پانکراتیت حاد هموراژیك

مجلهٔ علمی نظام پزشکی

شماره۳ ، صفحه ۱۸۸ ، ۱۳۴۹

دکترمحمد حسین‌منصور* ـ دکتر انوشیروان هدایت ـ دکتر ناصرارباب زاده ـ دکتر محمد علوی

گزارش یك‌مورد پانکراتیت‌حاد هموراژیك در بچه ده ساله و بحثی درباره پانکراتیت حاد و درمان آن .

مقدمه :

پانکراتیت‌حاد خونریزی‌دهنده ازجمله بیماریهائی‌است که‌همیشه از نظر اتیولوژی وپاتوژنی ، اشکال در تشخیص ، انتخاب نوع درمان و وخامت بیماری مورد توجه جراحان عمومی بوده‌است. تاحدود ده سال قبل عاقبت این‌بیماری تقریبا مرگ بود ولی‌از زمانیکه داروهای‌آنتی‌فرمان تهیه شده ومورد مصرف درکلینیك قرارگرفته‌پیش‌آگهی بیماری‌وطریقه‌درمان‌کاملا تغییر کرده‌است. ما ازابتدای پیدایش این‌داروها بیماران مبتلا به‌پانکراتیت حاد هموراژیك را باداروهای مذکورتحت درمان‌قرارداده‌ایم ونتایج بسیارخوبی‌ازآن گرفته‌ایم. اخیراً بیك مورداین‌بیماری دریك‌بچه دهساله برخورد کردیم که از نظر سنی فوق‌العاده نادر است از این‌جهت‌باگزارش شرح‌حال بیمار، بحث کلی درباره پانکراتیت ودرمان آن درزیر بنظر همکاران محترم میرسد .

شرح حال بیمار

بیمار پسربچه۱۰ساله ساکن واهل‌تهران‌است که بعلت دردشدید ومنتشر درشکم ومخصوصاً درهیپوکندر راست و F.I.D درساعت ۲/۵ بعدازنیمه‌شب۲۵/۱۰/۱۳۴۷ به‌بیمارستان‌ابن‌سینا مراجعه کرده‌است وطبق‌اظهارمادرش‌یك‌ماه‌ونیم‌قبل‌درتمام شکم‌وبخصوص ناحیه اپی‌گاستردرد داشته‌که۲روز طول‌کشیده وبدون مراجعه بپزشك بهبود یافته‌است. یکماه قبل‌نیزاین درد تکرارشده وتوأم بااسهال بوده وبازبدون‌مراجعه بپزشك بهبود یافته‌است. ۲۰روز قبل دچارآنژین وتب شده وبپزشك مراجعه نکرده‌است،۱۵روز پیش درد شدید شکم همراه با اضطراب و بیقراری شدید بروز میکندبطوریکه بیمار ناچار بپزشك مراجعه‌کرده وباداروهائیکه معلوم نیست چه بوده بهبود یافته است .

۲ روزقبل ازمراجعه باین بیمارستان درد ناحیه اپی‌گاسترظاهر شده وبتدریج شدیدتر گردیده وتمـام شکم را فرامیگیرد و ۱۲ ساعت بعداز شروع درد استفراغ بروز میکند که همراه آن دو عدد آسکاریس‌خارج میشود. بالاخره‌از شدت‌درد بپزشك مراجعه میکند وباتشخیص‌آپاندیسیت حاد روانه‌بیمارستان میگردد.

سابقه فامیلی

پدر و مادر بیمار سالم‌اند و پنج بچه دارندکه چهـارتای دیگر تندرست هستند وسابقه بیماری مشابه ندارند .

بیمار دو سال قبل به سرخك ، آنژین وسرما خوردگی ودر سه نوبت به‌حمله‌های دردناك شکمی مبتلا شده است .

معاینه دستگاهها :

۱ـ قلب وعروق : صداهـای قلب طبیعی، نبض تند و فیلی فرم، فشارخون پائین است .

۲ـ دستگـاه تنفس : تنفس سطحی است و تنفس شکمی از بین رفته است .

۳ـ در دستگاه ادراری و تناسلی نکته جـالب اکتوپی یکطرفه بیضه است .

۴ـ چشم ، گوش، حلق وبینی طبیعی است .

۵ـ دردستگاه گوارش : درد شدید درشکم وبیشتر درهیپوکندرو F.I.D همراه بااستفراغ وجود دارد. درمعاینه ، شکم‌حساس است وحالت‌دفاعی دارد که بیشتر درF.I.D میباشد ودرعین حال‌مختصری اتساع وجود دارد .

* تهران ـ چهارراه پهلوی ـ شاه رضا

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

۶ـ وضع عمومی بیمار : بیمار درحالت شوك شدید است ، قیافه صفاقی دارد ، انتهاها سرد شده ، عرق سرد براندام نشسته ، فشارخون پائین افتاده، نبض تند وفیلی فرم است و بیمار کاملا بی‌حال میباشد.

بیمار با تشخیص پریتونیت منتشر با منشأ آپاندیسیت تحت عمل جراحی قرار گرفت. برش ماك بورنی داده شد ، آپاندیس التهاب شدید نداشت و بیشتر التهاب واکنشی بود ولی در شکم مایع خونابه‌ای شکل ملاحظه شد البته بدون جهت اقدام ببرداشتن آپاندیس شد وبعد برای روشن شدن منشأ مایع خونابه‌ای برش میانی دربالای نافداده شد، هماتومی وسیع درمزوکولون وناحیه پانکراس وجودداشت وپانکراس بشکل وباندازه یك هندوانه خیلی کوچك درآمده بود وبعلت وجود لکه‌هائی (Tache de Bougie) درمزوکولون واطراف پانکراس مختصری ازچادرینه معدی ـ قولونی باز و وضع پانکراس مطالعه گردید . هماتوم بزرگی دراطراف پانکرآس وجود داشت . هیچگونه اقدامی برای برداشتن این هماتوم نشد سپس باگذاشتن دو درن یکی دربن بست دوگلاس و دیگری درهیاتوس وینسلو ، جدار بسته شد وبیمار تحت درمان طبی بروشی که گفته خواهد شد قرار گرفت. بیمار فعلا کاملا بهبود یافته است . نتیجه آزمایشهای بیمار بدین قرار است :

آزمایش‌های انجام شده برای بیمار

تاریخ	نوع آزمایش	نتیجه
۴۷/۱۰/۲۸	آمیلازخون (Somogyi)	۱۶۵واحددر۱۰۰cc
	آمیلازادرار (فولگموت)	۳۲۰ واحد « «
۴۷/۱۰/۲۹	آمیلازادرار	۴۰۰ واحد
۴۷/۱۰/۳۰	آمیلازخون	۹۵ واحد
۴۷/۱۱/۱	آمیلازخون	۶۹ واحد
	آمیلاز ادرار	۱۲۰ واحد
۴۷/۱۱/۲	آمیلاز خون	۶۵ واحد
۴۷/۱۱/۳	آمیلاز خون	۸۰ واحد
۴۷/۱۱/۵	آمیلاز خون	۹۵ واحد
۴۷/۱۱/۶	آمیلاز خون	۸۵ واحد
۴۷/۱۱/۷	آمیلاز خون	۸۸ واحد
۴۷/۱۱/۸	آمیلاز خون	۹۴ واحد
	آمیلاز ادرار	۲۰۰ واحد
۴۷/۱۱/۹	آمیلاز خون	۹۰ واحد
۴۷/۱۱/۲۳	آمیلاز خون	۱۹۰ واحد
۴۷/۱۲/۱۱	آمیلاز خون	۸۴ واحد
	آمیلاز ادرار	۱۶ واحد
۴۷/۱۰/۲۹	قند خون	۱/۱۰ گرم درلیتر
۴۷/۱۱/۷	قند خون	۰/۹ گرم درلیتر
۴۷/۱۲/۱۲	قند خون	۱/۱۰ گرم در لیتر
۴۷/۱۱/۲۹	فسفاتاز آلکالن	۵ واحد بودانسکی
	ترانس آمیناز: SGOT	۳۰ واحد
	SGPT	۲۶ واحد
	بیلی روبین توتال	کمتر از ۱۰ میلیگرم درلیتر
	تست تیمول	۳/۵ واحد
	کونکل زنگ	+
	پوپر	+
	کادمیوم	+
۴۷/۱۰/۳۰	اوره خون	۰/۷۰ گرم درلیتر
	سدیم خون	۱۳۹ میلی‌اکیوالانت
	پتاسیم خون	۴/۴ میلی‌اکیوالانت
۴۷/۱۱/۲	اوره خون	۰/۳۶ گرم درلیتر
	سدیم‌خون	۱۳۷ میلی‌اکیوالانت
	پتاسیم‌خون	۳/۸ میلی‌اکیوالانت
۴۷/۱۱/۵	اوره‌خون	۰/۲۸ گرم درلیتر
	سدیم‌خون	۱۳۷ میلی‌اکیوالانت
	پتاسیم‌خون	۳/۶ میلی‌اکیوالانت
۴۷/۱۱/۷	اوره‌خون	۰/۲۵ گرم درلیتر
	سدیم‌خون	۱۴۲ میلی‌اکیوالانت
	پتاسیم‌خون	۵/۳ میلی‌اکیوالانت
۴۷/۱۱/۸	اوره‌خون	۰/۲۵ گرم درلیتر
	سدیم‌خون	۱۳۷ میلی‌اکیوالانت
	پتاسیم خون	۴/۲ میلی‌اکیوالانت

بحث درمورد پانکراتیت

پانکراتیت بیماری شایعی است ولی بعلت وجود تظاهرات بالینی متفاوت تشخیص آن مشکل میباشد واین اشکال تشخیص درپانکراتیت مزمن وپانکراتیت عودکننده بیشتر میباشد ولی بحث ما بیشتر در مورد پانکراتیت حاد است .

پانکراتیت حاد :

اولین دفعه شرح روشن وجامع این بیماری درسال ۱۸۸۹ بوسیله Fitz داده‌شده‌است. واکنش التهابی نسج پانکراس بدرجات متفاوت ناشی ازفعال شدن آنزیمها درداخل خودپانکراس راپانکراتیت می‌نامند .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

اتیولوژی :

عواملی‌راکه باعث پانکراتیت میشوند میتوان به‌سه‌گروه بزرگ تقسیم‌کرد . بیماریهای مجاری صفراوی، پانکراس و الکل عامل $\frac{2}{3}$ تا $\frac{3}{4}$ ازموارد پانکراتیت‌ها میباشد ودر عده زیادی هم‌عامل ایجادکاملا مشخص نیست .

اول ـ پانکراتیت‌های‌ناشی‌ازضایعات و بیماریهای سیستم مجاری پانکراس وصفراکه اهم آنها عبارتند از :

۱ـ اختلالات عملی مشتمل‌بر:

ـ تنگ شدن دریچه اودی (Oddi)

ـ پس زدن مواد دوازدهه (Duodenal reflux)

۲ـ ضایعات عضوی که‌شامل‌موارد زیراست:

الف ـ ضایعات داخل مجرا شامل:

ـ سنگ صفراوی محبوس درآمپول‌واتر

ـ وجود شاخه‌بلند درون T که ازآمپول واترعبورکرده باشد .

ـ سنگ پانکراس

ـ آسکاریس

ب ـ ضایعات جداری شامل:

ضربه :

ـ آسیب مجاری صفراوی وپانکراس درضمن اعمال‌جراحی

ـ ضربه‌های خارجی شکم

ـ پانکرآتوگرافی (Pancreatography)

التهابات :

ـ دئودنیت وPapillitis اسفنکتراودی

ـ تنگی اسفنکتراودی کـه گاهی بعلت ضایعات گرانولوماتوز آمپول واتر است .

