

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۴ شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۹۱ صفحات ۹۷-۹۴

عدم استفاده از مش در فضاهای جانبی کام در بیماران مبتلا به شکاف کام عمل شده با روش Two flap palatoplasty

شهین عبدالهی فحیم: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
نیکزاد شهیدی: گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: nikzadsh@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۱۲/۱۶ پذیرش: ۹۱/۳/۱

چکیده

زمینه و اهداف: شکاف کام یکی از شایعترین آنومالیهای مادرزادی است. از سال‌ها پیش در موقع ترمیم شکاف کام در فضاهای جانبی ناشی از برشهای Relaxing مش آغشته به پماد آنتی بیوتیک قرار داده و روز ۵-۳ بعد از عمل در بخش درآورده می‌شود. بنظر می‌رسد که این کار نه تنها باعث افزایش درد بعد از عمل و به دنبال آن کاهش مصرف مایعات می‌شود بلکه با افزایش خطر احتمالی آسپیراسیون مش همراه است. همچنین منجر به نمایان شدن استخوانهای برهنه می‌شود که احتمالاً باعث اختلال رشد ماگزیلوفاسیال می‌گردد هدف از این مطالعه مقایسه میزان خونریزی، طول بستری، میزان مصرف داروی ضد درد و آرامبخش، میزان تغذیه، و باز شدن محل عمل در طول بستری در گروهی که برشهای جانبی بدون گذاشتن مش بسته می‌شوند با گروهی که برشهای جانبی با مش پر می‌شوند، می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این بررسی ۳۷ مورد بیمار مبتلا به شکاف کام در بخش گوش و حلق و بینی که با تکنیک Two flap palatoplasty عمل شده اند و فضاهای جانبی بدون گذاشتن مش و با سوچور ویکریل بسته شده، با ۳۵ مورد بیمار شکاف کام که با همان روش و با گذاشتن مش آغشته به پماد آنتی بیوتیک در فضای جانبی کام عمل شده اند، مقایسه گردیدند.

یافته‌ها: مقایسه نشان می‌دهد که طول بستری، میزان خونریزی، میزان استفاده از داروی ضد درد و داروی سداتیو در دو گروه با هم اختلاف معنی داری نشان می‌دهد. میزان نوشیدن مایعات در گروه فاقد مش بسیار بهتر بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به افزایش طول مدت بستری و هزینه آن، افزایش میزان درد مخصوصاً "حین خارج کردن مش و اثرات سوء درد روی تغذیه و همکاری بیمار در معاینه و تمیز کردن کام، خطر آسپیراسیون احتمالی، و عوارض دراز مدت ناشی از نمایان شدن استخوان برهنه و ایجاد اسکار در اختلال رشد ماگزیلوفاسیال نتیجه می‌گیریم که بهتر است از گذاشتن مش در فضای جانبی خودداری شود.

کلید واژه‌ها: شکاف کام، مش، فضاهای جانبی، Two flap palatoplasty

مقدمه

شکاف کام یکی از شایعترین آنومالیهای مادرزادی به شمار می‌رود. همه انواع تکنیکهای ترمیم شکاف کام، اهداف مشترکی را دنبال می‌کنند که شامل جداسازی حفره بینی از دهان، ایجاد کام رسا برای بلع و تکلم، عدم تداخل با رشد بخش میانی صورت و

تکامل اکلوزیون می‌باشد (۱). علاوه بر موارد فوق در حین جراحی و بعد از جراحی بایستی به کاهش درد، کاهش خونریزی، بهبود تغذیه، کاهش عفونت، بهبود بهداشت دهان و عدم ایجاد فیستول و کاهش اسکار بعد از عمل و

(گروه C)، مقایسه گردیدند. موارد مورد بررسی شامل طول مدت بستری، خونریزی بعد از عمل، مصرف داروهای ضد درد، استفاده از داروهای آرامبخش، وضعیت تغذیه، و باز شدن محل عمل در طول بستری بودند که اطلاعات مربوط به آنها در پرسشنامه وارد شده و بر اساس نرم افزار spss و تست آزمون Chi-Square مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج

بیماران مبتلا به شکاف کام بررسی شده مابین ۹ ماه تا ۱۰ سال سن داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: جدول مربوط به گروه سنی بیماران مبتلا به شکاف کام در دو گروه مطالعه و کنترل

