

فراوانی علل شکم حاد و مقایسه تشخیص قبل و بعد از عمل در زنان مراجعه کننده به بیمارستان کوثر ارومیه

دکتر سربه گل محمدلو^۱، دکتر فرزانه برومند^۲

چکیده

زمینه و هدف: یک درصد مراجعات اورژانس‌ها به علت شکم حاد و از این موارد ۲۰٪ را علل ژنیکولوژی تشکیل می‌دهند. ارتباط علل بیماری با فیزیولوژی طبیعی زنان و حاملگی موجب پیچیدگی تشخیص میشود. با توجه به اهمیت زمان در موارد حاد علیرغم پیشرفت تکنولوژی، تشخیص کلینیکی فعلا جایگزینی ندارد لذا مقایسه تشخیص‌های قبل و بعد از عمل و رفع اشکالات احتمالی کمک شایانی در تقویت تشخیص کلینیکی خواهد کرد.

روش کار: در مطالعه مقطعی به عمل آمده از سال ۱۳۷۵ لغایت ۷۹ در بیمارستان کوثر ارومیه تعداد ۱۴۸ بیمار با شکم حاد جراحی منجر به لاپاراتومی مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات مربوط به تاریخچه، پاراکلینیک و تشخیص‌های قبل و بعد از لاپاراتومی توسط پرسشنامه مربوطه جمع‌آوری شده و مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: حاملگی خارج رحمی ۳۹/۹٪، پارگی کیست تخمدان ۲۳/۶٪، پیچش کیست تخمدان ۱۸/۲٪، توده‌های شکمی بدون ارتباط با دستگاه ژنیتال ۴/۱٪ به ترتیب شایعترین علل شکم حاد بودند. در دو مورد علتی مشاهده نشد (سالم). ۵ مورد آپاندیسیت بعد از عمل تشخیص داده شد. در ۷۶٪ موارد تشخیص قبل و بعد از عمل مطابقت داشت. تشخیص حاملگی خارج رحمی با ۶۶ مورد قبل از عمل و تایید ۵۳ مورد بعد از عمل و پارگی کیست تخمدان با ۲۲ مورد قبل از عمل و ۳۶ مورد بعد از عمل به ترتیب بیشترین *under* و *over diagnosis* را داشتند. نتیجه نهایی مطالعه بعد از لاپاراتومی با سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه هماهنگی دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه علل شایع شکم حاد موجب بیشترین اشتباه تشخیصی شده‌اند. بنابراین در نظر داشتن غیر معمول موارد شایع و استفاده به موقع از امکانات پاراکلینیکی می‌تواند موجب افزایش تشخیص صحیح قبل از عمل شود.

واژه‌های کلیدی: لاپاراتومی، شکم حاد، ارومیه

۱ - (مؤلف مسئول): استاد یار گروه زنان دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۲ - استاد یار گروه زنان دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

شکم حاد یک وضعیت بالینی است که با درد شدید، سفتی شکم و اختلال حرکات روده مشخص می‌شود. درد شدید عمومی یا موضعی نشان دهنده نیاز شدید و فوری به درمان می‌باشد. از کل مراجعات اورژانس‌ها یک درصد به علت شکم‌حاد و از این موارد ۲۰٪ از علل مربوط به متخصص زنان تشکیل می‌دهد [۱ و ۲].

شکم حاد در زنان و دوران بارداری با عوارض جدی و مرگ و میر نسبتاً بالایی همراه است، عدم تشخیص و درمان به موقع و صحیح یکی از علل مهم بالا رفتن عوارض است نتایج مطالعات صورت گرفته در مورد تشخیص شکم حاد که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند حاکی از این است که ۵۶٪ موارد تشخیص قبل از عمل صحیح بوده و در ۳۴٪ سایر علل یا هیچ نکته پاتولوژیکی یافت نمی‌شود [۳].

علیرغم پیشرفت‌های پاراکلینیکی فعلاً جایگزینی برای تشخیص کلینیکی وجود ندارد. متخصص زنان وظیفه سنگینی در تشخیص کلینیکی و درمان شکم حاد در زنان به خصوص زنان حامله دارد [۴]. در مطالعه به عمل آمده توسط Gaitan هیچ اختلاف قابل توجهی بین تشخیص کلینیکی و لاپاراسکوپی روتین در زنانی که با درد تحتانی شکم مراجعه کرده بودند، دیده‌نشود [۵].

به علت تفاوت در علل شکم حاد در مناطق مختلف اکثر مطالعات توصیه اکید در انجام بررسی در مراکز مختلف دارند. در دو مطالعه انجام گرفته شایع‌ترین علل شکم حاد به ترتیب عفونت لگنی، حاملگی خارج رحمی، خونریزی کیست تخمدان، چرخش‌لوله تخمدان و یا تخمدان بوده است [۶ و ۷]. آپاندیسیت شایع‌ترین بیماری است که با سایر علل شکم حاد در دوران حاملگی اشتباه شده و معمولاً تشخیص داده نمی‌شود جهت بالا بردن دقت تشخیص در این مورد مطالعات مختلف انجام گرفته و استفاده از MRI در مطالعه ای با توجه به نتایج رضایت بخش آن توصیه شده است [۷].

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه مشابه در این منطقه انجام نگرفته است بنابراین این مطالعه به این منظور در بیمارستان کوثر ارومیه برای تعیین شایع‌ترین علل شکم حاد در زنان که منجر به جراحی شده و همچنین مقایسه تشخیص قبل و بعد از عمل جراحی به عمل آمده است. تا در صورت لزوم جهت افزایش دقت تشخیصی پیشنهادات لازم ارایه شود.

مواد و روشها

تمامی بیمارانی که از خرداد سال ۱۳۷۵ لغایت اسفند ۱۳۷۹ در بیمارستان کوثر تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند وارد مطالعه شدند. اطلاعات لازم از پرونده بیماران توسط چک لیستی که قبلاً تهیه شده بود، جمع آوری شد. اطلاعات بر حسب سن، علایم و نشانه‌ها، تعداد حاملگی، سابقه نازایی، نوع جلوگیری از حاملگی، یافته‌های سونوگرافی و تشخیص قبل و بعد از جراحی تقسیم شدند و در جداول مربوطه درج شدند. لازم به ذکر است در مدت مزبور تمام مواردی که شکم حاد جراحی با علت غیر ژنیکولوژی تشخیص داده شده و به مراکز جراحی دیگر ارجاع و پذیرش شده‌اند از مطالعه حذف شدند.

یافته‌ها

از کل بیماران ۵۸ نفر (۳۹/۲٪) در محدوده سنی ۱۰ تا ۲۵ سال، ۶۹ نفر (۴۳/۹٪) در محدوده ۲۶ تا ۴۰، ۲۲ نفر (۱۴/۹٪) بین ۴۱ تا ۶۵ و ۳ نفر (۲٪) بین ۶۶ تا ۸۰ سالگی قرار داشتند (جدول شماره ۱).

تشخیص حاملگی نابجا قبل از عمل ۶۶ مورد بود که بعد از عمل ۵۳ مورد تایید شدند و ۱۳ مورد بقیه آپاندیسیت، پارگی کیست تخمدان و PID و یک مورد نیز نرمال بود. از کل ۱۴۸ مورد نمونه ۵۹ مورد نهایتاً حاملگی خارج رحمی بودند. شش مورد قبل از عمل تشخیص داده نشدند. ۵۶٪ موارد حاملگی خارج رحمی

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی بیماران با شکم حاد منجر به

سن (سال)	تعداد	درصد
۱۰ تا ۲۵	۵۸	۳۹/۲
۲۶ تا ۴۰	۶۹	۴۳/۹
۴۱ تا ۶۵	۲۲	۱۴/۹
۶۶ تا ۸۰	۳	۲
جمع	۱۴۸	۱۰۰

در سن ۲۶ الی ۴۰ سال بودند. ۸۹/۹٪ بیماران سابقه نازایی نداشتند. پارگی کیست تخمدان در ۲۲ مورد از ۳۶ مورد تشخیص قبلی، بعد از لاپاراتومی تایید شد. از ۱۴۸ بیمار نهایتاً ۳۵ مورد پارگی کیست تخمدان داشتند و این به آن معنی است که ۱۳ مورد تشخیص قبل از عمل نداشتند.

پیچش کیست تخمدان ۲۸ مورد قبل از عمل تشخیص داده شده بود که پس از لاپاراتومی ۲۱ مورد آن به تایید نهایی رسید. مجموعاً ۲۷ مورد پیچش کیست تخمدان تایید شد. در این مورد نیز ۶ مورد خطا وجود داشت.

PID قبل از عمل یک مورد تشخیص گذاشته شد که بعد از عمل تایید شد. در کل ۴ مورد تایید شده نهایی وجود داشت. توده‌های غیر تخمدانی قبل از عمل ۱۰ مورد تشخیص

داده شدند. بعد از جراحی ۴ مورد آنها تایید شدند. سن بیماران بین ۲۶ تا ۶۵ سال بود.

از ۵ مورد آبسه لگنی قبل از عمل همگی بعد از عمل مورد تایید قرار گرفتند. در کل ۷ مورد آبسه لگنی وجود داشت. هماتومترا قبل از عمل یک مورد تشخیص داده شد که بعد از عمل تایید شد. در کل یک مورد هماتومترا وجود داشت.

۵ مورد آپاندیسیت همگی بعد از لاپاراتومی تشخیص گذاشته شدند. گروه سنی افراد ۱۰ تا ۲۵ سال بود. به طور کلی از ۱۴۸ بیمار با شکم حاد تحت مطالعه در ۷۲/۳٪ موارد تشخیص قبل و بعد از جراحی مطابقت داشت و ۲۷/۷٪ موارد عدم تطابق مشاهده شد (جدول شماره ۲).

بحث

در این مطالعه سن ۸۰٪ بیماران زیر ۴۰ سال قرار دارد که با سایر مطالعات مطابقت دارد. علل ژنیکولوژی از جمله EP شایع‌ترین علت شکم حاد جراحی در زنان سنین ۱۵ تا ۴۵ می‌باشد. بعضی از علل ژنیکولوژی مانند EP و کیست‌های تخمدانی ارتباط نزدیکی با سیکلهای قاعدگی دارند. لذا شیوع شکم حاد جراحی در محدوده سنی تولید مثل مورد انتظار است [۶].

جدول شماره ۲. تطابق تشخیص قبل و بعد از لاپاراتومی بر حسب علل شکم حاد

علت	مثبت کاذب درصد	منفی کاذب درصد	درصد تطابق
EP	۱۹/۶	۱۰/۲	۸۹/۸
پارگی کیست تخمدان	۳۸/۸	۳۷	۶۲/۸
پیچش کیست تخمدان	۲۵	۲۲/۲	۷۷/۷
PID	صفر	۷۵	۲۵
توده های غیر تخمدانی	۶۰	۳۲	۶۶/۶
آبسه های لگنی	صفر	۲۸	۷۱/۴
هماتومترا	صفر	صفر	۱۰۰
مسایل روده ای	۱۰۰	۱۰۰	صفر
آپاندیسیت	صفر	۱۰۰	صفر

بررسی نشان داد شایع‌ترین علت جراحی، حاملگی خارج رحمی بوده و بعد از آن پیچش کیست تخمدان قرار دارد که مشابه سایر بررسی‌های انجام گرفته است [۸]. در مطالعه انجام گرفته در اصفهان که از نظر تعیین درصد علل شکم حاد در زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی به عمل آمده است، حاملگی خارج رحمی، پارگی کیست تخمدان، چرخش لوله تخمدان و علل ناشناخته با ۴۸٪، ۳۱٪، ۶٪ و ۳٪ به ترتیب شایع‌ترین علل بودند. در این بررسی شایع‌ترین بیماری که قبل از جراحی تشخیص داده نشده است آپاندیسیت می‌باشد [۱].

در بررسی به عمل آمده در ژاپن در ۱۰۰ مورد شکم حاد، حاملگی خارج رحمی ۸ مورد، آپاندیسیت ۳۱ مورد، کوله سیستیت ۱۹ مورد، کیست تخمدانی ۱۲ مورد، آمپیم کیسه صفرا ۴ مورد، انسداد روده ۲ مورد و بقیه سایر علل گزارش شده‌اند. سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی دارند [۹].

در مطالعه حاضر به طور متوسط ۷۶٪ تطابق قبل و بعد از عمل وجود داشت که در مقایسه با سایر بررسیها اختلاف معنی داری مشاهده نمی‌شود با توجه به عوارض لاپاراتومی در غالب مراکز درمانی پیشرفته در حال حاضر جهت ارزیابی بیماران مراجعه کننده با شکم حاد لاپاراسکوپی مقدم بر لاپاراتومی بوده و حتی غالب موارد اقدامات درمانی با لاپاراسکوپی به عمل می‌آید.

در مطالعه لوپز و همکاران ۸۰٪ اقدامات درمانی با لاپاراسکوپی انجام گرفته است. در این مطالعه سه تشخیص حاملگی خارج رحمی، پارگی کیست تخمدان و پیچش کیست تخمدان علیرغم اینکه شایع‌ترین علل شکم حاد می‌باشند به ترتیب با ۱۰٪، ۳۷٪، ۲۲٪ منفی کاذب رقم قابل توجهی را نشان میدهند و لزوم دقت کافی در این موارد ضرورت دارد [۱۰].

در مطالعه انجام گرفته در ۱۱۰ مورد شکم حاد برای بررسی مقایسه دقت تشخیص کلینیکی با

لاپاراسکوپی در شکم حاد در زنان سن باروری در ۲۴ ساعت اولیه ورود اختلاف معنی داری نشان نداد ولی روزهای بستری بیمارستان در گروه لاپاراسکوپی کمتر بود [۵].

جهت افزایش تشخیص قبل از عمل استفاده از MRI به خصوص در زنان حامله در مطالعات مختلف توصیه شده است. استفاده از لاپاراسکوپی کمک شایانی به تشخیص و کاهش عوارض لاپاراتومی خواهد نمود [۱۱ و ۷].

با توجه به نتیجه این مطالعه EP باید به عنوان شایع‌ترین علت شکم حاد در زنان در نظر گرفته شود و با علم بر اینکه بیشترین خطای تشخیص در مورد آپاندیسیت مشاهده شده است. در نظر داشتن آپاندیسیت به عنوان تشخیص مهم باید مد نظر متخصصان زنان قرار گیرد. در صورت امکان استفاده از MRI به خصوص در زنان حامله جهت تشخیص آپاندیسیت و لاپاراسکوپی به عنوان اولین اقدام در اکثر موارد، نتیجه را به نفع افزایش دقت تشخیص قبل از عمل تغییر خواهد داد.

منابع

- 1) مستاجران فاطمه. بررسی علل لاپاراتومی شکم حاد در بخش زنان و مامایی مجله دانشکده پزشکی اصفهان. سال هفدهم شماره ۵۴ بهار ۱۳۷۸، صفحات ۷۴-۷۶.
- 2-Ocket D, Berget HK. Acute abdomen. Springer gyn 2002, 35(4): 336-39.
- 3-Simen HP, Ducurtins M, Brutsch HP. Emergency hospitalization non-accidental pain. Helv Chir Acta 1991 May; 57(60): 957-60.
- 4-Sivanesaratum V. The acute abdomen and the obstetricin. Clin Gynecol 2000 Feb; 14(1): 89-102.
- 5-Gaitan H, Angel E, Sanchez J. Laparoscopy diagnosis of acute lower abdomen pain in women of reproductive age. Int J Gynecol

obstet 2002 Feb; 76(2): 58-149.

6-Guy IB. Hand book of Obstetric and Gynecologic Emergencies 2th ed. Philadelphia:

Lippincott Williams and Wilkins 2001: 125-35.

7-Castero MA, Thomas D. The use of helical computed tomography in pregnancy for diagnosis of acute appendicitis. A J of Obstet and Gynecolog 2001 April; 184(5): 954-7.

8-Jonathan S. Novalks Gynecol 12th ed. London: Williams and Wilkins; 1996: 399-405.

9-Ahmad TA, Shelbaya E. Experience of

laparoscopic management in 100 patients with acute abdomen. Hepatogastroenterol 2001 May-Jun; 48(39): 733-6.

10-Lopez RE, Gutierrez GV, Barron VJ. Diagnostic and therapeutic usefulness of laparoscopic surgery in acute abdomen of gynecologic origin. Gynecol Obstet Mex 1998 Sep; (66): 377-80.

11-Cohen SB, Weiz B, Seidman DS. Accuracy of the preoperative Diagnosis in 100 Emergency Laparoscopies performed due to acute abdomen in non pregnant women. J Am assoc Gynecol Laparoscop 2001 Feb; 8(1): 92-4.