

بررسی شیوع آسیب به دندانها حین لوله گذاری تراشه بوسیله لارینگوسکوپ مکینتاش استاندارد در مقایسه با لارینگوسکوپ مکینتاش تغییر یافته

چکیده

لارینگوسکوپ مکینتاش بیش از نیم قرن است که بعنوان یکی از شایعترین انواع لارینگوسکوپها جهت لوله گذاری بیماران استفاده می شود. در رابطه با آسیب به دندانها، حتی با وجود متخصصین مجرب بیهوشی نیز نمی توان از آسیب به دندانهای پیشین فوقانی جلوگیری کرد. بطور کلی ۳ فاکتور مهم در این آسیب دخالت دارند که عبارتند از: ۱- آناتومی دهان و دندان بیمار ۲- مهارت متخصص بیهوشی ۳- نوع تیغه لارینگوسکوپ. هر ۳ فاکتور بطور همزمان در بروز این آسیبهها دخالت دارند. بر اساس این مطلب، در این تحقیق ما لارینگوسکوپ مکینتاش را جهت کاهش آسیب به دندانها تغییر دادیم (قسمت ابتدایی تیغه برداشته شد). در ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه پس از القای بیهوشی برای لارینگوسکوپی ۱ بار از لارینگوسکوپ استاندارد و ۱ بار از نوع تغییر یافته استفاده کردیم. در بهترین نمای مدخل گلو، فاصله بین هر دو لارینگوسکوپ تا دندانهای پیشین مرکزی فک بالا بوسیله کولیس اندازه گیری شد. نمای مدخل گلو بر اساس درجه بندی CORMACK-LEHANE تعیین شده بود. کلیه این اعمال توسط یک متخصص بیهوشی انجام گرفت و در صورتیکه در فاصله بین ۲ لارینگوسکوپی، درصد اشباع اکسیژن شریانی پایینتر از ۹۰٪ می شد، لارینگوسکوپی قطع و بیمار اکسیژن ۱۰۰٪ می گرفت. در ۲۳ مورد از ۱۰۰ مورد، تیغه لارینگوسکوپ استاندارد کاملاً با دندانها تماس داشت یعنی فاصله بین تیغه تا دندان صفر بود. در مقابل تنها در ۲ مورد از ۱۰۰ مورد، تیغه لارینگوسکوپ تغییر یافته، با دندانها برخورد پیدا کرد. نمای لارینگوسکوپی در تیغه استاندارد بدین ترتیب بود. درجه ۱، ۸۴، ۱ نفر - درجه ۲، ۱۱، ۲ نفر - درجه ۳، ۵، ۳ نفر و درجه ۴، صفر (هیچ بیماری نداشتیم). نمای لارینگوسکوپی در تیغه تغییر یافته شامل درجه ۱، ۲۸ نفر - درجه ۲، ۴۴ نفر - درجه ۳، ۱۸ نفر - درجه ۴، صفر بود. اولین اقدام موفقیت آمیز جهت لوله گذاری بیماران زمانی که از لارینگوسکوپ تغییر یافته استفاده شد، ۷۲٪ بود اما زمانی که از لارینگوسکوپ استاندارد استفاده شد در تمام موارد اولین اقدام موفقیت آمیز بود. با توجه به مسائل فوق باید گفت که تغییر در تیغه لارینگوسکوپ باعث افزایش فاصله دندانها از تیغه لارینگوسکوپ و در نتیجه کاهش فشار و آسیب به دندانها می گردد. اما از سوی دیگر، این تغییر باعث افزایش درجه نمای لارینگوسکوپی شده که نشان دهنده کاهش دید آزمایش کننده است.

*دکتر حمید کمالی پور I

دکتر آصف پرویز کاظمی II

دکتر فرزاد حسینی III

کلیدواژه ها: ۱ - لارینگوسکوپ مکینتاش تغییر یافته ۲ - صدمات دندانها
۳ - عوارض لوله گذاری

مقدمه

در بیمارانی که تحت بیهوشی عمومی قرار می گیرند، یکی از شایعترین عوارض لارینگوسکوپی مستقیم و مطمئن ترین روش حفظ راه هوایی، لوله گذاری نایی است. لوله گذاری نایی، آسیب به دندانهای پیشین فوقانی است که

این مقاله خلاصه ایست از پایان نامه آقای دکتر فرزاد حسینی جهت دریافت مدرک دکترای تخصصی بیهوشی به راهنمایی آقای دکتر حمید کمالی پور و مشاوره دکتر کاظمی، ۱۳۷۹.

