

شکم حاد مشکل شایعی است که حتما در طی کار اورژانس به کرات با آن روبرو می شویم. این بیماری می تواند علل متعددی داشته باشد و اغلب ممکن است نشانه ای از یک بیماری طبی وخیم باشد.

سعی شده است در این جزوه ارزیابی و مراقبتهای طبی اورژانس را برای بیمارانی که از درد شکم رنج می برند تشریح شود.

## ساختمان و عملکرد شکم:

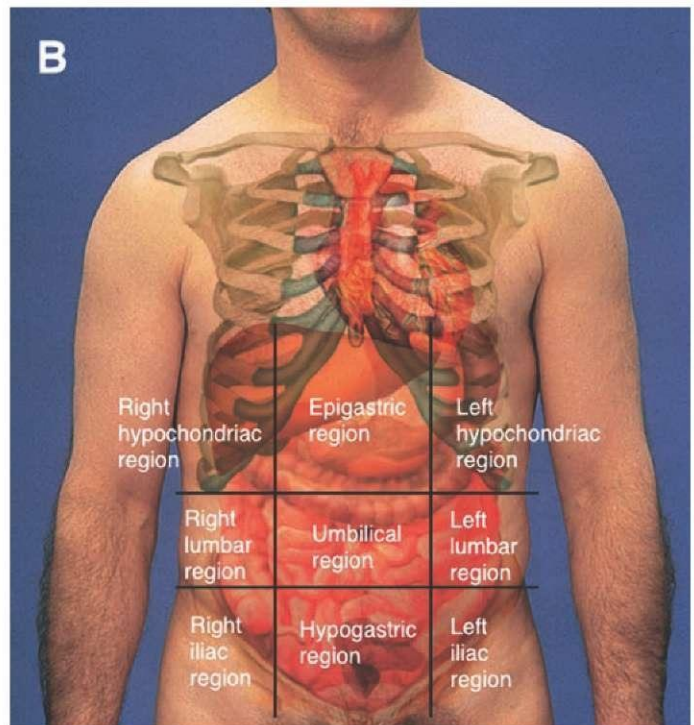
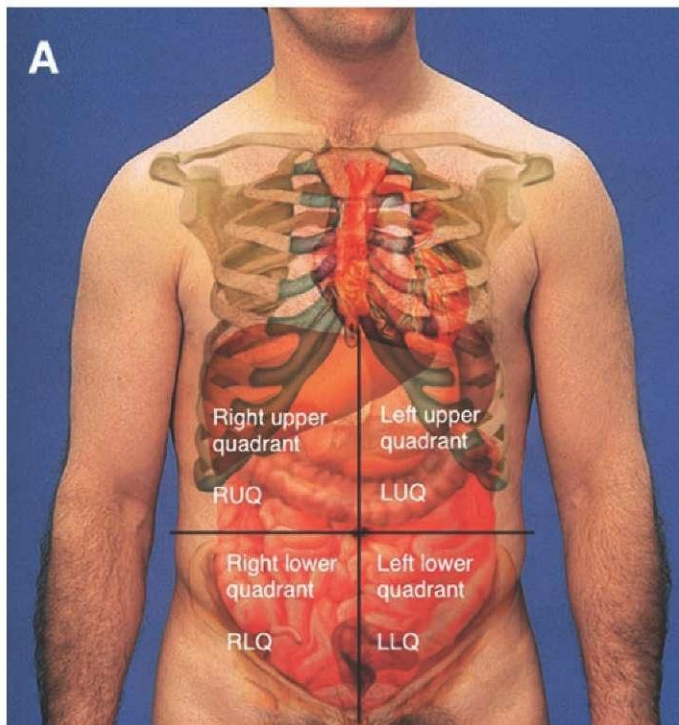
شکم یا حفره شکم زیر دیافراگم قرار دارد و تا قسمت فوقانی لگن گسترش می یابد. حفره شکم توسط صفاق یا پریتون پوشیده شده است. صفاق از دولایه احشایی و جداری تشکیل شده است. صفاق احشایی، داخلی ترین لایه بوده و در تماس با احشاء شکمی می باشد، در حالی که صفاق جداری لایه خارجی تر است.

این دولایه بوسیله فضایی از هم جدا می شوند که حاوی مایعی سروزی بعنوان لیز کننده می باشد.

از لحاظ آناتومیکی حفره شکم را میتوان به چهار قسمت ذیل تقسیم کرد که در این تقسیم بندی ناف بعنوان نقطه مرجع و مرکزی می باشد:

۱. ربع فوقانی چپ (Left upper quaderant): شامل قسمت اعظم معده، طحال، لوزالمعده و بخشی از روده بزرگ می باشد. کلیه چپ در پشت صفاق شکم قرار دارد.
۲. ربع فوقانی راست (Right upper quaderant): شامل قسمت اعظم کبد، کیسه صفرا و بخشی از روده بزرگ است. کلیه راست در پشت صفاق شکم قرار دارد.
۳. ربع تحتانی راست (Right lower quadervant): شامل آپاندیس، بخشی از روده بزرگ و احشاء تولید مثلی در زنان است.
۴. ربع تحتانی چپ (Left lower quaderant): شامل بخشی از روده بزرگ و احشاء تولیدمثلی در زنان است.

لازم به ذکر است که کلیه ها، حالب ها و آئورت شکمی همگی در فضای پشت صفاق یا فضای رتروپیتون قرار دارند. درد در قسمت های میانی پشت ممکن است بعلت مشکلاتی در کلیه ها باشد.

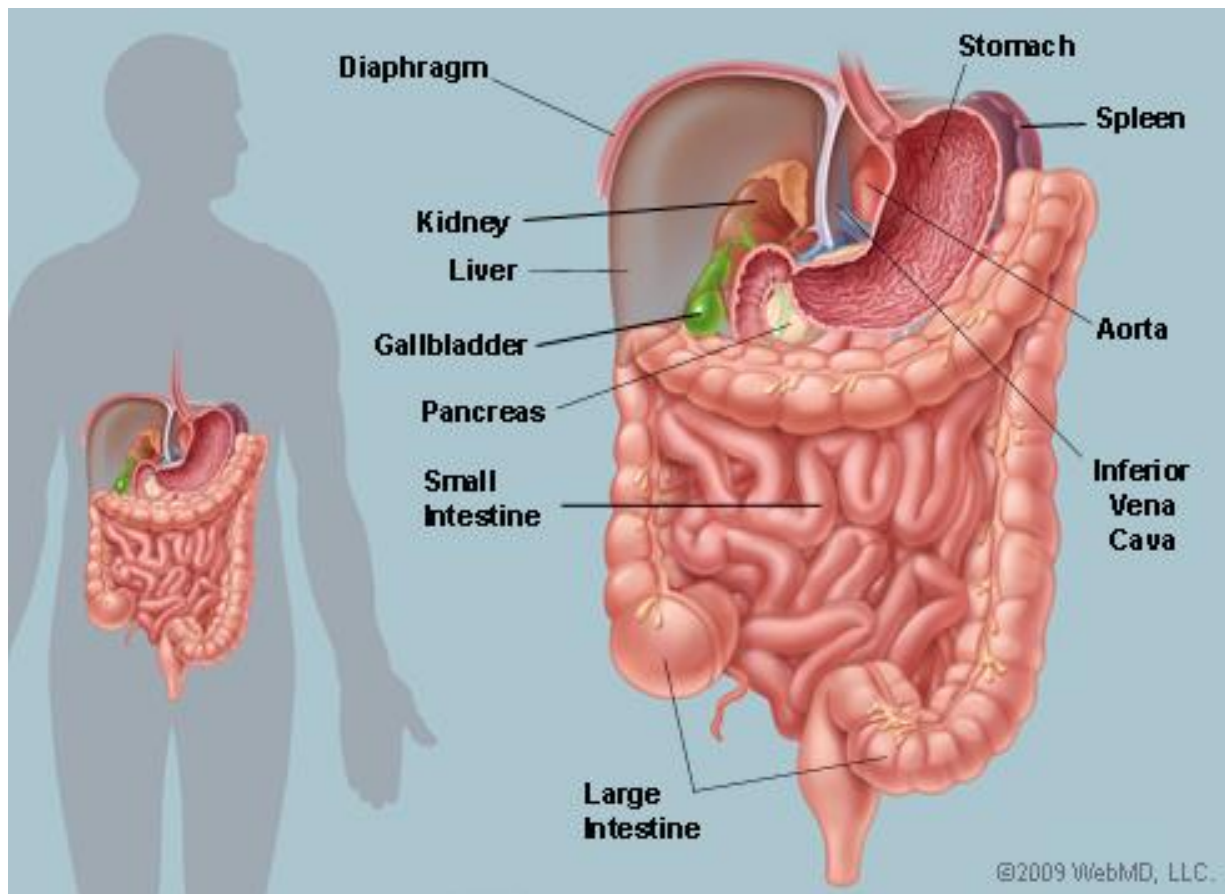
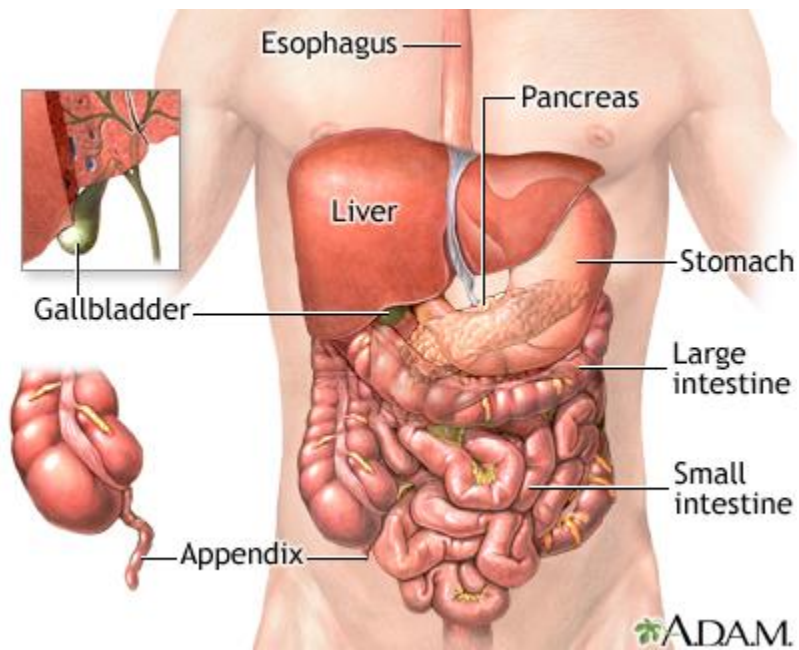


## انواع ساختمان های شکمی:

۱. احشاء توخالی شامل: آپاندیس، مثانه، مجرای مشترک صفراوی، لوله های رحمی، کیسه صفرا، روده ها، معده، رحم، حالب
۲. احشاء توپر شامل: کلیه ها، کبد، تخمدان ها، لوزالمعده، طحال
۳. ساختمان های بزرگ عروق شامل: آئورت شکمی و ورید اجوف تحتانی

**نکته ۱:** پارگی احشاء توخالی باعث خونریزی کم (بدلیل عروق خونی کم) ولی بدلیل نشت مایع داخلی آن به درون صفاق باعث پریتونیت می شود.

**نکته ۲:** پارگی احشاء توپر بدلیل دارا بودن عروق خونی فراوان باعث خونریزی و شوک شدید می شوند.



## درد حاد شکم:

درد حاد شکم، که گاه شکم حاد یا فشار حاد شکمی نامیده می شود، یک بیماری شایع است. این بیماری می تواند شدید بوده و علل متعددی داشته باشد و شاه علامت شکم حاد است.

## علل شکم حاد:

- نیروی مکانیکی
- التهاب
- اسکیمی

احشاء شکمی عموماً به بریدن یا پاره شدن حساس نیستند، به جزء **آنورت**. بنابراین اگر یک عضو پاره شود، درد شکم ناشی از پارگی آن عضو نیست، بلکه به این علت است که خون صفاق را تحریک می کند و کپسولی که دور احشاء خاص را فرا گرفته (مثل کبد، طحال و کیسه صفرا) حاوی رشته های عصبی است. اگر این کپسول به علت التهاب و تورم دچار کشیدگی شود، بیمار احساس درد خواهد کرد.

