

کاربرد و ارزش آندوسکپی فوری

در خونریزیهای حاد دستگاه فوکانی گوارش

(گزارش نتایج ۵۰ مورد آندوسکپی فوری)

مجله فلام برشکی

سال ششم، شماره ۵، صفحه ۳۸۹ - ۲۵۳۶

* دکتر همایون شهیدی

گاستروسکپهای فیبروپتیک برخلاف نوع سخت و نیمه سخت که قدرت دیدکمتر و انعطاف پذیری بسیار ناچیزی داشتند، باطولی در حدود ۱۰۰ - ۱۲۰ سانتیمتر و همچنین انعطاف پذیری قابل توجه قسمت انتهائی که میتواند درجهات مختلف بین ۱۶۰ - ۱۰۰ درجه چرخش نماید (۱۶۰ درجه بالا و پائین و ۱۰۰ درجه چپ و راست) این امکان را به آندوسکوپیست میدهد که قسمتهای مختلف عضو مورد آزمون را بخوبی وسهولت مورد بررسی قرار دهد.

با یاری گاستروسکپهای فیبروپتیک در ۹۵-۹۸ درصد مشاهده بولب دوازده و حتی قسمتهای دوم و سوم آن امکان پذیر است. استفاده از گاستروسکپی و پرتو نگاری فوری در خونریزیهای حاد دستگاه فوکانی گوارش که در چند ساعت اول انجام گردد امکان تشخیص علل خونریزی را به ۷۷ - ۹۳ درصد افزایش میدهد (۲-۱).

بررسی نوشته های برشکی حاوی گزارش های متعددی درباره اهمیت و ارزش گاستروسکپی فوری در تشخیص علل خونریزیهای حاد قسمتهای فوکانی دستگاه گوارش میباشد (۲-۳-۵-۶-۷).

در این خونریزیها آزمایش های متعدد پرتو نگاری با ماده حاجب ممکن است منفی باشد، زیرا امکان دارد که علت خونریزی ضایعات خونریزی دهنده سطحی مانند گاستریت همراه با ضایعه

در این نگارش پس از ذکر مقدمه ای درباره سیر تکامل آندوسکوب و ارزش آن در تشخیص ضایعات خونریزی دهنده دستگاه فوکانی گوارش، به گزارش نتایج ۵۰ مورد آندوسکپی فوری در بیمارستان امیر اعلم و خصوصی اشاره میگردد.

مقدمه - گاستروسکپی برای نخستین بار در حدود یک قرن پیش انجام گردید. در آن زمان از گاستروسکپهای سخت (Rigid) استفاده میگردد.

نخستین گام بزرگ در آندوسکپی با استفاده از گاستروسکپهای نیمه سخت (Semi - Rigid) در سالهای ۱۹۳۱ - ۱۹۴۰ توسط Rudolf Schindler برداشته شد.

در سال ۱۹۷۵ نخستین گاستروسکوب فیبروپتیک (Fiberoptic) (Curtis, Hirschowitz Gastroscope) توسط Polard در آنجمن متخصصین گوارش آمریکا در کلرادو معرفی گردید. در طی سالیان بعد بذریعه تکامل یافته ای در ساختمان گاستروسکپها پدید آمد و بجزای مجدوعه ای از تعداد فراوان عدی، بصورت کاملتری که حاوی تعداد بیشماری فیبرهای شیشه ای مخصوص بود عرضه گردید.

بلطف قابلیت انعطاف پذیری زیاد، سیستم شکرف عدسیها و همچنین قدرت چرخشی این نوع گاستروسکپها مشاهده قسمتهای مختلف عضو مورد آزمایش آسانتر گردیده است.

* دانشکده برشکی رازی - دانشگاه تهران.

Katz و همکارانش در مقاله خود به بی ارزش بودن پرتو نگاری در تشخیص علل خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش اشاره میکنند و تأکید مینمایند در صورت عدم امکانات آندوسکپی آنژیو گرافی از پرتو نگاری استفاده گردد.

