دراسة إحصائية على بعض حالات الإصابة بالقرحة المعدية عند بعض المرضى في مدينة الخمس

نجية ميلاد على رجب[1]، عبد السلام صالح ابوسديل[1]، عطية رمضان الكيلاني[2]، أمال عطية المزوغي[3]

[1] شعبة علم الحيوان – قسم الاحياء – كلية العلوم – جامعة المرقب.

[2] شعبة علم الحيوان – قسم الاحياء – كلية التربية – جامعة المرقب.

[3] شعبة علم الحيوان – قسم علم وظائف الأعضاء – كلية الطب البيطري – جامعة الزيتونة.

njiaali2019@gmail.com

الملخص:

بالنظر إلى أهمية دراسة أمراض القناة الهضمية وبالأخص القرحة المعدية والتي لها تأثير كبير ومباشر على جميع وظائف أعضاء الجسم، وكذلك لتزايد أعداد المرضي اللذين يعانون من هذا المرض، أجريت هده الدراسة الإحصائية على بعض المرضى الذين يعانون من أعراض القرحة المعدية في منطقة الخمس. وكانت الدراسة في الفترة من 1- فبراير- 2019 إلى 31- ديسمبر 2020 وشملت الدراسة (60) مصاباً باضطرابات في القرحة المعدية واختيرت العينات بطريقة عشوائية وبأعمار تراوحت من (11- 78) سنة، لكلا الجنسين. والمراجعين لمستشفى الخمس المركزي والعيادات الاستشارية. وبعد إجراء الفحوصات والتحاليل لهؤلاء الأشخاص، تبين أن عدد الإناث الذين يعانون من القرحة المعدية (24)، بينما كان عدد الذكور (36).

الكلمات المفتاحية: *أمراض القناة الهضمية، تقرح المعدة الحاد، تقرح المعدة المزمن، إفرازات حامض الهيدروكلوريك.*

المقدمة:

يعد مرض قرحة المعدة (PUD) من الأمراض الشائعة في الآونة الأخيرة، ويكثر انتشارها بين النساء والرجال على حد سواء ومن المعروف أنها تصيب مختلف المراحل العمرية إلا أن أغلب المصابين بها هم من تزيد أعمارهم عن الستين (Everhart et al., 2000) وتكون القرحة المعدية (Gastric ulcer) على هيئة تمزق مصاحب للعديد من الإلتهابات والقروح في الغشاء المبطن والملتف حول المعدة الذي يقوم بحمايتها، وبذلك تصاب المعدة بالتليف، وتزداد إفرازات حامض الهيدروكلوريك فيها. (الزراد وفيصل، 2009). يوجد عدة أنواع للإصابة بمرض قرحة المعدة؛ فهناك قرحة المعدة الحادة، وقرحة المعدة المزمنة، ويزداد التليف الذي يحدث للمنطقة التي أصيبت بالتقرحات والتمزقات في حالة قرحة المعدة المزمنة، ومن المعروف أن قرحة المعدة غير معدية وغير سرطانية، لكن الحال تختلف في قرحة الاثني عشر التي من الممكن أن تتحول إلى خلية سرطان. (Lanas et al., 2017) ومن العوامل والمسببات التي تزيد من نسبة الإصابة بمرض قرحة المعدة الإصابة بالميكروب الحلزوني اللولبي أو ما يعرف باسم إتش بلوري (Helicobacter Pylori) يصيب الإنسان والحيوانات ذوات الدم الحار لأنه مجهز بوسائل دفاع تحميه من العصارة الحمضية للمعدة. وتسبب هذه البكتريا التهابات لا تلبث أن تتحول إلى قرحة في المعدة إذا لم يتم علاجها فوراً (Tee et al., 1995). كما ان الإصابة بالبكتيريا الحلزونية بالسرطان الغدي وسرطان الغدد الليمفاوية في المعدة، مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان المعدة (Gwack et al., 2006). حمل الشخص لصفات جدار المعدة الضعيف وتكون وراثية، فهذا العامل يزيد من نسبة إصابة الشخص بالقرحة نتيجة إصابة عدد من أفراد العائلة بهذا المرض، فينتقل جينيا من فرد لأخر. وقد اثبتت إحدى الدراسات ان نسبة الاصابة بالقرح

الهضمية في الاقارب من الدرجة الاولي تزداد عنها بين المرضي من الدرجات الأخرى (Rotter, 1993; RB, 1980).

