

بررسی اپیدمیولوژیک بیماران بزرگسال با درد حاد شکمی مراجعه کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

امیراحمد عربزاده^۱، کیوان امینی^۲، افشان شرقی^۲، مهسا عطایی^۱، میرسلیم سید صادقی^{۱*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: شیوع و عوامل ایجادکننده درد حاد شکمی می‌تواند در مناطق و نژادهای مختلف متفاوت باشد. شناخت اپیدمیولوژی بیماری می‌تواند از انجام عمل‌های جراحی غیرضروری و عوارض ناخواسته ناشی از عمل جراحی جلوگیری کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی اپیدمیولوژیک بیماران بزرگسال با شکم حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ انجام شد.

روش بررسی: مطالعه توصیفی مقطعی طی یک دوره یک‌ساله با جامعه آماری ۱۰۳۱ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان فاطمی اردبیل که با درد شکم مراجعه کرده بودند انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی آسان بود. اطلاعات این بیماران از طریق پرسش‌نامه اولیه جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 تحلیل شد.

نتایج: ۵۳۵ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و ۴۹۶ نفر زن بودند. ۵۳/۵ درصد از بیماران استفراغ غیر صفراوی، ۶۷/۶ درصد کارکرد شکمی نرمال، ۵۳ درصد دچار بی‌اشتهایی، ۱۶/۲ درصد اتساع شکم و ۱۴/۳ درصد تب داشتند. ۲۰/۱ درصد درد در ربع تحتانی راست، ۱۶/۱ درصد بدون تندرns، ۱۵/۶ درصد ریباند تندرns، ۵/۴ درصد گاردینگ، ۵/۸ درصد نشانه پسواس و ۱۶/۳ درصد نشانه مورفی داشتند. ۲۷ درصد درد شکم مربوط به آپاندیسیت، ۲۰ درصد کوله‌سیستیت، ۱۵/۳ درصد انسداد روده و کمترین موارد مربوط به متاستاز و حاملگی خارج رحمی با ۰/۳ درصد بود.

نتیجه‌گیری: برترین ابزار در دسترس برای معاینه و مدیریت درد شکم، معاینه بالینی و شرح حال جامع می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درد حاد، بیمارستان، بزرگسال، اپیدمیولوژی

ارجاع: عربزاده امیراحمد، امینی کیوان، شرقی افشان، عطایی مهسا، سید صادقی میرسلیم. بررسی اپیدمیولوژیک بیماران بزرگسال با درد حاد شکمی مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۲؛ ۳۱ (۶): ۶۷۶۴-۷۱.

۱- گروه جراحی، دانشکده پزشکی، بیمارستان امام خمینی، بیمارستان فاطمی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۲- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، بیمارستان فاطمی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۳- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۴۴۵۳۶۹۶۲، پست الکترونیکی: dr.mirsalimseyedsadeghi@gmail.com، صندوق پستی: ۵۶۱۴۷۳۳۷۷۵

صحيح شکم حاد و اقدام جراحی مناسب کماکان به قوت خود باقی مانده است (۱۰). نتایج مطالعه Chimkode و همکاران نشان داد درد شکم یک شکایت رایج در بخش اورژانس است و پزشکان باید تشخیص‌های متعدد را بررسی کنند، به خصوص در مواردی که نیاز به مداخله فوری برای پیشگیری از عوارض و مرگومیر دارند (۲). نتایج مطالعه Armağan و همکاران نشان داد ارزیابی بالینی مناسب و بررسی بیشتر بیماران با درد شکم می‌تواند در تشخیص صحیح و مداخله به هنگام در بیماران با درد شکم مفید واقع شود (۵). مطالعه Dadeh نتایج مطالعه نشان داد که طول مدت اقامت بیش از ۴ روز، فشارخون دیاستول کمتر از ۸۰ میلی‌متر جیوه، تعداد تنفس بیشتر از ۲۴، حساسیت در ربع تحتانی راست شکم، اتساع روده و صداهای روده‌ای کم عوامل مرتبط با پیامد نامطلوب در بیماران با شکم حاد مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بودند (۴). نتایج مطالعه Cervellin و همکاران نشان داد که در بیش از دو سوم از دردهای شکم در مراجعین به بخش اورژانس مربوط به دردهای رنال کولیک و دردهای غیراختصاصی شکم بود (۱). از آنجایی که شکم حاد یکی از موارد شایع مراجعه بیماران به اورژانس‌ها می‌باشد و شیوع و عوامل ایجادکننده آن می‌تواند در مناطق و نژادهای مختلف متفاوت باشد و دانستن این موارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا از انجام عمل‌های جراحی غیرضروری و عوارض ناخواسته ناشی از عمل جراحی جلوگیری گردد و باتوجه به اینکه مطالعات بسیار اندکی در داخل کشور در این زمینه انجام گرفته است و در سطح استان اردبیل نیز هیچ مطالعه‌ای در این رابطه صورت نگرفته است و باتوجه به کم‌رنگ شدن معاینات بالینی و تأکید بیشتر بر آزمایش‌های پاراکلینیکی تصمیم بر آن شد تا در مطالعه حاضر به بررسی اپیدمیولوژی بیماران بزرگسال با شکم حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل بپردازیم.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران بزرگسال مبتلا به شکم حاد بودند که به اورژانس مراجعه کرده بودند. در این مطالعه ۱۰۳۱ بیمار مبتلا به درد

درد حاد شکم یکی از علل شایع مراجعه بیماران به اورژانس‌ها می‌باشد (۱). سیر طبیعی درد حاد شکم بستگی کامل به علت ایجادکننده آن دارد به نحوی که در بعضی از بیماران مانند مبتلایان به گاستروانتریت حاد، درد حاد شکم ممکن است با یا بدون درمان، خودبه‌خود بهبود یابد. در حالی که در بعضی دیگر مانند سوراخ شدن روده می‌تواند منجر به پریتونیت جنرالیزه و مرگ شود (۲،۳). تشخیص درد حاد شکم یکی از جنبه‌های مهم در درمان بیماران می‌باشد و برای تشخیص صحیح معمولاً نیاز به روش‌های کمک تشخیصی شامل رادیولوژی، سونوگرافی و آزمایشگاه است (۴). حتی امروزه از ویدئو لاپاراسکوپي در تشخیص و درمان این بیماری استفاده می‌شود. این روش‌ها خصوصاً در اطفال مبتلا به درد حاد شکم مهم است و کمک زیادی به تشخیص و درمان کرده است (۵). شناخت دقیق آناتومی و فیزیولوژی شکم باعث تشخیص افتراقی صحیح علل درد حاد شکم خواهد شد و جهت درمان این‌گونه بیماران معمولاً به اقدام جراحی نیاز می‌باشد و تشخیص صحیح این بیماری در درمان موثر آن نقش اساسی دارد و اشتباه در تشخیص یا تاخیر در درمان می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود (۶،۷). پیچیدگی شکم حاد جراحی به حدی است که شناخت علل بیماری و نیز معاینه و بررسی‌های تشخیصی با روش‌های علمی به‌منظور پیشگیری از مرگومیر بیماران، ضرورت دارد (۲). در مواردی که تشخیص شکم حاد قویاً مطرح باشد معمولاً به عمل جراحی فوری نیاز می‌باشد، در حالیکه به هنگام برخورد با موارد مشکوک شکم حاد، تحت‌نظر قراردادن بیمار توسط جراح و معاینات فیزیکی دقیق و مکرر توسط جراح و تعیین سیر بیماری، از انجام اعمال جراحی غیرضروری پیشگیری خواهد کرد (۸،۹). شناخت صحیح علل ایجادکننده شکم حاد و سیر بالینی آن در درمان موفق این‌گونه بیماران بسیار مؤثر است. هر چند امروزه بهبود روش‌های تشخیصی پاراکلینیکی و مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و بهبود روش‌های جراحی و بیهوشی باعث کاهش مرگومیر و ناتوانی این‌گونه بیماران شده است، اما نقش پزشک جراح در تشخیص

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها به صورت کدگذاری شده جمع‌آوری شد. داده‌های حاصل از مطالعه وارد نرم‌افزار SPSS version 16 شدند و پس از پیاده‌سازی داده‌ها به منظور آنالیز آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی مثل میانگین و میانه و شاخص‌های پراکندگی مثل انحراف معیار و جداول فراوانی و نمودار استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تایید شده است (کد اخلاق IR. ARUMS. REC. 1399. 576). از نمونه‌ها رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید.

