

اصول تازه و روش‌های نوین درمان اسیت بیماران سیر و زی*

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۴، صفحه ۲۷۳-۲۷۶، ۱۳۴۹

* دکتر ریحان اله سرتی * دکتر محسن نفیسی *

۳- فشار محیط حفره صافی که مانع ورود مایعات داخل شکم است.

۴- فشار انکوتیک اسیت شکم که درجهت عکس فشار اولی اثر میکند. اگر این چهار عامل درحال تعادل باشد اسیت ایجاد نمیشود. اصولاً ایجاد اسیت از قانون استارلینگ (Starling) پیروی میکند یعنی باید فشار هیدرواستاتیک داخل عروقی بالا رفته (هیپر تانسیون پر تال) و فشار اسموتیک کلوئیدال (انکوتیک) بعلت هیپو آلبومینی پائین باید. مضافاً باینکه متاپلسم سدیم در بدنه این بیماران مختلل میشود که شاید معلوم از دیابالدوسترون یامواد هورمونی مشابه ناشناخته دیگری باشد که خاصیت نگهدارنده سدیم در بدنه دارد. یک عامل دیگر راهم باید اضافه کرد و آن افزایش جریان لنفی و از دیاباد قابلیت نفوذلنفاوی است. باحتمال قوی اگر مجموع این عوامل مؤثر نباشد، غالب آنها در ایجاد اسیت دخالت میکند، ولی باید در نظر داشت که اهمیت عوامل مختلف در رهمه بیماران یکسان نیست و فرق میکند. هدف اصلی در درمان اسیت عبارتست از پائین آوردن فشار دستگاه ورید باب و افزایش دادن فشار انکوتیک پلاسمای بطور جداگانه و یا توأم. متأسفانه داروئی در دسترس نیست که فشار ورید باب را پائین بیآورد.

بعضی از متخصصین، وازوپرسین (Vasopressin) را تجویز میکنند، ولی با این دارو اگر فشار ورید باب پائین باید موقتی و زود گذر خواهد بود. تنها چاره و راه مؤثر عمل جراحی و شانتهای وریدی است.

البته عمل جراحی در موارد متعددی نتیجه درخشنانی داشته است ولی

مشاهده قیافه زرد، گونهای استخوانی، چشمهاي درحدقه فرو رفته، دست و پای لاغر و شکم بر جسته و پرازمایع بیماران مبتلا به سیر و زهیمه مایه تأثیر و اندوه فراوان بوده عوایض انسان دوستی را بخود جلب میکند. چاره جوئی برای ازین بدن اسیت و درمان این بیماران از قدیم ایام مورد توجه بوده و مراحل مختلفی را پیموده است. این درمان دگان از چیزی رنج میبرند که باید مایه نشاط وسلامتیشان باشد و آنها را چیزی بسوی مرگ میکشاند که حیات و جنبش نبات و حیوان از آن سرچشمه میگیرد (یعنی آب).

امروزه بسیاری از اصول درمانی قدیمی از جمله تخلیه اسیت شکم کاملاً متروک شده است، زیرا اولاً استفاده ازین روش باعث میشود که مقدار زیادی از مواد حیاتی لازم بدن مثل پروتئین‌ها و الکترولیتها از دست برود و اعمال کبد بسرعت مختلل شود و ثانیاً پس از تخلیه بسرعت و دوباره در عرض یکی دوروزا سیست تشکیل میگردد و بالاخره کاهش فوری حجم مایعات داخل عروقی یعنی هیپولمی باعث الیکوری و آزمی خواهد شد.

اصول درمان اسیت بیماران سیر و زی یکی از مشکلات و مسائلی

است که غالباً طبیب با آن روبرو میشود. اقدامات درمانی باید

درجهتی باشد که تعادل الکترولیتها و مایعات بدن را مختلل نکند

و عواقب و عوارض شومی ایجاد ننماید.

بطور کلی برای تبادل مایعات در بدن مثلاً بین فضای عروقی و

شکم (حفره صافی) چهار عامل دخالت دارد که مطابق قوانین

فیزیکی عمل میکند:

۱- فشار هیدرواستاتیک عروق که سروزیته را بخارج میراند.

