



انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران

• نمایه بیهوشی

سیری در فعالیت‌های پژوهشی - فرهنگی داخل کشور

• دکتر محمدرضا درودیان

• Profile of Anesthesia A Review in Research Cultural Activities in Iran

• M.R. Douroodian, MD

anespain@yahoo.com

• الف) مقالات مندرج در مجلات داخل کشور

پیکری یا کاردیوپولمونری بای پاس بیش از ۲ ساعت نداشتند. همچنین مدت زمان کلامپ آئورت در این بیماران بیش از ۴۵ دقیقه نبود و هیپوترمی به زیر ۳۰ درجه سانتی‌گراد نمی‌رسید. روش بیهوشی بیماران از نوع داخل وریدی کامل بود که برای القاء در هر دو گروه از سوپتانیل (۰/۵ میکروگرم / کیلوگرم) و پانکرونیوم (۰/۱۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده می‌شد. تنها تفاوت دو گروه در

می‌گیرند متفاوت باشد، آیا نیاز به داروی ایسنتروپ برای جدا کردن بیمار از گردش خون برون‌پیکری نیز تفاوت محسوسی پیدا می‌کند یا خیر؟ به این منظور ۶۰ بیمار ۴۰ تا ۶۰ ساله که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر در مرکز قلب شهید رجایی قرار گرفته‌اند در این مطالعه شرکت داده شدند. تمامی بیماران از جهت ASA^۱ در کلاس یک و دو قرار می‌گرفتند. بیماران کسر جهشی بالای ۴۰ درصد داشته، و مدت زمان قرار گرفتن تحت گردش خون برون-

□ مقایسه میزان نیاز به اینوتروپ در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر با ۲ داروی بیهوشی دهنده متفاوت
ناهید عقدایی، رسول فراست‌کیش، عوض حیدرپور، غلامعلی ملاصادقی
مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهار ۱۳۸۳، صص ۱۱۵-۱۲۲

مؤلفان این مقاله در صدد بوده‌اند تا با بررسی بین دو داروی میدازولام و پروپوفول در یابند که اگر داروی القای بیهوشی در بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار

1- American Society of Anesthesiologists

آن بود که در یک گروه از پروپوفول (۱/۱۵-۱ میلی‌گرم/کیلوگرم) و در گروه دیگر از میدازولام (۰/۲ میلی‌گرم/کیلوگرم) به عنوان عامل القای بیهوشی استفاده می‌شد. جهت حفظ و ادامه بیهوشی نیز از سوپتانیل (۰/۰۱ میلی‌گرم/کیلوگرم) و میکروگرم (۰/۱۵-۰/۰۱ میلی‌گرم/کیلوگرم) (۳۰ دقیقه) استفاده می‌شد. در این مورد نیز در یک گروه از پروپوفول (۱۵۰-۱۰۰ میکروگرم/کیلوگرم) دقیقه) و در گروه دیگر از میدازولام (۱ میکروگرم/کیلوگرم) دقیقه) استفاده می‌شد. در هنگام برقراری گردش خون برون‌پیکری مقدار نگه‌دارنده داروها به نصف مقدار ذکر شده کاهش می‌یافت و پس از برقراری گردش خون بیمار، میزان نگه‌دارنده اولیه افزایش داده می‌شد. تمامی بیمارانی که با شرایط خوب و بدون مشکل آماده جداسازی از گردش خون برون‌پیکری می‌شدند در این مطالعه وارد می‌شدند. در صورتی که فشار خون متوسط شریانی و تعداد ضربان قلب این بیماران در زمان جدا شدن از سیستم گردش خون برون‌پیکری اختلاف بارز و معنی‌داری با فشار خون متوسط شریانی و تعداد ضربان قلب قبل از القای بیهوشی داشتند برای آنها دوپامین (۵ میکروگرم/کیلوگرم) دقیقه) شروع می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که طی

عمل جراحی (قبل، حین، و بعد از گردش خون برون‌پیکری) (۱۶/۷٪) بیماران در گروه پروپوفول برای خروج از سیستم گردش خون برون‌پیکری نیاز به دوپامین پیدا کردند، در حالی که در گروه میدازولام این مقدار به ۳۰٪ می‌رسد. مؤلفان در مورد نتایج به دست آمده می‌نویسند: گرچه این اختلاف معنی‌دار نبود ولی با توجه به اینکه تعداد بیماران نیازمند به اینوتروپ در گروه میدازولام حدود دو برابر گروه پروپوفول بود، این امر از نظر بالینی ارزشمند بوده و در انتخاب هوشبر مناسب دارای اهمیت می‌باشد. مؤلفان می‌افزایند: با وجود آنکه از نظر تئوری گفته می‌شود که ثبات همودینامیکی بسا میدازولام بیشتر است به‌طور عملی مشاهده شد که پروپوفول مشکل خاصی برای بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر ایجاد نمی‌کند. اگر پروپوفول در بیمارانی که از قبل هیدراته شده‌اند، به آرامی و با حداقل مقدار مورد نیاز مصرف شود، نه تنها عوارض قلبی-عروقی [۱] که برای بیمار مشکل‌ساز باشد و موجب عدم پایداری همودینامیک بیمار گردد ایجاد نمی‌کند، بلکه در کمتر کردن نیاز به اینوتروپ در بیماران هنگام جدا شدن از سیستم گردش خون برون‌پیکری نیز کمک‌کننده است. نتیجه‌گیری کلی مطالعه آن است که: تجویز داخل وریدی پروپوفول جهت