ـ تنگی Ostium مجرای پانکراس

ـ تنگی‌های دیستال مجرای پانکراس

ـ متاپلازی مجرای پانکراس

تومورها :

سرطان آمپول‌واتر

سرطان پانکراس

پ ـ فشار روی مجاری ازخارج :

دیورتیکول دوازدهه

آبسه

کیست

هماتوم

دوم ـ پانکراتیت‌های ناشی از بیماریها و ضایعات‌احشای مجاور که عبارتند از :

ـ زخم اثنی‌عشر و معده

ـ کله سیستیت

ـ بیماریهای عروقی مثل‌آمبولی‌ها و ترومبوزهای ناشی از تصلب شرائین

سوم‌ـ پانکراتیت‌های‌اولیه پارانشیمال: که‌انواع آن عبارتند از:

الف ـ مادرزادی شامل :

ـ هیپرلیپمی فامیلی

ـ پانکراتیت‌های ارثی

ـ بیماری فیبروکیستیک پانکراس

ب ـ التهابی شامل:

ـ ویروسی = اوریون، هپاتیت ویرال و اخیراً ویروس‌های نوع کوکساکی

ـ میکربی = تیفوئید ، پنومونی ، مخملک

ـ ایمونولوژیک : آلرژی، واکنش شوارتزمن، بیماریهای کلاژن واتوایمون

پ ـ متابولیک شامل :

ـ الکلی ـ دیابتی ـ آبستنی

ـ تغذیه‌ای

ـ هیپرپاراتیروئیدی

ـ استروئیدها

ـ هموکروماتوز

دربحث اتیولوژیک باید یادآور شدکه بیماری در بعضی‌کشورها شایعترمی‌باشد (مثل‌آمریکا وفرانسه‌که مصرف‌الکل بسیاراست). بعلاوه درهرسنی دیده میشود ولی دراطفال بندرت بروز میکند اما امروزه معتقدندکه عارضه دراطفال شایعتر از آن میباشد که تشخیص داده میشود زیرا بندرت بیماری قبل ازعمل ویااتوپسی تشخیص داده‌شده است وغالباً سایر بیماریهای شایع که ایجاددرد شکم واستفراغ میکنند مورد توجه قرار میگیرند . نکته‌دیگری که درمورد پانکراتیت اطفال باید مورد توجه قرارگیرد توأم شدن بیماریهای عمومی باپانکراتیت است بطوریکه علائم‌بیماری عمومی، علائم پـانکراتیت را مخفی میسـازد . آنچه مسلم است بیماریهای مجاری صفراوی وپانکراس‌کمتر درایجاد پانکراتیت اطفال دخالت دارند ولی آسکاریس یکی از عوامل شایع میباشد وبعلاوه‌بیماریهای‌عفونی مثل‌اوریون‌واخیراً ویروسهای‌کوکساکی وهمچنین عوامل سوء تغذیه،سموم وعوامل آلرژیک وایمنی‌زا را مؤثر میدانند .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

آسیب‌شناسی :

بطورکلی تغییرات آسیب شناسی درپانکراتیت،مراحل گوناگون وشدت متفاوت‌آسیب نسجی‌را نشان میدهد. درنتیجه اثر آنزیم‌ها وتخریب نسوج،یك واکنش التهابی بوجود میآیدکه خودممکن است خفیف، متوسط ویاشدید باشد .

۱ـ نوع خفیف :

پانکراتیت حاد خیزدار میباشدکه عارضه موضعی یاپراکنده،ویا منتشر است. پانکراس نرم، متورم، پریده رنگ ونکروزچربی درآن جزئی میباشد .

۲ـ نوع متوسط،پانکراتیت هموراژیك حاد میباشد و مشخصات آن عبارتند از :

ـ خیز ـ خونریزی ـ نکروز ـ نکروزچربی

دراین‌حالت علاوه برنکروز وخیز، بعلت اثرآنزیم‌های پانکراس برعروق، خونریزی بروز میکند .

پانکراس‌بزرگ، نرم وشکننده است، نواحی خونریزی‌ونکروز چربی‌نسبتاً شدید بیشتر درسطح پانکراس،مزوکولون وچادرینه جلب‌توجه میکند. مکانیسم ایجادنکروز چربی‌بدین‌صورت‌است:

اسیدهای چرب + گلیسرول ← لیپاز + چربی‌ها ← نکروز چربی

اسیدهای چرب + CA = صابون و رسوب = لکه شمع .

گلیسرول جذب گردش خون میگردد .

شدت نکروز چربی نشانه شدت عارضه است وگاهی باعث‌تتانی میگردد . مقدارکلسیم خون از لحاظ پیش‌بینی بیماری مهم است ودر مواردیکه به‌هفت میلی‌گرم در صد ، یاکمتر برسد پیش‌بینی فوق‌العاده بد میباشد . گاهی نکروز چربی درنقاط دوردست مثل مغزاستخوان ومدیاستن دیده میشودکه تصور میکنند بعلت‌رسیدن لیپاز از راه لنف باین نواحی باشد .

۳ـ نوع شدید :

گاهی آنرا پانکراتیت‌گانگرنوزحاد گویندکه تقریباً تمام‌نسج پانکراس‌ازبین‌رفته‌است بهرحال‌مقداری‌مایع وخون‌درپانکراس، قعر چادرینه‌ها و فضای صفاقی جمع میشود که مقدارآن بستگی بشدت عارضه دارد .

سرانجام ضایعات فوق عبارتست از :

ـ بهبود ، که بیشتر در موارد خفیف پیش میآید زیرا با بروز خونریزی ونکروز عارضه دائمی است.

ـ پانکراتیت چرکی حاد بعلت عفونت ثانویه و پیدایش آبسه

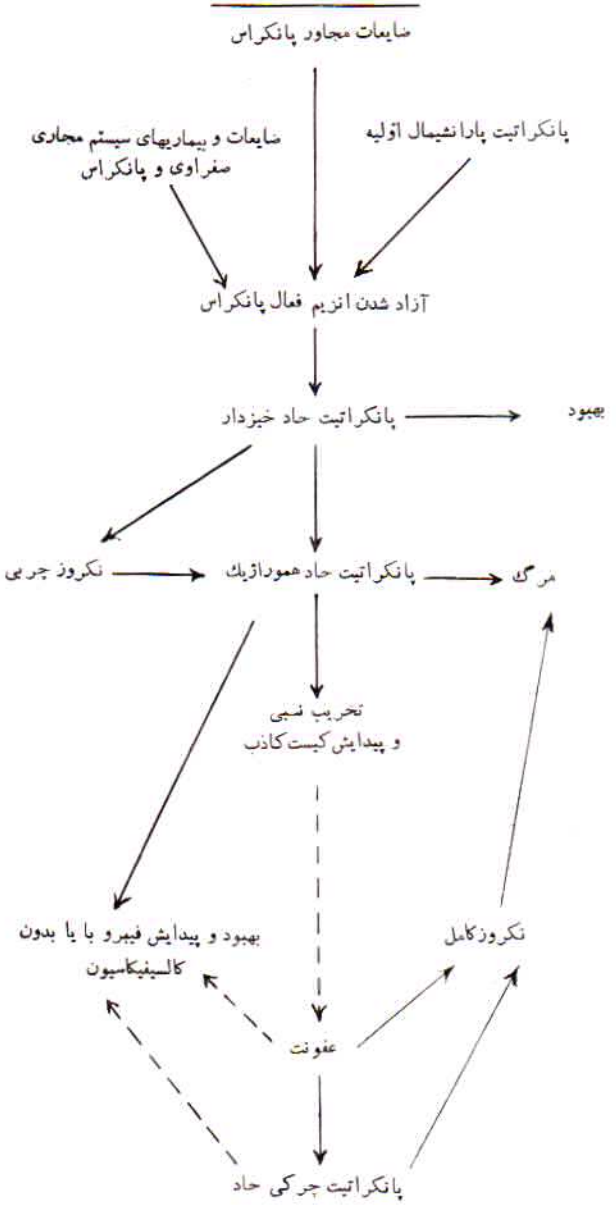
ـ بهبود باکالسیفیکاسیون وفیبروز یا بدون کالسیفیکاسیون