(I) استادیار گروه بیهوشی، بیمارستان دکتر فقیهی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز، (*مؤلف مسؤول)

(II) استادیار گروه بیهوشی، بیمارستان دکتر فقیهی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز.

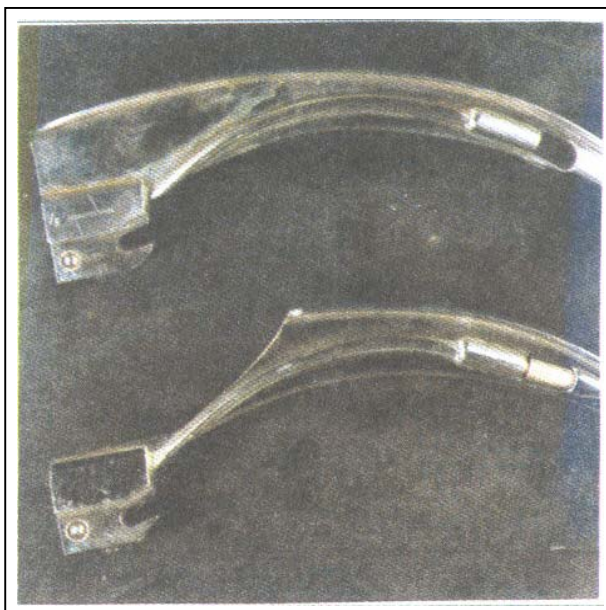
(III) متخصص بیهوشی

روش بررسی

در یک مطالعه آینده نگر تعداد ۱۰۰ بیمار با ASAclass I-II را که جهت عمل انتخابی در لیست اتاق عمل قرار گرفته و دارای دندانهای سالم بودند، با اطلاع قبلی از انجام تحقیق انتخاب کردیم. این بیماران در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند و هیچگونه بیماری زمینه‌ای نداشتند.

باز شدن دهان، اندازه فکها و استقرار حنجره در تمام بیماران طبیعی بود. القای بیهوشی این بیماران توسط میدانزولام $50 \mu\text{g}/\text{kg}$ ، مورفین $1 \text{ mg}/\text{kg}$ ، تیوپنتال $3-5 \text{ mg}/\text{kg}$ و اسکولین $2 \text{ mg}/\text{kg}$ بصورت IV انجام شد قبل از القا، هر بیمار ۱۰ دقیقه با اکسیژن ۱۰۰٪، پراکسیژنه گردید.

پس از اطمینان از شلی کامل عضلات، برای هر بیمار ۲ بار لارینگوسکوپ مستقیم انجام شد که یک بار با نوع مکینتاش استاندارد شماره ۳ و یک بار با نوع مکینتاش تغییر یافته شماره ۳ که قسمت ابتدایی تیغه لارینگوسکوپ برداشته شده بود، انجام شد (شکل ۱- الف و ب).



شکل ۱- الف

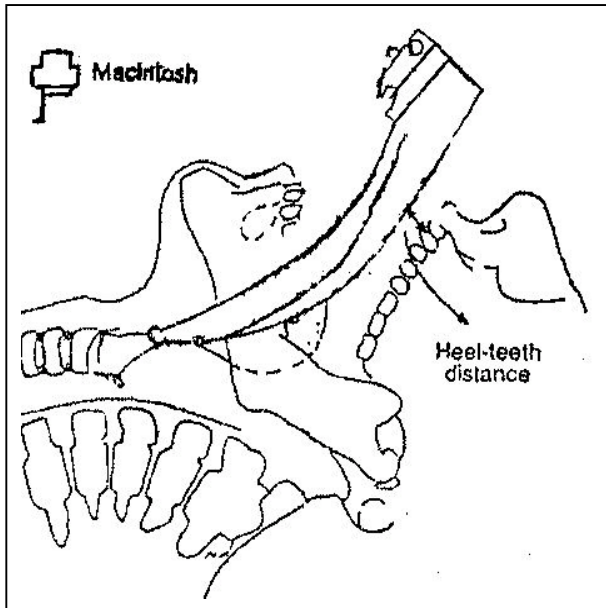
در بعضی از منابع تحقیقاتی ۱:۴۵۰۰ --- ۱:۱۵۰ گزارش شده است (۱ و ۲). بطور کلی ۳ فاکتور مهم در آسیب به دندانهای پیشین فوقانی دخالت دارند ۱- آناتومی دهان و دندان بیمار ۲- مهارت متخصص بیهوشی ۳- نوع تیغه لارینگوسکوپ.

