

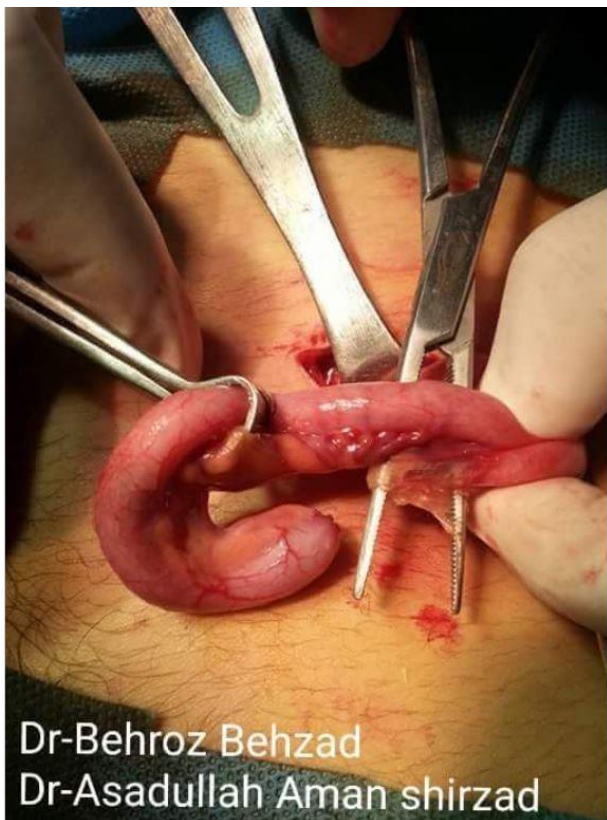


۲۰۲۱/۱۱/۲۵



داکتر بهار قریشی

معرفی طبی «اپندسیت» در قاموس کبیر افغانستان



Dr-Behroz Behzad
Dr-Asadullah Aman shirzad

اپندیسیت به انگلیسی (Appendicitis) : به التهاب ناگهانی آپاندکس گفته می‌شود. آپاندکس زائده ای کوچک و انگشتی شکل است که از روده بزرگ منشعب می‌شود. هر سال از هر ۵۰۰ نفر، یک نفر دچار آپاندیسیت می‌شود و این عمل شایع‌ترین عمل واقتات عاجل شکم است.

این بیماری پیشگیری ندارد و در صورت بروز آپاندیسیت و تاخیر در تشخیص و جراحی به دلیل احتمال پارگی آپاندیس می‌تواند مرگبار باشد.

این بیماری اغلب در بین افراد ۱۰ تا ۲۵ سال دیده می‌شود ولی حتی در شیر خواران و افراد مسن نیز گزارش شده است ابتلا مردان تقریباً دو برابر زنان است.

اپندیسیت حاد در کودکان

التهاب حاد در کودکان، شایع‌ترین موقعیت حاد جراحی در کودکان است. سالانه ۸۰۰۰۰ کودک در امریکا مبتلا به آپاندیسیت می‌شوند. میزان ابتلا در کودکان زیر ۱۴ سال، ۴ در ۱۰۰۰ مورد است. شایع‌ترین سن آپاندیسیت در کودکان بین ۱۲-۱۸ سالگی است. در سنین کمتر از ۵ سال نادر (کمتر از ۵%) و در سنین کمتر از ۳ سال بسیار نادر (کمتر از ۱%) است. در پسرها کمتر از دخترها و در نژاد سفید بیشتر از نژاد سیاه دیده می‌شود.

شیوع فصلی آپاندیسیت اغلب در بهار و خزان است. علیرغم تکنیک‌های پرتوشناسی در تشخیص آپاندیسیت، باز هم تشخیص آن مشکل است و ۲۰% خطر پرفوریشن یا کفیدگی وجود دارد. مورتالیتی در این بیماری نادر است.

