

ASCITES



تعریف:

اسیت یک ترم گاستروانترولوژیکال برای تجمع مایع در حفره پریتونئال است. مشخص کردن اتیولوژی با شرح حال گیری و معاینه دقیق آغاز میشود. باید از بیمار در مورد علائم دال بر بدخیمی - عوامل خطر بیماریهای کبدی و مصرف الکل و زردی سوال کرد. در مورد علائم نارسایی قلبی و سل نیز باید سوال کرد.

در معاینه بالینی بررسی از نظر وجود لنفادنوپاتی خصوصا گره ویرشو که مطرح کننده متاستاز شکمی است انجام شود.

طی معاینه بالینی علائم نارسایی قلبی مثل افزایش JVP نشانه کوسمال یا ضربه پریکاردیال که نشانه نارسایی قلبی و پریکاردیت فشارنده هستند بررسی شوند.

علائمی مثل اسپایدر انژیوما - کاپوت مدوزا - اریتم پالمار - ژنیکوماستی مطرح کننده بیماری مزمن کبدی و سیروز می باشند.

معاینه شکم از نظر وجود اتساع نابرابر یا حتی توده واضح انجام شود. سمع بدنبال ان انجام شود. فقدان صداهای روده ای یا صداهای روده ای بلند به ایلئوس یا انسداد اشاره دارد.

همه ی وریدی (Venous hum) ممکن است مطرح کننده افزایش فشار پورت باشد.

و برویی شدید روی کبد بندرت در بیماران با کارسینوم هپاتو سلولار یا هپاتیت الکلی شنیده می شود

تورم شکمی ایجاد شده توسط گاز روده را میتوان از تورم ایجاد شده با مایع یا توده توپر توسط دق افتراق داد.

شکم پر شده از گاز تمپان است در حالیکه شکم حاوی حاوی توده یا مایع در دق مات است

فقدان ماتیتة شکم اسیت را رد نمی کند زیرا حداقل ۱۵۰۰ CC اسیت برای شناسایی در معاینه بالینی لازم است.

در نهایت شکم باید از نظر ارزیابی حساسیت - توده - بزرگی طحال یا کبد - وجود کبد ندولر مطرح کننده سیروز یا تومور لمس شود.

لمس سطحی کبد ممکن است حالت ضربانی مطرح کننده جریان عروقی رتروگرید از سمت قلب در بیماران دچار نارسایی قلب راست به خصوص رگورژیتاسیون تریکوسپید را مشخص کند.

تشخیص:

با تستهای آزمایشگاهی شمارش کامل خونی - تستهای بیوشیمی کبد - زمان پروترومبین و سطح البومین سرمی

سطح امیلاز و لیپاز از نظر وجود پانکراتیت و بررسی کمی پروتئین ادرار از نظر بررسی سندرم نفروتیک
سونوگرافی شکمی تا ۱۰۰ CC اسیت -هیپاتو اسپلنومگالی -کبد ندولر یا توده را شناسایی می کند .
اگر به بدخیمی یا بیماری پانکراس مشکوک باشیم CT شکمی باید انجام شود چون لنفادنوپاتی خلف
صفاقی یا ضایعه پانکراس را بهتر از سونوگرافی نشان می دهد.
در موارد خاصی اندازه گیری گرادیان فشار ورید کبدی را میتوان از طریق کانولاسیون ورید کبدی به دست
آورد تا ثابت کرد که اسیت به علت سیروز ایجاد شده است .
در برخی موارد بیوپسی کبد ممکن است لازم باشد تا سیروز ثابت شود.

