

اصول تازه و روشهای نوین درمان اسیت بیماران سیروزی*

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۴، صفحه ۲۷۳، ۱۳۴۹

دکتر ریحانه سرلقی** دکتر محسن نفیسی**

۳- فشار محیط حفره صفاقی که مانع ورود مایعات بدخل شکم است.

۴- فشار انکوئتیک اسیت شکم که در جهت عکس فشار اولی اثر میکند. اگر این چهار عامل در حال تعادل باشد اسیت ایجاد نمیشود. اصولاً ایجاد اسیت از قانون استارلینگ (Starling) پیروی میکند یعنی باید فشار هیدرواستاتیک داخل عروقی بالا رفته (هیپرتانسیون پرتال) و فشار اسموتیک کلوئیدال (انکوئتیک) بعکس هیپوآلبومینمی پائین بیاید. مضافاً اینکه متابولیسم سدیم در بدن این بیماران مختل میشود که شاید معلول ازدیادالدوسترون یا مواد هورمونی مشابه ناشناخته دیگری باشد که خاصیت نگه دارنده سدیم در بدن دارد. یک عامل دیگر راهم باید اضافه کرد و آن افزایش جریان لنفی و ازدیاد قابلیت نفوذ لنفاوی است. با احتمال قوی اگر مجموع این عوامل مؤثر نباشد، غالباً آنها در ایجاد اسیت دخالت میکنند، ولی باید در نظر داشت که اهمیت عوامل مختلف در همه بیماران یکسان نیست و فرق میکند. هدف اصلی در درمان اسیت عبارتست از پائین آوردن فشار دستگاه ورید باب و افزایش دادن فشار انکوئتیک پلاسما بطور جداگانه و یا توأماً. متأسفانه داروئی در دسترس نیست که فشار ورید باب را پائین بیاورد.

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

البته عمل جراحی در موارد متعددی نتیجه درخشانی داشته است ولی

مشاهده قیافه زرد، گونه‌های استخوانی، چشمهای در حدقه فرو رفته، دست و پای لاغر و شکم برجسته و پیرازمایع بیماران مبتلا به سیروز همیشه مایه تأثر و اندوه فراوان بوده عواطف انسان دوستی را بخود جلب میکند. چاره جوئی برای از بین بردن اسیت و درمان این بیماران از قدیم الایام مورد توجه بوده و مراحل مختلفی را پیموده است. این درمان‌گران از چیزی رنج میبردند که باید مایه نشاط و سلامتی‌شان باشد و آنها را چیزی بسوی مرگ میکشاند که حیات و جنبش نبات و حیوان از آن سرچشمه میگردد (یعنی آب). امروزه بسیاری از اصول درمانی قدیمی از جمله تخلیه اسیت شکم کاملاً متروک شده است، زیرا اولاً استفاده از این روش باعث میشود که مقدار زیادی از مواد حیاتی لازم بدن مثل پروتئین‌ها و الکترولیت‌ها از دست برود و اعمال کبد سرعت مختل شود و ثانیاً پس از تخلیه سرعت و دوباره در عرض یکی دو روز اسیت تشکیل میگردد و بالاخره کاهش فوری حجم مایعات داخل عروقی یعنی هیپوولمی باعث الیگوری و آزتیمی خواهد شد.

اصولاً درمان اسیت بیماران سیروزی یکی از مشکلات و مسائلی است که غالباً طبیب با آن روبرو میشود. اقدامات درمانی باید درجهتی باشد که تعادل الکترولیتی و مایعات بدن را مختل نکند و عواقب و عوارض شومی ایجاد ننماید.

بطور کلی برای تبادل مایعات در بدن مثلاً بین فضای عروقی و شکم (حفره صفاقی) چهار عامل دخالت دارد که مطابق قوانین فیزیکی عمل میکند:

۱- فشار هیدرواستاتیک عروق که سروزیت را بخارج میراند.

۲- فشار انکوئتیک پلاسما که مانع خروج مایع از داخل عروق است.

* این مقاله را تقدیم بحضور استاد عالیقدر جناب آقای دکتر صادق پیروز عزیزی مینمائیم.

** مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

نباید فراموش کرد که بیمارانی که اسیت سرسخت و مزاحم دارند اینگونه اعمال جراحی را بخوبی تحمل نمیکنند. جهت بالا بردن فشار اسموزی پلاسما میتوان آلپومین انفوزیون نمود ولی عملاً چنین پروتئینی مدت طولانی در سرم پایدار نمیمانند، بعلاوه با در نظر گرفتن مخارج گزاف برای دوره های درمانی طولانی، کمتر از آن استفاده میشود. بالتجیه وقتی از این روشها نتوان استفاده کرد، هدف درمان اسیت بیماران سیروزی منحصر میشود به تنظیم مقدار آب بدن و کمک 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 پتاسیم و او ده خون هفته ای یکبار توصیه میشود. بهترین طریقه برای بررسی نتیجه درمان تعیین وزن بیمار است. بعضی ها بعلت متوسل باندازه گیری قطر شکم در اطراف ناف میشوند، و این طریقه غالباً باعث اشتباه میشود زیرا مقدار گاز روده ها دائماً تغییر میکند. اسیت های ناگهانی در الکلیک ها خیلی زود بدردمان 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 پی در پی با دقت دنبال کرد:

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

رژیم غذایی: نظر باینکه این بیماران نمک را بسختی دفع میکنند باید مقدار نمکی که در ۲۴ ساعت بمصرف میرسانند کاملاً محدود و معین باشد چون هر گرم سدیم در بدن ۲۰ سانتیمتر مکعب آب جمع میکند. باوجود اثر قابل ملاحظه داروهای دیورتیک جدید، اگر یک بیمار سیروزی روزانه بیش از یک گرم نمک مصرف نماید اسیت شکم با مداوا کاملاً برطرف نخواهد شد. در موارد پیشرفته محدودیت نمک را بمقدار ۲۰۰ میلیگرم روزانه میرسانند، ولی وقتی دیورز برقرار شد میتوان مقدار نمک را زیادتر کرد. چون رژیم غذایی بیمار سیروزی باید دارای مقدار کافی پروتئین باشد، و مواد پروتئینی طبیعی از قبیل گوشت و لبنیات و تخم مرغ مقدار زیادی سدیم دارد، چه بسا اوقات لازم میشود برای کنترل کامل مقدار سدیم بدن از فرآورده های پروتئینی ساختگی استفاده کرد. در مایعات آشامیدنی بیمار هم باید دقت کرد زیرا در بعضی نقاط بجای کاتیونهای اینورگانیک، در آب سدیم اضافه میکنند، لذا بیماران را باید از آشامیدن اینگونه آبها منع نمود. پس از آنکه دیورز برقرار شد رژیم غذایی بیمار باید حاوی مقدار کافی پتاسیم یعنی

در حدود ۳ تا ۶ گرم روزانه باشد، ولی در هر حال باید مواظب کار کلیه ها بود و چنانچه از و تمی وجود دارد در دادن پتاسیم احتیاط کرد.

۲- مرحله دوم، محدودیت مایعات آشامیدنی است: بسیاری از بیماران مبتلا به اسیت که دچار احتباس آب و نمک هستند نمیتوانند آب کافی از بدن خود دفع نمایند، از اینرو خصوصاً در مواردیکه بنام رقت خونی موسوم است و مقدار سدیم پلاسما پائین میافتد، باید مجموعاً مقدار مایعاتی که بیمار می آشامد به پانصد سانتیمتر مکعب روزانه محدود شود، در غیر این صورت داروهای دیورتیک اثر نخواهد کرد. هنگام محدودیت آب باید مواظب فشار خون بیمار بود و اگر تشنگی شدید و یا حالت کلاسی پیدا شود، مقدار مایعات را زیادتر کرد.

