

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

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۵، صفحه ۳۸۹، ۲۵۳۶

دکتر همایون شهیدی*

گاستروسکپیهای فیبروپتیک برخلاف نوع سخت و نیمه سخت که قدرت دید کمتر و انعطاف پذیری بسیار ناچیزی داشتند، با طولی در حدود ۱۰۰-۱۲۰ سانتیمتر و همچنین انعطاف پذیری قابل توجه قسمت انتهائی که میتواند در جهات مختلف بین ۱۰۰-۱۶۰ درجه چرخش نماید (۱۶۰ درجه بالا و پائین و ۱۰۰ درجه چپ و راست) این امکان را به آندوسکوپست میدهد که قسمت‌های مختلف عضو مورد آزمون را بخوبی و سهولت مورد بررسی قرار دهد.

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

بررسی نوشته‌های پزشکی حاوی گزارش‌های متعددی در باره اهمیت و ارزش گاستروسکپی فوری در تشخیص علل خونریزیهای حاد قسمت‌های فوقانی دستگاه گوارش میباشد (۲-۳-۵-۶-۷).

در این خونریزها آزمایش‌های متعدد پرتونکاری 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 مقدمه‌ای درباره سیر تکامل آندوسکوپ و ارزش آن در تشخیص ضایعات خونریزی دهنده دستگاه فوقانی گوارش، به گزارش نتایج ۵۰ مورد آندوسکپی فوری در بیمارستان امیراعلم و خصوصی اشاره میگردد.

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

نخستین گام بزرگ در آندوسکپی با استفاده از گاستروسکپیهای نیمه سخت (Semi - Rigid) در سالهای ۱۹۳۱-۱۹۳۰ توسط Rudolf Schindler برداشته شد.

در سال ۱۹۷۵ نخستین گاستروسکوپ فیبروپتیک (Fiberoptic Gastroscope) توسط Hirschowitz، Curtis، Peters و Polard در انجمن متخصصین گوارش آمریکا در کلاودو معرفی گردید. در طی سالهای بعد بتدریج تکامل بیشتری در ساختمان گاستروسکپیها پدید آمد و بجای مجموعه‌ای از تعداد فراوان عدسی، بصورت کاملاًتری که حاوی تعداد بیشمار فیبرهای شیشه‌ای مخصوص بود عرضه گردید.

بعلافت قابلیت انعطاف پذیری زیاد، سیستم شکر عصبی و همچنین قدرت چرخشی این نوع گاستروسکپیها مشاهده قسمت‌های مختلف عضو مورد آزمایش آسانتر گردیده است.

* دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران.

Katz و همکارانش در مقاله خود به بی‌ارزش بودن پرتونگاری در تشخیص علل خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش اشاره میکنند و تأکید مینمایند در صورت عدم امکانات آندوسکوپی و آنژیو-گرافی از پرتونگاری استفاده گردد.

در مورد آماده کردن بیمار برای آندوسکوپی 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 آندوسکوپی، احتمال خطر سینه پهلو (پنومونی) را در صورت استفراغ در حین آندوسکوپی افزایش میدهد (۳).

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

در اکثر مراکز آندوسکوپی جهت آماده کردن بیمار از تزریق‌های عضلانی ۵۰ میلی‌گرم پتیدین (Pethidine) و ۰/۶ - ۱ میلی‌گرم سولفات آتروپین در حدود ۳۰ - ۴۰ دقیقه قبل از آندوسکوپی استفاده میگردد. بیمارانی که مدت‌های طولانی از ترکیبات باریتورات و یا سایر مواد آرامبخش استفاده میکردند و همچنین در معتادان به الکل، تریاک و سایر مواد مخدر بمقادیر زیادی از داروهای آرامبخش جهت آمادگی برای آندوسکوپی 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 تنفسی در این دسته از بیماران زیاد است.

Le burn در مقاله اخیر خود به این نکته اشاره میکند، با وجود اینکه دیازپام بامقداریکه معمولاً در این موارد بکار میرود باعث ضعف مرکز تنفسی نمیکرد 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 نظیر 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

سطحی مخاط (اروزیو) باشد که بدیهی است کوچکترین اثری در کلیشه پرتونگاری برجای نمیگذارند (۱-۸-۱۲-۱۴).
بایاری گاستروسکپ‌های فیبروپتیک میتوان به‌سبب سرعت، محل و نوع ضایعه خونریزی دهنده را مشخص نمود زیرا چه بسا که رادیولوژیست ضایعه‌ای را در مری، معده و یا روده کوچک در کلیشه پرتونگاری 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 ازمقادیر زیاد اسپیرین و یا الکل باشد. مثال دیگر در بیماران مبتلا به سیروز کبد توأم با واریس مری که اکثر اوقات خونریزی آنان به علت گاستریت خونریزی دهنده میباشد و در این موارد فقط متکی بودن به نتیجه پرتونگاری گمراه کننده است.

