مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (19) العدد (6) 1997
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (19) No (6) 1997

اختلاطات استئصال اللوزات واللاميات
عند المرضى المنجليين بالمقارنة مع المرضى العاديين

الدكتور عزيز محمود*

قبل للنشر في 1997/3/5

❐ ملخص ❐

اختلاطات استئصال اللوزات والناميات عند المرضى المنجليين بالمقارنة مع المرضى العاديين.

الدراسة شملت /25/ مريضاً لديهم اعتلال في الخضاب من النوع المنجلي ممن أجريت لهم عملية استئصال اللوزات والناميات حيث تمت مقارنتهم مع /25/ مريضاً سليماً من أعمار متقاربة وظروف واحدة من حيث العمل الجراحي والتخدير. ركزنا بالدراسة على إجراء المقارنة بين المجموعتين فيما يخص الإجراءات قبل العمل الجراحي وأثناءه وبعده وبشكل خاص الاختلاطات الحاصلة (كمية النزف أثناء العمل الجراحي - النزف البدئي - النزف الثانوي - تكرار النوب الألمية خلال /21/ يوم من العمل الجراحي) تبين من الدراسة أن الاختلاطات في المريض المنجلي تعادل تلك في المريض العادي لكن المريض المنجلي يحتاج إلى إماهة جيدة تجنب أي نقص في الأكسجة أثناء العمل الجراحي والصحو مع تجنب الانتان ونقل دم في حدوث معقولة للمرضى من النوع المتماثل الأمشاج.

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

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (19) العدد (6) 1997
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (19) No (6) 1997

Complications of Adenotonsilletomy in Sickler Patients in comparison with Normal Patients

Dr. AZIZ MAHMOUD*

Accepted 5/3/1997

❐ ABSTRACT ❐

The study Includes /25/ patients with either sickle cell disease or trait who had adenotonsilletomy compared with /25/ normal patients underwent the same operation, patients selection & circumstances of surgical procedure were identical. We compared between the two groups in regard the measures been taken pre, peri and post operative in particular (blood loss during surgery, primary haemorrhage, secondary haemorrhge, and frequency of pain crises during 21 days of surgery). We reached conclusion that complications in the sicklier are equal to that seen in normal patients but the sicklers need good hydration, avoidance of hypoxia during surgery & recovery, prophylaxis from infection and blood transfusion to some patients with HbS over 50%.

*Lecturer in Department of Head Diseases – Medicine Faculty – Tishreen University – Lattakia - Syria

تعتبر عملية استئصال اللوزات والناميات العملية الأكثر شيوعاً في العالم وهناك العديد من الاختلاطات كالنزف البدئي والثانوي والتجفاف بالإضافة إلى عوامل الخطورة كعمل جراحي يحتاج إلى تخدير بحدود /30/ دقيقة تقريباً.

هذا إذا أجريت على مرضى أسوياء فكيف الحال إذا كان لدى المرضى اعتلال في الخضاب. في السبعينات من هذا القرن اعتلالات الخضاب بمجملها كانت مضاد استطباب نسبي لعملية استئصال اللوزات والناميات أو الأصح مصدر قلق وتردد، ولكن مع تطور معلوماتنا الطبيعة عن اعتلالات الخضاب وكذلك التطور في تكنولوجيا التخدير والجراحة بدأنا نرى تقارير تدعو إلى (استئصال اللوزات والناميات عند المرضى المصابين بفقر دم المنجلي للوقاية من النوب الألمية) [G.T.A. Ijadaoula & O.O. Akinyanju].

ونظراً لأنني أمارس العمل في الساحل السوري حيث هناك نسبة من اعتلال الخضاب وبالتحديد فقر الدم المنجلي فالخضاب موجود بنسبة 7%[دراسة لجرجس 1990 جامعة تشرين]. أضف إلى ذلك ثلاث سنوات عمل بالسعودية وفي منطقة الهفوف عام 1995 حيث نسبة الخضاب المنجلي 27% من السكان[(دراسة للحازمي) أمراض الهيموغلوبين وفاقة الدم البحرية في المملكة العربية السعودية] لذا قررنا أن (نجري دراسة على المرضى حاملي الخضاب المنجلي الغاية منها معرفة الاختلاطات والمضاعفات والطرق المثلى جراحياً وعلاجياً كي يكون العمل الجراحي على المريض المنجلي سليماً ضمن الحدود الطبيعية).

اعتلالات الهيموغلوبين هي مجموعة من الاضطرابات الولادية تصيب الهيموغلوبين ويمكن تلخيصها:

1. نقص في كمية التركيب بالنسبة لسلال الغلوبين كما هو الحال في التلاسيميا.
2. خلل كيفي في كيفية التركيب أي حلول حمض أميني مكان حمض أميني آخر وأكثرها شيوعاً فقر الدم المنجلي.

فقر الدم المنجلي هذا مرض وراثي ينتقل كصفة صاغرة يتميز بوجود هيموغلوبين شاذ ضمن الكرية الحمراء يدعى الهيموغلوبين S والحرف S مأخوذ من كلمة Sickle التي تعني التمنجل وهو ناجم عن طفرة نقطية تصيب السلسلة بيتا وتؤدي لحلول حمض أميني يدعى الفالين Valine في الموقع السادس من السلسلة مكان حمض أميني آخر يدعى حمض الغلوتاميك Ggutamique.