انبساط سریع یک عضو سبب شروع سریع درد شکم خواهد شد. بعنوان مثال بیماری که در شکم خود وجود گاز را حس می کند، در صورت انبساط روده دچار درد ناگهانی شکم خواهد شد. وقتی که گاز پخش می شود دیگر کشش بیشتری بر آن عضو وارد نمی گردد و درد از بین می رود. **بنابراین ، شروع سریع درد شکم نشانه ای (علامت قرمز) است که بیان کننده شروع حاد یک اختلال شکمی است.** اگر انبساط احشاء خیلی تدریجی رخ دهد، مثل سیروز کبدی که در آن کبد به میزان ۲ برابر اندازه خودش بزرگ می شود، بیمار درد مختصری را تحمل خواهد کرد، بنابراین درد نشانه زودرس برای این بیماری نیست.

همچنین کشش صفاق نیز باعث ایجاد درد می شود. این امر ممکن است باعث انبساط عضوی باشد که در داخل صفاق است. استثناء در این مورد عبارت است از بیمار بارداری، آن هم در سه ماهه سوم بارداری، صفاق آن قدر کشیده می شود که دیگر به کشش بیشتر حساسیت ندارد. این مسئله می تواند خطرناک باشد، آن هم در شرایطی که بطور طبیعی باعث درد می شوند و درد موجب می گردد تا بیمار زودتر از وجود مشکل آگاه شود.

درد ناشی از کشش در یک عضو توپر اغلب بصورت یک درد یکنواخت است. التهاب یک عضو تو خالی ممکن است باعث تحریک صفاق دیواره آن عضو شده ، باعث یک درد کولیکی شود. درد ناشی از ایسکمی در یکی از احشاء شکم، بصورت یکنواخت و شدید است که ادامه یافته و همچنان که عضو دچار کمبود اکسیژن بیشتر می شود، درد بدتر می گردد.

## انواع درد شکم:

### ۱. درد احشایی:

وقتی رخ می دهد که خود عضو درگیر است. بیشتر احشاء رشته های عصبی بسیار حساس زیادی ندارند، بدین علت ، درد آنها اغلب کم شدت بوده و به سختی لوکالیزه می شود (بیمار نمیتواند محل درد را با یک انگشت نشان دهد)، مبهم یا دردناک است و ممکن است مداوم یا متناوب باشد. این که درد در این موارد شدید به نظر نمی رسد، به این مفهوم نیست که بیمار از بیماری شدیدی رنج نمی برد. این نکته یکی از مهم ترین درس هایی است که باید از تفاوت انواع دردها بیاموزید. دردی که خفیف و متناوب است به معنی یک بیماری خفیف یا غیرقابل توجه نیست.

### ۲. درد جداری (سوماتیک):

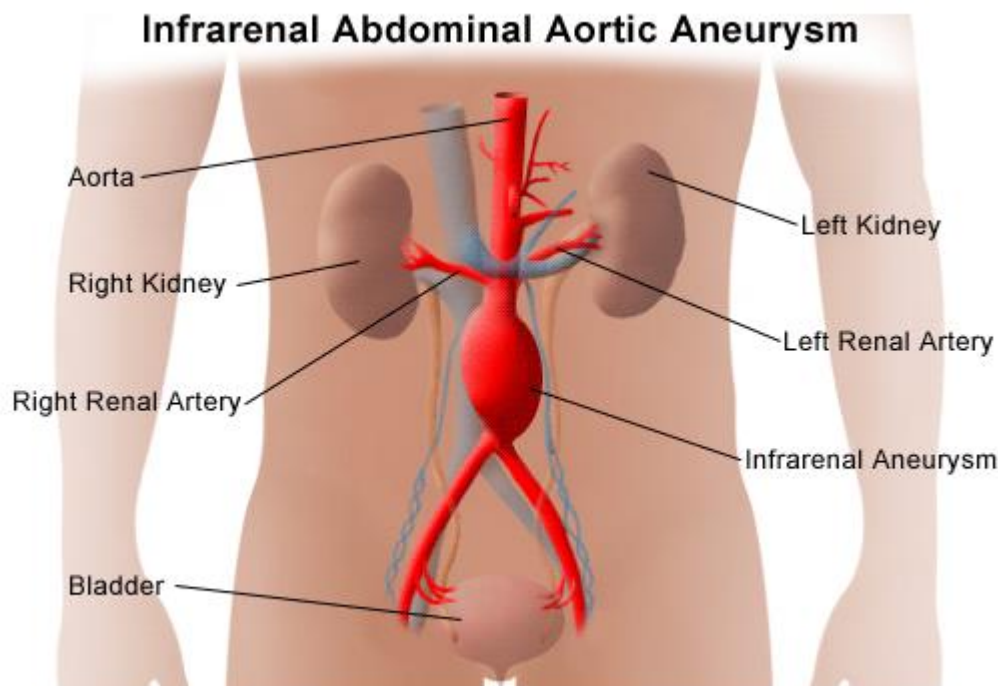
همراه با تحریک صفاق است. بدلیل دارا بودن پایانه های عصبی فراوان در صفاق، درد آن شدیدتر و لوکالیزه تر است. معمولا در یک طرف یافت می شود و عمدتا پایدار است. عموما بیمار را در حالی که به پشت دراز کشیده است و زانوهایش را داخل سینه اش خم کرده می یابید. این کار کشش عضلات شکم را کاهش می دهد و فشار کمتری را به صفاق وارد می کند. بیمار تنفس های کوتاه دارد و در صورت تنفس عمیق، دیافراگم به سمت پایین حرکت کرده و صفاق و احشاء شکمی را به جلو می راند و باعث درد بیشتری می شود.

### ۳. درد ارجاعی:

در واقع درد احشایی است (که درد از خود عضو منشا می گیرد) و در نقطه ای دیگر در بدن حس میشود. این درد معمولا به سختی لوکالیزه می شود اما در محلی که به آن ارجاع شده بصورت مداوم و پایدار حس می شود. دردهای ارجاعی وقتی رخ می دهند که احشاء دارای مسیر عصبی مشترک هستند. مغز در تشخیص دچار سردرگمی شده و این امر موجب احساس درد در جایی کاملاً بی ربط با عضو درگیر می شود. بعنوان مثال، بیماری که دچار التهاب کیسه صفراست، عموماً درد ارجاعی را در شانه و کتف راست حس می کند.



یکی از مهمترین اورژانس های خونریزی ، دیسکسیون آئورت (پارگی آئورت) شکمی است، که باعث تولید درد ارجاعی در بین شانه ها می شود، بعضی از اورژانس های غیرخونریزی دهنده شایع نیز با الگوهای درد ارجاعی همراه هستند. آپاندیسیت غالباً با درد اطراف ناف تظاهر پیدا می کند. در حالی که پنومونی می تواند باعث درد در زیر لبه پایینی قفسه سینه شود.



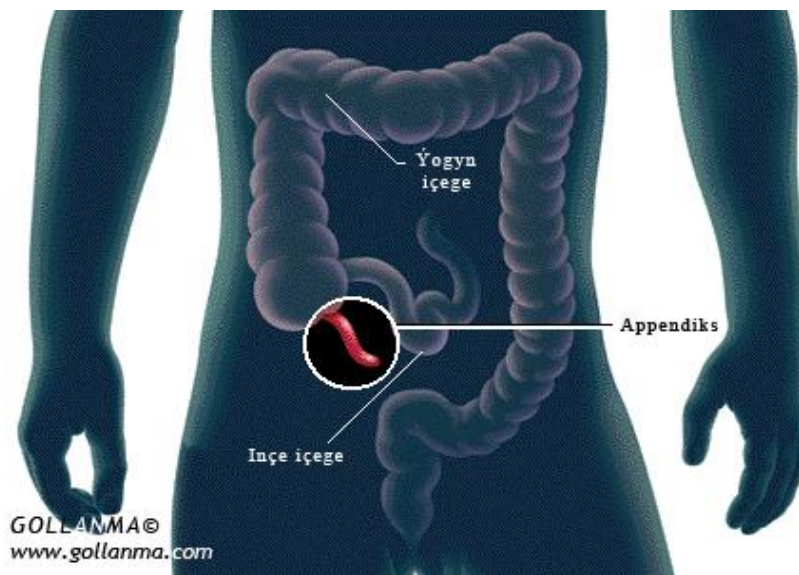
### علت های شایع شکم حاد:

۱. آپاندیسیت
۲. کله سیستیت
۳. پانکراتیت
۴. زخم معده
۵. انسداد روده
۶. نارسای حاد کلیه
۷. نارسای مزمن کلیه
۸. سنگ های کلیوی
۹. عفونت ادراری

### آپاندیسیت:

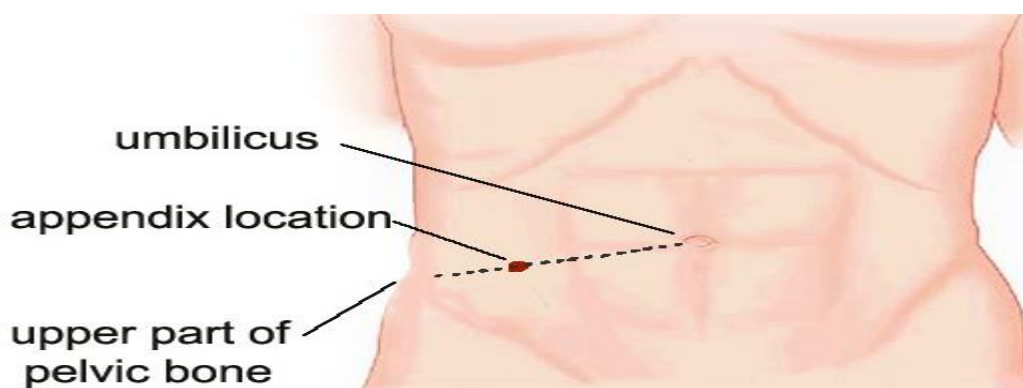
التهاب زائده کرمی شکل است که در محل اتصال روده کوچک به روده بزرگ (محل اتصال ایلئوم به سکوم) قرار دارد. **آپاندیسیت حاد شایع ترین اورژانس جراحی است که در صحنه ، عمدتاً در بچه های بزرگتر و بالغین جوان با آن برخورد می کنیم.** آپاندیس دقیقاً زیر دریچه ایلئوسکال و ابتدای کولون صعودی قرار دارد. قسمت اعظم بافت آن از نوع لنفوئید است. آپاندیس می تواند دچار التهاب شود، و در صورت عدم درمان آن پاره شده و محتویات خود را به درون حفره صفاق بریزد و باعث پریتونیت شود.

آپاندیسیت، بیشتر ناشی از انسداد مجرای آپاندیس توسط ماده مدفوعی است، شکل و محل آپاندیس، آن را در برابر انسداد توسط مدفوع یا مواد دیگری از قبیل اجزاء غذا، یا تومور آسیب پذیر می کند. انسداد، بافت لنغوئید را ملتهب می کند و اغلب منجر به عفونت باکتریائی یا ویروسی می شود که مخاط آن را زخم می کند. التهاب باعث افزایش قطر داخلی آپاندیس نیز می شود، که می تواند شریان آپاندیس را مسدود کند و باعث ترومبوز شود.



با قطع جریان، آپاندیس دچار ایسکمی و بدنبال آن انفارکتوس، و نکروز می شود. در این موقع، دیواره های عروقی غالباً ضعیف و پاره می شوند و محتویات آپاندیس به درون حفره صفاق می ریزد.

آپاندیس، به دلیل نشانه ها و علائم متفاوت گسترده همواره با آن، اغلب اشتباه تشخیص داده می شود. آپاندیسیت خفیف یا در مراحل اولیه باعث درد کولیکی منتشر می شود که غالباً با تهوع و استفراغ و گاهی با تب خفیف همراه است. این درد غالباً در ابتدا، در اطراف ناف است. به دلیل مسدود شدن آپاندیس، بیمار معمولاً اشتهای خود را از دست می دهد. با ادامه گشاد شدن آپاندیس، درد محدود به ربع تحتانی راست شکم (RLQ) می شود. محل شایع درد، نقطه مک بورنی است که ۴ تا ۵ سانتی متر بالای تیغ ایلیاک قدامی و در امتداد خط مستقیمی قرار دارد که از تیغ ایلیاک قدامی به ناف کشیده می شود. وقتی آپاندیس پاره می شود، به دلیل ایجاد پریتونیت، درد منتشر می شود.





