

استفاده بالینی از رکتوسیگموئیدوسکپی

وارزش بایی ۶۵۰ مورد

دکتر ریحان‌الله سرلئی - دکتر محسن نفیسی *

همانطوریکه معاینه و لمس مقعد يك امر ضرور و اساسی در تشخیص بالینی محسوب میشود، آزمایش رکتوسیگموئید و سکوپپی در مورد بیماریکه شکایتی از دستگاه گوارش دارد، یکی از راههای تشخیص لازم و فوق العاده با ارزش است.

بطور کلی بیماریکه درد و ناراحتی در شکم، بخصوص در ناحیه کولون و مقعد دارد، یا مبتلا به یبوست و اسهال و خونروی از روده‌ها و با تومورها و انگلهای روده است باید تحت آزمایش رکتوسیگموئید و سکپی قرار گیرد (۱).

کمتر بیماری دیده میشود که بعلت اختلال شدید حالت عمومی و یا يك بیماری عضوی نتوان این آزمایش را برای او انجام داد. اگر تشریفات اضافی مثل دادن مسهل، ایجاد بیحسی عمومی یا موضعی، تهیه اطاق مخصوص، تعیین وقت قبلی کنار گذاشته شود، نه تنها از اتلاف وقت و ایجاد وحشت و نگرانی در بیمار جلوگیری میگردد، بلکه مانند هر معاینه فیزیکی دیگری این آزمایش را در کنار تخت بیمار و بطور ساده با آسودگی خاطر میتوان انجام داد. باید یادآوری شود که ۷۵ در صد موارد سرطان روده در ناحیه رکتوم و سیگموئید جایگزین است و در میدان دید سیگموئیدوسکوپ قرار میگیرد و امکان بافت برداری وجود دارد. بنابراین اهمیت و ارزش معاینه آندوسکوپیی روده در بیماریهای دستگاه گوارش روشن میگردد.

آزمایش رکتوسیگموئیدوسکپی بدست افراد با تجربه و باروش صحیح، اگر ضایعات شدید موضعی در رکتوم بصورت شقاق و یا زخم و عفونت بواسیر و اسپاسم شدید ناحیه رکتوسیگموئید وجود نداشته باشد، درد و ناراحتی شدیدی برای بیمار نخواهد داشت. بهر حال

مجله نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۳، صفحه ۲۱۱، ۱۳۵۲

توصیه میشود در بیماریهای حاد و عفونت ناحیه مقعد، انجام این آزمایش را تا بهبود نسبی به تأخیر انداخت.

دستگاهی که برای معاینه در بخش طبی يك مرکز پزشکی بهلوی مدت ده سال است مورد استفاده قرار گرفته بنام رکتوسیگموئید و سکوپ اشتر اوس (Strauss) معروفست و از سه لوله فلزی توخالی با اندازه‌های ۲۰-۲۵-۳۰ سانتی متری بقطر ۱/۵ سانتی متر تشکیل شده و بانور گرم و ولتاژ ۴-۵ ولت بکار برده میشود (۴ و ۵).

طرز کار و نتیجه عمل با این دستگاه بسیار آسان و برای ما بسیار رضایت بخش بوده است. نور گرم و ولتاژ کم ضایعات داخل رکتوم و سیگموئید را بهتر نشان میدهد. نظر به اینکه قطر دستگاه کم است برای اطفال از دو سال بیلا هم مورد استفاده قرار میگیرد و در صورتیکه تنگی در روده وجود داشته باشد باید دستگاهائی با قطر کمتر بکار برد.