يتميز الهيموغلوبين المنجلي هذا بصفات ليست في صالح حامله هي:

1. يتحول إلى شكل هلامي لدى حدوث نقص في الضغط الجزيئي للأوكسجين PO_2 حيث تأخذ الكريات شكل المنجل وتلتصق مع بعضها وتنحل.
2. المرضى حاملي هذا الهيموغلوبين لديهم استعداد للانتان الذي يؤدي إلى نوب ألمية نتيجة حدوث انحلال في الكريات الحمر.

في الممارسة هناك نوعان من المرض:

1- نوع متغاير الأمشاج HbS.A (خله الخلية المنجلية) (Sickle cell trait):

وهم أشخاص عاديون لكن لديهم نسبة من الخضاب المنجلي تتراوح بين 5-45% وفي بعض حالات نقص الأكسجة تحدث لديهم نوب انحلال للكريات الحمر ومن هنا يشكلون خطراً أثناء التخدير والصحو.

2- نوع متماثل الأمشاج HbS.S (فقر الدم المنجلي):

لديهم فقر دم مع حدوث خثرات وانسداد أوعية ونوب انحلالية متكررة عند التعرض للانتان أو التجفاف أو نقص الأكسجة والخضاب المنجلي لديهم أكثر من 50% على الرحلان.

في سوريا أجريت ثلاث عمليات لمرضى لديهم فقر دم منجلي (HbS.S) وهذه الحالات الثلاث لن تدخل في الدراسة لأن الترتيبات الجراحية كانت معقدة تتمثل بنقل دم قبل العمل الجراحي. تحضير دم أثناء وبعد العمل الجراحي. مكوث بالمشفى لمدة طويلة خوفاً من الانتان – التماس الحقيقي مع المريض المنجلي حصل عام 1995 في المملكة العربية السعودية وفي منطقة الهفوف بالذات حيث نسبة الخضاب المنجلي 27% [أمراض الهيموغلوبين للـm.A. FEL-HAZMI]. أكثر من ربع السكان لديهم الخضاب المنجلي في هذا العام قررت أن أدون بدقة الموجودات المخبرية وتفاصيل العمل الجراحي (زمن العمل الجراحي – طريقته – كمية الدم المفقود أثناء العمل الجراحي) المعالجة قبل وبعد العمل الجراحي – الاختلاطات بعد العمل الجراحي (النزف البدئي والثانوي – النوب الألمية خلال 21 من تاريخ العمل الجراحي) مدة مكوث المرضى بالمشفى. هذه المعلومات بالنسبة للمرضى المنجليين تمت مقارنتها مع نفس العدد من المرضى الأصحاء من نفس المنطقة ومن أعمر متقاربة.

وعند إعطاء الموعد كنا نتوخى أن يكون هناك مريض منجلي ومريض عادي على نفس القائمة بهذه الطريقة حاولنا أن تكون الشروط الجراحية والتخديرية والتمريضية متقاربة جداً إلى درجة التطابق.

طريقة الدراسة:

شملت /50/ مرض قسمت إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى (25 مريض) لديهم اعتلال في الخضاب.

- /18/ مريض لديهم HbS.A (خلة الخلية المنجلية) أي الخضاب المنجلي أقل من 50%.
- /7/ مرضى لديهم HbS.S (فقر الدم المنجلي) Sickle cell anemia أي الخضاب المنجلي لديهم أكثر من 50% من الخضاب العام.

المجموعة الأولى لم يكن لدينا خيار في اختيارهم فهم يمثلون كل المرضى المنجليين الذين أجريت لهم عمليات لوزات أو لوزات وناميات خلال عام 1995.

المجموعة الثانية (25 مريض) مرضى عاديين تم اختيارهم للمقارنة ممن هم أقرب سناً.

الغاية من الدراسة هي محاولة تحديد مدى سلامة العمل الجراحي (استئصال اللوزات والناميات عند المرضى المنجليين بالمقارنة مع المرضى العاديين. الجدول (1) يبين توزع المرضى:

	متغايري الأمشاج HbS.A (خلة الخلية المنجلية)	متماثلي الأمشاج HbS.S (فقر الدم المنجلي)
المجموعة الأولى /25/ مريض	18 مريض	7 مريض
المجموعة الثانية /25/ مريض		

الجدول رقم (1) توزع المرضى.

الجدول (2) يبين النقاط الأساسية التي ركزت الدراسة على تدوينها ومقارنتها بين المجموعتين:

1- الإجراءات الواجب اتخاذها قبل العمل الجراحي (تحضير المريض).
2- الإجراءات أثناء العمل الجراحي: * التخدير. * مدة العمل الجراحي
3- كمية النزف أثناء العمل الجراحي
4- النزف البدئي.
5- الإجراءات الواجب اتخاذها بعد العمل الجراحي
6- مدة المكوث بالمشفى
7- النزف الثانوي
8- النوب الألمية
9- الخلاصة

الجدول رقم (2) يبين النقاط الأساسية التي ركزت الدراسة على تدوينها ومقارنتها بين المجموعتين.

