

۶۴۱۸

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا از دانشگاه ملی ایران

موضوع :

راد یولژی روده کوچک در سندرم های سوء جذب

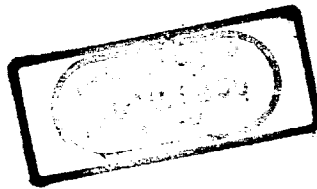
براهنمائی :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ذبیح اله ارنسوز

نگارش :

امیر حسن مظهري

سال تحصیلی ۵۲-۱۳۵۲



۶۴۱۸

سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو / ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم

که زندگی را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم .

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به

پیشگاه اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه

خود را با وجدان و شرافت انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود

بود ، اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت

پزشکی را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین ، ملیت ، نژاد و

عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظائف پزشکی

من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم داشت

و هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار

نخواهم برد .

آزادانه و بشرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام

انجام دهم .

تقدیم ہے۔۔۔۔۔ :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ذبیح الہ ارنواز۔

صفحه	عنوان
۱	سندرم سوء جذب " اسپرو"
۷	اسپرو
۱۳	یافته‌های رادیولوژیکی در اسپرو
۱۴	دیلاتاسیون
۱۷	سگمانتاسیون
۲۰	هیپرسکرسیون (از دیات ترشح)
۲۳	انواژیناسیون (تلسکوپ شدن)
۲۴	تشخیص افتراقی از لنفوسارکوم
۲۶	سندروم سوء جذب علل متفرقه
۲۸	دیورتیکول قوس‌های کورو چسبندگی‌ها
۳۱	روشهای جراحی در لوله‌گوارش
۳۲	نارسائی پانکراس
۳۴	بیماری‌های کبد و مجاری صفراوی
۳۵	دیابت

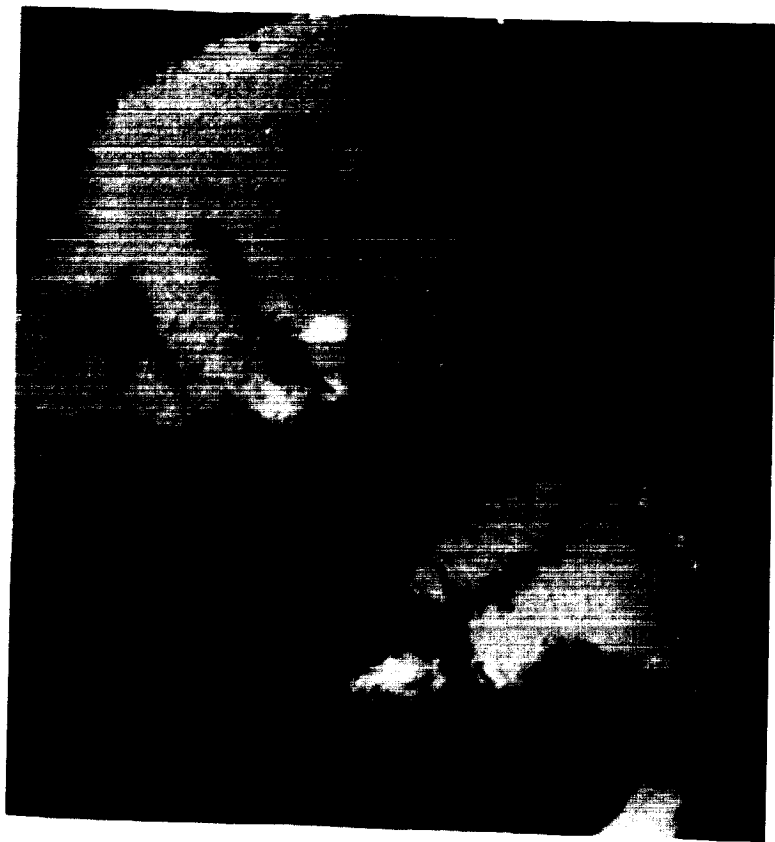
صفحه	عنوان
۳۶	کمبود لاکتاز روده ای
۳۷	بیماری ویپل
۴۳	اسکلرودرما
۴۳	اسکلروز سیستمیک پیشرونده
۴۹	درماتومیوزیت
۵۰	آمیلوئیدوز
۵۵	یافته‌های رادیولوژیک
۵۷	لنفانژکتازی روده ای و ادم روده ای
۶۶	سند روم زالینجر الیسون
۸۲	آلودگی انگلی روده کوچک
۸۳	عفونت بازاریاردا
۸۹	کرم‌های طلابدار
۹۲	استرانکیلوئید استرکوریالیس
۹۳	کرم‌های پهن
۹۴	آسکاریس

