

## گزارش یک مورد اولسر حاد دوازدها

### همراه با پارگی

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۲، صفحه ۱۱۰، ۲۵۳۶

دکتر جلیل برادران - دکتر امیر منصور صدر\*

در رادیوگرافی ساده شکم ۴ تصویرهای دیگر دیده نیشد ولی تصویرها در زیر دیافراگم دیده نشد و بنظر می‌رسید که تصویر مایع در شکم وجود داشت.

**پیگیری و درمان:** بی‌درنگ مایعات کافی و یک شیشه خون تزریق کردید. پس از اینکه فشارخون بیمار به  $80/30$  رسید، ماهیچه‌های جدار شکم هنگام لمس مختصر مقاومتی نشان داد. بیمار با تشخیص احتمالی انسداد روده به اطاق عمل برده شد.

**شرح عمل:** پس از بازشدن شکم خوناکی از آن خارج شد که مقدار تقریبی آن در حدود  $5/5$  لیتر بود. پس از خارج کردن مایع داخل شکم در بررسی، معده، دوازدههوردهای باریک سالم بود. در آباندیس التهابی ملاحظه نگردید. ولی در قولون صعودی هماتونم وسیعی ملاحظه گردید که تمام جدار آن را گرفته بود. در اطراف آن چند برش وجود داشت که بر طرف گردید و در آزمایش، ترازیت روده کوچک به بزرگ طبیعی بود. به نظر می‌رسید که در فضای خلف‌صفاق هماتونم وجود دارد که خوناک از محل دسر و ز (Désereusé) خارج می‌شود. چون عارضه دیگری جز هماتون خلف‌صفاق در ناحیه قولون صعودی ملاحظه نشد در شکم گذاشته و جدار دوخته شد. هنگام عمل اتفاق مهمی رخ نداد.

**روندهای پس از عمل:** شکم نرم بود و ترشح خوناکی از درن خارج می‌شد. بیمار بنظر دزهیدراته می‌رسید. گویچه سفیدچهارده هزار با  $78\%$  سگماته، هموگلوبین  $14$  گرم، هماتوکریت  $41\%$ ، اوره خون  $310$ ، سدیم  $16$ ، پتاسیم  $4/5$  گزارش شد ( $34/9/19$ ).

آسیبهای اولسر ایتو حاد وسطوحی ناحیه معده و دوازدها باسامی مختلف خوانده شده است ولی مهمنترین نامی که میتوان برآن گذاشت آسیب حاد مخاط (Acute mucosal lesion) می‌باشد. نام «استرس اولس» بطور عموم پذیرفته شده است و بطور کلی در این بحث مورد استعمال قرار میدهیم. ما یک مورد بیمار  $9$  ساله را مشاهده کردیم که متعاقب ضربه و عمل جراحی دچار اولسر ایتو حاد دوازدهه همراه با پارگی، خونریزی و پریتونیت گردیده بود.

**شرح حال بیمار:** دوشیزه  $9$  ساله ایست اهل ساوه که در تاریخ  $34/9/18$  بعلت دل درد، عدم اجابت مزاج و بی‌اشتهاei بطور فوری (اورژانس) بستری میگردد.

سابقه بیماری از  $6$  روز قبل متعاقب سقوط از داربست قالی با فی بارتفاع تقریبی یک متر و با کوفنگی پشت شروع شده پس از آن بیمار دچار دردشکم، بی‌اشتهاei و بیبوست میگردد.

**سابقه خانوادگی:** نکته مهمی وجود نداشت که قابل ذکر باشد. در معاينه، بیماری است باقیافه مسموم (توکسیک). شکم متسع و نفخاً بود. درد منتشر بخصوص در حفره راست لگن وجود داشت.

در سمع شکم صدای روده شنیده می‌شد. در لمس مقدد، بن بست دو گلاس دردناک نبود. در سنداز مثانه ادرار صاف خارج گردید. نشانهای حیاتی: فشارخون  $40/20$ ، بعض ضعیف و بسختی قابل لمس و درجه حرارت مقدد  $37/2$  بود.

