

مقایسه اثر سالین باکتریواستاتیک و لیدوکائین بافر شده در ایجاد بی‌دردی دهانه رحم در کورتاژهای تشخیصی

دکتر اشرف آل یاسین^۱، دکتر گیتا شعیبی^۲، دکتر رؤیا پادمهر^۳، سیده شهره علوی^۴

Title: Comparison of bacteriostatic saline and buffered lidocaine efficacy in cervical anesthesia in diagnostic curettage: A double blind randomized clinical trial.

Authors: Ale yassin A, (MD); Shoeibi G, (MD); Padmehr R, (MD); Alavi S, (MSc).

Introduction: Usage of diagnostic curratage in clinical practice is very common. The aim of this study was to compare the efficacy of bacteriostatic saline and buffered lidocaine in cervical aneesthesia.

Methods: In this double-blind randomized clinical trial sixty patients who reffered to gynecology ward of Shariati hospital, Tehran during 2001 - 2002 were randomly a Hocated into two groups. The severity of pain during dilatation and curratage (D&C) operation and 30 minutes after operation was assessed by 21-point Box Scale. Statistics analysis was performed by SPSS 11 software.

Results: Severity of pain during D&C operation and 30 minutes after that was significantly much more in saline group than lidocaine group (respectively, $P=0.007$, $P=0.001$). Four patients in lidocaine group and 15 patients in saline group were excluded from the study because of confounding factors (such as complications or low efficiency).

Conclusion: It seems that in Iran, bacteriostatic saline in cervical aneesthesia for the purpose of diagnostic curratage was not efficient.

Keywords: Cervical anesthesia, saline, lidocaine, pain.

۱- گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- گروه زنان و زایمان، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده:

مقدمه: استفاده از کورتاژ تشخیصی در تمام دنیا بسیار رایج می‌باشد. هدف از این مطالعه مقایسه میزان اثر بخشی سالیین باکتریواستاتیک با لیدوکائین بافر شده جهت ایجاد بی‌حسی موضعی در دهانه رحم بود.

روش کار: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور بر روی ۶۰ بیمار مراجعه کننده به بخش زنان و زایمان بیمارستان شریعتی در طی سالهای ۸۰ و ۸۱ که به طور تصادفی در دو گروه لیدوکائین بافر شده و یا سالیین باکتریواستاتیک قرار گرفتند، انجام شد. میزان درد بیمار در حین عمل جراحی و ۳۰ دقیقه پس از عمل با مقیاس باکس ۲۱ امتیازی بررسی شد. از نرم افزار SPSS ویراست ۱۱ جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

نتایج: میزان درد در حین عمل جراحی و ۳۰ دقیقه پس از عمل جراحی به طور معناداری در گروه سالیین باکتریواستاتیک بیشتر از گروه لیدوکائین بافر شده بود (به ترتیب $P = ۰/۰۰۷$ و $P = ۰/۰۰۱$). چهار نفر از بیماران دریافت کننده لیدوکائین موضعی و ۵ نفر از دریافت کننده‌های سالیین باکتریواستاتیک به علت وقایع مرتبط با مداخله (عوارض یا عدم کفایت مداخله) از مطالعه خارج شدند.

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد با روش انجام کورتاژ تشخیصی در ایران و بیماران ایرانی استفاده از سالیین باکتریواستاتیک نیز مؤثر نمی‌باشد و بهتر است از لیدوکائین یا مواد مشابه استفاده شود.

کل واژگان: بی‌حسی سرویکال، سالیین، لیدوکائین، درد.**مقدمه:**

مقایسه نماییم. در صورتی که اثر این دو ماده در ایجاد بی‌حسی یکسان باشد و یا سالیین باکتریواستاتیک در حد قابل قبولی مؤثر باشد می‌توان جهت انجام این اقدام تشخیصی به جای لیدوکائین استفاده از سالیین باکتریواستاتیک را پیشنهاد داد که علاوه بر این که این ماده عوارض استفاده از لیدوکائین بافر شده را ندارد از طرف دیگر یک ماده در دسترس و ارزان تر می‌باشد که هزینه کمتری را برای سیستم بهداشتی درمانی در برخواهد داشت. در صورتی که مشخص شود اثرات سالیین باکتریواستاتیک در حد لیدوکائین بافر شده و مواد مشابه نیست حداقل می‌توان به شبهات و نظرات مختلف در مورد استفاده از سالیین جواب داد. بنابراین ما این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور^۱ را برای مقایسه میزان درد و عوارض استفاده از لیدوکائین و سالیین باکتریواستاتیک طراحی و اجرا می‌نماییم.