الجدول (3) يلخص النتائج المخبرية لمرضى المجموعة الأولى.

الرقم	العمر	الجنس	العمل الجراحي	HbS	Hb	R.G.B	Bleeding	Clotting	P.T	HbA1	HbA2	HbS-	HbF-
1	8	m	استئصال اللوزات والناميات	+	9.5	3	2	4.5	12.5 C12.9	%77	%2.3	%20	-
2	14	m	استئصال اللوزات	+	10.5	3.2	2.5	5	15.9 C12.6	%76	%2.3	%30.7	-
3	3.5	m	استئصال اللوزات والناميات	+	11.2	3.4	2	4	12.5 C12	%60	%2	%37.7	-
4	8	F	استئصال اللوزات والناميات	+	10.5	3.5	2.5	4.5	12.5 C12.3	-	%2.5	%.65	%32.5
5	6	m	استئصال اللوزات والناميات	+	8.6	3	2	4	12.7 C12.5	-	%3	%70.7	%26.3
6	6.5	F	استئصال اللوزات والناميات	+	8	2.7	2.5	4.5	45.9 C12.6	-	%2.8	%73	%24.2
7	6	m	استئصال اللوزات والناميات	+	10.1	4.2	2	4	13 C12.5	%44.8	%3.6	%41.6	-
8	4.5	F	استئصال اللوزات والناميات	+	11.8	3.5	2.5	4.5	12.4 C12	%66	%3.3	%30.7	-
9	10	m	استئصال اللوزات والناميات	+	8.5	2.7	2	4	12.3		%2.3	%75.7	%22
10	14	m	استئصال اللوزات	+	13.7	5.41	2	4	12	%60	2.8%	%37.2	-
11	16	m	استئصال اللوزات	+	10.6	4.64	2	3	12 C12.7	%58.9	2.1%	%39	-
12	8	F	استئصال اللوزات والناميات	+	10.5	3.7	1.5	4	12.6 C12	%61.3	2.4%	%36.3	-
13	7	F	استئصال اللوزات والناميات	+	11.2	3.9	2.5	4.5	12.5 C13	%58.2	2.3%	%39.5	-
14	10	m	استئصال اللوزات	+	7.5	2.9	2	4	12.8 C12.5	-	3.5%	%70.5	%26
15	9	F	استئصال اللوزات	+	10.5	3.8	2	4	-	%75.5	2.3%	%22.2	-
16	9	m	استئصال اللوزات	+	10.2	3.6	2.5	5	-	%67.5	2%	%21.5	-
17	11	M	استئصال اللوزات	+	10	3.7	2	6	-	%67.4	2.3%	%30.3	-
18	8	m	استئصال اللوزات والناميات	+	8	2.9	2	4	12.4 C12	-	2.5%	%71.5	%26
19	6	m	استئصال اللوزات والناميات	+	9.8	3.5	2	5	12.4 C12.5	%66	2.2%	%30.3	-
20	7	F	استئصال اللوزات والناميات	+	11.5	4-	2.5	5.5	12.3 C12.4	%75.5	2.1%	%22.4	-
21	8	F	استئصال اللوزات والناميات	+	12	4.1	2	4.5	12.6 C12.5	%77.5	2%	%20.5	-
22	7.5	m	استئصال اللوزات والناميات	+	10.8	3.8	2	5.5	12.4 C12.2	%80.5	2.2%	%17.3	-
23	10	F	استئصال اللوزات	+	7.5	2.9	2	5	11.5 C12	-	%2.8	77%	%20.2
24	10	m		+	10.7	3.2	1.5	5	12 C12.2	%75	2.4%	%22.6	-
25	10	F	استئصال اللوزات	-	11	3.5	2	4	12.5 C12.6	%70.4	2.3%	%27.3	-

جدول رقم (3)

ملاحظة: C = الشاهد (Control).

والجدول (4) يلخص نتائج المجموعة الثانية.

الرقم	العمر	الجنس	العمل الجراحي	Sickling Test	Hb	R.B.C	Bleeding	Clotting	P T
1	8	انثى	استئصال اللوزات	-	11	3.5	2	3	-
2	5	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	13.1	4.76	2	4	12.7 C12.5
3	12	انثى	استئصال اللوزات	-	11	4.5	2	4	12.4 C12.5
4	13	انثى	استئصال اللوزات	-	13.7	4.7	2.5	5	12.7 C11.9
5	9	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.5	2	5	12.5 C12.6
6	13	ذكر	استئصال اللوزات	-	13	4.5	2	4	12.7 C12.5
7	7	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	12.5	4	2.5	4.5	12.7 C11.9
8	9	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.5	2.5	5	12.6 C12.5
9	2.6	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.8	5.17	2	3	13 C12.4
10	6.5	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	12	4	2.5	5	12.7 C11.9
11	7	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	11	3.3	2	4	
12	8	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	12	4	2.5	5	13 C12.5
13	8.5	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.8	2	4.5	12.5 C13
14	7	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	11	3.6	2	5	12.5 C12
15	6	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	10.5	3.5	2	4	13 C12.5
16	5.5	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	10	3.3	2	5	12.5 C12
17	15	ذكر	استئصال اللوزات	-	12	4	2.3	4	11.8 C11.5
18	7	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.6	2	5	12.5 C12
19	8.5	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.5	1.5	4	12 C11.5
20	4.5	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	11	3.2	2	4.5	12.5 C12
21	9	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.4	2	4.5	12.6 C13
22	7.5	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	10.5	3.2	1.5	4	1.2 C12.5
23	5.5	انثى	استئصال اللوزات واللاميات	-	10	3.3	2	4	-
24	6.5	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	11.5	3.4	2.5	4.5	12.5 C12
25	8	ذكر	استئصال اللوزات واللاميات	-	12.3	4.2	2	5	13 C12.5