آناتومی دهان و دندان در بیماران با هم تفاوت‌های زیادی دارند و بطور کلی این فاکتور در بیماران، صددرصد قابل پیش بینی نیست و متخصصین بیهوشی نیز دارای مهارت‌های متفاوتی هستند که بستگی به تجربه و مهارت کاری آنها دارد.

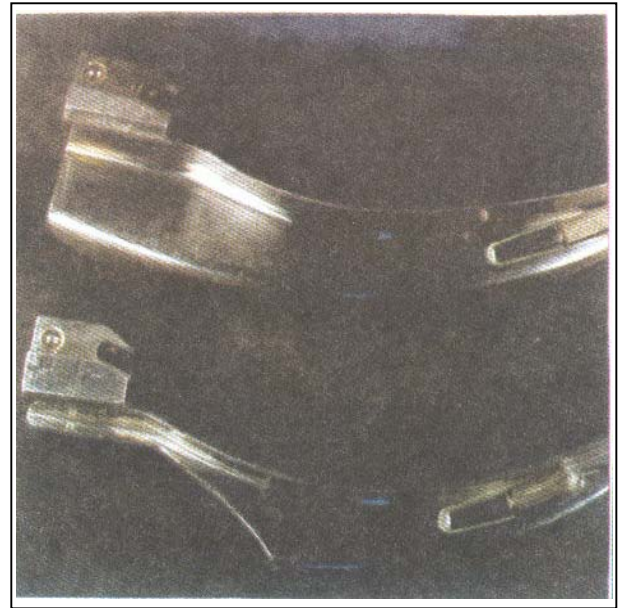
تنها فاکتوری را که می‌توان در بیماران مختلف و در دست همه متخصصان بیهوشی طوری تغییر داد که توانایی لوله‌گذاری را تسهیل کند تغییر و تعیین نوع لارینگوسکوپ است (۳).

ما در این تحقیق تصمیم به تغییر شایعترین نوع لارینگوسکوپ، یعنی لارینگوسکوپ با تیغه خمیده گرفتیم، بطوریکه بتواند آسیب به دندانهای پیشین فوقانی را بطور قابل توجهی کاهش دهد (۴ و ۵).

نکته دیگری که در لارینگوسکوپ اهمیت دارد، دید متخصصین بیهوشی از گلو و طنابهای صوتی است. راه هوایی قابل مشاهده توسط لارینگوسکوپ را به ۴ درجه بر اساس درجه‌بندی Cormack-Lehane (C&L) تقسیم می‌کنند که عبارتند از: ۱- گلو و طنابهای صوتی بطور کامل دیده می‌شود ۲- اپی‌گلو و قسمت خلفی گلو و طنابهای صوتی دیده شود ۳- تنها اپی‌گلو دیده می‌شود ۴- حتی اپی‌گلو هم قابل رویت نیست. این درجه بندی از این نظر اهمیت دارد که در دید مستقیم متخصص بیهوشی، هر چه این درجه بندی دارای درجه بیشتری باشد لوله‌گذاری بیمار مشکلتر خواهد بود. بطوریکه در درجه ۱، لوله‌گذاری نای با لارینگوسکوپ از نظر تکنیکی راحت و به همین ترتیب در بیمارانی که دارای درجه ۴ هستند یعنی تنها کام نرم آنها قابل مشاهده است، لوله‌گذاری نای با لارینگوسکوپ مستقیم از نظر تکنیکی بسیار مشکل و یا حتی غیر ممکن خواهد بود (۶).



