

بررسی علل و نتایج انجام لاپاراسکوپي در مراجعین به مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری ارومیه در پنج سال اخیر (۱۳۸۸-۱۳۸۴)

فریبا نان بخش^۱، حمیده محدثی^{۲*}، میترا یگان سنگی^۳، پویا مظلومی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۴/۱۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: لاپاراسکوپي یکی از روش های مهم تشخیصی و درمانی مخصوصاً در دردهای مبهم شکمی، بررسی علل نازایی و... می باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین علل و نتایج انجام لاپاراسکوپي در مراجعین به مرکز آموزشی - تخصصی کوثر در پنج سال اخیر (۸۸-۸۴) انجام گرفت. **مواد و روش کار:** مطالعه توصیفی - مقطعی که داده های آن با استفاده از پرسش نامه محقق ساخته و براساس اطلاعات پرونده بیماران بستری در محیط پژوهش که تحت عمل لاپاروسکوپي قرار گرفته بودند، استخراج شد. حدود ۱۱۲ بیمار در بین سال های ۸۸-۸۴ در مرکز فوق لاپاراسکوپي شده بودند. داده ها بعد از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: براساس بررسی پرونده ۱۱۲ بیمار مشخص شد که اکثر واحدهای پژوهش در گروه سنی ۲۹-۲۱ سال، ۶۴ نفر (۵۷/۱۴ درصد) که ۱۹/۶ درصد آن ها نولی پار بودند. ریسک فاکتورهای مهم جهت انجام لاپاراسکوپي به ترتیب عبارت بودند از: سابقه نازایی اولیه (۶۳/۴ درصد)، نازایی ثانویه (۲۳/۳ درصد)، سابقه آپاندیسیت (۷/۱ درصد)، سابقه سزارین (۶/۳ درصد)، سابقه عمل جراحی در شکم (۵/۴ درصد)، سابقه عمل اصلاحی بر لوله ها و سابقه EP هرکدام (۰/۹ درصد). در ۲۸/۵۷ درصد موارد نتایج لاپاروسکوپي طبیعی و در ۷۱/۴۲ درصد غیرطبیعی گزارش شده بود که در یافته های غیرطبیعی، ۳۷/۵ درصد تخمدان پلی کیستیک، ۱۵/۲ درصد چسبندگی های لگن، ۵/۴ درصد انسداد یک طرفه، ۵/۴ درصد انسداد دو طرفه لوله ها، ۵/۴ درصد اندومتر یوز و ۲/۷ درصد اندومتریوما گزارش شده بود.

بحث و نتیجه گیری: لاپاروسکوپي می تواند در تشخیص و درمان بسیاری از بیماری ها که اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی غیرتهاجمی، تشخیص قطعی را مشخص نکرده اند، کمک کننده بوده و از اتلاف وقت و هزینه و انجام لاپاراتومی های بی مورد و عوارض آن و همچنین از تاخیر در تشخیص بیماری های خطرناک بکاهد.

کلید واژه ها: لاپاروسکوپي، لاپاراتومی، ریسک فاکتورها، علل

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۳، مهر و آبان ۱۳۹۰، ص ۲۸۹-۲۹۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۲۳۷۸

Email: hmohaddesi.han@gmail.com

مقدمه

تشخیصی و درمانی مخصوصاً در دردهای مبهم شکمی،

بیماری های لوله ای و صفاقی، بررسی علل نازایی، دردهای پائین

شکمی و... می باشد (۴-۱).

