

مسائل جراحی نزد سالمندان

دکتر کورش شمیمی

* دکتر هوشنگ بهادران

دو نکته نزد این بیماران دارای اهمیت است:
- نکته اول که مهمترین است مربوط به مراقبتهای قبل و بعد از عمل است که هدف آن زنده ماندن بیمار و از بین رفتن علائم بیماری است.

- نکته دوم که اهمیت آن نباید فراموش شود مربوط به مراقبتهای لازم بعد از بازگشت به زندگی خانوادگی و مسائل اجتماعی و اقتصادی ناشی از آنست.

از این رو مسائل مربوط به جراحی سالمندان بیش از پیش بصورت یکی از قطبهای جلب علاقه بسیاری از جراحان درآمده است، مؤید این مدعی کنگره جامعه بین المللی جراحان است که در بوئنوس آیرس در سال ۱۹۶۹ عملاً به مسئله جراحی نزد سالمندان تخصیص داده شده بود. و در حال حاضر کمتر گردهم آئی در مسائل جراحی وجود دارد که در آن از این مبحث گفتگویی بمیان نیاید.

هدف از این مقاله این نیست که یکایک بیماریهای جراحی را نزد سالمندان مورد بررسی قرار دهد، بلکه با استفاده از تعدادی از انتشارات اخیر و باقتضای امکانات یک مقاله سعی در این خواهد بود که ابتدا ویژگیها و واکنشهای طبیعی را نزد سالمند بررسی و سپس (بدون در نظر گرفتن نوع بیماری که ایجاب عمل جراحی نماید) به واکنشها و عوارض ناشی از اعمال جراحی نزد آنان بپردازیم. اگر کلیه انتشاراتی که در این مورد موجود است مؤید مرگ و میری بین ۱۵ تا ۲۰ درصد می باشد این امر خود گواهی است

یکی از نتایج شرایط اجتماعی و پزشکی زندگی نوین افزایش طول عمر متوسط و در نتیجه افزایش روزافزون تعداد سالمندان است.

در گزارشی که بوسیله N. Ellison در سال ۱۹۷۵ داده شد مشخص گردید که تعداد سالمندان بالاتر از ۵۹ سال در کشور ایالات متحده از سال ۱۹۰۰ تا سال ۱۹۷۰ از ۶/۵ درصد به ۱۳/۲ رسیده است با بررسی سرشماری انجام شده در ایران در سال ۱۳۳۵ تعداد کل جمعیت ۱۸۹۵۵۰۰۰ نفر رسیده است بطوریکه تعداد سالمندان ۹۹ ساله به بالا ۴/۷ درصد کل جمعیت را تشکیل می دهند.

پیش بینی می شود در آینده نزدیک با پیشرفت Gerontologie این افزایش هر روز بشکل چشم گیری نمایان گردد. بعبارت دیگر افزایش طول عمر باعث گردیده که تعداد بیشتری بیماریهای جراحی به مرحله تشخیص برسند.

با نگاهی به ارقام فوق هر چند که هدف نویسندگان مقاله بررسی آماری و ارقامی نیست و فقط جهت توجه خوانندگان به اهمیت موضوع به آن اشاره گردیده است، می توان دریافت که مسائل جراحی نزد سالمندان در ایران نیز از اهمیت خاصی برخوردار گردیده و روشن می گردد که اطلاعات کافی نسبت به این مسائل چقدر لازم و ضروری می باشد.

ج - بالاخره حساسیت به عفونت‌ها که تمایل به بهبود نداشته و با وجود تمام آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم و مداوم هستند. یکی دیگر از علل کندشدن فعالیت سلولی حساسیت زیاد سالمندان به داروهایی است که معمولاً مورد استفاده قرار می‌گیرد، بویژه داروهای مسکن که استفاده از آنها با آگاهی و دقت خاص انجام گیرد.

بالاخره نگاهت این بیماران غالباً طولانیست چون علت آن کاهش فعالیت آنابولیک است که خود نیز توسط کمبود پروتئین‌ها و ویتامین‌ها و اختلالات هضم تشدید می‌گردد. مسلم است که روی چنین زمینه‌ای پیدایش بیماری چه تغییرات زرفی در ارگانسیم این بیماران بوجود می‌آورد.

