

## پانکراتیت حاد

۱- پانکراتیت حاد یک اختلال شایع است که آشکارا در شدت و قابلیت پیش بینی متفاوت است. تشخیص پانکراتیت حاد ممکن است دربرگیرنده جمعی از علائم و نشانه‌ها شامل درد شکمی اپی گاستر، تهوع و استفراغ، و زردی همراه با افزایش آمیلاز خون و افزایش چربی خون باشد. افزایش آنزیمهای پانکراسی به تنهایی جهت تشخیص کافی نیست زیرا علل خارج پانکراس - صفراوی برای افزایش آمیلاز خون وجود دارد. در حدود ۸۰٪ بیماران، حملات خفیف هستند و خود بخود با میزان مرگ و میر کمی بهبود می‌یابند. نکروز پانکراس به درجاتی در حدود ۲۰٪ از بیماران رخ می‌دهد. در نتیجه، بیماران ممکن است عوارض پراکنده‌ای نظیر تجمع مایع، نشانگان دیسترس تنفسی بالغین با نارسایی کبدی، نارسایی حاد کلیوی، هیپوتانسیون؛ با میزان مرگ و میر ۴۰٪ در شدیدترین موارد پانکراتیت حاد را تجربه کنند. علل متعددی برای پانکراتیت حاد وجود دارد. شایعترین علل سنگ‌های صفراوی و الکل هستند که فراوانی نسبی آنها در ایالات متحده، به ترتیب ۴۰٪ و ۳۰٪ است.

۲- آمیلاز و لیپاز سرمی جهت تایید تشخیص پانکراتیت حاد بکار می‌روند، اگرچه میزان بالا رفتن آنها با شدت بیماری ارتباطی ندارد. در گروه کوچکی از بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد، افزایش در آمیلاز و یا لیپاز دیده نمی‌شود. افزایش کمبود باز<sup>۱</sup>، هماتوکریت، کراتینین، و نیتروژن اوره خون (BUN) بیانگر کاهش حجم مایع است. سطح تریپسین سرمی دقیقترین شاخص آزمایشگاهی برای پانکراتیت است؛

هرچند یک روش اندازه گیری در دسترس وجود ندارد. آزمایش غربالگری نواری سریع برای پانکراتیت براساس معیار ایمونوکروماتوگرافی تریپسینوژن II ادراری است که توسط کپاین (Keppainen) و همکارانش ساخته شد. نتیجه منفی آزمایش تریپسینوژن II ادراری پانکراتیت حاد را با احتمال بالایی رد می‌کند، در حالیکه نتیجه مثبت بیمارانی را مشخص می‌کند که باید تحت ارزیابیهای بعدی قرار گیرند. معیارهای رانسون، APACHE II، و مقیاس نارسایی چند ارگانی اطلاعات پیش آگهی دهنده را در زمان بستری فراهم می‌کنند. معیارهای رانسون ممکن است جهت پیشرفت بیماری بطور روزانه تکرار گردند.

معیار رانسون شامل ۱۱ نشانه است که شدت پانکراتیت را ارزیابی می‌کند:

معیارهای زمان بستری	معیارها طی ۴۸ ساعت اول
سن > ۵۵ سال	افت هماتوکریت > ۱۰٪
شمارش گلبول سفید > ۱۶۰۰۰ در میلی متر مکعب	تجمع مایع > ۶۰۰۰ ml
LDH > 350 IU/l	افزایش BUN > 5 mg/dl
AST > 250 µg/dl	کلسیم سرمی > ۸ mg/dl
قند خون > ۲۰۰ mg/dl	Po <sub>2</sub> < 60 mmHg
	کمبود باز < 4 meq/L

کرایتریای رانسون در پانکراتیت صفاوی

زمان بستری	۴۸ ساعت بعد
سن > ۷۰ سال	افت Hct 10٪
WBC > 18000 mm <sup>3</sup>	افزایش BUN mg/dl ۲
B.S > 220mg/dl	کلسیم سرم > ۸ mg/dl
LDH IU/L 400 >	کمبود باز > ۵ mq/L
AST > 250 U/dl	کمبود مایع < ۴ لیتر

(شوارتز)

بیمارانی که کمتر از ۳ نشانه را دارند معمولاً پانکراتیت خفیف را تجربه می‌کنند. در حالیکه افرادی که بیش از سه نشانه را دارند در معرض خطر پانکراتیت شدید هستند و مرگ و میر بالاتری دارند.

