

دراسة مقارنة بين المدة الزمنية لتقنيات الخياطة المتقطعة والمستمرة بعد إجراء قطع ليفورت I للفك العلوي (دراسة سريرية مقارنة)

باسل البراد*

محمد حسان جعفو**

المخلص

خلفية البحث وهدفه: يعدُّ الزمن أحد العوامل المهمة في إنجاز الأعمال على اختلاف أشكالها. وتزداد أهميته في الأعمال الجراحية لعلاقة الزمن بنواحٍ حيوية وأساسية منها: لياقة الجراح، والشدة التخديرية التي يتعرض لها المريض تحت التخدير العام فضلاً عن كلف العمل الجراحي بشكل عام والمحتسب بالدقيقة، إذ يوزع ذلك على أجور قاعات العمليات وأجور الفريق الجراحي فضلاً عن الأجهزة، ومواد التخدير المستهلكة في وحدة الزمن. إذ تستغرق الخياطة وإغلاق الجروح في الجراحة التقويمية وقتاً طويلاً، وجزءاً كبيراً من مدة العمل الجراحي قد يصل أحياناً إلى 25% من زمن العمل الجراحي كاملاً.

هدف البحث: تقييم الوقت اللازم ومقارنته لإتمام كلٍّ من الخياطة المتقطعة والخياطة المستمرة بعد إتمام عملية القطع بنموذج ليفورت I بال فك العلوي.

المواد والطرائق: تألفت عينة البحث من 34 عملية خياطة لـ 17 حالة قطع ليفورت I للفك العلوي لدى 17 مريضاً ومريضةً راوحت أعمارهم بين 17 و36 عاماً، إذ أُجريت الخياطة المتقطعة للطرف اليمين من القطع، وأُجريت الخياطة المستمرة للطرف اليسار من القطع نفسه لكل حالة من حالات قطع ليفورت I لدى كل مريض ومريضة في عينة البحث، فكانت عمليات الخياطة في عينة البحث مقسمةً إلى مجموعتين رئيسيتين اثنتين متساويتين وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة (مجموعة الخياطة المتقطعة، مجموعة الخياطة المستمرة). ثم قُيِّمت النتائج السريرية.

النتائج: فيما يتعلق بالزمن اللازم لإتمام كلٍّ من نوعي الخياطة المتقطعة والمستمرة فإنَّ قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي إنَّه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المتقطعة (بالدقائق)، ومتوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المستمرة (بالدقائق) في عينة البحث، ولما كانت الإشارة الجبرية للفرق بين المتوسطين موجبة استنتجنا أنَّ قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة المتقطعة (بالدقائق) كانت أكبر من قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة المستمرة (بالدقائق) في عينة البحث.

الاستنتاجات: إنَّ الخياطة المستمرة أفضل من ناحية توفير الوقت من الخياطة المتقطعة في خياطة الشقوق داخل الفموية ولم يكن هناك أي اختلاف من إذ نتائج الخياطة سريرياً بين الخياطة المستمرة والخياطة المتقطعة. كما أنَّ الندبة المتشكلة في الخياطة المستمرة مشابهة للندبة المتشكلة في الخياطة المتقطعة.

كلمات المفتاحية: الخياطة المتقطعة، الخياطة المستمرة، الشقوق داخل الفموية، الغرز الجراحية.

*قسم جراحة الفم والوجه والفكين – كلية طب الأسنان-جامعة دمشق.

**قسم جراحة الفم والوجه والفكين – كلية طب الأسنان-جامعة دمشق.

Comparison study between Time Duration of the Interrupted and and Continuous Suture Techniques Following Le Fort I Osteotomy (Comparison Clinical Study)

Brad Bessel*

M. Hassan Jafo**

Abstract

Background & Aim: Time is an important factor in the performance of various forms of work. The importance of time increases in surgical procedures in terms of the vital aspects of the surgeon, the fitness of the surgeon, the anesthesia of the patient under general anesthesia, in addition to the general surgical cost, calculated in the minute, distributed to the operating room fees and surgical team fees in addition to the devices and anesthetics consumed in Time unit. Where the suturing and closure of wounds in the surgery is a long time and a large part of the length of surgery may sometimes reach 25% of the time of surgical operation in full and therefore a clear reflection in the form of a decrease in the fitness of the surgeon and the quality of work in the final stages of the surgical operation in addition to the increase in the cost of work In general and an increase in anesthesia intensity on the patient. In the search for ways to reduce the length of time in the process of tailoring comes the change of suturing method as one of these means.

