

۱۶۵ اشکالات بیهوده در انسداد روده های رو ده

در انسداد روده ها عبور محتویات روده بعمل سکانیک، عروقی و بازالتیک بطور کامل یا نسبتاً کامل متوقف می شود. از احاظ بیهوده یکی از مشکل ترین انواع بیهوده است زیرا عوارض مخصوص در موقع بیهوده اتفاق میافتد که اگر قبل از پیش یینی نشده باشد بمرگ بیمار منجر خواهد شد. بحث ما بیشتر در اطراف همین عوارض میباشد در صورتی که در بعضی از انواع انسداد روده بعلت عدم پیشرفت هیچگونه مسئله خاصی پیدید نیامده و احتیاج به تکنیک اختصاصی ندارد.

I- آماده کردن بیمار

الف - مسئله مایعات و الکتروولیت ها: در ۴ ساعت $\frac{1}{8}$ لیتر ترشحات گوارشی باید مجددآ از راه روده ها جذب شود که در صورت انسداد جذب آنها مختل میشود ازاین رو بیمار دزئیدرانه میشود و الکتروولیتهاش دچار عدم تعادل میگردند. در انسدادهای فوقانی بیشتر الکالوز پدید میآید و انسدادهای تحتانی باعث اسیدوز میشوند. بیمار در همه حال مقدار زیادی پطاسیم از دست می دهد زیرا غلظت پطاسیم در ترشحات گوارشی مشابه غلظت آن در پلاسمای خون است. در جبران مایعات و الکتروولیتها این بیماران علاوه بر رساندن مقدار سورد نیاز بیمار که بعلت عدم توانائی او بخوردن و آشاییدن در ۴ ساعت سیاهشده باید بترمیم کسری روزهای قبل نیز اقدام بشود و نیز مقدار استفراغ یا آسپیراسیون از راه روده ها نیز در نظر گرفته شود. هر وقت بیمار از راه گوارشی مایعات و الکتروولیت از دست بددهد برای جبران $\frac{5}{7}$ درصد حجم مایعات باید سرم نمکی باشد با اضافه دوبرابر مقدار معمولی پطاسیم داده شود. مایعات باید بسرعت و تاحدود ع لیتر در شبانه روز داده شود.

ب - زیادی فشار داخل شکم: علاوه بر احتیام مایعات مقدار زیادی هم گاز در بالای محل انسداد روده انباشته میشود که بعلت فشار خود از جریان خون روده ها میکاهد

ه دانشیار استریولوژی دانشکده پزشکی

ه خلاصه مخترانی در انجمن پزشکان متخصص بیهوده در بیمارستان سینا.

و مسمومیت پدید می‌آورند در انسداد عروق روده Strangulation این عروق تحت فشار واقع می‌شوند مموم بداخل پرده حلقه ریخته و مسمومیت سریع تر پیشرفت می‌کند. از طرف دیگر در این موارد بعلت اینکه جریان خون وریدی زودتر بسته می‌شود و شریانها دیرتر قطع می‌گردند در روده‌ها کنترستیون پدید می‌آید که باعث می‌شود مقداری از پلاسمای خون بداخل روده تراوش کند بقسمی که برای جبران آن گاهی ترانسفوزیون لازم می‌شود. برای کم کردن فشار داخل شکم استعمال لوله معده و لوله روده و آسپیراسیون از طریق آنها کمک می‌کند.

ج - هیپو کسی واسیدوز تنفسی : بعلت فشار داخل شکم و عدم تحرک کافی - دیافراگم پیدا می‌شود و اختلال جریان خون باعث تشدید آن می‌گردد. اکسیژن تراپی در ساعات قبل از عمل علاوه بر رفع این معاویب باعث می‌شود که فشار روده‌ها از راه Denitration نقصان یابد .

د - Low Flow State : کندی جریان خون بعلت هیپوتانسیون و زیادشدن ویسیکوزیته آن پدید می‌آید در این عارضه گلولهای قرمز خون مجیطی متراکم شده و تولید می‌کروند انفارکتوس هائی می‌کند که در انساج اسید لاکتیک پدید می‌آورد و در کلیه‌ها تواجد الیگوری می‌کند که با هیپوتانسیون تواناً دفع داروهارا بتأخیر می‌اندازد. دادن مایعات والکترولیتها و مخصوصاً دادن یک نوع محلول دکستران (با وزن مولکولی پائین) و بالآخره ترانسفوزیون به برطرف شدن این عارضه کمک می‌کند. اگر فشاری روی عروق وارد نشود نباید در عمل جراحی عجله کرد بلکه تاخیر (۴ - ۲) ساعت در این موارد چندان در پیشرفت بیماری مؤثر نیست در حالیکه در این مدت میتوان حال عمومی بیمار را چنان اصلاح کرد که پرونوسیتیک جراحی و بیهوشی را بکلی عوض نماید . وقتی انتهاهای بیمار گرم و قرمز شدن و فشارخون به ۱۰ رسید زمان عمل جراحی فرا رسیده است.

