

استفاده تشخیصی از بافت برداری مخاط معده

ارزش یابی ۷۵ مورد

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۴-۵، صفحه ۲۹۹، ۱۳۵۱

دکتر ریحان الله سرلثی - دکتر نصر الله سیار - دکتر شمس شریعت - دکتر محسن نفیسی *

یعنی در درجه اول چون قطر دستگاه گاستروسکوپ توأم با وسایل بیوپسی زیاد و وارد کردن آن در معده مشکل است، لذا با زحمت انجام میشود. ثانیاً این طریقه بافت برداری از نظر دلخواه و محل ضایعه جلوی چشم بیش از ۲۰ درصد موارد امید موفقیت ندارد، بطوریکه امروزه بیشتر ترجیح میدهند در ضایعات منتشر و پراکنده مخاط معده فقط از سوند بیوپسی استفاده کرده کور کورانه از معده از دو یاسه محل یعنی جدار قدامی، خلفی و انحاء بزرگ معده بافت برداری بعمل آورند. در سالهای اخیر با پیدایش فیبروسکوپ بخوبی میتوان در جلوی چشم از کلیه نقاط معده و حتی ناحیه آنتر و اثنی عشر بافت برداری کرد. دستگاه سوند بیوپسی را گاهی میتوان طوری تهیه کرد که از مری و معده و اثنی عشر و ابتدای ژژونوم فقط بایک وسیله بافت برداری بعمل آید.

روش کار - در بخش طبی یک مرکز پزشکی پهلوی، وسیله بافت برداری دستگاهی است که بر حسب نظریه Henning در آلمان تهیه شده و لوله ایست بطول ۸۰ سانتی متر و به قطر ۶ میلی متر با پوشش بلاستیکی که از داخل آن هوا عبور میکند. در قسمت انتهایی این لوله، استوانه‌ای فلزی بطول سه سانتی متر وصل میشود که در کنار آن سوراخی به قطر ۲/۵ میلی متر تعبیه شده است. از داخل این استوانه فلزی چاقوی مدوری عبور میکنند که لبه انتهایی آن مخاطی را که به داخل سوراخ استوانه‌ای کشیده میشود برش داده قطع میکند. این چاقو با سیمی که از داخل لوله عبور میکند بدستگیره‌ای که در انتهای خارجی سوند بیوپسی تعبیه شده وصل میشود و با حرکت دادن دستگیره که فنی در داخل آن گذاشته شده

یکی از راههای تشخیص بیماریهای معده و بیماریهای خون که در ۲۰ سال اخیر جنبه عملی پیدا کرده و در بیمارستانها و بخشهای مجهز تخصصی دستگاه هاضمه معمول و متداول شده است، بافت برداری از مخاط معده و بررسی تغییرات آسیب شناسی آن است که ارزش تشخیصی فوق العاده دارد. غالباً در گزارش رادیولوژی معده بیماران دیده میشود که چون چین های مخاطی برجسته و واضح بوده است تشخیص گاستریت داده اند. امروزه ثابت شده که تشخیص گاستریت بوسیله پرتونگاری معده با حقیقت مطابقت نداشته و بهترین وسیله تشخیص، اندازه گیری اسید معده پس از تحریک با هیستامین و امتحان آسیب شناسی مخاط معده است.

جهت بافت برداری از مخاط معده ابتدا در سال ۱۸۹۴ اینهورن متوجه شد که پس از لوله گذاری در معده بوسیله ایجاد نیروی خلأ قطعه‌ای از مخاط معده را میتوان بخارج کشید. از این راه در بیماران مبتلا به سوء هاضمه و گاستریت توانستند از مخاط معده بیوپسی بعمل آورند. بعداً متخصصین دیگری مثل وود (Wood) و همکاران او در استرالیا در سال ۱۹۴۹ و تومنیوس (Tomenius) در سوئد در سال ۱۹۵۰، بایک لوله قابل خم شدن و بطریقه ایجاد خلأ و کشش بخارج و بوسیله تیغه استوانه‌ای توانستند از مخاط معده بافت برداری کنند.

بیوپسی از مخاط معده با گاستروسکوپیی ابتدا توسط تومنیوس و بعداً بوسیله متخصصین دیگر در فرانسه و آلمان انجام پذیرفت. متأسفانه این طریقه بافت برداری جلوی چشم با وجودیکه میتوان از نقطه دلخواه و ضایعات موضعی بیوپسی کرد زیاد مورد استفاده واقع نشد و اشکالات فنی ایجاد کرد.

* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

چاقوی برش داخل استوانه فلزی حرکت کرده بالا و پائین می‌رود. ایجاد خلأ و اسپیراسیون در داخل سوند بیوپسی بوسیله دستگاهی انجام میشود که قدرت کشش معینی دارد و بوسیله لوله لاستیکی این کشش به سوند بیوپسی که وارد معده گردیده منتقل میشود.

