مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره چهاردهم/ تابستان ۱۳۸۸/ ۴۴-۳۷

بررسی تأثیر درمان پیشگیرانه استامینوفن کدئین بر درد بعد از بیوپسی کبد

دکتر افسانه شریفیان[۱]، دکتر نازیلا درویشی[۲]، دکتر صباح حسنی[۳]، دکتر بیان اسدی[۴]، فردین غریبی[۵]، عذرا الله ویسی[۶]

۱- استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان توحید، سنندج، ایران (مؤلف مسؤول)

تلفن تماس: ۰۸۷۱-۳۲۸۶۱۱۳ legendsharifian@yahoo.com

۲- پزشک عمومی، محقق، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان توحید، سنندج، ایران

۳- دستیار بیماریهای داخلی، مرکز تحقیقات گوارش وکبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان توحید، سنندج، ایران

۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۶- کارشناس ارشد بافت شناسی ، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیوپسی کبد یکی از روشهای تشخیصی مهم در برخورد با بیماریهای کبدی است. درد شایعترین عارضه یا نتیجه بیوپسی کبد بوده و می‌تواند منجر به موربیدیتی واضح شود. یافتن روشی جهت کاهش میزان درد بیوپسی کبد در بیماران و به تبع آن کاهش میزان عوارض در آنها همواره مد نظر محققین بوده است. مطالعات بسیار محدودی در زمینه استفاده پیشگیرانه استامینوفن در بیوپسی کبد گزارش شده است. این مطالعه با هدف تعیین اثر استامینوفن کدئین بر درد بعد از بیوپسی کبد در دوره زمانی ۲۴ ساعت بعد از بیوپسی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور بود که در سال ۱۳۸۷ در بخش گوارش و کبد بیمارستان توحید سنندج به انجام رسید. جامعه آماری شامل تمام افرادی بود که اندیکاسیونی برای بیوپسی کبد داشتند و حجم نمونه برابر ۴۴ نفر بود (۲۳ نفر گروه مداخله و ۲۱ نفر گروه کنترل) که با روش بلوک بندی تصادفی وارد مطالعه شدند. معیار خروج شامل هرگونه کنتراندیکاسیون برای انجام بیوپسی کبد و نیاز به وارد کردن دو بار یا بیشتر سوزن بیوپسی، بود. جهت ثبت میزان درد در زمانهای ۱،۰ ، ۳ ، ۶ و ۲۴ ساعت بعد از بیوپسی از روش استاندارد VAS استفاده گردید. پس از تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱ ساعت قبل از انجام بیوپسی کبد درمان پیشگیرانه با استامینوفن کدئین یا پلاسبو در بیماران انجام شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS شد و با استفاده از آمار توصیفی و تست‌های آماری X^2، t-test، ضریب همبستگی پیرسون و در صورت غیر نرمال بودن داده‌ها از تست‌های ناپارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین شدت درد در زمانهای صفر، یک، سه، شش و بیست و چهار ساعت پس از بیوپسی در گروه مداخله بیشتر از گروه دارونما بود، اما تفاوت آماری معنی‌داری در دو گروه وجود نداشت ($P>0.05$). شدت درد بعد از بیوپسی در هر دو گروه در خانم‌ها بیشتر از آقایان بود، اما تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از نظر شدت درد وجود نداشت ($P>0.05$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر و مقایسه آن با مطالعات مشابه نشان می‌دهد که استامینوفن کدئین در کاهش شدت درد ناشی از بیوپسی کبد مؤثر نمی‌باشد. انجام مطالعات کارآزمایی بالینی آتی جهت تعیین اثر ضد دردی دیگر داروهای مسکن توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: بیوپسی کبد، استامینوفن کدئین، درد

وصول مقاله: ۸۸/۴/۸ اصلاحیه مقاله: ۸۸/۵/۲۱ پذیرش مقاله: ۸۸/۵/۲۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

بیوپسی کبد از طریق پوست (Percutaneous) تست تشخیص طلایی ارزیابی تشخیصی بیماری‌های کبدی است و جهت پیگیری درمانهای مختلف ضروری است (۱). این روش شایعترین روش کار مورد استفاده در هپاتولوژی بالینی است (۲).

