

مقایسه اثرات دو پیش داروی کلونیدین خوراکی و لیدوکائین وریدی بر فشار داخل چشم متعاقب لارنگوسکوپی و لوله گذاری تراشه

دکتر پرویز کاشفی^۱، دکتر سیدجلال هاشمی، دکتر ناصر کاویانی

لیدوکائین در این دقایق و همچنین بین سه گروه در دقیقه ۱۵ بعد از بیهوشی فاقد اختلاف معنی دار آماری بود ($P > 0.05$) (جدول ۱).

اگر چه در تحقیقات قبلی که در سالهای ۹۶-۱۹۸۶ در این مورد صورت گرفته بود نتایج مختلفی بدست آمد ولی این تحقیق نشان داد این دو دارو در جلوگیری از افزایش IOP مؤثرند. بدنال لارنگوسکوپی و لوله گذاری تراشه تحریک شدید به فیبرهای ناحیه حلق، حنجره، تراشه و سیستم اتونوم وارد می‌گردد که می‌تواند باعث افزایش IOP گردد. دو داروی فوق احتمالاً با جلوگیری و یا کاهش این تحریکات مانع افزایش IOP می‌گردند لذا در مواردیکه افزایش IOP برای بیمار خطرناک است (مانند آسیبهای باز چشم) می‌توان از این دو دارو استفاده نمود.

جدول ۱: میانگین تغییرات فشار داخل چشم (بر حسب میلیمتر جیوه)

در گروه‌های مورد مطالعه

زمان پس از بیهوشی کنترل	لیدوکائین	کلونیدین
۲	-۱/۴۸	-۱/۶۷
۵	-۲/۰۲	-۲/۷۸
۱۵	-۰/۰۴	-۰/۲۵

مراجع

- Horskins JR, Kass MA. Intraocular pressure and aqueous humor dynamic. In: American Academy of Ophthalmology. Basic and clinical science. USA; 1993-4. p. 21-28.
- John V. Anesthesia and eye, ear, nose, and throat surgery. In: Miller RD. Anesthesia: NEW York: churchill livingstone; 1994. p. 2175-96.
- Anderson DR. Primary open-angle Glaucoma. In: Bruce M Textbook of glaucoma. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins Company; 1992.
- Abdulla WY, Flaifil HA. Intraocular pressure changes in response to endotracheal intubation facilitated by atracurium or succinylcholine with or without lidocaine. Acta Anaesthesiol Belg. 1992;43(2):91-101.
- Kumar A, Bose S, Bhattacharya A, Tandon OP, Kundra P. Oral clonidine premedication for elderly patients undergoing intraocular surgery. Acta Anaesthesiol Scand. 1992;36(2):159-64.

میانگین طبیعی فشار داخل چشم (IOP) 16 ± 3 mmHg می‌باشد که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله ژنتیک، اوقا شبانه روز، سن و... قرار دارد (۱). افزایش IOP به عنوان عامل مؤثری در بروز آسیب عصب بینایی به شمار می‌آید (۲). اگر چه اکثر داروهای بیهوشی باعث کاهش IOP نمی‌گردند ولی تجویز ساکسینیل کولین و لوله گذاری تراشه که در اکثر اعمال جراحی اورژانسی کاربرد دارند باعث افزایش IOP می‌شوند (۲، ۳). روشهای مختلفی جهت جلوگیری از این افزایش ارائه گردیده است (۴، ۵) که ما در این تحقیق اثرات دو داروی کلونیدین و لیدوکائین را بررسی نمودیم. در یک کارآزمایی بالینی دوسویه کور ۹۰ بیمار ۴۰-۲۰ ساله با ASA I و II (American Society of Anesthesiologists) که نامزد عمل جراحی غیرچشمی انتخابی در مرکز پزشکی کاشانی اصفهان بودند به‌طور تصادفی به سه گروه سی نفری کلونیدین، لیدوکائین و کنترل تقسیم شدند. بیماران قبل از عمل ویزیت شده و پس از احراز رضایت با استفاده از تونومتر شیوتز IOP اندازه‌گیری گردید. ۱/۵ ساعت قبل از عمل به هر بیمار یک قرص داده شد که در گروه کلونیدین حاوی $300 \mu\text{g}$ کلونیدین و دو گروه دیگر دارو نما بود، شکل ظاهری قرصها مشابه هم بود. در تمام بیماران پره‌مدیکاسیون و مایع درمانی قبل و حین عمل مشابه بود. بلافاصله قبل از بیهوشی فشار خون، ضربان قلب و IOP اندازه‌گیری شد و بیماران با روش مشابه القاء بیهوشی شدند (تیوپنتال 5 mg/kg ، گالامین 20 mg ، ساکسینیل کولین $1/5 \text{ mg/kg}$ ، مرفین $1/1 \text{ mg/kg}$). سرنگی با کد خاص که در گروه لیدوکائین حاوی $1/5 \text{ mg/kg}$ لیدوکائین و در دو گروه دیگر دارونما بود سه دقیقه قبل از لوله گذاری تراشه تزریق گردید. لوله گذاری تراشه در تمام بیماران توسط مجری طرح صورت گرفت. نگهداری بیهوش در تمام بیماران مشابه و با استفاده از هالوتان (۷۰ درصد)، O_2 و N_2O به نسبت ۵۰ درصد و شلی عضلانی با تجویز پانکرونیوم ($1/1 \text{ mg/kg}$) ایجاد گردید و همگی تحت تنفس مکانیکی با حجم دقیقه‌ای مشخص قرار گرفتند.

در تمام بیماران IOP در دقایق ۲، ۵ و ۱۵ بعد از القاء بیهوشی اندازه‌گیری گردید و نسبت به IOP قبل از عمل مقایسه گردید. براساس نتایج سه گروه از نظر جنس، سن، شاخصهای همودینامیک و IOP قبل از عمل مشابه بودند. اختلاف بین تغییرات IOP در دقایق ۲ و ۵ بعد از بیهوشی نسبت به قبل از آن بین گروههای لیدوکائین و کلونیدین با گروه کنترل از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.05$) ولی بین دو گروه کلونیدین و

۱- گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان.