

آدرنالکتومی (Adrenalectomy)

جراحی غده فوق کلیه (آدرنال) آدرنالکتومی نام دارد که طی آن یک یا هر دو غده فوق کلیوی برداشته شده و از بدن خارج می شود. در بدن دو غده آدرنال وجود دارد که بالای دو کلیه واقع شده اند. غدد آدرنال بخشی از سیستم تولید هورمون هستند که سیستم اندوکرین نامیده می شود. دو غده آدرنال به همه کوچکی خود هورمون هایی تولید می کنند که تقریباً بر تک تک اجزای بدن تأثیر می گذارند. این هورمون ها متابولیسم، سیستم ایمنی، فشار خون، قند خون و دیگر کارکردهای مهم بدن را کنترل می کنند. عمل غده فوق کلیه اغلب زمانی انجام می شود که توموری در آدرنال بوده و باید برداشته شود. بیشتر این تومورها خوش خیم هستند یعنی سرطانی نیستند. سرطانی که از ابتدا در غدد آدرنال تشکیل شود یعنی منشأ سرطان غدد آدرنال باشد چندان شایع نیست. این رویکرد ممکن است به دلایل دیگری هم انجام شود مثلاً اینکه این غده مقدار زیادی از یک هورمون خاص را تولید می کند. اگر سرطان از جای دیگری از بدن هم به غدد آدرنال سرایت کرده باشد جراحی غدد فوق کلیوی باید انجام گیرد.



اگر طی جراحی غده فوق کلیه تنها یک غده برداشته شود و مقدار هورمون هایی که این غده تولید می کرده چندان زیاد نبوده باشد غدد آدرنال دیگر می توانند کار غده برداشته شده را پس از جراحی به عهده گیرند. در چنین حالتی پس از جراحی مصرف داروهای جایگزین هورمون ها هم لازم نیست. اگر غدد آدرنال به دلیل تولید هورمون های زیاد از حد برداشته شود احتمالاً لازم است پس از جراحی، تا زمانی که غده آدرنال باقی مانده شروع به کارکرد درست کند، داروی جایگزین هورمون مصرف کنید. اگر هر دو غده آدرنال با هم برداشته شوند باید پس از آن و تا پایان عمر خود از داروهای جایگزین هورمون هایی که این غده ها تولید می کرده اند استفاده کنید.

دلایل انجام جراحی غده فوق کلیه

ممکن است به عمل غده فوق کلیه احتیاج پیدا کنید اگر یک یا هر دو غده آدرنال تان:

- **تومور داشته باشد.** اگر تومورهای غدد آدرنال سرطانی باشند به آن ها تومور بدخیم گفته می شود. تومورهای غیرسرطانی خوش خیم هستند. بیشتر تومورهای غدد آدرنال سرطانی نیستند.
- **مقدار زیادی از هورمون ها را تولید کنند.** اگر غده آدرنال هورمون های زیادی تولید کند احتمالاً علائم زیادی خواهد داشت که ممکن است مشکلات سلامت جدی به دنبال داشته باشد. در بعضی موارد برخی انواع خاص از تومور موجب می شوند که غدد آدرنال هورمون های اضافی بسازند. از این تومورها می توان فئوکروموسایتوماها و آلدوسترونوماها را نام برد. برخی تومورها باعث می شوند که غدد آدرنال هورمون کورتیزول زیادی تولید کنند که این امر منجر به یک بیماری به نام سندروم کوشینگ می شود. بودن تومور در غده هیپوفیز نیز می تواند موجب شود که غدد آدرنال کورتیزول زیادی بسازند. در صورتی که برداشتن کامل تومور موجود در هیپوفیز ممکن نباشد باید آدرنالکتومی انجام شود.

در بعضی موارد که آزمایش های تصویربرداری غدد آدرنال مانند سی تی اسکن و اسکن ام آر آی موارد مشکوک یا مبهمی نشان می دهند نیز ممکن است انجام جراحی غده فوق کلیه توصیه شود.

ریسک ها

انجام عمل غده فوق کلیه همان خطراتی را دارد که سایر جراحی های عمده دارند : خونریزی، عفونت و واکنش بد به بی هوشی از جمله این موارد هستند. سایر ریسک های احتمالی این جراحی عبارتند از:

- وارد آمدن آسیب به اندام های نزدیک به غدد آدرنال
 - تشکیل لخته های خون
 - نومونی یا عفونت ریه ها
 - نوسان فشار خون
 - کمبود هورمون های لازم در بدن پس از جراحی
- در برخی افراد مشکلی که باعث انجام جراحی غده فوق کلیه شده پس از انجام جراحی ممکن است عود کند یا اینکه جراحی کاملاً نتواند آن را برطرف نماید.

آماده شدن برای عمل غده فوق کلیه

ممکن است پیش از جراحی لازم باشد که در دوره زمانی معینی میزان فشار خون خود را مرتباً چک کنید. احتمالاً نیاز باشد که از رژیم غذایی خاصی پیروی کرده و دارو مصرف کنید. یکی دیگر از کارهای پیش از عمل انجام آزمایشات تصویربرداری

است که تیم جراحی پیش از عمل بدان نیاز دارند. اگر بدن‌تان هورمون‌های زیادی می‌سازد باید پیش از انجام جراحی از دستورات خاصی پیروی کنید تا از ایمن بودن عمل برای شما اطمینان حاصل شود.

کمی پیش از جراحی غده فوق کلیه باید به مدت معینی از خوردن و نوشیدن پرهیز کنید. تیم پزشکی دستورالعمل‌های لازم در این زمینه را به اطلاعات‌تان خواهند رساند. قبل از انجام جراحی از یکی از دوستان یا اعضای خانواده‌تان بخواهید برای بازگشتن به خانه پس از جراحی همراهی‌تان کنند.

انتظاراتی که باید داشت

حین جراحی غده فوق کلیه

آدرنالکتومی تحت بیهوشی عمومی انجام می‌شود؛ به این معنی که حین عمل در حالتی شبیه به خواب هستید.

جراحان این عمل را به شیوه کمتر تهاجمی (لاپاروسکوپی) یا جراحی باز انجام می‌دهند.

جراحی با شیوه کمتر تهاجمی

این شیوه جراحی غده فوق کلیه مزایای زیادی دارد، مانند جای زخم‌های (اسکار) کوچکتر، درد کمتر و کوتاه‌تر بودن دوره نقاهت نسبت به جراحی باز. برای آدرنالکتومی اغلب از این شیوه استفاده می‌شود چرا که غدد آدرنال اندازه کوچکی دارند. نام دیگر این شیوه جراحی لاپاروسکوپی است. حین عمل جراحی کم‌تهاجم جراح یک تا چهار برش کوچک روی شکم یا کمر ایجاد می‌کند.

• جراحی لاپاروسکوپی

در این نوع از عمل غده فوق کلیه جراح یک دوربین کوچک که لاپاروسکوپ نام دارد را از طریق یکی از برش‌هایی که ایجاد کرده است به شکم وارد می‌کند تا اندام‌های داخل شکم را با آن مشاهده کرده و جراحی را هدایت کند. حین این عمل جراح با وارد کردن وسایل جراحی از طریق سایر برش‌هایی که ایجاد کرده است غده آدرنال را خارج می‌کند

• جراحی باز

در جراحی غده فوق کلیه باز غده آدرنال از طریق یک برش بزرگتر که جلوی شکم ایجاد شده خارج می‌شود. محل ایجاد این برش به اندازه و نوع تومور و نوع بدن بیمار بستگی دارد. از جراحی باز معمولاً برای خارج کردن تومورهای بزرگ و تومورهایی که به سایر بافت‌ها سرایت کرده‌اند استفاده می‌شود. همچنین اگر بافت اسکار (جوشگاه زخم که باعث چسبندگی می‌شود)، ایجاد شده در نتیجه جراحی‌های دیگر، در نزدیکی غده آدرنال باشد یا بیمار چاقی مفرط داشته باشد احتمال استفاده از این شیوه در عمل غده فوق کلیه وجود دارد.

