

# هوش بربی برای جراحی‌های سرپائی

مجله نظام پزشکی

سال هشتم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۷۶ - ۱۳۶۱

\*دکتر منوچهر مظلوم دوست

## مقدمه:

این روش به شرط آنکه احتیاطات لازم رعایت شود، فوائد کردار را در برخواهد داشت، در غیر اینصورت ممکن است جان بیماری را به خطر بیندازد.

## روش:

دو گروه مورد مطالعه قرار گرفته است:

۱۶۵ بیمار در آمریکا در بیمارستان کودکان معلوم در شهر لویویل در کنتاکی با این روش سرپائی عمل شدند، عملهای آنان عبارت بود از عمل ساده گوش بدون خونریزی و عمل پلاستیک که خونریزی قابل ملاحظه ای نداشت.

گروه دوم ۱۴۵ بیمار بودند که در بیمارستانهای دانشگاهی از این روش هوش بربی در مورد آنان اجرا شد. عمل این عدد عبارت بود از ختنه، اعمال گوش، آزمایش های ساده روی چشم و دیگر عملهای کوچک و کوتاه مدت، روشی که در آمریکا تأثیر میشود و در ایران با تفاوت هایی که بموضع اجرا در آمده از این قرار است.

۱- معروف بیمار با جراح بود، عملهایی که بیش از یک تا یک و نیم ساعت طول میکشد از این روش استفاده نمیشود.

۲- این روش برای بیمارانی بکار برده میشود که خود یا والدین آنها از نظر امکانات زندگی و فهم و درک قادر به انجام دستورات لازم پیش از عمل و مرآفتهای پس از عمل باشند.

۳- پرونده بیمار قبل از عمل از نظر تاریخچه توسط جراح تکمیل میشود. واگر آزمایش های هموگلوبین و ادرار انجام نشده بود،

این مقاله نتیجه پنج سال مطالعه و انجام این طریقه است. بنظر می رسد که اگر این روش با شرائط لازم و احتیاطات کامل بکار

رود، بسیار مفید و متفضمن فوائد زیر خواهد بود:

۱- استفاده کمتر از امکانات تخته های بیمارستان، با کمبود تخته های بیمارستانی نسبت به جمعیت کشور، این روش عملی ترین و ساده ترین راه برای استفاده بیشتر از اطاق عمل و استفاده کمتر از امکانات بیمارستانی میباشد.

۲- کم کردن مخارج برای بیمار: هر شب بستری شدن در بیمارستانهای کشور حدود دوهزار تا پنج هزار بیال مخارج بر میدارد. با این روش از این مبلغ صرفه جویی میشود.

۳- از همه مهمنتر ضریب های روحی برای بیماران است که با اجرای این روش از آن جلوگیری میشود، بخصوص در مورد اطفال که در صورت بستری شدن از مادرانشان جدا میشوند بسیار مهم است و این موضوعی است که متناسبانه اغلب نسبت به اثرات و عواقب سوء آن بی توجهی می شود. گاهی این اثرات تامدتها زیادی یا تا آخر عمر بر روحیه و شخصیت بیمار تأثیر میگذارد و متناسبانه اغلب جراحان و متخصصان هوش بربی توجهی به آن نمیکنند.

\* دانشکده پزشکی - دانشگاه شیراز.

متوکسی‌فلوران استفاده نشد. در حدود بیست تن از گروهی که در آمریکا تحت عمل قرار گرفتند، از گاز یوهوشی جدید اترین استفاده شد.

ب - در موقع هر خص کردن بیمار از اطاق بهبود، هوشیاری کامل بیمار توسط متخصص هوشبری تعیین می‌شد. تنها بیداری علامت مرخص کردن نبود، بلکه بیماری باست کنترل کامل حواس خود را داشته باشد.

#### نتیجه:

#### بستری شدن:

در شب بعد از عمل ده تن از گروهی که در آمریکا بودند، احتیاج به بستری شدن در بیمارستان یافتند، اما پنج تن از گروهی که در ایران تحت عمل قرار گرفتند، بستری شدند. (به ترتیب ۶% و ۳%).

#### توقف در اطاق بهبود:

بطور متوسط نیم ساعت و حدود آن از ربع ساعت تا یک ساعت طول میکشید تا بیمار بیدار شود.

#### مرخص کردن از بیمارستان و هوشیاری کامل:

برای هوشیاری کامل بطور متوسط دو ساعت طول میکشید و حدود آن بین یک ساعت تا ۴ ساعت بود.

#### سرپیچی از دستورات قبل از عمل:

هفت تن از گروهی که در آمریکا بودند به طفل غذا داده و از گروه در ایران چهار تن غذا خورده بودند. (ترتیب ۴% و ۲/۴%).

#### انجام آزمایش‌ها:

گرچه کوشش می‌شد که آزمایش‌ها روز قبل از عمل آماده باشند، اما گاهی ممکن نبود از این نظر عده‌ای روز عمل برای آزمایش‌های ادرار و هوش‌گلوبین فرستاده می‌شدند. یکی از اطفال آزمایش ادرار نداشت و چون آب و غذا نخورده بود تاظهر آزمایش ادرار ممکن نشد.

#### رضایت والدین:

بطور کلی همه از اینکه کودک آنها در بیمارستان بستری نشود رضایت کامل داشتند، تنها یک مادر بود که اصرار داشت طفل او شب پس از عمل بستری شود.

#### عوارض و خطرات:

استفراغ حین القاء یوهوشی نیز دیده نشد. چون قبل از عمل از والدین بیمار با اصرار سوال می‌شد که طفل غذا نخورده باشد. و برای اطمینان روی این موضوع بسیار تاکید می‌شد.

توسط متخصصان هوش بری دستور داده می‌شد.

مناسفانه این کارها دریک سوم از بیمارانیکه در ایران بودند، انجام نمی‌شد.

۴- بمنظور دیدار پیش از عمل باید اطاق مخصوصی ترتیب داده شود تا بیمار معاينه و دستورات لازم داده شود. چون این امر هنوز بسادگی مورد توجه اولیاء بیمارستانی نبود و تمهیلات لازم وجود نداشت در ایران بیماران را در دقیق بخش هوش بری معاينه میکردیم. در این دیدار توضیحاتی راجع به عمل داده می‌شد تا ترس بیمار از یوهوشی و اطاق عمل کم شود.

۵- دستورات چاپ شده‌ای برای راهنمایی بیماران تهیه شده بود که به بیمار داده می‌شد. در این برگه اهمیت غذا نخوردن و سفارش‌های لازم از این نظر بدیمار داده شده بود. شفاها نیز راجع به غذا نخوردن قبل از عمل توضیحاتی داده می‌شد و تاکید می‌گردید.

۶- اجازه عمل در دیدار پیش از عمل از بیمار گرفته می‌شد و نوع عمل و یوهوشی دقیقاً مشخص و توضیح داده می‌شد.

۷- یک اطاق انتظار باید در اختیار باشد تا بیماران بتوانند تا موقعی که نوبت آنها می‌شود در آنجا بمانند. در آمریکا این بیماران در اطاق بستری می‌شدند ولی در ایران امکاناتی وجود نداشت.

۸- داروهای پیش از عمل: داروهایی مثل دیازپام و یا دیگر داروهای آرامبخش حدود ساعت ۷/۵ تا ۸ صبح در بیمارستان تزریق می‌شد تا مدتیکه بیمار به انتظار نوبت است، از تشویش وی کاسته شود و در طول انتظار با و سخت نگذرد.

۹- آتروپین داخل ورید درست قبل از آمدن به اطاق عمل تزریق می‌شد.

۱۰- عمل بیماران سرپائی در آخر وقت به چوجه شروع نمی‌شد چسون در غیر اینصورت اغلب برای مرخصی آنها اشکال تولید می‌شد.

۱۱- در صورت بروز اشکلانی برای بستری کردن بیمار می‌بایست امکانات لازم موجود باشد، عملاً این امکان وجود داشت.

۱۲- اگر بیماری احیاناً خونریزی زیادی پیدا می‌کرد، بستری می‌شد.

۱۳- نوع هوش بری

الف: حتی الامکان از لوله گذاری خودداری می‌شد و اگر احیاناً بیماری اجباراً احتیاج به لوله گذاری داشت، بخصوص در کودکان کمتر از ۶-۷ سال - شب را در بیمارستان بستری می‌شد.

