

عوامل پیش بینی کننده تراکتوستومی در جراحی قلب باز

دکتر فریدون سبزی* - دکتر حسن تیموری**

* متخصص جراحی عمومی، فوق تخصص جراحی قلب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

** متخصص بیهوشی، فلوشیپ بیهوشی قلب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی لرستان

چکیده

زمینه و هدف: یکی از عوارض شوم جراحی قلب، نارسایی تنفسی است که در بسیاری از موارد ناشی از اثرات گردش خون برون پیکری بر ارگان‌های بدن از جمله ریه می‌باشد. بیماران مبتلا به این عارضه به دستگاه ونتیلاتور بصورت طولانی مدت وابسته شده و سرانجام بعضی از آنها نیاز به تراکتوستومی پیدا می‌کنند؛ این بیماران در معرض عوارض تراکتوستومی از قبیل، تنگی تراشه، خونریزی، عفونت، هیپوکسی قرار می‌گیرند.

روش بررسی: این مطالعه طی یک دوره ۲/۵ ساله و روی ۱۲۰۰ بیمار صورت گرفت. در این بررسی با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک، متغیر تراکتوستومی به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرها به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند. در این مطالعه متغیرهایی با P-value کمتر از ۰/۵ بعنوان متغیرهای با اهمیت در نظر گرفته شدند و odd Ratio یا نسبت شانس آنها تعیین گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه متغیرهای با P-value کمتر از ۰/۵ شامل، مصرف دوز بالای اینوتروپ، زمان پمپ و تعبیه IABP (بالون پمپ) و نارسایی قلب و COPD (بیماری انسدادی مزمن ریه) و دیابت بود که odd Ratio آنها به ترتیب شامل ۱/۵، ۱/۲، ۱۳/۵، ۲۱، ۱۱، ۱۶ به دست آمد. در این بررسی از ۲۷ بیمار تراکتوستومی شده، ۲۴ نفر وارد مطالعه شدند سرانجام ۱۸ نفر پس از تراکتوستومی از دستگاه جدا شدند و ۶ نفر در اثر عوارض تراکتوستومی فوت کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به عوارض پیش گفته، تشخیص و شناخت عوامل پیش بینی کننده تراکتوستومی از لحاظ جلوگیری از عوارض مرگ و میر ناشی از تراکتوستومی در جراحی قلب باز بسیار مهم است.

واژگان کلیدی: جراحی قلب، نارسایی تنفسی، تراکتوستومی

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۷

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۱۶

نویسنده مسئول: خرم‌آباد - دانشگاه علوم پزشکی کردستان - مدیر گروه بیهوشی Hassan30090@Yahoo.com

مقدمه

در معرض خطر و دارای Odds Ratio (نسبت شانس) زیاد برای تراکتوستومی تصمیم‌های مطلوب‌تری گرفته با انجام بازتوانی ریوی قبل از عمل، این عارضه مهم را کاهش دهد. در صورت ایجاد نارسایی تنفسی (نیاز به ونتیلاتور بیشتر از ۴۸ ساعت) درصدی از این بیماران (۲۰٪) طی ۴۸ ساعت پس از جدا شدن از دستگاه تنفس مصنوعی نیاز به لوله‌گذاری مجدد پیدا می‌کنند (reintubation) و از بین این بیماران ۱۰٪ نیاز به تراکتوستومی پیدا می‌کنند (۶،۷). عواملی که لوله‌گذاری مجدد را پس از جراحی قلب افزایش می‌دهند شامل نوع عمل، کسر انقباضی، فشار اکسیژن شریانی قبل از عمل، تعداد گرفت‌ها، سن بالا، مصرف بالون پمپ، زمان پمپ و کلامپ آنورت، فشار اکسیژن شریانی در زمان خارج کردن لوله می‌باشد (۸). مطالعه اخیر و مطالعات خارجی نشان داده‌اند (۹) که لوله‌گذاری مجدد که در اثر عدم رعایت دقیق معیارهای خارج کردن لوله تراشه پس از جراحی

