

تیروئیدکتومی با روش بیحسی (اپیدورال)

Thyroidectomy Under Epidural
Regional, Analgesia.

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۷۶ ، ۲۵۳۶

* دکتر ناصر عندلیب

آزمایش‌های بالینی:

سرعت رسوب گلوبولی در ساعت اول ۴۳ میلی‌متر و در ساعت دوم ۶۵ میلی‌متر.

الکلن فسفاتاز - ۱۵ واحد. اسید فسفاتاز ۱/۵ واحد.

در ادرار آلبومین به مقدار خیلی کم وجود داشت.

در تاریخ ۳۵/۵/۸ از ریه‌های بیمار نمونه برداری بعمل آمد و سالم بود.

در تاریخ ۳۵/۵/۱۰ تیروئیدکتومی انجام شد و لبراست وایسم‌غdem برداشته شد.

در آزمایش اسکن بیمار ندول سرد در لب راست دیده شد.

در تاریخ ۳۵/۶/۹ نتیجه آسیب‌شناسی سرطان پاپیلر تیروئید تشخیص داده شد.

در تاریخ ۳۵/۶/۹ بیمار بوسیله بیحسی (اپیدورال) عمل ولب چپ تیروئید برداشته شد.

شرح و روش بیحسی اپیدورال گردانی:

شب قبل از عمل به بیمار یک عدد قرص والیوم ۵ میلی گرم تجویز شد.

بعنوان پیش دارو به بیمار ۵۰ میلی گرم پتی دین، ۲۵ میلی گرم پرموتاژین (فرگان) و ۰/۲۵ میلی گرم آتروپین از راه داخل عضلانی یک ساعت و نیم قبل از عمل تزریق گردید.

در ساعت ۸ صبح بیمار به اطلاق عمل فرستاده شد و در وضع یک پهلو بطریقی که چانه روی سینه قرار گیرد و پاها روی شکم جمع شده باشد روی تخت عمل قرار گرفت. اقدام به بیحسی اپیدورال

کردیم، فاصله یین ۷-C_۷-T_۱ کاملاً مشخص گردید، ۳ ساعتی مقر

مقدمه:

در سال ۱۹۵۰ Massi Dowkins در بریتانیا برای انجام تیروئیدکتومی از روش بیحسی اپیدورال استفاده کرد و چون هنوز اپیدورال ادامه‌ای Continuous Epidural با کاتر مخصوص چندان متداول نشده بود ماسی داوکینز از سوزن معمولی استفاده کرد و دارو را از فضای بین مهره‌ای T_{۱۱}-T_{۱۲} تزریق نمود. محلول بیحسی عبارت بود از گزیلوکائین ۷۵ درصد مخلوط با آدرنالین و به مقدار ۱۵ ساعتی متر مکعب. بیمارمورد عمل، زنی ۲۰ ساله مبتلا به سرطان تیروئید بود.

لازم به تذکر است که برای بیحسی ناچیمجلوی گردن جهت عمل تیروئید ۲/۵ سکمان یعنی C_۶ و C_۷ و $\frac{1}{2}$ از C_۸ باید بیحس شود، برای موقعیت دراین امر آفای ماسی داوکینز سریمار را روی زمین گذاشت و پاها را مدتی در هوای نگاهداشت تا با استفاده از نیروی نقل به انتشار دارو تاسکمان C_۸ کمک کند.

عمل با موقعیت انجام گرفت پس از آن آفای ماسی داوکینز ۲ مورد دیگر بیحسی اپیدورال در مرور عمل تیروئید انجام داده کار او کم کم بدست فراموشی سپرده شد.

خوبشخنانه فرستی دستداد تا این روش بیحسی را بسهولت برای برداشتن عقده تیروئید بیمار ۵۰ ساله مبتلا به سرطان در دانشکده پزشکی پهلوی، بیمارستان دکتر اقبال انجام دهیم.

شرح حال بیمار شماره ۹:

بیمار زنی ۵۰ ساله، خانه‌دار، اهل کرمان است.

در معاینه تیروئید بزرگ بود. بیمار آدنوپاتی نداشت، لب راست تیروئید بزرگ، قلب و ریه، کبد و طحال طبیعی بود.

* دانشکده پزشکی پهلوی - بیمارستان دکتر اقبال - دانشگاه تهران.

