

مقایسه عوارض کوتاه مدت اعمال جراحی اولیه تیروئید در روش استفاده از درن و بدون درن

دکتر لطیف قندیلی^۱، دکتر علی انشایی^۲، دکتر علیرضا ماهوری^۳، دکتر جلال پورقاسم^۴

تاریخ دریافت 85/4/15 - تاریخ پذیرش 85/7/19

چکیده

پیش زمینه و هدف: در گذشته به دلیل ترس از هماتوم و انسداد راه هوایی، در اعمال جراحی تیروئید از درن استفاده می شد. امروزه مقبولیت این روش مورد تایید همگان نبوده و بعضی از جراحان ترجیح می دهند از درن استفاده نکنند. با توجه به مطالعات مختلف و نتایج متفاوت ارائه شده در آنها، تصمیم گرفتیم که در یک مطالعه به بررسی سودمندی یا عدم سودمندی درن در اعمال جراحی فوق بپردازیم.

مواد و روش: در یک مطالعه تحلیلی آینده نگر ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی تیروئیدکتومی، در یک دوره یک ساله از ۱۳۸۴/۱/۱ الی ۱۳۸۵/۱/۱ به صورت تصادفی در دو گروه A (با درن) و B (بدون درن) مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران در روز اول، سوم و سی ام پس از عمل ویزیت شده و و پرسشنامه مربوطه پر گردید. بیماران با تیروئید ساب استرنال، مشکل انعقادی و نیاز به دایسکشن مدیفیه گردن از مطالعه کنار گذاشته شدند.

نتایج: یک بیمار از هر گروه به علت هماتوم شدید و مشکل انسدادی راه هوایی تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفتند. آنالیز آماری از نظر هماتوم، خونریزی و سروما اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان نداد. طول مدت بستری در بیمارستان در گروه بدون درن ($2/13 \pm 0/34$ روز) به صورت چشمگیری نسبت به گروه با درن ($3/03 \pm 1/09$ روز) کوتاه تر بود ($p=0.0001$). اکثر بیماران در گروه بدون درن در عرض ۲۴-۴۸ ساعت آماده ترخیص بودند.

بحث و نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که استفاده از درن، از هماتوم وسیع گردن و انسداد راه هوایی جلوگیری نکرده نیاز به دایسکشن دقیق گردن و هموستاز کافی را برطرف نمی کند. ما نتیجه گرفتیم که گذاشتن درن در اعمال جراحی بدون عارضه تیروئید مفید نبوده و بهتر است به طور انتخابی استفاده شود.

گل واژگان: تیروئیدکتومی، درن، عوارض

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم، شماره دوم، ص ۴۸۴-۴۸۰، تابستان ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، بلوار ارشاد، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) - شماره تلفن: ۰۹۱۴۱۴۱۰۲۳۵

E-mail: Latifghandili@Hotmail.com

مقدمه

حساس بوده و دیسکسیون دقیق و هموستاز ظریف را می طلبد. با وجود اینکه در رفرانس های معتبر و مقالات، گذاشتن درن پس از عمل جراحی تیروئید در موارد نادر از جمله تیروئید رترواسترنال و دیسکسیون لنفاتیک گردنی توافق نظر وجود دارد ولی عدم استفاده از درن در عمل جراحی بدون عارضه تیروئید مورد بحث می باشد. بسیاری از جراحان به صورت روتین در تمام جراحی های تیروئید

با توجه به شایع بودن بیماری های تیروئید و گسترش درمان های دیگر، همچنان نیاز به عمل جراحی تیروئید در انتهای درمان پاره ای از بیماران وجود دارد. مجاورت بسیار نزدیک تیروئید به تراشه، مری، کاروتید، ورید ژوگولار داخلی و اعصاب مهم حنجره ای و خون رسانی زیاد تیروئید از چند منشاء، همواره پزشکان را متوجه این نکته اساسی می نماید که عمل جراحی تیروئید بسیار

