

الجراحة للمريض المعرض للخطر Surgery for the Compromised Patient

جي. بي. روود

المعرفة المفترضة

يجدر بك في هذه المرحلة أن يكون لديك المعرفة العلمية والمهارة العملية في المجالات التالية:

- أساسيات علم الأمراض وإدراك مدى تأثير الاضطرابات العامة على قدرة المرضى للتجاوب مع العلاج.
- أساسيات علم الأدوية وعلم التداوي.

إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك التالي:

- ١- رسم الخطط للعلاج الجراحي مع الأخذ في الاعتبار حالة المريض الاجتماعية والصحية والنفسية.

- يعد التاريخ الطبي للمرضى المعرضين للخطر ذا أهمية بالغة، ويجب أن يشمل إضافة إلى الحالة الصحية في الماضي والحاضر الحالة الاجتماعية والنفسية ما أمكن ذلك، وكذلك الأدوية التي يتناولها المرضى.
- تعد الجراحة السنوية السنخية مصدر قلق لجميع المرضى، وقد لا يستطيع المرضى المعرضون للخطر تحمل الاجراءات الجراحية البسيطة دون أخذ كافة الاحتياطات والتدابير العلاجية.
- يجب تقييم فوائد الجراحة ومدى العلاج المطلوب عند التخطيط للعناية بالمرضى المعرضين للخطر.
- يجب إعطاء أهمية خاصة لاختيار المكان المناسب للعلاج بما في ذلك العيادة الخارجية، أو المستشفى مع الأخذ في الاعتبار الحاجة للسيطرة على الألم والقلق.

مهمة جداً، وخصوصاً المرضى المسنين فيما إذا كانوا يعيشون بمفردهم أو لديهم دعم عائلي، وإن كانوا مصحوبين بأحد من الأقارب عند الحضور للعلاج أم لا، إضافة إلى استقصاء مواقف المرضى من المعالجات السابقة وردود أفعالهم المحتملة تجاه المعالجة المستقبلية.

التقييم العام

يتحتم لاختيار الجراحة لحل مشكلة مرضية أن تكون هذه الحلول ضمن أولويات المريض الصحية والاجتماعية العامة لكي يكون العلاج المقترح ذا علاقة مباشرة بالمشكلة، ويلقى قبولاً من المريض نفسه. ولا يكفي بهذا بل يجب أن ينظر إلى النتيجة المحتملة في ضوء أخطار الجراحة، وما قد يصاب به المرضى المعرضون للخطر. ولذلك، فقد يتطلب الأمر أحياناً تحوير وتعديل الخطط العلاجية والمقبولة أصلاً لعموم المرضى الأسوياء لتلائم المرضى بمن فيهم من المرضى المسنين، أو ممن هم عرضة للخطر. ويتوقع في ظل هذه الظروف الاكتفاء بالتدخلات العلاجية المحدودة، وخصوصاً ما يتم في العيادات الخارجية، ولا ينصح بأي حال أن تكون فترة العلاج طويلة، ولا أن يكون العلاج شاملاً وأكثر تعقيداً. وليس من الحكمة سرد تفاصيل العلاج الجراحي للمرضى المضطربين نفسياً، إذ يمكن أن يتسبب هذا في درجة من الإرباك. ومن الأجدر كذلك أن يتم ذلك إذا كان لابد منه في حضور أحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء، ولا بأس أن يتم ترتيب موعد خاص لهذا الغرض. ولا يجب أن تضاعف درجة القلق من خلال تأكيد المخاطر قليلة الاحتمال، وخصوصاً إذا كان التدخل الجراحي ضرورياً. أما إذا

٢- تقييم تأثير مجمل الأدوية المستخدمة على العلاج المقترح، وكذلك الأدوية المخصصة للعمليات الجراحية وما تتطلبه فترة النقاهة.

٣- تمييز المرضى الذين تستدعي حالتهم العلاج في العيادات الخارجية من أولئك الذين يتحتم علاجهم في المستشفيات.

المقدمة

من المستحيل عرض كافة أساليب التعامل مع مجمل الأمراض والظروف، إلا أن هذا الفصل يتطرق إلى عرض الأساسيات والمبادئ العامة في كيفية التعامل مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات صحية ومدى تأثير هذه الاضطرابات على العلاج المقدم، إضافة إلى عرض التفاعلات الدوائية والتأثيرات الجانبية بإيجاز مقتضب.

تمييز المرضى المعرضين للخطر

تعرض العديد من المرضى الراغبين في العلاج مشاكل عدة، وتتعدد هذه المشاكل، فمنها المادية والاجتماعية، والطبية، والنفسية، وتعد مهارة الممارس في التعرف على هؤلاء المرضى عند مقابلتهم للمرة الأولى بالغة الأهمية، ويتحقق ذلك من خلال طرح الأسئلة الموضوعية أثناء المقابلة وأخذ التاريخ المرضي، إضافة إلى ما يكشفه الاستبيان الطبي من قدر كبير من المعلومات الضرورية (انظر الفصل ٢). ولعل من أهم المؤشرات الواجب ملاحظتها الشكل العام للمريض وسلوكه مع الآخرين، وما إذا كان يبدو عليه القلق بشكل غير مبرر أو تظهر عليه علامات الانحراف السلوكي. كما أن معرفة أحوال المريض الاجتماعية

الأمراض القلبية والرئوية مع التقدم في العمر، بل قد تتضاعف المعاناة لمن لم يسبق له معرفة الإصابة بأمراض ارتفاع ضغط الدم والداء القلبي الإقفاري (ischaemic heart disease). ولا بد عند تمييز الحالة المرضية لشخص ما من محاولة تصنيف المرض من أجل وضع خطة علاجية مستنيرة ومعتمدة على نظرة شاملة بدلاً من القرارات الفردية. كما أن تقييم حدة المرض ومعرفة طول فترة المعاناة وتأثيره على حياة المريض وأنشطته اليومية بالغ الأهمية، كمعرفة ما إذا كان المريض قد أُدخل المستشفى من قبل ومعدل تكرار زيارته المنتظمة سواءً كان ذلك للعيادات الخارجية أو المستشفيات العامة. ولقد ساهم مقياس التقييم الذي أُقترح للمرة الأولى من قبل جمعية المخدرين الأمريكية (انظر الفصل ٣) في وضع تصنيفات عدة مشابهة لتلك المتبعة في تقدير حدة الأمراض القلبية الرئوية، وكذلك حالات الفشل القلبي الاحتقاني (congestive heart failure). ويعتقد أن هذه التصنيفات ذات فائدة بالغة في تقييم حالة المريض، وفيما يلي النظام المقترح.

الدرجة الأولى

- الشاب السليم الذي لا تظهر عليه أي أعراض مرضية.
- المسنون الأصحاء الذين يفترض إصابتهم بدرجة متوسطة من الأمراض القلبية الوعائية التي لم يتم تشخيصها بعد.
- المريض النفسي الذي يحظى بدعم عائلي واجتماعي مقبول.
- المريض الذي يبدو سليماً، ولكن التاريخ الاجتماعي يشير إلى وجود عوامل الخطر.

كانت خطة العلاج طويلة المدى فيجب التأكد من قدرة المريض الجسدية والمادية على إكمال العلاج، ويؤخذ في الحسبان كذلك ما تتطلبه فترة الشفاء من تغيرات في أنشطة المريض اليومية وفي أسلوب تغذيته، إضافة إلى ما يتطلبه من عناية يومية من شريك حياته، أو من أقربائه، أو أصدقائه. بل إن هناك عوامل أخرى لا تقل أهمية عما سبق ذكره كتأثير بعض الأمراض، والأدوية على سرعة الشفاء والحاجة أحياناً لوصف أدوية أخرى لتحسين الظروف المحيطة. وقبل إنهاء وضع خطط العلاج الجراحية المناسبة يجب تقييم الأوضاع التالية:

- الدعم الاجتماعي والمالي.
- الحالة النفسية للمريض.
- الحالة الصحية للمريض.

تقييم الحالة الصحية

تتيح مراجعة النماذج التي تملأ من قبل المريض عند أخذ التاريخ المرضي معرفة الوضع الصحي العام فيما إذا كان المريض سليماً أو يعاني أو قد عانى في السابق من أي من الأمراض الخطرة، وتأتي أهمية هذا الإجراء قبل الشروع في أي عمل جراحي حتى وإن كان المريض منتظماً في زيارته للطبيب لسنوات عدة، إذ قد يغفل المريض أحياناً عن الإبلاغ عن مرض ما، أو قد لا يدرك العواقب المترتبة على مثل ذلك. وبالمثل يتحتم على الطبيب الجراح الاهتمام بوضع المريض الصحي والاجتماعي عند تفسير معطيات التاريخ الطبي، فمثلاً قد يبدو الرجل البدين ممن هو في منتصف العمر، والمدمن على تعاطي الكحول عرضة لاضطرابات وظائف الكبد (Liver dysfunction)، وقد تزداد نسبة

الدرجة الثانية

- المريض الذي يعاني من مرض متوسط الدرجة، ولكنه تحت السيطرة، ولا يعدو تأثير المرض على حياته اليومية إلا بشكل طفيف.
- الاضطرابات التي تتطلب تغيير خطط العلاج بسبب المرض أو الدواء المستخدم.
- المرضى الذين ينكرون إصابتهم بأي من الأمراض، ولكن تبدو عليهم علامات المرض كصعوبة التنفس مثلاً.

الدرجة الثالثة

- المرضى الذين يعانون من أمراض متعددة.
- النظام الدوائي المركب وتأثيره على العلاج.
- المرضى المسنون، وخصوصاً من منهم يفتقد إلى الدعم الاجتماعي.
- الفشل في السيطرة على المرض وتأثيره على البرامج الحياتية اليومية.

الدرجة الرابعة

- الأمراض المتقدمة أو عسيرة السيطرة.
- الأمراض التي تتطلب علاجاً آنياً ومتخصصاً كمرض الناعور (haemophilia).
- المرضى النفسيون والمرضى المضطربون الذين يفتقدون للدعم الأسري والاجتماعي.

الدرجة الخامسة

- المريض السقيم جداً.
- ويبدو أن استخدام نظام التصنيف المتدرج لتقييم حالة المريض الاجتماعية والصحية كفيل بتهيئة ووضع الخطط السليمة والمناسبة في تحديد مكان وكيفية العلاج الجراحي.

