شستشوی صفاق در ضربه‌های شکم

مجله نظام پزشکی
سال هفتم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۱۸ ، ۱۳۵۸

دکتر جلال سید فرشی ـ دکترعبدالحمید حسابی *

مقدمه :

درسال ۱۳۴۸، مقاله‌ای تحت عنوان «بزل صفاق در ضربه‌های شکم» درمجله طب‌عمومی‌دانشکده‌پزشکی‌تهران توسط نویسندگان این‌مقاله بچاپ رسید که در آن‌زمان مورد توجه همکاران‌جراح قرارگرفت و باعث شد عده بسیاری آنرا در مورد مجروحین انجام دهند (۹).

در مقدمه آن مقاله بدین نکته اشاره شد که جراحان زیادی با این‌کارمخالف‌هستند وعقیده دارند که‌این‌روش‌باعث ضعف تشخیص شده و جراحان جوان و تازه‌کار را از معاینه‌کامل بیماران ودقت کافی در تشخیص باز میدارد و قبل‌از اینکه به نشانه‌های بالینی مصدومین توجه‌کنند، فوراً شکم‌آنها را پونکسیون خواهندکرد. ولی‌امروز میتوان بصراحت گفت‌که مخالفین دیروز پونکسیون، امروز باین روش ارزنده روکرده‌اند.

در عرض هشت سال‌گذشته در این زمینه فعالیتهای زیادی شده و مقالات متعـددی در نوشته‌های پزشکـی جهان به رشته تحریر درآمده است. از زمره این پیشرفتها همراه کردن پونکسیون با شستشوی (لاواژ) صفاق است بطوریکه پونکسیون تنها بویژه در مواقع منفی مورد قبول نیست. حتی اخیراً در کنگـره بین‌المللی جراحان در شهرکیوتو ژاپن دو تن از اساتید اروپائی درباره شستشوی صفاق و فواید آن مطالب زیادی اظهـار داشته و آمار مفصلی ارائه دادند (۷).

لازم بیادآوری است‌که Salmon نخستین کسی است‌که در سال ۱۹۰۶ ، پونکسیون شکم‌را برای تشخیص‌ورمهای‌صفاقی گزارش کرد و Root درسال ۱۹۶۵، مسئله پونکسیون و شستشو را در تشخیص زودرس خونریزی داخل شکم شرح داد (۶) و از آن هنگام‌جراحان اروپائی‌وامریکائی پونکسیون و شستشوی‌صفاق را در مقیاس وسیعی بکار میبرند .

پونکسیون تنهای شکم فقط در ۸۰٪ موارد آنهم هنگامیکه خون کافی‌درشکم‌باشد، نتیجه مثبت دارد(۴). درحالیکه در ۲۰٪ موارد خونریزی هست ولی پونکسیون منفی است زیرا با وجود ۲۰۰ میلی‌لیترخون آزاد درشکم فقط ۲۰٪ امکان‌داردکه درپونکسیون تنهاخون‌خارج گردد درحالیکه‌پونکسیون همراه باشستشومیتواند حتی حدود ۲۰ میلی‌لیتر خون را در صفاق مشخص نماید. باین سبب در تمامی مواردیکـه پونکسیون منفی است باید شستشوی صفاق انجام‌گردد ودر اینحال برحسب آمارهای منتشرشده بین ۹۶ تا ۹۹٪ جواب مثبت بوده است.

موارد استعمال پونکسیون و شستشو (۴ ، ۵ ، ۶ ، ۷ ، ۸):

۱ـ دربیمارانی که بعلت ضربه‌های‌متعدد ضایعات زیادی درداخل شکم ، سینه، لگن‌خاصره واندام‌ها دارند وبسیارمشکل‌است که‌از روی علائم بالینی بتوان درباره وجود خونریزی داخلی قضاوت صحیح کرد.

۲ـ در بیمارانی که دچار ضربه مغزی بوده و یا در حالت اغماء بسرمیبرند و نمیتوانند به سئوالات جواب دهند . Olsen (۸) در مصدومینی کـه ضربه مغزی داشته‌انـد ، در ۴۰٪ موارد با شستشوی صفاق جواب مثبت گرفته است.

