

ضدویروسی + یک تنظیم‌کننده ایمنی را با هم مصرف کنیم.

### لامیوودین + انترفرون:

ترکیب لامیوودین و انترفرون به نظر منطقی می‌رسد چون درمان تک دارویی با هر یک از آنها مؤثر است و لامیوودین و انترفرون مکانیسم اثر متفاوت دارند. ولی تجربیات اولیه در دو مطالعه بالینی که فوقاً ذکر شد مایوس‌کننده بوده است. (۸ و ۹) در هر دو مطالعه براساس این قضیه که سطح پایین HBV DNA پاسخ به انترفرون را افزایش خواهد داد لامیوودین قبل از شروع انترفرون تجویز شده بود. این که آیا تغییر برنامه تجویز دارو مثلاً شروع هر دو دارو به طور همزمان می‌تواند اثرات ضدویروسی بهتری داشته باشد، باید که معلوم شود. براساس اطلاعات در دسترس هیچ پایه‌ای (Base) برای توصیه به درمان ترکیبی با لامیوودین + انترفرون وجود ندارد.

### لامیوودین + Famciclovir:

لامیوودین و Famciclovir اثر ضدویروسی خود را در مراحل متفاوت سیکل تکثیر HBV و غیر از مرحله تأثیر انترفرون اعمال می‌کنند. مطالعات Invitro نشان داد که ترکیب لامیوودین و Famciclovir اثرات سینرژیک یا جمععی ضدویروسی در HBV اردک (۱۹) دارد. آیا این اثرات در بیماران با عفونت هیپاتیت مزمن B نیز وجود دارد؟ باید تأیید شود.

### پیوند کبد:

فقدان توکسی‌سیتی مغزاستخوان و غیرشایع بودن افزایش‌های ALT در طی درمان با لامیوودین منجر به مطالعات بالینی با این دارو در بیماران با سیروز جبران نشده و یا عود هیپاتیت B پس از پیوند کبد شده است و این حالتی است که مصرف انترفرون در آنها بی‌اثر است و منع مصرف دارد. گزارش‌های اولیه نشان داد که در این‌گونه بیماران لامیوودین خوب تحمل شده، تکثیر HBV را مهار کرده و بیماری کبدی را بهبود بخشیده است. (۲۰ و ۲۱) به علاوه به نظر می‌رسد درمان تک دارویی با لامیوودین که حداقل چهار هفته قبل از پیوند کبد شروع شود و پس از پیوند کبد و بدون درمان با HBIG (ایمنوگلوبولین هیپاتیت B) ادامه یابد منجر به کاهش میزان عفونت مجدد با هیپاتیت ویروسی B در بیماران پیوند کبد به علت سیروز در اثر HBV می‌شود. (۲۲ و ۲۳)

\* - فلو بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی تهران

مأخذ:

E.S.F. Lok "Lamivudine treatment of chronic hepatitis B virus infection" Up to Date in Gastroenterology and Hepatology, 1999, American Gastroenterological Association.

## دورنمای اعمال جراحی با تهاجم

### اندک

ترجمه از: دکتر حسین محمودزاده\*

دهه گذشته شاهد یکی از بارزترین پیشرفت‌های جراحی یعنی جراحی با لاپاروسکوپی بوده است. این پیشرفت در حد قابل مقایسه با پیشرفت‌های بااهمیت گذشته تاریخ جراحی مانند رزکسیون معده (صورت گرفته در بیشتر از صد سال پیش) است.

