الفصل ٣

السيطرة على الألم والقلق: الاختيار والتهيئة للتهدئة الواعية أو التخدير

Control of Pain and Anxiety: Selection and Preparation for Sedations or Anaesthesia

جي. بيدلر

- يتسبب العلاج الجراحي في ألم بالغ في غياب الاحتياطات المناسبة.
- يتفق أغلب الأشخاص (حوالي ٢٥٪ من سكان المملكة المتحدة) على أن القلق الشديد هو المانع الرئيس للبحث عن علاج الأسنان والمعالجات الجراحية الأخرى.
- على الرغم من استخدام التخدير العام للسيطرة على الألم والقلق في السابق إلا أن استخدامها غير آمن وغير مناسب في العيادات الخارجية.
- يعتبر توفير واختيار أساليب السيطرة على الألم و القلق في عيادات الأسنان بالغ الأهمية.
- يتوقع المرضى أن تتوفر أساليب فعالة ومناسبة للسيطرة على الألم والقلق.

المعرفة المفترضة

يجدر بك في هذه المرحلة أن تكون لديك القدرة والمعرفة العلمية والكفاءة العملية في المجالات التالية:

- أساسيات التخدير الموضعي.
- الأدوية المستخدمة لتخفيف الألم والقلق بما فيها التهدئة الواعية.
- أساليب التخدير العام.
- أساسيات السيطرة السلوكية.

إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل أو الاستعانة بمراجع أخرى عند الحاجة إلى ذلك.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك القيام بالتالي:

- اختيار الأسلوب المناسب للسيطرة على الألم.
- اختيار أسلوب السيطرة على القلق.
- تحضير المريض للتهدئة الواعية أو التخدير العام.
- التنبؤ بالمشاكل المرتبطة بكل من هذه الأساليب وتفاديها.

الهدف من دراسة هذا الفصل

يتعذرعرض كل المواضيع ذات العلاقة بالسيطرة على الألم والقلق في مجال جراحة الفم في هذا الكتاب، وعزاؤنا أن هناك العديد من الكتب التي تبحث في هذا المجال بكل إسهاب وبالخصوص في مجال جراحة الفم والوجه والفكين. وبما أننا لا نحبذ أن يكون هذا الجزء الرئيس في السيطرة على الألم والقلق منفصلاً عن أجزاء المعالجة الجراحية فقد تم تلخيص النقاط الأساسية المرتبطة بمجال الجراحة من أجل أن تكون المعالجة أكثر قبولاً من قبل المريض وكذلك الطبيب.

الألـم

ما هو الألم؟

الألم هو رد فعل دفاعي ينشأ إثر أي أذى فعلي أو حسي ومن أهم ما يميزه عدم الرغبة في حدوثه ثانية، وتزداد حدته حتماً في أسوأ أوضاعه. ينشأ الألم بأشكال متعددة ويمكن التمييز ما بين ما هو حاد كغزة الإبرة وما هو خفيف كألم المجهود العضلي، ويعد التصنيف البسيط للألم في كونه ألماً سريعاً أو حاداً (النوع ١) أو ألماً مزمناً أو بطيئاً (النوع ٢) ذا أهمية بالغة في اختيار العلاج حيث يبدو أن النوع الثاني أكثر استجابة للمسكنات من النوع الأول. ومع ذلك، فإن هناك العديد من التصنيفات والأوصاف المختلفة للألم مثلها مثل تعدد الحالات المسببة للألم والمختلفة أساساً في طبيعتها، فعلى سبيل المثال يستخدم الوصف مغص لألم البطن والألم النابض للخراج والألم الباهت لاضطراب العضلات الوجهية. ويحدث الألم نتيجة مثيرات عدة، منها على سبيل المثال الإصابات الغائرة، والضغط، والمؤثرات الحرارية والكهربائية والالتهابات، والتعب العضلي، وجميع الأنسجة عرضة للألم ما عدا مينا الأسنان (dental enamel).

يُعنى هذا الفصل بالآلام الناتجة عن الجراحة وخصوصاً عند تجاهل التخدير الموضعي، وكذلك الآلام ما بعد الجراحة والتي عادة تقترن بالالتهابات. وعلى الرغم من تعريف الألم على أنه رد فعل دفاعي إلا أنه عديم الفائدة ويتحتم منع حدوثه خلال وبعد الجراحة، ويعد أفضل من يصف الألم المريض نفسه؛ ولذا يجب عدم تبريره عند حدوثه على أنه شعور بالضغط أو الحركة أو ما شابه ذلك، بل يتوجب معالجة الأمر بشكل جدي. إن الشعور بالألم يستدعي استحضار أعلى درجات الوعي والتي قد تتأثر بالعواطف وحالة السأم ودرجة التوقعات، وقد يزيد فرط تحسس أطراف الجهاز العصبي الموضعي للموصلات الكيميائية من الإحساس بالألم وربما يكون هذا هو السبب الرئيس لفشل التخدير الموضعي خصوصاً إذا امتدت معاناة المريض لعدة أيام.

كيف تميز الألم؟

ينبه غالبية المرضى إلى حدوث الألم خلال المعالجة الجراحية ولكن البعض ربما لا يُقدم على ذلك لصعوبة الاتصال أو حتى ليتجنب إزعاج الطبيب المعالج، وقد يعتقد البعض أن حدوث الألم واقعٌ لامحالة. ويستدل على الألم ببعض العلامات الواجب ملاحظتها كازدياد حركة وتوتر الجسم أو فتح العين، أو إغلاقها بشدة، وأحياناً اتساع حدقة العين، وشحوب الجسم، وغزارة التعرق، وقد يعبر عن ذلك في بعض الأحيان بارتفاع الصوت سواء كان أنيناً أو صراخاً، وكل هذا يستدعى التدخل السريع.

القلق

ما هو القلق؟

يعرف القلق (anxiety) بأنه رد فعل دفاعي تتراوح درجته ما بين انزعاج وخشية إلى خوف ورعب صريح، ويحدث عند التنبؤ بحدث غير محمود يتوجب تفاديه. والقلق، مثل الألم يتطلب بالإضافة إلى إقرار وجوده معرفته وقياسه، وربما يكون للشعور بالقلق ما يبرره. فمثلاً، عندما يجد شخصٌ نفسه على جرف أو عندما يفشل في تقدير سرعة سيارة قادمة تجاهه فإنه يتحرك إلى الجانب الآخر بسرعة لتفادي الخطر، وربما يدفع القلق آخرين إلى القفز بعيداً أو إلى الخروج عن الطريق الرئيس. ولا يمكن تبرير القلق من علاج الأسنان لما يترتب عليه من معاناة ومن وضع العراقيل أمام البحث عن العلاج؛ ولذا فإن من واجبات طبيب الأسنان تقليل حدة المعاناة والقلق ما أمكن ذلك.

