

بررسی مقایسه ای کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک با روش باز

دکتر سعید کارگر *

چکیده

کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک درمان انتخابی بیماران با سنگ صفراوی علامت دار است. در این مطالعه کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در مقایسه با روش باز و عوارض آن بررسی شده است. این مطالعه از نوع آینده نگر و از خرداد ۱۳۷۶ لغایت آذر ۱۳۷۸ بر روی ۱۴۰ بیمار که به علت کله سیست حاد یا مزمن یا کولیک صفراوی Parallel Outcome کاندید عمل جراحی بودند انجام شد. بیماران به دو گروه ۷۰ نفری تقسیم شدند که در گروه اول با روش باز (۱۴ مرد و ۵۴ زن) و گروه دوم با روش بسته (۱۲ مرد و ۵۸ زن) تحت عمل جراحی توسط یک جراح قرار گرفتند. عوارض کلی تنفسی پس از عمل در روش باز بیش از ۲ برابر روش بسته و آسیب به مجاری صفراوی در هر دو گروه یکسان بود (۱/۴٪). میانگین مدت زمان بستری در (۲/۸٪) بیماران در روش بسته عفونت زخم داشتند و یک $P > 1/05$ روز بود ($0/001 \pm 4/08$ روز و در بسته $0/23 \pm 1/90$ روز). مورد از گروه لاپاروسکوپی خونریزی زیرجلدی داشت. با توجه به نتایج مطالعه کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک یک روش درمان مؤثر و بی خطر که برای بیماران با سنگ کیسه صفرا باید مد نظر داد.

واژه‌های کلیدی: انفارکتوس قلبی - استرپتوکیناز - تأخیر زمانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

مقدمه

تقریباً ۱۵-۱۰٪ از جمعیت بالغین سنگ صفرا دارند و شیوع آن در زنها بالاتر بوده و با حاملگی متعدد، چاقی، کاهش وزن شدید و برخی نژادهای مشخص ارتباط داشته و با بالا رفتن سن افزایش می یابد پیامد سنگ صفراوی از بی علامتی و کولیک صفراوی تا عوارض تهدید کننده حیاتی مثل کوله سیستیت حاد، پانکراتیت، کلانژیت و به ندرت بدخیمی کیسه صفرا متغیر است بیماران علامتدار نیاز به درمان داشته و درمان قطعی آن کله سیستکتومی است که به دو روش جراحی باز و بسته (لاپاراسکوپیک) انجام می شود^(۱).

روش بررسی

Parallel Outcome این مطالعه تجربی به روش

Study

بود که از خرداد ۱۳۷۶ لغایت آذر ۱۳۷۸ روی بیمارانی که به علت کله سیستیت حاد یا مزمن با سنگ صفراوی علامتدار کاندید عمل جراحی بودند و در بیمارستان دکتر معینیان شهر یزد تحت کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک یا در بیمارستان شهید رهنمون به روش باز عمل شدند. در هر دو مرکز بیماران توسط یک جراح تحت عمل جراحی قرار گرفته و بیماران با رضایت خود یکی از دو مرکز را براساس نوع باز یا بسته انتخابی نمودند. در روش باز با استفاده از انسزیون Mini Laparotomy ساب کوستال کله سیستکتومی شدند و در روش بسته با استفاده از روش Two Handed با چهار پورت کله سیستکتومی انجام شده است. بیمارانی که سنگ مجرای کولیک داشتند در این مطالعه قرار نگرفتند و تنها دو مورد آمپیم کیسه صفرا در هر دو گروه

* استادیار گروه جراحی عمومی

وجود داشت . در بررسی بیماران عفونت زخم ، خونریزی ، زیر جلدی ، عارضه تنفسی (تب ۴۸ ساعت پس از عمل) میزان نارکوتیکهای تزریق شده مدت زمان بستری و مدت NPO بودن پس از عمل مورد مطالعه قرار ۱۴ گرفتند.

نتایج

طی این مدت ۱۴۰ بیمار بررسی شدند که ۷۰ نفر به روش باز و ۷۰ نفر به روش بسته بودند. نسبت زن به مرد در روش باز ۱۴/۵۶ و در روش بسته ۱۲/۵۸ نفر مرد بود. بطور کلی ۱۱۴ بیمار (۸۱/۴٪) از جنس زن و بقیه مرد بودند و ۸۰٪ بیمارانی که کله سیستکتومی شدند زیر ۶۵ سال سن داشتند. و مورتالیتی وجود نداشت، همچنین عارضه ای از خونریزی داخل شکمی و صدمه احشائی و عروقی دیده نشد و روش جراحی لاپاراسکوپیک به باز تبدیل نشد و تنها یک بیمار در گروه بسته هماتوم محل زخم داشت (۱/۴۳٪) دو بیمار (۲/۸٪) در روش باز عفونت محل زخم داشتند. (P<0.001) و یک بیمار در روش باز و یک بیمار در روش بسته آسیب مجاری صفراوی داشتند (۱/۴۳٪). از ۱۴۰ بیماری که جراحی شدند ۳۶ نفر (۲۶/۳۴٪) عارضه تنفسی پس از عمل داشتند که ۲۵ نفر آنها (۳۵/۷٪) به روش باز بودند و ۱۱ نفر (۱۵/۷٪) به روش بسته بودند. (P<0.001) و عوارض کلی تنفسی روش باز دو برابر بسته بود (۳۹٪ در برابر ۱۸٪) میانگین مدت زمان بستری در روش باز ۱/۹+۰/۸ روز و در بسته ۰/۷±۱/۵۷ بود (P<0.001). میانگین مدت NPO بودن پس از عمل در باز ۰/۵±۱/۸۴ روز و در بسته ۰/۲۳±۱/۰۵ روز بود (P<0.001) میانگین مصرف مرفین در روش باز ۶/۲+۴/۹ mg و در روش بسته ۴/۵±۶/۷ بود (P<0.4)

بحث

روش جراحی کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در بیماران دارای سنگ صفراوی علامتدار روش انتخابی است و در بیماران با کله سیستیت حاد نیز روش ارجح است^(۲). اگرچه در این حالت احتمال تبدیل به روش باز بیشتر است ولی بعنوان روش مؤثر و بی خطری شناخته شده است^(۳). به دلیل راحتی و رضایت مریض و حفظ زیبایی بیمار با توجه به اسکار کمتر در مقایسه به روش باز و همچنین کاهش قابل توجه ناتوانی پس از عمل پذیرش این روش توسط بیماران زیادتر است کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک بی خطر تر از روش باز است^(۴). مورتالیتی و موربیدیتی آن پائین است میزان عوارض عمومی در کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک کمتر از باز است^(۵).

در مطالعه ای که توسط Schietroma و همکاران انجام شد^(۶) بیماران در روش لاپاراسکوپیک دوره بستری کوتاهتر، درد کمتر، بازگشت به کار و فعالیت اولیه زودتر بود و عوارض کلی و مینور کمتری داشتند و عوارض ماژور و آسیب به مجاری صفراوی و مورتالیتیه در هر دو گروه مشابه بود در مطالعه ما نیز نتایج مشابه است. عوارض کلی تنفسی در روش باز بیش از دو برابر روش بسته بود. آسیب به مجرای صفراوی یک مورد در هر دو گروه دیده شد. مطالعه ای که توسط Hardy^(۷) و Wenner^(۸) انجام شد بیماران را به دو گروه کله سیستکتومی باز و بسته از نظر درجه حرارت پس عمل از با هم مقایسه کرد و به دلیل آنکه آتلکتازی بدنال جراحی شکم مسئول بیشترین علت تب در ۴۸ ساعت و پس از عمل به عنوان آتلکتازی در نظر گرفته شد، نتایج نشان داد که در روش لاپاراسکوپیک عمل ریه بهتر حفظ می شود و انسیداس آتلکتازی کمتر است. در مطالعه ای که توسط Porte^(۹) و AL Hadi^(۱۰) انجام شد روش کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک با باز مورد بررسی قرار گرفت در این مطالعات هر دو گروه از نظر مدت بستری، مدت استراحت یا استعلاجی، درد و نیاز به مسکن با هم مقایسه شدند در این مطالعات بیماران بدون کله سیستیت حاد و بدون علائم ناشی از سنگ مجرای کلودوک بودند میانگین مدت بستری در روش باز ۰/۸±۲/۸ روز و در روش بسته ۰/۶±۱/۸ روز بود. میانگین مصرف پتدین بین ۱۲-۲۴ ساعت بعد از عمل به روش بسته ۱۲۵ میلی گرم و در روش باز ۲۰۰ میلی گرم بود. در مطالعه ما میانگین مدت بستری در روش باز ۱/۹±۴ روز بود و در

روش بسته $0.7 \pm 1/57$ روز و میانگین مصرف مرفین $6/2$ میلی گرم معادل $46/5$ میلی گرم پتدین در روش باز، $6/7$ میلی گرم مرفین معادل $50/2$ میلی گرم پتدین در روش بسته بوده است ($P < 0.04$) که احتمالاً به علت تعداد نمونه کم بیمارستان و محل بستری شدن بیماران می باشد.

