

# بررسی توزیع فراوانی و علل رکتورژی<sup>۱</sup> واضح در بیماران بالغ مراجعه کننده به کلینیک اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک از شهریور ۱۳۷۹ لغایت شهریور ۱۳۸۰

دکتر علی فانی<sup>۲</sup>

## چکیده:

**مقدمه:** خونریزی دستگاه گوارش یکی از علل شایع مراجعه بیماران به کلینیک‌های گوارش و جراحی عمومی است و از دید بیمار هیچ چیز وحشتناک‌تر از خونریزی از راه دهان و مقعد نیست. علت خونریزی تحتانی گوارش می‌تواند خوش‌خیم یا بدخیم ساده یا پیچیده باشد. خونریزی می‌تواند مخفی، تدریجی و شدید باشد لذا خونریزی تحتانی گوارش باید تا تعیین علت، بررسی کامل شود.

**روش کار:** این مطالعه به صورت مشاهده‌ای، توصیفی - تحلیلی و مقطعی از ۷۹/۶/۱ لغایت ۸۰/۵/۳۱ به مدت یکسال انجام شده است. بیماران با دفع خون تازه یا لخته از مقعد از طریق شرح حال، معاینه کامل، آنوسکپی، رکتوسگموئیدوسکپی و کولونوسکپی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

**نتایج:** از ۵۸۰ بیمار مورد بررسی، ۵۵/۶٪ مرد و ۴۴/۸٪ زن بوده‌اند و ۴۰/۳٪ با شکایت یبوست و رکتورژی و ۱۴/۷٪ اسهال و رکتورژی، ۴۵٪ اجابت مزاج نرمال داشته‌اند. از دیدگاه علت‌شناسی بیماری، ۲۰٪ بیماران هموروئید<sup>۳</sup>، ۱۲/۴٪ شقاق مقعدی، ۱۰/۲٪ بیماریهای التهابی، ۹/۶۵٪ پولیپ کولون و ۹/۱۴٪ دیورتیکول، ۴/۳٪ سرطان کولون، ۰/۹٪ اکتازی عروقی<sup>۴</sup> و برای ۳۰/۴٪ بیماران علت به‌خصوص و قطعی به‌عنوان عامل خونریزی مشخص نشد.

**نتیجه‌گیری:** رکتورژی واضح از علل نسبتاً شایع خونریزی گوارش است. در این مطالعه هرچند که شایع‌ترین علت در مجموع ضایعات خوش‌خیم است ولی به دلیل وجود ضایعاتی از قبیل بیماریهای التهابی روده، پولیپ‌های کولون و سرطان روده بزرگ که با عوارض جدی و مرگ و میر بالا، همراه هستند باید رکتورژی مورد بررسی کامل قرار گیرد و بیماریهای فوق‌الذکر رد شوند.

**واژگان کلیدی:** رکتورژی، کولونوسکپی، پولیپ، سرطان، هموروئید، شقاق.

## مقدمه

نیز شایع بوده و گرچه به میزان خونریزیهای گوارش فوقانی تهدیدکننده نیستند ولی می‌توانند نشان از یک بیماری جدی مانند سرطان، پولیپ، کولیت و غیره باشند لذا خونریزی تحتانی دستگاه گوارش نیز همیشه باید جدی تلقی شود و علت آن تعیین گردد (۲۱). در غرب بررسی‌های فراوانی در مورد

خونریزی از دستگاه گوارش به طور کلی یکی از شایعترین علل مراجعه به کلینیک‌های تخصصی است. در حالی‌که در کشورهای توسعه یافته ریسک خونریزی از بیماریهای خوش‌خیم و بدخیم دستگاه گوارش فوقانی به تدریج پایین آمده، در کشور ما به علت عدم گزارش‌دهی متمرکز و دقیق، قابل ارزیابی نیست.

خونریزی‌های دستگاه گوارش تحتانی به ویژه از کولون

1. Rectorrhagia.

۲- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اراک.

