

مقایسه تاثیر دو روش جراحی هموروئیدکتومی با استاپلر و هموروئیدکتومی با روش مرسوم بر پیامدهای بالینی بیماران

ندا نجیب پور^۱، امیر احمد سلماسی^۱، علی اصغر دستیار^۱، حیدر قیاسی^{۲*}، سعید حسام^۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماری هموروئید در کلیه جوامع از شیوع بالایی برخوردار است و همواره نیاز به روش های درمان کم عارضه تر در این بیماران احساس می شود. لذا این مطالعه با هدف مقایسه روش هموروئیدوپکسی با استاپلر با روش جراحی مرسوم هموروئیدکتومی طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۴۰ بیمار ۱۸ تا ۶۰ ساله مبتلا به بیماری هموروئید، در بیمارستان رازی اهواز انجام شد. بیماران به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول (۲۰ نفر) به روش استاپلر و گروه دوم (۲۰ نفر) با هموروئیدکتومی به روش مرسوم تحت درمان قرار گرفتند. نهایتاً پیامدهای درمان در دو گروه باهم مقایسه شدند.

یافته ها: آنالیزهای آماری نشان داد که بین دو گروه استاپلر و جراحی مرسوم اختلاف معناداری در تون اسفنکتر آنال در حالت استراحت و فشار دادن، قبل و بعد از عمل وجود نداشت ($P=0/32$). همچنین بین میانگین نمرات درد دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (P -value به ترتیب $0/32$ و $0/23$ و $0/19$) اما از دست دادن خون، نیاز به مسکن و بازگشت به کار در گروه استاپلر به طور معنی داری کمتر از گروه جراحی مرسوم بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که هموروئیدکتومی با استاپلر یک درمان جایگزین و موثر است که می تواند در گروه سنی بزرگسالان به منظور کاهش درد بیماران و زمان بازگشت به کار مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: هموروئید، جراحی مرسوم، استاپلر.

۱-استادیار گروه آموزشی جراحی.

۲- دستیار گروه آموزشی جراحی.

۳-استادیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی.

۱-گروه آموزشی جراحی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دانشکده پزشکی، اهواز، ایران.

۳-گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسؤل:

حیدر قیاسی؛ گروه آموزشی جراحی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دانشکده پزشکی، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۵۰۶۹۵۷۹

Email: dr.ghiasi22@gmail.com

مقدمه

بدون فشار دفع شود. این امر همچنین پس از جراحی نیز ضرورت دارد، چرا که وجود فشار و عبور مدفوع سفت موجب افزایش درد و خونریزی میشود و ترمیم را به تاخیر میاندازد. مصرف کافی مایعات و فیبر به نرم شدن مدفوع کمک میکند. داروهای موضعی بدون نسخه از جمله استروئیدها، بیحس کننده ها و یا ضد عفونی کننده ها اغلب برای تمام درجات هموروئید توصیه میشوند. با وجود این، هیچ مطالعه تصادفی شده ای از کاربرد آنها پشتیبانی نمیکند. کرم های حاوی استروئید را نباید به دلیل اثرات آتروفیک آنها بر پوست، به مدت طولانی استفاده کرد. نشستن در لگن آب معمولاً توصیه میشود (۱۱ و ۱۲). هموروئیدکتومی جراحی به عنوان کارآمدترین و استاندارد طلایی درمان این بیماری محسوب میشود لیکن این روش نیاز به چند روز بستری در بیمارستان و منزل داشته و عوارض پس از عمل قابل توجهی دارد. در نتیجه روش های درمانی گوناگون با تهاجم کمتر که بعضاً به طور سرپایی نیز قابل انجام هستند بکار رفت، نظیر اسکروتراپی (Sclerotherapy)، فوتوآگولاسیون (Photocoagulation)، استفاده از باندهای لاستیکی (Rubber Band) و کرایوتراپی (Cryotherapy) از جمله این روش ها بوده اند (۱۳، ۱۴). با توجه به شیوع بالای بیماری هموروئید در کلیه جوامع و همچنین کشور ما که می توان آن را ثانویه به استفاده کم فیبر غذایی، نوشیدن کم مایعات، عدم فعالیت بدنی کافی و مناسب و زور زدن هنگام دفعیشتن دانست، نیاز به روش درمان کم عارضه تر را در این بیماران بیش از گذشته نمایان می کند. لذا این مطالعه با هدف مقایسه نتایج درمان هموروئید به روش جراحی مرسوم با هموروئیدوپکسی با استاپلر طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی (Clinical trial) می باشد که طی سال ۹۵ و ابتدای سال ۹۶ بر روی

