النزف و معالجته

أ.د : فاتن رستم

تعريف :

النزف هو خروج الدم من أحد الأوعية الدموية الشعرية (الشريانية أو الوريدية أو الشعرية) بعد حدوث تفرق اتصال في جدارها .

تصنيف النزف :

أ- حسب منشئه :

1- النزف الشرياني :arterial bleeding :

ينجم عن انفتاح أحد الشرايين فيخرج الدم بلون أحمر قان و يكون على نبضات أو دفعات متناسقة مع النبض و تختلف قوة تدفق الدم النازف بحسب حجم الشريان المقطوع و بحسب قربه أو بعده عن القلب و إذا ضغط الشريان بين المكان النازف و القلب فإن النزف إما أن تنقص شدته أو أن ينقطع كلياً .

2- النزف الوريدي :venous bleeding :

يكون الدم داكناً و يكون على شكل تيار مستمر و بغزارة دون انقطاع . يزداد النزف الوريدي لدى إجراء الجهد أو عند ضغط الوريد بين المكان الناز و القلب و على العكس فإن النزف يخف أو ينقطع إذا أجري الضغط بين المكان النازف و الأوعية الشعرية . لأن هذا الضغط يسبب نقص حجم العود الوريدي في الوريد النازف .

3- النزف الشعري:

و هو خروج الدم من الأوعية الشعرية بلون أحمر و بشكل مستمر و قليل الغزارة (بشكل نز) .

إن النزوف المذكورة سابقاً تعد خطيرة فإذا لم تتوقف من نفسها و إذا لم تتخذ الإجراءات اللازمة لقطعها فإنها تؤدي إلى الإصابة بالصدمة النزفية التي تنتهي بالموت .

ب – سريرياً :

يقسم النزف سريرياً إلى نزف خارجي و نزف داخلي :

1- النزف الخارجي :

هو خروج الدم و انصبابه في خارج الجسم بصورة بادية للعيان و هذا النوع من النزف إما أن يكون بدئياً و إما تالياً .

- النزف البدئي : يحصل مباشرة بعد الجرح .
- النزف التالي : يحصل بعد مرور مدة من تأثير العامل المسبب و ينجم عن سقوط الخثكريشة من جدار الوعاء المرضوض .

2- النزف الداخلي :

هو خروج الدم من الأوعية الدموية و انصبابه داخل أحد الأجواف الطبيعية كالجوف البطني او الصدري أو القحفي مثل النزف الدماغي بحيث يكون النزف غير مرئي و تدل عليه أعراض الصدمة النزفية الدالة على ضياع الدم و هي :

الشحوب – التعرق البارد – العطش – التنفس عميق و تنهدي – النبض سريع و ضعيف و غير منتظم ، ثم الغشي إضافة إلى أعراض تخرش الجوف الذي انصب فيه الدم ؛ و يحدث الموت في هذه النزوف إذا لم تشخص و تعالج بصورة مبكرة نتيجة للصدمة النزفية من جهة و نتيجة لانضغاط أحد الأعضاء الحيوية بالدم المنصب من جهة أخرى كما هي الحال في نزوف الدماغ .

أنواع أخرى من النزف :

- **النزف الشرجي : التغوط الدموي**

هو خروج الدم من البراز و يكون أحياناً بسيطاً ؛ و أحياناً يمكن أن يكون نزفاً غزيراً جداً .

- الرعاف : epistoxis

و هو خروج الدم من الأنف

- القياء الدموي :

خروج الدم من الفم قادماً من الجهاز الهضمي .

- النفث الدموي :

خروج الدم من الشجرة القصبية غالباً ؛ يكون ممزوجاً مع القشع (حالة السل الرئوي) .

المعالجة العامة للجروح :

الهدف من العلاج : إيقاف النزف ؛ الوقاية من الإنتان ؛ الوقاية من الاختلاطات الأخرى (قطع الأعصاب أو العضلات المجاورة) .