3. Hemorrhoid.

4. Capillary ectasia.

علل رکتورژی وجود دارد. در ارزیابی خونریزیهای حاد دستگاه گوارش تحتانی که بصورت خون روشن و واضح ظاهر می‌کند و مورد نظر این مطالعه نیز می‌باشد باید به شرح حال از نظر سابقه بیماری به خصوص بیوست، اسهال مزمن خونی، هموروئید، بیماریهای التهابی روده، سرطان و غیره توجه کرد و باید معاینه مقعدی با انگشت<sup>۱</sup> همیشه جزئی از معاینه کلی باشد. کاهش وزن، تغییر اجابت مزاج نیز باید مورد بررسی و توجه قرار گیرد. آنوسکپی<sup>۲</sup> و رکتوسگموتیدوسکپی<sup>۳</sup> برای افراد کمتر از ۴۰ سال و کولونوسکپی<sup>۴</sup> برای سنین بالاتر باید انجام شود(۵).

باریم انما<sup>۵</sup> امروزه جایگاه زیادی در تشخیص علت خونریزی تحتانی گوارشی ندارد(۶). باریم انما معمولاً از تشخیص ضایعات کوچک رکتوسگموتید ناتوان است گرچه می‌تواند دیورتیکول و تومورهای پیشرفته را تشخیص دهد ولی برای تشخیص خونریزی از آنها کاربردی ندارد (۴). کولونوسکپی بدون توجه به نتیجه باریم انما اغلب ضروری می‌شود. کولونوسکپی روش انتخابی برای بررسی علت خونریزی تحتانی گوارش است مگر آنکه علت آن به وسیله آنوسکپی و رکتوسگموتیدوسکپی با قطعیت روشن شده باشد(۵). به خصوص هموروئید نباید سبب گمراهی پزشک شود و کولونوسکپی در اغلب موارد منجر به تعیین علت خونریزی می‌شود. ژنسن<sup>۷</sup> و همکاران(۸) در ۷۴٪ موارد، کاسو<sup>۷</sup> و همکارانش(۸) در ۶۹٪ موارد علت قطعی خونریزی تحتانی را با کولونوسکپی روشن کرده‌اند. در مواردی که کولونوسکپی برای تعیین علت، ناموفق باشد، می‌توان از آنژیوگرافی و اسکن با گلیول قرمز نشان‌دار کمک گرفت(۸).

در گزارشی توسط پانتز<sup>۸</sup> و همکارانش، دیورتیکول به عنوان مشکل قرن بیستم و شایع‌ترین عامل خونریزی دستگاه گوارش تحتانی و عامل اختلال انعقادی به‌عنوان نادرترین علت گزارش شده است(۹).

در ایران به مطالعات محدودی در این زمینه دست یافتیم.

یک مطالعه در سال ۱۳۷۲ توسط نادری‌زاده و همکاران در تعیین شایع‌ترین عامل رکتورژی انجام شده که شایع‌ترین علت را دیورتیکول (۱۹٪) و بعد هموروئید بیان کرده است(۱۰). و همین‌طور یک مطالعه در سال ۷۱ توسط پورسعادت در همدان شایع‌ترین عامل خونریزی تحتانی را دیورتیکول با ۱۸/۸٪ ذکر کرده است(۱۱). با توجه به اهمیت تعیین علت رکتورژی حاد در کشور ما در این مطالعه بر آن شدیم تا علت رکتورژی حاد را در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک مورد بررسی قرار دهیم.

**روش کار**

این مطالعه به صورت توصیفی، مقطعی به مدت یکسال از تاریخ ۷۹/۶/۱ لغایت ۸۰/۵/۳۱ انجام شده است. بیماران بالغ (بالای ۱۵ سال) که با رکتورژی حاد به کلینیک‌های تخصصی اعضاء هیأت علمی مراجعه نموده‌اند مورد بررسی قرار گرفته و با تکمیل فرم جمع‌آوری اطلاعات، معاینه کامل، معاینه مقعدی، آنوسکپی، رکتوسگموتیدوسکپی و در صورت ضرورت با کولونوسکپی و پاره‌ای موارد باریم انما بررسی انجام شده است.

متغیرهایی چون سن، جنس، شغل، سابقه فامیلی بیماریهای گوارش، نوع اجابت مزاج، وجود و نوع رکتورژی مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعه در روند معمول بررسی بیماران تحت نظر کلینیک‌های تخصصی انجام و شرکت بیماران در مطالعه و

1. Digital Rectal Examination (DRE).
2. Anoscopy.
3. Rectoigmoidoscopy.
4. Colonoscopy.
5. Barium enema.
6. Jensen.
7. Caso.
8. Painter.