نارسایی تنفسی پس از جراحی قلب باز یکی از عوارض شوم گردش خون برون پیکری است که بیمار را در معرض عوارض زیادی که مهمترین آنها نارسایی چندین ارگان (multiorgan failure) است قرار می‌دهد. زیرا این بیماران به علت وابسته شدن به دستگاه تنفس مصنوعی (ventilator) و به علت عفونت سرانجام فوت می‌کنند. ۱۰٪ این بیماران تحت تراکتوستومی قرار می‌گیرند و علاوه بر عارضه مهم فوق در معرض عوارضی از جمله گرانولوم تراشه، هیپوکسی و عفونت دستگاه تنفس فوقانی (سینوزیت چرکی) قرار دارند (۵-۱). بنابراین آگاهی از عوامل پیش‌بینی کننده تراکتوستومی در جراحی قلب باز برای کاهش مرگ بیماران دچار نارسایی تنفسی بسیار مهم است. با شناخت این عوامل، جراح قبل از عمل جراحی می‌تواند در مورد بیماران

از ۵ میکرو گرم برحسب کیلوگرم)، عفونت، خونریزی پس از جراحی، پنومونی و لوله گذاری مجدد مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین عوامل پیش بینی کننده تراکئوستومی از روش آماری رگرسیون لجستیک چند متغیره استفاده شد و برای تعیین میزان اهمیت متغیرهایی که Pvalue آنها از ۵٪ کمتر بود از نسبت شانس یا Odds Ratio استفاده گردید. برای تراکئوستومی از روش مرسوم و سنتی که در کتابها ذکر شده اند استفاده گردید. برحسب تعریف ۱- نارسایی تنفسی به صورت نیاز به دستگاه تنفس مکانیکی برای بیشتر از ۳ روز، ۲- نارسایی قلبی به صورت ادم ریوی در زمینه کاهش کارکرد قلب و کسر انقباضی، ۳- نارسایی کلیوی به صورت افزایش کراتینین بیشتر از ۱/۵ میلی گرم در دسی لیتر، ۴- COPD به صورت کاهش FEV بیش از حد مورد پیش بینی شده یا مصرف داروهای گشادکننده برونش برای ۲ ماه یا بیشتر، ۵- عفونت به عنوان کشت مثبت خون یا ترشحات یا نیاز به تجویز آنتی بیوتیک بنا بر دستور جراح یا تورم و قرمزی و ترشح چرک از محل زخم، ۶- دیابت به صورت مصرف داروهای خوراکی کاهنده قند خون یا مصرف انسولین، ۷- پرفشاری خون به صورت افزایش فشارخون بیش از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و ۸- عوارض ریوی به صورت پنومونی، آتلکتازی، تراکئوستومی، لوله گذاری مجدد، افیوژن بلوک، ARDS و آسبه ریوی تعریف می شود.

روند جدا کردن بیماران از دستگاه تنفس مصنوعی با رعایت معیارهای زیر می باشد:

- ۱ - ثبات همودینامیک
 - ۲ - عدم نیاز به دستگاه بالون پمپ یا دوز بالای اینوتروپ
 - ۳ - فقدان آریتمی قلبی
 - ۴ - تعداد تنفس کمتر از ۲۵
 - ۵ - نسبت $\frac{PO_2}{FiO_2} < 200$
 - ۶ - فشار CO₂ شریانی کمتر از ۴۵
 - ۷ - فشار تنفس دمی بیش از ۲۵ سانتی متر آب
 - ۸ - ظرفیت حیاتی بیش از ۵ میلی لیتر برحسب کیلوگرم
 - ۹ - اشباع شریانی اکسیژن بیشتر از ۹۰ درصد
- در صورتی که بیمار با رعایت معیارهای فوق لوله گذاری مجدد شود و پس از ۷ روز قادر به جدا شدن از دستگاه تنفس مصنوعی نباشد و یا جراح و متخصص بیهوشی به علت ترشحات زیاد و نارسایی قلبی و ادم شدید ریوی حدس می زنند که بیمار بیشتر از ۷ روز به دستگاه وصل خواهد شد در این صورت اقدام بعدی تراکئوستومی خواهد بود.