در بعضی موارد جهت بررسی موفقیت درمان و ارزیابی پروگنوز به چندین بار بیوپسی نیاز است (۴و۳). برای مثال هپاتیت C یکی از شایعترین اندیکاسیونهای انجام بیوپسی کبد است (۵۴٪-۳۷/۸٪) (۵ و۳). این بیماران ممکن است بارها در روند درمان، به انجام بیوپسی کبد نیاز پیدا کنند (۴ و ۳).

اگرچه بیوپسی کبد از طریق پوست معمولاً بی‌خطر است اما شایعترین عوارض ذکر شده آن به ترتیب شامل: نیاز به مصرف مسکن به علت درد (۵۰-۲۵٪) (۶)، نیاز به بستری به علت درد (۵/۹- ۱/۵٪) (۷)، عدم دستیابی به نسج بافتی کافی (۳-۱٪)، پنوموتوراکس (۰/۳۵٪)، خونریزی نیازمند دریافت خون (۰/۳٪)، خونریزی نیازمند جراحی (۰/۰۴٪) و به ندرت مرگ (۰/۰۲٪) می‌باشد (۶).

درد، شایعترین عارضه یا نتیجه بیوپسی کبد است (۶). درد می‌تواند منجر به موربیدیتی واضح شود (۵)، حدود ۲۵٪ بیماران متعاقب بیوپسی کبد نیازمند استفاده از حداقل یک مسکن جهت کاهش درد بعد از بیوپسی هستند (۷). آگاهی از درد بعد از بیوپسی یا خاطره آن در بیماران ممکن است سبب ایجاد استرس در آنها و کاهش همکاری و حتی ترک درمان توسط ایشان گردد (۸ و۷). برخی مطالعات نیز نشان دادند که بیماران تصور بیشتری از درد بیوپسی نسبت به میزان واقعی آن داشته و همین امر سبب افزایش استرس در آنها می‌گردد (۴). از سوی دیگر درد ناشی از بیوپسی کبد با تنفس بیمار بدتر شده و به همین دلیل بیمار از کشیدن نفس عمیق خودداری می‌کند که خود می‌تواند سبب مشکلات دیگری مانند آتلکتازی و تب شود (۸).

با توجه به مطالب فوق یافتن روشی جهت کاهش میزان درد بیوپسی کبد در بیماران و به تبع آن کاهش میزان عوارض در آنها همواره مد نظر محققین بوده است و مطالعات مختلفی مانند استفاده از راهنمایی سونوگرافی جهت افزایش دقت بیوپسی (۵)، مقایسه روش ساب کوستال و اینتر کوستال جهت انجام بیوپسی (۹)، استفاده پیشگیرانه از داروهایی مانند میدازولام، NO ، اکسیژن و دیازپام (۵) جهت کاهش درد بررسی شده‌اند. اما این روشها فقط جهت کاهش دردی که بلافاصله بعد از بیوپسی بوده است مفید بوده‌اند و روی درد ۲۴ ساعت بعد از بیوپسی تأثیر معنی‌داری نداشته‌اند و از طرفی با توجه به اثر آرامبخشی داروهایی مانند میدازولام و کاهش همکاری بیمار و احتمال ایجاد عوارض، استفاده از آنها با محدودیت همراه است (۱).

مطالعات بسیار محدودی در زمینه استفاده پیشگیرانه استامینوفن در بیوپسی کبد گزارش شده است. در مطالعه Ferencz و همکاران استفاده پیشگیرانه از استامینوفن کدئین در کاهش درد بعد از بیوپسی تفاوت معنی‌داری را در مقایسه با روش استاندارد، نشان نداد (۷). محققین در آن مطالعه، عدم استفاده از روشهای حساس جهت ارزیابی درد را به عنوان محدودیت مطالعه خود ذکر کرده و استفاده از

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

روشهای دقیق‌تری مانند VAS را جهت ثبت میزان درد بعد از بیوپسی در مطالعات بعدی توصیه نمودند (۷). با توجه به در دسترس بودن استامینوفن کدئین و استفاده بی‌خطر دوزهای کم آن (یک گرم) در بیمارانی که زمینه بیماری‌های کبدی دارند و با هدف حذف محدودیتهای مطالعات قبلی (۷) این مطالعه با هدف تعیین اثر استامینوفن کدئین بر درد بعد از بیوپسی کبد در دوره زمانی ۲۴ ساعت بعد از بیوپسی در بخش گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۸۷ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده (RCT) دو سوکور بود که در سال ۱۳۸۷ در بخش گوارش و کبد بیمارستان توحید سنندج به انجام رسید. جامعه آماری شامل تمام افرادی بود که اندیکاسیونی برای بیوپسی کبد داشتند که شامل: تشخیص و مرحله بندی بیماری الکلی کبد، استئاتوهپاتیتیس غیر الکلی و هپاتیت اتوایمیون، ویلسون، هپاتیت‌های B و C بود.