۳ـ در ضربه‌های شکم اطفال بخـاطر عدم امکان همکاری مناسب برای معاینه.

* بیمارستان ابن‌سینا ، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

۴ـ در شوك‌های شدید برای افتراق خونریزی وشوك.
۵ـ در مصدومینی که قبل‌از بروز حادثه ، الکل و مواد مخدر مصرف کرده باشند.
۶ـ درخونریزی‌های غیرضربه‌ای صفاق مثل‌حاملگی‌خارج ازرحم.
۷ـ در تشخیص خونریزی بعدازعمل جراحی، بررسی شکم با دستگاه (لاپاروسکپی) ـ پونکسیون برای نمونه برداری ، پرتو نگاری مجاری و کیسه صفرا (کولانژیوگرافی) ونظایر آن.
۸ـ در تشخیص ضایعات غیر خونریزی داخل شکم مثل پارگی احشاء، ورم‌صفاق، ورم‌لوزالمعده ، ضایعات‌سیستم صفراوی و غیره که در اینمورد پونکسیون و شستشو علاوه بر کمك به تشخیص بیماری گاهی بعنوان درمان هم بکار میرود بدین معنی که بوسیله پونکسیون شستشوی دائم صفاق برقرار میگردد.
۹ـ درتشخیص ضایعات حاصل از زخم‌های سوراخ کننده شکم که تا کنون بطورمعمول شکم‌را بازمیکردند ولی بابکار بردن‌شستشو دیگر همیشه اینکار لزومی ندارد.
۱۰ـ تکرار پونکسیون در موارد مشکوك در ساعت‌ها و حتی روزهای بعداز وقوع حادثه که‌کمك به تشخیص ضایعاتی نظیر پارگی زیر کپسولی طحال میکند.

بطورکلی باشستشوی‌صفاق میتوان خونریزی‌را خیلی زود وحتی در مواقعیکه مقدار خون خیلی کم است تشخیص داد و یك طرح اساسی برای درمان بیماران خصوصاً افرادیکه ضایعات متعدد دارند بنیان نهاد و بعلاوه احتیاج به تزریق خون راکاهش داد و از حوادث شوك عمیق ناگهانی که در اثر خونریزی زیاد پیدا میشود جلوگیری کرد.

موارد عدم استعمال پونکسیون ، شستشو و احتیاطات لازم (۴ ، ۵ ، ۷):

۱ـ در بیمارانی که دچار نفخ شدید شکم هستند.
۲ـ درکسانیکه سابقه عمل جراحی و جوشگاه زخم (سیکاتریس) درپائین شکم دارندکه درصورت اجبار باید درنقاط دیگر شکم مانند بالای ناف پونکسیون بعمل آید.
۳ـ در زنان حامله که رحم قابل لمس است.
۴ـ در موارد احتباس (رتانسیون)ادرار وپر بودن مثانه که باید بعد از تخلیه مثانه پونکسیون و شستشو را انجام داد.

طریقه پونکسیون وشستشو (۴ ، ۵ ، ۷ ، ۸):

۱ـ برای‌پونکسیون بهتراست ازتروکارهای سوراخدارمخصوص همراه با ماندرن استفاده شود ودرصورت عدم دسترسی به‌آن از سوزنهای‌معمولی‌وبلند (نمره۱۸) میتوان کمك گرفت. ساده‌ترین راه، استفاده از کاتتر دیالیزصفاقی است که در بسته‌بندی سترون شده در دسترس است.

۲ـ محل عادی پونکسیون در خط وسط شکم ، ۲ تا ۴ سانتی‌متر پائین‌تر از ناف است ولی اگر دراین‌محل جوشگاه عمل‌جراحی باشد ، بعلت احتمال چسبندگی روده اگر پونکسیون صد درصد لازم باشد باید محل دیگری در بالای ناف و یا در طرف راست ویا چپ شکم انتخاب شود.

