

بیماری هموروئید و معالجه آن

ترجمه از: دکتر سیدامیر میرباقری*

خلاصه

بیماری هموروئید، بیماری بسیار شایعی است که ۴/۴ تا ۳۶/۴ درصد مردم جهان به آن دچارند. بروز آن می‌تواند در افراد بالای ۵۰ سال به بیش از ۵۰ درصد جمعیت برسد و به همین سبب مجامع پزشکی بین‌المللی توجه روزافزونی به این مسئله دارند. اکنون علت ایجاد این بیماری بهتر درک شده است و بنابراین درمان و مراجعت آن نیز اختصاصی‌تر شده است.

بیماری هموروئید، یک بیماری چند عاملی (Multifactorial) است و دو تنوری اصلی در مورد چگونگی پیدایش آن وجود دارد:
۱ - تنوری مکانیکی ۲ - تنوری همودینامیک.

در تنوری مکانیکی شبکه عروقی به طرف بیرون رانده می‌شود که این در اثر اضمحلال رشته‌های رباطی استحکام‌دهنده شبکه عروقی داخلی است. به این رباط‌ها، رباط‌های پارکز می‌گویند (Parks Ligaments). این اضمحلال اساس تقسیم‌بندی چهاردرجه‌ای است که در دنیا استفاده می‌شود.

بنا بر تنوری همودینامیک، عامل اصلی بیماری هموروئید اختلال عملکرد شنت‌های شریانی - وریدی هموروئید در سطح مویرگی است. عوامل مکانیکی و همودینامیک منحصر به فرد نبوده و عوامل مساعدکننده دیگری نیز برای این بیماری وجود دارد. با انجام معاینه فیزیکی کامل می‌توان بیماری هموروئید را از دیگر ضایعات ناحیه مقعد مانند سرطان و یا عوارض هموروئید مثل شقاق و ترومبوز وریدی، تشخیص داد.

روش‌های درمانی مختلفی ارائه شده است که بر مبنای نیاز فوری بیمار تقسیم‌بندی می‌شود. روش‌های طبی مانند رعایت اصول بهداشت و رژیم غذایی، درمان‌های دارویی، همچنین روش‌های مکانیکی یا جراحی را می‌توان به کار برد. در ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد هموروئید را می‌توان به وسیله ترکیبی از درمان‌های دارویی و یا استفاده از وسائل غیرجراحی (Instrumental Treatment) کنترل کرد. در ابتدا لازم است درمان دارویی به کار رود که ممکن است به تنهایی کفایت کند. در اینجا نگاه گذرای به پاتوفیزیولوژی و تظاهرات و همچنین درمان‌های سنتی و جدیدتر هموروئید خواهد شد.

هموروئید: محل آناتومی و تعریف

هموروئید ساختمانی آناتومیک است که از هنگام تولد وجود دارد. در بیماری هموروئید لایه‌های زیرمخاطی به طرف خارج جابه‌جا می‌شود. (شکل ۱)

تعریف:

برای این که هموروئید را تعریف کنیم باید بدانیم که هموروئید دربرگیرنده دو شبکه وریدی است:

۱ - شبکه هموروئیدی زیرمخاطی داخلی که در بالای خط دندانته‌ای (Dentate Line) مستقر است.

۲ - شبکه هموروئیدی زیرمخاطی خارجی که در زیر خط دندانته‌ای قرار دارد.

بر حسب تعریف، واژه هموروئید به معنای وضعیتی پاتولوژیک است که در آن شبکه وریدی خارجی یا داخلی و یا هر دو با هم متسع می‌شوند.

پاتوفیزیولوژی هموروئید:

چگونگی ایجاد بیماری هموروئید را می‌توان با تنوری‌های مختلف که هیچکدام منحصر به فرد نیست توضیح داد اما دو عامل اصلی مسبب ایجاد این بیماری شامل عوامل همودینامیک و عوامل مکانیکی هستند

که این عوامل را عوامل متعدد دیگری تشدید می‌کنند.

