



انجمن آنستزیولوژی و مراقبه‌های 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

وریدی جهت القاء و ادامه بیهوشی استفاده می‌گردد. این مطالعه در سال ۱۳۷۷ بر روی ۱۲۰ زن ناباروری انجام گردیده که جهت پونکسیون تخمدان در مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری دانشگاه علوم پزشکی یزد تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته‌اند. در مرکز مورد مطالعه به‌طور معمول در این بیماران از تیوپنتال و مخدر جهت القاء بیهوشی و از تکرار دوزهای متناوب تیوپنتال جهت ادامه بیهوشی

کوتاه مدت است. تاکنون بیهوشی عمومی متداول‌ترین روش بیهوشی در این عمل سرپایی بوده و در بیشتر موارد بیمار، آنستزیولژیست و جراح، هر سه آن را ترجیح می‌دهند. اما به دلیل تأثیر احتمالی هوشبرهای استنشاقی در کیفیت اووسیت به دست آمده و میزان حاملگی ایجاد شده و همچنین امکان تأثیر این داروها در رشد و تکامل جنین ایجاد شده، ترجیحاً از این داروها صرف نظر شده و از هوشبرهای

پونکسیون تخمدان با استفاده از میدازولام شکوفه بهداد، ویدا آیت‌اللهی، محمدحسین احمدیه، کبری رئیس محمدی مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد، تابستان ۱۳۸۰، صص. ۴۸-۴۴ پونکسیون تخمدان با هدایت سونوگرافی واژینال از جمله اعمال سرپایی است که امروزه جهت به دست آوردن اووسیت در یک چرخه آی.وی.اف^۱ انجام می‌شود. این عمل فرآیندی دردناک ولی

استفاده می‌گردد. مؤلفان ذکر می‌کنند که در بعضی از بیماران به دلیل طولانی شدن نسبی عمل جراحی در طول بیهوشی مجبور به تکرار دوزهای زیاد این دارو و در نتیجه بروز عوارض سوء آن در بیماران بوده‌اند. علاوه بر آن در بین تزریق‌های متناوب دارو سطح بیهوشی سبک شده و بیمار از سطح بیهوشی مناسبی برخوردار نیست. این مطالعه با به میان کشیدن میدازولام به بررسی نقش این دارو در جهت جلوگیری عوارض مزبور می‌پردازد. پس از تقسیم بیماران به گروه‌های مورد و شاهد، به بیماران در اتاق عمل ۰/۰۷ میلی‌گرم/کیلوگرم میدازولام تزریق شد و سپس قبل از شروع پونکسیون تخمدان، القاء بیهوشی با ۰/۵ میکروگرم/کیلوگرم فنتانیل و ۲ میلی‌گرم/کیلوگرم تیوپنتال سدیم انجام شد. در ادامه بیهوشی با سبک شدن بیهوشی و واکنش بیمار در برابر تحریک جراحی، دوزهای متناوب ۵۰ میلی‌گرم تیوپنتال تزریق شد. نشان داده شده است که توزیع فراوانی بیهوشی عمیق در گروه میدازولام بیشتر از گروه شاهد بوده است (۸۵٪ در مقابل ۷۰٪). به همین دلیل میزان تیوپنتال تزریق شده در طول بیهوشی

در گروه میدازولام به نصف کاهش پیدا کرده است. متوسط زمان بهبود در گروه میدازولام ۴/۴۲ دقیقه بیشتر از گروه شاهد بوده است (۱۲/۰۷ دقیقه در مقابل ۷/۶۵ دقیقه). تنها عارضه مشاهده شده در گروه میدازولام، مهار تنفسی بوده که فراوانی آن در گروه میدازولام ۳/۳۳٪ و در گروه شاهد ۶٪ بوده است که بر اساس این پژوهش با استفاده از فلومازنیل (۰/۲-۰/۱ میلی‌گرم) به سادگی می‌توان این مشکل را برطرف ساخت. نویسندگان در نتیجه‌گیری خود به این نکته اشاره کرده‌اند که به دلیل آمیزی ایجاد شده توسط میدازولام بیمار وقایع اتاق عمل را تا حد زیادی فراموش کرده و تمایل بیشتری برای ادامه درمان و احیاناً تکرار چرخه درمانی آی.وی.اف خواهد داشت.