نتایج

تعداد ۵۳۵ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و ۴۹۶ نفر زن بودند. بیشترین فراوانی سنی مربوط به رده سنی ۶۱-۷۰ سال با فراوانی مطلق ۲۶۳ نفر بود. ۶۶۴ بیمار ساکن شهر و ۳۶۷ بیمار ساکن روستا بودند. تعداد ۴۲۵ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه خانه‌دار بودند (جدول ۱).

تعداد ۵۵۲ نفر از بیماران استفراغ غیر صفراوی، ۶۹۷ نفر کارکرد شکمی نرمال، ۵۴۶ نفر دچار بی‌اشتهایی، ۱۶۷ نفر اتساع شکم و ۱۴۷ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه تب داشتند (جدول ۲).

تعداد ۲۵۷ نفر درد در ربع تحتانی راست، ۱۶۶ نفر بدون تندرns، ۱۶۱ نفر ریباند تندرns، ۵۶ نفر گاردینی، ۶۰ نفر نشانه وسواس و ۱۶۸ نفر نشانه مورفی داشتند (جدول ۳).

اکثریت موارد درد شکم (۲۷ درصد) مربوط به آپاندیسیت، کوله سیستیت (۲۰ درصد)، انسداد روده (۱۵/۳ درصد) و کمترین موارد مربوط به متاستاز و حاملگی خارج رحمی بود (جدول ۴).

حاد شکمی که در طول یک سال از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ به اورژانس بیمارستان فاطمی اردبیل مراجعه کرده‌اند وارد مطالعه شد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی آسان تا رسیدن به تعداد موردنظر بود. بیماران مراجعه‌کننده در صورت رضایت، به طور متوالی و پشت‌سرهم وارد مطالعه شدند تا حجم نمونه مطالعه کامل شود. جهت محاسبه حجم نمونه با توجه به مقادیر فراوانی علل به دست آمده (۱۱) و با لحاظ دقت ۰/۰۲ و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در تخمین شیوع ۹۷۹ نفر محاسبه گردید که با احتساب ریزش نمونه‌ها در این مطالعه ۱۰۳۱ مورد وارد مطالعه شدند.

$$n=(z-(1-(a)/2)^2p(1-p))/d^2=979$$

$$p=0.11d=0.02$$

بیماران توسط جراح ویزیت و بررسی‌های آزمایشگاهی و رادیولوژیک لازم انجام می‌شد. موارد مشکوک تا تشخیص قطعی در بخش جراحی تحت نظر قرار می‌گرفتند و معاینات مکرر و بررسی‌های بیشتر بر روی آنها انجام می‌شد و اطلاعات بیماران در فرم‌های جمع‌آوری داده ثبت می‌شد. این اطلاعات شامل: سن، جنس، علائم بالینی (مثل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، اسهال و...) شدت درد با استفاده از معیار VAS بر اساس پرسش از خود بیماران که از ۱ تا ۱۰ نمره‌دهی می‌شد، محل درد (کل شکم، بخش مرکزی شکم، بخش چپ یا راست شکم، بخش فوقانی یا تحتانی شکم یا یکی از چهار ربع شکم)، فاصله زمانی بین شروع درد تا زمان مراجعه به بیمارستان و علت درد شکم (مثل آپاندیسیت، کوله‌سیستیت، انسداد روده، درد غیراختصاصی شکم و...) و معیارهای تشخیصی برای تشخیص افتراقی بیماری‌های مختلف شامل: معاینه بالینی، بررسی‌های آزمایشگاهی و روش‌های رادیولوژیک بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل توانایی ذهنی و سواد لازم جهت فهم سؤالات و پاسخ‌گویی به آنها و سن بین ۱۸ تا ۷۰ سال بود.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران شکم حاد مراجعه کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