ضایعات موجود نزد سالمندان

گذشته از زمینه خاص و حساسیت‌های ویژه سالمندان خود بطور معمول مبتلا به ضایعاتی از قبیل اسکروز عروقی و ابتلائات ریوی و غیره نیز می‌باشند. علت دو چیز است، "یکی اینکه هرچه زندگی درازتر می‌شود به همین نسبت امکان دچار شدن به بیماریهای گوناگون افزونی می‌یابد. بیماریهایی که با وجود بهبود و شفا می‌توانند از خود نشانه‌هایی بر اعضای مختلف باقی گذارند (قلب، کبد و بویژه کلیه). و دیگر اینکه تعدادی از ضایعات طبعاً بسنین بالا تعلق دارند.

۱ - اسکروز عروقی - در میان این ضایعات بطور مسلم اسکروز عروقی چه از نظر وخامت و چه از لحاظ شیوع در مرتبه نخست قرار دارد تا آنجا که بعقیده بسیاری از مؤلفین چیزی مترادف اسکروز عروقی است. اثرات این ضایعه عبارتند از:

الف - دستگاه گردش خون نرمش تطابق خود را به شرایط زندگی جاری از دست داده و دچار سختی شده و در نتیجه واکنشهای وازوموتور Vaso-moteur دچار کمبود می‌گردد.

ب - کمبود تغذیه اعضا از دیگر اثرات اسکروز عروقی است که بدین وسیله می‌تواند عامل پیدایش ضایعاتی کم و بیش مخفی در اعضای چون قلب، مغز و کلیه گردد. در نتیجه عدم تطابق وازوموتور توأم با بدی تغذیه ممکن است

از این حقیقت که مسئله‌ای واقعی مربوط به جراحی این بیماران وجود دارد، و آن اینست که جراح برای امکان هرچه بیشتر شفا و بهبود تن به پذیرفتن خطرات هرچه بیشتر بدهد. از این رو هدف اصلی اینست که تا جائیکه میسر گردد از این خطرات کاسته شود.

آنچه در رسیدن به این هدف کار را مشکل می‌کند عواملی است که فرسوده بیمار را در معرض مخاطره قرار میدهد. این عوامل عیوبی نیستند که او آشکارا اعلام می‌کند (قلبی، ریوی، و...) چرا که در برابر چنین ضایعاتی یا اصولاً جراح از عمل جراحی خودداری می‌کند و یا در صورت مبادرت به عمل با شناخت قبلی ضایعات احتیاطات لازم را برای مراقبت و مبارزه با آنها معمول می‌دارد. پس خطرات واقعی آنهایی هستند که نهفته‌اند، شعر معروف:

" شخصی همه‌شب بر سر بیمار گریست

چون صبح شد او بمرد و بیمار بزیست "

آیا تا اندازه‌ای بیان‌کننده این واقعیت نیست؟

ویژگیها و واکنشهای ارگانسیم نزد سالمندان

۱ - بدن فرسوده دستخوش گروهی تغییرات عضوی و بیوشیمیایی است که خود ناشی از دگرگونی‌های بافتی و سلولی است، فعالیتی که البته بطور طبیعی بکندی انجام می‌گیرد باین طریق کار اعضای مختلف کاهش یافته و این خود موجب کاهش توانایی تطابق ارگانسیم به شرایط کار جدید می‌گردد.

۲ - افراد مسن اغلب کم و بیش دچار سوء تغذیه‌اند که زاده کندی گوارش و اختلالات متابولیک می‌باشند.

۳ - بالاخره سالمندان به سه چیز بینهایت حساسند، "خونریزی، بی‌اکسیژنی و عفونت".

الف - به خونریزی نه تنها بعلت کاهش حجم خون در گردش بلکه در عین حال بواسطه نارساییهای وازوموتور Vaso-motricité نیز می‌باشد.

ب - آنوکسی Anoxie بعلت اختلالات ریوی و بویژه سقوط فعالیت آنزیمی سلولهاست که اکسیژن را فقط تحت فشار زیاد می‌توانند جذب کنند.

دیگر ناتوانی وسائل طبیعی مبارزه یعنی اختلالات ایپی تلیوم برونشیک و کاهش اثر سرفه می باشد .

در نتیجه نارسائی تنفس و ازدیاد ترشحات منجر به نتایج وخیمی می شوند که عبارتند از جلوگیری از هماتوز Hematose و حساسیت بیش از پیش به آنوکسی Anoxie بطور خلاصه به جهت کلیه این عوامل است که ظرفیت تنفسی سالمندان بطور متوسط تا ۷۰ درصد کاهش می یابد .