گروه مش	گروه مطالعه	گروه سنی
۲۰	۲۷	۹-۱۵ ماه
۹	۵	۱۵-۲۴ ماه
۶	۵	۲۴< ماه

مقایسه گروههای سنی در دو گروه بر اساس تست آزمون Chi-Square اختلاف معنی داری را نشان نمی دهد ($p = ۰/۳۹۷$). در گروه S نسبت جنسی بیماران (مرد به زن) ۲۳ به ۱۴ بود. این نسبت در گروه C ۱۶ به ۱۹ بود ($p = ۰/۱۶۲$). انواع شکاف کام شامل کامل یکطرفه و دو طرفه و شکاف کام ناقص بود. شکاف کام نرم وجود نداشت. مقایسه انواع شکاف کام طبق جدول شماره ۲ بر اساس آزمون Chi-Square تفاوت معنی داری بین انواع شکاف کام در دو گروه نشان نمی دهد ($p = ۰/۲۸۵$). طول بستری بیماران در بیمارستان در گروه ۵۵-۲ روز (متوسط ۳/۴ روز) و در گروه C، ۷-۴ روز (متوسط ۵/۳ روز) بود. مقایسه طول بستری در دو گروه بر اساس تست آزمون T تفاوت آماری قابل توجهی را نشان می دهد ($p = ۰/۰۳$).

جدول ۲: مقایسه فراوانی انواع شکاف کام در دو گروه

نوع شکاف کام	گروه مطالعه	گروه کنترل
شکاف کام یکطرفه کامل	۱۳ (۳۵/۱٪)	۱۷ (۴۸/۶٪)
شکاف کام دو طرفه کامل	۶ (۱۶/۳٪)	۱۴ (۴۰٪)
شکاف کام ناقص	۱۸ (۴۸/۶٪)	۴ (۱۱/۴٪)

در خصوص خونریزی بعد از عمل در گروه S فقط ۴ مورد بصورت خونریزی خفیف در چند ساعت اول بعد از عمل وجود داشت و در گروه C ۱۲ نفر خونریزی خفیف داشتند، که همگی با اقدامات نگهدارنده کنترل شده بودند. بر اساس آزمون Pearson Chi-Square تفاوت معنی داری در میزان خونریزی بعد از عمل وجود دارد ($P=۰/۰۱۷$). همچنین در گروه C موقع برداشتن مش از برشهای جانبی در روز ۳-۴ در ۶ مورد خونریزی خفیف

همچنین کاهش طول مدت بستری باید توجه نمود. با وجود تنوع در تکنیکهای ترمیم شکاف کام و زمانبندی آن، جراحان زیادی در سرتاسر دنیا وجود دارند که تکنیکهای اصلی را با ایجاد تغییراتی انجام می دهند (۲). کاهش نمایان شدن استخوان برهنه به دنبال Two flap palatoplasty در تکنیک Bardach یکی از اهداف مهم جابجا کردن فلپهای موکوپریوستال به بخش میانی کام می باشد. در تکنیکهای دیگر مثل vonlangenbeck و four flap v-y push back Technique بخش بزرگی از استخوان برهنه نمایان می شود. مطالعات تجربی و بالینی از دیگر مراکز و همچنین مرکز شکاف کام در شهر Iowa نشان می دهد که نمایان شدن استخوان برهنه بدنبال پالاتوپلاستی منجر به اختلال رشد ماگزیلا می شود (۵-۲). برای جلوگیری از اثرات منفی نمایان شدن استخوان برهنه در روش Bardach بایستی تلاش شود تا برشهای جانبی به طور کامل بسته شده یا تا حد امکان به هم نزدیک شود. از سالها پیش برای کاهش خونریزی بعد از عمل و با تصور کاهش کشش بافتی و در نتیجه کاهش احتمال از هم گسیختگی بافتی و ایجاد فیستول در هنگام ترمیم شکاف کام در فضاهای جانبی ناشی از برشهای آزاد کننده (Relaxing) مش آغشته به پماد آنتی بیوتیک قرار داده و با سوچور سیلک ثابت می شود و ۳ الی ۵ روز بعد از عمل این مشها درآورده می شود و فضاهای جانبی به تدریج با نسج التیامی پر می گردد. بنظر می رسد که گذاشتن مش در فضای جانبی نه تنها باعث افزایش درد بعد از عمل و به دنبال آن کاهش مصرف مایعات می شود بلکه با افزایش خطر احتمالی آسپیراسیون مش همراه است و از طرفی بعلت لانه گزینی مواد غذایی بر روی مش و اطراف آن بوی بد دهان و احتمال ایجاد عفونت افزایش می یابد. بدنبال خارج نمودن مشها والدین با مشکل تمیز کردن دهان مواجهند و مشاهده دهان و نمای ظاهری زخم ایجاد اضطراب در والدین و خود بیمار می شود. همچنین نمایان شدن استخوانهای برهنه احتمالا" باعث افزایش احتمال اختلال رشد ماگزیلا می شود. با توجه به مسائل فوق بر آن شدیم تا در یک دسته از بیماران شکاف کام که با تکنیک Two flap palatoplasty

عمل می شوند برشهای جانبی را با سوچور ویکریل به طور کامل بسته و یا تا حد امکان به هم نزدیک می کنیم و بعد با آن دسته از بیمارانی که به روش متداول در برشهای جانبی مش آغشته به پماد آنتی بیوتیک گذاشته می شود بررسی و مقایسه کنیم.

