

راهنمایی جامع
سیروز کبدی برای عموم

مؤلف

دکتر سید موید علویان

فوق تخصص گوارش و کبد

استاد دانشگاه



The Brilliant Future
of Publishing
www.kowsarPub.com

سرشناسه	علویان، سید موید، ۱۳۴۱
عنوان و نام پدید آور	راهنمایی جامع سیروز کبدی برای عموم / مولف سیدموید علویان.
مشخصات نشر	تهران: شرکت تعاونی پزشکان سلامت پژوهان کوثر، ۱۳۹۲
مشخصات ظاهری	۶۰ص: مصور.
شابک	۵۰۰۰۰ ریال: ۲-۴-۹۳۴۸۴-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
موضوع	کبد-سیروز
موضوع	کبد-بیماریها
رده بندی کنگره	RC ۸۴۸ ۱۳۹۲ ۹۸س/
رده بندی دیویی	۶۱۶/۳۶۲۴
شماره کتابشناسی ملی	۳۱۷۰۷۳۴

نام کتاب:	راهنمایی جامع سیروز کبدی برای عموم
ناشر:	انتشارات کوثر
تألیف:	دکتر سید موید علویان
صفحه آرای:	مهدیه کاظمی
طراحی جلد:	پیام فرامرزبان
تصویر سازی:	زهرا جواهری زاده
نوبت چاپ:	اول
لیتوگرافی و چاپ:	نقش جوهر
شمارگان:	۳۰۰۰
شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۹۳۴۸۴-۴-۲
قیمت:	۵۰۰۰۰ ریال

تقدیم به

پدر و مادرم

که در تمام مراحل زندگی مشوق اینجانب بودند

همسر و فرزندانم

که با تحمل سختیها و مرارتها، در این راه مرا یاری نمودند.

و نوه‌های عزیزم:

محمد امین و امیر علی

۲	..... ساختمان و عمل دستگاه گوارش
۸	..... ساختمان و عمل کبد
۱۰	..... اعمال و فعالیت های کبد
۱۰	..... نقش کبد در سلامتی
۱۱	..... نقش کبد در خنثی کردن سموم بدن
۱۲	..... تولید پروتئین
۱۳	..... تولید صفرا
۱۵	..... سیروز کبدی چیست؟
۱۶	..... علل سیروز
۱۶	..... علل سیروز
۱۷	..... مهمترین علت سیروز
۱۷	..... ایجاد بافت جوشگاهی (فیروزه) در کبد چگونه است؟
۱۹	..... علائم و نشانه های سیروز کبدی
۲۰	..... علت خارش در سیروز
۲۱	..... علت تب در بیماران مبتلا به سیروز
۲۱	..... علت بوی بد بیماران مبتلا به سیروز
۲۱	..... علت کبودی خودبخودی در بیماران مبتلا به سیروز
۲۱	..... چرا در بیماران مبتلا به سیروز طحال بزرگ می شود؟
۲۲	..... دیابت و سیروز
۲۵	..... سیروز کبدی و عوارض آن
۲۶	..... سرطان سلول کبدی
۲۶	..... خونریزی از دستگاه گوارش
۲۷	..... سوزاندن واریس مری (اسکلروتراپی)
۲۷	..... اقدامات لازم پس از اسکلروتراپی
۲۷	..... خونریزی در سایر نقاط بدن
۲۸	..... نارسائی کلیه
۲۹	..... عفونت
۳۰	..... اختلال هوشیاری
۳۱	..... عفونت
۳۱	..... چه آینده ای در انتظار بیماران مبتلا به سیروز است؟
۳۲	..... دستورات جدی در کاهش ورم شکم
۴۱	..... درمان بیماری سیروز
۴۲	..... مصرف آلفا-اینترفرون در مبتلایان به سیروز کبدی

فهرست

۴۲	داروهای خوراکی ضد ویروسی
۴۳	رژیم غذایی بیماران مبتلا به سیروز
۴۳	کربوهیدراتها
۴۴	پروتئینها
۴۴	چربیها
۴۵	مواد معدنی
۴۹	درمانهای دارویی مبتلایان به سیروز
۵۰	پروپرانولول
۵۰	اسپیرونولاکتون
۵۰	آلبومین
۵۱	تریامترن - اچ
۵۲	فوروسماید
۵۳	لاکتولوز
۵۴	مولتی ویتامین
۵۴	کلستیرامین
۵۴	کلشی سین
۵۴	گلیسیریزین
۵۵	خار علیص
۵۷	پیوند کبد
۶۰	شرایط اهداء کبد

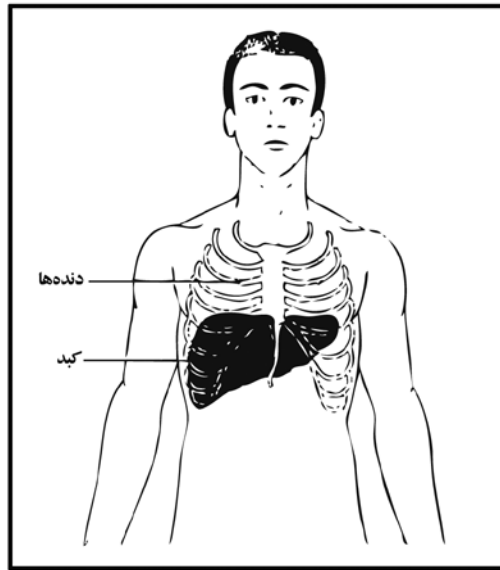
فصل ۱

ساختمان و عمل دستگاه گوارش

دستگاه گوارش به شکل لوله‌ای تو خالی که از دهان شروع شده و به مقعد ختم می‌شود. غذا پس از خرد شدن در دهان، وارد مری و سپس معده می‌شود. تمام بخش‌های مختلف دستگاه گوارش با ترشح مواد مختلف به هضم مواد غذایی کمک نموده و سپس با انجام فعل و انفعالات مختلف بر روی مواد هضم شده، مواد آماده جذب در روده‌ها می‌شود. یکی از بخش‌های دستگاه گوارش که با ترشح مواد مختلف در هضم مواد غذایی دخالت دارد کبد است. کبد در قسمت راست و بالای شکم، زیر پرده دیافراگم قرار دارد.

ساختمان وعمل کبد

کبد بزرگترین غده بدن است و آن رامی توان به کارخانه‌ای شیمیایی تشبیه کرد که وظیفه تولید، تغییر، انبار کردن و دفع مواد را به عهده دارد. محل کبد در شکم از نظر عمل آن بسیار مهم است. کبد در قسمت راست و بالای شکم در پشت دنده‌ها، زیر پرده دیافراگم قرار دارد. وزن کبد در فرد بالغ حدود ۱۵۰۰ گرم معادل و یک پنجاهم وزن کل بدن می‌باشد.



خون رسانی به کبد بسیار زیاد است. خون سرشار از مواد غذایی که از دستگاه گوارش جذب شده به طور مستقیم به کبد وارد می‌شود. این مواد در کبد ذخیره شده و یا به مواد شیمیایی مورد نیاز بدن تبدیل می‌شوند. لبه تحتانی کبد در هنگام دم عمیق حدود ۱ الی ۲ سانتی متر زیر لبه دنده‌های سمت راست لمس می‌شود. این عضو معمولاً توسط دنده‌ها محافظت می‌شود. کبد از مجموعه سلول‌های کبدی، عروق خونی و مجاری صفراوی تشکیل شده است. شبکه‌های عروقی اطراف سلول‌های کبدی، مواد غذایی هضم و جذب شده از روده‌ها را به سلول‌ها رانده و در آنجا ذخیره می‌کند. مواد دفعی و ترشحاتی از طریق مجاری صفراوی به کیسه صفرا می‌ریزد. نقش کبد در تنظیم سوخت

فصل

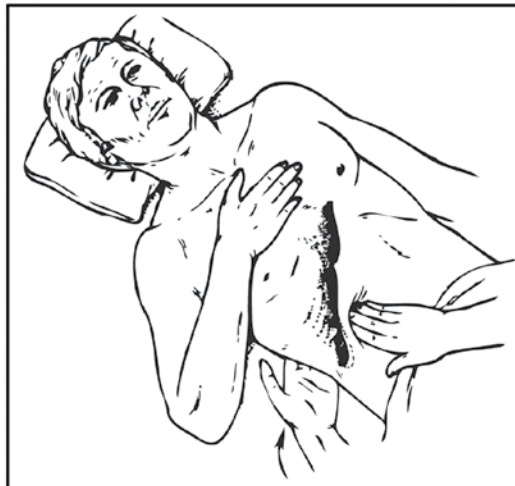
ساختمان و عمل دستگاه گوارش

و ساز گلوکز (قند) و پروتئین اهمیت بسیاری دارد. کبد با تولید و ترشح صفرا نقش مهمی نیز در هضم و جذب چربی ها از دستگاه گوارش بر عهده دارد. علاوه بر این کبد مواد زاید حاصل از سوخت و ساز را از خون خارج می کند و آنها را به داخل صفرا ترشح می کند. صفرای تولید شده کبد به طور موقت در کیسه صفرا انبار می شود و زمانی که برای فرآیند هضم لازم باشد، با انقباض کیسه صفرا به داخل لوله گوارش وارد می شود.

آیا با معاینه شکم و لمس کبد می توان به بیماری کبدی پی برد؟



خیر. در حالات عادی لبه کبد را می توان در هنگام دم عمیق لمس نمود. البته ذکر این نکته ضروری است که بجز در مراحل انتهایی و دیررس بیماری، بالمس کبد و معاینه شکم به تنهایی نمی توان به بیماری کبدی پی برد. باید توجه داشت که حتی با سونوگرافی شکم در همه موارد، وجود بیماری کبدی را نمی توان تشخیص داد و انجام آزمایش خون و بررسی های تکمیلی دیگر ضروری است.



اعمال و فعالیت های کبد

کبد به عنوان یکی از بزرگترین اندام های داخلی بدن، وظیفه انجام اعمال حیاتی مختلفی را در بدن آدمی بر عهده دارد. در این قسمت به مهمترین آنها اشاره خواهیم کرد:

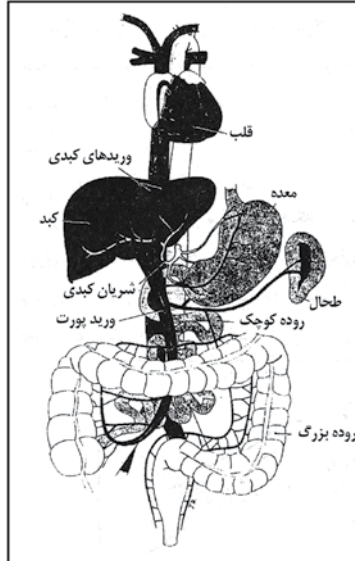
با ورود مواد غذایی به دستگاه گوارش اعمال مختلفی بر روی آن انجام می گیرد تا آن را برای استفاده بدن آماده نماید. مواد غذایی پس از ورود به معده و مخلوط شدن با شیره گوارشی، وارد روده کوچک می شود. در این قسمت از دستگاه گوارش مواد غذایی تحت تاثیر مواد شیمیایی که به آن آنزیم می گویند و از سلول های دیواره روده و همچنین لوزالمعده ترشح می شود، هضم می شود. پس از تغییرات لازم جهت هضم مواد غذایی فرآیند جذب مواد توسط سلول های روده کوچک انجام می شود و سپس مواد جذب شده وارد گردش خون می شوند. مواد غذایی جذب شده برای اکثر بافت های بدن به طور مستقیم قابل استفاده نمی باشند لذا پس از ورود به خون، توسط عروق مربوط ابتدا به داخل کبد می روند و در آنجا تغییرات لازم بر روی این مواد صورت گرفته تا برای استفاده سلول های بدن آماده شوند.

نقش کبد در سلامتی

کبد با انجام تغییرات لازم بر روی مواد غذایی جذب شده و همچنین دفع سموم مهم ترین نقش را در حفظ سلامتی بر عهده دارد. مهم ترین این تغییرات عبارتند از:

✓ کبد با تبدیل مواد قندی ساده (گلوکز) به نوع ذخیره ای آن (گلیکوژن) و در موارد ضروری تبدیل نوع ذخیره ای به نوع ساده که برای بدن قابل استفاده است، نقش عمده ای را در تنظیم قند خون ایفاء می نماید.

✓ کبد، چربی های جذب شده را به انواع قابل جذب یا قابل ذخیره شدن در سلول های مختلف بدن تبدیل می نماید و از این طریق در سوخت و ساز چربی ها دخالت می نماید.



✓ کبد نقش عمده‌ای را در سوخت و ساز پروتئین‌ها برعهده دارد. این عضو تقریباً تمام پروتئین‌های پلاسمای خون را تولید می‌نماید.

