



# کارگاه آموزشی عفونت در دیالیز



# پریتونیت و آبسه های اینترا پریتونئال



**پریتونیت به سه دسته تقسیم می شود.**

**پریتونیت اولیه:** که با یک آب‌رمالیتی داخل شکمی ارتباط ندارد.

**پریتونیت ثانویه:** با یک پروسه داخل شکمی مثل پاره شدن آپاندیس یا اولسر پپتیک پرفوره، در ارتباط است.

**پریتونیت ثالثیه:** یک مرحله بعد از ثانویه است یعنی زمانی که علایم سپسیس و نارسایی مولتی ارگان

ظاهر می شود یا بازگشت پریتونیت بعد از درمان پریتونیت اولیه یا ثانویه و پیدا نشدن پاتوژن برای

آن یا وجود پاتوژن های LOW grade (مثل استاف کواگولاز منفی) یا پاتوژن نوزوکومیال یا پاتوژن

های MDR و یا پاتوژن هایی مثل انتروکوک، کاندیدا انتروباکتر یا استاف MRSA از مایع پریتونئال.

## **علائم بالینی:**

**تب، درد شکم تهوع، استفراغ، اسهال، تندر نس، ریباند، ( صداهای روده ای) هایپواکتیو یا**

**فقدان صدای روده ای (مانند آپاندیسیت)**

**در بیماران سیروتیک که علائم کبدي Stable دارند ناگهان علائم شعله ور می شود باید به**

**فکر پريتونیت اولیه بود.**

**ممکن است با تب بیشتر از ۳۷/۸ و بدون علائم شکمی باشد.**

## یافته های آزمایشگاهی:

مایع آسیت از نظر سلول باید مورد ارزیابی قرار گیرد. نوتروفیل بیش از ۲۵۰ حتی با کشت منفی جهت پریتونیت اولیه تشخیصی است. در صورت تروماتیزه شدن و هموراژی به ازاء هر ۲۵۰ گلبول قرمز یک نوتروفیل در نظر گرفته می شود.

جهت کشت آسیت ده سی سی از مایع آسیت در Bottle کشت خون ریخته می شود. پروتئین مایع آسیت جهت افتراق پریتونیت اولیه و ثانویه استفاده می شود. پروتئین بالای ۱ gr/dl به نفع پریتونیت ثانویه است. در پریتونیت خودبخودی گلوکز مایع آسیت بالای ۵۰ می ماند. LDH افزایش میابد اما کمتر از LHD سرم است.

افزایش آمیلاز مایع آسیت در پرفوراسیون روده یا پانکراتیت دیده می شود.

## **تشخیص:**

تشخیص با رد یک منبع عفونت اولیه داخل شکمی است.

سی تی اسکن با کنتراست خوراکی و وریدی به رد منبع عفونت اولیه کمک می کند. بیماران با

پریتونیت اولیه در طی ۷۲-۴۸ ساعت از شروع آنتی بیوتیک به درمان پاسخ می دهند.

## **پریتونیت در طی دیالیز پریتونئال:**

ریسک عفونت در CCPD کمتر از CAPD است. بخاطر اینکه دستکاری کمتر است. منشاء عفونت در

بیشتر موارد آلودگی کاتر به وسیله ارگانیزم های پوست است یا در CAPD ممکن است پاتوژن های

روده ای عامل باشند.

پریتونیت در افرادی که کاریر نازال استاف هستند بیشتر است.

**عفونت ممکن است از طریق بافت های زیر جلدی ، باکتری می گذرا ، آلوده شدن در حین تعویض**

**bag ها ، واژینال لیک و پرفوراسیون روده ای اتفاق بیافتد.**

**کمبود C3 و IgG ریسک عفونت را بالا می برد. گرم مثبت ها عامل ۶۰ تا ۸۰ درصد عفونت هستند، به**

**ترتیب استاف اپیدرمیس و بعد استاف اورئوس، استرپ و دیفتروئید شایع هستند.**

**VRE به عنوان ارگانسیم نازوکومیال در حال حاضر بیش از قبل دیده می شود.**

**گرم منفی ها ۳۰-۱۵٪ موارد دیده می شود.**

**Ecoli شایعترین است.**



**رژیم پیشنهادی اولی: وانکومايسين بعلاوه آمينوگليکوزيد است.**

**به جای آمينوگليکوزيد از سفتازيديم، سفپيم، کارباپنم يا فلوروکينولون می توان استفاده کرد.**

**طول درمان ۱۰ روز تا ۳ هفته است.**

**بیماران طی ۴۸ ساعت تا ۹۶ ساعت بهبود می یابند. اگر بعد از مدت ۹۶ ساعت علائم بهبود نداشت،**

**ارزیابی از نظر ارگانيسم های مقاوم يا غير معمول (توبرکلوز، قارچ) و وجود پروسه های شکمی**

**انجام شود.**

**پريتونیت قارچی اغلب با کاندیدا آلبیکانس است و درمان با آمفوتريسن B است. آلترناتیو**

**فلوکونازول و اکینوکاندین می باشد.**



## **اندیکاسیون در آوردن کاتتر:**

۱. عفونت پایدار در محل پوست یا Tunnel کاتتر
۲. ریلاپس عفونت با همان ارگانیزم در طی ۴ هفته
۳. پریتونیت ریفرکتوری : عدم پاسخ به درمان در طی ۵ روز
۴. عفونت مایکوباکتریوم قارچی و سودومونایی
۵. آبسه اینتراپیتونئال
۶. مالفانکشن کاتتر



**مصرف آنتی بیوتیک خوراکی یا اینتراپریتونال از ایجاد پریتونیت پیشگیری نمی کند.**

**آنتی بیوتیک پروفیلاکسی موقع کارگذاری کاتتر، اعمال دندانپزشکی، کولونوسکوپی، پولیپکتومی لازم است.**

**مصرف موپیروسین اینترانازال و محل خروج کاتتر عفونت محل خروج کاتتر را کم می کند اما در**

**پیشگیری از عفونت CAPD مشخص نیست موثر باشد.**



**با تشکر**  
**دکتر افسانه کفاش**  
**متخصص بیماری های عفونی و گرمسیری**

