

بررسی تاثیر وجود یا عدم وجود درن بر عوارض کوتاه مدت ترمیم فتق‌های اینگوینال به روش Lichten Stein در بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان امام خمینی ارومیه

دکتر رحیم محمودلو^{۱*}، دکتر صلاح فتح اله زاده^۲، رحیم مهدی اوغلی^۳

تاریخ دریافت ۸۹/۸/۱۲، تاریخ پذیرش ۸۹/۱۱/۲۴

چکیده

پیش زمینه و هدف: فتق کشاله ران یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که در سراسر دنیا منجر به عمل جراحی می‌شود. با افزایش سن میزان شیوع فتق افزایش می‌یابد به طوری که در سنین بالای ۷۰ سال شیوع آن به ۵۰ درصد می‌رسد روش‌های مختلفی در ترمیم فتق شرح داده شده‌اند که هر کدام مزایا و معایب خاص خود را دارند. در حال حاضر روش انتخابی برای ترمیم انواع فتق‌های اینگوینال، روش بدون فشار (Tension Free) می‌باشد که اولین بار توسط Lichtenstein انجام شد. این بررسی تاثیر تعبیه درن بر عوارض کوتاه مدت ترمیم فتق کشاله ران به روش فوق که شامل هماتوم، عفونت زخم، سروما، احتباس ادراری، مدت بستری و زمان بازگشت به سرکار می‌شود را مورد مطالعه قرار می‌دهد.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد و ۶۰ نفر از بیماران که در این مرکز با تشخیص فتق اینگوینال بستری شده و تحت هرنیورافی به روش لیختن اشتاین قرار گرفته‌اند، بررسی شدند. در ۳۱ بیمار در خاتمه عمل جراحی درن همواگ تعبیه شد و در ۲۹ بیمار درن تعبیه نشد. **یافته‌ها:** در گروه با تعبیه درن هماتوم در ۹/۷ درصد سروما در ۳/۲ درصد و احتباس ادراری صفر درصد بیماران ثبت شد و میانگین بازگشت به سرکار ۱۷/۴۸ روز بود. و در گروه بدون تعبیه درن، هماتوم در ۳/۴ درصد سروما در صفر درصد احتباس ادراری ۳/۴ درصد بیماران ثبت شد و میانگین بازگشت به سرکار ۱۸/۳۰ روز بود. که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند. مدت اقامت پس از عمل بیماران در بیمارستان در گروه با تعبیه درن ۲/۹ روز و در گروه بدون تعبیه ۱/۴۸ روز بود با $P \leq 0/0001$ که از نظر آماری قابل توجه و معنی‌داری بود.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه درن همواگ نه تنها باعث کاهش عوارض چون هماتوم و سروما و احتباس ادرار نمی‌شود بلکه موجب افزایش مدت بستری بیماران و افزایش هزینه و ناراحتی آن‌ها نیز می‌گردد و ارجح آن است که درن تعبیه نشود.

کلید واژه‌ها: فتق اینگوینال، عوارض کوتاه مدت، درناژ، ترمیم فتق

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره اول، ص ۵۲-۴۸، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، بلوار ارشاد، بیمارستان امام خمینی، بخش جراحی، تلفن: ۰۴۴۱-۳۴۴۷۱۱۷

Email: mahmodlou@yahoo.com

مقدمه

صورت غیرمستقیم هنگام زور زدن بیمار باعث رانده شدن احشاء به داخل آن شود چنانچه احشاء درون ساک در ناحیه اینگوینال گیر کنند خطر استرانگونه شدن آن‌ها و عوارض متعاقب آن وجود دارد (۱، ۲) و دیگر این‌که فتق اینگوینال بالغین به خصوص در افراد مسن می‌تواند ناشی از ضعف فاشیای کف کانال اینگوینال باشد که هنگام زور زدن باعث برآمدگی ناحیه اینگوینال می‌شود که به آن فتق مستقیم می‌گویند و خلاصه

