الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلّيّة الطب البشري
قسم الجراحة العامة

تدبير الزائدة المختلطة بالفلغمون بين الاستئصال الإسعافي والعلاج المحافظ مع الاستئصال المتأخر

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في قسم الجراحة العامة

إعداد طالب الدراسات العليا:

د. حسن زين الدين

بإشراف: أ.م.د. عمار الراعي

برئاسة: أ.د. صلاح الدين رمضان

العام الدراسي

2025 م

قرار لجنة الحكم

تصريح خطي

أنا الموقع أدناه أصرح بعلمي وقبولي:

١. أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وأنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتي بنشر البحث أو الأطروحة أو جزء منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع الكترونية وغيرها من وسائل النشر).

٢. أنه لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة تم اقتباسه من عمل آخر أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أي جامعة أو معهد تعليمي داخل أو خارج الجمهورية العربية السورية.

الاسم والتوقيع

شكر وتقدير

أتوجه بالشكر والامتنان للأستاذ الدكتور عمار الراعي صاحب الفضل الكبير والذي لم يبخل بأي معلومة أو ملاحظة وكان سنداً وعوناً طيلة فترة اختصاصي، لك مني كل الاحترام والتقدير، مع تمنياتي بدوام الصحة والعافية والتألق.

كما أتوجه بالشكر لكافة أساتذتي ومشرفي وطلاب الدراسات العليا في مشفى ، وكلّيّة الطب في جامعة دمشق.

إهداء

فهرس المحتويات

متن البحث: الإطار العام للبحث.....(1)

<u>الجزء الأول: الدراسة النظرية:</u>

الفصل الأول: الزائدة الدودية.....(12)

- **أولاً: مقدمة.....(13)**
- **ثانياً: لمحة جنينية.....(13)**
- **ثالثاً: لمحة تشريحية.....(13)**
- **رابعاً: لمحة نسيجية وظيفية.....(14)**
- **خامساً: التوضع والتشوهات الخلقية.....(15)**

الفصل الثاني: التهاب الزائدة الدودية الحاد.....(16)

- **أولاً: لمحة تاريخية.....(17)**
- **ثانياً: الوبائيات.....(17)**
- **ثالثاً: الفيزيولوجيا المرضية.....(17)**
- **رابعاً: الزمر الجرثومية.....(18)**
- **خامساً: الأعراض والعلامات.....(18)**
- **سادساً: الموجودات المخبرية.....(20)**
- **سابعاً: الموجودات الشعاعية.....(20)**

❖ ثامناً: التشخيص التفريقي.....(24)
❖ تاسعاً: معالجة التهاب الزائدة الدودية الحاد.....(25)
❖ عاشراً: التهاب الزائدة الانثقابي (تمزق الزائدة).....(26)

الفصل الثالث: الدرع الزائدي.....(28)
❖ أولاً: التعريف.....(29)
❖ ثانياً: التشخيص التفريقي للدرع الزائدي.....(30)
❖ ثالثاً: التدبير والمعالجة.....(31)

الجزء الثاني: الدراسة العملية:

الفصل الأول: المواد والطرائق.....(37)
الفصل الثاني: النتائج الإحصائية.....(40)
الفصل الثالث: مناقشة نتائج البحث.....(60)
الفصل الرابع: المقارنة مع الدراسات العالمية.....(65)
الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات.....(70)

▪ المراجع.....(72)
▪ الملاحق.....(74)

قائمة الأشكال التوضيحية

الرقم	الشكل	الصفحة
الشكل (1)	ترويه الزائدة	(14)
الشكل (2)	توضح المواقع المختلفة للزائدة	(15)
الشكل (3)	إيكو يظهر زائدة متوسعة غير قابلة للانضغاط	(22)
الشكل (4)	درع زائدي بالتصوير عبر الإيكو	(23)
الشكل (5)	درع زائدي بالتصوير عبر الطبقي المحوري	(23)
الشكل (6)	طبقي محوري لزائدة منثقبة	(27)
الشكل (7)	طبقي محوري تظهر تشكل خراجي لزائدة مثقوبة	(29)
الشكل (8)	طبقي محوري تظهر تشكل خراجي من زائدة مثقوبة في الحوض	(30)
الشكل (9)	التشخيص التفريقي لكتلة في الحفرة الحرقفية اليمنى	(31)

قائمة الرسوم البيانية

الرقم	الرسم البياني	الصفحة
المخطط البياني (1)	العينة البدئية والنهائية	(41)
المخطط البياني (2)	توزع العينة حسب المجموعات	(42)
المخطط البياني (3)	توزع المرضى حسب الجنس	(44)
المخطط البياني (4)	توزع المرضى حسب العمر	(46)
المخطط البياني (5)	توزع المرضى حسب الأعراض السريرية	(47)
المخطط البياني (6)	توزع المرضى حسب العلامات السريرية	(48)
المخطط البياني (7)	توزع المرضى حسب الاستقصاءات المخبرية	(49)
المخطط البياني (8)	توزع المرضى حسب الاستقصاءات الشعاعية	(50)
المخطط البياني (9)	توزع المرضى حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية	(51)
المخطط البياني (10)	توزع المرضى حسب الموجودات الجراحية	(53)
المخطط البياني (11)	توزع المرضى حسب الاختلاطات الجراحية	(55)
المخطط البياني (12)	توزع المرضى حسب زمن العمل الجراحي	(57)
المخطط البياني (13)	توزع المرضى حسب مدة الاستشفاء	(59)

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
الجدول (1)	توزع المرضى حسب الجنس	(43)
الجدول (2)	توزع المرضى حسب العمر	(46)
الجدول (3)	توزع المرضى حسب الأعراض السريرية	(47)
الجدول (4)	توزع المرضى حسب العلامات السريرية	(48)
الجدول (5)	توزع المرضى حسب الاستقصاءات المخبرية	(49)
الجدول (6)	توزع المرضى حسب الاستقصاءات الشعاعية	(50)
الجدول (7)	توزع المرضى حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية	(51)
الجدول (8)	توزع المرضى حسب الموجودات الجراحية	(52)
الجدول (9)	توزع المرضى حسب الاختلاطات الجراحية	(54)
الجدول (10)	توزع المرضى حسب زمن العمل الجراحي	(56)
الجدول (11)	توزع المرضى حسب مدة الاستشفاء	(59)
الجدول (12)	المقارنة مع الدراسات العالمية	(66)

-الملخص-

خلفلية البحث: لا يزال العلاج الأمثل لدرع الزائدة مثاراً للجدل بين الدراسات العالمية.

هدف البحث: يهدف البحث لمقارنة تدبير الزائدة المختلطة بالفلغمون بين الاستئصال الإسعافي والعلاج المحافظ مع الاستئصال المتأخر

مواد البحث وطرائقه: دراسة حشدية مستقبلية شملت ٨٨ مريض مصاب بالزائدة المختلطة بالفلغمون من المراجعين لمشفى المواساة الجامعي في الفترة الممتدة من ٢٠٢٠/١/١ الى ٢٠٢٢/١/١، وتم تقسيم العينة لمجموعة الاستئصال الإسعافي التي شملت ٦٢ مريضاً، ومجموعة العلاج المحافظ مع الاستئصال المتأخر التي شملت ٢٦ مريضاً.

النتائج: كان متوسط العمر ٢٥,٢ سنة، ونسبة الذكور ٦٧,١%، شملت العينة ٨٨ مريض أجرى إيكو بطن، وكان ايكو البطن إيجابي لدى ٢٧ مريض منهم بنسبة ٣٠,١٪، وشملت العينة ٢٤ مريض أجرى الطبقي المحوري للبطن والحوض، وكان الطبقي المحوري للبطن والحوض إيجابي لدى ٢٣ مريض منهم بنسبة ٩٥,٨٪. في مجموعة الاستئصال الإسعافي كانت نسبة إنتان الجرح السطحي ١٧٪، وتفزر الجرح ٢,٣٪، و الخزل المعوي ٦,٨٪، والناسور البرازي ٢,٣٪، وفي مجموعة الاستئصال المتأخر كانت نسبة إنتان الجرح السطحي ١٥,٣٪، والخزل المعوي ١١,٥٪ بدون فرق هام إحصائياً بين المجموعتين.

الاستنتاجات: وجدنا أن العلاج الجراحي الباكر هو العلاج الأفضل لدرع الزائدة الدودية ويؤمن الشفاء التام خلال قبول واحد مما يقلل من التكلفة. كما وجدنا أن إيكو البطن يعطي سلبية كاذبة في معظم خالات درع الزائدة ويجب عدم نفي تشخيص درع الزائدة في حال الشك السريري مع سلبية إيكو البطن.

الكلمات المفتاحية: درع الزائدة، الاستئصال الإسعافي، الاستئصال المتأخر.

متن البحث

الإطار العام للبحث

1.المقدمة:

يعتبر التهاب الزائدة الدودية أحد أشـــيع الأســـباب للألم البطني الحاد، وأشـــيع ســـبب للتداخل الجراحي الإسعافي في العالم، يعتمد التشخيص بشكل رئيسي على القصة والفحص السريري والفحوصات المخبرية (تعداد كريات الدم البيضاء والصيغة)، بينما تشكل الإجراءات التصويرية كالإيكو والطبقي المحوري وسائل مساعدة عند الحاجة لنفي الحالات الطبية المقلدة للألم البطني في التهاب الزائدة الدودية.

الدراســـة الحالية تهدف لبحث ومقارنة نتائخ الاســـتئصـــال الاســـعافي لدرع الزائدة أو العلاج المحافظ والاستصال المتأخر من خلال عدة نواح مع مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية

تتضمن الدراسة الحالية اجراء دراسة مقارنة على أرضية دراسة مستقبلية تقدمية للمرضى المراجعين لمشفى المواساة الجامعي بين عامي ٢٠٢٠-٢٠٢٢ وتشمل كافة الاعمار اكبر من١٤ سنة والمشخص لهم درع الزائدة

سيتم جمع البيانات ومقارنتها لاستنتاج أفضل الطرق الجراحية للتدبير

المقدمة Introduction:

يعتبر التهاب الزائدة الدودية أحد أشـــيع الأســـباب للألم البطني الحاد، وأشـــيع ســـبب للتداخل الجراحي الإسعافي في العالم..[1,2]

يحدث التهاب الزائدة عموماً في العقد الثاني والثالث من العمر، معدل الوقوع عموماً (233/100,000) من الســكان وهو الأعلى في الأعمار بين (19-10) ســنة، وهو أعلى بين الذكور مقارنة بالإناث (معدل إناث – الذكور 1.4:1) [3].

فرط تصنع النسيج اللمفاوي قد يسبب انسداد في لمعة الزائدة وحدوث التهاب، وهذا النسيج اللمفاوي يضمر مع تقدم العمر.[4].

المظاهر السريرية : خلال الساعات الستة الأولى نادراً ما يحدث تبدل بدرجة الحرارة أو معدل النبض ، بعد ذلك يحدث ارتفاع طفيف بدرجة الحرارة (٣٧-٣٧,٢) مع ارتفاع موازٍ بالنبض (٨٠ – ٩٠ /د) . في الحالات الشديدة ومع تقدم الوقت ترتفع الحرارة إلى ٣٨ م لكن من النادر أن ترتفع أكثر من ذلك.

تشمل الاعراض : (٥)

ألم بطني مع هجرة الالم

نقص الشهية مع غثيان او اقياء

اضطراب الوظيفة المعوية

بالفحص السريري :

المضض في الحفر الحرقفية اليمنى "علامة ماك بورني"

المضض المرتد Rebound Tenderness

روفسنغ :جس الربع السفلي الأيسر يسبب الألم في الربع السفلي الأيمن

السدادية :ألم بالتدوير الداخلي للورك الأيمن

البسواس:ألم ببسط الورك الأيمن

مظاهر خاصة تبعاً للعمر:{٦}

الأطفال : يحدث الانثقاب عند الرضع الأقل من ٣ سنوات في أكثر من ٨٠% من الحالات وتكون نسبة الوفيات أعلى من المعدل العام.

المسنون : يحدث النخر والانثقاب بشكل أشيع عند المسنين.

الحمل : ترتفع الزائدة في الحمل للبطن العلوي ومع تقدم الحمل يميل الألم أكثر باتجاه الأعلى والوحشي.

الفحوص المخبرية : تعداد الكريات البيض هو الأكثر فائدةً وهو يرتفع نموذجياً بشكلٍ طفيفٍ في التهاب الزائدة غير المنثقبة لكنه قد يرتفع بشكلٍ كبيرٍ بوجود الانثقاب.

يجرى فحص البول لتشخيص الأسباب الأخرى المحتملة للألم البطني وخاصةً الإنتان البولي وحصيات الحالب.

تستطب يجب قياس β –HCG عند النساء في سن النشاط التناسلي للانتباه لإمكانية الحمل اله**اجر أو المرافق.**

الدراسة الشعاعية :

ايكو البطن : تتضمن الموجودات التي تقترح تشخيص التهاب الزائدة الحاد : ثخانة جدار الزائدة ونقص قدرة الجدار على الانضغاط (علامة الهدف) ، زيادة صدوية الشحم المحيط بالزائدة تميز الالتهاب ، ووجود سائل موضع حول الأعور (٧)

يعتمد الإيكو بشكلٍ كبيرٍ على الفاحص ولا يمكن تمييز الزائدة الطبيعية عادةً . تقدر حساسية الإيكو ٨٦% والنوعية ٨١%.

التصوير الطبقي المحوري : يتميز بكفاءةٍ تشخيصيةٍ عاليةٍ في التهاب الزائدة الحاد وتشخيص العديد من الأسباب الأخرى التي قد تختلط معه. وهو أكثر قدرةً على رؤية الخراجات والفلغمون .

معالجة التهاب الزائدة الدودية الحاد : (٨) عند وضع التشخيص في مرحلةٍ مبكرةٍ وخصوصاً بغياب الكتلة الموضعة فإن الجميع متفق على استئصال الزائدة بشكلٍ إسعافيٍ، نسبة وفيات التهاب الزائدة الحاد المعالج بالجراحة الباكرة أقل من ١%.

التحضير قبل الجراحة: السوائل الوريدية، إصلاح الاضطرابات الشاردية، الصادات، مراقبة النبض والضغط والصادر البولي

اختلاطات التهاب الزائدة الانثقابي : خراجات في المنطقة خلف البريتوان بسبب انثقاب زائدة خلف أعورية.

خراجات كبدية بسبب الانتشار الدموي للإنتان عبر الجهاز الوريدي البابي.

تنوسر الخراج داخل البريتوان عبر الجلد مسبباً ناسوراً معوياً جلدياً.

خثار وريد الباب الإنتاني الذي يتظاهر بحمى عالية ويرقان ويختلط مع التهاب الطرق الصفراوية ويشكل اختلاطاً خطيراً لالتهاب الزائدة الحاد ويحمل معدل وفياتٍ عالٍ.

خراج الزئدة : يترافق خراج الزائدة مع ترفع حروري متغير لكن يبقى النبض أقل من ١٠٠/د .

يرتفع تعداد الكريات البيض مع زيادة نسبية بالمعتدلات متعددات النوى.

وتدبيرها يعتمد بالإضافة للصادات الوريدية على التفجير عبر الجلد (الموجه بالإيكو أو الطبقي المحوري) مع أو بدون استئصال الزائدة اللاحق وهذا يحقق معدل اختلاطات أقل مع فترة بقاء أقل في المشفى .

الدرع الزائدي : في معظم الحالات يتطور التهاب الزائدة الحاد بعد ٣ – ٥ أيام من بدء الأعراض (ونادراً أبكر من ذلك) نحو الانثقاب والتهاب البريتوان المنتشـــر، لكن أحياناً يتم احتواء الالتهاب بكتلة التهابية في الحفرة الحرقفية اليمنى (فلغمون) .

تتألف الكتلة بشـــكلٍ رئيســـيٍ من الثرب الكبير ، جدار أعور متوذم ، وعرى متوذمة من الأمعاء الدقيقة وتتوضع في مركزها زائدة ملتهبة أو منثقبة .

ومع الوقت تصبح حدود الكتلة أكثر وضوحاً وخلال الأيام التالية (٥– ١٠ أيام) يصبح التورم أكبر مع تشكل كمية كبيرة من القيح محاطة بجدار واضح (خراج زائدة) أو يصبح التورم أصغر ويتناقص تدريجياً مع تراجع الالتهاب (٩)

يتظاهر حوالي ٢–٦ % من حالات التهاب الزائدة الحاد بشكل درع زائدي(١٠) وتصل النسبة إلى ١٠% في بعض المراجع. (١١)

ويشكو هؤلاء المرضى عادةً من ألم في الربع السفلي الأيمن ، إيلام بالفحص ، مع كتلة مجسوسة رغم أن تشنج عضلية جدار البطن قد يخفي الكتلة.

مفتاح التشخيص عند هؤلاء المرضى هو طول مدة الأعراض (لأن تشكل درع الزائدة يتطلب عادةً ٣–٥ أيام على الأقل). (١٢)

يتم وضـــع تشـــخيص درع الزائدة بالاعتماد على الفحص الســـريري أو الإيكو والذي يثبت التشـــخيص في ٧٢% من الحالات بينما يعتبر الطبقي المحوري أكثر حساسيةً.

ويعتبر تدبيرها مثار للجدل بين الجراحين بين ويكون التدبير بإحدى طريقتين :

١–العلاج المحافظ (مع أو بدون استئصال الزائدة اللاحق)

٢-العلاج الجراحي المبكر

العلاج المحافظ : يعتبر المدافعون عن هذا الرأي أن الجراحة في هذا الوقت صعبةٌ وخطيرةٌ، وقد يكون من الصعب مشاهدة الزائدة وأحياناً قد يحدث ناسور برازي. لهذه الأسباب من الحكمة اتخاذ برنامج العلاج المحافظ مع التحضير للجراحة في أي وقت يفشل العلاج فيه في السيطرة على الإنتان.

لا يعتبر العلاج المحافظ تأخيراً للجراحة وليس بديلاً لها ، لكنها معالجةٌ غير جراحيةٍ اختياريةٌ تطبق (بشكلٍ أساسيٍ في المشفى) خاصةً في ظروفٍ يكون فيها العلاج المحافظ أقل خطورةً من محاولة الجراحة.

ويعتمد هذا العلاج على : مراقبة الحيويات و الحمية المطلقة و السوائل الوريدية والصادات الجهازية الوريدية

ويتم إيقاف هذا العلاج في حال :(١٣)

ارتفاع النبض في المراحل المبكرة هي العلامة الوحيدة الأكثر موثوقيةً التي تشير لخطورة استمرار العلاج المحافظ.

٢-إقياء أو استنشاق معدي مثبت.

٣-زيادة أو انتشار الألم البطني : لا يجب أن يشكو المريض الخاضع للعلاج المحافظ من استمرار الألم بعد ١٢ ساعة من بدء العلاج ، حيث يشير استمرار الألم إلى وجود شيءٍ خاطئٍ عادةً ويشكل استطباباً قوياً للجراحة.

٤-زيادة حجم الكتلة.

مضادات استطباب العلاج المحافظ : ١-عدم القدرة على التمييز بين التهاب الزائدة الحاد وكوارث أخرى داخل البطن تتطلب بشكلٍ طبيعيٍ الجراحة الفورية.

٢-وجود علامات تشير أن الالتهاب لا يزال محصوراً بالزائدة .

٣-العمر أقل من ١٠ سنوات : تطور قليل للثرب الكبير وانثقاب مبكر للزائدة.

٤-العمر اكبر من ٦٥ سنة : يوجد آراء باتجاه الجراحة الباكرة بسبب شيوع التهاب البريتوان مع علامات سريرية أقل في هذه المجموعة العمرية

بعد نجاح العلاج المحافظ يمكن تخريج المريض بأمان على صـــادات فموية وحمية عادية. يخمد التهاب الزائدة عادةً خلال ١–٢ أسبوع ويجب استمرار الصادات لأسبوعين تقريباً.

استئصال الزائدة اللاحق : يعتمد العلاج التقليدي على استئصال الزائدة اللاحق بعد ٦–٨أسابيع، ويوجد حالياً مثار جدل كبير حول ضرورة الاستئصال اللاحق. (١٤)

حيث أوصى قسم كبير من الدراسات بعدم ضرورة الاستئصال اللاحق إلا في حال النكس ، وذلك للأسباب التالية:

١–نسبة النكس بعد نجاح العلاج المحافظ قليلة (٥– ١٤ %)

٢–يحدث النكس غالباً خلال السنة الأولى

٣–النكس عند حدوثه يكون بشكل أخف

لكن يجب التذكر دائماً أن التشخيص البدئي لالتهاب الزائدة الحاد /خاصةً عند كبار السن/ قد يكون خاطئاً لذلك من الضروري نفي تنشؤ الأعور عند هؤلاء المرضى إذا لم يجر الاستئصال اللاحق .

العلاج الجراحي الباكر :

تحقيق الشفاء المبكر ، والكامل من القبول الأول. (١٥)

استبعاد الأسباب الأخرى المحتملة (وخاصةً الخباثة).

إنقاص مدة البقاء في المشفى والعودة الأسرع للعمل.

عدم الحاجة لإعادة القبول لاستئصال لاحق مما ينقص من التكاليف.