تتسبب بعض درجات القلق في تعريض المريض للخطر، فمثلاً قد يتعرض المريض للذبحة الصدرية (angina pectoris) أو إلى ما هو أسوأ من ذلك، خصوصاً إذا كان يعاني من قصور متوسط أو شديد في تروية عضلة القلب الناتج عن زيادة جهد القلب، وتصلب الشرايين التاجية التي تمد العضلة القلبية بالكمية المطلوبة من الدم المؤكسد. إن الخوف من أي شيء أو حتى من أي موقف أو فكرة ليس بالضرورة أن يظهر للعيان، ولكن قد يعبر عنه بالرهاب، وتكمن الصعوبة في هذا عندما يستحيل تمييز الخوف من علاج الأسنان مما هو رهاب مرضي.

كيف تميز القلق؟

يُعد وصف المريض لحالته بالغ الأهمية، فقد يسهب بعض المرضى في طرح كل ما يقلقهم بشأن علاج الأسنان إلا أن بعضهم وخاصة الرجال منهم يجدون صعوبة في الاعتراف بالخوف، خصوصاً عندما يكون ذلك غير مبرراً منطقياً؛ ولهذا فقد يشوب الغموض إثبات حقيقة القلق ودرجة حدته. إن من الأهمية بمكان مراعاة حدة القلق وتقييم درجته عند كل الأشخاص، ويمكن التعرف على دلائل القلق من لغة الجسم، وطريقة جلوس المريض، ومن ملامح وجهه، فقد تبدو علامات الجهاز العصبي الودي (السمبثاوي) مثل شحوب الوجه وغزارة التعرق أحد أهم مؤشرات القلق إضافة إلى ظهور بعض السلوكيات الشاذة كإلغاء أو غياب مواعيد العلاج، أو الظهور بمظهر عدواني أو التجهم بالبكاء، أو الزيادة المضطرده في معدل النبض وضغط الدم.

التخدير الموضعي

لماذا تستخدم المخدرات الموضعية؟

يعد التخدير الموضعي (local anaesthesia) الوسيلة الأكثر انتشاراً في تسكين الألم في طب الأسنان، وتتعدد طرق إعطائه كما تتعدد مواده الكيميائية، ويتم الاختيار عادة بناء على صحة المريض وعلى دوائية المادة المخدرة نفسها، وتعتبر المواد المخدرة المستخدمة في طب الأسنان عالية الأمان، حيث يصل عدد العبوات المستخدمة من قبل أطباء الأسنان في المملكة المتحدة إلى عشرات الملايين كل سنة، ولا يزيد معدل الوفيات في مرضى الأسنان الذين لا تتم معالجتهم تحت التخدير العام – على الأغلب – عن حالة واحدة في السنة. وقد لا يكون التخدير الموضعي هو سبب الوفاة، إذ قلما تجد مادة طبية لها نفس درجة أمان التخدير الموضعي. إضافة

إلى أن هذه العقاقير تتميز بالفاعلية، حيث يمكن إنجاز كل معالجات الأسنان دون ألم يذكر، ويمكن كذلك إبقاء ألم الإبرة عند إعطاء الدواء إلى أقل ما يمكن توقعه.

الخلاصة: الألم والقلق

- يعتبر كليهما رد فعل دفاعي.
- يؤثر كلاهما سلباً على العلاج الجراحي وقد يكون لهما أضرار بالغة.
- يسهل تمييز الآلام الجراحية الحادة من آلام ما بعد الجراحة.
- يمكن التعرف على الألـم بواسطة ما يقوله المريض، أو يظهر من حركته، أو حركة عيونة وشحوب لونه وغزارة تعرقه.
- يتكون القلق من عدة انفعالات مختلفة.
- يستدل على القلق إن لم يتحدث المريض عنه بملاحظة لغة الجسم، وزيادة نشاط الجهاز العصبي الودي، وغياب مواعيد العلاج، والسلوك العدواني.

منع الإحساس بالألم عند إعطاء التخدير الموضعي

يؤدي استخدام مادة ليدوكايين (lidocaine) أو بنزوكايين (benzocaine) في هيئة عجينة أو هلام أو رذاذ على أنسجة الفم إلى فقدان الإحساس لعمق بضعة مليمترات. وقد يستمر مفعوله لدقائق عدة مما يساعد على إبطال ألم اختراق الإبر السطحية، وبالتالي يساهم في التأثير على الأشخاص شديدي الخوف من وخز الإبر، إلا أن فعاليتة تتضاءل مع الإبر العميقة كما في الإحصار السنـي السفـلي أو إحـصار العصـب الحنـكي الكبير؛ لصعوبة نفاذه إلى مواقع الأعصاب العميقة. وبما أن استعمال التخدير الموضعي السطحي لا يخلو من الضرر، فإن انتشاره خارج الفم مدعاة إلى تخدر غير مرغوب فيه.

وبما أن استخدام مادة ليدوكايين في التخدير السطحي للجلد محدود الفائدة، فإن مستحضر إملا التجاري (EMLA™) قادر على اختراق الجلد بما فيه الكفاية إذا ترك على الجلد لمدة لا تقل عن ساعة واحدة، ويعتقد أن فعالية هلام أميثوكايين (Amethocaine) تظهر في وقت أقصر إذا ما قورنت بمستحضر إملا، ولكنة قد يتسبب في حساسية الجلد. إضافة إلى ما سبق، فإن تقليل الحس بوخز الإبر يتحقق عن طريق المعاملة اللطيفة وبمصاحبة إلهاء المريض عن طريق الضغط مثلا على الخد بواسطة الإبهام أو أصبع السبابة، حيث يعتقد أن مثل هذا كفيل بتنشيط الجهاز العصبي، أو ما يسمى بنظرية البوابات في الألم (gate mechanism)، علماً أن اختراق الإبر للأنسجة بسرعة يقلل من الحس بالألم وخصوصا إذا ما تم شد الأنسجة مقارنة مع ما يمكن الشعور به عند دفع الإبر ببطء وبأسلوب لطيف.

امتداد فعالية التخدير المطلوبة

تتطلب المعالجة الجراحية تخديراً فاعلاً وشاملاً، فعلى سبيل المثال يتوجب عند الرغبة في رفع سديلة مخاطية سمحاقية أن يشمل التخدير كل منطقة الجراحة بما فيها الشريحة وأطرافها والتي تخترق فيما بعد بإبر الخياطة عند تمام المعالجة. أما عند إجراء جراحة لعدد من أرباع الفك فيجب مراعاة كمية المادة المخدرة المطلوبة، إذ إن قلع ثلاثة أضراس من كل ناحية من الفك في زيارة واحدة يتطلب كمية كبيرة من المادة المخدرة، وقد تتعدى هذه الكمية الجرعة الموصى بها.

