پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۰، شماره ۴، صفحه ۳۸ (دی - اسفند ۱۳۷۵)

پارگی غیرتروماتیک دستگاه گوارش

دکتر عبدالرسول طالعی* و دکتر بیژن ابراهیمی**

خلاصه

این مطالعه به صورت گذشته نگر و بر اساس بررسی پرونده ۱۸۹۱ بیمار که به علت پارگی غیر تروماتیک معده و روده و طی ۱۵ سال (۱۳۵۷-۱۳۷۲) در بیمارستانهای دانشکده پزشکی شیراز بستری شده بودند به عمل آمده است. سن بیماران بین ۱۵-۸۷ سال بود. از این تعداد، ۱۱۸۹ نفر (۶۳ درصد) مرد، ۷۰۲ نفر (۳۷ درصد) زن بودند؛ پارگی آپاندیس بیشترین تعداد را تشکیل می‌دهد به طوری که از مجموع بیماران بالا ۱۳۵۵ نفر (۷۱/۶ درصد) به علت پارگی آپاندیس تحت درمان قرار گرفتند. در ۹۹۱ نفر (۵۲/۴ درصد) پارگی آپاندیس به صورت پریتونیت ژنرالیزه و در ۳۶۴ نفر (۱۹/۲ درصد) به شکل آبسه یا پریتونیت موضعی خود را نشان داده است. میزان مرگ و میر در گروه اول ۶/۲۵ و در گروه دوم ۳/۵۷ درصد است. پس از آپاندیس، دوازدهه شایعترین محل پارگی بوده، به گونه‌ای که ۳۸۹ نفر (۲۰/۶ درصد) دچار پارگی این ناحیه شده و میزان مرگ و میر این گروه ۱۳/۱ درصد بود.

۵۷ نفر از بیماران دچار پارگی روده دراز شده که شایعترین علت پارگی این قسمت فتق مختنق و پس از آن تیفوئید بود. شایعترین علت پارگی روده تهی چسبندگی روده و بیشترین علت پارگی کولون دیورتیکولیت بود.

بیشترین میزان مرگ در پارگی روده تهی (۷۳ درصد) دیده شده که شاید به علت تاخیر در تشخیص بیماری باشد.

* استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی شیراز

** دستیار جراحی عمومی دانشکده پزشکی شیراز

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

یکی از علل مهم پریتونیت، پارگی قسمتهای مختلف دستگاه گوارش است. پریتونیت بخصوص اگر ژنرالیزه باشد ممکن است مرگ و میر زیادی را به همراه داشته باشد. لذا تعیین علت پریتونیت، محل پارگی و تشخیص به موقع می‌تواند در درمان صحیح و به موقع پریتونیت کمک کند و عوارض ناخوشایند پریتونیت و مرگ حاصل از آن را کاهش دهد.

روش کار

این بررسی به صورت گذشته نگر و بر اساس مطالعه پرونده تمام بیماران بزرگسالی که طی ۱۵ سال و به علت پریتونیت در سه بیمارستان نمازی، شهید فقیهی و شهید بهشتی - بیمارستانهای وابسته به دانشکده پزشکی شیراز- بستری شده بودند، انجام شد. کلیه بیمارانی که گرفتار پریتونیت اولیه بودند و یا در اثر تروما دچار پریتونیت شده بودند، از مطالعه حذف شدند. از پرونده ۱۸۹۱ بیمار واجد شرایط بررسی حاضر، یافته‌های متفاوتی استخراج شد.

نتایج

از ۱۸۹۱ بیمار، ۱۱۸۹ مرد (۶۳ درصد) و ۷۰۲ نفر زن (۳۷ درصد) بودند که ۱۵-۸۷ سال داشتند. شایعترین عضو ضایعه دیده آپاندیس بود به طوری که ۱۳۵۵ بیمار دچار پارگی آپاندیس شده بودند. تعداد و درصد پارگی احشای مختلف در جدول ۱ آمده است.

حدود ۷۷ درصد بیماران پس از ۲۴ ساعت از شروع درد شکم در بیمارستان بستری شدند و تحت درمان قرار گرفتند (نمودار ۱). شایعترین علامت، دل درد بود که در ۹۲/۱ درصد بیماران مشاهده شد. در ۵۲ درصد موارد درد به صورت منتشر و ۴۸ درصد مابقی به صورت موضعی بود.