اپندیسیت حاد ؛

یک بیماری عفونی با علل مختلف است. روند شایع آن، تهاجم باکتری به دیواره آپاندیس می‌باشد. راه‌های مختلف ایجاد آپاندیسیت: انسداد داخل لوله‌ای، تجمع مواد مدفوعی، هایپرپلازی لنفوئید، خوردن اجسام خارجی، پارازیت‌ها و تومورها است. انسداد داخل لومن به دلیل پرولیفراسیون باکتری‌ها و افزایش ترشح موکوس، منجر به افزایش فشار داخل لوله‌ای شده و به دنبال افزایش فشار، احتقان لنفوی و وریدی و ادم ایجاد می‌گردد. سپس اختلال پرفیوژن رگ‌ها سبب ایسکمی جدار آپاندیس و در نهایت نکروز آن می‌شود. فولیکول‌های لنفوی زیر مخاطی نیز می‌توانند انسداد لومن آپاندیس را ایجاد کنند که به تعداد اندکی در بدو تولد وجود دارند و در طول کودکی به تدریج افزایش می‌یابند و در دوره نوجوانی به حداکثر می‌رسند و پس از ۳۰ سالگی کاهش می‌یابند. فکالیت و آپاندیسیت هر دو در کشورهای توسعه یافته بیشتر دیده می‌شود.

اعراض و علائم ؛

علائم بالینی آپاندیسیت حاد کاملاً متفاوت است. علائم می‌تواند کلاسیک یا متغیر باشد. علائم بالینی کلاسیک آپاندیسیت در کمتر از ۵۰% موارد وجود دارد، بنابراین اکثر موارد آپاندیسیت حاد علائم Atypical دارند. با وجود پیشرفت‌های تکنولوژی در زمینه تصویر برداری، هنوز هم hallmark تشخیص آپاندیسیت حاد، بر اساس شرح حال و معاینه دقیق بیمار است. علائم بالینی کلاسیک آپاندیسیت بی‌اشتهایی و کسالت عمومی است.

درد شکم: درد شکمی از علائم اولیه بیماری است که در ساعات اولیه پس از شروع بیماری، آغاز می‌گردد. درد اولیه مبهم است. ارتباط با فعالیت یا وضعیت بیمار ندارد. اغلب کولیکی و اطراف ناف است که ناشی از التهاب احشا و به دلیل گشاد

شدن آپاندیس می‌باشد. با پیشرفت روند التهابی در طی ۱۲-۲۴ ساعت، درد در ناحیه R.L.Q (سمت راست و پایین شکم) متمرکز می‌شود. سپس به مرور درد بسیار شدید و پایدار می‌شود و با حرکت افزایش می‌یابد. دلبدی و استفراغ: دلبدی و استفراغ در بیش از ۵۰٪ بیماران رخ می‌دهد و اغلب به دنبال آن درد شکمی در عرض چند ساعت ایجاد می‌شود.

بی‌اشتهایی: بی‌اشتهایی یک یافته کلاسیک در آپاندیسیت حاد است.

اسهال و علائم ادراری: بخصوص در موارد پرفوراسیون آپاندیس یا احتمال آبه داخل لگنی دیده می‌شود. تب: تب در آپاندیسیت خفیف است، مگر این که پرفوراسیون رخ داده باشد. تاکی کاردی ضربان قلب خفیف نیز در اغلب بیماران دیده می‌شود.

پیشرفت بیماری از درد خفیف و مبهم، کسالت، بی‌اشتهایی تا درد شدید شکمی و تب و دلبدی به طور سریع در اغلب موارد در عرض ۲۴-۴۸ ساعت رخ می‌دهد. تأخیر در تشخیص بیشتر از ۳۶-۴۸ ساعت منجر به افزایش ریسک پرفوراسیون در ۶۵٪ موارد می‌شود. در مواردی که پرفوراسیون سبب پریتونیت می‌گردد: کودک دچار درد شکمی منتشر و توکسیسمی شدید و علائم sepsis و دهیدراتاسیون می‌گردد، که شامل افت فشار خون، کاهش حجم ادرار، اسیدوز و تب شدید می‌باشد. در موارد آپاندیس رتروسکال روند علائم بالینی آرام تر است و حدود ۴-۵ روز طول می‌کشد. در ضمن ممکن است علائم مشابه آرتریت سپتیک لگن باشد یا علائم آبه پسواس داخل لگن را تقلید کند.

معاینه شکم در مراحل اولیه آپاندیسیت نرم است و دیستانسیون شکم در موارد بیماری پیشرفته تر و پرفوراسیون ویا انسداد روده باریک دیده می‌شود. در سمع، اگر چه در مراحل اولیه آپاندیسیت صداهای روده‌ای نرمال یا افزایش یافته است، ولی با پیشرفت بیماری و یا پرفوراسیون، صداهای روده‌ای کاهش می‌یابد. تندرین موضعی شکمی، قابل اعتمادترین یافته در تشخیص آپاندیسیت حاد است. البته در موارد آپاندیس رتروسکال این یافته کمتر بارز است یا دیرتر دیده می‌شود. معاینه شکم برای آپاندیسیت از ناحیه L.L.Q شروع می‌گردد و خلاف عقربه‌های ساعت به سمت L.U.Q و سپس R.U.Q و در نهایت به R.L.Q می‌رسد. این معاینه چرخشی چندین بار ادامه می‌یابد و هر بار فشار در حین معاینه افزایش می‌یابد. علامت ریباند تندرین، ROVSING SIGN در آپاندیسیت حاد دیده می‌شود، اما همیشگی نیست. سایر علائم نظیر علامت پسواس در آپاندیس رتروسکال، و علامت اوبتوراتور در آپاندیسیت لگنی دیده می‌شود.

