ایجاد بیدردی در بیماران پس از اعمال جراحی

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۵۷ ، ۱۳۶۱

دکتر شهین‌دخت علیزاده شائق - دکتر محمود کنگری *

مقدمه :

دردهای بعدازاعمال جراحی مدتها بود که بشر را زجر میداد و تا اواسط قرن نوزدهم، احساس مرگبار درد بعدازعمل‌جراحی، مانندکابوسی‌همگام باجاقوی جراح بود. تااینکه درسالهای‌اخیر علم هوش‌بری ترقیات چشمگیری‌یافت ووسائل‌وداروهای بی‌خطر برای ایجاد بیدردی کشف و مورد استفاده قرارگرفت .

کم کردن‌درد ویاایجاد بیدردی بی‌خطر دربیمارانی که تحت‌عمل جراحی قرارگرفته‌اند، اهمیت‌خاصی دارد وسالها است که توجه متخصصان فن را بخود جلب کرده است. ایجاد بیدردی‌بعدازعمل جراحی از قرن نوزدهم به بعد پیشرفت ناچیزی داشته بطوریکه شایعترین روش مقابله با درد پس‌ازعمل ، تزریق‌داخل ماهیچه‌ای داروی مخدر بود. بررسی‌های انجام شده نشان میدهند که در حدود ۴۰٪ ازبیماران پس ازعمل جراحی باوجود اتخاذ تدابیر پزشکی از درد رنج میبرند . بیش از ۵۰٪ بیمارانی که تحت اعمال جراحی مختلف درقسمت بالای شکم قرارگرفته و برای تخفیف درد داروی مخدرگرفته‌اند ، احساس ناخوشایند و غیر قابل تحملی داشته‌اند .

شیوع وشدت دردهای پس‌ازاعمال جراحی:

درد بیشتر در نتیجهٔ آسیب وارده برنسوج در اثرعمل جراحی ایجاد میشود ولی اسپاسم عضلانی و یا اتساع احشاء نیز میتواند باعث تشدید آن شود . نوع درد ممکن است بیکی از دو شکل زیر باشد :

۱- درد مختصری که بصورت احساسی‌ناخوشایند بوده ودرموقع استراحت شروع میشود و بیمار را رنج میدهد .

۲- درد شدید خنجری که بهنگام حرکت ظاهر میشود که‌برای بیمار بسیار ناخوشایند بوده و درمان آن نیز مشکل‌تر است .

درد پس ازعمل بمرور زمان خود بخود بدون درمان نیز ازبین میرود ، بطوریکه شدت‌آن در روز پس‌ازعمل بسیار کمترخواهد شد . دردهای شدید معمولا پس ازاعمال جراحی قسمت‌فوقانی شکم وقفسه سینه‌احساس میشوند ولی دراعمال جراحی‌قسمت‌پائین شکم و همچنین‌جراحی‌هائی که‌روی سروگردن و اندامهاصورت میگیرد ، شدت دردکمتراست . عوامل‌بسیار دیگری نیز درشیوع وشدت درد مؤثرمیباشد. بنظر میرسدکه درسنین کهولت و یا نوجوانی درمقایسه باسنین دیگر احتیاج بداروی ضد درد (از نظر مقدار) کمتر باشد ولی مقدار دارو از نظر جنس تفاوتی ندارد . میزان مقاومت فردی نیز درتعیین مقدار داروی ضددرد لازم بسیار مؤثر است (۱۵). افراد با روحیهٔ قوی وسالم ، در مقایسه بااشخاص ضعیف وحساس ، بمقدارکمتری داروی ضددرد احتیاج دارند . همینطور افرادی‌که از نظر رشد فکری و شعور درسطح پائین‌تری قرار دارند ، درمقایسه باافراد تحصیل کرده

* بیمارستان فارابی - دانشکده پزشکی رازی ، دانشگاه تهران .

