

## پیامد بیماران ترخیص شده از بخش اورژانس با تشخیص درد شکم غیر اختصاصی

دکتر محمدمهدی فروزانفر<sup>۱</sup>، دکتر حمیدرضا حاتم آبادی<sup>۲</sup>، دکتر بهروز هاشمی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا مجیدی<sup>۱</sup>

دکتر علیرضا براتلو<sup>۱</sup>، دکتر علی شهرامی<sup>۳</sup>، دکتر محمود بارده<sup>۴\*</sup>

۱- استادیار، گروه طب اورژانس، بیمارستان شهداء تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی. ۲- متخصص طب اورژانس، مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی. ۳- استادیار، گروه طب اورژانس، بیمارستان شهداء تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی. ۴- دستیار طب اورژانس، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی.

### چکیده

**زمینه و هدف:** علل درد شکمی غیرتروماتیک متنوع بوده و شامل وضعیت‌های خفیف تا شرایط وخیم تهدیدکننده حیات است. این مطالعه به منظور تعیین پیامد بیماران ترخیص شده از بخش اورژانس با تشخیص درد شکم غیر اختصاصی انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه کوهورت روی ۲۴۷ بیمار مبتلا به درد شکم غیر اختصاصی ترخیص شده از بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع) در سال‌های ۸۹-۱۳۹۰ انجام شد. پس از چهار هفته، ادامه یا بهبود درد، مراجعه مجدد به مراکز درمانی و تشخیص‌های احتمالی بعدی، بروز عوارض و مرگ از طریق پیگیری تلفنی بررسی شد.

**یافته‌ها:** ۱۵۸ بیمار ادامه درد را تجربه کردند که ۷۱ بیمار (۴۵ درصد) به مراکز درمانی مراجعه مجدد نمودند که علت درد در ۴۵ بیمار (۲۸/۵ درصد) مشخص گردید. شایع‌ترین علت درد با تشخیص قطعی سندرم روده تحریک پذیر (۳/۲ درصد) بود. عوامل موثر در شناسایی علل درد شکمی شامل سابقه ابتلا به دردهای مشابه ( $P=0/01$ ،  $OR=4/04$ )، وجود یافته‌های غیرطبیعی در سونوگرافی شکم ( $P=0/005$ )، یافته غیرطبیعی در آنالیز ادراری ( $P=0/02$ ،  $OR=7/4$ ) و استمرار دردهای شکمی بیش از ۲ روز ( $P=0/02$ ،  $OR=4/04$ ) تعیین شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه همانند سایر مطالعات انجام شده در سایر مناطق، بیشتر مراجعات با شکایت درد شکمی غیر اختصاصی به تشخیص قابل قبولی منتهی نمی‌شوند و بیشتر آنها نیز بدون عارضه خاصی بهبود می‌یابند.  
**کلید واژه‌ها:** درد شکم غیر اختصاصی، پیامد، سونوگرافی، سندرم روده تحریک پذیر

\* نویسنده مسؤول: دکتر محمود بارده، پست الکترونیکی [mahmoud\\_bardeh@yahoo.com](mailto:mahmoud_bardeh@yahoo.com)

نشانی: تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش طب اورژانس، تلفن و نامبر ۷۷۵۵۸۰۸۱-۰۲۱

وصول مقاله: ۹۲/۱/۲۷، اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۲۵، پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۱۱

### مقدمه

یافته‌های بالینی غیر معمول دارند. لذا برای اجتناب از خطا در شرایط تهدیدکننده حیات، پزشکان اقدام به انجام تست تشخیصی متعددی می‌کنند. از طرفی با تعدد تست‌های تشخیصی در دسترس، ارزیابی بیماران مبتلا به دردهای شکمی غیر اختصاصی پیچیده‌تر شده و هزینه بیشتری به سیستم بهداشت و درمان و نیز بیمار تحمیل می‌گردد. همچنین زمان بیشتری از کارکنان بخش اورژانس صرف می‌شود (۹).

اگرچه بسیاری از علل درد شکمی غیر اختصاصی بوده و پیش‌آگهی خوبی دارند؛ اما پزشکان اورژانس بایستی این توانایی را داشته باشند تا سریعاً بیمارانی با شرایط خطرناک و تهدیدکننده حیات را شناسایی و درمان نمایند. در حال حاضر دستورالعمل

