

رابطه بین زمان شروع تغذیه از راه ژئنوتومی با عوارض ناشی از آن پس از جراحی بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوکانی در بیمارستان امیراعلم تهران

چکیده

زمینه: ژئنوتومی یک راه اصلی برای تغذیه بیمارانی که تحت عمل جراحی دستگاه گوارش فوکانی (هاپوفارینکس و مری) قرار می‌گیرند، می‌باشد. در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در بیمارستان امیراعلم، بیمارانی که دچار بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوکانی بودند و تحت عمل جراحی ژئنوتومی قرار گرفته بودند برای یک دوره سه ساله مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش کار: ۹۰ بیمار (۴۱ مرد با میانگین سنی ۵۵ سال و محدوده سنی ۹۰ - ۲۰ سال) که مبتلا به بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوکانی (هاپوفارینکس و مری) بوده، بررسی شدند. بیماران به دو گروه تقسیم شده و میزان عوارض و نتایج در گروهی که شروع تغذیه از راه ژئنوتومی ۶ ساعت بعد از جراحی اصلی (گروه A) انجام شد با گروه دیگر که شروع تغذیه از راه ژئنوتومی ۳ روز بعد از عمل جراحی اصلی (گروه B) انجام شد، مقایسه گردید. **یافته‌ها:** در هر گروه ۲۷ بیمار (٪۳۰) هیچ عارضه جانبی ای را در حین تغذیه از راه روده‌ای نشان ندادند. عوارض جانبی شروع تغذیه از راه ژئنوتومی گروه B در ۱۳/۵۳ نفر (٪۲۴) و در گروه A در ۱۲/۳۷ (٪۲۲) از بیماران دیده شد. به طور مشخص عوارضی چون اتساع شکمی (p=0.001) و تب (p=0.005) از درصد بروز بالایی در گروه A نسبت به گروه B برخوردار بود. بین دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری از لحاظ بروز عوارض دیگر دیده نشده است. به عنوان یک یافته جانبی درصد بروز جایه‌جایی نامناسب لوله ژئنوتومی در بیماران با اتساع شکمی (P=0.006) و درد شکمی (P<0.001) در ساعات اولیه پس از شروع تغذیه ژئونال نیز بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: شروع تغذیه از راه ژئنوتومی ۳ روز بعد از عمل جراحی اصلی به دلیل عوارض جانبی کمتر و تحمل بهتر آن در بیماران مبتلا به کانسر مجاری گوارشی فوکانی و هاپوفارینکس به عنوان روشی برای برقراری تغذیه روده‌ای توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: ژئنوتومی، جراحی، عوارض، تغذیه روده‌ای



دکتر جلال رضائی ۱
دکتر محمدتقی خرسندی
آشتیانی ۲ *

دکتر حسن توکلی ۱
دکتر خلیل اسفندیاری ۲
دکتر مونا حیدرعلی ۴
زهرا مختاری ۵
عاطفه بصیری محمودی جیق ۶

۱. دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. دانشیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی
۴. پژوهش عمومی مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵. کارشناس ارشد بیهوشی مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶. مدیر پرستاری

* نشانی نویسنده مسؤول:
تهران، خیابان انقلاب، خیابان سعدی شمالی، بیمارستان امیراعلم، کد پستی: ۱۱۴۵۷-۱۵۱۱

تلفکس: ۰۲۶۱-۶۶۷۶

www.SID.ir

نشانی الکترونیکی:

khorsandi@sina.tums.ac.ir

مقدمه

که در گروه A شروع تغذیه از راه ژئنوستومی ۶ ساعت بعد از جراحی و در گروه B شروع تغذیه از راه ژئنوستومی ۳ روز بعد از جراحی انجام شد.

تغذیه از راه ژئنوستومی با ۱۰ میلی لیتر دکستروز ۵٪ در ساعت، شروع و در روز دوم به ۱۰ میلی لیتر دکستروز ۱۰٪ در ساعت به مدت ۲۴ ساعت ادامه پیدا کرده و تا روز سوم به تدریج این حجم افزایش یافت تا مقدار روزانه آن به حجم مطلوب معادل ۲۵ kal/kg رسید. در روز سوم بعد از شروع ژئنوستومی، برای کلیه بیماران تغذیه تکمیلی با پروتئین به میزان ۲ gr/kg (Fresubin original, Fresubin Kabi, Runcorn, cheshire, UK نیز انجام شد.