قبلاً از لاپاروسکوپی به عنوان شیوه‌ای تشخیصی در جراحی، طب داخلی و طب زنان و در حد کم به عنوان روشی درمانی استفاده می‌شد. محدودیت و نقص این تکنیک این بود که جراح باید از یک طرف از مجرای لاپاروسکوپی به داخل نگاه کند و از طرف دیگر با دستش آن را تنظیم نماید و لهذا مجبور بود سر خودش را عقب و جلو ببرد و به دستگاه بچسباند تا بتواند از سوراخ رؤیت کند، طبعاً این امر در استریلیتی در خلال لاپاروسکوپی خلل ایجاد می‌کرد. نمی‌توان نقش چند پیشگام و نوآور این تکنیک را (هاینز کالک، کورت سیم و ژاک پریرسار) در این جا نادیده گرفت، اینان با دیدی روشنی بخش به این تکنیک نگرستند و توانستند با پیگیری و تداوم در کارشان، دیگران را متقاعد به پذیرفتن این تکنیک در صحنه اعمال جراحی ژینکولوژی بکنند، از دیگر مسائلی که در پیشرفت این تکنیک مؤثر بود پیشرفت وسائل تصویری بود. با این پیشرفت به غیر از جراح، بقیه افراد تیم جراحی (نظیر کمک جراح و نرس‌های اتاق عمل) نیز می‌توانستند در جریان عمل قرار بگیرند و به این ترتیب امکان انجام جراحی‌های پیچیده بیشتر فراهم می‌شد. نقطه عطف و اوج این پیشرفت‌ها مربوط به سال‌های نخست دهه ۹۰ بود که کله‌سیستکتومی از طریق لاپاروسکوپی صورت گرفت. بعد از آن، دیگر این تکنیک تقریباً در تمامی صحنه‌های جراحی به کار گرفته شد و مورد آزمون قرار گرفت که از جمله آنها می‌توان به گزارش‌هایی در مورد رزکسیون مری (ازوفاگکتومی)، رزکسیون کبد، پانکراتکتومی و کولکتومی اشاره کرد. می‌شود گفت با آموزش درست این تکنیک می‌توان تقریباً هر عمل جراحی‌ای را با آن (یعنی با این تکنیک کم‌آزار و کم‌تهاجم) انجام داد. البته در خلال ۵ سال گذشته، دو نکته منفی در این شیوه مشخص شده است که عبارتند از:

### ۱ - بروز عوارض مربوط به مهارت:

در مرحله آغاز کار جراح عوارض بیشتری بروز می‌کند، به عبارتی اگر آن را به دستگاه مختصات ببریم یک منحنی مهارت یافتن

Heinz Kalk, Kurz Semm, Jacques Perissar - ۱

(Learning Curve) وجود دارد که بیشتر عوارض لاپاروسکوپی در آن بروز می‌کند، همچنین است برای بقیه افراد تیم جراحی، که در مورد آنها نیز این منحنی وجود دارد و در ایجاد عوارض این شیوه (یعنی جراحی با لاپاروسکوپی) دخالت می‌کند.

## ۲ - بالا بودن هزینه:

بالا بودن هزینه، که ناشی از بالا بودن قیمت ابزار و آلات به کار گرفته شده در این شیوه از یک طرف و نیز ناشی از مورد استفاده قرار گرفتن وسایل یک بار مصرف (مانند مصرف استاپلر در جراحی‌های بزرگ) از طرف دیگر است.

برای این که بتوانیم به این امر که: «چه وقت این شیوه قابل پذیرش است؟» پاسخ گوئیم طبعاً باید نگاهی داشته باشیم به پژوهش‌هایی (به شیوه تصادفی و کنترل شده) که در این مورد شده است، البته بر طبق این پژوهش‌ها، این شیوه مورد پذیرش خوبی قرار نگرفته است (به ویژه در ابتدای به کارگیری شیوه، کله‌سیستکتومی - لاپاروسکوپی)، اما می‌شود گفت با در نظر گرفتن این امر که به کارگیری این شیوه با دوره کوتاهتر نقاهت و غیره همراه است، این بررسی‌ها بهبود به نظر می‌آید در ضمن پژوهش‌هایی که در این موارد وجود دارد اندک است (قابل نتیجه‌گیری نیست)، تنها تعداد کمی پژوهش تصادفی (راندوم) که در مورد کله‌سیستکتومی با تعداد کمی بیمار و موارد اندکی از عمل هرنی، آپاندکتومی و رزکسیون کولون وجود دارد.

