**پاتوفیزیولوژی دستگاه گوارش (6)**

**اختلالات پانکراس**

**اهداف:**

**1.پانکراتیت حاد**

 **تعریف**

 **علت و بیماری زایی**

**علائم بالینی و لابراتوار**

 **درمان**

**2.پانکراتیت مزمن**

 **تعریف**

**همه گیر شناسی**

**علائم بالینی**

 **درمان**

**پانکراتیت حاد**

**تعریف**:

پانکراتیت حاد یک بیماری التهابی پانکراس است. از نظر پاتولوژی یک طیف وسیع پانکراتیت داریم: از پانکراتیت خفیفی که فضای بین بافتی را با التهابش درگیر کرده است و به آن پانکراتیت اینتراستیسیال (interstitial pancreatitis) می گویند و خودبخود محدود شونده(self limited) است، یعنی احتیاج به مداخله ی درمانی ندارد (مثل سرماخوردگی که ما علائم آن را از بین می بریم و بیماری خود به خود محدود می شود)، تا پانکراتیت حادی که به طور وسیع پیشرفت دارد و می تواند بسیار شدید و تخریب کننده باشد (necrotizing pancreatitis).

میزان شیوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است و همین طور بسته به عامل بیماری زایی متفاوت است. علل آن می تواند مصرف الکل،سنگهای کیسه صفرا، عوامل متابولیک و یا برخی داروها باشد.

**علت و بیماری زایی :**

اولین عامل سنگ کیسه صفرا است که به نحوی می تواند باعث التهاب حاد پانکراس شود.

دومین عامل الکل است.

در 5 تا 20 درصد افرادی که به دلیلی برایشان اقدام تشخیصی ERCP (اندوسکوپی کلانژیوپانکرئاتوگرافی رتروگراد)انجام می شود، احتمال پانکراتیت حاد وجود دارد .

عامل چهارم افزایش چربی خون است که می تواند پانکراتیت حاد بدهد. تری گلیسیرید بالاتر از 1000 می تواند ایجاد پانکراتیت حاد کند.

در 2 تا 5 درصد موارد، داروهایی که سمیت دارند، چه نسبت به دارو بدن ازدیاد حساسیت داشته باشد و یا دارو متابولیت توکسیک بدهد، احتمال پانکراتیت حاد وجود دارد.

**علائم بالینی و لابراتوار :**

در التهاب حاد پانکراس، درد شدید شکمی و پشت داریم که اگر فرد به جلو خم شود درد شدیدتر می شود. درد از نظر شدت متفاوت است، ولی معمولا پانکراتیت حاد درد شدید دارد. از نظر الگوی درد، بعضی وقت ها ثابت و بعضی وقت ها متناوب است؛ همراه آن حالت تهوع دارند و استفراغ و تب و افزایش ضربان قلب. در آزمایش خون، افزایش گلبول سفید (لکوسیتوز)، هیپوکلسمی (کاهش کلسیم خون) و هیپرگلیسمی (افزایش قند خون) هم ممکن است داشته باشند.

**تشخیص**:

معمولا دو مشخصه از سه مورد زیر برای تشخیص کافی است:

1. درد تیپیک شکمی پانکراتیت حاد،

2. سطح آمیلاز و (یا) لیپاز سرمی بیش از سه برابر نرمال،

3. علائم تصویربرداری یا شکمی چیزی نشان ندهد.

**درمان :**

در 85 تا 90 درصد موارد، بیماری در طی 3 تا 7 روز خود به خود محدود می شود. ولی چون بیمار درد شکمی شدید دارد، ضد درد به او می دهیم.

یک ترکیب تزریقی IV fluids)) کلوئیدی به بیمار می دهیم، یعنی چیزی می دهیم که در رگ بماند و حجم داخل عروقی کاهش نیابد. تغذیه دهانی (اورال) نمی توانیم انجام دهیم. تغذیه روده ای یا تغذیه کامل وریدی (TPN) مورد نیاز است. تغذیه روده ای بهتر است تا روده تنبل نشود چون اگر روده تنبل شود جذب با مشکل مواجه می شود؛ از طرفی ارزانتر و بدون عارضه تر است.

در مواردی که پانکراتیت نکروز دهنده بوده و بافت مرده ایجاد کرده است، وقتی بیمار روند بیماری حادش تمام شود چون تخریب کلی در آنزیم ها صورت گرفته و قسمتی از سلول های پانکراس تخریب شده، برای بازسازی بافتهای صدمه دیده و نیز حفظ باقی مانده پانکراس، مجبوریم آنزیم های پانکراس را به صورت خوراکی تجویز کنیم تا فرد بتواند هضم چربی را خوب انجام دهد و ترشح گاستریک اسید را کم کند.

پانکراتیت مزمن :

**تعریف**:

روند بیماری مزمن است و غیرقابل برگشت که فیبروز می دهد و منجر به تخریب غدد درون ریز و برون ریز می شود. یک درد شکمی که از کم تا شدید متغیر است ولی معمولا درد کم ولی مداوم است همراه با اسهال چرب، کاهش وزن و دیابت شیرین (چون اندوکرین هم درگیر است).

**علت بیماری:**

الکل مهمترین علت آن در بزرگسالان است. الکل یک اثر سمی مستقیم روی پانکراس دارد. معمولا افرادی که تحت تاثیر این بیماری هستند الکلیک اند، ولی در افرادی که فقط 50 گرم الکل در روز مصرف می کنند نیز دیده می شود.

در بچه ها، بیماری سیستیک فیبروزیس عامل شایع پانکراتیت مزمن است.

در ضمن یک ارتباط قوی بین مصرف سیگار و پانکراتیت مزمن وجود دارد. در 25 درصد موارد بدون منشاء شناخته شده (ایدیوپاتیک) است.

**علائم بالینی :**

بیماران پانکراتیت مزمن به دو دلیل مراجعه می کنند: یا درد شکمی ویا اختلال هضم و به دنبال آن کاهش وزن. درد متفاوت است هم از نظر شدت هم فراوانی وهم مکان؛ گاهی وقت ها پشت سرهم و طولانی است و گاهی وقت ها متناوب است. شدت زیاد درد منجر به مصرف داروهای ضددرد می شود. وقتی درد شدید است نارکوتیک برای مصرف مناسب است. معمولا اختلال هضم و جذب هم به صورت اسهال، کاهش وزن و خستگی بروز می کند. بیماری زایی و مرگ و میر در این بیماری زیاد است؛ ولی علی رغم وجود اسهال چرب، اختلال یا کمبود ویتامین محلول در چربی ندارند.

برخلاف پانکراتیت حاد، سطح آمیلاز و لیپاز خون در این بیماران زیاد بالا نیست. معمولا بیلی روبین و آلکالین فسفات افزایش ندارد مگر اینکه مجرای مشترک صفراوی هم درگیر باشد. البته در اثر فیبروز پانکراس که منجر به تنگی مجرای مشترک صفراوی (common bile duct) می شود می توان بیلی روبین بالا و زردی را مشاهده کرد. خیلی از این افراد به علت اختلال در سیستم غدد درون ریز، تست تحمل گلوکزشان مختل می شود.

**درمان:**

پانکراتیت مزمن غیرقابل برگشت است. آنزیم های پانکراس را به بیمار می دهیم تا جذب چربی بهبود یافته، اسهال چرب کنترل شده و وزن بیمار افزایش یابد.

دردهای شدید را باید با ضد درد های قوی بهبود دهیم.