**دادهای آزمایشگاهی:** گویچه سفید دوازده هزار با  $76\%$  سگماته.

\* بیمارستان ابن‌سینا - دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران.

دوازدهه و مجاور پیلور دو عدد اولسر سوراخ شده یکی در ناحیه قدامی و دیگری در ناحیه خلفی، مشاهده شد که قطر هر یک از آنها یک سانتیمتر بود. سوراخ شدن اولسر خلفی موجب خونریزی فراوان در فضای خلف چادرینه و مجرای روده شده بود. در مجاورت اولسرهای مزبور اولسر دیگری بقطر ۵ میلیمتر مشاهده شد که سوراخ نشده بود. در آزمایش میکروسکوپی اولسر حاد دوازدهه (شکل ۱) و پارگی اولسر حاد تأیید شد.

#### بحث:

استرس اولسر (Stress ulcer) نام غلطی است که اگر بخواهیم آن را استعمال کنیم باید آن را به آسیبهای حاد معده و دوازدهه که بعد از شوک، عفونت، اعمال جراحی، ضربه و سوختگی ایجاد شده است محدود کنیم (۱۴).

McClelland و همکارانش نشان داده‌اند که در این بیماران ترشحات معده زیاد نمی‌شود بلکه جریان خون اسپلانکتیک بطور قابل توجهی کم می‌شود و اینطور نتیجه گرفته‌اند که کم خونی مخاط معده ممکن است ایجاد استرس اولسر بکند. عفونت نیز نقش مهمی در ایجاد استرس اولسر بازی می‌کند.

Altemeier و همکارانش ثابت کرده‌اند که خونریزی قسمت‌های فوقانی دستگاه گوارش تقریباً در  $\frac{1}{3}$  بیمارانیکه تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند با سپتی سمی همراه است و عفونت را دلیل ایجاد ناهنجاری انعقاد می‌دانند.

Altemeier، ترموبوستیونی وزیاد شدن زمان پرتو و میمن را در این بیماران یافته است (۱۴).

چکونه استرس ایجاد اولسر می‌کند؟ چند آزمایش تجربی برای حل این مسئله انجام شده است ولی هیچ‌کدام بطور کامل توانسته‌اند باین سوال جواب بدهند.

اگر یک موش (RAT) را در مدت ۲۴ ساعت حبس کنیم زخم‌های سطحی زیادی در معده جانور پیدا خواهد شد و در موشهای محبوس که مورد واگوتومی قرار گرفته‌اند احتمال ایجاد اولسر کمتر خواهد بود (۱۱).

از نظر پاتولوژیائی اولسر ایجاد شده در موشهای گاهی اوقات تنها هستندولی معمولاً متعدد می‌باشد. اکثر آرد معده وجود دارد و دارندتا دوازدهه، این زخمهای معمولاً سطحی می‌باشند و اکثرآ خونریزی میدهند.

سوراخ شدن زخمهای بندرت مشاهده می‌شود (۱۲). در مقایسه با اولسرهای خوش‌خیم که معمولاً در آن‌ها انترو اتحنای کوچک معده وجود دارند، آسیبهای حاد مخاط اکثراً در تنّه و قعر معده می‌باشند و به ندرت در آتس ایجاد می‌شوند. ممکن است اولسر حاد معده توأم با اولسر دوازدهه نیز باشد (۱۰).

دستور دارویی: یک لیتر سرمه رینگر یک لیتر سرمه مخلوط، پنی‌سیلین ۱۰۰۰، آمپی‌سیلین ۲۵۰ میلی هر ۶ ساعت و ویتامین K داخل عضلانی.

در تاریخ ۳۴/۹/۲۰ (روز دوم بعد از عمل) بیمار تبدیل شد. شکم نرم ولی نبض تند بود و از درن ترشح خونابهای خارج می‌شد. مراج اجابت کرد. او ره ۵۵، سدیم ۱۳۲، پتاسیم ۳/۸ و  $\text{CO}_2 = ۱۳$  بود. آنگاه دستور دارویی زیر انجام گرفت. رینگر یک لیتر، مخلوط یک لیتر، سرمه قندی ۵% بیست سانتیمتر مکعب صبح و شب، پنی‌سیلین ۱۰۰۰ و آمپی‌سیلین ۲۵۰ میلی گرمی هر ۶ ساعت.