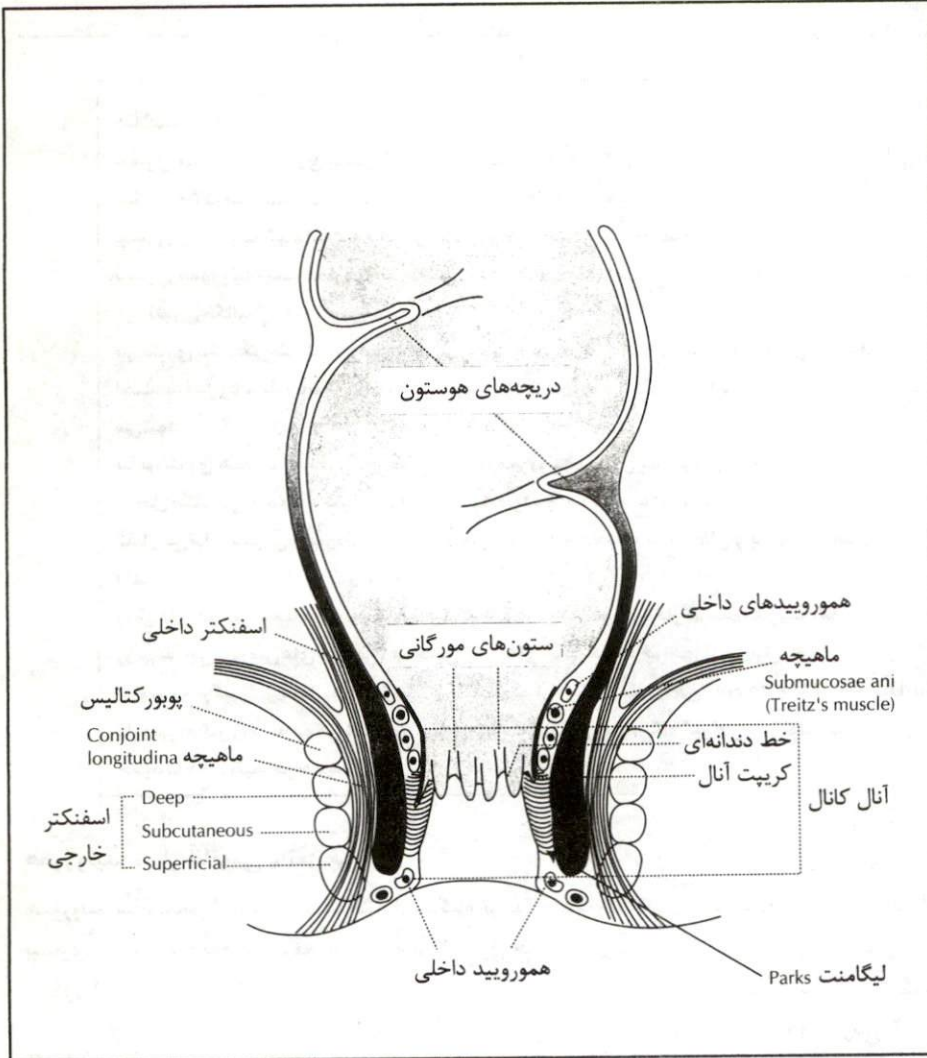
بر مبنای تنوری همودینامیک بیماری هموروئیدی به وسیله اختلال عملکرد گردش خون وریدی (برگشت خون وریدی در هنگامی که افزایش فشار داخل شکمی وجود دارد، ایست عروقی ثانویه به اختلال برگشت خون وریدی) اختلال عملکرد گردش خون شریانی (افزایش جریان خون در شبکه عروقی Splanchnic، بیماری‌های شریانی مزانتریک تحتانی) و اختلال عملکرد شنت‌های شریانی وریدی هموروئیدی در سطح مویرگی که از موارد دیگر محتمل‌تر است، به وجود می‌آید. (شکل ۲)

اختلال عملکرد شنت‌های شریانی - وریدی منجر به تغذیه غیرطبیعی بافت می‌شود. سپس شبکه‌های وریدی به وسیله خون شریانی پر شده گشاد می‌شوند و همین امر توجه کننده تراوش خون روشن قرمز رنگ از هموروئیدهای خونریزی‌دهنده، ایجاد التهاب و لخته‌سازی در دیواره ورید و مویرگ است.

