

زخم اثنی عشر و معده - روش طبیعی و موثر برای درمان و پیش گیری

مجله نظام پزشکی

سال هشتم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۰ ، ۱۳۶۱

دکتر فریدون باثماقلیچ *

طبیعت با مکانیزم دقیق خود با رساندن این اسید در روده و ترشح مواد قلیائی از لوزالمعده تا هر مقدار اسید که وجود دارد خنثی میکند و پهاش روده در حد قلیائی برای عملکرد آنزیم های معده و لوزالمعده همیشه حفظ میشود. در گذشته توصیه میشد کسانی که ترشح اضافی اسید دارند غذا بدفعات زیادتر بخورند تا این نظام طبیعت حفظ شود. فقط بدلیل عدم امکانات اقتصادی و اجتماعی این تفکر پانگرفت و جانشین آن داروهای ضد اسید و داروهای دیگر شد. با توجه به عدم دقتی که در شیوه های متداول درمان وجود دارد و نظام بسیار حساس و پیچیده ای که در بدن علی الخصوص دستگاه گوارش هست و مکانیزم های کنترلی بسیار حساس برای اسید و آنزیم ها و ترشحات همبسته وجود دارد بجای اینکه دخل و تصرف غیر منطقی در این نظام بشود میباید با این عدم تامل ترشح اسید طوری مواجه شد که مکانیزم های لازم و ملزومی از کار نیفتند. بدین منظور و بجای هر گونه دارو و بجای غذای اضافی از آب استفاده شد زیرا آب برای مکانیزم های کنترلی بدن شناخته شده است و خود بدن از آن برای عامل نقل و انتقال استفاده و مکانیزم های خود را روی غلظت و رقت تنظیم مینماید ، لذا با این شیوه دخل و تصرف غیر منطقی دیگر اعمال نمیکردد.

روش و دلایل متصوره :

مقدار و زمان بندی خوردن آب بر مبنای تجربه و محاسبات تقریبی ترشحات اضافه بر میزان متداول و طبیعی بزاق - شیر - معده و غیره بدست آمد.

در زندان بخت یاری کرد و با بسته بودن محیط و همبندان که بتدریج متغیر بودند ، به اقتضای موقعیت زمان ، آثار و علائم انواع بیماری را که با فشار روحی بروز مینمود از نزدیک مشاهده کردم . با توجه به سوابق قبلی و شناخت روش متداول معالجه پپتیک اولسر که اسم اسید زخم را شخصاً ترجیح میدهم و بکار میبرم تجدید نظری در فرسویه و روش درمان این بیماری نموده و شیوه زیر را بمرحله آزمایش بالینی گذاردم.

نتیجه آن در نهایت سادگی آنقدر مثبت بود که اول روش متداول درمان در زندان سپس برای آگاهی و اشاعه این تجربه با توجه به مسائل مادی و معنوی جنبی این موضوع مورد تأیید و خواست مجریان امر قرار گرفت.

جالب آنکه خود بیمارانی که آرامش یافته بودند روش را تأیید کردند و مشوق اشاعه آن بودند و هرگز تحمیلی در کار نبود زیرا داروخانه در هیچ زمانی کسر دارو نداشت. البته توجه میفرمائید که تمام ارزش یابی ها بدلیل عدم امکانات رادیوگرافی و آزمایشگاه هورمون شناسی متکی بر مشاهدات بالینی بوده و معیار بهبود سکت شدن درد ، تهوع و استفراغ یا بند آمدن خونریزی و پاک شدن مدفوع از خون (ملینا) و خواب بدون درد و خوراک بدون تعصب بوده آنهم در شرایط مکانی و روحی ثابت و با بکار بردن این شیوه درمان خیلی بیش از چندین صد نفر در طول مدت اقامت از رنج و درد این بیماری خلاص شدند.

علم پزشکی تا کنون اسید اضافه را سعی کرده در معده خنثی نماید یا اینکه جلوی ترشح اضافی آنرا با دارو بگیرد ، حال آنکه

* این نوشته در زندان تهیه شده است که اگر چه مستند به آزمایش های لازم که هر کار علمی باید بدانها متکی باشد ، نیست ، معذک چون نویسنده با وجود آنکه امکانات آزمایشگاهی و یرتونکاری در اختیار نداشته ، با تجارب ۳۱ ماهه خود نتایجی بدست آورده و فرضیه ای عرضه کرده اند ، با تصویب هیات تحریریه مجله ، نوشته ایشان که بهر حال محصول اندیشه و تجربه و مطالعه یکی از همکاران ماست ، برای امان نظر خوانندگان ارجمند درج میشود .

