشتر به طرف ناحیه ملتهب می گردد. مایع از فضای خارج سلولی به سمت پریتونئ شیفیت پیدا می کند و در آنجا تجمع پیدا می کند این شیفیت مایعات از عروق می تواند موجب کاهش چشمگیر حجم خون در گردش گردد. این کاهش حجم خون، به نارسایی کلیوی همراه با عدم تعادل الکترولیتی می انجامد.

در دستگاه گوارش پریتونیت آهسته شده و یا متوقف می گردد و بدین ترتیب مجرای روده ها به واسطه تجمع گاز یا مایع گشاد می گردد.

توکسین ها و باکتری های عامل پریتونیت همچنین می توانند از طریق فضای صفاق وارد گردش خون شده ، منجر به باکتری می ، و سیت ، سمی ، گردند .

مشکلات تنفسی می تواند به واسطه افزایش فشار شکم و احشا بر دیافراگم ، به دلیل اتساع شدید روده و تجمع مایع در حفره صفاقی اتفاق بیفتد . بدین ترتیب دیسترس تنفسی شکل می گیرد و با افزایش زور تنفسی ، بیمار دچار درد می شود .

• پريتونيت اوليه

پريتونيت اوليه يك عفونت حاد باكتريايي است كه با پارگي احشا همراه نيست. اين عفونت ممكن است به واسطه انتقال ارگانيزم هايي كه در ساير مناطق بدن ايجاد عفونت کرده اند از طريق خون منتقل شود.

• پريتونيت ثانويه

پريتونيت ثانويه به دليل نشت باكتري از طريق پارگي يا سوراخ شدگي يكي از احشاي شكم اتفاق مي افتد. همچنين واكنش هاي شيميايي شديد ناشي از انزيم هاي پانكراس، شيره هاي گوارشي، يا آزاد شدن صفرا به داخل حفره صفاق مي تواند عامل پريتونيت ثانويه باشد .

مهمترین علل ایجاد پریتنوئیت شامل موارد زیر است



تظاهرات بالینی

۱. بیمار شدیداً بد حال بوده، تمایل به خوابیدن در وضعیتی با پاهای خم شده دارد.
۲. بیمار در مقابل حرکت کردن مقاومت دارد.
۳. علائم درد شکمی با سرفه و هر گونه حرکتی ظاهر می شود. درد ممکن است نیز و لوکالیزه یا منتشره به قفسه سینه و شانه ها باشد
۴. شکم سفت است.
۵. صدا های شکم اغلب با پیشرفت التهاب قطع می شوند.
۶. در پریتونیت موضعی شکم در ناحیه گرفتار حساس است.
۷. بیمار ممکن است تب بالا داشته باشد ولی اندام ها سرد است.
۸. تاکیکاردی در پاسخ به تب ایجاد می شود.
۹. مخاط ها خشک و تورگور پوست ضعیف می شود
۱۰. برون ده ادراری کاهش پیدا می کند.
۱۱. WBC افزایش یافته و به مرز ۲۰۰۰۰۰ در میلی متر مکعب می رسند.

مداخلات درمانی



انفوزیون مایعات وریدی



کنترل دقیق و یک ساعته جذب و دفع مایعات



جایگذاری لوله معده و **NPO** ننگه داشتن بیمار



تجویز اکسیژن



کنترل **ABG** در بیمار



اندازه گیری مکرر **BUN**، کراتنین



بررسی عکس رادیوگرافی شکم از نظر وجود هوای آزاد در زیر دیافراگم که نمایانگر پارگی احشاست.



