

## بررسی آماری پریتونیت تیفوئیدی دربخش جراحی بیمارستان امام خمینی تبریز از سال ۱۳۷۱-۱۳۶۶

(۱) دکتر امر... بیات - (۲) دکتر صمد مصدقی

### خلاصه:

در این بررسی، پرونده ۱۷۵ مورد پریتونیت را مورد بررسی قرار دادیم. که ۱۲ مورد یعنی ۸٪ پریتونیت ها به علت پرفوراسیون روده در اثر تیفوئید بودند که ۷ نفر مونث ۵۸٪ و ۵ نفر یعنی ۴۲٪ مذکر بودند و حد متوسط سن آنها ۲۲ سال بود. علایم بالینی عمده‌ای که بیماران مراجعه کرده بودند شامل تب بالای ۳۹، درد شکم، اسهال، یبوست، اتساع شکم، سفتی و حالت ریباند تندرns در شکم بوده.

علایم آزمایشگاهی شامل آنمی، تست ویدال مثبت (۸۳٪)، کشت خون (۱۷٪) و مدفوع مثبت (۸٪)، علایم رادیوگرافی پنوموپریتون ۴۲٪ بود تمام بیماران لاپاراتومی شدند که ۷۵٪ موارد تعداد پرفوراسیون یک عدد بوده که ترمیم اولیه شده و در موارد کمتر ۱۷٪ به علت پرفوراسیون های متعدد روده باریک رزکسیون و آناستوموز اولیه انجام گرفت. آنتی بیوتیک در تمام بیماران عمل شده کلرامفنیکل همراه با جنتامایسین و یا کلرامفنیکل همراه با پنی سیلین کریستال بوده.

۴۲٪ بیماران بدون هیچ عارضه‌ای مرخص شدند ولی ۵۸٪ بیماران دچار عوارض بعد از عمل شدند که به آیه داخل شکم ۱۷٪، گسیختگی زخم ۸٪، پرفوراسیون مجدد روده ۸٪، لیک آناستوموز ۸٪، انسداد روده ۸٪، و عوارض ریوی بصورت آتلکتازی و ARDS ۸٪ بود. میزان مرگ کلی ۲۵٪ بود یعنی ۳ نفر که ۲ مورد به علت سپسیس و یک مورد نیز به علت ARDS بود. عواملی که در افزایش مرگ و میر تاثیر داشت شامل: تاخیر در عمل جراحی به علت عدم تشخیص زودرس، وسعت آلودگی پریتون، تعداد سوراخهای ایجاد شده، اسهال خونی، لکوپنی در حین پریتونیت و اختلال هوشیاری می باشند.

کلید بهبودی و افزایش سلامتی بعد از عمل عبارتند از: تشخیص سریع و عمل بموقع - مراقبت هابت های صحیح بعد از عمل پیشگیری از بروز تیفوئید و بهبود وضعیت بهداشت.

### مقدمه:

ویاموادشیمیایی که نهایتاً به نوع میکروبی تبدیل میشود بوجود می آید و اگر بموقع تشخیص و اقدام درمانی انجام

پریتونیت یکی از اورژانسهای جراحی است که به علت آلوده شدن حفره صفاقی بامیکروبوها

در کشورهای در حال توسعه و در کشورهای آفریقایی و هند و مکزیک شیوع آن ۵۰۰ - ۳۰۰ مورد در هر صد هزار نفر می باشد (۸۱).

بروز علایم کلینیکی به تعداد ارگاناسم خورده شده - حدت میکروبی و فاکتورهای مستعد کننده میزبان بستگی دارد - پس از اینکه میکروب از سد اسید معده و اسیدهای چرب روده باریک گذشت در پلاکهای پیر (Pear) بدون ایجاد التهاب عبور کرده وارد سیستم رتیکولواندوتلیال میشود و عرض ۱۴-۱۰ روز در این سیستم تکثیر می یابد (۸۹ و ۱). انتشار میکروب به داخل خون باشیوع علایم کلینیکی همراه است - پس از آن میکروب بوسیله صفرا یا جریان خون وارد روده ها شده و در پلاکهای پیر مستقر شده و باعث ایجاد زخم روده میشود.

