

بررسی موارد تنگی نای بعد از لوله گذاری به دنبال خودکشی

عزیزالله عباسی^۱، رویا فرزنانگان^۲، غلامرضا کرمی^۳، مهرناز والی زاده^۴، محمدبهگام شادمهر^۵، مهرداد عرب^۶، مجتبی جواهرزاده^۷، ساویز پژهان^۸، ابوالقاسم دانشور^۹

۱- استاد جراحی قفسه سینه، رئیس جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری،

۲- پزشک عمومی، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

۳- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، متخصص روانپزشکی

۴- پزشک عمومی، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

۵- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

۶- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

۷- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

۸- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

۹- متخصص جراحی عمومی، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

یافته / دوره هفتم / شماره ۲ / تابستان ۸۴ / مسلسل ۲۵

چکیده

دریافت مقاله: ۸۴/۲/۱۷، پذیرش مقاله: ۸۴/۳/۸

*** مقدمه:** میزان خودکشی در سالهای اخیر رو به افزایش گذاشته است. ارائه یک مجموعه از بیمارانی که بعد از اقدام به خودکشی زیر ونتیلاتور قرار گرفته‌اند و در اثر لوله‌های داخل نای دچار عارضه تنگی در مجرای هوایی (تراشه) شده‌اند، باعث شناخت بیشتر این عارضه و راههای مقابله و پیشگیری از آن می‌شود.

*** مواد و روش ها:** طی یک مطالعه آینده نگر، از میان بیمارانی که به علت تنگی مجرای هوایی ناشی از لوله گذاری به مرکز ما معرفی شده بودند، آنهایی که علت لوله گذاری اقدام به خودکشی کرده بودند، بررسی شدند. این کار با پرکردن پرسشنامه تنظیم شده ثبت کامپیوتری اطلاعات آماری و پیگیری منظم بالینی، در مدت ۱۵ ماه (اردیبهشت ۱۳۸۲ تا تیر ماه ۱۳۸۳) انجام گرفت.

*** یافته ها:** از میان ۱۰۰ بیمار مبتلا به تنگی ناشی از لوله گذاری، تعداد ۱۹ بیمار وارد مطالعه شدند (میانگین سنی ۲۵/۳±۹/۹۶ سال، محدوده ۵۶-۱۷ سال، ۱۰ نفر مؤنث و ۹ نفر مذکر). نوع بیماری و علت خودکشی براساس تشخیص روانپزشک عبارت بود از: ۱۱ مورد استرس روانی اجتماعی در زمینه شخصیت مشکل دار یا نابالغ و ۷ مورد وجود اختلال روانی، در یک نفر علت نامعلوم بود. علل مستقیم اقدام به خودکشی عبارت بودند از: مشکلات خانوادگی ۱۰ مورد، مسائل عشقی ۲ مورد، اعتیاد ۳ مورد، ناراحتی سیستم عصبی و افسردگی ۶ مورد، مشکلات اجتماعی ۲ مورد. بعضی از بیماران ۲ علت را ذکر کرده و یک بیمار نیز از ذکر علت خودکشی خودداری کرد. مدت لوله گذاری بیماران به طور متوسط ۱۴/۷۸ روز بود (محدوده ۳-۳۰ روز)، ۸ بیمار تراکئوستومی شده بودند و طول تنگی به طور متوسط ۳۵/۱۲ میلی‌متر بود (محدوده ۵۰-۲۰ میلی‌متر). درمانهای انجام شده شامل رزکسیون آناستوموز محل تنگی و نیز دیلاتاسیون متناوب تنگی بود. ۳ بیمار با دیلاتاسیون درمان شدند و در ۱۶ بیمار عمل رزکسیون آناستوموز تراشه انجام شد. ۸ مورد عود تنگی بعد از رزکسیون ایجاد شد که با رزکسیون مجدد (۴ نفر) و با دیلاتاسیون متناوب (۲ نفر) بهبودی یافتند و در ۲ مورد نیز استنت گذاشته شد. این گروه از بیماران با یک گروه مشابه که به علل مختلف دیگری دچار تنگی بعد از لوله‌گذاری شده بودند، مقایسه شد. میزان عود تنگی (P=0/011) و طول تنگی (P=0/011) در گروه خودکشی بیشتر از گروه شاهد بود.