رکتوراژی متناوب در ۳ ماهه اخیر و ۲۶۱ مورد (۴۵٪) رکتوراژی با اجابت مزاج طبیعی و ۸۵ مورد (۱۴/۷٪) رکتوراژی همراه با اسهال مزمن داشته‌اند. در این بررسی با  $p < 0/0001$  مشخص شد که ارتباط معنی‌دار بین گروه سنی و نوع اجابت مزاج وجود دارد. از نظر گروه سنی بیشترین تراکم فراوانی، در دهه سوم تا ششم زندگی وجود داشت.

از نظر علت رکتوراژی در این مطالعه ۱۷۶ مورد (۳۰/۴٪)، تشخیص قطعی برای رکتوراژی به دست نیامد و ۱۱۶ نفر (۲۰٪) هموروئید، ۷۲ نفر (۱۲/۴٪) شقاق، ۵۶ نفر (۹/۶۵٪) پولیپ کولون، ۵۳ نفر (۹/۱۴٪) دیورتیکول، ۵۹ نفر (۱۰/۲٪) بیماریهای التهابی کولون، ۲۵ مورد (۴/۳٪) سرطان رکتوسیگموئید و کولون نزولی، ۵ مورد (۹٪) اکتازی عروقی و ۱۸ مورد (۳/۱٪) بیماریهای عفونی رکتوسیگموئید به عنوان عامل رکتوراژی شناخته شد (جدول ۱ و ۲).

پراکندن پرسشنامه با رضایت آنها انجام گرفته است و مواردی که بیماران راضی به این امر نبوده‌اند از مطالعه حذف شده‌اند. این مطالعه از تاریخ ۷۹/۶/۱ لغایت ۸۰/۵/۳۱ جمعاً ۶۳۰ بیمار را تحت بررسی قرار داده که ۵۰ بیمار به علت عدم همکاری از مطالعه حذف گردیدند.

### نتایج

در این مطالعه کلاً ۵۸۰ بیمار جهت تعیین علل رکتوراژی حاد و واضح مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از ۵۸۰ بیمار، ۳۲۲ نفر مرد (۵۵/۲٪) و ۲۵۸ نفر زن (۴۴/۸٪)، ۳۱۰ نفر (۵۳/۴٪) شهری و ۲۷۰ نفر (۴۶/۶٪) روستایی بودند. ۴۷۸ نفر (۸۲/۴٪) سابقه مزمن بیماریهای گوارشی داشته و ۴۲۹ نفر (۷۴٪) سابقه مصرف داروهای گوارشی و ۳۰۲ نفر (۵۲٪) سابقه مصرف دخانیات داشته‌اند. از نظر وضعیت اجابت مزاج ۲۳۴ نفر (۴۰/۳٪) از یبوست مزمن و

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران بالغ مبتلا به رکتوراژی واضح مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی اعضاء هیأت علمی به تفکیک سن، جنس و نوع اجابت مزاج

گروه سنی	فراوانی		جنس		یبوست مزمن و رکتوراژی	اسهال مزمن و رکتوراژی	اجابت مزاج
	کل	درصد	زن	مرد			
۱۵-۲۵	۲۴	۴/۱۴	۱۱	۱۳	۵	۹	۱۰
۲۶-۳۵	۷۵	۱۲/۹	۳۴	۴۱	۱۱	۱۸	۴۶
۳۶-۴۵	۸۲	۱۴/۲	۳۳	۴۹	۳۸	۱۹	۲۵
۴۶-۵۵	۱۹۹	۳۴/۳	۸۸	۱۱۱	۹۶	۲۰	۸۳
۵۶-۶۵	۱۵۱	۲۶	۷۱	۸۰	۷۱	۱۳	۶۷
بالا تر از ۶۶	۴۹	۸/۴۵	۲۱	۲۸	۱۳	۶	۳۰
جمع	۵۸۰	۱۰۰	۲۵۸	۳۲۲	۲۳۴	۸۵	۲۶۱