فشل التخدير الموضعي

يعد الفشل في الحصول على تخدير فعال مع أول محاولة لاستخدام التخدير الموضعي في جراحة الفم أمراً وارداً، ويعزى ذلك إما إلى الإحساس بالألم وإما لوجود التهابات موضعية ينتج عنها تحسس عصبي موضعي مفرط وقد تتفاقم هذه المشكلة عند المرضى المذعورين من علاج الأسنان خصوصاً المرضى الذين يؤجلون زيارة الطبيب حتى تشتد المشكلة، ويمكن القول إن هناك علاقة طردية بين فشل التخدير وزيادة القلق.

معالجة فشل التخدير الموضعي

- مراجعة العلامات التشريحية.
- معاودة الحقن مرة أخرى.
- مراعاة استخدام الطرق البديلة أو الإضافية.
- السيطرة المبدئية على الألم والالتهابات ومعاودة الكرة بعد أسبوع على الأقل.
- اعتبار القلق كأحد أسباب الفشل.

يزداد فشل التخدير الموضعي مع استخدام التخدير الناحي (block anaesthesia) وذلك لأسباب موضعية، وعلى الرغم من مراعاة العلامات التشريحية للدلالة على موقع العصب إلا أنه لا يوجد شخصان متشابهان؛ ولهذا فإن مراعاة التباين بين الأفراد أمر بالغ الأهمية. إن تكرار الفشل عند إعطاء التخدير الناحي يستدعي مراجعة المعالم التشريحية ومراعاة التوصيات المقترحة، فنادراً ما يكون الفشل نتيجة زيوغ الوصلات العصبية، ويمكن الاطلاع على ما وصفه ماكين (Meechan, 1999) في معالجة الفشل في التخدير الموضعي.

السيطرة على القلق بدون أدوية

يمكن السيطرة أحياناً على القلق بدون أدوية على الرغم من تعدد العوامل المؤثرة سلباً على درجاته، فقد يؤدي التوجس والانزعاج من الألم وفقدان الثقة إلى تعاظم الشعور بالقلق. ومن منظور عكسي، فإن تعامل طاقم العلاج يلعب دوراً رئيسا في مواساة المريض، حيث لا يجب إخطار المريض بالتفصيل عن النتائج المذمومة من العلاج على الرغم من أهمية الشفافية في ذلك، وما هو مطلوب سوى إخبار المريض بإمكانية شعوره بالضغط وسماع أصوات دون الإحساس بالألم. إن لهذا الأسلوب دوراً إيجابياً في طمأنة المريض والخروج بعد ذلك بنتائج مختلفة عما يمكن توقعه.

إن طول فترة الصمت حين مقابلة المريض تزيد من قلقه؛ ولذا ينصح أن يستمر الطبيب في المحادثة دون التكرار وتجنب طرح الأسئلة في صورة استفسارات كالقول: هل أنت بصحة جيدة؟. إن مثل هذا يؤدي حتماً إلى اعتقاد المريض أن هناك شكوكاً في أقواله، وربما يؤدي هذا بالتالي إلى أن يتخذ المريض قرارات تؤثر سلباً على علاجه. إن من المناسب إبقاء الحديث قريباً من رغبة المريض وبأسلوب قصصي جذاب في جو مريح مدعوم بالموسيقى الهادئة وفي عيادة مجهزة بزخرفة خاصة. ويمكن تقليل نسبة القلق بالإيحاء للمريض أن يتخيل نفسه مسترخيا على رمال إحدى الشواطئ المشمسة كنوع من أساليب الإلهاء. إضافة إلى أن المرونة في تنفيذ خطط العلاج وتحقيق رغبات المريض كقلع عدد محدود من الأسنان دون قلع جميعها، وإن كان ذلك مطلوباً، والبدء بالعمليات الجراحية الأصغر والأقل رعباً وفي أوقات مختارة من النهار، كفيل بمنح المريض الطمأنينة وكسبه ثقته.

أما التنويم المغناطيسي والذي يعتبر أحد الأساليب المنهجية في العلاج النفسي فله تأثير إيجابي في السيطرة على الألم والتأثيرات الجانبية الأخرى، وربما يعد الإلهاء من أبسط أساليب التنويم المغناطيسي، وتعتمد فعاليته على حالة المريض النفسية وبيئة العلاج وقدرات الطبيب بالإضافة إلى توفير الوقت الكافي لتقديم العلاج.

التهدئة

ما هي التهدئة؟

تعرف التهدئة الواعية (sedation) بأنها أسلوب علاجي تقني يسمح بتثبيط الجهاز العصبي عن طريق إعطاء بعض الأدوية مما يتيح متابعة العلاج ومواصلة الحديث مع المريض على مدى طوال فترة التهدئة، ويشترط أن يحمل هذا الأسلوب وكذلك العقاقير المستخدمة درجة عالية من الأمان تسمح بإبقاء المريض واعياً لانفعالاته الانعكاسية وقادراً على التواصل بالحديث واتباع الأوامر. وتصنف الأساليب التي ينتج عنها فقدان الوعي في المملكة المتحدة بالتخدير العام، ويندرج تحت هذا التصنيف التهدئة العميقة (DoH 2003).

وكما هو المتوقع من أساليب التهدئة المتداول استخدامها في السيطرة على القلق أنها تفتقد القدرة على تثبيط الألم بمفردها، وهي بذلك على النقيض من التخدير العام، ولذلك يلزم إعطاء المريض تخديراً موضعياً لأي عمل جراحي. ولا يتوفر في الوقت الحالي أيٌّ من أساليب التهدئة القادرة على السيطرة على الألم بشكل منفرد. وتتحقق التهدئة عن طريق إعطاء المريض الأدوية بالفم أو الوريد أو الاستنشاق. وبما أنه لا يمكن استعراض كل جوانب التهدئة المستخدمة في طب الأسنان بإسهاب في هذا الكتاب، فإن القارئ ينصح بالعودة إلى ما كتبه قيردلر وهيل، وكذلك ماكين وزملاؤه في هذا المجال (Girdler and Hill, 1998; Mecchan *et al.*, 1998).

إن معرفة الجوانب الجيدة لأسلوب التهدئة كفيلة باختياره كأحد الأساليب المثالية للسيطرة على القلق، ويتحقق هذا من خلال كبح كل العوائق المرتبطة بالقلق بما فيها المشاكل المحتملة للجهازين القلبي الوعائي والتنفسي وبأقل ما يمكن من الآثار الجانبية، إضافة إلى تلاشي الحاجة إلى تعاون المريض وبزل الوريد (venepuncture) واستخدام القناع الفموي وتغيير الأنشطة اليومية المعتادة. وعلى الرغم من هذا، فلا يزال أسلوب التهدئة يعد متأخراً بعض الشيء في كونه لا يحظى بالقبول من كل الممارسين، ويصعب التحكم فيه تقنياً بشكل مطلق؛ ولهذا السبب فإن من الأهمية بمكان اختيار الأسلوب الأمثل لكل مريض على حدة، بناء على ماتقتضيه حاجة المعالجة وتوفر الظروف المناسبة.