جدول ۱) تعداد و درصد پارگی احشای مختلف

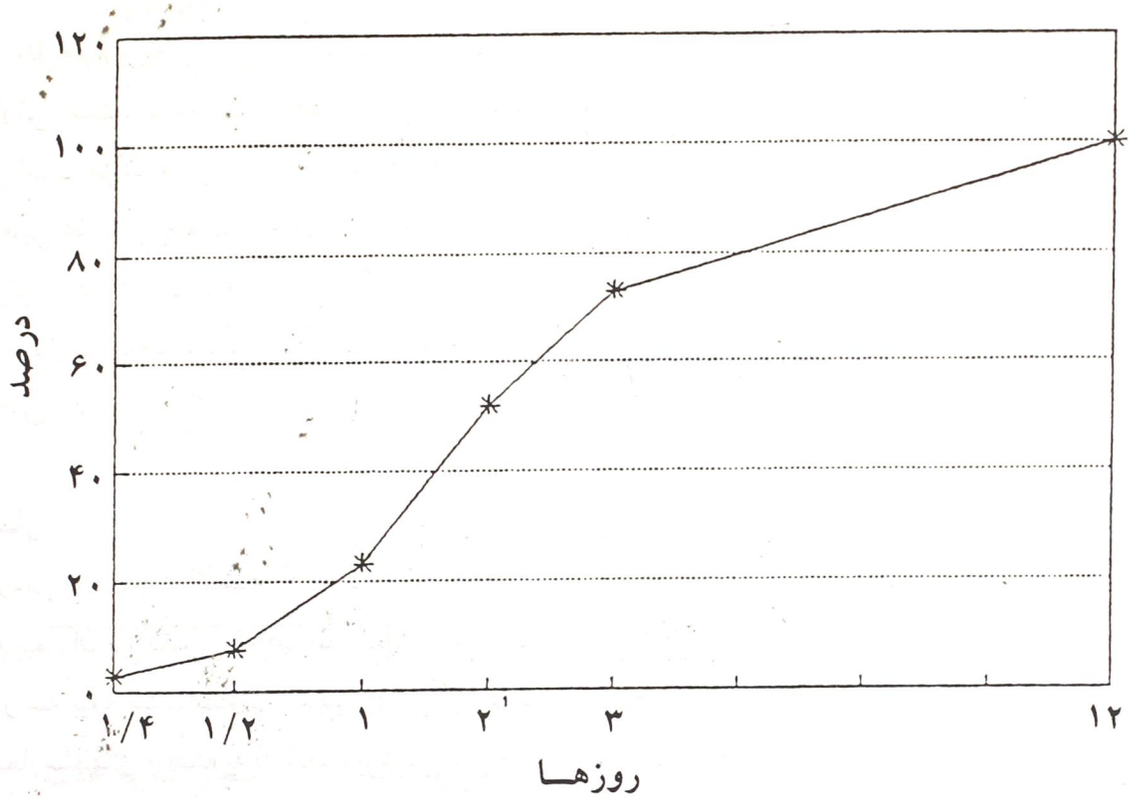
اعضا	تعداد	درصد
معده	۴۸	۲/۶
دئودنوم	۳۸۹	۲۰/۶
روده تهی	۱۹	۱/۱
روده دراز	۵۷	۳/۱
آپاندیس (با آبسه موضعی)	۳۶۴ (۱۳۵۵)	۱۹/۲ (۷۱/۲)
آپاندیس (با پریتونیت ژنرالیزه)	۹۹۱	۵۲/۴
کولون	۲۳	۱/۲

شایعترین یافته بالینی حساسیت شکم (Tenderness) بود که در ۹۵ درصد موارد بروز کرد و در مرتبه بعد تب بود که در ۸۳ درصد بیماران مشاهده شد. در ۶۰ درصد بیماران شمارش گویچه‌های سفید بیشتر از ۱۰۰۰۰ در میلیمتر مکعب خون بود و حدود $\frac{1}{6}$ آنان گویچه سفید کمتر از ۵۰۰۰ داشتند (نمودار ۲). مهمترین یافته پرتوشناختی هوای درون حفره پریتوئن بود که در سوراخ شدگی معده و دوازدهه حدود ۶۷ درصد دیده شده و برای سایر اعضا کمتر بود (نمودار ۳).

