

زخم معده و دوازده در کودکان

نگارش

دکتر منوچهر شیدفر

متخصص بیماریهای کودکان

مقدمه - برای اولین بار در ۱۲۶ سال قبل وجود زخم معده و دوازده در کودکان بر پزشکان مشخص گردید ، از آن تاریخ تاکنون پانصد مورد دیگر از مبتلایان به زخم معده و دوازده در بین کودکان رسماً گزارش شده است .

هنوز متأسفانه موارد بسیاری هستند که گزارش نشده و چه بسیاری از مبتلایان که بعلت عدم کالبدگشائی حتی بعد از مرگ بدون تشخیص از دست رفته اند . مطلب مهم دیگر اینکه وضع این بیماری ، مشی آن ، بروز نشانه های مختلفه و پاسخ نسبت به درمان در کودکان نسبت به همین کیفیات در بزرگسالان متفاوت است .

در این مقاله مایماران مبتلا را از زمان تولد تا سن ۱۵ سالگی تحت معاینه و مطالعه قرار داده ایم . بخش عمده این مطالعات از سال ۱۹۳۶ تا ۱۹۵۸ در سرویس بیماریهای دستگاه گوارش دانشکده پزشکی دانشگاه شیکاگو انجام شده است .

آمار نشان میدهد که در کالبد

پیدایش و شروع بیماری بیماری

بیماری قرحه میگردد. این ماده یعنی استروژن را برای بیماران مبتلا تجویز کرده‌اند، اما هیچگونه اثر درمانی مفید و موثری از استعمال آن تاکنون بدست نیامده است.

سبب بیماری همانطوریکه علت واقعی بیماری قرحه در بalfین غیر معین است، در کودکان نیز کاملاً روشن نمیباشد. عواملی هست که موجبات ایجاد بیماری یا لاقول کمک به پیدایش عارضه مینماید و آن عوامل در سنین مختلفه کودکی متفاوت هستند.

در دوره نوزادی و شیرخوارگی عوامل زیر موثر هستند:

- ۱ - نارس بودن نوزاد (۸)
- ۲ - اختلالات جریان خون
- ۳ - خونریزیهای داخل مغزی
- ۴ - ضایعات و ضربه‌های مغزی
- ۵ - سپتی سمی‌ها

در دوره دوم کودکی تاهنگام بلوغ بیشتر عوامل زیر در پیدایش قرحه موثر میباشند:

- ۱ - سمومات میکربی
 - ۲ - عوامل هیجانی
- پیدایش زخم در روزهای اول زندگی بیشتر بعلت بروز اختلالات جریان خون بوده است و اکثراً زایمانهای سخت و دشوار و طولانی عامل اصلی پیدایش عارضه میباشند.

گشائی‌های معمول در کودکان که از بیماریهای مختلفه دیگر در گذشته‌اند وجود يك تا يك ونیم درصد مبتلایان به قرحه دیده شده‌است. درین ۲۵۴ بیمار خرد سال که توسط الکساندر (۱) رادیوگرافی شده‌اند ۱۱٫۸٪ آنها مبتلا به بیماری قرحه بوده‌اند.

آمار مبتلایان در سالهای مختلف دوران کودکی خیلی متفاوت است. آماري که توسط مانکریف (۲) و اوانس (۳) تهیه شده و بیشتر مورد قبول است؛ نشان میدهد که دوسوم کودکان مبتلا به قرحه در همان سال اول عمر میباشند. در انگلستان، در بیمارستان کودکان کلاسکو (۴) یکی از پزشکان و آسیب شناسان معروف بنام گاتری (۵) تعداد ۶۰۵۹ جسد کودک را کالبدگشائی نموده و تنها ۹ نفر مبتلا به قرحه دیده است؛ که ۶ نفر آنها سنشان کمتر از ۳ ماه بوده‌است.

ابتلای به بیماری در بین پسر بچه‌ها زیادتر از دختر بچه‌ها است. گزارشهای دانشمند معروف دوتونی (۶) نشان میدهد که ۷۷٪ مبتلایان پسر بچه‌ها هستند. بیشتر دانشمندان تصور میکنند شاید علت این اختلاف مربوط به ترشحات مورمون مونث (۷) یا استروژن میباشد که مخصوصاً در سنین بلوغ ترشح آن زیاد شده موجب جلوگیری از پیدایش

1. Alexander
4. Glasgow Children's Memorial Hospital
5. Guthrie
8. Prematurity

2. Moneriff
6. De - toni

3. Evans.
7. Estrogen

برای اولین بار روکیتانسکی (۱) پیدایش زخم معده را بعلت صدمات مغزی در کودکان نشان داد . درسال ۱۹۳۳ کوشینگ (۲) بنیان گزار جراحی مغز واعصاب نشان داد که در اثر جراحی های مغزی زخم معده ودوازدهه ظاهر میگردد وجراحی های روی مخچه بیشتر از قسمتهای دیگر موجب بروز قرحه میشود .

گاتلیب (۳) و چو (۴) و شاربین (۵) دریک نوزاد دوروزه زخم معده فوق العاده بزرگی ملاحظه کردند که همراه با یک خونریزی در چادر مخچه و پریتونیت بوده است .

استعمال کرتیزون (۶) و آس ت - هاش (۷) وترکیبات حاوی سالیسیلات ممکن است موجب ایجاد بشود .

سوختگی ها ، عفونت های جلدی شدید ، بیماریهای کلیه ، بیماریهای عفونی واگیردار و کلیه عوامل مولد بتفاوت موثر در پیدایش زخم شناخته شده اند . در بسیاری از بیماران مبتلا به زخم معده ودوازدهه قبل از پیدایش نشانه های مننژیت حاصل شده است . مخصوصاً مننژیت مننگوکوکسیک (۸) که تعداد زیادی مننگوکوک نیز در قرحه معده ودوازدهه دیده شده است . عفونتهای بند ناف در ایجاد آمبولی و

گرفتگی شریان معدی وبالنتیجه اختلال موثری در نوزادان شناخته شده اند .

آسیب شناسی مطابق تحقیقات و کالبدگشائی های آی (۹) بیشتر زخمهای حاد در سال اول زندگی حاصل میشوند و زخمهای مزمن غالباً بعد از سال اول عمر ملاحظه میشوند .

آسیب شناسان دیگری مانند گاتری (۱۰) هرست (۱۱) واستوارت (۱۲) در انگلستان ملاحظه کردند که زخم در کودکان ، غالباً بشکل حاد پیدا شده ، مشی خیلی سریع یافته ، رویشد ترفته و سوراخ میشود یا خونریزیهای شدید میدهد .

زخم های بیشتر در ناحیه پیلور (۱۳) و خم کوچک معده (۱۴) ملاحظه میشوند . اندازه زخمها خیلی بزرگ است ، خیلی عمیق است وغالباً سوراخ میشوند . وضع ریزینی آسیب عینا همانست که در بزرگسالان دیده میشود در دوازدهه زخمها اکثراً منفرد هستند ، ولی زخمهای متعدد هم دیده شده است . این زخمها در مقابل آمپول واتر (۱۵) ، غالباً در سطح خلفی این عضو دیده شده اند . قطر متوسط این زخمها در حدود یکسانتیمتر بوده است .

نابلوی بالینی در کودکان علائم خیای نامشخص و غیر مرئی هستند .

- | | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------|------------------------------|
| 1. Rokitansky | 2. Cushing | 3. Gottlieb | 4. Chu |
| 5. Sharbin | 6. Cortisone | 7. ACTH | 8. Meningococccic Meningitis |
| 9. Aye | 10. Guthrie | 11. Hurst | 12. Stewart |
| 13. Pyloric Region | 14. Lesser Curvature | 15. Ampull of Vater | |

بایستی وجود زخم و سوراخ شدن و خونریزی شدید و کشنده را از نظر دور نداشت.

درهرسنی هر بیماری که هماتمز (۴) کرد یا ملنا (۵) داشت هرگز از فکر وجود بیماری قرحه غافل نشوید .

مهمترین و شایع‌ترین علائم بیماری قرحه در کودکان دردهای شکم و استفراغ است .

دردهای شکمی دردممکن است

شدید ، عمومی یا محلی باشد . سمت راست ناف ، به هیپوکندر راست یا فضای خاصره راست انتشار یابد . این دردها دوره نبوده و قرار مخصوصی ندارند ، این درست برخلاف آن چیزی است که اغلب در بالغین ملاحظه میشود . با خوردن غذا یا مواد قلیایی دردها تسکین نمی‌یابند . بعضی از محققین خاصیت مخصوص جهت این دردها بیان میکنند و آن اینست که این دردها در شب ظاهر میشوند . حساسیت شدید شکم مخصوصاً ربع فوقانی آن کاملاً قابل ملاحظه است . یک تاریخچه مبهم با علائم شکمی غیر مشخص همراه بی‌اشتهایی و کم شدن وزن یا بالا نرفتن آن با سن ، ممکن است بهترین علائم وجود یک قرحه باشند که این قرحه غالباً در رادیوگرافی نمایان مشخص است .

حملات مکرر تهوع و استفراغ خیلی شایع است و متأسفانه اکثر پزشکان این

هرچه کودک کوچکتر باشد بهمان نسبت علائم و تابلوی بالینی تاریک‌تر و غیر- مشخص‌تر میباشد . در کودکان بزرگ علائم تاحدی شباهت به بالغین را دارد . از نظر علائم و تابلوی بالینی بیماری قرحه را در کودکان به چهار دوره سنی تقسیم میکنند :

- ۱ - دوره نوزادی
- ۲ - « طفولیت
- ۳ - « کودکی
- ۴ - « پیش از بلوغ و هنگام باوغ .

طبق گزارشهای یکی از محققین بنام برد (۱) در طفل شیرخوار قرحه خُموش است و اولین نشانه‌های بیماری بصورت خونریزی یا سوراخ شدگی بروز میکنند ، یعنی نشانه‌های بیماری در لباس عوارض ظاهر میگردند . بعداً تا سن دوسالگی تنگی پیلور (۲) حاصل میشود و دردهای شکمی بروز میکنند . از این حدود به بالا کمتر عوارض خطیر حاصل میشود ، معمولاً علائم شبیه علائم بیماری در بالغین ظاهر میگردد . در خیلی از موارد هیچگونه علامت اختصاصی بروز نمیکند و وجود بیماری روزی آشکار میشود که یا بیمار تحت عمل جراحی قرارگیرد ، یا جسدوی کالبدگشائی شود .

گاهی در هنگامی که بطور ناگهانی بیمار پس میافتد (۳) و آنرا میمیرد ؛

1. Bird
2. Pyloric Stenosis
3. Sudden Collapse
4. Hematemesis
5. Melena

ضایعات و تغییر شکل مادرزادی سر دوازدهه (۵) بیشتر در افراد بالغ ملاحظه میشود، در صورتیکه در کودکان خیلی کمتر پدیدار میگردد.

عوارض در کودکان پیدایش عوارض مانند بزرگسالان است. البته پیدایش سرطانات متعاقب قرحه در کودکان دیده نمیشود. قرحه در کودکانی خیلی متمایل است که یا خونریزی کند و یا سوراخ شود. در دوره دوم کودکی قرحه بیشتر یا سوراخ میشود و یا بسمت ایجاد تنگی میگراید.

تحقیقات شخصی بنام هاجینس (۶) نشان داده که در بین ۲۴۳ کودک مبتلا به قرحه ۷۷ نفر دچار سوراخ شدگی قرحه گردیده‌اند.

تنگی پیلور در حدود ۲۵٪ موارد و بیشتر در کودکان بزرگ دیده میشود. البته موارد بسیاری از این تنگی‌ها بعلت وجود ادم و اسپاسم میباشد که با معالجات پزشکی کاملاً قابل درمان و اصلاح است.

درمان چنانچه پیدایش قرحه علت اصلی مخصوصی نداشته باشد بهترین راه درمان محافظت مخاط معده و دوازدهه از اثر اسید کلریدریک مترشحه میباشد. از این رو بهترین کار عبارتست از خنثی کردن اسید معده و جلوگیری از ترشحات فراوان آن در معده.

علائم را حمل بوجود آپاندیسیت نموده بیمار را تحت عمل قرار داده، قبل از روشن شدن تشخیص، آپاندیس وی را خارج میکنند.

تشخیص با ارزش ترین وسیله تشخیص انجام رادیوگرافی است. طبق نظرات مور (۱) و کندی (۲) آزمایش ترشحات معده جهت تشخیص هیچگونه ارزشی ندارد. امتحانات شیمیائی مدفوع اگر وجود خون را ثابت کرد بازرززش تشخیص محکمی دارا نمیشد، زیرا ممکن است خون از لب، لثه، حلق و گلو، یابینی یا از زخمهای نوک پستان مادر وارد دستگاه گوارش کودک شده باشد.

نمایان ساختن زخمهای معده در کودکان مانند بزرگان است، اما در دوازدهه قضیه متفاوت بوده بعلت سرعت عبور باریوم از این منطقه و اسپاسم شدید، پرکردن و نشان دادن زخمهای دوازدهه خالی از اشکال نیست. انجام فشار (۳) قطعاً لازم است.

وجود آماس دوازدهه (۴) باعث میشود که عبور باریوم بعلت انقباضات شدید تسریع نشود و اجازه نمیدهد که قرحه پر شده نمایان گردد. علت بروز مشکل تشخیصی همین است، در این حال بهتر است بعلائم بالینی و سابقه بیمار تکیه نموده و دقت بیشتری نمود.

1. Moore
2. Kennedy
3. Compression
4. Duodenitis
5. Congenital Malformation of the cap of the Duodenum
6. Hutchins

درمان جراحی موارد انجام اعمال

جراحی همانهایی است که جهت بزرگسالان میباشد . در زخمهای حاد دوران نوزادی انجام عمل جراحی درمان نجات دهنده جان بیمار میباشد . اما در مراحل بعد ، از جراحی فقط در مواردی بایستی استفاده کرد که قرحه سوراخ شده باشد ، خونریزی شدید بدهد ، یا باعث تنگی شدید و غیر قابل درمان با داروها گردد .

حصول این مقصود با تجویز دارو های خنثی کننده اسید، کم کننده ترشحات معدی و مراعات رژیم غذایی بخوبی میسر است .

تأثیر فوق العاده هیجانانگیز (۱) را نمیشود فراموش کرد . بایستی مدتی کودک را از رفتن ب مدرسه منع کرد ، محبت پدر و مادر و اطرافیان را بسوی او جلب نمود و انجام روان درمانی (۲) بسیار مفید و موثر است .

Bibliography**منابع مورد استفاده**

1. Alexander F. K. Duodenal ulcer in Children, Radiology 56: 799, 1951
2. Kennedy R.L. : Peptic ulcer in Children, Journal of Pediatrics. 2: 641, 1933
3. Moore. O.M. : Peptic ulcer in children, Journal of Pediatrics of Canada 44: 462, 1941
4. Cushing, H. : Peptic ulcer and inter brain Surgery. gynec. of Obst. 55: 1, 1932
5. Lyday, J.E.; Markarian, M., and Rhoads, J.E. Perforated Duodenal ulcer in a 2100 gram Female Infant, with survivor Am. J. Surg. 97: 346, 1959.
6. Guthrie, K.J. : Peptic ulcer in Infancy and childhood with a review of the literature, Arch. Dis. Childhood 17: 82, 1942
7. Kirsner J.B. Bleeding from the upper gastro - intestinal tract with special reference to peptic ulcer, Cin cinnati J. Med. 38: 173, 1957.
8. Meltzer, L.E. ; Bockman, A.A. ; Kanenson, W., and Cohen, A. : The Incidence of Peptic ulcer Among patients on Long term Prednisone therapy, Gastro enterology 35: 351, 1958
9. Shaiken, T. Duodenal. ulcer in children, Am. J. Gastro entero logy. 31: 132, 1959