

بررسی اثر داروهای تسکین بخش (سداتیو) بر سطح رضایت بیمارانی که به روشهای بی‌حسی موضعی تحت اعمال جراحی زنان قرار می‌گیرند

چکیده

جهت بررسی اثرات تسکین‌بخشی (سداسیون) بر میزان رضایت بیمارانی که جهت اعمال جراحی زنان تحت بیحسی موضعی (regional) قرار می‌گیرند ۱۲۰ بیمار بطور تصادفی و بروش نمونه‌برداری آسان در بیمارستان شهیداکبرآبادی انتخاب شدند و بعد از انجام بیحسی موضعی براساس دریافت یا عدم دریافت داروی سداتیو در دو گروه قرار گرفتند. میزان رضایت بیماران از نوع بیهوشی در هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت (double blind). از ۶۰ بیماری که داروی سداتیو دریافت نمودند، ۵۱ بیمار (۸۵٪) از نوع بیهوشی خود ابراز رضایت نمودند در حالیکه در گروه بیمارانی که داروهای سداتیو دریافت ننمود تنها ۴۰ بیمار (۶۷٪) از نوع بیهوشی خود اظهار رضایت نمودند (p=۰/۰۱۸).

*دکتر رضا صفائیان I

دکتر مژگان مظفری II

کلید واژه‌ها: ۱- بیحسی موضعی ۲- تسکین (سداسیون) ۳- میزان رضایت

مقدمه

بیحسی موضعی با بیهوشی عمومی یکسان ذکر شده است، لیکن در برخی مطالعات دیگر بیماران بیهوشی عمومی را ترجیح داده‌اند (۱ و ۲).

همچنین مطالعات دیگری نیز انجام شده است که در آنها سعی شده بود با انجام برخی اقدامات، نظیر استفاده از بنزودیازپینها مقبولیت روشهای بیحسی موضعی را نزد بیماران افزایش دهند (۳، ۴ و ۵).

علت این عدم رضایت شاید در این نکته نهفته باشد که بیحسی موضعی در حالیکه بیدردی (analgesia) را برای بیمار ایجاد می‌کند فاقد اجزاء دیگر بیهوشی نظیر فراموشی و خواب است. تحمل تمام طول عمل با حالت ترس، نگرانی و اضطراب می‌تواند عمل جراحی را به یک تجربه ناگوار تبدیل نماید. این مطالعه بر روی بیماران بخش زنان که با استفاده

یکی از موارد منع استفاده از روشهای بیحسی موضعی عدم موافقت بیمار است و به این ترتیب، یکی از مهمترین مسائلی مورد مواجهه قبولاندن این روشها به بیمار می‌باشد. بیماران بخش زنان از بعد عاطفی و روانی طیف خاصی از بیماران را تشکیل می‌دهند.

بطور اخص مسئله‌ای که بطور مکرر با آن برخورد می‌شود بیماران هستند که در آنها ارجحیت مشخصی برای استفاده از روشهای بیحسی موضعی مشاهده می‌شود (نظیر بیماران شکم پر) در حالیکه برخی بیماران بعلت دارا بودن یک پیش زمینه منفی از قبول آن سر باز می‌زنند. این پیش زمینه احتمالاً توسط سایر بیماران بخش یا کسانی که قبلاً با استفاده از این تکنیکها عمل شده‌اند ایجاد می‌شود. اگر چه در بعضی مطالعات میزان مقبولیت روشهای

این مقاله خلاصه‌ایست از پایان نامه دکتر مژگان مظفری جهت دریافت درجه دکتری تخصصی در رشته بیهوشی تحت راهنمایی دکتر رضا صفائیان، ۱۳۷۸.

I) استادیار گروه بیهوشی، بیمارستان شهدای هفتم تیر، شهری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسئول)

II) متخصص بیهوشی.

تاکید بر ایجاد عمق کافی سداسیون براساس علائم بالینی بیمار بود.

با تیتراسیون و تجویز تدریجی دارو ایجاد یکسری علائم بالینی در بیمار مدنظر بود که عبارتند از: ۱- خواب آلودگی در حدی که بیمار قابل بیدار کردن باشد ۲- بی تفاوتی به محیط اطراف ۳- سنگین شدن زبان ۴- حفظ رفلکسهای بیمار.

همچنین سعی شد در طول عمل این سطح از سداسیون (conscious sedation) حفظ شود و بهمین منظور در صورت لزوم دارو مجدداً تجویز می‌گردید.

بررسی عمق سداسیون توسط متخصص بیهوشی انجام می‌شد و در صورت لزوم، داروی اضافی به تکنسین مربوطه تحویل می‌گردید تا به بیمار تزریق شود.

همچنین مقرر شد بیمارانیکه دچار وضعیت high spinal شوند و نیز مواردیکه طول زمان بیحسی کفایت مدت عمل را ننماید (بیمار در انتهای عمل داروی کمکی دریافت دارد) از مطالعه حذف شوند، لیکن در عمل این موارد بروز ننمود. تمام بیماران روز پس از عمل ویزیت شدند.

از این بیماران ابتدا در مورد سابقه عمل جراحی قبلی سؤال شد و در کسانی که سابقه عمل جراحی قبلی داشتند نوع بیهوشی قبلی مشخص شد. سپس از آنان در مورد میزان رضایت از بیهوشی اخیر سؤال شد.

جهت تحلیل داده‌ها از تست Chi-square (X^2 test) استفاده شد.

نتایج

از ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه، ۶۵ بیمار سابقه عمل جراحی قبلی داشتند که از این تعداد ۲۲ نفر بیحسی موضعی و ۴۳ نفر بیهوشی عمومی دریافت کرده بودند. ۵۵ بیمار نیز قبلاً تحت عمل جراحی قرار نگرفته بودند.

نمودار شماره ۱ نحوه تقسیم بیماران با سوابق مختلف بیهوشی قبلی را نشان می‌دهد که چگونه در دو گروه مورد مطالعه (مطالعه اخیر) قرار گرفتند.

از روشهای بیحسی موضعی تحت عمل جراحی قرار گرفتند انجام شد. در این مطالعه یک گروه از داروهای سداتیو استفاده شد و سپس میزان رضایت بیماران نسبت به گروه دوم که در آنها از اینگونه داروها استفاده نشده بود مقایسه گردید.

اگر بتوان بهر وسیله رضایت بیماران را نسبت به بیحسی موضعی افزایش داد احتمالاً می‌توان مقبولیت این روشها را در سطح جامعه نیز افزایش داد.

روش بررسی

یکصد و بیست بیمار بخش زنان بیمارستان و زایشگاه شهیداکبرآبادی بروش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. این بیماران بر حسب مورد بروش نخاعی (spinal) یا اپیدورال (epidural) تحت بیحسی قرار گرفتند.

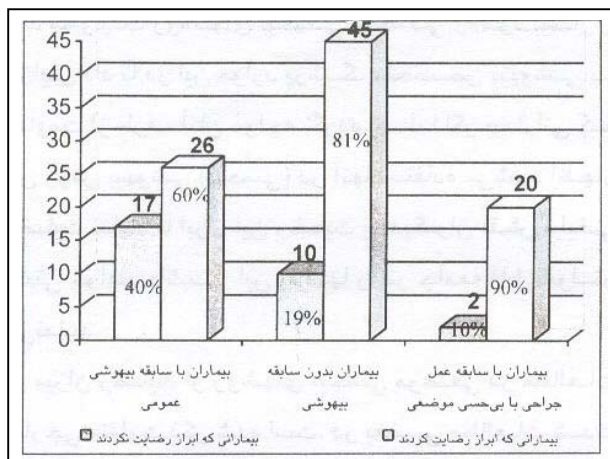
در تمام مراحل قبل از عمل از روشهای متداول جهت انتخاب و آماده‌سازی بیماران استفاده شد. بعلت رعایت مسائل اخلاقی، بیماران مضطرب از مطالعه حذف شدند.