*** نتیجه گیری:** به نظر می‌رسد در بیماران ما مشکلات اجتماعی نظیر بیکاری، مجرد و کم‌سوادی بیشتر از اختلالات روانی زمینه‌ساز اقدام به خودکشی بوده است. بیمارانی که بعد از خودکشی زیر ونتیلاتور قرار می‌گیرند و دچار تنگی تراشه می‌شوند با عمل رزکسیون آناستوموز قابل درمان می‌باشند، اگر چه میزان عود تنگی در آنها بیشتر از گروه‌های دیگر است.

واژه های کلیدی: خودکشی، لوله گذاری، نای

آدرس مکاتبه: تهران - نیاوران، دارآباد، بیمارستان مسیح دانشوری، دفتر گروه جراحی

پست الکترونیک: E-mail: abbasidezfouli@nritld.ac.ir

مقدمه

خودکشی پدیده‌ای به قدمت عمر بشر است؛ ولی به دلیل منافاتی که با اصل حیات انسان دارد - حیاتی که تلاش برای بقای آن قویترین غریزه انسانی است - از دیرباز در اغلب جوامع، فرهنگها و ادیان امری نکوهیده تلقی شده است. متأسفانه در جوامع بشری و متمدن امروزی میزان خودکشی رو به افزونی است (۶-۱). طبق گزارش WHO هر ساله حداقل یک میلیون نفر در دنیا دست به خودکشی می‌زنند (۲). خودکشی هشتمین علت مرگ‌ومیر در ایالات متحده، دومین علت مرگ‌ومیر در پسران ۱۹-۱۵ ساله در این کشور (۷) و دهمین علت مرگ در دنیا می‌باشد (۱). همین امر خودکشی را از یک ناهنجاری فردی به یک معضل اجتماعی گسترده تبدیل کرده است. خودکشی یک مشکل سلامتی اجتماعی می‌باشد که نیاز به برنامه‌ریزی دقیق جهت پیشگیری دارد (۹، ۸، ۱). از دیدگاه روانپزشکی، عوامل وابسته به خودکشی در بین مردان و زنان در سنین مختلف با تحصیلات و شغل متفاوت با یکدیگر فرق دارند (۱۰) مردان و زنان به دلایل متفاوتی دست به خودکشی می‌زنند. از طرفی، افراد معمولاً به واسطه مشکلات روانی و جسمی اقدام به خودکشی می‌کنند. در بین بیماران روانی که خودکشی می‌کنند، عده‌ای افسرده هستند و عده‌ای نیز افراد روان‌پریشی هستند که تحت تأثیر توهمات خود دست به خودکشی می‌زنند. سایر اختلالات روانپزشکی هم با درجات مختلف در اقدام به خودکشی مؤثر می‌باشند (۱۲، ۱۱). افرادی که به واسطه بیماری و عدم سلامت جسمی دست به خودکشی می‌زنند، کم نیستند. از طرف دیگر، افرادی نیز که دچار مشکلات روانی و جسمی نیستند ولی به واسطه مشکلات دیگر اقدام به خودکشی می‌کنند و این گروه هستند که خودکشی را به معضل اجتماعی مبدل ساخته‌اند (۱۲). ارجاع تعدادی از بیماران به مرکز ما که اقدام به خودکشی در آنها منجر به تنگی‌نای بعد از لوله‌گذاری شده بود، باعث بروز سؤالات متعددی برای دست‌اندر کاران درمان این بیماران می‌شود: ۱- آیا در بیمارانی که اقدام به خودکشی می‌کنند احتمال ایجاد تنگی بعد از لوله‌گذاری بیشتر است؟ ۲- آیا تعداد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در

جامعه ما خیلی زیاد است؟ ۳- آیا مراقبت از مجاری هوایی این بیماران در مدتی که زیر ونتیلاتور بوده‌اند، ناکافی بوده است؟ بروز تنگی نای در این بیماران باعث مشکلات عدیده‌ای برای بیمار و خانواده وی می‌شود و می‌تواند اثرات شدید روانی و اقتصادی بر خانواده و جامعه تحمیل کند که از خود بیماری روانی فرد زیانبارتر باشد. با توجه به این که این بیماران گروه نسبتاً همگونی را از جهات مختلف خانوادگی، اجتماعی و درمان‌های انجام شده تشکیل می‌دادند، آنها را به صورت یک گزارش علمی و تحلیلی ارائه کردیم و با گروه مشابهی از بیماران دچار تنگی بعد از لوله‌گذاری مقایسه کردیم تا شاید به سؤالات فوق پاسخی داده شود.

