Abdominal Pain with Nausea and Vomiting and Diagnosis of Ileus: A Case Report

ARTICLE INFO

Article Type

Case Report

Authors

Amirmasoud Azizpour*

Sarem gynecology, Obstetrics and Infertilty Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran & Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Amirmasoud Azizpour; Sarem gynecology, Obstetrics and Infertilty Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran & Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.Sarem Cell Research Center (SCRC) Sarem Women's Hospital, Tehran-Iran. Tel: +98 (21) 44670888 Fax: +98 (21) 44670432 E-mail addresses: amirmasoudazizpour60@gmail.com. Postal code: 1396956111.

Received: 10 January, 2023
Accepted: 25 January, 2023
e Published: 15 July 2023
:

Article History

ABSTRACT

Introduction: Ileus is a temporary lack of intestine movement that can lead to pain, nausea, bloating and other symptoms. Without treatment, this complication can be considered a threatening factor for the person. The purpose of this case report study was to examine a 40-year-old woman who was admitted to Sarem Superspeciality Hospital in Tehran due to abdominal pain, nausea and vomiting and diagnosed with ileus.

Case report: A 40-year-old woman from Neka in Mazandaran province was admitted to Sarem subspecialty hospital due to abdominal pain, nausea and vomiting and diagnosed with ileus in 2022. Preoperative diagnosis of intestinal obstruction was considered. The type of surgery of this patient was laparotomy. The abdomen was opened with a midline incision. The intestines were explored and a clear obstruction was reported in the last 60 cm of the ileum. The obstruction contained a stone-like mass inside the intestine, which was removed by a transverse incision on the intestinal wall, and the intestinal wall was repaired in two layers. After washing the abdomen and ensuring the hemostasis and correctness of counting, the layers of the abdomen were repaired with lung gas and the patient was transferred to recovery.

Conclusion: Clinical suspicion of obstruction is necessary for rapid diagnosis and aggressive intervention to minimize morbidity and mortality from this complication. In this study, after washing the abdomen and ensuring homeostasis and counting accuracy, the patient was taken to recovery.

Keywords: Ileus; Obstruction; Abdominal Pain; Nausea; Vomit.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-10]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.203]

Copyright© 2021, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

درد شکم به همراه تهوع و استفراغ و تشخیص ایلئوس: گزارش موردی

امیرمسعود عزیزپور*

[۱] مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[۲] پژوهشکده سلولی و مولکولی و سلول های بنیادی صارم (SCRC)، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: ایلئوس عدم حرکت موقت در روده است که می تواند منجر به درد، حالت تهوع، نفخ و سایر علائم شود. بدون درمان، این عارضه می تواند یک عامل تهدید کننده برای فرد محسوب شود. هدف از این مطالعه ی گزارش موردی، بررسی خانمی ۴۰ ساله ای بود که بعلت درد شکم و تهوع و استفراغ و با تشخیص ایلئوس در بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران بستری شده بود.

معرفی مورد: خانمی ۴۰ ساله اهل نکا در استان مازندران، بعلت درد شکم و تهوع و استفراغ و با تشخیص ایلئوس در سال ۱۴۰۱ و در بیمارستان فوق تخصصی صارم بستری شد. تشخیص قبل از عمل انسداد روده در نظر گرفته شد. نوع جراحی این بیمار لاپاراتومی بود. با برش Mid Midline شکم باز شد. روده ها اکسپلور شدند و انسداد واضح در ۶۰ سانتی متری انتهایی ایلئوم گزارش شد. محل انسداد حاوی یک توده سنگ مانند داخل روده بود که با برش عرضی روی جدار روده خارج شد و جدار روده در دو لایه ترمیم گردید.

نتیجه گیری: شک بالینی وجود انسداد برای تشخیص سریع و مداخله تهاجمی لازم است تا عوارض و مرگ و میر ناشی از این عارضه به حداقل برسد. در این مطالعه، پس از شستشوی شکم و اطمینان هموستاز و صحت شمارش، بیمار به ریکاوری منتقل شد.

