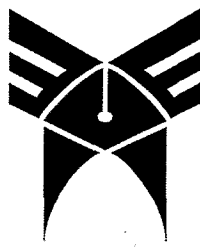


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم پزشکی ، گروه پزشکی
پایان نامه برای دریافت درجه دکترای حرفه ای

عنوان:

بررسی اثر مارکائین بر کاهش نیاز به مواد مخدر و کاهش درد بعد از عمل

سزارین در ۲۰ خانم

استاد راهنما:

دکتر سیده فاطمه امیرخلیلی

استاد مشاور:

دکتر زهره توفان

نگارش:

نفیسه شفیعی

معاونت ارتباطات و امور بین المللی
تهران

۱۳۸۹ / ۳ / ۱۷

تابستان ۱۳۸۸

۱۳۷۸۲۹



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم پزشکی، گروه پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکتری حرفه ای

عنوان:

بررسی اثر مارکائین بر کاهش نیاز به مواد مخدر و کاهش درد بعد از عمل سزارین در ۲۰ خانم

نگارش:

نفیسه شفیعی

تابستان ۱۳۸۸

۱- دکتر سیده فاطمه امیر خلیلی
دکتر سیده فاطمه امیر خلیلی
دکتر سیده فاطمه امیر خلیلی

۲- دکتر زهره طوفان
دکتر زهره طوفان
دکتر زهره طوفان
جراح و متخصص بیماریهای زنان و زایمان دانشگاه
شاهرود ۴۵۹۰۱

هیأت داوران:

۳- دکتر یوسف کلوخی
دکتر یوسف کلوخی
دکتر یوسف کلوخی

تشکر و قدردانی:

پس از حمد و ستایش خداوند متعال، که ثنا شایسته اوست، هم او که مرا یاری کرد تا در گمراهی دنیا مسیر درست را بشناسم و در این مسیر راهنمایی صدیق بر من گمارد. به این وسیله از زحمات بی شائبه و مشفقانه استادان گرانقدر سرکار خانم دکتر امیرخلیلی و سرکار خانم دکتر طوفان که راهنمایی این پایان نامه را بر عهده داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می نمایم.

تقدیم:

به پدر و مادر عزیزم ۰۰۰

که در کلامشان، عشق

در احوال و رفتارشان، ایمان

و در اعمالشان، راستی

باورم شد.

که پایداری در برابر سختی های زندگی راه، به صبر

چشم پوشی از آمال و آرزوها راه، به صداقت و ایثار

و به ثمر نشستن میوه های باغ امیدشان راه، با فدا گشتن

معنی کردند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	چکیده
	فصل اول : کلیات
۲.....	مقدمه و بیان اهمیت مساله
	فصل دوم: بررسی متون
۴.....	۱-۲- فیزیولوژی درد
۷.....	۲-۲- انواع درد
۸.....	۳-۲- گیرنده های درد
۹.....	۴-۲- مکانیسمهای انتقال محیطی درد
۱۰.....	۵-۲- فیبرهای عصبی منتقل کننده درد
۱۳.....	۶-۲- مسیرهای انتقال درد
۱۵.....	۷-۲- واکنشهای انسان در برابر درد
۱۶.....	۸-۲- اندیکاسیون های سزارین
۱۶.....	۱-۸-۲- تغییرات ضربان قلب
۱۸.....	۲-۸-۲- جفت سر راهی
۱۹.....	۳-۸-۲- دکولمان جفت
۱۹.....	۴-۸-۲- نمایش بریج
۲۰.....	۵-۸-۲- دیابت حاملگی
۲۰.....	۶-۸-۲- فشار خون حاملگی
۲۱.....	۷-۸-۲- پلی هیدر آمنیوس و الیگوهید آمنیوس
۲۲.....	۸-۸-۲- PROM

