

## تواتر التهاب غار المعدة لدى النساء المصابات بالقرحة العفجية أشكاله، تظاهراته السريرية وعلاقته بالحلزونية البوابية

الدكتور اسماعيل حماد \*

( قبل للنشر في 2002/10/31 )

### □ الملخص □

تناولت الدراسة ستين مريضة بقرحة عفجية في طور النكس السريري، تراوحت أعمارهن بين 18-70 سنة ومدة الإصابة بين سنة وأكثر من عشر سنوات، جميعهن من المريضات المراجعات للشعبة الهضمية في مشفى الأسد الجامعي والوحدة المهنية لأمراض الهضم. بلغت نسبة وجود التظاهرات السريرية الوصفية 48.33% من الحالات، وفي الحالات غير الوصفية كان الألم البطني هو الغالب. هناك حالات لم يكن للألم فيها علاقة بالطعام وكذلك لم يكن النكس مرتبطاً بالفصلية. خضعت جميع المريضات للتنظير الهضمي العلوي بواسطة المنظار الليفي الضوئي من نوع Olympus وكذلك درست الخزعات المأخوذة التي أثبتت التشخيص في مخبر التشريح المرضي. كانت القرحة العفجية ذات التوضع على الجدار الأمامي هي الغالبة وبنسبة 71.66% من الحالات. أخذت الخزعات للدراسة النسيجية من القرحة العفجية وغار المعدة، حيث أثبت وجود التهاب الغار المزمن بالتشريح المرضي، والذي صنّف إلى:

سطحي، ضموري وائتكالي وبتواتر: 67.33%، 26.93% و 5.77% على التوالي.

لوحظ ازدياد تواتر التهاب الغار المزمن طرداً مع التقدم بالعمر وفترة الإصابة.

شاهد القلس الصفراوي العفجي-المعدي في أكثر من ثلثي الحالات.

تمّ التحري عن جراثيم الحلزونية البوابية بدراسة خزعات عشرين مريضة بالكاشف السريع والنسجي حيث تبين وجودها في 75% من الحالات المدروسة وكانت نتائج المعالجة الثلاثية بالصادات الحيوية ومثبطات مضخة البروتون عالية الفعالية لدى جميع المريضات المدروسات.

\* أستاذ مساعد في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب جامعة تشرين

## Chronic Antral Gastritis Rate in Women with Duodenal Ulcer, Form, Clinical Manifestations and Relation of *H. Pylori*.

Dr. Issmael Hammad\*

(Accepted 31/10/2002)

### □ ABSTRACT □

This study was performed at Al-Assad University Hospital in Lattakia. 60 female patients, (age 18-70) with clinical symptoms suggesting D. U for periods from 1-10 years.

Typical manifestations noticed in 48.3%. In other atypical cases, abdominal pain was the commonest symptom but was not related to food also the recurrence was not perennial.

All patients sustained upper endoscopy using Olympus fibroscope. Biopsies taken from antrum.

Ulcer was found on the anterior wall of Bulbe in 71.6%. Histology results of the biopsies revealed antritis in 3 forms superficial 67.3%, atrophic 26.3% and erosive in 5.7%.

The rate of the chronic antral gastritis was found proportional to age and duration of the disease.

Billiaro-gastric reflux was seen in more than two third of cases.

*Helicobacter Pylori* was looked for in 20 cases using quick and histological methods and found in 75%.

Triple therapy with antibiotics and proton pump inhibitors was highly successful.

---

\* Ass. Prof. department of internal diseases - Faculty of medicine of Tishreen University. Lattakia, Syria.

