



● مقالات تحقیقی (۴)

درمان جراحی تنگی مجاری هوایی فوکانی ناشی از لوله‌های تراشه

چکیده

طی ۵ سال (۱۳۷۸-۱۳۷۳) ۸۹ بیمار مبتلا به تنگی تراشه یا قسمت ساب‌گلوت حنجره ناشی از لوله‌های داخل تراشه^(۱) در بخش‌های گروه جراحی توراکس دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی تحت درمان قرار گرفتند. بیماران شامل ۲۷ نفر زن و ۶۲ نفر مرد بودند. میانگین سنی ۲۷/۲۵ سال و سن بیماران از ۳۲ تا ۸۳ سال متغیر بود. علت اصلی نیاز به لوله‌گذاری در ۵۶ بیمار تصادفات مختلف بود که منجر به صدمه مغزی و بیهوش شدن بیماران برای مدتی شده بود در ۹ بیمار علت لوله‌گذاری استفاده از سوموم مختلف به قصد خودکشی بود و در ۲۴ بیمار علل مختلف نظری ترودما به قفسه سینه و شکم، جراحی قلب، سقوط از بلندی، میاستنی گراو، سندروم گیلن باره و اغمای دیابتیک وجود داشت. محل تنگی در ۱۶ بیمار ناحیه ساب‌گلوت و تراشه و در ۷۳ بیمار فقط در تراشه بود. علت مستقیم ایجاد تنگی در ۶۴ بیمار کاف لوله تراشه، در ۱۲ بیمار نوک لوله تراشه یا لوله تراکیاستومی، در ۵ بیمار استومای تراکیاستومی و در ۳ بیمار مخلوطی از اینها بود. ۷۰ بیمار با رزکسیون و آناستوموز تراشه یا ناحیه ساب‌گلوت درمان شدند در این بیمار ۷۳ عمل جراحی رزکسیون آناستوموز انجام شد. ۱۹ بیمار دیگر با روش‌های غیر جراحی نظیر لیزر، اتساع، برداشتن نسج گرانولاسیون با برونکوسکوپی، گذاشتن لوله T یا گذاشتن لوله تراکیاستومی بطور موقت یا دائم درمان شدند. به دنبال درمان ۷۰ بیمار توسط عمل رزکسیون مشخص گردید که نتیجه نهایی در ۵۲ نفر عالی (۷۴/۲٪)، در ۹ نفر خوب (۱۲/۸٪) و در ۶ نفر قابل قبول (۵/۸٪ درصد) بود. در

دکتر عزیزاله عباسی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش جراحی توراکس

دکتر فرج سعیدی

استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان شهید مدرس، بخش جراحی توراکس

دکتر محمد بهگام شادمهر

دکتر مهرداد عرب
دکتر محمدرضا امجدی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش جراحی توراکس

دکتر نورالدین پیر مؤذن

استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان شهیدمدرس، بخش جراحی توراکس

دکتر مجتبی جواهرزاده

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش جراحی توراکس

دکتر محمدرضا مسجدی

استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش داخلی

دکتر حمیدرضا جباری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی، بیمارستان مسیح دانشوری، بخش داخلی

^۱ Postintubation airway stenosis



۳ مورد عمل جراحی منجر به مرگ (۴٪) شد. در سه بیمار نیز که بعد از اولین عمل رزکسیون آناستوموز، دوباره دچار تنگی شده بود تحت عمل مجدد قرار گرفتند. در ۱۹ بیماری که درمان‌های غیر از رزکسیون و آناستوموز شدند نتایج بدست آمده در ۹ نفر عالی (۴٪) و در ۹ نفر قابل قبول (۳٪) بود و در یک مورد هم منجر به مرگ (۰.۵٪) گردید. میانگین طول پیگیری بیماران ۹/۸۷ ماه (صفر تا ۶ماه) و در همه بیماران این پیگیری کامل بوده است.

عمل جراحی رزکسیون و آناستوموز روش مناسب درمانی برای بیماران مبتلا به تنگی‌های تراشه و ساب گلوت به علت لوله‌گذاری است. در عده کمی از بیماران روشهای غیر از جراحی نظیر لیزر و اتساع نتیجه بخش است.

