استفاده بالینی از رکتوسیگموئیدوسکپی
وارزش یابی ۶۵۰ مورد

دکتر ریحان‌الله سرلتی- دکتر محسن نفیسی *

مجله نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۱۱ ، ۱۳۵۲

همانطوریکه معاینه ولمس مقعد یك امر ضرور واساسی درتشخیص بالینی محسوب میشود، آزمایش رکتوسیگموئید وسکوپی درمورد بیماریکه شکایتی از دستگاه گوارش دارد ، یکی از راههای تشخیص لازم وفوق‌العاده باارزش است .

بطور کلی بیماریکه درد و ناراحتی در شکم، بخصوص در ناحیه کولون ومقعد دارد، یامبتلا بهیبوست واسهال وخونروی ازروده‌ها ویاتومورها وانگلهای روده‌است بایدتحت آزمایش رکتوسیگموئید- وسکپی قرار گیرد(۱).

کمتر بیماری دیده میشود که بعلت اختلال شدید حالت عمومی وبایك بیماری عضوی نتوان این آزمایش را برای اوانجام داد. اگر تشریفات اضافی مثل دادن مسهل ، ایجاد بیحسی عمومی یا موضعی ، تهیه اطاق مخصوص، تعیین وقت قبلی کنار گذاشته شود، نه‌تنها از اتلاف وقت وایجاد وحشت ونگرانی دربیمارجلوگیری میگردد ، بلکه مانند هرمعاینه فیزیکی دیگری این آزمایش را درکنارتخت بیمار وبطورساده باآسودگی‌خاطر میتوان انجام‌داد. باید یادآوری شود که ۷۵ در صد موارد سرطان روده در ناحیه رکتوم‌وسیگموئیدجایگزین‌است ودرمیدان دیدسیگموئیدوسکوپ قرارمیگیرد و امکان بافت‌برداری وجود دارد. بنابراین اهمیت و ارزش معاینه آندوسکوپی روده در بیماریهای دستگاه گوارش روشن میگردد .

آزمایش رکتوسیگموئیدوسکپی بدست افراد با تجربه و باروش صحیح، اگرضایعات شدید موضعی‌دررکتوم بصورت شقاق‌ویازخم وعفونت بواسیرواسپاسم شدید ناحیه‌رکتوسیگموئید وجودنداشته باشد، درد وناراحتی‌شدیدی برای بیمارنخواهد داشت. بهرحال توصیه میشود در بیماریهای‌حاد وعفونت ناحیه مقعد، انجام این آزمایش را تابهبود نسبی به‌تأخیر انداخت .

دستگاهی‌که برای معاینه دربخش طبی یك مرکز پزشکی‌پهلوی مدت ده‌سال‌است مورد استفاده قرارگرفته بنام رکتوسیگموئید- وسکوپ‌اشتراوس (Strauss) معروفست وازسه‌لوله فلزی توخالی باندازه‌های ۲۰-۲۵-۳۰ سانتی‌متری بقطر ۱/۵ سانتی‌متر تشکیل شده وبانورگرم وولتاژ ۴-۵ ولت بکار برده میشود(۵و۴).

طرزکار و نتیجه عمل بااین دستگاه بسیار آسان وبرای ما بسیار رضایت‌بخش‌بوده است. نورگرم باولتاژکم ضایعات داخل‌رکتوم وسیگموئید را بهتر نشان میدهد. نظر به‌اینکه قطردستگاه کم‌است برای اطفال از دوسال ببالا هم مورد استفاده قرار میگیرد و در صورتیکه تنگی در روده وجود داشته باشد باید دستگاه‌هائی با قطرکمتر بکار برد .

دربیمارانیکه اسهال وخونروی روده دارند ، احتیاج به‌آمادگی قبلی نیست وباید بدون دستکاری وضعیت مخاط روده و ترشحات داخل آنرا بتوان بررسی کرد وحتی در مواردیکه این آزمایش جنبه‌فوریت‌دارد میتوان ازتنقیه وشستشودادن داخل روده‌صرفنظر کرد ، زیرا تنقیه شدید باعث خیزوپرخونی مخاط میشود .

نظر به‌اینکه بیماران ما غالباً دچار تنبلی روده وییبوست اتونیك هستندوتجمع‌مدفوع‌درناحیه رکتوم‌وسیگموئید زیاداست وخصوصاً درمواردیکه مشکوك به‌وجودتومور ویاپولیپ هستیم‌ابتدا یك‌تنقیه تخلیه‌ای وبعداً یك‌بارشستشوی‌داخل‌روده‌دستورداده‌بدون‌هیچگونه بیحسی عمومی یاموضعی معاینه با روش زیر انجام میگیرد(۲):

۱- ابتدا معاینه مقعد باانگشت بعمل میآید ودر جریان آزمایش

---

* مرکز پزشکی پهلوی-دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

برای اینکه بیمار آسودگی خاطر پیدا کند واز انقباض اسفنکتر مخرج جلوگیری شود بااو بهصحبت میپردازیم. درموقع لمس با انگشت صرفنظر ازجستجوی ضایعات ناحیه انوس ورکتوم و بررسی وضع پروستات اتساع تـدریجی بهاسفنکتر مقعد داده میشود. دستگاه را کمی گرم کرده و باوازلین ویاژلههای دارای مواد بیحس-کننده آغشته کرده و باملایمت ودقت بتدریج دستگاه را واردمقعد میکنیم. برای عبور از اسفنکتر داخلی باید صبر وحوصله داشت وتا انقباض برطرف نگردیده بهزور و فشار متوسل نشد. پس از وارد کردن دستگاه، گاهی بعضی ازبیماران میل بهاجابت مزاج پیدامیکنندوپس ازعبور اززاویه رکتوسیگموئیداین حالت شدیدتر میشود.

۲ـ درابتدا دستگاه را تاحد معاینه بااانگشت جلو میبریم، زیرا مطمئن هستیم تااین حدود مانعی وجود ندارد.

۳ـ از تماس وفشار شدید بجدار روده بانوك دستگاه همیشه باید اجتناب کرد وپس ازدیدکافی وبامشاهده منظرهٔ داخل روده ورؤیت راه عبور دستگاه را جلوتر برد. ابتدا نوك دستگاه متوجه ناف بیمار و بعداً متوجه عقب زاویه کمری خاجی کمی متمایل بهچپ میشود و در مـرحله سوم متوجه سمت جلو و جدار شکم و کمی متمایل بهراست میگردد.

۴ـ اگر کولیت حاد ویایك زخم عمیق ویاتنگی شدید مقعد، فیبروم رحم، هیپرتروفی پروستات و چسبندگی وجود داشت، احتیاط زیادتری بایدکرد وتاامکان عبور ازآن نقطه فراهم نباشددستگاه را جلوتر نباید برد.

۵ ـ کمتر احتیاج به استفاده از داروی مسکن یا بیحس کننده موضعی است مگر درمواردیکه آماس شدید ویاشقاق مزاحمی در ناحیه انوس ورکتوم وجود داشته باشد.

۶ـ وضعیت قرارگرفتن بیماربصورت خمیده بجلو (زانوـسینه) بایدباشد. درمواردیکه ضایعات مفصلی شدید وجود دارد ویاحالت عمومی بیمار خراب است، بهپهلو بایدقرارگیرد بدینترتیب که بیمار بهپهلوی چپ خوابیده و زانوهابداخل شکم جمع شود و ناحیه سرین روی لبه تخت واقع شود، ران راست بیماربیشتراز ران چپ روی شکم خم شود، ودر این وضع معاینه انجام گیرد. البته باید دانست که دراین حالت وارد کردن دستگاه مشکل تراست.

۷ـ حتی المقدور از دمیدن هوا بداخل روده چون ایجـاد درد میکند خودداری شود، مگر در مواقعیکه انقباضات شدید روده مانع عبور دستگاه است.

۸ـ معمولا تافاصله ۲۰ سانتی متری از انوس درغالب موارد وتا فاصله ۲۵ سانتی متری در ۸۰٪ وتافاصله ۳۰ سانتی متری در ۵۰٪ موارد قابل رویت میباشد. اگرمحل الصاق بین رکتوم وسیگموئید و زاویه بین آن دو شدیدباشد مانع عبور دستگاه میشود.

۹ـ درحین عبور از ناحیه رکتوم و سیگموئید البته مخاط روده مورد توجه واقع خواهد شد ولی هنگام خروج، مخاط روده باید بطور دقیق ومنظم مورد بررسی قرار گیرد.

۱۰ـ هر آینه ضایعه ای دیده شود باکمك پنس بیوپسی ازمحل مخصوص بافت برداری بعمل میآید.

۱۱ـ بامراعات احتیاطهای لازم درمعاینه رکتوسیگموئیدوسکپی عوارض مهمی دیده نشده است. طبق تجربیات ما، درد وناراحتی موقع معاینه است که برحسب حساسیت ووضع روحی بیمار شدتش فرق میکند. بیمارانیکه مبتلا به کولون تحریك پذیر خصوصاً کولیت بلغمی میباشند غالباً درد شدیدی احساس میکنند.

عارضه بعدی، خونریزی مخاطی است که گاهی بسیارمختصر دراثر ایجاد زخمهای سطحی مخاطی وزمانی شدیدتر هنگام بافت برداری اتفاق میافتد. یك موردخونریزی شدیدپس ازبیوپسی ازسرطان رکتوم داشتهایم که اجباراً بیماربفوریت تحت عمل جراحی قرار گرفت. (۵ و ۴ و ۳).

از مهرماه ۱۳۴۱ تا مهرماه ۱۳۵۱ جمعاً ۶۵۰ مورد رکتوـسیگموئیدوسکپی وبیوپسی دربخش طبی یك مرکز پزشکی پهلوی ویادر بیماران سرپائی انجام گرفته که آمارآن بشرح زیر است. (جدول شماره یك ودو).

جدول شماره ۱ ـ تعداد بیماران

جنس	تعداد
مرد	۳۷۴ مورد
زن	۲۷۶ »
تعداد کل	۶۵۰ مورد

جدول شماره ۲ ـ وفورسنی بیماران

سن بیماران (سال)	تعداد (نفر)
۱۰ـ۲	۱۰
۲۰ـ۱۱	۱۲۰
۳۰ـ۲۱	۱۹۴
۴۰ـ۳۱	۱۲۶
۵۰ـ۴۱	۱۰۸
۶۰ـ۵۱	۷۲
۷۰ـ۶۱	۱۴
۷۱ـبالا	۶
	۶۵۰

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۳- نتایج رکتوسیگموئیدوسکوپی

نوع بیماری	تعداد	نسبت درصد
کولیت اولسرو	۵۷	۹ درصد
کولیت غیر اختصاصی	۴۲	۶/۴ »
کولیت موکومامبرانو	۱۲	۲ »
اسپاسم‌کولون	۳۹	۶ »
آمیبیاز روده	۲۸	۴/۳ »
پولیپ رکتوم وکولون	۱۷	۲/۶ »
تومور بدخیم رکتوم وکولون	۲۳	۳/۵ »
هموروئید داخلی و خارجی	۸۷	۱۳/۳ »
فیسور مقعد	۸	۱/۲ »
فیستول اطراف مقعد	۴	۰/۶ »
طبیعی	۳۳۳	۵۱ »

جدول شماره ۴- نتایج بیوپسی رکتوم

نوع بیماری	تعداد
کولیت اولسرو	۳۰
کولیت غیراختصاصی	۲۴
آمیبیاز روده	۴
پولیپ	۹
سرطان رکتوم وکولون	۱۵
امیلوئیدوز	۵
طبیعی	۸۶
عدم بافت	۲
جمع کل	۱۷۵

جدول‌شماره۵- عوارض‌رکتوسیگموئیدوسکوپی‌و بیوپسی‌رکتوم

نوع عارضه	تعداد
درد شدید	۶
خونریزی تا مدت ۲۴ ساعت	۴
خونریزی منجر به‌عمل جراحی	۱

عللی که باعث مراجعه بیماران وانجام معاینه رکتوسیگموئیدوسکوپی‌است به‌ترتیب‌اهمیت، عبارتند: ازخونروی‌ازمقعدچه‌بصورت خون‌تازه‌یعنی‌رکتوراژی‌وچه‌بصورت خون تیره ومانده یعنی‌ملنا، اختلال‌تخلیه‌روده‌چه‌بصورت‌اسهال‌وچه‌بشکل‌یبوست‌ویاتناوب‌اسهال ویبوست، احساس درد وناراحتی‌وجسم‌خارجی درناحیه‌نشمین توأم بادرد وزوروپیچ، درد وناراحتی‌شکم‌توأم بااختلال دفع، ضایعات موضعی درناحیه نشمین، لمس‌تومورشکم ویاهپاتومگالی، بررسی امیلوئیدوزو بیماری کرون ازراه بافت‌برداری رکتوم.

تفسیر و توضیح

۱- تعدادقابل‌توجهی‌ازبیمارانیکه تحت معاینه‌رکتوسیگموئیدوسکپی‌قرارگرفته‌اند هیچگونه ضایعه‌ای نداشته‌اند. علت اینستکه بسیاری ازاین بیماران درجریان یك معاینه کلی وبررسی‌اعضاء مختلف بدن (Check -up) تحت‌آزمایش‌قرارگرفته‌اند وتعدادی دیگر بعلت اسهال طولانی مراجعه‌کرده‌اند.

