

مقاله پژوهشی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
جلد دوم، شماره دوم، بهار ۱۳۸۲

میزان شیوع علل درد شکمی حاد در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابی طالب رفسنجان در سال ۱۳۷۹

مجید رضائی نسب ^۱

خلاصه

سابقه و هدف: شکم حاد یکی از موارد شایع مراجعه بیماران به اورژانس‌ها در تمام دنیا می‌باشد و یکی از علل مهم مرگ و میر و ناتوانی را در جوامع امروزی تشکیل می‌دهد. علل شکم حاد در هر منطقه متفاوت است و دانستن این مورد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که از انجام عمل‌های جراحی غیر ضروری و عوارض ناخواسته ناشی از عمل جراحی جلوگیری گردد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی تعداد ۸۹۷ نفر (۴۹۱ زن و ۴۰۶ مرد) از بیمارانی که به دلیل درد حاد شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه و بستره شده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری بصورت سرشماری در سال ۱۳۷۹ (به مدت پنج ماه) انجام و کلیه بیماران تا تشخیص نهایی پیگیری شدند. بیمارانی که مشکوک بوده و در بخش تحت نظر قرار داشتند مورد معاینه مکرر قرار می‌گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون مجدور کای انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۴۰۶ نفر از بیماران (۴۵ درصد) مرد و ۴۹۱ نفر (۵۵ درصد) زن بودند و بیشترین گروه سنی مراجعه کننده در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال بودند. مهم ترین علیم بالینی به ترتیب شامل درد شکم، بی‌اشتهاایی، تهوع و استفراغ بود. شایع‌ترین علت درد شکمی در مردها درد غیر اختصاصی شکم (۳۹ درصد)، آپاندیسیت (۳۲ درصد)، رنال کولیک (۱۱ درصد) و در زن‌ها درد غیر اختصاصی شکم (۴۶ درصد)، آپاندیسیت (۳۰ درصد) و کیست تخمدان (۱۳ درصد) بود. ۳۹۱ نفر (۴۳/۵ درصد) از بیماران به عمل جراحی نیاز پیدا کردند و بقیه بدون نیاز به عمل جراحی بهبود یافتند.

نتیجه‌گیری: درد غیر اختصاصی شکم شایع‌ترین علت مراجعه افراد به علت درد حاد شکم است. بیشترین میزان اشتباه تشخیصی در زنان می‌باشد و این موضوع اهمیت معاینات دقیق فیزیکی به منظور تشخیص دقیق‌تر در زنان را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: درد حاد شکمی، آپاندیسیت، درد غیر اختصاصی شکم، رنال کولیک، کیست تخمدان

مقدمه

۱- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (نویسنده مسئول)

درد حاد شکم یکی از علل شایع مراجعه بیماران به اورژانس‌ها می‌باشد و هر چند در بعضی از موارد این درد خود به خود بهبود می‌یابد، اما در تعداد زیادی از بیماران نشان‌دهنده مسائل مهم و حاد داخل شکمی می‌باشد [۹]، به طوری که حتی می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود [۱۳]. سیر

جراحی غیر ضروری پیشگیری خواهد کرد. شناخت صحیح علل ایجادکننده شکم حاد و سیر بالینی آن در درمان موفق این گونه بیماران بسیار مؤثر است. هر چند امروزه بهبود روش‌های تشخیصی پاراکلینیک و مصرف آنتیبیوتیک‌ها و بهبود روش‌های جراحی و بیهوشی باعث کاهش مرگ و میر و ناتوانی اینگونه بیماران شده است، اما نقش پزشک جراح در تشخیص صحیح شکم حاد و اقدام جراحی مناسب و اجتناب از اعمال جراحی غیر ضروری، کماکان به قوت خود باقیمانده است

