

پانکراتیت حاد

به التهاب حاد پانکراس پانکراتیت میگویند .
پانکراس عضوی است که با ترشح آنزیم های گوارشی به روده باریک به هضم غذا کمک میکند .
این آنزیم ها هنگام ترشح غیرفعال هستند تا به خود بافت پانکراس آسیب نرسانند و هنگامی فعال میشوند که درون روده باشند . در این بیماری ، این آنزیم ها درون خود پانکراس فعال میشوند و به بافت پانکراس آسیب میزنند که موجب التهاب در پانکراس میشود
از این آنزیم ها میتوان به آمیلاز و لپپاز اشاره کرد که در این بیماری مقدار این آنزیم ها در خون زیاد میشود که اندازه گیری آنها به تشخیص بیماری کمک میکند
علت ایجاد بیماری

مصرف الکل و سنگ های صفراوی مسئول 85٪ موارد بیماری هستند . نخستین بروز بیماری معمولا پس از 6 تا 8 سال از مصرف زیاد الکل رخ میدهد

در صورت ادامه مصرف الکل بیماری میتواند مزمن شود .

در پانکراتیت های غیرالکلی 60٪ موارد به علت سنگ های صفراوی است .

تظاهرات بالینی

پانکراتیت حاد موجب درد شدید و پایدار در ناحیه اپیگاستر میشود که معمولا به پشت تیر میکشد . درد در وضعیت نشسته یا ایستاده در مقایسه با وضعیت خوابیده به پشت شدت کمتری دارد
ممکن است تهوع و استفراغ هم وجود داشته باشد
در معاینه فیزیکی ، تب ، افزایش ضربان قلب ، شکم سفت (گاردینگ) و درد هنگام لمس شکم (تندرنس) و اتساع شکم وجود دارد

در موارد شدید میتواند خونریزی باعث کبودی اطراف ناف (Cullen sign) یا در پهلو ها (grey turner sign) شود
در آزمایشات بیمار ، افزایش سطح سرمی آمیلاز و لپپاز دیده میشود

تشخیص های افتراقی

کله سیستیت حاد ، زخم پپتیک پرفوره ، ایسکمی مزانتریک حاد ، پارگی مری و انفارکتوس میوکارد

از موارد تشخیص افتراقی های پانکراتیت حاد هستند

تصویر برداری

در موارد مشکوک به پانکراتیت حاد تصویر برداری به روش x ray از شکم و قفسه سینه و اولتراسونوگرافی انجام میشود
در رادیوگرافی قفسه سینه وجود هوای آزاد ، در شکم وجود انسداد یا کلسیفیکاسیون و در سونوگرافی هم وجود سنگ کیسه صفرا بررسی میشود

تجمع مایع اطراف پانکراس تقریبا در همه موارد دیده میشود

شدت بیماری

سیستم درجه بندی رانسون براساس متغیر های بالینی و آزمایشگاهی میتواند شدت بیماری را پیش بینی کند . در این سیستم معیار ها در دو زمان هنگام بستری و 48 ساعت اول بستری اهمیت دارد
1. متغیر های هنگام بستری :

1- سن 2- تعداد گلبول های سفید

3- سطح گلوکز خون 4- LDH خون

5- AST

2. متغیر های 48 ساعت اول بستری

1- کاهش هماتوکریت 2- فشار اکسیژن شریانی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

گردآوری و ویرایش:

امیرحسین احمدی

استاد راهنما:

دکتر نجم الدینی

در صورت استفراغ یا اتساع قابل توجه شکم نیز
NG Tube نیز ضروری است تا احتمال برگشت

مواد غذایی به نای کاهش یابد

درمان جراحی

برای پیشگیری از عود یا درمان عوارض لوکال انجام
میشود. در پانکراتیت های ناشی از سنگ صفراوی،
برداشتن کیسه صفرا احتمال حمله بعدی بیماری را
از 50٪ به 5٪ کاهش میدهد

عوارض بیماری

این بیماری میتواند باعث عوارض لوکال یا
سیستمیک شود مثل انسداد خروجی معده، انعقاد
خون در ورید طحالی یا پورتال، واریس های بزرگ
معده، از بین رفتن بافت پانکراس، تجمع مایع
اطراف پانکراس و کیست های پانکراس شود

3- افزایش BUN خون 4- کمبود باز

5- سطح کلسیم

وجود سه تا یا بیشتر از این معیارها مطرح کننده
پانکراتیت حاد شدید است که احتمال عوارض

موضعی و سیستمیک بالایی دارد

سطح سرمی آمیلاز یا لیپاز نمیتواند کمک کننده
پیش بینی میزان شدت بیماری باشد

درمان

درمان دارویی بیماری شامل اقدامات حمایتی

عمومی و درمان اختصاصی پانکراتیت است

برای کم کردن ترشحات پانکراس مریض باید ناشتا
باشد و این ناشتایی تا زمان برطرف شدن درد،

طبیعی شدن سطح آمیلاز و تعداد گلبول های سفید
ادامه می یابد

احیا با مایع ایزوتونیک مثل نرمال سالین، اندازه

گیری برون ده ادراری با سوند و اندازه گیری فشار

ورید مرکزی و اکوکاردیوگرافی کمک کننده هستند

الکترولیت ها و سطح قند خون نیز باید به دقت

کنترل شود