روش کار:

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور طراحی گردیده است.

یکی از روش‌های تشخیصی بسیار مهم که به طور شایع مورد استفاده می‌باشد کورتاژ تشخیصی است. این عمل نسبتاً ساده نیاز به بی‌هوشی دارد که یا به صورت بی‌هوشی عمومی یا بی‌حسی موضعی انجام می‌شود. هم بی‌هوشی عمومی و هم بی‌حسی موضعی دارای عوارض مرتبط با خود می‌باشند (۱). بی‌حسی موضعی دهانه رحم در ایران معمولاً با تزریق لیدوکائین انجام می‌گیرد. لیدوکائین سریع‌الاثربودن می‌باشد و نسبتاً ارزان است، ولی افزایش دوز آن می‌تواند باعث بروز علائم سمی آن شود (به ویژه علائم قلبی-عروقی، سیستم عصبی مثل سرگیجه، وزوز گوش، اختلال در گفتار، کرخی زبان و دهان، طعم فلزی، فاسیکولاسیون عضلات و تشنج) و حتی مرگ دیده می‌شود (۲-۴). علاوه بر این حساسیت نسبت به این دارو نیز وجود دارد. در مطالعات گذشته نتایج مختلفی از اثر سالیین دیده شده است که می‌تواند اثر ضددرد داشته باشد. بعضی از مطالعات اثر آنرا تا حد لیدوکائین و برابر با آن ذکر کرده‌اند (۵). البته در بعضی از مقالات اثر ضد دردی آن را کمتر از لیدوکائین و موارد مشابه گزارش نموده‌اند (۶ و ۷). به هر حال نظر قطعی مورد استفاده از سالیین یا سالیین باکتریواستاتیک برای ایجاد بی‌دردی موضعی دهانه رحم وجود ندارد. ما در این مطالعه سعی می‌کنیم که اثر لیدوکائین بافر شده را با سالیین باکتریواستاتیک در ایجاد بی‌حسی سرویکال جهت کورتاژ تشخیصی

¹ - Double-blind randomized clinical trial

محلول سالیان باکتریواستاتیک شامل ۰/۹٪ سدیم کلرید با ۰/۹٪ بنزیل الکل (به عنوان نگهدارنده) و محلول لیدوکائین بافر شده که با اضافه کردن ۵ cc از بی کربنات سدیم ۷/۴٪ به یک

ویال ۵۰ cc از محلول لیدوکائین ۱٪ بدست می آید. (لیدوکائین بافر شده یک محلول استاندارد است چون سوزش که در حین تزریق محلول بافر نشده ایجاد می شود سبب ایجاد اختلال در این مطالعه می شد) سرنگ های ۲۰cc به تعداد لازم از این دو محلول پیش از شروع مطالعه تهیه شده بود و بر روی آنها برچسب با ۴ رقم زده شده بود. بنابراین هم پزشک جراح و هم بیمار از محلول سرنگها اطلاع نداشتند و مطالعه دوسوکور انجام گردید و در بیماران بسته به گروه یک نوع از سرنگها استفاده گردید.

از شدت درد بیماران در دو مقطع زمانی سؤال گردید یکی درد در حین عمل (که بلافاصله پس از اتمام عمل سؤال گردید) و دیگری ۳۰ دقیقه پس از عمل بود. قبل و حین عمل فشار خون، ضربان قلب، اسپاسم عضلات لگن و پا و علائم وازوواگال و تعریق ثبت گردید. این معیارها در مورد سنجش میزان بی دردی بیماران به کار می روند. علاوه بر اینها میزان سختی عمل و تحمل بیمار نیز توسط پزشک ثبت گردید. به تمام بیماران توضیح داده شد که در صورتی که درد دارند به وضوح بیان کنند و می توانند در صورت درد شدید تقاضای دریافت مجدد داروی بی حسی نمایند یا از مطالعه خارج شوند.