توجه به علائم وقوع شوک سپتیک



شروع آنتی بیوتیک وسیع الطیف بعد از انجام آزمایشات



آماده سازی بیمار برای اعزام به اتاق عمل جهت انجام عمل لاپاراتومی

دستورات اولیه در پریتونیت حاد

1. NPO
2. CVS q1h + Chart I/O
3. Serum NS 1000 cc / IV / stat (or more stat serum depending on hydration state)
4. CBC, Na, K, BUN, Cr, BS, PT, PTT, INR, Amylase, LFT, UA
5. Foley cath fixed
6. Amp Ceftriaxon 1 gr / IV / bd
7. Vial Metronidazol 500 mg / IV / qid
8. Amp Ranitidin 50 mg / IV / bd
9. Reserve 4 units PC
10. CXR (upright)
11. Abdominal X-rays (upright & supine)
12. Abdominopelvic sonography
13. ECG
14. ABG
15. Cardiology consult (for males > 40 y/o and females > 45 y/o)
16. Supplemental O2, Cardiac monitoring & Pulseoximetry (if very ill)

آپاندیسیت



آپاندیسیت عبارت است از التهاب حاد زائده ی کرمی شکل آپاندیس که به سکوم کولن چسبیده است. این زائده باریک حدود ۰/۸ تا ۲/۴ سانتی متر طول داشته و محل آن در ریشه ایلیاک راست، درست زیر دریچه ایلئوسکال است. التهاب آپاندیس شایع ترین مشکل در ناحیه شکم است.

در صورت بسته شدن مجرای آپاندیس التهاب رخ می دهد و این التهاب منجر به عفونت می گردد. با ادامه التهاب، مکوس به ترشح مایع ادامه می دهد، آنقدر که فشار داخل مجرای آپاندیس از فشار وریدی بیشتر شده، جریان خون آپاندیس متوقف می گردد. با ادامه ی روند و افزایش فشار بر بستر عروقی، ناحیه طی ۲۴ تا ۳۶ ساعت دچار هیپوکسی و گانگرن می شود.

در صورتی که عفونت به آهستگی پیشرفت کند منجر به تشکیل آبسه های موضعی می گردد و در صورت پیشرفت سریع عفونت پریتونیت عارض می گردد.

تظاهرات بالینی آپاندیسیت

درد اولیه با کولیک، در ناحیه اپیگاستر یا دور ناف اولین علامت است.

در مراحل نهایی التهاب، درد بیشتر لوکالیزه بوده و در ناحیه RLQ مستقر می شود. که به آن ناحیه مک بورنی گفته می شود.

دردی که با سرفه و حرکت بیشتر شده و توسط مفصل هیپ و خم کردن زانو ها تخفیف می یابد که نمایانگر پاره شدن آپاندیس و پریتونیت است.

بی اشتها و تهوع

حساسیت شکمی در لمس یک علامت شایع و معتبر است.

علامت روزینگ، بدین ترتیب که اگر به ربع تحتانی چپ فشار وارد آورید، درد رجوعی در ربع تحتانی راست احساس خواهد شد.

سفتی عضلات در ناحیه حساس دیده می شود.

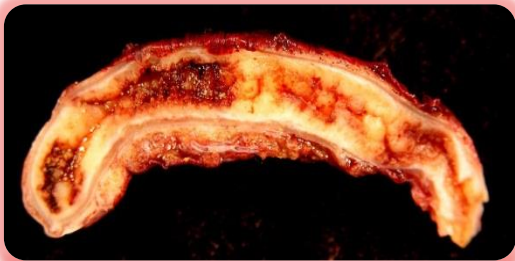
حساسیت برگشتی بدین ترتیب که به دنبال برداشتن فشار وارده از روی ناحیه مک بورنی، درد تیزی در این ناحیه دیده می شود.

درجه حرارت بیمار بین $37/2$ تا 38 درجه سانتی گراد متغیر است.

افزایش تعداد WBC ها.

نکته کلیدی

به عنوان یک قانون در حضور علائم فوق باید بیمار مونث را از نظر التهابات ژنیکولوژی و بیماران مذکر را توسط آزمایشات رکتال از نظر پروستاتیت و سایر التهابات مجاری ژنیکولوژی مورد معاینه قرار داد زیرا درد و علائم ناشی از این التهابات از علائم آپاندیسیت پیروی می کند .





