

پانکراتیت حاد هموراژیک

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۱۸۸، ۱۳۶۹

دکتر محمد حسین منصور* - دکتر انوشیروان هدایت - دکتر ناصر ارباب زاده - دکتر محمد علوی

پش درد شدید شکم همراه با اضطراب و بیقراری شدید بروز میکند بطوریکه بیمار ناچار پیزشک مراجعت کرده و باداروهاییکه معلوم نیست چه بوده بهبود یافته است.

۲ روز قبل از مراجعة باین بیمارستان درد ناحیه اپی گاستر ظاهر شده و بتدریج شدیدتر گردیده و تمام شکم را فرامیگیرد و ۱۲ ساعت بعداز شروع درد استفراغ بروز میکند که همراه آن دو عدد آسکاریس خارج میشود. بالاخره از شدت درد پیزشک مراجعة میکند و با تشخیص آپاندیسیت حاد روانه بیمارستان میگردد. سابقه فامیلی

پدر و مادر بیمار سالم اند و پنج بچه دارند که چهار تای دیگر تندرست هستند و سابقه بیماری مشابه ندارند.

بیمار دو سال قبل به سر خاک، آثرین و سرما خوردگی و در سه نوبت به حملهای دردناک شکمی مبتلا شده است.

معاینه دستگاهها:

۱- قلب و عروق: صدای قلب طبیعی، بعض تند و فیلی فرم، فشارخون پائین است.

۲- دستگاه تنفس: تنفس سطحی است و تنفس شکمی از بین رفته است.

۳- در دستگاه ادراری و تناسلی نکته جالب اکنونی یکطرفه بیضه است.

۴- چشم، گوش، حلق و بینی طبیعی است.

۵- در دستگاه گوارش: درد شدید در شکم و بیشتر در هیپوکندر و F.I.D همراه با استفراغ وجود دارد. در معاینه، شکم حساس است و حالت دفعی دارد که بیشتر در F.I.D میباشد و در عین حال مختصری اتساع وجود دارد.

گزارش یادمورد پانکراتیت حاد هموراژیک
در بجه ده ساله و بخشی درباره پانکراتیت
حاد و درمان آن.

مقدمه:

پانکراتیت حاد خونریزی دهنده از جمله بیماریهایی است که همیشه از نظر اتیولوژی و پاتولوژی، اشکال در تشخیص، انتخاب نوع درمان و وحشت بیماری مورد توجه جراحان عمومی بوده است. تاحدود ده سال قبل عاقبت این بیماری تقریباً مرگ بود ولی از زمانیکه داروهای آنتی فرمان تهیه شده و مورد مصرف در کلینیک قرار گرفته پیش آگهی بیماری و تقدیرمان کاملاً تغییر کرده است. ما از ابتدای پیدایش این داروها بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد هموراژیک را باداروهای مذکور تحت درمان قراردادهایم و نتایج بسیار خوبی از آن گرفته ایم. اخیراً بیک مورد این بیماری دریک بجه ده ساله برخورد کردیم که از نظر سنی فوق العاده نادر است از این جهت با گزارش شرح حال بیمار، بحث کلی درباره پانکراتیت و درمان آن در زیر بنظر همکاران محترم میرسد.

شرح حال بیمار

بیمار پسر بجهه ۱۰ ساله ساکن و اهل تهران است که بعلت درد شدید و متفش در شکم و مخصوصاً در هیپوکندر راست و F.I.D در ساعت ۲/۵ بعداز نیمه شب ۱۰/۲۵ به بیمارستان این سینا مراجعت کرده است و طبق اظهار مادرش بیک ماما و نیم قبل در تمام شکم و بخصوص ناحیه اپی گاستر درد داشته که ۲ روز طول کشیده و بدون مراجعة پیزشک بهبود یافته است. یکماه قبل نیز این درد تکرار شده و توأم با سهال بوده و باز بدون مراجعة پیزشک بهبود یافته است. ۲۰ روز قبل دچار آنژین و تب شده و پیزشک مراجعة نکرده است. ۱۵ روز

* تهران - چهار راه پهلوی - شاه رضا

۱۶ واحد	آمیلاز ادرار	۴۷/۱۰/۲۹
۱/۱۰ گرم در لیتر	قند خون	۴۷/۱۱/۷
۰/۹ گرم در لیتر	قند خون	۴۷/۱۲/۱۲
۱/۱۰ گرم در لیتر	قند خون	۴۷/۱۱/۲۹
۵ واحد بودانسکی	فسفات آرالکالن	۴۷/۱۱/۲۹
SGOT ۳۰ واحد		
ترانس آمیناز: SGPT ۲۶ واحد		
بیای رویین توتال کمتر از ۱۰ میلی گرم در لیتر		
۳/۵ واحد	تست تیمول	
+	کونکل زنگ	
+	پوپر	
+	کادمیوم	
۰/۷۰ گرم در لیتر	اوره خون	۴۷/۱۰/۳۰
۱۳۹ میلی اکیوالانت	سدیم خون	
۴/۴ میلی اکیوالانت	پتاسیم خون	
۰/۳۶ گرم در لیتر	اوره خون	۴۷/۱۱/۲
۱۲۷ میلی اکیوالانت	سدیم خون	
۳/۸ میلی اکیوالانت	پتاسیم خون	
۰/۲۸ گرم در لیتر	اوره خون	۴۷/۱۱/۵
۱۳۷ میلی اکیوالانت	سدیم خون	
۳/۶ میلی اکیوالانت	پتاسیم خون	
۰/۲۵ گرم در لیتر	اوره خون	۴۷/۱۱/۷
۱۴۲ میلی اکیوالانت	سدیم خون	
۵/۳ میلی اکیوالانت	پتاسیم خون	
۰/۲۵ گرم در لیتر	اوره خون	۴۷/۱۱/۸
۱۲۷ میلی اکیوالانت	سدیم خون	
۴/۲ میلی اکیوالانت	پتاسیم خون	

بحث در مورد پانکراتیت

پانکراتیت بیماری شایعی است و لی بعلت وجود نظاهرات بالینی متفاوت تشخیص آن مشکل میباشد و این اشکال تشخیص در پانکراتیت مزمن و پانکراتیت عود کننده بیشتر میباشد و لی بحث مابیشتر در مورد پانکراتیت حاد است.

