

تشخیص و درمان عوارض همراه با بی حسی های موضعی

ترجمه دکتر بهرام صبوری (۱)

بایحسی های موضعی دیده میشوند وجود دارند که این واکنش البته به خواص شیمیائی دارو مربوط نمیشد. عوارض موضعی معمولاً "مربوط به اشتباه در روش تزریق میباشد تا مربوط به مواد بیحسی، هرچند که ماده، وازوکونستریکتور موجود در ماده، بیحسی موضعی میتواند در ایجاد عوارض موضعی دارو موثر باشد.

واکنش های سیستمیک

واکنش های سیستمیک به مواد بیحسی موضعی معمولاً "بیشتر از آنچه که فکر میکنیم اتفاق میافتد هرچند که در بیشتر موارد اینگونه واکنش ها ملایم و زودگذر میباشند بطوریکه عموماً "حتی مشخص هم نمیشوند ولی از طرف دیگر گاهی این واکنش ها میتوانند بگونه ای بسیار شدید ظاهر شوند بطوریکه میبایستی سریعاً به آنها توجه شود و جهت حفظ حیات بیمار انجام اقدامات فوری لازم است. بنابراین دندان پزشکی که از این داروها استفاده میکند میبایستی در تشخیص و درمان این واکنش های سیستمیک کاملاً "ماهر و ورزیده باشد.

واکنش های سیستمیک به سه دسته آلرژیک، سمی و ایدیوسنکرازی تقسیم میشوند.

واکنش های آلرژیک: شوک آنافیلاکتیک

تاکنون شوک آنافیلاکتیک بعنوان مهمترین واکنش آلرژیک در مقابل تجویز داروهای بیحسی موضعی عنوان شده است. مشخص کننده این شوک، کلاپس ناگهانی فشارخون و تنفس، کم شدن هوشیاری، ادم لارنژیال و خارش میباشند.

با توجه به صدها هزار تزریق بیحسی موضعی که در طی روز بدون بوجود آمدن عارضه جدی انجام میگیرند، اکنون دیگر در بی خطر بودن این داروها کمتر شکی وجود دارد. در طی یک بررسی که توسط Recant & Selden در سال ۱۹۵۵ روی نود میلیون تزریق بیحسی موضعی که در طی ده سال انجام شده بود، تنها دو مورد مرگ گزارش گردیده که گاهش بسیار ارزنده ای میباشد ولی بدبختانه این آمار باعث شده است که در مورد بکار بردن این داروها نسبت به عوارض آنها که غالباً "کم اهمیت ولی قابل ملاحظه میباشند بایستی توجهی برخوردار شود. هرچند که بیشتر داروهای بیحسی موضعی عوارض کمی دارند ولی بعضی از این عوارض مشکلات قابل توجهی را برای بیمار بوجود میآورند.

خوشبختانه بیشتر این عوارض قابل پیشگیری هستند. بنابراین نه تنها دندانپزشکان میبایستی به تشخیص و درمان این عوارض که همراه با بیحسی های موضعی بوجود میآیند آگاه باشند بلکه میبایستی روشهای اجتناب از بوجود آمدن آنها را نیز بدانند.

عوارضی که همراه با بکار بردن داروهای بیحسی موضعی بوجود میآیند را میتوان بدو دسته سیستمیک و موضعی تقسیم نمود. از این دو دسته، واکنش های سیستمیک بالقوه بسیار مهمتر میباشند. این واکنش ها ممکن است مربوط به ماده، بیحسی موضعی، ماده، وازوکونستریکتور و یا حتی گاهی مربوط به ماده، محافظی که به محلول اضافه شده است باشند. علاوه بر این واکنش های روانی (پسیکوموتور) نیز که همراه

داروهای مثل دیفن‌هیدرامین (بنادریل) ۵۰ mg یا کلرفنیرامین مالئات (کلر - تریمتون ، پریتون) ۴ میلی گرم بصورت چهار بار در روز داده شود . واکنشهای سریع‌تر و شدیدتر میبایستی بوسیله تزریق زیر جلدی ۵/۵ میلی گرم آدرنالین یک در هزار یا تزریق داخل عضلانی یک آنتی‌هیستامین مثلاً " ۵۰ میلی گرم بنادریل یا هر ۶ ساعت ۱۰ میلی‌گرم کلر - تریمتون درمان شوند . در فرم ادم‌های آلرژیک تاخیری آنتی‌هیستامینهای خوراکی جهت رهایی از تورم و خارش مفید میباشند . استفاده از کمپرسهای شستشوی گرم غالباً در کم کردن ادم سودمند میباشد .

