

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مرور جادویی بیماری‌های گوارش و کبد

گردآوری و تالیف :

دکتر آدینه طاهرخانی



موسسه آموزشی نوآوران دانش‌آماهان

www.noavaranedanesh.ir

اولویت بندی مباحث بر مبنای اهمیت امتحانی از نظر مؤلفین:

خونریزی‌های گوارشی	مباحث بسیار مهم
زخم پپتیک	
بیماری‌های مری بویژه دیسفاژی در GERD	
سلیاک و سوء جذب	مباحث مهم
بیماری‌های التهابی روده	
سندرم روده تحریک پذیر و درد شکم	
هپاتیت حاد ویروسی	
ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری کبدی	
بیماری‌های پانکراس	مباحث نسبتاً مهم:
بیماری‌های کیسه صفرا و مجاری صفراوی	
زردی	
نارسایی حاد کبد	
سیروز و عوارض آن	

فهرست:

۷.....	فصل اول: درد شکم و سوء جذب
۲۱.....	فصل دوم: اسهال و یبوست
۲۹.....	فصل سوم: خونریزی‌های گوارشی
۴۳.....	فصل چهارم: بیماری‌های مری
۵۵.....	فصل پنجم: زخم پپتیک
۶۵.....	فصل هفتم: بیماری‌های التهابی روده
۷۷.....	فصل هشتم: بیماری‌های پانکراس
۸۹.....	فصل نهم: بیماری‌های کیسه صفرا و مجاری صفراوی
۹۷.....	فصل دهم: نحوه ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری کبدی
۱۰۳.....	فصل دوازدهم: هیپر بیلی روبینمی
۱۰۷.....	فصل سیزدهم: هپاتیت حاد و بروسی
۱۱۷.....	فصل چهاردهم: نارسایی حاد کبد
۱۳۳.....	نمونه سوالات دستیاری ۱۴۰۱

فصل سوم: خونریزی‌های گوارشی

شایع‌ترین علل خونریزی گوارشی فوقانی ← زخم پپتیک (شایع‌ترین علت)، پارگی مالوری دیس، واریس مری

۱) زخم پپتیک

درمان: بسته به نمای اندوسکوپی است.

زخم پپتیک ← + خونریزی فعال یا رگ قابل رؤیت ← درمان اندوسکوپیک + PPI وریدی + رژیم مایعات برای ۲ روز + بستری در بیمارستان ۳ روز

- + لخته چسبیده adheren clot:

- درمان اندوسکوپیک ممکن است توصیه شود (بسته به شرایط) +
- PPI وریدی +
- رژیم مایعات برای ۲ روز +
- بستری بمدت ۳ روز

- + نقاط پیگمانته سطح:

- درمان اندوسکوپیک نیاز ندارد.
- PPI خوراکی یکبار در روز +
- رژیم مایعات برای ۱ روز +
- بستری برای ۱-۲ روز

- + زخم با قاعده تمیز:

- درمان اندوسکوپیک نیاز نیست
- PPI خوراکی یکبار در روز +
- رژیم معمولی +
- ترخیص پس از اندوسکوپی در صورت همودینامیک پایدار

جلوگیری از عود خونریزی ناشی از زخم پپتیک: عوامل زمینه‌ای:

۱) بررسی عفونت H-pylori و درمان آن

۲) قطع NSAID و آسپرین

۳) در صورتی که عفونت هلیکوباکتر و مصرف آسپرین و NSAID وجود نداشته باشد PPI باید تمام عمر ادامه پیدا کند.

NSAID + خونریزی گوارشی ← در صورت وجود بیماری قلبی عروقی ← شروع آسپرین هرچه زودتر (۷ تا ۱۰ روز بعد)

عدم وجود بیماری قلبی عروقی و مصرف ASA فقط به عنوان پیشگیری اولیه ← مصرف آسپرین

باید قطع شود.