التهدئة عن طريق الفم أو الاستنشاق أو الوريد

التهدئة الفموية

تتميز التهدئة بواسطة عقار تيمازيبام (temazepam) عن طريق الفم (oral sedation) بمستوى عال من الأمان والقبول من المريض والطبيب المعالج على حد سواء، ويعول تأثيره الإيجابي على مدى اتباع المريض للتعليمات والإرشادات الخاصة بالتهدئة الواعية. ولا يحصل تأثيره غالباً إلا في أوقات متأخرة، ونظراً لصعوبة التنبؤ بسرعة امتصاصه، فإن الجرعة الآمنة لا يمكن تحديدها، ومن هنا يتوجب تقليل الجرعة الى أدنى مستوى. ورغم كل هذا فإن التهدئة عن طريق الفم تعتبر أسلوباً مثالياً وناجحاً للأشخاص الذين يفتقدون إلى الرعاية بعد العلاج، وكذلك الذين لا يحبذون الحقن ولبس القناع.

التهدئة عن طريق الاستنشاق

على الرغم من المحاولات العديدة في استخدام غازات مختلفة للتهدئة (inhalational sedation) إلا أن مخلوط أكسيد النيتروز والأكسجين (nitrous oxide) هو الشائع بمميزاته العديدة، ولعل أهمها سهولة التحكم في تعديل درجة تأثيره العميق إلى الخفيف في فترة دقائق محدودة، إضافة إلى سرعة معدل التخلص من أكسيد النيتروز عن طريق الزفير، حيث يمكن التخلص من كامل تأثيره في مدة لا تزيد عن ١٥ دقيقة من توقف استخدامه. والجدير بالذكر أن خطورة فرط التهدئة قد اختفت مؤخراً بالكامل مع استخدام الأجهزة الحديثة. ولمخلوط أكسيد النتيروز والأكسجين تأثير إيجابي على الألم إلا أن مساوئه محدودة وتنحصر في إعاقة القناع للمعالجات الفموية والحاجة إلى التنفس عن طريق الأنف، ويمكن تقليل خطورة تراكم الغاز العالية بتأهيل تهوية أماكن العلاج بأجهزة شفط حديثة. وقد لاتتحقق الدرجة القصوى من التهدئة دون الوصول إلى درجة التوهان (disorientation) مقارنة بما يمكن تحقيقه من التهدئة الوريدية.

التهدية الوريدية

للتهدئة الوريدية (intravenous sedation) مفعول سريع إذ يمكن لعقار ميدازولام (midazolam) على سبيل المثال أن يحدث تأثيراً بعد دقيقتين من حقنه، ويمكن معايرة الدواء أثناء العملية حسب حاجة المريض. وتتيح التهدئة الوريدية تهيئة أكثر فعالية مما يمكن الوصول إليه عن طريق الاستنشاق وتحافظ على إبقاء التعاون والتواصل بين المريض والطبيب في أحسن أحواله، ولغياب القناع فإن الوصول إلى الفم لايعد مشكلة، وعلى الرغم من هذا، فإن أسلوب التهدئة الوريدية ليس شائع الاستخدام عند الأطفال؛ وذلك لارتباطه بردود أفعال عكسية غير متوقعة. إضافة إلى أن الإفاقة من تأثير عقار ميدازولام قد يستغرق ما لا يقل عن ساعة من الزمن؛ ولهذا يجب إبقاء المريض ومراقبته لحين إفاقته في أماكن مجهزة بعيدة عن عيادة الأسنان، ومن الممكن عكس تأثير عقار الميدازولام بعقار فلومازينل المضاد (Flumazenil) ذي العمر النصفي القصير، والذي لا يجب استخدامه بشكل دارج.

المميزات

تنخفض نسبة خطر الوفاة مع التهدئة الواعية مقارنة بما يمكن حدوثه مع التخدير العام ولا تتوفر نسبة محددة لهذا الخطر في مجال طب الأسنان، إلا أن هناك اعتقاداً أن النسبة لاتتعدى واحدة في المليون. ومن أهم ما يميز أسلوب التهدئة على الأقل في المفهوم النظري هو عدم غياب الانعكاسات الانفعالية المؤمنة لسلامة مجرى الهواء العلوي، إضافة إلى بقاء استمرار التواصل المباشر مع المريض. وباستطاعة المرضى الذين يعالجون تحت تأثير التهدئة وخصوصاً الذين يخشون معالجة أسنانهم من تقبل العلاج في المستقبل تحت تأثير تهدئة خفيفة، وبالتالي يضمنون رعاية صحية شاملة بأقل مشقة. يضاف إلى ذلك أن أسلوب التهدئة لا يتطلب وجود طبيب مختص في التخدير ويمكن إعطاؤه بواسطة طبيب الأسنان، وهذا بالتالي يساهم في سهولة ويسر العلاج.

تحضير المريض

مع استمرار الجدل في ضرورة صيام المريض قبل التهدئة، كما هو الحال مع التخدير العام، يعتقد أن قلز العصارة المعدية (gastric regurgitation) نادر الحدوث مع التهدئة المتوسطة، وبالتالي تتضاءل خطورة الرشف (aspiration) على الرغم من التأثير الطفيف على منعكس الرشف الانفعالي (reflex activity)، ويعتقد أن لهذا التأثر مردوداً حسناً على إنجاز علاج الأسنان بكبته لمنعكس

التهوع (gag reflex). وعلى الرغم من هذا، فإن معظم الخبراء ينصحون بتجنب الوجبات الثقيلة قبل العلاج والامتناع عن الأكل والشرب لفترة لا تقل عن ساعتين.

وكما هو الحال مع التحذير العام، يتوجب تقديم إرشادات ما قبل العلاج ومناقشة الخطة العلاجية والحصول على موافقة المريض الخطية قبل الشروع في العلاج. كما يجب ألا يغادر المريض إلى المنزل إلا بصحبة مرافق بالغ، ويتجنب بعد ذلك أي نشاط عضلي أو عقلي لمدة لاتقل عن ٢٤ ساعة، وقد تقل هذه المدة الزمنية نوعاً ما مع استخدام التهدئة بالاستنشاق. أما إذا كان المريض يعاني من أي طارئ طبي حاد فيتوجب عليه تأجيل التدخل العلاجي لحين العودة إلى الشفاء. وتتوفر الإرشادات الكاملة لتحضير المرضى للتهدئة وكذلك التوصيات المطلوبة عند مغادرة المريض في وثيقة احتياطات التهدئة الواعية في طب الأسنان الصادرة من إدارة الصحة البريطانية (DOH 2003)، وكذلك في المراجع المتخصصة.

