کاربرد و ارزش آندوسکپی فوری در خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش

(گزارش نتایج ۵۰ مورد اندوسکپی فوری)

مجله قلم پزشکی
سال ششم ، شماره ۵ ، صفحه ۳۸۹ ، ۲۵۳۶

دکتر همایون شهیدی*

دراین نگارش پس از ذکر مقدمه‌ای درباره سیر تکامل اندوسکوپ و ارزش آن درتشخیص ضایعات خونریزی دهنده دستگاه فوقانی گوارش، به گزارش نتایج ۵۰ مورد اندوسکپی فوری در بیمارستان امیراعلم و خصوصی اشاره میگردد.

مقدمه- گاستروسکپی برای نخستین بار درحدود یك قرن پیش انجام گردید. درآن زمان از گاستروسکپ‌های سخت (Rigid) استفاده میگردید.

نخستین گام بزرگ دراندوسکپی با استفاده از گاستروسکپ‌های نیمه‌سخت (Semi - Rigid) درسالهای ۱۹۳۱ ـ ۱۹۳۰ توسط Rudolf Schindler برداشته شد.

درسال ۱۹۷۵ نخستین گاستروسکوپ فیبروپتیك (Fiberoptic Gastroscope) توسط Hirschowitz ، Curtis ، Peters و Polard در انجمن متخصصین گوارش آمریکا در کلرادو معرفی گردید. در طی سالیان بعد بتدریج تکامل بیشتری در ساختمان گاستروسکپها پدید آمد و بجای مجموعه‌ای از تعداد فراوان عدسی، بصورت کاملتری که حاوی تعداد بیشماری فیبرهای شیشه‌ای مخصوص بود عرضه گردید.

بعلت قابلیت انعطاف‌پذیری زیاد، سیستم شکرف عدسیها و همچنین قدرت چرخشی این نوع گاستروسکپ‌ها مشاهده قسمتهای مختلف عضو مورد آزمایش آسانتر گردیده‌است.

گاستروسکپ‌های فیبروپتیك برخلاف نوع سخت و نیمه سخت که قدرت دید کمتر و انعطاف پذیری بسیار ناچیزی داشتند، باطولی در حدود ۱۰۰ ـ ۱۲۰ سانتیمتر و همچنین انعطاف پذیری قابل توجه قسمت انتهائی که میتواند درجهات مختلف بین ۱۰۰ـ۱۶۰ 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 آزمون‌را بخوبی وسهولت مورد بررسی قرار دهد .

با یاری گاستروسکپ‌های فیبروپتیك در ۹۵ـ۹۸ درصد مشاهده بولب دوازدهه و حتی قسمتهای دوم و سوم آن امکان‌پذیر است . استفاده از گاستروسکپی و پرتونگاری فوری در خونریزیهای حاد دستگاه‌فوقانی گوارش که درچند ساعت‌اول انجام گردد امکان تشخیص علل خونریزی را به ۷۷ ـ ۹۳ درصد افزایش میدهد (۱ـ۲).

بررسی نوشته‌های پزشکی حاوی گزارش‌های متعددی درباره‌اهمیت و ارزش گاستروسکپی فوری در تشخیص علل خونریزیهای حاد قسمتهای فوقانی دستگاه گوارش میباشند (۲ـ۳ـ۵ـ۶ـ۷).

دراین‌خونریزیها آزمایش‌های متعدد پرتونگاری با ماده حاجب ممکن است منفی باشد ، زیرا امکان دارد که علت خونریزی ضایعات خونریزی دهنده سطحی مانند گاستریت همراه باضایعه

* دانشکده پزشکی رازی ـ دانشگاه تهران.

