





۱۳۸۱ / ۱۰ / ۲

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
دانشکده پزشکی

پایان نامه :

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی پزشکی

موضوع :

بررسی تاثیر دیازپام خوراکی بر میزان اضطراب
قبل از عمل (از تاریخ مهرماه تا اسفندماه ۱۳۸۰)

استاد راهنما :

آقای دکتر غلامرضا محسنی

استاد مشاور :

آقای دکتر جلال شاکری - آقای مهندس هاشمیان

۴۴۴۷۰

نگارش :

دکتر غلامرضا شبانیان

اردیبهشت ماه ۱۳۸۰

تقدیم به همسر و فرزندان عزیزم که سفتی های تمصیلم را با متانت تحمل کردند

تقدیم به پدر ، مادر ، خواهران و برادران عزیزم

با تشکر از :

- استاد ممتزم جناب آقای دکتر ممسنی
 - مدیریت ، معاونت و اساتید ممتزم گروه بیهوشی
 - ریاست ممتزم دانشکده پزشکی - جناب آقای دکتر شاکری
 - جناب آقای مهندس گرم سیما
 - جناب آقای مهندس هاشمیان
 - سرکار فانم میدری - روانشناس و سرکار فانم رئیسین
- و کلیه عزیزانی که اینجانب را در تهیه این مقاله یاری نموده اند .

صفحه	عنوان
۱	خلاصه
۳	فصل اول (کلیات)
۳	اضطراب
۵	درمان دارویی اضطراب
۵	پره مدیکا سیون
۶	پره مدیکاسیون پسیکولوژیکال
۶	پره مدیکاسیون فارماکولوژیک
۱۰	بنزودیازپین ها
۱۵	مخدرها
۱۶	آنتی هیستامین ها
۱۷	آگونیست های آلفا ۲
۱۷	ضداستفراغ ها
۱۸	آنتی کولینرژیک ها
۲۶	آنتاگونیست های H ₂
۲۱	آنتاسیدها
۲۲	پروکینتیک های گاسترواینتستینال
۲۵	فصل دوم
۲۵	فصل سوم
۲۷	فصل چهارم (جداول و نمودارها)
۲۹	فصل پنجم (نتایج)
۳۰	پیشنهادات
۳۱	منابع

بسمه تعالی

در اندرون من خسته دل ندانم کیست که من خموشم و او در فغان و در غوغاست

بررسی تأثیر دیازپام خوراکی بر میزان اضطراب قبل از عمل

خلاصه

اختلالات نوروتیک در صد بالایی از اختلالات عصبی - روانی جوامع را شامل می شوند که در این میان اختلالات اضطرابی و دپرسیون شیوع بالایی دارند. شیوع یکساله اضطراب ۱۷/۷٪ است. زنان با شیوع مادام العمر ۳۰٪ در مقایسه با مردان با شیوع ۱۹/۲٪ بیشتر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند. در بیمارانی که جهت انجام عمل جراحی مراجعه می کنند تشدید این اختلالات مستقیماً بیهوشی را تحت تأثیر قرار می دهند. با استفاده از پره مد مناسب می توان این اضطراب را کاهش داد. سعی ما در این مطالعه این بوده است که میزان اضطراب بیماران کاندید عمل جراحی الکتیو را قبل از عمل و بیمارانی که پره مد گرفته اند با گروه بدون پره مد مقایسه کنیم و تأثیر دیازپام خوراکی را بر میزان اضطراب قبل از اعمال جراحی الکتیو بررسی کنیم. در این مطالعه تعداد ۱۰۰ بیمار پس از معاینه و کنار گذاشتن بیمارانی که بوسیله Exclusion criteria از مطالعه حذف شده بودند و همچنین انتخاب بیماران ۴۰ - ۲۰ ساله که قادر به ایجاد ارتباط با پرسشگر بودند بصورت راندوم انتخاب و به دو گروه با پره مد (گروه A که شب قبل از عمل به میزان ۰/۱ mg/kg دیازپام خوراکی دریافت کرده اند) به تعداد ۵۲ نفر و گروه بدون پره مد (گروه B که دیازپام خوراکی دریافت نکرده اند) به تعداد ۴۸ نفر تقسیم شدند. میزان اضطراب در هر دو گروه در بدو ورود به اطاق عمل بوسیله آزمون اضطراب اسپیلبرگر سنجیده شد.

از پارامترهای میانگین و انحراف معیار جهت خلاصه سازی میزان اضطراب و از جداول فراوانی جهت خلاصه سازی شدت اضطراب در هر گروه استفاده شد و همچنین آزمون t جهت مقایسه

میزان اضطراب در دو گروه مورد استفاده قرار گرفت نتایج بدست آمده حاکی از این بود که میزان و شدت اضطراب در گروه پره مد بطور واضح از گروه بدون پره مد کمتر بود و همچنین دو گروه از نظر میزان و شدت اضطراب دارای اختلاف معنی داری بودند .

