

به کارگیری پلورال تنت پس از لوبکتومی های لوب فوقانی ریه در بیماران بیمارستان امام خمینی (ره) تهران سال ۷۸-۸۰

غلامعلی گدازنده (M.D.) علی اصغر علوی (M.D.)**

چکیده

سابقه و هدف: باقی ماندن فضا در قسمت فوقانی قفسه سینه و نشت طولانی هوا از لوله سینه ای پس از لوبکتومی لوپ فوقانی ریه یافته ای شایع می باشد. نشت طولانی علاوه بر افزایش مدت بستری بیمار در بیمارستان، با عوارض خطرناکی همراه است. این مطالعه جهت ارزیابی اثرات استفاده از چادر پلورال (Pleural tent) در پیش گیری از نشت طولانی هوا و عوارض ناشی از آن می باشد.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع شاهد تاریخی می باشد. پس از انجام لوبکتومی لب فوقانی یا لب فوقانی و میانی در ۱۰ بیمار بیمارستان امام خمینی (ره) تهران (۷۸-۸۰)، چادر پلورال به کار گرفته شد و در ۱۲ بیمار این روش مورد استفاده قرار نگرفت. هر دو گروه از نظر مدت زمان خروج هوا از لوله سینه ای، میزان درناژ، مدت بستری در بیمارستان، بروز عوارض پس از عمل و نیاز به انجام کار مداخله ای خاص مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری تی و فیشر استفاده شد.

یافته ها: سن، جنس، آسیب شناسی و آزمون های عملکرد ریوی در دو گروه مشابه بود. مدت زمان خروج هوا از لوله سینه ای در بیمارانی که در آنها چادر پلورال به کار رفته بود، به مراتب کم تر از بیمارانی بود که به کار نرفته بود ($2/6 \pm 1/1$ در مقابل $8/1 \pm 9/1$ روز) متوسط مدت زمان اقامت در بیمارستان نیز در گروه چادر، کوتاه تر بود (1 ± 5 در مقابل $7/5 \pm 10/8$ روز).

استنتاج: به کار گیری چادر پلورال پس از انجام لوبکتومی لب فوقانی بالوبکتومی توام لب فوقانی و میانی ریه، با حذف فضای باقی مانده در قسمت فوقانی توراکس از نشت طولانی هوا از لوب سینه ای و عوارض ناشی از آن جلوگیری می کند و باعث کم تر شدن مدت زمان بستری در بیمارستان می شود. چادر پلورال روش نسبتا ساده و بی خطری است که سبب کاهش عوارض پس از عمل جراحی می گردد.

واژه های کلیدی: لوبکتومی، پلورال تنت، نشت هوا

مقدمه

پس از اعمال جراحی ریوی، خصوصا لوبکتومی لب فوقانی، نشت هوا^۱ از لوله سینه ای^۲ یافته ای شایع می باشد. به طور معمول نشت هوا از سطح خام ریه باقی مانده است که تدریجا با اتساع کامل ریه و چسبیدن ریه به

1. Air leak
2. Chest tube

* این تحقیق طی شماره ۳۵-۸۲ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.
* فوق تخصص جراحی توراکس، عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ☐ ساری: بلوار خزر دانشکده پزشکی
** فوق تخصص جراحی توراکس، استادیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت: ۸۳/۴/۲۳ تاریخ انجام اصلاحات: ۸۳/۸/۲۳ تاریخ تصویب: ۸۳/۱۰/۱۶

پلور جداری، خروج هوا از لوله سینه‌ای پس از ۵-۴ روز متوقف خواهد شد. به دلیل وضعیت تشریحی خاص قسمت فوقانی همی‌توراکس، نزدیک شدن ریه باقی‌مانده به پلور جداری به سختی صورت گرفته و خصوصا اگر در ریه باقی‌مانده، پاتولوژی وجود داشته و ریه قدرت اتساع چندانی نداشته باشد، فضایی در همی‌توراکس فوقانی باقی مانده و این امر منجر به ادامه نشت هوا از لوله سینه‌ای خواهد شد که چنانچه بیش از ۷ روز به طول بیانجامد، به عنوان نشت طولانی مدت^۱ خوانده می‌شود. با ادامه خروج هوا و حضور فضای باقی‌مانده^۲ در پلور، هم اتساع ریه باقی‌مانده دچار اشکال شده و هم امکان بروز عوارض عفونی به ویژه آمپیم ریه، افزایش می‌یابد. بدیهی است در چنین شرایطی طول مدت بستری شدن در بیمارستان و هزینه‌های بیمارستانی افزایش چشمگیری نشان خواهد داد. برای حل این مشکل راه کارها مختلفی نظیر تقویت خطوط بخیه بانوار تفلون،^۳ استفاده از چسب فیبرن و یا استفاده از ساکشن مداوم پس از عمل جراحی پیشنهاد شده است. در طی سال‌های اخیر گزارش محدودی مبنی بر به کارگیری چادر پلورال پس از لوبکتومی لوب فوقانی ریه ارائه شده است ولی تاکنون این عمل جراحی در ایران به کار گرفته نشده است. این مطالعه نتایج حاصل از این تکنیک جراحی را که برای نخستین بار در ایران به کار رفته است، مورد بررسی قرار می‌دهد.

