

فصل دهم اختلالات کبد و کیسه صفرا و پانکراس

• اختلالات کبد

مرسوم است که در دوران بارداری، بیماری های کبد را به ۳ گروه کلی تقسیم می کنند.		
<p>۱. بیماری هایی که اختصاصا با حاملگی ارتباط داشته و به طور خودبخود یا پس از زایمان بهبود می یابند.</p> <p>*نکته: مانند استفراغ شدید حاملگی، کلستاز داخل کبدی، کبد چرب حاد و آسیب هیپاتوسلولار ناشی از پره اکلامپسی (سندرم HELLP)</p>	<p>۲. بیماری های حادی است که همزمان با حاملگی بروز می نماید.</p>	<p>۳. بیماری های مزمنی هستند که پیش از بارداری وجود داشته اند (مانند هپاتیت مزمن، سیروز، و واریس های مری)</p>

بارداری ممکن است تغییرات قابل توجهی را در برخی تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی مرتبط با کبد سبب شود :		
<p>در طی یک بارداری طبیعی، با یافته هایی نظیر افزایش سطح سرمی آلکالن فسفاتاز، اریتم پالمار، و آنژیوم عنکبوتی که می توانند دال بر بیماری های کبدی باشند روبرو خواهیم شد.</p>	<p>به دلیل تغییر بیان سیستم سیتوکروم P450 که به واسطه سطوح بالای استروژن، پروژسترون و سایر هورمونها رخ می دهد متابولیسم نیز تحت تاثیر قرار می گیرد.</p> <p>*نکته: به طور مثال، میزان بیان CYP1A2 کبدی در دوران بارداری کاهش می یابد.</p>	<p>*نکته: در حالیکه CYP2D6 و CYP3A4 افزایش می یابند.</p> <p>*نکته: آنزیم های سیتوکرمی در بسیاری از احشاء به جز کبد نظیر جفت نیز بیان می شود.</p> <p>اثر خالص، پیچیده است و احتمالا تحت تاثیر سن بارداری و عضو بیان کننده آنزیم قرار دارد.</p>

نکته: علی رغم تمامی این تغییرات عملکردی، بارداری طبیعی سبب بروز تغییرات بافت شناختی مازور در کبد نمی شود.

• استفراغ شدید بارداری

تهوع و استفراغ بدخیم بارداری ممکن است کبد را نیز متاثر سازند. در نیمی از زنانی که بستری می شوند، هیپربیلی روبینمی خفیف همراه با افزایش سطح سرمی ترانس آمینازها مشاهده می شود. با این حال، سطح ترانس آمینازها به ندرت از ۲۰۰ واحد بر لیتر تجاوز می کند. بیوپسی کبد ممکن است درجاتی از تغییرات چرب را نشان دهد.

• یافته های بالینی و آزمایشگاهی بیماری های حاد کبد در دوران بارداری											
هماتولوژیک و انعقادی					کلیدی		کبدی		یافته	زمان	اختلال
همولیز	PT	DD	Fib	Plat	Hct	Cr	Bili	AST	بالینی	بروز	
						gm/ld	gm/ld	μ/L			
خیر	NL	NL	NL	NL	↑↑	↑	NL-۴	NL-۳۰۰	تهوع استفراغ شدید،	اوایل بارداری	استفراغ شدید
خیر	NL	NL	NL	NL	NL	NL	۱-۵	NL-۲۰۰	خارش، زردی	اواخر بارداری	کلستاز
↑↑↑	↑↑	↑	↓↓↓	↓↓	↑↑↑	↑↑↑	۴-۱۰	-۲۰۰ ۸۰۰	تهوع و استفراغ متوسط، + فشارخون، نارسایی کبد	اواخر بارداری	کبد چرب
↑↑↑	NL	↑	NL	↓↓	↑	↑	۱-۴	NL-۳۰۰	سردرد هیپرتانسیون	اواسط تا اواخر بارداری	پره اکلامپسی

هیپاتیت	متغیر	زردی	۲۰۰۰+	۵-۲۰	NL	↑	↓	NL	NL	↑	خیر
---------	-------	------	-------	------	----	---	---	----	----	---	-----

↑ افزایش؛ ↓ کاهش؛ IiB: بیلی روبین؛ DD: دی دایمر؛ biF: فیبرینوژن؛ tCH: هماتوکریت؛ LN: نرمال؛

Plat: پلاکت؛ TP: زمان پروتورمبین

• کلستاز داخل کبدی

این اختلال که یرقان راجعه بارداری، هپاتوز کلستاتیک و ایکتر بارداری نیز خوانده می شود، از لحاظ بالینی با زردی، خارش یا هر دو مشخص می گردد.

****نکته:** این اختلال در بارداری های چندقلو شایع تر است و ژنتیک تاثیر قابل توجهی بر روی این بیماری شایع تر است و ژنتیک تاثیر قابل توجهی بر روی این بیماری دارد. از این رو نرخ بروز آن بر حسب جمعیت مورد مطالعه متفاوت است.

به عنوان مثال، کلستاز در آمریکای شمالی ناشایع بوده و نرخ بروز آن ۱ مورد به ازای هر ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ بارداری است، اما در زنان لاتین تبار لس آنجلس حدودا ۵/۶٪ است.

- پاتوژنز

علت کلستاز ناشناخته است. هم کاهش و هم افزایش سطح استروئیدهای جنسی دخیل دانسته شده اند، اما تحقیقات اخیر بر روی جهش های متعددی متمرکز است که در بسیاری از ژن ها کنترل کننده سیستم های انتقالی هپاتوسلولار رخ می دهند. یک نمونه، جهش ژن A,C,B,B^۴ است که پروتئین مقاومت چند دارویی ۳ (M,D,R^۳) مرتبط با کلستاز داخل کبدی خانوادگی پیشرونده کد می کند و پمپ خارج کننده نمک صفراوی کد شده توسط A,B,C,B^{۱۱}.

سایر محصولات ژنی بالقوه مورد بررسی عبارتند از: گیرنده Farnesoid X و A,T,P esa ناقل رمزگردانی شده توسط PTA^۸B^۱.

****نکته:** برخی از داروهایی که انتقال کانالیکولی اسیدهای صفراوی را به طور مشابهی کاهش میدهند، این اختلال را

تشدید می کنند. به طور مثال، ما با موارد قابل توجه زردی کلستاتیک در زنان بارداری که پس از پیوند کلیه آزیتوپرین دریافت می کنند روبرو شده ایم.

****نکته:** افزایش سطح بیلی روبین تام پلاسما به ندرت از ۴ تا ۵ میلی گرم در دسی لیتر تجاوز می نماید. عموما افزایش آلکالن فسفاتاز پیش از آن چیزی است که در بارداری های طبیعی دیده می شود.

****نکته:** سطح ترانس آمینازهای سرم نرمال بوده یا اندکی افزایش می یابد، اما سطح ترانس آمینازها به ندرت از ۲۵۰

واحد بر لیتر تجاوز می نماید.

***نکته:** بیوپسی کبد نشانگر کلستاز خفیف همراه با وجود پلاک های صفراوی در هیپاتوسیت ها و کانالیکول های نواحی مرکز لبولی می باشد؛ با این حال، شواهدی از التهاب یا نکروز مشاهده نمی شود. این تغییرات پس از زایمان ناپدید می گردند، اما اغلب در بارداری های بعدی یا در صورت مصرف ضدبارداری های حاوی استروژن عود می کنند.

- تظاهر بالینی

***نکته:** خارش در اواخر بارداری بروز می نماید؛ با این حال گاه ممکن است زودتر بروز کند.

علائم عمومی وجود ندارند و خارش ژنرالیزه، تمایل به کف پاها دارد. تغییرات پوستی محدود به خارش های ناشی از خاراندن هستند. تست های آزمایشگاهی ممکن است در بدو مراجعه غیر طبیعی باشند، اما عموماً خارش به طور متوسط چند هفته پیش از یافته های آزمایشگاهی بروز می نماید.

***نکته:** حدود ۱۰٪ از زنان دچار یرقان می شوند.

در صورت نرمال بودن آنزیم های کبدی، تشخیص های افتراقی خارش، شامل سایر اختلالات پوستی می باشد. اگر پروتئینوری و تغییرات فشارخون وجود نداشته باشند، بعید است که یافته ها ناشی از بیماری کبدی پره اکلامپتیک باشند. جهت رد کردن انسداد و سنگ مجاری صفراوی، سونوگرافی ممکن است ضرورت یابد.

