نکاتی چند در مورد برنکوسکپی با برنکوفیبرسکپ و برنکوسکپ معمولی

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۵، صفحه۴۰۸، ۱۳۵۴

دکتر منوچهر رهبر*

مقدمه :

کاربرد برنکوسکپ قابل انعطاف یـا برنکوفیبرسکپ که توسط پزشك ژاپنی (Ikeda) ابـداع و از ۱۹۶۸ رواج عام یـافته ، خودبخود موارد مجاز ویاغیرمجاز بکاربردن آنهارا درمقام مقایسه بابرنکوسکپهای معمولی‌مطرح ساخته که در این‌مقاله نکاتی چنداز آنها را یادآور میشوم.

در چند سال اخیر مقالات زیادی درباره موارد استعمال برنکوـ فیبرسکپ و مقایسه آن با برنکوسکپ معمولی منتشر شده است. منصفانه باید قبول کرد که انتخـاب هریك از این دو نوع وسیله نباید بمعنای برتری مطلق یکی از آنهـا بردیگری بشمار آید بلکه باید موارد استعمال واقعی ونیز محدودیتهای‌استعمال هریك از آندو را درنظر گرفت.

بدون هیچ بحث‌وگفتگو باید تأکیدکردکه برنکوسکپی باهریك از دونوع وسیله حتماً باید بوسیله پزشك متخصص و ورزیده و با تجربـه انجام پذیرد تا به کمك افراد آموزش دیده در محیطی کاملاً مجهز مثل واحد مراقبتهای فشرده (I.C.U.) یا اطاق عمل کوچکی که وسایل‌تجدید زندگی(Resuscitation)وفلوئورسکپی نیز درآن آماده‌است هنر ومهارت خویش را بتواند نشان دهد. انجام‌برنکوسکپی ناقص وبعبارت ساده‌تر نیم‌کاره و نیم‌بند، بدون وجود وسایل کافی نه تنهـا ممکن است خطرات بـزرگی برای بیمـار دربـرداشته باشد بلکه احتمالا ضایعات موجود را نیـز از نظر پنهان میدارد و در نتیجه اطمینان نادرستی درمورد سلامت حـال بیمار بوی داده میشود و بیمار بخیال بهره‌مندی از سلامت کامل ازمراجعه به‌پزشك و ادامهٔ درمان خودداری نموده چه بسا که تاسرحد مرگ وحتی خود مرگ کشانده میشود. بااین‌مقدمه کوتاه موارد استعمال هریك ازدونوع برنکوسکپ یاد شده ذکر میگردد.

قبل‌ازهرچیز یادآورمیشودکه باید ازامکان گذراندن برنکوسکپ ازراه‌بینی، بامعاینات لازم وپرسش ازسابقهٔ بیمار، اطمینان کافی بدست آورد.

واضح است‌که امتیاز بزرگ گذراندن برنکوفیبرسکپ از طریق لوله داخل تراشه آنستکه در صورت لزوم میتوان بسرعت اعمال تجدید زندگی(Resuscitation) را برای بیمار بانجام رساند.

همچنین باین‌ترتیب بآسانی میتوان بارها لوله فیبرسکپ‌را برای انجام بافت‌برداری‌های متعدد و یا تمیز کردن عدسی انتهائی‌آن خارج ساخت و دوباره براحتی‌وارد مجـاری تنفسی‌کرد. بهترین راههـای گذراندن لوله بداخل تراشه از طریق دهان و یا با هدایت فیبرسکپی است‌که قبلا ازتراشه‌گذرانده شده است. بدین طریق خطر تروماتیسم و یـا اسپاسم حنجره پس از برنکوسکپی بمیزانی بسیار ناچیزکاهش مییابد .