جدول ۲: توزیع فراوانی افراد مبتلا به رکتورازی براساس گروه سنی و علت رکتورازی

علت نامشخص	بیماریهای علفونی روده بزرگ	اکتازی عروقی	سرطان کولون	بیماری تیبیال	دیورتیکول	پولیپ	شقاق	هموروئید	فراوانی کلی عامل رکتورازی		گروه سنی
									فراوانی	درصد	
۴	۲	۰	۳	۱۰	۰	۲	۱	۲	۴/۱۴	۲۴	۱۵-۲۵
۲۳	۵	۰	۲	۱۷	۳	۴	۷	۱۴	۱۲/۹	۷۵	۲۶-۳۵
۲۴	۳	۱	۰	۱۳	۲	۳	۱۵	۲۱	۱۴/۲	۸۲	۳۶-۴۵
۶۸	۶	۲	۹	۱۱	۱۳	۲۳	۲۶	۴۱	۳۴/۳	۱۹۹	۴۶-۵۵
۴۱	۲	۱	۷	۷	۳۰	۱۸	۱۹	۲۶	۲۶	۱۵۱	۵۶-۶۵
۱۶	۰	۱	۴	۱	۵	۶	۴	۱۲	۸/۴۵	۴۹	۶۶-۷۵
۱۷۶	۱۸	۵	۲۵	۵۹	۵۳	۵۶	۷۲	۱۱۶	۱۰۰	۵۸۰	جمع
۳۰/۳	۳/۱	۰/۹	۴/۳	۱۰/۲	۹/۱۴	۹/۶۵	۱۲/۴	۲۰			درصد

بحث

شکایت داشتند که معمولاً چنین شکایاتی به حساب سندرم روده تحریک پذیر گذاشته می شود و بررسی جدی تری صورت نمی گیرد ولی با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می دهد که چنین شکایاتی به خصوص در دهه های میان سالی و بالاتر می تواند نشانه بیماری ارگانیک دستگاه گوارش باشند و باید از نظر ضایعات ارگانیک مورد بررسی دقیق قرار گیرند. علت رکتورازی در ۱۷۶ مورد (۳۰/۳٪)، با توجه به روش مطالعه و امکانات موجود شناخته نشد. در گزارشهایی که در سطح جهانی وجود دارد با روش های معمول (۶ و ۷) تا ۶۹ تا ۷۴٪ موارد علت خونریزی گوارشی تحتانی را در هنگام مراجعه، مشخص کرده اند که با نتایج به دست آمده از این مطالعه (۶۹/۷٪) تطبیق دارد. در این مطالعه شایعترین عامل رکتورازی واضح، هموروئید (۲۰٪) است. در درجات بعد شقاق مقعدی با (۱۲/۴٪)، بیماریهای التهابی روده (IBD) با (۱۰/۲٪)، پولیپ کولون با شیوع ۹/۶۵٪ و دیورتیکول با شیوع ۹/۱۴٪ قرار دارند که نتایج به دست آمده در این مطالعه با گزارشات موجود در غرب که شایع ترین عامل خونریزی تحتانی گوارشی را دیورتیکول دانسته اند (۹) متفاوت است. اکتازی عروقی با شیوع ۰/۹٪

در این مطالعه به مدت یکسال ۵۸۰ بیمار با رکتورازی واضح از نظر ضایعات کانال آنال، رگتوسیگموئید و کولون نزولی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. گرچه در تمام موارد علت خونریزی از مقعد به طور قطعی تعیین نشده ولی در ۶/۶۹٪ علت خونریزی مشخص گشت که می تواند نمایانگر الگوی علل خونریزی واضح از مقعد باشد. ۲۳۴ نفر (۳/۴۰٪) بیماران از بیوست مزمن همراه رکتورازی شکایت داشتند که بیشترین تراکم این گونه بیماران در دهه پنجم سنی به بعد بوده است. ۸۵ مورد (۶/۱۴٪) از اسهال مزمن و رکتورازی شکایت داشتند که بیشترین تراکم آن در سنین جوانی و میان سالی بوده است و بیشتر شامل بیماران IBD و عفونت های مزمن روده و کولیت غشاء کاذب روده بزرگ می شدند. ۲۶۱ مورد (۴۵٪) بیماران مبتلا به رکتورازی از اجابت مزاج نرمال در حین بررسی برخوردار بودند. در دهه های بالای ۵۰ سالگی تغییر اجابت مزاج مزمن می تواند نشانه ای از بیماری روده بزرگ باشد و باید جدی تلقی شود. ۴۷۸ نفر (۸۲/۴٪) از تظاهرات مزمن گوارشی مانند نفخ، دل درد، تغییر اجابت مزاج همراه اضطراب و افسردگی

را در این گونه بیماران رد کرد زیرا تشخیص به موقع تومورهای کولون با درجات پایین، درمان شفابخش دارند و در درجات بالا با مرگ و میر بسیار بالایی همراه هستند.

