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

میزان شیوع علل درد شکمی حاد در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب رفسنجان در سال ۱۳۷۹

مجید رضائی‌نسب [۱]

خلاصه

سابقه وهدف: شکم حاد یکی از موارد شایع مراجعه بیماران به اورژانس‌ها در تمام دنیا می‌باشد و یکی ازعلل مهم مرگ ومیر 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.

موادوروش‌ها: در این مطالعه مقطعی تعداد ۸۹۷ نفر (۴۹۱ زن و۴۰۶ مرد) از بیمارانی که به دلیل درد حاد شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه و بستری 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 نظرقرار داشتند مورد معاینه مکرر قرار می‌گرفتند. تجزیه وتحلیل داده ها با استفاده از آزمون مجذور کای انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۴۰۶ نفراز بیماران (۴۵درصد) مرد و ۴۹۱ نفر (۵۵درصد) زن بودند و بیشترین گروه سنی مراجعه‌کننده در گروه سنی ۲۰-۱۰سال بودند. مهم ترین علایم بالینی به ترتیب شامل درد شکم، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ بود. شایع‌ترین علت درد شکمی در مردها درد غیر اختصاصی شکم (۳۹ درصد)، آپاندیسیت (۳۲ درصد)، رنال‌کولیک (۱۱ درصد) و در زن ها درد غیر اختصاصی شکم(۴۶ درصد)، آپاندیسیت (۳۰ درصد) وکیست 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 شایع ترین 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، رنال‌کولیک، کیست تخمدان

مقدمه

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

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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

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 حالی‌که 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 [۵] و مخصوصاً روش‌های تصویربرداری پیشرفته نظیر سی‌تی‌اسکن ارزش زیادی در تشخیص این بیماری دارد [۴]، و حتی امروزه از ویدئولاپاروسکوپی در تشخیص و درمان این بیماری استفاده می‌شود[۶]، این روش‌ها مخصوصاً در اطفال مبتلا به درد حاد شکم کمک کننده است [۱۱،۱۲]. این روش‌ها در دو دهه اخیر پیشرفت زیادی نموده و کمک زیادی به تشخیص و درمان کرده است [۱۰] 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 علل 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 وشتاب 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، درحالی‌که 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 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 ومیر 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 (۴۰-۳۰ درصد)، آپاندیسیت حاد دومین علت شایع (۲۵-۱۵درصد) و انسداد روده ۱۵درصد موارد مراجعه به علت درد حاد شکم را تشکیل می‌داده است [۱،۲]. از آنجایی که شیوع عوامل ایجادکننده درد حاد شکم وماهیت آن می‌تواند در مناطق و نژادهای مختلف متفاوت باشد، مطالعه حاضر به منظور بررسی این موضوع در مراجعین به بیمارستان حضرت علی‌ابن ابیطالب (ع) رفسنجان انجام شده است تا از میزان عوارض ناشی از عدم تشخیص صحیح و درمان به موقع جلوگیری شود.

موادوروش‌ها

این مطالعهٔ توصیفی- مقطعی 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 بطوری‌که 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، بررسی های 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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل آماری می‌شد. سطح معنی‌دار آماری $p \leq ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

نتایج

۵۴٪ بیماران زن و ۴۶٪ بیماران مرد بودند و این اختلاف معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$). از نظر گروه سنی ۶٪ بیماران در گروه سنی زیر ۱۰ سال، ۴۱٪ در گروه ۱۹-۱۰ سال، ۲۶٪ در گروه ۲۹-۲۰ سال، ۱۴٪ در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال و ۱۳٪ در گروه سنی ۴۰ سال و یا بالاتر بودند. این نتایج نشان می‌دهد که درد حاد شکمی در خانم‌ها و در گروه سنی ۲۹-۱۰ سال شایع‌تر است.