المحافظة على مجرى الهواء

يمكن أن تتأثر سلامة مجرى الهواء أثناء التهدئة نظراً لاسترخاء المريض وتراجع نشاط الانعكاسات الانفعالية، ولهذا يلجأ البعض إلى وضع حشوة من القماش خلف اللسان قبل الشروع في قلع الأسنان. ومع أن تراجع هذه الانعكاسات المصاحبة للتهدئة بالاستنشاق ليس لها أثر واضح إلا أن من الحكمة تقليل كمية السوائل المستخدمة في الغسيل والتبريد وإبقاء عملية الشفط مستمرة حتى انتهاء العلاج.

نموذج التعليمات المقترح للمرضى

يظهر الشكل (١ ,٣) نموذجاً مقترحاً للنصائح التي يمكن تقديمها للمريض عند ترتيب مواعيد التهدئة.

عنوان ورقم تلفون العيادة

اسم المريض: ..... الساعة: ..... المكان: .....

تقديم العلاج في هذا الموعد يعتمد على مدى اتباعك للتعليمات المهمة التالية

ما يجب عمله

- يجب أن تحضر برفقة شخص بالغ وقادر على البقاء معك ومن ثم مرافقتك إلى الطبيب بسيارته الخاصة أو إحدى وسائل النقل وملازمتك حتى صباح الغد.
- لايمنع تناول وجبة خفيفة خالية من الدهون قبل ساعتين من موعد العلاج.
- تناول الأدوية المعتادة والأقراص مع رشفة من الماء إذا لزم الأمر ما لم ينصح أطباؤنا بعكس ذلك.

ما لا يجب عمله

- قيادة المركبات وتشغيل المكائن، العودة إلى العمل، الطبخ ورعاية الأطفال، تناول الكحول، اتخاذ القرارات الهامة وممارسة أي أنشطة عضلية أو عقلية لمدة ٢٤ ساعة بعد العلاج.
- مرافقة الأطفال إلى المدرسة وممارسة ركوب الدراجة أو ممارسة الرياضة بدون رقيب لمدة ٢٤ ساعة بدون العلاج.
- البقاء في المنزل بمفردك لمدة ٢٤ ساعة بعد العلاج.

يرجى الاتصال بالعيادة في حالة الاستفسار عن هذه التعليمات وكذلك عند شعورك بالتوعك قبل هذا الموعد.

الشكل (١ ,٣). النصائح والإرشادات لمرضى التهدئة للعلاج تحت التخدير الوريدي.

ملخص التهدئة

- تُعنى التهدئة بتغير مستوى الوعي والإدراك بواسطة العقاقير.
- يمكن تحقيق التهدئة عن طريق الفم أو الاستنشاق أو الوريد.
- يلزم إعطاء المريض تخديراً موضعياً بالإضافة إلى التهدئة.
- يمكن لطبيب الأسنان المدرب وكذلك الممرضة إعطاء التهدئة دون الحاجة إلى أخصائي تخدير.
- تتضاءل المضاعفات المرضية (morbidity) وخطر الوفاة (mortality) مع التهدئة مقارنة بما يمكن توقعه من التخدير العام.
- يجب مراعاة اختيار المريض المناسب للتهدئة وتحضيره بكل عناية.

التخدير العام

المميزات

بدأ استخدام التخدير العام (general anaesthesia) في السيطرة على الألم في عيادات الأسنان منذ نهاية القرن التاسع عشر، وتعود الريادة في تطور هذا الأسلوب إلى أطباء الأسنان في المملكة المتحدة. وتعد قدرة هذا الأسلوب في التخلص من الألم والقلق والتفاعلات العاطفية الأخرى وفي سرعة مفعوله في إبطال استجابة المريض مثالية جداً، الأمر الذي أتاح للأطباء توجيه جل اهتمامهم لتنفيذ العمل الجراحي فقط، وكذلك تأثيره في انعدام الحركة العضلية والانفعالات العكسية والتي تؤدي في الأحوال الطبيعية إلى الرجفة والتهوع بالغ الأهمية، فعلاج الأسنان في وجود هذه الانفعالات ضرب من المستحيل. ومن مميزات التخدير العام كذلك قدرته على شل ذاكرة المريض المرتبطة بأحداث العلاج المختلفة.

المشاكل

لا يخلو التخدير العام من المخاطر (morbidity) والتي قد تصل الى حد خطر الوفاة (mortality)، ولذا فإن تقييم المريض قبل التخدير ذو أهمية بالغة، وبذلك يفترض ألا يُستخدم أسلوب التخدير إلا عند الضرورة القصوى، مع مراعاة توفر الأساليب الأخرى المتعددة للسيطرة على الألم والقلق وضبط السلوك. إن اختيار التخدير العام يتطلب اهتماماً بالغاً لضمان مستوى عال من الأمان؛ ولذلك فإن وجود اختصاصي التخدير وكذلك الأجهزة اللازمة أمر ضروري للمحافظة على سلامة وتأمين مجرى الهواء مع القيام بكل الإجراءات التحضيرية بما في ذلك استبعاد المرضى غير اللائقين طبياً.

ولما للتخدير العام من أثر بالغ في شل قدرة المريض فإنه يستحيل خلال العملية إبقاء التواصل مع المريض أوطلب الاستشارة. ونظراً لتراخي توتر العضلات، فإن هناك حاجة للمحافظة على إبقاء الفم مفتوحاً إضافة إلى أخذ جميع التدابير الأخرى لمنع الإصابات، وذلك بتغطية العين وحماية القرنية، ويمكن القول إن المرضى الذين يعانون من القلق ويعالجون تحت التخدير العام لا يجدون أي وسيلة أخرى أكثر سهولة وأقل خطراً، فإما أن يعالجون مستيقظين وإما نائمين.

الاستطبابات

لا يوجد استطبابات قاطعة لاستخدام التخدير العام، ولكنه يعد في أحوالٍ كثيرة الأسلوب الأمثل للسيطرة على الألم والقلق ومنها:

- الفشل المتكرر للتخدير الموضعي.
- العمليات الجراحية الكبرى التي تتطلب جرعات كبيرة من التخدير الموضعي أو عندما لا يعد التخدير الموضعي كافياً للسيطرة على الألم.
- العمليات الجراحية المثيرة للقلق إذا ما أنجزت في وعي كامل مثل عمليات اللهاة والحنك الرخو.
- المرضى الذين يعانون من عدم القدرة على الثبات مثل مرضى داء باركنسون (Parkinson›s disease).
- القلق الشديد الذي لا يمكن السيطرة عليه بالتخدير الموضعي حتى وإن اقترن بأسلوب التهدئة.

ويندرج تحت مسؤولية الطبيب المعالج مناقشة الوسائل المختلفة للسيطرة على الألم والقلق ومراعاة ما إذا كان المريض لائقاً طبياً للعلاج تحت التخدير العام قبل تحويله إلى العيادات المتخصصة.