شکایت از درد شکم، علت ۱۰ درصد از مراجعات اورژانس را به خود اختصاص می‌دهد. این در حالی است که در ۷ درصد موارد ممکن است؛ علت درد مشکلی تهدیدکننده حیات باشد. درد شکم علت پذیرش بیش از ۸ میلیون از موارد اورژانس در آمریکا در سال ۲۰۰۶ گزارش شده است (۱). در این بین بیش از ۲۵ درصد موارد درد شکمی علی‌رغم بررسی‌های کامل کلینیکی و پاراکلینیکی به تشخیص دقیق و واضحی نمی‌رسند (۸-۲). ارزیابی کلینیکی درد شکمی غیرتروماتیک امری بحث‌برانگیز است؛ زیرا علل آن متنوع بوده و شامل محدوده‌ای از وضعیت‌های خفیف تا شرایط وخیم تهدیدکننده حیات می‌گردد. بیماران مبتلا در اغلب موارد شرح حال

اثبات علت درد، در تمامی موارد بر مبنای پرونده و بررسی‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری انجام پذیرفت و نظر قطعی توسط یک متخصص طب اورژانس ارائه گردید.

معیارهای خروج از مطالعه شامل درد شکم ناشی از تروما و ترخیص با رضایت شخصی علی‌رغم توصیه پزشکی بود.

آزمودنی‌ها طی چهار هفته بعد از ترخیص از طریق تماس تلفنی مورد پیگیری در خصوص ادامه یا بهبود درد، مراجعه مجدد به مراکز درمانی و تشخیص‌های احتمالی بعدی، بروز عوارض و مرگ و میر قرار گرفتند. از بیمارانی که در دوره پیگیری به مراکز درمانی دیگر مراجعه کرده بودند؛ خواسته شد تا مدارک و نتایج تست‌های تشخیصی را برای پیگیری به محققین ارسال نمایند.

جمع‌آوری اطلاعات توسط مجری بدون مداخله در روند مراقبت بیمار انجام گرفت. عدم پاسخ تلفنی بعد از سه بار تلاش در سه روز متفاوت به منزله عدم همکاری بیمار تلقی شد و بیمار از مطالعه خارج گردید. قسمتی از داده‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک و اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده حین بستری شامل جنس، محل درد شکم، علائم همراه، مدت بستری در اورژانس، اقدام درمانی، وضعیت زمان ترخیص، تعداد روزهای دردمند بودن بعد از ترخیص، مراجعه مجدد به مراکز درمانی، تشخیص نهایی، بروز عوارض و مرگ و میر از پرونده بیماران استخراج گردید.

در زمان ترخیص ضمن توضیح توصیه‌های پزشکی و گوشزد نمودن علائم هشدار دهنده موارد تهدیدکننده حیات به بیمار یا خانواده وی نسبت به شرکت در این مطالعه توضیحات کامل ارائه گردید و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 وارد رایانه گردید. برای تعیین عوامل موثر در دسترسی احتمالی به یک تشخیص قطعی از آزمون کای‌اسکوئر و رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

از کل شرکت‌کنندگان در مطالعه ۶۸/۴ درصد زن و ۳۱/۶ درصد مرد بودند. میانگین سنی بیماران  $40/2 \pm 18/4$  سال بود و به‌طور متوسط  $23/8 \pm 0/45$  ساعت بعد از شروع درد به بخش اورژانس مراجعه کرده بودند. متوسط زمان بستری در بخش اورژانس  $11/1 \pm 3/2$  ساعت بود.

در ۸۹ بیمار (۳۶ درصد) پس از ترخیص ضمن بهبودی کامل هیچ دردی تجربه نگردید. در حالی که مابقی بیماران (۱۵۸ نفر، ۶۴ درصد) قبل از رفع کامل علائم حداقل یک و حداکثر ۳۰ روز متوالی (۵۰/۶ درصد کمتر از سه روز و متوسط  $5/5 \pm 2/3$  روز) از درد رنج بردند. از ۱۵۸ بیماری که ادامه درد را تجربه کردند؛ تنها ۷۱ بیمار (۴۵ درصد) مجبور به مراجعه مجدد به مراکز درمانی شده

مشخصی در زمینه ارزیابی و مدیریت دردهای شکم غیراختصاصی در اورژانس وجود ندارد (۹ و ۱۰) که تا حدودی به دلیل فقدان اطلاعات در مورد پیامدهای واضحی است که بتوان بر مبنای آن کارایی مداخلات درمانی یا تشخیصی را ارزیابی نمود.