***نکته:** هیپاتیت ویروسی حاد تشخیصی نامحتمل است، زیرا در کلستاز عموماً سطح ترانس آمینازهای سرم پایین است.

*****نکته:** با این حال، در هیپاتیت C مزمن فاقد علامت، خطر بروز کلستاز افزایش می یابد که در زنانی که R_nA، هیپاتیت C در آنها مثبت است، این خطر به ۲۰ برابر افزایش پیدا می کند.

- درمان

خارش می تواند گاه آزار دهنده باشد. گمان می رود خارش، ناشی از افزایش سطح املاح صفراوی سرم باشد.

آنتی هیستامین ها و نرم کننده های موضعی میتوانند تا حدی باعث تخفیف خارش شوند.	کلیستر آمین علی رغم تأثیرات گزارش شده می تواند موجب کاهش بیش از پیش جذب ویتامین های محلول در چربی گردد. این امر می تواند به کمبود ویتامین K منجر شود.
--	--

***نکته:** جنین ممکن است دچار کواگولوپاتی شود؛ گزارشاتی مبنی بر خونریزی داخل جمجمه ای جنین و مرده زایی وجود دارند.

نکته: اخیراً یک متآنالیز نشان داده است که اسیددزوکسی کولیک می تواند سریعاً خارش را برطرف ساخته، اسیدهای صفراوی و آنزیم های سرم را کاهش داده و از برخی عوارض نوزادی زایمان پره ترم، دیسترس جنینی، سندرم دیسترس تنفسی و بستری نوزاد در N.I.C.U بکاهد.

- کلستاز و پیامدهای بارداری

اکثر گزارشات اولیه نشانگر آن بودند که در زنان مبتلا به یرقان کلستاتیک، پیامدهای نامطلوب بارداری افزایش می یابند. یک یافته جالب توجه نشان می دهد که اسیدهای صفراوی ممکن است سبب مرگ جنین شوند. همچنین گزارش شده که اسیدهای صفراوی ممکن است در مقادیری غیرطبیعی وارد کاردیومیوسیت ها شده و باعث ایست قلبی جنین شوند.

● کدامیک از علائم کلستاز در حاملگی شایع تر است؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۲)

الف) تغییرات پوستی ب) خارش عمومی بدن ج) یرقان د) تهوع و استفراغ

جواب: گزینه ب

● کدامیک از عوارض کبدی زیر در نولی پارها شایع تر نیست؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۶)

الف) کلستاز داخل کبدی

ب) کبد چرب حاملگی

ج) مشکلات کبدی در پره اکلامپسی

د) مشکلات کبدی در هیپر آمزیس گراویداروم

جواب: گزینه الف

نکته: کبد چرب حاد، مشکلات کبدی ناشی از پره اکلامپسی و مشکلات کبدی ناشی از هیپرآمزیس در نولی پارها

شایعتر است.

● کبد چرب حاد حاملگی

***نکته:** شایعترین علت نارسایی حاد کبد در دوران بارداری، کبد چرب حاد است؛ این اختلال، متافورموز چرب حاد یا آتروفی زرد حاد نیز خوانده می شود. نرخ بروز این اختلال (در شدیدترین حالت آن) حدود ۱ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ بارداری است.

***نکته:** کبد چرب با تجمع چربی میکروویکولار در کبد مشخص می شود. تجمع چربی، عملکرد طبیعی سلول ها را با اختلال مواجه می کند. کبد در ظاهر، کوچک، نرم، زرد، و چرب است.

- اتیوپاتوژنز

کبد چرب حاملگی گاه با ناهنجاری های میتوکندریایی اکسیداسیون اسیدهای چرب همراه است.

***نکته:** این ناهنجاری با الگوی اتوزومی مغلوب به ارث می رسند. اختلالات مزبور مشابه اختلالاتی هستند که در کودکان مبتلا به سندرم (شبه Reye) دیده می شوند.

برخی جهش ها می توانند کمپلکس آنزیمی پروتئین سه کاره میتوکندری را درگیر نمایند. این کمپلکس، آخرین مراحل اکسیداتیو را در این مسیر کاتالیز می نماید.		
شایع ترین جهش ها عبارتند از G152AC و E474Q.	این جهش ها در ژنی روی می دهند که بر روی کروموزم ۲ قرار داشته و ۳- هیدروکسی اسیل کوآ دهیدروژناز زنجیره بلند را کد می نماید.	برخی جهش ها نیز دهیدروژناز زنجیره متوسط و آنزیم کارنی تین پالمیتوئیل ترانسفراز ۱ را درگیر می کنند.

بین نقایص آنزیمی بتا اکسیداسیون اسیدهای چرب و پره اکلامپسی شدید خصوصا در زنان مبتلا به سندرم هلمپ ارتباطی چالش انگیز وجود دارد.

- یافته های بالینی و آزمایشگاهی

از لحاظ شدت، کبد چرب دارای یک طیف بالینی است. در شدیدترین موارد، علائم عموما ظرف چند روز پدیدار می شوند.
علامت اصلی شامل تهوع و استفراغ مداوم است و ممکن است درجات متغیری از بی اشتهایی، احساس کسالت، درد اپیگاستر و زردی پیشرونده نیز وجود داشته باشد.
حدود نیمی از زنان مبتلا، دچار هیپرتانسیون، پروتئینوری و ادم (به تنهایی یا در کنار هم) هستند؛ این نشانه ها از

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

<p>پره اکلامپسی حکایت دارند.</p>
<p>درجات متغیری از اختلال عملکرد متوسط تا شدید کبد نیز وجود دارد؛ اختلال عملکرد کبد خود را به صورت هیپوفیبرینوژنمی، هیپوآلبومینمی، هیپوکلسترولمی، و طولانی شدن زمان انعقاد نشان می دهد.</p>
<p>سطح بیلی روبین سرم عموماً کمتر از ۱۰ میلیگرم بر دسی لیتر بوده و سطح ترانس آمینازهای سرم نیز هر چند اندکی افزایش می یابد، اما معمولاً زیر ۱۰۰۰ واحد بر لیتر است.</p>

<p>تقریباً در تمام موارد شدید، فعال شدن سلول های اندوتلیال و نشت مویرگی باعث تغلیظ خون، سندرم هپاتورنال، آسیت و گاه ادم ریوی در موارد تغلیظ شدید خون، پرفوزیون رحمی - جفتی کاهش پیدا کرده و این امر در ترکیب با اسیدوز مادر می تواند سبب مرگ جنین حتی پیش از اینکه بیمار جهت مراقبت به بیمارستان مراجعه کند گردد.</p>
<p>اسیدمی مادر و جنین هم چنین با بروز بالای در معرض خطر قرار گرفتن جنین و نرخ بالای زایمان سزارین مرتبط است.</p>
<p>در موارد تغلیظ شدید خون، جریان خون رحمی جفتی کاهش می یابد که در ترکیب با اسیدوز مادر می تواند حتی پیش از مراجعه بیمار جهت درمان سبب مرگ جنین شود.</p>
<p>اسیدمی مادر و جنین نیز با میزان بالایی از در خطر افتادن جنین و نرخ بالای زایمان سزارین ارتباط دارند.</p>

***نکته:** جهت تأیید تشخیص می توان از تکنیک های مختلفی برای تصویربرداری از کبد استفاده نمود؛ با این حال، هیچ یک از تکنیک های تصویربرداری قابل اطمینان نیستند.

<p>● سیر این بیماری پس از تشخیص نیز همچنان به سمت بدتر شدن پیش می رود.</p>	<p>● هیپوگلیسمی شایع است. انسفالوپاتی کبدی، کواگولوپاتی شدید و درجاتی از نارسایی کلیه، هر یک در قریب به نیمی از بیماران بروز می نماید.</p>	<p>*نکته: خوشبختانه زایمان از تشدید اختلال عملکرد کبدی جلوگیری می کند.</p>
--	--	---

گاه برخی از زنان، دچار شکل ابتدایی (F.o.r.a.m.e f.r.a.u.s.t.e) این اختلال می شوند.
در این حالت، علایم بالینی نسبتاً خفیف بوده و آنچه که باعث جلب توجه می شود عموماً اختلالات آزمایشگاهی است.
این اختلالات عموماً تنها شامل همولیز و کاهش سطح فیبرینوژن پلاسما می باشند.

****نکته:** طیف درگیری کبد می تواند از موارد خفیفی که یا مورد توجه قرار نگرفته یا به پره اکلامپسی نسبت داده میشوند تا نارسایی آشکار کبد و انسفالوپاتی کبدی متغیر باشد.

- کوآگولوپاتی

شدت اختلال انعقادی نیز متغیر است. این اختلال خصوصاً در مواردی که زایمان از طریق عمل جراحی انجام می شود می تواند تهدید کننده حیات باشند. کوآگولوپاتی، ناشی از کاهش سنتز فاکتورهای انعقادی در کبد است؛ هر چند شواهدی نیز در مورد افزایش مصرف فاکتورهای انعقادی و انعقاد داخل عروقی منتشر وجود دارد.

****نکته:** افزایش متوسط سطح دی-دایمرهای سرم یا فرآورده های ناشی از تجزیه فیبرین، نشانگر (کوآگولوپاتی مصرفی) می باشد. هر چند ترومبوسیتوپنی عموماً خفیف است، اما گاه می تواند شدید باشد.

- درمان

کلید کسب پیامدهای موفقیت آمیز، ارائه مراقبت های حمایتی شدید و درمان مامایی مناسب است.

****نکته:** از آن جایی که به تعویق انداختن زایمان برای مدت طولانی می تواند خطراتی برای مادر و جنین به همراه داشته باشد ترجیح بر این است که در راستای زایمان تلاش نموده و همزمان جنین را تحت نظارت دقیق قرار داد.

در صورت انجام اعمال جراحی یا ایجاد لاسراسیون های مامایی در جریان زایمان واژینال، عموماً ترانسفوزیون خون کامل یا گلبولهای قرمز متراکم در کنار تجویز پلاسمای تازه منجمد، کرایوپرسپیتیت و پلاکت ضرورت می یابد.	اما در کوآگولوپاتی شدید، زایمان سزارین می تواند برای مادر خطرناک باشد.	برخی توصیه می کنند به منظور تسریع بهبود عملکرد کبد، از زایمان سزارین استفاده شود.
---	--	---

<p>***نکته: پس از زایمان، اختلال عملکرد کبد شروع به برطرف شدن می کند. عملکرد کبد معمولاً ظرف یک هفته به حالت طبیعی باز می گردد؛ در این مدت ممکن است نیاز به مراقبت های طبی شدید باشد.</p>	
<p>طی این دوره، دو اختلال ممکن است بروز نماید:</p>	
▼	
<p>● یک چهارم از زنان دارای شواهدی از دیابت بیمزه موقت خواهند بود.</p> <p>این امر احتمالاً ناشی از کاهش تولید کبدی آنزیم غیرفعال کننده وازوپرسیناز می باشد.</p>	<p>● ۲۰٪ از زنان هم دچار پانکراتیت حاد می شوند.</p>

<p>***نکته: با ارائه مراقبت های حمایتی، بیماری معمولاً به طور کامل بهبود می یابد. مرگ و میر مادر می تواند ناشی از علل ذیل باشد:</p>					
سپسیس	خونریزی	آسپیراسیون	نارسایی کلیه	پانکراتیت	خونریزی گوارشی

– پیامدهای مادری و پری ناتال

هر چند در گذشته، نرخ مرگ و میر مادران مبتلا به کبد چرب حاد حاملگی به ۷۵٪ می رسید. اما در حال حاضر دورنمای بیماری بسیار بهتر شده است.

● دیس فونکسیون کبدی در بارداری در کدامیک از بیماری های زیر بیشتر است ؟

(کنکور ارشد مامایی – ۸۴)

- الف) هپاتیت حاد
ب) سندرم هلپ
ج) کلستاز کبدی حاملگی
د) کبد چرب حاد

جواب : گزینه د

● علامت اصلی کبد چرب حاد در حاملگی چیست ؟

(کنکور ارشد مامایی - ۹۰)

الف) استفراغ مداوم (ب) سردرد

ج) اسهال (د) یبوست

جواب : گزینه الف

● ***نکته :** استفراغ پایدار در اواخر حاملگی، علامت عمده کبد چرب است.

● شایع ترین علت نارسایی کبدی در حاملگی کدام است ؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۶)

الف) هپاتیت حاد (ب) پره اکلامپسی

ج) توکسیسمه دارویی (د) کبد چرب حاد

جواب : د

● کدام مورد، از عوارض کبد چرب در حاملگی نیست ؟

(کنکور ارشد مامایی - ۹۳)

الف) تهوع و استفراغ پابرجا (ب) مرده زایی

ج) همولیز در مادر (د) هیپرکلسترولمی

جواب : گزینه د

● ***نکته :** در زنان مبتلا به پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی، درگیری کبد نسبتاً شایع است.

● هپاتیت ویروسی

● هپاتیت های ویروسی حداقل به ۵ نوع مختلف تقسیم می شوند :

هپاتیت A	هپاتیت B	هپاتیت D	هپاتیت C	هپاتیت E
		ناشی از عامل دلتای		

		وابسته به هیپاتیت B		
--	--	---------------------	--	--

این بیماری ها در طول فازهای حاد خود، مشابه یکدیگراند. احتمالاً ویروس ها فی نفسه هپاتوتوکسیک نیستند، بلکه با برانگیختن پاسخ های ایمنی باعث نکرور سلول های کبدی می گردند.

****نکته:** هپاتیت ویروسی مزمن بدون علامت هم چنان علت اصلی سرطان کبد و شایع ترین علت نیاز به پیوند کبد محسوب می شوند.

● هیپاتیت حاد

عفونت های حاد اغلب، تحت بالینی بوده و باعث زردی نمی شود. در مواقعی که عفونت به صورت بالینی تظاهر می یابد، تهوع و استفراغ، سردرد و کسالت ممکن است یک یا دو هفته پیش از زردی بروز نمایند.

****نکته:** تب کم شدت در هیپاتیت A شایع است.

تا زمان ایجاد زردی، علائم عموماً بهبود یافته اند. سطح ترانس آمینازهای سرم متغیر بوده و به شدت بیماری ارتباطی ندارد.

<p>◀ حداکثر سطح ترانس آمینازها که در محدوده ۴۰۰ تا ۴۰۰۰ واحد بر لیتر قرار دارد. عموماً در زمان بروز زردی مشاهده می شود.</p>	<p>◀ سطح بیلی روبین سرم، به رغم افت سطح ترانس آمینازها اغلب به طور مداوم افزایش یافته و به ۵ تا ۲۰ میلی گرم در دسی لیتر می رسد.</p>
---	---

****نکته:** در صورت وجود هر گونه شواهدی دال بر حالت شدید بیماری، فرد بایستی فوراً بستری گردد: که عبارتند از :

تهوع و استفراغ پایدار	طولانی شدن زمان پروترومبین	کاهش سطح آلبومین سرم	هیپوگلیسمی	افزایش سطح بیلی روبین سرم	علائم مربوط به دستگاه عصبی مرکزی
-----------------------	----------------------------	----------------------	------------	---------------------------	----------------------------------

اغلب ظرف یک تا دو ماه، تمام موارد هیپاتیت A، اکثر موارد هیپاتیت B، و بخش اندکی از موارد هیپاتیت C، به طور کامل از لحاظ بالینی و آزمایشگاهی بهبود می یابند.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

در مدت بستری بیمار، در صورت سر و کار داشتن با ترشحات وی، توصیه به اقدامات حمایتی بیشتر از جمله: پوشیدن دو دستکش طی زایمان یا اعمال جراحی می شود.

به علت تماس بالای اعضای کادر بهداشتی با هپاتیت B، انجام واکسیناسیون فعال و غیر فعال در این افراد توصیه می شود.	*نکته: هپاتیت C واکسن ندارد. از این رو پس از تماس با ویروس هپاتیت C، تنها توصیه می شود که افراد تحت ارزیابی های سرمی قرار گیرند.
--	---

***نکته:** نرخ مرگ و میر هپاتیت حاد حدود ۱/۰٪ است. این میزان در بیمارانی که شدت بیماری آنها در حد بستری در بیمارستان است حدود ۱٪ می شود.

*نکته: اکثر مرگ و میرها ناشی از نکروز برق آسای کبد است.
در اواخر بارداری، نکروز برق آسای کبد می تواند از نمای کبد چرب حاد تقلید نماید.
انسفالوپاتی کبدی، یکی از تظاهرات معمول نکروز برق آسای کبد است. در این حالت نرخ مرگ و میر به ۸۰٪ میرسد.
*نکته: حدود نیمی از افراد مبتلا به نکروز برق آسای کبد، دچار عفونت با ویروس هپاتیت B هستند؛ عفونت همزمان با عامل دلتا شایع است.

• هپاتیت مزمن

***نکته:** شایعترین عارضه هپاتیت B و C، وقوع هپاتیت مزمن است که به صورت سرولوژیک تشخیص داده می شود.

• رویکرد تشخیص ساده شده در بیماران مبتلا به هپاتیت				
تست سرولوژیک				تشخیص
	IgM	IgM	HBsAg	
Anti-HAV	Anti-HBc	Anti-HAV		
-	-	+	-	هپاتیت A حاد

-	+	-	+	هیپاتیت B حاد
-	-	-	+	هیپاتیت B مزمن
-	-	+	+	هیپاتیت A حاد و هیپاتیت B مزمن
	+	+	+	هیپاتیت حاد A و B
+	-	-	-	هیپاتیت C حاد

***نکته:** حدود ۵ تا ۱۰ درصد از بزرگسالان به دنبال هیپاتیت B حاد، دچار عفونت مزمن می شوند. اکثر افراد مبتلا به هیپاتیت C حاد دچار هیپاتیت مزمن می شوند.

هیپاتیت مزمن بر اساس علت، درجه (میزان فعالیت هیستولوژیک) و مرحله (شدت پیشرفت بیماری) طبقه بندی می گردد. شواهدی وجود دارند که دال بر ارتباط متقابل واکنش ایمنی سلولی و استعداد ژنتیکی می باشند.

***نکته:** هر چند اکثر افراد مبتلا له عفونت های حاد و مزمن، بدون علامت هستند، اما حدود ۲۰٪ از بیماران ظرف ۱۰ تا ۲۰ سال دچار سیروز می گردند.

علائم در صورت وجود غیراختصاصی هستند عموماً خستگی یکی از علائم بیماری است. تشخیص را میتوان از طریق بیوپسی کبد به تأیید رساند.

- هیپاتیت مزمن و بارداری

اکثر زنان جوان مبتلا به هیپاتیت مزمن، فاقد علامت بوده، یا تنها دچار یک بیماری کبدی خفیف هستند.

***نکته:** زنان فاقد علامت سرپوزیتو عموماً مشکلی در رابطه با حاملگی ندارند. در هیپاتیت های مزمن فعال و علامت دار پیامد بارداری عمدتاً به شدت بیماری و فیروز و خصوصاً وجود یا عدم وجود هیپرتانسیون پورت بستگی دارد. به علت مطلوب نبودن پیش آگهی در طولانی مدت، این افراد بایستی از نظر احتمال پیوند کبد، و نیز گزینه های مربوط به سقط و عقیم سازی تحت مشاوره قرار بگیرند.

• هیپاتیت A

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

به دلیل اجرای برنامه های واکسیناسیون، میزان بروز هپاتیت A از سال ۱۹۹۵ تا کنون حدود ۹۵٪ کاهش یافته است.

ویروس هپاتیت A نوعی پیکورناویروس R،N،A دار ۲۷ نانومتری است که از طریق مدفوعی دهانی منتقل می گردد.
انتقال عموماً از طریق خوردن آب و غذای آلوده صورت می گیرد.
دوره کمون بیماری حدود ۴ هفته است.
ویروس وارد مدفوع افراد مبتلا شده و در طول دوره نسبتاً کوتاه ویرمی، خون افراد مبتلا نیز منبع عفونت است.
علائم و نشانه های بیماری غیر اختصاصی و خفیف هستند، با این حال زردی در اکثر بیماران رخ می دهد.
علائم معمولاً کمتر از ۲ ماه طول می کشد، با این حال ۱۰ تا ۱۵٪ بیماران ممکن است تا ۶ ماه علامت مانده و یا دچار عود شوند.
تشخیص سرولوژیک زودرس از طریق شناسایی آنتی بادی M،g، ضد H،A،V که ممکن است چندین ماه پابرجا بماند است.
طی دوره نقاهت، آنتی بادی I،g،G غلبه می یابد؛ این آنتی بادی، پابرجا مانده و در برابر عفونت های بعدی مصونیت ایجاد می نماید. هپاتیت A مرحله ازمان ندارد.

درمان هپاتیت A در زنان باردار شامل استفاده از یک رژیم غذایی متعادل و نیز کاهش فعالیت های جسمانی است.	چنانچه بیماری از شدت بالایی برخوردار نباشد، می توان افراد را به صورت سرپایی درمان نمود.
--	---

در کشورهای توسعه یافته، اثر هپاتیت A، بر روی بارداری قابل توجه نیست.	با این حال، در کشورهای جهان سوم، مرگ و میر مادری و پری ناتال به نحو قابل ملاحظه ای بالاتر است.
--	--

*نکته: شواهدی دال بر ترانژن بودن هپاتیت A وجود ندارد. و انتقال ویروس به جنین قابل چشم پوشی است.
--

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

موردی از هپاتیت A نوزادی ثانویه به تغذیه از شیر مادر گزارش نشده است.	مواردی از کلتاز نوزادی گزارش شده است.	نرخ زایمان پره ترم ممکن است افزایش یابد.
--	---------------------------------------	--

ایمن سازی کودکان با استفاده از واکسن های حاوی ویروس غیرفعال شده توسط فرمالین، در بیش از ۹۰٪ از موارد موثر است.

<p>*نکته: کالچ متخصصین زنان و زایمان آمریکا توصیه می کند که افراد پرخطر تحت واکسیناسیون V، A، H قرار گیرند:</p> <p style="text-align: center;">افراد پرخطر عبارتند از:</p> <p style="text-align: center;">▼</p>	
کسانی که به دلایل شغلی یا رفتاری در معرض خطر قرار دارند.	کسانی که به کشورهای پرخطر سفر می نمایند.

*****نکته:** ایمن سازی غیرفعال (پاسیو) در زنان بارداری که اخیرا در تماس شخصی یا جنسی نزدیک افراد مبتلا به

هپاتیت A بوده اند، با تجویز ایمونوگلوبولین (با دوز ۰/۰۲ میلی لیتر بر کیلوگرم) صورت می گیرد.

● کدام جزء اصول درمان زنان مبتلا به هپاتیت A می باشد؟

(کنکور ارشد مامایی - ۹۲)

الف) رژیم غذایی غنی از پروتئین

ب) کاهش فعالیت فیزیکی

ج) بستری نمودن مادران

د) رژیم غذایی غنی از کربوهیدرات

جواب: گزینه ب

● هپاتیت B

این ویروس، یک ویروس با D، N، A، ۲ رشته ای از خانواده هپادناویروس هاست.
این ویروس در کل جهان یافت می شود. و در آفریقا، مرکز و جنوب شرقی آسیا، چین، اروپای شرقی و خاورمیانه و برخی

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

نواحی آمریکای جنوبی اندمیک است. و شیوع آن به ۵ تا ۲۰٪ می رسد.
تخمین زده می شود که بیش از ۲ میلیارد نفر در کل جهان به این ویروس مبتلایند، و از میان آنها ۳۷۰ میلیون به عفونت مزمن مبتلا هستند.

این ویروس در اثر تماس با خون یا مایعات بدن افراد آلوده منتقل می شود.
***نکته: انتقال عمودی به معنای انتقال از مادر به جنین یا نوزاد مسئول حداقل ۳۵ تا ۵۰٪ موارد عفونت هپاتیت B مزمن در کشورهای اندمیک است.
***نکته: روش شایع تر انتقال آن، از طریق انتقال جنسی یا استفاده از سوزن آلوده مشترک است.
این ویروس از طریق تمامی مایعات بدن منتقل می شود، اما تماس با سرم سرشار از ویروس موثرترین راه انتقال بیماری است.

هپاتیت B حاد پس از یک دوره کمون ۳۰ تا ۱۸۰ روزه ایجاد می شود. حداقل نیمی از عفونت های حاد بدون علامت اند.
در صورت وجود علائم معمولاً خفیف بوده و عبارتند از بی اشتها، تهوع و استفراغ، تب، درد شکمی، و زردی.
HBV مسئول نیمی از موارد هپاتیت فولمینان است.
در بیش از ۹۰٪ بیماران، علائم طی ۳ تا ۴ ماه به طور کامل از بین می روند.

