

دانشگاه جنوری شاپور

دانشکده پزشکی

موضوع پایان نامه

((اولسریپتیک در اطفال))

برای دریافت درجه دکتری پزشکی

بمراه‌های استاد گرانقدر جناب آقای دکتر استقامت

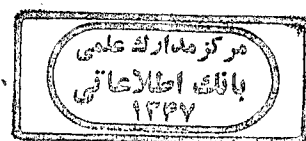
نگارش

سید مرتضی ایرا نونش

۵۲-۵۳

سال تحصیلی

شماره پایان نامه ۴۴۷



(فهرست مطالب)

XXXXXXXXXXXX

موضوع	صفحه
۱- پیش گفتار	-
۲- مقدمه	-
۳- شیوع	۱-۲
۴- آناتومی فیزیولوژی	۳-۷
۵- اتیولوژی	۸-۱۰
۶- پاتوژنسی	۱۱-۱۴
۷- پاتنولوجی	۱۵-۱۶
۸- علائم بالینی و عوارض	۱۷-۲۲
۹- علائم پاراکلینیک	۲۳-۲۷
۱۰- تشخیص و تشخیص افتراقی	۲۸-۳۰
۱۱- درمان	۳۱- ۳۶
۱۲- پیش آگهی	۳۷-۳۸
۱۳- آمار مربوط به ۱) بیماری مبتلا به اولسر پپتیک	۳۹-۴۳
۱۴- خلاصه و تحقیق	۴۴-۴۹

تقدیم به

استاد ارزشمند م جناب آقای دکتر استقامت که در تهیه این رساله مرا

راهنماییهای فراوان نمودند .

همیشه مدیون محبتهای بی دریغ ایشان هستم .

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم که گرانبها ترین سالهای عمر خود را وقف پرورش من

نمودند .

تقدیم ہے.....

ہمسرعزیزم کہ ہمیشہ مشوق من درزندگی بوده است .

تقدیم بسے.....

تمام کسانیکه مراد را موختن یاری دادند .

تقدیریں بہ.....

بناام خدا

(پيش گفتار)

XXXXXXXXXXXX

هميشه مايل بودم پايان نامه خود را در مورد گوشه‌اي از دنيای پهن اورطوب
بنويسم که شامل د و خصوصيت بارز باشد - اول آنکه در مورد آن کمتر بحث و شنودى
شده - دوم آنکه مطالب مهم و پراهميتى باشد که در توجه بدان چه بسيار بيماران
که به تشخيص رسیده و از رنج و تعب رهائى يابند .
لهذا وقتى استاد گرانقدر جناب آقاى دکتر استقامت به من پيشنهاده تحقيق
در مورد اولسريپتياک نزد اطفال را نمودند با کمال مسرت پذيرفتم .
در اين باره راهنمايهاى شخص ايشان براى من بسيار پيراج بود و توشه
بسيار گرفتيم . اميد است که اين مختصر مقبول خاطر واقع شود و اندک مفيد افتد .

((مقصد ه))

همانطوریکه بالغین و بزرگسالان میتوانند چهار اولسرپیتیک با کلیه علائم بالینی و عوارض خاصه بدان گردند اطفال نیز از این قاعده مستثنی نبوده و با توجه به مراتب ذیل اهمیت این مطلب روشن میگردد :

- ۱- از نقطه نظر تشریحی بجز تفاوت‌های منحصری که در سنین اول عمر ملاحظه میگردد تفاوت کلی بین دستگاره‌گوارش اطفال و بزرگسالان موجود نمیباشد .
- ۲- کلیه عوامل موثر در ایجاد اولسرپیتیک در نزد بزرگسالان میتواند در اطفال (خاصه هرچه سن طفل بالا تر باشد) نیز موثر واقع شوند .
- ۳- در گذشته بعلمت عدم توجه به اولسرپیتیک در نزد اطفال - باعث گردید که تحقیقات پیگیری در این زمینه با انجام نرسد و چه بسیار مبتلایان که به تشخیص نرسیدند .
- ۴- آمارهای مختلف (که برخی در این مختصر ذکر گردیده‌اند) در سالهای اخیر انتشار یافته حاکی از شیوع قابل توجه اولسرپیتیک در اطفال میباشد .
- ۵- در اولسرپیتیک فاکتورهای اگزوزن از قبیل عوامل فیزیکی و روانی همانطوریکه روز بروز افنگیرنده^۱ بیشتری میگردد - در اطفال نیز (خاصه در اطفال مسن تر)

باعث اولسرپیتیک میگردد .