مواد و روشها

در این مطالعه آینده‌نگر، گروه مورد مطالعه بیمارانی هستند که در عرض ۱۵ ماه (اردیبهشت ۱۳۸۲ لغایت تیرماه ۱۳۸۳) به علت تنگی تراشه ناشی از لوله‌گذاری به مرکز ما ارجاع شده‌اند و علت لوله‌گذاری، نارسایی تنفسی ناشی از اقدام به خودکشی بوده‌است. اطلاعات مربوط به بیماران به صورت آینده‌نگر با پرکردن پرسشنامه مخصوص و پیگیری منظم بالینی تهیه شده، این پرسشنامه حاوی سؤالات مختلفی بود که وضعیت روانی، علت اقدام به خودکشی، داروهای مصرف شده، شرایط خانوادگی بیمار، شرایط اقتصادی والدین بیمار، وضعیت تأهل، نوع درمان و نتایج درمانی را جمع‌آوری می‌کرد. پیگیری بالینی بیماران نیز به صورت فعال و از طریق مصاحبه چهره به چهره بیماران و مراجعه به درمانگاه و تماس تلفنی صورت گرفت. نتایج به دست آمده در این گروه با یک گروهی از بیمارانی مقایسه شد که به علل مختلف دیگر زیر ونتیلاتور رفته و مبتلا به تنگی نای شده بودند.

یافته‌ها

تعداد ۱۹ بیمار در مطالعه وارد شد. سن بیماران از ۱۷ تا ۵۶ سال (میانگین $25/3 + 9/96$ سال) متغیر بود که شامل ۱۰ نفر مؤنث و ۹ نفر مذکر بود. فقط ۵ نفر از آنها متأهل بودند (هر ۵ نفر زن). سطح متوسط تحصیلات بیماران عبارت بود از: یکنفر دانشجو، ۶ نفر دیپلم و بقیه ۱۲ نفر زیر دیپلم (از پنجم ابتدایی تا اول دبیرستان) ۸

متوسط ۳۵/۱۲ میلی‌متر بود (محدوده ۵۰-۲۰ میلی‌متر). درمان‌های انجام شده شامل رزکسیون آناستوموز محل تنگی و نیز دیلاتاسیون متناوب تنگی و گذاشتن استنت پلی‌فلکس در بعضی از بیماران بود. سه بیمار از ابتدا با دیلاتاسیون درمان شدند و بهبودی پیدا کردند که یک مورد آن قبلا در مرکزی دیگر عمل شده بود. در ۱۶ بیمار عمل رزکسیون آناستوموز انجام شد که یک نفر آنها در مرکز دیگری عمل شده و به علت عود تنگی به ما ارجاع داده شده بود که در اینها نیز ۶ مورد عود تنگی بعد از عمل ایجاد شد (با موارد عود مراکز دیگر جمعا ۸ مورد عود) از این ۸ بیمار، ۴ نفر تحت عمل مجدد رزکسیون آناستوموز قرار گرفتند و دو نفر دیگر تحت دیلاتاسیون متناوب تنگی با برونکوسکپی ریژید^۱ قرار گرفتند که در نهایت هر ۶ مورد بهبودی پیدا کردند و در دو مورد دیگر که اخیرا با عود مراجعه کرده بودند، استنت گذاشته شد. فقط در یک بیمار فلج یک عصب راجعه به‌عنوان عارضه دائمی باقی ماند. اهمیت آماری عوامل مختلف در بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

نفر از بیماران بیکار بودند (نه شغل بیرون داشتند و نه خانه‌دار بودند و نه در حال تحصیل).