تناول بعض المأكولات التي تحوي نسبة عالية من التوابل ذات الطعم الحار خاصة، تؤثر سلباً على جدار المعدة وتخترقه بسمومها، وتعمل على تقرح غشاء المعدة وتمزقه، وعدم الانتظام في تناول الوجبات الغذائية وتحديد أوقات مخصصة لها (Osama et al., 2013). كما أن إدمان تناول الكحول والخمر والتدخين المستمر بشتى أنواعه وشرب المنبهات كالقهوة والشاي والمواد الغازية بكميات كبيرة يزيد من إمكانية الإصابة بالقرحة (Kato et al., 1992). وبينت العديد من الأبحاث أن الحالة النفسية والعصبية الشديدة تعد عاملا أساسيا في الإصابة بمرض القرحة وخاصة قرحة الاثني عشر (شقير، 2002). واتضح أيضاً أن زيادة افراز المواد الحمضية تؤثر سلباً على المعدة وتؤدي إلى حدوث بعض الأمراض والمشاكل في المريء وعدم خروج الحمض من المعدة يسبب ارتفاع نسبة الحموضة التي تؤثر بدورها على المعدة فتعمل على حدوث تقرحات بها. تماماً كما تؤثر الأطعمة شديدة السخونة على قدرة التحمل لجدار المعدة، كما وجد أن تناول بعض الأدوية لفترة طويلة، مثل الأدوية من عائلة مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية (Drini, 2017) (NonsteroidalAnti-inflammatory Drugs-NSAID)، وتعد هذه الأدوية من المسكنات المتداولة بكثرة بين المرضى وخاصة بين كبار السن، ومن الأمثلة عليها الأسبرين، والأيبوبروفين، والدكلوفيناك، وأدوية الروماتيزم والكورتيزون وهذه الأسباب جميعها تعمل على ظهور التقرحات (Bak-Romaniszyn et al., 2004). متلازمة زولينجر – إليسون (Zollinger – Ellison syndrome) وهو ورم يظهر في البنكرياس والأثنى عشر يسبب نشاطاً زائداً في إفراز هرمون الغاسترين، حيث يقوم هرمون الغاسترين على تحفيز هرمونات المعدة وتنشيطها أضعاف المعدل الطبيعي فترتفع حموضة المعدة. (Zollinger & Ellison, 1955).

ونظراً لكل هده التأثيرات، وما للمعدة من دور كبير في تنظيم كافة الفعاليات الحيوية بالجسم، أصبح الهدف الأساسي لهذا البحث هو:

- التعرف على نوع الاضطرابات التي يعاني منها بعض المرضى نتيجة الإصابة بالقرحة المعدية في مدينة الخمس باعتبارها مدينة داخلية بعيدة نوعاً ما عن الصخب والضجيج والإنفعالات النفسية كالمدن الكبيرة.
- معرفة مدي الوعي الاجتماعي لدى المرضى من تأثير التدخين وعلاقته بالقرحة المعدية.
- دور العوامل الوراثية لدى مرضى هذه المنطقة في الإصابة بالقرحة المعدية.
- معرفة نوع التشخيص والعلاجات التي يمكن للمرضى الحصول عليها ودرجة توفرها.

التصميم والتحليل الاحصائي:

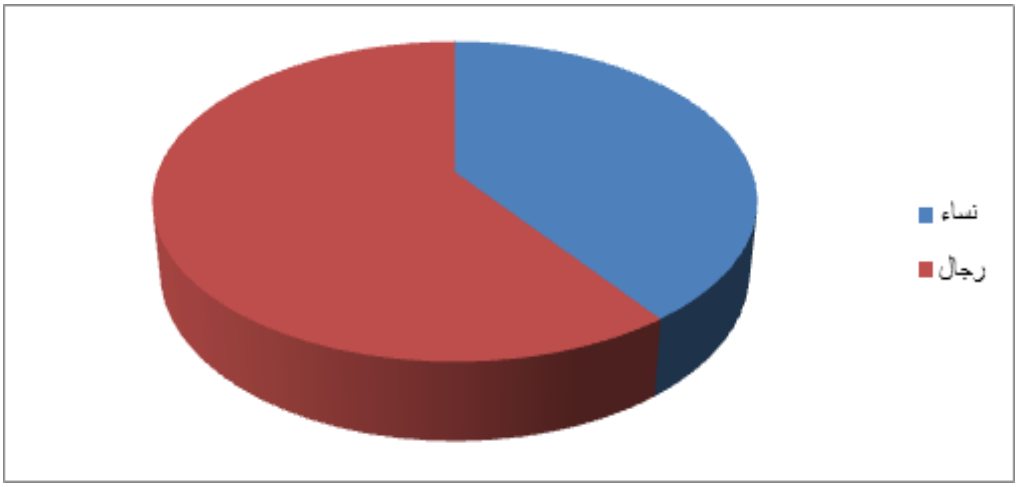
اعتمد جمع العينات على الطريقة العشوائية وثم تحليل النتائج احصائياً لإيجاد المعدل الحسابي والانحراف المعياري، ثم استخدام اختبار T. test لبيان الاختلاف بين مجاميع الدراسة (مجموعة الاناث ومجموعة الذكور) عند مستوى معنوي $p<0.05$ باستخدام برنامج ال SPSS (الراوي، 1989).

النتائج والمناقشة:

أجريت هذه الدراسة على بعض المرضى المترددين على مستشفى الخمس المركزي واللذين يعانون من اعراض مرض القرحة المعدية. وبعد تجميع البيانات حول هؤلاء المرضى تحصلنا على عدة نتائج هامة وضحت كالتالي:

الجدول (1) يوضح عدد الحالات المصابة من الذكور والإناث.

الجنس	الذكور	الإناث
عدد الحالات	36	24

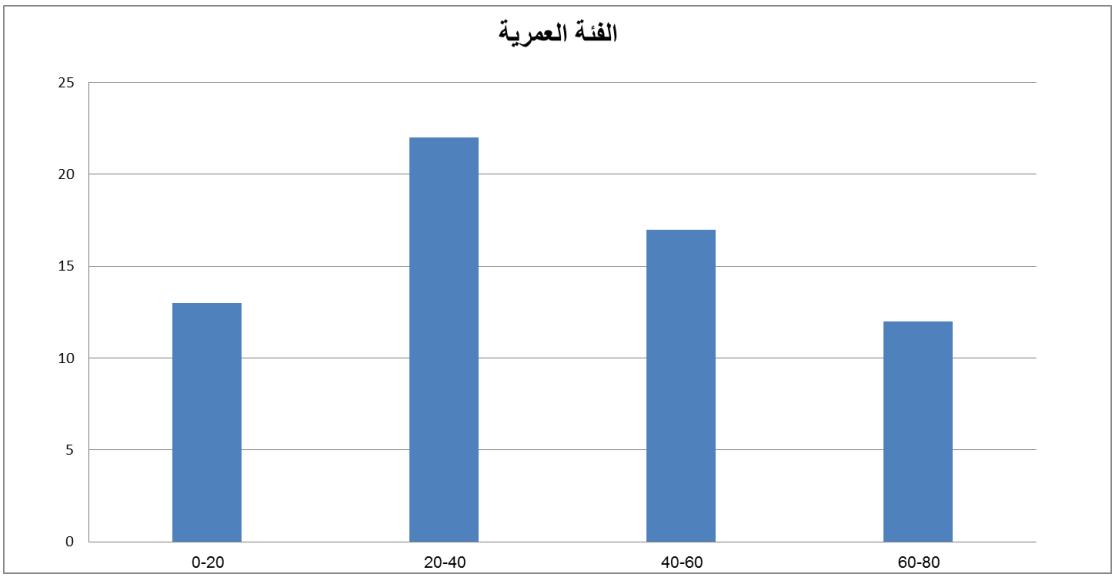


شكل (1) مخطط توضيحي يبين نسبة الإصابة بين الرجال والنساء.

يبين هذا المخطط ان نسبة الإصابة عند الرجال تكون أكثر من نسبة الإصابة عند النساء وذلك يرجع الى عدة أسباب والتي منها، ان الرجال هم الفئة المدخنة في مجتمعنا عن النساء، وكذلك ان الرجال يتعرضون للضغوط النفسية من الناحية الاجتماعية والعملية أكثر من النساء.

الجدول (2) يبين اجمالي الحالات للجنسين لكل فئة عمرية.

الفئة العمرية (سنة)	إجمالي الحالات (رجال – نساء)	النسبة المئوية
منذ الولادة-20	13	% 21.7
40-20	22	% 36.7
60-40	17	% 28.3
80-60	8	% 13.3



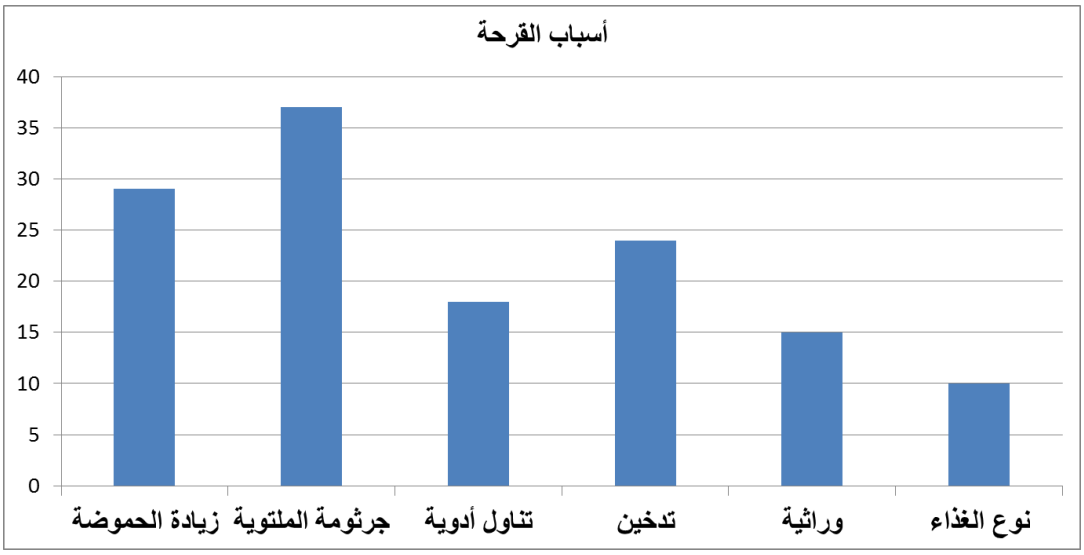
شكل (2) يوضح عدد الحالات للفئات العمرية.

يقدم هذا الجدول جميع الحالات التي تم إحصاؤها مسبقاً ومن ثم حساب إجمالي عدد الحالات وإظهار نسب مئوية لجميع الحالات. وهذا يمكننا من ملاحظة ازدياد نسبة الإصابة بالقرحة المعدية (الهضمية) في الفئة العمرية من 20-40 سنة. أوضحت بعض الدراسات أن هذه الفئة العمرية قد تعاني أكثر من غيرها من مرض القرحة المعدية، والذي قد تكون أسبابه تعود إلى التدخين أو ناتج عن عوامل وراثية أو الاضطرابات والضغوط النفسية وخاصةً فئة الدارسين لما قد يتعرضون له من ضغوط الدراسة والامتحانات. ونتيجة هذه الضغوط تظهر هذه الاضطرابات في صورة آلم واضطرابات جسمية مختلفة. وبعض الاضطرابات الجسمية حقيقية لكنها ذات منشأ نفسي بسبب القلق والتوتر، ومن هذه الاضطرابات ما يصيب الجهاز التنفسي (System Respiratory) أو تصيب العضلات القلبية، أو تصيب الجهاز الهضمي (Digestive system) كما في القرحة المعدية، أو تصيب الهيكل العظمي. (الجاموس، 2013).

- في هذه الدراسة وضعت معرفة أسباب القرحة المعدية لدى المرضى من اساسيات البحث وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (3) يبين أسباب حدوث القرحة لأجمالي الحالات.

أسباب القرحة	زيادة الحموضة	تناول أدوية	جرثومة	تدخين	وراثية	نوع الغذاء
عدد الحالات	29	18	37	24	15	13



شكل (3) يوضح أسباب القرحة المعدية.