مواد و روش ها

در این مطالعه تجربی ۷۲ بیمار (۳۹ پسر و ۳۳ دختر) مبتلا به شکاف کام که نیاز به جراحی کام داشتند و با تکنیک two flap palatoplasty مورد جراحی قرار گرفته بودند بررسی شدند. ۳۷ مورد بیمار مبتلا به شکاف کام در بخش گوش و حلق و بینی که عمل شده و فضاهای جانبی بدون گذاشتن مش با سوچور بسته شده بودند (گروه S)، با ۳۵ مورد بیمار شکاف کام که با گذاشتن مش آغشته به پماد آنتی بیوتیک در فضای جانبی کام عمل شدند

وجود داشت که بدون اقدام خاصی کنترل شده بود. در خصوص استفاده از داروهای ضد درد در گروه S و گروه C داروی ضد درد استامینوفن به صورت شیف در حین عمل و بلافاصله بعد از عمل و سپس شربت استامینوفن بر اساس وزن بدن برای کنترل درد استفاده شده است، ولی در ۲ مورد از بیماران فاقد مش بعلت عدم کنترل درد از آمپول پتیدین در روز عمل استفاده شده است. در گروهی که از مش استفاده شده بود مصرف پتیدین روز اول ۸ مورد بود ($p = 0/034$). بعلاوه در گروه C در زمان در آوردن مش در ۸ مورد نیاز به یک دوز پتیدین شده بود. در گروه S در هیچ موردی از داروی سداتیو استفاده نشده بود ولی در گروه C بدون استثنا برای آرام کردن بیماران از پرومتازین بصورت آمپول و شربت استفاده شده بود. در بیماران گروه S بلافاصله بعد از هوشیاری کامل تغذیه شروع شده بود ولی در بیماران گروه C تغذیه از صبح فردای عمل شروع شده بود و در یک مورد از بیماران گروه مش بیمار بعد از ۲۴ ساعت قادر به خوردن مایعات نبود. میزان مصرف مایعات بطور فاحشی در گروه فاقد مش بهتر از گروه دارای مش بود. هیچ موردی از باز شدگی کام در دو گروه در زمان بستری مشاهده نشد.

بحث

در بررسی بعمل آمده بجز در یک مطالعه صحبتی از گذاشتن مش در فضاهای جانبی به میان نیامده است. در این مطالعه که توسط آقای Cronin و همکاران در کلینیک شکاف بیمارستان St. Joseph صورت گرفته، در ۷۹ بیمار تحت جراحی شکاف کام قرار گرفته از گاز آغشته به Iodoform به اندازه دو اینچی در فضای جانبی استفاده کرده بودند و آن را با سوچور سیمی در محل ثابت کرده بودند و ۷ روز بعد به طور سرپائی درآورده بودند. ایشان مطرح کرده اند که مدت ۴۰ سال است که از روش مش گذاری در این کلینیک استفاده کرده اند و با مشکلی مواجه نشده اند (۶). در مقالات متعددی از گذاشتن سرجیسل و Aviten در فضای جانبی سخن به میان آمده است (۱، ۷ و ۸) بارداخ معتقد است در موارد شکاف خیلی پهن که امکان بستن و یا نزدیک کردن برشهای جانبی وجود ندارد از ژل فوم میکروفیبریلار استفاده بشود با اینحال نقش آن در کمک به ترمیم یا جلوگیری از اسکار معلوم نیست (۲). Skoll معتقد است که قرار دادن سرجی سل در فضاهای جانبی کمک به هموستاز و کاهش کشش بافتی می کند. (۸) در این مطالعه متوسط طول بستری در گروه فاقد مش ۳/۴ روز و در گروه دارای مش ۵/۳ روز بود که علت تفاوت این است که در آوردن مشها باید در بیمارستان صورت بگیرد و از عدم خونریزی اطمینان حاصل شود. لذا وجود مشها عامل تاخیری مهمی می باشد که از تبعات آن افزایش اشغال تخت و هزینه بستری می باشد. مصرف داروهای ضد درد در گروه دارای مش بطور واضحی بالاتر است ($p = 0/034$). مصرف داروی سداتیو در کلیه بیماران دارای مش بدلیل بیقراری

