



انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران

نمایه بیهوشی

سیری در فعالیت‌های پژوهشی - فرهنگی داخل کشور

دکتر محمدرضا درودیان

Profile of Anesthesia
A Review in Research Cultural Activities in Iran
M.R. Douroodian, MD
anespain@yahoo.com

□ الف) مقالات مندرج در مجلات داخل کشور

✓ بررسی میزان موفقیت احیای قلبی ریوی در بیمارستان شهدای هفتم تیر
✓ علی‌اکبر جعفریان
✓ مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، پاییز ۱۳۸۱، صص. ۳۳۰-۳۲۷
نویسنده در این مقاله ضمن بررسی ۱۵۰ بیمار احیاء شده در بیمارستان

شهدای هفتم تیر در نیمه دوم سال ۱۳۷۹ به ارزیابی آماری تعیین میزان موفقیت احیا در این گروه پرداخته است. معیار موفقیت اولیه برگشت قلب به فعالیت خودبه‌خودی با استفاده از پایش الکتروکاردیوگرام و وجود نبض مرکزی و محیطی و معیار موفقیت نهایی، ترخیص زنده بیمار از بیمارستان بوده است. مواردی که نیاز به احیاء قلبی ریوی داشتند به ترتیب عبارت بودند از: بیماری‌های داخلی (۵۰٪) تروما (۴۰٪) سرطان (۶/۷٪) و مسمومیت دارویی (۳/۳٪).
نتایج گرفته شده از این مطالعه به این شرح بوده‌اند: موفقیت احیاء در سنین پایین‌تر بیشتر است. به هر میزان زودتر به احیاء جواب بدهند نتیجه موفقیت نهایی بیشتر است. احیاء در موارد مسمومیت دارویی با موفقیت بیشتری همراه بوده است. هیچ‌یک از بیمارانی که عملیات احیاء در آنها بیشتر از ۵۰ دقیقه بوده است زنده نمانده‌اند. موفقیت اولیه

احیاء در داخل بیمارستان در این مطالعه ۲۹/۱٪ و موفقیت نهایی ۱۰٪ برآورد شده است.

مقایسه اثرات آرام‌بخشی تجویز سیدازولام داخل بینی و کتامین خوراکی قبل از انجام اعمال جراحی در کودکان

✓ حسن عراقی‌زاده، شهین صلابتی
✓ مجله پزشکی کوثر، زمستان ۸۱، صص. ۳۱۳-۳۱۷

به منظور مقایسه اثر آرام‌بخشی قبل از عمل میدازولام داخل بینی و کتامین خوراکی در کودکان، مطالعه‌ای بر روی ۱۰۲ کودک ۶ ماهه تا ۶ ساله بستری در بیمارستان بقیه‌الله که کاندید جراحی انتخابی و فاقد هر گونه بیماری زمینه‌ای بوده‌اند انجام شده است. این افراد به صورت کاملاً تصادفی به سه گروه ۳۴ نفری تقسیم شدند و ۳۰ دقیقه قبل از القاء بیهوشی برای اعضای هر یک از گروه‌ها یکی از سه دارو یا دارونمای زیر تجویز شد: افراد گروه اول میدازولام داخل بینی با دوز ۰/۳ میلی‌گرم / کیلوگرم دریافت کردند که با سرنگ ۲ میلی‌لیتری داخل بینی چکانده شد. اعضای گروه دوم کتامین خوراکی با دوز ۰/۲ میلی‌گرم / کیلوگرم گرفتند که در آب انگور - به دلیل از بین بردن مزه بدن آن - حل شده بود و به

اعضاء گروه سوم نرمال سالین به عنوان دارونما با دوز ۰/۰۶ میلی‌لیتر / کیلوگرم داخل بینی داده شد. ضمن پایش کامل، میزان آرامش‌بخشی کودکان هنگام جداسازی از والدین برای انتقال به اتاق عمل، که در برگزیده چهار فاکتور آرامش، ترس، همکاری و رفتار کودک موقع جدا شدن از والدین بود، توسط پرسشنامه از پیش معتبر شده‌ای مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که در تمام ۴ بخش سیستم نمره‌دهی آرام‌بخشی کودکان دریافت‌کننده میدازولام داخل بینی نمره بالاتری از کودکان گروه کتامین کسب کرده‌اند، هرچند که کتامین در مقایسه با گروه دارونما وضعیت بهتری داشت. نمره کل آرام‌بخشی در گروه میدازولام ۴۰٪ بالاتر از گروه کتامین و حدود ۲۰۰٪ بالاتر از دارونما بود که در هر دو مورد تفاوت مشاهده شده از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

