

اثر پاشیدن بویی واکائین داخل صفاقی بر حرکات روده ای و درد بعد از عمل جراحی

نسرین رحمانی بوئینی^۱
مهدی ابراهیمی^۲
علیرضا خلیلیان^۳
مینا الوندی پور^۱
سهراب صیادی^۱

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات حرکات روده‌ای (ایلئوس) و درد بعد از عمل جراحی شکمی در بین افراد از نظر شدت و طول مدت متفاوت می‌باشد. ایلئوس و درد بعد از عمل پدیده‌های یاتروژنیک مهمی هستند که هزینه بستری در بیمارستان، موربیدیت و طول زمان بستری را افزایش می‌دهند. این تحقیق به منظور تعیین اثر پاشیدن بویی واکائین داخل صفاقی در کاهش درد و کاهش اختلال حرکات روده‌ای انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور بر روی ۱۲۰ بیمار ۱۵ تا ۸۰ ساله که کاندید جراحی شکمی (آپاندکتومی، کله سیستکتومی یا لاپاراتومی) در یک بیمارستان آموزشی ریفرال بودند، انجام شد. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند گروه مورد ۱ mg/kg بویی واکائین ۵ درصد در ۲۰ سی سی نرمال سالین و گروه شاهد فقط ۳۰ سی سی نرمال سالین داخل صفاقی دریافت کردند. سپس اطلاعاتی از قبیل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، اتساع شکمی، سمع صدای روده‌ای و دفع گاز و مدفوع در ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴ و ۴۸ ساعت بعد از جراحی اندازه‌گیری و ثبت شد.

یافته‌ها: در گروه دریافت کننده بویی واکائین داخل صفاقی برگشت حرکات روده ۱۲ تا ۱۸ ساعت زودتر اتفاق افتاد ($p=0/001$) و میزان شدت درد بعد از جراحی کمتر گزارش شد ($p=0/001$). کاهش تهوع و استفراغ و بی‌اشتهایی نیز در گروه مداخله مشاهده گردید ($p=0/002$).

استنتاج: تجویز بویی واکائین داخل صفاقی می‌تواند موجب کاهش درد بعد از عمل جراحی، کاهش تهوع و استفراغ و بی‌اشتهایی و برگشت سریع تر حرکات روده‌ای شود.

واژه‌های کلیدی: بویی واکائین، اینترا پریتونئال، حرکات روده‌ای، درد بعد از عمل

مقدمه

حرکات روده‌ای موقتی و قابل برگشت می‌باشد به شرطی که عامل تحریکی آن اصلاح گردد. به دنبال اکثر جراحی‌های شکمی یا آسیب‌های داخل شکم، حرکات

اختلال حرکات روده‌ای (ایلئوس) بعد از جراحی‌های شکمی شایع‌ترین علت تأخیر ترخیص بیماران از بیمارستان می‌باشد. معمولاً این اختلال

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۶۰-۹۰ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: mahdie@yahoo.com

مؤلف مسئول: مهدی ابراهیمی - ساری: بلوار امیرمازندرانی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی

۱. گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۱۲/۱ تاریخ تصویب: ۹۱/۱/۲۲

روده‌ای - معده‌ای به‌طور موقت مختل می‌شود (۱). رایج‌ترین عوامل ایجاد آن شامل جراحی‌های شکمی، التهاب، اختلال الکترولیتی و داروها می‌باشند. بازگشت حرکت روده کوچک ۲۴ ساعت، معده ۴۸ ساعت و کولون ۳ تا ۵ روز طول می‌کشد. تظاهرات این اختلال در حرکات روده‌ای می‌تواند خود را شبیه انسداد روده نشان بدهد مثل ناتوانی در تحمل مایعات و جامدات خوراکی، تهوع، استفراغ و عدم دفع گاز و مدفوع (۱). امروزه علی‌رغم استفاده از لاپاراسکوپی، همچنان بیماران از درد بعد از جراحی شکایت دارند و نیاز به مسکن‌های قوی پابرجا مانده است (۲). در حال حاضر اعمال جراحی شکمی فراوانی در حال انجام می‌باشد و هزینه‌های زیادی به علت در طولانی شدن مدت بستری بیماران و عوارض ناشی از آن و مصرف مخدر برای کنترل درد صرف می‌شود. اگرچه مصرف مخدرها درد را کنترل می‌کند ولی خود باعث افزایش اختلال حرکات روده‌ای می‌گردد.