## مقدمة:

تشير الدراسات في السنوات العشرين الأخيرة إلى تزايد إصابة النساء بالقرحة العفجية. ويرى (1) أن السبب في ذلك يعود لانتشار عادة التدخين وأحياناً الكحول بينهن، في حين يضيف (2,9) إلى ذلك تحسن وسائل التشخيص بفضل انتشار المنظار اللفي الضوئي. يرى (4,6,9) أن القرحة العفجية تترافق في أغلب الأحيان بالتهاب غار المعدة وكذلك البصلة الإثني عشرية وهذا مايشكل برأيهم ما يسمى سريراً بالمتلازمة القرحية. يعرف التهاب غار المعدة المزمن *chronic antral gastritis* بالتهاب مخاطية الغار المزمن، المترافق بدرجات مختلفة من تأذي الظهارة السطحية والغدية (7) ويعزى هذا الالتهاب إلى عوامل متعددة، داخلية وخارجية المنشأ. ويرى (9,3) أن تواتره يزداد كثيراً كمرافق للقرحة العفجية بشكل عام وعند النساء بشكل خاص (5).

يعتبر التهاب غار المعدة المزمن نتيجة لأسباب مختلفة تتضمن العوامل الخارجية المنشأ كالجراثيم ونقص التغذية والعادات الغذائية السيئة كتناول الأطعمة الغليظة والحارة، وغيرها كالتدخين وتناول الكحول، إضافة إلى العوامل الداخلية المنشأ كالسن والجنس واضطراب المناعة الخلوية وكذلك نقص التروية الدموية بسبب تكون الخثرات في الأوعية الشعرية وزمرة الدم، كما للقلس العفجي المعدي الصفراوي أهمية بارزة في ذلك (8) لما للحموض الصفراوية من تأثير على مخاطية غار المعدة (7). مما سبق تظهر أهمية دراسة التظاهرات السريرية للقرحة العفجية وترافقها بالتهاب غار المعدة المزمن عند فئة محددة من المرضى هي النساء، إضافة لدراسة تواجد جرثومة الحلزونية البوابية *H. Pylori* في الخزعات المأخوذة من مخاطية الغار.

## أهداف البحث

1. دراسة تواتر التهاب غار المعدة المزمن المرافق للقرحة العفجية عند النساء.
2. تحليل التظاهرات السريرية المرافقة.
3. دراسة تواجد جرثومة الحلزونية البوابية في الخزعات المأخوذة من مخاطية الغار وتأثير المعالجة بالصادات الحيوية على سير الأعراض.

## مادة وطريقة البحث

تمت الدراسة على المريضات المراجعات للشعبة الهضمية في مشفى الأسد الجامعي والوحدة المهنية لأمراض جهاز الهضم في الفترة مابين بداية 1996 ونهاية 2000م، وشملت ستين مريضة تراوحت أعمارهن بين 18-70 سنة. تم اختيارهن بناءً على الأعراض السريرية الموجهة نحو قرحة هضمية وممن أجري لهن في السابق تنظير هضمي علوي أو تصوير ظليل للمعدة والعفج وثبت عندهن وجود قرحة عفجية. وقد أجريت لجميع المريضات الفحوص الروتينية المعروفة: تخطيط القلب الكهربائي، تعداد عام وصيغة، فحص بول

وراسب، فحص براز، إيكو للبطن، صورة شعاعية بسيطة للصدر. وتم استبعاد المريضات المصابات بأمراض أخرى مشاركة للمرض الأساسي المدروس. جمعت المعلومات الخاصة بالدراسة على استمارات خاصة لكل مريضة، وقد أتبعنا المنهج الآتي في الدراسة.

1. الاستجواب: تضمن: القصة السريرية (مدة الإصابة، الشكاوى الحالية، الألم، مدته، دوريته وعلاقته بالطعام، طبيعته، شدته، الشهية، العلامات العصبية الانباتية: سرعة التعب، عدم القدرة على التركيز لمدة طويلة، الأرق الليلي، الميل إلى البكاء...)
  2. الفحص السريري: توضع الألم، الإيلام بالجس، تبدله حسب الوضعية.
  3. التنظير الهضمي العلوي: أجري لجميع المريضات، وقد تم أخذ الموجودات التالية بعين الاعتبار:
    - أ- المري: مخاطية أسفل المري، حالة الفؤاد الوظيفية (مستمسك، غير مستمسك)
    - ب- المعدة: الجسم- حالة المخاطية، تقدير كمية السائل الصائمي وطبيعته.
    - ت- غار المعدة والقناة البوابية: تبدلات المخاطية- اللزوجة والاحمرار والاحتقان، التوسع الوعائي والفرغريات تحت المخاطية. تم أخذ الخزعات من الغار والقرحة البصلية بعد استبعاد الحالات المترافقة بأفات مريئية أو في جسم المعدة.
- قمنا بدراسة عشرين حالة فقط (وذلك لعدم توفر الكاشف اللازم في حينها) لتحديد دور الحلزونية البوابية *H. Pylori* في سببية الأشكال المتنوعة لالتهاب غار المعدة، والقرحة العفجية باستخدام الكاشف السريع Urease fast test، إضافة إلى كشفه في الدراسة النسيجية.

## النتائج والمناقشة

درست حالة ستين مريضة شخّص لديهن قرحة عفجية في طور النكس وأثبتت بالتنظير الهضمي العلوي، وتراوحت أعمارهن بين 18-70 عاماً (متوسط العمر 44 سنة)، حيث توزعت الأعمار على الشكل التالي:

جدول رقم 1 يبين توزع المريضات حسب الأعمار

العمر	28-18	38-29	48-39	60-49	فوق الستين	المجموع
العدد	7	8	13	14	18	60
النسبة المئوية	11.66	13.33	21.66	23.33	30%	100

يظهر الجدول (1) أن نسبة الإصابة بالقرحة العفجية تزداد مع التقدم في العمر، إذ أن النسبة هي 30% لمريضات فوق الستين عاماً، ويعود هذا إلى عوامل داخلية وخارجية المنشأ، وخاصة العدوى بالـ *H. pylori* (7) ومن أجل تحديد أكثر دقة قمنا بتوزيع المريضات إلى مجموعات حسب مدة الشكاية وظهور الأعراض السريرية الأولى وكانت النتائج التالية:

جدول رقم 2 يبين المجموعات المدروسة للمريضات حسب مدة ظهور الأعراض السريرية

النسبة %	عدد المريضات	المدة الزمنية
8.33	5	1. أقل من سنة
25	15	2. من سنة-5 سنوات
33.33	20	3. 5 سنوات - 10 سنوات
33.33	20	4. فوق العشر سنوات

من الجدول رقم (2) نرى أن مدة الشكاية كانت في 8.33% تقل عن السنة، وتزيد عن السنة 5 سنوات في 66.66% من الحالات (5 وأكثر من 10 سنوات) وفي ربع الحالات تراوحت بين السنة والخمس سنوات. بهدف تحليل الأعراض السريرية، تم تقسيم المريضات إلى ثلاث مجموعات حسب الأعراض السريرية الغالبة

جدول رقم 3 يبين مجموعات المريضات حسب الأعراض السريرية

48.33%	29 مريضة	1. آلام وصفية
35%	21	2. آلام متوسطة الشدة في الشرسوف والمراق الأيمن أو معممة، تخمة، ثقل، ...
16.67%	10	3. آلام ليلية

نعني بالآلام الوصفية- آلام الجوع، الفك الشرسوفي، زوال الألم أو تراجع حدته بعد تناول الطعام أو المقلونات، يظهر بعد ساعتين-ثلاث ساعات من تناول الطعام. يبدو من الجدول رقم (3) أن الأشكال الوصفية هي الغالبة، حيث شكّلت حوالي نصف الحالات المدروسة وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (4)، يلي ذلك المجموعة الثانية والتي تميّزت بالآلام معممة في الشرسوف أو المراق الأيمن ذات حدود غير واضحة لاعلاقة مباشرة لها بالطعام، إضافة إلى التخمة والثقل الشرسوفي المستمر الذي يزداد بعد تناول الطعام بفترة زمنية متفاوتة. ولتوخي الدقة درست جميع الحالات من حيث الأعراض الهضمية الأخرى والتي نعني بها الأعراض غير الوصفية. وذلك بعد استبعاد الحالات التي تبين فيها وجود أمراض عضوية كبدية أو صفراوية، مرارية، كولونية ... إلخ.