هموروئید یکی از شایع ترین بیماری های آنورکتال است به طوری که ۵ درصد جمعیت عمومی جامعه را شامل شده و در حدود ۵۰ درصد افراد بالای ۵۰ سال از علائم مربوط به آن شکایت دارند (۱). بیشتر بیماران مبتلا به هموروئید به درمان نگه دارنده یا جراحی های کم تهاجمی تر پاسخ می دهند و تنها در ۵ تا ۱۰ درصد موارد نیاز به هموروئیدکتومی به روش جراحی وجود دارد (۲، ۳). شیوع هموروئیدها در بزرگسالان آمریکایی، ۴/۴ تخمین زده شده و بیشترین شیوع آن در گروه سنی ۶۵-۴۵ سال بوده است. عواملی که فشار داخل شکمی را افزایش میدهند موجب دیلاتاسیون و بیرون زدگی بافت عروقی هموروئیدی میشوند (۴ و ۵).

هم هموروئیدهای داخلی و هم هموروئیدهای خارجی میتوانند به دلیل مشکلات بهداشتی موجب خارش و ترشح آنال شوند. هموروئیدهای داخلی معمولاً موجب پرولاپس و یا خونریزی بدون درد از رکتوم می شوند که به صورت وجود خون روی دستمال توالت یا خونریزی در هنگام اجابت مزاج ذکر میشود. هموروئیدهای خارجی میتوانند به دلیل بزرگ شدن موجب احساس ناراحتی در ناحیه آنال شوند. ترومبوز هموروئیدهای خارجی میتواند موجب درد حاد شود (۶). معاینه رکتوم با انگشت نه میتواند تشخیص را قطعی کند و نه اینکه هموروئیدهای داخلی را رد کند؛ بنابراین انجام آنوسکوپی ضروری است. در آنوسکوپی، هموروئیدهای داخلی به صورت وریدهای دیلاته و آبی-ارغوانی مشخص میشوند و هموروئیدهای داخلی بیرون زده به صورت توده هایی به رنگ صورتی تیره و گاهی اوقات دردناک در لبه آنوس مشاهده میشوند. هموروئیدهای خارجی به رنگ صورتی کمرنگتر مشاهده میشوند و در صورت ترومبوز شدن، درد حادی دارند و ارغوانی رنگ می شوند. (۷-۱۰). درمان دارویی برای هموروئید درجه ۱ مناسب است. همه بیماران مبتلا به هموروئید باید مدفوع حجیم و نرم داشته باشند که بتواند

ندارد و عدد ۱۰ نشان دهنده ی بیشترین شدت درد بود. این معیار یک معیار استاندارد برای اندازه گیری داده های کیفی است که میزان آن با توجه به تجربیات و حساسیت هر فرد متفاوت است، اما در مورد مقایسه معیار مورد آزمون در یک فرد قابل اعتماد است.

بیماران مورد مطالعه قبل از عمل تحت مانومتري جهت تعیین فشار های آنال کانال قرار گرفته و فشار های کانال آنال در حالت استراحت (MRP) (Mean Resting Pressure) و در حالت فشاردادن (MSP) (Mean Squeezing Pressure) قبل از عمل اندازه گیری شدند. همچنین پس از گذشت یک ماه از زمان عمل جراحی بیماران به مرکز آموزش فرا خوانده شده و تحت مانومتري و بررسی مجدد فشار های کانال آنال با اندازه گیری MRP و MSP قرار گرفتند. و نتایج مانومتري قبل و بعد از عمل در دو گروه مقایسه گردید. معاینات پیگیری بیماران توسط دستیار جراحی طی شش ماه بعد از عمل انجام شده و پرسشنامه مربوطه تکمیل شد. کلیه بیماران تا پایان مطالعه تحت پیگیری قرار گرفتند. در ارتباط با هزینه های درمان با استاپلر با وجود اینکه هزینه درمان با استاپلر بیشتر از روش جراحی مرسوم بود، اما با توجه به اینکه این جراحی تحت پوشش کامل بیمه قرار می گرفت هیچ هزینه اضافی به بیماران تحمیل نگردید. ضمن اینکه در ابتدای مطالعه هزینه و اثر بخشی روش درمان با استاپلر برای بیماران توضیح داده شد و رضایت آنها جلب گردید.

جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف استاندارد در متغیرهای کمی و از فراوانی و درصد در متغیرهای کیفی استفاده شد. جهت تحلیل داده ها از آزمون T، آزمون کای مربع و در صورت لزوم از روش های رگرسیونی نظیر رگرسیون خطی ساده و رگرسیون لجستیک استفاده شد. کلیه آنالیزها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

۴۰ بیماران ۱۸ تا ۶۰ ساله دارای بیماری هموروئید که به درمانگاه جراحی بیمارستان رازی مراجعه کرده و کاندید عمل بودند، انجام دادند. معیار های ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، ابتلا به هموروئید داخلی یا کمپلکس، هموروئید داخلی درجه سه یا چهار بود. در این مطالعه صرفاً علامتدار بودن هموروئید مورد به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد و بیماران با هر تعداد پاکه علامتدار وارد مطالعه شدند. و معیار های خروج از مطالعه شامل وجود هموروئید ترومبوز شده، اعتیاد به مواد مخدر، سابقه جراحی قبلی آنورکتال، وجود فیشر و یا فیستول آنال و عدم رضایت به شرکت در طرح پژوهشی بود.

بعد از معاینه در درمانگاه و تأیید لزوم انجام جراحی، بیماران به طور تصادفی به دو گروه A و B تقسیم شدند. گروه A به روش استاپلر و گروه B تحت عمل جراحی هموروئیدکتومی به روش مرسوم قرار گرفتند، حجم نمونه با توجه به مطالعات گذشته در هر گروه ۲۰ نفر (مجموعاً ۴۰ نفر) محاسبه شد.

پیش از انجام مطالعه، اطلاعات کافی در زمینه ی هر یک از اقدامات درمانی برای بیمارانی که به روش استاپلر یا هموروئیدکتومی مرسوم قرار گرفتند، ارائه شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، پس از تکمیل رضایت نامه کتبی، وارد مطالعه شدند. تمامی پروسیجرها در بیماران هر دو گروه تحت بیحسی اسپینال و در پوزیشن لیتوتومی انجام گرفت.

این بیماران برای بررسی نتایج عمل و عوارض احتمالی بعد از عمل به مدت یک ماه تحت کنترل دقیق قرار داشتند و حداقل یک بار معاینه شدند و از نظر عود در فاصله ۶ ماه بعدی حداقل یک بار تحت بررسی مجدد بالینی و آنوسکوپی قرار گرفتند. درد با مقیاس چشمی اندازه گیری شد. در این مقیاس شدت معیار اندازه گیری شده به صورت خطی از صفر تا ده مدرج می شود و به بیمار آموزش داده می شود که میزان درد را در هر مرحله بیان کند. عدد صفر نشان دهنده آن بود که بیمار هیچ گونه دردی

یافته ها

value)، در حالیکه در گروه جراحی استاندارد اختلاف معناداری در تون اسفنکتر آنال در حالت استراحت و فشار دادن قبل و بعد از عمل وجود داشت ($P\text{-value}=0/03$) (جدول ۲). نهایتاً بین دو گروه بین دو گروه استپلر و جراحی مرسوم اختلاف معناداری در تون اسفنکتر آنال در حالت استراحت و فشار دادن، قبل و بعد از عمل وجود نداشت ($P\text{-value}=0/32$). متغیر دیگر مورد مطالعه درد بعد از عمل بیماران بود. در مجموع ۲۰ بیمار گروه استپلر نمرات درد روز های ۱-۲-۳ محاسبه شد. میانگین نمره درد روز اول، $7/5 \pm 0/7$ و در روز دوم، $6/5 \pm 1/5$ و در روز سوم، $5/7 \pm 1/7$ و بود. در مجموع ۲۰ بیمار گروه جراحی مرسوم نمرات درد روز های ۱-۲-۳ محاسبه شد. میانگین نمره درد روز اول، $7/9 \pm 0/8$ و در روز دوم، $7/1 \pm 1/1$ و در روز سوم، $6/1 \pm 0/7$ بوده است. بین میانگین نمرات درد دو گروه در روز های ۱-۲-۳ تفاوت معناداری وجود نداشت ($P\text{-value}$ به ترتیب $0/32$ و $1/23$ و $0/19$). اما آنالیز آماری نشان داد که از دست دادن خون و نیاز به مسکن در گروه استاپلر کمتر از گروه مورد جراحی مرسوم بود. میانگین زمان بستری در گروه استاپلر و مرسوم به ترتیب $1/2$ روز و $2/7$ روز بود که به طور معنی داری با هم اختلاف داشتند ($P < 0/001$). همچنین بیماران در گروه استاپلر به طور میانگین پس از $9,36$ روز و در گروه جراحی باز به طور میانگین پس از $18,27$ روز به فعالیت روز مره بازگشتند. در هر دو گروه از بیماران موردی از عفونت، بی اختیاری در دفع گاز یا مدفوع یا خونریزی قابل توجه مشاهده نشد.

