

بررسی تاثیر انفوژیون لیدوکائین زیر خاشیا، در کاهش درد پس از لایپرأتومی

فریبیز عشقی (M.D.)⁺* رضاعلی محمدپور تهمتن (Ph.D.)^{**}

رباب رحمانی (M.Sc) *** رضا ایزدی (M.D.) ****

چکیده

سابقه و هدف: یکی از بزرگترین مشکلات بعد از اعمال جراحی، به ویژه جراحی‌های بزرگ شکمی کنتrol درد بعد از عمل می‌باشد. برای کاهش درد بعد از عمل، روش‌های متفاوتی از جمله استفاده از داروهای مسكن خوراکی یا تزریقی، بی‌حسی دهنده‌های موضعی، داروهای بلوک منطقه‌ای عصبی، کاترها اپیدورال و غیره وجود دارد که هر کدام مزایا و عوارض خاص خود را دارد. امروزه استفاده از پمپ‌های تزریق مداوم جهت کاهش درد پس از عمل مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه به منظور بررسی تاثیر تزریق مداوم لیدوکائین بر روی پریتوئن، به وسیله پمپ ضد درد، در کاهش درد پس از عمل جراحی لایپرأتومی در بیمارستان امام خمینی ساری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی دو سو کور بر روی ۷۶ بیمار (۳۸ مورد و ۳۸ شاهد) که تحت عمل جراحی لایپرأتومی با برش خط وسط شکم، در بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۸۶ قرار گرفتند انجام شد. دو گروه از نظر سن و جنس مشابه‌سازی شدند. در هر دو گروه بعد از عمل جراحی برای بیماران پمپ تزریق مداوم با کاتر مخصوص زیر خاشیا کار گذاشته شد. در گروه مورد لیدوکائین ۲ درصد با دوز ۲۰ mg/kg/day به مدت ۲۴ ساعت و در گروه شاهد نرمال سالین جهت بیمار انفوژیون شد. سپس میزان درد بیمار (با استفاده از Visual Analog Scale)، فشار خون، تعداد ضربان قلب، درجه حرارت در ۴ و ۱۰ و ۱۶ و ۲۴ ساعت پس از عمل و میزان درخواست بیمار برای مسكن ثبت شد. کلیه یافته‌ها در دو گروه با استفاده از نرم افزار آماری (15) SPSS و تست‌های Chi-square و T-test، measurement مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۷۶ بیمار (۳۸ مورد و ۳۸ شاهد) شامل ۳۹ نفر زن (۵۱/۳ درصد) و ۳۷ نفر مرد (۴۸/۷ درصد) با میانگین سنی $۴۷/۰۳ \pm ۱۵/۲$ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. بین دو گروه از نظر سن و جنس و وزن تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین تعداد روزهای بستری در گروه مورد $۵/۰۳ \pm ۰/۶$ روز و در گروه شاهد $۵/۲۹ \pm ۱/۳$ روز بوده است که اختلاف آماری معنی دار نبود. میانگین مصرف پتینین در گروه مورد $۱۶/۰۵ \pm ۱۳/۰۵$ میلی گرم در ۲۴ ساعت و در بیماران گروه شاهد $۲۵/۳۹ \pm ۱۱/۴$ میلی گرم در ۲۴ ساعت بود که اختلاف آماری معنی دار بود ($P=0/002$). میانگین اسکور درد (VAS)، تعداد ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس و درجه حرارت در ۲۴ ساعت اول در گروه مورد به صورت معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود. تغییرات شدت درد در ساعت‌های ۴ و ۱۰ و ۱۶ و ۲۴ بعد از عمل نیز در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت و در گروه مورد ارتباط بین کاهش میزان درد و زمان از نوع خطا بوده است.

استنتاج: استفاده از پمپ تزریق مداوم لیدوکائین ۲ درصد می‌تواند در کاهش درد و نیاز به مصرف آپیوئید، در ۲۴ ساعت اول بعد از اعمال جراحی شکمی با برش خط وسط بسیار موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: پمپ تزریق مداوم، لیدوکائین، عمل جراحی شکم، کاهش درد پس از عمل

E-mail: @gmail.com

+ مولف مسئول: دکتر فریبیز عشقی، متخصص جراحی استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

* متخصص جراحی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** دکترای آمار، دانشیار گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**** کارشناسی ارشد بیهوشی مرکز آموزشی و درمانی امام (ره) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** دستیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**** تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۷/۵/۲۹ تاریخ تصویب: ۸۷/۵/۲۹

مقدمه

داروهای اپیوئیدی، داروهای استروئیدی و یا استفاده از داروهای بی‌حسی دهنده موضعی با روش‌های مختلف، داروهای بلوک منطقه‌ای عصبی، کاترها ای اپیدورال و غیره را نام برده (۱۹-۱۳) که هریک مزایا و معایب خاص خود را دارند، به طور مثال مصرف داروهای مخدر با عوارضی مانند تهوع، استفراغ، تیرگی شعور، یبوست، تحمل و وابستگی جسمانی همراه است (۲۰).

به طور کلی به نظر می‌رسد، به کارگیری روش‌های کنترل درد در طی ۴ دهه اخیر پیشرفت چندانی نداشته و همچنان روش‌های قدیمی استفاده از مسکن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵). استفاده از پمپ ضد درد (pain killer pump) بعد از اعمال جراحی از اوایل دهه ۱۹۹۰ مورد توجه قرار گرفته، با این حال مطالعات اندکی در خصوص اثربخشی آن و میزان رضایتمندی بیمار و جراح و عوارض احتمالی استفاده گسترشده از این وسیله صورت گرفته است (۲۱). بعضی از این تحقیقات نشان داده که استفاده از پمپ ضد درد در تخفیف درد و کاهش استفاده از داروهای ضد درد، بعد از اعمال جراحی موثر بوده‌اند (۶-۷، ۲۵-۲۲). بر این اساس انواع مختلفی از این پمپ‌های ضد درد و قابل تنظیم برای دوز داروئی و با حجم‌های مختلف ساخته شده است (۲۶، ۲۷).

در بعضی از مطالعات انجام شده بر روی اعمال جراحی شکمی و فقط کشاله ران، کاتر پمپ تزریق به صورت اینترآپریتوئنال (۲۴، ۲۵، ۲۸)، در برخی موارد بر روی فاشیا (۲۷) و یا زیر فاشیا (۲۹) و گاهی به صورت زیر پوستی (subcutaneous) (۲۳) به صورت کارآزمائی بالینی و با استفاده از بوپیواکائین و مقایسه آن با نرم‌مال سالین صورت گرفته و نتایج متفاوتی از موثر بودن آن گزارش شده است. از آنجا که تزریق داروی ضد درد به داخل پریتوئن باعث بلوک گیرنده‌های عصبی محیطی سطح پریتوئن می‌شود و بیشترین درد بعد از عمل

احساس درد یک تجربه نامطلوب است که به دنبال آسیب بالقوه یا حقیقی بافتی ایجاد می‌شود (۳-۱). مهار درد موجب کاهش رفلکس‌های اتونوم و سوماتیک شده و به بیمار کمک می‌کند راحت تر نفس بکشد، سرفه کند و یا حرکت نماید (۴). با وجود پیشرفت‌های حاصله در خصوص استفاده از روش‌های کاهش درد بعد از عمل جراحی، به نظر می‌رسد این مساله هنوز به عنوان یکی از مشکلات اساسی بیماران مطرح است. بر اساس تحقیقات انجام شده در این زمینه، تخمین زده شده که تقریباً ۵۰-۷۵ درصد بیماران بعد از عمل جراحی، تسکین مناسب پیدا نمی‌کنند (۵). درد بعد از عمل معمولاً در جراحی‌های قفسه سینه، شکم، سر و گردن و ارتوپدی وجود دارد و ممکن است تا ۸ روز بعد از عمل به طول بیانجامد (۸-۵).

دردهای پس از عمل جراحی که به خوبی کنترل نشده باشند می‌توانند عوارض جانبی فیزیولوژیک متعددی از جمله تاخیر در عملکرد طبیعی دستگاه گوارش ایجاد کرده و باعث بروز مشکلاتی از جمله تهوع و استفراغ گردند (۹). به علاوه باعث برانگیخته شدن پاسخ‌های استرسی و تاثیر بر سیستم ایمنی شده و ترمیم زخم را به تاخیر می‌اندازند (۱۰). از طرف دیگر جراحی‌های قفسه سینه یا قسمت فوقانی شکم، با اختلال کفایت تنفسی و سرفه همراه بوده و می‌تواند موجب کاهش در ظرفیت حیاتی، آتلکتازی و بروز پنومونی شوند (۵). حتی گاهی سیستم قلبی عروقی نیز تحت تاثیر قرار گرفته و موجب افزایش فعالیت قلب و مقاومت عروقی شده و حوادث ایسکمیک قلبی را به همراه دارد (۱۱، ۱۲).