بادرنظرگرفتن این موضوع‌که بسیاری از علل اسهال طولانی ومزمن درقسمتهای‌بالای‌روده خارج‌ازمیدان‌دید رکتوسیگموئیدوسکپ واقع است نباید انتظار داشت که در رکتوم و سیگموئید ضایعات قابل توجهی مشاهده‌گردد . در تعقیب اسهال طولانی ومزمن ودرجریان سندرم سوء جذب ، آنچه بیشتر درموقع‌معاینه رکتوسیگموئیدسکوپی جلب نظر میکند کمخونی ورنگ‌پریدگی مخاطی ، واضحتر بودن عروق زیر مخاطی توأم با درخشندگی وصافی‌وخشکی‌مخاط یابعبارت‌دیگر ازلحاظ تشخیص‌ماکروسکوپی اتروفی مخاط است .

۲- ضایعات موضعی رکتوم بصورت بواسیر ، فیسوروفیستول رقم قابل توجهی را درآمار ما تشکیل میدهند(۱۵/۱٪) شیوع این دسته بیماریها ازیکطرف ناشی ازیبوست‌های مزمن‌وطولانی وازطرف دیگر شاید ناشی ازوضعیت بد بدن درموقع تخلیه روده است . زیرا افرادیکه یبوست دارند مدت طولانی در حالتی روده‌را تخلیه میکنندکه فشار زیادی به عروق واعضاء داخل‌لگن وارد میشود .

۳- درآماریکه ذکر شد تعداد زیادی ازبیماران مبتلا به‌کولون تحریك پذیر هستند . این سندرم درمیان جوانها وسنین متوسط عمر شایع و یکی از علل عمده مراجعه بیماران گوارشی است . سه‌علامت‌اصلی‌باعث شکایت‌بیمارانست.درد وناراحتی‌شکم، یبوست یااسهال ویاتناوب اسهال ویبوست ووضع تخلیه غیرعادی‌بصورت مدفوع باریك ونخی شکل ویاگلوله‌های سفت .

درامتحان‌رکتوسیگموئیدوسکوپی‌حجم و گنجایش رکتوم‌باندازه طبیعی است وبرخلاف یبوست اتونیك اتساع دیده نمیشود . بعلت حرکات تونیك و انقباضات شدید ناحیه سیگموئید دستگاه معاینه بسختی بسمت‌جلوپیش میرود وبایستی لحظه‌ای تأمل‌کردتااینکه اسپاسم و انقباضات شدید برطرف شود ، خصوصاً عبور از زاویه رکتوسیگموئیددرفاصله ۱۲-۱۵ سانتیمتری بسیار مشکلتراست. دخول‌اسباب درروده ویا دمیدن هوا درآن سبب بروزدرد میشود. مخاط رکتوم وسیگموئید سالم است و هیچگونه ضایعه عضوی مشاهده نمیگردد.

۳- آمیبیاز روده‌هنوز ازبیماریهای بومی‌کشور مامحسوب‌میشود وبا وجود پیشرفتهای قابل توجهی که در امر بهداشت و نظافت

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

عمومی بعمل آمده ولوله کشی آب آشامیدنی غالب شهرها انجام‌شده، آمیبیاز روده‌ای وجایگزینی آن در احشاء مختلف مثل کبد وریه بطورشایع‌دیده میشود. زخمهای آمیبی درموقع‌معاینه سیگموئید ـ وسکوپی منظره مشخصی دارند یعنی درفواصل زخمها مخاط کاملا سالم وطبیعی‌است ولی کناره‌های زخم نامنظم ودندانه‌داروبرجسته و ته آن را ترشحات قرمز خاکستری رنگ پوشانده است وآنرا به‌تکمه پیراهن (Bouton de chemise) تشبیه کرده‌اند. برای جستجوی آمیب و کیست آمیب بدست آوردن ترشحات زخمها بطور مستقیم بسیار نتیجه بخش است . لازم به تذکر است که‌در آمیبیازخارج روده‌ای مثل آبسه آمیبی کبد وریه دربسیاری‌از موارد برای ما اتفاق افتاده است‌که هیچگونه ضایعه‌ای در روده پیدا نکرده‌ایم .