***نکته: توالی پیدایش آنتی ژنها و آنتی بادی های مختلف در هپاتیت B حاد:
◀ اولین مارکری سرولوژیک که شناسایی می شود: آنتی ژن سطحی هپاتیت B است.
◀ با از بین رفتن آنتی ژن سطحی هپاتیت B، آنتی بادی های علیه آنتی ژن سطحی ایجاد می شوند. و نشان دهنده از بین رفتن کامل بیماری هستند.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

<p>◀ آنتی ژن هسته ای هپاتیت B، یک آنتی ژن داخل سلولی است و در سرم قابل تشخیص نمی باشد. با این حال چندین هفته پس از پیدایش آنتی ژن قابل شناسایی است.</p>
<p>◀ آنتی ژن هپاتیت E، در مواقع همانندسازی بالای ویروس ظاهر می شود.</p>

● تظاهرات خارج کبدی عبارتند از :						
آتریت	واسکولیت ژنرالیزه	گلوومرولونفریت	پریکاردیت	میوکاردیت	میلیت عرضی	نوروپاتی محیطی

- بارداری

عفونت هپاتیت B سبب افزایش موربیدیت و مرگ و میر مادران نمی شود. این عفونت اغلب بدون علامت بوده و تنها در غربالگری روتین پره ناتال تشخیص داده می شود.

<p>◀ افزایش مختصر خطر زایمان پره ترم در مادران H،B،V مثبت گزارش شده است.</p>	<p>◀ اما تاثیری بر روی محدودیت رشد جنین یا میزان پره اکلامپسی دیده نشده است.</p>
--	--

<p>● عفونت ویروسی از طریق جفت نادر است.</p>
<p>● در غیاب ایمونوپروپرفیلاکسی، ۱۰ تا ۲۰٪ زنان مثبت از نظر آنتی ژن، عفونت ویروسی را به شیرخوار خود انتقال میدهند.</p>
<p>***نکته: ایمونوپروپرفیلاکسی و تجویز واکسن هپاتیت B به شیرخواران متولد شده از مادران مبتلا به عفونت، میزان انتقال را به طور چشمگیری کاهش داده است و از حدودا ۹۰٪ عفونت ها جلوگیری کرده است.</p>
<p>● فارغ از انجام ایمونوپروپرفیلاکسی، میزان انتقال عمودی حداقل ۱۰٪ است.</p>
<p>● لامی وودین (یک آنالوگ سیستدین نوکلئوزید) خطر عفونت در جنین را، به طور قابل توجهی کاهش می دهد.</p>
<p>● گزارشات اولیه مربوط به استفاده از دو داروی ضدویروسی دیگر تلبی وودین و تنوفویر در دوران بارداری نیز امید بخش</p>

*****نکته:** به شیرخواران سروپوزیتو بلافاصله پس از تولد H،B،I،G تزریق می شود. هم چنین اولین دوز از سه دوز

واکسن نوترکیب هپاتیت B نیز به همراه آن تزریق می شود.

*****نکته:** آکادمی اطفال آمریکا، عفونت H،B،V مادر را کتراندیکاسیون شیردهی محسوب نمی کند.

در مادران پرخطر سرونگاتیو، واکسن هپاتیت B را می توان طی بارداری تجویز نمود.

● خانم بارداری با هپاتیت B مثبت جهت انجام مراقبتهای دوران بارداری مراجعه نموده است چه خطری او را تهدید

می کند؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۷)

(ب) زایمان زودرس

(الف) سقط جنین

(د) مرگ داخل رحمی

(ج) ناهنجاری جنینی

جواب: گزینه ب

***نکته:** از شایعترین عوارض هپاتیت در دوران بارداری، زایمان زودرس و تولد جنین کم وزن است.

● توصیه در مورد نوزاد خانم آنتی ژن هپاتیت B مثبت زایمان نموده چیست؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۹ و ۸۶)

(الف) تجویز ایمنوگلوبولین هپاتیت B و واکسن نوترکیب

(ب) درمان نوزاد با آنترفرونها

(ج) تحت نظر بودن نوزاد و تستهای تشخیصی اختصاصی

(د) عدم هر گونه اقدام

جواب: گزینه الف

- در این شرایط باید بلافاصله ایمنوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B و واکسن هپاتیت B را دریافت نمود.

● هیپاتیت D

HDV که هیپاتیت دلتا نیز خوانده می شود. نوعی R,N,A ویروس ناقص است.
این نوع هیپاتیت، بایستی به صورت ثانویه یا همزمان با ویروس هیپاتیت B ایجاد عفونت کند. این ویروس نمی تواند بیش از ویروس هیپاتیت B در سرم باقی بماند.
***نکته: نحوه انتقال آن، مشابه هیپاتیت B است.
***نکته: عفونت همزمان مزمن با ویروس های هیپاتیت B و D شدیدتر از هیپاتیت B به تنهایی است. و حدود ۷۰٪ بیماران دچار سیروز می گردند.
عفونت H,D,V با وجود H,D,V - A,t,n,i و H,B,V D,N,A تشخیص داده می شود.
***نکته: انتقال عفونت به نوزادان نامعمول است، زیرا تزریق واکسن هیپاتیت B به نوزادان، عموماً از هیپاتیت دلتا جلوگیری می کند.

● کدامیک از انواع هیپاتیت های زیر همراه و یا متعاقب هیپاتیت B ایجاد می شود؟

(کنکور ارشد مامایی - ۹۵)

الف) A ب) C ج) D د) E

جواب: گزینه ج

● هیپاتیت C

HCV نوعی R,N,A ویروس تک رشته ای از خانواده فلاوی ویریده است.
حداقل ۶ ژنوتیپ اصلی وجود دارد و نوع ۱ مسئول ۷۰٪ عفونت هاست.
نحوه انتقال آن از طریق خون و مایعات بدن است، به استثنای آن که احتمال انتقال این عفونت از طریق تماس های جنسی چندان بالا نیست.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

● غربالگری H,C,V در افراد ذیل توصیه می شود :

افراد آلوده به H,I,V	افرادی که از مواد تزریقی استفاده میکنند	بیماران همودیالیزی	کودکان متولد شده از مادران مبتلا به H,C,V	افرادی که در معرض خون یا مایعات بدن H,C,V مثبت قرار گرفته اند	افرادی که افزایش غیرقابل توجیهی در سطح آمینوترانسفراز ها دارند.	گیرندگان خون و یا پیوند
-------------------------	---	-----------------------	--	--	---	-------------------------------

عفونت حاد معمولاً بدون علامت یا با علائم مختصر است. تنها ۱۰ تا ۱۵٪ بیماران دچار زردی می شوند. دوره کمون از ۱۵ تا ۱۶۰ روز متفاوت است و متوسط آن ۷ هفته است.

****نکته:** امروزه آزمون H,C,V - R,N,A (استاندارد طلایی) تشخیص H,C,V است.

****نکته:** ۸۰ تا ۹۰٪ بیماران مبتلا به عفونت حاد H,C,V دچار عفونت مزمن می شوند. علی رغم بی علامت باقی ماندن، ۲۰ تا ۳۰٪ طی ۲۰ تا ۳۰ سال به سوی سیروز پیشرفت می کنند.

****نکته:** اصلی ترین پیامد نامطلوب پری ناتال، انتقال عمودی عفونت به جنین - نوزاد است.

****نکته:** تقریباً دو سوم، موارد انتقال پره ناتال در دوران حول و حوش زایمان رخ می دهند.

در حال حاضر هیچ واکسن تأیید شده ای برای پیشگیری از H,C,V، وجود ندارد. درمان هم از گذشته شامل آلفاینترفرون به تنهایی یا در ترکیب با ریبویرین بوده است. استفاده از این رژیم درمانی در دوران بارداری ممنوع است و علت آن تراژدی بودن ریبویرین در حیوانات است.

● هیپاتیت E

ویروس آن، نوعی ویروس منتقل شده از راه آب است که عموماً از طریق روده ای و استفاده از منابع آب آلوده منتقل می گردد.

