





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
دانشکده پزشکی شهید بابایی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی

موضوع:

مقایسه میزان احتباس ادراری پس از عمل جراحی هرنیورافی
کشاله ران تحت بی حسی موضعی و بیهوشی عمومی در مردان
بالای ۴۰ سال از فروردین ۷۸ لغایت اسفند ماه ۷۸

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر پرویز فلاح

اساتید مشاور:

آقای دکتر یونس شفیق

آقای دکتر سید نعمت الله جدی

۱۳۸۲ / ۱ / ۱۰

نگارش:

ورودی سال ۷۵

دکتر حمیدرضا سلامت

شماره پایان نامه: ۷۸

۴۴۶۰۶

سال تحصیلی: ۷۹

عنوان

مقایسه میزان احتباس ادراری پس از عمل جراحی

هرنیورافی کشاله ران تحت بی حسی موضعی و بی هوشی

عمومی (از فروردین ۷۸ لغایت اسفند ماه ۷۸)

چکیده:

فتق کشاله ران از بیماریهای شایعی است که پس از مشاهده لازم است جراحی شود. [۷]
برای عمل جراحی از روشهای بیهوشی عمومی و بی حسی نخاعی و بی حسی موضعی استفاده
می شود. [۷] این بررسی جهت تعیین و مقایسه میزان احتباس ادراری در دو روش بیهوشی
عمومی و موضعی انجام شده است.

در یک دوره یک ساله از فروردین ۷۸ لغایت اسفند ماه ۷۸ در بیمارستان شهید رجائی
قزوین ۵۰ بیمار بالای ۴۰ سال جهت این بررسی مورد عمل جراحی هرنیورافی قرار گرفتند و
مطالعه به روش کار آزمایی بالینی کنترل شده انجام گردید و نحوه نمونه گیری بصورت تصادفی
بود.

بیماران به دو گروه تقسیم شدند ۲۴ بیمار تحت بی حسی موضعی و ۲۶ بیمار با بی هوشی
عمومی مورد عمل جراحی هرنیورافی قرار گرفتند. بیماران دارای فتق کشاله ران تیپ II از
طبقه بندی [۶] Nyhus بوده و فتق حالت اسکروتال، مختنق، گیر افتاده و عود کرده نداشت.

از ۲۴ بیمار که تحت بی حسی موضعی عمل شدند ۳ بیمار (۱۲/۵٪) پس از عمل دچار
احتباس ادراری شدند و از ۲۶ بیماری که تحت بی هوشی عمومی عمل شدند ۱۰ بیمار (۳۸٪)
پس از عمل دچار احتباس ادرار شدند. اختلاف دو گروه از نظر آماری معنی دار بود. هرنیورافی
تحت بی حسی موضعی دارای احتباس ادراری کمتری است.

Comparision of rate of post herniorrhaphy urinary retention between patient: under going operation under local and general anaesthesia.

P. Fallah U.Shafigh N.Jedi

S.Asefzadeh H.R.Salamat

▣ **Abstract:**

Inguinal hernia is a common surgical disorder which should be operated as soon as diagnosed general or spinal or local anaesthesia may be used for surgery.

to determine and compare the rate of urinary retention in two Anaesthetic methods namely: general and local.

50 patients over 40 years old were prospectively reviewed in the Shahid Rejai hospital undergoing herniorrhaphy between Farvardin 1378 and Esfand 1378.