معیار خروج شامل عدم همکاری بیمار، سابقه‌ای از استعداد خونریزی یا خونریزی غیر قابل کنترل، PT بیشتر از ۴ ثانیه بیشتر از نرمال، پلاکت زیر ۶۰۰۰۰، BT طولانی تر یا مساوی ۱۰ دقیقه، سابقه مصرف NSAID در ۱۰-۷ روز اخیر، شک به همانژیوم یا تومور عروقی در کبد، آسیت شدید، وجود عفونت در حفره پلور سمت راست، عفونت همی دیافراگم راست و کسانیکه نیاز به وارد کردن دو بار سوزن بیوپسی در آنها وجود داشت.

حجم نمونه برابر ۴۶ نفر بود که با روش بلوک‌بندی تصادفی وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است ۲ نفر در گروه کنترل به علت مصرف NSAID از مطالعه خارج شدند و نهایتا ۴۴ نفر (۲۳ نفر گروه مداخله و ۲۱ نفر گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک بیماران توسط پرسشنامه‌ای جمع‌آوری گردید و جهت ثبت میزان درد در زمانهای ۰، ۱، ۳، ۶و ۲۴ ساعت بعد از بیوپسی از روش استاندارد VAS[1] استفاده گردید.

روش کار به این صورت بود که پس از تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کردستان، برای تمام بیماران آزمایشات PT، PTT، CBC diff و FBS در صبح روز بیوپسی انجام شد. یک ساعت قبل از انجام بیوپسی به بیماران دو عدد قرص بر اساس گروه مداخله یا کنترل (استامینوفن کدئین Acetaminophen 300 mg and Codeine phosphate 10 mg یا پلاسبو) داده می‌شد که پرستاری که دارو را به بیمار می‌داد و همچنین بیمار از نوع داروی داده شده اطلاعی نداشتند. سپس برای بیماران یک لیتر نرمال سالین ظرف شش ساعت تزریق می‌گردید و در صورتی که FBS کمتر از ۱۰۰ داشتند، سرم دکستروز سالین تزریق می‌شد. جهت انجام بیوپسی، بیمار در حالت خوابیده به پشت و نزدیک لبه تخت قرار داده شده و دست راست بیمار زیر سر بیمار قرار می‌گرفت. پس از انجام دق، محل بیوپسی در همی توراکس راست و بین خط آگزیلاری قدامی و میانی تعیین شده و سپس با استفاده از ۵ سی سی لیدوکائین ۲٪ بی‌حسی موضعی در سطح پوست، فضای بین دنده‌ای، سپس دیافراگم و نهایتاً کپسول کبد

1. Visual Analog Scale

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

انجام می‌گردید و بعد از ۵-۳ دقیقه سوزن تروکار وارد شده و بیوپسی انجام می‌شد و نمونه بدست آمده در فرمالدئید ۱۰٪ قرار داده شد و سپس بیمار به مدت شش ساعت در حالت خوابیده به پهلو قرار داده شده و کیسه شنی در محل بیوپسی گذاشته می‌شد (۲). پس از انجام بیوپسی کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت، سپس هر ۳۰ دقیقه تا دو ساعت و بعد هر یک ساعت تا چهار ساعت و بعد هر شش ساعت یکبار انجام گردید. لازم به ذکر است کلیه مراحل انجام بیوپسی و داروهای بیحسی مورد استفاده در دو گروه مشابه بود. پرسشنامه طرح توسط همکار پرستار و پزشک همکار در طرح تکمیل می‌گردید و پس از آموزش به بیمار در زمینه ابزار VAS جهت ثبت میزان درد، میزان درد بیمار بعد از بیوپسی در ساعات ۰، ۱، ۳، ۶ و ۲۴ ثبت گردید. در صورتیکه بر اساس معیار VAS امتیاز درد ۸۰ میلیمتر بود، جهت بیمار mg ۲۵ پتدین عضلانی تزریق می‌شد. بیمار تا ۶ ساعت NPO بوده و در صورت داشتن شکم نرم، صدای روده‌ای نرمال و اشتها برای خوردن، تغذیه بیمار آغاز می‌شد و روز بعد از بیوپسی بیمار جهت انجام سونوگرافی کنترل از لحاظ بررسی عوارض احتمالی و خونریزی و ... فرستاده می‌شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS شد و با استفاده از آمار توصیفی و تست‌های آماری X^2، t-test، ضریب همبستگی پیرسون و در صورت غیر نرمال بودن داده‌ها از تست‌های ناپارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند (۲۳ نفر در گروه مداخله و ۲۱ نفر در گروه دارو نما). دو گروه از نظر متغیرهای سن، جنس و وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۱).

فراوانی وجود درد در گروه مداخله در ساعتهای صفر، یک، سه، شش و بیست و چهار به ترتیب ۴۷/۸٪، ۶۵/۲٪ ، ۵۶/۵٪ ، ۴۳/۵٪ و ۲۶/۱٪ و در گروه دارونما به ترتیب ۵۲/۴٪، ۷۱/۴٪، ۵۷/۱٪، ۵۷/۱٪ و ۲۳/۸٪ بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (P>۰/۰۵).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

		گروه مداخله		گروه شبه دارو		معنی‌داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۵۰ سال و کمتر	۱۰	۴۳/۵	۹	۴۲/۹	NS
	۵۱ سال و بالاتر	۱۳	۵۶/۵	۱۲	۵۷/۱	
جنس	مذکر	۹	۳۹/۱	۷	۳۳/۳	NS
	مونث	۱۴	۶۰/۹	۱۴	۶۶/۷	
وضعیت تاهل	متأهل	۲۲	۹۵/۷	۲۱	۱۰۰	NS
	مجرد	۱	۴/۳	۰	۰	

میانگین شدت درد در زمانهای صفر، یک، سه، شش و بیست وچهار ساعت پس از بیوپسی در گروه مداخله بیشتر از گروه دارونما بود اما تفاوت آماری معنی داری در دو گروه وجود نداشت (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

نیاز به مسکن تزریقی در دو گروه مداخله و دارونما به ترتیب ۴/۳٪ و ۴/۸٪ بود (P>۰/۰۵).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

شدت درد در ساعات صفر، یک، سه، شش و بیست و چهار بعد از بیوپسی در هر دو گروه در خانمها بیشتر از آقایان بود، اما تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از نظر شدت درد وجود نداشت (P>۰/۰۵) (جدول ۳).

همبستگی بین سن افراد با شدت درد ناشی از بیوپسی بلافاصله بعد از بیوپسی برابر ۰/۳۷۷- بود که نشان دهنده همبستگی منفی بین این دو متغیر است بطوریکه با افزایش سن شدت درد احساس شده کاهش یافته است (p<۰/۰۱).

جدول ۲: مقایسه میانگین شدت درد در زمانهای مختلف بعد از انجام بیوپسی

	گروه مداخله	گروه شبه دارو	معنی داری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
بلافاصله بعد از بیوپسی	۱۴/۶ ±۲۶/۶	۱۲/۹ ±۲۰/۷	
یک ساعت بعد از بیوپسی	۱۰/۶ ±۱۵/۶	۹/۷ ±۱۲/۶	
۳ ساعت بعد از بیوپسی	۷/۹ ±۱۴/۵	۷/۷ ±۱۳/۱	NS
۶ ساعت بعد از بیوپسی	۶/۴ ±۱۴/۲	۴/۶ ±۹/۸	
۲۴ ساعت بعد از بیوپسی	۳/۱ ±۷/۱	۰/۹ ±۲/۴	

جدول ۳: مقایسه میانگین شدت درد بر حسب جنس در زمانهای مختلف بعد از انجام بیوپسی

	زن	مرد	معنی‌داری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
بلافاصله بعد از بیوپسی	۱۵/۲۴ ±۲۳/۵۵	۱۱/۰۰ ±۲۱/۱۳	
یک ساعت بعد از بیوپسی	۱۱/۱۴ ±۱۴/۸۷	۸/۴۷ ±۱۲/۴۶	
۳ ساعت بعد از بیوپسی	۸/۹۳ ±۱۳/۳۵	۵/۶۷ ±۱۴/۷۲	NS
۶ ساعت بعد از بیوپسی	۶/۰۰ ±۱۰/۹۱	۴/۷۳ ±۱۴/۸۲	
۲۴ ساعت بعد از بیوپسی	۲/۱۰ ±۵/۱۲	۱/۹۳ ±۶/۴۱	

