

دانشگاه علوم پزشکی
لرستان
بیمارستان امام خمینی
(ره) پلدختر

انواع بیهوشی



گردآورنده : فهیمه

کرمی

کارشناس بیهوشی

آبان ۸۹

بیهوشی برای عمل سزارین

سزارین یکی از شایعترین اعمال جراحی است اندیکاسیون های سزارین عبارتند از (۱) زجر جنینی (۲) عدم تناسب سر جنین با لگن مادر (۳) نمایش بد (۴) عدم پیشرفت زایمان امروزه دیگر سزارین قبلی اندیکاسیون سزارین محسوب نمی شود .

برای سزارین از هر دو روش بیهوشی عمومی و بی حسی ناحیه ای می توان استفاده کرد ولی در صورت وجود زجر جنینی بیهوشی عمومی ارجح است ، زیرا سریعتر انجام می شود و احتمال افت فشار خون نیز در آن کمتر است .

آمبولی هوای وریدی در ۲۰-۵۰ درصد سزارین رخ می دهد ولی مقدار آن به ندرت در حدی است که علامت ایجاد کند . برای کاهش احتمال بروز این پدیده می توان سر فرد باردار را ۵ درجه بالا آورد .

بیحسی نخاعی

بی حسی نخاعی شایعترین شکل بیهوشی انتخابی برای سزارین اکتیو است .

سطح حسی T۴ برای سزارین مناسب است . مقدار حس بر را

می توان بر اساس قد بیمار تعیین کرد .

قد cm لیدوکائین ۵٪ به تتراکائین میلی گرم ۲/۶۰ ۶۵

۸ ۱۶۰-۱۸۰ ۷۰ ۹

۸۲ ۷۵

۱۰

بویواکائین

۷۵٪ به میلی گرم

۸

۱۰

۱۲

۲-۴

شروع اثر ۱-۳ ۱۸۰-۱۲۰

۳-۵ ۱۸۰-۱۲۰ مدت اثر

دقیقه ۴۵-۷۵

سطح حسی T۴ می تواند در مادر

بلوک قابل ملاحظه دستگاه

سمپاتیک محیطی و کم فشاری

خون ایجاد کند . کم فشاری

خون خطرناک است زیرا جریان

خون رحم و خونرسانی جفتی را

کاهش می دهد و موجب هیپوکسمی

و اسیدوز جنینی می شود .

برای پیشگیری از افت فشار

خون ۱۵-۳۰ دقیقه قبل از

انجام بیحسی به بیمار (

۱۰۰۰-۵۰۰ میلی لیتر) محلول

گریستالوئید تزریق می کنیم و

رحم را به سمت چپ جابجا مي كنيم .

اگر كم فشاري خون اتفاق بيفتد افورين (را به صورت افزايشي ۱۰-۱۵ ميلي گرم داخل وريدي) تجويز مي كنيم .

بيحسي اپيدورال ناحيه كمري

در مقايسه با بيحسي نخاعي ، در اين روش سطح حسي لازم براي سزارين قابل كنترل تر و افت فشار تدريجي است . تزريق داخل عروقي اتفاق ممكن است منجر به تشنج و كلاپس قلبي - عروقي شود .

بي دردي طولاني پس از عمل با افزودن مورفين (۳-۵ mg) به بوبپواكائين ۵% ، روپيوكائين ۵% ، ليدوكائين ۲% ، و كلروپروكائين ۳% ، امكان پذير خواهد شد .

مورفين مي تواند تهوع ، استفراغ ، خارش و و به ندرت تضعيف تنفسي تاخيري ايجاد كند .

بيهوشي عمومي

به دليل امكان القاي سريع بيهوشي روش خوبي براي سزارين اورژانس است . اما بايد توجه داشت علت اصلي مرگ مادران به واسطه بيهوشي ناتواني در لوله گذاري تراشه و تهويه

موثر ريه هاست . اگر پيش بيني مي شود لوله گذاري مشكل باشد روش مناسب لوله گذاري در بيداري به روش فيبر نوري است .

به جاي اقدامات مكرر براي لوله گذاري تراشه در موارد مشكل بيمار را بيدار كنيم روش لوله گذاري تا مجددا بررسي كنيم زيرا ممكن است آسيب به صورت ادم حاد و خونريزي باز نگهداشتن راه هوايي را غير ممكن سازد .

۳۰ دقيقه قبل از عمل جراحي براي افزايش PH معده از آنتا اسيدهاي non پارتيكوليست استفاده مي شود اثر آنتاگونيست هاي H₂ دير ظاهر مي شود و نمي توان در موارد فوري از آنها استفاده كرد قبل از القاي بيهوشي پيش اكسيژن رساني به مدت ۳-۵ دقيقه انجام مي شود و پس از آن تيوپنتال ۴ mg/kg يا كتامين ۵ mg/kg و ساكنيسيل ۱-۱/۵ mg/kg يا راپروپوفولوم ۲/۵ mg/kg تزريق مي شود .

نگهداري بيهوشي :

MAC+N₂O ۵% از يك هوشبر تبخيري + انفوزيرن مداوم

ساكس يا يك شل كننده غير دپلاريزان متوسط يا کوتاه اثر در صورت لزوم . اگر فاصله زماني بش رحم و خارج كردن نوزاد بيش از ۱۸۰ ثانيه طول بكشد اغلب آپگار نوزاد کاهش مي يابد دليل احتمالي اين امر کاهش جريان خون رحم و جفت است .