

مقایسه پنتوتال و گتاهین برای شروع بیهوشی در عمل سزارین

دکتر نادر یاسمی*

مطالعات وسیعی برای یافتن دارویی که در حین ایجاد آنستزی و آنالژزی کافی باعث دپرسیون قلبی و عروقی و تنفس نشود، انجام گرفته ولی تاکنون به نتیجه مطلوب نرسیده است. اغلب داروهای بیهوشی وریدی از جمله پنتوتال که برای شروع بیهوشی بکار میروند سبب سقوط فشارخون دپرسیون میوکارد و تنفس میشوند [۷-۹] همچنین بکار بردن داروهای ضد درد و مسکن بعنوان پرمدیکاسیون در عمل سزارین باعث تضعیفی که این نوع داروها در روی سیستم قلب، عروق و تنفس جنین دارند محدودیت زیادی برای آنستزیست ایجاد میکنند.

تجربیات کلینیکی نشان داده است که تجویز وریدی گتاهین برخلاف سایر داروها که برای شروع بیهوشی بکار میروند، با دپرسیون قلبی عروقی و تنفس توأم نیست [۱۲]. این شناخت از خواص گتاهین و گزارشاتی که از منابع علمی در دست است [۳-۴] ما را بمطالعه و تحقیق ارزش این دارو در آنستزی سزارین و مقایسه آن با پنتوتال واداشت.

تحقیقات کلینیکی:

در بیمارستان جهانشاه صالح تا این اواخر برای شروع بیهوشی عمومی در اعمال سزارین از پنتوتال استفاده میشد. در عرض یکسال اخیر در ۷۴ بیمار بطور متناوب پنتوتال و گتاهین برای شروع بیهوشی بکار برده شده و اثر این دو دارو بر روی جنین و مادر مطالعه شده است.

متد

داروهای قبل از عمل:

داروهای ضد درد و مسکن بعلمت دپرسیون نورات از پره-

مدیکاسیون حذف شده و تنها به تزریق وریدی ۰/۵ میلی گرم آتروپین اکتفا شده است.

شروع بیهوشی (Induction of Anaesthesia) :
بعد از برقرار کردن انفوزیون وریدی (معمولاً محلول ۵٪ گلوکز در آب) و بعد از دادن اکسیژن بوسیله ماسک بمدت ۳ دقیقه، پنتوتال بمقدار ۴ میلی گرم بازاه هر کیلو وزن بدن (4mg/Kg) و یا گتاهین بمقدار ۲ میلی گرم بازاه هر کیلو وزن بدن از راه لوله سرم یا کاتروریدی و در تعقیب آن ساکسینیل کولین بمقدار ۱۰۰-۶۰ میلی گرم تزریق میگردد.

انتوباسیون توسط لوله تراکئال کاف دار با فشار کریکوتید (Sellick's Manoeuvre) [۱۱] انجام میگردد. بعد از زایل شدن اثر ساکسینیل کولین ۱۰۰ میلی گرم گتاهین (Flaxedil) در ورید تزریق شده و واانتیلاسیون مریض با دست یا بوسیله دستگاه مانلی (Manley) کنترل میشود.

برای نگهداری بیهوشی از ۶۰٪ پرتوکسیدازت و ۴۰٪ اکسیژن استفاده میشود. در فاصله شروع بیهوشی تا درآوردن بچه (Induction-Delivery Interval) از داروهای دیگر بیهوشی مانند اتر یا فلوتان استفاده نشده است.

بعد از بدنیآمدن نوزاد ۵ واحد سنتوسینون مستقیماً در ورید تزریق شده و ۱۵ واحد دیگر در سرم ریخته میشود. در این مرحله بتمام مریضها (در هر دو گروه) ۱۰ میلی گرم والیوم (Diazepam) و ۵۰ میلی گرم پتیدین وریدی تزریق شده و برای ادامه نگهداری بیهوشی از اتر یا هالوتان (۵/۱ تا) درصد استفاده میشود.

بعد از اتمام عمل در مریض هائیکه واانتیلاسیون کافی

مطالعات وسیعی برای یافتن دارویی که در حین ایجاد آنستزی و آنالژزی کافی باعث دپرسیون قلبی و عروقی و تنفس نشود، انجام گرفته ولی تاکنون به نتیجه مطلوب نرسیده است. اغلب داروهای بیهوشی وریدی از جمله پنتوتال که برای شروع بیهوشی بکار میروند سبب سقوط فشارخون دپرسیون میوکارد و تنفس میشوند [۷-۹] همچنین بکار بردن داروهای ضد درد و مسکن بعنوان پرمدیکاسیون در عمل سزارین باعث تضعیفی که این نوع داروها در روی سیستم قلب، عروق و تنفس جنین دارند محدودیت زیادی برای آنستزیست ایجاد میکنند.