واژه‌های کلیدی: درمان، تنگی مجاری هوایی، لوله‌گذاری تراشه

ناشی از لوله‌گذاری در بخش جراحی بیمارستان دکتر مسیح‌دانشوری و بیمارستان شهید مدرس (گروه جراحی توراکس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) تحت درمان قرار گرفتند. برای تمام این بیماران از موقع پذیرش، پرسشنامه‌های ویژه بیماران مبتلا به تنگی‌های مجاری هوایی تکمیل، سپس اقدامات درمانی و نتایج با جزئیات لازم ثبت شد. برای ثبت بیماران تجزیه و تحلیل داده‌های این برنامه کامپیوتربی نیز استفاده گردید. عمل جراحی و سایر اقدامات درمانی در اکثر بیماران توسط شخص نگارنده یا با حضور شخص نگارنده، توسط یکی از همکاران جراح انجام گردید. انجام لیزر درمانی توسط متخصصین ریه بیمارستان مسیح‌دانشوری و در بخش آندوسکوپی و لیزر این مرکز صورت گرفته است. پیگیری بیماران از طریق مراجعته به درمانگاه، مطب یا با تماس تلفنی صورت گرفته است. اطلاعات کلی بیماران در جدول (۱) خلاصه شده است.

در ارزیابی برونکوسکوپیک مشخص گردید که طول قسمتی از مجرای هوایی (تراشه یا ساب گلوت) دچار تنگی، از ۱ تا ۷ سانتیمتر و میانگین ۳/۲۲ سانتیمتر متغیر بوده است. محل شروع تنگی در بیماران از

ناحیه ساب گلوت حنجره توسعه پیدا می‌کند مشخص کرده‌اند^[۲]. کوراد^[۳] نیز روش‌هایی برای درمان تنگی‌هایی که از ناحیه ساب گلوت هم بالاتر می‌روند مطرح کرده است^[۲]. تمام این مولفین تعداد زیاد بیمار را با نتایج بسیار خوب درمان کرده‌اند^[۴-۵]. بدنبال تجربیات این پیشگامان رزکسیون و آناستوموز تنگی‌های تراشه توسط دیگران نیز انجام شده است^[۶-۱۱].

اگر چه قبل از تنگی‌های تراشه و ساب گلوت بیشتر با اعمال جراحی غیر از رزکسیون و آناستوموز نظیر گذاشتن فلپ‌های غضروفی - استخوانی و عضلانی در محل تنگ شده، درمان می‌شدن و لی امروزه تجارب بدست آمده نشان داده است که درمان مناسب‌تر برای تنگی‌های بعد از لوله‌گذاری عمل جراحی رزکسیون تنگی و آناستوموز دو سر سالم تراشه به هم‌دیگر است^[۱۲-۱۴]. هدف از ارائه این مقاله انتقال تجارب خود در درمان تنگی‌های تراشه و ساب گلوت با روش رزکسیون و آناستوموز، در مدت پنج سال (۱۳۷۸-۱۳۷۳) می‌باشد.

روش کار

طی مدت پنج سال ۸۹ بیمار به علت تنگی تراشه یا ناحیه ساب گلوت حنجره

مقدمه

طی دو دهه گذشته بخش‌های مراقبت ویژه در شهرهای مختلف کشور پهناورمان دایر گشته است در نتیجه تعداد روزافزونی از بیماران به علت نیاز به کمک تنفسی، تحت دستگاه تهویه^[۱] قرار می‌گیرند. این امر سبب شده است که میزان شیوع بیماران مبتلا به تنگی تراشه و حنجره در اثر کاربرد لوله‌های داخل تراشه افزایش پیدا کند. عده قابل توجهی از این بیماران را جوانان و کودکان تشکیل می‌دهند که بیشتر در معرض تروما و صدمات دستگاه عصبی مرکزی هستند و متعاقب این صدمات به تنفس مصنوعی نیاز پیدا می‌کنند استفاده از دستگاه تهویه و لوله‌های تراشه در افراد مبتلا به نارسایی تنفسی باعث نجات عده زیادی از این بیماران می‌شود ولی متاسفانه، در عده کمی از بیماران نجات یافته، تنگی مجاری هوایی به علت لوله‌های تنفسی مسائل درمانی مشکل و ناتوان کننده‌ای را سبب می‌شود.

روش عمل جراحی رزکسیون و آناستوموز تنگی‌های تراشه بعد از لوله‌گذاری توسط گریلو^[۲] و ماتیسن^[۳] بخوبی شرح داده شده است^[۱]. همچنین پیرسون^[۴] و گریلو روش‌های رزکسیون این تنگی‌ها را وقتی به

۱- Ventilator

۲- Grillo

۳- Mathisen

۴- Pearson

۵- Couraud

اندازه‌ها را تعیین و یادداشت می‌کند. موارد ذیل می‌تواند به عنوان راهنمایی در حین برونکوسکوپی بکار گرفته شود.

۱- قطر داخل مجرای هوایی در تنگترین محل

۲- وجود یاد عدم وجود قطعه دچار مالاسی در مجاورت تنگی

۳- وضعیت و شکل ناحیه گلوت و سوپرا گلوت

۴- تعداد رینگ سالم غضروفی در بالا و در پایین محل تنگ شده

۵- فاصله انتهای تنگی از کارینا

۶- علت تنگی: کاف، استوما، نوک لوله و غیره

۷- فاصله شروع تنگی از زیر طناب صوتی

۸- وضعیت حرکت و شکل طناب‌های صوتی

۹- طول تنگی

۱۰- وضعیت مخاط در بالا و پایین تنگی

۱۱- طولی از تراشه که باید رزکسیون بشود

۱۲- وضعیت غضروف کریکوئید و ناحیه ساب گلوت

علت انتخاب درمان غیر جراحی در ۱۹ بیمار بقرار زیر بود: در ۱۰ نفر جراحی لازم

نبود و اتساع کفايت می‌کرد، در ۳ نفر نسج گرانولاسیون با لیزر برداشته شد، در ۴ نفر

امکان رزکسیون وجود نداشت، ۳ نفر نیز راضی به عمل جراحی نبودند.

جدول ۲ اقدامات انجام شده در ۸۹ بیمار مبتلا به تنگی مجاری هوایی ناشی از لوله‌گذاری

لوله‌گذاری را نشان می‌دهد.

پس از انجام برونکوسکوپی چنانچه شرایط بیمار، جراح و اتاق عمل، مناسب بود، در همان جلسه اقدام به عمل جراحی رزکسیون آناستوموز می‌شد، در غیر اینصورت

۱- منظور بیمارانی است که در حالت استراحت تنگی نفس دارند و علیمی نظیر استرایور و فورفتکی ناحدی شوک جناق حین تنفس پیدا می‌کنند)

جدول شماره (۱): اطلاعات کلی در ۸۹ بیمار مبتلا به تنگی مجاری هوایی ناشی از لوله‌گذاری

علت لوله‌گذاری	میانگین مدت لوله‌گذاری به روز	محلی از لوله که باعث ایجاد تنگی شده
صدمه مغزی ناشی از تصادف: ۵۶ نفر	کل بیماران: ۱۴/۹ روز	کاف: ۹۰ عضو
خودکشی با مصرف سموم: ۹ نفر	بیماران عمل شده: ۱۶/۳ روز	نوک لوله: ۱۲ عضو
خدمات غیر مغزی: ۸ نفر	بیماران عمل نشده: ۹/۸ روز	استوما: ۵ نفر
متعب عمل جراحی قلب: ۵ نفر	حدوده: ۱-۰ عروز	نامشخص: ۳ نفر
متفرقه: ۱۱ نفر	جمع: ۱۹۶ نفر	ازش آماری: مثبت