الدرجة الأولى

يمكن إجراء جراحة الأسناخ السنية (dentoalveolar surgery) لهذه الفئة من المرضى في العيادات الخارجية تحت التخدير الموضعي بعد إعطاء الأدوية المهدئة للتخدير (premedication) أو مع أسلوب التهدئة الراحية (sedation) إذا تطلب الأمر ذلك. ومن الحكمة أخذ الحيطة والحذر عند الرغبة في استخدام التخدير العام مع بعض المرضى، أمثال المرضى المسنين، وكذلك من هم عرضة للخطر.

الدرجة الثانية

تعالج غالبية هذه الفئة من المرضى في العيادات الخارجية مع إعطاء اعتبارات خاصة للتاريخ الطبي وما تتطلبه حالة المريض من مضادات حيوية لمريض الصمامات القلبية (valvular diseases)، وقد تساعد الأدوية المهدئة على إتمام العلاج بشكل جيد لبعض المرضى، كالذين يعانون من داء الصرع مثلاً.

الدرجة الثالثة

يمكن إجراء العمليات الجراحية البسيطة لهذه الفئة في العيادات الخارجية، ومن الأفضل علاج أغلب هؤلاء المرضى في المستشفى حتى وإن كان ذلك تحت تأثير التخدير الموضعي.

الدرجة الرابعة

يتطلب علاج هذه الفئة الدخول والبقاء في المستشفى.

الدرجة الخامسة

من المؤكد أن مرضى هذه المجموعة مقيمون في المستشفى، ويجب أن يقتصر العلاج على الحالات الطارئة فقط.

سعال مزمن وصعوبة في التخلص من المخاط الرئوي المتراكم، الأمر الذي يؤدي إلى سرعة نشوء الالتهابات، وربما ينشأ عن ذلك نفاخ رئوي (emphysema). ويرتبط هذا الاضطراب الرئوي دائماً بنقص في الأوكسجين، وقد لا يستطيع هؤلاء المرضى حتماً تحمل تبعات العلاج الطويل، حيث لا يمكنهم الشعور بالارتياح في الوضع الاستلقائي (supine position)، ولذلك ينصح بإجراء العمليات الجراحية المحدودة، والتي لا يستغرق إنجازها أكثر من ٢٠ - ٣٠ دقيقة في العيادات الخارجية تحت التخدير الموضعي، وفي وضعية الجلوس وليس الاستلقاء. أما استخدام أسلوب التهذئة عن طريق الوريد فيتطلب اختيار المرضى الملائمين لذلك مع ممارسة أقصى درجات الحيلة والحذر، حيث ثبت أن نقص الأوكسجين وتراجع وظائف الرئة سبباً في صعوبة التنفس، خصوصاً إذا كان المريض مستنداً إلى الخلف. وقد تزداد حالة هؤلاء المرضى سوءاً مع استخدام أسلوب التهذئة الوريدي؛ ولذلك ينصح بإعطاء المريض الأوكسجين بالتزامن مع التهذئة، وعلى أن يخضع المريض للمراقبة بدقة حتى إتمام العلاج.

وبما أن أمراض الربو (asthma) من المشاكل الصحية واسعة الانتشار، فإن من الحكمة تقييم حدة المرض قبل الشروع في المعالجة الجراحية، حيث يتوقع أن تكون حالات المرضى الذين سبق لهم الدخول إلى المستشفى بسبب نوبات الربو المتكررة، وكذلك الذين يتناولون مركبات الستيروئيدات بانتظام حالات متقدمة من المرض وبذلك لا يمكن علاجهم تحت التخدير العام إلا في المستشفيات. أما المرضى الذين يعانون من ربو متوسط، ويتناولون معالجة استنشاقية (inhalers)

الأمراض الشائعة ومدى تأثيرها

على العلاج الجراحي

أمراض الجهاز التنفسي

عدوى الجهاز التنفسي العلوي الحادة

لا ينصح القيام بأي عمل جراحي في حالة وجود أمراض الجهاز التنفسي العلوي الحادة إلا في حالة العلاج الطارئ، وعلى أن يكون محدوداً في نطاقه ولا يستغرق إجراؤه فترة زمنية طويلة لما يلازم ذلك من صعوبة في التنفس وزيادة في نوبات السعال، إضافة إلى صعوبة الوصول إلى التشخيص بوجه عام للكثير من الحالات في وجود التهاب الجيوب الحاد، والمرتبط غالباً بأمراض الجهاز التنفسي العلوي. أما التخدير العام فيحذر استخدامه في المرضى المصابين بأمراض الجهاز العلوي التنفسي الحاد، ولعل غالبية مرضى الجهاز التنفسي السفلي كمرض التهاب الشعب الهوائية المتفقم (bronchitis) والمتميز بنوبات من السعال وارتفاع في درجة الحرارة، وصعوبة في التنفس والشعور بالإعياء والوهن يمتنعون عن الحضور للعلاج في وجود هذه الأعراض. ولكون مرضى التهاب الرئوي (pneumonia) مرضى حقيقيين فإنهم نادراً ما يبحثون عن العلاج الجراحي خلال هذه الفترة، ولذلك، فإن أي تدخل جراحي هؤلاء المرضى لا يبرره سوى الحالات الطارئة وعلى أن يوجه إلى تخفيف الألم بإجراءات سريعة تحت التخدير الموضعي.

