

العناية بالمريض في مرحلتي ما قبل وبعد الجراحة

د.سجيع مسعود*

قبل للنشر في 1997/8/18

□ ملخص □

- بدراسة عدد كبير من مرضى قسم الجراحة الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ما بين عام 1991-1996 والذين أجريت لهم الجراحة سواء أكانت إسعافية أم عاجلة أم مبرمجة تبين أن:
- مرحلة تحضير المريض بعد أخذ القصة والسوابق المرضية بشكل تام قبل إجراء الجراحة بإجراء الفحوصات والتحليل المخبرية والشعاعية مع إجراء الاستشارات الاختصاصية تلعب دوراً هاماً في نجاح ونتائج الجراحة.
 - تحديد نوع وزمن إجراء الجراحة بالوقت المناسب بعد وضع التشخيص ودراسة الحالة العامة للمريض وتحضيره الجيد للجراحة ذو أهمية بالغة في إنجاح العمل الجراحي وتقليل نسبة المضاعفات والوفيات.
 - تعاون الجراح مع طبيب التخدير لتحديد نوع وطريقة التخدير وسرعة إنجاز الجراحة بعد تفهم وتحضير المريض جيداً يلعب دوراً كبيراً في إنجاح الجراحة وتأهيل المريض السريع.
 - العناية بالمريض بعد إجراء الجراحة سواء من الطاقم الطبي - التمريضي ومن ذوي المريض مع إجراء التحاليل والفحوصات اللازمة والاستشارات الاختصاصية مع التقيد بطريقة العلاج والمتابعة يلعب دوراً في إنقاص فترة استشفاء المريض وفي تقليل نسبة المضاعفات والوفيات بشكل ملحوظ.
 - الاهتمام والدراسة الجيدة لكل مريض مهما كان نوع الجراحة التي ستجرى له بدون التقيد بسنن وجنس المريض يبعد كثيراً من المشاكل والمضاعفات.

* مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

TAKE KARE OF PATIENT PRE AND POST SURGERY

Dr. SAJEEA MASSAOUD*

Accepted 18/8/1997

□ ABSTRACT □

Through study of a wide category of surgical patients admitted to AL-Assad University Hospital at Lattakia between the period of 1991-1996 to whom emergent or selective surgeries were performed, we realized that:

- *The stage of patient's preparation, following to complete realization of the clinical history and previous exposures to disease prior to surgery, through performing laboratory and radiological testings beside finishing the specialized consultations, have its important effect in the final outcome of surgery.*
- *Determination of proper timing and place and type of surgery is of real importance in success of surgery and minimizing the rates of complications and mortality.*
- *Cooperation between surgeon doctor and anesthetic doctor to determine type and method of anesthesia and the finalizing of the surgery intervention following to proper preparation of patient will have massive effect in success of surgery and quick rehabilitation of patient.*
- *Insuring good care for patient following surgery, either by the medical, or nursing staff and by the patient's relatives, beside performing required analysis and consultations and practising the proper methods of therapy and follow up will leave its impact in minimizing hospitalization period of the patients and minimizing rate of complications and mortality .remarkably.*
- *Performing good study and enough researches and caring for all patients what soever the type of his surgery will be regardless of his age and sex.*

* Lecturer in Department of Surgery – Medicine Faculty – Tishreen University – Lattakia – Syria.

مقدمة:

تمت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية - قسم الجراحة - على عدد كبير من المرضى الذين دخلوا المستشفى خلال ستة أعوام أي ما بين عام 1991-1996م. حيث أجريت لجميع هؤلاء المرضى العمليات الجراحية المعروفة كجراحة المعدة والأمعاء والقولونات والشرج وجراحة المرارة والكبد والطحال وجراحة الغدة الدرقية والثدي وجراحة الفتوق بأنواعها وأشكالها وغيرها من الجراحات الاختصاصية والصغرى. لكن هذه الدراسة تركزت بشكل خاص على بعض الحالات المرضية والتي أعطيت كأمتثلة تبين أهمية العناية بالمريض وإجراء الفحوصات التحاليل مع الاستشارات الاختصاصية سواء في مرحلة ما قبل أو بعد الجراحة والتي درست كأمتثلة بعد تبيان صفات ومميزات كل مرحلة سواء قبل أو بعد الجراحة. تعتبر العناية بالمريض في مرحلة ما قبل وما بعد الجراحة من أساسيات نجاح العمل الجراحي أولاً وتقليل العبء الاقتصادي على المستشفى والمريض ثانياً عدا عن القلق والاضطراب الذي يصيب المريض ومن يحيط به وما يبذله الكادر الطبي والتمريضي من العناية وجهد لإنقاذ حياة المريض أو لتجنب أو لتقليل حدوث المضاعفات وما ينتج عنها في المستقبل.