### منابع

1. Lorn L., Acute and chronic gastrointestinal bleeding. Sleiseneger and fordtran's gastrointestinal and liver disease, 6th ed., Philadelphia, Saunders Company, USA, 1998: 201-4.
2. Gupta S.m., Luna E., Kingsley S.m and et al. Detection of gastrointestinal bleeding by radionuclide scintigraphy. Am. J. Gastroenterol 1996; 4: 25-30.
3. Fprde K.A., Colonoscopy in acute rectal bleeding. Gastrointest. Endosc. 1992; 27: 219-24.
4. Leiman M., Paull D.E., and Shires G.T., Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage. Am. Surg. 1989; 209:175-8.
5. Swarbick E.T., Fever D.I., Hunt R.H. and et al. Colonoscopy for unexplained rectal bleeding. BMJ 1978; 2: 1685-8.
6. Jensen D.M., Machicado G.A., Diagnosis and treatment of severe hematochezia: The role of urgent colonoscopy after purge, Gastroenterology, 1988; 95: 1569-71.
7. Caos A., Benner K.G., Manier J. and et al. Colonoscopy after Golyely preparation in acute rectal bleeding. J. Clin. Gastroenterol. 1990; 8:46-8.
8. Markas J.A., Front D., Royal H.D. and et al. An evaluation of labeled red blood cell scintigraphy for the detection and localization of gastrointestinal bleeding Gastroenterology. 1992; 83: 394-7.
9. Painter N.S., Burkitt D.P., Diverticular disease of the colon: A20th century problem. Clin. Gastroenterol. 1975; 4: 3-7.

نادرتین عامل رکتورازی واضح تشخیص داده شد و سرطان کولون (رکتوسیگموئید) با درصد فراوانی ۴/۳٪ گرچه به عنوان عامل رکتورازی شیوع کمی دارد ولی از یک طرف با گزارش‌های غربی یکسان است و به این مفهوم است که ریسک سرطان کولون در جامعه ما نیز کم نیست و احتمالاً ناشی از تغییر عادات غذایی است (۵) و از طرف دیگر با توجه به اهمیت بیماری که متأسفانه در کشور ما به حد کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد و اغلب بیماران با درجات پیشرفته سرطان کولون تشخیص داده می‌شوند اهمیت آن بیشتر می‌نماید و ضمناً با توجه به شیوع بالای پولیپ در روده بزرگ در این مطالعه که ریسک سرطان را نیز همراه دارند، اهمیت موضوع از نظر بررسی دقیق علت رکتورازی و به خصوص رد ضایعه بدخیم روشن می‌گردد.

بیماریهای التهابی روده با شیوع ۱۰/۲٪، به عنوان عامل رکتورازی از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است. با توجه به زمان تشخیص این بیماریها و عوارض آنها، از نظر تشخیص و پیگیری، باید مورد توجه قرار گیرند. مصرف دخانیات با فراوانی کلی ۵۲٪، در بیماران مبتلا به رکتورازی وجود داشت ولی از نظر رابطه علت و معلولی در گروههای خاصی از بیماران متمرکز نبود و بنابراین به عنوان یک ریسک فاکتور خاص شناخته نمی‌شود.

رکتورازی واضح یکی از علل نسبتاً شایع مراجعه بیماران به کلینیک‌های تخصصی گوارش و جراحی عمومی است. گرچه بیشترین عامل این خونریزی‌ها ضایعات خوش خیم هستند و برای بیماران تهدیدکننده نمی‌باشند ولی به سبب شیوع نسبتاً بالایی از بیماریهای التهابی روده بزرگ، پولیپ و سرطان کولون در جمع با ۲۴/۱٪، توجه به این علامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به عوارض و مرگ و میر، این‌گونه بیماران لازم است با دقت کافی بررسی شوند و قبل از هرگونه اقدام درمانی، ابتدا باید ضایعات بدخیم