

نقش افدرین وریدی، افدرین عضلانی و آتروپین وریدی در پیشگیری از افت فشار خون ناشی از بی حسی نخاعی در بیماران سزارین

دکتر فرنوش فرضی^۱، دکتر علی میر منصوری^۲، دکتر میرجلال جلالی^۳، دکتر زهرا محتشم امیری^۴

خلاصه

سابقه و هدف: استفاده وسیع از بی حسی منطقه ای و به خصوص بی حسی نخاعی (SA) در اعمال جراحی سزارین می تواند با عوارضی مانند افت فشار خون در مادر و در نتیجه آسفیکسی جنین همراه باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش تزریق افدرین و آتروپین در پیشگیری از هیپوتانسیون ناشی از بی حسی نخاعی در خانم های باردار کاندید سزارین بیمارستان الزهرا رشت در سال ۱۳۸۰، انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی و دو سویه کور بود که بر روی ۹۶ خانم باردار کاندید سزارین الکتیو انجام شد. بیماران به طور تصادفی به ۴ گروه ۲۴ نفری (شاهد، تجویز ۳۰ میلی گرم افدرین عضلانی ۱۵ دقیقه قبل از SA، تجویز ۳۰ میلی گرم افدرین وریدی طی یک دقیقه بعد از SA و تجویز ۰/۵ میلی گرم آتروپین وریدی طی یک دقیقه بعد از SA) تقسیم شدند. فشار خون، تعداد نبض (PR) و اشباع اکسیژن خون شریانی (SO_2) یک بار قبل از SA و پس از آن نیز تا دقیقه ۴۰ به فواصل هر ۳ تا ۵ دقیقه کنترل شدند. هیپوتانسیون شدید به صورت کاهش فشار خون سیستولیک بیش از ۳۰ درصد نسبت به فشار خون اولیه یا کاهش آن به کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه در بیمارانی که فشار خون طبیعی داشتند، تعریف شد. بیماران با لیدوکائین ۵ درصد هیپر بار تحت SA قرار گرفتند. بروز هیپوتانسیون در گروه ها با آزمون های آماری کای دو و آنالیز واریانس مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که شیوع هیپوتانسیون شدید در گروه شاهد ۴۲ درصد، گروه افدرین عضلانی ۲۱ درصد، گروه افدرین وریدی ۱۷ درصد و در گروه آتروپین ۳۷/۵ درصد بود. از نظر بروز هیپوتانسیون تنها بین گروه افدرین وریدی و گروه شاهد تفاوت معنی دار وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). PR در گروه افدرین عضلانی افزایش داشت و بیشترین شیوع هیپوتانسیون خفیف نیز در این گروه بود. افدرین وریدی هیچ تاثیر سویی بر PR مادران و یا نبض و آپگار نوزادان نداشت.

نتیجه گیری و توصیه ها: تجویز پروپیلوکائیک ۳۰ میلی گرم افدرین وریدی طی یک دقیقه بعد از بی حسی نخاعی در بیماران سزارینی به میزان قابل توجهی از بروز هیپوتانسیون شدید پیشگیری نموده و بیماران از ثبات همودینامیکی بیشتری برخوردار خواهند بود.

واژگای کلیدی: آتروپین، افدرین، بی حسی نخاعی، سزارین، فشار خون

مقدمه

آراکنویید ناچیز می باشد (۲). اشکالات عمده این روش شامل مشکل بودن کنترل سطح بی حسی، هیپوتانسیون (۴۵ تا ۱۰۰ درصد)، تهوع و استفراغ، برادی کاردی، دیس ریتمی و سردرد پس از عمل می باشد (۳). در بررسی ها مشخص شده است که زنان بارداری که در وضعیت خوابیده قرار می گیرند، حتی علی رغم داشتن فشار خون طبیعی در شریان براکیال، ممکن است دارای کاهش قابل توجهی در جریان خون جفت باشند (۴). با وجود این، بیشتر اوقات در طی بی حسی

روش انتخابی بی هوشی برای سزارین الکتیو، اکثراً بی حسی نخاعی [Spinal Anesthesia (SA)] یا اپیدورال است. چرا که این فرم از بی هوشی به مادر اجازه می دهد که هوشیار مانده و احتمال آسپیراسیون ریوی را به حداقل می رساند (۱). مزیت های SA شامل سادگی، دوز کم دارو، میزان شکست کم (حدود ۳ درصد) و شروع سریع آن است. در این روش تضعیف نوزاد ناشی از دارو اتفاق نمی افتد. زیرا دوز دارو کم بوده و جذب آن از فضای ساب

^۳دستیار بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^۴متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^۱متخصص بیهوشی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^۲متخصص بیهوشی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان