

تعیین ارزش علامت بی‌اشتهائی در تشخیص اولیه آپاندیسیت حاد

دکتر سیدعلیر ضاحسینی^۱ نسب^۱ ، دکتر علی اکبر سالاری^۲

چکیده

آپاندیسیت حاد شایعترین علت شکم حاد جراحی می‌باشد و تشخیص صحیح و درمان بموقع آن باعث کاهش مرگ و میر شده و همچنین از جراحی‌های بی‌مورد جلوگیری می‌کند. جهت رسیدن به تشخیص صحیح و بموقع، شرح حال دقیق و معاینه بالینی کمک کننده می‌باشد. از جمله ابزار کمکی در تشخیص، علائم بالینی می‌باشد که شایعترین علامت بالینی آپاندیسیت حاد بی‌اشتهائی است. به همین منظور بر آن شدیم تا در این زمینه میزان فراوانی بی‌اشتهائی در آپاندیسیت حاد را بررسی کنیم. این مطالعه از نوع توصیفی (Cross-Sectional) بوده که ۶۵ مورد بیمار که با شکایت دل درد مراجعه کرده بودند مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفتند. نتایجی که از این بررسی بدست آوردیم عبارتند از: ۸۳/۷۵٪ بیماران بی‌اشتهائی داشتند که می‌توان گفت بی‌اشتهائی بعنوان علامت مهم و شایع در آپاندیسیت حاد است (P.V = ۰/۰۲). در بیماران با آپاندیسیت حاد و بی‌اشتهائی ارتباط معنی داری بین سن و جنس دیده نشد. محل آناتومیکی آپاندیس با میزان بی‌اشتهائی در آپاندیسیت حاد نیز رابطه معنی داری نداشت. ۷۵/۷۵٪ بیماران با بی‌اشتهائی، تپوع داشته که از نظر آماری معنی دار بوده و ۷۵/۰۴٪ نیز استفراغ و بی‌اشتهائی داشتند و (P.V < 0.0002) در نتیجه بی‌اشتهائی شایعترین و مهمترین علامت در آپاندیسیت حاد می‌باشد که در معاینه کلینیکی باید توجه کافی به آن داشت. در نهایت نتیجه می‌گیریم بی‌اشتهائی بعنوان شایعترین علامت در آپاندیسیت حاد است که این مسأله اهمیت اقدامات کلینیکی و مقدماتی براقدمات پاراکلینیک و درمانهای تهاجمی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آپاندیسیت حاد - بی‌اشتهائی

مقدمه

مشکلاتی مواجه هستند. زیرا بیماریهای متعددی وجود دارد که علائم آپاندیسیت حاد تقلید می‌کنند. هرچند تعدادی از این بیماریها که علائم بالینی مشابه دارند از جمله آپاندیسیت حاد، درمان قطعی آنها جراحی می‌باشد. باین همه سعی جراحان بر این است که با افزایش دقت در تشخیص، تعداد آپاندکتومی‌های غیر ضروری و پارگی آپاندیس (پرفوراسیون) و عوارض ناشی از آن که بدنبال تأخیر در عمل جراحی بروز می‌کند را به حداقل برسانند. پیشرفت در دقت تشخیص مستلزم آن است که توجه پزشکان عمومی مد نظر قرار گیرد، زیرا که اولین معاینه کنندگان بیماران با درد شکم حاد هستند و باید با

آپاندیسیت حاد یکی از اورژانسهای شکمی و از شایعترین تشخیصهای افتراقی در مبحث دل دردها و در واقع شایعترین علت شکم حاد جراحی است که از سالها پیش شناخته شده و مورد توجه پزشکان و بخصوص جراحان بوده است. اگرچه جراحان شکم بیش از ۱۰۰ سال است که بطور جدی با آپاندیسیت حاد سروکار دارند^(۱) اما هنوز در تشخیص آن با