«پره مدیکاسیون» : مرفین باین بیماران نمیدهیم زیرا بعلت تخفیف فلکس سرفه باعث تشدید آسپیراسیون ریوی است. دریشتر موقع تزریق آتروپین و اگر صلاح باشد مرفن را از راه داخل وریدی انجام میدهیم .

II - مسئله آسپیراسیون ریوی در شروع بیهوشی

در ۸ درصد موارد استفراغ و رگوژیتاسیون باعث مرگ بیماران بوده است که در این موارد لارنکوآسپلام و ادم حاد ریوی پیش می‌آید (مندرم مندلسون) (شرح حال یک بیمار گفته شد) . استفراغ یک عمل آکتیویست که باعث می‌شود ام芬کترهای مری بازشوند

ولی در ضمن گلوت بیمار را میبینند ولی رگورزیتاسیون که یک عمل پاسیو است باعث میشود که محتویات معده بطرف راههای تنفسی برود. اسفنکتر «کریکوفارنژین» در اثر داروهای بیهوشی و شل کننده‌های عضلانی باز میشود ولی این عوامل روی کاردهای که هم اثر اسفنکتری و هم اثر دریچه‌ای دارد بی اثر است مگراینکه مکانیسم طبیعی آنرا با گذاشتن یک لوله معده یا با تغییر زاویه معده و سری از بین بیریم یا اختلاف فشار داخل شکم و فشار داخل سینه مثلاً بعلت انسداد تنفسی یا در اثر سرازیر کردن بیمار بیش از میزان طبیعی شود. برای پیشگیری استفراغ و رگورزیتاسیون در مرحله شروع بیهوشی ظرف ه و سال اخیر وشهای زیادی پیشنهاد شده است که بترتیب ارزش آنها فهرست وارگفته میشوند ولی نکته اصلی در اینجا عبارت از گذاشتن یک لوله کاف دار در ترشه بیماران قبل از وقوع استفراغ میباشد.

- ۱- بیهوشی از راه تنفسی (+++) : تخت بیمار باید ۲۰ درجه «ترنذلبرگ» داشته باشد. گاهی لوله گذاری تراشه دروغ خواهد به پهلو انجام میشود.
- ۲- بیهوشی از راه داخل رگی (+++) : تخت بیمار باید ۲۰ درجه یا پیشتر «عکس ترنذلبرگ» داشته باشد در این طریقه استفراغ بعلت فلنج کامل عضلات شکم شیرینگ میشود و از پیدایش رگورزیتاسیون با گذاشتن تخت در وضع «عکس ترنذلبرگ» پیشگیری بعمل میآید.

- ۳- رد کردن لوله داخل تراشه از نوع «کافدار» تحت بیحسی توپیکال (++) : گاهی بعلت بیقراری بیماران این کار امکان پذیر نیست در این موارد تزریق داروهای ضد درد توان با داروهای آرام بخش را توصیه مینماییم. پس از رد کردن لوله تراشه در انتخاب نوع بیهوشی مختیر هستیم.

- ۴- گذاشتن یک لوله بالن دار در داخل مری یا در کاردهای (++) : در اینجا نوع بیهوشی اختیاری است ولی امتحان بایگاندن لوله موجود است.

- ۵- خالی کردن معده توسط سند بقطار ۱۳ - ۶ میلی متر یا تزریق آپومرفین قبل از شروع بیهوشی (+) : نباید معده این بیماران را هرگز تهی پنداشت زیرا مرتبأ از محتویات روده ها پر می شود.

- ۶- فشار روی غضروف کریکوئید در موقع شروع بیهوشی داخل وریدی (+) : در این روش خطر ترکیدن مری زیاد است.
- ۷- بیحسی های «موضعی و ناحیه ای» (+) : در این طریقه خطر هیپوتانسیون رفلکس واگال و استفراغ وجود دارد.

