

بررسی نتایج درمانی جراحی زودهنگام و تأخیری در

کله‌سیستیت حاد

۱۳۷۷-۷۹

دکتر احمد رضا سروش (استادیار)*، دکتر احمد تاج‌الدین (دانشیار)*، دکتر مهران نصرافهانی (دستیار)*، دکتر شیرزاد نصیری (دستیار)*، سپیده مدح‌خوان (کارورز)**، دکتر اکرم قرامحمدی (کارورز)*
*جراحی عمومی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
**بخش جراحی، بیمارستان الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

مقدمه: در کله‌سیستیت حاد دو نوع درمان جراحی جایگاه دارد، یکی جراحی زودهنگام (early surgery) در عرض ۷۲ ساعت اول و دیگری جراحی تأخیری (late surgery). هدف از این مطالعه مقایسه این دو نوع جراحی از نظر طول مدت بیماری، طول بستری و عوارض بعد از عمل می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که به صورت مورد-شاهدی (case-control) و به صورت گذشته‌نگر بین سال‌های ۱۳۷۷-۷۹ انجام شد ۵۰ بیمار در گروه جراحی زودهنگام و ۵۰ بیمار در گروه جراحی تأخیری بودند که از نظر طول بیماری، مدت بستری و عوارض بعد از عمل با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه مدت زمان بستری در گروه جراحی زودهنگام ۲۲/۸۸ روز و در گروه جراحی تأخیری ۵۰/۴ روز بود ($P=0/002$). مدت زمان بستری در بیمارستان در گروه جراحی زودهنگام ۹ روز و در گروه جراحی تأخیری ۱۸/۳۲ روز ($P=0/001$) بود. عوارض بعد از عمل در گروه جراحی زودهنگام ۸ مورد و در گروه جراحی تأخیری ۱۶ نفر می‌باشد ($P=0/061$).

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: طول مدت بستری در گروه جراحی زودهنگام کمتر از گروه جراحی تأخیری می‌باشد همچنین طول مدت بستری بیماران در بیمارستان در گروه جراحی زودهنگام کمتر از گروه جراحی تأخیری می‌باشد. عوارض بعد از عمل در گروه جراحی زودهنگام و تأخیری تفاوتی با هم ندارند.

کلمات کلیدی: کله‌سیستیت حاد، جراحی زودهنگام، جراحی تأخیری

مقدمه

(hartmans pouch) همراه است. افزایش فشار داخل کیسه صفرا باعث ایسکمی مخاطی، نکروز و زخمی شدن همراه با ادم، تورم و اختلال در بازگشت وریدی می‌شود. به همراه این تغییرات ارتشاح لکوسیت‌های سگمانته به درون تمام لایه‌های جدار کیسه صفرا صورت می‌گیرد (۱-۳).

کله‌سیستیت حاد معمولاً با انسداد گردن کیسه صفرا یا مجرای سیستیک به دنبال گیر کردن سنگ در حفره هارتمن

جراحی تأخیری تقسیم شدند. منظور جراحی زودهنگام، کله‌سیستکتومی در عرض ۷۲ ساعت از وقوع کله‌سیستیت حاد و جراحی تأخیری کله‌سیستکتومی ۳ ماه بعد از کله‌سیستیت حاد می‌باشد و سپس بیماران دو گروه از نظر متغیرهایی مثل طول مدت بستری، عوارض بعد از عمل، طول مدت بیماری با یکدیگر مقایسه شدند. در این مطالعه کلاً ۱۰۰ بیمار در دو گروه (جراحی زودهنگام ۵۰ بیمار و جراحی تأخیری ۵۰ بیمار)، مورد مطالعه و مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها

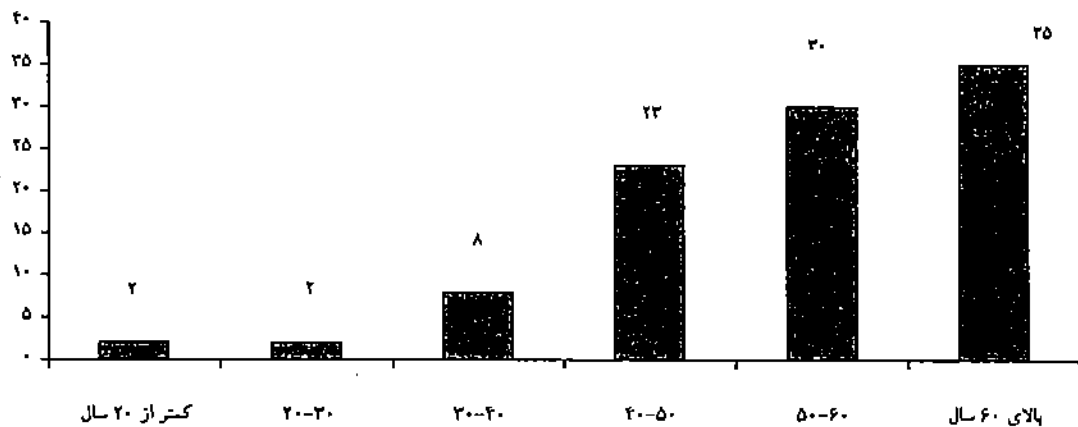
در این مطالعه از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه، ۷۵٪ بیماران زن و ۲۵٪ بیماران مرد بودند. کم‌سن‌ترین بیمار ۱۷ ساله و مسن‌ترین بیمار ۹۰ ساله بوده و میانگین سنی بیماران ۵۵/۸۴ سال بود. نمودار سنی بیماران در نمودار ۱ نشان داده شده است.

در این مطالعه کمترین مدت بیماری ۶ روز و بیشترین مدت بیماری ۳۶۰ روز بود که میانگین مدت بیماری در کل بیماران ۳۶/۶۴ روز بود. همچنین کمترین مدت زمان بستری در بین بیماران ۴ روز و بیشترین مدت زمان بستری ۴۵ روز و میانگین مدت بستری در کل بیماران ۱۳/۶۶ روز بود. جدول ۱ میانگین مدت بیماری و مدت بستری در دو گروه جراحی زودهنگام و تأخیری را به تفکیک نشان می‌دهد.

در ۶۰٪ بیماران کله‌سیستیت حاد کشت صفرا مثبت می‌باشد. از سایر علل کله‌سیستیت حاد بیماری‌های کلاژن، ترومبوز شریان سیتیک و کله‌سیستیت بدون سنگ *acalculous cholecystitis* می‌باشند. در نظریه‌ای که در درمان کله‌سیستیت حاد مطرح می‌باشد، یک روش درمان طبی آنتی‌بیوتیکی در مرحله حاد و کله‌سیستکتومی انتخابی پس از بهبود علائم التهابی و روش دیگر جراحی زودهنگام در عرض ۴۸-۷۲ ساعت می‌باشد (۳۱). با وجود اینکه ۷۰٪ بیماران به درمان طبی پاسخ می‌دهند ولی حدود ۲۰٪ موارد با شکست مواجه می‌شوند که نیاز به جراحی اورژانس پیدا می‌کنند. در بررسی‌های انجام شده عوارض تکنیکی در جراحی زودهنگام نسبت به جراحی تأخیری افزایش نمی‌یابد (۴-۶). از عوارض کله‌سیستکتومی می‌توان به خونریزی، عفونت، آسیب مجرای مشترک، باقی ماندن سنگ در مجاری و تجمع مایع در زیر دیافراگم می‌باشد (۹-۷).

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت *case-control* می‌باشد پرونده‌های بیماران مبتلا به کله‌سیستیت حاد را که در طی سال‌های ۷۹-۱۳۷۷ در بیمارستان‌های شریعتی و امام خمینی تحت کله‌سیستکتومی قرار گرفته بودند جمع‌آوری شده و سپس بیماران با توجه به زمان انجام کله‌سیستکتومی نسبت به زمان وقوع کله‌سیستیت حاد به دو گروه جراحی زودهنگام و



نمودار شماره ۱- توزیع سنی بیماران مبتلا به کله‌سیستیت حاد

جدول شماره ۱- میانگین مدت بیماری و مدت بستری در دو گروه جراحی زودهنگام و تأخیری به روز

P-value	انحراف معیار به روز	میانگین به روز	تعداد	نوع عمل جراحی	مدت بیماری
۰/۰۰۲	۵۱/۸	۲۲/۸۸	۵۰	زودهنگام	مدت بستری
	۲۴/۱۱	۵۰/۴۰	۵۰	تأخیری	
< ۰/۰۰۰۱	۲/۶۹	۹	۵۰	زودهنگام	مدت بستری
	۷/۶۲	۱۸/۳۲	۵۰	تأخیری	

