

نتایج اولین گروه بیماران لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی در بیمارستان آیت...ا گلیپایگانی شهر قم در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۴

دکتر سید جواد موسوی* فائزه رضویان**

*متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم

**کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم

چکیده

زمینه و هدف

امروزه روش لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی به عنوان استاندارد طلایی کوله سیستکتومی شناخته شده است. هدف از انجام این مطالعه تعیین نتایج اولین گروه بیمارانی است که در بیمارستان آیت...ا گلیپایگانی در شهر قم تحت لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفته‌اند.

روش بررسی

این یک مطالعه گذشته‌نگر توصیفی است و بر روی مواردی انجام گرفته است که طی مدت ۲ سال تحت عمل جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفته‌اند. اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

۳۰۵ بیمار در محدوده سنی ۱۵ تا ۸۶ سال طی این مدت تحت جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفتند، ۶۴/۹٪ زن و ۳۵/۱٪ مرد بودند ۸۰٪ مبتلا به سنگ‌های صفراوی علامت‌دار هستند. بیشترین درصد در سال ۱۳۸۶ عمل جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی شدند. متوسط زمان عمل جراحی ۴۵ دقیقه و طول مدت بستری ۲۴ ساعت بود. بیش از ۵۰٪ عمل‌هایی که همراه لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی انجام می‌شد، آزاد سازی چسبندگی بود. علت زمینه‌ای عمل جراحی در ۸۰٪ موارد در هر دو جنس سنگ‌های صفراوی علامت‌دار است. کلیه بیماران تحت بررسی سونوگرافیک قرار گرفتند، که شایع‌ترین یافته در هر دو جنس سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و پس از آن کوله سیستیت حاد بدون سنگ بود. شایع‌ترین عارضه حین عمل برادیکاردی در هنگام وارد شدن گاز به داخل شکم می‌باشد. ۸ مورد بیماران بعد از عمل دچار عارضه شدند، هیچ موردی از مرگ اتفاق نیفتاد.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این بررسی نشان داد که لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی به عنوان روش استاندارد کوله سیستکتومی، در شرایط و امکانات موجود در کشور ما نیز با میزان موفقیت بسیار بالا همراه است.
کلید واژه‌ها: لاپاراسکوپیک، کوله سیستکتومی، لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی

نویسنده مسئول: متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم

آدرس: قم، بیمارستان آیت...ا گلیپایگانی، کتابخانه یا دفتر گروه جراحی عمومی تلفن: ۰۹۱۲۲۵۱۰۶۵۹

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۱۰

Email: moosavi22000@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۲۱

مقدمه

سنگ‌های صفراوی یکی از اختلالات شایع در اغلب کشورها به‌خصوص کشورهای غربی است (۱). به‌طوری که در گزارش‌های کالبد شکافی شیوع سنگ‌های صفراوی ۳۰-۱۱٪ می‌باشد (۲). این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است، به‌طوری که برخی از مطالعات نشان داده‌اند ۲۰٪ زنان و ۸٪ مردان در ایالات متحده به این بیماری مبتلا هستند و کل جمعیت مبتلا بیش از ۱۵ میلیون نفر است (۱). بیش از ۹۰٪ بیماران که دچار التهاب حاد کیسه صفرا (Cholecystitis) هستند، سنگ‌های صفراوی دارند (۲). سنگ‌های کیسه صفرا از مواد جامد در صفرا تشکیل می‌شوند و معمولاً از نظر شکل، اندازه و ترکیب بسیار متنوع می‌باشند. این سنگ‌ها در کودکان و بالغین جوان به‌ندرت دیده می‌شوند، ولی پس از ۴۰ سالگی شیوع آن به‌تدریج افزایش می‌یابد. میزان بروز سنگ‌های صفراوی تاحدی بالا می‌رود که ۵۰٪ افراد بالای ۷۰ سال و بیش از ۵۰٪ افراد بالای ۸۰ سال سنگ‌هایی در دستگاه صفراوی خواهند داشت (۲). عوامل عمومی خطر را عبارتند از: سن، جنس، نژاد، حاملگی (به‌ویژه حاملگی متعدد)، تغذیه نامناسب، بیماری کرون، بیماری ایلئوم یا قطع آن، جراحی معده، اسفروسیتوسیس (Spherocytosis)، سیکل سل (Sickle cell)، تالاسمی، فیبروز کیستیک و دیابت قندی (۳، ۲). شاخص‌ترین تظاهر بالینی سنگ‌های صفراوی علامت‌دار، درد حمله‌ای است که در عرض نیم تا یک‌ساعت افزایش و در عرض چند ساعت کاهش می‌یابد. محل این درد، در بالای شکم و یا قسمت بالای راست شکم می‌باشد و به‌طور معمولی به شانه راست یا بین دو کتف نیز کشیده می‌شود. اغلب با تهوع و گاهی با استفراغ همراه است. در معاینه در هنگام درد، معمولاً تندریس در اپی گاستر وجود دارد و در هنگام آرامش امکان دارد چیزی پیدا نشود (۲). در سال ۱۹۸۷ در فرانسه لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی توسط Moort به دنیا معرفی شد و سریعاً انقلابی را در جراحی ایجاد نمود. امروزه لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی درمان انتخابی سنگ‌های کیسه صفراوی علامت‌دار است و بیشتر اعمال کوله سیستکتومی از این راه انجام می‌شود