القای بیهوشی و انفوزیون آن برای ادامه بیهوشی در بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر می‌تواند مفید و قابل اطمینان باشد. **میزان موفقیت بی‌حسی ناحیه پسواس در آرتروسکوپی زانو** سیدمجتبی کریمی، سیدعلیرضا بامشکی، رضا جلائیان *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بهار ۱۳۸۳، صص ۷۸-۷۵* بی‌حسی ناحیه پسواس را بلوک ۳ در ۱ نیز خوانده‌اند. در این روش سه عصب فمورال، اتراتور و جلدی رانی خارجی با یک تزریق بی‌حس می‌شوند. این مقاله به بررسی میزان مؤثر بودن این بی‌حسی جهت انجام آرتروسکوپی زانو از دیدگاه رضایت بیمار، رضایت جراح و تغییرات همودینامیک بیمار می‌پردازد. شرکت کنندگان در مطالعه ۵۰ بیمار با کلاس فیزیکی یک یا دو ASA بودند که در اتاق عمل مرکزی بیمارستان قائم مشهد نیاز به عمل جراحی آرتروسکوپی زانو داشتند. سن بیماران بین ۱۵ تا ۵۰ سال متغیر بود. روش کار بدین گونه توصیف گردیده است: در حالی که بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار گرفته بود لیگامان اینگوینال شناسایی شده و شریان فمورال در زیر آن لمس می‌گردید. یک سوزن شماره ۲۲ به طول ۵ سانتی‌متر از خارج شریان و با جهت‌گیری به طرف سر به

بوده است که مؤلفان دلیل احتمال این امر را به استمرار در انجام دم عمیق در حین مصرف تریاک منسوب دانسته‌اند. نتایج این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که به صورت معنی‌داری فشار خون سیستولی افراد معتاد کمتر از گروه شاهد است (۱۰۹/۴ در مقابل ۱۱۸/۲ میلی‌متر جیوه) که مؤلفان این امر را با کاهش تون عروقی در اثر مصرف تریاک توجیه می‌کنند. با توجه به اینکه مقدار متوسط مصرف تریاک افراد معتاد در این مطالعه ۱/۸۹۲ گرم در روز بوده است مؤلفان توصیه می‌کنند که مطالعه‌ای بر روی معتادان با مصرف روزانه بیش‌تر از ۳ تا ۴ گرم انجام شود. نتیجه‌گیری نهائی مطالعه آن است که مصرف تریاک تدخینی اثر کاهش‌دهنده‌ی اضافی بر آزمون‌های عملکرد ریوی نداشت.

□ مقایسه‌ی اثرات کلینیکی متوکلوپرامید وریدی و دروپردول در پیشگیری از تهوع و استفراغ بعد از اعمال جراحی شکمی و بیهوشی

علیرضا سوسن‌آبادی، محمدجواد باقری، انسیه مهدیخانی

ره‌آورد دانش (دانشگاه علوم پزشکی اراک)، بهار ۱۳۸۲، صص ۲۸-۲۵

برای جلوگیری از تهوع و استفراغ بعد از اعمال جراحی شکمی که تحت بیهوشی عمومی انجام می‌گیرد، تزریق

□ رابطه تدخین تریاک با عملکرد ریه حمیدرضا جوادی، علیرضا احمدی
مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، زمستان ۱۳۸۲، صص ۴۵-۴۲

اعتیاد تدخینی به تریاک یکی از رایج‌ترین راه‌های سوء مصرف این ماده مخدر است. مؤلفان که از همکاران متخصص داخلی هستند با انجام این مطالعه در صدد برآمده‌اند تا اثر تدخین این ماده را بر روی آزمون‌های عملکرد ریوی معتادان بررسی کنند.

مطالعه بر روی ۵۰ بیمار مرد ۳۰ تا ۵۰ ساله به صورت مورد-شاهد از تابستان ۱۳۷۹ تا تابستان ۱۳۸۰ انجام شده است. در گروه مورد ۳ نفر فقط تریاک و ۲۲ نفر سیگار و تریاک را به‌طور توأم مصرف می‌کردند. این گروه به‌طور تصادفی از مراجعان به درمانگاه خود معرف بهزیستی قزوین انتخاب شدند. در گروه شاهد نیز ۲۲ نفر سیگار و ۳ نفر غیر سیگاری بودند. آزمون عملکرد ریوی دو گروه توسط دستگاه اسپرومتر جاگرا^۱ انجام شد. از جهت بالینی نیز شدت درگیری ریه در افراد شرکت‌کننده مشخص و دسته‌بندی می‌شد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که تدخین تریاک با مقادیر ذکر شده در مطالعه اثر اضافی بر کاهش عملکرد ریوی معتادان نداشته است. البته مقدار حجم ذخیره‌ی بازدمی در گروه معتادان بیش از گروه غیر معتادان

تدریج وارد گردید تا احساس پارستزی در بیمار ایجاد شود. با انگشت روی قسمت انتهایی غلاف در دیستال سوزن فشار آورده، پس از آسپیره کردن و اطمینان از محل صحیح سوزن، میزان ۲۰ تا ۳۰ میلی‌لیتر از محلول بوپیواکائین ۰/۲۵ درصد به صورت آهسته تزریق شد. ۲۰ دقیقه پس از انجام بی‌حسی، سطح بی‌حسی توسط کشیدن سر سوزن بر روی پوست پای بیمار کنترل شده و در صورت تأیید بی‌حسی کافی در اطراف زانو، عمل جراحی آغاز می‌گردید. جهت خواب‌آوری به کلیه بیماران ۵۰ تا ۱۰۰ میکروگرم فنتانیل و یک میلی‌گرم میدازولام تزریق می‌شد.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که گرچه جراح در ۸۰٪ موارد از همکاری بیمار راضی بوده و شلی مفصلی نیز در ۸۸٪ موارد برای انجام آرتروسکوپی مناسب بوده است ولی تنها ۲۰٪ بیماران از روش بی‌حسی خود رضایت کامل داشته و بیش از ۵۰٪ آنها در طول عمل دچار هیجان و اضطراب شدید شده‌اند که تغییرات همودینامیک حین عمل نیز این مسأله را تأیید می‌کند.

مقاله با این نتیجه‌گیری ختم می‌شود: بی‌حسی ناحیه‌ی پسواس به تنهایی نمی‌تواند آنستزی کافی جهت انجام آرتروسکوپی زانو را فراهم آورد. ایجاد خواب‌آوری کافی و یا یک بیهوشی سبک شاید بتواند این بی‌حسی را به یک روش آنستزی مطلوب تبدیل نماید.

وریدی متوکلوپرامید مؤثرتر است یا دروپریدول؟

مؤلفان (که نترات دوم و سوم پزشک عمومی هستند) با انجام این مطالعه بر روی ۳۰۰ نفر در سه گروه بیمار ۱۰ تا ۶۹ ساله که از مهر ۱۳۷۹ تا خرداد ۱۳۸۰ جهت انجام اعمال جراحی شکم به اتاق عمل بیمارستان ولی عصر (عج) اراک مراجعه کرده بودند در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال برآمده‌اند.

۳۰ دقیقه قبل از پایان بیهوشی به یک گروه متوکلوپرامید (۱/۰ میلی‌گرم / کیلوگرم)، به گروه دوم دروپریدول (۴۰ میکروگرم / کیلوگرم) و به گروه سوم دارونما (۲ میلی‌لیتر نرمال سالین) به صورت وریدی تجویز و وقوع تهوع و استفراغ تا ۶ ساعت پس از عمل ثبت می‌گردید. نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که طول مدت جراحی‌ها از ۳۰ تا ۱۵۰ دقیقه متغیر بوده است. از جهت آماری در گروه دروپریدول ۱۳٪، در گروه متوکلوپرامید ۲۷٪ و در گروه دارونما ۵۰٪ بیماران دچار تهوع و استفراغ بعد از عمل شدند.

مؤلفان نتیجه‌گیری نهائی خود را این‌گونه خلاصه می‌کنند: «در این مطالعه داروی دروپریدول در پیشگیری از تهوع و استفراغ بعد از عمل نسبت به متوکلوپرامید مؤثرتر عمل کرد که این نتیجه موافق با مطالعات انجام شده قبلی می‌باشد، ضمن اینکه داروی دروپریدول از نظر اثرات

فارماکولوژیک دارای اثرات آرام‌بخشی، ضد‌اریتمی و فاقد تأثیر بر روی حجم‌های ریوی می‌باشد.»

☑ مقایسه اثرات آلفنتانیل با دوز بالا و دوز رایج بر تغییرات همودینامیک ناشی از لارنگوسکوپ و لوله‌گذاری تراشه
محمد خلیلی

ره‌آورد دانش (دانشگاه علوم پزشکی اراک)، زمستان ۱۳۸۱، صص ۴۰-۳۶

برای جلوگیری از نوسانات همودینامیک ناشی از لوله‌گذاری تراشه کاربرد کدام دوز از آلفنتانیل مؤثرتر بوده و سبب عوارض کمتری می‌گردد: دوز رایج (۱۵ میکروگرم / کیلوگرم) یا دوز بالا (۴۵ میکروگرم / کیلوگرم)؟

مؤلف برای پاسخ‌دادن به این پرسش مطالعه‌ای را بر روی ۲۳۶ بیمار ۱۸ تا ۷۰ ساله که نیاز به بیهوشی عمومی و لوله‌گذاری تراشه داشتند و از فروردین تا مرداد ۱۳۸۱ در اتاق‌های عمل بیمارستان‌های امیرکبیر و ولیعصر اراک تحت عمل جراحی غیر اورژانس قرار گرفتند (بدون توجه به جنسیت و نوع عمل جراحی) انجام داده است. تمامی بیماران از جهت کلاس فیزیکی در رده‌بندی یک یا دو ASA قرار داشتند و بیمارانی که زمان لارنگوسکوپ و لوله‌گذاری آنها بیش از ۳۰ ثانیه طول می‌کشید و لوله‌گذاری مشکل داشتند از مطالعه خارج می‌شدند. ۹۰ ثانیه قبل از

لارنگوسکوپ در یک گروه از دوز رایج (۱۵ میکروگرم / کیلوگرم) آلفنتانیل و در گروه دیگر از دوز بالای (۴۵ میکروگرم / کیلوگرم) این دارو استفاده شد. در باقی موارد داروهای به کار رفته یکسان بود؛ به این ترتیب که از تیوپنتال (۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) و سپس از سوکسینیل کولین (۱/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم) استفاده می‌شد. نتایج مطالعه نشان داد که آلفنتانیل در هر دو دوز مانع از این شد که معیارهای همودینامیک بیش از ۲۰٪ افزایش یابند. در مورد کنترل ضربان قلب تفاوتی در میان دو گروه دیده نشد (در گروه با دوز بالا ۱۳/۶۳٪ و در گروه دوز رایج ۱۰/۳۴٪ افراد دچار افزایش ضربان قلب شدند)؛ اما در مورد فشار خون شریانی تفاوت دو گروه معنی‌دار بود به این صورت که در گروه دوز بالا ۲/۵۴٪ افراد و در گروه دوز رایج ۶/۸۹٪ افراد، پاسخ پرسور به‌طور مؤثری کنترل نشد.