در مورد آماده کردن بیمار برای آندوسکپی در موارد خونریزی حاد اتفاق نظر وجود دارد. خالی نمودن معده از خون و شستشوی آن با آب یخ کافی بنظر میرسد. گرچه Katz شستشوی معده را ضرور نمیداند و فقط به تخلیه معده اکتفا میکند (۱۴).

Palmer فقط به شستشوی معده با آب یخ بعنوان یک بیحس کننده موضعی مؤثر اکتفا مینماید. به نظر او استفاده از داروهای آرام بخش جهت آماده کردن بیمار برای آندوسکپی، احتمال خطر سینه پهلو (پنومونی) را در صورت استفراغ در حین آندوسکپی افزایش میدهد (۳).

البته عده‌ای از آندوسکوپیست‌ها درباره استفاده نکردن از داروهای آرام‌بخش با palmer هم عقیده هستند ولی باید اذعان کرد که در این باره اتفاق نظر وجود ندارد.

در اکثر مرما کن آندوسکپی جهت آماده کردن بیمار از تزریق‌های عضلانی ۵۰ میلیکرم پتیدین (Pethidine) و ۱۰-۶۰ میلیکرم سولفات آتروپین در حدود ۳۰-۴۰ دقیقه قبل از آندوسکپی استفاده میکردد. بیمارانیکه مدت‌های طولانی از ترکیبات باریتورات و یا سایر مواد آرام‌بخش استفاده میکرده‌اند و همچنین در معتادان به الکل، تریاک و سایر مواد مخدر به مقدار زیادی از داروهای آرام‌بخش جهت آمادگی برای آندوسکپی احتیاج است.

امروزه تزریق وریدی آهسته ۵-۱۰ میلیکرم دیازپام (Valium) متداول است. در مورد بیماران مسن باید نهایت احتیاط را در مصرف این دارو بکار برد زیرا خطر توقف تنفس در اینسته از بیماران زیاد است.

اینکه دیازپام با مقداریکه معمولاً در این موارد بکار برد باعث ضعف مرکز تنفسی نمیگردد ولی اثرات آرام‌بخشی آن قابل پیش‌بینی نیست و در عده‌ای از بیماران موجب هیجان و اضطراب زیاد میگردد. Le burn در نوشته خود استفاده از دو داروی نورولپتیک تغییر دروپریدول (Droperidol) و فنتانیل (Fentanyl) را توصیه میکند و معتقد است که ترکیب این دو دارو بر دیازپام ارجحیت دارد.

دروپریدول مانع از بروز هیجان میگردد و در میزان هوشیاری بیمار تغییری نمیدهد. داروی ذکر شده یک مسدود‌کننده‌های

سطوح مخاط (اروزیو) باشد که بدینه است کوچکترین اثری در کلیشه پرتو نگاری بر جای نمیگذارد (۱۴-۸-۱). با این روش میتوان بهره‌ولو و سرعت، محل و نوع ضایعه خونریزی دهنده را مشخص نمود زیرا چه بسا که رادیولوژیست ضایعه‌ای را در مردمی، معده و یا روده کوچک در کلیشه پرتو نگاری مشاهده نماید ولی در حقیقت علت خونریزی نباشد (۸).

برای نمونه ممکن است بیماری با سابقه قبلی زخم معده خونریزی کند ولی در واقع علت آن گاستریت خونریزی دهنده ثانوی به استفاده از مقادیر زیاد آسپرین و یا الکل باشد. مثال دیگر در بیماران مبتلا به سیروز کبد توأم با واریس مری که اکثر اوقات خونریزی آنان بعلت گاستریت خونریزی دهنده میباشد و در این موارد فقط متکی بودن به نتیجه پرتو نگاری گمراه کننده است.

