

بیهوشی و خطر مرگ‌های زایمانی

Anesthesia and Danger of Obstetrical Death

دکتر کاوس جاویدیانی

SUMMARY:

the standard methods of preventing maternal deaths are well known, and our knowledge of such hazards increases, but unfortunately obstetric mortality is continue to-day, although is expected to be rare.

the most common causes of obstetric deaths are:

- 1— Haemorrhage
- 2— Infection
- 3— Anaesthesia
- 4— Toxaemia
- 5— The supine hypotensive syndrome
- 6— Aspiration of stomach contents in to the lungs.

so it is clear that anaesthesia for obstetric patients should be performed by experienced and skilled anaesthetists. It is suggested that the employment of oral antacid in all obstetric patients prior to general anaesthesia would reduce the attendant risks.

مقدمه:

با وجود پیشرفت خارق‌العاده‌ای که امروزه در علم زایمان و بیهوشی زایمانی شده و در اکثر کشورها متخصصین بیهوشی مجرب و کارآزموده با دانش کافی مطالعات و تحقیقات گسترده‌ای درباره بیهوشی زایمانی انجام داده‌اند و به تازه‌هایی در این علم رسیده و راه‌هایی جهت پیشگیری از مرگ مادری سالم - که تنها بیماری او اگر بشود نام بیماری بران گذاشت - باردار بودن است یافته‌اند، با وجود این امروزه تلفات ناشی از بیهوشی زایمانی - در عین اینکه نسبت به سابق خیلی کمتر شده - باز هم مشاهده می‌شود، چه زایمان از راه طبیعی صورت گیرد یا اینکه بطریق سزارین انجام شود؛ خواه مرگ مادر را بدنبال داشته باشد و یا مرگ نوزاد را. گزارشی که در سال ۱۹۷۲ درباره مرگ مادری در انگلستان

منتشر شد و مربوط به سالهای ۱۹۶۷ الی ۱۹۶۹ بود مرگ بعلت خون ریزی و مرگ در اثر بیهوشی را مربوط به قصور متخصص بیهوشی دانسته و مجموع مرگ‌های همراه بارداری را که در عرض این سه سال اتفاق افتاده ۴۵۵ مورد گزارش شده است؛ که طبق این گزارش: ۱۱۵ مورد سقط جنین، ۷۵ مورد آمبولی ریوی، ۵۱ مورد مسمومیت بارداری، ۵۰ مورد بیهوشی، ۴۱ مورد خون‌ریزی و سایر علل مانند سپتی سمی و آمبولی مایع آمنیوتیک هر کدام ۳۰ مورد بوده است که علت مرگ در سقط جنین، خون‌ریزی یا سپتی سمی بوده است.

بهر حال مرگ‌های زایمانی ضایعه‌ای مصیبت‌بار است که راه‌های جلوگیری از آن آسان ولی غفلت و بی‌توجهی هم‌گاه مشاهده می‌شود. بنابراین برای جلوگیری یا به حداقل رساندن آن باید تدابیری اندیشید و به نکاتی توجه داشت.

سریع نیز انجام شود (۹).

بعضی ها بی حسی نخاعی را برای سزارین انجام میدهند، بشرطی که بیمار یک پهلوی باشد تا از فشار رحم حامله برورید اجوف جلوگیری کند؛ که این طریق بریجه اثر بدی ندارد و خون ریزی پس از زایمان هم کم است ولی تا اندازه ای خطرناک است.

رحم بزرگ شده در اثر حاملگی بعلت اختلالی که در حرکات دیافراگم ایجاد میکند باعث کمبود اکسیژن تدریجی مادر شده و بعقیده macintosh این کمبود اکسیژن خود ممکن است باعث مرگ مادر و جنین بشود.

بعضی ها بی حسی اپیدورال مداوم را برای زایمان و سزارین بکار میبرند که روشی است خوب و تقریباً بی خطر (۱۰)؛ رژیم مایع در موقع زایمان از نکات اصلی میباشد. چندین مورد استنشاق محتویات معده - بهنگام لوله گذاری و با اشکال - گزارش شده است.