از راه کاترنسکین یافت.

در ساعت ۴۵/۱ دقیقه به بیمار مجدداً ۴ ساعتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد. درد بیمار پس از ۵ دقیقه کاملاً بر طرف گردید در این هنگام فشارخون بیمار $\frac{140}{70}$ ، نبض ۸۰ در دقیقه، تعداد و عمق تنفس طبیعی بود. بیمار در ساعت ۴ بعد از ظهر همان روز بر احتی راه رفت و پس از عمل بلا فاصله شروع به نوشیدن مایعات نمود که البته بعلت درد گلو کمی احساس ناراحتی می کرد.

در ساعت چهار وربع بعد از ظهر مجدداً از راه کاتر ۴ ساعتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد درد بیمار پس از ۵ دقیقه ازین رفت. فشارخون $\frac{140}{70}$ ، نبض ۸۰ در دقیقه و تعداد و عمق تنفس طبیعی بود.

در ساعت ۵ بعد از ظهر بیمار استفراغ کرد که شاید نتیجه تحریک عصب واگه در نتیجه حرکات زیاد بیمار بوده است. ساعت ۸ بعد از ظهر مجدداً ۴ ساعتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین تزریق شد درد بیمار پس از ۵ دقیقه ازین رفت.

فشار خون $\frac{135}{75}$ میلی متر جیوه، نبض ۸۵ در دقیقه، تعداد و عمق تنفس طبیعی بود. تزریق بعدی در ساعت ۱۲/۵ شب از راه کاتر انجام شد.

در ساعت بعد در تاریخ ۱۱/۶/۳۵، ساعت ۸ و پیست دقیقه صبح ۴ ساعتی متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین از راه کاتر اپیدورال تزریق شد.

فشار خون که قبل از تزریق $\frac{150}{70}$ بود ده دقیقه بعد از تزریق $\frac{130}{70}$ میلیمتر جیوه شد، نبض ۸۵ در دقیقه، عمق و تعداد تنفس طبیعی بود.

در ساعت ۱۲/۵ مجدداً از راه کاتر تزریق بعمل آمد فشار خون تغییری نکرد. در ساعت ۶/۳۰ بعد از ظهر تزریق مجدد انجام گرفت فشارخون، نبض و تنفس تغییری نکرد. نشانگان (سندروم) تاکی فیلاکسیس در مدت ۴۸ ساعت ملاحظه نشد.

بعد از ۴۸ ساعت کاتر اپیدورال بی اشکال بیرون آورده شد. حال عمومی بیمار رضایت بخش بود و هیچگونه اظهار ناراحتی و درد نمی کرد، بیمار کمی بی اشتها بود و در طول روزاول عمل چندین بار بر احتی راه رفت.

بیمار ۸ روز بعد از عمل از بیمارستان مرخص گردید.

شرح حال بیمار شماره ۳:

بیمار زنی ۳۵ ساله، خانه دار، اهل سراب، ساکن تهران،

مکعب محلول گزیلوکائین ۱٪ بی آدرنالین (Plain) با سوزن باریک شماره ۲۴ در مسیر تزریق شد. سپس سوزن توئی (Tuohy Needle) در حالیکه نک باز آن (Bevel) بطرف سر بیمار بود از فاصله $\frac{C_7-T_1}{2}$ وارد شد و سرنگ ۲۰ ساعتی متر مکعب که حاوی ۱۵ ساعتی متر مکعب محلول گزیلوکائین ۲٪ با آدرنالین بود به سوزن توئی وصل گردید. سپس سوزن در حالی که آهسته روی پیستون سرنگ فشار وارد می آوردیم بطرف داخل هدایت شد تا فنای اپیدورال مشخص گردید.

Lack of resistance یا پس از انجام دادن آزمون های مختلف از قبیل اسپیراسیون و تزریق هوا بمقدار یک ساعتی متر مکعب، کاتر وارد فضای اپیدورال گشت و ۵ ساعتی متر بسوی بالا رانده شد. آنگاه از درون آن ۱۰ ساعتی متر مکعب گزیلوکائین ۲ درصد با آدرنالین تزریق گردید. کاتر ثابت شد و بیمار در وضع طاق باز قرار گرفت. ۵ میلی گرم والیوم و ۲۰ میلی گرم پتی دین داخل وریدی تزریق گردید.

جراح در ساعت ۸/۵ روی پوست شکاف داد و عمل تا ساعت ۱۰/۵ ادامه داشت. در تمام مدت راه های تنفس بیمار باز بود و لذا تنفس بیمار بر احتی صورت می گرفت. گاهی با ماسک به بیمار ۶ لیتر در دقیقه اکسیژن داده می شد.

در ساعت ۹ و ده دقیقه از راه کاتر ۵ ساعتی متر مکعب از محلول ۱٪ گزیلوکائین بی آدرنالین (Plain) تزریق شد. سپس ۲۰ میلی گرم پتی دین نیز داخل ورید تزریق گردید. بیمار تا آخر عمل ساکت و بی درد بود.

فشارخون بیمار در تمام مدت عمل بین $\frac{170}{80}$ و $\frac{160}{80}$ میلیمتر جیوه در نوسان بود. نبض بیمار در تمام طول عمل بین ۸۰ تا ۱۰۰ دقیقه بود.

تنفس بیمار کاملاً خوب و بیمار دچار هیچگونه اشکال تنفسی نبود. رادیو گرافی با ماده حاجب اوروگرافین بمقدار ۰/۲ ساعتی متر مکعب از راه کاتر بعمل آمد که نشان میدهد کاتر در قسمت خارج کمی پیچ خورده است.

عکسها در وضع نیم رخ و رخ گرفته شد. بیمار با کاتر به بخش فرستاده شد تا در هنگام درد از تزریق مجدد (Top up) استفاده شود.

مواظبت بیمار پس از عمل:

کاتر بمدت ۴۸ ساعت در فضای اپیدورال باقی گذاشته شد و در این مدت هیچگونه داروی آنالژیک عضلانی یا وریدی یا از راه دهان تزریق و یا تجویز نگردید و در بیمار با تزریق گزیلوکائین

راه تنفس بیمار کاملا باز بود و بیمار بدون Airway بر احتیت تنفس میکرد. در مدت عمل یکبار بعلت فشار روی ندول تیر و تیک و یکبار هنگام برداشتن آن که در روی ایسم تیر و تیک بود بعلت تحریک نای بیمار دچار سرفه مختصری گردید که هیچ‌گونه نشانه‌های اسپاسم لارنکس دیده نشد. در مدت عمل گاهی با ماسک اکسیژن (O_2) و (N_2O) به نسبت ۲۵ درصد اکسیژن و ۷۵ درصد N_2O داده شد. عمل جراحی در ساعت ده و پانزده دقیقه به پایان رسید. در تمام مدت عمل بیمار هیچ‌گونه شکایتی از درد نداشت. فشار خون مریض در طول عمل ثابت و $\frac{110}{110}$ میلی‌متر جیوه، نبض بین ۹۰ تا ۱۰۰ در دقیقه بود.

عمل باروش ییحیی اپیدورال کاملا موقتی آمیز بود. طریقه‌ای که اینباره مورد استفاده قرار گرفت روش تزریق و یکباره از داروی گزیلوکائین با آدرنالین Single Shot بود. بیمار تا یک ساعت در اطاق مراقبت تحت نظر قرار گرفت، علامت حیاتی کاملا طبیعی بود. بیمار هیچ‌گونه شکایتی از درد نداشت. در ساعت ۶ بعد از ظهر بعلت اظهار ناراحتی بیمار از درد نوازین عضلانی تزریق شد. لازم است تذکر داده شود که دومورد دیگر تیر و تیک توپی با ییحیی اپیدورال انجام دادیم که برای اطمینان از بازبودن راه تنفس که معمولاً با پوشانیدن سر بیمار به خطر می‌افتد از لوله داخل نای (بانسدونال و سوکسومتوپیوم به مقدار متداول و معمول) استفاده شد ولی بعلت سرفه و اسپاسم بیمار در اثر تحریک نای توسط لوله، عمل جراحی غیر ممکن شد و ما مجبور به دادن داروهای بیهودی عمومی (هالوتان، نیتروس اکسید و اکسیژن) شدیم.