✓ بسیاری از ویتامین‌ها نظیر ویتامین‌های A، B و... همچنین برخی فلزات نظیر آهن و مس در کبد ذخیره شده و در مواقع مورد لزوم مورد استفاده قرار می‌گیرند.

✓ یکی دیگر از اعمال مهم کبد، از بین بردن میکروب‌های وارد شده به بدن از طریق روده است. این میکروب‌ها از طریق گردش خون ابتدا به کبد وارد می‌شوند و این عضو با استفاده از سیستم دفاعی خود آنها را از بین می‌برد.

نقش کبد در خنثی کردن سموم بدن

یکی از مواردی که در واکنش‌های شیمیایی بدن و همچنین توسط باکتری‌های موجود در روده تولید می‌شود، آمونیاک (NH_3) است. این ماده به میزان زیاد تولید شده و جذب خون می‌شود. آمونیاک برای بسیاری از سلول‌های بدن از جمله سلول‌های مغزی مضر است و کبد این ماده را از خون گرفته و طی یک سری واکنش‌های شیمیایی به اوره تبدیل می‌نماید. اوره

از طریق کلیه‌ها از بدن دفع می‌شود. البته عمل دفع سموم بدن توسط کبد فقط به آمونیاک منحصر نمی‌شود. بسیاری از مواد مضر برای بدن و همچنین داروها توسط کبد از بدن دفع می‌شوند. در صورت اختلال در فعالیت‌های کبد، سموم بدن از بدن جمله آمونیاک افزایش یافته و بر تمام اجزای بدن اثرات مخرب را بر جای می‌گذارند.

آیا می‌توان بدون کبد زنده ماند؟



با توجه به وظایفی که کبد بر عهده دارد به طور حتم نمی‌توان بدون کبد زنده ماند. ولی باید این نکته را در نظر داشت که در اکثر بیماری‌های کبدی، در صد کمی از آن دچار ضایعه شده و به این دلیل فقط برخی از فعالیت‌های کبدی دچار اختلال می‌شود. به این ترتیب در اکثر بیماری‌های کبدی، حیات بیمار به خطر نمی‌افتد. به عبارت ساده‌تر، چنانچه تنها کمتر از یک سوم کبد سالم باشد همین قسمت کوچک می‌تواند نیازهای طبیعی بدن را بر طرف نماید.

تولید پروتئین

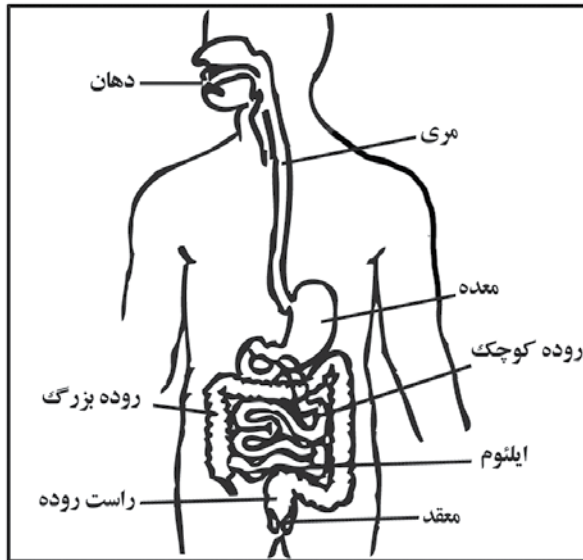
یکی از مهمترین اجزای خون، پروتئین است. حدود دو سوم از پروتئین خون را آلبومین تشکیل می‌دهد. این پروتئین تماماً توسط کبد ساخته می‌شود. غلظت آلبومین در خون به طور متوسط حدود ۴ گرم در دسی لیتر است. روزانه حدود ۱۰ الی ۱۲ گرم از پروتئین موجود در خون به مصرف سلول‌های بدن می‌رسد و معادل همین میزان نیز توسط کبد ساخته می‌شود. در واقع تعادلی بین میزان تولید و مصرف آلبومین در بدن وجود دارد. چنانچه فردی به بیماری کبدی شدید نظیر هپاتیت شدید یا سیروز مبتلا شود، میزان پروتئین سرم وی کاهش می‌یابد.

وجود مقادیر طبیعی آلبومین در خون برای حفظ سلامتی و گردش خون مناسب در بدن ضروری است. به عنوان مثال چنانچه میزان آلبومین در خون کاهش یابد قسمت‌های

مختلف بدن (دست، پا و صورت) متورم می شوند.

انواع دیگری از پروتئین ها نیز در کبد ساخته می شوند. این پروتئین ها در جریان انعقاد خون دخالت داشته و به آنها (فاکتورهای انعقادی) می گویند. تعداد این فاکتورها که در عمل انعقاد خون دخالت دارند، ۱۳ عدد است که ۶ تای آنها (فاکتورها ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۱) در کبد ساخته می شوند. تولید این فاکتورها با حضور ویتامین K، انجام می شود. لذا در موارد بیماری شدید کبدی و یا کاهش ویتامین K بدن، بیمار به راحتی دچار خونریزی های زیر جلدی و یا داخلی می شود.

مواد دیگری نظیر ترانسفرین ها.... نیز در کبد ساخته می شوند. این مواد نقل و انتقال هومورن ها در بدن بر عهده دارند.



تولید صفرا

صفرا مایعی به رنگ زرد مایل به سبز با طعم بسیار تلخ می باشد که به طور مداوم توسط سلول های کبدی ساخته می شود. صفرا از طریق مجاری صفراوی به داخل کیسه صفرا

ریخته شده و در آنجا تغلیظ و برای مدتی ذخیره می‌شود. مواد غذایی پس از مخلوط شدن با شیر گوارشی در معده به دوازدهه (ابتدای روده کوچک) وارد می‌شود. با ورود مواد غذایی به دوازدهه، صفرا از کیسه صفرا ترشح و به دوازدهه می‌ریزد. در بدن یک شخص سالم و بالغ روزانه به طور طبیعی حدود ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی لیتر صفرا ساخته و ترشح می‌شود. این مایع به طور عمده از آب، بیلی روبین و نمک‌های صفراوی تشکیل شده است. در واقع علاوه بر دفع بیلی روبین، به هضم و جذب چربی‌ها در روده کمک می‌کند. در مواردی که به علل مختلف میزان بیلی روبین در خون بالا برود زردی و یرقان بروز می‌نماید.

فصل ۲

سیروز کبدی چیست؟

سیروز یا تنبلی کبد اختلال جدی و پیشرونده‌ای است که پاسخ کبد به ضایعاتی است که به آن وارد می‌شود و در اثر بیماری‌های مزمن کبدی، بافت جوشگاهی (فیروز) در آن ایجاد می‌شود. شکل ظاهری و ساختمان کبد در مبتلایان به سیروز در اثر افزایش کلاژن تغییر می‌کند. این تغییرات موجب فشار بر عروق خونی کبدی و مجاری ریز آن می‌شود.

علل سیروز.....

عوامل متعددی سبب بروز سیروز می‌شوند. از علل مهم بروز آن، هپاتیت ویروسی نوع «بی» و «سی» می‌باشند. در کشورهایی که مصرف الکل در آنها رواج دارد یکی از علل بروز سیروز، الکل است. برخی بیماریها نظیر هموکروماتوز، بیماری ویلسون، کمبود آلفا- یک آنتی تریپسین و بیماری دیابت قندی می‌توانند موجب بروز سیروز کبدی شوند.

مصرف برخی داروها نظیر متوترکسات، آمیودارون و همچنین برخی سموم آفات نباتی از علل بروز بیماری سیروز کبدی می‌باشند. برخی بیماریهای مادرزادی کبدی و همچنین اختلالات ایمنی نظیر هپاتیت خودایمنی نیز می‌توانند عامل بروز این بیماری باشند.

علل سیروز.....

- ✓ هپاتیت ویروسی نوع «بی» و نوع «سی»
- ✓ اختلال در مسیر خروج خون از کبد (بودگیاری)
- ✓ مصرف مشروبات الکلی
- ✓ بیماریهای متابولیک مثل هموکروماتوز، بیماری ویلسون و...
- ✓ انسداد طولانی مدت مجاری صفراوی
- ✓ اختلال خودایمنی
- ✓ برخی سموم و داروها
- ✓ سوء تغذیه

فصل ۲

سیروز کبدی چیست؟

هپاتیت A و E در بروز سیروز کبدی نقشی ندارند ولی در صورتی که فرد مبتلا به بیماری مزمن بی و سی و یا سیروز کبدی دچار هپاتیت A و E شود، بیماری زمینه‌ای تشدید می‌یابد. به همین دلیل پزشک شما آزمایش این نوع هپاتیتها را درخواست می‌کند.

مهمترین علت سیروز.....

بیشترین علت بیماری سیروز کبدی در اروپا، مصرف بیش از حد و طولانی مدت الکل است. در ایران و منطقه خاورمیانه بیشترین علت آن ابتلاء به هپاتیت مزمن «بی» است. باید توجه داشت که از هر ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به هپاتیت «بی» از نوع حاد، ۲ تا ۴ نفر به هپاتیت مزمن مبتلا می‌شوند و در صورت عدم درمان و پیشرفت بیماری ممکن است بیماری آنها به سیروز تبدیل شود. بعد از هپاتیت بی، ابتلا به هپاتیت مزمن سی، شایعترین علت ابتلا به سیروز کبدی است.

ایجاد بافت جوشگاهی (فیروزه) در کبد چگونه است؟.....

آیا تاکنون پس از ترمیم و بهبودی یک زخم به بافت تشکیل شده در آن ناحیه دقت کرده‌اید؟ بافت ایجاد شده در ناحیه زخم ترمیمی بافت کلاژن است. بافت فیروز از کلاژن تشکیل شده و کلاژن مجموعه‌های از پروتئینهای خارج سلولی است که در پاسخ به التهاب در کبد در محلهای آسیب دیده ایجاد می‌شود. سلولهای ایتو (Ito) در حالت عادی در کبد غیر فعال هستند و پس از فعال شدن به علل مختلف نظیر التهاب مواد کلاژن تولید می‌نمایند.

فصل ۳

علائم و نشانه‌های سیروز کبدی

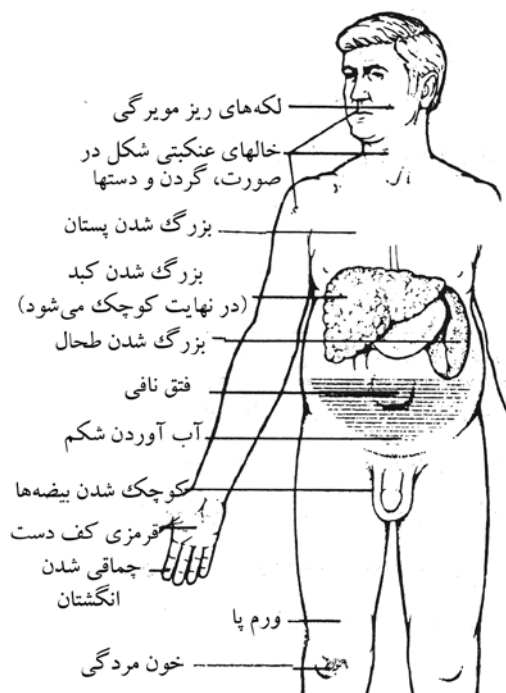
بروز علائم در سیروز به دو علت نارسایی کارکرد کبد و افزایش فشار خون در ورید پورت است. این علائم عبارتند از:

ضعف، خستگی، بیحالی، اسهال چرب، تورم شکم، تجمع آب در شکم، برجسته شدن عروق مری (واریس مری)، چماقی شدن انگشتان، کوچک شدن کبد، ضعف و سستی عضلانی، کاهش وزن، تیره شدن پوست، بروز لکه‌های خونمردگی در پوست (به دلیل کاهش پلاکتهای خون)، کاهش میل جنسی، کاهش توانایی جنسی در آقایان، ورم پاها و شکم، خونریزی از بینی و لثه، استشمام بوی نامطبوع از بیمار که به آن «فتور هپاتیکوس» گفته می‌شود.

باید توجه داشت که برای تشخیص بیماری سیروز وجود یا عدم همه علائم ضروری نیست.

علت خارش در سیروز.....

همانطور که می دانید در داخل کبد، مجاری ریز صفراوی وجود دارند که از طریق آنها صفرا حرکت کرده و وارد مجاری صفراوی، کیسه صفرا و سپس روده ها می شود. از مواد اصلی صفرا، نمکهای صفراوی است. تجمع این نمکهای صفراوی به دلیل اختلال در این مجاری منجر به خارش می شود. البته امروزه علل دیگری نیز برای خارش مطرح شده که اساس درمان را تغییر داده است. برای کاهش خارش توصیه می شود مصرف گوشت قرمز کاهش یافته و مواد غذایی حساسیت زا مثل بادمجان و گوجه فرنگی از غذا حذف شوند. در صورت نیاز از داروهای ضد خارش مثل پودر کلستیرامین و اورزوداکسی کولیک اسید طبق دستور پزشک استفاده شود.