۱- استادیار گروه جراحی عمومی

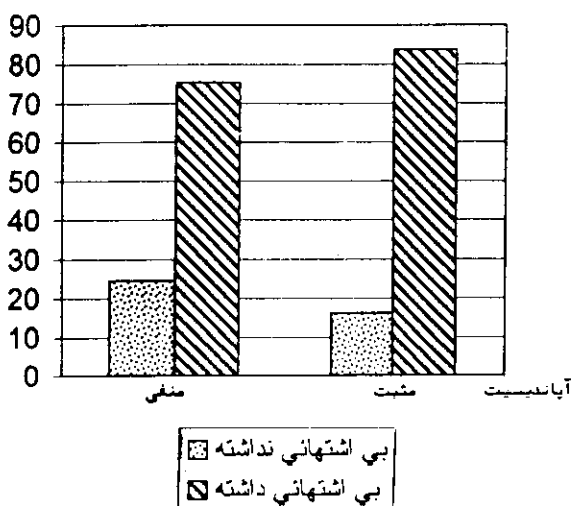
۲- دانشیار گروه جراحی عمومی

علامت بعدی، تهوع و استفراغ از بیمار سؤال و یادداشت می‌گردید. برای مشخص شدن دقیق بی‌اشتهایی از بیمار سؤال می‌شد آیا در حال حاضر به خوردن غذای خاص و مورد نظر خود تمایل داری یا نه؟ بقیه اطلاعات پرسشنامه مثل میزان لکوسیتوز و محل زائده آناتومیکی آپاندیس و تائید پاتولوژیکی نیز بوسیله آزمایشات و مراجعه به بخش پاتولوژی و پرونده بیمار تکمیل می‌شد.

نتایج

از ۶۶۵ بیمار ۴۰۰ بیمار که دارای آپاندیسیت حاد بودند بررسی شدند. ۲۸۷ مورد مرد و ۱۱۳ مورد زن بودند. ۸۳/۷۳٪ بیماران دارای آپاندیسیت حاد بی‌اشتهایی و ۱۶/۲۵٪ بیماران بی‌اشتهایی نداشته که با توجه به $P\text{-Value} < 0.02$ می‌توان گفت که بی‌اشتهایی بعنوان علامت بسیار مهم در آپاندیسیت حاد می‌باشد. (نمودار ۱).

وضعیت بی‌اشتهایی بر حسب گروه سنی: در این بررسی بر حسب وجود یا عدم وجود بی‌اشتهایی بر حسب گروه سنی در جامعه مورد بررسی که پس از تائید پاتولوژی تشخیص قطعی آپاندیسیت حاد بوده است، بوسیله آزمون کای اسکوار آزمون



نمودار ۱: درصد بی‌اشتهایی بر حسب وجود یا عدم وجود آپاندیسیت در جامعه مورد بررسی

دقت و تصمیم‌گیری مناسب خویش گام مهمی در کاهش میزان مرگ و میر ناشی از تأخیر در معرفی بیماران دچار آپاندیسیت حاد به جراح بردارند.^(۲) هرچند در سالهای اخیر خدمات پاراکلینیک انقلابی: تشخیص بسیاری از بیماریها بوجود آورده است، اما هرگز نتوانسته جای معاینه دقیق و شرح حال و تظاهرات بالینی بخصوص بی‌اشتهایی که گفته شده است در ۹۵٪ موارد اولین علامت آپاندیسیت حاد است را بگیرد و هنوز در بسیاری از موارد تشخیص بیماری براساس یافته‌های بالینی می‌باشد.^(۳)

چون بی‌اشتهایی تقریباً در همه موارد آپاندیسیت حاد همراه است و نبودن بی‌اشتهایی تشخیص آپاندیسیت حاد را زیر سؤال می‌برد بر آن شدیم تا میزان بی‌اشتهایی را در بیماران دارای آپاندیسیت حاد بررسی نماییم.

روش بررسی

این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی (Cross-Sectional) می‌باشد. جامعه مورد بررسی شامل بیمارانی است که در مدت ۱۰ ماه بعلت دل درد به اورژانس بیمارستانهای شهید دکتر رهنمون و افشار یزد مراجعه کرده‌اند و پس از معاینات بالینی و اقدامات پاراکلینیک لازم با تشخیص اولیه آپاندیسیت حاد در بخش جراحی بستری شده‌اند.

برای انجام کار ابتدا پرسشنامه‌هایی که حاوی اطلاعات مورد نیاز برای بیماران بود، تنظیم شد که شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، محل زائده آناتومیکی آپاندیس، وجود یا عدم وجود تهوع و همچنین وجود یا عدم وجود استفراغ و بالاخره وجود یا عدم وجود بی‌اشتهایی بر حسب وجود یا عدم وجود آپاندیسیت با تائید پاتولوژی بود، بررسی شد.