معمولاً ارزیابی با لاپاراسکوپي قسمت روتین ارزشیابی و بر

اساس شرح حال، معاینات بالینی و تست های غیرتهاجمی در

امروزه با پیشرفت تکنولوژی بشر ابزارهایی را تولید نموده که

به کمک این ابزارها و با استفاده از یک یا چند برش چند

سانتی متری می توان بسیاری از اقدامات تشخیصی و اعمال

جراحی را انجام داد. لاپاراسکوپي یکی از روش های مهم

^۱ استادیار گروه زنان مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

اندومترئوزیس (۲۰/۴ درصد)، بیماری التهابی لگن (۱۷/۷ درصد) و ۱۷/۷ درصد طبیعی گزارش شده بود که بیشترین یافته‌ها در خانم‌های جوان‌تر از ۳۰ سال اندومترئوزیس (۲۲/۸ درصد) و خانم‌های بالای ۳۰ سال چسبندگی لگنی (۳۱/۹ درصد) بود (۱۵). در مطالعه هاوارد در ۱/۳ لاپاراسکوپی‌های انجام شده اندومترئوز و در ۱/۴ موارد چسبندگی مطرح بود (۵).

مطالعه نصیری و همکاران نشان داد که ۷۴ درصد بیماران مورد بررسی با لاپاراسکوپی نازایی اولیه و ۲۶ درصد ناباروری ثانویه داشتند که شایع‌ترین علت ناباروری اولیه سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و شایع‌ترین علت ناباروری ثانویه‌ای علت لوله‌ای بود (۱۰). لاپاراسکوپی یک استاندارد طلایی برای تشخیص بیماری‌های لوله و پریتوان می‌باشد که امکان مشاهده تمام اعضای لگنی را فراهم می‌سازد (۱۶). از موارد استفاده لاپاراسکوپی بررسی و درمان نازایی، تشخیص توده‌های لگنی، بررسی آمنوره و اولیگومنوره، تشخیص و درمان اندومترئوز، لیز چسبندگی‌ها با استفاده از کوتر لیزر، تخلیه کیست‌های تخمدان، کوتر تخمدان‌های پلی‌کیستیک، بررسی هیستوسالپینگوگرافی غیرطبیعی ارزیابی محل انسداد لوله برای عمل جراحی باز سازی لوله و در صورت امکان رفع انسداد، میومکتومی و گرفتن اووسیت برای باروری در محیط خارج رحم می‌باشد که حدود ۸۰ درصد موارد از درمان‌های لاپاراسکوپی ناباروری را تشکیل می‌دهند (۲۲-۱۷). در بررسی Jyotsana و همکاران در لاپاراسکوپی‌های انجام شده پنج نفر (۸ درصد) اندومترئوز، ۱۲ نفر (۱۹/۳۵ درصد) PCOD و در سه نفر (۴/۸ درصد) کیست تخمدان داشتند در هفت مورد (۱۱/۲ درصد) چسبندگی لگنی گزارش شده بود (۲۳). باتوجه به مشخص نبودن نتایج انجام لاپاراسکوپی در مرکز فوق الذکر پژوهش حاضر با هدف تعیین علل و نتایج انجام لاپاراسکوپی در مراجعان به مرکز آموزشی درمانی کوثر در پنج سال اخیر (۸۸-۸۴) انجام گرفت.

دردهای مزمن لگنی به‌شمار می‌رود (۵) در ۶۰ درصد نمونه‌ها عیوب ارگانیک از پاتولوژی لگن مشخص شده بود (۷،۶). از سال ۱۹۷۰ به بعد انواع بیماری‌های ژنیکولوژیک به‌وسیله لاپاروسکوپی تشخیص و درمان شده‌اند، چون مزایای زیادی در مقایسه با جراحی داشته، با اداره همستاز بهتر همراه است (۸). بسیاری از مولفین عقیده دارند که فن‌های لاپاراسکوپی به‌علت محل برش کوچک، کاهش عفونت‌های لگنی و دوره نقاهت کوتاه‌تر برای اعمال جراحی لاپاراتومی ارجحیت دارد (۹). لاپاراسکوپی روش مطمئن در تشخیص علل لوله‌ای، لگنی و تخمدانی می‌باشد و می‌تواند نتایج باروری را در بیماران بهبود بخشد (۱۰).

