

مقایسه لوله بستن در دو روش الکتروکواگولاسیون دو قطبی و فیلشی کلیپس

دکتر فتانه عمیدی* دکتر مزگان ناصری**

A comparison of bipolar electrocoagulation and Filshie-Clips in tubal ligation

F. Amidi M. Naseri

Abstract

Background : Finding simple , lowcost and safe method for tubal ligation is very important.

Objective : To determine the early complications (up to one week after operation) and duration of operation and hospitalization in both methods.

Methods : In a randomized clinical trail , 20 patients using filshie-clips for tubal ligation and 20 other patients using bipolar electrocoagulation were studied. Then the duration of surgery and hospitalization of both methods and their early complications were compared.

Findings : The duration of operation and hospitalization was less in patients who used filshie-clips (duration of hospitalization 5.6 ± 2.08 VS. 12.5 ± 14.66 hours and operation 6.5 ± 2.61 VS. 13 ± 2.76 mins.). Early complications were the same.

Conclusion : Using filshie-clips for tubal ligation is easier and safer than bipolar electrocoagulation.

Keywords : Tubal Ligation , Filshie-Clips , Electrocoagulation

چکیده

زمینه : یافتن روشی آسان ، مطمئن و کم هزینه برای بستن لوله‌های رحمی بسیار مهم است.

هدف : مطالعه حاضر به منظور مقایسه عمل بستن لوله‌های رحمی در دو روش الکتروکواگولاسیون دو قطبی و فیلشی کلیپس انجام شد.

مواد و روش‌ها : این تحقیق به روش کارآزمایی بالینی بر روی ۴۰ بیمار انجام گرفت. ۲۰ نفر به صورت تصادفی در گروه فیلشی کلیپس و ۲۰ نفر در گروه الکتروکواگولاسیون دو قطبی قرار گرفتند. طول مدت عمل ، طول مدت بستری و عوارض زودرس در دو گروه مقایسه شد.

یافته‌ها : طول مدت عمل در گروه فیلشی کلیپس نسبت به گروه الکتروکواگولاسیون دو قطبی کمتر بود ($6/5 \pm 2/61$ مقابل $12/5 \pm 14/66$ دقیقه). طول مدت بستری نیز در گروه فیلشی کلیپس نسبت به گروه دیگر کمتر بود. ($5/6 \pm 2/08$ مقابل $12/5 \pm 14/66$ ساعت). عوارض زودرس در هر دو گروه یکسان بود.

نتیجه‌گیری : استفاده از فیلشی کلیپس جهت بستن لوله‌های رحمی آسان‌تر و بهتر از الکتروکواگولاسیون دو قطبی است.

کلید واژه‌ها : بستن لوله‌های رحمی - فیلشی کلیپس - الکتروکواگولاسیون - لا پاروسکوپ

□ مقدمه :

مسئله رشد سریع جمعیت و ارائه راه حل‌های مناسب جهت کنترل آن از جمله اولویت‌های بهداشتی جامعه کنونی است. امروزه روش عقیم‌سازی پسرطرفدارترین و شایع‌ترین روش پیشگیری از بارداری در زوجین است و تکنیک‌های لاپاروسکوپیک جهت بستن لوله‌های رحمی در خانم‌ها در اکثر کشورها در دسترس می‌باشد. (۱ و ۶)

روش لوله بستن با لاپاروسکوپ در اوایل دهه ۱۹۷۰ توسط پالمر (Palmer) و استپتول (Steptol) ابداع شد. از آن زمان آمار سالیانه بستن لوله‌های رحمی به سرعت افزایش یافت به طوری که در سال ۱۹۷۳ میزان جراحی عقیم‌سازی در زنان بیشتر از مردان بود. علت این امر کاهش هزینه‌ها و طول مدت بستری و همچنین کاهش درد در روش لاپاروسکوپ بود. (۵ و ۶)

فیلشی کلیپس و الکتروکواگولاسیون دوقطبی دو روش لوله بستن با لاپاروسکوپ هستند. در روش فیلشی کلیپس از گیره‌های مخصوصی از جنس تیتانیوم با روکش سیلیکون استفاده می‌شود که روی ایسم لوله قفل می‌گردد و تنها ۴ میلی‌متر از لوله تخریب می‌شود. شانس موفقیت توبوپلاستی پس از این عمل حدود ۸۰ درصد است. (۶)

در روش الکتروکواگولاسیون دوقطبی ناحیه ایسم لوله توسط فورسپس مخصوص گرفته و پس از جداسازی از بقیه احشاء کوتر می‌شود. در این روش معمولاً ۲ تا ۳ سانتی‌متر لوله تخریب شده و سپس با قیچی جدا می‌شود و شانس موفقیت توبوپلاستی پس از آن کم است. لذا این مطالعه به منظور مقایسه عمل بستن لوله‌های رحمی در دو روش الکتروکواگولاسیون دوقطبی و فیلشی کلیپس انجام شد.