تعداد نمونه مورد بررسی با ضریب اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۳، $n = 665$ مشخص شد. نمونه‌گیری به روش آسان و سرشماری از جامعه مورد بررسی تا تکمیل تعداد نمونه ادامه یافت. تکمیل پرسشنامه به شرح زیر بود بیماری که به علت دل درد به مراکز اورژانس بیمارستانهای شهید رهنمون و افشار مراجعه می‌کرد، مشخصات وی، وجود بی‌اشتهایی، بودن اولین علامت یا

۷۵/۰۴٪ بیماران دارای بی‌اشتهایی استفراغ داشته‌اند. افرادی که بی‌اشتهایی نداشته و استفراغ داشته‌اند می‌توان گفت بین بی‌اشتهایی و استفراغ نیز ارتباط وجود دارد. $P.Value=0$. نتیجه حاصل از بررسی محل آناتومیکی آپاندیس بر حسب میزان بی‌اشتهایی چنین بود که آپاندیس رتروسکال در کسانی که بی‌اشتهایی نداشته‌اند ۷۵/۳۹٪ و کسانی که بی‌اشتهایی داشته‌اند ۸۳/۲۹٪ می‌باشد. در مورد سایر وضعیتهای آناتومیکی آپاندیس نیز اختلاف درصد بین بیمارانی که بی‌اشتهایی نداشته‌اند و بیمارانی که بی‌اشتهایی داشته‌اند زیاد نیست و باتوجه به آزمون Z-Test معنی‌دار نبود و رابطه‌ای بین بی‌اشتهایی و محل

گردید که ارتباط معنی‌داری بین بی‌اشتهایی و سن وجود نداشت یعنی نمی‌توان گفت با تغییر سن، فراوانی بی‌اشتهایی نیز تغییر می‌کند. (نمودار ۲). وضعیت بی‌اشتهایی بر حسب جنس: ۸۵/۳۶٪ مردان و ۷۹/۶۵٪ زنان دارای آپاندیسیت حاد، بی‌اشتهایی داشته‌اند. که با استفاده از آزمون کای اسکوار ارتباط معنی‌داری بین جنس و فراوانی بی‌اشتهایی در بیماران دارای آپاندیسیت حاد وجود نداشت ($P=0/05$) (جدول ۳). ۷۵/۷۵٪ بیماران که بی‌اشتهایی داشته‌اند حالت تهوع داشته که معنی‌دار می‌باشد. یعنی باتوجه به $P.Value=0.00$ می‌توان گفت که بین بی‌اشتهایی و تهوع ارتباط وجود دارد.

جدول ۱: بررسی پارامتر بی‌اشتهایی در جامعه مورد بررسی با تشخیص اولیه آپاندیسیت حاد

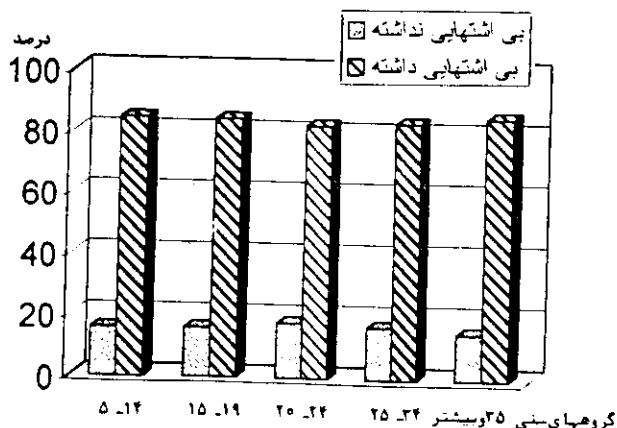
بی‌اشتهایی	نداشته		داشته		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
منفی	۱۶	۲۴/۶۱	۴۹	۷۵/۳۹	۶۵
مثبت	۶۵	۱۶/۲۵	۳۳۵	۸۳/۷۵	۴۰۰
جمع	۸۱	۱۷/۴۱	۳۸۴	۸۲/۵۹	۴۶۵