نویسندگان در انتها پیشنهاد کرده‌اند که در مطالعات آتی، اثرات میدازولام و کتامین داخل بینی با یکدیگر مقایسه شوند.

✓ جلوگیری از استریدور و لارنگو-اسپاسم بعد از عمل جراحی به کمک اسپری بکلومتازون

✓ امیرحسین لطفی، علی‌رضا سعیدآبادی، محمداسماعیل دارابی، خسرو نقیبی
✓ مجله دانشکده پزشکی مشهد، زمستان ۱۳۸۰، صص. ۳۶-۳۲

اگر در کودکان ۱ تا ۱۰ سال قبل از قرار دادن لوله تراشه، نواحی گلوت را به دو پاف از اسپری بکلومتازون آغشته کنیم شاهد چه تغییری در میزان استریدور و لارنگواسپاسم بعد از عمل خواهیم بود؟ این مطالعه با بررسی دو گروه صد نفری کودکان مورد و شاهد که کاندید اعمال جراحی مختلف (به جز اعمال نواحی سر و گردن، حلق، حنجره و قفسه سینه) بودند به پرسش فوق پاسخ می‌گویند. کودکان مورد مطالعه فاقد هر گونه بیماری زمینه بودند. روش القاء بیهوشی و داروهای مصرف شده در حین القاء و نگهداری در دو گروه یکسان و شامل تیوپنتال سدیم (۶ میلی‌گرم / کیلوگرم)، سوکسینیل کولین (۲ میلی‌گرم / کیلوگرم)، فستانیل (۲ میکروگرم / کیلوگرم) اکسیژن و نایتروس اکسید به نسبت مساوی و هالوتان به میزان یک مک^۱ بود. پس از اتمام اعمال جراحی کودک به ریکاوری منتقل و لوله تراشه در حالت بیداری خارج شد. از جهت

آماری شیوع استریدور در گروه مورد مطالعه ۸٪ و در گروه شاهد ۲۹٪ بوده است. همچنین لارنگواسپاسم در گروه مورد مطالعه دیده نشده و شیوع آن در گروه شاهد ۵٪ بوده است که در هر دو مورد تفاوت معنادار است.

نویسندگان نتیجه‌نهایی مطالعه خود را این‌گونه خلاصه کرده‌اند: استفاده از اسپری بکلومتازون در ناحیه حنجره باعث کاهش شدید بروز استریدور و لارنگواسپاسم بعد از اعمال جراحی در اطفال می‌گردد؛ لذا مصرف روتین آن را پیشنهاد می‌کنیم.

□

✓ اثر مپریدین بر بلوک آگزیلاری حاصل از لیدوکائین در بیماران کاندید جراحی اندام فوقانی

✓ فرشید غلامی، عبدالحمید نکائی، امیر حسین هاشمیان

✓ بهبود (فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه)، زمستان ۸۱، صص.

۲۶-۳۰

اگر برای انجام بلوک آگزیلاری در بالغین در محلول بی‌حسی علاوه بر ۴۰ میلی‌لیتر لیدوکائین ۱٪ از مپریدین ۱۰٪/۱ به میزان ۰/۰۱ سی‌سی/کیلوگرم (معادل ۰/۱ میلی‌گرم/کیلوگرم) استفاده کنیم شاهد چه تغییراتی در بلوک آگزیلاری خواهیم بود؟

این مطالعه با بررسی ۴۰ بیمار در سنین ۱۵ تا ۶۵ سال که فاقد هر گونه بیماری زمینه‌ای بودند در صدد پاسخ‌گویی به پرسش فوق برمی‌آید. ۶ بیمار قبلاً به دلیل بلوک ناکامل از مطالعه خارج شده بودند. نحوه انجام بلوک آگزیلاری به روش ترانس آرتریال^۱ بوده است. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه زمان شروع بلوک در دو گروه تفاوتی نداشت (میانگین زمان شروع بلوک در گروه مورد ۳/۹ دقیقه در مقابل ۳/۳ دقیقه در گروه شاهد) ولی طول مدت بلوک اختلاف معنی‌داری داشته است؛ به نحوی که میانگین زمان بلوک در گروه مطالعه ۲۳۸/۴ دقیقه و در گروه شاهد ۱۶۶/۷ دقیقه بوده است. بدین جهت نویسندگان، مقاله خود را با این نتیجه‌گیری به پایان می‌رسانند: اضافه نمودن مپریدین به بلوک آگزیلاری حاصل از لیدوکائین بدون این‌که عوارض سیستمیک را بیفزاید، مدت بلوک را به‌طور مطلوبی طولانی می‌کند.

□

✓ مقایسه اثر تزریق وریدی پتدین و کلونیدین در درمان لرز بعد از عمل

✓ حمید خسرو ضمیری، مینو قهرمان

✓ مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، زمستان

۸۱، صص. ۱۷-۱۴

برای درمان لرز بعد از بیهوشی

عمومی تزریق وریدی ۲۵ میلی‌گرم پتدین بهتر است یا ۷۵ میکروگرم کلونیدین؟

این مطالعه با بررسی دو گروه ۳۰ نفره از بیماران ۲۰ تا ۴۰ ساله که هیچ‌گونه بیماری زمینه‌ای نداشتند به پرسش فوق پاسخ می‌گویند. مدت اعمال جراحی ۲ تا ۳ ساعت بوده و بیهوشی عمومی به وسیله هالوتان ۱٪ انجام می‌شده است. تنها بیمارانی وارد مطالعه شده‌اند که لرز شدید داشته‌اند و این لرز با کمک اکسیژن و گرم‌کردن بیمار بهبود نمی‌یافته است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین زمان بهبود لرز بعد از تزریق کلونیدین ۴/۴ دقیقه و در گروه پتدین ۲/۴ دقیقه بوده است. بدین جهت مؤلفان این‌گونه نتیجه‌گیری کرده‌اند: در بیمارانی که بعد از عمل جراحی با استفاده از هالوتان دچار لرز شدند، پتدین سریع‌تر از کلونیدین لرز را برطرف کرده و استفاده از پتدین با تغییرات کمتری در تعداد نبض و فشار خون همراه است.

- ☒
- ✓ باید‌ها و نبایدهای ونتیلاتور
✓ صدیقه صحت
- ✓ ماهنامه مهندسی پزشکی و تجهیزات
آزمایشگاهی، خرداد ۱۳۸۲، صص. ۳۸-۴۰
- ماهنامه مهندسی پزشکی قسمت
بیشتر مطالب شماره خرداد ماه خود را به
مبحث تنفس مکانیکی اختصاص داده و
این مسأله را از چند بُعد مد نظر قرار داده
است. خانم دکتر صدیقه صحت،
متخصص بیهوشی در مصاحبه با ماهنامه
مزبور به سؤالاتی در مورد ونتیلاتورها
و تنفس مکانیکی جواب مشروح داده
است. سؤالات مطرح شده در این
مصاحبه به قرار ذیل بوده‌اند:
- ۱- افراد بر اثر چه بیماری‌ها و یا
حوادثی در بخش مراقبت‌های ویژه
تنفسی بستری می‌شوند و نیازمند کمک
تنفسی هستند؟
- ۲- عوارض ناشی از قرار گرفتن زیر
دستگاه تنفس مصنوعی چیست؟
- ۳- مدت معمول قرار گرفتن زیر
دستگاه تنفس مصنوعی چقدر است؟
- ۴- از لحاظ آپراتوری چه افرادی با
دستگاه کار می‌کنند و انتخاب مود^۱ و نیز
استفاده از پارامترهای مختلف دستگاه بر
چه اساسی صورت می‌گیرد؟
- ۵- مختصری در مورد سندرم

