رابطه بین زمان شروع تغذیه از راه زئونوسئومی با عوارض ناشی از آن پس از جراحی بدیخیمی‌های دستگاه گوارش فوکانی در بیمارستان امیرالمؤمنین تهران

چکیده
زمینه: زئونوسئومی یک راه اصلی برای تغذیه بیمارانی که تحت عمل جراحی دستگاه گوارش فوکانی (هایپوفارینکس و مری) قرار می‌گیرند می‌باشد. در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در بیمارستان امیرالمؤمنین، بیمارانی که دچار بدیخیمی‌های دستگاه گوارش فوکانی بودند و تحت عمل جراحی زئونوسئومی قرار گرفتند، برای یک دوره سه ساعت مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش کار: 90 بیمار (6 مرد با میانگین سنی 55 سال و محدوده سنی 20 - 90 سال) که مبتلا به بدیخیمی‌های دستگاه گوارش فوکانی (هایپوفارینکس و مری) بودند و بررسی شدند، بیماران به دو گروه تقسیم شدند و میزان عوارض و نتایج در گروهی که شروع تغذیه از راه زئونوسئومی ساعت بعد از جراحی اصلی (گروه A) انجام شد با گروه دیگری که شروع تغذیه از راه زئونوسئومی 3 روز بعد از عمل جراحی اصلی (گروه B) انجام شد مقایسه گردید.

یافته‌ها: در گروه 27 بیمار (30%) هنوز عوارض جانبی را در حین تغذیه از راه روده‌ای نشان ندادند. عوارض جانبی شروع تغذیه از راه زئونوسئومی گروه B در 1/3 نفر (2٪) و در گروه A (2/7٪) رابطه بین دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری از لحاظ بررسی عوارض دیگری دیده نشدند. به عنوان یک یافته جانی، دستگاه بروز نشانه‌های نامرتبه لوله زئونوسئومی در بیماران با انسداد شکمی (0.001<P) و درد شکمی (P<0.001) در ساعات اولیه پس از شروع تغذیه زئونوسئومی مورد بود.

نتیجه کلی: شروع تغذیه از راه زئونوسئومی 3 روز بعد از عمل جراحی اصلی به دلیل عوارض جانبی کمتر و حمله بهتر آن در بیماران مبتلا به کانسر مجاری گوارش فوکانی و هایپوفارینکس معانی‌داری بر عوارض بروز بیمارتی تغذیه روده‌ای توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: زئونوسئومی، جراحی عوارض تغذیه روده‌ای

نشریه نویسندگان مسئول: ناشی تهران، خیابان انقلاب، خیابان ملک‌آباد، بیمارستان سعدی شمایی، بیمارستان امیراکل، کدپستی: 11457-12151 تلفن: 021-22631676

www.SID.ir

نشانی الکترونیکی: khorsandi@sina.tums.ac.ir
که در گروه A شروع تغذیه از راه زننیوستومی ۶ ساعت بعد از جراحی و در گروه B شروع تغذیه از راه زننیوستومی ۳۶ ساعت بعد از جراحی انجام شد.

تغذیه از راه زننیوستومی با ۱۰ میلی لیتر دکتر ۵٪ در ساعت، شروع و در روز دوم به ۱۰ میلی لیتر دکتر ۱۰٪ در ساعت به کمک با تغذیه دیکتر (۵گرام الداعیس در هر دکتر ۱۰ میلی لیتر آب) به صورت فوقانی و به طور دقیق انجام شد. تاکنون روش‌های گوناگونی برای کنترل تغذیه از راه زننیوستومی توسعه یافته است. تاکنون روش‌های شریک داده شده که در این مقاله اغلب تغذیه از راه زننیوستومی در سال Bush ۱۹۵۸ میلادی زننیوستومی را جهت تغذیه در بیمار مبتلا به کنسرس معدود غیر قابل عمل (inoperable) که کمتر در ولدها در لومین بروز مزمن زننیوستومی قرار دارد، جهت برقراری تغذیه بی‌گاه رساندن دارو و در موارد نادر، آسیبی کردن محتویات روده‌ای به کار می‌رود. هر چند که تغذیه روده‌ای مزمن در صورت امکان، نسبت به تغذیه غیر روده‌ای ارجح‌تری دارد اما این ویدر اغلب پیشکش تغذیه از راه غیر روده‌ای به دنبال جراحی را به عنوان عوارض جانبی تغذیه روده‌ای مانند اسپثال روده، خصوصاً در عناصر گیاه‌خواری به کمک مصرف شکم، بیماران اخطر و کمیته اختلاص داشته‌گاه نیز پرورک مطالعه در این تحقیق انجام نمود. اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS، t-test، Chi-square test و آماری گردید. دو تن از آماری تاکنون روش‌های جراحی متعدد و انواع مختلفی از ولدها که در این پژوهش استفاده می‌شود مربوطه که که بر خلاف منابع مختلف که یکی از ضرورت‌های اصلی مورد استفاده، عوارض دچار و قابل ملاحظه‌تری گزارش شده است [۱-۴ و ۶]. در این مطالعه برای اولین بار در ایران نتایج عامل زننیوستومی به دنبال عمل جراحی بدخیمی و دستگاه گوارش، فوقانی و رابطه بین زمان شروع تغذیه از راه زننیوستومی با عوارض ناشی از آن بررسی شده و در نهایت اهمیت ویژه باید کاهش عوارض ناشی از این بروز به پیشنهاد شده است.