طرز انجام بافت برداری - بیمار شب قبل، از ساعت ۹ غذا نهم خورد. صبح ناشتا یک سانتی گرم مرفین و یک چهارم میلیگرم آتروپین در عضله تزریق میشود. بدون بیحسی حلق و گلو سوند بیوپسی را که در انتهای آن استوانه‌ی فلزی و چاقوی برش (در داخل استوانه) به گلوله لاستیکی مدور وصل است بر راحتی از راه دهان عبور داده بدون اشکال وارد معده میکنند. اگر ترشحات داخلی معده زیاد باشد قبلاً بوسیله لوله‌ای آنرا خارج می‌سازند. در فاصله ۴۵ سانتی متری معمولاً سوند بیوپسی وارد معده میشود. در این حالت بیمار به پهلو روی شانه چپ می‌خوابد سپس با اندازه ۱۰ سانتی متر دیگر سوند را وارد معده میکنند. اگر اشکال در وارد کردن سوند به ته معده پیش بیاید میتوان اینکار را تحت هدایت فلوروسکوپی انجام داد. در این وضعیت باراهنمائی نقطه نشانه‌ایکه روی دستگیره خارجی وجود دارد میتوان از سه محل از ته معده، جدار قدامی، خلفی و انحساء بزرگ معده یعنی در محلی که چین‌های مخاطی معده کاملاً برجسته است بیوپسی بعمل آورد. بدین صورت که دستگاه اسپیراتور که کشش معینی دارد با لوله لاستیکی به سوند بیوپسی وصل میشود، در سه مرحله جداگانه پس از ایجاد کشش و خلأ با حرکت دادن دستگیره بسمت جلو و عقب چاقوی برش داخل استوانه فلزی از جدار معده در سه نقطه از مخاط بافت برداری میکند. سپس سوند بیوپسی را خارج کرده لاستیک مدور و استوانه فلزی و چاقوی برش داخل آنرا از انتهای سوند باز میکنند و دیده میشود که قطعاتی از مخاط معده بدست می‌آید که مدور بوده و بقطر $2/5$ میلی‌متر است و از مخاط سطحی تقاسم عضلانی مخاطی برداشت شده است و ضخامت آن در حدود نیم میلی‌متر است. این قطعات را در محلول فورمالین یا بوان قرار داده و تحت آزمایش آسیب‌شناسی قرار میدهیم. باید برش بافت عمود بر سطح مخاط انجام شود. پس از انجام بیوپسی، باید بیمار مدت چهار ساعت کاملاً استراحت کند و بررسی نبض و فشار خون هر ساعت انجام گیرد. بندرت ممکنست خونریزی شدید دیده شود. پس از چهار ساعت بیمار میتواند یک غذای ساده صرف کند ولی مدت ۲۴ ساعت تحت نظر قرار میگیرد. غالباً در ۹۰ درصد موارد بافت کافی بدست می‌آید ولی امکان دارد در مواردی که ترشحات داخلی معده زیاد است و یا مواقعی که ترشحات لزج و بلفمی و چرکی

دستگاه تنفسی فوقانی و حلق وارد معده شده، باعث انسداد لوله‌ی بیوپسی گردد، و یا بعلت آتروفی شدید و پیشرفته مخاط معده، بافت کافی بدست نمی‌آید. در تومورهای سفت و سخت معده غالباً نمیتوان بطریقه اسپیراسیون از محل تومور بافت برداری کرد.

در ضایعات پراکنده و پیشرفته مخاط معده بافت برداری بدین طریق کمتر باعث خطای تشخیص میشود ولی امکان دارد که گاستریت موضعی با کانونهای جدا از هم وجود داشته باشد و یا اینکه پیشرفت بیماری در مراحل مختلف فرق کرده و تناقضی بین یافته‌های آسیب‌شناسی و بالینی ایجاد کند. باید در نظر داشت که اگر از سه نقطه بافت برداری بعمل آید و با بافاصله زمان کوتاهی تکرار شود خطای عمل بسیار اندک خواهد بود.

عوارض - مهمترین عارضه، خونریزی داخل معده است و بندرت سوراخ شدن جدار معده اتفاق می‌افتد. خوشبختانه دستگاههای تهیه شده قدرت کشش معینی دارد و بافت برداری فقط تقاسم عضلانی - مخاطی بعمل می‌آید. حال این سؤال پیش می‌آید که آیا در محل بافت برداری اولسر مزمن تشکیل خواهد شد یا خیر؟ جواب این سؤال مسلماً منفی است زیرا، اولاً - زمینه ایجاد اولسر و افزایش ترشح پپسین و اسید وضعف مقاومت مخاط در این بیماران وجود ندارد. ثانیاً - تعقیب بعدی بیمار بوسیله گاستروسکوپ این موضوع را ثابت کرده و دیده شده است که در عرض سه تا چهار روز محل بافت برداری التیام پیدا میکند. پیدایش هماتوم زیر مخاطی گزارش شده است. در موارد نادر یک خونریزی شدید ایجاد شده است معمولاً چند ساعت بعد از بافت برداری بوده و غالباً با شستشوی معده با آب یخ و ترانسفوزیون خون، خونریزی قطع می‌شود. توصیه میشود نزد بیمارانیکه زمینه خونریزی دارند بیوپسی معده انجام نشود. همچنین باید دانست که در کم‌خونی پر نیسیوز و آتروفیهای پیشرفته مخاط معده امکان خونریزی زیادتر است.

