

موارد استعمال درون‌بینی (آندوسکوپی) گوارشی فوقانی در بیماران با علائم سوء‌هضم (دیس پپسی)

انجمن متخصصین بیماریهای دستگاه گوارش و کبد ایران

عکس‌هایی از مخاط به روش Double Contrast، ۷۰ درصد می‌باشد.^(۳،۲) در اینجا ما موارد استعمال درون‌بینی گوارشی فوقانی را که مورد قبول انجمن‌های تخصصی گوارش در کشورهای دیگر نیز می‌باشد اعلام می‌داریم و تذکر می‌دهیم که انجمن متخصصان بیماری‌های دستگاه گوارش و کبد ایران هم با کاربرد درون‌بینی به شکل زیر موافقت دارد:

موارد مجاز انجام درون‌بینی

- ۱ - در ناراحتی‌های قسمت بالای شکم مشکوک به زخم خوش‌خیم و یا برگشت اسید از معده به مری که به درمان به مدت دو تا سه هفته جواب نداده است.
- ۲ - وجود اختلالات در بلع.
- ۳ - استفراغ مکرر با علت نامشخص یا سوء‌هضم همراه با کاهش وزن.
- ۴ - درون‌بینی مجدد برای اطمینان از بهبودی کامل زخم معده پس از دو ماه درمان.
- ۵ - شک به وجود یک ضایعه بدخیم در آزمایش پرتونگاری برای تأیید آن و نمونه‌برداری از ضایعه
- ۶ - زخم معده یا مری و یا تنگی مری و معده که به وسیله پرتونگاری تشخیص داده شده است.
- ۷ - شناخت علت هر خونریزی از دستگاه گوارش و درمان آن.
- ۸ - احتمال وجود ضایعات زودرس بدخیم در افراد دارای عوامل خطرزا [مانند سابقه وجود سرطان معده در افراد نزدیک خانواده و مخاط بارت در مری (Barrett's Esophagus)].
- ۹ - تشخیص ضایعات مخاطی که نوع درمان بیماری‌های خارج از دستگاه گوارش را تغییر دهد (مانند تصمیم برای دادن داروهای ضد انعقادی یا ضدالتهای غیراستروئیدی NSAID).
- ۱۰ - قبل از تصمیم برای برداشتن کیسه صفرا (Cholecystectomy) در بیمارانی که سنگ کیسه صفراوی داشته و علائم بالینی در آنها احتمال وجود زخم پپتیک را نیز مطرح سازد.

موارد اجتناب از درون‌بینی:

- ۱ - وجود سوراخ‌شدگی در معده و اثنی‌عشر.

درد و ناراحتی‌های قسمت فوقانی شکم یکی از شایعترین عارضه‌هایی است که بزرگسالان را وادار به رجوع به پزشک نموده و او را به یاری و اخذ تصمیم برای تشخیص علت و درمان آن می‌طلبد. روش‌های پرتونگاری و درون‌بینی از وسایل تشخیصی برای شناخت عامل این ناراحتی‌ها می‌باشند. امکانات پرتونگاری و درون‌بینی در تمام نقاط به طور یکسان وجود ندارد و با هزینه‌هایی برای بیمار توأم است. در ممالک صنعتی پیشرفته که امکانات تشخیصی در همه جا وجود دارد و سیستم بیمه مخارج بیمار را می‌پردازد، توصیه می‌شود که از این امکانات نباید بلافاصله در اولین برخورد پزشک با بیمار مبتلا به سوء‌هضم استفاده شود.

بسیاری از انجمن‌های تخصصی توصیه می‌کنند که برای ۶ تا ۸ هفته بیماران جوانتر از ۴۵ سال را که از نظر بالینی مبتلا به یک ضایعه خوش‌خیم هستند درمان کنیم^(۱). بیمارانی که از داروها یا موادی استفاده می‌کنند که خود ضایعه‌سازند (مانند مصرف NSAID، الکل و یا سیگار زیاد) باید ابتدا از آنها پرهیز کنند. مصرف چندروزه داروهای ضد اسید، خود بیشتر ناراحتی‌های ناشی از بیماری‌های ایجاد شده توسط اسید معده را از بین می‌برد. چنانچه بیماران سابقه درد و ناراحتی‌هایی دارند که وجود یک زخم خوش‌خیم را مطرح می‌کند به علت رابطه تنگاتنگ ۹۵٪ زخم‌های اثنی‌عشر و ۷۰ تا ۸۰ درصد زخم معده با هلیکوباکتریلوری، درمان ضدباکتری این بیماران خود نه تنها باعث بهبود زخم می‌شود بلکه بیمار را که برای سال‌ها از عود مکرر زخم ناراحت بوده است از این ابتلا نجات می‌دهد. در آنهایی که علائم بیماری پس از دو هفته درمان باقی بماند یا پس از بهبودی کوتاه مدت مجدداً عود کند و یا مظنون به وجود یک عارضه جانبی مهم مانند خونریزی و انسداد باشند باید بدون از دست دادن وقت مورد درون‌بینی قرار گیرند. البته روش پرتونگاری هنوز در مملکت ما خیلی متداول است ولی عدم امکان تشخیص ضایعات سطحی و کم‌عمق مخاط به وسیله روش پرتونگاری، بخصوص عدم انجام پرتونگاری معده با روش Double Contrast و عدم امکان برداشتن نمونه برای تشخیص قطعی ضایعات مخاط معده با این روش انجام درون‌بینی را به عنوان روش تشخیصی اولیه در مناطقی که امکان انجام آن وجود دارد مطرح می‌سازد. ضریب اطمینان تشخیص ضایعات در درون‌بینی ۹۵٪ و در پرتونگاری با اخذ

۲ - عدم آمادگی و همکاری بیمار.

