

تدمي الصدر

HEMOTHORAX

كريس كومبين، مايكل ر. جونستون

Chris Compean, Michael R. Johnston

هو تجمع الدم في التجويف الجنبي نتيجة رض على الصدر، أو قد يحدث كاختلاط طبي لإجراء معين (كالجراحة، بزل الصدر، أثناء أو بعد إجراء خزعة تشخيصية).

ومن الأسباب النادرة لتدمي الصدر: الصمة الرئوية، الحالات الإلتانية (كالسل الرئوي) أو الأورام. وغالباً ما يكون إدخال أنبوب إلى التجويف الجنبي كافياً لعلاج تدمي الصدر، وقد يستطب فتح الصدر في بعض الحالات للسيطرة على النزف الشديد. ويعتبر الفشل في تفريغ التجويف الصدري من محتوياته من أهم عوامل الخطورة لتطور تقيح الجنب Empyema أو لحدوث تليف في التجويف الصدري، وكلاهما يسبب انخماص الرئة وعدم مقدرتها على التمدد أثناء التنفس وهذا ما يعرف بالرئة المأسورة Trapped lung.

المسببات

Etiology

- ١- الرضوض.
 - الأذيات الرضية المفتوحة أو المغلقة.
 - غالباً تترافق مع كسور بالأضلاع.
 - تكون مصادر النزف عادة: الأوعية الوريدية، الأوعية داخل الصدر، البارانسديم الرئوي، الشرايين القصبية، الأوعية الرئوية الرئيسية، القلب أو الأوعية الكبيرة في المنصف.
- ٢- اختلاط (خطأ) طبي Iatrogenic:
 - بعد الجراحة: غالباً ما يحدث النزف من مصادر متعددة، وأكثر مصادر النزف بعد جراحة الصدر هي: أوعية الرباط الرئوي السفلي، الالتصاقات في جدار الصدر الأوعية القصبية أو الأوعية الوريدية.

- يزل الصدر: بسبب تمزق الأوعية الوريدية.
- أخذ عينة من الرئة بالإبرة (خزعة الرئة): نادرة باستخدام إبرة الرشف الدقيقة Fine-needle aspiration، وتزداد نسبة الحدوث باستخدام تكتيك خزعة الرئة المخروطية Core-biopsy. ومصادر النزف: الأوعية الوريدية، الأوعية الرئوية أو يمكن حدوث النزف من الورم الموجود ذاته.
- ٣- تدمي الصدر العفوي: أحد الأسباب النادرة لتدمي الصدر، وينتج عادة عن تمزق الالتصاقات التي تحوي ضمنها أوعية دموية. وتسبب الحالات التالية انصباب مدمي في جوف الجنب، إلا أنها نادراً ما تسبب تدمي صدر صريح وواضح:
- ٤- الصمة الرئوية: ويحدث النزف هنا تالياً للاحتشاء الرئوي (إعادة تروية النسيج الرئوي المحتشي) Infarcted lung tissue.

٥- السل الرئوي: أحد الأسباب النادرة نسبياً لتدمي الصدر الشديد.

٦- الأورام:

- سرطان الرئة مع غزو الغشاء الجنبي أو جدار الصدر.
- الانتقالات الورمية الرئوية أو أمراض الجنبة.
- الميزوثليوما أو ورم المتوسطة Mesothelioma.

التشخيص

Diagnosis

يجب دائماً الشك العالي بوجود تدمي الصدر بعد أذيات الصدر الرضية، وخاصة عند وجود زلة تنفسية مرافقة للرض. ويجب الأخذ بعين الاعتبار نوعية الرض، توضع وامتداد الأذية. وتقرح العلامات الفيزيائية سريرياً وجود انصباب في الجوف الجنبي عادة، ويؤكد ذلك بإجراء أشعة الصدر البسيطة (بوضعية الوقوف والاستلقاء الجانبي)، قد يكون من الصعب الحكم على أشعة الصدر البسيطة الأمامية الخلفية في رضوض العمود الفقري الصدري، إلا أنه غالباً ما نلاحظ وجود نسيج رئوي مبهم أو ضبابي عادة يعبر عادة عن تجمع للسوائل في الجوف الجنبي الخلفي. يعتبر بزل الصدر مشخصاً، ولا يفيد إجراء تعداد الخلايا في التشخيص.