- ۲۲..... ۹-۸-۲ سزارین تکراری
- ۲۳..... ۱۰-۸-۲ بیماریهای طبیی مادر
- ۲۳..... ۱۱-۸-۲ اعمال جراحی انجام شده روی رحم و واژن
- ۲۳..... ۱۲-۸-۲ ناهنجاریهای جنینی
- ۲۳..... ۱۳-۸-۲ CPD
- ۲۴..... ۱۴-۸-۲ زایمان دیسفونکسیونل
- ۲۴..... ۱۵-۸-۲ تست NST
- ۲۴..... ۱۶-۸-۲ حاملگی پر خطر
- ۲۵..... ۱۷-۸-۲ اختلالات بند ناف
- ۲۵..... ۱۸-۸-۲ پرولاپس بند ناف
- ۲۶..... ۱۹-۸-۲ پیچ خوردن بند ناف به دور گردن
- ۲۶..... ۲۰-۸-۲ زجر جنین
- ۲۷..... ۹-۲ بویواکائین
- ۲۷..... ۱-۹-۲ موارد مصرف
- ۲۷..... ۲-۹-۲ مکانیسم اثر
- ۲۷..... ۳-۹-۲ فارماکوکینتیک
- ۲۷..... ۴-۹-۲ موارد منع مصرف
- ۲۸..... ۵-۹-۲ عوارض جانبی
- ۲۸..... ۶-۹-۲ تداخلهای دارویی
- ۲۹..... ۷-۹-۲ مقدار مصرف

فصل سوم : روش مطالعه

- ۳۰..... ۱-۳ طرح تحقیق
- ۳۰..... ۲-۳ نحوه جمع آوری داده ها
- ۳۰..... ۳-۳ نحوه مداخله

۳-۴- آنالیز داده ها ۳۱

فصل چهارم : یافته ها

جداول و نمودارها ۳۲

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری ۳۹

پیوست ۴۱

پ-۱ پرسشنامه ۴۱

فهرست منابع ۴۳

چکیده انگلیسی ۴۴

فهرست جداول

- جدول ۱-۲- ویژگیهای فیبرهای اوران اولیه ۱۱
- جدول ۱-۴- میانگین سن ، BMI و سن نخستین بارداری در گروه مورد و کنترل ۳۲
- جدول ۲-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس سطح تحصیلات ۳۲
- جدول ۳-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس تعداد دفعات بارداری ۳۲
- جدول ۴-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس تعداد دفعات زایمان ۳۳
- جدول ۵-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس تعداد دفعات سقط ۳۳
- جدول ۶-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس ترس از درد زایمان ۳۳
- جدول ۷-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس میزان رضایتمندی بیمار از نتایج عمل سزارین ۳۴
- جدول ۸-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس میزان نیاز به مواد آنالژزیک ۳۴
- جدول ۹-۴- میانگین PAIN VAS در گروه مورد و کنترل ۳۵

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴- میانگین PAIN VAS در گروه مورد و کنترل ۳۶
- نمودار ۲-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس میزان نیاز به مواد آنالژزیک ۳۷
- نمودار ۳-۴- توزیع فراوانی گروه مورد و کنترل بر اساس میزان رضایتمندی بیمار از نتایج سزارین ۳۸

فهرست اشکال

- شکل ۱-۲- مسیر درد در سیستم لیمبیک و کورتکس مغز ۶
- شکل ۲-۲- مسیریهای عصبی منتقل کننده درد ۱۰
- شکل ۳-۲- رفلکس آکسونی ۱۲
- شکل ۴-۲- مسیریهای انتقال درد ۱۴

چکیده:

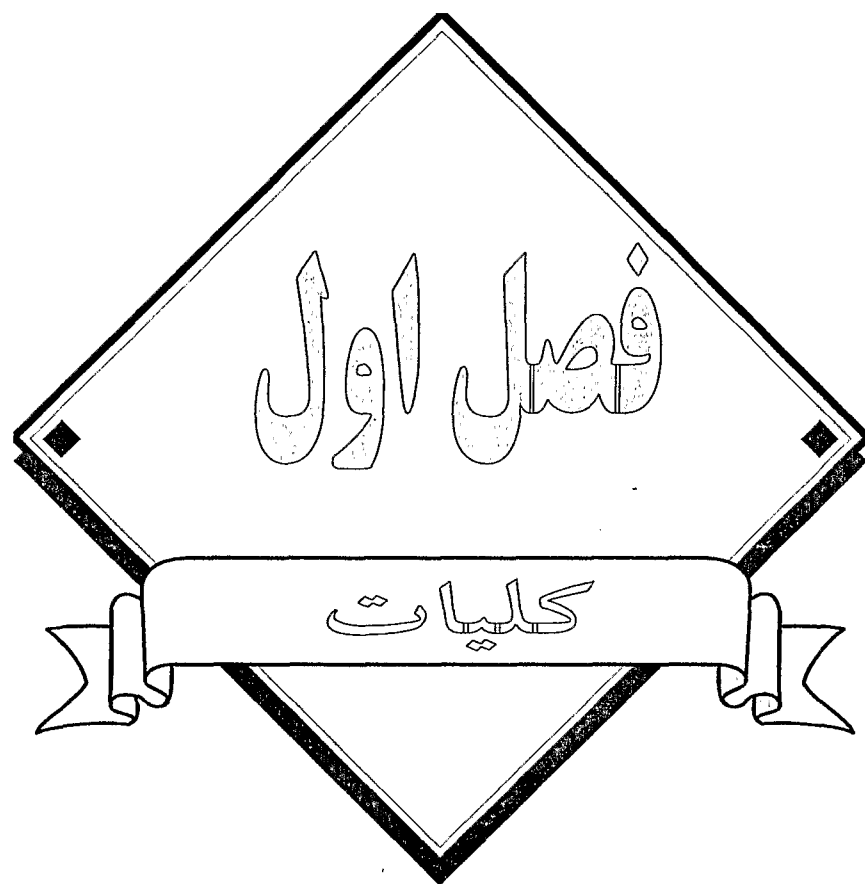
اهداف: این مطالعه به منظور بررسی اثر مارکائین بر کاهش نیاز به مواد مخدر و کاهش درد بعد از عمل سزارین در ۲۰ خانم انجام شده است.

روش مطالعه: این مطالعه به صورت یک کارآزمایی بالینی تصادفی انجام شده است. حجم نمونه مورد بررسی شامل ۴۰ نفر از خانم‌های تحت عمل سزارین که یک گروه (۲۰ نفر) تحت تزریق مارکائین ۲۵٪ جهت بی‌حسی قرار گرفته و یک گروه (۲۰ نفر) به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. دو گروه از نظر شدت درد و نیاز به مواد مخدر بعد از عمل مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین شدت درد بر اساس VAS در گروه تحت تزریق مارکائین ۲/۳ و در گروه شاهد ۵ بود ($P=0.0001$). ۹ نفر (۴۵٪) در گروه تحت تزریق مارکائین و ۱۶ نفر (۸۰ درصد) در گروه شاهد نیاز به تزریق دوزهای اضافی مواد مخدر پیدا نمودند ($P=0.020$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حکایت از این داشتند که مارکائین ۲۵٪ می‌تواند به عنوان داروی موثری جهت کاهش درد بعد از عمل سزارین و نیاز به مواد مخدر استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: سزارین، درد بعد از عمل، مارکائین



مقدمه و بیان اهمیت مسأله

عمل سزارین از جراحی های اصلی بخش زنان است که به علل مختلف از جمله بالا رفتن سن ازدواج، مسائل قانونی در بخش زنان، وضعیت اجتماعی - اقتصادی جامعه و غیره، شیوع آن در حال افزایش است، لذا سزارین یکی از اولویت های بهداشتی جامعه را تشکیل می دهد (۱). طبق آمار بدست آمده از هر ۱۰ زن باردار، ۵ نفر تصمیم قطعی به سزارین دارند، ۳ نفر بین انتخاب زایمان طبیعی و سزارین مرددند و منتظر اعلام نظر پزشک می ماندند و فقط ۲ نفر به قطع می خواهند که به طور طبیعی زایمان کنند. متأسفانه برخی پزشکان نیز مادران را به انجام سزارین ترغیب می کنند. آمار ایران نشان می دهد که در سال ۷۹ حدود ۳۵ درصد از کل زایمان ها به صورت سزارین بوده است. در سال ۸۲، درصد سزارین در بیمارستان های دولتی دانشگاهی به ۲۹ درصد و دولتی غیردانشگاهی به ۴۴ درصد و خصوصی به ۸۸ درصد رسید. در حال حاضر تقریباً به طور متوسط ۶۵ درصد زایمان های زنان ایرانی به صورت سزارین انجام می شود و این در حالی است که درصد سزارین در برخی بیمارستان های خصوصی به ۱۰۰ درصد رسیده است (۲).