علت تب در بیماران مبتلا به سیروز.....

به طور طبیعی کبد عاری از هر نوع میکروب است. در بیماران مبتلا به سیروز به دلیل اختلال در سیستم ایمنی بدن میکروبهای مختلفی وارد گردش خون می‌شوند. این بیماران بیشتر در معرض عفونت بوده و در این شرایط انجام اقدامات تشخیصی و درمانی جنبه اورژانسی دارد. باید توجه داشت که در سیروز با علت مصرف زیاد الکل، احتمال بروز عفونت بیشتر است.

علت بوی بد بیماران مبتلا به سیروز.....

تنفس بیماران مبتلا به سیروز، بوی نامطبوع دارد که اصطلاحاً به آن "Sweetish" گفته می‌شود. این امر به دلیل نارسایی کبد بوده و احتمالاً منشأ آن روده‌ای است. معمولاً با مصرف آنتی‌بیوتیکهای خوراکی شدت این عارضه کم می‌شود. ممکن است علت این امر تولید ماده متیل مرکاپتان باشد که از سوخت و ساز اسید آمینه متیونین ایجاد می‌شود.

علت کبودی خودبخودی در بیماران مبتلا به سیروز.....

به علت کمبود تولید عوامل و فاکتورهای انعقادی در کبد و در نتیجه طولانی شدن زمان انعقاد (PT)، ممکن است کبودی‌های خودبخودی در بیماران مبتلا، ایجاد شود. کمبود پلاکتها در خون به دلیل گیر افتادن آنها در طحال بزرگ نیز می‌تواند به کبودی پوست منجر شود.

چرا در بیماران مبتلا به سیروز طحال بزرگ می‌شود؟.....

در اکثر مبتلایان به سیروز کبدی به دنبال اختلال در گردش خون داخل کبد بیمار، خون به اطراف طحال تغییر جهت پیدا کرده و سبب بزرگی طحال می‌شود. این امر

می تواند به کاهش تعداد پلاکتهای خون منجر شود.

من مبتلا به سیروز کبدی هستم و به دلیل پلاکت خون پایین، پیشنهاد عمل جراحی طحال برداری شده است. آیا این توصیه مناسب است؟



باید توجه داشت که گرچه در بیماران مبتلا به سیروز، پلاکت در داخل طحال ذخیره می شود و می تواند سبب کاهش پلاکت خون شود، ولی در اکثر موارد با خونریزی همراه نیست و تنها در موارد شدید که میزان آن کمتر از $20/1000$ در میلی لیتر با خطر خونریزی همراه است، جراحی توصیه می شود. انجام جراحی طحال برداری می تواند در بیماران مبتلا به سیروز خطرناک باشد و به این دلیل تنها در شرایط بحرانی انجام آن توصیه می شود.

دیابت و سیروز

برخی از بیماران مبتلا به سیروز دچار افزایش قندخون و علائم دیابت (مرض قند) می شوند. در تاریخچه این افراد می توان سابقه مرض قند را در اغلب موارد پیدا کرد ولی در بقیه موارد افزایش قند خون به علت بیماری کبد است. برای مهار قندخون بالا معمولاً از قرصهای ضدقند مثل گلیبنکلامید استفاده می شود و در رژیم غذایی نیز باید مصرف مواد نشاسته ای را کم کرد.

باید توجه داشت که در بیماران مبتلا به سیروز تمایل به کم کردن قندخون به پایین تر از محدوده طبیعی وجود ندارد و قندخون حدود ۱۲۰ تا ۱۴۰ میلی گرم در میلی لیتر مورد قبول است.

فصل ۳

علایم و نشانه‌های سیروز کبدی

مصرف قرص متفورمین در موارد بیماری کبدی همراه با دیابت مفید است ولی در صورت تشدید و پیشرفت بیماری کبدی به حالت سیروز پیشرفته، مصرف آن می‌تواند خطرناک باشد.

گاهی طبق نظر پزشک، انسولین تزریقی نیز به کار می‌رود. باید مراقب افت قندخون شد و در صورت بروز طپش قلب، تعریق، سرگیجه باید سریعاً به پزشک مراجعه کرد.

فصل ۴

سیروز کبدی و عوارض آن

بیماران مبتلا به سیروز باید از علایم و خطراتی که آنها را تهدید می کنند، آگاهی داشته تا بتوانند از بروز آنها جلوگیری کرده و اقدامات صحیح را به عمل آورند.

مهمترین خطراتی که بیماران مبتلا به سیروز کبدی را تهدید می کنند عبارتند از:

سرطان سلول کبدی

بیماران مبتلا به سیروز کبدی در معرض ابتلا به سرطان کبد می باشند. باید توجه داشت که این افزایش خطر در مواردی که علت سیروز، هپاتیت B یا C، مصرف الکل و یا زیادی آهن در کبد باشد، بسیار بیشتر می باشد. بررسی دوره ای آزمایش آلفا-فتوپروتئین و سونوگرافی شکم و در برخی شرایط سی تی اسکن شکم توصیه می شود. در صورت ابتلا به این عارضه، می توان از روشهای نوین جدید درمان استفاده کرد.

خونریزی از دستگاه گوارش

یکی از مهمترین خطراتی که بیماران به سیروز را تهدید می کند، خونریزی گوارشی است که اغلب به دلیل پاره شدن واریس مری اتفاق می افتد. تقریباً تمام خونی که از روده ها منشأ می گیرند از طریق ورید یا سیاهرگ باب به کبد رفته، سپس از آنجا وارد ورید اجوف تحتانی و سپس قلب شده و در نهایت به سایر نقاط بدن منتقل می شود. در بیماران مبتلا به سیروز، خون به خوبی از کبد خارج نمی شود و در نتیجه، خون پس زده می شود. یکی از راههایی که خون می تواند به حرکت خود ادامه داده و وارد جریان خون عمومی شود، وریدهای اطراف مری در ناحیه اتصال آن به معده است. در نتیجه افزایش فشار خون در این ناحیه، وریدها متسع می شوند (به اصطلاح گفته می شود واریس مری اتفاق افتاده است). این واریسها مستعد پاره شدن و خونریزی هستند. پس از پاره شدن این عروق، شخص ممکن است دچار استفراغ خونی شده و یا این که پس از چند ساعت تا چند روز مدفوع سیاه قیری رنگی دفع کند.

در صورت استفراغ خونی و یا دفع خون سیاه از مقعد به پزشک مراجعه

کنید.

سوزاندن واریس مری (اسکلروتراپی).....

اسکلروتراپی با کمک آندوسکوپ و با استفاده از ماده سفت کننده جدار مری صورت می گیرد. این کار معمولاً تحت بیحسی گلو و استفاده از آرامبخش و استفاده از ماده اتانول آمین یا ترومبووار پنج درصد صورت می گیرد. این کار معمولاً در چند مرتبه اول در بیمارستان صورت گرفته و لازم است بیمار به مدت حداقل ۲۴ ساعت تحت نظر قرار گیرد و در جلسات بعدی می توان به صورت سرپایی انجام داد. باید توجه داشت که بعد از جلسات متعدد می توان محل عروق برجسته (واریس) را ریشه کن کرد.

اقدامات لازم پس از اسکلروتراپی.....

حداقل ۲ ساعت از خوردن و آشامیدن خودداری شود. سپس تا ۶ ساعت فقط مایعات استفاده شده و تا ۲۴ ساعت از خوردن مواد جامد خشک و سفت مثل نان و ... خودداری شود.

در صورت سیاه شدن مدفوع، خصوصاً اگر شیشه قیر باشد، در اولین فرصت به بیمارستان مراجعه کنید.

البته روشهای دیگری برای کنترل خونریزی واریسها وجود دارد که جدیدترین آنها استفاده از حلقه های لاستیکی است که توسط دستگاه مخصوص و با استفاده از آندوسکوپ در محل واریسها قرار داده می شوند که به اصطلاح به آن باندگذاری می گویند. این روش ممکن است چند جلسه تکرار شود.

خونریزی در سایر نقاط بدن.....

یکی از اعمال کبد، تولید برخی از فاکتورهای دخیل در روند انعقاد خون است. در جریان سیروز، این فاکتورها به مقدار کم ساخته شده و در نتیجه این اشخاص آسانتر دچار خونریزی از نقاط مختلف بدن می شوند و این مسئله باعث بدتر شدن بیماریشان می گردد.

برای پیشگیری از این خونریزی، رعایت نکات زیر مفید است:

✓ از قرار گرفتن در مکان یا موقعیتهایی که امکان آسیب فیزیکی زیادی وجود دارد، دوری نمایید.

✓ جهت مسواک زدن، از مسواکهای با پرز نرم استفاده کنید.

✓ بینی خود را محکم و با قدرت تخلیه نکنید.

✓ شما نیاز بیشتری به مصرف ویتامین K دارید؛ برای این منظور روزانه حداقل ۱۰۰ گرم کاهو یا اسفناج میل نمایید.



✓ در صورت بروز خونریزی از هر نقطه‌ای از بدن و با بروز خونریزی زیرجلدی (کبود شدن خودبخودی پوست) بلافاصله به بیمارستان مراجعه کنید.

نارسائی کلیه

در نتیجه اختلال در توزیع خونرسانی به کلیه‌ها، میزان آب دفعی از کلیه‌ها کاهش، بدن متورم شده و میزان اوره و کراتینین خون افزایش می‌یابد، در صورت کاهش ادرار، افزایش وزن و افزایش اندازه شکم باید به فکر عوارض کلیوی بیماری سیروز کبدی بود.

فصل ۴

درمان هپاتیت بی

✓ مصرف داروهای مسکن و ضد التهابی مثل بروفن و یا دیکلوفناک در بیماران مبتلا به سیروز کبدی خطر نارسائی کلیه را افزایش می دهد.

✓ مصرف داروهای کاپتوپریل یا انالاپریل خطر نارسائی کلیه را افزایش می دهد.



درمان نارسائی کلیه در اغلب موارد با استفاده از آلبومین تزریقی و در موارد شدید پیوند کبد می باشد. در موارد پیشرفته تنها علاج قطعی، انجام پیوند کبد است.

عفونت

مبتلایان به سیروز، بنا به دلایلی، بیشتر از افراد سالم مستعد ابتلای به عفونتهای خاصی هستند که این امر می تواند باعث بدتر شدن بیماری و وضعیشان شود. در این رابطه باید نکات زیر را همیشه مدنظر قرار داد:

اصول کلی پیشگیری از بیماریهای عفونی را رعایت کنید.

✓ در صورت بروز تب در اولین فرصت به پزشک خود مراجعه کنید.

✓ در صورت بروز سوزش ادرار به پزشک مراجعه کنید.

✓ در صورت بروز بی‌اشتهایی و درد شکم به پزشک مراجعه کنید. درمان زودتر عفونت مانع پیشرفت و تشدید بیماری کبدی می‌شود. در هنگام عفونت مصرف آنتی‌بیوتیک طبق نظر پزشک و در برخی شرایط بستری نمودن بیمار در بیمارستان و استفاده از آنتی‌بیوتیک تزریقی می‌تواند کمک کننده باشد. گاهی به دلیل عود عفونت، پزشک از داروی سیپروفلوکساسین و یا کوتریموکسازول جهت پیشگیری از عفونت استفاده می‌نماید. مصرف دقیق و منظم دارو مهم است.

مصرف داروی امپرازول می‌تواند خطر عفونت داخل شکمی بیماران مبتلا به سیروز کبدی را افزایش دهد و به همین دلیل با احتیاط مصرف شود.

اختلال هوشیاری

یکی از اعمال کبدی، خنثی کردن سموم داخلی و خارجی است. یکی از این سموم، آمونیاک است که در روده‌ها و نیز در داخل سلولهای بدن ساخته می‌شود. اثرات مخرب آمونیاک بر روی مغز سریعتر و شدیدتر از سایر نقاط بدن می‌باشد و در نتیجه، وضعیت هوشیاری (به اصطلاح هوش و حواس) بیمار تغییر می‌کند. در مراحل پیشرفته‌تر، بیمار دچار اغماء می‌شود. عواملی که باعث بروز چنین حالتی می‌شوند، عبارتند از:

◀ **رژیم غذایی نامناسب:** گوشت قرمز یکی از منابع اصلی تولید آمونیاک در بدن است. لذا در مواقعی که شخص رژیم غذایی را رعایت نکرده، اقدام به مصرف گوشت قرمز حیوانی (به مقدار زیادتر از آنچه که توسط پزشک توصیه شده است) می‌کند، ممکن است دچار اختلال هوشیاری شود. البته این امر، به این معنی نیست که از گوشت قرمز اصلاً استفاده نکنید، بلکه باید مصرف آن، به مقدار مورد نیاز و بر حسب دستورات پزشکی صورت گیرد.