نوع بیماری و علت خودکشی براساس تشخیص روانپزشک عبارت بود از: ۱۱ نفر استرس روانی - اجتماعی در زمینه شخصیت مشکل‌دار یا نابالغ، ۷ نفر اختلال روانی و در یک نفر علت نامعلوم بود. علل مستقیم اقدام به خودکشی عبارت بودند از: مشکلات خانوادگی ۱۰ مورد، مشکلات عشقی ۲ مورد، اعتیاد ۳ مورد، ناراحتی سیستم عصبی و احساس افسردگی شدید ۶ مورد و مشکلات اجتماعی ۲ مورد. بعضی از بیماران دو علت را ذکر کرده و یک بیمار نیز از ذکر علت خودکشی خودداری کرد. هیچکدام از بیماران فرزند اول خانواده نبودند و فقط ۵ نفر از بیماران قبل از اقدام به خودکشی تحت درمان روانپزشک بودند. ۵ نفر از بیماران سابقه قبلی اقدام به خودکشی را داشتند. مدت لوله‌گذاری بیماران به‌طور متوسط ۴/۷۸ روز بود (محدوده ۳ تا ۳۰ روز). ۸ بیمار تراکتوستومی شده بودند. محل تنگی در همه بیماران در تراشه بود. طول تنگی‌ها به‌طور

جدول شماره ۱- اهمیت آماری یافته‌های مختلف در بیمارانی که به خودکشی اقدام کرده بودند

عامل	اهمیت آماری	محدوده ۳۵-۱۷ سال میانگین
سن	۲۵/۳ + ۹/۹۶	
جنس	* n.s	زن ٪۵۲/۶ مرد ٪۴۷/۴
ازدواج	p<۰/۰۵	مجرد ٪۷۳/۷ متاهل ٪۲۶/۳
شغل	n.s	بیکار ٪۴۲/۱
تحصیلات	n.s	زیردیپلم ٪۶۳/۱ دیپلم و بالاتر ٪۳۶/۹
وسیله خودکشی	p<۰/۰۵	قرص ٪۵۷/۹ سم ٪۳۶/۸ تریاک ٪۵/۳
فرزند دوم به‌بعد خانواده	-	فرزند دوم به بعد ٪۱۰۰ فرزند اول خانواده
علت خودکشی براساس تشخیص روانپزشکی	n.s	استرس روانی - اجتماعی ٪۶۱/۱ اختلال روانپزشکی ٪۳۹/۹
اختلال روانپزشکی	-	افسردگی ٪۷۱/۴ دیگر بیماریها ٪۲۸/۶
سابقه خودکشی	-	بلی ٪۳۳/۳ خیر ٪۶۶/۷

1. Rigid

این گروه با گروه دیگری از بیماران که همزمان در سرویس ما تحت درمان تنگی بعد از لوله‌گذاری قرار گرفته بودند، (به‌علل مختلف دیگر غیر از خودکشی) مقایسه شدند. خلاصه این موارد در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲- مقایسه در گروه بیماران مبتلا به تنگی بعد از لوله‌گذاری بستری شده در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

ارزش آماری	گروه خودکشی	گروه کنترل*	
	۱۹	۸۱	تعداد کل
	۱۰	۱۵	مؤنث
	۹	۶۶	جنس مذکر
	۲۵/۳۲	۲۴/۴۲	میانگین سنی و محدوده سنی بر حسب سال
	۱۷-۵۶	۱۷-۶۶	
	۰	۲	موارد تنگی ساب‌گلوٹ
	۱۴/۷۸	۱۵/۵۸	میانگین مدت زمان لوله‌گذاری و محدوده بر حسب روز
	۳-۳۰	۰-۴۰	
P= ۰/۰۱۱	۳۲/۷۲	۲۸/۲۸	میانگین طول تنگی و محدوده بر حسب میلی‌متر
	۲۰-۵۰	۱۰-۶۰	
	RA=۱۶	RA=۵۵	درمان انجام شده رزکسیون آناستوموز RA
	B-D=۳	B-D=۲۳	برونکوسکوپی - دیلاتاسیون B-D
	S=۰	S=۲	استنت S
	L=۰	L=۱	لیزر L
P= ۰/۰۱۱	۶	۵	عود بعد از جراحی در این مرکز
	۱۶	۵۵	

* گروه کنترل بیمارانی هستند که به‌علل دیگر غیر از خودکشی لوله‌گذاری شده بودند و همزمان با گروه خودکشی مراجعه کرده بودند.

