تیروئیدکتومی 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 بـرای انجام تیروئیدکتومی از روش بیحسی اپیدورال استفاده کرد وچون هنوز اپیدورال ادامـه‌ای Continuous Epidural با کاتتر مخصوص چندان متداول نشده‌بود ماسی داوکینز ازسوزن معمولی استفاده کرد و دارو را از فضای بین مهره‌ای T_{11}–T_{12} تـزریق نمود. محلول بیحسی عبارت بود از گزیلوکائین ۷۵ درصد مخلـوط با آدرنالین وبه مقدار ۱۵ سانتی‌مترمکعب. بیمارمورد عمل ، زنی ۷۰ ساله مبتلا بهسرطان تیروئید بود.

لازم به‌تذکراست که برای بیحسی ناحیه‌جلوی گردن‌جهت‌عمل تیروئید ۲/۵ سگمان یعنی C_3 و C_4 و $\frac{1}{2}$ از C_5 بایدبیحس‌شود، برای موفقیت دراین امر آقای ماسی داوکینز سر بیمار را روی زمین گذاشت وپاها را مدتی درهوا نگاهداشت تا با استفاده از نیروی ثقل به‌انتشار دارو تاسگمان C_3 کمک‌کند.

عمل با موفقیت انجام گـرفت پس ازآن آقای ماسی داوکینز ۲ مورد دیگر بیحسی اپیدورال درمورد عمل تیروئید انجام دادولی کار اوکم‌کم بدست فراموشی‌سپرده شد.

خوشبختانه فرصتی دست‌داد تا این روش بیحسی‌را بسهولت‌برای برداشتن عقده تیروئید بیمار ۵۰ساله مبتلا بهسرطان در دانشکده پزشکی پهلوی ، بیمارستان دکتر اقبال انجام دهیم.

شرح حال بیمار شماره ۱ :

بیمار زنی ۵۰ ساله ، خانه‌دار ، اهل‌کرمان است.

در معاینه تیروئید بزرگ بود . بیمار آدنـوپاتی نـداشت ، لب راست تیروئید بزرگ، قلب وریه ، کبد وطحال طبیعی بود .

آزمایشهای بالینی:

سرعت رسوب‌گلبولی در ساعت اول ۴۳ میلیمتر و در ساعت دوم ۶۵ میلیمتر.

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

در ادرار آلبومین بهمقدار خیلی‌کم وجود داشت.

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

درتاریخ ۳۵/۵/۱۰ تیروئیدکتومی‌انجام‌شد ولب‌راست وایسم‌غده برداشته شد.

درآزمایش‌اسکن بیمار ندول سرد درلب راست دیده شد .

در تاریخ ۳۵/۶/۹ نتیجه آسیب‌شناسی سرطان پاپیلـر تیروئید تشخیص داده شد.

درتاریخ ۳۵/۶/۹ بیماربوسیلهٔ بیحسی(اپیدورال) عمل‌ولب چپ تیروئید برداشته شد.

شرح و روش بیحسی اپیدورال‌گردنی:

شب قبل ازعمل به‌بیمار یك عدد قرص والیوم ۵ میلی‌گرم‌تجویز شد.

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

در ساعت ۸ صبح بیمار به‌اطاق عمل فـرستاده شد و در وضع یك پهلو بطریقی‌که چانه روی سینه قرارگیرد وپاها روی شکم جمع شده باشد روی تخت عمل قرارگرفت. اقدام به‌بیحسی اپیدورال کردیم، فاصله بین T_1–C_7 کاملا مشخص گـردید، ۳ سانتی‌متر

* دانشکده پزشکی پهلوی ـ بیمارستان دکتراقبال ـ دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

مکعب محلول گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین (Plain) باسوزن باریك شماره ۲۲ درمسیر تزریق شد. سپس سوزن توئی (Tuohy Needle) درحالیکه نك باز آن (Bevel) بطرف سر بیمار بود از فاصله T_1-C_7 وارد شد و سرنگ ۲۰ سانتی‌متر مکعب که حاوی ۱۵ سانتی‌متر مکعب محلول گزیلوکائین ۲٪ با آدرنالین بود به سوزن توئی وصل گردید. سپس سوزن درحالی که آهسته روی پیستون سرنگ فشار وارد میآوردیم بطرف داخل هدایت شد تا فضای اپیدورال مشخص گردید.

«Lack of resistance یا Loss of resistance».

پس از انجام دادن آزمون‌های مختلف از قبیل اسپیراسیون و تزریق هوا بمقدار یك سانتیمتر مکعب، کاتتر وارد فضای اپیدورال گشت و ۵ سانتیمتر بسوی بالا رانده شد. آنگاه ازدرون آن ۱۰ سانتیمتر مکعب گزیلوکائین ۲ درصد با آدرنالین تزریق گردید. کاتتر ثابت شد و بیمار در وضع طاق‌باز قرار گرفت.