۳- سایر ضایعات موجود نزد سالمندان - گرچه وخامت ضایعات قلبی را ندارند ولی شناخت آنها از نظر عوارض ترسناکی که می توانند بعد از عمل ایجاد نمایند ضروری است :

الف - اختلالات دفع ادرار - نه بی اختیاری ادرار که نادر و بیشتر نزد زنان مشاهده می گردد ، بلکه احساس ادرار که در اکثریت قریب به اتفاق بیماران بروز می کند. شایع نزد زنان بعلت بیماری گردن مثانه یا سیستوسل Cystocele مشاهده می شود. بعلاوه استفاده از تزریقات داخل وریدی نیز منجر به پرشدن سریع مثانه می گردد که به نوبه خود منجر به بدی تخلیه تدریجاً متسع می گردد - این اتساع خودنیز بدون گرفتاری نیست ، چون از یک سو مستلزم سونداژ مکرر و پیدایش زمینه برای عفونت ادراری و از سوی دیگر از کار آزاد کلیه ها جلوگیری و باعث افزایش اوره و ایجاد اختلالاتی در تنظیم آب و الکترولیتها می گردد .

ب - بالاخره در محدوده دستگاه گوارش دو ضایعه ویژه سالمندان است :

- جدی و شایع ترین بدی وضع دندانهاست که گرچه خوشبختانه اغلب توسط دندان مصنوعی جبران میشود ولی اغلب نقائص فنی آنها منجر به جویدن ناکامل و در نتیجه سوء تغذیه می گردد .

- آتروفی مخاط گوارش بویژه معده که نزد این بیماران عادی است باعث کم خونی و سوء جذب می گردد .

نکته دیگری که در این بیماران قبل از عمل باید در نظر داشت سابقه اعتیادات مختلف از قبیل تریاک ، سیگار و ... و استفاده از فراورده های مانند دیژیتال ، ضد فشار خون ، ضد دیابت و غیره است اطلاع از این موارد باعث

بتواند منجر به Ramolissement Cerebral یا انفارکتوس میوکارد گردد . در حالیکه می دانیم در جراحی در مراحل قبل و بویژه بعد از عمل تغییرات ناگهانی در دستگاه گردش خون ضرورت می یابند ، می بینیم که در چنین موقعیت های حساس اسکروز عروقی چه وخامت فزاینده ای پیدا می کند .

ج - خارج از اثرات حاد ، اسکروز عروقی دائماً به صورت یک عامل وخامت کلیه را تهدید می کند و می تواند باعث اختلالاتی در اعمال تصویبه و همچنین تعادل الکترولیتها باشد .

از بین ۴۰ مرگ و میر نزد بیماران سالمند - Monod- ۱۷ Broce مورد بعقل قلبی عروقی بوده است .

۲ - پس از اسکروز عروقی ضایعات ریوی در مرتبه دوم اهمیت قرار دارد ، این ضایعات می توانند به شکل یعنی جداگانه و یا توأماً بروز نمایند :

الف - نارسائی تنفسی در نتیجه فقدان باز بسته شدن کافی قفسه صدری که خود نتیجه عوامل گوناگون چون :

- محدودیت حرکات دیافراگم

- کاهش خاصیت کشش عضلات تنفسی

- استخوانی شدن عضروفهای دنده ای

می باشد که به آنها عوامل دیگری هم نظیر :

- اختلالات بافت ریوی

- افزایش ضخامت آندوتلیوم آلوئول های ریوی

- و تغییرات غشرمایع داخل آلوئولی و غیره

اضافه می شود. این عوامل به نوبه خود موجب پیدایش اختلالات در مبادلات بین مویرگهای داخل آلوئولی گردیده و در نتیجه کار هماتوز Hematose به بدی انجام می گیرد.

ب - افزایش ترشحات برونشیک ، دومین علت شایع ابتلائات ریوی است ، و این امری طبیعی می باشد . چون افراد مسن زمان بیشتری در معرض تحریکات معمول هستند (عفونتهای تنفسی ، تنفس گرد و غبار و خصوصاً دود سیگار) .

گرچه این ترشحات از نوع سرروز Sereuse بوده و تخلیه آنها به سهولت انجام پذیر است ولی آنچه باعث خطرناک شدن آنها می گردد از یک سو فراوانی آنها و از سوی

۱۰ - تغذیه از راه دهان باید هرچه زودتر شروع گردد.
 ۱۱ - با در نظر گرفتن این که نزد این بیماران دوره کاتابولیسم بعد از عمل تداوم قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند، می‌توان با استفاده صحیح از هورمونهای آندروژنی این واکنشها را محدود نمود.

