بررسی موارد تنگی نای بعد از لوله گذاری به دنبال خودکشی

عزیزالله عباسی[۱]، رویا فرزانگان[۲]، غلامرضا کرمی[۳]، مهرناز والی زاده[۴]، محمدبهگام شادمهر[۵]، مهرداد عرب[۶]، مجتبی جواهرزاده[۷]، ساویز پژهان[۸]، ابوالقاسم دانشور[۹]

۱- استاد جراحی قفسه سینه، رئیس جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری،
۲- پزشک عمومی، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
۳- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، متخصص روانپزشکی
۴- پزشک عمومی، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
۵-استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
۶- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
۷- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
۸- استادیار جراحی قفسه صدری، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
۹- متخصص جراحی عمومی، بخش جراحی توراکس بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

یافته / دوره هفتم / شماره ۲ / تابستان ۸۴ / مسلسل ۲۵

چکیده

دریافت مقاله: ۸۴/۲/۱۷، پذیرش مقاله: ۸۴/۳/۸

*** مقدمه: میزان خودکشی در سالهای اخیر رو به افزایش گذاشته است. ارائه یک مجموعه از بیمارانی که بعد از اقدام به خودکشی زیر ونتیلاتور قرار گرفته‌اند و در اثر لوله‌های داخل نای دچار عارضه تنگی در مجرای هوایی (تراشه) شده‌اند، باعث شناخت بیشتر این عارضه و راههای مقابله و پیشگیری از آن می‌شود.**

*** مواد و روش ها: طی یک مطالعه آینده نگر، از میان بیمارانی که به علت تنگی مجرای هوایی ناشی از لوله گذاری به مرکز ما معرفی شده بودند، آنهایی که علت لوله گذاری اقدام به خودکشی کرده بودند، بررسی شدند. این کار با پرکردن پرسشنامه تنظیم شده ثبت کامپیوتری اطلاعات آماری و پیگیری منظم بالینی، در مدت ۱۵ ماه (اردیبهشت ۱۳۸۲ تا تیر ماه ۱۳۸۳) انجام گرفت.**

*** یافته ها: از میان ۱۰۰ بیمار مبتلا به تنگی ناشی از لوله گذاری، تعداد ۱۹ بیمار وارد مطالعه شدند (میانگین سنی ۹/۹۶±۲۵/۳ سال، محدوده ۵۶-۱۷ سال، ۱۰ نفر مؤنث و ۹ نفر مذکر). نوع بیماری و علت خودکشی براساس تشخیص روانپزشک عبارت بود از: ۱۱ مورد استرس روانی اجتماعی در زمینه شخصیت مشکل‌دار یا نابالغ و ۷ مورد وجود اختلال روانی، در یک نفر علت نامعلوم بود. علل مستقیم اقدام به خودکشی عبارت بودند از: مشکلات خانوادگی ۱۰ مورد، مسائل عشقی ۲ مورد، اعتیاد ۳ مورد، ناراحتی سیستم عصبی و افسردگی ۶ مورد، مشکلات اجتماعی ۲ مورد. بعضی از بیماران ۲ علت را ذکر کرده و یک بیمار نیز از ذکر علت خودکشی خودداری کرد. مدت لوله گذاری بیماران به‌طور متوسط ۱۴/۷۸ روز بود (محدوده ۳-۳۰ روز)، ۸ بیمار تراکئوستومی شده بودند و طول تنگی به‌طور متوسط ۳۵/۱۲ میلی‌متر بود (محدوده ۵۰-۲۰ میلی‌متر). درمانهای انجام شده شامل رزکسیون آناستوموز محل تنگی و نیز دیلاتاسیون متناوب تنگی بود. ۳ بیمار با دیلاتاسیون درمان شدند و در ۱۶ بیمار عمل رزکسیون آناستوموز تراشه انجام شد. ۸ مورد عود تنگی بعد از رزکسیون ایجاد شد که با رزکسیون مجدد (۴ نفر) و با دیلاتاسیون متناوب (۲ نفر) بهبودی یافتند و در ۲ مورد نیز استنت گذاشته شد. این گروه از بیماران با یک گروه مشابه که به‌علل مختلف دیگری دچار تنگی بعد از لوله‌گذاری شده‌بودند، مقایسه شد. میزان عود تنگی (P=0/011) و طول تنگی (P=0/011) در گروه خودکشی بیشتر از گروه شاهد بود.**