^۱ فوق تخصص جراحی توراکس، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ فلو شیب بیهوشی قلب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ متخصص جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

روز و یک ماه پس از عمل جراحی از نظر خونریزی، هماتوم، سروما، عفونت زخم محل عمل از بیماران ویزیت به عمل آمد و توصیه گردید که چنانچه در عرض یک ماه عوارض فوق مشاهده گردید برای ویزیت مجدد مراجعه نمایند، در خاتمه اطلاعات هر بیمار از نظر خونریزی، هماتوم، سروما، عفونت زخم محل عمل و مدت زمان بستری، از هنگام عمل تا ترخیص، در فرم مجزا ثبت و در حافظه کامپیوتر ذخیره شد.

برای آنالیز آماری از نرم افزار SPSS استفاده گردید، داده های کیفی، تحت آزمون Chi-Square و داده های کمی تحت آزمون T-test آنالیز و مقادیر $p < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

نتایج

یک نفر از هر گروه به دلیل هماتوم و دیسترس تنفسی بعد از عمل، جهت کنترل خونریزی، تحت عمل مجدد قرار گرفتند و خوشبختانه، عارضه مورتالیتیه مشاهده نگردید.

در روز اول عمل از ۳۰ بیمار که در آنها درن تعبیه شده بود ۴ نفر (۱۳/۳٪) و در گروه بدون درن ۱ نفر (۳/۳٪) خونریزی بالای ۳۰ سی سی در ۲۴ ساعت داشتند که با توجه به $p = 0.16$ خونریزی در دو گروه از نظر آماری، اختلاف معنی داری نداشت (جدول شماره ۱)

همچنین مطابق جدول شماره ۱، فراوانی هماتوم در دو گروه مورد مطالعه با هم برابر بود و در هر دو گروه در ۲ نفر (۶/۶٪) مشاهده گردید.

در روز سوم عمل جراحی نیز از ۳۰ نفر بیمار با درن در ۳ نفر (۱۰٪) خونریزی بالای ۳۰ سی سی در ۲۴ ساعت وجود داشت ولی در گروه بدون درن خونریزی وجود نداشت و مطابق تست fisher با $p = 0.11$ ، اختلاف آماری از نظر خونریزی در روز سوم معنی دار نبود.

در روز سوم در ۳ نفر (۱۰٪) از گروهی که درن تعبیه شده بود، هماتوم خفیف وجود داشت ولی در گروه با درن در ۱ نفر (۳/۳٪) هماتوم دیده شد ($p = 0.3$)، که اختلاف آماری، معنی دار نبود. در روز سی ام پس از عمل عارضه سروما در دو گروه بررسی شد که در گروه با درن در ۱ نفر (۳/۳٪) و در گروه بدون درن در ۲ نفر (۶/۶٪) سرومای خفیف مشاهده گردید، که تفاوت معنی دار نبود ($p = 0.55$). (جدول شماره ۱)

طول مدت بستری بیماران در گروه بدون درن حداکثر ۳ روز و حداقل ۲ روز بود که ۲۲ نفر (۸۶٪) در عرض ۲ روز و ۸ نفر

از درن باز یا بسته استفاده می کنند و در بعضی از کتاب های مرجع قدیمی نیز استفاده از درن توصیه شده است (۱). ولی در بعضی از مطالعات ذکر شده است که استفاده از درن تا حد ممکن بایستی کاهش داده شود. در یک سری مطالعات، استفاده پروفیلکتیک از درن در اعمال جراحی بدون عارضه تیروئید تأیید نشد (۲). و مشخص گردید که انسیدانس عوارض زخم به عدم استفاده از درن مربوط نمی باشد (۳) و اینکه موربیدیتی در بین دو گروه با هم متفاوت نیست (۴،۵). از نظر بعضی از پژوهشگران، گذاشتن درن پس از اعمال جراحی تیروئید، انسیدانس عفونت زخم را بالا برده و استفاده از درن در اعمال جراحی تیروئیدکتومی و پاراتیروئیدکتومی بایستی به صورت انتخابی باشد (۶) چرا که در صورت استفاده از درن: ۱- نیاز به هموستاز دقیق برطرف نمی شود ۲- احتمال جابجائی درن و مشکلات ناشی از جابجائی آن بالا است ۳- با توجه به اینکه وجود درن یک فضای مرده بافتی ایجاد می کند مانع از التیام بافتی می گردد ۴- وجود خود درن به عنوان عامل تحرکی باعث تحریک ترشح مایع میان بافتی شده و به نظر چنین می آید که ترشحات درن زیاد است ۵- حتی در استفاده از درن بسته میزان بروز عفونت زخم محل جراحی بالا می رود ۶- مدت بستری پس از عمل بیمار طولانی میشود. ۷- از نظر روانی بر بیمار موثر بوده و بیماران از وجود درن خشنود نیستند ۸- هزینه مالی اضافی بر بیمار تحمیل می شود. ۹- اسکار محل خروج درن نیز ناخوشایند است.

در یک سری مطالعات دیگر گزارش شده است که استفاده از درن پس از اعمال جراحی بدون عارضه تیروئید سودی ندارد. (۷) با توجه به عوارض فوق، تصمیم گرفتیم تا در یک مطالعه، فواید و مضرات استفاده و عدم استفاده از درن را مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش

در یک مطالعه آینده نگر تحلیلی ۶۰ بیمار کاندید عمل جراحی تیروئیدکتومی صرف نظر از جنس، سن، پاتولوژی زمینه ای، زیبایی و اثر فشاری در یک دوره یک ساله از ۱۳۸۴/۱/۱ الی ۱۳۸۵/۱/۱ وارد مطالعه شدند. چنانچه بیماری در مطالعات قبل از عمل اختلال انعقادی مادرزادی، اکتسابی و یا تیروئید رترواسترنال داشته و یا در حین عمل جراحی نیاز به دیسکسیون مدیفیه و یا رادیکال گردنی داشت، از مطالعه کنار گذاشته شد. بیماران در انتهای عمل جراحی به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شده و در بعضی از آنها درن گذاشته شده و در برخی دیگر از درن استفاده نشد. درن از نوع درن بسته بوده و در صورت درناژ کمتر از ۳۰ سی سی در ۲۴ ساعت، خارج گردید. پس از عمل در روز اول، سه

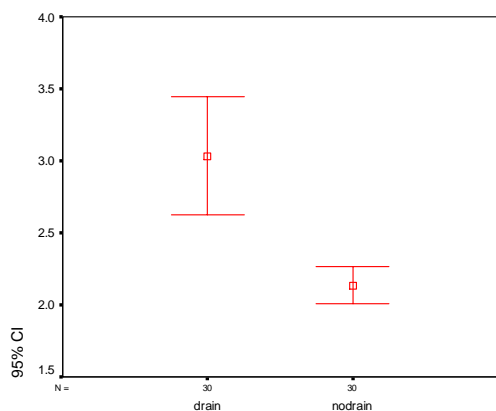
کاملاً چشمگیری در دو گروه مشاهده شد ($p=0.0001$) و طول مدت بستری در گروه بدون درن کوتاه تر بوده و به نظر می رسد که گذاشتن درن زمان بستری در بیمارستان را طولانی می کند (شکل شماره ۱).

(۱۳/۳%) در عرض ۳ روز مرخص شدند. ولی در گروه با درن ۱۳ نفر (۴۳/۳%)، ۲ روز، ۷ نفر (۲۳/۳%)، ۳ روز، ۶ نفر (۲۰%) به مدت ۴ روز و ۴ نفر (۱۳/۳%) حداکثر ۵ روز بستری بودند، مطابق جدول شماره ۲، میانگین مدت زمان بستری در گروه با درن $3/0.3 \pm 1/0.9$ روز و در گروه بدون درن $2/1.3 \pm 0/34$ روز بود و تفاوت آماری

جدول شماره ۱: مقایسه فراوانی نسبی و مطلق هماتوم، خونریزی و سروما در دو گروه شاهد و مطالعه

سروما (روز سی ام)	خونریزی (روز سوم)		خونریزی (روز اول)		هماتوم (روز سوم)		هماتوم (روز اول)				
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
	۳/۳	*۱	۱۰	*۳	۱۳/۳	*۴	۱۰	*۳	۶/۶۶	۲	گروه با درن
	۶/۶	*۲	-	* -	۳/۳۳	*۱	۳/۳	*۱	۶/۶۶	۲	گروه بدون درن
	۵	۳	۵	۳	۸/۳۳	۵	۶/۶	۴	۶/۶۶	۴	مجموع

*. $P<0.05$



* $P<0.05$

نمودار شماره ۱: میانگین طول مدت بستری بیماران در دو گروه مورد مطالعه. همان گونه که در گرافی نشان داده شده است میانگین طول مدت بستری بیماران در گروه مطالعه به شکل معنی داری کمتر است.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین طول مدت بستری

بیماران در دو گروه مورد مطالعه*

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
با درن	۳۰	#۳/۰۳	۱/۰۹
بدون درن	۳۰	#۲/۱۳	۰/۳۴
گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
با درن	۳۰	#۳/۰۳	۱/۰۹
بدون درن	۳۰	#۲/۱۳	۰/۳۴

* Mean \pm SD

$p = 0.0001$

بحث

می باشد ولی در مطالعه ما خون ریزی بالای ۳۰ سی سی در ۲۴ ساعت ملاک قرار داده شده بود (۵).

بررسی سروما نیز در دو گروه تفاوتی آماری قابل ملاحظه ای نداشت. این یافته نیز با بعضی مطالعات انجام شده همسو بود (۳،۹). با توجه به اینکه سروما به دنبال تیروئیدکتومی عارضه ای خوش خیم بوده و اقدام خاصی لازم نشده است به نظرمی رسد که عدم استفاده از درن در عارضه سروما چندان دخیل نمی باشد. مدت زمان بستری بیماران از زمان عمل تا ترخیص، در این مطالعه تفاوتی با مطالعات قبلی انجام شده نشان نداد، به طوری که در این مطالعه میانگین طول مدت بستری بیماران بدون درن به صورت معنی داری کمتر از گروه با درن بود ($p=0.0001$). به نظر می رسد که گذاشتن درن باعث طولانی شدن زمان ترخیص بیمار می شود. در بعضی از مطالعات ذکر شده است که با نگذاشتن درن می توان اکثر بیماران را در عرض ۴۸-۲۴ ساعت ترخیص کرد (۱۰). و نتیجه برخی دیگر این است که میانگین طول مدت بستری بیماران در گروه با درن به شکل معنی داری نسبت به گروه بدون درن کمتر است (۹، ۱۱).

در نهایت با توجه به مطالعه انجام شده و مطالعات دیگر به نظر می رسد به استثناء دیسکسیون گردنی و کشیده شدن تیروئید به داخل مدیاستن، تیروئیدکتومی بدون درناژ، روش کاملاً سالمی است (۱۲). عدم استفاده از درن انسیدانس عوارض هماتوم، خون ریزی و سروما پس از عمل را تغییر نداده و متقابلاً دقت به هموستاز را بالا می برد. با گذاشتن درن طول مدت بستری بیماران طولانی شده و هزینه بستری بالا می رود، نتیجه این که بهترین روش تیروئید کتومی، انجام هموستاز دقیق و بدون عارضه بوده و با اطمینان از هموستاز دقیق بهتر است از گذاشتن درن پرهیز شود و استفاده از درن محدود به موارد انتخابی از مانند دیسکسیون گردنی و تیروئید ساب استرنال باشد.

با توجه به شایع بودن بیماری های تیروئید و گسترش درمان های طبی، عمل جراحی تیروئید، همچنان یکی از اعمال شایع بوده و به دلایل مختلف صورت می گیرد. از زمان های دور تکنیک های مختلفی به کار رفته و به مرور، سعی شده است نوع عمل جراحی تیروئید، دقیق تر و ظریف تر انجام گیرد. رفرانس ها و مقالات مختلف در اعمال جراحی بدون عارضه تیروئید، فواید گذاشتن درن را اثبات نکرده اند و حتی گاهی آن را مضر تشخیص داده اند.

در هر دو گروه بیماران از ۳۰ بیمار یک نفر به دلیل هماتوم روز عمل جراحی و مشکل تنفسی تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفتند که گذاشتن درن جهت جلوگیری از مشکل راه هوایی کار ساز نبود و درن به دلیل انسداد، کارائی کافی نداشت. هماتوم و مشکل تهدید راه هوایی ناشی از آن که علت اصلی و مهم استفاده از درن می باشد، در روز اول عمل جراحی در دو گروه با هم برابر بود و در هر دو گروه در ۲ نفر (۶/۶۶٪) عارضه هماتوم وجود داشت. در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است که اگرچه گذاشتن درن پس از عمل جراحی تیروئید، سایز هماتوم بعد از عمل را کاهش می دهد ولی سایز هماتوم در روش بدون درن به قدری کوچک است که استفاده از درن در عمل جراحی گواتر توصیه نشده است (۵، ۸).

در روز اول عمل جراحی در یک مورد از گروه بدون درن و ۴ مورد از گروه با درن خون ریزی بیش از ۳۰ سی سی وجود داشت و در روز سوم پس از عمل در گروه بدون درن خون ریزی از لبه های زخم وجود نداشت ولی در گروه با درن در ۳ نفر یعنی ۱۰٪ ترشح خونی از درن ادامه داشت. علت اینکه در مطالعه ما مقدار درصد خون ریزی بیشتر از بعضی مطالعات مشابه گزارش شده این است که ملاک خون ریزی در آنها نیاز به ترانسفوزیون و reoperation

References

- Kaplan EL. Thyroid and parathyroid. In: Principles of Surgery. 6th Ed, New York: Mc GRAW- Hill; 1994.P. 1641
- Wihlborg O, Bergljung L, Martensson H. To drain or not to drain in thyroid surgery. Arch Surg 1988; 123(1):40-1.
- Ayyash K, Khammash M, Tibblin S, Drain VS. No Drain in primary thyroid and parathyroid surgery. Eur J Surg 1991; 157(2): 113-4.
- Peix JL, Teboul F, Feldman H, Massard JL. Drainage after thyroidectomy. Int Surg 1992; 77(2): 122-4
- Schoretsantis G, Melissas J, Sanidas E, Christodoulakis M, Vlachonikolis JG, Tsiftsis DD, et al. Dose draining the neck affect morbidity following thyroid surgery. Am Surg 1998; 64(8): 778-80.

06. Tabaqchali MA, Hanson JM, Proud G. Drains for thyroidectomy/ parathyroidectomy: fact or fiction? *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81(5):302-5.
07. Pezzulo L, Chiofalo MG, Caraco C, Marone U, Celentano E, Mozzillo N, et al. Drainage in thyroid surgery; *Chir Ital* 2001; 53(3): 345-7.
08. Tubergen D, Moning E, Richter A, Lorenz D. Assessment of drain insertion in thyroid surger? *Zentralbl Chir* 2001; 126(12): 960-3.
09. Hurtado Lopes LM, Lopez Romero S, Rizzo Fuentes C, Zaldivar-Ramirez FR, Cervantes-Sanchez C, et al. Selective use of drains in thyroid surgery. *Head Neck* 2001; 23(3):189-23.
10. Saha AR, Jaffe BM. Selective use of drains in thyroid surgery. *J surg Dncol* 1993r; 52(4): 241-3.
11. Talmi YP. Thyroid surgery without drains *Harefuah* 2004; 143(8): 560-2,624.
12. Joudinaud T, Corre FL, Pages JC, Renou G, Deraedt S, et al. Drainage after thyroid surgery. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002; 119(3): 146-9.