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت بی‌اشتهایی بر حسب جنس و وجود آپاندیسیت حاد (باتائید پاتولوژی) در جامعه مورد بررسی

بی‌اشتهایی	نداشته		داشته		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
زن	۲۳	۲۰/۳۵	۹۰	۷۹/۶۵	۱۱۳
مرد	۴۲	۱۴/۶۳	۲۴۵	۸۵/۳۷	۲۸۷
جمع	۶۵	۱۶/۲۵	۳۳۵	۸۳/۷۵	۴۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت بی‌اشتهایی بر حسب گروه سنی در جامعه مورد بررسی با تشخیص قطعی آپاندیسیت حاد

بی‌اشتهایی	نداشته		داشته		سن (سال)
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۵-۱۴	۹	۱۵/۵۲	۴۹	۸۴/۴۸	۵۸
۱۵-۱۹	۱۸	۱۵/۷۸	۹۶	۸۴/۲۲	۱۱۴
۲۰-۲۴	۱۷	۱۷/۷	۸۲	۸۲/۸۳	۹۹
۲۵-۳۴	۱۷	۱۶/۶۶	۸۵	۸۳/۳۴	۱۰۲
۳۵ به بالا	۴	۱۴/۸۱	۲۳	۸۵/۱۹	۲۷
جمع	۶۵	۱۶/۲۵	۳۳۵	۸۳/۷۵	۴۰۰



نمودار ۲: درصد بی‌اشتهایی بر حسب گروه‌های سنی و وجود یا عدم وجود آپاندیسیت در جامعه مورد بررسی

رابطه بین این دو متغیر کافی نمی باشد (جدول ۴).

آنانومیکی آپاندیس نیز وجود ندارد یا اینکه تعداد نمونه جهت

جدول ۴: پارامتر محل آنانومیکی آپاندیس در جامعه مورد بررسی (با تائید پاتولوژی آپاندیسیت) برحسب میزان بی‌اشتهایی

جمع	سایر موارد		لگنی		رتروایلثال		رتروسکال		محل آپاندیس بی‌اشتهایی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۵	۳/۰۶	۲	۱۵/۳۹	۱۰	۶/۱۶	۴	۷۵/۳۹	۴۹	ندارد
۳۳۵	۵/۰۶	۱۷	۷/۱۷	۲۴	۴/۴۸	۱۵	۸۳/۲۹	۲۷۹	دارد
۴۰۰	۴/۷۵	۱۹	۸/۵۰	۲۴	۴/۷۵	۱۹	۸۲	۳۲۸	جمع

بحث

آپاندیسیت حاد دارای علائم و نشانه‌های بالینی مختلف از جمله بی‌اشتهایی، دل درد، تهوع و استفراغ، علائم ادراری و غیره می‌باشد که می‌توان از میان آنها بی‌اشتهایی را بعنوان علامت مهم و شایع آپاندیسیت حاد در نظر گرفت، بطوریکه اگر بیماری با دل درد مراجعه کند و بی‌اشتهایی نداشته باشد باید به تشخیص آپاندیسیت حاد شک کرد. براساس نتایج بدست آمده در مورد وجود بی‌اشتهایی یا عدم وجود آن در بیمارانی که به علت دل درد به اورژانس مراجعه کرده‌اند مشاهده گردید در بیمارانی که تشخیص نهائی آنها با پاتولوژی تائید شده که آپاندیسیت حاد بوده است ۸۳/۷۵ بی‌اشتهایی داشته‌اند که بی‌اشتهایی بعنوان علامت مهم در تشخیص آپاندیسیت می‌باشد. در مطالعه Faloon و همکاران^(۴) بیش از ۹۵٪ بیماران دارای آپاندیسیت حاد بی‌اشتهایی می‌باشند که بنظر می‌رسد این اختلاف ناشی از اختلافات فرهنگی - اجتماعی جامعه مورد بررسی باشد. همچنین نتیجه حاصل از بررسی محل قرارگیری آپاندیس با میزان بی‌اشتهایی، دیده شد که در کسانی که بی‌اشتهایی داشته‌اند ۸۳/۲۹٪ و کسانی که بی‌اشتهایی نداشته‌اند ۷۵/۴۹٪ آپاندیس رتروسکال داشته‌اند در مورد سایر وضعیت‌های آنانومیکی آپاندیس نیز اختلاف واضحی بین بیمارانی که بی‌اشتهایی داشتند و بیمارانی که بی‌اشتهایی نداشته‌اند وجود ندارد. با توجه به معنی دار نشدن آن ارتباطی بین بی‌اشتهایی و محل آنانومیکی آپاندیس وجود ندارد (با این