۵ میلی گرم والیوم و ۲۰ میلی گرم پتی‌دین داخل وریدی تزریق گردید.

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

در ساعت ۹ و ده دقیقه از راه کاتتر ۵ سانتیمتر 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 درتمام مدت عمل بین $\frac{۱۷۰}{۸۰}$ و $\frac{۱۶۰}{۸۰}$ میلیمتر جیوه در نوسان بود. نبض بیمار درتمام طول عمل بین ۸۰ تا ۱۰۰ در دقیقه بود.

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

عکسها در وضع نیم رخ ورخ گرفته شد. بیمار با کاتتر به بخش فرستاده شد تا درهنگام 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 آنالژیك عضلانی یا وریدی یا ازراه دهان تزریق ویاتجویز نگردید و دردبیمار باتزریق گزیلوکائین از راه کاتتر تسکین یافت.

درساعت ۱/۴۵ دقیقه به بیمار مجدداً ۴ سانتی‌متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد. درد بیمار پس از ۵ دقیقه کاملا برطرف گردید دراین هنگام فشارخون بیمار $\frac{۱۴۰}{۹۰}$، نبض ۸۰ در دقیقه، تعداد وعمق تنفس طبیعی بود. بیمار درساعت ۴ بعد ازظهر همان روز براحتی راه رفت و پس از عمل بلافاصله شروع به‌نوشیدن مایعات نمود که البته بعلت‌درد گلو کمی‌احساس‌ناراحتی می‌کرد.

درساعت چهار وربع بعد از ظهر مجدداً از راه‌کاتتر ۴ سانتیمتر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد درد بیمار پس از ۵ دقیقه ازبین رفت. فشارخون $\frac{۱۴۰}{۷۰}$، نبض ۸۰ در دقیقه و تعداد وعمق تنفس طبیعی بود.

درساعت ۵ بعد ازظهر بیمار استفراغ کرد که شاید نتیجه تحریك عصب واگ درنتیجه حرکات زیاد بیمار بوده است. ساعت ۸ بعد ازظهر مجدداً ۴ سانتیمتر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد درد بیمار پس از ۵ دقیقه ازبین رفت.

فشار خون $\frac{۱۳۵}{۷۰}$ میلی‌متر جیوه، نبض ۸۵ در دقیقه، تعداد و عمق تنفس طبیعی بود. تزریق بعدی درساعت ۱۲/۵ شب از راه کاتتر انجام شد.

۲۴ ساعت بعد درتاریخ ۳۵/۶/۱۱، ساعت ۸ و بیست دقیقه صبح ۴ سانتیمتر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین از راه‌کاتتر اپیدورل تزریق شد.

فشار خون که قبل ازتزریق $\frac{۱۵۰}{۸۰}$ بود ده دقیقه بعد از تزریق $\frac{۱۳۰}{۷۰}$ میلیمتر جیوه شد، نبض ۸۵ در دقیقه، عمق و تعداد تنفس طبیعی بود.

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

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

بعد از ۴۸ ساعت‌کاتتر اپیدورال بی‌اشکال بیرون آورده شد. حال عمومی بیمار رضایت بخش بود وهیچگونه اظهار ناراحتی و درد نمی‌کرد، بیمار کمی‌بی‌اشتها بود ودرطول روزاول عمل‌چندین‌بار براحتی راه رفت.

بیمار ۸ روز بعد ازعمل از بیمارستان مرخص گردید.

شرح حال بیمارشماره ۲:

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

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

بعلت پیدایش توده‌ای در ناحیهٔ تیروئید مراجعه نموده است. این توده ازیکسال پیش بوجود آمده‌که رفته‌رفته بزرگتر شده است. گرفتگی صدا ندارد، عمل بلع بخوبی انجام میشود. بیمار عصبی میباشدگاهی طپش قلب دارد.

درمعاینه توده‌ای باندازه یك‌گردو در قسمت میانی تیروئید حس میشود. قوام آن نسبتاً سخت بود، چسبندگی به پوست نداشت، آدنوپاتی درگردن وزیربغل دیده نمیشد. درلارنگوسکپی‌حرکات تارهای صوتی طبیعی بود. در سابقه شخصی وخانوادگی‌هیچگونه بیماری نداشته سه‌بار حامله شده وسه فرزند سالم دارد.

آزمایش‌های بالینی : سرعت رسوب گلبولی درساعت اول ۱۷ میلیمتر ودرساعت دوم ۴۰میلیمتر جیوه بود. زمان سیلان دو دقیقه و۱۰ ثانیه و زمان انعقاد ۵ دقیقه و۲۰ ثانیه.

هموگلوبین ۱۳ گرم درصد، هماتوکریت ۳۹ درصد.

پرتونگاری سینه طبیعی، فشارخون $\frac{۱۲۰}{۸۰}$ میلی‌متر جیوه.

نبض ۸۰ در دقیقه، وزن ۴۵ کیلوگرم.