تست های بالینی تشخیص آسیت

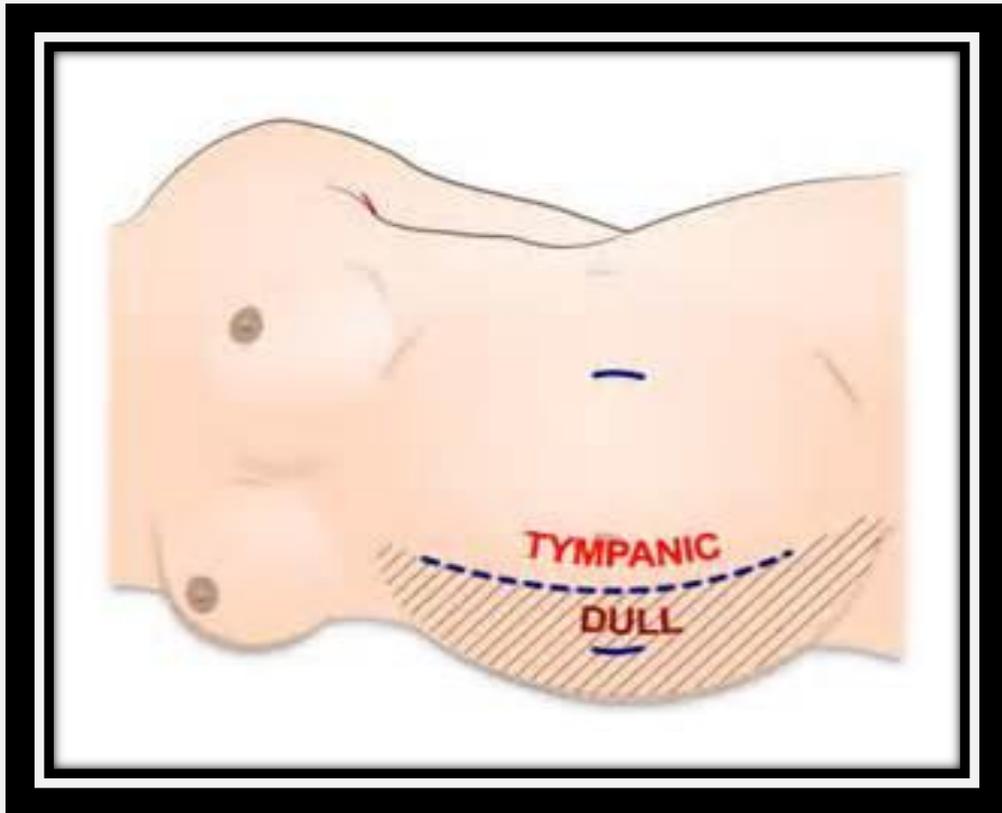
1- bulging of the flanks

برجسته بودن پهلوها در معاینه



2- shifting dullness

دال شدن دق در فلانکها وقتی فرد به پهلو بخوابد.



3- fluid wave dh fluid thrill

تستی که در اسیت massive انجام میدهیم به این شکل که گوشه دست را در وسط شکم می گذاریم و به یک طرف شکم ضربه می زنیم و دستمان را که در طرف دیگر گذاشتیم ضربه ناشی از موج را احساس می کند.



اتیولوژی آسیت

اتیولوژی اسیت با بررسی مایع اسیت از طریق پاراسنتزیس :

بر اساس اختلاف سطح البومین سرم و اسیت به دو دسته تقسیم میشود

اگر اختلاف سطح البومین سرم و اسیت: Serum ascitis albumin gradient (SAAG)

بیشتر یا مساوی ۱/۱ باشد high SAAG نامیده میشود.

و اگر کمتر از ۱/۱ باشد low SAAG نامیده میشود.

در علل high SAAG دو حالت وجود دارد .

اگر پروتئین اسیت بیشتر یا مساوی ۵/۲ باشد علل زیر مطرح می باشند:

۱-نارسایی احتقانی قلبی/پریکاردیت فشارنده

۲-سندرم بودکیاری اولیه

۳-انسداد ورید اجوف فوقانی

۴-سندرم انسداد سینوزوئیدی

در صورتیکه پروتئین اسیت کمتر از ۵/۲ باشد علل زیر مطرح است :

۱-سیروز کبدی

۲-سندرم بودکیاری ثانویه

۳-متاستاز وسیع کبدی

اگر SAAG کمتر از ۱/۱ باشد علل زیر مطرح است :

۱-نشت صفراوی

۲-سندرم نفروتیک

۳-پانکراتیت

۴-کارسینوماتوز صفاقی

۵-سل

درمان:

درمان علت زمینه ای :

محدودیت مایع و نمک

دادن دیورتیک

فوروزمایید از دوز ۴۰mg تا حداکثر دوز ۱۶۰ mg

اسپیرونولاکتون از دوز ۱۰۰mg تا حداکثر دوز ۴۰۰mg

پاراستز مکرر و دادن البومین وریدی

شانت‌های تیپیک

Portocaval shunt

Peritoneovenous shunt

Transjugular shunt

پیوند کبد