در تاریخ ۳۴/۹/۲۱ (روز سوم پس از عمل) حال عمومی بیمار بهتر شد و ترشح درن زیادتر گردید. شکم در لمس نرم بود و نوع ترشح خونابه بود. بیمار از تشنگی شکایت داشت. او ره ۵۴، سدیم ۱۳۴، پتاسیم ۳/۵ بود. بدن بیمار کم آب به نظر می‌رسید. (یک لیتر رینگر، یک لیتر مخلوط و یک لیتر قندی) در ضمن ۱۰ میلی اکبولا نپاتاسیم و پنی‌سیلین و آمپی‌سیلین مثل روز قبل تجویز گردید.

در تاریخ ۳۴/۹/۲۲ (روز چهارم پس از عمل) در آزمایش شکم نرم بود. از راه درن مایع زرد درنگ خارج می‌شد با فشار دادن شکم از داخل درن حبابهای هوایی خارج می‌گشت. لذا تشخیص فیستول دستگاه گوارش داده شد.

مقداری از ترشحات درن جهت بررسی وجود صفراء، کشت و آنتی بیوگرام با آزمایشگاه فرستاده شد.

در تاریخ ۳۴/۹/۲۳ (روز پنجم پس از عمل) حال عمومی بیمار بدتر شد و متأسفانه بیمار با نشانه‌های پریتونیت در گذشت. تشخیص بالینی قبل از عمل افسداد روده و احتمالاً پریتونیت و تشخیص بعداز باز کردن شکم هما توم و سبع قولون صعودی و تشخیص بهنگام كالبد گشائی پریتونیت چر کی زنر الیزه بود. در نخستین قسمت



شکل ۱

از نظر رادیولوژیائی تشخیص استرس اولس با اولس‌پیتک خیلی مشکل است (۹).

با بررسی‌های انجام شده معلوم گردیده است که ارتباطی بین افزایش قابلیت نفوذ مخاط معده و خونریزی معده وجود دارد. در بسیاری از بیماران بدهال و اشخاصی که دارای سابقه بیماری معده هستند قابلیت نفوذ مخاط معده نسبت به یون هیدروژن افزایش می‌باید (۲).

در بررسی‌های انجام شده در ویتمام مشاهده کرده‌اند که بعضی از بیمارانی که نارسائی کلیه بعد از تروماتیسم داشته‌اند دچار خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش بعلت استرس اولس شده‌اند و نارسائی کلیه قبل از خونریزی بروز کرده است (۱). بنا بر عقیده Stremple و Fisher اوره بطور آزاد از جریان خون خارج شده بداخل حفره معده میریزد و افزایش غلظت اوره در معده موجب درهم شکستن مقاومت مخاط می‌شود (۱). حفظ سلامت مخاط معده بستگی به تعادل بین دسکواماسیون مخاط و ترمیم آن دارد. در بعضی موارد خراصی مکانیسم ترمیم مخاط موجب ضایعات حاد معده وروده می‌گردد (۱).

در موارد اورمی تجربی مشاهده شده است که التیام بافت همبند به تأخیر می‌افتد و موجب کاهش سنتز کلائون در زخم‌های کولون می‌شود (۳).

شوك و تروماتیسم در معده انسان موجب افزایش اسیدکلریدریک نمی‌شود. تروماتیسم در تولید موکوس معده دخالت دارد ولی ارتباط بین ایجاد موکوس و پیدایش اولس در تروماتیسم مورد بحث است.

در موارد شوك و تروماتیسم تغییرات عروقی زیادی ایجاد می‌شود و دلائل کافی وجود دارد که شوك و آسیبهای وسیع مانع ترمیم می‌شوند (۴).