۲- فشار انکوتیک پلاسمای که مانع خروج مایع از داخل عروق است.

* این مقاله را تقدیم به حضور استاد عالیقدر جناب آقای دکتر صادق پیروز عزیزی مینمایم.

** مرکز پژوهشی پهلوی - دانشکده پژوهشی دانشگاه تهران

در حدود ۳ تا ۶ گرم روزانه باشد، ولی در هر حال باید مواضع کارکلیه‌ها بود و چنانچه از وقوع وجود دارد در ادن پتسامیم احتیاط کرد.

۲- مرحله دوم، محدودیت مایعات آشامیدنی است: بسیاری از بیماران مبتلا به آسیت که دچار احتیاط آب و نمک هستند نمیتوانند آب کافی از بدن خود دفع نمایند، از این‌رو خصوصاً در مواردی که بنام رقت خونی موسوم است و مقدار سدیم پلاسمای پائین میافتد، باید مجموعاً مقدار مایعاتی که بیمار می‌آشامد به پانصد سانتی‌متر مکعب روزانه محدود شود، در غیر اینصورت داروهای دیورتیک اثر نخواهد کرد، هنگام محدودیت آب باید مواطن فشار خون بیمار بود و اگر تشنگی شدید و یا حالت کلابسی پیدا شود، مقدار مایعات را زیادتر کرد.

۳- مرحله سوم، استفاده از دیورتیک‌ها: تمام این داروها یک خاصیت مشترک دارند و آن اینستکه از جذب مجدد سدیم در لوله‌های ادراری جلوگیری میکنند. برای اینکه از درمان با این داروها نتیجه مفیدی بدست آید، باید از طریق اثرشان اطلاعات کافی حاصل نمود و حتی المقدور تر کیباتی را انتخاب کرد که مؤثر بوده و عوارض کمتری داشته باشد. اگر گاهی از تجویز یک دارو نتیجه‌ای حاصل نشود میتوان چند دارورا توأم کرد.

الف: ترکیبات تیازیدی - داروهای دیورتیک جدید، انقلابی در درمان آسیت پدید آورده‌اند. از محسنات این داروها اینستکه از راه دهان بخوبی مؤثر است و غالباً از جذب سدیم در لوله‌های دیستال و احتمالاً قسم ابتدائی قوس‌عنله جلوگیری میکند. عیب عمدۀ این داروها اینستکه همانطوری که سدیم را دفع میکند باعث خروج پتسامیم از بدن میشود و اختلالات الکترولیتی ایجاد مینماید.

ب- دوداروی دیورتیک جدید وقوی اخیراً در دسترس ما قرار گرفته که اثر آنها با ترکیبات تیازیدی تفاوت دارد، یکی Eurosemide است که از جذب سدیم در قوس‌عنله جلوگیری میکند، ولی مثل ترکیبات تیازیدی پتسامیم راهم دفع میکند. ترکیب دیگر اسید اتاکرینیک است (Ethacrynic Acid) که با یک مکانیسم پیچیده‌ای از جذب سدیم در قوس‌عنله جلوگیری میکند، و در عین حال یکی که دفع شدید سدیم را باعث میشود، مقداری هم پتسامیم از بدن خارج میکند.

۴- مرحله چهارم، ترکیبات جیوه‌ای - گرچه محل اثر آنها بخوبی روشن نیست، ولی دیورتیک مفیدی است. با احتمال قوی محل اصلی اثر آنها خارج از لوله‌های پروکسیمال کلیوی است. دیورتیک‌های جیوه‌ای برای اینکه (مثل Meralluride) مؤثر

نماید فراموش کرد که بیمارانی که اسیت سرسرخ و مژاحم دارند اینگونه اعمال جراحی را بخوبی تحمل نمیکنند. جهت بالا بردن فشار اسمازوی پلاسمامیتوان آلبومین انفوژیون نمود ولی عملاً چنین پروتئینی مدت طولانی در سرم پایدار نمیماند، بعلاوه با درنظر گرفتن مخارج گزاف برای دوره‌های درمانی طولانی، کمتر از آن استفاده میشود. بالنتیجه وقتی ازین روشهای نتوان استفاده کرد، هدف درمان آسیت بیماران سیروروزی منحصر میشود به تنظیم مقدار آب بدن و نمک بدفع سدیم از راه کلیه.