با توجه به پیچیده‌تر شدن تشخیص، افزایش هزینه‌های تحمیلی و زمان‌بر بودن فرآیندهای مختلف (۱۳-۱۱) و نیز به دلیل عدم وجود استانداردهای تعریف شده و مقبول در خصوص مدیریت بیماران مبتلا به دردهای غیراختصاصی شکم (۱۴)؛ نیاز است تا مطالعاتی پایه‌گذاری شوند تا بتوان براساس آنها اقدام به طراحی و اجرا دستورالعمل‌های منطقی در این زمینه نمود. اولین گام در این فرآیند آگاهی از وضعیت بیماران، شناسایی پیامدها و آگاهی از علل ایجادکننده آن است. سپس با استفاده از این اطلاعات اقدام به طراحی یک پروتکل تشخیصی و درمانی نمود تا براساس آن مدیریت بیماران مبتلا به دردهای شکمی آسان‌تر گردد. لذا این مطالعه به منظور تعیین پیامد بیماران با تشخیص درد شکم غیراختصاصی ترخیص شده شامل ادامه یا بهبود درد، مراجعه مجدد به مراکز درمانی و تشخیص‌های احتمالی بعدی، بروز عوارض و مرگ و میر در بخش اورژانس انجام شد.

#### روش بررسی

این مطالعه کوهورت آینده‌نگر روی ۲۴۷ بیمار (۷۸ مرد و ۱۶۹ زن) مبتلا به درد شکم غیراختصاصی ترخیص شده از بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع) تهران بین بهمن‌ماه ۱۳۸۹ لغایت آبان‌ماه ۱۳۹۰ انجام شد.

مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی از نوع مراقبت سطح سوم با تعداد ۶۰۰۰۰ مراجعه در سال بوده و دارای ۵۰۵ تخت بستری و ۶۰ تخت اورژانس است که ۳۰ تخت آن مربوط به اورژانس داخلی است.

همه بیماران مبتلا به درد شکمی غیراختصاصی که براساس معاینات مکرر، آزمایشات و تصویربرداری‌های لازم برای تشخیص علت درد، مشاوره جراحی و تحت‌نظر بودن (حداقل ۶ ساعت) بدون رسیدن به علت واضحی برای درد فقط با تسکین علامتی (تجویز مسکن) و با تشخیص درد شکم غیراختصاصی ترخیص شده از اورژانس؛ وارد مطالعه شدند.

سن به چهار گروه ۱۸-۶ سال، ۱۹-۳۹ سال، ۴۰-۵۹ سال و ۶۰-۸۹ سال تقسیم شد. براساس میانه جامعه مورد مطالعه، هر کدام از متغیرهای فاصله زمانی بین آغاز درد تا زمان مراجعه (میانه برابر ۲۴ ساعت)، مدت زمان بستری در اورژانس (میانه برابر ۶ ساعت) و مدت زمان استمرار درد (میانه برابر ۲ روز) به دو گروه کمتر یا مساوی میانه و بیشتر از میانه تقسیم شدند. همچنین تمامی تست‌های تشخیصی به دو گروه طبیعی و غیرطبیعی تقسیم شدند.

بودند. پیامد نهایی یک ماهه بیماران در جدول یک آمده است.

جدول ۱: پیامد نهایی یک ماهه بیماران با درد شکمی غیراختصاصی ترخیص شده از بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع) تهران بین بهمن ماه ۱۳۸۹ لغایت آبان ماه ۱۳۹۰

تعداد (درصد)	پیامد	تعداد
۷۱ (۲۸/۷)	مراجعه مجدد به دلیل عود درد	۲۶ (۱۰/۵)
۸۷ (۳۵/۳)	بهبودی بعد از چند روز دردمندی	۲۵ (۱۰)
۱۹ (۳۶)	بهبودی کامل و از بین رفتن درد	۱۸ (۷/۳)
	بهبودی کامل با نسخه سرپایی	۲ (۰/۸)
	رسیدن به تشخیص در مراجعه مجدد	
	بستری در بخش و رسیدن به تشخیص	
	نیاز به لاپاراتومی	

۳۹/۲±۴/۵ سال و با علت مشخص ۴۰±۵/۶ سال بود که تفاوت آماری معنی داری نداشتند. براساس این مقایسه‌ها و نتایج آزمون کای اسکور هنگامی که درد ناحیه اپی گاستر ( $p=0/003$ )، سابقه ابتلا به دردهای مشابه ( $p<0/0001$ )، درد مرتبط با غذا خوردن ( $p<0/0001$ )، مراجعه مجدد به مرکز درمانی ( $p<0/0001$ )، غیرطبیعی بودن آنالیز ادراری ( $p=0/02$ )، غیرطبیعی بودن نتایج سونوگرافی ( $p<0/0001$ ) و ادامه درد به مدت حداقل دو روز پس از ترخیص ( $p<0/0001$ ) وجود دارد؛ احتمال شناسایی یک علت خاص برای درد در مبتلایان به دردهای شکم غیراختصاصی افزایش خواهد یافت.

