



۲۹۲۱۰



وزارت اطلاعات آران علمی ایران  
تهران - آران

وزارت اطلاعات آران علمی ایران  
تهران - آران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

شهید صدوقی یزد

۲۰ / ۷ / ۱۳۸۰

دانشکده پزشکی

**پایان نامه**

**برای دریافت دکترای عمومی**

**موضوع :**

**بررسی توزیع فراوانی بیماریهای آپاندیس در بیماران که با  
تشخیص آپاندیسیت حاد آپاندکتومی شده اند**

**استاد راهنما :**

**آقای دکتر عباس مدیر**

**نگارش :**

**امیر حسین شعله اشتری**

**محمد ردایی**

**شماره ثبت :**

**سال تحصیلی :**

**۱۳۷۹-۸۰**

013311

۳۶۳۸۴

## تقدیریم بچه :

آنانکه در غمها نیز مانند شادیاها شریکند

**تقدیریم بیکه :**

**جناب آقای دکتر عباس مدیر**

**بها سپاسی الز :**

جناب آقای دکتر مصطفی شیر یزدی

جناب آقای مهندس محمد مسین احمدیه

به پایان رساندن این تحقیق بدون عنایات آن بزرگواران

میسر نبود

## خلاصه:

آپاندیسیت حاد شایعترین علت شکم حاد است و تنها درمان موثر آن آپاندکتومی می باشد. با اینحال در بررسی میکروسکوپی یک نمونه های آپاندکتومی، در پاره ای موارد، آپاندیس طبیعی است و علائمی از التهاب حاد یا مزمن در آن دیده نمی شود (آپاندکتومی منفی)

در این تحقیق توزیع فراوانی بیماریهای آپاندیس در بیمارانی که با تشخیص آپاندیسیت حاد، آپاندکتومی شده بودند مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج پاتولوژی ۵۲۳۳ نمونه آپاندکتومی که در فاصله زمانی ۱۳۷۰/۱/۱ الی ۱۳۸۰/۳/۳۱ از دو بیمارستان آموزشی شهید رهنمون و افشار یزد به بخش پاتولوژی فرستاده شده بود بررسی شدند.

میانگین سنی جامعه مورد بررسی  $۱۲ \pm ۲۳٫۸$  سال بود. ۶۲ درصد از نمونه ها متعلق به مردها و ۳۸ درصد از نمونه ها متعلق به زنها بود. ۲۴ درصد از نمونه های آپاندکتومی منفی بودند. توزیع فراوانی آپاندکتومی منفی در افراد ۱۹-۱۵ سال (۳۲ درصد) به طور معنی داری بیشتر از سایر سنین بود ( $P \leq ۰٫۰۰۰$ ) و همچنین توزیع فراوانی آپاندکتومی منفی در زنها (۳۲٫۴ درصد) به طور معنی داری بیشتر از مردها (۱۸٫۸ درصد) بود ( $P \leq ۰٫۰۰۰$ )

در ۵۰-۱۰ سالگی توزیع فراوانی آپاندکتومی منفی در زنها (۳۳٫۶ درصد) به شکل معنی داری بیشتر از مردها (۱۸٫۷ درصد) بود ( $P \leq ۰٫۰۰۰$ ) در جامعه مورد بررسی ۱۰۶ مورد

(۲۶۰۲ درصد) آلودگی به انگل وجود داشت (۱۰۴ مورد فقط اکسیور، یک مورد اکسیور و تخم آسکاریس و یک مورد آمیب) توزیع فراوانی اکسیور در نمونه های آپاندکتومی زنها (۳۶۱ درصد) به شکل معنی داری بیشتر از مردها (۱۶۳ درصد) بود ( $P \cong ۰/۰۰۰$ ) توزیع فراوانی اکسیور در افراد ۱۴-۰ سال (۴ درصد) به شکل معنی داری بیشتر از سایر دسته های سنی بود ( $P \cong ۰/۰۰۰$ )

توزیع فراوانی آپاندکتومی منفی در مواردیکه اکسیور در نمونه های آپاندکتومی وجود داشت (۶۷،۶۱ درصد) به شکل معنی داری از مواردی که اکسیور در نمونه ها وجود نداشت (۲۳،۱ درصد) بیشتر بود. ( $P \cong ۰/۰۰۰$ )

همچنین وجود اکسیور در مجرای آپاندیس احتمال ایجاد آپاندکتومی منفی را ۶،۹۴ برابر کرده بود. ( $Odds Ratio = ۶,۹۴$ )