قابل ذکر است که برای تزریق مجدد حداکثر ۱۰ cc لیدوکائین در نظر گرفته شده بود تا از مسمومیت با لیدوکائین ممانعت بعمل آید.

تزریق محلولها با استفاده از آنژیوکت سبز انجام گرفت. ابتدا ۴ cc از محلول مورد نظر در قسمت قدام یا خلف دهانه رحم بستگی به چرخش رحم تزریق گردید. سپس یک تناکولوم به آرامی روی دهانه رحم ثابت گردید. سپس ۱۶ cc از محلول باقیمانده، در ساعت های ۴ و ۸ در ناحیه خم سرویکوواژینال (هر محل ۸ cc) تزریق شد. عمق تزریق حداکثر ۱ cm بود و پزشک به گونه ای تزریق می کرد که تورم محل تزریق را به خوبی مشاهده نماید. پس از بی حسی کافی، با استفاده از بوژی مناسب دیلاتاسیون دهانه رحم صورت گرفت و با استفاده از کورت نمونه لازم گرفته شد.

قابل ذکر است که از کلیه بیماران رضایت نامه کتبی دریافت شد. به کلیه بیماران توضیح داده شد که در هر کجای مطالعه می توانند از آن خارج شوند. بنابراین ملاحظات اخلاقی تا حد امکان رعایت شده بود.

بیماران مورد مطالعه زنان کاندید کورتاژ تشخیصی بودند که در طی سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ به بخش زنان بیمارستان شریعتی مراجعه نموده بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود:

۱- اندیکاسیونهای کورتاژ تشخیصی در این مطالعه شامل یکی از موارد وجود خونریزی غیرطبیعی، سونوگرافی غیرطبیعی رحم و ضمایم، خونریزی پس از یائسگی بود.

۲- وجود اندیکاسیون بی حسی موضعی

۳- رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه

و معیارهای خروج از مطالعه مشتمل بر وجود هریک از موارد ذیل بود:

۱- وجود اختلالات انعقادی و مشکلات خونی

۲- سابقه آلرژی به لیدوکائین

۳- وجود سابقه بیماری روانی در فرد به نحوی که وضعیت بیمار را بی ثبات کرده باشد.

۴- احتمال افزایش فشار خون بیش از حد در طی عمل جراحی پس از اعمال معیارهای ورود و خروج نمونه گیری به صورت غیرتصادفی ساده (آسان) صورت گرفت. مشاهده بیمار، اطلاعات موجود در پرونده، مصاحبه با بیمار و نیز پرسشنامه راه های مورد استفاده برای جمع آوری داده ها بود.

در ابتدای مراجعه بیماران، در مورد طرح به آنها توضیح داده شد. افرادی که رضایت به شرکت در مطالعه داشتند وارد مطالعه شدند. از بیماران که رضایت به شرکت در مطالعه نداشتند داده های مرتبط با ویژگیهای زمینه ای و میزان اضطراب جمع آوری گردید. کلیه بیماران وارد شده به مطالعه رضایت نامه کتبی امضاء نمودند. سپس طبق فرم جمع آوری داده ها از متغیرهای مورد بحث سؤال گردید. میزان اضطراب بیماران نیز با استفاده از پرسشنامه stat anxiety تعیین گردید. این پرسشنامه ۲۰ سؤالی بوده و هر سؤال از ۰ تا ۰/۳ امتیاز می گیرد که در مجموع از ۰ تا ۸ متغیر می باشد و بالاتر بودن امتیاز نشانه ای از بالاتر بودن میزان اضطراب بیمار بود.