پلاکهای پیر در زیر میکروسکوپ متورم - قرمز و ملتهب می شوند - عقده های لنفوی مزاتریک بزرگ میشوند اکثر موارد ایلئوم ترمینال - سکوم و گاهی آپاندیس ملتهب می شود - زخم روده باعث ایجاد خونریزی میشود و اگر زخم تا سروز نفوذ بکند باعث سوراخ شدگی روده میشود، دو عارضه روده ای تیفوئید خیلی خطرناک است یکی خونریزی است که باید درمان کنسراتیو بشود و به ترانسفوزیون جواب میدهد و خیلی بندرت در موارد شدید به دخالت جراحی نیاز پیدامی کند (۳۹ و ۴۰ و ۱).

دیگری پرفوراسیون روده باریک است که یک عارضه جدی و کشنده تیفوئید است و در هفته دوم و سوم اتفاق می افتد - در آمریکا میزان پرفوراسیون ۱-۲٪ است در حالی که در هندوستان ۹/۶٪ است و در کشورهای آفریقایی که کمتر آنتی بیوتیک در دسترس است بین ۳۹-۹٪ است.

اکثر پرفوراسیون در یک نقطه است (۹ و ۴ و ۲ و ۱). ولی در ۲۰٪ موارد ممکن است در چند نقطه باشد، در این موارد سوراخها خیلی ریز هستند و قطر متوسط آنها ۵ میلی متر است. این عارضه در زیر چهل سالگی بیشتر دیده میشود و مرگ و میر آن بسته به اینکه چه موقع عمل شده باشد

نشود بامرگ و میر بالای همراه است. در کشورهای پیشرفته و صنعتی شایعترین عامل پرتونیت باز شدن السر پیتیک (۲) است و پرتونیت ناشی از تیفوئید و یاسل خیلی نادر است در حالی که در کشورهای در حال توسعه پرتونیت ناشی از آپاندیسیت سوراخ شده و یا پرفوراسیون تیفوئید یکی از علل مهم می باشد. مثلاً در هندوستان (۷) دومین عامل پرتونیت سوراخ شدن روده باریک در اثر تیفوئید است. نظر به اینکه در کشورهای در حال توسعه هنوز هم یکی از منابع آلوده کننده آبهای آشامیدنی تیفوئید است و همچنین عدم مراقبت و پیگیری افراد حامل بدون علامت تیفوئید هنوز هم یکی از عوامل بیماریهایی محسوب میشوند که بالنسبه شایع است در نتیجه تشخیص بموقع آن ضروری است چون عدم تشخیص بموقع ممکن است با عوارض جراحی مثلاً خونریزی و یا پرفوراسیون همراه باشد که هم در پیش آگهی بیماری تاثیر دارد و همچنین مدت بیماری را طولانی تر کرده و هزینه درمانی نیز بالا می رود.

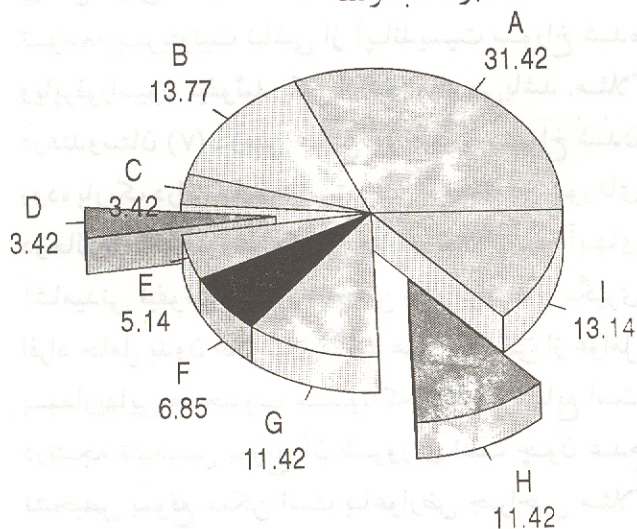
### بیماری تیفوئید:

تب روده یک سندرم کلینیکی است که بطور کلاسیک توسط سالمونلا تیفی و نیز سالمونلا پاراتیفی A و B و یا C ایجاد میشود سروتیپ های دیگر سالمونلا در انسان علایم کلینیکی ایجاد می کند (۸۱).