سطحی مخاط (اروزیو) باشد که بدیهی است کوچکترین اثری در کلیشه پرتونگاری برجای نمیگذارند (۱-۸-۱۲-۱۴).
باپاری گاستروسکپ‌های فیبروپتیك میتوان بسهولت وسرعت، محل و نوع ضایعه خونریزی دهنده را مشخص نمود زیرا چه بسا که رادیولژیست ضایعه‌ای‌را درمری، معده ویا روده کوچك در کلیشه پرتونگاری مشاهده نماید ولی در حقیقت علت خونریزی نباشد (۸).
برای نمونه ممکن است بیماری باسابقه قبلی زخم معده خونریزی کند ولی در واقع علت آن گاستریت خونریزی دهنده ثانوی به استفاده ازمقادیر زیاد آسپیرین 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 پرتونگاری گمراه کننده است .
گاستروسکپ‌های جدید بامجهز بودن بسیستم تراوش آب وهوا و مکنده ترشحات معده وروده این امکان را در اختیار آندوسکوپیست قرار میدهد که نواحی مورد نظر را از ذرات ریز غذائی، ترشحات مخاطی و لخته‌های کوچك خون در موارد خونریزی پاك کرده و درصورت لزوم با عبوردادن لوله پولی اتیلن ظریفی ازداخل مجرای مخصوص بیوپسی، باتزریق آب ضایعه مورد نظر را بخوبی شستشو داده وآماده برای نمونه برداری (بیوپسی) و عکسبرداری نماید و همچنین با کمك آن برای آزمایش‌های سیتولوژی از ترشحات معده و روده نمونه برداری گردد.
در گاستروسکپ‌های نوع کاملتر دستگاه ظریف الکتروکوتری در انتهای آن تعبیه گردیده است که با کمك آن میتوان محل خونریزی را سوزانده و یا پس از برداشتن پولیپ معده با سوزاندن محل از خونریزی ثانوی جلوگیری کرد .
جمعی از صاحب نظران بر این عقیده‌اند که سوزاندن (کوتریزاسیون) ضایعات خونریزی دهنده مخاطی ممکن است منجر به تشکیل زخم مزمن گردد و این روش را فقط در مواردیکه بعللی امکان جراحی وجود ندارد توصیه میکنند (۱۰-۱۱).
امروزه اکثریت متخصصین گوارش براین عقیده‌اند که گاستروسکپ باید بعنوان نخستین وسیله تشخیص در خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش مورد استفاده قرارگیرد و در صورتیکه آندوسکپی ضایعه‌ای‌را نشان نداد ازآنژیوگرافی و پرتونگاری استفاده کرد.
Bianchi وهمکارانش معتقدند که آندوسکپی‌را باید در ۴۸ ساعت اول خونریزی انجام داد و درصورت منفی بودن از پرتونگاری با ماده گاستروگرافین (Gastrografin) استفاده کرد (۲).
Katz وهمکارانش در مقاله خود به بی‌ارزش بودن پرتونگاری در تشخیص علل خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش اشاره میکنند وتأکید مینمایند درصورت عدم امکانات آندوسکپی و آنژیوگرافی از پرتونگاری استفاده گردد.
درمورد آماده کردن بیمار برای آندوسکپی درموارد خونریزی حاد اتفاق نظروجود دارد. خالی نمودن معده ازخون وشستشوی آن با آب یخ کافی بنظر میرسد . گرچه Katz شستشوی معده را ضرور نمیداند و فقط به تخلیه معده اکتفا میکند (۱۴).
Palmer فقط بهشستشوی معده باآب یخ بعنوان یك بیحس کننده موضعی مؤثر اکتفا مینماید. بهنظر او استفاده از داروهای آرام بخش جهت آماده کردن بیمار برای آندوسکپی ، احتمال خطر سینه پهلو (پنومونی) را در صورت استفراغ درحین آندوسکپی افزایش میدهد (۳).
البته عده‌ای از آندوسکوپیست‌ها درباره استفاده نکردن ازداروهای آرامبخش با palmer همعقیده هستند ولی باید اذعان کرد که در این باره اتفاق نظر وجود ندارد.
دراکثرمراکز آندوسکپی جهت آماده کردن بیمار ازتزریق‌های عضلانی ۵۰ میلیگرم پتیدین (Pethidine) و ۰/۶ - ۱ میلیگرم سولفات آتروپین در حدود ۳۰ - ۴۰ دقیقه قبل از آندوسکپی استفاده میگردد . بیمارانیکه مدتهای طولانی از ترکیبات باربیتورات و یا سایرموادآرامبخش استفاده میکرده‌اند وهمچنین در معتادان به الکل ، تریاك و سایر مواد مخدر بمقادیر زیادی از داروهای آرامبخش جهت آمادگی برای آندوسکپی احتیاج است .
امروزه تزریق وریدی آهسته ۵-۱۰ میلیگرم دیازپام (Valium) متداول است . در مورد بیماران مسن باید نهایت احتیاط را در مصرف این دارو بکار برد زیرا خطر توقف تنفس در ایندسته از بیماران زیاد است.
Le burn درمقاله اخیر خود به‌این نکته اشاره میکند، با وجود اینکه دیازپام بامقداریکه معمولا دراین‌موارد بکاره‌میرود باعث ضعف مرکز تنفسی نمیگردد ولی اثرات آرامبخشی آن قابل پیش بینی نیست ودرعده‌ای از بیماران موجب هیجان و اضطراب زیاد میگردد.
Le burn در نوشته خود استفاده از دو داروی نورولپتیك نظیر دروپریدول (Droperidol) و فنتانیل (Fentanyl) را توصیه میکند و معتقد است که ترکیب این‌دو دارو بردیازپام ارجحیت دارد.
دروپریدول مانع از بروز هیجان میگردد و در میزان هوشیاری بیمار تغییری نمیدهد . داروی ذکر شده یك مسدد گیرنده‌های

