

۱۴۱۷

دانشگاه جندی شاپور

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترا

عنوان

اختلالات گوارشی بیماری قند (دیابت)

باراضمائے

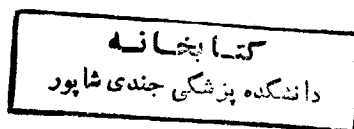
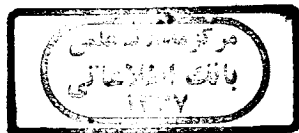
استاد راجمند جناب آقای دکتر صائق

محمد جواد علیشاهی

نگارش

شماره پایان نامه ۲۷۹

سال تحصیلی ۱۳۴۹ - ۱۳۵۰



۱۴۱۷

الف

تقدیم باستاد گرامس وارجمند جناب آقای دکتر صمد صائق
که صمیمانه مراد رتبه‌ی و تسدوین این پایان نامه
رهنما بوده اند .

ب

تقدیم چھپانے والے رومان خوب و مہربان و ہر ایران عزیزم
کہ پیوستہ درس محبت و آزاد گسی بمن آموختہ اند و
قلیم ہمیشہ از عشق و مہربان سرشار است .

ج

تقدیم بتمام استادان خوب و عالیقدر و دوستان عزیز

که شیفته دانش و هنرند و مرا علم آموخته اند

د

تقدیم به (د) وجود عزیزی که همیشه مخصوصاً
در ایام تحصیلات پزشکی مرا یاری و کمک فرموده و آن کرده است
و قلبم مالا مال از محبت‌های اوست .

بدینوسیله از استاد عزیز و ارجمند جناب آقای دکتر

صمد صائِق که در تهیه و تنظیم این پایان نامه مرا کمک

و راهنمایی بسیار کرده اند از صمیم قلب تشکر نموده و پیروزی

و موفقیت روزافزون و سعادت همیشگی ایشان را عمیقاً از درگاه

خداوند بزرگ آرزو مند م

محمد جواد علیشاهی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
-----	-----
—	مقدمه
۱	اختلالات گوارشی بیماری دیابت
۱	دندان و ضامن مربوطه
۴	مغز
۶	معدده
۱۲	روده ها
۱۹	پانکراس
۲۷	کیسه صفرا و مجاری صفراوی
۳۱	کبد در اختلالات متابولیک
۳۳	کبد در بیماری قند
۳۷	تفسیرات کبد در انواع گوناگون دیابت
۴۵	مشاهدات
۵۰	منابع مورد استفاده

مقدمه

دیابت شیرین یکی از بیماریهای بسیار قدیمی است که تاریخچه ای هم سن تمدن بشری دارد و از ابتدای پیدایش انسان در روی زمین گریبانگیر عده زیادی از افراد بوده است و از زمانیکه بشر توانسته است آثار و علائمی از دوران مختلف زندگی خود بجاگذارد نشانه هائی از مبتلایان به بیماری قند دیده میشود. در چند سال اخیر این بیماری از جهت پزشکی و اجتماعی اهمیت فوق العاده پیدا کرده بطوریکه علاوه بر تحقیقات گوناگون، کنفرانسهای هم در نقاط مختلف دنیا مرتب در جریان است.

چون بیماری قند در بعضی خانواده ها فراوان است لذا در ارثی بودن آن تردیدی نیست اما هنوز درباره نحوه توارث آن اتفاق نظر وجود ندارد لذا مجامع بزرگ علمی و بهداشتی دنیا روز بروز علت پیدایش و روش مبارزه با انتشار این بیماری را مورد توجه بیشتر قرار میدهند.

همچنین تعداد مبتلایان به بیماری قند و افزایش آن در جهان ایجاب میکند که توجه بیشتری باین بیماری معطوف گردد تا بتوان با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و اقتصادی هر منطقه از گسترش آن جلوگیری کرد و بیماران را تحت درمان و مراقبت صحیح قرار داد و حتی المقدور مانع بروز عوارض خطرناک آن گردید. در بیماری قند نه تنها اختلال شدیدی در تنظیم سوختوساز مواد قندی موجود است بلکه متابولیسم مواد چربی،

پروتئین ها و آب و املاح نیز دستخوش بی نظمی های قابل توجهی میشود.