هدف الدراسة:

- دراسة وتحديد كيفية العناية بالمريض الجراحي في مرحلتي ما قبل وما بعد الجراحة بهدف الحصول على أفضل النتائج وتقليل نسبة المضاعفات والوفيات إلى أقل نسبة ممكنة.
- وضع منهجية محددة للعناية بالمريض في مرحلتي ما قبل وما بعد الجراحة.
- من أجل الوصول إلى الهدف تضمنت الدراسة ما يلي:

أولاً:

- إجراء دراسة نظرية شاملة للمرضى في مرحلة ما قبل وما بعد الجراحة.
- تحديد أنواع الجراحة واستطباتها ومضادات الاستطبات.
- أهم مضاعفات الجراحة.

ثانياً:

- دراسة عملية للمرضى الذين دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية - شعبة الجراحة العامة ما بين عام 1991-1996م، الذين أجريت لهم الجراحة بكافة أنواعها موضحة بجداول عامة، مع أخذ أمثلة منها لبيان أهمية العناية بالمريض سواء في مرحلة ما قبل أو بعد الجراحة.
- وضع خطة مبرمجة محددة بكيفية العناية بالمريض في مرحلتي ما قبل وما بعد الجراحة.

الدراسة النظرية

مرحلة ما قبل الجراحة:

هي المرحلة أو الفترة الزمنية الواقعة ما بين لحظة دخول المريض المستشفى ولحظة بدء الجراحة وهذه المرحلة تختلف من مريض لآخر لكونها تتعلق بشكل خاص بتظاهرات وصفات المرض وبالحالة العامة للمريض. يتوجه الاهتمام في مرحلة ما قبل الجراحة بشكل أساسي على:

1. وضع التشخيص.

2. تحديد استطببات الجراحة سواء كانت عاجلة أو مبرمجة مع تحديد نوع وصفات الجراحة وطريقة التخدير.

3. كيفية تحضير المريض للجراحة.

والهدف من ذلك إنجاح المعالجة على أتم وجه إذا أمكن، أو تخفيض نسبة المضاعفات في مرحلة ما بعد الجراحة والحفاظ على حياة المريض وتأهيله السريع إلى نشاطه العادي [3،5].

الإجراءات الواجبة قبل إجراء الجراحة: تتضمن ما يلي [2،3]:

1. تحديد استطببات الجراحة العاجلة ومضادات الاستطباب.
2. إجراء الفحص السريري الشامل والكافي مع الفحوصات المخبرية والشعاعية وغيرها لمعرفة الحالة العامة للمريض ومعرفة وظائف الأعضاء النبيلة.
3. تحضير المريض نفسياً للجراحة.
4. السيطرة على أي اضطراب في العضوية.
5. العمل على الوقاية من حدوث الخمج.
6. اختيار طريقة التخدير المثلى.
7. تحضير ساحة العمل الجراحي بشكل جيد.
8. نقل المريض إلى غرفة العمليات.
9. وضع المريض على طاولة العمليات بالوضعية المناسبة.

أنواع الجراحة:

تقسم العمليات الجراحية إلى: [3]

1- الجراحة الإسعافية:

تجرى بصورة عاجلة جداً منذ اللحظات الأولى أو خلال عدة سويغات من دخول المريض إلى المستشفى هدفها إنقاذ حياة المريض من الموت أو من حصول المضاعفات الخطيرة.

2- الجراحة العاجلة:

تجرى خلال الأيام الأولى من دخول المريض المستشفى. يحدد إجراء هذه الجراحة بناء على الاستطببات التي قد تكون حياتية Vital أو مطلقة أو نسبية.

آ- الاستطببات الحياتية:

هي الحالات التي تجرى لها الجراحة بصورة إسعافية أو عاجلة جداً لكونها مهددة للحياة أو لأحد الأعضاء وأهم هذه الحالات:

1. النزف الغزير المستمر كما في حالات تمزق أحد الأحشاء (كبد - طحال - كلوة...) أو تأذي أحد الأوعية الكبيرة.
2. الالتهاب الحاد لأحد أعضاء جوف البطن (التهاب الزائدة الحاد - الفتق المختنق والذي مضى على اختناقه أكثر من ستة ساعات - الانسداد المعوي الحاد - انسداد الأوعية المسارية...) هذه الحالات إذا أهملت غالباً ما تسبب التهاب صفاق أو غانغرين.
3. الأمراض الالتهابية القيحية: الخراجات - الفلغمون - التهاب المئانة القيحي - ذات العظم والنقي الحاد...) هذه الحالات إذا لم تجر لها الجراحة قد تتطور إلى خمج قيحي عام.

ب- الاستطبابات المطلقة: تستطب الجراحة بشكل مطلق في عدد من الأمراض:

- الأورام الخبيثة بشكل عام.
 - الأورام الحميدة المترافقة بالمضاعفات.
 - تضيق بواب المعدة.
 - اليرقان الجراحي.
 - خراجات الرئة المزمنة... وغيرها.
- حيث تجرى الجراحة خلال عدة أيام إلى أسبوع من دخول المريض المستشفى.

ج- الاستطبابات النسبية:

هي الحالات التي تجرى بها الجراحة بشكل مبرمج كما في الحالات الفتوق والأورام السليمة غير المترافقة بالمضاعفات - دوالي الطرفين السفليين... وغيرها.

3- الجراحة المبرمجة Primed operation:

تجرى خلال خطة ومواعيد محددة.

مضادات استطباب الجراحة المبرمجة:

- عدم الكفاية القلبية الوعائية.
- القصور التنفسي.
- احتشاء العضلة القلبية الحديث.
- الاحتشاء الدماغي.
- القصور الكبدي والكليوي.
- أمراض الانصمام الخثاري Thrombo - Embolism.
- اضطرابات الاستقلاب والكهارل وخاصة مرحلة فقد المعارضة كما في الداء السكري ومرحلة ما قبل السبات Precomatosus والسبات Coma.
- فقر الدم الشديد.
- الدنف.

نستنتج مما سبق بأنه يجب أن تجرى لكل مريض سيخضع للجراحة الإشارات اللازمة من قبل أطباء اختصاصيين كما يجب أن يخضع لفحص دقيق من قبل طبيب التخدير والإنعاش حيث هذا كله يساعد في تحديد نوع وحجم الجراحة التي ستجرى وطريقة التخدير [3،4].

لكن عندما يكون هدف الجراحة إنقاذ حياة المريض فيجب أن تجرى بالسرعة والدقة المطلوبة آخذين بعين الاعتبار الهدف فمثلاً في حالة التهاب المرارة الحصى الحاد المترافق بحالة عامة سيئة مع أمراض عضالة أخرى يجب تقميم المرارة بدلاً من استئصالها، وكذلك في حالة الانسداد المعوي بسبب سرطان قولون مع حالة دنف عام يجب أن يجرى فقط تقميم (فغرة) Stoma قولوني أو معوي وذلك حسب الحالة لأن توسيع الجراحة قد يكون مهدداً للحياة أكثر منه منقذاً لها [2].

الفحوص الإضافية:

يتم تقويم الحالة العامة للمريض بشكل جيد في مرحلة ما قبل الجراحة باتباع الدراسة والتحليل مع الفحوصات الدقيقة والتفهم الجيد لحالته [1،2،3،4]:

• هل شكاً أو يشكو المريض من عطش (نتيجة لفقدان السوائل أو نتيجة القيء أو هل حصل ضياع دموي بسبب النزف)؟

• هل يوجد عند المريض سوابق اليرجيه أو سبق ونقل له السوائل والدم؟

• هل توجد عند المريض سوابق لآفات كبدية أو كلوية أو اضطرابات دموية...؟

• يعطي منظر الجلد والأغشية المخاطية فكرة عن التجفاف وتوسيع الأوردة السطحية والزرقة وغيرها.

• تحديد عدد وصفات ضربات القلب (النبض) وقياس التوتر الشرياني وضغط الوريد المركزي (الطبيعي

50-150 ملم ماء) خاصة عند المرضى ذوي الخطر وإجراء تخطيط قلب كهربائي وأحياناً إيكو ودوبلر

قلبي.

• دراسة سرعة وصفات عدد مرات التنفس مع إجراء اصغاء الصدر.

• إجراء فحص بول وراسب مع معرفة مقدار كمية التبول خلال 24 ساعة. (الطبيعي من 30-40

ملم/ساعة)؟

• إجراء تحليل دم كامل (زمرة - خضاب - هيماتوكريت - تعداد وصيغة) بالإضافة إلى بيوكيميا الدم

(سكر - بولة - كرياتينين - البيليروبين) بالإضافة إلى الخمائر والكهارل وسرعة التثفل مع دراسة زمن

النزف والتخثر وغيرها من الفحوصات الأخرى التي نراها ضرورية.

• لأخذ الخزعات وخاصة في حالات الأورام وإجراء الدراسة التشريحية المرضية دور هام في تحديد حجم

ونوع الجراحة التي ستجرى ونوع المعالجة.

• تحضير المريض نفسياً بهدف طمأنة المريض إلى سير ونتيجة الجراحة مع تقدم شرح مبسط له أو لمن

حوله عن نوع الجراحة التي ستجرى وما هي المضاعفات التي ممكن أن تحدث أو التي ستحدث إذا تأخر

إجراء الجراحة أو إذا لم يوافق على إجرائها.