به کلیه بیماران فنتانیل وریدی به میزان ۵۰ میکروگرم همراه با ۰/۵ میلی گرم آتروپین قبل از عمل داده شد. برای تمام بیماران ۴۰۰ میلی گرم ایبوپروفن خوراکی ۳۰ دقیقه قبل از عمل تجویز گردید. (مگر در بیمارانی که سابقه آلرژی یا عدم تحمل داشتند). بیماران به طور تصادفی و با استفاده از جدول بلوک های تصادفی به دو گروه تقسیم شدند (گروه A= دریافت کننده سالیان باکتریواستاتیک، گروه B= دریافت کننده محلول لیدوکائین بافر شده). تعداد بلوکهای انتخاب شده ۱۶ بلوک بود.

میزان تحمل بیمار به درد (به نظر پزشک جراح) نیز در دو گروه مقایسه گردید (جدول ۲). سابقه انجام کورتاژ تشخیصی و بیماری‌های زمینه‌ای بین دو گروه مقایسه شد که در جدول ۳ نمایان است.

میزان درد بیمار در حین عمل و ۳۰ دقیقه پس از عمل بین

دو گروه مقایسه گردید. میزان درد بیمار در حین عمل و پس از عمل در گروه سالین باکتریواستاتیک به طور معناداری بیشتر از گروه لیدوکائین بافرشده بود (تست Mann-Whitney، به ترتیب $P=0/001$ ، $P=0/02$). جدول ۴ وضعیت شدت درد را در حین عمل و ۳۰ دقیقه پس از عمل بین دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲- مقایسه میزان تحمل بیماران بین دو گروه مورد مطالعه

گروه مداخله	سالین باکتریواستاتیک فراوانی (درصد)	لیدوکائین بافرشده فراوانی (درصد)
میزان تحمل بیمار خوب	۲۰ (۶۶/۷)	۲۱ (۷۰)
متوسط	۹ (۳۰)	۸ (۲۶/۷)
بد	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
مجموع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

- برای مقایسه بین دو گروه از تست ناپارامتری Mann-Whitney استفاده شده است. ($P=0/98$)

جدول ۳- مقایسه سابقه بیماری‌های قلبی و زمینه‌ای بین دو گروه مورد مطالعه

گروه مداخله	سالین باکتریواستاتیک	لیدوکائین بافرشده	P value
کورتاژ تشخیصی قلبی (C) (D & I) (نفر)	۵ (۱۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	۰/۳
بیماری قلبی (نفر)	۶ (۲۰)	۳ (۱۰)	۰/۵
بیماری ریوی (نفر)	۲ (۶/۶)	۲ (۶/۶)	۱
فشارخون (نفر)	۱ (۳/۳)	۳ (۱۰)	۰/۶
دیابت ملیتوس (نفر)	۲ (۶/۶)	۳ (۱۰)	۱
بیماری کلاژن واسکولار (نفر)	۰	۱ (۳/۳)	۱
سایر بیماری‌های سیستمیک (نفر)	۰	۲ (۶/۶)	۰/۵

- برای مقایسه سابقه کورتاژ تشخیصی قلبی از تست χ^2 و برای مقایسه سابقه بیماری قلبی، ریوی فشارخون، دیابت ملیتوس، کلاژن واسکولار و سایر بیماری‌های سیستمیک از تست Fisher's exact استفاده شده است.

- تعداد افراد در گروه سالین و لیدوکائین به تفکیک ۳۰ نفر بود.

بین دو گروه از شرکت‌کنندگان در مطالعه مشخصات زمینه‌ای و متغیرهای مرتبط با بارداری‌های قبلی و میزان اضطراب و تحمل و بیماری‌های زمینه‌ای مقایسه انجام شد.

علاوه بر این بین دو گروه از شرکت‌کنندگان در مطالعه میزان درد و عوارض نیز مقایسه انجام شد. جهت انجام این مقایسه‌ها از تست‌های آماری Mann-Whitney، Fisher's exact، χ^2 و t استفاده گردید.