۲) پارگی ما لوری ویس

شرح حال کلاسیک ← استفراغ، اغ زدن یا سرفه قبل هماتمز به ویژه افراد الکلی و خانم‌های باردار
درمان ← نبود خونریزی فعال: رژیم معمولی و ترخیص پس از آندوسکوپی + داروی ضد استفراغ در صورت ادامه استفراغ
← وجود خونریزی فعال: درمان آندوسکوپی + داروی ضد استفراغ در صورت ادامه تهوع + رژیم مایعات برای یک روز + بستری ۱ تا ۲ روز

۳) خونریزی واریس:

← آندوسکوپی در عرض ۱۲ ساعت اول + باندلیگاسیون واریس + ترکیبات وازواکتیو (اکترئوتاید)
← سیروز پیشرفته کاندید پیوند کبد ← در صورت کنترل نشدن خونریزی واریس مری با درمان آندوسکوپی باید تحت TIPS قرار گیرند.
← پیشگیری از خونریزی واریس ← بتابلاکر غیر انتخابی مثلاً ایندرال (پروپرانولول) و نادولول ± درمان آندوسکوپی
← بتابلاکرها در مرحله فعال خونریزی واریس مؤثر نیستند.
← بیمار دچار خونریزی واریس باید سفتریاکسون پروفیلاکسی برای کاهش عفونت باکتریال، خونریزی مجدد و مرگ و میر دریافت کنند.

۴) استرس اولسر:

آسیب مخاط معده ناشی از استرس در موارد:

- ترومای شدید
- جراحی ماژور
- سوختگی بیش از یک سوم سطح بدن
- وابستگی به ونتیلاتور
- اختلالات انعقادی
- بیماری جدی داخل مجمه‌ای

پیشگیری و درمان PPI ←

خونریزی گوارش تحتانی:

علل:

- شایع ترین: هموروئیدها
- سایر: دیورتیکولها، فیشرهای آنال، کولیت، بدخیمی

خونریزی دیورتیکول

ناگهانی، شدید، بدون درد، منشأ اغلب کولون راست [شیوع دیورتیکول در کولون چپ بیش‌تر است. اما دیورتیکول‌های کولون راست بیش‌تر دچار خونریزی می‌شوند.]

اغلب Self limited

Tx خونریزی دیورتیکول: کولونوسکوپی ← دیورتیکول در حال خونریزی:

- رویت شد ← درمان اندوسکوپیک
 - رویت نشد ← آنژیوگرافی
 - رویت شد: آمبولیزاسیون شریانی
 - رویت نشد: خونریزی قطع شده ← پیگیری
- خونریزی پایدار یا مکرر ← رزکسیون جراحی

خونریزی با منشأ روده باریک:

اگر منشأ خونریزی در آندوسکوپی فوقانی و کولونوسکوپی مشخص نشده باشد. محل خونریزی اغلب روده باریک است. و خونریزی با منشأ نامشخص یا obscure خوانده می‌شود.