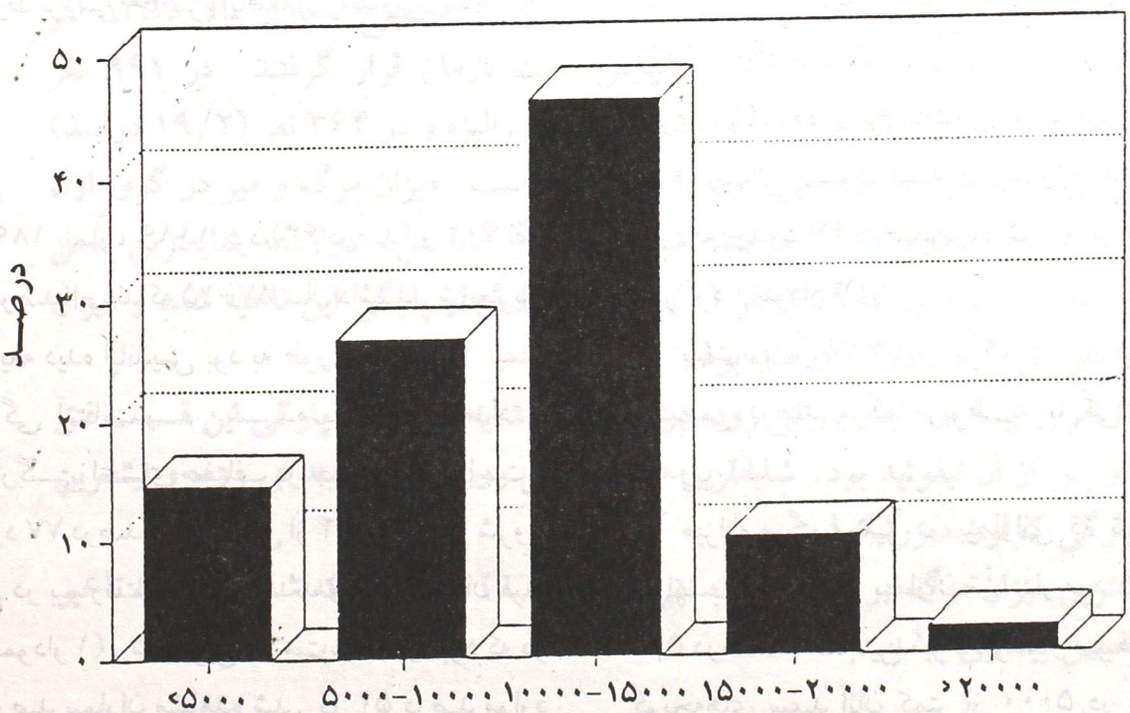
بیشترین میزان نسبی مرگ در پارگی ژژونوم و کمترین درصد مرگ مربوط به پارگی آپاندیس بود (جدول ۲).

میزان مرگ و میر در بیمارانی که تب نداشتند به مراتب بیشتر از بیماران تب دار بود (۳۴ در مقابل ۵/۲ درصد). همچنین میزان مرگ و میر در بیمارانی که گویچه‌های سفید آنان کمتر از ۵۰۰۰ در میلیمترمکعب می‌باشد بیشتر از بیمارانی بود که گویچه های سفید آنان از ۵۰۰۰ بیشتر بود (۱۸ درصد در مقابل ۸/۷ درصد).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

