

Elvek és tapasztalatok mellkasi lött sérülések ellátásában

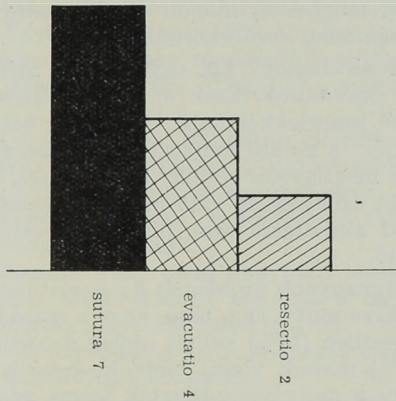
A mellkas áthatoló sérüléseinek ellátása körül a mai napig sem alakult ki az egységes elvi és gyakorlati álláspont. A kellően átgondolt és a mellkasi szervek funkcionális helyreállítását is szemelőtt tartó terápiás terv és annak következetes végrehajtása távolról sem ment át úgy a sebészek tudatába, mint azt pl. a hasi sérülések ellátásával kapcsolatban tapasztaljuk. Véleményünk szerint ez, — sok egyéb ok mellett — arra is visszavezethető, hogy a korszerű általános ellátási normák mellett a mellkasi sérülések döntő többségében a beteg életbentartása nem okoz gondot. Sikeres sokkaltanítás után a sérült kielégítő általános állapota a sebészben a megnyugvás érzetét kelti és szem elől veszíti a későbbi, nem vitális kihatású szövödmények lehetőségét.

Jelen munkánkban a mellkasi sérülések igen változatos formái közül kizárólag a köpenyes lövedék okozta (puska, pisztoly) áthatoló sérülések ellátásában szerzett tapasztalatainkat és kialakult elveinket kívánjuk ismertetni. Feldolgoztuk és megkíséreltük értékelni 87 sérült kórtörténetét, akik bizonyos meghatározott naptári időszakban, válogatás nélkül, felvételre kerültek a Központi Katonai Kórház Mellkassebészeti, ill. Traumatológiai osztályára. Ezek közül 33 sérült ellátását teljes egészében magunk végeztük, a további 54 eset az ország különböző kórházaiból, a kórlefolysis különböző fázisában került intézetünkbe. Egységes ellátási elvekről ezért csak saját eseteinkben beszélhetünk, az ellátás eredményének megítélése azonban már egységes és a szükségessé vált utólagos műtéteket is magunk végeztük.

Saját 33 esetünkben konzervatív kezelésben részesült 23 (70%) műtétet végeztünk 10 esetben (30%). A műtétek megoszlását a táblázat mutatja. Az ellátás eredménye: operált betegek közül elvesztettünk 1 főt (tüdő—máj—lép—gyomor sérülés), a műteti megoldást nem igényelt sérültek közül az érintett tüdőfél bronchospirometriával mért vitálkapacitását 20%-nál kisebb mértékben beszűkítő pleuracallus maradt vissza 8 esetben, minden szövödmény nélkül gyógyult 24 fő (72,8%).

A másik csoport 54 sérültjéből konzervatív kezelésben részesült 51 fő (94,5%), műtétet végeztek 3 esetben (5,5%). Az ellátás eredménye: az operáltaknál (1 resectio, 2 sutura pulm.) szövödmény nem volt, a nem operáltak közül 8 betegnél 50% fölötti vitálkapacitás-beszűkülés, 3 betegnél pedig empyema miatt decorticatiót kellett utólag végezni. 2 betegnél tüdőtályog, 17 esetben a vitálkapacitást 10—40%-ban beszűkítő pleura-callus maradt vissza. Szövödménymentesen gyógyult 24 fő (44,4%). Meg kell itt jegyez-

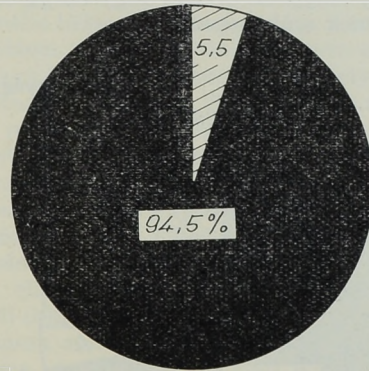
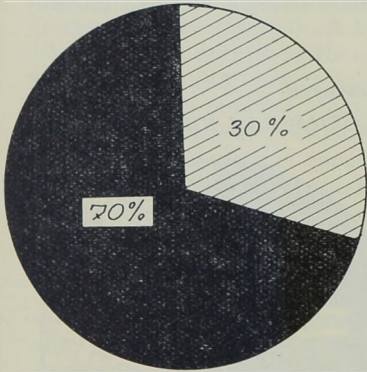
Műtétek megoszlása saját anyagunkban





Műtéti és konzervatíván ellátott sérültek aránya

SAJÁT ESETEINK

MÁS KÓRHÁZBAN ELLÁTOTTAK



 konzervatíván
 műtéti ellátás

1/a sz. ábra

1/b. sz. ábra

nünk, hogy arról nincsen semmilyen adatunk, hogy a beszállított sérültek közül más intézetekben volt-e exitus, mivel csak a hozzánk irányítottakról van tudomásunk.