۳- مرحله سوم، استفاده از دیورتیک ها: تمام این داروها يك خاصیت مشترك دارند و آن اینستکه از جذب مجدد سدیم در لوله های ادراری جلوگیری میکنند. برای اینکه از درمان با این داروها نتیجه مفیدی بدست آید، باید از طرزاثرشان اطلاعات کافی حاصل نمود و حتی المقدور ترکیباتی را انتخاب کرد که مؤثر بوده و عوارض کمتری داشته باشند. اگر گاهی از تجویز يك دارو نتیجه ای حاصل نشود میتوان چند دارو را توأم کرد.

الف: ترکیبات تیازیدی - داروهای دیورتیک جدید، انقلابی در درمان اسیت پدید آورده اند. از محسنات این داروها اینستکه از راه دهان بخوبی مؤثر است و غالباً از جذب سدیم در لوله های دیستال و احتمالاً قسمت ابتدائی قوس هنله جلوگیری میکند. عیب عمده این داروها اینستکه همانطوریکه سدیم را دفع میکنند باعث خروج پتاسیم از بدن میشود و اختلالات الکترو لیونی ایجاد مینماید.

ب - دوداروی دیورتیک جدید و قوی اخیراً در دسترس ما قرار گرفته که اثر آنها با ترکیبات تیازیدی تفاوت دارد، یکی Furosemide است که از جذب سدیم در قوس هنله جلوگیری میکند، ولی مثل ترکیبات تیازیدی پتاسیم را هم دفع میکند. ترکیب دیگر اسید اتاکرینیک است (Ethacrynic Acid) که با يك مکانیسم پیچیده ای از جذب سدیم در قوس هنله جلوگیری میکند، و در عین حالیکه دفع شدید سدیم را باعث میشود، مقداری هم پتاسیم از بدن خارج میکند.

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

پیش میآید، حتی المقدور از اقدام بدینکار خودداری میکنند مگر در موارد الزامی زیر:

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

ب- مطالعه آزمایشگاهی اسیت.

پ- لمس احشاء داخل شکم.

ت- مواردیکه بیمار هیچگونه درمان جواب نمیدهد، اسیت را تدریجاً و بمقدار کم تخلیه میکنند و بعداً سایر اقدامات درمانی را تعقیب مینمایند. باید در نظر داشت که در تعقیب تخلیه اسیت بمقدار فراوان و بطور ناگهانی عوارضی مثل فقر پروتئینی بدن و نقصان پتاسیم خون، اضافه شدن عفونت، حالت کلاپس و سقوط فشارخون و ازوتمی و بالاخره حالت کیمود سدیم (Low - Sodium State) در کیمین بیمار است و باید مراقب این عوارض بود.

۸- مرحله هشتم- اعمال جراحی و شانت های وریدی: بیمارانیکه اسیت دارند اعمال جراحی را بخوبی تحمل نمیکند، ولی در صورتیکه تست های کبدی و اعمال کبد خوب باشد، میتوان جهت پائین آوردن فشار ورید باب از شانت های وریدی یعنی آناستوموز بین ورید باب و ورید 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 حداقل دارو اکثفا شود. هرچه داروی مدر قوی تر باشد، عوارض آن شدیدتر است. صبر و شکیبائی در معالجه این بیماران شرط اساسی است زیرا باید دانست که اگر یک بیمار با درمان ساده ای ادرار روزانه اش یک الی دو لیتر زیادتر شود و وزن کم نماید بمراتب سالمتر و روش صحیح تری است از اینکه بایک داروی قوی تر 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 کرد و بعداً از وسایل درمانی اضافی و قوی تر استفاده نمود.

درمان مقدماتی: بیمارانیکه قبلاً تحت درمان قرار نگرفته و مبتلا به عوارض نشده اند قاعداً به استراحت کامل و رژیم کم نمک معمولاً کمتر از یک گرم روزانه جواب مساعد میدهند. ممکنست ترکیبات دیورتیک تیازیدی هم اضافه کرد تا از جذب سدیم در قسمت دیستال قوس هنله و لوله های پروکسیمال و دیستال جلوگیری بعمل آید: هیدروکلروتیازید ۲۵ تا ۵۰ میلیگرم دومرتبه در روز و یا ترکیبات تیازیدی مشابه میتوان تجویز نمود. بعنوان کمک در درمان، ترکیبات دیورتیک جیوه ای دو سانتیمتر مکعب فقط یکمرتبه در