۳ـ برای واردکردن سوزن بداخل‌صفاق بعداز آنکه جدارشکم باماده ضدعفونی تمیز شد و بی‌حسی موضعی بعمل‌آمد، سوزن‌را با زاویه ۴۵ درجه بطرف‌پائین وعقب فرو میکنند و دراین‌هنگام اگر حال عمومی بیمار اجازه دهد از او میخواهند که شکمش را باد کند که در نتیجه بین جدار و روده‌ها قدری فاصله بوجود آید . اکثراً جراحان توصیه میکنند قبل از ورود سوزن یك شکاف کوچك بطول یك سانتیمتر روی پوست داده سپس سوزن را واردکرد . حتی بعضی‌ها شکافی هم روی نیام میدهند که در اینصورت میتوان ازکاتتری‌که نوك تیز هم نباشد استفاده‌کرد و به آرامی و بی‌هیچ اشکالی آنرا از صفاق عبورداد بی‌آنکه خطری برای روده‌ها داشته باشد. البته هنگامیکه چنین شکافی روی‌پوست و نیام دادهمیشود باید توجه‌داشت که‌خونریزی از این محل وارد شکم نشده و موجب اشتباه تشخیص نگردد.

۴ـ بعد از ورود کاتتر بداخل صفاق ماندرن آنرا درآورده به سرنگ (حاوی سرم فیزیولژی) وصل میکنیم و دروهله اول عمل تخلیه با سرنگ انجام میشود و اگر مایعی خارج نشد برای اینکه اطمینان حاصل شودکه‌کاتتر در محوطه صفاق است ، سرنگ بطورعمود نگاهداشته میشود. اگرمایع داخل آن دراثر فشار پیستون بآرامی داخل صفاق شود دلیل درست قرار گرفتن کاتتر در صفاق است. دراینحال نوك کاتتر را به‌اطراف خصوصاً بطرفی‌که حدس ضایعه زده میشود حرکت داده و بیمار را به همان طرف میچرخانیم‌که اگرخون یا مایعی وجود دارد توسط‌کاتتر خارج شود.

۵ـ اگر خون ویا مایع‌دیگری ازاین پونکسیون خارج شودکه به تشخیص کمك کند، دیگراحتیاج به‌شستشو نیست. ولی‌اگرمایعی خارج نشود و باصطلاح پونکسیون منفی باشد باید عمل شستشو انجام‌گیرد. برای‌اینکار حدود یك لیتر سرم فیزیولژی یارینگر (دربچه‌ها ۲۰ میلی‌لیتر برحسب‌کیلوگرم وزن) را به مدت ۲۰ دقیقه وارد فضای صفاق میکنیم. مقادیرکمتر را جایز ندانسته‌اند زیرا در آنصورت موارد منفی اشتباهی زیادگزارش شده است.

بعداز ورود سرم فیزیولوژی بصفاق اگر بیمار قابل حرکت‌باشد کمی درجایش حرکت کرده و یا با دست شکم او را ماساژ داده تاسرم‌کاملا مخلوط شود ، شیشه سرم‌را بی‌آنکه‌ازکاتترجدا شود، در پائین تخت بیمار قـرار میدهیم تا مایع داخل شکم در آن جمع گردد سپس سه‌نمونه ازمایع را برای تعیین‌فرمول‌شمارش ، هماتوکریت ، انـدازه‌گیری آمیلاز (۷) و آزمون کولوریمتر به‌آزمایشگاه میفرستیم. سه‌حالت ممکن است مشاهده شود:

ـ یامایع‌کاملا قرمزوکدراست در اینصورت جواب مثبت خواهد بود.

ـ یاکاملا روشن است بطوریکه نوشته از پشت آن قابل خواندن است.

ـ یاقرمز کم‌رنگ‌است که دراینصورت بایدحتماً تحقیقات‌بیشتری بعمل آورد و به آزمایش‌های تکمیلی دیگری متوسل شد.

۶ـ اگر پونکسیون‌وشستشومنفی‌بوده‌ولی‌بیمارمشکوك به‌خونریزی باشد ، بخصوص‌اگرشستشو درساعتهای اولیه‌حادثه انجام‌گرفته، بهتر است‌کاتتر درمحل اولیه باقیمانده و در ساعات و یاروزهای بعد درصورت لزوم شستشوی صفاق تکرار گردد.