بعضی مطالعات دلایل ارجحیت لاپاراسکوپی را به لاپاراتومی پذیرش بیشتر توسط افراد، کاهش مدت عمل، کاهش زمان بستری و کاهش هزینه‌های تحمیلی به افراد می‌دانند، همچنین استفاده از لاپاراسکوپی به‌علت امکان مشاهده و انجام اعمال جراحی وسیع لگنی و شکمی با حداقل چسبندگی و ضایعه اهمیت فراوانی دارد (۱۱). علاوه بر این در بستن لوله‌ها با لاپاراسکوپی برش محل عمل کم‌تر به چشم خورده و احتیاجی به محدود کردن فعالیت جنسی نیست، همچنین کم‌ترین دستکاری شکمی وجود داشته و مطالعات نشان می‌دهد که چسبندگی‌های پس از عمل در روش لاپاراسکوپی بسیار کم‌تر از اعمال لاپاراتومی است (۱۲).

لاپاراسکوپی در بررسی شکم حاد در دوران بارداری نیز نقش مهمی دارد. هم‌اکنون در بسیاری از مراکز لاپاراسکوپی برای درمان بیماران باردار به‌کار می‌رود، دوره اقامت کوتاه‌تر، نیاز به مخدر کم‌تر، راه افتادن سریع‌تر و دستکاری کم‌تر رحم از مزایای این روش محسوب می‌شود (۱۳، ۱۴). در مطالعه lukanova و همکاران بیشترین یافته لاپاراسکوپی اندومترئوز و چسبندگی گزارش شده است (۷).

در ۴۸۰ نمونه مورد بررسی جهت درد مزمن لگنی از سال ۱۹۹۵-۱۹۹۹ بیشترین یافته چسبندگی (۲۲/۳ درصد)،

مواد و روش‌ها

از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی مورد تجزیه و

تحلیل قرار گرفتند.

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که

داده‌های آن براساس اطلاعات پرونده بیماران بستری در بخش

جراحی مرکز آموزشی - درمانی کوثر که تحت عمل لاپاراسکوپی

قرار گرفته بودند، استخراج شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه

محقق ساخته بود، که اعتبار آن از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و

اعتبار محتوا سنجیده شده بود. پرسش‌نامه شامل سه قسمت:

۱- اطلاعات دموگرافیک ۲- ریسک فاکتورهای مهم انجام

لاپاراسکوپی ۳- نتایج لاپاراسکوپی بود.

حدود ۱۱۲ بیمار در فاصله سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۴ در مرکز

فوق لاپاراسکوپی شده بودند. پرسش‌نامه‌ها بعد از تکمیل با استفاده

یافته‌ها

پرونده ۱۱۲ بیمار بستری جهت لاپاراسکوپی در مرکز آموزشی

- درمانی کوثر مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص شد که اکثر

واحدهای پژوهش در گروه سنی ۲۹-۲۱ سال (۵۷/۱۴ درصد) و

حدود ۱۹/۶ درصد آن‌ها نولی پار بودند.

علت انجام لاپاراسکوپی در اکثر افراد سابقه نازایی اولیه

(۶۳/۴ درصد) و نازایی ثانویه (۲۳/۲ درصد) مطرح شده بود

(جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی ریسک فاکتورهای انجام لاپاراسکوپی

در مراجعان به مرکز آموزشی - درمانی کوثر

علت	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سابقه نازایی اولیه	۷۱	۶۳/۴
سابقه نازایی ثانویه	۲۶	۲۳/۲
سابقه آپاندیسیت	۸	۷/۱
سابقه سزارین	۷	۶/۳
سابقه عمل جراحی شکم	۶	۵/۴
سابقه عمل اصلاحی	۱	۰/۹
لوله‌های رحمی	۱	۰/۹
سابقه حاملگی خارج رحمی	۱	۰/۹
جمع	۱۲۰	۱۰۰

