مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۶، شماره ۴، زمستان ۹۵، صفحات ۲۷۱ تا ۲۷۶

Original Article

بررسی مقایسه‌ای درد و کیفیت زندگی پس از عمل در بیماران هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموررویدکتومی در بیمارستان‌های مرکزی تهران در سال۹۴-۱۳۹۳

مانا فرحناک رودسری[۱]، مریم محسنی[۲]

[۱] پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روش‌های کم تهاجمی در زنان، واحد علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ، ایران
[۲] متخصص جراحی عمومی، فلوشیب کولورکتال، مرکز تحقیقات روش‌های پیشرفته و کم تهاجمی بیمارستان پارس، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

سابقه و هدف: *بیماری هموروئید، شایع‌ترین بیماری گوارشی و شایع‌ترین علت خون ریزی دستگاه گوارش تحتانی است که بیشترین شیوع آن در سنین ۶۵-۴۵ سال است و می‌تواند کیفیت زندگی افراد بیمار را با ایجاد دردهای متنوع تحت تاثیر قرار دهد.*

روش بررسی: *مطالعه حاضر یک بررسی مقطعی تحلیلی است روی بیماران مبتلا به هموروئید که در طی یک سال (۹۴-۱۳۹۳) به درمانگاه جراحی بیمارستان‌های بوعلی و رسالت و میلاد شهر تهران مراجعه کرده و کاندید جراحی هموروئیدکتومی بودند، انجام شد. حجم نمونه در هر گروه (هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموررویدکتومی) ۴۰ نفر در نظر گرفته شد که پس از عمل جراحی، پرسشنامه‌های SF36، VAS و MPQ در بیماران دو گروه توزیع شد و شاخص‌های مورد نظر اندازه گیری شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.*

یافته‌ها: *در این مطالعه بیشترین افراد شرکت کننده مرد بودند (۵۵٪). کیفیت زندگی ۶ ماه پس از عمل در افرادی که تحت هموروئیدوپکسی با استاپلر قرار گرفتند بهتر از افراد هموروئیدکتومی بود. همچنین میانگین درد در افراد تحت هموروئیدوپکسی با استاپلر در ۲۴ ساعت و ۶ ماه پس از عمل جراحی به طور معنی‌داری پایین‌تر از افراد تحت هموروئیدکتومی بود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات، هموروئیدوپکسی با استاپلر می‌تواند جایگزینی مطمئن و مؤثر برای درمان هموروئید باشد که کاهش درد بعد از عمل بیمار را به همراه دارد.*

واژگان کلیدی: *هموروئیدکتومی، هموروئیدوپکسی، استاپلر، کیفیت زندگی، مقایسه درد، بیمارستان‌های مرکزی تهران.*

مقدمه

بیماری هموروئید، به عنوان شایع‌ترین بیماری گوارشی و شایعترین علت خون‌ریزی دستگاه گوارش تحتانی، ناشی از دیلاتاسیون عروق زیرمخاطی در کانال آنال دیستال به دلیل فشار بیش از حد به پایین راست روده (رکتوم) و ناحیه مقعدی است (۳-۱). در متون طبی ایرانی در قرون وسطی، پزشکان از واژه بواسیر (براساس لغت نامه دهخدا شکل جمع کلمه باسور که به معنی توده است) برای توصیف این بیماری استفاده کرده‌اند (۴). انجمن علمی جراحان کولورکتال آمریکا شیوع و بروز بیماری هموروئید در بزرگسالان ایالات متحده را به ترتیب ۴/۴ درصد و ۰/۳۷-۱۳/۳ درصد و یکسان در هر دو جنس گزارش کرده است (۵). بیشترین شیوع آن در سنین ۶۵-۴۵ سال است که حداقل ۵۰ درصد افراد بالای ۵۰ سال در مقطعی از عمر خود این بیماری را تجربه می‌کنند (۷-۵). علایم این بیماری شامل خارش، خونریزی، بیرون افتادگی و درد شدید است (۸). درمان هموروئید به دو روش طبی و جراحی امکان پذیر است. رایج‌ترین درمان‌های جراحی شامل

آدرس نویسنده مسئول: تهران، مرکز تحقیقات روش های کم تهاجمی در زنان دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد تهران، مانا فرحناک رودسری (**email**: mana.farahnak@gmail.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۲/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۲/۵

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.9.8]

لیگاسیون، هموروئیدکتومی اکسیزیونال و هموروئیدوپکسی است (۹).

