

# SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



عضویت در خبرنامه



فیلم های آموزشی

## کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛  
شبکه های توجه گرافی  
(Graph Attention Networks)



کارگاه آنلاین آموزش استفاده از  
وب آو ساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی

## سیروز کبدی بعلت هیپاتیت مزمن B و C

دکتر ایرج ملکی<sup>۱</sup>

۱. مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران [iradj2001@yahoo.com](mailto:iradj2001@yahoo.com)

سیروز کبدی مرحله نهایی کلیه بیماریهای مزمن کبدی است که از نظر پاتولوژی با فیروز پیشرفته و ایجاد ندولهای رژنره بجای بافت طبیعی کبد شناخته می شود. در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب در هیپاتیت مزمن B و C هم سیروز و علائم ناشی از آن (نارسایی کبدی) در انتظار بیماران خواهد بود. در پاتوژنز این بیماری سلولهای ستاره ای و میوفیبروبلاستهای کبدی بصورت مستقیم و سلولهای آندوتلیال بصورت غیر مستقیم دخالت دارند که با تولید بیش از حد مواد بافت هم بند و کلاژن فیروز کبدی را ایجاد می کنند. علائم ناشی از سیروز ناشی از نارسایی سلولهای کبدی و هیپرتانسیون پورت می باشد. برخی از علائم مربوط به نارسایی کبدی در اثر تجمع هورمون استروژن اتفاق می افتند (قرمزی کف دست، اسپایدر آنژیوما، تغییر رنگ بستر ناخنها و ژنیکوماستی در آقایان). هیپرتانسیون پورت که بعلت فیروز کبدی و بهم ریختگی بافت کبد و سیستم سینوزوئیدی اتفاق می افتد سبب عوارض دیگری می گردد (برجستگی عروق سطحی در جدار شکم و واریسهای مری). برخی از علائم بیماری هم بعلت هر دو مکانیسم فوق الذکر ایجاد می شوند (آسیت، انسفالوپاتی و سندرم هپاتورنال).

استاندارد طلایی برای تشخیص این بیماری نمونه برداری کبد می باشد که بعلت تهاجمی بودن و اشکالات تشخیصی در تفسیر بافتی توسط پاتولوژیستها کمتر مورد استفاده قرار می گیرد. در فردی که سابقه بیماری مزمن کبدی نظیر هیپاتیت مزمن ویروسی (B یا C) می باشد ایجاد عوارضی نظیر واریس مری، آسیت و یا انسفالوپاتی کبدی به معنای ظهور سیروز است و اصولا در این مرحله به بیوپسی کبد نیازی نیست. در صورت بروز علائم و عوارض دیگر بیماری سیروز هم این تشخیص داده می شود. امروزه روشهای تشخیصی جدیدتری وجود دارد که با آنها می توان فیروز کبدی را در مراحل ابتدائی تر تشخیص داد و حتی قبل از اینکه علائم بالینی سیروز ظاهر شود با استفاده از این روشها تشخیص زودهنگام سیروز میسر شده است. این روشها شامل استفاده از مارکرهاى سرولوژیک و خونی از یک سو و بکارگیری روشهای تصویربرداری (نظیر فیرو الاستوگرافی - فیرواسکن - و الاستوگرافی به طریق MRI) از سوی دیگر می باشد.

بیماری سیروز را از نظر بالینی به مرحله بدون علامت و جبران شده (compensated) و دارای علامت (decompensated) تقسیم می کنند. در جریان هیپاتیت مزمن B و C ایجاد بیماری سیروز و نارسایی کبدی گذشته از اینکه در پیش آگهی تاثیر دارد درمان و مدیریت بیماران با ایجاد فیروز کبدی و سیروز تغییر میکند.

در درمان هپاتیت مزمن B تصمیم‌گیری درمانی بر اساس سطح آنزیمهای کبدی، تعیین فعالیت ویروس با مارکرهای ویروسی و شمارش ویروسی با روش PCR بوده و امروزه هم بر همین اساس می‌باشد. در بین درمانهای مطرح برای این بیماری در صورت بروز سیروز علامتدار نمی‌توان از اینترفرون استفاده کرد. در درمان هپاتیت مزمن C هم بر اساس یافته‌های بیوشیمی و ویرولوژی استفاده می‌گردد. در این بیماری وجود یا عدم فیبروز کبدی در زمان شروع بیماری و میزان شدن آن در انتخاب نوع درمان، طول مدت درمان و احتمال پاسخدهی به درمانهای قدیمی که بر پایه اینترفرون بود کاملاً تاثیر می‌گذاشت. خوشبختانه امروزه با در دست بودن داروهای آنتی ویروسی جدید در درمان هپاتیت مزمن B و C وجود فیبروز کبد و حتی سیروز کنترا اندیکاسیونی برای استفاده از این داروها نمی‌باشد و حتی در مطالعه جدیدی در خصوص درمانهای جدید هپاتیت C ذکر شده است که این بیماران حتی در صورت وجود سیروز می‌توانند با درمان با این داروها طول عمر طبیعی داشته باشند.

یک نکته در مدیریت بیمارانی که قبل از شروع درمان موفق دچار فیبروز مطرح است و آن افزایش ریسک سرطان هپاتوسلولار (Hepatocellular carcinoma - HCC) می‌باشد. این بیماران حتی پس از تکمیل دوره درمانی با داروهای آنتی ویرال و حتی رسیدن به مرحله ریشه‌کنی ویروسی بایستی همواره و بصورت دوره‌ای (۶ ماه یک بار) با سونوگرافی و آزمایش از نظر بروز این سرطان بررسی شوند.

در بیمارانی که بعلت هپاتیت‌های ویروسی مزمن دچار سیروز شده اند علاوه بر درمان مستقیم ضد ویروسی عوارض خود بیماری نظیر واریسهای مری، آسیت، انسفالوپاتی نیاز به مراقبتهای خاص دارد. در کنار این درمانهای مستقیم با توجه به نارسایی هپاتوسلولار و با در نظر گرفتن اینکه بسیاری از داروها در کبد متابولیزه می‌شوند در زمان تجویز هر دارویی بایستی به این محدودیت توجه خاصی صورت گیرد.

بیماران سیروز با معیارهای بالینی و آزمایشگاهی مرتباً ارزیابی می‌شوند. معمولترین معیار استفاده از تقسیم بندی Child Pugh می‌باشد که با استفاده از ۵ معیار بیماران را به ۳ دسته A-C تقسیم می‌کنند. بیمارانی که از کلاس A به کلاس B وارد می‌شوند به بخش پیوند کبد معرفی می‌گردند و در آن بخش با معیارهای دقیقتری (نظیر MELD) که پیش‌آگهی و امید به زندگی را بهتر منعکس می‌کنند، پیگیری می‌نماید.

پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سیروز در جریان هپاتیت‌های ویروسی به شدت و مرحله سیروز وابسته است. اصولاً میزان مرگ و میر در این بیماران افزایش می‌یابد. در کنار عوارض خود بیماری نظیر خونریزی گوارشی، علل قلبی عروقی، عفونتها و نارسایی کلیوی از دلایل مرگ و میر در این بیماران می‌باشد.

# SID



سرویس های  
ویژه



سرویس ترجمه  
تخصصی



کارگاه های  
آموزشی



بلاگ  
مرکز اطلاعات علمی



عضویت در  
خبرنامه



فیلم های  
آموزشی

## کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛  
شبکه های توجه گرافی  
(Graph Attention Networks)



کارگاه آنلاین آموزش استفاده از  
وب آوساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی