



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

جهت فیزیکی در کلاس یک یا دو ASA^۲ قرار داشتند. همه بیماران طی بیهوشی با BIS پایش می‌شدند، بدین ترتیب که حسگر مخصوص الکتروآنسفالوگرام روی پیشانی و قسمت تمپورال چسبانده می‌شد و بعد از پایان جراحی تا زمانی که بیمار بیدار شود و به دستورات کلامی پاسخ مناسب دهد این پایش ادامه می‌یافت. بیماران به دو گروه تقسیم شده‌اند: در گروه مورد مطالعه، دوز

اندازه‌گیری عمق بیهوشی را دارد و بین عدد صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌شود که هرچه این عدد کمتر باشد، میزان آرام‌بخشی و خواب‌آوری بیشتر خواهد بود. این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا استفاده از این پایش سبب کاهش میزان مصرف پروپوفول و سریع‌تر شدن بهبود می‌شود یا نه؟ جمعیت شرکت‌کننده در این پژوهش ۵۰ بیمار ۱۸ تا ۶۰ ساله بودند که همگی برای جراحی انتخابی ستون فقرات پذیرش شده بودند. بیماران از

الف) مقالات مندرج در مجلات داخل کشور

☑ مقایسه اثر دوز ثابت و دوز متغیر نگاه‌دارنده پروپوفول بر زمان بیدار شدن با مانیتورینگ شاخص دو طیفی (BIS) ولی‌اله حسنی، فرهاد زمانی، ابوالفضل خسروی

☑ مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، زمستان ۱۳۸۱، صص ۵۰۹-۵۱۲

شاخص دو طیفی^۱ یک متغیر مشتق از الکتروآنسفالوگرافی است که قابلیت

1- Bispectral Index=BIS

2- American Society of Anesthesiologists

ج) بیمارانی که فشار خون آنها با داروهای وازواکتیو کنترل می‌شد. (د) بیماران با فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۵ میلی‌متر جیوه، (ه) بیماران با مشکل کلیوی، و) بیماران با کسر اکسیژن تنفسی کمتر از ۵۰ درصد، (ز) بیماران با تست آلن مثبت. همچنین نمونه‌های خونی که به هر دلیل بیش از ۲۰ دقیقه در آزمایشگاه می‌ماندند نیز از مطالعه حذف می‌شدند. انجام نمونه‌گیری به این طریق بود که ابتدا از دست راست بیماران نمونه خون شریانی از طریق کانولاسیون شریان رادیال گرفته می‌شد و سپس انگشت چهارم دست مقابل بیمار توسط لانتست، تروماتیزه شده و خون حاصل توسط لوله مویینه جمع‌آوری می‌شد. نمونه‌ها در شرایط مناسب از نظر سرما بدون فوت وقت به آزمایشگاه انتقال داده می‌شدند. میانگین مقادیر به دست آمده در نمونه خون شریانی در دو گروه از نظر pH و فشار دی‌اکسید کربن و بی‌کربنات و فشار اکسیژن شریانی با هم مقایسه آماری می‌شد و در کل نشان داده شده که مقادیر فوق تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نشان نمی‌دهند.

مؤلفان بر اساس یافته‌های به دست آمده نتایج مطالعه خود را این‌گونه خلاصه می‌کنند: با توجه به عوارضی نظیر آسیب به بافت‌ها، درد هنگام نمونه‌گیری، از بین رفتن نمونه‌ها، لزوم تکرار و التهاب عروق و همچنین قابل اعتماد

۱۹٪ بیماران در گروه مقابل در این زمان هوشیار بوده‌اند. مؤلفان پژوهش خود را با این جملات به اتمام می‌رسانند: این نتایج نشانگر مؤثر و سودمند بودن پایش BIS به عنوان یک سنجش فارماکودینامیک در پاسخ به پروپوفول و سوفنتانیل می‌باشد. استفاده معمول از BIS برای مانیتورینگ عمق بیهوشی، سبب کاهش میزان مصرف پروپوفول، ریکاوری سریع‌تر و صرفه‌جویی اقتصادی می‌شود.

آنالیز گازهای خون مویرگی شریانی شده در بیماران هیپوکسیک بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

مریم وثوقیان، هدایت اله الیاسی، محمدرضا سماواتیان، وحید کلانی
پژوهنده (مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، پاییز ۱۳۸۱، صص. ۲۰۳-۲۰۱

آیا می‌توان برای انجام آنالیز گازهای خون بیمار به جای گرفتن نمونه خون از شریان از نمونه خون مویرگی سود جست؟ این مطالعه به منظور ارائه پاسخی به پرسش مزبور طراحی و انجام گردیده است. جمعیت شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۰ بیمار هیپوکسیک بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهدا بودند. بیمارانی که از مطالعه حذف شدند عبارت بودند از: الف) بیمارانی که بیماری زمینه‌ای (قلبی و ریوی) داشتند، ب) بیمارانی که بیش از یک هفته در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بودند،

پروپوفول طوری تنظیم می‌شد که شاخص BIS بین ۴۰ تا ۵۰ قرار گیرد. در گروه شاهد از دوز ثابت پروپوفول (۱۵۰ میکروگرم / کیلوگرم / دقیقه) استفاده می‌شد. برای القای بیهوشی و لوله‌گذاری تراشه از پروپوفول (۲/۵-۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) و سوکسینیل کولین (۱/۵-۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده می‌گردید و برای شلی عضلانی در طی بیهوشی از دوز نگه‌دارنده آتراکوریوم استفاده می‌شد. سوفنتانیل به عنوان ضد درد (۱/۰ میکروگرم / کیلوگرم) برحسب نیاز هر ۶۰-۳۰ دقیقه به کار برده می‌شد. در حدود ۱۰-۵ دقیقه قبل از پایان جراحی انفوزیون پروپوفول و ۶۰-۳۰ دقیقه قبل از پایان جراحی تجویز سوفنتانیل قطع می‌شد و آخرین دوز آتراکوریوم نیز حداکثر ۴۵-۳۰ دقیقه قبل از پایان جراحی تزریق می‌گردید. میانگین زمان جراحی در این مطالعه ۱۲۰ دقیقه گزارش شده است. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که زمان اولین پاسخ بیداری در گروهی که توسط BIS پایش شدند به‌طور میانگین ۴۸۰ ثانیه و در گروه دوم ۵۴۹ ثانیه بوده است. همچنین میانگین پروپوفول مصرفی در طول عمل در گروهی که توسط این دستگاه پایش شدند ۹۸۰ میلی‌گرم و در گروه مقابل ۱۲۴۰ میلی‌گرم بود. در گروه BIS ۴۵٪ بیماران در زمان رسیدن به ریکاوری هوشیار بودند در حالی که تنها

بودن نتایج ACBG، به نظر می‌رسد که استفاده از نمونه خون مویرگی روش مناسبی بوده و با اطمینان خاطر می‌توان آن را جایگزین استفاده از نمونه خون شریانی کرد.