مداخلات درمانی

NPO کردن بیمار

تجویز مایعات وریدی

قرار دادن بیمار در پوزیشن نیمه نشسته

Infected appendix

ADAM


بررسی مکرر کیفیت درد و حساسیت شکمی

کنترل علائم حیاتی و تب

اجتناب از تزریق مسکن پیش از تشخیص قطعی

آماده سازی بیمار برای انتقال به اتاق عمل

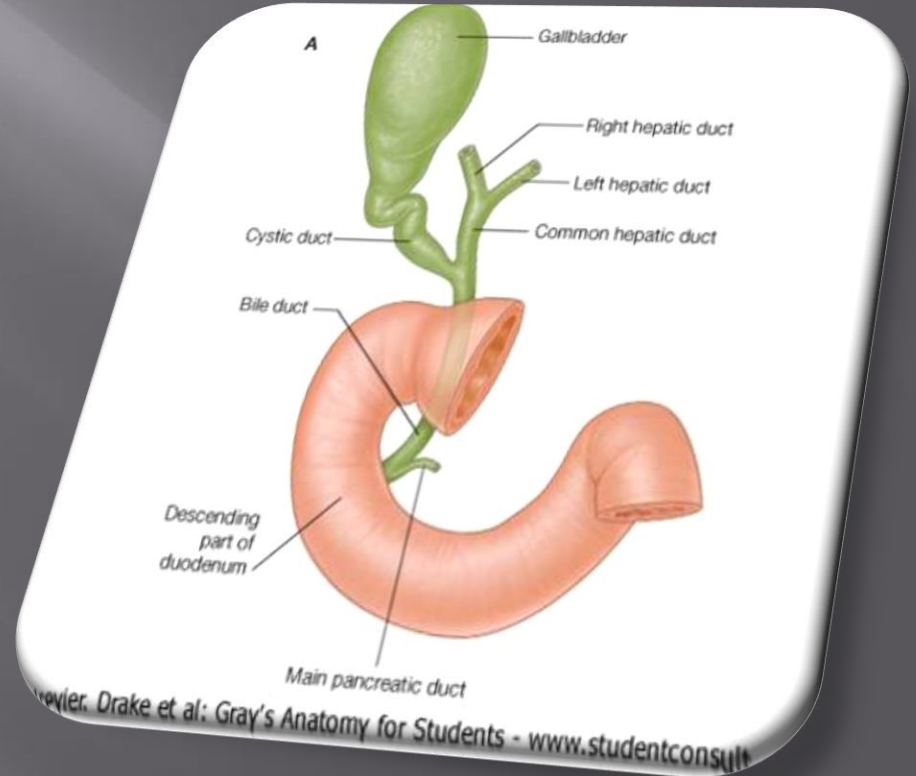
- 1. NPO
- 2. CVS q6h
- 3. Serum NS 1000 cc / IV / stat free
- 4. Serum half Saline 1 lit / IV / tds
- 5. CBC, Na, K, BUN, Cr, BS, UA, Grav index (for women)
- 6. Abd.X-ray (supine)>> not necessary (if clinical Dx is highly suspected)
- 7. CXR
- 8. ECG & Cardiology consult if age>40 y/o
- 9. Abdominopelvic sonography (esp. for women)
- 10. OB/GYN consult if gynecologic problems may not be ruled out



ذهن ما باغچه است
گل در آن باید کاشت
گر نکاری گل من
علف هرز در آن میروید
زحمت کاشتن یک گل سرخ
کمتر از زحمت
برداشتن هرزگی آن علف است



كله سيستيت



کله سیستیت:

❖ التهاب کیسه صفرا را کله سیستیت گویند

❖ می تواند حاد یا مزمن باشد

❖ شیوع در سنین ۳۰-۵۰ سالگی ، در زنان بیشتر از مردان.

❖ صفرا ماده ای است که در کبد ساخته شده و در کیسه صفرا ذخیره می شود

❖ صفرا از طریق مجرای مشترک صفراوی پایین میرود و با باز شدن اسفنکتر

ادی(Odi sphincter) به دنبال خارج شدن مایع خمیری از معده به درون روده باریک

می ریزد.

