Archive of SID

● مقالات تحقیقی (۱)

کاربرد سوند معده دراعمال جراحی شکمی

(گزارش ۱۰۰ مورد)

دکتر فاطمه حقیقت
استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد، بیمارستان قائم، گروه هوشبری

دکتر احمد فرزاد
استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد، بیمارستان قائم، گروه جراحی

دکتر غلامرضا زمانی
متخصص جراحی عمومی

گذاشتن سوند معده به منظور کاهش اتساع شکم، تهوع، استفراغ و آسپیراسیون و همچنین در اعمال جراحی شکمی و آناستوموزها برای تخلیه گاز و ترشحات گوارشی به نظر مؤلفان این مقاله زیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد که گاه ضرورتی نداشته، حتی ممکن است عوارضی ایجاد نماید.

دراین مطالعه ارزش سوند معده از نظر دکمپرسیون و در ناژ به دنبال اعمال جراحی انتخابی شکمی در یکصد بیمار که پنجاه نفر با سوند معده و پنجاه نفر بدون سوند معده بودند و به روش آینده نگر مورد بررسی قرارگرفتند.

اگر چه دو بیمار در گروه بدون سوند به آن نیاز پیدا کردند ولی ازنظر آماری اختلاف معنی‌داری ازنظر شیوع مرگ ومیر ، استفراغ وبازگشت حرکات عادی گوارشی در دو گروه مشاهده نشد. به علاوه شیوع گلو درد و تهوع درگروه باسوند بمراتب شایعتر بوده است . مامعتقدیم گذاشتن سوند معده بصورت معمول باید مورد تجدید نظر همکاران قرارگرفته وجز درموارد خاص ازآن استفاده نشود که این نکته امروزه دربررسیهای نشریات مختلف هم به اثبات رسیده است.

واژه های کلیدی : *سوند معده، اعمال جراحی‌شکمی، بیهوشی*

مقدمه

ازسال ۱۹۲۶ کاربرد سوند معده توسط لوین[1] برای تخلیه گازها و ترشحات گوارشی مورد استفاده قرارگرفته است به این امید که سبب کاهش تهوع، استفراغ، آسپیراسیون ودیستانسیون شکمی و احتمالاً منافع دیگری باشد[1] ولی گذشت زمان و

۱ Levin

www.SID.ir

Archive of SID

براساس گزارشات مختلف بعدی به این نتیجه رسیده شد که نه تنها استفاده معمولی سوند معده صلاح نیست بلکه می‌تواند منشاء عوارض و ناراحتی‌هایی هم برای بیماران باشد.

روش کار

دراین مطالعه که بصورت آینده نگر ودرمدت شش ماه انجام شده است یکصد بیمار رادر دو گروه ۵۰ نفری که اعمال جراحی شکمی داشتند به صورت یک درمیان سوند معده گذاشته شد و بسته به مورد ۳-۱ روز پس از عمل برداشته می‌شد درگروه دوم بلافاصله پس از به هوش آمدن بیماران برداشته می‌شد.

اعمال جراحی انجام شده شامل کله سیستکتومی، رزکسیون آناستوموزهای روده باریک و بزرگ، کیست هیداتیک، اعمال جراحی راههای صفراوی، اسپلنکتومی ونفرکتومی بوده‌اند. بیماران گروه شاهد بدون سوند معده و گروه مورد مطالعه با سوند معده بودند در هر دو گروه سوند در خلال بیهوشی توسط متخصصین هوشبری گذاشته می‌شد که در بیماران گروه شاهد در پایان عمل یا در اطاق ریکاوری و در گروه مورد مطالعه حداقل ۳۶-۲۴ ساعت در حال در ناژ باقی می‌ماند. ارزیابی پس از عمل و علایم فیزیکی حرکت دستگاه گوارش تازمان برگشت رژیم غذایی به حد طبیعی با ثبت اولین BS[1]، اولین دفع گاز و اولین دفع مدفوع کنترل می‌شد وجود و شدت تهوع، استفراغ و ناراحتی بیمار از سوند به صورت زیر مورد سئوال بوده است.

تهوع به سه درجه: ۳-۰، بدون تهوع، خفیف، متوسط، شدید. استفراغ به دو درجه: ۲-۰، بدون استفراغ، یکبار، مکرر. ناراحتی بیمار به سه درجه: ۳-۰، بدون ناراحتی، خفیف، متوسط، شدید. البته نوع عمل جراحی، نوع ومدت بیهوشی، آمادگی قبلی کولون، داروهای پس از عمل و تحرک بیمار هم مورد توجه بوده است.

سوند معده اگر آناستوموزی در کار نبود ۲۴ ساعت بعد در آناستوموز رودهٔ بزرگ ۴۸ ساعت و روده باریک ۷۲ ساعت بعد برداشته می‌شد. درگروه شاهد قبل ازترک اطاق عمل سوند برداشته و پس از آن هر وقت ضرورت ایجاب میکردمجددا سوند گذاشته می‌شد که در دو بیمار اینکار انجام شد.

نتیجه

در بیماران این مطالعه که ۵۱ نفر مرد و ۴۹ نفر زن بودند و سن متوسط آنها ۴۹ سال بود به طور متوسط اولین BS در اولین روز پس ازعمل، اولین دفع گاز در دومین یا سومین روز و اولین دفع مدفوع در سومین یا چهارمین روز پس از عمل اتفاق افتاد. میزان تهوع استفراغ، و عوارض ریوی در هر دو گروه تقریباً مشابه و ناراحتی از وجود سوند در گروه مورد مطالعه اغلب شدید تا متوسط بود که این نتایج با گزارشات مختلف ارایه شده مطابقت دارد[۱،۲]. به همین جهت به همکاران ارجمند جراح و متخصصین بیهوشی توصیه می‌کنیم سوند معده را به جز در موارد خاص و ضروری استفاده نفرمایند.

