

## مقایسه دو روش جراحی کله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپیک در بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفرا در شهر همدان

دکتر علیرضا خلیج \* دکتر سیاوش جاویدان \* دکتر عباس معینی ، علی اصغر حیدری \* \* \* ، دکتر محمد علی پنکه \* \* \*

### خلاصه :

با توجه به میزان شیوع بالای سنگ کیسه صفرا و استقبال کم جراحان کشورمان از کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک و نوبودن این روش مقرر شد که نتایج دو روش کله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپیک در شهر همدان مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد.

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی توصیفی مقطعی می‌باشد. ۱۴۶ بیمار مبتلا به سنگ کیسه صفرا در طی سالهای ۱۳۷۷ - ۱۳۷۶ در بیمارستان‌های مباشر و اکباتان همدان به دو روش باز و بسته تحت عمل جراحی قرار گرفتند و سپس اطلاعات استخراج شده از پرونده بیماران ؛ شامل طول مدت بستری، میزان استفاده از ضد دردها و آنتی بیوتیک، میزان وقوع عفونت، میزان و علت Conversion (برگردانی) مورد ارزیابی آماری قرار گرفتند.

سنگ کیسه صفرا در زنان شایعتر از مردان می‌باشد (۸۴/۹ در برابر ۱۵/۱ درصد). زمان بستری بیمارانی که با روش باز و بسته عمل شده‌اند به ترتیب ۳/۴ و ۱/۷ روز بوده که نشانگر ترخیص زودتر بیماران گروه دوم است. به طوری که بیش از ۵۰ درصد بیماران گروه دوم فقط یک روز در بیمارستان بستری بودند. میزان استفاده از ضد درد و آنتی بیوتیک در گروهی که به روش بسته عمل شده‌اند (Laparoscopic Cholecystectomy) کاهش چشم‌گیری نشان داد. تب بعد از عمل در گروه LC کمتر از گروه دیگر بود. ۸/۲ درصد از بیماران L.C دچار Conversion گردیده‌اند که ۳ مورد به علت چسبندگی محل عمل و ۳ مورد بعدی هر کدام به یکی از علل، اتساع CBD، خونریزی حین عمل و پارگی روده بودند. افزایش تجربه جراحانی که مبادرت به عمل L.C می‌کنند در کمتر کردن عوارض و میزان Conversion مؤثر می‌باشد.

با توجه به نتایج تحقیق، L.C روش ارجح برای برداشتن کیسه صفرا حتی در شرایط کنونی کشور ایران می‌باشد و توصیه می‌شود تمامی جراحان عمومی با این روش آشنا شوند و دستگاههای ذیربط امکان استفاده بیماران را از این روش مؤثر فراهم آورند.

واژه‌های کلیدی : برداشتن کیسه صفرا، سنگ کیسه صفرا، شکم بینی

\* استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان .

\* \* \* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان

\* \* \* \* \* دکتری حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان

## مقدمه :

برداشتن کیسه صفرا به دو روش انجام می‌گیرد. در نوع اول با استفاده از برش زیر لبه دنده‌ای راست و یا خط وسط شکم اقدام به برداشتن کیسه صفرا می‌شود که کله سیستکتومی باز نامیده می‌شود. در روش دوم با استفاده از چهار سوراخ در سطح شکم؛ چهارتروکار به داخل حفره صفاقی هدایت می‌شود و بعد از دمیدن گاز  $CO_2$  یا  $N_2O$  به داخل حفره صفاقی؛ اقدام به برداشتن کیسه صفرا می‌کنند که این روش را کله سیستکتومی لاپاراسکوپی می‌نامند. در تمام تاریخ جراحی مدرن امروزی، کمتر عملی را می‌توان یافت که نظیر کله سیستکتومی لاپاراسکوپی (برداشتن کیسه صفرا به روش بسته) به این سرعت و در چنین سطح وسیعی مقبولیت پیدا کرده باشد (۱،۲).