❖ تأثیر دگزامتازون قبل از القاء بیهوشی بر لرز پس از عمل

فرنوش فرضی، عبدالرسول سبحانی، احمد کشتکار

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، پاییز و زمستان ۱۳۸۰، صص. ۶۹-۴۶

مؤلفان این مقاله (که نویسنده دوم دانشیار فارماکولوژی است) به منظور ارزیابی نقش دگزامتازون بر

لرز بعد از عمل، مطالعه‌ای را بر روی ۲۵۰ بیمار در محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال ترتیب داده‌اند که در کلاس یک یا دو ASA^۱ قرار داشته‌اند. در گروه کنترل از دگزامتازون وریدی به میزان ۰/۲۵ میلی‌گرم/کیلوگرم قبل از القاء بیهوشی استفاده شده است. دمای اتاق عمل در محدوده ۲۵-۲۳ درجه سانتی‌گراد گزارش شده است. پوشش بیماران در طول عمل شان‌های جراحی بوده و هیچ‌کدام به‌طور فعالانه گرم نشدند. پس از اتمام عمل و درآوردن لوله تراشه، بیماران به اتاق بهبود منتقل می‌شدند و با ماسک صورت به میزان ۶-۵ لیتر در دقیقه اکسیژن دریافت می‌کردند و با یک پتوی معمولی پوشانده می‌شدند. این بیماران تا یک ساعت بعد از نظر بروز لرز تحت نظر قرار گرفته‌اند. لرز در این مطالعه انقباضات عضلانی ژنرالیزه و غیر ارادی عضلات اسکلتی با تواتر ۸-۴ بار در ثانیه در نظر گرفته شده که برای اولین بار در طی بهبود بدون لرز در نظر گرفتن زمان تداوم آن در بیماران ایجاد شده است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که در مقایسه با دارونما، دگزامتازون به مقدار قابل توجهی میزان بروز لرز پس از عمل را کاهش می‌دهد (۴۰٪ در مقابل

1- American Society of Anesthesiologists

به هم ندارند. میزان بروز تهوع و استفراغ طی ۲۴ ساعت پس از عمل جراحی در گروه میدازولام ۲۰٪، در گروه دیازپام ۳۲٪ و در گروه دارونما ۳۶٪ بوده است. نویسنده مقاله در توجیه اثرات ضد استفراغ احتمالی بیان شده برای لورازپام این مطلب را به تأثیر مستقیم این دارو بر مرکز استفراغ و همچنین داشتن اثرات ضد اضطراب و هیپنوز آن نسبت داده است.

❖ مقایسه انفوزیون افدرین و افزایش حجم داخل عروقی با کریستالوئید (سرم پره‌لود) در متعادل نگه داشتن فشار خون در خانم‌های بارداری که تحت بی‌حسی اسپینال جهت عمل سزارین قرار گرفته‌اند

مینا قنبر، سید محمدعلی خسروی

مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره ۵، سال ۱۳۸۰، صص. ۴۷-۵۰
اگر در بی‌حسی نخاعی برای سزارین جهت جلوگیری از افت فشار خون به جای استفاده از کریستالوئید از انفوزیون سه دقیقه‌ای افدرین استفاده کنیم چه اتفاقی می‌افتد؟ این مطالعه به منظور پاسخ‌گویی به سؤال مزبور انجام گردیده است. در این تحقیق ۴۴ زن باردار که در طی نیمه دوم سال ۷۷ و