در یک مطالعه گزارش گردید که پاشیدن بوپی واکائین به داخل حفره شکمی شدت درد بعد از جراحی را کاهش داده است در حالی که تزریق بوپی واکائین به بستر کیسه صفرا نتوانسته درد بعد از جراحی را کاهش بدهد (۳). همچنین در افرادی که بوپی واکائین توسط Q-Pump به داخل حفره شکمی ریخته شده بود نسبت به افرادی که در آن‌ها از نرمال سالین استفاده شده بود، شدت درد بعد از جراحی کاهش یافته بود (۴). در مطالعه‌ای دیگر که بیماران تحت LRYGB^۱ قرار گرفته بودند، ریختن بوپی واکائین به داخل حفره شکمی نتوانسته بود درد بعد از جراحی را کاهش بدهد (۵). همچنین استفاده از بوپی واکائین داخل صفاقی نتوانسته بود درد بعد از جراحی را در توتال ابدومینال هیسترکتومی کاهش بدهد. قابل ذکر است که بوپی واکائین داخل صفاقی نتوانسته بود که حرکات معده و روده کوچک را افزایش داده ولی بر حرکات کولون و دفع گاز و مدفوع

اثر واضحی نداشته است (۶).

با توجه به مطالعات گذشته که اثرات متناقضی از بوپی واکائین گزارش کرده بود، این پژوهش اثرات بوپی واکائین را به صورت دقیق تر در گروه‌های یکسان و تصادفی شده مورد بررسی قرار داد تا با تعیین اثر آن گامی مؤثر در بهبود و کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های بستری و مصرف کمتر مخدرها برداشته شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور بر روی ۱۲۰ بیمار ۱۵ تا ۸۰ ساله‌ای که در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ در بیمارستان امام خمینی ساری تحت جراحی‌های شکمی قرار گرفته بودند، انجام شد. تعداد نمونه با توجه به مطالعات قبلی و فرمول مربوطه ۱۲۰ مورد برآورد گردید. بیماران ابتدا به سه گروه اصلی آپاندکتومی، کله‌سیستکتومی و لاپاراتومی تقسیم و در هر گروه به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شده‌اند.

با توجه به متابولیسم کبدی دارو و اثرات کاردیوتوکسیسیته آن، افرادی که مشکلات قلبی مثل بیماری ایسکمیک قلب، آریتمی‌ها و مشکلات کبدی داشتند از مطالعه خارج شدند. پریتونیت ژنرالیزه و جراحی که منجر به رزکسیون و آناستوموز در سیستم گوارش شده بود نیز از معیارهای خروج از مطالعه بود.

تمام بیماران با یک پروتکل واحد بیهوشی تحت القای بیهوشی قرار گرفتند. مقدار مخدر طولانی اثر حین بیهوشی در گروه‌های مورد و شاهد ثبت گردید. بعد از اتمام جراحی اصلی و قبل از بستن پریتون، در گروه مورد ۱ mg/kg از بوپی واکائین ۵ درصد در داخل ۲۰۰ cc نرمال سالین مخلوط شده و به داخل حفره صفاقی بر روی روده، معده، کولون و جدار شکم پاشیده شد و در گروه کنترل فقط ۳۰ سی سی نرمال سالین به داخل حفره صفاقی پاشیده شد.

