

مقایسه مدت زمان ریکاوری پروپوفول و تیوپنتال سدیم در ECT (Electroconvulsive Therapy)

دکتر حکیمه آل رضا^{۱*}، دکتر ابراهیم علیجانپور^۱، دکتر سیدمظفر ربیعی^۱، دکتر فرزانه خیرخواه^۲،

دکتر پرویز امری^۱، دکتر سیدمهران علمی^۳

۱- استادیار گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- متخصص بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: گرچه تیوپنتال سدیم داروی القای وریدی استاندارد است ولی ایده آل نیست و در مقایسه با برخی از داروهای هوشبر وریدی مانند پروپوفول زمان ریکاوری طولانی تری دارد. هدف از این تحقیق مقایسه مدت زمان ریکاوری بین پروپوفول و تیوپنتال سدیم (در بیماران ECT) است.

مواد و روشها: در یک مطالعه کارآزمایی بالینی ۷۰ مورد ECT در بیماران کلاس یک و دو انجمن بیهوشی آمریکا (A.S.A class I,II) در سن ۱۵ تا ۴۰ سالگی که کاندید انجام ECT الکتیو بودند به صورت تناوبی به دو گروه ۳۵ نفری تقسیم شدند. پس از وصل نمودن مونیتورینگ ها به بیمار، ۲-۳mg/kg تیوپنتال یا ۱-۱/۵mg/kg پروپوفول (به صورت تناوبی در هر بیمار) داده سپس ۰/۵mg/kg ساکسینیل کولین تزریق کردیم. بیماران را با ماسک و اکسیژن ۱۰۰٪ ونتیله کرده، پس از انجام ECT، زمان تشنج و ریکاوری ثبت شد. در ضمن، فشارخون و ضربان قلب بیمار قبل از القاء، بعد از القاء، دقیقه ۱ و دقیقه ۵ بعد از ECT ثبت گردید.

یافته ها: متوسط زمان ریکاوری پروپوفول (۵/۴۹±۲/۵۷ دقیقه) و تیوپنتال سدیم (۶/۴±۳/۶۹ دقیقه) بود (p=۰/۲۳۳). همچنین مدت زمان تشنج پروپوفول (۳۲/۰۶±۱۳/۷۸ ثانیه) و تیوپنتال سدیم (۳۵/۰۶±۱۰/۰۸ ثانیه) بود (p=۰/۳۰۲). از نظر همودینامیک (فشار خون سیستولیک) جز در دقیقه یک بعد از تشنج که اختلاف آنها معنی دار بود (p<۰/۰۵) در بقیه زمانها تفاوت مهمی با هم نداشتند.

نتیجه گیری: طبق این بررسی، مدت زمان تشنج و ریکاوری در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت اما پروپوفول بهتر از تیوپنتال سدیم از افزایش پاسخ همودینامیک ناشی از ECT جلوگیری می کند. پس در بیماران ECT با فشارخون بالا، یا در مواردی که مصرف تیوپنتال سدیم ممنوع است، پروپوفول می تواند جایگزین مناسبی باشد.

واژه های کلیدی: پروپوفول، تیوپنتال سدیم، ECT، القای بیهوشی، ریکاوری.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هفتم، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۴، صفحه ۵۴-۵۰

مقدمه

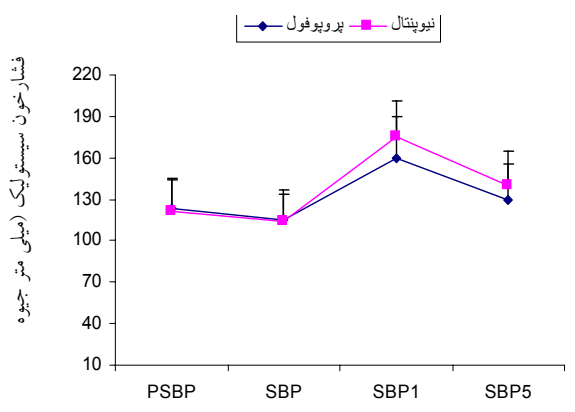
ECT شامل تحریک الکتریکی برنامه ریزی شده سیستم عصبی مرکزی برای آغاز فعالیت تشنجی است. تحریک الکتریکی ابتدا موجب فعالیت تونیک جنرالیزه به مدت ۱۰ ثانیه و سپس فعالیت کلونیک جنرالیزه از چند ثانیه تا بیش از یک دقیقه می شود (۱-۳). مدت تشنج به عوامل بسیاری از جمله سن بیمار، انرژی تحریکی آزاد شده، محل الکترودها، آستانه تشنج و داروهای تجویزی بستگی دارد (۴). فعالیت تشنجی ابتدا باعث تحریک پاراسمپاتیک