در مورد فراوانی علایم همراه در این بیماران به ترتیب شیوع عبارت بودند از: تهوع (۵۹٪) بی‌اشتهایی (۵۸٪)، استفراغ (۵۴٪)، اسهال (۴۰٪)، تاکیکاردی (۱۱٪) وتب (۹٪). در معاینه فیزیکی ۵۵٪ بیماران پرکاشن تست مثبت و ۴۶٪ موارد ریباندتندرنس و ۱۳٪ گاردینگ شکم و ۳٪ موارد افت فشار داشتند. در بررسی‌های آزمایشگاهی ۶۴٪ بیماران دارای لکوسیتوز خون محیطی، ۱۵٪ لکوسیت در ادرار و۱۸٪ دارای RBC در ادرار بودند (جدول۱).

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

شکایات	معاینه فیزیکی	علائم آزمایشگاهی
۱-تهوع (۵۹٪)	۱-پرکاشن تست مثبت (۵۴/۸٪)	۱-لکوسیتوز خون محیطی ۶۹/۳٪ (بالای ۱۱۰۰۰)
۲-بی اشتهایی (۵۸/۱٪)	۲-ریباند تندرنس (۴۶٪)	۲-نوتروفیلی (بالای ۷۰٪) (۵۰/۷٪)
۳-استفراغ (۵۳/۸٪)	۳-گاردینگ شکم (۱۲/۵٪)	۳-وجود گلبول قرمز ادرار (۱۸/۲٪)
۴-اسهال (۴۰٪)	۴-تاکیکاردی (۱۰/۸٪)	۴-وجود لکوسیت در ادرار (۱۴/۶٪)
	۵-تب (۸/۹٪)	
	۶-افت فشار خون (۲/۶٪)	

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

علت درد	مردان	زنان	کل
دردغیراختصاصی شکم	۱۶۰(۳۹/۴٪)	۲۲۴(۴۵/۶٪)	۳۸۴(۴۲/۸٪)
آپاندیست حاد پاره نشده	۱۲۸(۳۱/۵٪)	۱۰۸(۲۱/۹٪)	۲۳۶(۲۴/۳٪)
آپاندیست حاد پاره شده	۲۵(۶/۱٪)	۲۰(۴٪)	۴۵(۵٪)
رنال‌کولیک	۴۳(۱۰/۶٪)	۲۵(۵٪)	۶۸(۷/۶٪)
کیست تخمدان	۰	۶۴(۱۳٪)	۶۴(۷/۱٪)
کوله سیستیت حاد	۷(۱/۷٪)	۲۹(۵/۹٪)	۳۶(۴٪)
پانکراتیت حاد	۶(۱/۴٪)	۴(۰/۸٪)	۱۰(۱/۱٪)
پرفوراسیون اولسرپپتیک	۱۶(۴٪)	۰	۱۶(۱/۸٪)
پارگی طحال	۶(۱/۴٪)	۲(۰/۴٪)	۸(۰/۹٪)
پیلونفریت حاد	۰	۶(۱/۲٪)	۶(۰/۷٪)

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

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

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 مذکر به ترتیب درد غیر اختصاصی شکم، آپاندیسیت حاد و رنال‌کولیک و در جنس مؤنث به ترتیب درد غیر اختصاصی شکم، آپاندیسیت حاد و کیست تخمدان بودند. درد غیراختصاصی، کله‌سیستیت و پیلونفریت در خانم‌ها شایع‌تر و آپاندیسیت، رنال‌کولیک، پانکراتیت، پارگی طحال و انسداد روده در آقایان شایع تر از خانم‌ها بود.

جدول ۳ علل درد حاد شکمی را در گروه های سنی مختلف مقایسه می‌کند. بیشترین شیوع درد غیراختصاصی شکم در گروه سنی ۱۹-۱۰ سال، رنال‌کولیک در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و کیست تخمدان در دختران ۱۹-۱۰ ساله بود. علل نادرتر درد حاد شکمی مثل انسداد روده، پانکراتیت حاد و کله‌سیستیت حاد و پرفوراسیون اولسرپتیک بیشتر در گروه سنی بالای ۴۰ سال مشاهده شد. که تفاوت شیوع درد حاد شکمی در گروه های سنی مختلف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$). در بین بیماران با درد شکمی یک آقای ۲۴ ساله با پسودوکیست پانکراس، مرد ۶۵ ساله با آدنوکارسینوم معده، خانم ۷۵ ساله با آدنوکارسینوم کیسهٔ صفرا، مرد ۴۵ ساله با انفارکتوس میوکارد نیزگزارش شد.

