مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۳
صفحه: ۱۴۸۰-۱۴۷۲

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No.5, Nov-Dec 2014
Pages: 1472-1480

بررسی میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

محمد کاظم امیربیگی تفتی[۱]، مهدیه امیربیگی تفتی*[۲]، حسن سلمان روغنی[۳]

۱،۳- استادیار گروه داخلی، فوق تخصص گوارش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲- متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۸

چکیده

مقدمه: سندروم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش است که از تظاهرات آن درد مزمن شکم همراه با تغییر در اجابت مزاج در غیاب اختلالات ساختاری است، لذا تمامی تعاریف بیماری بر اساس تظاهرات بالینی است. در این مطالعه میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بررسی گردید.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به درمانگاه‌های گوارش استان یزد در طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۸ به عنوان گروه مورد و ۳۱۹ بیمار بدون سندروم روده تحریک‌پذیر به عنوان گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند و میزان اعمال جراحی شکم و لگن در آنها بررسی گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون آماری Chi-Square تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: ۴۶/۸٪ از افراد مورد مطالعه مرد و ۵۳/۲٪ آنها زن بودند. میانگین سنی آنها ۳۷ سال بود که در دو گروه مورد و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. میزان کله سیستکتومی در گروه مورد بیش از ۳ برابر گروه کنترل(۵/۴٪ در مقابل ۱/۶٪) و اپاندکتومی حدود ۳ برابر (۱۱٪ در مقابل ۳/۸٪) و فتق اینگوینال ۲/۵٪ در مقابل ۰/۳٪ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالاتر اعمال جراحی شکم و لگن به خصوص کله سیستکتومی و اپاندکتومی در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر لزوم دقت و تأمل بیشتر برای تصمیم‌گیری جهت عمل جراحی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سندروم روده تحریک‌پذیر، جراحی شکم، جراحی لگن

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۵-۳۶۲۲۲۹۷۳، پست الکترونیکی: mahdieh39@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر یک اختلال شایع گوارشی است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می‌باشد(۱). سندروم روده تحریک‌پذیر بعد از سرماخوردگی شایع‌ترین علت غیبت از محل کار می‌باشد که هزینه‌های زیادی به دلیل مراجعه به پزشک و مصرف دارو و اقدامات پاراکلینیک انجام شده و غیبت از محل کار دارد و این بیماران به دلیل بیماری‌های غیرگوارشی نیز ۳ برابر افراد دیگر جامعه به پزشک مراجعه می‌کنند(۲). سندروم روده تحریک‌پذیر بیماری مربوط به افراد جوان است. زنان ۸۰٪ بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر شدید را زنان تشکیل می‌دهند(۳). هیچ شاخص تشخیصی قطعی برای سندروم روده تحریک‌پذیر وجود ندارد و لذا تمامی تعاریف بیماری بر اساس تظاهرات بالینی است که از معیارهای تشخیصی معیار رم ۲ است

سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS: Irritable Bowel Syndrome) نوعی اختلال فانکشنال روده‌ای است که شیوع بالایی در کلیه کشورهای دنیا از جمله ایران دارد با توجه به عدم وجود درمان مؤثر و مزمن بودن بیماری، درصد قابل توجهی از بیماران با علایم خاص مجبور به انجام اعمال جراحی شکم و لگن می‌شوند. تشخیص دقیق سندروم روده تحریک‌پذیر و بیماری‌هایی که در زمینه سندروم روده تحریک‌پذیر ایجاد می‌شود، ضرورت دارد تا از تشخیص بیش از حد موارد جراحی شکم و لگن و اعمال جراحی غیرضروری به علت اشتباه با علایم سندروم روده تحریک‌پذیر پیشگیری شود و تا حد امکان از هزینه‌ها و مشکلات اضافی بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کاسته شود. در این مطالعه میزان شیوع اعمال جراحی شکم و لگن را در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بررسی می‌گردد تا بتوان از ایجاد مشکلات اضافی به دلیل عمل جراحی برای بیمار جلوگیری شود.

