

Surgical treatment of peptic ulcer (Surgical methods followed at Alasad university hospital in Lattakia)

Dr. Aktham Kanjarawe*
Dr. Ali Alesh**
Modar Saied***

(Received 6 / 6 / 2017. Accepted 20 / 6 / 2017)

□ ABSTRACT □

This study included 79 patients who complained from complications of peptic ulcer and were treated surgically in AlAsad University Hospital during the years between 2012-2016 .

The percentage of every complication was:

Perforation 65.8% hemorrhage 19% Gastric outlet obstruction 15.2%

Percentage of males was 77.2% vs. 22.8% for females .

The mean age for every complication was :46 years for perforation , 53 years for hemorrhage ,56 years for obstruction .

The percentage of smokers among our patients was 83.5% .And NSAIDs users consisted 64.6% of our patients .

The most common signs and symptoms : perforation :epigastric pain 100% - hemorrhage: fecal occult 86.7%- Gastric outlet obstruction :vomiting 100%

The management of every complication was:

In the cases of perforation , management was by only omental patch in 90.4% of cases , and by omental plus vagotomy and gastrojejunostomy in 2% . And distal gastrectomy was used in 3.8% of cases, and laparoscopy was used in 3.8%

The management of hemorrhage was by oversewing in 80% of patients , and by Bilroth II IN 20% of patients .

The management of obstruction was by vagotomy and Jaboulay in 50% of cases , and by vagotomy plus gastrojejunostomy in 33.3% of cases , and by Bilroth II in 16.7% of cases .

* Professor, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Associate Professor, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Student, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

معالجة مضاعفات القرحة الهضمية جراحيا" (الطرق الجراحية المتبعة في مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية)

الدكتور أكثم قنجاوي*

الدكتور علي علوش**

مضر حكمت سعيد***

(تاريخ الإيداع 6 / 6 / 2017. قُبِلَ للنشر في 20 / 6 / 2017)

□ ملخص □

شملت الدراسة 79 مريضا" عانوا من مضاعفات القرحة الهضمية وعولجوا جراحيا" في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عامي 2012-2016

وقد كانت نسبة كل من المضاعفات كمايلي :الانتقاب 65.8% النزف 19% انسداد مخرج المعدة 15.2%

بلغت نسبة الذكور 77.2% مقابل 22.8% للإناث

متوسط أعمار المرضى حسب كل مضاعفة للانتقاب 46 سنة -للنزف 53 سنة - انسداد البواب (مخرج المعدة) 56 سنة

نسبة المدخنين بين مرضى العينة المدروسة كانت 83.5 % ، ونسبة المعالجين بمضادات الالتهاب الالاستيروئيدية كان 64.6%

الأعراض والعلامات الأشيع : الألم الشرسوفي 100% - النزف : التغوط الزفتي 86.7% -ولانسداد مخرج المعدة : الإقياءات 100%

- بالنسبة لتدبير المضاعفات كان مختلفا" حسب كل مضاعفة :

ففي انتقاب القرحة كان التدبير الأشيع بالرقعة التريبة فقط بنسبة 90.4% ، وبالرقعة التريبة مع قطع المبهم الجذعي والمفاغرة المعدية الصائمية بنسبة 2 % ، وتم إجراء استئصال معدة بعيد بنسبة 3.8 % مع مفاغرة معدية صائمية بطريقة أوميغابرون ، كما تم إجراء الإصلاح بالتنظير بنسبة 3.8% .

في حالات القرحة الهضمية النازفة كان التدبير الجراحي موزعا" بين خياطة القرحة بنسبة 80% و قطع المعدة بيلروث II بنسبة 20% ، وقد تم إجراء إضافي للخياطة توزع بين ميكوليكز الذي كان الأشيع ، و قطع المبهم الجذعي مع تصنيع البواب بطريقة جابولي في حالة واحدة ، والمفاغرة المعدية الصائمية في حالة واحدة أيضا" ، وأجريت الخزعة من القرحة المعدية النازفة . في حالات الانسداد كان التدبير الجراحي الأشيع بقطع المبهم الجذعي مع تصنيع البواب بطريقة جابولي بنسبة 50% ، وتم تدبير 33.3% من الحالات بقطع المبهم الجذعي والمفاغرة المعدية الصائمية ، و 16.7% من الحالات بقطع المعدة إعادة الاستمرارية بيلروث II

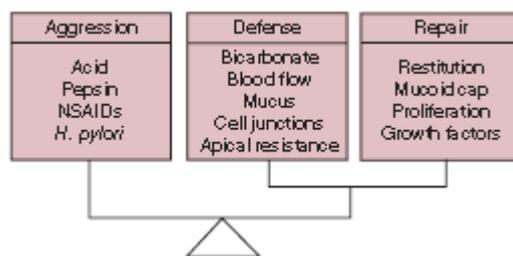
*أستاذ - قسم الجراحة- كلية الطب البشري- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية

** أستاذ مساعد - قسم الجراحة- كلية الطب البشري- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية

***طالب دراسات عليا (ماجستير)- قسم الجراحة- كلية الطب البشري- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية

مقدمة:**القرحة الهضمية peptic ulcer :**

وهي عيب بؤري أو إصابة موضعة أو ضياع في مخاطية السبيل الهضمي ، تحدث غالبا في المعدة او العفج . يجب ان يشمل الضياع كامل المخاطية ، ويصل إلى العضلية المخاطية أو تحت المخاطية ، وهي يمكن أن تكون حادة أو مزمنة. (1,2)



تنتج القرحة الهضمية عن اختلال التوازن بين إفراز الحمض المعدي والدفاعات المخاطية. تبلغ نسبة حدوث القرحة الهضمية في المجتمع 1.5-3%، وتؤثر على حوالي 4 ملايين شخص في العالم سنويا". (3)

في العالم النامي يميل المرضى لأن يكونوا من المدخنين الذكور الشباب ، بينما في البلدان المتقدمة يميلوا لأن يكونوا من كبار السن مع تعدد المشاركات بالإمراضية (ستيروئيدات + NSAIDs).

المسببات و الفيزيولوجيا المرضية :

الطريق المشترك النهائي لتشكل القرحة الهضمية هو أذية الحاجز المخاطي المعدي أو العفجي بسبب الحمض المعدي ومقولة (لاحمض—لاقرحة) لاتزال صحيحة حتى يومنا هذا (4). القرحة العفجية تتجم عن زيادة تأثيرات الحمض على المخاطية العفجية ، بينما تتجم القرحة المعدية عن تراجع الدفاعات المخاطية في وجه الحمض المعدي الطبيعي نسبيا". (6.5)

من العوامل الهامة التي تلعب دورا" في حدوث القرحة الهضمية لدينا (7)

الخمج بالملتوية البوابية Helicobacter Pylori (H.P)

استخدام مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (NSAIDs).

التدخين

الشدة النفسية والفيزيولوجية

تدبير القرحة الهضمية :

ينبغي إيقاف التدخين وتجنب الكحول وال NSAIDs عند جميع مرضى القرحة الهضمية .

1- التدبير الدوائي :

إذا كانت الاختبارات البدئية للكشف عن الملتوية البوابية سلبية فيمكن معالجة مريض القرحة الهضمية بحاصرات H2 أو مثبطات مضخة البروتون PPI ، ويمكن أن يستفيد المريض من السوكرالفات أو الميزوبرستول . إذا استمرت الأعراض ممكن أن نطبق المعالجة التجريبية لعلاج الخمج بالملتوية البوابية .

في بعض الحالات قد نحتاج للمعالجة الداعمة مدى الحياة: (4)

- 1- المرضى الذين لديهم سوابق قبول في المشفى بسبب اختلاط ناجم عن القرحة .
- 2- جميع المرضى ذوي الخطورة العالية والذين يتناولون NSAIDs بشكل ضروري .
- 3- المدخنون المزمون الذين لديهم قصة قرحية .

تدبير الخمج بالملتوية البوابية :

يجب اجتناب الملتوية البوابية في كل مرضى القرحة الهضمية .

PPIs هي الركن الأساسي في العلاج الدوائي لل PUD .

الجرعات العالية من حاصرات مستقبلات H2 والموكروغلات هي أيضا فعالة .

الخط الأول : العلاج الثلاثي لمدة 7-10 أيام متضمنا (4)

PPI + أموكسيسيلين 1 غ مرتين يوميا" + كلاريثروميسين 500 ملغ مرتين يوميا"

ويسبب المقاومة على هذه المعالجة تم وضع علاج ثلاثي بديل وهو يتضمن الميترونيدازول 500 ملغ مرتين يوميا" كبديل عن الأموكسيسيلين .

علاج المتابعة : PPI + أموكسيسيلين 1 غ مرتين يوميا" لمدة 5 أيام متبوعا لـ 5 أيام ب

PPI + كلاريثروميسين 500 ملغ مرتين يوميا" + تينيدازول 500 ملغ مرتين يوميا".

الخط الثاني :

العلاج الرباعي لمدة 10-14 يوم

مع اليزموت : PPI + ميترونيدازول 250 ملغ 4 مرات + تتراسكلين 500 ملغ 4 مرات + تحت

سالييلات اليزموت 525 ملغ 4 مرات

أو بدون اليزموت : PPI + ميترونيدازول 500 ملغ مرتين يوميا" + أموكسيسيلين 1 غ مرتين يوميا" +

كلاريثروميسين 500 ملغ مرتين يوميا"

أو العلاج الثلاثي المعتمد على الليفوفلوكساسين لمدة 10 أيام

PPI + ليفوفلوكساسين 500 ملغ مرة يوميا" + أموكسيسيلين 1 غ مرتين يوميا"

2 . التدبير الجراحي :

ينحصر دور العلاج الجراحي حاليا" في علاج اختلاطات القرحة الهضمية ، والتي تتضمن النزف ، الانتقاب ،

انسداد مخرج المعدة. ونادرا" عدم الاستجابة للعلاج الدوائي أو عدم الشفاء .(8,9)

اليوم ، معظم المرضى يخضعون لعمليات الإغلاق البسيط للنزف ، أو الرقعة البسيطة للانتقاب.

التزامن مع إنجاز قطع مبهم جذعي أو عالي الانتقائية أصبح غير شائع بشكل كبير ، غالبا" بسبب عدم إلفة

الجراح للإجراء أو بسبب الاعتماد على PPI مابعد الجراحة لإنقاص إفراز الحمض .

جراح اليوم يجب أن يأخذ حذرا" شديدا" في اتخاذ القرار الجراحي المناسب .

وسيتحدث عن التدبير الجراحي لكل اختلاط من اختلاطات القرحة الهضمية في البحث التالي

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

- تأتي أهمية البحث من الخطورة العالية التي تشكلها مضاعفات القرحة الهضمية من حيث الإنذار والتهديد للحياة وخاصة النزف حيث تشكل القرحات النازفة على الوجه الخلفي لبصلة العفج أو الانحناء الصغير للمعدة آفات عالية الخطورة ، لأنها تؤدي إلى تآكل الشرايين الكبيرة المجاورة ، وتحتاج إلى تدخل جراحي باكر وإسعافي .
- تضيق البواب أو مخرج المعدة من المضاعفات الهامة والتي عليها خلاف في المعالجة بين المدارس الجراحية وأيها الأفضل والأمثل والأسلم للمريض .
كما أن القرحة الهضمية المنتقبة -والتي تؤدي إلى التهاب بريبتوان كيميائي يتطور إلى جراثومي خلال ساعات- قد تؤدي إلى خراجات أو صدمة إنتانية قد تنتهي بالوفاة .
-وزاد من أهميته عدم وجود دراسات سابقة ، وعدم وجود بروتوكول علاجي لمضاعفات القرحة الهضمية متبع في مشفانا وخاصة في حالات النزف ، حيث يحال المريض للتدخل الجراحي بعد أن يكون قد دخل في مراحل انكسار المعاوضة والصدمة ، مما يجعل التدخل أكثر تعقيدا".