خودکشی نیز بیشتر می‌شود این مسئله در بین مردان از سن ۴۵ سالگی اوج گرفته و در بین زنان پس از ۵۵ سالگی بیشترین مقدار خودکشی موفق را به‌خود اختصاص داده است (۱۴)؛ ولی در بیماران ما فقط یک نفر خانم بالای ۵۵ سال وجود داشت و در آقایان نیز سن خودکشی زیر ۳۷ سال بود.

۲- ازدواج: فقط ۵ نفر از بیماران ازدواج کرده بودند. تأهل در کاهش میزان خودکشی در بیماران ما اهمیت آماری داشت.

میزان خودکشی در افرادی که مجرد هستند و یا هرگز ازدواج نکرده‌اند، دوبرابر افراد متأهل می‌باشد (۱۴) و همان‌طور که ذکر شده، به‌نظر می‌رسد ازدواج و بچه‌دار شدن به‌طور قابل ملاحظه‌ای از میزان خودکشی می‌کاهد (۱۵، ۱۴، ۱۱). در مطالعه‌ای که در استان لرستان در ۴۰ مورد خودکشی با خوردن گچ در طی سالهای ۷۹-۷۴ انجام شده است نیز

از ۵۵ بیماری که در گروه شاهد تحت رزکسیون آناستوموز تراشه قرار گرفتند. در یک مورد فلج تار صوتی چپ، یک مورد فلج تار صوتی راست و یک مورد تغییرات حنجره به صورت فیکس بودن تار صوتی دیده شد. یک مورد نیز مرگ به‌علت ایست ناگهانی قلبی - تنفسی ایجاد شد که این بیمار به علت نارسایی قلبی چند بار قبل از عمل دچار حمله ایست قلبی شده بود که با اقدامات احیاء برگشت کرده بود.

بحث

۱- سن: میانگین سنی بیماران ۲۵/۳+۹/۹۶ سال بوده است. در حقیقت بیشتر بیماران در سنین ۱۷-۳۵ سال قرار داشتند و فقط سه بیمار بالای ۳۵ سال سن داشتند. در مطالعه‌ای که در دبی و امارات در سالهای (۲۰۰۰-۱۹۹۲) انجام شده است، محدوده سنی، ۴۰-۲۱ سال بود (۱۳) و در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شده است که با افزایش سن میزان

بیشترین بیماران مجرد بودند (۵۲/۱۷٪ مجرد زن و ۸۸/۲٪ مجرد مرد) (۱۶).

۳- جنس: در این مطالعه بیشتر بیماران مرد بودند. در بررسی که در ایالت اولوا^۱ در فنلاند شمالی (۱۷) در سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۸ و در دبئی (۱۳) و امارات متحده عربی بین سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۲ انجام گرفت، بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی کردند نیز مرد بودند. در های لند^۲ میزان خودکشی در آقایان بیشتر بوده است (۱۸). در آمریکا نیز آقایان بیشتر از خانمها خودکشی می‌کنند (۱۴) ولی در مطالعه استان لرستان از مجموع ۴۰ بیمار مطالعه شده که با یک روش خاص دست به خودکشی زده بودند، ۵۷/۵٪ زن و ۴۲/۵٪ مرد بودند (۱۶).

۴- شغل: در این بیماران ۵ نفر خانه‌دار، یک نفر دانشجوی پزشکی و یک نفر قصاب بوده و سه نفر محصل و یک نفر شغل آزاد و بقیه بیکار بودند. میزان بیکاری از نظر آماری به‌عنوان عامل خودکشی اهمیت آماری نداشت. ولی ۴۲/۱٪ از بیماران بیکار بودند. طی مطالعاتی دیگر که انجام شده است، شغل، انسان را به نوعی در مقابل خودکشی محافظت می‌کند (۱۲، ۱۴) و ارتباطی قوی بین بیکاری و خودکشی وجود داشته است (۱۱، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴). در بررسی ما نیز بیشتر بیماران بیکار و یا از اوقات فراغت بیشتری برخوردار بودند. در مطالعه این موضوع در استان لرستان در تعداد ۴۰ بیمار مورد مطالعه ۳۷/۵٪ دانش‌آموز و ۳۵٪ خانه‌دار و ۱۰٪ بیکار بودند (۱۶). در مطالعه ما ۱۵/۸٪ محصل و ۲۶/۳٪ خانه‌دار و ۴۲/۱٪ بیکار بودند.