۱۲ - بالاخره نباید فراموش شود که حرکات بدنی و راه رفتن بایستی هرچه زودتر از سر گرفته شود، البته کلیه این اقدامات باید با روشن بینی خاص انجام شود تا از حدود امکانات قدرت تطابق بیمار تجاوز نکند.
 نتیجه عملی و اساسی آنچه گذشت اینکه ضروریات و توقعات جراحی می‌باید با تغییرات فونکسیونل و اورگانیک سالمند سازگاری و مطابقت داده شود، و بقول Le Brigand "اگر بیمار قادر است گام بلند و سریع بردارد، جراحی نیز چنین خواهد کرد و اگر بیمار گام کوچک برمی‌دارد، جراحی نیز همین روش را پیروی خواهد کرد".

بیم از عوارض

به عقیده M. Broce و Cole و اغلب مؤلفین عوارض کشنده نزد سالمندان در دوران بعد از عمل عوارض قلبی - عروقی، ریوی، کبدی و کلیوی است. مراقبت صحیح و کامل از این چهار عضو در دوران بعد از عمل بسیار مهم و حیاتی است.

در سنین بسیار بالا آماری از W. Selberg نشان می‌دهد (از روی ۲۵۰۰ اتوپسی) عوارض فوق ۲/۳ درصد علل مرگ و میر بعد از عمل را تشکیل می‌دهند.

۱ - هیپوکسی Hypoxie عاملی است که در پیدایش این عوارض نقش طراز اول را دارد و شناخت بموقع آن میتواند موجب پیشگیری آنها گردد.

علل این هیپوکسی اغلب خود قابل پیشگیری هستند و اگر پیشگیری میسر نگردد درمان آن بایستی فوری باشد. عبارت دیگر اولین نگرانی جراح بایستی بررسی مکرر تمام فعل و انفعالات که منجر به گرفتن اکسیژن، انتقال آن و سپس توزیع آن به سلولها می‌گردد، باشد. بدین جهت وضع قلب و عروق و تنفس بایستی از حداکثر دقت بهره‌مند شود.

می‌گردد که احتیاطات لازم قبل و هنگام بیهوشی و جراحی برای بیمار بعمل آید.

مراقبتهای جراحی

موفقیت اعمال جراحی نزد سالمندان اغلب به دو عامل بستگی دارد:

۱ - آماده کردن صحیح قبل از عمل

۲ - خط مشی منطقی هنگام عمل

خارج از مراقبتهای مربوط به ضایعات احتمالی سایر اعضا که نیازمند به همکاری نزدیک سایر متخصصین می‌باشد توجه ویژه بایستی به نکات زیر مبذول گردد:

۱ - حتی الامکان سعی شود که بازگشت هوش هرچه زودتر بروز کند.

۲ - بیمار نبایستی قبل از بازگشت رفلکسها Reflexes و اطمینان از بازبودن راههای تنفسی اطاق عمل را ترک نماید.

۳ - بازگشت به اطاق زیر اکسیژن، و اکسیژن بعداً نیز ادامه داده شود.

۴ - مراقبت بعد از عمل بیمار بایستی بمراتب شدیدتر و دقیق تر از معمول بوده و بویژه بررسی فشار خون، نبض، تنفس و هوش.

۵ - تزریق مایعات تا آنجا که ممکنست محدود و جذب مایعات هرچه زودتر و بیشتر از طریق دهان انجام شود.

۶ - در صورت اجبار به ادامه تزریقات وریدی، از هر گونه زیاده روی چه در سرعت تزریق و چه در مقدار آن خودداری گردد.

۷ - حجم تزریقات با در نظر گرفتن اندازه گیریهای معمول تنظیم و در صورت نوسان، کمبود به افراط برتری دارد، چون این بیماران Deshydration را بهتر تحمل می‌کنند.

۸ - از داروهای مسکن باید با کمال احتیاط استفاده شود، و از داروهای مخدر تا آنجا که ممکنست استفاده نشود.

۹ - برای برقراری زودرس دفع باید اهمیت فراوان قائل شد.