برونکوسکوپی توسط جراح ارشد و آشنا

به مسائل اینگونه بیماران شروع می‌شود، اندازه‌های مختلف لوله‌های برونکوسکوپی

اطفال و بزرگسال، وسائل ساکشن و لانگوکوب‌های مختلف باید آماده در کنار

جراح قرار داشته باشد، در بیمارانی که در

حالت استراحت تنگی شدید مجرای هوایی

دارند و در حالت دیسترس تنفسی آشکار

هستند^(۱) و برای اولین بار برونکوسکوپی

می‌شوند باید یک جراح کمکی با یک ست

باز شده تراکیاستومی آماده باشد تا هرگاه در

انجام تهويه بیمار از طریق برونکوسکوپ

تا خیری ایجاد شد فوراً اقدام به تراکیاستومی

بکند. شروع برونکوسکوپی در بالین با

لوله‌های شماره ۴-۵ و در بچه‌ها با لوله

۲/۵-۳ است. وقتی برونکوسکوپ از

طنابهای صوتی رد شد و محل تنگی دیده

شد، جراح چند لحظه صیر می‌کند تا بیمار

خوب اکسیژن بگیرد و درجه اشباع آن به حد

مطلوب برسد، آنگاه سعی می‌کند از تنگی با

دید مستقیم عبور کند. وقتی از تنگی عبور

کرد ترشحات احتمالی که در زیر محل تنگی

در تراشه و برونش‌ها جمع شده‌اند ساکشن

می‌شود. سپس با لوله‌های بزرگتر این کار

تکرار می‌شود. پس از اینکه از باز بودن

مجرای هوایی اطمینان حاصل شد جراح به

مشخصات دقیق آناتومیک و مورفو‌لولژیک

محل تنگ شده توجه بیشتری می‌نماید و

خود طناب‌های صوتی تا حدود ۹ سانتیمتر زیر آن متغیر بود. محلی از لوله تراشه که باعث تنگی شده بود در بیشتر بیماران کاف لوله تراشه بود و بعد از آن نوک لوله تراکیاستومی یا استومای تراکیاستومی عامل تنگی بودند.

روش بیهوشی و عمل جراحی

تمام بیماران در بخش بستری شده و پس از انجام آزمایشات و اقدامات لازم برای عمل جراحی در اتاق عمل و تحت بیهوشی عمومی برونکوسکوپی ری ژید می‌شدند. روش انجام بیهوشی بصورت زیر است.

۱- بیمار با استنشاق گاز هالوتان به نسبت ۱-۴ درصد بدون آنکه چهار قطع تنفس خودبخودی گردد به تدریج وارد مرحله بیهوشی می‌شود. به علت وجود تنگی در تراشه برای اینکه بیمار با این روش استنشاقی به مرحله‌ای از بیهوشی برسد که بتوان برونکوسکوپی و اتساع تنگی تراشه را انجام داد حداقل ۴۰-۴۵ دقیقه استنشاق گاز هالوتان لازم است. برای کم کردن این زمان، اخیراً پس از اینکه ۱۰-۱۵ دقیقه از استنشاق گاز هالوتان سپری شد و سطح متوضعی از بیهوشی ایجاد می‌گردید. بلوک موضعی عصب حنجره‌ای فوقانی با تزریق لیدوکائین دو درصد در گردن انجام می‌گردد[۱۶].



جدول شماره (۳): نتایج درمانی در ۱۹ بیمار مبتلا به تنگی مجرای هوایی ناشی از لوله‌گذاری

ازش آماری	گروه درمان غیر رزکسیون	گروه رزکسیون شده	
مهم	(۴۷/۴)۹	(۵۲/۲)۵۲	عالی
مهم	-	(۱۲/۸)۹	خوب
مهم	(۱/۵)۱	(۶/۵)۶	قابل قبول
غیر مهم	(۱/۱)۱	(۳/۲)۳	مری

علی = بیمار بعد از عمل از نظر وضعیت راه هوایی به حالت عادی بازگشته است. خوب = بیمار فعالیت عادی دارد ولی دوران بعد از عمل را طولانی کرده و مدتی استنست یا اتساع لازم داشته است. قابل قبول = بیمار وضعیت تنفسی عادی دارد ولی با فعالیت زیاد تنگی نفس پیدا می‌کند.

بیمار به بخش منتقل می‌شد تا در فرصت مناسب این عمل صورت گیرد. اگر درمان با لیزر یا اتساع برای بیماران مناسب‌تر بمنظیر نیز در همان جلسه و یا جلسات بعد اقدام می‌شد. در بعضی از بیماران، ضایعات غیر قابل رزکسیون تشخیص داده می‌شد. این بیماران با گذاشتن استنت جدید یا باقی گذاشتن استنت قبلی به مدت نامحدود درمان می‌شدند.