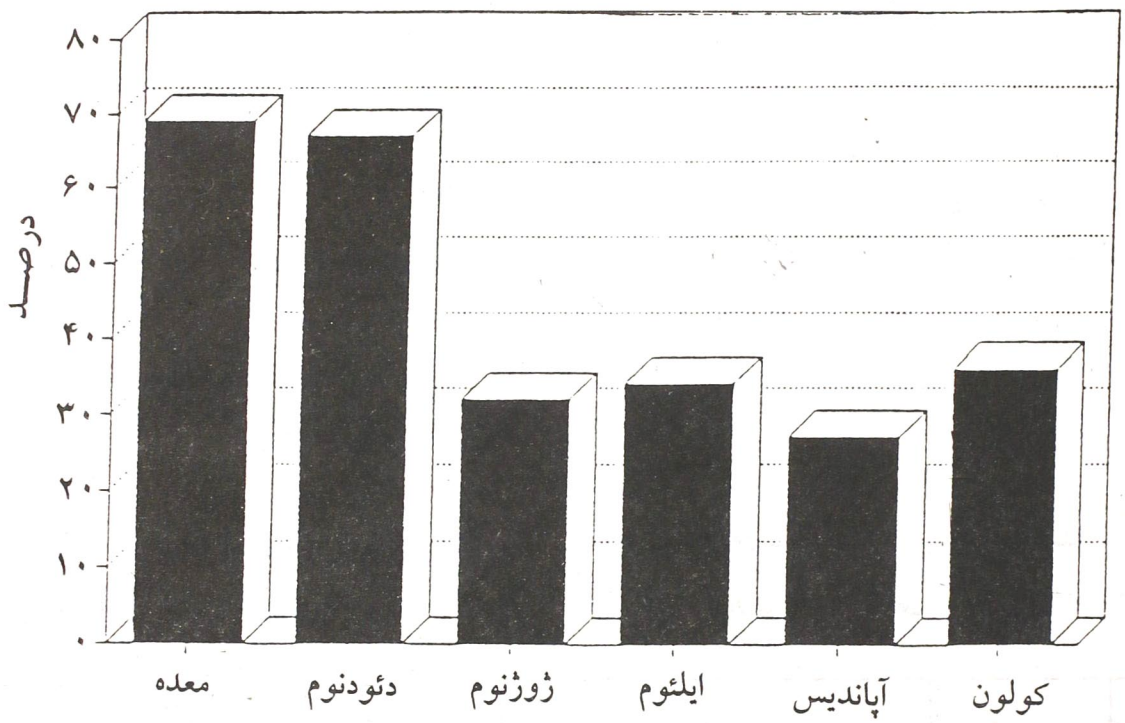


نمودار ۱) فاصله شروع درد و زمان بستری شدن در بیمارستان



نمودار ۲) دامنه گویچه‌های سفید در بیماران

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]



نمودار ۳) میزان پنوموپریتوئن در ارتباط با پارگی احشای مختلف

جدول ۲) رابطه بین میزان مرگ و محل پارگی

احشای مختلف	تعداد کل پارگی	میزان مرگ	درصد مرگ
معده	۴۸	۲۱	۴۳/۷
دئودنوم	۳۸۹	۵۱	۱۳/۱
روده تهی	۱۹	۱۱	۷۳
روده دراز	۵۷	۱۷	۲۸/۹
آپاندیس			
۱) با پارگی موضعی	۳۶۴	۱۳	۳/۵۷
۲) با پارگی کلی	۹۹۱	۶۲	۶/۳
کولون	۲۳	۱۳	۵۶/۵

بیشتر این بیماران یعنی ۱۴۵۶ نفر (۷۷ درصد) پس از ۲۴ ساعت تحت عمل جراحی قرار گرفتند که میزان مرگ و میر آنان خیلی بیشتر از بیمارانی بود که در ۲۴ ساعت اول تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند (۱۲/۲ درصد در مقابل ۲/۹ درصد).

اکنون، نتایج هر کدام به تفکیک، توضیح داده می‌شود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

پارگی آپاندیس

۱۳۵۵ نفر از بیماران دچار پارگی آپاندیس شده بودند که ۹۹۱ نفر (۵۲/۴ درصد) به صورت پریتونیت منتشر و ۳۶۴ نفر (۱۹/۲ درصد) به صورت پریتونیت موضعی خود را نشانداد.

نسبت مرد و زن و همچنین میانگین سنی در هر دو گروه آپاندیسیت در جدولهای ۳ و ۴ آمده است. میزان مرگ و میر در پریتونیت منتشر ۶/۳ درصد و در پریتونیت ساده حدود ۳/۵۷ درصد بود.

پارگی دئودنوم

پس از آپاندیس، دئودنوم شایعترین عضوی است (۲۰/۶ درصد) که سوراخ شده، باعث التهاب صفاق می‌شود. علت پارگی در کلیه بیماران (۳۸۹ نفر) زخم دوازدهه و میزان مرگ و میر در آنان ۱۳/۱ درصد برآورد شده است. در صورتی که پارگی دوازدهه همراه با خونریزی باشد میزان مرگ و میر تقریبا" دو برابر (۲۱/۸ درصد) است. جدول ۵ رابطه جنس، میانگین سنی و همراه بودن خونریزی در این گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۳) تعداد، درصد و میانگین سنی بیماران پارگی آپاندیس با پریتونیت منتشر

