

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۳، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۱

مقایسه میزان خونریزی اعمال شفت ران به دو روش استفاده از ترانکسامیک اسید و

القاء هیپوتانسیون کنترل

علیرضا پورنجفیان^۱

۱- استادیار بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان فیروزگر

سردبیر محترم فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد

مقاله چاپ شده در شماره ۷ مجله تحت عنوان "مقایسه میزان خونریزی در اعمال شکستگی الکتیو شفت ران به دو روش استفاده از ترانکسامیک اسید و القاء هیپوتانسیون کنترل" نوشته دکتر فتحی و همکارانشان^(۱) را مطالعه کردم. محققین در این مطالعه به مقایسه میزان خونریزی حین جراحی شفت فمور در دو گروه که هیپوتانسیون کنترل حین عمل و یا ترانسامین وریدی قبل از شروع جراحی دریافت کرده بودند پرداخته‌اند. استفاده از داروها و روش‌های جدید جهت کاهش خونریزی حین جراحی‌های بزرگ و کاهش نیاز به تزریق خون و طبعا پرهیز از القاء عوارض و خطرات ترانسفوزیون، اقدامی ارزشمند و در خور تحسین است، به خصوص اگر بتواند جایگزین مناسبی برای القاء هیپوتانسیون کنترل در موارد ممنوعیت این موضوع باشد. با این وجود در نحوه انجام مطالعه، روش کار و گزارش یافته‌ها نکاتی مبهم و ناقص به نظر می‌رسد که به شرح ذیل معروض می‌دارم:

- حداقل دوز قابل قبول فنتانیل در شروع القاء بیهوشی عمومی و جهت مهار رفلکس‌های حنجره‌ای حین لوله‌گذاری تراشه، ۲ میکروگرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن است^(۲). با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۱

که متوسط وزن بیماران در دو گروه را بیش از ۷۰ کیلوگرم ذکر کرده است، تزریق ۱۰۰ میکروگرم معادل ۲ میلی‌لیتر فنتانیل جهت القاء بیهوشی عمومی کمتر از میزان معمول مورد نیاز بوده است.

- نگهداری بیهوشی با انفوزیون پروپوفول به تنهایی انجام شده است و از تزریق یا انفوزیون مخدر حین بیهوشی و یا تجویز استنشاقی‌ها مثل نیتروس اکساید ذکر می‌شود که نحوه تأمین بیدردی حین عمل جراحی را زیر سؤال می‌برد^(۳). از رمیفنتانیل در مواردی که نیاز به کنترل فشارخون بوده و فقط برای کمک به هیپوتانسیون کنترل در یک گروه استفاده شده است.

- بررسی میزان نیاز به تزریق خون جزء اهدافی بوده که در نتایج اشاره‌ای به آن نشده است. اگر مقادیر مایعات و خون تزریقی به بیماران دو گروه ثبت نشده که اشکال تحقیق است و چنانچه مورد ارزیابی و مقایسه قرار نگرفته‌اند، نقص گزارش‌دهی است. ضمن این که ثبت و گزارش‌دهی میزان هماتوکریت قبل و بعد از عمل در این گونه مطالعات کمک قابل توجهی به قضاوت خواننده در مورد مؤثر بودن روش‌های انتخابی می‌کند.

- نگه داشتن اجباری فشارخون سیستولیک بالای ۱۲۰ میلی‌لیتر جیوه در گروه کنترل جای سوال دارد. آیا

نویسنده مسئول: علیرضا پورنجفیان، تهران، خیابان ولی عصر، خیابان به آفرین، بیمارستان فیروزگر

ایمیل: alipn78@yahoo.com

هیپوتانسیون کنترل‌ه و عدد نهائی مورد نظر جهت فشار متوسط شریانی وجود ندارد و در قسمت نتایج میزان مورد استفاده نهائی رمیفتنیل و نیتروپروساید مورد استفاده در هیپوتانسیون کنترل‌ه ذکر نشده است.

در خاتمه، علیرغم تازگی مطالعه و فواید حاصل از آن در بالین، به نظر می‌رسد مطالعه مزبور دارای کاستی‌های عمده در نحوه پایه‌ریزی تحقیق، روش کار، رعایت نکات اخلاقی و ثبت اطلاعات مفید و قابل استناد می‌باشد.

References

1. Hassani V, Fathi M, Joudi M, Abdavi-Azar M, Farazmehr K, Tarjoman-porshokouh R. [Comparison of blood loss in femoral shaft surgeries between tranexamic acid and controlled hypotension(Persian)]. *J Anesth Pain* 2012; 2 (7):75-9.

این امر فقط با انفوزیون یک دوز ثابت پروپوفول قابل انجام است؟ چگونه با روش انجام بیهوشی مطابق اظهار نویسندگان فشار خون سیستمیک بیمار بین ۱۲۰-۱۳۰ میلی‌متر جیوه حفظ می‌شده است؟ مقایسه‌ای هم بین میانگین فشار خون متوسط شریانی بین دو گروه نشده است و مؤثر بودن روش هیپوتانسیون کنترل‌ه به دلیل کمبود اطلاعات قابل ارزیابی نیست.

-در روش انجام کار، پروتوکل دقیقی برای القاء

2. Fukuda K. Opioids. In: Miller R D. *Anesthesia*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone 2010; 800-3.

3. Reves JG. Intravenous Anesthetics. In: Miller R D. *Anesthesia*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone 2010; 726.