گرچه خونریزی معده یکی از عوارض نارسائی کلیه است ولی در باره علل آن اطلاعات کمی در دست داریم.

Mullane در موشها بررسی کرده و باین نتیجه رسیده است که اسیدوز متابولیک ممکن است تاحدی موجب ضایعات معده در مواد نارسائی کلیه شود (۶).

Tran علت استرس اولس را در موشهای تجربی مربوط به عامل هومورال میدارد.

کورتیکواستروئیدهای فوق کلیوی بقدار زیاد و مدت طولانی اکثر آیجاد آسیب یا زخم معده و روده می‌کنند یا زخم قبلی را فعال می‌سازند. بیماران مبتلا به ارتقیت روماتوئید یا مبتلا به لسوپوس اریتماتو که کورتیکواستروئید مصرف می‌کنند بیشتر مستعد ابتلا به اولس

آسیب و زخم حادی که در معده و دوازدهه بیماران سوخته پیدا می‌شود احتمالاً همان استرس اولسی است که آنرا Curling's ulcer مینامند که در ۱۸۴۲ شرح داده شده است. کر لینک در ابتدا اولس دوازدهه را در بیماران مبتلا به سوختگی گزارش داد و مطالعات جدید نشان داده است که اولس معده نیز درین این بیماران خیلی شایع است (۸).

در تعداد زیادی از بیمارانی که دچار سوختگی شده‌اند اولس کر لینک مشاهده می‌شود ولی فقط تعداد کمی از آنها دچار خونریزی شدید می‌گردند.

سوختگی موجب ایجاد اسید فراوان در معده نمی‌شود ولی مانع تراوش موکوس می‌گردد (۳).

استرس اولس حاد دستگاه گوارش در نیمی از بیمارانی که از سوختگی می‌مرند، دیده می‌شود (۸).

این اولس‌ها متعددند و بیشتر در روی تنے یا قفر معده به وجود می‌آیند. از نظر بافت شناسی واکنش آماسی مختصر دارند بی-آنکه بافت گرانولاسیون یا فیبروز که در قاعده اولس‌پیتک دیده می‌شود، در این اولس‌ها مشاهده گردد. گرچه بیشتر این اولس‌ها بصورت یک حادثه پایانی می‌باشند ولی در برخی موارد سوراخ شدن آن علت اصلی مرگ بوده است که گاهی باعث خونریزی شدید معده می‌شوند (۸).

استرس اولس در هرسنی و در هر جنسی ممکن است بروز کند (۸).

سوء تغذیه بخودی خود موجب اولس‌فعال نمی‌شود ولی سوء تغذیه در بیمارانی که در آنها اولس‌حاد بروز می‌کند شایع است.

از دست رفن پروتئین مانعی برای ترمیم است، نشان داده شده است که نزد خوک رژیم غذائی میتواند مانع بروز استرس اولس بشود.

در مواردی که این اولس‌ها عمیق می‌شوند یا التیام پیدا نمی‌کنند اکثر پزشکان سوء تغذیه را علت آن میدانند. عفو تها موجب تحریک قسمت قشری غده فوق کلیوی شده مخازن غذائی بدن را کاهش میدهند و تعادل بین حجم خون و عروق را مختل ساخته در انتقال اکسیژن اختلال ایجاد کرده موجب تحریک آمین و ازو اکتیو و آزاد شدن پولی پیتیدها می‌شوند (۲).

خونریزی استرس اولس ممکن است ۱-۲ روز بعد از عامل مستعد کننده ایجاد شود ولی معمولاً ۵-۷ روز بعداز بروز تعدادی از عوارض ذکر شده، به وجود می‌آید که در سایق باعث فوت آنها می‌شد. در اولس مقدار ترشی معده‌ای متفاوت گزارش شده است. در این گزارشها مقدار ترشی پائین، طبیعی یا بالا گزارش شده است (۱۳).

کلریدریک را از مخاط معده زیاد میکند.

