

وفور آلودگیهای انگلی در قسمتهای انتهائی لوله گوارش « گزارش ۲۴۰ مورد »

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۶۸، ۱۳۵۸

دکتر محمد وفائی *

سریع (از ترشحات بلغمی پس از تحریک روده بهنگام سیکموئید-وسکوپی)، کشت مدفوع و در صورت لزوم نمونه برداری (بیوپسی) از مخاط و پرتونگاری قولون.

نتایج: جدولهای ۳، ۲، ۱ نسبت و یافتههای مهم بالینی را نشان میدهند. ۱۵۷ بیمار از خونریزی روشن و تازه ناحیه رکتال با خصوصیات خونریزی بواسیری شکایت داشتند که ۱۶ بیمار دچار نشانههای بالینی از بواسیر ورم رکتوم نداشتند. ۱۴۱ بیمار دچار نشانههای بالینی بواسیر و درجه ۱ تا ۳ بودند (باتشخیص آندوسکوپی) که بعضی از آنها ضمن بواسیر، ورم رکتوم نیز داشتند، زیرا ۶۵ تن از آنها دارای زورپیچ (تنسم) و ۹۵ بیمار آلوده به انگل بودند (ولی در سیکموئیدوسکوپی علامت ما کرو سکوپی ورم رکتوم وجود نداشت) (جدول شماره ۱).

شرح حال بیمار:

پس بجه ۶ ساله ای که مدت سه سال مبتلا به بی اختیاری مدفوع بود و هیچگونه علت بالینی برای این عارضه پیدا نشد و بیمار از نظر پرتونگاری روده ها، ستون فقرات، نشانه های سیکموئیدوسکوپی و آزمایش های عصبی و روانی نکته غیر طبیعی نشان نداد و حتی قدرت انقباض عضلات اسفنکتر مقعد نیز در ملامسه طبیعی بنظر رسید. تنها یافته آزمایشگاهی سه نوع انگل مختلف را نشان میداد و در نمونه برداری (بیوپسی) از مخاط تغییراتی بنفع ورم رکتوم (پروکتیت) انگلی مشاهده گردید، بیمار با داروی اختصاصی ضد انگل درمان شد و بی اختیاری کاذب مدفوع وی بهبود کامل یافت. مجموعاً سه بیمار با این عارضه تحت درمان قرار گرفتند.

مقدمه: با اینکه در کشور ما بیماریهای انگلی فراوان است و نشانه های بالینی متفاوتی وجود دارد، ولی متأسفانه ورم قولون انگلی (Parasitic colitis) که یکی از خصوصیات آلودگیهای انگلی است کمتر شناخته شده است.

ورم قولون انگلی چه معلول آمیبیاز (Ent. Histolytica) و چه انگلهای دیگر، گاهی اوقات بصورت نشانه های مشخص قولون تحریک پذیر (Irritable colon) خود نمائی میکند که از نظر نشانه های بالینی بشکل اسهالهای ملایم ولی مکرر، یبوست، اسهال و یبوست متناوب، نفخ، دردهای قولنجی شکم و درد ناحیه سیکموئید، بخصوص روده کور (سکوم) بصورت ورم آپاندیس خفیف تظاهر می کند (۱۲، ۱۰، ۹، ۶، ۴، ۳، ۲، ۱).

خونریزی از مقعد (با خون روشن و قرمز) در بیمارانی که هیچگونه نشانه ای از بواسیر یا بیماریهای خونریزی دهنده متداول دیگر ندارند از علائم آماس راست روده (رکتوم) انگلی است (Parasitic proctitis) (۹ و ۷).

روش بررسی و بیماریابی: تعداد ۲۴۰ بیمار (۱۸۰ مرد و ۶۰ زن) در سنین ۶ تا ۶۸ سال بمدت ۱۴ ماه مورد معاینه قرار گرفتند. بیماران از یک یا بیشتر از یک علامت بیماری در ناحیه رکتوم، سیکموئید، قولون و یا هر دو ناحیه شکایت داشتند. این نشانه ها اکثراً خفیف و گاهی هم شدید بوده اند و در همه بیماران آزمایش های زیر انجام شده است:

پروکتوسیکموئیدوسکوپی، سه بار آزمایش مدفوع تازه، آزمایش

* بیمارستان ابن سینا - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

جدول شماره ۱- تعداد بیماران و نشانه‌های بیماری

سابقه اسهال خونی	اسهالهای مکرر	خونروی تازه	زور بیج	دفع بلغم	دل‌پیچه	یبوست	بی‌اختیاری کاذب	تشنج
۴۷ تن	۴۶ تن	* ۱۴۱ ** ۱۶ ۱۵۷ تن	۱۲۸ تن	۱۲۶ تن	۴۸ تن	۱۴۰ تن	۳ تن	۱۳۳ تن

* خونروی از بواسیر ** خونروی بعلت ورم رکتوم.

