

بررسی مقایسه‌ای عوارض کوتاه مدت درمان جراحی فتق اینگوینال به روش کلاسیک و روش استفاده از مش

دکتر سعید محمودی* دکتر حشمت الله طاهر خانی** دکتر علی سلگی***

خلاصه:

مقدمه و هدف: فتق عبارت است از بیرون‌زدگی یک عضو از خلال یک منفذ در یک دیواره که حفره‌ای را در برمی‌گیرد، فتق یک مشکل پزشکی شایع می‌باشد و شیوع آن در مردان در حدود ۴٪-۳٪ تخمین زده می‌شود. در بیماران ۴۰-۲۵ ساله بروز آن ۵-۸٪ است. منظور از مطالعه بررسی مقایسه‌ای عوارض کوتاه مدت فتق اینگوینال به روش کلاسیک و روش استفاده از مش پرولینه بوده است.

روش تحقیق: این طرح پژوهشی به صورت کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۰ بر روی دو گروه ۳۰ نفره در بیمارستان اکباتان همدان انجام شد. ابتدا ۳۰ نفر بیمار مبتلا به فتق اینگوینال به روش کلاسیک عمل شدند و به همین ترتیب ۳۰ نفر با روش مش بدون کشش عمل شدند و تحت بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: مدت درد بعد از عمل و مدت اقامت در بیمارستان در گروه استفاده کننده از مش کمتر بود و بازگشت به انجام کار نیز در این گروه در مقایسه با گروه کلاسیک سریعتر بود. میانگین مدت بستری در بیمارانی که به روش کلاسیک عمل شده اند $1/72 \pm 0/87$ می‌باشد و در بیمارانی که به روش کلاسیک عمل شده‌اند $1/73 \pm 0/5$ روز بوده است. که با توجه به $T = 2/97$ و $P = 0/006$ این اختلاف معنی‌دار می‌باشد. شروع به کار در روش استفاده از مش بطور میانگین $8 \pm 2/09$ روز و در روش کلاسیک $8/9 \pm 2/1$ روز پس از عمل جراحی بوده است. که با توجه به $T = 3/52$ و $P = 0/001$ این اختلاف معنی‌دار می‌باشد. میانگین مدت زمان درد بعد از عمل در بیماران ترمیم شده با مش $5/6 \pm 2$ و در روش کلاسیک $6/4 \pm 1/96$ روز بوده است که با توجه به $T = 3/247$ و $P = 0/003$ این اختلاف معنی‌دار می‌باشد که نشان می‌دهد استفاده از مش پرولینه برای بیماران در کاهش درد بعد از عمل موثر می‌باشد. یک مورد عفونت زخم سطحی پس از عمل در روش کلاسیک و روش مش مشاهده شد ولی در روش استفاده از مش عفونت مش مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: استفاده با استفاده از مش پرولینه در ترمیم فتق اینگوینال بزرگسالان درد پس از عمل کمتر بوده و بیمار زودتر به سر کار خود باز می‌گردد و عوارض کمتری نسبت به روش کلاسیک دارد.

واژه‌های کلیدی: فتق، اینگوینال، مش، جراحی

مقدمه

فتق تقریباً غیرممکن است.^(۱) فتق‌های جداره شکمی شایعترین وضعیتهای نیازمند عمل جراحی هستند و شایعترین محل این فتقها ناحیه کشاله ران است که از مناطق بالقوه ضعیف دیواره

فتق عبارت است از بیرون‌زدگی یک عضو از خلال یک منفذ در یک دیواره که حفره‌ای را در بر می‌گیرد و از لحاظ بالینی بیرون‌زدگی است، چرا که بدون بیرون‌زدگی تشخیص

*** پزشک عمومی

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی علوم پزشکی همدان

** استادیار گروه انگل شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

آنچه مسلم است تلاش در جهت کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش مدت بستری، کاهش عود و عوارض در روشهای درمانی همواره هدف تمامی متخصصین است از این رو، این محقق در این مطالعه بر آن شد تا با مقایسه روش درمانی سوتور یا رافی و استفاده از مش پلاستی به مقایسه عوارض این دو بپردازد و در طی آن درد بعد از عمل، عفونت زخم، مدت اقامت در بیمارستان، زمان بازگشت به کار، نورالژی و اورکیت ایسکمیک و هزینه‌های درمانی را بررسی نماید.

