



١٥٥٢.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی استان مرکزی

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا در رشته پزشکی

موضوع

بررسی توزیع علل، علائم و نشانه های

شکم حاد جراحی در دویست بیمار مورد بررسی در

بیمارستان ولیعصر (عج) اراک

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمود امینی

فوق تخصص جراحی توراکیس

نگارش

علی جلیوند

سال تحصیلی ۷۳-۷۴



IRANDOC

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

پردیسگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران

مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

۱۵۰۵۲۰

۱۳۸۹ / ۱۰ / ۲۰

تقديم به مادر

با تشکر و سپاس از استاد عزیز جناب آقای دکتر محمودامینی
که با وجود مشکلات شغلی فراوان مسئولیت هدایت و ارشاد
اینجانب را در تهیه این پایان نامه پذیرفتند.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: مقدمات و بیان مسئله

۱	مقدمه
۲	درد شایسته‌ترین نشانه در شکم حاد
۴	آپاندیسیت
۹	انسداد روده
۱۷	بیماری گیجور تیکولی
۱۹	اختلالات عروقی در شکم حاد
۲۶	پریتونیت
۳۰	کله سیستیت حاد
۳۴	پانکراتیت حاد
۳۷	پرفوراسیون اولسر معده و دوازده
۴۰	بیماریهای شکمی همراه با علائم ادراری و تناسلی
۴۸	علل شکم حاد در خانمها
۵۶	ترومای شکم
۶۷	علل طبی
۷۴	خلاصه‌ای از پژوهش‌های قبلی

فصل دوم: متدولوژی

۷۸	طرح تحقیق
۷۸	حجم و روش نمونه برداری
۷۸	متغیرها
۷۹	ابزار اندازه‌گیری
۸۰	جمع‌آوری اطلاعات و سیستم نمره‌دادن

فصل سوم: تجزیه و تحلیل اطلاعات

جداول

	جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی و درصد بیماران
۸۱	مراجعه‌کننده با شکم حاد
	جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی و درصد بیماران
۸۲	مراجعه‌کننده با شکم حاد بر حسب سن

نمودارها

	شکل شماره ۱ - نمودار توزیع دویست بیمار مراجعه
۸۳	کننده با شکم حاد جراحی بر حسب جنس
	شکل شماره ۲ - هیستوگرام توزیع علل شکم حاد جراحی
۸۴	در دویست بیمار مورد بررسی
	شکل شماره ۳ - هیستوگرام توزیع فراوانی در دویست
۸۵	بیمار مراجعه‌کننده با شکم حاد جراحی بر حسب سن

۸۶	شکل شماره ۴ - هیستوگرام توزیع علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به آپاندیسیت
۸۷	شکل شماره ۵ - هیستوگرام توزیع علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به انسداد روده
۸۸	شکل شماره ۶ - نمودار توزیع علل انسداد روده در بین دویمست بیمار مورد بررسی با شکم حاد جراحی
۸۹	شکل شماره ۷ - هیستوگرام توزیع علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به سنگهای ادراری
۹۰	شکل شماره ۸ - هیستوگرام توزیع علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به کله‌سیستیت حاد
۹۱	شکل شماره ۹ - هیستوگرام توزیع علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به کیستهای تخمدان
۹۲	بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۱	خلاصه به زبان فارسی
۱۰۴	خلاصه به زبان انگلیسی
۱۰۷	منابع

فصل اول:

مقدمات و بیان مسئله

مقدمه

شکم حاد جراحی عبارت است از درد شکمی که بیش از ۶ ساعت از زمان شروع آن گذشته و در این میان نیازمند مداخله جراحی اورژانس می‌باشد.

شکم حاد جراحی از زمان‌های دور تاکنون همواره یک مسئله اصلی و مهم بوده و هست و در این میان سعی و تلاش همه اساتید فن در جهت بهبود روش‌های تشخیصی و درمان این قبیل بیماران قرار دارد، چراکه هرگونه اشتباه در تشخیصی و درمان این دسته از بیماران نتایج تاسف‌آوری را به همراه دارد و بدون شک هیچ پزشکی را نمی‌توان یافت که روز یا شبی را در یک مرکز اورژانس سپری کرده باشد و مریضی را با شکم حاد ملاقات ننموده باشد، از طرف دیگر تعداد زیاد مراجعه - کنندگان با شکم حاد جراحی پزشک را ملزم به فراگیری اطلاعات کافی در زمینه تشخیصی و درمان این قبیل بیماران می‌نماید.