نتایج لاپاراسکوپی در ۲۸/۵۷ درصد موارد نرمال و

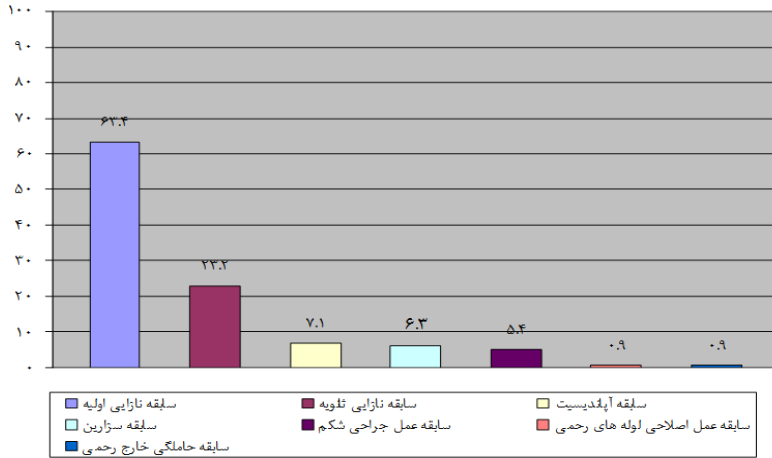
۷۱/۴۲ درصد غیرطبیعی گزارش شده بود که شایع‌ترین یافته

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی و مطلق یافته‌های لاپاراسکوپی در واحدهای پژوهش

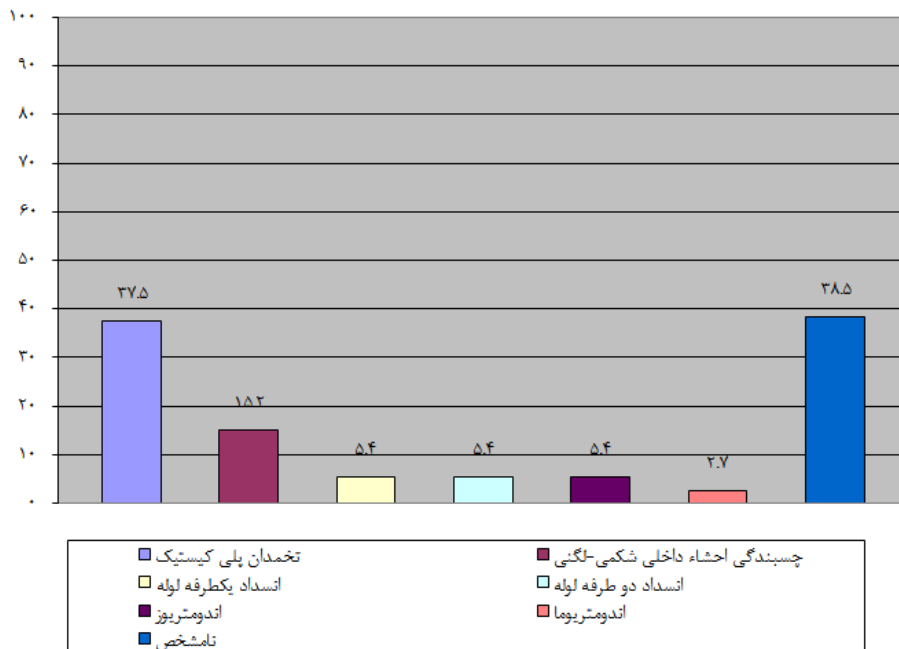
یافته پاتولوژیک در لاپاراسکوپی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
تخمندان پلی کیستیک	۴۲	۳۷/۵
چسبندگی احشاء داخل شکمی - لگنی	۱۷	۱۵/۲
انسداد یک طرفه لوله	۶	۵/۴
انسداد دو طرفه لوله	۶	۵/۴
اندومتریوز	۶	۵/۴
اندومتریوما	۳	۲/۷
نامشخص	۳۱	۳۸/۵
جمع	۱۱۱	۱۰۰

لاپاراسکوپي‌ها غير طبيعي بودند و بيمارانی که هيسترو سالپنگوگرافي غير طبيعي داشتند در ۶۰ درصد موارد لاپاراسکوپي طبيعي داشتند.