*** نتیجه گیری: به‌نظر می‌رسد در بیماران ما مشکلات اجتماعی نظیر بیکاری، تجرد و کم‌سوادی بیشتر از اختلالات روانی زمینه‌ساز اقدام به خودکشی بوده است. بیمارانی که بعد از خودکشی زیر ونتیلاتور قرار می‌گیرند و دچار تنگی تراشه می‌شوند با عمل رزکسیون آناستوموز قابل درمان می‌باشند، اگر چه میزان عود تنگی در آنها بیشتر از گروه‌های دیگر است.**

واژه های کلیدی: خودکشی، لوله گذاری، نای

آدرس مکاتبه: تهران ـ نیاوران، دارآباد، بیمارستان مسیح دانشوری، دفتر گروه جراحی
پست الکترونیک: E-mail: abbasidezfouli@nritld.ac.ir

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

مقدمه

خودکشی پدیده‌ای به‌قدمت عمر بشر است؛ ولی به دلیل منافاتی که با اصل حیات انسان دارد ـ حیاتی که تلاش برای بقای آن قویترین غریزه انسانی است ـ از دیرباز در اغلب جوامع، فرهنگها و ادیان امری نکوهیده تلقی شده است. متأسفانه در جوامع بشری و متمدن امروزی میزان خودکشی رو به افزونی است (۶-۱). طبق گزارش WHO هر ساله حداقل یک میلیون نفر در دنیا دست به خودکشی می‌زنند (۲). خودکشی هشتمین علت مرگ‌ومیر در ایالات متحده، دومین علت مرگ‌ومیر در پسران ۱۹-۱۵ ساله در این کشور (۷) و دهمین علت مرگ در دنیا می‌باشد (۱). همین‌امر خودکشی را از یک ناهنجاری فردی به یک معضل اجتماعی گسترده تبدیل کرده است. خودکشی یک مشکل سلامتی اجتماعی می‌باشد که نیاز به برنامه‌ریزی دقیق جهت پیشگیری دارد (۱،۸،۹). از دیدگاه روانپزشکی، عوامل وابسته به خودکشی در بین مردان و زنان در سنین مختلف با تحصیلات و شغل متفاوت با یکدیگر فرق دارند (۱۰). مردان و زنان به‌دلایل متفاوتی دست به خودکشی می‌زنند. از طرفی، افراد معمولا به‌واسطه مشکلات روانی و جسمی اقدام به خودکشی می‌کنند. در بین بیماران روانی که خودکشی می‌کنند، عده‌ای افسرده هستند و عده‌ای نیز افراد روان‌پریشی هستند که تحت تأثیر توهمات خود دست به خودکشی می‌زنند. سایر اختلالات روانپزشکی هم با درجات مختلف در اقدام به خودکشی مؤثر می‌باشند (۱۱،۱۲). افرادی که به واسطه بیماری و عدم سلامت جسمی دست به خودکشی می‌زنند، کم نیستند. از طرف دیگر، افرادی نیز که دچار مشکلات روانی و جسمی نیستند ولی به‌واسطه مشکلات دیگر اقدام به خودکشی می‌کنند و این گروه هستند که خودکشی را به معضل اجتماعی مبدل ساخته‌اند (۱۲). ارجاع تعدادی از بیماران به مرکز ما که اقدام به خودکشی در آنها منجر به تنگی‌نای بعد از لوله گذاری شده بود، باعث بروز سؤالات متعددی برای دست اندر کاران درمان این بیماران می‌شود: ۱- آیا در بیمارانی که اقدام به خودکشی می‌کنند احتمال ایجاد تنگی بعد از لوله‌گذاری بیشتر است؟ ۲- آیا تعداد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در جامعه ما خیلی زیاد است؟ ۳- آیا مراقبت از مجاری هوایی این بیماران در مدتی که زیر ونتیلاتور بوده‌اند، ناکافی بوده است؟ بروز تنگی نای در این بیماران باعث مشکلات عدیده‌ای برای بیمار و خانوادهٔ وی می‌شود و می‌تواند اثرات شدید روانی و اقتصادی بر خانواده و جامعه تحمیل کند که از خود بیماری روانی فرد زیانبارتر باشد. با توجه به این که این بیماران گروه نسبتا همگونی را از جهات مختلف خانوادگی، اجتماعی و درمان‌های انجام شده تشکیل می‌دادند، آنها را به‌صورت یک گزارش علمی و تحلیلی ارائه کردیم و با گروه مشابهی از بیماران دچار تنگی بعد از لوله‌گذاری مقایسه کردیم تا شاید به سؤالات فوق پاسخی داده شود.