۳ - در صورت وجود بیماری‌های حاد قلب و ریه مانند Unstable Angina یا انفارکتوس و آسم شدید مقاوم به درمان که ممکن است با عواقب جانبی و شدت مرض توأم بوده و خطر انجام آن بر منافع تشخیصی بچربد.

۴ - تشخیص ضایعه خوش‌خیم به وسیله درون‌بینی یا پرتونگاری اخیر (زخم اثنی‌عشر).

۵ - چنانچه نتیجه تشخیص در روش درمان اثری نداشته باشد.

بیمار باید حداقل ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از انجام درون‌بینی تحت نظر پزشک قرار گیرد.

میزان ظهور عواقب جانبی یک در هزار و مرگ یک در ۵ تا ۱۰ هزار می‌باشد. البته این میزان در بیماران مبتلا به خونریزی جهاز هاضمه که Hypoxia دارند زیادتر است.

درون‌بینی گوارشی فوقانی به وسیله چه کسانی

باید انجام گیرد؟

این عمل باید به وسیله کسانی انجام گیرد که تحت نظارت و سرپرستی یک اندوسکوپست ورزیده بیش از ۱۰۰ درون‌بینی شخصاً انجام داده باشند و ضایعات تشخیص داده شده در مری، معده و اثنی‌عشر را هم لااقل در ۵۰ نفر دیده باشند. این ضایعات شامل ضایعات مری (خوش‌خیم، بدخیم، ازوفازیتها و واریس مری)، معده (سرطان‌های مختلف، ضایعات حاد مخاطی، زخم‌ها و پولیپ‌های مختلف) و اثنی‌عشر (دونوئیت، زخم اثنی‌عشر) می‌باشد.

شرایط انجام درون‌بینی:

بیماران آماده برای درون‌بینی بایستی لااقل ۶ ساعت ناشتا باشند. دادن داروهای آرام‌بخش معمولاً ضروری نیست و باید فقط به بیمارانی داده شود که در هنگام درون‌بینی مشکل ایجاد می‌کنند. مقدار دارو برای آرام‌بخشی بستگی به سن و وضع بیمار داشته و معمولاً باید با نبودن امکانات درمانی حیاتی با احتیاط داده شود. استعمال اسپری گزیلوگائین مخاط و حلق به انجام درون‌بینی کمک می‌کند. بیمار در سمت چپ خوابیده و لوله درون‌بین وارد دهان و حلق می‌گردد و به بیمار سفارش می‌شود که هنگام فرو بردن لوله در بلع آن خودیاری کند. در این مرحله باید لوله بدون هیچ گونه فشاری به حلق، کم کم وارد مری شود. دیدن مخاط تمام مری، معده و اثنی‌عشر باید پشت سر هم انجام گرفته و در صورت دیدن ضایعات مهم، نمونه‌برداری انجام شود. برداشتن نمونه مخاط برای انجام تست Urease یا بافت‌شناسی جهت هلیکوباکتر در بیمار بدون وجود ضایعه مخاطی و یا زخم اثنی‌عشر ضروری به نظر نمی‌رسد ولی در زخم معده کاملاً لازم است.

پس از انجام درون‌بینی نوشتن گزارش برای هر بیمار و دادن آن به او ضروری است. در صورت مصرف داروهای آرام‌بخش در جریان درون‌بینی،

مراجع و منابع:

- 1 - Health and Public Policy Committee. American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania. Endoscopy in Evaluation of Dyspepsia. Ann. Intern. Med. 1985; 102 : 266-269
- 2 - Kawai K., Ida K., Misaki F. et al. Comparative Study for Duodenal Ulcer by Radiology and Endoscopy. Endoscopy 1973; 5-7.
- 3 - Salmon P.R., Brown P., Hlut T., Read A.E. Endoscopic Examination of the Duodenal Bulb: Clinical Evaluation of Forward and Side-Viewing Fiberoptic Systems in 200 Cases and Radiological Examination of the Duodenum. Endoscopy 1974; 6 : 163-167

چگونگی تهیه آزمون اوره‌آز

Phenol Red را به آن اضافه می‌کنیم. این محلول را می‌توان دو تا سه هفته در یخچال نگهداری کرد. نمونه معده را در یک سی‌سی از این محلول قرار می‌دهیم. رنگ محلول برحسب تعداد باکتری‌های موجود در نمونه پس از چند دقیقه تا چهار ساعت و در مواردی که تعداد باکتری‌ها بسیار کم باشد پس از ۲۴ ساعت به رنگ قرمز آلبالوئی درمی‌آید و این تغییر رنگ به معنی وجود هلیکوباکتر در نمونه است.

تجزیه اوره $(CO_2 < NH_2 > NH_2)$ به آمونیاک و کربن‌دی‌اکسید می‌باشد. آمونیاک PH محلول را به طرف قلیایی سوق می‌دهد و نشانگر فنل‌رد (Phenol Red) را که در محیط اسیدی زرد رنگ است به رنگ قرمز آلبالوئی تبدیل می‌کند. ۱۰۰ سی‌سی از تامپون فسفات ناتریم یا PH ۶/۵ (Natrium Phosphat Buffer) را تهیه کرده و ۱۰ گرم اوره را در آن حل و بعد یک گرم نشانگر

برای اثبات ریشه‌کن شدن هلیکوباکتریلوری می‌توان آزمون اوره‌آز را که روشی آسان، کم‌خرج و سریع است به کار برد.

برای همکاران عزیز چگونگی انجام این آزمون را که در هر آزمایشگاه کوچکی امکان‌پذیر است شرح می‌دهیم.

اوره‌آز که در هلیکوباکتریلوری به مقدار فراوان وجود دارد و حدود ۱۰ درصد پروتئین‌های باکتری را تشکیل می‌دهد قادر به