با توجه به مسائل فوق این حقیر پسایان‌نامه‌ای را تحت عنوان بررسی توزیع علل، علائم و نشانه‌ها در دویست بیمار مراجعه‌کننده با شکم حاد جراحی ارائه نمودم و از طرف دیگر به بررسی متغیرهای کیفی و کمی جنس و سن در بروز شکم حاد جراحی مشغول گردیدم، بدین امید که نتایج این پایان‌نامه حداقل برای اینجانب مفید واقع شود.

شکم حاد جراحی همواره تشخیص‌های افتراقی متعددی را به همراه خود دارد که در این قسمت تا حد امکان سعی شده است که به بررسی علائم و نشانه‌ها و توزیع سن و جنس در هر یک از موارد تشخیصی‌های افتراقی شکم حاد با توجه به منابع علمی موجود پرداخته شود.

درد ثابتترین نشانه در شکم حاد

درد مهم‌ترین حسی است که انسانها به بیماری نسبت می‌دهند و اجتناب از درد یکی از قوی‌ترین انگیزه‌های انسانی محسوب می‌شود. در شکم حاد نیز که مداخله سریع جراحی را می‌طلبد درد به عنوان شایع‌ترین و ثابت‌ترین نشانه مطرح می‌باشد. لذا قبل از بررسی علل شکم حاد مختصری در ارتباط با انواع دردهای شکمی و چگونگی انتقال آن صحبت به میان می‌آید.

دردهای شکمی را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود:

الف) دردهای احشایی

گیرنده‌های احساسی این درد در داخل جدار ارگان‌های شکم قرار دارد و چهار دسته کلی تحریکات (کشش، پیچش، اتساع و مواد شیمیایی خاص) منجر به بروز درد می‌شود. دردهای احشایی همیشه از بیماری داخل شکم خبر می‌دهند، اما ممکن است نیازمند به عمل جراحی نباشند. این دردها، دردهایی بوده مبهم، متناوب و نامشخص که توسط رشته‌های عصبی C به آرامی منتقل می‌شود.

ب) دردهای سوماتیک

این دردها حاصل تحریک حفاق جداری بوده، واسط این دردها رشته‌های عصب نخاعی بوده که به جدار شکم می‌روند و درد را در یکی از چهار ربع جدار شکم لوکالیزه می‌نمایند، برخلاف دردهای احشایی درد سوماتیک در پاسخ به تغییرات حاد PH و یا دما به وجود می‌آید، این دردها به

صورت شدید، متمرکز و معمولاً ثابت بوده و حالت تیزو شدیدی دارند. دردهای سوماتیک توسط رشته‌های A-delta و به سرعت منتقل می‌شوند.

ج (دردهای راجعه

این دردها در ناحیه‌ای از بدن جدا از محل اصلی خود احساس می‌شوند، معمولاً از یک ساختمان عمقی منشاء گرفته، سطحی بوده و با فاصله از مکان اصلی خود احساس می‌شود. دردهایی شدید، لوکالیزه و مداوم بوده و علت ایجاد دردهای راجعه وجود مسیر عصبی مرکزی مشترک بین اعصاب‌آوران چند محل مختلف می‌باشد.

در کل کیفیت درد عامل مهمی در تشخیصی محسوب گشته به طوری که دردهای کولیکی نشان دهنده نوعی فرایند انسدادی از قبیل انسداد روده و سنگ حالب می‌باشد و یا دردهایی که در طی فرایند عفونی مثل آپاندیسیت ایجاد می‌شود دردهایی دائمی بوده و یا دردهایی مثل دیورتیکولیت که با گذشت زمان بر شدت درد افزوده می‌گردد. پارگی احشاء تو خالی دردی با آغاز ناگهانی را به همراه دارد به طوری که بیمار زمان شروع درد را به خاطر دارد.