فصل ۴

درمان هپاتیت بی

◀ **خونریزی:** به هر دلیل که باشد، می تواند باعث اختلال هوشیاری و اغماء شود، لذا باید کلیه نکات توصیه شده در رابطه با پیشگیری از آن رعایت نمود.

◀ **صدمات:** هر نوع صدمه فیزیکی شدید به بدن (نظیر تصادف، زد و خورد و...) باعث وخیم شدن حال بیمار و اختلال هوشیاری می شود. اصولاً بیماران مبتلا به سیروز کبدی به دلیل عدم قضاوت صحیح در مسافت و ... بهتر است رانندگی نکنند.

عفونت

در صورت هرگونه اختلال در هوشیاری و یا بیبوست شدید باید به میزان مصرف لاکتولوز افزوده و در صورت عدم پاسخ سریعاً به کلینیک هپاتیت و یا بیمارستان مراجعه کرد.



خانواده بیمار مبتلا به سیروز باید به محض مشاهده تغییر غیر طبیعی در خلق و خوی بیمار موضوع را با پزشک معالج وی در میان بگذارند.

چه آینده‌های در انتظار بیماران مبتلا به سیروز است؟

باید توجه داشت که اعتقاد عمومی بر این است که سیروز روندی غیر قابل برگشت است. این تصور امروزه صددرصد مورد قبول نیست. در برخی شرایط و در صورت پاسخ به داروها، می توان درجاتی از کاهش فیروز کبد و بهتر شدن بیماران تنبلی کبد را مشاهده کرد. ضرورتی ندارد که سیروز حتماً یک بیماری پیشرونده باشد، با تأثیر درمان، می توان

فروکش نمودن بیماری را مشاهده نمود. شدت بیماری سیروز توسط پزشک و پس از معاینه دقیق و بررسی برخی آزمایشات خونی مثل غلظت آلبومین و بیلیروبین خون مشخص می شود. به هر حال تغذیه نقش مهمی در درمان بیماران مبتلا به تنبلی کبد بازی می کند.

..... دستورات جدی در کاهش ورم شکم

نکات زیر جهت کاهش و پیشگیری از آب آوردن شکم و ورم پاها توصیه می شوند:
✓ اگر آب آوردن شکم بسیار شدید بوده، باعث مشکلات تنفسی و غیره شده باشد، باید علاوه بر مراجعه به بیمارستان، مصرف آب را به کمتر از ۱/۵ لیتر در روز رسانید.

✓ مصرف نمک باید به کمتر از ۰/۵ گرم در روز کاهش یابد. در داخل مواد غذایی نمک طبیعی وجود دارد. لازم است هنگام پختن غذا و نیز خوردن غذا نمک به آن اضافه نشود و از مصرف مواد غذاهای آماده (کنسرو) خشک شده که معمولاً نمک بالایی دارند، خودداری نمایند.

✓ در صورت امکان در داخل وان حمام و در آب ولرم تا ناحیه گردن روزانه یک ساعت استراحت کنید. این عمل باعث تحریک کلیه ها در دفع ادرار بیشتر شده و در نتیجه کاهش آب بدن و ورم می شود.

✓ علاوه بر استراحت و خواب شبانه، روزانه حداقل ۴ ساعت استراحت نمایید.

✓ از داروهایی که پزشک جهت کاهش آب بدن و دفع ادرار تجویز کرده به صورت مناسب و طبق دستور مصرف کنید. با این پندار غلط که با مصرف بیشتر آنها، آب سریعتر و بهتر دفع می شود، هرگز داروی خود را بدون مشاوره پزشک افزایش ندهید. زیرا این مسئله خطرات جدی و کشنده (از جمله تغییرات پتاسیم خون) را به دنبال خواهد داشت.

✓ در صورتی که دچار آب شکم هستید و پزشک دستورات دارویی و غذایی خاصی جهت کاهش آن داده است، هر روز صبح سر ساعت خاصی خود را وزن

فصل ۴

درمان هپاتیت بی

کنید. نباید در هر روز وزن بدنتان بیش از ۷۵۰ تا ۱۰۰۰ گرم کاهش یابد. افزایش وزن می‌تواند نشانه‌ای از افزایش ورم در بدن باشد.

✓ در برخی موارد که تجمع آب در شکم به مقدار زیادی باشد و امکان کنترل آن با داروهای خوراکی امکانپذیر نباشد، طبق صلاحدید پزشک، بیمار در بخش بستری شده و با استفاده از سوزن مخصوص، مقداری از آب شکم را خالی می‌کنند، این کار معمولاً به طور موقتی سبب بهتر شدن وضعیت بیمار می‌شود و درمانهای دیگر نیز باید ادامه یابد. استفاده از آلبومین تزریقی هفته‌ای یکبار تا ۲ بار می‌تواند در کاهش ورم شکم و پاها کمک کند.

آیا برای تشخیص سیروز کبدی نیاز به نمونه‌برداری از کبد وجود دارد؟



در همه شرایط خیر. در برخی موارد پزشک با مروری بر علائم و نشانه‌های بیماری و آزمایشات خونی و سونوگرافی و آندوسکوپی دستگاه گوارش پی به وجود سیروز کبدی می‌برد. در برخی شرایط نمونه‌برداری، تشخیص بیماری را صد در صد می‌نماید ولی در همه موارد ضروری نیست. امروزه می‌توان به جای نمونه‌برداری از کبد که یک روش تهاجمی است و در موارد همراهی با پلاکت و فاکتورهای انعقادی پائین در خون خطرناک است، از دستگاه فیبرواسکن در تشخیص سیروز کبدی استفاده می‌شود. تنها مانعی که برای انجام فیبرواسکن در بیماران مبتلا به سیروز کبدی است، وجود مایع زیاد در شکم می‌باشد.

انجام فیبرواسکن به صورت دوره‌ای در بیماران مبتلا به سیروز کبدی در تعیین میزان پیشرفت بیماری و نیاز به پیوند کبد توصیه می‌شود، حتی میتوان از میزان احتمال بروز سرطان کبدی نیز مطلع شد.

در افراد مبتلا به سیروز کبدی که دارای نمره سفتی کبدی بیش از ۲۱ کیلو پاسکال در فیبرواسکن دارند احتمال وجود واریس مری وجود دارد و باید آندوسکوپی شوند.



من مردی ۶۰ ساله هستم و مبتلا به سیروز کبدی می باشم. اکنون دچار فتق شکم شده ام آیا می توانم فتق شکم را جراحی کنم؟



باید توجه داشت که تمام اعمال جراحی در بیماران مبتلا به سیروز کبدی با خطر بالایی همراه است این موضوع با توجه به شدت بیماری فرق می کند. تیم بیهوشی مجهز، خبره و مراقبت مناسب بعد از جراحی بسیار حائز اهمیت است. در این مورد با پزشک خود مشورت کنید.

من خانم ۵۵ ساله‌ای هستم که به سیروز کبدی مبتلا شده‌ام؟ در سونوگرافی شکم ۳ عدد سنگ صفراوی به اندازه یک در یک سانتیمتر در کیسه صفرا مشاهده شده است. آیا باید جراحی کنم؟



خیر. اگر دچار علائم و نشانه‌های مرتبط با سنگ صفراوی نباشید نیاز به جراحی ندارد. باید توجه داشت که احتمال تشکیل سنگ در کیسه صفرا بیماران کبدی بیشتر است.

نقش مصرف کلشیسین در بیماران مبتلا به سیروز کبدی چیست؟



این دارو در اصل در درمان و پیشگیری بیماری نقرس (بالا بودن اسیداوریک خون) به کار می‌رود، ولی به دلیل اثرات مفید این دارو در مهار ایجاد فیروز کبد و ضد التهاب بودن در بیماریهای کبد نیز به کار می‌رود. مصرف این دارو نسبتاً بی‌ضرر است و تنها عارضه مهم آن اسهال است که با مشورت پزشک معالج بهبود می‌یابد. در بروشور این دارو، وجود ضایعه کبدی را منع مصرف آن دانسته‌اند که موجب سردرگمی بیماران می‌شود. باید توجه داشت که با مقدار تجویز پزشک این خطر وجود ندارد. هنوز در مورد اثر بخش بودن مصرف این دارو در دراز مدت در بیماران اختلاف نظر وجود دارد.

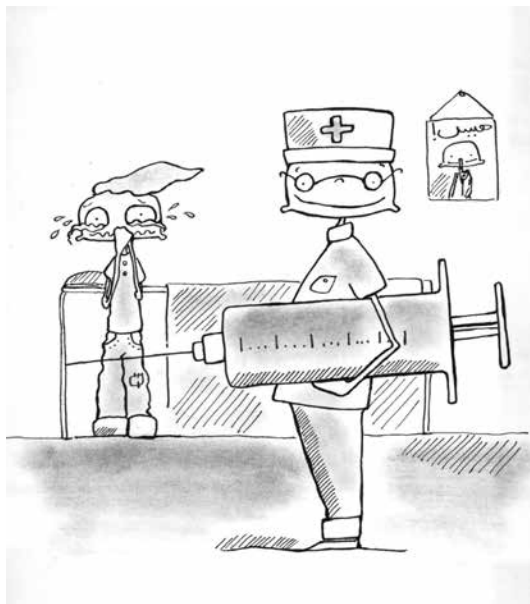
توصیه‌های پزشکی به بیماران مبتلا به سیروز
✓ هرگز نباید ناامید شد. ناامیدی سبب تشدید بسیاری از بیماریها می‌شود باید
ضمن توکل به خدا به دنبال درمان دارویی و رعایت دستورات پزشک بود.

✓ نباید بیماری خود را از دیگران مخفی سازید. باید از دیگران نیز کمک بگیرید.

✓ به طور مرتب و دوره‌های تحت نظر پزشک معالج خود باشید. مراجعات دوره‌ای، بررسی آزمایشگاهی، آندوسکوپی فوقانی و سونوگرافی شکم دوره‌ای در همهٔ بیماران توصیه می‌شود.

✓ بیماران آخر شب از مقداری مواد حاوی قند استفاده کنند.

✓ واکسیناسیون علیه هپاتیت A و B، آنفلوانزا و پنوموکوک توصیه می‌شود.



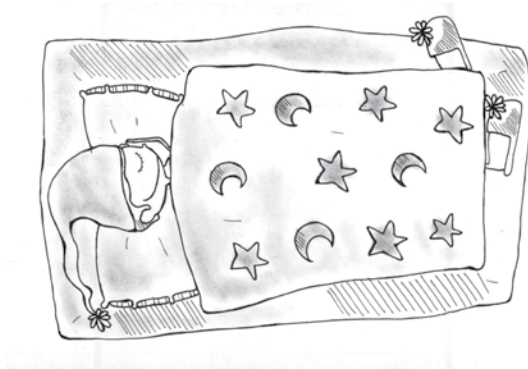
✓ پوکی استخوان در بیماران مبتلا به سیروز کبدی شایع بوده و مصرف روزانه کلسیم و ویتامین D توصیه می‌شود.

✓ ناخنهای خود را مرتب کوتاه کنید. مواظب باشید که کناره ناخنهای زیادی گرفته نشود و زخمی نشوید.

فصل ۴

درمان هپاتیت بی

✓ به فعالیت عادی زندگی خود ادامه دهید و برحسب توان فیزیکی خود فعالیت نمایید. استراحت و خواب کافی فراموش نشود.



✓ به غذای خود نمک اضافه نکنید.

✓ از تخلیه شدید و محکم بینی خود خودداری کنید.

✓ جهت مسواک زدن از مسواک با پرزهای نرم استفاده شود.

✓ از قرار گرفتن در موقعیتهایی که امکان صدمه خوردن شما وجود دارد خودداری کنید.

✓ در صورت آب آوردن شکم، روزانه نیم ساعت داخل وان آب ولرم (تا گردن) قرار گیرید.

✓ از سبزیجات و میوه‌های تازه به اندازه دلخواه استفاده کنید. باید توجه داشت که شستشو و ضدعفونی کردن سبزیجات و میوه‌ها ضروری است.

✓ سعی کنید به جای گوشت قرمز از پروتئینهای گیاهی، گوشت ماهی و مرغ استفاده کنید. البته مصرف گوشت قرمز به طور کلی ممنوع نیست.

✓ استعمال دخانیات سبب تشدید آسیب کبدی می‌شود و باید قطع شود.