پانکراتیت حاد :

اولین دفعه شرح روش و جامع این بیماری در سال ۱۸۸۹ بوسیله Fitz داده شده است. واکنش التهابی نسج پانکراس بدرجات متفاوت ناشی از فعل شدن آنزیمهها در داخل خود پانکراس را پانکراتیت می نامند.

۶- وضع عمومی بیمار : بیمار در حالت شوک شدید است، قیافه صفاری دارد، انتهایا سرد شده، عرق سرد براندام نشته، فشار خون پائین افتاده، نیض تند و فیلی فرم است و بیمار کاملا بی حال میباشد.

بیمار با تشخیص پریتو نیت منتشر با منشأ آپاندیسیت تحت عمل جراحی قرار گرفت. بر شماک بورنی داده شد، آپاندیس التهاب شدید نداشت و بیشتر التهاب واکنشی بود ولی در شکم مایع خون ابایی شکل ملاحظه شد البته بدون جهت اقدام ببرداشتن آپاندیس شد و بعد برای روشن شدن منشأ مایع خون ابایی بر شعبانی در بالای ناف داده شد، هماتومی وسیع درمز و کولون و ناحیه پانکراس وجود داشت و پانکراس بشکل و باندازه یک هندوانه خیلی کوچک در آمده بود و بعلت وجود کدهای (Tache de Bougie) درمز و کولون و اطراف پانکراس مختصراً از چادرینه معده قولونی باز و وضع پانکراس مطالعه گردید. هماتوم بزرگی در اطراف پانکراس وجود داشت. هیچگونه اقدامی برای برداشتن این هماتوم نشد سپس با گذاشتن دو درن یکی در بن بست دو گلاس و دیگری در رهیاتوس وینسلو، جدار بسته شد و بیمار تحت درمان طبی بروشی که گفته خواهد شد قرار گرفت. بیمار فعلاً کاملاً بهبود یافته است. نتیجه آزمایشهای بیمار بدین قرار است :

آزمایش‌های انجام شده برای بیمار

نوع آزمایش	تاریخ
آمیلاز خون (Somogyi)	۴۷/۱۰/۲۸ ۱۰۰cc واحدهای
آمیلاز ادرار (فولگمود)	۴۷/۱۰/۲۸ ۳۲۰ واحد
آمیلاز ادرار	۴۷/۱۰/۲۹ ۴۰۰ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۰/۳۰ ۹۵ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۱ ۶۹ واحد
آمیلاز ادرار	۴۷/۱۱/۲ ۱۲۰ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۳ ۶۵ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۴ ۸۰ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۵ ۹۵ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۶ ۸۵ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۷ ۸۸ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۸ ۹۴ واحد
آمیلاز ادرار	۴۷/۱۱/۹ ۲۰۰ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۱۰ ۹۰ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۱/۲۳ ۱۹۰ واحد
آمیلاز خون	۴۷/۱۲/۱۱ ۸۴ واحد

دوم - پانکراتیتهای ناشی از بیماریها و ضایعات احشای مجاور که عبارتند از :

- نزم اثنتی عشر و معده
- کله سیستیت
- بیماریهای عروقی مثل آمبولیها و ترموبوزهای ناشی از تصلب شرائین

سوم - پانکراتیتهای اولیه پارانیتممال: که انواع آن عبارتند از:

الف - مادرزادی شامل :

- هیپرلیپیمی فامیلی
- پانکراتیتهای ارثی
- بیماری فیبروکیستیک پانکراس

ب - النهایی شامل :

- ویروسی = اوریون، هپاتیت ویرال و اخیراً ویروس‌های نوع کوکاسکی

- میکروبی = تیفوئید، پنومونی، مخملک

آلرژی

آلمونولوژیک :

وَاكِنْشْ شَوَّارْتْزْمَنْ :

بیماریهای کلازن و اتوایمون

پ - متابولیک شامل :

- الكلی - دیابتی - آبسنی
- تغذیه‌ای
- هیپرپاراتیروئیدی
- استروئیدها
- هموکروماتوز

در بحث اتیولوژیک باید یادآور شد که بیماری در بعضی کشورها شایعتر می‌باشد (مثل آمریکا و فرانسه که مصرف الکل بسیار است). بعلاوه در هر سنی دیده می‌شود ولی در اطفال بندرت بروز می‌کند. اما امر و ذه معتقدند که عارضه در اطفال شایعتر از آن می‌باشد که تشخیص داده شده است و غالباً سایر بیماریهای شایع که ایجاد درد شکم واستفراغ می‌کنند مورد توجه قرار می‌گیرند. نکته دیگری که در مورد پانکراتیت اطفال باید مورد توجه قرار گیرد توأم شدن بیماریهای عمومی با پانکراتیت است بطوریکه علائم بیماری عمومی، علائم پانکراتیت را مخفی می‌ساند. آنچه مسلم است بیماریهای مجرای صفراؤی و پانکراس کمتر در ایجاد پانکراتیت اطفال دخالت دارند ولی آسکاریس یکی از عوامل شایع می‌باشد و بعلاوه بیماریهای عفنونی مثل اوریون و اخیراً ویروس‌های کوکاسکی و همچنین عوامل سوء تغذیه، سموم و عوامل آلرژیک و اینمی‌ذا را مؤثر میدانند.

اتیولوژی :

عواملی را که باعث پانکراتیت می‌شوند می‌توان به سه گروه بزرگ تقسیم کرد. بیماریهای مجرای صفراؤی، پانکراس و الکل عامل $\frac{2}{3}$ تا $\frac{3}{4}$ از موارد پانکراتیتها می‌باشد و در عده زیادی هم عامل ایجاد کاملاً مشخص نیست.

اول - پانکراتیتهای ناشی از ضایعات و بیماریهای سیستم مجرای پانکراس وصفاً که اهم آنها عبارتند از :

۱- اختلالات عملی مشتمل بر:

- تنگ شدن دریچه اودی (Oddi)

- پس زدن مواد دوازدهه (Duodenal reflux)

- ضایعات عضوی که شامل موارد زیر است:

الف - ضایعات داخل مجرأ شامل:

- سنگ صفراؤی محبوس در آمپول واتر

- وجود شاخه بلند درن T که از آمپول واتر عبور کرده باشد.

- سنگ پانکراس

- آسکاریس

ب - ضایعات جداری شامل:

ضر به :

- آسیب مجرای صفراؤی و پانکراس در ضمن اعمال جراحی

- ضربه‌های خارجی شکم

- پانکر آتوگرافی (Pancreatography)

التهابات :

- دئودنیت و Papillitis اسفنکتر اودی

- تنگی اسفنکتر اودی که گاهی بعلت ضایعات گرانولوماتوز آمپول واتر است.

- تنگی Ostium مجرای پانکراس

- تنگی‌های دیستال مجرای پانکراس

- متاپلازی مجرای پانکراس

تومورها :

سرطان آمپول واتر

سرطان پانکراس

پ - فشار روی مجرای از خارج :

دیورتیکول دوازدهه

آبسه

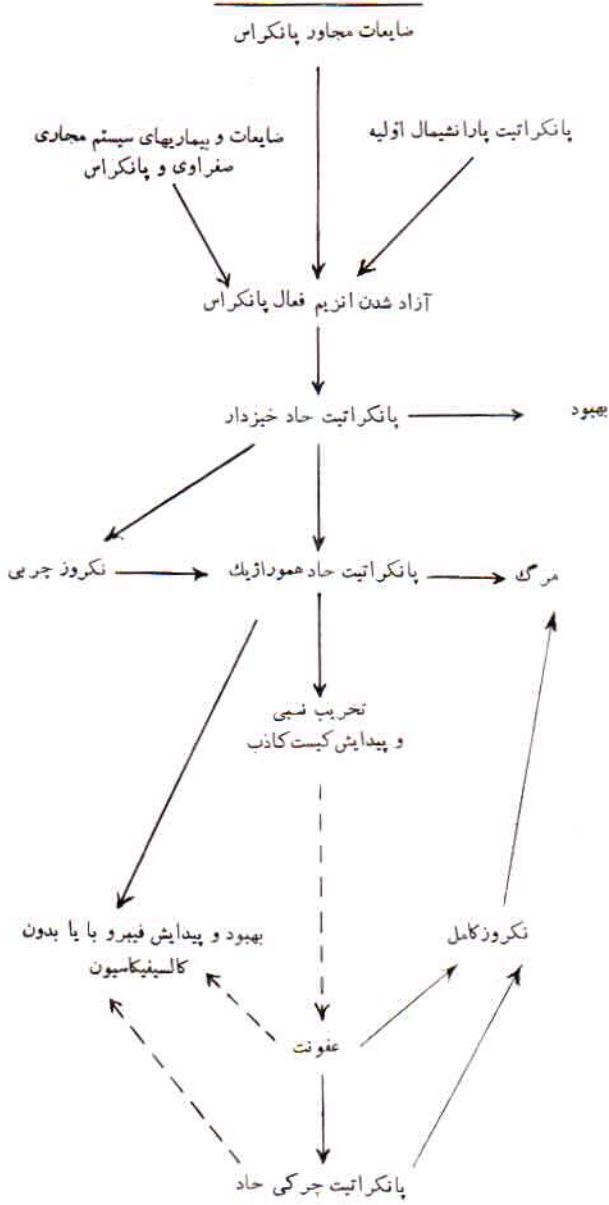
کیست

هماتوم

- مرگ که خود ناشی از علل زیر میباشد:

الف - عدم جواب شوک بدرمان - گرچه بمنظور میرسد که این امر بعلت خونریزی و ازدست رفتن مایعات (در خلف و داخل صفاق)، استفراغ وایلئوس عامل آن است ولی تاحدودی هم ناشی از آزادشدن ترکیبات (Kallikrein) کینین از پانکراس میباشد که از همه مهمتر کالی کرین (Callicrein) است که اثر واژودیلاتاتور و Adrenolytic دارد و خود باعث هیپوتانسیون میشود . این ماده یعنی کالیکرین بطور غیر فعال در پانکراس وجود دارد و در پانکراتیت بصورت فعال درمیآید که خود باعث فعال شدن برادی کینین (Bradykinin) و عده ای از مواد بنام پلی پپتیدهای فعال کننده عروق - Vasoactive

خلاصه آسیب شناسی پانکراتیت



آسیب شناسی :

بطورکلی تغییرات آسیب شناسی در پانکراتیت، مراحل گوناگون و شدت متفاوت آسیب نسجی را نشان میدهد. در تیجه اثر آنزیم ها و تخریب نسوج، یک واکنش التهابی بوجود می آید که خود ممکن است خفیف، متوسط و یا شدید باشد .

۱- نوع خفیف :

پانکراتیت حاد خیز دار میباشد که عارضه موضعی یا پراکنده، و یا منتشر است. پانکراس نرم، متورم، پریده رنگ و نکروز چربی در آن جزئی میباشد .

۲- نوع متوسط، پانکراتیت هموراژیک حاد میباشد و مشخصات آن عبارتند از :

خیز - خونریزی - نکروز - نکروز چربی در این حالت علاوه بر نکروز و خیز، بعلت اثر آنزیم های پانکراس بر عروق، خونریزی بروز میکند .