نتایج رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد که عوامل موثر در شناسایی علل درد شکمی عبارت از سابقه ابتلا به دردهای مشابه، وجود یافته‌های غیرطبیعی در سونوگرافی شکم، یافته غیرطبیعی در آنالیز ادراری و استمرار دردهای شکمی بیش از ۲ روز بوده است. بدین مفهوم که سابقه ابتلا به دردهای مشابه ( $OR=4/04$ ;  $CI:1/4-11/8$ ;  $p=0/01$ ) و استمرار دردهای شکمی بیش از ۲ روز ( $OR=4/04$ ;  $CI:1/2-13/1$ ;  $p=0/02$ ) شانس دستیابی به یک تشخیص قطعی در این بیماران را تا ۴ برابر افزایش داد. شایان ذکر است این شانس هنگامی که یافته‌های غیرطبیعی در سونوگرافی شکم وجود داشت؛ تا ۸ برابر ( $OR=8/2$ ;  $CI:1/9-36/0$ ;  $p=0/005$ ) و در زمانی که یافته غیرطبیعی در آنالیز ادراری مشاهده شد؛ تا ۷ برابر ( $OR=7/4$ ;  $CI:1/4-39/4$ ;  $p=0/02$ ) افزایش یافت (جدول ۵).

### بحث

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که علت ۸۱/۴ درصد از دردهای شکمی غیراختصاصی همچنان ناشناخته باقی می‌ماند. می‌توان گفت بیشتر مراجعات با شکایت درد شکمی غیراختصاصی به تشخیص قابل قبولی منتهی نمی‌شوند و بیشتر آنها نیز بدون عارضه خاصی بهبود می‌یابند. براساس نتایج مطالعه حاضر احتمال دستیابی به یک تشخیص قطعی در بیمارانی با نوعی ضایعه در سونوگرافی

علت درد برای ۴۵ بیمار از ۷۱ بیمار با مراجعه مجدد مشخص گردید. سندرم روده تحریک پذیر (۳/۲ درصد)، سنگ کیسه صفرا (۲ درصد)، سنگ کلیه (۱/۶ درصد)، عفونت دستگاه ادراری (۱/۶ درصد)، علل غیرشکمی (۱/۶ درصد)، گاستروآنتریت (۱/۲ درصد)، منشا عصبی (۱/۲ درصد) و Mittelschmerz (۱/۲ درصد) شایع‌ترین تشخیص‌ها بودند. بقیه موارد شامل التهاب معده توسط هلیکوباکتریلوری (۰/۸ درصد) و پانکراتیت (۰/۴ درصد)، شکستگی دنده (۰/۴ درصد)، پاره شدن کیست بارداری خارج رحمی (۰/۴ درصد)، بیماری التهابی روده (۰/۴ درصد)، آپاندیسیت (۰/۴ درصد)، سندرم تخمدان پلی کیستیک (۰/۴ درصد)، پلورال افیوژن (۰/۴ درصد)، دیسکوپاتی (۰/۴ درصد) و دستگاه خارج رحمی (۰/۴ درصد) بود.

برای دستیابی به یک تشخیص قطعی در مواجهه با درد غیراختصاصی شکم یافته‌های دموگرافیک و شرح حال، ویژگی‌های درد، علائم همراه و یافته‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری بیمارانی که در نهایت به یک تشخیص واحد رسیدند در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است. با توجه به آزمون t مستقل سن بیماران با علت نامشخص

جدول ۲: مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک و شرح حال بیماران با تشخیص نهایی معین و سایر بیماران

ویژگی	علت نامشخص تعداد (درصد)	علت مشخص تعداد (درصد)	p-value
جنسیت زن	۱۳۶ (۶۷/۷)	۳۳ (۷۱/۷)	۰/۶
متاهل	۱۵۹ (۷۹/۱)	۳۶ (۷۸/۳)	۰/۹
فقدان سابقه دردهای مشابه	۱۵۲ (۷۶/۰)	۱۹ (۴۲/۲)	۰/۰۰۰۱
فقدان بیماری زمینه‌ای	۱۵۸ (۷۸/۶)	۴۱ (۸۹/۱)	۰/۶
فاصله زمانی بین آغاز درد تا مراجعه	≤ ۲۴ ساعت	۱۷۲ (۸۵/۶)	۰/۲
> ۲۴ ساعت	۲۹ (۱۴/۴)	۱۰ (۲۱/۷)	
مدت زمان بستری	≤ ۶ ساعت	۱۳۰ (۶۴/۷)	۰/۲
> ۶ ساعت	۷۱ (۳۵/۳)	۱۲ (۲۶/۱)	
مراجعه مجدد به دلیل عود درد	خیر	۱۶۳ (۸۱/۱)	۰/۰۰۰۱
بلی	۳۸ (۱۸/۹)	۳۴ (۷۳/۹)	
استمرار درد بعد از ترخیص	≤ دو روز	۱۲۴ (۶۱/۷)	۰/۰۰۰۱
> دو روز	۷۷ (۳۸/۳)	۷ (۱۵/۲)	