موارد استفاده

اول - برای تشخیص انواع مختلف گاستریت خصوصاً گاستریت آتروفیک که مقدمه و زمینه مستعد بسیاری از بیماریهای معده و عوارض آن میباشد، بافت برداری از مخاط معده در ۷۵٪ موارد به تشخیص کمک میکنند. در اینجسلا لازه‌ست مختصری از آسیب‌شناسی گاستریت آتروفیک شرح داده شود.

خصوصیات آسیب‌شناسی گاستریت آتروفیک از نظر ماکروسکوپی با سه خصیصه اصلی مشخص میشود:

- ۱- صاف و یکنواخت شدن همراه با پریدگی رنگ و براق شدن مخاط معده.
- ۲- از بین رفتن چین‌های مخاط در تمام معده و یاد در قسمتی از آن.
- ۳- وجود شبکه عروق غیر طبیعی.

فاصله میگیرند .

۲- ارتشاح سلولی کم و پیش متراکمی دیده میشود . سلولهای آماسی با از نوع پلاسموسیت و با از دسته لنفوسیت میباشد . سلولهای لنفوسیت گاهی بصورت دسته‌های متراکم وزمانی بصورت جزایر مجزا در کوریون قرار میگیرند . نکته جالب این است که در گاستریت‌هاییکه ارتشاح سلولی بخصوص پلاسموسیت‌ها فوق‌العاده زیاد باشد تشخیص این عارضه از بیماری والدن اشتروم یا لنفوسیتوز گاستریک (Lymphocytose Gastrique) فوق‌العاده مشکل میباشد منتهی این حالات بیشتر در گاستریت‌های هیپر تروفیک دیده میشود .

۳- وجود اسکروزوزی که گاهی فیبروبلاستیک وزمانی بالعکس پراز رشته‌های کولازن است کم و بیش دیده میشود که ضایعات مذکور ممکنست بیشتر در کوریون سطحی مستقر شود (گاستریت سطحی Schindler) یا آنکه فقط در کوریون عمقی و در بین غدد و یا قسمت عضلانی مخاطی دیده شود اما معمولاً عارضه تمام ضخامت مخاط را مبتلا میکند .

دوم - جهت تشخیص علت اساسی کمخونی‌ها فوق‌العاده با ارزش است . مثلاً در کمخونی ماکروسیتیک (نوع پر نیسیوز) و کمخونی فقر آهن آتروفی مخاط معده جلب نظر میکند . در زیر شرح حال بیماران و بحث مربوطه با آنها آورده میشود .

بیمار اول - آقای الف - ۳۲ ساله اهل زنجان شغل زارع . علت مراجعه - تپش قلب و درد جلو قفسه صدري وضعف پاها . شکایت بیمار از دو ماه قبل است که بتدریج مبتلا به تپش قلب و درد استخوان و بیحسی بدن میشود . کمخونی بیمار از یکسال قبل واضح بوده است . در دو ماه اخیر ۱۵ کیلوگرم لاغر شده است و گاه گاهی تب مختصری (درجه حرارت در حدود ۳۷/۵) عارض بیمار میگردد . در معاینه‌ایکه از بیمار بعمل آمد رنگ پریدگی پوست و مخاط و سوفل سیستویک غیر عضوی ناحیه مزوکاردا جلب توجه میکرد . زبان دپایه و روی آن لکه‌هایی موجود است . از لحاظ عصبی ، حس سطحی کم شده و حس عمقی دروزهای اول از بین رفته بود ولی پس از معالجه فعلاً موجود است درموقع راه رفتن عدم تعادل مختصری دارد بطوریکه باچشم بسته بسختی راه میرود . آزمایشهای خونی بیمار نتایج زیر را بدست میدهد گلبولهای قرمز یک میلیون و نیم بوده و تغییرات گلبولی قابل توجهی وجود داشته‌است . تعداد گلبولهای سفید ۴۰۰۰ که توأم با کاهش مختصر نو تروفیل‌ها بوده است و آزمایش مغز استخوان کمخونی ماکروسیتیک مگالوبلاستیک را نشان داد . بعلمت تب طولانی که بیمار داشته بطور سرپائی آزمایش رایت و ویدال انجام میشود و نتیجه منفی بوده

معهدنا تشخیص سه خصیصه ساده فوق همیشه آسان نمیباشد، زیرا خمیر جدار معده منظره‌ای تولید میکند که بنظر می‌آید چین‌های مخاط صاف شده‌اند. گاهی نیز چندورید بطور غیرطبیعی ممکنست در جدار معده دیده شود . معهدنا اگر هر سه کیفیت فوق باهم دیده شوند ارزش زیادی در تشخیص گاستریت آتروفیک دارند .

