

مقایسه بی حس کنندگی ترامادول و لیدوکائین در اعمال جراحی کوچک تحت بی حسی موضعی به روش بلوک زیر جلدی

سپیده وهابی^۱، محمودرضا مرادخانی^۱، بهروز فرزانه^۱، فرشاد زارعی^۲، ژابیز اخلاقی^۳

۱- استادیار، گروه بیپوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۲- استادیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۳- پزشک عمومی

یافته / دوره دهم / شماره ۱ / بهار ۸۷ / مسلسل ۳۵

چکیده

دریافت مقاله: ۸۶/۸/۱۰، پذیرش مقاله: ۸۶/۱۰/۳

مقدمه: مطالعات جدید نشان داده که ترامادول علاوه بر اثرات ضد درد اثر بی حس کنندگی موضعی هم دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات بیحس کنندگی موضعی ترامادول در مقایسه با لیدوکائین طراحی شد این پدیده که ترامادول اثرات بی حس کنندگی و بی دردی در استفاده بصورت زیر جلدی ایجاد کند خود می تواند انقلاب جدیدی در فصل بی حس کننده های موضعی باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی تصادفی دو سویه کور روی ۷۰ بیمار ۲۰-۵۰ ساله ASA class I,II کاندید اعمال جراحی کوچک تحت بلوک زیرجلدی انجام شد. گروه T با ترامادول ۲mg/kg و گروه L با لیدوکائین ۱ mg/kg بلوک زیرجلدی شدند.

میانگین شدت درد زمان تزریق، برش جراحی و سپس هر ۱۵ دقیقه در ۱۵ و ۳۰ و ۴۵ و سپس هر ۲ ساعت تا ۶ ساعت بعد از عمل بر اساس VAS (Visual Analuge Scale) ثبت شد. در طی جراحی اگر $VAS \geq 4$ بود ۰/۵ mg/kg از داروی مورد مطالعه مجدداً تزریق می شد. در بخش نیز در صورت $VAS \geq 4$ استامینوفن ۳۲۵mg به بیماران تجویز شد. اطلاعات با استفاده از روش تکرار مکرر و کای اسکوار آنالیز گردید.

یافته ها: بین دو گروه تفاوتی در متوسط نمره درد بر اساس VAS در مقاطع زمانی مختلف بررسی وجود نداشت ($p=0/181$) همچنین از نظر درجه واکنش موضعی پوستی و درجه خونریزی و دریافت داروی اضافی و میزان بروز استفراغ تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد. تهوع به طور بارزی در گروه ترامادول (۲۲/۸٪) نسبت به گروه لیدوکائین (۵٪) بیشتر بود ($p=0/002$) در ۱۷/۱٪ در گروه L و ۸/۶٪ در گروه T به نیاز به دوز اضافی بیحس کننده در طی عمل داشتند ($p=0/48$). میزان نیاز به استامینوفن بعد از عمل در گروه لیدوکائین بیشتر بود.

بحث و نتیجه گیری: در جراحیهای کوچک و در استفاده زیرجلدی، ترامادول ۲mg/kg دارای اثرات بیحس کننده موضعی و ضد درد مشابه ۱mg/kg لیدوکائین است و می تواند به صورت جایگزین آن بکار رود و میزان مصرف مسکن بعد از عمل را در بیماران کاهش دهد.

کلید واژه ها: لیدوکائین، بلوک زیرجلدی، VAS

مقدمه

مثلاً با بکاربردن مستقیم ترامادول به عصب سیاتیک در خرگوش اثرات بیحس‌کنندگی آن نشان داده شده است (5). در مطالعات مشابهی ترامادول اثراتی شبیه پریلوکائین بعد از تزریقات داخل جلدی داشت (7، 12).

مطالعه حاضر با هدف به آزمون در آوردن اثرات بیحس‌کنندگی موضعی ترامادول طراحی شد. این پدیده که ترامادول نیز بتواند اثرات بی حس‌کنندگی موضعی و بی‌دردی را در استفاده بصورت زیر جلدی ایجاد کند خود می‌تواند انقلاب جدیدی در فصل بی حس‌کننده‌های موضعی باشد که با استفاده از دسته جدیدی از داروها می‌توان بی‌حسی موضعی را ایجاد کرد. بدین منظور این مطالعه ترامادول را با لیدوکائین در جراحی کوچک موضعی بصورت تزریق زیر جلدی مقایسه کرده است.

