



آپاندیسیت: راهنمای جامع تشخیص، درمان و مراقبت پرستاری

مبتهی بر شواهد

آپاندیسیت حاد یکی از شایعترین علل مراجعه به بخش اورژانس با درد حاد شکمی است که نیاز به مداخله جراحی اورژانسی دارد. این بیماری عمدتاً افراد ۵ تا ۴۵ سال را مبتلا می‌کند، اما در هر سنی قابل مشاهده است. شیوع آن در جمعیت اروپا و آمریکا حدود ۷ تا ۱۲ درصد برآورد شده است. با وجود پیشرفت‌های علمی، تشخیص و مدیریت این بیماری همچنان با چالش‌هایی همراه است و نقش پرستار در تمام مراحل تشخیص، درمان و مراقبت‌های پس از عمل حیاتی می‌باشد. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های علمی (۲۰۲۵-۲۰۲۶) تدوین شده است.

آناتومی و پاتوفیزیولوژی

آپاندیس، زائده‌ای کور و انگشت‌مانند به طول تقریبی ۱۰-۵ سانتی‌متر است که از سکوم منشأ می‌گیرد. اگرچه عملکرد دقیق آن همچنان محل بحث است، اما نظریه‌های مختلفی مطرح شده است: عملکرد ایمونولوژیک به عنوان عضو لنفوئیدی، به ویژه در سنین پایین‌تر؛ مخزنی برای باکتری‌های مفید روده که پس از بیماری‌های گوارشی می‌توانند فلور روده را بازسازی کنند.

علت اصلی آپاندیسیت، انسداد مجرای آپاندیس است که می‌تواند ناشی از موارد زیر باشد:

- ✓ هایپرپلازی لنفوئیدی (شایع‌ترین علت در کودکان و جوانان)
 - ✓ فکالیت‌ها (سنگ‌های مدفوعی سخت شده) که با رژیم غذایی کم فیبر و پرکربوهیدرات مرتبط است
 - ✓ عفونت‌های انگلی و گوارشی
 - ✓ تومورهای خوش‌خیم یا بدخیم
- انسداد مجرا منجر به تجمع موکوس، افزایش فشار داخل مجرا، ایسکمی موضعی و در نهایت نکروز و پرفوراسیون می‌شود. دو نوع اصلی آپاندیسیت شناسایی شده است:

نوع	ویژگی‌ها	رویکرد درمانی
آپاندیسیت ساده (غیر مشکل‌دار)	التهاب بدون نکروز یا پرفوراسیون	جراحی انتخابی یا درمان آنتی‌بیوتیکی در موارد خاص
آپاندیسیت مشکل‌دار	شامل کانگرن، پرفوراسیون یا آبسه	جراحی اورژانسی (ترجیحاً ظرف ۶-۸ ساعت)

تظاهرات بالینی و نشانه‌های تشخیصی

علائم بالینی کلاسیک

علامت	توضیح
درد مهاجرتی	شروع از ناحیه اپی‌گاستر یا اطراف ناف (درد احشایی) و سپس مهاجرت به ربع تحتانی راست (درد سوماتیک ناشی از تحریک صفاق)
بی‌اشتهایی	یکی از علائم کلیدی برای افتراق از سایر علل درد شکمی
تهوع و استفراغ	معمولاً پس از شروع درد ایجاد می‌شود
تب خفیف	نشانه پاسخ التهابی بدن، معمولاً پس از شروع درد ظاهر می‌شود

نشانه‌های معاینه فیزیکی

نقطه مک‌برنی: (McBurney's point) نقطه‌ای در ربع تحتانی راست که در محل اتصال یک‌سوم خارجی به دوسوم داخلی خط اتصال ستون فقرات خصره‌ای قدامی فوقانی به ناف قرار دارد. حساسیت موضعی در این نقطه یکی از یافته‌های کلاسیک است

اسپاسم عضلانی و گاردینگ موضعی: نشانه تحریک صفاق است.

نشانه روبسینگ: (Rovsing) درد در ربع تحتانی راست با لمس عمیق ربع تحتانی چپ

روش‌های تشخیصی (بر اساس آخرین شواهد)

1- سیستم‌های نمره‌دهی تشخیصی

استفاده از سیستم‌های نمره‌دهی به عنوان یک ابزار عینی برای ارزیابی احتمال آپاندیسیت به شدت توصیه می‌شود

سیستم AIR (Appendicitis Inflammatory Response) به عنوان اولین گزینه انتخاب می‌شود زیرا در اعتبارسنجی‌های خارجی نتایج قابل تکرار برای تمام گروه‌های سنی ارائه داده‌است.

آزمایش	۲. آزمایش‌های پاراکلینیک اهمیت
شمارش گلبول‌های سفید (WBC) و نوتروفیل‌ها	همیشه باید درخواست شود (سطح شواهد بالا)
CRP (پروتئین واکنش‌دهنده C)	همیشه باید درخواست شود
پانل الکترولیت‌ها	در بدو پذیرش، هیپوناترمی نشانگر بیماری مشکل‌دار است (به ویژه در کودکان)

۳. تصویربرداری

روش	کاربرد	نکات مهم
سونوگرافی	انتخاب اول، به ویژه برای کودکان و زنان باردار	فاقد اشعه، قابل دسترس‌تر
سی تی اسکن (CT)	انتخاب دوم در موارد مبهم	حساسیت و اختصاصیت بالاتر؛ با دوز پایین قابل انجام است؛ خطر اشعه کم
ام آر آی	برای زنان باردار که سونوگرافی بی‌نتیجه بوده است.	دسترسی محدود

۴. تشخیص افتراقی

بیماری‌هایی که باید از آپاندیسیت افتراق داده شوند عبارتند از:

بیماری التهابی لگن (در زنان)

بیماری‌های التهابی روده

گاستروانتریت

کیست یا پیچش تخمدان

درمان

درمان جراحی

لاپاراسکوپی به عنوان روش انتخابی برای تمام گروه‌های بیماران و هر دو نوع آپاندیسیت (به جز موارد آبسه و فلگمون) توصیه می‌شود.

زمان جراحی:

آپاندیسیت مشکل‌دار: جراحی ظرف ۶-۸ ساعت

آپاندیسیت غیرمشکل‌دار: تأخیر تا ۲۴ ساعت خطری ندارد

پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی: یک دوز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف قبل از آپاندکتومی تجویز می‌شود .

درمان آنتی‌بیوتیکی پس از جراحی:

آپاندیسیت غیرمشکل‌دار: نیازی به آنتی‌بیوتیک پس از جراحی نیست (شواهد قوی)

آپاندیسیت گانگرنی: ۲۴ ساعت درمان توصیه می‌شود

آپاندیسیت پرفوره: ۳-۵ روز درمان

درمان غیر جراحی در موارد خاص

آبسه آپاندیس: درمان اولیه با آنتی‌بیوتیک وریدی و درناژ

فلگمون: درمان اولیه با آنتی‌بیوتیک وریدی

توجه: بر اساس جدیدترین دستورالعمل‌ها (۲۰۲۵)، درمان آنتی‌بیوتیکی به تنهایی برای آپاندیسیت غیرمشکل‌دار توصیه نمی‌شود چرا که در دو کارآزمایی بالینی، درمان آنتی‌بیوتیکی به طور معنی‌داری بهتر از دارونما نبوده‌است

مراقبت‌های پرستاری: از پذیرش تا ترخیص

مراقبت‌های پیش از جراحی (Preoperative)

شرح	مداخله
نظارت دقیق بر علائم حیاتی، شدت درد و علائم هشدار دهنده سپسیس	ارزیابی مداوم
در صورت مشاهده تاکی کاردی، هیپوتانسیون، کاهش اشباع اکسیژن و افزایش سطح لاکتات، اقدامات فوری: اکسیژن درمانی، احیای مایع و اندازه‌گیری لاکتات سرم	تشخیص زودهنگام سپسیس
بیمار را برای جراحی آماده کنید	NPO (ناشتا)
طبق دستور پزشک، اغلب ترکیبی از سفتریاکسون و کلیندامایسین برای پوشش طیف وسیعی از باکتری‌های گرم منفی و بی‌هوازی	تجویز آنتی‌بیوتیک
ارزیابی و کاهش درد با استفاده از مسکن‌های تجویز شده	مدیریت درد

مراقبت‌های پس از جراحی (Postoperative)

شرح	مداخله
وضعیت های فاولر بالا برای تسهیل تنفس	موقعیت

مدیریت درد	تجویز مسکن (ترجیحاً با حداقل استفاده از اپیوئیدها)، تشویق به تحرک زودهنگام برای کاهش عوارض مانند آنلکتازی
نظارت بر بازگشت عملکرد روده	بررسی صداهای روده، شروع تدریجی مایعات و سپس غذای جامد
مراقبت از زخم	پانسمان تمیز و خشک؛ بررسی علائم عفونت
تعادل مایعات	پایش دقیق ورودی و خروجی

مراقبت‌های مبتنی بر شواهد

یک متآنالیز از ۲۹ کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده شامل ۲۸۴۸ بیمار، نشان داده‌است که مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد به طور معنی‌داری خطر عفونت زخم ($OR = 0.23$) و عوارض پس از جراحی ($OR = 0.20$) را کاهش می‌دهد.