بر مبنای تنوری مکانیکی بیماری هموروئیدی در اثر تباهی* (Degeneration) پیشرونده شبکه رباطی مخاط کانال مقعدی یعنی

* - «تباهی» واژه‌ای است که زنده‌یاد مرحوم دکتر آذر از پیشگامان رشته گوارش در ایران به کار برده‌اند. (ویراستار)

شکل ۱ - نمای هموروئید همان رباط پارکز ایجاد می‌شود. پس این



شبکه‌های رباطی استحکام لازم برای اتصال به لایه‌های عمیق عروقی نداشته، بنابراین به آنها اجازه می‌دهد که در صورت ایجاد افزایش فشار داخل مقعد به طرف بیرون جابه‌جا بشود. میزان این تباهی رباطی اساس تقسیم‌بندی بین‌المللی چهاردرجه‌ای هموروئید است.

عوامل اسفنکتری (Sphincter Factors) نیز احتمالاً مشارکت دارند، چرا که فشارسنجی ناحیه آنورکتال در افرادی که از بیماری هموروئید رنج می‌برند، افزایش فشار در حالت استراحت کانال مقعدی را نشان می‌دهد. شاید این عوامل کمک‌کننده و توجیه‌گر وجود تنوع و تناوب علائم و همچنین عدم وجود ارتباط تشریحی (آناتومیک) در بین این علائم باشند.

تظاهرات بالینی:

اغلب بیماران با این شکایت که هموروئید دارند مراجعه می‌کنند، معمولاً بیماران تصور می‌کنند که هر ضایعه‌ای در ناحیه آنورکتال مساوی با هموروئید است، بنابراین اعتباری بر گفته بیمار نیست و بایستی بررسی‌های لازم جهت تشخیص صورت گیرد. شایع‌ترین علائم عبارتند از:

۱ - خونریزی، که معمولاً در ۱۰ درصد

بالغان رخ می‌دهد. می‌توان گفت که ۷۰ تا ۸۰ درصد علت خونریزی از ناحیه آنورکتال در بالغان به علت هموروئید است.

۲ - درد: هنگامی که هموروئید در تنگنا افتاده، ترومبوزه شده، تحت فشار قرار گرفته و یا به آنها شقاق اضافه شده باشد، درد ایجاد می‌شود.

۳ - خارش.

۴ - ترشح چرکی که در نتیجه ترشح التهابی رخ می‌دهد.

۵ - احساس ناراحتی به معنی تمایل به دفع در اثر احساس پری در ناحیه پرینه و مقعد.

۶ - تغییر در عادت اجابت مزاج.

معاینه ناحیه آنورکتال:

دو نوع روش جهت این کار وجود دارد:

الف - قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده روی دست چپ که بخصوص

در افراد مسن، بیماران با حال عمومی بد و افرادی که شدیداً مضطرب هستند مناسب است.

ب - وضعیت آرنج زانو (اصطلاحاً سجده) که بهترین روش برای دیدن رکتوم است. (شکل ۳)

در اولین معاینه بالینی باید با دقت به ناحیه نگاه کرد و بخصوص توجه به ضایعات پوستی، شقاق، زخم، تورم و پرولاپس هموروئید (در حالت استراحت و یا به هنگام زور زدن) معطوف گردد.

معمولاً هموروئیدها در سه تجمع خوشه‌ای به رنگ سرخ تیره (Dark Red Clumps) با چین‌های موازی طولی دیده می‌شوند. برای بررسی وجود سفتی (Induration) و همچنین کیفیت حرکت و تونسیته درپچه مقعدی لمس کمک می‌کند.

معاینه ناحیه آنورکتال با دست به تنهایی نمی‌تواند تشخیص هموروئید را مشخص کند زیرا اکثر اوقات توده‌های هموروئیدی قابل لمس نیستند، از

- و بالاخره پرخونی ناشی از آماس را کاهش بدهند (با فعالیت ضد التهابی)

تأثیر بالینی مواد Phlebotropic به کرات با مطالعات کور دو جانبه با کنترل دارونما در حمله حاد هموروئید به اثبات رسیده است و در این حالت می‌تواند علائم را بهبود بخشد و همچنین در موارد هموروئید مزمن می‌تواند از بروز حملات بعدی پیشگیری کند و یا حداقل شدت آن را کاهش دهد.