۷ـ در مایع بزل شده قبل ویا بعداز شستشو ممکن است مایعاتی غیرازخون نظیر چرك ، ترشحات روده‌ای ، صفرا و غیره خارج گردد که در اینمورد باید حتماً تعداد گلبولهای سفید و پولی نوکلئرها شمارش شده و آمیلاز اندازه‌گیری شود.

۸ـ ممکن است پونکسیون و شستشوی اولیه منفی باشد ولی در دفعات تکراری روزهای‌بعد خون دیده شودکه دراین موارد به ضایعاتی مثل پارگی زیرکپسولی طحال میتوان مشکوك شد ودر گزارش‌های دیگران‌هم حدود ۱۵٪ پارگی‌های طحال نوع زیر کپسولی بچشم میخورد ولی بعقیده بنجامین وهمکارانش‌که روی ۳۰۲ بیمارمطالعه‌کرده‌اند، فقط ۶ مورد یعنی۲٪ چنین عارضه‌ای داشته‌اندکه در یك‌مورد آن حتی مدت دو روز هیچگونه علامتی بروز نکرده است و بهمین جهت عقیده دارند ۱۵٪ رقم صحیحی نیست و احتمالا اشکال در تأخیر تشخیص است تـا تأخیر در خونریزی (۲).

همیشه باید دقت‌کردکه بزل موارد مشکوك (با یا بدون‌شستشو) بعـد از انجام پرتونگاری ساده شکم انجام گیرد زیرا ممکن است در جریـان پونکسیون مقداری هوا وارد صفاق شده و در عکسبرداری بعدی هوا زیر حجاب حاجز ظاهر شودکه تشخیص را مشکل میکند و این تصور پیش میآید کـه آیا این هوا هنگام پونکسیون واردشکم شده ویا دراثر پارگی احشاء توخالی‌بوده است و حتی گزارش‌هـائی منتشر شده که بیمـاران را اشتباهاً با تشخیص سوراخ شدن احشاء عمل جراحی کرده‌اند (۷ـ۶).

عوارض پونکسیون و شستشو:

بطورکلی در پونکسیون شکم هیچ عارضه عمده‌ای گزارش نشده است.

Thamson و Brown روی ۳۰۰ بیمار موردآزمایش، فقط یك مورد کبد را پونکسیون‌کرده بودندکـه آنهم بعلت بزرگی کبد کـه تا حفره خاصره‌ای راست پائین آمـده بود واین مورد هم سانحه‌ای به‌بار نیاورده است .

ژیاکوبین (Giacobine) روی۵ سگ ، یکصد مورد پونکسیون انجام داد که همه بخوبی تحمل‌شدند ویکی ازسگها بعداز مرگ تشریح(اتوپسی)شد ویك هماتوم کوچك روی روده و ۲۰میلی‌لیتر هم خون درصفاق دیده شد. که‌با در نظر گرفتن‌تعدادپونکسیون‌ها عارضه مهمی‌بحساب نمیآید(۶).

ارزیابی مایع حاصل از شستشوی صفاق:

بطورکلی همانطوریکه گفته شد مایع بدست آمده از شستشو از سه حال‌خارج نیست مثبت قوی ـ مثبت ضعیف ـ منفی: درصورت اول بلافاصله باید شکم باز شود ولی چنانچـه جواب منفی باشد بیمار باید تحت‌نظر بوده تا در صورت وجود ضایعات دیگرمورد درمان قـرار گیرد و در مورد مثبت ضعیف آزمایش‌های تکمیلی دیگر مانند اکوتوموگرافی شکم و اگر جواب آن مثبت باشد پرتونگـاری عروق (آنژیوگرافی) بطور انتخابی انجام شود و در بیمـارانی‌که این آزمایش جواب مثبت دهد شکم با عمـل جراحی باز میشود (۵).