جدول رقم (4)

الفحوصات الدموية قبل العمل الجراحي - تشمل تعداد الحمر والخضاب - الصفيحات - زمن النزف - زمن الخثر زمن البروترمبين وتفاعل التمنجل مع فحوصات أخرى لن نتطرق إليها مثل البولة والشوارد والبيلروبين - وسكر الدم لعدم قناعتنا بضرورتها هذه الفحوصات تجرى لمرضى المجموعتين - وكل مريض لديه تفاعل التمنجل إيجابي يجرى له رحلان خضاب.

من المهم أن نذكر أن غالبية أهل المرضى يعرفون المرض جيداً ويسمونه بالعامية (التكسر) تكسر الكريات فهي من كثرة تغيير شكلها من منجلي إلى شكل القرص تتكسر تماماً كما تتكسر العيدان عندما تلوى (اسم له مدلول مرضي لا بأس به).

الجدول (5) يبين الإجراءات الواجب اتخاذها قبل العمل الجراحي.

1	الفحوصات الدموية المبينة في الجدول رقم (3) لمرضى المجموعة الأولى والواردة في الجدول رقم (4) لمرضى المجموعة الثانية.
2	التأكد من عدم وجود انتان في اللوزتين أو الطرق التنفسية العليا.
3	المرضى المنجليين يعطون الصادات الحيوية كلما سنحت الفرصة لذلك قبل خمسة أيام من العمل الجراحي. وفي حال عدم توفر هذا الشرط تبدأ المعالجة بالصادات عند دخول المريض المشفى بالطريق الفموي وعندما ينقطع المريض عن الأكل والشرب نعطي أمبيسلين بالوريد كل /6/ ساعات حسب عمر المريض ووزنه.
4	عندما يطلب من المريض المنجلي التوقف عن الأكل والشرب توضع له قثطرة وريدية سيروم سكري (لمنع التجفاف) وترافقه إلى غرفة العمليات.
5	المرضى من النوع المتماثل الأمشاج (فقر الدم المنجلي) تطلب لهم استشارة أخصائي أطفال أو أمراض دم ويتم نقل دم أو تبديل دم حسب الحاجة.

الجدول رقم (5) يبين الإجراءات الواجب اتخاذها قبل العمل الجراحي.

سبعة مرضى من مرضى المجموعة الأولى لديهم المرض المنجلي تم تحضيرهم للعمل الجراحي بالتعاون مع أخصائي أمراض الدم. ثلاثة نقل لهم دم وثلاثة تم تبديل الدم لديهم ومريض لم يحتاج إلى أية معالجة قبل العمل الجراحي وذلك لخفض نسبة الخضاب إلى مستوى أدنى وكما سنرى فإن أطباء التخدير يرغبون بنسبة تصل إلى حدود 50% أو أقل.

الجدول (6) يبين الزمن اللازم للعمل الجراحي في المرضى المنجليين وكمية النزف والرحلان.

رقم المريض	العمر	الزمن اللازم للعمل الجراحي	كمية النزف أثناء العمل الجراحي		رحلان	الخضاب
				HbS%	HbA2%	HbF%
4	8	37 دقيقة	45 مل	65	2.5	32.5
5	6	35 دقيقة	35 مل	70.7	3	26.3
6	6.5	36 دقيقة	40 مل	73	2.8	24.2
9	10	34 دقيقة	45 مل	70.5	3.5	26
14	10	40 دقيقة	45 مل	75.7	2.3	22
18	8	42	45 مل	71.5	2.5	26
23	10	35	45 مل	77	2.8	20.2

- المعدل الوسطي للزمن الجراحي في المرضى الأصحاء (32 دقيقة).
- المعدل الوسطي للزمن الجراحي في المرضى المنجليين متماثلي الأمشاج (37 دقيقة).
- المعدل الوسطي للمرضى المنجليين متغايري الأمشاج (35 دقيقة).
- الزمن اللازم للعمل الجراحي يبدأ مع مسك الجراح لفاتح الفم وينتهي عند نزع فاتح الفم.

فيما يخص تقدير كمية الدم المفقود أثناء العمل الجراحي اعتمدنا ثلاث تصانيف للتقدير:

- نزف خفيف أقل من 50 مل.
- نزف متوسط 50-100 مل.
- نزف شديد أكثر من 100 مل.

واعتمدنا في التقدير على:

1. عدد الشاشات المستخدمة أثناء العمل الجراحي.
2. خبرة وتقدير الجراح.
3. رأي المخدر وممرضة العمليات.
4. حالة المريض لم تستدع نقل دم أو تعويض خسارة.