استعمال مواد موضعی می‌تواند با لزج کردن موضعی کانال مقعدی باعث تسهیل در تخلیه مدفوع شود. چون این مواد به طور مستقیم در محل ضایعه به کار می‌رود در برخی بیماران ایجاد آرامش روحی روانی می‌شود ولی هیچ مطالعه‌ای تأثیر آنها را به اثبات نرسانده است و شاید موجب بروز حساسیت موضعی بشوند چرا که اکثر آنها حاوی مواد بی‌حس کننده هستند.

درمان‌های خوراکی غیر اختصاصی:

ضمن اعمال درمان‌های اختصاصی برای حملات دردناک هموروئید، گاهی اوقات درمان‌های غیر اختصاصی نیز ضروری می‌شود. برای مثال مسکن‌ها برای درد و داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی جهت کاهش التهاب.

درمان‌های مکانیکی و جراحی:

الف - درمان‌های مکانیکی: با استفاده از وسایل خاصی، با ایجاد یک ناحیه محدود اسکالروزه در قاعده خوشه هموروئید، مخاط و زیرمخاط به بافت زیرین خود می‌چسبند و بنابراین هموروئید را می‌توان به حالت طبیعی خود برگرداند. برای تحقق این امر روش‌های مختلفی را از طریق پروکتوسکوپ به کار برده‌اند مانند:

- اسکالروتراپی که در آن محلول اسکالروزان (۵ درصد فنل ۰/۵ درصد، یک درصد پولی‌دوکسانول، محلول هیپوکلرید کینین - اوره و یا مایع نمکی هیپرتونیک) را به داخل لایه زیرمخاطی در بالای هر هموروئید تزریق می‌کنند. این قدیمی‌ترین روش غیر جراحی است. از این روش در مواردی که هموروئیدها کوچک هستند و خونریزی می‌دهند استفاده می‌شود.

- انسداد به وسیله باند لاستیکی که در آن یک باند لاستیکی را در قاعده خوشه هموروئید قرار می‌دهند. هدف ایجاد نکروز در اثر بروز کم‌خونی است. در بیماران مبتلا به هموروئیدهای بزرگ می‌توان به جای جراحی از این روش استفاده کرد.

- کرایوتراپی که اغلب از آن به همراه باند لاستیکی به طور همزمان استفاده می‌شود. در اینجا قسمتی از

این روش، تشخیص بر اساس معاینه بالینی در طی انجام پروکتوسکوپی است و اگر این کار به آرامی انجام پذیرد به خوبی قابل تحمل خواهد بود. با پروکتوسکوپی می‌توان:

- محل اتصال آنورکتال،
 - مخاط کانال مقعدی که شبکه هموروئید داخلی را می‌پوشاند،
 - خط دندانه‌ای و
 - مخاط زیر خط دندانه‌ای را مشاهده کرد.
- اشتباه‌های تشخیصی در پروکتوسکوپی نادر هستند، هیپرتروفی پایبلا، آنژیوما و ملانوما از آن جمله هستند که بایستی به آنها توجه داشت.

درمان طبی هموروئید:

در بین تمامی درمان‌ها ابتدا مناسب است درمان طبی به کار رود و به همراه ابزار و آلات (Instrumental) در ۹۰ تا ۹۵ درصد موفقیت حاصل می‌گردد. جراحی به صورت استفاده از چاقو فقط در ۵ تا ۱۰ درصد ضرورت پیدا می‌کند.

درمان‌های طبی شامل:

- ۱ - توصیه‌های بهداشتی و غذایی که به منظور پیشگیری از یبوست، زور زدن و از بین بردن عوامل محرک موضعی داده می‌شوند، عبارتند از:
 - افزایش مصرف روزانه مواد فیبری.
 - مصرف مایعات در حد کافی.
 - اجابت مزاج منظم.
 - مصرف نوشابه سرد در صبح، که باعث تحریک تخلیه رکتوم می‌شود.
 - پرهیز از مصرف مواد محرک کولون مانند قهوه، چای، الکل و غذاهای تند.

درمان با ملین‌ها:

- از ملین‌هایی مثل سبوس گندم، موسیلاژ، پارافین مایع و قندهای غیر قابل جذب (لاکتولوز) در صورت نیاز می‌توان استفاده کرد.