انسان اکثراً از طریق آب آلوده و یا غذاهای آلوده گرفتار میشود - البته انتقال توسط وسایل اندسکوپ که بطور ناقص استریل شده باشد نیز میتواند انجام بگیرد (۹۱). چون گرفتاری بیشتر به علت آب آلوده است پس فصلی نیز میتواند باشد و در فصلهایی که بارندگی زیاد تر است شیوع بیشتری میتواند داشته باشد. دومین منبع آلودگی مواد غذایی است که از طریق کارکنان حاملی که بدون علامت هستند منتقل میشود (۹۱ و ۱۰) در ایالات متحده شیوع آن خیلی کم و در حدود ۵۰۰ مورد در سال و یا ۲/۰ در هر صد هزار نفر است (۸۱). در صورتیکه

شده بود. سفتی و اتساع شکم در اکثر موارد وجود داشت و بیماران به علت استفراغهای مکرر دز هیدراته بودند - تب بالاداشتند - ماتیتة کبدی از بین رفته بود.

بر حسب درصد



نمودار شماره ۱ - علل پریتونیت در ۱۷۵ مورد بررسی شده

A-آپاندیسیت پرفوره F-سوراخ شدن روده بعلت تیفوئید  
 B-سایر علل G-سوراخ شدن زخم پپتیک  
 C-آسیب احشاء ناشی از جراحی H-پریتونیت صفاوی  
 D-پریتونیت اولیه I-سوراخ شدن روده بعلت تیفوئید  
 E-لیک آناستوموز

مدت زمان شروع علایم عمومی بیمار تا زمان بستری شدن در بخش جراحی ۱-۵ روز و بطور متوسط ۱۹ روز بود فاصله زمانی شروع بیماری تا بروز علایم پریتونیت ۱-۳ و میانگین آن ۱۷ روز بود یعنی در هفته سوم که مطابق آمارهای خارجی بود (۱۰ و ۸ و ۶ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱) علایم کلینیکی بیماران مورد مطالعه در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است.

### از نظر علایم آزمایشگاهی:

هموگلوبین ۱۴-۸/۷ و در افرادی که فوت کرده اند پائین بود شمارش لکوسیت ۱۳۶۰۰-۳۰۰۰ متغیر بود و در افرادی که کاهش گلبول سفید داشتند مرگ و میر زیاد تر بود. کشت خون در ۱۷٪ و کشت مدفوع در ۸٪ مثبت بود. تست ویدال ۸۳٪ مثبت بود.

متفاوت است، اگر در عرض ۵ روز عمل شود ۳۰٪ ولی اگر بعد از آن عمل شود تا ۷۶٪ می رسد (۱). با عمل سریع بر روی بیماران می توان میزان مرگ را تا ۱۰٪ کاهش داد (۲). دوره کمون این بیماری ۱۴-۱۰ روز و گاه گاهی ۲۱-۷ روز است و علایم بیماری عبارتند از: عود کننده که به تدریج به ۴۰-۳۸ می رسد لرز و تعریق در ۱/۳ موارد، یبوست و گاه گاهی اسهال - علایم تنفسی و سرفه، علایم نورو سائیکوتیک مثل گیجی - کنفوزیون، درد ربع تحتانی راست شکم، هیپاتومگالی در ۵۰-۲۵٪ موارد، اسپلنومگالی در ۶۰٪-۴۰٪ موارد و لکه گلی رنگ که در روزهای اول دیده میشود (۱۰ و ۹ و ۸ و ۱).

تشخیص قطعی علاوه بر علایم کلینیکی با کشت خون و مدفوع و یا ادرار صورت می پذیرد. که کشت خون زودتر مثبت میشود و در هفته اول و دوم ۸۰٪ مثبت است، کشت مغز استخوان در ۹۰٪ مثبت است - تست ویدال اکثراً مثبت است ولی اهمیت آن کمتر است (۱۰ و ۹ و ۸ و ۱).

### متدوروش بررسی:

در این بررسی که بطور گذشته نگر بود جمعا" تعداد ۱۷۵ پرونده که با عنوان پریتونیت ژنرالیزه در بخش های جراحی بیمارستان بستری بودند از سالهای ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۱ مورد بررسی قرار گرفتند که از بین این پریتونیت ها ۱۲ مورد به علت پریتونیت ناشی از سوراخ شدن روده باریک در اثر تیفوئید بود که بررسی بیشتر شدند.