بهر حال بهتر است بیماران مبتلا به اسیت را بستری نمود. برای بررسی نتیجه درمان، اندازه گیری وزن بدن و تعیین حجم ادرار روزانه لازم است، در صورت امکان بهتر است مقدار سدیم ادرار روزانه تعیین شود. اندازه گیری سدیم و پتسامیم واوره خون هفتنه‌ای یکباره توصیه میشود. بهترین طریقه برای بررسی نتیجه درمان تعیین وزن بیمار است. بعضی‌ها بغلط متولساند با این گیری قطر شکم در اطراف ناف میشوند، و این طریقه غالباً باعث اشتباه میشود زیرا مقدار گاز روده‌ها دائماً تغییر میکند. اسیت‌های ناگهانی در الکلیک‌ها خبلی زود بدرمان جواب میدهد، و چه بسا اوقات فقط استراحت برای درمان اسیت کافی است، ولی این موارد استثنائی است و بایستی مدت ۶ تا ۸ هفته درمان جدی نمود و مراحل مختلف درمان را پی‌درپی با دقت دنبال کرد:

۱- مرحله اول: پس از استراحت، مرحله اول درمان رژیم غذائی بدون نمک است.

رژیم غذائی: نظر باینکه این بیماران نمک را بسختی دفع میکنند باید مقدار نمکی که در ۲۴ ساعت بصرف میرسانند کاملاً محدود و معین باشد چون هر گرم سدیم در بدن ۲۰ سانتی‌متر مکعب آب جمع میکند. با وجود اثر قابل ملاحظه داروهای دیورتیک جدید، اگر یک بیمار سیروروزی روزانه بیش از یک گرم نمک مصرف نماید اسیت شکم با اداها کاملاً بر طرف نخواهد شد. در مواد پیش‌فته محدودیت نمک را به مقدار ۲۰ میلی‌گرم روزانه میرسانند، ولی وقتی دبورز بر قرار شد میتوان مقدار نمک را زیادتر کرد. چون رژیم غذائی بیمار سیروروزی باید دارای مقدار کافی پروتئین باشد، و مواد پروتئینی طبیعی از قبیل گوشت و لبیات و تخم مرغ مقدار زیادی سدیم دارد، چه بسا اوقات لازم میشود برای کنترول کامل مقدار سدیم بدن از فرآورده‌های پروتئینی ساختگی استفاده کرد. در مایعات آشامیدنی بیمارهم باید دقت کرد زیرا در بعضی نقاط بجای کاتیونهای اینودگانیک، در آب سدیم اضافه میکنند، لذا بیماران را باید از آشامیدن اینگونه آبهای منع نمود. پس از آنکه دبورز بر قرار شد رژیم غذائی بیمار باید حاوی مقدار کافی پتسامیم یعنی

پیش می‌آید، حتی المقدور از اقدام بدینکار خودداری می‌کنند مگر در موارد اذل از این:

الف - کم کردن فشار داخل شکم و بهتر نمودن جریان خون کلیه‌ها.

ب - مطالعه آزمایشگاهی است.

پ - لمس احشاء داخل شکم.

ت - مواردی که بیمار بهیچ‌گونه درمان جواب نمیدهد، اسیت را تدریجاً و بمقدار کم تخلیه می‌کنند و بعداً سایر اقدامات درمانی را تعقیب مینمایند. باید در نظرداشت که در تعقیب تخلیه اسیت بمقدار فراوان و بطور تاگهانی عوارضی مثل فقر پر و تئینی بدن و نقصان پتقاسم خون، اضافه شدن عفونت، حالت کلاپس و سقوط فشار خون و اذوتی و بالاخره حالت کبمود سدیم (Low - Sodium State) در کمین بیمار است و باید مراقب این عوارض بود.

