

تیر وئیدکتومی با روش بیحسی (اپیدورال)

Thyroidectomy Under Epidural Regional, Analgesia.

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۲، صفحه ۱۷۶، ۲۵۳۶

دکتر ناصر عندلیب *

مقدمه:

در سال ۱۹۵۰ Massi Dowkins در بریتانیا برای انجام تیر وئیدکتومی از روش بیحسی اپیدورال استفاده کرد و چون هنوز اپیدورال ادامه‌ای Continuous Epidural با کاتتر مخصوص چندان متداول نشده بود ماسی داو کینز از سوزن معمولی استفاده کرد و دارو را از فضای بین مهره‌ای T₁₁-T₁₂ تزریق نمود. محلول بیحسی عبارت بود از گزیلو کائین ۷۵ درصد مخلوط با آدرنالین و به مقدار ۱۵ سانتی‌متر مکعب. بیمار مورد عمل، زنی ۷۰ ساله مبتلا به سرطان تیر وئید بود.

لازم به تذکر است که برای بیحسی ناحیه جلوی گردن جهت عمل تیر وئید ۲/۵ سگمان یعنی C₃ و C₄ و ۱/۴ از C₅ باید بیحس شود، برای موفقیت در این امر آقای ماسی داو کینز سر بیمار را روی زمین گذاشت و پاها را مدتی در هوا نگاهداشت تا با استفاده از نیروی ثقل به انتشار دارو تا سگمان C₃ کمک کند.

عمل با موفقیت انجام گرفت پس از آن آقای ماسی داو کینز ۲ مورد دیگر بیحسی اپیدورال در مورد عمل تیر وئید انجام داد ولی کار او کم کم بدست فراموشی سپرده شد.

خوشبختانه فرصتی دست داد تا این روش بیحسی را به سهولت برای برداشتن عقده تیر وئید بیمار ۵۰ ساله مبتلا به سرطان در دانشکده پزشکی پهلوی، بیمارستان دکتر اقبال انجام دهیم.

شرح حال بیمار شماره ۱:

بیمار زنی ۵۰ ساله، خانه‌دار، اهل کرمان است. در معاینه تیر وئید بزرگ بود. بیمار آدنوپاتی نداشت، لب راست تیر وئید بزرگ، قلب و ریه، کبد و طحال طبیعی بود.

آزمایشهای بالینی:

سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۴۳ میلیمتر و در ساعت دوم ۶۵ میلیمتر.

الکالن فسفاتاز - ۱۵ واحد. اسید فسفاتاز ۱/۵ واحد.

در ادرار آلومین به مقدار خیلی کم وجود داشت.

در تاریخ ۳۵/۵/۸ از ریه‌های بیمار نمونه برداری بعمل آمد و سالم بود.

در تاریخ ۳۵/۵/۱۰ تیر وئیدکتومی انجام شد و لبراست و ایسم‌عده برداشته شد.

در آزمایش اسکن بیمار ندول سرد در لب راست دیده شد.

در تاریخ ۳۵/۶/۹ نتیجه آسیب‌شناسی سرطان پاپیلر تیر وئید تشخیص داده شد.

در تاریخ ۳۵/۶/۹ بیمار بوسیله بیحسی (اپیدورال) عمل و لب چپ تیر وئید برداشته شد.

شرح و روش بیحسی اپیدورال گردنی:

شب قبل از عمل به بیمار یک عدد قرص والیوم ۵ میلی‌گرم تجویز شد.

بعنوان پیش دارو به بیمار ۵۰ میلی‌گرم پتی‌دین، ۲۵ میلی‌گرم پرومتازین (فرنگان) و ۰/۲۵ میلی‌گرم آتروپین از راه داخل عضلانی یک ساعت و نیم قبل از عمل تزریق گردید.

در ساعت ۸ صبح بیمار به‌اطاق عمل فرستاده شد و در وضع یک پهلو بطریقی که چانه روی سینه قرار گیرد و پاها روی شکم جمع شده باشد روی تخت عمل قرار گرفت. اقدام به بیحسی اپیدورال کردیم، فاصله بین T₁-C₇ کاملاً مشخص گردید، ۳ سانتی‌متر

* دانشکده پزشکی پهلوی - بیمارستان دکتر اقبال - دانشگاه تهران.