عوارض گوارشی نظیر تورم شکم، کرامپ‌های شکمی، استفراغ و اسهال با کاهش غلظت محتویات و حجم تغذیه انجام شده، اصلاح گردید. در صورت عدم کاهش میزان پروتئین تام و آلبومین در مقایسه با میزان آنها ۲ هفته پیش از شروع ژئنوستومی، نتیجه کار مطلوب گزارش شد. عوارضی چون پریتونیت به علت نشت از کنار لوله ژئنوستومی، اتساع شکمی، عفونت، انسداد و جابه‌جاوی نامناسب لوله ژئنوستومی در دو گروه مقایسه شد. رضایت‌نامه آگاهانه از کلیه بیماران اخذ و کمیته اخلاق دانشگاه نیز پروتکل مطالعه مورد نظر را تائید نمود. اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS آنالیز گردید. دو تست آماری Student t-test, Chi-square test برای دستیابی به رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد و $P < 0.05$ به لحاظ آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۹۰ بیمار مورد مطالعه (۴۱ بیمار با میانگین سنی ۵۵ سال و محدوده سنی ۲۰–۹۰ سال) ۴۴ نفر به علت کانسر هایپوفارنکس و ۴۶ نفر به علت کانسر مری تحت عمل جراحی قرار گرفتند. بین دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری به لحاظ سن، جنس، علت جراحی و آلبومین سرم قبل و بعد از عمل وجود نداشت (جدول ۱). در هر گروه ۲۷ بیمار (۳۰٪) هیچ‌گونه عارضه‌ای حین تغذیه روده‌ای نشان ندادند. عوارض جانبی شروع تغذیه از راه ژئنوستومی در گروه A در ۱۲/۳۷ نفر (۲۴٪) و در گروه B در ۱۳/۵۳ نفر (۳۲٪) مشاهده شد. دو عارضه اتساع شکمی ($P=0.001$) و تب ($P=0.005$) در گروه A بیش از گروه B بود در حالیکه بین دو گروه مورد مطالعه از نظر بروز سایر عوارض، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. به عنوان

تغذیه روده‌ای بعد از جراحی به طور قابل ملاحظه‌ای به علت میزان عوارض جانبی کم، اثرات قابل توجه و دلخواه روی دستگاه گوارشی و به صرفه بودن آن در مقایسه با تغذیه از راه وربدی (Parenteral) (روبه افزایش است. تاکنون روش‌های گوناگونی جهت تغذیه روده‌ای شرح داده شده که در این میان اغلب تغذیه از راه لوله ژئنوستومی توصیه شده است [۱]. اولین بار Bush در سال ۱۹۵۸ میلادی ژئنوستومی را جهت تغذیه در یک بیمار مبتلا به کانسر معده غیر قابل عمل (inoperable) به کار برد [۲-۴].

ژئنوستومی که طی آن لوله‌ای در لومن پروگزیمال ژئنوستوم قرار داده می‌شود، جهت برقراری تغذیه یا گاهی رساندن دارو و در موارد نادری آسپیره کردن محتویات روده‌ای به کار می‌رود. هر چند که تغذیه روده‌ای در صورت امکان، نسبت به تغذیه غیر روده‌ای ارجحیت دارد اما با این وجود اغلب پزشکان تغذیه از راه غیر روده‌ای به دنبال جراحی را به علت عوارض جانبی تغذیه روده‌ای مانند اسهال، تورم شکم، افزایش ریسک نشت از کنار لوله ژئنوستومی و غیره ترجیح می‌دهند. همچنین تغذیه از راه ژئنوستومی به طور گسترش‌های جهت تغذیه روده‌ای بیماران مبتلا به اختلال عملکرد روده نیز به کار برد می‌شود.