جدول ۳: مقایسه ویژگی‌های درد و علائم همراه بیماران با تشخیص نهایی معین و سایر بیماران

p-value	دارای تشخیص تعداد (درصد)	بدون تشخیص تعداد (درصد)	علامت بالینی	
۰/۰۰۳	۳ (۶/۵)	۱۶ (۸)	ربع راست فوقانی	
	۲ (۴/۴)	۳۸ (۱۸/۹)	ربع راست تحتانی	
	۱ (۲/۲)	۲ (۱)	ربع چپ فوقانی	
	۲ (۴/۴)	۱۵ (۷/۵)	ربع چپ تحتانی	
	۲۷ (۵۸/۷)	۶۱ (۳۰/۴)	اپی گاستر	
	۲ (۴/۴)	۳۴ (۱۶/۹)	هیپوگاستر	
	۷ (۱۵/۲)	۱۷ (۸/۵)	پشت	
	۲ (۴/۴)	۸ (۹)	جنرال	
۰/۷	۴۳ (۹۳/۵)	۱۹۱ (۹۵)	ندارد	انتشار درد
۰/۰۸	۳۷ (۸۰/۴)	۱۳۵ (۶۷/۲)	ندارد	تهوع و استفراغ
۰/۲	۴۵ (۹۵/۷)	۱۷۹ (۹۰)	ندارد	بی‌اشتهایی
۰/۰۰۰۱	۲۱ (۴۵/۶)	۱۶۷ (۸۳/۱)	ندارد	ارتباط درد با تغذیه
۰/۷	۴۳ (۹۳/۵)	۱۹۱ (۹۵)	ندارد	اسهال
۰/۶	۴۵ (۹۷/۸)	۱۹۴ (۹۶/۵)	ندارد	تب
۰/۶	۴۵ (۹۷/۸)	۱۹۴ (۹۶/۵)	ندارد	بی‌بوست
۰/۶	۴۴ (۹۵/۶)	۱۹۵ (۹۷)	ندارد	مشکل ادراری
۰/۳	۴۶ (۱۰۰)	۱۹۷ (۹۸)	ندارد	قاعدگی

جدول ۴: مقایسه نتایج آزمایشگاهی و تصویربرداری بیماران با تشخیص نهایی معین و سایر بیماران

p-value	دارای تشخیص تعداد (درصد)	بدون تشخیص تعداد (درصد)	تست تشخیصی
۰/۸	۴۲ (۹۱/۳)	۱۷۸ (۹۳/۲)	طبیعی
	۴ (۸/۷)	۱۲ (۶/۳)	WBC بالای ۱۰۰۰۰
	۰ (۰)	۱ (۰/۵)	هموگلوبین پایین
۰/۲	۴۵ (۹۷/۸)	۲۰۰ (۹۹/۵)	طبیعی
	۱ (۲/۲)	۱ (۰/۵)	غیر طبیعی
۰/۰۲	۴۱ (۸۹/۱)	۱۸۰ (۹۶/۷)	طبیعی
	۴ (۸/۷)	۲ (۱/۱)	WBC غیر طبیعی
	۱ (۲/۲)	۲ (۱/۱)	RBC غیر طبیعی
	۰ (۰)	۲ (۱/۱)	WBC و RBC بالا
۰/۰۰۰۱	۲۴ (۷۲/۷)	۱۵۱ (۹۷/۴)	طبیعی
	۹ (۲۷/۳)	۴ (۲/۶)	غیر طبیعی
۰/۲	۱۵ (۹۳/۸)	۶۷ (۱۰۰)	طبیعی
	۱ (۶/۲)	۰ (۰)	غیر طبیعی
۰/۹۹	۱ (۱۰۰)	۲۶ (۹۶/۳)	طبیعی
	۰ (۰)	۱ (۳/۷)	غیر طبیعی

جدول ۵: عوامل پیش‌بینی کننده در وجود یک تشخیص احتمالی در درد های شکم غیر اختصاصی بر مبنای آنالیز رگرسیون لجستیک چندمتغیره

p-value	محدوده اطمینان ۹۵ درصد	نسبت شانس (OR)	عامل پیش‌بینی کننده
۰/۰۰۴	۲/۴-۹۳/۰	۱۴/۹	وجود ضایعه در سونوگرافی
۰/۰۲	۱/۴-۵۹/۴	۹/۱	آنالیز ادراری غیر طبیعی
۰/۰۰۰۱	۲۹/۳-۲/۷	۸/۹	مراجعه مجدد
۰/۰۳	۱/۲-۲۳/۳	۵/۲	استمرار درد بیش از دو روز
۰/۰۱	۱/۵-۱۷/۵	۵/۱	سابقه وجود دردهای مشابه