در این تحقیق ۱۶ مورد (۰،۳ درصد) تومور وجود داشت (۷ مورد تومور کارسینوئید، ۸ مورد تومور موکوسل خوشخیم و یک مورد لیپوم) توزیع فراوانی تومورهای کارسینوئید و لیپوم در افراد زیر ۳۵ سال و ۳۵ سال به بالا تفاوت معنی داری نداشت ( $P > ۰/۰۰۵$ ). توزیع فراوانی تومور موکوسل خوشخیم در افراد ۳۵ سال به بالا به شکل معنی داری بیشتر از افراد زیر ۳۵ سال بود ( $P = ۰/۰۰۳$ )

بین زن و مرد از نظر توزیع فراوانی هر یک از تومورهای آپاندیس تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $P > ۰/۰۰۵$ )

در این مطالعه توزیع فراوانی آپاندکتومی منفی بیشتر و توزیع فراوانی تومور آپاندیس کمتر از آمار ارائه شده توسط کتب مرجع و تحقیقات مشابه بود.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول:</b>
۳	کلیات
۱۴	بیان مسئله و اهمیت موضوع
۱۵	مروری بر مطالعات مشابه
۲۲	اهداف و سنوالات پژوهشی
۲۴	تعریف واژه ها
	<b>فصل دوم:</b>
۲۵	روش کار
	<b>فصل سوم:</b>
۲۶	نتایج
	<b>فصل چهارم:</b>
۳۸	بحث
۴۷	نتیجه گیری و پیشنهادات
۴۸	خلاصه انگلیسی
۵۰	منابع

# فصل اول

## مقدمه و کلیات



## کلیات

### جنین شناسی آپاندیس :

جوانه کوچکی به نام جوانه سکال در هفته ششم جنینی در ابتدای بازوی دمی به وجود می آید .

قسمت پروگزیمال این جوانه ، سکوم را ایجاد می کند ولی قسمت دیستال آن رشد محدود داشته و منجر به پیدایش زائده کرمی شکل آپاندیس می شود . هنگام برگشت به داخل حفره شکمی ، سکوم و آپاندیس در ربع فوقانی و راست شکم و در زیر کبد قرار می گیرند . سپس در اثر رشد بعدی کولون و تشکیل کولون صعودی ، به موقعیت اصلی خود نزول می نمایند . از آنجا که آپاندیس در طی پایین آمدن کولون ایجاد می شود ، اینکه وضعیت نهایی آن غالباً در پشت سکوم یا پشت کولون است قابل فهم می باشد . (۳۸)

### آناتومی و فیزیولوژی آپاندیس :

به مدت چندین سال آپاندیس اشتبهاً به عنوان یک عضو زائد و بدون عملکرد مشخص در نظر گرفته می شد . در حالیکه امروزه مشخص شده که آپاندیس یک عضو ایمونولوژیک می باشد که بصورت فعال در ترشح ایمونوگلوبولینها بخصوص IgA شرکت دارد . گرچه آپاندیس یک جزء مهم در سیستم بافت لنفاوی همراه روده (GALT) می باشد ولی عملکرد آن حائز اهمیت نبوده و برداشت آن با افزایش احتمال سپسیس و یا هر گونه نقص ایمنی دیگر همراه نمی باشد . (۴۰)

خونرسانی آپاندیس توسط شریان آپاندیکولار - که خود شاخه ای از شریان سکال خلفی است - صورت می گیرد . عروق لنفاوی به یک تا دو عقده لنفاوی که در مزوآپاندیس قرار دارند تخلیه شده که نهایتاً به عقده های لنفاوی مزانتریک فوقانی می ریزند . اعصاب آپاندیس از اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک می باشد . (۳۶)

### **آپاندیسیت حاد**

#### **اپیدمیولوژی :**

آپاندیسیت حاد یکی از شایعترین بیماریهای حاد جراحی است تقریباً ۱۰-۷٪ از افراد در طول زندگی دچار آپاندیسیت می شوند . (۱۳ و ۲۵)

حداکثر میزان بروز آپاندیسیت در ابتدای دوره بزرگسالی است . آپاندیسیت در مردان شایعتر از زنان است بطوریکه نسبت بروز در مردان نسبت به زنان ۱/۳ به ۱ است . در بررسی های انجام شده مشخص گردیده که موارد بروز آپاندیسیت در حال کاهش است . بنظر می رسد که این کاهش ، فقط با واسطه بهبود روشهای تشخیصی قابل توجیه نمی باشد و علت آن روند ، مشخص نیست . (۴۰)

#### **علت و پاتوژنز :**

انسداد مجرای آپاندیس عامل مهمی در ایجاد آپاندیسیت حاد می باشد . شایعترین عامل انسداد ، سنگهای مدفوعی (fecaliths) هستند و به نسبت کمتر ، هیپرتروفی لنفوئید ، باریم تغلیظ شده ، تخم و دانه سبزیجات و میوه جات و کرمهای روده ای مخصوصاً آسکاریس دخالت دارند .