۵- وسیله خودکشی: روشهای متعددی برای خودکشی گزارش شده است که البته انتخاب این روشها به وضعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و ... بستگی دارد. در بیماران ما ۱۱ نفر از قرص و ۷ نفر از سم و یک نفر از تریاک استفاده کرده بودند که میزان استفاده از قرص به‌عنوان وسیله خودکشی اهمیت آماری داشت ($P < 0.05$). انواع قرصها از گروه بنزودیازپین‌ها، فنوباریتال و ایندرال بوده است.

حلق‌آویز کردن در دبئی و امارات متحده عربی (۱۳) (۲۰۰۰-۱۹۹۲) و در امریکا به‌طور عموم بیشترین روش خودکشی بوده است (۱۴). در بررسی که در اکوی تاین^۳ در جنوب غربی فرانسه انجام شده است، بیشترین روش خودکشی از حلق‌آویز کردن و غرق شدن و استفاده از داروها بوده است (۲۵). حلق‌آویز کردن یکی از شایع‌ترین روشهای استفاده در دنیا می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ای در ناحیه‌ای در جنوب آفریقا، حلق‌آویز کردن ۵۷٪، استفاده از اسلحه گرم ۳۰٪ و مسمومیت در ۱۳٪ موارد روش خودکشی بوده است (۲۷). خودکشی با خوردن گچ، شیوه‌ای عجیب و جدید از طرق اقدام به خودکشی است که منحصر در کشور ایران و تنها در استان لرستان و یکی از شهرهای مجاور آن به نام اسلام‌آباد گزارش شده است (۱۶).

۶- علت اقدام به خودکشی: یکی از عوامل خطر مهم در مطالعه دانمارک (۱۹۹۷-۱۹۸۱) اختلالات روانی و یا سابقه بستری در بیمارستان به‌علل اختلالات روانی بوده است (۲۱). و در مطالعات دیگر نیز به اختلال خلقی به عنوان یکی از عوامل خطرزا جهت اقدام به خودکشی توجه شده است (۱۱).

نتایج بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در لرستان نشان‌دهنده این بوده است که شیوع اختلالات روانپزشکی در سنین ۴۰-۲۶ سال بیش از سنین ۲۵-۱۸ سال بوده است. استرس، زایمانهای مکرر و اضطراب ناشی از تغییرات بیولوژیکی در زنان و همچنین استرسهای محیطی و مشکلات کاری، اقتصادی و بیکاری در مردان را از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانسته‌اند و طلاق به‌عنوان یکی از عوامل استرس‌زا، آشکار کننده و مستعدساز اختلالات روانپزشکی است و همچنین شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد با تحصیلات عالی بیش از سایر گروهها بوده است (۲۸). ولی در بررسی که در بیماران مورد مطالعه ما انجام گرفت، فقط در ۷ نفر از بیماران اقدام به خودکشی در زمینه بیماری

روشهایی که برای سم‌زدایی آنها به کار می‌رود در بروز اسکار و فیبروز در تراشه مؤثر باشد. اگر چه ارزیابی درست این مسئله مشکل است ولی قابل طرح است. در خیلی از این بیماران داروهای ضد تشنج به‌خصوص دیلانتین تجویز شده است. این عقیده وجود دارد که دیلانتین سبب تشدید ایجاد اسکار می‌شود و حتی از این خاصیت دیلانتین برای بهبود زخمهای بستر استفاده شده است (۳۳-۳۰) ولی این که تا چه حدی این امر در بیماران ما دخالت داشته است، برای ما ناشناخته است.