و لكي لا ننسى أبجدية علاج المصاب بنزف نتذكر أحرف المصطلح PEEP :

الوضعية Posture : أجلس أو مدد المصاب

الكشف أو الفحص Examination : افحص الجرح لتعرف حجمه و شكله و معدل النزف ووجود أو عدم وجود كسر مرافق أو جسم أجنبي فيه ....

الرفع Elevate : ارفع الطرف المجروح للأعلى ما يمكن فوق القلب لأن معاكسة الجاذبية الأرضية تخفف من النزف

الضغط Pressure : طبق الضغط المباشر بالإصبع أو بضماد أو رباط .

ملاحظات :

- عندما تضع رباطاً فوق الجرح فيجب أن تشده بحيث يمنع النزف دون أن يعيق جريان الدم
- لا تحاول نزع الجسم الأجنبي - إلا إذا كان سطحياً (رمل - أوساخ) - لأنه قد يكون متغلغلاً في وعاء دموي كبير و بنزعك له قد تحدث نزفاً إضافياً شديداً .
- إذا استمر النزف فوق الضماد فلا تنزعه و إنما ضع ضمادات إضافية فوقه و اربطها جميعاً بشدة .
- لا تنسى قواعد استخدام العاصبة Tourniquet
- ثبت الجزء المصاب إذا شككت بكسر .
- يجب نقل المصاب إلى المستشفى في معظم أشكال الجروح

❖ لا تسمح للمصاب بحادث (سير ، سقوط ، نزف شديد) و الذي قد يتعرض لعمل جراحي لاحقاً (فتح بطن استقصائي) أن يتناول أي شيء عن طريق الفم .

سلوك الطبيب تجاه المريض النازف :

تنحصر مهمة الطبيب بوظيفتين أساسيتين :

الأولى : قطع النزف

الثانية : تقوية و إنعاش المريض و مداواة حالته العامة .

قطع النزف :

قطع النزف إما أن يكون مؤقتاً و يجرى من قبل المسعف الأول للمحافظة على الدم ريثما ينقل المريض إلى المشفى و هو موضوع دراستنا ، و إما أن يكون دائماً و يجرى ذلك في المستشفيات أو مراكز الإسعاف المجهزة بوحدة جراحية و ليس هذا من دراستنا .

أ – قطع النزف المؤقت :

يعتمد قطع النزف المؤقت على سبب النزف ، فإذا كان النزف ناتجاً عن الأوعية الشعرية فإنه يعالج بضغط الجرح برفادة من النسيج الناعم أو القماش و تثبت هذه الرفادة برباط ضاغط مناسب .

أما إذا كان النزف وريدياً فعلى المسعف أن يضع رباطاً ضاغطاً على القسم المحيطي للطرف لتقليل العود الوريدي للدم في الوريد المقطوع و بالإضافة إلى ذلك يوضع ضماد ضاغط على الجرح في منطقة النزف (ذلك الجرح) و يثبت هذا الضماد برباط مناسب .

أما إذا كان مصدر النزف شريانياً و كان في أحد الأطراف فيجرى الضغط على الشريان النازف في قسمه المركزي أي قبل وصوله للمنطقة المجروحة و يمكن إجراء هذا الضغط إما بيد المسعف أو بأصابعه أو بتطبيق رباط مشدود بصورة كافية لقطع الدوران الشرياني في الطرف و تطبيق هذا الرباط خطر إذا ترك لمدة طويلة لأن ذلك يسبب تنخراً و تموتاً في نسج الطرف .

أماكن ضغط بعض الشرايين بصورة مؤقتة لقطع نزفها :

نقطة الضغط هي الشريان الرئيس الذي يغذي الجزء المصاب و الذي يوجد قريباً من سطح الجلد و فوق إحدى العظام و توجد 22 نقطة للضغط ، 11 على كل من جانبي الجسم ، و من هذه النقط تستخدم ست فقط عادة للتحكم في أغلب حالات النزف الخارجي .

- ضغط الشريان السباتي :

يضغط برأس الإبهام على محاذاة الحافة الأمامية للعضلة القصية الترقوية الخشائية أمام النواتىء المعترضة للفقرات الرقبية .