یکی از عوارض مهم سزارین درد پس از عمل است. درد تاریخچه ای به قدمت وجود انسان دارد. شناخت و درمان درد از کهن ترین علمی است که انسان از آغاز خلقت با تلاش مداوم و خستگی ناپذیر در تحصیل و تکمیل آن کوشیده و همواره دستاوردهای حیات بخش و شگفت انگیزی داشته است. درد در اثر عوامل مختلفی ایجاد می شود که یکی از علل شایع آن برش های جراحی می باشد. درد مکانیسم حفاظتی است که از محرک های مضر ناشی می شود و نشانه صدمه بافتی است که هنگام ارزیابی باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین درد وسیع تر از حس واحدی است که توسط محرک خاصی ایجاد گردد. طبق نظریه مک کانری و بیب، درد آن چیزی است که فرد تجربه می کند و وجود دارد هر زمان که فرد ابراز کند. درک درد تحت تاثیر تعادل میانجی های عصبی و فیبرهای نزولی کنترل درد در قشر مغزی می باشد (۳ و ۴).

درد علاوه بر ایجاد احساس ناخوشایند برای بیمار، خود باعث بی تحرکی و کاهش میل بیمار به تحرک و عوارض ناشی از بی تحرکی مثل ایجاد آتلیکتازی، DVT، یبوست و ... می شود و از طرفی بالا بودن شدت درد در ارتباط مستقیم با افزایش فعالیت سیستم های التهابی و در نتیجه افزایش سطح سیتوکین ها می باشد که خود باعث ایجاد عوارض در بیمار می شود؛ ولی کاهش درد می تواند نتایج بسیار خوبی داشته باشد (۳). روش های متعددی برای کاهش درد بعد از عمل برای سزارین وجود دارند (۴). استفاده از بی حس کننده های موضعی یکی از روش های کم هزینه و کم عارضه می باشد. لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا به بررسی عوارض و میزان اثربخشی بویپواکائین در قیاس با گروه شاهد در درد پس از سزارین بپردازیم.

فصل دوم

بررسی متون

۲-۱- فیزیولوژی درد (۳)

