

درمان‌های طبی شقاق مقعد (Anal Fissure)

ترجمه از: دکتر سیدحسین میرمجلسی*

مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و دیگری عمل جراحی اسفنکترتومی داخلی لاترال می‌باشد. این روش جراحی ساده و مؤثر و به طور سرپائی قابل اجراء است و تحت بیحسی موضعی انجام می‌پذیرد. عوارض جانبی این عمل شامل اختلال موقتی و گاهی دائمی کارکرد اسفنکتر مقعدی بخصوص بی اختیاری گاز، و خروج بلغم و گاهی مدفوع است. در نتیجه، جستجو برای روش‌های فارماکولوژیک که به طور موقت یا بازگشت‌پذیر عملی معادل اسفنکترتومی انجام دهند و فشار اسفنکتر را تا موقع التیام شقاق پائین آورند لازم آمد. امروزه دو روش درمان طبی برای این منظور وجود دارد که در باره آنها بحث خواهد شد.

شواهد متعددی نشان داده‌اند که انبساط (Relaxation) اسفنکتر مقعدی داخلی با واسطه اکسیدنتریک (Nitric Oxide) صورت می‌گیرد. در بیماران مبتلا به شقاق مقعد، ترکیبات مختلف نیتراته به طور موضعی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در یک مطالعه دوسرکور، راندومیزه و با دارونما کنترل شده توسط لوند و شوفیلد ۸۰ بیمار با ترکیب ۰/۲ درصد نیتروگلیسیرین (گلیسیریل تری‌نیترات) درمان شدند. پس از دو ماه پیگیری، ۶۸ درصد از بیماران درمان شده و فقط ۸ درصد بیماران شاهد التیام یافتند. در بیماران درمان شده فشار ماگزیم در حال استراحت مقعدی کاهش یافت و جریان خون مقعدی - پوستی افزایش یافت ولی در گروه شاهد چنین تغییراتی مشاهده نشد. در ۸ درصد از بیمارانی که با این درمان بهبود یافته بودند شقاق عود کرد ولی همه‌شان با درمان مجدد بهبود یافتند. در مطالعه دیگر غیرکنترل شده در ۳۴ بیمار توسط شوتن و همکاران که با ترکیب موضعی ۱٪ دی‌نیترات ایزوسوربید درمان شده بودند نتایج مشابهی به دست آمد.

یکی از عوارض مهم درمان با نیترات‌ها بروز سردرد در تعداد زیادی از بیماران درمان شده است، مخصوصاً اگر غلظت دارو بالا باشد. خوشبختانه این عارضه نسبتاً خفیف و معمولاً گذرا است. عارضه مهم دیگر بروز تحمل یا تولاتنس نسبت به دارو است. این عارضه در مورد سایر بیماری‌هایی که با نیترات درمان می‌شوند مانند بیماری‌های قلبی و عروقی هم مشاهده شده است.

روش دیگر درمان طبی شقاق مقعد استفاده از توکسین بوتولینوم است. در این مورد هم هدف، کاهش فشار در حال استراحت اسفنکتر مقعدی است که با جلوگیری از رها شدن آستیل کولین از طرف پایانه‌های عصبی پره سیناپتیک محقق می‌شود. این توکسین که به عنوان یک ماده کشنده شهرت پیدا کرده است اکنون در بسیاری از بیماری‌های ماهیچه‌ای مخطط به ویژه در استرابیسم، بلفاروسپاسم و Spasmodic Torti-collis به کار می‌رود. همچنین در درمان بعضی از بیماری‌های ماهیچه‌ای صاف مانند آشلازی و اختلالات ماهیچه

شقاق مقعد عبارت است از پارگی مختصر پوست در ابتدا و یا در داخل لبه مقعد که به طرف خط دندان‌های (Dentate line) ادامه می‌یابد. نمود درصد شقاق‌های مقعد در خط میانی خلفی قرار دارند. علائم بالینی عبارتند از درد شدید بعد از اجابت مزاج و خروج خون قرمز روشن از مقعد. تشخیص بیماری با گرفتن شرح حال دقیق و معاینه ناحیه مقعد صورت می‌گیرد. در معاینه معمولاً یک برکه نگهبان (Sentinel Tag) و با کنار زدن دو طرف کیپل، پارگی یا زخم به خوبی مشاهده می‌شود. در تمام مواردی که بیماری‌های مقعدی با درد شدید همراه است بهتر است در ابتدا از به کار بردن وسایل تشخیصی خودداری کرد چون این کار سبب افزایش درد و ناراحتی بیمار می‌شود و نتیجه‌ای هم برای پزشک ندارد. در صورت لزوم، انجام این اعمال تشخیصی باید بعد از آرام شدن بیماری انجام گیرد.