The Aim of the study : To evaluate and compare the time required for the completion of the interrupted suturing and the continuous suturing after the completion of the Le fort I in the maxillary.

Materials and Methods: The research sample consisted of 34 suturing processes of 17 Le fort I fractures of the maxillary in 17 patients between 17 and 36 years of age. In each study, the suturing was divided into two groups of two equal headings according to the suturing method used (interrupted suturing group, continuous suturing group). Clinical results were then assessed.

Results: In terms of the time required to complete both types of interrupted and continuous suturing, the value of the significance level is much smaller than the value of 0.05, meaning that at the 95% confidence level there are statistically significant differences between the average time required to complete the interrupted suturing (in minutes) Continuous suturing (in minutes) In the research sample, since the algebraic sign of the difference between the two averages is positive, we conclude that the time required to complete the interrupted suturing (in minutes) was greater than the time required to complete the continuous suturing (in minutes).

CONCLUSIONS: Continuous suturing is better in terms of saving time from interrupted suturing in the stitching of intraoral incisions. There was no difference in terms of suturing results between continuous suturing and interrupted suturing. The scar that is formed in continuous suturing is similar to that of the interrupted suturing.

Keywords: interrupted suturing, continuous suturing, intraoral incisions, Surgical sutures.

* Associate Prof, Oral and Maxillofacial Department - Faculty of Dentistry - Damascus University.

** Associate Prof, Oral and Maxillofacial Department - Faculty of Dentistry - Damascus University.

المقدمة:

أنه غالبيتهم كانوا بنموذج صنف ثاني للفكين، أي أنه يوجد تقدم فك علوي ثنائي الجانب.³ والمعيار الثالث للجمال هو الابتسامة العريضة دون مثلثات سوداء على جانبي الابتسامة مع ابتسامة، تظهر كامل طول الأسنان بالفك العلوي، وهذا ما وجده (Arnett & Gunson) في دراستهما عام 2004.⁴

إنّ القطع الأفقي بالفك العلوي (Le Fort I) يعد إجراء جراحياً تقويمياً معتمداً لتصحيح التوضعات الخطأ بالفك العلوي، ومن شأن هذا الإجراء تأمين جزء كبير من المعايير الجمالية سابقة الذكر ويُجزئ هذا القطع من داخل الفم عبر شق ضمن قاع الميزاب بالفك العلوي يمتد من الرحي الأولى بالجهة اليمين وحتى الرحي الأولى بالجهة اليسار.⁵

في أثناء الجراحات داخل الفموية يقوم الجراح بإجراء شقوق مختلفة سواء كانت هذه الشقوق داخل ميزابية أو ضمن المخاطية ومع شقوق محررة.⁶ أو من دونها هذه الجروح تُغلق بواسطة القطب (الغرز الجراحية) بشكل أساسي ويمكن في بعض الحالات استخدام اللواصق النسيجية.⁷ وأكثر طرائق الخياطة شيوعاً سواء داخل الفم أو خارج الفم هي الخياطة المستمرة والخياطة المتقطعة، وبعض الباحثين يعدّ أنّ الخياطة المتقطعة تستغرق وقتاً أكثر، ولكنها تقدم مقارنة أفضل للحافات بحسب رأيهم. في حين يعتقد آخرون بأن الخياطة المستمرة تترك علامات خياطة أقل مقارنة بالخياطة المتقطعة.⁸

بعض الباحثين يعتقد أنّ الزمن المستغرق بالخياطة المتقطعة قد يكون أطول، ولكنه يقدم حافات جرح متقاربة بشكل أفضل في حين يعتقد باحثين آخرين أن الخياطة المستمرة تترك علامات وآثار خياطة أقل مقارنة بغيرها.⁹