روش بررسی

این بررسی به صورت مورد - شاهدی انجام شد و نمونه از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان شهید صدوقی و کلینیک خاتم الانبیاء یزد و کلینیک گوارش بخش خصوصی که با معیارهای رم ۲ سندروم روده تحریک‌پذیر تشخیص داده شدند(حداقل ۱۲ هفته ناراحتی یا درد شکم در یک سال اخیر همراه با دو مورد از سه تظاهر زیر باشد ۱- بهبودی با اجابت مزاج ۲- شروع علایم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج ۳- شروع علایم همراه با تغییر در شکل مدفوع)(۱) و سن بالای ۱۸ سال داشتند به عنوان مورد و بیماران غیر از سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به سایر درمانگاه‌ها و کلینیک‌های خصوصی به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت سرشماری بود. تعداد نمونه بر اساس مطالعات قبلی و فرمول آماری تعیین شد(۱۰). ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به درمانگاه‌های گوارش استان یزد در طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۸ به عنوان گروه مورد و ۳۱۹ بیمار بدون سندروم روده تحریک‌پذیر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ای برای هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل شد که سن، جنس، شغل، تحصیلات و نوع عمل جراحی(کله سیستکتومی اپاندکتومی، فتق اینگوینال، هیسترکتومی، اافرکتومی، سزارین، واریکوسل، پروستاتکتومی، هموروییدکتومی و اعمال جراحی دیگر در آن درج گردید. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از طریق پرسشنامه‌ای که شامل متغیرهای لازم بود از بیماران مورد مطالعه اخذ و در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و آزمون آماری Chi-Square تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیرمورد ارزیابی قرار گرفت.

از ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، ۱۶۷ نفر زن (۵۳/۲٪) و ۱۴۷ نفر مرد (۴۶/۸٪) بودند که کل بیماران از

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

نظر توزیع سنی به ۵ دسته طبقه‌بندی شدند که بیشترین تعداد بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال ۹۹ نفر (۳۱/۵٪) و زیر ۲۹ سال ۹۶ نفر (۳۰/۶٪) بودند. میانگین سنی کل بیماران (SD:۱۱) ۳۷ سال بود. گروه کنترل از بیماران NON IBS مراجعه کننده به درمانگاه و کلینیک‌های خصوصی غیرگوارش بودند که از ۳۱۹ نفر آنها ۱۵۴ نفر (۴۸/۴٪) زن و ۱۶۵ نفر (۵۱/۶٪) مرد بودند و میانگین سنی (SD:۱۳) ۳۸ سال داشتند.

در این مطالعه میزان عمل جراحی کله سیستکتومی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه کنترل اختلاف معنی‌داری داشت(۵/۴٪ در مقابل ۱/۶) OR=۵/۷. میزان عمل جراحی اپاندکتومی نیز در بیماران IBS نسبت به NON IBS ۱۱٪ در مقابل ۳/۸ بود OR=۳/۲ که از نظر آماری معنی‌دار شد(p<۰/۰۵). همچنین فتق اینگوینال با میزان ۲/۵٪ در مقابل ۰/۳ در بیماران IBS بیشتر بود اما اعمال جراحی زنان نظیر هیسترکتومی، اافرکتومی، سزارین و اعمال جراحی مردان نظیر واریکوسل، پروستاتکتومی بین دو گروه IBS و NON IBS اختلاف معنی‌داری نداشت همچنین هموروییدکتومی با میزان ۵/۱٪ در مقابل ۳/۱٪ معنی‌دار نشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی عمل جراحی کله سیستکتومی بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

گروه کله سیستکتومی	IBS		NON IBS		P-Value*
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
جراحی شده	۱۷	(۵/۴)	۵	(۱/۶)	
جراحی نشده	۲۹۷	(۹۴/۶)	۳۱۵	(۹۸/۴)	
جمع کل	۳۱۴	(۱۰۰)	۳۱۹	(۱۰۰)	۰/۰۰۸

آزمون Chi-Square

جدول ۲: توزیع فراوانی عمل جراحی اپاندکتومی بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

گروه اپاندکتومی	IBS		NON IBS		P-Value*
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
جراحی شده	۳۵	۱۱	۱۲	(۳/۸)	
جراحی نشده	۲۷۹	۸۸/۹	۳۰۸	(۹۶/۲)	
جمع کل	۳۱۴	۱۰۰	۳۱۹	(۱۰۰)	۰/۰۰۰

*آزمون Chi-Square

جدول ۳: توزیع فراوانی عمل جراحی فتق اینگوینال بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

