

مقایسه نتایج حاصل از جراحی باز و لاپاراسکوپی در سالمندان

(مقاله پژوهشی)

۱. دکتر بیژن خراسانی ۲. دکتر احمدعلی اکبری کامرانی ۳. دکتر شهرام نظری ۴. دکتر خطیب سمنان نویسنده پاسخگو: دکتر بیژن خراسانی

چکیده:

زمینه و هدف:

با افزایش سن شیوع سنگ صفراوی نیز رو به ازدیاد است و سنگهای صفراوی شایعترین اندیکاسیون جراحی شکمی در سالمندان میباشد. از طرفی سالمندان به خاطر بیماریهای همراه بیشتر در معرض عوارض جراحی میباشند. جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی استاندارد طلایی در درمان سنگهای صفراوی است. هدف از این مطالعه بررسی اثرات و فوائد کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی در سالمندان و مقایسه آن با جراحی باز می باشد.

موارد و روش ها:

در این مطالعه ی آینده نگر از تیر ماه ۸۳ تا اسفند ۸۶ کلیه بیماران سالمند (سن < ۶۰) که دارای نمره ASA < ۳ میشدند و به ۲ گروه الف: کوله سیستکتومی باز و گروه ب: کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی تفکیک و پیامدهای حاصل از عمل جراحی شامل مورتالیتی-موربیدیتی -طول مدت بستری و مدت زمان عمل جراحی بین دو روش مقایسه می شدند.

یافته ها:

از تعداد ۳۱۱ بیمار کوله سیستکتومی شده ۲۰۶ نفر زن و ۱۰۵ نفر مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۷۱/۴ سال بود. ۱۵۷ بیمار تحت عمل باز و ۱۵۴ بیمار نیز تحت کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی قرار گرفتند. ۱۸ بیمار ASA score = I و ۱۹۳ بیمار ASA score = II و ۱۰۰ بیمار ASA score = III داشتند.

میزان مورتالیتی و موربیدیتی در گروه ب به ترتیب ۲٪ و صفر و مدت اقامت در بیمارستان نیز ۱/۱ روز که نسبت به گروه الف کمتر و از نظر آماری نیز معنی دار بود.

نتیجه گیری:

کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی یک روش انتخابی برای بیماران سالمند است و نتایج عمل کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی نیز نسبت به عمل باز بهتر است.

کلمات کلیدی: جراحی - لاپاراسکوپی - سالمندان - کوله سیستکتومی

۱. دکتر بیژن خراسانی: استاد یار جراحی گروه بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۲. دکتر احمدعلی اکبری کامرانی: دانشیار گروه بالینی و مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۳. دکتر شهرام نظری: متخصص جراحی عمومی
۴. دکتر خطیب سمنانی: استاد یار گروه جراحی دانشگاه آزاد تهران نویسنده پاسخگو: دکتر بیژن خراسانی

Email: bkhorasany@
hotmail.com
TEL: ۰۹۱۲ ۱۶۹ ۸۲ ۰۹

مقدمه

می یابد تشدید می شود و چون تحمل بیماران سالمند به این استرس ها کمتر بوده نهایتا میزان مورتالیتی و موربیدیتی در جراحی باز شکمی در سالمندان بالاست لذا اتخاذ یک روش جراحی مناسب و کم عارضه مانند جراحی لاپاراسکوپی برای سالمندان سودمند خواهد بود. (۲-۳)

با افزایش سن شیوع بیماری سنگ صفراوی نیز رو به افزایش است بطوری که ۵۰٪-۱۵٪ مردان و زنان ۶۰ سال و بالاتر در معرض سنگهای صفراوی هستند و بیماری کیسه صفرا شایعترین اندیکاسیون جراحی شکمی در افراد سالمند

با توجه به بالا رفتن سن متوسط زندگی و رشد فزاینده گروه سنی سالمندان (> ۶۰ سالگی) در جوامع بشری و با توجه به وجود بیماریهای همراه و مزمن در این گروه سنی آنان نسبت به گروه سنی جوان تر به دنبال جراحی بیشتر در معرض عوارض و خطر میباشند. (۱)

با افزایش سن، حتی در کسانی که بیماریهای همراه ندارند بطور فیزیولوژیک ظرفیت های تنفسی کاهش مییابد و این امر به دنبال جراحی و استرس که نیازهای متابولیک افزایش

است. (۴-۵)

صفر باسن ۶۰ سال و بالاتر که تحت کوله سیستکتومی قرار می‌گرفتند انجام شده است.