مواد و روشها

در این مطالعه آینده نگر، گروه مورد مطالعه بیمارانی هستندکه در عرض ۱۵ ماه (اردیبهشت ۱۳۸۲ لغایت تیرماه ۱۳۸۳) به علت تنگی تراشه ناشی از لوله‌گذاری به مرکز ما ارجاع شده‌اند و علت لوله‌گذاری، نارسایی تنفسی ناشی از اقدام به خودکشی بوده‌است. اطلاعات مربوط به بیماران به‌صورت آینده‌نگر با پرکردن پرسشنامه مخصوص و پیگیری منظم بالینی تهیه شده، این پرسشنامه حاوی سؤالات مختلفی بود که وضعیت روانی، علت اقدام به خودکشی، داروهای مصرف شده، شرایط خانوادگی بیمار،شرایط اقتصادی والدین بیمار، وضعیت تأهل، نوع درمان و نتایج درمانی را جمع‌آوری می‌کرد. پیگیری بالینی بیماران نیز به‌صورت فعال و از طریق مصاحبه چهره به چهره بیماران و مراجعه به درمانگاه و تماس تلفنی صورت گرفت. نتایج به‌دست آمده در این گروه با یک گروهی از بیمارانی مقایسه شد که به‌علل مختلف دیگر زیر ونتیلاتور رفته و مبتلا به تنگی نای شده بودند.

یافته‌ها

تعداد ۱۹ بیمار در مطالعه وارد شد. سن بیماران از ۱۷ تا ۵۶ سال (میانگین ۹/۹۶+۲۵/۳سال) متغیر بود که شامل ۱۰ نفر مؤنث و ۹ نفر مذکر بود. فقط ۵ نفر از آنها متأهل بودند (هر ۵ نفر زن). سطح متوسط تحصیلات بیماران عبارت بود از: یکنفر دانشجو، ۶ نفر دیپلم و بقیه ۱۲ نفر زیر دیپلم (از پنجم ابتدایی تا اول دبیرستان) ۸

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

نفـر از بیماران بیکار بودند (نه شغل بیرون داشتند و نه خانه‌دار بودند و نه در حال تحصیل).

نـوع بـیماری و علـت خودکشی براساس تشخیص روانپزشک عـبارت بـود از: ۱۱ نفر استرس روانی ـ اجتماعی در زمینه شخصیت مشکل‌دار یا نابالغ، ۷ نفر اختلال روانی و در یک نفر علت نامعلوم بود. علل مستقیم اقدام به خودکشی عبارت بودند از: مشکلات خانوادگی ۱۰ مـورد، مشکلات عشقی ۲ مورد، اعتیاد ۳ مورد، ناراحتی سیستم عصـبی و احسـاس افسـردگی شدید ۶ مورد و مشکلات اجتماعی ۲ مـورد. بعضـی از بیماران دو علت را ذکر کرده و یک بیمار نیز از ذکر علـت خودکشـی خـودداری کـرد. هـیچکدام از بـیماران فـرزند اول خـانواده نـبودند و فقـط ۵ نفـر از بیماران قبل از اقدام به خودکشی تحـت درمـان روانپزشک بودند. ۵ نفر از بیماران سابقه قبلی اقدام به خودکشـی را داشـتند. مـدت لولـه گـذاری بـیماران به‌طور متوسط ۱۴/۷۸روز بـود (محـدوده ۳ تا ۳۰ روز). ۸ بیمار تراکئوستومی شده بودند. محل تنگی در همه بیماران در تراشه بود. طول تنگی‌ها به‌طور متوسـط ۳۵/۱۲ میلی‌متر بود (محدوده ۵۰-۲۰ میلی‌متر). درمانهای انجـام شده شامل رزکسیون آناستوموز محل تنگی و نیز دیلاتاسیون متناوب تنگی و گذاشتن استنت پلی‌فلکس در بعضی از بیماران بود. سه بیمار از ابتدا با دیلاتاسیون درمان شدند و بهبودی پیدا کردند که یـک مورد آن قبلا در مرکزی دیگر عمل شده بود. در ۱۶ بیمار عمل رزکسیون آناستوموز انجام شد که یک نفر آنها در مرکز دیگری عمل شـده و به علت عود تنگی به ما ارجاع داده شده‌بود که در اینها نیز ۶ مورد عود تنگی بعد از عمل ایجاد شد (با موارد عود مراکز دیگر جمعا ۸ مـورد عـود) از ایـن ۸ بـیمار، ۴ نفـر تحت عمل مجدد رزکسیون آناستوموز قرار گرفتند و دو نفر دیگر تحت دیلاتاسیون متناوب تنگی با برونکوسکوپی ریژید[1] قرار گرفتند که در نهایت هر ۶ مورد بهبودی پـیدا کـردند و در دو مورد دیگر که اخیرا با عود مراجعه کرده بودند، اسـتنت گذاشـته شـد. فقـط در یـک بـیمار فلـج یک عصب راجعه بـه‌عـنوان عارضـه دائمی باقی ماند. اهمیت آماری عوامل مختلف در بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱ـ اهمیت آماری یافته‌های مختلف در بیمارانی که به خودکشی اقدام کرده بودند