۶- در بسیاری از آمارهای مختلف نشان داده شده که اولسرپیتیک در برخی بالغین و بزرگسالان مربوط به زخم دوازدهه دوران خردسالی و کودکیشان بوده

؟ که با درمان طویل مد او شده اند .

با توجه به مراتب فوق میتوان با اهمیت اولسرپیتیک در اطفال پی برد - در این

صورت هرگاه طفلی بعلمت درد های شکمی - حساسیت شکم - استفراغ -

سوءهاضمه - هماتمز - ملنا و غیره مراجعه نماید میبایست احتمال اولسرپیتیک

را بعنوان یک تشخیص افتراقی در مد نظر داشت و اقدامات لازم جهت تائید

یا رد آن بعمل آورد - چه بسا دل درد های مبهمی که برخی از کودکان برای

مدتها از آن شکایت داشته و غالباً بعنوان انگل دستگانه گوارشی (که مدوملکه مسا

بسیار شایع است) درمان شده اند - همانا اولسرپیتیک باشد که دارای علائم

بالینی کلاسیک نبوده و با مختصر توجه و صرف وقت و استفاده از وسائل پاراکلینیک

بتوان به تشخیص رسید - و هیچ استبعاد ی ندارد که بعلمت شیوع فوق العاده -

انگل در مملکت ما خاصه اکسیور و آسکاریس - چنانچه طفلی بواسطه درد های مبهم

شکمی بماند مراجعه نماید و آزمایش مدفوع از نظر انگل مثبت باشد مسئله احتمال

اولسرپیتیک بکلی فراموش شده و در تشخیص واقعی بیماری بدورمانیم .

شیوع :

—————

در مطالعات مختلف میزان شیوع از ۰.۰۳ / درصد تا ۲۱ درصد فیرو بود هاست . در اتوسی های اطفال شیوع بیماری از ۱ / . درصد تا ۱۱ درصد از نقاط مختلف گزارش شده است .

عواملی که در میزان شیوع اولسر پیتیک در حالت دارند :

الف . سن - از یک تا چهار سالگی نسبت شیوع از تمام سنین دیگر کم تر بوده و معادل

احتمال بروز بیماری در سنین مختلف بقرار ذیل میباشد :

اطفال کمتر از یک سال	۴ درصد هزار
اطفال ۱-۴ سال	۴ / . درصد هزار
اطفال ۵-۹ سال	۴۲ درصد هزار
اطفال ۱۰-۱۴ سال	۱۵ درصد هزار
اطفال ۱۵ سال	۳۲ درصد هزار

در اثر آمارها افزایش سریع موارد بیماری در دهان نزد سالگی دید همیشه بود

ب . جنس - در سالهای اولیه حیات هر دو جنس بیک میزان مبتلا شده و با افزایش

سن این بیماری در جنس مذکر شیوع بیشتری پیدا مینماید - رویه مرفته

این نسبت را در بیک آمار میزان $\frac{17}{1}$ برای مذکر به مونث ذکر نموده اند

ج . عوامل اقتصادی و اجتماعی - پسران طبقات مرفه بیشتر از پسران طبقات متوسط و پائین در معرض ابتلا هستند . لیکن عامل اقتصادی و اجتماعی در پیدایش اولسرد رنزد دختران چندان تاثیر ندارد .

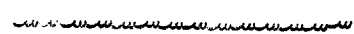
د . عوامل خانوادگی - با توجه با آمارهای ذیل تاثیر عوامل خانوادگی روشن - میگردد .

۱- ۴ درصد کودکان مبتلا فرزند ان والدینی بود ه اند که بین آنها اختلافات خانوادگی وجود داشته است .

۲- ۲۵ درصد مادران اطفال مبتلا اظهار داشته اند که بیماری طفل آنان موجب تزلزل خانواده و اطرافیان گردیده - در حالیکه این نسبت در مورد سایر بیماریهای عزم اطفال ۷ درصد ذکر گردید ه است - که این مسئله حاکی از عدم ثبات روابط خانوادگی طفل قبل از پیدایش اولسرپیتیک کودک - میباشد .

ه . نژاد - مطابق آمارهای مختلف شیوع اولسرپیتیک در کودکان سفید پوست بیشتر از سایر نژادها میباشد .

آنا توموفیز یولوژی :



در ساعات اول تولد فعالیت دستگاه معدی رود های محدود به تخلیه مگونیوم میباشد در صورتیکه دو هفته پس از تولد معدده قادر به تخلیه کردن ۱۸ اونس شیروحتی در برابر مقدار مزبور میباشد .