باشد احتیاج به یون کلرور دارد و در بیمارانیکه به الکالوز هیپو- کلرمیک مبتلا هستند مؤثر نیست. برای تشدید اثر دیورتیک های جیوه ای میتوان ترکیبات کلروراسید کننده مثل کلرور کلسیم و یا ترکیبات دیگری (مثل d - Lysine - Monohydrochloride) اضافه نمود. کلرور آمونیوم در بیماران سبروزی نباید تجویز کرد زیرا یون آمونیوم، بیمار را بطرف اغماء کبدی سوق میدهد. حتی المقدور ترکیبات دیورتیک جیوه ای را باید کمتر مصرف نمود زیرا سم کبد است ولی هفته ای یک تزریق کمک به اثر دیورتیک های تیازیدی مینماید.

۵- مرحله پنجم- تجویز ترکیبات ضد الدسترون (Aldosterone Antagonistes): اگر اسیت بیماران مدتی طول بکشد مقدار الدوسترون و یا ترکیبات مشابه آن در بدن افزایش میابد، لذا در این مرحله بیماران بدرمان دیورتیک ها مقاوم شده و استفاده از ترکیبات ضد الدسترون برای ایجاد دیورز فوق العاده مؤثر واقع میشود. Spironolactone که ضد الدوسترون است در لوله های دیستال پتاسیم را جذب و سدیم را دفع میکند. یک ترکیب دیگر Metopirone است که اثر آن متفاوتست و از سنتر کورتیکو- استروئیدها و از ساخته شدن الدوسترون در سرنال جلوگیری میکند (با بلوکه کردن 11 - beta-Hydroxylation). باید دانست که هیچکدام از ترکیبات آنتی الدوسترون به تنهایی مؤثر نیست، ولی موقعیکه توأم با ترکیبات تیازیدی و یا دیورتیک های که روی لوله های پروکسیمال اثر میکنند مصرف میشود، یک اثر سینرژسم داشته، دیورزشدیدی ایجاد میکند.

۶- مرحله ششم- کمک بدفع آب از بدن: اگر از مراحل درمانی فوق نتیجه ای حاصل نشد میتوان از مواد استفاده کرد که دفع آب را از بدن آسان نماید، خصوصاً در مواقعیکه آب در بدن جمع شده و مقدار سدیم خون کاهش یافته و بنام رقت خون نامیده میشود. ترکیب مانیتول (Mannitol) چون روی فشار اسموزی اثر میکند، آب را دفع کرده و در نتیجه مقدار سدیم سرم بالا میرود. 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 بدست آید. چون این مواد تب زاست گاهی تب و لرزشدیدی پیدا میشود. در همین حال در این مرحله میتوان از ترکیبات پردنیزون بعنوان مدر آبی استفاده کرد. این مواد فیلتراسیون گلو مری را تشدید نموده و از جذب مجدد آب در لوله های کلیوی جلوگیری میکنند.

۷- مرحله هفتم، تخلیه اسیت: همانطور که قبلاً متذکر شدیم بعلت عوارض و عواقبی که در تعقیب تخلیه اسیت بمقدار فراوان

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

اسیت های متوسط: بیمارانیکه باروش فوق درمان میشوند پس از مدت کم و بیش طولانی بالاخره بحرله ای میرسند که داروهای فوق در آنان بی اثر می ماند. در اینگونه مواقع باید محدودیت نمک را در رژیم غذایی شدیدتر کرد و بمقدار ۲۰۰ میلیگرم روزانه تقلیل داد. همچنین مقدار مایعات مصرف شده روزانه را بیک لیتر کاهش داد. اضافه کردن داروهای ضدالدوسترون مثل اسپیرنولاکتون، ۲۵ میلیگرم چهار مرتبه در روز، مفید است. منظور از اضافه کردن اسپیرنولاکتون تنظیم و تعادل جذب سدیم و پتاسیم درلوله های کلیوی است. با این روش درمان همیشه امکان بروز عوارضی مثل اغماء کبدی، بعلت هیپو کالیمی و بندرت هیپر کالیمی وجود دارد. لازم است مقداری پتاسیم از راه خوراکی و یا بطریق بهتر، سرم های پتاسیم دار تجویز نمود.