## موارد مورد پذیرش و تأیید شده (validated) به کارگیری این شیوه:

داده‌ها و دست‌آوردهای (Data) بسیاری حکایت از بی‌خطر (Safe) بودن و استاندارد بودن این شیوه (البته بعد از دوره آموزشی و مهارت‌یابی) دارد و نتایج آن را در حد کله‌سیستکتومی با جراحی می‌داند. همچنین به نظر می‌رسد که در آینده به کارگیری این شیوه در مورد کله‌سیستیت حاد و یا موارد قبلاً جراحی شده تأیید شود. دیگر مواردی که انجام آنها مورد تأیید قرار گرفته است عبارتند از: لاپاراتومی کاووشی یا تجسسی (Explorative) جهت مرحله‌بندی سرطان‌ها، توراکوسکوپی کاووشی (جهت همین امر) و توراکوسکوپی جهت رزکسیون بول‌های (Bulla) ریوی. همچنین شیوه لاپاروسکوپی برای جراحی‌های ضد ریفلاکس (فاندوپلیکاسیون - م) و نیز میوتومی مری به صورتی معمول و جاری تنها در بخش‌های خاصی صورت می‌گیرد. البته به نظر می‌رسد در آتی‌های نزدیک شیوه استاندارد برای این اعمال به حساب آید و جراحی آنتی‌ریفلاکس با لاپاروسکوپی شیوه استاندارد این عمل محسوب شود.

بر طبق بررسی‌ای که در آلمان به عمل آمده در سال ۱۹۹۶ موارد جراحی‌های آنتی‌ریفلاکس با لاپاروسکوپی در حد جراحی‌های باز برای آن بوده است. درمان اختلالات خوش‌خیم و فونکسیونل دستگاه گوارش فوقانی یا تحتانی در واقع می‌تواند اندیکاسیون ایده‌آل برای این شیوه کم‌آزار جراحی باشد. این کار معمولاً بدون این که نیازی به بازسازی

عضو مبتلا باشد صورت می‌گیرد که این خود یکی از مهمترین مسائل این نوع جراحی است.

## مواردی (اندیکاسیون‌هایی) که منطقی یا گزینشی هستند

در این گروه موارد گوناگونی می‌توانند قرار بگیرند. این گروه به طور کلی مواردی را دربر می‌گیرد که اندیکاسیون در مورد آنها قطعی و مسلم نیست، اما یک جراح مجرب سودبخشی این نوع جراحی را برای آنها تشخیص داده و انجام آن را مفید فایده و با عوارض اندک دانسته است که از مهمترین این موارد در جراحی عمومی می‌توان به آپاندکتومی اشاره داشت. تعدادی مقاله با بررسی تصادفی (راندوم) در سال‌های گذشته بر روی آپاندکتومی با لاپاروسکوپی و مقایسه آن با جراحی معمولی انتشار یافته که نتایج یکدست و همسوئی نداشته است، مزایایی که برای لاپاروسکوپی می‌توان در نظر داشت عبارتند از: ترومای اندک به دیواره شکم، تشخیص افتراقی بهتر (زیرا در لاپاروسکوپی تمامی شکم را می‌توان مورد تجسس قرار داد)، دوران نقاهت کوتاهتر با درد کمتر، زودتر به راه افتادن بیمار و دوران کوتاهتر بستری در بیمارستان، در ضمن به نظر می‌رسد که به علت کمتر بودن چسبندگی‌های بعد از عمل درپی جراحی با لاپاروسکوپی از ایلئوس‌های دیر هنگام که در نتیجه چسبندگی‌های بعد از عمل بروز می‌کند کاسته می‌شود، البته این موضوع هنوز به اثبات نرسیده است و نیاز به بررسی‌ها و تحقیقات آتی دارد.

موارد دیگر در این چهارچوب عبارتند از: برطرف کردن چسبندگی‌ها، برداشتن تومورهای خوش‌خیم روده کوچک، درمان‌های پالپاتیو (تسکینی) مانند گاستروآنتروستومی، رزکسیون‌های کولون یا رزکسیون تومورهای خوش‌خیم دیگر جاها.

رزکسیون کولون با لاپاروسکوپی یکی از موارد بحث‌انگیز است. در بسیاری از بخش‌های لاپاروسکوپی، این جراحی در برنامه قرار دارد. این نوع جراحی مزایا و معایبی دارد از جمله مزایا: کمتر بودن ترومای شکمی و از جمله معایب: گرانتر بودن قیمت، طولانی بودن منحنی آموزشی و مهارت‌یابی (که در آن دوره عوارض زیادتر است) هستند.