کلید واژه‌ها: ایلئوس؛ انسداد؛ درد شکم؛ تهوع؛ استفراغ.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۵

*نویسنده مسئول: امیرمسعود عزیزپور؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران و پژوهشکده سلولی و مولکولی و سلول های بنیادی صارم (SCRC)، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران. آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم. کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱ .تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

ایلئوس مکانیکی که نیاز به جراحی دارد، یک عارضه شایع پس از جراحی قبلی می باشد. به عنوان مثال، بروز همیشگی آن پس از کولکتومی ۱۱ درصد است. علل احتمالی این عارضه عبارتند از External Compression (چسبندگی، فتق)، تغییرات در دیواره روده (تومور، التهاب/عفونت) و انسداد لومن (Intussusception ،Coprostasis) [۱]. عبور محتویات روده می تواند به طور جزئی (Subileus، Incomplete Ileus) یا به طور کامل (Complete Ileus) مسدود شود. ایلئوس مکانیکی، روده کوچک را بیشتر از روده بزرگ به نسبت ۱:۴ تحت تأثیر قرار می دهد. ایلئوس روده کوچک معمولاً به دلیل چسبندگی ناشی از جراحی قبلی (۶۵ درصد) یا فتق (۱۵ درصد) است، در حالی که ایلئوس روده بزرگ معمولاً به دلیل سرطان (۷۰ درصد) یا به دلیل چسبندگی و تنگی بعد از دیورتیکولیت مکرر (تا ۱۰ درصد) رخ می دهد. علل نادر ایلئوس روده بزرگ عبارتند از ولولوس سیگموئید[۱] (۵ درصد) و فتق (۲.۵ درصد) [۲].

تظاهرات بالینی ایلئوس و درجه شدت آن تا حد زیادی به محل انسداد بستگی دارد. بنابراین، ویژگی های ظاهری رایج ایلئوس روده کوچک عبارتند از تهوع و استفراغ، گرفتگی عضلات، نفخ و احتباس مدفوع و گاز معده. هر چه فرآیند پاتولوژیک نزدیکتر باشد، بیمار سریعتر با استفراغ غذای هضم نشده علامت دار می شود [۳]. احتباس مدفوع و گاز روده، اگرچه تظاهرات کلاسیک ایلئوس می باشد ولی ممکن است تا چند روز بعد ظاهر نگردد. برخلاف ایلئوس روده کوچک (که معمولاً به صورت حاد با علائم شدید شروع می شود)، ایلئوس روده بزرگ اغلب با علائم خفیف آغاز می گردد. تظاهرات اصلی آن نفخ (۸۰ درصد)، گرفتگی عضلات (۶۰ درصد) و احتباس مدفوع و گاز (۵۰ درصد) است. این بیماری آشکار، اغلب با مرحله طولانی تغییر عادات روده و بدتر شدن یبوست همراه می باشد [۴].

هیچ تست آزمایشگاهی خاصی برای ارزیابی ایلئوس مکانیکی همراه با ایسکمی روده وجود ندارد [۵]. فقط غلظت پروکلسی تونین به نظر می رسد یک علامت بالقوه مفید باشد. در یک مطالعه آینده نگر، مقادیر بالای ۰.۵۷ نانوگرم در میلی لیتر ایسکمی روده را با احتمال ۸۳ درصد پیش بینی کرد، در حالی که مقادیر کمتر از ۰.۵۷ نانوگرم در میلی لیتر با احتمال ۹۱ درصد آن را رد کرد [۶].

تعریف ایلئوس پس از عمل (POI)[۲] نامشخص است و به همین دلیل، علائم گزارش شده، الگوریتم تشخیصی، پیشگیری و اقدامات درمانی تنوع گسترده ای دارد [۷]. POI اغلب به عنوان یک الگوی پاتولوژیک تحرک دستگاه گوارش توصیف می شود که پس از هر نوع جراحی بزرگ با افزایش طول مدت بستری رخ می دهد [۸]. علائم و نشانه‌های معمولی عبارتند از ناتوانی در تحمل رژیم غذایی، حالت تهوع، استفراغ، عدم وجود حرکات موثر روده، اتساع شکم و ناراحتی. در نتیجه، POI به طور موقت کیفیت زندگی را تغییر می دهد و بار اقتصادی زیادی را به سیستم های مراقبت های بهداشتی تحمیل می کند [۹]. هدف از این مطالعه ی گزارش موردی، بررسی خانمی ۴۰ ساله ای بود که بعلت درد شکم و تهوع و

[۱] Sigmoid Volvulus

[۲] Postoperative Ileus

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-10]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.203]

استفراغ و با تشخیص ایلئوس در بیمارستان فوق تخصصی صارم بستری شده بود.

