

## مقایسه اثر هالوتان و پروپوفول بر روی تستهای کبدی بعد از بیهوشی عمومی

مهرداد کاشی فرد<sup>۱</sup>(MD)\*، ابراهیم علیجانپور<sup>۲</sup>(MD)، محمد حسینیان<sup>۳</sup>(MD)

۱- گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۸۹/۸/۱۱، اصلاح: ۸۹/۹/۱۷، پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۲

### خلاصه

**سابقه و هدف:** هالوتان شایعترین داروی بیهوشی استنشاقی مورد استفاده در دنیا می باشد. به تازگی تمایل به استفاده از داروهای بیهوشی تزریقی نظیر پروپوفول افزایش یافته است. این مطالعه به منظور مقایسه اثر این دو داروی بیهوشی بر روی تستهای کبدی بعد از بیهوشی عمومی انجام شد.

**مواد و روشها:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۵۸ بیمار ۶۹-۱۴ ساله کلاس یک دسته بندی انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا که فاقد بیماری اولیه کبدی، قلبی و کلیوی بودند و جهت عمل جراحی الکتیو (جراحی گوش و حلق بینی، چشم، ارتوپدی، جراحی عمومی و اورولوژی) بستری شده بودند، انجام گردید. بیماران به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. ۳۰ نفر در گروه پروپوفول و ۲۸ نفر در گروه هالوتان قرار گرفتند. در هر دو گروه براساس وزن بیمار از داروهای مسکن جهت آماده سازی استفاده و القاء بیهوشی نیز انجام شد. برای گروه پروپوفول از تزریق وریدی و مداوم پروپوفول و در گروه دیگر از هالوتان ۱-۰/۵ درصد به صورت استنشاقی استفاده گردید. از تمام بیماران سه نمونه خون بطور جداگانه قبل از بیهوشی، ۲۴ ساعت و ۷ روز بعد از آن گرفته شد و از لحاظ میزان AST و ALT و ALP و بیلی روبین توتال و مستقیم مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند.

**یافته ها:** مدت زمان بیهوشی در گروه پروپوفول  $91 \pm 14/7$  دقیقه و در گروه هالوتان  $93/2 \pm 17$  دقیقه بود که از نظر آماری مدت زمان بیهوشی در دو گروه معنی دار نبود. سطح ALP، میزان بیلی روبین توتال و مستقیم پس از ۷ روز از بیهوشی تفاوت معنی داری در دو گروه نداشت ولی میزان AST ( $p=0/008$ ) و AIT ( $p=0/003$ ) به طور معنی داری در گروه هالوتان بیشتر از پروپوفول بوده است.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که پروپوفول در مقایسه با هالوتان اثر کمتری بر افزایش سطح آنزیم های کبدی دارد. لذا می توان در تجویز داروهای بیهوشی این مورد را مدنظر داشت.

**واژه های کلیدی:** هالوتان، پروپوفول، آنزیم های کبدی، بیهوشی عمومی.

### مقدمه

مواردی از سمیت کبدی گزارش می شود (۵-۸). سمیت هالوتان ممکن است به علت متابولیسم آن توسط سیتوکروم P450 (CY450) به متابولیسیم هایی باشد که با اکسیداسیون یا احیاء ایجاد می شوند (۹،۱۰). هالوتان داروی بیهوشی استنشاقی با متابولیسم وسیع است که موجب سمیت کبدی میشود (۹). پروپوفول یک ترکیب ایزوپروپیل فنول می باشد که فعالیت GABA را در مغز تشدید

هالوتان برای اولین بار در سال ۱۹۵۶ به عنوان داروی بیهوشی استفاده شد و جایگزین اتر شد. در عرض دو سال پس از استفاده از آن مواردی از هپاتیت شدید گزارش شد (۱-۳). یک مطالعه از ۲۵۰۰۰ مورد استفاده از هالوتان، میزان بروز نکروز کبدی کشنده، یک در ۳۵۰۰۰ مورد بوده است (۴)، هالوتان احتمالاً شایع ترین داروی بیهوشی استنشاقی مورد استفاده در دنیا می باشد و هنوز هم