استفاده از درن، لوله معده، آنتی بیوتیک، داروهای مسکن و زمان بستری شدن در بیمارستان در افرادی که به روش لاپاراسکوپی تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند به طور چشمگیری کاهش نشان می‌دهد (۳). در مطالعه‌ای زمان بستری شدن بیماران عمل شده با روش باز و لاپاراسکوپی به ترتیب ۸/۱ و ۳/۳ روز بوده است (۴). عوارض ناشی از کله سیستکتومی لاپاراسکوپی نیز برخلاف تصور اولیه در حد قابل قبول می‌باشد (۴-۶). در مطالعه‌ای دیگر ۹۷٪ بیماران در همان روز عمل ترخیص گردیده‌اند و استفاده از این روش؛ عمل سنگ کیسه صفرا را به صورت یک عمل جراحی سرپائی در آورده است (۷). با توجه به شیوع بسیار بالای سنگ کیسه صفرا که در بعضی کشورها تا ۱۰٪ جمعیت را شامل می‌شود (۸)، روشهای ساده‌تر و کم عارضه‌تر دو چندان اهمیت پیدا می‌کند. در ضمن، درمان قطعی بیماری سنگ کیسه صفرا، برداشتن کیسه

صفرا است و روشهای غیر جراحی تقریباً متروک شده‌اند (۵،۸). در کشور ما از این روش جراحی در دهه اخیر به کندی استقبال شده است (۵). با توجه به شروع اخیر این روش در کشور و کم بودن تحقیقات مشابه مقرر شد تا روش جدید با روش قدیم مقایسه و نتایج منتشر گردد.

## روش کار :

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی می‌باشد که در یک مقطع زمانی دو ساله (۱۳۷۷ - ۱۳۷۶) در بیمارستان‌های آموزشی مباشر و اکیاتان دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد.

کلیه بیمارانی که به علت سنگ کیسه صفرا بدون عوارضی از قبیل التهاب کیسه صفرا، هیدروپس و زردی مراجعه نمودند با دو روش باز و بسته تحت عمل جراحی قرار گرفتند. بیماران توسط جراحانی که همگی استادیار دانشگاه بوده و سابقه جراحی تقریباً مساوی داشتند عمل شدند. پرونده‌هایی که به هر نحوی اطلاعات را ثبت نکرده بودند از مطالعه حذف شدند.

تعداد بیماران مطالعه شده ۱۴۶ مورد می‌باشد که نصف آنها به روش باز و نصف دیگر به روش لاپاراسکوپی عمل شدند. بیماران برای هر عمل بصورت تصادفی انتخاب و معیارهایی از قبیل سن، جنس، وزن وضعیت اقتصادی و اجتماعی در انتخاب نوع عمل دخالت داده نشدند. در این دو گروه متغیرهای سن، جنس، طول مدت بستری بعد از عمل، تعداد دفعات استفاده از ضد دردها، موارد منجر به تبدیل روش لاپاراسکوپی به باز (CONVERSION) و علل CONVERSION، میزان مصرف ضد درد و آنتی

(۱۱٪) دچار تب بعد از عمل شدند که از نظر آماری معنی دار است ( $P < 0.05$ ).

مواردی از اعمال جراحی لاپاراسکوپیک که منجر به کله سیستکتومی باز شده است ۶ مورد معادل ۸/۲٪ بود. ۳ مورد از علل CONVERSION به دلیل چسبندگی ناحیه عمل و سه مورد دیگر هر کدام به یکی از علل اتساع مجرای صفراوی مشترک، خونریزی حین عمل و پارگی روده بودند.

هیچ یک از بیماران گروه باز مجدد تحت عمل جراحی قرار نگرفته‌اند.

#### بحث:

کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در کشورهای پیشرفته سریعاً جایگزین کله سیستکتومی باز شده است به طوری که در این کشورها در موارد کمی از روش دوم استفاده می‌شود. ولی در کشور ما از این روش تاکنون آن طوری که لازم است استقبال نشده است. به نظر می‌رسد علت این مسئله عدم در دسترس بودن دستگاههای لاپاراسکوپیک و وسایل مصرفی آن و گران بودن هزینه عمل می‌باشد. ولی با توجه به عوارض کمتر لاپاراسکوپیک و برگشتن سریعتر بیماران به فعالیت‌های روزمره به نظر می‌رسد حتی در شرایط کشور ما نیز این روش به روش قدیمی ترجیح داشته باشد (۵).