❖ هنگامی که اسفنکتر ادی بسته است صفرا از طریق مجرای صفراوی مشترک به درون



علل ایجاد کله سیستیت:

شایعترین علت آن سنگهای کیسه صفرا می باشد

۵-۱۰ درصد موارد در جراحی بیماران با کله سیستیت حاد سنگ وجود ندارد و

علت التهاب و انسداد است.

احتمال ایجاد التهاب کیسه صفرای بدون سنگ در :

تروماها، سوختگی ها، پس از یک زایمان طولانی، جراحی های ارتوپدی و سایر

جراحی های ماژور، واسکولیت، ادنوکارسینوم انسداد دهنده کیسه صفرا، دیابت

ملیتوس، پیچش کیسه صفرا، عفونتهای باکتریال غیر معمول کیسه صفرا (مثل

لپتوسپیرا، استرپتوکوکوس، سالمونلا یا پیبریوکلا)، عفونتهای انگلی کیسه صفرا

بیشتر می باشد

سنگ های صفرآوی (کله لپتياز):

به طور کلی سنگهای کیسه صفرا را به سه گروه تقسیم می کنند:

۱. **کلسترولی:** شایعترین نوع بوده و بیشتر در زنان دیده میشود.
۲. **سنگهای پیگمانی:** این نوع به دو گروه سیاه (در موارد همولیز و سیروز) و بیلی روبینات کلسیم (ناشی از عفونت سیستم صفراوی)
۳. **سنگهای مختلط:** شامل سنگ های کلسترولی ، پیگمانی، کربنات کلسیم و نمک های صفراوی می باشند.

سنگ های صفراوی :

■ سنگ های صفراوی هنگامی تشکیل می شوند که صفرا به مدت زیادی در کیسه صفرا بماند و در آنجا تغلیظ و فوق اشباع شود.

■ سنگ های تشکیل شده در مجرای صفراوی گیر افتاده و سبب انسداد آن می شوند که باعث اتساع صفرا می شود که این اتساع سبب کاهش خونرسانی به اپی تلیوم آن و التهاب کیسه صفرا می شود.

■ **عوامل خطر:** جنس مونث، چاقی، سن بیشتر از ۴۰، حاملگی، دیابت، سیروز کبدی، بیماری التهابی روده و مصرف OCP.

علایم

- در ۵۰٪ موارد سنگ های صفراوی بدون علامت است
- اولین علامت بیماری درد یا کولیک صفراوی (به علت انسداد موقتی مجاری خروجی کیسه صفرا)
- درد از قسمت فوقانی خط میانی شکم (ناحیه RUQ) شروع شده و گاهی به پشت و شانه راست تیر می کشد
- تشدید درد با توقف تنفس در دم عمیق یا سرفه
- بیمار بیقرار بوده و با تغییر وضعیت سعی در رفع درد دارد
- تهوع و استفراغ (که استفراغ گاهی سبب بهبود علائم می گردد)
- ممکن است بیمار از سابقه نفخ، سوء هاضمه، آروغ زدن، عدم تحمل غذاهای چرب و احساس ناراحتی مبهم در قسمت فوقانی راست شکم و اپی گاستر شکایت کند.
- درجه حرارت بدن طبیعی است.

