● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال ششم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی٢٤)، صفحه ٦٣ الی ٦٥، پاییز ١٣٨٣
دریافت:٨١/١٠/٤، پذیرش: ٨٣/٥/٢١

اثر ترمیم و تجویز دارو در درمان پرفوراسیون زخم اثنی عشر

دکتر سیدرضا هاشمی[1*]، دکتر شهریار سوادکوهی[2]، دکتر پروانه منصوری[3]
١- استادیار گروه جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی بابل ٢- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل ٣- جراح عمومی

سابقه و هدف: سوراخ شدن محل زخم معده (پرفوراسیون)، یک عارضه شایع زخم پپتیک است که درمان آن با روش های مختلف جراحی (ترمیم + واگوتومی ـ انترکتومی) انجام می شود. این شیوه جراحی علاوه بر ایجاد عوارض مختلف و دشواریهای انجام آن باعث حذف هلیکوباکترپیلوری نیز نمی شود. موارد گزارش شده به بررسی اثر ترمیم ساده زخم پرفوره و تجویز داروهای ضد اسید و ضد هلیکوباکتر در درمان پرفوراسیون اولسر پپتیک می پردازد.
گزارش موارد: در این مطالعه ١٠ بیمار مبتلا به اولسر پپتیک اثنی عشر مورد ارزیابی قرار گرفتند. به تمام بیماران پس از ترمیم ساده پرفوراسیون داروهای گوارشی (سایمتدین و امپرازول) و داروهای ضد هلیکوباکترپیلوری (مترونیدازول و آموکسی سیلین) تجویز شد و پس از ٦ هفته تحت آندوسکوپی قرار گرفتند. تمام بیماران به درمان پاسخ داده و بهبود یافتند.
نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، روش ساده دوختن محل پرفوراسیون همراه با درمان داروئی برای پرفوراسیون زخم اثنی عشر کافی بوده و نیاز به عمل جراحی بزرگ نمی باشد.
واژه های کلیدی: *زخم اثنی عشر، پرفوراسیون، ترمیم ساده، هلیکوباکترپیلوری.*

مقدمه

معمولا بیماران با اولسر پپتیک پرفوره، با علائم شکم حاد جراحی و پریتونیت پیشرونده به اورژانس مراجعه می نمایند. درمان آنان نیز اورژانس محسوب می شود، که باید بعد از اقدامات اولیه احیاء و آماده سازی، هر چه زودتر، بیمار به اتاق عمل منتقل و لاپاراتومی انجام شود و پس از تخلیه ترشحات و شستشوی شکم، محل سوراخ شده اولسر مشخص و دوخته شود. در این شرایط اضطراری و نامناسب، در مواردی، برای درمان زخم پپتیک زمینه ای نیز اقدام جراحی قطعی (Definitive) شامل انواع واگوتومی (پروگزیمال ـ ترانکال) همراه با پیلوروپلاستی یا انترکتومی باید به عمل آید(١). روش های جراحی (واگوتومی ـ انترکتومی) خود عوارضی نیز ایجاد می نمایند که حتی ممکن است منجر به مرگ بیمار شود (٢). در درمان پرفوراسیون اولسر پپتیک دئودنوم، در مورد بستن ساده سوراخ دیواره دئودنوم با حمایت زبانه ای از امنتوم، تقریبا همه جراحان توافق دارند. ولی در زمینه درمان قطعی زخم دئودنوم در حین جراحی، توافق نظر جمعی وجود ندارد(٢و١). درمانهای جراحی مختلفی شامل واگوتومی ترانکال + پیلوروپلاستی یا آنترکتومی و امروزه بیشتر، پروگزیمال گاستریک واگوتومی (P.G.V) را پیشنهاد می کنند(٢و١) حتی این عمل نیز احتیاج به تجربه و زمان دارد و در شرایط اورژانس، استرس فراوانی به جراح و تیم بیهوشی و خود بیمار تحمیل می شود و با عوارضی همچون، آسیب معده، مری