يعدّ الزمن أحد العوامل المهمة في إنجاز الأعمال على اختلاف أشكالها. وتزداد أهميته في الأعمال الجراحية لعلاقة الزمن بنواحٍ حيوية وأساسية منها: لياقة الجراح، والشدة التخديرية التي يتعرض لها المريض تحت التخدير العام فضلاً عن كلف العمل الجراحي بشكل عام، والمحتسب بالدقيقة إذ يوزع ذلك على أجور قاعات العمليات وأجور الفريق الجراحي بالإضافة إلى الأجهزة ومواد التخدير المستهلكة في وحدة الزمن. إذ تستغرق الخياطة وإغلاق الجروح في الجراحة التقويمية وقتاً طويلاً وجزءاً كبيراً من مدة العمل الجراحي قد يصل أحياناً إلى 25% من زمن العمل الجراحي كاملاً، ولذلك انعكاس واضح على شكل انخفاض في لياقة الجراح وجودة العمل في المراحل النهائية من العمل الجراحي فضلاً عن ارتفاع في كلفة العمل بشكل عام وزيادة في الشدة التخديرية على المريض. وفي البحث عن وسائل ناجمة في خفض المدة اللازمة في إجراء الخياطات، يأتي تغيير أسلوب الخياطة بوصفه إحدى هذه الوسائل.

فالخياطة المتقطعة والخياطة المتواصلة في التقنيات الأكثر استخداماً في الجراحات كلها ويغلب استخدام الخياطة المتقطعة في إغلاق الشقوق الجراحي للجراحة التقويمية على الخياطة المتواصلة لأسباب تتعلق بدراسات سابقة على الودمة.¹

أول معيار للجمال هو التناظر، وفي دراسة أجراها (Little) في 2001 أجراها، صور مختلفة (التناظر وعدم التناظر) للعنصر نفسه في مجموعة من الإناث الشبابات فإنّ الصور المتناظرة أبدت جمالاً أكبر بتقييم مختلف القائمين على الدراسة.² وفيما يخص المعيار الثاني ففي دراسة أجريت من قبل (Arnett & Gunson) في عام 2010 على الصور الجانبية للرأس لدى معظم الممثلين العالميين المحبوبين وجد

للأذية في محاولة لاستعادة البنية والوظيفة الطبيعيين. وتشمل عملية الشفاء آليتين منفصلتين: الترميم أو التجدد (Regeneration)، وهو يحدث عندما يعتمد الشفاء على تكاثر للخلايا البرانشيمية وهي عادة ما ينتج عنها ترميم كامل للأنسجة الأصلية. والتندب (الترميم) (Repair) وهو يحدث عندما يعتمد الشفاء على تكاثر عناصر النسيج الضام وغالباً ينتج عنه تليف وتندب.¹³

في هذه الدراسة قُدمت مقارنة دقيقة بين سرعة إنجاز نوعين من الخياطة (المتقطعة، المستمرة) ومن إذ تأثيرهما في سرعة الشفاء الحاصل بالأنسجة.

هدف البحث: تقييم ومقارنة الوقت اللازم لإتمام كلٍ من الخياطة المتقطعة والخياطة المستمرة بعد إتمام عملية القطع بنموذج ليفورتا I بالفك العلوي.

المواد والطرائق:

عينة البحث: تألفت عينة البحث من 17 مريضاً من مراجعي قسم جراحة الفم والفكين بجامعة دمشق.

شروط الإدخال:

-المرضى أصحاء، ولا يوجد لديهم أي أمراض يمكن أن تتداخل مع شفاء الجروح.

-لدى المرضى تشوه في علاقة الفكين على المستوى الهيكلي تستدعي التداخل الجراحي لتصحيحها، ويكون من ضمن العمل الجراحي الحاجة لإجراء قطع أفقي ليفورتا 1 بالفك العلوي.

-تراوح أعمار المرضى بين 17 و40، سنة من كلا الجنسين.

شروط الإخراج:

-وجود أمراض عامة، أو عوامل تمنع تطبيق الليزر أو تمنع سحب الدم.

-مرضى شقوق الشفة الذين لم يخضعوا للإصلاح الأولي، أو الذين لم يخضعوا للإصلاح الثانوي

أُجريت مراجعة أدبية لمحاولة تحديد أفضلية إحدى تقنيتي الخياطة، ولم تصل هذه المراجعة إلى قرار واضح بسبب ضعف الأبحاث التي تناقش هذه الفكرة وندرتها.

إن الوصول إلى نتائج تجميلية ممتازة للجرح المراد خياطته هو أمر في بالغ الأهمية، ويتم الحصول على ذلك بحسب مبادئ خياطة الجروح العامة عبر تأمين الخياطة على طبقات في حال وجودها، ومنع حدوث أي توتر لحافات الجرح واستخدام تقنيات خياطة تؤمن تقارب متناسق لحافات الجرح، وقوة شد موحدة على طول حافات الجرح. تظهر مختلف الدراسات نتائج متقاربة في تأمين الشروط السابقة لدى كلٍ من الخياطة المتقطعة والخياطة المستمرة، ولذلك تبقى الكلمة الفصل إلى الوقت المستغرق لإتمام الخياطة وتأثير التكلفة ونتائج الاختلاف للعاملين السابقين تهمُّ كلاً من المريض والطبيب في آنٍ معاً.¹⁰

في دراسة أجراها (marie-micheleblouin) للمقارنة بين الخياطة المستمرة والخياطة المتقطعة من إذ الناحية التجميلية في جراحة الوجه التجميلي إذ تضمن البحث عينة تصل إلى 101 مريض في دراسة سريرية معشاة وجد أنه لا يوجد فرق بين نتائج كلتا الخياطتين من إذ نتائج الخياطة من الناحية التجميلية، ولاحظ أنه بناء على التكلفة والسرعة تعدُّ الخياطة المستمرة أفضل مقارنة بالخياطة البسيطة.¹¹

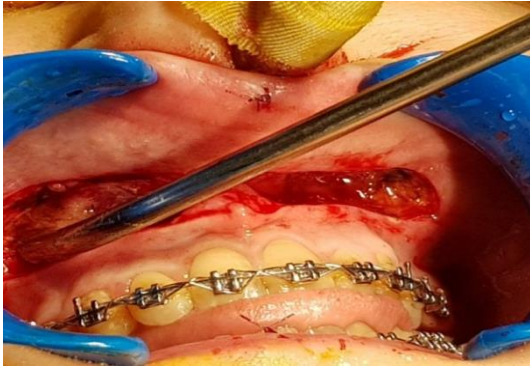
العناية بالجرح بعد العمل الجراحي هو من الأمور بالغة الأهمية في تقديم شفاء أفضل للجرح، واحتمالية أقل لحدوث الإنتاني ومظهر أفضل للندبة، ووفق الدراسة المجراة من قبل (B.Fomete) فإنَّ كلاً من السيروم الملحي الدافئ وكلورهيكسيدين يقدم النتائج نفسها من إذ تقديم المستعمرات الجرثومية التي قد تتشكل على الجرح في المدة التالية للعمل الجراحي.¹²

يعدُّ أحد أهم مراحل العمل الجراحي شفاء الأنسجة بعد الخياطة، ويعدُّ الشفاء عبارة عن استجابة الجسم الحي

بعد تحضير المريض من الناحية الصحية بالفحوصات والتحاليل المخبرية حُدد موعد العمل الجراحي تحت التخدير العام.

حُدِرَ المريض تخديراً عاماً بإذ يكون التثبيت المستخدم هو تثبيت أنفي، ومن ثم أُجريت التعقيم وفرد الشانات وتحديد نقاط علام مرجعية لمعرفة مقدار حركة الفك العلوي المطلوب إتمامها، وهذه النقاط هي نقطة ثابتة على جناح الأنف بواسطة قطبة وحيدة، ونقطة ثابتة بواسطة قطبة وحيدة على منتصف الشفة العلوية.

يتم البدء بإجراء شق أفقي في قاع الميزاب بالفك العلوي ويمتد من الرحي الأولى بالجهة اليسار وحتى الرحي الأولى بالجهة اليمين بواسطة شفرة 15 حتى الوصول إلى العظم شكل (1). يتم بعدها استخدام المرقئ الكهربائي لإيقاف النزف من حافات الجرح والحصول على ساحة عامل واضحة يتم بعدها تعليم خط القطع بواسطة قلم رصاص، حيث يمتد خط القطع من الحافة الوحشية للحفرة الكثرية وحتى الحدبة الفكية بالجهة الموافقة وبالطريقة نفسها بالجهة الثانية الشكل (2).



الشكل (2): يوضح خط الشق الأفقي في قاع الميزاب بالفك العلوي.

- أعمار المرضى تحت 8 سنوات، أو فوق 40 سنة
- أي جراحة فكية ووجهية سابقة عبر المدخل الجراحي نفسه لعملية لي فورت 1
الأدوات المستخدمة في الدراسة:

- حامل إبر 18 سم
- ملقط 18 سم جراحي ذو رأس مزود بمشبك.
- خيط فيكربيل 4.0 محمول على إبرة ذات مقطع دائري بطول 22.
- مقص بطول 18 رأس حاد.
- مبعد فينغر عدد (2) لاستخدامها في إبعاد النسيج الخدي.
- ملقط تشريحي 18 سم براس مسطح لا يحتوي مشبكاً لمسك العقدة الانتهائية.
- مبعد الشفاه البلاستيكي التقويمي المزود بسواعد شدة جانبية.