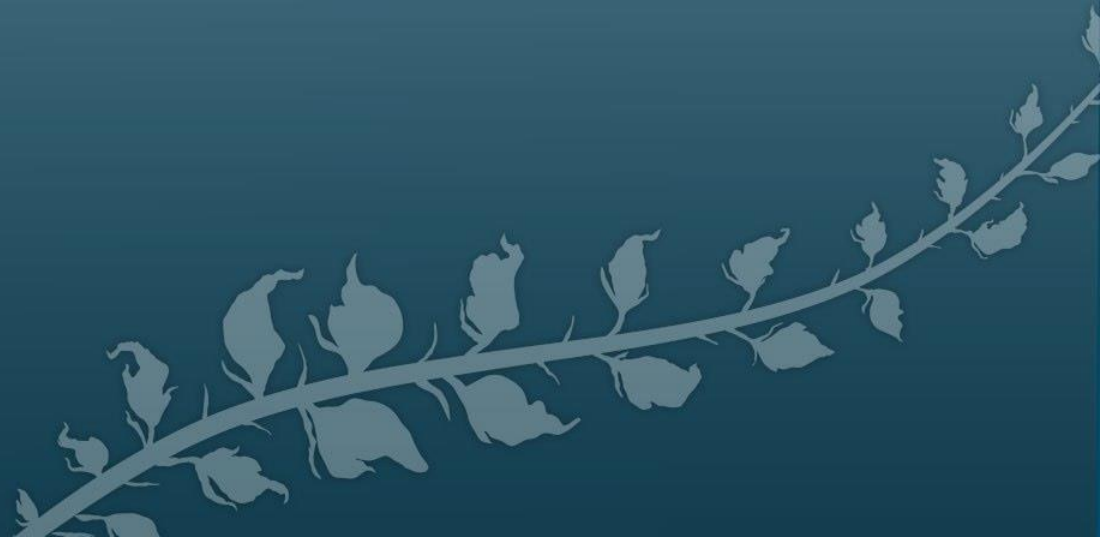
روش های تشخیصی:

سونوگرافی شکم

توموگرافی کامپیوتری

کلانژیو گرافی آندوسکوپیک پس رونده (ERCP)

کله سیستوگرافی



مداخلات درمانی

1. NPO
 2. CVS q4-6h
 3. NG tube fixed (if N/V is significant)
 4. Foley cath fixed (if ill or aged)
 5. Chart I/O (if ill or aged)
 6. Serum NS 1000 cc / IV / stat
 7. Serum half Saline 1 lit / IV / tds
 8. CBC, Na, K, BUN, Cr, BS, PT, PTT, INR, AST, ALT, ALP, Bil (T,D), Amylase
 9. Amp Ranitidin 50 mg / IV / bd
 10. Amp Meperidine 25 mg / IM / qid
 11. Amp Ceftriaxon 1 gr / IV / bd
 12. Vial Metronidazol 500 mg / IV / qid
 13. Amp metoclopramide 10 mg / IV / stat (if vomits)
 14. Abdominal X-rays (supine & upright)
 15. Abdominopelvic sonography (liver, GB, biliary tracts)
 16. ECG
 17. CXR (upright)
- مصرف مورفین ممنوع است زیرا تصور میشود که باعث اسپاسم مجرای کیسه صفرا می شود.

درمان:

- ❖ درمان انتخابی، کله سیستکتومی (برداشتن کیسه صفرا)
- ❖ کله سیستکتومی با لاپاراسکوپ (بهتر از کله سیستکتومی با جراحی باز)
- ❖ در موارد غیر حاد مصرف اورسودیول برای حل کردن سنگ‌های صفراوی توصیه شود.
- ❖ رژیم کم چربی و مسکن تجویز می‌شود.
- ❖ از درمان‌های جدید سنگ کیسه صفرا در موارد غیر حاد، تزریق مواد حلال از طریق پوست به کیسه صفرا و نیز شکستن سنگ‌ها به کمک شوک امواج ارسالی از خارج از بدن (E.S.W) است.



ٲروما به ٲككم



تروما به شکم

- ۱۰٪_۵٪ کل تروماها را تشکیل می دهد
- در ۳۰٪ موارد صدمات ایجاد شده نیاز به جراحی دارند
- خطرناکترین آنها ضایعات رتروپریتوئن است

انواع ترومای وارده به شکم

ترومای بسته **Blunt abdominal trauma. (a)**

Penetrating abdominal trauma. (b) ترومای باز یا نافذ



◆ **Anatomical regions of the abdomen:**

◆ **(a) Peritoneum:**

➤ **Intrathoracic abdomen**

➤ **True abdomen**

◆ **(b) Retroperitoneum abdomen**

◆ **(c) Pelvic abdomen.**



splenic trauma آسیب به طحال

۷۰٪ ضایعات شکمی همراه با آسیب طحال است

علائم :

- درد سمت چپ شکم که به شانه چپ انتشار دارد
- تهوع ، استفراغ
- علائم خونریزی
- علائم تنفسی مثل تاکی پنه ، دیسترس تنفسی