لكن ورغم كل هذا ففي الحالات العاجلة يجب أن لا تؤثر الفحوص والتحاليل المخبرية الإضافية

على سرعة إجراء العملية.

علماً بأن تحضير المريض للجراحة يجب أن يبدأ منذ دخوله القسم سواء كان هذا التحضير نفسياً أم

مخبرياً أم شعاعياً مع المعالجة لأي اضطراب أو أي خلل في وظيفة العضوية قبل إجراء الجراحة إن

مكن[1,3].

فترة ما قبل إجراء الجراحة:

هي الفترة الهامة بالنسبة للجراح وللمريض يكون قد تم بهذه الفترة جمع جميع المعلومات عن

المريض وحالته، ويكون قد وضع التشخيص بشكل شبه أكيد على الأغلب مع خطة الجراحة. كما يكون قد تم

إجراء جميع الإمكانيات والمعالجات لتحسين الحالة العامة للمريض، وطبعاً هذه متنوعة وتختلف من مريض

لآخر، فهناك بعض المرضى يحتاجون لتحسين الفعالية التنفسية الدورانية وبعضهم يحتاج لمعالجة فقر الدم أو

للوصول إلى مرحلة سواء درقي في حالات فرط نشاط الدرق قبل إجراء الجراحة[5].

كما أنه يكون قد أجري لبعض المرضى بعض التدابير والإجراءات الخاصة كغسيل المعدة أو وضع

أنبوب أنفي-معدني لرشف محتويات المعدة. أو وضعت لبعضهم قسطرة بولية أو أجري لبعضهم الآخر الحقن

الشرجية لتنظيف الأمعاء. وغيرها من الإجراءات الأخرى حسب ووفق حالة المريض ونوع وحجم الجراحة

التي ستجرى[4].

مرحلة ما بعد الجراحة:

تتأثر حالة المريض في مرحلة ما بعد الجراحة بنوع الجراحة المجراة وطريقة التخدير، إذ أن الكرب Stress الجراحي وما يرافقه من رض جراحي غالباً ما ترافقه الأعراض التالية أو بعض منها [3]:

- الرعب Pavor.
- الهيجية Irritability.
- الأمل Pain.
- تأثيرات أدوية التخدير.
- الإنهاك Exhaustion وغيرها.

تتعلق هذه الأعراض السابقة بعدة عوامل:

1. الحالة العامة للمريض قبل وأثناء الجراحة.
2. نوع وحجم الجراحة.
3. الرض ومدة العمل الجراحي.
4. طريقة ونوع وكفاية التخدير.

هناك ثلاث أطوار أو مراحل تمر بها حالة المريض في مرحلة ما بعد الجراحة وهي [3]:

1- الطور التقويضي Catabolic phases:

يستمر هذا الطور من 3-7 أيام، ويكون أكثر وضوحاً عند وجود اضطراب في العضوية وهذا متعلق بنوع المرض ونوع الجراحة المجراة وما تسببه من كرب ومن مضاعفات. وفي هذا الطور تحدث الاستجابة الدماغية لأي اضطراب موجود بها.

وتملك التظاهرات السريرية لهذا الطور بعض المميزات:

- فعلى مستوى الجملة العصبية: يلاحظ في اليوم الأول من الجراحة تأثير مواد التخدير كالوسن Somnolence وللامبالاة لكن في اليوم الثاني من الجراحة يخف أو يزول تأثير مواد التخدير لكن قد تظهر بعض المعلومات على المريض كالقلق والهيجية وأحياناً أعراض اضطراب توازن الكهارل والسوائل.
- على مستوى الجهاز القلبي الدوراني: يلاحظ شحوب الجلد مع تسرع نبض 20-30% مع ارتفاع في التوتر الشرياني مع خفوت خفيف في ضربات القلب.
- يلاحظ على مستوى الجهاز التنفسي تنفس سريع وسطحي، كما أن السعة التنفسية تنقص من 30% - 50%.

2- الطور العكسي Reversal phases:

يمتد من 4-6 أيام بعد الجراحة إذا لم تحدث المضاعفات. حيث تبدأ التظاهرات والأعراض السريرية التي حدثت في الطور التقويضي بالتراجع نحو الحالة الطبيعية للعضوية.

3- الطور الابتدائي Anabolic phases:

يتم في هذا تعويض ما كان قد فقدته العضوية سواء من البروتين أو الشحوم أو السكريات، إذ يلعب الجهاز العصبي والغدي والجملة العصبية نظيرة الودي دوراً فعالاً في هذا الطور. يستمر هذا الطور عادة 2-5 أسابيع، لكن هذه الفترة تتعلق بشكل عام بنوع وحجم الجراحة المجراة.