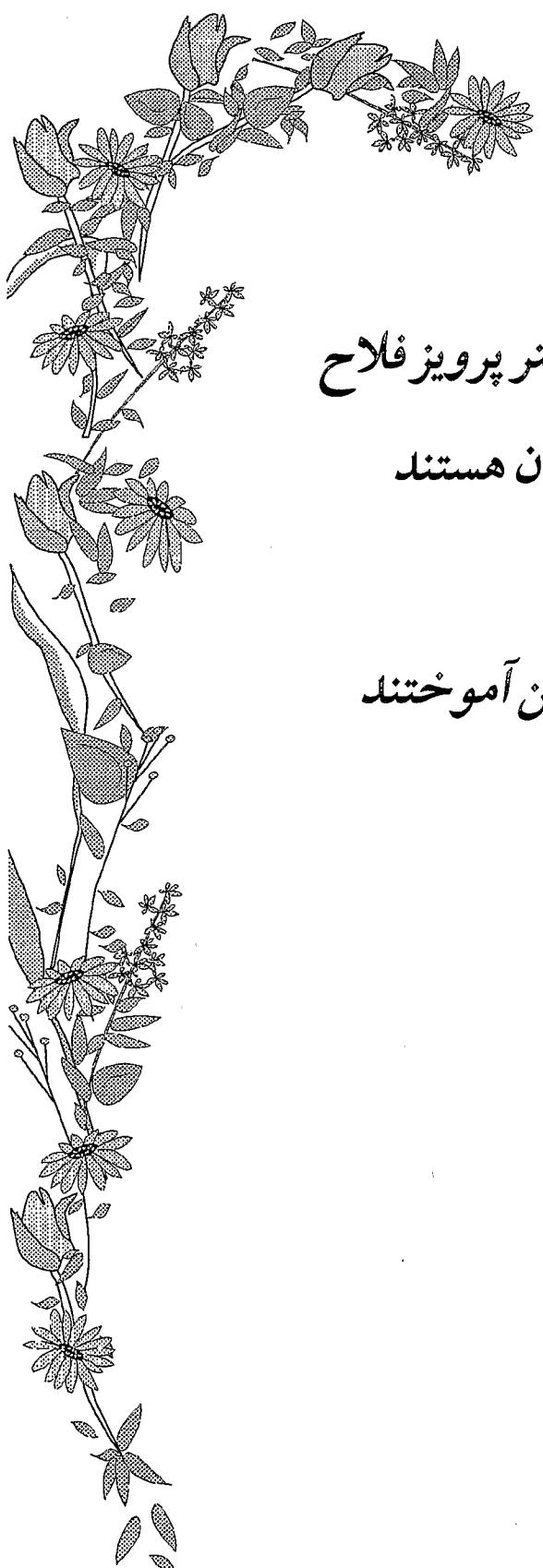
They were divided into two groups: 24 patients underwent operation under local anaesthesia and 26 patients under general anaesthesia.

All patients had a type II (Nyhus Classification), Inguinal hennia, cases of scrotal, incarcerated, strangulated and recunent hernia were excluded.

3 cases of the 24 patients operated under local anesthesia developed urinary retension (12/5%) while 10 - cases of 26 patients operated under general anaesthesia (38%), developed the same complication the difference was statically significant.

Conclusion: There is a statically significant difference in incidence of urinary retention between patients operated under general anaesthesia and those operated under local anaesthesia.

Key word: surgery - local Anaesthesia, inguinal Hernia.




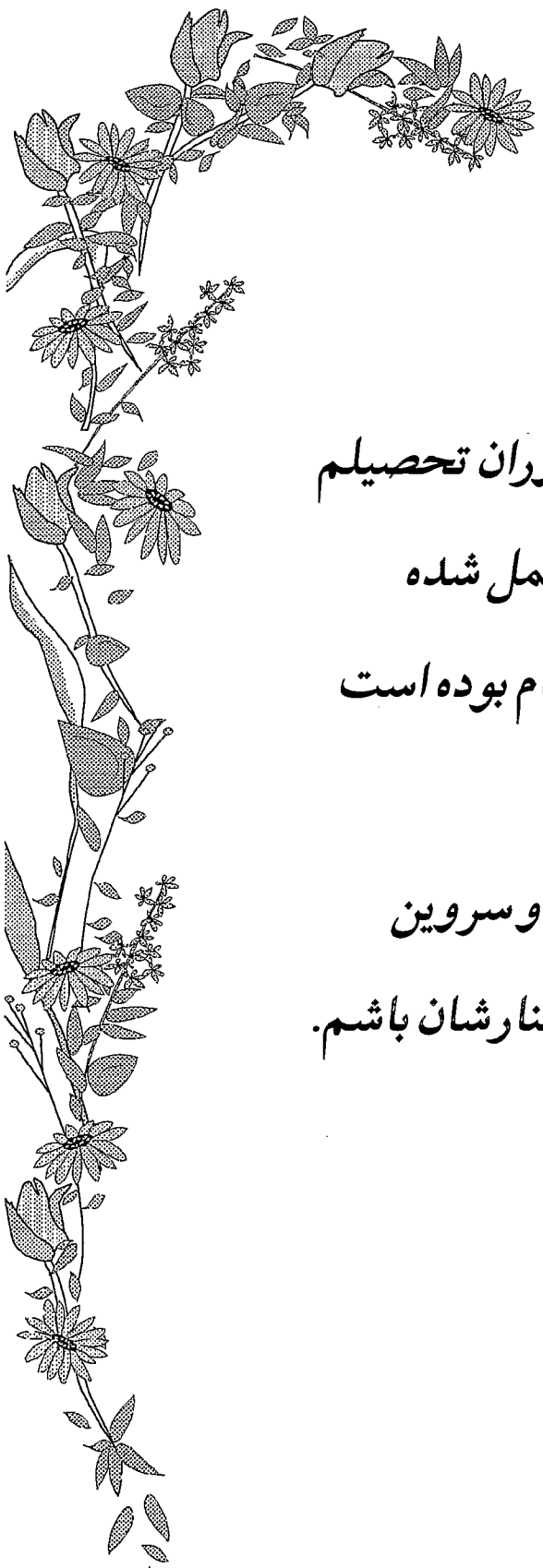
تقدیم به استادگرامی آقای دکتر پرویز فلاح