اشکال پروتوزوئر: ۶۸ بیمار (۲۸٪) از کل بیماران مبتلا به Ent. Histolytica که ۴۷ تن مبتلا به نوع خونخوار (Hematophagous) و ۲۱ تن مبتلا به نوع غیر خونخوار (Non Hematophagous) بودند. ۲ بیمار از ۶۸ مورد ذکر شده آمیبیاز روده‌ای حاد داشتند (Amebic Colitis) و بقیه بصورت ورم قولون ملایم و غیر اسهال‌خونی و دارای نشانه‌های خفیف گوارشی بوده‌اند (۷ و ۲).

جدول شماره ۲- نسبت بیماران مبتلا

بی‌انگل مبتلا به انگل	۷۷ تن » ۱۶۳
کل بیماران	» ۲۴۰

جدول شماره ۳- نمودار بقیه بیماران بسته به آلوده بودن به یک یا چند نوع انگل مختلف

انواع انگها	۱	۲	۳	۴	۵	۶ یا بیشتر
تعداد بیماران	۵۲ تن	۴۶ تن	۳۴ تن	۱۶ تن	۱۲ تن	۳ تن

۴۶ بیمار از اسهال مکرر تحت عنوان مسمومیت مکرر غذایی شکایت داشتند که ۲۹ تن آنها حامل آمیب هیستولیتیکا به تنهایی یا همراه با انگلهای دیگر و ۱۴ تن دیگر مبتلا به انواع مختلف انگل بودند. نشانه‌های دیگر عبارت بودند از: یبوست، نفخ، دفع گاهگاهی بلغم، دردهای قولنج (کولیکی) متمرکز در ناحیه سیکموئید و درد خفیف و یا شدید روده بزرگ بخصوص ناحیه سکوم (۶ بیمار نیز بعلت همین درد تحت عمل جراحی آپاندیس قرار گرفته بودند) (۱).

۴۷ بیمار سابقه ابتلا به اسهال خونی داشتند.

مدت نشانه‌های بیماری متفاوت و تا ۲۰ سال ذکر شده است.

آزمایشهای انگلی: (جدول‌های شماره ۵ و ۴) مطالعات انگل‌شناسی را نشان میدهد. از ۲۴۰ بیمار، ۱۶۳ تن ($\frac{2}{3}$) آنها مبتلا به انگل بودند.

انواع انگها در یک بیمار از یک تا شش نوع انگل متغیر بود (جدول شماره ۳). بطور متوسط بیماران به ۲ تا ۳ نوع انگل آلوده بودند که ۵۷٪ انگها از نوع پروتوزوئر ها و ۴۳٪ از انواع دیگر بوده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴- انواع پروتوزوئرهای دیده شده در آزمایش مدفوع

آنتامبا هیستولیتیکا *	آنتامبا هیستولیتیکا **	فرم مینوتا	کیستهای ۲۰۴ و ۸ هسته‌ای	آنتامبا کولای	دی‌آنتامبا فراجیلیس	یودامبا بوتچینی	آندولیماکس نافا	
۱	۲	۱	۶۰	۲۶	۵	۲۴	۱	در آزمایش مدفوع
۴۶	۱۹	۱	۶	۲۷	۹	۳	—	در آزمایش سریع
۴۷	۲۱	۲	۶۶	۵۳	۱۴	۲۷	۱	کل

* شکل خونخوار (هماتوفاز) ** شکل غیر خونخوار (غیرهماتوفاز)

جدول شماره ۵- انواع دیگر انگل‌های موجود در مدفوع

انگیلوستوم	اسکاریس	تریکوسفال	اکسیور	هیمنولیبیس فانا	تریکومونا	ژیاردیا	استرونژیلوس	
۱۵ تن	۲۰ تن	۴۲ تن	۲ تن	۱ تن	—	۱۲ تن	۵۵ تن	در آزمایش مدفوع
—	۱	—	۱	—	۷	۱۱	۲	در آزمایش سریع
۱۵	۲۱	۴۲	۳	۱	۷	۲۳	۵۷	کل