وبالمقارنة في أغلب الأوراق المطبوعة المطلوب إملائها بعد كل عمل جراحي هناك فقرة تشير إلى كمية الدم المفقودة يطلب تقديرها بالمل، من المهم أن نشير أن هذه الطريقة تقريبية.

الجدول (7) يبين كمية النزف أثناء العمل الجراحي لمرضى المجموعتين:

	المجموعة	الأولى	المجموعة الثانية
	خلة الخلية المنجلية HbS.A	فقر الدم المنجلي HbS.S	
نزف خفيف أقل من 50 مل	14 مريض	7 مرضى	20 مريض
نزف متوسط بين 50-100 مل	4 مرضى	-	5 مرضى
نزف غزير أكثر من 100 مل	-	-	-

الجدول (8) يبين فترة مكوث المرضى بالمشفى للمجموعتين:

HbS.A خلة الخلية المنجلية المجموعة الأولى	24 ساعة
HbS.S فقر الدم المنجلي	3 أيام
المجموعة الثانية	24 ساعة

فيما يخص النزف الثانوي هناك حالة واحدة فقط في كامل المجموعتين أي 2% من مجموع المرض.

لم تحدث نوب ألمية خلال /21/ يوم علماً أن المريض المنجلي بشكل عام لديه ما يقارب 2-3 نوب ألمية سنوياً.

المناقشة:

إن نظرة بسيطة إلى الجداول السابقة ترينا أن المريض المنجلي لا يختلف عن المريض العادي.

من حيث النزف أثناء العمل الجراحي فكمية الدم المفقودة متعادلة حسب العمر وتتماشى مع كمية النزف أثناء العمل الجراحي في معظم الدراسات العالمية كذلك زمن العمل الجراحي فهناك فارق خمس دقائق بين المريض العادي والمنجلي. أعتقد أن السبب هو سيكولوجية الجراح فهو أما مريض يود ان يتأكد تأكداً مطلقاً من عدم وجود أي نزف من مسكن اللوزتين.

النزف الثانوي حالة واحدة من أصل /25/ مريضاً لديه اعتلال خضاب وهو من حملة المرض (خلة الخلية المنجلية) ولم يكن أي نزف سواء بدئي أو ثانوي في مرضى المجموعة الثانية وهذا يشكل 2% من أصل /50/ مريضاً وهو يماثل النسبة العالمية للنزف الثانوي بحدود 1.8-2%.

مدة المكوث بالمشفى واحدة فيما يخص المجموعتين بعد إجراء العمل الجراحي ولكن المرضى المنجليين السبعة كان لزاماً علينا إحضارهم للمشفى قبل يومين من العمل الجراحي لإجراء ترتيبات نقل الدم وإعادة الرحلان لأسباب تخديرية وفيما عدا ذلك فمدة المكوث واحدة بالنسبة للمجموعتين كما هو مبين في الجدول (8).

بالرغم من النتيجة المستقاة من هذه الدراسة هناك ما يبرر الحذر، وأخذ الحيطة في المريض المنجلي للأسباب التالية:

1. نقص الأكسجة.
2. التجفاف.
3. الانتان.
4. انخفاض الخضاب الكهلي والنسبة العالية للخضاب المنجلي وفقر الدم المزمن.

هذه العوامل على درجة من الأهمية أثناء وعقب استئصال اللوزات والناميات خصوصاً في المرضى تحت سن العاشرة بالإضافة إلى المضاعفات التي تحدث أثناء العمل الجراحي مثل توقف القلب والنزف البدئي أو الثانوي والموت من حوادث تخديرية من خلال دراستنا المقارنة بين المجموعتين حيث تمت الدراسة. في ظروف متماثلة (جراحياً) كل مرضى المجموعتين أجريت لهم العملية من قبل جراح واحد – الاقاء تم باستخدام الربط بخيوط فكريل والتخثير الكهربائي للنزوف النقطية الخفيفة والتخدير تقريباً متماثل حيث رجونا المخدرين أن يتفقوا على طريقة تخدير واحدة والتمريض ثابت تقريباً خلال فترة الدراسة.

عوامل الخطورة هذه لم تعد تقلقنا مع تطور وسائط التخدير والجراحة.

فيما يخص نقص الأكسجة يتعرض له مريض اللوزات والناميات أثناء العمل الجراحي.

- أثناء البدء في التخدير. تأخر في التنبيب أو صعوبته...الخ.
- أثناء العمل الجراحي ضغط على الأنبوب.
- أثناء الصحو تشنج في الحنجرة.

نحن نعتقد أنه من المهم أن تتواجد أجهزة مراقبة لقياس PO_2 (Oxy meter) بشكل متواصل وهذه الأجهزة ليست غالية الثمن مع وجود أنابيب مسلحة للتنبيب الرغامى وهناك أنابيب غير مسلحة لكن تتحمل ضغط فاتح الفم وأنا من خلال استعمالي منذ أكثر من عشر سنوات للأنابيب المسلحة لم يعد موضوع الضغط على الأنبوب مشاهد لدينا. في كامل الدراسة لم يكن هناك أي حاجة لتخفيف الضغط عن الأنبوب تلك المناورات التي كنا نجريها في السابق لكل مرض وأكثر من مرة أحياناً.