روش‌های مختلفی برای رسیدن به یک بی‌دردی کامل بعد از عمل جراحی وجود دارد که از آن جمله می‌توان استفاده از داروهای ضد درد سیستمیک مانند

تصادفی، با استفاده از بلوک جدول اعداد تصادفی، توسط همکار طرح، در دو گروه مورد یا شاهد قرار گرفتند و به هر بیمار کد مربوط به گروه مورد یا شاهد داده شد که پزشک ارزیابی کننده و بیمار، از آن بی اطلاع بودند و کد بیمار در پرسشنامه ثبت شد. دو گروه از نظر سن (گروه‌های سنی ۲۰-۳۵ سال و ۳۶-۵۰ سال و ۵۱-۶۵ سال و بالاتر از ۶۵ سال) و جنس (مرد و زن) مشابه سازی شدند.

در گروه مورد بعد از عمل جراحی و قبل از بستن فاشیا، برای بیماران پمپ تزریق مداوم یک کاتتر (Yada,China) کار گذاشته شد بدین ترتیب که کاتتر روی پریتوئن و زیر فاشیا قرار داده شد و مخزن آن با لیدوکائین ۲ درصد با دوز ۲۰ mg/kg/day در شرایط استریل، پر گردید. در گروه شاهد نیز برای کلیه بیماران بعد از عمل جراحی پمپ تزریق مداوم یک کاتتر (Yada,China) بروی پریتوئن و زیر فاشیا جای گذاری گردید و مخزن آن به وسیله نرمال سالین پر گردید (با گنجایش مخزن پمپ حداقل ۱۰۰ سی سی). کلیه اعمال جراحی و جای گذاری کاتتر توسط یک تیم جراحی انجام شد.

پس از عمل همه بیماران به بخش جراحی منتقل شدند و تنظیم پمپ به صورت انفوژیون به میزان ۲ سی سی در هر ساعت صورت گرفت، سپس میزان درد بیمار با استفاده از روش VAS (Visual Analog Scale) در ۴ ساعت، ۱۰ ساعت، ۱۶ ساعت و ۲۴ ساعت پس از عمل اندازه گیری و به همراه آن علایم حیاتی شامل فشار خون و تعداد ضربان قلب و درجه حرارت و تعداد تنفس ثبت شدند.

از آن جایی که درد تجربه‌ای است که توسط بیمار بیان می‌شود ضروریست که فرد حس درد خود را دقیقاً توضیح دهد که باید از لحاظ معنی کمترین تنوع و اختلاف را داشته باشند درجه و مقیاس‌های مختلفی

جراحی شکمی مربوط به پریتوئن و فاشیا می‌باشد و با توجه با اینکه نوع عمل جراحی داخل شکمی تاثیری در ایجاد درد ندارد، به نظر می‌رسد به کار بردن داروی بی‌حسی دهنده روی پریتوئن و زیر فاشیا، بتواند باعث کاهش درد بعد از لپاروتومی شود(۲۸).

تاکنون مطالعه‌ای درمورد تاثیر این روش در انسیزیون‌های لپاراتومی (بیش از ۱۵ سانتی‌متر) و قرار گرفتن کاتتر بین فاشیا و پریتوئن صورت نگرفته است. بدین منظور این مطالعه به بررسی تاثیر تزریق مداوم لیدوکائین بر روی پریتوئن، به وسیله پمپ ضد درد و تاثیر آن بر شدت درد پس از اعمال جراحی شکم با برش خط وسط در بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۸۶ پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی دو سو کور بر روی ۷۶ بیمار (۳۸ بیمار در گروه مورد و ۳۸ بیمار در گروه شاهد) که تحت عمل جراحی لپاراتومی با برش خط وسط شکم، در بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۸۶ قرار گرفتند انجام شده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل نیاز به عمل جراحی لپاراتومی الکتیو و طول برش عمل بیش از ۱۵ سانتی متر بوده و معیارهای خروج از مطالعه شامل پریتوئیت، اعتیاد به مواد مخدر، حساسیت داروئی، سابقه دیابت و موارد ترومما شامل: شکستگی دندنه، مهره، لگن بوده است.

قبل از انجام مطالعه و بعد از تصویب کمیته پژوهش دانشکده پزشکی و کمیته اخلاق پزشکی به بیماران در مورد اهداف و نحوه اجرای تحقیق توضیحات کامل داده شد و از بیماران جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و کلیه بیماران به صورت

گروه مورد و ۳۸ نفر در گروه شاهد، بودند که دو گروه از نظر جنس اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۱). بین سن، وزن بیماران و تعداد روزهای بستری در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین میزان مصرف پتدين وریدی جهت تسکین درد در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0.002$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب مشابه سازی فاکتورهای مداخله گر در دو گروه مورد و شاهد تحت مطالعه

