

بررسی علل آسیت با شیب غلظتی پایین در بیماران بستری در شهر رشت طی سالهای ۸۰-۱۳۷۴

دکتر فریبرز منصور قناعی^۱، دکتر محمود یوسفی مشهور^۲، دکتر امیر حسین باقرزاده^۳، دکتر افشین شفق^۴

خلاصه

سابقه و هدف: آسیت یا تجمع پاتولوژیک مایع صفاقی، در بیماریهای مختلفی دیده می‌شود که جهت تشخیص علل آن، از پاراستز مایع آسیت استفاده می‌گردد. با توجه به اهمیت عوامل ایجادکننده این نوع آسیت، و به منظور تعیین علل آن، این تحقیق در یک دوره ۷ ساله در شهر رشت انجام گردید.

مواد و روشها: در این مطالعه با طراحی مقطعی، روی کلیه بیماران بستری با تشخیص قطعی آسیت، انجام گرفت. نوع آسیت (گرادیان غلظتی پایین) از طریق تعیین غلظت آلبومین مایع آسیت و سرم همزمان، مشخص شد. موارد دیگری اعم از گلوکز و LDH مایع آسیت نیز تعیین شد. مشخصات بیماران شامل سن، جنس و تشخیص نهایی بررسی و ثبت گردید و در نهایت، داده‌ها با آماره توصیفی تحلیلی ارائه گردید. یافته‌ها: از ۱۴۸ بیمار واجد شرایط ۴۸/۶ درصد مرد و ۵۱/۴ درصد زن و در سنین ۵۹±۱۳/۵ سال بودند. شایعترین علت این نوع آسیت، سل (۴۵/۹٪) و در مرحله بعد بدخیمی (۴۱/۹٪) بود. ۱۲/۲ درصد نیز مربوط به سایر علل بود. تفاوتی بین شیوع علل آسیت با شیب غلظتی پایین در دو جنس مشاهده نشد ولی تفاوت در گروههای سنی و علل مختلف بیماری معنی دار بود ($P < 0/001$). میزان گرادیان غلظتی سرم به مایع آسیت $0/68 \pm 0/19$ گرم در دسی لیتر، میزان LDH مایع آسیت $342/4 \pm 135/5$ IU/L، غلظت گلوکز در بیماران با سل صفاقی، مبتلا به بدخیمی و سایر علل به ترتیب: $71 \pm 13/8$ ، $101/4 \pm 17/2$ و $89/2 \pm 13/2$ میلی گرم در دسی لیتر بود که تفاوتهای معنی داری داشتند ($P < 0/001$). نتیجه‌گیری: در هر بیمار با این نوع آسیت ابتدا باید سل به عنوان تشخیصی قابل درمان در نظر گرفته شود. در صورت رد آن، با شک به بدخیمی و سپس سایر علل، به انجام دیگر اقدامات تشخیصی اقدام گردد. واژگان کلیدی: آسیت با شیب غلظتی پایین، پریتونیت سلی، بدخیمی

۱- دانشیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه داخلی

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه داخلی

۳- پزشک عمومی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد

۴- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه داخلی

پاسخگو: دکتر فریبرز منصورقناعی

کهرشت، خ سردار جنگل، بیمارستان رازیف مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۲/۴/۷

تاریخ تایید مقاله: ۸۳/۱۱/۱۰

مقدمه

بیمار و تعیین شیب غلظتی آن (Serum-Ascites Albumin Gradient: SAAG) جهت تعیین تشخیص نوع آسیت، اقدام شده است. لازم به ذکر است این شیوه (تعیین گرادیان غلظتی آلبومین مایع آسیت به سرم) با تعیین گرادیان غلظتی مایع پلور، در تشخیص افتراقی بیماریهای ایجادکننده پلورال افیوژن نیز هماهنگی دارد (۶،۷).

بر اساس منابع درآسیت با شیب غلظتی پایین (Low gradient) تفاوت غلظت آلبومین آسیت و سرم بیمار کمتر از ۱/۱ گرم در دسی لیتر و در آسیت با شیب غلظتی بالا (High gradient) تفاوت غلظت آلبومین بیشتر یا مساوی آنست (۸).