نتیجه گیری

اکثر بیماران در مراکز دولتی و بخشهای اورژانس بستری شده بودند. بروز این تعداد تنگی ناشی از لوله‌گذاری غیرعادی به نظر می‌رسد، اگر چه نمی‌توان قضاوت آماری دقیقی کرد. ولی حدس ما این است که تمرکز این بیماران در بیمارستانهایی که برای مسمومین پذیرش دارند باعث فشار درمانی زیاد روی این بیمارستان ها و کاهش سطح مراقبت می‌شود. پیشنهاد ما این است که بیمارانی که دچار نارسایی تنفسی حاد در اثر مسمومیت با داروها می‌شوند، یک یا دو روز بعد از پذیرش در این مراکز، به مراکز دیگری که در آنها شرایط بهتر برای مراقبت زیر ونتیلاتور وجود دارد، منتقل شوند.

مشخص روانی بود و در بقیه، تنش‌های اجتماعی و روحی عامل خودکشی بوده است که در این ۷ نفر گروه سنی ۲۶-۳۷ سال بیشتر از گروه سنی زیر ۲۵ سال بوده که ۵۷/۱۴٪ آنها بیکار و ۸۵/۷۱٪ آنها نیز مذکر بودند. به نظر می‌رسد باید در زمینه کاهش این تنش‌ها در جوانان توجه بیشتری شود و به خانواده‌ها در این مورد هشدار داده شود. ۳۹/۹٪ از بیماران ما که به علت خودکشی به‌حالت کوما رفته بودند اختلال روانپزشکی داشته‌اند که از این میزان ۷۱/۴٪ طبق نظر روانپزشکان به افسردگی مبتلا بوده‌اند.

۷- علت بروز تنگی: مهمترین علت بروز تنگی پس از لوله‌گذاری طول مدت لوله‌گذاری و مراقبتهای پرستاری از مجاری هوایی در مدت لوله‌گذاری است. (۲۹) در بیماران ما طول زمان انتوباسیون با سایر گروهها تفاوتی نداشت ولی حدس می‌زنیم که نحوه مراقبت از بیماران خوب نبوده‌است. شاید بیماری که به علت خودکشی بستری شده است، به شکل غیر محسوسی از طرف خانواده و جامعه پزشکی نیز مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد شاید هم علت دیگری در بروز تنگی در این بیماران دخالت داشته باشد. یکی از تفاوتهای مهم این گروه با سایر گروهها استفاده از قرص، به خصوص فنوباربتال و دیازپام برای خودکشی بوده است. حدس می‌زنیم که استفاده از این داروها و یا داروهای دیگری که برای کنترل علائمی چون تشنج برای بیماران مصرف شده است، در بروز تنگی تأثیر داشته است. همه بیماران ما با مصرف سمم و یا دارو اقدام به خودکشی کرده بودند. احتمال دارد که مصرف این داروها یا