☑ بررسی میزان بروز عوارض قلبی عروقی لوله‌گذاری تراشه در بیماران سالخورده

☑ محمدرضا افهمی، جعفر رحیمی پناهی، پرور حسن‌زاده سلماسی، سوسن حسن‌زاده سلماسی، عالیه زمانی کیاسری
☑ مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، زمستان ۱۳۸۰، صص ۱۱-۱۴

این مطالعه با هدف بررسی میزان بروز عوارض قلبی عروقی لوله‌گذاری تراشه، در ۱۰۰ بیمار ۶۵ تا ۹۰ ساله انجام شده است. شرکت‌کنندگان در مطالعه جهت عمل کاتاراکت در مراکز آموزشی درمانی نیکوکاری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز پذیرش شده و از جهت فیزیکی در کلاس دو ASA قرار داشتند. بیماران پس از پره اکسیژناسیون و دریافت فتانیل (۵۰ میکروگرم)، لیدوکائین (۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) تیوپنتال سدیم (۵-۴ میلی‌گرم / کیلوگرم) ساکسنیل کولین (۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) توسط دستیاران بیهوشی سال اول تا سوم با لارنگوسکوپ مکیتاش شماره ۳ لوله‌گذاری شدند. در ۸۸ مورد لوله‌تراشه‌ها از جنس پلاستیک و در ۲۲

مورد از جنس لاستیکی بودند. برای نگه‌داری بیهوشی از هالوتان (۲-۱/۵٪) و برای شلی عضلانی از ۲ میلی‌گرم پانکرونیوم استفاده می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که ۷۱٪ بیماران به دنبال لارنگوسکوپ دچار تغییرات قلبی عروقی در فشار خون، ضربان قلب و نوار قلب و یا ترکیبی از آنها شدند که بیشترین تغییرات (۳۹٪) به صورت افزایش توأم فشار خون و ضربان قلب بود. متوسط زمان لارنگوسکوپ و لوله‌گذاری در کل مطالعه ۲۱/۲۵ ثانیه و در مواردی که تغییرات قلبی عروقی واضح وجود داشت این زمان حدود ۲۴/۸۶ ثانیه بود. در این مطالعه میزان حداکثر تغییرات همودینامیک ۹۰ ثانیه پس از لوله‌گذاری تراشه بوده است. مؤلفان ذکر می‌کنند که مواردی از قبیل جنس لوله، مقدار هوای کاف، دفعات تلاش برای لوله‌گذاری تأثیری بر بروز تغییرات نداشته است. از آن‌جا که در این مطالعه لوله‌گذاری توسط فرد واحدی انجام نشده تأثیر آن و همچنین تأثیر درجه‌بندی راه‌های هوایی بیماران مد نظر قرار نگرفته و مطالعه نشده است. توصیه‌های مؤلفان بر اساس نتایج به‌دست آمده آن است که: طول مدت لارنگوسکوپ به کمتر از ۱۵ ثانیه تقلیل داده شود و برای کاهش بروز واکنش‌های همودینامیک از داروهایی نظیر لیدوکائین و نیتروگلیسرین

استفاده شود. اکسیژناسیون کافی قبل از شروع بیهوشی و ابقاء عمق کافی بیهوشی نیز از جمله مواردی هستند که مؤلفان در بیهوشی سالمندان بر آن تأکید داشته‌اند.

☑ اثر همودیلاسیون حاد در کاهش نیاز به تزریق خون در عمل جراحی پلیت‌گذاری فمور

☑ عبدالرضا نجفی انارکی
☑ طب جنوب (دانشگاه علوم پزشکی بوشهر)، شهریور ۱۳۸۰، صص ۱۹-۱۶

عمل پلیت‌گذاری فمور به دلیل عدم امکان استفاده از تورنیکه برای جراح و حجم عضلانی قابل توجه عضلات چهار سر ران و عدم امکان استفاده وسیع از کورتیزاسیون از اعمال خونریزی دهنده محسوب می‌شود. از سوی دیگر به علت خونریزی در داخل نسج عضله بر اثر شدت جراحت معمولاً این بیماران با هموگلوبین پایین‌کاندید عمل می‌گردند و همچنین به دلیل اینکه اکثر این بیماران بر اثر تصادفات جاده‌ای کاندید عمل گردیده و معمولاً جوان و فاقد بیماری زمینه‌ای هستند کاندیدای خوبی برای همودیلاسیون حاد به شمار می‌روند. مؤلف با ذکر مثالی ساده به توضیح همودیلاسیون می‌پردازد: اگر یک بیمار با هماتوکریت ۴۵٪ یک لیتر خون از دست بدهد ۴۵۰ میلی‌لیتر گلبول قرمز از دست می‌دهد در حالی که همین

بیمار با هماتوکریت ۲۵٪، با یک لیتر خونریزی ۲۵۰ میلی لیتر گلبول قرمز از دست می‌دهد و این همان اساس همودیالسیون است. مؤلف سپس با مطالعه بر روی ۶۳ بیمار که کاندید پلیت‌گذاری فمور بوده‌اند و در بخش ارتوپدی بیمارستان‌های دانشگاهی بوشهر بستری بودند به بررسی اثر همودیالسیون هیپرولمیک در کاهش نیاز به تزریق خون پرداخته است. بیماران همگی سالم بوده و در فاصله سنی ۱۵ تا ۴۵ سال قرار داشته‌اند. القای بیهوشی در هر دو گروه با تیوپنتال سدیم (۴ میلی‌گرم / کیلوگرم) دیازپام (۲/۰ میلی‌گرم / کیلوگرم) و فنتانیل (۲ میکروگرم / کیلوگرم) انجام گردیده و سپس برای سهولت لوله گذاری تراشه از ساکسنیل کولین (۱/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده شده است. نگه‌داری بیهوشی با هالوتان و نایتروس اکسید به همراه اکسیژن انجام گرفته است. شلی عضلانی بیماران در طول عمل با استفاده از پانکرونیوم تأمین شده و در ضمن بیهوشی جهت برقراری سطح کافی بیهوشی گاه از فنتانیل کمک گرفته شده است. بیماران به دو گروه تقسیم شده‌اند. در گروه شاهد نصف مایع مربوط به طول مدت ناشتا بودن به بیمار داده شده و به ازای هر میلی لیتر خونریزی نیز ۳ میلی لیتر نرمال سالین یا سرم رینگر تجویز گردیده است. در گروه مطالعه،

علاوه بر نصف مایع مربوط به طول مدت ناشتا بودن به بیماران نرمال سالین یا سرم رینگر (به میزان ۵۰-۴۰ میلی‌گرم / کیلوگرم) قبل از خونریزی مؤثر تزریق شده و علاوه بر آن به ازاء هر میلی لیتر خونریزی ۳ میلی لیتر مایعات وریدی تجویز می‌گردید. در تمامی بیماران با توجه به علائم الکتروکاردیوگرافی و سایر موارد، هر زمان که بدون دلیل افت بیش از ۲۰٪ در فشار خون یا افزایش ضربان قلب بیش از ۲۰٪ نسبت به سطح نرمال مشاهده می‌گردید و علائم موجود نیز دال بر افت هموگلوبین بود، تزریق خون انجام می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که به تمام بیماران گروه شاهد در اتاق عمل و یا بخش، خون تزریق شده در حالی که تنها یک بیمار در گروه مطالعه نیاز به تزریق خون داشته است. میزان خونریزی در گروه مورد مطالعه ۱۵۰۹ میلی لیتر و در گروه شاهد ۱۰۱۸ میلی لیتر بوده است. میزان متوسط اختلاف هموگلوبین بیماران قبل و بعد از عمل (اصلاح شده) در گروه مطالعه و شاهد به ترتیب ۲/۱۷ و ۴/۵۶ میلی‌گرم در دسی لیتر بوده است. نتیجه گیری نهایی مطالعه این‌گونه است: استفاده از روش همودیالسیون حاد در جلوگیری از تزریق فرآورده‌های خونی و حفظ ثبات در هموگلوبین بیماران تحت عمل جراحی خونریزی دهنده توصیه می‌شود. مؤلف در ضرورت انجام این تکنیک

قید می‌کند: گرچه اثرات مثبت همودیالسیون از ۲۵ سال پیش در عمل جراحی پروستات و اسکلیوز مورد تأیید قرار گرفته است ولی با این حال در اکثر موارد در اتاق عمل مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و به عنوان یک اصل به صورت مستمر در برنامه آموزشی دستیاران بیهوشی و جراحی قرار ندارد.

تعیین میزان تأثیر هالوتان بر مقدار سرمی آنزیم‌های کبدی کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌های شهر کرد، ۱۳۸۰

محمود اخلاقی، رضا خدیوی

مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، زمستان ۱۳۸۱، صص ۶۰-۵۳

این مطالعه به منظور بررسی تعیین میزان تأثیر هالوتان بر مقدار سرمی آنزیم‌های کبدی پرسنل اتاق عمل بیمارستان‌های آیت‌الله کاشانی، هاجر و رسالت شهرکرد بر روی ۸۰ نفر از کارکنان بیمارستانی انجام گردیده است. مؤلفان در مورد انگیزه انجام این تحقیق چنین ابراز داشته‌اند: برخی از کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌های شهرکرد در هنگام کار استنشام بوی هالوتان را گزارش می‌نمودند و نیز اکثریت شاغلین اتاق عمل ظرف چند ساعت پس از شروع به کار از خستگی و سردرد شکایت داشته‌اند. اندازه‌گیری مستقیم میزان آلودگی هوای اتاق عمل با گازها و بخارات هوشیر به دلیل

۳- نظارت مرتب و کنترل دقیق بر سیستم آگزوز اتاق‌های عمل بیمارستان‌ها.

The Dilemma of hemodynamic Instability during induction of anesthesia: can midazolam serve as a suitable substitute for thiopentone?

Z. Hussain Khan, H. Saberi, M.A. Bitaraf

MJIRI, VOL. 16, NO 4, 183-187, February 2003

در آستانه شصتمین سال کاربرد تیوپنتال در بیهوشی، این مطالعه در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که اگر به منظور القاء بیهوشی به جای تیوپنتال سدیم از میدازولام استفاده کنیم، شاهد چه تغییراتی در همودینامیک بیمار خواهیم بود؟ این مطالعه که از طرف آقایان دکتر زاهد حسین‌خان، دکتر هوشنگ صابری و دکتر بیطرف در شماره زمستان ۱۳۸۱ (فوریه ۲۰۰۳)

مجله Medical Journal of the

Islamic Republic of Iran، ارگان

انگلیسی زبان «مرکز ملی تحقیقات علوم

پزشکی» ایران به چاپ رسیده است به

پاسخ‌گویی این پرسش می‌پردازد.

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۶۰ بیمار

۵۰-۲۰ ساله کاندید اعمال شکمی زیر

بیهوشی عمومی بوده‌اند. بیماران از

جهت فیزیکی در کلاس یک و دو ASA

مختلف بدن از جمله کبد دچار افت می‌شود و متابولیت‌های هالوتان در این گروه از بیماران ممکن است خطر بیشتری ایجاد کند، لذا سن بالای ۴۰ سال به عنوان یک عامل خطر برای تماس با متابولیت‌های هالوتان می‌تواند مطرح باشد. در این مطالعه افزایش آنزیم‌های کبدی در گروه زنان کارمند اتاق‌های عمل نسبت به زنان کارمند در بخش‌های بستری چشمگیرتر بود. بین سابقه کاری و افزایش آنزیم‌های کبدی در گروه مورد، رابطه معنی‌داری یافت نشد. محققان از ذکر این نکته غفلت نورزیده‌اند که: قطعاً به منظور اثبات رابطه علیتی بین وجود مقادیر توکسیک هالوتان در فضای اتاق‌های عمل و میزان تأثیر متابولیت‌های این گاز استنشاق شده در بروز آسیب کبدی و افزایش آنزیم‌های کبدی، نیاز به تحقیقات دیگری از نوع آینده‌نگر می‌باشد.

در انتها محققان سه پیشنهاد ذیل را جهت جلوگیری از آثار سوء گازها و بخارات هوشبر و متابولیت‌های آنها بر کارکنان اتاق‌های عمل مطرح کرده‌اند:

۱- معاینه و انجام تست‌های آزمایشگاهی کارکنان اتاق‌های عمل در فواصل یک‌ساله.

۲- انجام تحقیقات جامع‌تر به خصوص از نوع آینده‌نگر به منظور بررسی صحت آلودگی هوای اتاق عمل در سطح استان و کشور.

عدم دسترسی به ابزار لازم میسر نبود. با عنایت به اینکه سیستم تهویه اتاق عمل بیمارستان‌های شهر کرد به‌طور جدی بازنگری و اصلاح نگردیده است، لذا بر آن شدیم آلودگی هوای اتاق‌های عمل بیمارستان‌ها را از طریق تغییرات احتمالی آنزیمی کبدی ناشی از استنشاق بخار هالوتان در پرسنل اتاق عمل مورد ارزیابی قرار دهیم.

افراد در دو گروه قرار گرفتند. گروه شاهد از کارکنانی انتخاب شدند که سابقه کار در اتاق عمل نداشتند و صرفاً در بخش‌های بستری کار کرده بودند. افراد مورد مطالعه فاقد هرگونه بیماری زمینه‌ای بودند. ابتدا شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ای را پر کرده و سپس ۵ میلی‌لیتر نمونه خون لخته جهت انجام آزمایش‌های آنزیمی عملکرد کبدی، گرفته شده و به روشی که به صورت مشروح در مطالعه آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان دهنده افزایش معنی‌دار در آنزیم‌های کبدی در کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌ها نسبت به کارکنان بخش‌های بستری است. در محدوده سنی ۴۰ تا ۴۴ سال تفاوت معنی‌داری در گروه مورد نسبت به گروه شاهد در افزایش اس جی پی تی^۱ مشاهده شده است. مؤلفان این نکته را این‌گونه توجیه کرده‌اند که با افزایش سن و در سنین میان‌سالی، کارآیی و متابولیسم اعضاء

اقدامات احیاء قلبی ریوی صورت می‌گیرد و لوله گذاری تراشه و تنفس مکانیکی برای بیمار برقرار می‌گردد. در آزمایش‌های معمول، اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک، اکوکاردیوگرام و الکتروانسفالوگرام که از بیمار به عمل آمد نکته‌ای غیر طبیعی یافت نشده و بیمار پس از ۷ روز از بیمارستان مرخص می‌شود. مؤلفان در توجیه اثرات جانبی رانیتیدین بر روی سیستم قلبی عروقی چند فرض را مطرح کرده‌اند. یکی از این فرض‌ها آن است که رانیتیدین از خلال آنتاگونیسم گیرنده H_2 در عضلات صاف کرونر سبب تنگی عروق و کاهش جریان خون میوکارد می‌گردد. فرض دیگر آن است که رانیتیدین با افزایش سطح پلاسمایی هیستامین موجب این وقایع می‌شود و فرض آخر آنکه مهار کولین استراز سبب نوعی عمل کولینرژیک می‌گردد.