پژوهش مؤلف به این نتیجه‌گیری ختم می‌شود: «آلفنتانیل در هر دو دوز به کار رفته در کنترل پاسخ پرسور مؤثر بوده و در مورد کاهش فشار متوسط شریانی تفاوت بین دو گروه از جهت آماری معنی‌دار می‌باشد که نشان‌دهنده مؤثر بودن روش جدید (دوز بالا) است ولی در مورد کاهش ضربان قلب تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نبود. بنابراین هیچ کدام از روش‌ها در این مورد برتری چندانی بر هم ندارند. ضمن

نتیجه گیری نهایی مؤلفان آن است که: اگر زمان القای بیهوشی تا خروج نوزاد کمتر از ۱۰ دقیقه و زمان برش رحم تا خروج نوزاد کمتر از ۳ دقیقه باشد در شرایط معمولی دوزهای القای پروپوفول و تیوپنتال سدیم برای جراحی سزارین، از نظر بالینی تفاوت بارزی بر آپگار نوزاد و متغیرهای همودینامیک مادر ندارند و می توان بسته به شرایط و تجربه متخصص بیهوشی، از هر دو دارو برای القای بیهوشی در سزارین استفاده کرد.

• (ب) مقالات مندرج در مجلات بین المللی

☑ The anesthetic management of an intrabronchial escape of a hydated's ruptured laminated membrane during rigid bronchoscopy.

Dabir S., Boloursaz MR., Javaherzadeh M., Radpay B., Parsa T. Paediatr Anaesth. 2004 Oct; 14 (10): 886-8

مجله پدیاتریک آنستزی که در پاریس منتشر می شود اقدام به چاپ مقاله ای از دکتر شیده دبیر، دکتر محمدرضا بلورساز (متخصص اطفال)، دکتر مجتبی جواهرزاده (جراح قفسه سینه)، دکتر بدیع الزمان رادپی و دکتر طاهره پارسا کرده است. این مقاله که به شکل «معرفی بیمار» در شماره اکتبر ۲۰۰۴ این مجله به چاپ رسیده به معرفی

پنجم تکنسین هوشبری هستند) با بررسی ۶۰ زن حامله که طی بهمین و اسفند ماه ۱۳۸۱ جهت سزارین به بیمارستان علوی اردبیل مراجعه کرده بودند درصددند تا راهی برای پاسخ گویی به سؤال مزبور بیابند. تمامی بیماران در کلاس فیزیکی یک یا دو ASA قرار داشتند. بیماران به مدت ۵ دقیقه قبل از القای بیهوشی اکسیژن ۱۰۰٪ گرفتند و سپس بسته به نوع گروه مورد مطالعه تیوپنتال سدیم (۴ میلی گرم / کیلوگرم) یا پروپوفول (۲ میلی گرم / کیلوگرم) دریافت کردند. سپس با فشار بر کریکوئید پس از تجویز سوکسینیل کولین (۱/۵ میلی گرم / کیلوگرم) بعد از حدود ۶۰ ثانیه لوله گذاری تراشه انجام شد. نگهداری بیهوشی به کمک مخلوطی از هالوتان ۵/۰٪ و اکسیژن و نایتروس اکساید (با حجم های مساوی) انجام می شد و از آتراکوریوم (۲/۰ میلی گرم / کیلوگرم) نیز استفاده گردید. نتایج مطالعه نشان می دهد که آپگار نوزادان در زمان های ۱ و ۵ و ۱۰ و ۱۵ تفاوت معنی داری نداشته و حداکثر نوسانات ضربان قلب و فشار خون مادران نیز در دو گروه تفاوت معنی داری نشان نمی دهد. زمان القای بیهوشی تا خروج نوزاد که زیر ۸ دقیقه بوده و زمان برش رحم تا خروج نوزاد نیز که زیر ۱۳۰ ثانیه بوده در هر دو گروه تفاوت معنی داری نداشته است.

اینکه در گروهی که آلفتانیل را با دوز بالا دریافت کردند میزان بروز عوارضی مثل افت شدید فشار خون و پدیده برانگیختگی عصبی و سندرم سفتی قفسه سینه خیلی بیشتر از گروه دوز پایین دارو بود. نهایت اینکه کاربرد مقدار کمتر آلفتانیل، روشی کم خطرتر و توأم با بهبودی بعد از جراحی بهتر میباشد.

مؤلف در انتها برای کاهش مشکلات ناشی از افت فشار همراه با دوز بالای آلفتانیل، کاستن از دوز نسدونال را تا مقدار خواب آور توصیه کرده است. همچنین در جهت کاهش بروز سفتی قفسه سینه با دوز بالا پیشنهاد کرده تا قبل از آلفتانیل از شل کننده عضلانی استفاده شود.