P-value	گروه شاهد (تعداد=۳۸ نفر)	گروه مورد (تعداد=۳۸ نفر)	متغیر
جنس			
معنی‌دار نبود	(٪۵۲/۶۳) ۲۰	(٪۵۰) ۱۹	زن
معنی‌دار نبود	(٪۴۷/۴۷) ۱۸	(٪۵۰) ۱۹	مرد
سن (سال)			
معنی‌دار نبود	(٪۲۹) ۱۱	(٪۲۶/۳) ۱۰	۲۰-۳۵
معنی‌دار نبود	(٪۲۹) ۱۱	(٪۳۴/۲) ۱۳	۳۶-۵۰
معنی‌دار نبود	(٪۲۹) ۱۱	(٪۲۹) ۱۱	۵۱-۶۵
بالاتر از ۶۵	(٪۱۳) ۵	(٪۱۰/۵) ۴	

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار فاکتورهای اندازه گیری شده در دو گروه مورد و شاهد تحت مطالعه

P-value	گروه شاهد (تعداد=۳۸ نفر)	گروه مورد (تعداد=۳۸ نفر)	متغیر
انحراف معیار \pm میانگین			
معنی‌دار نبود	۴۶/۲ \pm ۱۵/۶	۴۷/۸ \pm ۱۴/۸	سن (سال)
معنی‌دار نبود	۷۳/۷ \pm ۹/۷	۷۳/۶ \pm ۹/۸	وزن (کیلوگرم)
معنی‌دار نبود	۵/۲۹ \pm ۱/۳	۵/۰۳ \pm ۰/۶	تعداد روزهای بستری
۰/۰۰۲	۲۵/۳۹ \pm ۱۱/۴	۱۶/۰۵ \pm ۱۳/۰۵	میزان پتدين مصرفی (mg)

میانگین اسکور درد (VAS) در ۴ ساعت، ۱۰ ساعت، ۱۶ ساعت و ۲۴ ساعت بعد از عمل در بیماران، در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0.0001$) (جدول شماره ۳). میانگین تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، فشار خون و درجه حرارت نیز در ساعت‌های ۴ و ۱۰ و ۱۶ و ۲۴ بعد از عمل اندازه گیری شد و همان‌طور که در جدول شماره ۳

جهت این توصیف‌ها بوجود آمده است. در این مطالعه از visual analogue scale (مقیاس آنالوگ دیداری) جهت اندازه گیری درد استفاده شده است بدین ترتیب که در برابر بیمار مجموعه‌ای از عبارات توصیفی درد قرار داده می‌شود و از او خواسته می‌شود که به شدت درد خود طبق خط کش مدرجي که از ۰ تا ۱۰ درجه‌بندی شده است نمره دهد (۲۳).

فرد ارزیابی کننده و بیمار از گروهی که بیمار به آن تعلق داشت بی‌اطلاع بودند. در صورت بروز درد بیش از حد و درخواست بیمار، پتدين با دوز ۱ mg/kg (تا حداقل ۱۰۰ میلی گرم) توسط پرستار بخش به صورت IV تزریق شد و دوز پتدين مصرفی ثبت گردید.

لازم به ذکر است که تعداد نمونه‌ها با توجه یافته‌های مطالعات قبلی شامل اختلاف میانگین اسکور درد در دو گروه برابر با ۱/۷ و ۰/۸۱ و ۰/۸۲ به ترتیب برابر ۲/۲ و با استفاده از فرمول حجم نمونه، در هر گروه ۳۷ نفر برآورد شد (۱۲). در نهایت کلیه داده‌ها توسط چک لیست جمع آوری و اطلاعات وارد کامپیوتر شد و جهت مقایسه نتایج در دو گروه کلیه یافته‌ها با استفاده از نرم افزار آماری (SPSS 15) و تست‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری Student t-test و Chi-square و Repeated measurement تجزیه و تحلیل شد. در ضمن سطح معنی‌داری آزمون در حد <0.05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۶ بیمار شامل ۳۹ نفر زن (۵۱/۳) درصد) و ۳۷ نفر مرد (۴۸/۷ درصد) در محدوده سنی ۲۱ تا ۷۳ سال و با میانگین سنی $۴۷/۰۳ \pm ۱۵/۲$ سال، که تحت عمل جراحی لپاراتومی با برش خط وسط شکم قرار گرفته بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۸ نفر در

بین دو گروه نیز از نظر آماری معنی دار بوده است ($P=0.0001$) (نمودار شماره ۱).

نشان داده شده است، در تمام زمان‌های ذکر شده، بین دو گروه مورد و شاهد، اختلاف آماری معنی دار وجود داشت.