III - مسئلهٔ شوک جراحی

عوامل متعدد نظیر درد، دستکاری جراح، هپاتوسی دزبیدراتاسیون، عدم تعادل الکترولیتیها و سیمومیت همگی مولدشوک هستند که با علامت (Low Flow State) شروع شده و به شوک های غیر قابل برگشت ختم میشوند. اخیراً برکاری سیستم سمپاتیک مسئول عمدۀ تولیدشوک جراحی شناخته شده است و برای پیشگیری شوک از کار انداختن آنرا پیشنهاد کرده اند. استعمال اجزاء (Lytic cocktail) در صورتی که بمقادیر کم استعمال شوند برای این منظور مفید هستند مثلاً لارگاکتیل بمیزان کمتر از ۱ میلی گرم باید مصرف شود. داروهای ضد درد داخل رگی نیز کمک میکنند بیحسی های نخاعی و اپیدورال از لحاظ پیش گیری شوک مؤثر هستند و نیز بلوک آزار گره های سمپاتیک مفید واقع میشود. اگر شک در مرحله قبل از جراحی موجود باشد بیهوشی از راه تنفسی توسط فلوئوتان تواام با تزریق سریع مایعات کمک مؤثری بقطع آن می کند (شرح حال یک بیمار داده شد) در مورد هیبتومی و هیبرنالیون. برای جلوگیری از شوک جراحی از جانب آقای دکتر فرخواهش می کنم از تجربیات خود برای ما صحبت بفرمایند.

IV - مسئلهٔ شل کردن عضلات شکم

از سه راه ممکن است به آن اقدام نمود. بیحسی های «موضعی و ناحیه‌ای» که گفتیم اندیکاسیون زیادی ندارد. راه دوم عمیق کردن بیهوشی است که باعث دپرسیون دستگاه جریان خون است و بالاخره راه عملی برای شل کردن عضلات شکم استعمال داروهای شل کننده عضلانی است. استعمال این داروها نیز در این بیماری شامل نکات ویژه میباشد

الف - داروی «دپلاریزان» نظیر سوکسامتونیوم داروی بی خطری است زیرا مقدار پسودوکلین استراز در این بیماران دست نخورده باقی میماند فقط باید توجه داشت که استعمال تواام سرم پروکائینه اثر مشدد بر روی آن دارد برای کاستن از مقدار این دارو اخیراً آنرا با یک داروی آنتی کولین استراز بنام Tetrahydro Aminocrine مخلوط بینهایند. بمدت یک هفته بعد از عمل جراحی کاتابولیسم پروتئینها ادامه میباید و مقدار کولین استراز نیز کم میشود لذا اگر عمل جراحی مجدد در این مدت مورد نیاز شود استعمال سوکسامتونیوم باید با احتیاط بیشتری انجام گیرد.

ب - استعمال داروهای شل کننده عضلانی از نوع «آنتی دپلاریزان» نظیر (فاد کسدیل) در این بیماران گاهی بمرگ می انجامد از این رو استعمال آنها باید بمیزان حداقل مورد

نیاز باشد . و در این موارد نباید اتساع روده‌هارا با عدم شلی کافی عضلانی اشتباه نمود . متابولیسم این نوع داروها درین بعلت وجود دزئیدراتاسیون اختلالات الکترولیکی مخصوصاً تغییرات و کمبود پطاسیم وجود اسیدوز کم کاری کلیه‌ها مختلط می‌شود . استعمال آنتی - بیوتیک‌ها از راه داخل صفاقی (نظیر استریتومایسین ، نئومایسین ، پولی میکسین) نیز باعث تشدید اثر این داروها می‌شود و گاهی بعارضه خطیری منجر می‌شود که در شش مورد باعث سرگ بیماران بوده است (Prostigmine Resistant Curarisation) در پنج مورد دیگر از این عارضه ضمن جبران مایعات و الکترولیت‌های برای درمان اسیدوز نیز با تزریق $1/2$ میلی‌اکی والانت بیکربنات سدیم برای کیلو گرم وزن بیمار اقدام کرده و نتیجه درمان موفقیت آمیز بوده است .

V- اشکالات بعد از عمل

این اشکالات عبارت از پیدایش ایلکتریک پارالیتیک ، اشکال تغذیه بیماران از راه داخل رگی ، عوارض قلبی ، ربوی ، ادراری ، و غیره . . . میباشد که از بحث آنها خودداری می‌شود .