اجزای کلیدی مراقبت مبتنی بر شواهد در آپاندیسیت:

ترکیب دانش نظری، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار

استفاده از پروتکل‌های استاندارد و به‌روز

آموزش و مشارکت فعال بیمار و خانواده

نظارت مستمر و مداخله به‌هنگام

برنامه‌ریزی ترخیص و آموزش به بیمار

مراقبت از محل برش: آموزش علائم هشداردهنده عفونت

فعالیت: محدودیت بلند کردن اجسام سنگین به مدت ۲-۶ هفته

رژیم غذایی: توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب

پیگیری: معاینه پس از جراحی طبق برنامه

ملاحظات ویژه در گروه‌های خاص

کودکان

آپاندیسیت شایع‌ترین اورژانس جراحی در اطفال است

تظاهرات بالینی ممکن است غیرمعمول باشد و تشخیص را به تأخیر اندازد

سونوگرافی روش تصویربرداری انتخابی است

پس از لاپاراسکوپي برای آپاندیسیت غیرمشکل‌دار، ترخیص در همان روز امکان‌پذیر است

کاتتر ادراری و دسترسی مرکزی در کودکان مبتلا به آپاندیسیت مشکل‌دار اندیکاسیون ندارد

زنان باردار

سونوگرافی روش تصویربرداری انتخابی است

در صورت بی‌نتیجه بودن سونوگرافی، از MRI استفاده می‌شود

CT تنها در مواردی که احتمال آپاندیسیت مشکل‌دار قوی باشد و تأخیر در تشخیص خطرناک باشد، قابل استفاده است

لاپاراسکوپي تشخیصی در اوایل بارداری (قبل از هفته ۲۰) ایمن به نظر می‌رسد

پیگیری و مراقبت‌های بلندمدت

پاتولوژی: بررسی پاتولوژی همه آپاندکتومی‌ها برای بیماران بالای ۴۰ سال برای رد بدخیمی، توصیه می‌شود

پیگیری: افراد بالای ۴۰ سال کولونوسکوپي یا CT کولونوگرافی پس از ۶-۸ هفته برای رد بدخیمی توصیه می‌شود

جراحی مجدد انتخابی پس از درمان غیرجراحی موفق توصیه نمی‌شود مگر در موارد عود علائم یا شک به بدخیمی

جمع‌بندی و نقش کلیدی پرستار

آپاندیسیت حاد یک اورژانس شایع جراحی است که مدیریت آن در سال‌های اخیر تحول چشمگیری یافته‌است. رویکرد فعلی مبتنی بر خطر سنجی، تشخیص دقیق با استفاده از سیستم‌های نمره‌دهی و تصویربرداری هدفمند، و درمان اختصاصی بر اساس نوع آپاندیسیت (مشکل‌دار یا غیرمشکل‌دار) می‌باشد.

نقش پرستار از پذیرش تا ترخیص، محوری و تعیین‌کننده در پیامدهای درمانی است. شناسایی زودهنگام علائم هشداردهنده سپسیس، مدیریت درد و عوارض، و آموزش مؤثر به بیمار و خانواده، از جمله وظایف کلیدی است که با اتکا به شواهد علمی به‌روز و تفکر انتقادی قابل انجام است. مراقبت مبتنی بر شواهد نه تنها عوارض را کاهش می‌دهد، بلکه به بستری کوتاه‌تر و بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک می‌کند.

منابع

- Salö, M., Tiselius, C., Rosemar, A., Öst, E., Sohlberg, S., & Andersson, R. E. (2025). Swedish national guidelines for diagnosis and management of acute appendicitis in adults and children. *BJS Open*, *9*(2).
- Stansell, P., & Francis-Johnson, P. (2026). Appendicitis: Integrating evidence-based nursing care into clinical practice. *Nursing*, *56*(3), 29-36.
- Mobarki, A. M., Al-Subaie, A. A., Machajy, M. yahya A., et al. (2024). Laboratory Evaluation and Nursing Management of Pediatric Appendicitis: An Integrated Clinical Approach. *Saudi Journal of Medicine and Public Health*, *1*(2), 617–631.
- Effects of evidence-based nursing on surgical site wound infection in patients undergoing acute appendicitis surgery: A meta-analysis. (2024). *International Wound Journal*, *21*(3), e14539.
- JoVE Science Education. (2025). Appendicitis-II: Diagnostic Studies and Management. JoVE.