هدف البحث:

دراسة المرضى الخاضعين لعمل جراحي لتدبير أحد مضاعفات القرحة الهضمية ، والمضاعفات بعد العمل الجراحي ، ومقارنتها مع الدراسات المحلية والعالمية.
ولقد تناولت الدراسة نسبة المضاعفات وتواترها حسب الجنس والعمر والعلاقة مع التدخين وتناول مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.
كما تناولت الدراسة وسائل التشخيص المتبعة ، وطرق التدبير الجراحي حسب كل مضاعفة ، والمضاعفات التي حدثت خلال الفترة القريبة بعد العمل الجراحي ، وذلك لعدم إمكانية المتابعة على المدى الطويل .

مكان إجراء البحث Location:

مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية .

طرائق البحث وأهدافه:

المرضى المقبولين في قسم الجراحة في مستشفى الأسد والذين أجري لهم عمل جراحي لإحدى مضاعفات القرحة الهضمية ، وقسمت الدراسة إلى :
*دراسة استرجاعية من 2012-1-1 وحتى 2015-1-1.
*دراسة استقبالية من 2015-1-1 وحتى 2017-1-1.
تم استبعاد مرضى القرحة الخبيثة من عينة البحث.
حيث شملت الدراسة 79 مريضا" ، وتم تنظيم النتائج في جداول إحصائية ومخططات بيانية ، وقورنت مع الدراسات المماثلة .

النتائج والمناقشة

طرائق البحث :

- القصة والفحص السريري
- الفحوص المخبرية
- وسائل التشخيص المتبعة
- شعاعيا" :صورة بسيطة للبطن بوضعية الوقوف
- صورة صدر خلفية أمامية
- إيكو بطن

طبقى محوري للبطن والحوض

تنظيريا" : تنظير هضمي علوي

- الطرق الجراحية المتبعة لكل مضاعفة
- المضاعفات القريبة بعد العمل الجراحي

توزع المرضى حسب الجنس:

في دراستنا كان لدينا 61 مريض ذكر أي بنسبة 77.2% ، و 18 مريض أنثى أي بنسبة 22.8%، والجدول التالي يبين توزع المرضى حسب الجنس وحسب كل مضاعفة :

الجدول رقم (1) يبين توزع المرضى حسب الجنس

الجنس	الانتقاب		النزف		الانسداد (تضييق البواب)		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ذكر	42	80.8%	9	60%	10	83.4%	61	77.2%
أنثى	10	19.2%	6	40%	2	16.6%	18	22.8%

وهذا يتوافق مع ما هو معروف عالميا" بأن نسبة الذكور المصابين بالقرحة الهضمية ومضاعفاتها بشكل عام هي أعلى بشكل واضح من نسبة النساء ، مع أن نسبة النساء تزداد تدريجيا" بسبب ازدياد نسبة النساء المدخنات ودخول المرأة بشكل واسع إلى مجالات العمل المختلفة وتعرضها لنفس الضغوط التي يتعرض لها الرجل .

الفرضيات:

1-لا توجد علاقة بين كل من الانتقاب والنزف والانسداد والجنس:

وعند حساب P-Value كانت النتائج على الشكل التالي:

المضاعفات	p-valu	الدلالة
الانتقاب	0.076	لا توجد
النزف	0.088	لا توجد
الانسداد	0.098	لا توجد

توزيع المرضى حسب المضاعفة: مبين بالجدول التالي :**الجدول رقم (2) يبين توزيع المرضى حسب نوع المضاعفة**

النسبة	العدد	
65.8%	52	الانتقاب
19%	15	النزف
15.2%	12	الانسداد

ونجد أن ثلثي الحالات تقريباً هي انتقاب قرحي لأن تدبيره جراحي حصراً في مشفانا ، و تراجعته وبشكل ملحوظ نسبة النزف والانسداد ، وذلك بسبب تطور المعالجة الدوائية للقرحة الهضمية بشكل عام ، وتطور الوسائل عبر التنظير الهضمي للسيطرة على القرحة النازفة وتوسيع التضيق . علماً أن المضاعفة الأكثر حدوثاً بشكل عام هي النزف ، والتي تميزت بأنها أقل المضاعفات التي احتاجت لتدبير جراحي بسبب العلاج المحافظ .

توزيع المرضى حسب العمر :

تم تقسيم المرضى لثلاث فئات عمرية ودراستهم حسب كل مضاعفة، وهذا مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (3) يبين توزيع المرضى حسب العمر ونسبتهم المئوية

الانسداد		النزف		الانتقاب		العدد الكلي	الفئة العمرية
12		15		52		79	
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	15	أصغر من 30
0%	0	13.3%	2	25%	13		
75%	9	60%	9	65.4%	34	52	60-31
25%	3	26.7%	4	9.6%	5	12	أكبر من 60

نلاحظ من الجدول أن الانسداد (تضيق البواب) لم يكن موجوداً بالأعمار الصغيرة لأنه يحتاج أن تكون القرحة مزمنة وبالتالي يحدث بالأعمار المتقدمة أكثر ، وكذلك النزف أكثر تواتراً في الأعمار المتقدمة .

وبالتالي فإن المضاعفات الأكثر شيوعاً تكون بالأعمار المتوسطة حيث يبلغ العدد 51 ونسبة 64.5% .

2- ويبين الجدول عن وجود علاقة بين العمر والمضاعفات:

وعند حساب p-value لكل مجموعة عمرية كانت النتائج كمايلي

المجموعة الأولى أصغر من 30 سنة:

المضاعفات	P-Value	الدلالة
الانتقاب	0.088	لا توجد
النزف	0.099	لا توجد
الانسداد	0.000	توجد

المجموعة الثانية 31-60 سنة:

الدلالة	P-Value	المضاعفات
توجد	0.000	الانتقاب
لا توجد	0.069	النزف
توجد	0.000	الانسداد

المجموعة الثالثة <60 سنة :

الدلالة	P-Value	المضاعفات
لا توجد	0.876	الانتقاب
لا توجد	0.123	النزف
لا توجد	0.703	الانسداد

وقد تم حساب متوسط الأعمار لكل مضاعفة وكانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (4)

متوسط أعمار المرضى	المضاعفة
46 سنة	الانتقاب
53 سنة	النزف
56 سنة	الانسداد

ونلاحظ أن متوسط أعمار مرضى النزف والانسداد أكبر بشكل ملحوظ من متوسط أعمار مرضى الانتقاب، ولكن متوسط الأعمار بشكل عام أقل من المستويات العالمية وذلك يعود غالبا إلى قلة الالتزام بالمعالجات الدوائية وعدم مراجعة الطبيب قبل حدوث المضاعفة .

تمت دراسة نسبة انتشار التدخين بين مرضى العينة وفي كل مضاعفة ، وكانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (5)

غير مدخنين		مدخنين		العدد الكلي	المضاعفة
نسبة	عدد	نسبة	عدد		
%11.5	6	%88.5	46	52	انتقاب
%33.3	5	%66.6	10	15	نزف
%16.6	2	%83.4	10	12	انسداد
%16.5	13	%83.5	66	79	المجموع

حيث نلاحظ أن التدخين يلعب دورا "هاما" في مضاعفات القرحة الهضمية .

3- لم تظهر الدراسة الاحصائية أية علاقة بين التدخين والمضاعفات:

المضاعفات	P-Value	الدلالة
الانتقاب	0.000	توجد
النزف	0.000	توجد
الانسداد	0.000	توجد

ومن عوامل الخطورة الهامة التي رأيناها استخدام مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية NSAIDs وكانت نسبة استخدامها بين مرضى العينة كمايلي :

الجدول رقم (6)

لايستخدمون NSAIDs		يستخدمون NSAIDs		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%34.6	18	%65.4	34	انتقاب
%40	6	%60	9	نزف
%33.3	4	%66.7	8	انسداد
%35.4	28	%64.6	51	المجموع

وهذا متوافق مع ما هو مذكور في بعض المراجع بأن أكثر من نصف مرضى القرحة الهضمية المختلطة يستخدمون ال NSAIDs ، وهذه الأدوية تلعب دوراً في القرحة المعدية غير المختلطة أكثر من القرحة العفجية غير المختلطة ، أما عند حدوث المضاعفات فإن النسبة تكون متقاربة .
أما الأعراض والعلامات التي راجع بها المرضى قسم الإسعاف فتتم دراستها حسب كل مضاعفة ، وكانت الأعراض لدى مرضى انتقاب القرحة الهضمية كما هو مبين في الجدول رقم (7) :

الجدول رقم (7) يبين الأعراض والتظاهرات السريرية التي راجع بها المريض

النسبة	العدد	العرض
%100	52	ألم شرسوفي
%67.3	35	إقياءات
%9.6	5	إقياء مدمى

حيث نجد أن الألم الشرسوفي قد حدث لدى كافة المرضى وهو ألم حاد بشكل عام ، وهذه نتيجة منطقية كون الألم الشرسوفي الحاد هو العرض الأساسي للانتقاب القرحي . ومريض واحد فقط كان لديه نقص وزن وهذا فسر بأن الانتقاب غير مرتبط بكون القرحة مزمنة ، وأن مرضى القرحة العفجية الذين يشكلون الغالبية يخف ألمهم بتناول الطعام.

الأعراض والعلامات للقرحة الهضمية النازفة كما هو مبين في الجدول رقم (8):

الجدول رقم (8)

النسبة	العدد	العرض
%60	9	ألم شرسوفي
%60	9	إقياءات
%66.6	10	إقياء مدمى
%86.7	13	تغوط زفتي

ومنه نجد أن الألم الشرسوفي لم يكون موجودا لدى كل مرضى النزف ، ولم يكن حادا إلا عند ثلاثة مرضى من مرضى القرحة النازفة ، حيث كان لديهم نزف مع انتقاب مشارك .
بينما يشكل التغوط الزفتي العرض الأشيع ، ويجب أن ننبه إلى ضرورة نفي النزف الهضمي العلوي في كافة حالات التغوط الزفتي .

وفي حالات القرحة السادة كان توزع الأعراض كما في الجدول :

الجدول رقم (9)

العدد	العرض
9	ألم شرسوفي
12	إقياءات
10	نقص وزن
1	إقياء مدمى
1	تغوط زفتي

وهو يبين أن الإقياءات المتكررة هي العرض الرئيسي والموجود عند كل مرضى القرحة السادة (تضييق البواب) ، بينما شكل فقط 9 مرضى من الألم ذو الطبيعة التشنجية الماغصة ، وبرز نقص الوزن كشكاية رئيسة تظهر عند 10 مرضى بسبب التليف التدريجي المزمن في البواب والإقياءات المزمنة .

أما الوسائل التشخيصية المتبعة فكانت كالتالي :

-في الانتقاب القرحي كانت الوسيلة التشخيصية الأكثر استخداما" صورة البطن البسيطة مع إظهار قبتي الحجاب الحاجز ، حيث أجريت عند كل مرضى الانتقاب القرحي ، وكانت سلبية عند مريضين أظهر الطبقي المحوري عند أحدهما وجود الغاز الحر ، وكان سلبيا أيضا" عند المريض الثاني بسبب الالتصاقات ، حيث شخص عن طريق الإيكو الذي أجري لدى 21 مريضا" ، و كان طبيعيا" لدى مريضين ولم يستكمل عند أحد المرضى بسبب الغاز الشديد. وقد تم تمثيل هاتين الوسيلتين الأكثر استخداما" (الصورة البسيطة والإيكو) في جدول ومخطط كمايلي :

الجدول رقم (10)

سلبي		إيجابي		العدد الكلي	
2	3.8%	50	96.2%	52	صورة بطن بسيطة مع إظهار قبتي الحجاب الحاجز
3	14.3%	18	85.7%	21	إيكون بطن

علماً أن الإيجابية في الصورة البسيطة تعني وجود الهلال الغازي ، وفي الإيكون تعني وجود السائل الحر .
- أما في حالات القرحة النازفة كان التنظير الهضمي العلوي الأكثر استخداماً لمعظم المرضى وذلك لوضع التشخيص ولإيقاف النزف ، ولم يجر عند ثلاثة مرضى لعدم توفره ، مع إجراء معايرة الخضاب لمرات متعددة عند جميع المرضى .