مواد و روش‌ها

۲۲ بیمار در بخش جراحی توراکس بیمارستان امام خمینی (ره) تهران (مهر ۱۳۷۸ لغایت مهر ۱۳۸۰) تحت عمل جراحی لوبکتومی لوب فوقانی قرار گرفتند. از مهر ۱۳۷۸ تا اوایل سال ۱۳۷۹ کلیه بیماران بدون استفاده از

چادر پلورال عمل شدند. اما بعد از این تاریخ، با توجه به فوائد گزارش شده از چادر پلورال، مابقی اعمال جراحی لوبکتومی لوب فوقانی، با استفاده از آن صورت گرفت و تنها در آن دسته از بیمارانی که به دلیل گرفتاری جدار قفسه سینه و پلور جداری، امکان استفاده از چادر پلورال وجود نداشت با روش قبلی عمل شدند. در مجموع ۲۲ بیمار تحت عمل جراحی لوبکتومی لوب فوقانی قرار گرفتند که از این تعداد در ۱۲ بیمار از چادر پلورال استفاده نشد و در ده بیمار، لوبکتومی لوب فوقانی با استفاده از چادر پلورال صورت گرفت. تقریباً تمام بیماران گروه شاهد به صورت گذشته‌نگر بررسی شدند. متغیرهای قبل از عمل جراحی نظیر، سن، جنس، جهت لوبکتومی، ظرفیت تنفس و حجم بازدمی از هر گروه مورد ارزیابی قرار گرفت، متغیرهای پس از عمل شامل، مدت زمان خروج هوا از لوله سینه‌ای، مدت زمان استفاده از لوله سینه‌ای و مدت زمان بستری شدن در بیمارستان در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی و فیشر و با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول شماره یک مقایسه دو گروه استفاده کننده از چادر پلورال در عمل جراحی لوبکتومی لب فوقانی و بدون استفاده از آن را برحسب سن و شاخص‌های تنفسی نشان می‌دهد. آزمون تی نشان داد بین دو گروه از نظر این متغیرها قبل از عمل جراحی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه تا حدودی با یکدیگر هم‌گون بودند.

1. Prolong Air leak
2. Residual space
3. PTFE

از ۲۲ بیماری که تحت عمل جراحی لوبکتومی لوب فوقانی قرار گرفتند، ده بیمار مرد (۴۵/۵ درصد) و دوازده بیمار (۵۴/۵ درصد) زن بودند. جدول شماره ۲ نمونه‌های دو گروه مورد و شاهد را برحسب علل لوبکتومی ریه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب میانگین سن و شاخص‌های تنفسی در بیماران تحت عمل جراحی لوبکتومی لوب فوقانی ریه بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، سال ۸۰-۱۳۷۸

متغیر	گروه	مورد میانگین $\pm$ انحراف معیار	شاهد میانگین $\pm$ انحراف معیار	Pvalue
سن		46.8 ± 19	51.5 ± 17	0.55
FVC (لیتر)		2.3 ± 0.75	2.75 ± 1.2	0.30
Fvc (درصد)		78.8 ± 15.7	74.9 ± 20	0.45
Fev1 (لیتر)		2.1 ± 0.58	2.2 ± 0.75	0.89
FEC (درصد)		73.8 ± 17.3	75 ± 15.9	0.86

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب دلایل لوبکتومی لوب فوقانی ریه در بیماران بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، سال ۸۰-۱۳۷۸

متغیرها	گروه	مورد	شاهد
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
دلایل لوبکتومی	۶ (۶۰)	۶ (۶۰)	۹ (۷۵)
نئوپلاسم	۳ (۳۰)	۳ (۳۰)	۳ (۲۵)
التهابی	۳ (۳۰)	۳ (۳۰)	۳ (۲۵)
ضایعات مادرزادی	۱ (۱۰)	—	—
نوع نئوپلاسم	—	—	—
اسکوآموس	۳ (۵۰)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)
آدنوکارسینوم	۳ (۵۰)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)
تومور کارسینوئید	—	—	۱ (۱۱/۱)
هوچکین	—	—	۱ (۱۱/۱)
محل نئوپلاسم	—	—	—
مرکزی	۳ (۵۰)	۳ (۳۳/۳)	۳ (۳۳/۳)
محیطی	۳ (۵۰)	۳ (۳۳/۳)	۳ (۳۳/۳)
سمت لوبکتومی	—	—	—
راست	۶ (۶۰)	۴ (۳۳/۳)	۴ (۳۳/۳)
چپ	۴ (۴۰)	۴ (۳۳/۳)	۴ (۳۳/۳)

