

بررسی میزان کاهش درد به دنبال تزریق اینتراپلورال بوپروکائین در مقایسه با اپیوم ها در جراحی قسمت فوقانی شکم

دکتر محمد زارع^{1*}، دکتر سید جلیل میرحسینی²، دکتر سید علیرضا حسینی نسب³، دکتر محمدرضا حاجی اسماعیلی⁴

چکیده

مقدمه: درد بعد از اعمال جراحی یک تجربه ناخوشایند است که به دنبال محرک های مختلف بوجود می آید و انسان نسبت به آن واکنش نشان می دهد. این فرایند باعث می شود اختلالات فیزیولوژیک در تمام سیستم های بدن بوجود آید. برای کاهش و تسکین این درد از مخدرها و یا بی حس کننده های موضعی استفاده می شود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی (Clinical Trial) است که بر روی 60 بیمار انجام گرفته و بیماران به دو گروه 30 نفری تقسیم شدند و شدت درد بعد از عمل پس از تزریق بوپروکائین داخل پلور با اپیوم ها مقایسه شد. بیماران از نظر نوع عمل، سن و جنس مشابه بودند و در یک گروه بعد از اتمام عمل بوپروکائین به داخل پلور تزریق شد و در گروه دیگر برای کنترل درد از مواد مخدر استفاده شد. شدت درد با استفاده از Visual Analogue Scale بررسی گردید.

نتایج: اختلاف معنی دار در کاهش درد بر حسب سن، جنس و نوع عمل جراحی وجود نداشت ولی در گروهی که بوپروکائین تزریق شده بود کاهش درد بیشتری دیده شد ($P < 0.5$).

نتیجه گیری: در این مطالعه تزریق بوپروکائین به داخل پلورال مفید تر و مؤثرتر از تزریق مواد مخدر برای کنترل درد بعد از عمل بود.

واژه های کلیدی: بوپروکائین - درد بعد از عمل - بی حسی داخل پلورال

مقدمه

غالباً بعد از عمل جراحی، بیماران درد دارند (1,2) و تمایل دارند که مسکودریافت کنند ولی درد آنها به خوبی کنترل نمی شود (3,4,5). درد باعث تغییرات نوروهومونال می شود و محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و سیستم سمپاتیک را تحریک و باعث تاکیکار دی، افزایش فشار خون، تاکی پنه هیپرکلیسمی و افزایش کاتوبولیسیم چربی و پروتئین می شود (6,7). در جراحی های قسمت فوقانی شکم و توراکس، اختلال عملکرد ریوی داریم که به صورت کاهش ظرفیت حیاتی، هیپرکلیسمی و آتلکتنازی می باشد. مطالعات متعددی نشان

تاریخ دریافت: 84/1/10 تاریخ پذیرش: 84/4/23

داده اند که با کنترل در بعد از عمل عوارض ریوی کمتر شده است (8). نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که استفاده از بوپروکائین اپیدورال توانسته درد بیماران را به نحو مطلوبی کنترل نماید (9) ترومبوز وریدهای عمقی از دیگر عوارض اعمال جراحی می باشد که مورتالیتی و موریبیدیتی اعمال جراحی را افزایش می دهد (10) لذا کنترل درد بیمار و راه انداختن زودتر او می تواند از این عارضه جلوگیری کند. همچنین درد بعد از عمل می تواند عملکرد ایمنی بیمار را تضعیف نماید (11). کنترل ناکافی درد در بیماران جراحی می تواند به دلیریوم منجر شود.

اپیوئیدها یکی از داروهای اصلی کنترل دردهای بعد از عمل هستند که می توانند به صورت مختلف به کار روند ولی باعث

*-نویسنده مسئول: استادیار گروه جراحی عمومی

تلفن همراه: 0913 154 9956 نمابر: 0351 8224100

2 و 3- استادیار گروه جراحی عمومی

4- پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

پس از عمل جراحی شدت درد با استفاده از اندکس (Scale=VAS Visual Analogue) و پرسشنامه SF-MC-Gill Short Form of McGill در هر 2 گروه تعیین می گردید. ابتدا خط (VAS) به طور کامل و واضح جهت بیمار شرح داده می شد و سپس از بیمار خواسته می شد شدت درد خود را براساس خط (VAS) پر روی پرسشنامه نشان دهد. در پرسشنامه SF-MC تحلیل خط (VAS) دارای شماره صفر (بدون درد) تا شماره 5 (شدیدترین درد تجربه شده توسط بیمار) می باشد اطلاعات جمع آوری شده در پرسشنامه شامل: سن، جنس، نوع عمل جراحی بیمار بوده است.