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

فنتانیل داروئی مسکن و مخدر است و اثر آن سریع و بمدت ۲۰ـ۳۰ دقیقه باقی میماند.

از جمله عوارض جانبی دروپریدول کاهش فشار خون میباشد. فنتانیل باعث ضعف مرکز تنفس و گاهی اوقات اسپاسم عضلات بین دنده‌ای و سینه میگردد. درصورت بروز عوارض ثانوی با فنتانیل‌میتوان ازنالوکسون (Naloxone) بمقدار ۰/۴ میلیگرم وریدی و یا از داروی دیگری بنام نالورفین (Nalorphine) بمقدار ۲ـ۱۰ میلیگرم وریدی استفاده نمود.

مقداردرمانی دروپریدول ۲/۵ میلیگرم و فنتانیل ۰/۱ میلگیرم وریدی میباشد (۱۳).

در خاتمه ذکر مواردی از عدم استعمال آندوسکپی‌ضرور است. از آن جمله موارد میتوان از ایسکمی قلب وجود یا پیدایش آریتمی‌های‌خطرناك قبل وهنگام آندوسکپی، بیماریهای حادتنفسی و هذیان توأم با لرزش (Delirium Tremens) در بیماران الکلی نام برد.

یادآوری این‌نکته لازم بنظر میرسد که در چند درصد از بیماران بعلت پربودن معده از خون، چسبندگی لخته‌های کوچك خون به محل ضایعه خونریزی دهنده، عدم همکاری بیمار و همچنین کم تجربگی آندوسکوپیست موجب خواهد شد که نتایج آندوسکپی بی‌ارزش و اعتبار گردد.

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

ازابتدای تیرماه سال۱۳۵۳ بمدت۲سال، ۴۵۲ مورد آندوسکپی معده‌ودوازدهه‌در بخش گوارش بیمارستان‌امیراعلم‌وابسته به‌دانشکده پزشکی‌رازی‌تهران ویك بیمارستان‌خصوصی‌انجام گردید. ازتعداد فوق ۶۳ آندوسکپی در موارد خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش‌بطور فوری انجام‌شد. چون در ۱۳ موردآن‌آندوسکپی پس‌از۴۸ساعت انجام گردیده‌بود لذا برای مطالعه، این‌تعداد از آندوسکپی ازآمار طرح تحقیقی حذف گردید.

در ۵۰ مورد آندوسکپی فوری در فواصل ۴ـ۴۸ ساعت پس از بستری گردیدن بیماران‌بعمل‌آمد که‌نتایج‌آن در(جدول شماره۱) ارائه گردیده است.

