



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) داراب

موضوع: سندرم کومپارتمان

تهیه کننده: فاطمه عبادی

منبع: کتاب درسنامه برونر و سودارث ۲۰۲۲

مسئول علمی بخش: دکتر مجتبی زرین

شهریور ۱۴۰۲

کد مستند سازی: pph.in.35

بارکد:



مراقبت پرستاری

*پرستار باید به طور مکرر درد و وضعیت عصبی عروقی عضو مبتلا را بررسی کند و هرگونه تغییرات منفی که ممکن است نشان دهنده سندرم کومپارتمان باشد را سریعاً به پزشک گزارش دهد.

*عضو باید در وضعیت عملکردی خود و جهت حفظ و ارتقای جریان خون در سطح ثابت قرار گیرد.
*درمان درد ضروری است و همراه با مسکن های تجویز شده انجام می گیرد.

*برای این بیماران در هنگام ترخیص با گچ و شکستگی به منزل آموزش ضروری است و باید شامل خصوصیات و علائم خاص سندرم حاد کومپارتمان (افزایش درد شدید و مقاوم و بروز علائم عصبی عروقی) است باشد و همچنین در مورد تماس با پزشک برای پیگیری اورژانسی به بیمار داده شود.

درمان طبی

درمان فوری سندرم حاد اهمیت زیادی دارد. در صورت اختلال در وضعیت عصبی عروقی باید بلافاصله پزشک را مطلع کرد و تاخیر در درمان ممکن است باعث تخریب دائمی اعصاب و عضلات، نکروز با صدمه حاد کلیوی، عفونت و قطع اندام شود.

در صورتی که با اقدام محافظه کارانه خونرسانی بافتی مجدداً برقرار نشود و درد بیمار تسکین پیدا نکرد انجام فاشیوتومی (برداشتن فشار از طریق برش فاشیا) برای آزاد کردن فاشیای محدود کننده عضله ضرورت دارد.

*بعد از فاشیوتومی زخم بخیه زده نمی شود و باز گذاشته می شود تا بافت های عضلانی بتوانند بیرون بزنند و تنها با گاز استریل مرطوب آغشته به نرمال سالین و یا پوست مصنوعی پوشانده می شود.

طی ۲ تا ۳ روز وقتی تورم بافت فروکش کرد و خونرسانی بافتی مجدداً برقرار شد زخم را دبریدمان نموده و آن را می بندند.

سندرم کومپارتمان

از نظر آناتومیک، کومپارتمان یک ناحیه از بدن است که با استخوان یا فاشیا پوشیده شده است. و حاوی عضلات، اعصاب و عروق خونی می باشد. سندرم کومپارتمان در یک اندام، شرایط تهدید کننده ای است و زمانی ایجاد می شود که فشار پرفوزیون (خونرسانی) یک کومپارتمان آناتومیک، از فشار داخل بافتی آن کمتر می شود. سندرم کومپارتمان با افزایش حجم کومپارتمان و کاهش اندازه کومپارتمان یا هر دو به وجود می آید.

با افزایش فشار کومپارتمان مبتلا بالاتر از حد طبیعی، پرفیوژن به اندام ها مختل می شده که موجب مرگ سلولی شده و در نهایت منجر به نکروز و اختلال عملکرد می شود.

سندرم کومپارتمان بیشتر در افراد جوان ایجاد می شود.

بررسی و یافته های تشخیص

بیمار مبتلا به سندرم حاد کومپارتمان درد عمیق، ضربان دار و شدیدی که با دارو تسکین نمی یابد را گزارش می کند. بررسی مداوم عملکرد عروقی بعد از شکستگی بسیار اهمیت داشته و بر ۵ علامت که با حرف P شروع می شود: درد (Pain)، فلج (Paralysis)، پarestزی (Paresthesias)، رنگ پریدگی پوست (Pallor) و بی نبضی تمرکز دارد.

پarestزی (احساس سوزش و مور مور شدن) و کرختی از علائم اولیه گرفتگی عصبی است در صورتی که اسکیمی عصب و ادم ادامه یابد بیمار دچار کاهش حس و به دنبال آن بی حسی کامل خواهد شد.

برای ارزیابی حرکت از بیمار خواسته می شود تا مچ دست و پا را خم و راست نماید. فقدان حرکت (فلج) نشان دهنده تخریب عصب است.

*خونرسانی محیطی با بررسی رنگ، دما، زمان پر شدگی مویرگی، تورم و نبض های اندام ارزیابی می شود. کبودی و سیانوز شدن بسترهای ناخن، احتقان وریدی را مشخص می کند.

*انگشتان رنگ پریده، یا کبود و سرد و طولانی شدن زمان پرشدگی مجدد مویرگی نشان دهنده کاهش خونرسانی شریانی عضو است.

*نبض شریانی ممکن است به دلیل وجود ادم لمس نشود و سونوگرافی برای تایید وجود یا عدم وجود نبض استفاده شود.

*فقدان نبض علامت دیر رس سندرم کومپارتمان است.

*ممکن است بیمار تمام علائم نداشته باشد یا یکی از ۵ علامت (P) را داشته باشد بنابراین بررسی درد در شناسایی سندرم اهمیت زیادی دارد.