



## رابطه تستهای انعقادی قبل از عمل با خونریزی پس از عمل در آدنوتانسلیکتومی

دکتر سید احمد رضا اخوت<sup>۱</sup>، دکتر سید مهدی سنبلستان<sup>۲</sup>، دکتر مهرداد حسین پور<sup>۳</sup>، دکتر فرحناز قیاسی<sup>۴</sup>  
استاد<sup>۱</sup>، استادیار<sup>۲</sup>، دستیار گروه جراحی عمومی<sup>۳</sup>، پزشک عمومی<sup>۴</sup>، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### خلاصه

مقدمه: هرچند استفاده از تستهای انعقادی قبل از عمل به عنوان یک آزمون متداول در بیمارانی که کاندید عمل آدنوتانسلیکتومی می‌شوند، معمول است، لیکن کاربرد آنها مورد بحث است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی درصد فراوانی تستهای مختل در این بیماران و مقایسه دو گروه با و بدون خونریزی پس از عمل است.

روش و مواد: در یک مطالعه آینده‌نگر در طی ۵ سال از سال ۱۳۷۶ الی ۱۳۸۰، بیمارانی که کاندید عمل آدنوتانسلیکتومی شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. قبل از عمل تستهای PT، PPT و پلاکت در بیماران اندازه‌گیری شد. پس از عمل درصد بروز خونریزی در طی ۲۴ ساعت پس از عمل ارزیابی گردید. درصد فراوانی تستهای مختل در گروه با و بدون خونریزی مقایسه شد. جهت بررسی آماری از آزمون کای دو استفاده شد. مقادیر P کمتر از ۵٪ معنی‌دار بود.

نتایج: در این مطالعه ۶۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند ۱۱ بیمار (۱/۸ درصد) دچار خونریزی پس از عمل شدند. درصد فراوانی تستهای انعقادی مختل در دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشت. از ۱۱ بیمار با خونریزی در ۸ بیمار (۷۲/۷ درصد) تستهای انعقادی طبیعی بود. تمام موارد اختلالات تستهای انعقادی در سنین زیر ۱۵ سال دیده شد.

نتیجه‌گیری: مختل بودن تستهای PTT، PT، پلاکت، قادر به پیش‌بینی خونریزی پس از عمل در بیماران نمی‌باشد و استفاده روتین قبل از عمل این تستها، در کلیه بیماران توصیه نمی‌شود.

کلمات کلیدی: خونریزی، آدنوتانسلیکتومی، تستهای انعقادی.

### مقدمه

خونریزی پس از عمل شایعترین عارضه جدی آدنوتانسلیکتومی می‌باشد. اگرچه بروز خونریزی به دنبال عمل فوق کاهش یافته، لیکن در مطالعات مختلف ۱ تا ۷ درصد گزارش شده است (۱، ۵، ۱۳). خونریزی بعد از عمل بر حسب زمان به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. نوع اولیه در ۲۴ ساعت پس از عمل رخ می‌دهد و ثانویه پس از ۲۴ ساعت اول بروز می‌کند.

شایعترین زمان خونریزی ثانویه روز هفتم و هشتم پس از عمل می‌باشد. علت خونریزی اولیه به دلیل اختلالات انعقادی، آسیب به سیستم عروق لوزه‌ها و آدنوئید و وجود عروق فرعی در ناحیه و یا باقی‌مانده بخشی از آدنوئید و لوزه‌ها می‌باشد. خونریزی ثانویه که معمولاً خفیف است به علت کنده شده لخته خون تشکیل شده بر روی بستر لوزه به علت مصرف غذاهای سفت می‌باشد (۸).

تستهای انعقادی قبل از عمل به عنوان یک آزمون متداول

موارد مذکر بودند که بدین ترتیب از نظر جنس در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. جدول ۱، درصد فراوانی تستهای انعقادی مختل را در بین دو گروه (با و بدون خونریزی) نشان می‌دهد که طبق نتایج آن، از نظر آماری تفاوتی در بین دو گروه وجود ندارد. از ۱۱ بیمار گروه با خونریزی در ۸ بیمار (۷۲/۷) تستهای انعقادی طبیعی بود. از نظر جنس نیز تمام موارد اختلالات PT و پلاکت در افراد مذکر دیده شد، لیکن بروز PTT مختل در افراد مؤنث ۱/۱ درصد و در افراد مذکر ۱/۳ درصد بود. میانگین سنی بیماران در گروه با خونریزی ۳۹/۸ + ۷/۴۵ و در گروه بدون خونریزی ۶/۶ + ۹ سال بود. تمام موارد اختلالات تستهای انعقادی در سنین زیر ۱۵ سال دیده شد. جدول ۲، درصد فراوانی تستهای انعقادی مختل در افراد زیر ۱۵ سال را نشان می‌دهد.