گروه فتق اینگوینال	IBS		NON IBS		P-Value*
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
جراحی شده	۸	(۲/۵)	۱	(۰/۳)	
جراحی نشده	۳۰۶	(۹۷/۵)	۳۱۹	(۹۹/۷)	
جمع کل	۳۱۴	(۱۰۰)	۳۲۰	(۱۰۰)	۰/۰۱۷

* آزمون Chi-Square

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

جدول ۴: توزیع فراوانی عمل جراحی زنان بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

گروه نوع عمل جراحی		IBS		NON IBS		P-Value*
		تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
هیسترکتومی	جراحی شده	۱۹	(۱۱)	۱۲	(۷/۷)	۰/۲۱۷
	جراحی نشده	۱۴۸	(۸۹)	۱۴۳	(۹۲/۳)	
اافرکتومی	جراحی شده	۴	(۲/۴)	۵	(۳/۱)	۰/۷۵
	جراحی نشده	۱۶۳	(۹۷/۶)	۱۵۰	(۹۶/۶)	
سزارین	جراحی شده	۳۲	(۱۸)	۳۸	(۲۴)	۰/۴۳
	جراحی نشده	۱۳۵	(۸۲)	۱۱۷	(۷۶)	
	جمع	۱۶۷	(۱۰۰)	۱۵۵	(۱۰۰)	

* آزمون Chi-Square

جدول ۵: توزیع فراوانی عمل جراحی مردان بر حسب گروه‌های مورد مقایسه

گروه نوع عمل جراحی		IBS		NON IBS		P-Value*
		تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
واریکوسل	جراحی شده	۳	(۲/۰۴)	۳	(۱/۸)	۰/۹۸
	جراحی نشده	۱۴۴	(۹۷/۹۶)	۱۶۲	(۹۸/۲)	
پروستانکتومی	جراحی شده	۰	(۰)	۱	(۰/۶)	۰/۳۲
	جراحی نشده	۱۴۷	(۱۰۰)	۱۶۴	(۹۹/۴)	
	جمع کل	۱۴۷	(۱۰۰)	۱۶۵	(۱۰۰)	

* آزمون Chi-Square

بحث

سندروم روده تحریک‌پذیر یک اختلال گوارشی است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می‌باشد. سندروم روده تحریک‌پذیر ۱۲٪ بیماران مراجعه کننده به پزشک عمومی و ۲۸٪ بیماران مراجعه‌کننده به متخصص گوارش را تشکیل می‌دهد(۲). سندروم روده تحریک‌پذیر یک بیماری مربوط به افراد جوان است و اغلب موارد جدید آن قبل از ۴۵ سالگی دیده می‌شود و زنان را ۳-۲ برابر مردان گرفتار می‌کند(۳).

درد شکمی پیش نیاز تشخیص بالینی سندروم روده تحریک‌پذیر است. محل و شدت درد بسیار متنوع است. درد غالبا دوره‌ای و کرامپی است ولی ممکن است به یک درد ممتد زمینه‌ای تبدیل شود. درد می‌تواند آنقدر خفیف و قابل تحمل باشد که نادیده گرفته شود یا آنقدر شدید باشد که فعالیت‌های روزانه را مختل کند و سوء تغذیه ناشی از مصرف ناکافی کالری در سندروم روده تحریک‌پذیر نادر است. اختلالات خواب نادر است زیرا درد شکمی تقریبا در تمامی بیماران فقط در ساعات بیداری وجود دارد با این حال بیماران دچار سندروم روده تحریک‌پذیر شدید غالباً به طور مکرر از خواب بیدار می‌شوند. درد با مصرف غذا یا استرس عاطفی تشدید و با دفع گاز یا مدفوع برطرف می‌شود(۱). بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اغلب از اتساع شکم و اروغ زدن و نفخ شکایت دارند که برخی واقعاً دچار افزایش گاز شکم هستند و اکثر بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر حتی با تولید گاز ناچیز دچار علایم می‌شوند که نشان می‌دهد اساس شکایت انها کاهش تحمل نسبت به اتساع است نه مقدار غیرطبیعی گاز شکم(۴).

