



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم الجراحة

خبرة مشافي جامعة دمشق في التدبير الجراحي للقرحة العفجية المثقوبة

دراسة مقارنة

رسالة مقدمه لنيل درجة الدراسات العليا في الجراحة العامة

إعداد الطالب: أنس حسن عبد الله

بإشراف:

أ.م.د. محمد القربي

٢٠٢٣ م

تصريح:

أصرح أن البحث الموصوف في الرسالة بعنوان خبرة مشافي جامعة دمشق في التدبير الجراحي للقرحة العفجية المثقوبة – دراسة مقارنة لا يوجد أي جزء من هذه الرسالة أخذ كاملا من عمل آخر أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في هذه الجامعة أو جامعة أخرى أو أي معهد تعليمي وأن الأعمال والنتائج المذكورة جميعها هي نتيجة مجهود شخصي، وبتوجيه من الأستاذ المشرف. وأن أي معلومات أو نتائج أخرى ذكرت قد نسبت إلى مصادرها ومؤلفيها في النص وفي قائمة المراجع.

الفهرس

6.....	فهرس الأشكال
7.....	فهرس الجداول
8.....	فهرس المخططات
9	الملخص
10	الجزء التمهيدي
10	١-١ مقدمة:
11	٢-١ المشكلة البحثية
١١	٣-١ تساؤلات البحث
11	٤-١ هدف البحث وأهميته
11	٥-١ حدود البحث
11	٦-١ مناهج البحث وأدواته
12	٧-١ مكونات البحث:
13	٨-١ الدراسات المرجعية
14	الدراسة النظرية
14	١-٢ مقدمة جنينية EMBRYONIC INTRODUCTION
14	٢-٢ مقدمة تشريحية ANATOMICAL INTRODUCTION:
15	١-٢-٢ تروية العفج ARTERIAL SUPPLY:
16	٢-٢-٢ العود الوريدي VENOUS DRAINAGE:
16	٣-٢-٢ النزح اللمفي LYMPHATIC DRAINAGE:
16	٤-٢-٢ نسيجيا (HISTOLOGY):
17	٣-٢ مقدمة فزيولوجية (PHYSIOLOGICAL INTRODUCTION)
17	١-٣-٢ أطوار الإفراز الحامضي PHASES OF ACID SECRETION:
17	٢-٣-٢ آليات التلقيح الراجع السلبي للحمض
17	٤-٢ الحماية الخلوية Protection:
18	٥-٢ الغاسترين Gastrin:
١٨	٦-٢ القرحة العفجية DOUDENAL ULCER
18	١-٦-٢ التعريف، والوقوع Definition and Incidence:
19	٢-٦-٢ الفزيولوجية المرضية، والأسباب PATHOPHYSIOLOGY AND ETIOLOGY
٢٠	١-٢-٦-٢ خمج جرثومة الملثوية البوابية:

٢٣	٢-٢-٦-٢ إفراز الحمض والقرحة العفجية :
٢٣	٣-٢-٦-٢ مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية والقرحة العفجية :
٢٤	٤-٢-٦-٢ التدخين ، الشدة ، العوامل الأخرى :
٢٥	٥-٢-٦-٢ العوامل الوراثية :
٢٤	٦-٢-٦-٢ متلازمة زولنجر أليسون ZE :
٢٤	٣-٦-٢ التظاهرات السريرية CLINICA MANIFESTATIONS :
٢٥	٤-٦-٢ التشخيص DIAGNOSIS :
٢٦	٥-٦-٢ التشخيص التفريقي DIFFERENTIAL DIAGNOSIS :
٢٦	٦-٦-٢ الاختلاطات COMPLICATIONS :
٢٨	٧-٦-٢ العلاج الطبي MEDICAL TREATMENT :
٣٠	٨-٦-٢ العلاج الجراحي SURGICAL TREATMENT :
٣٦	٧-٢ انتقاب القرحة العفجية (Perforated Doudenal Ulcer) :
٣٦	١-٧-٢ التعريف، والوقوع : DEFINITION AND INCIDENCE
٣٦	٢-٧-٢ الفيزيولوجية المرضية والأسباب : PATHOPHYSIOLOGY AND
٣٦	٣-٧-٢ مكان الانتقاب LOCATION :
٣٧	٤-٧-٢ الأشكال السريرية للانتقاب القرحي Clinical Aspets :
٣٧	٥-٧-٢ الأعراض والعلامات Symptoms and Signs :
٣٨	٦-٧-٢ التشخيص DIAGNOSIS :
٣٩	٧-٧-٢ التشخيص التفريقي Differential Diagnosis :
٣٩	٨-٧-٢ التدبير والمعالجة Management and Treatment :
٤٠	١-٨-٧-٢ المعالجة المحافظة Conservative Treatment :
٤١	٢-٨-٧-٢ المعالجة الجراحية Surgical Treatment :
٤٧	٣- الدراسة العملية :
٤٧	الفصل الأول طرائق البحث وأدواته :
٤٧	تصميم الدراسة ومدتها :
٤٧	جمع البيانات ، ودوافع بحثية :
٤٧	حجم العينة :
٤٨	تحليل البيانات :
٤٨	دوافع أخلاقية :
٤٨	٢-٣ الفصل الثاني : النتائج :

48.....	توزع المرضى بحسب العمر.....
50.....	توزع المرضى حسب الجنس.....
50.....	الفحص السريري.....
50.....	توزع المرضى بحسب الإجراء الجراحي.....
52.....	مدة الاستشفاء.....
52.....	النكس.....
53.....	الوفيات.....
54.....	الاختلاطات السريرية.....
56.....	زمن الجراحة.....
57.....	٣-٣ الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالمية.....
63.....	٤-٣ الفصل الرابع: الخلاصة والتوصيات.....
64.....	المراجع.....
65.....	Abstract.....

فهرس الأشكال

- الشكل (١) تشريح العفج ٢٠٢ NMS SURGERY 5th p. 15
- الشكل (٢) تروية العفج Schwartz 9th p226 16
- الشكل (٣) صورة توضيحية لأماكن قطع العصب المبهم. ٣٨.....
- الشكل (٤) صورة تبين قطع مبهم جزعي مع إعادة تصنيع البواب. 33٤٢.....
- الشكل (٥) إعادة تصنيع البواب بطريقة ميكوليكر. 34.....
- الشكل (٦) صورة توضيحية للمفاغرة المعدية العفجية والمفاغرة المعدية الصائمية. 35.....
- الشكل (٧) علامة الهلال الغازي لدى مريض قرحة عفجية منقبة. 38.....
- الشكل (٨) طريقة أخذ القطب في عملية غراهام باتش 42.....
- الشكل (٩) إغلاق ثقب القرحة العفجية المنقبة بالتنظير. 43.....

فهرس الجداول

الجدول (١) يبين النتائج السريرية للجراحة في القرحة العفجية المثقوبة.....	31
الجدول (٢) يبين توزع المرضى بحسب العمر.....	49
الجدول (٣) يبين توزع المرضى بحسب الجنس.....	٥٠
الجدول (٤) يبين توزع المرضى بحسب الفحص السريري.....	50
الجدول (٥) توزع المرضى بحسب نوع الإجراء الجراحي.....	51
الجدول (٦) يبين المقاييس الإحصائية لمتغير مدة الاستشفاء مقاسة بالأيام.....	٥٢
الجدول (٧) يبين المقاييس الإحصائية لحالات النكس.....	53
الجدول (٨) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الوفيات.....	53
الجدول (٩) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الإنتان.....	54
الجدول (١٠) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الاندحاق.....	54
الجدول (١١) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الخراجة.....	55
الجدول (١٢) يبين المقاييس الإحصائية لحالات التسريب.....	٥٥
الجدول (١٣) يبين المقاييس الإحصائية لمدة العمل الجراحي.....	٥٦
جدول (١٤) يقارن توزع المرضى بحسب العمر بين الدراسات الثلاث.....	58
جدول (١٥) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب الجنس.....	59
جدول (١٦) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب الاجراء الجراحي.....	60
جدول (١٧) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب زمن الانتقاب.....	60
جدول (١٨) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب مدة الاستشفاء.....	60
جدول (١٩) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب النكس.....	61
جدول (٢٠) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب عدد الوفيات.....	61
جدول (٢١) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب الاختلاطات.....	62

فهرس المخططات

- المخطط (١) التوازن بين عوامل التحريض حمض /ببسين و عوامل الدفاع للمخاطية Schwartz. 9th p250
٢٠.....
- المخطط (٢) آلية عمل ال HP في احداث القرحة العفجية Schwartz 9h p277 ٢١
- المخطط (٣) يبين توزع المرضى بحسب العمر 49
- المخطط (٤) يبين توزع المرضى بحسب الجنس 50
- المخطط (٥) يبين توزع المرضى بحسب الفحص السريري. في دراستنا العلامة الأكثر شيوعا هي الدفاع البطني المعمم 51

الملخص

خلفية البحث:

نظراً إلى الحاجة الماسة لتحديد الطريقة الأفضل في مقارنة القرحة العفجية المثقوبة التي تحتل العديد من الخيارات العلاجية الجراحية كان لدراسة طرائق تدبيرها المختلفة وتقويم نتائجها بعد متابعة المرضى أهمية قصوى في إضفاء مزيد من الفهم والإدراكات لإمكانية تدبيرها تدبيراً حاسماً واختيار الإجراء الجراحي الأمثل لها.

الطرائق:

شملت الدراسة ١٢٠ مريضاً من كلا الجنسين بين عامي ٢٠١٧_٢٠١٩ راجعوا إسعاف مشفى المواساة والأسد الجامعيين وشخصت لهم قرحة عفجية مثقوبة.

دراسة تراجمية وذلك بجمع معلومات عن العمر، والجنس، والأعراض، وحسب زمن الانتقاب، وطريقة العلاج الجراحي، ومدة الإقامة بالمشفى، والاختلاطات، والنكس، والوفيات

النتائج:

معظم المرضى كانوا في العقد الرابع والخامس من العمر ٥٠%. وكان ٩٠% من المرضى ذكور. وكان الألم البطني موجوداً عند كل المرضى. مكان بدء الألم الشرسوف وهو المكان الأشيع ٥٢.٥%. أما الفحص السريري فقد أظهر دفاعاً معمماً في معظم المرضى ٦٨.٥%.. بالنسبة للجراحة كانت عملية الإغلاق البسيط GP هي الأشيع إذ أجريت على ٩١.٥% من المرضى، أما عملية قطع مبهم جذعي مع تصريف فقد أجريت في ٥%، وقطع مبهم مع قطع غار في ٣.٥%.

الاستنتاج:

العمليات الجراحية التي يمكن أن تجرى لعلاج انتقاب القرحة العفجية المثقوبة متنوعة، ولكن عملية غراهام باتش هي الأسرع، والأقل اختلاطاً ووفيات، لذلك يوصى بها مع تأكيد العلاج الدوائي ب PPI وعلاج HP في حال كان إيجابياً، وفي حال النكس للقرحة يجب العودة إلى إجراء العمليات التي تقطع فيها المعدة (الغار)، وقطع المبهم الجذعي أو الانتقائي.

الجزء التمهيدي

١-١ مقدمة:

يعدّ داء القرحة العفجية واحداً من أشيع اضطرابات السبيل الهضمي في الولايات المتحدة الأمريكية مع انتشار ١٠-٥% من التعداد إذ إن ٨٠% من القرحات تتوضع في العفج (٩٨% في البصلة) في حين ٢٠% من القرحات تتوضع في المعدة (٦٠% تتوضع على الانحناء الصغير)

ذروة الوقوع في القرحة العفجية بسن الـ ٤٠ تقريباً على حين أنه في القرحة المعدية بسن الـ ٥٠ إصابة الذكور أكثر من الإناث بنسبة الضعف في القرحة العفجية و تكون بنسبة الثلثين في القرحة المعدية القرحة العفجية هي آفة مستديرة أو بيضوية الشكل تتآكل فيها مخاطية العفج بتأثير حمض المعدة والعصارات الهاضمة ويتراوح حجمها بين عدة ميليمترات الى عدة سنتيمترات، ربما تكون حاده أو مزمنة، تبدأ القرحة في المخاطية وقد تمتد إلى الطبقات الأخرى مسببة مضاعفات عدة كالنزف والانتقاب.

أشيع أسباب حدوث القرحة الهضمية هو استخدام الـ NSAIDS، والإصابة بجرثومة الملتوية البوابية HP، وللصيام دور كبير في حدوثها فضلاً عن الشدة النفسية وعوامل عديدة أخرى. ويعدّ انتقاب القرحة العفجية حاله إسعافية خطيره. غالباً ما يحدث الانتقاب على الوجه الأمامي للعفج ٩٢%، ويحدث بنسبة ٢١% على الوجه الخلفي للعفج، و٦% في مكان اتصال البواب مع العفج ولأن انتقاب القرحة العفجية حالة إسعافية شائعة كان لابد من إجراء دراسة، وتبسيط الضوء لمعرفة نسبة تواردها، وأسبابها، والعوامل المؤهبة لها، وطرائق تشخيصها، والمقارنة بين الطرائق العلاجية الجراحية، وتبيين فائدة كل منها وصولاً إلى اختيار الإجراء الجراحي الأمثل لكل حالة.

٢-١ المشكلة البحثية :

لا شك ان انتقاب القرحة العفجية يعدّ حالة إسعافية تحتاج غالبا إلى إجراء فتح بطن إسعافي، لكن هناك آراء عدة عن اختيار نوع العمل الجراحي. منها ما يتميز بسرعه الإجراء الجراحي، ومنها ما يتميز بنسبة نكس أقل، ومنها يحتاج إلى أيد خبيرة متمرسة لإجرائها. ومن هنا كان الجدل البحثي على دراستي في تدبير القرحة العفجية المنتقبة.

٣-١ تساؤلات البحث:

تنوعت التقنيات الجراحية في التدبير للقرحة العفجية المنتقبة ما بين الإغلاق البسيط مع رقعه (غراهام باتش)، وقطع مبهم مع تصريف، وقطع مبهم فائق الانتقائية، وقطع مبهم مع قطع الغار، وقطع معدة جزئي لذا كان لا بد من إجراء هذه الدراسة للإجابة عن تساؤلات عدة ، أي من الإجراءات هو الأفضل؟ هل يملك أحدهما ميزه على الآخر من حيث خفض نسبة الاختلاطات والوفيات؟ هل يملك أحدهما ميزة على الآخر من حيث مدة الإجراء الجراحي؟ ومدة الإقامة بالمشفى، هل يملك أحدهما ميزة على الآخر من حيث معدل النكس؟ هل يعدّ التدبير الذي يترافق مع نسبة نكس أقل قابلا للتطبيق على مجال واسع من المرضى؟ ولاختيار التقنية المناسبة من بينها وتفضيلها على الإجراءات الباقية أجرينا هذا البحث.

٤-١ هدف البحث، وأهميته:

تهدف دراستنا إلى المقارنة بين نتائج التدبير الجراحي للقرحة العفجية المنتقبة من حيث نسبة النكس والاختلاطات، ومدة العمل الجراحي لتحديد الطريقة المثلى في التدبير، ومقارنتها مع نتائج الدراسة العالمية.

٥-١ حدود البحث:

اقتصر البحث على تدبير القرحة العفجية المنتقبة جراحيا من دون ذكر الحالات التي أجريت بالتنظير نظرا إلى قلتها، ولم تتطرق للمرضى دون ١٦ عاماً بسبب قبولهم في مشفى الاطفال، لم تتطرق إلى المرضى الذين كان سبب الانتقاب لديهم ناجما عن تنظير هضمي علوي.

٦-١ مناهج البحث ، وأدواته:

جرت الدراسة بالمتابعة المستقبلية. ستشمل المرضى فوق الـ ١٦ عاماً، والمراجعين قسم الإسعاف الجراحي بمشفى الاسد والمواساة الجامعيين بشكوى ألم بطني وشخص لديهم انتقاب قرحة هضمية بناء على العلامات السريرية والموجودات الشعاعية والمخبرية وذلك بين عامي ٢٠١٧-٢٠١٩. معايير الاشتمال: المرضى الذين قبلوا في إسعاف مشفى المواساة والأسد الجامعيين وشخص لديهم قرحة عفجية منتقبة وأجري لهم العمل الجراحي الإسعافي ما بين عامي ٢٠١٧-٢٠١٩.

معايير الاستبعاد: مرضى لديهم انتقاب حشا أجوف، وبالفتح تبين أنه ليس على حساب العفج، المرضى الذين كان سبب الانتقاب لديهم رضياً لاحقاً لتنظير هضمي علوي.

١-٧ مكونات البحث:

يتكون البحث من جزئين:

الجزء الأول

وهو القسم النظري ويتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعريفات الأساسية ليكون لدى القارئ الامام الكامل بكل المصطلحات الواردة في الدراسة العملية ويتكون من فصول عدة.

الفصل الأول: لمحة عن العفج جنينيا، وتشريحيا، ونسجيا، وفيزيولوجيا

الفصل الثاني: القرحة العفجية-وتعريفها-والفيزيولوجيا المرضية، وأسبابها، وتظاهراتها

السريرية، وتشخيصها، واختلاطاتها، وعلاجها

الفصل الثالث: انتقاب القرحة العفجية

التعريف، والوقوع-الفيزيولوجيا المرضية والأسباب، ومكان الانتقاب، والأشكال السريرية

للانتقاب، والأعراض والعلامات، والتشخيص، والتدبير والمعالجة، واختلاطات ما بعد الجراحة، والوفيات

الجزء الثاني

ويتضمن القسم العملي وهو الإطار العملي لدراستنا والخطط التي اتبعناها للوصول إلى النتائج في هذا

البحث ويتكون من:

الفصل الأول: يتضمن طرائق البحث، وأدواته (تصميم الدراسة، ومجموعة الدراسة، ومجموعة الاستبعاد،

وجمع البيانات، وتحليلها، الدوافع الأخلاقية)

الفصل الثاني: يحوي عرضا للنتائج الإحصائية التي درسناها وصولا إلى الاستنتاج

الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالمية

الفصل الرابع: الخلاصة، والتوصيات

٨-١ الدراسات المرجعية

دراسة تقديمية مصرية أجراها الدكتور وليد عبد المولى وزملاؤه^٨، أجريت في مشفى جامعة الزقازيق، كلية الطب، قسم الجراحة العامة. شملت الدراسة 30 مريض تم تقسيمهم إلى مجموعتين حسب الإجراء الجراحي المتبع في علاج انتهاب القرحة العفجية، وتضمنت كل مجموعة 15 مريضاً، وقارنت هذه الدراسة بين نتائج كل إجراء جراحي لدى المجموعتين، واشتملت المتغيرات على العمر، والجنس، والأعراض السريرية، وزمن الإجراء الجراحي، ومدة الاستشفاء.

- دراسة تقديمية إفريقية أجراها Kassamay^٩ مكان الدراسة Royal victoria teaching hospital in Bangul (the capital Gambia) شملت هذه الدراسة 82 مريضاً من June 2012 الى October 2015 ونشرت هذه الدراسة عام 2016. قارنت الدراسة بين الخيارات العلاجية لانتخاب القرحة العفجية، واشتملت المتغيرات العمر، والجنس، ووفترة استمرار الأعراض، وسوابق قرحة هضمية، والتظاهرات السريرية، ومدة الجراحة، ونوع الإجراء الجراحي المتبع.

الدراسة النظرية ١-٢ مقدمة جنينية EMBRYONIC INTRODUCTION

العفج DUODENUM

يشكل الجزء النهائي من المعي الأول Foregut والجزء الرأسي من المعي المتوسط Midgut له شكل حرف C. يتوضع قسمه الثاني خلف البرتوان محتوية رأس البنكرياس، تغيب لمعة العفج مؤقتاً من الحياة الرحمية في الشهر الثاني لتعود بعد مدة وتتقني.^١

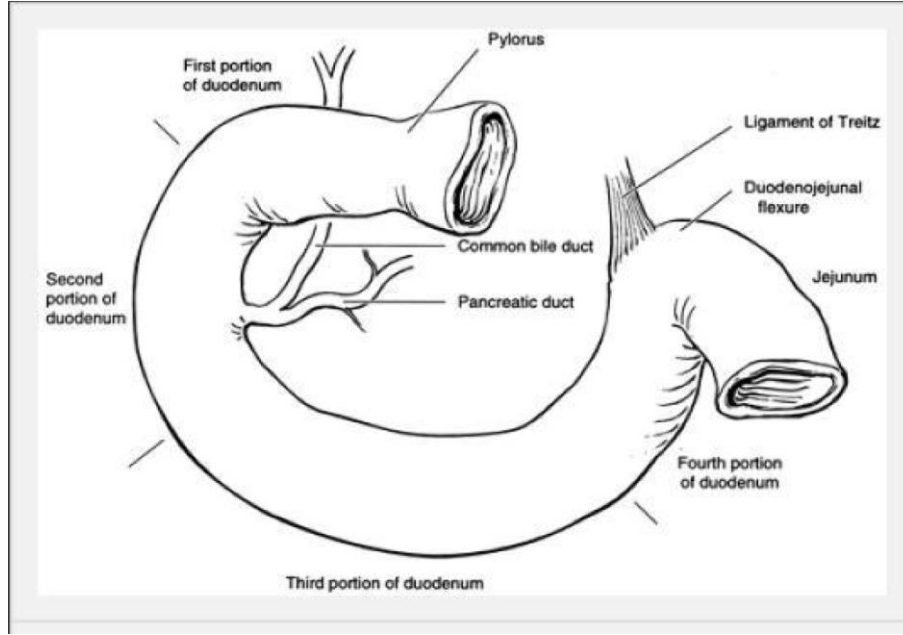
٢-٢ مقدمة تشريحية ANATOMICAL INTRODUCTION:

يبدأ العفج من البواب وينتهي عند الوصل العفجي الصائمي أيسر الفقرة القطنية الثانية ويأخذ شكل الحرف C، ويقدر طوله با ٢٥ سم ويقسم إلى أربعة أقسام:^١
القطعة الأولى: تبدأ من البواب حتى طول ٥ سم، وتحتل البصلة معظم القطعة الأولى، وتمر القناة الجامعة خلف البصلة تماماً. تكون هذه القطعة جزئياً خلف البرتوان (قسمها البعيد).

القطعة الثانية (الجزء النازل): يقدر طولها ب ٨ سم تسير عمودية أمام سرّة الكلية اليمنى على الجانب الأيمن من الفقرتين القطنيتين الثانية والثالثة، ويحدها من الأمام قاع المرارة، والفص الكبدي الأيمن والكولون المعترض، والعرى المعوية الدقيقة، ومن الخلف سرّة الكلية، والحالب الأيمن، ومن الوحشي الكولون الصاعد والزاوية اليمنى للكولون والقص الكبدي الأيمن ومن الأنسي رأس البنكرياس وفي منتصف القطعة الثانية وعلى الوجه الأنسي تخترق القناة الجامعة مع البنكرياسية جدار العفج ويشكلان معا مجل فاطر Ampulla of Vater الذي ينتهي بالحليمة، وتقع فتحة القناة البنكرياسية الإضافية - إن وجدت - أعلى قليلاً من الفتحة الأولى.

القطعة الثالثة (الجزء الأفقي): وطولها ٨ سم تسير أفقية باتجاه الأيسر، وتسير الأوعية المساريقية العلوية خلف البنكرياس ثم تجتاز الوجه الأمامي للقطعة الثالث.

القطعة الرابعة (الجزء الصاعد): ويقدر طوله ب ٥ سم يسير باتجاه الأعلى والأيسر ثم إلى الأمام حتى الوصل العفجي الصائمي، وتثبت هذه المنطقة بمكانها بواسطة رباط ترايتز (طبقة من البريتوان تسير من الوصل حتى السويقة الحجابية).



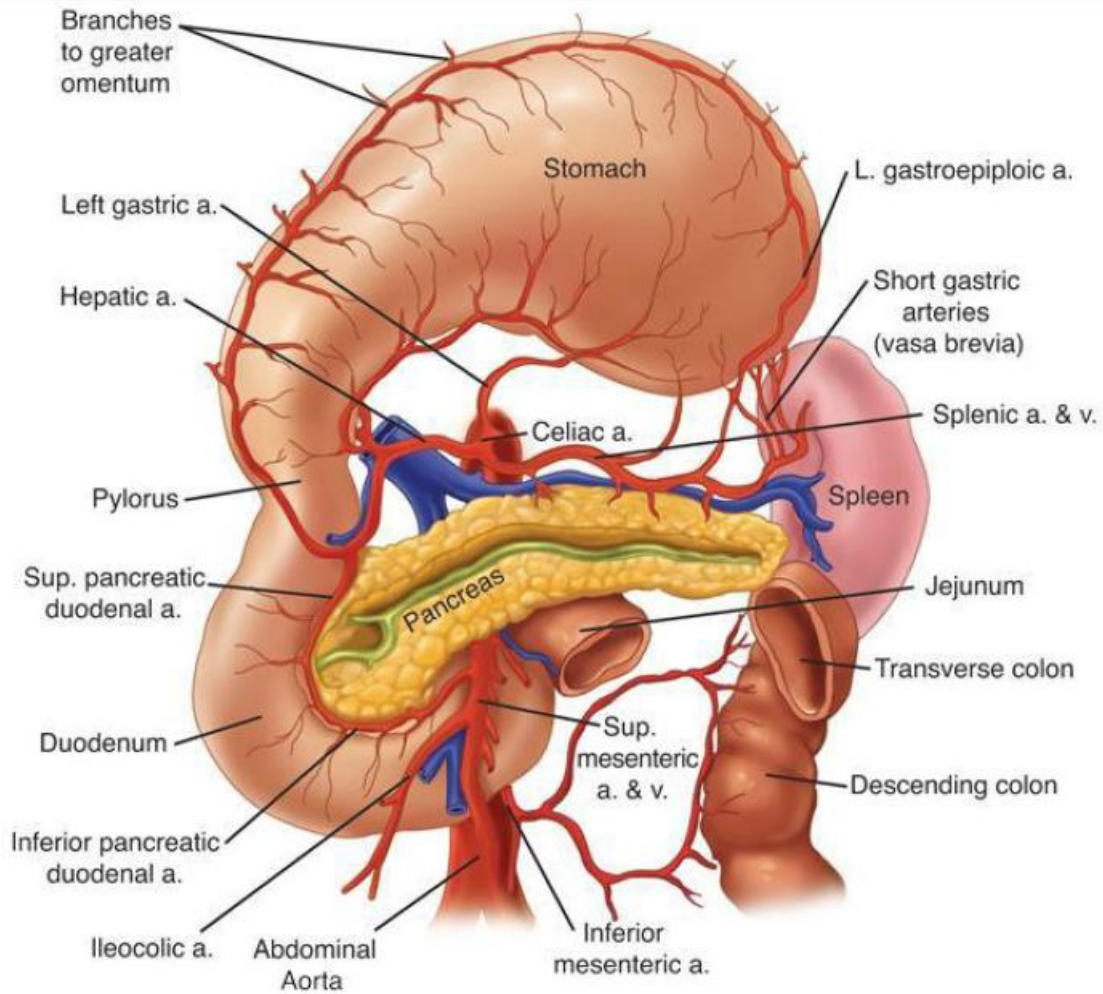
الشكل (١) تشريح العفج ٢٠٢ NMS SURGERY 5th p.

٢-٢-١ تروية العفج ARTERIAL SUPPLY:

يتغذى العفج بقوسين شريانيّين:^٢

قوس أمامية: يشكلها الفرع الأمامي للشريان العفجي البنكرياسي العلوي فرع الشريان المعدي العفجي والفرع الأمامي للشريان العفجي البنكرياسي السفلي فرع الشريان المساريقي العلوي.

قوس خلفية: يشكلها الفرعان الخلفيان للشريان العفجي البنكرياسي العلوي والسفلي.



الشكل (٢) تروية العفج Schwartz 9th p226

٢-٢-٢ العود الوريدي VENOUS DRAINAGE:

فيجري بوساطة شبكات وريدية عفجية بنكرياسية أمامية وخلفية وهذه تنزح إلى الوريد البابي والمساريقي العلوي.^٢

٣-٢-٢ النزح اللمفي LYMPHATIC DRAINAGE:

فيسير مع الشرايين إذ ينزح القسم العلوي بوساطة العقد البنكرياسية العفجية إلى العقد المعدية العفجية ثم إلى العقد الزلاقية، وينزح القسم السفلي بوساطة العقد العفجية البنكرياسية إلى العقد المساريقية العلوية (حول منشأ الشريان المساريقي العلوي).^٢

٢-٢-٤ نسيجيا (HISTOLOGY):

يتألف العفج من ٤ طبقات مخاطية وتحت مخاطية وعضلية (داخلية دائرية وخارجية طولانية) ومصلية. إن مخاطية الجزء القريب من العفج تحوي على غدد برونر التي تفرز المخاط القلوي الوافي.^٢

٢-٣ مقدمة فيزيولوجية (PHYSIOLOGICAL INTRODUCTION)

٢-٣-١ أطوار الإفراز الحامضي PHASES OF ACID SECRETION :

إفراز الحمض المعدي يتعدل بمؤثرات هرمونية وعصبية معقدة. الاستجابة الإفرازية في أثناء الطعام يقسم إلى ثلاثة أطوار^٦:

أ- الطور الرأسي يبدأ بالرؤية، والشم، والتفكير بالطعام، وتنبيه المبهمة يجعل الخلايا الجدارية تفرز الحمض، وإن تنبيه المبهمة أيضاً يسبب تحرر الغاسترين من الغار، والغاسترين هو المحرض الأكثر قوة لإفراز الحمض المعدي).

ب- الطور المعدي: يبدأ بتمدد ميكانيكي للغار، وهذا يحرض تحرراً إضافياً للغاسترين

ت- الطور المعوي للإفراز: يبدأ بوصول منتجات البروتين المهضوم إلى الأمعاء وهذه بدورها تحرض الخلايا الصماوية المعوية على إنتاج هرمونات (غاسترين وEntero-oxytin) التي تنبيه الخلايا الجدارية.^٦

٢-٣-٢ آليات التلقيم الراجع السلبي للحمض

: NEGATIVE ACID FEEDBACK MECHANISMS

يثبط الإفراز الحامضي في مكانين الغار والأمعاء :

أ- التثبيط الغاري ANTRAL INHIBITION : انخفاض مستوى الحموضة إلى أقل من ٢ يؤدي إلى تنبيه الخلايا D الغارية، و تثبيط إفراز الغاسترين .

ب- التثبيط المعوي INTESTINAL INHIBITION : توجد ثلاثة أنواع من المستقبلات في العفج والأمعاء : مستقبلات PH، ومستقبلات حلولية، ومستقبلات حساسة للدم، بتنبيهها تحرر هرمونات (CCK، والسكرتين، وGIP، والسوماتوستاتين، و VIP) كلها تؤدي دوراً مثبطاً لإفراز الحمض^٦.

٢-٤ الحماية الخلوية Protection:

تجري بآليات عديدة:

١. طبقة المادة المخاطية.
 ٢. إنتاج البيكربونات، وتجدد الخلايا السطحية واستقلابها.
 ٣. الجريان الدموي المخاطي المعدي.
- تفرز الخلايا المخاطية مادة مخاطية غنية بالبروتين لها وظائف عديدة:
١. تمنع انتشار شوارد H⁺ الراجع والبيسين الفعال إلى الجدار الخلوي في المعدة والعفج.
 ٢. تعمل بوصفها مزلقاً يساعد على حركية الجزئيات الطعامية فوق سطح الغشاء المخاطي.
 ٣. تحمي الخلايا المخاطية من الفعل الميكانيكي لعملية الهضم، والسحق، والطحن.
 ٤. تؤمن بيئة مائية رطبة للخلايا المخاطية تحتها.
- تفرز الخلايا المخاطية أيضاً البيكربونات وهذه تتوضع تحت طبقة المخاط أو ضمنها وفي الأحوال العادية تتعدل شاردة H⁺ مع شاردة البيكربونات وينتج عنها ماء وغاز CO₂.
- تتجدد الخلايا السطحية بمعدل كل ٤ أيام وسطياً.
- الجريان الدموي في مخاطية المعدة توجد شبكة غزيرة دموية تحت طبقة الخلايا السطحية تنظم ترويتها وتسهم في تأمين الروافد، وإزالة الانتشار الراجع إلى الحمض ضمن الجدار^٦.

٢-٥ الغاسترين Gastrin:

يتحرر من الخلايا G الموجودة في مخاطية الغار أو الأمعاء المجاورة، وينتقل إلى الدم ومنه إلى خلايا الهدف المختلفة ويختفي من الدوران بسرعة، وتعد الكلية العضو الرئيس في تقويضه.

مقداره السوي دون ٢٠٠/مل وله تأثيرات استقلابية عديدة نذكر منها:

١. ينبه إفراز الببسينوجين.
٢. ينبه إفراز الحمض.
٣. ينبه الجريان الدموي في مخاطية المعدة.
٤. ينبه إفراز البيكربونات والخمائر البنكرياسية.
٥. ينبه حركية وإفراز الأمعاء - الكبد - المرارة - البنكرياس^٦.

٢-٦ القرحة العفجية DOUDENAL ULCER

٢-٦-١ التعريف، والوقوع Definition and Incidence:

القرحة العفجية: ضياع مادي في مخاطية العفج الذي قد يمتد إلى تحت المخاطية أو أعماق. ربما تكون حادة أو مزمنة^٥.

داء القرحة العفجية واحد من أشيع اضطرابات السبيل الهضمي في الولايات المتحدة الأمريكية مع انتشار ١٠-٥% من التعداد إذ إن ٨٠% من القرحات تتوضع في العفج الفئ (٩٨% في البصلة) ، ٢٠% تتوضع في المعدة (٦٠% تتوضع على الانحناء الصغير). ذروة الوقوع في القرحة العفجية تقريبا ٤٠ سنة، وهي أشيع عند الشباب . إصابة الذكور أكثر من الإناث بنسبة الضعف (٢/١) . ذروة الوقوع في القرحة المعدية ٥٠ سنة، ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث ٣/٢

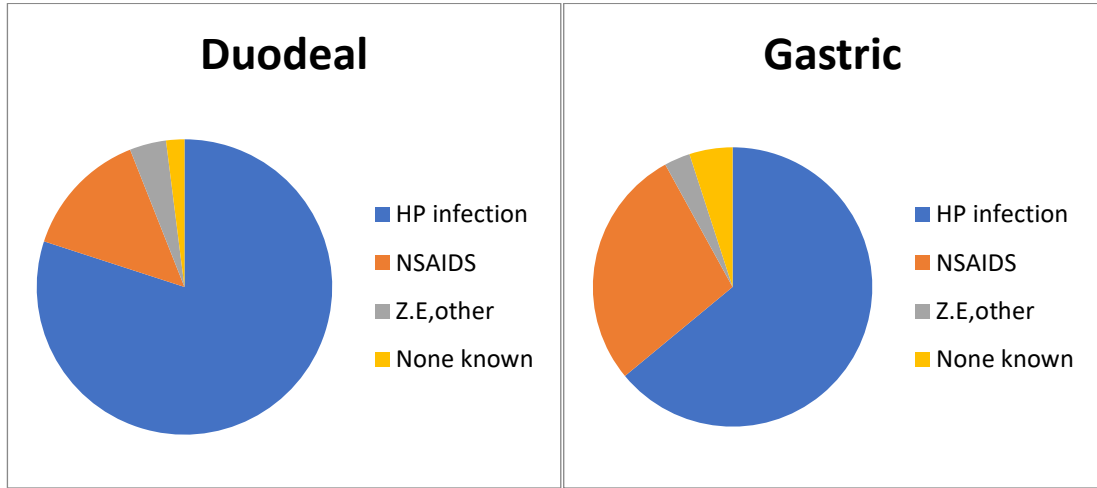
- عموماً مرضى القرحة العفجية أصغر بعشر سنوات من مرضى القرحة المعدية ، ويفسر الوقوع المزداد للقرحة المعدية في المسنين بزيادة استخدام NSAID في هذه مع انتشار عالي للخمج ب^٥ H P .
- القرحة العفجية تبقى تشخيصاً شائعاً لمريض خارجي . لكن عدد زيارات الطبيب وقبولات المشفى والعمليات الانتخابية للقرحة قل بثبات في العقود الثلاثة الماضية
- أظهرت الدراسات الحديثة انخفاضاً في معدلات الاستشفاء في القرحة العفجية في العقود الثلاثة الأخيرة وهذا غالباً يعود إلى استخدام الصادات فضلاً عن مضادات الإفراز الحمضي في العلاج ،معدلات الاستشفاء لم تتغير في القرحة المعدية وهذا غالباً بسبب الاستخدام الشائع المزداد للNSAID والأسبرين عند المسنين
- معدل وفيات القرحة العفجية ١.٧ لكل ١٠٠٠٠٠ شخص ،القرحة المعدية تملك معدل وفيات أعلى من العفجية بسبب انتشارها المزداد في المسنين^٥ .

٢-٦-٢ الفيزيولوجية المرضية، والأسباب PATHOPHYSIOLOGY AND ETIOLOGY

الآلية الإمراضية لتشكّل القرحة هو اختلال التوازن بين وسائل الدفاع للمخاطية و الأذية الناتجة عن حمض/بيبسين كما هو موضح^٤.