روش و بیماران

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی دو سو کور می‌باشد که بر روی کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان آموزشی اکباتان مبتلا به فتق اینگوینال انجام شد و در طی مدت ۷ ماه ۶۰ بیمار وارد مطالعه گردیدند در طی مطالعه ابتدا ۳۰ بیمار تحت روش ترمیم کلاسیک فتق (هرنیورافی) و سپس ۳۰ نفر دوم به روش استفاده از مش (هرنیوپلاستی) درمان شدند. بیماران و نمونه‌گیر از روش درمانی مطلع نبودند هر دو گروه دارای برش جراحی و بخیه بودند و لذا افتراق این دو از هم براساس ظاهر زخم ممکن نبود داده‌های به دست آمده توسط یک نفر پرسشگر جمع‌آوری می‌شد و در فرم اطلاعاتی ثبت می‌گردید. متغیرهای جمع‌آوری شده شامل عفونت، مدت بستری، زمان بازگشت به کار، درد، نورالژی، ارکیت ایسکمیک بود و داده‌های مربوطه توسط نرم افزار EPI6 وارد رایانه شده و با استفاده از همین نرم‌افزار مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها

در مقایسه مدت بستری دو گروه ملاحظه می‌شود که میانگین مدت بستری در روش کلاسیک ۱/۸۷ روز و در روش مش ۱/۶۳ روز است که بر اساس آزمون آماری تی مستقل بین این دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری تا سطح ۰/۹۵ وجود دارد. (جدول - ۱)

همچنین میانگین مدت زمان بعد از عمل که بیمار به سرکار خود باز می‌گردد در گروه مش (۸ روز) کمتر از روش کلاسیک (۸/۹ روز) است. که این تفاوت نیز بر اساس آزمون تی مستقل معنی‌دار می‌باشد. (جدول - ۲)

از نظر عفونت زخم نیز در هر دو گروه فقط یک مورد عفونت مشاهده شد که هر دو گروه با هم مشابه بودند. (جدول - ۳)

شکم است.^(۳) این اختلال در تمام سنین و هر دو جنس وجود دارد، اما میزان شیوع فتق‌های کشاله ران در مردان ۲۵ برابر زنان است. فتق‌های بالای چین کشاله ران اینگوینال نام دارند که بصورت مستقیم یا غیرمستقیم تقسیم می‌شوند و در نوع غیرمستقیم کیسه فتق بطور مایل یا غیرمستقیم به سمت اسکروتوم و در نهایت در داخل آن می‌رود که در این صورت فتق اسکروتال نام دارد. کیسه فتق مستقیم به سمت جلو و خارج می‌آید. افتراق بالینی این دو، ارزش کمی دارد زیرا روش درمانی در هر دو مورد یکسان است^(۴) بطور کلی فتق‌های رانی به جراحی خیلی زود (نه اورژانس) نیاز دارند و به طور کلی احتمال اختناق در فتق‌های اینگوینال و رانی در ۳ ماه اول بسیار زیاد است.^(۵) هدف از ترمیم فتق کشاله ران جلوگیری از بیرون‌زدگی صفاق و محتوای آن از سوراخ میوپکتینال است. این عمل به دو روش امکان پذیر است:

۱. بستن سوراخ پکتینال توسط آپونوروز (روش کلاسیک)
۲. قرار دادن پروتزهای مصنوعی (مش) به جای فاشیای عرضی معیوب