شکل شماره ۲- روش لارینگوسکوپی و نحوه اندازه‌گیری فاصله بین تیغه لارینگوسکوپ با دندانها



شکل ۱- ب

شکل شماره ۱- در هر دو شکل (الف) و (ب) تصویر بالایی تیغه مکتناش تغییر یافته و تصویر پایینی تیغه مکتناش استاندارد می‌باشد

نتایج

در این تحقیق ۲ موضوع مهم مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل اندازه‌گیری فاصله بین تیغه لارینگوسکوپ و دندانهای پیشین فوقانی و تغییر نمای لارینگوسکوپ در ۲ نوع لارینگوسکوپ استاندارد و تغییر یافته بود. میانگین فاصله بین تیغه هلالی شکل لارینگوسکوپ استاندارد با دندانها (SD ۰/۹۷+ ۱/۲۵ میلی‌متر و میانگین فاصله تیغه لارینگوسکوپ تغییر یافته با دندانها (SD ۱/۴۲+ ۳/۴۶ میلی‌متر بود که این نتایج در ۱۰۰ بیمار که با لارینگوسکوپیهای استاندارد و تغییر یافته لوله‌گذاری شدند بدست آمد (نمودار شماره ۱ و جدول شماره ۱). از ۱۰۰ لارینگوسکوپی انجام شده با لارینگوسکوپ استاندارد در ۲۳ مورد تیغه هلالی شکل لارینگوسکوپ کاملاً با دندانها تماس داشت، یعنی فاصله بین تیغه لارینگوسکوپ و دندان صفر بود و در مقابل تنها در ۲ مورد از ۱۰۰ لارینگوسکوپی انجام شده با لارینگوسکوپ تغییر یافته، تیغه لارینگوسکوپ با دندانها برخورد کرد، یعنی فاصله تیغه با دندانها در ۲ مورد صفر بود. در ۷۲ بیمار (۷۲٪) اولین تلاش برای لوله‌گذاری موفقیت آمیز بود در حالیکه در همه بیمارانی که با لارینگوسکوپ استاندارد لوله‌گذاری شدند، اولین اقدام برای

تکنیک لارینگوسکوپی در هر دو نوع لارینگوسکوپ، یکسان بود بدین ترتیب که ابتدا تیغه از سمت راست دهان وارد و پس از هل دادن زبان به سمت چپ، تیغه لارینگوسکوپ در خط وسط به سمت قدام و پایین حرکت داده شد تا اپی‌گلوٹ قابل رویت شود، سپس تیغه لارینگوسکوپ را به سمت بالا و جلو هدایت کردیم تا نمای مدخل گلوٹ نمایان شود. در بهترین نمای ممکن از لارینگوسکوپی به کمک دستیار همراه، فاصله بین تیغه لارینگوسکوپ تا دندان پیشین فوقانی بوسیله کولیس اندازه‌گیری شد (شکل شماره ۲). نمای گلوٹ مشاهده شده نیز بر اساس درجه‌بندی (C&L) مشخص گردید. این عمل برای هر دو لارینگوسکوپ در یک بیمار بلافاصله بعد از دیگری انجام می‌شد و اگر بین ۲ لارینگوسکوپی، اشباع اکسیژن شریانی که توسط دستگاه پالس اکسی‌متر کنترل می‌شد به کمتر از ۹۰٪ می‌رسید، لارینگوسکوپی قطع و به بیمار اکسیژن ۱۰۰٪ با ماسک داده می‌شد. تمام اعمال لارینگوسکوپی در بیماران توسط یک متخصص بیهوشی انجام شد.

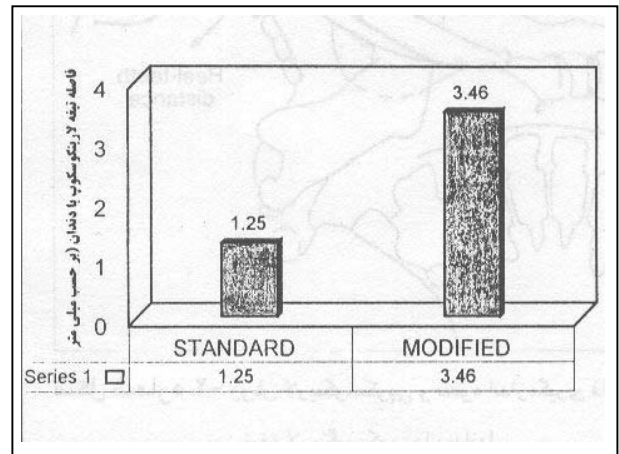
لوله‌گذاری موفقیت‌آمیز بود.