نتایج

میانگین سنی بیماران $44/3 \pm 1/5$ سال بود. 53% بیماران مرد و بقیه زن بودند. تفاوت سنی و جنسی بیماران در دو گروه معنی دار نبود. 33/3% بیماران کله سیستمی شده بودند و بقیه سایر اعمال جراحی روی شکم داشتند. فراوانی سنی و جنسی نیز در دو گروه مورد مطالعه از توزیع تقریبی یکسان برخوردار است. فراوانی دو نوع عمل کله سیستمی و لاپار اتومی در گروه یک (با تزریق بویواکائین) و در گروه 2 (بدون تزریق بویواکائین) توزیع تقریبی یکسانی برخوردار است. 83/3% دریافت کنندگان بویواکائین VAS سطح یک و دو داشتند و تنها 6/7% گروه کنترل در این دو سطح قرار داشتند که این تفاوت معنی دار بوده است ($0/05 <$) تفاوت بین شدت درد در گروه اول و دوم کاملاً معنی دار و قابل توجه است و این رقم در گروه های سنی، جنسی و نوع عمل جراحی تفاوت چندانی نداشت. اما تفاوت شدت درد بر حسب هر کدام از پارامترهای مذکور در گروه اول نسبت به گروه دوم به طور قابل توجهی کمتر بود.

جدول 1: توزیع فراوانی نوع عمل جراحی در دو گروه (گروه 1: با تزریق بویواکائین و گروه 2: بدون تزریق بویواکائین)

نوع عمل جراحی	گروه 1		گروه 2	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کله سیستمی	13	33/3	10	33/3
لاپاراتومی	17	56/7	20	66/7

هیپوکسی، دپرسیون تنفس و گاهاً وقفه تنفسی و مرگ می شوند. استفاده موضعی از بی حس کننده ها نظیر بویواکائین (طولانی اثرترین بی حس کننده موضعی با حداکثر اثر 10-3 ساعته)^(13,14) این مزیت را دارد که بیمار دچار عوارض سیستمیک نمی شود ولی کاربرد آن ساده نیست و مهارت خاصی را می طلبد⁽⁹⁾. هدف از این مطالعه مقایسه دو روش از نظر کنترل درد می باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی (Clinical Trial) است که طی سالهای 78-1377 بر روی 60 نفر از بیماران بستری شده در بخش های جراحی بیمارستان های شهید رهنمون و افشار یزد پس از کسب رضایت انجام شده است. بیماران به طور تصادفی در دو گروه 30 نفره تقسیم شدند. در گروه اول در پایان کار عمل جراحی قبل از بستن جدار شکم، تحت تزریق محلول بویواکائین 0/5% به میزان 2mg/kg به صورت تک دوز به داخل فضای پلور قرار گرفتند. تزریق توسط آنژیوکت شماره G16 بین خط اگزیلاری قدامی و میانی در چهارمین یا پنجمین فضای بین دنده ای تحت شرایط استریل صورت گرفت. آنژیوکت در قسمت فوقانی دنده زیرین وارد می شود و به محض عبور آن از پلور پاریتال سوزن آنژیوکت خارج گردیده و بویواکائین تزریق می شد انتخاب سمت تزریق بر اساس سمتی بود که عمل جراحی انجام می گرفت لذا در انسزیون سمت راست در فضای پلورال راست و در انسزیون سمت چپ در فضای پلورال چپ تزریق می گردید و اگر برش جراحی در خط وسط بود دوز کلی در هر فضای پلورال به طور مساوی تزریق می شد. لازم به توضیح است که بویواکائین مصرفی ساخت کارخانه Astrazeneca از کشور اتریش بوده است.

در گروه دوم (گروه کنترل) طی ساعت اول پس از عمل، تحت درمان فلوز واحد داروی مخدر از قبیل: مورفین (حداکثر تا 10 میلیگرم) مپردین (حداکثر تا 50 میلیگرم) و یا پنتازوسین (حداکثر 30 میلیگرم) به طور تزریق عضلانی قرار گرفتند. با توجه به طول اثر حداکثر تا 6 ساعت جهت داروهای مخدر و حذف تأثیر داروهای بیهوشی بیمار 6 ساعت

تاکنون مطالعات مختلفی صورت گرفته است (16) اما در مورد
تثراً این اقدام در جراحی های فوقانی شکم مطالعه دقیقی در
دسترس نیست (12).

در مطالعه انجام شده توسط Marks & Sachar بر روی 37 بیمار
مشخص گردید علیرغم تجویز داروی مخدر اکثر بیماران پس از
عمل هنوز دارای درد بوده و در نقطه حداکثر خط (VAS) قرار
می گیرند. اما در گروه تزریق اینترپلورال بویواکائین، اکثر
بیماران لطف شدت درد را در پرسشنامه (VAS) دارا بودند (17).
در مطالعه ای که توسط Sababatha بر روی 81 بیمار جراحی
توراکی صورت گرفت در 75% بیماران تزریق دوز منفرد
بویواکائین اینترپلورال جهت کنترل درد بیماران کافی بود. لذا
در این مطالعه نیز از تزریق دوز منفرد بویواکائین استفاده شد که
در 83/3% این بیماران تزریق دوز منفرد باعث کنترل درد
گردید (18). همچنین در مطالعه انجام شده توسط Korickesk در
سال 1995 جوابی موفقیت آمیز با تزریق دوز منفرد اینترپلورال
مارکائین همراه با بی حسی اپیدورال جهت انجام همزمان
اسپینکتومی در بیمار زنی با بیماری قلبی ریوی پیشرفته صورت
گرفت (19).