پیشنهاد می شود که با توجه به اثرات واضح مصرف بنزودیازپین ها در کاهش اضطراب و همچنین سهولت مصرف خوراکی این داروها و دستیابی آسان ، این داروها بطور روتین در پره مد بیماران الکتیو قرار داده شده و مورد استفاده قرار گیرند.

فصل اول « کلیات »

اضطراب Anxiety

در اندرون من خسته دل ندانم کیست که من خموشم و او در فغان و در غوغاست
 اضطراب، دل شوره، تشویق، نگرانی، دلهره، دلواپسی، بی قراری، دل آشوبه و نابسامانی
 حالاتی هستند که هر انسانی خواه و ناخواه تلخی آنها را چشیده است. می توان به اطمینان گفت
 که امکان ندارد انسانی در کره زمین زیسته باشد و مزه اضطراب و دل شوره را نچشیده باشد.
 اضطراب یک حالت احساسی یا هیجانی است که از خصوصیات برجسته آن تولید یک حالت
 بی قراری و دلواپسی است که با اتفاقات زمان و شرایط مکان تناسب ندارد.
 اگر اضطراب عکس العملی نسبت به شرایط زمان و مکان باشد نه تنها بیماری نبوده بلکه ممکن
 است رساننده و سازنده باشد. مثلاً دلهره موقع امتحانات درسی و یا اضطراب دیر رسیدن به
 فرودگاه و یا ایستگاه قطار و یا دلواپسی ناشی از بموقع نرسیدن عزیزانی به منزل نمونه هایی از
 اضطراب سالم هستند.

طبقه بندی اختلالات اضطرابی

- ۱- اختلال دهشت (panic disorder)
- ۲- گذرهراسی (Agoraphobia)
- ۳- اجتماع هراسی (social Phobia)
- ۴- هراس ساده (simple phobia)
- ۵- بیماری وسواس
- ۶- اختلال استرس زا پس از ضربه (PTSD)
- ۷- اختلال اضطراب منتشر (General)

از نظر تاریخی اصطلاحاتی نظیر خستگی شدید عضله قلب، قلب تحریک پذیر، نوروز قلبی،

سندروم فعالیت (effort syndrom) و آستنی عصبی عروقی همه برای توصیف اختلالات مزمن اضطراب که در آنها تنگی نفس ، طپش قلب ، خستگی ، عدم تحمل فعالیت و اشتغال ذهنی با حالات جسمی علائم عمده اختلال را تشکیل می داده اند مورد استفاده قرار گرفته اند . نورآستنی یا خستگی عصبی یکی دیگر از اصطلاحاتی است که برای اختلال اضطراب فراوان بکار رفته اند .

اضطراب اغلب اختلالات طبی متفاوتی را تقلید می کند و سهم عمده ای در ایجاد هزینه های درمانی از طریق آزمایشات تشخیص و معاینات بوسیله پزشکان دارد.

اختلالات اضطرابی در ۱۴٪ بیماران قلبی و ۲۲٪ بیماران جراحی مشاهده شده است در ۲۶/۷٪ بیماران مراجعه کننده به پزشک عمومی اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده است . از این عده ۱۷٪ اختلال اضطراب را نشان داده اند .

بنظر می رسد که در کار طبابت اختلالات اضطراب خوب شناخته نمی شوند . عدم تشخیص اضطراب بدون تردید تا حدودی مربوط به این واقعیت است که اغلب علائم جسمی بارزترین خصوصیات حالات اضطراب را تشکیل می دهند . علت دیگر اینست که بیمار مضطرب اغلب خود را مبتلا به یک اختلال جسمی تصور نموده و بیشتر به درمانگاه داخلی مراجعه می کنند تا مراکز بهداشت روانی . تشخیص و درمان اضطراب بعلت نقش این عارضه در شروع و دوام رفتارهایی نظیر سیگار کشیدن ، مصرف الکل و چاقی که همگی با انواعی از مخربترین بیماری های انسانی ارتباط دارند اهمیت فوق العاده ای دارند . بعلاوه شواهد علمی روزافزونی در مورد کیفیت تأثیر منفی اضطراب در حاصل درمانی بیماری هایی نظیر آسم یا حتی تأثیر مستقیم آن در بروز آرنیمی های قلبی و تهدید کننده حیات بدست آمده است .

اختلالات طبی که ایجاد اضطراب می کنند شامل موارد زیر هستند:

سندروم پرولاپس دریچه میترال ، هیپوگلیسمی ، هیپوکالسمی ، هیپوناترمی ، مسمومیت با داروهای محرک و صرع لوب کمپورال با علائم اضطرابی همراه هستند و لذا با وجود بیماری های جسمی باید بررسی بیمار از نظر وجود اضطراب انجام شود . اضطراب که معمولاً به یک مسئله غیر اختصاصی روانی نسبت داده می شود اغلب نخستین و ندرتاً تنها بیماری جسمی کشف نشده است .