چون مخاط معده در عرض ۴۸-۷۲ ساعت تجدید میشود چنانچه بتوانیم خونریزی را در اینمدت مهار کنیم عارضه نیز مهار میشود. اولسر دیگری که با خراش و آسیب اولسر ارتباط پیدا میکند، اولسر کوشینگ (Cushing ulcer) است.

در سال ۱۹۳۲ Harvey cushing آسیب‌های مری و معده و دوازده را در ۹ بیمار بعد از کرانیوتومی مشاهده نمود و نشان داد که آسیب قسمت خاصی از مغز ایجاد اولسر معده و روده می‌کند.

هستند تا بیمارانیکه در اثر التهابات روده و آسم کورتیزن مصرف می‌کنند.

با وجودیکه استروئیدها ترشح معده را زیاد نمیکنند مهذا تجویز آتنی اسیدها اکثرآ مؤثر میباشد.

اسپرین والکل موادی هستند که ممکن است ایجاد خراش و آسیب و گاستریت هموراژیک و دوئونیت بکنند.

الکل ترشح معده را زیاد میکند در حالیکه آسپرین و داروهای مشابه آن اینطور نیستند. آسپرین محتملا Back Difusion اسید

#### REFERENCES :

- 1- Ficher Ronald, P. M.D. PHD; Peter Edward, T.M.D, PHD; Mullane John, F.M.D, PHD. Experimental stress ulcers in Acidotic and nonacidotic renal insufficiency. Arch. Surg. 109: 409\_11 Sep 1974.
- 2- Gordon. Michael, J. M. D., Skillman John, J. M. D. Zervas Nicholast, M.D., Silen William, M. D. Divergent natures of gastric mucosal permeability and gastric acid secretion in sick patients with general surgical and neurosurgical disease. Ann. Surg. 178: 285\_294, 1973.
- 3- Hunt Thomas, K. M. D. Injury and repair in acute gastroduodenal ulceration. Am. J. Surg. 125: 12-18, 1973.
- 4- McDermott] F. T., Nayman, J., Debore, W. G. R. M: The effect of acute renal failure upon wound healing Ann. Surg. 168: 142\_146, 1968.
- 5- Menguy Rene, M. D. Desbaillets. L. M. D. and Masters., Y. F. mechanism of stress ulcer: influence of hypovolemic shock on energy metabolism in the gastric mucosa. Gastroenterology 66: 46\_55, Jan. 1974.
- 6- Mullane LTC John , F. Phelps. Thomas, O. metabolic acidosis stress. and gastirc lesions in the Rat, Arch. Surg. 107: 456\_559, 1973.
- 7- Tran Tuan, A. and Gregg, R. V. PHD. Transmital of restraint induced gastric ulcers by parabiosis in Rats Gastroenterology 66:63\_68, Jan 1974.
- 8- Robins Stanleyl, M. D. pathologic basis of disease. Saunders Company 1974. p, 535, 196.
- 9- Valdes – Depena Antonic M. M. D. Stein, B. A. George N. M. D. Morphologic pathology of the alimentary canal. Saunders Company 1970. P, 119, 120.
- 10- Czaja. Maj Albert Mc. USA; Mcalhany Maj Joseph, C. Jr. Mc. USA; Andes. Maj Willard A. Mc. USA; Pruitt, Col Basil A. Jr. Mc, USA. acute gastric disease after cutaneous thermal injury. Arch. Surg. 110: 600\_605, May 1973.
- 11- Brodie, D. A., and harison, H. M., Astudy of the factors involved in the production of gastric by the restraint technique. Gastroenterology, 35: 323, 1960.
- 12- Menguy, R., Gadacz, R. The surgical managemant of acute gastric mucosal bleeding . Stress ulcer, acute erosive gastritis, and acute homorrmagic gastritis. Arch. Surg., 99: 198, 1969.
- 13- Luas, C. E., Sugawa, C., Riddle, J., Rector, F., Rosenberg, B., and walt, A. J. , Natural history and surgical dilema of «stress» gastric bleeding. Arch. Surg., 102: 266, 1971.
- 14- Schwartz, Lillehei, Shires «principles of surgery» 2d McGraw\_hill book Company 1974.