سندرم سو، جـ- جذب " اسپرو "

اصطلاح سندروم سو، جذب شامل گروه متنوعی از بیماری‌های—
 میشود که وجه اشتراکشان، در نقض جذب یکی از مواد غذایی اصلی یعنی کربوهیدرات، چربی و پروتئین از روده کوچک میباشد. بطور کلی این، مساله سو، جذب سبب میشود که مدفوع خارج شده حجیم، بدبو و چرب باشد.

علاوه بر این، استثنائات و علائم کلینیکی دیگری نیز ممکن است وجود—
 بیاید مثل: از دست دادن وزن، حجیم شدن شکم، پیگمانتاسیون پوست،
 عقب افتادن رشد روحی و جسمی و نارسائی‌های مختلف مثل کمبود اسید فولیک
 ویتامین B₁₂ ویتامین B کمپلکس، کلسیم یا منیزیم.

عللی که سبب سندروم سو، جذب می‌شوند در گروه بزرگی تقسیم—
 بندی میشوند که در تابلو ۱-۲ نشان داده شده اند.



شکل ۱-۲- اسپرو يك اتساع متوسط در ابتداي ژزونوم وجود
دارد . قوسهای روده ای مثل و انحنا پذیر میباشند .

Table 2+1, Causes of Malabsorption syndrone

1. " Sprue group"

Celiac disease

Nontropical Sprue

Tropical Sprue

2. Constitutional diseases:

Whipple's disease

Scleroderma

Lymphosarcoma

Amyloidosis

Agammaglobulinemia

Diabetes

Carcinoid syndrome

3. Small bowel diseases

Intestinal lymphangiectasia

Parasitic infestation

Diverticula, blind loops, strictures

Regional enteritis

Mesenteric vascular insufficiency

بسیار در مریض

این تقسیم بندی عمومی شامل بیماری اسپیرو، بیماری هیدروکسیلای

Constitutional و بیماری های اولیه روده کوچک، بیماری های ناشی از اعمال

جراحی روی دستگاه گوارش و حالاتی که سبب نقص هضم غذای شوند میباشد.

فیزیولوژی جذب

روده کوچک بطور مشخصی با تقسیم شدن به قطعات کوچک چندین

خود را برای عمل جذب تطبیق داده است که این قطعات سبب ازدیاد

سطح مخاطی روده شده اند.

۱- مخاط (مدکوز) روده باریک بصورت چین هایی درمیآید که

بنام دریچه های Connirente نامیده میشوند.

۲- ویلوزیتهای روده باریک زائده های مخاطی انگشتی شکلی

هستند که در حدود ۱ میلیمتر طول دارند و بطرف داخل حفره روده برآمده

هستند.

۳- میکروویلی های که در حدود ۱ میکرون طول دارند و توسط

ای

میکروسکوپ الکترونی دیده میشوند از مجموعه ستونی شکلی از سلولهای استوانه

جذب کننده تشکیل شده اند.

Wilson نشان داد که این تقسیمات سطح روده باریک را برای جذب در مقایسه با یک لوله صاف (ساده) ۶۰ برابر افزایش میدهد ویلوزیته‌ها توسط سلول‌های جذبی استوانه‌ای شکل و سلول‌های جامی شکلی که موکوز ترشح میکنند احاطه شده و نیز شامل رشته‌های عضلانی صاف، عروق خونی و لنفاتیک نامیباشند.