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ١٣٧٩١٥ از اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.11.7]

و تخلیه تأخیری معده همراه است (۳) که باعث افزایش زمان بستری و هزینه بیمارستانی و از کار افتادگی بیمار می شود. در صورتیکه درمان ساده دوختن پرفوراسیون به همراه درمان طبی یعنی واگوتومی مدیکال ، عوارض واگوتومی جراحی را نداشته و از نظر اقتصادی نیز با کاهش هزینه بیمار و بیمارستان و اجتماع همراه می باشد. علاوه بر این روشهای جراحی واگوتومی ـ انترکتومی فقط کاهش دهنده اسید معده هستند و هیچ نقشی در درمان عامل مهم دیگرایجاد زخم پپتیک یعنی هلیکوباکترپیلوری ندارند درحالیکه حدود ۹۵٪ بیماران با اولسر پپتیک دئودنوم مبتلا به هلیکوباکترپیلوری هستند(۱).

لذا برای درمان زخم پپتیک و کاهش عود آن، باید درمان طبی آنتی بیوتیکی ضد هلیکوباکترپیلوری نیز برای بیمار منظور شود. با پذیرش پروتکل درمان طبی ضد اسید و ضد باکتری به همراه جراحی، درمان طبی بعد از عمل نیز مورد بی توجهی و غفلت قرار نمیگیرد. به همین دلیل، اکثرا در عمل ، فقط بستن ساده زخم پرفوره بکار برده می شود. ولی نکته مهم در این بیماران، که اغلب مورد بی توجهی قرار میگیرد، ادامه درمان طبی به دنبال جراحی است. این مطالعه به منظور بررسی اثر ادامه درمان طبی ضد اسید و ضد باکتری به دنبال لاپاراتومی و بستن ساده محل پرفوره در بیماران مبتلا به پرفوراسیون اولسر پپتیک دئودنوم، در بابل انجام شده است.

گزارش موارد

در این مطالعه ۱۰ بیمار مبتلا به پرفوراسیون دیواره قدامی و دئودنوم با طیف سنی ۸۹-۳۰ سال که طی دو سال به بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه کردند مورد ارزیابی قرار گرفتند. در هیچیک از بیماران پرفوراسیون اولسرپپتیک معده وجود نداشت. ۸ بیمار مرد و ۲ نفر زن بودند که همگی در ۲۴ ساعت اول بیماری مراجعه کردند. اکثر بیماران مبتلا به پریتونیت چرکی بودند. بیماران بعد از لاپاراتومی و بستن ساده زخم پرفوره تحت درمان دارویی شامل ضد پریتونیتی (جنتامایسین + آمپی سیلین و مترونیدازول تزریقی) و درمان ضداسید (سایمتدین تزریقی) قرار گرفته و با شروع تغذیه دهانی و ترخیص بیماران درمان چهار دارویی شامل (امپرازول روزی ۲ عدد + بیسموت روزی ۳ عدد + آموکسی سیلین هر ۸ ساعت ۵۰۰mg+ مترونیدازول خوراکی هر ۸ ساعت ۲۵۰mg) (۳) ادامه یافت. درمان هلیکوباکترپیلوری بمدت ۲ هفته، بیسموت ۴ هفته و امپرازول ۵ هفته ادامه داده شد. بعد از ۶ هفته توسط یک نفر از همکاران آندوسکوپیک، برای بیماران آندوسکوپی انجام شد که ۸ بیمار با همان درمان ۶ هفته ای بهبودی کامل یافتند و در ۲ بیمار که داروها را بطور کامل مصرف نکرده بودند، زخم پپتیک بهبودی کامل نیافته بود درمان مجدد ۶ هفته ای شروع شد و در آندوسکوپی مجدد بهبودی کامل مشاهده شد.

بحث

این مطالعه نشان داد که کلیه بیمارانیکه تحت درمان جراحی، ترمیم ساده پرفوراسیون همراه با درمان طبی زخم پپتیک، ضد اسید وضد باکتری قرار گرفته اند و پروتکل درمانی را به طور کامل و کافی اجرا نمودند، بهبودی کامل یافته اند.

اکثر بیماران این مطالعه، مبتلا به پریتونیت چرکی بودند که طبق اندیکاسیون های ارائه شده موجود نیز(۲و۱)، این بیماران را نباید تحت درمان Definitive قرار داد پس عملا نیز، قدم اول و ارجح، در اکثر بیماران، همان روش ساده بستن زخم پرفوره می باشد که اکثر جراحان نیز در عمل ، فقط همین کار را انجام می دهند. این مطالعه، موفقیت آمیز بودن، روش ساده دوختن محل پرفوره همراه با درمان طبی ضد اسید و ضد باکتری را نشان داد، که با مطالعه Abbasakoor و همکارانش در سال ۱۹۹۵ در ایرلند (۴)، Kulkarni و همکاران در سال ۱۹۹۸ در هند (۵)، Gutierrez و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در اسپانیا (۶)،

Ng Eh و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در هنک کنگ (۸)، Tran در سال ۲۰۰۲ در ویتنام (۸) که طی مطالعات خودشان، قابل قبول بودن، موثر بودن و Safe بودن، روش ساده دوختن پرفوراسیون همراه با درمان طبی ضد اسید و ضد باکتری را تایید و تاکید کردند و انجام اعمال جراحی کاهش دهنده اسید را غیر ضروری اعلام نمودند، همخوانی دارد.

با توجه به نتایج این مطالعه شاید بتوان یک روش درمانی انتخابی، شامل ترمیم ساده + واگوتومی مدیکال + ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری را به عنوان قدم اول درمانی برای کلیه بیماران با

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.11.7]

پرفوراسیون اولسر پپتیک دئودنوم، پیشنهاد کرد تا مورد توجه جراحان قرار گیرد و روشهای جراحی دیگر را برای بیمارانی که به این روش درمانی پاسخ نمی دهند و یا برای بیمارانیکه دچار عود می شوند، موکول کرد. اگر چه نمونه های ما در این بررسی کم بود ولی می تواند سرآغاز مطالعات وسیع تر با نمونه های بیشتر در مراکز دیگر باشد تا در صورت مطابقت با مطالعه انجام شده، این شیوه به عنوان درمان انتخابی در درمان پرفوراسیون اولسرپپتیک دئودنوم به کار گرفته شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت تصویب این طرح تحقیقاتی و از همکاران محترم بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی بابل، همچنین از آقای دکتر روشن تشکر و قدردانی می شود.

****

References

1. Ashley Stanley W, Evoy D, Daly John M. Chapter of Stomach, Schuartz, Priniciples of Surgery 1999; p: 1198.

2. Cheang LY, Delcor R. Chapter of stomach, Subiston, Text book of Surgery 2001; p: 851.

3. Soybel DTI, Zinner MJ. Complications folllowing gastric operations, Maingot`s Abdominal Operations 1997; p: 1030.

4. Abbasakoor F, Attwood SE, Mc Grath JP, et al. Simple closure and follow up H2 receptors antagonists for perforated peptic ulcer, immediate survival and symtomatic outcome. Ir Med Y 1995; 88(6): 207-10.

5. Kulkarni SH, Kshirsagar AY. Simple closure of perforated duodenal ulcer. J Indian Med Assoc 1998; 96(10): 309–11.

6. Gutierrez De La Pena C, Marquez R, Fakin F, et al. Simple closure or vagotomy and pyloplasty for the treatment of a perforated duodenal ulcer: Comparison of result. Dig Surg 2000; 17(3): 225–8.

7. Ng EK, Lam H, Sung JJ, et al. Eradication of helicobacter pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. Ann Surg 2000; 231(2):53-8.

8. Tran TT, Quandalle P. Treatment of perforated gastroduodenal ulcer by simple suture followed by helicobacter pylori eradication. Ann Chir 2002; 127(1): 32-4.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش جراحی، تلفن: ٤-٢٢٥٢٠٧١-٠١١١.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.11.7]