

۷ ..... مقدمه

## بخش ۱

تظاهرات اصلی و علائم بیماری‌های گوارشی..... ۹

فصل ۱۵ درد شکم ..... ۱۰  
 فصل ۴۴ دیسفاژی ..... ۱۸  
 فصل ۴۵ تهوع، استفراغ و سوءهاضمه ..... ۲۵  
 فصل ۴۶ اسهال و یبوست ..... ۳۹  
 فصل ۴۷ کاهش وزن غیرارادی ..... ۶۳  
 فصل ۴۸ خونریزی گوارشی ..... ۶۷

## بخش ۲

سرطان‌شناسی ..... ۷۷

فصل ۸۰ سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی ..... ۷۸  
 فصل ۸۱ سرطان‌های دستگاه گوارش تحتانی ..... ۹۷  
 فصل ۱۳۲ عفونت‌ها و آبسه‌های داخل شکم ..... ۱۱۱  
 فصل ۱۳۳ بیماری‌های اسهالی عفونی حاد و سم‌میت غذایی باکتریایی ..... ۱۲۵  
 فصل ۱۳۴ عفونت کلستریدیوم دیفیسیا، شامل کولیت پسودوممبرانو ..... ۱۳۷

## بخش ۳

بیماری‌های دستگاه گوارش ..... ۱۴۷

فصل ۳۲۱ رویکرد به بیمار مبتلا به بیماری گوارشی (معدی-روده‌ای) ..... ۱۴۸  
 فصل ۳۲۲ آندوسکوپی دستگاه گوارش ..... ۱۶۲  
 فصل ۳۲۳ بیماری‌های مری ..... ۲۱۲  
 فصل ۳۲۴ بیماری زخم پپتیک و اختلالات وابسته ..... ۲۳۳  
 فصل ۳۲۵ اختلالات جذب ..... ۲۸۴  
 فصل ۳۲۶ بیماری‌های التهابی روده ..... ۳۰۶  
 فصل ۳۲۷ سندرم روده تحریک‌پذیر ..... ۳۵۰  
 فصل ۳۲۸ بیماری دیورتیکولی و اختلالات شایع مقعدی-رکتومی ..... ۳۶۵  
 فصل ۳۲۹ بی‌کفایتی رگ‌های مزانتریک ..... ۳۸۳

۳۸۷	.....	انسداد حاد روده	فصل ۳۳۰
۳۹۶	.....	آپاندیسیت حاد و پریتونیت	فصل ۳۳۱
۴۰۴	.....	مواد مغذی موردنیاز و ارزیابی رژیم	فصل ۳۳۲
۴۱۵	.....	کمبود و مصرف بیش از حد ویتامین‌ها و مواد معدنی کمیاب	فصل ۳۳۳
۴۲۸	.....	سوءتغذیه و ارزیابی تغذیه‌ای	فصل ۳۳۴
۴۴۸	.....	تغذیه داخل روده‌ای و داخل عروقی	فصل ۳۳۵

بخش ۴ بیماری‌های متابولیک گوارشی

۴۶۷	.....	پورفیری‌ها	فصل ۴۱۶
۴۹۱	.....	نمایه	

[www.abadisteb.pub](http://www.abadisteb.pub)

## ۱۵ درد شکم

Danny O. Jacobs



تفسیر صحیح درد حاد شکمی بحث‌برانگیز است. تعداد اندکی از سایر اختلالات بالینی به بررسی و قضاوت دقیق‌تری نیاز دارند. چون برخی از خطرناکترین اختلالات، تنها با علائم و نشانه‌های خفیف تظاهر می‌کنند. در هر مورد، پزشک باید وضعیت‌هایی که مستلزم مداخله فوری هستند را از وضعیت‌هایی که مستلزم مداخله فوری نیستند (و بهترین روش درمان آنها، غیرجراحی است)، افتراق دهد. گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی دقیق و همراه با جزئیات، از اهمیتی حیاتی برای تمرکز بر تشخیص افتراقی (در موارد لزوم) برخوردار بوده، و امکان ادامه ارزیابی تشخیصی سریع را فراهم می‌آورند (جدول ۱-۱۵).