ارتوپدی که از نظر خطر بیهوشی همگی در کلاس ۱ و ۲ بیهوشی جای داشته‌اند و طول عمل جراحی آنها بین نیم تا ۳ ساعت بوده مورد بررسی قرار گرفته‌اند. بیماران به سه گروه تقسیم شده و ۵ تا ۱۰ دقیقه قبل از القاء به عنوان پیش‌داروی بیهوشی و به صورت داخل وریدی در گروه اول از میدازولام (۰/۰۱ میلی‌گرم / کیلوگرم)، در گروه دوم از دیازپام (۰/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) و در گروه سوم از نرمال سالین (۲ میلی‌لیتر) استفاده گردید. نحوه بیهوشی به صورت یکسان و با استفاده از یک ضد درد (فتنانیل یا سوفنتانیل)، تیوپنتال (۵-۲/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) و سوکسینیل کولین (۱/۵-۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) جهت لوله‌گذاری تراشه بود. برای نگه‌داری بیهوشی از هالوتان به همراه نایتروس اکسید (۵۰٪) استفاده شد. شلی عضلانی به کمک پانکرونیوم صورت می‌گرفت و برای خستی‌کردن اثر آن از نئوستیگمین (۰/۰۴ میلی‌گرم / کیلوگرم) و آتروپین (۰/۰۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که دو داروی دیازپام و میدازولام نه تنها اثرات ضد استفراغ نداشته‌اند بلکه از نظر اثر بر میزان بروز تهوع و استفراغ بعد از عمل نیز تفاوت چندانی نسبت

۱۶/۷٪). این اثر به طول مدت عمل جراحی ارتباطی نداشته است. از دیگر یافته‌های این مطالعه بروز کمتر استفراغ در گروه دگزامتازون نسبت به گروه دارونما بوده است (۱۰٪ در مقابل ۳۳/۳٪). همچنین شکایت از درد در بیماران پس از عمل جراحی در گروه دگزامتازون به‌طور قابل توجهی کاهش یافته است (۳۲٪ در مقابل ۶۰٪).

❖ مقایسه اثر داروی میدازولام با دیازپام در بروز تهوع و استفراغ پس از عمل جراحی

عطالله اسدی لویه

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، پاییز و زمستان ۱۳۸۰، صص. ۱۱۸-۱۱۲

به‌دنبال انتشار پاره‌ای مقالات پژوهشی که برای برخی از بنزودیا-زپین‌ها از قبیل لورازپام نقش جلوگیری‌کننده از تهوع استفراغ بعد از عمل قائل شده‌اند، نویسنده مقاله مزبور که مربی و عضو هیأت علمی گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان است به بررسی نقش دو بنزودیا-زپین رایج در بیهوشی یعنی دیازپام و میدازولام در تهوع و استفراغ بعد از عمل می‌پردازد. به این منظور تعداد ۷۵ بیمار ۱۵ تا ۶۵ ساله کاندیدای اعمال جراحی عمومی و

نیمه اول سال ۷۸ به مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران، بیمارستان ولیعصر جهت عمل سزارین مراجعه کرده بودند و برای آنها بی‌حسی نخاعی انتخاب شده بود، به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. در گروه مورد، مطالعه بلافاصله پس از درازکشیدن بیمار پس از بی‌حسی نخاعی، اقدام به انفوزیون افدرین با دوز ۰/۲۵ میلی‌گرم / کیلوگرم ظرف ۳ دقیقه شد. در گروه شاهد، قبل از اقدام به بی‌حسی نخاعی از محلول رینگر به میزان ۱۵ میلی‌لیتر / کیلوگرم ظرف ۱۰ تا ۱۵ دقیقه استفاده می‌شد. در هر دو گروه محلول بی‌حسی شامل بوپروکائین ۰/۵٪ (به میزان ۱۰ تا ۱۵ میلی‌گرم بر اساس قد بیمار) با استفاده از سوزن ۲۵ گرم در فضای بین مهره‌ای کمری سوم و چهارم تزریق می‌شد. سطح بلوک حسی به دست آمده در همه بیماران در محدوده ۶-۴ T گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که در گروه شاهد از دقیقه اول افت فشار خون پدید آمده، و حداکثر افت فشار خون در این گروه در دقیقه ۵ بوده که با تزریق افدرین، درمان و تصحیح شده است؛ ولی در گروه مورد، افت فشار خون در دقایق اولیه وجود نداشت حال آنکه از دقیقه ۷ به بعد که انفوزیون قطع شده بود افت

