گزارش یك مورد اولسر حاد دوازدهی همراه با پارگی

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۱۰ ، ۲۵۳۶

دکترجلیل برادران ـ دکترامیرمنصورصدر*

آسیبهای اولسراتیو حاد وسطحی ناحیه معده و دوازدهه باسامی مختلف خوانده شده است ولی مهمترین نامی کـه میتوان برآن گذاشت آسیب حاد مخاط(Acute mucosal lesion) می‌باشد. نام «استرس‌اولسر» بطور عموم پذیرفته شده است وبطورکلی در این بحث مورد استعمال قرار میدهیم.

ما یك مورد بیمار ۹ ساله را مشاهده‌کـردیم که متعاقب ضربه و عمل جراحی دچار اولسراسیون حاد دوازدهه همراه با پارگی، خونریزی و پریتونیت گردیده بود.

شرح حال بیمار: دوشیزه ۹ساله ایست اهل ساوه کـه در تاریخ ۳۴/۹/۱۸ بعلت دل درد، عدم اجابت مزاج و بی‌اشتهائی بطور فوری(اورژانس) بستری میگردد.

سابقه بیماری از ۶ روز قبل متعاقب سقوط از داربست قالی بافی بارتفاع تقریبی یك متر وباکوفتگی پشت شروع شده پس ازآن بیمار دچار دردشکم، بی‌اشتهائی وبیوست میگردد.

سابقه خانوادگی: نکته مهمی وجود نداشت که قابل ذکر باشد.

درمعاینه، بیماری‌است باقیافه مسموم(توکسیك). شکم متسع‌ونفاخ بود . درد منتشر بخصوص در حفـره راست لگن وجود داشت . در سمع شکم صدای روده شنیده می‌شد . در لمس مقعد ، بن‌بست دوگلاس دردناك نبود. درسنداژ مثانه ادرار صاف خارج گردید.

نشانه‌های‌حیاتی: فشارخون ۴۰/۲۰ ، نبض ضعیف وبسختی‌قابل لمس و درجه حرارت مقعد ۳۷/۲ بود .

داده‌های‌آزمایشگاهی: گویچه سفیددوازده‌هزار با ۷۶٪ سگمانته. در رادیوگرافی‌ساده شکم ۴ تصویرهیدروآئریك دیده میشد ولی تصویرهوا در زیر دیافراگم دیده نشد و بنظر می‌رسید که تصویر مایع‌درشکم وجود داشت.

پیگیری ودرمان: بی‌درنگ مایعات‌کافی ویك شیشه خون تزریق گردید. پس‌ازاینکه فشارخون بیمار به ۸۰/۳۰ رسید، ماهیچه‌های جدار شکم هنگام لمس مختصر مقاومتی نشان داد . بیمار با تشخیص احتمالی انسداد روده به‌اطاق عمل برده شد.

شرح عمل: پس از بازشدن شکم خونابه‌ای از آن خارج شد که مقدارتقریبی‌آن درحدود ۰/۵ لیتر بود. پس ازخارج‌کردن مایع داخل‌شکم‌دربررسی، معده، دوازدهه‌وروده‌های‌باریك سالم‌بود. در آپاندیس التهابی ملاحظه‌نگردید. ولی در قولون صعودی هماتوم وسیعی ملاحظه‌گردیدکه تمام جدار آنرا گرفته بود. دراطراف آن چند برید وجود داشت که برطرف گردید و در آزمـایش، ترانزیت روده‌کوچك به بزرگ طبیعی بود. به نظرمی‌رسید که درفضای‌خلف‌صفاق هماتومی‌وجود داردکه خونابه‌ازمحل دسروزه (Désereusé) خارج‌می‌شود.چون عارضه دیگری‌جزهماتوم‌خلف صفاق درناحیه قولون صعودی ملاحظه نشد درن درشکم‌گذاشته و جدار دوخته‌شد. هنگام عمل اتفاق مهمی رخ نداد.

روند بیماری‌پس‌ازعمل: شکم نرم‌بود وترشح خونابه‌ای ازدرن خارج‌می‌شد. بیمار بنظر دزهیدراته می‌رسید. گویچه سفیدچهارده هزار با ۷۸٪ سگمانته، هموگلوبین ۱۴ گرم، هماتوکریت ۴۱٪، اوره‌خون ۳۱۰، سدیم ۱۱۶، پتاسیم ۵/۴ گزارش‌شد(۳۴/۹/۱۹).

* بیمارستان ابن‌سینا ـ دانشکده پزشکی رازی ـ دانشگاه تهران .