می‌گیرند، طول مدت بیماری و طول مدت بستری در بیمارستان به طور واضح و معنی‌داری از گروهی که تحت عمل جراحی کله‌سیستکتومی تأخیری پس از ۳ ماه قرار می‌گیرند، کمتر است. با توجه به اینکه هزینه‌های ناشی از بیماری رابطه مستقیم با طول مدت بیماری و مدت زمان بستری دارند، بنابراین از نظر اقتصادی نیز جراحی زودهنگام به صرفه‌تر از جراحی تأخیری می‌باشد. در مورد عوارض بعد از عمل نیز، میزان عوارض بعد از جراحی که گروه جراحی زودهنگام (۱۶٪) و گروه جراحی تأخیری (۳۲٪) بود که با $P=0.061$ ولی این یافته از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. با توجه به آمارهای بدست آمده در این مطالعه، جراحی کله‌سیستکتومی زودهنگام در بیماران مبتلا به کله‌سیستیت حاد توصیه می‌گردد.

با توجه به آمارهای بدست آمده از این مطالعه و مطالعات مشابه قبلی، جهت کاستن طول مدت بیماری، مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان، کاهش هزینه‌های مصرفی، کاهش عوارض جراحی، عمل جراحی کله‌سیستکتومی زودهنگام در عرض ۷۲ ساعت از تشخیص کله‌سیستیت حاد توصیه می‌گردد.

در این مطالعه از بیماران گروه جراحی زودهنگام ۸ بیمار (۱۶٪) دچار عارضه بعد از عمل شدند که در گروه جراحی تأخیری ۱۶ بیمار (۳۲٪) بود.

جدول شماره ۲- فراوانی عارضه بعد از عمل در دو گروه جراحی زودهنگام و تأخیری

عارضه	دارد	ندارد	جراحی
عارضه	۸	۴۲	زودهنگام
عارضه	۱۶	۳۴	تأخیری

بحث

با توجه به یافته‌های بدست آمده در این مطالعه میانگین مدت بیماری در گروه جراحی زودهنگام (۲۲/۸۸ روز) به طور واضحی از گروه جراحی تأخیری (۵۰/۴۰ روز) کوتاه‌تر می‌باشد ($P=0.002$). همچنین مدت بستری بیماران در بیمارستان در گروه جراحی زودهنگام (۹ روز) کمتر از گروه جراحی تأخیری (۱۸/۳۲ روز) بود که با ($P<0.0001$) از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. یعنی گروه‌هایی از بیماران کله‌سیستیت حاد که تحت عمل جراحی کله‌سیستکتومی زودهنگام در عرض ۷۲ ساعت از بروز علائم و تشخیص قرار

department of general surgery.
Taiwan R O C:345-347.

مراجع

6. Eitan A, Toledano C, Rivlin E, Linn S, Barzilia A. Early VS delayed cholecystectomy for cholecystitis. Dep of surgery. 2003,127-9.
7. Hildebandet, J, Dieltirch H. Surgical therapy of acute cholecystectitis . 1989 jul Klinik fur chimigie:398-401.
8. MC Arthur P, Cuschieri A, Sells RA, Schields R. Controled clinical trial comparing early with interval cholecystectomy for acute cholecystitis. Word surg. 2003: 850-2.
9. LO CM, Liu CL, Fan ST, Lia EC WongJ. Prospective randomized study of early VS delayed. Queen marry HO:461-7.
1. Seymour schwats MD. Principles of surgery. Seventh edition, printed in singapoore, 1729-1736.
2. Lawerence w. way, MD.Current surgical diagnosis and treatment 1994. sanfrancisco-california.
3. Courtney M, Townsend jr MD john wood, Harris . Sabiston textbook of surgery 2001. Texas w b sanders company. Harcourt science page:1086-1090.
4. Carrrol BJ, brith, Phillips EH. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy that result in litigation. Surg endos 1998 Apr: 123-125.
5. Hunang CS, Tia EC, Shi my, Chen DF, Wang NY. Complication of laparoscopic cholecystomy of 200