عامل			اهمیت آماری
سن	محدوده ۳۵-۱۷ سال میانگین	۹/۹۶+ ۲۵/۳	
جنس	زن مرد	٪۵۲/۶ ٪۴۷/۴	* n.s
ازدواج	مجرد متأهل	٪۷۳/۷ ٪۲۶/۳	p<۰/۰۵
شغل	بیکار	٪۴۲/۱	n.s
تحصیلات	زیردیپلم دیپلم و بالاتر	٪۶۳/۱ ٪۳۶/۹	n.s
وسیله خودکشی	قرص سم تریاک	٪۵۷/۹ ٪۳۶/۸ ٪۵/۳	p<۰/۰۵
فرزند دوم به‌بعد خانواده	فرزند دوم به بعد فرزند اول خانواده	٪۱۰۰	-
علت خودکشی براساس تشخیص روانپزشکی	استرس روانی ـ اجتماعی اختلال روانپزشکی	٪۶۱/۱ ٪۳۹/۹	n.s
اختلال روانپزشکی	افسردگی دیگر بیماریها	٪۷۱/۴ ٪۲۸/۶	-
سابقه خودکشی	بلی خیر	٪۳۳/۳ ٪۶۶/۷	-

1. Rigid

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

ایـن گـروه بـا گـروه دیگـری از بـیماران کـه همـزمان در سـرویس مـا تحـت درمـان تنگـی بعد از لوله‌گذاری قرار گرفته بودنـد، (بـه‌علـل مختلف دیگر غیر از خودکشی) مقایسه شدند. خلاصه این موارد در جدول ۲ ارائه شده‌است.

جدول شماره ۲ـ مقایسه در گروه بیماران مبتلا به تنگی بعد از لوله‌گذاری بستری شده در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

		* گروه کنترول	گروه خودکشی	ارزش آماری
تعداد کل		۸۱	۱۹	
جنس	مؤنث	۱۵	۱۰	
	مذکر	۶۶	۹	
میانگین سنی و محدوده سنی بر حسب سال		۲۴/۴۲	۲۵/۳۲	
		۱۷-۶۶	۱۷-۵۶	
موارد تنگی ساب‌گلوت		۲	۰	
میانگین مدت زمان لوله گذاری و محدوده بر حسب روز		۱۵/۵۸	۱۴/۷۸	
		۰-۴۰	۳-۳۰	
میانگین طول تنگی و محدوده بر حسب میلیمتر		۲۸/۲۸	۳۲/۷۲	P= ۰/۰۱۱
		۱۰-۶۰	۲۰-۵۰	
درمان انجام شده رزکسیون آناستوموز RA		RA=۵۵	RA=۱۶	
برونکوسکوپی- دیلاتاسیون B-D		B-D=۲۳	B-D=۳	
استنت S		S=۲	S=۰	
لیزر L		L=۱	L=۰	
عود بعد از جراحی در این مرکز		۵	۶	P= ۰/۰۱۱
		۵۵	۱۶	

* گروه کنترل بیمارانی هستند که به‌علل دیگر غیر از خودکشی لوله‌گذاری شده بودند و همزمان با گروه خودکشی مراجعه کرده بودند.