✓ مصرف قهوه، سه فنجان در روز با اثرات ضد اکسیداسیون در بیماران مفید است.



✓ در صورت بروز تب، تهوع، درد شکم، سوزش ادرار و یا سیاه شدن مدفوع بلافاصله با مرکز هیپاتیت مشورت کنید و اگر امکان نداشته باشد به اورژانس بیمارستانها مراجعه نمایید.

✓ هرگز مشروبات الکلی ننوشید. زیان آن یک امر ثابت شده است.

فصل ۴

درمان هپاتیت بی

✓ داروهای تجویزی توسط پزشک را مرتب و مطابق دستور مصرف نمایید و خودسرانه داروی مصرفی را کم یا زیاد نکنید.



توصیه‌های پزشکی به نزدیکان فرد مبتلا به سیروز:

✓ رعایت اصول بهداشتی ضرورت دارد ولی نباید وسواس بیمار داشت.

✓ تا آنجا که می‌توانید از حمایت روحی بیمار دریغ نکنید.

✓ با خون فرد بیمار بدون دستکش تماس پیدا نکنید.

✓ افراد خانواده پس از انجام آزمایش هپاتیت «بی» و مشخص شدن وضعیت آنها باید واکسن هپاتیت «بی» بزنند.

✓ از بیمار مبتلا به سیروز دوری نکنید! هیچ نوعی از سیروز واگیردار نیست اما اگر عامل آن ویروس هپاتیت «بی» یا «سی» باشد، فقط ممکن است این ویروسها

انتقال یابد که این به منزله انتقال سیروز نیست.

✓ در صورت بروز کوچکترین تغییر در وضعیت هوشیاری بیمار، بلافاصله به پزشک اطلاع دهید.

✓ نزدیکی جنسی در صورت انجام واکسیناسیون شخصی بلامانع است.

✓ بیماری چاقی سبب تشدید آسیب پایدار کبدی و احتمال بروز دیابت و سرطان کبدی در بیماران مبتلا به سیروز را افزایش می دهد.

فصل ۵

درمان‌های غیر داروئی سیروز

بیماری سیروز یا همان تنبلی کبد درمان قطعی ندارد. باید به علت بیماری توجه داشت، اگر علت آن بیماری خودایمنی و یا ویلسون باشد، امکان بهبودی قطعی بیماری سیروز و بهبودی کامل کبد وجود دارد ولی جهت تحقق این شرط تشخیص سریع و درمان به موقع ضروری است. در مورد هپاتیت نوع «بی» و «سی» نیز درمان باید در جهت مهار بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن صورت گیرد. باید توجه داشت که مجموعه درمان دارویی، رعایت دستورات تغذیه‌ای و بهداشتی و مهار عوارض بیماری می‌تواند زندگی بیمار مبتلا به سیروز کبدی را بهبود بخشد.

..... رژیم غذایی بیماران مبتلا به سیروز

یکی از مهمترین مسائل در رابطه با بیماران مبتلا به سیروز، رژیم غذایی است و نشان داده شده که یک رژیم غذایی مناسب در بسیاری از موارد باعث تحوّل شدیدی در بیماری و حال شخص می‌شود. رژیم غذایی هر بیمار بستگی به شدّت و وضعیت بیماری وی دارد اما اصول کلی همه آنها یکی است. در ابتدا به این مسأله می‌پردازیم و سپس یک نمونه از رژیم غذایی بیمار مبتلا به سیروز را ذکر می‌کنیم (لطفاً مطلب زیر را با دقت مطالعه نمایید).

عناصر تشکیل دهنده مواد غذایی عبارتند از: کربوهیدراتها (مواد نشاسته‌ای)، پروتئینها، چربیها، ویتامینها، مواد معدنی و فیبرهای غذایی.

..... کربوهیدراتها

در بیشتر نقاط جهان (از جمله آسیا)، غلات ۷۰ درصد انرژی مورد نیاز بدن و مواد غذایی روزانه را تأمین می‌کنند. از جمله غلات، می‌توان گندم (که در نان و شیرینی و ... مصرف می‌شود)، برنج، جو، ماکارونی، بلغور، سیب زمینی و ... را نام برد. مصرف این گروه از مواد غذایی در افراد مبتلا به سیروز بلامانع است. بیشتر غلات دارای ترکیب شیمیایی مشابه و آهن و برخی از ویتامینهای گروه B هستند.

سیب زمینی (به دلیل داشتن پتاسیم بالا و هضم آسان آن) ماده غذایی خوبی برای افراد ناتوان و بیمار از جمله بیماران مبتلا به سیروز است و توصیه می‌شود. در رژیم غذایی روزانه خود مقداری سیب زمینی مصرف کنید (یک سیب زمینی کوچک). از کربوهیدراتهای دیگر می‌توان از همین قند معمولی، شکر، عسل و خرما نام برد. عسل به دلیل داشتن مواد غذایی ضد عفونی کننده (مثل اسیدفرنیک)، از رشد بیش از حد باکتریها در روده‌ها جلوگیری می‌کند. عسل، همچنین دارای مقدار زیادی پتاسیم و برخی از ویتامینها است. به بیماران مبتلا به سیروز توصیه می‌شود که در صورت میل

داشتن، روزانه یک تا چند قاشق مرباخوری عسل بخورند. خرما نیز به دلیل داشتن مواد معدنی مناسب و فیبرهای غذایی و انرژی بالا و قابل هضم، ماده غذایی خوبی است و می‌توان روزانه ۱ تا ۲ عدد مصرف نمود. اگر مبتلا به مرض قند (دیابت) هستید، باید رژیم غذایی خاص آن را رعایت نمایید، در این مورد با پزشک معالج مشورت کنید.

پروتئینها

پروتئین مهمترین جزء مواد غذایی را تشکیل می‌دهد. اما از آنجا که پروتئین موجود در گوشت قرمز حیوانی، آمونیاک بیشتری تولید می‌کند، لذا باید به جای آن بیشتر از گوشت سفید (ماهی و مرغ) و پروتئینهای گیاهی نظیر غلات، سبزی مینی و سویا استفاده نمود. ما توصیه می‌کنیم بیش از ۲ بار در هفته (و آن هم کمتر از حد معمول) گوشت قرمز مصرف نکنید.

توصیه می‌شود در رژیم غذایی خود هر روز یا یک روز در میان، مقداری ماهی (از نوع گوشت سفید) مصرف کنید. اولاً باید ماهی کباب شده و یا آب‌پز باشد و ثانیاً پوست آن را نخورید.

چربیها

چربی یا روغن از زمره مواد غذایی با قدرت انرژی‌زایی بالا است. چربیها ممکن است منشأ گیاهی یا حیوانی داشته باشند. روغنهای گیاهی نظیر روغن نارگیل، دانه پنبه، بادام زمینی، زیتون و آفتابگردان از چربیهای بسیار مناسب در بیماران مبتلا به سیروز می‌باشند. توصیه می‌شود بیماران از خوردن چربیهای حیوانی و به اصطلاح اشباع شده (نظیر کره، روغن حیوانی و خامه) خودداری نمایند و به جای آنها از چربیهای سبک گیاهی و به اصطلاح اشباع نشده، نظیر مارگارین (کره نباتی)، روغن زیتون، روغن ماهی و روغن آفتابگردان استفاده نمایند.

مواد معدنی

مواد معدنی نظیر کلسیم، فسفر، آهن، پتاسیم، منیزیم و غیره نیز از اجزای اصلی و لازم برای بدن می‌باشند و افراد مبتلا به سیروز باید در حد معمول و کمی هم بیشتر آنها را دریافت کنند. این مواد در سبزیجات و میوه‌ها و بسیاری از غلات به وفور یافت می‌شوند و محدودیتی برای آنها وجود ندارد.



یک نمونه رژیم غذایی برای فرد مبتلا به سیروز*	
صبحانه	دو برش نان برشته (تقریباً ۱۶ گرم و ترجیحاً نان سبوسدار نظیر نان سنگک) + کره مارگارین (۳۰ گرم) یا پنیر کم نمک و کم چربی (۲۰ گرم) + یک فنجان چای با یک عدد خرما یا شیرینی دیگر + یک عدد هلوی بزرگ (۱۵۰ گرم).
غذای نیمروزی	یک قطعه نان برشته همراه با یک لیوان شیر معمولی (قبل از ظهر و در صورت تحمل شیر)
ناهار	۱۲۰ گرم برنج + قرمه سبزی (شامل ۴۰ گرم سبزمینی، ۳۰ گرم پیاز + ۱۰۰ گرم سبزیجات مربوطه) + سالاد در حد تحمل، مصرف دو تکه گوشت کوچک (حداکثر ۵۰ گرم) بلا مانع است + یک عدد میوه به عنوان دسر.
شام	فیله ماهی ۸۰ گرم (بهتر است آب پز یا کباب شده باشد) + سبزمینی ۱۰۰ گرم + سالاد بدون نمک (خیار + گوجه فرنگی + کاهو + دوقاشق مرباخوری روغن زیتون) + یک عدد پرتقال به عنوان دسر.
غذای آخر شب	دو برش نان برشته + یک پیاله ماست کم چربی (۲۰ گرم) + یک بشقاب کوچک اسفناج پخته (بورانی).

★ برای کسب اطلاعات بیشتر و اخذ رژیم غذایی متناسب با متخصص تغذیه مشورت کنید.

در برخی شرایط که بیماری کبدی شدت بیشتری پیدا می کند پزشک ممکن است برای مدتی از میزان پروتئین مصرفی بکاهد و سپس به صورت تدریجی مجدداً مقدار پروتئین را بیافزاید.

برخی بیماران ممکن است نتوانند مقدار پروتئین رژیم غذایی فوق را تحمل کنند. در چنین شرایطی مقدار پروتئین دریافتی توسط پزشک معالج و یا متخصص تغذیه تنظیم خواهد شد.

به نکات زیر دقت کنید:

✓ گوشت بدون چربی، مرغ بدون پوست و شیر با چربی معمولی (و نه پرچرب) استفاده شود.

✓ برای پختن یا سرخ کردن از روغن یا کره به میزان اندک (در حد یک قاشق مرباخوری) استفاده شود.

✓ هر روز هویج یا اسفناج تازه (یک فنجان، پخته ۱/۲ فنجان) میل شود.

✓ از غذاهای کم نمک استفاده شود و از استفاده از نمکدان سر سفره خودداری شود.

✓ هر روز ۴ نوع میوه میل شود: ۴ عدد شامل مرکبات یا آب میوه: ۱ میوه سیب به علاوه ۱ عدد هر میوه فصل

✓ علاوه بر حذف روزانه منابع غذایی متنوع، ویتامین B، اسید فولیک و در صورت لزوم ویتامین «آ» استفاده شود.

✓ افراد مبتلا به سیروز کبدی در زمانی که تحت کنترل است می توانند ۸٪ - ۱۶٪ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن پروتئین در روز مصرف نمایند و باید توجه داشت که مطابق با وضعیت بیمار باید در مورد میزان مصرف پروتئین قضاوت کرد. باید توجه داشت که در صورت بروز سوء تغذیه میزان مرگ و میر نیز زیاد می شود.

✓ پرهیز از مصرف الکل نیز مهم است.

✓ باید از مصرف کردن شکلات خودداری نمود این مواد ارزش غذایی ندارند. مصرف تخم مرغ نیز باید محدود شود.

✓ در بیماری سیروز میزان ویتامینهای گروه «بی» به مرور کاهش می یابند و باید مقادیر کافی مورد نیاز تأمین شود.

✓ کمبود روی به عنوان یکی از مواد ضروری و کمیاب بدن بوده در بیماران مبتلا به سیروز پیش می‌آید و این امر ممکن است سبب اختلال در شعور شود، به این دلیل مصرف آن توسط برخی پزشکان توصیه می‌شود.

✓ پروتئینهای حیوانی حاوی اسیدهای آمینه معطر هستند ولی پروتئینهای گیاهی مقادیر کمتری از این اسیدهای آمینه‌ها را دارند.

✓ برای جلوگیری از تحلیل عضلات مصرف مقادیر کافی ضروری است.