گاستر و سکپ‌های جدید با مجهز بودن به سیستم تراوش آب و هوای مکننده ترشحات معده و روده این امکان را در اختیار آندوسکو-پیست قرار میدهد که نواحی مورد نظر را از ذرات ریز غذائی، ترشحات مخاطی و لخته‌های کوچک خون در موارد خونریزی پاک کرده و در صورت لزوم با عبوردادن لوله پولی اتیلن ظرفی از داخل مجرای مخصوص بیوپسی، با تزریق آب ضایعه مورد نظر را بخوبی شستشو داده و آماده برای نمونه برداری (بیوپسی) و عکسبرداری نماید و همچنین با کمک آن برای آزمایش‌های سیتو لوژی از ترشحات معده و روده نمونه برداری گردد.

در گاستر و سکپ‌های نوع کاملتر دستگاه ظرفی الکتروکوتی در انتهای آن تعبیه گردیده است که با کمک آن میتوان محل خونریزی را سوزاند و یا پس از برداشتن پولیپ معده با سوزاندن محل از خونریزی ثانوی جلوگیری کرد.

جمعی از صاحب نظران بر این عقیده‌اند که سوزاندن (کوتر-یازایون) ضایعات خونریزی دهنده مخاطی ممکن است منجر به تشکیل زخم مزمن گردد و این روش را فقط در مواردیکه بعلی امکان جراحی وجود ندارد توصیه میکنند (۱۱-۱۰).

امروزه اکثریت متخصصین گوارش برای این عقیده‌اند که گاستر و سکپ باید بعنوان نخستین وسیله تشخیص در خونریزی‌های حاد دستگاه فوقانی گوارش مورد استفاده قرار گیرد و در صورتیکه آندوسکپی ضایعه‌ای را نشان نداد از آنژیو گرافی و پرتو نگاری استفاده کرد.

Bianchi و همکارانش معتقدند که آندوسکپی را باید در ۸ ساعت اول خونریزی انجام داد و در صورت منفی بودن از پرتو نگاری با ماده گاستر و گرافین (Gastrografin) استفاده کرد (۲).

(گزارش نتایج ۵۰ مورد آندوسکپی فوری در خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش)

از ابتدای تیرماه سال ۱۳۵۳ بمدت ۲ سال، ۴۵۲ مورد آندوسکپی مudedه و دوازده در بخش گوارش بیمارستان امیر اعلم وابسته به دانشکده پزشکی رازی تهران ویک بیمارستان خصوصی انجام گردید. از تعداد فوق ۶۳ آندوسکپی در موارد خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش بطور فوری انجام شد. چون در ۱۳ مورد آن آندوسکپی پس از ۴۸ ساعت انجام گردیده بود لذا برای مطالعه، این تعداد از آندوسکپی از آمار طرح تحقیقی حذف گردید.

در ۵۰ مورد آندوسکپی فوری در فوامل ۴۸-۴ ساعت پس از بستری گردیدن بیماران بعمل آمد که نتایج آن در (جدول شماره ۱) آرائه گردیده است.

بیمارانیکه مورد طالع قرار گرفته دارای تشخیصهای بالینی زخم دوازده (۲۸ مورد)، سیروز کبد (۱۰ مورد)، گاستریت اروزیو (۸ مورد) و سرطان معده (۴ مورد) بوده‌اند.

بیمارانیکه با تشخیص بالینی زخم دوازده مورد آندوسکپی قرار گرفته یا قبلاً سابقه بستری شدن در بیمارستانهای نامبرده را داشته بودند، با مرور مدارک پزشکی تشخیص بیماری بوسیله پرتونگاری ثابت شده بود و آنسته که قبلاً سابقه بستری شدن را نداشته بودند، تشخیص احتمالی زخم دوازده با توجه به شرح حال بیمار داده شده بود.

آلفا آدرنرژیک است و روی مرکز استفراغ اثر آرام کننده دارد.