درمان دارویی اضطراب :

بنزودیازپین ها : در سال ۱۹۵۴ دکتر لئو استنباخ به خواص خواب آور ، آرام بخش ، ضد تشنج و شل کننده عضلانی کلرودیازپوکسید دست یافت . کلرودیازپوکسید در ۱۹۶۰ وارد بازار شد . دیازپام (والیوم) در سال ۱۹۶۳ و پس از آن سایر بنزودیازپین ها وارد بازار شدند . بنزودیازپین ها با اثر بر گیرنده های GABA اثرات خود را اعمال می کنند .
بتابلو کرها ، آنتی دپرسان های سه حلقه ای ، مهارکننده های MAO ، داروهای دیگر درمان اضطراب هستند .

پره مدیکاسیون (Premedication)

انجمن آنستزیولوژی آمریکا استانداردهایی برای بررسی قبل از عمل بیماران قرار داده است که بایستی بوسیله اعمال شود : ۱- تعیین وضعیت مدیکال بیمار ۲- مشخص کردن پلان مراقبت حین بیهوشی ۳- مرور پلان انتخابی به همراه بیمار یا والدین بیمار .

بررسی قبل از عمل و آماده سازی بیماری با ویزیت اولیه بیمار که اغلب در کلینیک بررسی قبل از عمل بیهوشی یا بخش جراحی روزهای قبل یا یک روز قبل از عمل آغاز می شود . هدف اصل بررسی قبل از عمل کاهش مرگ و میر بعد از عمل جراحی می باشد . با بررسی قبل از عمل اطلاعات پزشک راجع به بیمار افزایش یافته و پزشک را در انتخاب پلان بیهوشی و مراقبت های بعد از بیهوشی یاری می دهد .

نکات مهم بررسی قبل از عمل شامل هیستوری ، بررسی مصرف داروهای اخیر ، معاینه فیزیکی و تطابق آزمایشات پاراکلینیک می باشد . در ویزیت قبل از عمل بایستی وقایع حین عمل و ریسک بیهوشی به اطلاع بیمار و همراهان وی رسانده شود . پلان بیهوشی و متدهای کاهش درد بعد از عمل بایستی با بیمار صحبت شود .

بعد از ویزیت قبل از عمل خلاصه ای از یافته ها شامل جزئیات هیستوری ، مصرف داروهای اخیر ، معاینه فیزیکی و اطلاعات آزمایشگاهی بایستی در فهرست اطلاعات بیمار وارد شود . ASA کلاس بیمار مشخص شده و تکنیک بیهوشی که برای بیمار در نظر گرفته شده است شرح داده

(۵)

ترجمه اطلاعات در آن علمی این
مستند است

شود. ریسک های احتمالی بیهوشی که برای بیمار شرح داده شده است ثبت گردد. دستورات دارویی قبل از عمل و NPO بایستی در این زمان نوشته شود. Manage بیهوشی با آماده سازی پسیکولوژیک قبل از عمل بیمار و تجویز دارو و یا داروهایی که پاسخ های بیمار را کاهش می دهند شروع می شود. تجویز ترکیبات فارما کولوژیک یا پسیکولوژیک اولیه بنام Preoperative Medicacion نامیده می شود. ایده آل اینست که همه بیماران بدون اضطراب و بصورت آرام اما با قدرت پاسخ دهی آسان و همکاری کامل وارد فاز قبل از عمل بشوند.

پره مدیکاسیون پسیکولوژیکال

این نوع پره مدیکاسیون بوسیله ویزیت قبل از عمل آنستزیولوژیست و ارتباط با بیمار و همراهان بیمار ایجاد می شود. شرح دادن پلان بیهوشی و وقایعی که قبل از عمل اتفاق می افتد یک ضد اضطراب غیر دارویی می باشد. بعلاوه شیوع اضطراب قبل از عمل در بیماران ویزیت شده در مقایسه با بیمارانی که آنها پره مد فارما کولوژیک شده اند و ویزیت نشده اند کمتر بوده است، متأسفانه بعلت نداشتن وقت کافی و مشغله کاری بیماران اکثر مواقع ویزیت قبل از عمل بخوبی انجام نمی شود.

پره مدیکاسیون فارما کولوژیک

این نوع پره مدیکاسیون بصورت خوراکی یا عضلانی جهت بیمار اعمال میشود. در جراحی های سرپایی پره مد گاهی بصورت وریدی بلافاصله قبل از عمل اعمال می شود. اهداف پره مدیکاسیون فارما کولوژیک مقدر بوده و بایستی مطابق با احتیاجات هر بیمار در نظر گرفته شود. بهترین دارو یا ترکیب دارویی که بتواند همه اهداف پره مدیکاسیون دارویی مورد نظر ما را برآورده کرده باشد شناخته نشده است و اغلب تابع تجربیات قبلی آنستزیولوژیست می باشد.