اصول کلی تغذیه در بیماران مبتلا به سیروز کبدی

✓ تأمین انرژی کافی ← ۲۵-۳۵ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن

در روز

✓ میزان مصرف پروتئین ← ۱-۱/۵۰ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن

در روز

✓ میزان دریافت چربی ← ۲۵-۲۰٪ از انرژی کل از چربی تأمین شود

✓ محدودیت مصرف نمک ← به کمتر از ۵ تا ۶ گرم در روز

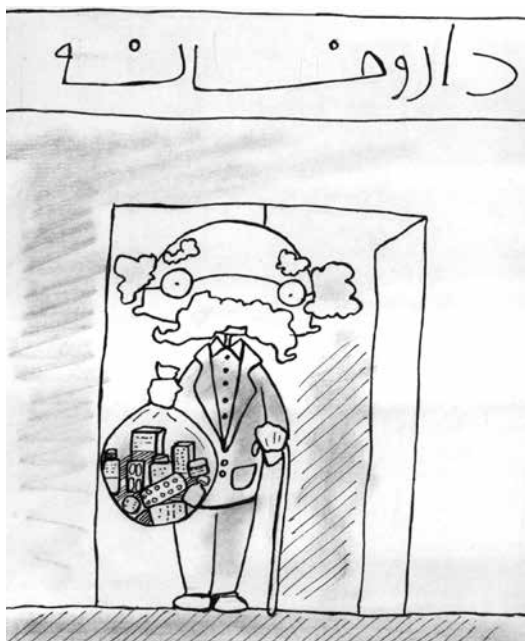
✓ مصرف ویتامینهای کافی و املاح از جمله کلسیم

فصل ۶

درمانهای داروئی بیماری سیروز

..... مصرف آلفا-اینترفرون در مبتلایان به سیروز کبدی

باید توجه داشت که مصرف آلفا-اینترفرون در بسیاری از مبتلایان به سیروز کبدی (خصوصاً نوع «بی») خطرناک است و امکان تشدید بیماری وجود دارد. در مبتلایان به هپاتیت «سی» و با احتیاطات لازم می‌توان از آن استفاده کرد. به هر حال تصمیم نهایی در مورد امکان مصرف دارو با پزشک معالج است.



..... داروهای خوراکی ضد ویروسی

داروهای لامیوورین، آدوفویر و یا تنوفویر می‌توانند فعالیت ویروس هپاتیت «بی» را مهار نمایند. از این داروها در مبتلایان به سیروز کبدی همراه با پی-سی-آر مثبت (HBV DNA) استفاده می‌شود. مدت مصرف آن به طور دقیق مشخص نیست و بسیاری از محققین مصرف طولانی مدت آن را توصیه می‌کنند. باید توجه داشت که بیمار باید

فصل ۶

درمانهای دارویی مبتلایان به سیروز

هر ۶ ماه آزمایش پی-سی-آر را تکرار نماید.

لامیوودین: داروی مؤثر در مهار فعالیت ویروس هپاتیت «بی» می‌باشد، ولی مصرف آن همراه با بروز مقاومت می‌باشد.

آدوفوویر: این دارو در مهار عفونت هپاتیت ب بسیار مؤثر است. قرص ۱۰ میلیگرمی است و هنگام مصرف آن باید مراقب کلیه‌ها بود.

تنوفوویر: این دارو به صورت قرص ۳۰۰ میلیگرمی یکبار در روز استفاده می‌شود.

(برای کسب اطلاعات بیشتر به کتاب راهنمای جامع بیماری هپاتیت بی از همین مؤلف مراجعه شود.)

پروپرانولول

این دارو در بیماریهای قلبی عروقی و ... به کار می‌رود. مصرف این دارو می‌تواند در بیماران مبتلا به سیروز مفید باشد. اثرات آن در کاهش فشار افزایش یافته و رید پورت ثابت شده است. باید توجه داشت که گاهی به دنبال مصرف آن، فشارخون کاهش می‌یابد و باید دارو را قطع کرد. دارو به صورت قرصهای ۱۰ و ۴۰ میلیگرمی است. شایعترین عوارض مصرف آن تهوع، استفراغ، خستگی، سرگیجه، کاهش ضربان قلب و سردی دستها و پاها می‌باشد. میزان و مدت مصرف آن طبق صلاحدید پزشک معالج است. می‌توان به جای این دارو از داروی ایزوسورباید به میزان ۱۰ تا ۲۰ میلیگرم در روز استفاده کرد.

اسپرونولاکتون

این دارو جزء داروهای مُدر (افزاینده حجم ادرار) بوده و جهت کاهش در ورم و تجمع آب در شکم بیماران مبتلا به سیروز به کار می‌رود. این دارو سریعاً از راه خوراکی جذب می‌شود. قرص آن به صورت ۲۵ و ۱۰۰ میلیگرمی است و از مقادیر ۵۰

تا ۲۰۰ میلیگرم در روز (مطابق دستور پزشک) می توان استفاده کرد. باید توجه داشت که به دنبال مصرف آن اختلال الکترولیتی عارض می شود. بزرگی سینه ها از عوارض مصرف این دارو است و در صورت بروز آن طبق دستور پزشک دارو قطع و جایگزین داده خواهد شد.

آلبومین

سرم آلبومین به صورت ویال ۵ تا ۲۰ درصد وجود دارد. از این دارو جهت افزایش آلبومین در خون بیماران کبدی پیشرفته (سیروز) همراه با داروهای افزایشنده ادرار استفاده می شود. تزریق آن طبق صلاحدید پزشک و تحت نظر در درمانگاه باید صورت گیرد.



تریامترن - اچ

این دارون شامل ترکیبی از تریامترن و هیدروکلروتیازید بوده و جزء گروه داروهای مُدر (افزاینده حجم ادرار) می‌باشد. دارو اثر خود را بر کلیه‌ها به صورت افزایش دفع سدیم و کلر و به دنبال آن دفع آب بیشتری از راه ادرار می‌شود. این دارو در مهار ورم بدن مؤثر است.

دارو را معمولاً بعد از صبحانه باید میل نمود. از عوارض مصرف آن تهوع، استفراغ، اسهال، سردرد، خشک شدن دهان است و باید بیمار به صورت مکرر تحت نظر باشد. مصرف آن طبق نظر پزشک معالج صورت می‌گیرد.

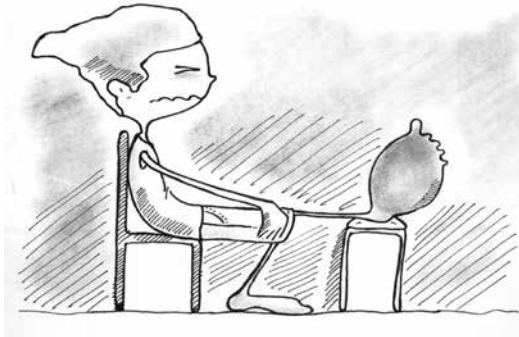
فوروسماید

این دارو نیز جزو داروهای مُدر قوی است. اثر آنی یک ساعت پس از مصرف خوراکی دارو ظاهر می‌شود، از ترکیب تزریقی همراه با آلبومین استفاده می‌شود. شایعترین عارضه جانبی دارو تهوع، استفراغ، اسهال، ضعف و سستی است. دارو به صورت قرص ۴۰ میلیگرمی است و مصرف آن طبق صلاحدید پزشک معالج و در مهار ورم و تجمع آب در شکم به کار می‌رود.



من مبتلا به سیروز کبدی هستم و دچار تورم شدید شکم شده‌ام و در حال حاضر قرص اسپرونولاکتون و قرص فوروسماید مصرف می‌کنم ولی متأسفانه تأثیر زیادی ندارد. آیا می‌توان نوع داروها را تعویض کرد و آیا نیاز به بستری شدن در بیمارستان می‌باشد؟

متأسفانه شدت آسیب در برخی بیماران به حدی است که با داروهای خوراکی کنترل نمی‌شود. تعویض داروها در این شرایط کمک نمی‌کند ولی باید اول بررسی کرد آیا مقدار مصرف داروها کافی است یا خیر مثلاً قرص اسپرونولاکتون ۲۵ و ۱۰۰ میلی‌گرمی است و می‌توان طبق دستور پزشک تا روزانه ۲۰۰ میلی‌گرم نیز مصرف نماید. باید توجه داشت که مصرف دارو به این مقدار با عوارضی همراه است و از طرفی دیگر مصرف قرص فوروسماید تا ۲ عدد روزانه مجاز است، ولی اگر با مصرف دارو کنترل نشد می‌توان بیمار را در بیمارستان بستری نمود و با استفاده از کشیدن مکرر آب شکم و داروی آلبومین تزریقی جهت مهار آن استفاده کرد.



کشیدن آب شکم در شرایط استریل عارضه‌ای ندارد و می‌تواند فرد را در کنترل آب شکم کمک نماید.

لاکتولوز

این دارو بدون تغییر به روده بزرگ می‌رسد و در آنجا توسط باکتریها متابولیزه شده و سبب اسیدی شدن محتویات روده می‌شود.

لاکتولوز در درمان یبوست مزمن و برای کم کردن آمونیاک خون در بیماران مبتلا به گیجی و منگی بیماران کبدی به کار می‌رود.

از عوارض آن تهوع، استفراغ، اسهال و نفخ شکم است.

مصرف آن باید به صورتی تنظیم شود تا فرد مصرف کننده دارای مدفوع نسبتاً شل و حداقل ۲ بار در روز باشد.

لاکتولوز به صورت شربت ۱۰ گرم در هر ۱۵ سی‌سی در دسترس بیماران است.

مولتی ویتامین

مولتی ویتامین شامل ویتامینهای B₁، A، B₂، B₆، B₁₂، C، D، E و نیاسین جهت تأمین ویتامینهای موردنیاز بیماران مصرف می‌شود. دارو به صورت شربت، قطره و قرص عرضه می‌شود و بیماران مبتلا به سیروز کبدی باید از آن استفاده نمایند.

کلستیرامین

این دارو در درمان خارش ناشی از انسداد مجاری صفراوی و یا بیماریهای کبدی خصوصاً سیروز صفراوی استفاده می‌شود (صفرابر). این دارو به صورت پودر در بسته‌های ۴ گرمی وجود دارد. باید دارو را قبل از غذا در یک لیوان آب یا شیر یا

آب میوه ریخته و یکی و دو دقیقه بدون هم زدن گذاشت، سپس آن را به هم زده میل می نمایند. عارضه جانبی آن یبوست، سختی مدفوع و تهوع می باشد. مصرف دارو طبق دستور پزشک است.

گلشی سین

از این دارو در درمان نقرس (بالا بودن اسیداوریک) استفاده می شود. مورد کاربرد دیگر آن در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کبدی جهت کم کردن فیروز کبد می باشد. مصرف این دارو ممکن است منجر به تهوع، استفراغ، درد شکمی و اسهال شود. این دارو به صورت قرص یک میلیگرمی است. مصرف آن توسط پزشک باید تجویز شود. هنوز اطلاعات کافی و قوی دال بر اثر بخشی این دارو ارائه نشده است.

گلیسیریزین

داروی گلیسیریزین از گیاه شیرین بیان مشتق شده است. علاوه بر اثرات ضد التهابی و کنترلی سیستم ایمنی، اثرات ضد ویروسی آن نیز علیه چندین نوع ویروس به اثبات رسیده است.

داروی گلیسیریزین سالهاست که در ژاپن به منظور درمان آگزما و درماتیت پوستی، کهیر، خارش پوست و استوماتیت دهان مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین با توجه به اثر ضد ویروسی آن، تحقیقات متعددی در خصوص اثر آن در درمان هپاتیت «سی» انجام گرفته که نتایج مطلوبی در این خصوص به دست آمده است. در حال حاضر در درمان هپاتیت مزمن «سی» از داروی اینترفرون آلفا به صورت زیرجلدی، هفته ای سه بار و به مدت حداقل ۶ ماه استفاده می گردد که هزینه بالایی نیز دارد و در نهایت حدود ۲۰-۱۵٪ بیماران پاسخ داده و سطح آنزیمهای کبدی آنها پایین می آید. داروی گلیسیریزین می تواند جایگزین مناسبی برای آن باشد، زیرا که طول مدت درمان با گلیسیریزین فقط ۸ هفته بوده و از سوی دیگر عوارض آن در مطالعات مختلف در مقایسه با اینترفرون خیلی کمتر بوده است.

خار علیص

پزشکان آلمانی در دهه ۱۹۶۰ از دانه‌های خار علیص ماده‌ای به نام سیلیمارین جدا کردند که مصرف آن می‌تواند به کاهش آسیب کبدی در بسیاری از بیماریهای کبدی کمک نماید. تا به حال مطالعات متعددی در لوله‌های آزمایشگاهی، حیوانات و انسانها انجام شده است. بیش از دو هزار سال نقش مصرف دانه‌های این گیاه در درمان بیماریهای کبدی شناخته شده است.

اثرات مفید سیلیمارین عبارتند:

✓ این ماده سبب تغییر ساختمان سطح غشای سلولهای کبدی به نحوی می‌شود که آن را در برابر عوامل مضر مقاوم می‌نماید. این ماده سلول کبدی را در موارد مسمومیت با قارچهای مضر (آمانتیا) حفظ می‌نماید.

✓ کمک به کبد در دفع سموم خطرناک و در واقع کاهش میزان رادیکالهای اکسیژن که مسئول اصلی آسیب کبدی می‌باشند. این دارو اثرات ضد اکسیداسیون دارد.