متغیر	زیر گروه	تعداد(درصد)
جنسیت	مرد	۵۳۵ (۵۱/۹)
	زن	۴۹۶ (۴۸/۱)
گروه سنی	۱۸-۲۰	۸۴ (۸/۱)
	۲۱-۳۰	۱۹۴ (۱۸/۶)
	۳۱-۴۰	۱۸۱ (۱۷/۶)
	۴۱-۵۰	۱۸۰ (۱۷/۳)
	۵۱-۶۰	۱۲۹ (۱۲/۷)
	۶۱-۷۰	۲۶۳ (۲۵/۴)
محل سکونت	شهر	۶۶۴ (۶۴/۴)
	روستا	۳۶۷ (۳۵/۶)
	کارمند	۵۶ (۵/۴)
اشتغال	کارگر	۱۰۴ (۱۰/۱)
	خانه دار	۴۲۵ (۴۱/۲)
	بیکار	۲۱ (۲)
	دانش آموز و دانشجو	۱۷۲ (۱۶/۷)
	شغل آزاد	۲۰۶ (۲۰)
	سایر	۴۷ (۴/۶)

جدول ۲: علایم بالینی بیماران با شکم حاد مراجعه کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

علایم	زیر گروه	تعداد(درصد)
استفراغ	بدون استفراغ	۴۱۶ (۴۰/۳)
	استفراغ صفاوی	۶۳ (۶/۱)
	استفراغ غیر صفاوی	۵۵۲ (۵۳/۵)
کارکرد شکمی	دفع مدفوع نرمال	۶۹۷ (۶۷/۶)
	اسهال	۱۰۲ (۹/۹)
	دفع مدفوع خونی	۳ (۰/۳)
	عدم دفع مدفوع	۳۶ (۳/۵)
	عدم دفع گاز و مدفوع	۱۴۸ (۱۴/۴)
	یبوست	۴۵ (۴/۴)
سایر علایم	بی اشتها	۵۴۶ (۵۳)
	اتساع شکم	۱۶۷ (۱۶/۲)
	تب	۱۴۷ (۱۴/۳)

جدول ۳: توزیع فراوانی محل تندرns، ریباند تندرns، گاردینی، نشانه پسواس و نشانه مورفی بیماران شکم حاد مراجعه کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

محل تندرns	تعداد(درصد)	محل تندرns	تعداد(درصد)
اپیگاستر	۳۳ (۳/۲)	ربع فوقانی چپ	۹ (۰/۹)
ربع فوقانی راست	۲۰۷ (۲۰/۱)	تمامی شکم	۸۵ (۸/۲)
ربع تحتانی راست	۲۵۷ (۲۴/۹)	بدون تندرns	۱۶۶ (۱۶/۱)
پهلوی راست	۹۶ (۹/۳)	ریباند تندرns	۱۶۱ (۱۵/۶)
هیپوگاستر	۴۳ (۴/۲)	گاردینگ	۵۶ (۵/۴)
دور ناف	۴۵ (۴/۴)	نشانه پسواس	۶۰ (۵/۸)
ربع تحتانی چپ	۲۷ (۲/۶)	نشانه مورفی	۱۶۸ (۱۶/۳)
پهلوی چپ	۶۳ (۶/۱)		

جدول ۴: توزیع فراوانی علل درد شکم بیماران با شکم حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