معرفی مورد

خانمی ۴۰ ساله اهل نکا در استان مازندران، بعلت درد شکم و تهوع و استفراغ و با تشخیص ایلئوس در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۶ و در بیمارستان فوق تخصصی صارم بستری شد. تشخیص قبل از عمل انسداد روده در نظر گرفته شد. بیمار اجابت مزاج داشت که کمی حالت اسهالی بود. به پزشک مربوطه اطلاع داده شد و دستور NPO[۳] صادر گردید. این فرد، در اوایل شب همان روز اظهار درد کرد و با دستور پزشک، مقدار ۲۵ سی سی پتدین عضلانی دریافت کرد. روز بعد، گرافی ایستاده و خوابیده از بیمار گرفته و انسداد تشخیص داده شد. برای بیمار، NGT[۴] توسط پزشک تعبیه شد که ۱۵۰ سی سی ترشحات سبز-قهوه ای دفع نمود. ترشحات قهوه ای رنگ بیمار به میزان ۱۰۰ سی سی همچنان ادامه داشت.

گزارش رادیوگرافی ساده شکم در حالات خوابیده و ایستاده

گزارش ها نشان دادند که دانسیته استخوان ها در حد نرمال بود. سایه نسوج نرم و در حد طبیعی گزارش شد. اتساع لوب های روده باریک در رادیوگرافی خوابیده همراه با سطح مایع هوا در رادیوگرافی ایستاده به نفع انسداد یا ایلئوس مشاهده گردید. سپس، با دستور پزشک مربوطه دستور سی تی اسکن شکم و لگن داده شد. بیمار، علاوه بر درد پشت، حالت تهوع نیز داشت که اندانسترون تجویز شد. جواب سی تی به دکتر اطلاع داده شد و برای روز بعد برنامه جراحی این فرد بیمار هماهنگ گردید. بیمار در ساعت ۲۰ شب به علت سه بار عطسه، NGT خود را DC کرد که به دکتر گزارش شد. اما، روز بعد قبل از جراحی تهوع و استفراغ نداشت.

نوع جراحی این بیمار لاپاراتومی بود. در این حالت، پس از پرپ و درب و شرایط استریل و تحت بیهوشی GA[۵]، با برش Mid Midline شکم باز شد. روده ها اکسپلور شدند و انسداد واضح در ۶۰ سانتی متری انتهایی ایلئوم گزارش شد. محل انسداد حاوی یک توده سنگ مانند داخل روده بود که با برش عرضی روی جدار روده خارج شد (شکل ۱) و جدار روده در دو لایه ترمیم گردید. پس از شستشوی شکم و اطمینان هموستاز و صحت شمارش، گاز لونگاز لایه های شکم ترمیم شده و بیمار به ریکاوری منتقل شد.

[۳] Nil Per Os (Nothing by Mouth)
[۴] Nasogastric Tube
[۵] General Anesthesia



شکل ۱: تصویر حین عمل از برداشتن یک توده سنگی مانند داخل روده که با برش عرضی روی جدار روده خارج شد.

بحث

معاینه فیزیکی ممکن است شواهدی از ایلئوس مکانیکی را نشان دهد. به طور خاص، صداهای تشدید شده روده یک یافته کلاسیک در فاز اولیه است، در حالی که علائم صفاقی معمولاً وجود ندارد. به خصوص در مرحله آخر، آسیب روده می تواند بدون هیچ گونه فعالیت پریستالتیکی باعث فلج شود. نتیجه این است که حتی یک جراح باتجربه نمی تواند در همه موارد تشخیص را با قطعیت انجام دهد [۱۰]. هدف از این بررسی، مراجعه ی فرد بیمار با داشتن علائم درد شکم، تهوع و استفراغ و با تشخیص ایلئوس در بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران بود.