زمان بستری بیماران عمل شده با روش لاپاراسکوپیک نسبت به روش باز به شدت کاهش را نشان می‌دهد به طوری که بیش از ۵۰٪ بیماران گروه اول فقط یک روز در بیمارستان بستری بودند ولی در بیماران گروه دوم هیچ بیماری در روز اول قابل ترخیص نبوده و بیشتر از ۸۰٪ بیماران گروه اول طی ۲ روز از بیمارستان مرخص شدند. استفاده از ضد درد و آنتی بیوتیک و تب

بیوتیک و تعداد موارد تب بعد از عمل معین و در پرسشنامه‌های مربوطه نوشته شدند و سپس اطلاعات فوق از طریق نرم افزار EP16 و آزمون‌های آماری مربوطه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

این دو روش کاملاً مورد قبول جامعه پزشکی بوده و بیمارانی که به هر روش عمل شدند از نوع عمل خود مطلع بوده و با رضایت کامل آنها اعمال جراحی مربوطه انجام شده است.

#### نتایج:

توزیع فراوانی سنگ کیسه صفرا در زنان ۸۴/۹ و در مردان ۱۵/۱ درصد می‌باشد. توزیع فراوانی کله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپیک انجام شده به ترتیب در زنان ۸۶/۳ و ۸۴/۹ درصد و در مردان ۱۳/۷ و ۱۵/۱ درصد بودند. میانگین سن بیماران عمل شده به روش کله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپیک به ترتیب ۵۲/۴ و ۵۱/۸ سال می‌باشند. میانگین زمان بستری بیمارانی که به روش باز و لاپاراسکوپیک عمل شدند به ترتیب ۳/۴ و ۱/۷۶ روزه است (نمودار شماره ۱). افرادی که یک روز بعد از عمل در بیمارستان بستری بودند در روش اول صفر و در روش دوم ۵۰/۷ درصد بوده که از نظر آماری معنی دار است ( $P < 0.001$ ). (جدول شماره ۱) میانگین دفعات استفاده از ضد درد در گروه باز و لاپاراسکوپیک به ترتیب ۱/۸ و ۶۴٪ مورد بوده که از نظر آماری معنی دار است ( $P < 0.001$ ).

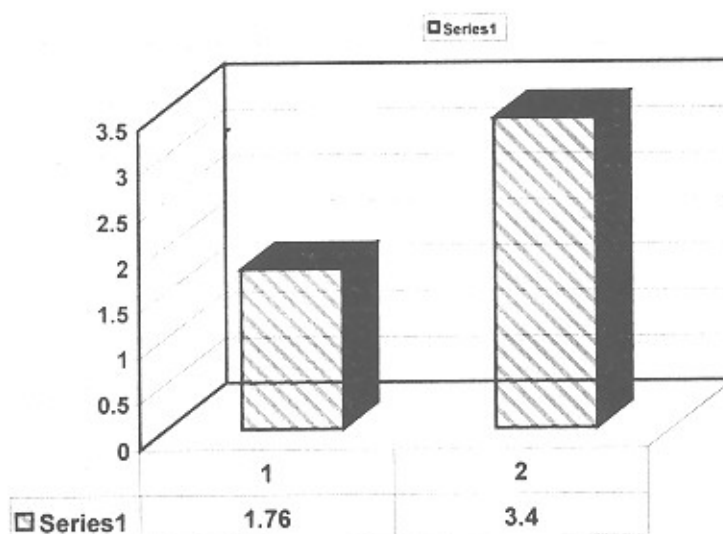
میانگین استفاده از آنتی بیوتیک در گروه باز و لاپاراسکوپیک به ترتیب ۶/۶۶ و ۲/۹۳ دوز بوده که از نظر آماری معنی دار است ( $P < 0.05$ ).

بعد از عمل کله سیستکتومی باز ۱۹ مورد (۲۶٪) و بعد از عمل کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک ۸ مورد

جدول شماره ۱:

رابطه بین نوع عمل و مدت زمان بستری بر حسب روز در بیماران مراجعه کننده به علت سنگ کیسه صفرا

کوله سیستکتومی باز			لاپاراسکوپی کوله سیستکتومی			نوع عمل مدت بستری
درصد تجمعی	درصد	تعداد	درصد تجمعی	درصد	تعداد	
۰	۰	۰	۵۰/۷	۵۰/۷	۳۷	۱
۱۹/۲	۱۹/۲	۱۴	۸۲/۲	۳۱/۵	۲۳	۲
۵۷/۶	۳۸/۴	۲۸	۹۷/۳	۱۵/۱	۱۱	۳
۸۳/۶	۲۶	۱۹	۹۷/۳	۰	۰	۴
۱۰۰	۱۶/۴	۱۲	۱۰۰	۲/۷	۲	>۵
————	۱۰۰	۷۳	————	۱۰۰	۷۳	جمع

 $P < 0.001$ 

نمودار شماره ۱:

میانگین مدت زمان بستری در دو گروه کله سیستکتومی باز و لاپاراسکوپی بر حسب روز

به خاطر زحماتی که در شروع انجام کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک در همدان کشیده‌اند تقدیر و تشکر به عمل آوریم. از کلیه همکاران و پرسنل خوب اطاق عمل و بخش جراحی بیمارستانهای مباشر و اکباتان به خاطر همکاری خوبشان تشکر و تقدیر می‌شود.

