



● مقالات تحقیقی (۱)

کاربرد سوند معده در اعمال جراحی شکمی

(گزارش ۱۰۰ مورد)

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.

در این 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 قرار گرفتند.

اگر چه دو بیمار در گروه بدون سوند به آن نیاز پیدا کردند ولی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری از نظر شیوع مرگ و میر، استفراغ و بازگشت حرکات عادی گوارشی در دو گروه مشاهده نشد. به علاوه شیوع گلو درد و تهوع در گروه با سوند بمراتب شایعتر بوده است. مامعتقدیم گذاشتن سوند معده بصورت معمول باید مورد تجدید نظر همکاران قرار گرفته و جز در موارد خاص از آن استفاده نشود که این نکته امروزه در بررسیهای نشریات مختلف هم به اثبات رسیده است.

واژه های کلیدی : سوند معده، اعمال جراحی شکمی، بیهوشی

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

گوارشی مورد استفاده قرار گرفته است به این امید که سبب کاهش تهوع، استفراغ، آسپیراسیون و دیستانسیون شکمی و احتمالاً منافع دیگری باشد [۱] ولی گذشت زمان و

مقدمه

از سال ۱۹۲۶ کاربرد سوند معده توسط لوین^(۱) برای تخلیه گازها و ترشحات

^۱ Levin



دهان در اولین روز پس از عمل شاید حداکثر کاری باشد که باید مانع انجام دهیم [۱۲]. ولی جالب است بدانیم در یک پرسشی که از ۲۵۹ جراح در انگلستان انجام شد و ۹۶ درصد جواب دادند. ۲۰ درصد آنها بدنبال کله سیستمکومی، ۴۰ درصد پس از رزکسیون آناستوموز روده بزرگ، ۷۲ درصد پس از رزکسیون آناستوموز روده باریک و ۹۲ درصد پس از گاسترکتومی [۱۱] سوال این است که با می گذاشتند [۱۱]. حال سوال 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 می کند آیا باز هم استفاده معمولی از آن ضرورتی دارد؟

رگر^(۱) و همکاران در یک گروه ۳۰۰ نفره پریتونیتی [۱۲]، هرینگتون^(۲) در ۲۳۲ بیمار به دلیل عمل جراحی برای زخم معده و دوازدهه [۱۲] و بالاخره ولف^(۴) در ۵۳۵ بیمار که مورد عمل کولورکتال قرار گرفته بودند تفاوت مهمی در دو گروه با و بدون سوند ملاحظه نکردند [۱۲] و امروزه حتی گروهی در گاسترکتومی هم سوند معده به کار نمی برند. در پایان اشاره ای به اندیکاسیونها و کنتراندیکاسیونها و عوارض سوند معده می شود.

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 سیستمیت و غیره

۲- لاواژ: در خونریزی های گوارشی، مسمومیتها

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 روده بزرگ ۴۸ ساعت و روده باریک ۷۲ ساعت بعد برداشته می شد. درگروه شاهد قبل از ترک اطلاق عمل سوند برداشته و پس از آن هر وقت ضرورت ایجاب میکرد مجددا سوند گذاشته می شد 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 از عمل، 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 آرایه شده مطابقت دارد [۱، ۲]. به همین جهت به همکاران ارجمند جراح و متخصصین بیهوشی توصیه می کنیم 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 پری ایپی گاستر می دانند [۱۲]. ولی از آنجا که حرکات روده باریک طی ۱۲ ساعت، معده ۲۴ ساعت و کولون ۴-۲ روز به حال عادی برمی گردد [۱۱]. بنابراین نخوردن غذا از راه

براساس گزارشات مختلف بعدی به این نتیجه رسیده شد که نه تنها استفاده معمولی سوند معده صلاح نیست بلکه می تواند منشاء عوارض و ناراحتی هایی 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 ۱-۳ روز پس از عمل برداشته می شد درگروه دوم بلافاصله پس از به هوش آمدن بیماران برداشته می شد.

اعمال جراحی انجام شده شامل کله سیستمکومی، رزکسیون آناستوموزهای روده باریک و بزرگ، کیست هیداتیک، اعمال جراحی راههای صفراوی، اسپلنکتومی ونفرکتومی بوده اند. 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 می شد که در بیماران گروه شاهد در پایان عمل یا در اطلاق ریکاوری و در گروه مورد مطالعه حداقل ۳۶-۲۴ ساعت در حال در ناژ باقی می ماند. ارزیابی پس از عمل و علائم فیزیکی حرکت دستگاه گوارش تازمان برگشت رژیم غذایی به حد طبیعی با ثبت اولین BS^(۱)، اولین دفع گاز و اولین دفع مدفوع کنترل می شد وجود و شدت تهوع، استفراغ و ناراحتی بیمار از سوند به صورت زیر مورد سوال بوده است.

تهوع به سه درجه: ۰-۳، بدون تهوع، خفیف، متوسط، شدید. استفراغ به دو درجه: ۰-۲، بدون استفراغ، یکبار، مکرر. ناراحتی بیمار به سه درجه: ۰-۳، بدون ناراحتی،



۱- BS: Bowel Sounds

۲- Roger

۳- Herrington

۴- Wolf

عوارض

درد، نکرور غضروف بینی، ترومای بینی، فارنکس، لارنکس، مری، معده، انسداد لارنگوتراکئال، خونروی و پرفوراسیون، آسپیراسیون ریوی و مشکلات تنفسی، آئروفاژی، ورود به جمجمه از طریق شکستگی جمجمه یا مدیاستن از طریق پرفوراسیون مری یا دیورتیکول، رینیت، فارنژیت، ازوفازیت، 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 Peritoneal Lavage

کنتراندیکاسیونها [۲،۳]

- ۱- ضایعات نافذ گردن.
- ۲- شکستگی‌های ستون فقرات گردنی
- ۳- شکستگی‌ها و تروماهای شدید صورتی - آرواره‌ای یا قاعده 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 ازوفازیت‌های شدید و پیشرفته

۳- تغذیه: تغذیه توسط لوله^(۱)

- ۴- تشخیصی: تجزیه شیر معده از نظر اسید، سیتولوژی، خون، آزمون^(۲) SL.
- پرفوراسیون، تشخیص بعد از ترمیم، دئودنوگرافی هیپوتونیک، رادیوگرافی مری، معده و دوازدهه، Entroclisis، 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 یا لاپاروسکوپی.^(۳)

1. Bassen N. Nosogastric suction after elective abdominal surgery: a randomized study. Annals of the Royal College 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: Lippincott - 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. ■