بحث :

دکتر فر - من از طرف خود و همکاران از آقای دکتر تشید که زحمت کشیده‌اند و مطالب جامعی در موضوع مورد بحث تهیه نموده‌اند تشکر می‌کنم ضمناً از تجربیات شخصی خود در این موضوع می‌خواهم نکاتی را تذکردم . سرفین و آتروپین و غیره در مورد دزئیدرا تاسیون از راه زیر پوستی سریع تر از معمول چذب می‌شود لکن اگر همراه شوک باشد خطر احتیاط دارد و باید داخلی وریدی تزریق شوند . من وضع « عکس ترنزلتبرک » را برای این بیماران ترجیح میدهم چون احتمال وقوع رگوژیتاسیون کمتر می‌شود . بطور کلی رفلکس‌های این بیماران چنان خفیف شده اند که گاهی فقط با تزریق داروهای ضد درد و آرام بخشی می‌توان اقدام به لوله گذاری تراشه نمود . در مورد شروع بیهوشی از راه تنفس با آقای دکتر تشید موافق هستم که از بیهوشی داخل رگی کم خررتر است زیرا پنتوتال ممکن است خود بعلل مختلف عوارض و خیمی ایجاد نماید در مورد هیپرناسیون و هیپو ترمی چون حال بیمار و خیم است ممکن است مرحله شروع را تحمل نکنند اگر از این مرحله گذشت تکنیک هیپرناسیون مفید واقع می‌شود . همچنین در صورت لزوم با استعمال داروهای واژودیلاتاتور توام با تزریق سریع مایعات موافق بوده و از مصرف واژوپرسورها همیشه پرهیز نموده‌ام . همچنین لوله گذاری داخل معده و آسپیراسیون مداوم را برای همه این بیماران توصیه می‌نمایم .

د) کتر تشید: ضمن تأیید فرمایشات جناب آفای دکتر فرمیخواستم از ایشان سؤال کنم از چه راهی ممکن است فشار داخل معده را حدس بزنیم و تخت بیمار را چند درجه درجهت عکس ترندز نشیر گ قرار بدهم.

د- آندر فر - از راه فشار معده قابل پیش بینی نیست ولی وضع عکس ترندلبر گستاخیتی در مقابل این فشار ایجاد می‌کند در هر حال بمحض شروع رگوژیتاچیون باید از اسپیراتور استفاده شود و در همه حال باید قلاً توسط لوله معده آنرا تخلیه نمود.

د کتر افراسیابی - می پرسم چرا وضع عمومی بیمارها در تقسیم‌بندی در نظر نگرفته‌اند؟

دکتر آشید - بنده یک چنین تقسیم بندی نیازی نمی بینم زیرا در خلال بحث این

موضوع را گنجانیده بودم.

دستور صفائی - هر تکنیک بخصوصی برای کسیکه آنرا بکار می برد و تجربه کافی در
باره آن دارد مفید و مؤثر است بنده تحت بیمار را درحال افتقی قرار میدهم و معمولاً اتفاقی
نمی افتد و اگر استفراغ آنچنان زیاد باشد که به ناگهان واقع شود اصولاً کاری از عهده ما
ساخته نیست ضمناً چرا شما به تکنیک جدید «نورولپتیک آنالژزیا» اشاره نکرده اید؟ زیرا
بنظر می آید برای این بیماران ایدآل باشد.

د کتر تشید - بندۀ باجناب آقای دکتر صفائی موافق نیستم زیرا تکنیک هائی که شرح دادیم برای پیش گیری عوارض بیماران بدخل است یعنی همان بیمارانی که بعقیده جنابعالی کاری از عهده‌ها برای آنها ساخته نیست. در باره تکنیک «نوروپلیتیک آنالرزیا» بندۀ در اولین موردی که تجربه کردم باعث خرابی سریع حالت بیمار شد و خالف جدی آن برای بیهوشی انسداد روده می‌باشم.

دکتر ز نوزی : عمل «Denitrogenation» روده‌ها چگونه انجام می‌شود؟

دکتر تیلر ... توسطاً کسیزن تراپی در ساعت قبل از عمل بهمکه جریان زیادا کسیزن وجود در ریجه باز دمی اول ازت ریه ها خارج میشود. و سپس ازت محتوی روده ها از طریق خون ریه ها بخارج منتقل می گردد.