از ۵۵ بیماری که در گروه شاهد تحت رزکسیون آناستوموز تراشه قرار گرفتند. در یک مورد فلج تار صوتی چپ، یک مورد فلج تار صوتی راست و یک مورد تغییرات حنجره به صورت فیکس بودن تار صوتی دیده شد. یک مورد نیز مرگ به‌علت ایست ناگهانی قلبی – تنفسی ایجاد شد که این بیمار به علت نارسایی قلبی چند بار قبل از عمل دچار حمله ایست قلبی شده بود که با اقدامات احیاء برگشت کرده بود.

بحث

۱- سـن: میانگیـن سـنی بـیماران ۹/۹۶±۲۵/۳ سال بوده اسـت. در حقیقـت بیشـتر بـیماران در سنین ۳۵-۱۷ سال قرار داشـتند و فقـط سـه بـیمار بـالای ۳۵ سـال سـن داشـتند. در مطالعه‌ای که در دبی و امارات در سالهای (۲۰۰۰-۱۹۹۲) انجام شـده اسـت، محـدوده سـنی، ۴۰-۲۱ سـال بـود (۱۳) و در مطالعـه‌ای دیگـر نشان داده شده است که با افزایش سن میزان خودکشـی نـیز بیشتر می‌شود این مسئله در بین مردان از سن ۴۵ سـالگی اوج گرفـته و در بیـن زنـان پـس از ۵۵ سـالگی بیشترین مقدار خودکشی موفق را به‌خود اختصاص داده است (۱۴)؛ ولی در بیماران ما فقط یک نفر خانم بالای ۵۵ سال وجود داشت و در آقایان نیز سن خودکشی زیر ۳۷ سال بود.

۲- ازدواج: فقط ۵ نفر از بیماران ازدواج کرده بودند. تأهل در کاهش میزان خودکشی در بیماران ما اهمیت آماری داشت.

مـیزان خودکشـی در افـرادی که مجرد هستند و یا هرگز ازدواج نکرده‌اند، دوبرابر افراد متأهل می‌باشد (۱۴) و همان طور کـه ذکر شده، به‌نظر می‌رسد ازدواج و بچه‌دار شدن به‌طور قابل ملاحظـه‌ای از مـیزان خودکشـی مـی‌کـاهد (۱۱،۱۴،۱۵). در مطالعـه‌ای کـه در اسـتان لرسـتان در ۴۰ مـورد خودکشـی بـا خـوردن گـچ در طـی سـالهای ۷۹-۷۴ انجـام شـده اسـت نیز

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

بیشترین بیماران مجرد بودند (۵۲/۱۷٪ مجرد زن و ۸۸/۲٪ مجرد مرد) (۱۶).

۳- جنس: در این مطالعه بیشتر بیماران مرد بودند. در بررسی که در ایالت اولوا[1] در فنلاند شمالی (۱۷) در سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۸ و در دبی (۱۳) و امارات متحده عربی بین سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۲ انجام گرفت، بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی کردند نیز مرد بودند. در های لند[2] میزان خودکشی در آقایان بیشتر بوده‌است (۱۸). در آمریکا نیز آقایان بیشتر از خانمها خودکشی می‌کنند (۱۴) ولی در مطالعه استان لرستان از مجموع ۴۰ بیمار مطالعه شده که با یک روش خاص دست به‌خودکشی زده بودند، ۵۷/۵٪ زن و ۴۲/۵٪ مرد بودند (۱۶).

۴- *شغل:* در این بیماران ۵ نفر خانه‌دار، یک نفر دانشجوی پزشکی و یک نفر قصاب بوده و سه نفر محصل و یک نفر شغل آزاد و بقیه بیکار بودند. میزان بیکاری از نظر آماری به‌عنوان عامل خودکشی اهمیت آماری نداشت. ولی ۴۲/۱٪ از بیماران بیکار بودند. طی مطالعاتی دیگر که انجام شده است، شغل، انسان را به نوعی در مقابل خودکشی محافظت می‌کند (۱۲، ۱۴) و ارتباطی قوی بین بیکاری و خودکشی وجود داشته‌است (۱۱،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴). در بررسی ما نیز بیشتر بیماران بیکار و یا از اوقات فراغت بیشتری برخوردار بودند. در مطالعه این موضوع در استان لرستان در تعداد ۴۰ بیمار مورد مطالعه ۳۷/۵٪ دانش‌آموز و ۳۵٪ خانه‌دار و ۱۰٪ بیکار بودند (۱۶). در مطالعه ما ۱۵/۸٪ محصل و ۲۶/۳٪ خانه‌دار و ۴۲/۱٪ بیکار بودند.