دستور دارولی: یك لیتر سرم رینگر یك لیتر سرم مخلوط ، پنی‌سیلین ۱/۲۰۰، آمپی‌سیلین ۲۵۰ میلی هر ۶ ساعت و ویتامین K داخل عضلانی.

در تاریخ ۳۴/۹/۲۰ (روز دوم بعدازعمل) بیمار تب نداشت. شکم نرم ولی نبض تند بود و از درن ترشح خونابه‌ای خارج میشد. مزاج اجابت کرد. اوره ۵۵، سدیم ۱۳۲، پتاسیم ۳/۸ و $Co2 = ۱۳$ بود. آنگاه دستور داروئی زیر انجام گرفت. رینگر یك لیتر، مخلوط یك لیتر، سرم قندی ۵۰٪ بیست سانتیمترمکعب صبح وشب، پنیسیلین ۱/۲۰۰ وآمپی‌سیلین ۲۵۰ میلی گرمی هر ۶ ساعت .

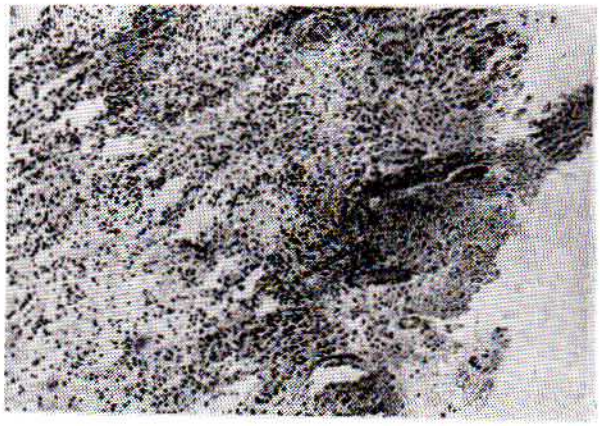
۳۴/۹/۲۱ (روز سوم پس از عمل) حال عمومی بیمار بهترشد و ترشح درن زیادتر گردید . شکم در لمس نرم بود و نوع ترشح خونابه بود . بیمار از تشنگی شکایت داشت . اوره ۵۴ ، سدیم ۱۳۴ ، پتاسیم ۳/۵ بود . بدن بیمار کم آب به نظر می‌رسید . (یك لیتر رینگر ، یك لیتر مخلوط و یك لیتر قندی) درضمن ۱۰ میلی‌اکیولان پتاسیم وپنی‌سیلین وآمپی‌سیلین مثل روز قبل تجویز گردید.

۳۴/۹/۲۲ (روز چهارم پس‌از عمل) درآزمایش شکم نرم بود. ازراه درن مایع زرددرنگ خارج میشد بافشاردادن شکم‌ازداخل درن حبابهای هوائی خارج می‌گشت. لذا تشخیص فیستول‌دستگاه گوارش داده شد .

مقداری ازترشحات درن جهت بررسی وجود صفرا، کشت وآنتی بیوگرام بآزمایشگاه فرستاده‌شد.

۳۴/۹/۲۳ (روز پنجم پس ازعمل) حال عمومی‌بیمار بدتر شد ومتأسفانه بیمار با نشانه‌های پریتونیت درگذشت.

تشخیص بالینی قبل از عمل انسداد روده و احتمالا پریتونیت و تشخیص بعداز بازکردن‌شکم هماتوم‌وسیع قولون‌صعودی وتشخیص به‌هنگام‌کالبدگشائی‌پریتونیت‌چرکی‌ژنرالیزه بود. در نخستین‌قسمت



شکل ۱

دوازدهه ومجاور پیلور دوعدد اولسر سوراخ شده یکی در ناحیه قدامی ودیگری درناحیه خلفی، مشاهده شدکه قطر هریك ازآنها یك سانتیمتر بود. سوراخ شدن اولسر خلفی موجب خونریزی فراوان درفضای‌خلف‌چادرینه ومجرای روده شده‌بود. درمجاورت اولسرهای مزبور اولسر دیگری بقطر ۵ میلیمتر مشاهده شد که سوراخ نشده بود. درآزمایش میکروسکوپی اولسر حاد دوازدهه (شکل ۱) و پارگی اولسرحاد تأیید شد .

بحث:

استرس‌اولسر (Stress ulcer) نام غلطی است که اگر بخواهیم آن را استعمال کنیم باید آن را به‌آسیبهای حاد معده و دوازدهه که بعد ازشوك، عفونت، اعمال جراحی، ضربه وسوختگی ایجاد شده است محدود کنیم (۱۴).

