

التظاهرات السريرية للقرحة العفجية المشخصة بالتنظير

د. علي درويش*

د. ميلاد امطانيوس*

عبد الهادي خليل*

□ ملخص □

درسنا حالة 100 مريض لديهم قرحة إثني عشرية مشخصة بالتنظير الهضمي في مشفى الأسد الجامعي وفي قسم الاختبارات الرظيفية في المشفى.

عمر هؤلاء المرضى أكثر من 20 سنة، الرجال 73٪، المدخنون 68٪، الألم شرسوني 78٪، يومي 100٪، بشكل الفرك 57٪، ينتشر نحو الظهر 27٪، يهدأ بالطعام 76٪، يهدأ بمضادات الحموضة 91٪، يهدأ بمضادات إفراز الحموضة 89٪، يوجد غثيان 46٪، يوجد إقياء 35٪، يوجد أعراض قلس معدي مريئي 75٪، نرف 32٪، تردد الهجمات القرحية هجمة إلى هجتين في السنة 67٪، مدة الهجمات القرحية تتراوح بين أسبوع إلى ثلاثة أسابيع في 72٪، الهجمات فضلية 43٪، العوامل المحرزة للهجمات مختلفة منها العوامل النفسية وتبدلات الطقس وهي موجودة بنسبة 65٪. هذه النتائج تتوافق مع النتائج في المراجع الطبية العالمية.

* أشرف على هذا البحث الدكتور علي درويش الأستاذ المساعد في قسم الأمراض الداخلية الهضمية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية

الدكتور ميلاد امطانيوس المدرس في قسم الأمراض الداخلية الهضمية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.
قام بإعداد هذا البحث عبد الهادي خليل طالب الدراسات العليا في قسم الأمراض الداخلية الهضمية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

لمحة تشريحية نسيجية:

المعدة هي أول أقسام الأنبوب الهضمي تحت الحجاب الحاجز تبدأ بفتحة تسمى الفؤاد وتمتد مع العفج في الأسفل بواسطة فتحة تسمى البواب.

يتألف جدار المعدة من ثلاثة أقمصّة وهي القميص المخاطي مع الطبقة تحت المخاطية، القميص العضلي، القميص الصفائي.

يتألف الغشاء المخاطي للمعدة من الخلايا الجدارية، الخلايا الأصلية، الخلايا المحبة للفضة، الخلايا الابدالية.

أما العفج فهو القسم الأول من الأمعاء الدقيقة يبدأ بالبواب وينتهي بالصائم، يبلغ طوله 20-25 سم. إن الغشاء الساتر للعفج هو اسطواني بسيط ويبدأ بشكل أملس ثم تظهر الثنيات على شكل حلقات متتالية. وظيفة المعدة:

للمعدة دوران أساسيان الدور الأول هضم الأطعمة أما الدور الأهم فهو مزج وتخزين وتنظيم مرور الأطعمة إلى الأمعاء بواسطة الحركات الحوية.

اختبارات الوظيفة الإفرازية للمعدة:

يجري الفحص لمريض على الريق منذ 12 ساعة وموقف لكافة الأدوية قبل 24 ساعة حيث يتم وضع أنبوب عن طريق الأنف

ضمن المعدة وسحب مفرزات المعدة خلال ساعة على الريق وهذا يشكل الإفراز المعدي الأساسي الذي يزداد في حالة الإصابة بداء زولينجر أليسون ويمكن تحريض الإفراز المعدي الحمضي بإعطاء البنتاغاسترين أما معايرة الفاسترين في الدم فتجري على الريق والمقدار الطبيعي 0-200 بيكوغرام/100 مل.

تصوير المعدة والاثني عشرية الظليل:

لم يبق له من استطباب إلا في

الحالات التالية:

رفض المريض لإجراء التنظير.

1- وجود تضيق هضمي لا يسمح بمرور

جهاز التنظير.

2- لمعرفة وجود انضغاط خارجي على المعدة.

3- لتصوير ناسور بين المعدة والعفج وعضو آخر.

تنظير المعدة والعفج:

يتم عن طريق جهاز تنظير مرن ذي

رؤية محورية طوله حوالي 135 سم وقطره بين

8-12 مم يتم على الريق ويعطى المريض

مهدئ Diazepan 5mg IV لتحسين تحمله للفحص.

لا يجري التنظير في حالة الاحتشاء

القلبي الحديث وأم الدم الأبهرية.

القرحة المعدية العفجية:

القرحة هي فقدان لجزء من المخاطية المعدية العفجية يختلف في شكله وحجمه بين قرحة وأخرى. وهي مرض شائع تصيب الرجال أكثر من النساء بنسبة $\frac{1}{3}$ للقرحة العفجية ونسبة $\frac{1}{1}$ للقرحة المعدية.