تنگ شده، برداشتن نسخ گرانولاسیون از طریق برونکوسکوپی سخت با پنس بیوپسی و بالاخره گذاشتن استنت بطور موقت یا نامحدود در بعضی از بیماران.

نتایج

جدول ۳ نتایج درمانی را در ۷۰ بیماری که اعمال جراحی رزکسیون و آناستوموز شدند و در ۱۹ بیمار که با اقدامات غیر جراحی درمان شدند را نشان می‌دهد. در ۲ نفر از بیماران بعد از عمل اول به علت باقی گذاشتن یک قسمت تنگ در تراشه (۱نفر) یا ساب‌گلوت (۱نفر)، دچار عود تنگی در ناحیه ساب‌گلوت و گلوت شد. وی نیز مجددأ تحت عمل رزکسیون تنگی ساب‌گلوت و گذاشتن استنت موقت در گلوت قرار گرفت. نتایج نهایی درمان در این سه بیمار در ۲ مورد قابل قبول و در ۱ مورد خوب بود. علی‌مرگ در ۴ بیمار در جدول ۴ خلاصه شده است.

یکی از این بیماران ۵ روز بعد از عمل رزکسیون و آناستوموز تراشه دچار فیستول شربان بی‌نام به تراشه شد و قبل از اینکه بتوان اقدامی برای نجات وی کرد فوت نمود. یک بیمار دیگر حين انجام برونکوسکوپی و اتساع تنگی تراشه دچار هیپوکسیمی شدید

تنگی باشد.

اعمال جراحی و سایر اقدامات درمانی ۷۰ بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون تنگی تراشه یا ناحیه ساب‌گلوت قرار گرفتند. ۳ نفر از بیماران بعد از عمل اولیه، مجددأ تحت عمل جراحی برای برداشتن دوباره تنگی باقی مانده یا عود شده، قرار گرفتند. در نتیجه جمماً ۷۳ عمل رزکسیون آناستوموز در این ۷۰ بیمار انجام شد. علاوه بر این سه بیمار، ۸ بیمار دیگر نیز قبل از مرکز دیگر برای رفع تنگی عمل جراحی شده بودند و مجددأ توسط ما عمل شدند، اعمال انجام شده شامل: ۶۰ مورد عمل رزکسیون و آناستوموز تراشه و ۱۳ مورد عمل رزکسیون و آناستوموز تراشه و ساب‌گلوت بود. میانگین طول رزکسیون در این بیماران ۳/۴۶ و مقدار آن از ۱/۵ سانتیمتر تا ۷ سانتیمتر متغیر بود این مقدار کمی بیش از مقداری بود که در ارزیابی برونکوسکوپیک قبل از عمل تعیین شده بود.

۱۹ بیمار تحت درمانهایی غیر از رزکسیون و آناستوموز تراشه دچار گرفتند. این درمانها عبارت بودند از اتساع با برونکوسکوپ، استفاده از لیزر از طریق برونکوسکوپی فیبروپتیک برای سوزاندن و تبخیر نسخ گرانولاسیون و فیبروز در محل

تکینک عمل روشهای رزکسیون و آناستوموز تراشه و ناحیه ساب‌گلوت توسط گریلو، ماتیسن، پیرسون و کوراد توضیح داده شده است [۴۳.۲.۱]. ما از روشهای گریلو در رزکسیون و آناستوموز تراشه استفاده می‌کنیم، در مورد رزکسیون ضایعات ساب‌گلوت در ابتدا از روشهای گریلو استفاده می‌کردیم ولی اخیراً از روشهای ذکر شده توسط پیرسون استفاده می‌کنیم و با این روشهای راحتی بیشتری احساس می‌شود. هدف اصلی در عمل جراحی برداشتن کامل قسمت فیبروزه و تنگ شده تراشه، ساب‌گلوت و آناستوموز دو سر سالم تراشه یا حنجره به یکدیگر است. در محل آناستوموز هم باید مخاط سالم باشد و هم دیواره غضروفی، باید سالم و بدون تغییر شکل و

جدول شماره (۴): اقدامات انجام شده در ۱۹ بیمار مبتلا به تنگی مجرای هوایی ناشی از لوله‌گذاری را نشان می‌دهد.