یافته ها

از ۲۷ بیمار تراکئوستومی شده، ۳ مورد به علت لوله گذاری مشکل (difficult intubation) تراکئوستومی شدند که از مطالعه حذف شدند. از ۲۴ بیمار باقیمانده ۶ مورد به علت نارسایی چندین ارگان فوت کردند. از ۱۸ بیمار سرانجام تراکئوستومی شده ۳۰٪ دارای نارسایی

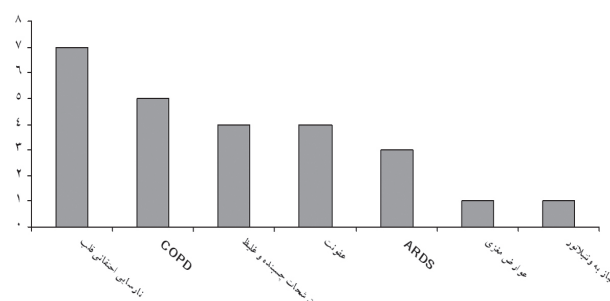
است باعث بروز عوارض و مرگ و میر بیمارستانی می شود که این مرگ و میر در اثر خود لوله گذاری و عوارض ناشی از آن (هیپوکسی، تغییرات همودینامیک، عفونت آسپیراسیون محتوای معده، شکستگی دندانها و ...) و عوارض تراکئوستومی (گرانولوم، زخم تراشه، فیستول تراشه به نای، آسپیراسیون، پنومونی، تنگی تراشه) می باشد (۱۱، ۱۰). این مطالعه در جهت شناخت عوامل پیش بینی کننده تراکئوستومی صورت گرفته است.

روش بررسی

از سال ۱۳۸۲ لغایت نیمه دوم سال ۱۳۸۵، در یک دوره زمانی ۲/۵ ساله، ۱۲۰۰ بیمار جراحی قلب باز که به طور پشت سر هم (consecutive) در بیمارستان امام علی (ع) مورد جراحی قلب قرار گرفته بودند وارد مطالعه شدند که در این بین ۲۷ بیمار نیاز به تراکئوستومی پیدا کردند. علل انجام تراکئوستومی عبارت بودند از:

۱. لوله گذاری مشکل یا (difficult intubations)
 ۲. سندرم نارسایی حاد تنفسی (ARDS)
 ۳. نارسایی احتقانی قلب
 ۴. عفونت (پنومونی)
 ۵. بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)
 ۶. نیاز به تنفس مکانیکی طولانی مدت (بیش از ۷ روز)
 ۷. عوارض مغزی (انفارکتوس، ادم مغزی، خونریزی مغزی، آمبولی)
 ۸. ترشحات زیاد و خلط چسبنده و غلیظ (نمودار ۱)
- از بین بیماران تراکئوستومی شده بیماران گروه اول از مطالعه حذف شدند.

در این مطالعه علاوه بر تراکئوستومی، متغیرهایی مثل سن، جنس، وزن، مدت زمان پمپ، مدت زمان کلامپ آئورت، کسر انقباضی، فشاراکسیژن شریانی و فشاری دی اکسیدکربن شریانی در قبل از عمل، دیابت، فشارخون، بیماری انسدادی مزمن ریوی، سابقه مصرف سیگار، نارسایی قلبی، تعبیه بالون پمپ، استفاده از دوز بالای اینوتروپ (بیشتر



نمودار ۱ - توزیع فراوانی عوامل زمینه ای منجر به انجام تراکئوستومی در بیماران مورد بررسی

چند متغیره در مورد نارسایی تنفسی در ۸۰ بیمار که در آن نارسایی تنفسی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد، عوامل پیش بینی کننده شامل COPD، مصرف اینوتروپ، نارسایی قلب و فشار شریانی دی اکسید کربن قبل از عمل بود که Odds Ratio آنها بترتیب ۱۵/۷، ۱۳/۲، ۱۱/۲ و ۸/۲ بود (جدول ۲). در آنالیز لجستیک چند متغیره که در آن لوله گذاری بعنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. عوامل نارسایی قلب و مصرف اینوتروپ با Odds Ratio ۶ و ۱۲ اهمیت آماری داشتند (جدول ۳).