گاستروسکپ‌های جدید بامجهز بودن به سیستم تراوش آب و هوا و مکنده ترشحات معده و روده این امکان را در اختیار آندوسکوپست قرار میدهد که نواحی مورد نظر را از ذرات ریز غذایی، ترشحات مخاطی و لخته‌های کوچک خون در موارد خونریزی پاک کرده و در صورت لزوم با عبور دادن 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 سیتولوژی از ترشحات معده و روده نمونه برداری گردد.
در گاستروسکپ‌های نوع کاملتر دستگاه ظریف الکتروکوتری در انتهای آن تعبیه گردیده است که با کمک آن میتوان محل خونریزی را سوزانده و یا پس از برداشتن پولپ معده با سوزاندن محل از خونریزی ثانوی جلوگیری کرد.

جمعی از صاحب نظران بر این عقیده‌اند که سوزاندن (کوتر-یزاسیون) 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 (۱۰-۱۱).

امروزه اکثریت متخصصین گوارش بر این عقیده‌اند که گاستروسکپ باید بعنوان نخستین وسیله تشخیص در خونریزیهای حاد دستگاه فوقانی گوارش مورد استفاده قرار گیرد و در صورتیکه آندوسکوپی ضایعه‌ای را نشان نداد از آنژیوگرافی و پرتونگاری استفاده کرد.

Bianchi و همکارانش معتقدند که آندوسکوپی را باید در ۴۸ ساعت اول خونریزی انجام داد و در صورت منفی بودن از پرتونگاری با ماده گاستروگرافین (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 معده و دوازدهه در بخش گوارش بیمارستان امیراعلم وابسته به دانشکده پزشکی رازی تهران و یک 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 فواصل ۴-۴۸ ساعت پس از بستری گردیدن بیماران بعمل آمد که نتایج آن در (جدول شماره ۱) ارائه گردیده است.

بیمارانیکه مورد مطالعه قرار گرفتند دارای تشخیصهای بالینی زخم دوازدهه (۲۸ مورد)، سیروز کبد (۱۰ مورد)، گاستریت اریوزو (۸ مورد) و سرطان معده (۴ مورد) بوده اند.

بیمارانیکه با تشخیص بالینی زخم دوازدهه 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 آن دسته که قبلاً سابقه بستری شدن را نداشته بودند، تشخیص احتمالی زخم دوازدهه با توجه به شرح حال بیمار داده شده بود.

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

فتانیل داروئی مسکن و مخدر است و اثر آن سریع و بمدت ۲۰-۳۰ دقیقه باقی میماند.

از جمله عوارض جانبی دروپریدول کاهش فشار خون میباشد. فتانیل باعث ضعف مرکز تنفس و گاهی اوقات اسپاسم عضلات بین دندهای و سینه میگردد. در صورت بروز عوارض ثانوی با فتانیل میتوان از نالوکسون (Naloxone) بمقدار ۰/۴ میلیگرم وریدی و یا از داروی دیگری بنام نالورفین (Nalorphine) بمقدار ۲-۱۰ میلیگرم وریدی استفاده نمود.

مقدار درمانی دروپریدول ۲/۵ میلیگرم و فتانیل ۰/۱ 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 پریودن معده از خون، چسبندگی لختههای کوچک خون به محل ضایعه خونریزی دهنده، عدم همکاری بیمار و همچنین کم تجربگی آندوسکوپست 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	پرتونگاری
۲۰	زخم دوازدهه	زخم دوازدهه	زخم دوازدهه	زخم دوازدهه
۸	زخم دوازدهه	گاستریت اریوزو	گاستریت اریوزو	زخم دوازدهه
۵	سیروز کبد	واریس مری	واریس مری	واریس مری
۲	سیروز کبد	واریس مری و گاستریت اریوزو	گاستریت اریوزو	واریس مری
۳	سیروز کبد	واریس مری و زخم دوازدهه	زخم دوازدهه	واریس مری و زخم دوازدهه
۶	گاستریت اریوزو	گاستریت اریوزو	گاستریت اریوزو	منفی
۲	گاستریت اریوزو	سندرم مالوری-ویز (Mallory Weiss Syndrome)	پارگی سطح مخاط مری در قسمت تحتانی مری	منفی
۴	سرطان معده	سرطان معده	سرطان معده	سرطان معده

* آمار بخش گوارش و آندوسکپی بیمارستانهای امیراعلم 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 آندوسکوپی قرار گرفته بودند، نتایج حاصل چنین نشان داد که وفور زخمهای معده و دوازده در هر دو گروه با توجه باختلاف نژادی بیک نسبت پیش میآید. ولی برعکس 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 مربوط به استفاده از گیاهان دارویی مختلفی باشد که این نژاد بیشتر بکار میبرند (۴).

در بیماران مبتلا به سیروز کبد که مورد مطالعه نویسنده قرار گرفته بودند خونریزی از واریس مری (۵ مورد)، گاستریت آروزیو (۲ مورد) و زخم دوازده در ۳ مورد منبع خونریزی بوده است. Tere.S و همکارانش نشان داده اند که در مبتلایان به سیروز کبد خونریزی ثانوی از پارگی واریسهای مری فقط $\frac{1}{4}$ موارد علل خونریزی را تشکیل میدهد و علل دیگر مانند زخم دوازده و ضایعات حاد مخاطی مسئول خونریزی بوده اند (۹).

نتیجه گیری:

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

نتایج آندوسکوپی در خونریزیهای حاد گوارشی در اکثر موارد تشخیص بالینی اولیه 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 توسل به آندوسکوپی خودداری ننمود. آندوسکوپی روش تشخیص کاملاً بی خطری نیست بخصوص در بیمارانی که دچار خونریزی حاد میباشند توجه به چگونگی سلامتی سیستم قلبی - ریوی حائز کمال اهمیت است. تشخیص درمان خونریزیهای دستگاه گوارش باید با دقت و سرعت انجام گردد و با در اختیار داشتن آندوسکوپ و بخصوص آندوسکوپ پیست با تجربه 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 امیر اعلم و بخش جراحی بیمارستان خصوصی بوده اند و سیروز کبد و واریس مری قبلاً با آزمایشهای لازم مانند پرتونگاری قسمت فوقانی دستگاه گوارش، اندازه گیری بیلی روبین و ترانس آمینازهای سرم، اسکن کبد و در ۸ مورد با نمونه برداری از کبد بوسیله سوزن (Menghini) تشخیص داده شده بود. در دو موردیکه نمونه برداری از کبد انجام نگرفت عدم رضایت بیمار برای انجام بیوپسی و در یک مورد بعلت اختلال در عوامل انعقادی خون بوده است.

تشخیص بالینی گاستریت آروزیو در ۸ بیمار ذکر شده بر مبنای سابقه استفاده طولانی از آسپرین 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 به سرطان معده در بخش داخلی بیمارستان خصوصی که در مدت بستری بودن، تشخیص بیماری آنان بوسیله پرتونگاری، گاستروسکوپی و بیوپسی داده شده بود.

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

قبل از انجام آندوسکوپی کم حجمی خون بیماران با انفوزیون محلول سرم نمکی، پلازما و خون جبران گردیده بود و فشار خون آنان بین $\frac{90}{60}$ و $\frac{110}{70}$ و ضربان نبض بین ۹۰-۱۲۰ تثبیت گردیده بود. شستشوی معده با آب یخ انجام گردید و در کلیه بیماران از دیازپام بمقدار ۱۰-۱۵ میلیگرم از راه وریدی استفاده گردید. آندوسکوپی پس از ۱۰-۱۵ دقیقه خاتمه یافت و هیچگونه عوارض ثانوی نسبت به دارو مشاهده نشد. با توجه به نتایج آندوسکوپی در جدول شماره (۱) بخوبی مشخص است که تشخیص بالینی در اکثر موارد پس از آندوسکوپی عوض گردیده و در نتیجه نحوه 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 قبلاً ذکر گردید اینگونه ضایعات سطحی هیچگونه اثری روی کلیشه پرتونگاری باقی نمیگذارند و تنها بوسیله آندوسکوپی تشخیص داده میشوند.

Katz و همکارانش درباره وفور ضایعات مخاطی در خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش گزارش تحقیقی بسیار جالبی ارائه داده اند (۱۴).

REFERENCES :

- 1- Morrissey, 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.