در یک بررسی که بر روی ۱۱۰۰ بیمار مراجعه کننده با درد شکم صورت گرفته نشان می‌دهد که دردهای شکمی غیر اختصاصی (۲۵٪) شایع‌ترین علت دردهای شکمی محسوب می‌گردد و پس از آن آپاندیسیت (۱۷٪)، انسداد روده (۱۵٪) اختلال مجاری ادراری (۶٪) و سنگ‌های صفراوی (۵٪) در جایگاههای بعدی قرار دارند، در این بررسی معلوم کردید که (۳۱٪) مراجعه‌کنندگان در سنین بین ۲۹ - ۱۰ سال و در سنین ۶۰ - ۷۹ سال قرار دارند و در این میان اقدام جراحی در (۹۷٪) موارد لازم و ضروری بوده است. (3)

آپاندیسیت حاد

شایع‌ترین علت شکم حاد جراحی آپاندیسیت می‌باشد و شایع‌ترین سن بروز آن بین دهه دوم و سوم می‌باشد.

طبق آخرین برآورد قبل از بلوغ در هر دو جنس به یک نسبت دیده می‌شود ولی در سنین ۲۵ — ۱۵ سال مردان دوبرابر زنان گرفتار آن می‌گردند و سپس شیوع آن در مردان کاهش یافته به طوری که در هر دو جنس پس از آن به یک نسبت دیده می‌شود.

* اتیولوژی و پاتوژنز

شایع‌ترین علل انسداد مجرای آپاندیس به ترتیب عبارتند از سنگ‌های مدفوعی Fecaliths، هیپرتروفی لنفوشیدی، باریم تغلیظ شده از بررسی‌های رادیولوژیکی قبل، تخم و دانه سیزیجات و کرم‌های روده‌ای (به خصوص اسکاریس) به دنبال انسداد و به علت ترشح مخاط به داخل مجرای آپاندیس که تنها (۰/۱) میلی‌لیتر ظرفیت دارد و همچنین تکثیر سریع باکتریها انسداد از نوع قوس بسته در عضو حادث می‌گردد، اتساع منجر به تحریک الیاف‌آوران احشایی و به دنبال آن دردمبم در قسمت میانی و تحتانی شکم می‌گردد، در ادامه این روند احتقان عروقی ایجاد می‌گردد و تهوع رفلکسی مارض می‌شود. ابتلای سرریزی منجر به التهاب طاق جداری شده و درد به ناحیه ربع تحتانی راست شکم کشیده می‌شود. در صورت اتساع پیش‌رونده انفارکتوس و سوراخ‌شدگی در محل ایجاد می‌گردد. 3

* تظاهرات بالینی

بی‌اشتهایی (۹۵٪) اولین علامت بیمار بوده که علامت مهمی می‌باشد، به دنبال بی‌اشتهایی بیمار دچار درد مداوم متوسطی در ناحیه دور ناف گشته که در مدت ۶ - ۴ ساعت به درد تیزی در ناحیه RLQ یا ناحیه Mcburney تبدیل می‌گردد و به دنبال درد بیمار دچار استفراغ (۷۵٪) به دفعات کم می‌گردد. در معاینه بیمار افزایش درجه حرارت که به ندرت از 38°C بیشتر است و تاکیکاردی خفیف مشهود است و تغییر وضعیت بدن موجب درد می‌گردد در لمس شکم تندرشن و ریباند تندرشن در ناحیه RLQ وجود دارد. نشانه اوبتوراتور (دادن چرخش داخلی به مفصل ران راست در حالت فلکسیون و در شرایط خوابیده به پشت) گویای وجود تحریک در مجاورت عضله اوبتوراتور داخلی است و نشانه راوسینگ Roving's sign (درد ربع تحتانی راست شکم با لمس ربع تحتانی چپ) موید تحریک صفاق می‌باشد. 3.

* یافته‌های آزمایشگاهی

در آپاندیسیت معمولاً "لکوسیتوز متوسط در بین ۱۸۰۰۰ - ۱۰۰۰۰ وجود دارد و در صورتی که تعداد WBC بیش از ۱۸۰۰۰ باشد دلیل بر پرفوراسیون می‌باشد، رادیوگرافی مفید بوده ولی ارزش تشخیصی ندارد. در عکس ساده شکم اتناح یک یا دو قوس روده باریکس در ربع تحتانی راست و سنگ‌های مدفوعی حاجب ممکن است دیده شود. سونوگرافی می‌تواند ارزش تشخیصی داشته باشد، عکس ساده سینه وجود بیماری را در زمینه بخش تحتانی ریه راست که منجر به درد در ناحیه RLQ می‌گردد (با تحریک اعصاب T 10,11,12) را رد می‌کند. علاوه بر

موارد فوق لاپاراسکوپی و اسکن با تکنیسیوم ۹۹ نیز در تشخیص بیماری کاربرد دارند.

* عوارض آپاندیسیت

پرفوراسیون مهمترین عارضه آپاندیسیت می‌باشد و بر طبق آخرین تحقیقات ۳۰٪ - ۲۵٪ بیماران مبتلا به آپاندیسیت مراجعه‌کننده به مراکز دولتی در ایالات متحده به هنگام ورود آپاندیس پرفوره داشته‌اند، شیوع پرفوراسیون در دوگروه سنی اطفال و افراد سالخورده بیشتر است. در ۹۵٪ موارد پارگی به صورت موضعی توسط نسوج اطراف دربر گرفته می‌شود و فلکمون حاصل از احاطه موضع توسط قوس‌های مجاور روده و اومنوم ممکن است جذب و برطرف شده یا در ناحیه گرفتار گسترش یافته و ایجاد آبسه پری آپاندیکولر یا انسداد روده‌ای نماید. به هر حال در معاینه بیمار در ربع تحتانی راست یا حین معاینه لگنی ممکن است توده‌ای برآمده و حساس به دست بخورد و در این میان شدت اتساع، ایلتوس، تب، تاکیکاردی، لکوسیتوز و ظاهر توکسیک با شدت پریتونیت مریض هم‌خوانی دارد. 3.

* تشخیص افتراقی

همان تشخیص افتراقی شکم حاد می‌باشد از قبیل آدنیت مزانتریک حاد، گاستروآنتریت حاد، دیورتیکولیت، UTI، سنگ‌های ادراری، انواژیناسیون روده، آنتریت‌رژینوال، PID و

* آپاندیسیت در سنین و گروههای مختلف

در اطفال آپاندیسیت از پیشرفت سریعتری برخوردار است، تب شدیدتر میباشد و شیوع استفراغ و پارگی در زمان تشخیصی بیشتر است. در افراد مسن سیر بالینی گولزنندهای دارد و علائم خفیفتر و همراه با افزایش مرگ و میر به علت شیوع بالای بیماریهای همراه و نیز به خاطر شیوع پارگی تا بیش از ۵۰٪ میباشد.

در زنان باردار تشخیص بیماری دشوار میباشد، چون آپاندیسیت توسط رحم آبستن به طرف بالا و خارج جابجا میگردد، درد، تهوع، لکوسیتوز همگی در آبستن طبیعی هم شایع هستند، لیکن انحراف شمارش سلولی به چپ گویای یک روند حاد است، در موارد بروز آپاندیسیت در طی حاملگی تا ۲۵٪ موارد با پرفوراسیون و پریتونیت همراه میباشد. 3

* درمان

درمان اصلی در آپاندیسیت همواره جراحی است و تجویز آنتی بیوتیکها قبل از عمل جراحی میزان عوارض عفونی را کاهش میدهد، لیکن رژیم و روش درمانی مناسب مورد بحث است.

در مورد تجویز آنتی بیوتیک سه نظریه وجود دارد:

۱- تجویز آنتی بیوتیک قبل از عمل تنها در موارد مشکوک به

پرفوراسیون.

۲- تجویز آنتی بیوتیک قبل از عمل برای تمام بیماران و ادامه

آن در صورت بروز پرفوراسیون.

۳- تجویز آنتی بیوتیک قبل از عمل برای تمامی بیماران و ادامه

آن به مدت ۵ - ۳ روز.

در این گونه موارد پاتوژن‌های دخیل فلور مخلوط کولون شامل انواع هوازی و بی‌هوازی می‌باشد و در این‌گونه موارد تجویز کلیندامایسین همراه بایک آمینوگلیکوزید یا سفالوسپورین نسل دوم رژیم رایج قابل قبولی می‌باشد.