الأجهزة والعقاقير والكفاءات

تطورت أجهزة التخدير وتعددت العقاقير المستخدمة، وكذلك أساليب التخدير بشكل مذهل خلال القرن الماضي، وأصبحت ممارسة التخدير تتطلب كفاءة عالية وتدريب مكثف للوصول إلى مستوى عال من درجة الأمان. بل إن اختصاصي التخدير نفسه يحتاج إلى دعم عدد من الأشخاص المؤهلين في هذا المجال؛ ولذلك فإن القوانين في المملكة المتحدة تشترط ألاَّ يُوفر التخدير العام لمرضى الأسنان إلا داخل المستشفيات المجهزة (GDC 2005).

اللياقة

يُعزى وقوع الأخطار المرتبطة بالتخدير العام إلى عوامل عدة وحريٌّ أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار، ولذلك يعد تصنيف الجمعية الأمريكية للمخدرين (ASA 1963) الوسيلة الأفضل لقياس قدرة المريض للتعرض للتخدير العام (الجدول ٣,١). فعلاج المرضى المصنفين في الفئة الرابعة (IV) والخامسة (V) مثلاً تحت التخدير العام غير مناسب في أغلب الأحوال؛ ولذلك لا يمكن تبريره نظراً لاحتمال تعرض هؤلاء المرضى للخطر. وتمثل السمنة كذلك أحد المشاكل الرئيسة لارتباطها بزيادة معدل الخطر الناتج عن ارتفاع ضغط الدم وصعوبة تأمين سلامة مجرى الهواء والتنفس حتى وإن كان التخدير العام عبر الأنبوب الرغامي (endotreacheal intubation). إضافة إلى أن هؤلاء المرضى معرضون للإصابة بالتهاب الرئتين والخثار الوريدي العميق (deep venous thrombosis) مما يضاعف الحاجة إلى زيادة جرعة عقار التخدير وما قد ينتج عنه من تأخير في الإفاقة. ويلاحظ كذلك صعوبة نقل المرضى البدينين وهم في حالة الغيبوبة أو فقدان الوعي. وتُعرف السمنة على أنها زيادة في معيار كتلة الجسم (Body mass index- BMI) عن ثلاثين وتحتسب بقسمة وزن الجسم (كجم) على الطول (م) مرفوعاً للقوة الثانية.

إن تقدم العمر ليس بالضرورة من موانع التخدير العام، ولكن كبار السن عادة يعانون من أمراض متعددة قد تتعارض مع التخدير العام، وقد تتراجع قدراتهم على احتمال حدة التخدير حتى وإن كانوا يتمتعون بكامل لياقتهم الصحية. أما صغار السن فهم أكثر عرضة لمشاكل التخدير العام من غيرهم ولذلك يفضل أن يقوم على تخديرهم اختصاصي تخدير أطفال في مراكز متخصصة.

الجدول (١ , ٣). تصنيف جمعية المخدرين الأمريكية (ASA) لقدرة المرضى للتعرض للتخدير العام.
I. المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات عضوية أو وظيفية أو نفسية ويكون التدخل الجراحي محدود ولا يترتب عليه اضطرابات عامة، ومثال ذلك المريض السليم الذي يعاني من فتق أربي (inguinal hernia) أو أكياس في الفك أو تليف الرحم لسيدة سليمة.
II. المرضى الذين يعانون من اضطرابات عامة من الدرجة المتوسطة بسبب المرض الذي يستدعي التدخل الجراحي أو لاسباب مرضية اخرى كأمراض القلب العضوية وارتفاع ضغط الدم الخفيف وفقر الدم وداء السكري الذي يُرجى علاجه بالحمية فقط.
III. المرضى الذين يعانون من اضطرابات مرضية عامة لأي سبب دون تحديد درجة الإعاقة، والتي تؤدي عادة إلى فرض قيود على أسلوب الحياة مثل الذبحة الصدرية (angina pectoris) وكذلك بعد تعافي عضلة القلب المحتشية ومع داء السكري المتقدم المؤدي إلى اختلاطات شريانية وكذلك العجز الرئوي ذي الدرجة المتوسطة أو الشديدة.
IV. المرضى الذين يعانون من اعتلال الأجهزة الشديد المهدد للحياة والذي لا يمكن معالجته جراحياً كما هم مرضى القلب الذين تبدو عليهم علامات القصور القلبي (cardiac insufficiency) أو الذبحة الصدرية المستديمة أو التهاب عضلة القلب (myocarditis) أو القصور الرئوي أو الكبدي أو الكلوي أو الغدي ذوو الدرجة المتقدمة.
V. المرضى المعرضون للخطر ذوو الحظ الضئيل في النجاة والذين لا يُرجى شفاؤهم من دون الجراحة مثل أولئك الذين يعانون من هبة أم الدم البطنية (burst abdominal aneurysm) المصحوب بوهط دوراني عميق (profound circulatory collapse) أو الرضح الدماغي (cerebral trauma) المتقدم مع الزيادة المضطردة في الضغط داخل القحف وكذلك الصمة الرئوية الجسيمة (pulmonary embolus). إن حالة هؤلاء المرضى تتطلب تدابير سريعة لإنقاذهم مع الحد من استخدام التخدير ما أمكن ذلك.

ولعل الحمل كذلك أحد موانع التخدير العام لما لذلك من خطورة على صحة الجنين وخصوصاً في مراحل نموه الأخيرة، بل قد تتعرض الأم كذلك للخطر نتيجة ازدياد حجم الرحم وثقله على أوردة البطن. وتزداد خطورة التخدير العام مع العديد من الاضطرابات العرضية مثل الإصابة بالزكام والنزلة الوافدة (influenza) والتهاب الحلق. أما المرضى الذين لم يتم تشخيص أمراضهم من قبل فيتحتم تحويلهم للفحوص المناسبة قبل أن يتم تخديرهم من أجل تفادي أخطار التخدير العام. وهناك العديد من الاضطرابات الصحية التي تتطلب تهيئة المريض بصورة خاصة كما هو الحال مع النوع الأول من داء السكري، وذلك بإعطاء المرضى محلول الجلوكوز والإنسولين.

الفحوص

تتعدد المشاكل الطبية التي لا يمكن تقييمها من تاريخ المريض الطبي فقط ويلزم اللجوء لفحوص إضافية أخرى قبل إخضاع المرضى للتخدير العام. ومع ذلك، فإن من الصعوبة بمكان حصر الفحوصات المحتملة في قائمة متكاملة، ويمكن اعتبار هذه الفحوصات مؤشراً مهماً في تقييم الخطورة الطبية بصورة أبعد مما يذكره المريض، ومنها:

- مراعاة قياس ضغط الدم وشوارد البلازما لمرضى الضغط الذين يتناولون مدرات البول (diuretics).
- مراعاة فحص الصدر سريرياً وشعاعياً بالإضافة إلى تقييم وظائف الرئة للمرضى الذين يعانون من الداء الرئوي المسد المزمن (obstructive pulmonary disaese).
- مراعاة فحص الأشخاص الذين لا يعانون من أي توعك ولكنهم ينتمون إلى المجموعات المعرضة للخطر مثل السيدات المعرضات لفقر الدم وذلك بفحص تركيز تخضيب الدم (blood haemoglobin).
- اختبار فقر الدم المنجلي للأشخاص الذين ينحدرون من أصول إفريقية أو هندية أو من حوض البحر الأبيض المتوسط دون الحاجة لإعادة الفحص إذا عَلم المريض بذلك من قبل.