تعداد(درصد)	علل درد شکم	تعداد(درصد)	علل درد شکم
۳(۰/۳)	حاملگی خارج رحمی	۲۷۷(۲۷)	آپاندیسیت
۹(۰/۹)	مشکلات ژنیکولوژیک	۲۰۵(۲۰)	کوله سیستیت
۲(۰/۲)	انوژیناسیون	۱۵۸(۱۵/۳)	انسداد روده
۸(۰/۷)	توده کبدی	۶۴(۶/۲)	مشکلات گوارشی
۸(۰/۷)	کرونا	۱۱۸(۱۱/۵)	رنال کولیک
۱۲(۱/۱)	عوارض جراحی	۱۲(۱/۱)	هرنی
۳۳(۳/۲)	شکم غیرجراحی	۴(۰/۴)	ایسکمی مزانتر
۷(۰/۶)	پریتونیت	۳۷(۳/۵)	عفونت ادراری
۳(۰/۳)	متاستاز	۳۷(۳/۵)	گاستروانتریت
		۳۴(۳/۳)	کیست تخمدان

در این مطالعه نیز ۷۱٪ (۱۴۷ نفر) از افرادی که کوله‌سیستیت داشتند درد و تندرns ربع فوقانی راست شکم مثبت ارزیابی شده است (۱۳). به‌طورکلی تندرns و محل درد بر اساس علت شکم حاد در این مطالعه و مطالعات ذکر شده تقریباً مشابه برآورد شده است. بر اساس مطالعه رضایی‌نسب و همکاران شایع‌ترین علت درد شکمی در مردها درد غیراختصاصی شکم (۳۹ درصد)، آپاندیسیت (۳۲ درصد)، رنال کولیک (۱۱ درصد) و در زنان درد غیراختصاصی شکم (۴۶ درصد)، آپاندیسیت (۳۰ درصد) و کیست تخمدان (۱۳/۹ درصد) گزارش شده است. در مطالعه حاضر شایع‌ترین علل شکم حاد در مردان به ترتیب آپاندیسیت (۲۸ درصد)، انسداد روده (۱۹/۲ درصد) و رنال کولیک (۱۷/۵ درصد) به دست آمد. این آمار در زنان شامل: کوله‌سیستیت با ۲۵/۴ درصد در صدر علل شکم حاد در زنان قرار داشت و سپس به ترتیب آپاندیسیت با ۲۴/۷ درصد و رنال کولیک با ۱۱/۸ درصد قرار داشتند که تفاوت بارزی با مطالعه رضایی‌نسب و همکاران داشت که علت این تفاوت می‌تواند به دلیل متفاوت‌بودن مرکز مشکلات ژنیکولوژیک در این مطالعه باشد به طوری‌که بیمارستان فاطمی که این مطالعه بر روی بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس این بیمارستان انجام شده مرکز مراجعین با مشکلات ژنیکولوژیک به‌صورت روتین نمی‌باشد. علت دیگر این تفاوت‌ها می‌تواند به دلیل تعریف متفاوت از علل نهایی درد شکم در دو مطالعه باشد به طوری‌که در مطالعه رضایی‌نسب تشخیص نهایی بر اساس تشخیص بالینی گذاشته شده است در صورتی‌که در این مطالعه تشخیص نهایی بر اساس تشخیص

بحث

مطالعه حاضر باهدف بررسی دموگرافیک و بالینی بیماران بزرگسال با شکم حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمی از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ صورت گرفت. شایع‌ترین علایم همراهی که علاوه بر درد شکم در این مطالعه بیماران ذکر کردند بی‌اشتهایی تب، استفراغ، تغییر کارکرد روده‌ای و اتساع شکم بود که در مطالعه رضایی‌نسب نیز مهم‌ترین علایم بالینی که در کنار درد شکم مطرح شده بود به ترتیب شامل بی‌اشتهایی و تهوع و استفراغ بوده است که تقریباً نتایج مشابه‌ای را با مطالعه انجام‌گرفته داشته است به طوری‌که در این مطالعه شایع‌ترین علایم به ترتیب استفراغ با (۶۱۵ نفر)، بی‌اشتهایی با (۵۴۶ نفر)، اتساع شکم با (۱۶۷ نفر)، تب با (۱۴۷ نفر) و اسهال با (۱۰۲ نفر) بود (۱۱). حدود ۳۱۵ نفر از افرادی که مورد مطالعه قرار گرفتند تندرns ربع تحتانی راست شکم داشتند که از این تعداد ۲۰۵ نفر آپاندیسیت داشته که برابر ۷۴ درصد است این آمار در مطالعه بری جی و همکاران معادل ۹۵٪ گزارش شده است و حساسیت بالاتری نسبت به این مطالعه داشته است گرچه متدولوژی هر ۲ مطالعه و جامعه آماری تقریباً مشابه بوده است (۱۲). تفاوت در نتایج مطالعات می‌تواند ناشی از زمان متفاوت مراجعه بیماران به بیمارستان، احتمال استفاده از دارو جهت تسکین درد بیماران قبل از مراجعه به بیمارستان و یا ضعف در انجام معاینات بالینی باشد. در درجه بعدی کوله‌سیستیت قرار دارد که طبق مطالعه لو. سل شایع‌ترین محل تندرns برای کوله سیستیت حاد ربع فوقانی راست و پس از آن اپیگاستر است که