با مسدود شدن ناحیه پروگز یمال ، انسداد از نوع قوس بسته ایجاد شده ، سپس ادامه ترشحات مخاطی آپاندیس سریعاً منجر به اتساع مجرای آپاندیس می شود . اتساع آپاندیس ملتهب اعصاب احشایی مرکز درد را تحریک کرده ، درد مبهم و منتشر در قسمت میانی شکم و یا قسمت تحتانی اپیگاستر ایجاد می کند . همچنین در اثر اتساع نسبتاً ناگهانی ، پریتونالیتسم تحریک شده و دردهای کرامپی نیز علاوه بر درد احشایی در مراحل اولیه آپاندیسیت ایجاد می شود . با اتساع پیشرونده آپاندیس ، بتدریج فشار داخل آپاندیس از فشار وریدی فراتر می رود . مویرگها و وریدها بسته می شوند ولی جریان شریانی باقی مانده و منجر به احتقان عروقی می شود . بتدریج فرایند التهابی ، سرورز آپاندیس را گرفتار می کند و آن نیز به نوبه خود صفاق جداری آن ناحیه را تحریک کرده و در نتیجه علامت مشخصه آپاندیسیت که انتقال درد به RLQ شکم است ایجاد می شود . (۴۰)

#### تظاهرات بالینی :

درد شکم ، اصلی ترین نشانه آپاندیسیت حاد است . درد در ابتدا بصورت منتشر در ناحیه اپی گاستر تحتانی و یا دورناف متمرکز می باشد که نسبتاً شدید و ثابت است . بعد از یک دوره ۱۲-۱ ساعت درد در ربع تحتانی راست شکم لوکالیزه می شود . آپاندیسیت تقریباً همیشه توام با بی اشتهایی است . این موضوع آنقدر مهم است که اگر بیمار اشتهایی خوب داشته باشد ، تشخیص آپاندیسیت حاد زیر سؤال می رود . استفراغ در ۷۵٪ موارد وجود دارد ولی قابل توجه و طولانی نیست . اغلب بیماران یک یا دوبار استفراغ می کنند .

ترتیب تظاهر علائم اهمیت تشخیصی دارد. در بیش از ۹۵٪ بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد بی اشتهایی اولین علامت است که پس از آن درد شکم و به دنبال آن استفراغ (اگر رخ دهد) به وجود می آید. اگر استفراغ قبل از شروع درد شکم عارض شود، تشخیص آپاندیسیت باید مورد شک قرار گیرد.

یافته های فیزیکی بر اساس موقعیت آناتومیک آپاندیس ملتهب و نیز اینکه آیا آپاندیس قبل از معاینه پاره شده یا خیر، متفاوت هستند. در آپاندیسیت بدون عارضه، علائم حیاتی تغییر زیادی نمی کنند. افزایش درجه حرارت ندرتاً بیش از یک درجه سانتیگراد است. تعداد نبض طبیعی و یا مختصری بالا است. افزایش شدید این دو به معنی وقوع عارضه و یا وجود بیماری دیگری است.

حساسیت (tenderness) معمولاً در نقطه ای حداکثر است که مک برنی توضیح داده است. یعنی «نقطه ای به فاصله ۳ تا ۵ سانتیمتری از برجستگی قدامی فوقانی ایلیاک روی خط مستقیمی که از این برجستگی به ناف کشیده می شود.»

معمولاً direct rebound tenderness و غالباً referred rebound tenderness وجود دارد و اکثراً در RLQ حداکثر شدت را دارد که نشاندهنده تحریک صفاق می باشد. Rovsing's sign نیز دلیلی بر تحریک صفاق است. Psoas sign نشان می دهد که نقطه حساس در مجاورت این عضله وجود دارد. (۴۰)

## یافته های آزمایشگاهی :

لکوستیوز خفیف از ۱۰,۰۰۰ تا ۱۸,۰۰۰ توام با غلبه PMN در آپاندیسیت حاد بدون عارضه دیده می شود. اگر تعداد گلبولهای سفید طبیعی بوده و انحراف به سمت چپ وجود نداشته باشد، باید در تشخیص آپاندیسیت حاد تجدید نظر نمود.

عکسبرداری ساده شکم به عنوان قسمتی از بررسی عمومی بیماران مبتلا به شکم حاد انجام می شود ولی بندرت در تشخیص آپاندیسیت حاد کمک کننده می باشد. با اینحال این روش می تواند در کنار گذاشتن سایر بیماریها مفید باشد.