مکعب محلول گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین (Plain) با سوزن باریک شماره ۲۲ در مسیر تزریق شد. سپس سوزن توئی (Tuohy Needle) در حالی که ناک باز آن (Bevel) بطرف سر بیمار بود از فاصله T₇-C₇ وارد شد و سرنگه ۲۰ سانتی متر مکعب که حاوی ۱۵ سانتی متر مکعب محلول گزیلوکائین ۲٪ با آدرنالین بود به سوزن توئی وصل گردید. سپس سوزن در حالی که آهسته روی پیستون سرنگه فشار وارد می‌آوردیم بطرف داخل هدایت شد تا فضای اپیدورال مشخص گردید.

«Loss of resistance یا Lack of resistance».

پس از انجام دادن آزمون‌های مختلف از قبیل اسپیراسیون و تزریق هوا بمقدار یک سانتی متر مکعب، کاتتر وارد فضای اپیدورال گشت و ۵ سانتی متر بسوی بالا رانده شد. آنگاه از درون آن ۱۰ سانتی متر مکعب گزیلوکائین ۲ درصد با آدرنالین تزریق گردید. کاتتر ثابت شد و بیمار در وضع طاق باز قرار گرفت. ۵ میلی گرم والیوم و ۲۰ میلی گرم پتی‌دین داخل وریدی تزریق گردید.

جراح در ساعت ۸/۵ روی پوست شکاف داد و عمل تا ساعت ۱۰/۵ ادامه داشت. در تمام مدت راههای تنفس بیمار باز بود و لذا تنفس بیمار بر راحتی صورت میگرفت. گاهی با ماسک به بیمار ۶ لیتر در دقیقه اکسیژن داده میشد.

در ساعت ۹ و ده دقیقه از راه کاتتر ۵ سانتی متر مکعب از محلول ۱٪ گزیلوکائین بی آدرنالین (Plain) تزریق شد. سپس ۲۰ میلی گرم پتی‌دین نیز داخل ورید تزریق گردید. بیمار تا آخر عمل ساکت و بی درد بود.

فشارخون بیمار در تمام مدت عمل بین $\frac{170}{80}$ و $\frac{160}{80}$ میلی‌متر جیوه در نوسان بود. نبض بیمار در تمام طول عمل بین ۸۰ تا ۱۰۰ در دقیقه بود.

تنفس بیمار کاملاً خوب و بیمار دچار هیچگونه اشکال تنفسی نبود. رادیوگرافی با ماده حاجب اوروگرافین بمقدار ۰/۲ سانتی متر مکعب از راه کاتتر بعمل آمد که نشان میدهد کاتتر در قسمت خارج کمی پیچ خورده است.

عکسها در وضع نیم رخ و رخ گرفته شد. بیمار با کاتتر به بخش فرستاده شد تا در هنگام درد از تزریق مجدد (Top up) استفاده شود.

مواظبت بیمار پس از عمل:

کاتتر بمدت ۴۸ ساعت در فضای اپیدورال باقی گذاشته شد و در این مدت هیچگونه داروی آنالژزیک عضلانی یا وریدی با اذراء دهان تزریق و یا تجویز نگردید و دردی بیمار با تزریق گزیلوکائین

از راه کاتتر تسکین یافت.

در ساعت ۱/۴۵ دقیقه به بیمار مجدداً ۴ سانتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد. درد بیمار پس از ۵ دقیقه کاملاً برطرف گردید در این هنگام فشارخون بیمار $\frac{140}{90}$ ، نبض ۸۰ در دقیقه، تعداد و عمق تنفس طبیعی بود. بیمار در ساعت ۴ بعد از ظهر همان روز بر راحتی راه رفت و پس از عمل بلافاصله شروع به نوشیدن مایعات نمود که البته بعلمت درد گلو کمی احساس ناراحتی می‌کرد.

در ساعت چهار و ربع بعد از ظهر مجدداً از راه کاتتر ۴ سانتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد درد بیمار پس از ۵ دقیقه از بین رفت. فشارخون $\frac{140}{90}$ ، نبض ۸۰ در دقیقه و تعداد و عمق تنفس طبیعی بود.

