

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نكمل معكم يا أصدقاء بسلسلة أمراض الكبد، حضروا كاسة المنة وركّزوا بالمحاضرة لأنها مهمة ^_^

أمراض الكبد

١. التهابات الكبد الحادة: نعتمد في تشخيصها على ناقلات الأمين ALT و AST .

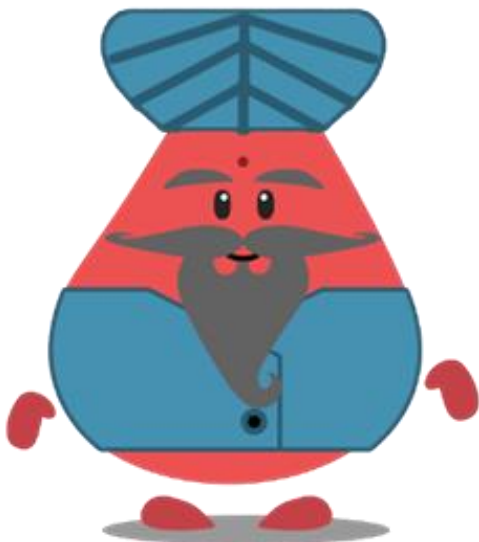
نقول أنّ المريض لديه التهاب كبد حاد إذا كانت الأعراض مستمرة **لأقل** من ٣ أشهر.

- التحاليل الطبيعية الخاصة بالكبد تكون بحوالي (٥٠ - ٦٠)، في حال التهاب الكبد الحاد ترتفع القيم ١٠ أضعاف القيم الطبيعية وذلك حسب الحالة.

ملاحظة

HAV أو التهاب كبد دوائي وهي ترفع الـ ALT إلى ١٠٠٠، ولكن هذه القيمة ليست معيار ثابت فقد ترتفع إلى ٢٠٠٠ أو ٥٠٠٠ ← عندما تكون قيمة الـ ALT (١٠٠٠ - ٥٠٠) نقول أنّه التهاب كبد A أو مُحْدَث دوائياً (غالباً وليس دائماً)

وعليك أن تعلم دائماً أنّ ارتفاع قيمة الـ ALT إلى قيمة ما ليست عامل خطورة ولا تحدد مُسبب محدد للمرض وإنما توجّه فقط.





الأمراض التي تتطور إلى التهاب كبد حاد:

HAV، HBV، التهاب كبد كحولي، التهاب كبد دوائي، التهاب كبد إقفاري، التهابات الكبد الناتجة عن فيروسات غير اعتيادية.

١. HAV: نتوجّه للإصابة به من خلال قصّة التعرّض (مثلاً شخص من العائلة كان مصاب به).

الفحص المشخص: أضداد من نوع IgM.

٢. HBV: الإصابة به تكون عن طريق العلاقات الجنسيّة، إدمان المخدّرات، معالجة سنيّة، نقل الدم...

الفحص المشخص: العامل الاسترالي HBVs أو أضداد من نوع core (HBVc).

٣. التهاب الكبد الكحولي: شخص مفرط في تناول الكحول.



ملاحظة

في كل حالات التهاب الكبد تكون نسبة الـ ALT/AST أكثر من واحد (ALT مرتفعة أكثر من AST أما في التهاب الكبد الكحولي يكون العكس)

التشخيص: شفاء المريض بعد الإقلاع عن تناول الكحول.

٤. التهاب الكبد الدوائي: يحدث نتيجة تناول بعض الأدوية مثل أدوية الـ ليثمانيا، السل...

العلاج: إيقاف الدواء المسبّب.

٥. التهاب الكبد الإقفاري:

- طب وش يعيني إقفاري ي خيو 0.0 ؟؟؟
- ياا سيدي ملا أنت إقفاري يعني نقص تروية الكبد (تموت الأنسجة الكبديّة نتيجة عدم وصول الدم الكافي لتروية الخلايا الكبديّة) يحدث غالباً بسبب صدمة قلبية (حيث ينخفض الضغط إلى أقل من ٩٠ ملم زئبقي).

إذا: التهاب الكبد الإقفاري عبارة عن تموت الأنسجة الكبديّة نتيجة نقص التروية الناتج عن هبوط ضغط شديد.



٦. التهابات الكبد الناتجة عن فيروسات غير اعتيادية: في التشخيص نفكر أولاً بالأمراض الشائعة وإذا ما تمّ نفيها نبحث عن المسببات غير المعتيادية.

مثلاً

مريض التهاب كبد حاد (أعراض أقل من ٣ أشهر) وكانت نتائج الفحوصات تنفي الأمراض سابقة الذكر، نلجأ عندها لإجراءات أخرى:

رحلان البروتينات، تحاليل نوعية لأمراض كبدية مثل التهاب الكبد CMV (الفيروس المضخم للخلايا) أو الحلاً، التهاب الكبد المناعي الذاتي.

٢. التهابات الكبد المزمنة: ارتفاع ناقلات الأمين ALT, AST أكثر من ٣ أشهر

عند حدوث المرض المزمن ترتفع قيم ALT و AST إلى حدود معينة (ضعفين، ٣ أضعاف، ٤ أضعاف) أما إذا كانت أكثر من ٥ أضعاف أصبحنا أمام التهاب كبد حاد.

مثلاً: في حال مريض لديه التهاب كبد مزمن: هذا الشخص تكون لديه عادةً قيم التحاليل مرتفعة قليلاً ولكن عند إجراء التحاليل لاحظنا ارتفاع شديد بها (مثلاً $ALT=١٠٠٠$ و $AST=٩٠٠$) هنا ننقول بأنّ لديه **هجمة حادة على أرضية مزمنة**.

EXTRA

- وهيك حالة بتشبه القصور الكلوي الحاد والمزمن:
 - (a) قصور كلوي حاد: تغيّر في النسب الطبيعية للبولة والكرياتين لكن الكلية سليمة (التمايز القشري اللبي جيد).
 - (b) مريض القصور الكلوي المزمن: لديه مشكلة في التمايز القشري اللبي، البولة والكرياتين متطاوّل (مثلاً بدل ٣ أو ٤ تظهر معنا ٩ أو ١٢) وبالتالي وجود أذية على الكلية سببت تطاول بأرقام الكرياتين، هنا نكون أمام حالة قصور كلوي حادّ على أرضية مزمنة.

إضافة الدكتور





الأمراض التي تسبب التهاب كبد مزمن

HBV، HCV، تشحّم الكبد غير الكحولي، داء الكبد الكحولي.

١. HBV، HCV: تكون الإصابة نتيجة علاقات جنسية أو نقل دم... (اختلاط صميمي).

تشخيص HCV: PCR أو أضداد C.

٢. تشحّم الكبد غير الكحولي: يظهر عند مرضى السكر حيث يحصل تراكم كميات كبيرة من الشحوم ويتحوّل الكبد للون أبيض يتخلله سواد، وعند الفحص بالأيكو يوصف بأنه كبد عالي الصدى، ويحصل غالباً عند مرضى ارتفاع الشحوم والكوليسترول أو عند مرضى السكر أو ارتفاع التوتر الشرياني.

التشخيص: صورة إيكو أو خزعة كبد.

٣. داء الكبد الكحولي: في حال الاستمرار في تناول الكحول وعدم الانقطاع، يتحوّل من التهاب كبد كحولي حاد إلى التهاب كبد كحولي مزمن.

التشخيص: غالباً بالخزعة وقصة تناول العديد للكحول.

ملاحظة



قد يكون تشحّم الكبد غير الكحولي بدون أعراض أي لم يسبب أية خلية كبدية، فقط ارتفاع بالخمائر، وهنا نقوم بمراقبة التحاليل فقط لكي لا يتحول من تشحّم غير عرّضي إلى تشحّم عرّضي يؤدي إلى قصور كبد صاعق.

أما داء الكبد الكحولي قد يسبّب قصور خلية كبدية مزمن.

EXTRA

في بعض الأحيان يمكن أن يؤدي تشحّم الكبد إلى ضخامة طحالية وذلك عندما يحصل تغيّر في الشكل الهندسي للكبد مما يؤدي إلى ضغط على الأوردة البابية التي تصب في الطحال. أما في حال تشحّم كبد لم يتغيّر شكله الهندسي وكان هناك ضخامة طحالية فالسبب أمراض دموية.

إضافة الدكتور

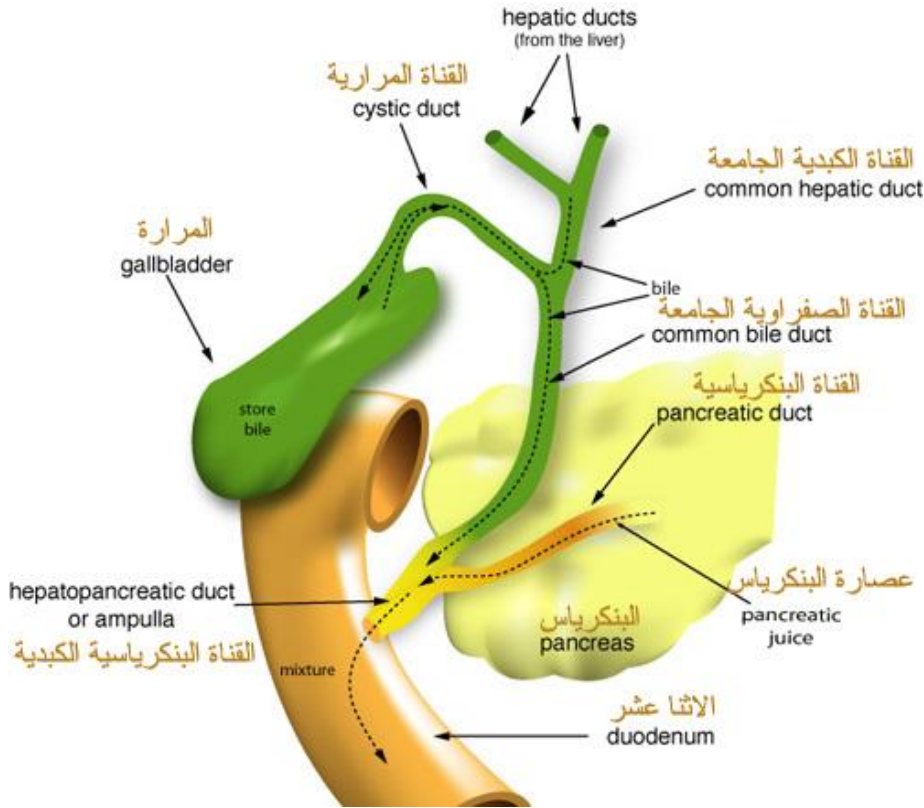


٣. الرّكودة الصفراوية: حسب ALT

وش يعني O_0 ؟؟؟

هي عبارة عن الأمراض التي تؤثر على الأقيّة الصفراوية سواءً داخل أو خارج الكبد.

- يوجد أقيّة صفراوية داخل الكبد (صغيرة).
- أقيّة صفراوية خارج الكبد (كبيرة): أقيّة صفراوية قادمة من المرارة، أقيّة تصل من البنكرياس، القناة الجامعة.
- اجتماع هذه الأقيّة يُسمّى بالشجرة الصفراوية.



لاحظ:

الطرق الصفراوية اليمنى واليسرى تشكّل القناة الكبدية الجامعة، وهي تشكّل مع القناة القادمة من المرارة القناة الجامعة.

القناة الجامعة تصب في العفج مع القناة البنكرياسية (تصب في القطعة الأولى من العفج).



■ المرض الذي يسبب أذية للطرق الصفراوية داخل الكبد يسمى التشمع الصفراوي البدئي، **يشخص بأضداد متقدرة.**

■ الذي يؤثر على الطرق الصفراوية خارج الكبد الأورام أو انسداد بالحصي الصغير، **يشخص بالايكو للقناة الجامعة.**

ملاحظات

_ الأقفنية الصفراوية عرضها (٥-٦) مم تمر عبرها الحصوات الناعمة وتسبب انسداد طرق صفراوية (انسداد يرقاني)، أما الحصوات التي قطرها ١٥ مم لا تمر عبر الأقفنية الصفراوية لا تسبب مشاكل في الطرق الصفراوية إنما تبقى في المرارة وتسبب نوبات قولنج مراري.