القا تمام موارد بیحسی موضعی توسط یک نفر و با استفاده از وسایل یکسان انجام شد. هر یک از دو گروه شامل ۶۰ نفر بودند و مطالعه به روش دوسوکور انجام شد. در یک گروه از بیماران از داروهای تسکین بخش (سداتیو) و در گروه دیگر از دارونما (placebo) استفاده شد.

داروی تسکین بخش یا دارونما (آب مقطر) توسط متخصص بیهوشی تهیه و توسط تکنسین بیهوشی تزریق می‌گردید.

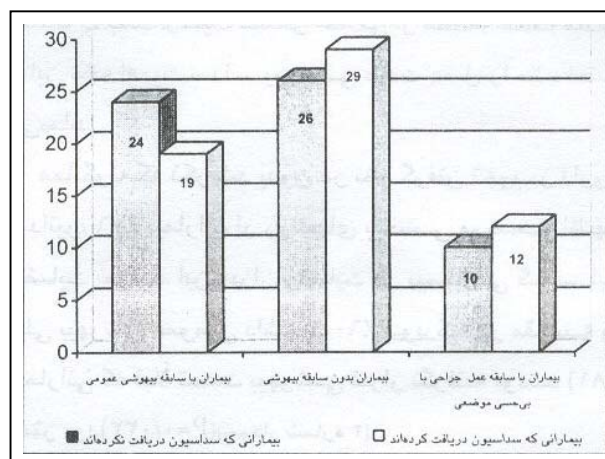
پس از اتمام جراحی، توسط متخصص بیهوشی - که از نوع بیحسی اطلاعی نداشت - سوالاتی راجع به میزان رضایت از نوع بیهوشی از بیمار پرسیده شد.

داروی پایه جهت ایجاد تسکین (sedation) میدازولام بود (در ابتدا ۲mg میدازولام تزریق می‌شد و عمق سداسیون پس از ۵ دقیقه بررسی می‌گردید). علاوه بر آن برحسب مورد و در صورت لزوم از داروهای دیگر نظیر فنتانیل، تالامونال و سایر داروها نیز بندرت استفاده گردید.



نمودار شماره ۲- میزان رضایت بیماران از بیحسی موضعی

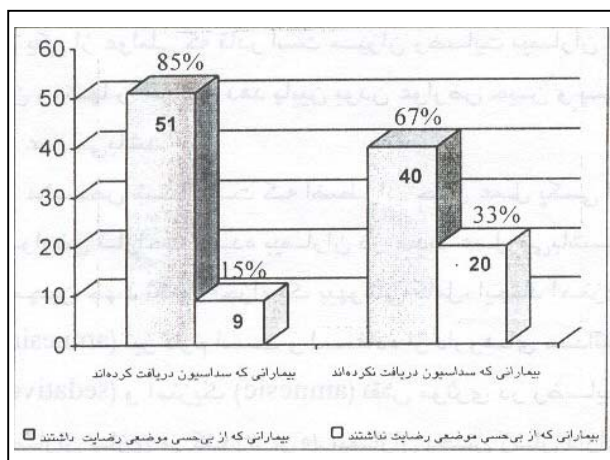
بر اساس سابقه و نوع بییهوشی قبلی



نمودار شماره ۱- پراکندگی بیماران با سابقه بییهوشی متفاوت

در دو گروه مورد و شاهد

بیمارانی که سداسیون دریافت داشتند از نوع بیحسی خود اظهار رضایت نمودند. این میزان در بیمارانی که سداسیون دریافت نکردند ۴۰ مورد (۶۷٪) بود و این تفاوت از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P=0/018$).