پانکراس بزرگ، نرم و شکننده است، نواحی خونریزی و نکروز چربی نسبتاً شدید بیشتر در سطح پانکراس، مزوکولون و چادرینه جلب توجه میکند. مکانیسم ایجاد نکروز چربی بدین صورت است: اسیدهای چرب + گلیسرول → لیپاز + چربی ها → نکروز چربی گلیسرول جذب گردش خون میگردد .

شدت نکروز چربی نشانه شدت عارضه است و گاهی باعث تنفس میگردد . مقدار کلسیم خون از لحظه پیش یمنی بیماری مهم است و در مواردی که به هفت میلی گرم درصد، یا کمتر بر سرده بیش یمنی فوق العاده بد میباشد . گاهی نکروز چربی در نقاط دور دست مثل مغز استخوان و مدبی استن دیده میشود که تصویر میکنند بعلت رسیدن لیپاز از راه لنف باین نواحی باشد .

۳- نوع شدید :

گاهی آنرا پانکراتیت گانگر نوز حاد گویند که تقریباً تمام نسج پانکراس از بین رفته است بهر حال مقدار مایع و خون در پانکراس، قدر چادرینهها و فضای صفاقی جمع میشود که مقدار آن بستگی بشدت عارضه دارد .

سرانجام ضایعات فوق عبارتست از :

- بهبود ، که بیشتر در موارد خفیف پیش می آید زیرا با بروز خونریزی و نکروز عارضه دائمی است.

- پانکراتیت چربی کی حاد بعلت عقوف تثانیه و پیدایش آبسه

- بهبود با کالسیفیکاسیون و فیبروز یا بدون کالسیفیکاسیون

- بهبود و پیدایش کیست کاذب پانکراس

در سال ۱۹۳۴ Dragstedt باین نتیجه رسید که در ۶۰٪ موارد پانکراتیت، مجرای مشترک وجود دارد که ۱۰٪ موارد آن توأم با سنگ میباشد و در ۴۰٪ موارد اظهار نظر قاطعی نکرده است. پ - مجرای مشترک در اتسوپسی‌ها بین ۷۵-۸۰ درصد موارد وجود دارد.

ت - نمیتوان قبول کرد که صفراء بداخل مجرای ویرسونگ برگشت کند زیرا فشار داخل مجرای پانکراس خیلی بیشتر از فشار ترشحی کبد و کیسه صفراء است بطوریکه در جدول زیر این مطلب بخوبی روشن میگردد.

مقدار فشار بر حسب میلی لیتر آب	محل
۳۰۰-۵۰۰	- فشار ترشحی پانکراس
۲۰۰-۳۰۰	- فشار ترشحی کبد
۱۷۰	- فشار انقباض کیسه صفراء
۲۵۰	- مقاومت اسفنکتر-اوودی
۵۰	- فشار داخل کلدوك
۱۹۰	- فشار داخل کلدوك بعد از برداشتن کیسه صفراء

بنابراین همیشه امکان برگشت شیره پانکراس بداخل کلدوك وجود دارد و عکس آن نداراست و حتی در پانکراتیت‌ها مقدار خیلی کمی ممکن است صفراء در مجرای پانکراس دیده شود. بنابراین این مطالعات نتیجه گیری شده که عامل مهم ایجاد این پدیده افزایش کلی فشار مجرای و مجرای مشترک است که خود باعث پارگی مجرای پانکراس و وارد شدن ترشحات در نسوج میشود و برگشت صفراء چندان مهم نیست.

Riche و Duff با قبول مجرای مشترک معقد شده‌اند که انسداد مجرای پانکراس بعلت متاپلازی بیشتر باعث بروز این سندرم میگردد و برگشت صفراء بداخل مجرای پانکراس اهمیت ندارد. گرچه این نظریه چندان مورد قبول واقع نشده ولی زمینه را برای قبول نظریه دیگری فراهم ساخت بدین معنی که عده‌ای معتقد شده اند و بطور تجریبی هم ثابت کردند که انسداد مجرای پانکراس در یک نقطه از مسیر میتواند در موقعی که فعالیت ترشحی پانکراس زیاد است بعلت افزایش شدید فشار، باعث پارگی مجرای و ایجاد پانکراتیت شود. پانکراتیت عفونی بطور تجری و بالینی ملاحظه شده است (تفویید، محملک، اوریون، اخیراً ویروس کوکساکی) ولی تعداد خیلی کمی از بیماران باین نحو مبتلا میشوند بعلاوه باعث تمام پانکراتیت‌ها نتوانسته‌اند میکروبی پیدا کنند. نظریه‌ای که باعث تقویت نظریه پانکراتیتهای عفونی شده توأم شدن بیماریهای مزمن کیسه صفراء با پانکراتیت است. رویه مرفته در ۷۰٪ موارد

polypeptides) میشود که از طرفی بعلت ایجاد واژودیلاتاسیون برشدت شوک بیمار میافزایند و از طرف دیگر درد بیمار واز دست رفتن مایعات را تشدید میکنند.

ب - خونریزی شدید ثانوی
پ - عفونت

ت - نارسائی کلیه

ث - عوارض قلبی ریوی

پاتولوژی پانکراتیت:

پاتولوژی بیماری بخوبی معلوم نشده و مدت ۶۰ سال است که مورد بحث و تحقیق میباشد زیرا مکانیسم واقعی فعال شدن آنزیمهای پانکراس در داخل خود پانکراس معلوم نیست. چهار نظر، بیشتر مورد بحث قرار گرفته است که عبارتند از:

- نظریه مجرای مشترک

- عوامل عفونی

- انسداد مجرای پانکراس

- سوم مؤثر بر پانکراس

علاوه بر این چهار نظریه، نظرات دیگری نیز وجود دارد که در خاتمه پاتولوژی از آنها اسم برده خواهد شد. بهر حال نکته مهم در پاتولوژی آنست که آنزیمهای فعال از آسینی‌ها و مجرای پانکراس خارج شده بدرورون پانکراس، نسوج اطراف آن و گردش خون میریزد و باعث پیدایش تظاهرات موضعی و عمومی پانکراتیت میگردد.

