

بازنگری در معیارهای تشخیص اختناق در فتق‌های گیرافتاده مغبنی

دکتر محمدابراهیم محیبیان، دانشیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدهادی سعیدمدق، استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علیرضا پارساپور

Assessment of Diagnostic Criteria of Incarcerated Inguinal Hernia ABSTRACT

An appropriate approach to surgical patients in emergency situations needs meticulous consideration, especially those with incarcerated inguinal hernias, since delay or inappropriate treatment may lead to severe complications or even death.

According to this fact, medical records of patients with incarcerated inguinal hernias referred to emergency department of Sina hospital were surveyed during a 40 year period by a retrospective study. Routine criteria indicating strangulation in incarcerated inguinal hernia were compared between a group of patients with intestinal necrosis and those without this complication.

Among 87 patients with relatively complete records which were all operated (immediately or with some delay), 13 patients had intestinal necrosis for whom intestinal resection was performed.

The comparison between the gangrenous group and those without gangrene according to the mean interval between the onset of symptoms and hospitalization, body temperature, pulse rate and WBC count, was performed by student t-test, but no significant difference was found.

Considering the safety of surgery especially for anterior herniorrhaphy which is familiar to all surgery residents, the authors suggest immediate operation through ant. approach for incarcerated inguinal hernias.

Key Words : Strangulation; Incarceration; Inguinal Hernia

چکیده

برخورد مناسب با بیماران جراحی در موارد اورژانس دقت نظر خاصی را می‌طلبد. فتق‌های گیرافتاده مغبنی نیز، از آن نظر که تأخیر در درمان یا انجام درمان نامناسب، می‌تواند موجب بروز عوارض جدی و حتی مرگ شود نیازمند توجه بیشتری می‌باشند. با دیدگاه فوق، پرونده بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان سینا در یک مقطع زمانی ۱۰ ساله که فتق مغبنی گیرافتاده داشته‌اند، بصورت گذشته‌نگر مورد بررسی قرار گرفته‌اند و شاخصه‌های متداول برای تشخیص اختناق، فی مابین گروهی از بیماران که نکروز روده پیدا کرده بودند و گروهی که این عارضه را نداشته‌اند، به روشهای آماری مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. از میان ۸۷ بیماری که پرونده نسبتاً کامل و قابل بررسی داشته‌اند و همگی تحت عمل جراحی (بصورت فوری یا با تأخیر) قرار گرفته‌اند، ۱۳ بیمار گانگرن روده داشته‌اند که

رzkسیون روده برای آنها انجام شده است.

مقایسه میان دو گروه گانگرنه و غیرگانگرنه بر اساس میانگین مدت زمان شروع علائم تا هنگام بستری، درجه حرارت بدن، تعداد نبض و تعداد گلبولهای سفید بیمار با استفاده از t-test به عمل آمد که تفاوت معنی داری وجود نداشت. با توجه به عوارض کم عمل جراحی، بخصوص در روش ترمیم قدامی که دستیاران جراحی عمدتاً با آن آشنایی کامل دارند، توصیه نویسندگان مقاله بر انجام هرچه سریعتر عمل جراحی در موارد فتق‌های گیرافتاده مغبنی و با روش ترمیم قدامی است.

واژه‌های کلیدی : فتق مغبنی؛ incarceration

strangulation

مقدمه

و گزارشهای توصیفی داده‌ها استخراج گردید. در مرحله بعدی برحسب گزارش حین عمل بیماران، آنها را در دو دسته بیماران با نکرور احشاء و بیماران با فتق گیرافتاده ساده و بدون نکرور احشایی مورد مقایسه قرار دادیم. با تکیه بر چهار معیار مشخص، شامل متوسط مدت زمان علائم بیمار، شمارش گلوبولی و تعداد لوکوسیت بیماران، درجه حرارت بیمار و تعداد نبض بیماران و با استفاده از t-test به تحلیل ارزش تفاوت‌های مشاهده شده پرداختیم.