ارزیابی جسمانی، بیماری را نشان می دهد که به نظر ناراحت می رسد. در معاینه شکم ، حساسیت در لمس (تندرنس) یا سخت شدن شکم(گاردینگ) در اطراف ناف یا ربع تحتانی راست (RLQ) مشهود است.

لمس شکم را به خاطر تندرنس معکوس تکرار نکنید. فشار این کار می تواند باعث پارگی آپاندیس ملتهب شود.

مراقبت های پیش بیمارستانی در آپاندیسیت:

- قراردادن فرد در وضعیت راحت
- حمایت روانی
- کنترل مداوم راه هوایی برای پیشگیری از آسیبیره کردن
- گذاشتن آنژیوکت
- انتقال بیمار

در اغلب موارد، آپاندیس پاره نمی شود و بیمار از نظر همودینامیک پایدار می ماند.

## کله سیستیت:

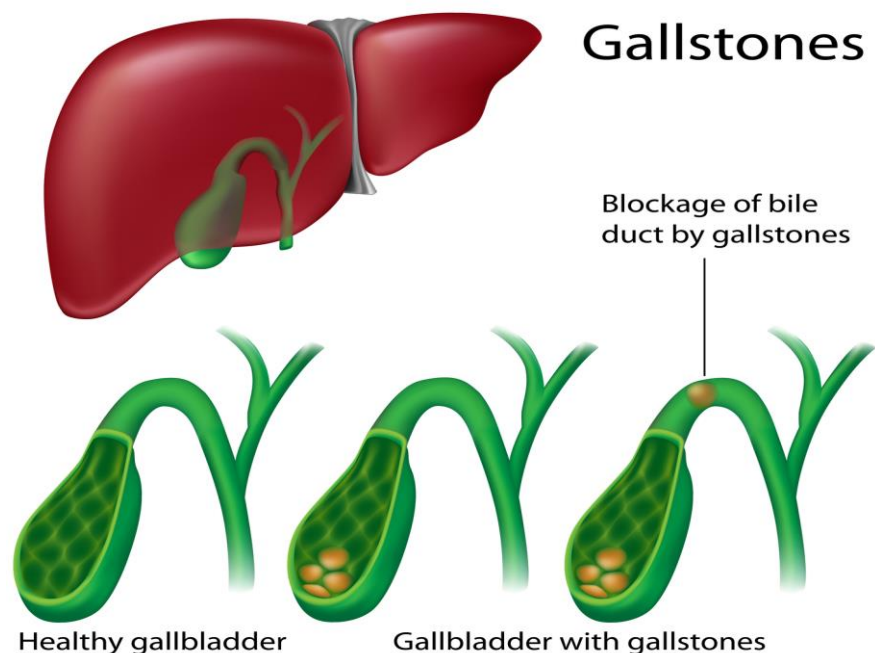
کله سیستیت، التهاب کیسه صفرا است. کله لیتیاژیس (تشکیل سنگ در کیسه صفرا) علت ۹۰ درصد از موارد کله سیستیت می باشد. دو نوع سنگ کیسه صفرا وجود دارد:

۱. کلسترولی      ۲. بیلی روبینی

کله سیستیت ناشی از سنگ های کیسه صفرا می تواند حاد یا مزمن باشد. کبد صفرا را تولید می کند، که وسیله اولیه برای دفع کلسترول از بدن است. صفرا از داخل مجرای مشترک پائین می رود و در اسفنکتر اودی به روده باریک می ریزد.



اسفنکتر اودی وقتی باز می شود که ماده نیمه مایع حاصل از هضم غذا در معده (chyme) از طریق اسفنکتر کاردیای معده خارج می شود. وقتی که اسفنکتر اودی بسته می شود، صفرا از طریق مجرای کیسه صفرا به کیسه صفرا بر می گردد. صفرا در کیسه صفرا می ماند تا اینکه اسفنکتر اودی، مجدد باز شود.

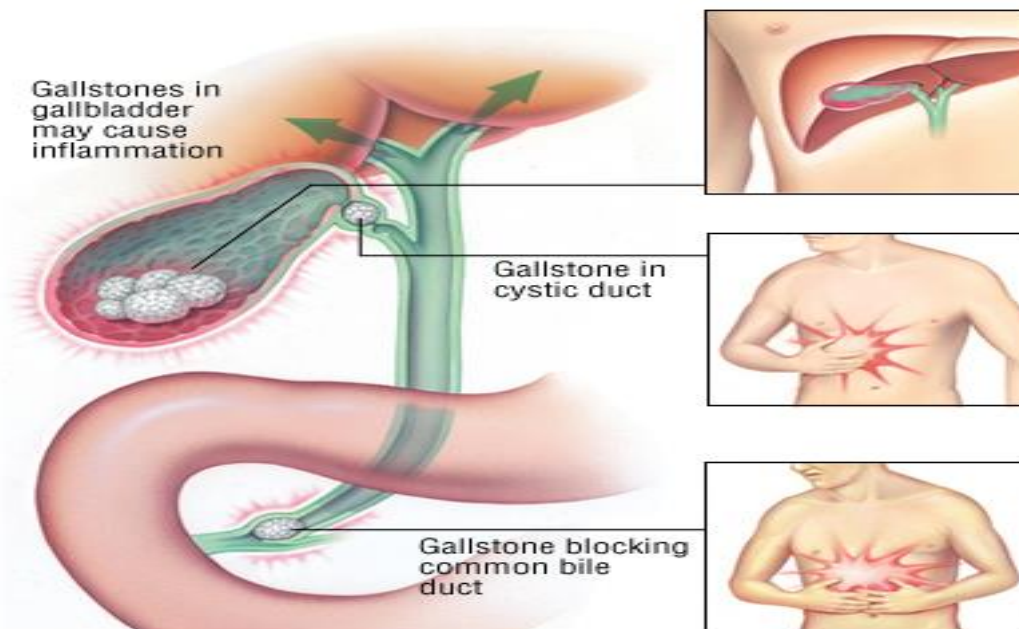


صفرا می تواند خیلی غلیظ و فوق اشباع شود، که باعث تشکیل توده های شبیه سنگ بیلی روبینی، کلسترولی یا بیلی روبینی - کلسترولی شود. این سنگ ها از مجرای کیسه صفرا پایین می روند و غالباً در مجرای صفراوی مشترک گیر می کنند. وقتی که جریان صفرا توسط آنها مسدود می شود، التهاب و تحریک کیسه صفرا رخ می دهد. به دنبال آن، نمک های صفراوی به غشای مخاطی داخل کیسه صفرا حمله می کنند و بافت اپی تلیال زمینه، بدون پوشش محافظ بجا می ماند. پروستاگلندین ها نیز آزاد می شوند که باعث تحریک بیشتر دیواره اپی تلیال می شود. با ادامه تحریک، التهاب بیشتر می شود، فشار داخل لومن بالا می رود و در نهایت جریان خون به اپی تلیوم کاهش می یابد.

سایر علت های کله سیستیت، شامل کله سیستیت با علتی به جز سنگ، و التهاب مزمن ناشی از عفونت باکتریایی است. کله سیستیت های ناشی از علت هایی به جز سنگ، معمولاً ناشی از سوختگی، سپسیس، دیابت، و نارسائی ارگان های متعدد هستند. کله سیستیت مزمن ناشی از عفونت باکتریایی با فرآیند التهابی مشابه سنگ کیسه صفرا تظاهر پیدا می کنند.

کیسه صفرا ملتهب معمولاً باعث درد حاد در ربع فوقانی راست شکم (RUQ) می شود. التهاب می تواند باعث تحریک دیافراگم به همراه درد ارجاعی آن در شانه راست شود. اگر سنگ های کیسه صفرا در مجرای کیسه صفرا گیر کنند، درد آن بدلیل اتساع و انقباض مجرا می تواند از نوع کولیکی باشد. این درد غالباً بعد از خوردن غذای پرچرب، بدلیل آزاد شدن ثانویه صفرا از کیسه صفرا رخ می دهد. در ناحیه زیر قفسه سینه در سمت راست، بدلیل اسپاسم عضلات شکم، ممکن است تندرینس

وجود داشته باشد با سائیده شدن اپی تلیوم کیسه صفرا ممکن است بیمار درد شدیدی را تجربه کند. تحریک سمپاتیک بدلیل درد، ممکن است باعث پوست رنگ پریده، خنک و مرطوب شود. در صورت وقوع پرتونیت، بدلیل افزایش جریان خون به صفاق ملتهب، ممکن است پوست گرم باشد. تهوع و استفراغ ناشی از اسپاسم مجرای کیسه صفرا شایع هستند.

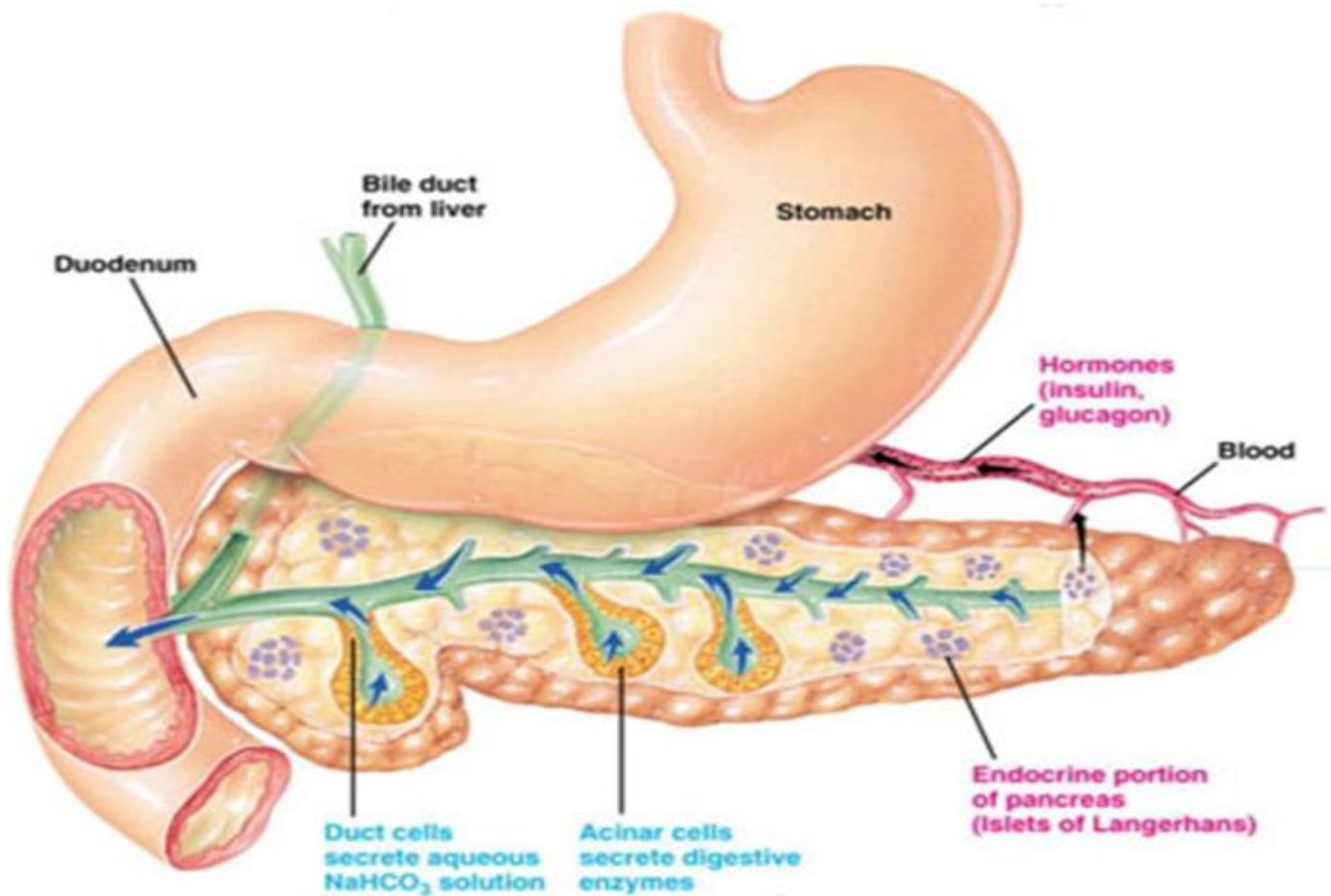


در معاینه جسمانی، جوشگاه هایی ناشی از جراحی های قبلی برای سنگ کیسه صفرا ممکن است دیده شوند، اما اتساع شکم و اکیموز به ندرت مشاهده می شود. در لمس، تندرns منتشر در سمت راست شکم یا تندرns نقطه ای در زیر لبه آخرین دنده راست، علامت مورفی مثبت، وجود دارد.