یافته‌ها:

از آنجایی که ۶۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه به طور تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری تقسیم شده بودند، از نظر متغیرهای زمینه‌ای و سابقه بارداری‌های قبلی مورد مقایسه قرار گرفتند، که در جدول ۱ مشخص شده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین و ویژگی‌های مختلف بین دو گروه مورد مطالعه (SD \pm میانگین)

متغیر	گروه مداخله	سالین باکتریواستاتیک	لیدوکائین بافرشده	P value
سن	$50/5 \pm 7$	$53/6 \pm 9/5$		۰/۱۵
تعداد بارداری	$3/6 \pm 0/8$	$3/8 \pm 0/6$		۰/۳
تعداد زایمان	$3/5 \pm 0/1$	$3/6 \pm 0/6$		۰/۲
تعداد سقط	$1/7 \pm 0/8$	$1/6 \pm 0/6$		۰/۹
اضطراب قبل از عمل	$1/7 \pm 0/5$	$1/8 \pm 0/6$		۰/۴۶

- برای مقایسه سن، تعداد بارداری، زایمان، سقط و میزان اضطراب قبل از عمل از تست t استفاده شده است.

- تعداد افراد در گروه سالین و لیدوکائین به تفکیک ۳۰ نفر بود.

در گروه سالین باکتریواستاتیک ۱۸ نفر (۶۰٪) زیر دیپلم، ۹ نفر (۳۰٪) دیپلم و ۳ نفر (۱۰٪) بالاتر از دیپلم بودند ولی از افراد گروه لیدوکائین بافرشده ۱۷ نفر (۵۶/۶٪) زیر دیپلم، ۸ نفر (۲۶/۷٪) دیپلم و ۵ نفر (۱۶/۶٪) بالاتر از دیپلم تحصیلات خود را ذکر نمودند (تست Fisher's exact، $P=0/85$).

سابقه زایمان‌های قبلی در دو گروه بررسی شد. در گروه سالین باکتریواستاتیک ۲۵ نفر (۸۳/۳٪) زایمان طبیعی، ۲ نفر (۶/۷٪) سزارین و ۳ نفر (۱۰٪) هر دو نوع زایمان را ذکر می‌نمودند ولی در گروه لیدوکائین بافرشده سوابق زایمانی به ترتیب ۲۳ نفر (۷۶/۷٪)، یک نفر (۳/۳٪) و ۶ نفر (۲۰٪) ذکر شد (تست Fisher's exact و $P=0/53$).

صورت گرفت. مقایسه نتیجه نهایی استفاده از این دو ماده برای بی‌حسی موضعی دهانه رحم تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. ($P=0/003$)

بحث:

اگر مکانیسم بی‌حسی سرویکال از طریق کشیدگی بافتی باشد، با استفاده از سالیان باکتریواستاتیک می‌توان از عوارض ناخواسته داروهای بی‌حس‌کننده موضعی جلوگیری کرد. در این مطالعه از ۸۶ بیماری که در طی سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ جهت انجام کورتاژ تشخیصی به بخش زنان بیمارستان شریعتی مراجعه کرده بودند. ۶۰ نفر حاضر به همکاری در طرح شدند و بقیه رضایت به شرکت در مطالعه ندادند.

درد یک حس شخصی می‌باشد. حس درد یک بخش غیرفیزیولوژیک دارد و افراد مختلف به یک تحریک یکسان درد، پاسخ مختلف می‌دهند که این بستگی به وضعیت روانی فرد، اختلالات آناتومیک و شرایط و تجربه‌های قبلی فرد دارد. روش اندازه‌گیری درد یک روش قابل قبول و معتبر می‌باشد البته بستگی به حساس بودن فرد دارد و به دلیل فردی بودن حس درد، علاوه بر روش اندازه‌گیری درد با مقیاس معرفی شده، افزایش فشار خون و علائم وازوآگال بیماران به عنوان پارامترهای فیزیولوژیک جهت بررسی میزان درد بیماران استفاده شد. از ۶۰ نفر بیمار شرکت‌کننده در مطالعه ما ۳۰ نفر با سالیان باکتریواستاتیک و ۳۰ نفر با لیدوکائین بافر شده تحت بی‌حسی سرویکال قرار گرفتند.