(۲). سالیانه تقریباً ۷۰۰ هزار نفر نیاز به عمل جراحی کیسه صفرا دارند و ۸۰ تا ۹۰٪ آن‌ها کاندیدای لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی هستند. به‌طوری که در مطالعات اخیر نشان داده‌اند هر سال بیش از ۵۰۰ هزار آمریکایی به روش لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۴).

لاپاراسکوپیک عبارت است از بررسی حفره صفاقی به‌وسیله یک دوربین که پس از ایجاد پنوموپریتون در دیواره شکمی وارد حفره شکم می‌شود (۵). در این روش بیمار در اتاق عمل بر روی تخت دراز می‌کشد و جراح در سمت چپ وی قرار می‌گیرد و سپس گاز CO₂ وارد حفره پریتون می‌شود و به محض این که گاز به‌وسیله سوزن ورس داخل شکم شد و فشار داخل شکم به بالاتر از ۱۰ میلی‌متر جیوه رسید، یک تروکار ده میلی‌متری در بالای شکم قرار داده و سپس تروکار کوچکتر دیگری در سمت راست شکم قرار داده می‌شود و به‌واسطه دوربین وارد شده به داخل شکم از طریق مانیتور جراحی آغاز می‌شود. روش لاپاراسکوپیک نه به‌خاطر زیبایی بلکه به‌خاطر صدمات بسیار کمتری که به احشاء داخل شکم نسبت به روش باز ایجاد می‌شود، روش ایده آل کوله سیستکتومی شناخته شده است. اغلب بیماران در همان روز می‌توانند راه بروند و با شروع رژیم غذایی می‌توان بیمار را مرخص نمود. در حال حاضر محدودیت‌های استفاده از این روش جراحی اختلالات انعقادی، مشکل تنفسی و قلبی می‌باشد.

باید قبل از عمل نسبت به وجود سنگ‌های صفراوی مشترک هوشیار بود تا در صورت شک به‌وجود آن‌ها، بیمار تحت ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)

قرار گیرد (۲). در حال حاضر برخی مطالعات نیز اکسپلوراسیون لاپاراسکوپیک مجرای صفراوی را در مراکزی که دارای جراحان ماهر، با میزان بالای موفقیت جراحی لاپاراسکوپیک هستند، به‌عنوان شیوه انتخابی معرفی کرده‌اند (۶). در مورد ابتلای بیمار به کوله سیستیت حاد یا ابتلای به سنگ صفراوی نیز در مورد بهترین زمان انجام لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی هنوز اختلاف نظرهای فراوانی وجود دارد؛ ولی با این حال، در این موارد هم شیوه اصلی درمان، لاپاراسکوپیک کوله

سیستکتومی است (۷،۶). اما برای دست زدن به این عمل باید شرایط خاصی فراهم باشد به شرح زیر:

- باید از طریق آزمایش‌های عمل‌کرد کبدی (LFT) ثابت شود که انسداد صفراوی وجود ندارد. باید همیشه معاینه اولتر سونوگرافی شکمی انجام شود تا تشخیص سنگ صفراوی تأیید و وجود اتساع درون و یا بیرون کبدی مجاری صفراوی رد شود.
- باید ثابت شده باشد که علت علائم بیماری، سنگ های صفراوی است.
- نباید هیچ احتمالی از فشارخون پورتال وجود داشته باشد، چرا که عمل جراحی در این صورت خطرناک می‌شود.
- نباید کنتراندیکاسیونی برای ایجاد پنوموپریتون تحت فشار وجود داشته باشد (۸).