واکنشهای سمی (توکسیک)

واکنشهای توکسیک معمولاً در اثر زیاد بودن مقدار داروی بیحسی موضعی مصرف شده بوجود میآیند . با مقادیر و غلظت معمولی مورد مصرف داروهای بیحسی موضعی در دندانپزشکی فقط موقعی سطوح مغزی مورد هدف (حمله) واقع میشوند که محلول بیحسی موضعی خیلی سریع بداخل رگها تزریق شود . با آسپیره کردن قبل از تزریق میتوان از واکنشهای سمی که به این دلیل ایجاد میشوند جلوگیری نمود . آسپیره کردن بطور روتین لازم میباشد زیرا تحقیقات انجام شده میزان درصد ورود اتفاقی سوزن بداخل عروق را بین ۲ تا ۱۲ درصد نشان میدهد . وقتی که اعمال تبدیل بیولوژیکی و دفع دارو از بدن به آهستگی انجام میشوند . ممکن است تجمع دارو در بدن ایجاد دوز سمی بکند و امکان دارد سمیت دوز زیاد باعث آهسته انجام شدن اعمال تبدیل بیولوژیکی و دفع دارو اتفاق بیفتد . گروه آمیدی داروهای بیحسی موضعی بطور آهسته بوسیله هیدرولیز شدن شکسته شده و در کبد متابولیزه میگردد . بیمارانی که بیماریهایی پیشرفته کبدی دارند ممکن است قادر به متابولیزه کردن کامل و صحیح این داروها نباشند ، بنابراین ممکن است یک دوز عادی تبدیل به دوز توکسیک دارو شود . داروهای بیحسی موضعی یا ترکیباتی که از تجزیه آنها تولید میشوند تماماً از طریق ادرار دفع میشوند . بیمارانی که فعالیت کلیه آنها کم شده است ممکن است نتوانند بطور کامل این مواد را دفع کنند و امکان دارد این مسئله باعث یک تجمع توکسیک

فشارخون پائین میافتد ، نبض ضعیف یا نامحسوس میشود و تنفس بواسطه اسپاسم برونشها مختل میگردد (اختلال در تنفس مهمترین فرق تشخیص بین سنگوبو شوک آنافیلاکتیک میباشد) با باز گرداندن سریع علائم حیاتی بیمار میتوان شوک آنافیلاکتیک را درمان نمود . درمان فوری شوک آنافیلاکتیک تزریق زیر جلدی ۵/۵ ml (در کودکان ۰/۳ تا ۰/۱) از محلول یک در هزار اپنفرین (آدرنالین) میباشد . برای بالا بردن میزان جذب دارو محل تزریق میبایستی شدیداً ماساژ داده شود .

بالین درمان بعضی از علائم بهبودی میبایستی در طی چند دقیقه ظاهر شوند . در طول اینمدت ، تنفس میبایستی بوسیله اکسیژن تحت فشار یا توسط تنفس دهان به دهان انجام گیرد . اگر سریعاً بیمار هیچگونه علائم بهبودی نشان ندهد ، تجویز آدرنالین را میتوان در ۵ تا ۱۵ دقیقه بعد تکرار کرد . اگر اسپاسم برونشها بصورت حاد باقی بماند ، ۵۰۰ mg - ۲۵۰ آمینوفیلین بصورت وریدی میبایستی تجویز گردد .

به مجرد ظاهر شدن اولین علائم بهبودی جهت جلوگیری از بازگشت مجدد شوک و استفاده مجدد از آدرنالین ، از کورتیکوستروئیدها و یک داروی آنتی‌هیستامین بصورت عضلانی استفاده میشود و در اولین فرصت میبایستی مشاوره پزشکی نیز انجام گیرد .

دیگر واکنشهای آلرژیک :

واکنشهای تحت حاد (ملایم تر) آلرژیکی که نسبت به داروهای بی‌حسی موضعی بوجود میآیند ، بصورت خارش ، کهیر ادم آنژیونورتیک و آسم ظاهر میشوند . هر چند که ادم در ناحیه تزریق ممکن است در طی ۲۴-۱۲ ساعت دیرتر از زمان تزریق بوجود بیاید ، ولی عموماً این واکنشها بلافاصله پس از تزریق بوجود میآیند . معمولاً پاسخ آلرژیک نسبت به خود ماده بی‌حسی میباشد ولی گاهی میتواند این پاسخ نسبت به متیل پارابن ، که در بعضی داروهای بیحسی بعنوان محافظ بکار میرود باشد . در واکنشهای آلرژیک ملایم ، تجویز خوراکی

