

مقایسه آزمون مالمپاتی در حالت‌های نشسته و سوپاین به روش مرسوم و در حین آه کشیدن در پیش‌گویی لارنگوسکوپی و لوله‌گذاری مشکل

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۳/۳۱

زمینه و هدف: ونتیلاسیون ناکافی و انتوباسیون دشوار تراشه از شایع‌ترین عواقب وخیم تنفسی در حیطه بیهوشی می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی تاثیر آه کشیدن و وضعیت بیمار بر نمای مالمپاتی و صحت پیش‌گویی آن در نمای لارنگوسکوپی و انتوباسیون دشوار بوده است.

روش بررسی: پس از اعمال معیارهای ورود و خروج، در ۶۶۱ بیمار تست مالمپاتی در وضعیت‌های سوپاین و نشسته و نیز با و بدون آه کشیدن انجام شد و توسط فرد کور نسبت به وضعیت مالمپاتی، نمای لارنگوسکوپی و میزان دشواری انتوباسیون بررسی شد. نتایج حاصل از این چهار حالت بررسی مالمپاتی در پیش‌گویی نمای لارنگوسکوپی و میزان دشواری انتوباسیون مقایسه شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲۸ بیمار (۴/۲٪) لارنگوسکوپی مشکل و ۹ بیمار (۱/۴٪) انتوباسیون مشکل داشتند. در تست مالمپاتی در حالت‌های مورد مطالعه در رابطه با وضعیت لارنگوسکوپی و انتوباسیون در پوزیشن سوپاین بدون آه کشیدن و نشسته بدون آه کشیدن بالاترین میزان حساسیت گزارش شد و میزان ویژگی در پوزیشن نشسته با آه کشیدن بیش‌ترین مقدار بود. میزان ارزش اخباری منفی در تمام حالت‌ها بالاتر از ۹۵٪ بود و بیش‌ترین میزان ارزش اخباری مثبت در سوپاین با آه کشیدن مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه در بین تست مالمپاتی انجام شده در حالت‌های مختلف بیش‌ترین میزان هم‌خوانی مربوط به حالت سوپاین با آه کشیدن در پیش‌گویی وضعیت لارنگوسکوپی و انتوباسیون بود. آه کشیدن درجه مالمپاتی را در حالت سوپاین بهتر از حالت نشسته بهبود بخشید.

کلمات کلیدی: آزمون مالمپاتی، وضعیت نشسته، سوپاین، آه کشیدن، نمره کورمک ولهان، لوله‌گذاری مشکل.

زاهد حسین‌خان^۱

شهرام اسکندری،^{۱*} مژگان رحیمی،^۱

جلیل مکارم،^۱ علی پاشا میثمی^۲

علی محمد خراسانی،^۱

جیران زبردست^۳

۱- گروه بیهوشی

۲- گروه پزشکی اجتماعی

۳- پرستار، کارشناس پژوهش معاونت پژوهشی

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام‌خمینی (ره)، گروه بیهوشی.

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۹۲۸۲۸

E-mail: shahram40min@yahoo.com

مقدمه

در نظر گرفتن نشانه‌های آناتومیکی و فاکتورهای بالینی مرتبط با راه هوایی مشکل در بیماران با احتمال راه هوایی دشوار مهم می‌باشد. ولی هنوز هم در مورد این‌که کدام متغیرها باید جهت ارزیابی انتخاب شوند بحث وجود دارد.^۱ از آن‌جایی که عدم موفقیت در انتوباسیون تراشه دارای پیامدهای جدی و بالقوه خطرناک و مرگ‌آور است بنابراین پیش‌بینی انتوباسیون و لارنگوسکوپی مشکل در بیماران بسیار مهمی می‌باشد.^۲ از روش‌های در دسترس برای ارزیابی قبل از بیهوشی و پیش‌بینی راه هوایی دشوار، تست مالمپاتی مرسوم

ونتیلاسیون ناکافی، انتوباسیون ازوفاززیال و انتوباسیون دشوار تراشه از شایع‌ترین علل عواقب وخیم تنفسی در حیطه بیهوشی می‌باشد. انسیدانس لارنگوسکوپی و انتوباسیون مشکل و ونتیلاسیون مشکل با ماسک در مطالعات گوناگون، متفاوت گزارش شده است.^۱ لارنگوسکوپی مشکل و انتوباسیون دشوار در یک و نیم تا هشت درصد بیهوشی‌های عمومی اتفاق می‌افتد.^۲ ارزیابی قبل از عمل با در