جنسیت	تعداد	درصد	میانگین سنی (سال)
مرد	۶۰۲	۶۰/۸	۲۸/۶
زن	۳۸۹	۳۹/۲	۲۹/۲

جدول ۴) تعداد، درصد و میانگین سنی بیماران پارگی آپاندیس با پریتونیت محدود

جنسیت	تعداد	درصد	میانگین سنی (سال)
مرد	۲۱۳	۵۸/۵	۲۹/۴
زن	۱۵۱	۴۱/۵	۳۱/۲

جدول ۵) تعداد، درصد، میانگین و تعداد بیماران همراه با خونریزی در بیمارانی که پارگی دوازدهه داشتند

جنسیت	تعداد	درصد	میانگین سنی (سال)	همراه با خونریزی
مرد	۲۸۱	۷۲/۷	۴۴/۸	۲۳
زن	۱۰۸	۲۸/۸	۴۸/۳	۹

پارگی روده دراز

ایلئوم ۵۷ نفر (۳/۱ درصد) از بیماران پاره شد که مشخصات این بیماران در جدول ۶ مشاهده می‌شود. شایعترین علت پارگی فتق مختنق ۲۲ نفر (۳۸/۶ درصد) و در مرحله بعد تیفوئید ۱۱ نفر (۱۹/۳ درصد) می‌باشد. دو بیمار در پی زایمان دچار پارگی روده دراز شده‌اند. میزان مرگ و میر ۲۹/۸ درصد بود که عمدتا" به دلیل ایسکمی روده ناشی از انسداد شریان مزانتریک فوقانی اتفاق افتاد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۶) تعداد، درصد و میانگین سنی بیماران با سوراخ شدگی روده دراز

جنسیت	تعداد	درصد	میانگین سنی (سال)
مرد	۳۵	۶۱/۴	۴۲/۴
زن	۲۲	۳۸/۶	۴۴/۶

پارگی معده

از ۴۸ بیمار پارگی معده ۳۹ نفر مرد، شایعترین علت پارگی زخم خوش خیم و شایعترین محل آن انحنای کوچک بوده است. اطلاعات دقیق‌تر در رابطه با پارگی معده در جدول‌های ۷ و ۸ نشان داده شده است. میزان مرگ و میر در پارگی معده ۴۳/۷ درصد بود.

پارگی کولون

۲۳ نفر دچار پارگی کولون شده بودند که بین مردان و زنان تفاوت فاحشی از نظر تعداد مشاهده نشد. شایعترین محل آن کولون سینی شکل (سیگموئید) و بیشترین علت آن دیورتیکول و میزان مرگ و میر ۵۶/۵ درصد بوده است (جدول ۹).

پارگی روده تهی

نادرترین محل پرفوراسیون، ژژونوم (۱۹ نفر یا ۱/۱ درصد) که برعکس موارد دیگر در زنان کمی شایعتر بود (۱۱ نفر از ۱۹ بیمار). شایعترین علت آن که بیشتر از نصف موارد را تشکیل می‌دهد چسبندگی روده (Adhesion band) بود. بالاترین میزان مرگ و میر (۷۳ درصد) مربوط به این قسمت است که به علت تاخیر در تشخیص روی می‌دهد.

جدول ۷) میانگین سنی، محل پارگی و ارتباط آن با جنس در سوراخ شدن معده

جنسیت	تعداد	میانگین سنی	انحنای کمر	تنه	فوندوس	محل قبل از باب المعده
مرد	۳۹	۴۸/۲	۲۲(۵۶درصد)	۹(۲۳درصد)	۶(۱۵درصد)	۲(۵درصد)
زن	۹	۵۳/۳	۵(۵۵درصد)	۲(۲۲درصد)	۱(۱۱درصد)	۱(۱۱درصد)
جمع	۴۸		۲۷	۱۱	۷	۳

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۸) علل پارگی در زخم شدن معده

جنسیت	زخم معده	لنفوم	سرطان	بلع اسید
مرد	۳۲	۳	۳	۱۰
زن	۶	۲	۱	۰
جمع (درصد)	۳۸(۷۹/۱)	۵(۱۰/۴)	۴(۸/۳)	۱(۲/۲)

بحث

پریتونیت در پی پارگی احشای درون شکم یکی از عوارض ناگوار همراه با مرگ و میر و بیماریزایی در جراحی عمومی است که امکان دارد به دلیل تروما یا غیرتروما (مورد بحث این مقاله) باشد. در این بررسی، ۷۷ درصد بیماران ۲۴ ساعت پس از شروع درد در بیمارستان بستری شدند و تحت درمان قرار گرفتند. میزان مرگ و میر در این بیماران به مراتب بیشتر از افرادی است که در ۲۴ ساعت اول عمل شده بودند (۱۲/۲ درصد در مقابل ۲/۹ درصد).