نوع جراحی انتخابی برای آدرنالکتومی به نوع اختلال غده آدرنال و سابقه پزشکی و سلامتی فرد بستگی دارد. اگر توموری در غده آدرنال باشد اندازه و نوع آن نیز در این امر تأثیرگذار است. درباره شیوه جراحی غده فوق کلیه که مناسب‌تان است می‌توانید با تیم پزشکی خود مشورت کنید.

پس از جراحی

زمان بستری در بیمارستان پس از آدرنالکتومی به نوع جراحی بستگی دارد. بیشتر افرادی که جراحی کم تهاجم شده اند همان روز جراحی به خانه می روند یا تنها یک شب در بیمارستان می مانند. در صورت جراحی باز بستری در بیمارستان پس از جراحی ۳ تا ۵ روز است.

نتایج جراحی غده فوق کلیه

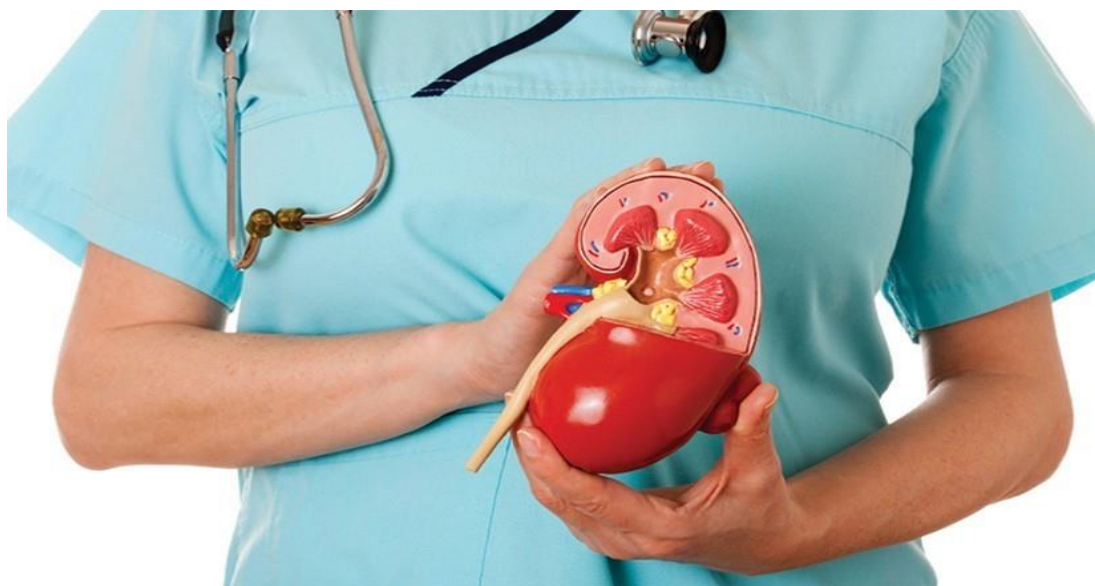
غده آدرنال خارج شده طی جراحی برای بررسی بیشتر به آزمایشگاه فرستاده خواهد شد. متخصصانی که پاتولوژیست نامیده می شوند بافت غده را بررسی می کنند و نتایج را به پزشک گزارش می کنند. پس از جراحی نتیجه گزارش پاتولوژیست و مراقبت ها بعدی احتمالی مورد نیازتان را از پزشکتان جویا شوید.

در بیشتر افراد تنها یکی از دو غده آدرنال برداشته می شود و در این صورت غده آدرنال باقیمانده کار هر دو غده را انجام می دهد. اگر یکی از غدد آدرنال به دلیل تولید زیاد برخی هورمون های خاص در جراحی غده فوق کلیه برداشته شود احتمالاً باید تا زمانی که غده باقیمانده به درستی شروع به کار کند از داروهای جایگزین هورمون استفاده کنید. اگر هر دو غده آدرنال برداشته شوند برای باقی عمرتان باید از داروهای جایگزین هورمون هایی که این غده ها تولید می کنند استفاده کنید.