APACHE II (امتیاز فیزیولوژی حاد و ارزیابی مزمن سلامت):

الف. متغیرهای فیزیولوژیک: دما ( $^{\circ}\text{C}$ )، فشار متوسط شریانی (mmHg)، نبض، تنفس،  $\text{pH}$ ،  $\text{PaO}_2$ ، خون شریانی، سدیم سرمی، پتاسیم سرمی، کراتینین سرمی (mg/dl)، هماتوکریت (%، شمارش گلبول سفید، مقیاس کمای گلاسکو (GCS)، و بیکرینات سرمی (mmol/L)

ب. سن

پ. وضعیت مزمن سلامتی

امتیاز APACHE II مساوی الف + ب + پ است. این سیستم مکانیسمی برای ارزیابی موفقیت آمیز روند بیماری برپایه بررسی‌های روزانه فراهم می‌کند. امتیاز زیر ۹ پیش بینی کننده پانکراتیت خفیف است و میزان بقای بهتری دارد؛ امتیازهای بالای ۱۳ بیانگر پانکراتیت حاد شدید است و احتمال مرگ و میر بالاتری دارد.

۳- پانکراتیت حاد خفیف تا متوسط (براساس معیارهای رانسون با کمتر از ۳ نشانه):

هیدراسیون داخل وریدی

عدم تغذیه خوراکی (NPO): استراحت روده‌ای

کنترل درد.

درمانهای کمکی، که شامل مهار ترشح پانکراس و آنتی پروتئازها است، دوره بالینی میانگین بیماران را بهبود نمی‌بخشد. به نظر می‌رسد لوله بینی معده‌ای زمانی که بطور معمول استفاده شود، فایده‌ای نداشته باشد، هرچند، باید برای بیماران که استفراغ یا اختلال هوشیاری دارند، بکار برده می‌شود.

شروع تغذیه دهانی در این بیماران باید زمانی باشد که درد شکم و حساسیت برطرف شده باشد، آمیلاز سرم به حد طبیعی رسیده باشد و بیمار احساس گرسنگی داشته باشد. (شوارتز)

۴- برای بیماران مبتلا به پانکراتیت صفراوی خفیف تا متوسط خود محدود شونده، باید برداشت کیسه صفرا به روش لاپاروسکوپی قبل از ترخیص، به منظور جلوگیری از دوره‌های بعدی پانکراتیت، زود هنگام (کمتر از ۴ روز پس از شروع با بیماری خفیف) یا با تأخیر (بیش از ۱۴ روز پس از شروع با بیماری شدیدتر) انجام شود. کلانژیوگرام حین عمل ضمن برداشتن کیسه صفرا باید انجام شود؛ اگر سنگ در مجرای صفراوی مشترک یافت شود، باز کردن مجرای صفراوی مشترک و بیرون کشیدن سنگ از طریق باز کردن مجرای صفراوی مشترک به روش لاپاروسکوپی یا برش اسفنکتر پس از عمل به روش اندوسکوپی همراه بیرون کشیدن سنگ کاربرد دارد.

۵- پانکراتیت حاد شدید (براساس معیارهای رانسون با بیش از ۳ نشانه):

بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

هیدراسیون داخل وریدی

عدم تغذیه خوراکی (NPO): استراحت روده

لوله بینی معده‌ای

کنترل درد

حمایت تغذیه‌ای، تغذیه کامل وریدی (TPN) همراه با تغییر تدریجی به تغذیه خوراکی از طریق لوله تغذیه کننده

حمایت از سیستم‌های بدن (اکسیژن، تهویه مکانیکی، دیالیز)

آنتی بیوتیک‌ها و ضد قارچ‌های پیشگیری کننده: تصور می‌شود آنتی بیوتیک‌های پیشگیری کننده جهت کاهش ناتوانی و مرگ و میر پانکراتیت حاد شدید مؤثر هستند، اما اهمیت آنها در پانکراتیت حاد خفیف تا متوسط به خوبی به اثبات نرسیده است. ایمی پنم به علت غلظت بالای خود در پارانشیم پانکراس و توانایی آن در پوشش پاتوژن‌های متعدد داروی انتخابی است.

درمان علت زمینه‌ای پانکراتیت.

۶- گروه کوچکی از بیماران شدیداً ناخوش که طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت اول درمان، بهبودی نداشته‌اند، ممکن است از رویکرد سریع شستشوی مجرای صفاوی مشترک سود ببرند. اگر سونوگرافی وجود سنگ صفاوی را تایید کند، ERCP، اسفنکترتومی و بیرون کشیدن سنگ طی ۴۸ ساعت مرگ و میر را کاهش می‌دهد. برداشتن کیسه صفرا به روش لاپاروسکوپی تا زمانیکه بهبودی از پانکراتیت رخ دهد، به تاخیر می‌افتد، اما معمولاً طی همان بستری صورت می‌گیرد.