روش بررسی

این مطالعه یک بررسی تست بوده است. محل انجام مطالعه نیز بیمارستان امام خمینی تهران می‌باشد. ۶۶۱ نفر با روش نمونه‌گیری با روش غیر تصادفی ساده که بین ۶۰-۱۶ سال داشته‌اند و در طی سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ در مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران برای اعمال جراحی انتخابی تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته‌اند در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل بیماران کاندید بیهوشی عمومی، ۱۶ تا ۶۰ سال، رضایت بیمار و معیارهای خروج شامل افراد بی‌دندان، American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification (ASA) بالاتر از دو، اورژانس بودن، عدم توانایی بیمار جهت بررسی و معاینه، آنومالی‌های صورت، دهان، حلق و راه هوایی، عدم توانایی بازکردن دهان، بارداری، انتوباسیون بیدار بوده است. با توجه به ثبت اطلاعات پرونده بیماران بدون درج نام آن‌ها و حفظ محرمانه اطلاعات و عدم مداخله در روند بررسی بیماران این مطالعه ملاحظه اخلاقی ندارد. از همه بیماران رضایت‌نامه آگاهانه و اخلاقی مبنی بر شرکت در مطالعه گرفته شد و به همه بیماران گفته شد که در هر زمانی در صورت عدم تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند. البته هیچ کدام از بیماران به دلیل عدم تمایل از ادامه همکاری در طول بررسی حاضر خارج نشده‌اند. ارزیابی مالمپاتی به شرح زیر قبل از تجویز هر گونه دارویی صورت گرفت و پس از اینداکشن بیهوشی نمای لارنگوسکوپی توسط فردی که نسبت به وضعیت مالمپاتی بیمار Blind بود، ارزیابی گردیده شد.

مالمپاتی در وضعیت نشسته بدون آه کشیدن: در این حالت بیمار به حالت نشسته قرار گرفته و دهانش را کاملاً باز کرده و زبانش را تا آخرین حد بیرون آورده و بدون آه کشیدن نمای اوروفارنژیال بیمار توسط مشاهده‌گر که کاملاً در مقابل بیمار قرار دارد دیده شده است. مالمپاتی در وضعیت نشسته با آه کشیدن: در این حالت بیمار به حالت نشسته قرار گرفته و دهانش را کاملاً باز کرده و زبانش را تا آخرین حد بیرون آورده و در حین آه کشیدن نمای اوروفارنژیال بیمار توسط مشاهده‌گر که کاملاً در مقابل بیمار قرار دارد دیده شده است. مالمپاتی در وضعیت سوپاین بدون آه کشیدن: بیمار در وضعیت

(Original mallampati test) و تست مالمپاتی تعدیل شده (Modified mallampati test) می‌باشد. اگرچه در مطالعات قبلی مقادیر مختلفی در میزان صحت و دقت این تست‌ها گزارش شده است. تست مالمپاتی مرسوم، انتوباسیون دشوار را با یک دقت قابل قبول با حساسیت ۵۰٪ و ویژگی صد در صد گزارش کرده است. اما مطالعات زیادی صحت و درستی با درجه متوسطی را با به‌کارگیری تست مرسوم و تعدیل شده مالمپاتی نشان داده‌اند. صحت تست مالمپاتی بر اساس گروه‌های نژادی و قومی مختلف و جنس و حتی در افراد باردار متفاوت است.^۴

تا به حال سیستم درجه‌بندی مالمپاتی به عنوان یک روش برای ارزیابی دشواری راه هوایی در نظر گرفته شده است. طبق تعریف، مالمپاتی به روش مرسوم به بررسی گفته می‌شود که در آن بیمار دهانش را در وضعیت نشسته کاملاً باز کرده و زبانش را بدون در آوردن صدا بیرون می‌آورد تا نمای اوروفارنژیال بیمار مشاهده شود.^{۵،۶}

در کار بالینی مواردی رخ می‌دهد که بررسی راه هوایی بیمار در حالت‌های نشسته مقدور نیست، به عنوان مثال، بیماری دچار آسیب مهره‌های گردنی یا شکستگی ستون فقرات است. بنابراین انجام تست مالمپاتی در وضعیت خوابیده به صورت سوپاین نیز پیشنهاد شده است و در مطالعه‌ای که در این مورد صورت گرفته است اختلافی بین انجام طبقه‌بندی مالمپاتی در حالت سوپاین و نشسته نشان داده نشده است.^۷ اما Singhal نشان داد که تغییر وضعیت بیمار موجب تغییر معنی‌داری در میزان باز شدن دهان و درجه مالمپاتی در بیماران می‌شود که در این مطالعه نمره مالمپاتی در وضعیت سوپاین بالاتر از وضعیت نشسته بود.^۸

از طرف دیگر آه کشیدن در حین تست مالمپاتی در ارزیابی کلاس مالمپاتی می‌تواند تاثیرگذار باشد و کلاس و نمره مالمپاتی را یک تا دو درجه نسبت به قبل از آه کشیدن بهتر می‌کند. در مقابل تغییر وضعیت از حالت نشسته به حالت سوپاین اثر کمی بر نمره مالمپاتی دارد. آه کشیدن باعث تغییراتی در نمای ساختار اوروفارنژیال بیمار می‌شود و از این طریق موجب تغییر مالمپاتی می‌شود.^۷ از این رو ما در مطالعه خود تاثیر آه کشیدن و وضعیت بیمار را بر نمای مالمپاتی و قدرت پیش‌بینی آن در لارنگوسکوپی و انتوباسیون دشوار را بررسی کرده‌ایم.

