Archive of SID

پژوهشي

مجلـــــه دانشـــــگاه علـــــوم پـــزشكـــــي مـــازنـــــــدران
دوره پانزدهم شماره 50 بهمن و اسفند سال 1384 (74-70)

بررسي قدرت تشخيصي لاپاروسكوپي در دردهاي حاد مبهم شكمي

فريبرز عشقي(M.D.)*+ نجات حسيني(M.D.)** مژگان جمشيدي(M.D.)***

چكيده

سابقه و هدف : تعدادي از دردهاي حاد شكمي، مبهم (Atypic) بوده و علايم و يافته‌هاي كلينيكي و پاراكلينيكي موجود نيز، مشخص كننده بيماري خاصي نيستند و ازطرفي، ضرورت انجام جراحي را هم نمي‌توان اثبات كرد. در اين‌گونه مواردكه تشخيص مبهم و روش‌هاي تشخيصي موجودكمك‌كننده نيستند، احتمالاً لاپارروسكوپي تشخيصي مي‌تواند روش موثري براي يافتن پاتولوژي‌هاي داخل شكم، باشد. اين مطالعه به منظور بررسي قدرت تشخيصي لاپاراسوكوپي در بيماران مراجعه كننده با دردهاي حاد مبهم شكم، به بيمارستان امام خميني(ره) ساري انجام شده است.

مواد و روش‌ها : نمونه‌هاي مورد پژوهش 28 بيمار بودند كه (ارديبهشت تا اسفند سال 1380) به علت دردهاي مبهم شكمي به اورژانس جراحي بيمارستان امام مراجعه كردند و بعد از گرفتن شرح حال كامل و انجام معاينات باليني و اقدامات پاراكلينيكي لازم به تشخيص قطعي نرسيده و به مدت 18- 24 ساعت تحت نظر قرار گرفتند، بعد از اين مدت، در صورتي كه به نتيجه و يا انديكاسيون لازم براي عمل جراحي نرسيدند، لاپاروسكوپي تشخيصي انجام گرديد. مشاهدات و اقدامات انجام شده درحين لاپاروسكوپي ثبت وكليه نمونه‌هاي پاتولوژيك برداشته شده جهت بررسي و تائيدتشخيص به آزمايشگاه فرستاده شد، نتايج حاصله، با نرم‌افزار SPSS مورد تجزيه و تحليل آماري قرار گرفت و حساسيت، ويژگي و قدرت پيش‌گويي كنندگي مثبت و منفي آزمون محاسبه شد.

يافته‌ها : از 28 بيمار مورد مطالعه 55/5 درصد زن و ميانگين سني نمونه‌ها 31/23 ± 15/16 سال بود. حساسيت لاپاراروسكوپي در تشخيص ضايعات داخل شكمي84/6 درصد، ويژگي آن 85/7 درصد، قدرت پيش‌گويي‌مثبت آن 91/6 درصد و قدرت پيش‌گويي‌كنندگي منفي آن 75 درصد بود. هم‌چنين حساسيت لاپاروسكوپي در تشخيص آپانديسيت حاد 75 درصد و ويژگي آن 85/7 درصد، قدرت پيش‌گويي مثبت 85/7 درصد و قدرت پيش‌گويي منفي 75 درصد بود.

استنتاج : لاپاروسكوپي مي‌تواند درتشخيص دردهاي مبهم شكمي به ويژه درمواردي‌كه اقدامات‌كلينيك وآزمايشات غيرتهاجمي، تشخيص قطعي را مشخص نكرده‌اند، كمك كننده بوده و از اتلاف وقت و هزينه وانجام لاپاروتومي‌هاي بي‌مورد و عوارض آن، هم‌چنين از تاخير در تشخيص بيماري‌هاي خطرناك بكاهد.