نتیجه گیری: طی مطالعه انجام شده و مقایسه نتایج روش کله سیستکتومی لاپاراسکوپی در برابر باز معلوم شد که عوارض کلی در روش لاپاراسکوپی کمتر از روش باز است. آسیب به مجاری صفراوی حین عمل در هر دو روش مشا به بود و این آسیب در گروه لاپاراسکوپی بر خلاف نتایج قبلی با توجه به تجربه بیشتر جراحان بیشتر نیست. عمل ریه لاپاروسکوپی بهتر از باز است و انسیدانس آتلکتازی کمتر است بنابراین با جراحی مهاجم کوچک (Minimally Invasive Surgery) در لاپاروسکوپی کله سیستکتومی احتمال آتلکتازی و تب پس از عمل کمتر می شود دوره بستری در روش لاپاروسکوپی کله سیستکتومی کمتر است و فرد زودتر به فعالیتهای اولیه زندگی بر می گردد^(۱۱). مدت زمان غذا نخوردن از راه دهان در گروه لاپاروسکوپی از باز کمتر است. بنابراین کله سیستکتومی لاپاراسکوپی در مان ارجح و انتخابی در بیماران دارای سنگ علامت دار در کله سیستیت حاد یا مزمن است.

References

- 1-Stevens. H.P, van de Berg. M, Ruseler. C. H, Wereldsma. J. C. **Clinical and financial aspects of cholecystectomy: laparoscopic versus open technique** *World J. Surg.* 1997; Jan , 21 (1) :91-6 ; PP: 96 – 7.
- 2- Altaca . G , Ozdemir . E , Kilic . K, Tokyay. R. **Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis** . *Surg Laparosc Endosc.* 1996 Feb ; 6 (1) PP: 26 - 8.
- 3- Cagir. B , Rangraj . M, Maffuci. L, Ostrander.LE , Herz . **BL . A retrospective analysis of laparoscopic and open cholecystectomies.** *J- Laparoendosc Surg.* 1994 Apr; 4(2) PP:89–100.
- 4-Kelley.J.E,Burrus.R.G, Bums .R.P, Graham.L.D, Chandler.K.E : **Safety , efficacy , cost , and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy ;a prospective analysis of 228 consecutive patients.** *Am Surg.* 1993 Jan;59(1) PP:23-7.
- 5- Lill. H, Sitter. H, Klotter. H.J, Nies. C, Guntert-Gomann. K, Rothmund. M . **What is the cost of laparoscopic cholecystectomy?** *Chirurg.* 1992 Dec;63(12): 1041-4. German
- 6- Schietroma. M, Carlei. F, Liakos. C, Rossi. M, Carloni.A,Enang. G.N. **Pistoia MA . Laparoscopic versus open cholecystectomy. An analysis of clinical and financial aspects.** *Panminerva Med.* 2001 Dec;43(4), PP:239- 42.
- 7- Hardy. K.J, Miller. H, Fletcher. D.R, Jones. R.M, Shulkes. A, McNeil. J.J. ; **An evaluation of laparoscopic versus open cholecystectomy.** *Med J Aust.* 1994 Jan 17;160(2):58-62
- 8- Wenner. J , Grafmer. H , Lindell. G., **A financial analysis of laparoscopic and open cholecystectomy.** *Surg Endosc.* 1995 Jun; 9(6) PP : 702-5.
- 9- Porte RJ, De. Vries **BC-.Laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective matched-cohort study.** *HPB Surg.* 1996;9(2):71-5.
- 10- al Hadi .F.H, Chiedozi. L.C, Salem. M.M, George .T.V, Desouky. M, Pasha S.M. **Comparison of laparoscopic and open cholecystectomy at Prince Abdulrahman Al Sudairy Hospital .** *Saudi Arabia.East Afr . Med. J.* 1998 Sep;75(9) PP : 536-9.
- 11- Attwood . S.E, Hill. A.D, Mealy. K, Stephens R.B. **A prospective comparison of laparoscopic versus open cholecystectomy.** *Ann -R -Coil Surg. Engl,* 1992 Nov;74(6):397-400.