می‌دهد که حتی بالا بردن سطح آموزش دستیاران بیهوشی

جدول شماره ۱- مقایسه درجه دید براساس درجه‌بندی (C&L) و فاصله لارینگوسکوپ با دندان در ۲ نوع لارینگوسکوپ استاندارد و تغییر یافته

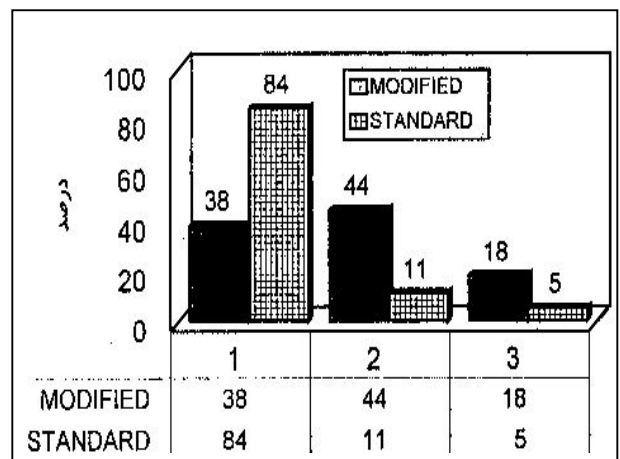
نوع لارینگوسکوپ	تعداد	دید				میانگین فاصله تیغه لارینگوسکوپ با دندانها (بر حسب میلی‌متر)
		۱	۲	۳	۴	
استاندارد	۱۰۰	۸۴	۱۱	۵	۰	$1/25 + (0/97 \text{ SD})$
تغییر یافته	۱۰۰	۳۸	۴۴	۱۸	۰	$3/46 + (1/42 \text{ SD})$

هم تأثیری در کاهش آسیب به دندانها ندارد(۷). تغییر در تیغه لارینگوسکوپ یکی از راههای کاهش آسیب به دندانها می‌باشد(۵). آنچه که در نتایج این تحقیق مشخص شد، افزایش قابل توجه در فاصله دندانهای پیشین فوقانی از تیغه لارینگوسکوپ مکینتاش تغییر یافته، در مقایسه با لارینگوسکوپ مکینتاش استاندارد بود که می‌تواند در کاهش نیروی وارد به دندانهای پیشین فوقانی و به دنبال آن کاهش آسیب به آنها نقش داشته باشد. در واقع می‌توان گفت که با کاهش ارتفاع قسمت ابتدایی تیغه لارینگوسکوپ مکینتاش می‌توان آسیب به دندانها را کاهش داد. نتایج ما مشابه تحقیقاتی است که توسط دکتر باکس روی لارینگوسکوپ مکینتاش تغییر یافته (برداشتن قسمت ابتدایی تیغه) صورت گرفته بود با این تفاوت که بجای اندازه‌گیری فاصله بین تیغه و دندانهای پیشین فوقانی، نیروی وارد بر دندانها را بر حسب نیوتن اندازه‌گیری نموده و نتیجه‌گیری کردند که کاهش قسمت ابتدایی تیغه در کاهش آسیب به دندانها مؤثر می‌باشد(۹و۸). در تحقیقی دیگر که توسط دکتر واتانابه و همکارانش در بیمارستانهای ژاپن صورت گرفته بود از یک نوع لارینگوسکوپ Belscope استفاده کرده بودند، که با بوجود آوردن زاویه و خم در تیغه، باعث افزایش فاصله تیغه و دندانها در هنگام لارینگوسکوپ شدن و نتیجه‌گیری کردند که افزایش فاصله بین تیغه و دندانها سبب کاهش آسیب به آنها می‌شود(۱). این نتیجه نیز تأییدی بر نتایج ما در این مطالعه می‌باشد در تحقیق دکتر واتانابه ۲ بیمار دچار شکستگی و جدا شدگی دندان شدند که شیوع این آسیب در مورد بیمارهای وی ۱/۱۹۱ بود اما در بررسی ما هیچکدام از بیماران دچار آسیب نشدند(۱). آنچه که از نتایج حاصل از بررسی نمای لارینگوسکوپ در تحقیق ما



نمودار شماره ۱- مقایسه میانگین فاصله لارینگوسکوپ با دندانها به تفکیک نوع لارینگوسکوپ