نظریه مجرای مشترک :

بنیان گذار آن Opie بسال ۱۹۰۱ است. وی در اتوپسی یک بیمار مبتلا به پانکراتیت حاد ملاحظه میکند که دهانه آمپول و اتر بعلت سنگ صفر اوی بسته است. با مشاهده این وضع معتقد شد که علت پانکراتیت وجود مجرای مشترک بین ویرسونگ و کلدوك میباشد و چنانچه بسته شود باعث برگشت صفراء بداخل پانکراس و فعال شدن آنزیمهای آن و کریز پانکراتیت میشود بعلاوه صفراء عفونت راهم پانکراس میبرد. این نظریه که مدت‌هاست مورد قبول میباشد چند ایراد دارد که عبارتند از:

الف - همیشه پانکراتیت بعلت وجود سنگ صفر اوی نیست زیرا ادم، اسپاس و فیروزهم میتوانند با انسداد آمپول و اتر ایجاد مجرای مشترک کند.

ب - این نظریه، پانکراتیتهای ناشی از وجود دوم مجرای مستقل با دوده‌انه در دوازده‌ماهه و یا پانکراتیتهای محدود به مجرای سالنورینی را توجیه نمیکند.

تشخیص قطعی میگردد. بیماری بیشتر نزد زنان در سنین ۵۰-۲۰ سال دیده میشود و در اطفال نادر است و علائم آن عبارتند از:

- ۱- درد شدید بالای شکم که غالباً پشت انشاده دارد و گاهی بعلت بسته شدن هیاتوس وینسلو و تجمع مایعات در قعر چادرینه و تحریک صفاق حجاب حاجز چپ، درد به شانه و همچنین کشالدران چپ نیز انتشار می یابد (درد شانه بعلت تحریک قسمت مرکزی و درد کشالدران بعلت تحریک قسمت محیطی حجاب حاجز است) و بالاخره در در تمام شکم منتشر میشود.

۲- استفراغ

۳- شوک که بیشتر در موارد شدید بیماری دیده میشود. (پریدگی رنگ، عرقسرد، تنگی نفس، غالباً سیانوز، نبض تند، فشارخون پائین).

۴- حساسیت شکم بخصوص دراپی گاستر

۵- مقاومت جدار که اغلب بصورت سختی مختصر و گاهی شدید جلب توجه میکند و از بین رفتن صدای روده ای یا ایلئوس فلجی.

۶- گاهی علائم عصبی و ضعف شدید دیده میشود.

۷- بعد از ۲۴ ساعت برآمدگی و نفخ شکم ناشی از ایلئوس فلحی هم اضافه میشود.

۸- بروزتانی یا پیدایش علائم Troussseau و Chewstek با تقلیل مقدار کلسیم خون بکمتر از ۷ mg درصد علایت و خیمی است.

۹- علائم Grey turner (کبودی در پهلوها) و Cullen (کبودی اطراف ناف) دیررس هستند.

۱۰- پلورزی مختصر طرف چپ نسبتاً شایع است.

۱۱- یرقان خفیف اغلب شایع است.

۱۲- لمس تومور در ناحیه اپی گاستر که ناشی از کیست کاذب یا آبسه پانکراس میباشد اغلب دیررس می باشد و در او اخر هفته اول دیده میشود:

علائم آزمایشگاهی:

۱- گاهی مختصر گلیکوزوری پیدا میشود که خود در نتیجه هیپر گلیسمی است.

۲- آمیلانخون بالا است، اغلب در چند ساعت اول بیشتر ویرای چند روزی بالا خواهد بود ولی ارتفاع ۵-۱۰ برآرد چادرکش طبیعی برای تشخیص ارزش دارد و این مقادیر فقط در ۲۴ ساعت اول امکان پذیر است.

۳- مقدار طبیعی آن ۸۰-۱۸۰ واحد Somogyi درصد است و بر حسب واحد Wohlegemuth ۵-۱۰ واحد است که در موارد

پانکراتیتها همراه با بیماریهای مجاری صفر اوی هستند که در ۵۰٪ موارد توأم با سنگ میباشد. وجود سنگ صفر اوی در اتوپسی پانکراتیتها شش برابر بیشتر از افراد عادی است. توأم شدن دو عارضه باعث افزایش طرفداران برگشت صفر اوی عفونت یافته بداخیل مجرای ویرسونگ و یا رسیدن میکروب از راه لنف به پانکراس شده است ولی ارتباط مستقیم لغفاتیک بین کیسه صفراء و پانکراس وجود ندارد.

مکانیسم اثر الکل در ایجاد پانکراتیت معلوم نیست و فقط نکته جالب آنست که در افراد مبتلا به ذیان الکلی اغلب مقدار آمیلان خون زیاد است. بهر حال ممکن است الکل بطرق زیر اثر نماید:

- الکل از طریق خون به پانکراس رسیده و بر آن اثر سمی مستقیم دارد.

- التهاب دوازدهه باعث انسداد یا عفونت مجاری پانکراس میگردد.

- استفراغ زیاد باعث برگشت محتویات دوازدهه داخل پانکراس میشود.

- تماس الکل با مخاط دوازدهه مقدار سکرین را افزایش می دهد و افزایش ترشح پانکراس از این طریق و توأم شدن آن همراه عواملی مثل دئودنیت، ادم پاپی یا متاپلاتزی مجاری پانکراس باعث بروز عارضه میگردد.

در مرور مکانیسم اثر الکل در افزایش ترشح پانکراس معتقدند که الکل از دوطریق اثر میکند یکی از راه اثر بر معده و افزایش ترشح اسید آن که خود اسید در دوازدهه عامل ترشح سکرین میباشد و دیگری اثر مستقیم الکل بر مخاط دوازدهه. بعلاوه وجود اسید والکل زیاد در دوازدهه سبب اسفلکترو اودی شده و اشخاص کلیلی دچار دئودنیت و ادام آمپول واتر میباشند بالاخره در مرور پاتوژنی پانکراتیت، عوامل آلرژیک و واکنشهای ایمنی زا را نیز مؤثر میدانند.

علائم:

دوازدهل قرن بیستم پانکراتیت فقط در اتوپسی یا روی تخت عمل تشخیص داده میشود ولی با کشف Somogyi در ۱۹۳۴ موارد تشخیص پانکراتیت خیلی زیاد شد و تصویر میشود که هر بیمار بادرد شکم و آمیلانز بالا مبتلا به پانکراتیت است در صورتیکه بعداً معلوم شد در عده زیادی از بیماریها آمیلانز خون بالا میروند و بعلاوه در پانکراتیت ممکن است بالا نباشد. بنابراین شرح حال بیمار و معاینه بالینی نهایت اهمیت را دارد و بكمک آزمایشگاه و رادیولوژی

- درربع فوقانی و راست شکم باشد و درد شدید اپی گاستر همراه با یرقان ممکن است با قولنج صفر اوی اشتباه شود.
- ۳- انسدادهای اختناقی روده بعلت درد شدید شکم همراه با استفراغ.
- ۴- ترموموز و انفارکتوس مزانتر بعلت درد واستفراغ همراه با شوک شدید.
- ۵- انفارکتوس میو کارد همراه با درد شدید اپی گاستر، شوک و سیانوز.
- ۶- درمواردیکه دردشده در پشت متصرک شده آنوریسم دیسکانت را باید در نظر داشت.

درمان پانکراتیت حاد

- درمان پانکراتیت حاد را باید بد و گونه انجام داد:
- درمان طبی
 - درمان جراحی
 - ۱- درمان طبی :

در مرحله اول، درمان پانکراتیت حاد، طبی میباشد و بر چند اصل استوار است:

الف - تسکین درد بیمار:

چون مورفین سبب اسپاسم اسفنکتراودی میشود بایستی از مصرف آن خودداری کرد ولی از پتیدین و ترکیبات مشابه آن که اسپاسم کمتری میدهدن میتوان استفاده کرد و گاهی بهتر است با داروهای آنتی اسپاسmodیک توأم مصرف شود. گاهی درد بقدرتی شدید است که با هیچگونه دارویی تسکین نمی‌یابد. در اینگونه موارد میتوان از بلوك اسپلانکنیک و بیحسی اپی دورال استفاده کرد.

ب- درمان شوک و تجویز مایعات والکترولیتها:

برای درمان شوک از خون، پلاسماویا جایگزین شونده‌های پلاسما استفاده میشود. بعلاوه همانطور که در قسمت دیگری از درمان بحث خواهد شد Trasylol نیز در درمان شوک مفید است. مایعات والکترولیتها بایستی بمقدار کافی تجویز شوند تا مایعات والکترولیتهایی که بطریقه ذیر از دست رفته است جبران شود:

- ارتضاح در اطراف پانکراس، خلف صفاق و داخل صفاق
- استفراغ
- ایلئوس فلجي و احتباس مواد در داخل روده
- دفع مایعات والکترولیتها از راه لوله معده نوع مایع تجویز شده بر حسب وضع الکتروولتی بیمار تغییر خواهد کرد.

يرقان مختلف میشود.

۳- مدت آمیلاز اوری بیشتر طول میکشد و باید در اداره ۲۴ ساعته مقدار آنرا تعیین نمود. این مقدار باید از ۴۰۰ واحد Somogyi در ۲۴ ساعت بیشتر باشد تا تشخیص سندروم داده شود. باید دانست که آمیلاز پانکراس توسط گاما گلوبولین درخون حمل میشود.

مقدار آمیلاز در پروفوراسیون اولسر، تجویز مورفین، کله سیستیت، انسدادهای اختناقی، پریتونیت و عده زیادی از بیماریهای دیگر بالا است و در پانکراتیتها ممکن است بعلت تأخیر در آزمایش یا تخریب وسیع پانکراس طبیعی باشد.

۴- آزمایشهای دیگر که جنبه علمی دارد عبارتند از:

- اندازه گیری Anti thrombine سرم
- تعیین مقدار لپیازو ترپسین سرم
- تعیین مقدار چربی کل خون که در این کسالت بالا است.
- تعیین مقدار پروتومبین خون که در اینجا مقدار آن کاهش می‌یابد.

- Loemis test که عبارتست از واکنش میدریاز بد نبال چکاندن آدرنالین در حفره ملتجمه که هیچکدام ارزش زیادی ندارند.

E.C.G : برای تشخیص افتراقی انفارکتوس میو کارد. در پانکراتیت معکوس شدن موج T یا پائین بودن قطعه ST شایع است

برتو نگاری:

بمنظور تشخیص بیماریهای دیگر شکم و مشاهده تصویر هیدرو- آئریک در اطراف پانکراس و یا قولون عرضی متسع در پانکراتیت که گاهی پیدا میشود و نیز برای پرین وجود سنگ پانکراس یا مجاری صفر اوی، گاهی از شکم پرتو نگاری بعمل می‌آید.

درمواردیکه حال عمومی بیمار خوب باشد، در رادیو گرافی بامداد حاجب از معده و اثني عشر، بازشنیدن کادر دوازده و بچلورانده شدن معده جلب توجه میکند و در سینه گاهی پلورزی و آنلکتازی ریه طرف چپ دیده میشود.

تشخیص افتراقی:

پانکراتیت بر حسب هریک از علائم و مشخصات خود ممکن است با یکی از این بیماریها اشتباه شود:

- ۱- سودا خشدن نخم معده و اثني عشر بعلت درد شدید اپی گاستر، سفتی جدار واژین رفقن صدای روده.
- ۲- کله سیستیت حاد در مواردیکه درد تدریجی و حساسیت بیشتر

- عده‌ای تا برطرف شدن علائم، روزانه ۲۰۰,۰۰۰ تا ۳۰۰,۰۰۰ واحد میدهدند و بعد بتدریج آنرا کم کرده به ۵۰,۰۰۰ تا ۷۵,۰۰۰ واحد در روز میرسانند تا علائم فعالیت بیماری کاملاً ازین برود. نکته جالب آنست که عده‌ای تجویز رتروگراد دارو را از راه آئورت در حدود منطقه تنفسی لایک در مواد خیلی شدید توصیه میکنند تا تراکم بیشتری از آن در اطراف پانکراس بوجود آید البته هنوز این موضوع در مرحله تجربی مبیاشد.

در بخش يك جراحی بیمارستان سینا چنین متداول است که بمدت دو هفته روزانه ۴۰۰,۰۰۰ واحد دارو تجویز میشود (هر شش ساعت ۱۰۰,۰۰۰ واحد) در روزهای اول، تزریق بطريق وریدی و بعداً عضلانی است.

- در مواردیکه هیپر گلیسمی وجود دارد از انسولین استفاده میشود و اگر مقدار کلیسم خون خیلی پائین باشد باید این دارو را داخل وریدی به بیمار تزریق نمود.

د- جلوگیری از نارسائی حاد کلیه که اگر درمان صحیح جهت پانکراتیت انجام شود این عارضه بروز نخواهد کرد.

ر- جلوگیری از عوارض ریوی

ز- اصلاح اختلالات اسیدو باز بیمار با توجه باینکه مقدار زیادی مایع اسیدی از راه لوله عده کشیده میشود و بیمار در معرض خطر آلتالوز هیپو کلر میک قرارداد.

س- عده‌ای جهت درمان ، هیپوترمی را توصیه کرده‌اند زیرا مشاهده شده که هم از ترشح پانکراس و هم از میزان شوک کاسته میگردد.

ش- درمورد تجویز استروئیدها بحث بسیار است چون مواردی از پانکراتیت بدبیال تجویز استروئید دیده شده است. عده‌ای با تجویز آن مخالف میباشند ولی باید اذعان کرد که درمورد شدید وبخصوص در شوکهای شدید که بدرمان بخوبی جواب نمیدهدند مصرف آن مفید میباشد.

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

۳- درمان جراحی :

درمورد ذیراقدام بدرمان جراحی میشود:

الف- شک در تشخیص: درمورد دیگر باتوجه بشکم بیمار از لحاظ تشخیص نوع بیماری شک و تردید وجود داشته باشد بهتر است لاپاراتومی انجام شود و اگر بعد از باز کردن شکم پانکراتیت وجود

پ- با استراحت و اداشتن پانکراس و کاستن ترشحات خارجی آن :

گرچه برای ترشح پانکراس سه عامل عصب واگ، هورمون ترشحی و تحریکات عصبی اطراف غده را مؤثر میدانند ولی مهم ترین عامل، هورمون ترشحی میباشد یعنی بعلت ورود اسید از عده بداخل دوازده، از مخاط این عضو هرمونهای سکرین و پانکراس را تزوییم میشود که از راه گردش خون ترشح خارجی پانکراس را باعث میشوند. بنابراین مهمترین عامل و بهترین طریقه استراحت دادن به پانکراس عبارتست از:

- گذاشتن لوله در عده و کشیدن ترشحات معدی

- جلوگیری از ورود غذا از راه دهان

- تجویز داروهای آنتی کولینرژیک و فلنج عصب واگ و قطع ترشح اسید عده.

ت- جلوگیری ازفلنج روده ای:

برای جلوگیری ازفلنج روده اجرای اصولی که در اصل پ مذکور آمد بهترین طریق میباشد.

ج- جلوگیری ازغوفت:

تجویز آنتی بیوتیک مناسب است زیرا غوفت از راه خون، لف، برادر مجاورت و یا از راه صفرای آلوده پانکراس میرسد.

ج- تجویز مهار کننده های آنزیمی:

Trasylol یک ترکیب بیولوژیکی و مرکب از ۵۸ اسید آمینه است که بصورت زنجیره ای باشد باند دی سولفید بیکدیگر متصل شده اند و از غده پاروتید گاو بودست میاید. از راه تزریق وریدی بسرعت منتشر میشود ولی از سد مغز نمیگذرد. نیمه عمر آن ۱۵۰ دقیقه میباشد بنابراین برای بدست آوردن اثر مفید آن بایستی بطور مکرر یا دائمی تزریق شود. و تصور میشود که این دارو خاصیت آنتی تریپتیک داشته باشد و تریپسین، کیمتوتریپسین و کالی کرین را ازغفالیت بازمیدارد بنابراین از پیشرفت عارضه، درد و بیمزان قابل توجهی از شوک بیمار میکاهد. درمورد مقدار تجویز آن بحث بسیار است و هر مکتبی تظریه ای دارد که ما چندتای آنها را ذکر میکنیم:

- عده‌ای مقادیر خیلی زیاد را توصیه میکنند بطور یکه در روز او ب مجرد تشخیص ۲۰۰,۰۰۰ واحد داخل رگ تزریق میکنند و بعد ۸۰۰,۰۰۰ واحد دیگر روز، روزانه داخل رگ تزریق میکنند.

- عده‌ای روزانه بمقدار ۵۰۰ وحد در دوزهای تقسیم شده تجویز میکنند تامرا حله حاد بیماری پایان پذیرد.