يوضح الجدول (3) والشكل البياني (3) أن أكثر أسباب القرحة المعدية انتشارً بين المرضى كانت بسبب بكتيريا H. pylori وهذا ما أظهرته نتائج التحاليل حيث كان عدد الحالات (37) أي بنسبة 61.7 % بالإضافة إلى زيادة الحموضة عند البعض الآخر من المرضى وبلغ عددهم (29) والتي كانت بنسبة 48.3 %. كما أوضحت الدراسات السابقة أن من أسباب الحموضة هو الإصابة بالبكتريا (الجرثومة) الهليكوباكتر بايلوري. حيث يخلق عصير المعدة الطبيعي بيئة معادية للكائنات الحية الدقيقة، مما يجعل المحتوى اللامع للمعدة وكذلك الأمعاء الدقيقة عقيمًا نسبيًا (Siurala et al., 1968). كان يعتقد قديماً أن التهابات المعدة نتيجة طبيعية للشيخوخة. ولكن مع التقدم العلمي تبين أن عدوى هيليكوباكتر بيلوري (Hp) كانت السبب الرئيسي لالتهاب المعدة (Marshall & Warren, 1984). وقد وجد أن الـ (Helicobacter pylori) تستطيع البقاء على قيد الحياة في الطبقة المخاطية السطحية من خلال نشاط اليورياز الذي يتسبب في درجة حموضة مناسبة للعيش في المنطقة المجاورة لها (Marshall et al., 1985; Najm, 2011). كما لوحظ أيضا في هذه الدراسة أن التدخين يعتبر أحد المؤثرات في القرحة المعدية حيت بلغ عدد الحالات (24) حالة تعاني من القرحة المعدية من جراء التدخين أي ما نسبته 40 %. تم يأتي تليها من العوامل المسببة للقرحة المعدية تناول الادوية وكان عدد الحالات المسجلة (18) شخص أي ما نسبته 30 % حيث تعد بعض الأدوية من المسببات الرئيسية للقرحة المعدية وخاصةً الأدوية المضادة للالتهابات الروماتزمية كالفولتارين، البروفين، الكيتوفان، الأنوسيد، الإسبرين. قائمة طويلة من الأدوية يتناولها نسبة كبيرة من الناس، وخاصة كبار السن، ولكن وللأسف الشديد كلها لها تأثير سلبي على المعدة. وهذا يتفق تماما مع ما أوضحه (Dall et al., 2010). وكان لعامل الوراثة علاقة كبيرة في ظهور أعراض القرحة المعدية على بعض الحالات والتي بلغت (15) حالة أي بنسبة 25 % ونتائج دراستنا هذه تتفق مع ما جاء به كلاً من (Meko & Norton, 1995; Deveney & Deveney, 1987).

بينما لاحظنا من خلال هذه الدراسة أن عدد الحالات التي تعاني من القرحة المعدية جراء تناول الأطعمة الحارة أو كثيرة التوابل لم تتعدى (13) حالة اي بنسبة 21.7 %، وهذا يتفق تماماً مع الدراسات الثي أجريت باستخدام التوابل