در پژوهش ما، تشخیص قبل از عمل انسداد روده برای فرد مراجعه کننده در نظر گرفته شد. با انجام جراحی لاپاراتومی، محل انسداد حاوی یک توده سنگ مانند داخل روده بود که با برش عرضی روی جدار روده خارج گردید. Alenezi و همکاران تحقیقی با عنوان سنگ کیسه صفرا ایلئوس در غیاب کیسه صفرا، علت نادر انسداد روده به صورت گزارش موردی در سال ۲۰۲۳، یک بیمار خانم ۹۲ ساله که کوله سیستومه شده بود و با سابقه ی یک هفته ای حالت گیجی حاد، درد شکم و استفراغ به بیمارستان مراجعه کرد. معاینه فیزیکی یک بیمار بی جهت با شکم متسع و تندرنس عمومی به ویژه در ناحیه اپی گاستر را نشان داد [۱۱]. صداهای روده بیش فعال قابل شنیدن بود. بررسی های آزمایشگاهی غیر اختصاصی بود. اشعه ایکس ساده شکم بی اهمیت بود. سونوگرافی شکم اتساع گازی قابل توجهی را نشان داد. سپس، سی تی اسکن شکم انجام شد که نشان داد ایلئوس سنگ کیسه صفرا باعث انسداد روده کوچک بدون هیچ شواهدی از تشکیل فیستول می‌شود. بنابراین، مداخله جراحی تصمیم گرفته شد و سنگ صفراوی ۸ گرمی از طریق انترولیتوتومی خارج شد. دوره بعد از عمل نیز بدون حادثه بود [۱۱]. داده های این مطالعه از نظر

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-10]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.203]

سن بیمار و همچنین نوع ایلئوس مورد نظر با داده های مطالعه ی ما در تناقض بود. این محققان دریافتند که ایلئوس سنگ کیسه صفرا یک علت غیر معمول است که اغلب زنان مسن را تحت تاثیر قرار می دهد. علائم بالینی ایلئوس سنگ کیسه صفرا شامل درد شکم، اتساع شکم، تهوع و استفراغ است. تشخیص ایلئوس سنگ کیسه صفرا به تصویربرداری و معاینه فیزیکی بستگی دارد. سی تی شکم با کنتراست ابزار تشخیصی قطعی را فراهم می کند. گزینه های جراحی برای مدیریت ایلئوس سنگ کیسه صفرا می تواند انترولیتوتومی یک یا دو مرحله ای باشد.

پژوهشی در سال ۲۰۱۸ توسط Geng و همکاران با هدف تعیین اینکه آیا گنجاندن رادیوگرافی شکم در حالت ایستاده در رادیوگرافی ساده شکم (PAR) دقت تشخیصی را برای شناسایی انسداد مکانیکی روده و/یا ایلئوس فلجی در بزرگسالانی که با درد حاد شکمی مراجعه می‌کنند، بهبود می‌بخشد.یا خیر، انجام گردید. PAR از ۴۰ بزرگسال که مشکوک به انسداد روده یا ایلئوس فلجی بودند به صورت گذشته نگر نمونه برداری شد و به طور مستقل توسط دو مشاور بخش اورژانس و دو مشاور رادیولوژی برای انسداد روده و ایلئوس فلجی در طی دو جلسه بررسی گردید. در جلسه ۱، ارزیابی رادیوگرافی های شکم به پشت خوابیده و جزئیات بالینی به صورت تصادفی و جلسه ۲، حداقل ۶ هفته بعد، رادیوگرافی به پشت و جزئیات بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته های این مطالعه مشخص کرد که هیچ بهبود آماری قابل توجهی در دقت تشخیصی به هنگام رادیوگرافی erect در PAR برای شکم حاد وجود نداشت [۱۲].

درد شکم یک علامت برجسته است و بیماری های مرتبط مانند دیابت و بیماری های قلبی عروقی شایع هستند [۱۳]. با این حال، ویژگی های مشخصه انسداد روده تنها در ۵۰ تا ۷۰ درصد از بیماران یافت می شود. این حالت به این خاطر است که سنگ کیسه صفرا از طریق دستگاه گوارش "Tumbles" می کند، ضربه می زند و باعث ایجاد انسداد مکانیکی متناوب می شود. در نتیجه، اتساع شکم ایجاد شده و بیماران اغلب اسهال دارند. تسکین علائمی که هنگام از بین رفتن سنگ رخ می دهد ممکن است تشخیص نادرست گاستروانتریت را نشان دهد [۱۴]. سنگ در نهایت به طور کامل نهفته می شود زیرا قطر روده کوچک در قسمت دیستال کاهش می یابد و سنگ به تدریج به دلیل تجمع رسوب از محتویات روده بزرگ می شود. از آنجایی که ایلئوم باریک ترین قسمت روده است، شایع ترین محل پنهان شدن سنگ می باشد (بیش از ۶۰ درصد موارد) [۱۵،۱۶].