در بیماریکه اسهال و خونروی روده دارند، احتیاج به آمادگی قبلی نیست و باید بدون دستکاری وضعیت مخاط روده و ترشحات داخل آنرا بتوان بررسی کرد و حتی در مواردیکه این آزمایش جنبه فوریت دارد میتوان از تنقیه و شستشودادن داخل روده صرف نظر کرد، زیرا تنقیه شدید باعث خیز و پر خونی مخاط میشود. نظر به اینکه بیماران ما غالباً دچار تنبلی روده و یبوست اتونیک هستند و تجمع مدفوع در ناحیه رکتوم و سیگموئید زیاد است و خصوصاً در مواردیکه مشکوک به وجود تومور و یا پولیپ هستیم ابتدا يك تنقیه تخلیه‌ای و بعداً يك بار شستشوی داخل روده دستور داده بدون هیچگونه بیحسی عمومی یا موضعی معاینه با روش زیر انجام میگیرد (۲):

۱- ابتدا معاینه مقعد با انگشت بعمل میآید و در جریان آزمایش

* مرکز پزشکی بهلوی - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

موارد قابل رویت میباشد. اگر محل الصاق بین رکتوم و سیکموئید و زاویه بین آن دو شدید باشد مانع عبور دستگاه میشود.

۹- در حین عبور از ناحیه رکتوم و سیکموئید البته مخاط روده مورد توجه واقع خواهد شد ولی هنگام خروج، مخاط روده باید بطور دقیق و منظم مورد بررسی قرار گیرد.

۱۰- هر آینه ضایعه‌ای دیده شود با کمک پنس بیوپسی از محل مخصوص بافت برداری بعمل می‌آید.

۱۱- با مراعات احتیاطهای لازم در معاینه رکتوسیکموئیدوسکپی عوارض مهمی دیده نشده است. طبق تجربیات ما، درد و ناراحتی موقع معاینه است که بر حسب حساسیت و وضع روحی بیمار شدتش فرق میکند. بیمارانیکه مبتلا به کولون تحریک پذیر خصوصاً کولیت بلغمی میباشند غالباً درد شدیدی احساس میکنند.

عارضه بعدی، خونریزی مخاطی است که گاهی بسیار مختصر در اثر ایجاد زخمهای سطحی مخاطی و زمانی شدیدتر هنگام بافت برداری اتفاق می‌افتد. یک مورد خونریزی شدید پس از بیوپسی از سرطان رکتوم داشته‌ایم که اجباراً بیمار بفوریت تحت عمل جراحی قرار گرفت. (۳ و ۴ و ۵).

از مهرماه ۱۳۴۱ تا مهرماه ۱۳۵۱ جمعاً ۶۵۰ مورد رکتو-سیکموئیدوسکپی و بیوپسی در بخش طبی یک مرکز پزشکی بهلولی و یادر بیماران سرپائی انجام گرفته که آمار آن بشرح زیر است. (جدول شماره یک و دو).

جدول شماره ۱ - تعداد بیماران

جنس	تعداد
مرد	۳۷۴ مورد
زن	۲۷۶
تعداد کل	۶۵۰ مورد

جدول شماره ۲ - وفورسنی بیماران

سن بیماران (سال)	تعداد (نفر)
۱۰-۲۰	۱۰
۲۰-۳۰	۱۲۰
۳۰-۴۰	۱۹۴
۴۰-۵۰	۱۲۶
۵۰-۶۰	۱۰۸
۶۰-۷۰	۷۲
۷۰-۸۰	۱۴
۷۱-ببالا	۶
	۶۵۰

برای اینکه بیمار آسودگی خاطر پیدا کند و از انقباض اسفنکتر مخرج جلوگیری شود با او به صحبت میپردازیم. در موقع لمس با انگشت صرفنظر از جستجوی ضایعات ناحیه انوس و رکتوم و بررسی وضع پروستات اتساع تدریجی به اسفنکتر مقعد داده میشود. دستگاه را کمی گرم کرده و باوازلین و یا زله‌های دارای مواد بیحس-کننده آغشته کرده و با ملامت و دقت بتدریج دستگاه را وارد مقعد میکنیم. برای عبور از اسفنکتر داخلی باید صبر و حوصله داشت و تا انقباض برطرف نگردیده به زور و فشار متوسل نشد. پس از وارد کردن دستگاه، گاهی بعضی از بیماران میل به اجابت مزاج پیدا میکنند و پس از عبور از زاویه رکتوسیکموئید این حالت شدیدتر میشود.