☑ مقایسه تأثیر القای بیهوشی با پروپوفول و تیوپنتال سدیم بر آپگار نوزاد و همودینامیک مادر در عمل سزارین محمدرضا قدرتی، قدرت اخوان اکبری، فیروز امانی، شهناز رحیمی، نسرين شهاب مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، پاییز ۱۳۸۲، صص ۵۸-۵۲

جهت القای بیهوشی عمل سزارین کدام یک از دو داروی تیوپنتال سدیم یا پروپوفول سبب آپگار بهتر نوزاد و وضعیت همودینامیک بهتر مادر می گردند؟

مؤلفان (که نفر سوم مربی آمار زیستی، نفر چهارم متخصص زنان و نفر

پسربچه ۹ ساله‌ای می‌پردازد که با سابقه‌ای از تب مختصر به منظور برونکوسکوپ‌ی تشخیصی به اتاق عمل آورده شده است. بیمار سابقه سرفه مزمن به مدت یکسال و نیم داشته و به جز رال در قاعده ریه چپ نکته‌ای در معاینه فیزیکی به دست نیامده است. در آزمایش‌های بیمار افزایش C-reactive protein (به میزان دو مثبت) و سدیمان خون (۹۰ میلی‌متر / ساعت) مشاهده می‌شد. در عکس قفسه سینه بیمار نیز پرخونی در ناف هر دو ریه و آدنوپاتی در ناف ریه چپ و نیز انفیلتراسیون در لب تحتانی چپ به چشم می‌خورد. در سی تی اسکن قفسه سینه نیز نکروز در مرکز منطقه پرتراکم لب تحتانی چپ دیده می‌شد. به دنبال دریافت اکسیژن ۱۰۰٪ القای بیهوشی عمومی به کمک تیوپنتال سدیم (۵ میلی‌گرم / کیلوگرم)، میدازولام (۱ میلی‌گرم) و سوفنتانیل (۵ میکروگرم) انجام شد و سپس برونکوسکوپ ریجید با قطر داخلی ۶/۵ میلی‌متر با کمک آتراکوریوم (۰/۶ میلی‌گرم / کیلوگرم) به راحتی در تراشه بیمار قرار داده شد. نگهداری بیهوشی با تزریق پروپوفول (۲۰۰ میکروگرم / کیلوگرم / دقیقه) و سوفنتانیل (۷/۵ میکروگرم) بود و از آتراکوریوم نیز یکبار دیگر استفاده شد. ساکشن ترشحات چرکی در منفذ لب تحتانی چپ با کاتر ساکشن برونکوسکوپ انجام شد. در ضمن ساکشن، به صورت غیر منظمه‌ای مقادیر زیادی از دیواره تکه تکه نرم و ژلاتینی نرم متمایل به سفید رنگ وارد مجرای هوایی شد که تشخیص کیست هیداتید ریوی پاره

شده را مسجل ساخت. به منظور جلوگیری از آنافیلاکسی ۱۰۰ میلی‌گرم هیدرو-کورتیزون تزریق شد. با وجود ساکشن مجرای هوایی به صورت ممتد و همه‌جانبه به مدت نیم ساعت برونکوسکوپ در همان مکان باقی مانده و از آن به مثابه لوله تراشه استفاده گردید تا مانع از گسترش قطعات کیست به هر دو ریه شود. در ضمن ساکشن، با چرخاندن مختصر بیمار به سمت چپ جراح سریعاً با توراکوتومی قدامی جانبی از فضای چهارم چپ به حفره کیستیک پاره شده در ناحیه لب تحتانی چپ دست یافت و قطعات و زوائد حاصل از دیواره کیست به دقت برداشته شد. کل کارهای مذکور در مدتی که بیمار با اکسیژن ۱۰۰٪ (۱۲ لیتر در دقیقه) تهویه می‌شد و در عرض ۵۰ دقیقه انجام گردید و در اکسیژناسیون بیمار هیچ اختلالی ایجاد نشد. قبل از آغاز تنفس فشار مثبت جای برونکوسکوپ با یک لوله دومجراحی چپ تعویض گردید و صحت قرارگیری لوله با برونکوسکوپ‌ی تأیید گردید. سپس بیمار جهت توراکوتومی خلفی جانبی در وضعیت لترال راست قرار گرفت. به علت از بین رفتن قسمت اعظم لب تحتانی چپ اقدام به لوپکتومی گردید. کل عمل سه ساعت طول کشید و تنها ۲۰۰ میلی‌لیتر گلبول قرمز فشرده^۱ به بیمار تزریق شد. پس از خشتی کردن اثر شل‌کننده عضلانی و قبل از انتقال بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه، لوله تراشه بدون هیچ مشکلی خارج گردید. در روز سوم و هفتم بعد از عمل بیمار بر اثر باقی ماندن لب فوقانی چپ دچار آتلکتازی شد که در این موارد با برونکوسکوپ‌ی

تحت بیهوشی عمومی، ترشحات ساکشن گردید. در روز نهم بعد از عمل نیز پنوموتوراکس برای بیمار رخ داد که چست تیوب^۲ در قسمت چپ برای بیمار گذارده شد و سرانجام در روز ۱۱ بعد از عمل بیمار در وضعیتی خوب ترخیص شد.

