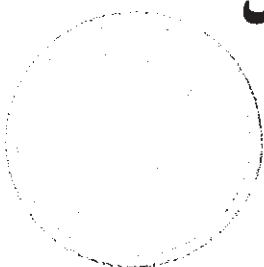


شماره ثبت : ۰۹۸

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

دانشکده پزشکی



عنوان پایان نامه :

**بررسی علل ایجاد پریتونیت چرکی
در بیماران بستری در بیمارستان پورسینای رشت
بین سالهای ۸۰ - ۷۳**

استاد راهنما :

جناب دکتر خلیل رستمی

متخصص جراحی عمومی

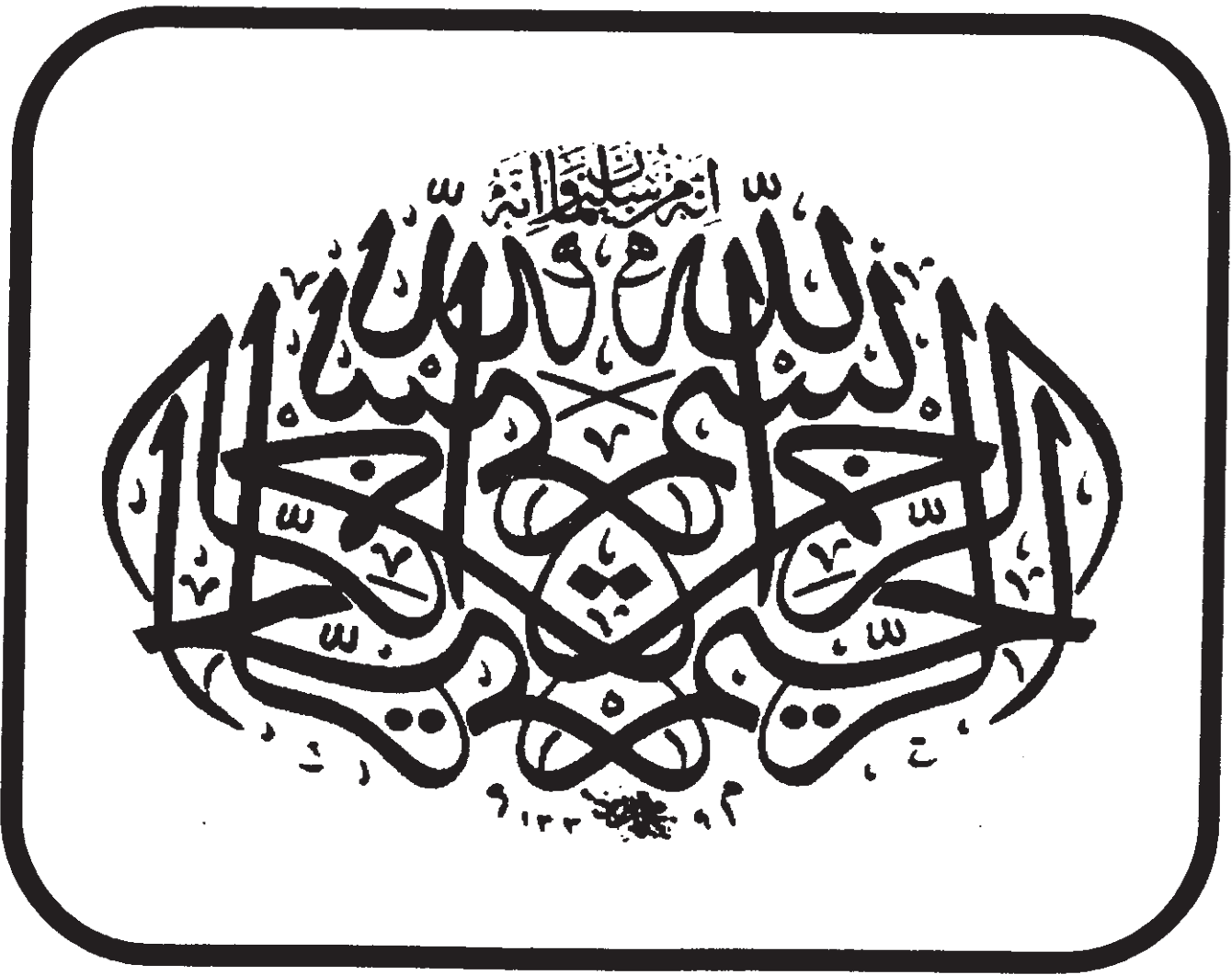
استادیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

نگارش :

اسماعیل خیاطی شال

جهت اخذ درجه دکترای عمومی

سال ۱۳۸۱



تقديم به :

پويندگان علم و معرفت

تقدیم به :

پدر زحمت کش ، مادر مهربان و عزیزم

برادران و خواهران ارجمندم

که همواره مشوقم بوده‌اند

تقدیم به :

همسرم

که در سختیهای زندگی و ایام تحصیل یار و یاورم بود.