شمارش‌گلبولهای قرمزوسفید، اندازه‌گیری‌آمیلاز، رنگ‌آمیزی گرام، تجسس‌میکرب، کشت وغیره دراخذ تصمیم دخالت دارند. عده‌ای عقیده دارندکه ازخون و مایع بدست آمده ازصفاق باید آزمایش آنزیمی بعمل آید و نسبت مقدار آنزیمی خون موجود درصفاق وخون محیطی‌مقایسه شود. در این حال در ضایعه تنهای کبد ، میزان‌آنزیم‌لاکتیك دهیدروژناز خون صفاق و S.G.O.T خون صفاق و خون محیطی بطور قابل‌ملاحظه‌ای بالا میرود. در حالیکه درضایعات اعضاء دیگرشکم مقدارآنزیم لاکتیك دهید ـ روژناز و S.G.O.T فقط در خـون صفاق بالاست و در ضایعه روده بـاریك فسفاتاز آلکالین خون محیطی و صفاق هر دو بالا میرود (۳).

درمورد افزایش‌گلبول‌سفید درجریان ضایعات صفاقی‌غیرضربه‌ای لازم به‌تذکر است‌که این افزایش درسه ساعت اول دیده نمیشود بلکه بعدازگذشت این مدت بتدریج بالا میرود . اگر گلبولهای

سفید بیشتر از ۵۰۰ در میلی لیتر مایع شستشو و نیز تعداد پولی نوکلئرها حدود ۹۰٪ باشد، احتمال ضایعات قولون و آپاندیس خیلی زیاد است واگر آمیلاز بالاتر از ۱۰۰ واحد S در میلی‌لیتر باشد، احتمال سوراخ شدن روده باریك یا ورم لوزالمعده وجود دارد (۴-۵-۷).

بطورخلاصه نتایج مایع بزل شده را به روش زیر میتوان خلاصه کرد (۵).

۱ـ وقتیکه مایع کاملا قرمز است نشانه خونریزی درصفاق بوده واقدام جراح ضرورت دارد .

۲ـ وقتیکه مایع کدراست.

اگر تعداد گلبولهای سفید بیش از ۵۰۰ در میلیمتر مکعب باشد وآمیلاز بالاتر از ۱۰۰ واحد S باشد ، نشانه عارضه روده یا پانکراس است .

۳ـ اگرمایع صاف وآزمایش میکروسکپیك طبیعی باشدیا بعبارت دیگر گلبولهای قرمز کمتر از ده هزار وگلبولهای سفیدتاحدود ۱۰۰ برسد دلیل عدم ضایعه در داخل شکم است .

۴ـ هر گاه مایع بدست آمده مختصر سرخی داشته باشد تشخیص بااشکال مواجه خواهدشد. باوجوداین هر گاه تعداد گلبول‌های قرمز بیشتراز صدهزار در میلیمتر مکعب مایع باشد به خونریزی داخل صفاق باید فکر کرد و اگر علائم بالینی مؤید ضایعه باشد صلاح است شکم بازشود ، در غیر اینصورت بیمار زیر نظر قرارگیرد. هر گاه تعداد گلبول قرمز کمتر از صدهزار باشد باید بیمارتحت نظر قرارگرفته ودرصورت لزوم شستشو تکرار شود .

بررسی آماری و نتایج آنها:

درجدول زیر آمار عده‌ای از کارشناسان در مورد شستشوی صفاق نشانداده شده است (۴).

جدول زیر نتایج بررسی مایع بزل شده صفاق پس‌از شستشو توسط محققان مختلف را نشان میدهد .

	تعداد کل	مثبت	منفی	مثبت غلط	منفی غلط	درصد
روت وهمکارانش ۱۹۶۵	۲۸	۱۶	۱۲	۰	۰	٪۱۰۰
کافی وبنفیلد ۱۹۷۱	۴۸	۴۵	۳	۲	۳	٪۹۰
پری واستارت ۱۹۷۲	۴۰۱	۱۱۹	۲۸۲	۳	۱	٪۹۸
اولسن‌وردمن ۱۹۷۲	۲۳۰	۱۵۱	۷۹	۵	۰	٪۹۸
تال وشیرس ۱۹۷۳	۲۸۷	۹۴	۱۷۳	۱۰	۲	٪۹۶
های‌کاك ۱۹۷۴	۶۸	۳۵	۳۳	۱	۳	٪۹۵
پروین‌وهمکارانش ۱۹۷۴	۵۰۰	۸۱	۴۱۹	۸	۰	٪۹۸
انکراووهمکارانش ۱۹۷۵	۱۴۶۵	۵۱۱	۹۵۴	۶	۱۹	٪۹۹