البته امروزه بیشتر تمایل به استفاده از پروتزهای سنتتیک دائمی غیرقابل جذب وجود دارد.^(۶) پروتزهای مصنوعی که بصورت مش می‌باشند، از نظر بیولوژیک تخریب یا تجزیه گردند، بخوبی تحمل می‌شوند، به سهولت در دسترس هستند.^(۷) در روش بدون کشش ترمیم ضایعه جداری انجام نمی‌شوند ولی ترمیم فتق بدون کشش تبدیل به یک اصطلاح عام برای تمام ترمیم فتق‌هایی که از راه برش قدامی در کشاله ران انجام می‌شوند، شده است. ارکیت ایسکمیک و آتروفی بیضه و نورالژی باید از عوارض مهم ترمیم فتق محسوب می‌شوند. مهمترین عارضه فتق عود است. عود فتق نیز از عوارض مهم ترمیم فتق است که بسیاری از جراحان آن را جزء عوارض به حساب نمی‌آورند^(۸) امروزه علاقه گسترده‌ای به استفاده از ترمیم فتق‌های بدون کشش شده‌است زیرا به آسانی و حتی با بی‌حسی موضعی و بدون نیاز به بیهوشی انجام می‌شوند. دوران نقاهت آنها هم کوتاه است و نتایج این روش بسیار عالی است. ترمیم فتق بدون کشش برای درمان فتق‌های اولیه ساده در مردان مناسب است^(۹) و در مطالعه Murabite و همکارانش در ۱۹۹۸ با استفاده از مش و بی‌حسی موضعی، کاهش هزینه‌های درمانی و عود کمتر ملاحظه شده است.^(۱۰)

جدول ۱- مقایسه تعداد روزهای بستری در بیمارستان در دو گروه مورد بررسی

روش عمل		کلاسیک		مش		جمع	
تعداد روز بستری	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	در
۱	۹	۳۹/۱۳	۱۴	۶۰/۸۷	۲۳	۱۰۰	صد
۲	۱۷	۵۶/۶۷	۱۳	۴۳/۳۳	۳۰	۱۰۰	
۳	۳	۵۰	۳	۵۰	۶	۱۰۰	
۳	۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱۰۰	
جمع	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۶۰	۱۰۰	

T=2.97 P=0.006

جدول ۲- مقایسه مدت زمان طول کشیده تا بازگشت به کار در دو گروه مورد بررسی

روش عمل		کلاسیک		مش		جمع	
مدت زمان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	در
۵-۷ روز	۸	۳۶/۳۶	۱۴	۶۳/۶۴	۲۲	۱۰۰	صد
۸-۱۰ روز	۱۵	۵۵/۵۶	۱۲	۴۴/۴۴	۲۷	۱۰۰	
۱۱-۱۳ روز	۷	۶۳/۶۴	۴	۳۶/۳۶	۱۱	۱۰۰	
جمع	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۶۰	۱۰۰	

T=3.52 P=0.001

جدول ۳- مقایسه عفونت زخم در دو گروه مورد بررسی

روش عمل		کلاسیک		مش		جمع	
عفونت زخم	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	در
دارد	۱	۵۰	۱	۵۰	۲	۱۰۰	صد
ندارد	۲۹	۵۰	۲۹	۵۰	۵۸	۱۰۰	
جمع	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۶۰	۱۰۰	

میانگین مدت زمان وجود درد بعد از عمل در گروه مش (۵/۶ روز) کمتر از گروه کلاسیک (۶/۴ روز) بود که این تفاوت نیز بر اساس آزمون تی مستقل معنی دار بود. (جدول ۴-)

عوارض نورالژی و اورکیت ایسکمیک نیز در هیچ یک از بیماران دو گروه وجود نداشت.

جدول ۴- مقایسه مدت زمان دردمندی بعد از عمل در دو گروه مورد بررسی

روش عمل		کلاسیک		مش		جمع	
مدت زمان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	در
۳-۵ روز	۸	۳۷/۰۴	۱۷	۶۲/۹۶	۲۷	۱۰۰	صد
۶-۸ روز	۱۶	۶۱/۵۴	۱۰	۳۸/۴۶	۲۶	۱۰۰	
۹-۱۱ روز	۴	۵۷/۱۴	۳	۴۲/۸۶	۷	۱۰۰	
جمع	۳۰	۵۰	۳۰	۵۰	۶۰	۱۰۰	