عمل جراحی یا اقدام غیر جراحی	تعداد
رزکسیون و آناستوموز تراشه	۶۰
رزکسیون و آناستوموز ساب‌گلوت	۱۳
اتساع تنگی	۱۰
لیزر درمانی	۵
گذاشتن استنت	۴



رزکسیون و آناستوموز، نظریه گذاشتن پیوندهای غضروفی در محل تنگ شده حنجره و ساب‌گلوت نیز نتایج مطلوبی ندارد. از ۸ نفر از بیماران عود شده بعد از عمل اول که از مراکز دیگر به ما معرفی شده بودند و تحت عمل مجدد قرار گرفتند در ۵ نفر آنها قبلاً اقدام به گذاشتن قطعات غضروفی در حنجره (۳ نفر) یا تراشه (۲ نفر) شده بود و در موقع اکسپلور جراحی مجدد محل پیوند غضروفی بوسیله یک بافت متراکم فیبروز جایگزین شده بود این شدت از فیبروز متراکم شده را ما فقط در بیمارانی می‌دیدیم که قبلاً عمل جراحی رزکسیون و آناستوموز تراشه شده بودند. بیشترین علت عود عبارت بود از باقی‌گذاشتن مقداری از ناحیه معیوب تراشه و ساب‌گلوت یا ایسکمی تراشه در محل آناستوموز که این علل قابل اجتناب هستند و علل تکنیکی محسوب می‌شوند. در بیماران ما در ۳ مورد از ۷۰ مورد عمل شده مجبور به عمل مجدد شدیم که از این ۳ مورد فقط در یک بیمار تنگی ناحیه ساب‌گلوت در محل آناستوموز قبلی عود کرده بود. در دو بیمار دیگر علت عود تنگی در یکنفر باقی گذاشتن سهیوی یک قطعه دچار مالاسی بود. در حقیقت در بیماران ما میزان عود واقعی بعد از عمل آناستوموز فقط یک نفر در ۷۰ بیمار بود (۴۲/۱ درصد). از سه مورد بیماری که بعد از عمل رزکسیون و آناستوموز فوت کردند حداقل در دو نفر، این حادثه قابل اجتناب بود. در بیمار دچار میاستنی نمایستی به روش استنشاقی بیهوشی برای حفظ تنفس خوبخودی اطمینان می‌کردیم بلکه می‌بایست از همان ابتدای کار اقدام به تراکیاستومی می‌کردیم، در بیمار مبتلا به COPD که قبل از عمل تحت

اتساع، عنفر، فلچ عصب راجعه، ۲ نفر، عفونت رخم، ۳ نفر، عوارض متفرقه دیگر، ۳ نفر. تمام این عوارض غیر از ۲ مورد فلچ عصب راجعه پس از درمان لازم برطرف شدند. این دو بیمار گرفتگی و خشونت صدا داشتند و از تنگی نفس شکایتی نداشتند.

بحث

اگر چه تنگی‌های تراشه و ناحیه ساب‌گلوت برای بیمار یک مشکل جدی و خطرناک بالینی را بوجود می‌آورد ولی اکثر بیماران با درمان مناسب بهبودی کامل پیدا کرده و به زندگی عادی خود بر می‌گردند، بدون آنکه اثری از آن بر جای بماند. درمان مناسب در اکثر بیماران عبارت از رزکسیون کامل ناحیه تنگ شده مجرای هوایی و آناستوموز مجدد (تراشه به تراشه و یا تراشه به عضروف تیروئید و کریکوئید) است. فقط در عده قلیلی خیلی کمی از بیماران که ناحیه تنگ شده طول کمی دارد و رینگ‌های غضروفی سالم باقی مانده‌اند، با درمانهای غیر جراحی نظیر اتساع، لیزر یا برداشتن نسوج گرانولاسیون بوسیله بروونکوسکوب، ممکن است بتوان درمان موثری برای بیمار انجام داد. در ۱۹ بیماری که درمان غیر جراحی شدند، نتیجه خوب درمانی فقط در ۹ نفر آنها انجام شد و این عده بعض‌اً شامل افرادی می‌شدند که اصولاً معلوم نبود درمان ما باعث بهبودی شده یا اینکه خود ضایعه آنقدر خفیف بوده است که علایمی بر جای نگذاشته است. در ۹ نفر دیگری که ضایعات جدی تری داشتند نتایج خوبی بدست نیامد یعنی که ۶ نفر از آنها هنوز استنت دارند و بقیه با درجاتی از تنگی نفس در فعالیت‌های معمولی به زندگی ادامه می‌دهند.