ازجدول فوق برای نمونه آمار L.S. Parvin وهمکارانش را که بین سالهای ۱۹۷۲ و۱۹۷۴ جمع‌آوری شده است انتخاب (۶) ودرمورد اختلاف ارقام توضیحات لازم داده میشود .

در بین ۵۰۰ بیمار پروین و همکارانش ۶۸ مورد مثبت قوی ، ۹۹ مورد مثبت ضعیف و۳۳۳ مورد منفی بوده است .

دردسته اول در۶۴ موردکه جراحی شکم شده‌اند، درهمگی آنها ضایعه وجود داشته است (۹۴٪ مثبت). در مثبت ضعیف فقط ۹ مورد ضایعه مشخص‌شده ودرتمامی موارد منفی هیچ ضایعه‌واضحی نبوده است .

اکوگرام دربیماران مثبت ضعیف ۴۱ مورد طبیعی ، ۲۰ مورد غیر طبیعی ودو مورد ناکافی بوده است وبقیه هم اکوگرام‌نشدند. از۴۲آنژیوگرافی‌احشائی،۳۳موردطبیعی،۸مورد غیرطبیعی‌ویك مورد جواب ناکافی بود . ۸ مورد آنژیوگرافی غیرطبیعی ویك مورد ناکافی جراحی شدند وفقط ۵ مورد خونریزی‌مشخص داشتند . از تمامی ۵۰۰ مورد بطورکلی ۸۰ مورد شکم‌باز شد که در ۸ مورد ضایعه اساسی وجود نداشت. دراین ۸ مورد یك مورد پارگی‌جزئی چادرینه بزرگ ، یك مورد ضایعه خفیف کبد و دو مورد خونریزی خلف صفاق وچهار جواب هم مربوط به روش اشتباه پونکسیون بوده است .

شمارش گلبولی در ۲۶۴ بیمار انجام شدکه در ۲۲۳ موردتعداد

گلبولهای سفیدکمتر از ۵۰۰ در میلی‌متر مکعب بود و در این بین ۶ مورد ضایعه قابل ملاحظه‌ای پیدا شد . در ۲۸۸ مورد ، آمیلاز اندازه‌گیری شدکه در ۲۷۳ مورد آمیلازکمتر از ۱۰۰ واحد بود .

دراین ۵۰۰ مورد عارضه اساسی گزارش نشده است (۶).

آخرین آمار مربوط به دو تن از جراحان آلمانی بنام‌های Kern و Klaue است‌که در سال ۱۹۷۷، درکنگره بین‌المللی جراحان درکیوتو ژاپن ارائه دادند (۷) این آمار شامل ۳۰۳ مورد بوده‌که نتایج آن بقرار زیر است.

۱ــ از نظر نوع ضایعات :

ضربه‌های متعدد ۲۰۰ مورد
ضربه‌های سر ۹۹ »
ضربه‌های سینه ۸۵ »
ضربه‌های لگن ۳۷ »

البته باید توجه داشت‌که عده‌ای ضایعات متعدد داشته‌اند .

۲ــ نتایج آزمایش .

مثبت قوی در پونکسیون ساده ۸۷ مورد
مثبت در شستسوی صفاق ۴۸ »
نتایج منفی ۱۱۶ »
مثبت ضعیف ۴۲ »
مثبت غلط ۹ »
منفی غلط ۱ »

از ۴۲ مورد مثبت ضعیف :

۲۶ مورد تحت نظر بودند وعارضه‌ای بوجود نیامد .

در ۱۳ مورد بعداز بازکردن شکم هیچ عارضه‌ای پیدا نشد.