العناية والمعالجة المشددة في مرحلة ما بعد الجراحة:

1. معالجة الألم.
2. تحسين الفعالية القلبية-الوعائية.
3. تحسين التنفس.
4. إزالة السمية Detoxification.
5. تصحيح اضطراب توازن السوائل والكهارل والاضطراب الحمضي - الأساسي.
6. التغذية المتوازنة.
7. إعادة وظيفة الجهاز الإفرازي Secretorius ووظيفة جميع أعضاء الجسم.

المضاعفات:

يمكن أن تظهر المضاعفات منذ الساعات الأولى بعد الجراحة أو حتى بعد تخرج المريض من

المستشفى[1،2،3،4].

- أهم المضاعفات التي يمكن أن تظهر خلال اليوم الأول والثاني بعد الجراحة:

1. النزف (داخلي أو خارجي).
2. الصدمة (بأشكالها).
3. عدم الكفاية القلبية.
4. الاختناق Asphyxia.
5. القصور التنفسي.
6. مضاعفات التخدير.
7. اضطراب توازن السوائل والكهارل.
8. الاضطراب البولي (شح البول - انقطاع البول).
9. الخزل المعدي-المعوي.

- أهم المضاعفات التي يمكن أن تحدث منذ اليوم الثالث حتى الثامن بعد الجراحة[1،3]:

1. القصور القلبي الوعائي.
2. ذات الرئة.
3. التهاب الوريد الخثاري Thrombophlebyts.
4. انصمام خثاري Thrabo-embolism.
5. قصور كبدي.
6. قصور كلوي.
7. تقيح Suppuration الجرح.

- أهم المضاعفات المتأخرة التي يمكن أن تحدث بعد خروج المريض من المستشفى[3،4]:

1. مضاعفات العضو الذي أجريت عليه الجراحة كالمضاعفات التي تحصل بعد جراحة المعدة وبعد استئصال المرارة وكالألم الكاذب بعد إجراء عمليات بتر الأطراف.

2. تتأخر ما بعد التهاب الوريد الخثاري.
3. الالتصاقات.
4. النواسير الجراحية.
5. الجدرات الندبية Cicatrix keloid.

الدراسة العملية:

أجريت الدراسة على /5892/ مريضاً دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللادقية - شعبة الجراحة العامة - خلال ستة أعوام (أهملت من الدراسة العمليات الجراحية الصغرى كخيطة الجلد وتجريد الوريد وتفجير الخراجات واستئصال بعض الكتل والوحمات الجلدية البسيطة وعمليات خزع الرغامي وغيرها...).

جمعت المعلومات عن هؤلاء المرضى من المصادر التالية بالإضافة للمتابعة المباشرة لمعظمهم:

1. الأضابير في أرشيف قسم القبول العادي والإسعافي في المشفى.
 2. سجل تقارير العمل الجراحي في أرشيف العمليات.
 3. سجلات مخبري الكيماويات والدمويات.
 4. أرشيف مخبر التشريح المرضي.
- وشملت الدراسة العمليات الجراحية التي أجريت بشكل مبرمج والتي أجريت بشكل إسعافي وعاجل. يبين الجدول رقم (1) معظم العمليات الجراحية المبرمجة التي أجريت لهؤلاء المرضى خلال فترة الدراسة مع بيان نسبة المضاعفات التي حصلت نتيجة عدم التحضير والدراسة الكافية للمرضى، علماً بأن مضاعفات الجراحة والمضاعفات الحاصلة بسبب المرض الأولي وغيرها من الأسباب الأخرى لم تشملها الدراسة.

جدول رقم (1):

النسبة المئوية	المضاعفات	عدد المرضى	نوع وسبب الجراحة المجراة
2.724	17	624	استئصال درق تام أو تحت تام أو جزئي
1.358	25	1840	الفتق بأنواعها (الأربية والفخذية والسرية والشرسوفية والخط الأبيض)
1.315	3	228	أورام الثدي
-	-	156	دوالي الطرفين السفليين
6.25	2	32	أورام وكيسات الكبد المائية
-	-	24	أورام السين والقولون
5.555	3	54	تضييق بواب المعدة لأسباب قرحية أو ورمية
6.317	47	744	الحصيات المرارية
2.702	6	222	نواسير حول الشرج والمستقيم والكيسات العصبية
1.923	4	208	الكتل والأورام المتوضعة تحت الإبطن وفي العنق
2.083	6	288	البواسير والشقوق الشرجية
6.25	3	48	بوليبات المستقيم والشرج
-	-	49	الاندحاق
1.923	1	52	القرحات الهضمية
-	-	24	استئصال طحال مرضي
2.676	117	4371	المجموع

من الجدول رقم (1) نلاحظ أن هنالك عدد من المرضى الذين حصلت عندهم المضاعفات بسبب إهمال جانب ما من الفحوصات والتحاليل اللازمة أو الاستشارات الاختصاصية أو لعدم تعاون المريض مع الطبيب أثناء أخذ القصة المرضية بشكل جيد مما أدى إلى مضاعفات خطيرة كادت تؤدي بالحياة.