أكثر هذه الأعراض مصادفةً كان الجشاءات، الحرقة الشرسوفية، تطبل البطن. وقد شوهدت في ثلث الحالات (20 مريضة)، أما الإمساك فقد رافق ثلاث وأربعين حالة (71.66%)، والذي فسّرناه بعد نفي الآفات العضوية الكولونية بظهور تشنّج الكولون.

أما الاضطرابات العصبية الانبائية بعضها أو كلها فقد سجلت لدى جميع المريضات من كل الأعمار وأهمها سرعة التعب وعدم القدرة على التركيز لمدة طويلة، الأرق الليلي، الميل للبكاء، ... إلخ. قد تكون هذه

الأعراض من ضمن أعراض سنّ الإيأس عند المريضات فوق سنّ الأربعين، أمّا بالنسبة للفتيات فقد تكون ارتكاسية نتيجة للإصابة الأساسية.

من الأعراض المشاهدة والتي تصنّف ضمن تظاهرات تأذي غار المعدة (4، 2) نذكر، حسّ الضغط والنقل الشرسوفي أعلى السرة بعد تناول الطعام، إضافةً إلى الجشاءات والتخمة، حيث كانت هذه الأعراض موجودة لدى 42 مريضة (70%).

مايتعلّق بالصفات البنوية لم تسجّل لدى المريضات مايميّزهنّ سوى أنّه لوحظ زيادة الوزن لدى 21 مريضة (35%) والتي قد تكون ناجمة عن الإفراط في تناول الطعام.

أمّا نقص الوزن فقد شوهد في سبع حالات فقط، كانت المريضات فيها يتميّزن بشخصية عصابية مبالغاً بالحمية والخوف من تناول الطعام، مما قد يفسّر نقص الوزن لديهنّ.

## نتائج الفحص السريري

جدول رقم 4 يبيّن مجموعات المريضات حسب العلامات السريرية

آلام موضّعة	36 مريضة	60%
إيلام أسفل المنطقة الشرسوفية	60 مريضة	100%
علامة مورفي إيجابي ضعيف ±	21 مريضة	35%

من الجدول رقم (4) يتّضح أنّ الألم القرصي الموضّع شوهد في ثلثي الحالات فقط، في حين أنّ الإيلام الشرسوفي وعدم الارتياح كان موثقاً لدى جميع المريضات، ولعلّ لتأذي غار المعدة دور في ذلك إضافةً لظهور تشنج الكولون.

أجري للجميع تنظير هضمي علوي (مري، معدة، عفج، حتى القطعة الثانية)، كما أخذت عدّة خزعات للدراسة النسيجية من جسم المعدة والغار والبصلة وقد شوهد لدى جميع المريضات تقرّح في المخاطية بأحجام مختلفة، حيث تراوح قطر القرحة بين (5-7 ملم) وأقلّ من ذلك في 75% من الحالات، وتوزّع الباقي بين قرحات خطية وحيدة (5 حالات) وعشرة أخرى كانت القرحة ذات حوافّ منتظمة وكبيرة (1 سم).

## توضع القرحة

جدول رقم 5 يبيّن توضع القرحة العفجية

الجدار الأمامي	43 حالة	71.66%
الجدار الخلفي	14 حالة	23.33%
القناة البوابية	2 مريضتان	3.33%
وراء البصلة	1 مريضة واحدة	1.66%

من الجدول رقم (5) يتّضح أنّ الدراسة شملت المريضات بقرحة عفجية مؤكّدة ومثبتة بالتنظير والخزعة، وأنّ معظمها كان متوضعاً على الجدار الأمامي للبصلة العفجية (71.66%) وعلى الجدار الخلفي بنسبة (23.33%).

## التبدلات المرافقة للقرحة العفجية المثبتة بالتنظير الليفي الضوئي

جدول رقم 6 يبين التبدلات المرافقة للقرحة بالتنظير

100%	60	1. التهاب البصلة العفجية
50%	30	2. تشوه بصلة العفج
3.33%	2	3. تسحجات معدية مختلفة
86.66%	52	4. التهاب غار المعدة

يبين الجدول رقم (6) أن التهاب غار المعدة المرافق والمثبت بالتنظير الليفي الضوئي قد سجل لدى 86.66% من الحالات، أما التهاب البصلة العفجية فكانت واضحة في جميع الحالات، وفي نصف الحالات كانت البصلة مشوهة.