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که استفاده پیشگیرانه از استامینوفن کدئین تفاوت معنی‌داری در کاهش درد بعد از بیوپسی کبد ایجاد ننمود. Franz و همکاران نیز در مطالعه خود تفاوت معنی‌داری را در کاهش درد بعد از بیوپسی، پس از درمان پیشگیرانه با استامینوفن نشان ندادند (۷). این در حالیست که در مطالعه حاضر محدودیت عدم استفاده از روش VAS جهت ثبت درد بعد از بیوپسی که به عنوان محدودیت مطالعه Franz و همکاران ذکر شده بود، بر طرف گردید.

در مطالعه حاضر ۵۲/۲٪ افراد گروه مداخله که استامینوفن کدئین دریافت کرده بودند و ۴۷/۶٪ گروه دارونما بلافاصله بعد از انجام بیوپسی درد نداشتند و مقایسه میانگین شدت‌های درد در گروه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد که شدت درد در ۵ نوبت اندازه‌گیری شده در بیماران گروه مداخله بالاتر از گروه دارونما بود (گرچه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت) و کاهش شدت درد در دو گروه تقریباً بصورت مساوی بوده است. با توجه به اینکه به منظور پیشگیری از تورش در اجرای مطالعه، بیوپسی‌های کلیه افراد توسط یک نفر انجام شد و بیماران در خصوص قرار گرفتن در گروه مداخله یا کنترل بی‌اطلاع بودند، بنابراین بالا بودن شدت درد بلافاصله بعد از بیوپسی در گروه مداخله نسبت به کنترل می‌تواند ناشی از تصادف بوده باشد.

درد بعد از بیوپسی کبد درد واقعی‌ای است که می‌تواند بعد از بیوپسی بیمار را دچار ناراحتی کند (۵) و این امر خود موجب کاهش تمایل و قبول انجام بیوپسی کبد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

توسط بیماران شده و با توجه به اینکه بیماران مبتلا به بیماری‌های کبدی همچون هپاتیت‌های ویروسی در طی پیگیری و درمان ممکن است نیاز به چند بار بیوپسی کبد داشته باشند (۵)، لذا بررسی روش‌هایی که بتواند این درد و ناراحتی را کاهش دهد می‌تواند بر روند تشخیص و درمان بیماری‌های التهابی کبد تأثیر داشته باشد و استفاده از ضد درد پیشگیرانه کافی قبل و بعد از انجام بیوپسی جهت بیماران قویا توصیه می‌گردد (۱۱و ۱۰).

مطالعات متفاوتی جهت کاهش درد بعد از بیوپسی کبد در بیماران انجام شده و داروها و متدهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۲و۹ و۵ و۳). مقایسه دو روش اینترکوستال و ساب کوستال در بیوپسی کبد از نظر وجود درد بعد از بیوپسی تفاوت معنی‌داری را بین امتیاز VAS بعد از بیوپسی در دو روش نشان نداد (۹). از آنجایی که روشی که در مطالعه ما بکار برده شد روش پرکوتانئوس بود که از لحاظ روش کار تقریبا مشابه روش ساب کوستال است می‌تواند درخواست مسکن پائین را در دو گروه (۴/۳٪ در گروه مداخله و ۴/۸٪ در گروه دارونما) توجیه نماید ولی بطور کلی محل بیوپسی و نوع روش انجام کار تأثیر واضحی در شدت درد بعد از بیوپسی ندارد (۹).

در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۳ که در زمینه شدت درد بیوپسی کبد از طریق پوست انجام شده است بالاترین شدت درد در ۸۴٪ بیماران در ۳۰ دقیقه اول بعد از بیوپسی ثبت گردید و بیشتر از نصف بیماران تا چهار ساعت بعد از بیوپسی درد داشته و تقریباً ۴۰٪ آنها درد را تا ۲۴ ساعت بعد ذکر کرده‌اند (۵) که این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه دیگری شدت درد بعد از بیوپسی در روز اول بالاتر از روز دوم بود (۱۰) بنابراین یافتن مسکنی که اثر ضد دردی را به خصوص در ساعت اولیه بعد از بیوپسی کبد داشته باشد اهمیت بسزایی دارد. از سوی دیگر بیهوشی موضعی به تنهایی جهت کاهش مؤثر درد کافی نبوده است (۵) و روش‌های دیگر مانند استفاده از میدازولام 5 Mg یک ساعت قبل از بیوپسی به صورت خوراکی و تزریق موضعی ۱۰ میلی‌لیتر از لیدوکائین ۲٪ درست قبل از سوزن زدن و یا درمان با ضد اضطراب‌های خفیف و یا همراه با بی‌حسی موضعی جهت اثر ضد دردی در بیوپسی کبد کافی نبوده و نتایج نشان داد که شدت درد بیماران در حد خفیف تا متوسط بوده است (VAS:4.2±0.5) (۵)، در مطالعه دیگری میانگین VAS کمتر از ۱۰ بود (۹). همچنین دکتر کاستر و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که میانگین شدت درد بعد از بیوپسی در حد خفیف تا متوسط بوده است (۱۲و ۳). در مطالعه ما نیز میانگین VAS کلی بعد از بیوپسی ۱۱/۵±۷/۹ بود که با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد.

