

زخم معده

۱- زخم‌های^۱ معده برخلاف اروزیبون‌ها^۲ در عمق موسکولاریس موکوزا گسترش پیدا کرده و در اتصالات مخاطی بیشتر تشکیل می‌شوند. اسید معده، برای مدت زمان زیادی، لازمه‌ای برای تشکیل زخم به شمار می‌رفت.

در واقع اغلب زخم‌ها به وسیله عفونت هلیکوباکتریلوری یا با خوردن داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی^۳ ایجاد می‌شوند. حدود ۹۰٪ بیماران با زخم دوازدهه و ۷۰-۹۰ درصد بیماران با زخم معده، عفونت با *H.pylori* دارند.

عفونت با *H.pylori* با افزایش ترشح اسید معده و کاهش مقاومت مخاطی باعث ایجاد زخم می‌شود، در حالی که NSAID ها با کاهش مقاومت مخاطی زمینه ایجاد زخم را فراهم می‌کنند. معمولاً زخم دوازدهه در زمینه افزایش ترشح اسید معده می‌باشد ولی زخم معده به علت کاهش مقاومت مخاطی با ترشح نرمال اسید معده ایجاد می‌گردد. افزایش ترشح اسید معده با مخاط نرمال نیز می‌تواند باعث بروز زخم معده و دوازدهه شود مانند حالتی که در سندرم زولینجر-الیسون یا انسداد خروجی معده اتفاق می‌افتد. در نتیجه، از بین بردن عفونت *H.pylori* و عدم مصرف NSAID ها، هدف نهایی در درمان زخم‌های پپتیک و جلوگیری از عود و عوارض آنها می‌باشد. (شوارتز)

1 Ulcer

2 Erosion

3 NSAIDs

۲- درد اپیگاستر، شایعترین علامت زخم پپتیک بوده و در ۷۰٪ بیماران دیده می‌شود. درد معمولاً بدون انتشار بوده و ماهیت سوزشی دارد. درد زخم دوازدهه ۲ تا ۳ ساعت پس از غذاخوردن شروع می‌شود و ۳۰-۴۵٪ موارد، شبانه است و اغلب بعد از غذاخوردن تسکین می‌یابد. درد زخم معده معمولاً با غذاخوردن شروع می‌شود.

۳- سوء هاضمه^۱ به صورت ناراحتی اپیگاستر، تهوع، آروغ زدن و نفخ تظاهر پیدا می‌کند. اغلب بیماران مبتلا به سوء هاضمه زخم پپتیک ندارند. از دیگر علل سوء هاضمه بیماری بازگشت اسید از معده به مری^۲، داروها، بارداری، تخلیه تاخیری معده، بیماری‌های پانکراس یا صفاوی و ایسکمی مزانترو می‌باشند.

۴- کاهش اشتها در ۶۰-۴۰٪ از بیماران وجود دارد که ممکن است با آروغ زدن یا نفخ همراه باشد.

۵- استفراغ می‌تواند با انسداد خروجی معده ناشی از زخم‌های قبل از پیلور رخ دهد. کاهش وزن، بیانگر بدخیمی است، اما همچنین می‌تواند با انسداد مزمن خروجی معده همراهی داشته باشد.

۶- کم خونی می‌تواند تنها علامت و نشانه یک زخم معده بدخیم باشد. همچنین اغلب بیماران تست خون مخفی مثبت در مدفوع دارند.

۷- تمام NSAID ها تخریب مخاطی ایجاد می‌کنند و ایجاد زخم وابسته به دوز دارند.

هر سال ۲-۴٪ از مصرف کنندگان NSAID، عوارض گوارشی پیدا می‌کنند. روزانه تقریباً ۱ نفر از هر ۱۰ بیماری که NSAID مصرف می‌کند مبتلا به زخم حاد می‌شود. داروهای دیگر مانند آسپرین و استروئید هم می‌توانند زخم معده حاد یا ساییدگی مخاطی ایجاد کنند.

۸- تست گایاک^۳ مثبت در معاینه مقعدی سرخ مهمی برای بیماریهای معده است. توده رکتال که در قدام در معاینه مقعدی لمس می‌شود^۴، مطرح کننده بدخیمی متاستاتیک معده است.

۹- در آزمایش CBC ممکن است کم خونی دیده شود. در صورت وجود انسداد خروجی معده، آزمایشات بیوشیمیایی خون ممکن است مطرح کننده‌ی آلكالوز متابولیک هایپوکالمیک باشد.