که همواره حامی دستیاران هستند

و

تقدیم به تمام کسانی که به من آموختند





تقدیم به همسر

خانم زهرالطفی که در طول دوران تحصیل

مرارت های فراوانی متحمل شده

و همواره با من همدل و همگام بوده است

و

تقدیم به فرزندانم رامتین و سروین

بخاطر اوقاتی که نتوانستم در کنارشان باشم.



فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	● قسمت یکم - مقدمه
۱	بیان مسئله
۳	اهداف و فرضیات
۵	● قسمت دوم - بازنگری منابع
۷	علل ایجاد فتق
۸	تظاهرات بالینی
۹	تقسیم‌بندی Nyhus
۱۰	اعمال جراحی متداول جهت هر نیورافی
۱۱	عوارض
۱۲	تکنیک انجام بی حسی موضعی
۲۰	مراقبتهای هنگام عمل
۲۱	مراقبت پس از عمل
۲۴	● قسمت سوم - روشهای اجرائی
۲۴	مکان و زمان انجام مطالعه
۲۴	روش کار
۲۵	● قسمت چهارم - نتایج
۳۰	● قسمت پنجم - بحث و نتیجه‌گیری
۳۳	پیشنهادات
۳۴	● قسمت ششم - منابع

قسمت یکم

مقدمه

بیان مسئله

فتق‌های جدار شکم، شایعترین وضعیتی هستند که نیاز به اعمال جراحی پیدا می‌کنند. [۷]
علیرغم تعداد زیاد اعمال جراحی برای ترمیم فتق، همیشه نتایج خوبی حاصل نمی‌شود و میزان
عوارض پس از عمل زیاد می‌باشد. [۷]

فتق یک مشکل بهداشتی شایع می‌باشد، شیوع دقیق آن معلوم نیست. اما شیوع آن در
مردان حدود ۳-۴ درصد تخمین زده می‌شود. اختناق که جدی‌ترین و شایعترین عارضه فتق
کشاله ران می‌باشد باعث افزایش مرگ و میر، نیاز به بیهوشی موضعی و یا عمومی و نیاز به بستری
می‌باشد. [۷]

با توجه به عوارض خطرناک این بیماری انجام عمل به صورت انتخابی بایستی انجام شود.
عمل هرنیورافی *Herniorrhaphy* با بیهوشی عمومی، بی‌حسی موضعی و بی‌حسی نخاعی
قابل انجام است. [۷]

هرکدام از این روشها دارای محسنات و معایب مخصوص به خود است، اما بین این سه
روش هرنیورافی تحت بی‌حسی موضعی ظاهراً دارای عوارض کمتری است. [۴]
عوارض عمده پس از عمل هرنیورافی اینگونه‌ها شامل درد پس از عمل، احتباس ادراری و
خونریزی است هدف از انجام این پایان نامه کاربرد هرنیورافی تحت بی‌حسی موضعی و تعیین
عوارض پس از آن و فواید آن می‌باشد. [۶]

احتباس ادراری در بیش از یک سوم بیمارانی که تحت عمل هرنیورافی قرار می‌گیرند دیده می‌شود. به نظر می‌رسد دو گروه از بیماران بیشتر مساعد هستند که شامل افراد پیر و افراد جوان هستند. [۴]

آقای Callesen.T و همراهان حدود ۴۰۰ بیمار را که سن متوسط آنها ۵۹ ساله بود در نظر گرفتند و مطرح می‌کنند که بیماران پس از عمل دارای درد کمتری بوده و دچار احتباس ادراری نمی‌شوند. [۱]