كما أن هنالك مضاعفات سببت كثيراً من القلق وعدم ارتياح للمريض وللجراح كمثل عنها عدم إجراء الاستشارة الاختصاصية من قبل طبيب الأذن والأنف والحنجرة قبل إجراء جراحة الدرق. أو إجراء الاستشارة البولية لنفي ضخامة المثانة عند مريض مصاب بفتق اربي قبل إجراء الجراحة. إذ أن نكس الفتق بعد فترة قصيرة أوقع الجراح والمريض ببعض المشاكل.

كما أن لعدم إجراء الاستشارة الهضمية أو عدم إجراء تنظير هضمي علوي عند مرضى الحصيات المرارية والذي أجري لهم استئصال المرارة المحصاة وبقي الأكم الشرسوفي عندهم وذلك لتراشق الحصيات المرارية بتناثر قرحي أو التهاب معدي جعل المريض يتردد كثيراً على المشفى والعيادات.

كما أن لاستئصال بوليب شرجي نازف دون إجراء تنظير للقولونات، حيث وحد بالتنظير بعد إجراء الجراحة أن سبب النزف ليس فقط البوليب الشرجي بل هناك بوليب آخر مستقيمي مما أدى لإعادة إجراء الجراحية مرة ثانية للمريض خلال فترة قصيرة.

كما أن وجود الخطأ أثناء إجراء التشريح المرضي لخزعة مستأصلة من الثدي كوجود سرطان ثدي وكانت نتيجة الخزعة داء ليفي كيسى أدى إلى تأخير العلاج الجذري للمريض وبالتالي زاد من نسبة المضاعفات والوفيات.

هذه بعض من الأمثلة لبعض الحالات المرضية التي كان من الممكن تجنب الوقوع بها لو أجريت الدراسة والتحليل مع الاستشارات الاختصاصية بشكل دقيق وصحيح دون النظر إلى جنس وسن المريض. ويبين الجدول رقم (2) معظم العمليات الجراحية الإسعافية والعاجلة خلال فترة الدراسة مع عدد المرضى ونسبة المضاعفات التي حصلت بسبب عدم التحضير والدراسة الكافية للمريض:

جدول رقم (2):

نوع وسبب الجراحة المجراة	عدد المرضى	عدد المضاعفات	النسبة المئوية
استئصال طحال رضى	31	-	-
فتح بطن استقصائي + رضح كبدي	77	14	18.181
الفتوق المختلفة بأشكالها	148	4	2.702
انتقاب قرحة هضمية	45	-	-
يرقان انسدادى	107	3	2.803
استئصال زائدة دودية	912	41	4.495
استئصال زائدة مع كيسة مبيض	30	8	26.666
انسداد معوي	63	-	-
خنثرة باسورية	27	-	-
انسداد شرياني حاد	81	3	3.703
المجموع	1521	73	4.799

من الجدول السابق نلاحظ أن هنالك حالات عديدة أجريت لها الجراحة التي كان من الممكن الاستغناء عنها لو وجد تنظير بطن Laparoscope أو الايكوغرافي (التخطيط بالصدى Echography) وغيرها من الفحوصات الأخرى خاصة الحالات التي أجري لها فتح بطن استقصائي كبعض حالات رضوح الكبد. كما أن هنالك العديد من الحالات التي أجريت لها الجراحة بتشخيص التهاب زائدة حاد بشكل إسعافي ولكن أثناء البطن كان سبب البطن الحاد هو تمزق كيسة مبيض أو التهاب عقد لمفاوية مساريقية وحالة واحدة كان سببها التهاب مجاري بولية حاد وعدة حالات كان سببها حمى البحر الأبيض المتوسط (الداء الدوري). وهنالك حالات فتح بها البطن بتشخيص يرقان انسدادى حصوي ولكن لعدم إجراء التصوير الطبقي المحوسب أو تصوير الألفية الصفراوية الرجوع التنظيري (ERCP) وجد أن السبب ورمي وطبعاً هذه خطة علاجية تختلف عن الحصري كما أن هنالك حالة واحدة كان التدخل الجراحي بها مضاداً للاستطباب. كما أن لعدم توفر تصوير الأوعية الظليل كثيراً ما يؤخر من سرعة التدخل الجراحي العاجل على حالات الانسداد الشرياني الحاد مما يزيد من نسبة المضاعفات والوفيات.