۲- در ابتدا دستگاه را تا حد معاینه با انگشت جلو میبریم، زیرا مطمئن هستیم تا این حدود مانعی وجود ندارد.

۳- از تماس و فشار شدید بجدار روده بانوک دستگاه همیشه باید اجتناب کرد و پس از دید کافی و با مشاهده منظره داخل روده و رویت راه عبور دستگاه را جلوتر برد. ابتدا نوك دستگاه متوجه ناف بیمار و بعداً متوجه عقب زاویه کمری خاجی کمی متمایل به چپ میشود و در مرحله سوم متوجه سمت جلو و جدار شکم و کمی متمایل به راست میگردد.

۴- اگر کولیت حاد و یا یک زخم عمیق و یا تنگی شدید مقعد، فیبروم رحم، هیپرتروفی پروستات و چسبندگی وجود داشت، احتیاط زیادتری باید کرد و تا امکان عبور از آن نقطه فراهم نباشد دستگاه را جلوتر نباید برد.

۵- کمتر احتیاج به استفاده از داروی مسکن یا بیحس کننده موضعی است مگر در مواردیکه آماس شدید و یا شقاق مزاحمی در ناحیه انوس و رکتوم وجود داشته باشد.

۶- وضعیت قرار گرفتن بیمار بصورت خمیده بجلو (زانو-سینه) باید باشد. در مواردیکه ضایعات مفصلی شدید وجود دارد و یا حالت عمومی بیمار خراب است، به پهلو باید قرار گیرد بدین ترتیب که بیمار به پهلو چپ خوابیده و زانوهای داخل شکم جمع شود و ناحیه سرین روی لبه تخت واقع شود، ران راست بیمار بیشتر از ران چپ روی شکم خم شود، و در این وضع معاینه انجام گیرد. البته باید دانست که در این حالت وارد کردن دستگاه مشکل تر است.

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

۸- معمولاً تا فاصله ۲۰ سانتی متری از انوس در غالب موارد و تا فاصله ۲۵ سانتی متری در ۸۰٪ و تا فاصله ۳۰ سانتی متری در ۵۰٪

تفسیر و توضیح

۱- تعداد قابل توجهی از بیمارانیکه تحت معاینه رکتوسیگموئیدو-سکوپی قرار گرفته اند هیچگونه ضایعه ای نداشته اند. علت اینستکه بسیاری از این بیماران در جریان يك معاینه کلی و بررسی اعضاء مختلف بدن (Check-up) تحت آزمایش قرار گرفته اند و تعدادی دیگر بعلت اسهال طولانی مراجعه کرده اند.

بسادرنظر گرفتن این موضوع که بسیاری از علل اسهال طولانی و مزمن در قسمتهای بالای روده خارج از میدان دید رکتوسیگموئیدو-سکوپی واقع است نباید انتظار داشت که در رکتوم و سیگموئید ضایعات قابل توجهی مشاهده گردد. در تعقیب اسهال طولانی و مزمن و در جریان سندرم سوء جذب، آنچه بیشتر در موقع معاینه رکتوسیگموئیدوسکوپی جلب نظر میکند که خونریزی و رنگ پریدگی مخاطی، واضحتر بودن عروق زیر مخاطی توأم با درخشندگی و صافی و خشکی مخاط یا بعبارت دیگر از لحاظ تشخیص ما کروسکوپی اتروپی مخاط است.

۲- ضایعات موضعی رکتوم بصورت بواسیر، فیسور و فیستول رقم قابل توجهی را در آمار ما تشکیل میدهند (۱/۱۵٪) شیوع این دسته بیماریها از یکطرف ناشی از بیوستهای مزمن و طولانی و از طرف دیگر شاید ناشی از وضعیت بد بدن در موقع تخلیه روده است. زیرا افرادی که بیوست دارند مدت طولانی در حالتی روده را تخلیه میکنند که فشار زیادی به عروق و اعضاء داخل لگن وارد میشود.