شدت درد احساس شده می‌تواند از موارد مختلفی متأثر شده باشد، که در این بین می‌توان به اثر جنسیت اشاره کرد که در مطالعه انجام شده توسط آکای و همکارانش (۱) نشان داده شد که اگرچه درد و شدت درد تجربه شده در بیماران مؤنث (۱۹±۲۵) به طور واضح بالاتر از بیماران مذکر (۱۳±۱۹) بود، اما تفاوت معنی‌داری بین نمرات VAS قبل و بعد از بیوپسی در دو جنس وجود نداشت. همچنین

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

مطالعه دیگری نشان داد که خانم‌ها نسبت به مردان سطوح درد بعد از بیوپسی بالاتری را گزارش کرده‌اند اما درد شدید در ۶ مورد از ۳۰ بیمار دیده شده بود که همگی مرد بودند (۱۲). همچنین خانمها (۴۷٪) بیشتر از مردان (۳۱٪) عوارض را گزارش کردند (۱۳). در مطالعه حاضر شدت درد در ساعات صفر، یک، سه، شش و بیست و چهار در هر دو گروه مداخله و شبه دارو در خانم‌ها بیشتر از آقایان بود اما تفاوت معنی‌داری از نظر شدت درد بین دو جنس وجود نداشت که با مطالعات قبلی همخوانی دارد. علت تفاوت جنسی در درصد VAS ثبت شده و احساس درد ناشناخته است (۵) و مطالعات روانشناختی در این زمینه باید انجام پذیرد، اما یکی از دلایل این اختلاف ممکن است مربوط به استرس و ترس قبل از انجام بیوپسی باشد به طوریکه در یک مطالعه نشان داده شد که یک رابطه خطی بین سطح و درجه استرس و ترس قبل از انجام بیوپسی و سطح درد در طی شش ساعت بعد از بیوپسی وجود دارد (۱۴). در مطالعه دیگری دردی که بیماران انتظار آن را قبل از انجام بیوپسی داشتند با VAS، ۲۰±۶۰ بالاتر از دردی بود که در طی انجام بیوپسی تجربه شده بود (با VAS، ۱۶±۲۲) ($P<0.01$) ، نتایج آن مطالعه نشان داد، دادن توضیحات و اطلاعات لازم و کافی در مورد روش انجام بیوپسی کبد و عوارض و فواید آن می‌تواند در کاهش درد و استرس بیماران تأثیر بسزایی داشته باشد (۱). در مطالعه حاضر نیز به تمام بیماران توسط یک پرستار و انترن آموزش دیده توضیحات لازم به بیماران در مورد VAS و بیوپسی کبد داده شده بود که خود می‌تواند دلیل دیگری برای ثبت VAS پائین در بیماران باشد.

در مطالعه ما افراد ۵۰ سال و کمتر، میانگین VAS بالاتری نسبت به افراد ۵۱ سال و بیشتر، در تمام ساعات ثبت شده در مطالعه، داشتند و همبستگی بین سن افراد با شدت درد ناشی از بیوپسی بلافاصله بعد از بیوپسی برابر ۰/۳۷۷- بود که نشان دهنده همبستگی منفی بین این دو متغیر است لذا سن در درک و احساس درد مؤثر بوده و افراد مسن احساس درد کمتری داشته‌اند.