لوله های تراشه (نای) بایستی باندازه های مختلف در دسترس باشد؛ گاه ممکن است بیمار از نظر تشریحی ناهنجاری هائی در راه تنفس داشته باشد که لوله گذاری را مشکل نماید؛ گاه لازم میشود که بیمار را تراکئوستومی (tracheostomy) کرد و از آن طریق به بیمار اکسیژن رساند.

اگر نوزاد احتیاجی به احیاء داشته باشد و متخصص بیهوشی تنها باشد بایستی نوزاد را نزدیک مادر قرار داد، که از مادر و نوزاد هر دو مواظبت بشود (دومورد مرگ گزارش شده که متخصص بیهوشی مشغول احیاء نوزاد بوده و مادر مرده است). بهتر است بیمار را در اطاق عمل نگهداریم تا کاملاً بیدار شود و اثرات بیهوشی از بین برود و کار دستگاه های تنفس و قلبی عروقی رضایت بخش بشود. این مسئولیت را نباید به کارکنان اتاق بیهودی یا بخش محول کرد بویژه در شب. اگر به بیمار دستور مسکن داده شده باشد مواظبت مخصوص از این بابت لازم است.

۴- مسمومیت حاملگی:

بالاخره برای مسمومیت حاملگی درمان صحیح و کامل آن همیشه بایستی مدنظر باشد؛ مثلاً جهت درمان تشنج تجویز داروهای پائین آورنده فشار خون و مسکن و خواب آور و دیورتیک ها و غیره ضروری است.

اشکال در لوله گذاری ۶ نفر

عدم توجه مداوم پس از عمل ۵ نفر

سندرم سقوط فشار خون در حالت طاقباز ۳ نفر (چون کار قلب در مرحله سوم بارداری در وضعیت طاقباز کاهش میابد، لذا بهتر است که بیهوشی را در حالیکه بیمار به پهلوی خوابیده انجام داد). استنشاق محتویات اسیدی معده در ریه ها:

یکی از مواردی که گاه باعث مرگ زن حامله می شود و از نظر بیهوشی بایستی همیشه مورد دقت و توجه مخصوص قرار گیرد این است که زن بارداری وقتی برای زایمان تحت بیهوشی عمومی قرار میگیرد همیشه در معرض خطر استفراغ و استنشاق بعدی مواد استفراغی و ورود این مواد به ریه ها و در نتیجه ایجاد سندرم مندلسون یا سندرم استنشاق مواد اسیدی معده در ریه ها میشود.

edwardes و همکارانش ۱۱۰ مورد مرگ در اثر استنشاق مواد استفراغ شده معده را گزارش داده اند (۲).

همانطور که قبلاً گفته شد باید همیشه زن بارداری را با معده پرتصور کرد، زیرا حاملگی خود از عللی است که تخلیه معده را به تأخیر انداخته و نسبت به افراد غیر حامله همیشه دیرتر از زمان عادی - مثلاً ۴ تا ۵ ساعت معمولی - تخلیه میشود. خوشبختانه این اتفاق شایع نیست معده مرگ و میر در اثر استنشاق محتویات معده به ریه ها گزارش شده است.

حجم و نوع مواد استنشاق شده pH آن اهمیت زیادی دارد (۳). و اگر مواد غذائی درشت باشد راه عبور هوا به داخل ریه ها را مسدود نموده باعث کمبود اکسیژن (انوکسی) و یا مرگ در اثر خفگی میشود.

بعقیده teabeaut اگر pH مواد استنشاق شده ۲/۵ یا کمتر باشد خطر ایجاد این سندرم وجود دارد (۴-۵-۶-۷). تجویز خوراکی داروهای ضد اسید مثلاً تری سیلیکات منیزیم به مقدار ۱۵ سی سی، قبل از شروع بیهوشی برای خنثی کردن خاصیت اسیدی معده و جلوگیری از خطرات احتمالی آن لازم میباشد (۴-۵-۶). برای جلوگیری از ایجاد این سندرم علاوه بر تجویز داروهای ضد اسید - که بعضی ها هر دو ساعت به دو ساعت به مقدار ۱۵ سی سی داروی ضد اسید تجویز میکنند (۸) موارد زیر نیز انجامش لازم میباشد.