10 mg/ml یا سدیم متوهریتال ۴۰ میلیگرم در میلی لیتر بصورت وریدی باید تزریق شوند. این داروها بصورت وریدی میبایستی بصورت آهسته و بتدریج به بیمار داده شوند تا فعالیت اضافی عضلات کنترل شوند (تشنج کنترل شود) . با استفاده از حداقل ممکن دوز دارو کم کردن دپرسیون تنفس و گردش خون باعث میشود که در مرحله دوم واکنش مشکلات کمتری ایجاد شوند. درمان دپرسیون سیستم مرکزی عصبی مستقیماً "میباستی در جهت حفظ و نگهداری تنفس مناسب و گردش خون باشد تا زمانی که حالت سمیت داروی بیحسی برطرف شود (به اصطلاح Detoxification انجام گیرد) و فعالیت های عصبی به حالت نرمال باز گردند. اکسیژن بغیریت بایستی به بیمار داده شود و اگر لازم باشد تنفس مصنوعی نیز انجام گیرد. اگر اکسیژن در دسترس نبود و تنفس نیز دچار اشکال باشد از تنفس دهان به دهان میتوان استفاده کرد. توصیه میشود بیمار طوری روی صندلی قرار گیرد که پاهایش بالا بوده تا گردش خون در مغز براحتی انجام شود. اگر افت فشار خون بهبود پیدا نکرد، همراه با اکسیژن ترابی صحیح ۱۵-۱۰ میلیگرم متوکرامین هیدروکلراید (vasoxyl) را به صورت عضلانی میتوان به بیمار تزریق کرد .

واکنش ایدیوسینکرازی (باعلت ناشناخته) گاهی بیماران واکنش نامطلوبی نسبت به مقدار طبیعی داروی بیحسی موضعی نشان میدهند که این واکنش از نظر فارماکولوژیکی و بیوشیمیایی قابل توجه نمیشد. اینگونه واکنش ایدیوسینکرازی نامیده میشود. علائم و نشانه های اینگونه واکنشها بخاطر تغییرات زیاد در آنها غیر قابل پیش بینی و تشخیص است. این واکنشها ممکن است با واکنشهای توکسیک یا آلرژیک شباهت داشته باشند ولی از نظر اتیولوژی متفاوتند. بعضی از این علائم بسیار عجیب و غریب ممکن است پایه و اساس روحی روانی داشته باشند. درمان واکنشهای ایدیوسینکرازی بسته به نوع علائم آن متغیر میباشد و معمولاً "شبه درمان حالتشائی است که با اتیولوژی آلرژیک و توکسیک شناخته شده اند. مهمترین اقدام در تمام موارد ایجاد و نگهداری راه عبور هوای کافی و مناسب و مراقبت از تنفس و گردش خون میباشد.

داروی بیحسی موضعی یا محصولات متابولیکی آن شود. بنابراین برای جلوگیری از این مسائل میبایستی یک تاریخچه دقیق پزشکی از بیمار گرفته شود.

تشخیص:

واکنشهای سمی به بیحسی های موضعی معمولاً " در دو مرحله اتفاق میافتند. در ابتدا یک دوره متغیر تحریک سیستم عصبی مرکزی CNS میباشد. این مسئله بطور ثانوی پس از مرحله تضعیف مغز (دپرسیون مغزی) انجام میگردد. در عین حال لیدوکائین ممکن است فقط یک مرحله دپرسیون ایجاد کند. در فرم ملایم از بین رفتن احساس آرامش، هیجان، پرحرفی، گیجی مغزی، و سرگیجه نشانه های تحریک کورتکس مغزی میباشد. غالباً " ممکن است زیاد شدن تعداد و عمق تنفس و تاکی کاردی بوجود بیاید.

گاهی، با تحریک مرکز استفراغ، حالت تهوع، دل بهم خوردگی و استفراغ ایجاد میشود. در فرم های شدید تر (حادثه) تحریک کورتکس مغز ایجاد رعشه و تشنج مینماید. این علائم با دپرسیون قسمت مدولا تخفیف پیدا میکنند. در این مرحله بیمار هوشیاری خود را از دست داده و فشار خون وی پائین میافتد. دپرسیون تنفسی نیز ایجاد میشود، و بدلیل وقفه در تنفس امکان مرگ بیمار میباشد.

درمان:

هرچند که فرم ملایم تحریک CNS مثل از دست دادن احساس آرامش و گیجی مغزی خیلی جدی نمیشاند، ولی اینها علائم آگاه کننده ای میباشد که ممکن است واکنشهای خطرناک آنها بوجود بیایند. بیمار سریعاً " میبایستی در وضعیت خوابیده قرار گیرد، و به او اکسیژن داده شود. نبض، تنفس و فشار خون جهت متوجه شدن به کمترین دپرسیون تنفسی و قلبی بایستی اندازه گیری شوند. اگر رعشه یا تشنج شدید باشد ۵ تا ۱۰ میلیگرم والیوم (دیازپام) یا باربیتورات کوتاه اثر (مثل سدیم بنتونال یا تیوپنتون) ۲۵ میلیگرم در میلی لیتر، سدیم متوهریتال (Sodium Metho Hexital)

واکنشهای سیستمیک به داروهای وازوکونستریکتور

(منقبض کننده عروق)

واکنشهای سیستمیک نسبت به داروهای وازوکونستریکتور که معمولاً در تمامی محلولهای بیحسی موضعی موجود میباشند غالباً " بعد از یک تزریق اشتباهی داخل وریدی میتوانند اتفاق بیفتند .