فتق اینگوینال ۸۰ درصد فتق کل بدن انسان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین علت اعمال جراحی در اطفال است. در اطفال عموماً مادرزادی است و ناشی از بازماندن استپاله واژینالیس^۴ پس از تولد است. در این موارد بسته به اندازه دهانه آن مایع پریتون می‌تواند وارد آن شده و اطراف بیضه به صورت هیدروسل تجمع یابد یا حتی روده‌ها وارد ساک فتق در ناحیه اینگوینال شوند. در بالغین فتق اینگوینال می‌تواند به

^۱ استادیار جراحی عمومی و توراکیس، گروه جراحی، بیمارستان امام خمینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ دستیار تخصصی جراحی عمومی، گروه جراحی، بیمارستان امام خمینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ process vaginalis

مواد و روش کار

این مطالعه در بیمارستان امام خمینی ارومیه و بر روی بیمارانی که با تشخیص فتق اینگوئینال بستری شده و تحت هرنیورافی به روش لیختن اشتاین قرار گرفتند، انجام شد. در این مطالعه ۶۰ نفر از بیمارانی که بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بوده و طبق ملاحظات اخلاقی انجام شد. کلیه بیماران که $BMI > 25$ دارند، بیماران دارای فتق اسکروئال و گیر کرده، بیماران دیابتی، مبتلایان به نقص ایمنی و بیمارانی که سابقه مصرف آسپرین یا وارفارین طی یک هفته قبل و بعد از عمل داشتند و بیمارانی که فتق عود کرده داشتند از مطالعه حذف شدند. و همچنین بیمارانی که در حین عمل جراحی به علت خون‌ریزی یا عدم توانایی در هموستاز مجبور به تعبیه درن در آن‌ها شدیم، از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه کلیه بیماران که فتق آن‌ها به روش لیختن اشتاین درمان شدند مورد مقایسه قرار گرفتند. محدوده سنی برای بیماران مورد مطالعه در نظر گرفته نشده بود ولی با توجه به این‌که ترمیم فتق به روش لیختن اشتاین در بچه‌ها و بیماران جوان انجام نمی‌شود این بیماران وارد مطالعه نشد. به‌طور کلی مطالعه بر روی تمام بیماران که به این روش جراحی شدند انجام گرفت. در روش لیختن اشتاین از مش پرولن به ابعاد ۱۵ در ۸ سانتی‌متر استفاده شد. در این روش پس از جدا کردن اعصاب و طناب بیضوی از طریق برش قدامی کانال اینگوئینال، مش بر روی نقص کف کانال قرار داده شده و توسط نخ نایلون ۰.۰ به فاشیا عرضی و رباط اینگوئینال و توبرکول پوبیس سوچور شد. در انتهای عمل جراحی برای بیماران بر حسب قرعه کشی و شماره بیمار درن هموواگ تعبیه و ثابت شد. که این کار توسط یکی از همکاران و بدون اطلاع قبلی جراح انجام می‌شده است. آمپول سفازولین یک گرم وریدی نیم ساعت قبل از عمل و بعد از عمل روزانه چهار بار هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص در هر دو گروه به تمام بیماران تجویز شد. درن‌ها در صورت داشتن ترشحات روزانه کم‌تر از ۳۰ میلی‌لیتر خارج شدند. سپس بیماران مرخص شده و ۳ روز بعد، هفته اول و چهارم بعد از عمل جراحی ویزیت شدند و پرسش‌نامه مربوطه پر شد. در هنگام ترخیص به کلیه بیماران آنالژژیک (استامینوفن یا NSAIDs) تجویز شد. تمامی بیماران هنگام ترخیص و ۳ روز بعد، هفته اول و چهارم پس از ترخیص توسط یکی از همکاران جراح ویزیت شده و نتیجه معاینات به صورت کتبی ثبت شد. در هنگام ترخیص به تمام بیماران تاکید شد که در روزهای ۳ و ۷ و ۱۴ و ۲۸ به