گل‌های زندگی‌ام

سینا و سعید که قلبم به عشق آنها می‌تپد

با تشکر و قدردانی از :

اساتید معزز دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و دانشکده پزشکی رشت،
خصوصاً استاد ارجمند جناب آقای دکتر خلیل رستمی و گروه
فرهنگی مؤسسه عرفان رشت

فصل اول - مقدمه، تعاریف و زمینه‌های نظری موضوع تحقیق

۲	چکیده پژوهش
۴	زمینه‌های نظری موضوع تحقیق
۶	آناتومی پریتون
۷	عصب‌گیری صفاق و نقش آن در تشخیص پریتونیت
۸	عملکرد صفاق
۹	فیزیوپاتولوژی پریتون
۱۱	تعریف پریتونیت
۱۲	انواع پریتونیت
۱۹	تظاهرات بالینی پریتونیت
۲۱	تشخیص آزمایشگاهی
۲۲	تشخیص رادیولوژیک
۲۳	درمان
۲۷	نیاز به بررسی موضوع
۲۸	بیان مسأله
۳۰	اهداف پژوهش
۳۱	تعریف واژه‌ها

فصل دوم - بررسی پژوهشهای قبلی

۳۳	بررسی پژوهشهای قبلی
----	---------------------

فصل سوم - مواد و روش بررسی

۴۱	مواد و روش بررسی
----	------------------

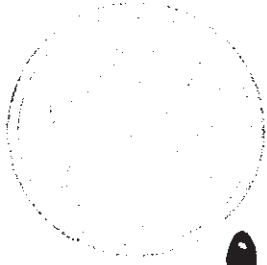
فصل چهارم - ارائه نتایج و آنالیز

۴۳	ارائه نتایج و آنالیز
----	----------------------

فصل پنجم - بحث و نتیجه‌گیری

۶۶	بحث و نتیجه‌گیری
----	------------------

۶۹	منابع مورد استفاده
----	--------------------



« فصل اول »

مقدمه ، تعاریف و

زمینه‌های نظری موضوع تحقیق

چکیده پژوهش

مقدمه :

پریتونیت عبارت است از التهاب صفاق یا بخشی از آن و پریتونیت ثانویه وجود آگزودای چرکی در حفره شکمی با منشاء روده‌ای می‌باشد. عوامل زیادی بر عاقبت پریتونیت ثانویه تأثیر می‌گذارند. عناصر اختصاصی بیماری، عوامل خطرزای وابسته به بیمار و تدابیر تشخیصی و درمانی در پیش آگهی مؤثرند، مرگ و میر به طول مدت علائم قبل از عمل، مکانیسم‌ها و منشاء آناتومیک عفونت و نیز سن بیمار بستگی دارد، عوامل خطر ساز و بیماری زمینه‌ای نیز ممکن است نتیجه آن را پیچیده‌تر نمایند و میزان مورتالیتی را افزایش دهند، امروزه به نظر می‌رسد مرگ و میر ناشی از پریتونیت به حد ۱۰ تا ۲۰ درصد کاهش یافته است. با این بررسی بر آن شدیم تا علل پریتونیت چرکی را در بیمارانی که با تشخیص پریتونیت تحت لاپاراتومی قرار گرفته‌اند تعیین نماییم.

روش کار :

این مطالعه از نوع توصیفی است که با مراجعه به مرکز کامپیوتر دفاتر اتاق عمل و بخشهای جراحی و بایگانی اسناد و مدارک پزشکی بیمارستان، پرونده بیمارانی که با تشخیص پریتونیت بین سالهای ۸۰-۷۳ تحت لاپاراتومی قرار گرفته بودند و پریتونیت منتشر ثابت شده داشتند مورد بررسی قرار گرفت. از ۵۸۹ پرونده، ۵۳۳ مورد واجد اطلاعات لازم بودند که داده‌ها توسط رایانه بررسی و پردازش شد.

یافته‌ها :

— مجموع بیماران مورد مطالعه ۵۳۳ نفر که ۴۰۵ بیمار (۷۶ درصد) مذکر و ۱۲۸ بیمار (۲۴ درصد) مؤنث بودند، بیشترین فراوانی سنی مربوط به گروه سنی ۷۰-۶۱ سال به تعداد ۱۲۸ بیمار که ۲۴ درصد بیماران را تشکیل می‌داد.

— ۶۳ درصد بیماران (۳۳۵ نفر) ساکن روستا و ۳۷ درصد بیماران (۱۹۸ نفر) ساکن

شهر بودند.

— شایعترین بیماری همراه زمینه‌ای با پریتونیت ثانویه بیماری گوارشی ۲۶/۳ درصد (۱۴۰ نفر) و سپس نارسایی قلبی ۱۷/۴ درصد (۹۳ بیمار) و بعد از آن نارسایی ریوی ۱۴/۱ درصد با ۷۵ بیمار را شامل می‌شد.