۳- در آماریکه ذکر شد تعداد زیادی از بیماران مبتلا به کولون تحریک پذیر هستند. این سندرم در میان جوانها و سنین متوسط عمر شایع و یکی از علل عمده مراجعه بیماران گوارشی است. سه علامت اصلی باعث شکایت بیمارانست. درد و ناراحتی شکم، بیوست یا اسهال و با تناوب اسهال و بیوست و وضع تخلیه غیر عادی بصورت مدفوع باریک و نخنی شکل و یا گلوله های سفت.

در امتحان رکتوسیگموئیدوسکوپی حجم و گنجایش رکتوم با اندازه طبیعی است و برخلاف بیوست اتونیک اتساع دیده نمیشود. بعلت حرکات تونیک و انقباضات شدید ناحیه سیگموئید دستگاه معاینه بسختی بسمت جلو پیش میرود و بایستی لحظه ای تأمل کرد تا اینکه اسپاسم و انقباضات شدید بر طرف شود، خصوصاً عبور از زاویه رکتوسیگموئید در فاصله ۱۲-۱۵ سانتیمتری بسیار مشکلتراست. دخول اسباب در روده و با دمیدن هوا در آن سبب بروز درد میشود. مخاط رکتوم و سیگموئید سالم است و هیچگونه ضایعه عضوی مشاهده نمیگردد.

۳- آمیبیاز روده هنوز از بیماریهای بومی کشور ما محسوب میشود و با وجود پیشرفتهای قابل توجهی که در امر بهداشت و نظافت

جدول شماره ۳- نتایج رکتوسیگموئیدوسکوپی

نوع بیماری	تعداد	نسبت درصد
کولیت اولسرو	۵۷	۹ درصد
کولیت غیر اختصاصی	۴۲	۶/۴
کولیت موکوما مبرانو	۱۲	۲
اسپاسم کولون	۳۹	۶
آمیبیاز روده	۲۸	۴/۳
پولیپ رکتوم و کولون	۱۷	۲/۶
تومور بدخیم رکتوم و کولون	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 غیر اختصاصی	۲۴
آمیبیاز روده	۴
پولیپ	۹
سرطان رکتوم و کولون	۱۵
امیلوئیدوز	۵
طبیعی	۸۶
عدم بافت	۲
جمع کل	۱۷۵

جدول شماره ۵- عوارض رکتوسیگموئیدوسکوپی و بیوپسی رکتوم

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

عللی که باعث مراجعه بیماران و انجام معاینه رکتوسیگموئیدو-سکوپی است به ترتیب اهمیت، عبارتند: از خونریزی از مقلدچه بصورت خون تازه یعنی رکتوراجی و چه بصورت خون تیره و مانده یعنی ملنا، اختلال تخلیه روده چه بصورت اسهال و چه بشکل بیوست و با تناوب اسهال و بیوست، احساس درد و ناراحتی و جسم خارجی در ناحیه نشمین توأم با درد و زور و بیخ، درد و ناراحتی شکم توأم با اختلال دفع، ضایعات موضعی در ناحیه نشمین، لمس تومور شکم و یا هپاتومگالی، بررسی امیلوئیدوز و بیماری کرون از راه بافت برداری رکتوم.