سه مرحله‌ای است. مرحله اول شامل شرح حال‌گیری، معاینه بالینی، ارزیابی‌های تشخیصی پایه و تخمین تشخیص‌های احتمالی است. در این مرحله ضمن رد بیماری‌های تهدیدکننده حیات، ارزیابی‌های تشخیصی پایه مانند استفاده از سونوگرافی و تست‌های آزمایشگاهی پیشنهاد شده است (۲۵ و ۲۶). در صورتی که در این مرحله تشخیص قطعی انجام نشود؛ در مرحله دوم استفاده از روش‌های تصویربرداری پیشرفته‌تر پیشنهاد شده است. در بسیاری از مراکز استفاده از سی‌تی اسکن اولین روش در این موارد است (۱۷ و ۲۷). در صورتی که با انجام سی‌تی اسکن نیز همچنان تشخیص قطعی برای علت بیماری شناسایی نشود؛ در مرحله سوم استفاده از لاپاراسکوپی به عنوان گزینه‌ای احتمالی در تشخیص علت درد می‌تواند مطرح شود (۲۳-۲۵ و ۲۸).

برقراری ارتباط دوجانبه متخصصین طب اورژانس با پزشکان خانواده می‌تواند شرایطی موثر و مستمر را برای پیگیری بیماران مرخص شده از اورژانس فراهم آورد. در طراحی اورژانس‌ها نیز در نظر گرفتن بخش تحت نظر و درمانگاه پیگیری اورژانس توصیه می‌شود. در هنگام ترخیص نیز بایستی به این بیماران متذکر شد که اگر درد شکمی آنها بیشتر از دو روز متوالی ادامه یابد؛ حتماً به مرکز درمانی مراجعه نمایند.

با توجه به این که مدیریت درد غیراختصاصی شکم یک فرآیند چندمرحله‌ای است. این امر الزام طراحی یک پروتکل استاندارد تشخیصی-درمانی در این بیماران را نشان می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با طراحی مطالعات با حجم نمونه بالا و با استفاده از داده‌های پژوهش‌های موجود پروتکلی بدین منظور طراحی شود تا پس از تعیین کارایی آن روشی استاندارد در مدیریت دردهای غیراختصاصی شکم در دسترس پزشکان قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بیشتر مراجعات با شکایت درد شکمی غیراختصاصی به تشخیص قابل قبولی منتهی نمی‌شوند و بیشتر آنها نیز بدون عارضه خاصی بهبود می‌یابند. به نظر می‌رسد که احتمال دستیابی به یک تشخیص قطعی در بیماران مبتلا به درد شکم غیراختصاصی دارای نوعی ضایعه در سونوگرافی شکم، آنالیز غیرطبیعی ادرار، دارای تجربه درد بیش از دو روز پس از ترخیص، سابقه وجود دردهای مشابه و مراجعه مجدد به مراکز درمانی، بیشتر است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتر محمود بارده برای اخذ درجه تخصصی در رشته طب اورژانس از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی بود. بدین وسیله به خاطر نقطه‌نظرات ارزشمند

شکم، دارای آنالیز ادراری غیرطبیعی، دارای تجربه درد بیش از دو روز پس از ترخیص، وجود سابقه دردهای مشابه و مراجعه مجدد به مراکز درمانی، بیشتر است.

همانند مطالعه حاضر در مطالعه Cooper و همکاران در انگلستان نیز ۸۵ درصد از بیماران مراجعه‌کننده با درد شکمی، با تشخیص درد غیراختصاصی شکم ترخیص شده بودند (۱۵). در پیگیری یک‌ساله Gunnarsson و همکاران در ایسلند علت ۷۸ درصد از دردهای شکمی ناشناخته بود (۱۶). در مطالعه Ahn و همکاران در امریکا حتی با انجام رادیوگرافی علت بیماری در ۶۸ درصد موارد مراجعه‌کننده با درد شکمی همچنان ناشناخته بود (۱۷). در مطالعه Abbas و همکاران در نیوزیلند حتی با انجام CT اسکن حدود ۵۲ درصد از دردهای شکمی غیراختصاصی بودند (۱۸).

