

انتخاب روشهای جراحی در زخمهای پپتیک

دکتر سید حسن امامی رضوی *

بیماری زخم پپتیک یک بیماری شناخته شده و آزاردهنده است که همیشه در کتب و مجلات پزشکی پیرامون آن بحث بوده است، در این نوشته تنها سعی بر بحث در روشهای درمانی جراحی این بیماری است هر چند که در سالهای اخیر با پیدایش داروهای جدید ضداسید از اندیکاسیونهای جراحی و بیماران مراجعه کننده به بخشهای جراحی کاسته شده است و لیکن هنوز هم قسمت عمده‌ای از بیماران مراجعه کننده را بیماران ناامید از دارودرمانی یا بیماران به عارضه نشسته زخم پپتیک تشکیل می‌دهند. برخورد با انواع زخمهای پپتیک (معهده و دوازدهه) و عوارض آنها همیشه مورد اختلاف و بحث بوده و هر سال مقالات متعددی در بحث پیرامون انتخاب روشهای برتر و مناسب‌تر و کم عارضه‌تر ارائه می‌گردد. این مقاله جمع‌آوری نظرات کتب و مجلات معتبر دنیا در روشهای برخورد و درمانهای جراحی مناسب می‌باشد و موارد اختلافی هم وجود دارد که مورد به مورد ذکر می‌گردد.

طبیعی است که به علت عدم دسترسی نگارنده به همه منابع، یک بررسی کامل نخواهد بود ولی هدف از طرح چنین بحثی گشودن بانی است که سروران و همکاران ارجمند نتایج تجربیات شخصی خود را مطرح نموده و نهایتاً با تحقیق و تفحص روی بیماران ایرانی پروتکل مناسبی در مورد تمام بیماریها بخصوص بیماریهای شایع در ایران در اختیار همکاران قرار گیرد.

۱- زخم دوازدهه

شیوع بیشتر این نوع نسبت به زخمهای معده (۴۰٪) موارد مراجعه این بیماران را بیشتر می‌نماید. اندیکاسیونهای جراحی در مورد این بیماران عبارتند از:

الف - زخم سرکش، ب - خونریزی، ج - انسداد، د- سوراخ شدگی

الف - در زخمهای سرکش بدون عارضه اگر بیمار جزء افراد با خطر بالا (high Risk) برای عود باشد یعنی کسانی که:

الف ۱- استرس زیاد دارند.

الف ۲- سیگارهای قهار.

الف ۳- الکل‌های مزمن.

الف ۴- کسانی که ترشح اسید زیاد بدون ارتباط با گاسترینوما دارند (افرادی با سن متوسط، شدیداً عصبی، با شخصیتی تهاجمی و مردان موفق):

در چنین بیمارانی انجام واگوتومی و آنتراکتومی ارجح است و اگر بیماران چنین شرایطی نداشته باشند عمل انتخابی Proximal Gastric Vagotomy می‌باشد. هر چند برخی چندان علاقه‌ای به این روش نداشته و عود بالای آن را (۱۵٪) مورد نظر قرار داده، واگتومی و پیلوریلاستی را برای بیمار انجام می‌دهند. جالب توجه است که در اکثر آمارها عود این روش هم ۱۵-۱۰٪ ذکر شده است.

(۱)

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بخش جراحی بیمارستان امام خمینی (ره)

۱۰- هماتوکریٹ کمتر از ۲۵. البته تمام موارد فوق اندیکاسیون مطلق نیستند و در

حضور عوامل فوق اقدام به عمل جراحی باید سریعتر و بدون تعلل صورت پذیرد.

مسئله دیگر در مورد زخمهای دوازدهه که خونریزی می کنند و درمان طبی کرده و خوب می شوند این است که به هر حال باید تحت عمل جراحی قرار گیرند در حالیکه در زخمهای سوراخ شده دوازدهه همیشه اندیکاسیون عمل جراحی چه در موارد اورژانس و چه پس از عمل simple closure نیاز به عمل definitive وجود ندارد. این مراحل به طور مفصل در مبحث زخمهای سوراخ شده توضیح داده می شود.

ج - انسداد به علت زخم دوازدهه (Gastric outlet obstruction)

در مورد این بیماران که با استفراغهای مکرر مراجعه می کنند بهترین روش پس از جبران عوارض آب و الکترولیتی انجام واگتومی و پیلورویلاستی به یکی از ۳ روش Finney، Jabloay) و یا Heineke Mikulicz است و در صورتی که معده خیلی بزرگ و آتونی داشته باشد اقدام مناسب واگتومی و آنترکتومی هست.

د- سوراخ شدگی زخمهای دوازدهه
اگر بیماران اندیکاسیون عمل definitive را داشته باشند. اقدام مناسب در قدم اول واگتومی و پیلورویلاستی همراه برداشتن قسمتهای نکروزه زخم سوراخ شده به شکل لوزی است. البته اخیراً برخی PGV همراه پیلورویلاستی را هم در مورد این بیماران انجام داده و نتایج خوبی گرفته اند. روش واگتومی و آنترکتومی که سابقاً برای این بیماران انجام می شد به علت مرگ و میر و عوارض بالا امروزه کمتر انجام می شود.

ب - خونریزی زخم دوازدهه

در خونریزیهای زخم دوازدهه که نیاز به عمل جراحی پیدا می شود معمولاً بیماران بدحال هستند و پس از باز کردن طولی دوازدهه در قسمت دوم و اول و بند آوردن خونریزی به روشهای معمول بهترین کار واگتومی و پیلورویلاستی است که در کمترین زمان قابل انجام است. در موارد خیلی شدید چسبندگی و انهدام دیواره خلفی دوازدهه که امکان بند آوردن خونریزی به هیچ وجه وجود ندارد و حتی بستن شریان گاسترودودنال هم امکان پذیر نیست. برخی از مؤلفین واگتومی همراه با آنترکتومی را اجتناب ناپذیر دانسته و در مقابل در بیمارانی که خونریزی قبلی داشته و قطع شده یا خونریزی مقدارش جزئی است برخی دیگر از مؤلفین PGV را پیشنهاد می کنند.

نکته مهم در مورد بیمارانی که خونریزی از زخم پیتیک دارند اندیکاسیونهای عمل جراحی است که در موارد زیر خلاصه می گردد:

۱- خونریزی ماسیو (در موقع بستری شدن و نیاز به خون بیش از ۴ واحد کامل) تا بیمار stable شود.

۲- ادامه خونریزی و نیاز به بیش از یک واحد خون در هر ۸ ساعت برای stable شدن بیمار.

۳- خونریزی از زخم معده.

۴- بیماران بالای ۶۰ سال.

۵- بیمارانی که با شوک مراجعه می کنند.

۶- هنگام آندوسکوپی یک رگ مشخص از خونریزی داشته باشد.

۷- بیمار با گروه خونی نادر باشد.

۸- سابقه قبلی خونریزی یا سوراخ شدگی قبلی.

۹- Rebleeding که به معنای خونریزی دوباره در دو روز پس از بستری به علت خونریزی از زخم است که با کنترل طبی درمان شده است.

و- سوراخ‌شدگی به همراه خونریزی در این بیماران عمل مناسب واگوتومی ترانکال و دوختن محل خونریزی (over running) و پیلوروپلاستی است.

۲- زخم معده

در ارتباط با زخمهای معده در چهار قسمت بحث را دنبال می‌کنیم:

الف - زخمهای بدون عارضه

چون تشخیص زخمهای خوش خیم از بدخیم معده کاری مشکل است و حتی با آندوسکوپی و بیوپسی نمی‌توان تشخیص قطعی زخم خوش خیم را داد از این رو در برخورد با زخمهای معده در هر کجای معده که باشند و هر درمانی برای زخم انجام شود برداشتن زخم به هر صورت ضروری است. شایع‌ترین محل زخم در انحنای کوچک و در آنتر است. در این موارد بهترین درمان واگوتومی و آنترکتومی است البته اخیراً برخی از مؤلفین در بیماران جوان و زخمهایی که در آنتر قابل برداشتن باشند عمل PGV و برداشتن زخم را توصیه می‌نمایند. از زخمهایی که در فوندوس و نواحی فوقانی معده واقع اند چون رزکسیون وسیع معده با مژتالیته و موربیدیته بالا همراه است برخی آنها را به کوچکتر از 4cm و بزرگتر از 4cm تقسیم کرده و زخمهای کوچک را برداشته و واگوتومی پیلوروپلاستی انجام می‌دهند و زخمهای بزرگتر از 4cm را ابتدا درمان طبی کرده و پس از کوچکتر شدن زخم کوچکتر شده و همان درمان قبلی را انجام می‌دهند.

ب - زخمهای معده خونریزی دهنده در چنین زخمهایی دو درمان برای بیمار پیشنهاد شده یکی گاسترکتومی و دیگر واگوتومی و پیلوروپلاستی و برداشتن زخم که درمان گاسترکتومی در بیماران انجام

نکته مهم در مورد سوراخ‌شدگی زخمهای دوازدهه اندیکاسیون‌ها و کنتراندیکاسیون‌های عمل جراحی definitive است که به صورت زیر خلاصه می‌شوند.

کنتراندیکاسیون‌ها

- ۱- بیمار در وضعیت شوک.
 - ۲- پرتوتیت واضح به علت گذشتن ۲۴ ساعت.
 - ۳- جراح تجربه کافی ندارد.
- البته اخیراً برخی مرز ۴۸ ساعت را مطرح کرده و می‌گویند در ۴۸ ساعت اول هم اگر علائم پرتوتیت واضح نیست می‌توان عمل definitive کرد.

اندیکاسیون‌ها

- ۱- مطلق: - حضور عارضه دیگری همراه سوراخ‌شدگی.
- سابقه دارا بودن یکی از عوارض زخم.
- سوراخ‌شدگی در حضور درمان ضد اسید.
- ۲- نسبی: سابقه طولانی زخم قبل از سوراخ‌شدگی بیماران جوان.

در مورد بیماران که در آنها جراحی definitive به علت حضور علائم پرتوتیت یا بدحال بودن بیمار یا عدم تجربه جراح انجام شده است. پس از بهبودی بیمار لزوم عمل جراحی مجدد هست ولی اگر علت عدم انجام عمل definitive اصولاً نبودن اندیکاسیونی (مثل سابقه طولانی زخم) بوده باشد در چنین بیماران توصیه می‌شود که عمل جراحی بعدی برای عمل definitive صورت نپذیرفته و حتی در صورت عود علائم بیمار با درمان طبی درمان شود.

ه- انسداد به همراه سوراخ‌شدگی در چنین بیماران به علت بدحال بودن بیماران رزکسیون توصیه نمی‌شود و واگوتومی ترانکال به همراه گاسترآنترکتومی و بستن محل سوراخ‌شدگی به طریق ساده (simple closure) است.

گاسترکتومی (انترکتومی - همی گاسترکتومی یا پارشیل گاسترکتومی) انجام می‌شود و اگر زخم در قسمت پروگزیمال معده است و یا حال عمومی بیمار اجازه ندهد برداشتن زخم همراه با واگتومی و پیلوریلاستی انجام می‌شود.

همان طور که در ابتدای بحث اشاره شد درمانهای پیشنهاد شده تنها درمان ممکن نیست و هر جراح حاذق با تجربه خود و با توجه به وضعیت بیمار خود حین عمل تصمیم صحیح را خواهد گرفت لیکن طرح این بحث بیشتر برای همکاران رزیدنت است که در نیمه‌های شب بعضاً به استادیار کشیک دسترسی پیدا نمی‌کند و در مواجهه با بیمارانی که زخمهای معده یا دوازدهه به عارضه نشسته دارند به مشکل برخورد می‌کنند.

انشاءالله:

طرح کردن این روشها انگیزه‌ای برای مطالعه بیشتر و جستجو در لابلاي مقالاتی خواهد بود که با آمار و ارقام مشخص موارد مشکل را به بحث گذاشته و راه‌حلهایی ارائه نموده‌اند و همکاران با مباحثه بین خود بهترین راه‌حل را در خدمت به مردم محروم میهن اسلامیان قرار خواهند داد. راهنمایی استادان ارجمند حقیر را قرین امتنان خواهد ساخت.

می‌شود که زخمهای دیستال معده دارند و حال عمومی بیمار اجازه عمل بزرگ را می‌دهد. و درمان واگتومی و پیلوریلاستی و برداشتن زخم در بیمارانی که زخم پروگزیمال معده است یا حال عمومی بیمار اجازه عمل بزرگ را نمی‌دهد. در مورد گاسترکتومی برخی تا حد پارشیل گاسترکتومی را هم مجاز می‌دانند.

نکته‌ای در مورد گاسترکتومی قابل ذکر است: اگر کمتر از پاراشیل گاسترکتومی (۲-۳ معده) انجام می‌شود انجام واگتومی الزامی است چون احتمال زخم حاشیه‌ای (Marginal ulcer) در این بیماران بالاست.

ج - انسداد

انسداد در زخمهای معده تنها در مورد زخمهایی است که در ناحیه Prepyloric قرار دارند و رفتار بالینی این زخمها همانند زخمهای دوازدهه و درمان هم شبیه به هم است. البته در این زخمها تمایل به انترکتومی بیشتر است چون هم از لحاظ تکنیکی راحت‌تر می‌باشد. و هم به هر حال زخم معده است و با سرطان قابل اشتباه می‌باشد.

د- زخم معده سوراخ شده

در چنین زخمهایی اگر حال عمومی بیمار اجازه دهد و زخم هم در قسمت دیستال باشد واگتومی همراه با

قال رسول الله (ص):

العلم کلما ن علم الا دیان و علم الا بدان

علم بر دو قسم است علم ادیان و علم پزشکی