تجربیات کلینیکی نشان داده است که تجویز وریدی گتاهین برخلاف سایر داروها که برای شروع بیهوشی بکار میروند، با دپرسیون قلبی عروقی و تنفس توأم نیست [۱۲]. این شناخت از خواص گتاهین و گزارشاتی که از منابع علمی در دست است [۳-۴] ما را بمطالعه و تحقیق ارزش این دارو در آنستزی سزارین و مقایسه آن با پنتوتال واداشت.

تحقیقات کلینیکی:

در بیمارستان جهانشاه صالح تا این اواخر برای شروع بیهوشی عمومی در اعمال سزارین از پنتوتال استفاده میشد. در عرض یکسال اخیر در ۷۴ بیمار بطور متناوب پنتوتال و گتاهین برای شروع بیهوشی بکار برده شده و اثر این دو دارو بر روی جنین و مادر مطالعه شده است.

متد

داروهای قبل از عمل:

داروهای ضد درد و مسکن بعلمت دپرسیون نورات از پره-

*گروه بیهوشی دانشکده پزشکی رازی

ندارند (هوای جاری کمتر از ۴۰۰ cc) اثر فلاکسیدیل با تزریق پروستیمگین و آتروپین خنثی می‌گردد .
 ارزیابی و تعیین وضع نوزاد با سیستم آپگار (Apgar) انجام گرفته است . وضع کلی مادر از نظر بیهوشی ، فشارخون ، میزان خون ریزی در مدت عمل و از نظر بیداری ، هذیان و رؤیایا پس از عمل مطالعه شده است .
 چنانکه در تابلو ۱ دیده میشود ، عمل سزارین انتخابی فوری همچنین Foetal Distress در هر دو گروه وجود داشته است .

دچار رؤیایا شده و فقط ۲ نفر رؤیای ناخوشایند داشته‌اند . از ۳۵ مریض که در آنستزی آنها پنتوتال بکار رفته در هیچکدام از آنها درموقع ریکاوری هذیان وجود نداشته و تعدادی که رؤیای خوشایند داشته‌اند ۴ نفر بوده‌اند .

کنامین	پنتوتال	هذیان موقع بیداری	رؤیایا
۲	-	Delirium	خوشایند
۵	۴		ناخوشایند
۲	-		پسیکوز
۱	-		

عمل سزارین انتخابی	پنتوتال	کنامین
۱۱	۲۲	۲۷
۲۴	۷	۹
۳	۱۰	۶
۹	۱۰	۶
۶	۱۰	۶
۶	۱۰	۶
۶	۱۰	۶

دریک مریض از گروه کنامین اختلال مشاعر مشاهده گردیده ، بنا باظهار پرستار بخش مریض از روز دوم عمل فریاد میکشد و برای دوروز از کابوس رنج میبرده است . تفاوت محسوس در دو گروه از لحاظ وقوع تهوع ، استفراغ و سردرد بعد از عمل وجود نداشته است . در گروه کنامین در مرحله بعد از عمل احتیاج به داروهای ضد درد کمتر بوده است .
 بخش : مشکل ترین مرحله در عمل سزارین ، زمان شروع بیهوشی تا بدنیا آمدن نوزاد میباشد . در این صورت منظور پیش گیری از دپرسیون جنین ، آنستزیست مجبور است از حداقل دارو برای شروع بیهوشی استفاده نماید ، در این صورت بملک کافی نبودن عمق و اثر بیهوشی شرایط عمل برای جراحی مساعد نیست و معمولاً با آگاهی مریض [۵] (Awareness) و یا بارفلکس های مزاحم به ضرر مریض مواجه می شویم .
 وقتی برای شروع بیهوشی از پنتوتال استفاده میشود ، چون اثر آن پس از چند دقیقه از بین میرود این مشکل بیشتر است ، و دادن دوزهای اضافی از این دارو یا استفاده از داروهای استنشاقی (اثر فلوتان) هر چند که شرایط را برای عمل مساعد مینمایند ولی بخاطر تضعیف تنفس و دپرسیون جنین زبان آورند . بنابراین هدف ، استفاده از داروهایی است که با ایجاد شرایط خوب برای عمل باعث دپرسیون جنین نگردد .
 با در نظر گرفتن خواص کنامین ، استفاده از این دارو در عمل سزارین و اعمال زایمانی (Obstetrical Procedures) راه حلی برای مشکل فوق میباشد . کارها و مطالعات Moore, Mc Nebb and Dundee مؤید این نظریه است [۱۰] .
 سقوط فشارخون مادر و در نتیجه هیپوکسی جنین و دپرسیون نوزاد که اغلب بعد از دوزهای کافی پنتوتال دیده میشود ، با بکار بردن کنامین مشاهده نمیشود [۳-۱۰] .