واژه‌هاي كليدي : لاپاروسكوپي، شكم حاد، درد

مقدمه

دردهاي حاد مبهم شكمي وگرفتن شرح حال‌كامل و (atypical)، دردهايي هستندكه بررسي‌هاي اوليه‌آزمايشگاهي و علي‌رغم انجام معاينات دقيق

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

پاراكلينيك و همچنين تحت نظر گرفتن در بخش اورژانس و تكرار

*متخصص جراحي عمومي، عضو هيأت علمي(استاديار) دانشگاه علوم پزشكي مازندران * ساري : خيابان امير مازندراني- مركز آموزشي درماني امام خميني (ره)
متخصص جراحي عمومي دانشگاه علوم پزشكي مازندران * پزشك عمومي

E تاريخ دريافت : 84/2/10 تاريخ تصويب: 84/5/22

اقدامات فوق به تشخيص قطعي و يا احتمالي نرسيده باشند. اين دردها حدود 13-40 درصد بيماران بستري در بخشهاي اورژانس جراحي را تشكيل مي‌دهند(1).

بعضي از بيماري‌ها و پاتولوژي‌هاي حاد داخل شكمي علايم و يافته‌هاي كلينيكي و پاراكلينيكي بارز و مشخص بيماري مربوطه را نداشته و از طرفي ضرورت انجام جراحي را هم نمي‌توان اثبات نمود، كه باعث سردرگمي جراح درتصميم‌گيري به اقدامات جراحي، يا ادامه تحت نظرگرفتن مي‌شود، و يا حتي با تشخيص درد غير اختصاصي شكم non specific abdominal pain ممكن است بيمار ازبيمارستان ترخيص گردد، و تعدادي نيز مكرراً به بخشهاي اورژانس بيمارستان‌ها مراجعه و بستري مي‌شوند(2،1).

در حال حاضر راه‌هاي تشخيصي دردهاي حاد مبهم شكمي علاوه بر معاينات دقيق و گرفتن شرح حال، شامل:كامل ادرار، شمارش‌گلبول‌هاي‌سفيد، اندازه‌گيري اوره والكتروليت‌هاي سرم و راديوگرافي و انجام تست بارداري در خانم‌هاي در سنين باروري مي‌باشد(1)، همچنين از روشهاي غيرتهاجمي مانند سونوگرافي، ام.ار.آي، سي‌تي اسكن نيز استفاده مي‌گردد(3). در صورتي‌كه روشهاي فوق نتواند به تشخيص قطعي اين‌گونه بيماران كمك كند لاپاروسكوپي تشخيصي مي‌تواند كمك‌كننده باشد(8،2). از آنجايي‌كه اين روش زير ديدمستقيم جراح انجام مي‌گيرد، ارزش زيادي در تشخيص دقيق‌تر وزودرس بيماري خواهد داشت(3) و در مواردي كه لاپاروسكوپي با بي‌حسي لوكال و يا رژيونال انجام شود نسبت به لاپارتومي تشخيصي كه روش تهاجمي‌تر و صد در صد به بيهوشي عمومي دارد، داراي عوارض و هزينه كم‌تري است(9،7،5).

لاپاروسكوپي تشخيصي از سال 1972 دركشورهاي توسعه يافته مورد استفاده قرار گرفت(3). اما در خصوص قدرت تشخيصي لاپاروسكوپي در دردهاي حاد شكمي اتيپيكال اختلاف نظر وجود دارد و مطالعات مختلف گزارشات متفاوتي را از آن ذكر كرده‌اند(14 و 9 و 7 و 5).

اين مطالعه به منظور بررسي قدرت تشخيصي لاپاروسكوپي در دردهاي حاد و مبهم شكمي در بيمارستان امام ساري انجام گرفته با اين اميد كه اين روش بتواند با تشخيص زودرس و درمان مناسب اين‌گونه بيماران، سبب كاهش هزينه‌ها و جلوگيري از تاخير در تشخيص بيماري‌هاي خطرناك شود.

