



انجمن آنستزیولوژی و مراقبتهای ویژه ایران

# نمایهٔ 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

اپسی نفرین  $\frac{1}{4000000}$  و ۲ میلی لیتر بی‌کربنات سدیم بود که در مجموع حجمی برابر ۳۵ میلی لیتر داشت. بی‌حسی کامل توسط انجام تست پین پریک<sup>۱</sup> مشخص و سپس اجازهٔ عمل جراحی صادر شد. نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که در ۹۰٪ موارد بلوک کامل وجود داشته است. در ۲/۵٪ موارد نیز بلوک شکل نگرفت. عمق سوزن تا رسیدن به شبکهٔ بازویی در

در صدد بررسی کارایی این بلوک از طریق زائدهٔ کورا کوئید برآمده است. مطالعه بر روی ۴۰ بیمار در محدودهٔ سنی ۱۷ تا ۸۰ سال انجام شد. پس از آماده کردن محل با بتادین، سوزن اسپاینال شمارهٔ ۲۲ از نقطه‌ای در ۲ سانتی متر داخل و ۲ سانتی متر پایین نسبت به زائدهٔ کورا کوئید به صورت عمودی وارد پوست شده و با ایجاد پارستزی محل شبکه تعیین شد. مادهٔ بی‌حسی مورد استفاده لیدوکائین ۱/۵٪ به علاوه

|| بررسی کارایی بلوک شبکهٔ عصبی بازویی زیر ترقوه‌ای از طریق زائدهٔ کورا کوئید در ایجاد بی‌حسی اندام فوقانی

|| اسداله سعادت نیاکی، بابک کاتبی

|| پژوهنده (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، بهمن و اسفند ۱۳۸۲، صص ۳۹۹-۳۹۷

در پی گزارشی که در آن از زائدهٔ کورا کوئید به عنوان نقطهٔ راهنما برای انجام بلوک شبکهٔ عصبی بازویی زیر ترقوه‌ای استفاده شده بود این مطالعه

1. pin prick test

بیشتر افراد بین ۴۰ تا ۵۰ میلی متر و در ۸۰٪ موارد کمتر از ۵۰ میلی متر بوده است. در مورد عوارض این روش مؤلفان می نویسند که تنها در ۳ مورد (۷/۵٪) سوراخ شدگی عروق روی داد که به جهت آماری معنی دار نبود. همچنین هیچ موردی از پنموتوراکس و نوروپاتی بعد از عمل مشاهده نشد.

نویسندگان در بیان مزایا و معایب این روش می نویسند: مزیت روش کوراکوئید در مقایسه با دیگر روش های تحت ترقوه ای امکان انجام بلوک در هر وضعیت دست و وجود نقطه راهنمای مشخص استخوانی است. به علاوه آموزش این شیوه نیز ساده تر بوده و امکان بلوک عصب پوستی عضلانی بیشتر و خطر عوارضی مانند پنموتوراکس بسیار کمتر است. در این روش امکان سوراخ شدن عروق مانند روش زیر بغلی وجود داشته و به علت عدم امکان فشار خارجی امکان ایجاد هماتوم وجود دارد.

مطالعه با بیان این نتیجه گیری که این شیوه روشی کارآمد و ساده برای انجام بلوک های اندام فوقانی بوده می افزاید که اندیکاسیون های انجام این بلوک مانند روش زیر بغلی، برای جراحی های ساعد و دست است.

مطالعه مزبور در سیزدهمین کنگره جهانی متخصصین بیهوشی در پاریس (۳۰ فروردین - ۴ اردی بهشت ۱۳۸۳) ارائه شد.

|| مقایسه تأثیر بیهوشی عمومی و

### اپیدورال بر تغییرات فشار خون بیماران پره اکلامپتیک

|| شایسته خراسانی زاده، علیرضا جعفری، مهتاب پورزمانی، حمیرا کوزه کنانی

|| پژوهنده (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، بهمن واسفند ۱۳۸۲، صص ۴۲۵-۴۲۱

در بیماران مبتلا به پره اکلامپسی خفیف کدام یک از روش های بیهوشی عمومی یا بی حسی اپیدورال بیشتر سبب ثبات فشار خون بیمار حین عمل می شود؟ این مطالعه بر روی ۵۱ زن مبتلا به پره اکلامپسی خفیف (فشار خون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه، دیاستولیک بزرگ تر یا مساوی ۹۰ میلی متر جیوه، ادم عمومی و پروتئینوری بیشتر یا مساوی ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا دیپ استیک<sup>۱</sup> یک تا دو پلاس) که جهت انجام عمل سزارین کاندیدا شده بودند انجام شده است. میانگین سنی بیماران ۲۵/۲ سال بود. برای پیشگیری از تشنج تمامی بیماران سولفات منیزیوم با دوز اولیه وریدی ۴ گرم و در پی آن انفوزیون ۲ گرم در ساعت دریافت کرده بودند. همچنین به تمامی بیماران قبل از القای بیهوشی ۵۰۰ میلی لیتر محلول رینگر در عرض ۱۵ دقیقه داده شد. در روش بی حسی اپیدورال، سوزن اپیدورال وارد فضای L3-L4 شده و ۳-۴ سانتی متر در جهت سفالیک به پیش برده شد و پس از تست دوز ۴ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪، ۱۸-۲۰ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪ در

دوزهای منقسم ۵ میلی لیتری از طریق سوزن تزریق شد تا بلوک حسی در سطح درماتوم T4 به دست آید. تمامی بیماران ۱۵ درجه به سمت چپ کج شدند و اکسیژن از طریق ماسک دریافت می کردند. در گروه بیهوشی عمومی بیماران بر روی تخت جراحی ۱۵ درجه کج شده و به مدت ۵-۴ دقیقه اکسیژن از طریق ماسک دریافت کردند. القای بیهوشی با استفاده از تیوپنتال (۴ میلی گرم / کیلوگرم) و سوکسینیل کولین (۱ میلی گرم / کیلوگرم) انجام شد و فشار کریکوئید نیز تا زمان واریسی کردن محل صحیح لوله (به وسیله شنود و دی اکسید کربن پایان بازدمی) کنترل می شد. نگهداری بیهوشی با نایتروس اکسید و اکسیژن با نسبت های حجمی برابر و هالوتان ۵/۵٪ تا زمان زایمان ادامه می یافت. پس از زایمان غلظت نایتروس اکسید به ۶۷٪ افزایش یافت و برای بیماران نیز فتانیل (۳ میکروگرم / کیلوگرم) به کار می رفت.

نتایج مطالعه نشان می دهد که میانگین کلی فشار خون سیستولیک بیماران در هنگام پذیرش در بیمارستان خون دیاستولیک آنها ۹۹ میلی متر جیوه بوده است. مؤلفان ضمن تأکید بر این نکته که کاربرد صحیح و دقیق هر دو نوع روش بدون ایجاد عوارض و در معرض خطر قرار گرفتن سلامت مادر و جنین مورد تأیید بسیاری از محققان بوده است

دلیل مد (سقف) اثر<sup>۲</sup> این دارو باشد)، برای اجتناب از عوارض هیپوتانسیون دارو و صرفه‌جویی در هزینه استفاده از کلونیدین ۰/۲ میلی‌گرم را به‌عنوان پیش‌دارو در این مورد پیشنهاد می‌کنند. در همین زمینه رجوع کنید به:

حسنعلی سلطانی، عظیم هنرمند/ تأثیر پیش‌داروی خوراکی کلونیدین بر تغییرات ضربان قلب و فشار خون ناشی از تجویز نئوستیگمین-آتروپین در پایان عمل/ پژوهش در علوم پزشکی (اصفهان)، بهار ۱۳۸۰، صص ۴۳-۳۸، نمایه بیهوشی ۴-۳/۳۸۰

### || A Comparison between Acetaminophen Suppository and Caudal Anesthesia in Relieving Pain after Pediatric Surgery

|| Razavi SS, Shaeghi S, Shiva H, Momenzadeh S

|| Urology Journal, Winter 2004, pp. 40-44

برای تسکین درد بعد از عمل در کودکانی که تحت اعمال جراحی ناحیه زیر ناف قرار می‌گیرند کدام روش بهتر است: شیاف استامینوفن یا بی‌حسی کودال؟

این مطالعه که توسط دکتر سید سجاد رضوی، دکتر شهناز شایقی، دکتر هرمز شیوا و دکتر سیروس مومن‌زاده انجام شده و در مجله ارولوژی<sup>۳</sup>، ارگان انگلیسی زبان مرکز تحقیقات ارولوژی و نفرولوژی ایران به چاپ رسیده است، در صدد پاسخ‌گویی به سؤال فوق برآمده

کیلوگرم)، فنتانیل (۲ میکروگرم / کیلوگرم) و سوکسنیل کولین (۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) انجام شد و نگهداری بیهوشی با تجویز هالوتان (۰/۸٪) و نایتروس اکسید ۵۰٪ صورت گرفت. برای حفظ بی‌دردی، فنتانیل هر ۴۵ دقیقه و برای حفظ شلی عضلانی از آترا-کوریوم هر ۳۰ دقیقه استفاده می‌شد. فشار دی‌اکسید کربن پایان بازدمی بین ۳۵ تا ۴۰ میلی‌متر جیوه و درصد اشباع اکسیژن شریانی بالای ۹۸٪ حفظ گردید. ۳۰ دقیقه قبل از انتهای عمل در زمان قطع داروهای وریدی، فشار خون و ضربان قلب بیماران ثبت می‌شد و در انتهای عمل به تدریج غلظت هالوتان کم شده، پس از دوختن پوست کلیه گازهای بیهوشی به‌جز اکسیژن قطع می‌شد و اثرات باقی‌مانده شل‌کننده عضلانی با تجویز نئوستیگمین و آتروپین برطرف می‌گردید و ۵ دقیقه بعد در صورت امکان لوله تراشه خارج می‌شد.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین فشار متوسط شریانی در زمان‌های اندازه‌گیری شده در گروه‌های کلونیدین با گروه دارونما اختلاف آماری معنی‌داری نشان می‌دهد ولی این اختلاف در میان دو گروهی که کلونیدین با دوزهای متفاوت دریافت داشتند از جهت آماری معنی‌دار نیست.

مؤلفان با توجه به اینکه کلونیدین ۰/۴ میلی‌گرم نسبت به کلونیدین ۰/۲ میلی‌گرم کاهش بیشتری در عوارض قلبی عروقی ایجاد نکرد (که شاید به

می‌افزایند: در مطالعه ما با توجه به تغییرات کمتر فشار خون در گروه اپیدورال، این روش جهت انجام سزارین در بیماران پره‌اکلامپتیک خفیف توصیه می‌گردد.

|| کاهش عوارض قلبی و عروقی به هنگام خارج کردن لوله تراشه با استفاده از کلونیدین خوراکی به‌عنوان پیش‌دارو

|| ولی‌اله حسنی، محمد پوراسلامی، اسداله سعادت‌نیاکی، عارفه محقق، مهدی خسروی

|| مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۱۳۸۲، صص ۵۱-۵۶

آیا کاربرد کلونیدین خوراکی دو ساعت قبل از عمل سبب کاهش نوسانات همودینامیک در هنگام درآوردن لوله تراشه می‌شود؟

مطالعه مزبور (مؤلف دوم از گروه پزشکی اجتماعی و مؤلف پنجم متخصص قلب و عروق است) با بررسی ۹۹ بیمار بالغ با کلاس فیزیکی یک و دو ASA<sup>۱</sup> که کاندیدای اعمال انتخابی ارتوپدی بودند، در صدد پاسخ‌گویی به سؤال بالا برآمده است. بیماران بر اساس پیش‌دارویی که دو ساعت قبل از عمل دریافت کرده بودند به سه گروه تقسیم شدند: در گروه اول به‌عنوان گروه کنترل از ویتامین B6 به‌عنوان دارونما، در گروه دوم از کلونیدین به میزان ۰/۲ میلی‌گرم و در گروه سوم از کلونیدین به میزان ۰/۴ میلی‌گرم استفاده شد. القای بیهوشی تمام بیماران با تیوپتال سدیم (۵ میلی‌گرم /

1. American Society of Anesthesiologists

2. Ceiling effect

3. Urology Journal

مؤلفان در این مطالعه (مؤلفان دوم و سوم متخصص پزشکی قانونی هستند) مقاله خود را با این مقدمه آغاز می‌کنند: امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی منجر به زوال روابط مشفقانه بین پزشک و بیمار گردیده است. علیرغم تمام زحمات پزشکان و کادر پزشکی در ارائه خدمات به بیماران و نیز علیرغم تقدس خاص این رشته متأسفانه روز به روز به میزان شایگان افزوده می‌شود که این مهم در آینده نه چندان دور باعث رکود ویژه‌ای در بخش خدمات این قشر متخصص می‌شود. گزارش‌های بین‌المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متأسفانه با وجود پیشرفت‌های قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی، میزان شکایات سیر صعودی داشته است. از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا پایان ۱۳۷۸ در کمیسیون پزشکی قانونی تهران ۱۲۶۶ پرونده مربوط به شکایت از قصور پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است که در ۱۲۷ مورد (۱۰ درصد موارد) به نحوی کادر بیهوشی (اعم از متخصص، دستیار و تکنسین) درگیر بوده‌اند، از این تعداد ۸۹/۸ درصد بیماران هنگام اقامه شکایت در قید حیات نبوده‌اند. همچنین ۹۴/۵ درصد این

کمک<sup>۴</sup> نیز صورت می‌گرفت. برای ارزیابی درد بعد از عمل کودکان از جدول امتیازدهی FLCAC (بر اساس وضعیت صورت، پاهای، گریه کردن، فعالیت و آرامش کودک) استفاده می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در ساعات اول و دوم بعد از عمل، دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری در کاهش درد نداشتند، اما در ساعات سوم و چهارم بعد از عمل درد در گروه استامینوفن بیشتر از گروه بی‌حسی کودال بوده است. مؤلفان در انتها قید می‌کنند: کودکانی که بی‌حسی کودال به کمک بویو اکایین می‌گیرند درد بعد از عمل کمتری دارند، با وجود این در پاره‌ای از موارد (مثل مشکلات آناتومیک در ناحیه ساکروم، عفونت موضع بی‌حسی، فقدان دارو و غیره) که انجام بی‌حسی کودال ممکن نیست حداقل یک شیاف استامینوفن می‌تواند برای چند ساعت اول بعد از عمل در کنترل درد مؤثر باشد.

|| بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته بیهوشی ارجاع شده به کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ساله منتهی به اسفند ۱۳۷۸

|| علی محفوظی، فخرالدین تقدسی‌نژاد،

حسن عابدی خوراسگانی

|| مجله علمی پزشکی قانونی، بهار ۱۳۸۱، صص

۴-۱۰

است. به این منظور ۴۰ کودک ۶ ماهه تا ۴ ساله (۱۲ دختر و ۲۸ پسر) که از نظر فیزیکی در کلاس ASA یک یا دو قرار می‌گرفتند در این مطالعه شرکت داده شدند. بیماران دچار بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی، خونریزی شدید و تاکی‌کاردی در طول جراحی و نیز بیمارانی که بعد عمل داروهای مخدر دریافت کردند از مطالعه خارج شدند. به تمامی بیماران ۳۰ دقیقه قبل از جراحی میدازولام خوراکی (۰/۳ میلی‌گرم / کیلوگرم) و آتروپین (۰/۰۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) داده شد. بیهوشی بیماران با تیوپنتال سدیم (۶ میلی‌گرم / کیلوگرم) شروع و با هالوتان (حداکثر غلظت ۲٪) و نایتروس اکسید ۵۰ تا ۷۰٪ ادامه می‌یافت و بیماران هیچ‌گونه داروی شل‌کننده عضلانی دریافت نمی‌کردند. از ماسک حنجره‌ای متناسب با سن بیماران به منظور حفظ مجرای هوایی استفاده می‌شد. قبل از آغاز عمل جراحی در گروه استامینوفن از این دارو به شکل شیاف (۴۰ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده شد. همچنین در گروه بی‌حسی کودال با استفاده از سوزن شماره ۲۳ از ۲۰ میلی‌لیتر بویو اکایین (۰/۲۵٪ بر اساس فرمول آرمیتاژ<sup>۱</sup> (۱-۵ میلی‌لیتر / کیلوگرم) به منظور ایجاد بلوک مناطق بالای کمری<sup>۲</sup> و بالای ساکرال<sup>۳</sup> استفاده شد. تنفس کلیه بیماران در طول عمل به صورت خودبه‌خودی بود ولی گهگاه

1. Armitage
2. high lumbar
3. high sacral
4. assist

تکنسین و یا پرستار بیمه نیستند و بعد از احراز قصور، متخصص بیهوشی، قصور را تماماً بر عهده می‌گیرد که این موضوع با توجه به دولتی بودن شرکت‌های بیمه و عدم پیگیری و کارشناسی‌های دقیق در بیمه، پیگیری نمی‌شود.

در انتها مؤلفان اذعان دارند که در این زمینه نباید از مشکلات موجود در سیستم آموزش و بهداشت و درمان غافل شد.

در همین زمینه رجوع کنید به:

بهمن جهانگیری / بررسی حوادث بیهوشی عمومی از دیدگاه پزشکی قانونی (پزشکی قانونی و سندرم مندلسون) / مجله علمی پزشکی قانونی، شماره ۲ سال ۱۳۷۳

است. در کل این مطالعه در ۹۵ پرونده‌ای که قصور تأیید گردید، متخصص بیهوشی با ۸۴ مورد و پزشک معالج با ۴۳ مورد و مدیریت بیمارستان با ۲۶ مورد، رتبه‌های اول تا سوم مقصرین را به خود اختصاص دادند.