ـ بهبود وپیدایش‌کیست‌کاذب پانکراس

ـ مرگ‌که خود ناشی ازعلل زیرمیباشد:

الف ـ عدم جواب شوك‌بدرمان ـ گرچه‌بنظرمیرسدکه‌این‌امر بعلت خونریزی وازدست رفتن‌مایعات(درخلف وداخل‌صفاق)،استفراغ وایلئوس‌عامل‌آن‌است ولی‌تاحدودی‌هم ناشی‌ازآزادشدن ترکیبات کینین‌ازپانکراس میباشدکه‌ازهمه مهمترکالی‌کرین(Kallikrein) است که اثر وازودیلاتاتور و Adrenolytic دارد و خود باعث هیپوتانسیون میشود . این ماده یعنی کالیکرین بطور غیر فعال درپانکراس وجود دارد ودرپانکراتیت بصورت فعال درمیآیدکه خود باعث فعال شدن برادی‌کینین (Brady kinine) و عده‌ای از مـواد بنام پلی‌پپتیدهای فعال کننـده عروق ـ(Vasoactive

خلاصه آسیب شناسی پانکراتیت



[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

(polypeptides) میشود که از طرفی بعلت ایجاد وازودیلاتاسیون برشدت شوك بیمارمیافزایند وازطرف دیگر درد بیمار واز دست رفتن مایعات را تشدید میکنند.

ب ـ خونریزی شدید ثانوی

پ ـ عفونت

ت ـ نارسائی کلیه

ث ـ عوارض قلبی ریوی

پاتوژنی پانکراتیت:

پاتوژنی بیماری بخوبی معلوم نشده ومدت ۶۰ سال است که‌مورد بحث وتحقیق میباشد زیرا مکانیسم واقعی فعال شدن آنزیمهای پانکراس درداخل‌خود پانکراس‌معلوم نیست. چهار نظر، بیشتر مورد بحث قرار گرفته است که عبارتنداز:

ـ نظریه مجرای مشترك

ـ عوامل عفونی

ـ انسداد مجرای پانکراس

ـ سموم مؤثر بر پانکراس

علاوه براین چهارنظریه ، نظرات دیگری نیز وجود دارد که در خاتمه پاتوژنی ازآنها اسم برده خواهد شد. بهرحال نکته مهم در پاتوژنی آنست که آنزیم‌های فعال از آسینی‌ها و مجاری پانکراس خارج شده بدرون پانکراس، نسوج اطراف آن و گردش خون میریزد وباعث پیدایش تظاهرات موضعی و عمومی پانکراتیت میگردد.

نظریه مجرای مشترك :

بنیان گذارآن Opie بسال ۱۹۰۱ است. وی دراتوپسی یك‌بیمار مبتلابه پانکراتیت حاد ملاحظه میکندکه دهانه آمپول‌واتر بعلت سنگ صفراوی بسته است. بامشاهده این وضع معتقد شدکه علت پانکراتیت وجود مجرای مشترك‌بین ویرسونگ وکلدوك میباشد وچنانچه بسته شود باعث برگشت صفرا بداخل پانکراس وفعال شدن آنزیمهای‌آن وکریزپانکراتیت میشود بعلاوه صفرا عفونت راهم بپانکراس‌میبرد. این‌نظریه که مدت‌هاست مورد قبول‌میباشد چند ایراد داردکه‌عبارتنداز:

الف ـ همیشه‌پانکراتیت‌بعلت وجودسنگ‌صفراوی‌نیست زیرادم، اسپاسم و فیبروزهم میتواند با انسداد آمپول واترایجاد مجرای مشترك کند.

ب ـ این‌نظریه، پانکراتیت‌های ناشی‌ازوجود دومجرای مستقل‌با دودهانه دردوازدهه ویا پانکراتیتهای محدودبه‌مجرای‌سانتورینی را توجیه نمیکند.

درسال ۱۹۳۴ Dragstedt باین نتیجه رسیدکه در ۶۰٪ موارد پانکراتیت، مجرای مشترك وجود دارد که ۱۰٪ موارد آن توأم با سنگ میباشد و در ۴۰٪ موارد اظهار نظر قاطعی نکرده‌است.

پ ـ مجرای مشترك در اتوپسی‌ها بین ۷۵ـ۸۰ درصد موارد وجوددارد.

ت ـ نمیتوان‌قبول کرد که‌صفرا بداخل‌مجرای ویرسونگ‌برگشت کند زیرا فشارداخل مجرای‌پانکراس خیلی بیشترازفشارترشحی کبد وکیسه صفرا است بطوریکه درجدول زیراین مطلب‌بخوبی روشن میگردد.

محل	مقدار فشار برحسب میلی‌لیترآب
ـ فشارترشحی پانکراس	۳۰۰ـ۵۰۰
ـ فشارترشحی کبد	۲۰۰ـ۳۰۰
ـ فشارانقباض کیسه صفرا	۱۷۰
ـ مقاومت اسفنکتر ـ اودی	۲۵۰
ـ فشارداخل کلدوك	۵۰
ـ فشارداخل‌کلدوك بعدازبرداشتن‌کیسه صفرا	۱۹۰

بنابراین همیشه امکان برگشت شیره پانکراس بداخل کلدوك وجوددارد وعکس‌آن‌نادراست وحتی درپانکراتیت‌ها مقدارخیلی کمی ممکن‌است صفرا درمجاری پانکراس دیده شود. بنابراساس این مطالعات نتیجه گیری شده که عامل مهم ایجاد این پدیده افزایش‌کلی فشار مجاری و مجرای مشترك است که خود باعث پارگی مجاری پانکراس و وارد شدن ترشحات درنسوج میشود و برگشت صفرا چندان مهم نیست .