نکته اول که در باره آن بحثی نیست تحرک زودرس ابتدا در تخت و بمحض امکان در خارج از تخت خواب است. نکته دوم که درباره آن اتفاق نظر وجود ندارد مربوط به استفاده از داروهای ضد انعقادی است. و این کاریست بسیار حساس چون گرچه تا حدودی از سن خطرات ناچیزی دارد ولی بعد از ۷۰ سال تغییرات دریافت مقادیر ناچیزی داروی ضد انعقادی اغلب توأم با تغییرات فاحش انعقادی و خطر خونریزی قابل ملاحظه است. از این نظر اخیراً" عده‌ای از مؤلفین بیشتر تمایل به تجویز هپارین دارند و آن بعلت تأثیر موقت دارو و خطر کمتر آن می‌باشد.

عدم تعادل جریان خون

نزد بیماران سالمند نباید اجباراً" در انتظار کولاپسوس واضح شد، یک کاهش متوسط حتی فرار فشار خون، یک حالت سنکوب یا احساس ضعف ناگهانی بهمان عنوان نگران کننده می‌باشد. مسئله قابل اهمیت در اینست که هرچه زودتر به علت آن پی ببریم، ولی مهمتر اینست که قبل از روشن شدن علت هرچه زودتر کولاپسوس معالجه شود، چون اثرات آن همیشه ولو بطور آتی زیان بخش هستند.

نظر به فوریت در امر تشخیص معاینه بالینی در اینجا پربهاست، و بایستی قبل از انجام آزمایشهای دیگر انجام شود، در مرحله اول باید اجباراً" به آنچه شایع تر است توجه و از آنجا که علت اصلی سقوط فشارخون نزد بیمار عمل شده اعم از اینکه آشکار یا نهان باشد خونریزی است، قبل از هر چیز باید به انتقال خون مبادرت گردد، و بمحض انجام این کمک اولیه، بایستی فوراً" علت سقوط فشار خون را معلوم نمود چه در صورت بروز انفارکتوس یا خیز حاد ریه تزریق خون خطرناک است. الکتروکاردیوگرافی باید بطور واضح و روشن نکروز میوکارد را نشان دهد تا بتوان تشخیص انفارکتوس را تأیید نمود، چون چنین وضعی بعد از اعمال جراحی نزد سالمندان بسیار نادر است و نزد آنهایی که قبل از عمل دارای قلبی سالم از نظر بالینی و الکتریکی بوده‌اند استثنای است. بهر حال این عارضه که در ۴/۵ درصد موارد نزد کسانی پیش می‌آید که قبل از عمل دارای قلبی غیر -

وضع قلب توسط الکتروکاردیوگرام، پر شدن عروق با نبض، فشارخون شریانی و شمارش گلبولهای قرمز، ظرفیت هواگیری ریه بوسیله تنفس عمیق، آزادی راههای تنفسی، سرفه مؤثر و طبیعی بودن رادیوگرافی ریه، جریان خون وریدی، جابجا شدن و حرکات در تخت.

کمترین چیز غیر طبیعی در میان مسائل فوق‌الذکر نگران کننده می‌باشد.

۲ - عدم تعادل تنفس و تراکتوستومی - بهم خوردن تعادل تنفس یکی دیگر از علل حکمفرما بر مرگ است و از این نظر با احتمال قوی تعداد مرگ در نتیجه کم رسیدن هوا و انسداد برونشیک بیشتر است تا در نتیجه آمبولی ریوی، بیماری که نمیخواهد با نمیتواند تنفس عمیق کرده یا سرفه نماید، شدیداً" در مخاطره حیاتی است، گرچه تراکتوستومی ظاهراً" راه حل تمام این مسائل بنظر می‌رسد (تخلیه ترشحات تنفس مصنوعی) ولی معمولاً" واقعیت با تئوری وفق نمی‌دهد زیرا استفاده بدون خطر از تراکتوستومی مستلزم در اختیار داشتن افراد متعدد و ورزیده و کاردان در این امر است. با تمام مراقبت‌ها و با وجود آنتی‌بیوتیکها باز خطر عفونت از راه تنفسی هوایی موجود می‌باشد. بنابراین همانطور که یک تراکتوستومی که بطور مناسب مراقبت شود می‌تواند باعث نجات جان بیمار شود همانطور در غیر این صورت می‌تواند برای حیات مضر و خطرناک باشد. بهر حال آنچه در پیش - آگهی سرنوشت ساز است هنگام استفاده از آنست، به عبارت دیگر به محض مشاهده کمبود تنفس و سرفه بایستی قبل از پیدایش انسداد برونشیک به تراکتوستومی مبادرت گردد.