برای مطالعه متن کامل این مقاله بر

روی اینترنت رجوع کنید به:

<http://www.rhc.ac.ir/ihj/Journal-1380-V2N1/Cardiac-Arrest.htm>

ب) مقالات مندرج در مجلات

بین‌المللی

A randomized, prospective comparison of end-tidal CO_2 pressure during laparoscopic cholecystectomy in low and high flow anesthe-

مؤلفان در انتها توصیه می‌کنند که در مطالعه بعدی در این زمینه تعداد بیشتری بیمار در مطالعه شرکت داده شوند.

Cardiac Arrest Associated with Intravenous Ranitidine

Tabatabai, Babaie, K. Haydarpour, T. Mollasadeghi, E.G

Iranian Heart Journal. 2001; 2(1) 52-53

این مقاله که به قلم آقایان دکتر غلامعلی ملاصادقی، دکتر عوض حیدرپور، دکتر تورج بابایی و دکتر کمال‌الدین طباطبایی به رشته تحریر کشیده شده و در شماره بهار ۲۰۰۱ مجله انگلیسی زبان انجمن قلب ایران به چاپ رسیده است به معرفی پرستار ۲۵ ساله‌ای می‌پردازد که به دنبال تزریق وریدی و سریع ۵۰ میلی‌گرم رانیتیدین دچار ایست قلبی گردیده است. بیمار به مدت یک هفته دچار درد معده بوده که این درد با غذا و آنتی‌اسید کاهش پیدا می‌کرده است. در تاریخچه بیمار تنها سابقه کولیت اولسراتیو وجود داشته که دو سال قبل با کورتیکواستروئید بهبود یافته است. بیمار قبلاً بارها از رانیتیدین خوراکی استفاده کرده بوده است. بیمار از همکاری در خواست می‌کند که از رانیتیدین وریدی برای تخفیف درد معده استفاده کنند. متأسفانه تزریق رانیتیدین بدون رقیق کردن دارو و سریع انجام می‌گردد و بیمار دچار ایست قلبی می‌شود. خوشبختانه این واقعه در بخش مراقبت‌های ویژه روی داده و فوراً

قرار داشته‌اند. قبل از تجویز هرگونه دارویی از بیماران خواسته شد که چهار نام را به خاطر بسپارند. سپس بیماران به دو گروه تقسیم شدند. در همه بیماران به‌عنوان پیش‌دارو از نیم میلی‌گرم آتروپین و ۱۰۰ میکروگرم فنتانیل استفاده شد. در یک گروه از تیوپنتال سدیم به میزان ۵ میلی‌گرم / کیلوگرم و در گروه دیگر از میدازولام به میزان ۰/۱۵ میلی‌گرم / کیلوگرم جهت اثناء بیهوشی استفاده شد. در همه بیماران نیز جهت تسهیل لوله گذاری از ساکسنیل کولین ۱/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم استفاده می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مابین دو گروه هیچ تفاوت معنی‌داری در مورد تغییرات فشار خون و ضربان قلب دیده نمی‌شود. مؤلفان دو احتمال را برای توجیه این مطلب عنوان کرده‌اند؛ گزینه اول کاربرد فنتانیل و گزینه بعدی که مهم‌تر است آنکه همه بیماران از جهت فیزیکی در کلاس یک و دو ASA قرار داشته و در نتیجه از جهت عملکرد بطنی در وضعیت خوبی به‌سر می‌برده‌اند. مؤلفان در جنب این مطالعه، بیماران را از جهت یادآوری وقایع حین بیهوشی نیز مورد ارزیابی قرار داده‌اند. در گروه میدازولام هیچ بیماری وقایع زیر بیهوشی را به خاطر نمی‌آورد و حال آنکه ۲۰٪ بیماران در گروه تیوپنتال یک ساعت پس از اتمام جراحی شواهدی به نفع این‌گونه حوادث ذکر می‌کردند.

tic system.

Sajedi P., Naghibi K., Soltani H., Amoshahi A.

Acta Anaesthesiol Sin. 2003 Mar; 41 (1): 3-5

در دهه گذشته کوله سیستم‌تومی با لاپاراسکوپ به‌عنوان روش طلایی استاندارد جهت درمان بیماری‌های کیسه صفرا به‌کار گرفته شده است. به‌دلیل دمیده‌شدن دی‌اکسید کربن در این روش، نگرانی از هیپرکاپنی همواره وجود داشته است. در این میان به‌کارگیری سیستم‌های بیهوشی با مقدار جریان گاز کم^۱ که امروزه در بیهوشی به‌کار می‌رود نیز مزید بر علت شده و نگرانی از هیپرکاپنی را بیشتر می‌کند. در این مطالعه که توسط خانم دکتر پروین ساجدی و آقایان دکتر خسرو نقیبی، حسنعلی سلطانی و احمد عموشاهی از گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته و در شماره مارس ۲۰۰۳ مجله «اکتا آنستزیولوژی یکا سینیکا» ارگان انجمن متخصصان بیهوشی تایوان درج شده، کاربرد دو روش بیهوشی با جریان گاز کم و زیاد بر روی فشار دی‌اکسید کربن پایان‌بازدمی^۲ در مورد این نوع جراحی مقایسه شده‌اند. جمعیت شرکت‌کننده در این مطالعه ۴۰ بیمار ۳۰ تا ۶۰ ساله با وضعیت فیزیکی یک یا دو ASA بودند که کاندید عمل لاپارا-سکوپی برای کوله سیستم‌تومی تحت بیهوشی عمومی بوده‌اند. در گروهی که

از سیستم بیهوشی با جریان کم استفاده شد ابتدا میزان کل جریان (مشمول بر اکسیژن و نایتروس اکسید) ۴ لیتر در دقیقه بود و سپس این میزان هر ۵ دقیقه، یک لیتر در دقیقه کم گردید تا نهایتاً بعد از ۱۵ دقیقه به جریان یک لیتر در دقیقه رسید. در گروه دیگر نیز در تمامی عمل کل جریان ۸ لیتر در دقیقه برقرار شد. روش بیهوشی در دو گروه یکسان بود. القاء بیهوشی با تیوپنتال سدیم (۶ میلی‌گرم / کیلوگرم فتانیل (۲ میکروگرم / کیلوگرم) و سوکسینیل کولین (۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) انجام شد و پس از لوله‌گذاری تراشه برای نگه‌داری بیهوشی از هالوتان (۱ مک) به‌علاوه نایتروس اکساید و اکسیژن ۵۰٪ (به شرحی که در بالا آمد) استفاده شد. بیماران تحت تنفس مکانیکی قرار گرفتند. پارامترهای تنفس مکانیکی عبارت بودند از تعداد تنفس (۱۰ نفس در دقیقه)، حجم جاری (۱۰ میلی‌لیتر / کیلوگرم)، نسبت دم به بازدم (۱:۲) و حداکثر میزان جریان (۳۵٪ لیتر / کیلوگرم) جهت شلی عضلانی از آتراکوریم (۰/۴ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده شد. فشار داخل شکمی در حین لاپاراسکوپی بین ۱۵ تا ۲۰ میلی‌متر جیوه حفظ گردید. بر اساس نتایج به‌دست آمده میانگین زمان جراحی در دو گروه ۳۸ و ۴۱ دقیقه بوده است. در هر دو گروه به دنبال دمیدن دی‌اکسید کربن، فشار