حتی المقدور باید معده را قبل از شروع بیهوشی با گذاشتن لوله مری درشت شماره ۱۸-۲۰ تخلیه نمائیم، که البته تضمین صد درصدی برای تخلیه معده نیست (۳-۷). بعضی ها آپومرفین تزریق میکنند که امروزه طرفداری ندارد چون خود باعث تخذیر تنفس و گردش خون میشود (۲).

بستن انتهای تحتانی مری توسط بالن توسط بعضی ها پیشنهاد شده است (۸).

شروع بیهوشی و لوله گذاری با بی حسی موضعی یا به طریق استنشاقی، که بیمار در حالت یک پهلوی یا سر به پائین است و یا شروع بیهوشی به طریق وریدی سریع همراه با شل کننده های عضلانی و فشار بر غضروف کریکویید که باعث انسداد مری بشود (sellick maneuver) لوله گذاری

خلاصه

باوجود پیشرفت‌هایی که در بیهوشی زایمانی شده و روش های تازه ای که برای جلوگیری از این ضایعه مصیبت بار ابداع شده است ولی هنوز هم متأسفانه مرگهای زایمانی وجود دارد که علل عمده آن: خونریزی، عفونت، روش ها و داروهای بیهوشی، مسمومیت های حاملگی، سقوط فشار خون در حالت طاق باز و استنشاق محتویات معده به ریه ها میباشد. لذا بایستی در این نوع بیهوشی تجربه و دانش کافی داشت تا بتوان از حوادث احتمالی جلوگیری کرد. علاوه بر موازین پیش گیری کننده و درمان، پیشنهاد میشود که برای تمام زائوها قلیاتی یا ضداسید قبل از عمل تجویز بشود تا از ایجاد سندرم مندلسون و عوارض خطرناک آن جلوگیری شود.

REFERENCES

- 1— phillips, frazier, and davis, factors in obstetric mortality, september 1, 1963. am. j. obst. and gynec. volume 87, number 1, 74-75.
- 2— J.D. haldsworth, ruthm. B. furness and R. gwynne raulston, a comparison of apomorphine and stomach tubes for emptying the stomach. B.r. j. anaesth. 1974. 46.526.
- 3— leroy D. van dam, m. D. aspiration of gastric contents in the operative period, the new England journal of medicine nov. 25, 1965, vol. 273, No. 22, 1206.
- 4 — p.w. mCormick, r.g.hay, r.w. griffin, pulmonary aspiration of gastric contents in obstetric patients, the lancet. may 21, 1966, 1129.
- 5— gordontaylor, johnpryse - davis, the prophylactic use of antacid in the prevention of the acid pulmonary aspiration syndrome (mendelson's Syndrome). The lancet. february. 5, 1966, 291
- 6— gary. L. fanning, m.d. the efficacy of cricoid pressure in preventing regurgitation of gastric contents. anesthesiology june. 1970. volume 32, No 6, 553.
- 7— margaret williams and j.s. crawford, titration of megeneseium trisilicate mixture against gastric acie secretion. British journal of anaesthesia. 1971. 43, 783
- 8— R.G. snow and j. f. nunn, induction of anesthesia in the foot down position for patients with a full stomach. Brit. J. anaesthesia. 1959, 31, 493.
- 9— a. p. adams, m. morgam, b.c. jones and p. w. mCormic a case of massive aspiration of gastric contents during obstetric anesthesia, brit. j. anaesth. 1969. 41, 179.
- 10— D.b. scott. analgesia in labour, british journal of anesthesia, volume. 49, No. 1. january 1977, 13.