

مقایسه فراوانی عوارض پس از توراکوتومی در سه روش درمان درد پس از عمل

شپیده دبیر^۱، احمدرضا ارباب^۲، بدیع الزمان رادپی^۳، طاهره پارسا^۴، ساوین پژهان^۵، ابوالقاسم دانشور^۶

۱. دانشیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲. پزشک عمومی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۳. دانشیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴. دانشیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۵. استادیار جراحی قفسه سینه، مرکز تحقیقات پزشکی از راه دور، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۶. استادیار جراحی عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

امروزه شیوع عوارض تنفسی پس از توراکوتومی در مقایسه با گزارشات قبل از ۱۹۹۰ به کمتر از ۱۰ درصد رسیده است. در تحقیق ما نیز شیوع عوارض نسبتاً پایین بود. پیشرفت‌های حاصله در مراقبت‌های پس از عمل به ویژه درمان درد می‌توانند از دلایل اصلی این کاهش باشند.^۱ افزایش استفاده از بی‌دردی اپیدورال توراسیک، پیشرفت تکنیک‌های جراحی و روش‌های تشخیصی، بهبود مراقبت‌های درمانی و کاهش ریسک فاکتورهای قلبی عروقی قبل از عمل به بهبود پیامدهای پس از توراکوتومی کمک کرده است.^{۲،۳} اشکال مطالعه‌ی ما هم‌چون مطالعات مشابه این است که فقط تاثیر روش‌های تسکین درد را بر عوارض پس از عمل بررسی کرده و سایر جنبه‌های مهم مراقبت‌های پیرامون عمل از جمله عملکرد ریوی قبل از عمل، شروع تغذیه و مایع درمانی پس از عمل را نادیده گرفته است. بهبود پیامدهای پس از عمل به هماهنگی همه‌ی قسمت‌های درگیر در مراقبت‌های قبل و پس از توراکوتومی نیاز دارد و تسکین درد تنها بخشی مهم از برنامه‌ی بازتوانی پس از عمل است و اختلافات موجود در مورد میزان موفقیت بی‌دردی در کاهش شیوع عوارض پس از عمل نباید اهمیت آن را تحت تاثیر قرار دهند.

References

1. Slinger PD, Campos JH. Anesthesia for thoracic surgery. In: Miller RD. Miller's Anesthesia. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010: 1819-1887.
2. Licker M, Widikker I, Robert J, et al. Operative mortality and respiratory complications after lung resection for cancer: Impact of chronic obstructive pulmonary disease and time trends. Ann Thorac Surg 2006; 81(5): 1830-7.
3. Licker M, Perrot M, Hohn L, et al. Perioperative mortality and major cardio-pulmonary complications after lung surgery for non-small cell carcinoma. Eur J Cardiothorac Surg 1999; 15(3): 314-19.

عوارض ریوی و قلبی علل اصلی موربیدیت و مورتالیت در بیماران توراکوتومی هستند. درد توراکوتومی که از شدیدترین دردهای جراحی است، نقش مهمی در اختلال عملکرد ریوی پس از عمل دارد؛ زیرا با جلوگیری از سرفه‌ی موثر بیمار برای خارج کردن ترشحات، به تاخیر انداختن تحرک و عدم همکاری برای فیزیوتراپی منجر به تشدید آتلکتازی می‌گردد. تسکین درد می‌تواند عوارض تنفسی و قلبی را کاهش دهد.^۱ ولی پرسش مورد اختلاف این است که آیا تفاوتی از نظر شیوع عوارض پس از توراکوتومی در بین روش‌های مختلف بی‌دردی وجود دارد؟ این مطالعه‌ی توصیفی مقطعی گذشته نگر برای بررسی و مقایسه‌ی فراوانی عوارض ناشی از توراکوتومی لترال در سه روش درمان درد حاد پس از عمل انجام شد.

۲۶۸ بیمار که بین سال‌های ۸۷-۱۳۸۱ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تحت توراکوتومی لترال قرار گرفته بودند با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس، وارد مطالعه شدند. در ۹۶ بیمار از مخدر وریدی، در ۸۲ بیمار از روش اینتر پلورال و در ۹۰ بیمار از آنستزی اپیدورال لومبار، برای کنترل درد استفاده شده بود. عوارض (خواب آلودگی، تهوع، استفراغ، ایلئوس، دپرسیون تنفسی، هیپوکسی، آتلکتازی، پنومونی، پلورال افیوژن، پنوموتوراکس، ایسکمی قلبی، ترومبوز وریدی عمقی، دیس ریتمی و مورتالیت) و نیاز به پرونکوسکوپ، عمل مجدد و تهویه‌ی مکانیکی ریه‌ها در ۲۴ ساعت اول و هفته‌ی اول و سوم پس از عمل بررسی شدند.

مدت زمان بستری در سه گروه یکسان بود. در ۲۴ ساعت اول پس از عمل خواب‌آلودگی و تهوع و استفراغ و در هفته‌ی اول و دوم عارضه‌ی تهوع در بیمارانی که مخدر وریدی گرفتند، به طور معنی‌داری بالاتر از دو گروه دیگر بود. در هفته اول پس از عمل، تعداد بیشتری از بیماران اپیدورال (۴ نفر از ۹۰ بیمار) دچار ایسکمی قلبی شدند. پنوموتوراکس نیز در تعداد بیشتری از بیماران اینتر پلورال (۸ نفر از ۸۲ بیمار) و در مرتبه‌ی بعدی در گروه مخدرهای وریدی (۵ نفر از ۹۶ بیمار) اتفاق افتاد.