مطالعه لحاظ نشده است هم‌چنین با افزایش سن به دلیل کاهش حرکات روده‌ای، کاهش تحرک و افزایش شیوع کانسرها احتمال بروز انسداد روده افزایش می‌یابد و شاید نبود افراد بالای ۷۰ سال در این مطالعه مزید بر علت این تفاوت آماری باشد (۱۶). از محدودیت‌های این طرح می‌توان به دلیل مقاومت افراد شرکت‌کننده در مطالعه جهت‌دادن اطلاعات در زمینه درآمد و میزان تحصیلات امکان بررسی ارتباط بین سطح اجتماعی و اقتصادی افراد با موارد مختلف بروز شکم حاد امکان‌پذیر نبود. این پژوهش در شرایط شیوع ویروس کووید ۱۹ انجام گرفت و شاید این موضوع یکی از دلایلی باشد که افراد دیرتر مراجعه به مراکز درمانی داشتند و هم‌چنین افراد با دردهای خفیف‌تر مراجعه کمتری به اورژانس داشتند.

نتیجه‌گیری

گرچه روش‌های پاراکلینیک گسترش چشمگیری طی سالیان اخیر داشته‌اند و بدون شک کمک‌های شایانی به علم طب نموده‌اند؛ اما همچنان مهم‌ترین و کلیدی‌ترین روش برای ارزیابی و اداره شکم حاد شرح حال دقیق و معاینه بالینی می‌باشد به طوری که حدود ۸۳ درصد از تشخیص‌هایی که با علایم بالینی توسط جراحان تشخیص داده بودند با نتیجه پاتولوژی و نهایی بیماران مطابقت داشت. یافته‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری تنها در کنار یافته‌های بالینی بیمار ارزشمندی و قابل‌استناد بوده و به‌تنهایی ارزش چندانی ندارند و این نشان‌دهنده برتری شرح‌حال و معاینه در تشخیص علل شکم حاد می‌باشد که این تشخیص اولیه پایه اقدامات لازم بعدی را فراهم می‌آورد و استفاده از پاراکلینیک و داده‌های آزمایشگاهی باید متناسب با تشخیص اولیه صورت بگیرد.

سپاس‌گزاری

این مقاله از پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای پزشکی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل است. بدین‌وسیله از کلیه کارکنان بیمارستان فاطمی اردبیل که نهایت همکاری را در روند انجام این مطالعه داشتند تشکر می‌گردد.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: ندارد.