_ هناك بعض المرضى الذين قاموا باستئصال المرارة سابقاً يعانون من آلام البحصه في القناة الجامعة، نقول عن هذا المريض أنه يعاني من بحصة بدئية ناتجة عن تجمع حصة في الأقفنية الصفراوية وهذه الحصة ناشئة عن الطرق الصفراوية نفسها.

■ الذي يؤثر على الطرق الصفراوية داخل وخارج الكبد: التهاب الطرق الصفراوية المصلب البدئي، **يشخص بـ MRCP** (التصوير المغناطيسي للطرق الصفراوية): وهو عامل **تشخيصي فقط**، نقوم به عندما تكون الطرق الصفراوية سليمة.

أو **ERCP** (التصوير المغناطيسي للطرق الصفراوية مع إجراء) مثل التنظير الهضمي العلوي: وهو عامل **تشخيصي وعلاجي**، نقوم به عند الشك بمشكلة ما.

■ **الفحص الموجّه بشكل كبير** لإصابة الطرق الصفراوية: **ALP** الذي يفرز من الخلية الكبدية بالقرب من الأقفنية الصفراوية — أذية الكبدية تسبب ارتفاع الـ **ALP**.

■ وأيضاً يمكن أن يكون البيليروبين تشخيص موجّه "وليس مؤكد" لأنه يرتفع بأمراض أخرى لا تؤثر على الطرق الصفراوية مثل فقر الدم الانحلالي.

■ التهابات في الجسم خارج الكبد وتؤثر على الطرق الصفراوية مثل التهاب المرارة أو تجرثم الدم، **يبتخص بالايكو.**





٤. اليرقان: نستدل عليه بالبيلوروبين

برأيكم من هو المسؤول عن اصفرار لون الصلبة في العين واغمقاق لون البول؟

ارتفاع البيلوروبين **الكلي** طبعاً 😊

طبيب ليش يرتفع البيلوروبين في حالة فقر الدم النحالي؟

لأن البيلوروبين يصنع من الهيموغلوبين ^_^

تحطم الهيموغلوبين بعد كبدي	تحطم الهيموغلوبين الكبدي	تحطم الهيموغلوبين قبل كبدي
يرفع البيلوروبين المباشر غالباً وغير المباشر أحياناً.	يرفع البيلوروبين المباشر وغير المباشر	يرفع البيلوروبين غير المباشر
أورام تضغط على الطرق الصفراوية أو حصاة.	أمراض الكبد الحادة والمزمنة.	أمراض فقر الدم الانحالي.

خزعة الكبد

تشخص التهاب الكبد الكحولي، بعض الأمراض المناعية الذاتية مثل التهاب الكبد المناعي الذاتي.

وهي تجرى عن طريق الإيكو: يوضع في حفرة المراق الأيمن وتوجه إبرة البزل على الكبد وتأخذ خزعة.

وخزعة الكبد تكون **مستطبة** في التهاب الكبد المزمن والتي لا نستطيع تشخيصها بالتحاليل الدموية والمخبرية.

ملاحظة

تؤدي خزعة الكبد إلى ألم شديد وأحياناً انثقاب في بعض الأعضاء، نزف دموي لا يسيطر عليه إلا بتصميم الشريان (جراحي إسعافي) نزف صفراوي (أي أعراض التهابات كبد).

باختصار: تستخدم الخزعة في حال تعذر التشخيص بالتحاليل المخبرية والشعاعية.

مثلاً: في حال قدوم مريض بحالة تشمع كبد (أذية كبدية وصلت إلى مرحلة قصور خلية كبدية) أي حدوث تليف في نسيج الخلية الكبدية وفقد بعض الوظيفة الكبدية، حيث يُلاحظ: ↓ ألبومين، ↑ INR, PT، في هذه الحالة نجري خزعة كبد التي تجرى لتشخيص المرض ولعدم الوصول إلى حالة التشمع — في حالة التشمع لا نجري خزعة كبد وإنما نعالج تشمع الكبد.





سنفوز يوماً على معركة الصيدلة ونصبح أثرياء العالم...

هاله هالي