از جمله علائم این واکنشها حالت عصبی، بیقراری، سردرد، لرزش و تشنج، تاکی کاردی، بالا رفتن فشار خون و افزایش سرعت تنفس میباشند. این حالتها موقتی و زودگذر بوده و هیچگونه درمانی احتیاج ندارند و فقط میبایستی به بیمار اطمینان خاطر داد که اتفاق مهمی نفتاده است. در موارد نادر وقتی که علائم طولانی میشوند، ۴۰-۲۰ میلیگرم سدیم سکو بار - بتال صورت داخل وریدی یا داخل عضلانی بود منند می باشد. از بروز واکنشهای سیستمیک به وازوکونستریکتورها با کم کردن مقدار وازوکونستریکتور در ماده بیحسی و آسیره کردن قبل از تزریق میتوان جلوگیری کرد.

واکنشهای پسکوموتور (سنکوپ)

غالباً " در حین بکار بردن داروهای بیحسی موضعی واکنشهای پسکوموتور (سنکوپ روانی) میتوانند اتفاق بیفتند. هرچند که مساله تزریق وریدی مواد بیحسی موضعی را مقصداً اصلی در پیش آمدن سنکوپ میدانند، ولی ایجاد سنکوپ بیشتر مربوط به ترس از تزریق ماده بیحسی موضعی میباشد تا خود ماده بیحسی موضعی. در نتیجه، این ترس عروق احتشایی متع شده و همراه با آن کم خونی در مغز و کم شدن اکسیژن (هیپوکسی) بوجود میآید. درابتدا رنگ پریدگی، تعریق و سردی پوست قابل تشخیص میباشد. همراه با آنها سرگیجه و نهایتاً " بیمار هوشیاری خود را از دست میدهد. فشار خون پائین بوده و در ابتدا ضربان نبض سریع و سپس آرام وضعیف میشود. تنفس کم عمق و تند بوده بیمار ممکن است لرزش یا حرکات تشنج مانند از خود نشان دهد. با اولین علائم پیدایش سنکوپ، بیمار باید در حالت خوابیده قرار داده شده بطوریکه پاها بالاتر از سر قرار گرفته و اکسیژن میبایستی به بیمار داده شود. اگر اکسیژن در دسترس نباشد گرفتن محلول بودار آمونیاک در زیربسی بیمار بطور رفلکس باعث

تحریک تنفس و بالا بردن فشار خون میشود.

اگر تشخیص سنکوپ صحیح باشد این درمانها باعث برگشت سریع هوشیاری و برگشت تنفس و گردش خون به حالت تقریباً " نرمال میشود، سپس بیمار بتدریج به حالت نشسته بازگردانده میشود بخاطر اینکه تغییر محل ناگهانی سرممکن است باعث شود دوباره هیپوکسی مغزی ایجاد شده که نتیجتاً " باعث برگشت سنکوپ میشود. از طرف دیگر، اگر با وجود انجام دادن روشهای درمانی فوق، علائم نقص تنفسی و اشکال قلبی عروقی بطور مقاوم و پایدار باقی بمانند، وجود یک مساله پزشکی خیلی جدی تر از سنکوپ را که ممکن است اتفاق افتاده باشد بایستی مورد توجه قرار داد.

جهت جلوگیری از بروز سنکوپ، موارد زیر باید مورد توجه قرار گیرند: دادن توضیح کامل به بیمار در مورد روشهای بیحسی، استفاده از آرام بخش مناسب قبل از تزریق، بکار بردن بیحسی موضعی در محل تزریق، بکار بردن بهترین مدت تزریق و نگهداشتن بیمار در وضعیت نیمه خوابیده در طول مدت تزریق.

این آخرین فاکتور شاید مهمترین مساله باشد چون فشار خون را حفظ میکند. هنگامی که بیمار بصورت ایستاده مورد درمان (تزریق) قرار میگیرد تجمع خون در منطقه احتشایی و ساق پا باعث افت فشار خون و هیپوکسی میشوند که با قرار دادن بیمار به حالت خوابیده از این مساله جلوگیری میشود.

عوارض موضعی که در اثر بکار بردن بیحسی های موضعی ایجاد میشوند

عوارضی که در محل تزریق بیحسی های موضعی بوجود میآیند به دودسته "فوری" و "تاخیری" تقسیم بندی میشوند. هرچند که این عوارض اهمیت واکنشهای سیستمیک در اثر بیحسی های موضعی را ندارند، ولی خیلی بیشتر اتفاق میافتند و میتوانند به عنوان مهمترین متشاء ایجاد درد و ناراحتی برای بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

همانطوریکه قبلاً " ذکر شد علت ایجاد این عوارض بیشتر بدلیل اشتباه در روش تزریق میباشد تا خود ماده بیحسی موضعی، هرچند که عوارض موضعی نیز در ناحیه عمل بدلیل ماده وازوکونستریکتوری که در محلول بیحسی

دندانپزشک آگاه شود هماتوم ایجاد شده است.