۸۳ درصد از بیماران دچار تب بودند و ۱۷ درصد تب نداشتند. بیمارانی که تب نداشتند پیش‌آگهی خوبی نیز نشان ندادند؛ به طوری که، مرگ و میر در بیماران بدون تب ۳۴ درصد و آنان که تب داشتند ۵/۲ درصد بود.

حدود $\frac{1}{6}$ بیماران دارای گویچه‌های سفید کمتر از ۵۰۰۰ در میلیمترمکعب بودند که این افراد نیز پیش آگهی بدتری داشتند: یعنی میزان مرگ و میر در آنان ۱۸ درصد ولی بیمارانی که گویچه‌های سفید بالای ۵۰۰۰ داشتند ۸/۷ درصد محاسبه شد.

جدول ۹) درصد میانگین سنی بیماران در پارگی کولون

جنسیت	تعداد	درصد	میانگین سنی (سال)
مرد	۱۱	۴۷/۸	۵۰/۱۶
زن	۱۲	۵۲/۲	۵۱/۱۵
جمع	۲۳	۱۰۰	

پنوموپریتوئن در ۶۷-۶۹ درصد بیماران پارگی معده و دئودنوم و ۲۷-۳۶ درصد پارگی قسمتهای دیگر دیده شد. در گزارشهای دیگر میزان پنوموپریتوئن در پارگی گاسترودوئودنال بین ۷۰-۸۲ درصد بود (۱ و ۲).

در بیمارانی که پارگی دوازدهه با خونریزی همراه بود میزان مرگ و میر بیشتر از پرفوراسیون ساده بود (۲۱/۸ در برابر ۱۳/۸ درصد) که دلیل آن وخامت حال بیمار در قبل از عمل بوده است.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

میزان مرگ و میر در پارگی روده تهی ۷۳ درصد بیشتر از قسمتهای دیگر است. شایعترین علت پارگی روده تهی چسبندگی روده به دنبال عمل جراحی می‌باشد. علت مرگ و میر بالا تاخیر در تشخیص و درمان بوده زیرا این دسته از بیماران ۳-۵ روز پس از شروع بیماری تحت عمل قرار گرفته‌اند.

در سوراخ شدن ایلئوم دو مورد غیر شایع مشاهده شد که به دنبال زایمان روی داد که این مورد در انسان گزارش نشده ولی در گاو سه مورد گزارش شده است (۳). علت پرفوراسیون شاید به دلیل دست‌کاری یعنی فشار زیاد بر رحم و قرار گرفتن روده در بین دست و رحم بوده، یا به دلیل کاهش جریان خون و ایسکمی روده باشد.

آپاندیس عضوی است که پارگی در آن شایعتر از دیگر اعضا می‌باشد که $\frac{1}{4}$ به صورت آبسه و بقیه به صورت پریتونیت منتشر تظاهر می‌کند. میزان مرگ و میر در این گروه نسبت به بقیه کمتر بوده که مهمترین علت آن جوان بودن بیماران گرفتار آپاندیسیت می‌باشد. میزان مرگ و میر پارگی آپاندیس از منابع دیگر در رابطه با آبسه آپاندیس ۳-۱۰ درصد و در پریتونیت منتشر ۱۵-۲۹ درصد گزارش شده است (۱ و ۲). در مطالعات ما میزان مرگ و میر به ترتیب ۳/۵۷ و ۶/۲۵ درصد گزارش شده که شاید مهمترین دلیل پائین بودن مرگ و میر در دسته دوم بیماران ما - یعنی بیماران دچار پریتونیت منتشر - مستثنا شدن افراد زیر ۱۵ سال بوده که منطقی به نظر می‌رسد.

دیورتیکول شایعترین علت پارگی در کولون بوده و این در شرایطی است که دیورتیکول کولون در مملکت ما جزء موارد غیرشایع است که بایستی در رابطه با بیماران مورد نظر قرار گیرد.

پارگی بیشتر قسمتهای دستگاه گوارش در مردان شایعتر است. در پارگی آپاندیس ۸۱۵ مرد در مقابل ۵۴۰ زن ($P<0/0001$) و در پارگی دوازدهه ۲۸۱ مرد در برابر ۱۰۸ زن گزارش شده است ($P<0/0001$).