اندازه گیری الکترولیت ها هفته ای دو مرتبه توصیه میشود.

درمان اسیت مزاحم و سرسخت: در مراحل پیشرفته بیماری درمانهای فوق مؤثر نخواهد بود. در اینجا طبیب با مشکلات زیادی روبرو خواهد شد. هیچوقت نباید جهت از بین بردن کامل اسیت پافشاری کرد و باصطلاح بدن را خشک نمود، زیرا غالباً در تعقیب دیورز شدید اختلالات الکترولیتی ظاهر شده و بیمار وارد اغماء کبدی میشود. در مواقع بروز چنین عوارضی باید مقدار پروتئین رژیم غذایی 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 ۸۰ میلیگرم دو مرتبه در روز و اسید اتاکرینیک بمیزان ۵۰ میلیگرم دو مرتبه 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 $dl\ lysine\ monohydrochloride$ بمقدار ۴ گرم چهار مرتبه روزانه. با تجویز این مواد حساسیت کلیه نسبت به دیورتیک های جبه ای مثل Meralluride زیادتر میشود.
- ۳- جهت افزایش فیلتراسیون گلومرولی تجویز پردنیزون بمقدار ۱۰ میلیگرم سه مرتبه در روز و بمدت چهار روز توأم با ترکیباتی

که فشار اسموزی را بالا میبرد مثل مانیتول بمقدار ۵۰ گرم در دوهزار سانتیمتر مکعب محلول دکستروز ۵ درصد داخل وریدی و یا ترکیب Isosorbide بمیزان یک تا ۴ گرم برای هر کیلو گرم وزن بدن بصورت تزریق داخل وریدی. برای جلوگیری از اثر الدوسترون و احتباس 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 کبد خویست داروهای فوق مؤثر واقع شده و دیورز برقرار میشود. در مواردیکه مقدار آلبومین سرم کمتر از سه گرم در صد است میتوان از تجویز آلبومین بدون نمک انسانی (Salt-poor human albumin) بمدت ۴ تا ۵ روز استفاده نمود تا اینکه دیورز برقرار شود. برای نمونه شرح حال بیماری را از بخش طبی یک مرکز پزشکی پهلوی مطالعه فرمائید:

آقای ح-س ۴۲ ساله اهل تبریز شغل کاسب. در تاریخ ۲۴/۸/۴۸ بعلت بزرگی شکم و ادم پاها در بخش بستری میشود. سابقه بیماری خود را از سه سال پیش ذکر میکند که مکرراً دچار خون-دماغ میشده است و بتدریج در پاها خیز پیدا شده و شکم برجسته و برآمده گردیده است. بیمار مدت دو سال 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 اسیت شکم میشوند. از بیمار بیو پسی کبد بعمل آمده بود و تشخیص سیروز داده بودند.

در موقع معاینه، بیماری بود با گونه های برجسته و استخوانی و چشمهای گود رفته و اتساع عروق موئینه صورت. دست و پا لاغر و هر دو غده بزاگوشی متورم و برجسته 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 ریتم تعدادی رالهای مرطوب شنیده میشد. طحال باندازه دو سانتیمتر بزرگ بود ولی کبد قابل لمس نبود و در پاها خیز وجود داشت.

آزمایشهای پاراکلینیکی: هیدیماتاسیون خون، ساعت اول ۳ میلیمتر. اوره خون ۳۷ سانتیگرم در لیتر. قند خون دو ساعت بعد از صبحانه ۱۲۵/۱ گرم در لیتر. تیمول ۸ واحد و سفالین کسترول +++، بیلیروبین توتال ۲۳ میلیگرم در لیتر. آزمایش ادرار طبیعی. فرمول و شمارش حدود طبیعی و هموگلوبین ۱۲/۵ گرم درصد بود. سدیم ۱۲۷/۴ میلی اکیوالان در لیتر و پتاسیم ۴/۲۷ میلی اکیوالان در لیتر. الکتروفورز

مقدماتی برای آمادگی عمل انجام میگردد و در عمل شکاف پاراکنتال راست داده شده و در تجسس داخل شکم دیده میشود که علت اکلوزیون یک فتق مخنق داخلی است و یکی از قوس های روده باریک از سوراخی در مزو آپاندیس عبور کرده و ایجاد انسداد نموده است. بدون گشاد کردن سوراخ مزو آپاندیس قوس روده از این سوراخ به آرامی خارج گردید و سپس سوراخ دوخته شد و آپاندیس هم باقی گذاشته شد.