معاینات فیزیکی آپاندیسیت در کودکان

کودک مبتلا هنگام راه رفتن با احتیاط راه می‌رود، کمی به جلو خم شده و اندکی به سمت راست لنگش دارد. در حالت پوزیشن طاق‌باز بیشتر به سمت راست دراز می‌کشند و زانوهایشان را بالا می‌برند. وقتی از آن‌ها خواسته شود که زانوی خود را باز کرده و دراز بکشند، دستشان را بر روی سمت راست و پایین شکم قرار داده و سپس پایشان را دراز می‌کنند. در آغاز معاینه، لمس آرام بازوی کودک در اطمینان خاطر دادن به او که معاینه شکم نیز به همین آرامی است، باعث جلب اعتماد کودک و شانس بیشتر برای معاینه دقیق‌تر خواهد بود.

در C.B.C در اوایل بیماری، در کمتر از ۲۴ ساعت اول ممکن است لکوسیتها نرمال باشند. هم زمان با پیشرفت بیماری ۲۴-۴۸ ساعت اول لکوسیتها مختصر افزایش یافته و به ۱۱۰۰۰-۱۶۰۰۰ می‌رسد. در موارد آپاندیسیت پرفوره گاه لکوسیتوز بالای ۲۰۰۰۰ نیز داریم. البته به طور نادر در موارد بدون پرفوراسیون این مقدار دیده شده است. در آزمایش ادرار، تعداد کمی گلبول سفید یا سرخ دیده می‌شود. اما باید فاقد باکتری باشد. هم‌چوری واضح نیز نادر است و نشان دهنده درگیری کلیوی می‌باشد. الکتروولیتها و تست‌های کبدی معمولن نرمال هستند، مگر این که تأخیر در تشخیص یا دهیدراتاسیون کم ابی شدید یا SEPSIS وجود داشته باشد. اندازه گیری آمیلاز و تست‌های کبدی فقط برای افتراق از پانکراتیت و یا کوله سیستیت انجام می‌شود. انجام C.R.P غیر اختصاصی است. سیروم آمیلوئید A ، پروتئینی است که در بیماران با آپاندیسیت حاد بالا می‌رود و میزان حساسیت و اختصاصی بودن آن ۸۶٪ و ۸۳٪ است.

عکس رادیولوژی معمولی، حساسیت کمی برای تشخیص آپاندیسیت دارد و به طور معمول پیشنهاد نمی‌گردد ولی در موارد عارضه دار نظیر انسداد روده توصیه می‌شود. سونوگرافی: سونوگرافی در ارزیابی آپاندیسیت حاد توصیه می‌گردد و حساسیت بیش از ۹۰٪ دارد. کرایتریای تشخیصی آپاندیسیت در سونوگرافی ضخامت دیواره بیش از ۶ میلی متر، اتساع لومینال و وجود توده در R.L.Q یا فکالیت است C.T و M.R.I از دیگر اقدامات تشخیصی است.

تشخیص تفریقی

بیماری‌هایی که می‌توانند علائم آپاندیسیت را تقلید کنند شامل: گاستروآنتریت، آدنیت مزانتریک، دیورتیکول مکل، پانکراتیت، عفونت ادراری، پنومونی، کوله سیستیت و در خانم‌ها تورشن تخمدان، حاملگی خارج رحمی و P.I.D است.

تداوی

تداوی اصلی این بیماری جراحی و آپاندکتومی است.

داکتربهار قریشی

د پانو شمیره: له 2 تر2

افغان جرمن آنالین په درنبت تاسو همکارۍ ته رابولي. په دغه پته له مور سره اړیکه ټینگه کړئ maqalat@afghan-german.de

یادونه: دلپکنی د لیکنیزې بنې پازوالي د لیکوال په غاړه ده ، هیله من یو خپله لیکنه له رالیولو مخکې په خیر و لولی