Annak ellenére, hogy eseteink kis száma messzebbmenő következtetések levonására nem jogosíthat fel, a fenti adatokat értékelve az alábbi tapasztalatokat tartjuk leszűrhetőnek:

1. A feldolgozott anyagban feltűnően kevés a súlyos sérült, vérzés miatt

sürgős műtétet csak 2 esetben kellett végezni. Ebből arra kell következtetnünk, hogy nagyobb értörzsek sérülései után még békekörülmények között is elvérzik a sérültek nagyrésze, mielőtt műtőasztalra kerülne. (Csaknem minden sérültünk 2 órán belül került kórházba!)

2. Műteti ellátást a sérülteknek kb. egyharmada igényelt, ezek közül 12 órán belül 2 esetben operáltunk. Ezek az adatok lényegében összhangban vannak az irodalomból ismertekkel, saját eseteinkre vonatkoztatva pedig ellátási elveinket igazolják: a műteti indikáció felállítása az esetek döntő többségében csak többórás megfigyelés alapján állítható fel. Nem számítjuk ide a több napi kezelés után szükségessé váló műteti evacuatiót. Nem látunk indokot nagyobb műteti aktivitásra sem, hiszen betegeink funkcionális gyógyulása is megnyugtató.

3. Az ellátásban a legnagyobb problémát gyakorlatilag a haemothorax felszámolása jelentette. Erre mutat az a tény, hogy a második csoport nem operált betegei közül 8 esetben (16%) kellett utólag decorticatiót végezni és további 17 esetben (33%) maradt vissza többé-kevésbé jelentős pleura-callus. Aligha vitatható, hogy a maradvány-tünetek száma adequat kezeléssel lényegesen csökkenthető lett volna.

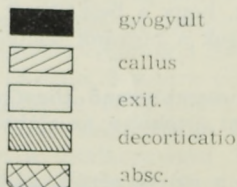
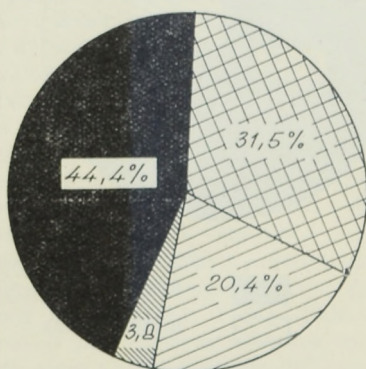
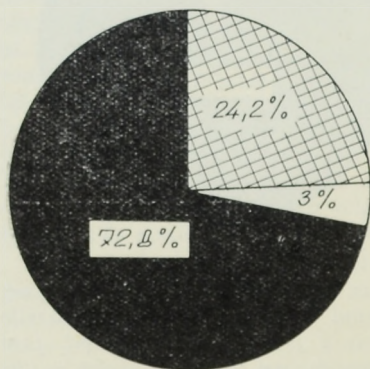
Intézetünkben a lőtt mellkasi sérültek ellátási terve — amennyiben hasi szervek sérülése kizárható — az alábbiak szerint alakul:

a) Nagyobb értörzs vagy hörgő sérülésére utaló tünetek azonnali műtétet tesznek szükségessé.

Végleges gyógyulási eredmények

SAJÁT ESTEINK

MÁS KÓRHÁZBAN KEZELT ESETEK



2. sz. ábra

b) Amennyiben a felvételnél azonnali diagnózis azonnali felállítása nem lehetséges, a sokktalanítás haladéktalan bevezetése mellett igen gondos observatio a feladat. Ennek során különös figyelmet fordítunk az esetleges társ-sérülések tüneteire. Egyidejűleg készenlétbe helyezzük a műtőt.

c) A sokktalanítással egy időben megkezdjük a haemothorax felszámolását, a punctiókat diagnosztikusan értékeljük vérzés és levegő-áteresztés szempontjából.

d) Eredménytelen sokktalanítás, transfusio ellenére fokozódó anaemiasaladás, gyorsan utánatelődő haemothorax, a feszülő pneumothorax nyomásfokozódása stb. azonnali thoracotomiát tesz szükségessé.