هدف از این مطالعه مقایسه ترامادول و لیدوکائین از نظر میزان اثر بیحس‌کنندگی در زمان برش جراحی و در طی عمل و همچنین میزان بی‌دردی پس از عمل در اعمال جراحی کوچک تحت بی‌حسی موضعی می‌باشد.

مواد و روشها

این مطالعه تجربی مداخله‌ای بصورت کارآزمایی بالینی دوسویه کور بعد از تصویب در کمیته اخلاق در سال 1385 در بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد روی 70 بیمار 50-20 ساله کاندید اعمال جراحی کوچک تحت بلوک زیر جلدی بودند انجام شد. جراحی‌های کوچک شامل برداشتن لیپوم و اسکار در اندامها و تنه با طول کمتر از 4 سانتی‌متر و در زمان کمتر از نیم ساعت بودند.

بیماران بصورت تصادفی به دو گروه دریافت‌کننده ترامادول 2 mg/kg (گروه T) ساخت کارخانه کراول موسلباخ و گروه دریافت‌کننده لیدوکائین 1 mg/kg (گروه L) ساخت کارخانه کینگدام تقسیم شدند. حجم محلولها به 5 سی‌سی

از زمانهای بسیار دور، مردم بومی پرو، گیاهان بومی به نام "اریترو زایلون کوکا" را که منشأ کوکائین می‌باشد می‌جویدند که موجب احساس خوب و کاهش خستگی می‌شد. اما کوکائین در کاربرد کلینیکی پزشکی برای ایجاد بی‌حسی سطحی بر روی قرنیه توسط کولر¹ اولین بار در سال 1884 استفاده شد که سر فصل جدیدی در علم پزشکی محسوب می‌شود (1). توانایی کوکائین در ایجاد وابستگی روانی و خاصیت تحریک‌کنندگی آن وقتی بصورت سطحی و یا در اطراف اعصاب قرار می‌گیرد، سبب جستجو برای یک بی‌حس‌کننده موضعی مناسب‌تر شد. لیدوکائین در سال 1943 توسط لوفگرن² ساخته شد و بعد از آن بیحس‌کننده‌های مختلف استری و آمیدی ساخته و مورد استفاده قرار گرفتند (1) این دسته داروها هدایت امواج عصبی را با بلوک کانالهای سدیم غشاهای تحریک‌پذیر مهار کرده و سبب فقدان موقت حس می‌گردند (2). اما ترامادول به عنوان یک ضد درد غیر ناركوتیک که بصورت مرکزی عمل میکند از سال 1977 وارد بازار شد. مکانیسم عمل آن بطور عمده با افزایش انتقال عصبی سروتونرژیک میباشد و بدین ترتیب، اثر ضد درد آن را می‌توان با تجویز همزمان آنتاگونیست گیرنده سروتونین بلوک نمود. همچنین ترامادول عملکرد ناقل اپی‌نفرین را مهار می‌کند و یک آگونیست ضعیف گیرنده مو³ است و از نظر ساختمان شبیه کدئین یک متیل‌مرفین می‌باشد و فقط بطور نسبی توسط نالوکسون آنتاگونیزه می‌شود (3).

اثرات ضد درد ترامادول به میزان زیادی مستقل از عملکرد روی گیرنده MU می‌باشد مثلاً ترامادول اثرات ضد درد خود را از طریق راههای نخاعی و فوق نخاعی اعمال می‌کند (4) و می‌تواند در درمان دردهای آتیپیک مثل درد مزمن عصبی سودمند باشد (1) اما اخیراً چند مطالعه کلینیکی نشان داده است که ترامادول اثرات بیحس‌کنندگی موضعی محیطی هم دارد (3، 5، 6، 7).

1. Koller
2. Lofgern

3. MU receptors

بی حس کننده موضعی داشته باشد و در طی عمل بی حسی مناسب ایجاد کند.

همچنین در بعد از عمل در ساعتهای 2، 4 و 6 بعد از عمل دو گروه تفاوت معنی داری را در درجه درد نداشتند ($p=0/05$) که به این معناست که بی دردی ایجاد شده توسط ترامادول در بعد از عمل به اندازه لیدوکائین می تواند پایا باشد (جدول 1 و 2). در مقایسه میزان نیاز به دوز اضافی دارو در حین عمل دو گروه T و L 17/1% بیماران در گروه L و 8/6 در صد بیماران در گروه T نیاز به دوز اضافی دارو داشتند که با $p=0/48$ تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد (جدول 3).

جدول 3 نشان می دهد که ترامادول با دوز 2 mg/kg می تواند با لیدوکائین 1 mg/kg بصورت تزریق زیرجلدی از نظر اثرات آنستتیک رقابت کند.

در این مطالعه از نظر میزان مصرف استامینوفن در شش ساعت اول بعد از عمل در گروه لیدوکائین 54/3% به یک قرص و 28/6% به دو قرص استامینوفن و 17/1% به دارو نیاز نداشتند و در گروه ترامادول 48/6% به یک قرص و 11/4% به دو قرص نیاز داشتند و 40% نیازی به داروی مسکن بعد از عمل نداشتند. در سطح خطای 0/05 تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده شد ($p=0/04$). که بیانگر آن است در گروه ترامادول میزان نیاز به مسکن در 6 ساعت اول بعد از عمل کمتر بوده است.

در مقایسه میانگین مقدار خونریزی در طی 45 دقیقه پس از بلوک (بر اساس معیار 0-3) در گروه لیدوکائین 0/26 و در گروه T 0/18 بود که تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=0/104$).

رسانده شد و با سرسوزن شماره 25 بی حسی موضعی به روش بلوک زیرجلدی انجام گردید. بیماران هیچگونه پیش داروی بیهوشی دریافت نکردند. جراح و بیمار از نوع دارو بی اطلاع بودند. میزان درد بر اساس VAS¹ در زمان تزریق ماده بی حسی، زمان برش جراحی و سپس هر 15 دقیقه در دقایق 15، 30 و 45 تا پایان عمل و سپس هر 2 ساعت تا 6 ساعت بعد از عمل سوال و ثبت شد. در طی عمل اگر $VAS \geq 4$ بود 5 / 0 میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بیمار از هر کدام از داروها مجدداً بصورت زیرجلدی تزریق و ثبت میگردد.

برش جراحی 5 دقیقه بعد از تزریق زیرجلدی دارو انجام شد و در طی عمل Sao2,RR,HR,BP پایش و ثبت شدند. بروز تهوع، استفراغ، واکنش جلدی با درجه 0-3 ($=0$) بدون راکسیون، 1=راش خفیف 2=اریتم 3=کهیر) و درجه خونریزی با درجه 0-3 ($=0$) بدون خونریزی و 1=خونریزی > 50 cc و 2=خونریزی 50-100 cc و 3=خونریزی بیش از 100 سی سی) ارزیابی شد. بعد از عمل در صورت درد با $VAS \geq 4$ قرص استامینوفن 325mg تجویز میشد. فاصله زمانی بین 2 تجویز استامینوفن نایستی از 2 ساعت کمتر می بود. بیماران همان روز ترخیص شدند.

نحوه توصیف و تحلیل اطلاعات:

با روش اندازه گیری تکرار مکرر² و آزمون تی استیودنت³ و کای اسکوار تحلیل آماری صورت گرفت در نهایت با در نظر گرفتن سطح معنی دار 0/05 اطلاعات گزارش شد.

یافته ها

میانگین شدت درد به ترتیب در زمان تزریق دارو، همچنین در زمان برش جراحی و در طی دقایق 15، 30 و 45 بعد از تزریق تفاوت معنی داری در دو گروه L و T نداشت ($p=0/181$). این نتایج نشان می دهد که تزریق زیر جلدی ترامادول درد آورتر از لیدوکائین نبوده و ترامادول بادوز 2mg/kg می تواند به اندازه 1 mg/kg لیدوکائین اثرات

1. Visual Analogue Scale
2. Repeated measure
3. T-student

جدول شماره 1- میانگین و انحراف معیار شدت درد در زمانهای مختلف در دو گروه درمانی لیدوکائین و ترامادول

دارو	زمان تزریق	زمان جراحی	15 دقیقه بعد از بلوک	30 دقیقه بعد از بلوک	45 دقیقه بعد از بلوک	ساعت دوم بعد از بلوک	ساعت چهارم بعد از بلوک	ساعت ششم بعد از بلوک
لیدوکائین	تعداد	35	35	35	35	35	35	35
	میانگین شدت درد	2/54	0/57	0/05	0/05	0/60	2/37	1/85
ترامادول	تعداد	35	35	35	35	35	35	35
	میانگین شدت درد	2/65	0/74	0/48	0/48	0/11	2/02	1/45
مجموع	تعداد	70	70	70	70	70	70	70
	میانگین شدت درد	2/60	0/65	0/27	0/27	0/35	2/20	1/65
	انحراف معیار شدت درد	1/56	0/58	0/74	0/74	0/76	1/72	1/66