خلاصه و بحث: شناسائی التهاب خفیف قولون، ورم رکتوم و یاورم رکتوم و سیگموئید ناشی از انگل آنتامبا هیستولیتیکا سبب شناسائی و ارتباط يك دسته از نشانه‌های بالینی گوارشی مثل: زورپیچ، نفخ، یبوست، اسهال مکرر، دردناحیه قولون با آلودگیهای انگلی میشود. $\frac{1}{3}$ از این آلودگیهای انگلی آمیبیاز غیر دیسانتریک و $\frac{2}{3}$ بقیه شامل سایر آلودگیهای انگلی هستند. شناسائی این نوع بیماری در کشور ما و کشورهای همجوار مثل پاکستان (۱۲) و خاورمیانه (۱) سبب توجه پزشکان به افتراق آن با بیماری قولون تحریک پذیر (Irritable colon) میشود که نشانه‌های بالینی شبیه این بیماری داشته و فاقد علائم آندوسکپی و رادیولوژیکی واضح میباشد که انواع خفیف کسالت مورد بحث این مقاله نیز چنین است (۱۰ و ۱۱).

نکته دیگر اینکه لازم است بسیاری از خونریزیهای تازه را که در هنگام اجابت مزاج دیده میشود و شبیه خونریزیهای بواسیر است از خود بواسیر و یا بیماریهای خونریزی دهنده دیگر تشخیص داد. توجه به شناسائی خونریزیهای روشن مربوط به ورم رکتوم انگلی که در کشور ما نسبتاً کمیاب نیست و دارای اهمیت است

جدول شماره ۶- نتایج آندوسکپیک

اسپاسم	وجود بلغم	احتقان	زخم سطحی	شکندگی مخاط و خونریزی
۴۲	۵۴	۴۵	۱۳	۱۰۳

جدول شماره ۷- نتایج نمونه برداری

سلولهای آماسی (اقتلامتوار)	بیشتر از معمول
آنتامبا هیستولیتیکا	سه بیمار
تخم اکسیور	يك بیمار
لارو استرونژیلوس	يك بیمار

در ۶۰ بیمار کیست‌های ۲-۴ یا ۸ هسته‌ای، در ۵۳ بیمار آنتامبا کولای (Ent. Coli)، در ۲۷ بیمار یودامبا بوتچیلی (Iodamoba Butchili) و در ۱۴ بیمار دی آنتامبا فرجیلیس (Di-Antamoba Fragilis) وجود داشته که در شرایط مناسب میتوانند تبدیل به اشکال حاد روده‌ای شوند (۸).

انواع دیگر انگل‌های موجود در مدفوع (جدول شماره ۵):

۲۳ بیمار مبتلا به ژیارديالامبلیا (Giardia Lamblia)، ۷۰ بیمار مبتلا به تریکومونا (Trichomona)، ۵۷ بیمار مبتلا به استرونژیلوس استرکورالیس (Strongilus Stercoralis)، ۱۵ بیمار مبتلا به آنکیلوستوم (Ankylostomiasis)، ۴۲ بیمار مبتلا به تریکوسفال (Trichocephalis)، ۲۱ بیمار مبتلا به آسکاریس (Ascariasis) و ۳ بیمار مبتلا به کرمک (Oxyuriasis) که معمولاً در آزمایش‌های مدفوع دیده نمیشود بودند. ارقام بالا بخوبی میتوانند بیان کننده علت ناراحتیهای روده‌ای بیماران باشند (۶).

نتایج آندوسکپی: یافته‌های آندوسکپی بشرح زیر بوده است: ۴۳٪ بیماران دچار شکندگی مخاط و خونریزی از مخاط ضمن سیگموئیدسکپی بودند. ۱۸٪ بیماران احتقان واضح مخاط و ۵٪ آنان زخم سطحی را نشان میدادند و اسپاسم و بلغم نیز دیده میشد (جدول شماره ۶). در مواردیکه نشانه‌های التهاب خفیف و یا شدید در آندوسکپی قابل رؤیت بود، نمونه برداری (بیوپسی) انجام گردید (۱۱ و ۱۷).

نتایج نمونه برداری:

در نمونه برداری از ۵۸ بیمار نتایج زیر بدست آمده است که در تمام آنها نشانه‌های التهاب همراه با ارتشاح سلولهای آماسی خصوصاً ائوزینوفیل و پلاسموسیت مشاهده گردید. بعلاوه، در ۳ مورد آنتامبا هیستولیتیکا و در يك مورد لارو استرونژیلوس استرکورالیس و در يك بیمار تخم کرمک در داخل بافت دیده شده است.

نشانه‌های آسیب شناسی مشابه تغییراتی است که Juniper نیز آنرا شرح داده است (۵).