نمودار شماره ۳- میزان رضایت از بیحسی موضعی در دو

گروه مورد مطالعه

بحث

روشهای بیحسی موضعی امروزه درصد بالایی از انواع بییهوشی را شامل می‌شوند. اگر چه در بسیاری از موارد احتمال عوارض بییهوشی عمومی و موضعی یکسان است ولی در بعضی موارد نیز نظیر بیماران شکم‌پراحتی روشهای موضعی بخوبی نشان داده شده است (۶). بنابراین

همانطور که مشاهده می‌شود بنظر می‌رسد که رابطه‌ای بین نوع بییهوشی قبلی و وارد شدن بیماران در گروه دریافت کننده سداتیو یا دارونما وجود ندارد و تقسیم بیماران بطور تصادفی بوده است ($p=0/62$).

از ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه ۹۱ نفر (۷۶٪) از بیحسی موضعی خود اظهار رضایت نمودند. نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد که بیماران با انواع سابقه بییهوشی قبلی به چه میزان از بیحسی موضعی اخیر خود اظهار رضایت نمودند.

چنانکه مشاهده می‌شود در حدود ۶۰٪ بیمارانی که قبلاً تحت بییهوشی عمومی قرار گرفته بودند از بیحسی موضعی خود رضایت داشتند.

همچنین ۸۱٪ بیمارانی که قبلاً تحت بییهوشی قرار نگرفته بودند و ۹۰٪ بیمارانی که قبلاً تحت بیحسی موضعی قرار گرفته بودند از بیحسی موضعی اظهار رضایت نمودند.

با توجه به نمودار شماره ۱ بنظر می‌رسد هر یک از ۳ گروه بیماران با سابقه بییهوشی متفاوت تقریباً به نسبت برابر در گروههای مورد مطالعه وارد شدند.

نمودار شماره ۳ نشان می‌دهد که ۵۱ (۸۵٪) نفر از

مضطرب بعثت رعایت مسائل اخلاقی از مطالعه حذف شدند) و این نکته اهمیت سداسیون طی مدت عمل را مشخصتر می‌نماید.

همانگونه که ذکر شد بدون در نظر گرفتن تجویز داروی سداتیو، ۷۶٪ بیماران، از روشهای بیحسی موضعی اظهار رضایت نمودند. این میزان رضایت در بیمارانی که سابقه قبلی بیهوشی عمومی داشتند ۶۰٪ بود که در مقایسه با بیمارانی که قبلاً تحت بیهوشی قرار نگرفته بودند (۸۱٪) کمتر بود ($P=0/033$) (نمودار شماره ۲).

بعبارت دیگر اگر چه اکثریت بیمارانی که سابقه بیهوشی عمومی داشتند از بیحسی موضعی اظهار رضایت نمودند ولی با توجه به شناخت قبلی این بیماران از بیهوشی عمومی، میزان رضایت آنان از بیحسی موضعی کمتر بود. همچنین باید در نظر داشت که با توجه به تعداد کم حجم نمونه امکان مقایسه میزان رضایت بیمارانی که قبلاً سابقه بیهوشی عمومی داشتند و در این مطالعه در یکی از دو گروه بیحسی موضعی با سداسیون و بدون سداسیون قرار گرفتند وجود نداشت. چنین پژوهشی می‌تواند بسیار راهگشا باشد.

این پژوهش رابطه معنی‌داری را بین استفاده از سداسیون کافی و میزان رضایت بیماران از بیحسی موضعی مشخص نمود. همانگونه که ذکر شد بیماران با سابقه بیهوشی متفاوت بطور نسبتاً یکسان در دو گروه سداسیون و دارونما قرار گرفتند. با استفاده از سداسیون رضایت بیماران به ۸۵٪ و بدون آن این میزان به ۶۷٪ رسید ($P=0/018$).

بنابراین بنظر می‌رسد در تمام بیماران بخش زنان که تحت بیحسی موضعی قرار می‌گیرند - حتی آنهایی که از اضطراب شکایت ندارند - می‌بایست از داروهای سداتیو (بخصوص بنزودیازپینها) استفاده شود، دوز مورد نیاز بر اساس پاسخ بالینی بیمار تعدیل گردد و این سطح سداسیون را در تمام طول عمل حفظ گردد. به این ترتیب می‌توان رضایت بیماران را از بیهوشی موضعی بنحو مقتضی افزایش داد.