□ مواد و روش‌ها :

بیمارانی که در شش ماهه دوم سال ۱۳۷۶ جهت لوله بستن به درمانگاه بیمارستان کوثر مراجعه کردند پس از معاینه فیزیکی و شرح حال، در صورت عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل دیابت، ناراحتی قلبی، سابقه ترومبوآمبولی و اختلالات انعقادی و همچنین دارا بودن وزن بین ۵۰ تا ۷۵ کیلوگرم، جهت لوله بستن با لاپاروسکوپ معرفی شدند.

نوع مطالعه کارآزمایی بالینی و جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه کتبی بود. پرسشگر فردی ثابت بود که حین عمل، هنگام ترخیص و یک هفته پس از جراحی پرسشنامه را می‌نوشت. روش نمونه‌گیری در هر دو گروه به صورت تصادفی بود تا از تورش خودآگاه یا ناخودآگاه پرسشگر و بیمار اجتناب شود. روش انتخاب بیمار به این صورت بود که تعداد ۴۰ کارت آبی و قرمز (۲۰ عدد قرمز و ۲۰ عدد آبی) در یک کیسه به مسئول درمانگاه داده شد و سپس زنانی که جهت لوله بستن به لاپاروسکوپ انتخاب شده بودند (۴۰ نفر) به صورت کاملاً تصادفی یک کارت را بدون اطلاع قبلی از درون کیسه بر می‌داشتند. ۲۰ خانمی که کارت آبی برداشته بودند جهت لاپاروسکوپ با کلیپس و ۲۰ خانمی که کارت قرمز برداشته بودند جهت لاپاروسکوپ و الکتروکواگولاسیون دوقطبی انتخاب شدند. البته به منظور رعایت معیارهای اخلاقی، در مورد ماهیت عمل جراحی و روش‌های جایگزینی به بیمار آگاهی کامل داده شده و رضایت گرفته شد. سن زنان مورد مطالعه در هر دو گروه بین ۲۵ تا ۴۵ سال بود. در مورد محل زندگی جهت تسهیل پیگیری‌های بعدی، شهرستان قزوین انتخاب شد. جراح و کمک جراح افرادی ثابت بودند. روش بیهوشی و نوع داروهای

کاربردی در هر دو گروه یکسان و به صورت بیهوشی عمومی بود.

کاربردی در هر دو گروه یکسان و به صورت بیهوشی عمومی بود.

یافته‌ها:

از نظر سن و تعداد فرزند اختلاف معنی‌دای بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین سن افرادی که از فیلیس کلیپس استفاده کردند ۳۲/۶ سال و گروه دیگر ۳۲/۷ سال بود. تعداد حاملگی‌ها در گروه فیلیس کلیپس به طور میانگین ۵ فرزند و در گروه الکتروکواگولاسیون دوقطبی ۴/۹ فرزند بود.

میانگین طول مدت عمل در گروه فیلیس کلیپس

از نظر سن و تعداد فرزند اختلاف معنی‌دای بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین سن افرادی که از فیلیس کلیپس استفاده کردند ۳۲/۶ سال و گروه دیگر ۳۲/۷ سال بود. تعداد حاملگی‌ها در گروه فیلیس کلیپس به طور میانگین ۵ فرزند و در گروه الکتروکواگولاسیون دوقطبی ۴/۹ فرزند بود.

میانگین طول مدت عمل در گروه فیلیس کلیپس

جدول ۱:

توزیع فراوانی نسبی افراد برحسب روش بستن لوله‌های رحمی و طول مدت عمل جراحی

مدت عمل (دقیقه)	نوع عمل	فیلیس کلیپس	الکتروکواگولاسیون دوقطبی
کمتر از ۵	۵	۵	۰
۵ - ۱۰	۱۴	۱۴	۲
۱۱ - ۱۵	۱	۱	۱۴
۱۶ - ۲۰	۰	۰	۴

جدول ۲:

توزیع فراوانی نسبی افراد برحسب نوع عمل بستن لوله‌های رحمی و طول مدت بستری

مدت بستری (ساعت)	نوع عمل	فیلیس کلیپس	الکتروکواگولاسیون دوقطبی
۳	۳	۳	۰
۴	۳	۳	۱
۵	۳	۳	۲
۶	۸	۸	۲
۸	۲	۲	۷
۱۲	۱	۱	۶
۲۴	۰	۰	۱
۷۲	۰	۰	۱

□ بحث و نتیجه گیری :

در این مطالعه مشخص شد که در روش لوله بستن با الکتروکواگولاسیون دوقطبی طول مدت عمل و طول مدت بستری بیشتر از گروه فیلیسی کلیپس بود. البته در کتب و مقالات چنین اختلافی ذکر نشده است. علت این اختلاف می‌تواند یکی دقت زیاد هنگام الکتروکواگولاسیون دوقطبی لوله‌ها باشد تا سبب سوختگی احشاء نشود و دیگر این که عمل جراحی الکتروکواگولاسیون اولین تجربه در این بیمارستان بوده است. خوشبختانه عوارض وخیم مثل پارگی عروق بزرگ نداشتیم. از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۴، بیست مورد پارگی عروق بزرگ هنگام لاپاروسکوپی گزارش شده است که ۳ بیمار به دلیل تأخیر در تشخیص فوت کردند. این عارضه نادر است ولی تشخیص به موقع و لاپاراتومی سریع ضروری می‌باشد. (۴)

در مطالعه دیگری لوله بستن به روش لاپاروسکوپی با مینی لاپاروتومی مقایسه شد که روش لاپاروسکوپی روش بهتری تشخیص داده شد. (۷)

استفاده از کلیپس از نظر طول مدت عمل و مدت بستری روش بهتری است. خطر سوزاندن احشاء وجود ندارد و فقط حدود ۴ میلی‌متر از لوله تخریب می‌شود و اگر فرد بخواهد توبوپلاستی شود روش مناسبی نسبت به سایر روش‌های لوله بستن است و ۸۰ درصد شانس موفقیت دارد. تنها عیب این روش قیمت نسبتاً گران آن است.

در انگلستان از لاپاروسکوپی و بستن لوله‌های رحمی به روش Pomeroy جهت آموزش دستیاران برای دوره لاپاروسکوپی پیشرفته استفاده می‌شود. (۲) لذا پیشنهاد می‌گردد که لوله بستن به روش Pomeroy در این بیمارستان نیز انجام شود تا راهی برای شروع لاپاراسکوپی پیشرفته باشد.

□ مراجع :

1. Berek Jonuthun S , Adushi Eli Y , Hillarj Paula A. Family Plannig , 12 th ed , Canada , Williams & Wilkins , 1996 , P 256
2. Foxe MD , Long CA , Meeks GR et al. Laparoscopic pomeroiy tubal ligation as a teaching model for residents. J reprod Med 1994 Nov ; 39 (11) : 862-4
3. Gordon Alan C , Taylor Patrick J. Simple Laparoscopic Surgery (practical laparoscopy). 1st ed , UK , Blackwell Scientific publication , 1993 , P 62
4. Nordestgaard AG , Bodily KC , Osborne RW Jr et al. Major vascular injuries during laparoscopic procedures. Am J Surg 1995 May ; 169 (5) : 543-5
5. Rock John A , Thompson John D. Principles of surgical management and endoscopy , (TE. Linds 8 th ed , USA , Lippincott-Raven. 1997 , P 390
6. Speroff Leon , Glan Robert H , Kase Nathun G. Family Plannig. Sterilization and Abortion. (Clinical Gynecologis , Endocrinologic and Infertility) , 6th ed , USA , Lippincott-Williams & Wilkins , 1999 , PP 845-9
7. Taner CE , Aban M , Yilmaz N , et al. Pomeroy tubal ligation by laparoscopy and minilaparotomy. Adv Contracept 1994 Jun ; 10 (2) : 151-5
8. Wilson-EW. Sterilization. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1996 Apr ; 10 (1) : 103-19