دیده شود. درجه ۴: هیچ قسمتی از گلو ت یا اپی‌گلو ت دیده نشود.^۹ در مطالعه ما لارنگوسکوپی دشوار به صورت زیر تعیین گردید: در صورتی که در هنگام انتوباسیون نمای لارنگوسکوپی بر اساس کورمک و لهان درجه سه و چهار باشد جزو گروه لارنگوسکوپی دشوار قرار می‌گیرد. در مطالعه ما انتوباسیون دشوار^{۱۱} بر اساس معیارهای زیر تعیین گردید:

- ۱- تعداد دفعات تلاش برای انتوباسیون، ۲- تعداد افراد لازم برای انتوباسیون، ۳- تعداد روش‌های جایگزین مورد استفاده جهت انتوباسیون (فیبراپتیک و Blind نازال، رتروگرید، گلایدوسکوپ و غیره)، ۴- نمای لارنگوسکوپی بر اساس کورمک و لهان، ۵- میزان نیروی لازم برای بالا بردن فک برای انتوباسیون، ۶- میزان نیروی خارجی لازم برای بهتر کردن نمای لارنگوسکوپی و ۷- پوزیشن طناب‌های صوتی زمان انتوباسیون
- نمره صفر: انتوباسیون راحت
نمره ۱-۵: انتوباسیون مختصری دشوار
نمره < ۵: انتوباسیون دشوار
- ما در این مطالعه نمره صفر تا پنج را در گروه راحت و نمره شش و هفت را در گروه دشوار قرار دادیم.

روش گردآوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه بوده است. فرم پرسش‌نامه شامل برگه جمع‌آوری اطلاعات (Data collection sheet) می‌باشد. برای هر فرد به‌طور جداگانه داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری می‌شوند. تمام اطلاعات مورد نیاز در فرم جمع‌آوری اطلاعات درج شد. از محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها، جلب همکاری بیماران جهت شرکت در مطالعه و تعداد نمونه بالا از مشکلات این طرح بوده است. اجراکنندگان طرح به مفاد اصول بیانیه هلسینکی پایبندی خود را اعلام می‌کنند و ضمناً این مطالعه در گروه آموزشی بیهوشی از نظر اخلاقی مطرح و مصوب شده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، اطلاعات به دست آمده را به‌صورت Cod sheet و Master sheet وارد نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۱۶ نموده و نهایتاً با استفاده از همین نرم‌افزار اطلاعات موجود، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جمع‌آوری اطلاعات توسط پرسش‌نامه و به‌وسیله محقق تنظیم شد و اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS آنالیز آماری گشت. علاوه بر محاسبه شاخص‌های توصیفی، میزان توافق نتایج آزمون مالامپاتی در حالات مختلف با استفاده از تست Agreement kappa

سوپاین قرار گرفته و به سر بیمار وضعیت خنثی داده شده و بیمار دهانش را کاملاً باز کرده و زبانش را تا آخرین حد بیرون آورده و بدون آه کشیدن نمای اوروفارنژیال بیمار توسط مشاهده‌گر که به صورت عمودی به این نما نگاه کرده، ارزیابی شده است.

مالامپاتی در وضعیت سوپاین با آه کشیدن: بیمار در وضعیت سوپاین قرار گرفته و به سر بیمار وضعیت خنثی داده می‌شود و بیمار دهانش را کاملاً باز کرده و زبانش را تا آخرین حد بیرون می‌آورد و در حین آه کشیدن نمای اوروفارنژیال بیمار توسط مشاهده‌گر که به صورت عمودی به این نما نگاه کرده، ارزیابی شده است.

انتوباسیون: در هنگام انتوباسیون نمای لارنگوسکوپی بیمار توسط مشاهده‌گر دیگر (کور) بررسی می‌شود و نمره Cormack-Lehane Scoring System (MCLS) بیمار تعیین شده است.

پروتکل بیهوشی: در تمام بیماران جهت پرمدیکیشن از میدازولام (Midazolam, Midamax, Tehran Chemie) و از فنتانیل (Fentanyl, Pharmaceuical Co., Iran) ۰/۰۳mg/kg و از فنتانیل (Aburaihan Pharmaceutical Co., Iran) ۲µg/kg استفاده شده است. جهت القاء بیهوشی نیز در تمام بیماران از ۵mg/kg تیوپنتال سدیم (Sodium thiopental, Pentothal®, Sandoz, Austria) و جهت شلی بیماران از آتراکوریوم (Tracrium, Atracurium, Hameln, Germany) ۰/۵mg/kg استفاده شده است.