آقای Donnola.G مطرح می‌کنند که هرنیورافی تحت بی‌حسی موضعی بوسیله mesh نیز قابل انجام است و دارای عوارض بسیار کمی است. [۲]

آقای Nielsen.M و همکاران از bupivacain جهت بی‌حسی هنگام عمل استفاده کردند و مشاهده کردند که درد پس از عمل نسبت به تزریق داروی مشابه یکسان و کم بوده است. [۳]

آقای Roberge و همکاران اظهار کرده‌اند که بی‌حسی موضعی باعث درد کمتر پس از عمل می‌شود. [۵]

با توجه به مراجعه بسیار زیاد بیماران مبتلا به هرنی اینگونال به بیمارستان شهید رجایی قزوین و با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از این بیماران افراد بالای ۴۰ سال بوده و دارای خطر بیهوشی متوسط تا زیاد می‌باشند، انجام هرنیورافی تحت بی‌حسی موضعی می‌تواند از خطر بیهوشی این افراد کاسته و همچنین عوارض پس از عمل مانند احتباس ادراری و درد و خونریزی کمتری ایجاد کند.

اهداف و فرضیات

هدف اصلی: مقایسه میزان احتباس ادراری پس از عمل هرنیورافی کشاله ران تحت

بی حسی موضعی و بیهوشی عمومی در بیماران مرد بالای ۴۰ سال

اهداف اختصاصی

۱- تعیین میزان احتباس ادرار پس از عمل هرنیورافی کشاله ران تحت بی حسی موضعی

۲- تعیین متوسط روز بستری بیماران پس از عمل هرنیورافی کشاله ران

فرضیه آزمون

۱- هرنیورافی کشاله ران تحت بی حسی موضعی نسبت به هرنیورافی تحت بیهوشی

عمومی دارای احتباس ادراری کمتری است.

۲- بیماران پس از عمل با بی حسی موضعی مدت کمتری در بخش بستری خواهند شد.

متغیرها

- داروی بی حس کننده: یک متغیر کمی بوده و در این مطالعه متغیر مستقل است.

داروی بی حس کننده مورد استفاده لیدوکائین ۲٪ بوده که به صورت موضعی در محل

عمل تزریق می شود.

- احتباس ادراری: یک متغیر کیفی بوده و در این مطالعه متغیر وابسته می باشد. احتباس

ادرار به عدم توانایی ادرار کردن بیمار، در اولین مرتبه دفع ادرار پس از عمل گفته می شود.

- متغیرهای مخدوش کننده: تعدادی متغیر شامل سن، وزن، چاقی، نوع هرنی، سابقه

احتباس ادراری، سابقه داشتن پروستاتیت و BPH در این مورد مطالعه وجود دارد که با انتخابی

کردن بیماران و توسط تصادفی کردن تحت کنترل درآمدند.

قسمت دوم

بازنگری منابع

آقای Callesen و همکاران مطالعه خود را بر روی ۴۰۰ بیمار مبتلا به هرنی انجام دادند. میانگین سنی بیماران ۵۹ سال بود. هرنیورافی تحت بی حسی موضعی انجام شده است. [۱]

متوسط اقامت بیماران در بیمارستان پس از عمل حدود ۸۵ دقیقه بوده است. [۱] برای ۲ بیمار مجبور شده‌اند که هنگام عمل بیهوشی جنرال انجام دهند و ۹ بیمار نیاز به داروی مسکن خوراکی پیدا کردند. بررسی یک هفته پس از عمل بیماران نشان داد که میزان موربیدیتی بسیار کم بوده است. یک بیمار دچار CVA شده و یک بیمار دچار پنومونی شده اما هیچ کدام از بیماران مبتلا به احتباس ادراری نشدند. در بررسی انجام شده ۸۸٪ از بیماران دارای نتیجه مطلوب بودند بعلاوه هنگام عمل نیاز به مونیتورینگ پیدا نشد. برای هر بیمار حدود ۱۶۰ پوند هزینه صرفه جویی شد. [۱]

آقای Nielsen.M و همکاران با انجام هرنیورافی با بی حسی موضعی بر روی ۶۶ بیمار و با استفاده از دو داروی levobupivacaine, bupivacaine انجام داده و بیماران خود را به دو گروه ۳۳ نفره تقسیم کردند و این دو دارو را با تزریق موضعی در کل عمل مورد بررسی قرار دادند. هرنیورافی انجام شده و بیماران به طور مشابه بعد از عمل بدون درد بودند. [۳]