(برادیکاردی و کاهش فشار خون) و سپس تحریک سمپاتیک (تاکیکاردی و افزایش فشار خون و انقباض زودرس بطنی) می شود. ECT حتی در بیماران قلبی پر خطر ایمن تشخیص داده شده است (۵،۶). برای جلوگیری از صدمات روحی و جسمی در طی ECT بیهوشی و بلوک عصبی عضلانی ضروری است. در ECT بیداری □ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۸۲۸ از اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل تامین شده است.

گردید. در پایان تمامی اطلاعات مربوط به بیماران به طور جداگانه در جدولی دسته بندی شدند و توسط نرم افزار رایانه ای SPSS و آزمونهای Repeated measures, X^2 , T test, آنالیز گشته و تفاوت در هر نقطه بین داده ها با $p < 0.05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

مدت زمان ریکاوری پروپوفول (۵/۴۹±۲/۵۷ دقیقه) نسبت به تیوپنتال سدیم (۶/۴±۳/۶۹ دقیقه) کاهش یافته ولی این کاهش از نظر آماری معنی دار نبود. مدت زمان تشنج پروپوفول (۳۵/۰۶±۱۰/۰۸ ثانیه) نسبت به تیوپنتال سدیم (۳۲/۰۶±۱۳/۷۸ ثانیه) کاهش داشته ولی این تغییر از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشته است. فشارخون سیستولیک در هر دو گروه قبل از القاء در محدوده نرمال بوده و بعد از القاء بیهوشی در هر دو گروه فشارخون سیستولیک کاهش یافته ولی این تغییرات معنی دار نبودند (نمودار ۱). فشارخون سیستولیک در دقیقه ۱ بعد از تشنج در هر دو گروه افزایش داشته و این افزایش در گروه تیوپنتال سدیم معنی دار بوده است ($p < 0.05$). فشارخون سیستولیک هر دو گروه در دقیقه ۵ بعد از تشنج به سمت نرمال بازگشت.



نمودار ۱. منحنی تغییرات فشارخون سیستولیک در گروه

پروپوفول و تیوپنتال سدیم

PSBP: فشارخون سیستولیک قبل از القاء

SBP: فشارخون سیستولیک بعد از القاء

SBP1: فشارخون سیستولیک دقیقه ۱ بعد از ECT

SBP5: فشارخون سیستولیک دقیقه ۵ بعد از ECT

فشارخون دیاستولیک در دو گروه قبل و بعد از القاء بیهوشی از لحاظ آماری تفاوت مهمی نداشتند (نمودار ۲).

سریع مد نظر می باشد (۲). برای ایجاد بیهوشی داروهای هوشبر وریدی مختلفی به کار گرفته شده اند. عقیده بر این است که پروپوفول مدت تشنج ECT را کاهش می دهد. همچنین مطالعات اخیر نشان می دهد که پروپوفول در مقایسه با متوهگزیتال نتیجه و اثر بخشی یکسانی داشته است. استفاده از تیوپنتال سدیم در مقایسه با پروپوفول درد هنگام تزریق کمتر اما با هیپر تانسیون و تاکیکاردی بیشتری بعد از ECT همراه بوده است (۲). اتو میدیت مدت تشنج ECT را طولانی و زمان ریکاوری را نیز طولانی می کند (۷). بنزودیازپین ها مدت تشنج را کاهش می دهند (۸)، کتامین طول مدت تشنج را پس از ECT افزایش نمی دهد (۹). در این مطالعه مدت زمان تشنج، ریکاوری، تغییرات همودینامیک مربوط به دو داروی تیوپنتال سدیم و پروپوفول در ECT با هم مقایسه می شود.