این مقاله حاصل پایان نامه محمد حسینیان دانشجوی پزشکی و طرح تحقیقاتی به شماره ۱۳۸۲۲ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.  
\* مسئول مقاله:

e-mail: mehrdadkashifard@yahoo.com

آدرس: بابل، بیمارستان آیت اله روحانی، گروه داخلی، تلفن، ۰۱۱۱-۲۳۳۸۳۰۱-۳

به منظور تعیین میزان آنزیمهای کبدی آسپاراتات آمینوترانسفراز (AST)، آلانین آمینوترانسفراز (ALT) و آلکالین فسفاتاز (ALP) و همچنین بیلیروبین توتال و مستقیم از تمام بیماران قبل از شروع بیهوشی، ۲۴ ساعت و ۷ روز بعد از آن نمونه خون گرفته شد (۱۹). اطلاعات مربوط به سن، جنس، وزن، مصرف الکل و سیگار، ابتلا به دیابت، شمارش کامل گلبول های خون، لیپیدهای خون شامل تری گلیسرید و کلسترول، سابقه قبلی جراحی در طی ۶ ماهه گذشته و نوع بیهوشی، داروهای مصرف شده در آن و زمان آن بعد از انجام عمل جراحی در فرم ثبت گردید.

نهایتاً داده ها پس از جمع آوری توسط آزمونیهای Student T-test و Paired t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و  $p < 0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سن افراد در گروه هالوتان  $30.75 \pm 14.95$  (۶۹-۱۴) سال و در گروه پروپوفول  $34.9 \pm 10.74$  (۶۴-۱۸) سال بود ( $p = 0.228$ ) مدت زمان بیهوشی در گروه پروپوفول  $91.14 \pm 7$  دقیقه و در گروه هالوتان  $93.2 \pm 17$  دقیقه بود که اختلاف معنی داری نداشت. قبل از بیهوشی پارامترهای بیوشیمیایی خون در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۱). تغییر سطح AST ( $p = 0.295$ ) و ALT ( $p = 0.577$ ) قبل و یک روز پس از بیهوشی در دو گروه پروپوفول و هالوتان از لحاظ آماری معنی دار نبوده است. قبل و پس از ۷ روز از بیهوشی میانگین سطح AST ( $p = 0.008$ ) و میانگین سطح ALT ( $p = 0.003$ ) به طرز معنی داری در گروه پروپوفول کاهش یافت (جدول ۲).

### جدول شماره ۱: میانگین پارامترهای بیوشیمیایی خون افراد مورد

#### مطالعه در دو گروه هالوتان و پروپوفول قبل از بیهوشی

مارکرهای بیوشیمیایی	گروه	Mean±SD	p-value
هموگلوبین g/dl	هالوتان	$14.39 \pm 1.2$	۰/۶۰۷
	پروپوفول	$14.2 \pm 1.5$	
لوکوسیت ( $\mu l^{-1}$ )	هالوتان	$6142.86 \pm 1315.27$	۰/۰۷۳
	پروپوفول	$6.91 \pm 140.148$	
قد خون ناشتا mg/dl	هالوتان	$86.14 \pm 14.58$	۰/۴۴۶
	پروپوفول	$92.27 \pm 39.73$	
تری گلیسرید mg/dl	هالوتان	$10.68 \pm 27.26$	۰/۰۲۳
	پروپوفول	$129.1 \pm 59.39$	
کلسترول mg/dl	هالوتان	$168.61 \pm 28.48$	۰/۲۱۳
	پروپوفول	$179.9 \pm 38.57$	

می کند. با وجود اینکه دارو به تنهایی قابل مصرف است، لیکن معمولاً همراه با مقادیر کمی از مخدرهای کوتاه اثر مانند فنتانیل و بنزودیازپین ها مصرف می شود (آرامبخشی تعدیل شده پروپوفول). فواید پروپوفول سرعت شروع اثر (در عرض دو تا چهار دقیقه) و پاکسازی سریع و برگشت پذیری اثر آن در اثر قطع دارو می باشد. این دارو اثر ضد تهوع دارد، اثر فراموشی آن کمتر از میدازولام بوده و اثر بی دردی ندارد (۹-۱۱). متخصصین گوارش در آمریکا، از پروپوفول در ۲۵٪ آندوسکوپی ها مصرف می کنند (۱۲). عارضه عمده پروپوفول سرکوب تنفسی می باشد که با قطع دارو و برقراری تهویه هوایی برگشت می کند همچنین محافظت از راه هوایی ضروری است. بهمین دلیل در بعضی مراکز این دارو فقط توسط متخصصین بیهوشی مصرف می شود (۱۳). با این وجود به دلیل شواهد و مطالعات فراوان در مورد امنیت استفاده از آن، این دارو توسط پزشکان و پرستارانی که با برقراری راه هوایی آشنایی دارند استفاده می شود (۱۷-۱۴). یک مطالعه متاآنالیز در مقایسه پروپوفول با دیگر داروها در کولونوسکوپی نشان داد که این دارو با بهبودی و ترخیص سریعتر و رضایت بیشتر بیماران همراه بود و هیچگونه عارضه ای نداشته است (۱۸). از آنجایی که داروی هالوتان هنوز جزء بهترین داروی استنشاقی در بیمارانی می باشد که همزمان بیماری مزمن راههای هوایی یا آسم دارند و شانس اسپاسم راه هوایی در شروع بیهوشی نسبت به سایر داروهای استنشاقی کمتر می باشد. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه اثر هالوتان و پروپوفول بر تست های کبدی بعد از بیهوشی عمومی انجام شده است.

### مواد و روشها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی بیمارانی که جزء کلاس یک دسته بندی انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا بودند، طی سال های ۸۹-۱۳۸۸ در بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل انجام شد. بیمارانی که تحت اعمال جراحی گوش و حلق بینی (سپتوپلاستی، پولیپکتومی، ترمیم شکاف کام)، چشم (کاتاراکت، تعیبه لنز)، جراحی ارتوپدی (شکستگیهای اندامها و خارج کردن Pin)، جراحی عمومی و اورولوژی (ترمیم فتقها و واریکوسلکتومی) قرار گرفتند، وارد مطالعه شدند. کودکان کوچکتر از ۱۲ سال، افرادی که تحت عمل جراحی اورژانس یا افرادی که تحت اعمال جراحی بزرگ با ریسک خونریزی بالا نظیر توراکتومی یا لاپاروتومی قرار گرفته و یا دچار اختلال همودینامیک در طی عمل جراحی شده و نیاز به تزریق خون پیدا کردند و افراد مبتلا به مشکلات کبدی، کلیوی و قلبی از مطالعه خارج شدند. همچنین بیمارانی که هر یک از ۳ مرحله انجام آزمایشات را به طور کامل انجام نداده بودند نیز از مطالعه حذف شدند. افراد قبل از ورود به مطالعه فرم رضایتنامه آگاهانه را پر نمودند. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل بیماران بطور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. ۳۰ نفر در گروه پروپوفول و ۲۸ نفر در گروه هالوتان مورد مطالعه قرار گرفتند. بعد از ورود بیماران به اتاق عمل و برقراری مونیتورینگهای لازم مورفین به میزان  $0.1 \text{ mg/kg}$  و دیازپام به میزان  $0.1 \text{ mg/kg}$  به تمام بیماران تزریق شده القاء بیهوشی با استفاده از تیوپنتال سدیم  $5 \text{ mg/kg}$  و اتروکوریوم  $0.6 \text{ mg/kg}$  همراه با لیدوکائین  $1.5 \text{ mg/kg}$  انجام شد و سپس بیهوشی در یک گروه با پروپوفول به میزان  $120-100 \text{ mg/kg}$  همراه با اکسیژن و گاز  $50\% \text{ N}_2\text{O}$  و در گروه دیگر با هالوتان  $1-0.5\%$  همراه با اکسیژن و گاز  $50\% \text{ N}_2\text{O}$  ادامه یافت.