در اینگونه موارد خونریزی بوسیله فشار بافت‌های مجاور خود بخود محدود خواهد شد. هیچگونه درمان فوری برای هماتوم لازم نمیباشد. پس از گذشت ۲۴ ساعت، بکاربردن کمپرس متناوب گرمای مرطوب " حوله گرم و مرطوب " به جذب شدن تورم کمک میکند. بافاصله ۴۸ ساعت میبایستی بیمار را معاینه نمود تا هرگونه علائم عفونت در هماتوم اگر بوجود آمده باشد مورد توجه قرار گیرد. به محض پیدایش عفونت آنتی بیوتیک تریابی میبایستی شروع شود.

معمولاً جهت جلوگیری از بوجود آمدن هماتوم میبایستی از تزریق مستقیم بداخل کانالهای استخوانی حاوی عروق خودداری کرد. داروهای بیحسی که درحال حاضر استفاده میشوند قدرت نفوذ کافی برای رسیدن به منطقه مورد نظر را، حتی اگر کمی دورتر از کانال‌های استخوانی تزریق شوند، دارند.

سفید شدن بافتها (رنگ پریدگی بافتها) - غالباً با نقاط رنگ پریده در ناحیه‌ای از بافت که مورد تزریق واقع شده است مواجه میشویم. این مساله بخاطر ماده وازوکنستریکتور اضافه شده به ماده بیحسی موضعی میباشد. هرچند که گاهی نقطه، رنگ پریده دورتر از محل تزریق دیده میشود ولی بایستی به آن توجه کرد. این مساله ممکن است بدلیل رفلکس وازواسپاسم بوجود بیاید. هیچگونه درمانی در این موارد لازم نمیشود و مشکل پس از ۳۰ دقیقه رفع میشود.

فلج صورت - ممکن است فلج یکطرفه صورت بدلیل اشتباه در بیحس کردن عصب دندانی تحتانی، وقتی که سر سوزن مقدار زیادی عقب‌تر از سوراخ فکی تحتانی وارد شود، بوجود بیاید. با تزریق کردن ماده بیحسی در انتهای (عقب‌ترین ناحیه) فضای راجلی فکی، ماده بیحسی به ناحیه رترومنند - یولر غده، پاروئید نفوذ کرده و روی شاخه‌های عصب صورتی اثر میکند. قابل توجه‌ترین مسائلی که در مورد فلج عصب صورتی پیش میآیند عبارتند از عدم توانایی در بستن پلکها، از بین رفتن یا محو شدن چین (فرو رفتگی) بین لب و

اضافه شده بوجود میآیند.

خوشبختانه، غالباً تمامی عوارض موضعی را براحتی میتوان بوسیله مسایل زیر پیشگیری نمود. عالم بودن به آناتومی موضع عمل، ضد عفونی کردن مناسب محیط و بکار بردن تکنیک صحیح تزریق و استفاده مقدار بسیار کم وازو کنستریکتور (غلظت ای بی نفرین یا ماده وازو کنستریکتور مشابه نباید هیچگاه بیشتر از یک درصد هزار باشد).

الف) عوارض فوری :

درد - ایجاد درد در موقع تزریق و تحویز داروی بیحسی موضعی مساله قابل بحثی است زیرا که داروهای بیحسی موضعی بعنوان برطرف کننده درد بکار میروند. جهت جلوگیری از ایجاد اینگونه دردها میتوان از اسپری و یا پمادهای بیحسی موضعی قبل از تزریق در محل تزریق، استفاده از سوزن بسیار تیز، تزریق نکردن ماده بیحسی با حرارت بسیار پائین (سرد)، و تزریق آرام همراه با توقف سوزن بالاتر از پیوست استفاده نمود.

عدم موفقیت در ایجاد بیحسی بطور صحیح، عوارض ناخواسته‌ای را گاهی اوقات بوجود میآورد که، میتواند مربوط به صحیح نبودن روش تزریق یا تزریق داخل وریدی ماده بیحسی بدلیل آسیب به رگ قبل از تزریق باشد.

هماتوم - وقتی بداخل یک محیط پر عروق یا در منطقه‌ای که عروق در بین کانالهای استخوانی قرار گرفته‌اند (محبوس شده‌اند) تزریق انجام گیرد، احتمال آسیب دیدن عروق و ایجاد هماتوم وجود دارد.