مواد و روشها

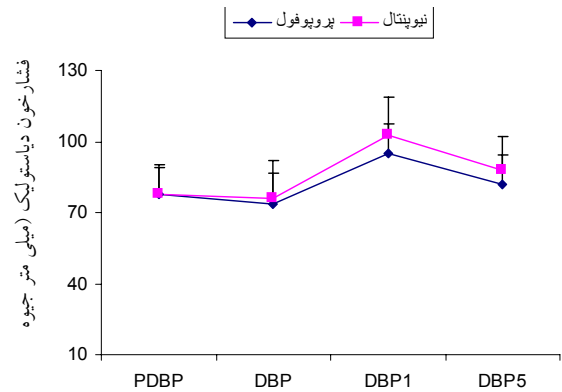
روش مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی بوده و هدف آن مقایسه زمان ریکاوری پروپوفول و تیوپنتال سدیم در القای بیهوشی بیماران ECT در بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل می باشد. بیماران مورد مطالعه در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۰ سال به تعداد ۷۰ نفر و جزء کلاس یک و دو انجمن بیهوشی آمریکا (A.S.A, class I,II) بوده و تمام بیماران به صورت الکتیو در لیست ECT قرار داشتند. بعد از انتخاب بیماران با شرایط ذکر شده، بیمار بر روی تخت قرار گرفته، مونیتورینگها شامل فشار سنج معمولی، ECG، پالس اکسی متری و گوشی پره کوردیال به بیمار وصل شده و فشارخون و ضربان قلب اولیه بیمار ثبت می گردد. القای بیهوشی در گروه مطالعه با پروپوفول ۱-۱/۵mg/kg و گروه کنترل با تیوپنتال سدیم ۲-۳mg/kg انجام گرفت. سپس ساکسینیل کولین ۰/۵mg/kg تزریق و بیمار با ماسک و اکسیژن ۱۰۰٪ ونتیله شد. پس از اتمام فاسیکولاسیون پزشک اقدام به ECT نموده، مجدداً بیمار را با اکسیژن ۱۰۰٪ ونتیله کرده تا بیمار تنفس خودبخودی کافی پیدا کند. زمان تشنج و ریکاوری توسط فردی که از نوع داروی بیهوشی اطلاعی نداشت ثبت شد. همچنین در هر دو گروه علائم همودینامیک (فشارخون و ضربان قلب) در ۴ زمان: ۱- قبل از القاء ۲- بعد از القاء ۳- دقیقه ۱ بعد از ECT و ۴- دقیقه ۵ بعد از ECT اندازه گیری و ثبت

بحث

یافتن داروی القای بیهوشی مناسب جهت خواب آرام و تاثیر حداقل روی فشارخون و ضربان قلب و ریکاوری سریع یکی از اهداف مهم متخصصین بیهوشی می باشد (۱۰). برای جلوگیری از صدمات روحی و جسمی در طی ECT، بیهوشی و بلوک عصبی عضلانی ضروری می باشد. در ECT ریکاوری سریع مدنظر می باشد (۲). تیوپنتال سدیم داروی وریدی القای بیهوشی استاندارد می باشد اما ایده آل نیست. قدرت انقباض میوکارد بیشتر از سایر داروهای وریدی مثل کتامین و پروپوفول کاهش می یابد. به دلیل کاهش فشارخون، ضربان قلب افزایش می یابد و برون ده قلبی حتی با افزایش جبرانی ضربان قلب افت می کند (۱۱ و ۱۲). پس در مواردیکه افزایش ضربان قلب یا کاهش پره لود برای بیماران خطرناک است، مثل بیماران ایسکمیک قلبی، تامپوناد ... این دارو باید با احتیاط مصرف شود (۱۳). کاهش فشارخون در افرادی که فشارخون بالایی دارند بیشتر از افراد نرمال می باشد (۲). بیداری (ریکاوری) پس از پروپوفول حتی پس از اینفوژن طولانی مدت. سریعاً صورت می گیرد. پروپوفول باعث کوتاه شدن مدت زمان تشنج می شود (۱۴). برجسته ترین اثر قلبی عروقی پروپوفول کاهش فشارخون حین القای بیهوشی است که وابسته به دوز باعث اتساع شریانی و کاهش قدرت انقباضی میوکارد می شود و فشارخون دیاستولی و فشار متوسط شریانی را کاهش می دهد (۱۳).