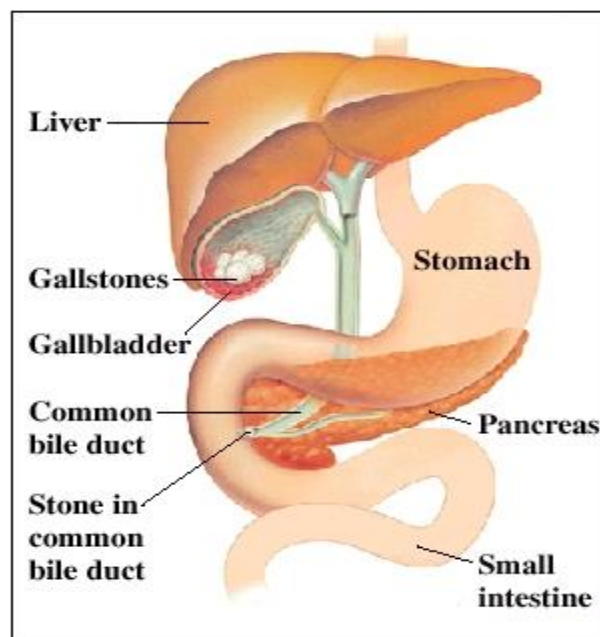
درمان پیش بیمارستانی بیمار دچار کله سیستیت حاد، عمدتا تسکین درد است. بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهیم. موارد ABC را با دادن اکسیژن کافی رعایت می کنیم و در نهایت آنژیوکت می گذاریم. مسکن های رایج در درمان درد، پیتیدین می باشد.

## پانکراتیت:

پانکراتیت، التهاب اوزالمعده است و بر اساس علت آن، به چهار گروه عمده متابولیک، مکانیکی، عروقی و عفونی تقسیم می کنند. علت های متابولیک بویژه الکسیم، مسئول حدود ۸۰ درصد از همه موارد است. انسدادهای مکانیکی ناشی از سنگ های کیسه صفرا یا چربی خون بالا، مسئول ۹ درصد دیگر هستند. آسیب های عروقی ناشی از ترومبوآمبولی یا شوک، به همراه بیماری های عفونی، مسئول ۱۱ درصد باقی مانده است. علت مرگ و میر در پانکراتیت عمدتا ناشی از سپسیس و شوک همراه با آن است که منجر به نارسائی چندین ارگان می شود.



حجم عمده ای از بافت لوزالمعده را ساختارهای غده ای با نام آسینی (آسینوس) تشکیل می‌دهد. این سلول‌ها آنزیم‌های گوارشی را تولید می‌کنند و آن را به درون دوازدهه در آمپول واتر، نزدیک محل اتصال آن با معده، تخلیه می‌کنند. عمل دیگر لوزالمعده، عمل درون ریز است. بافت کوچکی که در جزایر جداگانه قرار دارد، هورمون انسولین و گلوکاگون ترشح می‌کند. معمولاً، سنگ‌های کیسه صفرا در حال ترک کیسه صفرای مشترک در آمپول واتر گیر می‌کنند و مجرای لوزالمعده را می‌بندند. این انسداد آنزیم‌های گوارشی لوزالمعده را به درون مجرای لوزالمعده و خود لوزالمعده، بر می‌گرداند. آنزیم‌های گوارشی، لوزالمعده را ملتهب می‌کنند و باعث ادم آن می‌شوند که باعث کم شدن جریان خون و در نتیجه پانکراتیت حاد می‌گردند. کاهش جریان خون به ترتیب باعث ایسکمی، ودرنهایت، باعث تخریب آسینوس‌ها می‌شود. این پدیده را بر اساس سریع بودن شروع آن، پانکراتیت حاد می‌نامند.



تخریب بافتی آسینی، باعث نوع دوم پانکراتیت، یعنی پانکراتیت مزمن می شود. تخریب بافت آسینی اکثرا به دلیل مصرف طولانی مدت الکل، مسمویت دارویی، ایسکمی، یا بیماری عفونی رخ می دهد. مصرف الکل، باعث رسوب پلاکهای پلاکتی در بافت آسینی می شود. این پلاک ها، جریان آنزیم ها از لوزالمعده را قطع می کنند. وقتی که عصاره های گوارشی از آمپول واتر به لوزالمعده بر می گردند، آنزیم های گوارشی می توانند فعال شوند و شروع به هضم خود لوزالمعده کنند. هضم خود لوزالمعده به صورت ضایعات و تغییرات بافت چربی روی لوزالمعده ظاهر می شود.

با ادامه هضم بافت، ضایعه می تواند سائیده شود و شروع به خونریزی کند. این تشدید حاد پانکراتیت باعث درد شدید شکم می شود. شدت آن، تعداد ضایعات مبتلا با درجه مرگ بافتی آسینی را نشان می دهد. درد می تواند به ربع فوقانی چپ شکم (LUQ) محدود شود یا به پشت یا اپی گاستر تیر بکشد.

اغلب بیماران دچار تهوع و استفراغ و عرق زدن غیرقابل کنترل می شوند که می تواند خونریزی را بدتر کند. در مشاهده ممکن است جوشگاههای جراحی قبلی برای برداشتن ضایعات دیده شود. اکیموز و تورم ربع فوقانی چپ نیز به دلیل خونریزی یا ادم بارز ارگان، ممکن است وجود داشته باشد. بیمار به سرعت ظاهر افراد بیمار را پیدا می کند و دچار تعریق، تاکیکاردی و در صورت خونریزی زیاد، احتمالا دچار هایپوتانسیون می شود.

درمان پیش بیمارستانی، حمایتی است و با هدف حفظ راه هوایی، تنفس و گردش خون توسط دادن اکسیژن غلیظ و با سرعت زیاد و گذاشتن آنژیوکت صورت می گیرد. در صورت ناپایداری همودینامیک، مایع کریستالوئید تجویز می شود. درمان قطعی شامل لوله گذاری داخل معده و ساکشن برای کنترل استفراغ، آنتی بیوتیک، مایع درمانی وریدی و جراحی برای رفع انسداد است.

## زخم پپتیک:

زخم پپتیک، زخمی است که توسط اسید معده، ایجاد می شود. این زخم ها در هر قسمتی از لوله گوارشی می توانند ایجاد شوند. درد زخم معده، با خوردن غذا و یا با معده پر افزایش می یابد در حالی که درد زخم دوازدهه غالباً در هنگام شب یا مواقعی که معده خالی است شروع می شود. بنابراین گرفتن یک شرح حال کامل و تخمین قابل اعتماد آخرین غذای مصرفی توسط بیمار اهمیت دارد.



داروهای NSAID (آسپرین، ایپوبروفن، ناپروکسن) فرآورده های تحریک کننده های اسیدی (الکل، نیکوتین) یا باکتری هلیکو باکتریپیلوری، شایع ترین علت های زخم پپتیک هستند. برای کمک به شکستن و تجزیه غذا در معده، اسید هیدروکلر یک از معده ترشح می شود. یکی از آنزیم هایی که این ترشح را کنترل می کند، پپسینوژن است. HCL در تبدیل پپسینوژن به شکل فعال آن، پپسین، کمک می کند. در این میان، پپسین و اسید هیدروکلریک می تواند باعث شوند آنزیم های گوارشی به شدت مخاط لوله گوارشی را تهدید کند. قاعدتاً، ترشحات غدد مخاطی، سد مخاطی معده را از این تحریکات محافظت می کند، اما وقتی که داروهای NSAID، محرک های اسیدی، یا باکتری هلیکو باکتریپیلوری به این سد دفاعی آسیب وارد کنند، مخاط در معرض مایع بسیار اسیدی قرار می گیرد و در نتیجه زخم پپتیک ایجاد می شود.

اصول درمان در صحنه و پیش از بیمارستان روی درمان با آنتی اسید و حمایت عوارضی از قبیل خونریزی متمرکز است. مجرای لوزالمعده مسدود نیز میتواند در ایجاد زخم دوازدهه نقش داشته باشد. وقتی غذای نیمه هضم شده از طریق اسفنکترپیلوری، از معده به دوازدهه وارد میشود، لوزالمعده نوعی محلول قلیائی بارگیری شده با یون های بی کربنات را آزاد می کند که یون های هیدروژن اسیدی، در غذای نیمه هضم شده را خنثی می کند. هرچند، اگر مجرای لوزالمعده بسته باشد، غذای نیمه هضم شده اسیدی می تواند باعث زخم هایی در سراسر روده شود. علت دیگر زخم های دوازدهه، سندرم زولینگر-الیسون است که در این سندرم، نوعی تومور ترشح کننده اسید باعث ایجاد زخم می شود.

یافته های بدست آمده در معاینه بالینی از بیمار دچار زخم پپتیک می تواند متفاوت باشد. زخم های مزمن می توانند باعث خونریزی آهسته و کم خونی ناشی از آن شوند. مشاهده شکم، معمولاً فقط در مواردی کمک کننده است، که خونریزی واضح

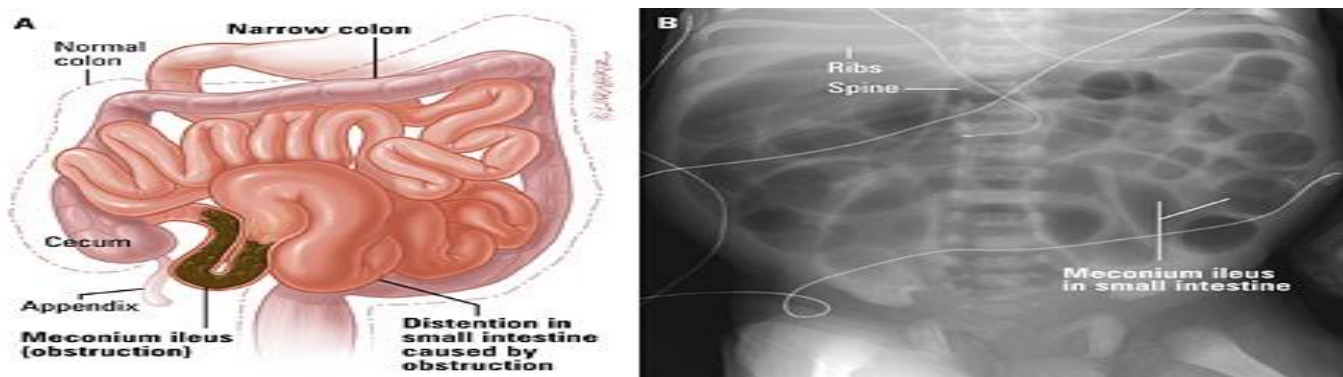
رخ داده باشد. در این موارد ، همان نشانه های اکیموز و اتساع شکم یافت شده در سایر علت های خونریزی گوارشی فوقانی وجود دارند، در لمس، درد ممکن است موضعی یا منتشر باشد. درد این بیماران، غالباً ، بعد از خوردن یا پوشش لوله گوارشی توسط مایعی از قبیل شیر برطرف می شود.

درد شدید و حاد، احتمالاً ناشی از پارگی زخم به درون حفره صفاقی است که باعث خونریزی شده است بسته به محل زخم، ممکن است بیمار هماتمز(استفراغ خونی) داشته باشد یا ممکن است مدفوع به رنگ ملنا داشته باشد. دوره های تهوع و استفراغ به دلیل تحریک مخاط ، شایع هستند. اگر زخم در یک ناحیه بسیار پرعروق سائیده شود، خونریزی شدید می تواند رخ دهد. همراه با نشانه های خونریزی قابل مشاهده ، این بیماران بسیار بیمار به نظر می رسند و نشانه های ناپایداری همودینامیک از قبیل پوست رنگ پریده، خنک ، و مرطوب، تاکیکاردی ، کاهش فشار خون، و احتمالاً، تغییر در وضعیت هوشیاری را دارند. بیشتر بیماران، برای کاهش درد، دراز می کشند. آنها ممکن است جوشگاه های جراحی به دلیل ترمیم قبلی زخم را داشته باشند. صداهای روده ای معمولاً وجود ندارند.

