

درد حاد ربع تحتانی راست شکم (RLQ)^۱

۱ - در اکثر بیماران، سابقه و معاینه فیزیکی علت درد حاد ربع تحتانی راست (RLQ) را مشخص می‌کند. آپاندیسیت، شایعترین علت درد ربع تحتانی راست با احساس ناراحتی اطراف ناف مشخص می‌شود که در نقطه مک بورنی تشدید و موضعی می‌گردد. برعکس، دردهای با منشأ زنانه تمایل دارند از ربع تحتانی راست منشأ بگیرند و اغلب شروع ناگهانی دارند، همانطور که در پارگی کیست تخمدانی و در پیچ خوردگی تخمدانی دیده می‌شود. علائم همراه ممکن است در افتراق تشخیص کمک کنند؛ تهوع و استفراغ به دنبال شروع درد مطرح کننده آپاندیسیت است، در حالیکه استفراغ قبل از شروع درد بیشتر با گاستروانتریت منطبق است. اسهال، بصورت غیر اختصاصی، بیشتر مطرح کننده بیماری التهابی روده (IBD) یا انتریت منطقه‌ای یا عفونی است. شکایت واژینال نشاندهنده علت زنانه است، در حالیکه سوزش ادرار با سیستیت یا پیلونفریت انطباق دارد. خون در ادرار (هماچوری) مطرح کننده سنگهای کلیوی یا حالبی است. معاینات بالینی باید به منظور حذف عللی نظیر فتق گیر افتاده، اپیدیدیمیت یا مشکل بیضه‌ها، شکایت عضلانی اسکلتی، یا هماتوم غلاف رکتوس انجام می‌شود.

1 Right Lower Quadrant pain

۲- مطالعات آزمایشگاهی باید بطور معمول شامل شمارش سلول گلبول سفید (WBC)، آنالیز ادراری، و β -HCG^۱ در زنان باشد. لوکوسیتوز همراه با شیفت به چپ بیانگر شرایط التهابی است؛ در صورتیکه در بیماری شمارش گلبول سفید طبیعی باشد، احتمال مشکل داخل شکمی آشکار کمتر است، و مراقبت تحت نظر توصیه شود.

۳- اغلب تصویربرداری در موارد مبهم (مانند بیماران با شرح حال منفی، معاینات یا نتایج آزمایشگاهی غیر اختصاصی)، بیماران خانم، و بیماران در دو سر طیف سنی کمک کننده است. سونوگرافی لگن در بیماران مشکوک به مشکل زنانه در خط اول قرار دارد، در حالیکه آپاندیسیت، دیورتیکولیت، و بیماری التهابی روده به بهترین صورت بوسیله سی تی اسکن با ماده حاجب تشخیص داده می‌شوند.

معیار Alvarado

جهت تشخیص آپاندیسیت حاد شامل موارد زیر می‌باشد.

امتیاز	علامت / نشانه
۱	جابجایی درد
۱	بی اشتها
۱	تهوع/استفراغ
۲	حساسیت RLQ
۱	حساسیت بازگشتی
۱	تب
۲	لوکوسیتوز
۱	شیفت به چپ

در صورتی که امتیاز بیماری ۱۰ - ۹ باشد نیاز به بررسی بیشتری نیست و بیمار تحت جراحی قرار می‌گیرد. در صورتی که امتیاز ۸ - ۷ داشته باشد احتمال آپاندیسیت زیاد است. امتیاز ۶ - ۵ تشخیصی برای آپاندیسیت نمی‌باشد و CT حتما باید انجام شود. (شوارتز)

۴ - ممکن است ارزیابی کامل، علت قطعی درد ربع تحتانی راست بیمار را مشخص نکند. بیماران با شمارش گلبول سفید طبیعی و تصویر برداری منفی که قادرند رژیم خوراکی را تحمل کند می‌توانند برای درمان سرپایی با تکرار ارزیابی در ۲۴ ساعت در نظر گرفته شوند. از سوی دیگر، بیماران ممکن است جهت تحت نظر قرار گرفتن دقیق، معاینات پشت سر هم، و تکرار مطالعات آزمایشگاهی بستری گردند.