فتق‌های جدار شکم، شایعترین وضعیتی هستند که نیاز به عمل جراحی پیدا می‌کنند. علیرغم تعداد نسبتاً زیاد اعمال جراحی برای ترمیم فتق، همیشه نتایج خوبی حاصل نمی‌شود. نتیجه عمل تا حد بسیار زیادی به خود جراح بستگی دارد. [۷]

Cooper در سال ۱۸۰۴ چنین نوشت:

«هیچیک از بیماری‌های آدمی که در حیطه عمل جراحان است، به اندازه فتق و انواع مختلف آن در درمان خود نیازی به چنین ترکیبی از اطلاعات صحیح درباره آناتومی موضع، همراه با مهارت جراح نداشته‌اند.»

ناحیه کشاله ران یکی از مناطق بالقوه ضعیف دیواره شکم و شایعترین محل ایجاد فتق‌های

شکمی می‌باشد. درگیری در تمام سنین و در هر دو جنس دیده می‌شود اما میزان شیوع

فتق‌های کشاله ران در مردان ۲۵ برابر زنان است. [۷]

فتق‌هایی که بالای چین کشاله ران (abdominocrural) قرار دارند اینگوینال و آنهایی که

پایین این چین قرار دارند فمورال نامیده می‌شوند. [۷]

فتق‌های اینگوینال ممکن است مستقیم یا غیر مستقیم باشند. کیسه فتق کشاله ران غیر

مستقیم به طور مایل یا غیر مستقیم به سمت اسکروتوم و در نهایت داخل آن می‌رود که در این

صورت فتق اسکروتال نامیده می‌شود.

افتراق بالینی فتق کشاله ران مستقیم و غیر مستقیم در بسیاری از اوقات امکان‌پذیر نیست

و در واقع از ارزش کمی برخوردار است چرا که نوع ترمیمی در هر دو مورد یکسان است. [۷]

فتق یک مشکل بهداشتی شایع می‌باشد شیوع دقیق آن معلوم نیست، اما شیوع آن در

مردان در حدود ۳-۴ درصد تخمین زده می‌شود. [۷]

علل ایجاد فتق

فتق‌های کشاله ران یا مادرزادی هستند یا اکتسابی و در هر دو مورد اکثراً یک سابقه فامیلی از فتق‌های کشاله ران وجود دارد. بدین ترتیب می‌توان گفت که اکثر فتق‌های ناحیه کشاله ران به طور ژنتیکی منتقل می‌شوند تمامی فتق‌های کشاله ران غیر مستقیم مادرزادی بوده و در اثر باز بودن پروسسوس واژینالیس در هنگام تولد، به وجود می‌آیند. در حدود ۸۰٪ نوزادان و ۵۰٪ بچه‌های یکساله، پروسسوس واژینالیس هنوز باز مانده است و بسته شدن آن تا ۲ سالگی ادامه دارد. احتمال باز بودن پروسسوس واژینالیس در بالغین ۲۰٪ است. استعداد ابتلا به فتق همیشه به معنی ایجاد آن نیست. در این رابطه باید سایر عواملی که باعث ضعف فاشیای عرضی در نگاهداری احشاء در سوراخ میوپکتینئال می‌شوند نیز دخالت فعال داشته باشند. [۷]

وضعیت ایستاده آدمی در مقایسه با حیوانات چهارپا، با ایجاد کشش و در معرض فشار قرار دادن ناحیه کشاله ران، آن قسمت را مستعد ایجاد فتق می‌کند و هنگامی که یک فتق بدین ترتیب ایجاد شود. اجازه نزول قسمت‌های پائینی روده به درون کیسه فتق را می‌دهد. [۷]

ضعف عضلانی نیز به ایجاد فتق کمک می‌کند. ضعف‌های مادرزادی یا اکتسابی عضله مایل داخلی در ناحیه کشاله ران، حلقه عمقی و کف کانال اینگوینال را در معرض فشارهای شدید داخل شکمی قرار می‌دهد.

تخریب نسج همبندی به دنبال استرس‌های فیزیکی ناشی از فشار داخلی شکمی، مصرف سیگار، افزایش سن، بیماری‌های بافت همبند و بیماریهای سیستمیک، همگی منجر به کاهش قدرت آپونوروز و فاشیای عرضی می‌شوند. از بین رفتن پیوستگی الیاف الاستیک و اختلال در