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

نسبت به درد بسیار مقاوم هستند ودرنتیجه احتیاج بمقدار کمتری از داروی ضد درد دارند. بسیاری از بیماران برای مبارزه با ترس ناشی ازعمل جراحی واتفاقات وابسته بآن ازخودواکنش های دفاعی روانی خاصی نشان میدهند. این قبیل بیماران درمقایسه با دیگران پس ازعمل جراحی درد بیشتری داشته ونسبت بداروی ضد درد نیز جواب کمتری میدهند (۵ ، ۱۵ ، ۲۰). بنابراین شدت درد حس شده در افراد مختلف بستگی مستقیم به شخص و شخصیت وشرائط روانی آنها دارد. چنانچه ذکرشد ، دراشخاص ضعیف النفس باحالت روانی ناپایدار ، این درد شدیدتراست و تجربیات نشان میدهد که داروی بی اثر روی درد (بی آنکه خود بیمار متوجه نوع دارو باشد) در۳۵ درصد این قبیل بیماران ، درد را ازبین میبرد (۱۵ ، ۲۰).

ارزیابی درد : بررسی شدت وضعف درد درهر شخص با تحریك یکسان بسیارمشکل است. بدوطریق میتوان درد را بربالین بیمار بررسی کرد :

۱ـ بیان چگونگی احساس دردتوسط بیمار که دراین روش بیمار یاشخص آزموده سعی دربیان شدت درد میکند .

۲ـ بررسی عکس العملی که بیمار ازخود نشان میدهد . دراین روش چندپارامتر فیزیکی که باشدت وضعف درد تغییر میکند بررسی میشود : تغییرات اعمال ریوی بدنبال اعمال جراحی در قسمت فوقانی شکم بطور کامل بررسی شده دراین حال کم شدن ظرفیت حیاتی بهمراه درد و بهبود آن با داروهای ضد درد مشاهده میشود (۱، ۸، ۱۳). همچنین تعریق و تغییرات قلب وعروق برای پی بردن بشدت درد کمك شایانی میکند.

گرچه درمان دردهای پس از عمل جراحی صرفاً جنبهٔ انسانی دارد ولی دربسیاری ازموارد این درمان کمك شایانی به بهبود سریع بیمار پس ازعمل میکند . بیمارانی که تحت اعمال جراحی بالای شکم قرارگرفته اند بیش ازدیگران درد دارند بهمین جهت این دسته ازبیماران بیشترین عوارض ریوی را خواهند داشت . ترس ناشی ازتشدید درد باعث کم حرکتی ، عدم تنفس عمیق ، سرفه نکردن و عدم تخلیه ریه از ترشحات شده و موجب میشود که تنفس سطحی و تند شده و انقباض واکنش عضلات شکم دراثر رفلکس ناشی از درد باعث میشود که ریه در حالت بازدمی بماند ودرنتیجه تنفس باهوای جاری کوتاه در ریه ای باحجم کم صورت میگیرد (۳،۱) . هوای جاری ممکن است تا ۷۰٪ نقصان یابد همچنین هوای باقی مانده عملی (F.R. C) وحداکثر حجم تخلیه شده بازدمی درزمان معینی تقلیل مییابد . پس ازعمل جراحی حتی بدون کندشدن تنفس و یاتغییرات رادیولوژیك واضح درریه ممکنست هیپوکسی بعلت درد بوجودآید . این هیپوکسی بیشتر پس از اعمال جراحی بالای شکم دیده میشود . دراعمالی که روی قسمت پائین شکم انجام میشود بندرت و بالاخره دراعمال جراحی غیرشکمی بسیار نادراتفاق میافتد. گرچه این پدیده بلافاصله پس ازعمل جراحی است ولی ممکن است تا ۵ روز پس از عمل درقسمت فوقانی شکم پیش آید(۱) . کم کردن شدت دردمیتواند چنین اختلالهای ریوی را بحداقل برساند.

Simpson وهمکارانش دردهای ناشی ازاعمال جراحی درقسمت بالای شکم را بوسیله بی حس کردن رشته های عصبی خارج سخت شامه ازبین برده ونتایج بسیارجالبی دربهبود و بالابردن ظرفیت حیاتی ریه بدست آورده اند .

عوارض ریوی پس ازعمل باتصحیح اعمال ریوی بحداقل میرسد و باتشویق بیمار بحرکت (با ازبین بردن درد) نیز باعث کم شدن نسبت ترومبوز وریدی و آمبولی ریوی میشود . با ازبین بردن درد، ترس بیمار ازاعمال جراحی احتمالی آینده بحداقل میرسد و بدین ترتیب بدبینی و ترس اجتماع نسبت به اعمال جراحی روزمره تقلیل مییابد.

درمان : بررسی دردهای پس ازعمل فقط منحصر به درمان این دردها نیست بلکه آماده سازی و روشن کردن بیمار قبل ازعمل جراحی و درزمان شروع بیهوشی میتواند کمك بسیاری به بیمار کند .