بیمارانیکه مورد‌مطالعه قرارگرفتند دارای‌تشخیصهای بالینی‌زخم دوازدهه (۲۸ مورد)، سیروز کبد (۱۰مورد)، گاستریت اروزیو (۸ مورد) و سرطان معده (۴ مورد) بوده‌اند.

بیمارانیکه باتشخیص بالینی زخم دوازدهه موردآندوسکپی قرار گرفته یا قبلا سابقه بستری شدن در بیمارستانهای نامبرده را داشته بودند ، با مرور مدارك پزشکی تشخیص بیماری بوسیله پرتونگاری ثابت شده بود وآندسته که قبلا سابقه بستری شدن را نداشته بودند ، تشخیص احتمالی زخم دوازدهه با توجه بشرح حال بیمار داده شده بود.

جدول شماره (۱)

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

تعداد بیمار	تشخیص بالینی	تشخیص آندوسکپی	منبع خونریزی	پرتونگاری
۲۰	زخم دوازدهه	زخم دوازدهه	زخم دوازدهه	زخم دوازدهه
۸	زخم دوازدهه	گاستریت اروزیو	گاستریت اروزیو	زخم دوازدهه
۵	سیروز کبد	واریس مری	واریس مری	واریس مری
۲	سیروز کبد	واریس مری و گاستریت اروزیو	گاستریت اروزیو	واریس مری
۳	سیروز کبد	واریس مری و زخم دوازدهه	زخم دوازدهه	واریس‌مری وزخم‌دوازدهه
۶	گاستریت اروزیو	گاستریت اروزیو	گاستریت اروزیو	منفی
۲	گاستریت اروزیو	سندرم مالوری‌ـویز(Mallory (Weiss Syndrome	پارگی سطحی مخاط مری در قسمت تحتانی مری	منفی
۴	سرطان معده	سرطان معده	سرطان معده	سرطان معده

* آماربخش گوارش وآندوسکپی‌بیمارستانهای امیراعلم وخصوصی‌تیرماه سال ۱۳۵۳ ـ خرداد ماه سال ۱۳۵۵ .

تمام بیماران مبتلا به سیروز کبد ، بیماران بستری در بخش داخلی بیمارستان امیر اعلم و بخش جراحی بیمارستان خصوصی بوده‌اند وسیروز کبد و واریس‌مری قبلا باآزمایش‌های لازم مانند پرتونگاری قسمت‌فوقانی دستگاه گوارش، اندازه گیری بیلی‌روبین وترانس آمیناز‌های‌سرم، اسکن کبد ودر ۸ مورد بانمونه‌برداری ازکبد بوسیله‌سوزن (Menghini) تشخیص داده شده بود. دردو موردیکه نمونه برداری ازکبد انجام نگرفت عدم رضایت بیمار برای‌انجام بیوپسی ودر یک‌مورد بعلت اختلال درعوامل انعقادی خون بوده است.

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

۴ بیمار مبتلا بسرطان معده در بخش داخلی بیمارستان‌خصوصی که درمدت بستری‌بودن، تشخیص بیماری‌آنان‌بوسیله‌پرتونگاری، گاستروسکپی و بیوپسی داده شده بود.

درکلیه ۵۰ بیمار مورد مطالعه بین ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس‌از قطع خونریزی و انجام‌آندوسکپی ، پرتونگاری با ماده حاجب از دستگاه فوقانی گوارش انجام‌گردید. سن بیماران بین ۱۸–۶۵ سال بود و جنس مذکر اکثریت را تشکیل داده بود.

قبل از انجام آندوسکپی‌کم حجمی خون بیماران با انفوزیون محلول سرم نمکی ، پلاسما و خون جبران گردیده بود و فشار خون آنان‌بین $\frac{۹۰}{۶۰}$ و $\frac{۱۱۰}{۷۰}$ وضربان‌نبض‌بین ۹۰–۱۲۰ تثبیت گردیده بود. شستشوی معده باآب یخ انجام‌گردید ودرکلیه بیماران از دیازپام بمقدار ۱۰–۱۵ میلیگرم از راه وریدی استفاده گردید.