آپاندیسیت حاد بدون پارگی با استفاده از عمل آپاندکتومی فوری درمان می‌شود. آپاندیسیت همراه با پریتونیت محتاج جایگزینی مقادیر متنابهی از مایع بوده و بایستی جهت جلوگیری از وقوع آلودگی مداوم مفاقی در عرض ۴ ساعت مورد عمل جراحی قرار گیرد. آپاندیسیت پاره شده توام با آبسه دور آپاندیس ممکن است با جراحی زودرس درمان شود لیکن با عوارض بیشتری همراه خواهد بود، در این گونه موارد اگر علائم بیمار چندروز به طول انجامد و یا کاهش یابد درمان اولیه غیرجراحی بوده و اقدام مقتضی جایگزین مایعات، استراحت روده و تجویز آنتی‌بیوتیک خواهد بود و در صورتی که علائم حیاتی، لکوسیتوز و نشانه‌ها شکمی روبه تشدید برود درناژ آبسه اندیکاسیون پیدا خواهد کرد.

* پیش‌آگهی

مرک و میر در آپاندیسیت حاد پرفوره نشده تنها ۱٪ درمد بوده که این میزان در موارد پرفوراسیون به ۳٪ درمد و در اشخاص سالخورده به ۱۵٪ می‌رسد. مرک معمولاً "نتیجه عفونت، آمبولی‌ریه، آسپیراسیون می‌باشد. (3)

انسداد روده

در حال حاضر انسداد روده ۲۰٪ موارد شکم حاد را به خود اختصاص داده است و تخمین زده شده است که در ایالات متحده سالانه ۹۰۰۰ مورد مرگ بر اثر انسداد روده کوچک رخ می‌دهد. میزان مرگ و میر انسداد روده کمتر از ۱۰٪ می‌باشد، اگرچه در جریان انسداد مختنق میزان مرگ - و میر بین ۴۰٪ - ۲۰٪ متغیر می‌باشد.

اتیولوژی

شایع‌ترین علت انسداد روده کوچک چسبندگی پس از عمل جراحی (۶۴ - ۷۹٪)، فتقها (۱۵ - ۲۵٪) و تومورهای بدخیم (۱۵٪ - ۱۰٪) می‌باشد البته علل دیگر عبارتند از انواژیناسیون، بیماری‌های التهابی روده و علل متفرقه دیگر.

شایع‌ترین علل انسداد کولون عبارت است از سرطان (۶۰٪)، دیورتیکولیت (۱۵٪)، وولوس (۱۵٪).

تقسیم‌بندی انسداد روده

انسداد روده ممکن است به علت فرایندهای خارج روده‌ای مثل چسبندگی و یا فرایندهای داخل روده‌ای مثل اجسام خارجی و سنگ کیسه صفرا و یا به علت مشکلات دیواره روده مثل بیماری کرون ایجاد گردد. باید توجه داشت که انسداد ممکن است نسبی و یا کامل، حاد و یا مزمن باشد.

پاتوفیزیولوژی

الف) از دست دادن آب و الکترولیتها

مقادیر زیادی مسایع و گاز در ناحیه بالای انسداد تجمع یافته و همچنانکه روده رفته رفته متسع می‌گردد، گردش خون نیز مختل می‌شود که در نهایت به ادم دیواره و حتی نکروز منجر می‌گردد، نهایتاً "استفراغ نیز بر شدت دزهیدراتاسیون می‌افزاید.

ب) گاز روده

قسمت عمده آن متشکل از هوای بلع شده می‌باشد که ۷۰٪ آن نیتروژن بوده و این گاز به علت جذب و انتشار اندک بر مشکلات بیمار می‌افزاید.

ج) تحرک روده

انسداد روده منجر به افزایش تحرک روده گردیده و حملات دوره‌ای پریستالتیسم به طور منظم به وجود می‌آید که در فواصل آنها دوره‌های ساکن وجود دارد، مدت زمان دوره ساکن در قسمت پروگزیمان روده کوچک ۵ - ۳ دقیقه و در انسداد ایلئوم دیستال ۱۵ - ۱۰ دقیقه است، باید توجه داشت که این انقباضات عضلانی به جدار روده صدمه زده و ادم بیشتری را ایجاد می‌کنند.