درمان زخم پپتیک، بستگی به شدت درد بیمار دارد. کسانی که درد شکم یا ناپایداری همودینامیک دارند، ممکن است نیاز به قرار گرفتن در وضعیت راحت و حمایت روانی،اکسیژن غلیظ و با سرعت زیاد، گذاشتن آنژیوکت برای مایع درمانی وریدی و تجویز دارو، و انتقال سریع داشته باشند.داروهای متداول برای کاهش تحریک مخاطی شامل بلوکرهای هیستامینی از قبیل رانیتیدین و فاموتیدین و آنتی اسیدهای از قبیل سوکرافیت هستند.

## انسداد روده:

انسداد روده ، بسته شدن فضای توخالی، یا لومن درون روده بزرگ و روده باریک است. انسداد می تواند نسبی یا کامل باشد. قطعه بسته شده روده، در صورت عدم تشخیص و درمان سریع، میتواند فاجعه به بار بیاورد. از میان علت های بسیار متفاوت : فتق، پرولاپس بخشی از روده به بخش دیگر، ولولوس،چسبندگی، چهار علت شایع ایجاد انسداد روده می باشند. شایع ترین محل انسداد، روده باریک است که ناشی از قطر کوچکتر و طول بلندتر، انعطاف پذیری و تحرک آن است.





انسداد روده می تواند مزمن یا حاد باشد. انسداد مزمن (رشد تومور یا پیشرفت چسبندگی) معمولاً باعث کاهش اشتها، تب، کسالت، تهوع و استفراغ، کاهش وزن یا در صورت وقوع پارگی، باعث پریتونیت می شود. انسداد حاد (توسط جسم خارجی) دارای درد با شروع ناگهانی و حاد می باشد. هم چنین درد ممکن است ناشی از فتق محتقن شده نیز باشد، که در آن قطعه بیرون زده، در دیواره عضلانی شکم به گونه ای می چرخد که جریان خون ناگهان قطع می شود و ایسکمی یا حتی انفارکتوس بافت رخ می دهد.

بیماران دچار انسداد روده، بطور مکرر استفراغ می کنند، و ماده استفراغ شده معمولاً حاوی مقدار زیادی صفرا است. انسداد شدید روده، ممکن است باعث شود ماده استفراغ شده، ظاهر و بوی مدفوع داشته باشد. همه این یافته ها، انسداد روده را مطرح می کنند.

این بیماران، با درد احشایی منتشر تظاهر پیدا می کنند که معمولاً کمی محدود به یک عمل خاص است. به دلیل نکرور داخل ارگان، ممکن است این بیماران از نظر همودینامیک ناپایدار باشند و ممکن است نشانه ها و علائم شوک (پوست رنگ پریده، خنک و مرطوب، تاکیکاردی، تغییر در سطح هوشیاری و هایپوتانسیون) را ببینید. در مشاهده ممکن است اتساع شکم دیده شود. اکیموز، نشان دهنده وقوع خونریزی واضح در درون حفره شکم است. در اولین مراحل انسداد حاد، صداهای روده بصورت صدای زیری به گوش می رسند. هر چند، در اغلب موارد، صداهای روده خیلی کم می شوند یا از بین می روند. در لمس، تندرns وجود دارد. مراقب باشید که در هنگام لمس، فشار زیادی را در موارد مشکوک به انسداد روده وارد نکنید، زیرا فشار زیاد ممکن است باعث پارگی قطعه مسدود شده شود. درمان بیمار دچار انسداد روده، حمایت فیزیولوژیک و روانی در طی انتقال سریع به یک مرکز مناسب است. اقدامات شامل، کنترل راه هوایی، دادن اکسیژن از طریق ماسک یک طرفه با سرعت ۱۵ لیتر در دقیقه، قرار دادن بیمار در وضعیت راحت یا وضعیت شوک و مایع درمانی وریدی برای پیشگیری از شوک است.

## نارسائی حاد کلیه:

نارسائی حاد کلیه (ARF)، کاهش ناگهانی (اغلب در طی بیشتر از چند روز) در برون ده ادراری به کمتر از ۴۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر در روز است. این وضعیت اولیگوری نامیده می شود. ممکن است برون ده ادراری واقعا به صفر برسد، که به این وضعیت آنوری گفته می شود. توجه به ARF در صحنه و پیش از بیمارستان حیاتی است، زیرا بسته به علت و طول مدت آسیب ناشی از اختلال ممکن است این وضعیت قابل برگشت باشد.

بطور عادی، کلیه ها حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از برون ده قلبی را دریافت می کنند. این میزان بالای خونرسانی برای ثبات کافی سرعت فیلتراسیون گلوبومرولی (GFR) جهت حفظ حجم خون و ترکیبات آن و دفع مواد زائدی از قبیل اوره و کراتینین از جریان خون ضروری است. وقتی GFR افت کند، ادرار کمتری تولید می شود و جریان خون، آب، الکترولیت و مواد زائدی از قبیل اوره و کراتینین را در خود نگه می دارد. بدلیل احتباس الکترولیت های هیدروژن و پتاسیم، اسیدوز متابولیک و هایپرکالمی ممکن است ظاهر شود.

شرح حال لازم، غالبا سرنخ هایی از شدت و طول مدت ARF به دست می دهد. سوالاتی که احتمالا اطلاعات مفیدی را فراهم می کند، شامل موارد ذیل هستند:

چه موقعی برای اولین بار متوجه کاهش ادرار یا قطع آن شدید، و از اولین باری که متوجه مشکل شدید، تغییری را در برون ده ادراری مشاهده کردید؟ برون ده قلبی چقدر بود؟

آیا بیمار متوجه ادم (تورم) در صورت، دست ها، پاها، یا تنه بدن شده است؟ بیمار احساس تپش قلب یا ریتم نامنظم داشته است؟ آیا اعضای خانواده یا دوستان بیمار متوجه کاهش وضعیت هوشیاری، خواب آلودگی یا کما شده اند؟

اگر بیمار بعد از ایجاد ARF، به مصرف مایعات ادامه بدهد، احتباس آب و سدیم می تواند منجر به ادم قابل روئیت در مدت زمان نسبتا کوتاهی شود. احتباس پتاسیم می تواند منجر به هایپرکالمی، بویژه در افراد دچار نارسائی قلبی، قلبی می تواند مرگبار باشد، اختلال سطح هوشیاری پیشرونده می تواند نشانه ای از اسیدوز متابولیک باشد.

معاینه جسمانی لازم، ممکن است به ارزیابی درجه ARF موجود، بیماری قلبی و هرگونه تهدید فوری برای حیات کمک کند. اختلال ذهنی یا کاهش واضح در سطح هوشیاری، در فردی که قبلا عملکرد ذهنی خوبی داشته است، ARF شدید و تهدید بالقوه برای حیات را مطرح می کند. در بیماری که شواهدی از شوک را ندارد، یافته های قلبی-عروقی ممکن است شامل هایپرتانسیون ناشی از احتباس مایعات، تکیکاردی و شواهدی از هایپرکالمی در ECG باشد. اگر شوک باعث ARF شده باشد، یا جدیدا ایجاد شده باشد، هایپوتانسیون شدید می تواند وجود داشته باشد، و به همراه آن تکیکاردی و هایپرکالمی نیز حضور دارند.

در مشاهده کلی، معمولا پوست رنگ پریده، خنک و مرطوب دیده می شود. اگر شوک وجود ندارد، این یافته ها، ممکن است شانت هوموستازی خون به ارگان های داخلی بدن، مثل کلیه ها را نشان دهند. به دنبال ادم در صورت، دست ها، پاها بگردید. در معاینه شکم، بسته به علت ARF، یافته های بسیار متفاوتی خواهند داشت. اگر شکم متسع است توجه کنید که آیا تورم



بصورت قرینه است. شکم را به خاطر توده های ضربان دار لمس کنید، زیرا می تواند نشان دهنده آنوریسم آئورت شکمی باشد. به دلیل اینکه ARF می تواند به اختلالات متابولیک کشنده ای منجر شود، کنترل دائم و حمایت از راه هوایی، تنفس و گردش خون حیاتی است. از اکسیژن غلیظ و با سرعت زیاد برای به حداکثر رساندن کارایی تنفسی استفاده کنید. به همراه اکسیژن، حمایت از گردش خون از قبیل قراردادن سر در پائین و پاها در بالا برای کمک به رسیدن خون به مغز و اعضای داخلی بدن و در صورت وجود هایپوولمی مایع درمانی وریدی (در ابتدا بولوس و سپس قطره قطره) را انجام دهید. مانیتورینگ قلبی بیمار در حین انتقال به مرکز درمانی باید به دقت انجام شود.

## نارسائی مزمن کلیه:

نارسائی مزمن کلیه، عملکرد ناکافی کلیه به دلیل از دست دادن دائمی نفرون ها می باشد. معمولاً، باید قبل از ایجاد مشکلات بالینی واضح و تشخیص، حداقل ۷۰ درصد از نفرون ها (تعداد طبیعی آنها در افراد سالم، یک میلیون عدد در هر کلیه) ازدست بروند. تا زمانی که حدود ۸۰ درصد از نفرون ها یا بیشتر تخریب نشوند، اختلالات متابولیک رخ نمی دهند. وقتی که اختلال عملکرد به این نقطه برسد، گفته می شود که فرد به مرحله نهایی نارسائی کلیه رسیده است و باید برای زنده ماندن، تحت دیالیز یا پیوند کلیه قرار گیرد. در CRF و یا مرحله نهایی نارسائی کلیه، وجود آنوری ضروری نیست.

دیابت قندی و هایپرتانسیون، مجموعاً باهم، علت بیشتر از ۵۰ درصد همه موارد مرحله نهایی نارسائی کلیه هستند. نکته ای که در مورد بیماران CRF در حین شرح حال گیری و معاینه جسمانی باید به آن توجه کرد این است که در این بیماران همواره باید مراقب شوک و سایر ناپایداری های فیزیولوژیک عمده باشید، حتی وقتی که بیمار در ابتدا پایدار به نظر برسد، چون CRF تقریباً روی همه ارگان ها و عملکرد اصلی بدن تاثیر می گذارد.

شرح حال لازم: معمولاً علائم گوارشی، از قبیل بی اشتها و تهوع، گاهی استفراغ را نشان می دهند. وضعیت ذهنی و روانی بیمار در هنگام صحبت کردن او، سرخ مهمی برای اختلال در CNS است، نشانه ها می توانند درد حد اضطراب یا تغییر خلق خفیف باشد یا در حد تشنج یا کوما خطرناک باشد.

پوست معمولاً رنگ پریده، مرطوب و خنک خواهد بود. اکیموزها و اگزماها، تغییرات پوستی شایع ناشی از CRF هستند. غشاهای مخاطی نیز، بسته به شدت کم خونی، ممکن است رنگ پریده باشند. بسته به درجه احتباس اوره و سایر مواد زائد متابولیک رنگدانه دار، ممکن است یرقان وجود داشته باشد. وضعیتی بنام کریستال اورمیک در پوست وقتی ظاهر میشود، که مقادیر زیادی اوره از طریق عرق دفع شوند. وقتی که عرق فرد خشک می شود، ذرات سفید رنگی از اوره می توانند روی پوست ظاهر شوند.

بدلیل نارسائی در اعمال حیاتی سیستم ادراری، فشار روی سیستم قلبی - عروقی می تواند شدید باشد. بسته به شدت احتباس مایع (احتباس قابل شناسایی بصورت ادم محیطی یا ادم ریوی) و میزان عملکرد قلبی، هایپرتانسیون و یا هایپوتانسیون می توانند رخ دهند، در هر دو حالت تاکیدارادی شایع است. در EKG ممکن است، دیس ریتمی ثانویه به هیپرکالمی دیده شود. اسیدوز متابولیک، در صورتی که وجود داشته باشد، با اثرات هایپرکالمی ترکیب می شود. پریکاردیت نیز شایع است و در سمع

قفسه سینه صدای مالش ممکن است شنیده شود. اختلالات عصبی-عضلانی، علاوه بر اختلال در وضعیت ذهنی و هوشیاری، شامل کرامپ های عضلانی و سندرم پاهای بی قرار و نیز پرش های عضلانی یا تشنج تونیک-کلوتیک یا سایر اشکال تشنج است.