مکانیسم آسیب‌زایی سندروم روده تحریک‌پذیر به درستی شناخته نشده است و عوامل ارثی و محیطی در آن نقش

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

دارد(۵) در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر پاسخ‌های حسی به محرک های احشایی تشدید یافته و باعث درد پس از صرف غذا به واسطه ورود مواد غذایی به سکوم می‌شود. در مطالعه‌ای تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تحمل کمتری به اتساع رکتوم با بالون نسبت به گروه کنترل داشتند که دال بر اختلال اعصاب اوران احشایی در سندروم روده تحریک‌پذیر است(۶). تظاهرات روانی غیرطبیعی در سندروم روده تحریک‌پذیر وجود دارد و علایم بیماری در پاسخ به اتساع احشا تشدید می‌شود و این اختلال حتی پس از رد کردن عوامل روانشناختی تداوم می‌یابد. عوامل روانشناختی بر آستانه درد در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اثر می‌گذارد و استرس آستانه درد را تغییر می‌دهد(۷). بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر ممکن است احتمال بیشتری در اعمال جراحی شکم و لگن داشته باشند که به خاطر شرایط دردشان است در یک مطالعه انگلیسی افزایش شیوع کله سیستکتومی در بیماران IBS دیده شد(۸).

اگر استرس مزمن و شدید باشد در بیشتر موارد می‌تواند به فرم‌های غیرقابل درمان سندروم روده تحریک‌پذیر تبدیل شود(۹). سندروم روده تحریک‌پذیر اختلالی است که در آن هیچ یافته تشخیصی قطعی وجود ندارد.تشخیص آن بر اساس یافتن نماهای مثبت و حذف سایر بیماری‌ها استوار است. یک شرح حال و معاینه بالینی دقیق غالباً در اثبات تشخیص کمک‌کننده است. از آنجایی که نشانه‌های عمده IBS (درد شکمی، نفخ شکمی و تغییر در اجابت مزاج) شکایت‌های شایع در بسیاری از بیماری‌های گوارش است، تشخیص افتراقی زیادی دارد(۱). لذا می‌تواند منجر به عمل جراحی نامناسب شود. در مطالعه Cole و همکاران شیوع عمل جراحی کیسه صفرا در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر ۳ برابر جمعیت عادی بود(۱۰). در مطالعه‌ای که Longstreth و همکاراش انجام داده بودند، میزان عمل جراحی کله سیستکتومی ۱۲/۴ در گروه IBS در مقابل ۴/۱ در گروه کنترل گزارش شد(۱۱).

در مطالعه دیگر که توسط Corazziari و همکاران انجام شد، بیماران طبق شرح حال، معاینه فیزیکی و سونوگرافی به ۴ دسته تقسیم شدند ۱- سندروم روده تحریک‌پذیر ۲- بیماران با درد شکم و اجابت مزاج نرمال ۳- تغییرات اجابت مزاج بدون درد شکم ۴- بیماران بدون علامت. بر اساس تجزیه و تحلیل انجام شده شیوع سنگ کیسه صفرا در بیماران IBS که از شرایط کیسه صفرای خود آگاه نبودند با گروه کنترل تفاوتی نداشت ولی شیوع کوله سیستکتومی در بیماران IBS و گروه بیماران درد شکم با اجابت مزاج نرمال بیشتر از گروه بیماران با تغییر اجابت مزاج بدون درد شکم و گروه کنترل بود و به این نتیجه رسیدند که در IBS خطر افزایش یافته کله سیستکتومی وجود دارد که به علت افزایش سنگ کیسه صفرا نبوده بلکه به خاطر درد شکم و آگاهی از داشتن سنگ می‌باشد که منجر به اندیکاسیون جراحی غیرضروری می‌گردد(۱۲).

در مطالعاتی که بر روی میزان عمل جراحی اپاندکتومی انجام شده بود، میزان اپاندکتومی در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر۲ برابر بیشتر بود و ۲۱/۱٪ در مقابل ۱۱/۷٪ گزارش شد و در مطالعه Burns ریت اپاندکتومی در بیماران مبتلا به IBS در مقایسه با بیماران کولیت اولسروز (U.C) ۳۴/۵٪ در مقابل ۷/۹٪ بود و ریت اپاندکتومی در این بیماران ۴ برابر بیماران مبتلا به کولیت اولسروز گزارش شد(۱۳) و در مطالعه Hasler و همکارش میزان کله سیستکتومی ۴/۶٪ در مقابل ۲/۴٪ بود(۱۴).