هرچند رده‌بندی اتیولوژیک در جدول ۲-۱۵ کامل نیست، از آن می‌توان به‌عنوان پایه‌ای برای ارزیابی بیماران دچار درد شکمی استفاده کرد.

هر بیماری که به تازگی دچار درد شکم شده است نیازمند ارزیابی سریع و جامع است. شایع‌ترین علل درد شکم در هنگام پذیرش بیمار، عبارت‌اند از آپاندیسیت حاد، درد شکمی غیراختصاصی، درد با منشأ اورولوژیک، و انسداد روده. تشخیص «شکم حاد یا جراحی» قابل قبول نیست، زیرا در اغلب موارد تداعی‌کننده مفهوم نادرستی است. اکثر بیمارانی که با درد شکم حاد مراجعه می‌کنند، دچار تغییرات‌های بیماری خود محدود شونده‌ای خواهند بود. با این حال، به‌خاطر داشتن این نکته مهم است که شدت درد لزوماً با شدت بیماری زمینه‌ای مطابقت ندارد. وجود یا عدم وجود احساس گرسنگی نمی‌تواند به تنهایی به عنوان نشانگر شدت بیماری داخل شکمی به کار رود. بسیاری از موارد «شکم حاد» ممکن است نیازی به مداخله جراحی نداشته باشند و برعکس، دردهای بسیار خفیف شکمی ممکن است نشان از ضایعاتی داشته باشند که با اقدام فوری، قابل اصلاح خواهند بود.

■ برخی از مکانیسم‌های درد با منشأ شکمی التهاب صفاق جداری درد ناشی از التهاب صفاق جداری ممتد و آزاردهنده بوده، محل آن به طور دقیق بر روی منطقه ملتهب است و انتشار آن کاملاً قابل شناسایی می‌باشد، زیرا

## جدول ۱-۱۵. برخی مؤلفه‌های کلیدی در شرح حال بیمار

سن

زمان شروع درد و نحوه آن

ویژگی‌های درد

طول مدت علائم

محل درد و نقاط انتشار آن

علائم همراه و ارتباط آنها با درد

تهوع، استفراغ، و بی‌اشتهایی

اسهال، یبوست، و یا سایر تغییرات ایجاد شده در اجابت مزاج

شرح حال قاعدگی

به‌وسیله اعصاب سوماتیک صفاق جداری منتقل می‌شود. شدت درد به نوع و میزان ماده‌ای که سطوح صفاقی در یک زمان معین در معرض آن قرار می‌گیرند، بستگی دارد. به‌عنوان مثال، آزادسازی ناگهانی مقدار اندکی اسید استریل معده به حفره صفاقی، درد بسیار شدیدتری از همان مقدار مدفوع آلوده و خنثی ایجاد می‌کند. درد و التهاب حاصل از شیره لوزالمعدی حاوی آنزیم‌های فعال، شدیدتر از همان میزان صفرای استریل فاقد آنزیم‌های قوی است. خون‌وادرار اغلب چنان اثر ملایمی دارند که تماس آنها با صفاق را تنها در مواردی که ناگهانی و حجیم باشند، می‌توان ردیابی نمود. در موارد آلودگی با کتریایی (نظیر بیماری التهابی لگن یا سوراخ شدن بخش دیستال روده)، در اغلب موارد درد در ابتدا خفیف است، تا اینکه تکثیر باکتریایی باعث آزادسازی میزان قابل توجهی از واسطه‌های التهابی شود. تابلوی بالینی دیده شده در زخم‌های سوراخ شده دستگاه گوارش فوقانی، بسته به سرعت ورود شیره معدی به حفره صفاقی و PH آن می‌تواند کاملاً متفاوت باشد. بنابراین می‌توان گفت سرعت ایجاد تحریک صفاقی توسط هر ماده التهابی از اهمیت برخوردار است.