نتیجه گیری

ایلئوس عدم حرکت موقت در روده است که می تواند منجر به درد، حالت تهوع، نفخ و سایر علائم شود. بدون درمان، می تواند یک عامل تهدید کننده برای فرد باشد. ایلئوس و انسداد روده شباهت هایی دارند. با این حال، ایلئوس ناشی از مشکلات عضلانی یا عصبی است که باعث توقف پریستالتیک می شود، در حالی که انسداد یک انسداد فیزیکی در دستگاه گوارش است. با این حال، نوعی از ایلئوس که به نام ایلئوس فلجی شناخته می‌شود، می‌تواند به دلیل تجمع غذا در روده باعث بلوک فیزیکی شود. بعد از جراحی بیمار مورد مطالعه به صورت لاپاراتومی، محل انسداد حاوی یک توده سنگ مانند داخل روده بود که با برش عرضی روی جدار روده خارج شد و جدار روده در دو لایه ترمیم گردید. پس از شستشوی شکم و اطمینان هموستاز و صحت شمارش، گاز لونگاز لایه های شکم ترمیم شده و بیمار به ریکاوری منتقل شد.

منابع

1. Nieuwenhuijzen, M., et al., Small bowel obstruction after total or subtotal colectomy: a 10-year retrospective review. Journal of British Surgery, 1998. 85(9): 1242-1245.
2. Drożdż, W. and P. Budzyński, Change in mechanical bowel obstruction demographic and etiological patterns during the past century: observations from one health care institution. Archives of Surgery, 2012. 147(2): 175-180.
3. Vilz, T.O., et al., Ileus in Adults. Dtsch Arztebl Int, 2017. 114(29-30): 508-518.
4. Markogiannakis, H., et al., Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. World journal of gastroenterology: WJG, 2007. 13(3): 432.
5. Leung, A.M. and H. Vu, Factors predicting need for and delay in surgery in small bowel obstruction. The American Surgeon, 2012. 78(4): 403-407.
6. Cosse, C., et al., Serum procalcitonin for predicting the failure of conservative management and the need for bowel resection in patients with small bowel obstruction. Journal of the American College of Surgeons, 2013. 216(5): 997-1004.
7. Wolthuis, A., et al., Incidence of prolonged postoperative ileus after colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. Colorectal disease, 2016. 18(1): O1-O9.
8. Vather, R., S. Trivedi, and I. Bissett, Defining postoperative ileus: results of a systematic review and global survey. Journal of gastrointestinal surgery, 2013. 17: 962-972.
9. Gero, D., et al., Postoperative ileus: in search of an international consensus on definition, diagnosis, and treatment. Langenbeck's Archives of Surgery, 2017. 402(1): 149-158.
10. Sarr, M.G., G.B. Bulkley, and G.D. Zuidema, Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction: prospective evaluation of diagnostic capability. The American Journal of Surgery, 1983. 145(1): 176-182.
11. Ali Alenezi, et al., Gallstone Ileus in the Absence of Gallbladder, Rare Etiology of Bowel Obstruction: A Case Report and Literature Review. American Journal of Surgical Case Reports, 2023.
12. Geng, W.Z., et al., The value of the erect abdominal radiograph for the diagnosis of mechanical bowel obstruction and paralytic ileus in adults presenting with acute abdominal pain. Journal of Medical Radiation Sciences, 2018. 65(4): 259-266.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-10]
[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.203]

13. Seal, E.C., M.F. Creagh, and P.J. Finch, Gallstone ileus: a new role for abdominal computed tomography. Postgraduate medical journal, 1995. 71(835): 313-315.
14. Lobo, D.N., J.C. Jobling, and T.W. Balfour, Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes. Journal of clinical gastroenterology, 2000. 30(1): 72-76.
15. Delabrousse, E., et al., Gallstone ileus: CT findings. European radiology, 2000. 10: 938-940.
16. Bufkin, W.J. Nausea, vomiting, and right upper quadrant pain. in Baylor University Medical Center Proceedings. 2000. Taylor & Francis.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-10]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.4.203]