مؤلفان در قسمت انتهای مقاله، روش‌های اداره بیهوشی بیماری هیداتید را به بحث گذارده و اشاره می‌کنند که مداخله جهت به حداقل رساندن عوارض ناشی از پاره شدن کیست می‌تواند مانع از هیپوکسمی شدید شود. مؤلفان همچنین از مشکل قرار دادن لوله‌های دومجراحی در کودکان و عدم دستیابی اندازه‌های مختلف این لوله‌ها سخن به میان آورده و ابراز داشته‌اند که در این مورد به لوله‌های دومجراحی کوچکتر از اندازه عنوان شده در مقاله دسترسی نداشته‌اند. ارتباط هرچه نزدیکتر متخصص بیهوشی و برونکوسکوپ‌یست در این گونه موارد از جمله نکات دیگری است که نویسندگان بر آن تأکید دارند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد این مقاله می‌توانید با پست الکترونیک shdabir@yahoo.com مکاتبه کنید.

Effect of intravenous midazolam premedication of post-operative nausea and vomiting after cholecystectomy.

Heidari SM., Saryazdi H., Saghaei M.
Acta Anaesthesiol Taiwan. 2004 Jun; 42 (2): 77-80.

1- packed red blood cells

2- chest tube

در همین زمینه رجوع کنید به:

عطاالله اسدی لویه / مقایسه اثر داروی میدازولام با دیازپام در بروز تهوع و استفراغ پس از عمل جراحی / مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، پاییز و زمستان ۱۳۸۰، صص ۱۱۸-۱۱۲، نمایه بیهوشی ۱۳۸۲/۲

• (ج) رسانه‌ها

▣ به بهانه برگزاری سمینار مبارزه با درد روزنامه همشهری در ۷ مهر ۱۳۸۳ و خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) در ۱۵ مهر ۱۳۸۳ طی مصاحبه‌هایی با آقای دکتر مهران کوچک، متخصص بیهوشی و دبیر «انجمن مطالعه و بررسی درد» به انعکاس نقطه نظرات ایشان پیرامون مبحث «درد» پرداخته‌اند. دکتر کوچک ضمن بیان این مطلب که کشور انگلستان بر اساس اسناد و مدارک رسمی با ۱۰۰ سال سابقه قدیمی‌ترین کشور در زمینه بررسی درد است ذکر می‌کنند که کشور ایران بر اساس مدارک غیر رسمی و کتاب‌های ابن سینا سابقه‌ای هزار ساله در این زمینه دارد. وی می‌افزاید، برخی از بیماری‌ها که در مراحل اولیه دردی به همراه ندارند ممکن است که بیماری‌های خطرناکی باشند. سوءهاضمه، بیماری‌های تنفسی جزء این دسته از بیماری‌ها هستند. وی وجود مراجعات بسیار به مطب‌های پزشکان به دلیل دردهای متفاوت و آشنا کردن مردم با پدیده درد را از جمله دلایل تشکیل انجمنی به نام انجمن درد در ایران ذکر کرده و گفته‌اند: این انجمن در حدود ۱۰

از عمل ثبت شده است. نتایج مطالعه گواه آن است که شدت تهوع در ۶ ساعت اول بعد از دوره بهبود به طرز معنی داری در گروه میدازولام کمتر از گروه مقابل است. تعداد کل موارد استفراغ گزارش شده نیز در گروه میدازولام کمتر از گروه مقابل بوده است. همچنین میزان متوکلوپرامید مصرف شده نیز در گروه میدازولام به طرز معنی داری کمتر از گروه دارونما بوده است. مؤلفان قید می‌کنند که در مطالعات گذشته از میدازولام در موارد درمان تهوع و استفراغ بعد از عمل مقاوم به داروهای رایج استفاده شده ولی در این مطالعه از دیدگاه پروفیلاکسی به این معضل پرداخته شده است. مکانیسم‌های احتمالی اثر ضد استفراغ میدازولام (و احتمالاً دیگر بنزودیازپین‌ها)، آنتاگونیسم گیرنده گابا، مهار آزادی دوپامین و اثر ضد اضطراب آن ذکر شده است. نویسندگان در مورد اینکه در این مطالعه کدامین مکانیسم بیشتر مطرح است ضمن تأکید بر مطالعات بیشتر، از اثر ضد اضطراب میدازولام جانبداری کرده و بیان داشته‌اند که اضطراب قبل از عمل ممکن است منجر به بلع هوا و اتساع معده و سرانجام احتمال بیشتر تهوع و استفراغ بعد از عمل گردد. نتیجه نهائی مطالعه آن است که: کاربرد پروفیلاکتیک میدازولام و ریدید قبل از عمل سبب کاهش شیوع و شدت تهوع و استفراغ بعد از اعمال جراحی قسمت فوقانی شکم می‌گردد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این مقاله می‌توانید با پست الکترونیک Saghaei@med.mui.ac.ir مکاتبه کنید.

آیا کاربرد میدازولام و ریدیدی (به میزان ۷۵ میکروگرم / کیلوگرم) ۱۵ دقیقه قبل از القای بیهوشی سبب کاهش میزان تهوع و استفراغ بعد از عمل کوله-سیستکتومی می‌شود؟

دکتر سیدمرتضی حیدری، دکتر حمید سریزدی و دکتر محمود سقایی از گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در مقاله‌ای که در شماره ژوئن ۲۰۰۴ مجله آکوتا آنستزیولوژیکا تایوانیکا، ارگان انجمن متخصصان بیهوشی تایوان به چاپ رسیده است به این سؤال جواب مثبت داده‌اند.