اگر عوارضی را که در طول بیماری دیابت در دستگاههای مختلف بدن ظاهر میشود در نظر بگیریم مشاهده میشود که تقریباً تمام اعضاء حیاتی بدن مانند دستگاه عصبی مرکزی و اعصاب محیطی، دستگاه گردش خون (مخصوصاً مویرگها و شریانها) دستگاه گوارش، کلیه ها، دستگاه تناسلی پوست، استخوان و چشم کم و بیش آسیب میبینند، که در اینجا اثرات و عوارض این بیماری در دستگاه گوارش مورد بحث قرار میگیرد.

بطورکلی ۷۰ درصد از بیماران دیابتی که سن آنها بالاتر از ۴۰ سال می باشد مبتلا به پیوره و آسیبهای عفونی مزمن لثه ها و دندانها هستند و بیش از ۶۰ درصد بیماران مبتلا به دیابت در حدود سن ۶۰ سالگی تمام دندانهای خود را اودست میدهند .

باتوجه با اهمیت دندانها در حفظ سلامتی افراد و کمک بانجام اعمال گوارشی لازمت افراد مبتلا به بیماری قند و هم منظور افراد وابسته بخانواده های دیابتی در هر سن و سالی که هستند بطور منظم تحت کنترل پزشکی متخصص دهان و دندان قرار گیرند تا از فقدان دندانها و عوارض عفونی دهان بموقع جلوگیری شود .

در بیماران دیابتی جوان پوسیدگی و روسوب های شدید در قاعده دندانها که منجر بپورم لثه ها و بالاخره پیوره میشود فراوان دیده شده است .

در بیماران دیابتی که بدون علت مقاومتشان در برابر انسولین افزایش میابد . یا با وجود رعایت رژیم غذایی ، تنظیم و تعادل قند خونشان دچار اشکال میگردد ، باید در جستجوی گنون عفونی بود که از این نظر دهان و دندان ها رل مهمی رابعهد ه دارند .

در مواردیکه احتیاج به اعمال جراحی بر روی لثه ها بوده و یا کشیدن دندان بیماران دیابتی مورد نظر باشد ، تمام شرایطی راکه یک فرد دیابتی قبل از عمل دارد باید کاملاً رعایت کرد (قند خون کاملاً متعادل باشد ، درادرار قند و اجسام سستونی وجود نداشته باشد ، آنتی بیوتیک های مناسب در صورت لزوم بجد کافی تجویز شود) اگر بمسائل فوق توجه نشود ممکن است در تعقیب کشیدن یک دندان عفونت شدید ی مانند فلگمون ایجاد شده یا اسیدوز و سستوز حتی اغماء دیابتی بوجود آید .

برای بیحسی موضعی لثه‌ها در اعمال مختلف باید از نوکائین و مشابهن آن بدون-
 آدرنالین استفاده کرد زیرا تزریق موضعی آدرنالین ممکن است در افراد دیابتی
 با ایجاد گانگرن در محل تزریق کمک کند. اگر کشیدن تمام یا تعداد زیادی از دندانها
 لازم بود بهتر است در دفعات مختلف و بفاصله ۲-۳ روز هر نوبت يك یا حداکثر
 دودندان کشیده شود تا از خونریزی‌های شدید و عقونت‌های ثانوی جلوگیری بعمل
 آید.

عده‌ای از مبتلایان به بیماری قند از ضخامت پرزهای سطح زبان یا از سیاهی رنگ آنها
 شکایت دارند. این علائم بیشتر بعد از پایان يك اسید وستوز یا افصاء دیابتیک ایجاد
 میشود و اختصاصی بیماری دیابت ندارد و از طرفی پس از مدت کوتاهی از بین میروند. و اثر
 از آن‌ها باقی نمیماند. ولی ممکن است مجدداً تکرار شوند.

مـری

—————

تقریباً میتوان گفت که اطلاعات و گزارشات کافی و دقیقی در مورد اثرات سوء دیابت در

مری تابحال در نوشتجات پزشکی نیامده است ، جز اینکه در سال ۱۹۳۳ Winson

زخمهای منتشری را در مری و مورد بیمار دیابتی گزارش کرده و همینطور در سال

۱۹۴۵ Rundle در یک بررسی عمومی از ۱۲ بیمار که دچار نروپاتی دیابتی

(اختلالات عصبی دیابتی) بودند تغییرات دژنراتیو در تنه اعصاب شبکه مری و —

گانگلیون سلیلک را در مورد اتوپسی شده پیدا کرده است .

