

● معرفی بیمار: بیمار، زنی ۶۵ ساله از اهالی قصر شیرین با وزن ۵۹ کیلوگرم بود که سه روز قبل از عمل جراحی باکل در بخش چشم بیمارستان امام حسین (ع) بستری شده بود. بیمار شب قبل از عمل جراحی تحت ویزیت بیهوشی قرار گرفت. در شرح حال بیمار شکایت خاصی وجود نداشت، در معاینه بالینی قلب و ریه نکته آسیب‌شناسی موجود نبود و فشار خون بیمار به میزان ۱۳۰/۷۰ ثبت شده بود. در سوابق پزشکی، شخصی و خانوادگی بیمار نکته مثبتی وجود نداشت.

در آزمایش‌های قبل از عمل نتایج مندرج در زیر به دست آمده بود:

Hb: ۱۲/۲

Hct: ۳۷٪

Plt: ۱۹۰۰۰۰

Bs: ۲۰۸

BUN: ۴۱

Cr: ۰/۹

Na: ۱۳۹

K: ۴/۶

ECG: ریتم سینوسی و منظم بدون علائم حاد ایسکمی
CXR: ضایعه فعال ریوی نداشت، اندازه قلب نرمال، قوس آئورت برجسته بود

داروهای تجویز شده: قطره چشمی بتامتازون و آتروپین
دستورات ویزیت بیهوشی: قرص دیازپام ۵ میلی‌گرم شب قبل از عمل، و درخواست چک قند خون صبح روز عمل.

بیمار روز بعد در ساعت ۱۴/۳۰ روی تخت عمل ویزیت شد. وضعیت همودینامیک پایدار بود و BS با گلوکومتر چک شد که معادل ۱۵۴ میلی‌گرم / دسی‌لیتر بود. پس از برقراری پایش شامل NIBP^۱، PR^۲، الکترو-کاردیوگرافی و پالس اکسی‌متری و تجویز پیش‌دارو شامل

1. Non invasive blood pressure

2. pulse rate

گزارش مورد: انجام بیهوشی عمومی برای یک بیمار دچار هیپوتیروئیدی تشخیص داده نشده

دکتر اسدالله سعادت نیاکی

دانشیار بخش بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سیدمسعود هاشمی

دستیار ارشد بخش بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

هیپوتیروئیدی ممکن است مشکلاتی برای متخصص بیهوشی پدید آورد. از آنجا که کم‌کاری تیروئید در برخی مناطق ایران شایع است، در این مقاله یک بیمار هیپوتیروئیدی که دچار مشکلات پس از عمل شده است معرفی می‌شود.

Archive of SID

پرستاری و نظارت دستیار بیهوشی).

۵ ساعت بعد از خاتمه جراحی درخواست مشاوره با سرویس نورولوژی صورت گرفت. بیمار خواب آلود بود ولی از فرمان‌های کادر پزشکی اطاعت می‌کرد. حرکات اندام‌ها با قدرت مناسب و به‌طور قرینه و مساوی وجود داشت. کلمات بیمار نامفهوم ولی هدف‌دار بود و وی نسبت به اطرافیان خود شناخت داشت. تست بالینی وردور منفی بود و شنود قلب و ریه طبیعی و فشار خون $\frac{140}{80}$ و تعداد ضربان ۶۰ و تعداد تنفس ۱۶ در دقیقه بود.

نتایج آزمایش‌های شب اول بدین ترتیب دریافت شد:

Bs: ۲۴۶ میلی‌گرم / دسی‌لیتر

Na: ۱۳۶

K: ۴/۴

pH: ۷/۲۹

PCO₂: ۴۲/۹

HCO₃: ۲۵/۲

BE: -۵

PO₂: ۷۴

O₂Sat: %۹۳

در الکتروکاردیوگرافی همراه با ریتم سینوسی و منظم تعداد ۱-۲ در دقیقه PVC مشاهده شد.

صبح روز بعد از عمل بیمار به کمک همراه در بخش قدم می‌زد. آزمایش خون برای انجام تست‌های تیروئیدی درخواست گردید. بیمار روز سوم بعد از عمل از بیمارستان ترخیص شد.

نتیجه تست تیروئید به شرح زیر بود:

T4: ۶۰ (۷۱-۱۴۲) محدوده نرمال

T3: ۱/۰۵ (۱-۳/۱) محدوده نرمال

TSH: ۷/۸ (۰/۳-۴/۰) محدوده نرمال

FT4: ۱۰/۳ (۱۱/۵-۲۳) محدوده نرمال

میدانزولام ۱ میلی‌گرم و فنتانیل ۱۰۰ میکروگرم القاء بیهوشی با تیوپنتال سدیم ۳۵۰ میلی‌گرم و آتراکوریوم ۳۰ میلی‌گرم و لوله‌گذاری تراشه شماره ۷ انجام شد. نگهداری بیهوشی با گاز هالوتان (۰/۶٪) و نایتروس اکساید و اکسیژن (هر یک ۵۰٪) بود. جراحی ۴ ساعت طول کشید. حین عمل تغییرات همودینامیک رخ نداد، SBP^۱ در محدوده ۱۱۰ تا ۱۴۰ و PR، ۷۰ تا ۸۰ در نوسان بود. آتراکوریوم هر ۳۰ دقیقه تکرار می‌شد. طی این مدت ۵۰ میلی‌گرم دیگر فنتانیل در ساعت پنج بعد از ظهر تزریق شد. مایعات دریافتی بیمار جمعاً ۱ لیتر محلول رینگر و ۵۰۰ میلی‌لیتر محلول نرمال سالین بود و در اواخر عمل ۱۰ میلی‌گرم پلازیل نیز به بیمار داده شد.