بیماران به صورت تصادفی ساده به ۲ گروه الف: شامل ۱۵۷ بیمار که به روش باز و گروه ب: ۱۵۴ بیمار که به روش لاپاراسکوپی جراحی می‌شدند تقسیم شدند.

کلیه بیماران مورد مطالعه که دارای نمره ASA American Society of Anesthesiologists (score) کوچکتر و مساوی ۳ را داشتند وارد مطالعه می‌شدند و از نظر مرگ و میر (مورتالیتی) عوارض پس از جراحی (موربیدیتی) - طول مدت بستری پس از عمل در بیمارستان و طول مدت عمل بین دو روش جراحی کوله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپی مورد مقایسه قرار می‌گرفتند.

بیمارانی که دارای نمره ASA بالاتر از ۳ و سابقه لاپاراتومی را داشتند و بیمارانی که عمل لاپاراسکوپی به عمل باز تبدیل می‌شد از مطالعه حذف می‌شدند. تمام بیماران جراحی شده از روز عمل تا یکماه پس از جراحی توسط یک پزشک مشخص مورد معاینه و کلیه اطلاعات مورد نیاز در فرم مخصوص ثبت می‌شد.

جامعه متخصصین بیهوشی آمریکا، بیماران کاندید جراحی را از نظر وجود بیماریهای زمینه‌ای مؤثر بر بروز عوارض بیهوشی عمومی در شش گروه دسته‌بندی می‌نماید.

۱ ASA : بیماران با سلامتی طبیعی

۲ ASA : بیماران با بیماری سیستمیک خفیف بدون محدودیت عملکردی مانند: سیگار کشیدن و زیاده‌فشارخون که کنترل شده باشد.

۳ ASA : بیماران با بیماری سیستمیک شدید که منجر به اختلال عملکرد می‌شود. مانند دیابت و آنژین صدری در شرایطی که بیمار پایدار (stable) است اما نیاز به ادامه درمان دارد.

۴ ASA : بیماران با بیماری سیستمیک شدید که بطور مداوم تهدیدکننده حیات فرد است. مانند دیابت + آنژین صدری + نارسایی قلبی (CHF) که با فعالیت اندک نیز تنگی نفس و در سینه بروز می‌نماید.

۵ ASA : بیماران ناتوان با وضعیت ناپایدار حیاتی، که

در سال ۱۹۸۵ برای اولین بار Erich Muhe در آلمان اولین عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک* (LC) را انجام دادند و در حال حاضر خصوصا در کشورهای غربی بیش از ۹۰٪ اعمال کوله سیستکتومی با این روش انجام می‌شود

در رابطه با مزایا و معایب روش جراحی LC مقالات بسیار زیادی ارائه شده و از جهات گوناگون به مقایسه آن با جراحی باز پرداخته شده است. بطوریکه در بسیاری از جنبه‌ها برتری جراحی LC بر جراحی بازمانند کاهش درد بعد از عمل - برگشتن سریعتر به کار - کاهش واکنش های عصبی - هورمونی و رضایتمندی بیماران از نظر زیبایی ظاهری جوشگاه محل عمل به اثبات رسیده است. (۶-۱۳)

حدود ۱۲۰ سال پیش اولین کوله سیستکتومی باز انجام شد و برای سالها به عنوان درمان انتخابی کوله لیتیاژیس بود. با توجه به شیوع بیش از ۵۰٪ بیماریهای مجرای صفراوی در افراد بالای ۷۰ سال و از طرفی بعلت وجود بیماریهای همراه در سالمندان از قبیل: دیابت - قلبی عروقی - تنفسی و..... عوارض و ریسک جراحی مرتبط با کوله لیتیاژیس در سالمندان شایع تر است.

کوله سیستکتومی باز* (OC) در سالمندان با مورتالیتی ۷٪/۱۲ و موربیدیتی و عوارض قابل ملاحظه ۳۶-۱۸٪ همراه است و یکی از عوامل بروز این موربیدیتی به انسزیون بزرگ شکمی مربوط است و این مشکل در LC رخ نمیدهد. در حال حاضر با توجه به مزایای ذکر شده در مطالعات مختلف کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک بعنوان یک استاندارد طلایی و انتخاب اول در درمان سنگهای صفراوی خصوصا «سالمندان معرفی شده است. (۱۴-۱۷)

هدف از این مطالعه بررسی فواید جراحی لاپاراسکوپی در سالمندان و مقایسه آن با جراحی باز می‌باشد.