درمان‌های دارویی:

مواد Phlebotropic مثل Micronized Diosmin تصفیه شده تنها درمان خوراکی موجود هستند و از ارزش بالایی در درمان برخوردار خواهند بود اگر بتوانند:

- تونیسیته وریدی را افزایش دهند (و بنابراین گشاد شدن پیشرونده شبکه عروقی را کاهش دهند)
- از میکروسیرکولاسیون حمایت کنند (به عبارتی با پی‌آمدهایی که در اثر اختلال فونکسیون ناشی از شنت شریانی - وریدی پیش می‌آید، مقابله کنند)



هموروئید کتومی به روش

بسته یا روش Ferguson که در آن زخم باز شده را به وسیله بخیه‌های قابل جذب می‌بندند.

هموروئید کتومی با روش Whitehead که

تخریب در آن بیشتر است. تمامی مخاط را از طریق یک برش حلقوی در ناحیه مقعد باز نموده و شبکه عروقی را

برمی‌دارند. این روش اکنون خیلی مورد توجه نیست زیرا عوارض شدیدی را به همراه دارد (مثلاً تنگی و

Ectropion).

برداشتن لخته (Thrombectomy) در مورد هموروئیدهای

دردناک اند انجام می‌شود.

ترومبوزه خارجی که معمولاً بسیار عارضه درمان‌های جراحی خونریزی است که می‌تواند بلافاصله پس از عمل باشد (از پایه یک بخیه شل) و یا به طور تأخیری رخ بدهد یعنی بین ۷ تا ۱۵ روز پس از عمل.

خط مشی درمانی به طور خلاصه

هموروئیدهای داخلی	هموروئیدهای خارجی:
هموروئیدهای درجه ۱ تا ۴	- تغییر در نوع رژیم غذایی
- تغییر نوع غذا	- داروهای فلبوتروپیک خوراکی
- داروهای فلبوتروپیک خوراکی	- داروهای موضعی
- روش‌های تثبیتی (درجه ۲ و ۳)	- برداشتن لخته
Fixation Methods	- در صورت عدم موفقیت
- در صورت عدم موفقیت یا	هموروئید کتومی
هموروئید درجه ۴: جراحی	

* - استاد دانشگاه تهران - بیمارستان امیرالم

منبع:

Angiology Today, v. 29, 199.. «Hemorrhoidal Disease Overview»

شکل	نشانه‌ها	علائم
	هموروئید به وسیله آنوسکوپ قابل رؤیت ولی پرولاپس نکرده است. مخاط به وسیله مویرگ‌های متسع محتقن و متقاطع است.	خونریزی عدم آرامش
	هموروئید پرولاپس شده را می‌توان در کانال در طی زور زدن دید ولی به حالت نرمال برمی‌گردد.	ترشح و خارش
	برای آنکه پرولاپس به حالت اولیه برگردد نیاز به دستکاری است	سوزش
	پرولاپس غیر قابل برگشت	درد

غشاء زیرمخاطی را به وسیله نیتروژن مایع، منجمد می‌کنند و بنابراین مقدار بافت اسکلروزی که باقی می‌ماند باعث تثبیت مخاط می‌شود.

روش‌های دیگر شامل ایجاد کوآگولاسیون به وسیله نور مادون قرمز (Infrared Cougulation)، استفاده از لیزر نوع YAG، دیامتری یک قطبی و یا دو قطبی جهت ایجاد کوآگولاسیون و استفاده از Heater Probe است.

ب - درمان‌های جراحی:

هموروئیدهای بزرگ و ترومبوزه (درجه ۴) شاید نیاز به درمان جراحی داشته باشند. انواع روش‌های درمانی به شرح زیر است:

هموروئید کتومی Milligan-Morgan یا هموروئید کتومی باز که شامل بریدن ۳ تا ۴ خوشه هموروئیدی است. این برش از ناحیه سوراخ مقعد شروع می‌شود. این روش ساده و سریع بوده، نتیجه مطلوبی نیز در بر دارد ولی مراقبت خاص پس از عمل ضروری است.

هموروئید کتومی زیرمخاطی (Parks) در این روش مشابه روش میلیگان - مورگان عمل انجام می‌شود ولی پس از برداشتن شبکه عروقی مخاط را به وسیله نخ‌های Cutgut می‌دوزند. روش پارکز باعث ریشه‌کنی اساسی هموروئیدها می‌شود و نتیجه پس از عمل نیز عالی است.