اکسیژن شریانی و اشباع اکسیژن افت پیدا کرده و فشار دی‌اکسید کربن پایان‌بازدمی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است، ولی این اختلاف و همچنین تفاوت فشار شریانی دی‌اکسید کربن در دقیقه ۲۵ بعد از شروع عمل در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است. میانگین فشار شریانی دی‌اکسید کربن در گروه جریان گاز کم و زیاد به ترتیب ۴۲ و ۴۵ میلی‌متر جیوه بوده و نیز میانگین حداکثر فشار دی‌اکسید کربن پایان‌بازدمی در این دو گروه به ترتیب ۳۹ و ۴۱ میلی‌متر جیوه بوده‌اند. افزون بر این، مؤلفان مقایسه‌ای نیز از جهت فشار خون و تعداد ضربان قلب در دو گروه به عمل آورده‌اند که باز هم تفاوت معنی‌داری نداشته است. مؤلفان از پژوهش خود این‌گونه نتیجه می‌گیرند که کاربرد سیستم بیهوشی با جریانات گازی کم در جراحی کوله سیستم‌تومی به‌روش لاپاراسکوپی یک روش ایمنی محسوب می‌شود. در انتها مؤلفان قید می‌کنند که پی‌گیری اثرات جانبی دیگر این روش نیاز به مطالعات دیگری دارد.

Do case reports actually need to have an abstract?

Khan ZH., Saberi H., Kashfi A.

Saudi Medical Journal 2003; Vol. 24 (2): 228-229

- 1- low flow anesthesia
- 2- End-tidal CO2
- 3- Mean Alveolar Concentration

اهمیت داده شد و مدیریت بخش مراقبت ویژه به پزشکان متخصص بیهوشی واگذار گردید، اما چندی است که بر اساس تصمیم مسؤولان فعلی وزارت بهداشت این موضوع منتفی شده و در نتیجه چالش‌های جدیدی در کیفیت ارائه خدمات در این بخش‌ها ایجاد شده است به نحوی که در حال حاضر بخش‌های مراقبت ویژه استاندارد در بیمارستان‌های سراسر کشور تقریباً بسیار کمیاب است و این معضل، حیات بیماران بدحال بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه را به شدت تهدید می‌کند.

وی از مسؤولان وزارت بهداشت خواست تا برای حل و فصل این مشکل به نظرات کارشناسی جامعه پزشکی توجه کنند. در ادامه بحث نقطه نظرات دکتر میرخانی، دکتر خسرو نیا و دکتر سیادت‌نی نیز در این زمینه مطرح شده است.

کسب رتبه اول در نهمین جشنواره رازی

نهمین جشنواره علوم پزشکی رازی در ۴ دی ماه ۱۳۸۲ با اهدای جوایز برگزیدگان به کار خود پایان داد. آقای دکتر زاهد حسین خان در قسمت علوم بالینی و جراحی رتبه نخست پژوهش را به خود اختصاص داد و جایزه خود را از

خلاصه مقاله در این موارد بر کیفیت کار مجله و بالطبع پژوهشگران خواهد افزود.

برای خواندن متن کامل مقاله بر روی اینترنت رجوع کنید به:
[http://www.smj.org.sa/DetailArticle.asp? ArticleId=1179](http://www.smj.org.sa/DetailArticle.asp?ArticleId=1179)

ج) رسانه‌ها

تخت ICU استاندارد نداریم!

ماهنامه «جامعه پزشکی» ارگان سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در شماره مهر و آبان ۱۳۸۲ به ارائه گزارشی از بیست و نهمین جلسه هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ پرداخته است. دکتر محمد مهدی قیامت، عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ و رییس انجمن متخصصین بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران در قسمتی از این جلسه با اشاره به اهمیت فراوان کیفیت مدیریت بخش مراقبت‌های ویژه و ارتباط مستقیم این امر با زندگی بیماران بدحال بستری شده در این بخش‌ها می‌گوید: برای سالیان طولانی این بخش‌ها در سطح کشور فاقد مدیریت خاص خود بودند و مانند بخش‌های عادی بیمارستانی تحت مدیریت عام بیمارستان قرار داشتند، اما در دوره مدیریت آقای دکتر فرهادی در وزارت بهداشت به کیفیت مدیریت این بخش‌ها

مطلب مزبور که از طرف آقایان دکتر زاهد حسین خان، دکتر هوشنگ صابری و دکتر آرش کاشفی تهیه و در قالب «نامه به سردبیر» در شماره فوریه ۲۰۰۳ مجله پزشکی عربستان سعودی درج گردیده به طرح این سؤال می‌پردازد که آیا اصولاً مقالاتی که به شکل «معرفی بیمار» در مجلات علمی چاپ می‌شوند نیازی به خلاصه مقاله دارند یا نه؟ مؤلفان با استناد به روش کار پژوهشگران در مورد بانک‌های اطلاعات پزشکی از قبیل مدلاین^۱ بیان می‌کنند که اکثریت مقالاتی که در مجلات معتبر پزشکی چاپ شود، خلاصه مقاله داشته و مؤلف از راه جستجو در عنوان مقاله و نیز خلاصه مقاله تا حدود زیادی به این مطلب پی می‌برد که آیا این مقاله نیاز پژوهشگر را تأمین می‌کند یا نه؟ و آن‌گاه در صورتی که دریافت مقاله مورد نظر نیازهای علمی وی را تأمین می‌کند اقدام به تهیه متن کامل مقاله^۲ می‌کنند. اما در این میان مقالاتی که به شکل «معرفی بیمار» ارائه می‌شوند استثناء به‌شمار می‌روند، چون پاره‌ای از مجلات اقدام به درج خلاصه مقاله کرده و پاره‌ای این کار را لازم نمی‌بینند. مؤلفان این نامه، عدم درج خلاصه مقاله برای این‌گونه مقالات را سبب نادیده گرفتن این قبیل مقالات توسط پژوهشگران و عدم انعکاس این‌گونه موارد در مقالات بعدی دانسته و در نامه خود تأکید می‌کنند که درج

1- Medline

2- Full text

دست ریاست جمهوری دریافت کرد. کسب این جایزه به سبب پژوهش ایشان در زمینه پیش‌بینی لوله‌گذاری‌های مشکل تراشه با ارائه روشی ساده بود. این روش که به «آزمون گاز گرفتن لب فوقانی»^۱ مشهور است در شماره فوریه ۲۰۰۳ مجله *Anesthesia & Analgesia* به چاپ رسیده بود. از این پژوهشگر ۵۳ ساله مقالات متعددی در مجلات معتبر خارجی و داخلی به چاپ رسیده است. دکتر زاهد حسین خان در حال حاضر استاد بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو شورای سردبیری مجله انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران (از بدو تأسیس) هستند. همچنین ایشان ویراستار بخش انگلیسی مجلات *آ‌س‌م* و *آ‌ل‌ر‌ژ‌ی*، مجله علمی سازمان نظام پزشکی و مجله انگلیسی زبان دانشکده پزشکی دانشگاه تهران است. آقایان دکتر محمدرضا ظفرقندی (گروه جراحی) و دکتر حمید احمدیه (گروه چشم‌پزشکی) به ترتیب رتبه‌های دوم و سوم پژوهش را در این گروه به خود اختصاص دادند. سال گذشته نیز آقای دکتر امید آقاداتاودی از گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان موفق به اخذ رتبه از هشتمین جشنواره علوم پزشکی رازی گردیده بود که شرح آن در نمایه بیهوشی ۱۳۸۱/۳ آمده است. در همین زمینه رجوع کنید به:

پیام اقتصادی عراقی

دو ابداع جهانی از ایران برای پیش‌بینی لوله‌گذاری دشوار تراشه؛ شکست دوده‌سکوت مجله انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه، شماره ۲ سال ۱۳۸۲، صص ۷۰-۶۴

دبیر شورای آموزش پزشکی عمومی منصوب شد

تهران (۱۲ بهمن ۱۳۸۲) - به گزارش روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به موجب ابلاغی از سوی آقای دکتر کریمی، معاون آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، آقای دکتر ولی‌اله حسینی به سمت دبیر شورای آموزش پزشکی منصوب شد. دکتر حسینی طی مصاحبه‌ای اعلام کرد که به دلیل وجود مشکلات و معضلات عمده در عرصه پزشکی عمومی کشور و نبود یک متولی مستقل در وزارت بهداشت ایجاد این دبیرخانه ضروری بود. ایشان افزود: ضرورت گزینش یک متولی مستقل برای مقطع پزشکی عمومی با هدف رسیدگی به مشکلات دانشجویان و مسائل آموزشی در این مقطع از گذشته محسوس بوده است. بنابراین در این راستا گروه آموزشی پزشکی عمومی مدتی است که در دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکیل شده است، چرا که دانشجویان پزشکی مثل سایر گروه‌های بالینی تخصصی و پژوهشی به مکانی برای ارجاع و رفع معضلات خود نیاز داشتند.

دکتر حسینی با بیان این نکته که هنوز

فضای فیزیکی این دبیرخانه در وزارت بهداشت مشخص نشده خاطر نشان کرد دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی با برقراری روابط مناسب بین بخش‌های مختلف در جهت برنامه‌ریزی‌های مناسب برای مقطع پزشکی عمومی و شناسایی راه‌حل‌های مناسب برای رفع معضلات این بخش فعالیت خود را آغاز کرده است.

پشت هر شکایت یک سفیدپوش پنهان است!

ماهنامه «دارو و درمان» شماره دی ماه سال ۸۲ خود را به مبحث «اخلاق پزشکی» اختصاص داده و در این میان گفتگویی نیز با فعالان جامعه پزشکی ترتیب داده است. یکی از کسانی که در این گفتگو شرکت کرده است آقای دکتر قیامت، متخصص بیهوشی و دبیر هیأت بدوی انتظامی سازمان نظام پزشکی است. آقای دکتر قیامت در قسمت‌هایی از این مصاحبه می‌گوید: من با توجه به اینکه در هفت سال گذشته در این سمت بوده‌ام و نیز با توجه به آمارهایی که در دست است و پرونده‌هایی که در تهران بزرگ به ما ارجاع می‌شود می‌توانم بگویم که رعایت اخلاق پزشکی روز به روز افت می‌کند.

دکتر قیامت در قسمت دیگری از این مصاحبه عنوان می‌کند که بیشترین حجم

موجود است:

<http://www.zanan.co.ir/life/000146.html>

بهترین روش ترک اعتیاد وجود ندارد

روزنامه همشهری در قسمتی از ویژه‌نامه تهران خود که در ۲۹ دی ماه ۱۳۸۲ منتشر شده به‌مبحث درمان اعتیاد پرداخته و طی آن مصاحبه‌ای با دکتر وحید نیلفروشان متخصص بیهوشی انجام داده است. بر اساس این گزارش این متخصص بیهوشی یکی از پزشکانی بود که روش سم‌زدایی فوق سریع را در سال ۱۳۷۸ برای اولین بار در بیمارستان روزبه تهران به کار برده است. دکتر نیلفروشان در مورد تاریخچه روش سم‌زدایی فوق سریع می‌گوید: شروع این روش در خارج از ایران به سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ برمی‌گردد. این روش در سال ۱۹۹۰ گسترش پیدا کرد و هم‌اکنون در کشورهای نظیر آمریکا، انگلیس، کانادا و اسپانیا و به‌طور عمده بر روی افراد معتاد به هروئین انجام می‌گیرد. در ایران نیز این کار مقداری پیچیده‌تر و سخت‌تر بوده، چون علاوه بر مشکل هروئین با مشکل تریاک و شیره نیز روبرو هستیم.

این متخصص بیهوشی سپس با ارائه تعریفی از اعتیاد مراحل درمان را به پنج قسمت تقسیم می‌کند که عبارتند از:

۱) مصاحبه انگیزشی و آمادگی

پیرامون مباحث مزبور پرداختند.

بدون درد زایمان کنید!

سایت اینترنتی «مجله زنان» در قسمت «دانش زندگی» و تحت عنوان «بدون درد زایمان کنید» مصاحبه‌ای با خانم دکتر لاله وثوقیان متخصص بیهوشی ترتیب داده و طی آن اقدام به طرح چند پرسش پیرامون زایمان بی‌درد کرده است. سؤالات مطرح شده در این مصاحبه عبارتند از:

۱- استفاده از روش‌های کاهش‌دهنده درد برای تسهیل زایمان در اغلب کشورهای دنیا متداول است. این شیوه‌های کمکی تا چه اندازه در کشور ما شناخته شده هستند؟

۲- چگونه می‌توان زایمان طبیعی بی‌درد داشت؟

۳- چرا روش بی‌حسی اپیدورال را بهترین می‌دانید؟

۴- آیا عوارضی مانند طولانی شدن سیر زایمان، کمر درد و سردرد در کاهش تمایل زنان باردار به انتخاب شیوه‌های بی‌حسی موضعی موثرند؟

۵- استفاده از روش بی‌حسی موضعی برای چه کسانی ممنوع است؟

۶- چرا استقبال زنان ایرانی از شیوه‌های کاهش‌دهنده درد زایمانی بسیار اندک است؟

متن کامل این مصاحبه در سایت اینترنتی «مجله زنان» در نشانی ذیل

شکایات علیه پزشکان، به‌نوع رفتار آنان ارتباط دارد و دلیل دیگر آن هم، تحریک بیمار علیه یک پزشک از سوی پزشک دیگر است. به قول معروف، پشت هر شکایت یک سفیدپوش قرار دارد. دکتر قیامت در پاسخ به اینکه تأثیر نظام‌گزینی دانشجویان پزشکی بر اخلاق پزشکی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ می‌گوید: قطعاً نحوه انتخاب دانشجو بر رعایت اخلاق پزشکی تأثیر دارد، عواملی مثل حاکم شدن روابط به جای ضوابط، اعمال سلیقه‌های فردی، و فقدان مدیریت‌های درازمدت، سبب ناکارآمد شدن نظام آموزشی ما شده است. اگر در کشوری قانون به درستی انجام شود و تمام افراد وجود قانون و ضوابط را احساس کنند، در آن صورت، چه بسا که افراد کمتری مرتکب خطا بشوند.