یافته‌ها

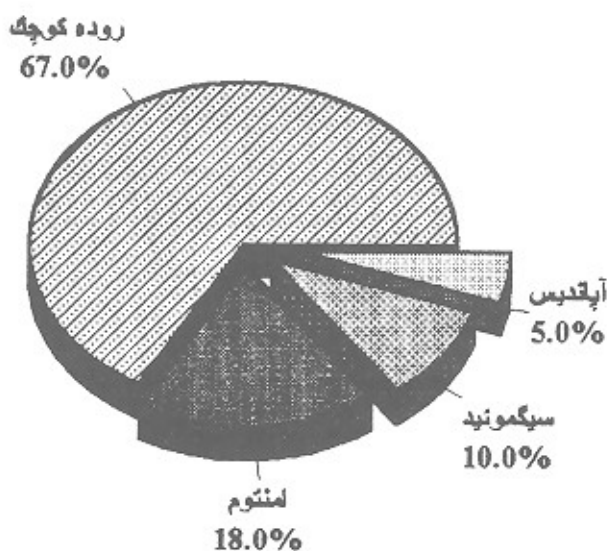
از ۸۷ بیمار مورد بررسی ۸۰ نفر (۹۲٪)، مرد و ۷ نفر (۸٪)، زن بوده‌اند. حدود نیمی از بیماران سن بالای ۵۰ سال داشته‌اند. از نظر گروه سنی، بیماران بیشتر در سنین زیر ۵ سال، ۲۰-۳۰ سالگی و بالای ۵۵ سال قرار می‌گرفتند (حدوداً ۱۰ درصد به ازای هر ۵ سال در سنین فوق‌الذکر). ۸۰٪ بیماران طی کمتر از ۲۴ ساعت پس از شروع علائم بستری گردیده‌اند و فقط ۴ مورد فاصله زمانی بیش از ۳ روز تا هنگام بستری داشته‌اند. شایعترین شکایت بیمار، درد (۴۴٪) و پس از آن، توده (۲۱٪) و به میزان مشابهی تهوع و استفراغ (۲۱٪) بوده است. تنها یک بیمار با کوما مراجعه نموده است که نهایتاً نیز فوت شده است. ۷۰٪ بیماران تحت عمل فوری و ۱۷/۲٪ بعد از

مهمترین مسأله مورد بحث در فتق‌های گیرافتاده نگرانی از اختناق و اختلال خون‌رسانی احشاء داخل کیسه فتق می‌باشد که نهایتاً می‌تواند منجر به گانگرن آن عضو شود. شانس گیر افتادن در فتق‌های اینگوینال در بررسی‌های بعمل آمده، ۱۰-۶ درصد گزارش شده است (۱۷،۱۳،۱). این میزان در بچه‌ها و بخصوص نوزادان بیشتر است (۱۷). میزان اختناق در فتق‌های گیر افتاده بستگی به مدت گیرافتادن دارد و مورتالیته بیماران نیز مستقیماً با آن ارتباط دارد (۱۵،۸،۱).

شانس اختناق در سنین بالا بخصوص سنین بین ۷۵-۷۰ سال بیشتر است (۱). در صورت بروز اختناق، عوارض عمل جراحی و حتی مورتالیته بیماران افزایش می‌یابد. شانس عفونت زخم در بیمارانی که دچار گانگرن روده شده‌اند، حتی به ۵۰٪ هم می‌رسد (۱۶). مورتالیته فتق‌های گیرافتاده بین ۴-۱۳ درصد گزارش شده است که عمدتاً بدلیل بروز اختناق و نکرور احشاء بوده است (۲۰،۱۱،۴). اهمیت تشخیص احتمال اختناق در این بیماران، به لحاظ تسریع در انجام عمل جراحی و اجتناب از جانداختن فتق با روشهای غیرجراحی است. اهمیت موضوع ما را بر آن داشت تا بررسی مجددی بر روی معیارهای متداول برای تشخیص احتمال اختناق در فتق‌های گیرافتاده داشته باشیم و پرونده بیمارانی را که با بیماری فوق در طی یک دوره ۱۰ ساله (۱۳۷۴-۱۳۶۴) در بیمارستان سینا بستری شده بودند، مورد بازبینی قرار دهیم.

فردار ۱- بررسی گرفتاری اعضای مختلف در ساک هرنی اینکار سره

(۱۳۷۴-۱۳۶۴، بیمارستان سینا)



۲۴ ساعت تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. سایر بیماران (۱۲/۸٪) در طی یک فاصله زمانی حداکثر ۲۴ ساعت تحت عمل

روش و مواد

مطالعه بصورت گذشته‌نگر با بررسی پرونده تمامی بیماران بستری در بخشهای جراحی بیمارستان سینا که تشخیص فتق مغبنی گیرافتاده داشته‌اند (incarcerated inguinal hernia) و در سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۴ بستری شده‌اند، شروع گردید. اطلاعات مورد نیاز حاوی مشخصات فردی، علائم بیماری، طول مدت علائم، معاینات، بررسی‌های پاراکلینیک، درمانهای انجام شده، یافته‌های حین عمل و نهایتاً نحوه ترخیص بیماران پس از استخراج از پرونده، بر روی پرسشنامه طراحی شده منتقل گردید. در این بین پرونده‌هایی که نقائص جدی داشته و یا اطلاعات آنها مخدوش بود، از مطالعه خارج گردیدند. بدین ترتیب ۸۷ پرونده قابل بررسی تشخیص داده شد و پس از پردازش کامپیوتری اطلاعات، جدول‌ها

بوده است که این اختلاف از نظر آماری، معنی دار نمی باشد ($P = 0/38$).