هموروئیدکتومی اکسیزیونال طبق کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی‌شده متعدد و متاآنالیزها نشان داده شده که موثرترین روش درمان برای کاهش علایم راجعه در بیماران مبتلا به هموروئیدهای درجه ۳ یا ۴ است. این روش همچنین در بیماران مبتلا به هموروئیدهای مرکب و هموروئیدهای راجعه‌ای که به سایر درمان‌ها پاسخ نداده‌اند، توصیه می‌شود (۱۰). هموروئیدوپکسی با Stapler روش درمانی جایگزین برای هموروئیدهای درجه ۲ تا ۴ است (۱۱). در این روش، ستونی حلقوی از مخاط و زیرمخاط در بالای هموروئید برداشته می‌شود و خون‌رسانی به آن ناحیه مختل می‌شود. حلقه‌های Staple، بالشتک‌های عروقی جابجا شده به سمت پایین را دوباره در محل اصلی خود فیکس می‌کنند تا آناتومی و کارکرد آن حفظ شود (۱۲).

مواد و روشها

مطالعه حاضر به روش مقطعی تحلیلی بود روی بیماران مبتلا به هموروئید که در طی یک سال (۹۴-۱۳۹۳) به درمانگاه جراحی بیمارستان‌های بوعلی و رسالت و میلاد شهر تهران مراجعه کرده و کاندید جراحی هموروئیدکتومی بودند، انجام شد. حجم نمونه مطالعه در هر گروه بر اساس فرمول حجم نمونه۴۰ نفر محاسبه شد که در دو گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال (n=۴۰) و هموروئیدوپکسی با استاپلر (n=۴۰) قرار گرفتند. روش نمونه گیری مطالعه حاضر از نوع تصادفی ساده در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل هموروئید درجه ۳ یا ۴، شکست درمان‌های نگهدارنده برای چندین سال، تمایل به عمل جراحی و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه هموروئیدکتومی، فیشر، فیستول، بیماری التهابی روده، و سرطان کولورکتال بودند. پس از تعیین گروه‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، اطلاعات دموگرافیک بیماران، علایم و عوارض بیماری اندازه گیری شد. ابزار گرداوری داده‌ها در این مطالعه شامل سه بخش بود. بخش اول مقیاس خطی بصری (VAS) برای اندازه گیری مفهوم کلی و شدت درد بود. در این معیار از خط افقی به طول ۱۰۰ میلی‌متر که در ابتدای آن کلمه بدون درد و در انتهای آن کلمه درد شدید نوشته شده استفاده می‌شود و بیمار با دست چپ خود با توجه به شدت دردی که دارد بر روی این خط علامت می‌گذارد. این پرسش-نامه توسط خسروی و همکاران در سال ۱۳۹۱ اعتبارسنجی شد که پایایی آن از طریق آلفای کرنباخ بالای ۰/۸۰ محاسبه شد.

بخش دوم، پرسش‌نامه درد مک گیل (MPQ) بود که به بیمار اجازه می‌دهد با انتخاب کلماتی مناسب، ادراک خود را از احساس درد در سه بُعد اساسی حسی، عاطفی و ارزیابی بیان کند. این پرسشنامه توسط امیر رضا کچویی و همکارانش در ایران اعتبار سنجی شده است.