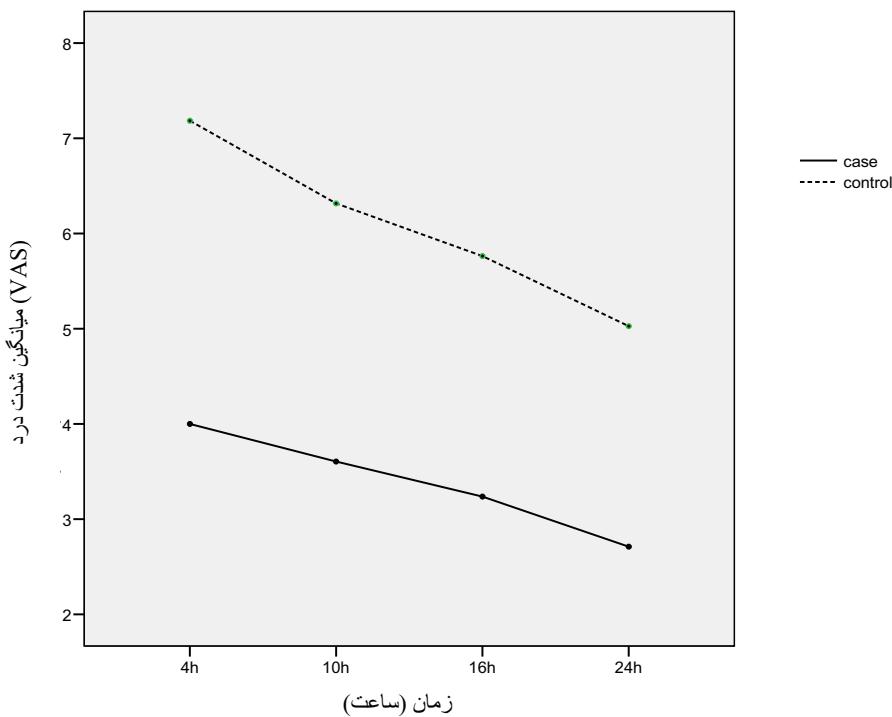
بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که استفاده از داروی بی‌حسی دهنده به صورت تزریق مداوم زیر فاشیا، با استفاده از پمپ تزریق مداوم در کاهش درد، طی ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی بسیار موثر بوده است و نیاز به استفاده از اپیوئیدها را کاهش می‌دهد. در مطالعه Gupta و همکاران در سال ۲۰۰۴ بعد از عمل هیسترکتومی، میزان درد و نیاز به مصرف اپیوئید، بعد از استفاده از پمپ تزریق مداوم کاهش یافت (۲۴). در مطالعه دیگری Oakley و همکاران بعد از عمل جراحی فتق کشاله ران، نیز از پمپ استفاده کرده و در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل نتایج مشابهی به دست آمد (۳۰). در حالی که در مطالعه‌ای که توسط Fredman و همکاران در سال ۲۰۰۱ بر روی بیمارانی که تحت اعمال جراحی مژوز شکمی قرار گرفته بودند، و از پمپ قابل کنترل توسط بیمار و بوپیواکائین استفاده شد، نتایجی مغایر با مطالعه ما گزارش گردید، به طوری که نیاز به اپیوئید طی ۲۴ ساعت اول، در دو گروه تفاوت نداشت و شدت درد نیز چه در حالت استراحت و چه در حال سرفه مشابه بود (۲۷). در این مطالعه تعداد نمونه‌های بررسی شده کمتر از مطالعه ما بود (۲۵ نفر در هر گروه) و دو گروه مشابه سازی نشده بودند و همچنین از بوپیواکائین ۰/۰۲۵٪ استفاده شد که این مساله می‌تواند علت تفاوت در نتایج به دست آمده در دو مطالعه باشد. در مطالعه ما دو گروه از نظر عوامل مداخله گری مانند سن و جنس همانندسازی شدند و مطالعه به صورت دو سو کور انجام شده که این مساله از نقاط قوت اجرای این تحقیق است.

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار اسکور درد و علایم حیاتی در ۲۴ ساعت اول پس از عمل جراحی در دو گروه مورد و شاهد تحت مطالعه

