

مقایسه اثر پروپوفول و میدازولام در سطح سرمی تروپونین T بعد از جراحی بای پاس

عروق کرونر

دکتر ولی ایمانطلب (MD)^۱ - *دکتر سید رشید میرفلاح (MD)^۲ - دکتر علی محمدزاده (MD)^۳ - دکتر علی میرمنصوری (MD)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان پورسینا، گروه بیهوشی

پست الکترونیک: rashid_mirfallah@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۴/۲۷ تاریخ پذیرش: ۸۷/۹/۲۰

چکیده

مقدمه: جراحی قلب معمولاً با درجانی از آسیب میوکارد همراه است. در سال ۱۹۸۶ برای اولین بار پدیده Preconditioning (PC) توصیف شد. این پدیده به دو نوع دارویی و غیردارویی طبقه‌بندی می‌شود. داروهای بیهوشی مثل هوشبرهای استنشاقی (خصوصاً سووفلوران) می‌توانند با تحریک PC ایسکمی از میوکارد محافظت کنند. تنها نتیجه یک بررسی تأثیر بالقوه مفید هوشبرهای استنشاقی را بر تروپونین T (نشانگر قابل اعتماد آسیب میوکارد) نشان داده‌است. در مطالعه‌ای دیگر در جراحی قلب اطفال نشان داده شد که میدازولام، پروپوفول و سووفلوران به نسبت مساوی محافظت ایجاد می‌کنند.

هدف: مقایسه تأثیر میدازولام و پروپوفول بر سطح سرمی تروپونین T پس از جراحی بای پاس شریان کرونر.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی دوسوکور چهار بیمار که نامزد جراحی انتخابی بای پاس شریان کرونر بودند به صورت اتفاقی در یکی از دو گروه انفوزیون میدازولام یا پروپوفول قرار گرفتند. سایر روش‌های بیهوشی و جراحی در دو گروه یکسان بود. میزان تروپونین پیش از جراحی و پس از آن در ساعت‌های ۱۲، ۲۴ و ۳۶ اندازه‌گیری شد.

نتایج: میزان تروپونین در هر دو گروه به‌طور قابل ملاحظه افزایش یافته بود. در تمام نمونه‌های بعد از جراحی، میزان تروپونین در گروه میدازولام بیشتر از گروه پروپوفول بود ولی این اختلاف معنی‌دار نبود. متوسط میزان سرمی حداکثر تروپونین (T ۱۲) در هر دو گروه (گروه میدازولام 12 ± 0.171 و 12 ± 0.260 و گروه پروپوفول 12 ± 0.110) بسیار کمتر از میزان حداکثر تروپونین در مطالعات دیگر بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد تأثیر میدازولام و پروپوفول در محافظت از قلب طی CABG یکسان باشد.

کلید واژه‌ها: ایسکمیک پریکاردیشینک/بای‌پاس عروق کرونر/ پروپوفول/ تروپونین تی/میدازولام

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۶۹، صفحات: ۳۳-۴۰

مقدمه

انحراف مسیر گردش خون از قلب و خصوصاً بستن آئورت در این پروسه، میوکارد مستعد ایسکمی خواهد شد (۱). این نکته مهم متخصصان را بر آن می‌دارد تا با دستکاری دارویی و مداخله‌ای به نحوی حداقل تا حدودی این کاستی را جبران کنند که در مجموع محافظت میوکارد (Myocardial Protection) نامیده می‌شود (۱).

از سه روش هیپوترمی سیستمی، هیپوترمی موضعی و کاردیوپلژی در محافظت میوکارد استفاده می‌شود. در سال ۱۹۸۶ برای اولین بار پدیده Ischemic (IPC) Preconditioning توصیف شد بدین‌صورت که دوره‌های کوتاه و متناوب ایسکمی قادر است میوکارد را در برابر ایسکمی شدیدتر بعدی محافظت کند و اندازه انفارکت قلبی و فراتر از آن بروز اختلال بعدی ریتم قلبی را بکاهد. این

بیماری کرونر قلب از مهم‌ترین علل مرگ و میر در جوامع بشری محسوب می‌شود و پیامدهای اجتماعی و اقتصادی زیادی را در جهان به خود معطوف ساخته است. پدید آمدن روش‌های درمانی با فناوری پیشرفته سبب ارائه روش‌های غیرجراحی جدیدی شده‌است. اما این روش‌ها به غیر از هزینه بالا، فقط در شرایط خاص و در بیماران انتخابی می‌تواند انجام شود. به همین علت روش درمان جراحی بیماری کرونری قلب در دنیا و خصوصاً در کشور ما هنوز روشی معمول محسوب می‌شود.

در بسیاری از بیماران طی روند جراحی بای‌پاس شریان کرونری coronary artery bypass graft (CABG) باید مسیر گردش خون از قلب و ریه منحرف شود [(CPB) cardiopulmonary bypass] (۱). بنابراین به‌دلیل