سوزن شماره ۲۵، صد میکروگرم
نئوستیگمین متیل سولفات که تا ۲
میلی‌لیتر با نرمال سالین ترکیب شده بود
به داخل ساک نخاعی تزریق شده است.
سپس درن همووک تعبیه و عضله، فاشیا
و پوست به روش معمول با نخ و ویکریل
قابل جذب در لایه‌های مجزا دوخته شد.
ارزیابی درد بعد از عمل با کمک مقیاس
آنالوگ بینایی^۱ و نیز مقدار مخدر تجویز
شده بعد از عمل صورت گرفته است.
یافته‌های این مطالعه بیانگر آن است که
میانگین نمره مقیاس آنالوگ بینایی درد
محل جراحی در ساعات اول و چهارم
بعد از عمل به‌طور معنی‌داری در گروه
نئوستیگمین کمتر از گروه شاهد بوده
است. همچنین میانگین مُرفین تجویز
شده در ۲۴ ساعت اول در گروه
نئوستیگمین ۹/۰ میلی‌گرم و در گروه
شاهد ۷/۴ میلی‌گرم بوده است. به این
لحاظ مؤلفان در انتها این‌گونه
نتیجه‌گیری کرده‌اند: تجویز ۱۰۰
میکروگرم نئوستیگمین هایپرباریک
ایستراتکال یک روش ضد درد سالم،
مؤثر و با عوارض جانبی حداقل جهت
کنترل درد پس از جراحی دیسک کمر
بوده، موجب کاهش قابل ملاحظه
مصرف مخدر پس از عمل می‌شود.

- ☒
- ✓ تأثیر نئوستیگمین ایستراتکال در
کنترل درد موضع عمل پس از جراحی
دیسک کمر
- ✓ سیدعلی فخر طباطبایی، زاهد
حسین‌خان، سعید حمیدی
- ✓ مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم
پزشکی تهران، تابستان ۸۱، صص. ۲۴۱-۲۴۴
- در این مطالعه (که مؤلف اول آن
جراح اعصاب و مؤلف سوم دستیار
جراح اعصاب است)، به بررسی اثر
نئوستیگمین ایستراتکال در کاهش درد
پس از عمل جراحی دیسک کمر پرداخته
شده است. اساس این پژوهش بر این
اصل استوار بوده که به علت این‌که
گیرنده‌های کولینرژیک نخاعی یک عمل
ضد درد خصوصاً در مقابل دردهای
بدنی دارند می‌توان با تجویز داخل ساک
نخاعی مهارکننده‌های کولین استراز این
اثر را تقلید و تقویت کرد. بدین منظور
تعداد ۶۶ بیمار مبتلا به بیرون‌زدگی
یک‌طرفه، محدود به یک فضای دیسک
کمر که کاندید جراحی شده و فاقد
هرگونه بیماری زمینه‌ای بودند در دو
گروه قرار گرفتند. برای تمامی بیماران
در وضعیت خوابیده به شکم پس از
بازکردن یک‌طرفه فاشیا و عضلات عمل
همی‌لامینکتومی یک‌طرفه و دیسکتومی
انجام شد. در پایان عمل قبل از دوختن
برش جراحی از طریق فضای اینتراسپا-
نیوس و لیگامان فلاووم، خط وسط با

1- Visual Analogue Scale= VAS

2- mode

دیسترس حاد تنفسی^۱ توضیح دهید؟

✓ تأثیر نئوستیگمین اینتراتکال در کنترل درد موضع عمل پس از جراحی دیسک کمر در بیمارستان امام (۸۰-۱۳۷۹)

✓ سیدعلی فخر طباطبایی، زاهد حسین خان، سعید حمیدی
✓ مجله دانشکده پزشکی علوم پزشکی تهران، سال ۶۰، شماره ۳، صص. ۲۳۴ تا ۲۴۱

