

# Secondary Survey

دکتر حسن یونسی قلعه  
متخصص جراحی عمومی  
عضو هیئت علمی  
دانشگاه علوم پزشکی بابل  
اسفند 99

- شروع آن به شرط عدم مشکل در primary survey مجاز است.

- اخذ hx کامل : (AMPLE)
- A - (الرژی)
- M - (داروها)
- P - (بارداری و بیماری قبلی)
- L - (آخرین غذا)
- E - (حوادث مرتبط با آسیب)

- معاینه سیستماتیک ← سر تا نوک پا و توجه خاص به سه منطقه ای که ممکن است از نظر دور بمانند (back، آگیلا و پرینه)

- در معاینه آسیب های شدید، حتماً DRE و به منظور:
- - بررسی تون اسفنکتر
- - وجود خون
- - پارگی رکتوم
- - پروستات شناور

- DRE مخصوصاً در: ۱ - آسیب طناب نخاعی
- ۲ - pelvic fx
- 3 - trans pelvic GSWT

- \* معاینه واژن هم باید در زنان دچار fx لگن اجرا شود  
← for R/O open pelvic fx

• NGT گذاشتن :

NGT برای تمام انتوبه ها ضروری است (جلوگیری از آسپیراسیون) اما آدم های بیدار ممکن است لزوماً نیاز نداشته باشند.

• در شکستگی های پیچیده صورت NGT ممنوع است به OGT باید بگذاریم.

• بررسی محتویات برگشتی NGT (خون به نفع آسیب معده و دئودنوم است)

• رویت NGT در توراکس (به نفع هر نیه شدن معده از طریق پارگی دیافراگم است)

- \* تعیبه فولی (Foley)

- - در صورت وجود شواهد آسیب یورترا (خون سر مه آ، هماتوم پرینه یا اسکروتوم، پروستات شنا نباید بگذاریم بلکه مشاوره اورولوژی می‌دهیم مگر آن که بیمار شدیداً بدحال باشد که یک try می‌کنیم خودمان و اگر راحت رد نشد، سوند سوپراپوبیک می‌گذاریم.

- - رویت هماچوری gross ← لزوم بررسی سیستم GU (سی تی اسکن)

- رادیوگرافی ها:

در ترومای بلانت شدید، تهیه big three الزامی است

- نیمرخ فقرات گردن

- CXR

- Pelvic

• ارسال آزمایش های خونی (LABS):

□ آسیب های شدید ← routine trauma panel شامل:

• ABO type & Crossmatch

• CBC -

• - بیوشیمی خون

• - انعقادی

• - لاکتات و ABG

• - (U/A)

□ آسیبهای با شدت کمتر به فقط CBC و U / A



• حتی در تروماهای minor

\* سؤال از پرسنل اورژانس ناقل بیمار:

• - نحوه حادثه اتومبیل

• - سرعت خودرو، کمربند ایمنی داشته؟ air bag داشته و عمل کرده؟

• - زاویه تصادف و میزان فرورفتگی بدنه

• - وضعیت شیشه جلو و فرمان

• - سرنوشت سایر مسافری

• - ejection or not (پرتاب شدن به بیرون خودرو)

• - ارتفاع سقوط، کلاه ایمنی، وزن جسم له کننده، سرعت گلوله و کالیبر  
اسلحه و مسیر احتمالی نوع و طول چاقو

همیشه احتمال همراهی آسیب های بلانت و نافذ را در نظر داشته باشید.

# مکانیسم ها و الگوهای آسیب

\* در ترومای بلانت، انرژی بیشتری در سطحی وسیع تر منتقل می شود تا در آسیب های نافذ (چاقو و گلوله)

\* بلانت ← آسیبهای متعدد منتشر ← بیشتر در ارگان هایی که نمی توانند تغییر شکل الاستیک متحمل شوند ← solids (کبد، طحال و کلیه ها)

\* نافذ ← آسیب لوکالیزه تر است ← ارگان های با بیشترین سطح تماس از قدام ← به روده باریک، کبد و کولون

\* تعریف تروماهای high energy:

- 1- اتومبیل با عابر
- 2- تصادفات اتومبیل با 20mph > تغییر سرعت یا همراه با ejection (mph مایل در ساعت)
- 3- تصادفات موتور سیکلت
- 4- سقوط از ارتفاع بالای 20ft

\* فاکتورهای پیش بینی کننده شدت آسیب در تصادفات اتومبیل:

- 1- مرگ یکی از سرنشینان
- 2- زمان نجات (بیرون آوردن مصدوم) بالای 20 min
- 3- 20 mph > تغییر سرعت
- 4- نداشتن کمربند ایمنی
- 5- lateral impact

- تعریف تروماهای low energy:

- خیلی آسیب های وسیع نمی دهند اما باز هم خطر پارگی ارگان های داخلی (حتی کشنده) مطرح است

- در تروماهای بلانت، مکانیسم آسیب به بررسی ارگان های آسیب دیده کمک می کند:

الف - در frontal impact (شاخ تو شاخ) بدون کمربند ایمنی:  
سر به شیشه جلو اس او بالای شکم به ستون فرمان / زانو و پاها  
به داشبورد می خورد؛ نتایج آن:

- fx صورت، fx فقرات گردنی

- - پارگی آئورت توراسیک، کانتوزیون میوکارد

- - آسیب طحال و کبد

- - fx لگن و اندام ها

ب - در side impact:

- - فقرات گردن و آسیب های توراسیک
- - پارگی دیافراگم
- - crush لگن
- - آسیب کبد یا طحال

- همیشه باید حواسمان به وضعیت همودینامیک، تنفسی و منتال مریض باشد و اگر اوضاع بهم ریخت، این بررسی ها را متوقف کنیم (بازگشت به primary survey)