

مقایسه سهولت لوله‌گذاری داخل تراشه به دو روش بی‌هوشی با و بدون استفاده از سوکسینیل کولین در بیماران مسن

پرور حسن‌زاده سلماسی^۱ (M.Sc)، محمدرضا افهمی^{۲*} (M.D)، جعفر رحیمی پناهی^۲ (M.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پیراپزشکی، گروه بی‌هوشی

۲- دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی، گروه بی‌هوشی

چکیده

سابقه و هدف: لوله‌گذاری داخل تراشه از راه دهان روشی معمول، برای حفظ و اداره راه هوایی در مواقع بحرانی بوده و نیز جهت برقراری راه هوایی در مورد انواع جراحی‌ها در اتاق‌های عمل به کار می‌رود. برای انجام آن ابتدا یک داروی بی‌هوش‌کننده سریع‌الاثربه طریق داخل وریدی تجویز، تهویه با ماسک برقرار و سپس یک شل‌کننده عضلانی سریع‌الاثربه جهت سهولت لوله‌گذاری تزریق می‌شود. متداول‌ترین شل‌کننده عضلانی در این مورد سوکسامتونیوم کلراید است. نظر بر این‌که این دارو و سایر داروهای شل‌کننده عضلانی دارای اثرات جانبی چندمی‌باشند که در برخی مواقع لزوم استفاده از روش جایگزین دیگر در مورد آن احساس می‌شود، لازم دیدیم مطالعه حاضر را جهت ارائه روشی برای لوله‌گذاری داخل تراشه بدون استفاده از شل‌کننده عضلانی به انجام برسانیم تا در مواقع مورد نیاز بتوانیم این روش را با اطمینان به کار گیریم.

مواد و روش‌ها: این بررسی یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو سوکور می‌باشد که پس از اخذ موافقت از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد ۱۵۰ بیمار مسن در دو گروه و در مرکز آموزشی درمانی چشم نیکوکاری انجام گرفت. بیماران در این مطالعه، الکتیو بوده و روش بی‌هوشی در هر دو گروه عمومی، همراه با لوله‌گذاری داخل تراشه بود. در این مطالعه بیماران دارای وضعیت فیزیکی I و II (American society of anesthesiologists) ASA بوده و دارای راه هوایی درجه یک مالامپاتی بودند. داروهای مورد استفاده در گروه آزمون عبارت بود از: لیدوکائین ۱/۵-۱ میلی گرم به ازای کیلوگرم، میدازولام ۱ میلی گرم، آلفنتانیل ۳۰ میکروگرم به ازای کیلوگرم و پروپوفول ۲ میلی گرم به ازای کیلوگرم. در گروه کنترل از داروهای مشابه و با مقدار برابر استفاده شد، تنها تفاوت تزریق سوکسینیل کولین ۱/۵-۱ میلی گرم به ازای کیلوگرم و عدم تجویز ضد درد بود. داروهای بی‌هوشی بیماران هر دو گروه توسط یک متخصص بی‌هوشی تزریق و به وسیله متخصص بی‌هوشی دیگر که اطلاعی از نوع داروها و نتیجه ارزیابی راه هوایی نداشت، لوله‌گذاری انجام شد. زمان کاهش هوشیاری، شلی فک تحتانی، چگونگی تهویه، نمای طناب‌های صوتی، واکنش حرکتی بیمار و طول مدت لارنگوسکوپی از موارد قابل ثبت بودند. در این مطالعه داده‌ها توسط پرسش‌نامه، جمع‌آوری گردید و نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش‌های آماری استنباطی و توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۵۱/۷ درصد از بیماران مذکر و ۴۸/۳ درصد آن‌ها مؤنث بودند، میانگین سن بیماران، $61/19 \pm 12/06$ سال و میانگین وزن آن‌ها $59 \pm 11/06$ کیلوگرم گزارش گردید. ۴۵ درصد بیماران سابقه بی‌هوشی و جراحی داشته، اما هیچ کدام سابقه لوله‌گذاری مشکل نداشتند. ۲۶/۷ درصد دارای وضعیت فیزیکی I و ۷۳/۳ درصد دارای وضعیت فیزیکی II بودند. اکستانسیون سر در هر دو گروه قابل انجام و باز شدگی دهان در تمام بیماران بیش از ۴۰ میلی‌متر بود. در گروه آزمون، کاهش هوشیاری در ۳۵ درصد موارد در کم‌تر از یک دقیقه و در ۱/۷ درصد در بیش‌تر از دو دقیقه گزارش شد، که با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت. شلی فک در گروه آزمون ۸۶/۷ درصد در حد عالی و

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴-۱۱۴۴۵۷۲، نمابر: ۰۴۱۱-۳۳۶۱۳۰۰، E-mail: m.afhami@tbzmed.ac.ir