✓ تحریک سلولهای کبدی در ترمیم آسیب و بازگشت به حالت اولیه

✓ کمک به هضم چربی

این دارو در درمان هپاتیت (التهاب کبد) به کار می‌رود و در صورت مصرف این دارو، دوره بیماری کوتاه شده و فرد سریعتر به حالت طبیعی باز می‌گردد. با مصرف سیلیمارین خطر سنگ‌سازی در کیسه صفرا کاهش می‌یابد. از داروی سیلیمارین در درمان موارد کبد چرب نیز استفاده می‌شود.

اشکال مختلفی از این دارو در بازار وجود دارد. حداقل مصرف روزانه ۲۸۰ میلی‌گرم به صورت منقسم می‌باشد.

فصل ۷

پیوند کبد

زمانی که یکی از اعضای بدن، وظایفش را به درستی انجام ندهد علایم اختلال در عملکرد آن عضو بروز می‌نماید. پزشکان از روش‌های مختلف درمانی تلاش می‌نمایند تا اختلال بوجود آمده را بر طرف و به اصطلاح بیماری را درمان کنند. زمانی که بخشی از یک عضو از کار بیفتد، سایر قسمت‌های آن عضو تلاش می‌کنند تا با فعالیت بیشتر، فعالیت آن بخش را جبران نمایند ولی گاهی اوقات یک عضو به طور کلی و به شکل غیر قابل برگشت از کار می‌افتد. در این شرایط تلاش می‌شود عضو نارس را از بدن خارج و اعضای فرد دیگری و گاهی اوقات عضو مصنوعی را جایگزین آن نمایند.

یکی از اعضای مهم بدن که زندگی بدون آن امکان پذیر نیست، کبد می باشد. امروزه جان بسیاری از بیماران مبتلا به نارسایی کبد با پیوند کبد نجات می یابد. اگر سیروز کبدی به درستی مهار نشود، طول عمر بیماران مبتلا کاهش می یابد و خطر مرگ آنان را تهدید می کند. در این شرایط به جای غم و غصه باید به دنبال راه حل و علاج مناسب بود.

برای اولین مرتبه پیوند کبد بر روی سگ ها و سایر حیوانات توسط آقای ولش (Welch) در سال ۱۹۵۹ انجام شد و پس از آن در سال ۱۹۶۳ آقای استارزل (Starzl) اولین پیوند کبد را در انسان انجام داد. تعداد پیوند های انجام شده در سال های اولیه انگشت شمار بود ولی با پیشرفتهای به عمل آمده در زمینه پزشکی و تولید داروهای مهار کننده سیستم ایمنی، انجام پیوند کبد گسترش پیدا کرده است. در حال حاضر هزاران نفر در آمریکا و نقاط دیگر جهان تحت پیوند قرار گرفته اند.



در ایران اولین بار پیوند کبد توسط آقای دکتر ملک حسینی در بیمارستان نمازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد و در حال حاضر نیز یکی از مراکز مجهز پیوند کبد در ایران می باشد. باید توجه داشت که علت عمل پیوند کبد و یا نیاز به پیوند کبد در کشورهای مختلف متفاوت است. گرچه در سراسر دنیا سیروز کبدی شایع ترین علت نیاز به پیوند کبد است ولی علل سیروز کبدی در نقاط مختلف، متفاوت است. در کشور ما شایع ترین علت سیروز کبدی ابتلاء به هپاتیت « بی » می باشد.

انجام پیوند کبد در اکثر موارد سیروز امکان پذیر است

باید دقت کرد که در مواردی که علت سیروز کبدی ابتلا به ویروس هپاتیت بی می باشد، فعالیت ویروس قبل از پیوند کبد مهار شده باشد یعنی HBeAg یا HBV DNA (پی - سی - آر) منفی شده باشد. در غیر این صورت کبد جدید نیز در معرض خطر آلودگی مجدد با ویروس هپاتیت «بی» می باشد.

آنچه که اهمیت دارد تعیین زمان مناسب انجام جراحی پیوند کبد در بیماران است. باید دانست که پیوند آخرین قدم درمانی است و شرایط آن باید تحقق یابد یعنی زمان انعقاد (زمان پروترومبین) باید حداقل ۵ ثانیه طولانی تر از مقادیر طبیعی باشد و بیمار از خطر درجه بندی سیروز در مراحل اولیه نباشد. نمره بندی بیماران با MELD Score و یا child score می تواند زمان مورد نیاز جهت انجام پیوند کبد را مشخص نماید. باید توجه داشت که ناقلین هپاتیت و یا بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن که تحت درمان با اینترفرون و یا داروهای خوراکی ضد ویروسی باشند نیازی به پیوند کبد در حال حاضر ندارند و پیگیری آنان از نظر درجه بندی بیمار توصیه می شود.

برای انجام عمل پیوند کبد باید شرایط زیر مهیا شود:

✓ آزمایشات معمولی بالینی و ویروسی باید انجام شود.

✓ بررسی میزان عملکرد کبد مثل آلبومین و زمان پروترومبین ضروری است.

✓ وضعیت هوشیاری بیمار مورد ارزیابی قرار می گیرد.

✓ گروه خون و وضعیت HLA DR آنتی ژنهای بافتی ضرورت دارد.

✓ باید وضعیت شرایین کبدی و وریدهای فوق کبدی و باب با عکس برداری رنگی بررسی شوند.

✓ سونوگرافی و سی تی اسکن شکم نیز جزو اقدامات روتین می باشد.

این بررسی ها معمولا ۱۰ روز طول می کشد. مشاوره روانپزشکی برای این بیماران

ضروری است. معمولاً بیماران به مدت سه ماه تحت نظر قرار می‌گیرند تا دهنده کبد مناسب پیدا شود. در این مدت حمایت روحی و آمادگی در وی برای دریافت عضو پیوندی ایجاد می‌شود.

شرایط اهداء کبد

می‌توان از مصدومین ضربه مغزی که دچار مرگ مغزی شده‌اند، استفاده کرد. در مدت خاص تا گرفتن عضو پیوندی از دهندگان باید آن را با دستگاه تنفس مصنوعی سالم نگهداشت ولی نباید از کبد افراد با مرگ ناشی از سرطان استفاده کرد. بهتر است که از نظر گروه خون بین دهنده و گیرنده سازگاری وجود داشته باشد. البته در مواقع اورژانس و یا در بچه‌های کوچک این موضوع اهمیت زیادی ندارد. متوسط زمان عمل جراحی ۶ ساعت (۴ تا ۱۵ ساعت) است و معمولاً ۱۰ تا ۱۵ کیسه خون به طور متوسط تزریق می‌شود. پس از پیوند داروهای مهارکننده دستگاه ایمنی به بیمار داده می‌شود که این داروها سبب افزایش خطر عفونت در بدن می‌شوند. مراقبت‌های بعدی پس از پیوند بعد از ترخیص ضروری است.

من مبتلا به سیروز کبدی هستم و دچار تورم آیا امکان پس زدن پیوند وجود دارد؟



این احتمال همیشه وجود دارد ولی در چند هفته اول بعد از انجام پیوند، این خطر بیشتر است. ولی با مصرف داروهای مهارکننده ایمنی می‌توان مانع پس زدن پیوند شد. متأسفانه هزینه داروهای مصرفی بسیار بالا بوده و باید از این داروها برای سالها و شاید تمام عمر استفاده کرد.

منابع



1. Adibi P, Akbari L, Kahangi LS, Abdi F. Health-State Utilities in Liver Cirrhosis: A Cross-sectional Study. *Int J Prev Med*. 2012;3(Suppl):S94-S101. Epub 2012/07/25.
2. Azimi K, Sarrafi M, Alavian SM. [Causes of cirrhosis in a series of patients at a University hospital in Tehran]. *Govarehsh*. 2002;7(37-38):19-26.
3. Dehghani SM, Imanieh MH, Haghighat M, Malekpour A, Falizkar Z. Etiology and Complications of Liver Cirrhosis in Children: Report of a Single Center from Southern Iran. *Middle East J Dig Dis*. 2013;5(1):41-6.
4. Kharaziha P, Hellstrom PM, Noorinayer B, Farzaneh F, Aghajani K, Jafari F, et al. Improvement of liver function in liver cirrhosis patients after autologous mesenchymal stem cell injection: a phase I-II clinical trial. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009;21(10):1199-205. Epub 2009/05/21.
5. Khoshnood A, Nasiri Toosi M, Faravash MJ, Esteghamati A, Froutan H, Ghofrani H, et al. A survey of correlation between insulin-like growth factor-I (igf-I) levels and severity of liver cirrhosis. *Hepat Mon*. 2013;13(2):e6181. Epub 2013/04/20.
6. Makvandi M, Samrbafzadeh AR, Malekan E. Determination of HBV, HCV and HDV markers among the cirrhotic patients. *J Gastroenterol Hepatol*. 2004;19(Suppl):A760.
7. Mohamadnejad M, Alimoghaddam K, Mohyeddin-Bonab M, Bagheri M, Bashtar M, Ghanaati H, et al. Phase 1 trial of autologous bone marrow mesenchymal stem cell transplantation in patients with decompensated liver cirrhosis. *Arch Iran Med*. 2007;10(4):459-66. Epub 2007/10/02.
8. Mohamadnejad M, Namiri M, Bagheri M, Hashemi SM, Ghanaati H, Zare Mehrjardi N, et al. Phase 1 human trial of autologous bone marrow-hematopoietic stem cell transplantation in patients with decompensated cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2007;13(24):3359-63. Epub 2007/07/31.
9. Sadeghipoor HR, Agah S, Pajang R, Ashayeri N, Rezayi M, Fereshtehnejad SM, et al. Frequency determination of pathological findings regarding Ishak system in patients with chronic hepatitis and cirrhosis admitted to Rasoul-e-Akram hospital between 1997 to 2002. *J Iran Univ Med Sci*. 2006;13(50):93-8.
10. Sayyad B, Alavian SM, Najafi F, Mokhtari Azad T, Ari Tabarestani MH, Shirvani M, et al. Efficacy of influenza vaccination in patients with cirrhosis and inactive carriers of hepatitis B virus infection. *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(10):623-30. Epub 2013/01/04.
11. Somi M, H., Ostad Rahimi A, Moshrefi B, Rezaeifar P, Ghaem Maghami J. Nutritional Status and Blood Trace Elements in Cirrhotic Patients. *Hepat Mon*. 2007;7(1):27-32.
12. Zobeiri M. Occult hepatitis B: clinical viewpoint and management. *Hepat Res Treat*. 2013;2013:259148. Epub 2013/03/28.
13. Zehni K, Rokhzadi MZ, Mohmodi SH, Ashjardalan A. Vaccination and Immunity Status against Hepatitis B among Students of Nursing and

- Midwifery Faculty of Kurdistan University of Medical Sciences in 2013. *Life Science Journal*. 2013;10:7s.
14. Valizadeh N, Nateghi S, Noroozi M, Hejazi S, Aghanezhad F, Ali AA. Seroprevalence of hepatitis C, hepatitis B and HIV viruses in hemophiliacs born 1985-2010 in west Azarbaijan of Iran. *Asian J Transfus Sci*. 2013;7(1):55-8. Epub 2013/04/06.
 15. Valizadeh N, Nateghi S, Mehran Noroozi M, Hejazi S, Aghanezhad F, Akbarpoor Morad Ali A. Seroprevalence of hepatitis C, hepatitis B and HIV viruses in hemophiliacs born 1985-2010 in west Azarbaijan of Iran. *Asian J Transf Sci*. 2013;7(1):55-8.
 16. Vaezjalali M, Rashidpour S, Rezaee H, Hajibeigi B, Zeidi M, Gachkar L, et al. Hepatitis B viral DNA among HBs antigen negative healthy blood donors. *Hepat Mon*. 2013;13(3):e6590. Epub 2013/05/16.
 17. Sanadgol H. Levamisole usage as an adjuvant to hepatitis B vaccine in hemodialysis patients, yes or no? *Nephrourol Mon*. 2013;5(1):673-8. Epub 2013/04/12.
 18. Ramezani A, Banifazl M, Eslamifar A, Ahmadi F, Razeghi E, Aghakhani A. Outcome of hemodialysis patients with occult hepatitis B virus infection at a 4 year follow-up. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2013;22(1):111-2. Epub 2013/03/30.
 19. Noroozi Karimabad M, Hassanshahi G, Arababadi MK. Controversial report regarding seroprevalence of hepatitis B and C viruses among hemodialysis patients in kerman province, South-East iran. *Hepat Mon*. 2013;13(3):e7046. Epub 2013/05/16.
 20. Monavari SH, Keyvani H, Mollaie H, Roudsari RV. Detection of rtN236T mutation associated with adefovir dipivoxil resistance in Hepatitis B infected patients with YMDD mutations in Tehran. *Iranian journal of microbiology*. 2013;5(1):76-80. Epub 2013/03/08.
 21. Mansour-Ghanaei R, Joukar F, Souti F, Atrkar-Roushan Z. Knowledge and attitude of medical science students toward hepatitis B and C infections. *Int J Clin Exp Med*. 2013;6(3):197-205. Epub 2013/04/11.
 22. Mahabadi M, Norouzi M, Alavian SM, Samimirad K, Azad TM, Saberfar E, et al. Drug-related mutational patterns in hepatitis B virus (HBV) reverse transcriptase proteins from Iranian treatment-naive chronic HBV patients. *Hepat Mon*. 2013;13(1):e6712. Epub 2013/04/19.
 23. Khedive A, Norouzi M, Ramezani F, Karimzadeh H, Alavian SM, Malekzadeh R, et al. Hepatitis B virus surface protein mutations clustered mainly in CTL immune epitopes in chronic carriers: results of an Iranian nationwide study. *J Viral Hepat*. 2013;20(7):494-501. Epub 2013/06/05.
 24. Khazaeipour Z, Ahmadi F. Three doses of hepatitis B vaccine or four doses in chronic renal failure. *Hepat Mon*. 2013;13(3):e10040. Epub 2013/05/10.
 25. Keyvani H, Agah S, Kabir A, Alavian SM. Prevalence and risk factors of isolated anti-HBc antibody and occult hepatitis B infection in

