



● مقالات تحقیقی (۶)

تأثیر بی حسی اپیدورال در کنترل درد و ترمیم زخم در مبتلایان به بیماری برگر

چکیده

بیماری برگر نوعی بیماری انسدادی عروق، به ویژه در اندام تحتانی است و به نظر میرسد در جوامع شرقی شیوع بیشتری دارد. با توجه به عدم شناخت علت اصلی این بیماری، درمان آن با آمپوتاسیون‌های متعدد و ناتوانی همراه است. برای کنترل درد و ترمیم زخم‌های اندام در مبتلایان به بیماری برگر از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان اثربخشی بی‌حسی اپیدورال در کنترل درد و ترمیم زخم در مبتلایان به بیماری برگر است.

در این بررسی تجربی ۱۷ بیمار مبتلا به بیماری برگر در بخش جراحی بستری شدند و پس از انجام اقدامات نگهدارنده^(۱) اولیه، با تعبیه کاتتر اپیدورال و تزریق محلول مارکائین به فواصل ۲ ساعت تحت بی‌حسی اپیدورال قرار گرفتند. میزان درد و چگونگی ترمیم زخم قبل و بعد از این اقدام (پس از ۲ هفته) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

در ۱۶ نفر از بیماران (۹۴٪) بلافاصله پس از قراردادن کاتتر اپیدورال و تزریق مارکائین، کاهش درد و گرم شدن اندام تحتانی مشاهده شد. پس از دو هفته در ۸۸ درصد از بیماران، زخم اندام تحتانی به صورت کامل یا نسبی بهبود یافته بود. در هنگام ترخیص ۱۵ نفر بیماران از درد شکایتی نداشتند و به راحتی راه می‌رفتند. ۹ نفر (۵۳٪) از بیماران مبتلاً قبلاً تحت عمل سمپاتکتومی جراحی قرار گرفته بودند که در کنترل بیماری ناموفق بوده‌است.

بی‌حسی اپیدورال می‌تواند با کاهش سریع درد در مرحله حاد بیماری برگر امکان راه افتادن و رعایت بهداشت پا را در بیماران فراهم سازد و به این ترتیب مانع از پیشرفت ضایعات شود. تعیین چگونگی تأثیر این روش در بلندمدت نیازمند انجام مطالعات بعدی است.

واژه‌های کلیدی: بیماری برگر، بی‌حسی اپیدورال، درمان درد

دکتر علیرضا نوری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، بیمارستان

شهیدای تجریش، بخش جراحی



مقدمه

بیماری برگر نوعی بیماری انسدادی عروق انتهایی است که مشخصاً مردان جوان سیگاری را مبتلا می‌کند [۱]. این بیماری در تمام نژادها دیده شده است اما شیوع آن در خاورمیانه و شرق دور ۵/۱۰۰۰۰ بیشتر از اروپا و آمریکا است ۹۷/۱۰۰۰۰۰-۱۱ [۲]. به نظر می‌رسد در ایران هم شیوع این بیماری قابل ملاحظه باشد، اما آمار دقیقی در این زمینه در دست نیست. بیماری برگر با گرفتار کردن عروق کوچک و متوسط اندامها می‌تواند باعث ایجاد انسداد شریانی و نهایتاً گانگرن و زخم در اندامها شود و انجام آمپوتاسیون را اجتناب‌ناپذیر سازد. به دلیل اهمیت حفظ اندام در مبتلایان به این بیماری، تاکنون از روشهای درمانی مختلفی در کنترل بیماری برگر استفاده شده است. چون مبتلایان به بیماری برگر افراد نسبتاً جوان و فعالی هستند، ترمیم سریع زخم و طبیعی کردن عملکرد اندام جزو اهداف مهم درمانی محسوب می‌شود [۳].