انواع آسیب به طحال

- پارگی خفیف ساب کپسولار بدون گسترش به ناف طحال
- پارگی های متعدد در ناحیه ساب کپسولار بدون گسترش به ناف

طحال

○ ضایعات درگیر کننده ناف طحال

○ طحال تکه تکه

○ ۹۰٪ ضایعات از نوع اول و دوم خود به خود بهبود می یابند و

بیمار باید در ICU تحت نظر باشد



مراقبت در ICU :

■ چک علائم حیاتی هر ۱ ساعت

■ معاینه کامل هر ۲ ساعت

■ گذاشتن NGT

■ چک HG/HCT روزی ۲ بار

■ CBR تا ۷۲ ساعت

■ بعد از ۷۲ ساعت در صورتیکه در CT اسکن مشکلی نداشت بیمار

به بخش منتقل می شود



liver trauma آسیب به کبد

۲۰٪ کل صدمات شکم را در بر میگیرد
۴۰٪ مرگ و میر ناشی از صدمات شکم مربوط به کبد است

علائم :

- درد در RUQ
- تندرns
- گاهی به صورت هموتوراکس خود را نشان می دهد
- هماچوری
- استفراغ های خونی و جهنده

علائم کلی در آسیب های شکمی

○ درد و تندرns

○ گاردینگ

○ دردهایی که به شانه انتشار می یابند

○ دفورمیتی شکم

○ باقی ماندن جسم خارجی در شکم

○ اکیموز در اطراف ناف و پهلوها

○ اکیمور پروانه ای در ناحیه داخلی رانها

○ دیستانسیون شکم

○ علائم شوک

○ کاهش HB/HCT و افزایش WBC

○ حفره شکمی این توانایی را دارد که تا چندین ساعت بعد از تروما علائم مربوط به آسیب ارگانه‌های داخل خود را مخفی نگه دارد لذا بسیار اهمیت دارد که تا ۷۲ ساعت چنین مصدومی را به دقت مورد مشاهده و کنترل قرار دهید

○ احتمال بروز شوک در بیمارانی که علایم زیر را نشان می دهند، بالاست:

○ تاکیکاردی ، نبض تند و نخی شکل ، هایپوتانسیون ، تنفس های

تند و سطحی، کاهش سطح هوشیاری، پوست سرد و مرطوب،

پوست خاکستری و رنگ پریده، اولیگوری و آنوری که میتوانند

نشانه شوک تأخیری باشد



مداخلات درمانی

■ حفظ راه هوایی و بی حرکت نمودن بیمار در صورت آسیب ستون فقرات

■ تجویز اکسیژن به میزان فراوان و در صورت لزوم برقراری راه هوایی مصنوعی

■ کنترل خونریزی خارجی واضح

■ پایش و ثبت علائم حیاتی حداقل هر ۵ دقیقه

■ NPO نمودن بیمار

■ برقراری لاین وریدی

■ تجویز محلولهای کریستالوئیدی

■ آماده نمودن بیمار جهت عمل در صورت صلاحدید



1. NPO
2. CVS q5min for 15 min
3. IV line * 2 (large bore)
4. cardiac monitoring & pulse oximetry
5. serum NS 1000cc IV free à repeat another 1 liter if unstable
6. supplemental O2 4-5 lit/min
7. reserve 6 units PC
8. CBC serial q6h
9. Check Na, K, BUN, Cr, BS, PT, PTT, INR, UA
10. Foley catheter fixed
11. Chart I/O
12. NG tube fixed
13. ECG
14. ABG
15. CXR
16. Pelvic X-ray (AP)
17. Neck view (AP&Lat)
18. abdominopelvic sonography
19. Amp Ranitidin 50 mg / IV / bd
20. Tetanus prophylaxis
21. Orthopedic X-rays (if applicable)
22. Brain CT scan (if GCS<15, head trauma, vomiting, amnesia)
23. Orthopedic consult (if applicable)
24. Neurosurgery consult (if applicable)



باتشکر از توجه شما