



القرحة الهضمية

د. واصل النعسان

علم الأمراض | Pathology

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

مقدمة:

أنتيج سبب للقرحات الهضمية هو الـNSAIDs (مضادات الالتهاب الستيرويدية) وجراثومة الملثوية البوابية (Helicobacter pylori HP).

الآلية المقترحة للقرحة الهضمية: زيادة الإفراز الحمضي.

ويمكن تعريف القرحة الهضمية على أنها سحجات أو تآكل في مخاطية المعدة أو المري أو العفج.

مثلاً:

أتى مريض بشكوى قرحة هضمية، لدى الفحص تبين أن امتدادها 3 مل والمتأذي الطبقة السطحية من مخاطية المعدة، هذه تسمى سحجة.

القرحات: تشمل سطح المخاطية ويمكن أن تصل إلى المخاطية العضلية، امتدادها 5 مل أو أكثر وعمقها للمخاطية العضلية.

السحجات: هي التآكلات التي لها صفات أقل بالطول والعمق.

ملاحظات

- كُلما كانت القرحة ممتدة وعميقة كانت أخطر لأنها تصبح على تماس مع الطبقة الخارجية.
- ممكن أن تستمر السحجة نتيجة تأثير الحمض ويحدث انثقاب.
- وممكن أن تشد القرحة حتى تؤدي الأوعية الموجودة في جدار المعدة ← حدوث نزيف.
- مما سبق نستدل على أن القرحة ممكن أن تُشخص إما بأعراضها أو اختلاطاتها



السؤال المطروح: لماذا يصاب أشخاص بالقرحة في حين أنّ أشخاص آخرين لا تحدث لديهم قرحة، أو بمعنى آخر ماذا يحدث حتّى يصاب الشخص بالقرحة؟!

يوجد في المعدة عوامل دفاع وعوامل تؤذي المعدة:

أما عوامل الدفاع فهي: الطبقة المخاطية، الخلايا الظهارية، الحاجز الدموي، الخلايا البالعة.

في حال القرحة ← تنخفض عوامل الدفاع وترتفع عوامل الخطورة ☹️.

عندما تكون عوامل الدفاع متساوية مع عوامل الخطورة ← تبدأ أعراض القرحة بالظهور: عسرة هضم، غثيان، إقياء...

نستنتج من ذلك أن في الحالة الطبيعية تكون عوامل الدفاع أعلى.

تذكير:



يفرز الحمض من المعدة بواسطة مضخة H^+ , K^+ ATPase التي تعتمد على الطاقة، في الحالة الطبيعية تكون هذه المضخة مثبّطة، وتُفَعّل بالخلايا الجدارية والخلايا المفرزة للهيستامين، لذلك المريض العصبي يشعر بألم المعدة حيث يتفَعّل لديه العصب المبهم وبالتالي يؤثّر على المضخة ويفرز الحمض.

أي:

في الحالة الطبيعية المضخة الموجودة على غشاء الخلية غير مفعلة، الشدّة النفسية تُفَعّل هذه المضخة ← يدخل البوتاسيوم إلى داخل الخلية الجدارية ويخرج الهيدروجين، وبالتالي تحدث أذية للمخاطية.

تعمل أدوية مثبّطات مضخة البروتون على هذه الآلية ← الحجر الأساس في علاج السحجات والقرحات هي الأدوية المثبّطة لمضخة البروتون [Proton-Pump inhibitor PPI] والتي تثبّط هذه المضخة بشكل غير قابل للعكس، على عكس مضادّات الهيستامين $Anti H_2$ التي تثبّطها بشكل قابل للعكس.

من مسببات القرحة الهضمية:

☺️ بعض الأدوية، الخبثات، التدنّن، CMV (الفيروس المضمّم للخلايا)، الشدّة النفسية.

☺️ المرضى الذين يأخذون الكورتيزون بكثرة تتأذى لديهم المخاطية المعدية، لذلك مريض المشفى يُعطى

دائماً وافي للمعدة مثل: PPI و $Anti H_2$.





ملاحظة

✓ هرمون الشدة المزمن هو الكورتيزون

✓ أمّا هرمون الشدة الحاد هو الأدرينالين

← قرحات الشدة أخطر القرحات، لأن المريض لديه عدّة عوامل تسبب الأذية

الملتوية البوابية [HP] Helicobacter pylori

هي عصية سلبية الغرام، تعيش على عدّة أوساط، لذلك من الصعب علاجها، ويمكن أن يحصل نكس بعد العلاج.

تفرز الـ HP أنزيم اليورياز ممّا يحميها من حموضة المعدة، وتفرز أيضاً أنزيم البروتياز الذي يحل المخاط الحامي للطبقة الجدارية المعدية، وهي الجرثومة الوحيدة في السبيل الهضمي العلوي كارهة للهواء، وهي تعيش فقط في أوساط مشابهة للمعدة.

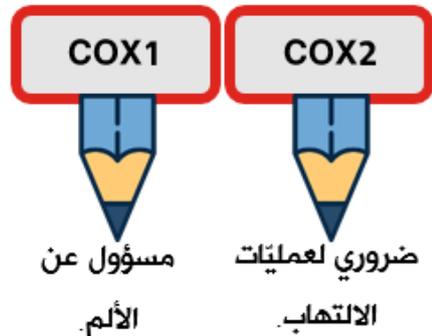
والذي يجعلها تستعمر المري أو العفج هو الإفراز الحمضي الذي يؤثر على بداية القطعة الأولى من العفج ويؤثر على المري بما يسمّى الحؤول (تحول من ظهارة إلى ظهارة).

يحصل حؤول في أسفل المري فيحولها من ظهارة مري إلى ظهارة معدة ويحول العفج من ظهارة عفج إلى ظهارة معدة.

الـ NSAIDs

آلية عملها:

يتحول حمض الأراشيدونيك (بتأثير انزيمات الـ COX1 والـ COX2) إلى بروستاغلاندينات وليكوترينات.





الـ NSAIDs تثبّط الـ COX1 ممّا يخفّف من الشعور بالألم (😊)، لكنّ وجود الـ COX1 ضروري لتشكّل مخاطيّة المعدة (☹️).

عند تثبيط الـ COX1 (تثبيط غير انتقائي) ← يتثبّط اصطناع البروستاغلاندين (يتوقف الألم) لكن يحدث أذى للمخاطيّة المعدية.

Note

مثبطات الـ COX2 الانتقائيّة تنتهي بـ (أوكسيب).

تثبيط الـ COX2 الانتقائي يوقف الالتهاب من دون إحداث أذية الظهارة المعدية، لذلك تكون هذه الأخيرة مفضّلة على مثبطات الـ COX1 في المشاكل الهضمية.

هناك دراسة تقول بأنّ 25% من المرضى الذين يأخذون الـ NSAIDs لفترات طويلة مؤهّبين لحصول قرحات هضمية و4% يختلطون بانثقاب أو نزف.

عوامل الخطورة لمرضى يأخذون NSAIDs:

✌️ العمر: المرضى الذين أعمارهم أكثر من 60 يُعطون مع الـ NSAIDs ← PPI.

✌️ مثبطات COX + مضاد تجمّع صفيحات أو وارفارين + الستيروئيدات القشرية ← زيادة أذية الـ NSAIDs.

كلما وجد عامل خطورة إضافي يزداد خطر الإصابة بالقرحة.

✌️ المرضى الذين يأخذون مثبّطات COX2 + PPI تتأخّر فترة شفاؤهم ويمكن أن يحصل نكس بعد الشفاء، أمّا عند إيقاف الـ COX2 واستعمال الـ PPI تكون فرصة الشفاء أسرع.

✌️ لا يوجد علاقة واضحة بين الخمج بـ HP والـ NSAIDs.

✌️ في حال جاء مريض لديه داء قرحي هضمي يمكن معالجته علاج ثلاثي أو رباعي مع إيقاف عوامل الخطورة مثل الأسبرين وكلوبيدوغريل، وفي حال عدم القدرة على الاستغناء عنهم تستمر المعالجة.

هامش: إيقاف الأسبرين لمدة 15 يوم لا يحدث آثار جانبية خطيرة لذلك يمكن إيقافه والمعالجة بالـ PPI.





في الـ CMV تكون القرحة كبيرة ومتعددة وعميقة، شفاؤها صعب، وهنا يجب معالجة الـ CMV ومن ثم معالجة القرحة.

ملاحظة

الأخماج الأخرى التي تسبب قرحة: الساركويد والسل و CMV (الفيروس المضخم للخلايا).

لم يثبت علمياً تأثير التوابل على القرحة، كما أنّ الدراسات نفت تسبب الكحول بحدوث قرحة هضمية.

لكن للتدخين أثراً سلبياً لمرضى القرحة فهو يسبب حدوث قرحة وحدوث نكس ويؤخر الشفاء **والأهم** هو أنّ القرحة الخفيفة يمكن أن تختلط بسبب التدخين، **مثلاً** قد تتحول إلى حالة جراحية (حدوث نزف أو انثقاب أو انسداد).

أعراض عسرة (الهضم: غلبة، نفخة، إسهال، إقياء، فقدان شهية).

ملاحظة هامة:

القرحة العفجية: يكون ألمها بعد (1-3) ساعات من تناول الطعام، أي يحدث الألم خارج أوقات الطعام لذلك يلجأ هؤلاء المرضى إلى تناول الطعام بكثرة ممّا يسبب البدانة.

تعالج بمضادات الحموضة من نوع مثبطات مضخة البروتون (PPI) وتكون الاستجابة سريعة.

على عكس القرحة المعدية: يحدث الألم فيها أثناء تناول الطعام.

ويجب هنا التفريق بين السبب النفسي والقرحة المعدية حيث أنّ السبب النفسي (عندما يجري تنظير يكون الشخص سليماً) ويُعالج بمضادات الاكتئاب.

(التشخيص التفريقي لمرضى قرحة هضمية:

ما يسبب الألم الشرسوفي مثل: احتشاء عضلة قلبية سفلية، ریح صدرية، التهاب مرارة، قولنج مراري، ذات رئة، التهابات المعدة الفيروسيّة، التهاب مري وبلعوم...

تذكير:

دراسة الألم الشرسوفي

ألم شرسوفي مع إقياءات عند مريض فوق الـ 30 سنة ← نقوم بالإجراءات:





تخطيط قلب، إيكو بطن (النفسي القولنج المراري والتهاب المرارة)، انثقاب حشا...

إذا كانت النتائج طبيعية ← نلجأ للتنظير لمعرفة وجود قرحة أو سحجة، ويكون العلاج PPI في هذه الحالات.

ممكّن أن ينعكس الألم الشرسوفي على كامل البطن (يأتي المريض بشكوى ألم كامل البطن).

تشخيص الداء القرصي: التنظير (أدق فحص).

تتشخيص القرحة الهضمية بكافة أنواعها: سريري وتنظيري، طبعاً الأدق تنظيري، والمخبري يجري في حالة التتك بأن سبب القرحة الملثوية البوابية. (ركزوا ع هالجملة)



اختبارات مصليّة لـ HP

1. **أضداد HP:** لكن لا يمكن معرفة إن كانت القرحة فعّالة أم غير فعّالة، يمكن أن يحصل شفاء ولكنّ الأضداد تبقى موجودة.

2. **المستضد:** نبحث عنه في البراز وهو فحص عالي النوعيّة والحساسيّة، تصل حساسيّته إلى 95٪، وهو نوعي لـ HP ← نستخدمه مع تحليل آخر لتشخيص الخمج بـ HP.

عند ملاحظة المستضد في البراز ← هذا يعني أنّ الخمج موجود بالتأكيد:

إيجابيته ← خمج، سلبيته ← لا يوجد خمج.

3. **اختبار اليورياز.**

4. **الزرع الجرثومي** وهو غير ضروري إلا في حالات القرحة الهضمية المعنّدة على العلاج وفي حال فشل العلاج الثلاثي والرباعي. (بتجي سؤال) 😊

ملاحظة

عند تشخيص الـ HP يجب على المريض أن يوقف تناول الـ NSAIDs لمدة 6 - 4 أسابيع قبل إجراء التحليل، والـ PPI لمدة أسبوعين، أمّا الـ Anti H₂ فلا تؤثر.

إجراء اختبار واحد لا يكفي للتشخيص يجب إجراء اختبارين على الأقل.





العلاج:

الحجر الأساس في علاج القرحة مهما كان نوعها هو: **مثبّطات مضخة البروتون PPI**، حيث تعمل على

تثبيط إفراز الحمض من البداية، ومن ثم نعالج المسبب سواء كان جرثومي، دوائي، نفسي... إلخ

هناك نمطان ثلاثي ورباعي لعلاج القرحة الناتجة عن HP:

العلاج الرباعي	العلاج الثلاثي
PPI + البزموت + تتراسكلين + فلاجيل. البزموت 525 ملغ، أربع مرات يومياً. تتراسكلين 500 ملغ، أربع مرات يومياً. فلاجيل 250 ملغ، أربع مرات يومياً.	PPI + كلاريثرومايسين + أموكسيسيلين. كلاريثرومايسين 500 ملغ، مرتين يومياً. أموكسيسيلين 500 ملغ مرتين يومياً، ١ غ أي ١٠٠٠ ملغ في كل مرة. PPI 40 ملغ مرتين يومياً. مدة هذا العلاج (10-14) يوم.

ملاحظة

في حال التحسس على كل من البنسلين ومقاومة الكلاريثرومايسين (الماكروليدات)، يعطى المريض فلاجيل مرتين او ثلاث مرات (حسب المرجع) يومياً بجرعة ٥٠٠ ملغ. (نتجّه للعلاج الرباعي).



بعض المراجع تذكر استمرارية العلاج بالـ PPI لمدة شهر ونصف بعد العلاج الثلاثي، وتختلف المراجع في العلاج.

مضادات الحموضة الكيميائية (المالوكس) تفيد في علاج القرحة الهضمية، ولكن العلاج فيها غير شافي وتحتاج إلى جرعات عالية في العلاج.

بعض الإضافات العلاجية نستخدمها عند وجود خمج ثانوي مثل: الـ CMC، الـ HP (أي نعالج حسب السبب).





كمشة معلومات 🤖

تناول (10-15) حبّات لوز، تعوّض عن حبّة المالوكس.

القرحات (المسببة بال NSAIDs) ← نوقف الـ NSAIDs ونعالج القرحة، وفي حال عدم القدرة على الاستغناء عنها ← نعالج بـ PPI + COX2.

حاصرات H2

🤖 من الأمثلة على حاصرات H2: فاموتيدين، سيميتيدين، رانيتيدين، نيزاتيدين.

🤖 يتجلى الفرق بينها في مدّة التأثير.

🤖 الفاموتيدين أكثر قوة من السيميتيدين.

🤖 مدة العلاج بها 8 أسابيع.

ملاحظة

من الآثار الجانبية للسيميتيدين : تثدي لدى الرجال وألم في الثدي.

مثبّطات مضخة البروتون PPI

🤖 بعد أخذها تمتصّ للدّم ثمّ تصل للخلايا الجدارية في المعدة، وتمنع مضخة البروتون من العمل.

🤖 من أدوية هذه المجموعة: لانسوبرازول، إس أومبيازول، أومبيازول، ديكسالانسوبرازول...

🤖 يستمر العلاج بها 4 أسابيع.

معلومة

مريض القرحة العفجية ممكن أن يحصل لديه اختلاطات أخرى مثل: انسداد أو انثقاب أو نزف أو خباثة.

للوقاية من القرحة نستخدم الـ PPI، لكن لا نستخدم حاصرات الـ H2 للوقاية 😊.





الحمل:

جميع الأدوية آمنة نسبياً خلال الحمل، لكن حاصرات الـ H2 أكثر مأمونية لسلامة الجنين.

PPI غير خطيرة عند الحاجة لاستخدامها.

يستثنى دواء الميزوبروستول (من مشتقات البروستاغلاندين) حيث أنه يسبب عيوب لدى الجنين (قلبية وعصبية) ويحرض الآلام والمخاض.

مثال: مريضة حامل شخص لديها وجود الـ H.P، يفضل إعطاء الصادات بعد الولادة.

هناك دراسات تقول أنه عند فشل العلاج الثلاثي والرابعي، يوجد خط علاجي آخر ينص على مشاركة PPI مع ليفوفلوكساسين (فلوروكينولون). أظهر هذا العلاج فائدة خاصة عند المرضى الذين يتحسسون على البنسلينات.

دون ملاحظتك:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



