

هوش‌بری برای جراحی‌های سرپائی

مجله نظام پزشکی

سال هشتم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۷۶ ، ۱۳۶۱

دکتر منوچهر مظلوم دوست *

مقدمه :

این روش‌هوش‌بری 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 پنج سال 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 هزار تا پنجاه هزار ریال مخارج بر میدارد. با این روش از این مبلغ صرفه‌جویی میشود.

۳- از همه مهمتر ضربه‌های روحی برای بیماران است که با اجرای این روش از آن جلوگیری میشود، بخصوص در مورد اطفال که در صورت بستری شدن از مادران 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 تا آخر عمر بر روحیه و شخصیت بیمار تأثیر میگذارد و متأسفانه اغلب جراحان و متخصصان هوش‌بری توجهی به آن نمیکنند.

این روش به شرط آنکه احتیاطات لازم رعایت شود ، فوائد ذکر شده را دربر خواهد داشت، در غیر این صورت ممکن است جان بیماری را به خطر بیندازد.

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 این قرار 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،

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

ب - در موقع مرخص کردن بیمار از اتاق بیهود، هوشیاری کامل بیمار توسط متخصص هوشبری تعیین میشود. تنها بیداری علامت مرخص کردن نبود، بلکه بیمار می 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 اتاق بیهود :

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. (به ترتیب 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 آزمایش های 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.

مناسفانه این کارها در یک سوم از بیمارانی که در ایران بودند، انجام نمیشد.

۴- بمنظور دیدار پیش از عمل باید اتاق 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 اتاق 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 سفارش های 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 اتاق انتظار باید در اختیار باشد تا بیماران بتوانند تا موقعی که نوبت آنها میشود در آنجا بمانند. در آمریکا این بیماران در اتاقی 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 تشویش وی کاسته شود و در طول انتظار باو سخت نگذرد.

۹- آتروپین داخل ورید درست قبل از آمدن به اتاق 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 می بایست امکانات لازم موجود باشد، عملاً این امکان وجود داشت.

۱۲- اگر بیماری احیاناً خونریزی زیادی پیدا می کرد، 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 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 می‌آورند. گاهی اشتباه پیش می‌آید 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 کلینریژیک 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 اطاق 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 می‌آید، درست قبل از آنکه بیمار را باطابق عمل بیاورند دیازپام را تزریق میکنند بنابراین در لحظاتی که بیمار جدا کتر تسکین احتیاج دارد، دارو هنوز اثری نکرده و برعکس در موقع بهوش آمدن در اثر این داروها بیمار هنوز گیج و خواب‌آلود است.

۵- معاینه و دیدار پیش از عمل : متأسفانه در ایران هنوز به اهمیت این موضوع پی برده نشده است و تاکید 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 هوش‌بری انجام گیرد. برای اینکه اگر متخصص هوش‌بری 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 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 می‌آید آنست که اگر عمل جراحی کوچک باشد، بیهوشی آنرا نیز خالی از خطرو کوچک بشمارند. ولی اگر کودک کی 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 کودک کی که اشتباهاً غذا خورده است، اگر دقت نشود، منجر به آسپیره کردن و ذات‌الریه و مرگ وی شود و یا اگر طفلی مرخص نشده باشد، که هنوز تشخیص داده نشده باشد، با شروع بیهوشی ممکن است منجر به عوارض و خطراتی بشود. همچنین کودک کی 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 صرف‌نظر 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 هوش‌بری 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 اطاق عمل برده شده یا اشتباهاً سمت مقابل را بجای سمت بیماری خواسته‌اند عمل کنند و اگر از لحاظ اسم و همچنین شماره پرونده دقت نشود بعید نیست روزی خطای غیر قابل بخشی پیش‌آید. گاهی پیش می‌آید که اسم و فامیل دو بیمار یکی است و تنها تفاوت شماره پرونده آنها مشخص‌کننده هر کدام است. بنابراین نام و نام خانوادگی و شماره پرونده و محل و جایی که باید عمل شود و نوع عمل باید دقیقاً تحت تجسس متخصص هوش‌بری

- 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 در خون برای بیداری بعد کافی پائین میاید ولی مقداری از آن پس از یک روز در بدن 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 میشود .
- ۸- بیجسی های موضعی : بیجسی نخاعی (راشی) صلاح نیست . بیجسی شبکه بازوئی 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 بیجسی عوارض هموتراکس بیمار 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. Brienbaugh 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 .