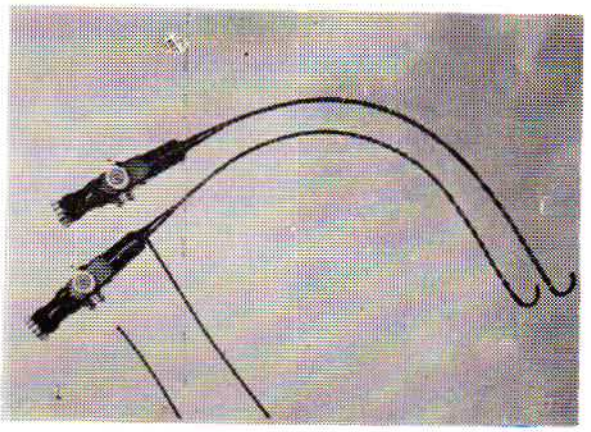
جهت تشخیص یك‌تومور ویا تراکم نسج‌ریوی استفاده از برنکوـ فیبرسکپ بهتروقابل‌اطمینان‌تراست وبطورکلی‌بجزدرمواردمعدود ویا اندیکاسیون‌معین، درغالب موارد برنکوفیبرسکپ بملت میدان دید بیشتروشعاع عمل‌وسیعترجهت بافت‌برداری ونیز باتوجه‌به‌اینکه

---

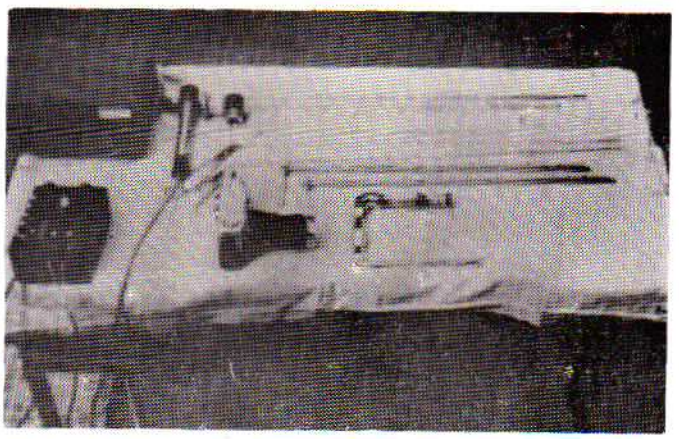
* دانشکده پزشکی پهلوی ـ دانشگاه تهران.

بیمار بااین وسیله حداقل ناراحتی را تحمل میکند، خطرات آن قابل اغماض است و بر برنکوسکپهای معمولی برتری دارد (۳و۱).

مدت زمانی راکه جهت هریك ازدو نوع وسایل فوق برای انجام برنکوسکپی باید درنظر گرفت نسبی است باینمعنی که با تمرین کافی با برنکوفیبرسکپ میتوان در بررسی معمولی قسمتهای مختلف شامل قطعات B_1 تا B_{10} و حتی قطعات کوچکتر سرعتی قابل توجه داشت در حالیکه بافت برداری ازضایعات محیطی باکنترل فلوئورسکپی احتیاج بصرف وقت بیشتری دارد(۳).



شکل ۱ــ برونکوفیبروسکوپ قابل انعطاف



شکل ۲ــ برونکوسکپ معمولی

برنکوسکپی با برنکوفیبرسکپ علاوه براهمیت فوق‌العاده درامر تشخیص، موارد استعمال زیادی‌هم درامر درمان‌دارد. مخصوصاً در مورد بیمارانیکه‌زیر تنفس مصنوعی ومکانیکی قراردارند. همچنین قسمت قابل انعطاف برنکوفیبرسکپ در بیمارانیکه ضایعاتی در گردن و یا جمجمه دارند وکاربرد برنکوسکپ معمولی خطرناك ویا غیرممکن‌است، کاملا مطلوب و غیرقابل رقابت میباشد.

در مورد حنجره میتوان با هریك ازدو نوع وسیله بررسی لازم‌را انجام داد ولی مشاهده نازوفارنکس‌فقط با برنکوفیبرسکپ امکان دارد.

برنکوسکپ معمولی‌برای‌بیرون‌آوردن جسم‌خارجی ویابرنکولیت و نیز در برنکوسکپی اطفال، بیوپسی ریه ازداخل برنکوسکپ، بیرون‌کشیدن خون فراوان یاترشحات غلیظ وراکد نیز در مورد بیمارانیکه قطرحنجره آنان براثرالتیام ضایعات قدیمی یافشار از خارج ویاتومور داخل مجرا تنگ شده‌است وسیله‌ای بسیارخوب میباشد. همچنین اگرتراشه‌کوچك باشد (مثلا دراطفال)ویاآنکه در بالغین بعلت ضایعه‌ای دچار تنگی شده باشد با گذاشتن یك برنکوسکپ معمولی باندازه کافی راه هوائی بازخواهد ماند. درصورتیکه دراینگونه موارد استعمال برنکوفیبرسکپ راه هوائی را بیش ازپیش مسدود میسازد.