نظر به اینکه گیرنده‌های کلی‌نرژیک یک واکنش ضد درد خصوصاً در مقابل دردهای سوماتیک دارند، می‌توان با تجویز داخل ساک نخاعی مهارکننده‌ها کولین استراژ (نئوستیگمین) این اثر را تقلید و تقویت کرد. پژوهش اخیر به‌منظور تعیین تأثیر نئوستیگمین اینتراتکال در کاهش درد پس از عمل جراحی دیسک کمر طراحی و انجام شد. طی یک مطالعه مداخله‌ای - تجربی از تیر ماه ۱۳۷۹ لغایت شهریور ۱۳۸۰ در بیمارستان امام خمینی تهران، ۶۶ بیمار مبتلا به بیرون‌زدگی (اکستروژن) یک‌طرفه و یک‌فضای دیسک کمر به‌طور تصادفی به دو گروه ۳۳ نفری کنترل (ک) و نئوستیگمین (ن) تقسیم شدند و طی بیهوشی عمومی با تکنیک مشابه تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

در پایان جراحی به داخل ساک نخاعی در گروه - ک ۲ سی سی سالین نرمال و در گروه - ن ۱۰۰ میکروگرم نئوستیگمین متیل سولفات (۰/۲ سی سی در ترکیب با ۱/۸ سی سی سالین نرمال) تزریق شد. میزان درد محل جراحی در ساعات ۱، ۴، ۸ و ۱۲ پس از عمل با روش چارت ۱۰ سانتی‌متری مقیاس آنالوگ بینایی اندازه‌گیری شد. مقدار مرفین تجویز شده پس از عمل، به عنوان داروی ضد درد کمکی، در ۲۴ ساعت اول و نیز عوارض احتمالی بعد از جراحی مورد بررسی قرار گرفت.

میانگین نمره مقیاس آنالوگ بینایی درد محل جراحی در ساعات اول و چهارم به ترتیب در گروه‌ن ۲/۲۴ (۰/۳۶=انحراف معیار میانگین^۲) و ۰/۲۸ (انحراف معیار میانگین) ۱/۸۲ و در گروه - ک (۰/۳۹=انحراف معیار میانگین) ۵/۳۶ و (۰/۳۷=انحراف معیار میانگین) ۵/۶۱ و میانگین مخدر تجویز شده در ۲۴ ساعت اول در گروه - ن (۰/۴=انحراف معیار میانگین) ۰/۹ میلی‌گرم و در گروه - ک (۰/۶۵=انحراف معیار میانگین) ۴/۷ میلی‌گرم بود که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌داز بودند (p=۰/۰۵). در هیچ‌یک از بیماران دو گروه نقص عصبی جدید و نشت مایع نخاعی از محل یرش جراحی مشاهده نشد و شیوع تهوع و استفراغ در دو گروه ک و ن (به ترتیب ۱۵٪ و ۲۴/۲٪) از لحاظ

آماري تفاوت معنی‌داری نداشت. دریافت پژوهشگران در این تحقیق این گونه بود که: تجویز ۱۰۰ میکروگرم نئوستیگمین هیپرباریک اینتراتکال یک روش ضد درد سالم، مؤثر و با عوارض جانبی حداقل جهت کنترل درد پس از جراحی دیسک کمر بوده، موجب کاهش قابل ملاحظه مصرف مخدر پس از عمل می‌شود.

□ (ب) مقالات مندرج در مجلات بین‌المللی

- Evaluating the Relationship between Arterial Blood Pressure Changes and Indices of Pulse Oximetric Plethysmography. Golparvar M., Naddafnia H., Saghaei M. Anesthesia & Analgesia. 95(6): 1686-1690, December 2002.

تغییرات دوره‌ای موج حاصل از پالس اکسی‌متری^۳ می‌تواند در شرایط نورموتنسیو بیانگر تغییرات حجم خون باشد و این در حالی است که بیمار تحت تنفس مکانیکی قرار داشته باشد. نشان

1- ARDS

2- SEM= Standard Error Mean

3- Finger Plethysmographic Waveform = FPW

ج) رسانه‌ها

□

□ تغییر در برنامه آموزشی گروه بیهوشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

□ ایسنا (خبرگزاری دانشجویان ایران) سوم مرداد ۱۳۸۲: برنامه آموزشی گروه بیهوشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در صورت تصویب، از مهر ماه سال آینده تغییر می‌کند.