به‌طور کلی با استفاده روزافزون از روش‌های جراحی با حداقل آسیب طی سال‌های اخیر ضمن وجود مزایای بیشتر، میزان عوارض و مشکلات بیماران نیز دچار تغییرات شگرفی شده است، که عبارتند از: کاهش زمان بستری، حداقل اسکار جراحی، کاهش درد، کاستن میزان عفونت‌های پس از عمل و عفونت‌های جدار، کاهش هرنی انسیزیونال، کاهش چسبندگی‌های پس از عمل و زمان سریع‌تر بازگشت به فعالیت‌های طبیعی (۹، ۱۰). این روش در برخی مراکز حتی به صورت سرپایی نیز اجرا شده است، که نتایج خوبی به‌همراه داشته است (۱۱).

معایب و عوارض این روش عبارت است از:

۱: نیاز به خرید و نگهداری تجهیزات گران‌قیمت با فن‌آوری پیشرفته که این روش را مختص افراد مرفه جامعه کرده است.

۲: تقریباً در ۴۰٪ بیماران درد شانه ایجاد می‌شود؛ علت واقعی این درد ناشناخته و معمولاً پس از ۲۴ ساعت از بین می‌رود.

۳: آسیب عمده به مجاری صفراوی و جمع‌شدن مایعات زیر کبد بدون زردی است (۵، ۹).

نتایج مطالعات Deziel و همکارانش تحت عنوان عوارض لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی بیانگر آن بود که از ۴۲۹۲ بیمار که تحت لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفته بودند ۰/۶٪ صدمه مجاری

صفراوی، ۱۴٪ صدمه به روده و عروق و ۰/۳٪ لیک صفرا به‌علت صدمه مجرای سیستیک داشتند؛ در نتیجه این روش جراحی به‌عنوان شیوه انتخابی در درمان سنگ کیسه صفرا با عوارض کمتر و مرگ و میر پایین بوده است (۱۲). البته با وجود پژوهش‌های بسیار مهم و معتبری که در مورد نتایج و عوارض حاصل از لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی در دنیا انجام شده است، هنوز در مورد بسیاری از مسایل مهم این شیوه جدید جراحی و چگونگی کنترل عوارض آن اتفاق نظر وجود ندارد. این مسأله، خود گویای لزوم بررسی بیشتر در این زمینه است؛ با این حال نیاز به پژوهش بیشتر در این زمینه کاملاً محسوس و جدی می‌باشد. هدف ما از انجام این پژوهش، تعیین نتایج اولین گروه بیماران لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی در بیمارستان آیت الله گلپایگانی در شهر قم و به‌دست آوردن میزان موفقیت، عوارض و مشکلات حین عمل جراحی و مدت بستری بودن بیمار در این تکنیک جدید است. این یافته‌ها در شرایط و امکانات موجود، می‌تواند به‌عنوان معیار و پایه‌ای جهت بررسی‌ها و مطالعات بعدی مورد استفاده قرار گیرند.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک بررسی گذشته‌نگر توصیفی بر روی داده‌های موجود می‌باشد. بازنگری مواردی است که با تشخیص نهایی سنگ کیسه صفراوی علامت‌دار و کوله سیستیت حاد بدون سنگ (Acalculous Cholecystitis) طی مدت ۲ سال تحت جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی (از ۱۳۸۴/۳/۱۲ الی ۱۳۸۶/۸/۳۰) در بیمارستان آیت الله گلپایگانی قرار گرفته‌اند. حجم نمونه‌ها ۳۰۵ نفر به‌صورت جدا نمودن و مطالعه پرونده‌هایی که عمل جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی روی آن‌ها انجام شده بود. کلیه این موارد توسط یک جراح در بیمارستان مذکور صورت گرفته است. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

۱. سن بیماران بین ۱۵ تا ۸۶ سال بود.
۲. روی تمام بیماران LFT, CBC و آزمایشات روتین انجام شد تا ثابت شود که انسداد صفراوی وجود ندارد.