- وفي حالات الانسداد أجري تنظير هضمي علوي لكل المرضى بإيجابية 100% ، وصورة البطن البسيطة كانت إيجابية لدى مريض واحد شخص لديه انتقاب مع الانسداد ، كما أجري تصوير هضمي علوي ظليل لمريض واحد وطبقي بطن لمريضين .

التدبير :

كان تدبير أغلب الحالات بالجراحة المفتوحة واستخدمت الجراحة التنظيرية لمريض انتقاب فقط بسبب عدم توفر جهاز الجراحة التنظيرية في قسم الإسعاف .
تم تدبير حالات القرحة المعدية المنتقبة بعد مراعاة الزمن بعد الانتقاب ، شدة التهاب البريتوان ، حالة المريض العامة و الالتصاقات ، وتم التدبير وفق ما هو مبين في الجدول رقم(11):

الجدول رقم (11) يبين طرق تدبير القرحة المعدية المنتقبة

النسبة	العدد	
40%	8	رقعة تربية فقط
40%	8	رقعة مع خزعة
10%	2	استئصال المعدة بعيد
10%	2	إصلاح بالتنظير الجراحي

من الجدول نلاحظ أن التدبير بالرقعة التربية (غراهام بانتش) مع أخذ خزعة أو بدونها هو الأكثر توارداً في الدراسة وهي الأسرع والأسهل في التدبير .

كما تم إجراء استئصال المعدة البعيد (Distal gastrectomy) عند مريضين كان لدى أحدهما انتقاب واسع بحواف مشرشرة ، والآخر انتقابه ناكس ، وقد تمت المفاغرة بطريقة أوميغا براون.

وتم تدبير القرحة العفجية المنتقبة كما هو مبين بالجدول رقم (12) مع الأخذ أيضاً بعين الاعتبار الزمن بعد الانتقاب ، شدة التهاب البريتوان ، حالة المريض العامة والالتصاقات :

الجدول رقم(12)

النسبة	العدد	
%96.8	31	رقعة تربية
%3.2	1	قطع المبهم الجذعي والمفاغرة المعدية الصائمية مع الرقعة

تم إجراء قطع مبهم جذعي مع مفاغرة معدية صائمية ، وصائمية صائمية (أوميغا براون) لدى مريض قرحة عفجية منتقبة لوحظ لديه توذم شديد في البصلة مع تليف .

وقد تم إنعاش جميع المرضى بالسوائل فور وضع التشخيص ، مع وضع أنبوب أنفي معدي لهم ماعدا أربعة مرضى رفضوا وضعه تم وضعه لهم بعد التخدير ، كما تم إعطاء الصاد الحيوي قبل العمل الجراحي لدى ثلثي المرضى تقريبا" ، ومثبط الحموضة الوريدي قبل الجراحة لدى ثلث المرضى ، وتم تسكين الألم مباشرة بعد التشخيص لدى 20% من المرضى .

قبل البدء بالإغلاق الجراحي تم إجراء غسيل للجوف البريتواني بالمحلول الملحي النظامي لدى جميع الحالات ، وتم وضع منزحين أو ثلاث منازل تم نزعها عند توقف النتائج .

*أما في حالة النزف من القرحة الهضمية :

تم إجراء مناورة كوشر وعزل الشريان المعدي العفجي وربطه في نزف القرحة العفجية ثم توبع التدبير في النزف من القرحة المعدية والعفجية كما هو مبين بالجدول التالي :

الجدول رقم (13) يبين تدبير النزف من القرحة المعدية والعفجية

عفجية	معدية	
العدد	العدد	
8	0	خياطة القرحة مع ميكوليكنز
0	2	خياطة القرحة مع الخزعة
1	0	الخياطة مع قطع المبهم الجذعي وتصنيع البواب بطريقة جابولي
1	0	خياطة مع المفاغرة المعدية الصائمية
1	2	قطع المعدة مع بيلروث II

شكلت خياطة القرحة مع تصنيع البواب بطريقة ميكوليكنز الطريقة الأكثر استخداما" والأقصر وقتا" لتدبير القرحة العفجية النازفة وهذا الأمر هام لأن ميكوليكنز تستخدم للحالات الإسعافية التي يكون فيها وضع المريض غير مستقر . تم إجراء استئصال معدة بعيد لدى مريض قرحة معدية نازفة مترافقة مع انتقاب والتصاقات تربية مكان الانتقاب، وتمت المفاغرة بطريقة أوميغا براون .

تم إجراء استئصال معدة تام لدى مريض قرحة معدية نازفة قرب الفؤاد ، وتمت مفاغرة الصائم مع المري بطريقة أوميغا براون .

وتم إجراء قطع غار مع مفاغرة معدية صائمية لدى مريض قرحة عفجية نازفة لم يتم التمكن من السيطرة عليها بالخياطة بسبب النزف الشديد وكانت مترافقة مع انتقاب أيضا"

تم إجراء قطع مبهم مع التصريف بطريقة جابولي لدى مريض واحد فقط ، وهذا بسبب الحالة غير المستقرة لدى مرضى النزف بشكل عام ، فتشكل خياطة القرحة الخيار العلاجي الأول .
 تم إجراء مفاغرة معدية صائمية على الوجه الخلفي للمعدة بالإضافة لخياطة القرحة لدى مريض وجد لديه وذمة في منطقة البصلة وأنجزت بطريقة أوميغا براون .
 أما في حالات انسداد مخرج المعدة (تضييق البواب) ، فتوزعت التدابير الجراحية المجراة عند المرضى ال(12) كما هو مبين بالجدول رقم (14) :

الجدول رقم (14)

العدد	
4	قطع المبهم الجذعي مع المفاغرة المعدية الصائمية
6	قطع المبهم الجذعي مع تصنيع البواب بطريقة جابولي
2	قطع المعدة وإعادة الاستمرارية ببيلروث II

المفاغرات المعدية الصائمية أجريت بطريقة أوميغا براون عدا واحدة أجريت من نمط Roux-en-y ، وتم التوجه للمفاغرة المعدية الصائمية و استبعاد تصنيع البواب في حال وجود تليف و وذمة شديدين في البصلة .
 تم التدبير بقطع المبهم مع تصنيع البواب بطريقة جابولي عند 6 مرضى من أصل 12 أي نصفهم لجودتها كونها :

1 - أسرع من غيرها من حيث الزمن

2- أسهل كإجراء جراحي

3-أكثر أماناً في التصريف كمفاغرة

4-والأهم الحفاظ على فيزيولوجية الأنبوب الهضمي

لعبت عدة عوامل دوراً في اختيار الطريقة الجراحية منها ألفة الجراح لطريقة معينة وحالة البواب وحالة المريض السريرية .