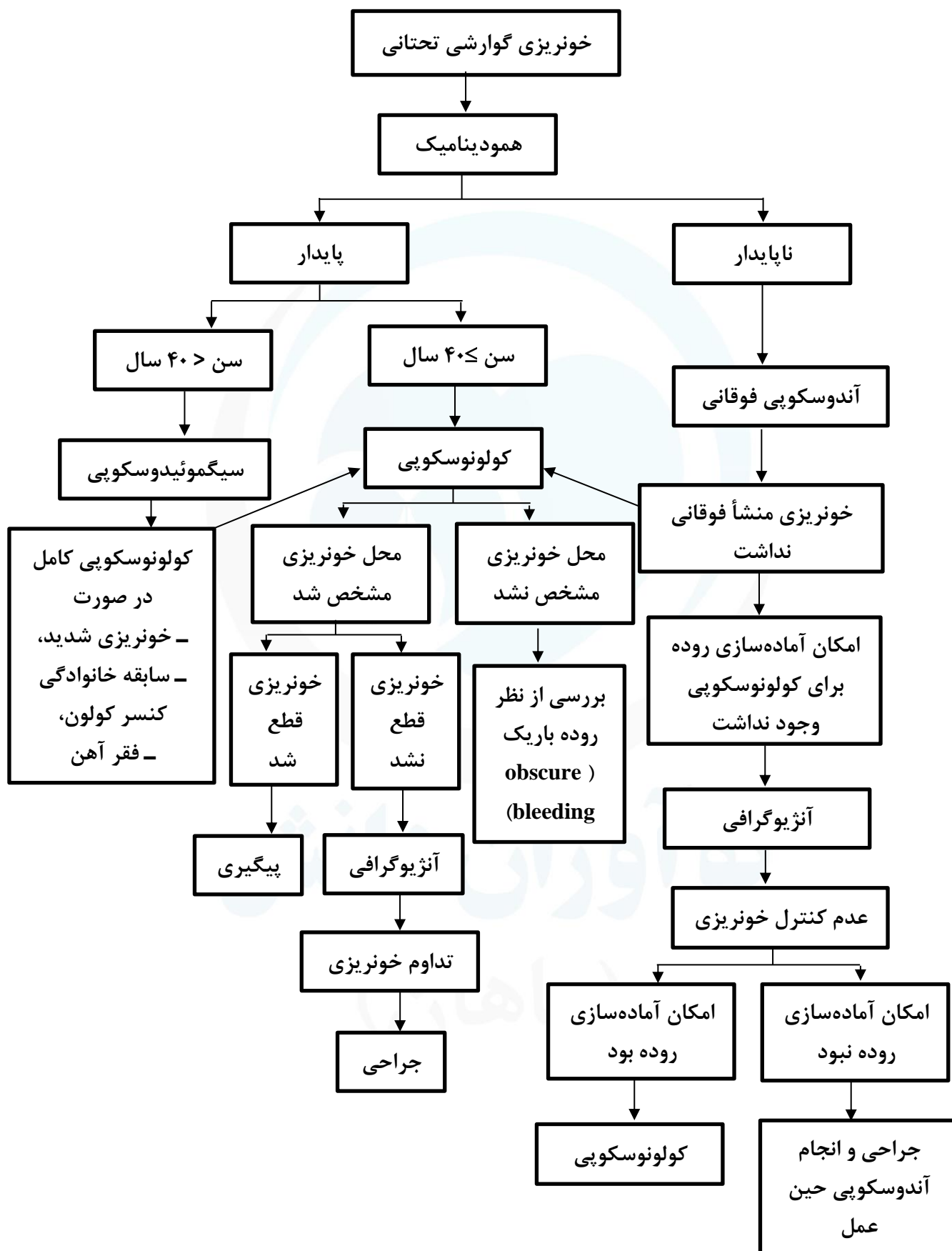
شایع‌ترین علت ← بالای ۴۰ سال ← اکتازی‌های عروقی ← درمان‌های اندوسکوپیک

← در کودکان ← دیورتیکول مکل ^{Dx} ← سنتی گرافی گلیول قرمز با برچسب 99TC

بررسی: ابتدا آندوسکوپی و کولونوسکوپی تکرار می‌شود. ← مشخص نشد ← ویدئوکپسول برای بررسی روده باریک (در صورت شک به کرون یا تنگی باید قبل ویدئوکپسول، CT انتروگرافی انجام شود). انجام ویدئوکپسول در انسداد روده کنترل‌اندیکه است.

اصول کلی برخورد با خونریزی گوارشی:

- ۱) تزریق خون به شرط هموگلوبین $>7\text{mg/dl}$
 - ۲) هیدراسیون و اصلاح همودینامیک
 - ۳) تزریق اریتروماپسین قبل از آندوسکوپی:
- ۱- کمک به تخلیه معده و دید بهتر اندوسکوپیک
 - ۲- کاهش نیاز به تزریق خون
- ۴) معیارهایی که براساس آنها برای بستری یا ترخیص تصمیم‌گیری می‌شود: HR, SBP, Hb, BUN, ملنا، سنکوپ، بیماری کبدی، نارسایی قلبی



اسکن گلوبول قرمز نشان‌دار شده با تکنسیوم ۹۹ در مواردی انجام می‌شود که آنژیوگرافی یا CT آنژیوگرافی در دسترس نباشد.

