

اسکن شد

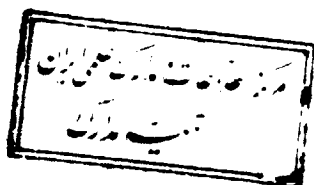
تاریخ: ۸۱/۱۲/۷

توسط: [نام نامشخص]

۱۶/۹

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين
والصلاة والسلام على
سيدنا محمد وآله الطيبين
الطاهرين
الذين هم خاتم النبيين
مما مضى
والله اعلم
بما يخفى

۱۶/۹



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دانشکده پزشکی

۱۳۷۸ / ۲ / ۲۰

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا تخصصی داخلی

موضوع

مقایسه ارزش گرادیانته آلبومین سرم - آسیت و

پروتئین توئال در تعیین علت آسیت های شایع

از مهرماه ۱۳۷۴ لغایت مهرماه ۱۳۷۵

استاد راهنما

جناب آقای دکتر سید جعفر نوابی

نگارش

دکتر منصوره راشدی

سال تحصیلی

۱۳۷۵ - ۷۶

1398/2

۲۴۴۹۸

تقدیم به استاد ارجمند

جناب آقای دکتر سید جعفر نوابی

که در تهیه این پایان نامه مشاوره بی دریغ بودند.

تقدیم به

روان پاک پدرم

تقدیم به

مادر عزیزم

که همواره مشوق من بوده

و مدیون محبت‌های بی‌پایانش هستم

تقدیم به همسر عزیزم

که همواره در راه مشکلات

تکیه گاهی امن و یآوری صبور بوده است

و تقدیم به

آنانکه کنجکاوانه چراها را می جویند

صفحه	عنوان
------	-------

۱.....	دیاچه
۲.....	چکیده تحقیق
	کلیات
۴.....	تعریف
۴.....	شرح حال
۵.....	معاینه فیزیکی
۷.....	بررسی های پاراکلینیک
۱۰.....	آنالیز مایع آسیت
۲۰.....	بیوپسی پریتون
۲۰.....	لاپاراسکوپی
۲۱.....	تشخیص های افتراقی
۲۴.....	علل بروز آسیت
۲۶.....	پاتوژنز آسیت های غیرسیروزی
۲۸.....	درمان
۳۳.....	بحث
۳۴.....	روش تحقیق
۳۷.....	نتایج
۴۳.....	شرح مطالعه و نتیجه گیری
	نمودارها
	فهرست منابع

در تمامی علوم بسیاری روشها و سیستمها، آنچنان جای خود را باز می‌کنند و در نزد همگان مقبول می‌افتند که استفاده از روشهای جدیدتر و بعضاً دقیق‌تر را محدود می‌کنند. یکی از این مثالها در مورد مایع آسیت می‌باشد.

آسیت یکی از شایعترین علت مراجعه و بستری بیماران می‌باشد که توجه دقیق و برخورد مناسب را در کلینیک می‌طلبد.

به طور سنتی مایع آسیت جهت تعیین علت اتیولوژیک آن بر اساس پروتئین توتال به دو گروه تقسیم‌بندی می‌شود که اگر چه در بسیاری موارد کمک کننده است ولی در بعضی موارد نیز دچار خطای تشخیصی می‌شود.

ولی روش جدیدتر گرادیان آلبومین که اخیراً در مورد مایع آسیت انجام می‌شود دقت بالاتری داشته و اشکالات سیستم قبلی را ندارد.

ما بر آن شدیم که با توجه به شیوع فراوان آسیت در بخش‌های داخلی این دو روش تشخیصی را به محک امتحان گذاریم تا بتوانیم روش دقیق‌تر و آسانتر را در راه رسیدن به تشخیص پیدا کنیم.

به امید روزی که در کلاس‌های درس دانشکده پزشکی از آمارهای علمی و اپیدمیولوژیک میهن خودمان استفاده نمایم و از آمارهای جهانی تنها به عنوان مقایسه یاد کنیم.

چکیده تحقیق :

مطالعه ما در رابطه با مقایسه ارزش گرادیان آلومین و پروتئین توتال مایع آسیت به روش رتروسپکتیو انجام گرفته است در این بررسی پرونده ۱۰۰ بیمار آسیتی به طور راندوم از اول مهرماه ۱۳۷۴ لغایت اول تیرماه ۱۳۷۶ در بیمارستانهای امام خمینی و طالقانی کرمانشاه مورد مطالعه قرار گرفت. خلاصه نتایج به دست آمده به قرار زیر است :

از نظر جنسیت ۵۳٪ بیماران مذکر و ۴۷٪ مونث بودند و از لحاظ سنی دامنه سنی بیماران از ۱۳ سال تا ۹۰ سال متغیر بود ($mean = 56/8$) بیشترین درصد افراد مبتلا در دهه هفتم و بعد از آن دهه پنجم زندگی بوده است.

از نظر اتیولوژی ۵۴٪ بیماران سیروز غیرکمپلیکه و ۱٪ سیروز همراه با SBP و ۴۵٪ شامل سایر علل آسیت بودند.

در این مطالعه ۶۰٪ بیماران ترانسودا و ۴۰٪ اگزودا بودند که دقت (accuracy) این روش ۹۷٪ محاسبه شد و ۷۳٪ بیماران High gradient و ۲۷٪ Low gradient بودند و دقت (accuracy) این روش ۹۸٪ بود. که از نظر آماری اختلاف معنی داری ندارد ولی در هنگامی که به زیرگروههای تقسیم بندی دو سیستم توجه می کنیم متوجه دقت بیشتر گرادیان آلومین به صورت نسبی (آسیت سیروتیک) و مطلق (آسیت کاردیاک) می شویم.

در مورد آسیت های کاردیاک علی رغم تعریف که باید آسیت ترانسودا باشد ولی ۷۵٪ آسیت های قلبی این مطالعه اگزودا بودند و از نظر گرادیان آلومین جزء گروه گرادیان بالا می باشد که در ۱۰۰٪ موارد صحت داشت.

در مورد کارسینوماتوز پریتون و تویرکلوز بر طبق بررسی انجام شده تفاوتی بین این دو سیستم وجود نداشت.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سیستم گرادیان آلبومین نسبت به سیستم ترانسودا -
اگزودا در تقسیم‌بندی مایع آسیت، در بعضی موارد ارجحیت نسبی و در بعضی موارد ارجحیت
مطلق دارد.

علاوه بر این استفاده از طبقه‌بندی به روش گرادیان آلبومین، در پاسخ به درمان نیز موثر
است ولی استفاده از هر دو روش جهت تقسیم‌بندی، در رسیدن به تشخیص بهتر و دقیق‌تر
کمک خواهد کرد.

تعریف :

آسیت عبارت است از تجمع مایع در حفره صفاق.
 آسیت از کلمه یونانی «ASKOS» مشتق شده است و به معنی کیسه یا ساک است.

شرح حال : (History)

در کشورهای غربی (آمریکا) تقریباً ۸۰٪ بیماران دچار آسیت، سیروز داشته و اکثر سیروزی‌ها (۸۰٪) وابسته به الکل می‌باشند. در تقریباً ۲۰٪ موارد علل غیر کبدی دیگری وجود دارد (جدول ۱).

TABLE - 1. CAUSES OF ASCITES

CAUSE	PER CENT OF PATIENTS
Parenchymal liver disease	80
"Mixed"	5
Malignancy	10
Heart failure	5
Tuberculosis	2
Pancreatic	1
Nephrogenous ("dialysis ascites")	<1
Chlamydia	<1
Nephrotic	<1
Surgical peritonitis in the absence of liver disease	<1

Based on a series of 1500 paracenteses performed in a predominantly inpatient hepatology general internal medicine setting (B.A. Runyon, unpublished observations).

بیماران آسیتی باید از نظر ریسک فاکتورهای بیماری کبدی مورد سئوال قرار گیرند مانند : مصرف الکل، تزریق داروی وریدی، ترانسفوزیون، کشور محل تولد، خالکوبی، طب سوزنی، تماسهای جنسی و مانند آن.

بیمارانی که سیروز دارند و ناگهان دچار آسیت شده‌اند باید از نظر احتمال سوار شدن کارسینوم هپاتوسلولر و دیگر عللی که بیمار را از حالت تعادل خارج کرده است مورد سئوال قرار گیرند.

بیماران آسیتی که سابقه سرطان دارند باید از نظر آسیت وابسته به بدخیمی، مورد بررسی قرار گیرند. لیکن داشتن سابقه سرطان نمی‌تواند حتماً دلیلی بر وجود آسیت به علت بدخیمی باشد. تومورهای پستان، ریه، کولون و تومورهای اولیه پانکراس معمولاً ایجاد آسیت

می‌کنند .

سابقهٔ قبلی از «نارسایی احتقانی قلب» یا «بیماریهای ریوی محدود کننده» می‌تواند احتمال «آسیت قلبی» را بالا ببرد .

پریتونیت سلی معمولاً با تب و درد شکمی تظاهر می‌یابد . در کشورهای غربی (آمریکا) نیمی از بیماران با پریتونیت سلی یک سیروز الکلی زمینه‌ای بعنوان یک علت ثانوی برای ایجاد آسیت دارند که در مطالعهٔ ما چنین موردی موجود نبود .

بیماران با پانکراتیت همورائیک حاد یا پارگی مجرای پانکراس بعلت پانکراتیت مزمن یا تروما ممکن است دچار آسیت شوند .