ب: سعی می‌شد از نوعی داروهای یوهوشی استفاده شود که زمان بیوهش آمدن کامل بیمار کوتاه باشد. گازهاییکه بیشتر بکار میرفت هالوتان واکسیدازت و اکسیژن توسط ماسک بود. از اترو

## قرارگیرد.

۴- داروهای پیش از عمل : طول اثر هرداروئی که بدین عنوان مصرف میشود باید در نظر گرفته شود. داروهای آرامیبخش مثل دیازپام بهتر از باریتوریتها است چون بهتر و زودتر هوشیاری کامل را بدست میاورند. گاهی اشتباه پیش میاید و متناسفانه باید گفت که مکرر هم پیش آمده که آتروپین را همان‌اردوی آرامیبخش تزریق میکنند و اگر یکساعت و نیم از طول مدت آن گذشته باشد دیگر اثر آنتی کلینریک ندارد و ممکن است بیمار دچار برادی - کاردی شدید شود. اگر در مورد اطفال تزریق داخل وریدی غیرممکن بود میتوان آتروپین را داخل عضلانی تزریق کرد که اثر آن بعد از ۳-۵ دقیقه ظاهر میشود، البته باید دانست که بعد از تزریق داخل وریدی ۳۰ ثانیه طول میکشد تا اثر آن ظاهر شود. بنابراین آتروپین را باید موقعی تزریق کرد که در موقع شروع بیهوشی و حین بیهوشی آتروپین در بدن اثر داشته باشد.

ازطرف دیگر داروهای آرامیبخش بلافضله اثر ندارند و حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول میکشد تا اثر آن ظاهر شود و بر عکس طول مدت اثر آنها اغلب ۳ تا ۴ ساعت میباشد. بنابراین میتوان آنها را صبح زود تزریق کرد و مدتی که طول میکشد تا بیمار را بداطاف عمل آورند، اثر داروهای آرامیبخش در بدن وجود داشته باشد. ازاین نظر این گروه این داروها را صبح ساعت ۷/۵ تا ۸ تزریق میکرد و ظهر که بیمار از بیمارستان مرخص میشد اثر این داروها کم شده بود.

اشتباه دیگری که اغلب پیش میاید، درست قبل از آنکه بیمار را باطاق عمل بیاورند دیازپام را تزریق میکنند بنابراین در لحظاتی که بیمار بحداکثر تسکین احتیاج دارد، دارو هنوز اثری نکرده و بر عکس درموقع بیهوش آمدن در اثر این داروهای بیمار هنوز کجی و خواب آلود است.

۵- معاینه و دیدار پیش از عمل : متناسفانه در ایران هنوز به اهمیت این موضوع پی برده نشده است و تاکیدی در این مورد نمیشود و حتی در سازمانهای درمانی حتی برای این زحمت در نظر گرفته نشده و حال آنکه اهمیت دیدار قبل از عمل با تایع و توضیحاتی که داده شده کاملاً مشخص گردیده است.

۶- ملاقات پس از عمل و موقع مرخصی بیمار : باید حتماً توسط متخصص هوش بری انجام گیرد. برای اینکه اگر متخصص هوش بری شخص دقیقی باشد، بهتر از هر کس دیگری میتواند سطح و مقدار هوشیاری بیمار را بررسی و تجسس نماید بخصوص اگر بیمار را قبل از عمل معاینه کرده باشد و بر حسب واکنشهای بیمار مقدار هوشیاری را میتواند حدس بزند. در غیر اینصورت

## بحث :

از این تحقیق و بررسی میتوان نتیجه گرفت که برای جراحی‌های کوچک در بسیاری از موارد احتیاج به بستری کردن بیمار در بیمارستان نیست و با احتیاطات لازم که در روش توضیح داده شد، خطری که منجر به مرگ بیمار و یا عارضه مشکلی گردد پیش نمیآید. چند نکته است که باید به آن توجه کامل شود :