مؤلفان در انتها بر دو نکته تأکید داشته‌اند: نکته اول آنکه با توجه به فعالیت زیاد شرکت‌های بیمه در کشورهای غربی، اکثر شکایات از قصور یا توجه دقیق به روند درمانی است ولی در کشور ما ممکن است فردی صرفاً به تحریک اقوام و اطرافیان یا حتی پزشکان دیگر اقدام به شکایت کند که این کار دارای هیچ مبنای علمی نیست. نکته دوم آنکه در بسیاری از موارد متخصص بیهوشی بیمه است ولی دستیاران و

بیماران بیهوشی عمومی گرفته بودند. در این مطالعه اکثریت قریب به اتفاق مواردی که قصور صورت گرفته، بیمار در جریان بیهوشی یا اتاق ریکاوری به علت عدم توجه کادر بیهوشی و پرستاران مسؤول ریکاوری دچار هیپوکسی شده و بعد از آن وارد یک سیکل معیوب گشته و در نهایت منجر به فوت یا عارضه در بیمار گردیده است. در ۸۷ مورد (۶۸/۵ درصد) از ۱۲۷ پرونده کادر بیهوشی مقصر شناخته شده که در ۸۴ مورد (۶۶/۱ درصد) متخصص بیهوشی جزو مقصرین می‌باشد، یعنی تقریباً تمام مواردی که کادر بیهوشی مقصر شناخته شده متخصص بیهوشی قصور داشته است. قصور دستیار بیهوشی تنها در ۷ پرونده (۵/۵ درصد) و تکنسین بیهوشی در ۶ مورد (۴/۷ درصد) محرز گردیده

### (ب)

#### مقالات مندرج در مجلات بین المللی

فوقانی به علت چاقی بیمار گرفتن ورید میسر نشد و پزشکان به ناچار به سراغ وریدهای اندام تحتانی رفتند. در اندام تحتانی تنها ورید قابل رویت در ناحیه روی پا با کاتتر وریدی شماره ۱۸ گرفته شد و بعد از انفوزیون ۲۵۰ میلی لیتر رینگر لاکتات از طریق همین کاتتر به ترتیب ۲ میلی گرم میدازولام، ۱۵۰ میکروگرم فستانیل و ۴۰۰ میلی گرم

شماره مارس ۲۰۰۴ مجله آکتا آنستزیولوژیکی تایوانیکا، ارگان انجمن متخصصین بیهوشی تایوان درج شده است.

بیمار، مورد شناخته شده دیابت وابسته به انسولین و نیز دچار سل ستون فقرات بوده و تاکنون دو نوبت متحمل اعمال جراحی شده بود. پس از نصب پایشگرهای مرسوم اقدام به گرفتن ورید جهت القای بیهوشی شد. در اندام

**An accidental intra-arterial injection of thiopental on the dorsum of the foot--a case report.**

**Khan ZH., Noorbaksh S.**

**Acta Anaesthesiol Taiwan. 2004 Mar; 42 (1): 55-8**

این مقاله به معرفی و نحوه برخورد با خانم ۵۷ ساله‌ای می‌پردازد که برای بیهوشی تزریق تیوپنتال تصادفاً در شریان وی انجام شده است. مقاله از طرف آقایان دکتر زاهد حسین خان و دکتر شهرام نوربخش ارائه شده و در

**|| Effect of controlled hyperventilation on the pressor response to laryngoscopy and tracheal intubation**

|| Talakoub R., Khodayari A., Saghaei M.

|| Middle East J Anesthesiol. 2003 Oct; 17 (3): 403-13

آیا به کمک هیپرونتیلیسیون کنترل‌شده می‌توان نوسانات همودینامیک ناشی از لوله‌گذاری تراشه را کاهش داد؟

پژوهش حاضر به منظور ارائه پاسخی به پرسش بالا از طرف خانم‌ها دکتر ریحانک طلاکوب و دکتر آریتا خدایاری و آقای دکتر محمود سقایی طراحی و اجرا گردیده و در شماره اکتبر ۲۰۰۳ مجله میدل ایست جورنال او آنستزیولوژی<sup>۱</sup>، ارگان بخش بیهوشی دانشگاه آمریکایی بیروت به چاپ رسیده است.

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۹۰ بیمار بالغی بودند که به دلیل عمل جراحی انتخابی نیاز به لوله‌گذاری تراشه داشتند. بیماران فاقد بیماری زمینه‌ای بوده و سابقه مصرف سیگار نداشتند. از هیچ پیش‌دارویی در مورد بیماران استفاده نشد. به دنبال انفوزیون رینگر لاکتات (۷ میلی‌لیتر / کیلوگرم) القای بیهوشی با تیوپنتال سدیم (۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) آغاز شد و از فتانیل (۱ میکروگرم / کیلوگرم) و پانکرونیوم

بین رفته پا تقریباً به رنگ طبیعی برمی‌گردد. در صد اشباع اکسیژن شریانی ثبت شده از انگشتان پا نیز عدد ۹۶٪ را نشان می‌داد. بعد از اطمینان از چرخه طبیعی، عمل جراحی شروع شد و بیمار ۷ روز بعد از جراحی بدن هیچ مشکلی ترخیص شد.

مؤلفان پس از معرفی بیمار ضمن بحثی مفصل از عوامل زمینه‌ساز تزریق شریانی و نشانه‌های تزریق شریانی به شرح آناتومیک موضع تزریق بر روی پا پرداختند و نزدیکی قوس‌های وریدی و شریانی را در این قسمت از جمله مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز می‌دانند که در مورد این بیمار می‌تواند آغازگر این سناریو باشد. (تصاویر آناتومیک استقرار ساختمان‌های وریدی و شریانی در قسمت روی پا در مقاله آورده شده است).

بحث مؤلفان با نگرشی به جنبه‌های درمانی این عارضه و کاربرد داروهای مختلف پایان می‌پذیرد. مؤلفان در انتهای مقاله قید می‌کنند که این گزارش اولین مورد تزریق داخل شریانی در ناحیه روی پا محسوب می‌شود و به همین جهت در موقع تزریق تیوپنتال در این نواحی باید دقت بسیار به کار برد. علاقمندان برای آگاهی بیشتر می‌توانند با پست الکترونیک ذیل مکاتبه کنند:

Zahd-hussainkhan@hotmail.com

تیوپنتال و ۸ میلی‌گرم پانکرونیوم تزریق شد. در زمان تزریق تیوپنتال بیمار کمی پای خود را به عقب کشید که در آن زمان توجه خاصی را جلب نکرد. ۴۰ ثانیه قبل از لوله‌گذاری تراشه نیز ۸۰ میلی‌گرم لیدوکائین تزریق شد. نگهداری بیهوشی به کمک هالوتان و نسبت‌های حجمی برابر از نایتروس اکسید و اکسیژن بود. حدود پنج دقیقه پس از القاء بیهوشی در قسمت دیستال به محل رگ‌گرفتن، تغییر رنگی پیش‌رونده و سریع، همراه سیانوز دیده شد که بعداً به سمت بالا و نواحی قوزک‌ها گسترش یافت. پا سرد شد و نبض دورسالیس پدیس حس نمی‌شد. پس‌زدن خون به سمت ست سرم بیانگر افزایش تدریجی فشار بود که سرانجام به قطع کامل مایع دریافتی انجامید. اندازه‌گیری فشار در داخل ست سرم ۷۰ میلی‌متر جیوه بود. حدس زده شد که تزریق داخل شریانی انجام شده است. پروب پالس اکسی‌متر که روی انگشتان پا قرار داده شده بود، در صد اشباع اکسیژن شریانی برابر ۴۰٪ را نشان می‌داد. فوراً ۶۰ میلی‌گرم لیدوکائین و سپس ۶ تا ۱۰ واحد هپارین رقیق شده به داخل همان کاتتر تزریق شد. بلافاصله ورید ژوگولر داخلی راست کانوله شد و از طریق آن ۵۰۰۰ واحد هپارین در عرض ۳۰ دقیقه تجویز شد و همزمان پای درگیر با زاویه ۴۵ درجه بالا گرفته شد. بعد از گذشت یک ساعت سیانوز و تغییر رنگ شدید از

1. Middle East Journal of Anesthesiology

بیروت به چاپ رسیده به سؤال بالا جواب مثبت می‌دهد. مطالعه بر روی دو گروه ۴۰ نفری (مورد - شاهد) بالاتر از ۴۰ سال انجام شده است. متأسفانه در این مطالعه اشاره‌ای به زمان دقیق تزریق وریدی وراپامیل نشده است ولی در مطالعات دیگری که در ذیل به آنها اشاره شده این زمان ۱/۵ تا ۲ دقیقه قبل از لوله گذاری قید شده است.

در همین زمینه مراجعه کنید به:

- آصف پرویز کاظمی، مجید کبیر انارکی / مقایسه اثرات لیدوکاین و وراپامیل و مخلوط این دو در جلوگیری از تغییرات فشار خون و ضربان قلب در حین لوله گذاری / مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، زمستان ۱۳۸۰، صص ۱۸-۱۳ =نما به بیهوشی ۱۳۸۲/۴

- محمدرضا رفیعی، سید جلال هاشمی، پرویز کاشفی / مقایسه تأثیر تجویز داخل وریدی لیدوکاین و وراپامیل بر علائم قلبی و عرونی ناشی از لوله گذاری داخل تراشه در بیهوشی عمومی / پژوهش در علوم پزشکی (اصفهان)، زمستان ۱۳۸۰، صص ۱۱۸-۱۱۵ =نمایه بیهوشی ۴-۳-۱۳۸۰

- 3. Hashemi S. J., Naghibi K., Kashefi. P.: Attenuation of cardiovascular responses to direct laryngoscopy and tracheal intubation: comparison of verapamil and lidocaine. Journal of Isfahan Medical School. Fall 2002 & Winter 2003: 24-27  
==> 1382.4 نمایه بیهوشی

گردد و حتی در مواردی می‌تواند سبب افزایش نوسانات فشار خون در طی القای بیهوشی، لارنگوسکوپ و لوله گذاری تراشه گردد. در قسمت «بحث» این مقاله ضمن ابراز این نکته که مکانیسم دقیق این پدیده هنوز شناخته نشده به ارائه مکانیسم‌های احتمالی پرداخته شده است. مؤلفان با این تذکر مقاله خود را به پایان می‌رسانند که روش به کار گرفته برای تغییر دی‌اکسید کربن انتهای بازدمی در این مطالعه تغییر در تعداد تنفس و نتیلاتور ضمن ثابت نگه داشتن نسبت دم به بازدم و حجم جاری بوده و ممکن است با تغییر این عوامل بتوان به نتایج متفاوتی دست یافت.