در بین روشهای درمانی موجود، سمپاتکتومی به عنوان روش مورد قبول و استاندارد در درمان بیماری برگر شناخته شده است. سمپاتکتومی می‌تواند باعث برطرف شدن درد بیمار در کوتاه مدت شود و بهبود زخم را در مبتلایان به بیماری برگر تسریع بخشد [۴]. از طرف دیگر مشخص شده است که میزان تون انقباضی عروق در طی ۲ هفته تا ۶ ماه پس از انجام سمپاتکتومی معمولاً به حد طبیعی برمی‌گردد و با افزایش موقت جریان خون اندام، زمینهٔ بهبود و ترمیم ضایعات ایسکمیک فراهم می‌شود [۵]. اما انجام سمپاتکتومی به روش جراحی باز، با

مشکلاتی مانند آسیب رساندن به ساختارهای همجوار، درد پس از عمل و در معرض دید قرار نگرفتن عناصر تحت عمل همراه است [۶]. به همین دلیل در سالهای اخیر تلاشهایی در جهت استفاده از روشهای جدیدتر مانند سمپاتکتومی توراکوسکوپی و سمپاتکتومی مدیکال به عمل آمده است. سمپاتکتومی دارویی با استفاده از کاتتراپیدورال یکی از روشهای درمانی موفق بوده است که در رفع سریع درد و تسریع بهبودی زخمها مؤثر بوده است و به خوبی توانسته است جایگزین سمپاتکتومی از طریق جراحی شود [۷]. تاکنون در ایران بررسی مستقلی درباره این روش درمانی به عمل نیامده است و میزان اثربخشی این روش در بیماران ایرانی ناشناخته است.

این مطالعه تجربی به منظور تعیین اثربخشی روش بی‌حسی اپیدورال در کنترل بیماری برگر انجام می‌شود. با مشخص شدن سودمندی این روش در کنترل بیماری می‌توان از این روش در گروههای بزرگتری از بیماران استفاده نمود.

روش کار

مطالعهٔ حاضر نوعی مطالعهٔ تجربی است که در آن وضعیت هر فرد قبل از انجام مداخله با وضعیت وی پس از انجام آن مقایسه می‌شود. جمعیت مورد بررسی، بیمارانی بوده‌اند که به علت زخم اندام تحتانی و درد شدید به بیمارستان شهدای تجریش مراجعه کرده بودند و پس از انجام بررسیهای ضروری، بیماری برگر در آنها تشخیص داده شده است.

معیارهای تشخیص بیماری برگر و ورود در مطالعه عبارت بودند از: (۱) شرح حال مصرف سیگار

(۲) شروع بیماری قبل از سن ۵۰ سالگی (۳) وجود ضایعات انسدادی در عروق زیرپولیته (۴) گرفتاری اندام فوقانی یا وجود فلجیت مهاجر^(۱) (۵) فقدان عوامل خطر ساز بیماری آترواسکلروز به جز مصرف سیگار کلیه بیماران دارای تابلوی گرفتاری انسدادی عروق اندامها، با توجه به معیارهای فوق توسط متخصصین جراحی عروق مورد بررسی قرار می‌گرفتند و پس از رد نمودن سایر بیماریهای عروقی با تشخیص بیماری برگر در مطالعه وارد می‌شدند. به این ترتیب، ۱۷ بیمار با احراز کلیه شرایط فوق و با تشخیص قطعی بیماری برگر جهت بررسی برگزیده شدند.

افراد مورد بررسی در بخش جراحی بستری شدند و به مدت یک هفته تحت اقدامات درمانی نگهدارنده قرار گرفتند. این اقدامات عبارت بودند از شستشوی موضعی زخم، درمان آنتی‌بیوتیکی جهت رفع عفونت حاد و سلولیت همراه، تسکین درد با داروهای مسکن و ضد درد خوراکی، طی این مدت بیماران از مصرف هرگونه دخانیات منع شدند و از تماس آنان با افراد سیگاری و دود سیگار تا حد امکان جلوگیری شد.

پس از یک هفته، توسط متخصصین بیهوشی کاتتراپیدورال برای بیماران تعبیه گردید و با استفاده از داروی مارکائین، بی‌حسی اپیدورال در بیماران ایجاد گردید. تزریق دارو از طریق کاتتر با فواصل منظم چهارساعته انجام می‌شد و دوز مصرفی ۵ میلی‌لیتر از محلول ۰/۲۵ درصد بود. مدت مصرف دارو از طریق کاتتر بین یک تا دو هفته بود. در طی مدت تزریقات اپیدورال، تمامی داروهای مسکن و ضد درد قطع شدند

۱- Phlebitis migrans

جدول شماره (۱): تعیین شدت درد و فاصله کلودی کاسیون در بیماران دچار بیماری برگر

امتیاز	۳	۲	۱	۰
وضعیت	درد هنگام استراحت ^(۱)	درد هنگام استراحت، در صورت راه رفتن بلافاصله دچار درد می شود (کمتر از ۱۰ قدم).	قادر به راه رفتن بدون درد بین ۱۰ تا ۵۰ قدم است.	قادر به راه رفتن بدون درد بیش از ۵۰ قدم است.

۱- rest pain

از بیماران به کمک عصا به بیمارستان آمده بودند و دو نفر از آنها به هیچ وجه قادر به راه رفتن نبودند و به کمک همراهان (روی صندلی چرخدار) به بیمارستان آورده شدند.

پس از بی حسی اپیدورال

بلافاصله پس از تزریق اولین دوز داروی بی حسی مارکائین از طریق کاتتر اپیدورال، درد اندام تحتانی در ۱۶ مورد از بیماران (۹۴٪) از بین رفت و پای بیماران به وضوح گرم شد. از نظر کیفی، کاهش درد به حدی بود که بیماران اظهار می کردند احساس بی دردی حاصل با هیچ یک از مسکن هایی که قبلاً مصرف می کرده اند قابل مقایسه نیست. بی دردی حاصله باعث ایجاد اختلال در حس اندام یا فعالیت حرکتی بیماران نشد و از روز بعد از تعبیه کاتتر، بیماران به حرکت و راه رفتن^(۴) تشویق شدند. با افزایش تدریجی حرکت و میزان راه رفتن روزانه، کلیه بیماران قادر شدند که در خاتمه مدت بستری فعالیت های طبیعی خود را انجام دهند و بدون عصا قادر به راه رفتن باشند.

۱۳ نفر از بیماران (۷۶٪) از شروع درد در فواصل تزریق دارو و نیاز به تزریق در فواصل کمتر شکایت داشتند. در یک مورد فواصل تزریق به هر سه ساعت کاهش داده شد. بسته به نحوه پاسخ به درمان، کاتتر اپیدورال از ۱ تا ۲ هفته در بدن بیمار قرار داشت. در پنج مورد به علت خارج شدن کاتتر، نیاز به کاتترگذاری مجدد وجود داشت که بدون مشکل خاصی انجام شد. پس از خاتمه دوره درمان در ۸ مورد (۴۷٪)، زخم بیماران (شامل زخم مربوط به بیماری و محل انجام

۸-۱ سال قبل از بستری تشخیص داده شده بود. ۹ نفر از بیماران (۵۳٪) در ۴-۱ سال گذشته تحت عمل جراحی سمپاتکتومی ناحیه کمری قرار گرفته بودند.

قبل از بی حسی اپیدورال

در هفت نفر از بیماران (۴۱٪) علائم سلولیت واضح در اندام وجود داشت که برای رفع آن درمان آنتی بیوتیکی انجام شد. کلیه بیماران از درد شدید هنگام استراحت یا با راه رفتن کمتر از ۵۰ قدم شکایت داشتند. سابقه لنگش کف پا در ۱۵ مورد (۸۸٪) از بیماران وجود داشت و در ۱۴ مورد (۸۲٪) نبضهای دیستال اندام مبتلا قابل لمس نبود. یازده نفر از بیماران (۶۵٪) هنگام قرار دادن کاتتر اپیدورال به صورت همزمان تحت آمپوتاسیون محدود بخش اندام انتهایی قرار گرفتند.

گرفتاری اندام تحتانی در تمامی موارد در پای راست دیده شد و بیشتر انگشت اول پای راست را گرفتار کرده بود. در یک نفر از بیماران هم گرفتاری دوطرفه هر دو اندام تحتانی وجود داشت و انگشتان اول، دوم و سوم پای چپ هم گرفتار بودند. کلیه بیماران مورد مطالعه از درد شدید اندام شکایت داشتند که با مصرف داروهای مسکن و ضد درد معمولی تسکین نمی یافت. پنج نفر

و فقط در صورت وجود علائم سلولیت، از آنتی بیوتیک تزریقی استفاده شد. در هنگام قرار دادن کاتتر اپیدورال، در صورت نیاز، دبریدمان همزمان زخم در اتاق عمل انجام گرفت و در صورت وجود شواهد قطعی از گانگرن انگشتان، آمپوتاسیون محدود به بندهای انتهایی انگشتان انجام شد.