— ۷۸/۸ درصد بیماران (۴۲۰ نفر) در ۲ روز اول پس از شروع اولین علامت (درد شکم) عمل شدند.

— ۴۷/۵ درصد بیماران (۲۵۳ نفر) طی ۶ ساعت اول بعد از بستری در بیمارستان تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

— ۷۳/۴ درصد بیماران (۳۹۱ نفر) کمتر از ۷ روز بعد از عمل جراحی در بیمارستان بستری شده و مرخص شدند.

— ۹۹/۶ درصد بیماران (۵۳۱ نفر) تندر نس شکمی داشتند.

— شایعترین علت ایجاد پریتونیت پرفوراسیون اولسرپپتیک با ۴۱/۷ درصد (۲۲۲ بیمار) و سپس آپاندیسیت پرفوره با ۲۷/۶ درصد (۱۴۷ بیمار) را شامل می‌شد.

— ۶/۹ درصد از بیماران (۳۷ نفر) که تحت جراحی قرار گرفتند فوت نمودند که بیشترین فراوانی مرگ و میر در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال (۱۲ بیمار) بود.

بمٹ و نتیجہ گیری :

پریتونیت ثانویه یکی از اورژانسه‌ای جراحی عمومی می‌باشد، تشخیص کلینیکی پریتونیت مبتنی بر وجود یافته‌های فیزیکی کاردینال می‌باشد.

بررسی حاضر نشان می‌دهد شک به پریتونیت ثانویه، مستلزم اقدام سریع درمانی است و در صورت تأخیر در تشخیص و درمان مرگ و میر افزایش می‌یابد، افزایش سن و وجود بیماری‌های زمینه‌ای نیز در میزان مرگ و میر تأثیر گذاشته و سبب افزایش آن می‌گردد، توصیه می‌شود از بیماران مشکوک به پریتونیت شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی کامل به عمل آمده و در صورت تشخیص در انجام اقدامات درمانی تأخیری صورت نپذیرد.

زمینه‌های نظری موضوع تحقیق

در تمام دوران تکامل جراحی عفونتهای داخل شکمی به صورت یک مشکل تشخیصی و درمانی مطرح بوده‌اند، حتی امروزه با وجود تکنولوژی پیشرفته و گسترده طبی هنوز هم این مشکل باقی است، تا اواخر سده نوزدهم عفونتهای داخل شکمی را از طریق غیر جراحی درمان می‌نموده‌اند و میزان مرگ‌ومیر در این روش ۹۰ درصد بود. امروزه از میزان مرگ و میر مطمئن نیستیم اما این مقدار بین ۵۰ - ۱۰ درصد گزارش می‌شود. واژه‌های عفونت داخل شکمی و پریتونیت اگرچه از لحاظ بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند اما به یک معنی نیستند. پریتونیت یعنی التهاب صفاق یا بخشی از آن. پریتونیت ثانویه به معنی وجود آگزودای چرکی در حفره شکمی با منشاء روده‌ای می‌باشد. انجمن عفونتهای جراحی SIS بر این عقیده است که سوراخ شدگی زخم پپتیک به مدت کمتر از ۱۲ ساعت، سوراخ شدگی روده‌ای ناشی از ضربه با مدت کمتر از ۲۴ ساعت و آپاندیسیت سوراخ نشده، کوله سیستیت حاد و ساده و نکروز ساده روده‌ای خارج از این تعریف قرار دارند.

هیچکدام از این طبقه‌بندی‌ها کاملاً رضایت‌بخش نبوده و حتی سیستم مورد قبول فعلی که توسط SIS در امریکای شمالی و اروپا تأیید شده دارای کمبودهایی است. مناسب‌ترین طبقه‌بندی که به طور رایج کاربرد دارد متعاقباً در صفحات بعد مشخص شده است. عوامل زیادی بر عاقبت عفونت داخل شکمی تأثیر می‌گذارند عناصر اختصاصی بیماری، عوامل خطرزای وابسته به بیمار و انواع تدابیر تشخیصی و درمانی تماماً در پیش آگهی بیماری مؤثر می‌باشند. طول مدت نشانه‌های قبل از عمل تأثیر شدیدی بر میزان مرگ و میر دارد به طوری که ۵۰ درصد مرگ و میرهای داخل شکمی مربوط به تأخیر ۲-۳ روزه از شروع نشانه‌ها تا عمل جراحی بوده است. مرگ و میر همچنین به مکانیسم‌ها و منشاء آناتومیک عفونت بستگی دارد. سن بیماری که به انجام عمل جراحی جهت پریتونیت ثانویه نیاز پیدا می‌کند به طور مستقیم با میزان مرگ و میر ارتباط دارد که در این زمینه در سنین