LC *:Laparoscopic Cholecystectomy
-OC *:open cholecystectomy

مواد و روشها

این مطالعه به روش آینده نگراز سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ در بیمارستان میلاد بر روی بیماران مبتلا به سنگ کیسه

نماید. در حال حاضر کوله سیستم کتومی لاپاراسکوپیک یک روش رایج و انتخابی در درمان سنگ صفراوی خصوصاً در سالمندان است و این روش با مزایایی چون درد کمتر پس از جراحی و مورتالیتی و موربیدیتی کمتر و مدت اقامت کمتر در بیمارستان همراه است. (۱۸-۲۲)

در مطالعات مختلف از سال ۱۹۸۳ توسط Lygidakis تا ۲۰۰۵ توسط R.K. Annamaneni و همکارانش میزان موربیدیتی و مورتالیتی در کوله سیستم کتومی باز در سالمندان به ترتیب ۲۸٪-۲۳٪ و ۲٪-۴٪ بوده است و در مطالعه ما به ترتیب ۱۲٪ و ۲٪ بوده است.

عمده عوارض ایجاد شده شامل عفونت زخم- ترومبوز وریدهای عمقی پا (DVT)- نشت صفرا - خونریزی و انفارکتوس قلبی (MI) و عفونت تنفسی بود. از سه بیمار فوت شده هر سه به علت حمله قلبی و MI فوت نمودند. (نمودار ۱)

یکی از مهمترین نتایج LC در سالمندان کاهش مورتالیتی و موربیدیتی است. به طوریکه در مطالعات متعدد از سال ۱۹۹۶ توسط Firilas تا سال ۲۰۰۸ توسط Doumini و دپارتمان جراحی دانشگاه Thrace میزان موربیدیتی تا ۱۷٪ و مورتالیتی تا ۱٪ گزارش شده است و در مطالعه ما به ترتیب ۲٪ و صفر بود. (جدول ۱ و ۲) افزایش قند خون در یک بیمار و درد قفسه صدی در ۲ بیمار علت عمده ی موربیدیتی بوده است.

اکثر مطالعات کاهش درد پس از عمل - مدت اقامت کوتاهتر - کمتر شدن زمان عمل جراحی و بهبودی زودتر را از پیامدهای LC ذکر کرده اند. (۱-۲-۸)

این فوائد در مطالعه ما هم وجود داشت بطوریکه مدت اقامت پس از جراحی در مطالعه ما در گروه OC و LC به ترتیب ۱/۳ و ۱/۱ روز بود که درد محل عمل و عدم تحمل غذا از علل اصلی طولانی شدن مدت بستری در گروه OC بود. گرچه در اکثر مطالعات انجام شده طول مدت عمل جراحی در روش LC بسیار کمتر از OC بود اما در مطالعه ما تفاوت معنی داری بین دو روش وجود نداشت.

پیامدها و نتایج مطالعه ما در هر دو روش در مقایسه با سایر مطالعات قابل تامل و دارای نتایج بهتری بود که به نظر

با عمل جراحی و یا بدون عمل انتظار تداوم حیات آنان کمتر از ۲۴ ساعت است.

ASA ۶ : بیماران با مرگ مغزی که کاندید برداشتن اعضاء برای پیوند به دیگران هستند.

ASA-E : هرکدام از حالات فوق که در شرایط اورژانس برای بیهوشی باشند، این شرط به آنان افزوده می شود. مانند ASA ۲ E

جهت رعایت موارد اخلاقی پس از آگاهی بیماران و قبول آنان وارد این مطالعه میشدند. داده های حاصل وارد نرم افزار SPSS شده و با استفاده از روش آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار میگرفت و از آزمون Chi Square و t test استفاده شده است (P کوچکتر و مساوی ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی دار میباشد).

یافته ها

از تعداد ۳۱۱ بیمار بستری شده ۲۰۶ (۶۶٪) نفر زن و ۱۰۵ (۳۴٪) نفر مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۷۱/۴ سال (۹۰-۶۹ سال) حدود یک سوم بیماران در هر گروه دارای کوله سیستمیت حاد و ۶۷٪ بیماران دارای علائم مزمن بودند. از ۱۵۷ بیمار که جراحی باز داشتند ۱۰۵ بیمار زن و ۵۳ بیمار مرد و از ۱۵۴ بیمار لاپاراسکوپیک شده تعداد ۱۰۱ بیمار زن و ۵۳ بیمار مرد بودند. اکثر بیماران در هر دو روش دارای نمره ASA = ۱ و ۲ بودند.