بحث

نارسایی تنفسی و لوله گذاری مجدد (reintubation) و

قلبی، ۲۰٪ سابقه تعبیه IABP و ۴۵٪ سابقه مصرف اینوتروپ پس از جراحی داشتند. میزان کسر انقباضی در بیماران تراکتوستومی شده بطور متوسط، 36 ± 4 ٪ بود. زمان پمپ در آنها به طور متوسط 95 ± 12 دقیقه بود و سرانجام ۸۱٪ دچار عفونت راه های هوایی فوقانی، پنومونی و کشت مثبت شدند. COPD در ۵۰٪ بیماران، دیابت در ۴۱٪، سابقه مصرف سیگار در ۲۹٪ و اعتیاد به تریاک در ۳۸٪ مشاهده شد. میزان بروز عوارض ریوی ۶۸٪ و میزان مرگ در این بیماران تراکتوستومی شده ۲۵٪ بود. در آنالیز رگرسیون لجستیک چند متغیره، تراکتوستومی بعنوان عامل وابسته بود. عوامل زیر دارای Pvalue کمتر از ۵٪ بودند که شامل مصرف اینوتروپ، زمان پمپ، تعبیه بالون پمپ، نارسایی قلبی، COPD و دیابت بود. Odds Ratio بترتیب ۱۵/۱، ۱۲/۱، ۱۳/۵، ۲۱، ۱۱ و ۱۶ بود (جدول ۱). در آنالیز لجستیک

جدول ۱- عوامل پیش گویی کننده تراکتوستومی بعد از عمل با روش رگرسیون لجستیک

متغیرها	COEF (ضریب رگرسیون)	Standard Error (اشتباه معیار)	Odd-ratio (نسبت شانس)	P-value	R (ضریب تعیین)
مصرف اینو تروپ	۰/۰۳۴	۰/۰۱۳۳	۱۵/۱	۰/۰۲	۰/۹۹۹۲
زما ت پمپ	۰/۰۱۲	۰/۰۲۰۴	۱۲/۱	۰/۰۳۴	۰/۱۱۲۳
تعبیه بالون پمپ	۰/۰۱۴	۰/۰۱۸۳	۱۳/۵	۰/۰۳	۰/۰۰۹۲
نارسائی قلبی	۰/۰۶۴	۰/۰۱۳	۲۱	۰/۰۲۵	۰/۹۹۱۱
بیماری مزمن انسدادی ریه	۰/۰۴۴	۰/۰۱۹۰	۱۱	۰/۰۲۷	۰/۹۴۷۲
دیابت	۰/۰۷۴	۰/۰۱۷۶	۱۶	۰/۰۱۲	۰/۳۴۷۲

جدول ۲- عوامل پیش گویی کننده نارسایی تنفسی بعد از عمل با روش رگرسیون لجستیک

متغیرها	COEF (ضریب رگرسیون)	Standard Error (اشتباه معیار)	Odd-ratio (نسبت شانس)	P-value	R (ضریب تعیین)
مصرف اینو تروپ	۰/۰۱۴	۰/۰۱۵۳	۱۵/۷	۰/۰۵	۰/۷۶۹۲
زما ت پمپ	۰/۰۲۲	۰/۰۲۳۰۴	۱۳/۲	۰/۴۴	۰/۱۰۰۳
تعبیه بالون پمپ	۰/۰۷۵	۰/۰۳۴۳	۱۱/۲	۰/۰۴	۰/۳۲۹۲
نارسائی قلبی	۰/۰۸۹	۰/۰۱۵۶	۸/۲	۰/۰۳۵	۰/۳۰۱۱

جدول ۳- عوامل پیش گویی کننده لوله گذاری مجدد بعد از عمل با روش رگرسیون لجستیک

متغیرها	COEF (ضریب رگرسیون)	Standard Error (اشتباه معیار)	Odd-ratio (نسبت شانس)	P-value	R (ضریب تعیین)
نارسائی قلبی	۰/۰۶۴	۰/۰۱۲۳	۱۲	۰/۰۵	۰/۲۹۹۲
مصرف اینوتروپ	۰/۰۰۲	۰/۰۲۵۳۰۴	۶	۰/۳۴	۰/۲۵۰۹