تاکنون روش‌های جراحی متعدد و انواع مختلفی از لوله‌ها که در این پروسه استفاده می‌شود معرفی شده که بر خلاف سادگی تکنیک مورد استفاده، عوارض جدی و قابل ملاحظه‌ای گزارش شده است [۱ و ۳ و ۵ و ۶]. در این مطالعه برای اولین بار در ایران نتایج عمل ژئنوستومی به دنبال عمل جراحی بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوقانی و رابطه بین زمان شروع تغذیه از راه ژئنوستومی با عوارض ناشی از آن بررسی شده و در نهایت راهکارهایی برای کاهش عوارض ناشی از این پروسه پیشنهاد شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، تعداد ۹۰ بیمار که در فاصله سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ در بخش جراحی بیمارستان امیراعلم به علت ابتلا به بدخیمی‌های دستگاه گوارش فوقانی (هایپوفارنکس و مری) تحت عمل جراحی و به دنبال آن ژئنوستومی قرار گرفتند (۳۷ نفر گروه A و ۵۳ نفر در گروه B)، مورد بررسی قرار گرفت. این بیماران به صورت تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند به طوری

www.SID.ir



یک یافته جانبی درصد بروز جایه‌جایی نامناسب لوله ژئونوستومی در بیماران با اتساع شکمی ($P=0.006$) و درد شکمی ($P<0.001$) در ساعت‌های اولیه پس از شروع تغذیه ژئونال نیز بالاتر بود (جدول ۲).

بحث

تاکنون تلاش‌های گسترده‌ای جهت بهبود نتایج درمان بیمارانی که تحت جراحی‌های دستگاه گوارش و سیستم تنفسی فوقانی قرار می‌گیرند صورت گرفته و حمایت‌های تغذیه‌ای به دنبال این اعمال یکی از مهم‌ترین جنبه‌های این رویکرد است. امروزه برقراری تغذیه روده‌ای به دنبال جراحی به طور گسترده‌ای پیشرفت کرده و ژئونوستومی به علت ضریب اطمینان مناسب و به طور نسبی کم ژئینه بودن آن، توجه بسیاری از پزشکان جراح را به خود جلب نموده است [۶].

هر چند که مطالعات بسیاری در این موضوع صورت گرفته اما بر اساس اطلاعات بدست آمده و در دسترس، نمی‌توان مطالعه‌ای موافق یا مخالف نتایج مطالعه خود بیایم. هم چنین ما بنابر نتایج این مطالعه، شروع تغذیه از راه ژئونوستومی چند روز بعد از عمل جراحی را جهت کاهش میزان عوارضی چون اتساع شکمی که یکی از عوارض عمده ژئونوستومی می‌باشد پیشنهاد می‌کنیم. از محدودیت‌های موجود در این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که مطالعه فوق فقط در بیماران مبتلا به سرطان و بر روی گروه اندکی از بیماران انجام شده که امیدواریم برنامه‌ریزی و مطالعات وسیع‌تری جهت ارائه نظرات مستحکم‌تر درآینده برای اثبات این فرضیه داشته باشیم.

مطالعه فعلی نشان داد که در صورتیکه شروع تغذیه از راه ژئونوستومی ۳ روز بعد از عمل جراحی اصلی انجام شود میزان شیوع عوارضی چون اتساع شکمی و تپ بعد از جراحی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. در حالیکه اختلاف معنی‌دار عمده‌ای از نظر سایر عوارض این روش بین دو گروه وجود نداشته است. میزان عوارض ژئونوستومی به طور عمدۀ در مطالعات گذشته در حد ۳% - ۰.