(مراقبت های پرستاری در آدرنالکتومی)

مراقبت های قبل از پروسیجر

- توضیحات پزشک در مورد پروسیجر و دلایل جراحی را مرور کنید.
- نحوه ی آماده سازی پوست و محل برش جراحی را شرح دهید.
- بیمار را به پرسیدن هرگونه سؤال و بحث در مورد هرگونه ترس و اضطراب تشویق کنید.
- اگر هر دو غدد آدرنال خارج خواهد شد، به بیمار توضیح دهید که تمام طول مدت عمر نیاز به درمان کورتیزون دارد و اگر فقط یک غده خارج شود، بیمار نیاز به دریافت ۶ ماه تا ۲ سال کورتیزون دارد.
- به بیمار بگویید که پذیرش در بیمارستان، در همان روز انجام جراحی خواهد بود.
- در مورد تکمیل فرم رضایت نامه جهت جراحی و بیهوشی، برای بیمار توضیح دهید.



مروری بر مراقبتهای قبل از پروسیجر

- بیمار باید از نیمه شب قبل از جراحی، NPO (ناشتا) باشد.
- بیمار بعد از عمل به دقت جهت پیشگیری از عوارضی (مانند بحران آدرنال، عفونت و افزایش فشار خون) که ممکن است در نتیجه ی خارج کردن یک یا هر دو غده ی آدرنال باشد، به کنترل مداوم نیاز خواهد شد.

مروری بر مراقبت های بعد از پروسیجر

- بر اهمیت چرخش در بستر، سرفه و تنفس عمیق تأکید کنید.
- به بیمار نحوه ی حمایت از ناحیه ی برش جراحی را جهت کاهش درد هنگام سرفه کردن نشان دهید.
- در مورد هدف اسپرومتری تحریکی (برای جلوگیری از روی هم خوابیدن ریه ها) توضیح داده و چگونگی انجام آن را نشان دهید.

عوارض

- بحران آدرنال
- خونریزی
- عفونت
- هایپوگلیسمی (افت قند خون)
- عدم تعادل الکترولیتها
- هایپوتانسیون (کاهش فشار خون)

آموزشهای خودمراقبتی در آدرنالکتومی:

روز اول پس از جراحی

- بیمار تحت نظارت دقیق برای کنترل علائم حیاتی قرار می گیرد.
- داروهای مسکن تجویز می شود.
- مایعات شفاف مانند آب یا سوپ های رقیق ممکن است در صورت تأیید پزشک آغاز شود.
- بیمار باید در تخت استراحت کند، اما ممکن است با کمک پرستار شروع به حرکت آرام کند.

روزهای دوم و سوم

- بیمار تشویق به نشستن و راه رفتن در حد کوتاه می شود تا از لخته شدن خون جلوگیری شود.
- رژیم غذایی جامد سبک به تدریج اضافه می شود.
- پزشک وضعیت زخم را بررسی می کند و احتمالاً پانسمان عوض می شود.

هفته های دوم و سوم

- بیمار می تواند فعالیت های سبک خانگی یا اداری را از سر بگیرد.
- ویزیت پیگیری برای بررسی زخم، نتایج آزمایش ها، و بررسی عملکرد غده دیگر (در صورت وجود).
- ورزش یا حرکات شدید همچنان ممنوع است.
- پزشک وضعیت زخم را بررسی می کند و احتمالاً پانسمان عوض می شود.
- بیمار معمولاً ۳ تا ۷ روز پس از جراحی (بسته به نوع جراحی) ترخیص می شود.
- تعویض پانسمان طبق دستور پزشک و بررسی علائم عفونت (مانند قرمزی، تورم یا ترشح).

- مصرف مسکن‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها، و در صورت نیاز داروهای جایگزین هورمونی.
- بیمار باید از بلندکردن اجسام سنگین و حرکات شدید خودداری کند.
- هفته چهارم تا ششم
- بیمار می‌تواند فعالیت‌های معمول روزانه و ورزش‌های سبک را شروع کند.
- در صورت نیاز، آزمایش‌های هورمونی برای تنظیم درمان جایگزینی انجام می‌شود.
- بسته به وضعیت زخم و بدن، بیمار می‌تواند به فعالیت‌های عادی‌تر بازگردد.