فتانیل داروئی مسکن و مخدّر است و اثر آن سریع و بمدت ۳۰ دقیقه باقی میماند.

از جمله عوارض جانبی دروپریدول کاهش فشار خون میباشد. فتانیل باعث ضعف مرکز تنفس و گاهی اوقات اسپاسم عضلات بین دندنه‌ای و سینه میگردد. در صورت بروز عوارض ثانوی با فتانیل میتوان ازنالوکسون (Naloxone) (مقدار ۴/۰ میلیگرم Nalorphine) و یا از داروی دیگری بنام نالورفین (Nalorphine) بمقدار ۲-۱ میلیگرم وریدی استفاده نمود.

مقدار درمانی دروپریدول ۲/۵ میلیگرم و فتانیل ۱/۰ میلیگرم وریدی میباشد (۱۳).

در خاتمه ذکر مواردی از عدم استعمال آندوسکپی ضرور است. از آن جمله موارد میتوان از ایسکمی قلب وجود یا پیدایش آریتمی‌های خطرناک قبل و هنگام آندوسکپی، بیماریهای حاد تنفسی و هذیان توأم با لرزش (Delirium Tremens) در بیماران الکلی نام برد.

یادآوری این نکته لازم بنظر میرسد که در چند درصد از بیماران بعلت پر بودن معده از خون، چسبندگی لخته‌های کوچک خون به محل خایعه خونریزی دهنده، عدم همکاری بیمار و همچنین کم تجریبگی آندوسکوپیست موجب خواهد شد که نتایج آندوسکپی بی ارزش و اعتبار گردد.

جدول شماره (۱)

پیدایشهای آندوسکپی در ۵۰ مورد آندوسکپی فوری در خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش *

| تعداد بیمار | تشخیص بالینی | تشخیص آندوسکپی | منبع خونریزی | پرتو نگاری |
|-------------|----------------|---|----------------------------|------------------------|
| ۲۰ | زخم دوازده | زخم دوازده | زخم دوازده | زخم دوازده |
| ۸ | زخم دوازده | گاستریت اروزیو | گاستریت اروزیو | گاستریت اروزیو |
| ۵ | سیروز کبد | واریس مری | واریس مری | واریس مری |
| ۲ | سیروز کبد | واریس مری و گاستریت اروزیو | واریس مری و گاستریت اروزیو | واریس مری |
| ۳ | سیروز کبد | واریس مری و زخم دوازده | واریس مری و زخم دوازده | واریس مری و زخم دوازده |
| ۶ | گاستریت اروزیو | گاستریت اروزیو | گاستریت اروزیو | منفی |
| ۲ | گاستریت اروزیو | سندرم مالوری-ویز (Mallory-Weiss Syndrome) | پارگی سطحی مخاط مری | منفی |
| ۴ | سرطان معده | سرطان معده | سرطان معده | سرطان معده |

* آمار بخش گوارش و آندوسکپی بیمارستانهای امیر اعلم و خصوصی تیرماه سال ۱۳۵۳ - خرداد ماه سال ۱۳۵۵.

در مطالعه Wicks و همکارانش ۱۳۸ افریقائی و ۸۴ اروپائی که بعلت خونریزی حاد معده در سالیسبوری مورد آندوسکپی قرار گرفته بودند، نتایج حاصل چنین نشان داد که وفور خزمهای معده و دوازدهه در هر دو گروه با توجه باختلاف نژادی بیک نسبت پیش می‌آید. ولی بر عکس واریس مری در افریقائیان ۱۵/۲ درصد و در اروپائیان ۱/۲ درصد گزارش شده است. Wicks معتقد است که ضایعات سطحی مخاط که در افریقائیان بیشتر دیده می‌شود، ممکن است مر بوط به استفاده از گیاهان داروئی مختلفی باشد که این نژادی‌تر بکار می‌برند (۴).