۳. روی تمامی بیماران اولتر سونوگرافی انجام شده تا تشخیص سنگ صفراوی و کوله سیستیت حاد بدون سنگ تأیید شود و وجود اتساع درون یا بیرون کبدی مجاری صفراوی رد شود.

۴. تمامی بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفراوی علامت‌دار یا کوله سیستیت حاد بدون سنگ بوده‌اند.

معیارهای خروج از مطالعه عبارتند از:

۱. محدوده سنی ۱۵ تا ۸۶ سال را نداشتند.

۲. بیماران عارضه‌دار سنگ کیسه صفرا (کله سیستیت توام با ایکتر یا پانکراتیت) باشند.

۳. سابقه عمل جراحی قبلی دارند.

۴. بیمارانی که در معاینه یا در پاراکلینیک مشکوک به سنگ‌های مجرای صفراوی بودند.

لذا بر اساس پرسشنامه تهیه‌شده، مشخصات عمومی، شامل سن، جنس، تعداد بیمارانی که مبتلا به سنگ صفراوی علامت‌دار و کوله سیستیت حاد بدون سنگ بودند، طول زمان عمل جراحی، شکایات و عوارض پس از جراحی، یافته‌های سونوگرافیک، بیماری‌های زمینه‌ای که منجر به جراحی شده است، میزان مرگ و میر و در نهایت طول زمان بستری در بیمارستان ثبت شد. زمان عمل جراحی فاصله زمانی فرو بردن تروکار اول تا زمان دوختن آخرین سوراخ در نظر گرفته شد. تمام بیماران تحت جراحی با ۳ پورت و تروکار قرار گرفتند. از پرونده‌های بررسی شده آن‌هایی که اطلاعات مورد نیاز جهت انجام تحقیق ناقص بود، از مطالعه حذف شدند. در این بیماران از هیچ روش یا دارویی که صحت استفاده و بی‌خطر بودن آن برای انسان اثبات نشده، استفاده نگردید. برای انجام آنالیز آماری از روش آمار توصیفی-تحلیلی استفاده شد و در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد استنتاج تحلیلی قرار گرفت. $P=0/05$ یا $P<0/05$ معنی‌دار محسوب شد. از آزمون کای‌دو جهت مقایسه پارامترهای مستقل در دو گروه خانم‌ها و آقایان استفاده گردید.

یافته‌ها

در این بررسی تعداد ۳۰۵ بیمار که تحت جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفته بودند،

بررسی شدند. جوان‌ترین بیمار یک پسر نوجوان ۱۵ ساله و مسن‌ترین آن‌ها یک زن و یک مرد ۸۶ ساله بودند. میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۵۳ سال و انحراف معیار آن ۱۷/۹۸، میانگین سن زنان ۴۸ سال (جوان‌ترین یک دختر ۱۶ ساله) و در مردان ۶۱ سال می‌باشد. از لحاظ شیوع جنسی ۱۰۷ نفر (۳۵/۱٪) مرد و ۱۹۸ نفر (۶۴/۹٪) زن بوده‌اند. از ۳۰۵ مورد، ۲۴۴ نفر (۸۰٪) مبتلا به سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و ۶۱ نفر (۲۰٪) مبتلا به کوله سیستیت حاد بدون سنگ که تحت عمل جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفتند. این موضوع را می‌توان تا حدی به انتخابی بودن موارد و بیمارانی که به این مرکز مراجعه نموده‌اند، نسبت داد. ۲۸۶ نفر (۹۳/۸٪) متأهل و ۱۹ نفر (۶/۲٪) مجرد؛ ۳۶٪ بیمه تأمین اجتماعی و ۱۷٪ آزاد بوده‌اند. ۶۶ نفر (۲۱/۶٪) در سال ۱۳۸۴، ۱۱۸ نفر (۳۸/۶۸٪) در سال ۱۳۸۵ و ۱۲۱ نفر (۳۹/۶۹٪) در سال ۱۳۸۶ تحت عمل جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی قرار گرفته بودند؛ تمامی آن‌ها با بهبودی کامل و حال عمومی خوب مرخص شدند. بیش از ۵۰٪ عمل‌هایی که همراه با لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی انجام شد، آزاد سازی چسبندگی و بعد از آن بیوپسی از توده‌های داخل شکم، توده‌های کبدی و کیست‌های تخمدان بود و در سایر موارد شامل: ۴ مورد کیست‌های کبدی ۲ مورد هرنیورافی، ۱ مورد بستن لوله‌های رحمی و یک مورد ترمیم دئودنوم، ۵ مورد نارسایی مزمن کلیه که دیالیزی بودند می‌شد، در تمامی موارد عمل جراحی موفقیت‌آمیز و با حال عمومی خوب مرخص شدند. عاملی که منجر به جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی شده بود، ۸۰٪ در هر دو جنس سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و پس از آن کوله سیستیت حاد بدون سنگ بود. مجموعاً بین دو جنس از نظر آماری تفاوت معناداری در ابتلا به سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و کوله سیستیت حاد بدون سنگ مشاهده نشد. متوسط زمان عمل جراحی ۴۵ دقیقه، میانگین زمان بستری در حدود ۲۴ ساعت و انحراف معیار آن ۳/۶ بود و حداقل زمان بستری نصف روز و بیشترین زمان بستری ۱۴ روز بود. کلیه بیماران تحت بررسی سونوگرافیک قرار گرفتند. شایع‌ترین یافته سونوگرافیک در هر دو جنس سنگ‌های