1. Larooscopic Roux-en-y Gastric Bypass

دفع گاز بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت واضحی در ۲۴ ساعت اول بعد از جراحی نداشت ولی ۴۸ ساعت بعد از جراحی، دفع گاز در گروه مورد وجود داشت که با آزمون فیشر ($p=0/001$) تفاوت معنی‌دار بین دو گروه وجود داشت.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار پارامترهای مورد بررسی بعد از آپاندکتومی

سطح معنی داری	گروه مورد انحراف معیار \pm میانگین	گروه شاهد انحراف معیار \pm میانگین	
۰/۰۵	۴۷/۵ \pm ۱۱/۵۲	۵۴ \pm ۸/۶۷	زمان جراحی (دقیقه)
۰/۶۹	۶۷ \pm ۸/۷۹	۶۶ \pm ۶/۱۸	زمان بیهوشی (دقیقه)
۰/۱۳	۶/۴۵ \pm ۱/۵۷	۷/۷۴ \pm ۳/۳۸	طول برش (cm)
			شدت درد
۰/۰۰۱	۶/۰۵ \pm ۰/۹۹	۸/۸ \pm ۱	۶ ساعت
۰/۰۰۱	۵/۳۵ \pm ۰/۷۴	۸/۱ \pm ۱/۴۱	۱۲ ساعت
۰/۰۰۱	۴/۲۵ \pm ۱/۱۶	۶/۸۵ \pm ۱/۲۸	۱۸ ساعت
۰/۰۰۱	۳/۶۵ \pm ۰/۷۴	۵/۹ \pm ۱/۰۲	۲۴ ساعت
۰/۰۰۱	۳/۳۵ \pm ۰/۸۷	۴/۶۵ \pm ۰/۹۳	۴۸ ساعت
۰/۳۳	۶۲/۸ \pm ۵/۸۹	۶۵/۲۵ \pm ۹/۶۱	وزن (kg)
۰/۲۲	۲۸/۶۵ \pm ۱۰	۳۳/۳۵ \pm ۱۳/۷۱	سن (سال)

در سمع صدای روده‌ای بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت واضحی مشاهده گردید. در گروه مورد صدای روده‌ای، ۱۲ تا ۱۸ ساعت زودتر سمع گردید و با آزمون فیشر تفاوت معنی‌دار بین دو گروه وجود داشت ($p=0/001$). تمام جراحی‌های آپاندکتومی به صورت اورژانسی انجام شده و عمل الکتیو در آن نبود. متوسط میزان مورفین دریافتی حین جراحی در گروه شاهد و مورد اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/652$). شدت درد گزارش شده در تمامی ساعات مورد بررسی بعد از آپاندکتومی در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه دارونما بود ($p=0/001$) (جدول شماره ۱).

در گروه کله‌سیستکتومی ۴۰ بیمار قرار گرفته بودند که ۲۰ مورد (۳۰ درصد مرد و ۷۰ درصد زن) بوی‌واکائین داخل صفافی و ۲۰ نفر (۲۵ درصد مرد و ۷۵ درصد زن) نرمال سالیین داخل صفافی دریافت کرده بودند. تمام جراحی‌های این گروه با برش ساب کوستال راست و به صورت الکتیو انجام شده بود. توزیع جنسی در دو گروه

سپس اطلاعاتی از قبیل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، دفع گاز و مدفوع، سمع صدای روده‌ای و شدت درد براساس Visual analogous score، مقدار مخدر مصرفی در ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴ و ۴۸ ساعت پس از جراحی در پرسشنامه‌ای که تهیه شده بود ثبت گردید. همچنین نوع عمل جراحی، طول برش، وزن، جنس، طول زمان جراحی و طول زمان بیهوشی نیز ثبت گردید.

در جهت کورسازی، شخص جمع‌آوری کننده اطلاعات و افراد گروه شاهد و مورد از روش درمانی مطلع نبودند. قابل ذکر است که برای تمام بیماران بعد از عمل جراحی ۱ mg/kg/day پتدین رقیق شده در ۳ دوز منقسم برای ۴۸ ساعت به صورت IV تزریق گردیده بود. پس از جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات، تحلیل‌های آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. متغیرهای کیفی با آزمون Chi-Square و Fiher's exact ارزیابی شد و متغیرهای کمی با T-Test بررسی گردید. $p < 0/05$ به عنوان معنی‌دار بودن رابطه در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۴۰ بیمار در گروه آپاندکتومی قرار گرفته بودند که ۲۰ مورد (۴۰ درصد مرد و ۶۰ درصد زن) بوی‌واکائین داخل صفافی و ۲۰ نفر (۶۰ درصد مرد و ۴۰ درصد زن) نرمال سالیین داخل صفافی دریافت کردند. توزیع جنسی در هر گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/2$). همان‌طور که در جدول شماره ۱ آمده است میانگین مدت زمان جراحی، مدت بیهوشی و طول برش و همچنین وزن و سن شرکت‌کنندگان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$).