در مقایسه متغیرهای زمینه‌ای، متغیرهای مربوط به وضعیت بارداری‌های قبلی و دیگر فاکتورهای مؤثر تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد. این نشان‌دهنده یکسان بودن دو گروه از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای و مخدوش‌کننده می‌باشد. مقایسه میزان درد بیمار حین عمل جراحی و ۳۰ دقیقه پس از عمل جراحی نشان داد که به طور معناداری شدت درد در گروه سالیان باکتریواستاتیک بیشتر از لیدوکائین بافر شده می‌باشد. این نتیجه برخلاف نتایج مطالعه Miller و همکارانش است (۴). آنها علیرغم داشتن حجم نمونه کافی و کفایت قدرت مطالعه جهت پیدا نمودن اختلاف بین سالیان باکتریواستاتیک و لیدوکائین بافر شده از میزان درد حین عمل جراحی و پس از عمل جراحی تفاوت قابل توجهی در میزان درد مشاهده نکردند. ولی در مطالعه Glantz GC که کلروپروکائین و سالیان با هم مقایسه شدند (۳) نشان داده شد که میزان درد به طور معناداری در بیماران دریافت‌کننده کلروپروکائین پایین‌تر از بیماران دریافت

طول مدت عمل در دو گروه به تفکیک محاسبه گردید. میانگین طول مدت عمل در گروه سالیان باکتریواستاتیک $7/7 \pm 2/9$ و در گروه لیدوکائین بافر شده $7/1 \pm 2/2$ دقیقه بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (تست t ، $t=0/74$ و $P=0/46$).

سختی عمل جراحی از نظر جراح در بیماران گروه سالیان باکتریواستاتیک و لیدوکائین بافر شده به ترتیب در ۴۰٪ و ۶۰٪ کم، در $43/3$ ٪ و ۴۰٪ متوسط و در $16/7$ ٪ و صفر درصد شدید تعیین شد (Mann-Whitney، $P=0/048$).

جدول ۴- مقایسه میزان شدت درد در زمان عمل جراحی و ۳۰ دقیقه پس از آن بین دو گروه مورد مطالعه

متغیر	سالیان باکتریواستاتیک		لیدوکائین بافر شده	
	دامنه	میانگین	دامنه	میانگین
درد در حین عمل	۹۰-۱۰	۵۳	۸۰-۱۰	۱۵
درد ۳۰ دقیقه پس از عمل	۹۰-۱۰	۴۰	۶۵-۵	۱۰

- برای مقایسه بین دو گروه از تست Mann-Whitney استفاده شده است. (به ترتیب $P=0/007$ و $P=0/001$)

فراوانی مشاهده اسپاسم عضلات لگنی در بیماران گروه سالیان باکتریواستاتیک ۱۱ نفر (۳۷٪) و در گروه لیدوکائین بافر شده ۳ نفر (۱۰٪) بود. تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار بود (تست χ^2 ، $\chi^2=5/9$ و $P=0/015$).

فراوانی افزایش فشار خون در گروه سالیان باکتریواستاتیک در ۳ نفر (۱۰٪) و در گروه لیدوکائین بافر شده در ۵ نفر (۱۶/۷٪) بود. این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (تست Fisher's exact، $P=0/71$). علائم شوک وازوآگال در ۱ نفر (۳/۳٪) از بیماران گروه سالیان باکتریواستاتیک و در ۲ نفر (۶/۷٪) از بیماران گروه لیدوکائین بافر شده مشاهده شد. تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبود (تست Fisher's exact و $P=1$).

در بیمارانی که لیدوکائین دریافت نموده بودند، در ۲ نفر عارضه مصرف لیدوکائین بافر شده مشاهده گردید که در یکی به صورت تشنج و در دیگری به صورت گزگز اطراف دهان و کاهش سطح هوشیاری بود.

در بیمارانی که با سالیان باکتریواستاتیک بی‌حسی سرویکال شده بودند در ۱۵ نفر (۵۰٪) آنها بنا به خواسته بیمار و یا درد شدید، نیاز به تزریق موضعی لیدوکائین بافر شده (۸ نفر) و یا بیهوشی عمومی (۷ نفر) شد ولی در بیمارانی که از ابتدا جهت بی‌حس کردن دهانه رحم از لیدوکائین بافر شده استفاده شده بود در ۲ نفر به علت درد شدید استفاده مجدد از لیدوکائین و در ۲ نفر دیگر به علت وقوع عوارض لیدوکائین بیهوشی عمومی

ایجاد شده بود. در بیمارانی که لیدوکائین دریافت کرده بودند ۲ مورد عارضه دیده شده که یکی به صورت تشنج و دیگری به صورت گزگز اطراف دهان و لتارژی بود.