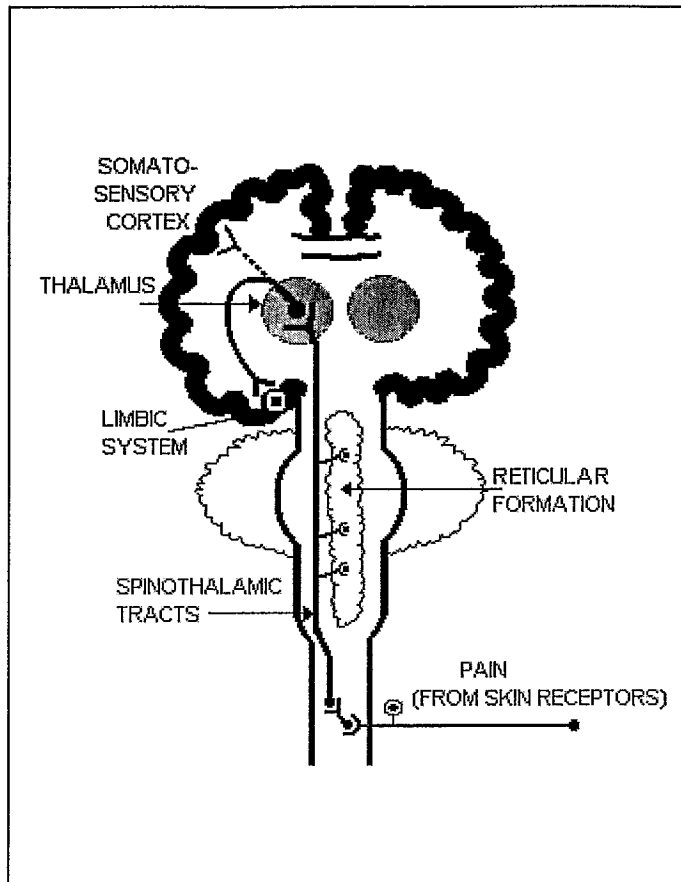
درد، تجربه حسی نامطبوعی است که در همه مشترک می باشد. اما حساسیت افراد نسبت به محرکهای درد را متفاوت است. درد به عنوان یک تجربه حسی محافظتی دارای محدوده وسیعی می باشد. در واقع می توان گفت هر نوع حسی که توسط محرکهای صدمه زننده یا نابود کننده در بافتها ایجاد شود، درد است.

درد، یک مکانیسم حفاظتی بدن تلقی می شود زیرا رفلکس عقب کشیدن سریع، بدن را از محرکهای زیان آور دور می کند و در بیماریهایی نظیر آپاندیسیت و آنژین صدری، درد نقش هشدار دهنده و حفاظتی دارد. درد از یک بخش حسی و یک بخش واکنش فردی نسبت به آن تشکیل می شود. واکنش فردی پدیده ای بسیار تغییرپذیر است و در هنگام بروز، موجب افزایش فعالیت رفلکسی اندامهای فرمان بر پیکری و خود مختار می گردد. انجمن بین المللی درد، درد را به عنوان یک احساس ناخوشایند و تجربه هیجانی که در ارتباط با آسیب واقعی یا بالقوه به بافت است، تعریف می کند. درد توسط انواع مختلفی از تحریکات که دارای مشترکات اندکی هستند ایجاد می شود از قبیل: آسیبهای مکانیکی بافت، حرارت بالا، pH پایین و واسطه های شیمیایی (موادی که در پاسخ به آسیب ترشح می شوند) که با التهاب در ارتباط هستند. شرینگتون نشان داد که کلیه محرکات دردزا، مضر هستند زیرا به نحوی با آسیب واقعی یا بالقوه بافت مربوطند. وی وجود گیرنده های حسی که سبب حس این محرکات مضر می شوند را نشان داد و آنها را nociceptor نامید. از سوی دیگر وی احساس آگاهی نسبت به درد یا درک درد را تحت عنوان nociception مطرح نمود.

درد، موجب ایجاد یک احساس عاطفی ناخوشایند می شود که به ارتباطات مسیرهای درد در تالاموس بستگی دارد. آسیب تالاموسی ممکن است با واکنشهای اغراق آمیز نسبت به محرکهای دردناک همراه باشد، بطوری که در ضایعه هسته های تالاموس خلفی، محرکهای ضعیف منجر به ایجاد درد طولانی و شدید می شوند.

بطور کلی می توان گفت درد، یک تجربه چند بعدی است که شامل اجزای حسی، هیجانی و ادراکی می باشد. تالاموس ventrobasal در فرایند حسی- تشخیصی درد نقش دارد یعنی اطلاعاتی پیرامون محل، مدت و شدت پدیده درد را معلوم می دارد. درد مسیرهایی را در سیستم لیمبیک و کورتکس مغز طی می کند که در ارتباط با روندهای ادراکی و تحریکی- هیجانی درد می باشند (شکل ۱). تکنیکهای روانشناختی قادر به کاهش بخش تحریکی- هیجانی درد می باشند و به همین دلیل به عنوان روش درمانی مهمی جهت کاهش شدت درد به حساب می آیند. مشخص شده که علاوه بر نقش نواحی مختلف سیستم لیمبیک در بعد هیجانی درد، در درک درد نیز مؤثرند. سینگولوم به علت ارتباط واضحی که با قسمت های مختلف سیستم لیمبیک و کورتکس مغز دارد، احتمالاً در مراحل مربوط به ایجاد تحریکی و ادراکی درد نقش دارد.