در مطالعات متعددی که در مورد فراوانی علل شکم حاد جراحی انجام شده است. بیشترین علت درد حاد شکم، یعنی درد غیر اختصاصی شکم (۳۰-۴۰ درصد)، آپاندیسیت حاد دومین علت شایع (۱۵-۲۵ درصد) و انسداد روده ۱۵ درصد موارد مراجعه به علت درد حاد شکم را تشکیل می‌داده است [۱،۲]. از آنجایی که شیوع عوامل ایجادکننده درد حاد شکم و ماهیت آن می‌تواند در مناطق و نژادهای مختلف متفاوت باشد، مطالعه حاضر به منظور بررسی این موضوع در مراجعین به بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان انجام شده است تا از میزان عوارض ناشی از عدم تشخیص صحیح و درمان به موقع جلوگیری شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطوعی بر روی ۸۹۷ بیمار (۴۹۱ زن و ۴۰۶ مرد) مبتلا به درد حاد شکمی در اورژانس بیمارستان علی ابن ابیطالب رفسنجان طی مدت ۵ ماه در سال ۱۳۷۹ انجام شد. روش نمونه‌گیری بصورت سرشماری بود بطوری که بیماران توسط جراح ویزیت و بررسی‌های آزمایشگاهی و رادیولوژیک لازم انجام شد؛ موارد مشکوک تا تشخیص قطعی در بخش جراحی تحت نظر قرا گرفته و معاینات مکرر و بررسی‌های بیشتر بر روی آنها انجام می‌شد و معیارهای تشخیصی برای تشخیص افتراقی بیماریهای مختلف، شامل معاینه بالینی، بررسی‌های آزمایشگاهی و روش‌های رادیولوژیک بود. در موارد آپاندیسیت حاد و کله‌سیستیت بعد از عمل جراحی نمونه برای تشخیص قطعی به بخش پاتولوژی فرستاده می‌شد. اطلاعات وارد نرم‌افزار Epi6 شده و بوسیله

طبیعی درد حاد شکم بستگی کامل به علت ایجادکننده آن دارد به نحوی که در بعضی از بیماران درد حاد شکم ممکن است با یا بدون درمان، خودبه‌خود بهبود یابد (برای مثال گاستروانتریت حاد)، در حالی که در بعضی دیگر که علت ایجادکننده با خطر همراه باشد می‌تواند منجر به پریتونیت ژنرالیزه و مرگ شود (برای مثال سوراخ شدن روده).

تشخیص درد حاد شکم کماکان یکی از جنبه‌های مهم در درمان بیماران می‌باشد و برای تشخیص صحیح معمولاً نیاز به روش‌های تشخیصی کمکی شامل رادیولوژی، سونوگرافی و آزمایشگاه می‌باشد [۳] و مخصوصاً روش‌های تصویربرداری پیشرفته نظریه سی‌تی اسکن ارزش زیادی در تشخیص این بیماری دارد [۴]، و حتی امروزه از ویدئولاپاروسکوپی در تشخیص و درمان این بیماری استفاده می‌شود [۵، ۶]. این روش‌ها مخصوصاً در اطفال مبتلا به درد حاد شکم کمک کننده است [۷، ۸]. این روش‌ها در دو دهه اخیر پیشرفته زیادی نموده و کمک زیادی به تشخیص و درمان کرده است [۹] با این حال شکم حاد جراحی، یکی از مشکل‌ترین مسائلی است که جراحان با آن سرو کار دارند و شناخت دقیق آناتومی و فیزیولوژی شکم باعث تشخیص افتراقی صحیح عل درد حاد شکم خواهد شد [۷] و جهت درمان این گونه بیماران معمولاً به اقدام جراحی نیاز می‌باشد و تشخیص صحیح این بیماری در درمان مؤثر آن نقش اساسی دارد و اشتباه در تشخیص یا تأخیر در درمان می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود. پیچیدگی شکم حاد جراحی به حدی است که شناخت صحیح علل بیماری و نیز معاینه و بررسی‌های تشخیصی با روش علمی به منظور پیشگیری از مرگ و میر بیماران، ضرورت دارد و تصمیم‌گیری سریع و شتاب زده جراح در درمان این بیماری ممکن است منجر به تشخیص اشتباه و درمان جراحی غیر ضروری گردد. در مواردی که تشخیص شکم حاد قویاً مطرح باشد معمولاً به عمل جراحی فوری نیاز می‌باشد، در حالی که به هنگام برخورد با موارد مشکوک شکم حاد، تحت نظر قرار دادن بیمار توسط جراح و معاینات فیزیکی دقیق و مکرر توسط همان جراح و تعیین سیر بیماری، از انجام اعمال

آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل آماری می‌شد. سطح معنی‌دار آماری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

که درد حاد شکمی در خانم‌ها و در گروه سنی ۱۰-۲۹ سال شایع‌تر است.