در مطالعه‌ای که Cole و همکاران در سال ۲۰۰۵ میلادی انجام دادند، میزان شیوع اعمال جراحی شکم و لگن با تأکید بیشتر بر روی عمل جراحی کیسه صفرا در بیماران سندروم روده تحریک بررسی شد و با جمعیت عمومی مقایسه شد. در این مطالعه به این نتیجه رسیدند که شیوع جراحی شکم و لگن به جز جراحی کیسه صفرا در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر ۷۸٪ بیشتر از جمعیت عمومی بوده و شیوع عمل جراحی کیسه صفرا در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر سه برابر جمعیت عمومی است(۱۰). در مطالعه حاضر نیز میزان عمل جراحی کله سیستکتومی ۳ برابر در بیماران IBS بیشتر بود. در مطالعه Longstreth نیز عمل جراحی کله سیستکتومی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

۳ برابر بیشتر بود(۱۱).

در مطالعه Multivariable analysis که توسط Longstreth و همکارش انجام شد، شیوع شش عمل جراحی در بیماران IBS و گروه کنترل بررسی شد، دریافتند که کوله سیستکتومی در IBS ۱۲/۴٪ در مقابل ۴/۱٪ در گروه کنترل بود و همچنین اپاندکتومی ۲۱/۱٪ در مقابل ۱۱/۷٪، هیسترکتومی ۳۲/۲٪ در مقابل ۱۷٪ و عمل جراحی کمر ۴/۴٪ در مقابل ۲/۹٪ بود که در این اعمال جراحی p<۰/۰۰۰۱ معنی‌دار شد و اعمال جراحی عروق کرونر ۲/۸٪ در مقابل ۲/۴٪ و عمل جراحی زخم پپتیک ۰/۵ در مقابل ۰/۳٪ بود که p>۰/۰۵ معنی‌دار نشد و به این نتیجه رسیدند که سندروم روده تحریک‌پذیر با کوله سیستکتومی اپاندکتومی هیسترکتومی و عمل جراحی کمر ارتباط داشته و در IBS میزان عمل جراحی کوله سیستکتومی ۳ برابر اپاندکتومی ۲ برابر و عمل جراحی کمر ۵۰٪ بیشتر از بیماران NON IBS است(۱۱). در این مطالعه از ۳۱۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر ۱۷ نفر (۵/۴٪) عمل جراحی کله سیستکتومی شده بودند که این میزان در گروه کنترل ۵ نفر (۱/۶٪) بود که از نظر آماری معنی‌دار بود(p<۰/۰۵).

در مطالعه دیگر که توسط Burns انجام شد، شیوع اپاندکتومی هیسترکتومی و عمل جراحی تخمدان در ۱۴۵ بیمار IBS و ۶۳ بیمار U.C مقایسه شد. میزان اپاندکتومی در بیماران IBS (۳۴/۵٪) چهار برابر بیشتر از بیمارانU.C (۲/۹٪) بود و ۵۵/۲٪ از زنانی که IBS داشتند تحت عمل جراحی هیسترکتومی یا عمل جراحی تخمدان قرار گرفته بودند که این میزان در کولیت اولسراتیو ۱۸/۵٪ از زنانی بود که U.C داشتند(۱۳). در مطالعه حاضر نیز ۱۱٪ بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر و ۳/۸ گروه کنترل عمل جراحی اپاندکتومی شدند که میزان عمل جراحی اپاندکتومی در بیماران IBS، ۳ برابر گروه کنترل بود.

در مطالعه Systematic review که توسط Hasler و همکارش روی شیوع اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد، افزایش شیوع اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران IBS نسبت به گروه کنترل وجود داشت. کوله سیستکتومی ۴/۶٪ در مقابل ۲/۴٪ و هیسترکتومی ۱۸٪ در مقابل ۱۲٪ بود و در تجزیه و تحلیل دیگر اپاندکتومی و سایر اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود(۱۴). در مطالعه حاضر علاوه بر عمل جراحی کله سیستکتومی و اپاندکتومی که در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر بیشتر انجام شده بود، عمل جراحی فتق اینگوینال نیز در این بیماران ۲/۵٪ و در گروه کنترل ۰/۳ بود که از نظر آماری معنی‌دار شد.