موادی که توسط عروق خونی جذب می‌شوند بالاخره در ورید پورت Portal میریزند و آنهایی که توسط وریدهای لنفاتیک جذب می‌شوند وارد کانال Thoracic میشوند.

در بین پایه‌های ویلوزیته‌ها چین‌های غده‌ای شکل Liberkuhn قرار دارند، که از آنها سلول‌های تشکیل دهنده ویلوزیته مشتق میشوند. مطالعات رادیو اوتوگرافی نشان داده است که سلول‌های اپی تلیال روده از باریک که از غده لیبرکون سرچشمه میگیرند در طول ویلوزیته‌ها مانند غلافی سلولی بطرف بالا یعنی آنجائیکه ویلی‌ها در Lumen برآمده هستند امتداد پیدا می‌کنند.

ارپیتلیوم روده باریک در جوندگان Rodents و پستانداران.

مطالعه شده ، بطور کامل در عرض ۳-۲ روز مجدداً ساخته و تجدید میشود
ولی در انسان این عمل محتملاً در عرض ۶-۵ روز انجام میپذیرد . سلولهای
این تلیال در حین رشد و هرچه بطرف بالا (نزدیک Lumen باشند)
تکامل بیشتری جهت عمل جذب پیدا می کنند .

این اعمال در نوك ویلوزیته در جایی که سلولها به حداکثر تکامل
خود رسیده اند و از آنجا ترشح صورت میگیرد ، حداکثر میباشد . حداقل تصور
میشود که عمل فیزیولوژیک اصلی در جذب روده باریک وجود دارد .
انتشار غیر فعال عبارتست از عبور یک ماده از غشاء بر اساس اختلاف
غلظت (فشار اسمزی) و تخلیه الکتریکی .

انتقال فعال عبارتست از عبور یک ماده از غشاء در قبال یک اختلاف -

الکتروشیمیائی .

این اعمال انتقال فعال احتیاج به انرژی دارد که از متابولیسم سلولی

تامین میشود .

انتشار ساده (Facilitated diffusion) عبارتست از عبور ماده

از غشاء که احتیاج به انرژی مستقیمی ندارد ولی از لحاظ سرعت به علت دخالت

غشاء، نمازطوریکه انتظار می‌رود سریعتر است.

يك مكانيزم انتقال دهندہ برای توجیہ این پدیده فرض شد است. بر

عکس انتقال فعال این انتقال بعلت تفاوت غلظت نیست. Finocytosis

عبارتست از عمل بلعیدن ذرات و مواد توسط ایجاد حفره Vesiculation

در سلول شبیه عمل آمیب می‌باشد. برای مثال بنظر می‌رسد که ذرات کوچک

چربی برای ورود به غشاء سلولی انواژیتاسیون پیدا می‌کنند.

کربوهیدرات‌ها توسط آمیلاز بزاق و پانکراس و دی ساکارید‌های

مخاط روده کوچک به گلوکز ساده (مونوساکارید) و گالاکتوز و فروکتوز تجزیه

میشوند.

گلوکز و گالاکتوز بمقدار زیادی در قسمت‌های اولیه ژژونوم توسط

مكانيزم‌های انتقال فعال جذب می‌شوند.

فروکتوز نیز در همان ناحیه توسط Diffusion (انتشار) جذب

میشود. پروتئین توسط عمل نمیدرولیز به آمینواسیدها تبدیل میشود که توسط

انتقال فعال بمقدار زیادی در قسمت‌های ژژونوم جذب میشوند.

چربی‌ها نیز توسط لیپاز پانکراس و نمک‌های صفراوی نمیدرولیز—ز

میشوند . بیشتر چربی در قسمت فوقانی ژژونوم جذب میشود .