دکتر ولی‌الله حسینی، معاون آموزشی گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی ایران با بیان این مطلب به خبرنگار آموزشی خبرگزاری دانشجویان ایران «ایسنا» افزود: در صورت تصویب این برنامه، دانشجویان ورودی مهر سال ۸۳ با برنامه جدید آموزش می‌بینند و طبق برنامه‌ها و اهداف این برنامه با آنها برخورد می‌شود که طی آن طول تحصیل رشته تخصصی بیهوشی به چهار سال افزایش یافته است.

وی با اشاره به تشکیل کمیته‌های تدوین ارزشیابی رشته‌های تخصصی به عنوان یکی از فعالیت‌های صورت گرفته در سطح کلان ملی اظهار داشت: این کمیته‌ها مسؤلیت برنامه‌ریزی در خصوص طرح درس، اهداف‌نویسی در

مطالعه نشان می‌دهد که اثر آفت فشار خون ناشی از دارو بر روی موج پالس اکسی‌متر مشابه اثر هیپولمی و ملایم بوده و بنابراین استفاده از این موج ممکن است در تعیین حجم خون گمراه‌کننده باشد.

□

□ Anaesthetic Management of Tracheobronchial Rupture Following Blunt Chest Trauma

□ Naghibi K., Hashemi SL.,

Sajedi P.

□ Acta Anaesthesiol Scand. 2003 Aug., 47(7): 901-3.

مطلب فوق که توسط آقایان دکتر خسرو نقیعی، دکتر سیدجلال هاشمی و خانم دکتر پروین ساجدی از گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در شماره آگوست ۲۰۰۳ مجله «اکتا آنستزیولوژیکا سینیکا»، ارگان انجمن متخصصان بیهوشی تایوان درج شده به شرح نحوه برخورد با نوجوانی ۱۶ ساله می‌پردازد که بر اثر ترومای قفسه صدری دچار آمفییزم زیر جلدی در ناحیه گردن، پنوموتوراکس، پنومومدیاستینوم، سیانوز و نارسایی تنفسی شده بود.

شرح کامل این مورد به زبان فارسی قبلاً در شماره بهار ۱۳۸۰ مجله دانشکده پزشکی اصفهان درج شده و در «نمایه بیهوشی» (۸۱ شماره ۲ معرفی شده است.

داده شده که هیپولمی نورموتنسیو می‌تواند باعث افزایش چشمگیری در جزء δ - down این موج گردد. این جزء عبارت از افزایش دامنه پالس اکسی‌متر حین مرحله دم در تنفس مکانیکی است. آیا در زمان آفت فشار خون نیز این جزء می‌تواند بیانگر هیپولمی باشد؟

این مطالعه به منظور ارزیابی اثر هیپوتانسیون نورمولمیک بر روی موج پالس اکسی‌متر توسط آقایان دکتر محمد گل‌پرور، دکتر حسین نداف‌نیا و دکتر محمود سقایی از گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام و در شماره دسامبر ۲۰۰۲ مجله آنستزیا و آنالژسیا^۱ درج شده است. جمعیت مورد مطالعه ۳۳ بیمار کاندید تیمپانوپلاستی در زیر بیهوشی عمومی و فاقد هر گونه بیماری زمینه‌ای بوده است. در این افراد از هیپوتانسیون کنترل‌شده سود جسته شده است.

بیماران پس از القاء بیهوشی و انجام لوله‌گذاری (به روش معمول) تحت تنفس مکانیکی قرار گرفته و نیترو-پروساید به میزان ۵/۵ میکروگرم / کیلوگرم / دقیقه شروع می‌شده است و سپس این میزان تا حدی افزایش می‌یافته که فشار متوسط شریانی در حد ۶۰ میلی‌متر جیوه حفظ گردد. موج پالس اکسی‌متر از صفحه نمایش ضبط (و به‌شبهه‌ای که در مطالعه آمده) تجزیه و تحلیل می‌شده است. نتایج حاصل از

شده است. ولی هنوز هم این بیماران از تحمل بیهوشی عمومی و عوارض ناشی از آن رنج می‌برند.