۴ـ کولیت اولسرو ـ درسالهای اخیر خیلی زیادتر ازسابق‌دیده شده (۹٪ در بیماران‌ما) وتشخیص داده میشود. شاید این‌کسالت ازتظاهرات زندگی‌ماشینی وتمدن امروزی است ، زیرا استرس وهیجانات روانی درایجادآن سهم بسزائی‌دارد . زخمهای متعدد رکتوکولیت خونریزی دهنده را نباید بازخمهای آمیبی اشتباه کرد . این زخمها متعدد و پراکنده است ومشخصات زخمهای آمیبی را ندارد . حالت خونریزی شدید در این زخمها موجود است، مضافاً به‌اینکه مخاط روده درفواصل‌زخمها پرخون وقرمز وشکننده‌است‌وبه‌محض‌تماس‌باسراسباب خونریزی میکند، برخلاف زخمهای آمیبی‌که درفواصل آنها مخاط کاملا سالم میباشد . در مشاهدات ما چندین مورد رکتیت خونریزی دهنده موجود است که خوشبختانه از درمانهای اختصاصی نتیجه قطعی وبهبود کامل حاصل شده است .

۵ـ سرطان‌رکتوم وسیگموئید ـ شکایت‌بیماران بیشترازخونروی از روده بوده ودرچند مورد احساس جسم خارجی وحالت اسهال داشته‌اند . غالب بیماران در موارد پیشرفته مراجعه کرده‌اند . شرح حال دوبیمار زیر جالب توجه است :

شرح حال اول ـ تشخیص زودرس سرطان سیگموئید ـ بیمارمرد ۳۵ساله‌ای‌است بنام ح‌ـن که درآزمایشهای قبلی پولیپی باندازه فندق درفاصله۱۵سانتی‌متری رکتوم برای او تشخیص داده‌اند . این بیمارگاه‌گاهی‌رگه‌های خون در مدفوع مشاهده کرده‌است. پس از دو سال متوجه میشود که رگه های خون مدفوع دائمی است، بیمار درتاریخ ۴۲/۸/۷ تحت‌آزمایش‌رکتوسیگموئیدوسکوپی قرارگرفت ودر موقع معاینه دیده شد که پولیپ مذکور تغییروضعیت داده وحالت خونریزی شدید پیداکرده وسرآن‌مثل گل‌کلم شده است. چون مشکوك به استحاله بدخیم پولیپ شدیم بافت برداری بعمل‌آمد وتحت‌آزمایش آسیب شناسی قرارگرفت که نوع عارضه ادنوکارسینوم‌کولون‌بود. بیمار بلافاصله‌تحت‌عمل جراحی قرار گرفت و اکنون مدت نه سال است که کاملا سالم وباحالت عمومی خوب زندگی میکند .

شرح حال دوم . مرد ۲۸ سالهٔ بنام رـ ق بعلت خونریزی ودرد واحساس جسم خارجی درناحیه‌نشمین مراجعه‌کرده‌است درموقع معاینه‌بیمار، سرطان‌پیشرفته‌رکتوم تشخیص‌داده شد وبافت‌برداری ازاین محل، تشخیص را تأئید کرد . نکته جالب آنکه برادر بزرگتر بیمار بسن ۳۹ سالگی بعلت سرطان پیشرفته رکتوم درگذشت وبرادر دوم درسن۳۲سالگی باتشخیص سرطان رکتوم تحت‌عمل جراحی و ایجاد انوس مصنوعی قرارگرفت. موضوع مورد بحث اینستکه آیا سرطان بعضی از اعضاء بدن ارثی‌وجنبه فامیلی دارد ؟ آیا از راه ژنتیك این بیماری منتقل میشود ؟.

REFERENCES:

1- Bochns, H.L. Gastroenterology, Second Ed. III vol. Philadelphia and London. W.B. Saunders Co. 1966.

2- Davidson, S. S. and Macleod. J. The principles and practice of medicine. 10 th ed. Edinburg and London. Churchil Livingston. 1972.

3- Harrison, T.R. Principles of internal medicine. Sixth ed. New York and London. Mc Graw-Hill Book Co. 1972.

4- Henning, N. Und Baumann. W. Lehrbuch der xerdauungskrankheiten. 5th ed. Stuttgart, Georg thieme verlag 1970.

5- Netter, F. H. Lower Digestive Tract. 1 st ed. II vol. New York. The ciba collection of medical Illustration 1959.

6- Rachet, J. Busson, A. Debray, ch. Maladies de L'intestin et du peritoine. Collection medico_chirurgical à revision annuelles. Paris.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]