در اینجا باید توجه داشت که علل مختلفی در بروز هر یک از دو نوع آسیت ذکر شده تاثیر گذارند. برخی از علل شناخته شده آسیت Low gradient، پریتونیت سلی، آسیت وابسته به

تجمع پاتولوژیک مایع در حفره پریتون یا آسیت (Ascites) در بیماریهای مختلفی دیده می‌شود و یک یافته کلینیکی مهم در سرویسهای جراحی و گاستروانترولوژی می‌باشد. از آنجا که درمان مناسب به تشخیص صحیح بستگی دارد، در هر بیماری که به تازگی دچار آسیت گردیده یا آسیت وی تشدید شده است، بایستی پاراستز تشخیصی که یک اقدام ساده و بی‌خطر می‌باشد و به راحتی بر بالین بیمار یا در مطب، قابل انجامست صورت گیرد (۱،۲). به طور روتین، مایع آسیت از نظر تعداد سلول، کشت باکتریال (از نظر بررسی وجود و نوع عفونت)، غلظت آلبومین، PH، گلوکز، LDH و آمیلاز که در تشخیص افتراقی علل مختلف آسیت موثرند، بررسی می‌شود. (۵-۱) در این مطالعه با اندازه‌گیری میزان آلبومین آسیت و سرم خون همزمان

نرمال سرمی گذاشته شده است. تشخیص آسیت کلیوی هنگامی مطرح گردیده است که آسیت در زمینه سندرم نفروتیک شناخته شده باشد. آسیت در زمینه بیماری بافت همبند و سروزیت هنگامی مطرح شده است که بیمار مبتلا به یک بیماری بافت همبند مثل لوپوس سیستمیک اریتماتوز، اسکلوودرمی، آرتریت روماتوئید، دچار آسیت شده و علت دیگری برای آسیت وی مشخص نشده باشد. مشخصات بیمار و سایر متغیرهای مورد بررسی در فرم مخصوص ثبت و سپس داده‌ها مورد آنالیز قرار گرفته و توسط تستهای آماری کای دو و t test بررسی شدند.

یافته‌ها

کل بیمارانی که با تشخیص آسیت دارای شیب غلظتی پایین بستری شده بودند ۱۴۸ مورد شامل ۷۲ مرد (۴۸/۶٪) و ۷۶ زن (۵۱/۴٪) بودند. متوسط سن بیماران ۵۹/۳ سال بود. شایعترین علل این نوع آسیت، ابتدا سل با ۶۸ مورد (۴۵/۹٪) و سپس بدخیمی‌ها با ۶۲ مورد (۴۱/۹٪) بود. از بین بدخیمی‌ها کارسینوما توز پریتون، ۲۲ مورد (۳۵/۵٪ بدخیمی‌ها) شایعترین علت بود. سرطان تخمدان با ۱۴ مورد، سرطان معده با ۱۲ مورد، لنفوم با ۸ مورد و کارسینوم سلول کبدی با ۶ مورد در رده‌های بعدی بدخیمی‌ها قرار داشتند. توزیع بیماران بر حسب علل و به تفکیک گروه‌های سنی در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد بیشترین سن شیوع برای سل بعد از ۶۵ سالگی، برای بدخیمی‌ها بعد از ۵۵ سالگی و برای سایر علل، کمتر از ۴۵ سالگی می‌باشد.

جدول ۱- مقایسه علل مختلف آسیت با شیب غلظتی پایین در گروه‌های سنی در این مطالعه

گروه سنی	علل سل	بدخیمی‌ها	سایر علل	جمع کل
۳۵-۴۵	۳ (۲)*	۱۳ (۸/۸)	۱۱ (۷/۴)	۲۷ (۱۸/۲)
۵۵	۱۱ (۷/۴)	۱۳ (۸/۸)	۵ (۳/۴)	۲۹ (۱۹/۶)
۵۵-۶۵	۲۱ (۱۴/۳)	۱۹ (۱۲/۸)	۱ (۰/۷)	۴۱ (۲۷/۷)
۶۵ سال و بیشتر	۳۳ (۲۲/۳)	۱۷ (۱۱/۵)	۱ (۰/۷)	۵۱ (۳۴/۵)
جمع	۶۸ (۴۵/۹)	۶۲ (۴۱/۹)	۱۸ (۱۲/۲)	۱۴۸ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز بیانگر درصد می‌باشد.