****نکته:** ویروس هیپاتیت E، احتمالاً شایع ترین علت هیپاتیت حاد است.

این ویروس در کشورهای جهان سوم اپیدمی هایی به وجود می آورد که با مرگ و میر و موربیدیت قابل توجهی همراه

هستند. نرخ کشندگی موردی در زنان باردار بیشتر از زنان غیرباردار است. هپاتیت فولمینانت علی رغم اینکه نادر است، اما در زنان باردار شایع تر است و سبب افزایش میزان مرگ و میر می شود. در حال حاضر هیچ واکسن مورد تأییدی در دسترس نیست.

• هپاتیت G

ویروس منتقل شده از راه خون است. این ویروس که مشابه فلاوی ویروس هاست در واقع باعث هپاتیت نمی شود. در حال حاضر هیچ درمان توصیه شده ای به جز احتیاطات پایه خونی و مایعات بدن وجود ندارد. انتقال به شیرخوار گزارش شده است.

• هپاتیت اتوایمیون (خودایمنی)

این هپاتیت، عموماً نوعی هپاتیت مزمن پیشرونده است که افتراق آن از هپاتیت های مزمن ویروسی بسیار مهم است. زیرا درمان این دو اساساً متفاوت می باشد.

**نکته : همانند سایر بیماری های خودایمنی، هپاتیت خودایمن مزمن در زنان شایع تر است. و اغلب همراه موارد زیر است:			
تیروئیدیت	کولیت اولسراتیو	دیابت نوع ۱	آرتریت روماتوئید
هپاتیت معمولاً تحت بالینی است، اما حملات شدید می توانند سبب خستگی و کرختی ناتوان کننده شوند.			

به طور کلی، پیامدهای بارداری در زنان مبتلا به هپاتیت اتوایمون خوب نیست؛ با این حال پیش آگهی بیماران در صورت کنترل مناسب بیماری خوب است.

• بیماری کبد چرب غیرالکلی

استئاتوهپاتیت، نوعی بیماری است که موارد تشخیص داده شده آن روزبه روز در حال افزایش است.

این بیماری گاه می تواند به سمت سیروز کبد پیشرفت کند
به صورت کبد چرب ماکرووزیکولر خود را نشان داده و از این حیث مشابه آسیب کبدی ناشی از مصرف الکل است.

این بیماری در کسانی ایجاد می شود که فاقد سابقه سوء مصرف الکل هستند.
**نکته: استئاتوهپاتیت اغلب با اختلالاتی نظیر دیابت نوع ۲، چاقی، هیپرلیپیدمی، سندرم X همراه است.
این بیماری در اشخاص چاق شایع بوده و ۵۰٪ از افرادی که دچار چاقی مرضی هستند به آن مبتلا می باشند.
هم چنین نیمی از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دچار بیماری کبد چرب غیرالکلی هستند.

طیفی از آسیب کبدی وجود دارد که طی آن کبد چرب به سوی استئاتوهپاتیت غیرالکلی پیشرفت میکند. و سپس فیروز کبدی ایجاد می شود که ممکن است به سیروز بیانجامد. این بیماری در اکثر افراد عموماً بدون علامت است. استئاتوهپاتیت یک علت شایع برای افزایش سطح ترانس آمینازها در تست های غربالگری روتین و اهدا کنندگان خون می باشد.

****نکته:** این بیماری علت افزایش فاقد علامت سطح ترانس آمینازها در ۹۰٪ از افرادی است که در آنها سایر بیماریهای کبدی رد شده اند.

****نکته:** استئاتوهپاتیت شایع ترین علت تست های کبدی غیر طبیعی در بزرگسالان امریکایی محسوب می شود. در حال حاضر، کاهش وزن و هیپولیپیدمی، تنها درمان توصیه شده است.

- بارداری

در زنان چاق و دیابتی، احتمالاً ارتشاح کبد چرب بسیار بیش از آن چیزی است که تصور می شود. در طول دهه اخیر با شمار روز افزونی از زنان باردار مبتلا به این اختلالات برخورد کرده ایم.

با تشدید اندمی چاقی، هر یک از عوارض سوء این اختلال کبدی بر روی نتیجه بارداری می بایست مشخص گردد.

• سیروز

آخرین مرحله مسیر مشترک برخی اختلالات، آسیب مزمن و برگشت پذیر کبد همراه با فیروز وسیع و ایجاد ندول های رژنراتیو است.

****نکته:** شایع ترین علت سیروز در جمعیت عمومی، سیروز لاتک است که ناشی از مصرف مزمن الکل می باشد.

****نکته:** با این حال در زنان جوان (از جمله زنان باردار) شایع ترین علت سیروز پست نکروتیک ناشی از هپاتیت مزمن B و C است.

● امروزه می دانیم که علت اکثر موارد سیروز کریپتوژنیک، بیماری کبد چرب غیر الکلی می باشد.

****نکته:** تظاهرات بالینی سیروز عبارتند از:

هیپرتانسیون پورت، که با اسپلنومگالی و ایجاد واریس های معهده ای روده ای همراه است.	ناهنجاری های متابولیک	کواگولوپاتی	ادم	زردی
---	--------------------------	-------------	-----	------

بروز ترومبوآمبولی وریدهای عمقی نیز افزایش می یابد. پیش آگهی خوب نیست. ۷۵٪ از افراد، دچار بیماری پیشرونده ای می شوند که ظرف ۱ تا ۵ سال منجر به مرگ می گردد.

- سیروز و بارداری

****نکته:** زنان مبتلا به سیروز علامت دار اغلب نابارور هستند. کسانی که باردار می شوند نیز عموماً پیش آگهی بدی دارند.

****نکته:** عوارض شایع عبارتند از:

نارسایی کبدی گذرا	خونریزی از واریس ها	زایمان پره ترم	محدودیت رشد جنین	مرگ مادر
-------------------	---------------------	----------------	------------------	----------

● در صورت وجود واریس های مری، پیامدهای بارداری عموماً بدتر می شوند.

****نکته:** یک عارضه بالقوه کشنده دیگر سیروز، در اثر آنوریسم های شریانی طحالی رخ می دهند و ۷۰٪ آنها در سه ماهه سوم بارداری است.

● در سیروز علت مرگ مادران چیست؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۳)

الف) اختلال در عمل ریه ب) خونریزی از طحال

جواب: گزینه د

– هیپرتانسیون پورت و واریس های مری

***نکته:** تقریباً نیمی از موارد واریس های مری در زنان باردار در اثر سیروز یا انسداد خارج کبدی ورید پورت رخ می دهند که سبب پرفشاری خون در سیستم پورت می گردد. انسداد خارج کبدی گاه ناشی از ترومبوز ورید پورت است.

ترومبوز ورید پورت می تواند ناشی از ابتلای مادر به یکی از سندرم های ترومبوفیلی باشد. ترومبوز گاه می تواند ناشی از کاتتراسیون ورید نافی در دوران نوزادی مادر باشد (خصوصاً در زایمان های پره ترم)

***نکته:** در دوران بارداری، یک سوم تا نیمی از زنان مبتلا دچار خونریزی از واریس می شوند؛ این عارضه، علت اصلی

مرگ و میر مادران به شمار می رود.

پیش آگهی مادر عمدتاً به خونریزی یا عدم خونریزی از واریس ها بستگی دارد. در مواردی که واریس ها ناشی از سیروز هستند در مقایسه با واریس های بدون سیروز، نرخ مرگ و میر بالاتر است. (۱۸٪ در مقابل ۲٪).

***نکته:** در زنان مبتلا به واریس نرخ مرگ و میر پری ناتال بیشتر است. در صورتی که سیروز سبب ایجاد واریس شده

باشد بدتر است.

– درمان

درمان در زنان باردار و غیر باردار مشابه است. تمام بیماران مبتلا به سیروز از جمله زنان باردار می بایست به صورت

پیشگیرانه جهت تشخیص اتساع واریس ها تحت غربالگری با آندوسکوپی قرار بگیرند.

به منظور کاهش فشار ورید پورت و از این رو کاهش خطر خونریزی، از داروهای بتابلوکر (مانند پره پرانول) استفاده می شود در خونریزی حاد، لیگاته کردن نواری با آندوسکوپ بر اسکروتراپی ارجح است، زیرا با خطرات ناشی از تزریق مواد شیمیایی اسکروتراپی همراه نیست.

● مصرف بیش از حد استامینوفن

استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی جهت خودکشی شایع است.