در طی مدت بستری و قبل و بعد از تعبیه کاتتر اپیدورال وضعیت بیمار از نظر درد اندام و فاصله راه رفتن منجر به لنگش^(۱) و وضعیت زخم مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصله ثبت شد. این کار با استفاده از جدول تعیین شدت درد و فاصله راه رفتن منجر به لنگش انجام گردید (جدول ۱). آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS^(۲) انجام شد و از آزمون WSR^(۳) برای تعیین معنی دار بودن نتایج استفاده گردید.

لازم به ذکر است که نظر به اختلاف فاحش بین نمونه ها، آزمون WSR جایگزین مک نیمار گردید.

نتایج

بیماران مورد بررسی ۱۷ مرد با میانگین سنی ۴۲/۵ سال بودند (محدوده سنی ۵۳-۳۲ سال). بیماری برگر در این افراد از

۱- Claudication distance

۲- SPSS: Statistical Package for Social Science

۳- WSR: Wilcoxon Signed-Rank

۴- Ambulation



جدول شماره (۳): فراوانی مطلق و نسبی بیماران با توجه به جدول تعیین شدت درد^(۱) در سه فاصله زمانی در بررسی ۱۷ بیمار

امتیاز	قبل از تعبیه کاتتر (نوبت اول) ^(۱)	پس از تعبیه کاتتر (نوبت دوم) ^(۲)	پس از دو هفته (نوبت سوم) ^(۲)
۳	۱۰ (%۵۹)	۱ (%۶)	۱ (%۶)
۲	۵ (%۳۰)	۶ (%۳۵)	۲ (%۱۲)
۱	۲ (%۱۲)	۸ (%۴۷)	۴ (%۲۴)
۰	۰ (%۰)	۲ (%۱۲)	۱۰ (%۵۹)

۱- به جدول شماره ۱ مراجعه کنید. ۲- اختلاف مشاهده شده بین نوبتهای ۱ و ۲ ($P=0/004$)، نوبتهای ۱ و ۳ ($P=0/002$) و نوبتهای ۲ و ۳ ($P=0/013$) از نظر آماری معنی دار است.

آمپوتاسیون) به طور کامل بهبود یافته بود و آثاری از سلولیت مشاهده نمی شد. در ۷ مورد (۴۱٪) هم بهبود وضعیت به صورت کاهش اندازه زخم مشاهده شد. در دو مورد زخم بیماران با بهبود قابل ملاحظه ای همراه نبود و در این موارد پس از گذشت دو هفته، با خارج کردن کاتتر همچنان در بیماران ادامه داشت. پس از ترخیص از بیمارستان، بیماران از سه ماه تا یک سال به صورت مرتب تحت پیگیری بودند. در هشت نفر از بیماران که پس از یک سال تحت بررسی مجدد قرار گرفتند. کلیه آثار زخم در اندام تحتانی از بین رفته بود. این بیماران با قطع سیگار فعالیتهای روزمره خود را به صورت طبیعی انجام می دادند و آثاری از عود بیماری و ایجاد زخم جدید روی اندام تحتانی وجود نداشت. با ثبت وضعیت بیماران در سه فاصله زمانی قبل از قرار دادن کاتتر (نوبت اول)، بلافاصله بعد از آن (نوبت دوم) و پس از دو هفته (نوبت سوم)، امکان مقایسه این سه وضعیت فراهم شد. این کار با استفاده از جدول تعیین درد انجام گردید (جدول ۱) و نتایج حاصل در جدول ۲ آورده شده است. با انجام آزمون آماری WSR مشخص شد که اختلاف مشاهده شده بین وضعیت بیماران در نوبتهای ۱ و ۳ ($P=0/0002$)، ۱ و ۲ ($P=0/004$) و ۲ و ۳ ($P=0/013$) از نظر آماری معنی دار است.