توزیع بیماران بر حسب علل و به تفکیک جنس در جدول ۲ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد توزیع بیماری و نیز علل آن در زن و مرد مشابه بوده و اختلاف آنها به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول ۲- توزیع بیماران مبتلا به آسیت با شیب غلظتی پایین بر

حسب علل و به تفکیک جنس

بیماریهای بدخیم (مثل کارسینوما توز پریتون، متاستاز کانسر معده و تخمدان)، آسیت پانکراسی (تراوش مایع در اثر بیماریهای پانکراس)، آسیت کلیوی، آسیت مجاری صفراوی، پریتونیت‌های باکتریایی و سروزیت می‌باشد. از جمله علل آسیت *High gradient* نیز می‌توان به سیروز بدون عارضه، آسیت در زمینه نارسایی قلبی، متاستازهای وسیع کبدی و نارسایی برق‌آسای کبدی اشاره نمود (۴،۵،۸،۹). یکی دیگر از کاربردهای بالینی *SAAG* در تعیین میزان پاسخ به درمان انواع آسیت‌هاست (۱۰). بیماریهایی که می‌توانند آسیت نوع اول (*Low gradient*) را ایجاد کنند همچون سل که از علل قابل درمان این نوع آسیت می‌باشد، بسیار مهمند. ولی هم‌اکنون بیماران زیادی به خاطر عدم تشخیص صحیح و در نتیجه درمان نامناسب، دچار عوارض شدید و حتی مرگ می‌شوند. از طرف دیگر تشخیص بیش از حد (*Over diagnosis*) و درمان بیش از حد موارد مشکوک ولی ثابت نشده پریتونیت سلی در بیماران، منجر به مرگ بر اثر مسمومیت کبدی با ایزونیازید می‌گردد (۹،۱۱).

علیهذا این مطالعه به منظور تعیین شیوع علل آسیت با گرایان پایین طی یک دوره هفت ساله (۸۰-۱۳۷۴) در دو بیمارستان ارجاعی رازی و پورسینای رشت انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه با طراحی مقطعی انجام گرفت. کلیه بیماران بستری شده با تشخیص اولیه آسیت، اتساع شکم، کانسر پریتون، سل صفاقی و لوپوس، مورد مطالعه قرار گرفتند. مایع آسیت و سرم بیماران، همزمان گرفته شد و جهت تعیین غلظت آلبومین آسیت از روش آبی بروموکریزل و جهت تعیین آلبومین سرم خون نیز از روش *Bioret* استفاده گردید. میزان *LDH* با کیت‌های مخصوص و گلوکز مایع آسیت نیز با روش‌های بیوشیمیایی تعیین گردید که همگی منطبق بر منابع علمی می‌باشند (۱۲). در صورتی که تفاضل آلبومین سرم و مایع آسیت کمتر از ۱/۱ گرم در دسی لیتر بود، آسیت، *Low gradient* در نظر گرفته می‌شد. برای تشخیص بدخیمی از روش‌های سیتولوژیک و بیوپسی پریتون با لاپاراسکوپ یا لاپاراتومی استفاده گردید. در این بررسی مواردی که آسیت وابسته به بدخیمی نامیده شده است شامل کارسینوما توز پریتون، کانسر تخمدان، متاستاز وسیع کبدی، لنفوم، کارسینوم سلولهای کبدی و کانسر معده با متاستاز به پریتون می‌باشند. تشخیص پریتونیت سلی منوط به رشد مایکوباکتریوم در کشت مایع آسیت یا وجود گرانولوم در بیوپسی پریتون (توسط لاپاراسکوپ) بوده است. تشخیص آسیت پانکراسی بر مبنای علائم کلینیکی و حداقل افزایش بیشتر از دو برابر سطح آمیلاز مایع آسیت نسبت به سطح

مورد (۱/۳٪) و پرتونیت خودبخودی باکتریال ۱ مورد (۰/۵٪) به دست آمد.

متوسط میزان آلومین سرم $3/94 \pm 0/76$ ، آلومین مایع آسیب $3/28 \pm 0/68$ و گرادیان آنها $0/68 \pm 0/19$ گرم در دسی لیتر بود. میزان پارامترهای سرمی مبتلایان به آسیب با شیب غلظتی پایین بر حسب علل (سل و بدخیمی) در جدول ۳ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد آلومین سرم و مایع آسیب و نیز LDH و گلوکز مایع آسیب در بیماران مبتلا به سل در تمامی موارد با مقادیر بیماران مبتلا به بدخیمی اختلاف معنی‌داری دارد ($P < 0/01$) ولی اختلاف گرادیان آلومین سرم به آسیب (SAAG) در این دو گروه معنی دار نمی‌باشد.