باید مقبولیت روشهای بیحسی موضعی را نزد بیماران افزایش داد تا در این موارد پزشک متخصص بیهوشی با مقاومت از طرف آنان مواجه نگردد. مسلماً اگر بیمارانی که این روش بیهوشی (بیحسی) در آنها استفاده می‌شود اظهار رضایت نمایند با ابراز این رضایت به دیگران نقش تبلیغی مثبتی خواهند داشت و این روشها را در جامعه قابل قبولتر می‌نمایند.

میزان رضایت از روشهای بیحسی موضعی در مطالعات خارجی متفاوت ذکر شده است. در بعضی مطالعات شدت ترس بیماران از بیحسی نخاعی (spinal) تحت عنوان spinalphobia مطرح شده است (۱). در بعضی مطالعات دیگر که بیماران این روش را ترجیح داده و به آسانی پذیرفته‌اند برخی از عوامل بخصوص آماده‌سازی قبل از عمل جهت این مقبولیت بسیار مهم تلقی شده است (۲). در تعداد دیگری از مطالعات میزان رضایت بیماران از دو روش کلی بیهوشی یکسان ذکر شده است (۷).

یکی از عواملی که قادر است میزان رضایت بیماران از این روشها را افزایش دهد پایین بودن عوارض حین و پس از عمل می‌باشد.

مشخص شده است که اضطراب حین عمل یکی از عوارض ناراحت کننده بیماران در مدت عمل می‌باشد. همچنین جهت تکمیل اجزاء یک بیهوشی کامل، ایجاد آمیزی (amnesia) نیز لازم است و استفاده از داروهای سداتیو (sedative) و آمزیک (amnesic) نقش موثری در رضایت بیماران بازی می‌کند (۳، ۴ و ۵). بیماران بخش زنان دارای شرایط خاص خود در این زمینه (اضطراب) می‌باشند جهت تعیین میزان داروی سداتیو مورد نیاز می‌توان هم از نقش فعال بیمار (Visual Analogue Scale) و هم از یافته‌های بالینی پزشک استفاده نمود (The Observer's Assessment of Alertness / Sedation Scale, OAA/S) (۶ و ۸). در این پژوهش از یافته‌های بالینی فرد مشاهده‌گر - که در مورد تمام بیماران یکنفر بود - استفاده شد. توجه به این نکته لازم است که هیچ کدام از بیماران قبل از شروع عمل از احساس اضطراب شکایت نداشتند (بیماران

منابع

- 1- Sosis MB., Parnass SM., McCarthy RJ., et al., Spinal phobia: Survey results of patient attitudes and preferences regarding anesthesia. *J. Clinical Anesthesia* 1995 Aug, 7(5): 389-94.
- 2- Michael K., Urban, Comment by Dr. Michael K., Urban, *J. Clinical Anesthesia* 1995, Aug; 7(5): 394.
- 3- Seidman SF., Marx GF., Midazolam in Obstetric Anesthesia, *Anesthesiology*, 1987, 67: 443-444.
- 4- Korttila K., Regional anaesthesia for outpatients. *Minerva Anesthesiol* 1999 Jun; 65(6): 401-4.
- 5- Russell WJ., Lorazepam as a premedicant for regional anaesthesia. *Anaesthesia* 1983 Nov; 38(11): 1062-5.
- 6- Ronald D., Miller, *Anesthesia*, fifth Edition Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000, PP. 1553 1453-1458.
- 7- Lertakyamane J., Chinachoti T., Tritrakarn T., et al., Comparison of general and regional anesthesia for cesarean section: success rate, blood loss and satisfaction from a randomized trial. *J Med Assoc Thai* 1999 Jul; 82(7): 672-80.
- 8- Chernik DA., Gillings D., Laine H., et al., Validity and reliability of the Observer's Assessment of Alertness/Sedation Scale: Study with Intravenous Midazolam. *J. Clin Psychopharmacol* 1990 Aug; 10(4): 244-51.