فشار خون در حد متوسط مشاهده شد، که البته نیاز به اقدام درمانی خاصی هم وجود نداشت و خودبه‌خود برطرف می‌شد، و این لحظه‌ای بود که با خروج جنین و انقباضات رحمی پیامد تجویز اکسی‌توسین به مادر تلاقی داشت. بر اساس این مطالعه شیوعه هیپوتانسیون شدید و متوسط در گروه شاهد نسبت به گروه افدرین بیشتر بوده است. در انتها نویسندگان نتیجه مطالعه را این‌گونه بیان می‌دارند که: «انفوزیون پروفیلاکتیک افدرین قادر است از افت فشار خون حاصل از بی‌حسی نخاعی در عمل سزارین به‌طور موثر ممانعت نماید».

• بررسی تأثیر مصرف سیگار والدین بر بروز استفراغ پس از عمل در کودکان بستری در بیمارستان‌های حضرت امام و مرکز طبی در سال‌های ۷۸ و ۷۹

کبری قاضی‌سعیدی، مهین جعفری جاوید، مهرداد خزائی کوهپر
مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره ۵ سال ۱۳۸۰، صص. ۷۶-۷۲
به دنبال مطالعه‌ای که توسط جی. موتس^۱ و همکارانش در مورد ارتباط سیگار کشیدن والدین و افزایش خطر استفراغ بعد از عمل در بچه‌های

این والدین انجام شده و به نتیجه مثبتی رسیده بود، مطالعه حاضر در جهت بازسازی و بررسی مطالعه مزبور انجام شد. سیگاری ناخواسته^۲ بر اساس تعریف به فردی اطلاق می‌شود که برای مدت یک ساعت یا بیشتر در روز و به مدت دو سال یا بیشتر در معرض دود تنباکو قرار داشته باشد. در این مطالعه دو گروه ۲۰۰ نفری (مورد - شاهد) کودک ۳ تا ۱۲ سال که جهت اعمال جراحی عمومی (غیر از چشم، گوش، توراکس و قسمت فوقانی شکم) و اعمال ارتوپدی به اتاق‌های عمل بیمارستان امام خمینی و مرکز طبی کودکان آورده شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که شیوع تهوع و استفراغ بر عکس مطالعه مزبور بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد (۱۹٪ در گروه سیگاری ناخواسته در مقابل ۲۰٪ در گروه شاهد). نویسندگان قید کرده‌اند که نمی‌توان با قاطعیت روی این نتایج پافشاری نمود چرا که این مبحث نیازمند تحقیقات بیشتری است و پیشنهاد کرده‌اند که مسأله سیگاری ناخواسته بودن یا نبودن با روش‌های دقیق‌تری از جمله اندازه‌گیری سطح نیکوتین

1- J. Motsch

2- Passive smoker

برای این‌گونه بی‌حسی به کار نرفته است مکانیسم کاهش درد توسط استروئید را به چند عامل نسبت داده‌اند: مهار سنتز واسطه‌های التهابی ناشی از تحریک جراحی، مهار هیپرالژزی اولیه یا ثانویه ناشی از تحریک جراحی، بی‌دردی پیش از بیهوشی^۲، مهار تخلیه عصبی اکتوپیک از فیبرهای عصبی آسیب دیده، از جمله مکانیسم‌هایی است که نویسندگان در جهت علت‌یابی نقش استروئید در کاهش درد ذکر کرده‌اند.