در انتهای این گفتگو دکتر قیامت پیرامون تدوین کد اتیکز^۱ توسط مجامع و انجمن‌های پزشکی می‌افزاید: ابتدا باید فرهنگ‌سازی کرد و در مرحله بعد، نمایندگان واقعی، و نه نمایندگان انتصابی پزشکان، کد اتیکز را به عنوان «آکادمی ایرانی اخلاق پزشکی» مطرح کنند و کسی نیز حق و تو کردن آن را نداشته باشد.

لازم به ذکر است در این گفتگو آقایان دکتر ملک‌منصور اقصی، متخصص زنان و زایمان و دکتر محمود عمویی متخصص پزشکی قانونی و استاد اخلاق پزشکی نیز به ارائه دیدگاه‌های خود

پرداخته و سپس بیهوشی در اعمال جراحی کمک باروری تشریح می‌شود. عناوین بحث شده در کتاب عبارتند از بیهوشی در تکنولوژی کمک باروری، مطالعات بالینی، اداره بیهوشی، اداره کردن بیماران قبل و بعد از عمل، بیماران مبتلا به بیماری سیستمیک، استعداد بروز هیپرترمی بدخیم، سندرم تحریک بیش از حد تخمدان.

□ آشنایی با روش‌های زایمان بی‌درد

□ مؤلف: علی اکبر جعفریان
□ ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (تلفن ۸۰۵۲۹۶۳)
□ تاریخ نشر: ۲۸ خرداد ۱۳۸۲
□ ۱۳۲ صفحه
□ قیمت: ۶۰۰ تومان

در فصل اول تا سوم این کتاب، در زمینه مفاهیم درد، انتقال حس درد و آناتومی و فیزیولوژی درد زایمان بحث شده است. فصل‌های چهارم تا هفتم حاوی مباحثی است درباره روش‌های زایمان بی‌درد که عبارتند از: زایمان بی‌درد با داروهای بی‌حسی موضعی و بلوک‌های مختلف، آنستزی اپیدورال، آنستزی جنرال و بیهوشی در سزارین.

□ کتاب جامع سی پی آر در نوزادان و کودکان

□ نویسنده: رقیه صادقی
□ ناشر: نور دانش (تلفن ۶۴۱۷۳۰۸)

توجه داشت که در صورت سم‌زدایی ناقص و شروع نالترکسان بیمار با سندرم محرومیت شدید روبه‌رو شده که فرد به سرعت باید به بیمارستان ارجاع داده شود. دکتر نیلفروشان ممنوعیت‌های روش سم‌زدایی فوق سریع را به شرح ذیل برمی‌شمارد: سابقه بیماری قلبی ریوی، بیماری کبدی، مشکلات روانی شدید، سن بالای ۶۵ سال و حاملگی.

در قسمت بعدی این مصاحبه گفتگویی با آقای دکتر آذرخش مگری، روانپزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه تهران صورت گرفته که به جنبه‌های روان درمانی بعد از سم‌زدایی پرداخته است. خوانندگان برای مطالعه متن کامل این مصاحبه به سایت اینترنتی روزنامه همشهری به نشانی ذیل مراجعه کنند:

<http://www.hamshahri.org/vijenam/tehran/1382/821029/-vijeh.htm>

(د) تألیف و ترجمه

□ نگاهی بر بیهوشی در اعمال جراحی

کمک‌باروری

□ گردآورنده: گیثا شفیعی

□ ناشر: نشر نشانه (تلفن ۸۳۰۰۱۵۷)

□ ۸۸ صفحه

□ زمان نشر: ۴ آذر ۸۲

□ ۱۲۰۰ تومان

در این کتاب ابتدا مختصری به تاریخچه اعمال جراحی کمک‌باروری

۲) سم‌زدایی

۳) دارو درمانی

۴) آموزش یا روان درمانی

۵) تکرار تمرین‌های ذهنی.

دکتر نیلفروشان انواع روش‌های

سم‌زدایی را شامل پنج روش کلی دانسته که این روش‌ها عبارتند از:

الف) درمان علامتی، ب) روش

جایگزینی یا آگونیزست تراپی، ج)

سم‌زدایی سریع، د) سم‌زدایی فوق سریع

ه) طب سوزنی.