پیشگیری : بیمارانی که ازنظر روحی آرام هستند و قبل ازعمل توسط پزشك مربوطه توضیحات کاملی راجع به بیماری و نحوه درمان بوی داده شده است، بهتر دوران پس ازعمل جراحی را تحمل می کنند. آماده کردن کامل بیماران ازنظر روانی قبل ازعمل اهمیت خاصی دارد . قبل ازعمل باید توضیحات کامل ازچگونگی هوش بری و عمل جراحی و دردهای احتمالی آینده که وجود آن طبیعی است به بیمار داد.

همچنین آموزشهای لازم برای تنفس عمیق و سرفه بوی داد. بایدمرتباً ازآنها عیادت بعمل آورد و موجبات دلگرمی واطمینان بیمار را فراهم کرد ، این گروه ازبیماران درمقایسه با دیگران احتیاج بمقادیر کمتری ازمسکن پیدا خواهند کرد.

درمان داروئی : دربررسی پس از عمل مهمترین اقدام تقلیل درد محل عمل میباشد . ممکن است عوامل بسیار دیگری نیز باعث رنج و ناراحتی بیمار پس ازعمل باشد که باید سعی دررفع هریك ازاین عوامل بشود. اقدامهای لازم برای جلوگیری ازاحتباس ادراری ، افزایش گاز روده، تهوع واستفراغ وهمچنین بیحرکت نمودن شکستگیها تحمل بیمار را نسبت به درد بیشتر کرده و باعث کم شدن ناراحتی او میگردد. کم خوابی یاترس ازمحیط نامأنوس بیمارستان نیز تحمل بیمار را نسبت به درد کم می کند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

عوامل دیگری که ممکنست باعث رنج بیمار شده وتوجه او را به درد بیشتر جلب کند عبارتند از نحـوه تزریق سرم ، وجودلولهٔ معده وچگونگی ثبت علائم حیاتی که بوسیله پرستاران بخش صورت می گیرد. توجه باین نکات بظاهر کوچك و کم اهمیت میتواند اثر چشمگیری درحفظ آرامش بیماران داشته باشد .

درمان درد پس ازعمل بوسیلهٔ داروهـای مختلف صورت میگیرد ازجمله :

۱ـ موادی که ازراه تزریق ویا خوراکی داده میشوند

الف ـ ضد دردها

ب ـ دیگر داروهای کمکی

۲ـ مواد استنشاقی

۳ـ بی حس کردن عصب منطقه

۴ـ دیگر روش‌ها

۱ـ موادی که ازراه تزریق و یاخوراکی داده میشوند.

به تجربه ثابت شده که با طولانی شدن فاصله زمانـی بین اتمام بیهوشی و اولین تزریق داروی ضد درد (پس ازعمل) ، اثر این دارو بیشتر بوده و ازمقدار کل داروی ضد درد لازم پس از عمل کاسته میشود. بنابراین لازم‌است روشی درهوش‌بری بوجود آورد که درآن داروی بیهوشی پس‌ازعمل تامدتی خاصیت ضددردداشته باشد. داروهای مخدری که پیش‌ازعمل به‌بیمار داده میشود تأثیر ناچیزی روی درد پس از عمل دارند ولی در صورتیکه در حین عمل به‌بیمار تزریق شوند ، زمان بین ختم بیهوشی و احتیاج به اولین تزریق داروی ضد دردرا طولانی کرده و مقدار کل‌داروی ضد درد لازم کاهش‌را میدهند.

مرفین هنوز شایعترین داروی ضددردی است که مصرف میشود . مرفین آستانه احساس درد را بالا برده وواکنش مغز رانسبت به درد تغییر میدهد. مقدار مناسب دارو ازراه عضلانی ۱۰میلی گرم برای ۷۰ کیلوگرم وزن بدن میباشد ومقـدار بیش ازاین باعث تسکین درد (به‌تناسب افزایش‌دارو) نخواهد بود و بعلاوه‌عوارض ناشی ازمقدار زیـاد دارو زیاد خواهد بود. ایـن مقدار مرفین میتواند ۷۰٪ دردناشی ازعمل‌را (درحال استراحت) ازبین ببرد ولـی فقط ۵۰٪ از درد را در موقع حرکت بیمار میتواند خنثی کند .

مهمترین عوارض این دارو عبارتنـد از : اختلال تنفسی ، کـم کردن سرفه ، ایجاد تهوع، استفراغ و اعتیاد . حساسیت هرفرد نسبت بداروهای مخدر (با مقدار ثابت) متفاوت است بنابرایـن باید هرشخص‌را ازنظرمقدار مؤثردارو ارزیابی کرد تاازاین‌راه بتوان باحداقل دارو ، درد بیمار را ازبین برد، برای‌رسیدن به این هدف میتوان بامقدار معینی‌مصرف داروی ضددرد را ازطریق داخل وریدی‌شروع کرد (۲ـ۱ میلی گرم مرفین) سپس دارو را بتدریج بمقداری‌افزایش دادتابحد ضددردبرسد. کم کردن‌فواصل بین دفعات تجویز داروی ضددرد درمقایسه باافزایش این‌داروها درهر وعده نتیجه بهتری دارد . معمولا داروهای ضد درد ازراه خوراکی‌تأثیر زیادی درتسکین‌دردهای بعدازعمل‌جراحی‌ندارند بجز چند دارو که عبارتند از پنتازوسین ، بنزیترامید ودکسترو مورامید . این داروها بامقادیر کافـی میتوانند داروهای ضددرد مؤثری باشند .

داروهای ضد درد ضعیف همچون آسپرین ، کدئین ، دی‌هیدرو- کدئین را میتوان پس ازاعمال جراحی کوچك وهمچنین بـرای برطرف کردن ناراحتـی های مختصر و دردهای روزهای سوم و چهارم پس ازعمل‌مصرف کرد. دراینجا لازم است تذکرمختصری راجع به‌انفوزیون داروی ضددرد موضعی‌وهم‌چنین‌مصرف کتامین درمقادیری که باعث اختلال‌های روانی نشود، داده شود (۲۲). برخی تزریق وریدی محلول الکل ۶٪ دردکستـروز را بعنوان داروی ضددرد توصیه میکنند که ازطرفی باعث تأمین‌کالری‌مورد احتیـاج بیمار و از طـرف دیگر باعث سرخـوشی روانـی او میشود .

بکاربردن داروهای‌مسکن ازراه ورید باید تحت کنترل‌دقیق‌باشد تا از ازدیاد مصرف دارو و عوارض آن جلوگیری بعمل‌آید .

باتوجه‌باینکه اکثر بیمارانی که تحت عمل جراحی قرارمیگیرند کم‌وبیش مضطرب ونگران هم میباشند واین‌خود میتواند احساس درد را تشدید کند ، بنابرایـن اگر بیمار فوق‌العاده مضطرب و نگران بود ، باید ازداروهای ضداضطراب هم استفاده کرد.

فنوتیازین‌ها به تنهائی و یا بهمـراه مسکن‌ها بسیار زیاد مصرف میشوند بخصوص دردرمان دردهای مزمـن . کلروپرومازین ، پرومازین ، تریمپرازین میتوانندآرامش خوبی در بیماربوجود آورند ولی اثر و ارزش این داروها در درمان دردهای بیماران عمل‌شده ، بعلت محدود نمودن فعالیت مغزی واثر دردستگاه قلب وعروق محدود میشود.

بنزودیازپام اثر ضد درد ندارد ولی از آنجائیکه این دارو اثر آرامبخش وضد اضطراب بیشتری دارد، میتوان بخوبـی پس از اعمال جراحی ازآن استفاده کرد.

دیازپام وکلرودپازپوکسید بـرای بالا بردن تحمل بیمار نسبت بدرد و ایجاد آرامش باموفقیت بکار رفته است . این‌خوداهمیت عوامل تحریکی وعصبی‌را درتشدیـد دردبیمار روشن میکند واز عللی که‌مصرف این داروها را چندین برابر کرده است، افزایش تحمل بیمار نسبت‌به درد وهم‌چنین کاهش مقدار داروی مخدرلازم می‌باشد (۲۰،۱۵،۵).

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

استفاده‌ازآرام‌بخش‌های‌دیگر نظیراکسی‌پرتین به‌همراه‌پنتازوسین نیز بـاعث کاهش اضطـراب بیمار شده درنتیجه بداروی مسکن کمتری احتیاج پیدا میشود (۱۲ ، ۱۵).