فراوانی داشتن استفراغ، دیستانسیون شکمی، دفع مدفوع در ساعات مختلف بعد از جراحی بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0/14$). اما بی‌اشتهایی در ساعات ۱۲ و ۱۸ بعد از جراحی در گروه مورد کاهش یافته بود ($p=0/008$). قابل ذکر این که

اختلاف معنی داری نداشت ($p=0/59$). همان طور که در جدول شماره ۲ آمده است، میانگین طول مدت جراحی و طول برش و همچنین وزن افرادی که تحت کله سیستکتومی قرار گرفته بودند بین دو گروه مداخله و دارونما اختلاف معنی داری نداشت ($p>0/05$) ولی طول مدت بیهوشی در گروه مورد به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود ($p=0/03$). فراوانی داشتن استفراغ در ۶ و ۱۲ ساعت بعد از جراحی در گروه مورد به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بوده است ($p=0/01$). میزان تهوع در گروه مورد در ۶، ۱۲ و ۱۸ ساعت پس از جراحی کمتر از گروه کنترل بوده است ($p=0/001$). اما بی‌اشتهایی در ساعات ۱۲ و ۱۸ بعد از جراحی در گروه مورد کاهش یافته بود ($p=0/008$). قابل ذکر است که دفع گاز و مدفوع و دیستانسیون شکمی بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت واضحی در ۴۸ ساعت اول بعد از جراحی نداشت. در سمع صدای روده‌ای بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت واضحی مشاهده گردید. در گروه مورد صدای روده‌ای، ۱۲ تا ۱۸ ساعت زودتر سمع گردید و با آزمون فیشر تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود داشت ($p=0/001$). شدت درد گزارش شده در تمامی ساعات مورد بررسی بعد از عمل جراحی کوله سیستکتومی در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه دارونما بود ($p=0/001$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار پارامترهای مورد بررسی بعد از کله سیستکتومی

سطح	گروه مورد	گروه شاهد	
معنی داری	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
۰/۳۷	۹۷/۷۵ \pm ۱۷/۵۸	۹۱/۶۹ \pm ۲۵/۹۳	زمان جراحی (دقیقه)
۰/۰۳	۱۱۴/۵۰ \pm ۱۷	۱۰۶/۸ \pm ۲۹/۰۱	زمان بیهوشی (دقیقه)
۰/۴۴	۱۶/۱۰ \pm ۴/۵۷	۱۴/۹۱ \pm ۵/۲۹	طول برش (cm)
			شدت درد
۰/۰۰۱	۶/۹۰ \pm ۱/۳۷	۸/۹۵ \pm ۲/۲۵	۶ ساعت
۰/۰۰۱	۵/۵۵ \pm ۱/۵۰	۸/۷۲ \pm ۱/۴۲	۱۲ ساعت
۰/۰۰۱	۴/۴۰ \pm ۰/۹۴	۷/۰۵ \pm ۱/۲۵	۱۸ ساعت
۰/۰۰۱	۳/۹۵ \pm ۱/۰۵	۵/۷۷ \pm ۱/۲۷	۲۴ ساعت
۰/۰۰۱	۳/۳۰ \pm ۰/۷۳	۴/۷۷ \pm ۱/۰۲	۴۸ ساعت
۰/۹۹	۶۸/۷۵ \pm ۹/۵۶	۶۸/۷۷ \pm ۶/۴۲	وزن (kg)
۰/۴۴	۴۹/۸۰ \pm ۱۶/۸۸	۵۳/۵۰ \pm ۱۴/۰۸	سن (سال)