Riche و Duff باقبول مجرای مشترك معتقد شده‌اندکه انسداد مجرای پانکراس بعلت متاپلازی بیشتر باعث بروز این سندرم میگردد وبرگشت صفرا بداخل مجرای پانکراس اهمیت ندارد. گرچه این‌نظریه چندان مورد قبول واقع نشد ولی‌زمینه رابرای قبول‌نظریه‌دیگری فراهم‌ساخت بدین‌معنی که عده‌ای معتقدشده‌اند وبطورتجربی‌هم‌ثابت کرده‌اندکه انسداد مجاری پانکراس دریك نقطه‌ازمسیرمیتواند درموقعی که فعالیت‌ترشحی‌پانکراس زیاداست بعلت‌افزایش‌شدیدفشار، باعث‌پارگی‌مجاری‌وایجادپانکراتیت‌شود. پانکراتیت عفونی بطور تجربی و بالینی ملاحظه شده است (تیفوئید، مخملك، اوریون، اخیراً ویروس کوکساکی) ولی‌تعداد خیلی‌کمی از بیماران باین‌نحو مبتلا میشوند بعلاوه در تمام پانکراتیت‌ها نتوانسته‌اند میکروبی پیدا کنند. نظریه‌ای‌که باعث تقویت نظریه پانکراتیتهای عفونی شده توأم شدن بیماریهای مزمن‌کیسه صفرا با پانکراتیت است. رویهمرفته در۷۰٪ موارد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

پانکراتیتها همراه با بیماریهای مجاری صفراوی هستندکه در ۵۰٪ موارد توأم با سنگ میباشد. وجود سنگ صفراوی در اتوپسی پانکراتیتها شش برابر بیشتر ازافراد عادی است. توأم شدن دو عارضه باعث افزایش طرفداران برگشت صفرای عفونت یافته بداخل مجرای ویرسونگ ویا رسیدن میکروب ازراه لنف به پانکراس شده است ولی ارتباط مستقیم لنفاتیك بین کیسه صفرا وپانکراس وجودندارد.

مکانیسم اثرالکل در ایجاد پانکراتیت معلوم نیست و فقط نکته جالب آنست که در افراد مبتلا بهذیان الکلی اغلب مقدار آمیلاز خون زیاد است. بهرحال ممکن است الکل بطرق زیر اثر نماید :

ـ الکل از طریق خون به پانکراس رسیده و برآن اثر سمی مستقیم دارد.

ـ التهاب دوازدهه باعث انسداد یا عفونت مجاری پانکراس میگردد.

ـ استفراغ زیاد باعث برگشت محتویات دوازدهه بداخل پانکراس میشود.

ـ تماس الکل با مخاط دوازدهه مقدار سکرتین را افزایش می‌دهد وافزایش‌ترشح پانکراس ازاین طریق وتوأم شدن‌آن همراه عواملی مثل دئودنیت، ادم‌پاپی یا متاپلازی مجاری پانکراس باعث بروز عارضه میگردد.

درمورد مکانیسم اثرالکل درافزایش ترشح پانکراس معتقدندکه الکل از دوطریق اثرمیکند یکی از راه اثر برمعده و افزایش ترشح اسید آن که خود اسید در دوازدهه عامل ترشح سکرتین میباشد و دیگری اثر مستقیم الکل بر مخاط دوازدهه . بعلاوه وجود اسید والکل زیاد در دوازدهه سبب اسپاسم اسفنکتراودی شده واشخاص الکلیك دچاردوئودنیت وادم آمپول واتر میباشند بالاخره درمورد پاتوژنی‌پانکراتیت،عوامل‌آلرژیك و واکنشهای ایمنی‌زا را نیزمؤثرمیدانند.

علائم:

دراوایل قرن‌بیستم پانکراتیت فقط دراتوپسی یا روی تخت عمل تشخیص داده میشد ولی با کشف Somogyi در ۱۹۳۴ موارد تشخیص پانکراتیت خیلی زیاد شد وتصورمیشدکه هر بیماربادرد شکم وآمیلاز بالا مبتلابه پانکراتیت است درصورتیکه بعداًمعلوم شد درعده زیادی از بیماریها آمیلاز خون بالا میرود وبعلاوه در پانکراتیت ممکن است بالا نباشد. بنابراین شرح حال بیمار و معاینه بالینی‌نهایت اهمیت رادارد وبکمك‌آزمایشگاه ورادیولژی تشخیص‌قطعی میگردد. بیماری بیشتر نزد زنان درسنین ۵۰ـ۲۰ سال‌دیده میشود ودراطفال نادراست و علائم آن عبارتنداز:

۱ـ درد شدید بالای شکم که‌غالباً بپشت انتشاردارد وگاهی بعلت بسته شدن هیاتوس‌وینسلو وتجمع‌مایعات درقعرچادرینه وتحریك صفاق حجاب‌حاجزچپ،درد به شانه وهمچنین کشاله‌ران چپ‌نیز انتشار می‌یابد (درد شانه بعلت تحریك قسمت مرکزی و درد کشاله‌ران بعلت تحریك قسمت محیطی حجاب حاجز است) و بالاخره درد درتمام شکم منتشرمیشود .

۲ـ استفراغ

۳ـ شوك که بیشتردرموارد شدید بیماری دیده میشود. (پریدگی رنگ، عرقسرد، تنگی‌نفس، غالباً سیانوز، نبض تند، فشارخون پائین .)

۴ـ حساسیت شکم بخصوص دراپی‌گاستر

۵ـ مقاومت جدارکه اغلب بصورت سختی مختصروگاهی شدید جلب توجه میکند و از بین رفتن صداهای روده‌ای یا ایلئوس فلجی .

۶ـ گاهی علائم عصبی و ضعف شدید دیده میشود.

۷ـ بعداز۲۴ساعت برآمدگی‌ونفخ شکم ناشی‌از ایلئوس فلجی‌هم اضافه میشود.

۸ـ بروزتتانی یا پیدایش علائم Trousseau و Chewstek یا تقلیل مقدار کلسیم خون بکمتر از ۷ mg درصد علامت وخیمی است .

۹ـ علائم Grey turner (کبودی‌درپهلوها) و Cullen(کبودی اطراف ناف) دیررس هستند.