به عقیده ما روش‌های جراحی غیر از

مرگ	گروه رزکسیون نشده ۱	گروه رزکسیون شده ۳	جدول شماره (۴): علل مرگ در ۴ بیمار
۱-مرگ مغزی به علت حسین بروونکوسکوبی فوريت تنگی تنگی دچار هيپوكسمى و مرگ مغزی شريان بی‌نام	اتساع تنگی فوريت تنگی تنگی دچار هيپوكسمى و مرگ مغزی جادشدن آناستوموز	هيپوكسمى حين انجام فوريت برای اتساع تنگی دچار هيپوكسمى و مرگ مغزی	۱-قبل از مراجمه به ما
			۲-فيستول تراشه به
			۳-جادشدن آناستوموز

شد که سریعاً اقدام به تراکیاستومی نمودیم و راه هوایی را باز کردیم و در همان جلسه رزکسیون و آناستوموز تراشه شد ولی بعد از عمل معلوم شد که دچار مرگ مغزی شده است. این بیمار علیرغم اینکه از نظر خود عمل جراحی و مجاری هوایی مشکلی پیدا نکرد، به علت مرگ مغزی فوت کرد. در این بیمار علت اولیه نارسایی تنفسی که باعث استفاده از تنفس مصنوعی شده بود می‌استنی گراو بود. شاید به علت می‌استنی روش استنشاقی بیهوشی با گاز هالوتان در این بیمار موفق نبود و تنفس خوبخودی در حين بروونکوسکوبی حفظ نشد. این بیمار سابقه لنفوما و انجام شیمی درمانی هم داشت. بیمار سوم زنی ۸۳ ساله بود که به علت (۱) COPD دچار نارسایی حاد تنفسی شد و مدت سه هفته تحت دستگاه تهویه بود و در حالی که زیر دستگاه تهویه بود دچار فيستول تراشه به مری شده بود، لذا بصورت اورژانس اقدام به ترمیم فيستول و رزکسیون و آناستوموز تراشه شد ولی بعد از عمل نارسایی تنفسی ادامه پیدا کرد و بیمار زیر دستگاه تهویه باقی ماند. وی ۸ روز بعد از عمل دچار جداشدن آناستوموز گردید و فوت کرد. عوارض ایجاد شده در بیماران عمل شده به صورت ذیل بود.

نیاز به عمل مجدد، ۳ نفر، نیاز به ایجاد

۱-COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease

تنگی‌های تراشه و ساب‌گلوت را به عنوان درمان انتخابی برای تنگی‌های بعد از لوله‌گذاری قویاً توصیه می‌کنیم و بنظر ما این بهترین روش درمان تنگی‌ها بعده از لوله‌گذاری، بطور قوی توصیه می‌کنیم و به نظر ما این بهترین روش درمان تنگی‌ها بعد از لوله‌گذاری در حال حاضر است. البته عده کمی از این بیماران هم که تنگی‌هایی با درجات خفیف دارند یا به هر دلیل برای عمل جراحی داوطلب کاندید مناسبی نیستند با درمانهای غیر جراحی نظیر لیزر یا التساع قابل کنترل هستند. به نظر ما استفاده از روش نصب پیوند غضروفی در محل تنگ شده مجاری هوایی که هنوز توسط بعضی همکاران انجام می‌شود، باید کنار گذاشته شود.