### || Evaluation of i.v. verapamil effects on cardiovascular responses in normotensive patients during laryngoscopy.

|| Hassani M.

|| Middle East J Anesthesiol. 2003 Oct; 17 (3): 477-9.

آیا کاربرد وراپامیل وریدی (به میزان ۰/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) قبل از لوله گذاری تراشه سبب کاهش پاسخ‌های همودینامیک ناشی از لوله گذاری تراشه می‌شود؟

این مطالعه که از طرف آقای دکتر منصور حسینی ارائه و در قالب خلاصه مطلب<sup>۳</sup> در شماره اکتبر ۲۰۰۳ مجله میدل ایست جورنال آو آنستزیولوژی<sup>۴</sup>، ارگان بخش بیهوشی دانشگاه امریکایی

(۰/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده شد. سپس تنفس کنترل‌ه با ونتیلاتور و ماسک صورت با حجم جاری (۱۰ میلی‌گرم / کیلوگرم) با نسبت دم / بازدم ۱:۲ و زمان پلاتو صفر اعمال شد. در این مرحله از مخلوط هالوتان ۱٪ در اکسیژن استفاده شد. سپس با دستکاری در تعداد تنفس و نتیلاتور مقادیر متفاوت دی‌اکسید کربن پایان بازدمی به دست می‌آمد که این مقادیر از سه دقیقه قبل از لوله گذاری تراشه تا ۵ دقیقه بعد از آن اندازه‌گیری می‌شد. بر همین اساس بیماران در سه گروه هیپوکاپنی متوسط (۲۵-۳۰ میلی‌متر جیوه)، هیپوکاپنی خفیف (۳۶-۳۱ میلی‌متر جیوه) و نورموکاپنی (۴۲-۳۷ میلی‌متر جیوه) قرار می‌گرفتند. لوله گذاری تراشه در انتهای پنجمین دقیقه بعد از القای بیهوشی انجام می‌شد. جراحی پنج دقیقه بعد از لوله گذاری تراشه آغاز می‌گشت. انفوزیون وریدی در طول عمل با سرعت ۱۲۰ میلی‌لیتر در ساعت ادامه می‌یافت. در صورتی که حاصل ضرب تعداد ضربان قلب در فشار خون سیستولیک<sup>۱</sup> در طی ۵ دقیقه بعد از لارنگوسکوپ و لوله گذاری تراشه نوسانی بیش از ۲۰٪ نسبت به مقادیر پایه می‌یافت پاسخ فشاری<sup>۲</sup> در نظر گرفته می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که هیپرونتیلیسیون کنترل‌ه نمی‌تواند مانع سرکوب پاسخ همودینامیک ناشی از لوله گذاری تراشه

1. Rate Pressure Product RPP
2. Pressor response
3. short communication
4. Middle East Journal of Anesthesiology

|| **Cesarean section in a patient with wolfe-Parkinson-White Syndrome**

|| Hussainkhan Z., Saffarian N.

|| Middle East J Anesthesiol. 2003 Oct; 17 (3): 467-75.

این مقاله که از طرف آقای دکتر زاهد حسین‌خان و خانم دکتر نیلوفر صفاریان (متخصص قلب و عروق) ارائه و در شماره اکتبر ۲۰۰۳ مجله میدل ایست جورنال آو آنستزیولوژی، ارگان بخش بیهوشی دانشگاه امریکایی بیروت به چاپ رسیده، معرفی و نحوه برخورد با خانم ۳۰ ساله‌ای است که مورد شناخته شده سندرم ولف - پارکینسون - وایت بوده و به دلیل پرزنتاسیون غیر طبیعی جنین کاندیدای سزارین اورژانس شده است. بیمار ۱۲۰ کیلوگرم وزن داشته و دچار اضطراب شدید بوده است. در بدو ورود به اتاق عمل ضربان قلب بیمار ۱۱۲ تپش در دقیقه و فشار خون ۱۱۰/۸۰ میلی‌متر جیوه بود و در نوار قلبی که دو ساعت قبل از القاء بیهوشی گرفته شد علی‌رغم ریتم سینوسی طبیعی و ضربان قلب ۶۰ تپش در دقیقه، شواهدی به نفع سندرم زودرس<sup>۱</sup> وجود داشت. ۵ سال قبل به دنبال یک لاپاراتومی تجسسی عمل آپاندکتومی برای بیمار در مرکز پزشکی دیگری انجام شده بود ولی اطلاعاتی از نحوه بیهوشی ثبت نشده است. در نوار قلبی که ۱۵ ماه قبل به دنبال بستری در بخش مراقبت‌های قلبی از بیمار گرفته شده بود تاکی‌کاردی با

کمپلکس QRS پهن دیده شد که تشخیص سندرم ولف + پارکینسون - وایت را محتمل‌تر می‌ساخت. بیمار در گذشته سه مرتبه دچار این حملات شده و در یکی از این حملات کاردیوورژن مستقیم به کار گرفته شده بود. بیمار روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم آمیودارون و ۱۲۰ میلی‌گرم پروپرانولول دریافت می‌کرد. در حالی که بیمار از طریق ماسک صورت اکسیژن ۱۰۰٪ دریافت می‌کرد بیهوشی با ۵ میلی‌گرم دیازپام و ۱۵ میکروگرم سوفتانیل وریدی شروع شد. برای القای بیهوشی از ۵۰۰ میلی‌گرم تیوپنتال و برای تسهیل لوله‌گذاری از ۱۲۰ میلی‌گرم سوکسینیل کولین استفاده شد. نگهداری بیهوشی به کمک هالوتان ۱٪ و نایتروس اکسید ۶۷٪ در اکسیژن بود. همزمان با اتمام عمل سوکسینیل کولین، از ۳۵ میلی‌گرم آتراکریوم استفاده شد و غلظت هالوتان به ۰/۷٪ کاهش یافت. نوزاد در حالی به دنیا آمد که بند ناف به دور گردن پیچیده و امتیاز آپگار دقیقه اول ۵ بود. با ساکشن ملایم و به کارگیری اکسیژن امتیاز آپگار دقیقه پنجم به ۹ رسید. فشار خون مادر پس از خروج نوزاد ۱۰۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۷۰ تپش در دقیقه بود. در همین حال انفوزیون ۳۰ میلی‌گرم ستوسینون آغاز گردید و ۱۰ میلی‌گرم مورفین وریدی و نیز ۱۰ میلی‌گرم آتراکوریوم داده شد. کل عمل یک

ساعت طول کشید و در این مدت بیمار ۲/۵ لیتر رینگر لاکتات دریافت کرد. در خاتمه عمل بیمار ۲/۵ میلی‌گرم نئوستیگمین و ۱/۲۵ میلی‌گرم آتروپین دریافت کرد. قبل از درآوردن لوله تراشه برای جلوگیری از نوسانات همودینامیک ۱۴۰ میلی‌گرم لیدوکائین نیز به بیمار داده شد. بعد از درآوردن لوله تراشه فشار خون بیمار ۱۰۰/۷۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب بیمار ۸۰ تپش در دقیقه بود. تغییرات نوار قلب بیمار در خلال عمل قابل توجه نبود. بیمار و نوزادش پس از ۵ روز با حال عمومی خوب مرخص شدند.

مؤلفان پس از معرفی این مورد در قسمت «بحث» این مقاله به دفاع از نحوه اداره بیمار پرداخته و در مورد کاربرد تک‌تک داروهای به کار رفته توضیحات مفصلی ارائه داده‌اند. مهم‌ترین هدف در اداره بیمار مزبور با سندرم ولف - پارکینسون - وایت، ثبت همودینامیک به منظور جلوگیری از آریتمی‌های مرتبط با این سندرم برشمرده شده است. ایجاد عمق کافی بیهوشی و کاربرد منطقی داروها از جمله ابزارهایی است که سبب ایجاد این ثبات شده و در ضمن از بیداری حین بیهوشی و نیز سرکوب جنین جلوگیری می‌کند.

در انتها مؤلفان این تذکر را قید می‌کنند که در موارد بحرانی به جای

1. preexcitation



گرفته شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در همه افراد شرکت کننده در این مطالعه میزان اضطراب از بیهوشی عمومی از میزان اضطراب سفر با هواپیما بیشتر بوده که این اضطراب در گروه پنجم به حداقل خود می‌رسد. نتیجه گیری عملی مؤلفان از مطالعه فوق آن است که ویزیت قبل از عمل همانند اطلاعاتی که از طرف سرویس پرواز در اختیار مسافران قرار می‌گیرد سبب کاهش اضطراب بیماران و در نتیجه ارائه بیهوشی مطلوب‌تر می‌شود. مطالعه مزبور در سیزدهمین کنگره جهانی متخصصین بیهوشی در پاریس (۳۰ فروردین - ۴ اردیبهشت ۱۳۸۳) ارائه شد.

