

## أهمية القرار السريري ودوره في التهاب الزائدة الحاد

الدكتور فؤاد عبد القادر حاج قاسم\*

(قبل للنشر في 2003/1/6)

### □ الملخص □

رغم أن المداخلات الجراحية على البطن بسبب التهاب الزائدة الحاد شكلت حوالي 40% من الجراحات فإن تشخيص التهاب الزائدة الحاد المترافق أو غير المترافق بالمضاعفات على الرغم من صعوبته يبقى معتمداً بشكل أساسي على التشخيص السريري رغم ظهور العديد من الوسائط التشخيصية الحديثة. وكنتيجة لوجود نسبة عالية من المداخلات الجراحية على زوائد طبيعية حسب دراستنا وبعض الدراسات العالمية والتي تراوحت نسبتها ما بين 15-40%، فقد تم وضع مخطط منهجي لتدبير مرضى التهاب الزائدة المشكوك به، يتضمن اجراء تقاطع لمعطيات القصة المرضية والأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية مع معطيات الفحص السريري والفحوص المخبرية والشعاعية والتمتمة... قبل اتخاذ القرار المناسب والنهائي اما بإجراء الجراحة أو بتخريج المريض تجنباً لإجراء جراحات غير مستطبة وما تعكسه من مساوئ ومضاعفات صحية واقتصادية وعلمية.

\* مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## **The Importance of Clinical Statement and its Role in Acute Appendicitis**

**Dr. Foad Haje Kassim\***

(Accepted 6/1/2003)

### **□ ABSTRACT □**

Although surgical intervention on abdomen caused by acute appendicitis formed about 40% of surgeries, the diagnosis of acute appendicitis accompanied with or without complication, though difficult, still depends basically on clinical diagnosis, despite many modern diagnostic methods.

As a result of high degree of surgical intervention on natural appendicitis, in our study and some of international studies ranging between 10-40%.

Academic diaphragm was made to manage doubtful acute appendicitis patients.

The diaphragm crosses comined the symptoms, signs of clinical manifestations on the one hand, on the other with data of clinical exam and laboratory, radiological and complemently exam, before taking the final suitable statment of surgery or discharge the patient, preventing the unindicated surgical management and scientific, economic and healthy complications and results.

---

\* Lecturer at Surgery Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة :

رغم أن معرفة التهاب الزائدة كأفة سريرية وتشريحية مرضية يعود لأكثر من قرن ونيف (Regenal Fitz 1886) فإن معالجتها الأساسية هي جراحية ، وهي الحالة البطنية الجراحية الأكثر شيوعاً وحدثاً في جميع الأعمار .

ركز في عام 1889 شارلز ماكبورني Mc Burney الذي ارتبط اسمه فيما بعد بالتهاب الزائدة على أهمية التداخل الجراحي المبكر في علاج التهاب الزائدة الحاد.

ورغم كل الدراسات والبحوث المتتالية فإنه لا يزال التهاب الزائدة الحاد حتى نهاية القرن العشرين يشكل مرضاً سريري التشخيص بالرغم من تطور وسائل التشخيص المساعدة [1, 2, 3]، ولا زالت نسبة استئصال الزائدة الطبيعية حسب معطيات الكثير من المراجع الطبية تتراوح من 9-40% [4, 5] وتراوح في بعضها الآخر من 15-35% من الحالات [6, 7]. ولهذا السبب اختير هذا البحث لتبيان أهمية ودور القرار السريري في وضع التشخيص وتحديد الوقت المناسب لإجراء المداخلة الجراحية .

## أهمية البحث وأهدافه :

تكمن أهمية هذا البحث وأهدافه في:

1. تقييم أهمية التشخيص السريري في حالات التهاب الزائدة الدودية المترافق أو غير المترافق بالمضاعفات.
2. تقييم مصداقية الفحوص المتممة والوسائط التشخيصية الأخرى كالتخطيط بالصدى بشكل خاص.
3. تقييم أهمية إجراء التقاطع ما بين المعطيات السريرية ومعطيات الفحوص المتممة والوسائط التشخيصية الأخرى ووضع مخطط لها.
4. وضع التشخيص الدقيق قدر الإمكان قبل إجراء المداخلة الجراحية مما يقلل من نسبة حدوث المضاعفات والوفيات في مرحلة ما بعد الجراحة، ويجنب من إجراء جراحات كان بالإمكان الاستغناء عنها وما تعكسه من عبء اقتصادي ومادي.

## طريقة الدراسة والبحث:

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية - قسم الجراحة - على عدد كبير من المرضى /660/ مريضاً. تراوحت أعمارهم ما بين 4-67 سنة خلال 5 سنوات 1996-2001. شملت الدراسة جميع المرضى الذين دخلوا المستشفى خلال فترة الدراسة والبالغ عددهم /660/ مريضاً والذين أجريت لهم الجراحة الإسعافية بتشخيص مبدئي التهاب زائدة حاد مترافق أو غير مترافق بإحدى مضاعفاته.

### 1 - العمر والجنس:

قسمنا المرضى حسب العمر إلى أربع مجموعات عمرية بناءً على الشكل التشريحي والمورفولوجي للزائدة وعلى نسبة تواتر حدوث التهاب الزائدة الحاد:

1. مرحلة ما دون العشر سنوات.
2. المرحلة من عمر عشر سنوات إلى سن الثلاثين عاماً.
3. المرحلة من سن الواحد والثلاثين إلى الخمسين عاماً.
4. المرحلة ما فوق سن الخمسين.

ويبين الجدول التالي (جدول رقم 1) عدد هؤلاء المرضى وجنسهم ونسبتهم المئوية.

النسبة المئوية	المجموع العام	النسبة المئوية	إناث	النسبة المئوية	ذكور	الفئة العمرية
20.9%	138	41.1%	57	58.9%	81	دون العشر سنوات (3-9 سنوات)
49.5%	326	47.3%	154	52.7%	172	10-30 سنة
19.4%	129	35.7%	46	64.3%	83	31-50 سنة
10.2%	67	38.8%	28	61.2%	41	51-70 سنة
100%	660	42.9%	283	57.1%	377	المجموع العام

نلاحظ من هذا الجدول أن نسبة إصابة الذكور هي أعلى من نسبة إصابة الإناث بحوالي 15% من عدد الحالات.

وبلغت نسبة الإصابة أعلى تواتر لها ما بين سن 10-30 سنة إذ بلغت نسبتها 29.5%، وتلتها في المرحلة الثانية مرحلة العمر ما دون العشر سنوات.

## 2 - الأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية:

لم تكن الأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية ثابتة عند جميع المرضى، بل كانت تختلف من مريض لآخر وكان بعضها محيراً خاصة عند الأطفال والمسنين وهذا ما توافق مع كثير من الدراسات [10, 11, 5, 8, 9]. واختلف بعض الشيء عن بعض الدراسات الأخرى [1, 12].

ويبين الجدول التالي (جدول رقم 2) نوع الأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية وعدد المرضى ونسبتهم المئوية.

الأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية	الألم البطني	القهم	الغثيان	القيء	الاسهال	الامساك	عسرة تحريك تبول أو مثاني شكاية بولية	الحمى < 38°	ألم مستقيمي
عدد المرضى	472	594	461	311	18	87	16	11	23
النسبة المئوية	71.5%	90%	69.8%	47.1%	2.8%	13.1%	2.4%	1.7%	3.5%

يتبين من هذا الجدول أن القهم هو العرض الأكثر شيوعاً، إذ بلغت نسبته 90% [1] وتلاه في المرحلة الثانية الألم البطني (أكثر من 71% من الحالات) ثم الغثيان حوالي 70%.

ويبين الجدول رقم (3) التالي معطيات الفحص السريري والفحص المخبري.