e) Kiterjedt haemopneumothorax, gyors levegő utánatelődés esetén mellüri állandó szívódrainaget létesítünk.

f) 3—4 napnál hosszabb ideig tartó nagyfokú levegő-áteresztés, nem expandáló tüdő esetében thoracotomiát végzünk a tüdőfelszín elvarrásával, esetleg a roncsolt tüdőrészes takarékos resectiójával.

g) Amennyiben 3—4 nap alatt a haemothoraxot megnyugtató módon nem sikerül felszámolni, a mellüreget evacuáljuk.

h) Ha bármilyen ok miatt a haemothorax egy hétnél régebben áll fenn, kiürítését csak a sérülés utáni 4—6 héten végezzük (korai decorticatio).

Végezetül szabadjon néhány szót szólnunk a mellkaspunctio helyes technikájáról.

A vér vagy levegő leszívását a mellüregből zárt rendszerben, gumicsővel felszerelt tüvel végezzük. A beszúrás ideális helye ülő betegen a kp. hónaljvonal, közel a rekeszhez. Ha a beteg általános állapota a felültetést nem teszi lehetővé, az asztal szélére kihúzott beteget fordított Trendelenburg-helyzetbe hozzuk és a punctiót a hátsó hónaljvonalban végezzük. Semmi esetre sem szúrunk be a hátán fekvő beteg elülső mellkasfalán. A nem túl vékony tű hegyének a fali pleurán éppen át kell hatolnia, mélyen beszúrni nem szabad. Nem elégedhetünk meg diagnosztikus punctióval, hanem az egész vérmenyiség leszívására kell törekednünk. A punctio végén a légzéssel synchron alkalmazott enyhe szívással néha meglepően sok vért lehet még eltávolítani, amikor az erős szívás már eredménytelen. A sérülés utáni első órákban, különösen sokktalanítás után, gyakran ellenőrizni kell az utánatelődést és szükség szerint akár óránként is meg kell ismétetni a leszívást. Semmi esetre sem szabad megelégednünk a haemothorax másodnaponkénti leszívásával. A punctio eredményét legalább fizikálisan, de lehetőleg Rtg-nel ellenőrizni kell. Amennyiben a 3—4. napon a mellüregben még számottevő vér maradt (rekesz nem kopogtatható ki vagy Rtg-nel látható vér van), a megalvadott vér szervülését nem szabad bevárni, hanem thoracotomiával ki kell üríteni. Egy héten belül a véralvadék még kézzel vagy nedves törülkövel eltávolítható és a mellhártya-lemezek szabaddá tehetők. Egy hét után megkezdődik a szervülés, azonban 4—6 hét alatt alakul csak ki olyan callus-lemez, amelyet teljes egészében le lehet a pleuráról húzni. Ezért kell a korai decorticatióval várakozni.

Összefoglalás

87 sérült kórtörténetének elemzése alapján ismertetik a szerzők az áthatoló mellkassérülés ellátásának elvi és gyakorlati tapasztalatait. Műteti ellátást a sérültek mintegy $\frac{1}{3}$ -a igényelt, a legnagyobb problémát viszont a haemo-

thorax felszámolásában látják, aminek elmaradása későbbi decorticatiot tehet szűkségessé. Közlik saját ellátási tervüket és a mellkaspunctio helyes technikáját.

T. Remete, polkovnik m/сл.—З. Заборски, майор м/сл.:

ПРИНЦИПЫ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ

Авторы на основе анализа истории болезни 87 пораженных рассматривают теоретический и практический опыт лечения сквозных грудных ранений. Одна треть раненых нуждалась в операции, самым проблематичным было лечение гемоторакса; из-за отсутствия последнего позже нужно было произвести декортикацию. Авторы сообщают план лечения таких больных и правильную технику пункции грудной клетки.

Dr. T. Remete, Oberst d. Med. d., Dr. Z. Záborszky, Major d. Med. D.:

PRINZIPIEN UND ERFAHRUNGEN BEI DER BEHANDLUNG THORAKALER SCHUSSVERLETZUNGEN

Anhand der Analyse von Krankengeschichten 87 Verletzten erörtern Verfasser die grundsätzlichen und praktischen Erfahrungen hinsichtlich der Betreuung von penetrierenden Thoraxverletzungen. Einer operativen Behandlung bedarf ungefähr ein Drittel der Verletzten, als das grösste Problem lässt sich die Liquidierung eines Hämothorax zu schätzen, deren Wegbleiben eine spätere Dekortikation benötigen vermag. Die Autoren verhandeln über ihren eigenen Betreuungsplan sowie über die von ihnen empfohlene Technik der Thoraxpunktion.