معدده شیرخوار قادر به ایجاد به یلاتاسیون قابل ملاحظه ای بوده و میتواند تغییرات زیادی در حجم خود بدهد . در شرایط عادی اتساع معدده نوزاد بیشتر در اثر بلع هوا ایجاد میشود . بطوریکه حجم معدده نوزاد بیش از آنکه تابع حجم غذای خورده شده باشد تابع هوای بلع شده همراه غذا است .

حداکثر تخلیه معدده در ۲-۳ ساعت پس از غذا خوردن صورت میگیرد .

معهدات تخلیه معدده در دوره نوزادی از هر دوره دیگری تر صورت گرفته و در بسیاری از نوزادان مقدار قابل ملاحظه غذا تا حدود ۸ ساعت در معدده باقی میماند .

عضلات معدده نوزاد خصوصا " فیبرهای عضلانی اندنای بزرگ ناقص و ضعیف بوده ولی تمام عناصر غذای که در مخاط گوارشی بالفین وجود دارد در موقع تولد نیز موجود میباشد . بدنه و فوندوس از سلولهای پاریتال و اصلبی

که اسید کلرید ریک و پپسین ترشح میکنند پوشیده شده است یک حاشیه باریک از غده گارد یا ویک استوانه ۳ اینچی از غده آنتروپیلوریکه در پانکراس ناحیه مترشحیه اسید قرار گرفته بمقدار زیادی ماده کلیائی و موسین ترشح میکند و اسید را خنثی مینماید و احتمالاً "عمل محافظ روی قسمت آسیب پذیر از طرفی ورود از طرف دیگر دارد سیر محافظتی کلیائی در دو مین قسمت در غده نوم در اثر جریان روزانه صفرا و ترشحات پانکراس تشدید میگردد .

در فواصل غذا غده معده بیرون فعالیت نبوده و اسید کلرید ریک آزاد — بمیزان ۱ میلی اکی والان ترشح مینماید — این ترشح منشاء عصبی داشته و با واگوتونوسی از بین میرود . جسم بدن و بلع غذا محرک طبیعی شیر معده می باشد . پس از آنکه انعکاس شرطی ظاهر شد — منظره — بوومزه غذای اشتها آور نیز موجب تحریک و ترشح میگردد .

ورود غذا به معده باعث تحریک پریستالتیسم های آن شده و غذا از طریق پیلوریه در غده نوم رانده میشود . پریستالتیسم آنترمعده و تماس غذا با جدار آن موجب ترشح و آزاد شدن گاسترین در جریان خون شده که خود سبب تحریک و ترشح غده ناحیه فوندوس میگردد . ترشح گاسترین از آنترتا زمانیکه pH محتویات اسیدی معده

به ۲ و ۳ برسد ادامه یافته و در این حد ترشح گاسترین متوقف میگردد .

معدده طفل در موقع استراحت تبین غذاها جمع و منقبض بوده و فقط حاوی مقدار کمی گاز و ترشح بازال میباشد . این ترشح مخلوطی از بزاق - موکوس معده و شیر - اثنی عشر رگوزیته بوده - در آزمایشات مختلف نزد اطفال ۱-۳ سال مقدار ترشح بازال (ترشح استراحت) از ۰/۴ الی ۰/۸ میلی لیتر متفاوت بوده و PH ترشحات معده در حدود ۰/۹ تا ۰/۷۱ میباشد ولی اکثراً " مابین ۳ تا ۷ بوده - است . در برخی از گزارشات ۳/۳۵ اطفال مورد آزمایش فاقد اسید کلریدریک آزاد بوده اند و اسید یته کلی ۴ تا ۱۲۶ میلی اکی والان در لیتر یا میانگین ۲/۳۸ میلی اکی والان داده شده . اصولاً " غده معده در ماه چهارم و پنجم زندگی جنینی توسعه مییابند - تعداد کلی غده معده را ۳۵۰ میلیون تفمین میزنند - غده معده از سه دسته سلول بنام سلولهای موکوسی - سلولهای اصلی و سلولهای پاریتال تشکیل شده اند . پپسین توسط سلولهای اصلی و اسید کلریدریک با غلظت ثابتی از - سلولهای پاریتال ترشح میشوند .

در فرد بالغی که تحت شرایط استراحت معده باشد ۰/۸-۰/۶ میلی لیتر

شیره معده با غلظت اسید کلریدریک آزاد ۰/۳-۰/۲ میلی اکی والان در ساعت ترشح