نکته ای که در معاینه شکم در بیماران CRF حائز اهمیت است این است که یافته های مزمن را از یافته های که جدیداً شروع شده اند یا جدیداً بدتر شده اند از هم افتراق بدهیم

همانند ARF و CRF می تواند منجر به عوارض خطرناکی شود. بنابراین کنترل دائم و حمایت راه هوایی، تنفس و گردش خون حیاتی است. برای به حداکثر رساندن کارایی تنفس، از اکسیژن غلیظ با سرعت زیاد استفاده کنید، اقدامات حمایتی از گردش خون از قبیل قراردادن سر بیمار در پایین و پاها در بالا برای رسیدن جریان خون به مغز و ارگانهای داخل بدن را بیشتر کنید. در صورت وجود هایپو ولمی، مقدار کمی مایع وریدی به صورت بولوس تجویز کنید. ECG را بطور دقیق کنترل کنید.

## سنگ های کلیوی:

سنگ های کلیوی، تجمع کریستال ها را در سیستم جمع آوری کلیه نشان میدهد. این وضعیت نفرولیتیاژیس نیز نام دارد.

عوامل ذیل در تشکیل سنگ های کلیوی نقش اساسی دارند:

۱. وراثت ۲. بی تحرکی یا تحرک کم ۳. داروهای خاص مثل بی حس کننده ها یا سایکوتروپیک ها

ممکن است در اختلالات متابولیکی از قبیل نفرس یا هایپر پاراتیروئیدی اولیه که مقادیر زیادی اسیداوریک و کلسیم در این وضعیت تولید میشود، سنگ ها تشکیل شوند.

بیشتر مواقع، این سنگ ها وقتی رخ میدهند که تعادل کلی بین ذخیره اب و انحلال مواد نسبتاً غیر قابل حل از قبیل یون های معدنی و اسید اوریک از بین می رود و مقادیر زیادی از مواد غیر قابل حل به سمت تبدیل به سنگ پیش می روند.

سنگ های متشکل از نمک های کلسیم (یعنی اگزالات کلسیم و فسفات کلسیم) رایج ترین سنگ ها هستند. تشکیل این نوع از سنگ ها غالباً بصورت خانوادگی است.

شرح حال لازم، تقریباً همیشه روی درد متمرکز است. (سنگ های کلیوی عمدتاً در بین دردناک ترین بیماریهای داخلی قرار دارند). معمولاً در ابتدا فرد متوجه احساس ناراحتی بصورت دردی مبهم و احشایی در یک پهلو می شود. در عرض ۲۰ تا ۶۰ دقیقه درد به سمت دردی شدیداً تیزی پیشرفت می کند که ممکن است در پهلو بماند یا به سمت پائین و جلو، به کشاله ران حرکت کند. حرکت درد نشان می دهد که سنگ به یک سوم تحتانی حالب وارد شده است. سنگ هایی که در پائین ترین قسمت حالب، در درون دیواره مثانه گیر می کنند، غالباً باعث علائم مثانه ای از قبیل تکرر ادرار در طی روز یا در طی شب

(شب اداری)، احساس اضطراب در ادرار کردن و ادرار دردناک می شوند. به دلیل اینکه این سه علامت آخر، بیشتر عفونت مثانه را مطرح می کند، تشخیص احتمالی بویژه در زنان می تواند مشکل باشد.

وجود خون قابل مشاهده در ادرار در نمونه های ادراری گرفته شده در طی عبور سنگ ناشایع نیست. تب مگر در مواقع وجود عفونت معمول نیست. در مواقع شک به وجود سنگ های کلیوی، سابقه بیماریهای قبلی و سابقه خانوادگی فرد را حتما بگیرید، زیرا که هر دو، غالباً اطلاعات مفیدی رافراهم می کنند.

این بیماری بدلیل درد زیاد دارای وضعیتی بی قرار و آژیته می باشند، پوست آنها معمولا رنگ پریده، خنک و مرطوب می باشد. بسیار راه میروند و معاینه شکم دراین بیماران مشکل می باشد.

مثل همیشه، درمان با حفظ راه هوایی، تنفس و گردش خون شروع می شود. بیمار، باید در وضعیت راحت قرار گیرد. اما آماده استفراغ ناشی از درد شدید باشید. بویژه اگر بیمار آخرین وعده غذایی خود را چند ساعت قبل خورده باشد. در مسیر انتقال به بیمارستان، با دستور پزشک مرکز مسکن (نارکوتیک ها) بدهید گذاشتن آنژیوکت برای مایع درمانی وریدی یا تجویز دارو مفید است. برنامه پیشگیری معمول، در صورت کافی بودن عملکرد کلیه، مایع درمانی وریدی برای بیشتر شدن تولید ادرار و جریان آن در سیستم ادراری است.

## عفونت ادراری:

تقریباً همه موارد عفونت ادراری با کلونیزه شدن باکتری ها در مثانه از طریق ورود به پیشابراه شروع می شوند بنابراین زنان درکل بعلت پیشابراه نسبتاً کوتاه خود بیشتر در معرض ابتلا به عفونت ادراری هستند. سایر گروههای در معرض خطر ابتلا به عفونت ادراری، افراد دچار فلج پاها یا بیماران دچار قطع عصب به مثانه، از جمله بعضی از بیماران دیابتی هستند. هر وضعیتی که استاز ادراری ( ادرار کردن به صورت ناکامل و باقی ماندن ادرار در مثانه که بعنوان ماده مغذی برای پاتوژن ها عمل کند) را بیشتر کند، فرد را بیشتر در معرض خطر ابتلا به عفونت ادراری قرار می دهد.

زنان حامله، بدلیل فشار ناشی از رحم حامله، دچار استاز ادراری هستند. افراد دچار اختلال عصبی (بعضی از بیماران دچار اسپینایفیدا یا دچار نوروپاتی دیابتی) نیز دچار استاز ادرار هستند، که آنها را مستعد عفونت می کند. استفاده از کاتتر ادراری در بیماران نیازمند به آن، آنها را در معرض خطر حتی بالاتری قرار میدهد. عفونت های ادراری کلا به عفونت های مجاری ادراری تحتانی یعنی، اورتریت (التهاب و عفونت پیشابراه)، سیستیت (التهاب و عفونت مثانه)، و پروستاتیت (التهاب و عفونت غده پروستات) و عفونت های مجاری فوقانی ادراری، پیلونفریت (التهاب و عفونت کلیه) تقسیم می شوند.

عفونت های مجاری تحتانی ادراری، به دو دلیل، بسیار شایع تر از عفونت های مجاری فوقانی ادراری هستند. اول، گسترش عفونت از طریق جریان خون نادر است، دوم، کلونیزه شدن بدون علامت باکتریها در پیشابراه بویژه در افراد مونث بسیار شایع تر است، و می تواند فرد را مستعد ابتلاء به عفونت با باکتریهای بیماری زای دیگر کند.

درافراد مؤنث ، عفونت ممکن است وقتی شروع شود که باکتریهای گرم منفی که بطور طبیعی در روده بزرگ یافت می شوند (فلور روده ای) در پیشابراه و مثانه کلونیزه شوند. اورتریت - التهاب ثانویه به عفونت پیشابراه - علامتدار بسیار ناشایع است. اکثر اوقات ، عفونت علامتدار پیشابراه و مثانه (به ترتیب اورتریت و سیستیت را باهم مشاهده می کنید.

پروستاتیت، التهاب غده پروستات که دراین متن به معنی التهاب ثانویه به عفونت باکتریائی و نیز هرگونه، وضعیت التهابی کلی است. پروستاتیت باکتریایی حاد در مردان، بیشترین تشابه را به سیستیت حاد در زنان دارد. تفاوت اصلی بین پروستاتیت باکتریائی حاد و سیستیت حاد، بروز بسیار کمتر پروستاتیت در میان مردانی است که نیاز به کاتتر مثانه ندارند.

عفونت های ادراری فوقانی، معمولاً از عفونتی ایجاد می شوند که به سمت کلیه بالا می روند و گسترده می شوند. پیلونفریت التهاب عفونی پارانشیم کلیه، یعنی، نفرون ها، بافت بینابینی، یا هردو است. پیلونفریت حاد، در زنان ده برابر شایع تر از مردان است. اگر عفونت پیلونفریت از بین نرود، آبسه های داخل کلیوی یا اطراف نفرونی ممکن است رخ دهد. آبسه های داخل کلیوی (اینترانال)، در درون پارانشیم کلیه تشکیل می شوند. اگر این آبسه ها پاره شوند و محتویات آنها به درون بافت چربی مجاور بریزد ، آبسه های اطراف نفرونی (پری نفریک) ممکن است ایجاد شود.

شرح حال لازم در مورد عفونت های ادراری تحتانی، معمولاً روی سه علامت:

۱. ادرار دردناک

۲. احساس اضطراب مکرر به ادرار کردن

۳. اشکال در شروع و ادامه ادرار کردن تمرکز میکند

درد غالباً به صورت احساس ناراحتی احشایی است که به سمت دردی شدید و سوزشی، بویژه در طی ادرار کردن و بعد از آن، پیشرفت می کند. در مردان و زنان، هردو، درد غالباً محدود به لگن می باشد و به صورت درد در مثانه ( در زنان) یا مثانه و پروستات (در مردان) احساس می شود. ممکن است بیمار از بوئی تند یا متعفن در ادرار شکایت داشته باشد.

بیماران دچار پیلونفریت احتمال بیشتری برای احساس کسالت و تب دار بودن دارند ، آنها معمولاً از درد دائم و متوسط، یادرد شدید در پهلو یا کمر(دقیقاً پائین قفسه سینه) شکایت دارند. ممکن است درد به شانه یا گردن ارجاع شود. تریاد حالت اضطراب درادرار کردن، درد و اشکال در ادرار کردن، می تواند وجود داشته باشد یا وجود نداشته نباشد.

در معاینه جسمانی ، بیماران دچار عفونت ادراری ناراحت و بدون آرام و سکون به نظر می رسند. معمولاً بیماران دچار پیلونفریت، بیشتر بیمار به نظر می رسند و بیشتر احتمال داشتن تب را دارند. پوست، غالباً رنگ پریده خنک و مرطوب(در عفونت های ادراری تحتانی) با گرم و خشک (در عفونت های فوقانی تب دار) خواهد بود. علائم حیاتی با درجه بیماری و درد فرق خواهد داشت. در دق و لمس، احتمالاً تندرns دردناک روی پویس در عفونت ادراری تحتانی و تندرns

در پهلو، در عفونت ادراری فوقانی وجود دارد. علامت لوید، که وجود تندرین در هنگام دق کمر روی زاویه محل اتصال دنده به ستون فقرات (CVA) است، اشاره به پیلونفریت دارد.

درمان عفونت ادراری باید روی حمایت از راه هوایی، تنفس و گردش خون سیستم گردش خون متمرکز شود. اگر درد شدید است به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحت قرار گیرد. اما خطر آسیب‌رسانی کردن را در طی استفراغ در نظر داشته باشید. بهترین تکنیک پیشگیری، هیدراته کردن بیمار برای افزایش جریان خون از طریق کلیه‌ها و ایجاد ادرار رقیق تر است. در بسیاری از موارد، این کار با مایع درمانی وریدی انجام می‌شود.

## درد شکم با منشا ژینکولوژیک:

### – بیماری التهابی لگن (Pelvic Inflammatory Disease)

بیماری التهابی لگن (PID) عفونت دستگاه تولید مثلی زنان است که ممکن است توسط باکتری، ویروس، یا قارچ ایجاد شود. احساسی که پیش از همه درگیر می‌شوند عبارتند از:

رحم، لوله‌های رحمی و تخمندان‌ها.

گاهی ساختمان‌های مجاور مثل صفاق و روده‌ها نیز درگیر می‌شوند. PID شایع‌ترین علت درد شکم در زنان و سنین باروری است.

عوامل مستعد کننده برای PID شامل: داشتن شرکای جنسی متعدد، سابقه PID قبلی، عمل جراحی اخیر زنان یا IUD میباشد. آسیب به لوله‌های رحمی در پی عفونت علت شایعی برای نازایی است. ممکن است PID بصورت حاد یا مزمن باشد. اگر PID بدون درمان فرصت پیشرفت داشته باشد، ممکن است سپسیس رخ دهد. علاوه بر این ممکن است PID موجب چسبندگی‌هایی شود که در آن احشاء به همدیگر می‌چسبند. چسبندگی‌ها علت شایعی برای دردهای مزمن لگنی و افزایش میزان ناباروری و حاملگی نابجا هستند. اگر چه ممکن است که بیمار مبتلا به PID بدون علامت باشد، بیشتر بیماران از درد شکم شاکی هستند. درد اغلب منتشر و در محدوده بخش تحتانی شکم است، ممکن است درد متوسط تا شدید باشد به نحوی که گاهی افتراق آن با آپاندیسیت مشکل می‌شود. ممکن است درد قبل یا بعد از پرئود تشدید شود. هم چنین ممکن است در طی نزدیکی حرکت سرویکس باعث تشدید ناراحتی شود. بیماران مبتلا به PID در هنگام راه رفتن پای خود را روی زمین می‌کشند، زیرا راه رفتن اغلب باعث شدیدتر شدن دردشان می‌شود. در موارد شدید ممکن است، تب، لرز، تهوع و استفراغ یا حتی سپسیس همراه با PID باشد. گاهی در بیماران ترشحات واژینال بدبو اغلب به رنگ زرد به همراه نامنظمی عادات ماهیانه وجود دارد. خونریزی در میانه سیکل قاعدگی شایع است.

در مجموع، در معاینه فیزیکی، بیماران مبتلا به PID ناخوش یا توکسیک به نظر می‌رسند. فشار خون نرمال است با این حال ممکن است تعداد نبض مختصری افزایش یابد. ممکن است تب وجود داشته باشد. لمس قسمت تحتانی شکم عموماً با درد متوسط با درد متوسط تا شدیدی همراه است. گاهی در موارد شدید، اتساع شکم همراه با تندرns بازگشتی (Rebound Tenderness) وجود دارد. در چنین مواردی امکان دارد افتراق آن از آپاندیسیت در اقدامات پیش بیمارستانی غیرممکن باشد.

درمان اولیه برای PID آنتی بیوتیک است، که اغلب بصورت داخل وریدی در دوره ای وسیع تجویز می‌شود هنگامی که میکروب عامل ایجاد بیماری شناخته شد، ممکن است لازم باشد که شریک جنسی بیمار نیز درمان شود. در صحنه، هدف اولیه این است که بیمار تا حد ممکن آرام شود. امکان دارد که او بخواهد زانوهایش را در سینه اش جمع کند، زیرا این وضعیت باعث کاهش کشش روی صفاق می‌شود. معاینه داخلی واژن را انجام ندهید. اگر بیمار شما علائمی از سپسیس دارد، برایش اکسیژن تجویز کنید و راه وریدی برقرار کنید.

### **– پارگی کیست تخمدان:**

کیست‌ها فضاهایی پر از مایع هستند. وقتی کیستی در تخمدان ایجاد شد، می‌تواند پاره شود و باعث ایجاد درد شکم گردد. وقتی تخمکی از تخمدان آزاد می‌شود، در محل آزاد شدن تخمک، کیستی بجا می‌ماند که بعنوان جسم زرد شناخته می‌شود.

گاهی اوقات کیست‌ها مستقل از تخمک گذاری تشکیل می‌شوند. وقتی کیست‌ها پاره می‌شوند، مقدار کمی خون به داخل شکم پاشیده می‌شود. از آن جا که خون باعث تحریک صفاق می‌شود، این امر می‌تواند باعث درد شکم و تندرns بازگشتی شود. ممکن است کیست‌های تخمدان در طی معاینات روتین لگن شناسایی شوند. با این حال در صحنه، بیمار شما احتمالاً از درد متوسط تا شدید و یک طرفه شکم شاکی است، که ممکن است به پشت انتشار داشته باشد. پاره شدن کیست تخمدان در طی نزدیکی یا فعالیت فیزیکی، اتفاق ناشایعی نیست. این اتفاق اغلب باعث درد شدید و ناگهانی شکم و قطع ناگهانی نزدیکی یا سایر فعالیت‌های فیزیکی می‌گردد. پارگی کیست تخمدان ممکن است با خونریزی واژینال همراه باشد.

### **– سیستیت:**

عفونت مثانه، علت شایعی برای درد شکم می‌باشد. باکتریها معمولاً از طریق پیشابراه وارد مجاری ادراری شده به سمت بالا یعنی مثانه و حالب صعود می‌کنند. مثانه در جلوی احشاء تولید مثلی قرار گرفته و وقتی ملتهب می‌شود، باعث ایجاد درد معمولاً بلافاصله بالای سفیزوپویس می‌گردد. علاوه بر درد شکم، ممکن است بیمار از تکرار ادرار، درد یا سوزش همراه با ادرار کردن و تب خفیف شاکی باشد. گاه ممکن است ادرار خون آلود باشد.

### **– میتل اشمرز:**

گاهی اوقات، تخمک گذاری با درد شکم در میانه سیکل قاعدگی همراه است که بعنوان میتل اشمرز شناخته می شود. فکر می کنند که این درد با تحریک صفاق بعلت پارگی فولیکول یا خونریزی در هنگام تخمک گذاری مرتبط است.

درد یک طرفه در ربع تحتانی شکم که معمولا خود محدود شونده است و ممکن است یا لکه بینی در میانه سیکل همراه باشد. درمان بیمار بصورت علامتی می باشد.

### **- آندومتری:**

عفونت لایه داخلی رحم می باشد. از عوارض سقط، زایمان یا اعمال جراحی زنان مثل دیلاتاسیون و کورتاژ می باشد. علائم و نشانه های آن عبارتند از: درد خفیف تا شدید قسمت تحتانی شکم، ترشح خونی و بدبو و تب  $38/2$  تا  $40$  درجه می باشد. شروع علائم معمولا  $48$  تا  $72$  ساعت پس از عمل جراحی زنان یا سقط است این عفونت ها اغلب تظاهرات PID را تقلید می کنند و اگر به سرعت با آنتی بیوتیک مناسب درمان نشوند می توانند کاملا خطرناک باشند. ممکن است عوارض آندومتری شامل ناباروری، سپسیس، یا حتی مرگ باشد.

### **- آندومتریوز:**

بیماری است که در آن آندومتر در خارج از رحم می باشد. شایع ترین محل آن لگن و شکم است. چون به تغییرات هورمونی همراه با سیکل قاعدگی پاسخ میدهد سپس بصورت دوره ای خونریزی می کند. این خونریزی باعث ایجاد التهاب، زخم در بافت های اطراف و در پی چسبندگی، بخصوص در حفره لگن میشود. این بیماری در سنین  $30$  تا  $40$  سال دیده می شود. شایع ترین علامت آن دردهای مبهم و پیچشی لگن است که معمولا در ارتباط با پرئود ماهانه هستند. درمان اصلی آن شامل درمان طبی با هورمون ها، ضد دردها و داروهای ضد التهاب می باشد و یا جراحی به منظور خارج کردن بافت آندومتری یا چسبندگی های سایر احشاء باشد.

### **- حاملگی نابجا EP:**

عبارت است از لانه گزینی جنین در خارج از رحم. شایع ترین محل آن در داخل لوله های رحمی است. این مشکل یک مورد اورژانس جراحی است زیرا لوله هومی توانند پاره شوند و یک خونریزی شدید آغاز شود این بیماران اغلب درد یک طرفه شکم دارند که ممکن است به شانه سمت مبتلا انتشار داشته باشد.

### **ارزیابی کلی بیماران با درد شکم حاد:**

ارزیابی بیمار که از ناراحتی شکم شکایت دارد یا کسی که مشکوک به داشتن مشکلی در شکم است، مشابه ارزیابی تروما به همراه شرح حال وسیع است. تا زمانی که پاک بودن صحنه از هرگونه خطر ظاهری مشخص شود، شما و همکارتان به بیمار نزدیک نشوید. همیشه اقدامات مناسب جداسازی ترشحات بدن را انجام دهید، که شامل پوشیدن دستکش، عینک، ماسک و گان یکبار مصرف برای جلوگیری از آلوده شدن است. در هنگام نزدیک شدن به بیمار، صحنه را به خاطر شواهد احتمالی مشکل بیمار بررسی کنید. برای مثال قوطی های دارو، شیشه های الکلی زیرسیگاری، سطل حاوی استفراغ یا خلط می توانند اطلاعات ارزشمندی را فراهم کنند.

## ارزیابی صحنه و ارزیابی اولیه:

در حال نزدیک شدن به بیمار، به دنبال مکانیسم های آسیب بگردید، زیرا به تعیین داخلی بودن یا ترومایی بودن حادثه کمک می کند. اگر مشکوک به تروما هستید، همیشه ستون فقرات گردنی را بی حرکت کنید و کفایت راه هوایی و سطح هوشیاری بیمار را ارزیابی کنید. در اکثر بیماران داخلی، می توانید واکنش به تحریکات و باز بودن راه هوایی را با پرسیدن نام و شکایت اصلی (چرا امروز به اورژانس تماس گرفت) و توجه به پاسخ سوالات بررسی کنید. شما می توانید سرعت، عمق، و کیفیت تنفس بیمار را نسبتا سریع و بدون مشکل زیادی، مورد ارزیابی بیشتر قرار دهید.

وقتی عملکرد تنفسی را ارزیابی می کنید، به سرعت نبض بیمار را لمس کنید و رنگ پوست، دما، وضعیت جریان خون آن، شامل نشانه های خونریزی و پر شدن مویرگی را بررسی کنید. اگر در طی ارزیابی اولیه، وضعیت خطرناکی را کشف کردید، آن را درمان کنید و برای شناسایی سایر موارد خطرناک سریعاً به ارزیابی ادامه دهید.

## شرح حال و معاینه جسمانی:

بعد از اتمام ارزیابی اولیه و درمان موارد بالقوه خطرناک و کشنده، شرح حال و معاینه جسمانی لازم را انجام دهید.

توانایی شما برای گرفتن شرح حال از بیمار بستگی به سطح هوشیاری او دارد. در بعضی موارد، در حال گرفتن شرح حال، ممکن است بدتر شدن وضعیت هوشیاری بیمار را با گذشت زمان شناسایی کنید.

## شرح حال:

یک شرح حال دقیق و کامل می تواند اطلاعات ارزشمندی را فراهم کند. بعد از انجام گرفتن شرح حال SAMPLE

Symptoms ← نشانه ها

Allergies ← آلرژی

Medications ← داروها



Past medical history ← شرح حال طبی قبلی

Last oralbintovce ← آخرین غذای خورده شده

Events leading up to the emergency ← حوادث منجر به تماس با اورژانس

می توانید شرح حال لازم کامل تری را با کشف شکایت اصلی، شرح حال بیماری موجود، شرح حال طبی قبلی، و وضعیت سلامتی فعلی بیمار بدست آورید. شرح حال بیماری موجود و شرح حال طبیعی قبلی بیمار، به دسته بندی نشانه ها و علائم و تلفیق آنها با هم برای ایجاد تصویر واضحی از پاتوفیزیولوژی زمینه ای کهک می کند.

### شرح حال بیماری موجود:

شرح حال OPQRST-ASPN برای بیماران دچار مشکلات گوارشی باید به مسائل خاص زیر بپردازند:

**O-Onset (شروع)** ← چه موقع درد برای اولین بار شروع شد؟ شروع آن خیلی ناگهانی بود یا تدریجی؟ شروع ناگهانی درد شکم، عمدتا توسط سوراخ شدن احشاء داخل شکم یا کپسول های داخلی آن ایجاد می شود. شروع تدریجی درد معمولا ناشی از انسداد احشاء توخالی شکم است.

**P-Provocation/Palliation (تخفیف/شروع)** ← چه عاملی باعث تشدید درد می شود؟ چه عاملی باعث بهبود درد می شود؟ وقتی که بیمار پاهایش را به داخل قفسه سینه خم می کند یا روی یک طرف دراز می کشد اگر درد کمتر شود، معمولا اشاره به التهاب صفاق دارد، که غالبا منشا آن از دستگاه گوارش است. اگر با راه رفتن، درد بر طرف می شود، علت ممکن است در دستگاه گوارش یا ادراری باشد، که احتمالا انسداد کیسه صفرا یا سنگ گیر افتاده در لگنچه کلیه یا حالب است.

**Q-Quality (کیفیت)** ← درد چگونه توصیف می شود، مبهم، تیز، دائم، متفاوت؟ درد شکافنده موضعی معمولا ناشی از پارگی یکی از ارگان ها است. درد مبهمی که بطور ثابت زیاد می شود، ممکن است اشاره به انسداد روده داشته باشد. درد تیز، بویژه در پهلو، ممکن است اشاره به سنگ کلیه داشته باشد.

**R-Region/radiation (انتشاری/ناحیه ای)** ← آیا درد به قسمت دیگری از بدن می رود؟ درد انتشاری یا دردی که به نظر تغییر محل می دهد شایع است، زیرا همان مسیرهای عصبی درد ارجاعی را در بر می گیرد. درد ارجاعی شونده به شانه یا گردن از قبیل تحریکی که در کله سیستیت رخ می دهد، معمولا ناشی از تحریک دیافراگم است.

**S-Severity (شدت)** ← شدت درد را از ۱ تا ۱۰ درجه بندی می کنند. نمره ۱۰ بدترین درد ممکن را نشان می دهد. شدت درد معمولا با پیشرفت پاتولوژی (ایسکمی، التهاب یا کشش) ارگان بدتر می شود.

**Time-T (زمان)** ← درد برای اولین باز چه هنگام شروع شد؟ تخمین زمان شروع درد برای تعیین علت های احتمالی احتمالی مهم است. هر درد شکمی که پیش از ۶ ساعت طول بکشد، مورد جراحی در نظر گرفته می شود و نیاز به ارزیابی در بخش اورژانس بیمارستان دارد.

**Associated Symptoms (علائم همراه)** ← آیا به همراه احساس ناراحتی، دچار تهوع و یا استفراغ شده اید؟ در صورت جواب مثبت، سعی کنید محتویات، رنگ، و بوی ماده استفراغی را تعیین نمایید. آیا ماده استفراغی حاوی خون به رنگ قرمز روشن، مواد دارای زمینه قهوه ای یا لخته می باشد. تعیین وجود خونریزی گوارشی فعال در بیمار، اجباری است. تغییری در اجابت مزاج- یبوست یا اسهال- به همراه احساس ناراحتی و یا درد داشته اید؟ برای تعیین هرگونه تغییری در مدفوع از قبیل مدفوع سیاه قیری، بدبو، سوالات بیشتری از بیمار بپرسید:

تغییرات در شکل، رنگ و بوی مدفوع می تواند تنها راه نشان دادن شرایطیاز قبیل خونریزی گوارشتحتانی، گاستریت، یا دیورتیکول در حال خونریزی باشد. بیمارانی که دچار شکم حاد شده اند، معمولاً بی اشتها می دارند.

**Pertinent Negative -PN (موارد منفی مربوطه)** ← عدم وجود علائم مربوط به عملکرد گوارشی یا حضور علائم مربوط به عملکرد ادراری، می تواند به این معنی باشد که منشأ مشکل از سیستم ادراری است. درد پایین ترین قسمت شکم، لگن، می تواند ناشی از مشکلات دستگاه تناسلی باشد. در آخر، به یاد بسپارید که انفارکتوس تحتانی می تواند دیافراگم را تحریک کند و الگوی درد ارجاعی آن را ایجاد کند. در صورت وجود این الگوی درد(درد در ناحیه شانه و یا گردن) شرح حال قلبی-عروقی بیمار را حتما بررسی کنید.

همه اورژانس های شکم باعث درد شکم نمی شوند بعضی از آنها ممکن است باعث درد قفسه سینه شوند که معمولاً درد ارجاعی است. اورژانس های گوارشی شایع که می توانند باعث درد قفسه سینه شوند، شامل رفلاکس از معده به مری (GER)، زخم های معده، زخم های دوازدهه و در بعضی موارد، بیماری کیسه صفرا هستند.

نکته: شرح حال بیماری موجود و شرح حال طبی گذشته، بویژه در ایجاد تصویر واضحی از پاتوفیزیولوژی زمینه بیماری کمک کننده هستند.

## معاینه جسمانی:

در حال گرفتن شرح حال می توانید، معاینه جسمانی را نیز انجام دهید. ظاهر کلی و وضعیت قرارگیری بیمار قویاً وضعیت سلامتی و شدت شکایت او را مطرح می کنند. معمولاً بیماران دچار مشکل شکمی شدید، آرام و بدون حرکت دراز می کشند و گاهی وضعیت جنین را به خود می گیرند. آنها روی کف زمین به خود نمی پیچند، یا فریاد نمی زنند، زیرا این کار درد را بیشتر می کند. هم چنین باید سطح هوشیاری بیمار را به خاطر هرگونه تغییر ناچیزی که اشاره به نشانه های اولیه شوک دارد، بطور مداوم کنترل کنید.

یک سری کامل از علائم را برای داشتن مبنایی جهت ارزیابی جهت ارزیابی بیشتر و درمان بگیرید. این علائم شامل سرعت ضربان قلب، سرعت تنفس، فشارخون و پالس اکسیمتری است. هم چنین، می توانید اطلاعات مهم بیشتری را از قبیل دمای بدن فراهم کنید.

شکم را قبل از لمس آن، یا حرکت بیمار مشاهده کنید. برای مشاهده آزاد کل شکم، لباس بیمار را در حد ضروریات در بیاورید. اتساع شکم، می تواند نشانه بدی باشد. اتساع شکم می تواند توسط هوای آزاد ناشی از انسداد روده ایجاد شود. اگر علت اتساع شکم، خونریزی باشد، بیمار حجم زیادی از خون در گردش را از دست داده است. شکم می تواند ۴ تا ۶ لیتر مایع را در خود نگه دارد. قبل از اینکه تغییر قابل توجهی در محیط دور شکم رخ دهد، نشانه های دیگر از دست دادن مایع شامل اکیموز در اطراف ناف (علامت کالن) و اکیموز در پهلو (علامت گری-ترنر) است.

اگر شکم را سمع می کنید، باید این کار را قبل از لمس آن انجام دهید. هر ربع شکم را حداقل ۲ دقیقه گوش کنید. از دورترین ربع شکمی به ناحیه مبتلا شروع کنید و ناحیه مبتلا را در آخر سمع کنید.

دق شکم، اطلاعات ناچیز و بدون فایده ایرا در صحنه فراهم می کند، اما لمس شکم می تواند اطلاعات بسیاری را به شما بدهد. این کار می تواند ناحیه درد شکم را مشخص کند و اعضای مربوطه را شناسایی کند. قبل از لمس از بیمار بخواهید به جایی اشاره کند که بیشترین احساس ناراحتی را دارد. سپس در خلاف جهت عمل کنید و آن ناحیه را در آخر لمس کنید. شکم را با فشار ملایم، به خاطر احساس سفتی عضلات یا عدم وجود آن، و نیز بخاطر توده ها، ضربان ها، و تندرینس زیر عضلات لمس کنید. اگر توده ضربان داری به دست شما برخورد، فوراً لمس را متوقف کنید. افزایش فشار می تواند باعث پراگی رگ خونی یا ارگان مبتلا شود.

## —درمان کلی:

بعد از اتمام ارزیابی اولیه، و شرح حال و معاینه جسمانی لازم، می توانید درمان و انتقال را انجام دهید. در هنگام درمان بیماری که دچار درد شکم است، بالاترین اولویت حفاظت و نگه داری از راه هوایی، تنفس و گردش خون است، آماده ساکشن کردن استفراغ و خون از راه هوایی باشید. بسته به وضعیت بیمار، دادن اکسیژن غلیظ و با سرعت زیاد و کنترل تهاجمی راه هوایی، شاید مورد داشته باشد. با اتصال مونیتور قلبی به بیمار و ارزیابی مکرر فشارخون، گردش خون بیمار را کنترل کنید.

آنژیوکت بزرگی را در ورید بیمار دچار احساس ناراحتی در شکم قرار دهید، تا در موقع نیاز به انتقال خون اورژانسی از آن استفاده شود. شما می توانید از آن برای تزریق دارو یا مایع درمانی وریدی برای تامین مایعات از دست رفته به دلیل خونریزی یا دهیدراتاسیون استفاده کنید. در کل، نیاز به اجتناب از مخفی کردن هرگونه درد شکم به خاطر ارزیابی بیشتر، تجویز داروهای تخفیف دهنده علائم از قبیل ضد استفراغ را محدود می کند. بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید. چگونگی انتقال بیمار، بستگی به وضعیت فیزیولوژیک او دارد. انتقال با ملایمت اما سریع، کافی است. به یاد بسپارید که درد شکم پایدار که بیشتر از

۶ ساعت طول بکشد، بعنوان مورد اورژانسی جراحی تلقی می شود و همیشه نیاز به انتقال دارد. در همه موارد، حتما وضعیت هوشیاری و علائم حیاتی را دائم کنترل کنید و از راه دهان به بیمار چیزی خورانده نشود. ماده استفراغی را برای ارزیابی به بخش بیمارستان بیاورید.

### **نکات مهم در بیماران دچار شکم حاد غیر ترومایی:**

۱. شکم حاد قبل از گذاشتن تشخیص در صحنه، نیاز به گرفتن شرح حال و معاینه جسمانی کامل دارد.
۲. آپاندیس بیشتر از هر شکم حاد دیگری، در بخش اورژانس ارزیابی می شود و در نهایت در اتاق عمل درمان می شود.
۳. قطعه دچار انسداد روده، در صورت عدم تشخیص و درمان سریع، می تواند فاجعه آور باشد.
۴. اختلال ذهنی یا کاهش واضح در سطح هوشیاری بیماری که قبلا عملکرد ذهنی خوبی داشته است، ARF شدید و تهدید بالقوه برای حیات را مطرح می کند.
۵. بدلیل اینکه ARF می تواند منجر به اختلالات متابولیک کشنده شود، کنترل و حمایت از راه هوایی تنفس و گردش خون حیاتی است.
۶. در هنگام سروکار داشتن با CRF همراه مراقب شوک یا سایر ناپایداریهای فیزیولوژیک عمده باشید، حتی وقتی که بیمار در ابتدا پایدار به نظر می رسد.
۷. در موارد CRF، جدا کردن یافته های مزمن از یافته هایی که جدیدا شروع شده اند یا جدیدا بدتر شده اند اهمیت دارد.
۸. سنگ های کلیوی بیشتر در تابستان و پاییز رخ می دهند.
۹. به بیمار دچار درد کولیکی کلیه مسکن های ناروکوتیک تزریق نمائید.
۱۰. در پیلونفزیت حاد، بیمار معمولا ظاهر کاملا بیمار دارد. در سیسیت، بیمار راحت نیست، اما ظاهر بیمار ندارد.
۱۱. معمولا، بیماران دچار پاتولوژی شکمی شدید، تا حد امکان بی حرکت دراز می کشند و گاهی وضعیت جنسیتی به خود می گیرند.
۱۲. اتساع شکم می تواند نشانه بدی باشد.
۱۳. بالاترین اولویت برای بیمار دچار درد شکم، حفاظت و نگهداری از راه هوایی، تنفس و گردش خون است.
۱۴. درد شکم پایداری که بیشتر از ۶ ساعت طول بکشد، همواره نیاز به انتقال دارد.

منابع:

میانی طب داخلی سیسیل، ویرایش هشتم، ۲۰۱۰

میانی طب داخلی هاریسون، ۲۰۱۰

اورژانس های پیش بیمارستانی پایه

اورژانس های پیش بیمارستانی میانی

اورژانس های پیش بیمارستانی پیشرفته

کتاب پرستاری داخلی - جراحی برونر و سودارث، ۲۰۱۰

کتاب پرستاری داخلی - جراحی بلک و هوکس، ۲۰۱۰

# اورژانس‌های شکمی غیر ترومایی

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

گرد آورنده : علیرضا سلطانی‌پور