بیروت به چاپ رسیده در صدد پاسخ‌گویی به پرسش فوق برآمده است. به این منظور ۱۸۰ فرد در ۶ گروه قرار گرفتند. گروه اول خلبانان و خدمه پرواز، گروه دوم بیهوشی‌دهندگان، دستیاران بیهوشی و پرستاران بیهوشی، گروه سوم افرادی که با هواپیما سفر کرده ولی سابقه بیهوشی نداشتند، گروه چهارم افرادی که با هواپیما سفر نکرده و در عین حال سابقه بیهوشی نیز نداشتند، گروه پنجم افرادی که هم سابقه سفر با هواپیما و هم سابقه بیهوشی داشتند و گروه ششم افرادی بودند که سابقه بیهوشی داشتند ولی تاکنون سفری با هواپیما نداشتند. پرسشنامه‌ای شامل ۲۸ سؤال چهار جوابی به منظور سنجش اضطراب شرکت‌کنندگان در این مطالعه به کار

سخت‌گیری و تعصب بهتر است که انعطافی منطقی و درخور شرایط ویژه را ایجاد کرد.

**|| The relief of anxiety: comparative study -- air plane flying vs anesthesia.**

**|| Kamalipour H., Mahmoudi H.**  
**|| Middle East J Anesthesiol. 2003 Oct; 17 (3): 427-34**

آیا پرواز با هواپیما سبب اضطراب بیشتر در انسان می‌گردد یا بیهوشی عمومی؟

مطالعه مزبور که توسط آقای دکتر حمید کمالی‌پور و خانم هیلدا محمدی انجام و در شماره اکتبر ۲۰۰۳ مجله میدل ایست جورنال او آنستزیولوژی، ارگان بخش بیهوشی دانشگاه آمریکایی

### (ج)

#### تألیف و ترجمه

مرتضی جباری مقدم  
|| ناشر: بیکران (تلفن ۶۴۹۱۰۱۷)  
|| تاریخ نشر: ۶ خرداد ۱۳۸۳  
|| ۱۷۰ صفحه  
|| قیمت ۲۵۰۰ تومان  
|| مباحث قلب و عروق از کتاب بیهوشی میلر  
|| مترجم: مهدی نجفی  
|| ناشر: دلیر (تلفن: ۲۲۷۷۷۱۰)  
|| تاریخ نشر: ۲۶ خرداد ۱۳۸۳

تشکیل شده که نویسندگان مختلف آنها را به رشته تحریر کشیده‌اند. از جمع متخصصان بیهوشی نام‌های دکتر بدیع‌الزمان رادپی، دکتر طاهره پارسا، دکتر شیده دبیر و دکتر گیتی بیرشک به چشم می‌خورد که وظیفه نگارش سه فصل از این کتاب را بر عهده داشته‌اند.

**|| اطلس بیهوشی رژیونال**

**|| مریم همتی، حسین صادقی،**

**|| اصول تشخیص و درمان تنگی**

**راه‌های هوایی به دنبال لوله‌گذاری**

**|| عزیزالله عباسی دزفولی**

**|| تاریخ نشر: ۲۵ اسفند ۱۳۸۲**

**|| ناشر: مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و**

**بیماری‌های ریوی (نشر خسروی) - (تلفن**

**۶۴۹۰۷۱۹)**

**|| قیمت: ۴۰۰۰ تومان**

**|| ۳۸۶ صفحه**

**کتاب مزبور از فصل‌های متعددی**

- این ترجمه افزوده‌اند که به درک بهتر مفاهیم کمک شایانی می‌کند.
- || آنالیز ABG به زبان ساده  
|| علی عزیزاده صوری، شاهین وحدانی، همایون شریم  
|| ناشر: سیمیندخت-تدبیر-تلفن: ۶۴۹۳۰۳۴  
|| تاریخ نشر: ۲۵ آذر ۱۳۸۲  
|| ۹۶ صفحه  
|| قیمت: ۱۲۰۰ تومان
- در نوشتار حاضر تغییرات اصلی گازهای خونی با مثال‌هایی متعدد - به زبانی ساده - بررسی و تشریح شده است. این کتاب راهنمایی است برای پزشکان و سایر کارکنانی که با بیماران دچار اختلالات گازهای خونی ارتباط دارند. عناوین بخش‌های کتاب عبارت‌اند از: اصول آنالیز گازهای خونی، تفسیر گازهای خونی به زبانی ساده و چگونگی تفسیر گزارش گازهای خونی.
- Interpret Arterial Blood Gases  
نوشته لارنس مارتین (Lawrence Martin)  
است که در سال ۱۹۹۹ از طرف انتشارات لیبینکوت (Lippincott) منتشر شده است. این کتاب در مورد تفسیر و تجزیه و تحلیل گازهای سرخرگی خون و نیز روش‌های اندازه گیری، و آزمایش‌های الکسترودی و... برای دانشجویان رشته‌های پزشکی تدوین شده است. در این کتاب علاوه بر آن در خصوص تغییرات فیزیولوژیک گازهای سرخرگی خون، تهویه حبابچه‌ای، الکترولیت‌ها، وضعیت اسید - باز، اتصال هموگلوبین و اختلاف فشار اکسیژن سرخرگی - حبابچه‌ای مطالبی درج شده است. در پایان کتاب، پرسش‌های مختلفی از متن همراه با پاسخ، واژه‌نامه و نمایه موضوعی به چاپ رسیده است. دکتر کمالی پور اضافه بر ترجمه کامل کتاب مزور، بر اساس مطالعات و تجربیات خود و نیز نیازهای ویژه آموزشی قسمت‌های متعددی را به
- || ۴۲۴ صفحه  
|| قیمت: ۷۹۰۰ تومان
- || مایع درمانی (۱): شناسایی، سرنوشت و ارزش مایعات وریدی  
|| عوض حیدرپور، اکبر بردبار  
|| ناشر: مقیم (تلفن اصفهان: ۳۳۶۳۹۴۵)  
|| تاریخ نشر: ۲۹ دی ۱۳۸۲  
|| ۳۶۸ صفحه  
|| قیمت: ۲۰۰۰ تومان
- || آنچه که باید برای تفسیر گازهای سرخرگی خون بدانیم  
|| ترجمه و تألیف: حمید کمالی پور  
|| ناشر: دانشگاه علوم پزشکی شیراز و شرکت تعاونی ناشران فارس (تلفن شیراز ۲۳۵۱۸۶۵)  
|| تاریخ نشر: ۱۱ اسفند ۱۳۸۱  
|| ۳۶۰ صفحه  
|| قیمت: ۱۲۵۰ تومان
- استخوان بندی این کتاب بر اساس ترجمه‌ای از چاپ آخر کتاب  
All Your Really Need to Know to

## (د)

## رسانه‌ها

- مذاکرات هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در مورخ ۲۲ آذر و ۲۷ دی ماه ۱۳۸۲، کرده است. در قسمت‌هایی از این جلسه دکتر محمد
- || نرخ غیر واقعی دبه‌ها و تعرفه‌ها  
مجله «جامعه پزشکی» ارگان سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در شماره زمستان ۱۳۸۲ خود اقدام به درج
- مهدی قیامت ضمن اشاره به مشکلاتی که به علت قصور حرفه‌ای در محاکم قضایی برای شاغلان حرف پزشکی ایجاد شده است، به ویژه احکام سنگین

اجتماعی و فرهنگی آن روز می‌نویسد: او از همان ابتدای سلطنتش نشان داد که با مذهب آن زمان مخالفت اساسی دارد. او گفت که فقط باید یک خدا یعنی تنها آتن (قرص خورشید) را پرستید و پرستش بت‌های مختلف را مذمت کرد. شکل و قیافهٔ اختانن نیز موجب گفت و گوهای بسیار جالبی شده است و آن هم به خاطر ظاهر فیزیکی بسیار عجیب او می‌باشد که آن را با ساختن مجسمه‌ها و با حکاکی ترسیم کرده‌اند و ظاهراً نشانگر موجودی دوجنسی است.

نویسنده ضمن بررسی نظریات مختلف در مورد این ظاهر نتیجه می‌گیرد: احتمالاً سندرم مارفان را می‌توان عامل بعضی از خواص منحصر به فرد اختانن دانست.

مقالهٔ دومی که از این استاد گرامی به چاپ رسیده مقاله‌ای است تحت عنوان «آیا خود مارکی دوساد نیز سادیست بود؟» که در شمارهٔ تیر ماه ۱۳۸۲ مجله گزارش منتشر شده است. مارکی دوساد حدود ۲۶۰ سال قبل در قصری در پاریس به دنیا آمد و پس از ۷۴ سال زندگی پر فراز و نشیب و جنجالی سرانجام در آسایشگاه سالمندان فوت کرد. نام مارکی دوساد با بی‌بند و باری، عیاشی، شهوت‌رانی و انحراف جنسی دو جانبه مترادف است. او دچار تعدد شخصیت و موجودیت متفاوت بود.