درجه حرارت بیماران بطور متوسط در گروه گانگرنه، $37/4$ و در گروه غیرگانگرنه، $37/2$ درجه سلسیوس بوده است که اختلاف فوق نیز معنی دار نمی باشد ($P = 0/64$).

تعداد نبض بیماران در گروه گانگرنه بطور متوسط، 92 و در گروه غیرگانگرنه، 85 عدد در دقیقه بوده است و این تفاوت نیز با $P = 0/29$ بی معنی و غیر قابل اعتماد می باشد.

از نظر تعداد گلبولهای سفید نیز، بیماران مورد مقایسه قرار گرفته اند و متوسط شمارش گلبولوی در بیماران گانگرنه، 8873 و در گروه غیرگانگرنه، 7727 عدد در میلی متر مکعب می باشد. این اختلاف نیز با $P = 0/58$ معنی دار نمی باشد (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه دو گروه بدون عارضه و با گانگرن روده از نظر معیارهای رایج استرانگولاسیون

گروه مورد بررسی متغیر مورد بررسی	میانگین مدت زمان شروع علائم به ساعت	میانگین درجه حرارت بیمار به درجه سانتیگراد	میانگین تعداد نبض بیمار در دقیقه	میانگین تعداد گلبولهای سفید در میلی متر مکعب
گروه بدون عارضه	26/8	37/2	85	7727
گروه با گانگرن روده	27/4	37/4	92	8873
P Value	0/38	0/64	0/29	0/58

جراحی قرار گرفته اند. تأخیر در انجام عمل جراحی صرفاً بدلیل جا رفتن فتق بوده است. از 13 بیماری که جا انداختن فتق با موفقیت انجام شده است، دو بیمار گانگرن روده داشته اند که با رکتوراژی تظاهر نموده و تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. شیوع بیماری در طرف راست شایعتر از طرف چپ می باشد (63% در مقابل 37%). شایعترین عضو گیرافتاده، روده باریک با 67% می باشد و پس از آن به ترتیب امتوم، سیگموئید و آپاندیس از شیوع نسبی کمتری برخوردار بوده اند (به ترتیب 18% و 10% و 5%) (نمودار ۱). از کل بیماران تعداد 13 بیمار در هنگام عمل جراحی، گانگرن احشایی داشته اند که برای آنها رزکسیون روده نیز علاوه بر ترمیم فتق انجام گردیده است. متوسط فاصله زمانی شروع علائم تا هنگام بستری در گروه گانگرنه، $27/4$ ساعت و در گروه غیرگانگرنه، $26/8$ ساعت

فوت تنها در یک بیمار اتفاق افتاده است که البته وی با کوما مراجعه نموده و دچار آریتمی قلبی نیز شده بود. ترمیم در حدود 90% بیماران به روش باسینی انجام شده است. سایر روشهای ترمیم، استفاده از مش، مکوی، شولدیس و پره پریوتنال (GPMR) بوده است.

بحث

مسأله فتقهای گیرافتاده و یا مختنق از دو جهت قابل بحث می باشد. جهت اول، تعیین زمان مناسب برای عمل جراحی است که با توجه به میزان شک کلینیکی به استرانگولاسیون مشخص می گردد. جهت دوم انتخاب روش جراحی مناسب برای درمان این بیماران است. در نحوه برخورد با این بیماران دو روش موجود عبارت است از: اقدام به جا انداختن در صورت حصول اطمینان از عدم استرانگولاسیون و سپس عمل جراحی در اولین فرصت، و روش دیگر انجام عمل جراحی بدون فوت وقت است (۵).

بر اساس یافته های مقاله حاضر در محدوده مورد مطالعه، می توان گفت در بیماری که در ده سال گذشته بیمارستان سینا مورد مطالعه قرار گرفته اند، نتوانسته ایم بین دو گروه استرانگوله و غیراسترانگوله از نظر معیارهای مورد توجه جراحان (شامل فاصله

زمانی از شروع علائم، درجه حرارت بدن بیمار، تعداد نبض و شمارش گلبولوی بیماران) ($15, 14, 11, 8$)، اختلاف معنی داری را مشاهده نماییم. این بدین معنی است که معیارهای فوق الذکر نمی توانند با درصد اطمینان قابل قبولی مبنای تشخیص استرانگولاسیون قرار بگیرند این معنی دار نبودن اختلاف، هم از بعد آماری و هم از بعد کلینیکی آن حائز اهمیت است. لذا با توجه به آشنایی کامل دستیاران جراحی به انجام عمل فتق و مورتالیتیه پایین عمل جراحی بدلیل پیشرفت تکنیک های بیهوشی، بهتر است بدون اقدام به جا انداختن از همان ابتدا برای انجام عمل اصلی برنامه ریزی شود. جالب توجه است که جا رفتن فتق هم نمی تواند دلیلی بر سلامت احشاء باشد، حتی در مواردی که فتق خودبخود هم جا بیفتد، باز احتمال Reduction en Mass و اختناق وجود دارد (۱۸، ۹). همانگونه که در مطالعه حاضر از 13 مورد جا افتاده دو مورد گانگرن روده داشته اند.