۱۰ـ پلورزی مختصرطرف چپ نسبتاً شایع است.

۱۱ـ یرقان خفیف اغلب شایع است.

۱۲ـ لمس‌تومورد‌رناحیه‌اپی‌گاستر که‌ناشی‌ازکیست‌کاذب یاآبسه پانکراس میباشد اغلب دیررس می‌باشد ودراواخر هفته اول‌دیده میشود:

علائم آزمایشگاهی:

۱ـ گاهی مختصر گلیکوزوری پیدا میشود که خود در نتیجه هیپرگلیسمی است.

۲ـ آمیلازخون بالا است، اغلب درچند ساعت اول بیشتر وبرای چند روزی بالا خواهد بود ولی ارقام ۵ ـ ۱۰ برابرحداکثر طبیعی برای تشخیص ارزش دارد واین مقادیر فقط در۲۴ ساعت اول امکان پذیر است.

مقدارطبیعی‌آن۱۸۰ـ۸۰ واحد Somogyi درصد است وبرحسب واحد Wohlegemuth ۱۰ـ۵ واحد است که در موارد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

یرقان مختل میشود .

۳ـ مدت آمیلازاوری بیشتر طول میکشد وباید درادرار۲۴ساعته مقدار آنـرا تعیین نمـود . این مقدار باید از ۴۰۰ واحد Somogyi در۲۴ ساعت بیشتر باشد تا تشخیص سندرم داده شود. باید دانست که آمیلاز پانکراس توسط گاما گلبولین درخون حمل میشود .

مقدار آمیلاز درپرفوراسیون‌اولسر، تجویز مورفین، کله‌سیستیت، انسدادهای اختناقی، پریتونیت وعده زیادی از بیماریهای دیگر بالا است و در پانکراتیتها ممکن است بعلت تأخیر درآزمایش یا تخریب وسیع پانکراس طبیعی باشد.

۴ـ آزمایشهای دیگر که جنبه علمی دارد عبارتند از:

ـ اندازه گیری Anti thrombine سرم

ـ تعیین مقدارلیپازوتریپسین سرم

ـ تعیین مقدارچربی کل خون که دراین کسالت بالا است.

ـ تعیین مقدار پروترومبین خون که در اینجا مقدار آن کاهش می‌یابد.

ـ Loemi's test کـه عبارتست از واکنش میـدریاز بدنبـال چکاندن آدرنالین درحفره ملتحمه که هیچکـدام ارزش زیادی ندارند.

E.C.G : بـرای تشخیص افتراقـی انفـارکتوس میوکارد. در پانکراتیت معکوس شدن موج T یا پائین بودن قطعه ST شایع است

پرتونگاری:

بمنظورتشخیص بیماریهای دیگر شکم و مشاهده تصویر هیدرو ـ آئریك دراطراف پانکراس ویا قولون عرضی‌متسع درپانکراتیت که گاهی پیدا میشود ونیز برای پی‌بردن بوجود سنگ پانکراس یا مجاری صفراوی، گاهی ازشکم پرتونگاری بعمل می‌آید.

درمواردیکه حال‌عمومی بیمارخوب باشد،در رادیوگرافی باماده حاجب‌ازمعده واثنی‌عشر، بازشدن‌کادر دوازدهه وبجلورانده شدن معده جلب توجه میکند و درسینه گاهی پلورزی و آتلکتازی ریه طرف چپ دیده میشود.

تشخیص افتراقی:

پانکراتیت برحسب هریك از علائم و مشخصات خود ممکن است بایکی ازاین بیماریها اشتباه شود:

۱ـ سوراخ شدن زخم‌معده واثنی‌عشر بعلت درد شدید اپی گاستر، سفتی جدار وازبین رفتن صداهای روده.

۲ـ کله‌سیستیت حاد در مواردیکه درد تدریجی وحساسیت بیشتر دربع فوقانی وراست شکم باشد ودرد شدید اپی‌گاستر همراه با یرقان ممکن است با قولنج صفراوی اشتباه شود .

۳ ـ انسدادهـای اختناقی روده بعلت درد شدید شکم همراه بـا استفراغ.

۴ـ ترومبوز وانفارکتوس مزانتر بعلت درد واستفراغ همراه با شوك شدید.

۵ـ انفارکتوس میوکارد همراه بادرد شدید اپی گاستر، شوك و سیانوز.

۶ـ درمواردیکه دردشدید درپشت متمرکزشده آنوریسم دیسکانت را باید درنظرداشت.

درمان پانکراتیت حاد

درمان پانکراتیت‌حاد را باید بدوگونه انجام داد:

ـ درمان طبی

ـ درمان جراحی

۱ـ درمان طبی :

درمرحله اول،درمان پانکراتیت حاد، طبی‌میباشد وبرچند اصل استواراست:

الف ـ تسکین درد بیمار:

چون مورفین سبب اسپاسم اسفنکتراودی میشود بایستی‌ازمصرف آن خودداری‌کرد ولی ازپتیدین وترکیبات مشابه‌آن‌که اسپاسم کمتـری میدهند میتوان استفاده کرد و گـاهی بهتر است بـا داروهای آنتی‌اسپاسمودیك توأماً مصرف شود. گاهی درد بقدری شدیداست که با هیچگونه داروئی تسکین نمی‌یابد. در اینگونـه موارد میتوان از بلوك اسپلانکنیك و بیحسی اپی‌دورال استفاده کرد .

ب ـ درمان شوك وتجویزمایعات والکترولیت‌ها:

برای درمان‌شوك ازخون، پلاسماویا جایگزین شونده‌های‌پلاسما استفاده میشود. بعلاوه همانطورکـه در قسمت دیگـری از درمان بحث خواهدشد Trasylol نیزدردرمان شوك مفید است. مایعات والکترولیتها بایستی‌بمقدارکافی‌تجویز شوند تامایعات والکترو ـ لیتهائیکه بطریقه زیر ازدست رفته است جبران شود:

ـ ارتشاح دراطراف‌پانکراس،خلف صفاق وداخل صفاق

ـ استفراغ

ـ ایلئوس‌فلجی واحتباس مواد درداخل روده

ـ دفع مایعات والکترولیتها ازراه لوله معده

نوع مایع تجویز شده برحسب وضع الکتـرولیتی بیمـار تغییر خواهدکرد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

پ ـ به‌استراحت واداشتن پانکراس وکاستن ترشحات خارجی آن :

گرچه برای ترشح پانکراس سه عامل عصب واگ، هورمون ترشحی وتحریکات عصبی اطراف غده را مؤثرمیدانند ولی مهم‌ترین عامل،هورمون ترشحی میباشد یعنی بعلت ورود اسید از معده بداخل دوازدهه، از مخاط این‌عضو هورمونهای سکرتین و پانکرئوزیمین ترشح میشودکه از راه گردش خون ترشح‌خارجی پانکراس را باعث میشوند. بنابراین مهمترین عامل و بهترین طریقه استراحت دادن به پانکراس عبارتست‌از:

ـ گذاشتن لوله درمعده وکشیدن ترشحات معدی

ـ جلوگیری ازورود غذا ازراه دهان

ـ تجویز داروهای آنتی‌کولینرژیك و قلج عصب واگ و قطع ترشح اسید معده.