#### کتابنامه:

- ۱ - خورشیدی ح.ر، « بررسی عوارض لاپاراسکوپیک کله سیستکتومی در مقایسه با روش کله سیستکتومی کلاسیک در مراکز آموزشی و درمانی شهر تهران از سال ۷۵ تا ۷۷ ». پایان نامه دکتری تخصصی پزشکی جراحی عمومی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
- 2 - Sabiston Dc, Lyerty Hk , ed . Textbook of surgery : The biological basis of modern surgical practice. 15 thed . Philadelphia : W.B.Saunders. 1997, 56.
- 3 - Schwartz Sl, Shires GT , Spencer FC , , et al , ed . Principles of surgery . 7th ed . New York: Mc Graw-Hill, 1999,10-25.
- 4 - Eldar s , Saboe E,Nash E , et al . Laparoscopic versus open cholesystectomy in acute cholecystitis , Surg - Laparosc -Endosc 1997 Oct ;7(5):407 - 14
- 5 - Lujan JA , Parrilla P, Robles R , et al . Laparoscopic cholecystectomy VS open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis . Arch - Surg . 1998 Feb ; 133(2) : 173-5.
- 6 - Wu Js , Dunnegan DI , Luttmann

بر بعد از عمل در بیماران عمل شده با روش بسته بسیار کمتر از روش دیگر است. میزان CONVERSION در گروه مطالعه شده ۸/۲ درصد است که بیش از مطالعات انجام شده در کشورهای پیشرفته می‌باشد (۵،۷). چنانچه از علل CONVERSION بر می‌آید تعدادی از این موارد به علت عدم ارزیابی دقیق قبل از عمل بوده که با دقت بیشتر قبل از عمل؛ می‌توان از آن جلوگیری کرد. تجربه جراح نیز در موارد CONVRERSION مؤثر است و با افزایش تجربه از میزان آن کاسته می‌شود. جراحانی که در مطالعه فوق عمل لاپاراسکوپیک انجام داده‌اند در این روش مبتدی بوده و به نظر می‌رسد با افزایش تجربه آنها موارد از تبدیل لاپاراسکوپیک باز به بسته کاسته خواهد شد. امروزه مسائل و مشکلات زیبایی که در اثر برش‌های بزرگ برای بیمار ایجاد می‌شود (خصوصاً در جوانان و زنان) را نمی‌توان نادیده گرفت و این مسئله نیز اهمیت لاپاراسکوپیک را بیشتر می‌کند.

با توجه به نتایج مطلوبی که از این مطالعه در خصوص روش لاپاراسکوپیک به دست آمد به نظر می‌رسد با افزایش تجربه جراحانی که به عمل جراحی لاپاراسکوپیک می‌پردازند، عوارض و زمان بستری، کاهش بیشتری را نشان دهد.

لازم است یادآوری شود که هنوز در تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به بیمارهای کیسه صفرا از قبیل پریتونیت صفراوی و کلانژیت عمل جراحی باز روش انتخابی است. در خاتمه پیشنهاد می‌گردد که طی مطالعه‌ای میزان هزینه تمام شده برای هر دو روش در کشور ایران مورد بررسی قرار گرفته و منتشر شود.

سپاسگزاری:

لازم است از جناب آقای دکتر حشمت الله کلباسی

DR , et al . The evolution and maturation of laparoscopic cholecystectomy in an academic practice . J-Am-Coll- Surg. 1998 May ; 186(5): 554-60.

7 - Lam D , Miranda R, Hom Sj.Laparoscopic cholecystectomy as andout-

patient procedure. J-Am- Coll - Surg. 1997 Aug ; 185(2) : 152-5.

8 - Fauci As. Braundwald E,Isselbacher KJ, et al ,ed .Harison's Principles of internal Medicine . 14th ed . New york : Mc Graw- Hill , 1998.