بخش سوم ابزار گرداوری داده‌ها، پرسش‌نامه SF36 بود که میزان خود ادراک شده سلامت جسمی، اجتماعی و روحی توسط خود فرد با استفاده از نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ قسمتی ارزیابی سلامت (SF-36) مورد ارزیابی و اندازه گیری قرار داد. این پرسشنامه حاوی ۳۶ سوال با پاسخ‌های مشخص است که در الگوی هشت امتیازی سازماندهی شده و مبتنی بر حاصل جمع ارزش سوالات در هر بخش است. در نهایت این امتیازات برای هر بخش به امتیاز از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شدند. این پرسش‌نامه توسط دکتر منتظری و همکاران در ایران اعتبار سنجی شد که نمره پایایی و روایی پرسشنامه مذکور ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و ۰/۶۵ به دست آمد. این ابعاد عبارت هستند از: سرزندگی، کارکرد فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی، کارکرد ایفای نقش فیزیکی، کارکرد ایفای نقش حسی، کارکرد ایفای نقش اجتماعی و سلامت روانی که در آن امتیازهای بالاتر نشانگر سطوح بالاتری از سلامت است.

تمام موارد اخلاقی در این مطالعه براساس قوانین هلسینکی بودهو در نهایت توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد تهران مورد ارزیابی و تایید قرار گرفت. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ با استفاده از آزمون‌های آماری Chi-Square و T test تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سن، قد و وزن افراد شرکت کننده در گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر به ترتیب ۱۱/۷۹±۴۴/۲۱ سال، ۴۰/۲۶±۱۵۸/۳۸ سانتی‌متر و ۲۰/۹۴±۷۱/۹۴ کیلوگرم و در افراد شرکت کننده در گروه هموروئیدکتومی به ترتیب ۲۲/۱±۶۲/۶۰ سال، ۹/۲۵ ±۱۶۸/۹۰ سانتی‌متر و ۱۴/۹۷±۷۱/۱۸ کیلوگرم بود. همچنین ۵۵٪ افراد شرکت کننده در مطالعه مرد، ۴۰٪ شغل آزاد، ۵۰٪ سطح تحصیلات دیپلم و ۸۵٪ متاهل بودند (جدول‌های ۱ و ۲).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.9.8]

جدول ۱. میانگین سن، قد و وزن در دو گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموروئیدکتومی

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر*	هموروئیدکتومی*	P value	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
سن	۴۴/۲۱±۱۱/۷۹	۶۲/۶۰±۲۲/۱	۰/۳۸۶	-۶۰/۸۸	۲۴/۱۰
قد	۱۵۸/۳۸±۴۰/۲۶	۱۶۸/۹۰ ±۹/۲۵	۰/۴۲۷	-۳۷/۲۷	۱۶/۲۵
وزن	۷۱/۹۴±۲۰/۹۴	۷۱/۱۸±۱۴/۹۷	۰/۹۰۵	-۶۰/۰۸	۲۴/۳۰

*میانگین±انحراف معیار

جدول۲. میانگین عوامل دموگرافیک کیفی در بین دو گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموروئیدکتومی

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر*	هموروئیدکتومی*	P value	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
عملکرد فیزیکی	۲۷/۹۴±۲/۱۷	۲۲/۶۰±۵/۱۳	۰/۰۰۰۱	۲/۷۹	۷/۹۳
سلامت جسمی	۱۷/۴۲±۲/۲۹	۱۲/۰۰±۳/۸۶	۰/۰۰۰۱	۳/۳۴	۷/۴۹
مشکلات عاطفی	۱۲/۶۱±۱/۱۹	۹/۰۰±۲/۷۸	۰/۰۰۰۱	۲/۱۶	۵/۰۵
خستگی	۱۱/۳۸±۲/۲۲	۱۲/۴۲±۲/۷۵	۰/۲۲۰	-۲/۷۱	۰/۶۴
احساس خوب بودن	۱۸/۷۸±۱/۶۱	۱۸/۰۵±۹/۳۴	۰/۷۳۷	-۳/۶۷	۵/۱۴
عملکرد اجتماعی	۸/۳۶±۲/۰۳	۵/۳۰±۱/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۲/۰۷
درد جسمی	۸/۳۶±۲/۰۳	۵/۳۰±۱/۸۳	۰/۰۰۰۱	۱/۸۱	۴/۳۲
سلامت عمومی	۱۸/۸۴±۳/۹۱	۱۴/۵۵±۲/۹۸	۰/۰۰۰۱	۲/۰۳	۶/۵۴

*میانگین±انحراف معیار

جدول ۳. میانگین ابعاد کیفیت زندگی ۶ ماه پس از عمل در بین دو گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموروئیدکتومی

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر*	هموروئیدکتومی*	P value	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
جنس			۰/۳۸۶	۰/۳۷۷	۰/۳۹۶
زن	(۵۵)۲۲	(۴۵)۱۸			
مرد	(۴۵)۱۸	(۵۵)۲۲			
شغل			۰/۳۲۳	۰/۳۱۴	۰/۳۳۲
آزاد	(۴۰)۱۶	(۳۵)۱۴			
دولتی	(۲۵)۱۰	(۱۵)۶			
بازنشسته	(۵)۲	(۲۰)۴			
خانه دار	(۳۰)۱۲	(۴۰)۱۶			
سطح تحصیلات			۰/۰۹۷	۰/۰۹۱	۰/۱۰۲
زیر دیپلم	(۲۰)۸	(۴۰)۱۶			
دیپلم	(۵۰)۲۰	(۴۰)۱۶			
لیسانس	(۳۰)۱۲	(۲۰)۸			
وضعیت تاهل			۰/۲۸۱	۰/۲۷۳	۰/۲۹۰
مجرد	(۱۵)۶	(۱۰)۴			
متاهل	(۸۵)۳۴	(۹۰)۳۶			

*فراوانی(درصد)

در مقایسه کیفیت زندگی در افراد شرکت کننده در دو گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال و هموروئیدوپکسی با استاپلر مطابق جدول ۳، میانگین ابعاد کیفیت زندگی در بیماران تحت هموروئیدوپکسی با استاپلر، به جز بعد خستگی، در تمامی ابعاد بیشتر از افراد تحت هموروئیدکتومی اکسیزیونال بود و نیز تمامی ابعاد، به جز ابعاد خستگی و احساس خوب بودن، از نظر آماری معنی‌دار شدند (جدول ۳).

در قسمت دوم اجرای مقاله، میانگین درد برای ۲۴ ساعت پس از عمل به وسیله پرسش‌نامه VAS اندازه گیری شد که مطابق جدول ۴ میانگین نمره درد در گروه هموروئیدوپکسی با

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.9.8]

جدول ۴. میانگین درد با استفاده از معیار VAS، ۲۴ ساعت پس از عمل

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر	هموروئیدکتومی	P value	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
VAS	۱/۱۵±۱/۰۹	۶/۳۰±۲/۹۰	۰/۰۰۰۱	-۶/۶۵	-۳/۶۴

* میانگین±انحراف معیار

جدول ۵. میانگین درد با استفاده از معیار VAS ۶ ماه پس از عمل بین دو گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموروئیدکتومی

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر	هموروئیدکتومی	Pval ue	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
VAS	۰/۵۰±۰/۴۰	۱/۵۵±۲/۹۰	۰/۰۰۱	-۲/۲۸	-۰/۵۹

* میانگین±انحراف معیار

جدول ۶. نمره درد با استفاده از پرسشنامه MPQ، ۲۴ ساعت پس از عمل بین دو گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموروئیدکتومی

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر	هموروئیدکتومی	Pval ue	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
ادراک حسی	۴/۱۰±۲/۵۱	۱۸/۲±۹/۱۹	۰/۰۰۰۱	-۱۸/۲۵	-۹/۲۱
ادراک عاطفی	۰/۹۰±۰/۲۹	۳/۷۵±۲/۵۱	۰/۰۰۰۱	-۴/۲۸	-۱/۴۱
ارزیابی درد	۰/۸۵±۰/۲۴	۲/۴۰±۲/۲۳	۰/۰۰۲	-۲/۸۶	-۰/۲۳
دردهای گوناگون	۰/۹۵±۰/۲۵	۰/۳۰±۰/۱۳	۰/۴۸۱	-۱/۱۹	۲/۴۱

* میانگین±انحراف معیار

جدول ۷. نمره درد با استفاده از پرسشنامه MPQ، ۶ ماه پس از عمل بین دو گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر و هموروئیدکتومی

متغیر	هموروئیدوپکسی با استاپلر	هموروئیدکتومی	Pval ue	فاصله اطمینان	
				پایین	بالا
ادراک حسی	۱/۵۰±۰/۱۴	۲/۴۵±۱/۵۹	۰/۴۶۵	-۳/۸۸	۱/۶۵
ادراک عاطفی	۰/۴۰±۰/۱۸	۰/۷۰±۰/۱۷	۰/۵۱۵	-۱/۲۲	۰/۶۲
ارزیابی درد	۰/۳۵±۰/۱۸	۰/۶۰±۰/۲۸	۰/۴۵۲	-۰/۹۱۲	۰/۴۱۲
دردهای گوناگون	۰/۹۵±۰/۱۹	۰/۳۰±۰/۲۳	۰/۴۸۱	-۱/۱۹	۲/۴۹

* میانگین±انحراف معیار

استاپلر (۱/۱۵±۱/۰۹) به طور معنی‌داری کمتر از گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال (۶/۳۰±۲/۹۰) بود (p<۰/۰۵). همچنین میانگین درد برای ۶ ماه پس از عمل به وسیله پرسشنامه VAS مورد بررسی قرار گرفت که در گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر میانگین درد به طور معنی‌داری کمتر از گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال بود (جدول ۵) (P<۰/۰۰۵).

در قسمت سوم، میانگین درد در دو گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال و هموروئیدوپکسی با استاپلر با استفاده از پرسشنامه MPQ مورد ارزیابی قرار گرفت که با توجه به جدول ۶ میانگین درد در ابعاد ادراک حسی، ادراک عاطفی و ارزیابی درد در گروه هموروئیدوپکسی با استاپلر به طور معنی‌داری کمتر از گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال بود (P<۰/۰۵)، ولی در بعد دردهای گوناگون میانگین درد هموروئیدکتومی اکسیزیونال بیشتر بود که از لحاظ آماری معنی دار نبود. همچنین میانگین درد این بیماران، ۶ ماه بعد از عمل جراحی دوباره اندازه گیری شد که از لحاظ آماری در هیچ یک از ابعاد، اختلافشان معنی‌دار نبود (جدول ۷).

بحث

در مقایسه کیفیت زندگی در افراد شرکت کننده این مطالعه در دو گروه هموروئیدکتومی اکسیزیونال و هموروئیدوپکسی با

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.9.8]