ت ـ جلوگیری‌ازقلج روده‌ای:

برای جلوگیری ازقلج روده اجرای‌اصولی‌که دراصل پ مذکور آمد بهترین طریق میباشد.

ج ـ جلوگیری ازعفونت:

تجویز آنتی‌بیوتیك مناسب است زیرا عفونت ازراه خون، لنف، براثر مجاورت ویا ازراه صفرای‌آلوده بپانکراس میرسد.

چ ـ تجویزمهارکننده‌های آنزیمی:

Trasylol یك ترکیب بیولوژیکی ومرکب از ۵۸ اسید آمینه است‌که بصورت زنجیره‌ای باسه باند دی‌سولفید بیکدیگر متصل شده‌اند وازغده پاروتیدگاوبدست میآید. از راه تزریق وریدی بسرعت منتشر میشود ولی ازسد مغز نمیگذرد. نیمه عمرآن ۱۵۰ دقیقه میباشد بنابراین برای بدست آوردن اثر مفید آن بایستی بطورمکرر یا دائمی‌تزریق‌شود. وتصورمیشودکه این داروخاصیت آنتی‌تریپتیك داشته‌باشد وتریپسین، کیموتریپسین وکالی‌کرین‌را ازفعالیت بازمیدارد بنابراین از پیشرفت عارضه، درد و بمیزان قابل توجهی ازشوك بیمارمیکاهد. درمورد مقدارتجویز آن بحث بسیاراست وهرمکتبی نظریه‌ای دارد که ما چندتای‌آنهارا ذکر میکنیم:

ـ عده‌ای مقادیر خیلی زیاد را توصیه میکنند بطوریکه در روز اول بمجرد تشخیص ۲۰۰/۰۰۰ واحد داخل رگ تزریق‌میکنند وبعد ۸۰۰/۰۰۰ واحد دیگر۵ روز، روزانه داخل رگ تزریق میکنند .

ـ عده‌ای روزانه بمقدار ۵۰۰/۰۰۰ واحد در دوزهای تقسیم شده تجویزمیکنند تامرحله حاد بیماری پایان پذیرد.

ـ عده‌ای تا برطرف شدن علائم ، روزانه ۲۰۰/۰۰۰ تا ۳۰۰/۰۰۰ واحد میدهند و بعد بتدریج آنرا کم کرده به ۵۰/۰۰۰ تا ۷۵۰۰۰ واحد در روز میرسانند تا علائم فعالیت بیماری‌کاملا ازبین برود. نکته جالب آنست‌که عده‌ای تجویز رتروگراد داورا ازراه‌آئورت درحدود منطقه تنه‌سلیاك‌درموارد خیلی شدید توصیه میکنند تا تراکم بیشتری از آن در اطراف پانکراس بوجود آید البته هنوز این موضوع در مرحله تجربی میباشد.

دربخش یك جراحی‌بیمارستان سینا چنین متداول است‌که بمدت دو هفته روزانه ۴۰۰/۰۰۰ واحد دارو تجویز میشود (هرشش ساعت۱۰۰/۰۰۰ واحد) در روزهای اول، تزریق‌بطریق وریدی وبعداً عضلانی است.

ـ در مواردیکه هیپرگلیسمی وجود دارد از انسولین استفاده میشود واگرمقدارکلسیم خون خیلی‌پائین باشد باید این دارو را داخل وریدی به‌بیمار تزریق نمود.

د ـ جلوگیری ازنارسائی حادکلیه‌که اگر درمان صحیح جهت پانکراتیت انجام شود این عارضه بروزنخواهدکرد.

ر ـ جلوگیری از عوارض ریوی

ز ـ اصلاح اختلالات اسیدوباز بیمار باتوجه باینکه مقدارزیادی مایع اسیدی از راه لوله معده کشیده میشود و بیمار در معرض خطرآلکالوزهیپوکلرمیك قراردارد.

س ـ عده‌ای جهت درمان ، هیپوترمی را توصیه کرده‌اند زیرا مشاهده شده که هم ازترشح پانکراس و هم از میزان شوك‌کاسته میگردد.

ش ـ درمورد تجویز استروئیدها بحث بسیار است چون‌مواردی از پانکراتیت بدنبال تجویزاستروئید دیده شده است. عده‌ای با تجویز آن مخالف میباشند ولی باید اذعان‌کردکه درمواردشدید وبخصوص درشوکهای شدید که بدرمان بخوبی جواب نمیدهند مصرف‌آن مفید میباشد.

ص ـ در درمان پانکراس باید توجه داشت که ممکن است بعللی جراحی لازم شود که از آنها نیز بطور اجمال بحث خواهد شد ،

۲ـ درمان جراحی :

درموارد زیراقدام بدرمان جراحی میشود:

الف ـ شك درتشخیص:درمواردیکه باتوجه به‌شکم بیمار ازلحاظ تشخیص نوع بیماری شك و تردید وجود داشته باشد بهتر است لاپاراتومی‌انجام‌شود واگربعدازبازکردن‌شکم پانکراتیت وجود

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

داشت باید بدون انجام عملی جدار شکم را مجدداً بست. عده‌ای گذاشتن درن را توصیه میکنند وعده‌ای باگذاشتن آن مخالفند و همانطوریکه دراول‌مقاله بحث شد همیشه بگذاشتن دودرن اقدام میکنیم یکی درهیاتوس وینسلو ودیگری در بن‌بست دوگلاس.