نمای لارینگوسکوپ که براساس درجه‌بندی (C&L) در ۲ نوع لارینگوسکوپ استاندارد و تغییر یافته اندازه‌گیری شد تفاوت قابل توجهی را نشان داد(نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۲- مقایسه درصد بیماران به تفکیک درجه دید و نوع لارینگوسکوپ

بحث

یکی از شایعترین عوارض لارینگوسکوپ‌ی آسیب به دندانها است که در ۴۰۰: ۱ موارد احتیاج به کشیدن و ترمیم دندان پیدا می‌کند(۲). بررسیهای انجام شده نشان

تحت لارینگوسکوپ مستقیم قرار می‌گیرند می‌شود. کاهش قابل توجه دید و در نتیجه افزایش درجه نمای لارینگوسکوپ از مدخل گلو در بیمارانی که توسط لارینگوسکوپ تغییر یافته لوله‌گذاری شدند بودند، نشان دهنده کاهش شانس موفقیت در لوله‌گذاری بیماران است. اما با وجود این مسئله پیشنهاد می‌شود که با استفاده روز افزون از لارینگوسکوپ تغییر یافته و بدست‌آوردن مهارت کافی در استفاده از آن، بتوان از صدمه به دندانهای پیشین فوقانی در حین لارینگوسکوپ جلوگیری نمود.

منابع

- 1- Watanabe S., Suga A., Asakura N., et al., Determination of the distance between the laryngoscope blade and the upper incisors during direct laryngoscopy: comparisons of a curved, an angulated straight, and two straight blades, *Anesth Analg*, 1994, 79: 638
- 2- Warner ME., Benefield SM., Warner MA., et al., perianesthetic dental injuries: Frequency, outcomes, and risk factors. *Anesthesiology*, 1999, 90:1302-1305.
- 3- Hastings RH, Hon ED, Nghiem C, et al: Force and torque vary between laryngoscopists and laryngoscope blades. *Anesth, Analg*, 1996. 82: 462.
- 4- Bucx MJL, Snijders CJ, Vangeel RTM, et al., Forces acting on the maxillary incisor teeth during laryngoscopy using the macintosh laryngoscope, *Anesthesia* 1994, 49: 1064.
- 5- Bucx MJL: An evaluation of biomechanically modified macintosh. *Laryngoscope*, *Anesthesiology* 1996, 85: 436.
- 6- Wilson ME, Speigenhalter D, Robertson JA, et al: Predicting difficult intubation, *Br J Anesth*, 1988, 61: 211.
- 7- Yamakawa M; Sato T; Mitsuse T; et al: The level of Anesthesia resident training dose not affect the risk of dental injury, *Journal of Anesthesia*. 2000; 14: 42-45.
- 8- Bucx MJL; Snijders CJ; Van der Vegt MH; et al., An evaluation of a modified Macintosh Laryngoscope in a manikin, *Can J Anesth*. 1998; 45, (483-487).
- 9- Bucx MJL; Snijders CJ; Van der Vegt MH; Holstein JD; et al., Reshaping the macintosh blade using biomechanical modeling, *Anesthesia*. 1997, 52: 662-667.