وكذلك أدى بعض الإهمال بالفحص السريري الجيد والكافي لأحد المرضى لإجراء الجراحة بتشخيص فتق أربي مختنق، علماً بأنه وجد أثناء الفتح الجراحي خصية هاجرة ولم يكن هنالك أي فتق مختنق. ونورد فيما يلي أمثلة لبعض الحالات التي دخلت مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والتي أهمل بها

جانباً ما أو نوع ما من الفحوص والتحاليل المخبرية أو الشعاعية أو الاستشارات الاختصاصية، مما أدى لحصول مضاعفات خطيرة كادت تؤدي بحياة المريض وبعضها فعلاً كان سبباً للوفاة، علماً بأن هذه الحالات هي التي كانت الدافع لإجراء هذا البحث.

1- مثل أول:

مريض د.خ /20/ سنة: دخل المستشفى لإصابته بضخامة درقية كبيرة عقيدية الشكل، ضاغطة مع أعراض فرط نشاط طرفي مترافق بارتفاع توتر شرياني 100/180 ملم زئبق. بعد إجراء الفحوص والتحاليل الروتينية (فلم دم كامل + فحص هرموني TSH-T-T₃ تخطيط قلب كهربائي + صورة صدر) وبعد إجراء الاستشارات الاختصاصية (القلبية - الصدرية الغدية) وبعد السيطرة على فرط النشاط الدرقي ودخول المريض مرحلة السواء الدرقي وبعد السيطرة على ارتفاع التوتر الشرياني. وبعد أن أخذت القصة المرضية التي لم يكن المريض بها متعاوناً فلم يذكر أية سابقة مرضية في حياته.

أجريت الجراحة (استئصال درق تحت تام) حيث بلغ وزن القسم المستأصل 525 غراماً وكان عقدي الشكل أنجزت الجراحة بشكل جيد ولم تحدث أية مضاعفات أثناء الجراحة كما أنه لم يحتاج لنقل الدم أثناءها، وبعد صحو المريض من التخدير كانت حالته العامة حسنة، لكن في اليوم الثاني للجراحة ساءت حالة المريض لوجود ضخامة شديدة ضاغطة في العنق مع زلة تنفسية شديدة وعلامات اختناق صريحة.

أجري للمريض بشكل إسعافي وعاجل الجراحة مرة ثانية حيث تم فك القطب وتطهير الجرح من الخثرات الدموية، لكن وأثناء تنبيب الرغامى لتخدير المريض حصل تشنج رغامى مما أدى لاختناق المريض وتوقف التنفس، فأجري خزع للرغامى بصورة عاجلة جداً وتم إنعاش المريض.

بعد استئصال الجرح لم يلاحظ أي وعاء نازف لكن لوحظ وجود رضح دموي من كل منطقة الجرح (علماً بأن زمن النزف والتخثر عند المريض قبل إجراء الجراحة كان طبيعياً). باستجواب أهل المريض بعد أن شاهدوا حالة مريضهم في خطر أكدوا أنه أثناء إجراء الختان للمريض المذكور مكث في المستشفى شهراً كاملاً لعدم توقف النزف كما أنه مكث في المستشفى أيضاً حوالي العشرين يوماً لإصابته برعاف. وتبين بعد إجراء اختبارات التخثر (زمن البروترومبين P.T وزمن الثرومبين T.T وزمن الترومبوبلاستين الجزئي PTT) وبعد معايرة العامل الثامن، أن المريض يعاني من نقص العامل الثامن وأنه مصاب بالناعور Hemophilia. علماً بأن المريض ومن معه لم يذكروا أي شيء أثناء أخذ القصة المرضية والسبب في ذلك حسب قولهم خوفاً من تأجيل الجراحة.

وبدأت تكاليف المعالجة بنقل العامل الثامن والدم الطازج والبلازما وفيتامين K والصادات (قسم منها على حساب المستشفى وقسم منها على حساب المريض). بالإضافة إلى القلق النفسي وما بذله الطاقم الطبي والتمريضي من عناية واهتمام حيث وضع المريض في قسم العناية المشددة نتيجة النزف الغزير واضطراب نظم القلب والزلة التنفسية.

حيث كلفت هذه الحالة أهل المريض والمستشفى مبالغ باهظة بالإضافة إلى القلق والإرهاق النفسي والجسدي للطاقم الطبي التمريضي ولأهل المريض. تخرج المريض من المستشفى بعد /43/ يوماً بحالة عامة حسنة بعد تعويض الدم النازف وإغلاق الرغامى واندمال الجرح.

مثال آخر:

مريض مسؤولة /65/ سنة دخل المستشفى لإصابته بفتق أربي أيمن. أجريت له الجراحة اللازمة (رتق الفتق الأربي الأيمن بطريقة باسيني) بعد إجراء التحاليل والفحوصات والاستشارات المتعارف عليها (فلم دم - صورة صدر - تخطيط قلب كهربائي + استشارة قلبية).