در بیماران مبتلا به سیروز کبد که مورد مطالعه نویسنده قرار گرفته بودند خونریزی از واریس مری (۵ مورد)، گاستریت اروزیو (۲ مورد) و خزم دوازدهه در ۳ مورد منبع خونریزی بوده است. Tere, S و همکارانش نشان داده‌اند که در مبتلایان به سیروز کبد خونریزی ثانوی از پارگی واریس‌های مری فقط $\frac{1}{3}$ موارد عل خونریزی را تشکیل می‌دهد و عل دیگر مانند خزم دوازدهه و ضایعات حاد مخاطی مسئول خونریزی بوده‌اند (۵).

نتیجه‌گیری:

گاستروسکپی در تشخیص علل خونریزی‌های حاد دستگاه گوارش نقش بسیار با اهمیت و با ارزشی را بازی می‌کند. آنژیوگرافی و پرتونگاری در موارد خونریزی پر ترتیب اهمیت دومین و سومین وسیله تشخیص محسوب می‌گردند.

نتایج آندوسکپی در خونریزی‌های حاد گوارشی در اکثر موارد تشخیص بالینی اوایله را تأیید و یا عوض نموده و در نتیجه درمان در مسیر درست و صحیح قرار خواهد گرفت.

وجود ضایعات سطحی مخاط معده را همیشه باید در فهرست تشخیص افتراقی علل خونریزی از معده در نظر داشت و با توجه باینکه پرتونگاری در این موارد منفی است از توصل به آندوسکپی خودداری نمود. آندوسکپی روش تشخیص کاملاً بخطیری نیست بخصوص در بیمارانیکه دچار خونریزی حاد می‌باشند توجه به چگونگی سلامتی سیستم قلبی - ریوی حائز کمال اهمیت است. تشخیص درمان خونریزی‌های دستگاه گوارش باید بادقت و سرعت انجام گردد و با دراختیار داشتن اندوسکپ و بخصوص آندوسکو-پیست با توجه به از کلیه تسهیلات موجود استفاده نمود و بدینوسیله با تشخیص درست و درمان مناسب از مرگ و میر بیماران بطور قابل توجهی کاست.

تمام بیماران مبتلا به سیروز کبد، بیماران بستری در بخش داخلی بیمارستان این اعلم و بخش جراحی بیمارستان خصوصی بوده‌اند و سیروز کبد و واریس مری قبل با آزمایش‌های لازم مانند پرتونگاری قسمت فوقانی دستگاه گوارش، اندازه گیری بیلی روین و ترانس آمینازهای سرم، اسکن کبد و در ۸ مورد با نمونه برداری از کبد بوسیله سوزن (Menghini) تشخیص داده شده بود. دردو موردیکه نمونه برداری از کبد انجام نگرفت عدم رضایت بیمار برای انجام بیهوده پسی و در یک مورد بعلت اختلال در عوامل انعقادی خون بوده است.

تشخیص بالینی گاستریت اروزیو در ۸ بیمار ذکر شده بر مبنای سابقه استفاده طولانی از آسپیرین برای درمان استئوارتریت (۲ مورد)، آرتربیت روماتوئید (۴ مورد) و سابقه الکلیسم مزمن (۱ مورد) و نارسائی مزمن کلیه (۱ مورد) بوده است.

۴ بیمار مبتلا به سرطان معده در بخش داخلی بیمارستان خصوصی که در مدت بستری بودن، تشخیص بیماری آنان بوسیله پرتونگاری، گاستروسکپی و بیوه‌پسی داده شده بود.

در کلیه ۵۰ بیمار مورد مطالعه بین ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از قطع خونریزی و انجام آندوسکپی، پرتونگاری با ماده حاجب از دستگاه فوقانی گوارش انجام گردید. سن بیماران بین ۶۵-۱۸ سال بود و جنس مذکر اکثریت را تشکیل داده بود.