بررسی بافتی از نظر میکروسکپی: معمولاً نمونه‌هایی که بوسیله سوند بیوپسی برداشت میشود فقط شامل مخاط معده است و در صورتیکه بیمار مبتلا به گاستریت آتروفیک باشد غیر از مخاط معده بافت زیرمخاط نیز برداشته میشود . گاستریت ناحیه آنتر معده کمتر شناخته شده است زیرا غالب قطعاتی که با گاستروسکوپ برداشته شده است متعلق به ناحیه فوندوس معده بوده است . مثلاً در ۱۶۲ بیوپسی که Henning از معده بعمل آورد ، فقط ۲۳ مورد آن برداشت از ناحیه Antro-Pylorique بوده‌است . بهمین جهت گاستریت ناحیه Fundus بیشتر شناخته شده است . نتیجه بیوپسی وقتی قابل تفسیر و تبیین میباشد که اولاً - ضایعات غدد را بخوبی نشان بدهد . ثانیاً - تغییرات نسوج همبند یعنی ارتشاح سلول ، اسکروز و سایر تغییرات آنرا بتوان دید .

تغییرات پوشش و غدد مخاطی - ضایعات اپی‌تلیال فوق‌العاده مشخص میباشد بدین معنی که در پوشش مخاطی و غدد مخاطی تغییراتی بشرح زیر پیدا میشود :

۱- پدیده‌های فسادی باعث جمع شدن هسته‌های سلولی و یکنواخت شدن پروتوپلاسمای سلولها میشود . سلولهای معیوب و متفلس (Desquamé) مجرای داخلی غدد را پر میکنند .

۲- تعداد غدد کم میشود . در مراحل پیشرفته تر سلولهای جدار از بین میروند بعلاوه دچار متاپلازی و هتروپلازی میگرددند .

۳- عضله مخاط در غالب موارد سالم است معهدنا گاهی دچار هیپر تروفی میشود حتی ممکنست چند رشته عضلانی را دید که بصورت عمود و با زاویه‌ای قائم نسبت به امتداد بقیه رشته‌های عضلانی مخاط متوجه سطح کوریون شده‌اند .

۴- بارنگ آمیزی‌های مخصوص بویژه بطریقه بوی Bowie ممکنست فقدان پسین‌سازی سلولهای مترشحه را نشان داد. نکته عملی آن است که گاهی در بیوپسی‌های همزمان که از نقاط مختلف معده بطریقه اسپیراسیون بدست می‌آید ممکن است هر قطعه خصوصیات مخصوصی را نشان دهد بطوریکه در یک نقطه ضایعه اسکروآتروفی Sclero-Atrophie و در نقطه دیگری ارتشاح آماسی شدیدتر باشد .

تغییرات کوریون:

۱- غدد و مجاری آنها که در حال طبیعی کاملاً نزدیک یکدیگر قرار گرفته‌اند ، هنگام ابتلاء به گاستریت آتروفیک از یکدیگر

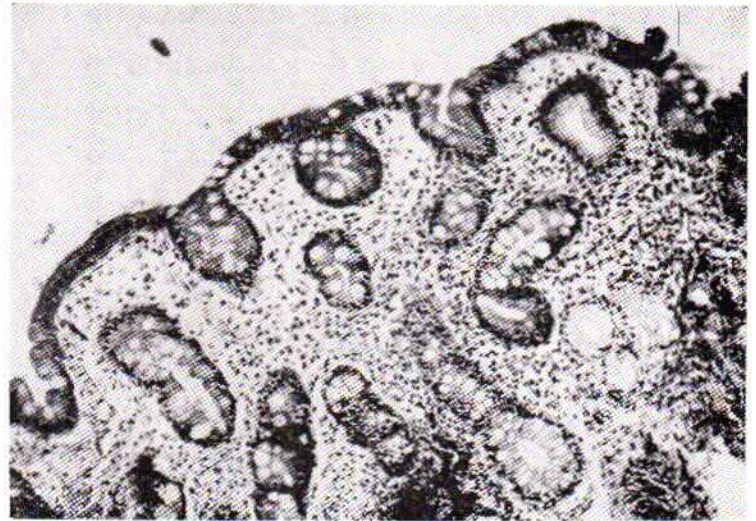
پس از ۵ روز درمان با ویتامین ب ۱۲ مقدار هموگلوبین ۴/۵ گرم و هماتوکریت ۱۸٪ و رتیکولوسیت‌ها به ۲۶ درصد افزایش یافت. بعد از ۱۵ روز هموگلوبین به ۸/۴ گرم و هماتوکریت ۲۷ درصد و تعداد رتیکولوسیت‌ها ۷٪ بود و بالاخره با ادامه درمان تدریجاً کمخونی بیمار اصلاح شده علائم بالینی بهبود یافتند.