و للضغط على الشريان السباتي يتم البحث عن القصبة الهوائية في وسط الرقبة ، تمر الأصابع حول جانب العنق (من الجهة التي يظهر أن النزف يأتي منها) و يتم المحاولة بتحديد مكان نبض الشريان الكبير ، ثم يتم وضع ثلاث أصابع فوق الشريان ووضع الإبهام خلف العنق ، و يتم الضغط بين الأصابع و الإبهام حتى يضغط على الشريان فوق الفقرات . و يجب القيام بهذا الإجراء من قبل الطبيب أو الشخص المدرب بشكل جيد لأنه قد يؤدي إلى فقدان الوعي بسبب تقليل تدفق الدم إلى المخ .

و يمكن بوساطة ضغط الشريان السباتي التحكم في النزف من الرأس و العنق .

- ضغط الشرياني تحت الترقوة :

يمكن بالضغط على الشريان تحت الترقوة التحكم بالنزف من الإبط و جدار الصدر و كل الذراع و يتم الضغط على الشريان تحت الترقوة بأن يقف الجراح خلف رأس المريض ثم يضع إبهامه فوق مسير الشريان و قرب منتصف الترقوة و يضغط بشدة فوق الضلع الأولى .

- ضغط الشريان العضدي :

يتم التحكم بالنزف من الذراع بالضغط على الشريان العضدي و يحدد بسهولة لأنه يمر بين العضلات الكبيرة على السطح الداخلي للذراع .

و لضغط الشريان العضدي يجرى ذلك في القسم العلوي من الوجه الأنسي للعضد و ذلك بوضع الأصابع خلف الحافة الأنسية لذات الرأسين من جهة و الإبهام على الوجه الوحشي للعضد من جهة أخرى و لدى إجراء الضغط بين الأصابع و الإبهام ينقطع النزف حالاً .

- ضغط الشريان الكعبري :

يتم الضغط في الميزابة الكعبرية .

- ضغط الشريان الفخذي :

يتم التحكم بالنزف من الساق بالضغط العميق على الشريان الفخذي في منتصف القوس الفخذية و لأجل ذلك يوضع الإبهام في الناحية المذكورة و إبهام اليد الثانية فوق و يضغط بشدة .

- ضغط الشريان المأبضي :

يتم الضغط في الحفرة المأبضية من الخلف على اللقمتين الفخذيتين .

- ضغط الشريان الظنبوبي الخلفي :

يتم الضغط على الكعب الأنسي .

- ضغط الشريان الوجهي :

يمكن التحكم في النزف من الجزء الأمامي للوجه بضغط الشريان الوجهي على عظم الفك ، و قد لا يكون ذلك فعالاً تماماً بسبب تشعب الدورة الدموية للوجه ، و قد يحتاج الأمر للضغط على الناحيتين .

و سواء أجري الضغط على الشريان أم تم استخدام رباط حول جذر الطرف لقطع النزف الشرياني فإنه يجب أن لا يدوم زمناً طويلاً خوفاً من حصول الموات في الطرف .

و يجب تطبيق ضغط كاف على الشريان معادل للضغط الشرياني حتى يتم إيقاف النزف مؤقتاً من الشريان المصاب .

- العاصبة :

تؤدي لإجراء ضغط حلقي حول جزء من الطرف فوق الجرح الشرياني بشكل يتم فيه قطع الدوران الشرياني و الوريدي عن الطرف ، و يجب أن يكون الشد أعلى من الضغط الشرياني حتى يتوقف النزف و لكن مقابل الحصول على إقفار في الطرف . إن العاصبة لا توقف جريان الدم في الشريان المصاب فقط و إنما في كل الأوعية الدموية الأخرى في الطرف .

يجب أن تكون العاصبة :

- مقاومة : حتى يمكن شدها جيداً
- طويلة : حتى يمكن لفها 2-3 مرات حول الطرف .
- عريضة (5-10 سم) : حتى لا تؤذي النسج .