محققان امیدوار بودنـد با استفاده مخلوطی از دارو های مخدر و داروهای خنثی‌کننده عوارض‌آن‌ها بتوانند مسکن‌بدون‌عوارض ریوی و تنفسی بدست آورند ولی متوجه شدندکه بااین مخلوط اثرتسکین‌خود دارو نیز تخفیف‌می‌یابد. ترکیب مرفین‌باداروی محرك تنفسی دگزاپرایم (Doxapram) نویدی برای بدست آوردن ترکیبی بدون عوارض تنفسی و ریوی است (۱۱).

درگذشته برای ازبین بردن اختلال تنفسی ناشی از مواد مخدر از آنتاگونیست‌های مواد مخدر درپایـان عمل استفـاده میشد و موجب میگردیدکه ازقدرت ضد دردی داروهای مخدرکاسته شود وچه‌بسا خودآنتاگونیست(درصورت عدم‌احتیاط) ایجادناراحتی هائی میکرد ولـی با بکاربردن پنتازوسین برای برطرف‌کردن اختلال‌تنفسی نه‌فقط ازقدرت داروهای مخدرکاسته نمیشود(۲۳)، بلکه باعث تشدید اثرآن‌هـا ازنظر قدرت و مدت شده و بعلاوه اختلال تنفسی ناشی ازمواد مخدر را نیز رفع میکند.

مصرف‌پتیزوسین (Pethizocine) (۲۳)جهت‌کنترل وکم‌کردن دردهای‌پس‌ازعمل بهترین نتیجه را میدهد (پتیزوسین = پتیدین ۳۰۰ میلی‌گرم + پنتازوسین ۳۰ میلی‌گرم + پرفنازین ۱۰ میلی‌گرم‌دریك فلاکون‌استریل وبسته) یك واحد (۱/۵سانتیمتر مکعب) ازاین‌مخلوط۵۰میلی‌گرم‌پتیدین و۵میلی‌گرم پنتازوسین و ۱/۶۰ میلی گرم پرفنازین دارد. این مخلوط داروئی ضمن ایجاد بیدردی بـا قدرت بیشتر وطولانی‌تر به‌هیچوجه دپرسیون تنفسی ببارنمیآورد وازاینرو دربیماران دچارعوارض‌مزمن‌ریوی ویا ضربه‌های سینه واعمال‌جراحی سینه و بالای شکم بسیار مفید است وبعلت دارابودن پرفنازین، ازایجاد حالات‌تهوع‌واستفراغ درحالت خوابیده دربیماران جلـوگیری می‌کند. بعلت طولانی بودن مدت اثر این مخلوط دیگر احتیاجی به تزریقات مکرر و بفواصل کوتاه مدت نیست بلکه ۲ تا ۳ تزریق ۱ یا ۲ واحدی در۲۴ ساعت برای اعمال جراحی بزرگ کفایت میکند. دراعمال جراحی کوچك‌نیز تزریق یك‌واحد ازآن میتواند بیدردی‌مطمئن وکافی بمدت طولانی (گاهی یك تزریق برای تمام شب) ایجاد کند. ازنظر ایجاد خواب ورفع نگرانی و اضطراب‌دربیماران، توأم‌کردن این مخلوط با دیازپام نتیجهٔ بسیارخوبی میدهد.

۲ـ داروهای ضد درد استنشاقی :

نایتروس‌اکساید : از Entonox (۱۸،۱۷،۲) که مخلوطـی از نایتروس‌اکساید واکسیژن به نسبت ۵۰٪ است ، میتوان بـرای تسکین درد استفاده‌کرد. این مخلوط یادر سیلندر هست و یا در ساختمانهای جدید بیمارستانی ، ازطریق لوله‌کشی‌های‌مخصوص به‌اطاق‌بیمار رسانده می‌شود. بامصرف طولانی این‌ترکیب (۵۰٪ اکسیژن‌واکسیدنیترو) ممکن‌است‌گیجی و خواب‌آلودگی‌ایجاد شود وباغلظت زیاد باعث طولانی‌شدن اثر داروی بیهوشی‌وهمچنین بیحرکتی وعدم همکاری‌بیمار شود ، ولی غلظت‌کمتر اکسیدنیترو (۲۰ تا ۲۵ درصد) میتواند باعث تسکین درد شود. این ترکیب میتواند براحتی و بی‌خطر بهمراه مخدرهای تزریقی بکاررودکه دراینصورت بمقدار داروی مخدرکمتری احتیاج خواهد بود.