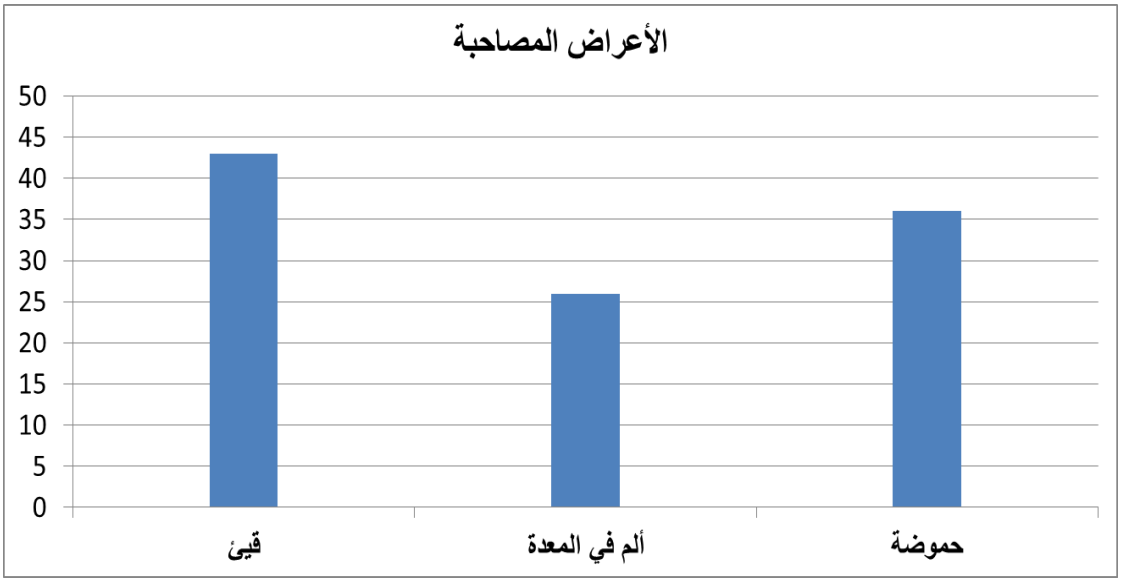
بينما لاحظنا من خلال هذه الدراسة أن عدد الحالات التي تعاني من القرحة المعدية جراء تناول الأطعمة الحارة أو الأطعمة كثيرة التوابل لم تتعدى (13) حالة أي بنسبة 21.7 %، وهذا يتفق تماماً مع الدراسات الثي أجريت باستخدام التوابل وخاصة الفلفل الأحمر الحار كعلاج للقرحة المعدية، حيث وجدوا أن الفلفل الأحمر يحتوي على مادة وظيفية تسمى الكابسيسين الذي له تأثير وقائي ضد إصابة الغشاء المخاطي المعدي التجريبي في الحيوانات (Yeoh et al. 1995; Cruz et al. 1999; Kang et al., 1992; Kang et al., 1995) بينما لم يجد علماء آخرون أي تأثير للبهارات أو الفلفل الأحمر على التأم جروح القرحة المعدية (Myers et al., 1987; Williams, 1995).

ولا ننسى هنا بأن ننوه إلى أن أغلب الحالات كانت تعاني من أكثر من سبب لحدوث القرحة المعدية لديهم.

– كانت أهم الأعراض المصاحبة والتي كان يعاني منها أغلب المرضى متركزة على شكل قيء وحموضة وآلام في المعدة. وضعت ضمن جدول توضيحي لتبين أكثر الأعراض متزامنة مع المرض.

جدول (4) يوضح أهم الأعراض المصاحبة للقرحة المعدية.

الأعراض المصاحبة	قيء	ألم في المعدة	حموضة
عدد الحالات	43	26	29

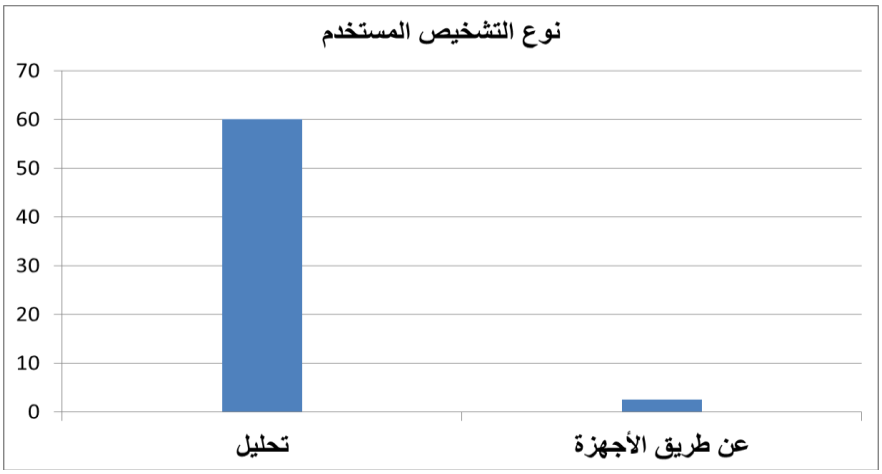


شكل (4) يوضح اعراض القرحة المعدية.

– بينت الدراسة أكثر أنواع الفحوصات التي يلجأ اليها المرضى هي التحاليل للتأكد من اصابتهم بمرض القرحة المعدية. وتعتبر هذه التحاليل سهلة وتعطي نتائج سريعة ورخيصة التمن، وهي أيضا أكثر الطرق التي يطلبها الأطباء من المرضى حال شكهم بإصابة المريض بالقرحة.