مطالعه بر روی ۸۲ بیمار کاندیدای کوله سیستکتومی انتخابی در دو گروه میدازولام و دارونما انجام گرفته است. در گروه میدازولام پس از تزریق میدازولام تا القاء بیهوشی به کمک ماسکی که محکم بر روی صورت بیمار قرار نداشته به بیماران اکسیژن داده می‌شد. القای بیهوشی با تیوپنتال سدیم (۵ میلی‌گرم / کیلوگرم)، آتراکوریم (۰/۶ میلی‌گرم / کیلوگرم) و فنتانیل (۲ میکروگرم / کیلوگرم) انجام شده و سپس بیماران با هالوتان ۱/۵٪ در اکسیژن ۱۰۰٪ در صد توسط ماسک تهویه شدند. لوله گذاری تراشه دو دقیقه بعد انجام شده و نگهداری بیهوشی با هالوتان ۱٪ به همراه نایتروس اکسید ۵۰٪ بوده است. در فواصل بیهوشی از مورفین (۰/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم) نیز استفاده می‌شده است. در انتهای عمل اثر شل‌کننده عضلانی با نتوستیگمین (۰/۰۴ میلی‌گرم / کیلوگرم) و آتروپین (۰/۰۲ میلی‌گرم / کیلوگرم) خنثی شده است. تهوع و استفراغ بیماران به مدت ۲۴ ساعت بعد

سال پیش تشکیل شده و ۴ سال قبل توسط وزارت بهداشت به ثبت رسیده است. یکی از اهداف این انجمن این است که مردم بدانند، درد یک پدیده کشنده نیست و در مقابل، تحمل درد یک صفت مثبت به شمار نمی‌رود. دردهای جسمانی و فیزیکی در ابتدا شاید بی‌اهمیت به نظر برسند اما در نهایت علاوه بر عوارضی که ایجاد می‌کنند، ممکن است منجر به بیماری‌های روحی نیز بشوند.

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی همچنین توضیح داد: بحثی که ما طی چهار سال اخیر داشته‌ایم این است که به مردم دردمند بگوییم به کجا و به چه کسی مراجعه کنند، تا به منشأ درد پی ببرند. به نظر ما مهمترین مرحله در بیماری، مراجعه به پزشک خانواده است به دلیل اینکه وی به واسطه اطلاعات کلی که از وضعیت جسمانی و روحی خانواده دارد می‌تواند تشخیص دقیق‌تری نسبت به دیگران داشته باشد. اگر دردی بیش از ۶ ماه طول بکشد، در گروه دردهای مزمن قرار می‌گیرد و اگر چنین دردی در مرحله اول تشخیص داده نشد باید به پزشک متخصص مراجعه کرد.

دکتر کوچک در پاسخ به این سؤال که وظیفه کلینیک‌های درد در این میان چیست و بیماران در چه مرحله‌ای باید به این کلینیک‌ها مراجعه کنند، گفت: اگر بیماری طی دو مرحله ذکر شده عامل دردش مشخص نشد، می‌تواند به کلینیک‌های درد مراجعه کند و در این مراکز که متأسفانه در حال حاضر تعدادش کم است و تنها در تعدادی مطب‌های خصوصی و تعدادی از دانشگاه‌ها دایر شده، تحت درمان گروه ویژه پزشکی قرار بگیرد و در این مراکز از روش‌هایی که توسط

متخصصین اجرا می‌شود، استفاده کند. وی همچنین تأکید کرد: پیشنهاد ما به مسئولین آموزشی و دانشگاه‌ها ایجاد یک رشته تخصصی در دانشگاه‌ها به نام رشته دردشناسی است و همچنین ایجاد یک دوره تخصصی که بتواند برای استفاده مردم مؤثر واقع شود.

دکتر مهران کوچک در مورد هزینه کلینیک‌های درد برای بیماران گفت: طرح‌هایی در دست بررسی است که بیماران بتوانند از امکانات بیمه‌ای در این کلینیک‌ها استفاده بکنند، ضمن اینکه هزینه‌های فعلی براساس تعرفه‌های پزشکی است و چیزی مزاد بر آن به مردم تحمیل نمی‌شود. براساس گزارش‌های موجود از سال ۱۹۸۶ سالانه حدود ۴۰ میلیون ویزیت در مطب‌ها به علت دردهای ناشناخته صورت گرفته است.

❑ خشم زمین (روایت مستندگونه پیرامون زلزله بم و پیامدهای آن) مهدی نجفی

روزنامه اطلاعات، ۲۸ تیرالی ۱۸ مرداد ۱۳۸۳
«خشم زمین» عنوان مطلبی است که همکار گرامی ما آقای دکتر مهدی نجفی استادیار بیهوشی دانشگاه تهران در مورد پیامدهای زلزله بم به رشته تحریر کشیده‌اند. این مطلب که به صورت پاورقی در ۱۸ شماره روزنامه اطلاعات به چاپ رسید حاصل دو سفری است که نویسنده به شهر زلزله‌زده بم انجام داده است. نگاه نویسنده به مسأله زلزله عمدتاً از دید مشکلات بهداشتی درمانی آسیب‌دیدگان بوده است، گرچه نویسنده محترم ابعاد فرهنگی فاجعه را نیز نادیده نگرفته‌اند. در این مقاله بحث‌هایی

پیرامون بیمارستان صلیب سرخ، دیالیز، اقدامات پیشگیرانه در مورد بیماری‌های واگیر، بهداشت روان، نقش هلال احمر، و سازمان‌های غیر دولتی به میان آمده و تحلیل نقدگونه‌ای از نویسنده پیرامون موارد مزبور ارائه شده است. در این میان نگارنده ضمن گفتگوهایی که با زلزله‌زدگان داشته خاطرات آنها را نیز درج کرده است که خواندن آنها خالی از فایده نخواهد بود. امید که همکار محترم مطالب فوق را به انضمام عکس‌های مربوطه در قالب کتابی به چاپ رسانند تا به عنوان یک راهنما دست‌اندرکاران حوادث غیرمترقبه را به کار آید.