يفشل العلاج المحافظ بنسبة ١٠– ٢٠% بسبب انتشار الإنتان في البطن مما يجعل العمل الجراحي في هذه الحالة أكثر صعوبةً.

قد يحدث نكس التهاب الزائدة بعد التخريج من المشفى قبل موعد الاستئصال اللاحق(بشكل التهاب حاد أو درع) .

الاعتقاد الســـابق أن الجراحة صـــعبة عندما تتوضـــع الزائدة الملتهبة عميقاً في الكتلة ، وبين العرى المعوية.(١٦)

2.بعض الدراسات السابقة:

أجرى Cheng[16] دراسته بالصين التي نُشرت عام 2017 وشملت 40 مريضاً وخلُصت لعدم وجود أدلة واضحة تعزز إحدى الطريقتين.

وفي دراسة أُخرى قام بها Demetrashvili[17] في جورجيا ونشرت عام 2019 وشملت 74 مريضاً رأت بأن الجراحة اللاحقة هي المُعالجة المختارة في تدبير الدرع الزائدي. وهو ذات الرأي الذي خلُص إليه Arnada[18] في دراسته باسبانيا المنشورة عام 2010 وشملت 30 مريضاً.

في مراجعة منهجية قام بها Oslen[19] في الدانمارك لعام 2014 وشـــملت 48 دراســـةً واقترحت العلاج المحافظ كاستراتيجية للتدبير.

3. مشكلة البحث:

يعتبر التهاب الزائدة الدودية أحد أشيع الأسباب للألم البطني الحاد، وأشيع سبب للتداخل الجراحي الإسعافي في العالم وبالرغم من انتشاره الواسع الا ان اختلاطاته قد تمثل احدى اكثر المشاكل العلاجية

تتنوع طرق علاج درع الزائدة {فلغمون} بين العلاج الجراحي الاسعافي او العلاج الدوائي مع الاستئصال المتأخر

4.هدف البحث:

إن الهدف من هذه الدراسة هو المقارنة بين العلاج التقليدي المحافظ و العلاج الجراحي الباكر في تدبير مرضى درع الزائدة، وذلك لتحديد الطريقة الأمثل لعلاج هذه الحالات وتبيان مدى الإقامة بالمشفى والاختلاطات التي قد تحدث بعد الجراحة

5.أهمية البحث:

يعتبر التهاب الزائدة الدودية أحد أشيع الأسباب للألم البطني الحاد، وأشيع سبب للتداخل الجراحي الإسعافي في العالم.

يشكل تأخر تشخيص التهاب الزائدة الدوديةالحاد مشكلة من حيث زيادة نسبة المراضة والاختلاطات.

وان تدبير اختلاطاتها {درع الزائدة} يشكل كثار جدل للجراحين بين الاستئصال المبكر اوالعلاج المحافظ مع استئصال متأخر لذا كان لابد من اجراء دراسة مقارنة بين نتائج الطريقتين المذكورتين في مشافي جامعة دمشق

6.مسوغات البحث:

انتشار وشيوع التهاب الزائدة الدودية واختلاطاتها والحاجة للوصول للطريقة الافضل لمقاربة وتدبير الدرع الزائدي ومتابعة المرضى ومقارنة أي من السبل اقل تكلفة وفترة استشفاء للمرضى

7.محددات البحث:

- ستجرى هذه الدراسة على مرضى درع الزائدة في شعبة الإسعاف الجراحي في مشفى المواساة الجامعي خلال الفترة الممتدة من ٢٠٢٠ وحتى ٢٠٢٢ والذين خضعوا الى الاستئصال الاسعافي او العلاج المحافظ مع استئصال متأخر بهدف الوصول الى التدبير الأمثل والأكثر امانا" والاقل بحدوث الاختلاطات ولكن سيكون هماك صعوبة بمتابعة جميع المرضى خلال كامل فترة الدراسة
- وصعوبة في تقيم بغض الاختلاطات لدى المرضى بسبب حدوثها او علاجها خارج المشفى

8.حدود البحث:

- العينة: ٨٨ مريضاً
- الحد الزماني: عامين فقط من ٢٠٢٠/١/١ الى ٢٠٢٢/١/١
- الحد المكاني: مستشفى المواساة الجامعي في دمشق

9.منهج البحث وأدواته:

- جمع البيانات من خلال العودة إلى أضابير المرضى وسجلات العمليات للمرضى المراجعين لشعبة الإسعاف الجراحي في مشفى المواساة وسيتم التواصل مع المرضى لمتابعة الاختلاطات اللاحقة
- تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين:

١- مجموعة الجراحة الإسعافية

٢- مجموعة العلاج المحافظ والاستئصال المتأخر

يمكن تقسيم الجزء النظري إلى عدة فصول:

- ❖ الفصل الأول: يتحدث عن الزائدة الدودية من حيث لمحة جنينية وتشريحية وفيزيولوجية
- ❖ الفصل الثاني: يتحدث عن التهاب الزائدة الدودية الحاد من حيث الشيوع والاختلاطات والأعراض والعلامات والتشخيص والعلاج
- ❖ الفصل الثالث: يتحدث عن الدرع الزائدي من حيث الشيوع والأعراض والعلامات والتشخيص والعلاج

بينما بالنسبة للجزء العملي من الدراسة قمنا بدراسة النتائج، ثم مناقشة النتائج ومقارنتتها مع الدراسات العالمية ووضع الاستنتاجات والتوصيات المناسبة.

الجزء الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

الزائدة الدودية

أولاً: مقدمة:

يشكل التهاب الزائدة الدودية السبب الأشيع للبطن الحاد وللعمليات الجراحية الإسعافية في العالم(1) , حيث تشير التقديرات إلى أن ما يصل إلى 6 ٪ إلى 7 ٪ من عامة السكان سوف يصابون بالتهاب الزائدة الدودية خلال حياتهم مع ذروة الإصابة في العقد الثاني من العمر.(2) وطيف التهاب الزائدة واسع يبدأ من التهاب نزلي إلى قيحي وحتى درجة الانثقاب ومايتنتج عنه من خراج أو هجوم ثربي على الزائدة لمحاولة احتواء الموقف والحد من التلوث الناجم والمسبب لالتهاب البيرتوان(3) . يبقى استئصال الزائدة حجر الأساس في المعالجة . ولكن مع التطور الحديث للصادات وتقنيات النزح عبر الجلد وسبل التشخيص الباكر ،قد تعالج بعض الحالات (درع الزائدة) بطريقة غير جراحية مبدئية كمحاولة لإنقاص المراضة والوفيات مع الوقت . وهو ما يخلق تحديا جدليا ومتكرراً عن توقيت قرار العمل الجراحي(3)

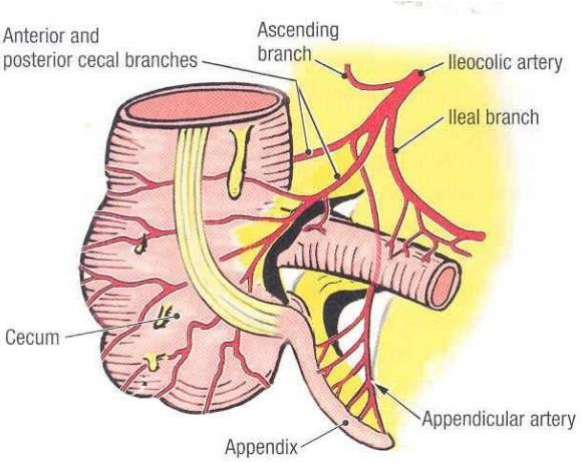
ثانياً: لمحة جنينية:

اعتُقد سابقا بأن الزائدة عضو متبقي أثري غير معروف الوظيفة , لكن حاليا تم اعتبارها مرتبطة بتطور النسيج المفاوي المعوي GALT وتظاهره والمحافظة على الفلورا المعوية (1) . تنشأ الزائدة الدودية من المعي المتوسط وتظهر بالاسبوع الثامن للحمل كتفرع صغير من الأعور, ومع تقدم الحمل تصبح الزائدة أكثر استطالة وأنبوبية . ومع دوران المعي إنسياً , يتثبت الأعور في الحفرة الحرقفية اليمنى محدداً بذلك التوضع النهائي للزائدة.(4)

ثالثاً: لمحة تشريحية:

الزائدة بنية عوراء أنبوبية تفتح بلمعة غير منتظمة على الأعور . يتراوح طولها وسطياًبين 6 إلى 9 سم حيث تم تسجيل أطول زائدة دودية تم استئصالها من مريض في زغرب (كرواتيا) وصل طولها لـ26 سم . قطرها غير ثابت من 2–5 ملم ويختلف من شخص لآخر حسب العمر والجنس والطول.(4)

تتروى الزائدة باعتبارها عضواً مشتقاً من المعي المتوسط من المساريقي العلوي الذي يعطي الدقاقي الأعوري وبدوره يتفرع للشريان الزائدي من خلال مساريقا الزائدة التي تنزح بدورها اللمف إلى العقد الدقاقية الأعورية على طول التروية الدموية القادمة من المساريقي العلوي.(3)



الشكل (1) تروية الزائدة(3)

يأتي التعصيب للزائدة من الجهاز العصبي الذاتي كما في بقية الأعضاء الحشوية(1) متبعةً المنشأ الجنيني للمعي المتوسط ،لا يوجد هنا ألياف ألمية جسمية لذلك يسبب الالتهاب الباكر ألماً ضعيف التحديد وهو ينعكس إلى المنطقة حول السرة التي يبدأ عندها الألم البطني بالتهاب الزائدة, ومع تطور الصورة السريرية يبدأ تخريش البيرتوان الجداري القريب مايؤدي إلى تنبيه الألياف الجدارية الألمية وهجرة الألم الى الحفرة الحرفقية اليمنى.(3)

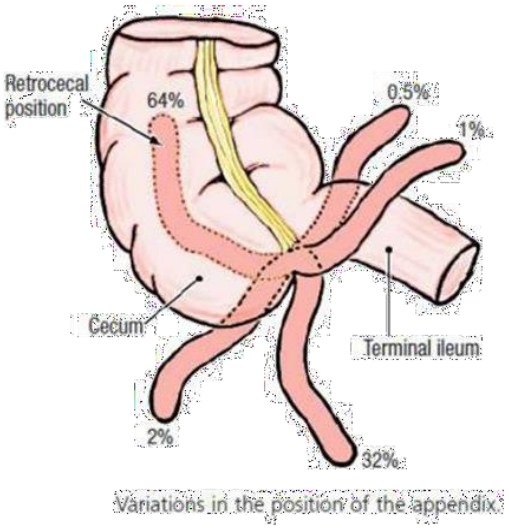
رابعاً: لمحة نسيجية وظيفية:

تتألف الزائدة من 4 طبقات كالامعاء , وهي بالترتيب من الداخل للخارج : مخاطية , تحت مخاطية , عضلية ثم مصلية.(1) تبطن الزائدة بمخاطية معوية عمودية من النمط الكولوني , حيث تصطف فيها ظهارة عمودية بينها خلايا عصبية صماوية وغوبلت المنتجة للميوسين.(2) ثم يليها الطبقة العضلية المؤلفة من طبقتين كاملتين من العضلات الملساء، داخلية دائرية وخارجية طولانية، والأخيرة تتشكل بانضمام الشرائط الكولونية مع بعضها البعض عند قاعدة الزائدة. وأخيرا المصلية المكونة من البيرتوان الحشوي. يوجد نسيج لمفاوي في الطبقة تحت

المخاطية مما يسوّغ بعض فرضيات الدور المناعي للزائدة في إفراز الغلوبولينات المناعية وخاصة IgA بالإضافة إلى وجود أدلة تقترح بان الزائدة هي خزان للبكتيريا المعوية المفيدة وتساعد في المحافظة على فلورا كولونية طبيعية.(3) تزداد كمية النسيج اللمفاوي خلال البلوغ وتبقى ثابتة حتى العقد التالي (العشرينيات) لتبدأ بنقصان ثابت مع تقدم العمر, ولايتبقى فعلياً أي نسيج لمفاوي ضمن الزائدة بعد عمر الستين سنة.(1)

خامساً: التوضع والتشوهات الخلقية:

توجد الزائدة بجانب الدقاق والأعور محدودةً بينهم.(3) بعد إتمام الدوران المعوي ، يصبح الأعور ثابتًا في الربع السفلي الأيمن، وهذا ما يحدد الموقع النهائي للزائدة والعثور على قاعدتها عند التقاء شرائط الأعور وبخاصة في أثناء متابعة الشريط الأمامي.(2) هنا تشاهد ملاصقة لجدار الأعور الخلفي بعد تحريك الأعور بالتسليخ اللطيف .
وعلى الرغم من وجود قاعدة الزائدة في مكان محدد يختلف توضع رأسها الذي ياخذ عدة أماكن ينعكس توضعها على الصورة السريرية ومكان الألم.(2) حيث يشكل التوضع خلف الأعور أشيعها بنسبة 60% ثم بالحوض 30% ثم خلف البيرتوان بنسبة 10%. تتشارك الزائدة مع الأعور في تشوهات توضعه والأكثر شيوعاً في ذلك هو فشل نزول الأعور، مما يسبب توضع قاعدة الزائدة في الحفرة الحرقفية اليمنى أو المراق الأيمن. سُجلت حالات نادرة من تضاعف الزائدة أو غيابها الخلقي أو رتوج في الزائدة.(4)



الشكل (2) توضح المواقع المختلفة للزائدة(4)

الفصل الثاني

التهاب الزائدة الدودية الحاد

أولاً: لمحة تاريخية:

أول عملية استئصال زائدة سُجلت عام 1735 لجراح فرنسي يدعى كلود أميانـد الذي استأصل زائدة ملتهبة ومثقوبة لدى طفل عمره 11 عام وُجدت ضمن كيس فتق إربي.(3) ثم جاء أول وصف رسمي للإجراء متضمنا التظاهرات السريرية الشائعة والتوصيات للجراحة الإسعافية في 1886من قبل Reginald Heber جامعة هارفرد . ليأتي تشارلز مكبورني في 1894 ليصف الشق وتقنيته الكلاسيكية .

ثانياً: الوبائيات:

يشكل التهاب الزائدة الدودية أشيع سبب للبطن الحاد في العالم بنسبة تصل 1000/1.(1) مع أرجحية للذكور على الإناث بنسبة 1:1,3 وذروة حدوث في العقد الثاني من العمر.(3)(1) كما وُجد حديثاً أن 84% من الزوائد المستأصلة كانت ملتهبة فعلًا بالتشريح المرضي , وذلك يعني أن 16% من الزوائد المستأصلة كانت طبيعية . حيث تشكل الإناث 68% من المرضى الذين كانت زوائدهم طبيعية.(4)

ثالثاً: الفيزيولوجيا المرضية:

يُعد انغلاق لمعة الزائدة أهم عامل مسبب في حدوث التهاب الزائدة , والسبب المعتاد لهذا الانغلاق هو الحصيات البرازية fecaliths (1), أما الأسباب الأقل شيوعاً فهي فرط نمو النسيج اللمفاوي , انحشار الباريوم من دراسات شعاعية سابقة كانت قد أُجريت للمريض , بذور الفواكه والخضار , ديدان معوية خاصة الأسكاريس.(1)(2)

يأتي تسلسل الأحداث التي تلي انسداد اللمعة كالتالي(1) : يصبح الجزء القاصي من الزائدة مغلقاً بسبب الانسداد في القسم القريب (الجوف المغلق) , وتؤدي المفرزات الطبيعية التي تستمر في الافراغ ضمن اللمعة إلى حدوث توسع وانتفاخ في الزائدة , مايؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل اللمعة الزائدية وينبه النهايات العصبية للألياف الألمية الواردة الحشوية مؤدياً لألم مبهم حول السرة. يستمر توسع اللمعة ليس بسبب استمرار المفرزات المخاطية وحسب , بل أيضا بسبب التكاثر السريع للجراثيم الموجودة ضمنها , وبزيادة الضغط ضمن الزائدة تنغلق الشعريات الدموية ويرتفع الضغط متجاوزاً الضغط الوريدي مايؤدي لانغلاق الوريدات مع استمرار التدفق الشرياني وبالنتيجة حدوث وذمة واحتقان وعائي.(2) وعندها يحدث سريرياً الغثيان الارتكاسي والإقياء . وسرعان ماتشمل الحدثية الإلتهابية الطبقة المصلية وبالتالي تخريش البيرتوان الجداري وهجرة الألم إلى الحفرة الحرقفية اليمنى .

مع استمرار الحدثية الالتهابية والتوسع يرتفع الضغط ليتجاوز ضغط الشرينات , مايؤدي لحدوث منطقة احتشاء في الحافة المقابلة للمساريقا بسبب ترويتها الأقل . وهكذا يتفاقم الإقفار الدموي النسيجي ويحدث الإنثقاب بالتالي.(2)

يمكن تصنيف التهاب الزائدة الحاد حسب الآلية المرضية إلى نمطين(4):

1- التهاب الزائدة الاحتقاني النزلي:

يبدأ الالتهاب في المخاطية وتحت المخاطية (الجريبات اللمفية) ويتابع بإحدى النتائج : تراجع، تقيح، النخر. تتضمن العوامل التي تسرع تطور الالتهاب : طرفي العمر، مثبطات المناعة، وجود حصاة برازية، المسهلات والحقن الشرجية، نقص التروية الدموية.

2- التهاب الزائدة الحاد الانسدادي:

ينتمي ثلثا الحالات لهذه المجموعة والسبب الأكثر شيوعاً داخل اللمعة : حصاة برازية، جسم أجنبي، أو طفيليات في الجدار : التهاب، انسداد مباشر بسرطان أعور. خارج الجدار : التصاق أو تزوي .

رابعاً: الزمر الجرثومية:

تم عزل أنواع مختلفة من الجراثيم الهوائية واللاهوائية من سائل البيرتوان ومحتويات الخراج الزائدي والزائدة نفسها لدى المرضى المصابين بالتهاب زائدة تنخري أو منثقبة وزرعها. تم إثبات وجود الـ E-COLI والعصيات الهشة bacteroides gragilis في جميع العينات تقريباً . أما بقية الجراثيم فتنوعت بين العقديات والزوائف والكلبسيلا.(1)

خامساً: الأعراض والعلامات:

يبقى التشخيص المبكر هو الهدف الأكثر أهميةً عند الشك بالتهاب الزائدة . على الرغم من أن نسبة الوفيات أقل من 1% بشكل كبير فإن المراضة في انثقاب الزائدة أعلى منها بكثير في التهاب الزائدة غير الانثقابي .(3)

5-1-الأعراض:

الألم البطني هو العرض البدئي لالتهاب الزائدة الحاد, يبدأ كلاسيكياً حول السرة معتدل الشدة ومستمراً , ومع مرور الوقت من 4 لـ 6 ساعات يتركز الألم ويتوضع في الحفرة الحرقفية اليمنى (تخريش الزائدة للبيرتوان الجداري)(1) , في حالات أخرى قد يبدأ الألم في الحفرة الحرقفية اليمنى ويستمر في نفس المنطقة . وهذا يفسر الملاحظة السريرية القيمة لاختبار السعال حيث يسبب ألماً موضعاً في حالة التهاب الزائدة

إن اختلاف التوضع التشريحي للزائدة يؤدي إلى اختلاف في الصفات الأساسية للألم البطني الجسدي somatic الناشئ عن التهاب الزائدة (أي لايؤثر اختلاف التوضع التشريحي على الألم الذاتي (الحشوي) الذي يبدأ حول السرة وأسفل الشرسوف وإنما يؤثر على الألم الجسدي المنقول بالأعصاب الجسدية لا الذاتية) . ومثال ذلك في الزائدة خلف الأعورية فقد لايتوضع الألم مطلقاً حتى حدوث التهاب بريتوان معمم بعد انثقاب الزائدة . أو مثلا الزائدة خلف الدقاقية قد تخرش الشريان المنوي والحالب مايؤدي إلى ألم في الخصية.(2)

يرافق القهم anorexia بشكل دائم تقريبا التهاب الزائدة , وهذا الترافق دائم لدرجة أن التشخيص الأصلي يصبح موضع شك بحال كانت الشهية طبيعية , أيضا يحدث الإقياء في مايقارب 75% من الحالات ولكنه لايعتبر العرض المسيطر سريرياً.(3)

لا يُعد نمط الوظيفة المعوية من الأمور التي تحمل أهمية تشخيصية , على الرغم من أن المرضى غالباً ما يذكرون قصة إمساك مرافق بخلاف الأطفال الذين يشكون الإسهال.(4)

5-2- العلامات:

تعتمد الموجودات السريرية بشكل أساسي على المكان التشريحي للزائدة الملتهبة بالإضافة إلى اعتمادها على حالة الزائدة من حيث حدوث الانثقاب عند فحص المريض أو عدمه.(1)(3)

- **المظاهر العامة:**

خلال الساعات الستة الأولى نادراً مايحدث تبدل بدرجة الحرارة أو معدل النبض ، بعد ذلك يحدث ارتفاع طفيف بدرجة الحرارة (37 – 37.2) مع ارتفاع موازٍ بالنبض (80 – 90) /د. مع تقدم الوقت ترتفع الحرارة إلى 38° لكن من النادر أن ترتفع أكثر من ذلك في 90% من الحالات ترتفع الكريات البيض لأكثر من 90% مع الانتباه أن ارتفاع الحرارة الأكبر والعرواءات تنبه الجراح لتشخيص آخر يتضمن انثقاب الزائدة أو أسباب غير التهاب الزائدة.(4)

- **المظاهر النوعية:**

1. ألم بطني مع هجرة(1) : العرض الأول هو ألم حول السرة، في الشرسوف، أو معمم .وهو ألم حشوي مبهم التوضع سببه تمدد الزائدة . بعد بضعة ساعات يهاجر الألم إلى الموقع الذي تخرش فيه الزائدة البريتوان الجداري الحساس جداً(عادةً الحفرة الحرقفية اليمنى) ، يكون هذا الألم موضعاً وثابتاً وهذا يفسر الملاحظة السريرية القيّمة لاختبار السعال حيث يسبب ألماً موضعاً في حالة التهاب الزائدة ولكن ليس عندما تنجم الأعراض عن أسباب بولية كالحصيات . في الزائدة خلف الأعورية قد لا يتوضع الألم مطلقاً حتى حدوث التهاب بريتوان معمم بعد انثقاب الزائدة.