تعداد نمونه نتوانستیم ارتباطی بین این دو متغیر پیدا کنیم). همچنین باید متذکر شویم که اگرچه ارتباطی وجود نداشت ولی در این بررسی دیده شده در بیمارانی که بی‌اشتهایی نداشتند بعد از وضعیت رتروسکال، شایعترین وضعیت، لگنی بوده است که برابر ۱۵/۲۹٪ بوده است و در آنهایی که بی‌اشتهایی داشته‌اند برابر ۷/۱۷٪ بوده است. در مورد رتروایلثال و سایر وضعیت‌ها تقریباً در هر دو گروه درصد یکسانی داشته‌اند. با توجه به نتایج حاصله بی‌اشتهایی شایعترین و مهمترین علامت در آپاندیسیت حاد می‌باشد.

پیشنهادها

از آنجاکه بی‌اشتهایی شایعترین و مهمترین علامت در آپاندیسیت حاد می‌باشد بطوریکه در صورت عدم وجود بی‌اشتهایی میتوان تشخیص آپاندیسیت را مورد شک و تردید قرار داد و از آنجاکه آپاندیسیت شایعترین علت شکم حاد جراحی است و درمان مناسب و فوری را می‌طلبد ضرورت دقت بیشتر در امر شرح حال و معاینه بالینی و در واقع اولویت قرار دادن کلینیک بر پاراکلینیک مطرح است زیرا اولاً درمان بموقع و مناسب برای آپاندیسیت حاد که باعث مرگ و میر بیماران می‌گردد ضروری است. ثانیاً از درمانهای تهاجمی و جراحی و لاپاراتومی‌های غیر ضروری که باعث عوارض برای بیماران است جلوگیری بعمل می‌آید.

References

- 1- Fitz RH. *Perforating inflammation of the vermiform appendix* : Was special reference to is early diagnosis and treatment. Trans Assoc Am Physician 1 :107 : 1,1995.
- 2- Schawrtz.S,Spencer. *Appendix. Michael J. Houston and Peter mcurdy* Principles of Surgery. New York, McGraw-Hill Inc. 1994, Vol 2 , 6th edition : 1307-1318.
- 3-Isselbacher, Braunwald et al. Harrison's Principles of Internal medicine. New York.McGraw-Hill Inc, 1994, Vol 2, 13th edition.:1433-1435.
- 4-Fallon WF, Newman JS, Fallon GL, et al: *The surgical managment of intra-abdominal inflammatory conditions during pregnancy*. Surg Clin Norht Am. 75:1, 1995.
- 5- Paajanen H, Kettunen J, Kostiainen S: *Emergency appendectomies in patients* over 80 years.Am Surg 60: 12, 1994.
- 6- Burkitt H.George. et al, Essential Surgery. New York. Churchill Livingstone, 1996, 2th edition : 281-291.
- 7- Gamal R, Moore TC. *Appendicitis in children aged 13 years and younger*. Am J Surg 159:589,1990.
- 8- Horattas. M.C, Guyton. D.P, Wu. D. *A reappraisal of appendicitis in the elderly*. Am J Surg. 160 : 291, 1990.
- 9- Bennett and Plum. *Miscellaneous Inflammatory disease of the Intestine*, J. Allen D Cooper,Peter G Pappas. Cecil Textbook of Medicine , Philadelphia, W.B.Saunders, 1996, Vol 1, 20thedition. :748-751.
- 10- Seymour. I. Schwartz and Harold Ellis. Appendix W.C. Husser Maingot's Abdominal Operation, London, Prentice. Hall International Inc, 1990 vol 2, 9th edition: 953-978.
- 11- Sabiston , Appendicitis, H.Kim Lyerly. Textbook of Surgery. Philadelphia, W.B.Saunders, 1997,5th edition : 964-970.
- 12- Plata-Salman-Cr. *Anorexia during acute and chronic disease*. Nutrition, 1996 Feb, 12(2) PP : 69-78.