المضاعفات بعد العمل الجراحي :

حدثت المضاعفات بعد العمل الجراحي عند 26 مريضاً بنسبة 32.9% من المرضى وكانت تفاصيل

المضاعفات كمايلي :

أولاً -مرضى انتقاب القرحة الهضمية : حدثت المضاعفة عند 10 مرضى بعد العمل الجراحي كما هو مبين

في الجدول:

الجدول رقم (15)

النسبة الكلية	قطع المبهم الجذعي والمفاغرة	قطع معدة	رقعة ثربية	العدد	المضاعفة
(52)	المعدية الصائمية والرقعة(مريض)	+ بيلروث II	47 مريض		
مريض	العدد	العدد	العدد		
%7.7	0	2	2	4	إنتان الجرح

نقف الجرح	1	1	0	0	1.9%
تسريب الخياطة	2	1	1	0%	3.8%
إنتان تنفسي	4	3	0	1	7.7%
قصور كلوي	3	3	0	0	5.8%
DIC	1	1	0	0	1.9%
وفاة	3	2	1	0	5.8%

نجد أن المضاعفة الأكثر حدوثاً هو إنتان الجرح والإنتان التنفسي بنسبة 7.7% لكل منهما. حدث تسريب الخياطة مع ناسور عند مريضين أحدهما كان قد راجع المشفى عدة مرات حتى تم تشخيص الانتقاب لديه، وكلا المريضين مدنفان ولديهما انخفاض شديد في قيم البروتين ، مع إنتان شديد ، وسوائل تملأ البطن، وهذا ساهم في حدوث إنتان الجرح لديهما و نقفه فيما بعد عند أحدهما ، وتم علاج الناسور بشكل محافظ . توفي ثلاثة مرضى بأسباب متنوعة حيث أن المريض الأول 80 سنة لديه قصور قلب مع توسع أجواف يمنى وارتفاع توتر رئوي وحدث لديه DIC بعد الجراحة . المريضان الثاني والثالث توفيا بصدمة إنتانية ، وشخص لدى أحدهما قصور كلوي بعد الجراحة . نلاحظ من الجدول السابق أنه كلما قصرت فترة العمل الجراحي وكان التداخل أقل رضا" كلما قلت نسبة المضاعفات .

ثانياً- مرضى نزف القرحة الهضمية:

حدثت المضاعفات بعد تدبير مرضى النزف من قرحة هضمية بنسب مبينة بالجدول التالي:

الجدول رقم (16)

العدد	الخياطة	الخياطة مع ميكوليكنز	الخياطة مع جابولي	الخياطة مع المفارقة	بيبروث II	العدد
3	0	1	0	0	2	إنتان جرح
2	0	1	0	1	0	إنتان تنفسي
1	1	0	0	0	0	انصباب جنب
2	0	1	0	0	1	قصور كلوي
1	0	0	1	0	0	استئصال طحال
1	0	0	0	1	0	DIC
6	2	1	0	1	2	الوفاة

نجد أن الخياطة لقاعدة القرحة مع التصريف الوقائي بطريقة ميكوليكنز شكلت الطريقة الأفضل من ناحية نسبة الاختلاطات ، وهي الأقصر من ناحية الوقت .

حدثت الوفاة بنسبة كبيرة عند مرضى النزف لأنهم بشكل عام كبار في السن وحالتهم العامة سيئة ، وأغلبهم لديهم أمراض مزمنة مرافقة ، فضلا عن أنهم يحولون للجراحة بعد فشل جميع محاولات العلاج المحافظ والتدخلات التنظيرية .

نذكر أن مريضين ممن توفوا هما محولان من مشفيين آخرين ووصلا للمشفى بحالة صدمة إنتانية ونزفية . كما أن أحد المرضى بعمر 81 سنة ولديه قصور قلب توفي باحتشاء سفلي حاد واسع . وقد خضع مريضين ممن توفوا لتدخل جراحي ثان أحدهما بعد رقعة ثربية لانتقاب ثم حدث لديه انصباب جنب قيحي وصدمة إنتانية ونزفية، والثاني حدث لديه تسريب من المفاغرات بعد قطع معدة تام وتوفي أيضا بعد صدمة إنتانية ونزفية .

والمريض السادس توفي ب DIC بعد خياطة لنزف عولج لفترة بنقل دم متكرر قبل إحالته للجراحة . ثالثا _مرضى انسداد البواب أو مخرج المعدة كمضاعفة للقرحة الهضمية وعددهم 12 مريض فكانت المضاعفات بعد العمل الجراحي عند هؤلاء المرضى كما هو مبين بالجدول التالي :

الجدول رقم (17)

العدد	قطع المبهم الجذعي مع التصنيع البواب بطريقة جابولي	قطع المبهم الجذعي مع المفاغرة المعدية الصائمية	قطع المعدة مع بيلروث II	العدد	العدد
3	1	1	1	1	إنتان جرح
1	0	0	1	1	تسريب
1	0	0	1	1	اندحاق
1	0	1	0	0	ذات رئة قاعدية
0	0	0	0	0	وفاة

يبين الجدول أن قطع المبهم الجذعي مع التصريف بتصنيع المبهم بطريقة جابولي يشكل الطريقة ذات المضاعفات الأقل نسبيا ، فضلا عن أنها سهلة التطبيق وموفرة للوقت . نجد من الجداول السابقة أن بيلروث II تملك أعلى نسبة مضاعفة ولكن هذا الأمر نسبي لا يمكن اعتماده بسبب قلة الحالات .