نمره‌دهی مالامپاتی

تست مالامپاتی تعدیل شده:

کلاس صفر: توانایی دیدن هر قسمتی از اپی‌گلو ت در هنگامی که بیمار دهانش را کاملاً باز کرده و زبانش را بیرون می‌آورد.

کلاس ۱: هنگامی که کام نرم، حلق، زبان کوچک و ستون‌های لوزه‌ای دیده شود

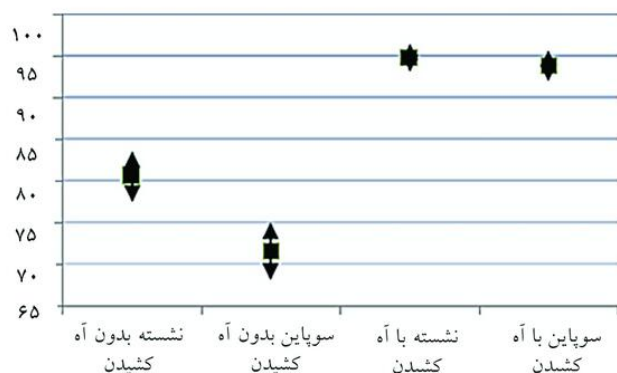
کلاس ۲: زمانی که کام نرم، حلق و زبان کوچک دیده شوند.

کلاس ۳: زمانی که کام نرم و قاعده زبان کوچک دیده شوند.

کلاس ۴: زمانی که فقط کام سخت دیده شود.^۵ ما در مطالعه خود درجه صفر و یک و دو مالامپاتی را در گروه آسان و درجه سه و چهار را در گروه دشوار قرار دادیم.

نمره‌دهی لارنگوسکوپی بر اساس کورمک و لهان (Cormack & Lehane score): درجه ۱: گلو ت به صورت کامل دیده شود. درجه ۲: قسمتی از گلو ت یا آریتنوئیدها دیده شود. درجه ۳: فقط اپی‌گلو ت

وضعیت لارنگوسکوپي و انتوباسيون در پوزيشن نشسته با آه كشيدن بيش ترين ميزان ويژگي و در دو پوزيشن سوپاين بدون آه كشيدن و نشسته بدون آه كشيدن كم ترين ميزان ويژگي مشاهده شده است. ميزان ارزش اخباري منفي در تمام حالت هاي تست مالاپاتي در رابطه با وضعيت لارنگوسکوپي و انتوباسيون بالاتر از ۹۵٪ و بيش ترين ميزان ارزش اخباري مثبت در سوپاين با آه كشيدن مشاهده شده است. بررسي آناليز Test of agreement، ميزان عددي كاپا در حالت هاي مختلف تست مالاپاتي نشان داده است كه بهترين ميزان هم خواني در حالت نشسته با آه كشيدن و سوپاين با آه كشيدن مشاهده شده است. در بين تست مالاپاتي انجام شده در حالت هاي مختلف بيش ترين ميزان هم خواني مربوط به حالت سوپاين با آه كشيدن در پيشگويي وضعيت لارنگوسکوپي و وضعيت انتوباسيون بوده است. ولي اين اختلاف در كل، بين چهار حالت تست مالاپاتي با توجه به ضريب كاپا قابل توجه نبوده است ($P=0/01$) (نمودار ۱ تا ۳). ميزان ضريب كاپا در مورد حساسيت، ويژگي، ارزش اخباري مثبت و منفي در تمام حالت هاي تست مالاپاتي در رابطه با وضعيت لارنگوسکوپي و انتوباسيون با توجه به متغيرهاي زمينه اي مطالعه (جنس، سن، كلاس ASA، نمايه توده بدني (BMI) و بيماري هاي زمينه اي ديابت و روماتيسم مفصلي) اختلاف معني داري را نشان نداده است. در بررسي ما نتايج نشان داده است كه درجه مالاپاتي در حالت سوپاين بالاتر رفته است و هم چنين بازدم، درجه مالاپاتي را بهبود بخشيده است.



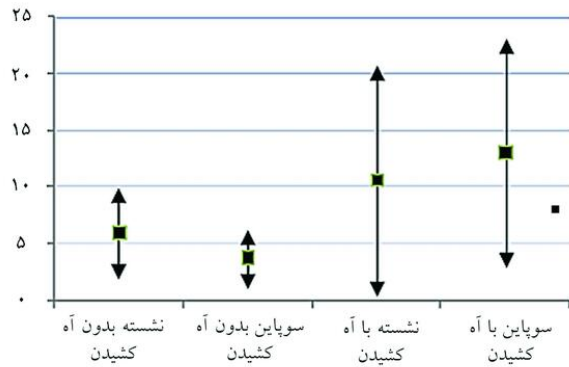
نمودار-۱: میزان اختصاصیت تست مالاپاتي در حالت هاي مختلف در رابطه با وضعيت لارنگوسکوپي

بررسي شد. هم چنين حساسيت، ويژگي، ارزش اخباري مثبت، منفي و دقت تشخيصي آزمون مالاپاتي در وضعيت هاي مختلف در پيش بيني لارنگوسکوپي و انتوباسيون دشوار تعيين شد. CI/۹۵ براي هريك از معيارهاي فوق محاسبه شد. $P < 0/05$ معني دار در نظر گرفته شد.