تعداد افراد معتاد بین دو گروه مورد و شاهد از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/08$). متوسط مقدار مورفین دریافتی حین جراحی در گروه شاهد و مورد اختلاف معنی داری نداشت ($p=0/652$). در گروه لاپاراتومی ۴۰ بیمار قرار گرفته بودند که ۲۰ مورد (۵۲ درصد مرد و ۴۸ درصد زن) بوپی واکائین داخل صفاقی و ۲۰ نفر (۵۰ درصد مرد و ۵۰ درصد زن) نرمال سالیین داخل صفاقی دریافت کرده بودند. توزیع جنسی در دو گروه اختلاف معنی داری نداشت ($p=0/53$). همان طور که در جدول شماره ۳ آمده است، میانگین مدت زمان جراحی، مدت بیهوشی و طول برش و همچنین وزن و سن افراد لاپاراتومی شده بین دو گروه مداخله و دارونما اختلاف معنی داری نداشت ($p>0/05$). فراوانی داشتن استفراغ در ۶ و ۱۲ ساعت بعد از جراحی در گروه مورد به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بوده است ($p=0/01$). فراوانی تهوع در گروه مورد در تمام ساعات‌های ثبت شده پس از جراحی کمتر از گروه کنترل بوده است ($p=0/001$). بی‌اشتهایی، ۱۸ ساعت پس از جراحی در گروه مورد نسبت به گروه کنترل کمتر بوده است ($p=0/008$)، ولی در بقیه ساعات تفاوتی مشاهده نشد. دیستانسیون شکمی در ۲۴ ساعت اول در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بوده است ($p=0/001$). دفع گاز در گروه مورد و شاهد در ۲۴ ساعت اول تفاوت واضحی نداشته است ولی در ۴۸ ساعت پس از جراحی در گروه مورد زودتر اتفاق افتاده است ($p=0/001$). در سمع صدای روده‌ای بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت واضحی مشاهده گردید، به طوری که در گروه مورد صدای روده‌ای، ۱۲ تا ۱۸ ساعت زودتر سمع گردید ($p=0/001$). دفع مدفوع در گروه مورد و شاهد در ۲۴ ساعت اول تفاوت واضحی نداشته است ولی در ۴۸ ساعت پس از جراحی اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود داشت ($p=0/04$). قابل ذکر این که ۷۰ درصد لاپاراتومی‌ها به صورت اورژانسی و ۳۰ درصد به صورت الکتیو انجام شد. تعداد افراد معتاد بین دو

بررسی کرده بودند، متناقض می‌باشد (۲). شاید علت آن وجود رزکسیون و آناستوموز انجام شده در این عمل باشد. این در حالی است که ما تمامی بیمارانی که تحت رزکسیون و آناستوموز دستگاه گوارش قرار گرفته بودند را از مطالعه خارج کرده‌ایم.

در مطالعه Rimback و همکاران نشان داده شد که تجویز بوپی‌واکائین داخل صفاقی می‌تواند حرکات روده و معده را افزایش بدهد ولی زمان ترانزیت کولون و دفع گاز و مدفوع را تغییری نداده بود (۳). قسمتی از نتایج حاصل از مطالعه ما با بررسی فوق هم‌خوانی و قسمتی از آن متناقض می‌باشد. در مطالعه ما شروع حرکات روده کوچک متعاقب جراحی به سرعت به حالت نرمال برگشت کرده بود و حرکات معده قابل بررسی نبود. ولی تجویز بوپی‌واکائین داخل صفاقی بر دفع گاز در ۴۸ ساعت اول مؤثر بوده است. علاوه بر این تجویز بوپی‌واکائین در گروه لاپاراتومی شده بر دفع مدفوع هم مؤثر واقع شده بود که این نتیجه با مطالعه Rimback متناقض می‌باشد (۳). هرچند که آن مطالعه به علت استفاده از مارک‌های بلع شده و انجام گرافی‌های متعدد دقیق‌تر و قابل اعتمادتر باشد.