صفراوی علامت‌دار و پس از آن نیز کوله سیستیت بدون سنگ به عنوان یافته شایع در بررسی سونوگرافیک مطرح بوده است. بین دو جنس از نظر یافته‌های سونوگرافیک تفاوت معناداری مشاهده نشد. شایع‌ترین عارضه در حین عمل برداشته شدن گاز به داخل شکم بود که ادامه روند ورود گاز قطع و پس از بهبودی ضربان قلب، با سرعت بسیار کمتر گاز وارد شکم گردید. ۸ مورد از ۳۰۵ مورد بیمار ۲/۶٪ بعد از عمل دچار عارضه شدند. ۵ مورد خون‌ریزی در محل‌های پورت‌های ۱۰ میلی‌متری بود که با تامپون کردن برطرف شد. ۱ مورد پرفوراسیون اثنی‌عشر مشاهده شد که ۲ روز بعد منجر به عمل مجدد به صورت باز گردید، پرفوراسیون ترمیم و بیمار یک هفته بعد با حال عمومی خوب مرخص شد. ۱ مورد تجمع مایع در محل عمل بود، بیمار تحت گاید سونوگرافی قرار گرفته و مایع زیر کبد خارج شد و با بهبودی کامل مرخص گردید. یک مورد کلیس بر روی مجاری صفراوی مشترک بسته شده بود، دو روز بعد مجدداً عمل جراحی باز شد و کلیس برداشته شد و مجاری صفراوی مشترک باز و درون آن درن T.Tub قرار داده شد. بیمار سه روز بعد، با حال عمومی خوب با درن T.Tub مرخص گردید. هفته بعد پس از انجام کولانژیوگرافی (Cholangiography) و گزارش مبنی بر عدم ضایعاتی، درن برداشته شد. هیچ مورد از مرگ در این سری از بیماران نداشتیم. هیچ مورد در حین عمل لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی به عمل باز تبدیل نشد، فقط ۲ مورد (۰/۶٪) که دو روز بعد تبدیل به عمل جراحی باز شد. هیچ مورد از عفونت زخم نیز مشاهده نگردید. بیماران همگی با دستور دارویی ۳۰ عدد سفالکسین خوراکی هر ۶ ساعت به مدت یک هفته به همراه شیاف دیکلوفناک، یک آمپول پروسیکام، قرص دایمتیکون و ۲۰ عدد قرص رانیتیدین روزانه ۲ عدد؛ به ترتیب جهت پیشگیری از عفونت، کنترل درد، درد غیرقابل کنترل شانه و نفخ شکم مرخص شدند.