در تحقیق به عمل آمده، با این که مدت زمان ریکاوری در گروه پروپوفول کمتر از گروه تیوپنتال بوده ولی از نظر آماری مهم نبود، تغییرات همودینامیک در دو گروه قبل و بعد از اینداکشن، اختلاف مهمی با هم نداشتند، اما در دقیقه ۱ بعد از تشنج بیشترین افزایش فشار خون را در دو گروه داشتیم که این افزایش در گروه پروپوفول کمتر از تیوپنتال سدیم بوده و از نظر آماری معنی دار بود و در دقیقه ۵ بعد از تشنج فشار خون و ضربان قلب به حالت نرمال برگشت، همچنین زمان تشنج در دو گروه اختلاف فاحش با هم نداشتند. استفاده از تیوپنتال سدیم در ECT، درد هنگام تزریق کمتری داشته ولی با افزایش فشارخون و تاکی کاردی بیشتری نسبت به پروپوفول همراه است (۷).

Khan FA و Zaidin NA در سال ۲۰۰۰، برای مقایسه



نمودار ۲. منحنی تغییرات فشار خون دیاستولیک در دو گروه

پروپوفول و تیوپنتال سدیم

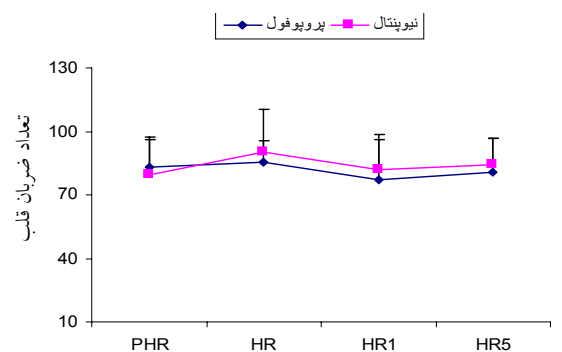
PDBP: فشارخون دیاستولیک قبل از القا

DBP: فشارخون دیاستولیک بعد از القا

DBP1: فشارخون دیاستولیک دقیقه ۱ بعد از ECT

DBP5: فشارخون دیاستولیک دقیقه ۵ بعد از ECT

فشارخون دیاستولیک دقیقه ۱ بعد از تشنج در هر دو گروه افزایش یافته که این افزایش در گروه تیوپنتال سدیم بیشتر بوده و اختلاف بین آنها معنی دار بوده است ($p < 0.05$). فشارخون دیاستولیک در دقیقه ۵ بعد از تشنج به سمت نرمال برگشت. میانگین تغییرات ضربان قلب در گروه پروپوفول کمتر از تیوپنتال سدیم بوده ولی از نظر آماری مهم نبود (نمودار ۳).



نمودار ۳. منحنی تغییرات ضربان قلب در دو گروه پروپوفول و تیوپنتال سدیم

تیوپنتال سدیم

PHR: تعداد ضربان قلب قبل از القا

HR: تعداد ضربان قلب بعد از القا

HR1: تعداد ضربان قلب دقیقه ۱ بعد از ECT

HR5: تعداد ضربان قلب دقیقه ۵ بعد از ECT

سدیم را برای بیهوشی ECT در هفت زن ۶۷-۲۲ ساله مورد بررسی قرار دادند براساس مطالعه آنها افزایش فشار خون دیاستولیک و ضربان قلب در ECT انجام شده توسط پروپوفول در مقایسه با تیوپنتال سدیم کمتر بوده و مدت زمان تشنج پروپوفول در مقایسه با تیوپنتال سدیم کاهش یافت (۱۸).

نتیجه این تحقیق نشان می دهد که پروپوفول کاهش واضحی در مدت ریکاوری و تشنج بیماران ECT نسبت به تیوپنتال سدیم ایجاد نمی کند ولی از نظر کاهش پاسخ همودینامیک (افزایش فشار خون) پس از ECT نسبت به تیوپنتال سدیم مؤثرتر است. بررسی این مطالعه و مطالعات دیگر نشان می دهد در بیمارانیکه افزایش ناگهانی فشارخون در آنها خطرناک می باشد و یا در بیمارانیکه استفاده از تیوپنتال سدیم ممنوعیت دارد پروپوفول جانشین خوبی برای تیوپنتال سدیم در بیماران ECT می باشد.

تقدیر و تشکر

از دکتر بیژنی، خانمها بالغی و بنار و کلیه همکارانی که ما را در این امر یاری کرده اند، تشکر می گردد.