مطالعه Ali و همکاران نشان داد که بوپی‌واکائین داخل صفاقی اثری بر درد متعاقب توتال ابدومینال هیستریکتومی نداشته است که نتایج مطالعه ما با آن متناقض می‌باشد (۴). شاید علت آن دست‌کاری وسیع لگنی در توتال ابدومینال هیستریکتومی باشد که در مطالعه ما بررسی بر روی این بیماران انجام نگرفته است و بهتر است که طبق نظر نویسنده مقاله گفته شود که ممکن است که بوپی‌واکائین داخل صفاقی بر درد پس از جراحی‌های لگنی اثری نداشته باشد. در مطالعه Harvay که از لیدوکائین وریدی استفاده شد، درد پس از جراحی کاهش و حرکت روده افزایش یافته بود که نتایج این مطالعه مطابق با نتایج به دست آمده در مطالعه ما بوده است (۵). در مطالعه Eb-sherbing که از تجویز لیدوکائین داخل صفاقی متعاقب لاپاراسکوپ

گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0/46$). متوسط میزان مورفین دریافتی حین جراحی در گروه شاهد ۱۱/۸۷ میلی‌گرم و در گروه مورد ۱۲/۳۲ میلی‌گرم بود که اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/625$). متوسط میزان فنتانیل دریافتی در گروه مورد ۳/۸۷ میکروگرم و در گروه مورد ۴/۱۱ میکروگرم بود که اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/702$). شدت درد گزارش شده در تمامی ساعات مورد بررسی بعد از جراحی لاپاراتومی در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه دارونما بود ($p=0/001$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار پارامترهای مورد بررسی بعد از لاپاراتومی در گروه مورد و شاهد

سطح	گروه مورد	گروه شاهد	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	معنی‌داری
زمان جراحی (دقیقه)	۷۱/۵۰ \pm ۱۳/۶۷	۷۵/۴۵ \pm ۲۶/۶۳			۰/۵۵
زمان بیهوشی (دقیقه)	۸۴/۵۰ \pm ۱۴/۱۳	۹۱/۸۲ \pm ۲۶/۸۳			۰/۲۵
طول برش (cm)	۲۲/۱۰ \pm ۵/۶۷	۱۹/۵۰ \pm ۴/۹۲			۰/۱۲
شدت درد					
۶ ساعت	۷/۲۵ \pm ۱/۳۷	۹/۰۹ \pm ۱/۰۱			۰/۰۰۱
۱۲ ساعت	۶/۳۵ \pm ۱/۴۹	۸/۹۱ \pm ۱/۱۹			۰/۰۰۱
۱۸ ساعت	۵/۳۵ \pm ۱/۳۴	۷/۴۷ \pm ۰/۹۵			۰/۰۰۱
۲۴ ساعت	۴/۵۵ \pm ۱/۴۳	۶/۴۴ \pm ۱/۱۷			۰/۰۰۱
۴۸ ساعت	۳/۷۵ \pm ۱/۶۵	۵/۶۴ \pm ۱/۰۹			۰/۰۰۱
وزن (kg)	۶۵/۲۰ \pm ۷/۹۷	۶۷/۱۸ \pm ۱۲/۷۴			۰/۵۵
سن (سال)	۳۷/۴۵ \pm ۱۷/۸۲	۴۷/۴۹ \pm ۲۴/۴۲			۰/۱۳

بحث

نتایج حاصل از مطالعه ما نشان داد که پاشیدن بوپی‌واکائین داخل صفاقی به صورت معنی‌داری موجب کاهش شدت درد در ۴۸ ساعت اول پس از جراحی می‌گردد که این یافته با مطالعات انجام شده توسط Alkhamisi و همکاران هم‌خوانی دارد (۷).

نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های مطالعه Sherwinter و همکاران که از Q-pump برای تجویز بوپی‌واکائین داخل صفاقی برای کنترل درد استفاده شده بود هم‌خوانی دارد (۸). نتایج حاصل از مطالعه ما با یافته‌های مطالعه Symons و همکاران که اثر تجویز بوپی‌واکائین داخل صفاقی را برای کنترل درد در بیماران LRYGB

بی‌اشتهایی بیمارانی طی ۱۲ تا ۱۸ اول پس از جراحی بر طرف شده بود. شاید تمام موارد ذکر شده به علت افزایش حرکت روده کوچک باشد.

در نهایت با توجه به مطالعات انجام شده و یافته‌های حاصل از مطالعه ما به نظر می‌رسد که تجویز بوپی واکائین داخل صفاقی در بیمارانی که تحت جراحی شکمی قرار می‌گیرند باعث بازگشت زودتر حرکات دستگاه گوارش، کاهش درد پس از جراحی در ۴۸ ساعت اول و برگشت سریع تر احساس اشتها به غذا و کاهش تهوع و استفراغ می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دستاری آقای دکتر مهدی ابراهیمی می‌باشد.

جراحی‌های مینور ژنیکولوژی استفاده شد، نتایج نشان داد که لیدوکائین داخل صفاقی شدت درد را ۱، ۲ و ۴ ساعت پس از جراحی کاهش داده ولی در ۱۲ و ۲۴ ساعت بعد مؤثر نبوده است (۶). قسمتی از نتایج مقاله فوق با مطالعه حاضر هم‌خوانی و قسمتی از آن متناقض می‌باشد. شاید علت تناقض این است که ما از بوپی واکائین که طولانی اثرتر از لیدوکائین است استفاده کرده و اثرات ضد دردی آن حتی تا ۴۸ ساعت هم باقی مانده است. قابل ذکر است که در هیچ کدام از این مطالعات انجام شده اثرات بوپی واکائین بر تهوع، بی‌اشتهایی و استفراغ بعد از جراحی بررسی نشده است. در مطالعه ما مشخص گردید که شکایت بیمارانی از تهوع کمتر شده است. تعداد موارد استفراغ در ۱۲ ساعت اول پس از جراحی کمتر گزارش شده بود.

References

1. Tavakoli adeh A, Whany EE, Ashley SW, Zinner MJ. Schwartz' s principles of surgery. 9th edition. New York: The Mc Graw Hill; 2010. p. 992-993.
2. Symons J, Kemmeter PR, Davis AT, Foote JA, Baker RS, Bettendorf MJ, et al. A double-blinded, prospective randomized controlled trial of intraperitoneal bupivacaine laparoscopic roux-en-Y gastric bypass. J Am Col Surg 2007; 204(3): 392-398.
3. Rimback G, Cassuto J, Faxen A, Hogstrom S, Wallin G, Tolleson PO. Effect of intera-abdominal bupivacaine instillation on postoperative colonic motility. Gut 1986; 27(2): 170-175.
4. Ali PB, Cotton BR, Williamson KM, Smith G. Interaperitoneal bupivacaine or lidocaine does not provide analgesia after total abdominal hysterectomy. Br J Anaesth 1998; 80(2): 245-247.
5. Harvay KP, Adair JD, Isho M, Robinson R. Can intravenous lidocaine decrease postsurgical ileus and shorten hospital stay in elective bowel surgery? A pilot study and literature review. Am J Surg 2009; 198(2): 231-236.
6. El-Sherbing W, Saber W, Askalany AN, El-Daly A, Sleem AA. Effect of intera-abdominal instillation of lidocaine during minor laparoscopic procedure. Int J Gynecol Obstet 2009; 106(3): 213-215.
7. Alkhamesi NA, Peck DH, Lomax D, Darzi AW. Intraperitoneal aerosolization of bupivacaine reduces postoperative pain in laparoscopic surgery: a randomized prospective controlled controlled double-blinded clinical trial. Surg Endosc 2007; 21(4): 602-606.
8. Sherwinter DA, Ghaznavi AM, Savel RH, Macura JM, Adler H. Continuous infusion of intraperitoneal bupivacaine after laparoscopic surgery: a randomized controlled trial. Obes Surg 2008; 18(12): 1581-1586.