در مورد فراوانی عالیم همراه در این بیماران به ترتیب شیوع عبارت بودند از: تهوع (۰.۵۹٪) بی‌اشتهاای (۰.۵۸٪)، استفراغ (۰.۵۴٪)، اسهال (۰.۴۰٪)، تاکیکاردی (۰.۱۱٪) و تب (۰.۰۹٪). در معاینه فیزیکی ۵۵٪ بیماران پرکاشن تست مثبت و ۴۶٪ موارد ریباند‌تندرننس و ۱۳٪ گاردنگ شکم و ۳٪ موارد افت فشار داشتند. در بررسی‌های آزمایشگاهی ۶۴٪ بیماران دارای لکوسیتوز خون محیطی، ۱۵٪ لکوسیت در ادرار و ۱۸٪ دارای RBC در ادرار بودند (جدول ۱).

نتایج

۴۶٪ بیماران زن و ۴۶٪ بیماران مرد بودند و این اختلاف معنی‌دار بود ($p < 0.05$). از نظر گروه سنی ۶٪ بیماران در گروه سنی زیر ۱۰ سال، ۴۱٪ در گروه ۱۰-۱۹ سال، ۲۶٪ در گروه ۲۰-۲۹ سال، ۱۴٪ در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال و ۱۳٪ در گروه سنی ۴۰ سال و یا بالاتر بودند. این نتایج نشان می‌دهد

جدول ۱: علائم و نشانه‌های همراه در بیماران دچار درد حاد شکمی

علائم آزمایشگاهی	معاینه فیزیکی	شکایات
۱-لکوسیتوز خون محیطی ۶۹/۳٪ (بالای ۱۱۰۰)	۱-پرکاشن تست مثبت (۰.۵۴٪)	۱-تهوع (۰.۵۹٪)
۲-نوتروفیلی (بالای ۰.۷۰٪) (۰.۵۰٪)	۲-ریباند تندرننس (۰.۴۶٪)	۲-بی‌اشتهاای (۰.۵۸٪)
۳-وجود گلیول قرمز ادرار (۰.۱۸٪)	۳-گاردنگ شکم (۰.۱۲٪)	۳-استفراغ (۰.۵۳٪)
۴-وجود لکوسیت در ادرار (۰.۱۴٪)	۴-تاکیکاردی (۰.۱۰٪)	۴-اسهال (۰.۴۰٪)
	۵-تب (۰.۰۸٪)	
	۶-افت فشار خون (۰.۲۶٪)	

جدول ۲: علل درد شکم حاد در بیماران مراجعت کننده به اورژانس به تفکیک جنس و در کل افراد

علت درد	مردان	زنان	کل
دردغیراختصاصی شکم	۱۶۰ (۰.۳۹٪)	۲۲۴ (۰.۴۵٪)	۳۸۴ (۰.۴۲٪)
آپاندیست حاد پاره نشده	۱۲۸ (۰.۳۱٪)	۱۰۸ (۰.۲۱٪)	۲۳۶ (۰.۲۴٪)
آپاندیست حاد پاره شده	۲۵ (۰.۶٪)	۲۰ (۰.۴٪)	۴۵ (۰.۵٪)
رنال کولیک	۴۳ (۰.۱۰٪)	۲۵ (۰.۵٪)	۶۸ (۰.۷٪)
کیست تخدمان	۰	۶۴ (۰.۱۳٪)	۶۴ (۰.۰٪)
کوله سیستیت حاد	۷ (۰.۱٪)	۲۹ (۰.۵٪)	۳۶ (۰.۴٪)
پانکراتیت حاد	۶ (۰.۱٪)	۴ (۰.۰٪)	۱۰ (۰.۱٪)
پرفوراسیون اولسرپتیک	۱۶ (۰.۴٪)	۰	۱۶ (۰.۱٪)
پارگی طحال	۶ (۰.۱٪)	۲ (۰.۰٪)	۸ (۰.۰٪)
پیلونفریت حاد	۰	۶ (۰.۱٪)	۶ (۰.۰٪)

انسداد روده	۵(٪۱/۲)	۳(٪۰/۶)	۸(٪۰/۹)	۱۶(٪۱/۸)	۸۹۷(٪۱۰۰)
سایر علل	۱۰(٪۲/۴)	۶(٪۱/۲)	۱۶(٪۱/۸)	۳(٪۰/۶)	۴۹۱(٪۱۰۰)
کل	۴۰۶(٪۱۰۰)				