اثر بیهوشی روی نوزاد متلاطم است .
 آپگار برای دو گروه سزارین انتخابی و فوری جداگانه در نظر گرفته شده است : آپگار نوزادانی که مادرشان برای شروع بیهوشی کنامین داشته اند بالاتر از گروه پنتوتال بوده و همه بچه ها بلافاصله بعد از خارج شدن از رحم گریه کرده اند .
 با اینکه کنامین قوام رحم را بیشتر میکند ، ولی مقدار خون ریزی دو گروه تفاوت محسوس باهم نداشته و لکن خون ریزی از حد در گروه کنامین ، شاید بعلت افزایش فشارخون بیشتر بوده است .
 فشارخون مادر : در تمام مریض ها بعد از تزریق کنامین فشارخون در حدود ۱۶-۲۴ میلی متر جیوه افزایش یافته ولی بعد از ۵ دقیقه برقم قبل از عمل برگشته است . همچنین افزایش در تعداد نبض در حدود ۱۰-۲۰ در دقیقه مشاهده گردیده است . در گروه پنتوتال فشارخون ثابت یا سقوط آن در حدود ۲۰-۱۰ میلی متر جیوه بوده است .
 مرحله بعد از عمل : چنانچه در تابلو ۲ مشاهده میشود ، از ۳۹ مادریکه با کنامین بیهوشی داشته اند ۲ نفر بعد از عمل دچار هذیان و ۹ نفر

Downloaded from tumj.tums.ac.ir at 23:49 IRDT on Tuesday September 19th 2017

دپرسیون نوزاد دیده نشده است .

خلاصه

پنتوتال و کتامین بطور متناوب برای شروع بیهوشی در عمل سزارین بکار برده شده و اثر این دودارو روی مادر و جنین مقایسه و مطالعه گردیده است .

در گروهی که با کتامین بیهوشی داشته‌اند شرایط عمل بسیار مساعد بوده و احتیاجی به استفاده از داروهای استنشاقی بنیتراز N₂O یا دوز اضافی داروی انداکشن در مرحله شروع بیهوشی تا در آوردن نوزاد ، نبوده است .

همچنین دپرسیون نوزاد مشاهده نگردیده است ، اغلب نوزادانی که با این متد بدنیا آمده‌اند آپگار ۹-۱۰ داشته‌اند .

فروغ یاسمی
گروه کتامین و پنتوتال مشاهده نگردیده است .

مادراتیکه استتزی با کتامین دارند نوزادانی با آپگار بالا و در وضع خیلی خوب دنیا می‌آورند [۱۰] . اثر هیپرتانسیون کتامین [۶] علیرغم موارد عدم استعمال و ممنوعیتی که در بکار بردن این دارو ایجاد می‌نماید [۲] (بیماران فشار خونی ، پراکلامپسی و بیماران قلبی) در مورد بیماران شوکه و همچنین برای بیهوشی عمل سزارین ، [۱۳-۱۰-۳] داروی بی‌خطر و نسبتاً ایده‌آلی بشمار می‌آید .

بالارفتن فشار خون در تعقیب تزریق وریدی کتامین [۱۰] سبب میشود که اکسیژن ناسیون جنین بهتر تأمین شود .

مسئله قابل بحث دیگر در تجویز کتامین هذیان و رؤیاهای [۸] موقع بیداری است (ریکآوری) . خوشبختانه با بکار بردن

۱۰ میلی‌گرم دیازپام بعد از بدنی آمدن نوزاد ، از این عوارض بطور قابل ملاحظه‌ای کاسته میشود .

در سری مریض هائیکه با کتامین بیهوشی داشته‌اند ،

[۲۲] مشاهده شد که در سزارین با کتامین ، دپرسیون نوزاد مشاهده نگردید .

References

- 1- Bond, A.C. and Davies, C.K. Anaesthesia 29: 59, 1974.
- 2- Bovill, J.G. and Dundee, J.W. Anaesthesia 27:309, 1972.
- 3- Chodoff, P. and Stella, J.G. Anaesthesia and Analgesia 45: 527, 1966.
- 4- Corssen, G. and Domino, E.F. Anaesthesia and analgesia 45: 29, 1966.
- 5- Crawford, J.S. British Journal of Anaesthesia 43:179,1971.
- 6- Dowdy, E.G. and Kaya, K. Anaesthesiology 29: 931, 1968.
- 7- Dundee, J.W., Hamilton, R.C., Clarke, R.S.J., Armstrong, R. and Turkington, E.E. British Journal of Anaesthesia 39: 236, 1967.
- 8- Ergbuth, P.H., Reiman, B. and Klein, R.L. Anaesthesia and Analgesia. 51: 693, 1972.
- 9- Knox, J.W.D., Bovill, J.G., Clarke, R.S.J. and Dundee, J.W. British Journal of Anaesthesia 42: 875, 1970.
- 10- Moore, J., Mc Nabb, T.G. and Dundee, J.W. British Journal of Anaesthesia 43 : 779,1971.
- 11- Sellick, B.A. Lancet, ii, 404, 1961.
- 12- Stanley, V., Hunt, J., Willis, K.W. and Stephen, C.R. Anaesthesia and Analgesia 47: 760, 1968.
- 13- Yassemi, N. Middle East Journal of Anaesthesiology, 4: 104, 1974.