بدست آمد کاهش قابل توجه در دید لارینگوسکوپ بود بطوریکه در ۴۹ بیمار، درجه نمای لارینگوسکوپ بر اساس درجه بندی (C&L) ۱ درجه و در ۵ بیمار، ۲ درجه افزایش نشان داد و در ۴۶ بیمار، بدون تغییر باقی ماند که نتیجه آن کاهش نمای لارینگوسکوپ و به تبع آن، کاهش موفقیت در لوله‌گذاری بود. بطوریکه در این تحقیق مشاهده گردید در ۷۲٪ از بیماران آزمایش شده توسط لارینگوسکوپ تغییر یافته، اولین تلاش برای لوله‌گذاری موفقیت آمیز بود. این کاهش دید به ۲ علت می‌باشد ۱- نمایان شدن زبان از قسمت برداشته شده تیغه لارینگوسکوپ، که سبب کاهش دید می‌شود. ۲- عدم اهرم کردن تیغه لارینگوسکوپ روی دندان که معمولاً برای بهتر دیدن مدخل گلو انجام می‌شود. در حالیکه در تمام بیمارانی که توسط لارینگوسکوپ استاندارد لوله‌گذاری شده بودند اولین اقدام موفقیت آمیز بود. در مقاله دکتر باکس اولین اقدام موفق برای لوله‌گذاری توسط لارینگوسکوپ تغییر یافته، ۱۶ بیمار از ۲۴ بیمار مورد بررسی یعنی ۶۷٪ بود. از مجموع بیمارانی که با لارینگوسکوپ استاندارد لوله‌گذاری شدند در تحقیقات ما تعداد ۸۴ نفر درجه ۱، ۱۱ نفر درجه ۲ و ۵ نفر درجه ۳ بودند و در درجه ۴ هیچ بیماری نداشتیم. در تحقیقات دکتر واتانابه این اعداد به ترتیب ۸۵، ۱۵، صفر و صفر بود. از مجموع بیمارانی که در این تحقیق، با لارینگوسکوپ تغییر یافته لوله‌گذاری شدند تعداد ۳۸ نفر درجه ۱، ۴۴ نفر درجه ۲ و ۱۸ نفر درجه ۳ بود و درجه ۴ نیز نداشتیم که این آمار نشان دهنده کاهش قابل توجه دید آزمایش کننده و افزایش درجه نمای لارینگوسکوپ است. البته این مطلب را نباید از نظر دور داشت که شاید کمی تجربه در لارینگوسکوپ با نوع لارینگوسکوپ تغییر یافته، در نتایج حاصل از نمای لارینگوسکوپ تأثیر گذاشته باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که لارینگوسکوپ مکینتاش تغییر یافته می‌تواند با افزایش فاصله بین تیغه لارینگوسکوپ و دندانهای پیشین فوقانی و کاهش نیروی وارد بر آنها باعث کم شدن آسیب به دندانها شود. در واقع کاهش ارتفاع قسمت ابتدایی تیغه لارینگوسکوپ موجب کاهش عوارض دندانی در بیمارانی که

STUDY OF COMPARISON OF DENTAL INJURIES DURING ENDOTRACHEAL INTUBATION BETWEEN STANDARD AND MODIFIED MACINTOSH LARYNGOSCOPE

^I
*H. Kamalipour, MD ^{II}
A. p. Kazemi, MD ^{III}
F. Hosseini, MD

ABSTRACT

The Macintosh Laryngoscope has proved itself over half a century and is still one of the most popular laryngoscopes. Even in experienced hands, however, complications can occur notably damage to the maxillary incisors. Damage to teeth is reported to be the most common single reason for complaints against anesthesiologists. Dental injuries could be caused by friction or by contact of the upper teeth with a hard blade during a rigid laryngoscopy there are three major groups of causative factors;

1- unfavorable patient anatomy, 2-the skill of the laryngoscopist, 3-the design of the laryngoscope blade. Generally a combination of these factors is responsible. We modified macintosh laryngoscope for reduction of dental complication when the optimum visibility of the glottis was obtained. 100 elective surgical patients scheduled for general anesthesia with endotracheal intubation, were enrolled in this study. After induction, they were intubated using both the modified and standard macintosh laryngoscope. The distance between the blade and the upper central incisors was measured when the optimum visibility of the glottis was obtained. The visibility was determined according to the Cormack-Lehane grading. All laryngoscopies were performed by the same anesthesiologist. If a spo₂ value decreased to less than 90% the measurement of the blade-tooth distance was to be interrupted temporarily while the patients was further ventilated with O₂ 100%.

Visibility in standard blade were, grade 1=84%, grade 2=11%, grade 3=5% and grade 4=0, and for modified blade were, grade 1=38%, grade 2=44%, grade 3=18% and grade 4=0. The first intubation attempt was successful in 72pt (72%) of the modified blade group and in all patients of the standard blade group. The modification resulted in reduction of the forces and damage on the teeth but increased of the laryngoscopic view, also, the modification resulted in reduction of the success of intubation. These results suggest that laryngoscope blade with low proximal step, might be less traumatic than blade in which proximal step is high.

Key Words: 1) Modified macintosh laryngoscope 2) Tooth injury

3) Complication of Endotracheal intubation

This article is a summary of the thesis of the degree of specialty in Anesthesiology of F. Hossaini MD. under supervision of H. Kamalipour and A.p. Kazemi, 2000.

I) Assistant professor of Anesthesiology, Faghihi hospital, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran. (*Corresponding author)

II) Assistant professor of Anesthesiology, Faghihi hospital, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran.

III) Anesthesiologist