تسبب الأدوية كالاستيرين ومضادات الالتهاب غير القشرية أذية مخاطية معدية حادة كما أن هنالك علاقة أكيدة بين التدخين والقرحة ولكن آليتها لا تزال غير معروفة.

هنالك مجموعة من العوامل المورثة في الداء القرصي الهضمي كالبيئة، البنية الفيزيولوجية، البنية النفسية والمناعية.

ومن الأمراض التي تتشارك مع القرحة العفجية القصور الرئوي المزمن، تشمع الكبد، القصور الكلوي، الأمراض القلبية الاكليلية.

آلية حدوث القرحة:

القرحة هي النتيجة لضطراب التوازن بين العوامل المهاجمة للغشاء المخاطي المعدية الاثني عشرية وهي الإفراز الحامضي HCL، البيسين، والأملاح الصفراوية ودفاع هذا الغشاء المخاطي ضد هذه العوامل المهاجمة عن طريق إفرازه للمخاط والبيكربونات والتجدد الخلوي وقد بينت الدراسات الحديثة أن لـ *Compyloacter prlori* دوراً في

إضعاف مقاومة الغشاء المخاطي المعدية العفجي.

الأعراض السريرية:

الألم القرصي النموذجي يتميز بشكله مثل الفك أو المغص وتوضعه في المنطقة الشرسوفية متجهاً نحو الأيمن في قرحات العفج ونحو الأيسر في قرحات المعدة كما يمتاز بانتظام حدوثه بعد الطعام بـ 1-6 ساعات وفي بعض الأحيان يضطر المريض غلى ترك فراشه في منتصف الليل من شدة الألم.

يزداد الألم القرصي وقت الجوع ويهدأ بتناول الطعام وتناول مضادات إفراز الحموضة كما يمتاز الألم القرصي بالدورية حيث يحدث الألم يومياً لمدة 1-4 أسابيع ثم يزول بشكل كامل لمدة أشهر إلى سنوات ثم يعاود بعدها.

وقد نجد تناذر عسر هضم كالشعور بالنفخة والثقل في المنطقة الشرسوفية.

من الأعراض السريرية الأخرى التي قد نجدها:

الغثيان، الإقياء، الحرقنة خلف القص، حس الامتلاء الشرسوفي، الجشاعات، الإسهال، الامسك، النزف، تبدل الشهية، عدم تحمل الدسم.

وقد تتظاهر القرحة لأول مرة باختلاطاتها كالنزف والانتقاب.

تشخص القرحة بشكل أساسي عن طريق التنظير الهضمي العلوي بالإضافة إلى الأعراض السريرية.

تطور المرض القرحي دون معالجة:

تشفى القرحة المعدية العفجية في 50% من الحالات دون معالجة بعد 6 أسابيع من بداية المرض القرحي ولكنها تنكس بنسبة 75% خلال السنة الأولى في حالة القرحة العفجية و20% في حالة القرحة المعدية.

وقد يتطور المرض القرحي نحو الاختلاطات: تضيق البواب، النزف الهضمي، الانتقاب، التسرطن وهو لا يحدث إلا في حالة القرحة المعدية.

المعالجة:

الحمية وهي تقتصر على تجنب التبغ والكحول والبهارات والقهوة والشاي واستعمال الأدوية كالاسبرين ومضادات الالتهاب غير القشرية.

الأدوية المستعملة في معالجة القرحة المعدية العفجية:

- 1- مضادات الحموضة وهي تستعمل لتسكين الألم القرحي في بداية المعالجة القرحية.
- 2- مضادات إفراز الحموضة وهي تشمل:
 - مضادات مستقبلات الهيستامين An t2
 - H1 H2

- مضادات الكولين الانتقائية.
- مثبطات مضخة البروتون.
- البروستاغلاندينات.

3- حاميات الغشاء المخاطي المعدية وهي تشمل:

- Sucralfate.
- مركبات البسموت.

4- المضادات الحيوية: طرحت حديثاً في معالجة الـداء القرحي وهي Amoxicilline والـMetronidazole.

الدراسة العملية:

كان هدف هذه الدراسة هو تحديد أهم التظاهرات السريرية الموجهة نحو القرحة العفجية والتي تستدعي إجراء التنظير الهضمي العلوي لتأكيد التشخيص وقد خلصنا إلى النتائج التالية:

- وجدنا أن 55% من المرضى أعمارهم تتراوح بين 20-40 سنة وأن إصابة الذكور أكثر من إصابة الإناث كما أن إصابة المتزوجين أكثر من إصابة العازبين كما وجدنا أن 25% من المرضى القرحيين ناقصو الوزن و 8% زائدو الوزن.
- وإصابة المدخنين أكثر من غير المدخنين كما وجدنا أن 37% من المرضى لديهم قصة وراثية وأن 34% زمرتهم الدموية O+ و 25% زمرتهم A+.

• كما وجدنا أن هنالك أمراضاً مرافقة لدى 19% من المرضى القرحين.