علل	سل	بدخیمی‌ها	سایر علل	جمع کل
مرد	۳۶ (۲۴/۳)	۲۸ (۱۸/۹)	۸ (۵/۴)	۷۲ (۴۸/۶)
زن	۳۲ (۲۱/۶)	۳۴ (۲۳)	۱۰ (۶/۸)	۷۶ (۵۱/۴)
کل	۶۸ (۴۵/۹)	۶۲ (۴۱/۹)	۱۸ (۱۲/۲)	۱۴۸ (۱۰۰)

در مورد سایر علل آسیب با شیب غلظتی پایین به ترتیب سندرم نفروتیک ۹ مورد (۶٪) پانکراتیت ۶ مورد (۴٪) سرزیت ۲

جدول ۳- مقادیر پارامترهای سرمی مبتلایان به آسیب با شیب غلظتی پایین به تفکیک علل

علل	آلومین سرم	آلومین آسیب	SAAG	LDH آسیب	گلوکز آسیب
سل ($N1=68$)	$4/2 \pm 0/749$	$3/05 \pm 0/47$	$0/69 \pm 0/22$	327 ± 113	$101/4 \pm 17/2$
بدخیمی‌ها ($N2=62$)	$3/9 \pm 0/70$	$3/30 \pm 0/50$	$0/68 \pm 0/17$	409 ± 106	$71 \pm 13/82$
آزمون تفاوت میانگین‌ها	$P < 0/01$	$P < 0/01$	$P < 0/09$	$P < 0/001$	

۴- آسیب با علت مجاری صفراوی

۵- سندرم نفروتیک

۶- سرزیت

۷- انسداد یا انفارکتوس روده (۳)

همانطور که مشاهده می‌شود بر خلاف مطالعه Runyon

در بررسی حاضر شایعترین علت این نوع آسیب بیماری سل است. شیوع ۴۵/۹ درصدی آن در بین علل آسیب با شیب غلظتی پایین توجه را به این مساله معطوف می‌کند که همواره در بیمارانی که با این نوع آسیب مراجعه می‌کنند، سل به عنوان تشخیص اصلی مدنظر قرار گیرد زیرا یک بیماری عفونی قابل درمان است و در بین علل آسیب با شیب غلظتی پایین پروگنوز خوبی دارد. طی یک بررسی در آمریکا، متأسفانه در ۱۱ مورد از ۲۰ بیمار مبتلا به سرزیت و پرتونیت سلی همزمان، قبل از فوت بیماران، هیچ شکی به پرتونیت سلی نشده بود (۱۱). از بین بدخیمی‌ها پرتونیت کارسینوماتوز شایعتر از بقیه است ولی این، یک تشخیص مبهم بوده و در واقع به منشا تهاجم سلولهای بدخیم اشاره نمی‌کند. این موضوع، مهم است زیرا اگر مثلاً منشأ بدخیمی، کانسر تخمدان باشد بیمار می‌تواند طول عمر یک تا دوساله داشته باشد حال آنکه

میزان گلوکز مایع آسیب در سل صفافی حتی از سایر موارد مبتلا به آسیب با شیب غلظتی پایین، نیز کمتر بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$). فراوانی نسبی بیماران با LDH کمتر یا مساوی ۲۵۰ در گروه مبتلا به بدخیمی به طور معنی‌داری بیشتر از مبتلایان به سل بود ($P < 0/001$).

بحث

تحقیق نشان داد که مهمترین علل آسیب با شیب غلظتی

پایین به ترتیب شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱- پرتونیت سلی

۲- پرتونیت کارسینوماتوز و بدخیمیها

۳- سندرم نفروتیک

۴- پانکراتیت (آسیبهای پانکراسی)

۵- سرزیت و پرتونیت خودبخود باکتریال بنا به یک

مطالعه که توسط Runyon و همکاران انجام گردید، علل این نوع آسیب بر اساس (SAAG) به ترتیب زیر بدست آمد:

۱- آسیب بدخیم (مثل پرتونیت کارسینوماتوز)

۲- پرتونیت سلی

۳- آسیب پانکراسی

پائین و شیب غلظتی بالا) دارد ولی جهت تشخیص افتراقی انواع آسیت‌های دارای شیب غلظتی پایین چندان کمک‌کننده نیست. در یک جمع بندی با توجه به اینکه در بیماران مبتلا به آسیت با شیب غلظتی پایین، سل صفاقی و بدخیمی‌ها بیشتر از ۸۵ درصد علل را تشکیل می‌دهند، چنانچه با تعیین شیب غلظتی آلبومین سرم و مایع آسیت (SAAG) در یک بیمار، نوع آسیت تشخیص داده شود، حتماً LDH و قند مایع آسیت نیز درخواست گردد. اگر LDH (کمتر از ۲۵۰ واحد) و قند پایین باشند، سل به عنوان مهمترین تشخیص مطرح می‌گردد و برعکس اگر LDH مایع آسیت بالا (بیشتر از ۲۵۰ واحد) و قند نیز پایین نباشد بیشتر بدخیمی‌ها مطرح می‌شوند. در صورت رد این دو علت، باید سایر علل این نوع آسیت بررسی شوند.