۸ - مرحله هشتم - اعمال جراحی و شانت‌های وریدی: بیمارانی که اسیت دارند اعمال جراحی را بخوبی تحمل نمی‌کنند، ولی در صورتی که تست‌های کبدی و اعمال کبد خوب باشد، میتوان جهت پائین آوردن فشارورید باب از شانت‌های وریدی یعنی آنسٹوموز بین ورید باب و ورید اجوف تحتانی و یا بین ورید باب و ورید کلیوی استفاده کرد.

طرز درمان: نظر باینکه داروهای دیورتیک هر کدام دارای عوارضی است، روش درمانی باید بطریقی باشد که بحداقل دارو اکتفا شود. هر چه دارویی مدر قوی‌تر باشد، عوارض آن شدیدتر است. صبر و شکریانی در معالجه این بیماران شرط اساسی است زیرا باید داشت که اگر یک بیمار با درمان ساده‌ای ادرار روزانه اش یک الی دو لیتر زیادتر شود و وزن کم نماید بر این سالمتر و روش صحیح تری است از اینکه بایک داروی قوی‌تر روزانه ۸ تا ۱۰ لیتر ادرار نماید و اگر درمان این بیماران مرحله بمرحله تعقیب شود شانس موفقیت زیادتر و احتمال عوارض کمتر است. ابتدا باید از اقدامات درمانی ساده و معمولی شروع کردو بعداً ازو سایل درمانی اضافی و قوی‌تر استفاده نمود.

درمان مقدماتی: بیمارانی که قبل از تخت درمان قرار نگرفته و مبتلا به عوارض نشده‌اند قاعده‌تاً به استراحت کامل و رژیم کم نمک معمولاً کمتر از یک گرم روزانه جواب مساعد میدهدند. ممکنست ترکیبات دیورتیک تیازیدی هم اضافه کرد تا از جذب سدیم در قسمت دیستال قوس هنله و لوله‌های پروکسیمال دیستال جلو گیری بعمل آید: هیدروکلر و تیازید ۵۰ میلیگرم دور تبه در روز و یا ترکیبات تیازیدی مشابه میتوان تجویز نمود. بعنوان کمک در درمان، ترکیبات دیورتیک جیوه‌ای دو سانتیمتر مکعب فقط یک مرتبه در

باشد احتیاج به یون کلرور دارد و در بیمارانی که به الکالوز هیپو-کلر می‌کنند هستند مؤثر نیست. برای تشدید اثر دیورتیک‌های جیوه‌ای میتوان ترکیبات کلرور اسید کننده مثل کلرور کلسیم و یا ترکیبات دیگری (مثل Lysine - Monohydrochloride - d) اضافه نمود. کلرور آمونیوم در بیماران سیروزی نباید تجویز کرد زیرا یون آمونیوم بیمار را بطرف اغماء کبدی سوق میدهد. حقیقتی - المقدور ترکیبات دیورتیک جیوه‌ای را باید کمتر مصرف نمود زیرا سه کبد است ولی هفتماً یک تزریق کمک به اثر دیورتیک‌های تیازیدی مینماید.

۵ - مرحله پنجم - تجویز ترکیبات ضد الدسترون (Aldosterone Antagonistes): اگر اسیت بیماران مدتی طول بکشد مقدار الدسترون و یا ترکیبات مشابه آن در بدن افزایش می‌یابد، لذا در این مرحله بیماران بدرومان دیورتیک‌ها مقاوم شده و استفاده از ترکیبات ضد الدسترون برای ایجاد دیورز فوق العاده مؤثر واقع می‌شود. Spironolactone که ضد الدسترون است در لوله‌های دیستال پتقاسم را جذب و سدیم را دفع می‌کند. یک ترکیب دیگر Metopirone است که اثر آن متفاوت است و از سنتز کورتیکو-استروئیدها و از ساخته شدن الدسترون در سورنسال جلو گیری می‌کند (با پلو که کردن beta-Hydroxylation - 11). باید دانست که هیچ‌کدام از ترکیبات آنتی الدسترون به تهائی مؤثر نیست، ولی موقعیکه تواأم با ترکیبات تیازیدی و یا دیورتیک‌های که روی لوله‌های پروکسیمال اثر می‌کند معرف می‌شود، یک اثر سینرژیسم داشته، دیورز شدیدی ایجاد می‌کند.

۶ - مرحله ششم - کمک بدفع آب از بدن: اگر از مرحله درمانی فوق تیجه‌های حاصل نشده میتوان از موادی استفاده کرد که دفع آبرد از بدن آسان نماید، خصوصاً در مواقعيکه آب در بدن جمع شده و مقدار سدیم خون کاهش یافته و بنام رفت خون فامیده می‌شود. ترکیب مانیتول (Mannitol) چون روی فشار اسمازوی اثر می‌کند، آبرد دفع کرده و در نتیجه مقدار سدیم سرم بالا می‌ورد. مقدار یک الی دو لیتر با هستگی داخل رگ تزریق می‌شود و گاهی لازم است روزهای بعد متناوباً آنرا تکرار کرد، تا اینکه نتیجه مطلوب بdest آید. چون این مواد تب زاست گاهی تب ولر زشیدی پیدا می‌شود. در عین حال در این مرحله میتوان از ترکیبات پر دنیزون بعنوان مدر آبی استفاده کرد. این مواد فیلتر اسیون گلومرولی را تشديد نموده و از جذب مجدد آب در لوله‌های کایوی جلو گیری می‌کند.

۷ - مرحله هفتم، تخلیه اسیت: همان‌طور که قبل از ذکر شدیم بعلت عوارض و عوایقی که در تعقیب تخلیه اسیت بمقدار فراوان

که فشار اسمووزی را بالا میبرد مثل مانیتور بمقدار ۰.۵ گرم در دوهزار سانتیمتر مکعب محلول دکستروز ۵ درصد داخل وریدی و یا ترکیب Isosorbide بمیزان یک تا ۴ گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن بصورت تزریق داخل وریدی. برای جلوگیری از اثر الدوسترون و استیباس سدیم در بدن میتوان از ترکیب Metapyrone بمقدار ۲۵۰ میلیگرم سه مرتبه در روز استفاده نمود، تا از ساخته شدن الدوسترون در بدن جلوگیری شود. در غالب موارد هنگامیکه اعمال کبدخوبست داروهای فوق مؤثر واقع شده و دیورز بر قرار میشود. در مواردیکه مقدار آلبومین سرمه کمتر از سه گرم در صداست میتوان از تجویز آلبومین بدون نمک انسانی (Salt-poor human albumin) بمدت ۴ تا ۵ روز استفاده نمود تا اینکه دیورز بر قرار شود. برای نمونه شرح حال بیماری را از بخش طبی یک مرکز پزشکی پهلوی مطالعه فرمائید:

آقای حسنه ۴۲ ساله اهل تبریز شغل کاسب. در تاریخ ۲۴/۸/۴۸ بعلت بزرگی شکم و ادم پاها در بخش بستری میشود. سابقه بیماری خودرا از سه سال پیش ذکر میکند که مکرراً چهار خون- دماغ میشه است و بتدریج در پاهای خیز پیدا شده و شکم بر جسته و برآمده گردیده است. بیمار مت دوسال در خارج از بیمارستان بطور سرپائی مشغول معالجه بوده و در ابتدا داروهای مصرف شده مؤثر واقع (بیمار نوع دارو را نمیدانست) و شکم کوچک شده است ولی بعداً مصرف دارو اثری نداشته، بطوریکه دو مرتبه مجبور به تخلیه است شکم میشوند. از بیمار بیوپسی کبد بعمل آمده بود و تشخیص سیروز داده بودند.

در موقع معاينه، بیماری بود با گونه های بر جسته و استخوانی و چشم های گود رفته و اتساع عروق موئینه صورت. دست و پا لاغر و هر دو غده بناگوشی متورم و بر جسته بود. قفسه صدری فوق العاده استخوانی بود و با شکم بزرگ و برآمده اش هیچگونه تناسبی نداشت. عروق فراوانی روی جدار سینه و شکم مشهود بود و در سمع ریتین تعدادی رالهای مرطوب شنیده میشد. طحال باندازه دوسانتیمتر بزرگ بود ولی کبد قابل لمس نبود و در پاهای خیز وجود داشت.

آنماشیهای پاراکلینیکی به سدیمان تناسیون خون، ساعت اول ۳ میلیمتر. اوره خون ۳۷ سانتیگرم در لیتر. قند خون دو ساعت بعد از صبحانه ۱/۲۵ گرم در لیتر. تیمول ۸ واحد و سفالین کلسترول + + + ، بیلر وین توکال ۲۳ میلیگرم در لیتر. آزمایش ادرار طبیعی. فرمول و شمارش حدود طبیعی و هموگلوبین ۱۲/۵ گرم درصد بود. سدیم ۱۲۷ میلی اکیوالان در لیتر و پتانسیم ۴/۲۷ میلی اکیوالان در لیتر. الکتروفورز

هفتنه گاهی توصیه میشود. غالباً سیروزهای خفیف به این روش درمانی جواب مساعد میدهدند و عوارض آن بسیار ناچیز است و فقط خطر کمبود پتانسیم وجود دارد که جهت رفع آن میتوان روزانه ۱۵ تا ۲۵ میلی اکیوالان پتانسیم خوراکی بصورت املاح مایع تجویز نمود.

اسیت های متوسط بیمارانیکه با روش فوق درمان میشوند پس از مدت کم و بیش طولانی بالاخره بمرحله ای میرسند که داروهای فریق در آن بی اثر میماند. در این گونه موقع بايد محدودیت نمک را در رژیم غذائی شدیدتر کرد و بمقدار ۲۰۰ میلیگرم روزانه تقلیل داد. همچنین مقدار مایعات مصرف شده روزانه را بیک لیتر کاهش داد. اضافه کردن داروهای ضد الدوسترون مثل اسپیر نولا کتون، ۲۵ میلیگرم چهار مرتبه در روز، مفید است. منظور از اضافه کردن اسپیر نولا کتون تنظیم و تعادل جذب سدیم و پتانسیم در لوهای کلیوی است. با این روش درمان همیشه امکان بروز عوارضی مثل اغماء کبدی بعلت هیپوکالیمی و بندرت هیپرکالیمی وجود دارد. لازم است مقداری پتانسیم از راه خوراکی و یا بطريق بهتر، سرم های پتانسیم دار تجویز نمود.

اندازه گیری الکتروولیت ها هفتادی دومرتبه توصیه میشود. درمان اسیت مزاحم و سرسخت: در مراحل پیشرفتی بیماری درمانهای فوق مؤثر نخواهد بود. در اینجا طبیب با مشکلات زیادی روبرو خواهد شد. هیچ وقت نباید جهت از بین بردن کامل اسیت پافشاری کرد و با مطلعه بدن را خشک نمود، زیرا غالباً در تعقیب دیورز شدیداً اختلالات الکتروولیتی ظاهر شده و بیمار وارد اغماء کبدی میشود. در موقع بروز چنین عوارضی باید مقدار پروتئین رژیم غذائی را محدود کرد و نئومایسین بصورت خوراکی تجویز نمود. اقداماتی که در این مرحله میتوان انجام داد عبارتست از:

۱- استفاده از دیورتیک قوی بجای ترکیبات تیازیدی مثل فوروزمید (Furosemide) (بمقدار ۴۰ تا ۸ میلیگرم دومرتبه روزانه).

۲- تجویز مواد اسید کننده محیط کلیه مثل استوزولامید (Diamox) بمقدار ۲۵۰ میلیگرم سه مرتبه روزانه توأم با محلول ده درصد کلرور کلسیم بمیزان ۲۵ میلی لیتر چهار مرتبه در روز بطور خوراکی و یا ترکیب L-lysine monohydrochloride (بمقدار ۵ گرم چهار مرتبه روزانه). با تجویز این مواد حساسیت کلیه نسبت به دیورتیک های جبوه ای مثل Meralluride زیادتر میشود.