در یک بررسی آینده‌نگر انتشار یافته بر روی ۲۰ بیمار، دیده می‌شود که تنها ۴۰٪ موارد جراحی کولورکتال با لاپاروسکوپی بدون نیاز به جراحی باز به پایان رسیده است و در بقیه موارد به جراحی باز نیاز بوده است.

به هر صورت جهت اظهار نظر در این موارد می‌توان به نتایج و تجربه و تحلیل نتایج یک بخش قدیمی و تجربه‌دار لاپاروسکوپی نگاه کرد. اینطور به نظر می‌رسد که برخی موارد (و نه همه موارد) را می‌توان با لاپاروسکوپی، جراحی کرد، منحنی دوره مهارت‌یابی این نوع جراحی با لاپاروسکوپی طولانی‌تر است و به موارد بیشتری بیمار (در قیاس با دیگر موارد مانند کله‌سیستکتومی - لاپاروسکوپی) نیاز دارد گاه خود بیماری اغلب نیاز به باز شدن را می‌طلبد، مانند سوراخ شدن دیورتیکول سیگموئید درپی دیورتیکولیت.

به هر صورت اینطور به نظر می‌آید که جراحی کولورکتال با

لاپاروسکوپی، اگر بخش‌های بیشتری به آن بپردازند و تجارب و مهارت‌هایشان افزونی یابد نویدبخش‌تر خواهد بود اما همیشه باید در نظر داشت که اگر بیمار بتواند از جراحی باز استفاده بیشتری ببرد، از آن استفاده شود.

#### مواردی که در دست بررسی هستند:

نمونه کلاسیک این موارد ترمیم فتق مغبنی (انگوئینال) است که در سال‌های اول دهه ۹۰ با گذاشتن مش و یا بستن ساده صورت گرفت که به علت عود زیاد در شروع این نوع عمل، گرایش جراحان به سوی آن کاهش یافت. با گذشت زمان گذاشتن مش در بستن نقیصه (defect) فتق‌ها تکامل یافت، امروزه در بسیاری از بخش‌ها جهت رفع نقیصه فتق از مش، که در عرض شکم (ترانس ابدومینال) و یا خارج بریتوان گذاشته می‌شود، استفاده می‌کنند. گذاشتن مش از طریق لاپاروسکوپی طبعاً با جنبه‌های خوب و بد (مزایا و معایب) همراه است، البته کاربرد این تکنیک بایستی با رعایت احتیاط همراه باشد و به هر صورت جهت روآوردن به این تکنیک به بررسی‌ها و کارهای بیشتری نیاز است.

در برخی از بخش‌های تخصصی و مخصوص که تیم مجرب لاپاروسکوپی وجود دارد می‌توان برداشتن عضو را جهت بیماری‌های بدخیم منطقی و درست دانست. البته تا زمانی که تجارب آینده‌نگر نتوانند کاربرد این روش را در بدخیمی‌ها به اثبات برسانند باید از انجام آن به طور معمول اجتناب شود.

#### مواردی که تجربتاً، اندیکاسیون کلینیکی دارند:

در رأس این نوع گروه، اعمال جراحی در سرطان‌ها است؛ اما از آنجا که مفید بودن برداشتن رادیکال در این نوع جراحی‌ها به اثبات نرسیده است نمی‌توان کاربرد این روش را تأیید شده دانست جهت درمان رادیکال باید به طور رادیکال تومور را خارج کرد و بافت‌های لنفاوی مجاور را برداشت با این امید که از برگشت موضعی تومور جلوگیری شود و عمر طولانی‌تری را برای بیمار به ارمغان بیاورد. البته بایستی هنگام کاربرد این تکنیک جان بیمار به مخاطره نیفتد. بایستی با بررسی‌های آینده‌نگر نقاط ضعف احتمالی این روش بررسی شود تا بتوان با چشم بازتری آن را به کار گرفت.