کانسرهای دستگاه گوارش در صورت دست‌اندازی به صفاق طول عمر بیمار را به کمتر از ۴ ماه کاهش خواهند داد (۱۵،۱۳). بنابراین در مورد آسیت‌های بدخیم، در خانمها سرطان تخمدان و در آقایان کانسر معده حتماً باید مد نظر قرار گیرند.

در این بررسی میزان آلبومین سرم و آلبومین مایع آسیت در بیماران سلی به طور معنی‌داری بیشتر از بدخیمی بود. همچنین تفاوت بارز میزان LDH مایع آسیت در بدخیمی‌ها و سل و نیز وجود گلوکز پایین در مایع آسیت سل صفاقی می‌تواند در تشخیص افتراقی آسیت با شیب غلظتی پایین نقش موثری داشته باشند. این نکته با منابع علمی دیگر مطابقت دارد (۱۰،۱۶).

گرایان آلبومین آسیت و سرم در دو گروه سل و بدخیمی تفاوت معنی‌داری نداشت. این حاکی از آن است که گرچه فاکتور (SAAG) احتمالاً ارزش خوبی در افتراق آسیتها (با شیب غلظتی

References

- 1-Runyon BA. *Care of patients with ascites*. *N Engl J Med*. 1994;330:337-42
- 2-Habeeb KS, Herrera JL. *Management of ascites, Paracentesis as a guide*. *Post grad Med*. 1997; 101:191-2,195-200
- 3-Runyon BA. *Approach to the Patient with ascites*. In: Yamada T, Alpers DH, Owyang CT, Lainel, Powell DW. *Text book of gastroenterology 3rd edit Philadelphia*. Lippincott & Wilkins. 1999:966-91
- 4-Glickman RM. *Abdominal swelling and ascites*. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine 15 th Edition 2001 (vol 1)* 260-2
- 5-Chung RT, Podolsky DK. *Cirrhosis and its Complications*. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's Principles of internal Medicine 15 th edi. 2001 (Vol 2)*; 1754-67
- 6- رضی ابراهیم، صالحی طاهره، موسوی غلامعباس. بررسی قدرت گرایان آلبومین سرم و مایع پلور در افتراق پلورال افیوژن از ترانسوداتیو. فصلنامه علمی - پژوهشی فیض. تابستان ۱۳۷۹، شماره ۱۴: ۵۹-۵۴
- 7- Light RW. *Diagnostic principles in pleural disease*. *Eur Respiratory J*. 1997; 10: 476-81
- 8-Runyon BA, Montano AA, Akriviadis EA, Antillon MR, Irving MA, Mc Hutchison JG. *The serum -ascites albumin gradient is superior to the exudate-transudate conception in the differential diagnosis of ascites*. *Ann Intern Medicine* 1992; 117: 215-220
- 9-Ranyon BA. *Ascites; spantaneous bacterial peritonitis*. In: Sleisenger MH, Feldman M, Friedman LS. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 7th Edition*. 2002 (Vol 2): 1517-40
- 10-Pare P, Talbot J, Hoefs JC. *Serum-ascites albumin concentration gradient, a physiologic approach to the differential diagnosis of ascites*. *Gastroenterology*. 1983,85:240-4
- 11- Levison ME, Bush LM. *Peritonitis and other intra abdominal infections*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and practice of infectious diseases, 5th edition 2000 (vol 1)* 821-56
- 12- Bansal S, Kaur K, Bansal AK. *Diagnosing ascitic etiology on a biochemical basis*. *Hepatogastroenterology* 1998,45:1673-7
- 13- Marincola FM, Schartzentruber DJ. *Malignant ascites*. In: Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *CANCER principles and practice of oncology. 5th Edition Philadelphia*. 1997: 2598-605
- 14- Aguado JM, Pons F, Casafont F, San Miguel G, Valle R. *Tuberculous peritonitis: A study comparing cirrhotic and noncirrhotic patients*. *J Clin Gastroenterol* 1990;12:550-4
- 15- Rector WG Jr, Reynolds TB. *Superiority of the Serum ascites albumin differnce over the ascites total protein concentration in Separation of transudative ascites*. *AM J Med* 1984; 77:83-5
- 16- Spak I. *On the clinical value of chemical analysis of ascites, A study of the main proteins and some enzymes in ascites of different etiology*. *Actachir scand* 1985;261:7-13