این امر زمانی بیشتر اتفاق می‌افتد که تزریق در کانال چانه‌ای، سوراخ اینفرارینتال (تحت کاسه چشم) یا یلوک عصبی دندانی فوقانی خلفی انجام میشود.

اگر یک ورید سوراخ شود، تجمع خون معمولاً بصورت آهسته میباشد. ولی در موقع آسیب دیدن یک شریان معمولاً خیلی سریع یک هماتوم ایجاد خواهد شد. اگر فوریت از ایجاد شدن هماتوم آگاه شویم وارد کردن فشار در موضع تزریق ممکن است در ایجاد هماتوم کوچکتر موثر باشد. هرچند که در بیشتر اوقات قبل از اینکه

در مورد سوزنهایی که معمولاً از قسمت توبی آن می‌شکنند میبایستی از سوزن بلندی استفاده کرد که موقع تزریق احتیاج نداشته باشیم که تمام طول سوزن را داخل محل تزریق نمائیم.

وقتی که در موقع تزریق بیحسی موضعی بطور اتفاقی سوزن شکست سریعاً باید مشخص شود که در کجا و چه مقدار از سوزن از بافت بیرون مانده است. بنابراین انتهای بیرون مانده سوزن را با یک پنس هموستات یا سوزن گیر یا فورسپس بافت میتوان گرفت و سوزن را درآورد. وقتی قسمت شکسته قابل دیدن نمیشد، مشخص کردن محل آن بوسیله لمس کار درستی نمیشد این کار معمولاً غیر موثر بوده و باعث میشود که سوزن به منطقه دورتری منتقل شود و درآوردن سوزن را مشکل تر میکند.

هیچ فوریتی برای درآوردن سوزن شکسته وجود ندارد هر چند که فعالیت عضلات ممکن است باعث جابجایی تکه شکسته شود، ولی حتی بعد از چند روز هم نمیتوان حکم کرد که برای درآوردن سر سوزن شکسته، جراحی توسط یک شخص غیر متخصص انجام شود.

درآوردن سوزن شکسته میتواند یک عمل بسیار مشکل باشد که به رادیوگرافی بسیار دقیق جهت مشخص کردن موضع آن، واقف بودن به آناتومی ناحیه مورد عمل، زبر دستی و تبحر استثنایی عمل کننده احتیاج دارد.

ب) عوارض دیورس:

معمولاً درد مقاوم دیرپایی که پس از بکار بردن بیحسی موضعی پیدا میشود بدلیل ایجاد شدن نکروز بافتی در اثر ایسکمی و بخاطر غلظت زیاد ماده و ازوگونستریکتور داروی بیحسی بوجود میآید. این مساله وقتی ایجاد میشود که در یک ناحیه چند تزریق انجام شده باشد. جهت جلوگیری از این عارضه، هرگز نباید اپی نفرین با غلظت بیشتر از یک صد هزارم مصرف شود. درد مزمن ممکن است پس از مصرف داروی بیحسی آلوده بوجود آید. این آلودگی معمولاً در اثر نفوذ (نشت) ماده شیمیائی که در آن کاربولها نگهداری میشوند، بداخل کارتریج ماده بیحسی پدید میآید. جهت جلوگیری از اینگونه آلودگی میبایستی کاربولها را نا لحظه مصرف در محیط خشک نگهداری کرد.

بینی، افتادن گوشه دهان، و کج شدن دهان به سمتی که مورد اثر دارو واقع نشده است. این حالتها موقتی است و فقط تا مادامی که بیحسی اثر دارد باقی میمانند. تنها درمان لازم محافظت از چشم بوسیله چشم بند یا عینک تا زمانی است که رفلکس پلکها بازگردد.

افتادن یکطرفه لب بالا معمولاً بعضی اوقات پس از بیحس کردن عصب تحت کاسه چشمی بوجود میآید. این مساله بخاطر این است که شاخه‌های باکال عصب صورتی که در اطراف سوراخ تحت کاسه چشمی قرار دارند تحت اثر داروی بیحسی واقع میشوند. غالباً این حالت موقتی بوده و هیچگونه درمانی احتیاج ندارد.

کوری موقت - گاهی پس از تزریق بیحسی برای اعصاب دندانانی تحتانی یا دندانانی فوقانی خلفی تاری دید یکطرفه ایجاد میشود. در اینگونه موارد، تزریق مقدار زیاد دارو با فشار بینی از حد باعث میشود که دارو از طریق کانال تحت کاسه چشمی بداخل کره چشم نفوذ کرده و با عصب بینایی تماس پیدا کند. بدلیل مشابه در موقع تزریق بیحسی عصب تحت کاسه چشمی، ناپیایی یا کم بینی موقت ایجاد میشود. فقط باید به بیمار اطمینان داد که این پدیده موقت و زودگذر میباشد.