• تأثیر کلونیدین خوراکی به‌عنوان پیش‌دارو، بر طول مدت بلوک، تغییرات همودینامیک و میزان نیاز به افدرین در بیمارانی که مورد بی‌حسی نخاعی قرار می‌گیرند

کامران منتظری، امیرحسین قبادیان
پژوهش در علوم پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، زمستان ۱۳۸۰، صص. ۳۱۷-۳۱۵

اگر یک‌ساعت و نیم قبل از انجام بی‌حسی نخاعی به بیمار کلونیدین خوراکی داده شود شاهد چه تغییراتی در طول مدت بلوک، تغییرات همودینامیک و مقدار نیاز به افدرین خواهیم بود؟

کرده‌اند: برای بیماران ابتدا ونست در ورید دیستال اندام مورد نظر قرار دادیم و سپس تورنیکه را به دور بازو بستیم و دست بیمار بالا آورده شد. سه دقیقه بعد تورنیکه پروگزیمال را تا فشار دوبرابر سیستول باد کرده و دست بیمار پایین آورده شد. در بیماران گروه مداخله مخلوط لیدوکائین (۰/۵٪) یک میلی‌لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن و دگزامتازون فسفات ۰/۱ میلی‌گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن (۰/۲۵ میلی‌لیتر / کیلوگرم از محلول ۰/۰۴٪) تزریق شد. بعد از ۱۰ دقیقه کاف دیستال را باد کرده و کاف پروگزیمال تخلیه می‌شد. برای ارزیابی بی‌دردی بعد از عمل از مقیاس سنجش بصری^۱، میزان نیاز به مواد مخدر و حداکثر فشار قابل تحمل تورنیکه در ریکاوری استفاده شد. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که افزودن استروئید به محلول بی‌حس‌کننده موضعی مانع از بروز درد شدید تا یک‌ساعت بعد از عمل در بیماران می‌شود و در نتیجه امکان کنترل بهتر درد بعد از عمل با این روش فراهم می‌گردد، و از طرفی با کم کردن نیاز به داروی مخدر امکان ترخیص سریع‌تر بیمار فراهم می‌گردد. محققان با اذعان به این نکته که تاکنون در هیچ مطالعه‌ای استروئید

خون بررسی شود. گذشته از این نتیجه‌گیری، در خود گروه سیگاری‌های ناخواسته تفاوت معنی‌داری بین تهویه کسترله و استفراغ پس از عمل مشاهده شده است. همچنین اختلاف معنی‌داری در مورد شیوع استفراغ پس از عمل در هر دو گروه از لحاظ طول مدت عمل وجود دارد.

• کارایی تجویز دگزامتازون در کاهش درد بعد از عمل جراحی اندام فوقانی در بیهوشی ناحیه‌ای داخل وریدی

حمید سریزدی، مسعود نصیری
پژوهش در علوم پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، بهار ۱۳۸۱، صص. ۴۷-۴۵

اگر به محلول بی‌حس‌کننده‌ای که جهت بیهوشی ناحیه‌ای داخل وریدی (یا همان دبل تورنیکه خودمانی!) آماده کرده‌ایم، دگزامتازون نیز بیفزاییم چه اتفاقی می‌افتد؟ پژوهشگران در این مطالعه به منظور پاسخ به مسأله فوق مطالعه‌ای را بر روی ۱۱۰ بیمار بزرگسال نامزد عمل جراحی نسوج نرم اندام فوقانی ترتیب داده‌اند. مدت زمان عمل بیماران از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه متغیر بوده است. نویسندگان شیوه انجام کار را به این نحو توصیف