طبعاً المراقبة المستمرة لـPO_2 يتضمن PO_2 حتماً فوق 97%. والتركيز على منع حدوث أي هبوط في إشباع الأوكسجين وهنا تكمن أهمية مقياس إشباع الأوكسجين الآتية والمستمرة. كذلك مراقبة المريض أثناء الصحو وفي قاعة الإنعاش أمر مهم للغاية.

حيث المراقبة لفترة قد تصل إلى /3/ ساعات ولكل مريض منجلي ممرضه خاصة يظل تحت المراقبة المستمرة بـOxy meter والنبض مراقب على نفس الجهاز وأي احتمال للنزف.

الأمر المهم في هذه الفترة هو تنفس المريض بشكل جيد بدون شخير والمريض بوضعية اللوزات والناميات (على الجانب) مع وجود قناع لتزويده بالأوكسجين المرطب.

المريض العادي من المجموعة الثانية أيضاً يراقب في غرفة الإنعاش ويعطي أوكسجين مرطب لفترة قصيرة جداً حسب الحاجة.

بهذه الإجراءات البسيطة سواء فنياً أو مادياً تمكننا من التغلب على محذرو نقص الأوكسجين في كامل المجموعة الأولى والحد الأدنى لـPO_2 وصل عند أحد المرضى إلى 95 ولفترة قصيرة جداً عزيت إلى تشنجي قصبي.

نحن نعزي غياب النوب الألمية إلى عدم حدوث انحلال في الكريات وهذا بدوره يعود إلى عدم حصول نقس أكسجة.

فيما يخص التجفاف المعالجة التي اتبعناها بسيطة وسهلة التطبيق مرضى المجموعة الأولى نبدأ بإعطائهم السوائل عن طريق الوريد (قثطرة) قبل العمل الجراحي بحوالي /8/ ساعات أي منذ لحظة انقطاع المريض عن تناول الأكل والشرب وتستمر المعالجة إلى أن يتمكن المريض من تناول السوائل بكمية كافية ولا نعتبر مجرد بضع ملاعق من السوائل مبرر كاف لنزع القثطرة ونصر على إعطاء المريض العادي والمنجلي حاجته اليومية من السوائل وبشكل خاص المريض المنجلي والقثاطر الحديثة والقليلة الكلفة أيضاً تجعل من موضوع إعطاء السوائل أمراً سهلاً.

في دراسة:

Holden & Maher 1965 some aspect of blood loss & fluid balance in paediatric adenotonsillectoy (British medical journal 2:(1349-1351)

وجدوا أن نقص السوائل قبل العمل الجراحي يزيد من النزف ويجعل النزف أكثر تعقيداً ولذا ينصحون بإعطاء السوائل بشكل مبكر. علماً أن الدراسة تمت على مرضى عاديين نحن لا نتفق مع هذا الرأي فيما يخص النزف لأنهم في الدراسة نفسها يقولون حرفياً (لم نعثر على سبب للنزف عند مرضى النزف البدئي).

وهناك دراسة شملت 4.500 عملية استئصال لوزات تبين أن 89% من الذين حدث لديهم نزف بدئي كان خلال خمس الساعات الأولى بعد انتهاء العمل الجراحي.

R.J Canter & J. Rogers Jiverpool J.L.O Febraury 1985 v99. p.p 177-178

لذا فإن الغالبية العظمى من مشافي العالم تترك قثطرة وريدية للمريض بعد استئصال اللوزات والتقليد الموجود لدينا بنزع القثطرة الوريدية للمريض عند خروجه من غرفة العمليات.

خطأ طبي لا مسوغ له كانت حالة المريض مطمئنة والأمر يصبح أكثر إلحاحاً مع المريض المنجلي.

في دراسة تمت في Royal surrey county hospital من قبل:

J.R Livesey J.L.O moarch 1993 volume 107 P.P 205-207.

وجدوا أن غالبية النزوف تحصل في /12/ ساعة الأولى بعد العمل الجراحي لذا ينصحون بإبقاء الوريد مفتوحاً Keep vein open (K.V.O).

إذن وجود القثطرة الوريدية بعد العمل الجراحي K.V.O ضروري في المريض العادي والمنجلي على حد سواء للأسباب التالية:

1. تسريب السوائل الوريدية ومنع التجفاف في المريض المنجلي بشكل خاص.
2. غالبية النزوف البدئية تحصل في /12/ ساعة الأولى بعد العمل الجراحي.

ووجود قثطرة وريدية يسهل تدبير المريض.

انطلاقاً من الميزات التقنية لهذه القثاطر عدم خزع الوريد...الخ كنا نحافظ على القثطرة مع أو بدون إعطاء سوائل للمريض العادي إلى أن يتمكن من تناول السوائل بشكل كاف وهذا عادة بعد 5-8 ساعات فيما يخص مرضى المجموعة الثانية كحد أدنى.

أما مرضى المجموعة الأولى (المنجليين) تبقىٰ القثطرة مع إعطاء السوائل وريدياً إلى صبيحة اليوم التالي للعمل الجراحي والشرط اللازم والكافي لنزع القثطرة هو تناول المريض كمية كافية من السوائل عن طريق الفم.