۳ - آمبولی ریوی - آمبولی ریوی یکی دیگر از علل

مرگ و میر است، اتوپسی‌های انجام شده در سطح وسیع نشان داده‌اند که این عارضه نه تنها توجیه‌کننده تعدادی از مرگهای ناگهانی بوده بلکه عامل واقعی مرگ بسیاری از مواردی بوده که از نظر بالینی به یک برونکوبنومونی

نسبت داده شده، به این نظر و اینکه معاینات بالینی، عکس ریه و الکتروکاردیوگرافی هم باز به امکان اشتباهات تشخیصی می‌افزایند، مؤلفین معتقدند که بهترین راه، پیشگیری از آمبولی ریوی می‌باشد، ولی چگونه؟

آن ممکن است بدون تب بوده و سرعت با عفونت همراه شود. از آنجائی که بیشتر بعلت عدم امکان سرفه که نزد عمل شده سالمند کار دشواری است از میان برداشتن انسداد نیز بیشتر جز با Broncho-Aspiration امکان پذیر نیست. با وجود این گاهی اتلکتازی بدون مانع نیز ذکر شده است. در اینجا هم بهترین درمان پیشگیری است، در نتیجه و بقول یکی از مؤلفین فرانسوی "هرگاه ما در مقابل یک اتلکتازی کشنده قرار گرفتیم بایستی به این فکر بیافتیم که چگونه می توانستیم از آن پیشگیری کنیم. نه اینکه چگونه می توانستیم آن را درمان نمائیم".

۳- عفونتهای بعد از عمل - ارگانسیم فرسوده به سهولت جوابگوی این عفونتها نیست. گاه ممکن است یک آبه جدار باعث مرگ شود. تصور می شد که پیدایش آنتی بیوتیکها عفونتهای بعد از عمل ناپدید خواهند شد، لیک با گذشت زمان کذب این مدعی روز بروز بیشتر ثابت می گردد. ضامن واقعی پیشگیری عفونت قبل از هر چیز مسئله نظم و ترتیب در کارهای عمل، تکنیک آن و غیره است. با وجود این آنتی بیوتیکها مکمل سودمندی هستند معهدا حدود ۱/۳ یا ۱/۴ مرگ و میر بعد از عمل بعلت عفونت است اعم از اینکه منشأ آن صفاقی، ریوی، ادراری، جداری یا عمومی باشد.

۴- عوارض شکمی - می توانند بدون سر و صدا مستقر شوند. انسداد روده اعم از مکانیکی یا پارالیتیک باعث فشار روی جدار دیافراگم می شوند.

لوله معده به منظور تخلیه نزد سالمندان بی نهایت زیان آور است و بهتر است بجای آن از گاستروستومی موقت استفاده شود.

خطر باز شدن جدار Eviseration با بالارفتن سن افزایش می یابد، هیچ نوع برش یا بخیه مخصوص بیمار را در پناه این عارضه قرار نخواهد داد. در محبت عوارض شکمی جای آنست که اشاره ای نیز به مسئله اعمال جراحی مجدد نزد این بیماران گردد، در یک سری موارد جمع آوری شده توسط Pajot و Broca ملاحظه می شود که عمل جراحی

طبیعی بوده اند و از روزهای چهارم تا پنجم عمل بروز می کند، مادامی که احتمال این دو تشخیص (که در صورت بروز بالینی منجر به قطع تزریق خون می گردد) بررسی شد آنگاه لازم است یکی پس از دیگری سایر علل سقوط فشار خون را بررسی نمود که عبارتند از آمبولی ریوی، خونریزی، نارسائی یا اشتباه در رانیماسیون، اشتباه گروه خونی یا تزریق خون آلوده که همیشه با اسهال و بالارفتن درجه حرارت همراه است، قطع ناگهانی تزریقات کورتیزونی یا سایر علل نارسائی فوق کلیوی، عوارض شکمی جراحی، انسداد، پریتونیت سیتی سمیهای گرم منفی و...

این فهرست ناکامل نمایانگر تنوع علل کولاپسوس و در نتیجه درمانهای لازم گوناگون است، البته باید اضافه کرد که نظر به کبر سن تشخیص مشکل می شود چون علائم پنهان می شوند، با وجود این عدم تأثیر درمان آنقدر که به علت اشتباه در تشخیص است به علت بالا بودن سن نمی باشد.