ج - درمورد عمل جراحی بمنتظر برداشتن نسوج نکروز بحث بسیار است ولی عده‌ای خیلی کم طرفدار انجام آن میباشد زیرا با عوارض و مرگ و میر زیاد تواأم میباشد ولی عده‌ای هم در مواردیکه نسوج نکروزه زیاد باشد فقط درناز خود پانکراس را بخارج توصیه میکنند و فیستول پانکراس را بعداً تحت درمان مناسب قرار میدهند.

۳- درمان بعدازحمله حاد پانکراتیت :

این درمان شامل دو قسمت میباشد:

الف - جستجوی علت عارضه که غالباً باید ۶-۴ هفته بعدازبیبود بیمارانجام شود و اگر علت قبل علاج باشد آنرا برطرف کرد. ازاین گروه بیماریهای مجاری صفر اوی قابل ذکر است. افراد الكلیک را باید مجبور برترک اعتیاد کرد.

ب - جلوگیری ازعود عارضه که بیشتر شامل رژیم مناسب(اغلب رژیم زخم معده واثنی عشر، آنتی اسید و آنتی کولی نرژیک میباشد)، تنذیه مکرر و کم و رژیم بدون چربی است و اگر بعلت پانکراتیت، بیمار دچار نارسائی پانکراس شده باشد باید اذانزیمهای پانکراس بطور اضافی جهت درمان نارسائی مصرف نمود.

پیش‌بینی:

بستگی بشدت عارضه دارد بطوریکه در پانکراتیت حاد خیزدار اکثر بیماران ببهود می‌یابند و در پانکراتیت هموراژیک مرگ و میر زیاد است که بر حسب آمار مختلف میزان آن متفاوت میباشد و اغلب بطور متوسط ۲۰٪ موارد را ذکر میکنند. در مواردیکه پانکراتیت گانگر نوز وجود داشته باشد خطر مرگ و میر خیلی بیشتر است. بعلاوه در اشکال شدید پانکراتیت، عوارض شایع میباشد بطوریکه بیماران تا ۶۰٪ ممکن است دچار پانکراتیت مزمن یا عود کننده شوند.

خلاصه :

شرح حال کودکی ده ساله بیان شد که دچار پانکراتیت حاد هموراژیک بود و عارضه در ضمن لایارا توئی تشخیص داده شد و بدون انجام عملی با گذاشتن درن درشکم جدار بسته شد و بیمار تحت درمان طبی قرار گرفت و با بهبود کامل مرخص گردید. پانکراتیتها بطور کلی واجمل مورد بحث قرار گرفت. گرچه عارضه در اطفال کمیاب است ولی باید بخاطر داشت که قرداد آنان وجود دارد و مواردی بیشتر از آن باید تشخیص داده شود. علت آن اغلب نامعلوم است شاید آسکاریس و بیماریهای عمومی وغفونی اهمیت زیادی در این مورد داشته باشند. تشخیص عارضه بیشتر بر اساس مشخصات بالینی و کمک آزمایشگاه انجام میشود.

داشت باید بدون انجام عملی جدارشکم را مجدداً بست. عده‌ای گذاشتن درن را توصیه میکنند و عده‌ای با گذاشتن آن مخالفند و همانطوریکه در اول مقاله بحث شد همیشه بگذاشتن دودرن اقدام میکنیم یکی درهیاتوس وینسلو و دیگری در بن بست دو گلاس.

ب - پیدایش کیست کاذب:

کیست کاذب غالباً در اوایل هفتگه اول بصورت تودهای دراپی گاستر جلب توجه میکند، برای تأیید تشخیص میتوان از رادیو گرافی با باریم خوراکی از راه معده و اثنی عشر استفاده کرد. وجود کیست کاذب غالباً در دنناکست و خود بخود بهبود نمی‌یابد ولی ممکن است عوارضی مثل عفونت، خونریزی و پارگی داخل صفاق در آن بروز کند یا بعلت فشار باعث انسداد دوازدهه یا کلدوك شود. پس در مواردیکه توده مزبور بزرگ و تواأم با عوارضی باشد باید اقدام به جراحی شود. درمان بطریق زیر میباشد:

- درناز داخلی کیست (بداخل معده یا ژژونوم در قوس (Roux en Y)

- درناز خارجی که معايب آن عبارتند از خودگی جدارشکم، طولانی شدن عارضه، عود مجدد در صورت قطع زودرس درناز و بالآخره از همه شایعتر فیستول پانکراس. (البته در مواردیکه کیست چرکی باشد میتوان درناز خارجی کرد).

- اسفنکتر تومی در مواردی مفید است که کیست با مجرای پانکراس ارتباط کامل داشته باشد.

- برداشتن کامل کیست که خطرناک میباشد و فقط در مواردیکه عارضه محدود بدم پانکراس باشد میتوان از پانکراتکتومی پارسیل دیستال استفاده کرد.

پ - پیدایش آبسه:

خوبشختانه این عارضه زیاد شایع نیست. در اینگونه موارد علاوه بر لمس تودهای دراپی گاستر حساس، علامت عفونی نیز موجود و درمان آن درناز خارجی است و اغلب این درمان طولانی میباشد.

ت - انسداد مکانیکی رودها بعداز پانکراتیت نیز یکی از موارد لازم اقدام جراحی میباشد که غالباً این انسداد بعلت چسبندگی ویا فشار کیست و آبسه میباشد و در موارد مشکوک بافلج روده، میتوان از پرتونگاری بوسیله عاده حاجب گاستر و گرافین استفاده کرد.

ج - یرقان انسدادی:

در مواردیکه همراه پانکراتیت، یرقان شدید انسدادی وجود دارد لازم است که مجاری صفر اوی بطریقه ساده‌ای بخارج درناز شود تا از فشار داخل مجاری بکاهد و به بهبود بیمار کمک کند.

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, Buttermorths Co.: New York, 402 -420
- 6 - Christopher's - Textbook of Surgery, 1964, W.S. Sanders Co, London, 767 - 803.