- hemodialysis patients: a nationwide study. *Ann Hepatol.* 2013;12(2):213-9. Epub 2013/02/12.
26. Karimi M, Raee A, Baghianimoghadam B, Fallahzadeh MH. Vaccine-Induced Anti-HBs Level in 5-6 Year-Old Malnourished Children. *Hepat Mon.* 2013;13(2):e7048. Epub 2013/05/10.
 27. Janbakhsh A, Mansouri F, Vaziri S, Sayad B, Afsharian M, Rahimi M, et al. Effect of selenium on immune response against hepatitis B vaccine with accelerated method in insulin-dependent diabetes mellitus patients. *Caspian J Intern Med.* 2013;4(1):603-6.
 28. Hatami H, Salehi M, Sanei E, Khosravi S, Alavian SM. Intra-familial Transmission of Hepatitis B virus Infection in Zahedan. *Iran Red Crescent Med J.* 2013;15(1):4-8. Epub 2013/03/15.
 29. Ghabeshi S, Sharifi Z, Hosseini SM, Mahmoodian Shoostari M. Correlation between viral load of HBV in chronic hepatitis B patients and precore and Basal core promoter mutations. *Hepat Mon.* 2013;13(2):e7415. Epub 2013/04/20.
 30. Einollahi B, Alavian SM. Hepatitis B virus infection: Need for more attention in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2013;24(3):587-8. Epub 2013/05/04.
 31. Dana D, Zary N, Peyman A, Behrooz A. Risk Prison and Hepatitis B Virus Infection among Inmates with History of Drug Injection in Isfahan, Iran. *ScientificWorldJournal.* 2013;2013:735761. Epub 2013/06/06.
 32. Bakhshipour A, Mashhadi M, Mohammadi M, Nezam SK. Seroprevalence and Risk Factors of Hepatitis Delta Virus in Chronic Hepatitis B Virus Infection in Zahedan. *Acta Med Iran.* 2013;51(4):260-4. Epub 2013/05/22.
 33. Ayoobi F, Hassanshahi G, Zainodini N, Khorramdelazad H, Arababadi MK, Kennedy D. Reduced expression of TRIF in chronic HBV infected Iranian patients. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2013. Epub 2013/02/26.
 34. Ataei B, Shirani K, Alavian SM, Ataie M. Evaluation of Knowledge and Practice of Hairdressers in Women's Beauty Salons in Isfahan About Hepatitis B, Hepatitis C, and AIDS in 2010 and 2011. *Hepat Mon.* 2013;13(3):e6215. Epub 2013/05/10.
 35. Al-Jadiry MF, Al-Khafagi M, Al-Darraji AF, Al-Saeed RM, Al-Badri SF, Al-Hadad SA. High incidence of hepatitis B infection after treatment for paediatric cancer at a teaching hospital in Baghdad. *East Mediterr Health J.* 2013;19(2):130-4. Epub 2013/03/23.
 36. Alavian SM. Persistence of anti-HBs antibody in children whom vaccinated during infantile period and need to booster needs more discussion. *Eur J Pediatr.* 2013;172(6):855. Epub 2012/10/12.
 37. Alam Mehrjerdi Z, Noroozi A. An emerging trend of methamphetamine injection in iran: a critical target for research on blood-borne infection diseases. *Hepat Mon.* 2013;13(2):e8154. Epub 2013/05/10.
 38. Afsar B. Do we have to shift three doses of hepatitis B vaccine instead of four doses in chronic renal failure: think before action. *Hepat Mon.* 2013;13(3):e8037. Epub 2013/05/16.

39. Abolhassani M, Nejad-Moghaddam A, Modaresi MH. Monoclonal Antibodies Against 24 kDa Surface Antigen of Hepatitis B Viruses. Monoclonal antibodies in immunodiagnosis and immunotherapy. 2013;32(2):132-5. Epub 2013/04/24.
40. Zahedi MJ, Darvish Moghaddam S, Alavian SM, Dalili M. Seroprevalence of Hepatitis Viruses B, C, D and HIV Infection Among Hemodialysis Patients in Kerman Province, South-East Iran. Hepat Mon. 2012;12(5):339-43. Epub 2012/07/12.
41. Vaziri S, Khanahmadi A, Najafi F, Khazaei S. [Comparison of protective antibody level against hepatitis B in accelerated and conventional vaccination]. J Gorgan Univ Med Sci. 2012;14(2):65-9.
42. Samimi-Rad K, Asgari F, Nasiritoosi M, Esteghamati A, Azarkeyvan A, Eslami SM, et al. Patient-to-Patient Transmission of Hepatitis C at Iranian Thalassemia Centers Shown by Genetic Characterization of Viral Strains. Hepat Mon. 2013;13(1):e7699. Epub 2013/04/16.
43. Poustchi H, Eslami M, Ostovaneh MR, Modabbernia A, Saedian FS, Taslimi S, et al. Transient elastography in hepatitis C virus-infected patients with beta-thalassemia for assessment of fibrosis. Hepatol Res. 2013. Epub 2013/03/16.
44. Pourhoseingholi A, Akbarzadeh Baghban A, Zayeri F, Alavian SM, Vahedi M. Statistical count models for prognosis the risk factors of hepatitis C. Gastro Hepat FBB. 2013;6(1):41-7.
45. Naderi M, Saeedi A, Moradi A, Kleshadi M, Zolfaghari MR, Gorji A, et al. Interleukin-12 as a genetic adjuvant enhances hepatitis C virus NS3 DNA vaccine immunogenicity. Virologica Sinica. 2013. Epub 2013/05/28.
46. Molaie S, Yektay N, Naser Eslami S, Ziaei Nafchi M. Development and performance appraisal of an expert system for predicting HCV genotype using a virtual restriction map and artificial neural network. World Sci J. 2013;4:188-201.
47. Modabbernia A, Poustchi H, Malekzadeh R. Neuropsychiatric and psychosocial issues of patients with hepatitis C infection: a selective literature review. Hepat Mon. 2013;13(1):e8340. Epub 2013/04/04.
48. Mahboobi N, Porter SR, Karayiannis P, Alavian SM. Dental treatment as a risk factor for hepatitis B and C viral infection. A review of the recent literature. J Gastrointestin Liver Dis. 2013;22(1):79-86. Epub 2013/03/30.
49. Jahanbakhsh Sefidi F, Keyvani H, Monavari SH, Alavian SM, Fakhim S, Bokharaei-Salim F. Distribution of hepatitis C virus genotypes in Iranian chronic infected patients. Hepat Mon. 2013;13(1):e7991. Epub 2013/04/04.
50. Binesh F, Parichehr K. Erosive lichen planus of the scalp and hepatitis C infection. J Coll Physicians Surg Pak. 2013;23(2):169. Epub 2013/02/05.
51. Bashiri H, Omrani H, Mami M, Rezaee M. Comparison of contamination passing through Iranian and non- Iranian filters of ultra filtration dialysis machines in patients with hepatitis C. Hepat Mon. 2013;13(1):e5912. Epub 2013/03/14.

52. Ahour F, Pournaghi-Azar MH, Alipour E, Hejazi MS. Detection and discrimination of recombinant plasmid encoding hepatitis C virus core/E1 gene based on PNA and double-stranded DNA hybridization. *Biosens Bioelectron.* 2013;45C:287-91. Epub 2013/03/19.
53. Yazdani MR, Kassaian N, Ataei B, Nokhodian Z, Adibi P. Hepatitis C virus infection in patients with hemophilia in Isfahan, Iran. *Int J Prev Med.* 2012;3(Suppl1):S89-S93. Epub 2012/07/25.
54. Vossughinia H, Goshayeshi L, Bayegi HR, Sima H, Kazemi A, Erfani S, et al. Prevalence of Hepatitis C Virus Genotypes in Mashhad, Northeast Iran. *Iran J Public Health.* 2012;41(9):56-61. Epub 2012/11/30.
55. Vahedi M, Pourhoseingholi A, Ashtari S, Pourhoseingholi MA, Karkhane M, Moghimi-Dehkordi B, et al. Using statistical models to assess medical cost of hepatitis C virus. *Gastro Hepat FBB.* 2012;5(Suppl1):S31-S6.
56. Vahdat K, Amini A, Moatamet N, Eghbali SS, Zandi K, Hajjani GR. [Hepatitis C genotypes and risk factors in Bushehr Province in 2007]. *South Med J.* 2012;15(1):61-8.
57. Sofian M, Aghakhani A, Farazi AA, Banifazl M, Eslamifar A, Rashidi N, et al. Serum profile of T helper 1 and T helper 2 cytokines in hepatitis C virus infected patients. *Hepat Mon.* 2012;12(12):e6156. Epub 2013/02/21.
58. Sofian M, Aghakhani A, Banifazl M, Azadmanesh K, Farazi AA, McFarland W, et al. Viral Hepatitis and HIV Infection Among Injection Drug Users in a Central Iranian City. *J Addict Med.* 2012;6(4):292-6. Epub 2012/08/17.
59. Shokuhi S, Gachkar L, Alavi-Darazam I, Yuhanaee P, Sajadi M. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids among Health Care Workers in Teaching Hospitals in Tehran, Iran. *Iran Red Crescent Med J.* 2012;14(7):402-7. Epub 2012/09/22.
60. Shoaie P, Zeidabadinejad L, Hassannejad R, Ataei B, Yaran M, Kassaian N, et al. Seroprevalence of Hepatitis A in Patients with Chronic Hepatitis C in Isfahan Province. *Int J Prev Med.* 2012;3(Suppl1):S102-S6. Epub 2012/07/25.
61. Shoaie P, Lotfi N, Hassannejad R, Yaran M, Ataei B, Kassaian N, et al. Seroprevalence of Hepatitis C Infection among Laboratory Health Care Workers in Isfahan, Iran. *Int J Prev Med.* 2012;3(Suppl1):S146-S9. Epub 2012/07/25.
62. Sharifi MH, Fakharzadeh E, Zamini H, Haj-Sheykholeslami A, Jabbari H. Exacerbation of Skin Lesions in a 50 year old Man with Psoriasis during Treatment by Pegylated Interferon. *Middle East J Dig Dis.* 2012;4(1):49-51.
63. Sharafi H, Pouryasin A, Alavian SM, Behnava B, Keshvari M, Salimi S, et al. Distribution of IL28B Genotypes in Iranian Patients with Chronic Hepatitis C and Healthy Individuals. *Hepat Mon.* 2012;12(12):e8387. Epub 2013/04/04.
64. Sharafi H, Pouryasin A, Alavian SM, Behnava B, Keshvari M, Mehrnoush L, et al. Development and Validation of a Simple, Rapid and Inexpensive PCR-RFLP Method for Genotyping of Common IL28B Polymorphisms: A

- Useful Pharmacogenetic Tool for Prediction of Hepatitis C Treatment Response. *Hepat Mon.* 2012;12(3):190-5. Epub 2012/05/03.
65. SeyedAlinaghi SA, Valiollahi P, Paydary K, Emamzadeh-Fard S, Mohraz M. Prevalence of hepatitis B (HBV) and C (HCV) viruses coinfections among HIV infected people in Iran. *J of AIDS & HIV Res.* 2012;4(6):181-6.

از همین نویسندگان

انتشارات کوثر