التدبير

Management

١- بشكل عام: عادة ما يتم تقييم وعلاج المريض في نفس الوقت، إذ يجب التأكد من حماية (صيانة) الطريق الهوائي، تأمين سبل المراقبة الجيدة للمريض (كفتح خط وريدي، ... إلخ)، إرسال عينة دم إلى المختبر لإجراء

الزمرة الدموية والتصالب Crossmatch، معايرة الهيماتوكريت وعوامل التخثر، تحديد الأذيات الأخرى المرافقة ومعرفة شدة هذه الأذيات.

٢- بشكل خاص: يعالج تدمي الصدر بإدخال أنبوب Chest tube إلى التجويف الجنبي لتصريف السوائل الدموية الناتجة عن الرض، ويفضل أن يكون قياس الأنبوب 36 F ويتوضع الأنبوب في المسافة الوريية الخامسة أو السادسة على الخط الإبطني المتوسط ويوجه إلى الناحية الخلفية من الجوف الجنبي.

وقد لا يكفي الأنبوب السابق لعلاج تدمي الصدر، وذلك يعني وجود نزيف غزير داخل التجويف الجنبي لا بد للسيطرة عليه من فتح الصدر، ويستطب ذلك (فتح الصدر) في الحالات التالية:

• إذا كانت كمية الدم البدئية التي تنزح من الأنبوب الصدري Chest tube أكثر من ١٥٠٠ مل، أو أكثر من ١٠٠٠ مل مع حدوث انخفاض في الضغط الدموي الشرياني.

• إذا كانت كمية الدم التي تنزح من الأنبوب أكثر من ٣٠٠ مل / ساعة لمدة ثلاث ساعات متتالية.

• عندما يكون تصريف السوائل من الجوف الصدري غير مناسب حتى مع استعمال أنبوين أو ثلاث أنابيب كبيرة اللمعة إلى الجوف الجنبي (كحالة وجود تجمع دموي يحدد موضعه شعاعياً).

• عند وجود أذيات أخرى مرافقة للنزف في الصدر وتستدعي فتح الصدر لإصلاحها.

• وعند تقرير المداخلة الجراحية بفتح الصدر من قبل الجراح يجب إغلاق Clamp الأنبوب (للمضغظ على مكان النزف) وتحضير المريض لعملية فتح الصدر.

ويتزايد الحديث الآن عن تصريف محتويات الجوف الجنبي باستخدام منظار الصدر الجراحي.

قد يسبب استمرار وجود الخثرات الكبيرة (التي يصعب تصريفها من خلال الأنبوب) حدوث تقيح

الجنب Empyema، أو حدوث تليف في جوف الصدر يؤدي إلى انخماص الرئة وتشكل ما يسمى بالرئة المأسورة

Trapped lung ويحدث ذلك في ١٠-١٥٪ من الحالات على الأقل، حيث تفقد الرئة مقدرتها على التمدد. وفي

هذه الحالات تفيد الأشعة المقطعية CT scan في تحديد توضع وامتداد ودرجة التعضي والتليف الرئوي المرافق لتدمي

الصدر. وهنا يجب التداخل الجراحي الباكر قدر الإمكان من خلال فتح الصدر أو منظار الصدر الجراحي لتصريف

السوائل المتبقية وإزالة هذه الخثرات قبل الوصول إلى مرحلة التليف الرئوي، وذلك على افتراض عدم وجود مضاد

استطباب للتخدير العام. تعضي الخثرات يحدث عادة خلال ٤-٦ أسابيع وتؤدي إلى حدوث تليف في الجوف

الجنبي وتساهم في تشكيل قشرة سميكة في الوريقة الجنبوية الحشوية التي تسبب انخماصاً في الرئة وفقدان قابليتها

للتمدد عندئذ تحتاج إلى تقشير الرئة Decortication لإصلاح هذه الحالة.

للمزيد من القراءات

Further Reading

Coselli JS, Mattox KL, Beall AC. Re-evaluation of early evacuation of clotted hemothorax. *American Journal of Surgery*, 1984; 148: 785.

Meyer DM, Jessen ME, Wait MA, Estera AS. Early evacuation of traumatic retained hemothoraces using thoracoscopy. a prospective, randomized trial. *Annals of Thoracic Surgery*, 7; 64: 1396-1399