۳- جهت افزایش فیلتر اسیون گلومرولی تجویز پر دنیزون بمقدار ۱۰ میلیگرم سه مرتبه در روز و بمدت چهار روز توأم با ترکیباتی



بطوریکه در عرض ۲۰ روز بیمار ۹/۵ کیلو وزن کم نمود و فقط مختصری اسیت در شکم باقی بود . بمحض اینکه دیورز برقرار شد روزانه سه گرم کلرور پتاسیم جهت بیمار تجویز گردید . بدین ترتیب دیگر احتیاج به تخلیه اسیت نبود و در تاریخ ۴۸/۹/۲۴ بیمار با دستورات داروئی مرخص گردید .

خلاصه و نتیجه

خیز و اسیت از عوارض شایع سیروروز است که معلول عوامل متعدد مثل هپر تانسیون پرقال ، کمبود پروتئین خون ، افزایش فشار لنفاوی و ازدیاد قابلیت نفوذ لنفاوی و اختلال دفع سدیم و آب از بدن میباشد . در ابتدای بیماری ، اسیت بادرمانهای متداول بر طرف میشود ولی بتدریج مقاوم شده و درمان بی اثر میماند . اقدامات اولیه درمانی باید متکی با این نظر باشد که از جذب مجدد سدیم در لولهای کلیوی جلوگیری شود . در موادی که مقدار ادرار با داروهای قوی و شدید یکمرتبه زیاد میشود امکان بروز عوارض زیادتر میباشد . غالب بیماران بایک روش درمانی ساده جواب مساعد میدهند و هنگامیکه اسیت فسیت بدارو مقاوم شود ، باید از داروهای قوی تر استفاده نمود . اقدامات درمانی چند جانبه بعمل آورد و حتی المقدور از تخلیه اسیت بمقدار فراوان اجتناب کرد .

پروتئین سرم بقرار ذیر بود: آلبومین ۳۴، آلفا یک ۶/۴، آلفا ۵/۷، بتا یک ۵/۵، گاما ۱/۴ و پروتئین توتال ۶/۶ گرم درصد بود در رادیو گرافی ریتین بعمل اسیت شکم دیافراگم پلاسما رانده شده و علائم استاز در ریتین مشهود است . علامت پلوریت در طرف راست وجود دارد . رادیو گرافی مری علائم واژیس پیشرفت نشان میدهد . در آزمایش سنتیلوگرافی کبد باطلای رادیواکتیو علائم سیروروز پیشرفت نه همراه با هیپر تانسیون پرقال رامش خاص میکند . بیمار حاضر نشد بیوپسی مجدد کید بعمل آید لذا با تشخیص سیروروز کبد از نوع لاینک تحت درمان قرار گرفت . ترکیبات اسیدهای آمینه و ویتامین B کمپلکس و عصاره جگر و سورپیتوں تجویز گردید . و در عین حالیکه بیمار استراحت میکرد رژیم غذائی بدون نمک داده شد . با وجودیکه اسیت شکم دو مرتبه تخلیه شده بود و بیمار قبل از ورود به بیمارستان بعنوان دیورتیک از کاملاً بر جسته و پر از اسیت بود . در این موقع بیمار تحت درمان باهیدرو کلر و تیازید بصورت قرص خواراکی بمیزان روزانه سه عدد توأم با ترکیبات ضدالدوسترون بصورت Aldacton-A بمیزان ۲۵ میلیگرمی ، قرار گرفت . از روز چهارم مقدار ادرار بیمار افزایش یافت و روز هشتم بمقدار ۱/۵ لیتر رسید .

REFERENCES

- 1- Cachin, M. et Pergola, F. Les maladies du foie et des voies Biliaires Prat. 12. 557. 1962.
- 2- Kalk, H. Cirrhose und Norbenleber. Stuttgart Ferdinand Enke verlag 1957.
- 3- Ramon, J. R. Med. Clin. North. Am. 6: 1359. 1969.
- 4- Sherlock, S. Advances in the treatment of diseases of the liver. Pract. 195: 485. 1965.
- 5- Sherlock, S. Diseases of the liver and Biliary system. Oxford Blackwell Scientific Publication 1963.
- 6- Wilkinson, P. and Sherlock, S. The Effect of repeated Albumin infusion in Patients with cirrhosis. Lancet. 2: 1125. 1962.