

زخم دوازدهه

۱- زخم دوازدهه هنوز بعنوان مشکل جدی که باعث یک میلیون بستری و تقریباً ۵۰۰۰ مرگ در سال می‌شود، مطرح می‌باشد. اکثر زخم‌های دوازدهه یا به علت عفونت با هلیکوباکتریلوری (۹۰٪) و یا به علت استفاده طولانی مدت از NSAID ها بوجود می‌آید.

بیماران با زخم دوازدهه عموماً درد را ۲ تا ۳ ساعت پس از صرف غذا در شب تجربه می‌کنند. دو سوم بیماران از دردی که آنها را از خواب بیدار می‌کند شاکی هستند. درد در زخم معده عموماً در زمان غذا خوردن رخ می‌دهد و بعید است که بیمار را از خواب بیدار کند. سابقه ای از زخم پپتیک، استفاده از NSAID ها، آنتی اسیدهای بدون نیاز به نسخه و یا داروهای ضد ترش‌حی، پیشنهاد کننده تشخیص است. سایر علامات و شکایات شامل تهوع، نفخ، کاهش وزن، مدفوع مثبت از نظر خون مخفی و آنمی است. زخم دوئودنوم در مردان دو برابر زنان شایع است، ولی شیوع زخم معده در زنان و مردان برابر است. به طور متوسط، بیماران مبتلا به زخم معده ۱۰ سال مسن تر از بیماران مبتلا به زخم دوئودنوم هستند و بروز آن در کهنسالان، شاید به علت افزایش استفاده از NSAID ها همراه با بروز بالای عفونت H.Pylori در حال افزایش است. (شوارتز)

۲- هرچند میزان بهبود حدود ۹۵٪ با استفاده از متوقف کننده‌های گیرنده H_2 و یا مهارکننده‌های پمپ پروتون به تنهایی حاصل می‌شود، اکثر زخمها پس از ۲ سال از قطع درمان با این داروها برگشت می‌نمایند.

تستهای غیر تهاجمی یا آزمایشات سرولوژیک یا تستهای تنفسی به طور دقیق بیمارانی را که عفونت زمینه‌ای با هلیکوباکتری پیلوری دارند مشخص می‌نماید.

درمان با رژیمهای چند دارویی کوتاه مدت می‌تواند اکثر اینگونه عفونت‌ها را ریشه کن کند و به عنوان درمان مقرون به صرفه با اثر طولانی در ۸۵ تا ۹۵ درصد بیماران مطرح می‌باشد. یک متآنالیز اخیر عود به میزان ۶٪ بدن‌بال درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری زخم دوازدهه در مقایسه با عود ۶۷٪ بدون درمان ریشه کنی را نشان داده است.

شکست درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری ممکن است بعلت وجود سویه‌های مقاوم به درمان یا کاهش قدرت تطابق بیمار با درمان باشد.

۳- در صورت وجود اسهال ترشچی، پیچ و خمهای برجسته، زخمهای متعدد و یا زخمهای انتهایی و یا زخمهای عود کننده تشخیص گاسترینوما مطرح می‌شود، که در این حالت سطح گاسترین سرم باید اندازه گیری شود.

گاسترین ناشتا در بیمارانی که درمانهای ضد ترشچی می‌گیرند ممکن است اندکی افزایش یابد. اگر بیمار قادر به قطع PPI^۱ بمدت یک هفته بود و مشکل خاصی نداشت باید سطح سرمی گاسترین ناشتا و pH مایع معده پس از یک هفته اندازه‌گیری شود. اگر بیمار با قطع PPI دچار علائم شدید شد می‌توان از یک آنتاگونیست گیرنده H₂ بمدت یک هفته کمک گرفت و سپس آنتاگونیست H₂ بمدت ۳۰ ساعت قطع شده و بعد گاسترین ناشتا و pH مایع معده اندازه‌گیری می‌شوند. در صورتی که pH کمتر از ۲/۵ و گاسترین بالاتر از 100 Pg/ml باشد، تشخیص گاسترینوما مطرح می‌باشد. گاسترینوما در بیماری که سطح گاسترین کمتر از 100 Pg/ml یا pH بیش از ۲/۵ (هیپوکلریدری / آکلریدری) داشته باشد رد می‌شود. در صورت وجود افزایش متوسط در سطح گاسترین (101-999 Pg/ml) و pH کمتر از ۲/۵، باید تست تحریکی ترشح برای بیمار انجام شود.

۴- خونریزی جدی ترین و شایع ترین عارضه زخم پپتیک با مرگ ومیر ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌باشد. زمانی که به طور جدی درمان شود، خونریزی در ۸۰٪ بیماران خود محدودشونده خواهد بود. درمان مدیکال ابتدایی شامل تزریق خون مناسب، تزریق طولانی داروهای ضد ترشچی و تصحیح اختلال انعقادی می‌شود.

۵- انسداد خروجی معده در ۶ تا ۸ درصد بیماران مبتلا به زخم دوازدهه گزارش شده است. این عارضه در اثر تورم یا محل زخم قدیمی^۲ نزدیک به زخمهای قبل از پیلور یا زخمهای پیلوریک بوجود می‌آید. آندوسکوپی ماهیت خوش خیم زخم را مشخص ساخته و ارزیابی کلی از شدت تنگی بعمل می‌آورد. گشاد کردن آندوسکوپییک توسط بالون در موارد خیلی خاص موفقیت محدودی داشته است ولی خطر متوسط

1 Proton Pump Inhibitor

2 Scar

پارگی را بدنال دارد. استفاده کوتاه مدت از لوله بینی، معده برای برداشتن فشار به همراه درمان دارویی زخم، انسداد را در برخی بیماران بهبود می‌بخشد. درمان کامل نیازمند جراحی است.

۶- در اکثر موارد پارگی زخم دوازدهه، با شروع ناگهانی درد شکمی و سفتی شکم تظاهر می‌نماید. علائم در افراد پیر و کسانی که از استروئیدها استفاده می‌نمایند خفیف تر می‌باشد.

۷- زمانی که بیماران پس از ۶ تا ۸ هفته از درمان مطلوب، همچنان علامت دار باشند، آندوسکوپی برای اثبات تشخیص و هدایت دوباره درمان ضروری است. سایر ضایعات جدی شامل گاسترینوما، زخم پپتیک، تومورها، بیماری التهابی روده و اختلالات کبدی صفراوی یا پانکراس باید مدنظر قرار گیرند. زخم دوازدهه مقاوم ولی تقریباً بهبود یافته ممکن است به درمان دارویی با دوز بالاتر داروها پاسخ مثبت دهد. اجتناب از عوامل خطر شامل کشیدن سیگار، الکل، استفاده از آسپرین و NSAID ها نیز باید مدنظر قرار گیرند.

۸- در بیماران با علائم حیاتی طبیعی نیز، آندوسکوپی لازم است. ظاهر آندوسکوپی زخم به پیش بینی دوره بیماری کمک خواهد نمود.

زخم‌های تمیز بندرت خونریزی نموده و نیاز به هیچگونه مداخله‌ای ندارند، در حالی که زخم‌های دارای لخته و یا عروق قابل مشاهده خطر بالاتری برای خونریزی دوباره داشته (به ترتیب ۲۲٪ و ۴۳٪) و نیازمند مداخله جدی می‌باشند.

مشخص شده است که کوتر الکتريکی تک قطبی و چندقطبی به خوبی پروب^۱ گرم کننده و درمان تزریقی می‌تواند اکثر دوره‌های خونریزی را کنترل و مرگ و میر آنان را کاهش دهد. در ۲۰٪ بیماران پرخطر خونریزی ممکن است مقاوم شده و یا عود نماید. حداقل نیمی از این بیماران هر از چند گاهی به جراحی اورژانس نیاز پیدا می‌کنند. ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری به طور معنی داری خونریزی عود کننده را کاهش می‌دهد.

۹- بستن ساده پارگی توسط **Graham Patch** و به دنبال آن ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری، عود ۴/۸٪ را به همراه خواهد داشت که این باعث کاهش نیاز به جراحی وسیع تر زخم در اکثر بیماران می‌شود. روش‌های لاپاروسکوپی که با درمان دارویی مناسب ترکیب شوند بسیار مؤثر و قابل تحمل هستند.

۱۰- جراحی در بیمارانی که از نظر هلیکوباکتر پیلوری منفی هستند، کسانی که به درمان هلیکوباکتر پیلوری جواب نداده اند یا وابسته به NSAID هستند باید مدنظر قرار گیرد. واگوتومی انتخابی درمان مدنظر است و با دستیابی لاپاروسکوپی یا باز قابل اجراست. ناپایداری همودینامیک و آلودگی وسیع پریتون به عنوان عوامل منع واگوتومی انتخابی مطرح می‌باشند.

۱۱- در بیماران پرخطر، زمانی که کنترل آندوسکوپی خونریزی زخم شکست می‌خورد، آنژیوگرافی با تشخیص خروج ماده حاجب از شریان گاستروودونال یا شریانهای قدامی فوقانی یا خلفی فوقانی

پانکراتیکودوئودنال می‌تواند محل خونریزی را مشخص سازد. هموستاز در ۶۰٪ تا ۹۰٪ بیماران با آمبولیزاسیون عروق از طریق کاتتر برقرار می‌شود.

۱۲- واگوتومی باز همراه با آنترکتومی برای موارد شدید انسداد و زخمهای بزرگ (بزرگتر از ۲ سانتی‌متر) توصیه می‌شود. به عنوان یک روش جایگزین، دستیابی لاپاروسکوپیک با واگوتومی انتخابی و گاستروژژونوستومی نیز نتایج رضایت بخش به همراه داشته است.

۱۳- گاستروانتروستومی بدون واگوتومی در بیماران پیر بخصوص مردان برای جلوگیری از بی‌حرکتی معده پس از عمل ممکن است توصیه شود.

۱۴- جراحی در مورد زخمهای دوازدهه بعلت پیشرفت روشهای غیرجراحی کمتر استفاده می‌شود. در صورتی که وضعیت زخم پیچیده و یا غیرقابل کنترل شود درمان جراحی ضرورت می‌یابد. اکثر روشهای دستیابی جراحی ۲ هدف عمده دارند:

بهبود مسائل مربوط به زخم

پیشگیری از عود.

خطرات و مزایای روشهای متعدد با یکدیگر متفاوت بوده و در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش کاربرد دارند. تمامی این روشها می‌توانند با لاپاروسکوپي نیز اجرا شوند، ولی این روشها باید در مراکز خاص و یا توسط جراحانی که آموزش دیده‌اند انجام پذیرد.

- واگوتومی / پیلوروپلاستی

عود ۱۲٪

مرگ و میر ۱٪

ناتوانی ۲۰-۱۵٪

- واگوتومی / آنترکتومی

عود ۱٪

مرگ و میر ۳-۱٪

ناتوانی ۲۰-۱۵٪

- واگوتومی انتخابی

عود ۱۵-۱۰٪

مرگ و میر ۰/۵٪

ناتوانی ۵٪

۱۵- واگوتومی انتخابی، درمان انتخابی زخم غیرقابل کنترل می‌باشد. روشهای لاپاروسکوپیک به طور قابل اطمینانی می‌توانند نتایج حاصل از روشهای جراحی باز را داشته باشند.

۱۶- واگوتومی با پیلوروپلاستی معمولاً برای درمان زخمهای حاد خونریزی دهنده ترجیح داده می‌شوند. دوختن بیش از حد ناحیه زخم ضروری است.

خونریزی گوارشی فوقانی

شرح حال و معاینه بالینی

بیماری زخم پپتیک

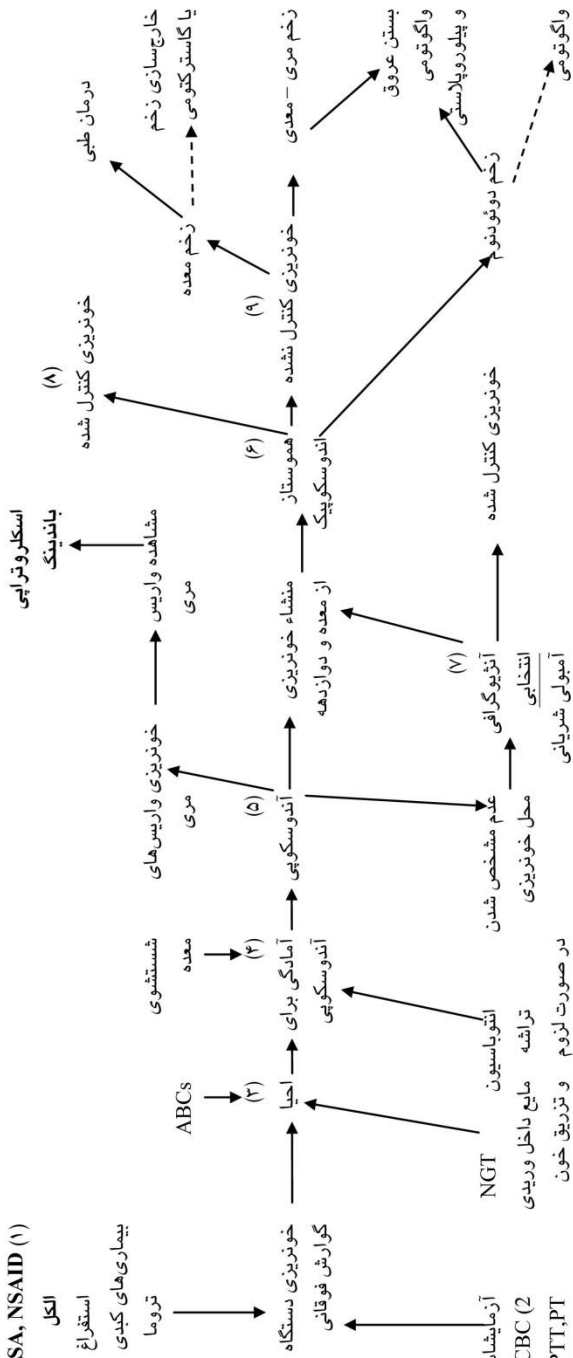
ASA, NSAID (۱)

الکل

استفراغ

بیماری‌های کبدی

تروما



پلاکت‌ها

نوع و cross match