جراح حین جراحی و تشخیص پاتولوژی که حدود ۳ ماه بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های اولیه تکمیل شده است می‌باشد (۱۱). در مورد علل شکم حاد در این مطالعه بیشترین علت شکم حاد آپاندیسیت با فراوانی نسبی ۲۷ درصد بود و حدود ۴۶/۸ درصد از بیماران مورد مطالعه تحت جراحی قرار گرفتند. در صورتی که در مطالعه بهجت و همکاران که در سال ۲۰۱۹ بر روی بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس صورت گرفت گزارش گردید که حدود ۶۰ درصد علل جراحی داشتند و بیشترین علت شکم حاد نیز کوله‌سیستیت حاد با ۳۵/۸ درصد در بیماران گزارش شده بود. شاید یکی از دلایل قابل‌توجه در مورد این تفاوت در زمینه شایع‌ترین علت شکم حاد به دلیل تعداد متفاوت بیماران مورد مطالعه باشد به طوری که در مطالعه بهجت و همکاران مطالعه روی ۱۲۰۰ نفر از مراجعین به اورژانس صورت گرفت که از این تعداد ۲۰۰ نفر یعنی حدود ۱۶/۶ درصد با درد شکم مراجعه کرده بودند؛ اما در این مطالعه حدود ۱۰۳۱ نفر که شکایت اصلی آنها از ابتدا درد شکم بود وارد مطالعه شده بودند و از لحاظ آماری جامعه آماری بزرگ‌تری در این مطالعه لحاظ شده بود که می‌توانست عامل این تفاوت باشد البته باید مدنظر داشت که این دو مطالعه در دو منطقه متفاوت جغرافیایی انجام گرفته است و وجود نتایج متفاوت دور از انتظار نمی‌باشد (۱۴). همچنین در مطالعه تاکور جی کی و کومار که در سال ۲۰۱۹ در بیمارستان Eastern India صورت گرفت ۸۶۸۸ بیمار در اورژانس بیمارستان بستری شدند که علت بستری ۱۲۳۶ (۱۴/۲ درصد) درد شکم بود و از این تعداد ۶ درصد درد شکم جراحی و ۸/۲ درصد درد شکم غیرجراحی داشتند که شایع‌ترین علت درد شکم حاد جراحی آپاندیسیت حاد با شیوع ۳۸/۹ درصد گزارش شده بود (۱۵) که نتیجه مشابه با این مطالعه داشتند. سومین علت شایع برای شکم حاد در مطالعه ما انسداد روده با شیوع ۱۵/۳ درصد بود که این آمار نسبت به مطالعه گلانافکادو در اتیوپی پایین‌تر بود در مطالعه گلانافکادو که در سال ۲۰۲۱ در مورد شیوع و علل انسداد روده صورت‌گرفته شیوع انسداد روده بین ۱۸/۶ درصد تا ۵۰/۷ درصد متغیر بوده است. در این مطالعه محدودیت سنی وجود نداشته است و شاید این یکی از دلایل اختلاف آماری به‌دست‌آمده وجود محدودیت سنی ۷۰-۱۸ سال در مطالعه ما باشد. به طوری که علل مادرزادی انسداد روده در این

References:

- 1-Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al. *Epidemiology and Outcomes of Acute Abdominal Pain in a Large Urban Emergency Department: Retrospective Analysis of 5 340 Cases*. Ann Transl Med 2016; 4(19): 362.
- 2-Chimkode R, Shivakumar C.R. *Clinical Profile of Acute Abdomen Cases at a Tertiary Care Hospital*. Int Surg J 2016; 3(1): 105-7.
- 3-Jain R, Gupta V. *A Prospective Study of Epidemiology and Clinical Presentation of Non-Traumatic Acute Abdomen Cases in a Tertiary Care Hospital of Central India*. Int Surg J 2017; 4(1): 242-5.
- 4-Dadeh, A-A. *Factors Associated with Unfavorable Outcomes in Patients with Acute Abdominal Pain Visiting the Emergency Department*. BMC Emerg Med 2022; 22(1): 195.
- 5-Armağan HH, Duman L, Cesur Ö, Karaibrahimoğlu A, Bilaloğlu E, Hatip AY, et al. *Comparative Analysis of Epidemiological and Clinical Characteristics of Appendicitis among Children and Adults*. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2021; 27(5): 526-33.
- 6-Heeren V, Edwards L, Mazzaferro EM. *Acute Abdomen: Treatment*. Compend Contin Educ 2004; 26(5): 366.
- 7-Lawton B, Goldstein H, Davis T, Tagg A. *Diagnosis of Appendicitis in the Paediatric Emergency Department: An Update*. Curr Opin Pediatr 2019; 31(3): 312-6.
- 8-Moskowitz E, Khan AD, Cribari C, Schroepel TJ. *Size Matters: Computed Tomographic Measurements of the Appendix in Emergency Department Scans*. Am J Surg 2019; 218(2): 271-4.
- 9-Debnath J, Kumar R, Mathur A, Sharma P, Kumar N, Shridhar N, et al. *On the Role of Ultrasonography and CT scan in the Diagnosis of Acute Appendicitis*. Indian J Surg 2015; 77(Suppl 2): 221-6.
- 10-Jeon BG. *Predictive Factors and Outcomes of Negative Appendectomy*. Am J Surg 2017; 213(4): 731-8.
- 11-Rezai Nasab M. *Prospective Study of Etiologies of Acute Abdominal Syndrome in Patients Admitted to Ali Ibn Abitaleb Hospital of Rafsanjan*. JRUMS 2003; 2(2): 112-8.[Persian]
- 12-Berry JR J, Malt RA. *Appendicitis near its Centenary*. Annals of surgery 1984; 200(5): 567-75.
- 13-Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. *Prospective Randomized Study of Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis*. Ann Surg 1998; 227(4): 461-7.
- 14-Agarwal A, Bhagat TS, Verma R, Goel A, Garg P. *To Study the Epidemiology and Clinical Profile of Adult Patients with Acute Abdominal Pain Attending Tertiary Care Hospital*. Santosh Univ J Health Sci 2020; 5(2): 105-8.
- 15-Thakur JK, Kumar R. *Epidemiology of Acute Abdominal Pain: A Cross-Sectional Study in a Tertiary Care Hospital of Eastern India*. International Surgery Journal 2019; 6(2): 345-8.
- 16-Fekadu G, Tolera A, Beyene Bayissa B, Merga BT, Edessa D, Lamessa A. *Epidemiology and Causes of Intestinal Obstruction in Ethiopia: A Systematic Review*. SAGE Open Med 2022; 10: 20503121221083207.

Epidemiological Study of Adult Patients with Acute Abdomen Referred to Fatemi Ardabil Hospital from 2020 to 2021

Amir Ahmad Arabzadeh¹, Keyvan Amini², Afshan Sharghi³, Mahsa Ataei¹, Mirsalim Seyed Sadeghi^{*1}

Original Article

Introduction: The prevalence and causes of acute abdomen can be different in various regions and races. Knowing the epidemiology of the disease can prevent unnecessary surgeries and unwanted complications caused by surgery. The present study was conducted with the aim of epidemiological investigation of adult patients with acute abdomen referred to Fatemi Ardabil Hospital from 2020 to 2021.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted during a year with a statistical population of 1031 patients referred to the Emergency Department of Fatemi Ardabil Hospital with abdominal pain. The sampling method was easy non-probability sampling. The information of these patients was collected through a preliminary questionnaire and analyzed using SPSS 16 software.

Results: In this study, the number of 535 participants were male and 496 were female. 53.5% of patients had non-bilious vomiting, 67.6% had normal abdominal function, 53% had anorexia, 16.2% had abdominal distension and 14.3% had fever. 20.1% had pain in the right lower quadrant, 16.1% no tenderness, 15.6% rebound tenderness, 5.4% guarding, 5.8% psoas sign and 16.3% Murphy sign. 27% of abdominal pain was related to appendicitis, 20% to cholecystitis, 15.3% to intestinal obstruction and the lowest number of cases were related to metastasis and ectopic pregnancy with 0.3%.

Conclusion: The best tools available for examining and managing abdominal pain are clinical examination and a comprehensive history.

Keywords: Acute pain, Hospitals, Adult, Epidemiology.

Citation: Arabzadeh M.A, Amini k, Sharghi A, Ataei M, Seyed Sadeghi M.S. **Epidemiological Study of Adult Patients with Acute Abdomen Referred to Fatemi Ardabil Hospital from 2020 to 2021.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2023; 31(6): 6764-71.

¹Department of Surgery, School of Medicine, Imam Khomeini Hospital, Fatemi Hospital, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

²Department of Internal Medicine, School of Medicine, Fatemi Hospital, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

³Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09144536962. email: dr.mirsalimseyedsadeghi@gmail.com