مطالعات متعددی (۲۱-۱۹) وضعیت بیماران مبتلا به دردهای غیراختصاصی شکم را بررسی نموده‌اند. در مطالعه Ozgüç و همکاران در ترکیه سابقه ابتلا به دردهای مشابه، تب بالای ۳۶/۶ درجه سانتی‌گراد، تعداد لکوسیت بالای ۸۷۰۰ عدد در میلی‌لیتر، سن بالای ۳۹ سال و تعداد تنفس بالای ۱۵ عدد در دقیقه در هنگام پذیرش بیمار و همچنین ادامه درد تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص احتمال شناسایی یک دلیل خاص برای درد بیماران را افزایش داد. در حالی که تهوع و سفتی شکم این شانس را کاهش داده بود (۱۹). در حالی که در مطالعه Abbas و همکاران عدم وجود تهوع، گاردینگ شکم، تعداد طبیعی ضربان قلب و تعداد گلوبول‌های سفید طبیعی شانس دستیابی به پاتولوژی خاصی را در موارد درد شکمی کاهش داده بود (۱۸). علت تناقض نتایج برخی مطالعات (۱۸ و ۱۹) با مطالعه حاضر ناشی از تفاوت در نقاط برش (Cut offs) بود.

در خصوص بیمارانی که نیازمند ارزیابی‌های بیشتری هستند؛ استفاده از تست‌های تشخیصی از جمله سی‌تی اسکن و لاپاراسکوپی می‌تواند مفید واقع شود. استفاده از لاپاراسکوپی میزان تشخیص را افزایش و مدت زمان بستری را کاهش می‌دهد. استفاده از این روش باعث می‌شود تا عود درد طی سه ماه پس از ترخیص کاهش یابد؛ اما اثری بر پیامد یک‌ساله بیماری ندارد. افزایش میزان تشخیص توسط لاپاراسکوپی، شانس شناسایی وضعیت‌های تهدیدکننده حیات را می‌افزاید (۲۵-۲۲). با این وجود در اتخاذ روش‌های تشخیصی تهاجمی همچون لاپاراسکوپی بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. زیرا برخی از مطالعات (۲۳) اثرات سودمندی برای انجام لاپاراسکوپی در بهبود پیش‌آگهی و پیامد بیماران با درد غیراختصاصی شکم قایل نیستند.

مدیریت درد غیراختصاصی شکم یک فرآیند چندمرحله‌ای برای دستیابی به بهترین پیامد با کمترین هزینه و حداقل آسیب به بیمار است (۲۴ و ۲۵). مدیریت درد غیراختصاصی شکم یک روند

همچنین از کارکنان محترم بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) تهران صمیمانه سپاسگزاریم.

## References

1. Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary. *Natl Health Stat Report*. 2010 Aug;(26):1-31.
2. Mai-Phan TA, Patel B, Walsh M, Abraham AT, Kocher HM. Emergency room surgical workload in an inner city UK teaching hospital. *World J Emerg Surg*. 2008 May;3:19.
3. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med*. 1995 May;13(3):301-3.
4. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2003 Feb;21(1):61-72, vi.
5. Morino M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E, Mao P. Acute nonspecific abdominal pain: A randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann Surg*. 2006 Dec;244(6):881-6.
6. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg*. 1989 Nov;76(11):1121-5.
7. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*. 2008 Apr;77(7):971-8.
8. Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. Acute abdominal pain in adults. *Ann Chir Gynaecol*. 1996;85(1):5-9.
9. Nagurney JT, Brown DF, Chang Y, Sane S, Wang AC, Weiner JB. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. *J Emerg Med*. 2003 Nov;25(4):363-71.
10. Mills AM, Dean AJ, Hollander JE, Chen EH. Abdominal pain: a survey of clinically important outcomes for future research. *CJEM*. 2010 Nov;12(6):485-90.
11. Gupta RK, Bhatia V, Gupta PR. Left lower quadrant acute abdominal pain: a case of Spigelian hernia, a rare diagnosis by emergency ultrasound. *PJR*. 2010; 20(4): 158-61.
12. Amin PB, Magnotti LJ, Fabian TC, Croce MA. The role of laparoscopy in abdominal trauma. *Trauma*. 2011;13(2):137-43.
13. Haller O, Karlsson L, Nyman R. Can low-dose abdominal CT replace abdominal plain film in evaluation of acute abdominal pain? *Ups J Med Sci*. 2010 May;115(2):113-20.
14. Banz VM, Sperisen O, de Moya M, Zimmermann H, Candinas D, Mougiakakou SG, et al. A 5-year follow up of patients discharged with non-specific abdominal pain: out of sight, out of mind? *Intern Med J*. 2012 Apr;42(4):395-401.
15. Cooper JG, Hammond-Jones D, O'Neill E, Patel R, Murphy R, Clamp SE, et al. The Clinical Decision Unit has a role to play in the management of acute undifferentiated abdominal pain. *Eur J Emerg Med*. 2012 Oct;19(5):323-8.

دکتر سعید صفری، استادیار گروه طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کمال تشکر و امتنان خود را اعلام می‌داریم.