بیلیروبین کل قبل از عمل و هفت روز پس از بیهوشی ( $P=0/722$ )، میانگین بیلیروبین مستقیم قبل و یک روز پس از عمل ( $P=0/357$ ) و میانگین بیلیروبین مستقیم قبل از عمل و ۷ روز پس از بیهوشی ( $P=0/123$ ) بین دو گروه هالوتان و پروپوفول اختلاف معنی داری نداشت.

میانگین آلکان فسفاتاز قبل از عمل و یک روز پس از بیهوشی ( $P=0/572$ ) قبل از عمل و ۷ روز پس از بیهوشی ( $P=0/514$ ) بین گروه هالوتان و پروپوفول تفاوت معنی داری نداشت. میانگین بیلیروبین کل قبل از عمل و یک روز پس از بیهوشی بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ( $P=0/08$ ). میانگین

جدول شماره ۲: میانگین سطح آنزیم های کبدی در افراد مورد مطالعه در دو گروه هالوتان و پروپوفول در قبل و پس از بیهوشی

زمان آمینو ترانسفراز	گروه	قبل از بیهوشی Mean±SD	یک روز بعد از بیهوشی Mean±SD	هفت روز بعد از بیهوشی Mean±SD	pvalue **
آسپارات آمینو ترانسفراز	هالوتان	۱۹/۰۴±۷/۵۵	۲۰/۵۴±۱۰/۱۶	۲۴/۶۱±۹/۸۳	۰/۰۰۸
	پروپوفول	۲۲/۳±۸/۱۲	۲۲/۳±۸/۱۲	۲۲/۲±۹/۱۸	۰/۸۶۳
آلانیل آمینو ترانسفراز	هالوتان	۱۹/۷۵±۱۷/۳۵	۱۷/۹۶±۱۳/۸۷	۲۴/۲۱±۱۸/۰۷	۰/۰۱۲
	پروپوفول	۱۷/۵±۷/۶۳	۱۶/۵۷±۷/۱۸	۱۶/۵±۷/۳۴	۰/۰۲
آلکان فسفاتاز	هالوتان	۵۴±۲۳۳/۶۶	۲۰۷/۵±۲۲۴/۵۸	۲۰۶/۳۲±۲۰۳/۴۳	۰/۱۶۸
	پروپوفول	۲۱۷	۱۸۰/۲۳±۴۱/۱	۱۸۱±۴۲/۳۲	۰/۰۰۵
بیلیروبین توتال	هالوتان	۰/۷±۰/۳۷	۰/۷±۰/۳۷	۰/۶۲±۰/۱۹	۰/۲۰۸
	پروپوفول	۰/۷۳±۰/۲۲	۰/۶۹±۰/۲	۰/۶۸±۰/۱۸	۰/۰۰۳
بیلیروبین مستقیم	هالوتان	۰/۲۲±۰/۱۸	۰/۱۹±۰/۱۶	۰/۱۶±۰/۱	۰/۰۳۵
	پروپوفول	۰/۱۹±۰/۰۹	۰/۱۸±۰/۰۸	۰/۱۸±۰/۰۹	۰/۰۲۹