بیماران حین عمل نیاز به تزریق خون پسیدا نکردن و عوارض قلبی قابل ذکری در هیچکدام از این ۷۰ بیمار جراحی شده ندیده‌اند. در حالیکه عده‌ای از این بیماران سابقه بیماری جدی قلبی داشتند و خیلی از این بیماران قبل از عمل به علت دیسترس شدید تنفسی در شرایط مطلوبی نبودند. آموزش و انتقال روش این عمل جراحی به دیگران نیز ساده و موثر است. علیرغم اینکه عده قابل ملاحظه‌ای از بیماران ما توسط افراد گروه جراحی غیر از مؤلف تحت عمل قرار گرفته‌اند، همه آنها به نتایج درمانی خوبی نایل شدند و هیچکدام از همکاران جراح نیاز به گذراندن یک دوران آموزشی مشکل و پردردسر^(۱) را نداشتند.

دستگاه تهويه بود می‌بايس تی فقط به ترمیم فيستول مری به تراشه و انجام تراکیاستومی اكتفا می‌کردیم و از رزکسیون و آناستوموز تراشه خودداری می‌کردیم تا عارضه جداشدن آناستوموز بوجود نیاید و بعد از اینکه از دستگاه تهويه جدا می‌شد آنگاه می‌توانستیم تا حیه تنگ شده تراشه را رزکسیون و آناستوموز کنیم. میزان عوارض نیز در بیماران ما پایین و اکثر عوارض بسادگی قابل درمان بودند. اصولاً عمل جراحی رزکسیون و آناستوموز تراشه و ساب گلوت برای بیمار عمل سنگینی نیست و برای بیمار تراهامی جراحی زیادی را ایجاد نمی‌کند، در عکس بیمار از ۷۰ بیمار ما این عمل فقط از طریق شکاف عرضی گردن انجام گردید و فقط در ۱۳ بیمار که تنگی در قسمت‌های پایین تر تراشه بود استرنوتومی و در یک بیمار شکاف توراکوتومی خلفی طرفی راست بکار گرفته شد هیچکدام از

نتیجه‌گیری

ما درمان جراحی رزکسیون و آناستوموز

۱-Difficult learning curve

مراجع

- Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ, et al. Postintubation tracheal stenosis, treatment and results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109: 486-493.
- Pearson FG, Cooper JD, Nelms JM, et al. Primary tracheal anastomosis after resection of cricoid cartilage with preservation of recurrent laryngeal nerves. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975; 70: 806-816.
- Courraud L, Jougon JB, Velly JF. Surgical treatment of nontumoral stenosis of the upper airway. *Ann Thorac Surg* 1995;60:250-260.
- Grillo HC, Mathisen DJ, Wain JC. Laryngotracheal resection and reconstruction for subglottic stenosis. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 54-63.
- Donahue DM, Grillo HC, Wain JC, et al. Reoperative tracheal resection and reconstruction for unsuccessful repair of postintubation stenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114: 934-939.
- Grillo HC, Zannini P, Michelassi F. Complications of treatment and prevention. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 91: 322-328.
- Mathisen DJ. The trachea: Complications of tracheal surgery. *Chest Surgery Clinics of North America*, 1996;6: 853-564.
- Laccourreye O, Naudo P, Brasnu D, et al. Tracheal resection with end to end anastomosis for isolated postintubation cervical tracheal stenosis: Long term results. *Ann Otol Rhinol - Laryngol*. 1996; 105(12): 944-948.
- Kontos GJ Jr, Hedges CP, Rost MC, Postintubation tracheal stenosis: diagnosis and management. *S-D-J- Med*. 1993; 46(9): 322-325.
- Maddaus MA, Toth JT, Gullane PJ, et al. Subglottic tracheal resection and synchronous laryngeal reconstruction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 104(5): 1443-1450.
- Halsband H. Long distance resection of the trachea with primary anastomosis in small children. *Prog Pediatr Surg* 1987;21:76-85.



12. Grillo HC, Zannini P, Michelassi F. Complications of tracheal reconstruction. Incidence, treatment, and prevention. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 91(3): 322-328.
13. Louhimo I, Leijala M. The treatment of low retrosternal tracheal stenosis in the neonate and small children. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 89(2): 98-102.
14. Maassen W, Greschuchna D, Vogt Moykopf I, et al. Lullig H. Tracheal resection state of the art. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1985; 93(1): 2-7.
15. Naef AP. Extensive tracheal resection and tracheobronchial reconstruction. *Ann Thorac Surg* 1969; 8(5): 391-410.
16. Benumof JL. Anesthesia for Thoracic Surgery. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders 1995; P.498. ■