### نتایج:

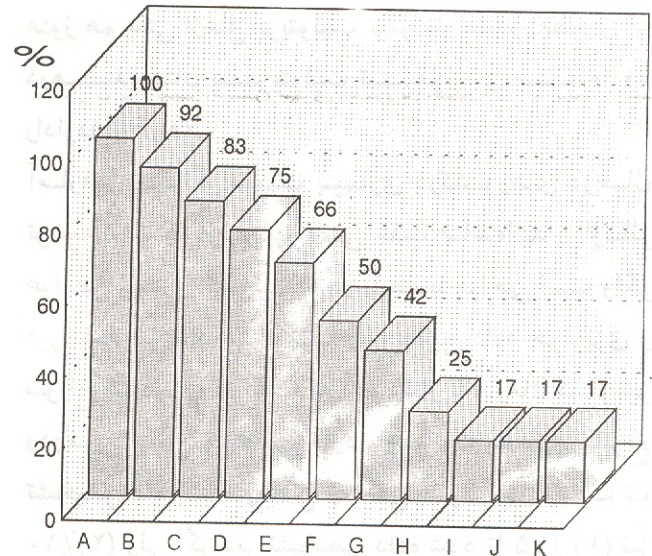
علل شایع پریتونیت در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

در این بررسی تعداد ۱۲ مورد تحت بررسی قرار گرفت که از بخشهای داخلی و عفونی ارجاع شده بود. شایعترین شکایت آنها درد شدید شکم بود که با دردهای قبلی فرق داشت و به هیچ مسکن جواب نداده بود. درد ابتدا از ربع تحتانی و راست شکم شروع و سپس در تمام شکم منتشر

کریستالوئید ، لوله نازوکاستروکاتاترفولی، ادامه مصرف آنتی بیوتیک ، برطرف کردن دزهیدراتاسیون و آزمایشهای متداول همه بیماران تحت عمل جراحی شکم قرارگرفته بودند . یافته‌های بدست آمده بعد از عمل عبارت بودند از : آلودگی پریتون درحد ملایم ومتوسط ۱۸٪ و موارد خیلی شدید ۸۲٪ بود . داخل پریتون بیماران ۲-۳ لیتر چرک وجود داشته وغشاء کاذب روی روده را گرفته بود .

محل پرفوراسیون تماما" در ترمینال ایلیوم بود وفاصله آنها از دریچه ایلیوسکال ۳۰-۱۰ سانتی متر بود . اندازه متوسط سوراخها ۵/۵ میلی متروکوچکترین آنها ۲×۲ میلی مترو بزرگترین آنها ۱×۲ سانتی متر بود . تعداد سوراخها در ۷۵٪ موارد یک عدد- ۱۷٪ متعدد و ۸٪ میکرو پرفوراسیون بود . هر دو مورد پرفوراسیون متعدد فوت کردند .

کارهای انجام شده در موقع عمل : پرفوراسیونهای تکی پس از دبریدمان زخم در دولایه با کرومیک و سیلک ترمیم کردیم . در مورد پرفوراسیون متعدد رزکسیون و آناستوموز اولیه انجام دادیم . یک مورد پرفوراسیون مجدد داشتیم که رزکسیون و دوسرایلیوم رابیرون گذاشتیم شکم با چندین لیتر سرم گرم شسته شد وبدون گذاشتن درن، شکم دریک لایه دوخته شده و زیر جلد و جلد رابازگذاشتیم عوارض عمل و تعداد اعمال جراحی در جدول ۱ - نشان داده شده است (۳) .



نمودار شماره ۲ - علائم و نشانه‌های پریتونیت ناشی از تب تیفوئید از بیماران مورد مطالعه

- A-تب
- B-استفراغ
- C-درد منتشر شکم
- D-تسع شکم
- E-ریباند
- F-سفتی جدار شکم
- G-فقدان صداهای روده
- H-اختلال هوشیاری
- I-درد RLQ
- J-توده درین بست دوگلا
- K-سهال خونی

درمانهای قبلی که دریافت کرده بودند ۶۴٪ از آمپی سیلین و یا کلرامفنیکل استفاده کرده بودند و ۳۶٪ آنتی بیوتیک مصرف نکرده بودند .