منتشر عروق کرونر، باریک بودن عروق فوق، بیماری زمینه‌ای مثل نارسایی کلیوی و پیشرفته بودن و طول کشیدن اثرات قلبی بیماران دیابتی است. بسیاری از بیماران دیابتی در اثر نوروپاتی دردهای قفسه صدری تیپیک نداشته و در واقع دیرتر تشخیص داده می‌شوند؛ خود این عامل باعث شده که بعد از چند بار انفارکتوس و با کاهش کسر انقباضی برای جراحی ارجاع شوند که در نتیجه دیابت علاوه بر اینکه خود فاکتور مستقلاً در مطالعات دیگر (۱۳) در ایجاد نارسایی قلبی و تراکتوستومی بوده به علت ایجاد زمینه‌های فوق اثرات دوگانه‌ای دارد. روند دیگری که در این روند سرانجام منجر به تراکتوستومی می‌شود (۱۰٪ بیماران)، نارسایی تنفسی است. طبق تعریف نارسایی تنفسی به وابستگی بیمار به دستگاه ونتیلاتور برای بیشتر از ۴۸ ساعت اطلاق می‌شود (۱۰) و بنابراین بسیاری از این بیماران یا ظرف روزهای بعد (۷ روز) extubate شده و از دستگاه جدا می‌شوند و یا به علت‌هایی که پیش‌تر توضیح دادیم تراکتوستومی می‌شوند. متغیرهایی که در مطالعه تیم تحقیق‌کننده در بررسی نارسایی تنفسی با مدل رگرسیون چند متغیره، COPD ($Odds Ratio = 15/7$)، مصرف بالای اینوتروپ ($Odds Ratio = 13/2$) و نارسایی قلبی ($Odds Ratio = 11/2$) از اهمیت چشمگیر آماری برخوردار بودند. در مورد Pco_2 شریانی قبل از عمل $Odds Ratio = 8/2$ بود. در مطالعات دیگر (۱۳)، که در مورد نارسایی تنفسی و با مدل رگرسیون انجام شده بود، یکی از متغیرهای مشترک COPD و نارسایی قلبی بود. البته محدودیت این مطالعات محدود بودن تعداد موارد نارسایی تنفسی مورد مطالعه، سن کم افراد مورد مطالعه و مخدوش بودن مطالعه از نظر نوع عمل جراحی می‌باشد که بیشتر آنها جراحی عمومی بودند. این محدودیت‌ها در مطالعه تیم تحقیق‌کننده وجود نداشت. مصرف دوز بالای اینوتروپ هم بطور مستقیم با تحریک گیرنده‌های بتا و هم به علت نارسایی قلبی به عنوان بیماری زمینه‌ای باعث ادم ریوی و نارسایی قلبی شده است که این اتفاق بیشتر در بخش‌های ICU قلب باز مشاهده می‌شود و در بخش‌های جراحی عمومی کمتر مشاهده می‌شود؛ زیرا دوزهای اینوتروپ مصرفی در ICUهای جراحی عمومی به اندازه جراحی قلب باز نمی‌باشد. اما روند دیگر که بطور زنجیروار پس از نارسایی تنفسی طول کشیده ($48 >$) مشاهده می‌شود لوله‌گذاری مجدد است. که معیار extubate کردن بیماران در مقدمه شرح داده شد و به هر دلیل که بیمار مجدداً لوله‌گذاری می‌شود پزشک مربوطه با اصلاح بیماری زمینه‌ای با درمان دارویی اقدام به خارج کردن مجدد لوله (extubate) بیمار می‌نماید. در این فرآیند ۲۰٪ از بیماران مجدداً لوله‌گذاری می‌شوند که سرانجام ۱۰٪ از این بیماران، تراکتوستومی است. در مدل رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی‌کننده لوله‌گذاری مجدد به عنوان فاکتور وابسته، نارسایی قلبی تنها فاکتور مهم از نظر آماری ($P value < 0.05$) و دارای $Odds Ratio = 9$ می‌باشد. به نظر تیم تحقیق‌کننده با وجود ادم ریوی و نارسایی قلبی بعد از جراحی قلب بیماران زودتر extubate می‌شوند و به علت محدود بودن تخت‌های