ب ـ پیدایش کیست کاذب:

کیست کاذب غالباً دراواخر هفته اول بصورت توده‌ای دراپی گاستر جلب توجه میکند، برای تائید تشخیص میتوان از رادیوگرافی با باریم خوراکی از راه معـده واثنی‌عشر استفاده کرد. وجود کیست کاذب غالباً دردناکست و خودبخود بهبود نمی‌یابد ولـی ممکن است عوارضی مثل‌عفونت، خونریزی وپارگی‌داخل‌صفاقی در آن بروزکند یـا بعلت فشار باعث انسداد دوازدهه یاکلدوك شود. پس در مواردیکه توده مزبور بزرگ و دردناك وتوأم با عوارضی باشد باید اقدام به جراحی شود . درمان بطریـق زیر میباشد:

ـ درناژ داخلی کیست (بـداخل معده یا ژژونوم در قوس (Roux en Y)

ـ درناژ خارجی‌که معایب آن عبارتند از خوردگی جدارشکم ، طولانی شدن عارضه، عود مجدد درصورت قطع زودرس درناژ و بالاخره‌ازهمه شایعترفیستول پانکراس.(البته درمواردیکه‌کیست چرکی باشد میتوان درناژخارجی کرد).

ـ اسفنکترتـومی در مواردی مفید است که کیست با مجـرای پانکراس ارتباط‌کامل داشته باشد.

ـ برداشتن کامل کیست‌که خطرناك میباشد و فقط درمواردیکه عارضه محدود بدم پانکراس باشد میتوان از پانکراتکتومی پارسیل دیستال استفاده‌کرد.

پ ـ پیدایش آبسه:

خوشبختانه این عارضه زیاد شایع نیست. دراینگونه مواردعلاوه برلمس توده‌ای‌دراپی گاستر حساس،علائم‌عفونی‌نیزموجود ودرمان آن درناژ خارجی است واغلب این درمان طولانی میباشد.

ت ـ انسداد مکانیکی روده‌ها بعداز پانکراتیت نیزیکی ازموارد لازم اقدام جراحی‌میباشدکه غالباً این‌انسداد یابعلت چسبندگی ویا فشارکیست و آبسه میباشد و در موارد مشکوك بافلج روده، میتوان ازپرتونگاری بوسیله‌ماده حاجب‌گاستروگرافین‌استفاده کرد .

ج ـ یرقان انسدادی :

درمواردیکه همراه پانکراتیت، یرقان شدیدانسدادی وجوددارد لازم است‌که مجاری صفراوی بطریقه ساده‌ای بخارج درناژشود تا ازفشارداخل مجاری بکاهد وبه بهبود بیمارکمك کند.

ج ـ درمورد عمل جراحی بمنظور برداشتن نسوج نکروز بحث بسیاراست ولی عده‌ای خیلی‌کم طرفدار انجام آن میباشند زیرا با عوارض و مرگ و میر زیاد توأم میباشد ولی عده‌ای هم در مواردیکه نسوج نکروزه زیاد باشد فقط درناژ خود پانکراس‌را بخارج توصیه میکنند و فیستول پانکراس را بعداً تحت درمـان مناسب قرارمیدهند.

۳ـ درمان بعدازحمله حاد پانکراتیت :

این درمان شامل دوقسمت میباشد:

الف ـ جستجوی علت عارضه‌که غالباً باید ۴ـ۶ هفته بعدازبهبود بیمارانجام شود واگر علت قابل علاج باشدآنرا برطرف کرد. ازاین‌گروه بیماریهای مجاری صفراوی قابل ذکر است. افـراد الکلیك را باید مجبوربترك اعتیادکرد.

ب ـ جلوگیری ازعود عارضه‌که بیشتر شامل رژیم مناسب(اغلب رژیم‌زخم معده واثنی‌عشر، آنتی‌اسید وآنتی‌کولی‌نرژیك‌میباشد)، تغذیه مکرروکم ورژیم بدون چربی‌است واگربعلت پانکراتیت، بیماردچارنارسائی‌پانکراس شده باشدباید ازآنزیمهای‌پانکراس بطوراضافی جهت درمان نارسائی مصرف نمود.

پیش‌بینی:

بستگی بشدت عارضه دارد بطوریکه در پانکراتیت حاد خیزدار اکثر بیماران بهبود می‌یابند ودرپانکراتیت‌هموراژیك مرگ‌ومیر زیاد است که برحسب آمار مختلف میزان آن متفاوت میباشد و اغلب بطـور متوسط ۲۰٪ موارد را ذکر میکنند. در مواردیکه پانکراتیت گانگرنوز وجودداشته باشد خطر مرگ ومیر خیلی بیشتراست. بعلاوه دراشکال شدید پانکراتیت،عوارض شایع‌میباشد بطوریکه بیماران تا ۶۰٪ ممکن است دچارپانکراتیت مزمن یا عودکننده شوند.

خلاصه :

شرح حال کودکی ده ساله بیان شد که دچار پانکراتیت حاد هموراژیك بود و عارضه در ضمن لاپاراتومی تشخیص داده شد و بدون‌انجام عملی باگذاشتن‌درن‌درشکم‌جدار بسته شد و بیمارتحت درمان‌طبی قرارگرفت‌وبابهبودکامل مرخص گردید. پانکراتیتها بطورکلی واجمال موردبحث قرارگرفت. گرچه عارضه دراطفال کمیاب است ولی باید بخاطر داشت که نزدآنان وجود دارد و مـواردی بیشتر از آن باید تشخیص داده شود. علت آن اغلب نامعلوم است شاید آسکاریس وبیماریهای عمومی وعفونی اهمیت زیادی دراین مورد داشته باشند. تشخیص عارضه بیشتر براساس مشخصات بالینی وکمك آزمایشگاه انجام میشود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

REFERENCES :

1 - Yale H, Zimbery -- Surgical Clinics of North America, 4: 889-905, 1968.

2 - F. Warren Nugent, Sanwar Zuberi - Surgical Clinics of North America, 3: 595-601, 1968

3 - Wangle, Stoier and Kennedy - Journal of Pediatrics, 2: 235-241, 1968

4 - Zimmerman and Levin - Physiologic Principles of Surgery, 1960, W.S Sanders Co., London, 591-596

5 - Rol and Smith - Clinical Surgery (Abdomen, Rectum and Anus), 1966, Buthermorths Co.: New York, 402 -420

6 - Christopher's - Textbook of Surgery, 1964, W.S. Sanders Co, London, 767 - 803.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]