References

1. EBR Desapriya and N Iwas. New trends in Suicide in Japan. *Inj prev* 2003; 9:284
2003 BMJ Publishing group
2. Polewaka A, Korch S, Chrostek Maj J. Suicidal behavior and suicide attempts in adolescents and youth adults-epidemiology, risk factors prevention and treatment. *Przegl Lek* 2004; 61(4): 261-4
3. Jakuboniene D, Gurevicius R. Mortality from External causes. Influence of age and gender. *Medicina (Kaunas)*. 2003; 39(8): 773-87
4. Jainlin J. Suicide rates and mental health service in modern china. *Crisis*. 2000; 21(3): 118-21
5. Neeleman J. Suicidality. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001 Mar 17; 145 (11): 515-20
6. Hafner H. The epidemiology of suicide and attempted suicide. *Psychiatr Neural Med Psychol (Leipz)*. 1989 Aug; 41 (8): 449
- ۷- وهاب زاده ج، مباحث عمده در روانپزشکی، تهران، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، سال ۱۳۷۲، صفحه ۱۵-۸
8. De Leo D. Struggling against suicide: The need for an integrative approach. *Crisis* 2002; 23: 23-31. [cross REF][medline]
9. Disley B, Coggan C. Youth suicide in new Zealand. *Crisis*. 1996; 17(3): 116-22
10. Kaplan and Sadok comprehensive text book of psychiatry, vol 3, suicide 92, Williams and wilkins 2000. P: 2031-2045
11. Weleh SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide the general population. *Psychiatr serv* 2001 Mar; 52(3): 368-75
- ۱۲- پورافکاری ن، روانپزشکی علوم و فناوری، روانپزشکی بالینی، چاپ اول، شهر آب ۱۳۷۵، صفحات ۲۰-۱.
13. Koronfel AA. Suicide in dubai, United arab emirates. *J Clin forensic Med* 2002 Mar; 9(1): 5-11
14. Suicide in synopsis of Psychiatry/ Behavioral sciences / clinical. Psychiatry 9th edition by KAPLAN and Sadock's Lippin Cott Willams and wilkins, 2003: 913-923
15. Stack S. The effect of marital integration on Africa American Suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1996 winter; 26(4): 405-14
- ۱۶- یگانه ر، رفیعی ن، کاظمی ا، احمدی م، درتاج ف، بررسی موارد گنج‌خوری به‌عنوان یک روش جدید و عجیب اقدام به خودکشی در استان لرستان، مجله یافته، سال پنجم، زمستان ۱۳۸۲، شماره ۱۹، صفحه ۲۸-۳۲
17. Timonen M, Vilio K, Hakko H, Sarkioja T. Is seasonality of suicides stronger in victim with hospital treated atopic disorders? *Psychiatry Res*. 2004 Apr 30; 126(2): 167-75
18. Stark C, Mattewson F, O' Neill N, Oates K, Hay A. Suicide in the Highlands of Scotland. *Health Bull (Edinb)*. 2002 Jan; 60(1): 27-32
19. Galyn L, Andy sloggett. Suicide, deprivation and unemployment. Record linkage study. *BMJ* 1998 Nov 7; 317: 1283-1286
20. Platt S. Unemployment and suicidal behavior: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1984; 19:93-115 [Medline]
21. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, Psychiatric, and familial factors: a national register based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003 APR; 160(4): 765-72.S
22. Voss M, Nysten L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. Unemployment and early

- cause – specific mortality. A study based on the Swedish tein registry. *Am J Public Health*. 2004 Dec; 94(12)
23. Gibb S, Beautrais A. Epidemiology of attempted suicide in Canterbury province, New Zealand (1993-2002). *N Z Med J* 2004 Nov 5; 117 (1205)V 1141
24. Fuller GN, Rea AJ, Payne JF, Lant AF. Parasuicide in central London 1984-1988. *JR Soc Med*. 1989 Nov; 82(11): 653-6
25. Maurice S, Pommerea X, Pueyo S, Toulouse C, Tilly B, Dabis F, and et al. Epidemiological surveillance of suicides and attempted suicide in Aquitaine, South west france, using an orginal computer network of sentinel general practitioners. *J Epidemiol Community Health*. 1989 Sep; 43 (3): 290-2
26. Gunnel D, Bonnewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and Prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int Epidemiol* 2005 Jan 19; [Epub ahead of print]
27. Meel BL. Determinants of suicide in the Transkei subregion of south Africa. *J Clin Forensic Med*. 2003 Jun; 10(2): 71-6.
- ۲۸- محمدی م، ملک افضلی ح، نوربالا ا ع، باقری یزدی ع، رهگذر م، مسگرپور ب، صفا م، رادفر ر. همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان لرستان، سال ۱۳۸۰، مجله یافته، سال پنجم، شماره ۱۹.
29. Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ. Postintubation tracheal stenosis: Treatment and results. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1995 mar; 109(3): 486-92 (discussion 492-3)
30. Bhatia A, Parkash S. Topical phenytoin for wound healing. *Dermatol online j*. 2004 Jul 15; 10(1): 5
31. Pitiakoudis M, Giatromonolaki A, Iliopoulos I, Tsaroucha AK, Simopoulos C, Piperidou C. Phenyntion-induced lymphocytic chemotaxis, angiogenesis and accelerated healing of decubitus ulcer in a patient with stroke. *J Int Med Res*. 2004 Mar-Apr; 32(2): 201-5
32. Bhatia A, Nanda S, Gupta U, Gupta S, Reddy BS. Topical phenytoin suspension and normal saline in the treatment of leprosy trophic ulcers: a randomized, double-blind, comparative study. *J Dermatology Trea*. 2004 Sep; 15(5): 321-7
33. Scheinfeld N, Phenytoin in cutaneous medicine: its uses, mechanisms and side effects. *Dermatol online J*. 2003 Aug; 9(3):6