التحريض	الدفاع
الحمض	البicarbonates
الببسين	المخاط
NSAID	تدفق الدم
HP	

هناك عوامل متنوعة تسهم في تطور القرحة العفجية كما هو موضح في المخطط الآتي :



المخطط (١) التوازن بين عوامل التحريض حمض /بيبسين و عوامل الدفاع للمخاطية Schwartz 9th. p250

مع أنه توصل الآن إلى أن معظم القرحة العفجية مسببة بواسطة HP و/أو استخدام NSAID، فإن هناك أسباب أخرى تتضمن الغاسترينوما Z، فرط وظيفة خلايا G و/أو فرط تنسج HYPERPLASIA، كثرة الخلايا البدنية الجهازية MASTOCYTOSIS، الرض، والحروق، والشدة الفيزيولوجية الكبيرة، والشدة النفسية، والتدخين، والكحول، والكافيين، والعوامل الوراثية في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من ٩٠٪ من اختلاطات القرحة العفجية الخطيرة يسهم فيها خمج HP و/أو استخدام NSAID و/أو التدخين.

٢-٦-٢-١ خمج جرثومة الملثوية البوابية: ١-٢-٦-٢

% ٥٠ من تعداد السكان بالعالم لديهم خمج HP، السبب الأكثر لالتهاب المعدة المزمن، و التهاب المعدة بـ HP يسبب التسلسل نفسه من الالتهاب إلى حؤول إلى عسرة تصنع إلى سرطان (HP معروفة بدورها الواضح في تطور لمفومة المعدة). الجرثومة تنتج أنزيم اليورياز الذي يقلب البولة إلى بيكربونات وأمونيا لذلك تخلق بيئة حول الجرثومة التي تقيها من الحمض المفرز بواسطة المعدة. السلاسل الطافرة من HP التي لا تنتج اليورياز غير قادرة على أن تستوطن المعدة. الجرثومة تعيش في طبقة مخاطية فوق خلايا (SECS CELLS) SURFACE EPITHELIAL المعديّة وتتصل أحيانا بهذه الخلايا و يظهر أن السلاسل HP التي تفقد السياط غير قادرة على أن تجتاز طبقة المخاط اللزجة لتصل إلى الغشاء القمي للـ SECS وتكون غير ممرضة.

آلية عملها : تحدث HP القرحة بواسطة فرط إفراز الحمض و إنقاص آليات دفاع المخاطية.

أ- فرط إفراز الحمض :

- الخمج بـ HP يترافق مع مستويات منخفضة من السوماتوستاتين، إذ أن HP لها تأثير مثبط

في الخلايا D الغارية المفرزة للسوماتوستاتين (مثبط قوي لإنتاج الغاسترين من خلايا G

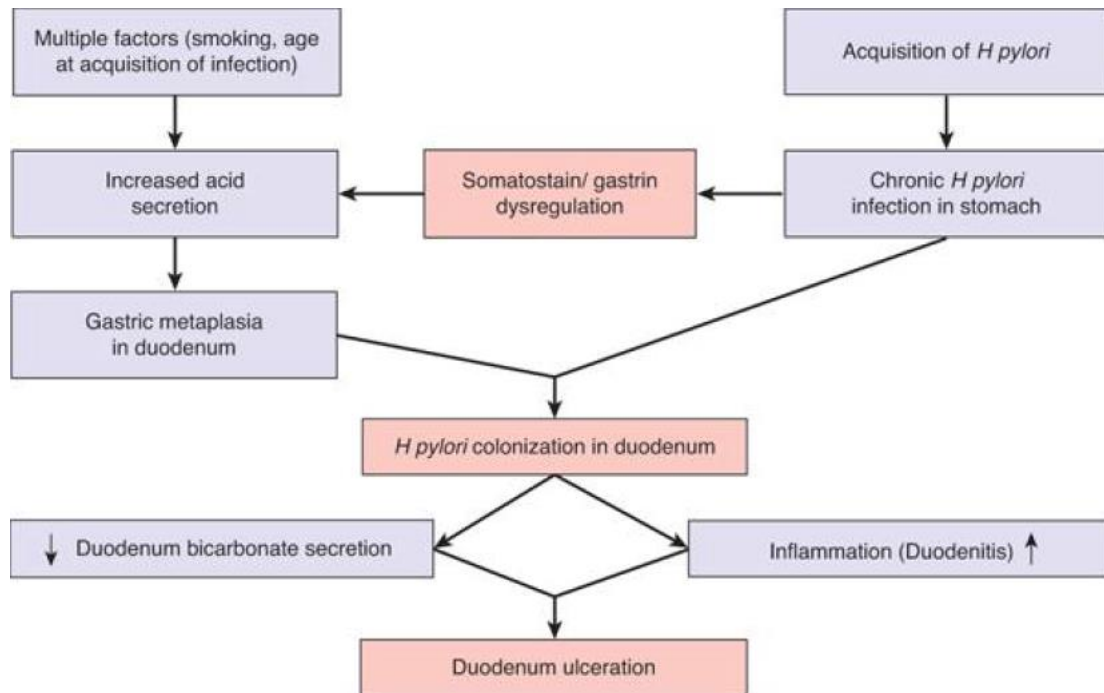
الغارية)

- الخمج HP يؤدي إلى فرط غاسترين دم إذ تؤدي HP إلى قلوثة موضعة للغار (الوسط الحمضي للغار هو المعاكس القوي لإفراز الغاسترين الغاري) .
- فرط غاسترين الدم يقود إلى فرط تنسج الخلايا الجدارية HYPER PLASIA المشاهد في العديد من المرضى مع قرحة عفجية .

ب- إقصاء آليات دفاع المخاطية :

فرط إفراز الحمض ، والتهاب المعدة الغاري يقود إلى حؤول ظهاري غاري في العفج بعد البواب وهذا الحؤول العفجي يسمح لل HP أن تستوطن العفج ، وفي هؤلاء المرضى خطورة تطور القرحة العفجية يزداد ٥٠ ضعفاً . عندما تستوطن HP العفج فإن هناك نقص مهم في تحرر الكربونات من العفج المنبهة بالحمض . والآليات الأخرى التي بوساطتها HP تحرض الأذية المخاطية تتضمن إنتاج الذايفانات (vacAcagA) ، وإنتاج موضعي للسيتوكينات خاصة بوساطة المخاطية المخموجة، وتجنيد الخلايا الالتهابية و تحرير وسائط التهابية ، وتجنيد العوامل المناعية الموضعية وتفعيلها، وزيادة الموت الخلوي المبرمج APOPTOSIS.

إن الأمونيا الناتج عن عمل اليورياز من الجرثومة تؤدي SECS ، التأثير المشترك لكل هذه العوامل هو ضعف آليات الدفاع للمخاطية كما هو مبين في المخطط:



المخطط (٢) آلية عمل ال HP في إحداث القرحة العفجية Schwartz 9h p277.

تشخيصها:

هناك اختبارات مباشرة وغير مباشرة : الاختبارات غير المباشرة تقيس فعالية اليورياز المنتج بواسطة HP عن طريق عيار CO₂ بالتنفس (C13 -C14) أو تقيس أضداد HP في المصل (ELISA ، SOUTHERN BLOT)، اختبار الأضداد النوعية السريع الذي يمكن أن تستخدم في غرف الإسعاف أو قبل دخول المريض إلى العمليات).

اختبار عيار CO₂ في التنفس لا يمكن أن يعول عليه في المرضى الذين يأخذون PPI أو أملاح البزموت أو الصادات ، على العكس من ذلك فإن اختبارات الأضداد لا تتأثر بهذه الأدوية . أما الاختبارات المباشرة التي تكشف الجرثومة فهي تعتمد على التنظير الهضمي العلوي، وأخذ ثلاث خزعات من مخاطية المعدة وهذه لا تستطب لتشخيص HP لأن الاختبارات غير المباشرة تكون كافية في معظم الحالات، لكن إذا كان التنظير مطلوباً لغايات أخرى (رؤية شفاء القرحة ، وأخذ خزعات من القرحة ٠٠٠) فإن دراسة HP مستطبة^٢.

دورها في القرحة العفجية:

المرضى المصابين بـ HP ولديهم التهاب غار المعدة هم أكثر بثلاث مرات ونصف ليطوروا داء القرحة الهضمية من المرضى من دون خمج HP^٢ ،

٩٠٪ من مرضى قرحات العفج و ٧٠ من مرضى قرحات المعدة لديهم خمج ب HP . لكن هناك عوامل أخرى متورطة في إحداث القرحة العفجية إذ إنه ليس كل واحد لديه HP يطور قرحة (٥٠٪ من السكان لديهم خمج ب HP) فقط مايقارب ١٠-١٥٪ من المرضى المستوطن لديهم خمج HP يطورون قرحة هضمية في حياتهم . _ HP لها دور مهم في إحداث النكس في القرحة العفجية إذ أن معدل النكس في القرحة هو أكثر من ٧٥٪ في المرضى المعالجين بشوط علاجي مثبت للحمض فقط ، و معدل النكس هو أقل من ٢٠٪ في المرضى المعالجين بشوط علاجي مثبت للحمض مع صاد حيوي ضد الجرثومة^٢ . وهكذا نجد أن الدراسات بينت أن HP لها دوراً مهماً في تطور القرحة العفجية ونكسها علاوة على أن HP تؤدي دوراً سلبياً في سرطان المعدة والمفوما^٢ .

العلاج : تستخدم الصادات لعلاج الخمج ب HP إذ إن أنظمة العلاج تعتمد على اتحاد الصادات (ميترونيدازول، وأموكسيسيلين، وكلاريثرومايسين) والبزموت و PPI . مدة العلاج تقريبا اسبوعان . إشراك الصادات هو أكثر تأثيراً من الصاد المفرد في معظم السلاسل . معدلات حذف HP أكثر من ٩٠٪ معدلات عودة الخمج أقل من ١٠٪ في سنوات^٢ .

٢-٢-٦-٢ إفراز الحمض والقرحة العفجية :

في مرضى القرحة العفجية نجد متوسط BA0 (نتاج الحمض القاعدي) أعلى ومتوسط MAO (نتاج الحمض الأعظمي) أعلى مقارنة مع الأشخاص الطبيعيين . الإفراز الليلي للحمض يكون مرتفعاً ارتفاعاً أشيع من الإفراز النهاري . لا يوجد علاقة بين إفراز الحمض ، وشدة الداء القرحي . وإن مرضى القرحة العفجية ينتجون الحمض استجابةً لأي منبه إفرازي معروف لإنتاج الحمض المعدي أكبر من الناس الطبيعيين^٦ .

مع أن مرضى القرحة العفجية لديهم تراكيز غاسترين صباحي طبيعية ، إلا أنهم ينتجون حمضاً معدياً عند إعطاء أي جرعة من الغاسترين أكثر من الناس العاديين ، أي إن لديهم حساسية مزداة في كتلة الخلايا الجدارية للغاسترين^٦ .

بعض مرضى القرحة العفجية لديهم معدلات مزداة من الإفراز المعدي التي تولد زيادة في الحمل الحمضي في وحدة الزمن للعفج . وإن سعة الدرع للعفج في معظم المرضى مع قرحة عفجية تكون ضعيفة بسبب نقصان إفراز البكربونات للعفج . على حين مرضى القرحة المعدية يكون إفراز الحمض متنوعاً .

حالياً هناك ٥ أنماط للقرحة المعدية : النمط الأول أكثر شيوعاً وتوضع نموذجي قرب الثلمة الزاوية على الانحناء الصغير قريب من الحد بين الغار ، والجسم للمعدة ، إفراز الحمض هناك يكون طبيعياً أو ناقصاً . النمط الثاني مترافق مع قرحة عفجية ، النمط الثالث هو قرحة قبل بوابية ، كلا النمطين الثاني والثالث يكون إفراز الحمض طبيعياً أو مزداً . النمط الرابع القرحة قرب الوصل المعدي المريئي ، يكون إفراز الحمض طبيعياً أو تحت الطبيعي . النمط الخامس محرض بالأدوية ، ويحدث في أي مكان من المعدة . عادة مرضى القرحات المعدية لديهم دفاع مخاطي ضعيف إذ أن كمية قليلة من الحمض تدخل المخاطية ، والفلس العفجي المعدي له دور في ضعف المخاطية إذ أن سائل العفج يحتوي صفراء ، وليزوستين ، ومفرزات بنكرياس ، وكلها تسبب أذية في مخاطية المعدة^٦ .

٢-٢-٦-٣ مضادات الالتهاب اللاستيرويدية والقرحة العفجية :

- NSAIDS متضمنة الإسبرين ترتبط ارتباطاً معقداً بالقرحة العفجية . NSAIDS تثبط إنتاج البروستاغلاندينات من الغشاء المخاطي وهذه تعدّ من وسائل الدفاع للمخاطية وبذلك تحدث الأذيات المتنوعة من تآكل سطحي للمخاطية إلى تقرحات عميقة .
- انتشار القرحة الهضمية في مستخدمي NSAID على نحوٍ مزمّن هو ٢٠٪ (١٠٪ معدية عفجية)

- السبب الأكثر شيوعاً للقرحة العفجية في الأشخاص سلبيني HP هو استخدام NSAID استخداماً مستمراً أو متقطعاً . اختلاطات القرحة العفجية (خصوصاً النزف والانتقاب) تكون أكثر شيوعاً في مستخدمي NSAID (إذ أن أكثر من نصف المرضى الموجودين مع قرحة عفجية نازفة أو منتقبة يخبرون عن استخدام حديث للNSAID متضمناً) .
- الخطورة العامة لحوادث السبيل المعدي المعوي الخطيرة في المرضى الذين يأخذون NSAID هي أكثر بثلاث مرات من الناس العاديين ، وهذه الخطورة تزداد إلى عدة مرات في المرضى الذين أعمارهم أكثر من ٦٠ سنة .
- الأشخاص الذين يتناولون NSAID لديهم معدل استشفاء أعلى بسبب حوادث GI الخطيرة أكثر من أولئك الذين لا يتناولون NSAID .
- هذه المشكلة يجب أن تؤخذ بالحسبان عندما يدرك الشخص أن تقريباً ٢٠ مليون مريض بالولايات المتحدة يأخذون NSAID بانتظام (وكذلك العديد يأخذون الأسبرين بانتظام) . أي مريض يأخذ NSAID أو الأسبرين ولديه واحد أو أكثر من عوامل الخطورة الآتية يتوجب عليه أخذ دواء مثبط للحمض مرافقاً :عمر فوق ٦٠ سنة، وقصة مرض قرحي، وأخذ ستيرويديات متزامناً، وجرعة عالية من NSAIDs أو الأسبرين^١ .

٢-٦-٤ التدخين ، والشدة ، والعوامل الأخرى :

- أ- **التدخين :** بينت الدراسات الوبائية أن المدخنين أكثر احتمالية لتطور القرحة العفجية بمرتين من غير المدخنين . إذ أن التدخين يزيد إفراز الحمض المعدي ويزيد القلس العفجي المعدي ، ينقص البروستاغلاندينات المعدية والعفجية ، وينقص إنتاج البيكربونات من العفج والبنكرياس . وكذلك له دور في نقص تروية المخاطية (تصلب شرياني)^٥ .
- ب- **الشدة النفسية والفيزيولوجية :** تؤيدان دوراً مؤكداً في تطور القرحة العفجية . في عام ١٨٤٢ وصف CURLING قرحة عفجية في مريض محروق . في العقود اللاحقة وصف CUSHING ظهور تقرح هضمي حاد في المرضى مع رض رأس (قرحة كوشينغ) ، وإن المرضى الموجودين مع اختلاطات القرحة (نزوف ، وانتقاب ، و انسداد) تبدو أنها تتفاقم بحوادث الحياة المملوءة بـ STRESS* .

ت- استخدام شمة الكوكائين :

له علاقة بالقرحة المجاورة للبواب JUXTAPYLORIC مع ميلان إلى اللانثقاب^٥

ث- الكحول :

يشار إليه على نحو شائع بوصفه عامل خطورة للقرحة العفجية إذ يزيد إنتاج الحمض من الخلايا الجدارية

ج- الكافئين :

يعمل مؤازراً للهستامين في تحريض إفراز الحمض^٥.

٢-٦-٥ العوامل الوراثية :

تؤدي العوامل الوراثية دوراً مهماً في القرحة العفجية فهناك نسبة عالية من الإصابة لدى التوائم الحقيقي وأقرباء مرضى القرحة العفجية ، وكذلك مرضى الزمرة ٠ ، والمرضى الذين لديهم ارتفاع نسبة الببسينوجين^٥.

٢-٦-٦-٢ متلازمة زولنجر أليسون ZE :

ورم مفرز للغاسترين وهي قد تكون مرضاً مفرداً أو جزءاً من متلازمة MEN-١ ، تتميز القرحة في هذه المتلازمة بمواقع غير نموذجية (بعد بصلة العفج ، والصائم القريب ، أو قرحة متعددة) ، عيار مستوى غاسترين المصل القاعدي وكذلك اختبار التحريض بالسكرتين تساعد على التشخيص^٥.

٢-٦-٣ التظاهرات السريرية CLINICA MANIFESTATIONS :

تتميز القرحة العفجية بسير سريري مزمن من الهجوع والتفاقم لشدة الأعراض . وهذه الأعراض هي الألم ، والغثيان ، والنفخة ، وفقدان الوزن ، وحس الحرق ، وفقر الدم (أكثر من ٩٠% من مرضى القرحة العفجية يشكون من ألم بطني هذا الألم نموذجي حارق وغير مشع ويتوضع في الشرسوف غالباً يتوضع أيمن الخط المتوسط ، آلية الألم غير واضحة . الألم يظهر بعد ٢-٣ ساعات من الوجبة وفي الليل (ثلاثي المرضى مع قرحة عفجية يشكون من ألم يوقضهم من النوم) وهذا الألم يخف على مضادات الحموضة وتناول الطعام . الألم في القرحة المعدية يحدث على نحو أكثر شيوعاً مع الطعام ، ويكون أقل إيقاظاً للمريض في الليل . إن تبدل صفات الألم تشير إلى تطور الاختلاطات .

- حس الحرق : هو شعور بالحرق خلف القص سببه القلس المعدي المريئي .
- زيادة الوزن والشهية : إن مرضى القرحة العفجية تزيد شهيتهم إلى الطعام ، ويزيد وزنهم لأن الألم يأتي على الطعام .
- فقر الدم : لأن القرحة العفجية هي من أهم أسباب النزف الهضمي العلوي الذي يتظاهر على شكل
- إقياءات دموية ، أو طحل قهوة أو براز زفتي أو تغوط دم قاني أو تحري الدم الخفي بالبراز (فقر دم مزمن)^٢.

٢-٦-٤ التشخيص DIAGNOSIS :

١- **القصة المرضية :** في المرضى الشباب مع عسرة هضم و/أو ألم شرسوفي فإنه من المناسب أن نبدأ بعلاج تجريبي ب PPI من دون اختبار لتأكيد التشخيص.

٢- التنظير الهضمي العلوي :

- أ- يستطب عند كل مريض عمره فوق ٤٥ سنة ولديه الأعراض السابقة
- ب- وكذلك المرضى كافة بغض النظر عن العمر عند وجود أي من أحد الأعراض الخطرة الآتية :
نقص وزن ، و اقياءات ناكسة ، و عسرة بلع ، و نزف ، و فقر دم .
- ت- أخذ خزعات منها على نحو كافٍ (لنفي السرطان) . حساسية التنظير ٩٢٪ ، ونوعيته وهو آمن وجيد التحمل عند المسنين ويسمح بالتشخيص بالرؤية وبالخزعة ، ويجب عند إجرائه أخذ خزعات من الغار أو من أي موقع فيه التهاب معدة، لتحري HP . ويجب أن يجرى التنظير بحذر، لتجنب الانتقاب (تقريباً ١ من كل ٥٠٠٠ حالة) .

٣- التصوير الشعاعي الظليل للجهاز الهضمي العلوي: قلت الحاجة إلى التصوير الظليل ، بسبب انتشار التنظير، وحساسية التصوير الظليل ٥٤٪ ونوعيته ٩١٪

٤- اختبارات تحري جرثومة الملوية البوابية

٥- مستوى غاسترين المصل القاعدي : يكون مناسباً لنفي الغاسترينوما . عادة يقاس في المرضى مع قرحات ناكسة بعد الجراحة ، إخفاق الاستجابة إلى العلاج الدوائي ، وفي حال الشك بوجود اضطراب غدي صماوي MEN-١ ومتلازمة زولنجر أليسون^٦ .

٢-٦-٥ التشخيص التفريقي DIFFERENTIAL DIAGNOSIS :

- عسرة هضم غير قرحية، و التهاب معدة، و تنشؤ معدة.
- التهاب مرارة وأمراض الطرق الصفراوية.
- الآفات التنشؤية للكبد
- الاضطرابات الالتهابية والتنشؤية للبنكرياس^٤

٢-٦-٦ الاختلاطات COMPLICATIONS :

١- النزف BLEEDING :

هو أشيع اختلاطات القرحة العفجية، يشاهد عند ٣٥٪ من مرضى القرحة العفجية ، معدل الوفيات في القرحات العفجية النازفة ١٠-٢٠٪ . ويتظاهر النزف بإقياء دموي أو طحل قهوة أو براز زفتي . الرشف المعدي يثبت النزف عادة، الألم البطني غير شائع، الصدمة ربما تكون موجودة ،

الانعاش الهجومي ، ونقل الدم ضروري .التنظير المبكر مهم لتشخيص سبب النزف ،وتقويم الحاجة إلى العلاج المرقئ . ثلاثة أرباع المرضى مع قرحة نازفة سيتوقف النزف لديهم إذا أعطوا مثبطات الحمض ووضعوا على حماية مطلقة ، على حين أن ربع المرضى سوف يستمر النزف أو سوف يعود النزف بعد مدة هدوء . و فعلياً فإن الوفيات كافة (والعمليات جميعها للنزف) تحدث في هذه المجموعة . المرضى العالين الخطورة يستفيدون من العلاج التنظيري (حقن ايبنفرين،والتخثير الكهربائي) . استمرار النزف أو عودة النزف بعد العلاج التنظيري هو استطباب للجراحة غير أن إعادة العلاج التنظيري ينجح في علاج عودة النزف. المرضى المسنين والمرضى مع أمراض مرافقة عديدة لا يتحملون نوبات متكررة من النزف المهم، لذلك يستطب إجراء العملية الانتخابية المبكرة بعد العلاج التنظيري الناجح الأولي القرحة النازفة بشدة التي تتوضع على الوجه الخلفي لبصلة العفج أو الانحناء الصغير للمعدة آفات عالية الخطورة لأنها غالباً تأكل شرايين كبيرة لا تستفيد على العلاج غير الجراحي هي والعمليات المبكرة ينبغي أن تأخذ بالحسبان^٧

٢- الانتقاب PERFORATION :

٣- الانسداد(انسداد مخرج المعدة) OPSTRUCTION :

هو أقل مصادفة من النزف والانتقاب بنسبة لا تتجاوز أكثر من ٥% من المرضى مع قرحة عفجية . عادة يكون بسبب قرحة عفجية أو قبل بوابية وربما يكون حاداً (من الودمة الانتهابية واضطراب وظيفي بالحركة الحوية) أو مزمن (من التندب)يتظاهر بإقياءات غير صفراوية وربما قلاء استقلابي ناقص الكلور ناقص البوتاسيوم شديد الألم أو عدم الراحة يكون شائعاً" ، فقدان الوزن غالباً يكون موجوداً اعتماداً على مدة الأعراض .يمكن إثبات التشخيص بالتنظير . العلاج البدئي يكون بالرشف المعدي فضلاً عن الإماهة الوريدية، وإعاضة الشوارد، وأدوية مضادة للإفراز . يجب التمهّل بالجراحة حتى نسمح بإنقاص توسع المعدة والودمة وكذلك لإصلاح حالة التغذية بالوقت الحاضر . معظم هؤلاء المرضى يتطلبون تدخلاً إما بالتوسيع بالبالون أو عملية جراحية . يجب نفي السرطان ،لأن معظم المرضى مع أعراض انسداد مخرج معدة يكون لديهم خباثة عفجية أو معدية أو بنكرياسية^{١-٢}

٤- التسرطن CANCERATION :

تندر مشاهدته في القرحة العفجية، على حين أنه يشاهد في ٥-١٠% من القرحة المعدية لذلك كل قرحة معدية يجب إجراء خزعات لنفي السرطان^٢.

٥- الاندخال PENETRATION :

٦- وهو تنخر في قاعدة القرحة مع تأكل كامل سماكة الجدار مؤدياً إلى حدوث اتصال بين العفج

والبنّي المجاورة مثل البنكرياس، والكبد ، والطرق الصفراوية ،المرضى يشكون من تبدل في حدة الأعراض، فالألم يصبح أكثر شدة، ومستمرّاً، ويشع إلى الظهر وغير مستجيب إلى مضادات الحموضة أو الطعام . الفحص الفيزيائي والمخبري غير نوعي ما عدا ارتفاع معتدل في الأميز أحياناً. المرضى يجب أن يعطوا PPI وريدياً ويراقبوا مراقبة حثيثة وفي حال عدم التحسن ينبغي إجراء الجراحة^٢.

٢-٦-٧ العلاج الطبي MEDICAL TREATMENT :

أ- يتوجب على مرضى القرحة العفجية اتباع التوصيات الآتية^٤ :

- الإقلاع عن التدخين والكحول .
- إيقاف استخدام NSAID (بما في ذلك الإسبرين) والاستيروئيدات وفي حال كانت تأخذ لعلاج حالات طبية مرافقة فإنه ينبغي أن يضاف إليها PPI أو جرعة عالية من معاكسات مستقبل الهستامين H2.
- استخدام المهدئات العصبية عند العصبيين .
- اتباع حمية غذائية مناسبة تعتمد على تجنب الأغذية المثيرة للألم وتناول وجبات خفيفة بين الوجبات الرئيسية ووجبة خفيفة قبل النوم .
- تجنب القهوة (الكافئين) وكذلك معرفة أن الحليب مؤذٍ لأنه يزيد إفراز الحمض إذ أن الكالسيوم والبروتين ينبه إفراز الغاسترين.

ب- الأدوية : يجب أن يتمتع الدواء بالصفات الآتية: يسرع شفاء القرحة ، و يخفف الألم القرحي ، و يقي من النكس عند استعماله مطولاً ، يسبب نكسا منخفضا عند التوقف عن استعماله بعد شفاء القرحة وليس له تأثيرات جانبية ، رخيص الثمن^٤ .

١- معاكسات مستقبل الهستامين H2 H2 RECEPTOR ANTAGONISTS :

تنشط بشكل عكوس إفراز الحمض بواسطة ارتباطها تنافسياً إلى مستقبلات H2 على الخلايا الجدارية . هذه الأدوية تكون فعالة وآمنة . عندما يستخدم التنظير لتقويم الشفاء فإننا نجد ٧٠% من المرضى يشفون من القرحة في ٤ أسابيع من العلاج ، بعد ٨ أسابيع تقريباً ٩٠% من المرضى يكونون خاليين من الأعراض مع عدم وجود تقرح حين إجراء التنظير. معظم الدراسات عن العلاج الداعم تستخدم جرعة ليلية مفردة من معاكسات مستقبل H2 ، نكس القرحة في أثناء العلاج الداعم يحدث تقريباً في ١٥% من المرضى . عندما توقف معاكسات مستقبل H2 فإن القرحة تنكس في أكثر من نصف المرضى في سنة . مع الفهم الحالي لدور HP في القرحة فإن معاكسات مستقبل H2 لم تعد تستخدم بوصفها علاجاً أولياً إذ تستبدل الآن بـ PPI مشركة مع الصادات^{٤-١} .

٢- مثبطات مضخة البروتون PROTON PUMP INHIBITOR PPI

PPI يشكل الدعامة الأساسية في العلاج الدوائي للقرحة العفجية .

آلية تأثيرها : إفراز الحمض من الخلايا الجدارية المعدية يكون بسبب النقل الفعال لشوارد H^+ من سيتوبلاسما الخلايا الجدارية إلى لمعة المعدة . الأومبرازول وهو ممثل عن عائلة هذه المركبات يحصر بشكل نوعي مضخة البروتون الموجودة على الخلايا الجدارية . إذا أعطي الأومبرازول على نحو كافٍ لشغل مواقع الارتباط على الخلايا الجدارية جميعها، فإن التثبيط التام الإفراز الحمض يمكن انجازه . الأومبرازول بجرعات ٢٠-٣٠ ملغ يسبب تثبيط تام لإفراز الحمض المعدي في ٦ ساعات . الأومبرازول له نصف عمر حيوي طويل بحيث أنه حتى ٢٦ ساعة من إعطاء الدواء يستمر نقصان إفراز الحمض ٩٠-٧٠٪ . الجرعة اليومية المكررة من الأومبرازول تؤدي إلى عمل مثبط زائد على الإفراز المعدي وكذلك تقويض ناقص للدواء داخل المعدة . تثبيط إفراز الحمض يكون أعظمي بعد ٣ أيام تقريبا . دراسات عديدة أظهرت أنه في أثناء العلاج بـ الأومبرازول يحدث تثبيط مهم في إنتاج الحمض الأعظمي وراحة واضحة من الألم الشرسوفي واستخدام منخفض من معدلات الحموضة ANTACIDS المزودة . بالمقارنة مع معاكسات المستقبل H_2 فإن الأومبرازول مفضل في إراحة الألم، ومعدل شفاء القرحة .

- المرضى الذين يدخلون المشفى من أجل اختلاطات القرحة ينبغي أن يتلقوا PPI وريدياً
- العلاج بـ PPI جرعة دأمة لمدة طويلة ينبغي أن يأخذ بالحسبان في المرضى المقبولين في المشفى باختلاطات القرحة كافة، وجميع المرضى مع قصة قرحة ناكسة عامة ، أو نزف، وكذلك المدخنين غير المطاوعين مع قصة قرحة ^{٤١}.

٣- سكر لفات SUCRALFATE :

هو ملح الألمنيوم للساكر الثنائية المكبرته ، عندما يرتبط مع الحمض المعدي يتبلر ويلتصق بالمخاطية المعدية العفجية وبذلك يشكل طبقة لزجة فوق القرحة . يرتبط مع الأملاح الصفراوية، ويثبط عمل الببسين . وكذلك السكرلفات ينه إنتاج المخاط ويزيد إنتاج PGE_2 المخاطي وكذلك يزيد إفراز الكربونات العفجية . إن السكرلفات تربط عامل النمو البشري وتزيد تكاثر الظهارة عند حواف القرحة . الدواء لا يمتص جهازيا ويستعمل عند الحوامل .

- ٤- مركبات البزموت لها فعالية مضادة للجراثيم لذلك تستخدم في القضاء على HP . لها تأثير محرض في إفراز المخاط المعدي ، تشكل طبقة واقية . الحليب ومعدلات الحموضة تتدخل في عمله، لذلك ينبغي تجنبها مدة ساعة قبل تناوله وبعده.

٥- معدلات الحموضة ANTACIDS :

تتفاعل مع الحمض المعدي، وتنتج ماءً وملحاً . تعدّ فعالة في علاج القرحة لكن حالياً بسبب

اكتشاف أدوية أكثر فعالية (PPI) قل استخدامها كثيرا (هيدروكسيد الألمنيوم ، و هيدروكسيد الألمنيوم مع هيدروكسيد المغنيزيوم ، وكربونات الكالسيوم) . على أية حال العلاج المكثف للقرحات الحادة بمعدلات الحموضة تشفي القرحات في ٧٨٪ في ٤ أسابيع . الحاجة للجرعات المتكررة هو غير مقبول عند كثير من المرضى ، نسبة مهمة من المرضى يحدث لديهم إسهال .

٦- البروستاغلاندينات : (MISOPROSTOL) PGE1 و (ENOPROSTOL) PGE2 تنبه إفراز المخاط المعدي ، وتنبيه إفراز البيكربونات في العفج والبنكرياس، وتزيد من الجريان الدموي ، وتعرض على استبدال الخلية المخاطية ، وتنقص إفراز الحمض المنبه بالغاstringين . هذه الأدوية تستخدم لمنع القرحات في المرضى الذين يأخذون NSAIDS . تأثيراتها الجانبية هي: الإسهال ، والتشنج ، والإجهاض عند الحوامل^{٤١} .

٢-٦-٨ العلاج الجراحي SURGICAL TREATMENT :

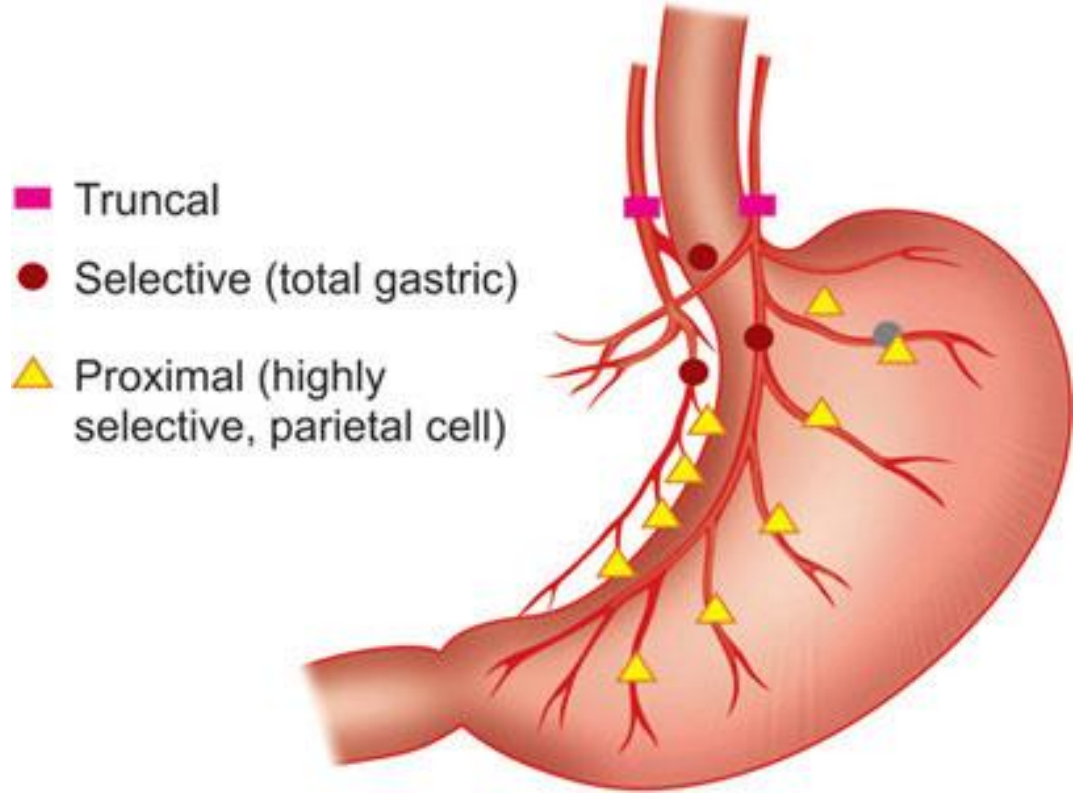
- استطببات الجراحة في القرحة العفجية هي النزف ، والانتقاب ، والانسداد ، والتعقيد (عدم الاستفادة على العلاج الدوائي) . اليوم معظم المرضى الذين يخضعون للجراحة من أجل القرحة العفجية يقتصر العمل الجراحي على الخياطة البسيطة للقرحة النازفة أو رقعة بسيطة للقرحة المنتقبة ، أما إجراء قطع المبهم (جذعي وعالي الانتقائية في العملية نفسها فهو غير شائع على نحو كبير، وذلك بسبب أن الجراحين غير ملمين بهذا الإجراء وكذلك الاعتماد على PPI | ، بعد العملية لإنقاص إفراز الحمض .

- هناك ثلاث عمليات تجري في حال القرحة العفجية ، هدف كل منها هو إنقاص إفراز الحمض وهي تركيز على قطع التنبيه المبهمي أو إيقاف إفراز الغاسترين الغاري أو كليهما HSV (قطع مبهم عالي الانتقائية) ، TV+D (قطع مبهم جذعي مع تصريف) ، TV+A (قطع مبهم جذعي مع قطع غار) . معدلات النكس كانت الأقل لكن المراضة هي الأعلى في الإجراء الأخير ، العكس من ذلك كان صحيحاً من أجل HSV . كما هو موضح في الجدول^٣ .

	Parietal cell vagotomy	Truncal vagotomy and pyloroplasty	Truncal vagotomy and antertomy
Operative mortality ratr(%)	0	<1	1
Ulcer recurrence rate(%)	5-15	5-15	<2
Mild	<5	10	10-15
Severe	0	1	1-2
Diarrhea	-	-	-
Mild	<5	25	20
Severe	0	2	1-2

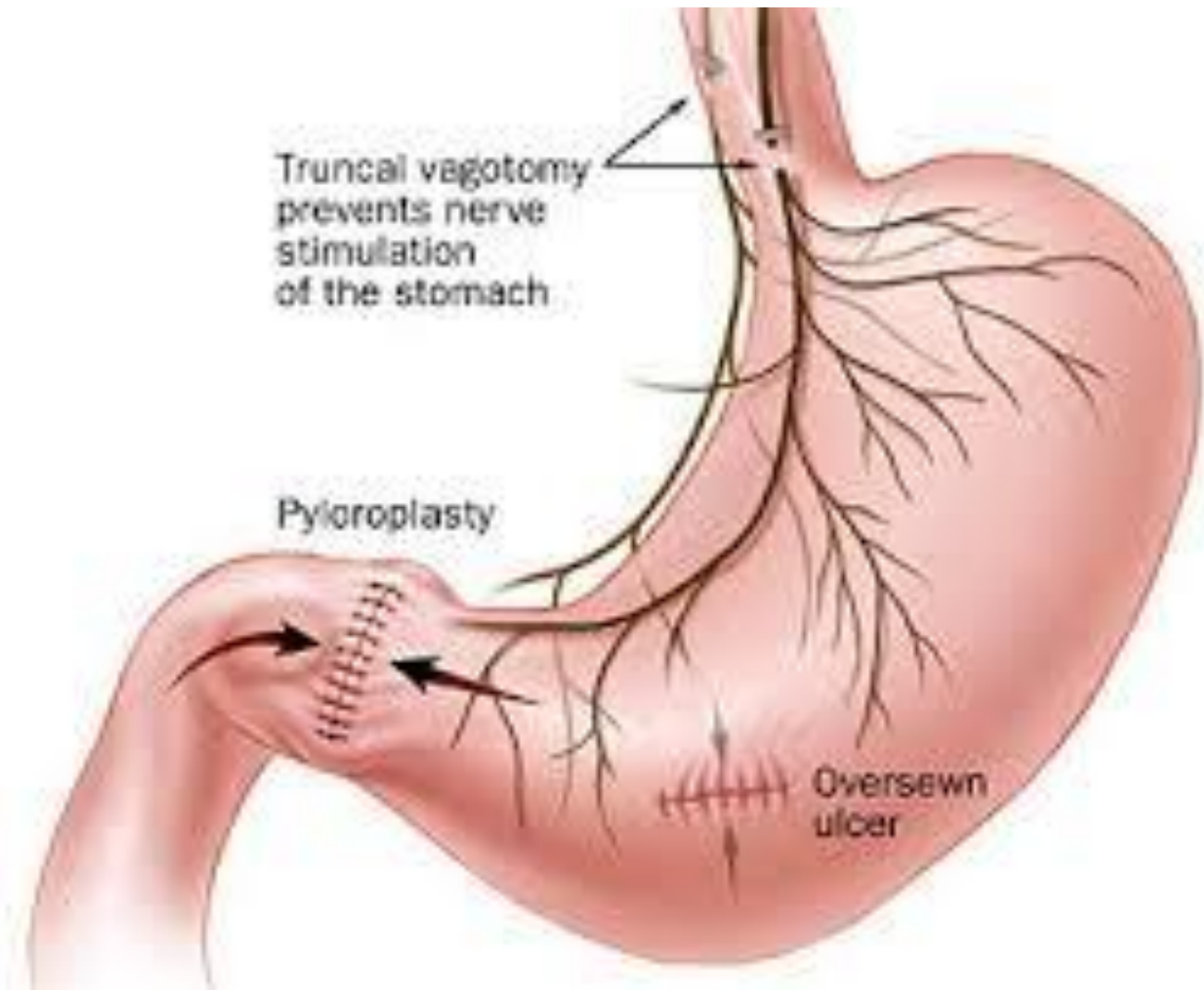
الجدول (١) النتائج السريرية للجراحة في القرحة العفجية ٩٠ Schwartz .

HSV: قطع المبهم عالي الإنتقائية أو يدعي قطع المبهم للخلايا الجدارية أو قطع المبهم المعدي القريب
 : هو آمن ويسبب تأثيرات جانبية قليلة وتعتمد العملية على قطع فروع العصب المبهم التي تزود الثلثين القريبين إلى المعدة حيث تتوضع الخلايا الجدارية أساسياً ، ويحافظ على فروع المبهم للغار والبواب ، لذلك العملية تنقص إفراز الحمض المعدي الكلي تقريبا ٧٠٪ HSV. الانتخابي يمكن أن يستعاض عنه بالعلاج ب PPI مدة طويلة لكن ربما تكون مفيدة في المرضى (انتخابي أو إسعافي) الذين يكونون معندين على العلاج أو عندهم عدم تحمل للدواء . ويجب تأكيد أن HSV يجب أن يتضمن العصب crimnal إذا كان موجوداً^٣

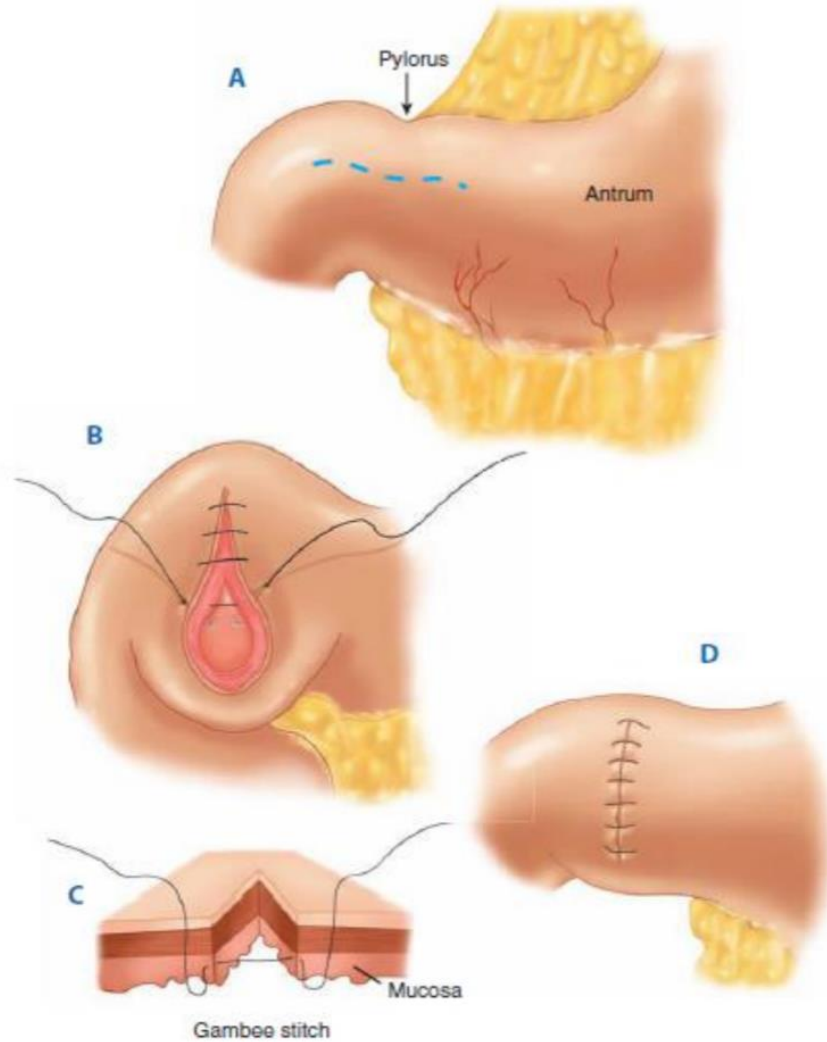


الشكل (٣) صورة توضيحية لمناطق قطع المبهم (جذعي، او انتقائي، أو قطع مبهم عالي الانتقائية HSV)

قطع المبهم الجذعي مع إجراء تصريف (TV+D) فوائدها هو أنها يمكن أن تجري على نحو آمن وبسرعة أما مساوئها فهي التأثيرات الجانبية (١٠٪ لديهم اغراق مهم و/أو اسهال) . في هذه العملية يحدث إزالة تعصيب الغار والبواب لذلك لا بد من إجراء للتصريف ، إما مفاغرة معدية صائمية أو تصنيع بواب . المفاغرة هي خيار جيد في المرضى مع انسداد مخرج معدة أو عندما تكون القرحة في الجزء القريب من العفج . أما تصنيع البواب فهو مفيد في المرضى الذين يتطلبون خزع بواب وعفج للتعامل مع اختلاطات القرحة (مثال قرحة عفج خلفية نازفة)^٣

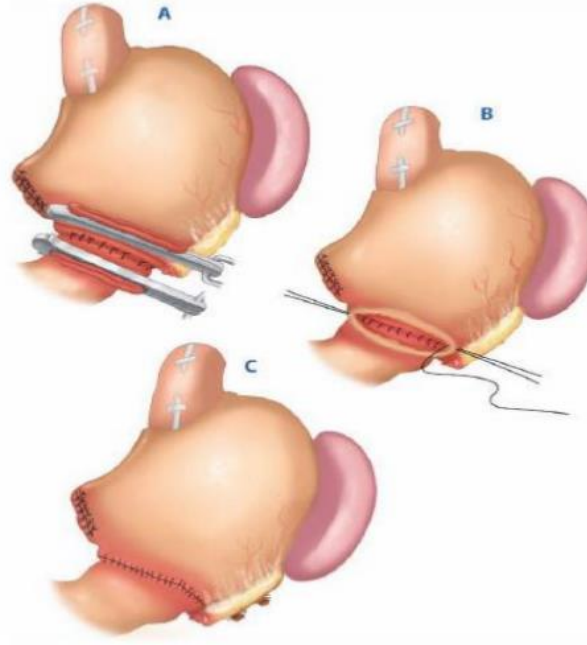


الشكل (٤) قطع مبهم جذعي مع إعادة تصنيع البواب

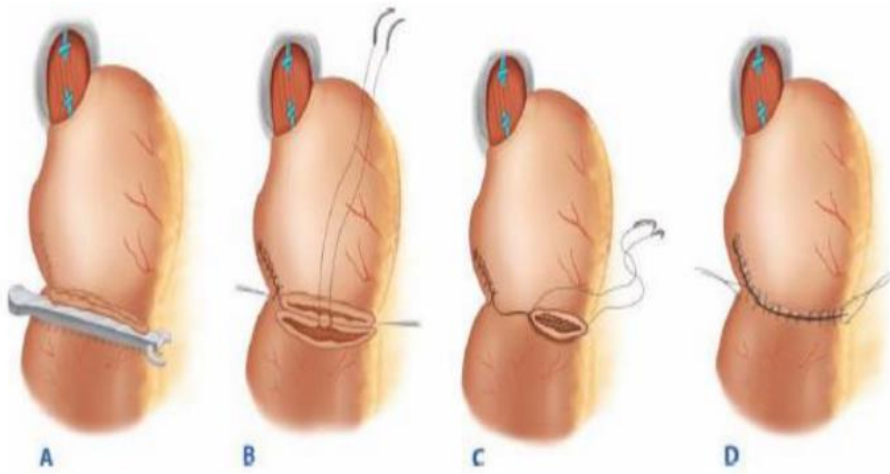


الشكل (٥) إعادة تصنيع البواب بطريقة ميكوليكرز

قطع المبهم واستئصال الغار (TV+A) : فوائدها هو أن معدل النكس منخفض، أما مساوئها فهي خطورة وفيات أعلى (عندما تقارن مع HSV و TV+D). يتبع استئصال الغار إعادة وصل إما B1 معدية عفجية وإما B2 معدية صائمية . إن قطع الغار يترك ٦٠-٧٠% من المعدة فإن إعادة الوصل على شكل Reny ينبغي تجنبه لأنه يؤهب للركودة المعدية . TV+A ينبغي تجنبه في المرضى غير المستقرين هيموديناميكيا وفي المرضى مع التهاب شديد و/أو تندب في العفج القريب (لأن المفاغرة المحكمة B1 أو اغلاق جذمور العفج B2 ربما تكون صعبة)^٣



Billroth 1



Billroth 2

الشكل (٦) صور توضيحية للمفاغرة المعدية العفجية (بيلروث ١) والمعدية الصائمية (بيلروث ٢)

اختيار العملية من أجل القرحة العفجية^٨:

اختيار العملية في القرحة العفجية يعتمد على عوامل متنوعة تتضمن حالة المريض ، استئطباب العملية ، وعوامل داخل البطن (تندب عفجي /التهاب ، و التصاقات، وصعوبة الكشف ، و خبرة الجراح ، و خمج HP موجود أو لا، الحاجة إلى العلاج بNSAID . عامةً إجراءات القطع تملك معدل نكس أقل ولكن معدل وفيات ومراضة أعلى عندما تقارن مع عمليات القرحة التي لا يجرى فيها قطع . لأن النكس في معظم الأحيان له علاقة ب HP و/أو NSAID فإنه عادة يدبر تدبيراً كافياً من دون إعادة العملية ، لذلك الاستئصال المعدي الانقاص النكس في القرحة العفجية هو غير مسوغ اليوم".

٧-٢ انتقَاب القرحة العفجية (Perforated Doudenal Ulcer)

١-٧-٢ التعريف والوقوع : DEFINITION AND INCIDENCE

- هو تنخر في قاعدة القرحة العفجية يؤدي إلى تآكل سماكة الجدار كاملةً وحدث اتصال بين لمعة العفج وجوف البرتوان، وهو يحدث في القرحة العفجية الحادة والمزمنة على حد سواء .
- يعدّ الانتقَاب ثاني أشيع اختلاطات القرحة العفجية بعد النزف . يحدث في ١٠٪ من مرضى القرحة العفجية غير المعالجة .
- يكون العرض البدئي في ٣٠٪ من مرضى القرحة العفجية .
- متوسط العمر ٤٥-٥٥ سنة .
- هناك رجحان للرجال ٣/١.

٢-٧-٢ الفيزيولوجية المرضية والأسباب : PATHOPHYSIOLOGY AND ETIOLOGY

انتقَاب القرحة هو عملية سريعة جدا إذ يحدث نتيجة الانفصال المفاجئ للجزء الضعيف من سرير القرحة وقد يكون السبب في ذلك تأذي التروية الدموية للمنطقة بسبب التهاب الشرايين النهائية يؤدي هذا الانتقَاب إلى مرور محتويات العفج والمعدة إلى جوف البرتوان ومن ثمّ يحصل التهاب بريتوان كيميائي بالية التخريش التأثير المحتويات العفج ، والمعدة للبرتوان ، وهذه المفرزات في البداية تكون عقيمة حتى ٢٤ ساعة بعد الانتقَاب إذ يحدث بعد ذلك تكاثر جرثومي ، و التهاب برتوان جرثومي ° .

بالنسبة إلى عوامل الخطورة فإن NSAIDS اتهمت بوصفها عاملاً كبيراً في تكوين الانتقَاب (أكثر من ٥٠٪

من المرضى مع قرحة عفجية مثقوبة يخبرون عن تناول حديث للNSAIDS) وكذلك التدخين ، والكحول ، والستيروئيدات، والشدة، وإن الكوكائين معروف بإحداثه الانتقَاب المجاور للبواب

JUXTAPYLORIC (آليات الانتقاب في مدمني الكوكائين هي الإقفار ، واضطرابات الحركة ، وبلغ هواء زائد ، وختار مرتبط بالصفحات ، و إفراز كورتيزول زائد). وكذلك الصيام (إفراغ المعدة من محتوياتها) مدة طويلة يزيد من احتمال انتقاب القرحة . كذلك من الأسباب المهيئة للانتقاب الرياضات العنيفة ، والأعمال المجهدة ، والسعال الشديد . أما الخمج بـHP فمن المعروف أنها لها دور كبير في تشكل القرحة ونكسها ، ولكن دورها في الانتقاب غير معروف .

٢-٧-٣ مكان الانتقاب LOCATION:

الموضع الأشيع للانتقاب هو الوجه الأمامي لبصلة العفج (٩٢٪) ، على حين أن الوجه الخلفي للبصلة (٢٪) ، و (٦٪) في مكان اتصال البواب مع العفج

٢-٧-٤ الأشكال السريرية للانتقاب القرحي Clinical Aspets:

هناك ثلاثة أشكال سريرية :

١. الانتقاب الحاد: يعد أكثر الأشكال حدوثاً ، إذ تنسكب محتويات العفج والمعدة في جوف البريتوان انسكاباً حاداً .
٢. الانتقاب تحت الحاد: في هذه الشكل فإن محتويات العفج لا تفتح مباشرة في جوف البريتوان العام وإنما تتحدد منطقة التلوث في جزء صغير من جوف البريتوان ويساعد على ذلك عوامل عدة منها : الثقب الصغير - وخلو المعدة من محتوياتها - ووجود التصاقات محيطة بالقرحة - و انسداد الثقب القرحي مباشرة بعد الانتقاب بقطعة من التراب أو أحد الأحشاء المجاورة.
٣. الانتقاب المزمن: تحدد الالتصاقات المحيطة بالقرحة المنتقبة مع الأحشاء المجاورة كالكدب والكولون المعترض، والتراب، والمرارة منطقة تنطرح فيها محتويات العفج ، وهذه تشكل بدورها خراجات مزمنة وهذا يجعل التشخيص صعباً .

٢-٧-٥ الأعراض والعلامات Symptoms and Signs:

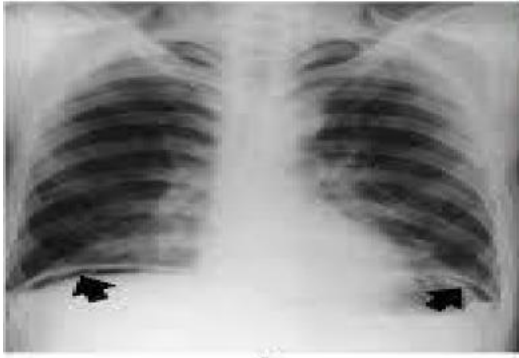
بدء مفاجيء لألم شديد صاعق يكون متوضعا في البداية في منطقة الشرسوف ثم لا يلبث أن يتعمم ليشمل البطن كاملاً في ساعة أو ساعات عدة، هذا الألم يسوء على الحركة (لذلك المريض يتجنب الحركة وينتشر إلى الكتف الأيمن ، أو كلا الكتفين، وقد يترافق مع غثيان وقياء، هذه الأعراض تكون أقل شدة عند المسنين، والموهنين، والذين يتناولون ستيرويديات قشرية مدة طويلة. هذه الأعراض تميز التهاب البريتوان الكيميائي أما في حال تطور التهاب البريتوان الجرثومي فتظهر أعراض الإنتان والصدمة.^٤

الفحص الفيزيائي : إيلام ، دفاع وإذا مضى ساعة أو ساعتين على بدء الأعراض نجد صلابة منتشرة في عضلات جدار البطن ، بطن صامت (أصوات الأمعاء غائبة) ، حرارة ، كذلك نجد هبوط الضغط ، وتسرع النبض (علامات الصدمة التي تتطور متأخراً)^٤

٦-٧-٢ التشخيص DIAGNOSIS

- ١- القصة المرضية : تكون معروفة جيداً إذ أن البدء المفاجيء للألم البطني عند مريض يشكو من انزعاج شرسوفي مزمّن أو عسرة هضم مزمّنة أو في حال استخدام (NSAID والأسبرين) مع موجودات الفحص الفيزيائي المذكورة سابقاً ، كلها تشير إلى قرحة مثقوبة .^١
- ٢- شعاعياً :

أ- صورة الصدر الخلفية الأمامية بالوقوف أو صورة البطن بوضعية الاضطجاع الجانبي الأيسر : إذ يشاهد هواء حر تحت أحد أو الحجابين أو كليهما (معظمها في الجهة اليمنى) وهي تكون ايجابية في ٧٠-٨٠٪ من الحالات ، كن سلبيتها لا تنفي التشخيص إذ يكون الثقب صغير جداً وكمية الهواء قليلة جداً . يجب أن يكون المريض جالساً ثم يقف مدة ٥-١٠ دقائق قبل التقاط الصورة إذ يساعد بذلك على تمييز الكمية القليلة من الهواء الحر ٥ مل. وفي حال الاضطجاع الجانبي الأيسر يجب أن تأخذ الصورة الأولى حالما يأخذ المريض الوضعية ثم تعاد الصورة بعد ٥-١٠ دقائق، لنتمكن من مشاهدة الكمية الصغيرة جداً من الهواء. إذا ظهر الهواء الحر في الصورة البسيطة فلا فائدة من الدراسات التشخيصية الأخرى.



الشكل (٧) يظهر علامة الهلال الغازي على صورة الصدر البسيطة عند مريض لديه قرحة عفجية مثقوبة.

ب- CT: ليس ضروري دائماً إذ يستخدم عندما لا يمكن تحديد الهواء الحر على الأفلام التقليدية يتميز بما يأتي : إنه دقيق جداً في تحديد حتى الكمية الصغيرة جداً من الهواء خارج المعدة ، يمكن أن يظهر التغيرات الالتهابية في النسيج حول العفج والنسج في المسافة تحت الكبد الأيمن في ٥٠٪

من المرضى ، يظهر تجمع السوائل في الحيز تحت الكبد الأيمن أو في الكيس الصغير في ٧٥% من المرضى ، ربما الأكثر أهمية هو أنه ينفي التهاب الرتوج السينية المتمزقة بوصفه سبباً للهواء الحر في البطن بوساطة غياب التغيرات الالتهابية في البطن السفلي والكولون السيني نفسه . وبذلك يساعدنا على اختيار الشق الأفضل في حال الجراحة أو تحديد مكان التروكارات في حال الجراحة التنظيرية^٤

ث- الإيكو: إذ نشاهد سائلاً داخل البطن الذي ربما يكون المؤشر الأكثر أهمية للانتخاب في حال عدم رؤية الهواء الحر في البطن في الدراسات الشعاعية السابقة.^٤

٣- مخبرياً :

الفحوص المخبرية لا تؤكد التشخيص لكن يمكن أن تشارك فيه ، إذ نجد :

- ارتفاع تعداد الكريات البيض مع انحراف إلى الأيسر .

- ارتفاع طفيف لأميلاز الدم ^٦.

٢-٧-٧ التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

١. الأمراض الصدرية: ذات الرئة القاعدية الحادة، والتهاب تامورحاد، واحتشاء قلب حاد، وذات الجنب الحجابية.

٢. التهاب بنكرياس حاد .

٣. التسممات الغذائية : الانسمام بالرصاص، والتهاب معدة حاد .

٤. التهاب البرتوان الحاد بأسبابه المختلفة .

٥. الحالات الجراحية الحادة : التهاب زائدة دودية ، واحتشاء مساريقي حاد ، والتهاب مرارة حاد ، وتمزق حمل هاجر ، وتمزق أم دم أبهرية ، و انسداد أمعاء حاد ^٦.

٢-٧-٨ التدبير والمعالجة Management and Treatment:

حالما يشخص الانتقاب لدى المريض لا بد من إنعاشه وفق المبادئ الآتية:

١. التسكين الجيد للمريض، والتخفيف من قلقه بإعطاء المورفين أو البيئدين .

٢. فتح خط أو خطين وريدين، أو حتى وضع قثطرة C.V.P إذا استدعى الأمر ، مع سحب عينات

دموية للفحوصات المخبرية (زمرة دم ، و بيض وصيغة ، و وظائف الكلية ، و الشوارد) . وتوضع قثطرة بولية لمراقبة الإنتاج البولي، ويبقى المريض على الحمية المطلقة ، ونبدأ بتعويض السوائل وريديا (محلول رينغر لاكتات ، و السيروم الفيزيولوجي ٠.٩% والسكري ٥%) لمعالجة التجفاف (إذ يحدث نزح للسوائل إلى الحيز الثالث وهو جوف البرتوان مع مراقبة النتاج البولي والضغط

الوريدي المركزي ، وينقل في حالات النزف المرافق .

٣. نضع أنبوب معدي NGT لإفراغ محتويات المعدة، ومن دون إجراء مص ميكانيكي عليه، وكذلك

تجنب الغسيل (لأنه قد يفتح انتقاباً قد انسد تلقائياً) .

٤. إعطاء الصادات الحيوية الوريدية واسعة الطيف، لتغطية سلبيات الغرام وإيجابياته، ويفضل

استخدام نظام الصاد المفرد أكثر من استخدام اثنين أو ثلاث (ايمي بينيم أو بايبرسلين

أوسيفتازيديم) ، ريثما تؤخذ عينة من النتحة البريتوانية للزرع والتحسس .

٥. بالنسبة إلى مرضى الجراحة : المرضى الموضوعين على وارفرين ولديهم INR أكثر من ١.٤

ينبغي نقل بلازما طازجة لهم ، والمرضى الذين يتلقون كلوبيد أو مضادات تجمع صفحي أخرى

يجب أن يجرى لهم زمن نرف قبل العملية على جانب السرير وإذا كان الزمن أكثر من ٨ دقائق

لا بد من نقل صفيحات قبل بدء العملية^{٢-١}

٢-٧-٨-١ المعالجة المحافظة Conservative Treatment :

استخدم العلاج غير الجراحي للقرحة العفجية المثقوبة عشوائياً في نصف القرن الماضي حتى عام

١٩٩٨ عندما DONOVAN اقترح هذه الخطة البديلة من التدبير للقرحة العفجية المثقوبة . هذا كان

نتيجة تطور PPI وتمييز HP بوصفه عاملاً مسبباً في معظم المرضى مع قرحة عفجية . DONOVAN

أكد أن نصف حالات القرحة العفجية المثقوبة تنغلغ عفويا وهذه تدخل في الخطة العلاجية . المرضى

الذين تكون الموجودات البطنية عندهم محدودة في الجزء العلوي من البطن وحالتهم مستقرة وليس لديهم

أي علامات إنتان فإنه يجرى لهم تصوير معدي عفجي بمادة حلولة بالماء (يجب أن يملأ العفج) فإذا لم

يكن هناك أي تسريب أو تسريب محدود إلى منطقة صغيرة قريبة من العفج فإن المريض يمكن أن يعالج

بمض المضفرات المعدية والسوائل الوريدية والصادات الوريدية و PPI وريدي وراحة بالسرير، أما إذا

الانتقاب يسمح للمادة الظليلة بالتسرب واسعاً في المسافة حول العفج أو تحت الكبد ، فإن الجراحة لإغلاق

الثقب مع عملية جذرية للقرحة أو من دونها يجب أن تجر حالاً . وإن المريض يجب أن يقيم للخمج

ب HP بالطرائق المشروحة سابقاً، وإذا كان ايجابي فإن العلاج الثلاثي أو الرباعي بالصادات والأدوية

الأخرى يتوجب على المريض البدء به حالما يكون قادر على تحمل الدواء الفموي .

- الفحص الفيزيائي المتكرر للمريض إلزامي وفي حال عدم التحسن، أو تدهور الحالة (زيادة الألم، أو

ارتفاع الحرارة ،أو تسرع النبض ،أو التهاب بريتوان أسوء) فإن المريض يجب أن يأخذ إلى غرفة

العمليات فوراً . هناك عوامل تنبئ بإخفاق العلاج المحافظ : النبض أكثر من ٩٤ ، و صلابة في العضلة

المستقيمة البطنية ، وعمر أكثر من ٧٠ سنة^{٢-٥} .

وإن الدراسات العديدة أظهرت أن معدل الوفيات والمرضاة في العلاج المحافظ مشابه لما هو عليه في

العلاج الجراحي . دراسات عشوائية في بريطانية RANDOMIZED TRIAL أظهرت أن معدل

الوفيات في المجموعتين الجراحي والمحافظ كانت ٥% ولا يوجد اختلاف مهم في معدل المراضة ٤٠%

في الجراحة مقابل ٥٠% في الغير جراحة) - أما بالنسبة إلى الخراجات البطنية فنسبتها في العلاج

المحافظ ٣% وهو مشابه لما هو عليه في العلاج الجراحي ، وهذه تعالج بالتفجير بالجلد شعاعيا ^٢.

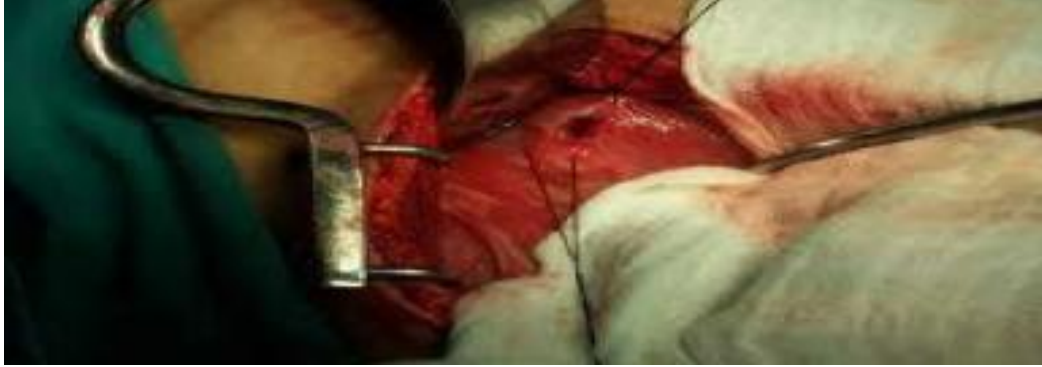
٢-٨-٧-٢ المعالجة الجراحية Surgical Treatment:

وتشمل إغلاق الثقب برقعة ثربية وغسيل جوف البريتوان مع إجراء جذري منقص اللحمض أو من دونه. وكلا الإجراءين يمكن إنجازهما بالجراحة التقليدية أو التنظيرية ^٣.

- أ- الإغلاق البسيط (غراهام باتش) .
- تستطب هذه الطريقة في الحالات الآتية :
- الأمراض الطبية المرافقة الخطيرة مثل :أمراض قلبية ، وأمراض تنفسية مزمنة ، وقصور كلوي
- عدم ثبات هيموديناميكي قبل الجراحة يتضمن الصدمة . -الانتقاب أكثر من ٢٤ ساعة .
- المريض فوق ٧٠ سنة .
- الانتقاب الناتج عن سوء استعمال الكوكائين .
- عدم وجود أعراض قرحية في الثلاثة شهور السابقة للانتقاب (أي لا يوجد قصة قرحية مزمنة)

التكنيك الجراحي : إغلاق القرحة العفجية المنقوبة برقعة ثربية يدعى غراهام باتش، أول ما وصفت في عام ١٩٨٣ من العالم ROSCOE GRAHAM وقد طرحت تعديلات عليها فيما بعد وسوف نناقشها . يخدر المريض تخديرا عاما ، أما الشق فهناك شقوق عديدة ولكن الأفضل هو الشق الناصف فوق السرة . هذه العملية لها هدفان الأول إغلاق الثقب، والثاني هو رشف سوائل العفج والمعدة من جوف البرتوان و إجراء غسيل جيد لهذا الجوف لذلك الشق قد يكون طويلا نوعا ما .نبعد الفص الأيمن للكبد لتأمين كشف جيد للبصلة والبواب والانحناء الصغير . مع الاستمرار بمص المفرزات حتى نتمكن من رؤية الثقب ، نضع بعد ذلك شانات بطن حول الثقب ،لعزله عن جوف البطن ،ولمنع المزيد من التلوث، ثم نضع ثلاث قطب وأحيانا أربعة ، ونستخدم إبرة صغيرة غير راضة مدورة مع خيط فايكريل ٢-٠ ، وتدخل الإبرة على بعد ١-٥ سم من حافة الانتقاب وتخرج من الانتقاب ثم تدخل من الانتقاب وتخرج على بعد ١-٥ سم من الحافة الثانية، وهكذا تؤخذ القطب الثلاث. ينبغي استخدام إبرة صغيرة نسيجا، لمنع الاختلاط السيء وهو مرور الإبرة الكبيرة بواسطة مخاطية العفج الخلفية تحت فوهة الانتقاب ،مرور الإبرة الكبيرة و كلا الجدارين للانتقاب في الوقت نفسه ليس آمناً . بعد ذلك نجلب قطعة موعاة من الثرب المجاور ونضعها

على السطح الأمامي للثقب ثم تشد القطب عليه بتأن وهدوء من الأعلى إلى الأسفل ،كما لو أنه سدادة قطنية تسد الثقب . إن الشد الكبير على الثرب بواسطة هذه القطب ربما ينقص التروية الدموية للثرب لذلك يجب أن نكون حذرين^٣



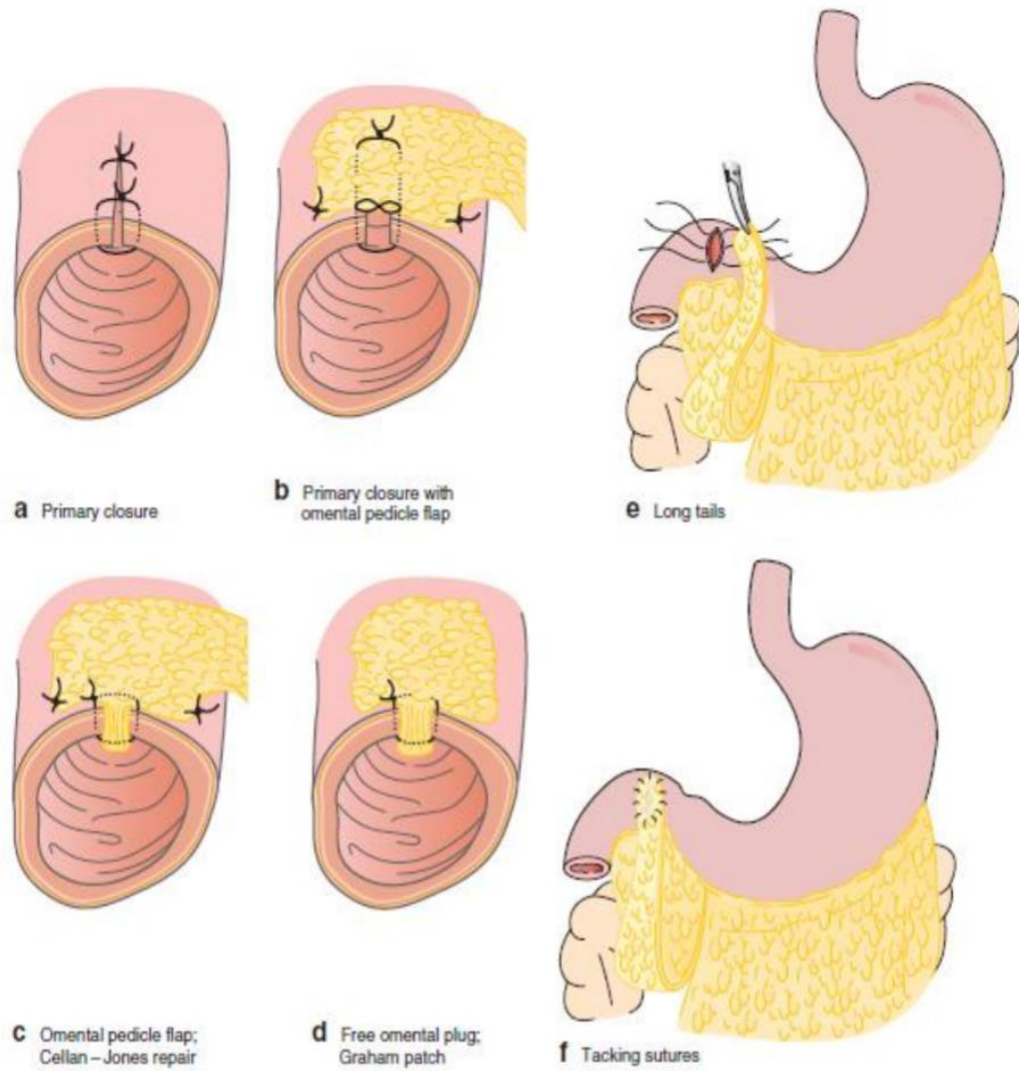
الشكل (٨) طريقة أخذ القطب في عملية غراهام باتش في مستشفى المواساة الجامعي.

-بعض الجراحين عدلوا هذه التقنية بحيث أن القطب تربط لإغلاق الثقب ثم توضع الرقعة التريبية فوق هذه القطب المربوطة وذلك بهدف إحكام إغلاق الثقب . لكن عندما تكون القرحة العفجية مزمنة، ويكون الثقب كبيراً فإن حواف الثقب تكون متليفة ،ولا يمكن تقريبها إلى بعضها ،لذلك هذا التعديل غير مرغوب فيه -

الخطوة الثانية من هذه العملية هو الغسيل الجيد لجوف البريتوان ، إذ يغسل بـ ١٠ل من محلول سالين الدافئ . ويدخل الممص إلى المسافة فوق الكبد وتحتها ، وتحت الحجاب ، وحول الطحال، وخلف المعدة، و الميزابتين الكولونيتين اليمنى واليسرى ثم الحوض بدقة ، ويمكن أن نضيف نوع محدد من الصادات إلى الغسيل . يجب إزالة جزيئات الطعام، والكتل الصلبة وإذا كان هناك نتحة فيبرينية فنحاول التخلص منها من دون أن نؤذي الأحشاء . يمكن أن نضيف تفميم صائم للتغذية بعد العملية فضلاً عن تفميم معدة لرشف محتوياتها في حالة التهاب برتوان شديد ولا سيما عند المسنين ،والموهنين ،وعند المرضى غير المستقرين هيموديناميكياً ،والذين أنعشوا هجوماً، وبعد ذلك أجري لهم جراحة -بعد ذلك نغلق البطن على طبقة واحدة باستخدام خيط غير قابل للامتصاص .أما الجلد وتحت الجلد فيمكن إغلاقه مباشرة إذا كان الانتقاب قد مضى عليه ١٢ ساعة أو أقل،أما إذا من ١٢ ساعة على بدء الانتقاب فيجب ترك الجلد والشحم تحت الجلد مفتوح ،ويغلق في أكثر مرحلة لاحقة بعد ٣-٥ أيام . إن نسبة نكس القرحة بعد الإغلاق البسيط عالية تصل الى ٨٠% وأكثر من نصف المرضى سيحتاجون إلى عمل جراحي ثاني انتقائي لإنقاص الحمض .ولكن حالياً بفضل اكتشاف PPI واكتشاف الدور الكبير للHP في تشكل القرحة ونكسها فإن الرقعة التريبية المتبوعة بالعلاج الدوائي المتضمن حذف HP إذا كانت موجودة مع PPI يعدّ خياراً ممتازاً ،ويؤكد في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية^٣

الجراحة التنظيرية في القرحة العفجية المثقوبة :

إن كلا الخيارين في القرحة العفجية المثقوبة (الإغلاق البسيط مع أو من دون العمل الجذري) يمكن إجراؤه بالجراحة التنظيرية . ففي عام ١٩٩٠ كانت أول عملية تنظيرية ناجحة في بريطانيا . إن الطريقة التنظيرية لإغلاق القرحة العفجية المثقوبة تتم بوساطة تثبيت الرقعة الثربية في مكان الثقب باستخدام قطب لامبرت متفرقة (وليس قطب كاملة السماكة) وذلك لتجنب الدخول إلى لمعة العفج بأي قطبة . - الصعوبة الوحيدة بهذا الإجراء هو أن الجزء السفلي من الرقعة الثربية ربما تكون صعبة للتثبيت إلى العفج سيما إذا وضعت القطب العلوية أولاً^٣ .



الشكل (٩) صورة توضيحية لإغلاق الثقب بالتنظير في القرحة العفجية المثقوبة

مميزات الجراحة التنظيرية^٣ :

- تنظير البطن يمكن الجراح من رؤية كامل البطن والحوض ومن ثم الحصول على تشخيص دقيق .
- غسيل جيد لجوف البرتوان وسحب مجموع السوائل منه وهذا يقلل من حدوث الخراجات البطنية
- غياب الالتصاقات بعد الجراحة .
- الألم بعد الجراحة يكون أقل ومن ثم الحاجة إلى المسكنات بعد العملية أقل .
- تجنب حدوث اختلاطات الجرح في الجراحة التقليدية (أهمها الإنتان) .
- مدة الإقامة بالمشفى أقل من الجراحة التقليدية

مساوئ الجراحة التنظيرية^٣ :

- التكلفة العالية للعملية إذ إن تكلفة الأدوات أعلى بالجراحة التنظيرية .
- معدل إعادة العملية أعلى على نحو واضح بعد الإصلاح التنظيري .
- أما بالنسبة إلى الوقت فإن الجراح التنظيري الخبير يمكن أن ينجز العملية بوقت اضافي قليل جدا على الوقت المطلوب للجراحة المفتوحة . - هناك اختلاطان للقرحة يجعل الإصلاح التنظيري صعب إذا لم يكن ميالاً إلى الإخفاق: الأول هو وجود انسداد مخرج معدة سابق هذا الترافق غير شائع ولكنه ممكن ، والثاني هو عندما يكون الانتقاب كبيراً أكبر من ١.٥-٢سم في القطر ، لذلك يتقرر هنا الجراحة التقليدية .

العناية بعد العمل الجراحي Post-operative Care

- يبقى NGT في مكانه حتى عودة الحركات الحيوية المعوية إذ يمكن البدء بحمية سائلة.
- الإمالة الوريدية الجيدة وتعويض الشوارد ومراقبة الننتاج البولي . التغطية الإنتانية الوريدية واسعة الطيف
- ريثما تصل نتيجة الزرع والتحسس للسوائل داخل البطن

- التسكين الجيد -إعطاء PPI الوريدي وفي حال الإغلاق البسيط نستمر بإعطاء PPI الفموي جرعة داعمة،وعلاج خمج HP في حال كانت إيجابية حالما يكون قادراً على تحمل الدواء الفموي
- 7-10-II)الاختلاطات بعد العمل الجراحي Post-operative Complications: كلما كان الإجراء أقل رضا كان أقل اختلاطاً °:

١-اختلاطات عامة :ذات رئة-وانخماص رئة -وصمة رئوية .

٢-إنتان جرح ٠ ٣-الخراجات البطنية

٤-انسداد أمعاء بالالتصاقات أو انسداد خزلي

أما الاختلاطات اللاحقة للعملية الجذرية فهي ° :

أ - باكرة:

- ١- النزف من خط المفاعرة.
- ٢- تنخر جدار المعدة (خاصة في HSV)
- ٣- انتقاب المري (قطع المبهم الجذعي)
- ٤- التسريب من المفاعرة أو من جذمور العفج
- ٥- الانسداد بسبب فتق داخلي أو انسداد العروة الواردة أو الصادرة

متأخرة:

- ١- متلازمة الإغراق
 - ٢- الإسهال اللاحق لقطع المبهمين
 - ٣- وهن المعدة المزمن
 - ٤- التهاب المعدة القلس القلوي
 - ٥- اضطرابات التغذية (عوز Ca، فقر دم، نقص الوزن)
 - ٦- الحصيات الصفراوية
 - ٧- سرطان Pouch المعدة
- إذ إن معدلات السرطان في الجزء المتبقي من المعدة عند الأشخاص الذين لديهم قرحة يخضعون إلى الجراحة هي أعلى ب ٢-٤ مرات من المرضى مع قرحات ويخضعون إلى علاج طبي.

الوفيات Mortality:

معدل الوفيات في القرحة العفجية المثقوبة في المرضى الأصحاء ٣-٦% على حين أن هذا المعدل يصل إلى ١٠-٣٠% في ٣٠ يوماً بعد العملية في المرضى المسنين أو الذين لديهم خطورة مرافقة.

العوامل التي تسبب معدلات وفيات ومراضة عالية في القرحة العفجية المثقوبة:

- الأمراض الطبية المرافقة الخطيرة
- عدم ثبات هيموديناميكي قبل الجراحة (يتضمن الصدمة)
- الانتقاب أكثر من ٤٨ ساعة منذ بدء الأعراض
- العمر المتقدم (كلما زاد العمر زادت نسبة الوفيات والمراضة)
- الانتقاب (كلما زاد حجم الإنتقاب زادت نسبة الوفيات والمراضة).

- القصة المزمّنة: أكثر خطورة من الحادة
- حجم السوائل في المعدة لحظة حدوث الانتقاب وطبيعتها فإذا كانت المعدة مملوءة فإن كمية المفرزات التي تتسرب إلى جوف البرتوان تكون كبيرة ومن ثمّ يكون تطور الحالة سيئاً وأكثر خطورة منه عندما تكون المعدة فارغة وفيها نسبة قليلة من السوائل^٦.

٣- الدراسة العملية :

الفصل الاول -طرائق البحث، وادواته

تصميم الدراسة ومدتها:

دراسة تراجعية

تتناول الخيارات المختلفة في تدبير القرحة العفجية المثقوبة وميزة كل منها أجريت هذه الدراسة للمرضى المقبولين في قسم الإسعاف الجراحي بمشفى الأسد والمواساة الجامعيين شخص لديهم انتقاب قرحة عفجية بين عامي ٢٠١٧-٢٠١٩ مجموعة الدراسة المرضى فوق ال ١٦ عام المقبولين في قسم الإسعاف بمشفى الأسد والمواساة الجامعيين بتشخيص انتقاب قرحة عفجية

مجموعة الاستبعاد:

المرضى الذين شخص لديهم انتقاب حشا أجوف وبالفتح تبين أنه ليس على مستوى العفج.
المرضى الذين لديهم انتقاب رضى لاحق لتتظير هضمي علوي.

جمع البيانات ودوافع بحثية:

جمعت البيانات باستجواب المريض مباشرة أو بالحصول على معلومات من ملفات المريض الموجودة في أرشيف المشفى، واتصل هاتفيا بكل مريض أمكن الحصول على رقم هاتفه. وذلك بعد أخذ الموافقة من إدارة المشفى .وضع استماره خاصة لجمع المعلومات المتعلقة بمرضى الدراسة(المعلومات الشخصية،والاستقصاءات، وطريقة العلاج، وتقارير الجراحة، والاختلاطات الجراحية، وغيره) أخذت الموافقة المسبقة من إدارة المشفى من أجل مراجعة سجلات المرضى الموجودة لدى أرشيف المشفى مع الحفاظ على السرية التامة للمعلومات الموجودة فيها للحصول على النتائج الإحصائية فيما يخص نتائج العلاج الجراحي.

حجم العينة:

بلغ عدد المرضى المشمولين في الدراسة ١٢٠ مريضاً. قسّموا الى ٣ مجموعات بحسب الإجراء الجراحي المتبع.

تحليل البيانات: جمعت ودوّنت وصنّفت في مجموعات ومن ثم أُجري الإحصاء الوصفي بالاستعانة بجداول ومخططات بيانية تعكس الدراسة جيداً.

- أجريت الدراسة الإحصائية بوساطة برنامج SPSS النسخة ٢٤ وستعدّ القيم الأصغر من ٠.٠٥ على أنها قيم للدلالة الإحصائية الهامة.

- استخدم T للعينات المستقلة Two Samples T Test عند المقارنة بين المتوسطات الحسابية لمجموعات الدراسة ثنائياً للمتغيرات الرقمية ذات التوزيع الطبيعي أو مكافأتها غير المعيارية للمتغيرات الرقمية ذات التوزيع غير الطبيعي.

- استخدم اختبار كاي مربع Chi Square Test عند المقارنة بين النسب المئوية بين كل مجموعتين ثنائياً للمتغيرات الفئوية.

- مقارنة نتائج دارستنا مع النتائج العالمية ومناقشتها.

دوافع أخلاقية:

عرض بروتوكول الدراسة على لجنة الأخلاقيات في كلية الطب البشري-جامعة دمشق، روعيت الدوافع الأخلاقية جميعها مع أخذ موافقة مستنيرة من المرضى كافة، ولحماية خصوصية الأفراد المشاركين في الدراسة:

أشير إلى المشاركين في الدراسة برموز في الملفات الرقمية جميعها، من دون تدوين عناوين المشاركين أو أرقام هواتفهم أو أي معلومة تشير إلى الهوية الحقيقية لهم.

حفظت الملفات الرقمية للمشاركين في الدراسة وبيانات فحصهم على حاسوب محمي بكلمة سر يصل إليها الباحث أو الأستاذ المشرف على البحث فقط.

عولجت وأجريت الاختبارات الإحصائية من الباحث نفسه من دون وجود طرف ثالث.

النتائج Results

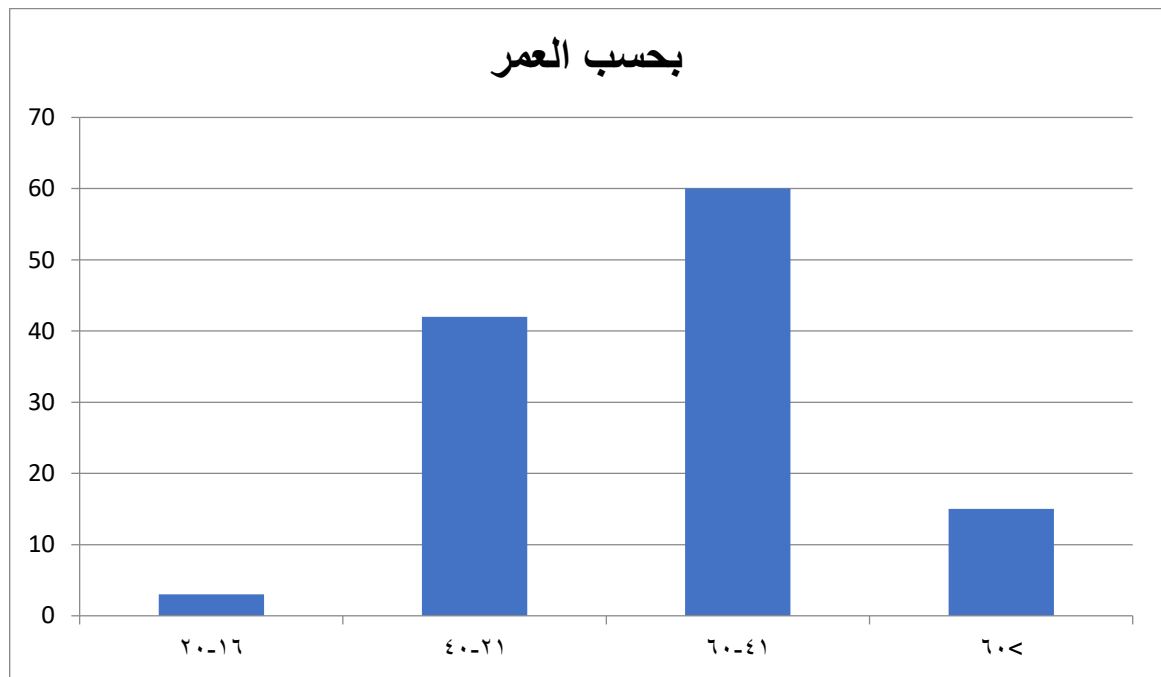
خصائص المرضى:

العمر:

قسّم المرضى إلى ٤ مجموعات عمرية ، استثنيت الأعمار الأقل من ١٦ سنة لأنها عادة تراجع مشفى الأطفال . كان لدينا ٣ حالات في الفئة العمرية ١٦-٢٠ أي بنسبة ٢.٥٪ وكان لدينا ٢ حالات في الفئة العمرية ٢١-٤٠ أي بنسبة ٣٥٪ أما الفئة العمرية ٤١-٦٠ فكان لدينا ٦٠ حالة أي بنسبة ٥٠٪ أما المرضى الأكثر من ٦٠ سنة فكانوا ١٥ حالة أي بنسبة ١٢.٥٪.

الفئة العمرية	العدد	النسبة
٢٠-١٦	٣	%٢.٥
٤٠-٢١	٤٢	%٣٥
٦٠-٤١	٦٠	%٥٠
٦٠<	١٥	%١٢.٥

الجدول (٢) يبين توزيع المرضى بحسب العمر



المخطط (٣) يبين توزيع المرضى بحسب العمر

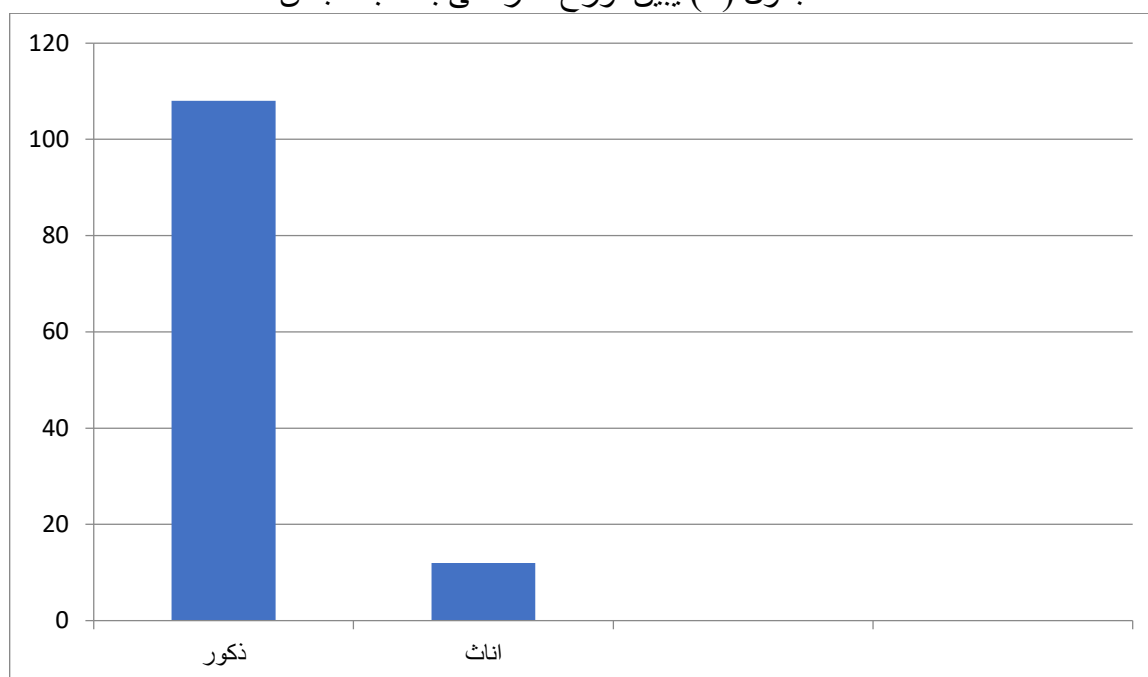
نلاحظ أنه في دراستنا العمر الوسطي للإصابة هي بين ٤٠ و ٦٠ سنة

الجنس :

كان لدينا ١٠٨ حالة ذكر أي بنسبة ٩٠% و ١٢ حالة أنثى أي بنسبة ١٠%

	الذكور	الاناث
العدد	١٠٨	١٢
النسبة	٩٠%	١٠%

الجدول (٣) يبين توزيع المرضى بحسب الجنس



المخطط (٤) يبين توزيع المرضى بحسب الجنس

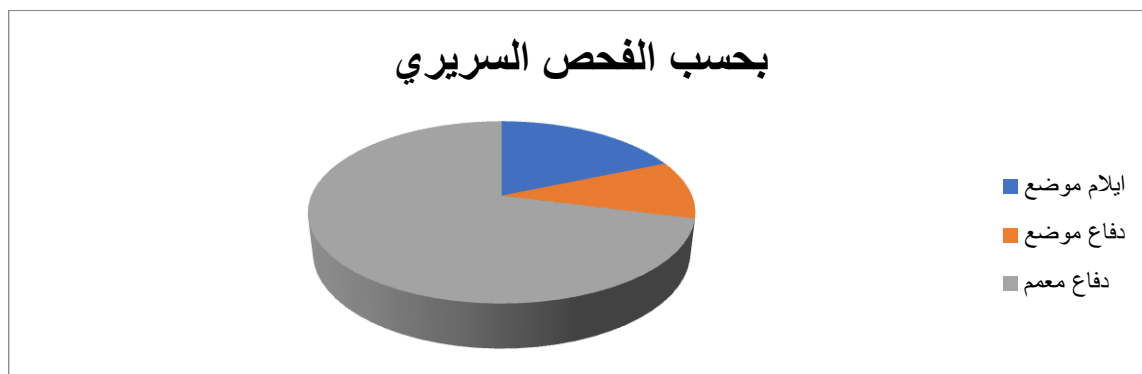
نلاحظ في دراستنا سيطرة الإصابة عند الذكور بالمقارنة مع الإناث

حسب الفحص السريري : بالفحص السريري كان لدينا ٣٦ حالة لديها إيلام موضع أي بنسبة

٢١.٥% و ١٢ حالة لديها دفاع موضع (١٠%) و ٨٢ حالة لديها دفاع معمم (٦٨.٥%)

	إيلام موضع	دفاع موضع	دفاع معمم
العدد	٢٦	١٢	٨٢
النسبة	٢١.٥%	١٠%	٦٨.٥%

الجدول (٤) يبين توزيع المرضى بحسب الفحص السريري.



المخطط (٥) يبين توزع المرضى بحسب الفحص السريري. في دراستنا العلامة الأكثر شيوعاً هي الدفاع البطني المعمم .

دراسة الحالات حسب طريقة العلاج الجراحي :

أجري إغلاق بسيط GP عند ١١٠ مرضى (٩١.٥%) ، وأجري قطع مبهمين جذعي مع تصريف Tv+D عند (٥%) من المرضى، وكذلك أُجري قطع مبهمين مع قطع غار TV+A عند (٣.٣٣%) من المرضى، على حين أن قطع المبهم فائق الانتقائية HSV فلم تجر أي حالة.

المجموعات	عدد المرضى	النسبة
GP	110	91.67%
Tv+D	6	5%
Tv+A	4	3.33%
المجموع	120	100%

الجدول (٥) توزع المرضى بحسب نوع الاجراء الجراحي

- مدة الاستشفاء:

قارننا مدة الاستشفاء لدى كل مجموعة، وصنفناها ضمن جدول يبين فيه مدة الإقامة مقاسة بالأيام، وحساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري في كل مجموعة كما يبين الجدول بالرموز وجود فوارق إحصائية، إذ تبين أن وسطي الإقامة في المجموعة الأولى هو 5 أيام، أما في المجموعة الثانية فهو 9 أيام، وفي المجموعة الثالثة 8 أيام

بالمقارنة بين المتوسطات الحسابية لمجموعات الدارسة ثنائيا باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS 24

تبين وجود فرق إحصائي مهم يدل على أن المجموعة الأولى مدة استشفائها أقل من المجموعات الباقية من دون وجود فرق إحصائي مهم بين المجموعتين الثانية والثالثة من حيث مدة الإقامة.

الجدول المقاييس الإحصائية لمتغير مدة الإقامة مقاسة بالأيام للحالات المدروسة في كل مجموعة من مجموعات الدارسة

المجموعات	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
GP	110	5 ^a	1
Tv+D	6	9 ^b	2
Tv+A	4	8 ^b	2

الجدول (٦) يبين المقاييس الإحصائية لمتغير مدة الإقامة مقاسة بالأيام

- عدد حالات نكس القرحة العفجية:

قارننا عدد حالات نكس القرحة العفجية لدى كل مجموعة من مجموعات الدارسة، وذلك بعد متابعة المرضى بالتنظير الهضمي العلوي لمدة سنتين، وتبين وجود فرق إحصائي مهم يدل على أن المجموعة الأولى نسبة النكس فيها أعلى من المجموعات الباقية، على حين لم يكن هناك فارق إحصائي مهم بين المجموعتين الثانية والثالثة من حيث نسبة النكس. مع التنويه أن المرضى اللذين أجري لهم غراهم باتش لم يلتزم جميعهم بالعلاج الدوائي بعد العمل الجراحي.

النسبة	عدد حالات النكس للقرحة العفجية	عدد المرضى	المجموعات
4.55% ^a	5	110	GP
0.00% ^b	0	6	Tv+D
0.00% ^b	0	4	Tv+A
4.17%	5	120	المجموع

الجدول (٧) يبين المقاييس الإحصائية لحالات النكس

- عدد حالات الوفيات:

قارنا عدد الوفيات لدى كل مجموعة ،كان لدينا 6 حالات وفيات من المجموعة الأولى ومريض من المجموعة الثانية، ومريض من المجموعة الثالثة بالمقارنة بين المتوسطات الحسابية لمجموعات الدراسة ثنائيا تبين وجود فرق إحصائي مهم يدل على أن المجموعة الأولى كانت نسبة الوفيات فيها أقل من المجموعات الباقية من دون وجود فرق إحصائي مهم بين المجموعات الثانية والثالثة من حيث نسبة الوفيات.

الجدول (٨) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الوفيات

النسبة	عدد حالات الوفيات	عدد المرضى	المجموعات
5.45% ^a	6	110	GP
25.00% ^b	1	6	Tv+D
33.33% ^b	1	4	Tv+A
6.6%	8	120	المجموع

دأرة الاختلاطات:

كانت نسبة الاختلاطات في دراستنا 13 % توزعت على المجموعات الثلاث حسب كل إجراء جراحي متبع، تبين ماآتي:

إنتان الجرح السطحي:

تبين أن المجموعة الأولى هي الأقل نسبة لحدوث الإنتان ثم تليها المجموعة الثالثة مع وجود فرق إحصائي مهم بينهما أما المجموعه الثانية فهي الأعلى نسبة لحدوث الإنتان بين المجموعات الباقية مع وجود فرق إحصائي مهم .

الجدول (9) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الإنتان

المجموعات	عدد المرضى	عدد حالات الإنتان	النسبة
GP	110	6	5.45% ^a
Tv+D	6	2	33.3% ^b
Tv+A	4	1	25% ^c
المجموع	120	9	7.50%

دأرة متغير عدد حالات الاندحاق:

حدثت حالة اندحاق واحده وكانت في المجموعة الأولى من المرضى وتبين إحصائيا أنه لا يوجد فرق إحصائي مهم بين المجموعات الثلاث .

الجدول (١٠) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الاندحاق

المجموعات	عدد المرضى	عدد حالات الاندحاق	النسبة
GP	110	1	0.99% ^a
Tv+D	6	0	0.00% ^a
Tv+A	4	0	0.00% ^a
المجموع	120	1	0.83%

خراجة جوف البطن:

حدثت 4 حالات خراجة بطنيه في دارستنا ،ثلاث منها حدثت في المجموعة الاولى وواحدة في المجموعة الثانية

تبين معنا بالدارسة الإحصائية أن المجموعة الثانية هي الأعلى نسبة لحدوث اختلاط الخراجة البطنية مع وجود فرق إحصائي هام بينها وبين المجموعة الأولى والثالثة.

الجدول (١١) يبين المقاييس الإحصائية لحالات الخراجة

النسبة	عدد حالات الخراجة	عدد المرضى	المجموعات
2.73% ^a	3	110	GP
16.6% ^b	1	6	Tv+D
0.00% ^a	0	4	Tv+A
3.33%	4	120	المجموع

- عدد حالات التسريب :

حدثت حالة تسريب واحدة، وكانت في المجموعة الثالثة من المرضى وتبين إحصائيا ان هناك فرق إحصائي مهم يبين ان نسبة حدوث التسريب في المجموعة الثالثة أعلى من نسبة حدوث التسريب في المجموعة الأولى والثانية.

الجدول (١٢) يبين المقاييس الإحصائية لحالات التسريب

النسبة	عدد حالات التسريب	عدد المرضى	المجموعات
0.00% ^a	0	110	GP
0.00% ^a	0	6	Tv+D
25.00% ^b	1	4	Tv+A
0.83%	1	120	المجموع

- زمن الجراحة :

درسنا المدة الزمنية التي يستغرقها الإجراء الجراحي لدى كل مجموعة، و حساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري في كل منها ووضع تلك القيم ضمن جدول، ويبين الجدول بالرموز وجود فوارق إحصائية بينها.

بالمقارنة بين المتوسطات الحسابية لمجموعات دراسته ثنائيا باستخدام البرنامج الإحصائي

SPSS 24

تبين وجود فرق إحصائي مهم يدل على أن زمن العمل الجراحي في المجموعة الأولى هو الأقل مع وجود فرق إحصائي مهم بينها وبين المجموعات الأخرى. ثم تليها المجموعة الثانية بينما المجموعة الثالثة كانت ذات الزمن الجراحي الأعلى .

الجدول (١٣) يبين المقاييس الإحصائية لمدة العمل الجراحي

المجموعات	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
GP	110	35 ^a	3
Tv+D	6	70 ^b	5
Tv+A	4	90 ^c	8

المنافشة:

- معظم الإصابات في دراستنا كانت بين ٤٠ - ٦٠ سنة (٥٠%)، وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية، ففي دراسة Walide في عام ٢٠١٩ التي شملت ٣٠ مريضاً كانت معظم الإصابات (٥٦%) تتوضع في العقدين الرابع والخامس، وكذلك في دراسة أخرى لـ kassamay في عام ٢٠١٦ التي شملت ٨٢ مريضاً كان ٦٠% من المرضى أعمارهم تتراوح بين ٤٠ - ٦٠ سنة.

- إصابة الذكور بالانتقاب القرصي أكثر من الإناث ففي دراستنا بنسبة إصابة الذكور ٩٠% ١:٩، أما دراسة Walide فكان ٨٦% من المرضى ذكور ، وفي دراسة Kassamay كانت نسبة إصابة الذكور ٨٣%.

- إن العمل الجراحي الأكثر إجراءً في دراستنا هو غراهام باتش ٩١.٥% ،أما في دراسة Walide فقد قارن بين ١٥ مريض أجري لهم غراهام باتش و ١٥ مريض أجري لهم قطع مبهم جذعي مع إجراء تصريف و في دراسة kassamay كان العمل الجراحي الأكثر إجراءً هو غراهام باتش بنسبة ٨٣%.

-معظم مرضى دراستنا راجعوا الإسعاف أول ٢٤ ساعة من حصول الانتقاب بنسبة ٨٢.٥% وفي دراسة Walide ٧٣% من المرضى راجعوا الإسعاف خلال أول ٢٤ ساعة من الانتقاب أما في دراسة Kassamay فكانت النسبة ٧٦%.

- كانت مدة الاستشفاء في دراستنا تتراوح بين ٤-٩ أيام وكانت مدة الإقامة عند معظم المرضى ٥ أيام اما في دراسة Walide فتراوحت مدة الإقامة بين ٧-١١ يوم ،معظم المرضى كانت مدة إقامتهم ٨ أيام ،أما في دراسة Kassamay فتراوحت مدة إقامتهم بين ٨-١٥ يوم معظم المرضى كانت مدة إقامتهم ١٠ أيام.

كانت مدة الاستشفاء في دراستنا أقل من مدة الاستشفاء في الدراستين الأخريين لكن في الدراسات الثلاث كانت مدة الاستشفاء بالنسبة إلى المرضى الذين أجري لهم GP أقل من مدة الاستشفاء بالنسبة إلى المرضى الباقين الذين خضعوا إلى الخيارات الجراحية الأخرى.

- بلغت نسبة الاختلاطات في دراستنا ١٣% معظمها كان انتان جرح ٧.٥% أما الدراسات العالمية فقد بلغت نسبة الاختلاطات في دراسة Walide ٣.٣% ، اما دراسة kassamay فبلغت الاختلاطات ٢٠.٣% ،تبين في دراستنا ان GP هي ذات الاختلاطات الأقل، وتوافق ذلك مع الدراسات العالمية .

- معدل الوفيات في دراستنا ٧.٥% ، بالمقارنة مع الدراسات العالمية كانت نسبة الوفيات

٦.٦% في دراسة Walide ، أما في دراسة kassamay فبلغت نسبة الوفيات ١١% .
تبين معنا في دراستنا وبالمقارنة مع الدراسات العالمية أن GP ذات نسبة وفيات أقل من باقي الإجراءات الجراحية.

- بلغت نسبة نكس القرحة ٤.١٧% في دراستنا بمتابعة المرضى مدة عامين من العمل الجراحي حدث النكس عند (٥) مريض أجري لهم GP وهؤلاء تبين أنهم لم يلتزموا بالعلاج الدوائي، بالمقارنة مع دراسة Walide كانت نسبة النكس ٣.٣% ، ٦.٦% أجري لهم GP ، أما في دراسة Kassamay فكانت نسبة النكس ١٤.٦% معظمهم قد خضعوا للإجراء الجراحي غراهام باتش بنسبة ٧.٣%. نلاحظ في الدراسات الثلاث أن غراهام باتش كانت نسبة النكس للقرحة العفجية أعلى من نسبة النكس بالنسبة لباقي الإجراءات الجراحية الأخرى إلا أن حدوث نكس للقرحة لدى المرضى الذين أجري لهم قطع مبهم عالي الانتقائي في دراسة Kassamay جعل فعالية هذا الإجراء موضوع خلاف وأنه غير كاف لمنع حدوث النكس.

دراسة Kassamay 82		دراسة Walide 30		دراستنا 120		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	العمر
6%	5	0%	0	2.5%	3	16-20
16%	13	20%	6	35%	42	21-40
60%	49	56%	17	50%	60	41-60
18%	15	24%	7	12.5%	15	>60

جدول (١٤) يقارن توزع المرضى بحسب العمر بين الدراسات الثلاث

دراسة Kassamay		دراسة Walide		دراسة		
الاناث	الذكور	الاناث	الذكور	الاناث	الذكور	حسب الجنس
14	68	4	26	12	108	العدد
17%	83%	14%	86%	10%	90%	النسبة

جدول (١٥) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب الجنس

دراسة Kassamay		دراسة Walide		دراسة		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	الاجراء الجراحي
83%	60	50%	15	91.5%	110	GP
21%	18	50%	15	5%	6	TV+D
6%	5	0	6	3.5%	4	TV+A

جدول (١٦) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب الإجراء الجراحي

دراسة Kassamay		دراسة Walide		دراسة		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	حسب زمن الانتقاب
15%	12	13%	4	32.5%	39	<6 ساعات
61%	50	60%	18	50%	60	6-24 ساعة
24%	20	27%	8	17.5%	21	>24 ساعة

جدول (١٧) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب زمن الانتقاب

مدة البقاء في المشفى (يوم)			نوع الاجراء الجراحي
دراسة Kassamay	دراسة Walide	دراسة	
10	8	5	GP
10	10	9	TV+D
13	-	8	TV+A

جدول (١٨) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب مدة الاستشفاء

دراسة Kassamay	دراسة Walide	دراستنا	التكنيك الجراحي	
14.6%	3.3%	4.17%		النسبة المئوية للنكس
6 (7.3%)	1 (6.6%)	5 (4.1%)	GP	عدد حالات النكس ونسبتهم المئوية
4 (4.8)	0	0	TV+D	
1	-	1	TV+A	

جدول (١٩) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب النكس

دراسة Kassamay	دراسة Walide	دراستنا	التكنيك الجراحي	
9 (11 %)	2 (6.6 %)	9 (7.5 %)		النسبة المئوية للوفيات
2	0	6	GP	عدد حالات الوفيات
3	2	1	TV+D	
3	2	1	TV+A	

جدول (٢٠) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب عدد الوفيات

الاختلاط	التكنيك الجراحي	دراستنا	دراسة Walide	دراسة Kassamay
إنتان جرح	GP	5	1	7
	TV+D	2	1	3
	TV+A	1	-	1
اندحاق	GP	1	-	-
	TV+D	-	-	-
	TV+A	-	-	1
خراجة	GP	3	-	-
	TV+D	1	1	-
	TV+A	-	-	-
تسريب	GP	-	1	-
	TV+D	-	1	-
	TV+A	-	2	3

جدول (٢١) مقارنة بين الدراسات الثلاث بحسب الاختلاطات

الخلاصة والتوصيات:

بعد الدراسة السابقة نستخلص أن عملية غراهام باتش هي العملية الأسرع وذات النتائج الأفضل وأقل مدة جراحية وأقل اختلاطات ووفيات لذلك يوصى بها، وفي حال النكس يجب العودة إلى إجراء العمليات التي تقطع فيها المعدة /الغار/ وقطع المبهم الجذعي أو الانتقائي. ونؤكد التوصيات الآتية:

١. تشجيع المرضى على مراجعة المشافي والعيادات الباطنية في حالات الشكوى من ألم بطني مزمن .
٢. تشجيع المرضى على اتباع تعليمات أطباء الهضمية فيما اذا احتاجوا إلى إجراء تنظير هضمي علوي.
٣. التشجيع على ترك مؤهبات القرحة من تناول مفرط NSAIDS والتدخين والكحول.
٤. تشجيع المرضى على مراجعة الإسعاف مبكراً في حالات البطن الحاد.
٥. تشجيع المرضى على اتباع تناول العلاج الدوائي للقرحة وإن كان طويل الأمد.
٦. إجراء العمل الجراحي المناسب في حال استطب ذلك. إذ أن إجراء غراهام باتش تعدّ الإجراء الجراحي الأسرع وذو النتائج الافضل وأقل مدة جراحية وأقل اختلاطات ووفيات لذا يوصي به.
٧. وفي حالات النكس يجب العودة إلى إجراء العمليات التي تقطع فيها المعدة ويقطع المبهم الجذعي او الانتقائي.
٨. تأكيد تقويم مرضى الانتقاب بالنسبة إلى الخمج الـ HP
٩. المعالجة الدوائية المضادة لجرثومة HP حتمية للمرضى الإيجابيين جميعاً لاستئصال هذه الجرثومة لفترة لاتقل عن 8 أسابيع بعد الجراحة ،لتقليل من نسبة النكس .
١٠. التشجيع على استخدام التنظير الجراحي في العلاج.

References

1. Ashley SW. Evoy D.Daly Jm. Stomach. Schwartz's Principles of Surgery, 11ed. Stomach. 2019; 505-560
2. Paul G. Greenfield's Surgery.6th edition . Stomach.2016; 710-760
- 3.Fischer, Josef.E Mastery of Surgery, 7th Edition. Bleeding peptic ulcer. 2018; 485-510
- 4.Richmond B.Sabiston Textbook of Surgery,21th edition . Gastrointestinal Bleeding 2021; 1296-1311
- 5.Norman S.Williams, Christopher J.K.Bulstrode.P. Ronan O'connel.Bailey&Love, short Practice Of Surgery. 27th edition . Stomach 2018; 604-675
- 6.Del valle J Peptic ulcer disease and related disorders.in: Kasper DL Fauci AS Longo DL Jameson J Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th end. Mcgraw Hill Education, New York, NY2015: 1911-1932
7. Chandrasekar VT, Desai M, Aziz M, Patel Hk, et al. Efficacy and safety of over-the-scope clips for gastrointestinal bleeding: a systematic reveiw . Endoscopy.2019;51:941-9.
8. Walid A . Mawla, Ibrahim A.heggy,Gamal Osama. Surgical Management of perforated peptic ulcer , closure with omental patch versus definitive repair with vagotomy and gastrojejunostomy, Zagazic University .Egypt (2019)10,316-327
- 9 . Kassamay RE, Petzold MG, Kante NG. Treatment of perforated peptic ulcer: a meta-analysis. Ann surg 2016; 246 741-748

Abstract

Objectives :

This study aims to collect information about the duodenal ulcer perforation, rate of incidence, the predisposing factor, and the accuracy of diagnostic methods used. In addition to comparing between multiple treating surgical ways and the benefits of each one.

Methods and Materials :

This study included patients of both sexes. The patients were from the visitors of Al-Mowasat Hospital and Al-Assad University Hospital in Damascus between the years 2017-2019 and were diagnosed as perforated duodenal ulcers.

This study was performed as (Prospective Study) by collecting information about age, sex, symptoms, predisposing factors, ulcers history, radiological study, laboratory tests, HP infection, perforation duration, the used operative methods, hospitalization periods, recurrence rate, and mortalities.

Results :

Most patients were in their fourth and fifth decade, and (90%) of them were males. Abdominal pain has been recorded in all patients, and the initial location of pain was the (Epigastric) in common 52,5%.

Clinical exam showed generalized tenderness in most patients (68,5%).

Regarding surgery, (simple closure technique surgery) was the most common operation, and had been performed in 91,5% of patients.

Whereas (truncal vagotomy and drainage) has been performed in 5%, (vagotomy with antrectomy) in 2,5%, (partial gastrectomy) in 3,5%.

Conclusion:

Many surgical ways can be followed to treat duodenal ulcer perforations, but Graham Patch (simple closure with patch) was the faster one, with best results and less complications and mortality rates.

So we recommend it, with confirming on the importance of the drug regimen with PPIs, and treating the infection of HP, when positive infection is established.

If recurrence happens, we should go back to the other surgical ways of treating perforation, such as gastrectomy, and selective or truncal vagotomy.



**Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education
Damascus University
Faculty of Medicine
Department of Surgery**

The Experience of Damascus University Hospitals in the Surgical Management of Perforated Duodenal Ulcers

A Comparative Study

**A dissertation submitted in partial fulfillment of the
requirements for the degree of Master in General Surgery**

By:

Dr. Anas Hasan Abd Allah

Supervisor

Assist. Pro. Dr. Mohammad Alqurabi

2023