شقاق مقعد چنانکه گفته شد معمولاً در خط میانی بخصوص خلفی ظاهر می‌شود. اگر شقاق در غیر این ناحیه دیده شود باید تشخیص‌های دیگری مانند بیماری کرون، سرطان مقعد، سندروم نقص ایمنی اکتسابی و سفلیس را در نظر گرفت. شقاق‌ها گرچه معمولاً ایدیوپاتیک نامیده می‌شوند ولی به نظر می‌رسد که علت پیدایش آنها افزایش فشار اسفنکتر و ایسکمی موضعی ناشی از آن باشد.

مکانیسم اسفنکتری مقعد عبارت است از: اسفنکتر مقعدی داخلی که خود انتهای لایه ماهیچه‌ای مدور صاف رکتوم است و قسمت اعظم تون اسفنکتری در حال استراحت را تأمین می‌کند و اسفنکتر مقعدی خارجی که یک ماهیچه مخطط و تحت کنترل ارادی می‌باشد. در بسیاری از افراد در ناحیه خلفی کانال مقعدی، کم خونی نسبی وجود دارد. مطالعه با داپلرهای لیزری نشان داده است که این ناحیه در افراد سالم به طور طبیعی دچار کاهش جریان خون می‌باشد. در بیماران مبتلا به شقاق مقعد به طور ویژه، فشار در حال استراحت اسفنکتر مقعد بیشتر از معمول است و اسفنکتر مقعدی داخلی به ندرت بطور خودبه‌خود به حال انبساط درمی‌آید. از آنجا که جریان خون مقعدی - پوستی از خلال اسفنکتر مقعدی داخلی گذر می‌کند، افزایش فشار اسفنکتر مقعدی باعث کاهش جریان خون در این ناحیه می‌شود. جریان خون مقعدی - پوستی به خصوص در قاعده شقاق بسیار کم است.

درمان شقاق‌های مقعد بر کاهش هیپرتون اسفنکتر مقعدی مبتنی است. درمان سنتی شامل نشستن در آب گرم، تجویز بیحس‌کننده‌های موضعی و دادن موادی است که باعث افزایش حجم مدفوع می‌شوند. حاصل درمان، کاهش درد و انبساط مقعد با توده مدفوع حجیم و نرم می‌باشد. روش‌های غیر دارویی نیز بر مبنای کاهش فشار اسفنکتر مقعدی قرار دارد که یکی از آنها اتساع مقعد با فشار انگشت است که اکنون چندان

پزشکی در فرهنگ ایران زمین:

نمونه‌ای از یک نسخه پزشکی یا روان‌پزشکی

ایران قدیم به مطایبه

به انتخاب دکتر سیدحسین میرمجلسی

به نام یزدان

مداوای ویژه خرسندی به چاره است نه بخت. و آن چاره و درمان خونسردی است، این هم می‌تواند دارویی باشد: اندیشیدن، یک درم سنگ - شناختن خرسندی از روی دانش، دانگی سنگ - اگر این کار را نکنم چه کنم، دانگی - از امروز تا فردا شاید بهتر پیش آید، دانگی سنگ - مبادا از این هم بدتر پیش آید، دانگی سنگ - از آنچه پیش آمده است خرسند بودن برایم آسان‌تر است، دانگی سنگ - و اگر خرسند نباشم اثر نیکویی بر کار ندارد و برایم دشوارتر خواهد بود، دانگی سنگ. این داروها را در هاون شکیبائی کردن - با دسته هاون نیایش کوبیدن و با پرویزن قناعت بیختن - و هر روز بامدادان به اندازه دو قاشق با اعتماد به یزدان، به‌دهن ریختن - به شکل محلول هم می‌توان خوردن و خرسند بودن، چه به تن و روان بسیار سودمند است. پایان یافت با درود و شادی.

صفحه ۵۴ از مجموعه متن‌های پهلوی که توسط بنیاد فرهنگ ایران به شماره ۱۱۲ در ۱۳۵۰ طبع و منتشر شده است. چراغعلی اعظمی سنگسری: پیشینه پزشکی در ایران روزگار ساسانیان و پیش از آن، در سخنواره: پنجاه و پنج گفتار پژوهشی به یاد دکتر پرویز خانلری، به کوشش ایرج افشار و دکتر هانس روبرت رویمر: ۴۶۳ - ۵۰۴. انتشارات توس، تهران

استعمال موضعی ترکیبات نیترات و یا از تزریق موضعی توکسین بوتولینوم استفاده کرد. البته لازم است که در آینده در باره ترجیح یکی از این دو روش بر دیگری مطالعات مقایسه‌ای انجام داد. تزریق اسفنکتر مقعدی داخلی با سوزن شماره ۲۷ یا ۲۰ واحد توکسین (۰/۲ میلی‌لیتر) با لمس این اسفنکتر در هر طرف صورت گرفت.