فيما يخص الانتان يتظاهر بعد استئصال اللوزات بأحد شكلين:

- ترفع حروري.
- أو نزف ثانوي.

لكن المريض المنجلي لديه استعداد كبير للانتان وإليه (أي الانتان) يعزى السبب الأكبر في حدوث المضاعفات لدى الأطفال وآلية حدوث الانتان غير معروفة تماماً إنما تعزى إلى:

1. نقص في آلية المناعة عند الطفل متمثلة بنقص في الغلوبولينات والمتممة.
2. نقص في فعالية البالعات.
3. نقص في وظيفة الطحال.

كما ورد في دراسة لـ:

(El-Hazmi M.A.F- Infections In sickle cell diseases Ann-Saudi 1986-633-41)

فالانتان في المريض المنجلي بعد عملية استئصال اللوزات والناميات يمكن أن يتجلى:

1. ترفع حروري.
2. نزف ثانوي.
3. نوب ألمية Crises.

من خلال الدراسة لمرضى المجموعتين النزف الثانوي حصل فقط مع مريض واحد من مرضى المجموعة الأولى عمره /16/ سنة (الخضاب المنجلي 39%). والفحوص الدموية فيما يخص النزف والتخثر طبيعية.

النزف كان في اليوم السادس عولج بالمسكنات والصادات مع المكوث بالمشفى /24/ ساعة فقط ولم يكن هناك ترفع حروري والزرع للمسحة البلعومية سلبي.

النوب الألمية خلال /21/ يوماً لم يحدث لدى المجموعة الأولى المنجليين) أي نوب ألمية وهذه الفترة غير كافة كي نخرج بنتيجة مقنعة بفائدة استئصال اللوزات والناميات لدى المرضى المنجليين والدراسة لم تكن موجهة بهذا الاتجاه ولكن يمكن القول أن غياب النوب الألمية مشعر جيد إلى أن المؤهبات إلى حدوث هذه النوب الألمية لم تحصل لدى المرضى المنجليين بعد استئصال اللوزات والناميات وهذه المؤهبات هي:

1. نقص الأكسجة.
2. الانتان.
3. انحلال الكريات الحمر.

وهناك دراسات مستفيضة في موضوع النوب الألمية تشير إلى (2-3) نوب ألمية خلال العام كمعدل وسطي.

هناك من ينصح باستئصال اللوزات والناميات لدى المرضى المنجليين HbS.S للوقاية من النوب الألمية بحجة أن الاستئصال يخفف من الانتان وهذا بدوره يخفف من النوب الألمية؟.

الفارق في تدبير الانتان والوقاية منه بين مرضى المجموعتين المريض المنجلي يعطى مضاد حيوي قبل العمل الجراحي بخمسة أيام من /3/ حقن وريدية حسب العمر بعد العمل الجراحي ثم الاستمرار بصاد حيوي عن طريق الفم لمدة أسبوع بعد العمل الجراحي. هذه المعالجة لها مبرراتها منها النسبة المئوية المنخفضة من الاختلاطات (النزف الثانوي) والنوب الألمية) فيما يخص مرض المجموعة الأولى.

ونحب أن نشير إلى أننا نعطي مضاداً حيوياً بشكل روتيني لكل مريض لوزات وناميات بعد العمل الجراحي لمدة أسبوع ولدينا نسبة منخفضة جداً من النزف الثانوي خلال ممارستنا الطويلة علماً أنه لا يوجد اتفاق عالمي على ذلك.

فيما يخص فقر الدم غالبية المرضى حاملي المورثة فقط (HbS.A) لديهم فقر دم خفيف لا يشكل أي مشكلة جراحية أو تخديرية.

أما المصابون بالمرض (HbS.S) فالخضاب لديهم متدن أضف إلى الخضاب S المعتل وظيفياً. نحن في دراستنا أجرينا نقل دم لثلاث مرضى وتبديل دم لثلاث مرضى ومريض سابع لم ينجز له شيء وتم إجراء العمل الجراحي بعد /24/ ساعة من نقل الدم أو تبديله -طبعاً في موضوع نقل الدم أو تبديله والأصح في تدبير المريض المنجلي HbS.S لابد من استشارة أخصائي أمراض الدم والأطفال.

الغاية من نقل الكريات الحمر تصحيح الخضاب وتخفيف نسبة الهيموغلوبين S قليلاً أما تبديل الدم فالغاية منه خفض نسبة الهيموغلوبين S إلى مستوى قريب من 50%.

هناك عدة آراء متضاربة فيما يخص تدبير فقر الدم لدى المريض المنجلي HbS.S فالمخدرون في غالبيتهم يصرون على نسبة خضاب تصل بحدود أعلى من /9/ ونسبة الخضاب المنجلي لحدود أقل من 50% وأخصائيو أمراض الدم لهم رأي مخالف تماماً فهم يعتقدون أنه ليس ضرورياً أن يصل الخضاب المنجلي إلى أقل من 50% لأن هذا يتطلب نقل دم أو تبديل دم أكثر من مرة وهذه ليست بدون اختلاطات

خصوصاً عند هؤلاء المرضى حيث لديهم أجسام ضدية. ولديهم حجة أخرى هي وجود الخضاب F الذي لـــه تأثير ملطف ومعدل للخضاب المنجلي. بالإضافة إلى وجود معارضة عضوية فيزيولوجية كالتي تُرى في فقر الدم المزمن.