مقایسه می‌کند. بیشترین شیوع درد غیراختصاصی شکم در گروه سنی ۱۰-۱۹ سال، رنال کولیک در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال و کیست تخمدان در دختران ۱۰-۱۹ ساله بود. علل نادرتر درد حاد شکمی مثل انسداد روده، پانکراتیت حاد و کله‌سیستیت حاد و پروراسیون اولسربیتیک بیشتر در گروه سنی بالای ۴۰ سال مشاهده شد. که تفاوت شیوع درد حاد شکمی در گروه‌های سنی مختلف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.05$). در بین بیماران با درد شکمی یک آفای ۲۴ ساله با پسودوکیست پانکراس، مرد ۶۵ ساله با آدنوکارسینوم معده، خانم ۷۵ ساله با آدنوکارسینوم کیسه صفراء، مرد ۴۵ ساله با انفارکتوس میوکارد نیز گزارش شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۳/۵ درصد بیماران نهایتاً نیاز به عمل جراحی پیدا کردند. تشخیص نهایی در جدول ۲ در کل افراد و به تفکیک جنسی نشان داده شده است. علل شایع در کل افراد و در جنس مذکور به ترتیب درد غیراختصاصی شکم، آپاندیسیت حاد و رنال کولیک و در جنس مؤنث به ترتیب درد غیراختصاصی شکم، آپاندیسیت حاد و کیست تخمدان بودند. درد غیراختصاصی، کله‌سیستیت و پیلونفریت در خانم‌ها شایع‌تر و آپاندیسیت، رنال کولیک، پانکراتیت، پارگی طحال و انسداد روده در آقایان شایع‌تر از خانم‌ها بود.

جدول ۳ علل درد حاد شکمی را در گروه‌های سنی مختلف

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی جامعه مورد مطالعه بر اساس اتیولوژی و سن

درصد	تعداد	بالاتر از ۴۰ سال		۳۰-۴۰		۲۰-۳۰		۱۰-۲۰		۱۰ <		سن	اتیولوژی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۱	۴۴	۱۰	۴۰	۳۰	۱۱۴	۳۸	۱۴۵	۱۱	۴۱			۱- درد آتیپیک شکم	
۳	۸	۸	۲۰	۲۷	۶۶	۵۶	۱۳۲	۵	۱۲			۲- آپاندیسیت حاد	
۲۹	۱۳	۲۲	۱۰	۱۸	۸	۳۱	۱۴	۰	۰			۳- آپاندیسیت پرپوره	
۶	۴	۲۹	۲۰	۲۳	۲۴	۲۹	۲۰	۰	۰			۴- رنال کولیک	
۰	۰	۳۱	۲۰	۲۵	۱۶	۴۴	۲۸	۰	۰			۵- کیست تخمدان	
۷۰	۲۵	۲۲	۸	۸	۳	۰	۰	۰	۰			۶- کله سیستیت حاد	
۶۰	۶	۴۰	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰			۷- پانکراتیت حاد	
۵۰	۸	۲۵	۴	۰	۰	۲۵	۴	۰	۰			۸- پروراسیون اولسربیتیک	
۱۳	۱	۰	۰	۱۳	۱	۶۳	۵	۱۳	۱			۹- پارگی طحال	
۱۷	۱	۰	۰	۰	۰	۳۳	۲	۵۰	۳			۱۰- پیلونفریت	
۶۳	۵	۲۵	۲	۱۳	۱	۰	۰	۰	۰			۱۱- انسداد روده	
۵۰	۱	۵۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰			۱۲- ترومای نافذ شکم	

۰	۰	۳۳	۱	۳۳	۱	۳۳	۱	۰	۰	۰	۱۳- ترومای بلانت شکم
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴- گاستروانتریت
۳۷	۳	۰	۰	۳۳	۲	۰	۰	۱۷	۱		۱۵- سایر علل

بحث

کله‌سیستیت حاد ۴ درصد از کل مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌داد و ۶۹/۵ درصد از این بیماران سن بالای ۴۰ سال

در این مطالعه، شایع‌ترین علت مراجعه افراد به علت درد حاد شکم بود (۴۲/۸ درصد) و در مطالعات متعدد دیگر نیز شیوع درد غیر اختصاصی شکم ۳۵ و ۳۶ و ۲۹ درصد گزارش شده است که مطالعه ما با این یافته‌ها مطابقت دارد و در مطالعه انجام شده توسط آسفا^۱ انسداد روده باریک شایع‌ترین علت شکم حاد گزارش شده است [۳].