من ناحية أخرى وفي سياق تفسير تكوّن التهاب الغار المرافق لاحظنا أن القلس الصفراوي العفجي - المعدي كان موجوداً في 58.3% من الحالات (35 مريضة) والمفسر بالاضطرابات الحركية المرافقة للقرحة العفجية (4، 1)، الذي ينجم عن تخريش مخاطية المعدة بالأملاح الصفراوية. ومن جهة أخرى قمنا بتوزيع المريضات اللواتي كشف عندهن التهاب الغار حسب فترة الإصابة كما يلي:

جدول 7 يبين توزع التهاب الغار حسب فترة الإصابة

المجموع	غياب التهاب الغار		التهاب الغار		فترة الإصابة
	%	N	%	N	
5	80	4	20	1	سنة وأقل
15	46.66	7	53.33	8	1-5 سنوات
20	-	-	100	20	5-10 سنوات
20	-	-	100	20	أكثر من 10 سنوات

نلاحظ من الجدول رقم (7) أن تواتر التهاب الغار يزداد مع ازدياد فترة الإصابة ليصل إلى 100% بعد مرور أكثر من خمس سنوات على الإصابة بالقرحة العفجية.

أما ما يتعلّق بعلاقة وجود التهاب الغار المرافق بعمر المريضات فقد لاحظنا مايلي:

جدول 8 يبين توزع التهاب الغار المرافق حسب المجموعات العمرية

العمر	التهاب الغار	%	المجموع
28-18	3	42.85	7
38-29	6	75	8
48-39	11	84.6	13

14	100	14	60-49
18	100	18	فوق الستين

من الجدول رقم (8) نرى أنّ التهاب غار المعدة المزمن مرتبط بشكل وثيق بعمر المريض إذ أنه كشف عند جميع المريضات فوق سنّ الخمسين والذي قد يكون ناتجاً عن العدوى بجرثومة الحلزونية البوابية التي لها دور في نشوء التهاب غار المعدة (8، 6).

درست الخزعات المأخوذة من مخاطية الغار لدى الـ 52 مريضة وصنّف التهاب الغار المزمن حسب

نتائج الدراسة النسيجية كما يلي:

جدول 9 يبيّن تصنيف التهاب الغار نسيجياً

التهاب غار سطحي	35	67.33%
التهاب ضموري	14	26.93%
التهاب انتكالي	3	5.73%

يلاحظ من الجدول رقم (9) أنّ التهاب الغار السطحي المرافق للقرحة العفجية هو السائد، إذ شكّل النسبة الأعلى 67.33%، يلي ذلك الشكل الضموري 26.93%.

## دراسة الحلزونية البوابية

تمّ تحديد دور الحلزونية البوابية *H. Pylori* في سببية الأشكال المتنوعة لالتهاب المعدة بشكل عام، وبالنسبة لالتهاب غار المعدة المنتشر والقرحة العفجية بشكل خاص (6، 8) وبغضّ النظر عن القرحة الهضمية عموماً والحؤول المعوي والسرطانة الغذائية، فإنّه توجد آراء مختلفة ومتباينة حول دلائل وجود *H. Pylori* (6). ومن هنا جاءت ضرورة دراسة تواجد *H. Pylori* في الخزعات المأخوذة من القرحة العفجية وغار المعدة لدى المريضات.

لهذه الغاية قمنا بدراسة عشرين حالة فقط (لعدم توفر الكاشف اللازم في حينه) مثبتة بالتنظير والخزعة، وكانت النتائج الإيجابية للحلزونية البوابية في 15 حالة أيّ بنسبة 75% من المريضات، حيث أخذت للجميع الخزعات من الغار (3-4 خزعات) وفحصت جميعها بالكاشف السريع Urease fast test، الذي يعتمد على أنزيم اليوريا الفعّال من قبل الحلزونية البوابية، والذي يحطّم اليوريا إلى أمونيا وفق التالي:



حيث توضع الخزعة المعدية في وعاء شريحة الاختبار وتحدد النتيجة الإيجابية بتغير لون صبغة مشعر الـ pH من الأصفر إلى الوردي، ثم ثبتت الخزعات بالفورمالين للدراسة النسيجية التي أكدت إيجابية الـ *H. pylori* في الحالات المفحوصة.