می‌تواند مخلوطی از این دو باشد که به آن فتق خورجینی می‌گویند (۴،۳). علت عمده‌ی عود فتق شامل کشش و فشار در محل ترمیم نقص بافتی و ترمیم نامناسب می‌باشد بیشترین میزان عود در فتق مستقیم و در محل توبرکل پوبیس می‌باشد. روش‌های مختلف جهت ترمیم فتق اینگوئینال در بالغین وجود دارد که در این روش‌ها هدف تقویت کف کانال اینگوئینال به همراه تنگ کردن نسبی حلقه داخلی به خصوص در موارد غیر مستقیم می‌باشد. برای این منظور از نسوج اطراف این ناحیه می‌توان استفاده کرد که به این نوع ترمیم‌ها که با نزدیک کردن نسوج اطراف کانال صورت می‌گیرند ترمیم نسجی^۱ می‌گویند (۵،۶،۱). مثل ترمیم به روش‌های باسینی، مک وی، وارن و مانند آن‌ها. چنانچه نسج اطراف ضعیف بوده می‌توان جهت ترمیم از مش‌های صناعی مثل پرولن برای تقویت کف کانال و حتی پوشش اطراف کورد استفاده کرد که در آن صورت محل ترمیم تحت فشار نخواهد بود و به آن ترمیم صناعی^۲ می‌گویند (۷). عود فتق در طی ۱۰ سال پس از ترمیم به هر کدام از این روش‌ها به‌طور متوسط ۳-۱ درصد می‌باشد. در روش‌های ترمیم فتق که بدون استفاده از مش ترمیم انجام می‌شود میزان عود به ۱۵ درصد می‌رسد. همچنین در این روش‌ها درد نیز شدید می‌باشد. در روش ترمیم به کمک پروتز این نسبت به ۵-۴ درصد کاهش می‌یابد که البته با توجه به شیوع بالای فتق در جامعه این نسبت هم درخور توجه است. در حال حاضر روش انتخابی برای ترمیم انواع فتق‌های ناحیه اینگوئینال، روش Tension free می‌باشد که اولین بار توسط لیختن اشتاین^۳ انجام شد. تعبیه درن در جراحی ترمیم فتق اینگوئینال علاوه بر محاسن آن از جمله کاهش میزان هماتوم و سروما، دارای عوارضی نیز می‌باشد که از جمله آن‌ها افزایش میزان عفونت زخم، افزایش لزوم استفاده از آنتی‌بیوتیک، لزوم بیشتر از زخم و درن، طولانی شدن اقامت در بیمارستان، تاخیر در بازگشت به سرکار، افزایش هزینه‌های بیمارستانی، و عدم پذیرش بیماران از نظر روانی می‌باشد (۸،۵). با توجه به آن‌که ممکن است درن تاثیر واضحی در کاهش هماتوم و سروما نداشته باشد، بعلاوه هموستاز در این عمل جراحی به راحتی قابل انجام است و فضای مرده محدودی وجود دارد، ممکن است واقعاً نیازی به تعبیه درن نباشد. در منابع موجود تعبیه درن به‌طور واضح توصیه یا رد نشده است و در مقالات علمی نیز بررسی جامعی در این مورد وجود ندارد. در این بررسی سعی می‌شود عوارض تعبیه درن که عمدتاً کوتاه مدت نیز می‌باشند در مقایسه با عدم تعبیه درن بررسی شود.

¹ tissue repair

² synthetic repair

³ Lichtenstein

درمانگاه جراحی مراجعه و توسط یکی از همکاران جراح ویزیت شوند و در صورت عدم مراجعه از طریق شماره تلفن اخذ شده از بیمار پیگیری شد و نتیجه معاینات در پرسش نامه ثبت شد.

یافته‌ها

در گروه با درن ۳۱ نفر مرد بودند و در گروه بدون درن ۲۸ نفر مرد و یک نفر زن بودند. میانگین سنی بیماران در گروه با درن ۵۸/۵۱±۲۱/۸۱ و در گروه بدون درن میانگین سن بیماران برابر ۵۰/۱۴±۵۶/۲۷ سال می‌باشد.

در گروهی که از درن استفاده شده است در پنج نفر فتق مستقیم (۱۶ درصد) و در ۱۸ نفر (۵۸ درصد) فتق غیرمستقیم و در هشت نفر (۲۵ درصد) هم فتق مستقیم و هم فتق غیرمستقیم وجود داشت. در گروه بدون درن در ۹ نفر (۳۱ درصد) فتق مستقیم و در ۱۶ نفر (۵۵ درصد) غیرمستقیم و در دو نفر (۶/۹ درصد) فتق دوطرفه مستقیم و غیرمستقیم بوده و در دو نفر (۶/۹ درصد) فتق دوطرفه غیرمستقیم وجود داشت.

در گروه با درن در سه نفر (۹/۷ درصد) هماتوم وجود داشت و در ۲۸ نفر (۹۰/۳ درصد) هماتوم وجود نداشت. در گروه بدون درن در یک نفر (۳/۴ درصد) هماتوم وجود نداشت که با توجه به آزمون آماری $P=0/196$ تفاوت معنی‌داری از نظر وجود هماتوم در بین دو گروه (با درن و بدون درن) وجود ندارد. در گروه بدون درن در یک نفر (۳/۴ درصد) سروما وجود داشت و در ۲۸ نفر (۹۷ درصد) سروما وجود نداشت که با توجه آزمون آماری $P=0/483$ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سروما وجود ندارد. در گروه با درن در یک نفر (۳/۲ درصد) احتباس ادراری وجود داشت و در ۳۰ نفر (۹۶/۸ درصد) احتباس وجود نداشت. در گروه بدون درن در یک نفر (۳/۴ درصد) احتباس ادراری وجود داشت و در ۲۸ نفر (۹۶/۶ درصد) احتباس ادراری وجود نداشت که با توجه به آزمون آماری $P=0/962$ تفاوت معنی‌داری از نظر احتباس ادراری در بیماران دو گروه وجود ندارد. در گروه با درن و بدون درن موردی از عفونت گزارش نشده است (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): فراوانی عوارض کوتاه مدت

گروه مطالعه	هماتوم		سروما		احتباس ادراری		عفونت
	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	
—	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد
با درن	۲۸	۳	۳۱	۰	۳۰	۱	
بدون درن	۲۸	۱	۲۸	۱	۲۸	۱	

مزمین، آسیب‌های احشای مجاور، هماتوم، سروما، احتباس ادراری، عفونت زخم می‌باشد (۱۰-۸). در روش بدون کشش با استفاده از مش منطقه نقص آناتومیک را بازسازی کرده و بدون ایجاد کشش ترمیم می‌شود لذا شانس عود و درد بعد از عمل نیز کم می‌شود. در حال حاضر روش فوق روش انتخابی جهت ترمیم فتق اینگوینال می‌باشد (۱۳-۱۱). روش ترمیم فتق اینگوینال به روش لیختن اشتاین یک روش ساده و موثر و مناسب است و با عوارض زودرس و دیررس کم و ریسک عود پایین همراه است. به‌طور روتین در انتهای عمل جراحی پس از هموستاز درن هموواگ در زیر فاشیای عضله مایل خارجی قرار داده می‌شود. تعبیه درن به منظور پیشگیری یا کاهش بروز عوارض ناشی از ترمیم فتق مانند هماتوم و سروما می‌باشد. ولی با توجه به این‌که هموستاز در این عمل جراحی به راحتی قابل انجام است و فضای مرده واضحی وجود ندارد ممکن است واقعاً نیازی به تعبیه درن نباشد. علاوه بر این‌که

میانگین مدت زمان اقامت در بیمارستان در بیماران با درن برابر $2/9 \pm 0/97$ روز و در گروه بدون درن برابر $1/48 \pm 0/87$ روز می‌باشد. با توجه به آزمون آماری T-test تفاوت معنی‌داری بین زمان اقامت بیماران در بیمارستان در دو گروه وجود دارد ($P \leq 0/001$). زمان بازگشت به سرکار قبلی در بیمارانی که از درن استفاده شده است برابر $17/48 \pm 2/93$ روز و در بیمارانی که از درن استفاده نشده است برابر $18 \pm 3/2$ روز می‌باشد. با توجه به آزمون آماری T-test و $P = 0/596$ تفاوت معنی‌داری بین مدت زمان بازگشت به سرکار قبلی در دو گروه وجود ندارد.