برای کسب اطلاعات بیشتر با پست الکترونیک ذیل مکاتبه کنید:

najafik@sina.coms.ac.ir

● (د) اینترنت

❑ نرم‌افزار تقسیم‌بندی تصادفی^۱

از چند سال قبل بسیاری از مجلات معتبر برای مقالات حاصل از کارآزمایی‌های بالینی استاندارد CONSORT را در دستور کار خود قرار داده‌اند که یکی از مواد مهم آن بیان دقیق نحوه انتساب افراد به گروه‌ها است. تصادفی‌سازی^۲ رایج‌ترین روش انتساب سوژه‌های مورد آزمایش به گروه‌های مورد نظر در کارآزمایی‌های بالینی است. روش‌های متعددی برای انجام تصادفی‌سازی وجود دارد از قبیل: استفاده از جدول اعداد تصادفی،

1- Random Allocation Software

2- Randomization

عروق در هتل نیکو^۱ توکیو برگزار گردید مقالات متعددی ارائه شد. از ایران نیز آقای دکتر محمود سقائی، دانشیار بیهوشی دانشگاه اصفهان سه مقاله ذیل را در شکل پوستر در این کنگره ارائه کردند:

Pulsus alternans during general anesthesia with halothane: effects of permissive hypercapnia.

محمود سقائی، مجتبی مرتضویان
Relationship between arterial blood pressure changes and indices of pulse oxymetric plethysmography.

محمود سقائی، محمد گلپرور، حسین ندافنیا

Effect of preoperative volume loading on the intraoperative variability of blood pressure and postoperative nausea and vomiting

سیدمرتضی حیدری، محمود سقائی، شفیع

قرار گرفته است. همچنین بر اساس نیاز کاربر، این نرم‌افزار در تحقیقات بیولوژیک، علوم انسانی و فنی مهندسی نیز ممکن است کاربرد داشته باشد.

نسخه اول این نرم‌افزار که در ماه مه ۲۰۰۴ ارائه شده است همراه با توضیحات مبسوطی پیرامون نحوه راه‌اندازی و کارکردهای این نرم‌افزار، در صفحه شخصی دکتر محمود سقائی بر روی اینترنت قابل دستیابی است. این نرم‌افزار را که با تمامی نسخه‌های ویندوز سازگار است می‌توانید به صورت فشرده (فایل زیپ) در حجم ۴/۵۱ مگابایت از نشانی زیر دریافت کنید.

<http://mahmoodsaghaei.tripod.com/softwares/randalloc.html>

این پژوهشگر گرامی پیشتر نیز اقدام به تهیه نرم‌افزارهای دیگری در زمینه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه کرده است که همگی در نشانی فوق بر روی اینترنت موجود و قابل استفاده‌اند.

• (و) همایش‌ها

☑ نهمین کنگره بین‌المللی بیهوشی قلب و عروق

نهمین کنگره بین‌المللی بیهوشی قلب و عروق و قفسه سینه از تاریخ ۱۹ تا ۲۲ شهریور ۸۳ در کشور ژاپن برگزار شد. در این کنگره که به‌همت انجمن بین‌المللی متخصصان بیهوشی قلب و

انداختن سکه، قرعه‌کشی و سرانجام استفاده از رایانه. البته نرم‌افزارهای موجود برای تصادفی‌سازی دارای محدودیت‌های متعددی از نظر کنترل جنبه‌های مختلف تصادفی‌سازی هستند.

مهم‌ترین هدف از تدوین پروژه نرم‌افزار تقسیم‌بندی تصادفی که توسط آقای دکتر محمود سقائی (دانشیار بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) تهیه و تدوین گردیده است طرح‌ریزی نرم‌افزاری برای حصول کنترل کامل بر روی جنبه‌های مختلف تصادفی‌سازی از قبیل امکان نوع و فرمت خروجی؛ طول، فرمت و ترتیب کد منحصر بفرد تولید شده؛ تعداد گروه‌ها و نام هر گروه؛ اندازه نمونه و سایر جنبه‌های تولید فهرست تصادفی رایانه است. فهرست تصادفی شده حاصل از این برنامه که به نحو مطلوب تهیه شده باشد مستقیماً و بدون احتیاج به پردازش‌های بعدی در پژوهش مورد نظر قابل استفاده است. این طرح کمک می‌کند تا پژوهش‌های علمی مخصوصاً در گروه پزشکی به صورت صحیح‌تر و آسان‌تر صورت گیرد و نتایج حاصل از اعتبار بیشتری برخوردار باشد. همچنین چنانچه نویسنده بخواهد مقاله خود را برای چاپ به مجلات معتبر بنرستد ذکر استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای و جزئیات تصادفی‌سازی اعتبار بیشتری به مقاله وی می‌بخشد. در تمام تحقیقات و پایان‌نامه‌های انجام و ارائه شده در گروه بیهوشی و بعضی از گروه‌های دیگر دانشکده پزشکی اصفهان از اردی‌بهشت ۱۳۸۳ به بعد این نرم‌افزار مورد استفاده