## الجدول رقم (3).

معطيات الفحص	الإيلام المرتد	التفقع	تطبل	ضعف الحمى	ارتفاع عدد إيجابية
--------------	----------------	--------	------	-----------	--------------------

السريري والمخبري	العضلي	البطن	التمعجات	الكريات البيض < 10 ألف كرية /ملم <sup>3</sup>	فحص البول والراسب
عدد المرضى	495	312	211	228	262
النسبة المئوية	75%	47.2%	32%	34.5%	39.7%
				517	82
				78.3%	27.5%

يوضح هذا الجدول أن الإيلايم المرتد شكل 75% من مجموع المرضى بينما بلغت نسبة التققع العضلي فقط حوالي 47% من عدد المرضى وهذا ما كان متوافق مع بعض الدراسات [4, 13]. بينما ارتفاع عدد الكريات البيض لأكثر من عشرة آلاف كرية في الميلمتر المكعب فقد تجاوزت نسبته 78% من مجموع عدد المرضى. ورغم وجود الإيجابية في فحص البول والراسب عند بعض المرضى (27.5%) منهم فلم تكن الشكاية البولية بمفردها مفسرة لحالة المريض.

ويبين الجدول التالي رقم (4) معطيات التخطيط بالصدى ومصداقيتها.

المجموع	علامات تشير لوجود إيجابية آفة التهابية في منطقة كاذبة الزائدة			علامات صريحة تشير لالتهاب الزائدة		معطيات التخطيط بالصدى
	كتلة	سائل	خراج			
عدد المرضى	14	19	21	63	184	67
النسبة المئوية	29.4%	34.2%	100%	36.4%		

بالرغم من أن التخطيط بالصدى لم يجر إلا حديثاً في مشفانا في حالات الشك بالتهاب الزائدة الحاد، فهو لم يشمل إلا أقل من 28% من مرضى الداسة، وبلغت مصداقيته بتأكيد التهاب الزائدة الحاد 36.4% من المرضى الذين أجري لهم التخطيط بالصدى، وتؤكد هذا بعد إجراء الجراحة وبدراسة التشريح المرضي، وكانت نسبة الإيجابية الكاذبة مطابقة تقريباً للإيجابية الحقيقية 34.2%.

### 3 - الفترة الزمنية ما بين الشكاية الأولية والجراحة :

لعب تأخير إجراء الجراحة دوراً هاماً في نسبة حدوث المضاعفات المرافقة لالتهاب الزائدة الحاد [10, 8, 9] ومعظم هذا التأخير كان في مرحلة ما قبل دخول المريض المستشفى، رغم وجود بعض الدراسات التي تؤكد دور المراقبة في زيادة دقة التشخيص [11, 14].

لم يتأخر المريض عن إجراء الجراحة بعد دخوله المستشفى أكثر من 12 ساعة في معظم الحالات، وغالباً ما يكون سبب هذا التأخير هو عدم وضوح التشخيص وتضارب المعطيات السريرية والمخبرية ومعطيات الفحوص الأخرى ... أو عدم موافقة المريض أو أهله على الجراحة إلا بعد تدهور الحالة العامة للمريض. ويبين الجدول التالي (جدول رقم 5) سبب التأخير وعدد المرضى ونسبتهم المئوية.

النسبة المئوية	المجموع	أكثر من 24 ساعة	مدة التأخير وعدد المرضى		نوع التأخير
			12-6 ساعة	24-13 ساعة	
55.3%	365	236	110	19	التأخير في طلب الاستشارة الطبية أو

الجراحية					
التأخير بسبب المعالجة المحافظة وعدم مراجعة المشفى	48	87	104	239	36.2%
التأخير ما بين دخول المريض المستشفى وإجراء الجراحة	31	16	9	56	8.5%
المجموع	98	213	349	660	
النسبة المئوية	14.8%	32.2%	53%		100%

من هذا الجدول نلاحظ: أن أعلى نسبة تأخير كانت بسبب عدم طلب المريض الاستشارة الطبية أو الجراحية (55.3%) من عدد المرضى، وتلتها في المرحلة الثانية اعطاء المعالجة الدوائية للمريض، إذ بلغت نسبتها 36.2% من مجموع الحالات.

هذا وبشكل عام لم يراجع المستشفى أي مريض قبل 6 ساعات من بداية الشكوى المرضية، وغالبية مرضانا راجعوا المستشفى ليلاً، علماً بأن الشكوى تكون قد بدأت عندهم نهائياً.

#### 4 - معطيات الجراحة:

أجريت الجراحة لجميع مرضى الدراسة، وأرسلت جميع الزوائد المستأصلة إلى التشريح المرضي للدراسة.