د) انسداد مختنق روده (STRANGULATED)

در انسداد مکانیکی ساده مجرای روده مسدود گردیده ولی جریان خون ادامه دارد در صورتی که اگر عروق مزانتریک هم دچار انسداد شوند در این صورت انسداد روده از نوع مختنق نامیده می‌شود که در نهایت به شوک سپتیک و پرفوراسیون ختم می‌شود.

هـ. انسداد با قوس بسته (CLOSED LOOP)

هم قوس آوران و هم قوس وایران روده مسدود شده و به علت فشار مکانیکی زیاد داخل روده ای بالا سریعاً" به طرف اختناق پیش می‌رود.

و (انسداد کولون

معمولاً" با علائم کمتری همراه است و به جز در موارد ولولوس تمایل کمی برای اختناق دارد خطرناکترین مورد در انسداد کولون اتساع پیش‌رونده ای است که در خصوص یک دریچه ایلتوسکال نرمال شدت می‌گیرد و به دنبال این اتساع امکان پرفوراسیون سکوم الفزایش می‌یابد.

علائم بالینی

چهار علامت عمده و نشانه اصلی در انسداد روده عبارتند از: درد شکم، استفراغ، عدم دفع گاز و مدفوع و اتساع شکم، درد شکم بیشتر به حالت منتشر و کمتر به صورت موضعی می‌باشد، استفراغ رفلکسی بلافاصله بعد از شروع انسداد رخ می‌دهد و باید توجه داشت که استفراغ‌های تکراری و طراوی در انسداد قسمت فوقانی دستگاه گوارش و استفراغ بدبو و به تعداد کم در انسداد قسمت تحتانی به وجود می‌آید. عدم دفع گاز و مدفوع احتمالی بسوده ولی باید توجه داشت که اسهال شدید به دنبال درد کرامپی اغلب انسداد ناقعی را مشخص می‌سازد، از طرف دیگر تب و تاکیکاردی و لکوسیتوز نشانه انسداد مختنق بوده اگرچه احتمالی نمی‌باشد.

در معاینه بیمار در مراحل اولیه نکته خاصی وجود ندارد و در صورتی که در مراحل اولیه بیمار توکسیک باشد و یا اگر عدم تناسبی

بین درد و یافته‌های فیزیکی وجود داشته باشد باید به فکر انسداد استرانگوله بود. در سمع شکم افزایش حرکات روده به وضوح شنیده می‌شود و در صورتی که روده آرام باشد باید به فکر انسداد مختنق افتاد.

یافته‌های آزمایشگاهی

در جریان انسداد روده شاهد دهیدراتاسیون همراه با افزایش HCT و BUN خواهیم بود، علاوه بر آن یک لکوسیتوز خفیف وجود دارد ولی در جریان انسداد استرانگوله لکوسیتوز شدیدتر خواهد بود اگرچه در ۴۰٪ بیماران با انسداد استرانگوله تعداد WBC در حد نرمال بوده است. رادیوگرافی شاید مهمترین روش تشخیصی در موارد انسداد روده باشد وجود سطح مایع هواشیدا" به نفع انسداد روده خواهد بود، رادیوگرافی با ماده حاجب نیز یک وسیله تشخیصی خوب می‌باشد و آزمایشات انجام شده با ماده حاجب در بیش از ۸۰٪ بیماران مفید بوده است بدون اینکه بر روی مرگومیر و عوارض بیماری اثری بگذارد.

درمان

افتراق بین انسداد ناقص و کامل روده کوچک مهم می‌باشد، چراکه فقط ۱۲ تا ۲۰٪ بیماران مبتلا به انسداد ناقص احتیاج به مداخله جراحی پیدا خواهند کرد، در جریان انسداد ناقص تخلیه با لوله نازوگاستریک و بر طرف کردن احتیاجات متابولیکی کافی است و اکثراً" در طی ۴۸ ساعت بهبود می‌یابند ولی اگر پس از این مدت بهبودی حاصل نشد باید رادیوگرافی با ماده حاجب و یا جراحی صورت گیرد.