





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اراک

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای تخصصی در رشته جراحی عمومی

عنوان :

بررسی تأثیر پتدین در تغییرات معاینه بالینی در بیماران

مشکوک به آپاندیسیت حاد

استاد راهنما :

دکتر محمود امینی

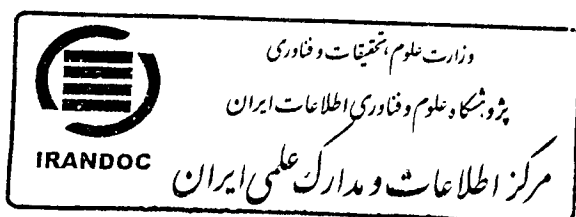
(فوق تخصص جراحی قفسه صدری ، استادیار دانشگاه)

نگارش و پژوهش :

دکتر صادق خدام

(دستیار تخصصی جراحی عمومی)

سال تحصیلی ۸۹-۸۸



۱۵۰۵۶۰

۱۳۸۹/۱۰/۲۰



آئین نامه بهره برداری از پایان نامه های دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه های تحصیلی، مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، اساتید راهنما و دانشجویان نسبت به رعایت موارد زیر متمهت می شود:

- ۱- در صورت اقدام به چاپ پایان نامه خود، مراتب را قبلا به شورای پژوهشی دانشکده اطلاع دهید.
- ۲- استفاده از کلیه حقوق مادی و معنوی که پایان نامه متضمن آن است (اعم از درج پایان نامه به صورت منقح یا کتاب یا منافع مالی حاصل از کشف یا استخراج ماده یا ساخت دستگاه جدید و اتخاذ روشی نوین و خاص) برای استاد راهنما، استاد مشاور و دانشجو به صورت مشترک محفوظ است.
- تبصره: ذکر اسامی در مواردی مثل چاپ مقاله، کتاب و ... به ترتیب شامل استاد راهنما، استاد مشاور و دانشجو می باشد مگر آن که توافق کتبی دیگری صورت گرفته باشد.
- ۳- دانشجو و استاد راهنما هنگام آرایه پایان نامه در سایر مجامع علمی و پژوهشی موظف به درج این مطلب می باشد که این پایان نامه در دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است در غیر این صورت حق هر گونه پی گیری بعدی برای دانشگاه محفوظ خواهد بود.
- ۴- مسئولیت کلیه مطالب مندرج در پایان نامه و کلیه حقوقی که انعکاس نتایج پایان نامه متضمن آن است به عهده استاد راهنما می باشد.
- ۵- دانشگاه برای انتشار نتایج پایان نامه، درج اسامی و عناوین، با رعایت حقوق مولفین، در هر جایی که صلاح باشد مجاز است.
- ۶- مواردی که در این آیین نامه ذکر نگردیده است، با صلاحدید شورای پژوهشی دانشگاه یا دانشکده تصمیم گیری و اجرا خواهند شد.

اینجانب *دکتر محمدعلی...* دانش آموخته دسیاری... تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده ام ملتزم می شوم.

تاریخ و امضاء

۱۳۹۲/۲/۲

اینجانب *دکتر محمدعلی...* استاد راهنمای پایان نامه *...* تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده ام ملتزم می شوم.

تاریخ و امضاء

۱۳۹۲/۲/۲

اختصارات

AAA: Acute Abdominal pain	درد حاد شکمی
HIV : Human Immonodeficiency Virus	ویروس نقص ایمنی انسان
CMV : Cytomegalovirus	سیتومگالوویروس
VAS : Visual Analog scale	خط کش اندازه گیری
EBM : Evidence Based medicine	جستجوی طبی
CT Scan: Computed Tomography scan	تصویر برداری کامپیوتری
GnRH : Gonadotropin Related Hormone	هورمون وابسته به گناد
Mg : Milligram	میلی گرم
Kg : Kilo gram	کیلوگرم
mmHg : Millimeter Hg	میلی متر جیوه
Ed : Emergency Department	بخش اورژانس
RLQ : Right Lower Quadrant	ناحیه راست و تحتانی شکم
LLQ: Left Lower Quadrant	ناحیه چپ و تحتانی شکم

چکیده فارسی

عنوان: بررسی تاثیر پتدین در تغییرات معاینه بالینی در بیماران مشکوک به آپاندیسیت حاد

استاد راهنما: دکتر محمود امینی، فوق تخصص قفسه صدری، استادیار دانشگاه

اساتید مشاور: دکتر شعبانعلی علیزاده، متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه

دکتر علی سیروس، متخصص اورولوژی، استادیار دانشگاه

دکتر محمد رفیعی (دکترای آمار، استادیار دانشگاه)

دکتر اکبر حسن پور (متخصص پاتولوژی)

نگارش و پژوهش: دکتر صادق خدام

مقدمه:

تزریق داروهای ضد درد در بیماران با درد حاد شکم مشکوک به آپاندیسیت حاد

کنتر اورسیه می باشد. در این مطالعه اثر پتدین بر تغییرات معاینه بالینی بیماران مشکوک به

آپاندیسیت حاد ارزیابی شد.