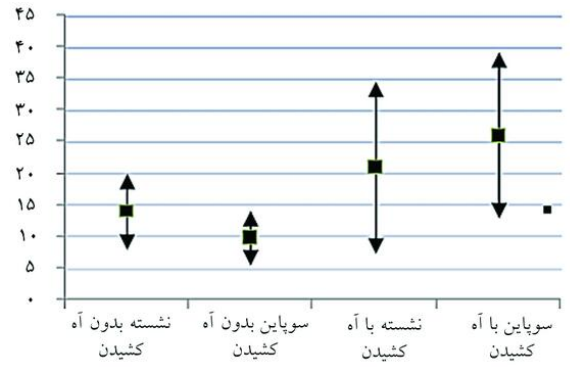
يافته ها

در مطالعه ما ۶۶۱ بيمار مورد بررسي قرار گرفت. ميانگين سني بيماران $34/57 \pm 12/7$ سال بوده است. ميانگين BMI بيماران $25/06 \pm 3/6$ بوده است. در اين مطالعه ۲۸ بيمار ($4/2\%$) داراي لارنگوسکوپي مشكل بودند. هم چنين ۹ بيمار ($1/4\%$) داراي انتوباسيون مشكل بوده اند. فراواني متغيرهاي زمينه اي در جمعيت مورد مطالعه به اين صورت بوده است: جنس ($295/44/6\%$ مرد، $366/55/4\%$ زن)، ASA کلاس I ($506/76/5\%$)، ASA کلاس II ($599/90/6\%$)، BMI كم تر از ۳۰ و ۶۲ ($9/4\%$) بيمار داراي BMI بيش تر از ۳۰ بودند.

حساسيت، ويژگي و ارزش اخباري مثبت و منفي در تست مالاپاتي در حالت هاي مختلف در رابطه با وضعيت لارنگوسکوپي به صورت زير بوده است: در حالت نشسته بدون آه كشيدن ضريب كاپا $0/175$ با دقت $0/81$ ، در حالت نشسته با آه كشيدن ضريب كاپا $0/107$ با دقت $0/72$ و در حالت سوپاين بدون آه كشيدن ضريب كاپا $0/204$ با دقت $0/92$ و در حالت سوپاين با آه كشيدن ضريب كاپا $0/287$ با دقت $0/92$ بوده است ($P=0/01$). حساسيت، ويژگي و ارزش اخباري مثبت و منفي در تست مالاپاتي در حالت هاي مختلف در رابطه با وضعيت انتوباسيون به اين صورت بوده است: در حالت نشسته بدون آه كشيدن ضريب كاپا $0/08$ با دقت $0/81$ ، در حالت نشسته با آه كشيدن ضريب كاپا $0/152$ با دقت $0/94$ و در حالت سوپاين بدون آه كشيدن ضريب كاپا $0/045$ با دقت $0/72$ در حالت سوپاين با آه كشيدن ضريب كاپا $0/2$ با دقت $0/93$ بوده است ($P=0/01$). در تست مالاپاتي در حالت هاي مورد مطالعه در رابطه با وضعيت لارنگوسکوپي و انتوباسيون در پوزيشن سوپاين بدون آه كشيدن و نشسته بدون آه كشيدن بالاترين ميزان حساسيت (85%) و در پوزيشن نشسته با آه كشيدن از همه پايين تر (50%) گزارش شده است. در تست مالاپاتي در حالت هاي مورد مطالعه در رابطه با



نمودار-۳: میزان ارزش اخباری مثبت تست ملامپاتی در حالت‌های مختلف در رابطه با وضعیت انتوباسیون



نمودار-۲: میزان ارزش اخباری مثبت تست ملامپاتی در حالت‌های مختلف در رابطه با وضعیت لارنگوسکوپی