pvalue \*\* = هفت روز بعد از بیهوشی در مقایسه با قبل از بیهوشی

pvalue\* = یک روز بعد از بیهوشی در مقایسه با قبل از بیهوشی

### بحث و نتیجه گیری

می کند. واکنش نادر و غیر قابل پیش بینی هیپاتیت حاد می باشد، که غالباً کشنده می باشد و به علت نارسایی حاد کبدی اتفاق می افتد (۲۲). در این مطالعه میانگین سطح ALP در یک و هفت روز پس از بیهوشی بین دو گروه معنی دار نبود. در مطالعه Robinson و همکاران نیز همین طور بوده است (۲۰). از این رو چنین به نظر می رسد شاید مدت زمان بیشتری برای ملاحظه تغییر سطح ALP مورد نیاز باشد. از سوی دیگر در این مطالعه مشخص گردید که هالوتان تأثیری بر سطح بیلیروبین توتال ندارد اما پروپوفول می تواند به طور معنی داری باعث کاهش بیلیروبین توتال در روز اول و هفتم بعد از بیهوشی گردد. در مطالعه Chen مشخص شد که پروپوفول یک اثر وابسته به دوز در کاهش فعالیت آنزیمهای دخیل در فرآیند کانسوجیشن بافت کبدی دارد ولی چنین اثری در بافتهای غیرکبدی ملاحظه نشد (۲۳). با در نظر گرفتن مطالعه فوق می توان چنین استدلال کرد که هالوتان و پروپوفول تأثیر معنی داری در تغییر سطوح AST, ALT در روز اول بعد از بیهوشی ندارند. ولی بعد از گذشت ۷ روز از بیهوشی هر دو آنزیم در گروه هالوتان افزایش یافته، لیکن در گروه

نتایج مطالعه نشان داد که استفاده از هالوتان در بیهوشی عمومی منجر به افزایش سطح AST, ALT خون ۷ روز بعد از بیهوشی می شود. اگرچه در گروه پروپوفول تغییر سطح AST از لحاظ آماری معنی دار نبود ولی سطح ALT در این گروه نه تنها افزایش نیافته است بلکه بعد از گذشت ۷ روز به طور معنی داری کاهش یافته است. به عبارت دیگر تأثیر پروپوفول بر آمینوترانسفرازهای کبدی نامحسوس می باشد. مطالعات محدودی در رابطه با تأثیر پروپوفول بر سطح آنزیمهای کبدی وجود دارد. در یک بررسی که توسط Robinson و همکارانش بر روی ۳۰ زن که تحت بیهوشی عمومی با پروپوفول قرار گرفتند تغییر چندانی در سطح آنزیمهای کبدی همچون AST و ALT مشاهده نشد (۲۰). Lorsomradee و همکاران نشان دادند که پروپوفول موجب افزایش موقت در سطح سرمی AST و ALT و لاکتیک دهیدروژناز در بیماران با اعمال جراحی کرونر می شود (۲۱). مطالعه ای دیگر نیز نشان داد که هالوتان موجب افزایش بدون علامت آمینوترانسفرازها می شود (۱۹). سطح آمینوترانسفرازها به مدت یک تا دو هفته پس از تماس، بالا باقی می ماند و بدون درمان به سطح اولیه برگشت

این مورد را مدنظر داشت.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل که حمایت علمی و مالی این تحقیق را عهده دار بودند، تقدیر و تشکر می گردد.

پروپوفول کاهش می یابد که این نتایج مشابه مطالعات دیگر محققین بوده است (۲۷-۲۴ و ۲۰). Amoros و همکاران حین انجام اندوسکوپی در بیماران سیروزی از پروپوفول استفاده نموده و نشان دادند که این دارو نقشی در تشدید آنسفالوپاتی کبدی در بیماران نداشته است (۲۸). Weston و همکاران نیز که در بیماران مزمن کبدی از پروپوفول استفاده نمودند، دارو کاملاً مؤثر و بدون عارضه بوده است (۲۹). لذا می توان نتیجه گیری کرد که پروپوفول در مقایسه با هالوتان اثرات کمتری بر آنزیم های کبدی دارد. لذا می توان در موارد تجویز داروهای بیهوشی

## A Comparison between the Effect of Halothane and Propofol on Liver Enzymes after General Anesthesia

M. Kashifard (MD)<sup>1\*</sup>, E. Alijanpour (MD)<sup>2</sup>, M. Hoseinian (MD)<sup>3</sup>

1. Department of Internal Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Department of Anesthesiology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Babol University of Medical Sciences, Babol Iran

---

J Babol Univ Med Sci;13(1);Jan 2011

Received: Nov 2<sup>nd</sup> 2010, Revised: Dec 8<sup>th</sup> 2010, Accepted: Jan 2<sup>nd</sup> 2011.