ازمزایای دیگر این تـرکیب دفع سریع دارو میباشد . مصرف طولانی اکسیدنیترو ممکن است باعث تضعیف مغز استخوان شود بنابراین پس از عمل جراحـی نباید بیش از ۴۸ـ۳۶ ساعت از این دارو استفاده کرد (۱۸).

متوکسی فلوران + تری‌کلرواتیلن :

مخلوطی‌ازاین‌موادفرار(معمولا۰/۳۵٪ متوکسی‌فلوران+۰/۵٪ تری‌کلرواتیلن برای‌بیهوشی‌های سبك جهت ازبین‌بردن درد در زایمانها و یا بعنوان مسکن کمکی‌جهت انجام‌کارهای معمولی‌بعد ازاعمالی مانند پانسمان زخم و یا فیزیوتراپی بکارمیرود . بوی این مواد ناخوشایند است و ازطـرف دیگر مصرف طولانی آن ممکن است باعث تیرگی شعور شده و بالاخره باغماء بیانجامد. با استفاده از ایـن دارو بطور متناوب ، این عوارض بحداقـل میرسد(۲۱).

۳ـ بلوك اعصاب حسی :

ضد دردهای‌سیستمیك درد را بطور ناقص‌ازبین می‌برنددرحالیکه مسکن‌های موضعی‌که انتقال تحریکات عصبی‌آوران را دراعصاب حسی بلوکه میکنند ، میتوانند درد را بکلی ازبین ببرند. بلوك اعصاب حسی‌بصورت‌های زیر انجام می‌پذیرد:

الف ـ بلوك خارج سخت شامه‌ای (Extradural Blockade) :

باوجودیکه‌نتایج خوبی توسط‌بلوك خارج سخت شامه‌ای‌درتسکین دردهای بعد ازعمل بدست آمده ولی استفاده زیادی از آن نشده است . همانطوریکه قبلا ذکر شد ، پس از اعمال جراحی بالای شکم ، بیمار بسختی ازدرد رنج میبرد ـ بکندی حرکت‌میکند و ازتنفس عمیق وسرفه عاجز است . دراین موارد بابلوکه‌کـردن خارج سخت شامه‌ای بهبود سریع وکاملی دراعمال ریوی بوجود میآیند . عوارض آن (سوراخ‌کردن اتفاقی سخت شامه ۲/۵٪ ، بی‌حسی‌کامل نخاعی۰/۲٪ ، تزریق داخل عروقی۲/۸٪ ، پائین افتادن فشارخون بدنبال بی‌حسی ۱/۸٪) نادراست ولی‌درصورت وقوع میتوانند خطرناك باشند (۴و۸) . برای‌رهائی ازدردناشی ازاعمال جراحی درقسمت بالای شکـم لازم است بی‌حسی به‌خط نوك پستانی (خطی‌که نوك پستانها را بهم وصل کرده ازپهلوها و

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

پشت (مهره‌های ۴و۵ پشتی بگذرد) برسد اگر بیمار حرکت کند باید افتادن فشارخون درحال ایستاده راکه ازعوارض بلوکه کردن رشته‌های سمپاتیك آن ناحیه است درنظر گرفت. باکشف مارکائین (Bupivacaine) که بی‌حس کننده طویل المدتی است استفاده از گزیلوکائین برای این‌منظور بتدریج منسوخ میشود. روش ذکرشده بی‌حسی کامل ازسینه به‌پائین را تامین میکند ولی این کار مستلزم آموزش‌ومهارت کافی ، ضدعفونی کامل‌محل‌تزریق وکنترل ونظارت دقیق حین‌تزریق و بعد ازآن می‌باشد . گرچه این روش را درهمه موارد نمیتوان بکار برد ولی جهت از بین بردن درد پس ازعمل جراحی بالای شکم که با نارسائی تنفسی همراه است روش انتخابی است.