در این مطالعه، در مجموع ۴۰ بیمار با تشخیص هموروئید مورد جراحی قرار گرفتند. گروه A به روش استاپلر و گروه B تحت عمل جراحی هموروئیدکتومی به روش معمول قرار می گیرند. در این مطالعه، در مجموع ۴۰ بیمار که تشخیص هموروئید مورد بررسی قرار گرفتند. از مجموع بیماران، ۱۵ ($37/5\%$) زن و ۲۵ نفر ($62/5\%$) مرد بودند. متوسط سن بیماران مبتلا 38.04 ± 11.3 سال بود. در ابتدا در ۴۰ بیمار انتخاب شده، MRP و MSP قبل و بعد از عمل اندازه گیری شد. MRP1 و MSP1 مربوط به قبل از عمل با روش استپلر و MRP2 و MSP2 مربوط به بعد از عمل با روش استپلر و MRP3 و MSP3 مربوط به قبل از عمل با روش جراحی و MRP4 و MSP4 مربوط به بعد از عمل با روش جراحی می باشد. حداقل میزان MRP1، ۴۷ و حداکثر میزان آن ۱۰۰ و حداقل میزان MSP1، ۶۰ و حداکثر میزان آن ۱۶۵ بوده است. حداقل میزان MRP2، ۴۰ و حداکثر میزان آن ۱۱۵ و حداقل میزان MSP2، ۵۵ و حداکثر میزان آن ۱۵۵ بوده است (جدول ۱). حداقل میزان MRP3، ۴۰ و حداکثر میزان آن ۹۵ و حداقل میزان MSP3، ۷۰ و حداکثر میزان آن ۱۶۵ بوده است. حداقل میزان MRP4، ۳۰ و حداکثر میزان آن ۸۰ و حداقل میزان MSP4، ۶۵ و حداکثر میزان آن ۱۴۵ بوده است. آنالیز آماری نشان داد که در گروه استپلر اختلاف معناداری در تون اسفنکتر آنال در حالت استراحت و فشار دادن، قبل و بعد از عمل وجود نداشت ($P=0/43$)

جدول ۱: MRP و MSP در بیماران درمان شده به روش استپلر

تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
20	47.00	100.00	64.5	12.72
20	40.00	115.00	62.8	13.13
20	60.00	165.00	146.7	24.34
20	55.00	155.00	142.5	21.66

جدول ۲: MRP و MSP در بیماران درمان شده به روش جراحی مرسوم

تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	
20	40.00	95.00	57.2	11.42	MRP3 قبل از عمل
20	30.00	80.00	39.3	8.72	MRP4 بعد از عمل
20	70.00	165.00	137	32.34	MSP3 قبل از عمل
20	65.00	145.00	116	18.34	MSP4 بعد از عمل

