

مقایسه دو روش هموستاز حین عمل در ایجاد خونریزی پس از تانسیلکتومی*

خسرو ایران‌فر¹؛ شیرین ایران‌فر^{2*}؛ منصور رضایی³؛ سید محمود میرمعینی⁴

چکیده

این تحقیق به منظور تعیین رابطه خونریزی پس از عمل جراحی برداشتن لوزه‌ها با دو روش الکتروکوتر و بخیه زدن در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه انجام شد. مطالعه از نوع تحلیلی و بر روی پرونده‌های بیماران بستری شده انجام گرفت. متغیرهای مورد نیاز از پرونده‌ها استخراج و تحلیل شد. در طی مطالعه 412 بیمار تانسیلکتومی شده بصورت هموستاز و 503 بیمار بصورت الکتروکوتر تحت عمل قرار گرفته بودند. 0/2 درصد از گروه بخیه و 2/2 درصد از گروه الکتروکوتر دچار خونریزی پس از عمل شدند. تفاوت دو گروه از لحاظ آماری معنادار بود. از آنجایی که روش کوتر در عمل آسانتر، سریع‌تر و کم‌دردتر است توصیه به انجام مطالعات تحلیلی از نوع کوهورت می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: تانسیلکتومی، خونریزی پس از عمل جراحی، الکتروکوتر، بخیه زدن

«دریافت: 1389/3/21 پذیرش: 1389/8/11»

1. گروه گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
2. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
3. گروه آمارزیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
4. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، محوطه بیمارستان طالقانی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، تلفن: 0831-8367332

Email: sairanfar@kums.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکترای عمومی آقای سید محمود میرمعینی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

مقدمه

گزارش شده است (2 و 3). خونریزی پس از عمل جراحی را با وضعیت دموگرافیک بیماران مثل سن، جنس، سابقه عفونت مزمن لوزه‌ها، اندیکاسیون جراحی، تکنیک جراحی، توانایی جراح و ابزار مورد استفاده مرتبط دانسته‌اند (1، 4 و 6). تکنیک‌های مختلفی به منظور جلوگیری از خونریزی بعد از عمل اجرا شده است که هر یک از آن‌ها دارای معایب و مزایای خاص خود، حین و بعد از عمل می‌باشد (7). تحقیقات انجام شده، یافته‌های متفاوتی در خصوص خونریزی پس از عمل تانسیلکتومی با روش‌های متفاوت جراحی و هموستاز ذکر کرده‌اند (6 و 8). اطلاعات دقیقی در خصوص ارتباط میزان خونریزی بعد از عمل و استفاده از روش‌های رایج هموستاز یعنی الکتروکوتر و بخیه زدن در دست نیست. پژوهش حاضر به منظور تعیین رابطه خونریزی پس از

برداشتن لوزه‌ها (تانسیلکتومی) یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سراسر دنیا است (1). بیست درصد از اعمال انجام شده توسط متخصص گوش، حلق و بینی را تانسیلکتومی تشکیل می‌دهد (2). عوارض عمل برداشتن لوزه‌ها شامل خونریزی و درد است و خونریزی می‌تواند از مشکلات جدی تهدیدکننده حیات بیمار باشد (2 و 3). شاید شایع‌ترین و ترسناک‌ترین عوارض تانسیلکتومی، خونریزی باشد که به دو دسته زودرس (بروز خونریزی در 24 ساعت اول) و دیررس (بروز خونریزی از 1-14 روز پس از عمل) تقسیم می‌شود. به نظر می‌رسد خونریزی اولیه ناشی از هموستاز نامناسب در زمان جراحی باشد (4 و 5). خونریزی اولیه از 0/3-2/1 و 1-3 درصد و خونریزی ثانویه از 1-5 و 3-10/3 درصد متفاوت

جدول 1- توزیع خونریزی در دو گروه هموستاز با بخیه و

الکتروکوتر در مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی سال 1378

نوع هموستاز خونریزی	بخیه	الکتروکوتر
نداشته	411 (%99/8)	492 (%97/8)
داشته	1 (%2/0)	11 (%2/2)
جمع	412 (%100)	503 (%100)

بروز خونریزی در گروه بخیه $1/10 \pm 0/29$ و در گروه الکتروکوتر $1/61 \pm 1/49$ روز بود که از نظر آماری تفاوت معنادار داشتند ($P=0/001$). میزان بروز خونریزی در گروه الکتروکوتر $(2/2\%)$ به طور معنادار بیشتر از گروه بخیه $(0/2\%)$ بود ($p=0/001$ و $OR=9/18$ با $CI=1/18-71/4$).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که خونریزی پس از عمل جراحی در هموستاز با بخیه زدن، کم‌تر از روش الکتروکوتر است. همچنین خونریزی ثانویه در الکتروکوتر بیشتر مشاهده شد. یافته‌های علی و همکاران یافته‌های مذکور را تأیید می‌کند؛ ولی در مطالعه آن‌ها درصد بیشتری از بیماران دچار خونریزی شده بودند (6 و 8). به نظر می‌رسد که این تفاوت ناشی از روش مطالعه در بررسی حاضر باشد. اطلاعات پژوهش حاضر به روش پرونده‌خوانی گردآوری شده و به طور طبیعی دارای محدودیت‌هایی از جمله کمبود اطلاعات است. به عنوان مثال، متخصصین ممکن است با در نظر گرفتن جانب احتیاط برای بیماران، از بخیه هم علاوه بر الکتروکوتر استفاده کرده باشند، به عبارت دیگر در پاره‌ای از موارد از روش ترکیبی استفاده کرده باشند ولی متأسفانه در پرونده درج نشده باشد. توصیه می‌شود برای رفع این محدودیت از روش تحقیق تحلیلی از نوع

