آپاندیسیت مزمن در بیماری با 15 سال درد شکمی

بیژن خراسانی[1]، عبدالرحیم قلی زاده پاشا[2]
1- استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
2- استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

یافته / دوره نهم / شماره 1 / بهار 86 / مسلسل 31

چکیده

دریافت مقاله: 85/11/10، ***پذیرش مقاله***: 86/1/23

Ø مقدمه: آپاندیسیت حاد یک بیماری شناخته شده است که تمامی کادر درمانی به نوعی از آن آگاهی دارند اما آپاندیسیت مزمن حتی در نزد بسیاری از پزشکان ناشناخته و گاهی به سختی به آن باور دارند. اگر چه تعداد بیماران مبتلا به آپاندیسیت مزمن در مقابل مبتلایان به آپاندیسیت حاد بسیار کم است اما نباید به واسطه شیوع کم بیماری، از آن غافل بود.

علائم بالینی این بیماران شامل دردهای شکمی مزمن، طولانی مدت وعود شونده که بیشتر در ناحیه ربع تحتانی وراست شکمی است ودر اقدامات پاراکلینیکی عمده بیماران (ادرار، مدفوع و سونوگرافی شکم ولگن) نکته پاتولوژیکی خاصی وجود ندارد. دراین گونه بیماران درصورت تشخیص آپاندیسیت مزمن وآپاندکتومی علائم بیماران برطرف وبیماران بهبودی می یابند.

Ø معرفی مورد: بیمار، مرد 57 ساله ایی بود که حدود 15 سال از درد شکمی مزمن درناحیه ربع تحتانی راست شکم شکایت داشت ودرتمامی اقدامات تشخیصی نکته پاتولوژیکی یافت نشده بود ولی باتشخیص آپاندیسیت مزمن تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرارگرفت و بهبودی کامل حاصل نمود.

Ø بحث و نتیجه گیری: در بیمارانی که از درد شکمی طولانی و مزمن خصوصاً در ناحیه ربع تحتانی راست شکم شکایت دارند، باید به فکر آپاندیسیت مزمن بود.

Øواژه های کلیدی: آپاندیسیت مزمن، درد شکمی، آپاندکتومی

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی، گروه بالینی
پست الکترونیک: bkhorasany@hotmail.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-16]

مقدمه

درد شکمی یک شکایت شایع در طب داخلی و جراحی است. درواقع وجود پاتولوژی در ارگانهای شکمی وحتی لگن و ارگانهای سینه ای می تواند منجر به درد شکمی گردد.(1)

با دقت درشرح حال ومعاینه بالینی و بدنبال اقدامات پاراکلینیکی می توان تشخیص افتراقی رامحدود نمود. نهایتاً درد شکمی جراحی را از درد شکمی داخلی تمیز داد. درطب جراحی شایعترین علت شکم حاد جراحی، آپاندیسیت حاد می باشد (2).

اما یکی از بیماریهای با فراوانی اندک که بیماران از دردهای مزمن وطولانی وعود شونده رنج می برند آپاندیسیت مزمن است که عمدتاً به موقع تشخیص داده نمی شود. در مطالعات ساورین و همکارانش از 225 بیماری که تحت عمل آپاندکتومی قرار گرفته بودند 16 بیمار (7%) آپاندیسیت مزمن داشتند (3).

در مطالعه دیگری در بیمارستان جان هاپکیز 9 بیمار با آپاندیسیت مزمن گزارش شد (7 بیمار مونث و2 بیمار مذکر) که درد در تمام بیماران پس از عمل آپاندکتومی رفع شده بود (4).

آپاندیسیت مزمن بیماری ناشایعی است که غالباً تشخیص داده نمی شود ودرصورت تشخیص درست آن درد بیماران بدنبال آپاندکتومی از بین می رود وبیماری درمان می شود.

معرفی مورد

بیمار آقای 57 ساله ای بود که با شکایت درد شکمی به درمانگاه مراجعه کرده بود در شرح حال اظهار می داشت این درد از 15سال پیش شروع شده که بیشتر درناحیه ربع تحتانی شکم[1] بوده و این درد با تهوع واستفراغ همراه نبوده و با سیری و گرسنگی نیز ارتباطی نداشته است. سابقه بیماری خاصی از قبیل ناراحتی گوارشی ومعده ودوازدهه را متذکر نبود. این فرد بیماری زمینه ای نیز نداشته و سابقه کاهش وزن رانیز نشان نمی داد. در معاینه فیزیکی در سروگردن وقفسه صدری واندامها و مخاط ها مشکلی مشاهده نگردید. مخاط رنگ پریده[2] وایکتریک نبود. در معاینه شکمی، شکم نرم بود فقط تندرنس مختصر شکمی خصوصاً در RLQ داشت توده اورگانومگالی هم وجود نداشت. درتوشه رکتال هم نکته پاتولوژیکی یافت نشد.

دراقدامات تشخیصی انجام شده (شمارش سلولهای خونی[3]، آزمایش مدفوع[4]، آزمایش ادرار[5]، تستهای کبدی، تست اوره از معده،...) نکته خاصی وجود نداشت و همه نرمال بودند. سونوگرافی کل شکم، لگن و کلیه ها هم طبیعی بود. ضمن نرمال بودن آندوسکوپی قسمت فوقانی دستگاه گوارش[6] جهت بررسی بیشتر برای بیمار درخواست باریم انجام شد که یافته خاصی دررکتوم کولون صعودی وعرضی ونزولی وجود نداشت. اما آپاندیس توسط باریم پر نشده ودرگرافی آپاندیس دیده نشد که نهایتاً باتشخیص آپاندیسیت مزمن تحت عمل لاپاراسکوپی تشخیصی قرار گرفت. ضمن بررسی کل شکم ولگن مشکلی وجود نداشت اما درناحیه RLQ مختصری چسبنده گی بهمراه وجود فکالوم داخل آپاندیس دیده شدکه حین لاپاراسکوپی تحت آپاندکتومی قرارگرفت. بیمار روز دوم رژیم غذایی راتحمل نمود و سپس باحال عمومی خوب مرخص شد و ضمن پیگیری (از روز بعد عمل تاسه ماه) علائم ودرد بیمار نیز رفع شد ودیگر مشکل قبلی رامتذکر نبود.

بحث

درد شکمی اصلی ترین علامت آپاندیسیت حاد و مزمن می باشد. در آپاندیسیت حاد، درد عمدتاً از اپیگاستر شروع شده و نهایتاً درناحیه RLQ لوکالیزه میشود که با بی اشتهایی وتهوع واستفراغ نیز همراه است. درمعاینه فیزیکی تندرنس و ریباندتندرنس درناحیه RLQ از یافته های شایع است. در بررسیهای آزمایشگاهی، 90% کلوستیوز (سلولهای سفید خون) وافزایش پلی مورفونوکلئر دارند.

1. RLQ
2. Pale
3. CBC با dia
4. Stool exam
5. U/A
6. Upper GL

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-16]

درطی چند ساعت علائم بیمار تشدید یافته و لذا تشخیص آپاندیسیت حاد محرز تر میشود. اگر چه هیچ چیز ساده تر ودرحین حال مشکل تر از تشخیص آپاندیسیت حاد نیست نهایتاً پس از تشخیص آپاندیسیت حاد، درمان این بیماران آپاندکتومی میباشد. درصورت عدم تشخیص به موقع وتاخیر در درمان، عوارضی چون پرفوراسیون آپاندیس وحتی مرک ومیر بیمار را تهدید خواهد نمود. (5)

از طرفی عدم مراجعه به موقع وبعضاً مصرف داروهای مسکن وآنتی بیوتیک احتمال بروز عوارض رابیشتر خواهد کرد (6، 7). بروز عوارض در دو طیف سنی (پیران واطفال) نیز بیشتر است (7، 8).

این بیماری به علت شیوع وعلائم آن یک بیماری شناخته شده میباشد اما آپاندیسیت مزمن مانند آن شناخته شده نمی باشد (3).

برخلاف بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد بیماران مبتلا به آپاندیسیت مزمن از دردهای مزمن شکمی که از هفته ها تا سالها هم طول می کشد، از آن رنج می برند. درد ها خیلی شدید نبوده وپیش رونده نمی باشند ومحل این درد عمدتاً مانند بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد در RLQ میباشد.

معمولاً این بیماران تحت معاینات مکرر وطولانی مدت وتحت اقدامات تشخیصی مختلف (آزمایش خون، ادرار، مدفوع، گرافی شکم و....) قرار میگیرند ونکته خاصی حاصل نمیشود.همچنین برای برخی از بیماران درخواست باریم انجام میشود که تمام روده بزرگ از باریم پرشده ومشکلی ندارد. ولی اگر آپاندیس نیز از باریم پرشود تشخیص آپاندیسیت مزمن رد می شود. در صورتیکه آپاندیس از باریم پر نشود که دراین گونه بیماران باید به فکر آپاندیسیت مزمن بود. (9)

این بیماران عمدتاً تحت درمانهای گوناگون نیز قرار می گیرند ولی درد بیماران رفع نمی شود. لذا باید آپاندیسیت مزمن مد نظر باشد.

درصورت تشخیص ومحرز شدن آپاندیسیت مزمن، بیماران پس از عمل آپاندکتومی احساس بهبودی می نمایند وعلائم آنها نیز رفع می گردد (10).

در بیمار معرفی شده پس از تشخیص آپاندیسیت مزمن وعمل آپاندکتومی، علائم بیمار کاملاً رفع شد. حین جراحی وجود تورمی داخل آپاندیس ودر وسط آن مشخص بود که پس از آپاندکتومی، آپاندیس لمس شد که تورم مذکورسنگ فکالیتی بود ونهایتاً وجودسنگ فکالیتی وآپاندیسیت مزمن توسط پاتولوژیست نیز تائید گردید.

نتیجه گیری

باطرح این مورد باید در بیمارانی که از درد شکمی طولانی خصوصاً درناحیه RLQ شکایت دارند به فکر آپاندیسیت مزمن بود ودر دردهای مزمن شکمی این بیماری رامانند سایر بیماریها مد نظر قرار داد و باپرهیز از انکار آن ضروری است درلیست تشخیص های افتراقی قرار گیرد. درصورتی که در اقدامات تشخیصی به نتیجه ایی نرسیدیم خصوصاً اگر در باریم انما آپاندیس از باریم پر نشود باید تشخیص آپاندیسیت مزمن را پذیرفت. درصورت تشخیص آپاندیسیت مزمن، و درمان آن علائم بیماری و درد شکمی از بین می رود. از طرفی با این اقدام از مصرف بی رویه دارو وهزینه های تشخیصی مکرر اجتناب شده وشکایت بیمار نیز مرتفع می شود.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-16]

References

1. Steven M, William j. Abdominal pain in: Internal Medicine, 2nd ed, USA. 1998: 11-25
2. Rosemary A, Roslyn KT. The Appendix in: Schwartz. principles of surgery. 7th ed. stors. 1999: 1383-1387
3. Savrin RA, Clausen K, Martin EW JR, Cooperman M.Chronic and Recurrent Appendicitis. Am J Surg. 1979; 137(3): 355-357
4. Mattei P, Soal JE, Yeo EJ. Chronic and Recurrent Appendicitis. JAM coll surg. 1994; 178(4): 385-389
5. Richard A, Prinz A, James A. Madora I. Appendicitis and Appendiceal Abscess. In: Bocker RJ, Fischer JE. Mastery of surgery. 4th ed. Lippioncott.Williams & Willkins. 2001: 1460
6. Pittman W. Appendicitis: Why so complicated? A nalusis of 5755 consecutive Appendectomies, Am surg. 2000; 66(6): 548-54
7. Redmond JM, Smith GW, Wilasrusmee C, Kittur DS. Calculation of halftime for perforation. Am surg 2002; 68(7): 593-597
8. Bratton SL, Haberkern CM, Waldhausen JH. Acute Appendicitis risks of complication, Pediatric 2000; 106 (1pt 1): 75-78
9. Lavrence W, Way MD. Appendix in Current. Surgical Diagnosis & Treatment, 9th ed. California. 1991: 604
10. Leardi S, Delmonaco S, ventura T, chiominto A. Recurrent abdominal pain chronic appendicitis.Minerva chir. 2000; 55(1-2): 39-44

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-16]