بررسی خون مخفی در مدفوع:

آزمایش خون مخفی فقط برای غربالگری کنسر کولورکتال در افراد با ریسک متوسط / جمعیت عمومی از سن ۴۵-۵۰ سالگی توصیه می‌شود.
 OB + قدم بعدی ← کولونوسکوپی --> نرمال --> اقدام بیش‌تری لازم نیست. مگر اینکه آنمی فقر آهن یا علائم گوارشی دیگر وجود داشته باشد.

سوالات فصل خونریزی گوارشی

۱- آقای ۵۰ ساله با آزمایشات چکاپ سالانه، به شما مراجعه کرده است. شکایتی از علائم گوارشی و سیستمیک ندارد. Stool exam:OB+ , mcv=87IL , Hb=14g/dl

شما تست OB را تکرار می‌کنید که منفی است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

- (الف) رکتوسیگموئیدوسکوپی
 (ب) CT Scan شکم و لگن
 (ج) اطمینان بخشی به بیمار
 (د) کولونوسکوپی

برخورد با ← OB+ کولونوسکوپی ← نرمال، بدون علائم، نداشتن فقر آهن ← اقدام بیش‌تری نیاز نیست. (حتی اگر تکرار تست منفی باشد)

← نرمال، وجود علائم گوارشی یا آنمی فقر آهن ← آندوسکوپی و ارزیابی بیش‌تر
 پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

۲- خانم ۳۰ ساله، باردار ۱۰ هفته با شکایت استفراغ مکرر که یک نوبت آن خونی بوده، به اورژانس مراجعه کرده است. محتمل‌ترین یافته آندوسکوپی چیست؟

(الف) زخم با قاعده تمیز آنتر معده

(ب) ازوفاژیت آروزیو

(ج) tearing در گاستروازوفاژیتال فانکشن

(د) واریس فوندوس معده

بیمار کیس تیپیک پارگی مالوری ویس می‌باشد.

پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

فصل چهارم: بیماری‌های مری

Gastroesophageal Reflux disease

۲ دسته:

- تیپیک:

- علائم: سوزش سردل، ترش کردن
- تشخیص: شرح حال

- آتیپیک:

- علائم: سرفه مزمن، گلودرد مزمن، خشونت صدا و احساس گرفتگی در گلو
- تشخیص: PHمتری مری

درمان:

- توصیه‌های کلی: ترک سیگار، کاهش وزن، بالا بردن سر تختخواب
- سرکوب کننده‌های اسید معده (H2B یا PPI) ← عدم پاسخ به PPI پس از یک ماه ← اضافه کردن یک دوز دیگر از همان PPI قبل شام
- سایر داروهای موثر ← با کلوفن (باعث کاهش شل شدن موقتی LES می‌شود)، TCA، ترازودون، SSRI، SNRI

اندیکاسیون‌های آندوسکوپی ← وجود علائم خطر :

- دیسفاژی
- ادینوفاژی
- بی‌اشتهایی
- کاهش وزن
- شواهد خونریزی گوارشی فوقانی
- تداوم علائم علی‌رغم درمان دارویی
- شک به عوارض ریفلاکس ← مری بارت، تنگی، یا ازوفاجیت اروزیو.

اندیکاسیون‌های PH متری ← ریفلاکس آتیپیک

مبتلایان GERD کاندید جراحی آنتی ریفلاکس
عود علائم GERD پس از جراحی آنتی ریفلاکس

مری بارت

تعریف: جایگزینی اپی‌تلیوم استوانه‌ای روده‌ای به جای اپی‌تلیوم سنگفرشی مری به ارتفاع حداقل ۱ cm که عارضه GERD است. ضایعه پیش‌بدخیم است. شانس تبدیل به آدنوکارسینوم مری دارد.