یکی از تکنیک های سنجش درد، بررسی واکنشهای فیزیولوژیکی غیر ارادی همراه درد است؛ این واکنشها شامل تعریق، تغییرات قلبی-عروقی نظیر تغییر در تعداد ضربان قلب و فشار خون شریانی و تغییرات تنفسی می باشد.



شکل ۲-۱- مسیر درد در سیستم لیمبیک و کورتکس مغز

سه شیوه جهت سنجش درد استفاده می شود که عبارتند از:

۱- توصیف خود فرد ۲- واکنشهای فیزیولوژیکی ۳- پاسخهای رفتاری.

متداول ترین تکنیک سنجش درد ، توصیف فرد بیمار می باشد. یعنی می توان با پرسش از بیمار، شدت درد را مورد ارزیابی قرار داد. شدت درد را می توان به طور ساده با مشاهده رفتار بیمار تا حدودی تعیین نمود مانند گریه کردن در کودکان و تغییر حالت چهره بزرگسالان. کمالینکه یک دندانپزشک با تجربه، حتی هنگامی که بیمارش قادر به صحبت کردن نیست می تواند میزان دردش را تشخیص دهد. بررسی رفتاری بخصوص زمانی که امکان توصیف درد توسط خود فرد وجود ندارد مثلا در نوزادان و کودکان کوچک تر از هفت سال، بسیار کمک کننده است. در این روش . مشکل تعیین کمیت درد و تشخیص این مساله است که آیا رفتار مورد نظر، حاصل از درد می باشد یا ناشی از اضطراب و سایر حالات روحی فرد است

باید توجه داشت که میزان درد بوسیله داروها، طب سوزنی، جراحی، احساس لذت در تولد نوزاد، ترسیدن از دندانپزشک، استرس، هیپنوتیزم و یا تحت تاثیر سایر اشکال تحریک و همچنین آداب عبادت و پرستش تغییر پذیر است.

۲-۲- انواع درد

در یک فرد سالم دو نوع درد ایجاد و ادراک می شود که عبارتند از:

نوع اول، دردی است واضح، تیز و سوزنی که مکان آن دقیقاً شناخته شده، به سرعت تخفیف یافته و به علت کوتاه بودن دوره آن، واکنشهای فردی مشخصی ایجاد نمی شود. این درد را به نامهای درد تیز، الکتریکی، سوزنی، سریع و یا حاد (acute pain) و یا phasic pain گویند.

نوع دوم، دردی است سوزش دار، با آغازی کندتر، دارای تداومی بیشتر و مکانی نامشخص تر که پس از حذف محرک نیز، همچنان ادامه دارد. این درد دارای اهمیت بالینی است زیرا ممکن است نمایانگر ضایعات اندام های حیاتی داخلی باشد. این درد تحت عناوین درد سوزشی، تهوع آور، مبهم، ضربان دار، آهسته و سرانجام درد مزمن (chronic pain) و یا درد تونیک (tonic pain) نامیده می شود.

این نوع درد، در صورتی که شدت زیادی داشته باشد، سبب برانگیختن رفلکسهای خود مختار یعنی رنگ پریدگی، تعریق، تهوع، تغییر در ضربان قلب و فشار خون و تنفس می گردد و حتی منجر به ایجاد غش و ضعف می شود.

هنگامی که فاصله محل تحریک با مراکز عصبی بقدر کافی طولانی باشد، مثلاً زمانی که محرک به اندامهای پائینی بدن اعمال شود فرد دو نوع احساس مجزا را اظهار می نماید که از نظر زمانی بطور واضحی فاصله دارند. احساس درد اولیه همان درد سریع و پاسخ بعدی درد آهسته است.