۵- *وسیله خودکشی:* روشهای متعددی برای خودکشی گزارش شده‌است که البته انتخاب این روشها به وضعیت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و ... بستگی دارد. در بیماران ما ۱۱ نفر از قرص و ۷ نفر از سم و یک نفر از تریاک استفاده کرده بودند که میزان استفاده از قرص به‌عنوان وسیله خودکشی اهمیت آماری داشت ($p<0/05$). انواع قرصها از گروه بنزودیازپین‌ها، فنوباریتال و ایندرال بوده است.

حلق‌آویز کردن در دبی و امارات متحده عربی (۱۳) (۲۰۰۰-۱۹۹۲) و در امریکا به‌طور عموم بیشترین روش خودکشی بوده است (۱۴). در بررسی که در اکوی تاین[3] در جنوب غربی فرانسه انجام شده است، بیشترین روش خودکشی از حلق‌آویز کردن و غرق‌شدن و استفاده از داروها بوده است (۲۵). حلق‌آویزکردن یکی از شایع‌ترین روشهای استفاده در دنیا می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ای در ناحیه‌ای در جنوب آفریقا، حلق‌آویز کردن ۵۷٪، استفاده از اسلحه گرم ۳۰٪ و مسمومیت در ۱۳٪ موارد روش خودکشی بوده است (۲۷). خودکشی با خوردن گچ، شیوه‌ای عجیب و جدید از طرق اقدام به خودکشی است که منحصرا در کشور ایران و تنها در استان لرستان و یکی از شهرهای مجاور آن به‌نام اسلام‌آباد گزاش شده‌است(۱۶).

۶- *علت اقدام به خودکشی:* یکی از عوامل خطر مهم در مطالعه دانمارک (۱۹۹۷-۱۹۸۱) اختلالات روانی و یا سابقه بستری در بیمارستان به‌علل اختلالات روانی بوده است (۲۱). و در مطالعات دیگر نیز به اختلال خلقی به عنوان یکی از عوامل خطرزا جهت اقدام به خودکشی توجه شده‌است (۱۱).

نتایج بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در لرستان نشان‌دهنده این بوده است که شیوع اختلالات روانپزشکی در سنین ۴۰-۲۶ سال بیش از سنین ۲۵-۱۸ سال بوده‌است. استرس، زایمانهای مکرر و اضطراب ناشی از تغییرات بیولوژیکی در زنان و همچنین استرسهای محیطی و مشکلات کاری، اقتصادی و بیکاری در مردان را از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانسته‌اند و طلاق به‌عنوان یکی از عوامل استرس‌زا، آشکار کننده و مستعدساز اختلالات روانپزشکی است و همچنین شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد با تحصیلات عالی بیش از سایر گروهها بوده‌است (۲۸). ولی در بررسی که در بیماران مورد مطالعه ما انجام گرفت، فقط در ۷ نفر از بیماران اقدام به خودکشی در زمینه بیماری

1. oulu
2. Highland
3. Aquitaine

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

مشخص روانی بود و در بقیه، تنش‌های اجتماعی و روحی عامل خودکشی بوده است که در این ۷ نفر گروه سنی ۳۷-۲۶ سال بیشتر از گروه سنی زیر ۲۵ سال بوده که ۵۷/۱۴٪ آنها بیکار و ۸۵/۷۱٪ آنها نیز مذکر بودند. به‌نظر می‌رسد باید در زمینه کاهش این تنش‌ها در جوانان توجه بیشتری شود و به خانواده ها در این مورد هشدار داده شود. ۳۹/۹٪ از بیماران ما که به‌علت خودکشی به‌حالت کوما رفته بودند اختلال روانپزشکی داشته‌اند که از این میزان ۴ /۷۱٪ طبق نظر روانپزشکان به افسردگی مبتلا بوده‌اند.