ریسک فاکتورهای ایجاد بارت GERD ← مزمن (بیش‌تر از ۵ سال)، سن بالای ۵۰، جنس مرد، مصرف دخانیات، چاقی مرکزی، نژاد قفقازی

ریسک فاکتورهای تبدیل بارت به آدنوکارسینوم:

- سیگار
- چاقی
- طول اپی‌تلیوم بارت بیش‌تر

تشخیص: وجود متاپلازی روده‌ای در بیوپسی متعدد مری که توسط دو پاتولوژیست تایید شده باشد.

درمان: PPI روزانه. در صورت وجود دیسپلازی و تایید آن توسط پاتولوژیست دوم -->

درمان: اندوسکوپیک انجام می‌شود.

پیگیری دوره‌ای با اندوسکوپیک در صورت:

- عدم وجود دیسپلازی --> ۵-۲ سال
- وجود دیسپلازی و درمان آندوسکوپیک دیسپلازی ← هر ۳ ماه

دیسفاژی

تعریف: دشواری در بلع بلافاصله

انواع:

- اوروفارنژیال ← احساس گیر کردن غذا در گلو، احساس خفگی، سرفه، خروج غذا از بینی، تجمع غذا در لپ‌ها.
- ازوفارژیال ← چندثانیه پس از بلع، گیر کردن حین انتقال از مری به معده

علل:

- اوروفارنژیال:

- ساختاری: دیورتیکول زنگر، تومورهای سر و گردن، رادیاسیون
- نوروماسکولار CVA ←، پارکینسون، MS، تومور مغزی
- عضلانی: میاستنی گراو، دیستروفیمیوتونیک

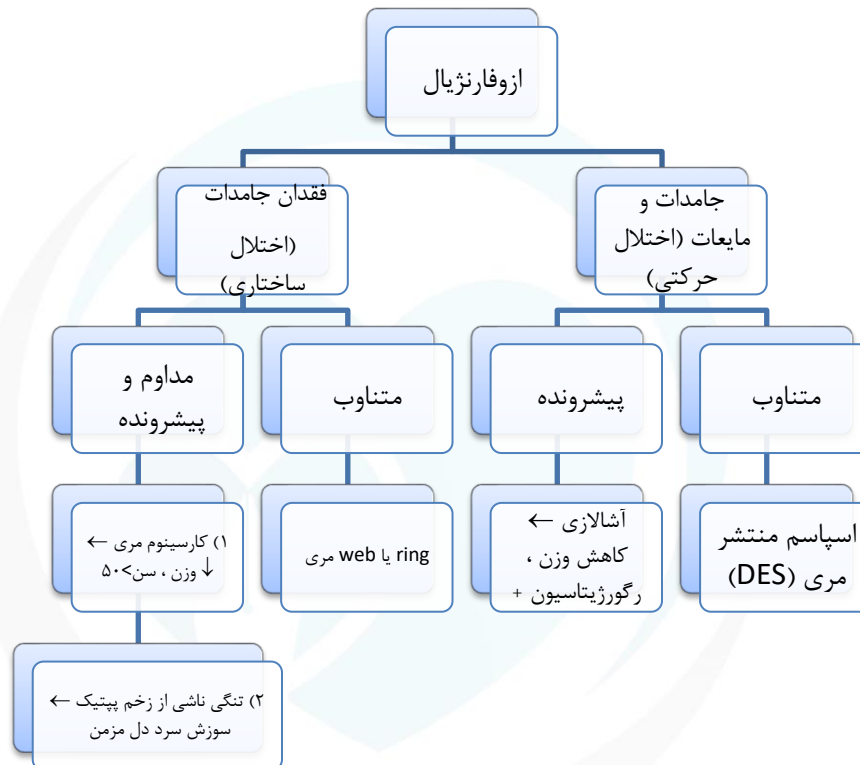
- ازوفارژیال:

- ساختاری ← تومور، تنگی پپتیک
- حرکتی DES ←

ارزیابی دیسفاژی:

شرح حال :

- اوروفارنژیال ← ارزیابی نورولوژیک
- ازوفارنژیال



اختلال حرکتی مری:

(۱) آشالازی

تعریف: نبود پرستالسیسم مری و ناتوانی شل شدن اسفنکتر تحتانی مری (LES)