جدول (5) يوضح التقنيات الطبية المستخدمة في تشخيص القرحة المعدية.

نوع التشخيص المستخدم	تحليل (دم + براز)	عن طريق الأجهزة
عدد الحالات	60	5

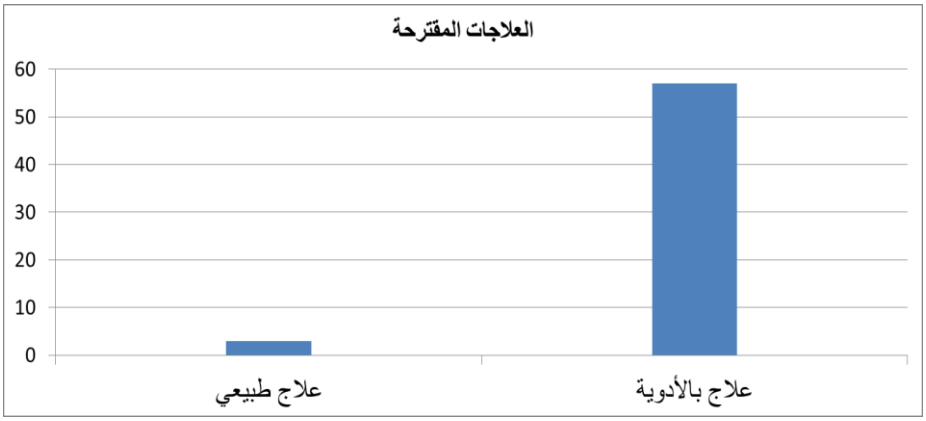


شكل (5) يوضح التقنيات الطبية الاكثر استخدامً في تشخيص مرض القرحة المعدية

- ومن خلال هذه الدراسة المبسطة تمكننا من معرفة أكثر الطرق استخداماً والتي يلجأ إليها المرضى في علاج القرحة المعدية.

جدول (6) يبين أجمالي الحالات لاستخدامها العلاجات المقترحة.

الدواء المقترح	علاج طبيعي	علاج بالأدوية
عدد الحالات	3	57



شكل (6) يوضح أكثر العلاجات المقترحة استخداماً

الخلاصة:

خلصت النتائج إلى أن الرجال أكثر عرضة للإصابة بالقرحة المعدية من النساء. وأن فئة الشباب أكثر من يعاني من هذا المرض. كما أوضحت هذه الدراسة أن الأغذية ذات التوابل والبهارات لم تكن بالمرتبة الأولى للإصابة بالقرحة المعدية. كما تبين أيضا أن ارتفاع الحموضة لدى بعض المرضى ليس بالضرورة أن يكون قرحة معدية، ولكن تبين أيضا أنه قد يكون السبب الكامن خلف ارتفاع نسبة الحموضة هو الإصابة بالبكتيريا الهليكوباكتر بايلوري والتي تعتبر السبب الرئيسي للإصابة بالقرحة المعدية.

المراجع:

الراوي، خاشع. (1989). المدخل إلى الإحصاء. مطابع جامعة الموصل.

الزراد، فيصل. (2009). الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر. ط. 2 بيروت، الجمهورية اللبنانية: دار النفائس، ص: 174-175

شقير، زينب. (2002). الأمراض السيكسوماتية (النفس– جسمية). القاهرة، جمهورية مصر العربية: مكتبة النهضة المصرية.

الجاموس، نور الهدى. (2013). الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية. عمان، المملكة الأردنية الهاشمية: دار مجموعة اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

Bak-Romaniszyn, L., Wojtuń, S., Gil, J., & Płaneta-Małecka, I. (2004). Peptic ulcer disease etiology, diagnosis and treatment. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, *17*, 128.

Cruz, L., Castañeda-Hernández, G., & Navarrete, A. (1999). Ingestion of chilli pepper (Capsicum annuum) reduces salicylate bioavailability after oral aspirin administration in the rat. *Canadian journal of physiology and pharmacology*, *77*(6), 441-446.

Dall, M., Schaffalitzky, D.E., Muckadell, O.B., Lassen, A.T., Hallas, J,. (2010). There is an association between selective serotonin reuptake inhibitor use and un complicated peptic ulcers: *A population- based case- control study. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. p: 32(11-12):* 1383-1391.