از علل دیگر سندرم Fitz - Hugh - Curtis بعلت کلامیدیا است که در زنان جوانی که از نظر جنسی فعال باشند رخ می‌دهد . بیمارانی که ادم و آسیت در زمینهٔ دیابت دارند باید از نظر آسیت با علت کلیوی مورد مطالعه قرار گیرند . آسیت در بیماران با علائم میکسدم باید از نظر تستهای تیروئیدی مورد بررسی قرار گیرند و سرانجام سروزیت‌های ناشی از بیماریهای بافت همبند نیز ممکن است باعث ایجاد آسیت گردد .

معاینهٔ فیزیکی :

در هنگامیکه مایع زیادی در شکم داریم، اتساع شکم و برجستگی پهلوها را داریم که در دق، مات هستند . اگر میزان مات بودن پهلوها بیش از معمول بود باید ماتیتة متحرک (Shifting Dullness) برای بیمار کنترل شود . ماتیتة متحرک با مقادیر بیشتر مایع در دق مشخص می‌شود . مقادیر فراوان آسیت با وجود موج مایع (Fluid Wave) کشف می‌شود . گر چه یافتن مقادیر کمتر از $\frac{1}{5}$ - ۱ لیتر مایع ممکن است مشکل باشد ، قرار دادن بیمار در وضعیت Puddle Sign (قرار دادن بیمار به روی دستها و زانو) می‌تواند مقادیر کمی در حد

CC ۴۰۰ - ۳۰۰ را مشخص کند. شواهد غیر مستقیم وجود آسیت عبارتند از: ادم آلت تناسلی، اسکروتوم، فتق نافی و وجود مایع جنبی. در بین معاینات مائیته پهلوها، حساس‌ترین و موج مایع اختصاصی‌ترین یافته‌ها هستند. اتساع گاز روده‌ها، چاقی، تومورها و یا کیستهای بزرگ می‌توانند با آسیت اشتباه شوند و جهت تشخیص آنها تستهای تشخیصی دیگری نظیر سونوگرافی و رادیوگرافی و CT Scan کمک کننده هستند.

معاینات سایر قسمتها نیز می‌تواند در تعیین علت ایجاد آسیت کمک کننده باشد. وجود اریتم پالمار، اسپایدرهای عروقی بزرگ ضرباندار، کلاترالهای وریدی بزرگ جدار شکمی یا فتور هپاتیکوس حدس بیماری پارانشیمال کبدی و هیپرتانسیون پورتال را مطرح می‌کند. وجود وریدهای بزرگ در پشت بیماران حدس انسداد ورید اجوف تحتانی را مطرح می‌کند.

وریدهای گردنی بیماران آسیتی باید بطور اختصاصی معاینه شوند. پریکاردیت فشارنده یکی از علل نادر قابل درمان آسیت است.

آسیت ممکن است بروش زیر طبقه بندی شود:

۱+ : فقط در معاینه دقیق مشخص شود.

۲+ : براحتی مشخص شود اما حجم کمی داشته باشد.

۳+ : آسیت قابل مشاهده بوده اما 'Tense' نیست

آسیت Tense .

بررسیهای پاراکلینیک :

رادیوگرافی :

وقتی مایع زیادی در شکم موجود باشد در گرافی ساده شکم مات شدن شکم (Haziness)، جدا شدن قوس روده‌ها، محو شدن سایهٔ پسواس را داریم.

وقتی حدود ۱۰۰۰ - ۸۰۰ CC مایع باشد پهن شدن نوار پهلو (Flank - stripe) - حد فاصل دیوارهٔ کولون با لایهٔ چربی خارج صفاق - به بیش از ۲ میلی‌متر و محو شدن زاویهٔ کبدی (کنارهٔ تحتانی راست کبد) را داریم.

وقتی مقدار کمی مایع (کمتر از ۱۰۰۰ میلی‌متر مکعب) وجود داشته باشد، قرار گرفتن مایع در ناودان پاراکولیک راست و محو شدن نوک کبد حساس‌ترین علائم رادیوگرافیک هستند.

سونوگرافی :

این روش غیر تهاجمی است که مقادیر اندکی حدود ۱۰۰ میلی‌متر مکعب مایع داخل صفاق را می‌تواند نشان دهد و بعنوان استاندارد طلایی تشخیص آسیت شناخته می‌شود. سونوگرافی در تشخیص متاستازهای کبدی، توده‌های شکمی و لنفادنوپاتی بعنوان علت ایجاد آسیت می‌تواند مفید باشد.

سی - تی - اسکن :

این روش براحتی وجود آسیت را مشخص کرده، در افتراق توده‌های توپر از کیستیک کمک‌کننده است. مقادیر کم آسیت با ' سی - تی - اسکن ' قابل تشخیص بوده و مزیت دیگر آن نشان دادن نواحی خلف صفاق می‌باشد.