در ساعت ۵ بعد از ظهر بیمار استفراغ کرد که شاید نتیجه تحریک عصب واگ در نتیجه حرکات زیاد بیمار بوده است. ساعت ۸ بعد از ظهر مجدداً ۴ سانتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد درد بیمار پس از ۵ دقیقه از بین رفت.

فشار خون $\frac{135}{70}$ میلی‌متر جیوه، نبض ۸۵ در دقیقه، تعداد و عمق تنفس طبیعی بود. تزریق بعدی در ساعت ۱۲/۵ شب از راه کاتتر انجام شد.

۲۴ ساعت بعد در تاریخ ۱۱/۶/۳۵، ساعت ۸ و بیست دقیقه صبح ۴ سانتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین از راه کاتتر اپیدورال تزریق شد.

فشار خون که قبل از تزریق $\frac{150}{80}$ بود ده دقیقه بعد از تزریق $\frac{130}{70}$ میلی‌متر جیوه شد، نبض ۸۵ در دقیقه، عمق و تعداد تنفس طبیعی بود.

در ساعت ۱۲/۵ مجدداً از راه کاتتر تزریق به عمل آمد فشار خون تغییری نکرد. در ساعت ۶/۳۰ بعد از ظهر تزریق مجدد انجام گرفت فشارخون، نبض و تنفس تغییری نکرد.

نشانگان (سندرم) تاکی فیلاکسیس در مدت ۴۸ ساعت ملاحظه نشد.

بعد از ۴۸ ساعت کاتتر اپیدورال بی‌اشکال بیرون آورده شد. حال عمومی بیمار رضایت بخش بود و هیچگونه اظهار ناراحتی و درد نمی‌کرد، بیمار کمی بی‌اشتها بود و در طول روز اول عمل چندین بار بر راحتی راه رفت.

بیمار ۸ روز بعد از عمل از بیمارستان مرخص گردید.

شرح حال بیمار شماره ۴:

بیمار زنی ۳۵ ساله، خانه دار، اهل سراب، ساکن تهران،

بعلت پیدایش توده‌ای در ناحیه تیروئید مراجعه نموده است. این توده از یکسال پیش بوجود آمده که رفته‌رفته بزرگتر شده است. گرفتگی صدا ندارد، عمل بلع بخوبی انجام میشود. بیمار عصبی میباشد گاهی طپش قلب دارد.

در معاینه توده‌ای با اندازه یک گردو در قسمت میانی تیروئید حس میشود. قوام آن نسبتاً سخت بود، چسبندگی به پوست نداشت، آدنوپاتی در گردن وزیر بغل دیده نمیشد. در لارنگوسکپی حرکات تارهای صوتی طبیعی بود. در سابقه شخصی و خانوادگی هیچگونه بیماری نداشته سه بار حامله شده و سه فرزند سالم دارد.

آزمایش‌های بالینی : سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۱۷ میلیمتر و در ساعت دوم ۴۰ میلیمتر جیوه بود. زمان سیلان دو دقیقه و ۱۰ ثانیه و زمان انعقاد ۵ دقیقه و ۲۰ ثانیه.

هموگلوبین ۱۳ گرم درصد، هماتوکریت ۳۹ درصد. پرتو نگاری سینه طبیعی، فشارخون $\frac{120}{80}$ میلی‌متر جیوه. نبض ۸۰ در دقیقه، وزن ۴۵ کیلوگرم.

شب قبل از عمل یک قرص والیوم ۵ میلی‌گرمی تجویز شد. بعنوان پیشدارو ۱۵ دقیقه قبل از شروع بیحسی اپیدورال ۱۰ میلی‌گرم والیوم و ۲۰ میلی‌گرم پتیدین داخل وریدی تجویز شد. بیحسی اپیدورال در ساعت ۸ و ۴۵ دقیقه صبح انجام گردید.

روش بیحسی اپیدورال :

برای عبور سوزن توئی اول مسیر را در فاصله ششمین و هفتمین مهره گردنی انتخاب کردیم و با سوزن شماره ۲۲ و تزریق ۳ سانتی‌متر مکعب محلول گزیلوکائین یک درصد بی‌آدرنالین مسیر مزبور را بیحس نمودیم و آنگاه سوزن توئی شماره ۱۴ برای انجام بیحسی اپیدورال بکار رفت. پس از رسیدن به فضای اپیدورال و اطمینان از بودن سوزن در این فضا با انجام آزمون تزریق هوا و اسپیراسیون و چرخاندن سوزن ۱۵ سانتی‌متر مکعب گزیلوکائین ۲ درصد با آدرنالین تزریق گردید. سپس بیمار در وضع طاق باز قرار داده شد در حالیکه زیر شانه‌های بیمار یک بالش کوچک گذاشته شد. ده میلی‌گرم والیوم، ۳۰ میلی‌گرم پتیدین، ۲۵ میلی‌گرم آتروپین داخل وریدی تزریق شد. عمل جراحی در ساعت ۹ و ۱۵ دقیقه شروع گردید.

راه تنفس بیمار کاملاً باز بود و بیمار بدون Airway براحتی تنفس میکرد. در مدت عمل یکبار بعلت فشار روی ندول تیروئید و یکبار هنگام برداشتن آن که در روی ایسم تیروئید بود بعلت تحریک نای بیمار دچار سرفه مختصری گردید که هیچگونه نشانه‌های اسپاسم لارنکس دیده نشد. در مدت عمل گاهی با ماسک اکسیژن (O_2) و (N_2O) به نسبت ۲۵ درصد اکسیژن و ۷۵ درصد N_2O داده شد. عمل جراحی در ساعت ده و پانزده دقیقه به پایان رسید. در تمام مدت عمل بیمار هیچگونه شکایتی از درد نداشت. فشارخون مریض در طول عمل ثابت و $\frac{110}{70}$ میلی‌متر جیوه، نبض بین ۹۰ تا ۱۰۰ در دقیقه بود.

عمل باروش بیحسی اپیدورال کاملاً موفقیت‌آمیز بود. طبقه‌ای که اینبار مورد استفاده قرار گرفت روش تزریق و یکبار از داروی گزیلوکائین با آدرنالین Single Shot بود. بیمار تا یکساعت در اطاق مراقبت تحت نظر قرار گرفت، علائم حیاتی کاملاً طبیعی بود. بیمار هیچگونه شکایتی از درد نداشت. در ساعت ۶ بعد از ظهر بعلت اظهار ناراحتی بیمار از درد نوالژین عضلانی تزریق شد. لازم است تذکر داده شود که دومورد دیگر تیروئیدکتومی با بیحسی اپیدورال انجام دادیم که برای اطمینان از باز بودن راه تنفس که معمولاً با پوشانیدن سر بیمار به خطر میافتد از لوله داخل نای (باندسونال و سوکومتونیوم به مقدار متداول و معمول) استفاده شد ولی بعلت سرفه و اسپاسم بیمار در اثر تحریک نای توسط لوله، عمل جراحی غیر ممکن شد و ما مجبور به دادن داروهای بیهوشی عمومی (هالوتان، نیتروس اکسید و اکسیژن) شدیم.

نتیجه:

با در نظر گرفتن نحوه پوشانیدن محیط عمل و در اختیار داشتن راههای تنفس بیمار عمل جراحی در ناحیه قدامی گردن با روش بیحسی اپیدورال پس از انجام ۴ مورد بنظر میرسد که بیمار عمل را بی‌لوله داخل نای و با بیحسی اپیدورال بهتر تحمل میکند. البته هنوز قضاوت در این باره احتیاج به تجربه بسیار زیاد دارد که امیدواریم فرصت آن بدست آید و انجام این روش برای جراحیهای ناحیه قدامی گردن امری سهل و ساده و قابل قبول گردد و مورد توجه همکاران گرامی قرار گیرد.

REFERENCES :

- 1- Bonica, J. J.: The management of pain. Philadelphia. Lea and Febiger (1963).
- 2- Bonica, J. J., Backup, P. H., Anderson C. E., Hadfield, D., Creps, W. R. and Monk, B. F. Peridural block. analysis of 3, 637 cases and a review. Anesthesiology, 18: 719 (Sept-Oct) 1957.
- 3- Chritman, F. E: Anesthesia peridural segmentaria. Cervicodorsal, Acad, Argent, Cir, 25: 782 (July 1941).
- 4- Lund, P.C: Complications of peridural anesthesia int. Anesth. Clin, 2, 3 (May 1964).