بحث

ایلیوس بعد از عمل را اگر چه بسیاری مسؤول عوارضی نظیر تهوع، استفراغ و پری‌اپی‌گاستر می‌دانند[۲]. ولی از آنجا که حرکات روده باریک طی ۱۲ ساعت، معده ۲۴ ساعت و کولون ۴-۲ روز به حال عادی برمی‌گردد[۱]. بنابراین نخوردن غذا از راه دهان در اولین روز پس از عمل شاید حداکثر کاری باشد که باید ماانجام دهیم[۲]. ولی جالب است بدانیم در یک پرسشی که از ۲۵۹ جراح در انگلستان انجام شد و ۹۶درصد جواب دادند. ۲۰درصد آنها بدنبال کله سیستکتومی، ۴۰درصد پس از رزکسیون آناستوموز روده بزرگ، ۷۲درصد پس از رزکسیون آناستوموز روده باریک و ۹۲درصد پس از گاسترکتومی Polya سوند می‌گذاشتند[۱]. حال سئوال این است که با بررسیهای مختلف به عمل آمده و نتایجی که ما بدست آوردیم و عوارض و مشکلاتی که سوند معده برای بیمار ایجاد می‌کند آیا باز هم استفاده معمولی از آن ضرورتی دارد؟

رگر[2] و همکاران در یک گروه ۳۰۰ نفره پریتونیتی[۲]، هرینگتون[3] در ۲۳۲ بیمار به دلیل عمل جراحی برای زخم معده و دوازدهه[۲] و بالاخره ولف[4] در ۵۳۵ بیمار که مورد عمل کولورکتال قرار گرفته بودند تفاوت مهمی در دو گروه با و بدون سوند ملاحظه نکردند[۲] و امروزه حتی گروهی در گاسترکتومی هم سوند معده به کار نمی‌برند.

در پایان اشاره‌ای به اندیکاسیونها و کنتراندیکاسیونها و عوارض سوند معده می‌شود.

اندیکاسیونها[۳،۴]

۱- دکمپرسیون و درناژ گاز و مایع: سوختگی، تروما، خونریزی گوارشی، پانکراتیت، پریتونیت، پیشگیری از اتساع معده در هیپوکالیمی و دیابت، انسداد روده، بعد از آناستوموزها، کله سیستیت و غیره

۲- لاواژ: در خونریزی های گوارشی. مسمومیتها

۱- BS: Bowel Sounds
۲- Roger
۳- Herrington
۴- Wolf

www.SID.ir

Archive of SID

۳- تغذیه: تغذیه توسط لوله[۱]

۴- تشخیصی: تجزیه شیره معده از نظر اسید، سیتولوژی، خون، آزمون SL[۲]. پرفوراسیون، تشخیص بعد از ترمیم، دئودنوگرافی هیپوتونیک، رادیوگرافی مری، معده و دوازدهه، Entroclysis، تشخیص خونریزی قسمت فوقانی یا تحتانی شکم و معاینه بهتر آن

۵- درمان: آنتی اسید و بعضی داروها، شستشوی معده

۶- علل دیگر: به عنوان Splint درواگوتومی، پیشگیری ضایعه معده در DPL/T[۳] یا لاپاروسکوپی.

کنتراندیکاسیونها[۲،۳]

۱- ضایعات نافذ گردن.

۲- شکستگی‌های ستون فقرات گردنی

۳- شکستگی‌ها و تروماهای شدید صورتی - آرواره‌ای یاقاعده جمجمه

۴- نبودن رفلکس‌های حنجره‌ای و در بیماران غیر هوشیار

۵- در انسداد نازوفارنکس یا مری

۶- کواگولوپاتی‌های شدید و غیر قابل کنترل

۷- همانژیومهای رینوفارنکس

۸- در واریس و از وفاژیت‌های شدید و پیشرفته

عوارض

درد، نکروز غضروف بینی، ترومای بینی، فارنکس، لارنکس، مری، معده، انسداد لارنگوتراکئال، خونروی وپرفوراسیون، آسپیراسیون ریوی و مشکلات تنفسی، آئروفاژی، ورود به جمجمه از طریق شکستگی جمجمه یا مدیاستن از طریق پرفوراسیون مری یا دیورتیکول، رینیت، فارنژیت، ازوفاژیت، گاستریت و بالاخره ناراحتی بیمار که در یک بررسی ۸۳ درصد بیماران گله و شکایت داشتند. ■

۱ Nasopharyngeal / Nasoenteric tube
۲ SL: Saline load
۳ DPL/T: Diagnostic Pritoneal Lavage

1. Bassen N. Nosogastric suction after elective abdominal surgery: a randomized study. Annals of the Royal Collage of Surgeons of England 1991; 73:291-294.
2. Clevers GJ. Prospective randomized study on the necessity for routine nosogastric intubation after major abdominal surgery. Dig Surg 1991; 8: 177-181.
3. Douglas A. Manual of Gastroenterologic Procedure. 3rd ed. philadelphia: Lippincot - Raven, 1992; P.26-34.
4. Schwartz S. Principle of Surgery. 7th ed. New York: MC Grow-Hill, 1999; P.40,247, 1058-1477-1528. ■

www.SID.ir