مقارنة النتائج مع نتائج الدراسات الأخرى:

تمت مقارنة النتائج مع نتائج دراسات أخرى منها المحلية كدراسة الدكتور أحمد جامعة حلب 2011 ،ومنها العالمية كدراسة الدكتور مخرجي MUKHERJEE وزملائه في الهند 2014 ودراسة الدكتور جون JOHEN وزملائه في أفريقيا 2015 ودراسة غوزيل وزملائه في تركيا 2014 ودراسة كريستينا في السويد 2010

المقارنة حسب نسبة كل مضاعفة :

الجدول رقم (18)

دراسة د غوزيل - تركيا 2014		دراسة د مخرجي - الهند 2014		دراسة د أحمد -حلب 2011		دراستنا		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%77.1	216	%60	12	%54.5	30	%65.8	52	الانتقاب
%11.8	33	%30	6	%16.4	9	%19	15	النزف
%11.1	31	%10	2	%29.1	16	%15.2	12	الانسداد
	280		20		55		79	المجموع

نلاحظ أن الانتقاب يشكل المضاعفة الأكثر شيوعاً في دراستنا وفي جميع الدراسات المقارنة ، يليه النزف في دراستنا والدراسات الأخرى ماعدا دراسة الدكتور أحمد في جامعة حلب حيث يشكل الانسداد المضاعفة الثانية من حيث الشيوع .

المقارنة حسب الجنس:

الجدول رقم (19)

دراسة د جون - أفريقيا 2015	دراسة د كريستينا - السويد 2010	دراسة د غوزيل - تركيا 2014	دراسة د مخرجي - الهند 2014	دراسة د أحمد - حلب 2011	دراستنا	
%77	%72.6	%86	%91.25	%70.9	%77.2	ذكور
%23	%27.4	%14	%8.75	%29.1	%22.8	إناث

نجد أن نسبة الذكور أعلى بشكل واضح من الإناث وخاصة في الدراسة الهندية والتركية .

مقارنة متوسط الأعمار لكل مضاعفة :

الجدول رقم (20)

دراسة د كريستينا - السويد 2010	دراسة د غوزيل - تركيا 2014	دراسة د مخرجي - الهند 2014	دراسة د أحمد - حلب 2011	دراستنا	
67 سنة	44.45 سنة	47 سنة	51 سنة	51 سنة	متوسط العمر

نجد أن متوسط الأعمار في السويد أكبر من باقي الدراسات بسبب تطور الوسائل التشخيصية والالتزام بالمعالجات الدوائية والتي تحد من حدوث الاختلاطات الباكرة .

نسبة مستخدمي ال NSAIDs :

الجدول رقم (21)

دراسة د مخرجي - الهند 2014	دراسة د أحمد - حلب 2011	دراستنا	
%70	%43.7	%64.6	يستخدمون ال NSAIDs
%30	%56.3	%35.4	لايستخدمون ال NSAIDs

نلاحظ زيادة في نسبة مستخدمي ال NSAIDs حسب التسلسل الزمني للدراسات حيث كانت نسبة غيرالمستخدمين لل NSAIDs أقل من المستخدمين في دراسة د أحمد - حلب عام 2011 مقارنة نسبة المدخنين :

الجدول رقم (22)

دراسة د مخرجي - الهند	دراسة د أحمد - حلب	دراستنا	
%72	%73	%83.5	مدخن
%28	%27	%16.5	غير مدخن

بالرغم أن دور التدخين مايزال مختلف عليه عالميا" كما بينا سابقا" لكن اتفقت دراستنا مع الدراسات الأخرى على دور للتدخين لايمكن إغفاله في مضاعفات القرحة ، وكانت النسب متقاربة .

مقارنة وسائل التشخيص :

-في حالة الانتقاب القرصي :

الوسيلة التشخيصية الأساسية كانت صورة البطن البسيطة مع إظهار قبتي الحجاب الحاجز ، وكانت نتيجة المقارنة مع الدراسات الأخرى كمايلي :

الجدول(23)

دراسة د كريستينا السويد	دراسة د غوزيل - تركيا	دراسة د أحمد - حلب	دراستنا	
%84	%80	%77	%96.1	إيجابية
%16	%20	%23	%3.9	سلبية

نجد أن نسبة الإيجابية مرتفعة في الدراسات المختلفة ، حيث تشكل الوسيلة التشخيصية الأساسية في حالة انتقاب الحشا الأجوف بشكل عام ومنها حالة الانتقاب القرصي . وهي وسيلة بسيطة ومتوسطة الكلفة ومتوفرة بكافة المراكز ، وقراءة الموجودات عليها أيضا" غير معقدة ، ولكن يجب عدم الاعتماد عليها كليا" بسبب وجود نسبة من السلبية الكاذبة ، وفي هذه الحالة وبحال الشك السريري يجب اجراء الوسائل التشخيصية الأخرى .
-في حالات الانسداد والنزف كان التنظير الهضمي العلوي هو الوسيلة التشخيصية في كافة الدراسات والمراجع المتوفرة .

الإجراءات الجراحية المتبعة :

-في الانتقاب كان الإجراء الجراحي كمايلي :

الجدول رقم (24)

دراسة د كريستينا السويد	دراسة مخرجي - الهند	دراسة د أحمد - حلب	دراستنا	
%74.7	% 83.3	%90	%90.4	رقعة ثربية

%10.3	%16.7 (إجراء جراحي نهائي)	%0	%3.8	استئصال المعدة بعيد
		%10	%2	قطع المبهم مع المفاغرة والرقعة
%15	%0	%0	%3.8	الإصلاح بالتظهير

نجد أنه يوجد تقارب في النتائج حيث التوجه الحالي بشكل عام لإغلاق النقب برقعة تربية فقط دون إجراء جراحي لتقليل الإفراز الحمضي .