نسبت ابتلاء زنان به مردان در این مطالعه ۱/۴ به ۱ بوده و ۷۷/۹ درصد بیماران زیر ۳۰ سال سن داشتند که این نتایج با مطالعات دیگر مطابقت دارد [۲]. در این مطالعه ۳۱/۳ درصد از بیماران، به علت آپاندیسیت حاد بستری گردیدند که در مطالعات دیگر ۲۰-۲۷ درصد علت مراجعه با درد حاد شکم آپاندیسیت بوده که این اختلاف معنی‌دار به نظرمی‌رسد.

۸۲/۷ درصد بیماران با آپاندیسیت حاد درگروه سنی ۳۰-۱۱ سال قرار داشتند و میزان آپاندکتومی منفی در زنان بیشتر از مردان بود (۳۰٪ نسبت به ۲۰ درصد)، که نشان دهنده درصد بالای اشتباه تشخیصی آپاندیسیت حاد در زن‌ها می‌باشد و علت آن بیماری‌های دستگاه تناسلی زنان مانند پیچ‌خوردگی کیست تخمدان، حاملگی خارج رحمی و پروفوراسیون کیست تخمدان می‌باشد که با آپاندیسیت اشتباه می‌شود [۵] و نتیجه این که با معاینه کلینیکی دقیق‌تر و همچنین تحت نظر قراردادن این گونه بیماران، در موارد مشکوک، می‌توان از انجام آپاندکتومی غیرضروری اجتناب کرد. رنال‌کولیک ۷/۶ درصد موارد مراجعه به علت درد حاد شکم را تشکیل می‌داد که با آمار ارائه شده دیگر مطابقت دارد [۸].

کیست تخمدان ۷/۱ درصد از کل موارد شکم حاد را تشکیل می‌داد که همان گونه بیان شد که اصولاً بیماری‌های دستگاه تناسلی زنان که از علل مهم مراجعه به علت درد حاد شکم می‌باشد و آمار ارائه شده با مطالعات دیگر مطابقت دارد [۸].

به طور کلی در این مطالعه علتهای درد حاد شکم به ترتیب شیوع عبارتند از: درد غیراختصاصی شکم، آپاندیسیت حاد، رنال کولیک، کیست تخم‌دان، کله‌سیستیت حاد، پروفوراسیون اولسرپیتیک، پانکراتیت حاد، پیلوفریت، انسداد روده، گاستروانتریت و سایر علل نا در و همان گونه که بیان شد شیوع کم انسداد روده در این مطالعه با توجه به مسائل تغذیه‌ای و نژادی نیازمند بررسی و تحقیق بیشتری می‌باشد و هم‌چنین باید در نظر داشت که بیشترین اشتباه تشخیصی و احتمالاً عمل جراحی غیرضروری در بیماران زن مراجعه‌کننده با درد حاد شکم است که این امر به علت وجود بیماری‌های خاص دستگاه تناسلی در زن‌ها می‌باشد [۸] و اجتناب از آن مستلزم معاینات دقیق‌تر و خودداری از تصمیم سریع به عمل جراحی می‌باشد.

داشتند و نسبت ابتلای زنان به مردان ۴ به ۱ بود. در ۱/۱ درصد از بیماران مراجعه‌کننده پانکراتیت حاد علت مراجعه بود که تفاوت چندانی با مطالعات دیگر ندارد. پروفوراسیون اولسرپیتیک بعنوان یکی از علل نادر درد شکم ذکر شده است که در مطالعه ما نیز پروفوراسیون در ۱/۸ درصد از بیماران وجود داشت.

انسداد روده ۹/۰ درصد علت مراجعه بیماران با شکم حاد بود که در مطالعات مختلف ۱۵ درصد موارد را تشکیل می‌داده است [۳] و از این نظر اختلاف معنی‌داری بین شیوع انسداد روده در این مطالعه و مطالعات دیگر وجود دارد که شاید یکی از دلایل این مسئله نوع رژیم غذایی (رژیم غذایی پروفیروگیاهی) یا علل ژنتیکی باشد و در مجموع علت این اختلاف نیاز به تحقیق و بررسی بیشتری دارد. سایر علل نادر تر درد حاد شکم در این مطالعه شامل پیلوفریت و گاستروانتریت بود.