وبناءً على معطيات الجراحة والتشريح المرضي فُسم المرضى إلى أربع مجموعات وفقاً لحالة الزائدة:

1. التهاب زائدة حاد.
2. التهاب زائدة حاد مترافق بمضاعفات (انتقاب - خراج - درع).
3. زوائد طبيعية غير مترافقة بأية آفة جراحية أخرى.
4. زوائد طبيعية مع وجود آفة جراحية أخرى (خطأ تشخيصي)، كتمزق كيسة مبيض - التهاب رتج ميكل - داء كرون - انتقاب قرحة هضمية ....

ويبين الجدول التالي (جدول رقم 6) معطيات الجراحة والتشريح المرضي بناءً على حالة الزائدة وعينة

الدراسة مع عدد المرضى ونسبتهم المئوية.

النسبة المئوية	عدد المرضى	معطيات الجراحة والتشريح المرضي
33%	218	التهاب زائدة حاد
21.9%	145	التهاب زائدة حاد مترافق بمضاعفات
27%	178	زوائد طبيعية
18.1%		خطأ تشخيصي
		داء كرون
		كيسة مبيض
		التهاب رتج ميكل
		انتقاب قرحة هضمية
	3	3
	83	19
	4	4
100%	660	المجموع

يبين هذا الجدول أن أكثر من 45% من مجموع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة بتشخيص التهاب زائدة حاد مترافق أو غير مترافق بمضاعفات كان خاطئاً، إذ أن 27% من هؤلاء المرضى كانت زوائدهم المستأصلة طبيعية و18% منهم أجريت لهم الجراحة كنتيجة لخطأ تشخيصي.

وهذا يبين مدى أهمية اتخاذ القرار ودقته قبل إجراء الجراحة ومدى أهمية إجراء الفحوص الأخرى المتممة بكافة أنواعها الممكنة كالتخطيط بالصدى والطبقي المحوسب والتنظير الهضمي والرحضة الباريتية وتنظير البطن [2] ومن ثم ضرورة إجراء التقاطع لجميع هذه المعطيات والمعلومات مع معطيات الفحص السريري والقصة المرضية والأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية قبل اتخاذ القرار الجراحي [3, 15, 16].

## النتائج والمناقشة :

من دراستنا لجميع المرضى الذين راجعوا المستشفى بتشخيص التهاب زائدة حاد وأجريت لهم الجراحة تبين ما يلي:

1. بلغت نسبة إصابة الذكور 57.1% من الحالات وبلغت نسبة إصابة الإناث 42.9%. وأعلى نسبة إصابة كانت ما بين سن 10-30 سنة (49.5%)، وتلتها في المرحلة الثانية نسبة إصابة الأطفال ما دون سن العشر سنوات (20.9%)، وفي المرحلة الثالثة المرضى ما بين العقدين الثالث والخامس من العمر (19.4%)، وانخفضت النسبة إلى حوالي 10% في مرحلة ما بعد العقد الخامس من العمر.

2. أكثر الأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية شيوعاً عند مرضى الدراسة كان القهم الذي بلغت نسبته 90%، والألم البطني الذي بلغت نسبته 71.5% ثم الغثيان 70%. وبلغت نسبة الإيلايم المرتد 75%، بينما بلغت نسبة ارتفاع الكريات البيض لأكثر من عشرة آلاف كرية/ملم<sup>3</sup> 78.3%، وبلغت إيجابية فحص البول والراسب 27.5% من مجموع عد المرضى.

3. لم تكن معطيات التخطيط بالصدى في مشفانا ذات قيمة كبيرة لعدة أسباب:

أولها: فهو لم يجر لجميع مرضى الدراسة وأجري فقط لـ 27.8% منهم.

وثانيهما: الإيجابية أو السلبية الكاذبة والتي بلغت نسبتها 34.2% من مجموع عدد المرضى، ويعود السبب في ذلك كون هذا الإجراء دخل مؤخراً مشفانا، ولم تكن هناك الخبرة الكافية على تشخيص التهاب الزائدة الدودية.

كما أن معطيات الفحوص الأخرى المتممة كالتطبيقي المحوري المحوسب والتنظير الهضمي والرحضة الباريتية ... لم تكن معطياتها أفضل من معطيات التخطيط بالصدى لكونها لم تجر إلا لعدد قليل جداً من المرضى.

4. لم يوضع التشخيص النهائي بشكل أكيد إلا بعد اجراء الجراحة والتشريح المرضي للزوائد والعينات المستأصلة، حيث وجد أن هنالك تناسب طردي بالنسبة لالتهاب الزائدة الحاد مع مدة التأخر قبل الجراحة لحصول المضاعفات.

كما وجد أن 27% من الزوائد المستأصلة كانت طبيعية ولا يوجد بها أي تغيرات التهابية ولا ترافقها أية آفة جراحية أخرى، ووجد أن هناك أكثر من 18% من مجموع المرضى العام الذين أجريت لهم الجراحة بتشخيص أولي التهاب زائدة حاد كانت زوائدهم طبيعية لكنها مترافقة بأفة مرضية أخرى وهذا ما أكدته الجراحة والتشريح المرضي، وكانت أكثر هذه الآفات المرافقة شيوعاً هو كيسات المبيض حيث بلغت نسبتها 69.7% من مجموع المريضات اللواتي عندهن خطأ بالتشخيص، وهذا هو سبب كثرة الخطأ التشخيصي عند الإناث أكثر مما

هو عند الذكور بعدة أضعاف، وهنا يتبين مدى أهمية أخذ القصة المرضية والفحص السريري والتخطيط بالصدى في اتخاذ القرار قبل الجراحة.

5. هناك أكثر من 55% من مجموع المرضى لم يطلبوا الاستشارة الطبية أو الجراحية إلا بعد اشتداد الأعراض عليهم، حيث أن أكثر من نصفهم لم يراجع المستشفى إلا بعد أكثر من 24 ساعة من بداية الشكوى. وأكثر من 36% من هؤلاء المرضى لم يراجعوا المستشفى إلا بعد فشل العلاج المحافظ أو الدوائي في السيطرة على شكواهم.

وبشكل عام لم يكن هناك أي تأخير يذكر بعد دخول المريض المستشفى وكانت تجرى له الجراحة عادة بعد إجراء الفحوصات والاستشارات اللازمة إذا كانت هنالك ضرورة لها، ومعظم التأخير عند هؤلاء المرضى كان سببه تردد المريض أو مرافقيه بالموافقة على الجراحة.

6. وكننتيجة عامة لهذا البحث وبعد إجراء الدراسة والتحليل لبعض الدراسات العالمية فقد تم وضع المخطط التالي لتدبير مرضى التهاب الزائدة المشكوك بصحة التشخيص عندهم والذي يتضمن اجراء تقاطع لجميع المعطيات الفيزيائية والسريرية والمخبرية والشعاعية والفحوص الأخرى المتممة ومن ثم اتخاذ القرار المناسب بالجراحة أو بتخريج المريض.

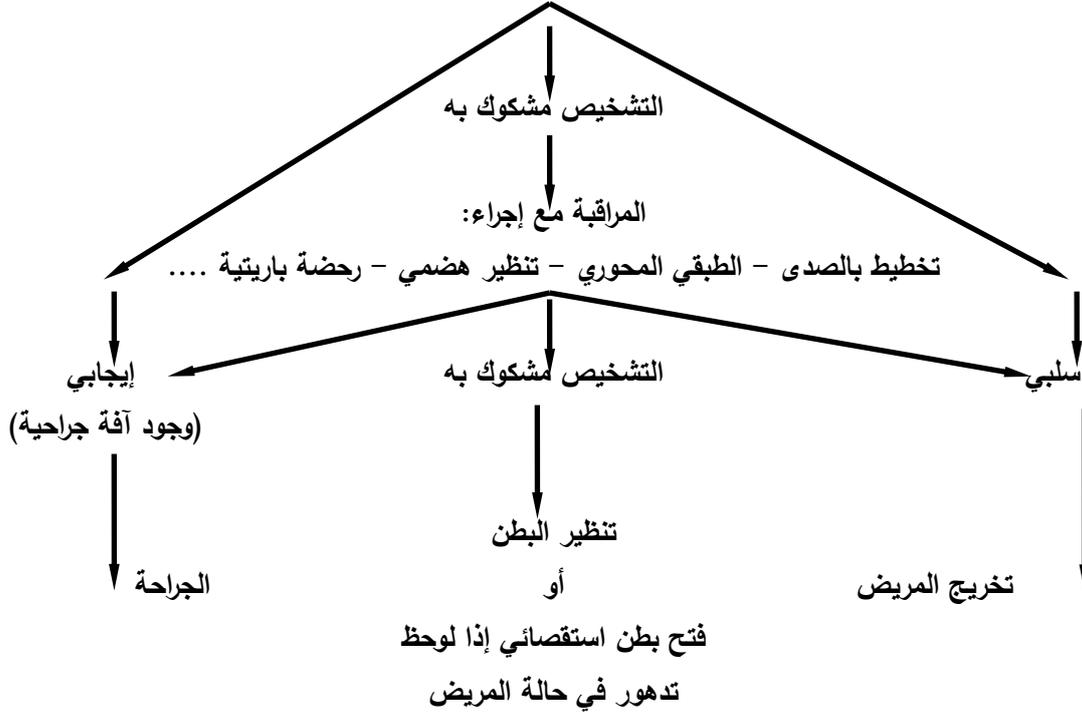
مخطط تدبير مرضى التهاب الزائدة المشكوك به:

التهاب الزائدة الحاد ؟



معطيات

القصة المرضية - الأعراض والعلامات والتظاهرات السريرية - الفحص السريري  
الفحوص المخبرية (تعداد وصيغة - بول وراسب - اختبار الحمل ...) - الأشعة



يبين هذا المخطط أهمية إجراء تقاطع المعطيات السريرية والفيزيائية مع معطيات الفحوص المتممة قبل اتخاذ القرار بالجراحة، مما يجعل التشخيص أدق بكثير أو شبه مؤكد وبالتالي نتجنب إجراء الجراحة لحوالي ثلث المرضى حسب دراستنا وبعض الدراسات العالمية وما يعكس هذا من مضاعفات ومساوئ صحية - اقتصادية - علمية.

.....

1. The American Journal of Surgery. Volume 177, June 1999; 460:462.
2. Sarfati MR, Hunter GC, Witzke DB, et al. Impact of adjunctive testing on the diagnosis and clinical course of patients with acute appendicitis. *Am J Surg.* 1993; 166:660.
3. Grunewald B, Keating J, Should the normal appendix be removed at operation for appendicitis? *J Roy Coll Surg Edin.* 1993; 38: 158.
4. Baigrie RJ, Dehn TCB, Fowler SM, Dunn DC. Analysis of 8651 appendicectomy in England and Wales during 1992. *Br J Surg.* 1995; 82: 933.
5. Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults: a prospective study. *Ann Surg.* 1995; 221: 278-281.
6. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dunphy JE. Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg.* 1975; 110: 677-684.
7. Howie JGR. Death from appendicitis and appendectomy. *Am J Surg.* 1981; 141: 232-234.
8. Eldar S, Nash E, Sabo E, et al. Delay of surgery in acute appendicitis. *Am J Surg.* 1997; 173: 194-198.
9. Hale DA, Jaques DP, Molloy M, et al. Appendectomy: Improving care through quality improvement. *Arch Surg.* 1997; 132: 153-157.
10. Korner H, Sondenaa K, Soreide JA, et al. Incidence of acute nonperforated and perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg.* 1997; 21: 313-317.
11. Chang FC, Holge HH, Welling DR. The fate of begative appendix. *Am J Surg.* 1973; 126: 752-754.
12. Svher KS, Coil JA. The continuing challenge of perforated appendicitis. *Surg Gynecol Obstet.* 1980; 150: 535-538.
13. Anderson RE, Hugander A, Thulin AJG. Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis: association with age sex of the patient and the appendectomy rate. *Eur J Surg.* 1992; 158: 37-41.
14. shartz SI. Temering the technological diagnosis of appendicitis. *NEJM.* 1987; 317: 703-704.
15. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, et al. Acute appendicitis: prospective trial concerning diagnostic accuracy and complications. *Am J Surg.* 1981; 141: 232-234.
16. Cox MR, McCall JL, Toouli J, et al. Prospective randomized comparison of open versus laparoscopic appendectomy in men. *World J Sur.* 1996; 20: 263.