در مورد نحوه عمل جراحی، روش خلف صفاقی (۳)، داخل صفاقی (۱۲)، استفاده از مش (۱۴) و حتی لاپاروسکوپی (۲) پیشنهاد گردیده است توصیه بیشتر به انجام تکنیک های ترمیم خلفی بدلیل امکان بررسی بیشتر احشاء می باشد. اما با توجه به نتایج مقاله موجود و تجربه نویسندگان امکان انجام همه گونه عملی در روش قدیمی وجود دارد و با توجه به این که عملاً دستیاران

شود، بخصوص که در شرایط خیلی خاص امکان انجام عمل فتق به روش قدامی حتی در موارد استرانگولاسیون با بیحسی موضعی نیز هست (۶). و این می تواند برای بعضی از بیماران حیات بخش باشد.

جراحی که بیماران را در شرایط اورژانس تحت عمل جراحی قرار می دهند، آشنایی بیشتر و کاملتری با روشهای قدامی دارند، ترجیح داده می شود عمل در فتق های گیر افتاده نیز با روش قدامی انجام

منابع

- 1- Andrews, N.J: Presentation and outcome of strangulated external hernia in a district general hospital. Br.J. Surg., 68: 329, 1981.
- 2- Darzi, A., Paraskeva-pa; Quereshi, A., Menzies-Gow, N; Guillou, P.J., Monson, JR., Laparoscopic herniorrhaphy: initial experience in 126 patients. J. Laparoendosc. Surg., Jun; 4(3): 179-83, 1994.
- 3- George Sm Jr., Mangiate-EC., Voeller, GR., Britt-LG: preperitoneal herniorrhaphy for the acutely incarcerated groin hernia. Am. Surg., Mar; 57(3): 139-41, 1991.
- 4- Fiustetto, A., Zan.S; Sacchetti, M., Lubrano - T: Manzini.R. The surgical treatment of strangulated inguinal crural hernias in geriatric patients. Minerva. Chir., Dec; 49(12): 1275-80, 1994.
- 5- Kadirov, S. Sayfan. J; Friedman. S; Orda, R. Richter's hernia. a surgical pitfall. J.Am. coll. Surg., Jan; 182(1): 60-2, 1996.
- 6- Karatassas, A., Morris. RG; Walsh. D., Hung. P, Slavotinek AH. Evaluation of the safety of inguinal hernia, repair in the elderly using lignocaine infiltration anaesthesia. Aust. N.Z.J. Surg., apr; 63(4); 266-9, 1993.
- 7- Lichtenstein IL, Shore JM: Exploding the myths of hernia repair. Am.J.Surg., 132: 307, 12, 1976.
- 8- Mings H, Olson JD: Reduction "en masse" of groin herniae. Arch Surg., 90: 764, 1965.
- 9- Naaeder, SB., Archampong-EQ: changing pattern of acute intestinal obstruction in Accra. West. Afr.J.Med., Apr.Jun; 12(2): 82-8, 1993.
- 10- Nesterenko, IUA., Shorskii - OL: Rezultaty lecheniia ushchemlennykh gryzh. Khirurgiia., Mosk, 1993.
- 11- Nomikos In., Papaioannou-AN: experience with the intra. abdominal approach for complicated hernias of the inguinal region. Int. Surg., Oct-Dec; 77(4): 232-4, 1992.
- 12- Nyhus LM, condon RE. Harkins HN: Clinical experiences with preperitoneal hernial repair for all types of hernia of the groin. Am.J. Surg., 100: 234, 1960.
- 13- Pans, A., Desai-ve-C; Jacquet, N: Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. Br. J. Surg., Mar; 84(3): 310-2, 1997.
- 14- Rogers, FA: Strangulated femoral hernia., a review of 170 cases. Ann. Surg., 149; 9, 1959.
- 15- Stewardson, RH, Bombeck CT., Nyhus LM: Critical operative management of small bowel obstruction. Ann. Surg., 187: 189, 1978.
- 16- Wiklander, O: Incarcerated inguinal hernia in childhood. Acta Chir Scand., 101: 303, 1951.
- 17- Wright RN, Arensman RM, Coughlin TR, Nyhus LM. Hernia reduction en masse. Am. J.Surg., 43: 627, 1977.