إذاً ، يمكن استخدام أي رباط تتوفر فيه هذه الصفات ، و يعتبر جهاز الضغط أفضل عاصبة يمكن استعمالها .

إن وضع العاصبة يجب أن يخضع لعدة قواعد و شروط هي :

1- تستعمل العاصبة في جروح الأطراف فقط ، إذ أنه من المستحيل استعمالها في جروح جذور الأطراف و الرأس و العنق و الجذع .

2- يجب عدم وضعها أبداً بمستوى الساعد أو اليد أو الساق أو القدم ؛ لأنها لن تكون فعالة إطلاقاً لوجود عدة عظام في هذه الأماكن . لذا يجب وضعها في منطقة تحتوي على عظم وحيد فقط (العضد ،الفخذ) .
3- يجب وضعها فوق الجرح و في أقرب نقطة ممكنة للتقليل لأقصى حد ممكن من أهمية الإقفار الحاصل في الطرف .
4- يجب أن يكون الشد كافياً فقط لقطع النزف .
5- يجب إرخاؤها حتماً كل ساعة لتفادي حدوث الإقفار في الطرف .
6- يجب عدم استخدامها أكثر من 6 ساعات ؛ إذ أنه بعد ذلك يصبح الإقفار معنداً أو غير قابل للرجوع ، و إن إرخاءها يؤدي لطرح سموم العضلات في الدوران .
7- يجب كتابة الساعة و الدقيقة التي وضعت فيها .

إن العاصبة سلاح فعال و لكنه ذو حدين . لذا يجب عدم استعماله إلا عند الضرورة الملحة .
إن وضعها لمدة طويلة دون احترام القواعد السابقة قد يؤدي إلى ضرورة إجراء بتر الطرف .

ب – قطع النزف الدائم :

و يقوم على إغلاق الفوهة التي يخرج منها الدم إغلاقاً تاماً و يجري بالطرق التالية :
1- مسك الوعاء المقطوع بالملقط المرقىء مدة من الزمن .
2- ربط الوعاء بعد مسكه بالملقط .
3- بخياطة الوعاء و يجرى للشرايين الكبيرة الأساسية .

و بما أن هذه الإجراءات تتم من قبل الجراح في المشفى فهي ليست مجال دراستنا .

السيطرة على النزف من الأنف (الرعاف) :

يمكن السيطرة على الرعاف بضغط جناحي الأنف على الوتيرة مدة 5-10 دقائق و يفيد هذا الضغط عندما يكون الرعاف من الأجزاء الأمامية لجوف الأنف ؛ كما أن الرفادات الضاغطة الباردة تفيد في مثل هذه الحالات و تكون وضعية المريض نصف استلقاء مع انحناء الرأس إلى الأمام حيث يساعد ذلك على إيقاف الرعاف و يمنع من دخول الدم إلى داخل الجوف الأنفي و البلعوم .
غالباً ما تؤدي الإجراءات السابقة إلى إيقاف الرعاف و إذا استمر الرعاف رغم ذلك فإننا نقوم بدك الأنف حيث الدك أهم طريقة لإيقاف الرعاف .

الدك الأمامي للأنف :

يتم حشو أنف المريض من الأمام بقطعة شاش عرضها 1 سم مشربة بالفازلين على شكل ممدوح باستخدام ملقط أنفي (مثل الفتيلة) .

الدك الخلفي للأنف :

يجرى في الحالات التي لا يمكن فيها إيقاف الرعاف بوساطة الدك الأمامي حيث يكون مصدر الرعاف من الأجزاء المتوسطة أو الخلفية للأنف .
يترافق الدك الخلفي بدك أمامي دائماً و ذلك بعد إجراء تخدير موضعي لجوف الأنف و البلعوم الأنفي .
ندخل قثطاراً رفيعاً مطاطياً عبرجوف الأنف و البلعوم الأنفي و الفم و نربط فيه بعد إدخاله خيطاً حريرياً مثبتاً إلى حشوة التي يتم إدخالها إلى البلعوم الأنفي .

إيقاف الرعاف باستخدام الكي :

باستخدام أداة خاصة و ذلك في المشفى .