

استفاده تشخیصی از بافت برداری مخاط معده

از رشیابی ۷۵ مورد

دکتر ریحان الله سرتی - دکتر نصرالله سیار - دکتر شمس شریعت - دکتر محسن نفیسی *

مجلة علمي نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۴-۵، صفحه ۲۹۹-۳۵۱

یعنی در درجه اول چون قطر دستگاه گاستروسکوپ توأم با وسائل بیوپسی زیاد و وارد کردن آن در معده مشکل است، لذا باز جمیت انجام می‌شود. ثانیاً این طریقه بافت برداری از نظر دلخواه و محل ضایعه جلوی چشم بیش از ۲۰ درصد موارد امید موافقیت ندارد، بطوریکه امروزه بیشتر ترجیح میدهدند درضایعات منتشر و پراکنده مخاط معده فقط از سوند بیوپسی استفاده کرده کورکورانه از معده از دو یاسه محل یعنی جدار قدامی، خلفی و انحنای بزرگ معده بافت برداری بعمل آورند. در سالهای اخیر با ایدایش فیبروسکوپ بخوبی میتوان در جلوی چشم از کلیه نقاط معده و حتی ناحیه آنترالیانی عشر بافت برداری کرد. دستگاه سوند بیوپسی را گاهی میتوان طوری تهیه کرد که از مری و معده و اثنی عشر واپتای ژئونوم فقط با یک 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 میلیمتر با پوشش پلاستیکی که از داخل آن هوا عبور میکند. در قسمت انتهای این لوله، استوانه فلزی بطول سه سانتی متر وصل میشود که در کناره آن سوراخی به قطر ۲/۵ میلیمتر تعییه شده است. از داخل این استوانه فلزی چاقوی دوری عبور میکند که لب انتهای آن مخاطی را که بداخل سوراخ استوانه ای کشیده میشود بر ش داده قطع میکند. این چاقو با سیمی که از داخل لوله عبور میکند بدستگیرهایی که در انتهای خارجی سوراخ بیوپسی کرد زیاد مورد استفاده میشود و با حرکت دادن دستگیره که فنری 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 بخش های مجدهز 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 بر جسته و واضح بوده است تشخیص گاستریت داده اند. امروزه ثابت شده که تشخیص گاستریت بوسیله پرتو نگاری 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 خلاء قطعه ای 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، با یک لوله قابل خشند و بطریقه ایجاد خلاء و کشش بخارج و بوسیله تیغه استوانه ای توانستند از مخاط معده بافت برداری کنند.

بیوپسی از مخاط معده با گاستروسکوپی ابتدا توسط تومینیوس و بعداً بوسیله متخصصین دیگر در فرانسه و آلمان انجام پذیرفت. متأسفانه این طریقه بافت برداری جلوی چشم با وجود یکه 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

دستگاه تنفسی فوقانی و حلق وارد معده شده، باعث انسداد لوله بیوپسی گردد، و باعث آنوفی شدید و پیشرفت مخاط معده، بافت کافی بدبست نمی‌آید. در تumorهای سفت و سخت معده غالباً نمیتوان بطریقه اسپیراسیون از محل تومور بافت برداری کرد.

در ضایعات پراکنده و پیشرفت مخاط معده بافت برداری بدین طریق کمتر باعث خطا‌ی تشخیص می‌شود ولی امکان دارد که گاستریت موضعی باکانونهای جدا ازهم وجود داشته باشد و یا اینکه پیشرفت بیماری در مراحل مختلف فرق کرده و تناظری بین یافته‌های آسیب‌شناسی و بالینی ایجاد کند. باید در نظر داشت که اگر از سه نقطه بافت برداری بعمل آید و با بافصله 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 تقسیم عضلانی - مخاطی بعمل می‌آید. حال این سؤال پیش می‌آید که آیا در محل بافت برداری اولسرمز من تشکیل خواهد شد یا خیر؟ جواب این سؤال مسلماً منفی است زیرا، اولاً - زمینه ایجاد اولسر و افزایش ترشح پیشین واسید وضعی مقاومت مخاط در این بیماران وجود ندارد. ثانیاً - تعقیب بعدی بیمار بوسیله گاسترسکوپ 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 نادریکه خونریزی شدید ایجاد شده است عموماً 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 ادانت که در کم خونی پر نیسیوز و آتروفیهای پیشرفت مخاط معده امکان خونریزی زیادتر است.

موارد استفاده

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

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

- ۱- صاف و یکنواخت شدن همراه با پریدگی رنگ و برآف شدن مخاط معده.
- ۲- ازین دفن قرن چین‌های مخاط در تمام معده و یاد رقمنی از آن.
- ۳- وجود شبکه عروق غیر طبیعی.

چاقوی برش داخل استوانه فلزی حرکت کرده بالا و پائین می‌رود. ایجاد خلاه 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 غذانی محور د. صبح ناشتا یک سانتی گرم مرفن و یک چهارم میلیگرم آتروپین در عضله تزریق می‌شود. بدون بیجنسی حلق و گلوسوند بیوپسی را که در انتهای آن استوانه فلزی و چاقوی برش (در داخل استوانه) به گلوله لاستیکی مدور وصل است بر احتی از راه دهان عمور داده بدون اشکال وارد معده می‌کنند. اگر ترشحات داخلی معده زیاد باشد قبل بوسیله لوله‌ای آنرا خارج می‌سازند. در فاصله ۴۵ سانتی‌متر دیگر سوند را وارد معده می‌شود. در این حالت بیمار به پهلو روی شانه چپ می‌خوابد سپس باندازه ۱۰ سانتی‌متر دیگر سوند را تحت هدایت فلوروسکوپی انجام داد. در این وضعیت بارا هنمایی نقطه نشانه ایکه روی دستگیره خارجی وجود دارد می‌توان از سه محل از ته معده، جدار قدامی، خلفی و انتهای بزرگ معده یعنی در محلی که چین‌های مخاطی معده کاملاً برجسته است بیوپسی بعمل آورد. بدینصورت که دستگاه اسپیراتور که کشش معینی دارد بالolle لاستیکی به سوند بیوپسی وصل می‌شود، در سه مرحله جداگانه پس از ایجاد کشش و خلاه باحرکت: ادن 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 واستوانه فلزی و چاقوی برش داخل آنرا از انتهای سوند بازیکنند و دیده می‌شود که قطعات از مخاط معده بدست می‌آید که مدور بوده و بقطر ۲/۵ میلیمتر است و از مخاط سطحی تقسیم عضلانی مخاطی برداشت شده است و ضخامت آن در حدود نیم میلیمتر است. این قطعات را در محلول فورمالین یا بوان قرارداده 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 مدت ۹۰ درصد موارد بافت کافی بدست می‌آید ولی امکان دارد در موادی که ترشحات داخلی معده زیاد است و یا موافقی که ترشحات لزج و بلغمی و چربی

فاصله میگیرند.

۲- ارتashag سلولی کم و پیش متراکمی دیده میشود. سلولهای آماسی یا از نوع پلاسموست و یا از دسته لنفوست میباشدند. سلولهای لنفوست گاهی بصورت دستهای متراکم و زمانی بصورت جزاًی مجزاً در کوریون قرار میگیرند. نکته جالب این است که در گاستریت هاییکه ارتashag سلولی بخصوص پلاسموست ها فوق العاده زیاد باشد تشخیص این عارضه از بیماری والد اشتروم یا لنفوستوز گاستریک (Lymphocytose Gastrique) فوق العاده مشکل میباشد منتهی این حالات بیشتر در گاستریت های هیپر تروفیک دیده میشود.

۳- وجود اسکلروزی که گاهی فیبرو بلاستیک و زمانی بالعکس پر از رشته های 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 کمخونی ها فوق العاده با ارزش است. مثلاً در کمخونی ماکروسیتر مگالو بلاستیک (نوع پرنیسیوز) 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 - لک ۳۲ ساله اهل زنجان شغل زارع. علت مراجعة - طپش قلب و درد جلو قفسه صدری و ضعف پاها. شکایت بیمار از دوماه قبل است که بتدریج مبتلا به طپش قلب و درد استخوان و بیحسی بدن میشود. کمخونی بیمار از یکسال قبل واضح بوده است. در دو ماه اخیر ۱۵ کیلو گرام لاغر شده است و گاه گاهی تب مختصری (درجه حرارت در حدود ۳۷/۵) عارض بیمار میگردد. در معاینه ایکه از بیمار به عمل آمد رنگ پریدگی پوست و مخاط و سوفل سیستویک غیر عضوی ناحیه مزوكارد جلب توجه میکرد. زبان دپاپیه و روی آن لکه هایی 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 در موقع راه رفتن عدم تعادل مختصری دارد بطوریکه با چشم بسته بسختی راه میرود. آزمایشهای خونی بیمار نتایج زیر را بدست میدهد گلوبولهای قرمز یک میلیون و نیم بوده و تغییرات گلوبولی قابل توجهی وجود داشته است. تعداد گلوبولهای سفید ۴۰۰۰ که توأم با کاهش مختصر نتوروفیل ها بوده است و آزمایش مفرز استخوان کمخونی ماکروسیتر- مگالو بلاستیک را نشان داد. بعلت تب طولانی که بیمار داشته بطور سرپائی آزمایش رایت و ویدال انجام میشود و نتیجه منفی بوده

معهذا تشخیص سه خصیصه ساده فوق همیشه آسان نمیباشد، زیرا خیز جدار معده منظره ای تولید میکند که بنظر میآید چیز های مخاط صاف شده اند. گاهی نیز چندوری بد طبعی ممکنست در جدار معده دیده شود. معهذا اگر هر سه کیفیت فوق با هم دیده شوند ارزش زیادی در تشخیص گاستریت آتروفیک دارند.

بررسی بافتی از نظر میکروسکوپی: معمولاً نمونه هایی 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 ذیر مخاط نیز برداشته میشود. گاستریت ناحیه آنر معده کمتر شناخته شده است زیرا غالب قطعاتی که با گاستر و سکوپ 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 بوده است. بهمن 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 ارتashag سلول، اسکلروز و سایر تغییرات آنرا بتوان دید.

تغییرات پوشش و غدد مخاطی - ضایعات اپی تیمال فوق العاده مشخص میباشد بدین معنی که در پوشش مخاطی و غدد مخاطی تغییراتی بشرح زیر پیدا میشود:

۱- پدیده های فسادی باعث جمع شدن هسته های سلولی و یکنواخت شدن پرتوپلاسمای سلولها میشود. سلولهای میوب و متفلس (Desquamé) مجرای داخلی غدد را پر میکنند.

۲- تعداد غدد کم میشود. در مر احل پیشرفت تر سلولهای جدار از بین میر و ند بعلوه دچار متاپلازی و هتروپلازی میگردد.

۳- عضله مخاط در غالب موارد سالم است معهذا گاهی دچار هیپر تروفی میشود حتی ممکنست چند رشته عضلانی را دید که بصورت عمود و با زاویه ای قائم نسبت به امتداد بقیه رشته های عضلانی مخاط متوجه سطح کوریون شده اند.

۴- بارنگ آمیزی های مخصوص بویژه بطریقه بوی Bowie ممکنست فقدان پیسین سازی سلولهای مترشحه را نشان داد. نکته عملی آن است که گاهی در بیوپسی های همزمان که از نقاط مختلف معده بطریقه اسپیراسیون بدست میآید ممکن است هر قطعه خصوصیات مخصوصی را نشان دهد بطوریکه در یک نقطه ضایعه اسکلر و اتروفی Sclero-Atrophy و در نقطه دیگری ارتashag آماسی شدیدتر باشد.

تغییرات کوریون:

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

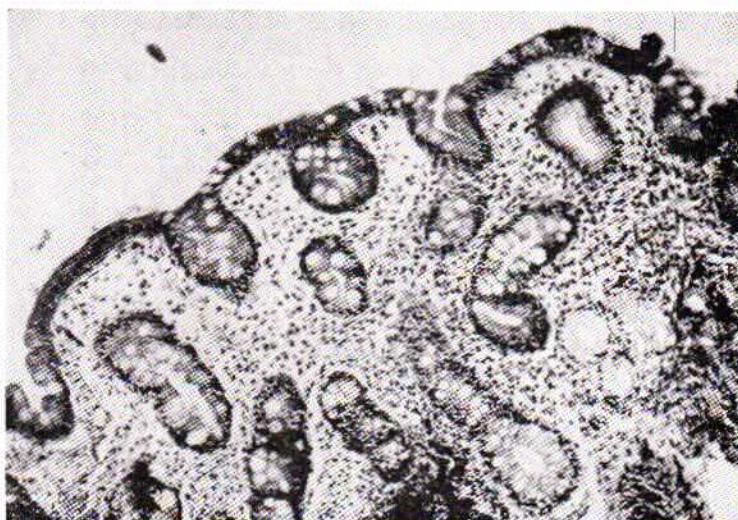
پس از ۵ روز درمان با وینامین ب ۱۲ مقدار هم و گلوبین ۴/۵ گرام و همatoکریت ۱۸٪ ورتیکولوسمیت ها به ۲۶ درصد افزایش یافت. بعداز ۱۵ روز هم و گلوبین به ۴۸/۸ گرام درصد و همatoکریت ۲۷ درصد و تعداد رتیکولوسمیت ها ۷٪ بود و بالاخره با ادامه درمان تدریجاً کم خونی بیمار اصلاح شده عالم بالینی بهبود یافتند.

کم خونی های مگالو بلاستیک در حدود ۵٪ کلیه کم خونی هارا تشکیل میدهند. این کم خونی ها در اثر کمبود وینامین ب ۱۲ یا اسید فولیک و یا مجموع این دو عامل میباشد و بندرت موادری دیده شده که کمبود وینامین E دخالت داشته باشد. علل عدمه آنها عبارتند: از کم خونی پر نیسیوز، استئاتوره، اختلالات تغذیه، عیوب تشییری رودها، پس از برداشتن معده، حاملگی، آسودگی به بوتریوسفال، مصرف متماضی داروهای ضد صرع، کم خونی مگالو بلاستیک دوران کودکی و بیماری های کبد توأم بالکلیسم مزمن. در ممالک شمال اروپا و مخصوصاً انگلستان بیش از دو سوم کم خونی های مگالو بلاستیک از نوع پرنی سیوز میباشد. در صورتیکه بین سیاه پوستان و نژادهای آسیائی نوع پر نیسیوز بندرت دیده میشود. ماهم در ده سال اخیر فقط بهدو مورد برخورد کرده ایم که بیمار فوق الذکر یکی از آنها میباشد. کم خونی پر نیسیوز اغلب در افراد مسن و پیر دیده میشود ولی بیمار ما نسبتاً جوان بود. با تحقیقات جدید ثابت شده است که ذمینه ارثی در اغلب بیماران وجود دارد. از نظر بالینی سه عارضت بر جسته بیماری، کم خونی، گلوبیت و اختلالات عصبی میباشد که در بیمار مام مشاهده شد. بعده آتروفی مخاط معده در این بیماران ترشح فاکتور داخلی و اسید کلریدریک آکلر ئیدری احتلال Achylia-Gastrica را بکار برند.

وینامین ب ۱۲ با کمک فاکتور داخلی از راه روده جذب میگردد. تجزیهات جدید ثابت کرده است که علت کم خونی پر نیسیوز اختلالاتی از نوع اتوایمون میباشد، چه در خون ۹۰٪ افراد مبتلا افتی کور در برابر سیتوپلاسم سلو لهای جدار معده مشاهده شده و در ۶۰٪ موارد نیز افتی کرد مقابله فاکتور داخلی یافته اند و امر وژه این بیماری را در ردیف بیماری های اتوایمون میدانند. معهدها باید متنذکر شد که در موادر نادری از کم خونی پر نیسیوز جوانان اتوآنتی کور درخون دیده نشده است.

در کم خونی های ناشی از فقر آهن خصوصاً در موافقیکه مقدار هم و گلوبین خون کاملاً کاهش یافته و از ۸ گرام درصد کمتر است تغییرات واضحی در مخاط معده دیده میشود که در مواد خفیف گاستریت

است. مقدار بیلیروبین 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 مجدد آزمایش اسید معده بعمل آمده واکلریدری را نشان داده است. بعلت کم خونی از نوع ماکروسیتر و مگالو بلاستیک و عالم بالینی مخصوص و فقدان اسید آزاد در معده گاستریت آتروفیک کم خونی پرنی سیوز نزد بیمار مطرح شد و برای تأیید تشخیص، بافت برداری از مخاط معده بعمل آمد. آسیب شناسی، آتروفی کامل مخاط معده را نشان داد، که اپیتلیوم پوششی و کرپیت ها متاپلازی روده ای دارند و حتی سلو لهای Paneth هم دیده شد. ساختمان های غدد نیز مشابه غدد ناحیه پلوریک و فاقد سلو لهای مرزن شین بود (شکل شماره یک و دو).

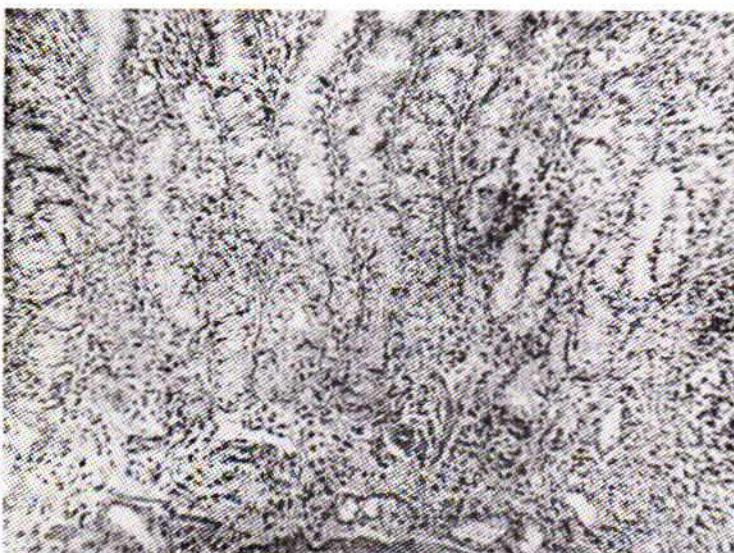


شکل شماره ۱- آتروفی کامل مخاط معده و متاپلازی روده ای



شکل شماره ۲- گاستریت آتروفیک درشت نهادی

وطحال بحال عادی برگشت و اسید آزاد در معده ظاهر گردید. درمورد بیمار دوم باید مذکور شویم با اینکه آهن سرم ارزش قابل ملاحظه در تشخیص کم خونی فقر آهن دارد ولی مقدار آهن سرم در کم خونی بعلت عفونت های مزمن هم مانند فقر آهن کم می شود و نکته جالب آنکه در بعضی موارد این بیماران دچار کم خونی هپتو کرم هستند، بطوریکه منظره خون محیطی شبیه به کم خونی فقر آهن میگردد درصورتیکه در رسیستم ریکولواندو تیلیا (مغز استخوان) این بیماران آهن بمقدار طبیعی و بسیاری از موارد بیش از حد طبیعی وجود دارد و فقط درمان آزمایشی ویا تعیین ذخیره آهن در مغز استخوان است که تشخیص نهائی را در شنید و چون تجویز آهن در این بیماران مؤثر نیست و ممکنست



شکل شماره ۳- گاستریت آتروفیک و متاپلازی روده ای در اثر کم خونی شدید فقر آهن و خالک خوری



شکل شماره ۴- ترمیم آتروفی پس از اصلاح کم خونی

سطحی ویا گاستریت اترستیسیل و در موارد کاملا پیشرفته، اگر بیماری سابق طولانی داشته و همو گلوبین خون در حدود ۶-۴ گرم درصد باشد، گاستریت آتروفیک دیده می شود ولی خوشبختانه با اصلاح کم خونی بیمار این آتروفی ممکنست قابل درمان باشد. مطالعاتیکه در چند سال اخیر در پخش طبی راک مرکز پزشکی پهلوی روی تعدادی از بیماران مبتلا به کم خونی فقر آهن توأم با خالک خوری انجام گرفته نتایج جالبی بدست میدهد. اکثر این بیماران با کم خونی شدید و پیشرفته بستری شده اند، و معاینه های بالینی و آزمایشگاهی نشان داده است که عقب افتادگی رشد جسمی و جنسی دارند. کبد و طحال کا. بلا بزرگ بوده و همو گلوبین خون ارقامی بین ۸-۱۲ گرم درصد 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 دژنرسانس چربی و انفیلتراسیون سلولهای آماسی جلب نظر میکند. این بیماران تحت درمان آهن تزریقی قرار گرفته و پس از آنکه کم خونی اصلاح شده همو گلوبین خون بحدود ۱۲ گرم درصد رسید مجددآزمایش های لازم تکرار گردید. نتیجه دیگر بدست آمده عبارت بود از طبیعی شدن کبد و طحال و پیشرفت رشد جسمی و جنسی مطابق معقول، و نکته فوق العاده جالب، ترمیم آتروفی معده است که بیوپسی مجدد نشان داد که آتروفی مخاط از بین رفته است.

بیمار دوم - ص پ - ۱۶ ساله شغل چوبان - از دوازده سالگی بخالک خوری معناد شده، تغذیه بیمار نسبتاً خوب بوده و لبنتی باندازه کافی مصرف میکرده است. وزن بیمار ۴۰ کیلو گرم بود. در موقع معاینه کم خونی واضح جلب نظر میکرد و بیمار از دیسفلائری و اختلالات هاضمه بصورت سنگینی و نفع شکم شکایت داشت.

ناخن های بیمار فرو رفته و قاشقی بود. کبد و طحال کا. بلا بزرگ بودند. در قلب سوفل سیستو ایک غیر عضوی بعلت کم خونی شدید شنیده میشد. همو گلوبین خون ۵ گرم، هماتوکریت ۲۳٪ بود و بافت برداری از مغز استخوان نشان داد که ذخیره آهن در مغز استخوان از بین رفته است. بر و تئین کامل خون ۶ گرم درصد بود. در تو باز معده اسید آزاد وجود نداشت. بافت برداری از مخاط معده باطریقه مکیدن (ساکشن) گاستریت اتروفیک را نشان داد. ضخامت مخاط روی هم رفته کم، کربپتھا کوتاه بود و غدد شکل طبیعی خود را حفظ کرده بودند. در قسمت عمقی خیز همراه با گشادی عروق و ارتشاخ خفیف آماسی دیده میشد (شکل شماره ۳). بیمار تحت درمان با آهن تزریقی (۲۷ عدد آمپول یکصد میلیگرم) تزریق عضلانی روزانه قرار گرفت پس از سه ماه کم خونی از بین رفت و فقط مختصر خیز در کوریون 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 کم خونی خاک خوری و ۲۰ نفر مبتلا به کم خونی ماکروسیتر و مگالوبلاستیک نوع پر نیسیور و ۲۳ مورد با کم خونی 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

| لسبت درصد | تعداد | نتیجه |
|-----------|---|-----------------|
| ۳۰ | ۲۲ مورد | طبیعی |
| ۶۲ | توأم با کم خونی خاک خوری ۲۰ توأم با کم خونی مگالوبلاستیک ۲ توأم با کم خونی فقر آهن ۲۳ | گاستریت آتروفیک |
| ۸ | ۵ مورد | نامشخص |

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

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

| بیماری بد خیم معده | مورد |
|--------------------|---------|
| زخم اثی عذر | ۴ مورد |
| گاستریت اروزیو | ۲ مورد |
| کم خونی 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 اروزیو نیز چون در قواصل اروزیونها بافت طبیعی وجود دارد و بیماری نیز نزد گذرا می‌باشد بهتر است در فاصله ۲۴ ساعت پس از خونریزی، بیوپسی تحت هدایت فیروسکوب انجام شود.

حتی زیان آور هم باشد، برای تشخیص قطعی دراغلب بیماران بستری با آزمایش مفرز استخوان و تعیین ذخیره آهن متول می‌شوند و در مواردیکه ذخیره آهن وجود نداشته باشد باقاطیعت 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 گاستر و سکوپی و بیوپسی‌های معده نشان داده است در بیمارانیکه چهار آتروفی مخاط معده و کم خونی فقر آهن هستند بندرت ممکنست آتروفی مخاط معده پس از درمان ترمیم شود و بیماریکه مامعرفی کردیم یک نمونه از این موارد نادر است.

جدول شماره یک - تعداد بیماران بیوپسی شده

| مرد | نفر |
|------------------|-----|
| ۴۸ | ۲۲ |
| تعداد کل بیماران | ۷۰ |

از ۷۰ نفر بیمار در بخش طبیعی یک مرکز پزشکی پهلوی (جدول شماره یک) ۷۵ مورد بیوپسی معده در سالهای اخیر انجام شده است. بیماران بین ۲۰-۱۱ سال از بیمه دهه‌های سنی دیگر زیادتر بوده‌اند (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 من بوط بهزادیاد ترشحات معده یا گاستریت آتروفیک پسیار پیشرفته و یا حیاناً تومورهای سفت و سخت و منتشر بد خیم معده باشد (جدول شماره سه).

جدول شماره دو - سن بیماران

| سن (سال) | تعداد بیماران (نفر) |
|------------|---------------------|
| ۲۰-۱۱ | ۲۰ |
| ۱۰-۲۱ | ۱۰ |
| ۲۰-۲۱ | ۱۳ |
| ۴۰-۴۱ | ۹ |
| ۵۰-۵۱ | ۸ |
| از ۵۰ بالا | |

جدول شماره سه - تعداد بیوپسی

| عدد کل | تعداد | لسبت درصد |
|--------|--------------|-----------|
| ۷۵ | ۷۲ مورد مثبت | ۹۶ |
| ۷۵ | ۳ مورد منفی | ۴ |

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

خفیف بمدت ۴۸ ساعت وجود داشته است.

در خاتمه باید تذکرداده شود که در این ۷۵ مورد بیوپسی هیچگونه عارضه‌ی بهم و شدید ایجاد نشده است و فقط در چند مورد خونریزی

REFERENCES:

- 1- Badnoch, J. et al; The Stomach in Hypochromic Anemia.; B.J. Hemat. 3 : 175. 1957.
- 2- Bochus; Gasteroentrology, 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 Itiene Stutt. 110-83-121, 1965.
- 6- Krenz, K. : Untersuchungen über das sekretions verhalten der Magenschleimhaut bei. Atrophische Gastritis. Deutches Arch. fur Klinische Med. 209, 629, 1964.
- 7- G.C. de Gruchy; Clinical Haematology in Medical Practice. Third Edition 1970.
- 8- Schwartz and Hartz; Hematology in Practice, 15-1961: McGraw_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. Cherchill_Ltd.