استاپلر میانگین ابعاد کیفیت زندگی در بیماران تحت هموروئیدوپکسی با استاپلر، به جز بعد خستگی، در تمامی ابعاد بیشتر از افراد تحت هموروئیدکتومی اکسیزیونال بود که با یافته‌های حاصل از مطالعه Garg PK و همکارانش مطابقت دارد (۱۳). در یکی از آخرین مطالعات انجام شده و در یک پیگیری حداقل ۳۳ ماهه، هیچ تفاوت واضحی بین دو روش از لحاظ کیفیت زندگی، علائم و نشانه های بعد از عمل و نتیجهٔ نهائی از نظر عملکرد وجود نداشت و مهم‌تر آنکه هیچ یک از بیماران دچار سندرم درد طولانی بعد از عمل یا نیاز فوری به اجابت مزاج که قبل از این گزارش شده بود، نشده بودند و در مطالعهٔ ما نیز این مطلب تأیید شد (۱۴). در مطالعه‌ای که توسط Kim و همکارانش انجام شد، میزان درد با توجه به میانگین نمرات VAS در هفته ۱، ۳/۱ در مقابل ۶/۲ و هفته ۲، ۰/۵در مقابل ۳ و هفته ۴، ۰/۵۰ در مقابل ۰/۶محاسبه شد ($p<0/001$). دلیل این کاهش درد در افراد تحت هموروئیدوپکسی با استاپلر می‌تواند این باشد که باقی ماندن بالشتک هایی از نسج فیبر و پوست که متورم به نظر می‌رسند و به تدریج کوچک‌تر می‌شوند، شاید در اعمال هموروئیدوپکسی در موارد هموروئیدهای درجهٔ ۴ و بزرگ، با توجه به شکل عمل، خیلی خارج از انتظار نباشد و نباید به عنوان یک نتیجهٔ قطعاً نامطلوب به آن نگریست. البته در این شیوهٔ درمانی که از نظر تکنیکی چندان سخت هم به نظر نمی‌رسد، مشکلات جدی هم گزارش شده است. از طرفی دیگر در هموروئیدکتومی با استاپلر هدف، رفع پرولاپس، بهبود درناژ وریدی و در نتیجه رفع پرخونی بالشتک های هموروئید و کاهش میزان خونریزی است، درحالی که در هموروئیدکتومی به روش مرسوم سنتی با برداشتن خود بالشتک ها سعی در بر طرف کردن خونریزی می‌شود. از نظر میزان بروز عوارض، عده ای حتی این روش را ایمن‌تر از عمل باز دانسته‌اند و در مطالعات دیگر نیز اختلال در دفع، عدم کنترل گاز و مدفوع و احتباس ادراری یا مدفوعی که به علت اندازهٔ استاپلر به کار رفته مورد پرسش قرار داشت، در هیچیک از موارد ایجاد نشده است (۱۵). البته در بیشتر این مطالعات هنوز پیگیری درازمدتی از این بیماران صورت نگرفته است، اما در مطالعه‌ای که توسط Ortiz و همکارانش انجام شد پیگیری بیماران نشان داد که ۷ مورد عود پرولاپس از ۲۷ مورد هموروئیدوپکسی در مقابل عدم وجود عود در بیمارانی که با هموروئید درجهٔ ۴ تحت عمل جراحی قرار گرفتند وجود داشته است (۱۶). در مطالعه‌ای که توسط Ganio و همکارانش در همین زمینه صورت گرفت، به نکتهٔ ظریفی اشاره شد و آن این که در تفسیر وقوع پرولاپس هموروئید گاهی بین پزشک و بیمار تفاوت نظر وجود دارد. از آنجا که هدف نهایی از عمل نیز بر اساس نوع آن می‌تواند متفاوت باشد، موضوع از دیدگاه دیگری نیز قابل بررسی است به این معنی که بنابراین ارزیابی عوارض در رابطه با پاسخ درمانی می‌تواند معیار بهتری برای مقایسه دو روش نسبت به مقایسه نتایج آنها تنها از نظر آناتومیک باشد. از جمله این مشکلات، باز شدن آناستوموز که در نهایت منجر به کلستومی شده، پارگی رکتوم، عفونت شدید لگن و انسداد رکتوم بود و اینجاست که مثل هر عمل جراحی دیگری نقش مهم طی کردن یک دورهٔ یادگیری، خود را نشان می‌دهد (۱۷). از نظر مخارج، علیرغم هزینهٔ بیشتر برای تهیه وسایل خاص این عمل، با توجه به بازگشت سریع‌تر بیماران به جامعه (حداقل ۴ روز زودتر)، این شیوهٔ درمانی از نظر اقتصادی نیز می‌تواند مقرون به صرفه باشد (۱۸).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات، مبنی بر اینکه عمل جراحی سنتی برای هموروئیدهای درجهٔ ۳ و ۴ با درد و ناراحتی شدید و طی دورهٔ نقاهت طولانی همراه است، هموروئیدوپکسی با استاپلر می‌تواند جایگزینی مطمئن و مؤثر برای درمان هموروئیدهای پرولاپس شده به شمار آید که ضمن کاهش درد بعد از عمل، بازگشت هر چه سریع‌تر بیمار به فعالیت های عادی را نیز به همراه دارد.