سرانۀ واقعی از طرف هیأت دولت به مجلس شورای اسلامی پیشنهاد نشد که این کوتاهی و بی‌توجهی عمدهٔ مسؤولان را اعضای محترم جامعهٔ پزشکی هرگز نخواهند بخشید و شایسته است مسؤولان سازمان نظام پزشکی و برگزیدگان جامعهٔ پزشکان در این شکل صنفی در برابر این قصور فاحش موضع‌گیری شدید نمایند».

|| دو مقاله در زمینهٔ فرهنگ و تاریخ دو مقاله در زمینهٔ فرهنگ و تاریخ از آقای دکتر ناصر صفائی نائینی در ماهنامهٔ «گزارش» به چاپ رسیده است. این استاد گرامی که از بنیان‌گذاران انجمن متخصصین بیهوشی ایران (در سال ۱۳۳۵) هستند در حالی که قدم به ۷۸ سالگی گذارده و مقیم کانادا هستند، همچنان ارتباط خود را با مقولهٔ تحقیق و نگارش حفظ کرده‌اند. مقالهٔ اول ایشان تحت عنوان «اختانن؛ فرعون‌ی با شکل زنانه» در دو شمارهٔ اسفند ۱۳۸۱ و فروردین ۱۳۸۲ مجله گزارش منتشر شد. اختانن<sup>۱</sup> در سال‌های ۱۳۵۰ تا ۱۳۲۲ قبل از میلاد مسیح بر مصر حکومت می‌کرد و از پادشاهان هجدهمین سلسلهٔ سلطنتی مصر محسوب می‌شود. دوران سلطنت این فرعون بیش از تمام آنچه در تاریخ مصر راجع به سلاطین دیگر وجود داشته است، مباحثه‌انگیز بوده و مورد تحقیقات قرار گرفته است.

مؤلف ضمن بحثی در مورد شرایط

پرداخت دیه به بیماران آسیب‌دیده یا بازماندگان بیمارانی که در جریان اقدامات پزشکی فوت می‌کنند، تصریح کرد: «به علت غیر قابل پیش‌بینی بودن حوادث و اتفاقاتی که در جریان اقدامات پزشکی ممکن است رخ دهد، همکاران ما هر ساله با پرداخت مبالغ سنگینی، به لحاظ مسؤولیت‌های حرفه‌ای، خود را بیمه می‌کنند که اخیراً سازمان‌های بیمه‌گر با اعلام نرخ دوست و چهل میلیون ریال به عنوان نرخ دیهٔ کامل، ارقام نجومی از شاغلان حرف پزشکی طلب می‌کنند، در حالی که مراجع ذی‌صلاح قضایی نرخ دیه کامل را یکصد و هشتاد میلیون ریال اعلام کرده‌اند. لذا معلوم نیست که چرا سازمان‌های بیمه‌گر نرخ غیر واقعی اعمال می‌کنند و مبالغ سنگینی از جامعه پزشکی طلب می‌کنند؟!»

همچنین در ادامهٔ این جلسه دکتر قیامت از انتشار یک گزارش خبری در روزنامهٔ همشهری در مورد برداشتن هر دو کسلیهٔ یک بیمار در یکی از بیمارستان‌های تهران شدیداً انتقاد کرد و آن را کذب محض خواند. دکتر قیامت همچنین در بحث دیگری در مورد تعرفه‌ها با اشاره به کوتاهی مسؤولان سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در تعیین سرانه و تعرفهٔ واقعی خدمات بهداشتی درمانی علی‌رغم دستور رییس جمهور، تصریح کرد: «متأسفانه امسال هم در قالب بودجه سال ۱۳۸۳، تعرفه و

1. Aknaton

مردی با مجموعه‌ای از تضادها بود و در عین حال از معصومیت، ولی نه در کمال مطلوب، بی‌بهره نبود. در واقع، مدارک موجود نشان‌دهنده این است که دوساد شخص مؤدب و با ملاحظه‌ای بوده است. او به کودکان یتیم از جیب خودش کمک می‌کرد و یک‌بار جان خودش را به خاطر نجات جان بچه‌ای فقیر در مقابل اسبی رم‌کرده به خطر انداخت. اما مارکی دوساد با بیان و اعمال بی‌پروا در مسائل جنسی از خود واژه سادیسزم را باقی گذاشت که از آن پس مانند صفتی رسواگر به دیگران اطلاق شد. جالب آن است که بدانیم در واقع، «کرافت ابینگ» که یکی از پیشگامان علم روانشناسی است، واژه سادیسزم را ۷۴ سال بعد از مرگ دوساد به کار برد.

مؤلف بر اساس طبقه‌بندی روان‌شناسی DSM4 خصوصیات رفتار دوساد را احتمالاً نشانه‌هایی از بیماری پارافیلیا می‌داند.

برای مطالعه متن کامل مقالات رجوع کنید به سایت اینترنتی مجله گزارش: [WWW.Gozareh.com](http://WWW.Gozareh.com)

### || انعکاس تست گازگرفتن لب فوقانی (ULBT) در اسپانیا

اخیراً انتشارات گروپو ادیتوریال یونیورسیتاریو<sup>۱</sup> در اسپانیا کتابی را تحت عنوان *control integral de la via aerea* منتشر کرده است. این کتاب که کار مشترک چهار نفر از متخصصان بیهوشی دانشگاهی اسپانیا است و زیر نظر «آگوستو هررا گونزالز» منتشر شده در

۱۹ فصل به مبحث حفظ مجرای هوایی و کاربرد روش‌های مختلف در این زمینه پرداخته است. در فصل پنجم این کتاب که نسخه‌ای از آن برای انجمن بیهوشی ارسال شده است نویسندگان ضمن بررسی تست‌های مختلف تعیین لوله-گذاری مشکل، با ارائه تصویری اقدام به شرح ULBT کرده‌اند. این تست ابداع همکار گرامی ما آقای دکتر زاهد حسین‌خان بوده و در شماره‌های قبل نمایه به اجمال معرفی شده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر از این کتاب با پست الکترونیک انتشارات فوق مکاتبه کنید: [groupoeditorial@terra.es](mailto:groupoeditorial@terra.es)

### (هـ)

#### اینترنت

|| کتاب کارگاهی ماشین بیهوشی چند سالی است که گروه بیهوشی دانشگاه فلوریدا برای آشنایی هرچه بیشتر دستیاران و متخصصان بیهوشی با ماشین بیهوشی، شبیه‌سازی را روی اینترنت ارائه داده است. این شبیه‌ساز که تحت عنوان *ویرچوال آنستزیا* ماچین<sup>۲</sup> مشهور است اصول پایه و نیز کارکردهای عالی ماشین بیهوشی را در قالبی مفهومی به تصویر کشیده است.

این سایت برای آشنایی بیشتر با کارکرد این ماشین‌ها متونی تحت عنوان «کتاب کارگاهی»<sup>۳</sup> به زبان انگلیسی تدارک دیده و از علاقمندان دعوت کرده است که این متون را به زبان‌های مختلف ترجمه کنند. تاکنون این کتاب مقدماتی به زبان‌های متعددی ترجمه و بر روی سایت اینترنتی گروه بیهوشی دانشگاه فلوریدا قرار گرفته است. اخیراً این کتاب از سوی چهار تن از دستیاران

1. Grupo Editorial Universitario
2. Virtual Anesthesia Machine (VAM)
3. workbook

قرار گرفته است. ترجمه این کتاب در ۵۲ صفحه و در قالب فایل pdf ارائه شده است. برای استفاده از این کتاب لازم است که قبلاً ثبت نام<sup>۱</sup> کنید که این ثبت نام رایگان است. برای ثبت نام مراحل ذیل را دنبال کنید:

۱. وارد صفحه ذیل شوید:

<http://vam.anest.ufl.edu/register.php>

۲. مشخصات درخواستی را تکمیل کنید. در این قسمت ارائه آدرس پست الکترونیک دقیق و نیز انتخاب اسم رمز برای مراجعات بعدی لازم است.

۳. کلید ثبت نام را کلیک کنید.

۴. بلافاصله به پست الکترونیک خود مراجعه کنید و نامه‌ای را که از طرف وی ای ام وب‌ماستر<sup>۲</sup> در پست الکترونیک شما وارد می‌شود باز کنید.

۵. بر روی نام دریافتی، لینک <http://vam.anest.ufl.edu/reg-confirm.php> را کلیک کنید.

۶. اکنون وارد صفحه زیر می‌شوید: <http://vam.anest.ufl.edu/logincheck.html> در

این قسمت عبارت Enter the Member's Area Here را کلیک کنید.

۷. در صفحه‌ای که ظاهر می‌شود آدرس پست الکترونیک و رمز عبور را که قبلاً انتخاب کرده‌اید وارد کنید.

این ثبت نام فقط برای یک بار بوده و در مراجعات بعدی تنها لازم است که مرحله ۶ و ۷ را انجام دهید. فراموش نکنید که برای رویت این متن، نرم‌افزار

اکروبات ریدر<sup>۳</sup> باید بر روی کامپیوتر نصب شده باشد. همچنین دقت کنید حجم فایل دریافتی حدود ۱/۲۳ مگابایت بوده و برای جلوگیری از اتلاف وقت بهتر است که اول نرم‌افزار را با کلیک راست دانلود کرده و سپس مطالعه کنید.

### || معرفی یک هام پیج<sup>۴</sup>

[WWW.movafegh.com](http://WWW.movafegh.com)

ایجاد صفحات شخصی بر روی اینترنت از سوی متخصصان بیهوشی یکی از راه‌هایی است که از طریق آنها می‌توان به راحتی به ایجاد ارتباطی دو جانبه با مخاطبان پرداخت. در نمایه ۱۳۸۱/۱ به معرفی صفحه شخصی دکتر محمود سقایی پرداخته بودیم. در این شماره به معرفی صفحه شخصی دکتر علی موافق، استادیار بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که به تازگی بر روی اینترنت قرار گرفته می‌پردازیم.

مجموعه مورد اشاره از قسمت‌های مختلف تشکیل شده است. این همکار گرامی پس از معرفی خود به ارائه مختصری از فعالیت‌های علمی پژوهشی خویش می‌پردازد. این کارنما قسمتی تحت عنوان «کتابخانه» دارد که در آن مقالاتی در زمینه نحوه ارائه مقالات پژوهشی، عملکرد و نتایج‌ها، فیزیولوژی کلیه، اداره درد و لوله گذاری به کمک فیبراپتیک گردآوری شده است.

در قسمت دیگر این مجموعه نیز فهرستی از سایت‌های مورد علاقه، در داخل و خارج از کشور ارائه شده است. قسمتی دیگر از سایت تحت عنوان «پاسخ به پرسش‌ها» به پاسخ‌گویی به پرسش‌های پزشکی بخصوص در زمینه بیهوشی، مراقبت‌های ویژه و درد می‌پردازد. دکتر موافق در قسمت «سخن روز» به ارائه نقطه نظرات خود می‌پردازد. در قسمت‌هایی از سخن روز می‌خوانیم: بی‌شک امروز رشته تخصصی بیهوشی و مراقبت‌های ویژه یکی از زیرشاخه‌های مهم علم پزشکی است. این رشته جوان که در حقیقت از دل تخصص جراحی بیرون آمده است روز به روز رشد بیشتری کرده و ابعاد گسترده‌تری به خود می‌گیرد. هرچند بیهوشی در دنیای امروز جایگاه ویژه‌ای دارد اما متأسفانه باید پذیرفت که این رشته تخصصی در کشور ما به منزلت شایسته خود دست نیافته است.

این همکار گرامی در ریشه‌یابی علت‌های این امر یکی از مهم‌ترین علل را ضعف متولیان و متخصصان بیهوشی در امر روشنگری و اطلاع‌رسانی دانسته و می‌افزاید: به نظر من یکی از راه‌های جبران این عقب‌ماندگی شتاب فراوان برای برقراری ارتباط است. این تلاش می‌تواند به صورت سازمان یافته و از طریق

1. register

2. VAM Webmaster

3. Acrobat reader

4. Homepage

کمک به امر آموزش و پژوهش ذکر کرده است.

راه اندازی این سایت را افزایش آشنایی جامعه با این رشته تخصصی، تبادل نظر بین همکاران، اطلاع رسانی سریع تر و

انجمن‌های مرتبط و نیز به صورت فردی باشد.  
در خاتمه دکتر موافق هدف خود از

## (و)

### همایش‌ها

comparing the laryngeal mask airway & laryngeal tube in spontaneously breathing anaesthetized patients

سعید مالک، کبری عقیقی، سید محمد رضا هاشمیان، علیرضا سلیمی

● 8. Active participation of anesthesia residents in education programs and computerizing the evaluation examinations  
بهروز یزدان پناه، عباس خسروی، عبدالمجید چوهدری (یاسوج)

● 9. Clinical and bacteriological surgery of the epidural analgesia in patient in the ICU

ریاب مقصودی، سید ابوالحسن شاهگل، سعید سلیمانی، سید موسی میری نژاد، علی صدیقی (تبریز)

● 10. Effect of relaxation techniques on pain relief during labour

سنگستانی، باقرپوش، تقی گوردزی (همدان)

● 11. The efficacy of "periconal anaesthesia" in ophthalmic surgery

مهوش آگاه، رضا اهرنجانی

● 12. Study of ICU operational indicators in Shaheed Beheshti University of Medical Science

سید سجادر ضوی، هدایت‌الله الیاسی، غلامی خاتون، علیرضا سلیمی، سید محمد رضا هاشمیان، میرزائی رزاز

● 13. Is thrombocytopenia a relative

افتاده است.

● 1. effects of a Bolus Dose of Tranexamic Acid on Bleeding in Hip Surgery

افلاطون مهر آیین، منوچهر مدنی کیوی

● 2. Results of intra-operative use of tranexamic acid in coronary artery bypass grafting surgery

افلاطون مهر آیین، منوچهر مدنی کیوی

● 3. a comparison of metoclopramide and lidocaine for preventing pain on injection of propofol

علی موافق، زاهد حسین خان، میر اسکندری، پیام اقتصادی عراقی

● 4. Evaluation of the postoperative analgesic effect of lidocaine with neostigmine compared with lidocaine alone in paediatric caudal anaesthesia

صادقی، مریم افشار، علی دباغ

● 5. The efficacy of "Palm print test" in prediction of difficult laryngoscopy in diabetic mellitus (type I) patients

مهوش آگاه، رضا اهرنجانی

● 6. A new method for predicting difficult intubation: clinical and radiological prospective study

حمید کمالی پور، کار ملاکمالی، محمد هادی باقری، علیرضا طالعی (شیراز)

● 7. A randomised controlled trial

توضیح: از این شماره به بعد «نمایه بیهوشی» اقدام به معرفی عناوین مقالات مرتبط با بیهوشی که در همایش‌های مختلف داخل و کشور ارائه می‌شوند خواهد کرد. با توجه به اینکه متن کامل این مقالات از سوی مؤلفان در مجلات داخل و خارج از کشور منتشر شده و یا در دست انتشار است، نمایه بیهوشی پس از انتشار مقالات اقدام به معرفی مشروح این مقالات خواهد کرد. از همکاران گرامی درخواست می‌شود که نمایه را در جریان فعالیت‌های خود قرار دهند.

### || سیزدهمین کنگره بین‌المللی

متخصصین بیهوشی (پاریس، ۳۰ فروردین-۴ اردیبهشت ۱۳۸۳)

معرفی مقالات در این قسمت بر اساس لوح فشرده‌ای صورت می‌گیرد که از سوی برگزارکنندگان کنگره پاریس در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفته است. به جز سه مورد اول که مطالب در شکل سخنرانی برگزار شدند بقیه مطالب در قالب پوستر ارائه شدند. متأسفانه در پاره‌ای موارد اسم کوچک مؤلفان از قلم

- سینا غفاری پور جهرمی، حمید کمالی پور (شیراز)
- 29. Evaluation of the effects of pretreatment with midazolam and lidocaine combination on haemodynamic changes of endotracheal intubation of elective surgical patints  
غلامرضا موثقی، رضا صفائیان
- 30. The effect of inflation of endotracheal tube cuff with lidocaine during elective surgery  
سید مصطفی علوی، احمدی، مازیار محجوبی فرد (زاهدان)
- 31. Efficacy of intratracheal lidocaine in prevention of bucking at the end of general anaesthesia  
بدیع الزمان رادبی، اخوه
- 32. Determination of duration of ICU stay after coronary artery bypass graft surgery  
سید موسی میرزائزاد، سعید سلیمانی، رضایت پرویزی، عباس افراسیابی (تبریز)
- 33. Effects of verapamil on control of haemodynamic changes during laryngoscopy and tracheal intubation  
فرنادایمانی، ولی الله حسینی، علی اکبر جعفریان، فرانک رختابناک
- 34. Negative pressure pulmonary edema (report on 5 cases)  
ابراهیم نصیری، محمد رضا خواجهوی، یوسف مرتضوی (ساری)
- 35. Intra-articular sufentanil compared with morphine for pain relief after arthroscopic knee surgery  
آصف پرویز کاظمی، سورنا رضازاده (شیراز)
- 36. A comparative study of preoperative administration of rectal diclofenac and
- بهاد مقصودی (شیراز)
- 21. Prevention of post - tonsillectomy pain in children pretreated with analgesic doses of ketamine  
شجاع الحق طارق، مرتضی نفیسی (شیراز)
- 22. Comparison of prophylactic effects of two drug regimens on ponv for intraabdominal surgeries, granisetron plus dexamethasone vs droperidol plus dexamethasone  
رضا صفائیان، غلامرضا موثقی
- 23. Formulation and clinical assessment of a new local anaesthetic cream  
عباس خسروی، مسعود لهستانی، کار ملاکریمی، سلیمان محمد سامانی (یاسوج - شیراز)
- 24. The evaluation of the quality of recovery after general anaesthesia and surgery in adult with "quality of recovery score"  
علی موافق، سید احمد سید مهدی، افلاطون مهر آئین
- 25. Treatment of post operative shivering with dexamethasone  
عباس خسروی، محمد تقی معین وزیری (یاسوج - شیراز)
- 26. Evaluation of post - operative pain in elective breast surgery patients undergoing para vertebral block versus general anaesthesia  
هدایت الله الیاسی، علی دباغ
- 27. Does high resting cuff diameter of the endotracheal tube result in less post-operative sore throat and/or hoarseness after short - term operations?  
فریدزند، عباس خسروی (یاسوج)
- 28. Using the bubble inclinometer to predict difficulty of laryngoscopy with a macintosh # 3 laryngoscope
- contraindication for central vein catheterization?  
افلاطون مهر آئین، منوچهر مدنی کیوی
- 14. Intraoperative antifibrinolysis and blood-saving techniques in CABG: perioperative autologous blood donation in comparison with tranexamic acid  
افلاطون مهر آئین، منوچهر مدنی کیوی
- 15. Does tranexamic acid reduce bleeding after off-pump coronary artery bypass grafting?  
افلاطون مهر آئین، منوچهر مدنی کیوی
- 16. Absence of beneficial effect of autotransfusion combined with tranexamic acid on post cardiopulmonary bypass bleeding  
افلاطون مهر آئین، منوچهر مدنی کیوی
- 17. the effect of halothane on intraocular pressure during induction and tracheal intubation  
ابراهیم نصیر، اسداله فرخ فر، یوسف مرتضوی (ساری)
- 18. Evaluation of the efficacy of nitroglycrein ointment in the success rate of venipuncture in cut-down canidates  
بدیع الزمان رادبی، شیده دبیر، شیخ الاسلامی، طاهره پارسا، حسینی
- 19. A comparison between intraoperative adminisration of ketamine and deliberate hypervolemia to minimize postoperative haemorrhage in parasagittal /parafalcian meningiomas: an interventional study  
زاهد حسین خان، سید علی طباطبائی، هوشنگ صابری، محمود علی یاری
- 20. The effect of cuffed - tubes on respiratory complications following adenotonsillectomy in children