جدول-۱: بررسی فراوانی کلاس‌های ملامپاتی در چهار حالت مختلف مورد مطالعه

حالت‌های مختلف	کلاس	تعداد	درصد
ملامپاتی (نشسته بدون آه کشیدن)	کلاس صفر	۲	۰/۳
	کلاس I	۲۶۳	۳۹/۸
	کلاس II	۲۶۱	۳۹/۵
	کلاس III	۱۲۰	۱۸/۲
ملامپاتی (سوپاین بدون آه کشیدن)	کلاس IV	۱۵	۲/۳
	کلاس صفر	۵	۰/۸
	کلاس I	۲۴۲	۳۶/۶
	کلاس II	۲۲۲	۳۳/۶
ملامپاتی (نشسته با آه کشیدن)	کلاس III	۱۶۸	۲۵/۴
	کلاس IV	۲۴	۳/۶
	کلاس صفر	۶	۰/۹
	کلاس I	۴۷۶	۷۲/۰
ملامپاتی (سوپاین با آه کشیدن)	کلاس II	۱۴۱	۲۱/۳
	کلاس III	۳۳	۵/۰
	کلاس IV	۵	۰/۸
	کلاس صفر	۷	۱/۱
کلاس I	کلاس I	۴۱۹	۶۳/۴
	کلاس II	۱۸۹	۲۸/۶
	کلاس III	۳۶	۵/۴
	کلاس IV	۱۰	۱/۵

بحث

مالامپاتی در حالت سوپاین بالاتر رفته است و هم‌چنین بازدم، درجه مالامپاتی را بهبود بخشیده است و بهبود درجه مالامپاتی با بازدم در حالت سوپاین بهتر از حالت نشسته بوده است.

در بررسی Vasudha درجه مالامپاتی در دو حالت سوپاین و نشسته در ۸۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفت، که در نتیجه، حالت سوپاین درجه مالامپاتی را بالاتر برده است.^{۱۳} البته طبق یافته‌های بررسی Amadasun روی اثر پوزیشن و آه کشیدن بر روی نمای اوروفارنژیال و هم‌خوانی آن با وضعیت لارنگوسکوپی در ۳۹۰ بیمار باید گفت که آه کشیدن در همه حالت‌ها درجه مالامپاتی را بهبود بخشیده که این درجه در حالت سوپاین بهتر از حالت نشسته با بازدم بهبود یافته است. ولی بازدم هم‌خوانی درجه مالامپاتی را با وضعیت لارنگوسکوپی کاهش داده است، البته این نتیجه مخالف مطالعه ما بوده است. البته در همین بررسی آورده شده است که بهترین هم‌خوانی درجه مالامپاتی با وضعیت لارنگوسکوپی در حالت خنثی در پوزیشن سوپاین با بازدم و بدون اکستنشن گردن مشاهده شده است که این یافته مطابق بررسی ما گزارش شده است.^{۱۴}

در بررسی Bindra که در سال ۲۰۱۰ روی ۱۲۳ بیمار (۱۸ تا ۶۰ سال) انجام شده است، نتایج نشان از آن داشته است که میزان ارزش اخباری مثبت و مثبت واقعی تست مالامپاتی در حالت سوپاین نسبت به حالت نشسته دارای اثر پیشگویی‌کننده بهتری جهت انتوباسیون مشکل بوده است.^{۱۵} در یک مطالعه، Tham آه کشیدن و وضعیت بیمار را بر روی طبقه‌بندی مالامپاتی با توجه به نمای اوروفارنژیال مورد مطالعه قرار داد که در آن مطالعه ۶۴ بیمار در وضعیت نشسته با و بدون آه کشیدن به وسیله دو مشاهده‌گر معاینه شدند و در حالتی دیگر نیز ۶۴ بیمار در دو حالت نشسته و سوپاین توسط دو مشاهده‌گر ارزیابی شدند. آن‌ها دیدند که آه کشیدن باعث یک بهبود قابل توجه در طبقه‌بندی مالامپاتی شد و تغییر وضعیت از نشسته به سوپاین تنها باعث بدتر شدن نمای اوروفارنژیال به میزان اندکی شد.^۷ البته لازم به ذکر است که از گذشته تاکنون سه تعریف برای تست مالامپاتی بیان شده است و هم‌چنین دو تعریف نیز برای درجه‌بندی MCLS بیان شده است.^{۱۶}

تست مالامپاتی به تنهایی روش ضعیفی برای پیشگویی دشواری لارنگوسکوپی و انتوباسیون می‌باشد و مواردی نیز مثبت کاذب بالا و حساسیت پایینی دارد، طبق نتیجه بررسی حاضر می‌توان اظهار کرد که