۵ - بیماران مبتلا به آپاندیسیت باید احیای قبل از عمل با مایعات مناسب و پوشش آنتی بیوتیکی داخل وریدی برای عفونت چند میکروبی (نظیر سفوتتان) دریافت کنند.

۶- در موارد آپاندیسیت سوراخ نشده، برداشتن آپاندیس به روش باز یا لاپاروسکوپی روشهای ارجح می‌باشند. در صورتیکه تشخیص درد مورد سوال باشد، نگرانی درباره مشکل لگنی وجود داشته باشد، و در بیماران چاق، لاپاراسکوپی ارجح است.

۷- بیمارانی که در سی تی اسکن تشخیص آپاندیسیت سوراخ شده همراه با آبسه مطرح شده باشد، در صورتیکه از نظر تکنیکی آسان باشد، جهت تخلیه از طریق پوست در نظر گرفته می‌شوند. نیاز بعدی برای آپاندکتومی پس از ۶ هفته مورد شک بوده و اغلب در مقالات مورد بحث است.

۸ - علل شایع ژنیکولوژی عبارتند از آبسه‌های لوله‌ای - تخمدانی، بیماری التهابی لگنی، کیست پاره شده تخمدان، پیچ خوردگی^۱ تخمدان و حاملگی نابجا. معاینه و تصویربرداری لگنی برای تشخیص مناسب حیاتی است.

۹ - آدنیت مزانتریک یا ایلئیت عفونی اغلب تشخیص‌های حذف شدنی هستند اما ممکن است توسط یافته‌های سی تی اسکن از ایلئوم ضخیم شده مطرح شوند. در این موارد درمان محافظه کارانه توصیه می‌شود. ممکن است دیورتیکولیت مکل در سی تی اسکن مورد توجه قرار گیرد اما اغلب زمانی که آپاندیس با نمای طبیعی مشخص می‌شود، با جستجوهای بعدی تشخیص داده می‌شود. ظاهر دیورتیکول، برداشت دیورتیکول را در مقابل برداشت قطعه‌ای از روده تعیین می‌نماید.

بطور ایده آل، بیماری التهابی روده قبل از جراحی مشخص می‌شود، مگر اینکه تظاهر اولیه آن سوراخ شدن یا انسداد بوده که نیازمند مداخله باشد. درمان طبی شامل استروئیدها و سولفاسالازین است. برداشتن آپاندیس در صورتیکه آپاندیس یا قاعده سکوم مبتلا به بیماری نشده باشند، انجام می‌گیرد.

دیورتیکولیت ممکن است منشا سکومی یا سیگموئید (کولون سیگموئید بلند ممکن است به آسانی در ربع تحتانی راست قرار گیرد) داشته باشد؛ درمان کاملاً مشابه است. درمان طبی شامل استراحت روده، هیدراتاسیون داخل وریدی و آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف است تا زمانی که معاینات بیمار بهبود یابد و گلبول‌های سفید به میزان طبیعی بازگردد. در صورتیکه با سوراخ شدن یا انسداد عارضه دار شود، درمان جراحی، بطور معمول با برداشت قطعه‌ای و انحراف مدفوع، مورد نیاز است. در صورتیکه آبسه وجود داشته باشد، تخلیه جلدی و آنتی بیوتیک‌های داخل وریدی ممکن است درمان جایگزین باشند.

اگر آبسه در دیورتیکولیت حاد کوچکتر از 2 cm باشد درمان آنتی بیوتیکی کافی است. سیگموئیدکتومی انتخابی بعد از حمله دوم دیورتیکولیت توصیه می‌شود، مگر در بیماران جوان، بیماران با نقص ایمنی و بیماران عارضه دار که در این موارد سیگموئیدکتومی پس از حمله اول دیورتیکولیت باید انجام شود. (شوارتز)

سرطان سکوم نیازمند برداشتن نیمه راست کولون و ارزیابی حین عمل جهت بیماری متاستاتیک است. آبسه پسواس اغلب می‌تواند از طریق جلد تخلیه شود و با آنتی بیوتیک مطابق کشت و آنتی بیوگرام درمان گردد. بررسی جهت علت زمینه‌ای (نظیر سوء مصرف مواد به صورت داخل وریدی، بیماری اولیه کلیوی یا رودهای و استئومیلیت) مهم است.

زخم معده

تاریخچه و معاینه فیزیکی