در مجموع از ۲۲ بیماری که تحت عمل جراحی لوبکتومی قرار گرفتند ۱۵ مورد به دلیل نئوپلاسم‌های ریه (۶۸/۲ درصد) و ۶ مورد به دلیل برونشیت ریه (۲۷/۳ درصد) و یک مورد به دلیل ضایعات مادرزادی ریه بود (۴/۵ درصد) و نیز از ۲۲ بیماری که تحت عمل جراحی لوبکتومی لوب فوقانی ریه قرار گرفتند، ۱۰ مورد (۴۵/۵ درصد) لوبکتومی در سمت راست و در ۱۲ مورد (۵۴/۵ درصد) لوبکتومی در سمت چپ انجام شد. هم‌چنین تعداد ۹ بیمار (۶۰ درصد) مبتلا به توموراسکوآموس سل کارسینوم ریه و ۴ بیمار (۲۶/۷ درصد) مبتلا به آدنوکارسینوم ریه و یک مورد (۶/۷ درصد) تومور کارسینوئید و یک مورد (۶/۷ درصد) تومور هوچکین گزارش شد که مورد آخر به دلیل سرفه و خلط خونی (هموپتیزی) مراجعه و با توجه به گزارش سی‌تی‌اسکن ریه و وجود تومور ریوی، تحت عمل جراحی لوبکتومی لوب فوقانی چپ قرار گرفت و آسیب‌شناسی عود تومور هوچکین در ریه را گزارش کرد. از ۱۵ بیمار مبتلا به ضایعات نئوپلازیک در دو گروه، در ۶ مورد (۴۰ درصد) تومور در ناحیه مرکزی ریه و در ۹ مورد (۶۰ درصد) تومور در نواحی محیطی ریه قرار داشت.

در صورت میزان ترشحات کم‌تر از ۵۰ میلی‌لیتر در روز و قطع کامل خروج هوا یک روز پس از عمل، لوله سینه‌ای خارج شد و خروج هوا بیش از ۷ روز، به عنوان خروج طولانی هوا^۱ در نظر گرفته شد. جدول شماره ۳ شاخص‌های درمانی دو گروه کنترل و شاهد را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب شاخص‌های درمانی پس از لوبکتومی لوب فوقانی ریه در بیماران بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، سال ۸۰-۷۸

P-Value	شاهد	کنترل	گروه
شاخص‌های درمانی (روز)	میانگین شاخص‌های بیمار	میانگین شاخص‌های بیمار	میانگین شاخص‌های بیمار
مدت زمان خروج هوا از لوله سینه‌ای	۹/۱ ± ۸/۱	۲/۶ ± ۱/۱	۷/۲
مدت زمان استفاده از لوله سینه‌ای	۱۰/۱ ± ۷/۶	۴ ± ۰/۷	۷/۲

1. Prolonged air leak

در گروه شاهد در ۷ مورد (۵۸ درصد) مدت زمان نشت هوا بیش از ۷ روز و در یک بیمار، بیش از ۳۰ روز به طول انجامید و در یک مورد منجر به آمپیم ریه شد. در این گروه از بیماران میانگین مدت بستری در بیمارستان ۱۰/۸ روز بود.

بحث

خروج طولانی مدت هوا از لوله سینه‌ای و نیز باقی ماندن فضا^۱ پس از لوبکتومی لب فوقانی ریه در توراکس یافته شایعی می‌باشد.

از شیوع این عارضه، در صورت تجربه جراح تا حدودی کاسته خواهد شد. اما در صورت وجود مشکلاتی نظیر بیماری زمینه‌ای ریه و عدم توانایی ریه باقی مانده در اتساع کامل، منجر به باقی ماندن فضا در توراکس و ادامه نشت هوا خواهد شد تا حدی که می‌توان ادعا کرد نشت طولانی هوا پس از لوبکتومی لب فوقانی نادر نمی‌باشد (۱). ادامه نشت هوا علاوه بر طولانی تر شدن مدت بستری در بیمارستان، عوارض خطرناکی هم چون آمپیم ریوی به دنبال خواهد داشت. درمان آمپیم ریه به دنبال جراحی‌های ریوی، درمانی مشکل، طولانی و با مرگ و میر بالا است.