در یک مطالعه عمل جراحی هیسترکتومی در بیماران IBS نسبت به گروه کنترل ۳۳/۲٪ در مقابل ۱۷٪ و در مطالعه دیگر ۱۸٪ در مقابل ۱۲٪ بود و در مطالعه Burns شیوع عمل جراحی هیسترکتومی یا جراحی تخمدان در IBS ۵۵/۲٪ و در U.C ۱۸/۵٪ گزارش شد(۱۳). در مطالعه دیگر که Brett انجام داد، شیوع اعمال جراحی کوله سیستکتومی (OR=۲/۰۹) اپاندکتومی(OR=۱/۴۵) هیسترکتومی (OR=۱/۷۰) و عمل جراحی کمر (OR=۱/۲۲) در بیماران IBS نسبت به NON IBS بیشتر بود(۱۵) و در مطالعه حاضر میزان اعمال جراحی زنان نظیر هیسترکتومی، اافرکتومی، سزارین در دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نداشت که علت تفاوت بین نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه می‌تواند به علت حجم نمونه کمتر در این مطالعه باشد.

همچنین میزان عمل جراحی مردان نظیر پروستاتکتومی، واریکوسل و هموروییدکتومی در دو گروه IBS و NON IBS تفاوت نداشت. اعمال جراحی دیگر شکم و لگن (سینوس پیلونیدال- لاپاراتومی تشخیصی- فتق ناف- شقاق و....) در مطالعه حاضر در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر نسبت به گروه کنترل بیشتر بود(۷/۶٪ در مقابل ۴/۱٪). مشکلات اجرای طرح وجود بیماری‌های فانکشنال دیگر مثل Non ulcer dyspepsia در بین گروه کنترل، فراموش کردن بعضی بیماران در رابطه با اعمال جراحی قبلی خویش و عدم همکاری یا رضایت بیمار در تکمیل پرسشنامه بود. عدم

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

دسترسی به یافته‌های آسیب شناسی کیسه صفرا و آپاندیس از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد و مطالعات بیشتر با بررسی نمونه پاتولوژی بیماران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه شیوع اعمال جراحی که علامت تشخیصی آنها درد شکم است مثل کله سیستکتومی و اپاندکتومی به طور معنی‌داری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر(IBS) شایع‌تر از NON IBS است که لازم است بررسی و دقت بیشتری در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر لحاظ گردد که آیا درد شکم مربوط به بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر است یا بیماری‌های دیگر همانند کله سیستیت یا اپاندیسیت و با توجه و دقت بیشتر و تحت نظر گرفتن بیمار از اعمال جراحی غیرضروری در این بیماران پرهیز شود. در این مطالعه در نهایت طی مقایسه‌ای که بین سندروم روده تحریک‌پذیر و NON IBS صورت گرفت، این نتیجه حاصل شد که تفاوت معنی‌داری در میزان اعمال جراحی شکم و لگن در این دو گروه وجود دارد. این مطالعه می‌تواند شروعی برای انجام مطالعات بعدی در زمینه بررسی علل مختلف افزایش میزان اعمال جراحی شکم و لگن در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر باشد. مطالعات بیشتر جهت بررسی پاتولوژی نمونه‌های جراحی شده در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر و مقایسه توصیه می‌شود.

References:

1- Owyang C. ***Irritable bowel syndrom.*** In: Fauci AS, Braunward E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harison's Principles of Internal Medicin.17 th ed. NewYork: Mc Graw Hill; 2008.p. 1899-903 .

2- Talley N. ***Irritable bowel syndrom.*** In: Feldman M, Friedmar LS, Brandt LJ. editors.Sleisenger and Fordtrans. Gastrointestinal and liver Disease.8nd ed. New York:Elisevier;2006.p.2633-2646.

3- William L. Hasler. ***Irritable bowel syndrom.*** In: Yamada T, Alpers DH, Kalloo AN, Kaplawitz N, Owyang C, Powell DW, editors. Text book of gastroenterology.4nd ed. Philadelphia; AWolters Kluwer; 2003.p.1817-42.