اکسو کراین و بقیه را بدلیل اثر موضعی و همجواری پاراکراین مینامند. این پپتیدها در نقاط مختلف بدن یافت میشوند ولی بدلیل وظائف آنها در نقاط اثر گذاری عمده بیشتری وجود دارند. مثلاً اکثریت هورمونهای گوارش در نقاط مختلف مغز شناخته شده‌اند. عملکرد آنها از طریق اثر گذاری روی سیستم سیکلیک نیوکلئوتایدها است یعنی با اثر گذاردن روی آنزیم آدنیل سایکلینز سایکلیک آمپی را اکثراً زیاد مینماید و همزمان سیکلیک جی ام پی را کم و این توازن بین سی‌آم پی و سی‌جی ام پی تعادل بین ترشح هورمونها را تنظیم مینماید.

اثرات این هورمونها در دستگاه گوارش، زنجیره ای و لازم و ملزوم هم است، آنها که در خون بمقدار بیشتر در گردش هستند اثری پراکنده باید داشته باشند و بیش از یک دستگاه را تحریک یا کنترل مینمایند مانند اثر روی اوزالمعده یا ترشح صفرا. اثر آنها که درون روده ترشح میشود برای تنظیم عمل یاخته‌های پائین تر در مسیر است و نشان داده شده که این یاخته‌ها گیرنده‌های شیمیائی با حساسیتی بسیار دقیق نسبت به این ترشحات دارند. آنها که موضعی هستند اثر خود را روی یاخته‌های همجواری میگذارند مانند اثر سوماتواستاتین بر یاخته‌های گاسترین ساز. برای توضیح درمان آب شناخت چهار هورمون اصلی و یک پاراکراین یا اتوکرید ضرور است.

۱- گاسترین در سلولهای بنام جی در در دو شکل ملکولی ۱۷ و ۳۴ آمینواسیدی از قسمت انتهائی معده و اوائل دودنوم و بازنجیره آمینواسیدی خیلی بیشتر که آنها را گاسترین بزرگ مینامند در مغز یافت میگردد. شکل ۱۴ آمینواسیدی نیز وجود دارد. گاسترین را عامل اصلی در ترشح اسید از سلولهای پارائیل شناخته‌اند که گفته میشود قسمت اعظم اثر آن از طریق ترشح هیستامین که یک پاراکراین میباشد اعمال میگردد و میزان اثر رابطه مستقیم با میزان ترشح دارد. در این عملکرد است که داروی متی‌ای‌ماید-سیماتیدین-آکس‌متی‌دین-رئی‌تیدین-تایونیدین که مسدود کنندگان موقت گیرنده‌های هیستامین ۲ میباشد دخل و تصرف میکنند. سلول اسید ساز در ضمن گیرنده اثر تحریک کننده برای استیل گلین، خود گاسترین و چند عامل دیگر را نیز دارد ولی بمقدار کمتر.

جالب آنکه قدرت گاسترین در سه آمینواسید انتهائی است و در زخمهای اثنی عشر که ۷ برابر اسید زخم معده یافت میگردد اضافه ترشح این هورمون وجود دارد.

پروستاگلاندین در زخمهای معده رابطه بین ترشح اسید و پروستاگلاندینها علی‌الخصوص PGI₂ و نه (E₂) برخلاف تصور قبلی، متهم است زیرا PGI₂ جلوی ترشح اسید را میگیرد و اثر داروهای مانند اندومتاسین و یا اسپرین روی آنزیم سایکلو اکسیژنیز بازدارنده است و لذا جلوی ساخت PGI₂ گرفته میشود و اسید بمقدار زیاد تر ترشح میگردد. عملکرد دیگر پروستاگلاندینها در این ناحیه اثر در متابولیسم آب یاخته و قشری کربنات

کل عملی که یک بیمار انجام میدهد و سادگی آن هنوز پس از این مدت تجربه شکفت آوراست، نوشیدن یک لیوان بزرگ (حدوداً ۲۵۰ سانتیمتر مکعب) آب نیم ساعت قبل و دو ساعت و نیم بعد از هر وعده غذا در روز است. یعنی در مجموع شش وعده آب اضافه بر مقداری که تشنگی در حالت عادی میطلبد. در پاره‌ای از موارد که ترشح اسید بسیار زیاد بود و یا بیمار مدفوع خونی داشت مقدار آب بیشتری توصیه میشود بطوریکه بیمار کاملاً بدون درد باشد. این تفاوت بیش از چند جلسه طول نمی کشید سپس این اشخاص نیز با همان شش وعده نوشیدن آب بدون درد بودند. آب درد را معمولاً بین ۳ الی ۸ دقیقه و خیلی بندرت کمی بیشتر کاملاً ساکت می نمود، از این عملکرد آب بعنوان عامل تشخیص درد های مشکوک بدفمات استفاده شد. در بیماریهایی که تازه شروع شده بود یک، دو یا سه هفته و در زخمهای کهنه و اشخاص با سابقه بیماری طولانی ۵ یا شش هفته ادامه درمان توصیه میگردد. البته در هیچ یک از این اشخاص پس از روز پنجم درمان دقیق، درد و یا مزاحمت بیماری وجود نداشت. برای پیش گیری در مدت اقامت در بند، چهار وعده آب یعنی نیم ساعت قبل از صبحانه و دو ساعت و نیم بعد از هر وعده غذا توصیه میشود.

در مورد عده‌ای که تشدید اضطراب پس از مدت طولانی بهبود باعث بروز مجدد درد میشود اولاً آغاز درد خیلی خفیف بود ثانیاً با شروع مجدد این روش درمان بلافاصله درد و بیماری از بین میرفت. در عده قلیلی که اضطرابهای شدید داشتند یکی دو روز دیازپام ۲ میلیگرمی مصرف میشد. بدیهی است در کل این اشخاص نه حفظ رژیم غذایی امکی پذیر بود و نه اینکه توصیه میشود. در حقیقت حتی خوردن ترشی، فلفل، سرخ کردنی یا هر گونه غذای دیگر پس از مدت کوتاهی کاملاً بدون اشکال بود. بیماران فقط از سیگار کشیدن موقتاً منع میشدند زیرا نیکوتین با دخل و تصرف در مکانیزم سیکلیک نیوکلو تاید ها از طریق اعصاب سمپتیک از ترشح مواد قلیائی غدد برورنر جلوگیری مینماید.

دلایل فیزیولوژیکی که اسید رقیق میشود و ناحیه زخم با محلول رقیقتر شده میشود و ازدیاد حجم درون معده پمپ پیلور را بحرکت درمی آورد و اسید رقیق که اکنون قابل قبول برای اثنی عشر و روده است تخلیه میگردد و ترشح مواد قلیائی لوزالمعده آنرا خنثی مینماید کاملاً شناخته شده است. اکنون برای شناخت عمیقتر لازم است از مکانیزمهای کنترلی که طی این چند سال اخیر آشکار شده‌اند برای استدلال اثر آب استفاده نمائیم.

عملکرد معده - روده و لوزالمعده بر پایه سیستمهای کنترلی ۱۸ نوع یاخته هورمون ساز پراکنده که تاکنون شناخته شده و ترشحات ۱۴ نوع آن مشخص گردیده، باید استوار باشد. گاهی یک یاخته چند نوع ترشح پپتاید دارد و بدین دلیل اخیراً این دستگاه را در ضمن بزرگترین غده اندوکراین می‌شناسند. این ترشحات پولی پپتیدها بر سه قسم‌اند. بدلیل امکان اندازه گیری وجود و نوسان ترشح در گردش خون تعدادی از آنها را هورمون مینامند، تعدادی را بدلیل ترشح درون معده و روده که طی چند سال گذشته شناخته شده‌اند،

و موسین است. باید اینطور تصور کرد که تعادل بین هیستامین و پروستاگلاندین و احیاناً فیدبک بین این دو است که این اسید غلیظ یا $PH \approx 0.8$ را درون یاخته متعادل نگه میدارد. وجود صفرا همزمان با اسید در معده باعث از بین رفتن موسین و ایجاد زخم میگردد.

بازدارندگان ترشح گاسترین پروستاگلاندینها علی الخصوص PGI_2 - سکرترین و هورمونهای خانواده سکرترین، سوماتواستاتین، کالسیتوزین و اسید با PH اطراف یک میباشد. عوامل تحریک ترشح گاسترین استیل کولین - آئینواسید درون معده و تحریکات موضعی توسط غذای حجیم هستند.

هورمون سکرترین :

این هورمون دارای ۲۷ زنجیره آمینواسیدی است و در یک شکل مولکولی وجود دارد.

عمل سکرترین در مرحله اول روی یاخته‌های اسینار لوزالمعده که هر یک یاخته در حدود ۱۳۸۰۰۰ گیرنده حساس به سکرترین دارد و همینطور بر یاخته‌های مجاری لوزالمعده میباشد، سکرترین باعث ترشح مایع قلیائی آبکی میشود و چنانچه در معیت هورمون کل سیست کاینین باشد اثر آن ۴ برابر بیشتر میگردد. سکرترین اثر مستقیم روی یاخته‌های سازنده اسید دارد و مانع ترشح آن میگردد سکرترین گفته میشود مستقیم اثر بازدارنده روی یاخته‌های سازنده گاسترین دارد و یا از طریق تحریک هورمون سوماتواستاتین این عمل را انجام میدهد، سکرترین فقط توسط اسید با $PH \approx 4/5$ به پائین ترشح میشود. و هورمون در گردش در خون با غلظتی ناچیز، ۱۲-۱۰ × ۱۲ باعث ترشح مایع قلیائی آبکی میشود. و میزان آن با حجم اسید و مقدار روده که محیط آن اسیدی میگردد رابطه مستقیم دارد. همان عملی که آب باعث انجام آن است یعنی بعلمت عدم غلظت زیاد شیر. باقیمانده اسیدی سریعتر پخش و سطح بیشتری از روده را تحریک مینماید و قاعداً باید تصور کرد که چون این عمل بدفعات انجام میشود تدریجی (اول خفیف سپس ساکت شدن درد از یک تا چند روز) هم جلوی ترشح اسید اضافه گرفته میشود و هم اینکه بازدارنده ترشح هورمون گاسترین میگردد. البته آمینواسید خارج شده از معده نیز باعث تحریک گاسترین نخواهد بود. بدین ترتیب میزان تعادل و نظام کنترلی مجدداً برقرار میشود.

هورمون موتیلین:

هورمون موتیلین از یاخته‌های EC_2 ترشح میگردد همان یاخته‌هایی که سراتونین را میسازد و گسرنول آنها تشابه دارند. موتیلین در ۲ شکل مولکولی وجود دارد.

اثر موتیلین روی عضلات معده و روده باعث تحریک و انقباض میگردد و اگر درون معده مواد غذایی وجود داشته باشد حرکات تخلیه‌ای آن منظم است و اگر خالی باشد حرکات نامنظم و انقباضی است. تحقیقات سه گروه از محققین در سال ۷۵ و ۷۶ حکایت از اثر انقباض که عملاً جلوی تخلیه معده گرفته میشود را مینماید که در مراحل

آخری باید توام با انقباض دریچه پیلور باشد.

موتیلین عامل تنظیم کننده تخلیه معده تلقی شده است. آزمایشات نشان داده که علاوه بر مکانیزمهای تحریکی توسط گاسترین، باهسین و اسید با PH پائین باعث ترشح موتیلین میگردد و در عمل تخلیه معده رکود زیاد ایجاد مینماید.

هورمون سوماتواستاتین بدلیل اثر همجواری و اثر روی نسج کروماتین مانع عملکرد موتیلین میگردد.

هورمون سوماتواستاتین :

این هورمون بغیر از وجود در هیپوتالاموس و نواحی مغز در سلولهای (D) در معده - روده و لوزالمعده یافت میشود. سوماتواستاتین در چند شکل مولکولی وجود دارد، این هورمون جلوی ترشح تعدادی از هورمونهای دستگاه گوارش را میگیرد. یاخته‌های آن در معده بطور پراکنده وجود دارند. در معده با انقباضات موئی بسلولهای سازنده گاسترین متصل میشوند و آزمایشات نشان داده است که جلوی ترشح اسید بطور موثر توسط این هورمون گرفته میشود. غلظت سوماتواستاتین در خون و ترشح گاسترین و در نتیجه، اسید، رابطه معکوس دارند.

امروز سوماتواستاتین بجای هر نوع داروی دیگر مانند سایمتیدین در خونریزیها از ناحیه اسید زخمها و بیماریهای از گاسترین زیاد مورد استفاده است گلوکز - لوسین - سکرترین و خانواده اسید در اثنی عشر از جمله عاملین مؤثر تحریک سوماتواستاتین میباشد.

با توجه به چکیده فوق تا عکس آن ثابت گردد باید قبول نمود که اثر آب در این زمانها پس از رقیق شدن اسید با PH مؤثر و تخلیه آن درون دود نم باعث تحریک ترشح سکرترین در مرحله اول سپس خانواده آن و اثر تحریک زنجیره‌ای آنها بر سوماتواستاتین که این نیز با سکرترین فیدبک دارد هم جلوی ترشح اسید را مستقیماً میگیرند و هم اینکه اثر منفی که روی یاخته‌های سازنده گاسترین که عامل ترشح اسید اضافی معده میباشد اعمال مینمایند، استوار است. بدین ترتیب تعادل هورمونی مجدداً برقرار میگردد. و اما داروهای مانند سایمتیدین که البته جلوی ترشح اسید و همینطور هورمون سکرترین و بیکنات را میگیرند و عملاً علاوه بر اثر مستقیم سوء که بر گیرنده‌های هیستامین ۲ در نقاط دیگر بدن دارند با بهم ریختن تعادل هورمونی و حفاظ اسید معده در ازمدت باعث رشد میکربهای غیر بومی در معده و روده گردیده و در آینده نیز این داروها در ازدیاد سرطان دستگاه گوارش شدیداً متهم خواهند شد.

تشکرات عمیق خود را به بیمارانی که قبول استدلال را نمودند و نگارش این طرز تفکر را امکان پذیر ساختند و نیز همکاران گرامی که با من در بند بودند و با محبت و تشویق خود مرایاری فراوان کردند تقدیم میدارم.

دکتر فریدون باتمانقلیچ - اوین