حالا بریده شده بود بسته و آپاندیس ظاهراً طبیعی، برداشته شد. از آپاندیس آزمایش بعمل آمد ولی علائم آسیب شناسی عفونت حاد در آن مشاهده نگردید.



پروتئین سرم بقرار زیر بود: آلبومین ۳۴، آلفا یک ۴/۶، آلفا دو ۵/۷، بتا یک ۱۴/۵، گاما ۴۱/۲ و پروتئین توتال ۶/۶ گرم درصد بود در رادیوگرافی ریتین بعلت اسیت شکم دیافراگم بیالاً رانده شده و علائم استاز در ریتین مشهود است. علائم پلوریت در طرف راست وجود دارد. رادیوگرافی مری علائم واریس پیشرفته نشان میدهد. در آنزیمایش سنتیلوگرافی کبد باطلای رادیو اکتیو علائم سیروز پیشرفته همراه با هیپرتانسیون پرتال را مشخص میکند. بیمار حاضر نشد بیوپسی مجدد کبد بعمل آید لذا با تشخیص سیروز کبد از نوع لایک تحت درمان قرار گرفت. ترکیبات اسیدهای آمینه و ویتامین B کمپلکس و عصاره جگر و سوربیتول تجویز گردید. و در عین حالیکه بیمار استراحت میکرد رژیم غذایی بدون نمک داده شد. با وجودیکه اسیت شکم دومرتبه تخلیه شده بود و بیمار قبل از ورود به بیمارستان بعنوان دیورتیک از ترکیبات تیازیدی استفاده نمیکرده ولی مؤثر نبوده است و شکم بیمار کاملاً برجسته و پر از اسیت بود. در اینموقع بیمار تحت درمان با هیدروکلروتیازید بصورت قرص خوراکی بمیزان روزانه سه عدد توأم با ترکیبات ضدالدوسترون بصورت Aldacton-A بمیزان روزانه چهار قرص ۲۵ میلیگرمی، قرار گرفت. از روز چهارم مقدار ادرار بیمار افزایش یافت و روز هشتم بمقدار ۱/۵ لیتر رسید.

بطوریکه در عرض ۲۰ روز بیمار ۹/۵ کیلو وزن کم نمود و فقط مختصری اسیت در شکم باقی بود. بمحض اینکه دیورتز برقرار شد روزانه سه گرم کلرور پتاسیم جهت بیمار تجویز گردید. بدینطریق 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 سیروز است که معلول عوامل متعدد مثل هیپرتانسیون پرتال، کمبود پروتئین خون، افزایش فشار لنفاوی و ازدیاد قابلیت نفوذ لنفاوی و اختلال دفع سدیم و آب از بدن میباشد. در ابتدای بیماری، اسیت با درمانهای متداول برطرف نمیشود ولی بتدریج مقاوم شده و درمان بی اثر میماند. اقدامات اولیه درمانی باید مکی باین نظر باشد که از جذب مجدد سدیم در لوله های کلیوی جلوگیری شود. در مواردیکه مقدار ادرار با داروهای قوی و شدید یکمرتبه زیاد میشود امکان بروز عوارض زیادتیر میباشد. غالب بیماران بایک روش درمانی ساده جواب مساعد میدهند و هنگامیکه اسیت نسبت بدارو مقاوم شود، باید از داروهای قوی تر استفاده نمود. و اقدامات درمانی چندجانبه بعمل آورد و حتی المقدور از تخلیه اسیت بمقدار فراوان اجتناب کرد.

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.