روش کار:

این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی دوسوکورد در گروه سنی ۱۶ تا ۵۸ سال در اورژانس بیمارستان ولی عصر اراک از تاریخ ۸۷/۵/۱ لغایت ۸۸/۴/۱ انجام شد. بیماران با درد شکم مشکوک به آپاندیسیت حاد که کاندید عمل جراحی آپاندکتومی می شدند بصورت تصادفی پتدین با دوز 1mg/kg یا نرمال سالین در عرض ۵ دقیقه دریافت کردند. بیمار قبل و نیم ساعت بعد از تزریق دارو معاینه شد و در فرم استاندارد ثبت می شد شدت درد بر اساس VAS قبل و نیم ساعت بعد از تزریق دارو اندازه گیری شد.

نتایج:

از بین ۱۰۶ بیمار که وارد مطالعه شدند ۵۳ بیمار پتدین دریافت کردند ۵۳ بیمار نرمال سالین دریافت کردند. اختلاف واضحی از نظر سن، جنس و VAS اولیه در بین دو گروه مشاهده نشد. تزریق پتدین باعث تغییر واضحی در معاینه بالینی و تشخیص و تأخیر عمل جراحی نشد. کاهش شدت درد بر اساس VAS در گروه دریافت کننده پتدین بیشتر از گروه پلاسبو بود. مقدار کاهش VAS در حدود ۲۷ میلی متر بود. عوارض جانبی در هر دو گروه مشاهده نشد.

نتیجه گیری:

مطالعه مانشان داد پتدین می تواند باعث کاهش شدت درد در بیماران مشکوک به آپاندیسیت حاد بدون تغییر یافته های فیزیکی وبدون تاخیر در تشخیص شود.


واژگان کلیدی:

پتدین، پلاسبو، VAS، درد حاد شکم، آپاندیسیت حاد



تقدیم به:

« پدر و مادر مهربانم که توفیق خود را نتیجه راهنمایی‌ها، زحمات، فداکاریها و دعای خیر ایشان می‌دانم و همچنین همسر عزیزم و برادران دلسوزم که با صبر و حوصله مرا در تهیه و تنظیم این پایان نامه یاری دادند. باشد که قطره‌ای از دریای بی‌کران محبت هایشان را سپاس گفته باشم. »



سپاسگزاری:

منت خدای را عزوجل که طاعتش موجب قربت است و به شکر اندرش مزید نعمت. هر نفسی که فرو می رود بمد حیات است و چون بر آید مفرح ذات. پس در هر نفس دو نعمت است و بر هر نعمت شکری واجب تا از دست و زبان که بر آید که از عهده شکرش به در آید.

از اساتید فرهیخته آقایان دکتر محمود امینی، دکتر شعبانعلی علیزاده، دکتر علی سیروس، دکتر محمد رفیعی و دکتر اکبر حسن پور سپاسگزار و قدردانم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول : مقدمه
۲	۱-۱- بیان مسئله
۸	۲-۱- کلیات
۸	۱-۲-۱- آپاندیس
۸	۱-۱-۲-۱- آناتومی و عملکرد :
۱۱	۲-۱-۲-۱- بروز :
۱۲	۳-۱-۲-۱- علت و پاتوژنز :
۱۳	۴-۱-۲-۱- باکتریولوژی :
۱۴	۵-۱-۲-۱- تظاهرات بالینی :
۱۴	۱-۵-۱-۲-۱- علائم :
۱۵	۲-۵-۱-۲-۱- نشانه‌ها :
۱۷	۶-۱-۲-۱- یافته‌های آزمایشگاهی :
۱۷	۷-۱-۲-۱- مطالعات تصویربرداری :
۲۱	۸-۱-۲-۱- پارگی آپاندیس :
۲۳	۹-۱-۲-۱- آپاندیسیت حاد در افراد کم سن :
۲۳	۱۰-۱-۲-۱- آپاندیسیت حاد در افراد مسن :
۲۴	۱۱-۱-۲-۱- آپاندیسیت حاد در طی دوران بارداری :
۲۵	۱۲-۱-۲-۱- آپاندیسیت در بیماران مبتلا به ایدز یا عفونت HIV :

- ۲۶.....: ۱-۲-۱-۱۳- تشخیص افتراقی
- ۲۷.....: ۱-۲-۱-۱۳- آدنیت حاد مزانتز
- ۲۸.....: ۱-۲-۱-۱۳- گاستروآنتریت حاد
- ۲۸.....: ۱-۲-۱-۱۳- بیماریهای دستگاه ادراری تناسلی مردان
- ۲۹.....: ۱-۲-۱-۱۳- دیورتیکولیت مکل
- ۲۹.....: ۱-۲-۱-۱۳- انواژیناسیون
- ۲۹.....: ۱-۲-۱-۱۳- انتریت کرون
- ۲۹.....: ۱-۲-۱-۱۳- زخم پپتیک سوراخ شده
- ۲۹.....: ۱-۲-۱-۱۳- ضایعات کولونی
- ۳۰.....: ۱-۲-۱-۱۳- التهاب زوائد اپی پلوئیک
- ۳۰.....: ۱-۲-۱-۱۳- عفونت دستگاه ادراری
- ۳۰.....: ۱-۲-۱-۱۳- سنگ حالب
- ۳۱.....: ۱-۲-۱-۱۳- پربتونیت اولیه
- ۳۱.....: ۱-۲-۱-۱۳- پورپورای هنوخ- شوئن لاین
- ۳۱.....: ۱-۲-۱-۱۳- یرسینیوز
- ۳۱.....: ۱-۲-۱-۱۳- بیماریهای ژنیکولوژیک
- ۳۲.....: ۱-۲-۱-۱۳- بیماریهای التهابی لگن
- ۳۳.....: ۱-۲-۱-۱۴- درمان
- ۳۳.....: ۱-۲-۱-۱۴- آپاندکتومی باز
- ۳۴.....: ۱-۲-۱-۱۴- لاپاروسکوپی

۲۵..... ۲-۲-۱ مسکن‌ها

۲۵..... ۱-۲-۱-۱ مسکن‌های مخدر (مواد افیونی):

۳۸..... ۱-۱-۲-۲-۱ پتدین یا مپریدین:

۳۹..... ۲-۱-۲-۲-۱ تریاک:

۳۹..... ۳-۱-۲-۲-۱ هروئین:

۴۰..... ۴-۱-۲-۲-۱ کدئین:

۴۰..... ۵-۱-۲-۲-۱ مورفین:

۴۰..... ۲-۲-۲-۱ مواد شبه افیونی:

۴۲..... ۳-۱ اهداف

۴۲..... ۱-۳-۱ هدف کلی

۴۲..... ۲-۳-۱ اهداف ویژه

۴۲..... ۳-۳-۱ اهداف کاربردی

۴۳..... ۴-۱ سوالات

۴۳..... ۵-۱ تعریف واژه‌ها

فصل دوم: بررسی متون

۴۶..... ۱-۲ مروری بر مطالعات

فصل سوم: مواد و روش کار

۴۹..... ۱-۳ روش پژوهش

۲-۳- جدول متغیرها..... ۵۲

۳-۳- ملاحظات اخلاقی..... ۵۴

فصل چهارم : یافته‌ها

۱-۴- نتایج..... ۵۶

۲-۴- جداول و نمودارها..... ۵۸

فصل پنجم : بحث و نتیجه‌گیری

۱-۵- بحث و نتیجه‌گیری..... ۷۴

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵۸.....	جدول ۱-۴ : مقایسه شدت درد بر اساس vas.....
۵۹.....	جدول ۲-۴: مقایسه درجه بندی شدت تندرns در دو گروه پتدین و پلاسبو قبل از تزریق دارو.....
۶۰.....	جدول ۳-۴: مقایسه درجه بندی شدت ریband تندرns در دو گروه پتدین و پلاسبو قبل از تزریق دارو.....
۶۱.....	جدول ۴-۴ : مقایسه درجه بندی علامت ابثوراتور قبل از تزریق دارو در گروه پتدین و پلاسبو.....
۶۲.....	جدول ۵-۴ : مقایسه درجه بندی علامت پسواس در دو گروه پتدین و پلاسبو قبل از تزریق دارو.....
۶۳.....	جدول ۶-۴ : مقایسه درجه بندی علامت روزینگ قبل از تزریق دارو در دو گروه پتدین و پلاسبو.....
۶۴.....	جدول ۷-۴ : مقایسه درجه بندی علامت سرفه در بین دو گروه پتدین و پلاسبو قبل از تزریق دارو.....
۶۵.....	جدول ۸-۴ : مقایسه درجه بندی شدت تندرns در دو گروه پتدین و پلاسبو نیم ساعت پس از تزریق.....
۶۶.....	جدول ۹-۴ : مقایسه درجه بندی شدت ریband تندرns در دو گروه پتدین و پلاسبو نیم ساعت پس از تزریق.....

فهرست جداول

- جدول ۴-۱۰: مقایسه درجه بندی علامت اوبتراتور در دو گروه پتدین و پلاسبو پس از تزریق دارو ۶۷
- جدول ۴-۱۱: مقایسه درجه بندی شدت علامت پسواس نیم ساعت بعد از تزریق دارو در دو گروه پتدین و پلاسبو ۶۸
- جدول ۴-۱۲: مقایسه درجه بندی شدت علامت روزینگ نیم ساعت پس از تزریق دارو در دو گروه پتدین و پلاسبو ۶۹
- جدول ۴-۱۳: مقایسه درجه بندی شدت علامت سرفه نیم ساعت پس از تزریق دارو در دو گروه پتدین و پلاسبو ۷۰
- جدول ۴-۱۴: مقایسه رضایتمندی بیماران در دو گروه پتدین و پلاسبو بعد از تزریق دارو ... ۷۱
- جدول ۴-۱۵: مقایسه شدت متوسط درد بر اساس vas قبل و بعد از تزریق دارو ۷۲

فصل اول

مقدمه

۱-۱- بیان مسئله

از همان زمانی که روش‌های مدرن جراحی سبب سهل الوصول شدن درمان‌های جراحی به بیماران گردید. شکم حاد جراحی همواره یکی از مباحث چالش بر انگیز برای جراحان بوده است. جراحان قبلاً تصور می‌کردند که تسکین درد بیماران ممکن است درد شکم را که یکی از بهترین علائم تشدید یا پیشرفت بیماری زمینه‌ای می‌باشد را بپوشاند^۱.

اولین بار جراحی به نام cope که بسیاری از روش‌های نوین جراحی را ابداع نمود، در کتابی که جهت آموزش روش‌های جراحی تالیف کرده بود اظهار داشت که باید از تجویز مخدرها و مسکن‌ها در بیماران دچار درد شکمی اجتناب نمود^۳. این عقیده تا کنون عقیده غالب در میان جراحان بوده است و جراحان از تجویز مخدرها به بیماران درد شکمی اجتناب می‌کنند. ولی در مطالعات انجام شده تا اندازه‌ای توصیه شده است که تجویز مخدر تاثیری بر روی تشخیص و نحوه درمان بیماران مبتلا به شکم حاد، مشکوک به آپاندیسیت ندارد^۴.

با توجه به اینکه کاهش درد بیماران سبب کاهش اضطراب و افزایش تحمل خود بیمار و همراهان بیمار می‌شود و همین‌طور سبب اختلال در معاینه بالینی و تشخیص بیماران مشکوک به آپاندیسیت نمی‌شود، به نظر می‌رسد که انجام مطالعات بیشتر جهت تأیید بی‌ضرر بودن تجویز مسکن‌ها در بیماران مشکوک به آپاندیسیت ضروری باشد^۴.

در گذشته بسیاری از پزشکان در مورد تجویز داروهای مسکن و مخدرها به بیماران دچار درد حاد شکمی اکراه داشته‌اند نمونه‌های این عدم تمایل را می‌توان در توصیه‌های

Cope در سال ۱۹۲۱ در کتاب خود آورده است، مشاهده کرد^۳. دکتر Cope یکی از مشهورترین جراحان زمان خود بود و اکیداً به همکاران و دانشجویان خود توصیه کرده بود که^۵ از تجویز هر نوع دارو و یا هر اقدامی که سبب پوشاندن یافته‌های بالینی بیماران دچار درد شکمی می‌شوند خودداری کنند^۳.

مسکن‌هایی نظیر مورفین از دید دکتر Cope ممکن است سبب اختلال در تشخیص بیماری شود و در نتیجه تأخیر در انجام اقدام جراحی در وقت مناسب بشود چنین نظریه‌ای با توجه به اینکه به صورت فرضی احتمال می‌داد میزان مرگ و میر به دلیل تأخیر در جراحی افزایش می‌یابد توصیه به عدم استفاده از مخدر و مسکن در موارد درد حاد شکمی نموده است.

در دوران دکتر Cope زمانیکه هنوز تجویز آنتی بیوتیکها امکان پذیر نبود. ترس و واهمه از احتمال ایجاد آبسه و یا پرتوئیت بسیار زیاد بود. نگرانی دکتر Cope با توجه به شرایط تاریخی اوایل قرن بیستم بسیار معقول به نظر می‌رسد. تصویری که دکتر Cope در ذهن شاگردان و همکاران خود ایجاد نمود سبب شد که در متون مرجع جراحی نسل به نسل این تصور در مورد عدم مصرف مسکن‌ها انتقال یابد. پیشرفتهای درمانهای دارویی و جراحی در ۸۵ سال گذشته به طور مکرر در متون مرجع جراحی تألیف شده توسط دکتر Cope اعمال شد^۳ و به تدریج این نظریه اولیه که تجویز مسکنها می‌تواند تشخیص بیماری را به تأخیر بیندازد کم رنگ تر شده است. با وجود این هنوز این تصور غالب اکثر جراحان است که باید از تجویز مسکنها در بیمار مبتلا به درد شکم حاد جراحی اجتناب نمود. اگر چه اخیراً در ۱۰ بررسی انجام شده در کشور انگلستان که بصورت Clinicaltrial انجام شده بود. پیشنهاد شده بود که تجویز مسکنها و مخدرها در بیماران به درد شکم حاد بی خطر است (4-5).

ولی یافته‌های این مطالعات به هیچ وجه اتفاق نظر جهانی در مورد تجویز مسکنها به بیماران دچار شکم حاد جراحی را بر نیانگیخت. wolfe و همکاران کوشیدند پزشکان اورژانس را بر این معقوله و گزارشات متقاعد کنند که اگر چه ۸۵٪ پزشکان اورژانس عقیده دارند که دریافت مخدر یافته‌های معاینه پزشکی را تغییر نمی‌دهد. بیشتر آنها ۶۷٪ ترجیح می‌دهند کاربرد داروهای ضد درد را قبل از ارزیابی‌های جراحی بخاطر اینکه فکر می‌کنند دقت تشخیص به خاطر مختل کردن یافته‌های معاینه فیزیکی آسیب ببیند استفاده نکنند^۸ یک اشتباه عمده که در اورژانسها اتفاق می‌افتد ترس از تجویز مناسب و با دوز کافی مخدرها می‌باشد اغلب پزشکان و پرستاران در اورژانسهای بیمارستانها از تجویز با دوز مناسب مخدرها اجتناب می‌کنند. زیرا نگران تغییراتی هستند که ممکن است در علائم بالینی بیمار ایجاد شود تجویز دوز ناکافی مسکنها سبب می‌شود که علائم بیماری کاهش نیابد بر خلاف آنچه که تصور می‌شود بیماری که در اورژانس تحت نظر می‌باشد در صورت عدم کنترل علائم مانند درد بقرار می‌شود.

بیقراری بیمار و همراهان وی سبب می‌شود پذیرش اقدامات درمانی توسط بیمار کاهش یابد. بعلاوه سبب نارضایتی بیمار از محیط بستری خود می‌شوند و گاهی اوقات سبب می‌شود برای جلب توجه پزشک معالج خود علائم بالینی خود را بزرگ نمایی کند تا اقدام درمانی هر چه سریع تر برای وی صورت بگیرد و این بر خلاف هدفی است که ما از عدم تجویز مسکنها به بیماران مبتلا به درد حاد شکم داریم. لذا در بسیاری از موارد بیماری که درد وی به خوبی کنترل نشده است با بزرگنمایی علائم خود سبب می‌شود اقدامات جراحی بصورت اورژانسی برای وی صورت گیرد که شاید در صورت کنترل مناسب درد عمل جراحی به صورت Elective و در شرایط مناسب تری صورت می‌گرفت^{۱،۲}.

نتیجه این کار کاهش رضایتمندی بیماران و نیز افزایش هزینه‌های نیروی انسانی و کاهش کیفیت خدمات درمانی ارائه شده به بیماران میباشد. یک نگرانی دیگر در مورد تجویز مخدرها به بیماران دچار درد شکم حاد نگرانی در مورد ایجاد وابستگی به مخدرها در بیماران می‌باشد این طرز فکر اساساً دارای منشاء ذهنی می‌باشد زیرا تعریف وابستگی بر مبنای رفتارهای جستجو گرانه بیمار برای دریافت داروهای غیر قانونی تعریف می‌شود و نه نیاز به دریافت دارو برای تسکین علایم.

درد یک احساس رنج آور است و درد حادی که بهبود نیابد با عوارض متعدد جسمی، روحی و اقتصادی همراه است. اسپاسم غیر ارادی عضلات تنفسی باعث کاهش تهویه و افزایش تجمع ترشحات، آنکلتازی، اختلاف تهویه ریوی، استعداد ابتلا به پنومونی، افزایش سطح سرمی هورمون‌ها و اندوکراین که با توجه به درد رخ می‌دهد باعث افزایش غیر عادی احساس درد می‌شود. گلیکوکورتیزول، اکسیداسیون اسیدهای چرب آزاد، کاتابولیسم پروتئین، احتباس سدیم و آب و دفع ادراری پتاسیم و تغییر در فعالیت سیستم انعقادی و فیبرونولیتیک ثانویه به درد رخ می‌دهد. درد و اضطراب ثانویه به آن موجب بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، افسردگی، احساس ناامیدی و درماندگی می‌شود^(۱۲).

به همراهی درد و استرس روحی زجر گفته می‌شود احساسی که بیمار از درد تجربه می‌کند در صورت برخورد مجدد با همان شوک درد آور قبلی افزایش پیدا خواهد کرد^(۴).

درد تسکین نیافته باعث افزایش روزهای بستری، کاهش کارایی و از دست دادن درآمد بیماران و از دست دادن پوشش بیمه خواهد شد^(۵) درد حاد شکمی یکی از شایع ترین علل مراجعه به مراکز اورژانس می‌باشد و ۶/۴ درصد مراجعات اورژانس‌های جهان را تشکیل می‌دهد. ۱/۲۵ درصد بیماران بستری در سرویس جراحی عمومی با شکایت شکم حاد تحت نظر می‌باشد^(۷)

بطور روتین در اغلب موارد به علت ترس از تغییر یافته‌های بالینی و تغییرات تشخیصی و درمانی از تجویز مسکن به این بیماران خودداری می‌شوند و تا پایان بررسیهای تشخیص این افراد محکوم به تحمل درد و عوارض ثانویه به آن می‌باشند به این شرایط الیگوانستزیا به معنای عدم درمان مناسب درد می‌گویند. از سالهای دور کلیه متخصصین جراحی در مورد عدم تجویز داروهای کاهنده درد به بیماران مبتلا به شکم حاد توافق داشتند و هر نوع ضد دردی را به تعویق می‌انداختند. اولین بار achary Cope در سال ۱۹۲۱ تجویز مخدر به بیماران مبتلا به شکم حاد را خطرناک دانست و توصیه به عدم تجویز آن نمود^(3,30).

از آنجا که ۴۰ درصد موارد آپاندیس حاد در ابتدا فاقد تشخیص قطعی هستند تا کنون این روش چندان مورد اعتراض نبوده است ولی عقاید جدیدی که بین جراحان در حال گسترش است بیانگر این است که تجویز مخدر به این بیماران مانع تشخیص و یا باعث تأخیر در تشخیص نخواهد شد^(۱۱).

چند بررسی محدود در سالهای اخیر جهت تأمین شدت پوشانده شدن علایم، اختلال و تأخیر تشخیص با تجویز مخدرها انجام شده است^(۱۲) بسیاری از این مقالات دارای مشکلاتی از قبیل معیار ورود و خروج هتروژن (مجموعه مختلفی از تشخیصهای شکم مورد مطالعه شده است). کورسازی مطالعه، تعداد کم بیماران مورد مطالعه مصرف داروهای غیررایج جهت کنترل درد مورد شک قرار گرفته اند.

در مطالعاتی که اخیراً انجام شده است بعنوان مثال در مطالعه سال ۲۰۰۰ توسط wolf و همکارانش انجام شد، نتیجه گیری شد که اغلب پزشکان عقیده دارند که کنترل درد در بیماران مبتلا به درد حاد شکم سبب تأخیر تشخیص نمی‌شود. ولی در همین مطالعه هیچ کدام از همان پزشکان حاضر به تجویز مخدر قبل از تأیید تشخیص نبودند. بررسی‌های بعدی نشان دادند که