REFERENCES

1. Fauci A. Harrisons Principle of internal medicine.17th edition. USA: McGraw-Hill companies; 2008;2: 1907-1908.

2. Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5th ed. London, UK: Baillière Tindall; 1984:98-149.

3. Morgado PJ, Suarez JA, Gomez LG, Morgado PJ. Histoclinical basis for a new classification of hemorrhoidal disease. Dis Colon Rectum 1988;31:474-80.

4. Elgood C. A medical history of Persia and the eastern caliphate from the earliest times to the year 1932 A.D. Cambridge University Press: London,England 1951:205-9.

5. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hem¬orrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology 1990;98:380-6.

6. Poon GP, Chu KW, Lau WY, Lee JM, Yeung C, Fan ST, et al. Conventional vs. triple rubber band ligation for hemorrhoids. A prospective, randomized trial. Dis Colon Rectum 1986;29:836-8.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.9.8]

7. Basdanis G, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, Apostolidis S, Harlaftis N. Randomized clinical trial of stapled hemorrhoidectomyvs open with Ligasure for prolapsed piles. Surg Endosc 2005;19:235-9.

8. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorrhoids. BMJ 2008;336:380-3.

9. Mounsey AL, Halladay J, Sadiq TS. Hemorrhoids. Am Fam Physician 2011;84:204-10.

10. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hsemorrhoidal disease: A comprehensive review. J Am Coll Surg 2007;204:102-17.

11. Shanmugam V, Muthukumarasamy G, Cook JA, Vale L, Watson AJ, Loudon MA. Randomized controlled trial comparing rubber band ligation with stapled haemor¬rhoidopexy for grade II circumferential haemorrhoids: long-term results. Colorectal Dis 2010;12:579-86.

12. Longo A. Treatment of hemorrhoid disease by reduc¬tion of mucosa and hemorrhoid prolapse with a circu¬lar suturing devise: a new procedure. In: Proceedings of the Sixth World Congress of Endoscopic Surgery. Rome;1998:777-784.

13. Garg PK, Kumar G, Jain BK, Mohanty D. Quality of life after stapled hemorrhoidopexy: a prospective observational study. Biomed Res Int 2013;2013:903271.

14. Smyth EF, Baker RP, wilken BJ. Stapled versus excision haemorrhoidectomy long term follow up of a randomized control trial. Lancet 2003;361:1437.

15. Kim JS, Vashist YK, Thieltges S, Zehler O, Gawad KA. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy in circumferential third-degreehemorrhoids: long-term results of a randomized controlled trial. J Gastrointest Surg 2013;17:1292-8.

16. Ortiz H, Marzo J, Amendariz P. Randomized clinical trial of stapled hemorrhoidopexy versus conventional diathermy haemorrhoidectomy. Br J Surg 2002:89:1376-82.

17. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Cannti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open hemorrhoidectomy. Br J Surg 2001;88:669-74.

18. Ebrahimifard F, Setayesh A, Kalbasi HA. Report of Hemorrhoidopexy with Stapler in 47 Patients with Prolapsed Hemorrhoid. Iranian jornal of surgery 2007;15:41-46.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1395.26.4.9.8]