منابع

- ۱- حجتی‌ج. بررسی ۷۷۴ مورد آپاندیسیت حاد در بیمارستان شهید بهشتی شیراز. مجله پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی. پاییز ۱۳۷۵، ص ۳۳.
- ۲- سجادی‌م. بررسی ۵۲۱ بیمار با درد حاد شکم. پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی کرمان. بهار ۱۳۷۶.

- [3] Asefa Z: Pattern of acute abdomen in Yirgalem Hospital, southern Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2000; 38(4) : 227-35.
- [4] Bischoff MG: Radiographic techniques and interpretation of the acute abdomen. *Clin Tech Small Anim Pract*. 2003;18(1): 7-19.
- [5] Dye T: The acute abdomen: a surgeon's approach to diagnosis and treatment. *Clin Tech Small Anim Pract*. 2003; 18(1):53-65.
- [6] Fahel E: Non -traumatic acute abdomen: videolaparoscopic approach. *JSLS*. 1999; 3(3): 187-92.
- [7] Martin RF, Rossi RL: The acute abdomen. An overview and algorithms. *Surg Clin North Am*. 1997; 77(6): 1227-43.

- [8] Mollitt DL, Dokler ML: Acute abdomen. The teenage girl. *Semin Pediatr Surg*.1997; 6(2): 100-4.
- [9] Newton , E, Mandavia S: Surgical complications of selected gastrointestinal emergencies: pitfalls in management of the acute abdomen. *Emerg Med Clin North Am*. 2003; 21(4): 873-907.
- [10] Paterson- Brown S, Vipond MN: Modern aids to clinical decision- making in the acute abdomen. *Br J Surg*. 1990 ; 77(1): 13-8.
- [11] Schwartz MZ, Bulas D: Acute abdomen. Laboratory evaluation and imaging. *Semin Pediatr Surg*. 1997; 6(2): 65-73.
- [12] Spitz L, Kimber C: Acute abdomen. The history. *Semin Pediatr Surg*. 1997; 6(2): 58-61.
- [13] Walters PC: Approach to the acute abdomen. *Clin Tech Small Anim Pract*. 2000; 15(2): 63-9.

Prospective Study of Etiologies of Acute Abdominal Syndrome in Patients Admitted to Ali Ibn Abitaleb Hospital of Rafsanjan

M. Rezai Nasab MD¹

1-Assistant Professor of surgery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Background: Acute Abdomen Syndrom is one of the most frequent referal cases to the emergencies of hospitals all over the world. At the present, it is one of the most important causes of high mortality of human beings in all of the societies. The ethiology of acute abdomen syndrom is different in various geographical regions. It is very important to know the actual cause in order to prevent the unnecessary operations as well as prevention of undesirable side effects of operations

Materials and methods: Statistical data was collected from 898 patients, who were referred to the emergency unit Ali Ibn Abitaleb hospital due to acute abdomen syndrome and which were hospitalized. The data were analyzed in this retrospective study. This study was carried out whithin five months of the starting date. The patients were followed up until the final diagnosis was performed. The suspected patients of suffering acute abdominal disorders were repeatedly examined physically in the hospital ward during the hospitalization in order to differentiate them in acute abdomen syndrom.

Results: Statistical analysis by Chi-Square test (P value < 0.05) indicated the following results: Among the referral patients, 492 persons were female (55%) and 406 persons were male (45%). The most frequent age group of patients were between 10-20 years old.

The most frequent clinical symptoms that was observed in physical examinations were severe abdomen pain, lack of appetite nausea and vomiting.

The most frequent cause of acute abdomen syndrome in reffral patients was non-specific pain of abdomen due to appendicitis and renal colics in men and non-specific pain of abdomen due to appendicitis and ovarian cysts in women.

5) Out of 898 patients, 391 of them required surgery (43%) and 507 patients recovered without needing surgery (57%).

Conclusion: Nonspecific pain of abdominal region was the most frequent reason for admission to the emergency unit of the Ali Ibn Abitaleb Hospital of Rafsanjan Medical University. The frequency rate of appendicitis reported in previous studies were less compared to this study (both in men and women). However, intestinal obstruction cases were the least frequent cases in this study. The most frequent misdiagnosis were was in for women. We found that the patient's history and physical examinations are very important factors for accurate diagnosis and discovering the etiology of the acute abdominal syndrome especially in female patients.

Key words: Acute abdominal pain., Appendicitis, Non specific abdominal pain. Renal colic, Ovarian

Correspondng auther, tel: (0391)8220025

J0urnal of Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services,2003,2(2): 112-118.