هنوز معلوم نیست که آیا ذرات چربی با انتشار ساده از غشاهای

لیپیدی سلول جذب کننده جذب میشوند یا توسط عمل *pinocytosis*

بنظر میرسد که اسیدهای چرب ، گلیسرول و بعضی از مونوویدی گلیسریدها -

آخرین فرآورد نهائی باشند که جذب می شوند . بطور طبیعی تقریباً تمام

چربی رژیم جذب میشود و فقط ه گرم چربی در مدفون روانه دفع میشود . اما

این ه گرم شامل مقداری از چربی سلول های اپی تلیا لد سکرامه (کده ه

شده و اجرام باکتری ها نیز میباشد .

در انسان بیشتر مایعات و الکترولیتها از ژژونوم جذب میشوند .

بطور نسبی جذب مایع بمقدار کمی در دئودنوم یعنی جایی که مواد رودی

در حال تعادل هستند و یک وضع یزوتونیک دارند صورت میگیرد .

اسپرو-رو Sprue

نام اسپرو به ۳ گروه از بیماری های روده کوچک اطلاق میشود که از لحاظ

کلینیکی خیلی بهم نزدیک میباشند .

این گروه شامل بیماری سلیاک اطفال ، اسپروی غیر بومی یا استئاتوره

ایدیوپاتیك بالغین. واسپرووی تروپیکال میباشد. تمام مدارك قابل قبول و با ارزش در حال حاضر نشان میدهند که بیماری سلیاك واسپرووی غیر بومی - non tropical دارای يك ^{علت} بوده و در زمان های مختلف زندگی حادث می شوند. این موضوع که آیا اسپرووی منطقی Tropical يك بیماری - مجرائی است یا اینکه يك شکلی از اسپرووی غیر بومی non-tropical است هنوز ثابت نشده است.

تمام ۳ دسته بیماری های "گروه اسپرو" در بیوپسی روده کوچک علائم و یافته های مشابهی نشان میدهند.

در روده کوچک يك پهن شدن و مسطح شدن و آماس و به هم چسبیدن ویلوزیته ها و گاهی يك فقدان کامل ویلوزیته ها مشاهده میشود. بعلمت طولی شدن غدد لیبرکون. لذا ضخامت کلی مخاط تفاوت زیادی با طبیعی نخواهد داشت.

Lamina propria توسط لنفوسیت ها، پلازما سل ها و گانسی

اغوزینوفیل ها انفیلتره میشود.

سلول های اپی تلیال ویلوزیته ها مسطح و مکعبی شکل میشوند و

هسته‌های آنها بعوض اینکه در قاعده سلول‌ها بطور منظم باقی بمانند در سطوح غیر منظمی واقع میشوند .

این آنرمالی‌های مخاطی در بیماری اسپرو ، در ژنوم بیش از ایلث-وم

اتفاق می‌افتد .

دلائل و مدارك هیستوشیمی در بیماری اسپرو نشان میدهند که نوك ویلوزیته‌ها که از نظر فیزیولوژیک فعالترین نقطه جذب هستند ، تشکیل نمی‌شود و در عوض بجای آن، يك این تلیوم غیر طبیعی که چهار نظر مورفولوژی و چهار نظر شیمیائی ناقص است جایگزین میشود . بیماران مبتلا به اسپرو تظاهرات کلینیکی سوء جذب را نشان میدهند . اسهال و استثنائوره وجود دارند که همراه با دفع مدفوع حجیم ، چرب و بد بو میباشد .

یافته‌های دیگر کلینیکی بیماری اسپرو شامل از دست دادن وزن ،

ضعف ، حجیم شدن شکم ، پیگمانتاسیون پوست و عقب افتادن رشد میباشد و

نشانه‌هایی از کمبود های ویتامین و املاح معدنی وجود دارد . بیماری سلیاک

و بیماری اسپروی غیر تروپیکال non-tropical معمولاً بستگی به رژیم

غذائی دارند و این خود نشانه‌های است که این دو بیماری را از بیماری اسپرو تروپیکال