انجام graded compression sonography به عنوان یک روش دقیق در تشخیص آپاندیسیت حاد مطرح شده است. اگر قطر قدامی خلقی آپاندیس ۶ میلی متر یا بیشتر و غیر قابل فشرده شدن بود، این آزمون مثبت در نظر گرفته می شود. نمای طبیعی آپاندیس در سونوگرافی که در آن ساختمان لوله ای مسدود به سادگی فشرده می شود و قطر آن ۵ میلی متر یا کمتر از آن است، تشخیص آپاندیسیت حاد را کنار می گذارد. حساسیت تشخیصی آپاندیسیت حاد از طریق سونوگرافی ۷۸ تا ۹۶ درصد است و به میزان ۸۵ تا ۹۸ درصد اختصاصی می باشد.

دقت سی تی اسکن به اندازه سونوگرافی و یا حتی بیشتر از آن گزارش شده است ولی این روش بسیار گرانتر می باشد. به علت هزینه بالا و خطرات ناشی از تابش اشعه، سی تی اسکن را عمدتاً در مواردی به کار می گیرند که احتمال آبسه آپاندیسی وجود دارد تا امکان درناژ اثر آن از طریق پوست مشخص گردد.

لاپاراسکوپی را می توان هم به عنوان روش تشخیصی و هم بعنوان یک روش درمانی در بیمارانیکه دچار درد حاد شکم شده اند و شک به آپاندیسیت حاد وجود دارد انجام داد. (۴۰)

### تشخیص افتراقی :

دقت و صحت تشخیص آپاندیسیت حاد پیش از انجام عمل جراحی ، باید حدود ۸۵ درصد باشد . اگر کمتر از این مقدار باشد احتمالاً یکسری اعمال غیر ضروری انجام می شود و لازم است پیش از اقدام به جراحی بررسی و تشخیص افتراقی دقیق تر انجام پذیرد و اگر بیش از ۹۰ درصد باشد باز هم نشانه این است که یکسری بیماران مبتلا به آپاندیسیت های غیر عادی ، اما واجد شرایط ، در حالی که می بایست تحت عمل جراحی قرار بگیرند تنها تحت نظر گرفته می شوند .

شایعترین بیماریهایی که قبل از عمل اشتبهاً به عنوان آپاندیسیت حاد تشخیص داده می شوند ( بیش از ۷۵٪ موارد ) به ترتیب شیوع عبارتند از : لنف آدنیت مزانتریک حاد ، عدم وجود پاتولوژی ارگانیک ، بیماریهای التهابی حاد لگن ، پیچ خوردگی کیست تخمدان ، پارگی فولیکول گراف و گاستروانتریت حاد . (۴۰)

### درمان

درمان مناسب برای بیماران با تشخیص آپاندیسیت حاد ، آپاندکتومی می باشد . بسیاری از تحقیقات نشان می دهند که تجویز آنتی بیوتیک قبل از عمل جراحی در کاهش عوارض عفونی آپاندیس موثر می باشد . اگر آپاندیس حاد ساده وجود داشته باشد تجویز آنتی

بیوتیک بعد از ۲۴ ساعت فایده ای نخواهد داشت. (۴۰) و چنانچه آپاندیسیت، پاره شده یا گانگرنه نباشد آنتی بیوتیک را بعد از ۲۴ ساعت می توان قطع کرد. (۱۶) در صورت وجود آپاندیس گانگرنه یا پاره شده تجویز آنتی بیوتیک را باید تا زمان قطع تب و طبیعی شدن تعداد لکوسیت ادامه داد. آنتی بیوتیک انتخابی جهت پروفیلاکسی در مواردی که پارگی در آپاندیس نداریم، سفوتتان و در موارد عفونت شدید از کاربایپنم یا سفالوسپورین نسل سوم به اضافه آمینوگلیکوزید می توان استفاده کرد.

آپاندکتومی باز: بسیاری از جراحان در بیماران مشکوک به آپاندیسیت از برش مک برنی یاراکو دیویس استفاده می کنند. اگر تشخیص قطعی نباشد، برخی از جراحان برش میانی در قسمت تحتانی شکم را توصیه می کنند.

لاپاراسکوپی: یک روش جدید برای تشخیص و درمان آپاندیسیت حاد می باشد. استفاده از لاپاراسکوپی مزایای زیادی در بررسی زنان جوانی که در سنین باروری هستند و جود آپاندیسیت در آنها قطعی نمی باشد دارد.

انجام لاپاراسکوپی در بیماران چاق یا افرادی که مسائل زیبایی برای آنها اهمیت دارد، ارجحیت دارد. مزایای لاپاراسکوپی شامل: کاهش میزان عفونت زخم، ایجاد درد کمتر برای بیمار، کاهش مدت بستری در بیمارستان و برگشت سریعتر به فعالیت عادی. بیشترین اهمیت لاپاراسکوپی در زمینه نقش این وسیله در بررسی تشخیصی زنان جوانی است که علائم کلاسیک در آنها وجود ندارد و تشخیص مورد شک است. (۴۰)