جدول شماره 2- مقایسه میانگین و انحراف معیار شدت درد در

زمانهای مختلف در دو گروه درمانی لیدوکائین و ترامادول

دارو	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین
لیدوکائین	35	1/33	0/55	0/18
ترامادول	35	1/15	0/57	

p=0/81

جدول شماره 3- میزان نیاز به دوز اضافی داروی بی حسی در حین

عمل در دو گروه لیدوکائین و ترامادول

دارو	نیاز نداشت	نیاز داشت
لیدوکائین	تعداد	29
	درصد	82/9
ترامادول	تعداد	32
	درصد	91/4
مجموع	تعداد	61
	درصد	87/1

p=0/48

میزان اشباع خون شریانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد (p=0/167).

در مقایسه میزان بروز تهوع در طی شش ساعت اول بعد از عمل در گروه لیدوکائین هیچ موردی مشاهده نشد. در صورتیکه در گروه ترامادول 17/1% یک بار تهوع و 5/7% دو بار تهوع داشتند که تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده شد (p=0/002) و می توان نتیجه گرفت که ترامادول بیش از لیدوکائین در بیماران تهوع ایجاد میکند.

در مقایسه درصد دفعات استفراغ در طی شش ساعت اول بعد از عمل در گروه L هیچ موردی مشاهده نشد در حالیکه در گروه 4T 11% دارای یک حمله استفراغ بودند که تفاوت معنی داری نداشتند (p=0/114).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، تزریق زیرجلدی ترامادول اثرات بیحس کنندگی موضعی مشابه با لیدوکائین ایجاد کرد. این نتیجه در مطالعات مشابهی توسط آل تاناکایا و همکاران در کشور ترکیه که ترامادول را با پریلوکائین و لیدوکائین مقایسه کردند هم بدست آمده است (2، 7). در مطالعه ما ترامادول دوره بی دردی طولانی تری را ایجاد کرد و نیاز به داروی مسکن بعد از عمل را کاهش داد که مشابه نتایج آل تاناکایا می باشد (12).

در مقایسه میانگین شدت واکنش موضعی پوستی بر اساس درجه بندی (0-3) در طی دقایق 15، 30 و 45 بعد از بلوک در گروه درمانی لیدوکائین میانگین 9% و در گروه ترامادول 19% بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد (p=0/104).

در طی شش ساعت اول بعد از عمل، میانگین فشار خون سیستولی، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس در دقیقه و میانگین

در مطالعه ما زمان بی‌دردی بعد از عمل با تجویز زیرجلدی ترامادول در مقایسه با لیدوکائین بطور بارزی بیشتر بود.

بعلاوه مقدار کل استامینوفن مصرفی در گروه ترامادول کمتر بوده است که نتایج مشابه مطالعه آل‌تانکایا می‌باشد. با این تفاوت که آنها بعد از عمل پاراستامول را به عنوان ضد درد مصرف کرده‌اند (12).

تفاوتی در دو گروه ترامادول و لیدوکائین در مطالعه ما از نظر فشار خون، تعداد ضربان قلب و تنفس وجود نداشت که این نتایج قابل مقایسه با دیگر مطالعاتی است که ترامادول را به صورت عضلانی، داخل وریدی یا بصورت انالژزی Patient Controlled (14) یا زیرجلدی مصرف کرده‌اند.

تهوع و استفراغ از عوارض مهم ترامادول در زمانی است که برای کنترل درد بعد از عمل بکار می‌رود (13) شیوع این عوارض بنظر می‌رسد وابسته به پیک غلظت سرمی باشد مثلاً با دوز وریدی 3 mg/kg این سمپتومها بیشتر از انفوزیون دارو یا Patient Controlled Analgesia است.

در مطالعه ما تهوع و استفراغ فقط در گروه ترامادول دیده شد که مشابه نتایج آل‌تانکایا می‌باشد (12).

در نهایت در این بررسی ما اثرات بیحس‌کنندگی و ضد‌دردی بعد از عمل ترامادول را در زمان تجویز زیرجلدی مطالعه کردیم و به این نتیجه رسیدیم که ترامادول می‌تواند یک انتخاب خوب در جراحیهای کوچک باشد.

در ابتدا گمان می‌شد که ترامادول اثرات ضد درد خود را از طریق راههای نخاعی و فوق نخاعی ایجاد می‌کند (4) اما مطالعات کلینیکی متعددی نشان داد که ترامادول می‌تواند عملکرد بیحس‌کنندگی موضعی هم داشته باشد (3، 5، 6، 7). با استفاده از ترامادول در عصب سیاتیک در موش‌های رت نشان داده شد که این دارو دارای خواص بیحس‌کنندگی است (5).