از روده بوده و در چند مورد احساس جسم خارجی و حالت اسهال داشته‌اند. غالب بیماران در موارد پیشرفته مراجعه کرده‌اند. شرح حال دو بیمار زیر جالب توجه است:

شرح حال اول - تشخیص زودرس سرطان سیگموئید - بیمار مرد ۳۵ ساله‌ای است بنام ح-ن که در آزمایش‌های قبلی پولیپی باندازه فذوق در فاصله ۱۵ سانتی متری رکتوم برای او تشخیص داده‌اند. این بیمار گاه گاهی رگه‌های خون در مدفوع مشاهده کرده‌است. پس از دو سال متوجه می‌شود که رگه‌های خون مدفوع دائمی است، بیمار در تاریخ ۴۲/۸/۷ تحت آزمایش رکتوسیکموئیدوسکپی قرار گرفت و در موقع معاینه دیده شد که پولیپ مذکور تغییر وضعیت داده و حالت خونریزی شدید پیدا کرده و سر آن مثل گل کلم شده است. چون مشکوک به استجاله بدخیم پولیپ شدیم بافت برداری بعمل آمد و تحت آزمایش آسیب شناسی قرار گرفت که نوع عارضه ادنوکارسینوم کولون بود. بیمار بلافاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت و اکنون مدت نه سال است که کاملاً سالم و باحالت عمومی خوب زندگی میکند.

شرح حال دوم. مرد ۲۸ ساله بنام ر-ق بعلت خونریزی و درد و احساس جسم خارجی در ناحیه نشمین مراجعه کرده‌است در موقع معاینه بیمار، سرطان پیشرفته رکتوم تشخیص داده شد و بافت برداری از این محل، تشخیص را تأیید کرد. نکته جالب آنکه برادر بزرگتر بیمار بسن ۳۹ سالگی بعلت سرطان پیشرفته رکتوم در گذشت و برادر دوم در سن ۳۲ سالگی با تشخیص سرطان رکتوم تحت عمل جراحی و ایجاد انوس مصنوعی قرار گرفت. موضوع مورد بحث اینست که آیا سرطان بعضی از اعضاء بدن ارثی و جنبه فامیلی دارد؟ آیا از راه ژنتیک این بیماری منتقل می‌شود؟

عمومی بعمل آمده و لوله کشی آب آشامیدنی غالب شهرها انجام شده، آمیبیاز روده‌ای و جایگزینی آن در احشاء مختلف مثل کبد و ریه بطور شایع دیده می‌شود. زخم‌های آمیبی دره و قعر معاینه سیگموئید - و سکوپوی منظره مشخصی دارند یعنی در فواصل زخمها مخاط کاملاً سالم و طبیعی است ولی کناره‌های زخم نامنظم و دنداندار و برجسته و ته آن را ترشحات قرمز خاکستری رنگ پوشانده است و آنرا به تکمه 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 که در آمیبیاز خارج روده‌ای مثل آبسه آمیبی کبد و ریه در بسیاری از موارد برای ما اتفاق افتاده است که هیچگونه ضایعه‌ای در روده پیدا نکرده‌ایم.

۴- کولیت اولسرو - در سالهای اخیر خیلی زیادتر از سابق دیده شده (۹٪ در بیماران ما) و تشخیص داده می‌شود. شاید این کسالت از تظاهرات زندگی ماشینی و تمدن امروزی است، زیرا استرس و هیجانات روانی در ایجاد آن سهم بسزائی دارد. زخمهای متعدد رکتو کولیت خونریزی دهنده را نباید با زخمهای آمیبی اشتباه کرد. این زخمها متعدد و پراکنده است و مشخصات زخمهای آمیبی را ندارد. حالت خونریزی شدید در این زخمها موجود است، مضافاً به اینکه مخاط روده در فواصل زخمها پر خون و قرمز و شکننده است و به محض تماس با سراسباب خونریزی میکند، برخلاف زخمهای آمیبی که در فواصل آنها مخاط کاملاً سالم میباشد. در مشاهدات ما چندین مورد رکتیت خونریزی دهنده موجود است که خوشبختانه از درمانهای اختصاصی نتیجه قطعی و بهبود کامل حاصل شده است.

۵- سرطان رکتوم و سیگموئید - شکایت بیماران بیشتر از خونروی

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. I 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.