#### تفسیر:

مزایای این نوع جراحی (جراحی با تهاجم اندک) مورد پذیرش نه تنها جراحان بلکه بسیاری از بیماران نیز قرار گرفته است. کاهش ترومای (گزند) ناشی از جراحی منجر به کاهش دوران نقاهت در این بیماران می‌شود، ما دریافته‌ایم که بیماران با اضطراب کمتری این روش را (در قیاس با جراحی باز) می‌پذیرند. در خلال چند سال کله‌سیستکتومی از طریق لاپاروسکوپی از یک جراحی تجربی به جراحی‌ای نوین و استاندارد برای درمان بیماری‌های خوش‌خیم کیسه صفرا تبدیل شده است و به صورتی درآمده است که بیماران خود جهت درمان بیماری‌شان آن را پیشنهاد می‌کنند. نمونه دیگر این نوع جراحی با تهاجم اندک جراحی

ضد ریفلاکسی (رفلو) است که در اروپای غربی و آمریکا انجام آن رو به فزونی است. البته این بحث پیش می‌آید که ممکن است این افزونی تا حدی ناشی از افزایش یافتن اندیکاسیون این عمل و یا وسعت یافتن طیف به کارگیری این عمل باشد. اما تنها این نیست، بلکه پذیرش بیماران از طرفی و پذیرش متخصصین گوارش و پزشکان خانوادگی (House Doctors) از طرف دیگر عاملی در این افزونی بوده است.

سوی این عوامل، یک مزیت لاپاروسکوپی این است که با تعیبه یک سوراخ کوچک تمامی شکم به خوبی مورد بررسی قرار می‌گیرد به عبارتی این نوع جراحی با احتمال تشخیص بالاتری (چنانکه در جریان آپاندکتومی و کله‌سیستکتومی این امر صورت می‌گیرد) همراه می‌شود. بسته به این که چه نوع سیستم بهداشتی - درمانی در کشوری وجود دارد این نوع جراحی می‌تواند حتی مقرون به صرفه نیز باشد.

اما آنچه که خردمندانه است آن است که نباید معایب این نوع جراحی (جراحی با تهاجم اندک) را نادیده گرفت. از جمله این معایب، قدرت مانور کمتر ابزار جراحی را در هنگام عمل می‌توان مطرح کرد. اشکال دیگر آن این است که جراح نمی‌تواند بافت را حس کند و به اصطلاح این شیوه با کمبود حسی همراه است!! در جریان عمل باز جراح با انگشتان خود می‌تواند سفتی ناحیه را حس کند که این امر می‌تواند از اهمیت برخوردار باشد، همچنین عیب دیگر منحنی مهارت‌یابی است زیرا به زمانی نسبتاً طولانی جهت ماهر شدن نیاز است. سوی این‌ها نشان داده شده است که جراح لاپاروسکوپیست نیازمند صبر و شکیبایی بیشتری در جریان عمل در قیاس با عمل جراحی باز است و از اینروست که می‌توان گفت هر جراحی که مهارت زیادی در جریان عمل باز دارد، نمی‌تواند دارای همان مهارت در جریان عمل با لاپاروسکوپ باشد.

خلاصه آن که: آتیه جراحی با تهاجم اندک، بویژه در جراحی‌های گوارشی روشن و مثبت است. تاکنون تنها چند مورد آن به صورت استاندارد مورد پذیرش قرار گرفته است که از آنجمله‌اند: کله‌سیستکتومی، مرحله‌بندی سرطان‌ها؛ احتمالاً جراحی ضد ریفلاکسی نیز در آینده‌ای نزدیک به عنوان جراحی استاندارد مورد پذیرش قرار خواهد گرفت. تعداد زیادی از اعمال جراحی با این تکنیک در حال انجام شدن هستند و بر روی آنها بررسی صورت می‌گیرد. در پنج سال آینده این امر قابل اهمیت خواهد بود که بتوان از این تکنیک برای جراحی‌های پیچیده‌ای نظیر رزکسیون معده و جراحی کولورکتال بعد از بررسی و تجزیه تحلیل و گزینش بیمار سود جست و بر روی این بیماران اندیکاسیون این نوع جراحی را گذاشت.

\* - استادیار علوم پزشکی دانشگاه تهران / بخش جراحی بیمارستان دکتر شریعتی

مآخذ:

Fuchs K.-H. et al "Future Perspectives of Minimal Invasive Surgery" Digestion 1997;58 (Suppl. 1) : 104-106