۷- بیماران مبتلا به پانکراتیت شدید باید تحت بررسی با سی تی اسکن با ماده حاجب خوراکی و وریدی قرار گیرند. یافتن تجمع مایع اطراف پانکراس، کیست‌های کاذب، یا نکروز اطراف پانکراسی دلیل مطلق برای درمان جراحی نیست. در عوض، در غیاب بدتر شدن و سپسیس، مراقبت حمایتی باید انجام گیرد. هرچند، بیمارانی که تصور می‌شود سپتیک هستند و دارای مناطق با کاهش خون‌رسانی و مطرح کننده نکروز در سی تی اسکن هستند باید تحت آسپیراسیون با سوزن باریک (FNA) تحت هدایت سی تی اسکن جهت رنگ آمیزی گرم و کشت جهت تعیین عفونت قرار گیرند. اگر نتایج FNA نشان‌دهنده نکروز استریل باشد، نیاز است درمان طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعدی افزایش یابد. هرچند، اگر وضعیت بیمار به سمت بهبودی نرود، شستشوی صفاقی و یا شستشوی جراحی ممکن است کمک کننده باشد. اگر نکروز پانکراس، عفونی تشخیص داده شود، آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف داخل وریدی و درمان ضد قارچ همراه پاکسازی جراحی توصیه می‌شود. خطر مرگ برای بیماران مبتلا به نکروز بسیار شدید اطراف پانکراس می‌تواند با استفاده از درمان جراحی سریع از ۴۰٪ به ۱۰٪ کاهش یابد.

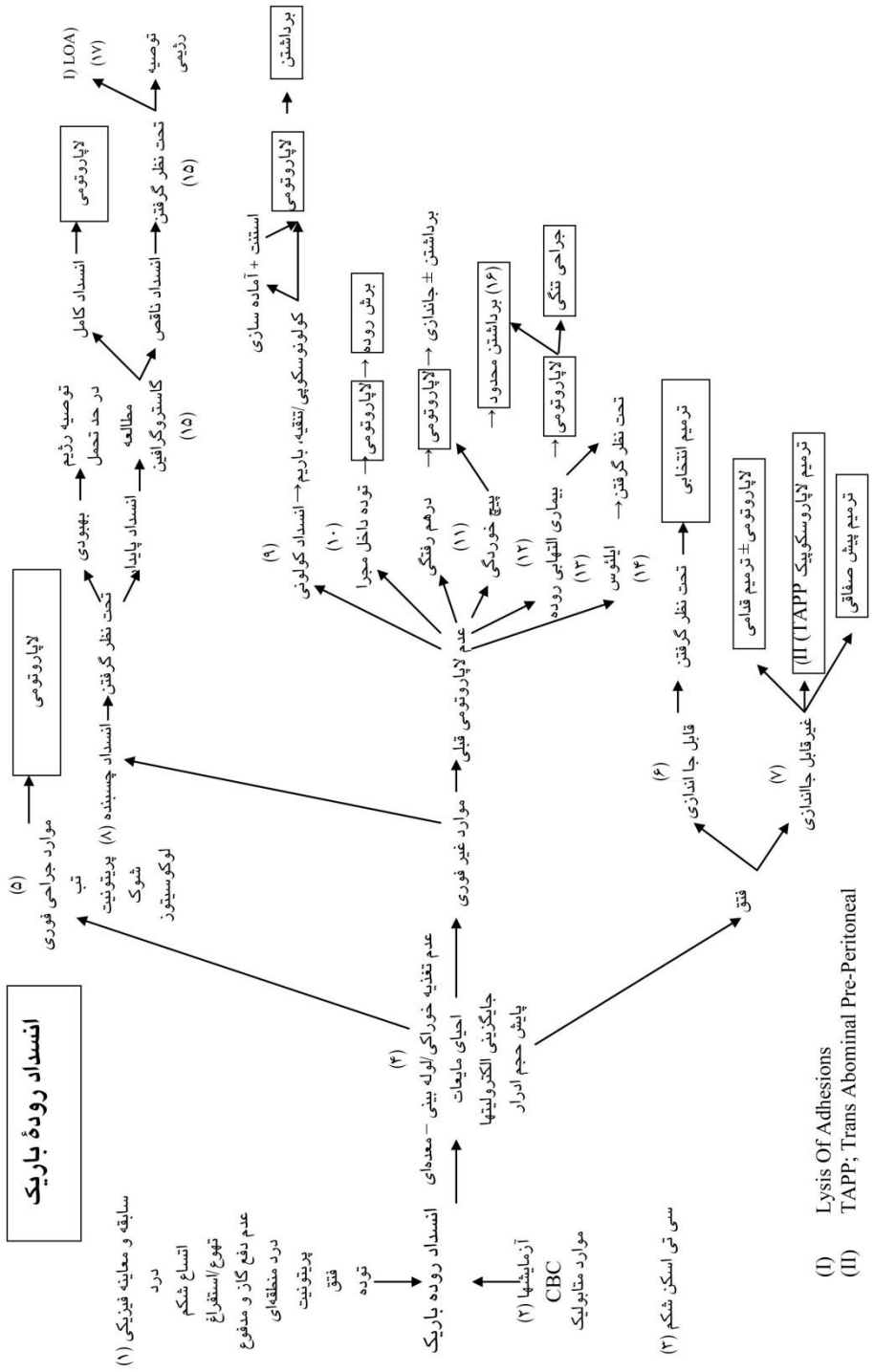
۸- شستشوی صفاقی (لاواژ پریتونال) برای بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد شدید، درمان کمکی در بعضی مراکز است. این عمل جهت کمک به حذف مواد سمی که ممکن است در فضای صفاقی تجمع کنند بکار برده می‌شود. هرچند، یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده چند مرکزی جهت نشان دادن فواید آن با شکست مواجه شده است. با وجود این، نویسندگان استفاده از شستشوی صفاقی را در بیماران شدیداً بدحال همراه با تظاهرات خارج پانکراسی پانکراتیت حاد ادامه می‌دهند.