افزافه کرد که تمرکز التهاب انگلی گاهی در ناحیه انتهائی روده بوده و باید به عنوان ورم رکتوم (Proctitis) اسم برده شوند (۹) و این بیماری فقط از کشورها و کشورهای همجوار مثل پاکستان گزارش شده است، لذا شناخت و افتراق آن با بیماری بنام قولون تحریک پذیر (Irritable colon) که شباهت زیادی با آن دارد، ضرور است.

دستیابی به نتایج فوق بوسیله سیگموئیدسکپی، آزمایش مکرر مدفوع تازه و نمونه برداری بوده است.

$\frac{۲}{۳}$ بیماران از ۱ تا ۶ نوع انگل داشته اند. ۵۷٪ انگلها پروتوزوئ و بقیه شامل انگلهای دیگر بوده اند.

بکار بردن داروهای ضد انگلی نشان داد که در موارد گرفتاری روده بزرگ باید از چند دارو استفاده کرد و پس از قطع درمان مجدداً چند ماه بعد باید درمان را تکرار کرد و این عمل ممکن است چند بار ادامه یابد. درین جا ذکر این نکته لازمست که عود بیماری در بعضی موارد میتواند منتسب به آلودگی مجدد و یا آلودگی خانواده باشد و در این موارد تعلیمات بهداشتی به بیماران ضرورت کامل دارد.

(البته گاهی ورم رکتوم انگلی ممکن است همراه با بواسیر نیز باشد). این توجه بخصوص در بیماران جوانی که نشانههای آندوسکوپیک بواسیر، پولیپ و یا بیماری خون دهنده متداول دیگری ندارند به تشخیص بیماری کمک میکند.

۲۴۰ بیمار که از ناراحتی جهاز هاضمه شایت داشتند از نظر بیماریهای انگلی مورد مطالعه قرار گرفتند. ۴۷ (۲۰٪) بیمار مبتلا به اسهالهای مکرر بودند و اکثراً حامل آنتامبایستولینیکا (Carrier Ent. Hist.) و یا سایر انگلها بودند.

۱۵۷ (۶۵٪) بیمار مبتلا به خونریزی از رکتوم که ۱۶ تن منحصرأً مبتلا به ورم رکتوم انگلی (Parasitic proctitis) بودند. نشانههای دیگر بصورت یبوست، اسهال و یبوست، نفخ، دردهای مسیر قولون بخصوص ناحیه سکوم و سیگموئید و دفع متناوب بلغم بوده است که با سامی مختلفی از قبیل ورم قولون آمیبی خفیف (Mild Amebic Colitis) یا ورم قولون آمیبی بی نشانه (Asymptomatic Amebic Colitis) (۴، ۷، ۱۰) و یا ورم قولون انگلی (Parasitic colitis) و ورم قولون آمیبی غیر دیسنتریک (Non dysentric Amebic Colitis) مشهورند (۱۲). باید

REFERENCES:

- 1- Goligher, J.C.: Surgery of the anus, rectum and colon, second edition, London. Bailliere, Tindall & Cassell. P. 999. 1967.
- 2- Judy, K.L.: Amebiasis presenting as an acute abdomen, Am. J. Surg. 127: 275, 1974.
- 3- Jung, R.C. Carrera, G.M.: Parasitic diseases of the colon, rectum and anal canal clinical consideration and pathologic manifestaion. Dis. Col. & rectum 3:313, 1959.
- 4- Kean, B.H.: The treaument of Amebiasis. J.A.M.A. 235: 501, 1976.
- 5- Kerrison Juniper, JR. et al: Rectal biopsy in the diagnosis of amebic colitis: South. Med. J. 51: 545, 1958.
- 6- Knight, R. et al: Progress report intestinal parasites. Gut 14: 145, 1973.
- 7- Pittman, F.E. et al: Studies of human amebiasis. Gastroenterology 65: 581, 1973.
- 8- Sherwin, S., Desser, et al: Dientamoeba Fragilis in idiopathic Gastrointestinal disorders. Can. Med. Assoc. J. 114: 290, 1976.
- 9- Soullard, J.: Proctologie, Paris Masson & Cie, P 278. 1975.
- 10- Stamm, W.P., Amebiasis: A neglected diagnosis. J. Roy. Coll. Phyens 10: 294, 1976.
- 11- Tucker, P.C. et al: Amebic colitis mistaken for inflammatory bowel diseases; Arch. Intern. Med. 135: 681, 1975.
- 12- Zulfigar, H. and Aziz, R.: Chronic non-dysentric intestinal amebiasis. A review of 159 cases, J.A.M.A. 25: 75, 1975.