۱- تاریخچه و آزمایش‌ها را نباید نادیده گرفت. اشتباه بزرگی که اغلب در ذهن بیشتر همکاران عزیز جراح پیش میاید آنست که اگر عمل جراحی کوچک باشد، بیهوشی آنرا نیز خالی از خطر و کوچک میشمارند. ولی اگر کودکی تاریخچه خونریزی خود بخود داشته باشد و این موضوع نادیده گرفته شود، ممکن است منجر به خطرات خونریزی شدید شود و در صورت نبودن خون منجر به مرگ گردد، و یا کودکی که اشتباعاً غذا خورده است، اگر دقت نشود، منجر به آسپیره کردن و ذات‌الریه و مرگ وی شود و یا اگر طفلی مرض قصد داشته باشد، که هنوز تشخیص داده نشده باشد، با شروع بیهوشی ممکن است منجر به عوارض و خطراتی بشود. همچنین کودکی که هموگلوبین وی گرفته نشده و کمتر از طبیعی باشد، در اثر مختص هیپوکسی منجر به لرزش قلب و مرگ میشود. یا بیماری که فاقد آنزیم پسودوکلین استراز (Pseudo Cholinesterase) داشته باشد با شروع بیهوشی و اسفاده از سوکسینیل کولین (Succinyl Choline) ممکن است فلنج طولانی دهدو حال آنکه اگر تاریخچه این نقص در خانواده و بستکان درجه اول بیمار وجود داشته باشد، میتوان از آن جلوگیری کرد. بنابراین از آزمایش‌های لازمی که ذکر شد و از تاریخچه بیمار بخاطر کوچک بودن عمل جراحی نباید صرف نظر کرد.

۲- عده محدودی که دستورات را رعایت نکرده بودند و طفل آنها غذا خورده بود، بعلت پائین بودن سطح اطلاعات و فهم والدین آنها بوده است، بنابراین وظیفه متخصص هوش بری است که قبل از عمل از این لحاظ و همچنین دیگر جهات وضع طفل را بررسی و تجسس نماید.

۳- متناسفانه اتفاق افتاده است که بیماری اشتباهها بجای بیمار بعدی به اطاق عمل برده شده یا اشتباهآسم مقابله را بجای سمت بیماری خواسته‌اند عمل کنند و اگر از لحاظ اسم و همچنین شماره پرونده دقت نشود بعید نیست روزی خطای غیرقابل بخششی پیش آید. گاهی پیش میاید که اسم و فامیل دو بیمار یکی است و تنها تفاوت شماره پرونده آنها مشخص کننده هر کدام است. بنابراین نام و نام خانوادگی و شماره پرونده و محل و جایایکه باید عمل شود نوع عمل باید دقیقاً تحت تجسس متخصص هوش بری

درصورتیکه منحصر هوش بری این موضوع را تاکید نکند وی هم مجرم است، مثلا اگر کودکی با دوچرخه یا سه چرخه به خیابان رود، در اثر حواس پرتی ممکن است هنجر به تصادف گردد.  
- بیحسی های موضعی : بیحسی نخاعی (راسی) صلاح نیست.  
بیحسی شبکه بازویی نوعی که در زیر بغل تزریق میشود مناسب است اما نوعی که بالای استخوان ترقوه ای در گردن انجام میشود چون ممکن است ۵-۶ ساعت بعد از بیحسی عوارض هموترالکس پیار آرد صلاح نیست.

بیمار ممکن است بیدار باشد ولی قادر به کنترل خود در خارج از بیمارستان نباشد.

- پس از مرخصی : بیمار باید حداقل ۴۸ تا ۲۴ ساعت از کار و رانندگی منع و معاف باشد، زیرا بعضی داروها بخصوص پنتوتال گرچه مقدار آن درخون برای بیداری بحد کافی پائین میاید ولی مقداری از آن پس از یک روز در بدین باقی میماند. بنابراین حتماً باید یک نفر بیمار را به منزل ببرد و از نظر قانونی بهیچوجه اجازه رانندگی ندارد. این موضوع باید کاملاً تاکید شود و اگر رانندگی کند و منجر به تصادفی شود مجرم شناخته

## REFERENCES :

- 1- E. James Treeoar.: As out Patient Anesthetic Service. Standards and Organization Can. Anes. Soc. J. Vol. 14, No 6, P . 595, 1977.
- 2- Gale. E. Thompson., John. M. Remington. , Bernard. S. Millmon., L. Donald. Bricenbaugb Experiences with Out - Patient Anesthesia: Anesth. Analg. 52, 88, 1973.
- 3- Janis, K.M.: Organisation and Mangement of Out -Patient Anesthesia. A.S.A. Refresher Course P. 2282 / Page 1\_8, 1971.
- 4- Steward, D.J.: Experiences with on Out-Patient Anesthesia Service for Children, Anesthesia and Analgesia Current Researches Vol. 52: 877 , 1973.
- 5- Ann, Fahy and Marshall, M.: Postanesthetic Morbidity in Out - Patients. Brit. J Anesth. 41- 433. 1969.
- 6- Olenka. M. Sobczak.: General Anesthesia in Out - Patient Pediatric Urology. Anesthesia and Analgesia Current .