تیوپنتال سدیم و پروپوفول در ECT، ۲۵ بیمار که هر کدام حداقل ۲ بار تحت ECT قرار گرفتند را مورد مطالعه قرار دادند. براساس مطالعه آنها، ثبات همودینامیکی و ریکاوری کوتاه پروپوفول در ECT بهتر از تیوپنتال سدیم می باشد (۱۵).

Boey WK و Laifo، پروپوفول و تیوپنتال سدیم را جهت انجام ECT در ۳۱ بیمار مورد بررسی قرار دادند که براساس این مطالعات افزایش فشار سیستولیک و دیا ستولیک و ضربان قلب، پس از تیوپنتال سدیم به طور واضحی بیشتر، آینه پس از پروپوفول طولانی تر و توانایی راه رفتن ۲۰ دقیقه پس از بیهوشی بعد از پروپوفول بهتر بوده است (۱۶). در سال ۲۰۰۱، Harti A و Hmamouchi B، ۴۰ مورد ECT را در گروه بیست تایی اول با دوز ۲-۳ mg/kg تیوپنتال سدیم و گروه بیست تایی دوم با دوز ۱-۱/۵ mg/kg پروپوفول تحت بیهوشی عمومی قرار دادند. براساس مطالعه آنها به علت تزریق آسان و شیوع کمتر عوارض، کوتاهی مدت عمل، ارزانی و بیداری خوب، استفاده از تیوپنتال سدیم در ECT توصیه می شود (۱۷).

Bernardo M و Villa longa، اثرات پروپوفول و تیوپنتال



References

- Selvin BL. Electroconvulsive therapy. *Anesthesiology* 1987; 67: 367.
- Ronald D. Miller textbook of anesthesia, 9th ed, Elsevier Churchill Livingstone 2000; PP: 2263-4.
- Holden C. A guarded endorsement for shock therapy. *Science* 1985; 228: 1510.
- Swartz CM. Anesthesia for ECT. *Convuls Ther* 1993; 9: 301.
- Mc Call WV. A systole in electro convulsive therapy, Report of four cases. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:199.
- Rice EH, Sombroto LB, Markowitz JC, et al. Cardiovascular morbidity in high – risk patients during ECT. *AM J Psychiatry* 1994; 151: 1637.
- Trzepacz PT, Weniger FC, Greenhouse J. Etomidate anesthesia increase seizure duration ECT, A retrospective study, *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 115.
- Loimer N, Hofmann P, Chaudry HR. Midazolam shortens seizure duration following electroconvulsive therapy. *J Psychiatr Res* 1992; 26: 97.
- Rasmussen KG, Jarvis MR, Zorumski CF. Ketamine anesthesia in ECT. *Convuls Ther* 1996; 12: 217.
- Kay B, Rolly G. ICI 32868, a new intravenous induction agent. *Acta Anesthesiol Belg* 1977; 23: 303.

11. Djordjevic B, Stojkovic MP. Cardiovascular effect of induction doses of intravenous anesthetics propofol, Etomidate and thiopental. *Vojnosanit Pregl* 1999; 56(1): 15-19.
12. Gelissen HP, Epenma AH, Henning RH, et al. Inotropic effect of propofol, thiopental, midazolam, Etomidate and ketamin on isolated human atrial muscle. *Anesthesiol* 1996; 84: 397-403.
13. Komai H, Rusy BF. Effect on thiopental on calcium release from sarcoplasmic reticulum in intact myocardium. *Anesthesiology* 1994; 87: 946-52.
14. Roudy JJ, Andreev A, Leger P, et al. Peripheral vascular effects of thiopental and propofol in human with artificial heart. *Anesthesiology* 1991; 75: 32-42.
15. Zaidi NA, Khan FA. Comparison of thiopentone sodium and propofol for ECT. *J Pak Med Assoc* 2000; 50(2): 60-3.
16. Boey WK, Lai FO. Comparison of propofol and thiopentone as anesthetic agents for ECT. *Anaesthesia* 1990; 45(8): 23-8.
17. Harti A, Hmamouchi B, Idali H, Barvou L. Anesthesia for ECT: propofol versus thiopental; *Encephale* 2001; 27(3): 217-21.
18. Villalonga A, Bernardo M. Cardiovascular response and anesthetic recovery in ECT with propofol or thiopental, *Convuls Ther* 1993; 9(2): 108-11.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه بیهوشی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱-۷.

pamrimaleh@yahoo.com