تراکتوستومی سه عارضه در یک روند به هم پیوسته در بیماران جراحی قلب می‌باشند و معمولاً تراکتوستومی نتیجه نهایی این فرآیند در ۱۰٪ موارد است که گاهی طولانی شده و چند ماه طول می‌کشد و گاه سریعاً منجر به مرگ می‌شود (۱). بنابراین، مطالعه هر یکی از حوادث سه‌گانه فوق بدون توجه به عوامل دیگر، معقول نبوده و باعث Bias یا تورش در مطالعه می‌شود. در این مطالعه تیم تحقیق‌کننده با توجه به تجربیات قبلی، هر سه حادثه فوق را در مدل رگرسیون مطالعه و بررسی کرده، عوامل مشترک را با تعیین Odds Ratio به دست آورده است.

در آنالیز رگرسیون چند متغیره، مهمترین عامل پیش‌بینی‌کننده تراکتوستومی در بیماران، نارسایی قلبی بود که باعث ادم ریوی پس از جراحی شده بود. همزمان با اختلال در تعادل مایعات پس از عمل جراحی قلب باز که معمولاً به علت کاهش فشار خون و تزریق مایعات و مصرف اینوتروپ ایجاد می‌شود وجود ترشحات زیاد باعث لوله‌گذاری مجدد بعد از extubation می‌شود؛ به علت اینکه معمولاً ادم ریوی و تغییرات ریوی در این بیماران بیشتر از چند روز طول می‌کشد و بیمار ۲-۱ بار لوله‌گذاری مجدد (reintubate) می‌شود، سرانجام بیمار تراکتوستومی می‌گردد. در چند مطالعه انجام گرفته (۱۱، ۱۰) نتیجه فوق به دست آمده است یعنی نارسایی قلبی به عنوان مهمترین عامل تراکتوستومی معرفی شده است. اما در یک مطالعه دیگر (۱۲)، این عامل در آنالیز چند متغیره در لوله‌گذاری مجدد و تراکتوستومی نقش داشته است. اما دارای Odds Ratio بالایی گزارش شده که حدوداً ۷/۵ است. عامل دیگر در نارسایی قلبی پس از جراحی، کسر انقباض (EF) پایین می‌باشد که طبق تعریف نوع شدید آن یا severe dysfunction LV به کاهش کسر انقباض به ۳۰٪ یا پایین‌تر اطلاق می‌شود. در این مطالعه در بیماران دارای کسر انقباض پایین که به عنوان فاکتور مستقل در مدل رگرسیون وارد شد Odds Ratio با درصد بالایی گزارش شده که توسط سایر مطالعات تایید گردید. عامل دیگر مصرف اینوتروپ پس از جراحی می‌باشد که در بیماران با ادم ریوی و نارسایی قلبی، و در مدل رگرسیون، مصرف اینوتروپ به عنوان عامل مستقل دارای $Odds Ratio = 12$ در مدل فوق بود. به نظر تیم مطالعه‌کننده مصرف دوز بالای اینوتروپ (بیشتر از ۵ میکروگرم) علاوه بر اینکه معمولاً در بیماران دارای سندرم برون ده قلبی پایین (low cardiac out put) شایع است خود داروهای اینوتروپ مخصوصاً آدرنالین با تحریک گیرنده‌های بتا باعث ترشح زیاد ریوی و ادم ریوی ناشی از آدرنالین می‌گردند که به کرات در بیماران دارای برون ده قلبی پایین مشاهده می‌شود. در مطالعات دیگر هر چند اشاره‌ای به مصرف اینوتروپ نشده است اما به مسئله ادم ریوی ناشی از مصرف داروهای اینوتروپ در دوز بالا اشاره نشده است. یکی از فاکتورهایی که به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده در تراکتوستومی دارای Odds Ratio بالایی می‌باشد، دیابت است که به نظر نویسندگان مقاله ناشی از اثرات مزمن دیابت بر شدت فرآیند آترواسکلروز و شدت تنگی عروق کرونر، تنگی