نتیجه گیری: تزریق اینترپلورال بویواکائین در کنترل دردهای
پس از عمل جراحی مفید است و می توان به جای تزریق
داروهای مخدر استفاده از آن پیشنهاد کرد. لذا با توجه به
احتمال بروز اعتیاد و مشکل جدی کشور ما در زمینه وابستگی به
داروهای مخدر توصیه می شود حتی المقدور از داروهای
غیرمخدر به خصوص مارکائین که کارایی آن در مطالعات
زیادی اثبات شده است استفاده گردد.

References

1. Warfield CA" Kaiincil:"Acute pain management:programs in US hospitals and expciences and attitudcs among US Adults." Anesthesiology 1995, 83(5):1090-1091 .

جمع کل	30	50	30	50
جدول 2: پارامترهای سن در دو گروه مورد بررسی (گروه 1: با تزریق بویواکائین و گروه 2: بدون تزریق بویواکائین)				
گروه	تعداد	میانگین سن	(1) S.D	
گروه 1	30	43	15/5	
گروه 2	30	45/6	14/8	

جدول 3: توزیع فراوانی درد در هر یک از دو گروه مورد بررسی
(گروه 1: با تزریق بویواکائین و گروه 2: بدون تزریق
بویواکائین)

گروه	گروه 1	گروه 2	جنس
کله سیستمی	4/4	33/3	4/41
لاپاراتومی	4/39	56/7	4/4
			33/3
			66/7
			p>0.05

بحث

کنترل درد های پس از عمل جراحی، به عنوان یک
مشکل کلینیکی همیشه مورد توجه و تأکید بوده است (15) چرا
که این دردها می توانند مرگ و میر و عوارض اعمال جراحی را
به نحو چشمگیری افزایش دهند (9).
تاکنون به منظور ارزیابی شدت درد مطالعات مختلفی صورت
گرفته است. نتایج این مطالعات حاکی از این است که
بارزش ترین روش ارزیابی پرسشنامه SF-MC-Gill می باشد.
خط مربوط به (Visual Analoge Scale)VAS در این پرسشنامه
روشی ساده و مطمئن در ارزیابی شدت درد است. برای ارزیابی
کنترل درد جراحی قفسه صدی با تزریق اینترپلورال مارکائین

2. Siprasse[S SA" Cien C" Carr DB:"postoperative analgesla: economics, resource use, and patient satisfaction in an urban teaching hospital." Anesth Analg 2002 1994(1):130-137.

3. Engoren M "Steffel C:"*patient perception of monetary value to avoiding unpleasant side effects of anesthesia and surgery*" J.Clin. Anesth 2000, 12(5):388-391.
4. Poisson- Salomon AS. *Brasseur Lory C Cllauvin M Durloux P:"Audit of the management of postoperative pain."* Press Med, 1996, 25 (22):1013-1017.
5. Rawal N:"*Acute pain services revisited: good from far, far from good?*" Reg. Anesth.pain Med. 2002, 27(2):117-121.
6. Welsman C:"*The motabolic response to stress: an overview an update.*" Anesthesiology (1990) 73(2):308-327.
7. Wilmore DW:"*Catabolic Illness strategics for enhancing recovery.*" N.Engl.J.Med.1991 325 (10):695-702.
8. Steinbrook RA:"*Epidoral anesthesia and gastrointestinal motility .*"Anesth. Analg.(1998) 86:811-837.
9. Milo Engoren "*Cost-effectiveness of different postoperative analgesic treatments*" Expert Opinion,2003,4(9),1507-1519.
10. Tuman KJ, Mccarlliy RJ Marci 1 RJ Delaria GA Patel RV. Ivankoviciad: "*Effects of epidural anesthesia and analgesia on coagulation andoutcomome after major vascular surgery.*" Anesth. Analg. (1991)73 (6):696-701.
11. Tellado-Rodriguez J, Ciristou NV:"*Clinical assesment of host defense.*"Surg. Clin. North Am.1988 68(1):11-55.
12. Partick. D. wall & Ronald Melzack, "*Textbook of pain*" Churchill Livingstone. 1991, Chap 18: 337-348.
- 13.<http://www.rxlist.com/cgi/rxlist.cgi?drug=bupivacaen>.
- 14.<http://www.rxlist.com/cgi/generic2/bupivacaine.htm>.
15. Liebeskind JC:"Pain can kill."Pain 1991: 44 (1): 3-1.
16. Iwama H. "Intraplural regional anagesia in pain management after chest trauma," 1993, May 42(5).
17. Marks, RM, & Sachar EJ. "*Undertreatment of medical in patients with narcotic analgesis*" Ann Intern Med,1973: 172-181.
18. Sabanathan S. "*Continous intercostal nerve block for pain relief after thoracotomy*" USA, 1987, Oct. 96(4).
19. Konichesky S."*Combind intrapleural & epidural for upper abdominal surgery.*"1995 Mar, 28(5).