۹- چنین تصور شده است که نقشی برای تخلیه جلدی نکروز عفونی اطراف پانکراس وجود ندارد. هرچند، با استفاده از درن‌های بسیار بزرگ و کاربرد شستشو از طریق کاتتر به روش اندوسکوپی، درمان «غیر جراحی» دوباره ارزیابی شده و نتایج بدست آمده از تخلیه باز و بسته پس از پاکسازی جراحی قابل

مقایسه هستند. با وجود نکروز اطراف پانکراسی بسیار شدید، ممکن است نقشی برای پاکسازی همراه مارسوپالیزاسیون<sup>۱</sup> وجود داشته باشد. برداشت پانکراس، اگر حتی برای درمان پانکراتیت شدید ضروری باشد، نادر است.

---

<sup>۱</sup> Marsupialization



- (I) Lysis Of Adhesions
- (II) TAPP; Trans Abominal Pre-Peritoneal

**انفساد روده باریک**

سابقه و معاینه فیزیکی (۱)  
 درد  
 انسداد شکم  
 تهوع/استفراغ  
 عدم دفع گاز و مدفوع  
 درد منطقه‌ای  
 پریتونیت  
 فتق  
 توده  
 فتق  
 پریتونیت  
 درد منطقه‌ای  
 عدم دفع گاز و مدفوع  
 تهوع/استفراغ  
 انسداد شکم  
 درد

عدم تغذیه خوراکی/نوله بینی - معدی (۴)  
 احیای مایعات  
 جایگزینی الکترولیتها  
 پایش حجم انداز  
 آزمایشها (۲) CBC  
 موارد متابولیک

فتق (۳)  
 سسی تی اسکن شکم

موارد جراحی فوری (۵) → لاپاروتومی  
 تپ  
 تحت نظر گرفتن → انفساد چسبیده (۸) پریتونیت  
 بهبودی → توصیه رژیم  
 در حد تحمل  
 مطالعه → انفساد پایدار  
 گاستروگرافین (۱۵)  
 تحت نظر گرفتن → انفساد ناقص  
 انفساد کامل → لاپاروتومی  
 LOA (۱۷)  
 توصیه رژیم

موارد غیر فوری → عدم لاپاروتومی قبی  
 برداشتن ± جاننازی → لاپاروتومی  
 برداشتن محدود → لاپاروتومی  
 جراحی تنگی → لاپاروتومی  
 پنج خوردگی (۱۱) → لاپاروتومی  
 درهم رفتگی (۹) → لاپاروتومی  
 توده داخل مجرا (۱۰) → لاپاروتومی  
 برش روبه → لاپاروتومی  
 کولونوسکوپی انتقیه, باریج - انفساد کولونی (۹)  
 استت + آماده سازی → لاپاروتومی  
 برداشتن

تحت نظر گرفتن → ایلئوس (۱۲)  
 تحت نظر گرفتن → ایلئوس (۱۳)  
 تحت نظر گرفتن → ایلئوس (۱۴)  
 قابل جا اندازی (۶) → تحت نظر گرفتن  
 قابل جا اندازی (۷) → تحت نظر گرفتن  
 ترمیم انتخابی  
 لاپاروتومی ± ترمیم قدامی  
 ترمیم لاپاروسکوپیک (II) TAPP  
 ترمیم پیش صفاتی