کمخونی‌های مگالوبلاستیک در حدود ۵٪ کلیه کمخونی‌ها را تشکیل می‌دهند. این کمخونی‌ها در اثر کمبود ویتامین ب ۱۲ یا اسید فولیک و یا مجموع این دو عامل می‌باشند و بندرت مواردی دیده شده که کمبود ویتامین E دخالت داشته باشد. علل عمده آنها عبارتند: از کم‌خونی پرئیسپوز، استئاتوره، اختلالات تغذیه، عیوب تشریحی روده‌ها، پس از برداشتن معده، حاملگی، آلودگی به بوتریوسفال، مصرف ممتادی داروهای ضد صرع، کمخونی مگالوبلاستیک دوران کودکی و بیماری‌های کبد توأم با الکلیسم مزمن. در ممالک شمال اروپا و مخصوصاً انگلستان بیش از دو سوم کمخونی‌های مگالوبلاستیک از نوع پرئیسپوز می‌باشد. در صورتیکه بین سیاه پوستان و نژادهای آسیائی نوع پرئیسپوز بندرت دیده میشود. ما هم در ده سال اخیر فقط به دو مورد برخورد کرده‌ایم که بیمار فوق‌الذکر یکی از آنها می‌باشد. کمخونی پرئیسپوز اغلب در افراد مسن و پیر دیده میشود ولی بیمار ما نسبتاً جوان بود. با تحقیقات جدید ثابت شده است که زمینه ارثی در اغلب بیماران وجود دارد. از نظر بالینی سه علامت برجسته بیماری، کمخونی، گلوپت و اختلالات عصبی می‌باشد که در بیمار ما مشاهده شد. بعد از تروفی مخاط معده در این بیماران ترشح فاکتور داخلی و اسید کلریدریک از بین میرود و نه فقط ترشح پسین بلکه اصولاً حجم تمام شیره معده نیز کاهش می‌یابد و باین دلیل بعضی ترجیح میدهند که بجای آکلریدری اصطلاح *Achylia Gastrica* را بکار برند.

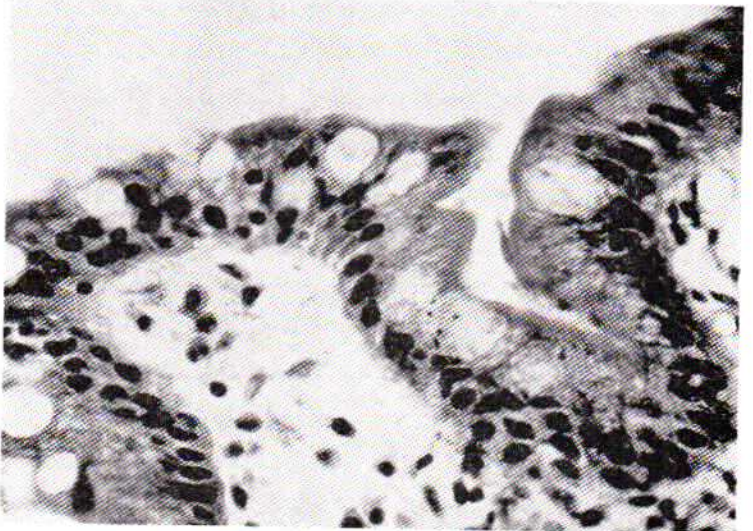
ویتامین ب ۱۲ با کمک فاکتور داخلی از راه روده جذب میگردد. تجربیات جدید ثابت کرده است که علت کمخونی پرئیسپوز اختلالاتی از نوع اتوایمون می‌باشد، چه در خون ۹۰٪ افراد مبتلا آنتی کور در برابر سیتوپلاسم سلولهای جدار معده مشاهده شده و در ۶۰٪ موارد نیز آنتی کور در مقابل فاکتور داخلی یافته‌اند و امروزه این بیماری را در ردیف بیماریهای اتوایمون میدانند. معیناً باید متذکر شد که در موارد نادری از کمخونی پرئیسپوز جوانان اتوآنتی کور در خون دیده نشده است.

در کمخونی‌های ناشی از فقر آهن خصوصاً در مواقیکه مقدار هموگلوبین خون کاملاً کاهش یافته و از ۸ گرم درصد کمتر است تغییرات واضحی در مخاط معده دیده میشود که در موارد خفیف گاستریت

است. مقدار بیامروبین سرم نوع غیر مستقیم ۱۳ میلیگرم و نوع مستقیم ۸ میلیگرم در لیتر را نشان داده است. امتحان اسید معده اسیدیته مجموع را ۸ واحد نشان داده و اسید آزاد در معده وجود نداشته و پس از تحریک مجدداً آزمایش اسید معده بعمل آمده و اکلریدری را نشان داده است. بعد از کمخونی از نوع ماکروسیت-مگالوبلاستیک و علائم بالینی مخصوص و فقدان اسید آزاد در معده گاستریت آتروفیک کمخونی پرئیسپوز نزد بیمار مطرح شد و برای تأیید تشخیص، بافت برداری از مخاط معده بعمل آمد. آسیب‌شناسی، آتروفی کامل مخاط معده را نشان داد، که اپی‌تلیوم پوششی و کریپت‌ها متاپلازی روده‌ای دارند و حتی سلولهای Paneth هم دیده شد. ساختمان‌های غدد نیز مشابه غدد ناحیه پیلوریک و فاقد سلولهای مرز نشین بود (شکل شماره یک و دو).

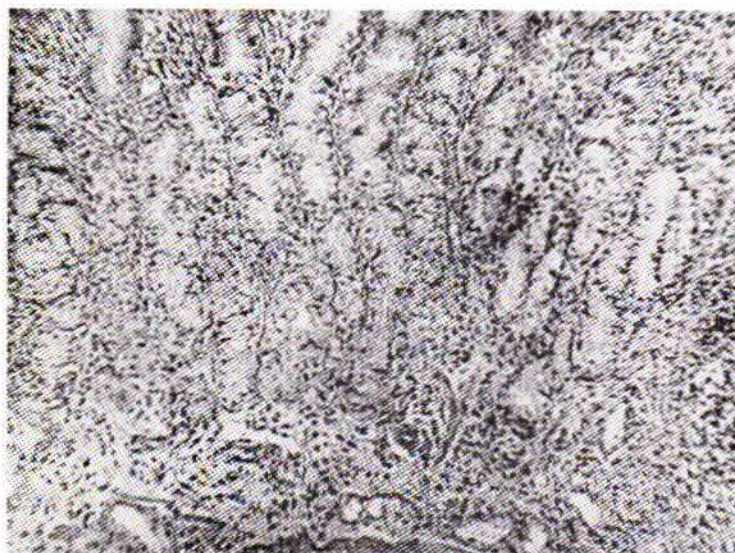


شکل شماره ۱- آتروفی کامل مخاط معده و متاپلازی روده‌ای

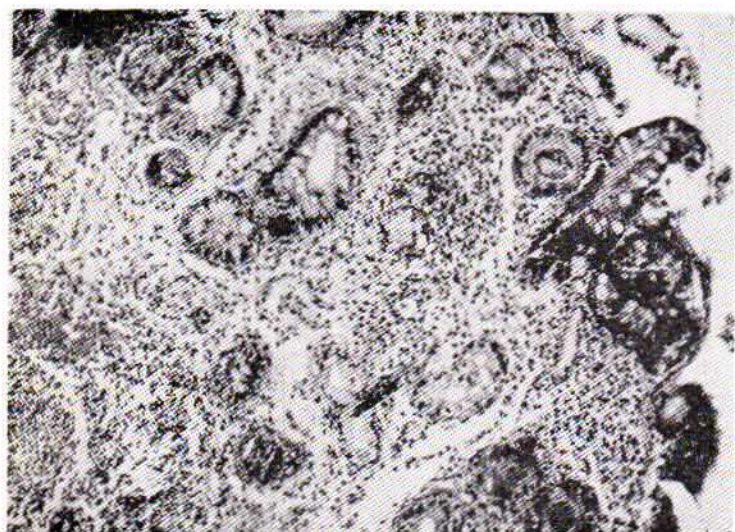


شکل شماره ۲- گاستریت آتروفیک- درشت نمائی

وطحال بحالت عادی برگشت و اسید آزاد در معده ظاهر گردید. در مورد بیمار دوم باید متذکر شویم با اینکه آهن سرم ارزش قابل ملاحظه در تشخیص کمخونی فقر آهن دارد ولی مقدار آهن سرم در کمخونی بعلت عفونت‌های مزمن هم مانند فقر آهن کم میشود و نکته جالب آنکه در بعضی موارد این بیماران دچار کمخونی هیپو کرم هستند، بطوریکه منظره خون محیطی شبیه به کمخونی فقر آهن میگردد در صورتیکه در سیستم رتیکولواندوتلیال (مغز استخوان) این بیماران آهن بمقدار طبیعی و بسیاری از موارد بیش از حد طبیعی وجود دارد و فقط درمان آزمایشی و یا تعیین ذخیره آهن در مغز استخوان است که تشخیص نهائی را روشن میکند و چون تجویز آهن در این بیماران مؤثر نیست و ممکنست



شکل شماره ۳- گاستریت آتروفیک و متاپلازی روده‌ای در اثر کمخونی شدید فقر آهن و خاک خوری



شکل شماره ۴- ترمیم آتروفی پس از اصلاح کمخونی

سطحی و یا گاستریت اترستیسیل و در موارد کاملاً پیشرفته، اگر بیماری سابقه طولانی داشته و هموگلوبین خون در حدود ۴-۶ گرم درصد باشد، گاستریت آتروفیک دیده میشود ولی خوشبختانه با اصلاح کمخونی بیمار این آتروفی ممکنست قابل درمان باشد. مطالعاتیکه در چند سال اخیر در بخش طبی یک مرکز پزشکی پهلوی روی تعدادی از بیماران مبتلا به کمخونی فقر آهن توأم با خاک‌خوری انجام گرفته نتایج جالبی بدست میدهد. اکثر این بیماران با کمخونی شدید و پیشرفته بستری شده‌اند، و معاینه‌های بالینی و آزمایشگاهی نشان داده است که عقب افتادگی رشد جسمی و جنسی دارند. کبد و طحال کاملاً بزرگ بوده و هموگلوبین خون ارقامی بین ۴-۸ گرم در صد را نشان داده است و ضمناً ذخیره آهن در مغز استخوان از بین رفته، بیوپسی معده گاستریت آتروفیک را نشان داده و در بافت برداری از کبد دژنراسانس چربی و انفیلتراسیون سلولهای آماسی جلب نظر میکند. این بیماران تحت درمان آهن تزریقی قرار گرفته و پس از آنکه کمخونی اصلاح شد و هموگلوبین خون بحدود ۱۲ گرم درصد رسید مجدداً آزمایش‌های لازم تکرار گردید. نتیجه‌ی بدست آمده عبارت بود از طبیعی شدن کبد و طحال و پیشرفت رشد جسمی و جنسی مطابق معمول، و نکته فوق‌العاده جالب، ترمیم آتروفی معده است که بیوپسی مجدد نشان داد که آتروفی مخاط از بین رفته است.

بیمار دوم - ص پ- ۱۶ ساله شغل چوپان - از دوازده سالگی بخاک خوری معتاد شده، تغذیه بیمار نسبتاً خوب بوده و لپنیات باندازه کافی مصرف میکردند است. وزن بیمار ۴۰ کیلوگرم بود. در موقع معاینه کمخونی واضح جلب نظر میکرد و بیمار از دیسفاژی و اختلالات هاضمه بصورت سنگینی و نفخ شکم شکایت داشت. ناخن‌های بیمار فرورفته و قاشقی بود. کبد و طحال کاملاً بزرگ بودند. در قلب سوفل سیستمیک غیر عضوی بعلت کمخونی شدید شنیده میشد. هموگلوبین خون ۵ گرم، هماتوکریت ۲۳٪ بود و بافت برداری از مغز استخوان نشان داد که ذخیره آهن در مغز استخوان از بین رفته است. پروتئین کامل خون ۶ گرم درصد بود. در تو باژ معده اسید آزاد وجود نداشت. بافت برداری از مخاط معده باطریقه مکیدن (ساکشن) گاستریت آتروفیک را نشان داد. ضخامت مخاط رویه مرفته کم، کرپت‌ها کوتاه بود و غدد شکل طبیعی خود را حفظ کرده بودند. در قسمت عمقی خیز همراه با گشادی عروق و ارتشاح خفیف آماسی دیده میشد (شکل شماره ۳). بیمار تحت درمان با آهن تزریقی (۲۷ عدد آهن پمول یکصد میلیگرم) تزریق عضلانی روزانه قرار گرفت پس از سه ماه کمخونی از بین رفت و فقط مختصر خیز در کوربون وجود داشت (شکل شماره ۴). کبد

در ۴۵ مورد یعنی ۶۲٪ گاستریت آتروفیک کاملاً مشخص بوده است که از این تعداد بیماران، ۲۰ نفر مبتلا به کمخونی و خاک خوری و ۲ نفر مبتلا به کمخونی ماکروسیترومگالوبلاستیک نوع پر نیسیوز و ۲۳ مورد با کمخونی فقر آهن بدون سابقه خاک خوری وجود داشته است و فقط در ۵ مورد بافت بدست آمده از نظر آسیب شناسی مشخص نبوده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره چهار - نتایج مثبت بیوپسی مخاط معده

نتیجه	تعداد	نسبت درصد
طبیعی	۲۲ مورد	۳۰
گاستریت آتروفیک	توام با کمخونی و خاک خوری ۲۰ توام با کمخونی مگالوبلاستیک ۲ توام با کمخونی فقر آهن ۲۳	۶۲
نامشخص	۵ مورد	۸

در ۲۲ مورد که بیوپسی مخاط معده از لحاظ آسیب شناسی طبیعی گزارش شده است، ۵ مورد مبتلا به تومورهای بدخیم معده، چهار مورد مبتلا به زخم اثنی عشر، ۲ مورد ابتلاء به گاستریت اروزویو، ۸ مورد گرفتار کمخونی فقر آهن و بالاخره سه مورد نامشخص تشخیص داده شده است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵ - بیماری معده در مواردیکه بافت برداری مخاط معده طبیعی بوده است

بیماری بدخیم معده	۵ مورد
زخم اثنی عشر	۴ مورد
گاستریت اروزویو	۲ مورد
کمخونی فقر آهن	۸ مورد
نامشخص	۳ مورد
جمع کل	۲۲ مورد

توضیح آنکه در مورد کانسر معده، غالباً باطریقه فوق بافت سرطانی بدست نمیآید چون اینگونه بافتها سفت و سخت میباشند. در مورد گاستریت اروزویو نیز چون در فواصل اروزویونها بافت طبیعی وجود دارد و بیماری نیز زودگذر میباشد بهتر است در فاصله ۲۴ ساعت پس از خونریزی، بیوپسی تحت هدایت فیبروسکوپ انجام شود.

حتی زبان آورهم باشد، برای تشخیص قطعی در اغلب بیماران بستری بازمایش منز استخوان و تعین ذخیره آهن متوسل میشویم و در مواردیکه ذخیره آهن وجود نداشته باشد با قاطعیت و بدون تردید بدرمان با آهن میپردازیم و بطوریکه پرونده بیماران نشان میدهد تمام مواردیکه تاکنون و بدین طریق تشخیص داده شد، بدرمان جواب داده اند. در مورد آتروفی مخاط معده هم بطوریکه آزمایشهای گاستروسکوپی و بیوپسی های معده نشان داده است در بیمارانیکه دچار آتروفی مخاط معده و کمخونی فقر آهن هستند بندرت ممکنست آتروفی مخاط معده پس از درمان ترمیم شود و بیماریکه مامعرفی کردیم يك نمونه از این موارد نادر است.

جدول شماره يك - تعداد بیماران بیوپسی شده

مرد	۴۸ نفر
زن	۲۲ نفر
تعداد کل بیماران	۷۰ نفر

از ۷۰ نفر بیمار در بخش طبی يك مرکز پزشکی پهلوی (جدول شماره يك) ۷۵ مورد بیوپسی معده در سالهای اخیر انجام شده است. بیماران بین ۱۱-۲۰ سال از بقیه دهه های سنی دیگر زیادتر بوده اند (جدول شماره دو). از ۷۵ مورد بیوپسی انجام شده در ۷۲ مورد، یعنی ۹۶٪ بافت بدست آمده کافی برای تشخیص عارضه بوده است. متأسفانه فقط در ۳ مورد بافت بهیچوجه بدست نیامده است که احتمالاً باید مربوط به ازدیاد ترشحات معده یا گاستریت آتروفیک بسیار پیشرفته و یا احیاناً تومورهای سفت و سخت و منتشر بدخیم معده باشد (جدول شماره سه).

جدول شماره دو - سن بیماران

سن (سال)	تعداد بیماران (نفر)
بین ۱۱-۲۰	۳۰
بین ۲۱-۳۰	۱۰
بین ۳۱-۴۰	۱۳
بین ۴۱-۵۰	۹
از ۵۰ بالا	۸

جدول شماره سه - تعداد بیوپسی

عده کل	تعداد	نسبت درصد
۷۵ مورد	۷۲ مورد مثبت	۹۶
	۳ مورد منفی	۴

از ۷۲ مورد بیوپسی انجام شده در ۲۲ مورد یعنی ۳۰٪ در مخاط معده هیچگونه عارضه ای از لحاظ آسیب شناسی بدست نیامده است.

در خاتمه باید تذکار داده شود که در این ۷۵ مورد بیوپسی هیچگونه عارضه‌ی مهم و شدید ایجاد نشده است و فقط در چند مورد خونریزی خفیف بمدت ۴۸ ساعت وجود داشته است .

REFERENCES.

- 1- Badnoch, J. et al; The Stomach in Hypochromic Anemia.; B.J. Hemat. 3 : 175. 1957.
- 2- Bochus; Gastroentology, Vol-1, Second ed. Saunders 1966.
- 3- Coghill, N.F.; The Significance of Gastritis. Postgrad. M.J. 36:733. 1960.
- 4- Tomenus, J.; An Instrument For Gasterobiopsies. Gastroenterology, 15:498. 1965.
- 5- Henning, N. : Lehrbuch Der Verdauungshrankheiten. George Thieme Stutt. 110-83-121, 1965.
- 6- Krenz, K. : Untersuchungen uber das sekretions verhalten der Magenschleimhaut bei. Atrophische Gastritis. Deutes Arch. fur Klinische Med. 209, 629, 1964.
- 7- G.C. de Gruchy; Clinical Haematology in Medical Practce. Third Edition 1970.
- 8- Schwartz and Hartz; Hematology in Practice, 15-1961; McGrew_Hill.
- 9- Wintrobe; Clinical Hematology; 517-1969; Sixth Editon. Lea & Febiger.
- 10- Whitby and Britton; Disorders of the Blood; 166-247, 1963. Ninth Edition J. A. Cherrhill_Ltd.