سایر عوارض

۱- برونکوپنومونی، نزد سالمندان دارای پیش آگهی اسف انگیزی است، بمنظر می رسد بهترین وسیله پیشگیری برقرار نگهداشتن تنفس خوب و سرفه مؤثر و استفاده از آتروسل و شاید استفاده از آنتی بیوگرام خلط نیز قبل از عمل بتواند کمک مؤثری در انتخاب دارو باشد، ولی هیچگاه نباید دچار این اشتباه شد که استفاده از آنتی بیوتیک بتواند جانشین تدابیر تنفسی و فیزیوتراپی قبل و بعد از عمل گردد. یکی از علل اصلی برونکوپنومونی کاهش کیفی رفلکسهای حمایت کننده راههای تنفسی فوقانی در مقابل دخول ترشحات یا ذرات غذایی است، بهمین نظر است که عده ای استفاده از لوله معده را منع و گاستروسومی را بجای آن توصیه می نمایند. زمانیکه برونکوپنومونی مستقر شد بندرت بیمار سالمند می تواند در مقابل آن ایستادگی کند حتی اگر علائم بالینی هم خفیف باشد.

۲- اتلکتازی Atelectasie - نزد سالمندان به مراتب شایع تر و مداوم تر از سایر بیماران است، پیشرفت

نیز می‌باشند اشاره نمود، بویژه که گاهگاهی ممکن است این به بن‌بستی تألم‌آور منتهی گردند بعبارت دیگر گاه با وجود تمام سعی و اهتمامی که در شفای این بیماران مبذول میگردد و پس از آنکه بیمار تمام مراحل حاد بعد از عمل را پشت سر گذاشت تازه مسئله مراقبتهای بعدی و دوران نقاهت مطرح می‌شود که گاه نتیجه تمام زحمات بدان بستگی دارد، چنین بیماری مدتها هنوز برای بلند شدن راه رفتن، غذا خوردن، لباس پوشیدن و غیره احتیاج به کمک دارد، به این علل گاه و بندرت ممکن است فامیل چندان علاقه‌ای به پذیرائی از او نشان ندهند و علت آن نیز اغلب مضیقه‌های رفاهی از قبیل مسکن و مخارج است. در چنین شرائطی و با وجود احساسات و عواطف محذورات خانوادگی کاملاً قابل درک می‌باشند، چه حتی در صورت بازگشت به خانواده هم ممکن است بعلت عدم امکان مراقبتهای کافی تمام زحمات و مخارج متحمل بی‌نتیجه بماند، گرچه خوشبختانه چنین مواردی چندان شایع نیستند ولی نمی‌توان منکر وجود آنها نیز شد. در اینحالت است که نقش اقدامات رفاهی و اجتماعی برای ایجاد مراکز طبی و بیزه دوران نقاهت بیماران سالمند می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد، چون:

- ۱- از طرفی زحمات خدماتی و درمانی انجام شده برای بیمار بی‌اثر نمی‌ماند.
- ۲- از طرف دیگر مراتب خوشنودی خانواده‌های کم‌وسیله‌ای که از عدم امکان مراقبتهای لازم برای این بیماران رنج می‌برند فراهم می‌گردد.
- ۳- و بالاخره این امر باعث تقویت روحی این افراد که در سنین کهولت دستخوش تجاوز بیماری گشته‌اند گردیده و بدین وسیله خود را رها شده و فراموش شده همگان حس نمی‌کنند.

خلاصه

افزایش روزافزون تعداد سالمندان که نشانه‌های از پیشرفتهای پزشکی و اجتماعی قرن ماست، خواه ناخواه پیدایش مسائل جدیدی را در بر دارد که بیماریهای مربوط به این سنین می‌باشد، در این میان بیماریهای جراحی

مجدد نزد ۱۳ بیمار بین ۶۰ تا ۷۴ سال ۷ مورد یعنی حدود ۵۴ درصد مرگ و میر وجود داشته است، این موضوع وخامت اعمال جراحی مجدد را نزد این بیماران نشان می‌دهد. شاید علت اصلی این رقم بالا، تردید در تصمیم به عمل مجدد و تأخیر آن است تأخیری که مسلماً بر ضد مصالح بیمار عمل می‌کند.