اهداف اولیه پره مدیکاسیون دارویی شامل کاهش اضطراب، آرام بخش، آنالژزی، آمنزی،

اثرات کاهش بزاق، افزایش در PH محتویات معده، کاهش حجم محتویات معده، تعدیل پاسخ های رفلکسی سمپاتیک، کاهش نیازهای بیهوشی و جلوگیری از واکنش های آلرژیک می باشد.

نوع دارو و مقدار داروی مناسب را تنها زمانی می توان می توان انتخاب کرد که حالات پسیکولوژیک و فیزیولوژیک بیمار مورد بررسی قرار گرفته باشد. انتخاب دارو و دوز مناسب وابسته به فاکتورهای متعددی می باشد. در بیماران بخصوص نبایستی از داروهای آنتی دپرسانت جهت کاهش اضطراب استفاده کرد. بایستی در پاسخ بیمارانی که می خواهند به حالات خواب وارد اطاق عمل شوند گفته شود که این روش هدف مناسبی نبوده و همچنین از اهداف پره مدیکاسیون فارماکولوژیک نمی باشد.

اهداف ثانویه پره مدیکاسیون فارماکولوژیک

کاهش فعالیت واگ قلبی، تسهیل القاء بیهوشی، آنالژزی پس از عمل (بوسیله مخدرهای نورآگزپال یا تزریق داخل وریدی یک مخدر درست قبل از تحریک دردناک جراحی یا قبل از بیداری بیمار بدست می آید، پیشگیری از تهوع و استفراغ بعد از عمل (بوسیله تجویز یک ضد استفراغ درست قبل از بیداری اعمال می شود).

داروهای تجویزی جهت پره مدیکاسیون فارماکولوژیک

چند دسته دارویی جهت دستیابی به اهداف پره مدیکاسیون دارویی در بیماران مختلف وجود دارد. جدول () بهتر است جهت راحتی بیمار این داروها بصورت خوراکی تجویز شوند. حجم کم آب (حداکثر تا ۱۵۰ cc) که جهت مصرف داروهای خوراکی استفاده می شود خطری در جهت افزایش محتویات معده ایجاد نمی کند. نهایتاً انتخاب دارو بایستی با مقایسه اثرات خواسته و عوارض ناخواسته آنها صورت گیرد.

معیارهای تعیین دارو و دوز مورد نیاز

سن بیمار و وزن بیمار	تحمل برای داروهای آنتی دپرسانت	جراحی الکتیویا اورژانس
وضعیت جسمانی	تجربیات قبلی بیمار از داروهای پره مد	جراحی سرپایی یا غیر سرپایی
سطح اضطراب	آلرژی	

جدول : داروها و مقادیر مورد استفاده جهت پره مدیکاسیون فارماکولوژیک قبل از القاء بیهوشی

دسته بندی	دارو	روز معمول بالفین * (mg)	روش تجویز
بنزوریاژپین ها	میدازولام	۲/۵-۵	عضلانی
	دیازپام	۵-۱۰	خوراکی - عضلانی
	لورازپام	۲-۴	خوراکی - عضلانی
	فلورازپام	۱۵-۳۰	خوراکی
	تمازپام	۱۵-۳۰	خوراکی
	ترپازولام	۰/۱۲۵-۰/۲۵	خوراکی
	مرفین	۵-۱۵	عضلانی
	مپریدین	۵۰-۱۰۰	عضلانی
	دیفن هیدرامین	۲۵-۷۵	خوراکی - عضلانی
	پرومتازین	۲۵-۵۰	عضلانی
آنتی هیستامین ها	کلونیدین	۰/۳-۰/۴	خوراکی
	دکسمدتومدین	۰/۴-۰/۵	خوراکی
	پرفنازین	۵	وریدی
ضداستفراغ ها	دروپریدول	۱/۲۵	وریدی
	اندانسترون	۴	وریدی
	آتروپین	۰/۳-۰/۶	عضلانی
	اسکوپولامین	۰/۳-۰/۶	عضلانی
آنتی کولینرژیک ها	گلیکوپیرولات	۰/۲-۰/۳	عضلانی
	سیمیتیدین	۳۰۰	خوراکی
	رانیتیدین	۱۵۰	خوراکی
آگونیست های H2	فاموتیدین	۲۰-۴۰	خوراکی
	بدون ذرات	۱۵-۳۰CC	خوراکی
	متوکلوپرامید	۱۰-۲۰	خوراکی - عضلانی - وریدی
انتاسیدها			
محرکهای GI			