جدول ۳: توزیع فراوانی مطق ونسبی جامعه مورد مطالعه بر اساس اتیولوژی وسن

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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

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

بحث

در این مطالعه, شایع‌ترین علت مراجعه افراد به علت درد حاد شکم بود (۴۲/۸درصد) و در مطالعات متعدد دیگر نیز شیوع درد غیر اختصاصی شکم ۲۹و۳۶و۳۵ درصد گزارش شده است که مطالعه ما با این یافته‌ها مطابقت دارد و در مطالعه انجام شده توسط آسفا[1] 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 داشتندکه 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 ۲۰-۱۷درصد 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.(۳۰نسبت به۲۰درصد)، که نشان دهنده درصد بالای اشتباه تشخیصی آپاندیسیت حاد در زن ها می‌باشد و علت آن بیماری‌های دستگاه تناسلی زنان مانند پیچ‌خوردگی کیست تخمدان, حاملگی خارج رحمی وپرفوراسیون کیست تخمدان می‌باشدکه با آپاندیسیت اشتباه می‌شود [۵] و نتیجه این که با معاینه کلینیکی دقیق‌تر و همچنین تحت نظر قراردادن این گونه بیماران، درموارد مشکوک، می‌توان از انجام آپاندکتومی غیرضروری اجتناب کرد. رنال‌کولیک ۷/۶درصد موارد مراجعه به علت درد حاد شکم را تشکیل می‌دادکه 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 وآمار ارائه شده با مطالعات دیگر مطابقت دارد [۸].

کله‌سیستیت حاد ۴درصد از کل مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌داد و۶۹/۵ درصد از این بیماران سن بالای ۴۰ سال

1- Asefa

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

داشتند و نسبت ابتلای زنان به مردان ۴به ۱ بود .در ۱/۱درصد از بیماران مراجعه‌کننده پانکراتیت حاد علت مراجعه بود که تفاوت چندانی با مطالعات دیگر ندارد. پرفوراسیون اولسرپپتیک بعنوان یکی از علل نادر درد شکم ذکر شده است که در مطالعه ما نیز پرفوراسیون در۱/۸درصد از بیماران وجود داشت.

انسداد روده ۰/۹درصد علت مراجعه بیماران با شکم حاد بود که در مطالعات مختلف ۱۵درصد موارد راتشکیل 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 پرفیبروگیاهی) یا علل ژنتیکی باشد و در مجموع علت این اختلاف نیاز به تحقیق و بررسی بیشتری دارد. سایر علل نادرتر درد حاد شکم در این مطالعه شامل پیلونفریت وگاستروانتریت بود.

به طورکلی در این مطالعه علت‌های درد حاد شکم به ترتیب شیوع عبارتند از: درد غیراختصاصی شکم, آپاندیسیت حاد,رنال‌کولیک,کیست‌تخمدان,کله‌سیستیت حاد, پرفوراسیون اولسرپپتیک, پانکراتیت حاد، پیلونفریت, انسدادروده, 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] واجتناب از آن مستلزم معاینات دقیق‌تر و خودداری از تصمیم سریع به عمل جراحی می‌باشد.

منابع

۱- حجتی.ح. بررسی ۷۷۴ مورد آپاندیسیت حاد دربیمارستان شهید بهشتی شیراز. *مجله پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی*. پاییز ۱۳۷۵، ص ۳۳.

۲- سجادی.م. بررسی ۵۲۱ بیماربا دردحادشکم. *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 complic_ ations 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.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]

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

M. Rezai Nasab MD[1]
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 geogrophical 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 sufering acute abdomenal disorders were repeatedlly examinated 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 acurate 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 Scrvices,2003,2(2): 112-118.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1382.2.2.3.9]