McClelland و همکارانش نشان داده‌اند کـه دراین بیماران ترشحات‌معده زیاد نمی‌شود بلکه جریان خون اسپلانکنیك بطور قابل‌توجهی کم میشود واینطور نتیجه گرفته‌اند که کم خونی‌مخاط معده ممکن‌است ایجاد استرس اولسر بکند. عفونت نیز نقش مهمی درایجاد استرس اولسر بازی میکند.

Altemeier وهمکارانش ثابت کرده‌اند که خونریزی قسمت‌هـای فوقانی دستگاه گوارش‌تقریباً در $\frac{۱}{۳}$ بیمارانیکه تحت‌عمل‌جراحی قرارگرفته‌اند با سپتی سمی همراه است و عفونت را دلیل ایجاد ناهنجاری انعقاد می‌دانند .

Altemeier ، ترومبوسیتوپنی وزیاد شدن زمان پروترومبین را دراین بیماران یافته‌است (۱۴).

چگونه استرس ایجاد اولسر میکند؟ چند آزمایش تجربی برای حل این‌مسئله انجام‌شده‌است ولی‌هیچکدام بطورکامل نتوانسته‌اند باین سئوال جواب بدهند.

اگر یك موش (RAT) را درمدت ۲۴ساعت حبس کنیم زخم‌های سطحی زیادی درمعده جانور پیدا خواهد شد ودرموشهای‌محبوس که مورد واگوتومی قرارگـرفته‌اند احتمال ایجاد اولسر کمتر خواهدبود (۱۱).

از نظرپاتولوژیائی اولسر ایجاد شده درموشها گاهی اوقات تنها هستندولی‌معمولا متعدد میباشند. اکثراً درمعده‌وجوددارندتادوازدهه، این زخمها معمولا سطحی میباشند واکثراً خونـریزی میدهند . سوراخ شدن زخمها بندرت مشاهده میشود (۱۲).

درمقایسه با اولسرهـای خوش‌خیم کـه معمولا درآنترو انحنای کوچك معده وجود دارند ، آسیبهـای حاد مخاط اکثراً در تنـه و قعـر معـده می‌باشند و به نـدرت در آنتـر ایجاد میشوند . ممکن است اولسر حاد معده توأم با اولسر دوازدهه نیز باشد (۱۰) .

آسیب وزخم حادی که در معده و دوازدهـه بیماران سوخته پیدا میشود احتمالا همان استرس اولسری است که آنرا Curling's ulcer مینامند که در ۱۸۴۲ شرح داده شده‌است. کرلینك در ابتدا اولسر دوازدهه را در بیماران مبتلا به سوختگی گزارش داد ومطالعات جدید نشان داده‌است که اولسر معده نیز در بین این بیماران خیلی شایع است (۸).

در تعداد زیادی از بیمارانی کـه دچار سوختگی شده‌اند اولسر کرلینگ مشاهده میشود ولی فقط تعداد کمی از آنها دچار خونریزی شدید میگردند.

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

استرس اولسر حاد دستگاه گوارش در نیمی از بیمارانی که از سوختگی می‌میرند، دیده‌میشود (۸).

این اولسرها متعدنـد و بیشتر در روی تنه یاقعر معده به وجود می‌آیند. از نظر بافت شناسی واکنش آماسی مختصر دارند بی‌آنکه بافت گرانولاسیون یا فیبروز که درقاعده اولسر پپتیك دیده میشود، دراین اولسرها مشاهده گردد. گرچه بیشتر این اولسرها بصورت یك حادثه پایانی میباشند ولی در برخی موارد سوراخ شدن آن علت اصلی مرگ بوده است که گاهی باعث خونـریزی شدید معده می‌شوند (۸).

استرس اولسر در هرسنی و در هـر جنسی ممکن است بروز کند (۸).

سوء تغذیه بخودی خود موجب اولسرفعال نمیشود ولی سوءتغذیه در بیمارانی که درآنها اولسرحاد بروزمیکند شایع است.

از دست رفتن پروتئین مـانعی برای ترمیم است، نشان داده شده است که نزد خوك رژیم غذائی میتواند مانع بروز استرس اولسر بشود.

در مواردیکـه این اولسرها عمیق میشوند یا التیام پیدا نمیکنند اکثر پزشکان سوء تغذیـه را علت آن میدانند. عفونتها موجب تحریك قسمت قشری غده فوق کلیوی شده مخازن غذائی بدن را کاهش میدهند وتعادل بین حجم خون وعروق را مختل ساخته در انتقال اکسیژن اختلال ایجاد کرده موجب تحریك آمین وازواکتیو و آزاد شدن پولی‌پپتیدها میشوند (۲).