الشكل (1): صورة توضح الأدوات المستخدمة في الدراسة.

خطوات العمل: فُحصَ المريض وطلبت الصور الشعاعية اللازمة لتشخيص الحالة، ومعرفة نوع الحركة المطلوبة للفك العلوي بعد إتمام القطع، وأخذ موافقة المريض المكتوبة للقيام بالعمل الجراحي تحت التخدير العام.

للحفاظ على حافات شق مشدودة لبعضها يقوم المساعد بشد قاعدة الخيط القريبة من الأنسجة الرخوة عمودياً بعيداً على النسيج في حين يتابع الجراح بحرية التصرف في الغرزة التالية مستخدماً ما يتبقى من طول الخيط لإنجاز الغرزة التالية، ثم يقوم المساعد بالانتقال لقاعدة الخيط الجديدة وشدها. حتى الوصول إلى نهاية الشق ليقوم الجراح بإنجاز العقدة النهائية بالاعتماد على جزء من طول الخيط وتحويله لنهاية كرة عن طريق السحب غير الكامل للخيط، وترك مسافة تطوى بشكل ثنائي على شكل نهارية حرة، يقوم المساعد بتثبيت العقدة بملقط تشريحي لا يحتوي مشبكاً في نهايته حتى ينتهي الجراح من إنجاز العقدة النهائية.

الطرف المقابل: بعد أن يتم تأمين الرؤية الجيدة للجراح عن طريق تباعد الشفة العلوية باستخدام مبعدي فينغر، أو باستخدام مبعد الشفاه البلاستيكي التقويمي ذي السواعد الجانبية، وبعد الغسل الجيد للحفرة القومية وحافات الشق الجراحي بالمصل الفيزيولوجي (Saline)، وسحب منتجات الإفراز اللعابي كلها والغسل باستخدام الماصة.

يبدأ الجراح بإنجاز الغرزة الجراحية بشكل منفصل إذ يبتعد عن الغرزة الابتدائية الناصفة 2-3 ملم في حين يبتعد عن الشق مسافة 1ملم مستخدماً إبرة ذات مقطع مدور قياس 4.0 وبطول 20ملم بانحناء نصف دائري، يتم تثبيت حافة الشق الجرحي بالملقط ذي الرأس المشبكي ليتمكن من إدخال الإبرة بشكل دقيق وفق الأبعاد المذكورة سابقاً لتخرج من حافة الشق الأول بشكل كامل، مع قاعدة الإبرة وجزء من الخيط الجراحي ليبدأ الجراح بعدها بإدخال الإبرة في حافة الشق الثانية بعد مقارنة الحافتين لبعضهما بشكل كامل وتحديد نقطة دخول الإبرة في الحافة الثانية مقابلة ومناظرة بشكل تام للمنطقة الأولى في حافة الشق الأولى. يُسحبُ الخيط بشكل شبه كامل باستثناء ترك مسافة 1.5سم من الطرف النهائي في حافة الشق الأولى.



الشكل (3): يوضح امتداداً يمتد خط القطع من الحافة الوحشية للحفرة الكثرية وحتى الحدبة الفكية.

بعدها يُجرى القطع بواسطة المنشار الكهربائي بدءاً من الحدبة الفكية وحتى الحافة الوحشية للحفرة الكثرية ومن ثم بالجهة المقابلة، ثم تُفصل الصفائح الجناحية الوحشية في كلا الجانبين بواسطة إزميل ذي نهاية مائلة ومن ثم يُفصل حاجز الأنف بواسطة إزميل متوسط ويُحرر الفك العلوي بواسطة الإزميل وتُزال النتوءات العظمية وتُحدّد الوضعية الصحيحة للفك العلوي.

يتم البدء بتثبيت الفك العلوي بواسطة صفيحتين بشكل حرف L على جانبي الحفرة الكثرية، وتضاف صفيحة وحشي صفيحة L في كل طرف ليصبح مجموع الصفائح المستخدمة هي 4 صفائح. إذ يتم التأكد من الوضع الجديد للفك العلوي، ومدى صحته، ومن ثم نقوم بالخياطة للشق الأفقي الذي تم إتمامه في قاع الميزاب بالفك العلوي.