والكثير يتحدث عن أنواع من المرض المنجلي ذات سير سليم في الإحساء مثلاً ثبت أن المـــريض المنجلي HbS.S ذو سير سليم بالمقارنة مع الأنواع المنتشرة في أفريقيا وأماكن أخرى في المملكة العربيـــة السعودية وهذا قد عُزي إلى النسبة العالية من الخضاب المنجلي وإلى أسباب أخرى [M.A.F. Elhazmi & Fahad. A. Jabbori].

بقي أن نشير أنه بالرغم من نقل الدم أو تبديله في مرضانا بقيت نسبة الخضاب المنجلي عالية بـــين 55-65% ولكن العمل الجراحي تم بدون أية اختلاطات بدئية أو ثانوية. لذا فإن نقل دم بشكل معقـــول مـــع تخدير بشروط ممتازة وإماهة جيدة وأكسجة جيدة كافية للإقلال من الاختلاطات. نحن لا نســـتطيع أن نـــدلي برأي قاطع من خلال الدراسة فالعدد قليل لا يسمح بالمقارنة. ويحتاج الأمر إلى دراسة أكثر عدداً وأكثر خبرة في الأمراض الدموية.

من مجمل هذه الدراسة نخلص إلى القول:

1. المريض المصاب باعتلال الخضاب المنجلي يجب أن يعامل معاملة المـــريض العـــادي فيمـــا يخـــص استطباب استئصال اللوزات والناميات ولا مبرر لحرمان هؤلاء المرضى من العمل الجراحي خوفاً مـــن الاختلاطات لأن نسبة هذه الاختلاطات واحدة فيما لو اتبعنا أسلوباً منهجياً فـــي التعامـــل مـــع المـــريض المنجلي. يتلخص بـــ:
   - إعطاء الصادات قبل العمل الجراحي وأثناء وبعد العمل الجراحي.
   - أن يتم العمل الجراحي في ظروف تخديرية وجراحية جيدة.

   وبالتحديد:
   - التنبيب الرغامي باستعمال الأنابيب المسلحة.
   - مراقبة الضغط الجزيئي للأوكسجين أثناء العمل الجراحي وفترة الصحو باستمرار بواسطة أجهزة رخيصة الثمن وذات دقة عالية.
   - إماهة جيدة تعوض تعويضاً كاملاً عن الحاجة اليومية من السوائل منعاً للتجفاف وتقلبات الـــpH.
2. المرضى المنجليين أسوياء من حيث وظائف الدم التخثرية.
3. أخصائي أمراض الأذن والأنف والحنجرة المتواجد في منطقة كالتي شملتها الدراسة (الهفوف في المملكة العربية السعودية) أو الساحل السوري حيث نسبة الخضاب المنجلي عالية عليه أن يتابع الموضـــوع وأن يعمل لتشكيل فريق عمل مع أخصائي أمراض الدم أو الأطفال خصوصاً في بدايات تعامله مـــع هـــؤلاء المرضى.

مصادر البحث:

[1[- I. Jaduol A. G.T.A and Aki Nyanju, O.O
Chronic tonsillitis; Tonsillectomy and Sickle Cell Crises.
J.L.O May 1987 Vol.101 P.P (467-470).

[2[- El-Hozmi, M.A.F. Haemoglobinopathies in Saudi Arabia, Saudi Medical.
Journal 1992 (488-499).

[3[- (El-Hazmi, M.A.F). (Fahad A. Jabbor), (Faleh, Z. Al-Faleh); (Abdul, R. Alswailem) & (Arjumand S. Warsy)
The Experssian of Sickle Cell Haemoglobin in Saudis, soudi Medical.
Journal 1988. q(I) 99-71.

[4[- Holden & M Aher. Same Aspect of Blood Less & Fluid Balance in Paediatric Aseno Tonsillectomy. British Medical Journal 2: 1349-1351.

[5[- Carmody D; Vama Derant & Copper, S.H. Post Tonsillectomy Haemorrhage.
J.L.O 1982-96 (635-638).

[6[- (Canter, R.J) & (Rogera. J.)
Post Tonsillectomy Haemorrhage in Children, Liverpool,
J.L.O. Febraury 1985 V.PP (177-178).

[7[- (Kumar; R). Secondary Haemorrhage Following Adenotonsilletomy.
J.L.O. October 1984 Vol. 98 P.P (997-998).

[8[- (Livesey; J.R) Royal County Hospital Tonsillectomy; Haematological Test.
J.L.O. March 1993 Vol. 107.P.P(205-207).

[9[- Close; H. M.D., Krazer; C.T. M.D, Nowlin; H.J. M.D & alvingim. A. M.D. Haemostatic Assessment of Patients Befor Tonsillectomy.
Otolaryngology Head & Neck Surgery Volume III November 1994.

[1]- دراسة للأستاذ الدكتور مخائيل جرجس 1990 جامعة تشرين (اعتلالات الخضاب).