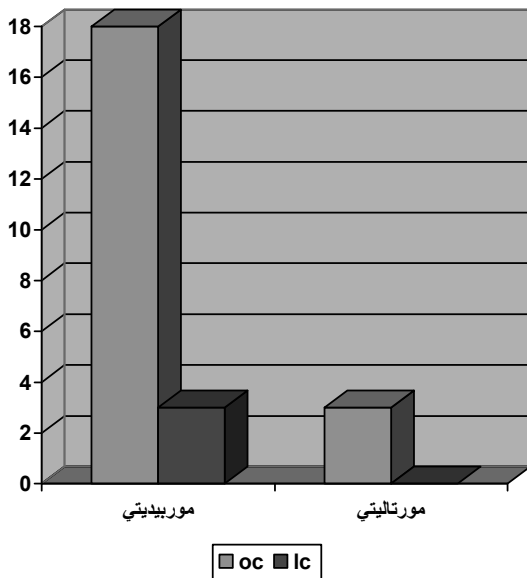
در گروه الف میزان مورتالیتی و موربیدیتی به ترتیب (۲٪) و (۱۲٪) و در گروه ب به ترتیب صفر و ۲٪ بود. (جدول ۱)

طول مدت بستری پس از جراحی در گروه الف بین ۷۲-۱۰۰ ساعت و در گروه ب بین ۳۶-۲۴ ساعت بود. (جدول ۱) و طول مدت عمل جراحی و سایر یافته ها در دو روش فوق نیز در جدول (۱) آمده است.

بحث

با افزایش سن شیوع سنگهای صفراوی نیز رو به ازدیاد است بنابر این کوله سیستم کتومی نیز یک عمل شایع در بین سالمندان است. درمان مناسب برای سالمندان درمانی است که بهترین کیفیت زندگی با کمترین عوارض را فراهم

نمودار ۱ = مقایسه شیوع مورتالیتی و موربیدیتی OC و LC در سالمندان



جدول ۱ - مقایسه نتایج حاصل از LC و OC در سالمندان

Results:

	total	Lc	Oc	Difference	
Number	311	154	157	NS	
sex	M	105	53	52	NS
	F	206	101	105	
Age	means	71/4	70/5	72/3	
ASA scor	I	18	10	8	NS
	II	193	96	97	
	III	100	48	52	
Mortality	3	0	3(2/1%)	S	
Morbidity	21	3(2%)	18 (12%)	S	
Hospital stay		1/1	3/1	S	
operation time		38-50	43-90	NS	

میرسد یکی از علل اصلی آن این بود که اکثر بیماران در هر دو روش دارای ASA score = ۱ و ۲ بودند.

نتیجه گیری

با توجه به مطالعه حاضر و گزارشات و مقالات مختلف منتشر شده متوجه میشویم که کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک یک روش استاندارد طلایی جراحی کیسه صفرا می باشد. (۲۳) و در مقایسه با OC روش LC در سالمندان یک روش بیخطر و انتخابی است و نتایج بهتری نسبت به OC دارد و سن بالا به تنهایی کنترااندیکاسیون جراحی لاپاراسکوپیک نیست و سالمندان از روش LC سود بیشتری خواهند برد.

جدول ۱: نتایج بدست آمده از دو روش جراحی کوله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپیک در ۳۱۱ بیمار

اختلاف	لاپاراسکوپیک	جراحی باز	کل	
	۱۵۴	۱۵۷	۳۱۱	
جنس	زن	۱۰۵	۲۰۶	
	مرد	۵۳	۱۰۵	
سن	۷۰/۵	۷۲/۳	۷۱/۴	میانگین
ASA	I	۸	۱۸	۱۰
	II	۹۶	۱۹۳	۹۶
	III	۴۸	۱۰۰	۴۸
طول مدت بستری	h (ساعت) ۲۴-۳۰	h (ساعت) ۷۲-۱۰۰		S
طول مدت عمل	(دقیقه) ۴۵-۷۵	(دقیقه) ۴۵-۹۰		NS
عوارض	۳	۱۸	۲۱	S
مورتالیتی	۰	۳	۳	S