شب قبل ازعمل یك قرص والیوم ۵ میلی‌گرمی تجویزشد.

بعنوان پیشدارو ۱۵ دقیقه قبل از شروع بیحسی اپیدورال ۱۰ میلی‌گرم والیوم و۲۰میلی‌گرم پتیدین داخل وریدی تجویزشد.

بیحسی اپیدورال درساعت ۸ و۴۵ دقیقه صبح انجام گردید.

روش بیحسی اپیدورال :

برای عبور سوزن‌توئی اول مسیر را درفاصله ششمین و هفتمین مهره گردنی انتخاب کردیم و با سوزن شماره ۲۲ وتزریق ۳ سانتی‌متر مکعب محلول گزیلوکائین یك درصد بی‌آدرنالین مسیر مزبور را بیحس نمودیم و آنگاه سوزن توئی شماره ۱۴ برای انجام بیحسی اپیدورال‌بکار رفت. پس از رسیدن به‌فضای‌اپیدورال واطمینان ازبودن سوزن دراین فضا با انجام آزمون تزریق هوا وآسپیراسیون وچرخاندن سوزن ۱۵ سانتیمترمکعب گزیلوکائین ۲ درصد با آدرنالین تزریق گردید. سپس بیمار در وضع طاق‌باز قرارداده‌شد درحالیکه زیرشانه‌های بیماریك بالش کوچك گذاشته شد. ده میلی‌گرم والیوم، ۳۰ میلی‌گرم پتیدین، ۲۵ میلی‌گرم آتروپین داخل وریدی تزریق شد.

عمل جراحی درساعت ۹ و ۱۵دقیقه شروع گردید.

راه تنفس بیمارکاملا بازبود وبیمار بدون Airway براحتی‌تنفس میکرد. درمدت عمل یکباربعلت فشار روی ندول‌تیروئید ویکبار هنگام برداشتن آن که در روی ایسم‌تیروئید بود بعلت تحریك نای بیمار دچار سرفه مختصری‌گردید که هیچگونه نشانه‌های اسپاسم‌لارنکس دیده نشد. درمدت عمل گاهی با ماسك اکسیژن (O_2)و(N_2O) به‌نسبت۲۵درصداکسیژن و۷۵درصد N_2O داده شد. عمل جراحی درساعت ده وپانزده دقیقه به پایان رسید. در تمام مدت عمل بیمار هیچگونه شکایتی از دردنداشت. فشارخون‌مریض در طول عمل ثابت و $\frac{۱۱۰}{۷۰}$ میلیمترجیوه، نبض‌بین ۹۰ تا ۱۰۰ در دقیقه بود.

عمل باروش بیحسی اپیدورال کاملا موفقیت‌آمیز بود.

طریقه‌ای‌که اینبارمورد استفاده قرارگرفت روش تزریق ویکباره از داروی گزیلوکائین با آدرنالین Single Shot بود. بیمار تا یکساعت دراطاق مراقبت تحت‌نظر قرارگرفت، علائم حیاتی‌کاملا طبیعی‌بود. بیمار هیچگونه شکایتی از درد نداشت. درساعت ۶ بعد ازظهر بعلت‌اظهارناراحتی‌بیمار از درد نوالژین‌عضلانی‌تزریق‌شد. لازم است تذکرداده شودکه دومورد دیگرتیروئیدکتومی با بیحسی اپیدورال انجام دادیم‌که برای اطمینان از بازبودن راه تنفس‌که معمولا با پوشانیدن سربیمار به خطر میافتد از لوله داخل نای (بانسدونال وسوکسومتونیوم به‌مقدار متداول ومعمول) استفاده شد ولی بعلت سرفه و اسپاسم بیمار در اثر تحریك نای توسط لوله، عمل جراحی غیر ممکن شد وما مجبور به‌دادن داروهای بیهوشی عمومی (هالوتان، نیتروس‌اکسید واکسیژن) شدیم.

نتیجه:

با در نظرگرفتن نحوهٔ پوشانیدن محیط عمل و دراختیار داشتن راههای تنفس بیمار عمل جراحی درناحیهٔ قدامی‌گردن با روش بیحسی اپیدورال پس ازانجام ۴مورد بنظر میرسد که بیمار عمل را بی لوله داخل نای و با بیحسی اپیدورال بهتر تحمل میکند. البته هنوز قضاوت دراین باره احتیاج به تجربه بسیار زیاد دارد که امیدواریم فرصت آن بدست آید وانجام این روش برای جراحیهای ناحیهٔ قدامی‌گردن امری سهل و ساده و قابل قبول گردد ومورد توجه همکاران گرامی قرارگیرد.

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 segmentoria. Cervicodorsal, Acad, Argent , Cir, 25: 782 (July 1941).

4- Lund, P.C: Complications of peridural anesthesia int Anesth. Clin, 2: 3 (May 1964).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]