نیاز به مسکن‌های تزریقی در افراد مورد مطالعه بسیار کم بود (۴/۳٪ در گروه مداخله و ۴/۸٪ در گروه دارونما) به طوریکه در هر یک از گروه‌های مورد مطالعه فقط یکنفر نیاز به تزریق مسکن داشت. در مطالعه دیگری ۳۱٪ بیماران بعد از بیوپسی ضد درد درخواست کردند که فقط ۹٪ آنها بیشتر از دو ساعت بعد از بیوپسی درخواست ضد درد داشتند (۱۳) که این مطلب نیز بیانگر این واقعیت است که میانگین شدت درد در حد خفیف تا متوسط بوده است.

نتیجه‌گیری

بطور کلی اگر چه استامینوفن کدئین بعنوان مسکن جهت کاهش یا حذف درد در بیماری‌های مختلف تجویز می‌شود، اما مطالعه حاضر و مقایسه با مطالعات مشابه (۷) نشان می‌دهد در کاهش شدت درد ناشی از بیوپسی کبد مؤثر نمی‌باشد و از آنجایی که بیهوشی یا بیدردی کاملاً مؤثر جهت کاهش درد بیماران بعد از بیوپسی کبد تاکنون تعیین نشده است، انجام مطالعات کارآزمایی بالینی آتی با دوزهای دارویی بالاتر، استفاده از مسکن‌های دیگر و حتی استفاده از روش‌های پارامدیکال مانند طب سوزنی و هیپنوتیزم توصیه می‌گردد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان نامه دوره دکترای عمومی دکتر بیان اسدی انجام پذیرفت. نویسندگان این مقاله بدینوسیله تشکر و امتنان خود را نسبت به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پرستاران شاغل در بخش گوارش و کبد بیمارستان توحید سنندج و تمامی بیمارانی که در این مطالعه ما را همراهی و یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

References

1. Akay S, Karasu Z, Noyan A, Pala S, Musoglu A, Ilter T, et al. Liver biopsy: is the pain for real or is it only the fear of it?. Dig Dis Sci 2007; 52: 579-81.
2. Al Knawy B, Shiffman M. Percutaneous liver biopsy in clinical practice. Liver Int 2007; 27: 1166-73.
3. Cadranel JF, Rufat P, Degos F. Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide survey. For the Group of Epidemiology of the French Association for the Study of the Liver (AFEF). Hepatology 2000; 32: 477-81.
4. Eisenberg E, Konopniki M, Veitsman E, Kramskay R, Gaitini D, Baruch Y. Prevalence and characteristics of pain induced by percutaneous liver biopsy. Anesth Analg 2003; 96: 1392-6.
5. van der Poorten D, Kwok A, Lam T, Ridley L, Jones DB, Ngu MC, et al. Twenty-year audit of percutaneous liver biopsy in a major Australian teaching hospital. Intern Med J 2006; 36: 692-9.
6. Riley TR 3rd. Predictors of pain medication use after percutaneous liver biopsy. Dig Dis Sci 2002; 47: 2151-3.
7. Ferencz S, Batey R. Can pre-emptive analgesia reduce pain experienced after liver biopsy?. Intern Med J 2002; 32: 122-3.
8. Hilzenrat N, Yesovitch R, Shrier I, Stavrakis M, Deschênes M. The effect of information level and coping style on pain and anxiety in needle liver biopsy. Can J Gastroenterol 2006; 20: 597-600.
9. Tan KT, Rajan DK, Kachura JR, Hayeems E, Simons ME, Ho CS. Pain after percutaneous liver biopsy for diffuse hepatic disease: a randomized trial comparing subcostal and intercostal approaches. J Vasc Interv Radiol 2005; 16:1215-9.
10. Castéra L, Nègre I, Samii K, Buffet C. Pain experienced during percutaneous liver biopsy. Hepatology 1999; 30: 1529-30.
11. Siddall PJ, Cousins MJ. Recent advances in pain management. Aust N Z J Surg 1995; 65: 674-85.
12. Castéra L, Nègre I, Samii K, Buffet C. Patient-administered nitrous oxide/oxygen inhalation provides safe and effective analgesia for percutaneous liver biopsy: a randomized placebo-controlled trial. Am J Gastroenterol 2001; 96: 1553-7.
13. Howard R, Karageorge G, van Harselaar K, Bell M, Basford P, Schultz M, et al. b Post-procedure surveillance in liver biopsy: how long is long enough?. N Z Med J 2008 22; 121: 8-14.
14. Thomas T, Robinson C, Champion D, McKell M, Pell M. Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management. Pain 1998; 75: 177-85.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]