أما الإصلاح بالتظهير فنجد أعلى نسبة استخدام في الدراسة السويدية رغم أنها من حيث التسلسل الزمني هي الدراسة الأقدم .

-في حالة القرحة الهضمية النازفة كانت مقارنة التدبير الجراحي كمايلي :

الجدول رقم (25)

دراسة د مخرجي - الهند	دراسة د أحمد - حلب	دراستنا	
%95	%89	%80	خياطة القرحة مع أي إجراء إضافي
%5	%11	%20	بيلروث II

نلاحظ أيضا" النسبة المتقاربة بين دراستنا ودراسة د أحمد في جامعة حلب مع ميل أكبر في دراسة د مخرجي في الهند للتوجه نحو خياطة قاعدة القرحة أي نحو اتباع العلاج الجراحي الأبسط والأسرع خصوصا" أن مرضى الانتقاب كبار في السن وحالتهم العامة سيئة .

-في حالات القرحة السادة كانت نتائج المقارنة للتدبير الجراحي كمايلي :

الجدول رقم (26)

دراسة د جون - أفريقيا	دراسة د أحمد -حلب	دراستنا	
%61	%69	%33.3	قطع المبهم مع المفاغرة
%16	%0	%50	قطع المبهم مع جابولي
%13	%31	%16.7	بيلروث II

بحسب التوصيات المذكورة بالمراجع يفضل إجراء قطع الغار مع خزع المبهم وكبديل عنه قطع المبهم مع المفاغرة حيث دراسة د أحمد- حلب ودراسة د جون - أفريقيا مع هذا التوجه وخالفته دراستنا لأنه قمنا باعتماد قطع المبهم مع إجراء التصريف بطريقة جابولي كطريقة أساسية لم تتم دراستها عالميا" بشكل كاف .
مقارنة الاختلاطات :

-في حالة الانتقاب كانت مقارنة المضاعفات كمايلي :

الجدول رقم (27)

دراسة د مخرجي - الهند	دراسة د أحمد-حلب	دراستنا	
%14	%22	%7.7	إنتان الجرح
%9.5	%18	%1.9	اندحاق
%19	%3.7	%3.8	تسريب الخياطة
%0	%0	%5.8	قصور كلوي
%19	%3.7	%7.7	إنتان تنفسي
%0	%0	%1.9	DIC
%3.5	%3.5	%5.8	وفاة

نلاحظ أن المضاعفات التي حدثت بعد تدبير الانتقاب كانت الأخفض بشكل عام في دراستنا ماعدا الوفاة فكانت نسبتها أعلى في دراستنا ربما بسبب الأمراض المرافقة والحالة العامة السيئة .

في حالات القرحة النازفة تم مقارنة المضاعفات التالية :

الجدول رقم (28)

دراسة د غوزيل - تركيا	دراسة د أحمد _ حلب	دراستنا	
%3	%33.3	%20	إنتان الجرح
%17	%11.1	% 20	الإنتان التنفسي
%22	%11.1	%40	الوفاة

نجد أن أعلى نسبة وفيات موجودة بدراستنا وقد تم تبيان أسباب كل حالة وفاة حدثت بالدراسة .

كما نجد أخفض نسبة إنتان جرح حدثت بالدراسة التركبية ربما بسبب اتباع أساليب وقائية خفضت نسبة إنتان

الجرح بشكل عام .

-أما في حالة القرحة السادة فقد تمت مقارنة المضاعفات كمايلي :

الجدول رقم (29)

دراسة د جون - إفريقيا	دراسة د أحمد- حلب	دراستنا	
%25	%36	%25	إنتان الجرح
%15	%18	%8.3	اندحاق
%3	%9	%8.3	التسريب
%3	%9	%0	الوفاة

نلاحظ تميز رسالتنا هنا بانعدام الوفيات في حالة الانسداد بشكل تام .

الاستنتاجات والتوصيات :

- نوصي في حال جراحة مضاعفات القرحة الهضمية في الحالة الإسعافية أن يكون العمل الجراحي المنجز بأقل زمن ممكن وأقل رض جراحي
- في حال انسداد مخرج المعدة نوصي بقطع المبهم الجذعي مع تصنيع البواب بطريقة جابولي وتشابها فيني لأنها الأفضل والأمثل للمريض من حيث فترة العمل الجراحي والمضاعفات والمحافظة على فيزيولوجية الأنبوب الهضمي
- نوصي بإيقاف التدخين عند مرضى القرحة الهضمية والإقلال قدر الإمكان من تناول مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية

المراجع:

1. HOLLE GE: *Pathophysiology and modern treatment of ulcer disease*. Int J Mol Med. 2010;25:483-491.
2. LEONG RW: *Differences in peptic ulcer between the East and the West*. GastroenterolClinNorth America. 2009;38:363-379.
3. ZELICKSON MS, BRONDER CM, JOHNSON BL, CAMUNAS JA, SMITH DE, RAWLINSON D, VON S, STONE HH, TAYLOR SM: *Helicobacter pylori is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation*. Am Surg 2011, 77:1054–1060 PMID: 21944523.
4. F. CHARLS BRUNICARDI AND OTHERS , *Shwartz's Principls of Surgery* , 10th edition 2015.
5. FELDMAN M: Gastric secretion, in Feldman M (ed). *Sleisinger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 7th ed Philadelphia: Saunders, 2002, p 715.
6. SPECHLER SJ. *Peptic ulcer disease and its complications, in Feldman M (ed): Sleisinger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 7th ed. Philadelphia, Saunders, 2002.
7. KIN TONG CHUNG, VISHALKUMAR G SHELAT, *Department of General Surgery, Tan Tock Seng Hospital, Singapore 308433, Singapore* 2017.
8. HARBISON SP, DEMPSEY DT. *Peptic ulcer disease. Curr Probl Surg*. 2005;42:346.
9. TAVAKKOLIZADEH A, ASHLEY SW. *Operations for peptic ulcer, in Yeo CJ, et al (eds): Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2007, p 791.*