بحث

طبق یافته های این مطالعه، استفاده از بی حسی اپیدورال می تواند باعث برطرف ساختن درد در مبتلایان به بیماری برگردد و به این ترتیب امکان فعالیت و راه رفتن بیشتر را در این بیماران فراهم سازد. اما تأثیر کمتری بر روند ترمیم زخم و حفظ اندام دارد و

کرده اند [۶]. علاوه بر این، سایر محققین روشهای دیگری مانند انتقال امتنوم^(۱) [۹]، انفوزیون آنزیم اوروکیناز [۱۰] و انفوزیون پروستاسیکلین [۱۱] را در بیماری برگرد مطرح کرده اند.

روش تحریک الکتریکی اپیدورال ستون فقرات (EPES)^(۲) یکی دیگر از روشهای مورد بررسی است که با روش به کار رفته در این مطالعه شباهت دارد. در ۳۴ بیمار دچار ایسکمی شدید اندام که همگی درد هنگام استراحت و زخمهای ایسکمیک داشتند و انجام عمل جراحی عروق برای آنها امکان پذیر نبود، از این روش استفاده شد. در ۹۴ درصد از بیماران درد بهبود یافت و در ۵۰ درصد از مبتلایان به زخم مقاوم، ترمیم زخم مشاهده شد. در ۷۰ درصد از بیماران هم افزایش درجه حرارت پوست اندام مشاهده گردید. به این ترتیب EPES به عنوان روشی مؤثر در برخورد با ایسکمی شدید اندام در مواردی که عمل جراحی ترمیمی غیرممکن یا ناموفق بود، مطرح می باشد [۱۲].

بیماران مورد بررسی در این مطالعه از نظر ویژگیهای کلی مشابه بیماران سایر مطالعات هستند [۱۳] و در آنها تفاوت قابل

به نحو قابل ملاحظه ای نمی تواند باعث جلوگیری از آمپوتاسیون یا انجام اعمال جراحی در کوتاه مدت شود.

انجام سمپاتکتومی به عنوان درمان استاندارد بیماری برگرد پذیرفته شده است و با طبیعی شدن تون انقباضی عروق پس از این عمل، امکان افزایش جریان خون اندام و ترمیم ضایعات ایسکمیک فراهم می آید [۵]. اما در مطالعه کشور هنگ کنگ که بر ۸۹ بیمار مبتلا به برگرد انجام شد، گزارش شده است که سمپاتکتومی می تواند باعث رفع درد در کوتاه مدت و تسریع ترمیم زخم شود اما انجام آن با هیچ فایده بلندمدتی همراه نیست [۶]. عده دیگری از محققین هم اعتقادی به اثربخشی سمپاتکتومی در بیماری برگرد ندارند و آن را اقدام غیرقابل اطمینانی تلقی می کنند [۸].

با این وجود، فقدان درمان قطعی و سیر پیشرونده بیماری برگرد باعث شده است که روشهای مختلف درمانی برای برخورد با آن مورد بررسی قرار بگیرند. به عنوان مثال برای اجتناب از ایجاد عوارض سمپاتکتومی جراحی، بعضی از محققین سمپاتکتومی تورا کوسکوپی را مورد مطالعه قرار داده اند و نهایتاً این روش را به عنوان روش انتخابی برای انجام سمپاتکتومی قفسه سینه معرفی

۱- Omentum

۲- EPES: Epidural Spinal Electrical Stimulation



بوده است، اهمیت قطع مصرف فعال و غیرفعال دخانیات در جلوگیری از پیشرفت ضایعات است. در واقع اگر بیماران همچنان به مصرف سیگار ادامه دهند، هیچ نوع اقدام درمانی جراحی یا غیرجراحی نمی تواند مانع تشکیل زخمهای جدید و آمپوتاسیون اندام شود [۴۰،۴۱]. درباره اثرات این روش در بلند مدت قضاوت دقیقی نمی توان کرد چراکه مدت پیگیری بیماران در این مطالعه کافی نبوده است. بنابراین پیشنهاد می شود که در پژوهشی دیگر با بررسی تعداد بیشتری از مبتلایان به بیماری برگرد در مدت طولانی تر تأثیر روش بی حسی اپیدورال در ترمیم زخم و سیر کلی بیماری مورد بررسی قرار گیرد. ■