بحث

این مطالعه که بررسی اولین گروه لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی در شهر قم بود، نشان داد که زنان بیشتر از

مردان تحت این جراحی قرار می‌گیرند. Norron و همکارانش این بیماری را در زنان ۲/۵ برابر شایع‌تر از مردان ذکر کرده‌اند (۱). نتایج مطالعه پازیار و همکارانش نیز بیانگر آن بود که زنان بیشتر از مردان تحت این جراحی قرار گرفته‌اند (۱۳). میانگین سنی، در این مطالعه کمی بالاتر از سایر بررسی‌ها می‌باشد، به طوری که میانگین کلی مراجعین این مطالعه ۵۳ سال بود و در سایر مطالعات ۴۰-۳۵ سال است (۱۴،۶). در مطالعه‌ای که Robinson و همکارانش انجام دادند حداکثر واحدهای مورد پژوهش بالاتر از ۳۵ سال سن داشتند (۱۵). در مطالعه پازیار و همکارانش میانگین مراجعین ۴۷ سال بود (۱۳). در این مطالعه کلیه بیماران تحت ۳ پورت و تروکار قرار گرفتند. بیشترین مقالات به چاپ رسیده، استفاده از ۳ تروکار را جهت انجام این عمل حتی در تجارب ۱۰ ساله نیز تأیید کرده‌اند (۱۶). در این مطالعه عاملی که منجر به جراحی لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی شده بود ۸۰٪ موارد پژوهش در زنان و مردان سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و پس از آن کوله سیستیت حاد بدون سنگ بود و از نظر آماری بین دو جنس تفاوت معناداری در ابتلا به سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و کوله سیستیت حاد بدون سنگ مشاهده نشد. در مطالعه پازیار و همکارانش ۸۴٪ لاپاروسکوپیک کوله سیستکتومی‌ها در مردان سنگ‌های صفراوی است؛ ۸۳٪ خانم‌ها نیز سنگ‌های علامت‌دار یا بدون علامت صفراوی، عامل لاپاروسکوپیک کوله سیستکتومی بود. مجموعاً بین دو جنس تفاوت آماری معناداری در ابتلا به سنگ‌های صفراوی دیده نشد (۱۳). میانگین زمان بستری بیماران در بیمارستان (در حدود ۲۴ ساعت) نیز رضایت بخش و قابل مقایسه با آمارهای مراکز معتبر علمی جهان است (۱۱،۱۰،۶) (۱۷-۱۹). البته برخی مطالعات صورت گرفته در زمینه انجام لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی به صورت سرپایی نیز درصد موفقیت بالا و میزان بسیار بالای رضایت بیماران را گزارش کرده‌اند (۱۱،۱۰)، که ما به خاطر جدید بودن این تکنولوژی و عدم تجربه کافی مجموعه کار درمانی، در اولین سری از انجام چنین روشی خودداری کردیم. به جز ۲ مورد بقیه در همان روز اول مرخص شدند، در اکثر

عوارض مذکور کنترل شد، فقط ۲ مورد نیاز به تبدیل به عمل جراحی باز شد. حال آن که در بررسی‌های صورت گرفته در آمریکا ۲/۲٪ بیماران به عمل باز تبدیل می‌شوند و مطالعات بین‌المللی دیگر آمار ۳/۶٪ تا ۸/۳٪ را برای تبدیل به عمل باز ذکر کرده‌اند (۲۰۱۴). در مطالعه Robinson از ۳۹۷ بیمار ۵٪ آن‌ها تبدیل به عمل جراحی باز شدند (۱۵). نتایج مطالعه Majeski بیانگر آن بود ۷/۲٪ عفونت زخم، فقط یک مورد پنومونی بعد از جراحی و ۲٪ آن‌ها به علت صدمه به مجاری صفراوی مجدداً محل عمل باز گردید (۲۶).

نتیجه‌گیری

در مجموع، این مطالعه نشان می‌دهد لاپاراسکوپیک کوله سیستکتومی به عنوان روش انتخابی و استاندارد درمان سنگ‌های کیسه صفرا و کوله سیستیت حاد بدون سنگ با میزان موفقیت بسیار بالایی همراه است و با کاهش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان، درد کمتر، عوارض کمتر و کاهش موربیدیتی نسبت به عمل جراحی باز، دوران نقاهت پایین‌تر و بازگشت سریع‌تر به زندگی طبیعی اجتماعی، این روش روز به روز بیشتر مورد استفاده قرار خواهد گرفت. البته استفاده از این روش ضمن دارا بودن مزایای مذکور، نوع عوارض و مشکلات کوله سیستکتومی را نیز دچار تغییرات وسیعی کرده است که انجام مطالعات جدیدتر در زمینه راه‌های چگونگی کنترل عوارض، ضروری به نظر می‌رسد.

موارد فقط بیمار شب پس از عمل را در بیمارستان سپری می‌کرد و در اولین ویزیت صبح پس از عمل و اطمینان از بهبود حال عمومی مرخص می‌شد. میانگین زمان عمل جراحی در بیماران ۴۵ دقیقه بود، که در مقایسه با میانگین سایرین، زمان خوبی است. البته همان‌گونه که در قسمت روش بررسی توضیح داده شد، زمان عمل در این مطالعه، از زمان فرو بردن اولین تروکار تا دوختن محل آخرین تروکار محاسبه گردید. میانگین زمان عمل جراحی در سایر مطالعات بین ۳۵-۴۵ دقیقه گزارش شده است (۱۷، ۱۳). هیچ موردی از مرگ در این گونه از بیماران مشاهده نشد. مطالعات انجام شده نیز مرگ و میر صفر تا ۱۵٪ ذکر کرده‌اند (۲۱، ۲۰، ۱۴). در مطالعه پازیار، هیچ مورد مرگی گزارش نشده بود (۱۳). این موضوع را می‌توان تا حدی به انتخابی بودن موارد و انجام کلیه بررسی‌ها و آمادگی‌های لازم قبل از عمل جراحی نسبت داد. در این مطالعه شایع‌ترین یافته سونوگرافیک در هر دو جنس سنگ‌های صفراوی علامت‌دار و پس از آن کوله سیستیت حاد بدون سنگ بود. در مطالعه پازیار شایع‌ترین یافته سونوگرافیک در هر دو جنس سنگ‌های متعدد صفراوی می‌باشد و پس از آن نیز افزایش ضخامت کیسه صفرا به عنوان یافته شایع در بررسی سونوگرافیک مطرح بوده است (۱۳). میزان مشکلات ایجاد شده بعد از جراحی ۲/۶٪ نیز، با آمارهای ارایه شده در دیگر بررسی‌ها قابل قیاس است (۱۸، ۹) (۲۴-۲۲). حال آن که برخی عوارض خطرناک گزارش شده در سایر مطالعات مثل آبسه‌های رتروپریتونال (۲۱)، عفونت‌های محل زخم (۱۷)، خون‌ریزی و آسیب به شریان اصلی (۲۴)، فیستول‌های صفراوی و نشت از مجرای فرعی (۲۵) نیز در این مطالعه دیده نشد. نکته مهم آن است که کلیه

References:

- Norton J, Greenberger, Gustar Paumgartner. Disease of Gallbladder and Bile Ducts, In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York: McGraw; 2005. p. 1880-1895.
- Brunicaudi CF, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock R. Schwartz's Principles of Surgery. Vol 2. 8th ed. New York: McGraw Hill; 2005. p. 1194-1204.
- Steven A, Ahrendt, Henry A. Biliary Tract Sabiston Textbook of Surgery. 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2005. p. 1076-1093.
- Wikipedia. Cholecystectomy. Am J Surg 2007;192:515-9.
- Shamimi Korosh. A Guide to Laparoscopic Surgery, Azad Najmaddin Pierre Guillow. Tehran: Timorzadeh; 2001. p. 12-13. [Persian]
- Petelin JB. Surgical Management of Common Bile Duct Stones. Gastrointestinal Endoscopic 2003;56:183-9.
- Laporte S, Navarro F. What Is the Best Timing to Perform Laparoscopic Cholecystectomy in the Acute Cholecystitis? J Chir (Paris) 2003 Dec;139(6):324-7.
- Shamimi Korosh. A Guide to Laparoscopic Surgery, Azad Najmaddin Pierre Guillow. Tehran: Timorzadeh; 2001. p. 98-99. [Persian]
- Ahrendt SA. Biliary Tract Surgery. Cur Gastroenterol Rep 2002;1(2):107-15.
- Martinez Vieira A, Docobo Durantez F, Robles J, Ferreras I, Monchul J, Bernal F. Laparoscopic Cholecystectomy in the Treatment of Biliary Lithiasis: Outpatient Surgery or Short Stay Unit? Rev Esp Enferm Dig 2004 Jul;8(3):251-3.
- Fassiadis N, Pepas L, Grandy-Smith S, Paix A, Elhasani S. Outcome and Patient Acceptance of Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy. JSL 2005;8(3):251-3.
- Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complication of Laparoscopic Cholecystectomy: National Survey of 4,292 Hospital and an Analysis of 77,604 Cases. Am J Surg 2006;165(1):9-14.
- Paziar F, Askarpour SH, Sharif R. Outcom of the First Group of Laparoscopic Cholecystectomy Cases in Ahwaz. Iranian Journal of Surgery 2005;13(2):77-87. [Persian]
- Go PM, Schol F, Gouma DJ. Laparoscopic Cholecystectomy in the Netherlands. Br J Surg 2005;80:1180-1183.
- Robinson TN, Anne D, Walling M. Risks of Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy. Journal American Family Physician 2004;68(2):515-9.
- Caravati F, Ceriani F, Moroni M, Calvi A. Laparoscopic Cholecystectomy with Three Trocars: 10 Years Experience. Chir Ital 2005;56(1):81-8.
- Ina C, Roberts-Thomson. The Management of Bile Duct Stones. Indian Journal of Gastroenterology 2005;23:102-6.
- Chang L, Sinanan MN. Infection after Laparoscopic. Current Treatment Options in Infectious Disease 2005;4:389-93.
- Dunn D, Nair R, Fowler S, McCloy R. Laparoscopic Cholecystectomy in England and Wales: Results of an Audit by the Royal College of Surgeons in England. Ann R Coll Surg Engl 2004;76:269-275.
- Litwin DE, Girotti MJ, Poulin EC. Laparoscopic Cholecystectomy: Trans-Canada Experience with 2201 Cases. Can J Surg 2005;35:291-96.
- Steiner CA, Bass ED, Talamini MA. Surgical Rates and Operative Mortality for Open and Laparoscopic Cholecystectomy in Maryland. New Engl J 2005;330:403-408.
- Koc E, Suher M, Oztugut SU. Retroperitoneal Abcess as a Late Complication Following Laparoscopic Cholecystectomy. Med Sci Monit 2005;10(6):27-29.
- Giger U, Michel JM, Vonlanthen R, Becker K, Kocher T, Krahenbuhl L. Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: Indication Technique, Risk and Outcome. Langenbecks Arch Surg 2005;14:315-21.
- Di Vita G, Frazzetta M, Cortese E, Damiano A. Complication of the Laparoscopic Access. G Chir 2004;17(2):31-6.
- McFadden JR, Vecchio R, Ricardo AE, Mathis CR. Bile Duct Injury after Laparoscopic Cholecystectomy, the United States Experience. Surg Endosc 2003;12:315-321.
- Majeski J. Laparoscopic Cholecystectomy in Geriatric Patients. Am J Surg 2005;187:747-50.

***Consequences of Laparoscopic Cholecystectomy in Qom Golpaegani Hospital
During 2005-2007***

J. Mousavi MD* F. Razavian MSc**

*Specialist in General Surgery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

**Master of Sciences of Nursing Education, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Background and Objective

Nowadays Laparoscopic Cholecystectomy is known as a gold standard method for Cholecystectomy. This study was done to evaluate outcomes of the surgery in the first admitted group of patients in Qom Golpaegani hospital.

Methods

All patients that had been treated by Laparoscopic Cholecystectomy during 2005-7 were included in this retrospective survey. Study population was consisting of 305 cases with age between 15 to 86 years old, %64.9 women and 35/1% men and 80% with symptomatic gallstones. Data were collected using questionnaire and then analyzed using SPSS software.

Results

In 2007 multiplicity of Laparoscopic Cholecystectomy was the highest. The mean operation time was 45 min and duration of hospitalization was 12-48 hours. %80 of all cases (both men and women) had symptomatic gallstones which had been determined by sonography and others had acalculous Cholecystitis. The most common complication during operation was bradychardia as a result of gas flow into the abdomen. There was no case of death.

Conclusion

Our results showed that Laparoscopic Cholecystectomy is a standard method of Cholecystectomy and have a desirable outcome.

Keywords: Cholecystectomy, Laparoscopic; Laparoscopy; Cholecystectomy

Corresponding Autor: Specialist in General Surgery, Golpaegani Hospital, Qom University of Medical Sciences.

Email: moosavi22000@yahoo.com