لكن بعد إجراء الجراحة بحوالي /8/ ساعات شكى المريض من ألم بطني عزي وقتئذ بسبب الجراحة لكن بعد حوالي الساعة اشتد الأمل وامتد إلى منطقة الصدر الأيسر وساءت الحالة العامة للمريض وتدهورت بشكل سريع وعند إجراء تخطيط قلب كهربائي وجدت علامات تدل على احتشاء عضلة قلبية حاد، ورغم كل الإسعافات التي قدمت بعد تشخيص الحالة فإن حالة المريض لم تتحسن وتوفي المريض. من هذه الحالة نستنتج أن المريض يجب أن يتابع بشكل جيد من قبل الاختصاصي وطبيب التخدير بعد الجراحة على الأقل /48/ ساعة لأن أي تقصير في المتابعة قد يؤدي بحياة المريض.

أمثلة أخرى:

عدد من المرضى المصابين بضخامة درقة والذين لم تجر لهم الاستشارة من قبل الاختصاصي بأمراض الأنف والأذن والحنجرة والذين شكوا من بحة صوت بعد الجراحة. علماً بأن الجراحة لم تكن هي المسؤولة عن بحة الصوت لوجود آفة على الحبال الصوتية لكن هذه الآفة لم تكشف قبل الجراحة وكشفت أثناء إجراء الاستشارة الاختصاصية بعد الجراحة. علماً بأن الآفة من الممكن معالجتها قبل إجراء جراحة الدرق بشكل أفضل وتجنب الجراح والمريض من بعض المشاكل والقلق. كما هنالك أمثلة أخرى كما في حالات التهاب المرارة الحصوي، حيث ترافقت بعض الحالات منها بقرحة هضمية كشفت بعد استئصال المرارة المحصاة عن طريق التنظير الهضمي. هذه بعض من الأمثلة والحالات المرضية التي تبين مدى أهمية العناية بالمريض في مرحلتين ما قبل وما بعد الجراحة.

النتائج:

على الرغم من أن هذه الدراسة تمت في ظروف عمل مختلفة إذ أن بعض الأجهزة دخلت المشفى مؤخراً ولم تكن متوفرة سابقاً، كما أن لكل جراح تقريباً طريقته الخاصة في تحضير المريض قبل الجراحة والعناية به بعد الجراحة، على الرغم من وجود خطة عامة الكل متفق عليها ولكن هنالك بعض الفحوصات والاستشارات الخاصة التي يراها البعض ضرورية ويراهها البعض الآخر غير ضرورية. لكن ورغم كل هذا فنتائج الجراحة المجراة على جميع المرضى كانت جيدة على الرغم من وجود نسبة من المضاعفات تراوحت ما بين 2.6-4.8% كان من الممكن تجنبها بتحضير المريض بشكل جيد والعناية به في مرحلتي ما قبل وما بعد الجراحة. لكننا لم نتمكن من مقارنة نتائج هذه الدراسة مع الدراسات العالمية لكونها خاصة بمشغانا ولم نحصل على أية نشرة أو دراسة عالمية مشابهة.

التوصيات:

1. ضرورة أخذ القصة والسوابق المرضية الشاملة من كل مريض أو من ذويه مهما كان نوع الجراحة التي ستجرى.

2. ضرورة إجراء جميع الفحوص والتحاليل المخبرية والشعاعية لكل مريض مهما كان قبل إجراء الجراحة.
3. ضرورة إجراء الاستشارات الاختصاصية لكل مريض قبل إجراء الجراحة والتقييد بها.
4. ضرورة إجراء الدراسة التشريحية المرضية عند كل مريض مشتبه بإصابته بورم قبل إجراء الجراحة لأن ذلك يحدد نوع المعالجة وطريقة الجراحة.
5. ضرورة فحص كل مريض من قبل طبيب التخدير قبل إجراء الجراحة لتحديد طريقة التخدير بالاتفاق مع الجراح حسب حالة المريض.
6. ضرورة إجراء الفحوص المخبرية والشعاعية بعد إجراء الجراحة لمراقبة حالة المريض إذا دعت حالته لذلك.
7. ضرورة إجراء الاستشارات الاختصاصية بعد إجراء الجراحة إذا دعت حالة المريض إلى ذلك وعدم إهمال أية شكوى عند المريض أو عزوها إلى الجراحة.

REFERENCES

المراجع

- 1]- Alexyenko A.V. Organization and effectiveness of physiotherapeutic treatment in the surgical department - Journal, general surgery NI-90 Kiev.
- 2]- Medical management of the surgical patient Merli / weitz - 1992.
- 3]- Principles and practice of general surgery - costishef V.K. - 1987 - Moscow.
- 4]- Schwartz principle of surgery - companion Handbook - 5th Edition - 91.
- 5]- Shalimov A.A. Formalized Case record a new form of medical documentation - Journal, clinical surgery N3-90. Kiev.