بحث

هموروئیدوپکسی استاپلر دارای درد کمتر، مدت بستری در بیمارستان کمتر، مدت عمل کمتر و طول زمان بازگشت به فعالیت کمتر است و می توان از آن در بیماران به عنوان یک جایگزین با درد کمتر استفاده شود (۱۸). مهیگان و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که میانگین شدت درد در گروه استاپلر به طور قابل ملاحظه ای کمتر از گروه مرسوم بود اما مدت اقامت در بیمارستان و زمان بازگشت حرکات روده در دو گروه اختلاف معنی داری نداشت (۱۹). در مطالعه ای که در کشور هندوستان صورت گرفت، نشان دادند که هموروئیدکتومی استاپلر یک روش بی خطر تر و مؤثرتر برای درمان هموروئید گرید سه و چهار می باشد (۲۰). از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، می توان به در دسترس نبودن اطلاعات کامل بیماران از جمله شرایط اجتماعی - اقتصادی، وضعیت تغذیه و سطح بهداشت فردی و همچنین کم بودن حجم بیماران مورد بررسی، نام برد. مدت زمان طولانی تری را می توان جهت پیگیری بیماران در نظر گرفت. با توجه به نتایج این مطالعه و سایر مطالعات بنظر می رسد اجرای این طرح در وهله اول در مقیاس بزرگتر برای بررسی سایر عوامل تاثیر گذار مثلاً وضعیت تغذیه و سطح بهداشت، پیشنهاد می گردد. انجام این مطالعه در مقیاس بزرگ تر و با تعداد بیماران بیشتر و افزایش مدت زمان پیگیری می تواند مفید باشد.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر، جهت مقایسه دو روش جراحی هموروئید: هموروئیدکتومی با استاپلر و هموروئیدکتومی

روش های درمانی بر اساس تجربه جراح، امکانات موجود، خواست بیمار و هزینه های درمانی انتخاب می گردند. طبیعی است که هر کدام از روش های مورد استفاده می توانند با عوارضی ناخواسته مواجه گردند. بررسی دقیق این عوارض و مقایسه پیامدهای موجود در هر کدام از، می تواند دلایل بهتری بر ارجح بودن یک روش در مقابل روش های دیگر باشد. از جمله روشهایی که اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است، درمان هموروئیدکتومی توسط استپلر می باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه ی پیامدهای دو تکنیک درمان با استپلر و درمان جراحی مرسوم بیماری انجام شد (۱۶). این مطالعه نشان داد که در گروه استپلر اختلاف معناداری در تون اسفنکتر آنال در حالت استراحت و فشار دادن، قبل و بعد از عمل وجود نداشت، در حالی که در گروه جراحی استاندارد اختلاف معناداری در تون اسفنکتر آنال در حالت استراحت و فشار دادن قبل و بعد از عمل مشاهده شد. مطالعه حاضر نشان داد که میزان درد در روز های ۱-۲-۳ در گروه استپلر از میزان آن در گروه جراحی مرسوم کمتر بوده است ولی این میزان از نظر آماری معنادار نبوده است. مطالعات مشابه زیادی در این مورد انجام شده است. در مطالعه ای که در فرانسه انجام شد، در گروه استاپلر درد و ناراحتی بعد از اجابت مزاج و همچنین نیاز به مورفین بعد از گذشت ۲۴ ساعت از عمل جراحی و همچنین مدت بستری در بیمارستان به طور قابل توجهی نسبت به گروه جراحی مرسوم کمتر بود (۱۷). مطالعه دیگری نیز نشان داد که