قبل از انجام آندوسکپی کم حجمی خون بیماران با افزایش محلول سرم انکی، پلاسما و خون جراثم گردیده بود و فشار خون آنان بین $90-110$ / $60-70$ و ضربان بین $60-90$ ثابت گردیده بود. شستشوی معده با آب پس انجام گردید و در کلیه بیماران از دیازپام بمقدار $10-15$ میلیگرم از راه وریدی استفاده گردید. آندوسکپی پس از $10-15$ دقیقه خاتمه یافت و هیچگونه عوارض ثانوی نسبت به دارو مشاهده نشد. با توجه به نتایج آندوسکپی در جدول شماره (۱) بخوبی مشخص است که تشخیص بالینی در اکثر موارد پس از آندوسکپی عوض گردیده و در نتیجه نجود درمان در مسیر درستی قرار گرفته است.

نکته جالب توجه دیگر وفور ضایعات مخاطی خونریزی دهنده در ایجاد خونریزی‌های قسمت فوقانی دستگاه گوارش می‌باشد. همان طور که قبل از ذکر گردید اینگونه ضایعات سطحی هیچگونه اثری روی کلیشه پرتونگاری باقی نمی‌گذارد و تنها بوسیله آندوسکپی تشخیص داده می‌شوند.

Katz و همکارانش درباره وفور ضایعات مخاطی در خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش گزارش تحقیقی بسیار جالبی ارائه داده‌اند (۱۶).

REFERENCES :

- 1- Morrisey, J. F.: Gastrointestinal Endoscopy., J. Gastroenterol 62, 1241 - 1268, 1972.
- 2- Bianchi, G.: Emergency Endoscopy in Upper Gastrointestinal Bleeding., Lancet, 1, 110, 1975.
- 3- Palmer, E. D.: The Vigorous Diagnostic Approach to Upper Gastrointestinal Hemorrhage: A 23 Year Prospective Study of 1400 Patients. J.A.M.A. 207, 1477 - 1480, 1969.
- 4- Wicks, A.B.C.: Comparison of Fiberoptic Endoscopy in Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage in African and European., Brit. Med. J. 259 - 260, 1975.
- 5- Crook, J. N.: Upper Gastrointestinal Bleeding., Ann. Surg. 1, 175, 1972.
- 6- Hedberg, S.E.: Early Endoscopic Diagnosis in Upper Gastrointestinal Hemorrhage., Surg. Clin. Nor. Amer. 46: 499, 1969.
- 7- Novis, B H., Urgent Fiberoptic Panendoscopy in Upper Gastrointestinal Hemorrhage., South African Med. J. 50, 93 - 96, 1972.
- 8- Keller, R. T.: Comparison of Emergent Endoscopy and Upper Gastrointestinal Series., Gut, 17, 180 - 184, 1976.
- 9- Tere, S. J.: Upper Gastrointestinal Bleeding in Cirrhosis: Clinical and Endoscopic Correlations., Gut, 17, 37 - 40, 1976.
- 10- Blackwood, W. D., Silvis, S.E.: Electrocoagulation of Hemorrhagic Gastritis., Gastrointestinal Endoscopy, 18 - 53, 1971.
- 11- Papp, J.P.: Endoscopic Electrocoagulation in Upper Gastrointestinal Hemorrhage., J.A.M.A. 230-172, 1974.
- 12- Katz, D., Douvres, P.: Early Diagnosis of Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage; Demonstration of Relatively Higher Incidence of Erosion as a Source of Bleeding; J.A.M.A. 188 : 405, 1964.
- 13- Lebrun, H. H.: Technique Neuroleptanalgesia in Upper Alimentary Endoscopy. Gut, 17, 655 - 658, 1976.
- 14- Katz, D.: Endoscopic Diagnosis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Changing Concepts of Etiology and Management., Amer. J. Diges. Dis, 21, 182 - 189, 1976.