16. Gunnarsson OS, Birgisson G, Oddsdottir M, Gudbjartsson T. [One year follow-up of patients discharged from the emergency department with non-specific abdominal pain]. *Laeknabladid*. 2011 Apr;97(4):231-6. [Article in Icelandic]
17. Ahn SH, Mayo-Smith WW, Murphy BL, Reinert SE, Cronan JJ. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation. *Radiology*. 2002 Oct;225(1):159-64.
18. Abbas SM, Smithers T, Truter E. What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain? *World J Emerg Surg*. 2007 Sep;2:26.
19. Özgüç H, Cakin N, Duman U. [Diagnostic accuracy of symptoms, signs and one-year prognosis of patients with acute non-specific abdominal pain: prospective survey]. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2008 Apr;14(2):118-24. [Article in Turkish]
20. Champault G, Rizk N, Lauroy J, Olivares P, Belhassen A, Boutelier P. [Right iliac fossa pain in women. Conventional diagnostic approach versus primary laparoscopy. A controlled study (65 cases)]. *Ann Chir*. 1993;47(4):316-9. [Article in French]
21. Decadt B, Sussman L, Lewis MP, Secker A, Cohen L, Rogers C, et al. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *Br J Surg*. 1999 Nov;86(11):1383-6.
22. Domínguez LC, Sanabria A, Vega V, Osorio C. Early laparoscopy for the evaluation of nonspecific abdominal pain: a critical appraisal of the evidence. *Surg Endosc*. 2011 Jan;25(1):10-8.
23. Gaitán H, Angel E, Sánchez J, Gómez I, Sánchez L, Agudelo C. Laparoscopic diagnosis of acute lower abdominal pain in women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Feb;76(2):149-58.
24. Poulin EC, Schlachta CM, Mamazza J. Early laparoscopy to help diagnose acute non-specific abdominal pain. *Lancet*. 2000 Mar;355(9207):861-3.
25. Allemann F, Cassina P, Röthlin M, Largiadèr F. Ultrasound scans done by surgeons for patients with acute abdominal pain: a prospective study. *Eur J Surg*. 1999 Oct;165(10):966-70.
26. Dhillon S, Halligan S, Goh V, Matravers P, Chambers A, Remedios D. The therapeutic impact of abdominal ultrasound in patients with acute abdominal symptoms. *Clin Radiol*. 2002 Apr;57(4):268-71.
27. Gupta H, Dupuy DE. Advances in imaging of the acute abdomen. *Surg Clin North Am*. 1997 Dec;77(6):1245-63.
28. Ou CS, Rowbotham R. Laparoscopic diagnosis and treatment of nontraumatic acute abdominal pain in women. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000 Feb;10(1):41-5.

Original Paper

## Outcome of nonspecific abdominal pain in the discharged patients from the emergency department

Forouzanfar MM (M.D)<sup>1</sup>, Hatamabadi HR (M.D)<sup>2</sup>, Hashemi B (M.D)<sup>1</sup>  
Majidi A (M.D)<sup>1</sup>, Baratloo A (M.D)<sup>1</sup>, Shahrami A (M.D)<sup>3</sup>, Bardeh M (M.D)\*<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Shohadaieajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <sup>2</sup>Emergency Medicine, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <sup>3</sup>Assistant Professor, Shohadaieajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <sup>4</sup>Resident in Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, Imam Hosein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** The causes of non traumatic abdominal pain are varied from mild to severe onset. This study was carried out to assess the outcome of the patients with non-specific abdominal pain discharged from the emergency department.

**Methods:** This cohort study was carried out on 247 patients (68.4% female, 31.6% male) with non-specific abdominal pain which referred to the emergency department of Imam Hossain hospital in Tehran, Iran during 2010-11. The existence or improvement of pain, readmission to hospital and possible subsequent complications diagnose and death was recorded after four-week through telephone follow-up.

**Results:** 247 patients with non-specific abdominal pain were enrolled. Out of 158 patients with recurrence pain, 71 (45%) patients were admitted to the hospital again that finally, cause of pain was diagnosed in 45 (28.5%) patients. The most common cause of abdominal pain was irritable bowel syndrome (3.2%). History of similar pain (OR=4.04, P<0.05), abnormal findings in abdominal ultrasonography (OR=8.2, P<0.05), abnormal urine analysis (OR=7.4, P<0.05) and abdominal pain persisted for more than 2 days (OR=4.04, P<0.05) were independent factors to identifying the causes of abdominal pain.

**Conclusion:** Nonspecific abdominal pain will not lead to appropriate recognition and most of them recover without any complication.

**Keywords:** Nonspecific abdominal pain, Ultrasonography, Irritable bowel syndrome

---

\* **Corresponding Author:** Bardeh M (M.D), E-mail: mahmoud\_bardeh@yahoo.com

Received 16 Apr 2013

Revised 16 Sep 2013

Accepted 2 Nov 2013