ب ـ بلوك کردن اعصاب بین دنده‌ای :

بابی‌حسی موضعی اعصاب بین‌دنده‌ای ، میتوان انتقال‌تحریکات حسی را از نوك‌جناق‌سینه‌تا بالای Pubis قطع کرد. برای‌بی‌حس کردن محل برش جراحی باید اعصاب حسی‌مربوط به‌یك‌منطقه بالاتر و یك منطقه پائین‌تر ازآن محل بلوکه شوند، دراین‌روش خطر ورود هوا به‌جنب وجود دارد ولی ازآنجائیکه دراین‌روش محل تزریق‌خارج رشته سمپاتیك واقع شده ، درمقایسه بابی‌حسی خارج سخت شامه‌ای ـ احتمال کم شدن فشارخون کمتر میشود. این روش بخصوص درمواردی‌که بی‌حسی باید بالاتر از مهره پنجم پشتی (محلی که‌اعصاب سمپاتیك قلبی واقع شده است)انجام گیرد ، میتواند مورد استفاده واقع شود (۳و۱۶).

۴ـ دیگر روشها :

ـ هیپنوتیزم : Finer درسال ۱۹۷۲ این روش را چنین توصیف کرد :

«حالتی است ازتمرکزحواس‌فردی و رهائی ازاطراف که‌میتواند تحت آرامش عمیق روحی و جسمی وعضلانی بدست‌آید» عمق هیپنوتیزم‌را میتوان به‌سه‌مرحله‌تقسیم کرد، درمرحله دوم‌میتواند قدری بی‌حسی به‌بیمار بدهد ولی‌بی‌حسی وخواب کامل درمرحله سوم‌هیپنوتیزم‌بدست میآید. حتی‌باوجودهیپنوتیزم‌کننده‌های‌ماهر، فقط ۱۵ تا ۲۰٪ ازافراد میتوانند به‌مرحله سوم‌هیپنوتیزم‌برسند. نکته جالب دراینستکه منطقه‌ای‌که در هیپنوتیزم بی‌حس میشود همان‌منطقه‌ای‌است که‌شخص خواب کننده‌به‌خواب‌شده القاءمی‌کند نه‌منطقه‌ای‌که تحت‌اثرعصب بخصوص ویامنطقهٔ تشریحی بخصوصی می‌باشد ! برخلاف دیگرراههای کنترل کنندهٔ درد ، دراین‌روش عوارض جانبی بدنی وجودندارد ولی ممکن است عوارض‌روانی وعصبی بوجود آید .

ازآنجائیکه در روش هیپنوتیزم نتیجه کار کاملا روشن نیست واز طرف دیگر افراد آگاه و باتجربه دراین زمینه معدودند ، این روش درمقایسه با مسکن‌های شیمیائی ترویج چندانی نیافته است.

۵ـ طب سوزنی (Acupuncture) : باوجود توجه وعلاقه روزافزون باین‌هنر طبی‌چینی هنوز این‌روش‌کاملا شناخته نشده‌است. به عقیده عده‌ای ممکن است هیپنوتیزم در این رشته‌نقشی داشته باشد وبرخی‌آنراکاهش انتقال درد ازطریق تحریك‌گیرنده‌های Gate Control Mechanism توجیه میکنند.

موارد استفاده و راههای تحقیقی دربارهٔ این روش بازهم‌اشکالات زیادی ازقبیل‌کمبود افراد متبحر و باتجربه دارد.

ـ گرچه روشهای ذکر شده درفوق ممکن است درمورد بسیاری ازبیماران قابل اجرا نباشند، ولی دقتی‌که برای انتخاب روش مناسب برای هربیمار بکار میرود ، همچنین توضیح در باره این روش‌ها و ایجاد روابط نزدیك بین بیمار و پزشك ، میتواند فوق‌العاده موثر باشد.

خلاصه و نتیجه :

درگیریهای روزافزون متخصصان هوشبری در اعمال جراحی پیچیده‌تر ، آنانرا بیش‌از پیش‌درگیر دردهای پس‌ازعمل‌بیماران کرده وموجب شده‌که درمانهای ضددرد امروزه تکامل بیشتری پیدا کند ولی هنوز از تکامل بسیار دور هستیم و باید سعی‌برآن شودکه به‌استانداردهای هرچه بالاتر درمورد رفع دردهای‌پس‌از عمل دستیابی شود.