مواد و روشها

اين مطالعه بر روي 28 بيمار(ارديبهشت تا اسفند سال 1380) كه به بخش اورژانس بيمارستان امام ساري مراجعه كردند انجام شد. همه موارد مراجعه با دردهاي آتيپيكال شكمي بوده و بعد از شرح حال و معاينه باليني و انجام اقدامات تشخيصي مانند كامل ادرار، شمارش گلبول‌هاي سفيد، سونوگرافي، گرافي

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

ساده شكم هيچگونه تشخيص قطعي و انديكاسيون براي جراحي باز نداشتند، اين بيماران 18- 24 ساعت تحت نظر قرار گرفتند، در اين مدت نيز به تشخيص قطعي و يا به دليل قانع كننده براي عمل جراحي باز نرسيده و در صورت پايدار بودن علايم براي انجام لاپاراسكوپي تشخيصي با بي‌حسي موضعي و يا بيهوشي عمومي در نظر گرفته شدند كليه مراحل عمل جراحي لاپاروسكوپي توسط دو جراح عمومي انجام شد.

در ابتدا از ناحيه ناف با روش Hossen پنوموپريتوئن با گاز (CO2) به ميزان 2-4 ليتر و با فشار 14 سانتي‌متر آب ايجاد، سپس به وسيله پورت 10 ميلي‌متري در پايين ناف تلسكوپ مخصوص لاپاروسكوپي وارد شكم و تجسس داخل شكم انجام شد. در صورت مشاهده پاتولوژي و يا نياز به نمونه‌برداري و يا عمل جراحي با لاپاروسكوپ، ساير پورت‌ها در نقاط استاندار، وارد شكم و اقدامات لازم به وسيله لاپاروسكوپ انجام شد و در صورت نياز به عمل جراحي باز، روش لاپاروسكوپي به لاپاراتومي تبديل گرديد.

در مجموع عمل لاپاروسكوپي بر روي 28 بيمار انجام و در 21 مورد نمونه بافتي به آزمايشگاه ارسال شد. با توجه به حساسيت و ويژگي گزارش شده از لاپاروسكوپي در مطالعات قبلي(حساسيت 99/3 درصد و ويژگي 83/3 درصد)(7)، حداكثر خطا در تخمين حساسيت 0/038 خواهد بود كه خطاي قابل قبولي است. نمونه‌هاي بافتي جهت بررسي و تاييد تشخيص به يك آزمايشگاه بافتشناسي ارسال و نتايج توسط يك پاتولوژيست گزارش شد. در نهايت كليه مشاهدات و نتايج ثبت و قدرت تشخيصي لاپاروسكوپ در مقايسه با تست استاندارد موجود(پاتولوژي) تعيين گرديد.

تجزيه و تحليل آماري به وسيله نرم‌افزار SPSS و قدرت تشخيصي آزمون(حساسيت و ويژگي) و قدرت پيش‌گويي‌كنندگي مثبت و منفي) محاسبه شد.

يافته‌ها

از 28 بيمار مورد مطالعه 55/5 درصد زن و 44/5 درصد مرد، با ميانگين سني 15/16+ 31/23 سال بودند.

متوسط زمان انجام لاپاروسكوپي 26 دقيقه بوده و هيچگونه عوارض مانند عفونت ناحيه زخم و يا عوارض سيستميك در بيمار به علت عمل لاپاروسكوپي مشاهده نشد. در 7 بيمار هنگام لاپاروسكوپي، تشخيص آپانديسيت حاد داده شد، كه 5 مورد با لاپاروسكوپ آپاندكتومي شده و 2 مورد به علت مشكل تكنيكي تبديل به‌عمل بازگردند. در 8 بيمار هنگام لاپاروسكوپي، آپانديس ظاهري نرمال داشت و در شكم يافته پاتولوژي ديگري مشاهده نشد، جهت تشخيص پاتولوژي، آپاندكتومي شدند. در 4 بيمار كيست تخمدان مشاهده شد كه در 2 مورد با لاپاروسكوپي كوتريزاسيون، لاواژ و ساكشن شد و در 2 بيمار جهت ترميم، روش جراحي باز انتخاب شد. در 2 بيمار انسداد روده تشخيص داده شد كه تحت عمل جراحي باز قرار گرفتند، يك مورد انسداد به علت فتق ابتوراتور بوده و يك مورد ديگر علايم و شواهد به نفع سل حفره شكم،