Archive of SID

- 1- Tapia J, R Murguia, G Garcia, De Los Monteros and E Onate. Jejunostomy techniques, indications and complications. *World J. Surg* 1999; 23:596-602.
- 2- Gerndt SJ, MB Orringer. Tube jejunostomy as an adjunct to esophagectomy. *Surgery* 1994; 115:164-169.
- 3- Han Geurts, I.J Lim, T SAtijnen and H.J. Bonjer. Laparoscopic feeding jejunostomy: A systemic review. *Surg Endoscope* 2005; 19:951-957
- 4- Curtis C.S and K.A Kuddsk. Nutrition support in pancreatitis. *Surg. Clin. North Am* 2007; 87:1403-1415.
- 5- Date RS, WD Clements and R Gilliland. Feeding jejunostomy: Is there enough evidence to justify its routine use. *Dig Surg* 2004; 21:142-145.
- 6- Biff R, M Lotti, S censiarelli, F Luca and S Pozziet al. Complication and long term outcome of 80 oncology patients undergoing needle catheter jejunostomy placement for early feeding. *Clin Nutr* 2000; 19:277-279.
- 7- De-Gottardi, A L Krahenbuhl, J Farhadi, S Gernhardt and M Shaffer et al. Clinical experiences of feeding through a needle catheter jejunostomy after major abdominal operations. *Eur J Surg* 1999; 165:1055-1060.
- 8- Sarr MG. Appropriate use, complications and advantages demonstrated in 500 consecutive needle catheter jejunostomy. *BR J Surg* 1999; 86:557-561.
- 9- Yagi M, T Hashimoto, H Nezuka, H Ito and T Tani et al. Complication associated with enteral nutrition using catheter jejunostomy after esophagectomy. *Surg* 1999; 29:214-218.
- 10- Myers JG, CP page, RM Stewart, WH Schwesinger and KR Sirinek et al. Complication of needle catheter jejunostomy in 2,022 consecutive applications. *Am J Surg* 1995; 170:547- 550.
- 11- Holmes JH, S I brundage, P Yuen, RA Hall and RV Maier et al. 4th complications of surgical feeding jejunostomy in trautma patients. *J Trauma* 1999; 47:1009-1012.
- 12- Zapas JL, S karakozis and JR Kirkpatrick. Prophylactic jejunostomy: a reappraisal. *Surgery* 1998; 124:715-719.
- 13- onawane RN, MN Tombare, AKumar, SS Sikora and R Saxena et al. Tewchnical complications of feeding jejunostomy: A critical analysis. *Trop Gastroentrol* 1997; 18:127-128.
- 14- Gore DC, M Delegge, A Gervin and EJ De-Maria. Surgically placed gastro-gegunostomy tubes have fewer complications compared to feeding jejunostomy tubes. *J Am Coll Nutr* 1996; 15:144-146.
- 15- Schunn CD, JM Daly. Small Bowel necrosis associated with postoperative jejunal tube feeding. *J Am Surg* 1995; 180:410-416.



جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران گروه‌های مورد مطالعه

P value of SID	B گروه	A گروه	مشخصات دموگرافیک
.۰/۱۲	۵۳/۷۸±۱۶/۴۴	۵۶/۹۴±۱۵/۶۸	سن (سال)
.۰/۴۷	۲۳/۳۰	۱۸/۱۹	جنس (زن / مرد)
.۰/۲۳	۲۶	۱۸	کانسر های پوفارنکس
.۰/۰۹	۲۷	۱۹	کانسر مری
.۰/۱۱	۵/۱۶±۱/۹۶(mg/dl)	۳/۴۰±۰/۴۵(mg/dl)	آلبومن قبل از عمل
.۰/۳	۵/۰±۱/۲۹(mg/dl)	۴/۴۸±۸/۰(mg/dl)	آلبومن بعد از عمل

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

P value	B گروه n (%)	A گروه n (%)	
.۰/۴۱	۰ (۰)	۱ (۰/۲)	درد شکمی
.۰/۰۰۱	۳ (۵)	۷ (۰/۱۸)	اتساع شکمی
.۰/۷۷	۶ (۱۱)	۰ (۰)	استفراغ
.۰/۵۱	۵ (۹)	۵ (۰/۱۳)	اسهال
.۰/۲۴	۵ (۹)	۱۱ (۰/۲۹)	نشت از کنار لوله
.۰/۸۱	۱۴ (۲۶)	۱۱ (۰/۲۹)	جابجایی نامناسب لوله
۱	۳ (۵)	۱ (۰/۲)	www.SID.ir عفونت
.۰/۲۳	۶ (۱۱)	۸ (۰/۲۱)	انسداد