الأمراض التنفسية المزمنة

يعتبر داء المسلك الهوائي المسد المزمن (chronic obstructive airway) أحد تبعات الالتهابات المزمنة للقصبات الهوائية (chronic bronchitis) ويتميز هذا الداء بتراكم المخاط اللزج في المسلك الهوائي، ويعاني المرضى غالباً من

النوبة القلبية ارتفاع في ضغط الدم أو درجة من درجات الفشل القلبي (heart failure)، ولذلك يتوجب فحص المريض بدقة لتبين وجود إحدى هاتين الظاهرتين. ولا تمنع النوبات القلبية ذات الدرجة المتوسطة العلاج في العيادات الخارجية إلا أن الأزمات الشديدة والمتكررة منها غير المستقرة (unstable angina) وتلك التي تحدث أثناء فترة الراحة تتسبب في الكثير من القلق؛ ولذلك يتحتم معالجة هؤلاء المرضى دائماً في المستشفيات. ويمكن للممارسين تحديد حدة الداء الإقفاري القلبي من خلال تقييم قدرة المريض على المشي لمسافة طويلة دون التوقف بسبب ألم الصدر، وكذلك القدرة على صعود السلالم ومعدل الحاجة إلى أخذ أدوية تخفيف الألم كبخاخ النترات تحت اللساني. ولعل أفضل وسيلة لمنع النوبة القلبية هي الرعاية الجيدة للمرضى بما في ذلك السيطرة التامة على الألم بوصف الأدوية الممهدة للتخدير والتهديئة (premedication and sedation)، وإبلاغ المريض بأخذ دوائه المعتاد سواء كان على شكل بخاخ أو أقراص قبل الشروع في الجراحة لإجراء وقائي لمنع حدوث النوبة القلبية. ويعتبر التخدير الموضعي باستخدام مادة ليدوكاين (lidocaine) والمواد القابضة للأوعية، مثل الأدرينالين (adrenaline) الخيار الأفضل للسيطرة على الألم نظراً لتأثيرهما العميق. وليكن ذلك ببطء وباستخدام أنظمة الشفط والحقن (aspirating system). ومع ذلك فقد يحدث أحياناً تسارع عابر في سرعة نبضات القلب بالتزامن مع الحقن ولكن هذا ليس ذا أهمية من الناحية السريرية. أما إذا كان المريض يعاني من احتشاء عضلة القلب فإنه يتوجب تأجيل أي علاج جراحي لمدة لا تقل عن ٣ أشهر ما أمكن ذلك،

فيمكن علاجهم بأمان تحت التخدير الموضعي في العيادات الخارجية، وما عليهم سوى إحضار أدويتهم المعتادة، واستخدامها قبل البدء في العلاج. ولقد ثبت أن للإجهاد دوراً في نشوء النوبات الربوية؛ ولذلك يجب أن يقدم العلاج على نحو هادئ ولطيف لتفادي القلق المرتبط غالباً بالانتظار الطويل الذي لا يمكن تبريره أحياناً، وعلى أن تستخدم الأدوية الممهدة للتخدير، مثل عقار البنزوديازيبين (benzodiazepine) الفموي ما أمكن ذلك قبل العلاج الجراحي.

ولكون حساسية الأدوية ليست بالأمر النادر فإن استخدام مرضى النوبات الربوية لمسكنات الألم غير الستيرويدية (NSAIDs) مثلاً للأزمات الربوية، وقد يتسبب في التشنج القصبي (bronchospasm)، ويمكن التحقق من ذلك بسؤال المريض عن ردود فعله السابقة بعد أخذ الأسبرين (asprin)، والأيبوبروفين (ibuprofen) والأدوية المشابهة الأخرى. وعلى النقيض، فإن معظم مرضى الربو يستطيعون أخذ المسكنات الستيرويدية ولا يجب حرمانهم منها. أما المواد الأفيونية (opiates) فنادرًا ما تتطلبها آلام جراحة الفم؛ ولذلك تتلاشى الحاجة لوصفها.

الأمراض القلبية الوعائية

الداء القلبي الإقفاري

يعرف الداء القلبي الإقفاري (ischaemic heart disease) على نطاق واسع بالنوبة القلبية (angina) وهي التي تتميز بألم قابض (crushing pain) في وسط منطقة الصدر، ويرتبط حدوثها غالباً بإقفار عضلة القلب (myocardial ischemia)، ويغلب على المرضى المصابين تناول عقاقير لتخفيف حدة الأعراض. وقد يصاحب

١:٨٠٠٠٠٠ الأكثر فعالية من كل العقاقير المتوفرة حالياً للتخدير الموضعي، ولا تتوفر أي دلائل علمية على أن للجراجات المتوسطة أي آثار سلبية على مرضى ارتفاع الضغط. وللتهدئة الواعية عن طريق الوريد دور مهم وفعال في السيطرة على القلق والألم، ومن ثم تقليل الأخطار المرتبطة بارتفاع ضغط الدم لمعظم المرضى، وقد يستفيد البعض ممن تظهر عليهم علامات ارتفاع الضغط المرتبط بالقلق من الأدوية الممهدة للتخدير.