دیپلوئی یا دوبینی - غالباً نفوذ ماده بیحسی بداخل چشم پس از تزریق جهت بیحس کردن عصب دندانانی فوقانی خلفی باعث تحت کاسه چشمی میتواند فلج موقتی عضلات خارجی چشم را ایجاد کند. این مساله باعث عدم تطابق حرکات چشم شده و باعث دوبینی میشود.

این حالت موقتی بوده و به هیچگونه درمانی احتیاج ندارد.

شکستن سوزن - وقتی که از سوزن یکبار مصرف استیلنس استیل تیز و با تکنیکی که امکان حرکت ناگهانی یا تغییر موضع ناگهانی سوزن وجود نداشته باشد استفاده کنیم امکان شکستن سوزن بسیار کم میباشد.

بیحسی طولانی (پاراستیزیا) - فاکتورهای مختلفی می‌توانند بی‌حسی طولانی (پاراستیزیا) پس از بیحس کردن موضعی یک عصب را ایجاد کنند مثل فشار خونریزی بر روی غلاف عصبی، ترومای عصبی بر اثر برخورد سوزن یا عصب، آلودگی ماده بیحسی و یا موادی مثل الکل. در بیشتر موارد ترمیم عصبی انجام خواهد شد زیرا که عصب قطع نشده است. هرچند که ممکن است ۶ ماه یا بیشتر طول بکشد باید به بیمار در باره اجتناب از گاز گرفتن اتفاقی و یا سوزاندن ناحیه بیحس شده تذکر داد.

تریسموس - یکی از عوارض نادر پس از بیحسی عصب دندانسی تحتانی اشکال در باز کردن دهان می‌باشد. این مساله بدلائل مختلفی ایجاد میشود. تزریق اتفاقی یک ماده محرک بجای یک ماده بیحس کننده ممکن است موجب این مساله باشد. اشتباه در مسیر تزریق و ایجاد خونریزی در عضله رجلی داخلی علت دیگر است. در هر دو مورد اشکال در باز کردن دهان با فاصله کمی پس از تزریق ظاهر میشود. تریسموس دیررس معمولاً در اثر عفونی بودن سوزن تزریق یا نکروز بافتی بدلیل زیادی غلظت ماده و ازوگونستریکتور در محلول بیحسی است.

تریسموس‌های پس از تزریق را میتوان بوسیله شستشوی سرم فیزیولوژی گرم در داخل دهان و بکاربردن کمپرس گرم از قسمت بیرون صورت یا دیاترمی درمان نمود. داروهای شل کننده عضلات در اینگونه موارد بی‌اثر هستند. تا ظهور علامت عفونت آنتی‌بیوتیک تریایی ضروری بنظر نمیرسد. ورزش‌های ملایم فک در جلوگیری از فیبروزه شدن ناحیه مبتلا به خونریزی و تسریع بهبودی و رسیدن به فانکشن نرمال سودمند می‌باشند. وقتی که تریسموس بر اثر سوزن عفونی ایجاد شد پیشنهاد میشود تا کنترل کردن عفونت حرکات فک را محدود کرد.

عفونت بر اثر سوزن - یکی از عوارض نادر پس از تزریق داروی بی‌حسی موضعی، عفونت است. این مساله بیشتر به دلیل آلودگی سوزن یا محلول بیحسی است زیرا بیمار معمولاً قادر

به تحمل کردن فلور طبیعی دهان خود میباشد. اینگونه عفونتها بوسیله آنتی‌بیوتیک و وقتی لازم باشد بوسیله انسیزین و درناژ درمان میشوند. چون غالباً این عفونتها بوسیله میکروارگانسیم‌های غیر هوازی نیز بوجود می‌آیند تا زمانی که نتیجه آنتی‌بیوگرام حاصله از کشت مشخص میگردد، میبایستی پنی‌سیلین، تتراسیکلین یا کلیندامایسین جهت بیمار تجویز شود.

تخریب بافت و ایجاد زخم - ضایعه بافتی و ایجاد زخم غالباً در اثر تزریق مقدار زیاد ماده بیحسی زیر مخاط چسبنده و محکم مثل مخاط کام یا در اثر ایجاد غلظت زیاد ماده وازوگونستریکتور بوجود می‌آیند. گاهی اوقات هر دو فاکتور ممکن است همراه هم ایجاد کننده عارضه باشند. در تمامی موارد در اثر ایسکمی نکروز بافتی ایجاد شده و بافتهای پوشاننده آن محل زخم میشوند. گاهی خصوصاً در کودکان ممکن است بوسیله گاز گرفتن لب‌ها یا گونه در موقعی که بیحس میباشد زخم ایجاد شود. میبایستی به والدین آگاهی داد که مواظب کودکان خود تا زمانی که بیحسی برطرف شود باشند. میباید از استفاده کردن زیاد دهان شویه‌های محرک یا ضد عفونی کننده‌ها در اینگونه موارد خودداری کرد. بهداشت دهان (تمیز کردن دهان) میبایستی از طریق شستشو با نرمال سالین گرم در دهان انجام شود. اگر ناحیه ضایعه دیده دردناک باشد میتوان از یک داروی بیحسی موضعی استفاده کرد و یا با یک لایه نازک بنزوئین روی ضایعه را پوشاند. در بیشتر موارد آنتی‌بیوتیک تریایی توصیه نمیشود.