در این مصاحبه در مورد هر کدام از

این روش‌ها مختصر توضیحاتی ارائه

شده است. در مورد روش سم‌زدایی

فوق سریع دکتر نیلفروشان می‌گوید: در

این روش بیمار معمولاً ۲۴ ساعت در

بیمارستان بستری شده و چهار تا پنج

ساعت تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و

قسمت اعظم سندرم محرومیت را زیر

بیهوشی طی می‌کند، یعنی با استفاده از

داروهای ضد مخدر، علائم و مراحل ترک

خیلی فشرده و سریع به‌طور مصنوعی در

بیمار ایجاد می‌شود و تحمل بدن بیمار

نسبت به علائم ترک خیلی سریع بالا رفته و

خیلی سریع هم بدن شروع به ساخت

مخدرهای طبیعی می‌کند. در مورد حداقل

سن مورد نیاز برای روش فوق، مطالعات

دقیقی انجام نگرفته است ولی در مواردی

زیر ۱۰ سال هم گزارش شده است. بعد از

اطمینان از سم‌زدایی کامل داروی

نالترکسان شروع می‌شود. باید به این نکته

- تاریخ نشر: ۲۷ اردیبهشت ۸۲
□ ۱۲۰ صفحه
- قیمت: ۱۶۸۰ تومان
- نوشتار حاضر، راهنمایی است برای دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی، پرستاران و ماماها به منظور فراگیری عملیات احیای قلبی - ریوی در نوزادان و دانش صحیح برای انجام فوری این عملیات. مباحث کتاب عبارتند از: مروری بر آناتومی و فیزیولوژی سیستم‌های مختلف نوزدان و کودکان، احیای قلبی در نوزادان، احیای قلبی - ریوی در نوزدان در معرض خطر، احیای قلبی و ریوی در کودکان، و احیای قلبی - ریوی کودکان در شرایط ویژه.
- در سنامه جامع اختلالات اسید و باز
□ نویسنده: محمدرضا برزگر، اصغر رستگار
□ ناشر: تیمورزاده (تلفن ۸۹۵۱۱۱۲)
□ تاریخ نشر: ۲۸ خرداد ۸۲
□ ۳۲۰ صفحه
□ قیمت: ۵۹۵۰ تومان
- اصول پایه و بالینی تعادل اسید - باز
□ حسنعلی سلطانی، مهدی نعمت‌بخش، سیدجلال هاشمی
□ ناشر: مانی (اصفهان) تلفن ۶۶۲۸۵۹۰
□ تاریخ نشر: اول اسفند ۱۳۸۰
□ ۲۶۴ صفحه
□ قیمت: ۱۳۰۰ تومان
- در کتاب مزبور شرحی از اختلالات مایعات بدن و گازهای اسید و باز در خون، در قالب پانزده فصل فراهم آمده است. عناوین فصل‌ها عبارتند از: مایعات بدن سیستم‌های بافی، هماهنگی بین ارگان‌های بدن جهت تنظیم یون هیدروژن، پارامترهای اسید - باز و ارتباط بین آنها، تشخیص اختلالات اسید و باز، رابطه بین پارامترهای اسید - باز و الکتروولیت‌ها، اسیدوز تنفسی، الکلوز تنفسی، اسیدوز متابولیک، آلکلوز متابولیک، اختلالات توام اسید - باز، وضعیت اسید - باز در شرایط فیزیولوژیک و پاتولوژیک خاص، سایر اطلاعات به دست آمده از بررسی گازهای خون، روش نمونه‌گیری خون شریانی و عوامل مؤثر بر تفسیر آن و مثال‌هایی از تفسیر گازهای خون شریانی.
- روش‌های دستگاهی، اصول کار، تعمیر و نگهداری تجهیزات بیمارستانی و وسائل مورد استفاده در هوشبری
□ مترجم: ابوالفضل ارجمند
□ زیر نظر: علی محفوظی
□ ناشر: شهاب (تلفن ۶۹۶۱۱۰۰)
□ تاریخ نشر: ۳۰ بهمن ۱۳۸۲
□ ۵۳۶ صفحه
□ قیمت: ۶۵۰۰ تومان
- کتاب مزبور ترجمه چاپ چهارم Ward's Anaesthetic Equipment اثر
- John T. B. Moyle است که در دسامبر ۱۹۹۷ از طرف انتشارات ساندرز به چاپ رسیده است.
- تصمیم‌گیری در بیهوشی به روش الگوریتمیک
□ مترجمان: ناصر یگانه، بهمن روشنی
□ ناشر: جامعه‌نگر (تلفن ۶۴۹۳۷۱۷)
□ تاریخ نشر: ۱۸ بهمن ۱۳۸۲
□ ۶۴۸ صفحه
□ قیمت: ۹۵۰۰ تومان
- کتاب مزبور ترجمه چاپ سوم Decision Making in Anesthesiology: An Algorithmic Approach اثر لویسیس ال. بریدی^۱ است که در سپتامبر ۱۹۹۹ از طرف انتشارات Mosby به چاپ رسیده است. مطالب کتاب در ۷ بخش شامل اصول بیهوشی، احیاء، مشکلات قبل از بیهوشی، حین بیهوشی، ادارهٔ پس از عمل، درمان درد مزمن، اکسیژناسیون هیپرباریک تنظیم شده و حاوی ۲۲۵ الگوریتم در زمینهٔ مباحث مزبور است.
- فارماکولوژی کاربردی داروهای بیهوشی
□ مترجمان: سیدمرتضی موسوی، رحمان عباسی‌وش، فرهاد حشمتی، فریده گل محمدی امینی
□ ناشر: چسپجست (ارومیه) تلفن:

تلفن: ۳۴۵۱۹۳۵

□ تاریخ نشر: چهارم بهمن ۱۳۸۲

□ قیمت: ۲۸۰۰ تومان

□ ۳۰۸ صفحه

کتاب مزبور ترجمه بخشی از چاپ سوم کتاب

Principles and Practice of Nurse Anesthesia

اثر وین آر. وُگامن^۱ است که در ۱۵ ژانویه ۱۹۹۹ از طرف انتشارات Prentice Hall منتشر گردیده است.

سرفصل‌های این کتاب به قرار زیر است:

اصول فارماکولوژیک بیهوشی، هوشبرهای استنشاقی، فارماکولوژی

هوشبرهای داخل وریدی، فارماکو-

لوژی بی‌حس‌کننده‌های موضعی،

فارماکولوژی بلوک عصبی عضلانی و

آنتاگونیسم آن و فارماکولوژی داروهای

قلبی عروقی.

□ مشکلات حین بیهوشی

□ مؤلفان: محمدرضوان نوبهار،

حسینعلی جلوه مقدم، عبدالحمید

بدیعی، محمدرضا عسگری نیاسی

□ ناشر: تیمورزاده (تلفن ۱۱۲۱۸۶۵)

□ تاریخ نشر: ۷ بهمن ۱۳۸۲

□ ۱۵۲ صفحه

□ قیمت: ۲۹۵۰ تومان

مطالب کتاب درباره عوارض و

مشکلات و راه‌های مقابله با معضلاتی

است که ممکن است حین بیهوشی پدید

آید. مطالب کتاب مشتمل است بر: ایست قلب و احیای قلبی ریوی، تغییرات ضربان قلب، آریتمی، آمبولی، اسپاسم حنجره، سیانوز، سکسکه، هماچوری، حرارت بدن، استفراغ و آسپیراسیون و واکنش‌های دارویی.

□ لوح فشرده طب سوزنی (نسخه دوم)

عنوان: Acupuncture Center

□ پدید آورنده: محمد سقایی

□ تلفن ناشر: تهران ۲۰۷۸۰۶۱

□ تاریخ نشر: ۲۰۰۱

□ زبان نرم‌افزار: انگلیسی

□ سیستم‌های عامل سازگار: ویندوز ۹۵،

ویندوز ۹۸ و ۲۰۰۰، XP ME

به‌دنبال انتشار نسخه اول لوح فشرده

طب سوزنی در سال ۱۹۹۷ کنون مؤلف،

نسخه دوم این نرم‌افزار را با امکانات

بیشتری ارائه داده است. نرم‌افزار مشتمل

بر امکانات ثبت و بایگانی بیماران،

دایره‌المعارف و اطلس طب سوزنی و نیز

کارگاه آموزشی برای مبتدیان است.

برای اجرای این نرم‌افزار، لوح فشرده آن

حتماً باید داخل درایور باشد.

(ه) اینترنت

معرفی سایت اینترنتی انجمن بیهوشی

ایران

(WWW.IRANESTHESIA.ORG)

سایت اینترنتی انجمن آنستزیولوژی

و مراقبت‌های ویژه ایران تحت عنوان

«ایرانستزیا» شروع به کار کرد. این سایت

که در زمینه اطلاع‌رسانی به جامعه

بسیهوشی ایران فعالیت می‌کند

منعکس‌کننده فعالیت‌ها و نقطه نظرات

این انجمن بوده و ارگان اطلاع‌رسانی

انجمن بر روی اینترنت محسوب

می‌شود. سایت از چندین قسمت

تشکیل شده است. این قسمت‌ها که به

تدریج در حال شکل‌گیری و توسعه

هستند شامل قسمت مقالات، اخبار،

کنگره‌ها، سایت‌های دیگر، تماس با ما و

قسمتی به نام «درباره انجمن» است.

اساسنامه انجمن، مندرجات شماره‌های

جدید مجله انجمن و اخبار تازه از

قسمت‌هایی است که در حال حاضر بر

روی این سایت موجود است. در قسمت

«سایت‌های دیگر» نیز فهرستی از

سایت‌هایی که به نحوی در سطح جهان با

مقوله بیهوشی مرتبطند آورده شده

است. قلم‌های به کار گرفته شده در این

سایت عمدتاً فارسی بوده و در چند

شکل با اندازه‌های مختلف قابل رویت

هستند. دریافت صندوق پست

الکترونیکی رایگان نیز از جمله

فعالیت‌هایی است که از طریق این سایت

امکان‌پذیر است.