4- Houghton LA, Lea R, Agrawal A, Reilly B, Whorwell PJ. ***Relationship of abdominal bloating to distention in irritable bowel syndrom and effect of bowel habit.*** Gastroenterol 2006; 131(4): 1003.

5- Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. ***Irritable bowel syndrom in twins:Heredity and social learning both contribute to etiology.*** Gastroenterol 2001; 121(4); 799.

6- Bouin M, Plourde V, Boivin M, Riberdy M, Lupien F, Laganiere M, et al. ***Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrom sensitivity and specificity and predictive values of sensory thresholds.*** Gastroenterol 2002; 122(7): 1771-7.

7- Tornblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. ***Full thickness biopsy of the jejunom reveals inflamation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrom*** , Gastroenterol 2002; 123(6): 1972-9.

8- Kennedy TM, Jones RH. ***Epidemiology of cholecystectomy and irritable bowel syndrome in a UK population.*** Br J Surg 2000; 87(12): 1658-63.

9- Bennett EJ, Tennant CC, Piesse C, Badcock CA, Kellow JE. ***Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrom.*** Gut 1998; 43(2): 256-61.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

10- Cole JA, Yeaw JM, Cutone JA, Kuo B, Huang Z, Earnest DL, et al. ***The incidence of abdominal and pelvic surgery among patient with irritable bowel syndrom.*** Dig Dis Sci 2005; 50(12): 2268-75.

11- Longstreth GT, Yao JF. ***irritable bowel syndrom and surgery: a multivariabl analysis.*** Gastroenterol 2004; 126(7): 1665-73.

12- Corazziari E, Attili AF, Angeletti C, De Santis A. ***Gallstones, cholesystectomy and irritable bowel syndrom MJCOL populatin-based study.*** Dig Liver Dis 2008; 40(12): 944-50.

13- Burns DG. ***The risk of abdominal surgery in irritable bowel syndrom.*** S Afr Med J 1986; 70(2): 91.

14- Hasler WL, Schoenfeld P. ***Systematicreview: abdominal and pelvic surgery in patoents with irritable bowel syndrom.*** Aliment Pharmacol Ther 2003; 17(8): 997-1005.

15- Brett AS. ***Dose irritable bowel syndrom predispose to unnecessary abdominal surgery?*** Journal Watch Psychiatry 2004; 19: 126

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

The Incidence of Abdominal and Pelvic Surgery among Patients with Irritable Bowel Syndrome

Amirbeigy Tafti MK(MD)[1], Amirbeigy Tafti M(MD)[2], Salman Roghani H(MD)[3]

[1,3]Department of Gastroenterology, Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2]Department of General Surgery, Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 5 Oct 2013 ***Accepted:*** 29 May 2014

Abstract

Introduction: Irritable bowel syndrome(IBS) is one of the most common disorders of GI tract. Irritable bowel syndrome is characterized by chronic pain associated with altered bowel function. No organic abnormalities can be demonstrated reliably in IBS and thus diagnosis rests on symptom-base criteria.In this study rates of abdominal and pelvic surgery were measured in patients with IBS.

Methods: In this case-control study, the case group consisted of 314 patients with IBS who referred to a clinic of gastroenterology in Yazd during the years 2009-2012. As a matter of fact, patients of case group were compared with 319 patients without IBS and the rates of abdominal and pelvic surgery were measured. The study data was analyzed via Spss software (Version 16) applying chi-square test.

Results: Within IBS Patients, 46.8% were males and 53.2% were females, and the mean age of patients was 37 years. Although there was no statistically significant difference between control and case group, the prevalence rates for cholecystectomy were 3 times greater (5.4% versus 1.6%), appendectomy was threefold higher (11% versus 3.8%) and inguinal hernia (2.5% versus 0.3%) was increased in IBS patients compared to those of the control group.

Conclusions: IBS Patients have an increased prevalence rate for abdominal and pelvic surgery such as cholecystectomy and appendectomy. Therefore, IBS patients need to be cautiously attended in regard to recommending surgeries.

Keywords: Abdominal and Pelvic Surgery; Irritable Bowel Syndrome

This paper should be cited as:
Amirbeigy Tafti MK , Amirbeigy Tafti M, Salman Roghani H. ***The incidence of abdominal and pelvic surgery among patients with irritable bowel syndrome***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(5): 1472-80.

Corresponding author: Tel: +98 352-6222973, Email: mahdieh39@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-28]