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

روده‌اي بوده كه بعداً پاتولوژي آن را تاييد نكرد. در 3 بيمار PID (Pelvic inflammatory disease) تشخيص داده شد كه تحت درمان طبي قرار گرفتند. در يك بيمار كارسينوماتوزيس موسيني تشخيص داده شد و در دو بيمار چسبندگي آمنتوم به تخمدان در RLQ تشخيص داده شد. در يك بيمار فيبروز كبدي تشخيص و ساير قسمت‌هاي شكم نرمال بود، ولي به علت تداوم درد يك هفته بعد مورد انجام اندوسكوپي قرار گرفت و براي بيمار زخم اثني‌عشر تشخيص داده شد. در مجموع از 28 بيمار مورد مطالعه 21 مورد نمونه پاتولوژي ارسال گرديد، بقيه موارد مانند آزاد كردن انسداد روده از فتق ابتوراتور، آزاد كردن چسبندگي چادرينه به تخمدان، پرخوني و التهاب كف لگن، فيبروز كبدي مشاهده‌اي و عيني بوده و در پرونده ثبت گرديدند. از بين بيماران مورد مطالعه با درد مبهم شكمي، لاپاروسكوپ، 19 مورد بيماري را در زمان لاپاروسكوپي تشخيص داد. از 15 مورد آپاندكتومي، 7 مورد توسط جراح در هنگام لاپاروسكوپي اپانديسيت حاد تشخيص داده شد كه پاتولوژي 6 مورد آن را حاد گزارش كرد، از 8 مورد ديگر آپاندكتومي كه آپانديس، ظاهري نرمال داشت، پاتولوژي 2 مورد را آپانديسيت حاد ساب موكوزال گزارش نمود. با توجه به نتايج به دست آمده قدرت تشخيصي لاپاروسكوپي جهت يافتن ضايعه داخل شكمي با حساسيت 84/6 درصد و ويژگي 85/7 درصد و قدرت پيش‌گويي كنندگي مثبت و منفي آن به ترتيب برابر 91/6 درصد و 75 درصد بود.

هم‌چنين حساسيت لاپاروسكوپي در تشخيص آپانديسيت حاد 75 درصد و ويژگي آن 85/5 درصد بوده و هم چنين قدرت پيش‌گويي مثبت و منفي آن به ترتيب 85/7 درصد و 75 درصد به دست آمد.

بحث

در مطالعاتي كه (2000-1990) در مورد دردهاي حاد شكمي تيپيك(با علايم مثبت تحريك پريتوئن) Pritoneal sign انجام شده است، حساسيت لاپاروسكوپي در تشخيص دردهاي حاد شكمي بالاي 90 درصد و ويژگي آن بيشتر از 85 درصد گزارش شده است (5-7 و 11- 12). نكته مهم قدرت تشخيص لاپاروسكوپ در دردهاي مبهم شكمي(بدون علامت واضح تحريك پريتوئن كه 40- 13 درصد بيماران بستري در بخش اورژانس را تشكيل مي‌دهد) و به‌خصوص آپانديسيت است كه در صورت عدم تشخيص درست و تاخير در تشخيص، ممكن است منجر به عوارض خطرناك و كشنده شود، لذا در مواردي‌كه ساير اقدامات تشخيصي نتواند دراين‌گونه مواردكمك‌كننده باشد، لاپاروسكوپ مي‌تواند موثر واقع شود(1). با توجه به نتايج به‌دست‌آمده از اين تحقيق،حساسيت لاپاروسكوپي جهت تشخيص دردهاي حاد مبهم (atypical) شكمي 84/6 درصد و ويژگي آن 85/7 درصد مي‌باشد، و همين‌طور قدرت پيش‌گويي‌كنندگي مثبت و منفي آن به ترتيب برابر91/6 درصد و 75 درصد بوده است. در مطالعه‌اي كه در فرانسه (1997) بر روي 65 بيمار مشكوك به آپانديسيت براي تشخيص آپانديسيت 93درصد وويژگي‌آن‌برابر83 درصد بود(12).

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

در مطالعه Van den Brock و همكاران (2002) نيز حساسيت لاپاروسكوپ براي تشخيص آپانديسيت 93 درصد و ويژگي آن برابر 83 درصد بود(13).
در يك مطالعه ديگر (2004) حساسيت براي تشخيص آپانديسيت 86/7 درصد و ويژگي آن 62/5 درصد گزارش گرديد(14).
در اين مطالعه حساسيت لاپاروسكوپي در تشخيص آپانديسيت حاد 75 درصد و ويژگي آن 85/5 درصدبوده و هم‌چنين قدرت پيش‌گويي مثبت و منفي آن به ترتيب 85/7 درصد و 75 درصد بود. به علت وجود عوامل متعدد دخيل در ايجاد دردهاي حاد مبهم شكمي در بسياري از موارد انجام عمل جراحي با برش كوچك در خط وسط و يا ملك‌برني كمك‌كننده نبوده و يا غيرضروري است، در حالي‌كه با انجام لاپاروسكوپي، كل حفره شكم مورد بررسي قرار گرفته و مي‌توان درمان لازم را انجام داد و حتي در صورت لزوم با كم‌ترين اثرات سوء مي‌توان روش جراحي را تغيير داده و اقدام به لاپاروتومي نمود. درنهايت با توجه به نقش مهم لاپاروسكوپي در خصوص كمك به بيماران نيازمند جراحي و هم‌چنين پيشرفت سريع تكنولوژي در اين زمينه، نياز به مطالعات بيشتر و گسترده‌تر ضروري به نظر مي‌رسد.

فهرست منابع

1. Poulin Eric C, Schlachta Christopher M, Mamazza Joe. Early laparoscopy to help diagnostic acute non specific abdominal pains. ***The lancet*** 2000; 355: 861.
2. Doly S, Galloway F. ***principles of surgery of Schwartz.*** 1997.
3. Udwodig T.E. Diagnostic laparoscopy. ***Surg Endosc***. 2004; 18: 6- 10.
4. My. Zinner S.I Shwartz, Maingots. ***Abdominal operation.*** 1997: 239- 285.
5. Zantut LF, Rodriguez Junior AJ, Birolini D. Dianostic laparoscopy in nontraumantic acute abdomen. ***AMB Rev Assoc Med*** Bras. 1990; 36(3-4): 120-3.
6. Martin-Vivaldi R, Nogueras F, Garacia Montero M, Quintero D, De Teresa FJ. Emergency laparoscopy. A 20- year experience. ***Rev Esp Enferm Dig***. 1995; 87(4): 305- 8.
7. Majewaaki W. Diagnostic laparoscopy for the acute abdomen and truma. ***Surg Endosc.*** 2000; 14(10): 930- 7.
8. Temple. Larissa K.F, litwani. Demetrius E, macleod. Robin A meta amalysis of laparoscopy versus open appendectomy in patiants suspected of having appendistis. ***CJS*** 1999; 42: 377- 83.
9. Brandt CP, priebe PP, Eckhouser ML. Diagnostic lapariscopy in the intensive care patients:Avoding the nontherapeutic laparatomy. ***Surg Endosc*** 1993; 7: 168-172.
10. Connor TJ, Garcha IS, Ramshaw BJ, Mitchell CW. Diagnostic laparoscopy for suspected appendistis. ***Am surg***. 1995; 61(2): 187-9.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

11. Sozuer TJ, Garcha IS, Ramshaw BJ, Mitchell CW. Diagnostic ***laparoscopy for suspected appendistis. Am surg***. 1995; 61(2): 187- 9.
12. Reiertsen O, Larsen S. Randomized controlled trial with sequential design of laparoscopic versus conventional appendectomy. ***Br J surg*** 1997; 84(6): 842- 7.
13. Van den Broek WT, Bijnen BB, Rijbroek B, Gouma DJ. Scoring and diagnostic laparoscopy for suspected appendisitis. ***Eur J surg***. 2002; 168(6): 349- 54.
14. Polesti JA, Wang XJ, Rutland RC. Fifty five consecutic laparoscopic appendnctomy procedure without conversion. ***Jsls***. 2004; 8(2): 141-5.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com