در خاتمه باید خاطر نشان کرد که کلیه عوارض و خطراتی که گفته شد مادام که بیمار در شرائط فوری و اضطراری تحت عمل جراحی قرار گیرد افزایش می‌یابد، تا ۵۸/۸ درصد در آمار Cobbil و ۳۲ درصد در آمار M. Broca در پایان یک مطلب اساسی را نباید از نظر دورداشت و آن اینستکه هر چقدر طبیب هم مراقبتهای لازم و مراعات از اشتباهات کند، او همیشه از یک جنبه بیمار بی‌اطلاع است و آن شخصیت و عکس‌العمل اوست در مقابل عمل جراحی. موجودی اغلب کناره‌گیر و گوشه‌نشین که ناگهان از عادات و مسکن خود جدا می‌شود و بدنیائی تحمیلی گسیل داده می‌شود، دنیائی که او با قیافه‌های نامأنوس روبرو می‌شود غذاهای غیر معمول به او عرضه می‌شود، و از او توقع تلاشها و رنجهای غیرقابل تحمل هست. در چنین شرائطی حتی در اطاق خصوصی و یا لوکس هم به‌اشکال می‌تواند خود را مطابقت دهد، در نتیجه بزودی خود را رها می‌کند، همکاری نمی‌کند، غذا نمی‌خورد و... و این تظاهرات معمولاً با طولانی شدن توقف بیمارستانی تشدید می‌یابد، و این یکی از عللی است که باعث شده که عده‌ای از جراحان جراحی یک زمانه را نزد این بیماران توصیه نمایند.

صدمه‌های ناشی از عمل جراحی منجر به یک فرسودگی ضعف‌آفرین می‌گردد و در حالیکه پی‌آوردهای موضعی عمل جراحی ساده و موفقیت‌آمیز است با وجود این بیمار به سوی خاموشی سیر می‌کند، امکانات حرکتی و مغزی بیمار سیر قهقهرائی طی می‌کند و اینها هم منجر به خاموشی و از بین رفتن میل به ادامه حیات می‌گردد. در آمار M. Broca از بین ۴۰ مرگ و میر ۱۳ مورد بعقل فوق گزارش شده است. چگونه می‌توان در بررسی مسائل جراحی نزد سالمندان به نکاتی چند نیز که جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی موضوع

بیماری جراحی و بعد از عمل ظهور می‌کنند و سپس احتیاط‌های لازم نزد این بیماران از زمان بستری شدن تا اخذ نتیجه مورد بررسی قرار گیرند. در خاتمه مختصری از مسائل فامیلی و اجتماعی ممکنه نزد این بیماران مورد بحث قرار گرفته است.

مشکلات و مسائل بیشتری را در بر دارند. در این مقاله با در نظر گرفتن مسائل گوناگونی که عملاً پزشکان با آنها روبرو هستند و بهره‌گیری از مطالعات و انتشاراتی که در سالهای اخیر در این زمینه شده است سعی شده که کلیه ویژگی‌های ارگانسیم دوران کهولت اعم از آنهایی که تعلق به سنین بالا دارند تا آنهایی که همزمان با

Reference

1. Le Brigard I Reanimation. Vol. I, Flammarion, Edit, Paris, 1967.
2. Cobbill Ch. L. "Surgery in old age" Arch. Surg. 94: 202-205 1967.
3. Cole, W. H. Medical differences between the young and aged. J. Am. Geriat. Soc., 18: 598-619 1970
4. Ellison N. "Problem in geriatric anesthesia." Surg. Chin. Nor. Amer. 55:4 929-945 1975.
5. Lorhan P. H. "Suregy and anesthesia in the octagenarian. "Amer. J. Surg. 114:5 665-671 1967.
6. Monod-Broca P. et Testas P. "La Chirurgie Chez Les Viellard." Presse Med. 74:12 599-603 1966.
7. Monod-Broca. "La Chirurgie Du Viellard." Vol. I J. B. Baillers et Fils. Edit Paris, 1968.
8. Monsaingeon A. Florent. R. et Gruner M. "La Chirurgie Du Viellard. Mem. Acad. Chir. 41, 1031-1044 1965.
9. Rene L. Resulats eliognes de la chirurgie digestive du viellard. Les entretiens de Bichat Chirurgie et Specialtes. 19-21 1974.
10. Selberg W. Constation Anatomopathologiques et complications post-operatoires chez les Grands Viellards. 7 Congres International de Gerontologie. Vienne. (Autriche.) 4. p. 554 1966.
11. Welch. C. E. "Surgey in the twilight years." XXIII Congress of the International Society of Surgery." 301-306, Sept. 1968 Brussels, 1968.

۱۲-آمار منتخب سال ۱۳۵۳، مرکز آمار ایران، فروردین ماه ۲۵۳۵