۷- علت بروز تنگی: مهمترین علت بروز تنگی پس از لوله گذاری طول مدت لوله گذاری و مراقبتهای پرستاری از مجاری هوایی در مدت لوله گذاری است. (۲۹) در بیماران ما طول زمان انتوباسیون با سایر گروهها تفاوتی نداشت ولی حدس می‌زنیم که نحوه مراقبت از بیماران خوب نبوده‌است. شاید بیماری که به علت خودکشی بستری شده است، به‌شکل غیر محسوسی از طرف خانواده و جامعه پزشکی نیز مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد شاید هم علت دیگری در بروز تنگی دراین بیماران دخالت داشته باشد. یکی از تفاوتهای مهم این گروه با سایر گروهها استفاده از قرص، به خصوص فنوباربتیال و دیازپام برای خودکشی بوده است. حدس می‌زنیم که استفاده از این داروها و یا داروهای دیگری که برای کنترل علائمی چون تشنج برای بیماران مصرف شده است، در بروز تنگی تأثیر داشته است. همه بیماران ما با مصرف سمم و یا دارو اقدام به خودکشی کرده بودند. احتمال دارد که مصرف این داروها یا روشهایی که برای سم‌زدایی آنها به‌کار می‌رود در بروز اسکار و فیبروز در تراشه مؤثر باشد. اگر چه ارزیابی درست این مسئله مشکل است ولی قابل طرح است. در خیلی از این بیماران داروهای ضد تشنج به‌خصوص دیلانتین تجویز شده است. این عقیده وجود دارد که دیلانتین سبب تشدید ایجاد اسکار می‌شود و حتی از این خاصیت دیلانتین برای بهبود زخمهای بستر استفاده شده است (۳۳-۳۰) ولی این که تا چه‌حدی این امر در بیماران ما دخالت داشته است، برای ما ناشناخته است.

نتیجه گیری

اکثر بیماران در مراکز دولتی و بخشهای اورژانس بستری شده بودند. بروز این تعداد تنگی ناشی از لوله‌گذاری غیرعادی به نظر می رسد، اگر چه نمی‌توان قضاوت آماری دقیقی کرد. ولی حدس ما این است که تمرکز این بیماران در بیمارستانهایی که برای مسمومین پذیرش دارند باعث فشار درمانی زیاد روی این بیمارستان ها و کاهش سطح مراقبت می‌شود. پیشنهاد ما این است که بیمارانی که دچار نارسایی تنفسی حاد در اثر مسمومیت با داروها می‌شوند، یک یا دو روز بعد از پذیرش در این مراکز، به مراکز دیگری که در آنها شرایط بهتر برای مراقبت زیر ونتیلاتور وجود دارد، منتقل شوند.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

References

1. EBR Desapriya and N Iwas. New trends in Suicide in Japan. Inj prev 2003; 9:284 2003 BMJ Publishing group
2. Polewaka A, Korch S, Chrostek Maj J. Suicidal behavior and suicide attempts in adolescents and youth adults-epidemiology, risk factors prevention and treatment. Przegl Lek 2004; 61(4): 261-4
3. Jakuboniene D, Gurevicius R. Mortality from External causes. Influence of age and gender. Medicina (Kaunas). 2003; 39(8): 773-87
4. Jainlin J. Suicide rates and mental health service in modern china. Crisis. 2000; 21(3): 118-21
5. Neeleman J. Suicidality. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001 Mar 17; 145 (11): 515-20
6. Hafner H. The epidemiology of suicide and attempted suicide. Psychiatr Neural Med Psychol (Leipz). 1989 Aug; 41 (8): 449

۷- وهاب زاده ج، مباحث عمده در روانپزشکی، تهران، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، سال ۱۳۷۲، صفحه۱۵-۸

8. De Leo D. Struggling against suicide: The need for an integrative approach. Crisis 2002; 23: 23-31. [cross REF][medline]
9. Disley B, Coggan C. Youth suicide in new Zealand. Crisis. 1996; 17(3): 116-22
10. Kaplan and Sadok comprehensive text book of psychiatry, vol 3, suicide 92, Williams and wilkins 2000. P: 2031-2045
11. Weleh SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide the general population. Psychiatr serv 2001 Mar; 52(3): 368-75

۱۲- پورافکاری ن، روانپزشکی علوم و فناوری، روانپزشکی بالینی، چاپ اول، شهر آب ۱۳۷۵، صفحات ۲۰-۱.