2. اضطراب الوظيفة المعوية(2) : يحدث تشنج بواب وهذا يتظاهر بقمه، غثيان، إقياء.
إن التهاب الزائدة ضعيف الاحتمال عند وجود شهية طبيعية ويترافق في معظم الحالات مع إمساك لكن قد يحدث الإسهال أحياناً خاصةً في الأعمار الصغيرة أو عند توضع الزائدة قرب اللفائفي أو في الحوض.

3. صلابة في الحفرة الحرقفية اليمنى(2) : مع مرور الوقت يصبح التحديد الدقيق للتوضع أكثر صعوبةً حيث تحدث الصلابة العضلية إضافةً للمضض. يمكن تحريض علامات التخريش البريتواني بالفحص السريري بالاعتماد على القرع أو الإيلام المرتد وقد تسبب أي حركة بما فيها السعال ازدياد الألم (علامة Dunfy).(2)

العلامات السريرية الأخرى تشمل حدوث الألم في الحفرة الحرقفية اليمنى خلال جس الحفرة الحرقفية اليسرى (علامة Rovsing) . الألم عند التدوير الداخلي للورك (علامة السدادية – مقترحة الزائدة الحوضية) , والألم ببسط الورك الأيمن (علامة البسواس – نموذجية لزائدة خلف أعورية)(4)

حالات خاصة :

- عند الحمل ترتفع الزائدة للبطن العلوي , ومع تقدم الحمل يميل الألم أكثر باتجاه الأعلى والوحشي .هنا يجب الانتباه ونفي التهاب الحويضة والكلية دوماً.(3)
- لدى المسنين يحدث النخر والانثقاب بشكل أشيع وذلك بسبب الجهاز المناعي الأضعف.(4)

سادساً: الموجودات المخبرية:

قد تفيد في التشخيص لكن لا يوجد اختبار واحد محدد . ويعتبر تعداد الكريات البيض هو الأكثر فائدةً وهو يرتفع نموذجياً بين 10000 و 18000 كرية/ملم في التهاب الزائدة غير المنثقبة لكنه قد يرتفع بشكل أكبر بوجود الانثقاب. يجب التذكر دائماً أنه قد يكون طبيعياً وخاصةً في المراحل المبكرة .المراقبة الدورية للتعداد تحسن كفاءة التشخيص مع ملاحظة الزيادة التدريجية بقيمه مع مرور الوقت.(3)

يجرى فحص البول لنفي الأسباب الأخرى المحتملة للألم البطني وخاصةً الإنتان البولي وحصيات الحالب .تقترح البيلة الدموية الواضحة مع الألم البطني القولنجي حصيات الحالب وعندها تستطب الاختبارات المشخصة لذلك .من جانب آخر لا يعتبر إنتان الجهاز البولي نادراً في مرضى التهاب الزائدة لذلك وجوده لا يستبعد تشخيص التهاب الزائدة الحاد لكن يجب تأكيده وعلاجه. وعلى الرغم من أن البيلة القيحية تقترح الإنتان البولي لكن قد يظهر فحص البول كريات بيض قليلة في مريض التهاب الزائدة الحاد بسبب التهاب الحالب بتأثير الزائدة المجاورة (2)

تستطب اختبارات أخرى في مجموعات معينة من المرضى. حيث يفيد قياس خمائر الكبد والأميلاز في تشخيص الأمراض الكبدية والمرارية والبنكرياسية في حالة ألم الربع العلوي الأيمن أو أوسط البطن . يجب قياس β– HCG عند النساء في سن النشاط التناسلي لنفي الحمل الهاجر أو المرافق.(4)

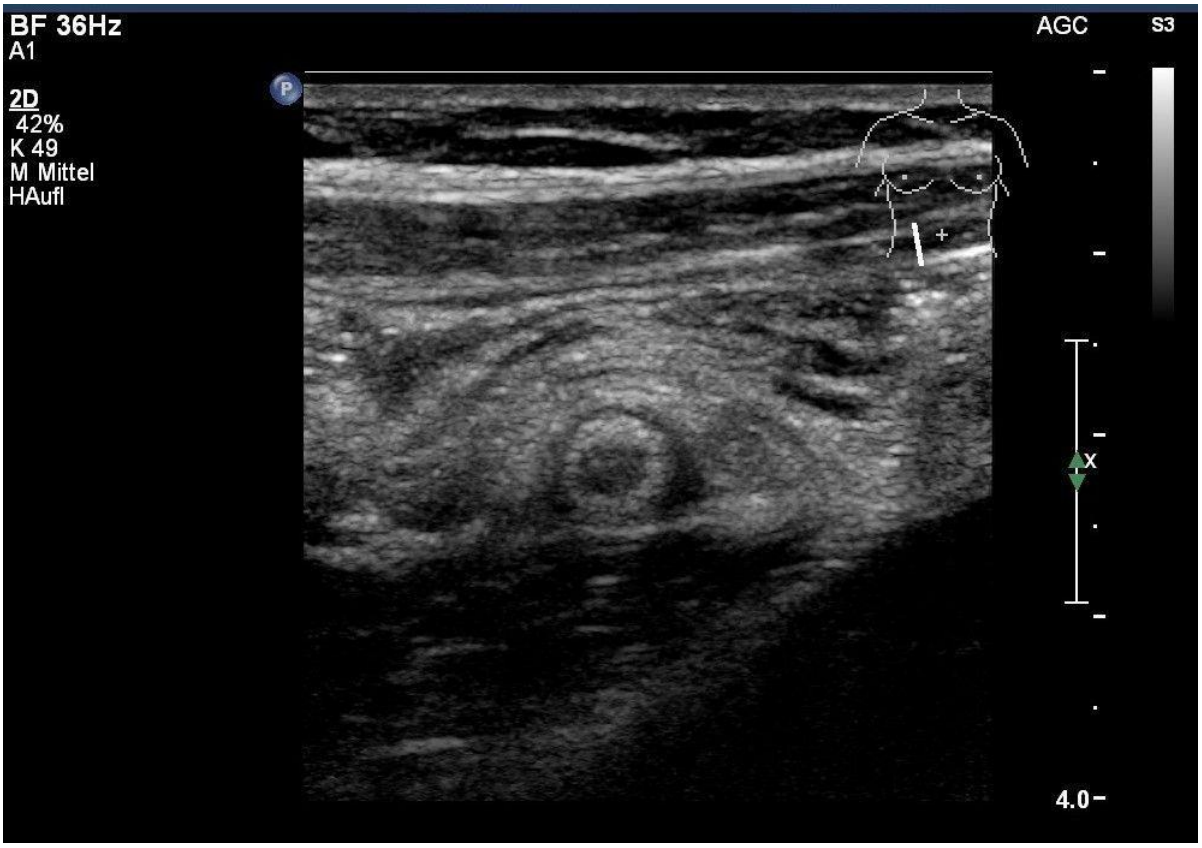
سابعاً: الموجودات الشعاعية:

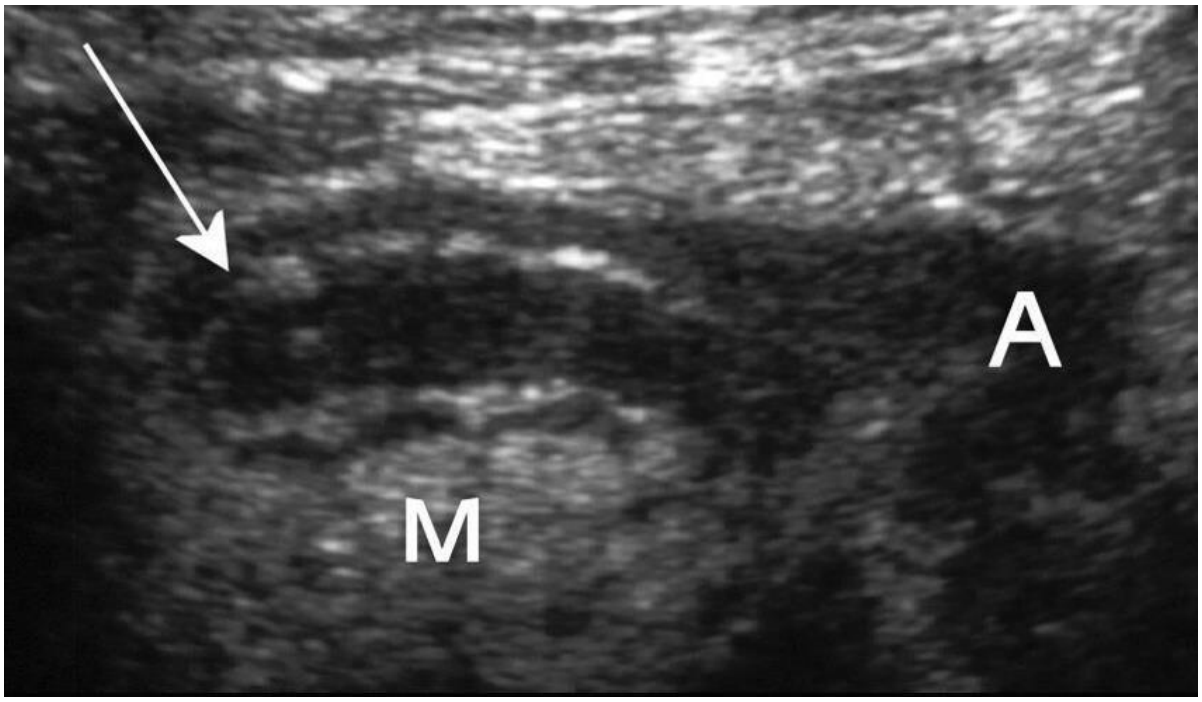
7–1–صورة البطن البسيطة:

تظهر الدراسات أن صورة البطن البسيطة بالوقوف غير كافية لوضع تشخيص التهاب الزائدة بما أن الحصيات البرازية ليست شائعة كفايةً في مرضى التهاب الزائدة , ولكن في حال وجودها فإنها تقترح التشخيص بشدة.(1)(4) وبالتالي من النادر أن تقدم الـ AXR فائدة حقيقية في تشخيص حالات التهاب الزائدة على الرغم من كثرة إجرائها كجزء من التقييم العام للمريض المصاب ببطن حاد , وعلى الرغم من ذلك فإن لهذه الصورة فائدة ملحوظة في نفي وجود مشاكل مرضية إضافية وأهمها نفي انثقاب الحشا الأجوف . على أية حال يشاهد على الصورة الشعاعية البسيطة المجراة لمريض التهاب زائدة توزع غير طبيعي لغازات البطن في أغلب الحالات , وهذا الأمر ليس نوعي.(5)

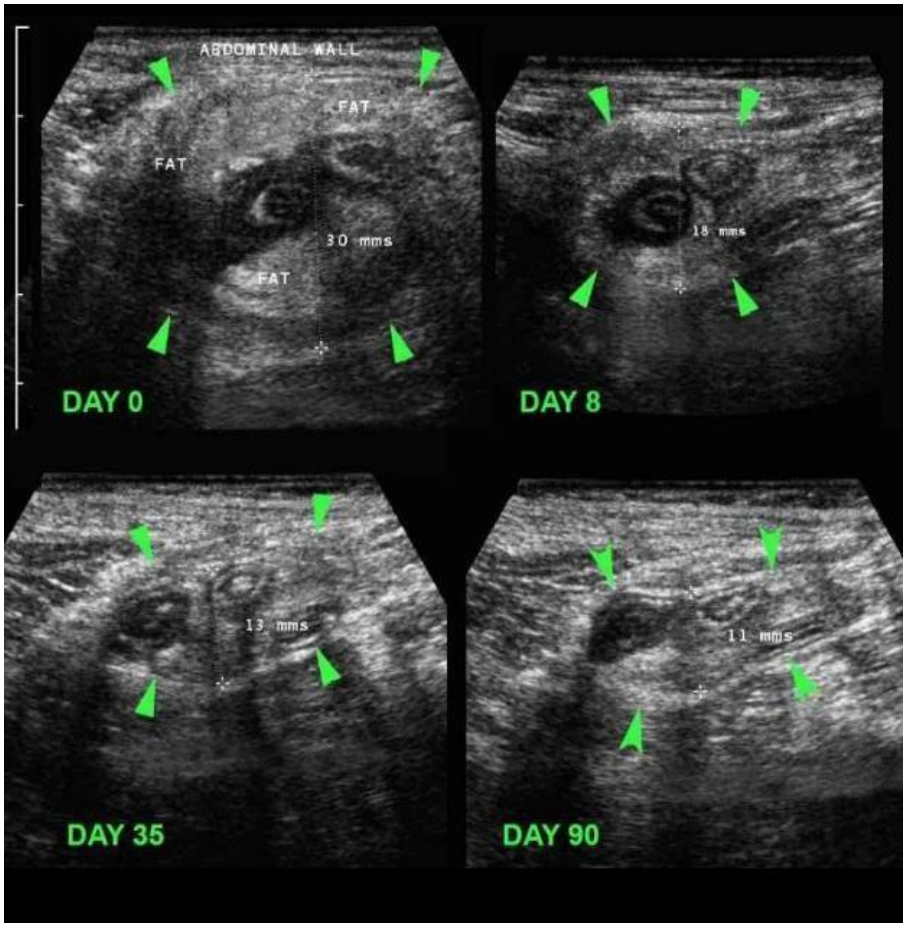
7-2-ايكو البطن :

للأمواج فوق الصوتية فوائد عديدة تتضمن : الانتشار الواسع، تجنب الإشعاعات المؤينة والآثار الجانبية للمواد الظليلة الوريدية كالسمية الكلوية والتفاعلات التحسسية.(5) يفيد الإيكو عبر المهبل في تقييم الأسباب الولادية والنسائية للألم البطني عند النساء في سن النشاط التناسلي مع الانتباه أن كيسات المبيض شائعة وغير عرضية عادةً , لذلك إن وجود كيسة مبيض ليس له قيمة في نفي التهاب الزائدة.(6) في النهاية يعتمد الإيكو بشكل كبير على الفاحص. تتضمن الموجودات التي تقترح تشخيص التهاب الزائدة الحاد(8) : ثخانة جدار الزائدة و نقص قدرة الجدار على الانضغاط (علامةالهدف)، زيادة صدوية الشحم المحيط بالزائدة تميز الالتهاب، و وجود سائل موضع حول الأعور. حيث يتم تحديد الزائدة كعروة معوية ذات نهاية عمياء عديمة الحركات الحوية تنشأ من الأعور , وباستخدام الضغط الأعظمي يقاس قطر الزائدة على الاتجاه الأمامي الخلفي , ويعتبر التصوير ايجابياً في حال كانت الزائدة غير منضغطة وتقيس 6 ملم أو أكثر في الاتجاه الأمامي الخلفي . إن وجود الحصاة البرازية يثبت التشخيص أيضاً.(5) أما في حال بدء الألم قد تجاوز الثلاثة أيام فعادةً مايراجع المرضى بكتلة مجسوسة.(7) حيث يظهر الإيكو والطبقي المحوري كتلة كبيررة من الشحم غير المنضغط حول الزائدة مع تسمك بجدر العرى المعوية المحيطة والمهاجمة على الحفرة الحرقفية اليمنى . في حال وجود تجمع خراجي صريح يُشخص خراج زائدي , وعدا ذلك يدعى بالدرع الزائدي. (8)

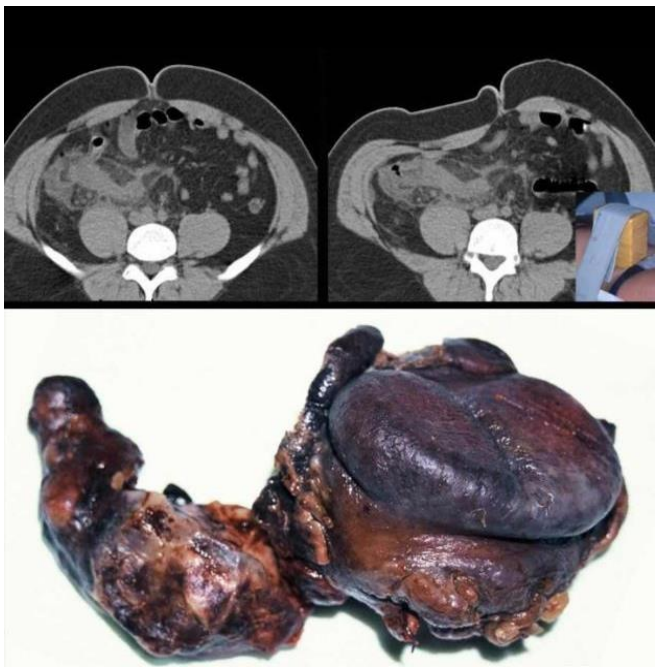




الشكل (3) إيكو يظهر زائدة متوسعة غير قابلة للانضغاط(8)



الشكل (4) درع زائدي بالتصوير عبر الإيكو(8)



الشكل (5) درع زائدي بالتصوير عبر الطبقي المحوري(8)

ثامناً: التشخيص التفريقي:

يتضمن التشخيص التفريقي لالتهاب الزائدة التشخيص التفريقي للبطن الحاد(4) , وذلك لأن التظاهرات السريرية ليست نوعية لمرض معين , وهكذا فإن الصورة السريرية يمكن أن تنتج عن أنواع واسعة من الحدثيات ضمن جوف البيرتوان أو بالقرب منه تعتبر بعض الأسباب أكثر شيوعاً في مجموعات عمرية معينة.(4) على سبيل المثال، عند الذكور الشباب بوجود قصة وفحص مرجحين فإن التهاب الزائدة الحاد هو السبب الأكثر شيوعاً للألم البطني في الربع السفلي الأيمن، كما يسبب التهاب رتج ميكل أعراضاً مشابهةً لكنه غير شائع نسبياً . دون أن ننسى التهاب العقد المساريقية الحاد الذي كثيراً ما يلتبس مع تشخيص التهاب الزائدة وبخاصة لدى اليفعان تالياً لخمج تنفسي علوي , وهو التهاب مُحد لنفسه ويتراجع عفوياً لكن استمرار الأعراض تجعل الشك قائماً بالتهاب الزائدة والاتجاه إلى الجراحة.أيضاً التهاب المعدة والأمعاء أكثر شيوعاً و يجب توقعه عندما يُسبق الألم البطني بالغثيان والإقياء، أو عندما يكون الإسهال عرضاً مميزًا. فإن داء كرون في الدقاق الانتهائي قد يشابه التهاب الزائدة في تظاهره البدئي ولكن بالاستفسار العميق يصف المريض نموذجياً سيراً تحت حاد يتضمن الحمى ونقص الوزن والألم.

في الأعمار المتوسطة والكبيرة : يجب الانتباه للحالات الالتهابية الأخرى متضمنةً القرحة الهضمية المثقوبة مع سائل متسرب للميزابة جانب الكولونية اليمنى (علامة فالنتينو) والتهاب المرارة والتهاب البنكرياس .

قد يختلط أيضاً مع التهاب رتوج الأعورأو السين حيث يشابه التهاب رتوج الأعور التهاب الزائدة تماماً بالإمراضية والتظاهر لأنها كالزائدة تعتبر رتوجاً حقيقيةً تشمل كل طبقات الجدار المعوي، يشابه التهاب السين التهاب الزائدة عند وجود سين ردود مرن ممتد إلى الجانب الأيمن من البطن, لكن مرضى التهاب السين يصفون نموذجياً تطوراً أسرع لألم موضع بالإضافة لتظاهر مبكر لتبدل عادات التغوط . قد تتظاهر الخباثات بألم حاد في الربع السفلي الأيمن بسبب انثقاب سرطان الأعور أو التهاب الزائدة بسبب كتلة سادة لفوهة الزائدة، يتظاهر هؤلاء المرضى نموذجياً بإيجابية الدم الخفي بالبراز وفقر الدم ونقص الوزن.

يكون تشخيص ألم الربع السفلي الأيمن أكثر صعوبةً عند النساء في سن النشاط التناسلي(7)، وبالإضافة للأسباب الأخرى عند الرجال الشباب قد يعود الألم عند النساء الشابات للأسباب الولادية النسائية ككيسة مبيض متمزقة، جريب متمزق، انفتال مبيض، حمل هاجر، التهاب ملحقات حاد، وخراج مبيضي بوقي, والداء الحوضي الالتهابي حيث تفيد القصة السريرية الكاملة متضمنة تاريخ الطمث الأخير وفحص الحوض في تفريق هذه الأسباب عن التهاب الزائدة الحاد.(8) وعلى الرغم من ذلك قد يكون التشخيص الصحيح في هذه المجموعة العمرية صعباً مما يسبب معدلًا عالياً للتشخيص الخاطئ.

تاسعاً: معالجة التهاب الزائدة الحاد:

من المعلوم أن العلاج الأساسي لالتهاب الزائدة هو الاستئصال الجراحي.(4) ولذلك من الواجب عدم إهمال أهمية التداخل الجراحي المبكر وخصوصاً بغياب الكتلة الموضعة , فإن الجميع متفق على الاستئصال الإسعافي . لذلك من الواجب تحضير المريض لإدخاله غرفة العمليات .

9-1-التحضير قبل الجراحة:

قد يكون مريض التهاب الزائدة متجففاً بسبب الحمى ونقص الوارد الفموي لذلك يجب بدء السوائل الوريدية مع مراقبة النبض، الضغط، والصادر البولي. قد تكون الاضطرابات الشاردية واضحةً في حالة الانثقاب ويجب إصلاحها قبل بدء التخدير العام , مع الانتباه إلى السوابق القلبية والرئوية والكلوية قبل الجراحة.(2)

كما أكدت تجارب متعددة على فعالية إعطاء الصادات قبل الجراحة في إنقاص معدل الاختلاطات الخمجية.(3) تنقص الصادات الوريدية إنتان الجرح بعد الجراحة والخراجات داخل البطن بشكل واضح . وتعطى قبل الشق الجراحي لتحقيق مستويات نسيجية مناسبة. تتضمن الخيارات المقبولة مركبات السيفالوسبورين من الجيل الثاني أو مشاركة صادات موجهة ضد سلبيات الغرام واللاهوائيات (1)(2)وفي حال كانت الزائدة ملتهبة التهاباً حاداً بسيطاً دون مضاعفات أخرى . فلا حاجة للاستمرار بإعطاء الصادات أكثر من 24 ساعة . أما في حال وجود زائدة منثقبة فلابد من الاستمرار بالصادات حتى تزول الحمى عن المريض ويصبح تعداد كرياته البيض ضمن الحدود الطبيعية.(4)

9-2-التكنيك الجراحي:

يجري معظم الجراحين إما شق مك بورني (المائل) أو شق روكي ديفز (المعترض) في الربع السفلي الأيمن من البطن(1) , وكلا الشقين يتم فيهما شطر العضلات . يجب أن يتمركز الشق فوق النقطة التي يتوضع فيها الألم الأكثر شدة , أو فوق الكتلة المجسوسة بحال وجود كتلة . في حال الاشتباه بوجود خراج , فمن المفضل إجراء شق متوضع للوحشي أكثر لتجنب التلوث المعمم لجوف البيرتوان.(3) وفي حال التشخيص كان موضع شك فالبعض ينصح بإجراء شق سفلي على الخط الناصف للسماح بكشف أوسع لجوف البيرتوان.(4)

تحريك محدود للأعور ليساعد في كشف ملائم , ومتى تم كشف الزائدة فإن مساريقا الزائدة تُربط وتقطع مع أخذ الانتباه لربط الشريان الزائدي بشكل آمن . ويتم ربط جذمور الزائدة فقط أو ربطها وطمرها باستخدام قطبة صارة (قطبة فم الكيس purse-string) أو قطبة على شكل حرف Z , وفي الحالات التي يكون فيها جذمور الزائدة عيوشاً ولاتمتد فيه الحدثية الالتهابية إلى قاعدة الأعور فإنه من الممكن الاكتفاء بربط جذمور الزائدة بخيط غير ممتص , ويتم غالباً إزالة ماتبقى من المخاطية من جذمور الزائدة لمنع تطور القيلة المخاطية . يجرى غسل للجوف البيرتواني ثم إغلاق الجرح على طبقات.(7)

كما يمكن استئصال الزائدة أيضا عبر التنظير , حيث يقدم التنظير فائدة هامة لدى النساء الشابات اللواتي يكون التشخيص مشتبهاً لديهن.(10) بالإضافة إلى ارجحية إجراء التنظير لدى مرضى البدانة لتجنب الشق الكبير.(11) دون أن ننسى الناحية الجمالية عبر مداخل التنظير . وقلة نسبة انتان الجروح ومدة الاستشفاء , والعودة المبكرة للعمل.

عندما تكون قاعدة الزائدة متنخرة لايجب محاولة الهرس أو الربط ويجب هنا وضع قطبتين عبر جدار الأعور قرب قاعدة الزائدة المتنخرة التي تستأصل مع جدار الأعور ثم يتم ربط هذه القطب وطمرها بطبقة ثانية من قطب مصلية عضلية متفرقة.(7)

استئصال الزائدة بالطريق الراجع : عندما تكون الزائدة خلف أعورية وملتصقة، من المفضل قطع قاعدة الزائدة بين لاقطين ثم ربطها . يلي ذلك ربط أوعية المساريقا ثم تبعيد لطيف على الأعور ليمكِن من توليد الزائدة التي تستأصل من القاعدة إلى الذروة.(8)

تفجير جوف البيرتوان(10) : غير ضروري بشكل دائم تقريباً عند إجرء تنشيف البريتوان المناسب . إذا وجد سائل قيحي معتبر في الميزابة اليمنى أو في الحوض فمن الحكمة وضع مفجر زيكزاك عبر شق طاعن منفصل .

9-3-اختلاطات استئصال الزائدة:

تتدرج الاختلاطات وفقاً لدرجة تلوث البيرتوان(2) حيث تتضمن :

- اختلاطات باكرة: نزف , انتان جرح , تشكل خراج , خزل الأمعاء, وبشكل نادر الناسور البرازي
- اختلاطات متأخرة: نادرة كالانسداد المعوي بسبب شريط أو تليف التصاقي , اندحاق الجرح المؤهب بانتانه سابقاً

عاشراً: التهاب الزائدة الانثقابي (تمزق الزائدة) :

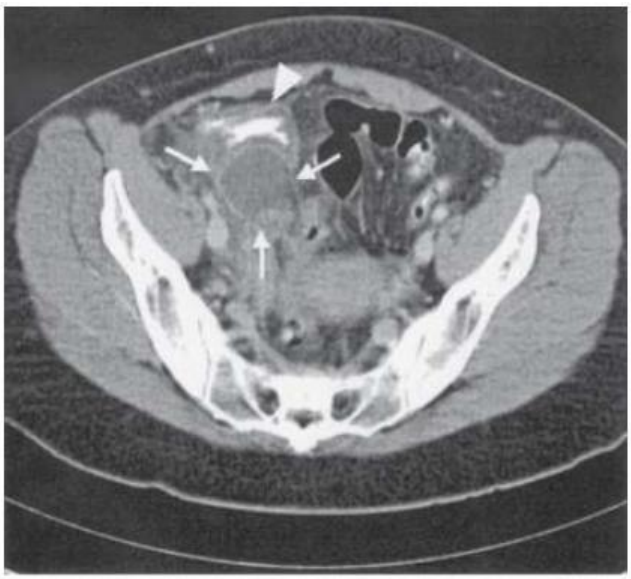
دائماً مايُنصح بإجراء استئصال الزائدة الإسعافي لعلاج التهابها الحاد بسبب التطور المعروف نحو الانثقاب عندما تترك دون معالجة.(1)

إن ارتفاع الضغط ضمن اللمعة المتزايد والمؤدي لفرط النمو الجرثومي في اللمعة وعبور الجراثيم عبر جدار الزائدة يفضي إلى تفاقم الالتهاب والوذمة وبالنهابة حدوث النخر الذي يمتد لفروع الشريان الزائدي مما يؤدي لتنخر جدار الزائدة والانثقاب.(4)

إن أكثر حالات تمزق الزائدة تحدث في القسيم الأبعد من نقطة انسداد اللمعة , على الحافة المقابلة للمساريقا في جدار الزائدة . يجب أن نشتبه بانثقاب الزائدة في الحالات التي يشكو بها المريض من بدء الألم من يومين مع حمى تزيد عن 39 درجة و ارتفاع بتعداد الكريات البيضاء عن 18000 كرية/ملم مع إنزياح الصيغة للأيسر بشكل كبير.(7)

ومن الصعب غالباً تفريق التهاب الزائدة الحاد غير المختلط عن الانثقاب على قاعدة الفحص السريري وحده , ولكن من الأهمية بمكان التفريق بين الحالتين بسبب اختلاف طريقة التدبير , من هنا تأتي أهمية إجراء الطبقي المحوري ,

حيث يمكن علاج الخراجات الصغيرة والفلغمون بطريقة محافظة من خلال الصادات الوريدية . أيضاً يمكن تدبير الخرجات الموضعة بشكل جيد من خلال التفجير عبر الجلد . أما بالخراجات المختلطة فلابديل عن التفجير الجراحي.(8)



الشكل (6) طبقي محوري لزائدة منثقبة(8)

الفصل الثالث

الدرع الزائدي

أولاً: التعريف:

في معظم الحالات يتطور التهاب الزائدة الحاد بعد 3–5 أيام من بدء الاعراض (ونادراً أقل من ذلك) نحو تشكل الدرع الزائدي , الذي غالباً مايتم احتواؤه بالبنى المجاورة.(3)

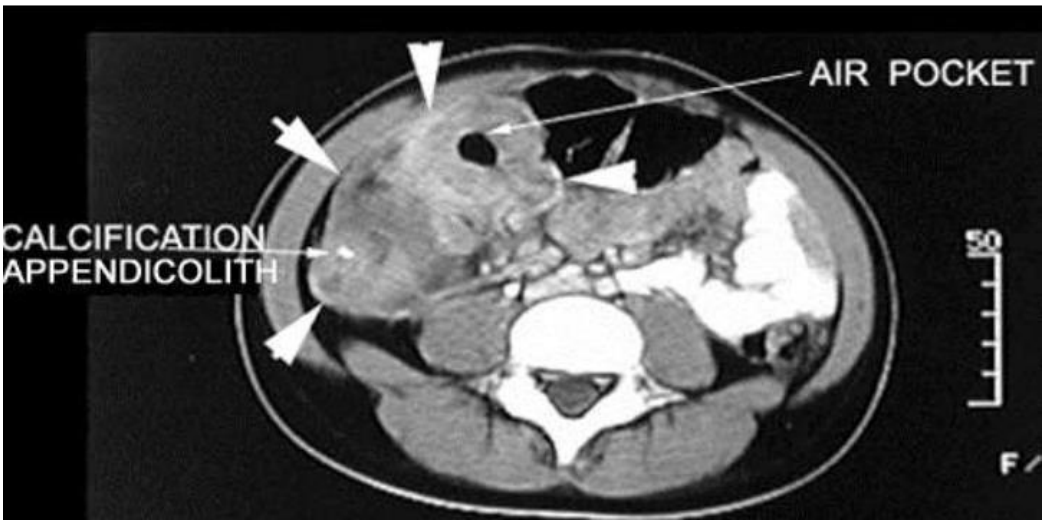
تتألف هذه الكتلة (فلغمون)من الثرب المهاجم , والأعور المتوذم , وعُرى دقاقية مهاجمة وملتصقة , يتوضع في مركزها الزائدة الملتهبة و/أو المثقوبة . ومع الأيام تتوضح حدود الكتلة إما باتجاه تشكيل خراج وقيح أو بالتناقص مع تراجع الالتهاب.(9)

عالمياً حوالي 6–10% من التهاب الزوائد الحاد تتطور باتجاه الدرع , وهي نسبة ليست قليلة.(10)

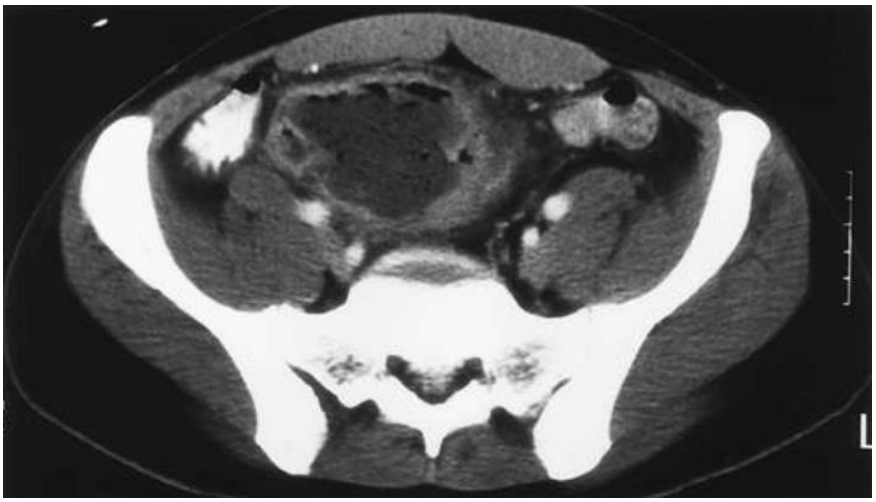
سريرياً يشكو مرضى الدرع كمرضى الزائدة من ألم في الحفرة الحرقفية اليمنى , مع كتلة مجسوسة عادةً على الرغم من أن تشنج عضلات البطن قد يخفيها أحياناً.(11)

مفتاح التشخيص هو طول مدة الأعراض (تشكل الدرع يتطلب 3–5 أيام) والأساس بذلك الربط مع الإيكو الذي يثبت التشخيص . بالإضافة للطبقي المحوري ذي الحساسية الأعلى.(8)

لابد من تمييز الدرع الزائدي عن الخراج الذي يتميز بذرى حرارة أعلى . حيث يتعلق مكان تشكل الخراج بمكان رأس الزائدة وأشيع مكان لذلك خلف الأعور على امتداد الميزابة اليمنى يلي ذلك الحوض.(8)



الشكل (7) طبقي محوري تظهر تشكل خراجي لزائدة مثقوبة(11)



الشكل (8) طبقي محوري تظهر تشكل خراجي من زائدة مثقوبة في الحوض(11)

ثانياً: التشخيص التفريقي للدرع الزائدي:

1) سرطان الأعور : نادراً ماتكون الكتلة ممضةً ويحدث ببطء ويوجد غالباً فقر دم ثانوي مع دم خفي أو مرئي في البراز. غالباً مع تدهور مترقي بالصحة ونقص وزن خلال أشهر .المريض غالباً مُسن .

2) داء كرون : يتظاهر بإسهال ،نقص وزن ،كتلة قرب الخط الناصف ويتطلب الدراسة بصورة الأمعاء الدقيقة الظليلة والتنظير الهضمي مع الخزعات لوضع التشخيص الأكيد .

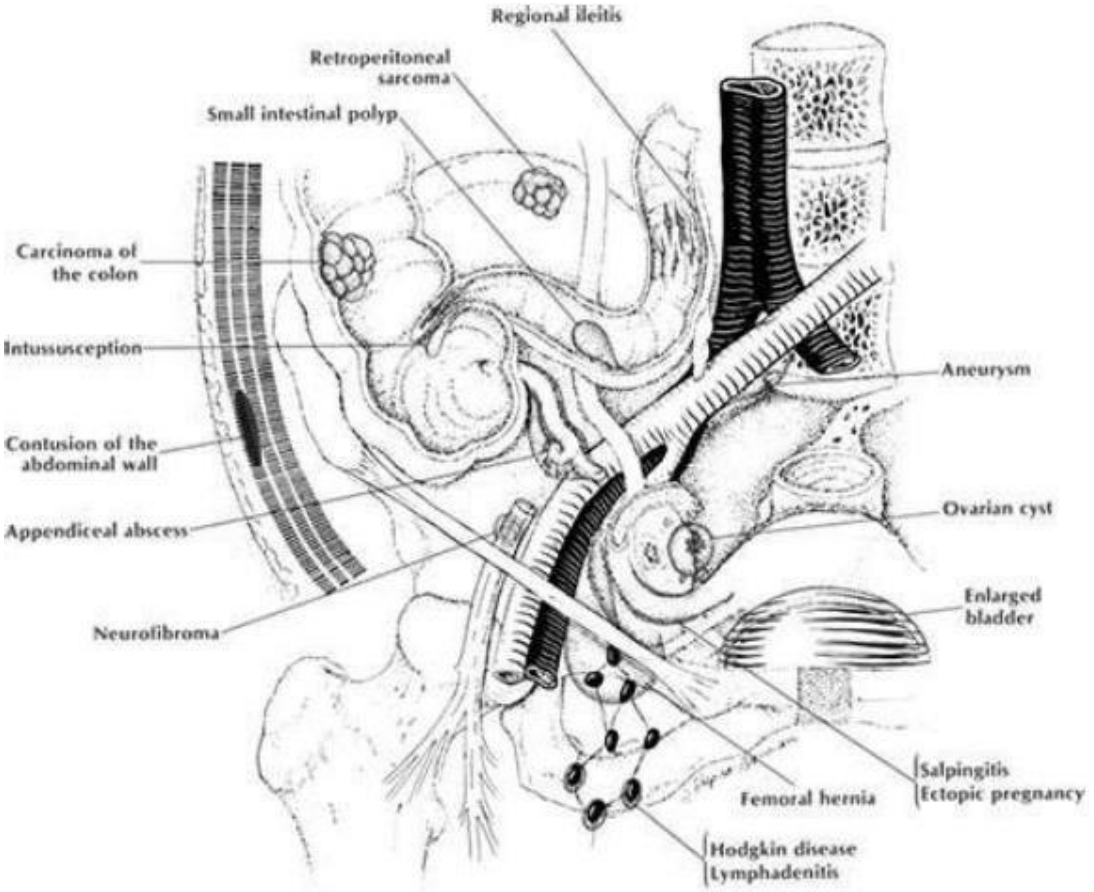
3) سرطان المبيض: شائع عند النساء المسنات، قد يكون بدئياً أو ثانوياً من المعدة (ورم كروكنبرغ).

4) السل :السل اللفائفي الأعوري مفرط التصنع هو السبب الأكثر شيوعاً.

5) انفتال كيسة المبيض: الخطوة الأساسية في التشخيص هي المس المشرك بجس البطن، بالإضافة للإيكو

6) التهاب عقد لمفية حرقفية : تقلّد أحياناً خراج الزائدة عند حدوثها في الجانب الأيمن، في الحالات المبكرة تكون علامة البسواس إيجابية غالباً. يوجد مضض وبعض الصلابة مع جس كتلة فوق الرباط الإربي.

يسبب تقيح العقد الحرقفية خراجاً خلف البريتوان. قد تشاهد بؤرة إنتان في العجان أو الطرفين السفليين.(7)



الشكل (9) التشخيص التفريقي لكتلة في الحفرة الحرقفية اليمنى(7)

ثالثاَ: التدبير والمعالجة:

3-1- تدبير الخراج الزائدي:

- **التفجير الموجه عبر الجلد:**

يتيح كل من الإيكو والطبقي المحوري إجراء تفجير الخراج الموجه عبر الجلد وتحت التخدير الموضعي , مع الانتباه إلى ان فشل الاستجابة للعلاج المحافظ والتفجير الموجه يجب أن يثير الشك بتشخيص آخر .

استطبابات التفجير الجراحي للخراج الزائدي(7) :

1- عدم تناقص حجم الكتلة بعد اليوم الخامس للعلاج المحافظ

2- الحرارة المعندة لعدة أيام متواصلة

3- الخراجات الحوضية كونها نادرة الشفاء . المس الشرجي مطلوب هنا لإمكانية تحديد المدخل مستقيمي أو مهبلي .

- **طريقة التفجير الجراحي (4) :**

– الخراج خلف الأعور: يجب تفجيره بالطريقة خلف البيرتوان. يجرى شق بطول 2.5 – 5 سم فوق مركز التورم وأقرب نوعاً ما للجانب الوحشي منه بالمقارنة مع الجانب الأنسي. يتم فتح صفاق المنحرفة الظاهرة ثم قطع ألياف العضلات الأعمق بدلًا من فصلها لإعطاء مجال أوسع لخروج محتويات الخراج. عند الوصول للبريتوان يتم فصل الأنسجة خلف البريتوان باتجاه الخارج والخلف حتى الدخول إلى جوف الخراج. في حال توضع جوف الخراج على مسافة من الشق يتم الحصول على نزح وتفجير مباشر أكبر عبر شق معترض في الخاصرة بعد إغلاق الجرح الأصلي في هذه الحالة.

– الخراج تحت الأعور: يتم التفجير بنفس الطريقة لكن يتم إجراء الشق أقرب للشوك الحرقفي الأمامي العلوي

– الخراج قرب الدقاق: يمكن الوصول إليه عبر جوف البريتوان فقط، بعد فتح جوف البريتوان يتم دك شانات بطن لعزل المنطقة عن جوف البريتوان المعمم قبل فتح الخراج.

– الخراج الحوضي: يتم تفجيره عبر المستقيم.

3-2- تدبير الدرع الزائدي:

وهذا موضوع دراستنا الذي لايزال يشكل مثاراً للجدل , وله رأيان إما بالعلاج المحافظ (استئصال الزائدة اللاحق) أو العلاج الجراحي المبكر .

- **العلاج المحافظ:**

يعتبر المدافعون عن هذا الرأي أن ارتكاس الجسم قد جعل الآفة محتواة وموضعةً مسبقاً ومن الحكمة عدم تخريب هذه الحماية.(7) وأن الجراحة في هذا الوقت معقدة وتحمل خطراً عالياً لإحداث أذيات نسيجية ، وقد يكون من الصعب مشاهدة الزائدة أساساً ماقد ينجم عنه ناسور برازي . لهذه الأسباب

من الحكمة التريُث واتخاذ برنامج العلاج المحافظ مع التحضير للجراحة في أي وقت يفشل العلاج المحافظ بالسيطرة على الإنتان ما يجنب المريض التهاب البيرتوان المعمم.

لا يعتبر العلاج المحافظ تأخيراً للجراحة وليس بديلًا لها، لكنها معالجة غير جراحية اختيارية تطبق بشكل أساسي في المشفى خاصةً في ظروف يكون فيها العلاج المحافظ أقل خطورةً من محاولة الجراحة(7) .ويتم استئصال الزائدة في وقت لاحق. يعتمد العلاج المحافظ على السوائل والصادات الوريدية وإراحة الأمعاء.

يتم أخذ القصة المرضية بدقة وتوضع ملاحظة خاصة لعدد الساعات منذ بدء الحالة. تسجل العلامات السريرية بشكل منظم (مجدول). يتم رسم حدود الكتلة أقرب ما يمكن للوضع الحالي. أحياناً تمنع الصلابة العضلية جس الكتلة وتمييزها لكنها تجس في معظم الحالات عند إعادة الفحص السريري بعد ساعتين حيث إن تناقص القلق ودفء السرير ينقص تشنج عضلات جدار البطن بشكل كاف للسماح بجس الكتلة وتعليمها بقلم جلدي.(17)

- مخطط المراقبة: يسجل النبض بشكل خاص كل ساعة وتسجل الحرارة كل 3 ساعات ويُسجل الإقياء عند حدوثه. إذا كان الإقياء عبارةً عن سائل صافٍ لا حاجة لتركيبNGT .
- الحمية : يوضع المريض على حمية مائية فقط ويسمح بـ30 مل من الماء كل ساعة عن طريق الفم . تعتبر الرغبة بتناول الطعام في اليوم الرابع أو الخامس مؤشراً جيداً على تطور مقبول وأنه يمكن البدء بالتغذية الفموية وتدريج الحمية من الرائقة للسائلة حتى نصف الجامدة خلال الأيام القليلة التالية.
- السوائل الوريدية : إماهة حاجة كاملة في الحمية المائية ثم إنقاصها تدريجياً عند البدء بإدخال التغذية الفموية مع مراقبة الشوارد يومياً والمحافظة على التوازن الشاردي
- الأدوية : لايعطى المورفين أو مشتقاته في الحالات المشكوك بتشخيصها التي يتم مراقبتها بشكل لصيق لعدة ساعات وعند وضع التشخيص المؤكد يعطى التسكين الجيد.

يمكن البدء بتغطية ثلاثية بالصادات بالطريق الوريدي (أوغمنتين –جنتامايسين –ميترونيدازول) أو الثنائية (سيفالوسبورين وميترونيدازول) أو التغطية الأحادية بالبيبراسيلين/تازوباكتام وعند السماح بالتغذية الفموية تغير المعالجة إلى مركبات السيفالوسبورين الفموية. (18)

- إراحة الأمعاء : إذا لم يتبرز المريض بشكل عفوي خلال 4–5 أيام قد يُعطى تحاميل غليسيرين مع تجنب المسهلات الفموية حتى عودة العلامات الحيوية للطبيعي .
- المعالجة المضادة للتخثر : كما في كل حالات المرضى المستلقين في السرير يجب اتباع الوقاية من الخثار في أوردة الساق والحوض باستخدام الأجربة الضاغطة والهيبارين منخفض الوزن الجزيئي تحت الجلد.

معايير إيقاف العلاج المحافظ(7) :

1) ارتفاع معدل النبض : ارتفاع النبض في المراحل المبكرة هي العلامة الوحيدة الأكثر موثوقيةً التي تشير لخطورة استمرار العلاج المحافظ.

2) إقياء او استنشاق معدي مُثبت .

3) انتشار الألم البطني : لايجب أن يشكو المريض الخاضع للعلاج المحافظ من استمرار الالم بعد 12 ساعة من بدء العلاج , حيث يشير استمرار الألم إلى شيء مريب ويستطب الجراحة .

4) زيادة حجم الكتلة .

مضادات استطباب العلاج المحافظ(7) :

1) عدم القدرة على التمييز بين التهاب الزائدة وكوارث أُخرى داخل البطن تتطلب بشكل طبيعي الجراحة الفورية . 2) وجود علامات تشير إلى أن الألم لايزال محصوراً بالزائدة .

3) العمر أقل من 10 سنوات : ثرب غير متطور , وانثقاب مبكر للزائدة .

4) العمر أكبر من 65 : بسبب شيوع التهاب البيرتوان مع علامات سريرية أقل وضوحاً . نسبة فشل العلاج المحافظ تقدر بـ10 – 20% بسبب انتشار الإنتان إلى البطن .

بعد نجاح العلاج المحافظ يمكن تخريج المريض بأمان على صادات فموية وحمية عادية حيث يخمد التهاب الزائدة عادةً خلال أسبوع لأسبوعين , يجب استمرار الصادات لأسبوعين تقريباً . وذلك بانتظار استئصال الزائدة اللاحق بعد 6–8 أسابيع لتلافي النكس اللاحق .

3-3- العلاج الجراحي المبكر:

وهو إحالة الزائدة للاستئصال الجراحي خلال أقل من 24 ساعة من التشخيص.(17) ويتميز بما يلي حسب المدافعين عنه :

1) تحقيق الشفاء المبكر والكامل منذ القبول الأول .

2) نفي الأسباب الأخرى المحتملة (كالانغلاف والخباثة). 3) إنقاص مدة الاستشفاء , والعودة الأسرع للعمل .

4) إنقاص التكلفة بعدم الحاجة للقبول الثاني .

5) قد يحدث نكس التهاب الزائدة بعد التخريج من المشفى وقبل موعد الاستئصال اللاحق

6) بتوفر اليد الخبيرة تنقص نسبة إحداث الأذية في أثناء التداخل على الدرع وبالتالي إنقاص نسبة الناسور البرازي الذي يبررون به أنصار العلاج المحافظ رأيهم.

من المضاعفات الشائعة للجراحة الباكرة ارتفاع نسبة انتان الجرح 15%(18) لكنها لاتشكل عائقاً لتمنع الاستطباب.

الجزء الثاني

الدراسة العملية

الفصل الأول

المواد والطرائق

Materials and Methods

تصميم الدراسة:

دراسة حشدية مستقبلية Prospective cohort study.

مجموعة الدراسة:

جميع مرضى درع الزائدة من كلا الجنسين المراجعين لمشفى المواساة الجامعي وقد تم استثناء الحالات التي تقل اعمارها عن ١٤ عاما" كونها تراجع مشفى الأطفال وتم استبعاد مرضى خراج الزائدة

مكان الدراسة:

مشفى االمواساة الجامعي – كلية الطّب البشريّ– جامعة دمشق.

الفترة الزمنية:

الفترة الممتدة من ٢٠٢٠/١/١ الى ٢٠٢٢/١/١

أهداف الدراسة:

إن الهدف من هذه الدراسة هو المقارنة بين العلاج التقليدي المحافظ و العلاج الجراحي الباكر في تدبير مرضى درع الزائدة، وذلك لتحديد الطريقة الأمثل لعلاج هذه الحالات وتبيان مدى الإقامة بالمشفى والاختلاطات التي قد تحدث بعد الجراحة

معايير الاشتمال في الدراسة:

- ✓ المرضى المشخص لهم درع الزائدة في شعبة الاسعاف الجراحي في مشفى المواساة خلال فترة الدراسة

معايير الاستبعاد من الدراسة:

- ☒ المرضى الذين لم يراجعو بعد العمل الجراحي ولم نتمكن من التواصل معهم
- ☒ المرضى الأصغر من ١٤ سنة كونهم يراجعون مشفى الأطفال
- ☒ المرضى الأكبر من ٦٠ سنة كونهم يشتركون بأفات مرضية مزمنة أخرى قد تأثر بنتائج الدراسة
- ☒ مرضى خراج الزائدة او الذين يشخص لهم افة أخرى اثناء الجراحة

خطة البحث:

- جمع البيانات من خلال العودة الى اضابير المرضى وسجلات العمليات للمرضى المراجعين لشعبة الإسعاف الجراحي في مشفى المواساة وسيتم التواصل مع المرضى لمتابعة الاختلاطات اللاحقة
- تقسيم عينة الدراسة الى مجموعتين:

١- مجموعة الجراحة الإسعافية

٢- مجموعة العلاج المحافظ والاستئصال المتأخر

الفصل الثاني

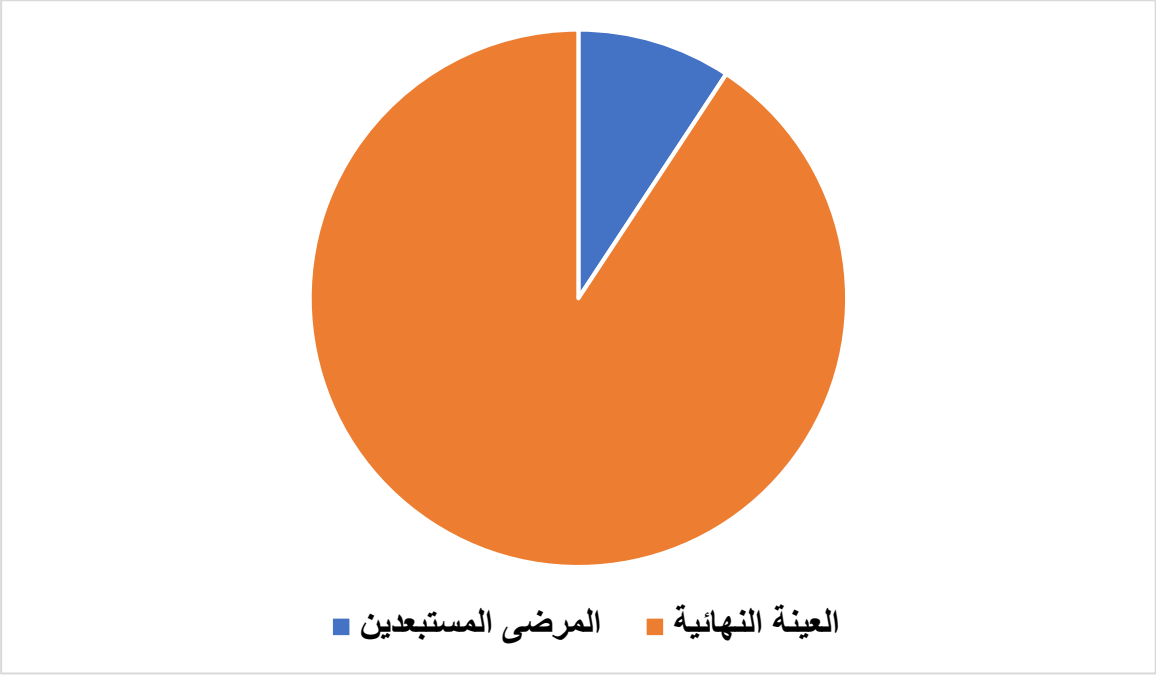
النتائج الإحصائية

التحليل الإحصائي للبيانات:

- ✓ سيتم تدوين جميع البيانات ومعالجتها وتصنيفها في مجموعات وجداول ومخططات بيانية تعكس الدراسة بوساطة برنامج IBM® SPSS® Statistics v24.
- ✓ ثم اختبار الفرضيات من خلال الاختبارات الإحصائية المناسبة.
- ✓ ثم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام الاختبارات المناسبة واعتبار قيمة مستوى الدلالة ذات أهمية عند $P \leq 0.05$.
- ✓ وستُقارَن النتائج التي حصلنا عليها مع الدراسات العالمية.

1- العينة البدئية والنهائية:

شملت العينة الأولية ٩٧ مريضاً، تم استبعاد ٩ مرضى بسبب عدم المتابعة، فأصبحت العينة النهائية ٨٨ مريضاً

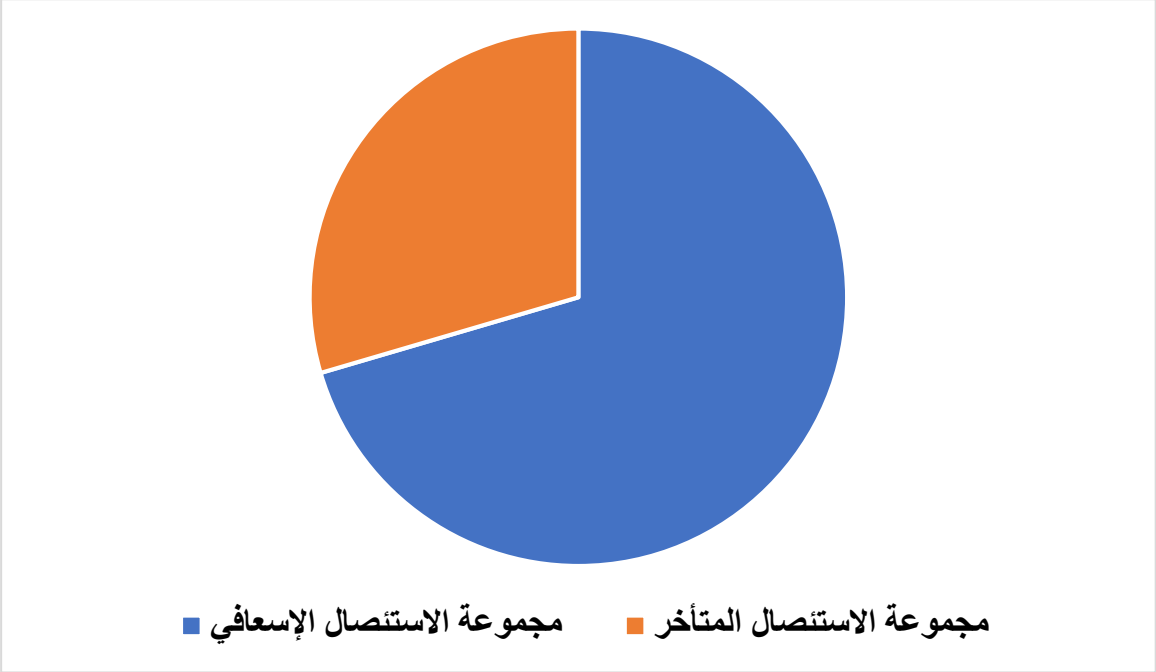


المخطط البياني (1) العينة البدئية والنهائية

2- المجموعات:

شملت العينة ٨٨ مريضاً، وكان توزعهم في المجموعات كالتالي:

- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** شملت ٦٢ مريضاً بنسبة ٧٠,٥%
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** شملت ٢٦ مريضاً بنسبة ٢٩,٥%



المخطط البياني (2) توزع العينة حسب المجموعات

3- توزع المرضى حسب الجنس:

شملت العينة ٥٩ ذكراً بنسبة ٦٧,١٪، و٢٩ أنثى بنسبة ٣٢,٩٪، وكان التوزع حسب المجموعات كالتالي:

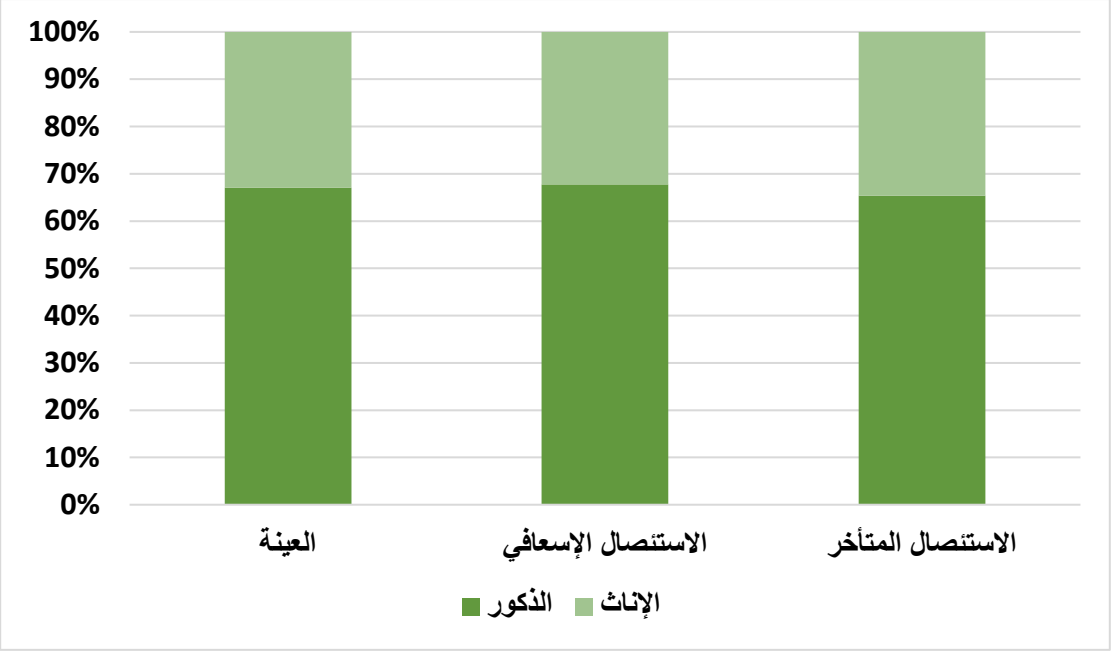
- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** شملت ٤٢ ذكراً بنسبة ٦٧,٧٪، و٢٠ أنثى بنسبة ٣٢,٣٪
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** شملت ١٧ ذكراً بنسبة ٦٥,٤٪، و٩ إناث بنسبة ٣٤,٦٪

عند إجراء اختبار مربع كاي كانت قيمة X^2=1.981 وقيمة P Value= 0.441 وبالتالي لا يوجد فرق هام إحصائياً في توزع العينة حسب الجنس

يبين الجدول رقم (١) توزع المرضى حسب الجنس مع النسب المئوية، يتضح من الجدول أن أغلب المرضى كانوا ذكوراً وكما يمكن رؤية التوزع حسب الجنس في المخطط رقم (٣)

الجدول (1) توزع المرضى حسب الجنس

	العينة	الاستئصال الإسعافي	الاستئصال المتأخر
الذكور	59 (67.1%)	42 (67.7%)	17 (65.4%)
الإناث	29 (32.9%)	20 (32.3%)	9 (34.6%)
X^2	1.981		
P Value	0.441		



المخطط البياني (3) توزع المرضى حسب الجنس

4- توزع المرضى حسب العمر:

كان متوسط العمر في العينة ٢٥,٢ سنة، والانحراف المعياري ٦,٧، وكان التوزع حسب المجموعات كالتالي:

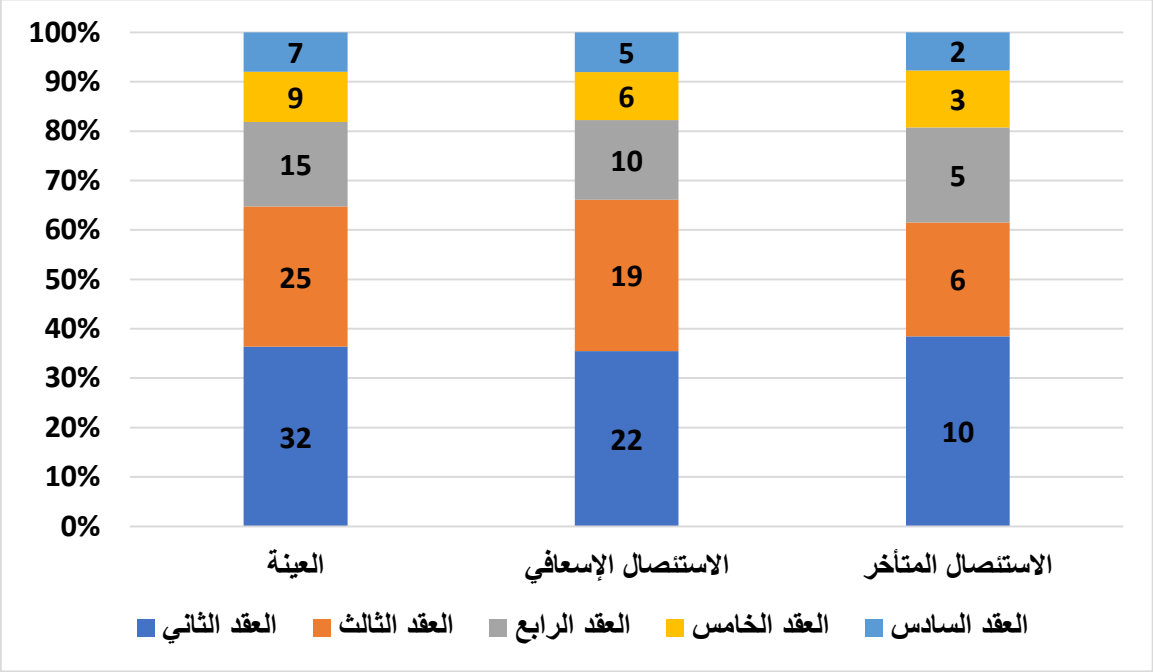
- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** كان متوسط العمر ٢٥,٦ سنة، والانحراف المعياري ٧,١، وشملت ٢٢ مريض بالعقد الثاني بنسبة ٣٥,٥٪، و١٩ مريض بالعقد الثالث بنسبة ٣٠,٦٪، و١٠ مرضى بالعقد الرابع بنسبة ١٦,١٪، و٦ مرضى بالعقد الخامس بنسبة ٩,٧٪، و٥ مرضى بالعقد السادس بنسبة ٨,١٪
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** كان متوسط العمر ٢٤,٣ سنة، والانحراف المعياري ٥,٣، وشملت ١٠ مرضى بالعقد الثاني بنسبة ٣٨,٥٪، و٦ مرضى بالعقد الثالث بنسبة ٢٣,١٪، و٥ مرضى بالعقد الرابع بنسبة ١٩,٢٪، و٣ مرضى بالعقد الخامس بنسبة ١١,٥٪، ومريضين بالعقد السادس بنسبة ٧,٧٪

عند إجراء اختبار مربع كاي كانت قيمة $X^2=1.918$ وقيمة P Value= 0.512 وبالتالي لا يوجد فرق هام إحصائياً في توزع العينة حسب الفئات العمرية

يبين الجدول رقم (٢) توزع المرضى حسب الفئات العمرية، كما يمكن رؤية يمكن رؤية التوزع حسب الفئات العمرية في المخطط رقم (٤)

الجدول (2) توزع المرضى حسب العمر

	العينة	الاستئصال الإسعافي	الاستئصال المتأخر
العقد الثاني (١٤-١٩ سنة)	32 (36.4%)	22 (35.5%)	10 (38.5%)
العقد الثالث	25 (28.4%)	19 (30.6%)	6 (23.1%)
العقد الرابع	15 (17%)	10 (16.1%)	5 (19.2%)
العقد الخامس	9 (10.2%)	6 (9.7%)	3 (11.5%)
العقد السادس	7 (8%)	5 (8.1%)	2 (7.7%)
X^2	1.918		
P Value	0.512		



المخطط البياني (4) توزع المرضى حسب العمر

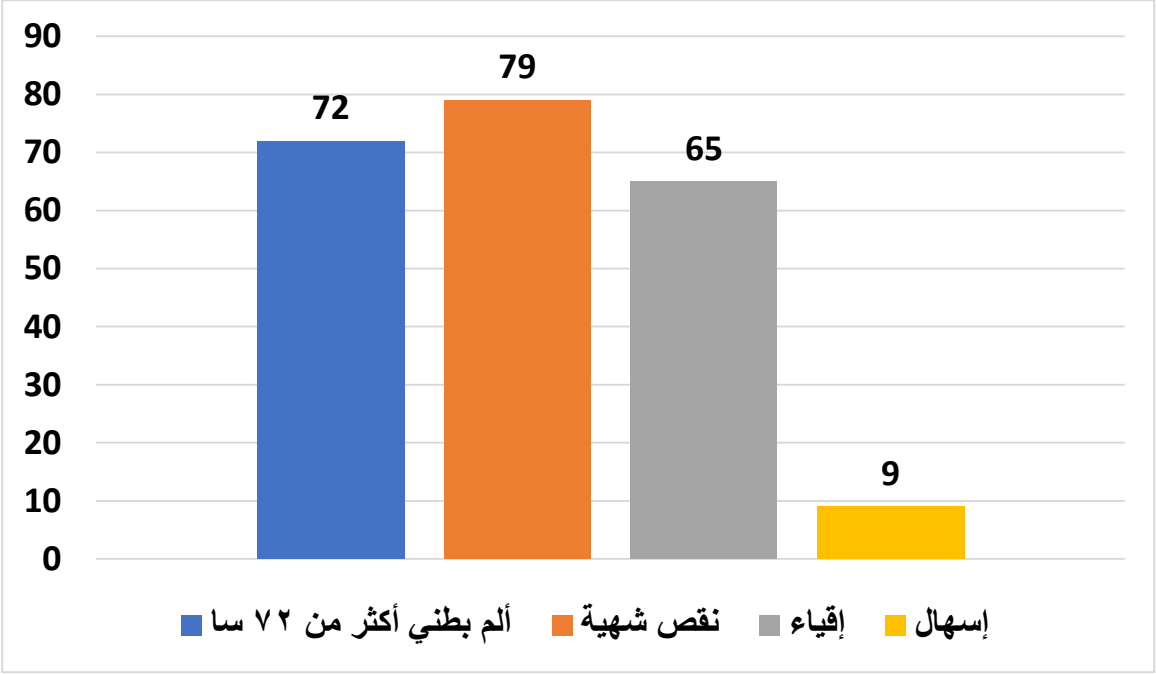
5- توزع المرضى حسب الأعراض السريرية:

كان التوزع حسب الأعراض السريرية كالتالي:

شملت العينة ٧٢ مريض يعاني من ألم بطني أكثر من ٧٢ ساعة بنسبة ٨١,٨٪، و79 مريض يعاني من نقص الشهية بنسبة ٨٩,٧٪، و٦٥ مريض يعاني من الإقياء بنسبة ٧٣,٨٪، و٩ مرضى يعانون من الإسهال بنسبة ١٠٪.

الجدول (3) توزع المرضى حسب الأعراض السريرية

	العدد	النسبة المئوية
ألم بطني أكثر من ٧٢ سا	72	81.8%
نقص شهية	79	89.7%
إقياء	65	73.8%
إسهال	9	10.2%



المخطط البياني (5) توزع المرضى حسب الأعراض السريرية

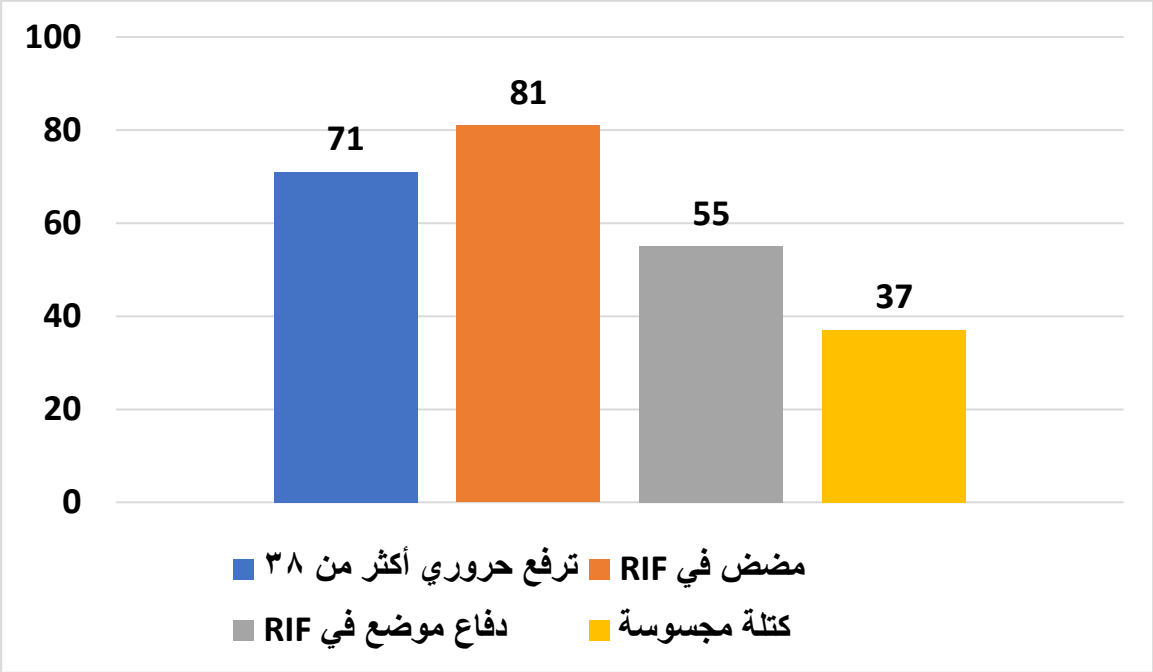
6- توزع المرضى حسب العلامات السريرية:

كان التوزع حسب العلامات السريرية كالتالي:

شملت العينة ٧١ مريض لديه ترفع حروري أكثر من ٣٨ بنسبة ٨٠,٦٪، و ٨١ مريض لديه مضض في الحفرة الحرقفية اليمنى بنسبة ٩٢٪، و٥٥ مريض لديه دفاع موضع في الحفرة الحرقفية اليمنى بنسبة ٦٢,٥٪، و37 مريض لديه كتلة مجسوسة بنسبة ٤٢٪.

الجدول (4) توزع المرضى حسب العلامات السريرية

	العدد	النسبة المئوية
ترفع حروري أكثر من ٣٨	71	80.6%
مضض في RIF	81	92%
دفاع موضع في RIF	55	62.5%
كتلة مجسوسة	37	42%



المخطط البياني (6) توزع المرضى حسب العلامات السريرية

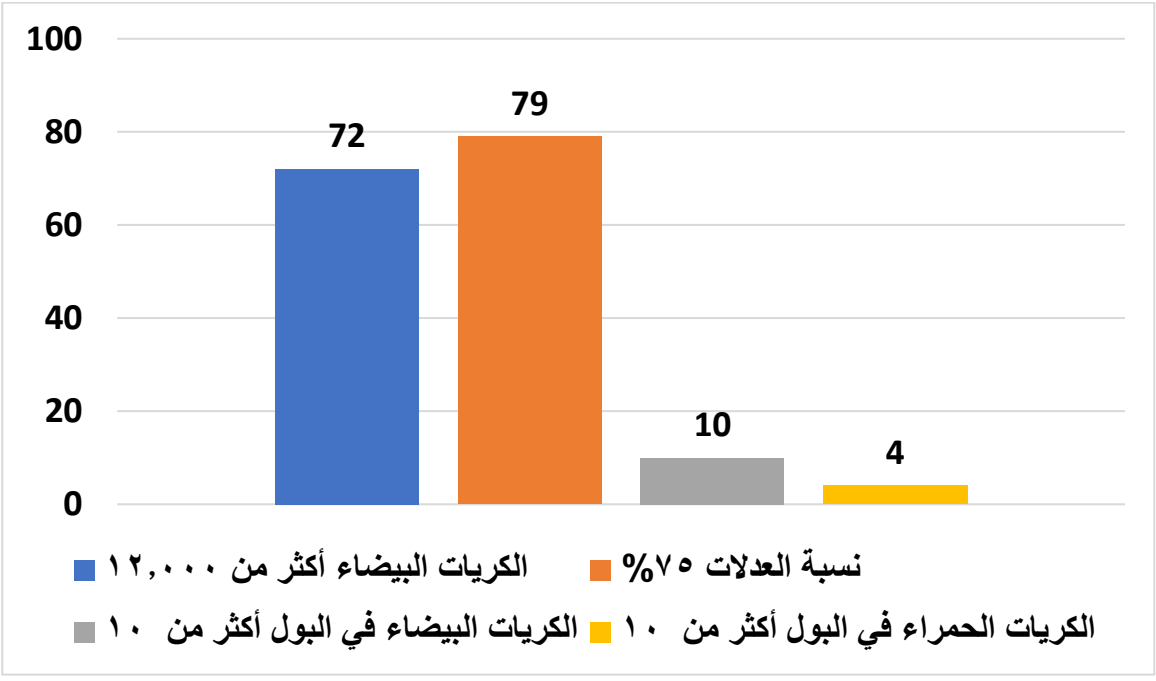
7- توزع المرضى حسب الاستقصاءات المخبرية:

كان التوزع حسب الاستقصاءات المخبرية كالتالي:

شملت العينة ٧٢ مريض لديه الكريات البيضاء > ١٢٠٠٠ بنسبة ٨١,٨٪، و ٧٩ مريض لديه نسبة العدلات ٧٥% بنسبة ٨٩,٧٪، و ١٠ مرضى لديهم الكريات البيضاء في البول > ١٠ بنسبة ١١,٤٪، و ٤ مرضى لديهم الكريات الحمراء في البول > ١٠ بنسبة ٤,٥٪.

الجدول (5) توزع المرضى حسب الاستقصاءات المخبرية

	العدد	النسبة المئوية
الكريات البيضاء > 12.000	72	81.8%
نسبة العدلات 75%	79	89.7%
الكريات البيضاء في البول > 10	10	11.4%
الكريات الحمراء في البول > 10	4	4.5%



المخطط البياني (7) توزع المرضى حسب الاستقصاءات المخبرية

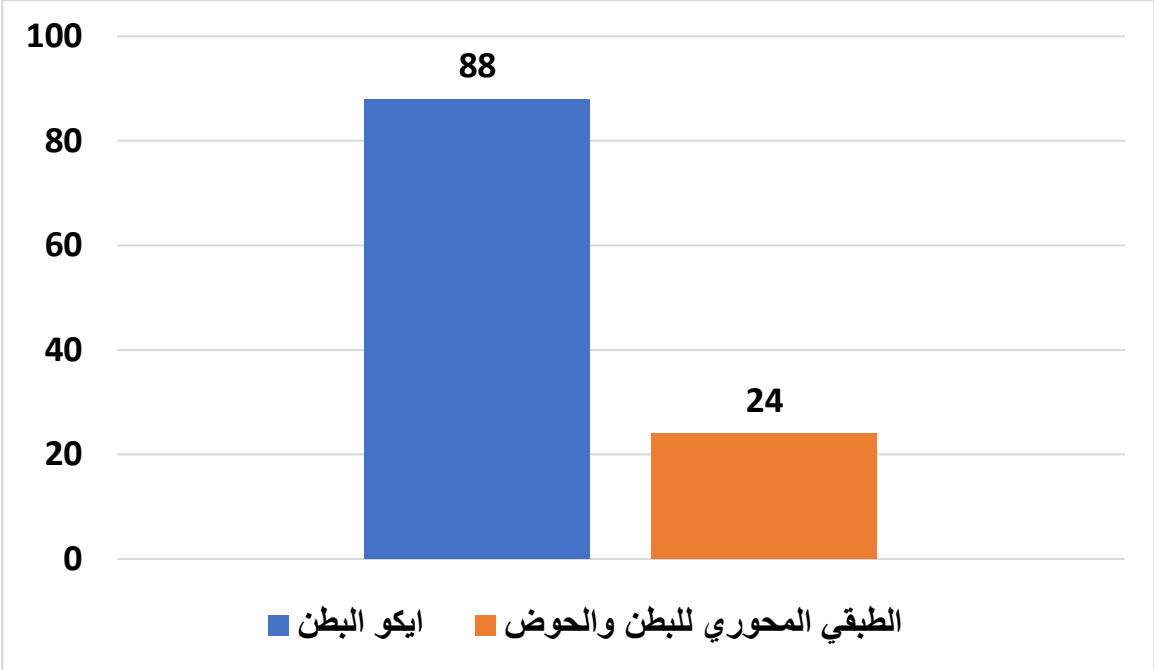
8- توزع المرضى حسب الاستقصاءات الشعاعية:

كان التوزع حسب الاستقصاءات الشعاعية كالتالي:

شملت العينة ٨٨ مريض أجرى ايكو البطن بنسبة ١٠٠٪، و٢٤ مريض أجرى طبقي محوري بطن وحوض بنسبة ٢٧,٣٪

الجدول (6) توزع المرضى حسب الاستقصاءات الشعاعية

	العدد	النسبة المئوية
ايكو البطن	88	100%
طبقي محوري بطن وحوض	24	27.3%



المخطط البياني (8) توزع المرضى حسب الاستقصاءات الشعاعية

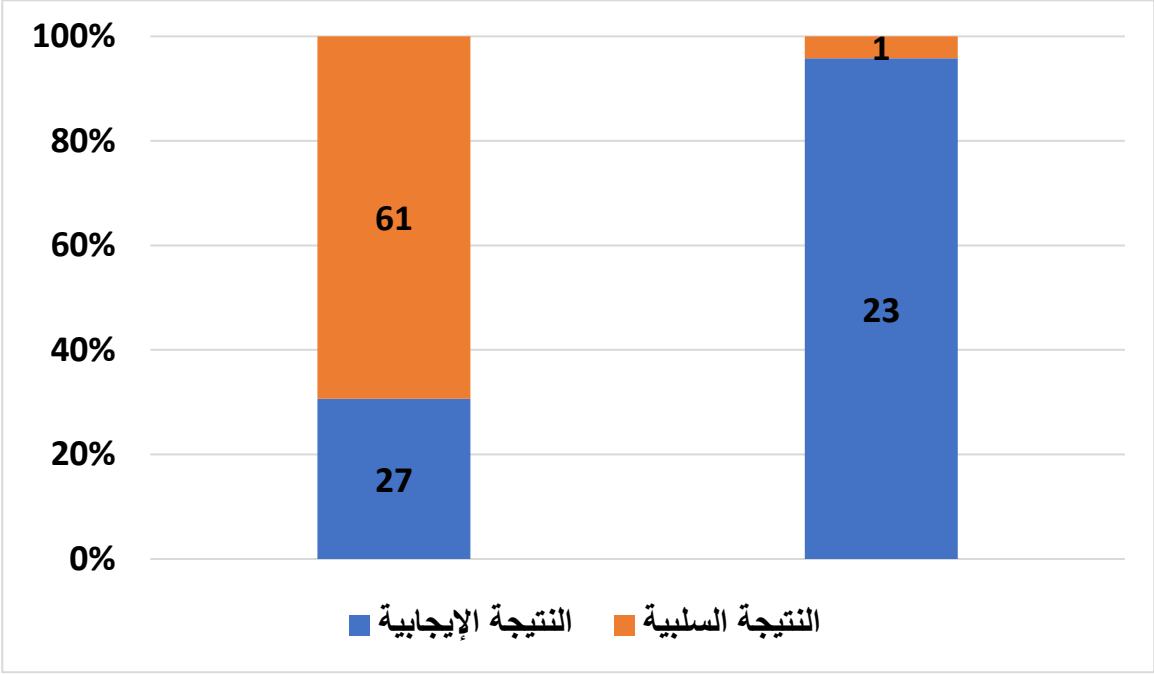
9- توزع المرضى حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية:

كان التوزع حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية كالتالي:

شملت العينة ٨٨ مريض أجرى إيكو بطن، وكان ايكو البطن إيجابي لدى ٢٧ مريض منهم بنسبة ٣٠,١٪، و شملت العينة ٢٤ مريض أجرى الطبقي المحوري للبطن والحوض، وكان الطبقي المحوري للبطن والحوض إيجابي لدى ٢٣ مريض منهم بنسبة ٩٥,٨٪،

الجدول (7) توزع المرضى حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية

	عدد حالات إجراء التصوير	عدد الحالات الإيجابية بالتصوير	النسبة المئوية
ايكو البطن	88	27	30.1%
طبقي محوري بطن وحوض	24	23	95.8%



المخطط البياني (9) توزع المرضى حسب إيجابية الاستقصاءات الشعاعية

10- توزع المرضى حسب الموجودات الجراحية:

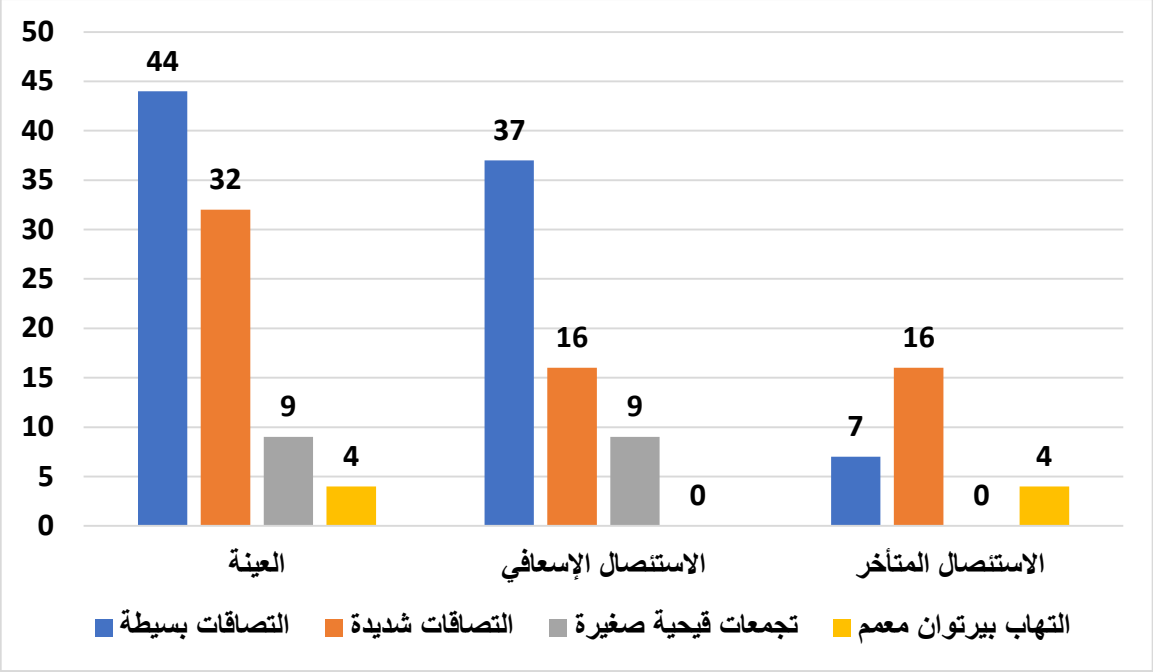
كان التوزع حسب المجموعات كالتالي:

- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** شملت ٣٧ مريض لديه التصاقات بسيطة بنسبة ٥٩,٧٪، و١٦ مريض لديه التصاقات شديدة بنسبة ٢٥,٨٪، و٩ مرضى لديهم تجمعات قيحية صغيرة بنسبة ١٤,٥٪.
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** شملت ٧ مرضى لديه التصاقات بسيطة بنسبة ٢٦,٩٪، و١٦ مريض لديه التصاقات شديدة بنسبة ٦١,٥٪، و٤ مرضى لديهم التهاب برتوان معمم بنسبة ١٥,٤٪

عند إجراء اختبار مربع كاي كانت P Value < 0.05 ماعدا عند مقارنة التجمعات القيحية الصغيرة، وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في توزع العينة حسب الموجودات الجراحية ماعدا عند مقارنة التجمعات القيحية الصغيرة.

الجدول (8) توزع المرضى حسب الموجودات الجراحية

	العينة	الاستئصال الإسعافي	الاستئصال المتأخر	P Value
التصاقات بسيطة	44 (50%)	37 (59.7%)	7 (26.9%)	0.0117
التصاقات شديدة	32 (36.4%)	16 (25.8%)	16 (61.5%)	0.0472
تجمعات قيحية صغيرة	9 (10.2%)	9 (14.5%)	0	0.0625
التهاب برتوان معمم	4 (4.5%)	0	4 (15.4%)	0.0384



المخطط البياني (10) توزع المرضى حسب الموجودات الجراحية

11- توزع المرضى حسب الاختلاطات الجراحية:

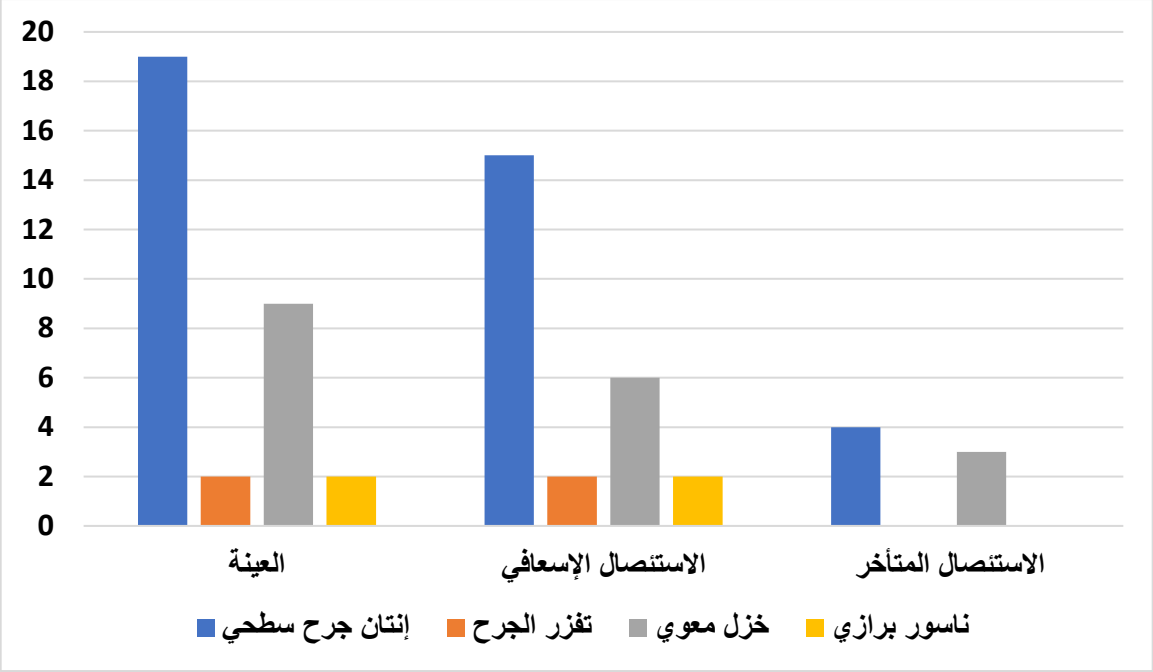
كان التوزع حسب المجموعات كالتالي:

- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** شملت ١٥ مريض لديه إنتان جرح سطحي بنسبة ١٧٪، ومريضين لديهما تفزر الجرح بنسبة ٢,٣٪، و٦ مرضى لديهم خزل معوي بنسبة ٦,٨٪، ومريضين لديهما ناسور برازي بنسبة ٢,٣٪
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** شملت ٤ مرضى لديهم إنتان جرح سطحي بنسبة ١٥,٣٪، و ٣ مريض لديهم خزل معوي بنسبة ١١,٥٪

عند إجراء اختبار مربع كاي كانت قيمة P Value > 0.05 في جميع الاختلاطات، وبالتالي لا يوجد فرق هام إحصائياً في توزع العينة حسب الاختلاطات الجراحية

الجدول (9) توزع المرضى حسب الاختلاطات الجراحية

	العينة	الاستئصال الإسعافي	الاستئصال المتأخر	P Value
إنتان جرح سطحي	19 (21.6%)	15 (17%)	4 (15.3%)	0.317
تفزر الجرح	2 (2.3%)	2 (2.3%)	0	0.139
خزل معوي	9 (10.2%)	6 (6.8%)	3 (11.5%)	0.115
ناسور برازي	2 (2.3%)	2 (2.3%)	0	0.139
العدد الإجمالي للاختلاطات	32 (36.4%)	25 (40.3%)	7 (26.9%)	0.091



المخطط البياني (11) توزع المرضى حسب الاختلاطات الجراحية

12- توزع المرضى حسب زمن العمل الجراحي:

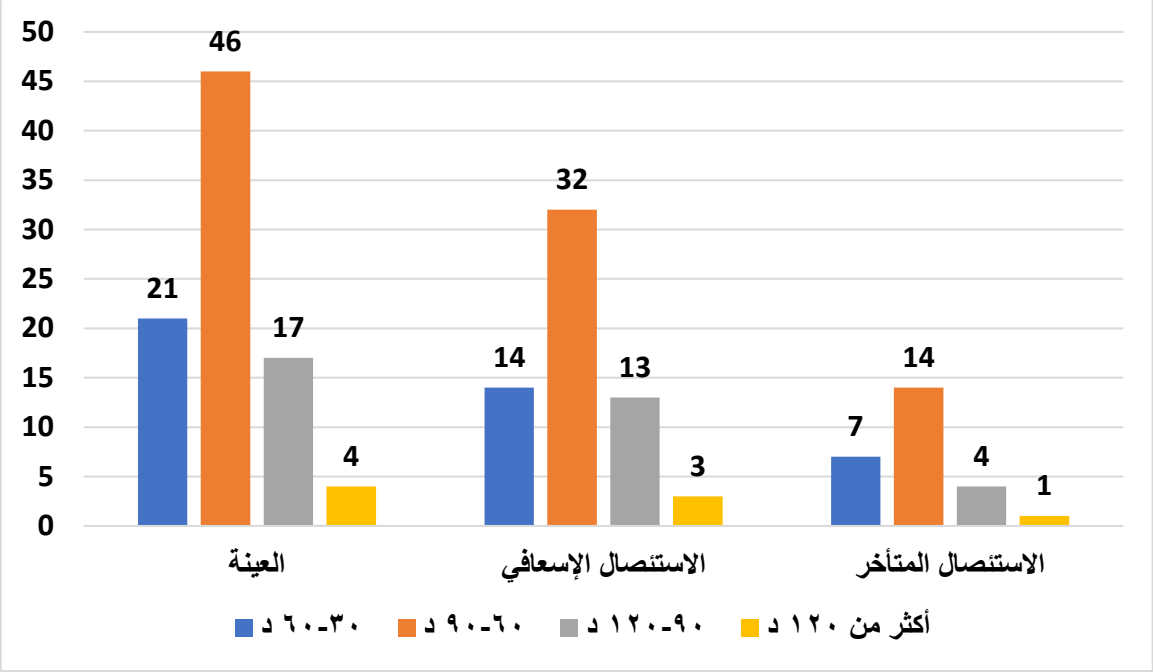
كان متوسط زمن الجراحة في العينة ٧٤,٢ دقيقة، والانحراف المعياري ١٩,٤، وكان التوزع حسب المجموعات كالتالي:

- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** كان متوسط زمن الجراحة ٧٣,٨ دقيقة، والانحراف المعياري ٢٠,٩، وشملت ١٤ مريض ٣٠-٦٠ دقيقة بنسبة ٢٢,٦٪، و٣٢ مريض ٦٠-٩٠ دقيقة بنسبة ٥١,٦٪، و١٣ مريض ٩٠-١٢٠ دقيقة بنسبة ٢١٪، و٣ مرضى أكثر من ١٢٠ دقيقة بنسبة ٤,٨٪
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** كان متوسط زمن الجراحة في العينة ٧٥,٢ دقيقة، والانحراف المعياري ١٨,٧، وشملت ٧ مرضى ٣٠-٦٠ دقيقة بنسبة ٢٧٪، و١٤ مريض ٦٠-٩٠ دقيقة بنسبة ٥٣,٨٪، و٤ مرضى ٩٠-١٢٠ دقيقة بنسبة ١٥,٤٪، ومريض أكثر من ١٢٠ دقيقة بنسبة ٣,٨٪

عند إجراء اختبار Independent Student T-test كانت قيمة T=0.918 وقيمة P Value= 0.312 وبالتالي لا يوجد فرق هام إحصائياً في توزع العينة حسب زمن العمل الجراحي

الجدول (10) توزع المرضى حسب زمن العمل الجراحي

	العينة	الاستئصال الإسعافي	الاستئصال المتأخر
٣٠-٦٠ د	21 (23.9%)	14 (22.6%)	7 (27%)
٦٠-٩٠ د	46 (52.3%)	32 (51.6%)	14 (53.8%)
٩٠-١٢٠ د	17 (19.3%)	13 (21%)	4 (15.4%)
أكثر من ١٢٠ د	4 (4.5%)	3 (4.8%)	1 (3.8%)
T	0.918		
P Value	0.312		



المخطط البياني (12) توزع المرضى حسب زمن العمل الجراحي

13- توزع المرضى حسب مدة الاستشفاء:

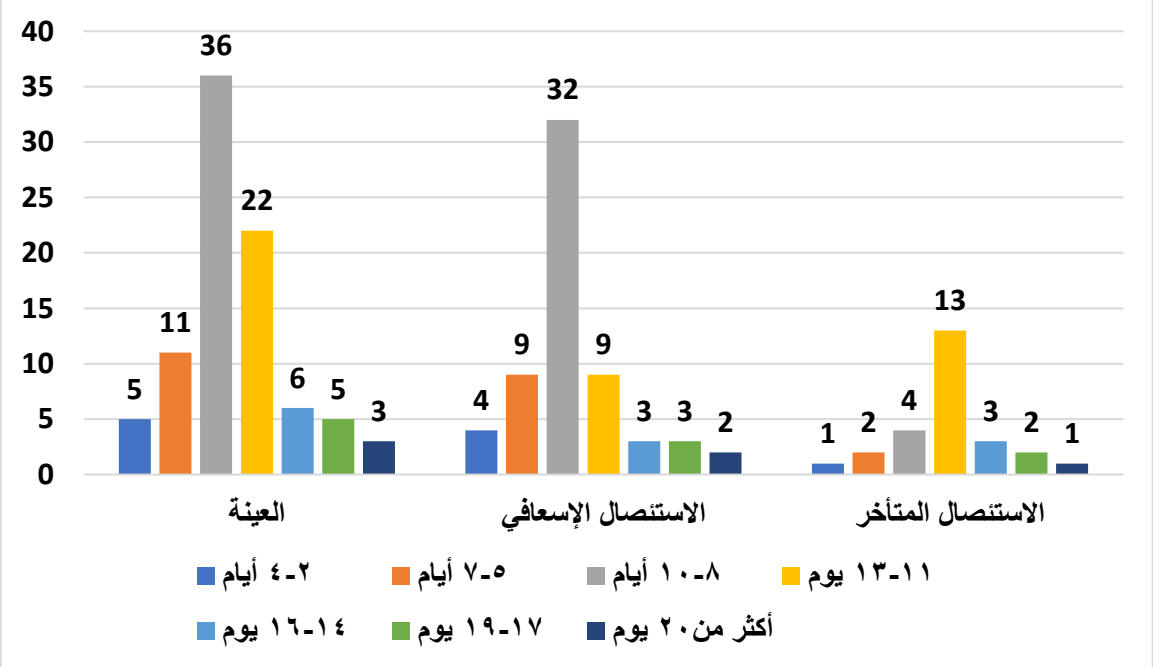
كان متوسط مدة الاستشفاء في العينة ١٠ أيام، والانحراف المعياري ٢,٤، وكان التوزع حسب المجموعات كالتالي:

- **مجموعة الاستئصال الإسعافي:** كان متوسط مدة الاستشفاء ٩,١ يوم، والانحراف المعياري ٢,١، وشملت ٤ مرضى ٢-٤ أيام بنسبة ٤,٥٪، و٩ مرضى ٥-٧ أيام بنسبة ٩,١٪، و٣٢ مريض ٨-١٠ أيام بنسبة ٥١,٥٪، و٩ مرضى ١١-١٣ يوم بنسبة ٩,١٪، و٣ مرضى ١٤-١٦ يوم بنسبة ٤,٨٪، و٣ مرضى ١٧-١٩ يوم بنسبة ٤,٨٪، ومريضين أكثر من٢٠ يوم بنسبة ٣,٢٪
- **مجموعة الاستئصال المتأخر:** كان متوسط مدة الاستشفاء ١٢,٢ يوم، والانحراف المعياري ٣,٧، وشملت مريض ٢-٤ أيام بنسبة ٣,٨٪، ومريضين ٥-٧ أيام بنسبة ٧,٧٪، و٤ مرضى ٨-١٠ أيام بنسبة ١٥,٥٪، و١٣ مريض ١١-١٣ يوم بنسبة ٥٠٪، و٣ مرضى ١٤-١٦ يوم بنسبة ١١,٥٪، ومريضين ١٧-١٩ يوم بنسبة ٧,٧٪، ومريض أكثر من٢٠ يوم بنسبة ٣,٨٪

عند إجراء اختبار مربع كاي كانت قيمة X^2=11.819 وقيمة P Value= 0.0162 وبالتالي يوجد فرق هام إحصائياً في توزع العينة حسب مدة الاستشفاء

الجدول (11) توزع المرضى حسب مدة الاستشفاء

	العينة	الاستئصال الإسعافي	الاستئصال المتأخر
٢-٤ أيام	5 (5.7%)	4 (4.5%)	1 (3.8%)
٥-٧ أيام	11 (12.5%)	9 (9.1%)	2 (7.7%)
٨-١٠ أيام	36 (40.9%)	32 (51.5%)	4 (15.5%)
١١-١٣ يوم	22 (25%)	9 (9.1%)	13 (50%)
١٤-١٦ يوم	6 (6.8%)	3 (4.8%)	3 (11.5%)
١٧-١٩ يوم	5 (5.7%)	3 (4.8%)	2 (7.7%)
أكثر من ٢٠ يوم	3 (3.4%)	2 (3.2%)	1 (3.8%)
X^2	11.819		
P Value	0.0162		



المخطط البياني (13) توزع المرضى حسب مدة الاستشفاء

الفصل الثالث

مناقشة نتائج البحث

لا يزال العلاج الأمثل لدرع الزائدة مثاراً للجدل بين الدراسات العالمية .

نلاحظ في دراستنا شيوع إصابة الذكور بنسبة (٦٧,١%) كما نلاحظ شيوع الإصابة بدرع الزائدة في العقد الثاني (٣٦,٤%) ثم الثالث من العمر (٢٨,٤%) بعمر وسطي ٢٥,٢ عاماً

نلاحظ أيضاً انخفاض نسبة مشاهدة العلامة الأكثر نوعية وهي الكتلة المجسوسة (٤٢%) بسبب عدم إعطاء الوقت الكافي وتأمين الظروف المريحة للمريض عند إجراء الفحص (معظم الحالات يمكن جسها عند تهدئة المريض وتحقيق الراحة له في السرير)

تم إجراء تعداد الكريات البيض و فحص بول و راسب لكل المرضى و ذلك عند القبول ، ووجدنا أن معظم المرضى (٨١,٨%) يبدون ارتفاعاً ملحوظاً في تعداد الكريات البيضاء (> ١٢٠٠٠) مع ارتفاع نسبة العدلات لدى (٨٩,٧%) من المرضى . لاحظنا وجود ارتفاع في عدد الكريات البيضاء في فحص البول لدى ١١,٤٪ من االمرضى و يعزى ذلك إلى الإنتان الشديد في الحفرة الحرقفية اليمنى المجاورة للسبيل البولي ، أو إلى إنتان بولي مرافق. كما لاحظنا وجود ارتفاع في عدد الكريات الحمراء في فحص

البول لدى ٤,٥٪ من المرضى وقد يكون ذلك بسبب التخريش البولي الناجم عن الكتلة الالتهابية في الحفرة الحرقفية اليمنى.

يتوافر في قسم الإسعاف في مشفى المواساة الجامعي الاستقصاءات الشعاعية اللازمة في حالات الألم البطني الحاد متضـــمنة: إيكو البطن والحوض، والطبقي المحوري للبطن والحوض مع وبدون حقن، وصورة البطن البسيطة بوضعية الوقوف. يتم إجراء إيكو البطن بشكل روتيني عند جميع المرضى، بينما أجري التصوير الطبقي المحوري للبطن فقط لدى ٢٣,٧٪ من المرضى فقط .

كانت نســـبة إيجابية الإيكو (٣٠,١%) بينما كانت نســـبة إيجابية الطبقي المحوري ٩٥,٨٪ من الحالات التي أجري فيها مما يدل على مصـــداقيةٍ عاليةٍ رغم نســـبة إجرائه القليلة. مما ســـبق نلاحظ الانخفاض الكبير في دقة الإيكو لتشخيص درع الزائدة في مشفى المواساة وبالتالي يجب البحث في أسباب انخفاض دقة إيكو البطن في مشـفى المواسـاة واتخاذ التدابير اللازمة لزيادة هذه الدقة، كما يجب عدم نفي تشـخيص درع الزائدة عند سـلبية الإيكو. كما نلاحظ انخفاض نسـبة اسـتخدام الطبقي المحوري للبطن عند الشـك بدرع الزائدة رغم الدقة العالية التي يمتلكها في التشـخيص. قد يكون ذلك بسـبب التوجه الباكر نحو الجراحة عند الشك بالتهاب الزائدة الدودية الحاد .

تم تصنيف الموجودات الجراحية حسب التالي:

التصاقات بسيطة : تتألف الكتلة من الثرب و العرى المعوية القليلة القريبة مع التصاقات خفيفة.

التصاقات شديدة : تتألف الكتلة من الثرب و عرى معوية كثيرة ملتصقة بشدة.

تجمعات قيحية صغيرة : تتألف الكتلة من الثرب و العرى المعوية القريبة مع تجمعات قيحية ضمنها دون تشكل تجمع قيحي صريح (خراج).

التهاب بريتوان معمم : وجود سوائل قيحية منتشرة في البطن والحوض وبين العرى المعوية إضافة للكتلة الالتهابية.

حيث تم استبعاد مرضى خراج الزائدة والمرضى الذين وجد لديهم زائدة مثقوبة عند فتح البطن.

وجدنا أنه لا فرق إحصائي مهم بالنسبة إلى وجود تجمعات قيحية صغيرة بين استئصال الزائدة الباكر (١٤,٥%) وبين الاستئصال اللاحق (٠%) أما بالنسبة للالتصاقات فقد لاحظنا تفوق العلاج الجراحي الباكر على الاستئصال اللاحق ، حيث كانت نسبة الالتصاقات الشديدة في عمليات الاستئصال الباكر (٢٥,٨%) وفي الاستئصال المتأخر (٦١,٥%) بفرق هام إحصائياً، بينما كانت الالتصاقات البسيطة أشيع في عمليات الاستئصال الباكر (٥٩,٧%) بفرق إحصائي مهم على عمليات الاستئصال المتأخر (٢٦,٩%)

كما لاحظنا أيضاً تفوق الاستئصال الباكر بالنسبة للسوائل القيحية المنتشرة حيث أن فشل العلاج المحافظ في الدراسة أدى إلى التهاب بريتوان معمم (١٥,٤%) بفرق إحصائي مهم مع الاستئصال الباكر

(٠%) ، وبالتالي وجدت دراستنا تفوقاً واضحاً للاستئصال الباكر عند المقارنة مع الاستئصال المتأخر فيما يتعلق بالالتصـــاقات الشـــديدة والتهاب البرتوان المعمم، حيث لم نجد أي حالة التهاب برتوان معمم في مجموعة الاستئصال الباكر

تمت دراسة أهم الاختلاطات التالية للجراحة لدى مرضى البحث ، وصنفت كالتالي:

إنتان الجرح السطحي: يعتبر الاختلاط الأكثر شيوعاً في حالتي الاستئصال الباكر والمتأخر ، حيق كان معدل الإنتان في مجموعة الاستئصال المبكر ١٧٪. بينما في مجموعة الاستئصال المتأخر كان معدل الإنتان ١٥,٣٪ وقد تم تدبير الحالات جميعها بفتح الجرح و الضمادات المتكررة وتركه للالتئام بالمقصد الثاني.

تفزر الجرح: حدثت حالتان (٢,٣٪) في مجموعة العلاج الجراحي الباكر عند مريض ســـكري ، وقد تمت إعادة الجراحة في اليوم الرابع لإغلاق الجرح.

الخزل المعوي: يتظاهر بتأخر عودة الحركات الحوية مع تطبل بطن ، وظهر عند ٦,٨٪ في مجموعة الجراحة الباكرة و ١١,٥٪ في الجراحة المتأخرة وقد عولجت جميع الحالات بالطريقة المحافظة بنجاح.

الناســـور البرازي: حدث عند ٢,٣٪ في الجراحة الباكرة ولم يحدث عند أي مريض في الجراحة المتأخرة . ولم نجد فرقاً هاماً إحصائياً بين المجموعتين من حيث الاختلاطات الجراحية .

كان متوسط زمن الجراحة في الجراحة الإسعافية ٧٣,٨ دقيقة، وفي الجراحة المتأخرة ٧٥,٢ دقيقة دون وجود فرق هام إحصائياً، وقد يكون سبب الاختلاف في مدة العمل الجراحي بين المجموعتين هو اختلاف نسبة الالتصاقات الشديدة بين المجموعتين .

كان متوسط مدة الاستشفاء في الجراحة الإسعافية ٩,١ يوم، وفي الجراحة المتأخرة: ١٢,٢ يوم مع فرق هام إحصائياً بين المجموعتين، وسبب الاختلاف في متوسط مدة الاستشفاء بين المجموعتين هو الحاجة لإعادة القبول في مجموعة الجراحة المتأخرة .

الفصل الرابع

المقارنة مع الدراسات العالمية

يمكن مقارنة دراستنا مع دراسة Das[15] بالهند التي نُشرت عام 2022 وشملت 112 مريضاً ووجدت أن عملية استئصال الزائدة الدودية المبكرة في حالة وجود درع زائدة هي عملية آمنة بسبب التحسينات في التقنيات الجراحية والرعاية الأفضل بعد الجراحة.
ويمكن المقارنة مع دراسة Cheng[16] بالصين التي نُشرت عام 2017 وشملت 40 مريضاً وخلُصت لعدم وجود أدلة واضحة تعزز إحدى الطريقتين.
وفي دراسة أُخرى قام بها Demetrashvili[17] في جورجيا ونشرت عام 2019 وشملت 74 مريضاً رأت بأن الجراحة اللاحقة هي المُعالجة المختارة في تدبير الدرع الزائدي. وهو ذات الرأي الذي خلُص إليه Arnada[18] في دراسته باسبانيا المنشورة عام 2010 وشملت 30 مريضاً.

بالنسبة لمقارنة معدل الإنتان بين المجموعتين في دراستنا كان معدل الإنتان في مجموعة الاستئصال المبكر ١٧٪. بينما في مجموعة الاستئصال المتأخر كان معدل الإنتان ١٥,٣٪ دون وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعتين. وفي دراسة Demetrashvili كان معدل الاختلاطات بالجراحة اسعافية (22.2%) مقابل 0% للعلاج المحافظ، وفي دراسة Arnada كان إنتان موقع العمل الجراحي أعلى في مجموعة الفتح الإسعافي (6 مقابل 0) مع فرق هام إحصائياً، وفي دراسة Cheng كانت نسبة الاختلاطات 30% للجراحة الاسعافية و0% للعلاج المحافظ دون فارق إحصائي.

.

فيم يتعلق بمقارنة متوسط زمن الجراحة بين المجموعتين في دراستنا كان متوسط زمن الجراحة في مجموعة الاستئصال المبكر ٧٣,٨ دقيقة. بينما في مجموعة الاستئصال المتأخر متوسط زمن الجراحة ٧٥,٢ دقيقة دون وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعتين. بينما في دراسة Demetrashvili كان متوسط زمن الجراحة في مجموعة الاستئصال الباكر ١١٧,٧ دقيقة، وفي مجموعة الاستئصال المتأخر كان متوسط زمن الجراحة ٨٧,١ دقيقة مع وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعتين. وفي دراسة Cheng كان متوسط زمن الجراحة في مجموعة الاستئصال الباكر ٥٣ دقيقة، وفي مجموعة الاستئصال المتأخر كان متوسط زمن الجراحة ٣٨ دقيقة مع وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعتين.قد يكون سبب اختلاف متوسط زمن الجراحة بين دراستنا وباقي الدراسات العالمية هو اختلاف نسبة الالتصاقات، واختلاف خبرة الجراح، واختلاف جودة الأدوات الجراحية.

بالنسبة لمقارنة متوسط مدة الاستشفاء بين المجموعتين في دراستنا كان متوسط مدة الاستشفاء في مجموعة الاستئصال المبكر ٩,١ يوم. بينما في مجموعة الاستئصال المتأخر كان متوسط مدة الاستشفاء ١٢,٢ يوم مع وجود فرق هام

إحصـــائياً بين المجموعتين. وفي دراســـة Das تم تخريج أغلب المرضـــى في مجموعة التدخل الجراحي المبكر (٥٨,٣٣%) من المســتشــفى خلال ثلاثة أيام من القبول. ولكن في مجموعة العلاج المحافظ لم يتم تخريج أي مريض من المســتشــفى خلال ثلاثة أيام من القبول وتم تخريج (٢٥%) فقط من المرضـــى خلال ســتة أيام، وتم تخريج بقية المرضـــى من المســتشــفى بعد أكثر من ســبعة أيام من الإقامة. بينما في دراســة Demetrashvili كان متوســط مدة الاستشفاء في مجموعة الاستئصال المبكر ١٠,٤ يومًا. و في مجموعة الاستئصال المتأخر كان متوسط مدة الاستشفاء ٨,١ يومًا مع وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعتين. وفي دراسة Cheng كان متوسط مدة الاستشفاء في مجموعة الاستئصال المبكر ٢١,٤ يومًا. و في مجموعة الاستئصال المتأخر كان متوسط مدة الاستشفاء ١٤,٧ يومًا مع وجود فرق هام إحصائياً بين المجموعتين. وفي دراسة Arnada Narváez لم تجد فرقاً هاماً إحصائياً بين المجموعتين. قد يكون ســبب اختلاف متوســط مدة الاســتشــفاء بين دراســتنا والدراســات العالمية هو اختلاف نســبة الاختلاطات بين الدراسات.

الجدول (12) المقارنة مع الدراسات العالمية

الدراسة	تاريخ ومكان النشر	عدد المرضى	النتائج		ملاحظات
Comparison of treatment methods of appendiceal mass and abscess: A prospective Cohort Study.17	Demetrashvili et al. (2019)، Annals of Medicine and Surgery, Georgia	74 مريض	زمن الجراحة	جراحة اسعافية أقصر (117.7 دقيقة) مقابل (87.1 د) للعلاج الجراحي المتأخر.(P=0.008)	–لم تفرق بين الخراج والدرع الزائدي. –مجموعة صغيرة. –غير مُعشّاة.
			فترة الاستشفاء	جراحة اسعافية أقل (10.4 يوم) مقابل (8.1 يوم) للعلاج المحافظ. (P<0.009)	
			الاختلاطات	بالجراحة اسعافية (22.2%) مقابل 0% للعلاج المحافظ. –	

	الجراحة المحافظة هي الخيار الأفضل والآمن				
–مجموعة صغيرة. –لم تميز مرضى الدرع عن الخراج	لافارق إحصائي بين المجموعتين	فترة المكوث بالمشفى	30 مريضاً	Arnada – Narváez et al. (2010), Revista Espa˜nola de	Conservative approach versus urgent appendectomy in
–لم تستبعد كبار السن وأصحاب السوابق المرضية.	أعلى في مجموعة الفتح الإسعافي (6 مقابل 0) مع P<0.001 أعلى في مجموعة الفتح الإسعافي (P<0.03) – الجراحة اللاحقة هي الخيار العلاجي الأفضل	إنتان موقع العمل الجراحي نسبة الأمراضية		Enfermedades Digestivas, Spain	surgical management of acute appendicitis with abscess or Phlegmon18

Early versus delayed appendicecto–my for appendiceal phlegmon or abscess Review.16	Cheng et al. (2017), Cochrane Database of Systematic Reviews China,	40 مريض	زمن الجراحة متوسط فترة الاستشفاء اختلاطات	جراحة اسعافية (53 دقيقة) مقابل (38 دقيقة) للعلاج الجراحي المتأخر. جراحة اسعافية (21.4 يوم) مقابل (14.7 يوم) للعلاج المحافظ P<0.001 انتان جرح + ناسور برازي 30% للجراحة الاسعافية و0% للعلاج المحافظ دون فارق أحصائي – لأدلة كافية للجزم بين الطريقتين	قللت الدراسة من جودة الأدلة بسبب خطر الانحياز (غير معشاة , عدم وضوح التسلسل العشوائي)
A Retrospective Analysis of Conservative Management Versus Early Surgical Intervention in Appendicular Lump.15	Das et al. (2022) Cureus. India	112 مريض		تم تخريج أغلب المرضى في مجموعة التدخل الجراحي المبكر (٥٨,٣٣%) من المستشفى خلال ثلاثة أيام من القبول. ولكن في مجموعة العلاج المحافظ لم يتم تخريج أي مريض من المستشفى خلال ثلاثة أيام من القبول وتم تخريج (٢٥%) فقط من المرضى خلال ستة أيام، وتم تخريج بقية المرضى من	

				المستشفى بعد أكثر من سبعة أيام من الإقامة. إن عملية استئصال الزائدة الدودية المبكرة في حالة وجود درع زائدة هي عملية آمنة بسبب التحسينات في التقنيات الجراحية والرعاية الأفضل بعد الجراحة.	
دراستنا	2024 مشفى المواساة الجامعي بدمشق	88 مريض	زمن الجراحة متوسط فترة الاستشفاء اختلاطات	75.2 للجراحة المحافظة و73.8 للجراحة الاسعافية. 12.2 يوم للعلاج المحافظ و9.1 للجراحة الاسعافية. معدل الإنتان في مجموعة الاستئصال المبكر ١٧٪. بينما في مجموعة الاستئصال المتأخر كان معدل الإنتان ١٥,٣٪ لافارق بين الإجراءين	حجم العينة صغير. دراسة راجعة.

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

وجدنا أن العلاج الجراحي الباكر هو العلاج الأفضل لدرع الزائدة الدودية ويؤمن الشفاء التام خلال قبول واحد مما يقلل من التكلفة. كما وجدنا أن إيكو البطن يعطي سلبية كاذبة في معظم خالات درع الزائدة ويجب عدم نفي تشخيص درع الزائدة في حال الشك السريري مع سلبية إيكو البطن.

التوصيات:

- زيادة الوعي الصحي في المجتمع حول التهاب الزائدة الدودية الحاد واختلاطاته، وضرورة اللجوء للاستشارة الطبية مع الألم البطني الحاد
- زيادة الوعي الصحي حول الاستخدام العشوائي للصادات والمسكنات ومضاره، وضبط بيع تلك الأدوية للمرضى دون وصفة طبية
- التأكيد على توخي الدقة وإعطاء الوقت الكافي وتأمين الظروف المريحة للمريض خلال استجواب وفحص مريض الألم البطني لوضع تشخيص تفريقي دقيق، وطلب الاستقصاءات اللازمة للوصول للتشخيص الصحيح بالسرعة الكافية.
- ضرورة تحسين كفاءة وفعالية إيكو البطن في المشافي عبر زيادة خبر الطبيب الشعاعي الفاحص، وتحسين أجهزة الفحص

- تشـجيع الجراحين على طلب التصـوير الطبقي المحوري عند الشـك السـريري بتشـخيص درع الزائدة بغض النظر عن نتيجة إيكو البطن
- تشجيع الجراحين على العلاج الجراحي الباكر عند تشخيص درع الزائدة كخط أول للعلاج بدلاً من العلاج المحافظ المكلف والمستهلك لوقت المريض

المراجع

1. Williams GR. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. Ann Surg 1983; 197:495.
2. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci 1886; 92:321.
3. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. Am J Epidemiol 1990; 132:910.
4. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2007
5. Michael Zinner Stanley Ashley,jr. Maingot's Abdominal Operations .11th edition . Appendix. 2006. 589-605
6. Norman S. Williams, Christopher J.K. Bulstrode, P. Ronan O'connell.Bailey & Love ,Short Practice of Surgery . 25th edition .The vermiform appendix.
7. Choudhry ZA, Syed AS, Mishra P. Early exploration of appendicular mass. Pak J Surg. 1996;12(2):64–6
8. Safir Ullah, Mumtaz Khan, Siddique Ahmed, Naeem Mumtaz.Conservative treatment of Appendicular Mass without Interval Appendicectomy;Is it justified? Department of surgery. 2007 Jun;21(1):55
9. Arshad Malik, Aziz Laghari A, Qasi Mallah, Alaf Hussain Talpur K. "Early appendicectoy in appendicular mass" – A Liaquat Universiy Hospital experience. J Ayub Med Coll Abbottabad.2008;10(1).
10. Safir Ullah, Mumtaz Khan, Siddique Ahmed, Naeem Mumtaz.Conservative treatment of Appendicular Mass without Interval Appendicectomy;Is it justified? Department of surgery. 2007 Jun;21(1):59
11. Abdul-wahed N.Meshikhes. Management of Appendiceal Mass.Gastrointest surg. 2008.Apr;12(4):767-75

12. Tingstedt, Bobby; Bexe-Lindskog, Elinor; Ekelund, Mats; Andersson, Roland. Management of appendiceal masses. European Journal of Surgery. 2002.Jun; 168(11):579-82.

13. Norman S. Williams, Christopher J.K. Bulstrode, P. Ronan O'connell.Bailey & Love ,Short Practice of Surgery . 25th edition .The vermiform appendix. 2008;1204-1219

14. Deelder JD, Richir MC, Schoorl T, Schreurs WH. How to treat an appendiceal inflammatory mass: operatively or nonoperatively?. Journal of Gastrointestinal Surgery 2014;18(4):641-5.

15. Das B, Nayak K, Mohanty S, et al. (January 31, 2022) A Retrospective Analysis of Conservative Management Versus Early Surgical Intervention in Appendicular Lump. Cureus 14(1): e21784. DOI 10.7759/cureus.21784

16. Cheng Y, Xiong X, Lu J, et al.: Early versus delayed appendicectomy for appendicealphlegmon or abscess. Cochrane Database Syst Rev. 2017, 6:CD011670. 10.1002/14651858.CD011670.pub2

17. Z. Demetrashvili, G. Kenchadze, I. Pipia, K. Khutsishvili, D. Loladze,E. Ekaladze, et al., Comparison of treatment methods of appendiceal mass and abscess: a prospective Cohort Study, Annals of Medicine and Surgery 48 (2019) 48–52.

18. J.M. Aranda-Narv´aez, A.J. Gonz´alez-S´anchez, N. Marín- Camero, C. Montiel- Casado, P. L´opez-Ruiz, B. S´anchez-P´erez, et al., Conservative approach versus urgent appendectomy in surgical management of acute appendicitis with abscess or phlegmon, Rev. Esp. Enferm. Dig. 102 (11) (2010) 648.

الملاحق

الجمهورية العربية السورية
جامعــة دمشـــق
كلّيّــة الطب البشــري

Syrian Arab Republic
Damascus University
Faculty of Medicine

الموافقة المستنيرة على المشاركة بالبحث الذي عنوانه

تدبير الزائدة المختلطة بالفلغمون بين الاستئصال الإسعافي والعلاج المحافظ مع الاستئصال المتأخر

أنا الطبيب حســن زين الدين طالب الدراســات العليا (ماجســتير) في اختصــاص الجراحة العامة في كلّيّة الطب البشـري – جامعة دمشـق، أنفذ هذا البحث الذي يهدف إلى دراسـة تدبير الزائدة المختلطة بالفلغمون بين الاستئصال الإسعافي والعلاج المحافظ مع الاستئصال المتأخر

ويتضمن هذا البحث إجراء الاستقصاءات التالية:

- جمع البيانات من خلال العودة إلى أضـابير المرضـى وسـجلات العمليات للمرضـى المراجعين لشـعبة الإسعاف الجراحي في مشفى المواساة وسيتم التواصل مع المرضى لمتابعة الاختلاطات اللاحقة
- تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين:

١- مجموعة الجراحة الإسعافية

٢- مجموعة العلاج المحافظ والاستئصال المتأخر

إن موافقتكم على الاشتراك في بحثنا هذا يعني تزويدنا بالمعلومات المتعلقة بمرضكم لملء استبيان خاص بالبحث، علماً بأن هذه المعلومات ضـــرورية لمتابعة حالتكم الصـــحية، وأودّ أن أؤكد أن هذه المعلومات سـتبقى سـرية ولا يمكن لأحد الاطلاع عليها، كما سـيتم ترميز المشـاركين (إعطاؤهم أرقام دونَ

ذكر أسماء)، وكذلك أتعهد بعدم إجراء أي استقصاء غير ضروري لحالة المريض وعدم إعطاء أي دواء تجريبي أو أي تداخل دوائي أو استقصائي من شأنه أن يؤذي المريض بقصد أو بغير قصد.

كما أود أن أشير إلى أن المشارك (المريض / الشاهد) لن يحصل على أية تعويضات أو أي مقابل مادي، كما أن رفض المشاركة ليس له أية تبعات وسينال حقه من العناية الطبية اللازمة. وعليه فإن المشاركة ليست إلزامية ولك الحرية الكاملة في اختيار المشاركة من عدمها ولك حق الانسحاب متى شئت، فمن يرغب المشاركة فليسجل اسمه مع التوقيع أسفل هذه الاستمارة.

المخاطر والفوائد:

- لا توجد أي مخاطر للفحوص المجراة لدى المرضى المشاركين في البحث.
- الفوائد هي مقارنة تدبير الزائدة المختلطة بالفلغمون بين الاستئصال الإسعافي والعلاج المحافظ مع الاستئصال المتأخر

الموافقة على المشاركة:

لقد اطلعت وأدركت محتوى الموافقة المستنيرة وأوافق طوعاً على أن أكون مشاركاً في هذا البحث، وأدرك أنني أملك فرصة الاستفسار عن أيّ أمر مع ضرورة الإجابة كما وأملك الحق في الانسحاب في أيّ وقت أشاء ودونَ أن يعرضني ذلك لأي ضرر وعليه أوقع.

الرقم المتسلسل للمشارك ( )

التوقيع .....

التاريخ / / / .

دمشق في / / / .

د.حسن زين الدين 0930128336

البريد الالكتروني Dr.HasanZenAddin@gmail.com

Abstract

Background: The optimal treatment for appendicitis mass is still controversial among international studies.

Aim: The study aims to compare the management of phlegmon-complicated appendicitis between emergency resection and conservative treatment with delayed resection.

Materials and Methods: A prospective cohort study that included 88 patients with phlegmon-complicated appendicitis who visited Al-Mowasat University Hospital during the period from 1/1/2020 to 1/1/2022. The sample was divided into the emergency resection group, which included 62 patients, and the conservative treatment group with delayed resection, which included 26 patients.

Results: The average age was 25.2 years, and the percentage of males was 67.1%. The sample included 88 patients who underwent abdominal ultrasound, and abdominal ultrasound was positive in 27 patients, representing 30.1%. The sample included 24 patients who underwent abdominal and pelvic CT, and abdominal and pelvic CT was positive in 23 patients, representing 95.8%. In the emergency resection group, the incidence of superficial wound infection was 17%, wound dehiscence was 2.3%, intestinal paralysis was 6.8%, and fecal fistula was 2.3%, while in the delayed resection group, the incidence of superficial wound infection was 15.3%, and intestinal paralysis was 11.5%, with no statistically significant difference between the two groups.

Conclusions: We found that early surgical treatment is the best treatment for appendicitis mass and ensures complete recovery within one admission, which reduces the cost. We also found that abdominal ultrasound gives false negatives in most cases of appendicitis mass, and the diagnosis of appendicitis mass should not be excluded in case of clinical suspicion with negative abdominal ultrasound.

Keywords: Appendicitis Mass, Emergency Resection, Delayed Resection.

Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education and Scientific Research
Damascus University
Faculty of Medicine
Al-Mouasat University Hospital

Management of Complicated Appendicitis (Phlegmon) Between Emergency Resection and Concervative Management with Delayed Resection

A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in general surgery

By:

Dr. Hasan ZenAddin

Supervised By:

Professor Dr. Ammar Alrae

Academic year:

2025