* - مؤسسه پزشکی ایرانیان، تهران

مأخذ:

MADOFF, RD. Pharmacological Therapy for Anal Fissure. N.Engl J Med 1998;338:257-258

MARIA G, Cassetta E, Gui D, et Al: A Comparison of Botulinum Toxin and Saline for the Treatment of Chronic Anal Fissure. N Engl J Med 1998;338:217-220

Detrusor مثانه هم به کار رفته است. ماریا و همکاران در یک مطالعه دوسرکور، و دارونما - کنترل شده، توکسین A بوتولینوم را در ۳۰ بیمار مبتلا به شقاق مقعدی مزمن به کار بردند. بعد از دو ماه پیگیری، ۸۷ درصد بیماران درمان شده بهبودی علائم بیماری و ۷۳ درصد آنان التیام شقاق پیدا کردند. در حالی که در گروه شاهد این نتایج به ترتیب ۲۷ درصد و ۱۳ درصد بود. فشار در حال استراحت اسفنکتر مقعدی به طور معنی‌داری در گروه درمان شده کاهش یافت ولی در گروه شاهد این فشار ثابت باقی ماند. هر ۴ بیماری که بعد از دوره اول درمان، التیام نیافتند بعد از دوره دوم درمان بهبودی حاصل کردند و ۷۰ درصد از بیماران شاهد هم که با دارونما تغییری پیدا نکرده بودند و با این دارو درمان شدند بهبود یافتند. تنها یک بیمار دچار بی‌اختیاری گاز آن هم به طور گذرا شد. نتایج مشابهی در بررسی‌های ژوست که مقدار کمتری از توکسین را (۲/۵ - ۵ واحد در مقابل ۲۰ واحد پژوهشگران قبلی) به کار برده بود به دست آمد. در مطالعه ماریا و همکاران، توکسین در اسفنکتر مقعدی داخلی تزریق شده بود در حالی که در مطالعه ژوست، توکسین در اسفنکتر مقعدی خارجی تزریق شد.

سؤال‌های متعددی در مورد درمان دارویی شقاق‌های مقعدی مطرح است که باید پاسخ داده شوند. در مورد نیترات این سؤال‌ها عبارتند از: چه ترکیبی، با چه غلظتی و برای چه مدت باید به کار رود؟ در مورد توکسین بوتولینوم پرسش‌های مربوطه عبارتند از: مقدار مناسب توکسین چقدر است و کجا باید تزریق شود و آیا این تزریق باید در اسفنکتر داخلی یا اسفنکتر خارجی صورت گیرد؟ در هر دو مورد باید بدانیم که بی‌اختیاری مدفوع در چند درصد از بیماران درمان شده ممکن است پیدا شود و آیا این عارضه موقتی خواهد بود یا نه؟ همچنین، هزینه درمانی با این روش‌ها چقدر و به نفع کدام روش است؟ و بالاخره عود بیماری در دراز مدت در چه تعدادی از بیماران پیدا خواهد شد؟ اگر مزیت درمان طبی، موقتی بودن کاهش فشار اسفنکتر مقعدی است، باید دید در چه تعداد از بیماران با دوباره بالا رفتن فشار اسفنکتر که ماه‌ها یا سال‌ها بعد از درمان پیدا می‌شود بیماری عود می‌کند.

در پایان باید گفت که بسیاری از بیماران که برای اولین بار با تشخیص شقاق مقعدی به پزشک مراجعه می‌کنند باید مورد درمان طبی سنتی قرار گیرند. خوشبختانه بیشتر بیماران با شقاق مقعدی حاد بهبود می‌یابند. برای بیمارانی که این روش مؤثر نباشد و یا در آنهائی که درد آنچنان شدید باشد که بیمار نتواند برای مدتی منتظر پاسخ درمان طبی باشد، اسفنکتروتومی داخلی لاترال معمولاً مرحله بعدی در اقدام درمانی است. هر چند تعداد معمولاً کمی از بیماران عمل شده دچار عوارض ناگوار بی‌اختیاری که گاهی دائمی است می‌شوند ولی بعد از عمل، درد بلافاصله ساکت می‌شود و بسیاری از بیماران از نتیجه عمل راضی هستند. همچنین عود بیماری در دراز مدت به ندرت پیش می‌آید.

این سلسله مراتب درمانی سنتی اکنون با پیدایش درمان‌های طبی جدید مورد چالش قرار گرفته است. اکنون برای درمان می‌توان از