مقايسه نتايج هيسترو سالپنگوگرافي با لاپاراسکوپي نشان داد که بيمارانی که هيسترو سالپنگوگرافي طبيعي داشتند در ۹۲/۴ درصد لاپاراسکوپي آن‌ها طبيعي و فقط ۷/۶ درصد



نمودار شماره (۱)



نمودار شماره (۲)

جهت انجام لاپاراسکوپي در فاصله سال‌های ۸۸-۸۴ به محیط پژوهش مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت و یافته‌های لاپاراسکوپي به ترتیب تخمدان‌های پلی کیستیک، انسداد لوله‌های رحمی، اندومتريوز، اندومتريوما و در ۲۸/۵ درصد طبيعي گزارش

بحث و نتیجه گیری

لاپاراسکوپي یک استاندارد طلايي برای تشخيص بيماری‌های لوله و پریتوان می‌باشد که امکان مشاهده تمام اعضای لگنی را فراهم می‌سازد. در مطالعه حاضر پرونده بستری ۱۱۲ بیمار که

کیست تخمدان (۳/۶ درصد) بود که با مطالعه نصیری و همکاران هم‌خوانی دارد، مطالعه‌ای هم‌گروهی روی بیماران نابارور در طی سال‌های ۸۸-۸۳ انجام گرفته بود و در ۱۴۰ مورد لاپاراسکوپی ۷۴ درصد بیماران ناباروری اولیه و ۲۶ نفر ناباروری ثانویه داشتند و شایع‌ترین یافته در بررسی علت ناباروری اولیه در لاپاراسکوپی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و در ناباروری ثانویه علل لوله‌ای مطرح بود (۱۰).

در مطالعات زیادی اندمتریوز، چسبندگی‌های احشاء داخل شکمی و لگنی، بیماری التهابی لگنی و... به‌عنوان یافته‌های مهم پاتولوژیک در نتایج لاپاراسکوپی گزارش شده است که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارند (۲۳، ۲۰، ۳، ۷). در مطالعه حاضر نتایج لاپاراسکوپی در ۲۸/۵۷ درصد موارد طبیعی و ۷۱/۴۲ درصد غیرطبیعی گزارش شده بود که با مطالعه مارانا و همکاران که روی ۱۳۷ بیمار با درد مزمن لگنی تحت لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند و در ۸۰ درصد موارد نتایج غیرطبیعی و ۲۰ درصد موارد طبیعی گزارش شده بود، هم‌خوانی دارد (۲۴).

شده بود که در مطالعه مارا و همکاران به‌ترتیب چسبندگی داخل شکمی (۲۲/۳ درصد)، اندومتریوز (۲۰/۴ درصد)، بیماری التهابی لگنی (۱۷/۷ درصد) و ۱۷/۷ درصد یافته‌ها طبیعی بود (۱۵). و در بررسی هاوارد و همکاران حدود ۶۵ درصد از زنان مراجعه کننده با درد مزمن لگنی یافته‌های لاپاراسکوپی در ۱/۳ موارد اندومتریوز و در ۱/۴ موارد چسبندگی و کیست‌های تخمدانی، هرنی و... مطرح شده بود (۵).

در مطالعه زوبار و همکاران که لاپاراسکوپی روی ۳۰۹ بیمار انجام گرفته بود ۲۷/۸ درصد درد مزمن لگنی داشتند که در ۸۸/۴ درصد بیماران یافته پاتولوژیک لگنی دیده شده بود. اندومتریوز به عنوان علت اصلی دردهای مزمن لگنی در سننین باروری مطرح شده بود (۶).

در مطالعه دیگری که توسط لوکانوا و همکاران انجام گرفته است شایع‌ترین یافته لاپاراسکوپی اندومتریوز و چسبندگی احشاء داخل شکمی گزارش شده بود (۷). در مطالعه حاضر شایع‌ترین علت نازایی به‌ترتیب سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (۱۹/۶ درصد) و

References:

1. Lim GH, Shabbir A, So JBY. Diagnostic laparoscopy in the evaluation of right lower abdominal pain: a one year audit. Singapore Med J 2008; 49(6): 451-3.
2. Salky BA, Edye MB. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. Surg Endosc 1998; 12: 911-14.
3. Chhetri S, Khanna S, Poonam, Sen B. Laparoscopic evaluation of chronic pelvic pain in women. J Nepal Health Res Co 2009; 7(14):45-8.
4. Shahshahan Z, Ghasemi M. Ten years study for evaluating causes of infertility by laparoscopy on 300 cases in Beheshti and Amin hospitals in Isfahan. Iran J Surg 2004; 12(32):42-7.
5. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14(3):467-94.
6. Zúbor P, Szunyogh N, Galo S, Biringer K, Dókus K, Visnovský J, et al. Laparoscopy in chronic pelvic pain--a prospective clinical study. Cesk Gynekol 2005; 70(3):225-31.
7. Lukanova M, Miteva I, Gorgioski S, Popov I. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. Akush Ginekol (Sofia) 2008; 47(3):32-9.
8. Miller Ronald D. Anesthesia. 5th Ed. Philadelphia: Churchil Livingston; 2000. P. 2213-7.
9. Mccann M, Cole L. Laparoscopy and mini lapartomy, two major advances in female sterilization. Stud Fam Plann 1980; 11:119.
10. Nasiri R, Sarafraz Yazdi M, Mansori M, Najafi Noghahi M. The causes and therapeutic results of

- infertility through laparoscopy. *Journal of Medical Sciences Azad University of Mashhad* 2008; 4(3): 153-160.
11. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 10. Art. No.: CD001546. DOI: 10.1002/14651858.CD001546.pub3
 12. Population Information Program. *Mini laparotomy and laparoscopy: safe, effective and widely used*. Baltimore: John Hopkins University; 1985. c-9.
 13. Murphy AA. *Operative laparoscopy*. Fertile sterile 1987; 47:6.
 14. Perry R. Acute abdomen and pregnancy. *Med J* 2002; 5: 14-19.
 15. Tarraza HM, Moore RD, Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy, *Surg Clin North Am* 1997; 77(6): 1371-94.
 16. Mára M, Fucíková Z, Kuzel D, Dohnalová A, Haaková L, Zivný J. Laparoscopy in chronic pelvic pain--a retrospective clinical study. *Ceska Gynekol* 2002; 67(1):38-46.
 17. Berek JS. *Berek and Novak's gynecology*. 14th Ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 749-87.
 18. Vahid Roudsari F, Ayati S, Hasanzadeh Bashtian M, Shakeri M.T. Fertility rate following laparoscopy in infertile women. *J Babol Univ Med Sci* 2009; 11(1): 25-9.
 19. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 9th Ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. P. 819-33
 20. Rock JA, Joens III HW. *Te Linde's operative gynecology*. 10th Ed, New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P. 319-35.
 21. Cheong YC, Wong YM, Tucker D, Li TC, Cooke ID. The changing nature of elective laparoscopic surgery: a review over a 7 year period in a reproductive surgery unit. *Hum Fertile (Camb)* 2001; 4(1): 31-6.
 22. Chhetri SH. Laparoscopy as a diagnostic tool in the evaluation of chronic pelvic pain in women. *World J Laparosc Surgery* 2009; 2(2):30-2.
 23. Jyotsana, Kamlesh Manhas, Sudha Sharma. Role of hysteroscopy and laparoscopy in evaluation of abnormal uterine bleeding. *J Med Educ Res* 2004; 6(1):23-7.
 24. Parveen S, Khanam M. Diagnostic laparoscopy and simultaneous hysteroscopy for evaluation of female sub fertility factors. *J Surg Pakistan* 2010; 15: 1.
 25. Marana R, Paielli FV, Muzii L, Dell'Acqua S, Mancuso S. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecol* 1993; 45(6):281-6.