كانت القرحة العفجية في عشر حالات من الـ 15 مترافقة بالتهاب الغار السطحي وفي خمسة منها كان الالتهاب ضمورياً، أي أنّ إيجابية الحلزونية البوابية كان أكثر مصادفة في التهاب الغار من النوع السطحي.



تم إخضاع المريضاات الخمس عشرة المثبتة لديهن إيجابية *H. pylori* لمعالجة ثلاثية مؤلفة من:

Omeprazol 20mg	1x2
Clarithromycin 250mg	2x2
Metronidazol 500mg	1x3

ولمدة أسبوعين، ثم خفّضت جرعة الب Clarithromycin إلى 250mg صباحاً ومساءً لأسبوع آخر واستمرّ تناول الـ Omeprazol يومياً لمدة 3 أسابيع. وقد تمّت مراقبة المريضاات سريرياً فقط خلال شهر وكانت النتائج ذات فعالية عالية إذ اختفت جميع الأعراض السريرية الهضمية منذ نهاية الأسبوع الأول، أمّا الأعراض العصبية الانباتية المرافقة فقد تحسّنت بشكل ملحوظ عند الأغلبية. على الرّغم من عدم تناول العقاقير النفسية، إلا أنّنا لم نتمكن من إعادة التطهير للتأكد من اندمال القرحة واختفاء الـ *H. Pylori* بعد شوط المعالجة.

## النتائج

1. يرافق التهاب غار المعدة القرحة العفجية لدى النساء في أغلب الحالات ومعظمه من شكل الالتهاب السطحي.
2. يزداد تواتر التهاب غار المعدة طرداً مع فترة الإصابة والتقدّم بالعمر.
3. في أكثر من ثلثي الحالات تترافق القرحة العفجية بقلس صفراوي عفجي - معدي.
4. إيجابية الـ *H. pylori* في 75% من حالات التهاب الغار، التي قد تشكّل مع القلّس الصفراوي عاملاً رئيساً في تكوّن التهاب غار المعدة المزمن.
5. المعالجة الثلاثية بالصادات الحيوية ومثبطات مضخة البروتون كانت عالية الفعالية.

1. ELSHTEIN, N. 1991 - *The Problem of Chronic Non Specific Gastritis Classification Today*. Pp. 120-130.
2. FILIMONOV, P.M. 1988 - *Chronic Gastritis in women*. Gastroenterology, T1, pp. 570-575.
3. GOODWIN, C. S.1991 - *Chronic Antral Gastritis*. The Sidney System-Microbiological Gastritis Gastroenterology-Hepatology, T1, pp. 318-321.
4. KRIVOCKASKIA, U. A. 1997 - *Duodenal Ulcer Clinic Therapy*. M.M., pp. 33-37
5. LANGENBERG, M et all. 1998 - Gastroenterology, vol. 94,W1, pp. 127
6. NABUHIRO, SAKAKI, M. D. 1998 - *Endoscopic Diagnosis of Chronic Gastritis in Relation of H. Pylori Infection and Subjective Symptoms*. Gastroenterology, Tokyo, jur. No. 8, pp. 48-50.
7. RAUWS, E. A 1998 - *Chronic antral Gastritis*. Gastroenterology, Vol. 94, W1, pp. 147.
8. SMITH, J., PAUDER, R. 1990 - *Inappropriate Hypergastrinaemia in Asymptomatic Healthy Subjects Infected with H. Pylori*. Gastroenterology, M.M., pp. 56-60.
9. USPENSKI, V. 1993 - *General profiler of Gastroenterology*. Monography. Talin, pp. 78-79.
10. VASELINKO, V. K. 1989 - *Duodenal ulcer Pathogenesis, Diagnosis and treatment*. pp. 112.