T=3.247 P=0.00

بحث

در ارتباط با مدت بستری دو گروه بیماران مورد بررسی، همانطور که ملاحظه شد بیماران گروه درمانی مش سریعتر از بیمارستان ترخیص شدند و این موضوع با مقالات و مطالب عنوان شده در منابع مطابقت دارد.^(۱) بازگشت به کار سریع بیماران درمان شده با روش مش نسبت به روش موتور نیز در مطالعات قبلی تأیید شده بود.^(۲) این موضوع نشان دهنده این است که روش مش با کاستن از درد و بهبودی سریع کمک زیادی به بازگشت بیمار به عملکرد طبیعی اجتماعی خود می‌نماید. عفونت در هر گروه بطور یکسان و تنها در یک نفر مشاهده گردید، با این توضیح که در گروه مش این عفونت به طور کامل سطحی بود و این عفونت ارتباطی با خود مش نداشت. با توجه به آمار عفونت محل ترمیم زخم که بین ۱۱ الی ۲ درصد می‌باشد (۳) آمار ۱/۶٪ این مطالعه قابل قبول به نظر می‌رسد. در منابع بررسی شده اشاره شده بود که درد بعد از عمل در دو روش با هم تفاوتی ندارد (۳) که این موضوع با نتایج این مطالعه مغایرت دارد چنانچه در این مطالعه مدت زمان ادامه درد بعد از عمل در گروه مش کمتر از گروه درمانی کلاسیک بوده است.

در پایان، هزینه‌های درمانی دو گروه نیز بررسی شد اما هزینه‌های بیماران مبتلا به فتق اینگونینال در بیمارستان اکباتان بصورت ثابت محاسبه می‌گردید که امکان محاسبه و بررسی تفاوت در دو گروه را سلب می‌نمود. اما با توجه به کاهش زمان دردمندی و زمان بستری، هزینه‌های تمام شده برای بیمارستان و حتی خود بیمار کمتر خواهد شد. پیشنهادات

در نهایت با توجه به شایع بودن فتقهای جداره شکم استفاده از مش در درمان فتقهای ساده اینگونینال به صورت جدی توصیه می‌شود.

ABSTRACT**The Comparative Study of Short Term Complications of Surgical Treatment of Inguinal Hernia by Classic and Mesh Repair***Mahmoudi. S. MD. *, Taherkhani.H. MD., Solgi. A. MD.*

Introduction & Objective: Hernia is a common disease in which there is a tissue through a defect in the surrounding a space, the prevalence is 3-4 percent, rises to 5-8% in the ages of 25-40 years. In this study, short-term complications of classic hernia repair and prosthetic tension free repair was compared.

Method & Materials: This research study was done as a clinical-trial in 1380 upon two groups of patients and in each group, 30 patients had been under study, one group repaired with classic method and other with prosthetic tension free repair.

Results: In mesh method, post operative pain feeling was lesser and the days needed for returning to work was fewer the average hospital staying days in classic method and mesh repair method were respectively 1.87 ± 0.72 and 1.63 ± 0.5 with $T=2.97$ and $P=0.006$, the differences is considerable. Average pain feeling days duration in mesh method 5.6 ± 2 , classic method 6.4 ± 1.96 , $T=3.247$, $P=0.003$. The days needed to return work, 8 ± 2.09 (mesh), 8.9 ± 2.1 (classic) and $T=3.52$, $P=0.009$ with considerable difference.

There was a case of superficial and unimportant wound infection in mesh method as well as classic repair irrelevant to mesh that treated with simple drainage.

Conclusion: Tension free proline mesh repair for adult's inguinal hernia is safer and patients will have lesser pain and other discomforts with it, and can enjoy of sooner return to their work.

Key Words: Hernia, Inguinal, Mesh, Surgery

**Department of General Surgery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran*

References:

1. Michael J, Zinner, Seymour, Schwartz, Harold Ellis. Maingot's abdominal operation. 10th ed. 1999:479-525.
2. Scharzt, Shires, Spencer, Daly. Principle of surgery. 7th ed, 1999:1585-1609
3. The Mesh Plug Technique for Adult Ingunial Herniation. Nishimura. Sh., Yoshilawa. K, Tamamori .Y, Morimoto. M, N. Taenaka, Yamaki.K, Aki. T, Yoshikawa. K. Surg, 2000; Vol. 85:163-166.
4. Lippinott Willoams, Wilkiness, Ezo Gianetta, [et al]. Anterior tension free repair of recurrent inguinal hernia under local anesthesia. Annals of surgery. Vol 231, no 1. 2000:132-136