جراحی مرسوم انجام شده است. یافته‌های ما در طول مطالعه نشان داد که هموروئیدکتومی با استاپلر یک درمان جایگزین و موثر است که می‌تواند در گروه سنی بزرگسالان به منظور کاهش درد بیماران، عوارض جانبی، مدت بستری و زمان بازگشت به کار، مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- 1-Basdanis G, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, Apostolidis S, Harlaftis N. Randomized clinical trial of Stapler hemorrhoidectomy vs open with Ligasure for prolapsed piles. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*. 2005;19(2):235-9.
- 2-Arroyo A, Perez F, Miranda E, Serrano P, Candela F, Lacueva J, et al. Open versus closed day-case haemorrhoidectomy: is there any difference? *International journal of colorectal disease*. 2004;19(4):370-3.
- 3-Cheetham MJ, Phillips RKS. Evidence-based practice in haemorrhoidectomy. *Colorectal Disease*. 2001;3(2):126-34.
- 4-Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98:380.
- 5-Thomson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62:542.
- 6-Misra SP, Dwivedi M, Misra V. Prevalence and factors influencing hemorrhoids, anorectal varices, and colopathy in patients with portal hypertension. *Endoscopy* 1996; 28:340.
- 7-Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:610.
- 8-Kluiber RM, Wolff BG. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:1006.
- 9-Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *Surg Clin North Am* 2010; 90:17.
- 10-Linares Santiago E, Gómez Parra M, Mendoza Olivares FJ, et al. Effectiveness of hemorrhoidal treatment by rubber band ligation and infrared photocoagulation. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93:238.
- 11-Chand M, Nash GF, Dabbas N. The management of haemorrhoids. *Br J Hosp Med (Lond)* 2008; 69:35.
- 12-Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). *Dis Colon Rectum* 2011; 54:1059.
- 13-Cima RR, Pemberton JH. Stapled hemorrhoidopexy, *ACS Surgery*, 2004; Corman ML, Barnes L. Colon and rectal surgery. 2005.
- 14-Longo A, editor. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular Stapler suturing device: a new procedure. *Proceeding of the 6th world Congress of Endoscopic Surgery*; 1998
- 15-Ebrahimifard F, Setayesh A, Kalbasi H. Report of Hemorrhoidopexy with Stapler in 47 Patients with Prolapsed Hemorrhoid. *Iranian Journal of Surgery*. 2007;15(2):41-46
- 16-Walfisch S, Ohana N, Charuzi E. [Nd:YAG laser for anorectal surgery: initial experience in Israel]. *Harefuah*. 1994 Jan 2; 126(1): 1-4, 5
- 17-Gravie JF, Lehur P-A, Hutten N, Papillon M, Fantoli M, Descottes B, et al. Stapled hemorrhoidopexy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year postoperative followup. *Annals of surgery*. 2005;242(1):29.
- 18-Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. *Diseases of the colon & rectum*. 2004;47.۴۵-۱۸۳۷:(۱۱)
- 19-Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *The Lancet*. 2000;355(9206):782-5.
- 20-Bikhchandani J, Agarwal PN, Kant R, Malik VK. Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of Stapled versus open hemorrhoidectomy. *The American journal of surgery*. 2005;189(1):56-60.

Comparison of the Effect of Two Methods of Hemorrhoidectomy with Stapler and Hemorrhoidectomy with Conventional Method on Clinical Outcomes of Patients

Neda Najibpour¹, Amir Ahmad Salmasi¹, Aliasghar Dastyar¹, Heidar Ghiasi^{2*}, Saeed Hesam³

1-Assistance Professor of General Surgery.

2-Resident of General Surgery.

3-Assistance Professor of Epidemiology and Biostatistics.

1,2-Department of General Surgery, Razi Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3-Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author:

Heidar Ghiasi; Department of General Surgery, Razi Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989165069579

Email: dr.ghiasi22@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Now-a-days one of the most common anorectal problems is hemorrhoid. Minor symptom of disease can be treated by medical treatment but at high grade of the disease we should consider surgery. Although conventional surgery is the standard operation for hemorrhoid, it is associated with some complications. Many techniques are designed to overcome these problems. One of these procedures is stapled hemorrhoidopexy. The objective of this study was to compare the effectiveness this technique with the conventional hemorrhoidectomy.

Subjects and Methods: This is a clinical trial study was conducted on 40 patients with hemorrhoids in Ahvaz Razi Hospital. Patients were randomly divided into two groups. Group A (n=20) was treated with stapled hemorrhoidopexy and Group B (n=20) was treated with conventional hemorrhoidectomy method. Sphincter tone, resting and pressing before and after surgery was measured and compared between two groups.

Results: Data analysis showed that there was no significant differences in tone sphincter resting and pressing before and after surgery in stapled hemorrhoidopexy group and conventional hemorrhoidectomy group (P=0.32). Also, there was no significant difference between the mean scores of pain in groups (P=0.32). However, the loss of blood, the need for analgesic drugs and return to work in stapled hemorrhoidopexy group was significantly lower than that of conventional surgery group (P<0.001).

Conclusion: Findings of study showed that the stapled hemorrhoidopexy technique is an alternative and is more effective treatment than conventional technique which can be used in adult age groups producing less pain, lower blood loss, shorter duration of hospitalization and early time to return to work.

Key word: Hemorrhoids, Hemorrhoidectomy, Stapler technique.

► Please cite this paper as:

Najibpour N, Salmasi AA, Dastyar AA, Ghiasi H, Hesam S. Comparison of the Effect of Two Methods of Hemorrhoidectomy with Stapler and Hemorrhoidectomy with Conventional Method on Clinical Outcomes of Patients. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 18(1):23-29.

Received: Nov 17, 2019

Revised: Feb 13, 2019

Accepted: April 30, 2019