***نکته:** در ایالات متحده، استفاده از استامینوفن در دوران بارداری بسیار شایع تر است. مصرف بیش از حد استامینوفن

می تواند منجر به نکروز سلول های کبدی و نارسایی حاد کلیه شود.

*****نکته: علایم اولیه مصرف دوزهای بیش از حد استامینوفن عبارتند از:**

تهوع	استفراغ	تعریق	کسالت	رنگ پریدگی
------	---------	-------	-------	------------

*****نکته:** نارسایی کبد پس از یک دوره کمون ۲۴ تا ۴۸ ساعته حادث می شود. و عموماً ظرف ۵ روز شروع به برطرف شدن می کند.

*****نکته:** پادزهر (آنتی دوت)، استامینوفن، (N استیل سیستئین) است که بایستی بی درنگ تجویز گردد.

پس از هفته ۱۴، سیتوکروم P۴۵۰ تا حدی در جنین فعال است؛ این فعالیت برای متابولیسم استامینوفن به متابولیت سمی ضروری است. در مواردی که پادزهر بلافاصله پس از مصرف بیش از حد داده شود احتمال بقای مادر و جنین بیشتر است.

● مصرف بیش از حد استامینوفن در حاملگی سبب چه عارضه ای می گردد؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۸)

الف) نارسایی حاد کبد

ب) نارسایی حاد کلیه

ج) نارسایی حاد ریه

د) نارسایی حاد قلب

جواب: گزینه الف

● هیپرپلازی ندولی کانونی

هیپرپلازی ندولی کانونی نوعی ضایعه خوش خیم کبد در نظر گرفته می شود که در اکثر موارد با تجمع هپاتوسیت های طبیعی اما نامنظم با حدود مشخص که یک اسکار ستاره ای شکل مرکزی را احاطه میکنند مشخص می شود. این ضایعات را اغلب میتوان با استفاده از سی تی اسکن یا MRI از آدنوم های کبدی افتراق داد. جراحی ندرتاً لازم است. مگر در موارد نادر درد تسکین نیابنده؛ اغلب زنان در طول بارداری بدون علامت باقی می مانند.

*****نکته:** این ضایعه کنترااندیکاسیون مصرف داروهای ضد بارداری حاوی استروژن نیست.

● آدنوم کبد

***نکته:** این نئوپلاسم خوش خیم خطر قابل توجهی برای خونریزی ناشی از پارگی به خصوص طی بارداری دارد.

***نکته:** ارتباط قدرتمندی با استفاده از داروهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی دارند.

***نکته:** خطر پارگی با افزایش اندازه افزایش می یابد و در تومورهای بالای ۵ سانتی متر عموماً جراحی توصیه می شود.

● پیوند کبد

در زنان بارداری که تحت پیوند قرار گرفته اند، نظارت دقیق جهت تشخیص هیپرتانسیون، اختلال عملکرد کبد، پره اکلامپسی و رد پیوند الزامی است.

● اختلالات کیسه صفرا

● کوله لیتاز و کوله سیستیت

در ایالات متحده ۲۰٪ از زنان بالای ۴۰ سال دارای سنگ های صفراوی هستند. اکثر سنگ ها حاوی کلسترول هستند گمان می رود که ترشح بیش از حد کلسترول به درون صفرا، یکی از فاکتورهای اصلی (ماژور) تشکیل سنگ باشد.

***نکته:** لجن صفراوی که در دوران بارداری ممکن است میزان آن افزایش یابد، یکی از عوامل مهم زمینه ساز تشکیل سنگ است.

کوله سیستکتومی پروفیلاکتیک در سنگ های بدون علامت لزومی ندارد. در سنگ های صفراوی علامت دار، برخی رویکردهای غیرجراحی مورد استفاده قرار گرفته اند، از جمله درمان با اسیدهای صفراوی خوراکی (مانند اورسودوزوکسی کولیک اسید) و لیتوتریپسی خارج پیکری با امواج شوک.

کوله سیستیت حاد عموماً زمانی بروز می نماید که مجرای سیستیک مسدود گردد. در ۵۰ تا ۸۰٪ از کوله سیستیت های حاد عفونت های باکتریایی نقش دارند. در بیش از نیمی از بیماران مبتلا به کوله سیستیت حاد، سابقه ای از درد قبلی ربع فوقانی راست شکم، به علت کوله لیتیاز وجود دارد.

در کوله سیستیت حاد، درد با بی اشتهایی، تهوع و استفراغ، تب ملایم و لکوسیتوز خفیف همراه است.

سونوگرافی می تواند سنگهایی به قطر ۲ میلی متر را نشان دهد؛ میزان نتایج مثبت و منفی کاذب به ترتیب برابر است با ۲ و ۴٪.

● بیماری های علامت دار کیسه صفرا در زنان جوان عبارتند از :

پانکراتیت حاد	کولیت صفراوی	کوله سیستیت حاد
---------------	--------------	-----------------

هر چند کوله سیستیت به درمان طبی پاسخ می دهد اما در حال حاضر صاحب نظران متفق القولند که کوله سیستکتومی زودرس اندیکاسیون دارد. درمان انتخابی در اغلب موارد، کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک است.

- بیماری کیسه صفرا در دوران بارداری

حدود ۱ نفر از هر ۱۰۰۰ زن باردار طی بارداری دچار کوله سیستیت می گردد. شکی وجود ندارد که بارداری از عوامل زمینه ساز سنگ است. پس از سه ماهه نخست، حجم کیسه صفرا در حالت ناشتا و نیز حجم باقیمانده کیسه صفرا پس از انقباض کیسه در پاسخ به وعده غذایی، دو برابر می گردد. تخلیه ناکامل می تواند منجر به احتباس کریستال های کلسترول شود؛ این امر پیش زمینه تشکیل سنگ های صفراوی کلسترولی است. اغلب پس از زایمان لجن از بین می رود و گاهی اوقات سنگ های صفراوی بازجذب می شوند. با این حال، هم چنان بستری شدن به دلیل سنگ کیسه صفرا طی یک سال اول پس از زایمان نسبتا شایع است.

- درمان مدیکال در مقابل مداخله جراحی

در دوران بارداری یا دوره نفاس، کوله سیستیت حاد عموما با سنگ کیسه صفرا یا لجن صفراوی همراه است. در دوران بارداری درمان کوله سیستیت حاد در ابتدا مشابه زنان غیر باردار است. اگر کوله سیستیت در اواخر بارداری عود کند، زایمان پره ترم محتمل است و کوله سیستکتومی از نظر تکنیکی دشوارتر است.

به این دلایل، مداخلات جراحی و اندوسکوپیک به طور روز افزونی به اقدامات محافظه کارانه ترجیح داده می شوند.

***نکته:** طی دو دهه اخیر، کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به رویکرد ارجح جراحی تبدیل شده است.

- کلانژیو پانکراتوگرافی اندوسکوپیک رتروگراد

خارج سازی سنگ های علامت دار مجاری صفراوی در دوران بارداری به نحو قابل توجهی با بهره گیری از این روش تسهیل شده است. در صورت شک به انسداد مجرای صفراوی مشترک (عموما به دنبال سنگ) از این روش استفاده می گردد.

● اختلالات پانکراس

● پانکراتیت

فعال شدن تریپسینوژن پانکراسی و متعاقبا خود هضمی پانکراس باعث التهاب حاد پانکراس می گردد. این التهاب با پروتئولیز و از هم گسیختگی غشاهای سلولی، ادم، خونریزی و نکروز مشخص می گردد.

***نکته:** حدود ۲۰٪ از بیماران دچار پانکراتیت شدید می شوند؛ در این حالت نرخ مرگ و میر به ۲۵٪ می رسد.

در بیماران غیر باردار	در دوران بارداری
پانکراتیت حاد تقریبا به یک اندازه با سنگ های صفراوی و سوء مصرف الکل در ارتباط است.	تقریبا همیشه کوله لیتاز عامل زمینه ساز پانکراتیت حاد است.