در پارگی معده ۳۹ مرد در برابر ۹ زن ($P<0/0001$) و روده بزرگ ۳۵ مرد در مقابل ۲۲ زن قرار دارد ($P<0/05$) که در همه این موارد شیوع بیشتر در مردان به آن علت است که بیماری اصلی در مردان شایعتر می‌باشد. یعنی آپاندیسیت و زخم دوازدهه که تنها علت پارگی این اعضا می‌باشد در مردان شایعتر است؛ و یا زخم معده و فتق مختنق که به ترتیب شایعترین علت پارگی معده و روده دراز می‌باشد در مردان شایعتر است. پارگی کولون در مردان ۱۱ نفر و در زنان ۱۲ نفر است که بین زنان و مردان تفاوت محسوسی وجود نداشته است ($P<0/42$). پارگی ژژونوم در مردان ۹ نفر و در زنان ۱۱ نفر است که بدین ترتیب در زنان کمی شایعتر بوده، ولی بین مردان و زنان تفاوت محسوسی وجود نداشته است ($P<0/32$).

همان طور که گفته شد بالاترین میزان مرگ و میر مربوط به پارگی روده تهی (۷۳ درصد) و در مراحل بعد کولون (۵۶ درصد)، معده (۴۳ درصد)، روده دراز (۲۹ درصد)، دوئودنوم (۱۳ درصد) و کمترین میزان‌مرگ و میر مربوط به پارگی آپاندیس می‌باشد (۳/۵۷-۶/۲۵ درصد). از نظر علت سوراخ شدگی، دو علت شایع در بیماران ما- در مقایسه با بیماران کشورهای غربی (۱، ۲ و ۴) و کشورهای شرقی (۱۵) یعنی آپاندیسیت و زخم دوازدهه مشابه بوده است. علل بعدی پارگی در بیماران ما فتق مختنق و تیفوئید است. در صورتی که پس از آپاندیسیت و زخم دوازدهه در کشورهای غربی پارگی کولون به علت دیورتیکول (۶) و در کشورهای شرقی تیفوئید بوده است (۵ و ۷-۱۱).

آنچه که مسلم است مهمترین علت مرگ و میر در عارضه پریتونیت موضعی یا منتشر، تاخیر در تشخیص و درمان لازم می‌باشد. لذا بایستی:

۱) با آموزش بیشتر افراد جامعه آگاهی آنان را نسبت به این نوع بیماریها بیشتر کرد تا در اولین فرصت به پزشک

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

مراجعه کنند؛

۲) پزشکان نیز با معاینات مکرر و انجام آزمایشهای لازم، بیماری را به موقع تشخیص داده، با آمادگی کامل بیمار را تحت درمان قرار دهند.

مـــراجـــع

1) Schwartz SI. Appendix. Schwartz Shires and Spencer (eds): Principles of surgery. 6th ed., McGraw Hill 1994, PP 1314-5.
2) Vittman DH. Symposium of intra-abdominal infection. World j Surg 14: 145, 1990. Pathophysiology and treatment. New York Marcel Decker, 1991.
3) Garber JL, and Madison JB. Signs of abdominal pain caused by disruption of the small intestinal mesentery and jejunal perforation in three post- parturient cows. J Am Vet Med Assoc 198: 864-6, 1991.
4) Sager GF. Primary malignant tumors of small intestine. Am J Surg 4: 601-4, 1978.
5) Sharmal L, and Supta S. Generalized peritonitis in India. Jpn j Surg 21: 272-7, 1991.
6) Medina VA, and Papanicolaou GK. Acute perforated diverticulitis. Conn Med 55: 258-61, 1991.
7) Ishikura H, and Kobayashi Y. Ascariasis and intestinal perforation. Hokkadio Igaku Zasshi 63: 376-91, 1988.
8) Kurlberg G, and Frisk B. Factors reducing mortality in typhoid ileal perforation. Trop Med 85: 7935, 1991.
9) Richens J, and Welch JS. Management of bowel perforation typhoid fever. Trop Doct 21: 149-52, 1991.
10) Santillana M. Surgical complications of typhoid fever; Enteric perforation. World J Surg 15: 170-5, 1991.
11) Simgh KP, and Kohli JS. Choice of surgical procedure in typhoid perforation. J Indian Med Assoc 89: 2556, 1991.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]