تبدأ الخياطة من اللجام الشفوي المتوسط للفك العلوي بغرزة مفردة تتصل بين الجانبين الأيمن والأيسر. ثم تبدأ الخياطة المتواصلة بعقدة مبدئية ملفوفة 4 لفات تعدّ نقطة الانطلاق في الخياطة يُقَصُّ الطرف الوحيد الحر للخيط بينما يتم الحفاظ على النهاية الطويلة المرتبطة بالإبرة لتتابع بها الخياطة. تتم المتابعة بغرزات متباعدة 2ملم بين كل غرزة وغرزة مجاورة وتصل مسافة 1ملم بين مكان الغرزة وحافة الشق الجراحي.

المستمرة)، وقد كان توزع المرضى للجنس والعمر، وكان توزع عمليات الخياطة وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة والجنس في عينة البحث كما يأتي:

1- توزع مرضى عينة البحث وفقاً لجنس المريض: يوضح الجدول (1) توزع عينة البحث وفقاً لجنس المريض، وكما يبين المخطط (1) النسبة المئوية لهذا التوزيع.

الجدول(1): يبين توزع مرضى عينة البحث وفقاً لجنس المريض.

النسبة المئوية	عدد المرضى	جنس المريض
47.1	8	ذكر
52.9	9	أنثى
100	17	المجموع

2- المتوسط الحسابي لأعمار المرضى في عينة البحث وفقاً لجنس المريض:

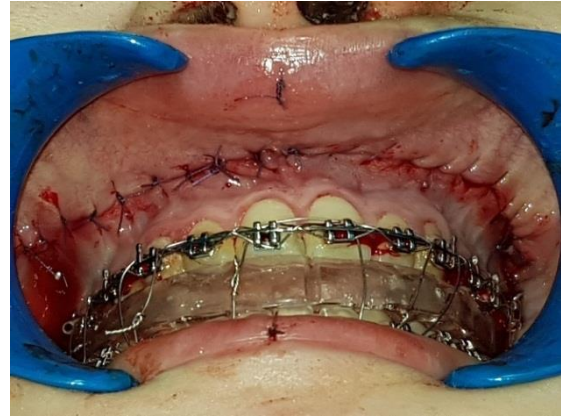
إذ يوضح الجدول (2) الإحصاء الوصفي لعينة البحث، كما يظهر المخطط (2) المتوسط الحسابي لأعمار العينة (بالسنوات) وفقاً لجنس المريض

الجدول(2): يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمار المرضى (بالسنوات) في عينة البحث وفقاً لجنس المريض.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحد الأعلى	الحد الأدنى	عدد المرضى	جنس المريض	المتغير المدروس
3.6	21.5	27	17	8	ذكر	عمر المريض (بالسنوات)
4.8	25.6	36	20	9	أنثى	
4.6	23.6	36	17	17	المجموع	

يعتمد الجراح إلى إنجاز عقدة بأربع لفات، وشدها بشكل محكم ليقوم بعدها المساعد في قص نهائي الخيط الطويلة والقصيرة تاركاً مسافة 2-3 ملم من الخيط مع العقدة يُحسب الوقت من لحظة الإدخال الأولى للإبرة في الغرزة الأولى حتى لحظة قص الخيط في الغرزة الأخيرة متضمناً خوف الضياع المحتمل نتيجة ظروف العمل والمداخلات الجانبية من الأشخاص في أثناء العمل.

قيس الزمن اللازم لإتمام الخياطة المستمرة بجهة والزمن اللازم لإتمام الخياطة المتقطعة في الجهة المقابلة عند المريض وللشق نفسه، إذ ستم خياطة كل جانب بأحدى الطريقتين ووحدة القياس هي (الثانية).



الشكل (4): يوضح اشكال الخياطة المستخدمة في طرفي الشق الجراحي.

النتائج:

تألفت عينة البحث من 34 خياطة لـ 17 حالة قطع ليفورت I للفك العلوي لدى 17 مريضاً ومريضةً راوحت أعمارهم بين 17 و36 عاماً، إذ أُجريت الخياطة المتقطعة للطرف اليمين الأيمن من القطع وأُجريت الخياطة المستمرة للطرف اليسار الأيسر من القطع نفسه لكل حالة من حالات قطع ليفورت I لدى كل مريض ومريضة في عينة البحث، فكانت عمليات الخياطة في عينة البحث مقسمة إلى مجموعتين رئيسيتين اثنتين متساويتين وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة، (مجموعة الخياطة المتقطعة، مجموعة الخياطة

دراسة مقارنة بين المدة الزمنية لتقنيات الخياطة المتقطعة والمستمرة بعد إجراء قطع ليفورتا للفك العلوي (دراسة سريرية مقارنة)

الجدول (4): يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لقيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة (بالدقائق) في عينة البحث وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة.