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** Halothane is the most common inhalation anesthetic drug in the world and there is an increasing interest for using intravenous anesthetics like propofol. The purpose of this study was to compare the effect of halothane and propofol on hepatic enzymes after general anesthesia.

**METHODS:** This randomized clinical trial study was performed on 58 patients (14-69 years old) classified in class I of American Society of Anesthetics. These patients who had no preliminary symptomatic hepatic, cardiac or renal disease admitted for elective surgery (ENT, eye, orthopedics, general surgery, and urology). These patients were divided randomly into two groups: 30 patients in the propofol group and 28 patients in the halothane group. In both groups, pre-medication and induction of anesthesia were the same. For the maintenance of anesthesia in the study group there was continuous infusion of propofol and for the control group, 0.5-1% halothane inhalation. From all the patients, three blood samples were taken separately prior to the anesthesia, twenty four hours and seven days after the anesthesia. These samples were tested and compared for aspartate aminotransferase (AST), alanine amino transferase (ALT), alkaline phosphates (ALP) and Billirubin (total and direct)

**FINDINGS:** Mean anesthesia duration in propofol group was 91±14.7 minute and in halothan group was 93.2±17 minute that there was not statistically significant difference in duration of anesthesia between the two groups. Seven days after anesthesia ALP, the total and direct billirubine levels did not show significant differences between the two groups. However, AST (p=0.008) and ALT (p=0.003) increased in halothane group in compared with propofol group.

**CONCLUSION:** The results show that propofol has less effect on liver enzymes as compared to halothane. This can be considered in anesthetic drug usage.

**KEY WORDS:** *Halothane, Propofol, Liver enzymes, General anesthesia.*

---

\*Corresponding Author;

Address: Department of Internal Medicine, Ayatollah Roohani Hospital, Babol, Iran