متغیر	P-value	گروه شاهد		گروه مورد (تعلاج=۳۸ نفر) (تعلاج=۳۸ نفر)	انحراف معیار ± میانگین
		انحراف معیار ± میانگین	میانگین		
۴ ساعت اول					
میزان درد	۰/۰۰۱	۷/۱۸ ± ۰/۹	۴ ± ۰/۸		
تعداد ضربان قلب	۰/۰۰۱	۸۲/۷۴ ± ۳/۲	۷۹/۹۲ ± ۲/۷		
تعداد تنفس	۰/۰۰۲	۱۹/۰۳ ± ۱/۲	۱۸/۰۸ ± ۱/۲		
فشار خون سیستول	۰/۰۱۹	۱۳۳/۸۲ ± ۸/۶	۱۲۸/۸۲ ± ۹/۵		
فشار خون دیاستول	۰/۰۱۳	۸۵/۵۳ ± ۶/۳۴	۸۲/۰۵ ± ۵/۵		
درجه حرارت	۰/۰۰۱	۳۷/۷۲ ± ۰/۲	۳۷/۵۲ ± ۰/۲		
۱۰ ساعت اول					
میزان درد	۰/۰۰۱	۶/۳۲ ± ۰/۷	۳/۶۱ ± ۰/۵		
تعداد ضربان قلب	۰/۰۰۱	۸۱/۶۳ ± ۲/۹	۷۸/۳۲ ± ۲/۳		
تعداد تنفس	۰/۰۰۱	۱۸/۳۲ ± ۰/۹	۱۷/۴۲ ± ۱/۱		
فشار خون سیستول	۰/۰۱۵	۱۳۰/۶۶ ± ۸/۸	۱۲۵/۲۶ ± ۱۰/۱		
فشار خون دیاستول	۰/۰۰۶	۸۳/۵۵ ± ۶/۳	۷۹/۷۴ ± ۵/۴		
درجه حرارت	۰/۰۰۲	۳۷/۵۷ ± ۰/۲	۳۷/۳۹ ± ۰/۲		
۱۶ ساعت اول					
میزان درد	۰/۰۰۱	۵/۷۶ ± ۰/۷	۳/۲۴ ± ۰/۶		
تعداد ضربان قلب	۰/۰۰۱	۸۰/۴۲ ± ۳/۲	۷۷/۰۱ ± ۲/۴		
تعداد تنفس	۰/۰۰۸	۱۷/۵۵ ± ۰/۸	۱۶/۹۷ ± ۰/۹		
فشار خون سیستول	۰/۰۱۱	۱۲۸/۸۲ ± ۹/۳	۱۲۲/۷۶ ± ۱۰/۸		
فشار خون دیاستول	۰/۰۱۳	۸۰/۷۹ ± ۶/۲	۷۷/۳۷ ± ۵/۵		
درجه حرارت	۰/۰۰۱	۳۷/۴۶ ± ۰/۲	۳۷/۲۷ ± ۰/۲		
۲۴ ساعت اول					
میزان درد	۰/۰۰۱	۵/۰۳ ± ۰/۷	۲/۷۱ ± ۰/۶		
تعداد ضربان قلب	۰/۰۰۱	۷۸/۰۵ ± ۳/۷	۷۵/۰۱ ± ۲/۹		
تعداد تنفس	۰/۰۰۱	۱۷/۰۸ ± ۱/۰۲	۱۶/۱۸ ± ۱/۰۱		
فشار خون سیستول	۰/۰۰۶	۱۲۶/۷۱ ± ۹/۸	۱۲۰/۱۳ ± ۱۰/۶		
فشار خون دیاستول	۰/۰۰۴	۷۹/۳۴ ± ۶/۲	۷۶/۵۸ ± ۵/۵		
درجه حرارت	۰/۰۰۴	۳۷/۲۴ ± ۰/۲	۳۷/۱۳ ± ۰/۲		

تغییرات میانگین شدت درد بر اساس اسکور VAS در ۲۴ ساعت اول سیر نزولی داشته و نتایج حاصل از آزمون Repeated measurement نشان داد بین کاهش شدت درد و زمان، ارتباط خطی وجود داشته و اختلاف



نمودار شماره ۱: نمودار تغییرات میانگین شدت درد بر اساس اسکور درد VAS در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل جراحی در دو گروه مورد و شاهد تحت مطالعه

آماری معنی داری باهم داشته به طوری که شدت درد در گروهی که از پمپ ضد درد استفاده نمودند کاهش بیشتری داشت.

در مطالعه حاضر با وجود این که تعداد روزهای بسته بعد از عمل، در گروهی که از پمپ ضد درد استفاده نمودند کمتر بوده ولی اختلاف آماری معنی داری با گروه شاهد وجود نداشت. در مطالعه Gupta و همکاران (۲۴) نیز نتیجه مشابهی ارائه شد، که البته این مساله می تواند به این علت باشد که کاهش یا از بین رفتن درد تنها یکی از معیارهای موثر در تصمیم گیری برای ترخیص بیماران است و علاوه بر آن عوامل متعدد دیگری نیز در طولانی شدن زمان بسته در بیمارستان، دخالت دارند.