البته قابل ذکر است که از محدودیت‌های مهم در این مطالعه راضی نمودن بیماران جهت شرکت در مطالعه و نمونه‌گیری و عدم وجود مطالعات مشابه در زمان طراحی و اجرای این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه به نظر می‌رسد که جهت بی‌حسی موضعی دهانه رحم در حین کورتاژ تشخیصی، لیدوکائین مؤثرتر از سالین باکتریواستاتیک می‌باشد. اگرچه عوارض ناشی از مصرف لیدوکائین نیز از عوامل محدودکننده در استفاده از لیدوکائین می‌باشد.

تشکر و قدردانی:

از کلیه همکاران بخش و اتاق عمل زنان و زایمان بیمارستان شریعتی که ما را در این زمینه یاری رسانیده‌اند تشکر می‌گردد.

کننده سالین است. همچنین در مطالعه Chanrachakul B نیز که سالین را با لیدوکائین در بلوک پاراسرویکال استفاده نموده بود نشان داد که در بیمارانی که سالین دریافت نموده بودند میزان درد به میزان قابل توجهی بیشتر از کسانی است که لیدوکائین دریافت نموده بودند (۲).

در مطالعه ما میزان افزایش فشار خون و علائم وازوواگال بین دو گروه علیرغم وجود شدت درد متفاوت، تفاوتی نداشت که این مسأله می‌تواند به دلیل اثر متقابل سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک باشد. یعنی تحریک سیستم سمپاتیک بیمار در اثر درد که می‌تواند به صورت افزایش فشار خون مشخص شود با اثر متقابل سیستم پاراسمپاتیک که می‌تواند به صورت علائم وازوواگال باشد، به حالت تعادل رسیده‌اند (۴). حالت عصبی و نگرانی بیمار می‌تواند سبب تحریک سیستم سمپاتیک و افزایش فشار خون به طور فیزیولوژیک باشد، پس در افرادی که افزایش فشار خون در حین عمل پیدا کرده‌اند ممکن است صرفاً به دلیل درد بیشتر نباشد و حالت عصبی و نگرانی بیمار هم یک عامل مؤثر برای این مسأله باشد (۸ و ۹).

بیشتر بودن فراوانی اسپاسم عضلات لگن در گروه سالین باکتریواستاتیک نسبت به گروه لیدوکائین به نظر می‌رسد که به علت شدیدتر بودن درد این بیماران و ناقص‌تر بودن بی‌حسی

References:

- 1- Weibe ER. Comparison of the efficacy of different local anesthesia and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 131-4.
- 2- Chanrachkul B, Likittanasombut P, Prasertsawat P, et al. Lidocaine versus plain saline for pain relief in fractional curettage: A Randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98(4): 592-5.
- 3- Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Obstet & Gynecol* 2001; 72: 171-8.
- 4- Miller L, Jensen MP, Stenchever MA. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 600-4.
- 5- Rawling MJ, Weibe ER. Pain control in abortion clinics. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 60: 293-5.
- 6- Borgattal, Nickinorich D. Pain during early abortion. *J Reprod Med* 1997; 42(5): 287-93.
- 7- Rock JA, John D. Thompson: Telinde's Operative Gynecology. 8th ed. Philadelphia: Lippincut-Raven; 1997.
- 8- Johnson N, Crompton AC, Ramsden SV. The efficacy of paracervical injection of lignocaine before laser ablation of the cervical transformation zone; A randomized placebo-controlled double blind clinical trial. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96(12): 1410-2.
- 9- Jensen M, Miller L, Fisher L. Assessment of pain during medical procedure: A comparison of three scales. *Clin J Pain* 1998; 14(4): 343-9.