الفشل القلبي

يحدث الفشل القلبي (heart failure) كنتيجة حتمية لاضطرابات عديدة، مثل مرض الصمامات (valvular disease) والداء القلبي الإقفاري وفرط ارتفاع ضغط الدم، وحتى وإن بدا هذا الداء تحت السيطرة، فإنه يجب أن يؤخذ كدليل على التآكل والتلف القلبي الوعائي (cardiovascular wear and tear). وقد يتطور الأمر بالمرضى الذين يعانون من فشل قلبي في الجهة اليسرى إلى نشوء وذمة رئوية (pulmonary oedema) تكون في العادة مصحوبة بضيق في التنفس (dyspnoea) وسعال، وقد تظهر الوذمة على الكاحل. أما إذا كان الفشل القلبي في الجهة اليمنى فإنه يؤدي إلى إرباك الجهاز التنفسي بسبب احتقان الأجهزة البطنية، وتبدو الوذمات الطرفية على الكاحلين بشكل واضح. وقد لا يخلو علاج مرض الفشل القلبي من بعض المخاطر، إلا أن المرضى ذوي الحالات المستقرة، والذين يتمتعون نسبياً بحياة مليئة بالنشاط والحيوية يمكن علاجهم في العيادات الخارجية دون مشاكل بشرط ألا تطول فترة العلاج، حيث إن الإجهاد يزيد من صعوبة التنفس وخصوصاً إذا كان المريض في الوضع الاستلقائي،

وإن تطلب الأمر تخديراً عاماً فلا بد من التأجيل لفترة لا تقل عن ٦ أشهر كذلك، علماً أن العلاج الطارئ في هذه المرحلة مسموح به على أن يتم تحت التخدير الموضعي والتهدئة في أحد المستشفيات.

فرط ارتفاع ضغط الدم

يرتبط ارتفاع ضغط الدم (hypertension) ارتباطاً مباشراً بالتقدم في العمر وزيادة مقاومة الشرايين الطرفية (peripheral arterial resistance)، وعلى الرغم من ارتفاع نسبة معدل الإصابة بارتفاع ضغط الدم متوسط الدرجة إلا أنه نادراً ما يتم تشخيصه. ويلجأ الكثير من المرضى إلى السيطرة على فرط ارتفاع ضغط الدم بأخذ مدرات البول (diuretics)، ولذلك تتضاعف أهمية تقييم مستوى عنصر البوتاسيوم (potassium) في هؤلاء المرضى قبل إجراء أي عمل جراحي متقدم وخصوصاً إذا كان تحت التخدير العام. وقد يكون ارتفاع ضغط الدم عرض ثانوي للعديد من الاضطرابات الصحية، كالأمراض الكلوية، أو الغددية؛ ولهذا يتحتم على الطبيب اكتشاف حالة المريض من خلال الفحص الأولي والتاريخ المرضي.

وبما أن مرضى ارتفاع ضغط الدم المزمن عرضة للإصابة بالفشل القلبي، أو النوبة القلبية فإنهم أكثر عرضة للمضاعفات بعد العلاج الجراحي؛ ولذا فإن منع الإحساس بالألم والقلق أمر بالغ الأهمية لمنع ارتفاع ضغط الدم قبل وخلال المعالجة الجراحية، ولذلك ينصح باستخدام الليدوكاين مع الأدرينالين كمخدر موضعي مصحوباً بالأدوية الممهدة للتخدير، وخصوصاً في المرضى الذين تظهر عليهم علامات القلق. ويعتبر استخدام ليدوكاين ٢٪ مع الأدرينالين

الوراثية أثناء أخذ التاريخ الطبي، وقد لا يكتشف بعضها إلا من خلال الفحص السريري كاضطرابات التخثر المصاحبة لأمراض الكبد مثلاً. وقد ترتبط اضطرابات التخثر كذلك بتناول مضادات الالتهابات غير الستيرويدية (NSAIDs) والإسبرين، وذلك لما لها من تأثير على وظائف الصفائح الدموية (platelets)، علماً أنه يمكن الحصول على الكثير من هذه العقاقير بدون وصفة طبية (over-the-counter) من المراكز التجارية.

يستدل على اضطرابات التخثر غالباً من نوبات النزف الخطرة بعد الجراحات السابقة، أو عند اكتشاف فرقرية (purpura) غير عادية أو كدمات (bruising) متفرقة خلال الفحص السريري. ويستدعي وجود هذه العلامات الفحص الشامل والتحري الدقيق قبل البدء في أي عمل جراحي. بل يجب كذلك الاستفسار عن الأدوية المستخدمة من قبل المرضى الذين يتناولون مضادات التخثر وخصوصاً إذا ما أشاروا إلى ذلك بأنفسهم أثناء أخذ التاريخ الطبي. وليس هناك ما يمنع من علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات تخثرية متوسطة الدرجة تحت التخدير الموضعي سواء كانت المشكلة لأسباب مرضية أو بسبب تناول مسكنات الألم. وينصح بتجنب التخدير بالحقن الإحصاري (block injection) ولا بأس من استخدام التهذئة الواعية إذا ما أخذت كل الاحتياطات، ويبقى الاهتمام بعد ذلك بعملية إيقاف النزف والرعاية لما بعد الجراحة. وتتضاعف أهمية مثل هذا الإجراء عند تخدير العصب السنخي السفلي في المرضى الذين يعانون من أمراض التخثر الخطرة كمرضى الناعور (haemophilia) مثلاً، فقد يكون الحقن مدعاة للنزف الموضعي في مكان اختراق الإبرة بعكس المرضى الذين

ولذلك ينصح بمعالجة هؤلاء المرضى في وضع شبه مائل أو في وضع الجلوس، ويرتبط استخدام التخدير الموضعي مع هؤلاء المرضى بدرجة عالية من الأمان. أما التهذئة عن طريق الوريد فترتبط أحياناً بصعوبة في التنفس؛ ولذلك يتوجب استخدامها مع هؤلاء المرضى في المستشفى فقط شأنهم في ذلك شأن المرضى الذين يفشلون في السيطرة على مرضهم، بحيث تظهر معاناتهم من صعوبة في التنفس ونشوء للوذمات. ولما للفشل القلبي من تأثير على التروية الوعائية للكبد، وبالتالي على العمليات الاستقلابية الدوائية، فإن من العوامل الواجب مراعاتها تقليل جرعة التخدير الموضعي والإبقاء على العمليات البسيطة في كل زيارة.

مخاطر الشغاف

يزيد تدفق الدم المتموج داخل القلب من خطورة نشوء التهاب الشغاف العدواني (infective endocarditis) نظراً لاستقرار الجراثيم على شغاف القلب، ويعتقد أن مصدر هذه الجراثيم في الغالب هي العمليات الجراحية الفموية كقلع الأسنان مثلاً. ولذلك، فإن من الضروري تمييز المرضى المعرضين لخطر التهاب الشغاف، وتزويدهم بالإجراءات الوقائية المناسبة قبل الشروع في أي علاج جراحي، ويمكن للقارئ العودة إلى التوجيهات والاحتياطات المفصلة المنشورة من قبل جمعية المعالجة الكيميائية ومضادات الجراثيم (Society for Antimicrobial Chemotherapy) في كتيب الوصفات الوطني البريطاني (British National Formulary).

اضطرابات النزف

ينظر إلى اضطرابات التخثر في الحياة العملية اليومية بكثير من الاهتمام، وتعرف معظم عيوب التخثر

للعلاج الجراحي داخل المستشفى العقاقير ذات المفعول الأفيوني (opioids). وبما أن لبعض المضادات الحيوية تأثيراً على عملية التخثر فإنه حري بإعادة تقييم نسبة التخثر بشكل متكرر لدى هؤلاء المرضى قبل الشروع في أي عمل جراحي.

الحالات الشائعة المتطلبه لمضادات التخثر

- خثار الأوردة العميقة (deep vein thrombosis).
- احتشاء عضلة القلب.
- أمراض الصمامات وعمليات تعويض الصمامات.
- الرجفان الأذيني (atrial fibrillation).

داء السكري

يعتبر علاج مرضى داء السكري (diabetes) في عيادة الأسنان أمراً مقبولاً بشرط أن تؤخذ كل الاحتياطات الخاصة بهذا الداء في عين الاعتبار، من حيث التزام المريض بأخذ الدواء والطعام في الأوقات المعتادة قبل المعالجة الجراحية، وأن يكون العلاج في وقت مبكر كالصباح مثلاً. وتبقى الصعوبات في هذا الشأن مرتبطة بالعلاج تحت التخدير العام لكون المريض صائماً. وبما أن علاج المرضى الذين يعانون من داء السكري المعتمد على الحمية لوحدها أو مع أخذ خافض سكر الدم عن طريق الفم (oral hypoglycaemics) يمكن أن يتم في العيادات الخارجية إلا أن المرضى الذين يعتمدون على هرمون الإنسولين (insulin) أكثر عرضة للخطر؛ ولذا يتوجب علاجهم دائماً بالمستشفيات. ولا يقبل استخدام أسلوب التهذئة عن طريق الوريد في المرضى المعتمدين على الإنسولين

يتناولون مضادات التخثر (anticoagulants)، إذ نادراً ما يتعرض هؤلاء لمثل هذه المضاعفات.

ويتطلب علاج المرضى الذين يعانون من عيوب في عملية التخثر، أو قصور في وظائف الصفائح الدموية تقييماً شاملاً وعلاجاً بديلاً داخل المستشفى، وليس هناك حاجة حينها لتجنب التخدير بالحقن الإحصاري. وبما أن المرضى الذين يتناولون مضادات التخثر يصطحبون معهم سجلاً يظهر الدواء المستعمل والنسبة القياسية الدولية/ نسبة تخثر الدم (INR) فإن أي تدخل جراحي يجب ألا يزيد عن قلع سنين، أو القيام بأخذ الخزعات التشخيصية (biopsy)، وليكن ذلك عند معدل نسبة التخثر ٣ في يوم الجراحة، مع الاهتمام بوقف النزف عن طريق استخدام مساعدات التخثر الموضعية وخياطة الجروح. ويمكن قلع الأسنان المتعدد وإجراء جراحة الأسناخ السنية في الحالات التي لا تزيد نسبة تخثر الدم عن ٤ إذا ما استخدمت مضمضة حمض التراينكساميك (tranexamic acid)، وأخذت الاحتياطات الموضعية الأخرى بعين الاعتبار. وقد يتطلب ارتفاع نسبة تخثر الدم فوق ٤ إلى تعديل جرعة مضاد التخثر قبل الشروع في أي عمل جراحي بعد مشاوره الطبيب المسؤول عن وصف مضاد التخثر، وعلى أن يتم العلاج في المستشفى فقط حتى يمكن مواجهة الاحتمالات العكسية للمداخلة الجراحية، علماً أن هناك تبايناً في النسب القياسية الدولية لمختلف العمليات الجراحية.