تزریق مستقیم داروی بی حسی به زیر فاشیا می تواند منجر به بروز عوارضی از قبیل عفونت محل زخم،

تسکین درد بعد از اعمال جراحی شکمی از اهمیت به سزاگیری برخوردار است، چرا که درد شکمی می تواند باعث بروز عوارضی از قبیل مشکلات گوارشی مانند تهوع، استفراغ و یبوست، مشکلات تنفسی مانند آلتکتاژی و پنومونی و یا عوارض قلبی عروقی گردد (۹,۵). از آن جا که تزریق داروی بی حسی به داخل پریتوئن باعث بلوک گیرندهای عصبی محیطی در سطح پریتوئن می شود، به کار بردن لیدوکائین به صورت مداوم و زیر فاشیا، می تواند باعث کاهش درد در محل برش جراحی شود.

در هر دو گروه مورد و شاهد شدت درد با گذشت زمان در ۲۴ ساعت اول پس از عمل، کاهش یافت که این موضوع را می توان به گذشت زمان و کاهش التهاب محل زخم نسبت داد ولی نتایج حاصل از آنالیز آماری داده ها نشان داد که این تغییرات در دو گروه تفاوت

با تعداد نمونه بیشتر توصیه می‌گردد. در پایان از تمامی همکارانی که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند صمیمانه قدردانی می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل نتیجه تحقیق پایان نامه آقای دکتر رضا ایزدی دستیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد.

سلولیت، تاخیر در ترمیم زخم و نکروز بافتی گردد (۳۳)، ولی در این مطالعه این عوارض مورد بررسی قرار نگرفت و به نظر می‌رسد مطالعات دیگری، با تعداد بیشتر نمونه، همراه با بررسی عوارض موضعی این روش مورد نیاز است. از آن جا که با استفاده از پمپ‌های تزریق مداوم می‌تواند نتایج خوبی در کاهش درد بعد از جراحی و کاهش نیاز به استفاده از اپیوئید و ریدی داشته باشد، انجام مطالعات گستردتر و کامل‌تر

References

- Emamhadi MR, Ahmadi M. Comparison of effects of pethidine (intramuscle) and diclofenac (suppository) for relief of pain after laminectomy. *J Gorgan Univ Med Sci* 2007; 9(2): 94.
- Buvanendran A, Reuben S, Kroin JS. Recent advances in nonopiod analgesics for acute pain management. *Tech Region Anesth Pain M* 2007; 11: 19-26.
- Coghlan A J, Forbes A, Bell N S. Buchbinder R. Efficacy and safety of a subacromial continuous ropivacaine infusion for post-operative pain management following arthroscopic rotator cuff surgery: a protocol for a randomized double-blind placebo- controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008; 9: 56.
- Moiniche, Jorgensen H, Wetterslev J, Dahl JB. Local anesthetic infiltration for post operative pain relief after laparoscopy: a qualitative systematic review of intraperitoneal, port-site infiltration and mesosalpinx block. *Anesth Analg* 2000; 90: 899-912.
- Huang N, Cunningham F, Laurito C E, Chen C. Can we do better with postoperative pain management? *The Am J Surg* 2001; 182: 440-448.
- Kehlet H. Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 431-441.
- Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85: 808-816.
- Rawal N. Postoperative pain management in day surgery. *Anaesth* 1998; 53: 50-52.
- Picard PR, Tramer MR, McQuay HJ, Moore RA. Analgesic efficacy of peripheral oopioids (all except intra articular): a qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Pain* 1997; 72: 309-318.
- Kehlet H. Synergism between analgesics. *Ann Med* 1995; 27: 259-262.
- Rawal N. Postoperative pain management in day surgery. *Anaesthesia* 1998; 53: 50-52.
- Rosenberg J, Kehlet H. Does effective postoperative pain management influence surgical morbidity? *Eur Surg Res* 1999; 31: 133-137.