هنوز درمورد رفع بسیاری ازدردها ، مخدرها داروهای انتخابی هستند ولی مقدار این داروهارا میتوان باکمك روحی‌وهمدردی با بیمار ، پیش ازعمل وپس‌ازعمل بسیار کم نمود ، همچنین با افزودن داروهای آرام بخش میتوان مقدار مواد مخدر را کم کرد . استفاده وسیع ازاکسیدنیترو بخصوص در۲۴ ساعت اولیه پس از عمل‌های جراحی شکم نیز میتواندکمك موثری باشد . استعمال مخدرها در بیمارانی‌که نارسائی تنفسی مزمن دارند جایز نیست در این بیماران میتوان با روش‌های دیگری مانند بلوکه کردن منطقه‌ای برای رفع درد اقدام‌کرد . استفاده از داروهای نورولپتیك وخنثی کردن اثر تضعیف تنفسی‌آن‌ها در پایان عمل بوسیله پنتازوسین (تالوین) و بالاخره استفاده از پتیزوسین میتوانند برای کنترل دردهای اینگونه افراد کمك موثری نمایند.

بطور کلی هربیمار را باید بطورفردی بررسی کرد واین مستلزم صرف وقت بیشتری است و بعلاوه نیاز بافراد آموزش دیده و متبحر میباشد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

REFERENCES :

1- Alexander, J. I., & Colleages: Postoperative Analgesia and Lung Function. Br. J. Anaesth. 45-346, 1973.
2- Besket, P.I.F., & Colleages: Pain Relief in Hospital, The more Widespread use of Nitrous Oxide, Br. Med. J, 2: 509, 1971.
3- Briden Baugh, C.D. & Colleages : Postoperative Intercostal Nerve Block Analgesia Versus. Narcotic Analgesia, Anesth. Analg. 52, 82, 1973 .
4- Bromage, P.R.; Extradural Analgesia for Pain Relief , Br. J. Anaesth. 39, 721, 1967.
5_ Bruce, I.S.: Postogerative use of Diazepam, Anesthes. 1968.
6- Cheng, S.B.: Practical Application of Acupuncture Analgesia, Nature (Lond). 242, 559, 1973 .
7- Cronin, M,, & Colleages: Psychometry and Postoperative Complaints in Surgical Patients. Br. J. Anaest. 45, 879, 1973.
8- Steel , G.C. Thoracic Extradural Block for Uper abdominal Surgery. Anesth. 26-41, 1971.
9_ Dimond, E.G.: Acupuncture Anesthesia. J.A.M.A. 218, 1558, 1971.
10- M.K. Reduction of Postoperative Pain by Encauragement and Instruction of Patients. N.Engl. J. Med. 270, 852. 1964.
11- Gupta, P.K & Colleages. Morphine Combined with Doxapram or Nalexone, A.Study of Postoperative Pain Relief Anesth. 29, 33, 1974.
12 - Key, B. A study of Strong. Oral Analgesics: The Relief of Postoperative Pain Using Pentazocine . Br. J. Anaesth. 45, 623, 1973.
13- Knudson, J. Duration of Hypoxemia after Upper Abdominal and Thoraco - Abdominal Operation. Anesth. 25, 372, 1970.
14- Marks, M.M.: Talwin (Pentazocine), A new Non - Narcotic Analgesic. Int. Surg. 48, 519, 1967.
15 - Merskey , M.: Postoperative Pain and Treatment with Psychotropic Drugs. Postgrad. Med J . 48. 594 . 1972.
16- Moore, D.C.: Intracostol Nerve Blocks in 4333 Patients, Indication Techniques and Complications. Anesth. Analg. 41- 1, 1962 .
17 - Parbsook, G.D.: Entonox for Postoperative Analgesia, R. Soc, Med. 65, 8. 1972.
18- Rees, G.A.P.: Relief of Postoperative Pain. Comparison of ٪25 Nitrous Oxide and Oxygen Mixture with Morphine. Br. Med. J. 2, 480, 1964.
19- Spoerel , W.E.: Acupuncture in Pain Cbinic. Ca. Anesth. Soc, J. 21, 221. 1974.
20- S. A, Postoperative Pain and Anxiety. Br. J. Anaesth. 45,1075, 1973.
21- Yakaitis , R . W. & Colleages : Self Administeed Methoxy Flurane on Postoperative Pain. Anasth. Anal. 51 - 208. 1972.
22 _ Yusuke, I. Postoperative Pain Relief with Ketamine Infusion, Anaesthesia, 29, 222, 1974.
۲۳ـ دکتر تشید وهمکاران ـ تحقیق درمورد ایجاد بیدردی بی‌خطر توسط مخلوط پتیدین ـ پنتازوسین، مجله نظام پزشکی ایران، صفحه ۴۶۸ ، شماره ۶ ، فروردین ۱۳۵۶ .

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]