

هوش‌بری 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 ذکر شده را دربر خواهد داشت ، درغیر اینصورت ممکن است جان بیماری را به‌خطر بیاندازد .

روش :

دو گروه مورد مطالعه قرار گرفته است :

۱۶۵ بیمار در آمریکا در بیمارستان کودکان معلول 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 ملاحظه‌ای نداشت .

گروه دوم ۱۴۵ بیمار بودند که در بیمارستانهای دانشگاه شیراز ، این روش هوش‌بری در مورد آنان اجرا شد . عمل این عده عبارت بود از ختنه ، اعمال گوش ، آزمایش‌های ساده روی چشم و دیگر عملهای کوچک و کوتاه مدت ، روشی که در آمریکا تعقیب میشد و در ایران با تفاوت‌هایی که بموقع اجرا درآمده از اینقرار است .

۱- معرفی بیمار با جراح بود ، عملهایی که بیش از یک تا یک و نیم ساعت طول میکشید از این روش استفاده نمیشد .

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

۳- پرونده بیمار قبل از عمل از نظر تاریخچه توسط جراح تکمیل میشد . و اگر آزمایش‌های هموگلوبین و ادرار انجام نشده بود ،

این روش هوش‌بری برای عملهای کوتاه مدت و کم دامنه‌ای است که احتیاج به بستری شدن بیمار در بیمارستان ندارد اعمال این روش مستلزم آن است که احتیاطات لازم مراعات گردد تا خطراتی پیش نیاید

این مقاله نتیجه پنج‌سال مطالعه و انجام این طریقه است . بنظر میرسد که اگر این روش با شرایط لازم و احتیاطات کامل بکار رود ، بسیار مفید و متضمن فوائد زیر خواهد بود :

۱- استفاده کمتر از امکانات تخت‌های بیمارستان ، با کمبود تخت‌های بیمارستانی نسبت به جمعیت کشور ، این روش عملی‌ترین و ساده‌ترین 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 دوازده تا پنجاه هزار ریال مخارج بر میدارد . با این روش از این مبلغ صرفه‌جویی میشود .

۳- از همه مهمتر ضربه‌های روحی برای بیمار است که با اجرای این روش از آن جلوگیری میشود ، بخصوص در مورد اطفال که در صورت بستری شدن از مادر نشان جدا میشوند بسیار مهم است و این موضوعی است که متأسفانه اغلب نسبت به اثرات و عواقب سوء آن بی‌توجهی می‌شود . گاهی این اثرات تا مدت‌های زیادی یا تا آخر عمر بر روحیه و شخصیت بیمار تأثیر میگذارد و متأسفانه اغلب جراحان و متخصصان هوش‌بری توجهی به آن نمیکنند .

* دانشکده پزشکی - دانشگاه شیراز .

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

پ - در موقع مرخص کردن بیمار از اطاق بهبود، هوشیاری کامل بیمار توسط متخصص هوشبری تعیین میشود. تنها بیداری علامت مرخص کردن نبود، بلکه بیماری بایست 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 ۴٪ و ۳٪).

توقف در اطاق بهبود :

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

مرخص کردن از بیمارستان و هوشیاری کامل :

برای هوشیاری کامل بطور متوسط دو ساعت طول میکشد 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. (بترتیب ۴٪ و ۲٪).

انجام آزمایش ها :

گرچه کوشش میشد که آزمایش ها روز قبل از عمل آماده باشند، اما گاهی ممکن نبود از این نظر عده ای روز عمل برای آزمایشهای ادرار و هموگلوبین 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 بیهوشی نیز دیده نشد. چون قبل از عمل از والدین بیمار با اصرار سؤال میشد که طفل غذا نخورده باشد. و برای اطمینان روی این موضوع بسیار تاکید میشد.

توسط متخصصان هوش بری دستور داده میشد. متناسفانه این کارها در یک سوم از بیمارانی که در ایران بودند، انجام نمیشد.

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

۵- دستورات چاپ شده ای برای راهنمایی بیماران تهیه شده بود که به بیمار داده میشد. در این برگه اهمیت غذا نخوردن و سفارهای لازم از این نظر به بیمار داده شده بود. شفاهاً نیز راجع به غذا نخوردن قبل از عمل توضیحاتی داده میشد و تاکید میگردد.

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

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

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

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

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

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

۱۲- اگر بیماری احیاناً خونریزی زیادی پیدا می کرد، بستری می شد.

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 می شد.

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

بحث :

قرار گیرد.

۴- داروهای پیش از عمل : طول اثر هر دارویی که بدین عنوان مصرف میشود باید در نظر گرفته شود. داروهای آرامبخش مثل دیازپام بهتر از باریتورینها است چون بهتر و زودتر هوشیاری کامل را بدست میاورند. گاهی اشتباه پیش میاید و متأسفانه باید گفت که مکرر هم پیش آمده که آتروپین را همراه داروی آرامبخش تزریق میکنند و اگر یکساعت و نیم از طول مدت آن گذشته باشد دیگر اثر آنتی کلینرژیک ندارد و ممکن است بیمار دچار برادی - کاردی شدید شود. اگر در مورد اطفال تزریق داخل وریدی غیر ممکن 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 موقمی تزریق کرد که در موقع شروع بیهوشی و حین بیهوشی آتروپین در بدن اثر داشته باشد.

از طرف دیگر داروهای آرامبخش بلافاصله اثر ندارند و حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول میکشد تا اثر آن ظاهر شود و برعکس 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 به اطاف عمل آورند، اثر داروهای آرامبخش در بدن وجود داشته باشد. از این 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 بحد اکثر تسکین احتیاج دارد، دارو هنوز اثری نکرده و برعکس در موقع بهوش آمدن در اثر این داروها بیمار هنوز گیج و خواب آلود است.

۵- معاینه و دیدار پیش از عمل : متأسفانه در ایران هنوز به اهمیت این موضوع پی برده نشده است و تا کیدی 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 نتایج 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

از این تحقیق و بررسی میتوان نتیجه گرفت که برای جراحی های 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 نمیاید. 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 بشمارند. 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 اشتبهاً غذا خورده است، اگر دقت نشود، منجر به آسپیره کردن و ذات الریه و مرگ وی شود و یا اگر طفلی مرض قند 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 مختصر هیپو کسی منجر به لرزش قلب و مرگ میشود. یا بیماری که فاقد آنزیم پسودوکلین استراز (Pseudo Cholinesterase) داشته باشد با شروع بیهوشی و استفاده از سوکسینیل کولین (Succinyl Choline) ممکن است فلج طولانی دهد و حال آنکه اگر تاریخچه این نقص در خانواده و بستگان 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 معدودی که دستورات را رعایت نکرده بودند و طفل آنها غذا خورده بود، بملت 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- متأسفانه اتفاق افتاده است که بیماری اشتباهاً بجای بیمار بعدی به اطاف عمل برده شده یا اشتبهاً سمت مقابل را بجای سمت بیماری خواسته اند عمل کنند و اگر از لحاظ اسم و همچنین شماره پرونده دقت نشود بعید نیست روزی خطای غیر قابل 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 جاییکه باید عمل شود و نوع عمل باید دقیقاً تحت تجسس متخصص هوش بری

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

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

۸- بیحسی های موضعی : بیحسی نخاعی (راشی) صلاح نیست . بیحسی شبکه بازوئی نوعی که در زیر بغل تزریق میشود مناسب است اما نوعی که بالای استخوان ترقوه ای درگردد انجام میشود چون ممکن است ۵-۶ ساعت بعد از بیحسی عوارض هموتراکس بیار آرد صلاح نیست .

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. Brienbaugb 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 .