أما عندما يحاط اتخاذ القرار فيما يجب عمله بالغموض فلابد للطبيب المعالج عند ذلك من مناقشة الحالة مع اختصاصي التخدير المعني بالأمر والذي بدوره قد يستدعي المريض للمعاينة قبيل إخضاعه للتخدير العام.

التغذية

تزداد مع التخدير العام خطورة رشف العصارة المعدية (gastric reflux) إلى الرئة عند امتلاء المعدة؛ وذلك لغياب منعكس السعال والبلع وفقدان الوعي، ونظراً لخطورة محتويات المعدة على أغشية الجهاز التنفسي الداخلية فقد تتسبب في التهاب الشعيبات الهوائية (bronchiolities) والالتهاب الرئوي (pneumonia) ومتلازمة الضائقة التنفسية عند الكبار (adult respiratory distress syndrome)، وقد يؤدي رشف الأجسام الصلدة إلى إنسداد مجرى التنفس وهنا تبرز العلاقة الطردية الوثيقة بين الرشف الرئوي وامتلاء المعدة.

ومن المتعارف عليه منع المريض من الأكل والشرب لمدة لا تقل عن ٦ ساعات قبل التخدير العام، ويمكن أن تُقلص هذه الفترة وخصوصاً للأطفال الصغار مع إعطاء كميات قليلة من السوائل الصافية إذا تطلب الأمر ذلك. وقد يتأخر بقاء الطعام في المعدة أكثر من المعتاد لأسباب عدة كما هو المتوقع في حالات القلق، وبعد الاصابات الرضية، وعندما يكون الطعام دسماً. ويمكن السيطرة على هذه الأسباب في المرضى المنومين إلا أن ذلك يصعب في مرضى العيادات الخارجية، علماً أن بعض المرضى يهتم بإشباع رغباته الخاصة أكثر مما يعيره من اتباع لتعليمات الأطباء، والتي قد يُنظر إليها أحياناً أنها اعتباطية لا غير.

المرافقة

يسمح للمريض بعد التخدير العام بمغادرة العيادة الخارجية حالما يستطيع الوقوف بثبات والتفكير بصفاء، إلا أن تأثير التخدير على أجهزة الجسم قد يستمر لساعات عدة، وللحرص على سلامة المرضى ينصح دائماً بوجود رفيق بالغ وكذلك تأمين وسيلة نقل مناسبة والامتناع عن قيادة المركبات لمدة لاتقل عن ٢٤ساعة.

الموافقة على العلاج

تعتبر موافقة المريض على أي عمل جراحي أمراً أساسياً، وتتضاعف أهمية الموافقة إذا كانت المعالجة تتطلب خضوع المريض للتخدير العام أو التهدئة. وبما أن موافقة المريض تتيح مناقشة خطة العلاج بشكل

مفصل، وهذا لايتحقق عندما يكون المريض تحت تأثير التخدير العام أو التهدئة، بل إن التخدير في حد ذاته يعد أمراً مخيفاً لبعض المرضى، فمن الأولى الحصول على الموافقة الخطية بعيداً عن المكان المخصص للعلاج.

الإفاقة والمغادرة

يجب مراقبة المريض خلال فترة الإفاقة من التخدير العام بواسطة اختصاصي التخدير أو من ينوب عنه من الأفراد المدربين، وأخذ كل التدابير لحماية المريض. إن قرار مغادرة المريض لغرفة الإفاقة الخاصة يندرج تحت مسئولية طبيب التخدير الذي يتحتم عليه التأكد من قدرة المريض على المغادرة ووجود مرافق مسؤول.

ملخص التخدير العام

- يلغي التخدير العام الإحساس بالألم والقلق خلال المعالجة نظراً لفقدان الوعي.
- يتوجب العناية باختيار وتحضير المريض نظراً لازدياد معدلات مضاعفات الأمراض وخطر الوفاة مع التخدير العام.
- يجب أن يمارس التخدير العام بواسطة طبيب مختص في التخدير.
- تساهم الإرشادات والتعليمات الصادرة من مجلس أطباء الأسنان في كشف كل الجوانب المحيطة باستخدام التخدير العام في علاج الأسنان.

أهمية اختيار أسلوب إعطاء التخدير لنوع الجراحة

يحدد طبيب التخدير أسلوب وطريقة إعطاء التخدير بعد التشاور مع الجراح، فالتنبيب الرغامي عبر الأنف (naso-endotreacheal intubation) في وضعية الاستلقاء يتيح مساحة جيدة للعمل، وقد يساهم في إطالة مدة العلاج، إلا أنه لا يخلو من مشاكل تمزق مخاطية الأنف وتجمع الدم في البلعوم، وفي الجانب الآخر يتميز التنبيب عن طريق الفم بسهولة الوصول لمقدمة الفك العلوي، ولعل استخدام القناع الحنجري (Laryngeal mask) المرتبط بأنبوبة التخدير ذو فاعلية لكثير من جراحات الفم؛ وذلك لفعاليته في إغلاق مجرى الهواء فوق الحنجرة بإحكام. وبما أن الأنبوب يدخل من خلال الفم، فإنه يؤدي حتماً إلى درجة من الإعاقة لبعض أنواع الجراحة الفموية ولكنه يجنب أغشية الأنف والحنجرة الضرر مقارنة بما هو متوقع من أساليب التنبيب المختلفة الأخرى. وعلى الرغم من هذا، فإن العديد من العمليات الجراحية تتطلب التنبيب عبر الأنف نظراً للحاجة إلى تثبيت الأسنان في وضع الأطباق ويُعمل بهذا غالباً عند تثبيت الكسور الفكية ومع جراحات المفصل الفكي الصدغي.

عمليات اليوم الواحد في أقسام التنويم أو في العيادات الخارجية؟

يتوقع مغادرة المرضى فيما يلي إلى منازلهم بعد التخدير العام في الأقسام التنويمية:

- الأشخاص الأصحاء من الفئة I وII حسب تصنيف جمعية المخدرين الأمريكية.
- الأشخاص الذين لا يعانون من زيادة الوزن، ولا يزيد معيار كتلة الجسم عن ٣٠ تقريباً.
- ألا تزيد الفترة المتوقعة للمعالجة الجراحية عن ٣٠ دقيقة.
- وجود مرافق مقتدر وبالغ لاصطحاب المريض للمنزل والبقاء معه حتى صباح اليوم التالي.