جدول ۲: مقایسه شیوع پیامدهای LC در سالمندان در مطالعات مختلف

	مدت			
	تعداد	موربیدیتی	مورتالیته	اقامت در بیمارستان
Firilas (1996)	۱۹۴	%۱۸	%۱	۲/۷
Pesaux (2001)	۵۰	%۱۸	%۰	-
Pagnini (2001)	۷۷	%۱۲	%۱/۳	-
	۶۷	%۱۸	%۵	۵/۳
Hazan (2003)				
Antequera (2003)	۱۷۶	%۱۷	%۶	۱/۳
P. Annamaneni (2005)	۹۲	%۱۳	۰	۷
Total	۶۵۶	%۱۶	%۱/۳	۴/۷
مطالعه حاضر	۱۵۴	%۲	۰	۱/۱

Archive of

REFERENCES

فهرست منابع

- Med J . 2004; 13(1):4852-
12. Bablekox GD, et al. Postoperative changes on pulmonary function after laparoscopic and open choleystectomy. *Hepatogastroenterology*. 2003;50(53): 1193200-
 13. Velanovich V. Laparoscopic vs. open surgery : a preliminary comparison of quality-of life outcomes. *surg Endosc*. 2000;14(1):1621-
 14. sborne DA. Laparoscopic cholecystectomy: pas, present and future. *Surg Technol Int*. 2006;15:815-
 15. irilas A, Duke BE ,Max MH. Laparoscopic cholecystecto, y in the elderly. *Surg Endosc*. 135.
 16. Feteiha MS, Curet MJ. Laparoscopic cholecystectomy. In: Zucker KA ed. *Surgical Laparod*. philadelphia pa: lippincott Wiliams & wilkins; 2001: 121132-
 17. Balesta LC, Cid JA, Poves I ,et al ,Laparoscopic Surgery in the elderly patient. *surg Endosc*. 2003;17(2):333337-
 18. Martinez viara A, Docobo Durantez F, Mena Robles J, ,et al. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of biliary lithiasis: outpatient surgery or hort sty unit? *Rev Esp Enferm Dig* 2004 ;96(7):4529-
 19. Dobios F ,Icard P ,Berthelit G. Levard H. Coelioscopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. *Ann Surg* 1990;21 :6062-
 20. Reddick EJ .Olsen DO .Laparoscopic Laser cholecystectomy: a comparison whit mini-lap cholecystectomy. *surg endosc* 1989;3:1313-.
 21. Schirmer BP, Edge SB, dIx J, Hyser MJ ,Hank JB ,Jones RS. Laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. *Ann Surg* 1991,213:312-
 22. Pozo F ,Giganto F, Rodrigo L. Non-complicated cholelithiasis associated whit
 1. Evers BM ,Townsend CM Jr , Thompson Jc .organ phsioloy of aging . *surg clin North Am* .1994; 74 :2339-
 2. Polanczyk CA ,Marcon tonio E, . Impact of age on perioperativ complicatons and length of stay in patients undegoing noncardiac surgery. *Ann Intern Med* . 2001;134 :637643-
 3. Bufalari A, Ferri M coa p ,cirocchi R, et al .Surgical care in octogenarians *Br J Sury* ,1996; 17831787-
 4. Brunt LM, Quasebarth DL, Dunnegan DL, Soper NJ. Outcomes analysis of laparoscopic cholecystectomy in the extremely elderly. *Surg Endosc*. 2001;15:700705-
 5. Shamburek RD Farrar JT. Disorders of the digestive system in the elderly. *N Engl J Med*. 1990;322:438443-
 6. Fassiasid N. Outcome and acceptance of outpatient laproscopic cholecystectomy. *JLS*. 2004;8(3):2513-
 7. stipancic I, et al. Oxidative stress markers after laparoscopic and open cholecystecomy. *J Laparoscopic Adv Surg Tech A* .2005;15(4):347-52
 8. Szabo G. Adhesion formation with open versus laparoscopic cholecystectomy: an immunologic and histologic study . *Surg Endosc*. 2007;21(2): 2537-
 9. Schietroma M,. changes in the blood coagulation, fibrinolysis and cytokine profile during *Endosc*. 2004 ;18(7): 10906-
 10. Schietroma M, et al, [Intestinal and systemic endotoxaemia after laparotomic or laparoscopic cholecystectomy . *chir Ital*. 2006; 58(2):1717-
 11. Haque Z et al .Metabolic and stress responses of the body to trauma: produced by the laparoscopic holecystecomy. *Mymensingh*

REFERENCES

فهرست منابع

GERD, Results of combined laparoscopic surgery in low risk patients. Rev Esp Enferm Dig 2004;96(7):23745-.

23. Chousleb Mizrahi E. Actual status of laparoscopic cholecystectomy, Rev Gastroentrol Mex. 2004;69suppl,1:2835-(ISSN:0375

Archive of SID