پایه‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، تعداد ۹۰ بیمار که در یک فاصله سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ در بخش جراحی بیمارستان امیرعلی به انتخاب از بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوقانی (هایپوفارکسنس و مسیر) تحت عمل جراحی و به دنبال آن زننیوستومی قرار گرفتند (۳۷ نفر گروه A و ۵۳ نفر گروه B) مورد بررسی قرار گرفت. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند به طوری‌که
پژوهش

تاکنون تلاش‌های گسترده‌ای جهت بهبود نتایج درمان بیمارانی که تحت جراحی‌های دستگاه گوارش و سیستم تنفسی فوکانی قرار می‌گیرند صورت گرفته و حمایت‌هایی تغذیه‌ای به دنبال این اعمال یکی از مهم‌ترین جنبه‌های این روش‌کرد است. امروزه برگزاری تغذیه رودهای به دنبال جراحی به طور گسترده‌ای پیش‌رفت کرده و زنوزتومی به علت ضریب اطمینان مناسب و به طور نسبی کم هزینه بودن آن، توجه بسیاری از پزشکان جراح را به خود جلب نموده است [6].

هر چند که برخلاف بسیاری از نتایج و اثرات مفید زنوزتومی، مشکلات جدی هم گاهی به دنبال به کارگیری این روش می‌ماند. است به وجود آید.

مطالعه فعلی نشان داد که در صورتی که شروع تغذیه از راه زنوزتومی ۲ روز بعد از عمل جراحی اصلی انجام شود میزان شیوع عوارض چون انسداد شکمی و تاب به دست جراحی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا کرده است. در حالیکه اختلاف معنی‌دار عمدایی از نظر سایر عوارض این روش بین دو گروه وجود نداشته است. میزان عوارض زنوزتومی به طور عمده در مطالعات گذشته در حد ۲۳٪ - ۵۰٪


جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران گروه‌های مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>B گروه</th>
<th>A گروه</th>
<th>مشخصات دموگرافیک</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>سن (سال)</td>
<td></td>
<td>جنس (زن/مرد)</td>
</tr>
<tr>
<td>.12</td>
<td>۵۳/۷۸±۱۶/۳۴</td>
<td>۵۶/۹۶±۱۵/۶۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۴۷</td>
<td>۲۳/۳۰</td>
<td>۱۸/۱۹</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۲۳</td>
<td>۲۴</td>
<td>۱۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۰۹</td>
<td>۲۷</td>
<td>۱۹</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۱۱</td>
<td>۶/۹۶±۱۶/۳۴ (mg/dl)</td>
<td>۳/۴۵±۳/۲۰ (mg/dl)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۳</td>
<td>۵/۴۶±۱/۲۹ (mg/dl)</td>
<td>۶/۴۸±۰/۵۰ (mg/dl)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲: عوارض جانبی ناشی از تغذیه روده‌ای از طریق تزریق زننستومی در دو گروه مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>B گروه</th>
<th>A گروه</th>
<th>مشخصات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>درد شکمی</td>
<td></td>
<td>استفراغ</td>
</tr>
<tr>
<td>.۳۱</td>
<td>۱ (۱۰%)</td>
<td>۱ (۱۰%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۰۱</td>
<td>۷ (۱۸%)</td>
<td>۱۸ (۱۸%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۷۷</td>
<td>۵ (۱۳%)</td>
<td>۱۵ (۳۵%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۵۱</td>
<td>۵ (۱۳%)</td>
<td>۱۵ (۳۵%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۲۹</td>
<td>۱۱ (۲۹%)</td>
<td>۱۱ (۲۹%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۸۱</td>
<td>۱۵ (۳۵%)</td>
<td>۱۱ (۲۹%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۲۲</td>
<td>۸ (۲۱%)</td>
<td>۸ (۲۱%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۲۳</td>
<td>۶ (۱۶%)</td>
<td>۸ (۲۱%)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>