● شایع ترین علت پانکراتیت حاد در حاملگی کدام است؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۴)

(ب) سنگ کیسه صفرا

الف) هپاتیت ویرال

(د) بالا بودن P،H معده

ج) داروها

جواب: گزینه ب

● سایر علل زمینه ساز عبارتند از:

هیپرلیپیدمی (عموما هیپرتری گلیسیریدمی)	هیپرپاراتیروئیدی	ناهنجاری های مادرزادی مجاری صفراوی	به ندرت پانکراتیت اتوایمیون
--	------------------	------------------------------------	-----------------------------

***نکته:** پانکراتیت حاد و مزمن با بیش از ۱۰۰۰ نوع جهش در ژن C،F،T،R در ارتباط است.

- تشخیص

***نکته:** علائم پانکراتیت حاد

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

بیماران عموماً دچار دیسترس هستند	اتساع شکم	تهوع و استفراغ	درد خفیف تا ناتوان کننده اپی گاستر
----------------------------------	-----------	----------------	---------------------------------------

*نکته: نشانه های پانکراتیت حاد			
تندرنس شکم	هیپوتانسیون	تاکی کاردی	تب خفیف

حدود ۱۰٪ از بیماران، دچار سندرم پاسخ التهابی سیستمیک می گردند. این حالت میتواند به فعال شدن سلولهای اندوتلیال و متعاقباً سندرم سپسیس تنفسی حاد منجر شود.

*****نکته:** تأیید آزمایشگاهی پانکراتیت حاد با مشاهده سه برابری سطح آمیلاز سرم صورت می گیرد.

نکته مهم این جاست که هیچ ارتباطی بین میزان افزایش این آنزیم ها و شدت بیماری وجود ندارد. در حقیقت ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت سطح لیپاز سرم نیز افزایش یافته و تا مادامیکه پانکراتیت ادامه داشته باشد، بالا می ماند. لکوسیتوز عموماً وجود داشته و ۲۵٪ از بیماران نیز دچار هیپوکلسمی می گردند. افزایش سطح بیلی روبین و آسپاراتات آمینوترانسفراز معمولاً نشان دهنده وجود سنگ های صفراوی است.

● برخی فاکتورهای پروگنوستیک را می توان جهت پیش بینی شدت بیماری به کار گرفت:				
نارسایی تنفسی	شوک	نیاز شدید به جایگزینی مواد کلوئیدی	هیپوکلسمی زیر ۸ میلی گرم بر دسی لیتر	مشاهده مایع هموراژیک تیره در پاراستنز
● در صورت وجود ۳ مورد از ۴ مورد نخست، شانس بقای بیمار تنها ۳۰٪ خواهد بود.				

- درمان

● درمان طبی در زنان باردار و غیر باردار یکسان بوده و شامل موارد ذیل می باشد :		
آنالژزیک ها	هیدراتاسیون داخل وریدی	تلاش برای کاستن از ترشحات پانکراس از طریق قطع دریافت مواد غذایی از راه دهان

● به جز درمان حمایتی، هیچ الگوی درمانی خاصی پیامدهای بیماری را بهبود نمی بخشد.

به نظر می رسد که پیامدهای بارداری با شدت پانکراتیت حاد در ارتباط هستند.

- پیوند پانکراس

طبق شبکه ملی اهدای عضو میزان بقای ۵ ساله پیوند پانکراس حدود ۸۰٪ است.

پس از پانکراتکتومی می توان جهت پیشگیری از دیابت از خودپیوندی جزایر پانکراس استاده نمود.

● متافورموز حاد یا آتروفی زرد حاد چه عارضه ای را در کبد در دوران حاملگی ایجاد می کند ؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۵)

الف) کلستاز (ب) نارسایی حاد

ج) هماتوم (د) هپاتیت

جواب : گزینه ب

● نکته : - متافورموز یا آتروفی زرد حاد اغلب سبب مرگ جنین شده و شایعترین عارضه آن نارسایی حاد کبد است. هپاتیت

و ویروسی حاد، سمیت کبدی ناشی از دارو و یا کبد چرب حاملگی می توانند باعث نارسایی حاد کبدی گردند.

● خانم بارداری در هفته ۳۷ بارداری با علائم خستگی، بی اشتها، تهوع، استفراغ، درد شکمی و زردی پیشرونده همراه با

هایپرتنشن و ادم از ۲ هفته پیش مراجعه نموده است. در آزمایشات انجام شده هیپوکلسترولمی و هیپوآلبومینمی مشاهده

شده محتمل ترین تشخیص کدام است ؟

(کنکور ارشد مامایی - ۸۷)

الف) کلستاز (ب) اکلامپسی

ج) فشارخون پورت (د) کبد چرب حاد حاملگی

جواب : گزینه د

سؤالات فصل دهم

۱. کدام یک از موارد زیر در زنان مبتلا به پانکراتیت، بر پیش آگهی بد دلالت دارد ؟

الف) حاملگی دوقلویی (ب) هیپرکلسمی

ج) شوک (د) هیپرولمی

جواب : گزینه ج

۲. شایعترین عامل زمینه ساز پاتکرایت در حاملگی کدام است ؟

الف) تروما (ب) هیپرتری گلیسیریدمی (ج) الکلیسم (د) کله سیستیت

جواب : گزینه د

۳. کدام عامل در بروز سنگ کیسه صفرا موثرتر است ؟

الف) زندگی کم تحرک (ب) حاملگی

ج) شیردهی (د) فعالیت کم ورزشی

جواب : گزینه ب

۴. ترکیب اصلی سنگهای صفراوی کدام است ؟

الف) کلسترول (ب) کلسیم (ج) اسیدهای صفراوی (د) املاح صفراوی

جواب : گزینه الف

۵. فشار ورید پورت در ارتباط با هیپرتانسیون پورت و واریسهای مری، چقدر است ؟

الف) بالای ۱۰ میلی متر جیوه (ب) بالای ۲۰ میلی متر جیوه

ج) بالای ۳۰ میلی متر جیوه (د) بالای ۴۰ میلی متر جیوه

جواب : گزینه ج

۶. شایعترین علت سیروز در زنان جوان کدام است ؟

الف) الکل (ب) هپاتیت (ج) کلستاز داخل کبدی (د) هپاتیت الکلی

جواب : گزینه ب

۷. تمام عوامل زیر جزو عوامل برانگیزنده احتمالی استئاتوهپاتیت غیر الکلی محسوب می شوند: بجز؟

الف) سوء تغذیه (ب) چاقی (ج) دیابت نوع دو (د) هیپرلیپیدمی

جواب : گزینه الف

۸. کدام یک از انواع ویروسهای هیپاتیت، در واقع سبب هیپاتیت نمی شود؟

الف) هیپاتیت E (ب) هیپاتیت D (ج) هیپاتیت G (د) هیپاتیت A

جواب : گزینه الف

۹. کدام یک از ویروسهای هیپاتیت از طریق آب منتقل می شود؟

الف) هیپاتیت A (ب) هیپاتیت B (ج) هیپاتیت C (د) هیپاتیت E

جواب : گزینه د

۱۰. اصلی ترین پیامد نامطلوب حاملگی در افراد مبتلا به هیپاتیت C کدام است؟

الف) تولد پره ترم (ب) دکولمان جفت (ج) انتقال عمودی هیپاتیت C (د) محدودیت رشد جنین

جواب : گزینه ج

۱۱. چند درصد از شیرخواران مبتلا به هیپاتیت B دچار عفونت مزمن می شوند؟

الف) کمتر از ۱ درصد (ب) ۲۰-۱۰ درصد

(ج) ۴۰-۵۰ درصد (د) ۷۰-۹۰ درصد

جواب : گزینه د

۱۲. موثرترین و کارآمدترین مایع بدن در انتقال ویروس هیپاتیت B کدام است؟

الف) سرم آلوده (ب) بزاق آلوده (ج) ترشحات واژینال آلوده (د) مایع منی آلوده

جواب : گزینه الف

۱۳. اصلی ترین روش انتقال هیپاتیت B در سرتا سر جهان کدام است؟

الف) انتقال خون (ب) تماس جنسی (ج) انتقال مادری جنینی (د) انتقال از شیر مادر

جواب : گزینه ج

۱۴. دوره کمون هیپاتیت A چه مدت است؟

الف) ۴ روز (ب) ۴ هفته (ج) ۱۰-۱۲ هفته (د) بیش از ۲۰ هفته

جواب : گزینه ب

۱۵. شایعترین عارضه هپاتیت B و C کدام است ؟

- الف) کلتاز داخل کبدی
ب) هپاتیت مزمن
ج) پره اکلامپسی
د) کبد چرب حاملگی

جواب : گزینه ب

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۳۳۳۳۸۰۰۲ (رشت)

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)