جدول ۱- درصد فراوانی تستهای انعقادی مختل در بین دو گروه بیماران

تست	گروه بدون خونریزی	گروه با خونریزی	P
PT	۸٪	۶٪	NS
PTT	۴٪	۳٪	NS
پلاکت	۳٪	۵٪	NS

NS: Not Significant

جدول ۲- درصد فراوانی تستهای انعقادی مختل برحسب گروه سنی

گروه سنی (سال)	PT	PTT	پلاکت
۰-۵	۵/۰	۱	۰
۵-۱۰	۱/۱	۱/۸	۳/۰
۱۰-۱۵	۱/۱	۴/۴	۰

در بیمارانی که کاندید عمل آدنوتونسیلکتومی می‌شوند انجام می‌گیرند (۷). لیکن در مورد ارزش آن بحث وجود دارد، بدین ترتیب در مطالعه حاضر، درصد فراوانی تستهای انعقادی مختلف در بیماران مذکور در افراد با و بدون خونریزی پس از عمل لوزه مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

## روش و مواد

در یک مطالعه آینده‌نگر در طی ۵ سال از سال ۱۳۷۶ الی ۱۳۸۰، بیمارانی که کاندید عمل آدنوتونسیلکتومی شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. برای هر بیمار، متغیرهای جنس، سن و مقادیر پلاکت، زمان پروترومبین (PT) و زمان نسبی ترومبوپلاستین (PTT) اندازه‌گیری گردید. سپس بیماران تحت عمل جراحی آدنوتونسیلکتومی قرار می‌گرفتند. روش عمل در تمام بیماران یکسان بود. مقادیر PT نرمال از ۱۱/۵ تا ۱۳/۵ ثانیه، PTT از ۳۲ تا ۴۶ ثانیه و مقادیر پلاکت غیرطبیعی مقادیر کمتر از ۱۵۰/۰۰۰ در میلی‌متر مکعب در نظر گرفته شد. بروز خونریزی غیرطبیعی در حین عمل توسط جراح گزارش می‌گردید. خونریزی پس از عمل نیز در طی ۲۴ ساعت پس از عمل کنترل می‌شد. متغیرهای مورد مطالعه به صورت میانگین به همراه انحراف معیار گزارش می‌گردیدند. جهت بررسی آماری از آزمون کای دو استفاده شد. مقادیر P کمتر از ۵٪ معنی‌دار تلقی می‌شد.

## نتایج

در این مطالعه ۶۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. از این بیماران، ۱۱ بیمار (۱/۸ درصد) دچار خونریزی پس از عمل شدند که ۶ نفر آنها مذکر و بقیه مؤنث بودند. در گروه بیماران بدون خونریزی، ۵۶/۱ درصد موارد مؤنث و ۴۳/۹ درصد

## REFERENCES

1. Burk CD, Miller L, Handler SD, Cohen AR: Preoperative history and coagulation screening in children undergoing tonsillectomy. *Pediatrics* 1990; 69: 691-5.
2. Billslorm-R, Ahlgren-t Bekssy-A-N ... Acute myeloid leukemia with involment of tonsils *Am.J. Hematol* 2002 sep 712(1): 15-9.
3. Gabriel P, Mszojn x. Relationship between clinical history, coagulation tests, and perioperative bleeding during tonsillectomies in peditrics. *J clin Anesth* 2000; 12: 288-91.
4. Howells RC, Wax M, Ramadan H: Value of preoperative prothrombin time / partial thromboplastin time as a predictor of postoperative hemorrhage in pediatric patients undergoing tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: 628-32.
5. Kendrick D, Gibbin K: An audit of the complications in pediatric tonsillectomy, adenoidectomy and adenotosillectomy. *Clin Otolaryngol.* 1993; 18: 115-7.
6. Kitchens CS: Prolonged activated partial thromboplastin time of unknown etiology: a prospective study of 100 consecutive cases referred for consultation. *Am J Clin Pathol* 1988; 27: 38-45.
7. Manning SD, Beste D, McBride T, Golberg A: An assessment of preoperative coagulation screening for tonsillectomy and adenoidectomy. *Int J Pediatr otorhinolaryngol* 1987; 13: 237-44.
8. Myssiorek D, Alvi A: Post-tonsillectomy hemorrhage: an assessment of risk factors. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1995; 37: 35-43.
9. Perry JJ, Alving BM: Von Willebrand's disease. *Am Fam Physician* 1990; 41: 219-24.
10. Pillman - cory - B, zitsch - Robert - p ... Polymorphous low grade adenocarcinoma of the tonsil. *Am.J.otolaryngol* 2002 sep-oct 23(5)" 297-9.
11. Palmer M-V - whipple D.L Butter K-L ... Tonsillar lesions in white lailed infected with mycobacterium bovis veterinary record 2002 Aug3 151(5): 149-50.
12. Ree-Howe J. Kikuchi-mashiro ... focal follicular feature in tonsillar Bcell lymphoma. *Human-pathology* 2002 jul 33(7): 732-40.
13. Truy E, Merad F, Robin P, Fantion B, Morgon A: Failures in outpatient tonsillectomy policy in children: a retrospective study in 311 children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1994; 29: 33-42.
14. Yamamoto-koji Iwata-Hisashi, Kurach-myuki... tonsillar tuberculosis with pulmonary and larynal foci *Internal medicine* 2002 Aug 41(8): 664-6.
15. Zwack-KG, Derkay CD: The utikity of preoperative hemorrhage following pediatric adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997; 39: 67-76.