1- VAS

2- Preemptive Analgesia

مطالعه حاضر در صدد پاسخ‌گویی به سؤال مزبور است. ۶۰ نفر بیمار ۴۰-۶۵ ساله در کلاس یک و دو ASA که برای اعمال جراحی قسمت تحتانی شکم و اندام تحتانی در نظر گرفته شده و طول مدت جراحی آنها کمتر از ۱/۵ ساعت بود، جمعیت مورد مطالعه را تشکیل داده‌اند. ۹۰ دقیقه قبل از شروع عمل جراحی در بیماران گروه مداخله، کلونیدین خوراکی به میزان ۵ میکروگرم / کیلوگرم و در گروه شاهد دارونما داده شده است. تمامی بیماران علاوه بر مایع نگه‌دارنده، کریستالوئید به میزان ۷ میلی‌لیتر / کیلوگرم جهت جبران کاهش حجم موثر داخل عروقی دریافت کرده‌اند. بی‌حسی نخاعی نیز به روش معمول در فضای بین مهره‌ای L۴-L۵ با لیدوکائین (۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) و اپی‌نفرین (۰/۲ میلی‌گرم) انجام شده و ۱۰ دقیقه پس از آن میدازولام وریدی به میزان ۰/۱۵ میلی‌گرم / کیلوگرم به تمام بیماران تزریق شده است. در صورت افت فشار خون، به مقدار کمتر از ۷۰٪ پایه (قبل از دریافت کلونیدین) ابتدا محلول رینگر (۱۵ میلی‌لیتر / کیلوگرم) در طول ۲۰-۱۵ دقیقه تجویز گردیده و در صورت عدم پاسخ، افدرین با دوز ۰/۲ میلی‌گرم / کیلوگرم وریدی به‌صورت یکجا

تزریق می‌گردید و پس از آن در صورت عدم افزایش فشار خون به بالاتر از ۷۰٪ پایه، دوز قبلی تکرار می‌شد تا زمانی که فشار خون به محدوده فوق برسد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین طول مدت بلوک حسی در گروه کلونیدین بیشتر از گروه شاهد بوده است (۱۰۴/۱۷ در مقابل ۸۵/۸۲ دقیقه)، همچنین میانگین طول مدت بلوک حرکتی نیز در این گروه بیشتر از گروه شاهد است (۱۰۰/۸۳ در مقابل ۸۱/۱۷ دقیقه). میانگین مقدار نیاز به افدرین در گروه کلونیدین به‌صورت معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود. (۵/۴۷ در مقابل ۱/۹ میلی‌گرم). همچنین در گروه کلونیدین نوسانات همودینامیک به‌صورت معنی‌داری بیشتر از گروه مقابل بوده است. نویسندگان خود به‌خوبی واقفند که دو نتیجه آخری برخلاف پژوهش‌های قبلی بوده و لذا مقاله خود را این‌گونه به پایان می‌برند: «می‌توان گفت که در حال حاضر تنها یافته قابل انتظار از مصرف کلونیدین خوراکی به‌عنوان پیش‌دارو در بی‌حسی نخاعی، افزایش طول مدت بلوک حسی و حرکتی است که اثر مطلوب این دارو محسوب می‌گردد ولیکن از لحاظ سایر تأثیرات نظیر تغییرات

همودینامیک و کاهش نیاز به افدرین در این تحقیق اثر مطلوبی دیده نشده است. نتیجه‌گیری قطعی در این مورد موکول به مطالعات دیگری است که ضمن بررسی روی تعداد بیشتری از بیماران و با دوزهای متفاوتی از کلونیدین، ما را به یک استنتاج منطقی رهنمون سازد».

به مقایسه اثرات دو پیش‌داروی کلونیدین خوراکی و لیدوکائین وریدی بر فشار داخل چشم متعاقب لارنگوسکوپ و لوله‌گذاری تراشه پرویز کاشفی، سیدجلال هاشمی، ناصر کاویانی پژوهش در علوم پزشکی (اصفهان). تابستان ۸۱، ص. ۱۷۹

در این مطلب که تحت عنوان «نامه علمی» به چاپ رسیده مؤلفان به بررسی اثرات لیدوکائین و کلونیدین در جلوگیری از افزایش فشار داخل چشم ناشی از لارنگوسکوپ و لوله‌گذاری تراشه می‌پردازند.