با بالون پمپ، یا مصرف دو یا سه داروی اینوتروپ با دوز حداکثر (در بیمارستان تیم تحقیق کننده این دوز ۱۵۰-۱۰۰ میکروگرم است)، بالون پمپ و سرانجام استفاده از بیوپمپ به عنوان قلب مصنوعی متغیر است. بنابراین توصیه می‌گردد پزشکان محترم در موارد کاهش بازده قلبی پس از جراحی، علاوه بر شکیبایی در خارج کردن لوله تراشه (extubation) بیماران پس از جراحی و درمان کامل نارسایی پس از عمل، بجز موارد اورژانس، این بیماران در معرض خطر را قبل از عمل علاوه بر درمان دارویی، ۲ تا ۳ هفته جهت فیزیوتراپی و بازتوانی ریوی ارجاع دهند. برای مثال بسیاری از بیماران زن ارجاع شده برای جراحی قلب که مسن یا میان سال هستند و در شهرستان ساکنند سال‌های متمادی با روش سنتی استفاده از تنور، نان پخت می‌کنند و متأسفانه در مواردی مشکلات تنفسی آنها از دید پزشک پنهان می‌ماند زیرا معیار اکثر پزشکان در این موارد سیگاری بودن یا وابسته بودن به اپیوم است و چون زنان کمتر دارای این مشکلات هستند در این مورد از گرفتن شرح حال غفلت می‌شود؛ یا مواردی که برای اسپیرومتری ارجاع می‌شدند پزشک مربوطه کاهش حجم‌های ریوی یا حجم بازدمی را به علت همکاری نکردن بیمار یا عدم اجرای دستورات پزشک در انجام آزمایش می‌داند در حالیکه مسأله، این طور نیست بنابراین توجه به کاهش متغیرهای تنفسی در بیماران سیگاری، مصرف‌کننده تریاک، آسفالته کاران، رانندگان با سابقه، خانم‌های ساکن در روستا، نانوهای سنتی بسیار مهم است و درمان دارویی و فیزیوتراپی تنفسی قبل از عمل، دارای اهمیت زیادی است. امیدواریم که همکاران دیگر در تحقیقات آینده شانس نارسایی تنفسی بعد از جراحی قلب باز را در مشاغل خاص و یا شرایط خاص از پیش ذکر شده مورد تحقیق قرار دهند.

تقدیر و تشکر

با تشکر از خانم محمدی و آموزش بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه که در جمع آوری نمونه‌ها و تایپ مقاله ما را یاری دلند.