ضایعات دیگر :

پارگی کبد ۱ مورد
پارگی طحال ۱ »
پارگی روده ۱ مورد

درموردآمار مربوط‌به‌بیماران‌موردمطالعه این گروه‌همانطوریکه گفته شد هشت سال پیش مقاله‌ای توسط نویسندگان بچاپ رسید که در آن ۲۴ مورد پونکسیون عادی بدون شستشو ارائه شد و علت‌کمی تعداد بیماران هم آن بودکه فقط بیماران مشکوك به خونریزی مورد پونکسیون قرارگرفتند وهنگامیکه تشخیص خونریزی ازلحاظ بالینی قطعی بود دیگر اقدام به پونکسیون نمیشد ولی ازآنجاکه درمورد تشخیص وبررسی‌خونریزی وجود داشت ودر مواردی‌هم‌که بیماران باتشخیص قطعی خونریزی زیر عمل جراحی‌شکم قرارمیگرفتند، خونی درشکم‌نداشتند. روی‌این اصل بتدریج موارد پونکسیون در مصدومین روبافزایش گذاشت بطوریکه اکنون تعداد پونکسیون‌ها بیش از ۲۰۰ مورد است‌که در بین آنها ۱۰۶ مورد پونکسیون مثبت، ۹۱ مورد پونکسیون منفی‌و۲ مورد ترشح غیرخونی ناشی از پارگی روده و یك مورد هم ترشح روشن خارج شدکه باتوجه به‌سابقه ضربه واینکه‌بیمار اظهار میداشت‌که قبل از ضربه توده بزرگی درسمت چپ شکمش داشته (طحال بزرگ) ، بعد از ضربه ناگهان این توده از بین رفته است . بیمار عمل جراحی شد و کیست هیداتیك پاره شده طحال داشت .

اما در مورد پونکسیون وشستشو ، از آنجاکه این کار را ، تازه شروع کرده‌ایم تعدادآمار محدود بوده وقابل نتیجه‌گیری‌نمیباشد وشاید بسیارخوب بودکه این مقاله بعداز رسیدن به‌تعدادمناسب پونکسیون وشستشوی صفاق منتشر میشد ولی از آنجاکه درهمین موارد اندك نتیجه کار از لحاظ تشخص زودرس وبموقع بسیار ارزنده بود ونیز بخاطر عدم انتشار مقاله‌ای بفارسی دراین‌باره تصمیم بانتشار این مقاله‌گرفته شد تا شاید مورد توجه و استفاده همکاران قرارگیرد .

REFERENCES:

1- Barbee, Ch. L., Gilsdorf, R.B.: «Diagnostic Peritoneal Lavage in evaluating acute abdominal pain». Ann. Surg. 181: 853 - 856, 1975.

2- Benjamine, C.I. et al.: «Delayed rupture or delayed diagnosis of rupture of Spleen.» Surg. Gyn. Obst. 142: 171 - 172, 1976.

3- Delany, H. M. et al.: «The use of enzyme analysis of peritoneal blood in the clinical assessement of abdominal organ injury.» Surg. Gyn. Obst. 142: 161 - 167, 1976.

4- Jergens, M.E. «Peritoneal lavage». Am. J. Surg. 133: 365- 366, 1977.

5- Leger, L. et coll: «La ponction lavage de l'abdomen». Chirurgie 98: 255, 1972.

6- Parvin, L. S. et al.: Effectivness of peritoneal lavage in blunt abdominal Trauma.» Ann. Surg. 181: 255 - 281, 1975.

7- Kern, E., Klaue, P.: « The value of abdominal tap and lavage in the acute traumatic and non-traumatic abdomen». Int. Cong of Surg. Kyoto, Japan. 1977.

8- Olsen, W., and Hilderth, D.:«Abdominal paracentesis and peritoneal lavage in blunt abdominal trauma» J. Trauma. 11: 824 - 829, 1971.

۹ــ سید فرشی‌جلال ــ حسابی عبدالحمید : «بزل صفاق در ضربه‌های شکم» طب‌عمومی، سال نهم، شماره اول، صفحه۱ــ۲، سال ۱۳۴۸.