در مطالعات قبلی که در این مورد صورت گرفته اختلافی بین انجام طبقه‌بندی مالامپاتی در حالت سوپاین و نشسته نشان داده نشده است.^۷ اما مطالعه Singhal نشان داد که تغییر وضعیت بیمار موجب تغییر معنی‌داری در میزان باز شدن دهان و درجه مالامپاتی در بیماران می‌شود که در این مطالعه نمره مالامپاتی در وضعیت سوپاین بالاتر از وضعیت نشسته بود.^۸ آه کشیدن در حین تست مالامپاتی اثر شناخته شده‌ای در ارزیابی کلاس مالامپاتی می‌گذارد و کلاس مالامپاتی را یک تا دو درجه نسبت به قبل از آه کشیدن بهتر می‌کند. در مقابل تغییر وضعیت از حالت نشسته به حالت سوپاین اثر کمی بر نمره مالامپاتی دارد. هم‌چنین تعدادی از بیماران به طور خود به خودی در حین ارزیابی مالامپاتی آه کشیدن انجام می‌دهند، که این امر باعث تغییراتی در نمای اوروفارنژیال بیمار می‌شود.^۷ از روش‌های در دسترس برای ارزیابی قبل از بیهوشی و پیش‌بینی راه هوایی دشوار، تست مالامپاتی مرسوم و تست مالامپاتی تعدیل شده می‌باشد. در هر دو درجه‌بندی مالامپاتی و درجه‌بندی Samsoun و Young بیمار در وضعیت نشسته ارزیابی می‌شد.^{۱۲}

مطالعه ما نشان داده است که تست مالامپاتی در حالت‌های مورد مطالعه در رابطه با وضعیت لارنگوسکوپی و انتوباسیون در پوزیشن سوپاین بدون آه کشیدن و نشسته بدون آه کشیدن بالاترین میزان حساسیت و پوزیشن نشسته با آه کشیدن از همه پایین‌تر گزارش شده است. در تست مالامپاتی در حالت‌های مورد مطالعه در رابطه با وضعیت لارنگوسکوپی و انتوباسیون در پوزیشن نشسته با آه کشیدن، بیش‌ترین میزان ویژگی (Specificity) و در دو پوزیشن سوپاین بدون آه کشیدن و نشسته بدون آه کشیدن کم‌ترین میزان ویژگی مشاهده شده است. میزان ارزش اخباری منفی در تمام حالت‌های تست مالامپاتی در رابطه با وضعیت لارنگوسکوپی و انتوباسیون بالاتر از ۹۵٪ و بیش‌ترین میزان ارزش اخباری مثبت در سوپاین با آه کشیدن مشاهده شده است.

در نهایت باید گفت که میزان ضریب کاپا در مورد حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت و منفی در تمام حالت‌های تست مالامپاتی در رابطه با وضعیت لارنگوسکوپی و انتوباسیون مناسب گزارش شده است. در بررسی ما نتایج نشان داده است که درجه

که ارزیابی تست مالمپاتی با در ترکیب با سایر تست‌ها به صورت مطالعات آینده‌نگر انجام شود، تا از این طریق بتوان به بهترین روش ممکن ارزیابی راه هوایی رسید.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان "مقایسه آزمون مالمپاتی در حالت‌های نشسته و سوپاین به روش مرسوم و در حین بازدم در پیش‌گویی نمره MCLS و لوله‌گذاری مشکل در بیماران بیهوشی عمومی بیمارستان امام خمینی (ره) سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰"، در مقطع دکترای تخصصی بیهوشی در سال ۱۳۸۹-۹۰ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

این تست در حالت سوپاین با آه کشیدن دارای هم‌خوانی بهتری در تعیین میزان دشواری لارنگوسکوپی و انتوباسیون خواهد بود. جهت انتوباسیون دشوار تراشه که به طور غیر منتظره با آن مواجه می‌شویم به طور واضحی باعث موربیدیت و مورتالیتی در تجربیات بالینی می‌شود. از نتیجه حاصل از این بررسی می‌توان به عنوان ابزاری برای بررسی دشواری انتوباسیون بیماران استفاده نمود. هم‌چنین لازم است تا در بررسی‌های آتی دشواری انتوباسیون با سایر ابزارهای موجود مورد بررسی قرار داده تا بر این اساس راهکارهایی جهت تشخیص به موقع و درمان مناسب ارایه شود.