وی این بررسی را طی مدت ۱۸ ماه بر روی ۱۱۳ بیمار ۲۵ تا ۷۸ ساله (۸۰ مرد و ۳۳ زن) با بی‌حسی اسپینال تحت عمل جراحی جراحی نفرولیتوتومی پرکوتانه انجام داد. ماده بی‌حسی، لیدوکائین ۰.۵٪ بود که در فضای مناسب بین مهره‌ای تزریق می‌شد.

در ۸ بیمار، جراحی از طریق ۲ مسیر و در ۷ بیمار تکرار جراحی لازم شد. محل ایجاد تراکت در ۸۷ بیمار از زیر دنده ۱۲ و ۱۷ نفر بین دنده ۱۱ و ۱۲ و یک بیمار بین دنده ۱۰ و ۱۱ بود. متوسط مدت زمان جراحی ۳۴ دقیقه بود.

دکتر موسوی بهار شایع‌ترین عارضه را تهوع و استفراغ (۴۴ بیمار) و افت فشار خون (۳۱ بیمار) به دنبال تغییر وضعیت از سوپاین به پرون اعلام کرد که با اقدامات طبی کنترل شدند.

وی تصریح کرد: جراحی‌های کمتر تهاجمی مشکلات ناشی از جراحی باز بیماران را بسی‌نهایت کاهش داده ولی مشکلات ناشی از بیهوشی آنان همچنان باقی است.

دانشگاه علوم پزشکی ایران در پایان گفت که این برنامه به‌طور تحلیلی بررسی و ارزشیابی می‌شود و در صورتی که یک مرکز آموزشی شرایط فیزیکی و توانایی آموزشی و پژوهشی کافی را نداشته باشد، از فرایند آموزش خارج خواهد شد.

□ جراحی نفرولیتوتومی پرکوتانه^۱ با بی‌حسی اسپینال عوارض کمتری نسبت به بیهوشی عمومی دارد

□ ایسنا - چهارم تیر ۱۳۸۲ - جراحی نفرولیتوتومی پرکوتانه با بی‌حسی اسپینال عوارض کمتری نسبت به بیهوشی عمومی دارد.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان خبرگزاری دانشجویان ایران، دکتر سیدحبيب‌اله موسوی بهار، در کنگره آرولوژی ایران اعلام کرد: وضعیت تنفسی و قلبی بیماران در حالت پرون در بی‌حسی اسپینال بهتر از بیهوشی عمومی است و مسائل پس از جراحی از قبیل مشکلات تنفسی، تهوع و هوشیاری نیز در بی‌حسی اسپینال مطرح نیست.

وی ادامه داد: با انجام روش جراحی برای درمان سنگ‌های کلیه و حالب فوقانی، یک جراحی باز سنگین با یک روش کمتر تهاجمی و راحت جایگزین

ضوابط رشته‌های تخصصی را با در نظر گرفتن امکانات و شرایط بر عهده دارند.

وی با بیان اینکه این برنامه در کمیته تخصصی بیهوشی در طی ۲۷ جلسه تدوین شده است، افزود: این کمیته متشکل از ۱۱ عضو است که پنج نفر آن عضو بورده تخصصی، دو نماینده از انجمن‌ها، دو نماینده وزارت بهداشت و دو مدیر گروه هستند.

دکتر حسنی تصریح کرد: کار کمیته تخصصی بیهوشی در خصوص تدوین این برنامه در اوایل سال ۸۲ به اتمام رسید و سپس این برنامه به کمیسیون نمایندگان انتخابی وزارت بهداشت برای تجزیه و تحلیل ارجاع شد که در هفته گذشته کار کمیسیون نیز تکمیل شد، لذا قسمت‌های مصوب برای تصویب نهایی در شهریور ماه به شورای عالی انقلاب فرهنگی ارجاع می‌شود.

دکتر حسنی با اشاره به شاخصه‌های این برنامه جدید آموزشی اظهار داشت: تأکید بر اهمیت نقش مدیر دستکاری درون‌گروهی، تدوین و تهیه طرح درس، تعیین خط مشی برای متخصصان که برای گرفتن تخصص باید با چه کمیت و کیفیتی آموزش ببینند و همچنین ایجاد فضا و امکانات مناسب آموزشی از جمله مشخصات این برنامه آموزشی است.