المتغير المدروس	طريقة الخياطة المتبعة	عدد عمليات الخياطة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
المدة اللازمة لإتمام الخياطة (بالدقائق)	خياطة متقطعة	17	6.86	2.05	0.50	3.59	10.47
	خياطة مستمرة	17	5.32	1.74	0.42	3.1	10.3

دراسة تأثير طريقة الخياطة المتبعة في قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة في عينة البحث:

أجرى اختبار T-ستيوذنت للعينات المترابطة لدراسة دلالة الفروق بين متوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المتقطعة (بالدقائق) ومتوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المستمرة (بالدقائق) في عينة البحث كما يأتي:

- نتائج اختبار T-ستيوذنت للعينات المترابطة: يبين الجدول (5) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المتقطعة (بالدقائق)، ومتوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المستمرة (بالدقائق) في عينة البحث، ولما كانت الإشارة الجبرية للفروق بين المتوسطين موجبة استنتجنا أن قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة المتقطعة (بالدقائق) كانت أكبر من قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة المستمرة (بالدقائق) في عينة البحث.

3- توزع عمليات الخياطة في عينة البحث وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة: يوضح الجدول (3) توزع عينة البحث وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة.

الجدول (3): يبين توزع عينة البحث وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة.

النسبة المئوية	عدد عمليات الخياطة	طريقة الخياطة المتبعة
50.0	17	خياطة متقطعة
50.0	17	خياطة مستمرة
100	34	المجموع

التحليل الإحصائية:

قيست وحسبت المدة اللازمة لإتمام الخياطة (بالدقائق) والثواني) لكل عملية من عمليات الخياطة في عينة البحث. ثم درس تأثير طريقة الخياطة المتبعة وجنس المريض في قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة في عينة البحث كما درست العلاقة بين قيم عمر المريض وقيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة (بالدقائق) في عينة البحث وكانت نتائج التحليل كما يأتي:

1. دراسة المدة اللازمة لإتمام الخياطة في عينة البحث:

نتائج قياس قيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة في عينة البحث وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة: يبين كل من الجدول رقم (4) والمخطط رقم (3) الإحصاء الوصفي لقيم المدة اللازمة لإتمام الخياطة (بالدقائق) في عينة البحث وفقاً لطريقة الخياطة المتبعة.

نختلف في دراستنا مع دراسة (Marie-Michele Blouin) التي تضمنت 105 مريضى أكمل منهم 101 مريض إذ قارنت بين الخياطة المتقطعة والخياطة المستمرة في منطقة الوجه وخلصت هذه الدراسة إلى أنه لا يوجد فرق بين الخياطة المستمرة والخياطة المتقطعة من حيث النتائج التجميلية فضلاً عن أن الخياطة المستمرة تستغرق زمن أقل مقارنة بالخياطة المتقطعة والتكلفة المادية تكون أقل في الخياطة المستمرة مقارنة بالخياطة المتقطعة.^[14]

في دراسة أجراها (Streams BN, Jiang SB) قارن فيها في 5 جروح وجهية مختلفة بين الخياطة المستمرة والخياطة المتقطعة لم يجد اختلاف في النتائج التجميلية ولكن وجد اختلافاً في سرعة الإنجاز بين التقنيتين، وذلك لصالح الخياطة المستمرة.^[15]

إن الدراسات التي تتناول فكرة بحثنا قليلة ولم نستطع إيجاد العديد من البحوث التي تمكننا من المقارنة بها، ويبقى بحث (Marie-Michele Blouin) هو الأقوى من إذ إمكانية المقارنة به بسبب حجم عينته، وبسبب أن الدراسة عشوائية معماة.

الاستنتاجات:

إن الخياطة المستمرة أفضل من ناحية سهولة التطبيق من الخياطة المتقطعة في خياطة الشقوق داخل الفموية لعمليات ال Le For، ولم يكن هناك اختلاف جوهري من إذ زمن العمل الجراحي بين الخياطة المستمرة والخياطة المتقطعة.

الجدول(5): يبين نتائج اختبار Tستيودنت للعينات المترابطة لدراسة دلالة الفروق بين متوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المتقطعة (بالدقائق) ومتوسط المدة اللازمة لإتمام الخياطة المستمرة (بالدقائق) في عينة البحث.

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة t المحسوبة	الفرق بين المتوسطين	المتغير المدروس
توجد فروق دالة	0.000	16	4.988	1.54	المدة اللازمة لإتمام الخياطة (بالدقائق)

المناقشة:

بيّنت الدراسة التي قمنا بها على عينة مؤلفة من 17 مريضاً أن المتغير الذي درّس في هذا البحث وهو الزمن كان أقل عند استخدام الخياطة المستمرة مقارنة بالخياطة المتقطعة التي استغرقت زمناً أطول، وذلك بغض النظر عن عمر المريض، أو جنسه اللذين لم يكن لهما أي تأثيرات في الزمن اللازم لإتمام الخياطة إلا أن ذلك لم يرق إلى درجة الحصول على فروق احصائية ذات دلالة بان تكون الخياطة المتواصلة أكثر توفيراً لوقت الجراح في أثناء العمل الجراحي. خلافاً لما هو متوقع بأن الفروق الزمنية بين الخياطة المتقطعة والخياطة المتواصلة ليس لها قيمة واضحة في سير العمل الجراحي، أو زمنه، ومن ثم لا بد من البحث في معايير أخرى ذات قيمة واضحة كالندبة المتشكلة بعد إنجاز هذين النوعين من الخياطة فضلاً عن شعور المريض بالشد وعدم الراحة.

References

1. Goligher JC, Irvin TT, Johnston D, De Dombal FT, Hill GL, Horrocks JC. A controlled clinical trial of three methods of closure of laparotomy wounds. *Br J Surg*. 1975 Oct;62(10):823–829.
2. Little AC, Burt DM, Penton-Voak IS, Perrett DI. Self-perceived attractiveness influences human female preferences for sexual dimorphism and symmetry in male faces. *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2001 Jan 7;268(1462):39-44.
3. Arnett GW, Gunson MJ. Esthetic treatment planning for orthognathic surgery. *Journal of clinical orthodontics: JCO*. 2010 Mar;44(3):196.
4. Arnett GW, Gunson MJ. Facial planning for orthodontists and oral surgeons. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2004 Sep 1;126(3):290-5.
5. Sullivan SM. Le Fort I Osteotomy. *Atlas of the oral and maxillofacial surgery clinics of North America*. 2016 Mar 1;24(1):1-3.
6. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *Journal of periodontology*. 2000 Sep;71(9):1506-14.
7. Jones CD, Ho W, Samy M, Boom S, Lam WL. Comparison of glues, sutures, and other commercially available methods of skin closure: A review of literature. *Medical Research Archives*. 2017 Jul 15;5(7).
8. Richards PC, Balch CM, Aldrete JS. Abdominal wound closure. A randomized prospective study of 571 patients comparing continuous vs. interrupted suture techniques. *Annals of surgery*. 1983 Feb;197(2):238.
9. Burch JM, Franciose RJ, Moore EE, Biffl WL, Offner PJ. Single-layer continuous versus two-layer interrupted intestinal anastomosis: a prospective randomized trial. *Annals of surgery*. 2000 Jun;231(6):832.
10. Smith EL, DiSegna ST, Shukla PY, Matzkin EG. Barbed versus traditional sutures: closure time, cost, and wound related outcomes in total joint arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*. 2014 Feb 1;29(2):283-7.
11. Moy RL, Waldman B, Hein DW. A review of sutures and suturing techniques. *The Journal of dermatologic surgery and oncology*. 1992 Sep;18(9):785-95.
12. Fomete B, Saheeb BD, Obiadazie AC. A prospective clinical evaluation of the effects of chlorhexidine, warm saline mouth washes and microbial growth on intraoral sutures. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2015 Jun 1;14(2):448-53.
13. Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound repair and regeneration. *Nature*. 2008 May 14;453(7193):314.
14. Blouin MM, Al Jasser M, Demanczuk A, Berkowitz J, Zloty D. Continuous versus interrupted sutures for facial surgery repair: a randomized prospective study. *Dermatologic Surgery*. 2015 Aug 1;41(8):919-28.
15. Streams BN, Jiang SB. A modified running subcuticularsuturingtechnique for the closure of defects after Mohs micrographic surgery. *DermatolSurg*2003;11:1118–21