وأن الألم القرحي يتوضع في المنطقة الشرسوفية في 78% من الحالات وهو يومي في كل الحالات خلال فترة الهجمة القرحية وأن شدة الألم القرحي متوسطة في 53% من الحالات ويكون الألم بشكل فرك في 57% من الحالات وبشكل مغص في 23% من الحالات. ويتنشر إلى الظهر في 27% من الحالات ويهدأ بتناول الطعام في 76% من الحالات ويهدأ بتناول مضادات الحموضة في 91% من الحالات وتناول مضادات إفراز الحموضة في 89% من الحالات.

وأن الغثيان موجود لدى 46% من المرضى والإقياء لدى 35% من المرضى والحرقنة خلف القص لدى 75% من المرضى وحس الامتلاء الشرسوفي لدى 80% من المرضى والجشاعات لدى 69% من المرضى والنزف الهضمي لدى 32% من المرضى والإسهال لدى 10% من المرضى والإمسك لدى 18% من المرضى أما الشهية فقد ازدادت لدى 19% وخفضت لدى 29% كما وجدنا أن 9% من المرضى لديهم عدم تحمل دسم.

وأن 61% من المرضى حدث لديهم 1-5 هجمات قرحية وأن 72% من المرضى مدة الهجمة القرحية لديهم 1-3 أسابيع. وأن تواتر الهجمات القرحية 1-2 هجمة في السنة لدى 67% من المرضى.

وأن الألم القرحي يحدث بشكل فضلي لدى 43% من الحالات وأن هنالك عوامل محرضة للهجمات القرحية كالحالة النفسية والأدوية والبرد والوجبات الثقيلة لدى 65% من المرضى.

بالنسبة إلى التنظير وجدنا أن 44% من الحالات تتوضع القرحة العفجية على الوجه الأمامي للبصلة و33% على الوجه الخلفي للبصلة و6% على الوجه السفلي و7% على الوجه العلوي و10% يوجد أكثر من قرحة على أكثر من وجه.

وقد كان شكل القرحة دائرياً لدى 55% وبيضياً لدى 30% وخطي لدى 6% وسلامياً لدى 9%.

حجم القرحة كان مختلفاً حيث يتراوح بين عدة ميليمترات وعدة سنتيمترات وقد وجدنا تشوهاً بصلياً خفيفاً في 48% من الحالات وشديداً في 3% وتضيق بواب في 5% وقد خلصنا إلى التوصيات والمقترحات التالية:

1- إن تشخيص القرحة العفجية يتم بشكل أساسي بوساطة التنظير الهضمي العلوي.

2- ضرورة الاستجواب الجيد عن وجود قصة قرحية سابقة أو حالة قبل وصف بعض الأدوية.

3- نشر الوعي الصحي بين الناس وتأكيد عدم استخدام الاسبرين ومضادات الالتهاب غير القشرية.

القرحة لذا يجب علاجها عند معالجة
النكس القرصي المتكرر.

7- ضرورة إجراء تنظير هضمي علوي أمام
أي ألم شرسوفي متكرر أو مستمر لأكثر
من أسبوع.

4- تؤكد أن زوال الألم القرصي لا يعني
بالضرورة شفاء القرحة.

5- تؤكد تجنب العوامل المحرضة للهجمات
القرحية.

6- تؤكد الدراسات الحديثة أن
للـ *Campylobacter* دوراً في نكس

□ Résumé □

Nous avons étudié 100 malades qui ont un ulcère duodénal diagnostiqué par la fibroscopie dans l'hôpital universitaire Al-Assad et dans le service d'exploration fonctionnelles de l'hôpital.

L'âge des malades est plus de 20 ans, les hommes 73%, les fumeurs 68%. La douleur épigastrique 78%, quotidienne 100%, à type des crampes 57% irradiée vers le dos 27%, calmée par les repas 76%, calmée par les antiacides 91%, calmée par les antiseptiques 89%, il ya mousée 46%, des vomissements 35%, signes de reflux gastro-oesophagiques 75%, hémorragie 10%. La fréquence des poussées une à deux poussées par an 67%. La durée des poussées 1-3 semaines 72%, les poussées sont saisonnières 43% les facteurs déclenchants des poussées sont variables. Ces résultats correspondent aux résultats dans la littérature médicale.

المراجع

- د. الدقاق، منذر "أمراض جهاز الهضم الجزء الأول" - جامعة دمشق.
- د. امطانيوس، ميلاد و د. مصطفى، محمد عثمان "محاضرات في أمراض جهاز الهضم للدراسات العليا - جامعة تشرين.

REFERENCES

- ANDREU H. Soll you -Ise NBERG Gastro Intestinal Disease Sleisenger Fortran (4th edition) 1989 Doudenall ulcer diseasep. 625-664.
- BERNIER Y.Y, Gastro Enterologie Flammarion Medecine - Sliences Primyere edition 1984. Ulceres gastro Duodenaux p. 268-312.