Deveney, C. W., & Deveney, K. E. (1987). Zollinger-Ellison syndrome (gastrinoma): Current diagnosis and treatment. *Surgical Clinics of North America*, *67*(2), 411-422.

Drini, M. (2017). Peptic ulcer disease and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Australian prescriber*, *40*(3), 91.

Everhart, J. E., Kruszon-Moran, D., Perez-Perez, G. I., Tralka, T. S., & McQuillan, G. (2000). Seroprevalence and ethnic differences in Helicobacter pylori infection among adults in the United States. *The Journal of infectious diseases*, *181*(4), 1359-1363.

Gwack, J., Shin, A., Kim, C. S., Ko, K. P., Kim, Y., Jun, J. K., ... & Yoo, K. Y. (2006). CagA-producing Helicobacter pylori and increased risk of gastric cancer: a nested case–control study in Korea. *British journal of cancer*, *95*(5), 639-641.

Osama, O. A. S., Bukhari, H. M., ElSawy, N. A., & Header, E. A. (2013). Efficacy of capsicum frutescens in curing the peptic ulcer. *International Journal of Pure and Applied Sciences and Technology*, *15*(1), 43-54.

Kato, I., Nomura, A. M., Stemmermann, G. N., & Chyou, P. H. (1992). A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol, and diet. *American journal of epidemiology*, *135*(5), 521-530.

Kang, J. Y., Alexander, B., Barker, F., Man, W. K., & Williamson, R. C. N. (1992). The effect of chilli ingestion on gastrointestinal mucosal proliferation and azoxymethane-induced cancer in the rat. *Journal of gastroenterology and hepatology*, *7*(2), 194-1.

Kang, J. Y., Teng, C. H., Wee, A., & Chen, F. C. (1995). Effect of capsaicin and chilli on ethanol induced gastric mucosal injury in the rat. *Gut*, *36*(5), 664-669.

Myers, B. M., Smith, J. L., & Graham, D. Y. (1987). Effect of red pepper and black pepper on the stomach. *American Journal of Gastroenterology*, *82*(3).

Marshall, B., & Warren, J. R. (1984). Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *The lancet*, *323*(8390), 1311-1315.

Marshall, B. J., Armstrong, J. A., McGechie, D. B., & Clancy, R. J. (1985). Attempt to fulfil Koch's postulates for pyloric Campylobacter. *Medical Journal of Australia*, *142*(8), 436-439.

Meko, MD, J. B., & Norton, MD, J. A. (1995). Management of patients with Zollinger-Ellison syndrome. *Annual review of medicine*, *46*(1), 395-411.

Najm, W. I. (2011). Peptic ulcer disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, *38*(3), 383-394.

RB, M. C. (1980). Peptic ulcer: early genetic evidence families Twins, and markers In: Rotter JI, Samloff M, Rimoin DL. *The genetics and heterogeneity of common gastrointestinal disorders. New York: Academic*, 31-41.

Rotter, J. I. (1983). Peptic ulcer, S. 1-58 In: Emery AEH, Rimoin DL „The principles and practice of medical genetics". *New York, Churchill Livingstone*.

Siurala, M. M. K. M., Isokoski, M., Varis, K., & Kekki, M. (1968). Prevalence of gastritis in a rural population: bioptic study of subjects selected at random. *Scandinavian journal of gastroenterology*, *3*(2), 211-223.

Tee, W., Lambert, J. R., & Dwyer, B. (1995). Cytotoxin production by Helicobacter pylori from patients with upper gastrointestinal tract diseases. *Journal of Clinical Microbiology*, *33*(5), 1203-1205.

Williams, S. R. (1995). *Essentials of nutrition and diet therapy* (No. Ed. 3). CV Mosby Company.

Yeoh, K. G., Kang, J. Y., Yap, I. E., Guan, R., Tan, C. C., Wee, A., & Teng, C. H. (1995). Chili protects against aspirin-induced gastroduodenal mucosal injury in humans. *Digestive diseases and sciences*, *40*(3), 580-583.

Zollinger, R. M., & Ellison, E. H. (1955). Primary peptic ulcerations of the jejunum associated with islet cell tumors of the pancreas. *Annals of surgery*, *142*(4), 709.