در آگست ۱۹۶۷ Mandelson[†] در مجله J.A.M.A نتیجه بررسی

و مطالعه ای را که بر روی ۱۴ بیمار دیابتی که دارای اختلالات عصبی معده ورود ه

(نروگاستروانتروپاتی) بوده و ۱۴ مورد شاهد (بدون دیابت) که بوسیله —

فلورسکوپی و سینه رادیوگرافی مطالعه کرده بود گزارش داده است .

نتایج بررسی این شخص بقرار زیر است .

۱- حرکات دودی اولیه در سه بیمار وجود نداشتند و در ۹ بیمار کاهش پیدا کرده بودند

۲- انقباضات نامنظم (Tertiary) بطور مکرر در یک بیمار و بصورت گاهگاهی در

۵ مورد موجود بود .

۳- تاخیر در تخلیه مری در ۸ بیمار دیده شده (تخلیه بیش از ۲ ثانیه طول کشیده

است)

۴- اتساع خفیف مری در ۵ مورد وجود داشته

۵- علائم کلینیکی فقط در سه مورد دیده شده است

۶- در اتویسی يك مورد از ۱۴ مریض دیابتی مورد مطالعه که بعلت دیگری مرده بود هیچگونه تغییرات غیر طبیعی ماکروسکوپیك و یا میکروسکوپیك مشاهده نشد و شبکه Myenteric نیز طبیعی بوده است .

۷- ارتباطی بین علائم راد یولوژیکی و وضع کنترل دیابت و یا شدت دیابت و شدت عوارض آنها وجود نداشته است .

۸- در گروه ۱۴ نفری که بعنوان شاهد در نظر گرفته شده بودند هیچگونه اختلال راد یولوژیکی مشاهده نگردیده است .

معدده

—————

بعلت فراوانی ضایعات گوارشی در سنین مختلف و در افراد غیر دیابتی نمیتوان عارضه معدی را منحصرأً مربوط به دیابت و اختلالات متابولیک آن دانست و یا لا اقل — جد کردن و تفکیک عوارض معدی دیابت از افراد غیر دیابتی که در چار ضایعات گوارشی (معدی) هستند نسبتاً مشکل است.

درد یابت پیشرفته افراد مسن که آسیبهای عصبی و عروقی در سایر اعضا ظاهر شده باشد این عوارض نیز در معده ممکن است با شکل مختلف بروز کند.

بطور کلی در بیماری دیابت در همه اعمال معده وقفه حاصل میشود که این اختلالات بطریق زیر تقسیم بندی میگردد و شامل

اختلالات حرکتی، اختلالات ترشحات، زخم پپتیک، تفسیرات مخاطی و آنتیبادیهای معدی میباشد

Motor Abnormality .

اختلالات حرکتی

—————

گزارش شده
Gastroparesis Diabeticorum . برای اولین بار در سال ۱۹۵۸ .

است که برای تشخیص این عارضه در دیابت نکات زیر لازم است

۱- اتساع معده

۲- کم شدن یا عدم وجود امواج دودی

۳- باقی ماندن باریم در معده بیشتر از ۶ ساعت

۴- عدم وجود انسداد عضوی در ناحیه پیلور

۵- وجود دیابت

در این عارضه بطور معمول علائم بالینی وجود ندارد اما ممکن است گاهی دردهای مبهم شکمی و استفراغ دیده شود، بعلاوه علائم کلینی مربوط به هیپوگلیسمی بطور مکرر در این بیماران دیده میشود. مکانیسم بوجود آمدن این عارضه معدی کاملاً شناخته نشده است، اما در نظریه در این مورد موجود است،

۱- علت عصبی (Neurogenic) زیرا

الف = این عارضه بیشتر در افراد دیابتی دیده میشود که علائم اختلال عصبی محیطی و اعصاب خود کار در آنها بیشتر است.

ب - شواهد زیادی بین این حالت و عارضه ای که بعد از قطع عصب واگ بوجود میاید موجود است

۲- هیپیرگلیسمی

معمولاً هیپیرگلیسمی باعث کاهش حرکات معده میشود، برای اثبات این -

موضوع Dotevall (دوتوال) با مطالعه اندازه گیری زمان

تخلیه معده در گروه بیماران دیابتی با عوارض دیررس، و گروه بیماران دیابتی

بدون عوارض دیررس و گروه بدون دیابت نشان داد که زمان تخلیه معده در -

بیماران دیابتی بدون عارضه دیررس با افراد غیر دیابتی یکسان بوده در صورتیکه

زمان تخلیه معده در دیابتی هائی که عوارض دیررس داشتند از هر دو گروه دیگر

طولانی تر بوده است.