تانسیلکتومی با دو روش مذکور هموستاز در مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی شهر کرمانشاه بر روی بیماران بستری شده در یک دوره چهارساله انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مورد-شاهدی در سال 1387 بر روی پرونده‌های بیماران بستری شده در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی شهر کرمانشاه در یک دوره چهارساله انجام شد. کلیه بیماران با سابقه اختلال انعقادی و یا مصرف داروهای ضد انعقاد از مطالعه حذف شدند. تمامی جراحی‌های انجام شده در این مطالعه توسط متخصصین گوش، حلق و بینی انجام شده بود. تنوع جراح یکی از محدودیت‌های این پژوهش است. از یک فرم اطلاعاتی برای مراجعه به پرونده‌های بیماران و استخراج متغیرهای مورد نیاز استفاده شد. متغیرهای مورد بررسی شامل هموستاز، سن، جنس، وجود خونریزی، خونریزی زودرس و دیررس و همچنین نیاز به انتقال مجدد به اتاق عمل بود. تعیین نوع هموستاز بر مبنای شرح عمل و برگه لوازم مصرفی انجام می‌شد. با استفاده از نرم‌افزار SPSS اطلاعات جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین منظور از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین) و آمار تحلیلی (کای دو، تی تست و Odd Ratio) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که طی سال‌های بررسی، در 412 بیمار از روش بخیه زدن و 503 مورد از روش الکتروکوتر برای هموستاز عروق استفاده شده بود. در گروه هموستاز با بخیه، 187 نفر $(45/4\%)$ و در گروه الکتروکوتر 227 نفر $(45/2\%)$ زن بودند. بین دو گروه از نظر جنس، تفاوت آماری معنادار وجود نداشت. تفاوت سن بیماران در روش بیماران هموستاز بخیه و الکتروکوتر (به ترتیب $13/6 \pm 8/4$ و $10 \pm 7/6$) از لحاظ آماری معنادار بود ($P=0/001$ و $OR=0/39$ با $CI=0/28-0/54$). زمان

الکتروکوتر در افراد جوان‌تر، بیشتر مورد استفاده قرار گرفته بود. این امر می‌تواند ناشی از احساس درد کم‌تر پس از عمل جراحی با این روش باشد. به نظر می‌رسد برای مواجهه بیماران جوان با درد کم‌تر، در آنان روش الکتروکوتر بیشتر مورد استفاده قرار گرفته شده است.

به‌طور کلی علی‌رغم صرف وقت کم و همچنین کاهش خونریزی حین عمل در تکنیک الکتروکوتر، این روش با افزایش خونریزی پس از عمل جراحی رابطه دارد. توصیه بر این است که همچنان روش سنتی هموستاز در اولویت قرار داشته باشد. برای به‌دست آوردن نتایج دقیق‌تر، بهتر است تحقیقات وسیع‌تر با استفاده از سایر روش‌های پژوهشی و همچنین مقایسه عوارض در روش‌های مذکور، به‌عمل آید.

کوهورت و یا کارآزمایی بالینی در مطالعات بعدی استفاده شود. از سوی دیگر بروز خونریزی دیررس ناشی از الکتروکوتر، می‌تواند به علت هموستاز عروق سطحی و قطع موقت خونریزی توسط الکتروکوتر و تغییرات ریزشی در لایه مذکور طی گذشت زمان باشد. به‌طور کلی به نظر می‌رسد که روش سنتی بخیه زدن، همچنان دارای خطر کم‌تری در بروز خونریزی پس از تانسیلکتومی است و توصیه می‌شود که تمامی آموزش‌گیرندگان، ابتدا به حد کافی در خصوص توانمندسازی خود در روش سنتی کوشیده، سپس اقدام به یادگیری سایر روش‌های هموستاز نمایند (6). در بررسی حاضر بین سن بیماران و تکنیک هموستاز، رابطه معنادار آماری وجود داشت، بدین ترتیب که روش

References

1. Levin B, Sacks R. Post-tonsillectomy bleeding. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136(4 Suppl): S56-8.
2. Lee MS, Montague ML, Hussain SS. Post-tonsillectomy hemorrhage: cold versus hot dissection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131(6):833-6.
3. Walker P, Gillies D. Post-Tonsillectomy hemorrhage rates: are they technique-dependent? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007, 136(4Suppl):S27-31.
4. Jamali F. [The 5 years survey of post facial tonsillectomy hemorrhage and effect of pillars to control bleeding (Persian)]. *Urmia Medical Journal* 2000; 11(2):114-20.
5. Peterson J, Losek JD. Post-tonsillectomy hemorrhage and pediatric emergency care. *Clin Pediatr* 2004; 43(5):445-8.
6. National Prospective Tonsillectomy Audit. Final report of audit carried out in England and Northern Ireland between July 2003 and September 2004. London: The Royal College of Surgeons of England May2005.
7. Korkmaz O, Bektas D, Cobanoglu B, Caylan R. Partial tonsillectomy with scalpel in children with obstructive tonsillar hypertrophy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008;72(7):1007-12.
8. Ali RB, Smyth DKR, Donnelly M. Post-tonsillectomy bleeding: a regional hospital experience. *Ir J Med Sci* 2008; 177(4):279-301.