علائم هشدار دهنده

هشدار

- به بیمار آموزش دهید که در صورت مشاهده ی علائم بحران آدیسون، انجام اقدامات اورژانسی ضروری است. این علائم عبارتند از: ضعف، سردرد، تهوع و استفراغ، سرگیجه، هایپوتانسیون وضعیتی و درد شدید شکمی
- علائم و نشانه‌هایی که باید به پزشک یا پرستار گزارش شود را مرور کنید.

○ عفونت زخم

○ قرمزی، ادم یا افزایش تندرستی اطراف زخم و ترشح از زخم، تب

آموزش‌های ویژه

- بر اهمیت مراجعه ی فوری جهت انجام اقدامات درمانی در صورت مشکوک بودن به بحران آدرنال تأکید کنید.
 - علائم و نشانه‌های بحران (شامل ضعف شدید، خستگی، گیجی، تهوع، استفراغ، درد شکمی و پوست سرد) مرور کنید و از این که بیمار و خانواده، نزدیکترین مسیر مرکز اورژانس را از خانه و محل کار می‌دانند، اطمینان حاصل نمایید.
 - به بیمار برای تهیه یک جعبه اورژانسی در مسافرت و کنترل تجهیزات آن به طور منظم از نظر تاریخ انقضاء کمک کنید.
- به بیمار و مراقبت دهنده در مورد آماده سازی و تجویز هیدروکورتیزون و تزریق به صورت عضلانی در مواقع بحران آدرنال آموزش دهید.



hiDoctor.ir

داروها

- هدف، مقدار، زمان و روش مصرف هر یک از داروهای تجویز شده و عوارض جانبی که باید به پزشک یا پرستار گزارش شود را توضیح دهید.
- به بیمار آموزش دهید که اگر آدرنالکتومی یک طرفه صورت گرفته، جایگزینی استروئید تا زمانی که باقیمانده ی غدد آدرنال شروع به عملکرد کافی کند لازم است و معمولاً جایگزینی استروئید برای حدود ۶ ماه تا بیشتر از ۲ سال ادامه خواهد داشت.
- فردی که آدرنالکتومی دوطرفه شده، برای تمام عمر نیاز به جایگزینی استروئید دارد.
- بر جایگزینی استروئید در تمام طول عمر و عدم قطع ناگهانی که موجب تسریع بحران آدرنال میگردد، تأکید شود.
- بر اهمیت عدم قطع ناگهانی داروی استروئید تأکید شود.

فعالیت

- در مورد برنامه ریزی دوره های استراحت به هنگام فعالیت و افزایش تدریجی سطح فعالیت در حد تحمل آموزش دهید.
- به بیمار در مورد اجتناب از بلند کردن اجسام سنگین (بیشتر از ۱۰ پوند) و انجام کار و ورزش و تمرینات شدید برای ۴ تا ۶ هفته یا بیشتر همان گونه که پزشکش توصیه کرده، آموزش دهید.
- بیمار را تشویق کنید با توجه به شغل، تفریحات و فعالیتها در مورد توانایی ها و محدودیت هایش صحبت کند.

رژیم غذایی

- در مورد مصرف رژیم غذایی تجویز شده مطابق نظر پزشک و بر اساس اختلالات زمینه های آموزش دهید.

مراقبت‌های پیگیری و ارجاعات

- بر اهمیت ویزیت‌های منظم و پیگیر تأکید کنید و مطمئن شوید بیمار نام و شماره تلفن های ضروری را دارد.
- بر پوشیدن دستبند هشدار پزشکی و همراه داشتن دائمی کارت شناسایی را تأکید کنید.
- جهت راهنمایی بیشتر مراقبت‌ها در منزل برای بیماران مبتلا، به مبحث کمبود آدرنال مراجعه کنید.