با توجه به نتیجه این بررسی می‌توان برای مطالعات پیشنهاد داد

References

- Cattano D, Panicucci E, Paolicchi A, Forfori F, Giunta F, Hagberg C. Risk factors assessment of the difficult airway: an Italian survey of 1956 patients. *Anesth Analg* 2004;99(6):1774-9, table of contents.
- Crosby ET, Cooper RM, Douglas MJ, Doyle DJ, Hung OR, Labrecque P, et al. The unanticipated difficult airway with recommendations for management. *Can J Anaesth* 1998;45(8):757-76.
- Al Ramadhani S, Mohamed LA, Rocke DA, Gouws E. Sternomental distance as the sole predictor of difficult laryngoscopy in obstetric anaesthesia. *Br J Anaesth* 1996;77(3):312-6.
- Lee A, Fan LT, Gin T, Karmakar MK, Ngan Kee WD. A systematic review (meta-analysis) of the accuracy of the Mallampati tests to predict the difficult airway. *Anesth Analg* 2006;102(6):1867-78.
- Ezri T, Warters RD, Szmuk P, Saad-Eddin H, Geva D, Katz J, Hagberg C. The incidence of class "zero" airway and the impact of Mallampati score, age, sex, and body mass index on prediction of laryngoscopy grade. *Anesth Analg* 2001;93(4):1073-5, table of contents.
- Gal TJ. Airway management. In: Miller RD, editor. *Miller's Anesthesia*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 1617-52.
- Tham EJ, Gildersleve CD, Sanders LD, Mapleson WW, Vaughan RS. Effects of posture, phonation and observer on Mallampati classification. *Br J Anaesth* 1992;68(1):32-8.
- Singhal V, Sharma M, Prabhakar H, Ali Z, Singh GP. Effect of posture on mouth opening and modified Mallampati classification for airway assessment. *J Anesth* 2009;23(3):463-5.
- Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia* 1984;39(11):1105-11.
- Gonzalez H, Minville V, Delanoue K, Mazerolles M, Concina D, Fourcade O. The importance of increased neck circumference to intubation difficulties in obese patients. *Anesth Analg* 2008;106(4):1132-6, table of contents.
- Adnet F, Borron SW, Racine SX, Clemessy JL, Fournier JL, Plaisance P, et al. The intubation difficulty scale (IDS): proposal and evaluation of a new score characterizing the complexity of endotracheal intubation. *Anesthesiology* 1997;87(6):1290-7.
- Samssoon GL, Young JR. Difficult tracheal intubation: a retrospective study. *Anaesthesia* 1987;42(5):487-90.
- Singhal V, Sharma M, Prabhakar H, Ali Z, Singh GP. Effect of posture on mouth opening and modified Mallampati classification for airway assessment. *J Anesth* 2009;23(3):463-5.
- Amadasun FE, Adudu OP, Sadiq A. Effects of position and phonation on oropharyngeal view and correlation with laryngoscopic view. *Niger J Clin Pract* 2010;13(4):417-20.
- Bindra A, Prabhakar H, Singh GP, Ali Z, Singhal V. Is the modified Mallampati test performed in supine position a reliable predictor of difficult tracheal intubation? *J Anesth* 2010;24(3):482-5. Erratum in: *J Anesth* 2011;25(1):137.
- Lee A, Fan LT, Gin T, Karmakar MK, Ngan Kee WD. A systematic review (meta-analysis) of the accuracy of the Mallampati tests to predict the difficult airway. *Anesth Analg* 2006;102(6):1867-78.

The comparison of mallampati test in supine and sitting position in traditional approach and during phonation for predicting of difficult laryngoscopy and intubation

Abstract

Received: May 13, 2012 Accepted: June 20, 2012

Zahid Hussain Khan M.D.¹
 Sharam Eskandari M.D.^{1*}
 Mojgan Rahimi M.D.¹
 Jalil Makarem M.D.¹
 Alipasha Meysamie M.D.²
 Ali Mohammad Khorasani M.D.¹
 Jayran Zebardast B.SN.³

1- Department of Anesthesiology, Tehran University of Medical Sciences, Iran.

2- Department of Community Medicine Medical Faculty Tehran University, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Deputy of Research, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Iran.

* Corresponding author: Department of Anesthesiology of Imam Khomeini Hospital Complex, Keshavarz Blvd., Tehran University of Medical Sciences, Iran.
 Tel: +98- 21- 61192828
 E-mail: shahram40min@yahoo.com

Background: Inadequate ventilation, esophageal intubation and difficult intubation are the most common adverse respiratory outcomes in patient undergoing anesthesia. The aim of this study was to compare Mallampati test in supine and sitting positions in traditional approach and during phonation for predicting difficult laryngoscopy and intubation.

Methods: In this study performed in Imam Khomeini Hospital in Tehran, Iran, Mallampati test was performed on 661 patients who met the inclusion criteria for the study. The test was done in supine and sitting positions with and without phonation by a rater who was blind to Mallampati test. Subsequently, laryngoscopy view and difficult intubation were evaluated in the four aforesaid positions by Mallampati test for predicting difficult laryngoscopy and intubation. For each situations, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values and accuracy were calculated.

Results: Overall, 28 (4.2%) patients had difficult laryngoscopy and 9 (1.4%) patients had difficult intubation. The highest sensitivity for Mallampati test in predicting difficult laryngoscopy and intubation was in supine and sitting positions without phonation, and the highest specificity was seen in sitting position with phonation. Negative predictive values were more than 95% in all different positions for Mallampati tests and the highest positive predictive value was seen in supine position with phonation.

Conclusion: According to our findings, the highest correlation between Mallampati test and different positions in predicting difficult laryngoscopy and intubation was seen in supine position with phonation. Phonation improved Mallampati score in supine rather than sitting position.

Keywords: cormack & lehane score, intubation, mallampati test, phonation, supine position.