- ألا يبتعد مكان الإقامة عن المستشفى بأكثر من ٣٠ دقيقة بالمواصلات الاعتيادية.
- ألا يندرج عمر المريض خارج نطاق الفئة العمرية التقريبية فيما بين ٢-٦٥ سنة مع توفر كل التسهيلات والاحتياجات اللازمة.

ما هو الحل إن لم تتحقق الشروط السابقة؟

يواجه الأطباء أحياناً مرضى غير لائقين طبياً للتخدير العام في الأقسام التنويمية، ولا يمكن علاجهم كذلك تحت التخدير الموضعي بمفرده أو بمصاحبة أسلوب التهدئة، وبذلك يصبح من الضرورة تقييم المخاطر المحتملة لكل أسلوب على حدة. ومن المناسب أحياناً مع هؤلاء المرضى تأجيل التدخل الجراحي لحين استقرار حالاتهم المرضية أو لحين تطورها إلى الأفضل، كما هو الحال مع السيدات الحوامل في الثلث الأخير من الحمل (last trimester) أو كمرضى الطعم المجازة للشريان التاجي (coronary artery bypass (graft- CBAG. ومع أنه نادراً ماتتجاوز الأضرار الناتجة من المعالجة والمقبولة مبدئياً من المريض الفوائد المرجوة من علاج المرض ورفع المعاناة المستقبلية، إلا أن مثل هذا يوجب أحياناً حجب العلاج وترك القرار النهائي في التدخل الجراحي لطبيب متخصص.

مسكنات الألم

يشعر المريض بالألم خلال أو بعد العلاج الجراحي وتتعدد طرق معالجته، فمثلاً تستخدم المخدرات الموضعية مثل مادة ليدوكايين المصحوبة بالأدرينالين (adrenaline) لإبطال الإحساس بالألم، وقد يمتد مفعولها لساعات عدة وحتى بعد نفاذ تأثير المادة المخدرة، ويعود ذلك لما تسببه هذه المواد من تأثير على التحسس العصبي في منطقة الجراحة. ومن المواد المخدرة ماهو ذو مفعول طويل مثل مادة بيوبيفاكين (bupivacaine) المدعومة بمادة الأدرنالين التي يمتد مفعولها لمدة لا تقل عن ٨ ساعات، وقد يحد تأثيرها الطويل من قبولها لدى بعض المرضى. أما مسكنات الألم مثل إيبوبروفين (ibuprofen) وبراسيتامول (paracetamol) وكذلك أفيونيات المفعول (opioids) فتتميز بتأثير فعال على الآلام ما بعد الجراحة. ويعتقد المؤلفون أن عقار إيبوبروفين هو الخيار الأول نظراً لقدرته على تخفيف الألم وسلامة تعاطيه ورخص ثمنه وتوفره دون وصفة طبية، ولعل الحكمة من وصفه هي فعاليته ضد الالتهابات. ومع هذا، فإنه يحظر وصف عقار إيبوبروفين في الحالات التالية:

- الربو (asthma).
- أرجية الأسبرين (allergy to asprin).
- تقرحات القناة الهضمية العليا (upper gastrointestinal ulceration).
- أخذ مادة كورتيكوسيتروويد بالوريد أو الفم (systemic corticosteroid).
- الحمل

ويستمر الجدل مع تعدد الخيارات المتوفرة من المسكنات، وبالتالي يصعب على الممارس اليافع الاختيار المناسب منها بكل ثقة، ولعل السبب في تجاهل كثير من خصائص هذه العقاقير كونها ناجحة في تسكين الألم وخصوصاً مضادات الالتهاب؛ ولذا ينصح بإعطائها مبكراً لمنع الألم إذا رغب المريض في ذلك وليس لعلاجه فيما بعد، ويدعى هذا الأسلوب بتسكين الألم

التداخلي (pre-emptive). ولمواد الكورتيكوستيرويد (corticosteroid) مفعول جيد في تسكين الألم، ويعد ديكساميتازون (dexamethasone) أحدها، وقد يلجأ لهذه الأدوية بعض الجراحين بصفة روتينية؛ نظراً لقدرتها على الحد من الانتفاخات بعد الجراحة. وعلى الرغم من ضعف الحجة في مدى اتساع ضررها، إلا أن هناك دلائل دامغة على فوائدها عندما توصف مع المسكنات ومع التخدير الموضعي.

قراءات إضافية

American Society of Anesthesiologists (1963) New classification of physical status. *Anesthesiology* 24: 111.

Cannell H. (1996) Evidence for the safety margins of lignocaine local anaesthetics for per-oral use. *British Dental Journal* 181: 243–249.

Cawson R. A., Curson I., Whittington I. (1983) The hazards of dental local anaesthetics. *British Dental Journal* 154: 253–258.

Coplans M. P., Curson I. (1982) Deaths associated with dentistry. *British Dental Journal* 153: 357–362.

General Dental Council (GDC) (2005) *Standards for dental professionals*. GDC, London.

Girdler N., Hill C. M. (1998) *Sedation in dentistry*. Wright, Oxford, UK.

Meechan J. G. (1999) How to overcome failed local anaesthesia. *British Dental Journal* 186: 15–20.

Meechan J. G., Robb N. D., Seymour R. A. (1998) *Pain and anxiety control for the conscious dental patient*. Oxford University Press, Oxford, UK.

UK Department of Health (DoH) (2003) *Conscious sedation in the provision of dental care. Report of an expert group on sedation for dentistry*. DoH, London.

التقييم الذاتي

١- لماذا لا يعد استخدام التخدير العام في عمليات اليوم الواحد أسلوباً مثالياً لمرضى داء السكري المعتمد على الإنسولين؟

٢- يرغب مريض يتمتع بصحة جيدة، ويزن ١٦ مثقالاً و٤ أرطال ويقدر طوله بخمسة أقدام وبوصتين (١,٥٧م) في قلع أحد أسنانه تحت التخدير العام، ما هي النصيحة الواجب إعطاؤها للمريض؟

٣- ما الاحتياطات المطلوبة للحفاظ على سلامة مجرى الهواء أثناء قلع ضرس العقل السفلي جراحياً تحت التخدير الموضعي والتهدئة الوريدية؟

٤- ما النشاطات المحظورة على المريض الذي خضع للتهدئة الوريدية، ومتى يجب إبلاغ المريض بها؟

٥- ما الأساليب المقترحة للسيطرة على القلق المصاحب لقلع الأسنان الاعتيادي لمريض يعاني من خوف علاج الأسنان وخصوصاً الإبر؟

٦- ما المسكنات المناسبة لمريض قُلعت له الرحى الثالثة السفلية جراحياً تحت التخدير الموضعي؟

الإجابة في الملحق ب.