- بهباد مقصودی، وحید رضا خانلو (شیراز)
- 53. Comparison of two anaesthetic techniques on usage of inotrope during CABG surgeries  
شهربانو شهبازی (شیراز)
  - 54. Effect of diabetes on pump time and ICU staying in CABG patients in Nemazi Hospital, Shiraz, Iran  
شهربانو شهبازی (شیراز)
  - 55. Evaluation of immune system in anaesthesia and operating room personnel  
سعیدی سلیمانی، ریباب مقصودی، مسعود پریش، بدرالسادات رهنما، مهرانگیز جانی، خسرو کلاه‌دوزان، علی حسین کریمی (تبریز)
  - 56. Comparative study of microbial infection of general ICU and poisoning centre ICU in Lohman Hospital, Tehran, Iran  
علیرضا سلیمی، لطیف گنج‌کار، فرهاد یغمائی، سید محمدرضا هاشمیان
  - 57. Effect of piroxicam for reduction of post-operative pain  
ریباب مقصودی، سعیدی سلیمانی، علی حسین کریمی، سید ابوالحسن شاهگل، خسرو کلاه‌دوزان، معروف انصاری (تبریز)
  - 58. Study of 0.25% bupivacaine as an anaesthetic drug for spinal anaesthesia  
ریباب مقصودی، سعید سلیمانی، علی حسین کریمی، علیرضا بر بند، علی صدیقی، سیمین تقوی (تبریز)
  - 59. Celiacplexus block with 96% alcohol in patients with advanced cancer without the use of radiologic guides  
ریباب مقصودی، سعید سلیمانی، علی صدیقی، خسرو کلاه‌دوزان، معروف انصاری (تبریز)
  - 60. Evaluation of patients with fever in surgery ICU
  - 44. Comparison of alfentanil vs S-ketamine for induction of total intravenous anaesthesia in old patients  
حمید کمالی پور، پگاه جغتائی (شیراز)
  - 45. The effect of hypernatremic status on anaesthesia  
حیدرپور (زنجان)
  - 46. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on post caesarean section pain (TENS)  
عباس خسروی، اکبر رستمی نژاد، زهره کریمی (یاسوج)
  - 47. A Comparative study of anxiety from flying and anaesthesia between various population groups  
حمید کمالی پور، هیلدا محمودی (شیراز)
  - 48. A comparison of 0.5% lidocaine and 0.25% meperidine for Intravenous Regional Anesthesia (IVRA)  
فرناد ایمانی، علی اکبر جعفریان، ولی‌الله حسینی، غلامرضا موثقی
  - 49. Whole lung lavage for treatment of pulmonary alveolar proteinosis: report of 9 cases for the first time in Iran  
بدیع الزمان رادپی، بهزاد بنی‌اقبال، طاهره پارسا، شیده دبیر
  - 50. The relationship between snoring and difficult intubations  
عباس دانشمند، محمود پویانی راد، علی دباغ
  - 51. Trapping of McGill forceps with tracheal tube during nasal intubation  
ولی‌الله حسینی، بهروز زمان، فرناد ایمانی، محمدی، نعمت‌الهی
  - 52. Right subclavian versus right internal jugular vein approach for CVP monitoring during open heart surgery
  - acetaminophen for post operative analgesia in septorhinoplastic surgeries  
الهه الهیاری (شیراز)
  - 37. The correlation between the central venous pressure and the intraocular pressure during coronary artery bypass grafts and in Intensive Care Units  
حمید کمالی پور، محمد حسین روزی طلب، کارملا کمالی، غلامرضا معصومی (شیراز)
  - 38. Adult of intensive care unit admissions from the operating room  
ریباب مقصودی، سعید سلیمانی، علی حسین کریمی، خسرو کلاه‌دوزان، معروف انصاری (تبریز)
  - 39. The effect of manager speciality in ICU mortality rate  
علیرضا سلیمی، سید محمدرضا هاشمیان، محمد علی جابویانی
  - 40. Study of the need for an Intensive Care Unit after UROD (Ultra Rapid Opioid Detoxification) method  
محمد مهدی قیامت، علیرضا سلیمی، محسن پیروز هاشمی، سعید مالک، سید محمدرضا هاشمیان
  - 41. A comparative study of the sedative effect of oral ketamine and promethazine premedication in outpatient paediatric surgery  
شجاع‌الحق طارق، احمد رضا پایداری (شیراز)
  - 42. Comparison of changes in cardiac output during laparoscopy under general anaesthesia maintenance with propofol and halothane  
ولی‌الله حسینی، مهدی یزاده، فرناد ایمانی، جنتی
  - 43. Propofol-alfentanil for no muscle relaxant endotracheal intubation of young adult males  
عبدالمجید جوهدری، بهزاد مقصودی (شیراز)



- 72. Comparison of the anaesthetic period and complications in caesarean section between epidural methadone and sufentanil administered women  
غلامرضا موثقی، رضا صفائیان
- 73. A comparison between the combination of pancrarium, morphine, lidocaine 0.25% and lidocaine 0.5% for their onset and duration of intravenous block in upper limb surgeries  
غلامرضا موثقی، رضا صفائیان
- 74. Coracoid process as a landmark for brachial plexus block via intraclavicular approach  
اسدالله سعادت نیایی، بابک کاتبی، مهران کوچک
- 75. Comparison of haemodynamic changes between the combination of midazolam + fentanyl and midazolam + morphine for sedation in postoperative ICU patients, Khatam Hospital, Zahedan, Iran  
مازیار محجویی فرد، سید مصطفی علوی (همدان)
- 76. Assessment of oxygen saturation of hemoglobin by pulse oximetry before, during and after electro convulsive therapy (ECT)  
شجاع الحق طارق، عابد پور (شیراز)
- and hypertonic glucose on atonic uterine in Ghods Maternity Hospital  
میر تیموری، مازیار محجویی فرد (زاهدان)
- 67. Sub-clinical thrombocytopenia precedes pre-eclampsia  
معصومه فلاحیان، نبائی
- 68. Variations rate of spo2 and heart rate during fasciculation and shivering in general anaesthesia  
یوسف مرتضوی، ابراهیم نصیری، ابراهیم علیجانپور (ساری)
- 69. Onset and complication of anaesthesia in interscalane block using lidocaine with and without fentanyl in 800 pts with nerve stimulator method  
محمد اسماعیل داوری، رضا بهنیا
- 70. The effect of local morphine in duration and severity of lidocaine anaesthesia in hand surgery  
سید محمد رضا هاشمیان، علیرضا سلیمی، سید سجاد رضوی، بنی تراب، محمد علی جاویانی
- 71. Comparison of bupivacaine 0.5% and bupivacaine 0.25% for spinal anaesthesia during caesarean operation, quality and complication of anaesthesia  
علیرضا سلیمی، سعید مالک، هاشم شریف، سید محمد رضا هاشمیان، فرهاد صفری، علی امیر سوادکوهی
- ریاب مقصودی، سعید سلیمانی، علی حسین کریمی، خسرو کلاهدوزان، انصاری (تبریز)
- 61. Dexamethasone efficacy on postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy in women  
ریاب مقصودی، سعید سلیمانی (تبریز)
- 62. Comparison of Low flow and High flow techniques in the stability of haemodynamic indexes  
حمزه حسین زاده، ریاب مقصودی، سعید سلیمانی (تبریز)
- 63. Effects of clonidine in perioperative haemodynamic and anaesthetic requirements in elderly patients  
علی پیروی فر، ریاب مقصودی، سعید سلیمانی (تبریز)
- 64. Local anaesthesia in the airway reduces sedation requirements in patients mechanical ventilation  
ریاب مقصودی، سید موسی میری نژاد، محمد راهوار، گلشن اصغری، ناصر قربانیان (تبریز)
- 65. Comparing the effect of dextrose - containing and dextrose - free fluids on the postoperative blood sugar  
عبدالمجید چوهدری، داوود جهان سیر، عباس خسروی (یاسوج)
- 66. Comparison of therapeutic effect between intravenous calcium gluconate