13. Nagasaka H, Awad H, Yaksh T. Peripheral and spinal actions of opioids in the blockade of the autonomic response evoked by compression of the inflamed knee joint. *Anesthesiology* 1996; 85: 808-816.
14. Choiniere M, Rittenhouse B, Perreault S, et al. Efficacy and costs of patient controlled analgesia versus regulatory administered intramuscular opioid therapy. *Anesthesiology* 1998; 89: 1377-1388.
15. Barber FA, Herbert MA. The effectiveness of anesthetic continuous infusion device on postoperative pain control. *Arthroscopy* 2002; 18(1): 76-81.
16. Gupta S, Maheshwari R, Dulara SC. Wound instillation with 0.25% bupivacain as infusion for pain management after outpatient inguinal hernia repair: a randomized trial. *Am Surg* 2004; 70(11): 1002-1006.
17. Hadzic A, Williams BA, Karaca PE, Hobeika P, Unis G, Dermksian J, Yufa M, Thys DM, Santos AC: For outpatient rotator cuff surgery, nerve block anesthesia provides superior same-day recovery over general anesthesia. *Anesthesiology* 2005; 102(5): 1001-1007.
18. Elai N, Lysakowski C, Tramer MR: Does multimodal analgesia with acetaminophen, nonsteroidal antiinflammatory drugs, or selective cyclooxygenase-2 inhibitors and patient-controlled analgesia morphine offer advantages over morphine alone? Meta-analyses of randomized trials. *Anesthesiology* 2005; 103(6): 1296-1304.
19. Borgeat A, Ekatodramis G, Kalberer F, Benz C. Acute and non acute complications associated with interscalene block and shoulder surgery: a prospective study. *Anesthesiology* 2001; 95(4): 875-880.
20. Forrest JB, Camu F, Greer IA, Kehlet H, Abdalla M, Bonnet F, et al. Ketorolac, diclofenac, and ketoprofen are equally safe for pain relief after major surgery. *Br J Anaesth* 2002; 88(2): 227-233.
21. Quick D, Guanche C A, Prairie E. Evaluation of an anesthetic pump for postoperative care after shoulder surgery. *J Shoulder Elbow Surg* 2003; 12(6): 618-621.
22. Schurr MJ, Gordon DB, Pellino TA, Scanlon TA. Continuous local anesthetic infusion for pain management after outpatient inguinal herniorrhaphy. *Surg* 2004; 136(4): 761-769.
23. Sanchez B, Waxman K, Tatevossian R, Gamberdella, Read B. Local anesthetic infusion pumps improve postoperative pain after inguinal hernia repair: a randomized trial. *Am Surg* 2004; 70(11): 1002-1006.
24. Gupta A, Perniola A, Axelsson K, Thoren SE, Crafoord K, Rawal N. Post operative pain after abdominal hysterectomy: a double-blind comparison between placebo and local anesthetic infused intraperitoneally. *Anesth Analg* 2004; 99(4): 1173-1179.
25. Hernandez-Palazon J, Tortoza JA, Nano de la rosa V, Gimenez Viudes J, Ramirez G, Robles R. Intraperitoneal application of bupivacain plus morphine for pain relief after laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Anaesthesiol* 2003; 20(11):891-896.
26. Ilfeid B M, Mory TE, Enneking FK. The delivery rate accuracy of portable infusion pumps used for continuous regional

- analgesia. *Anesth Analg* 2002; 95(5): 1331-1336.
27. Fredman B, Zohar E, Tarabykin A, Shapiro A, Mayo A, Klein E, Jedeikin R. Bupivacaine wound instillation via an electronic patient-controlled analgesia device and a double-catheter system does not decrease postoperative pain or opioid requirements after major abdominal surgery. *Anesth Analg* 2001; 92(1): 189-193.
28. Keita H, Benifla JL, Bouar VL, Porcher A, Wachowska B, Bedairia K, Mantz J, Desmonts J. Prophylactic ip injection of bupivacaine and/or morphine does not improve postoperative analgesia after laparoscopic gynecologic surgery. *Can J Anesth* 2003; 504(4): 362-367.
29. Lau H, Patil NG, Lee F. Randomized clinical trial of postoperative sub facial infusion with bupivacaine following ambulatory open mesh repair of inguinal hernia. *Dig Surg* 2003; 20(4): 285-289.
30. Oakley MJ, Smith JS, Anderson JR, Fenton-Lee D. Randomized placebo-controlled trial of local anaesthetic infusion in day-case inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1998; 85(10): 1451.
31. Banerjee SS, Pulido P, Adelson WS, Fronek J, Hoenecke HR. The efficacy of continuous bupivacaine infiltration following arthroscopic rotator cuff repair. *Arthroscopy* 2008; 24(4): 397-402.
32. Ciccone WJ 2nd, Busey TD, Weinstein DM, Walden DL, Elias JJ. Assessment of pain relief provided by interscalene regional block and infusion pump after arthroscopic shoulder surgery. *Arthroscopy* 2008; 24(1): 14-19.
33. Ansaloni L, Agnoletti V, Bettini D, Caira, Calli M, Catena F, et al. The analgesic efficacy of continuous elastomeric pump ropivacaine wound instillation after appendectomy. *J Clin Anesth* 2007; 19: 256-263.
34. Fujii Y, Shiga Y. Influence of aging on lidocaine requirements for pain on injection of propofol. *J Clin Anesth* 2007; 18(7): 526-529.