زمانی که غلظت سدیم خارج سلولی کاهش می‌یابد، رشته عصبی به بیحس‌کننده موضعی حساس می‌شود (8).

جوی و همکاران در سال 2003 پیشنهاد کرد که ترامادول هدایت اعصاب حسی و حرکتی را مشابه لیدوکائین با اثر روی کانالهای سدیم وابسته به ولتاژ که منجر به بلوک آکسونی میشود مختل می‌کند (10).

مرت و همکاران در سال 2002 نشان داد که ترامادول ممکن است مکانیسم متفاوتی از لیدوکائین جهت بلوک هدایتی داشته باشد مثلاً غلظت متفاوتی از کلسیم در مدیوم خارجی فعالیت ترامادول افزایش می‌دهد اما فعالیت لیدوکائین را کاهش می‌دهد (11).

بعد از تزریق عضلانی ترامادول به سرعت و بطور کامل جذب می‌شود و بطور متوسط در عرض 45 دقیقه به حداکثر غلظت سرمی خود میرسد (14، 15).

غلظت سرمی مناسب برای درمان درد مختصر حدود 7 دقیقه بعد بطور متوسط بدست می‌آید (15).

دوز توصیه شده عضلانی روزانه بین 50-100 mg هر 4-6 ساعت می‌باشد (13، 15).

فارماکوکینتیک حذفی ترامادول بر اساس مدل دوکمپارتمانی توضیح داده شده است. نیمه عمر حذفی آن 1/5 ساعت ($SD \pm 0/8$) برای ترامادول و 9 ساعت برای مشتقات آن بعد از یک دوز واحد 100 mg است. (13)

References

1. Katzung Bertram G. Basic and clinical pharmacology (9th edition) Mc Graw Hill; 2004; 26: 535-546
2. Abgoon M. Generic drugs of Iran, Tehran, Noore danesh publication, 2005: 590
3. Kaparal S, Gollmann G, Walzl B, et al. Tramadol added to mepivocaine prolongs the duration of an axillary brachial plexus blockade. *Anesth Analg*, 1999; 88: 853-856
4. Langois G, Estebe JP, Gentili ME, et al. The addition of tramadol to lidocaine does not reduce tourniquet and postoperative pain during IV regional anesthesia. *Can J Anaesthesia*, 2002; 49: 165-168
5. Acalovschi I, Cristea T, Margarit S, Gavrus R. Tramadol added to lidocaine for intravenous regional anesthesia. *Anesth Analg* 2001; 92: 209-14.
6. Pang WW, Huang PY, Chang DP, Huang MH. The peripheral analgesic effect of tramadol in reducing propofol injection pain: a comparison with lidocaine. *Reg Anesth Pain Med*, 1999; 24: 246-249
7. Altunkaya H, Ozer Y, Karhi E, Babuceu O. Comparison of local anaesthetic effects of Tramadol with prilocaine for minor surgical procedures. *Br j Anaesth* 2003; 90: 320-322
8. Wagner LE II, Eaton M, Sabnis SS, Gingrich KJ. Meperidine and lidocaine block of recombinant voltage-dependent Na channels: Evidence that meperidine is a local anesthetic. *Anesthesiology* 1999; 91: 14881-14890
9. Khamseh A, Text book of Miller Basics of anesthesia, Tehran, Chehr publication 2004: 107-119
10. Jou IM, Chu KS, Chen HH, et al. The effects of intrathecal tramadol on spinal somatosensory-evoked potentials and motor evoked responses in rats. *Anesth Analg* 2003; 96: 783-788
11. Mert T, Gunes Y, Guven M, et al. Comparisons of nerve conduction blocks by an opioid and a local anesthetic. *Eur J pharmacol* 2002; 439: 77-81
12. Altunkaya H. The postoperative Analgesic effect of tramkadd when used as subcutaneous local Anesthetic. *Anesth Analg* 2004; 99(5): 1461-1464
13. Shipton EA. Tramadol: present and Future. *Anesth Intensive care* 2000; 28: 363-374
14. Radbruch L, Grond S. A risk-benefit assessment of tramadol in management of pain. *Drug Saf*, 1996; 15: 8-29
15. Lintz W, Beier H, Geloff J. Bioavailabilify of tramadol after i.m. injection in comparison to i.v. infusion. *int j clin pharmacol ther* 1999; 37: 175-183