نتیجه:

هرچند که عوارض متعددی ممکن است همراه با تجویز بیحسی‌های موضعی پیش بیاید ولی با رعایت نکات زیر میتوان از آنها جلوگیری کرد: گرفتن تاریخچه دقیق، آسپراسیون، تزریق صحیح و استفاده کردن از غلظت مناسب ماده بی‌حسی و ماده وازوگونستریکتور. حتی در موارد کمی که پیشگیری امکان ندارد پیش بینی مشکلات و آماده بودن برای درمان آنها شدت ضایعات را کاهش داده و ما را به رفع سریع آنها با کمترین عوارض بعدی راهنمایی

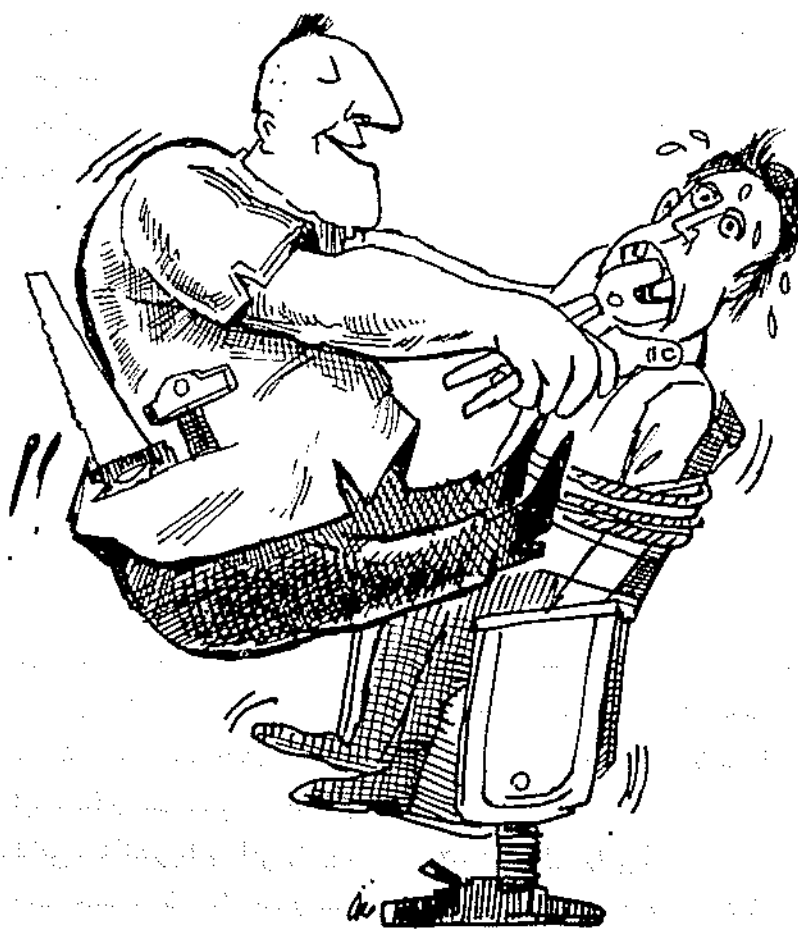
می‌کند.

خلاصه:

با اینکه آمار ایمنی در استفاده از داروهای بی‌حسی چشمگیر است ولی عوارضی نیز ممکن است بوجود آید. این عوارض ممکن است بصورت واکنش‌های سیستمیک نسبت به داروهای بی‌حسی یا واژوکنستریکتور باشد. طبیعت واکنشها ممکن است بصورت سعی یا آلرژیک باشد. واکنشهای روانی، غالباً "ممکن است اشتباهها" مربوط به واژوکنستریکتور

تصور شود که به هم بسیار شبیه می‌باشند. عوارض موضعی که غالباً "بدلیل اشتباه در تکنیک تزریق بوجود می‌آیند ممکن است زودرس یا دیررس باشند.

این عوارض موضعی عبارتند از درد، ایجاد خونریزی، سفید شدن بافت، فلج عصب صورتی، کوری موقت، دوبینی، و شکستن سوزن. عوارض دیررس موضعی شامل: درد، طولانی شدن بی‌حسی یا پاراستزیا، تریسموس، عفونت، زخم یا تخریب بافت می‌باشد در این مقاله دسته‌بندی و درمان این عوارض بررسی گردیده است.



پناه به خدا از جهل و نادانی فریاد کنید