درد ناشی از التهاب صفاقی در تمامی موارد به واسطه فشار یا تغییر در کشش صفاق تشدید می‌شود، که علت آن می‌تواند لمس یا حرکت (مثلاً به واسطه سرفه یا عطسه) باشد. بیمار مبتلا به پریتونیت کاملاً آرام در تخت دراز کشیده

## درد برخاسته از شکم

<p>امبولی یا ترومبوز پارگی عروقی انسداد ناشی از فشار یا پیچ خوردگی کم‌خونی ساول داسی شکل جدار شکم بدشکلی یا کشش مزانتر ضربه یا عفونت عضلات اتساع سطوح احشایی (به عنوان مثال در اثر خونریزی) خونریزی در کپسول کبدی یا کلیوی التهاب احشا آپاندیسیت تب تیفوئید تیفلیت (typhoid) با همان انتروکولیت ناشی از نوتروپنی</p>	<p>التهاب صفاق جذاری الودگی باکتریایی آپاندیس سوراخ‌شده یا سوراخ شدن سایر احشا بیماری التهابی لگن تحریک شیمیایی زخم سوراخ‌شده پانکراتیت میتل اشمرز (mittelschmerz) انسداد مکانیکی احشای توخالی انسداد روده باریک یا بزرگ انسداد درخت صفراوی انسداد حالب اختلالات عروقی</p>
--	--

## درد ارجاعی از خارج شکم

<p>پاورزی تیزاکس اسهال بیماری (اسپاسم، پارگی، یا التهاب) مری اسهال تناسلی پیچ خوردگی بیضه</p>	<p>قلب و قفسه سینه انفارکتوس حاد میوکارد میوکاردیت، اندوکاردیت، پریکاردیت نارسایی احتقانی قلب پنومونی (به ویژه در لوب‌های تحتانی) امبولی ریوی</p>
---	---

## علل متابولیک

<p>نارسایی حاد فوق کلیه تب مدیترانه‌ای خانوادگی پورفیری کمبود مهارکننده CI استراز (ادم آنژیونوروتیک)</p>	<p>دیابت اورمی همیرلیبدمی هیپرپاراتیروئیدی</p>
--	--

## علل عصبی - روانی

<p>فشار بر طناب نخاعی یا ریشه عصب اختلالات کارکردی اختلالات روانپزشکی</p>	<p>هرپس زوستر نابس دورسالیس کازالزی (سوزش عصبی) رادیکولیت ناشی از عفونت یا آرتریت</p>
---	---

## علل سمی

	<p>مسمومیت با سرب گزش حشرات یا گازگرفتگی توسط حیوانات گزش عنکبوت بیوه سیاه مارگزیدگی</p>
--	--

## مکانیسم‌های نامشخص

	<p>ترک مواد مخدر گرم‌زدگی</p>
--	-----------------------------------

و از هرگونه حرکت اجتناب می‌کند، در حالی که بیمار دچار کولیک، نال‌رام است و از درد به خود می‌پیچد.

یک جنبه دیگر مشخص‌کننده تحریک صفاقی، اسپاسم رفلکسی و تونیک عضلات جدار شکم واقع بر روی منطقه منتهب است. شدت اسپاسم تونیک عضله در التهاب صفاقی به محل فرآیند التهابی، سرعت ایجاد آن، و سلامت دستگاه عصبی بستگی دارد. اسپاسم برروری یک آپاندیس خلف سکومی سوراخ‌شده یا زخم سوراخ‌شده به کیسه صفاقی کوچکتر ممکن است به دلیل اثر محافظت‌کننده احشای پوشاننده آنها، خفیف باشد یا اصلاً ایجاد نگردد. در افراد دچار کاهش سطح هوشیاری، دچار سرکوب ایمنی، افراد معلول، به شدت بیمار، یا بیماران سایکوتیک ممکن است لورژانس‌های شکمی فاجعه‌بار با درد یا اسپاسم عضلانی ناچیز همراه بوده، یا کاملاً فاقد نشانه باشند. وقوع یک فرآیند تدریجی با سرعت پایین نیز می‌تواند اغلب تا حد زیادی باعث تقلیل اسپاسم عضلانی شود.

انسداد احشای توخالی در حالت کلاسیک، درد ناشی از انسداد داخل لومنی به صورت متناوب یا کولیکی توصیف می‌شود. محل دقیق این درد به اندازه درد ناشی از تحریک صفاق جدار مشخص نیست. با این حال، فقدان یک ماهیت کرامپی واقعی نباید موجب اشتباه تشخیص شود، زیرا اتساع یک عضو توخالی می‌تواند در محدوده ایجاد کند که تنها در زمانهای معدودی تشدید می‌گردد.