بعد از آماده سازی اولیه و اعمال مختلف مثل تجویز سرم

جدول یک - عوارض اعمال جراحی انجام شده در پریتونیت تیفوئید عمل شده

نتیجه	مستعدکننده	عوارض بعد از عمل جراحی
بهبود	بستن کامل جدار شکم - دپرسیون BM - آلودگی شدید	۱ - دو مورد آبسه (۱۷٪)
بهبود	بستن کامل جدار شکم - آلودگی شدید - شستشوی ناکافی	۲ - یک مورد عفونت و گسیختگی زخم (۸٪)
فوت	بیماری شدید	۳ - یک مورد پرفوراسیون مجدد روده (۸٪)
بهبود	بیماری شدید	۴ - یک مورد لیک محل ترمیم (۸٪)
بهبود	بیماری شدید	۵ - یک مورد دپرسیون مغز استخوان (۸٪)
بهبود	عمل جراحی مکرر	۶ - یک مورد پنومونی آسپیراتیو (۸٪)
فوت	عمل جراحی مکرر	۷ - یک مورد آتلکتازی ریه + ARDS (۸٪)
بهبود	باندچسبنده	۸ - یک مورد انسداد روده (۸٪)
فوت	کنترل تأخیری بیماری	۹ - سپسیس دو مورد (۱۷٪)
بهبود	کنترل تأخیری بیماری	۱۰ - بدون عوارض پنج مورد (۴۲٪)

هنوز هم یکی از علل پریتونیت تیفوئید است. بطوری که در هندوستان پریتونیت تیفوئیدی مقام دوم را دارد (۸ و ۶ و ۵).

آمار فوق نشانگر اهمیت بیماری در کشورهای در حال توسعه است که از نظر بهداشتی عقب مانده اند - از نظر عوارض بیماری تیفوئید که در رابطه با جراحی است و اگر دیر تشخیص داده شود مرگ و میر بالایی دارد خونریزی و سوراخ شدگی روده است که اولی نیاز به درمان کنسراتیو و دومی عمل جراحی دارد. چنانچه بیماری سریع تشخیص داده شده و عمل جراحی بشود میزان مرگ تا ۱۰٪ (۲) ولی اگر دیر تشخیص داده شود تا ۷۵٪ (۱) نیز میرسد. میزان مرگ در بین بیماران ما ۲۵٪ بود که میتوان با اقدامات تشخیص سریع آن را کاهش داد.

در اینجا چند نکته برای پیشگیری از بروز بیماری باید یادآوری بشود مثل تامین آب بهداشتی و لوله کشی رعایت ایمنی در خارج کردن فاضلاب از محیط زندگی - شناسایی افراد ناقل بخصوص آنهایی که با مواد غذایی ارتباط دارند. ولی برای کاهش و ابتلا و مرگ بیماران با پریتونیت تیفوئیدی علاوه بر پیشگیری از بروز بیماری تیفوئید تشخیص سریع و اعزام به موقع به بخشهای جراحی - کنترل دقیق آب و الکترولیت - گازهای خونی مراقبت در ICU - مونیتورینگ CVP و تغذیه پارانترا - تجویز آنتی بیوتیک مناسب مثلاً استفاده از ترکیب کلرامفینکل + آمینوگلیکوزید + مترونیدازول یا کلنیدامایسین بجای پنی سیلین کریستال و انجام جراحی صحیح و شستشوی کامل فضای پریتون با چندین لیتر سرم گرم اثر مفید و باارزشی دارد.

مرگ بعد از عمل از چند ساعت تا ۹/۵ روز بعد و بطور متوسط ۳/۳۷ روز بود، ۶۷٪ علت مرگ سپسیس و ۳۳٪ به علت نارسائی تنفسی بود میزان مرگ کلی ۲۵٪ بود.

آنتی بیوتیک های مصرف نشده در بخش جراحی شامل کلرامفینکل + پنی سیلین کریستال + گاهی کلرامفینکل همراه با جنتامایسین بود.

فاکتورهای دخیل در مرگ و میر در جدول ۲ - آمده است (۴).

جدول شماره دو - عوامل دخیل در میزان ابتلا و مرگ بیماران مبتلا به تیفوئید.