13. Koronfel AA. Suicide in dubai, United arab emirates. J Clin forensic Med 2002 Mar; 9(1): 5-11
14. Suicide in synopsis of Pychiatry/ Behavioral sciences / clinical. Psychiatry 9th edition by KAPLAN and Sadock's Lippin Cott Willams and wilkins, 2003: 913-923
15. Stack S. The effect of marital integration on Africa American Suicide. Suicide Life Threat Behav. 1996 winter; 26(4): 405-14

۱۶- یگانه ر، رفیعی ن، کاظمی ا، احمدی م، درتاج ف، بررسی موارد گچ‌خوری به‌عنوان یک روش جدید و عجیب اقدام به خودکشی در استان لرستان، مجله یافته، سال پنجم، زمستان ۱۳۸۲، شماره ۱۹، صفحه ۳۲-۲۸

17. Timonen M, Vilio K, Hakko H, Sarkioja T. Is seasonality of suicides stronger in victim with hospital treated atopic disorders? Psychiatry Res. 2004 Apr 30; 126(2): 167-75
18. Stark C, Mattewson F, O' Neill N, Oates K, Hay A. Suicide in the Highlands of Scotland. Health Bull (Edinb). 2002 Jan; 60(1): 27-32
19. Galyn L, Andy sloggett. Suicide, deprivation and unemployment. Record linkage study. BMJ 1998 Nov 7; 317: 1283-1286
20. Platt S. Unemployment and suicidal behavior: a review of the literature. Soc Sci Med 1984; 19:93-115 [Medline]
21. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, Psychiatric, and familial factors: a national register based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. Am J Psychiatry 2003 APR; 160(4): 765-72.S
22. Voss M, Nylen L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. Unemployment and early

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

cause – specific mortality. A study based on the Swedish tein registry. Am J Public Health. 2004 Dec; 94(12)
23. Gibb S, Beautrais A. Epidemiology of attempted suicide in Canterbury province, New Zealand (1993-2002). N Z Med J 2004 Nov 5; 117 (1205)V 1141
24. Fuller GN, Rea AJ, Payne JF, Lant AF. Parasuicide in central London 1984-1988. JR Soc Med. 1989 Nov; 82(11): 653-6
25. Maurice S, Pommerea X, Pueyo S, Toulouse C, Tilly B, Dabis F, and et al. Epidemiological surveillance of suicides and attempted suicide in Aquitaine, South west france, using an orginal computer network of sentinel general practitioners. J Epidemiol Community Health. 1989 Sep; 43 (3): 290-2
26. Gunnel D, Bonnewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and Prevention of suicide by hanging: a systematic review. Int Epidemiol 2005 Jan 19; [Epub ahead of print]
27. Meel BL. Determinants of suicide in the Transkei subregion of south Africa. J Clin Forensic Med. 2003 Jun; 10(2): 71-6.
۲۸- محمدی م، ملک افضلی ح، نوربالا ا ع، باقری یزدی ع، رهگذر م، مسگرپور ب، صفا م، رادفر ر. همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان لرستان، سال ۱۳۸۰، مجله یافته، سال پنجم، شماره ۱۹.
29. Grillo HC, Donahue DM, Mathisen DJ. Postintubation tracheal stenosis: Treatment and results. J Thorac Cardiovasc Surg, 1995 mar; 109(3): 486-92 (discussion 492-3)
30. Bhatia A, Parkash S. Topical phenytoin for wound healing. Dermatol online j. 2004 Jul 15; 10(1): 5
31. Pitiakoudis M, Giatromonolaki A, Iliopoulos I, Tsaroucha AK, Simopoulos C, Piperidou C. Phenytion-induced lymphocytic chemotaxis, angiogenesis and accelerated healing of decubitus ulcer in a patient with stroke. J Int Med Res. 2004 Mar-Apr; 32(2): 201-5
32. Bhatia A, Nanda S, Gupta U, Gupta S, Reddy BS. Topical phenytoin suspension and normal saline in the treatment of leprosy trophic ulcers: a randomized, double-blind, comparative study. J Dermatology Trea. 2004 Sep; 15(5): 321-7
33. Scheinfeld N, Phenytoin in cutaneous medicine: its uses, mechanisms and side effects. Dermatol online J. 2003 Aug; 9(3):6

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]