درد ناشی از انسداد روده باریک، متناوب بوده و معمولاً در اطراف یا بالای ناف حس می‌شود و بیمار نمی‌تواند محل دقیق آن را مشخص کند. همزیستی با اتساع پیشرونده روده و از بین رفتن تون عضلانی، ماهیت کولیکی درد ممکن است کاهش یابد. اگر پدیده اختناق بر انسداد افزوده شود و کششی بر ریشه مزانتر اعمال گردد، درد به قسمت تحتانی کمر انتشار خواهد یافت. شدت درد کولیکی ناشی از انسداد کولون کمتر از انسداد روده باریک بوده، اغلب در زیر ناف حس می‌شود. انتشار درد به کمر در انسداد کولون شایع است.

اتساع ناگهانی درخت صفراوی باعث درد معتمد (نه کولیکی) می‌شود؛ بنابراین اصطلاح کولیک صفراوی گمراه‌کننده است. اتساع حاد کیسه صفرا معمولاً باعث درد در ربع فوقانی و راست شکم می‌شود که با انتشار به منطقه خلفی و راست قفسه‌سینه یا رأس کتف راست همراه است، البته

انتشار این درد به قسمت میانی نیز ناشایع نمی‌باشد. اتساع مجرای صفراوی مشترک در اغلب موارد با درد در ناحیه اپیگاستر همراه است که به قسمت فوقانی کمر انتشار می‌یابد. با این حال، به دلیل تنوع بسیار زیاد اختناق درگیری کیسه صفرا از مجرای صفراوی مشترک ممکن است میسر نباشد.

اتساع تدریجی درخت صفراوی (مثلاً در کارسینوم سر لوزالمعده) ممکن است درد ایجاد نکند یا تنها درد خفیفی در ناحیه اپیگاستر یا ربع فوقانی و راست شکم احساس شود. درد ناشی از اتساع مجاری لوزالمعده مشابه درد حاصل از اتساع مجرای صفراوی مشترک است، اما علاوه بر آن، در اغلب موارد در شکم درازکش تشدید و در موقعیت ایستاده تقلیل می‌یابد.

درد ناشی از انسداد مثانه، معمولاً به صورت مبهم در منطقه فوق عانه و با شدت کم احساس می‌شود. در بیماری که سلاح هشیاری وی افت کرده، بیقراری (بدون شکایت از درد اختصاصی) ممکن است تنها نشانه مثانه متسع باشد. در مقابل، مشخصه انسداد حاد بخش داخل مثانه‌ای حالب درد شدید فوق عانه و پهلو است که به آلت، اسکروتوم یا قسمت داخلی فوقانی ران انتشار می‌یابد. انسداد پیوسته حالب لگنچه به صورت درد در نزدیکی زاویه اتصال دنده به مهره احساس می‌شود، در حالی که وجود انسداد در مابقی حالب با درد پهلو همراه است که اغلب به همان سمت از شکم گسترش می‌یابد.

اختلالات عروقی یک باور غلط و شایع این است که درد ناشی از اختلالات عروقی داخل شکم، ناگهانی و فاجعه‌آمیز می‌باشد. درد ناشی از آمبولی یا ترومبوز شریان مزانتریک فوقانی یا پارگی قریب‌الوقوع یک آنوریسم آنورت شکمی می‌تواند شدید و منتشر باشد، اما به همین میزان مولدی از انسداد شریان مزانتریک فوقانی وجود دارد که به مدت ۲ یا ۲ روز پیش از کلاپس عروقی یا بروز التهاب صفاقی، تنها دچار درد خفیف و پیوسته، یا درد کرامپی و منتشر هستند. این درد اولیه و ظاهراً غیرقابل توجه به واسطه افزایش پریتالسیس ایجاد می‌شود، نه التهاب صفاقی. در حقیقت، فقدان حساسیت در لمس<sup>۱</sup> و سفتی<sup>۲</sup> همزمان با وجود درد منتشر