معاون آموزشی گروه بیهوشی

□ (د) تالیف و ترجمه

بیهوشی و بیماری‌های همراه

نویسنده: رابرت استالینگ
مترجمان: رسول آذرفرین، مهدی موسوی،
رامین اعتصامی

زیر نظر و ویرایش: هدایت‌الله الیاسی

ناشر: تیمورزاده - طبیب

صفحه ۷۴۴

تاریخ نشر: ۷ مرداد ۸۲

قیمت: ۱۴۸۰۰ تومان

○

دستنامه بیهوشی و بیماری‌های همراه

نویسنده: رابرت استالینگ

مترجم: انوش دهنادی مقدم، کتابون هر بالچی

ویرایش: رسول آذرفرین

زیر نظر: هدایت‌الله الیاسی

ناشر: تیمورزاده - طبیب

صفحه ۳۵۶

تاریخ نشر: ۲۵ مرداد ۸۲

○

مبانی مراقبت‌های ویژه (ماساچوست)

نویسنده: ویلیام سورفورد

مترجمان: فرهاد صفری، حسین صادقی، مریم
همتی

زیر نظر: محمدمهدی قیامت

ناشر: انتشارات بیکران (تلفن ۶۴۹۱۰۱۷)

صفحه ۶۳۳

تاریخ نشر: ۲۷ مهر ۸۲

قیمت: ۵۳۰۰ تومان

○

متخصص بیهوشی و دوری از شکایات

نویسنده: ناصر صفائی نائینی

ویراستار: امیراب‌اهیم اصغرزاده

ناشر: انتشارات ارجمند (تلفن ۸۹۷۹۵۴۴)

صفحه ۴۰۸

تاریخ نشر: ۱۳۸۲

قیمت: ۳۵۰۰ تومان

○

راهنمای تغذیه خوراکی و وریدی در بیماران

بستری، بحرانی و مراقبت‌های ویژه

گردآوری: محمدمهدی قیامت، فرهاد علوی

ناشر: انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های

ویژه ایران

سه خبر

برگزاری هشتمین کنگره

با توافق اعضای محترم هیأت ریسه
انجمن بیهوشی و مراقبت‌های ویژه
ایران هشتمین کنگره سراسری انجمن
بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران با
همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و
وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی، از تاریخ ۲۷ تا ۲۹ آبان ماه ۱۳۸۳
در تهران برگزار خواهد شد. اطلاعات
مربوط به نحوه برگزاری کنگره و شرایط
ارائه مقالات در شماره‌های آتی مجله
ارائه خواهد شد.

تقویت فرآیند پژوهشی

به منظور تقویت فرآیند پژوهشی در
دانش بیهوشی و مراقبت‌های ویژه،
انجمن بیهوشی ایران نسبت به احداث

واحد پژوهشی در محل دفتر انجمن
اقدام کرده است. این واحد به صورت
یک روز در هفته خدمات مشاوره‌ای
خود را به متخصصان محترم بیهوشی و
مراقبت‌های ویژه ارائه می‌دهد.

موفقیت تازه انجمن

دبیرخانه کمیسیون انجمن‌های علمی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی با اجرای طرحی، عملکرد
انجمن‌های علمی گروه پزشکی را
ارزیابی کرده و نتایج این ارزیابی را در
نشست مشترکی با مسؤولان انجمن‌های
پزشکی ارائه داده است. بر اساس این
طرح، انجمن‌های علمی گروه پزشکی بر
اساس شاخص‌های آموزشی، پژوهشی
همکاری و ارتباطات بین‌المللی و
برنامه‌ریزی و تشکیلات، مورد ارزیابی
قرار گرفتند.

بر مبنای این شاخص‌ها، انجمن
بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران در
زمینه پژوهشی رتبه اول و در زمینه
آموزش رتبه سوم را احراز کرده است.

کسب این موفقیت را که با تلاش
پیگیر و همه‌جانبه میسر نبوده، به تمامی
همکاران تبریک می‌گوییم و چشم به‌راه
آینده‌ای درخشان‌تر برای تمامی
متخصصان بیهوشی ایران خواهیم بود.