درموارد هموپتیزیهای خفیف یامتوسط برنکوفیبرسکپ نمیتواند بعنوان یك‌وسیله باارزش جهت تعیین علت خونریزی بکارود ولی مدلهای جدیدتر برنکوفیبرسکپ‌که دارای کانالهای‌آسپیراسیون بزرگتر بقطر تقریبی ۲ میلیمتر هستند در تعیین محل خونریزی ارزش بیشتری دارند.

دربسیاری ازمراکز، بیمارانی دیده شده‌اندکه باوجود خونریزی از سینه ، رادیوگرافی ریه‌آنها طبیعی بوده‌است وبرنکوسکپی با وسیله معمولی چیزی نشان نداده ولی در همین بیماران ، برنکوفیبرسکپ کارسینومای برنکوژنیك برنش سگمانتر را که فقط با این وسیله قابل رؤیت میباشد نشان داده است .

Prush Biopsy ازطریق‌کانال برنکوفیبرسکپ(۲) نیز قبل‌از عمل‌جراحی، وجود ضایعهٔ بدخیم را میتواند تعیین وتأیید نماید. درموردخونریزی‌شدید از ریه‌که‌بافشارموضعی‌واستعمال اپینفرین باید کنترل شود باز بودن محلی برای تهویه و تنفس اجباریست و دراینموارد چاره‌ای جز بکاربردن برنکوسکپ معمولی نیست.

همچنین بطوریکه اشاره شد در حال حاضر بهترین وسیله جهت خارج‌نمودن اجسام خارجی‌ازمجاری هوائی، همانا برنکوسکپ معمولی است لیکن وسایل جدیدی برای بیرون‌کشیدن بعضی از اجسام خارجی با برنکوفیبرسکپ در دست تکمیل‌است که‌استفاده ازآنها قطعاً با نتایج مطلوبی‌همراه خواهدبود. اکنون این‌سئوال پیش میآیدکه آیا فقط باید برنکوسکپی با وسایل جدید را بدون داشتن هیچ نوع تجربه با وسایل معمولی آموخت یا نه؟. جواب بطور خلاصه آنستکه هردو وسیله را باید در اختیار داشت

وبرحسب موارد باید به‌برنکوسکپ معمولی و یا برنکوفیبرسکپ متوسل شد و اصل کار ممارست‌است وتمرین که خودبخود راه حل مسائل بغرنج را هموار میکند.

برطبق آمار یکی از مراکز مجهز، ازیکهزار مورد برنکوسکپی بابرنکوفیبروسکپ فقط درسه‌مورد مجبورباستفاده ازبرنکوسکپ معمولی شده‌اندکه علل آنها عبارت‌بوده‌اند ازیك مورد خونریزی شدید، یك‌مورد ترشح زیاد برنش وماده چرکی متراکم وسومین مورد تومور بزرگی در تراشه بوده است‌که در هرسه مورد بدون ایجادهیچگونه خطری‌برای بیماربلافاصله برنکوسکپی یابرنکوفیبروسکپ قطع و ادامه آن بابرنکوسکپ معمولی انجام‌گردیده است.

REFERENCES:

1- Donald, C. Zavala, M. D. Mitchell, L. Rhodes, M.D. Robert, H. Richardson, M.D. George, N. Bedell, M. D. F.C.C.P. Fiberoptic and Rigid Bronchoscopy : The state of the art. Chest 65: 605 June 1974.

2- Zavala DC. Richardson RH, Mukerjee PK, et al: Use of the bronchofibroscope for bronchial brush biopsy. Chest 63: 889 1973.

3- Smiddy J, Ruth WE, Kerby GR, et al: Flexible fiberoptic bronchoscope. Ann. Intern Med. 75: 971, 1971.