سن علامت‌دار شدن ← ۶۰-۳۰ سال

علائم: دیسفاژی پیش‌رونده به جامدات و مایعات، کاهش وزن، سوزش سردل، رگورژیتاسیون، علائم ریوی، درد قفسه سینه
تشخیص:

(۱) بلع باریوم ← مری دیلاته و پراز مایع با باریک‌شدگی انتهایی شبیه منقار پرنده

(۲) ← Gold Standard مانومتري مری: نشان‌دهنده ↑ ← فشار اسفنکتر تحتانی مری در استراحت، اختلال شل شدن

اسفنکتر تحتانی، فقدان پرستالسیسم تنه مری (انقباضات همزمان با دامنه کم)

درمان ← درمان اصلی: دیلاتاسیون پنوماتیک اندوسکوپیک یا میوتومی لاپاروسکوپیک هلر

سایر درمان‌ها ← بیمارانی که کاندید مناسبی برای درمان‌های اصلی نیستند ← تزریق سم بوتولینوم به داخل LES با

آندوسکوپ ← عدم پاسخ ← درمان دارویی: نیترات و کلسیم بلاکر

فصل پنجم: زخم پپتیک

عامل ایجاد زخم پپتیک

شایعترین

- عفونت هلیکوباکتر پیلوری
- مصرف NSAID
- COPD
- CKD
- مصرف سیگار در حال حاضر یا در گذشته
- سن بالا
- حداقل سه بار مراجعه به پزشک در سال
- بیماری عروق کرونر
- سابقه مصرف الکل
- نژاد آفریقایی آمریکایی
- چاقی
- دیابت
- مصرف SSRI
- جراحی بای پس معده

* زخم‌های معده در مقایسه با دئودنوم در سن بالاتر، در مردان شایع‌تر و خطر بدخیمی بیش‌تری دارند.

* علائم: درد سوزشی اپی‌گاستر

زخم دئودنوم ← درد ۳-۱/۵ ساعت بعد غذا شروع و با خوردن غذا و مصرف آنتی‌اسید بهبودی یابد. بیدار شدن از خواب (نیمه شب تا ۳ بامداد) بدلیل درد از علائم تیپیک DU است.

زخم معده: با غذا خوردن تشدید می‌شود. پس بیماران GU ترس از غذا خوردن دارند و دچار کاهش وزن می‌شوند.

تشخیص:

رادیوگرافی با باریوم ← امروزه کمتر استفاده می‌شود.

← اگر در رادیوگرافی زخم معده مشاهده شد بیمار حتماً باید آندوسکوپی و بیوپسی شود. ولی در زخم دئودنوم نیاز به آندوسکوپی و بیوپسی ندارد و می‌توان درمان کرد.

آندوسکوپی: حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین تست تشخیصی

اندیکاسیون قطعی آندوسکوپی:

- سن ≤ 45 (۴۰ سال)

- **علائم خطر:** اדיنوفازی، دیسفاژی، کاهش وزن، استفراغ مکرر، خونریزی گوارشی واضح یا مخفی مثل آنمی، زردی، توده قابل لمس، لنفادنوپاتی، سابقه کنسر گوارشی در خانواده

بررسی اتیولوژی:

۱) بررسی Hpylori

- تست تشخیصی: تست تنفسی اوره نشان‌دار شده با کربن ۱۴، آزمایش آنتی‌ژن Hpylori در مدفوع، سرولوژی
- در صورتی که بیمار اندیکاسیون آندوسکوپی دارد می‌توان از بیوپسی آنتر معده و انجام RUT (Rapid urease test) یا بررسی پاتولوژی آن استفاده کرد.
- * برای اثبات ریشه کنی Hpylori از تست تنفسی اوره (UBT) یا آنتی‌ژن مدفوع استفاده می‌شود. و سرولوژی برای پیگیری و اثبات ریشه کنی کاربرد ندارد.
- * علل منفی کاذب ← UBT مصرف اخیر PPI، آنتی‌بیوتیک، بیسموت
- * در صورت Hpylori + باید درمان ریشه کنی انجام شود. و پس از ۶-۴ هفته از اتمام درمان ریشه کنی اثبات شود.