#### عوامل دخیل در میرائی

- ۱ - وجود اسهال
- ۲ - وجود اختلال هوشیاری
- ۳ - عدم تطابق نبض با درجه تب
- ۴ - وجود لکوپنی
- ۵ - تأخیر در زمان عمل جراحی
- ۶ - متعدد بودن سوراخها
- ۷ - وسعت آلودگی پریتون

#### بحث:

پریتونیت ژنرالیزه یکی از شایعترین اورژانسهای جراحی است. در بررسی ما آپاندیسیت پرفوره علت اصلی ایجادکننده بیماری و پرفوراسیون تیفوئید در روده پنجم قرارداداشت. در کشورهای توسعه یافته به لحاظ کاهش شیوع تیفوئید در نتیجه پریتونیت ناشی از آن نیز کاهش یافته است (۱ و ۲) در صورتیکه در کشورهای در حال توسعه

#### REFERENCES:

- 1- Mandell ,Douglas ,Bennett .Principles and Practice of Infectious Disease, Churchill Livingstone.Third Ed.1990.
- 2-Schwartz-S.I,Shires -GT,Spencer -F.C.Principles of Surgery .Mc Graw-Hill book company .Fifth E.d, 1989-Vol.II .

3- Dudley -HAF,Waxman -B.P.An Aid to Clinical Surgery ,Churchill Livingstone .fourth Ed.1989.

4- Way -L.W.Current Surgical Diagnosis and Treatment, Lange Medical publications, Eighth Ed.1988.

5-Mock -C.N,Amaral -J,Visser -LE.Improvement in Survival from Typhoid ileal perforation.Results of 221 operative cases .Am -surg.1992;Mar215(3) 244-248.

6- Sharma -L ,Gupta -s,soin -AS ,Sikorn-s,Kapoor-v, Generalized peritonitis in India -the Tropical spectrum -j pn -j - surg.1991 may ,21(3):272-7.

7- Mcier DI,Imediegwn -oo,Tarply -jL.perforated typhoid enteritis.operative experience with 108 cases AM-j-surg.1989.Apr;157(4):423-427.

8-Gibney .Ej.Typhoid perforation .Br.j.surg.1989 sep;76 (9):887-9

۹ - دکتر اسماعیل صائبی . بیماریهای عفونی در ایران - شرکت انتشارات علمی فرهنگی - چاپ پنجم ، سال ۷۳.

۱۰ - عنوان مقاله : سوراخ شدن روده در اثر تیفوئیدی آنوریزم آئورت ، مجله نبض ، متن ۳۰ ، سال اول ، ۱۳۷۰ ، ص ۲۸-۳۴ .

## A Statistical Study of Typhoid Peritonitis in Surgery Section , Imam Khomeini Hospital of Tabriz During 1366- 71(1987-1992)

Bayat.A ,M.D

Mosaddaghi.S,M.D

### ABSTRACT:

In this article we have studied 175 peritonitis:12 of them have occurred because of testine perforation in persistent typhoid.

Seven of the patients were female (mean 58%) and five were male (42%) .

Their average age was 22.

Clinical features of this group of patients were high fever(above 39°),abdominal pain ,vomitting ,diarrhea ,constipation ,dilation of the abdomen ,rigidity and reboundedness.

Laboratory examinations consist of : anemia ,positive vidal test (83%) ,positive blood and stool culture (8%) .Radiographic examination was pneumoperitoneum in 42% of the patients.

Laparotomy was done on all of the patients. 75% had only one perforation that was primarily repaired.

And in a few cases(17%) small intestine was resected and primarily anastomosed because of several perforations .

Effective antibiotic in all operated patients was choloramphenicol with Gentamicin or choloramphenicol with penicilin V.

Fortunately 42% of the patients were discharged without complications. And postoperative complications were present in 58% of patients and this complications were regularly: interabdominal abscess(17%) . dehiscence(8%),recurrent perforation of intestine (8%),leak of anastomosis(8%),obstruction (8%),and respiratory complications such as:Atelectasis ARDS(8%) .

Total mortality was 25% (mean only 3 of them died.2 cases were because of Septicemia and the other one was due to ARDS.The increasing reasons of mortality were :Delay in operation because of misdiagnosis ,the degree of contamination of the peritoneum ,the number of perforations ,dysentry,leukopenia during peritonitis and unconsciousness.

The key of recovery after operation is:quick diagnosis and operation ,correct post operative care of the patient ,prevention of typhoid following hygienic rules.