نتیجه:

با در نظر گرفتن نحوه پوشانیدن محیط عمل و در اختیار داشتن راههای تنفس بیمار عمل جراحی در ناحیه قدامی گردن با روش ییحیی اپیدورال پس از انجام ۴۴ مورد بمنظور میرسد که بیمار عمل را بی‌لolle داخل نای و با ییحیی اپیدورال بهتر تحمل می‌کند. البته هنوز قضاؤت در این باره احتیاج به تجربه بسیار زیاد دارد که امیدواریم فرست آن بدست آید و انجام این روش برای جراحیهای ناحیه قدامی گردن امری سهل و ساده و قابل قبول گردد و مورد توجه همکاران گرامی قرار گیرد.

بعلت پیدایش توده‌ای در ناحیه تیر و تیک منعده نموده است. این توده از یکسال پیش بوجود آمده که رفته‌رفته بزرگ شده است. گرفتگی صدا ندارد، عمل بلع بخوبی انجام می‌شود. بیمار عصبی می‌باشد گاهی طیش قلب دارد. در معاینه توده‌ای باندازه یک گرد و در قسمت میانی تیر و تیک حس می‌شود. قوام آن نسبتاً سخت بود، چسبندگی به پوست نداشت، آدنوپاتی در گردن وزیر بغل دیده نمی‌شد. در لارنکوسکپی حرکات تارهای صوتی طبیعی بود. در سابقه شخصی و خانوادگی هیچ‌گونه بیماری نداشته سه بار حامله شده و سه فرزند سالم دارد.

آزمایش‌های بالینی : سرعت رسوب گلوبولی در ساعت اول ۱۷ میلی‌متر و در ساعت دوم ۴۰ میلی‌متر جیوه بود. زمان سیلان دو دقیقه و ۱۰ ثانیه و زمان انعقاد ۵ دقیقه و ۲۰ ثانیه.

همو گلوبین ۱۳ گرم درصد، هماتوکریت ۳۹ درصد. پرتو نگاری سینه طبیعی، فشار خون $\frac{120}{80}$ میلی‌متر جیوه. نبض ۸۰ در دقیقه، وزن ۴۵ کیلو گرم.

شب قبل از عمل یک قرص والیوم ۵ میلی‌گرمی تجویز شد. بعنوان پیشدارو ۱۵ دقیقه قبل از شروع ییحیی اپیدورال ۱۰ میلی‌گرم والیوم و ۲۰ میلی‌گرم پتیدین داخل وریدی تجویز شد. ییحیی اپیدورال در ساعت ۸ و ۴۵ دقیقه صحیح انجام گردید.

روش ییحیی اپیدورال :

برای عبور سوزن توئی اول مسین را در فاصله ششمین و هفتمین مهره گردنی انتخاب کردیم و با سوزن شماره ۲۲ و تزریق ۳ سانتی‌متر مکعب محلول گزیلوکائین یک درصد بی‌آدرنالین مسیر مزبور را بیحس نمودیم و آنگاه سوزن توئی شماره ۱۴ برای انجام ییحیی اپیدورال بکار رفت. پس از رسیدن به فضای اپیدورال و اطمینان از بودن سوزن در این فضا با انجام آزمون تزریق هوا و آسپیراسیون و چرخاندن سوزن ۱۵ سانتی‌متر مکعب گزیلوکائین ۲ درصد با آدرنالین تزریق گردید. سپس بیمار در وضع طاق باز قرار داده شد در حالیکه زیرشانه‌های بیماریک بالش کوچک گذاشته شد. ده میلی‌گرم والیوم، ۳۰ میلی‌گرم پتیدین، ۲۵ میلی‌گرم آتروپین داخل وریدی تزریق شد.

عمل جراحی در ساعت ۹ و ۱۵ دقیقه شروع گردید.

REFERENCES :

- 1- Bonica, J. J.: The management of pain. Philadelphia. Lea and Febiger (1963).
- 2- Bonica, J.J., Backup, P. H., Anderson C. E., Hadfield, D. Creps, W. R. and Monk, B. F. Peridural block. analysis of 3, 637 cases and a review. Anesthesiology, 18: 719 (Sept-Oct) 1957.
- 3- Chritman, F. E: Anesthesia peridural segmentaria. Cervicodorsal, Acad, Argent, Cir, 25: 782 (July 1941).
- 4- Lund, P.C: Complications of peridural anesthesia int Anesth. Clin, 2, 3 (May 1964).