رژیم‌های درمانی Hpylori

- رژیم سه دارویی: لانزوپرازول - کلارتیرومایسین، آموکسی‌سیلین، ۲ بار در روز بمدت ۱۴ روز
- رژیم چهاردارویی: بیسموت، تتراسیکلین، مترونیدازول، ۴ بار در روز + پنتوپرازول ۲ بار در روز
- پس از اتمام درمان ۱۴ روزه، PPI یا H2 بلاک باید ۶-۴ هفته ادامه یابد که PPI ارجح است.
- ← در صورت شکست درمان با هر یک از رژیم‌های فوق، درمان با رژیم‌دیگر تکرار می‌شود.
- * استفاده از پروبیوتیک‌ها موجب افزایش ریشه کنی Hpylori نمی‌شود ولی موجب بهبود تحمل درمان آنتی‌بیوتیک می‌شود.
- * سایر اندیکاسیون‌های ارزیابی و درمان با Hpylori:

- مبتلایان به لنفوم MALT

- وجود دیس پپسی در جامعه‌ای که شیوع Hpylori بالای ۲۰٪ باشد.

- نیاز به مصرف طولانی NSAID

سابقه کنسر معده در بستگان درجه اول

بیماران مبتلا به کنسر معده

افراد مبتلا به گاستریت

افراد تحت درمان مهارکننده ترشح اسید بمدت < ۱ سال

ابتلا به فقر آهن بدون توجیه

ITP

- * در زخم‌های معده باید بیوپسی‌های متعدد گرفته شود. و حتی اگر بیوپسی از نظر بدخیمی منفی بود مجدداً ۸ تا ۱۲ هفته بعد باید آندوسکوپی مجدد انجام شود. و در صورت وجود زخم یا بهبود نسبی مجدداً بیوپسی گرفته شود.
- * زخم‌های دئودنوم نیاز به بیوپسی و آندوسکوپی مجدد ندارند.

زخم‌های ناشی از NSAIDs

ریسک فاکتورهای اثبات شده :

- سن زیاد
- سابقه زخم
- مصرف هم زمان NSAID با کورتون
- مصرف هم زمان چند NSAID
- مصرف همزمان NSAID با ضدانعقادها
- مصرف همزمان NSAID با کلوپیدوگرل
- مصرف دوز بالای NSAID
- بیماری جدی زمینه‌ای مثل دیابت

ریسک فاکتورهای احتمالی:

- سیگار
- الکل
- عفونت همزمان Hpylori
- مصرف SSRI

- NSAID + زخم فعال ← قطع مصرف NSAID + درمان با PPI یا H2 بلاکر
 ← در صورتی که قطع مصرف NSAID امکان ندارد، درمان و پیشگیری با PPI است و H2 بلاکر کاربرد ندارد. حتی اگر Cox2inh مصرف می‌کند.
- NSAID بدون زخم + ریسک فاکتور ایجاد ← NSAID ulcer در مان پیشگیرانه با PPI یا میزوپروستول یا Cox2inh
 *مصرف میزوپروستول در بارداری کنتراندیکه است.
- بیماران بدون ریسک فاکتور قلبی و مصرف آسپرین ← ریسک ایجاد PUD + Cox2inh ← یا NSAID + داروهای محافظت کننده مخط معده
 ← ریسک ایجاد PU - NSAID ← به تنهایی یا Coxlnh به تنهایی
 *بیماران با ریسک فاکتور قلبی که نیاز به آسپرین دارند ← داروی غیر NSAID
 NSAID با عوارض قلبی کمترمانند ناپروکسن یا ایبوپروفن
 NSAID + درمان محافظت کننده مخاط معده
 * در صورت مصرف ضدانعقادها مثل وارفارین ، حتی در صورت مصرف Cox2inh پروفیلاکسی محافظت کننده معده لازم است.