ويحذر وصف مضاد الالتهابات غير الستيرويدية لتخفيف آلام ما بعد الجراحة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات التخثر، ويستحسن استبدالها بإادة البراسيتامول، وقد تتطلب الآلام الشديدة المصاحبة

وحرّي أن تؤخذ هذه التغيرات الحيوية وغيرها بعين الاعتبار، وخصوصاً أن الكثير من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي الحاد يعالجون بمركبات السيتروثييدات.

الأمراض العصبية

يعتبر داء الصرع (epilepsy) من أكثر الأمراض العصبية شيوعاً في مرحلة الشباب، ويعالج العديد من المرضى بالعديد من الأدوية، ومنها على سبيل المثال عقار فالبروات (valporate) الذي يزيد من قابلية النزف بعد العلاج الجراحي. ويتلقى معظم هؤلاء المرضى علاجهم في عيادة الأسنان تحت التخدير الموضعي بنجاح إذا تم مراعاة كل الاحتياطات المعروفة كمنع القلق، وغيوب الإضاءة المزعجة، وخصوصاً الاضطراب الليلية منها (stroboscopic lighting defect)، ولا يعد استخدام التخدير الموضعي من موانع الاستطباب إذ لا يوجد دلائل ثابتة على تأثير مادة التخدير الموضعي في حدوث نوبات الصرع، ومع ذلك فإنه يعتقد أن استخدام أسلوب التهدئة الواعية خلال العلاج الجراحي أكثر ملاءمة لمرضى الصرع وخصوصاً الذين يجدون صعوبة في السيطرة الدوائية على نوبات الصرع.

وتتضاعف صعوبة العلاج في المرضى كبار السن وكذلك المصابين بالأمراض العصبية، مثل مرضى الباركنسن (parkinson) وكذلك المرضى الذين أصيبوا بسكتات دماغية. فمرضى الباركنسن على سبيل المثال عاجز عن التعبير، وتبدو ملاحظه مبهمه ولذلك يتوجب مناقشة خطوات العلاج مع المرافق في وجود المريض، حيث قد ينزعج المريض إذا ما أقصى من النقاش. إضافة إلى أن الكثير من هؤلاء المرضى يعاني من مشاكل في الوقوف بسبب تصلب أجسامهم مما يجعل العلاج على كرسي طبيب الأسنان أمراً بالغ الصعوبة، ويمكن

دون توفر كافة الإمكانيات المطلوبة لقياس مستوى سكر الدم قبل العلاج، وخصوصاً عند مواجهة فقدان الوعي (الغيبوبة السكرية) ولا بد هنا من الإشارة إلى أن مرضى داء السكري المزمن عرضة لأمراض أخرى، كالأمراض القلبية الوعائية، وأمراض الكلى. وبما أن داء السكري يؤخر التئام الجروح، ويجعلها عرضة للإنتان الثانوي (secondary infection) فقد جرت العادة وصف المضادات الحيوية للجراحات القموية وحول القموية هؤلاء المرضى.

الاضطرابات العصبية الهيكلية

يظل العضال العظمي (osteoarthritis) والتهاب المفصل الروماتويدي من أغلب الاضطرابات العصبية الهيكلية (musculoskeletal disorders) انتشاراً، ويمكن ملاحظة حدة الإعاقة لأول مرة خلال الفحص السريري، وعند أخذ التاريخ الطبي. وبما أن الإعاقة الحركية تؤثر بشكل سلبي على قدرة المريض على البحث عن المساعدة الطبية وأحياناً العودة إلى العيادة عند ظهور مشاكل ما بعد الجراحة، فإن من الحكمة أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار عند التخطيط لعلاج هذه الفئة من المرضى، وخصوصاً ما يرتبط بالدعم الأسري.

إن علاج المرضى الذين يعانون من التهاب المفصل الروماتويدي على سبيل المثال يتطلب جلوسهم في وضع ملائم ومريح أثناء فترة العلاج مع إبقاء الفم مفتوحاً بما فيه الكفاية لحين إتمام المعالجة المتوقعة وهذا بالتالي يتطلب تهيئة الدعم الكافي للرقبة وخصوصاً إذا كان المريض تحت تأثير التهدئة الواعية. وحيث إن معظم مرضى العيادات الخارجية يتناولون في العادة مضادات الالتهابات غير الستيروئيدية فإن احتمال ظهور علامات داء فقر الدم واضطرابات عملية التخثر ما بعد الجراحة أمر وارد،

وتقييمها. ومن المهم استشارة أحدث المنشورات الدوائية بهذا الخصوص مثل كتاب الوصفات البريطاني (BNF)، ولذلك ينصح بتقييم السمات الدوائية للأدوية المستخدمة بشكل منتظم على النحو التالي:

- ١- الأدوية التي يتناولها المريض بانتظام:
 - ما المرض الذي يستدل عليه من استخدام الدواء؟
 - هل يشير الدواء المستخدم إلى شدة المرض؟
 - هل يؤثر تناول الدواء على العلاج الجراحي؟
- ٢- الأدوية الضرورية للمعالجة الجراحية:
 - هل هناك حاجة إلى إعطاء الدواء قبل العلاج الجراحي؟
 - هل هناك أسباب لتغيير جرعة الدواء المعتاد؟
 - هل يمكن حدوث أي تطورات سلبية مع استخدام أسلوب التهدئة؟
- ٣- الأدوية المستخدمة بعد الجراحة:
 - هل هناك أي أسباب طبية أو دوائية تستدعي تغيير جرعات مسكنات الألم بعد الجراحة؟
 - هل هناك حاجة لوصف مضادات حيوية وهل يجب أن تختلف عن الوصفات المعتادة؟

الملخص

- احذر من أسباب الأخطار المختلفة.
- تعرف على المريض المعرض للخطر، وتفاعل مع متطلباته.
- ارسم خطط العلاج بكل عناية وحذر.
- احذر من التأثيرات الخفية للأمراض المعروفة، ومدى تأثير الأدوية المستخدمة.
- اجعل العلاج الجراحي محدوداً في طبيعته وفي زمنه.
- اختر المكان المناسب للعلاج بحكمة وروية.

التغلب على مشاكل التصلب والارتعاش باستخدام أسلوب التهدئة عن طريق الوريد. ومع ذلك، فإن من الحكمة أن تقتصر المعالجة في الزيارة الأولى على أقل ما يمكن إنجازه، وحتى يتسنى ملاحظة ما إذا كان أسلوب التهدئة ذا جدوى مع هذه الفئة من المرضى.

أما المرضى الذين أصيبوا بصدمة وعائية دماغية (cerebrovascular accident/ strock) فقد يبدو عاجزين عن الحركة والاتصال مع غيرهم، وقد يزيد هذا في صعوبة المحافظة على صحة الفم وخصوصاً إذا كان المريض يعاني من شلل وجهي، وقد تزداد الصعوبة مع ازدياد الحاجة بالعناية بالجروح بعد الجراحة. وبما أن هؤلاء المرضى يعانون أصلاً من ارتفاع ضغط الدم فالواجب التحري عن هذه المضاعفات إضافة إلى أي من الأمراض القلبية والوعائية الأخرى وما يتناولونه من مضادات للتخثر. إن كل هذه العوامل تجعل من علاج هؤلاء المرضى في العيادات الخارجية أمراً غير مستحب حتى وإن حافظوا على قدراتهم الحركية، وقد يستحسن بعض أقرباء المرضى تقليص العلاج ليكن تدخلاً محدوداً للعناية بالأسنان. أما العلاج الجراحي للحالات المتقدمة فيتحتم القيام به دائماً في المستشفيات العامة فقط.

الأدوية

يتناول العديد من المرضى أدوية موصوفة وأخرى بدون وصفة كذلك التي تؤخذ لأسباب ترويجية، ولذلك يجب التحري عن هذه الأدوية، فقد تكشف المعلومات جوانب مهمة في صحة المريض لم تُكتشف من قبل أثناء أخذ التاريخ الطبي. ومن المعلوم أن هناك صعوبات متوقعة وأخرى محتملة قد تظهر أثناء العلاج بسبب تناول دواء ما، الأمر الذي يوجب الانتباه لردود الأفعال والتفاعلات المحتملة للكثير من الأدوية

قراءات إضافية

Antimicrobial Chemotherapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 57: 1035–1042.

Trieger N. (1994) *Pain control*, 2nd edn. Mosby Year Book, St Louis, MO.

Webster K., Wilde J. (2000) Management of anticoagulation in patients with prosthetic heart valves undergoing oral and maxillofacial operations. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 38: 124–126.

American Society of Anesthesiologists (1963) New classification of physical status. *Anesthesiology* 24: 111.

Francis G. S. (1998) Congestive heart failure. In: Stein J. H. (ed.) *Internal medicine*, 5th edn. Mosby, St. Louis, MO, pp. 156–175.

Gould F. K., Elliott T. S. J., Foweraker J., et al. (2006) Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the working party of the British Society for

التقييم الذاتي

في هذا الفصل؟ وما النتائج المترتبة على إزالة الجذر في الحال؟ وما المتغيرات في هذا الإجراء خلال الأشهر الستة القادمة؟

٢- تقدمت مريضة تبلغ من العمر ٢٣ سنة، تعاني من الصرع لقلع الرحي الثالثة المطمورة جزئياً، كيف يمكن تقييم الأخطار المحتملة خلال العمل الجراحي وما المطلوب لمجابهة هذه الأخطار والإقلال من وقوعها؟

الإجابة في الملحق ب.

١- يشتكي مريض يبلغ من العمر ٥٦ سنة من ألم بسبب جذر متبقٍ من الرحي السفلية الأولى التي تم قلعها منذ عدة سنين، وأوضح المريض خلال مقابله إصابته بداء القلب الإقفاري المزمن، وذكر تعرضه لنوبتين من احتشاء عضلة القلب قبل عامين وخمسة أعوام على التوالي. ولقد أجريت له عملية ناجحة تمثلت في طعم مجازة الشريان التاجي (CABG) قبل أسبوعين، ولا يزال مستمراً في تناول عقار ورفرين (warfarin) لخثار الأوردة العميقة. كيف يمكن تصنيف حالة المريض الطبية على أساس النظام الذي تم عرضه