خونریزی استرس اولسر ممکن است ۱–۲ روز بعد ازعامل مستعد کننده ایجاد شود ولی معمولا ۵–۷ روز بعداز بروز تعدادی از عوارض ذکرشده، بوجود می‌آید که درسابق باعث فوت آنها میشد.

در اولسر مقدار ترشی معده‌ای متفاوت گزارش شده‌است. دراین گزارشها مقدارترشی پائین، طبیعی یا بالا گزارش شده‌است(۱۳).

ازنظر رادیولوژیائی تشخیص استرس اولسر با اولسر پپتیك خیلی مشکل است (۹).

با بررسی‌های انجام شده معلوم گردیده است کـه ارتباطی بین افزایش قابلیت نفوذ مخاط معده وخونـریزی معده وجود دارد. دربسیاری از بیماران بدحال واشخاصی که دارای سابقه بیماری معده هستند قابلیت نفوذ مخـاط معده نسبت به یـون هیدروژن افزایش میابد (۲).

دربررسی‌های انجام شده در ویتنام مشاهده کرده‌اند که بعضی از بیمـارانی که نارسائی کلیـه بعد از تروماتیسم داشته‌اند دچار خونـریزی قسمت فوقانی دستگاه گـوارش بعلت استرس اولسر شده‌اند ونارسائی کلیه‌قبل ازخونریزی بروز کرده است (۱).

بنا بعقیده Fisher و Stremple اوره بطور آزاد ازجریان خون خارج شده بداخل حفره معده میریزد و افـزایش غلظت اوره در معده موجب در هم شکستن مقاومت مخاط میشود (۱).

حفظ سلامت مخاط معده بستگی به‌تعادل بین دسکواماسیون مخاط وترمیم آن دارد. در بعضی موارد خـرابی مکانیسم ترمیم مخاط موجب ضایعات حاد معده وروده می‌گردد(۱).

در موارد اورمی تجربی مشاهده شده است که التیام بافت همبند به تأخیر میافتد وموجب‌کاهش سنتز کلاژن در زخمهای کـولون میشود (۳).

شوك وتروماتیسم در معده انسان موجب افزایش اسیدکلرئیدریك نمی‌شود. تروماتیسم در تولید موکـوس معده دخالت دارد ولی ارتباط بین ایجاد موکوس و پیدایش اولسر در تروماتیسم مورد بحث است.

درموارد شوك و تروماتیسم تغییرات عروقی زیادی ایجاد میشود و دلائل کافی وجود داردکه شوك و آسیبهای وسیع مـانع ترمیم میشوند (۴).

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

Mullane درموشها بررسی کـرده و باین نتیجه رسیده است که اسیدوز متابولیك ممکن‌است تاحدی موجب‌ضایعات‌معده درموارد نارسائی کلیه شود(۶).

Tran علت استرس اولسررا در موشهای تجربی مربوط به‌عامل هومورال میداند.

کورتیکواستروئیدهای‌فوق‌کلیوی بمقدارزیادومدت‌طولانی‌اکثراً ایجادآسیب یازخم معده و روده میکندیازخم قبلی‌را فعال‌میسازد. بیماران مبتلا به ارتریت روماتوئید یا مبتلا به لـوپوس اریتماتو که کورتیکواستروئید مصرف میکنند بیشتر مستعد ابتلا به اولسر

هستند تا بیمارانیکه دراثر التهابات روده و آسم کورتیزن مصرف می کنند.

باوجودیکه استروئیدها ترشح معده را زیاد نمیکنند معهذا تجویز آنتی اسیدها اکثراً مؤثر میباشند.

اسپرین و الکل موادی هستند که ممکن است ایجاد خراش و آسیب و گاستریت هموراژیك ودوئودنیت بکنند.

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

چون مخاط معده در عرض ۴۸-۷۲ ساعت تجدید میشود چنانچه بتوانیم خونریزی را دراینمدت مهار کنیم عارضه نیز مهارمیشود.

اولسردیگری کـه با خراش وآسیب اولسر ارتباط پیدا میکند، اولسر کوشینگ(Cushing ulcer)است.

در سال ۱۹۳۲ Harvey cushing آسیبهای مـری و معده و دوازدهه را در ۹ بیمار بعد ازکرانیوتومی مشاهده نمود و نشان داد که آسیب قسمت خاصی ازمغز ایجاد اولسر معده و روده می کند.

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. Gastroenterolegy 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.