Tel: +98 111 2238301-3

E-mail: mehrdadkashifard@yahoo.com

## References

1. Virtue RW, Payne KW. Postoperative death after fluothane. *Anesthesiology* 1958;19:562
2. Lindenbaum J, Leifer E. Hepatic necrosis associated with halothane anesthesia. *N Engl J Med* 1963; 268:525-30.
3. Brody GL, Sweet RB. Halothane anesthesia as a possible cause of massive hepatic necrosis. *Anesthesiology* 1963;24:29-37.
4. Bunker JP, Forrest WH, Mosteller, F, et al (Eds). National Halothane Study. A study of the possible association between halothane anesthesia and postoperative hepatic necrosis, U.S. Government Printing Office Washington, DC 1969.
5. Wiklund RA, Rosenbaum SH. *Anesthesiology*. First of two parts. *N Engl J Med* 1997;337(16):1132-41.
6. Qureshi MA, Saeed F, Hussain T. Halothane induced fulminant hepatic failure. *J Coll physicians Surg Pak* 2007;17(2):103-4.
7. Kumar GP, Bhat VJ, Sowdi V. Fulminant hepatic failure following halothane anaesthesia. *J Clin Forensic Med* 2005;12(5):271-3.
8. Otedo AE. Halothane induced hepatitis: case report. *East Afr Med J* 2004;81(10):538-9.
9. Gut J. Molecular basis of halothane hepatitis. *Arch Toxicol Suppl* 1998;20:3-17.
10. Masubuchi Y, Horie T. Toxicological significance of mechanism-based inactivation of cytochrome P450 enzymes by drugs. *Crit Rev Toxicol* 2007;37(5):389-412.
11. Grabber RG. Propofol in the endoscopy suite: an anesthesiologist's perspective. *Gastrointest Endosc* 1999;49(6):803-6.
12. Cohen LB, Weesler JS, Gaetano JN, et al. Endoscopic Sedation in the United States: results from a nationwide survey. *Am J Gastroenterol* 2006;101(5):967-74.
13. Yimcharoen P, Fogel EL, McHenry L, et al. Use of Droperido at ERCP and OTc prolongation: do we need to follow the black box warning? *Gastrointest Endosc* 2005;61:AB125.
14. Dikman AE, Sanyal S, Aisenberg J, et al. Gastroenterologist- Directed, Balanced propofol Sedation for EGD and Colonoscopy: An Analysis of Safety in 15,286 Patients. *Gastrointest Endosc* 2008; 67:AB84
15. Rex DK, Deenadayalu V, Eid E. Gastroenterologist-directed propofol: an update. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2008;18(4):717-25.
16. Külling D, Orlandi M, Inauen W. Propofol sedation during endoscopic procedures: how much staff and monitoring are necessary? *Gastrointest Endosc* 2007;66(3):443-9.
17. Cohen LB, Delegge MH, Aisenberg J, et al. AGA Institute review of endoscopic sedation. *Gastroenterology* 2007;133(2):675-701.
18. Singh H, Poluha W, Cheung M, Choptain N, Baron KI, Taback SP. Propofol for sedation during colonoscopy. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD006268.
19. Liu ZX, Kaplowitz N. Immune-mediated drug-induced liver disease. *Clin Liver Dis* 2002;6:755-74.
20. Robinson F.P, Patterson CC. Changes in liver function tests after propofol ('Diprivan'). *Postgrad Med J* 1985; 61(Suppl 3):160-1.
21. Lorsomradee S, Cromhecke S, Lorsomradee S, De Hert SG. Effects of sevoflurane on biomechanical markers of hepatic and renal dysfunction after coronary artery surgery. *J Cardiothorac Vase Anesth* 2006;20(5):684-90.
22. Lo SK, Wendon J, Mieli-Vergani G, Williams R. Halothane-induced acute liver failure: continuing occurrence and use of liver transplantation. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998;10(8):635-9.
23. Chen TL, Wu CH, Chen TG, Tai YT, Chang HC, Lin CJ. Effects of propofol on functional activities of hepatic and extrahepatic conjugation enzyme systems. *Br J Anaesth* 2000;84(6):771-6.

24. Tsao CM, Ho ST, Chen A, Wang JJ, Tsai SK, Wu CC. Propofol ameliorates liver dysfunction and inhibits aortic superoxide level in conscious rats with endotoxic shock . *Eur J Pharmacol* 2003;477(2):183-93.
25. Tiainen P, Rosenberg PH. Hepatocellular integrity during and after isoflurane and halothane anesthesia in surgical patients. *Br J Anaesth* 1996;77(6):744-7.
26. Murray JM, Rowlands BJ, Trinick TR. Indocyanine green clearance and hepatic function during and after prolonged anaesthesia: comparison of halothane with isoflurane. *Br J Anaesth* 1992;68(2):168-71.
27. Sear JW, Prys-Roberts C, Dye A. Hepatic function after anaesthesia for major vascular reconstructive surgery. *Br J Anaesth* 1983;55(7):603-9.
28. Amoros A, Aparicio JR, Garmendia M, Casellas JA, Martinez J, Jover R. Deep sedation with propofol does not precipitate hepatic encephalopathy during elective upper endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2009;70(2):262-8.
29. Weston BR, Chadalawada V, Chalasani N, et al. Nurse administered propofol versus midazolam and meperidine for upper endoscopy in cirrhotic patients. *Am J Gastroenterol* 2003;98(11):2440-7.