آندوسکپی پس‌از ۱۰–۱۵ دقیقه خاتمه یافت و هیچگونه عوارض ثانوی نسبت به دارو مشاهده نشد . باتوجه به نتایج آندوسکپی در جدول شماره (۱) بخوبی مشخص است‌که تشخیص بالینی در اکثرموارد پس‌ازآندوسکپی‌عوض‌گردیده ودرنتیجه نحوه درمان درمسیر درستی قرارگرفته‌است.

نکته جالب توجه دیگر وفور ضایعات مخاطی خونریزی دهنده درایجاد خونریزیهای قسمت فوقانی‌دستگاه گوارش‌میباشد. همان طورکه قبلا ذکر گردید اینگونه ضایعات سطحی‌هیچگونه اثری روی‌کلیشه پرتونگاری باقی نمیگذارند وتنها بوسیله آندوسکپی تشخیص داده میشوند.

Katz و همکارانش درباره وفور ضایعات مخاطی در خونریزی قسمت فوقانی دستگاه‌گوارش گزارش تحقیقی بسیار جالبی ارائه داده‌اند (۱۴).

در مطالعه Wicks وهمکارانش ۱۳۸ افریقائی و ۸۴ اروپائی‌که بعلت خونریزی حاد معده در سالیسبوری موردآندوسکپی قرار گرفته بودند، نتایج‌حاصل چنین‌نشان دادکه وفور زخمهای‌معده و دوازدهه درهردوگروه با توجه باختلاف نژادی بیك نسبت‌پیش میآید. ولی‌برعکس واریس‌مری درافریقائیان ۱۵/۲ درصد ودر اروپائیان ۱/۲درصدگزارش شده است. Wicks معتقد است‌که ضایعات سطحی‌مخاط که‌درافریقائیان‌بیشتر دیده میشود،ممکن‌است مربوط به‌استفاده‌ازگیاهان داروئی مختلفی‌باشدکه‌این نژادبیشتر بکار میبرند(۴).

دربیماران مبتلابه سیروزکبدکه موردمطالعه نویسنده قرارگرفته بودند خونریزی از واریس مری (۵ مورد)، گاستریت اروزیو (۲مورد) وزخم دوازدهه در ۳ مورد منبع خونریزی بوده‌است.

Tere,S وهمکارانش نشان داده‌اندکه در مبتلایان به سیروزکبد خونریزی ثانوی از پارگی واریس‌های مری فقط $\frac{۱}{۲}$ موارد علل خونریزی را تشکیل میدهد وعلل دیگر مانند زخم دوازدهه و ضایعات حاد مخاطی مسئول خونریزی بوده‌اند (۹).

نتیجه‌گیری :

گاستروسکپی درتشخیص علل خونریزیهای حاد دستگاه گوارش نقش بسیار با اهمیت و با ارزشی را بازی میکند. آنژیوگرافی و پرتونگاری درموارد خونریزی‌بترتیب اهمیت‌دومین و سومین وسیله تشخیص محسوب میگردند.

نتایج آندوسکپی در خونریزهای حاد گوارشی در اکثر موارد تشخیص بالینی اولیه را تائید ویا عوض نموده و در نتیجه درمان در مسیر درست و صحیح قرار خواهدگرفت.

وجودضایعات‌سطحی مخاط معده‌را همیشه باید درفهرست تشخیص افتراقی علل خونریزی از معده در نظر داشت و با توجه باینکه پرتونگاری در این موارد منفی است از توسل به آندوسکپی خودداری ننمود. آندوسکپی روش تشخیص‌کاملا بی‌خطری 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 وسرعت انجام‌گردد و با دراختیار داشتن اندوسکپ وبخصوص‌آندسکوپیست باتجربه ازکلیه تسهیلات موجود استفاده نمود و بدینوسیله با تشخیص درست و درمان مناسب از مرگ و میر بیماران بطور قابل توجهی‌کاست .

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.