بیماران استفاده می شود و علت بیقراری درد بیشتر و تغذیه کمتر می باشد. با در نظر گرفتن اینکه مصرف داروهای سداتیو در کودکان زیر ۲ سال بدلیل احتمال عوارض ممنوع می باشد، کودکان زیر ۲ سال در معرض خطر بیشتر قرار می گیرند. میزان مصرف مایعات بر اساس سوالی که از پرستاران بخش و مادران بیماران شده است به مراتب بیشتر از بیماران دارای مش می باشد. شیوع خونریزی در گروه S بیشتر از گروه مطالعه بوده است که بنظر می رسد علت آن استفاده بیشتر از کوتر Bipolar و هموستاز دقیق در گروه S و اتکا بیشتر به پرنمودن فضای جانبی با مش و توجه کمتر به هموستاز با کوتر در گروه C می باشد. امکان تمیز کردن دهان بعد از نوشیدن آب و شستشوی دهان با سرم شستشو در گروه C مخصوصاً بعد از در آوردن مش بعلت تجمع مواد غذایی در فضاهای جانبی خیلی مشکلتر بود. بر اساس مطالعات ژئومتریک Bardach & Nosal در اکثریت موارد امکان بستن فضای جانبی به طور کامل یا تقریباً کامل بدون ایجاد کشش بر روی سوچورهای خط وسط وجود دارد لذا در اکثریت مواقع پر کردن فضای جانبی برای کاهش کشش بافتی نقشی ندارد و در موارد نادر که شکاف خیلی پهن است، گذاشتن آویتن و یا سرجی سل که نیازی به برداشتن ندارد و بتدریج جذب میشود بهتر است زیرا نه تنها باعث پوشاندن سطوح زخمی و در نتیجه کاهش احتمالی در خونریزی میشود بلکه استخوان برهنه را میپوشاند (۲).

در حالی که برداشتن مش ها در روز سوم تا پنجم مجدداً باعث نمایان شدن سطح برهنه می شود و اگر نقشی بعنوان کاهش کشش بافتی برای مشها قائل باشیم با برداشتن آنها در روز ۵-۳ مجدداً باعث افزایش کشش بافتی خواهیم شد.

نتیجه گیری

گذاشتن مش در فضاهای جانبی کام منجر به افزایش طول مدت بستری و هزینه آن، افزایش درد بعد از عمل و حین در آوردن مش ها و اثرات سوء درد روی تغذیه و همکاری بیمار در معاینه و تمیز کردن کام، خطر آسپیراسیون احتمالی، و عوارض دراز مدت ناشی از نمایان شدن استخوان برهنه و ایجاد اسکار در اختلال رشد ماگزیلوفاسیال می شود و از طرف دیگر بنظر می رسد وجود مشها عدم افزایش خونریزی و کاهش کشش بافتی خودداری شود.

پیشنهادهات

توصیه می شود از گذاشتن مش آغشته به آنتی بیوتیک در فضاهای جانبی خودداری شود و برشهای جانبی توسط سوچور بسته شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کادر بخش گوش و حلق و بینی که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند نهایت تشکر بعمل می آید.

References

1. Friedman O, Wang TO, Milczuk HA. Cleft lip and palate. In: *Cummings Otolaryngology Head & neck surgery*. 4th ed. Elsevier, Mosby, 2005; PP: 4052-4086.
2. Bardach J, Salyer KE. *Cleft Palate Repair*, Comprehensive Surgical Atlas in Otolaryngology. 1th ed. Grune and Stratton, 1983; PP: 224-273.
3. Bardach J, Kelly KM. Does interference with mucoperiosteum and palatal bone affect craniofacial growth? An experimental study in beagles. *Plas Recons Surg* 1990; **86**(6): 1093-1102.
4. Bardach J, Roberts DM, Klausner EC. Influence of two-flap palatoplasty on facial growth in rabbits. *Cleft Palate J* 1979; **16**(4): 402-411.
5. Bardach J, Mooney M. The influence of two-flap palatoplasty on facial growth in beagles. *Plas Recons Surg* 1982; **69**(6): 927-939.
6. Cronin ED, Williams JL, Shayani P, Roesel JF. Short Stay after Cleft Palate Surgery. *Plas Recons Surg* 1999; **108**(4):838-840.
7. Sandberg DJ, Magee Jr P, Denk MJ. Neonatal cleft lip and cleft palate repair. *AORN J* 2002; **75**(3): 490-506.
8. Skoll PJ. Surgical in Cleft Palate Repair. *Plas Recons Surg* 2001; **108**: 1083.