ترمیم زخم یا پیدایش علایم بهبود زخم در ۸۸ درصد از بیماران و معنی دار بودن اختلاف مشاهده شده می توان نتیجه گیری کرد که بی حسی اپیدورال در مواردی که امکان انجام جراحی عروق نیست و عمل سمپاتکتومی جراحی نیز ناموفق بوده است، اقدام مناسبی در کاهش درد و بهبودی زخم و راه انداختن بیمار است. به علاوه، راه افتادن بیمار و افزایش تدریجی تحرک، می تواند باعث تحریک تشکیل عروق جانبی^(۱) و قادر ساختن بیمار به نظافت بهتر باشد و به این ترتیب چرخه عفونت ← ایسکمی ← درد ← عدم رعایت بهداشت پا، شکسته شود. البته مسئله ای که مورد تأکید کلیه مطالعات انجام شده در زمینه بیماری برگرد

ملاحظه ای از نظر میزان مصرف سیگار و سن زمان تشخیص بیماری و پراکندگی جنسی مشاهده نمی شود. همچون سایر مطالعات، ۵۳ درصد از بیماران مبتلا تحت عمل سمپاتکتومی جراحی قرار گرفته بودند و به علت ناموفق بودن این اقدام، دوباره به درمان نیاز پیدا کردند. اختلاف مشاهده شده در سه فاصله زمانی بررسی بیماران از نظر آماری معنی دار بوده است و بیشترین اختلاف پس از دو هفته در بیماران ایجاد شد. به این ترتیب اثربخش بودن بی حسی اپیدورال در کنار راه انداختن تدریجی مبتلایان به برگرد در کاهش درد و بهبود وضعیت عملکردی بیماران مشخص می شود. با توجه به کاهش درد و مشاهده

۱- Colateral

مراجع

- Szuba A, Cooke JP. Thromboangiitis obliterans. An update on Buerger's disease. *West J Med* 1998; 168: 255-260.
- Green RM, Ouriel K. Peripheral arterial disease. In: Schwartz SI (ed). *Principles of Surgery*. 6th ed. New York: Mc-Graw Hill, 1994; PP.950-974.
- Sasajima T, Hubo Y. Plantar or dorsalis pedis artery bypass in Buerger's disease. *Ann Vasc Surg* 1994;8:248-257.
- Lau H, Cheng Sw. Buerger's disease in Hong Kong: a review of 89 cases. *Aust N Z J Surg* 1997;67:264-269.
- Sayin A, Bozurt AK, Tuzun H, et al. Surgical treatment of Buerger's disease: experience with 216 patients. *Cardiovasc Surg* 1993;1:377-380.
- Ishibashi H, Hayakawa N, Yamamoto H, et al. Thoracoscopic sympathectomy for Buerger's disease: a report on the successful treatment of four patients. *Surg Today* 1995;25: 180-183.
- Brownell Wheeler H. *Sabiston Textbook of Surgery*. New York: W.B. Saunders, 1991; PP.1634-1639.
- Gordon A, Zechmeister K, Collin J. The role of sympathectomy in current surgical practice. *Eur J Vasc Surg* 1994;8:129-137.
- Singh I, Ramteke VK. The role of omental transfer in Buerger's disease: New Dehli's experience. *Aust N Z J Surg* 1996;66: 372-376.
- Kubota Y, Kichikawa K, Uchida H, et al. Superselective urokinase infusion therapy for dorsalis pedis artery occlusion in Buerger's disease. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1997;20: 380-382.
- Ruthlen HY, Rieger G, Auer M. Treatment of severe Raynaud syndrome in scleroderma or thromboangiitis obliterans with prostacyclin. *J Rheumatol* 1990;50:16-20.
- Augustinsson LE, Carlsson CA, Holm J, et al. Epidural electrical stimulation in severe limb ischemia. Pain relief, increased blood flow, and a possible limb-saving effect. *Ann Surg* 1985;202: 104-110.
- Van Damme H, Deleval L, Creemers E, et al. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). Still a limb threatening disease. *Acta Chir Belg* 1997;97:229-236. ■