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش ۹۰ بیمار ۴۰-۲۰ ساله بوده که نامزد عمل جراحی غیر چشمی انتخابی در مرکز پزشکی کاشانی اصفهان شده بودند. این بیماران به سه گروه تقسیم شدند که در گروه کلونیدین، ۱/۵ ساعت قبل از عمل

یک قرص حاوی ۳۰۰ میکروگرم کلونیدین و در گروه لیدوکائین، سه دقیقه قبل از لوله گذاری تراشه ۱/۵ میلی گرم / کیلوگرم لیدوکائین به صورت داخل وریدی تجویز گردیده و گروه سوم نیز به عنوان شاهد در نظر گرفته شده بودند. در ۲ و ۵ و ۱۵ بعد از لوله گذاری تراشه، فشار داخل چشمی اندازه گیری شده است. نتایج مطالعه نشان می دهد که اختلاف بین تغییرات فشار داخل چشمی در ۲ و ۵ بعد از بیهوشی نسبت به قبل از آن بین گروه های لیدوکائین و کلونیدین با گروه کنترل از نظر آماری معنی دار بود ولی بین دو گروه کلونیدین و لیدوکائین در این دقایق و همچنین بین سه گروه در دقیقه ۱۵ بعد از بیهوشی فاقد اختلاف معنی دار آماری بود. بر اساس این داده ها مؤلفان نتیجه گیری می کنند که برخلاف پاره ای نتایج به دست آمده در سال های ۹۶-۱۹۸۶ این تحقیق نشان می دهد که این دو دارو در جلوگیری از افزایش فشار داخل چشمی مؤثرند.

❖ اثر دگزامتازون روی تهوع و استفراغ در جراحی کیسه صفرا لاپاراسکوپی یک در زنان

سعید سلیمانی، خسرو کلاهدوزان
علوم دارویی (مجله دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز)، بهار و تابستان ۸۱، صص. ۴۸-۵۲

هدف از انجام این مطالعه بررسی اثر مقادیر کم دگزامتازون در پیشگیری از تهوع و استفراغ بعد از عمل و نیز مقایسه آن با متوکلوپرامید در زنانی است که کاندیدای عمل کوله سیستکتومی به طریق لاپاراسکوپی بوده اند. بدین منظور ۶۰ بیمار را که جهت عمل فوق در طی سال ۱۳۸۰ به بیمارستان سینا در شهر تبریز مراجعه کرده بودند، به سه گروه تقسیم کرده و در مورد تمامی آنها بیهوشی عمومی به روش یکسان انجام داده اند. پس از لوله گذاری داخل تراشه به یک گروه دگزامتازون (۵ میلی گرم) در گروه دیگر متوکلوپرامید (۱۰ میلی گرم) و سرانجام در گروه سوم نرمال سالین تجویز شده است. بیماران در طول عمل با دستگاه تنفس مکانیکی تهویه می شدند. در طی جراحی بیماران در وضعیت ترندلنبرگ قرار گرفتند و در شکم گاز دی اکسید کربن (طوری که فشار داخل شکمی حدود ۱۴-۱۰ میلی متر جیوه باشد) دمیده شد.

بیماران پس از عمل به مدت ۲۴ ساعت از نظر تهوع و استفراغ تحت نظر گرفته می شدند. به گفته مؤلفان به دلیل اینکه درد بعد از عمل لاپاراسکوپی خیلی کم است برای این بیماران بعد از عمل و بیهوشی داروی ضد درد تجویز نشده است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که تهوع و استفراغ بعد از عمل در ۲۴ ساعت اول در بیمارانی که هیچ داروی ضد استفراغی نگرفته اند (گروه نرمال سالین) حدود ۸۹٪ بوده است. با به کارگیری متوکلوپرامید این عارضه به حدود ۶۷٪ رسیده و سرانجام در گروهی که از دگزامتازون استفاده شده بود میزان تهوع و استفراغ بعد از عمل به حدود ۳۷٪ می رسید.