۱۰- وجود آکلریدری^۵ در تست ترشحات معده می‌تواند بیانگر احتمال بدخیمی باشد. تصویربرداری با باریوم در تشخیص زخم معده (در صورتی که انسداد یا سوراخ شدگی^۶ وجود نداشته باشد) دقت ۹۰ درصد دارد. این مطالعات جایگزین اندوسکوپی نیستند، بلکه مکمل آن هستند.

۱۱- پرفوراسیون با توجه به وجود شوک قبل از عمل، بیماری قابل توجه زمینه‌ای و پرفوراسیون طول کشیده بیشتر از ۲۴ ساعت، میزان مرگ و میری بالغ بر ۴۰-۱۰٪ دارد.

1 Dyspepsia

2 GERD: Gastroesophageal Reflux Disease

3 Guaiac Test

4 Blumer's shelf

5 Achlorhydria

6 Perforation

هنگامی که شک به پرفوراسیون با علایمی مانند درد گسترده شکمی و علائم پریتون به صورت حساسیت بازگشتی و گاردینگ (سفت‌شدگی) وجود دارد، گرافی ایستاده شکم یا سینه ضروری است و هوای آزاد تقریباً در ۷۰٪ موارد دیده می‌شود.

در صورت پرفوراسیون بیمار معمولاً زمان دقیق شروع درد را به خاطر می‌آورد. در مراحل اول، پریتونیت شیمیایی به علت ترشحات معده و دوئودنوم ایجاد می‌شود ولی پس از چند ساعت پریتونیت باکتریال روی آن سوار می‌شود. به محض تشخیص احیاء بیمار و آنتی بیوتیک شروع می‌شود. در مواردی که محل ترشح بسته شده باشد (در بررسی با باریوم) و علائم پریتونیت وجود نداشته باشد، می‌توان درمان غیرجراحی کرد. (شوارتز)

۱۲- آندوسکوپی در تشخیص زخم معده، صحت ۹۰٪ دارد که می‌تواند ۵ نوع زخم را تعریف کند.

نوع ۱: در بریدگی^۱ یا قسمت تحتانی خم کوچک

نوع ۲: زخم معده و دوازدهه به طور همزمان

نوع ۳: پیلور یا قبل از پیلور

نوع ۴: نزدیک کاردیا

نوع ۵: در هر قسمتی از معده رخ می‌دهد و نتیجه مستقیم مصرف مزمن آسپرین و NSAID است. آندوسکوپی به ما اجازه می‌دهد، جهت رد احتمال بدخیمی از چهارگوشه و مرکز زخم بیوپسی تهیه کرده و از تمام زخم‌های مزمن معده با برس^۲ نمونه تهیه کنیم.

یافته‌های سیتولوژیک برس ممکن است هنگامی که بیوپسی منفی است، مثبت باشد.

۱۳- برای درمان کارآمد لازم است که تمام زخم برداشته شود که گاسترکتومی دیستال، بهترین شیوه این کار است. در بیمارانی که از نظر همودینامیک باثبات نیستند، برداشتن قسمت سوراخ شده به همراه ترمیم اولیه آن یا بیوپسی از چهارگوشه و بستن زخم توسط چادرینه توصیه می‌شود. میزان عود بعد از بستن حدود ۹۰-۴۰٪ است. بنابراین علاوه بر آن، واگوتومی تنه‌ای و پیلوروپلاستی ممکن است مفید باشد. بیمار دچار انسداد می‌تواند با آنترکتومی و گاسترودئودنوستومی درمان شود.

اگر چنانچه اسکار^۳ آنقدر شدید باشد که از آناستوموز مطمئن جلوگیری کند، گاستروژنوستومی به همراه واگوتومی تنه‌ای می‌تواند انجام شود.

۱۴- H.pylori در اغلب زخم‌های معده (۹۰-۶۰٪) وجود دارد. بیماران زخم معده‌ای که عفونت ندارند به احتمال زیاد مصرف کننده ی NSAID هستند. تمام تست‌هایی که در حال حاضر برای تشخیص H.pylori در دسترس هستند، حساسیت و ویژگی خوبی دارند. تست‌های غیرتهاجمی شامل موارد زیر می‌گردند:

تست‌های سرولوژی (حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۹۵٪)

1 Incisura

2 Brush

3 Scar

تست تنفسی اوره (حساسیت ۹۵٪ و ویژگی ۹۸٪) تست‌های تهاجمی شامل تست سریع اوره آز (حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۹۸٪) و بافت‌شناسی و کشت (حساسیت‌ها به ترتیب ۸۰٪ و ۹۵٪ و ویژگی به ترتیب ۹۹٪ و ۱۰۰٪ دارد). برای تشخیص *H.pylori* انجام آندوسکوپی، ضروری نیست. برای تشخیص اولیه بدون آندوسکوپی، سرولوژی آزمایش انتخابی است.