قبل از اتمام جراحی داروهای بیهوشی استنشاقی قطع و شل‌کننده عضلانی با ۳/۵ میلی‌گرم نتوستیگمین و ۱ میلی‌گرم آتروپین خنثی شد. بعد از ده دقیقه مجدداً ۱ میلی‌گرم نتوستیگمین و آتروپین تجویز گردید. ۲۰ دقیقه بعد از اتمام جراحی بیمار هنوز پاسخ مناسبی نداشت و با توجه به وضعیت تنفسی بیمار (تعداد کم و عمق مناسب) نارکان در ۳ نوبت (جمعاً ۰/۳ میلی‌گرم) تجویز گردید. یک ساعت بعد از خاتمه جراحی لوله تراشه خارج و بیمار با بیداری نسبی و علائم حیاتی پایدار و حرکت مختصر اندام‌ها و اشباع اکسیژن بالای ۹۲٪ در هوای اتاق به ریکاوری منتقل شد.

۱۵ دقیقه بعد در ریکاوری، بیمار همچنان خواب آلود بود ولی با دستور، اندام‌های خود را حرکت می‌داد. بیمار به مدت یک ساعت در ریکاوری تحت پایش پالس اکسی‌متری قرار داشت و علائم حیاتی وی (تعداد ضربان قلب و فشار خون) کنترل می‌شد و یک نوبت قند خون بیمار چک شد (۱۷۰ میلی‌گرم درصد). دو ساعت بعد از اتمام جراحی با توجه به اینکه هنوز بیمار کاملاً بیدار نشده بود، تصمیم به انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه گرفته شد ولی به علت نبود تخت خالی بیمار به بخش مربوطه تحویل داده شد (همراه با توصیه‌های لازم به سرویس

1. systolic blood pressure

گراویس و نارسایی آدرنال را نیز باید مد نظر قرار داد.

این بیماران برای اعمال جراحی اورژانس و انتخابی به بررسی و اقدامات خاصی در قبل، حین و بعد از عمل نیاز دارند.^(۴)

داروهای استنشاقی و مخدرهای طولانی اثر در مورد بیماران دچار کم‌کاری واضح بهتر است به کار نرود، اثر شل‌کننده‌های عضلانی به علت ضعف عضلات اسکلتی ناشی از خود بیماری یا بیماری‌های همراه مانند میاستنی گراویس می‌تواند تشدید شود؛ پس باید بارانمایی پایش شل‌کننده عضلانی به کار رود. مراقبت از وضعیت قلبی عروقی، درجه حرارت و در اعمال جراحی بزرگ IBP (پایش تهاجمی فشار خون) و فشار ورید مرکزی نیز ضرورت دارد. ضمناً هیپوترمی از عوارض احتمالی است و در خلال اعمال جراحی بزرگ بروز می‌کند. خواب-آلودگی و عدم توانایی جداسازی از ماشین تنفسی پس از ریکاوری در این بیماران ممکن است دیده شود. هیپوترمی می‌تواند از علل ریکاوری طولانی باشد. بهتر است در حد امکان از بیهوشی منطقه‌ای برای بیماران استفاده گردد.

بحث

با توجه به شیوع اختلالات عملکرد تیروئید و به ویژه کم‌کاری تیروئید در برخی مناطق کشور خاصه استان‌های غربی و حتی تهران، و مشکلاتی که برای این بیماران حین بیهوشی ایجاد می‌شود و همچنین ارتباط آنها با سایر بیماری‌های سیستمیک، ضرورت توجه خاص توسط متخصصان بیهوشی به چشم می‌خورد.^(۲ و ۱)

شیوع هیپوتیروئیدی در ۰/۵٪ جمعیت بزرگسال بریتانیا و ۳-۵٪ جمعیت سالم ایالت ماساچوست در آمریکا گزارش شده است. تشخیص براساس علائم بالینی و تست‌های آزمایشگاهی است و درمان دارویی شامل مصرف خوراکی داروی لوتیروکسین و در مواردی مصرف وریدی لیوتیرونین است.^(۳)

در هیپوتیروئیدی به طور مشخص کاهش کلی در فعالیت‌های متابولیک وجود دارد و بنابراین حساسیت بیشتر به نارکوئیک‌ها و داروهای استنشاقی و ریکاوری طولانی پس از بیهوشی عمومی قابل توجه خواهد بود؛ ضمن اینکه هیپوترمی، هیپولمی، تأخیر در تخلیه معده، عوارض قلبی عروقی و بیماری‌های زمینه‌ای مانند میاستنی

REFERENCES

1. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism, Winter 2005 IJEM, 24
2. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی سال چهارم زمستان ۱۳۸۱ - شماره ۴ (۲۴۱-۲۲۹). اختلالات عملکرد تیروئید و آنتی‌بادی‌های تیروئید یک دهه پس از شروع جایگزینی با نمک یددار: مطالعه تیروئید تهران. دکتر بانیز حیدریان، دکتر فریدون عزیزی
3. Anesthesia and co-existing Disease, Stolting, et al., 2002, Churchill Livingston
4. Vanderpump, M.P., Tunbridge, W.M., French, J.M., Appleton, D., Bates, D., Clark, F., Grimley Evans, J., Hasan, D.M., Rodgers, H., et al. The incidence of thyroid disorders in the Community: a 20 years follow up of the whickham surrey. Clin Endocrinal (Ox F) 1995 T 43: 55-68