❖ مقایسه اثر میدازولام و هالوتان بر تغییرات همودینامیک در نگهداری بیهوشی

فرشته نظیری، ابراهیم علیجانپور، علیرضا فیروزجاهی، محیدجلالیان
مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، تابستان ۸۱، صص. ۷-۱۱

اگر در بیهوشی عمومی به جای هالوتان از انفوزیون میدازولام استفاده کنیم، شاهد چه تغییراتی بر نوسانات همودینامیک حین عمل

خواهیم بود؟

این مطالعه (که عنوان مؤلف سوم آن استادیار پاتولوژی ذکر شده است) به منظور پاسخ‌گویی به سؤال فوق طراحی شده و به اجرا درآمده است. پژوهش فوق در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۷۹ بر روی ۱۰۰ بیمار ۶۰-۱۶ ساله در بیمارستان‌های شهید بهشتی و شهید یحیی‌نژاد بابل انجام گرفته است. بیماران تحت اعمال جراحی انتخابی (جراحی عمومی، اورولوژی، ارتوپدی و زنان) با زمان متوسط ۱ تا ۲ ساعت قرار گرفته بودند. بعد از تزریق پیش‌داری بیهوشی در هر دو گروه که شامل مورفین (۱/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) فنتانیل (۲-۱ میکروگرم / کیلوگرم) و تالامونال (۵/۵ میلی‌لیتر) می‌شد، به گروه کنترل دیازپام (۱/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) و به گروه مطالعه میدازولام (۵/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) تزریق شد. سپس القاء بیهوشی در هر دو گروه با تیوپنتال (۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) و آتراکوریوم (۶/۶ میلی‌گرم / کیلوگرم) صورت گرفت و برای همه بیماران پس از دریافت حداقل ۳ دقیقه

اکسیژن ۱۰۰٪ و تزریق لیدوکائین (۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) لوله‌گذاری داخل تراشه انجام شد. نگه‌داری بیهوشی در گروه کنترل با هالوتان (۱-۵٪) و در گروه دوم با انفوزیون میدازولام (۱ میکروگرم / کیلوگرم / دقیقه) انجام می‌شد. هر دو گروه در طول بیهوشی نایتروس اکسید ۵۰٪ دریافت می‌کردند. در صورت نیاز به بی‌دردکننده و یا تکرار شل‌کننده ۵۰ میکروگرم فنتانیل و آتراکوریوم تجویز می‌شد. بر اساس نتایج این مطالعه، دامنه تغییرات فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه میدازولام نسبت به هالوتان کمتر و از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین زمان بیدار شدن بعد از بیهوشی در گروه میدازولام کمتر از هالوتان بود. در این مطالعه افزایش و کاهش و همین‌طور تغییرات ضربان قلب در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشته است. مؤلفان پژوهش خود را با این نتیجه‌گیری به پایان می‌برند: «تغییرات همودینامیک در نگه‌داری بیهوشی با انفوزیون میدازولام در مقایسه با هالوتان مشابه و یا کمتر

بوده و از ثبات بیشتری برخوردار می‌باشد. بنابراین با توجه به معایب هالوتان می‌توان در صورت نیاز از انفوزیون مداوم میدازولام به جای هالوتان استفاده کرد».

مقالات مندرج در مجلات بین‌المللی Hemiballismus and Hemichorea following General Anesthesia

Hussain Khan Z. -

Heidarzadeh Ch.

Asian Journal of Anesthesiology
2002, 3: 122-124

همی‌بالیسموس، اختلال حرکتی ناشیایی است که در افراد مسن با سابقه فشار خون بالا یا دیابت یا هر دو گروه دیده می‌شود. در این مقاله خانم ۴۳ ساله‌ای مبتلا به دیابت معرفی شده است که به دنبال بیهوشی عمومی برای جراحی دیسک کمری دچار همی-بالیسموس شده است. به علت نادر بودن این عارضه به دنبال بیهوشی عمومی، معرفی این بیمار برای اطلاع از این عارضه مفید است.