ICU قلب و برای افزایش ترخیص و جایگزینی (turnover) بیماران این اقدام گاهی بصورت Fast Tract انجام می‌شود که خود این عامل باعث افزایش میزان لوله‌گذاری مجدد Reintubation در بیماران می‌گردد؛ زیرا به بیمار فرصتی برای اصلاح ادم ریه یا نارسایی قلبی داده نمی‌شود؛ به علاوه حجم‌های تنفسی پس از جراحی قلب باز و استفاده از گردش خون برون پیکری بیشتر کاهش می‌یابد و به علت دستکاری راه تنفسی فوقانی و تعبیه لوله معدی و لوله تراشه، کاهش سیستم ایمنی بعد از جراحی قلب باز و باکتریی احتمالی از سایر ارگان‌ها شانس عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی و تحتانی در بیماران ذکر شده، تشدید پیدا می‌کند. بنابراین در بعضی از موارد extubate کردن زودرس بیماران با رعایت نشدن معیارهای ذکر شده برای خارج کردن لوله تراشه - مخصوصاً در بیماران دارای COPD یا نارسایی قلبی - از علت‌های عارضه‌دار شدن بیماران و سرانجام تراکتوستومی است. زیرا لوله‌گذاری‌های مجدد (reintubation) و خارج کردن آن بیمار را در معرض تروماهای راه‌های تنفسی فوقانی، عفونت، هیپوکسی، ادم مخاطی، تروماهای ناشی از ساکشن (تخلیه‌های مکرر در راه‌های تنفسی تحتانی، آسپیراسیون ریوی، آسپیراسیون ریوی (محتوای معده)، آسپیراسیون دندان‌ها در اثر شکستگی آنها در شرایط اورژانس^۱ و عوارض دیگر قرار می‌دهد. شاید یکی از محدودیت‌های این مطالعه، افزایش میزان لوله‌گذاری مجدد بدون رعایت معیارهای استاندارد باشد و محدودیت دیگر متفاوت بودن روش‌های معمول (روتین) پزشکان بیهوشی در برخورد با موارد نارسایی تنفسی است.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، عامل مشترک در مدل رگرسیون که در آن سه روند، نارسایی تنفسی، لوله‌گذاری و تراکتوستومی به عنوان عامل وابسته وارد مدل شدند، نارسایی قلبی بود که در جراحی قلب باز برون ده قلبی پایین خود را بصورت (low cardiac out put) نشان می‌دهد؛ پدیده اخیر نیز دارای مراتب و درجاتی است که از مصرف یک داروی اینوتروپ با دوز ۵ میکروگرم بر حسب وزن تا مصرف اینوتروپ

References

- 1- Habib J, Zacharias GZ, Green FG. Determination of prolonged mechanical ventilation after CABG. Ann Thorac Surg 1996; 62: 1164-71.
- 2- Deming RH, Teed CV. Incidence and morbidity of extubation failure in surgical intensive care patients. Cri Care Medic 1998; 16: 573-7.
- 3- Gross SB, George FG, Richard. Early extubation preliminary experience in the cardio thoracic patient population. Am J Cri care 1995; 4, 262-6.
- 4- London MJ, David RT, Roger N et al. Fast vs. slow track; factors influencing early extubation and length of stay. Anesthesiology 1996, 61, 42-7.
- 5- Albrecht E, Scholten KL, Edmond IO, Outcome

۱ - در یک مورد آسپیراسیون دندان بیمار منجر به ترومای ناشی از دستکاری و فیستول برنکوپلورال گردید.

- of patient requiring air way management in surgical critical illness *Cri Care Med* 1995, 23, Supp A 34.
- 6- Redmond JM, Green PS, Robert Y. Neurological injury in cardiac surgical patient with history of stroke. *Ann Thoracic Surg* 1996, 61, 42-7.
 - 7- Prakesh X, Cohen A, James G. Criteria for early extubation after cardiac surgery in adult. *Anesth Analge*, 1977, 56, 703-708.
 - 8- Cohen A, Kathis A, Roger N. COPD disease in patient undergoing CABG. *J Thoracic Cardio Vascu Surg* 1995, 109, 574-584.
 - 9- Macintire NR Stock CM. Weaning mechanical ventilation support in Kirby, clinical application of ventilatory support .Churchill Livingston. 1990,263-76
 - 10- Walts SC, Murthy AC, Arolliga JP. Tracheostomy after cardiovascular surgery; an assessment of long term outcome. *J Thorac Cardiovascu Surg*, 2006; April 1, 131 (4), 830-837.
 - 11- Hoskote Cohen G, Goldman A, L Tracheostomy in infant and children after cardiovascular surgery. *J Thorac Cardiovascu Surg*, 2005; 130 (4): 1086-1093.
 - 12- Stanly TH, Liu WS. Tracheostomy and endotracheal tube cuff volume change after thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 1997 Aug; 20 (2): 144-151.
 - 13- Legarra Sarraide JA, Lopez Coronado J. Surgical approach for cardiac surgery in a patient with tracheostomy. *Eur J Cardiovasc Surg* 1998 Sep; 14 (3); 338-9.
 - 14- Woodside JB, Zwishenberger DA, Olevera R. T-modification of sternotomy to accommodate a low-lying tracheostomy. *Ann Thorac* March 1 2004; 77 (3); 1109-1109.