نتایج مطالعه نشان داد متوسط مدت زمان بستری، مدت زمان استفاده و خروج هوا از لوله سینه‌ای در بیمارانی که از چادر پلورال تنگ استفاده کرده بودند کم‌تر از بیمارانی بود که استفاده نکرده بودند. نتایج مطالعه Robinson و همکاران (۱۹۹۸) و نیز Brunelli و همکاران (۲۰۰۰) مشابه این مطالعه بوده و نشان داد که استفاده از چادر پلورال باعث کاهش مدت زمان استفاده از لوله سینه‌ای و کم شدن مدت بستری در بیمارستان خواهد شد (۷، ۵).

باقی ماندن فضا در همی توراکس پس از عمل جراحی لوبکتومی لب فوقانی به عنوان عامل خطر ساز برای خروج طولانی هوا از لوله سینه‌ای در نظر گرفته شده و می‌تواند با عفونت پس از عمل جراحی و آمپیم همراه باشد (۹۸، ۱). که این مشکل همواره ذهن جراحان توراکس را به خود مشغول کرده است. در دهه‌های گذشته، اغلب موارد جراحی‌های ریوی به دلیل بیماری‌های التهابی ریه بود حال آن‌که امروزه بیش‌تر جراحان توراکس با انجام لوبکتومی برای بیماری‌های تئوپلازیک ریه مواجه هستند. اغلب این بیماران سیگاری بوده و دارای بیماری‌های ریوی زمینه‌ای می‌باشند. توراکوپلاستی، میوپلاستی و پنوموپریتون همه از روش‌هایی است که برای کاهش فضای داخل توراکس به کار رفته‌اند. یکی از آخرین روش‌های به کار گرفته شده، چادر پلورال است. این روش اولین بار توسط Hansen, Miscall با هدف کاهش حجم توراکس به کار رفته است. Rainer روش آپیکولیز اکستروپلورال را پیشنهاد داد که مشابه روش قبلی بود. او در این روش فاسیای اندوتوراسیک را به همراه پلورجداری آزاد می‌ساخت ولی این اقدام با خونریزی زیادی همراه بوده و امروزه از این تکنیک استفاده نمی‌شود. از سال ۱۹۹۳ پس از شروع جراحی‌های کاهش دهنده حجم ریه، برای درمان آمفییزم ریوی استفاده از چادر پلورال برای کاهش حجم توراکس و کم کردن مدت خروج هوا مورد توجه قرار گرفت.

در این مطالعه نشان داده شد به کارگیری چادر پلورال به مقدار قابل ملاحظه‌ای از میزان مدت زمان خروج هوا از لوله سینه‌ای و نیز مدت زمان بستری بیمار و عوارض خواهد کاست. استفاده از چادر پلورال روشی ساده و بی‌خطر بوده که به کارگیری آن با عارضه اضافی در بیماران همراه نخواهد بود. بنابراین محقق به کارگیری چادر پلورال پس از انجام لوبکتومی لب فوقانی ریه را توصیه می‌کند.

1. Air space

فهرست منابع

1. Thomas, sheilds *general surgery*, Philadelphia Lipincott W&W 2000, PP:
2. Miscall L, Dutty RW, Nolan RB, klopstock R. The pleural tent asa simultaneous tailoring procedure in combination with pulmonary resection. *Am rev tuberc.* 1956; 73: 831-852.
3. Hansen JL. Parietal pleurolysis (the pleural tent asa simultaneous space reducing procedure in combination with pulmonary resecion. *Acta chir scand.* 1947; 112: 485- 488.
4. Millerg.Acute and delayed space problem following pulmonary resection chest surg *Clin north Am.* 1996; 6: 15-21.
5. Robinson LA, prekstod. Pleural tent during upper lobectomy decease chest tube time and total hospitalization days. *J Thorac Chardiovascular surg.* 1998; 115: 319-27.
6. Venuta F, De Diacomot, Rendina EA, Riccici and coloni GF thoracoscopy pleural tent. *Annal thoracic surg.* 1998; 66: 1833-1834.
7. Brunelli A,AL Rafai, Muti M, Sabbatini A, Fianchini A pleural tent after upper lobectomy a prospective randomized study. *Ann thorac surg.* 2000; 69: 1722-1724.
8. Rainer WG, Newby JP. Prevention of residual space problems after pulmonary resection. *Am J surg.* 1967; 114: 744-747.
9. Erdial Okur,Alton kir,Semith Halezerogle A. levent Alpay, Ali Atasalihi. Pleural tenting following upper lobectomies or biolobectomies of the long to pevent residul air space and prodonged air leak. *Euro J of cardiothoracic surg.* 2000; 20: 1012-1015.