بحث

فتق اینگوینال یکی از اعمال شایع جراحی بوده و عوارض ترمیم فتق‌های اینگوینال مانند هر عمل جراحی ممکن است نتایج کار را تحت تاثیر قرار دهد. مهم‌ترین عوارض شامل عود، دردهای

عوارض و مشکلات ناشی از تعبیه درن مقایسه شود و منافع و مضرات آن را در دو بعد بررسی شود (۱۶،۱۵).

نتیجه گیری

پیشنهاد می‌شود که در موارد ترمیم فتق به روش لیختن اشتاین حتی‌الامکان درن تعبیه نشود این روش هم برای بیماران راحت‌تر است و هم باعث کاهش هزینه و کاهش کار و مراقبت پرستاری می‌گردد بعلاوه هم بیماران زودتر به خانواده و موقعیت کاری بر می‌گردند، و هم بر این هیچ‌گونه عارضه‌ای برای بیماران ایجاد نمی‌کند.

تشکر و قدردانی

نهایت در این طرح پژوهشی از همه کسانی که در جهت هرچه بهتر اجرا شدن این پروژه تلاش و کوشش نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

- McIntosh A, Hutchinson A, Roberts A, Withers H. Evidence-based management of groin hernia in primary care--a systematic review. *Fam Pract*. 2000 Oct;17(5):442-47.
- Kitchen WH, Doyle LW, Ford GW. Inguinal hernia in very low birthweight children: a continuing risk to age 8 years. *J Paediatr Child Health*. 1991 Oct;27(5):300-1.
- Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Makler A, Epstein LM. The epidemiology of inguinal hernia. A survey in western Jerusalem. *J Epidemiol Community Health*. 1978 Mar; 32(1):59-67.
- Akin ML, Karakaya M, Batkin A, Nogay A. Prevalence of inguinal hernia in otherwise healthy males of 20 to 22 years of age. *J R Army Med Corps*. 1997 Jun;143(2):101-2.
- Rai S, Chandra SS, Smile SR. A study of the risk of strangulation and obstruction in groin hernias. *Aust N Z J Surg*. 1998 Sep;68(9):650-54.
- Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter JN, O'Dwyer PJ. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient symptoms?. *J Am Coll Surg*. 2001 Aug;193(2):125-29.
- Neuhauser D. Elective inguinal herniorrhaphy versus truss in the elderly, in Bunker JP, Barnes BA, Mosteller F (eds): *Costs Risks, and Benefits of Surgery*. New York: Oxford University Press 1977; p 223.
- Kaiwa Y, Namiki K, Matsumoto H. Laparoscopic relief of reduction en masse of incarcerated inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2003 Feb;17(2):352.
- Cannon DJ, Read RC. Metastatic emphysema: a mechanism for acquiring inguinal herniation. *Ann Surg*. 1981 Sep;194(3):270-78.
- Udén A, Lindhagen T. Inguinal hernia in patients with congenital dislocation of the hip. A sign of general connective tissue disorder. *Acta Orthop Scand*. 1988 Dec;59(6):667-68.
- Smith GD, Crosby DL, Lewis PA. Inguinal hernia and a single strenuous event. *Ann R Coll Surg Engl*. 1996 Jul;78(4):367-68.
- Russell RH. The saccular theory of hernia and the radical operation. *Lancet*. 1906;3:1197-203.
- Hughson. W. The persistent or preformed sac in relation to oblique inguinal hernia. *Surg Gynecol Obstet*. 1925;41:610-14.

14. Condon RE. The anatomy of the inguinal region and its relation to the groin hernia, in Nyhus LM, Condon RE (eds). *Hernia*. 3rd ed. Philadelphia: JP Lippincottco; 1989. p 18.
15. Arnbjörnsson E. Development of right inguinal hernia after appendectomy. *Am J Surg*. 1982 Jan; 143(1):174-75.
16. Lilly MC, Arregui ME. Lipomas of the cord and round ligament. *Ann Surg*. 2002 Apr;235(4):586-90.