همراه با آندوسکوپی، آزمایش سریع اوره آز^۱ و آزمایش سرولوژیک، هر دو انتخاب‌های عالی هستند، هرچند تست سریع اوره آز ارزان تر است.

برای اثبات ریشه کنی بعد از درمان، تست تنفسی اوره، تست انتخابی است.

۱۵- بیماران با زخم پپتیک که عفونت *H.pylori* آنها با موفقیت درمان یا ریشه کن شده است، تقریباً هیچ وقت عود زخم نخواهند داشت.

در صورت عدم ریشه کنی *H.pylori*، میزان عود سالانه حدوداً ۵۸٪ است در مقابل حدود ۲٪ هنگامی که *H.pylori* ریشه کن شده است. در کل، جهت ریشه کنی *H.pylori*، درمان سه دارویی موفق تر از درمان دو دارویی یا تک دارویی است.

سه رژیم سه دارویی امیدوار کننده در حال حاضر در دسترس است. OAM و OMC, OAC.

(آموکسی سیلین = A، کلاریترومایسین = C، مترونیدازول = M، امپرازول = O)

این درمانها ۲ هفته طول می‌کشند و داروها حاوی بیسموت نمی‌باشند و مصرف روزانه دو نوبت، نتیجه بخش است.

۱۶- بعضی از داروها می‌توانند زخم را از طریق خنثی سازی اسید و یا با تقویت دفاع موکوسی درمان کنند. پروستاگلاندین ها، ترشح مخاط، بیکربنات و جریان خون را افزایش می‌دهند. سوکرافیت^۲ و دوز پایین آنتی اسید با مکانیسم ناشناخته، بهبود زخم را پیش می‌برند.

آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین (H_2) از نظر ساختاری شبیه هیستامین هستند و در اثر بخشی، نیمه عمر و دسترسی زیستی متفاوتند.

مصرف خوراکی این داروها به اندازه مصرف وریدی، ترشح اسید را کم می‌کند. تزریق داخل وریدی ممتد آنتاگونیست‌های گیرنده H_2 ، خاصیت ضد اسیدی بیشتری نسبت به تجویزهای متناوب این دارو دارد (K/H^+). پمپ معدی مسئول مرحله نهایی ترشح اسید از سلولهای جداری است. این پمپ مقدار زیادی انرژی نیاز دارد که از طریق ATP داخل سلولی تامین می‌شود و آخرین مسیر انتقالی برای ترشح هیدروژن از سلولهای جداری است. به این دلیل مهارکننده‌های این پمپ، تمام انواع ترشح اسید را بلوک می‌کنند.

مهارکننده‌های پمپ مانند امپرازول، ترشح اسید را کامل تر از یک آنتاگونیست گیرنده H_2 مهار می‌کند و مدت زمان بیشتری از H_2 بلاکرها، ترشح اسید را محدود می‌نماید.

باید بیمار را به ترک سیگار ترغیب کرد. عود زخم با مصرف زیاد الکل افزایش می‌یابد.

۱۷- هنگامی که زخم متعاقب NSAID به وجود می‌آید، بهترین راه این است که همزمان با درمان زخم، اگر امکان داشته باشد مصرف NSAID را قطع کنیم.

درمان زخم با عوامل ضد ترشح مانند آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین یا ترجیحاً با یک مهارکننده پمپ پروتون مانند امپرازول آغاز می‌شود. عفونت *H.pylori* باید درمان شود. برای بیماران وابسته به NSAID، درمان‌های کمکی با میزوپروستول، که یک آنالوگ پروستاگلاندین می‌باشد، یا جایگزینی NSAID اولیه با یک NSAID ایمن تر که مهارکننده انتخابی سیکلواکسیژناز (Cox II) می‌باشد توصیه می‌شود.

۱۸- زخم معده باید به مدت ۸-۱۲ هفته درمان شود و پس از آن جهت بهبودی ارزیابی شود. اگر زخم بهبود یافته است و بیمار NSAID مصرف نمی‌کند و عفونت *H.pylori* ندارد، درمان نگهدارنده باید مدنظر قرار بگیرد.

اندیکاسیون‌های جراحی شامل عدم پاسخ به درمان، خونریزی، پرفوراسیون و انسداد است. عدم پاسخ به درمان امروزه کمتر دلیلی برای جراحی است، چرا که درمان دارویی نسبتاً موثری در دسترس است.

در گذشته عدم بهبودی کامل، در عرض ۱۲ هفته، اغلب اندیکاسیون مطلق برای عمل بوده است. این در حالی است که اغلب گاستروانترولوژیست‌ها در حال حاضر این اعتقاد را ندارند.

۱۹- شایعترین شکل زخم معده نوع I است (۶۰-۵۵٪). درمان مناسب آن، گاسترکتومی دیستال است که زخم را در برگیرد و متعاقب آن آناستوموز گاستروئودنال (بیلروت I) انجام می‌شود. واگتومی تنه‌ای لزومی ندارد چرا که این زخم‌ها عموماً با افزایش ترشح اسید همراه نیستند.

گاسترکتومی انتخابی، میزان مرگ و میر و عودی بالغ بر ۲٪ دارد.

واگتومی پروگزیمال به همراه برداشتن زخم، با مرگ و میر و صدمات کمتری همراه است. اما میزان عود بالاست (۲۸-۸٪).

۲۰- نوع ۲ و ۳ زخم معده، با ترشح بیش از حد اسید همراه است و ۲۵-۲۰٪ از موارد خوش خیم را شامل می‌شود. درمان، بر اساس کاهش ترشح اسید است. واگتومی حداکثر ترشح یون هیدروژن را تا ۵۰٪ و واگتومی به همراه انترکتومی تا حدود ۸۵٪ کاهش می‌دهد.

واگتومی به همراه انترکتومی که زخم را هم در برمی‌گیرد، درمان انتخابی است.

واگتومی پروگزیمال (واگتومی کاملاً انتخابی^۱) یا واگتومی سلولهای پاریتال، در صورتی که زخم هم خارج شده باشد جایگزین قابل قبولی است. این روش همچون واگتومی تنه‌ای در کاهش ترشح اسید موثر است و اثرات جانبی کمتری دارد، اما میزان عود بالاتری دارد.

۲۱- زخم معده نوع ۴ در محل اتصال مری و معده است. چنین زخم‌هایی در آمریکا رایج نیستند. برداشت بافت، کمترین میزان عود را در مدت زمان طولانی تضمین می‌کند، اما مشکلات تکنیکی به همراه دارد. برداشت را باید مانند زبانه‌ای به سمت بالا در خم کوچک انجام داد. برای اجتناب از تنگ شدن ورودی معده ترمیم به وسیله تکنیک Roux-en-Y از وفاگواستروژنوستومی برای زخم‌های با فاصله ۲ سانتی‌متر از محل اتصال مری و معده توصیه می‌شود.

۲۲- ساب توتال گاسترکتومی رادیکال با ترمیم بیلروت II آنتی کولیک درمان ترجیحی برای زخم معده بدخیم است. در موارد متاستاز دوردست خارج‌سازی درمانی قابل انجام نمی‌باشد، گرچه خارج‌سازی تسکینی یا بای پس ممکن است لازم شود.

۲۳- خونریزی شایع‌ترین عارضه زخم پپتیک می‌باشد. خون ریزی شایع‌ترین علت مرگ در زخم‌های پپتیک نیز می‌باشد. بیماران معمولاً با هماتوژی با یا بدون ملنا تظاهر می‌کنند. آسپیراسیون خون از لوله معده معمولاً تشخیصی است. آندوسکوپی زودهنگام اقدام تشخیصی و درمانی مناسبی است. (شوارتز)

۲۴- سه چهارم بیماران با خون ریزی از زخم معده با توقف تغذیه دهانی و درمان ضد اسید بهبود می‌یابند. بیمارانی که از آندوسکوپی سریع سود می‌برند شامل شوک، هماتمز، نیاز به تزریق خون بیش از ۴واحد در عرض ۲۴ ساعت، نمای با ریسک بالا در آندوسکوپی (خون ریزی فعال^۱ و عروق قابل مشاهده^۲) می‌باشند. (شوارتز)

۲۵- قطع نشدن خونریزی با آندوسکوپی یا عود مجدد خون ریزی پس از اقدام آندوسکوپی، اندیکاسیون جراحی می‌باشد. البته آندوسکوپی مجدد پس از عود خونریزی درصد موفقیت بالایی دارد. زخم‌های خونریزی دهنده عمیق و زخم‌های بخش خلفی قسمت اول دوئودنوم یا خم کوچک معده ریسک بالایی از نظر عود خونریزی دارند و عمل جراحی در اولین فرصت باید انجام شود. (شوارتز)

