

خونریزی گوارش تحتانی

خونریزی گوارشی تحتانی^۱ بصورت خونریزی که از بعد از لیگامان تریترز منشاء می‌گیرد، تعریف می‌شود. خون در رکتوم، می‌تواند از هر جایی از مجرای گوارشی منشاء بگیرد. تخمین زده می‌شود که حدود ۲۳٪ تمام خونریزیها از منشاء گوارش تحتانی است. بهبودی خود بخود می‌تواند در ۸۵٪ موارد خونریزی گوارش تحتانی رخ دهد، هرچند تا ۲۵٪ از بیماران عود خونریزی خواهند داشت. خونریزی گوارشی تحتانی حجیم (بیش از ۳ واحد خون) مرگ و میر ۲۱٪ دارد. شایعترین علل عمده خونریزی گوارشی تحتانی عبارتند از دیورتیکولوز (۳۰٪)، دیسپلازی عروقی (۱۰٪ - ۲۰٪)، بیماری التهابی روده (۹٪)، پولیپها (۹٪)، بدخیمی (۸٪) و بیماری مقعدی - رکتومی (۱۰٪). خونریزی گوارشی تحتانی خفیف (نظیر خونی که تنها حین دفع مدفوع، متناوب، یا در سطح مقعد دیده می‌شود) اغلب به علت مشکل مقعدی - رکتومی است.

۱- اطلاعات بالینی می‌تواند در تشخیص افتراقی خونریزی گوارش تحتانی کمک کند. خونریزی بدون درد مطرح کننده دیورتیکولوز، آنژیودیسپلازی، بواسیر و یا بدخیمی است. درد شکمی همراه خونریزی مطرح کننده ایسکمی روده، بیماری التهابی روده، یا سایر انواع کولیت است. درد رکتال همراه خونریزی مطرح کننده بیماریهای مقعدی - رکتومی نظیر شقاق مقعد یا پروکتیت است.

۲- خونریزی گوارشی تحتانی حجیم یک وضعیت تهدید کننده حیات است. مراحل درمان هر خونریزی گوارش شامل موارد زیر است: (۱) احیا؛ (۲) تعیین محل؛ و (۳) درمان. اقدامات اولیه برای شروع احیا شامل دو مسیر داخل رگی بزرگ، گرفتن خون جهت انتقال خون، و بررسی وجود اختلالات انعقادی است. مدت خونریزی، میزان تهاجمی بودن احیا را تعیین می‌کند. روش‌های معمول برای تعیین محل منشاء خونریزی گوارشی تحتانی شامل معاینه انگشتی رکتوم، آنوسکوپی، و سیگموئیدوسکوپی است. لوله گذاری بینی - معده‌ای جهت شستشوی معده و جهت رد منشاء فوقانی خونریزی گوارشی ضروری است. در حدود ۱۰٪ از بیمارانی که ابتدا تصور می‌شود منشاء خونریزی آنها تحتانی است، نهایتاً منشاء فوقانی گوارشی گزارش می‌شود.

۳- کولونوسکوپی آزمایش انتخابی برای تعیین محل خونریزی گوارش تحتانی است. این وسیله قابلیت تشخیص و درمان دارد. دقت تشخیص کولونوسکوپی از ۶۹٪ تا ۸۰٪ است و ممکن است توسط شستشوی سریع کولون از طریق دهان افزایش یابد. درمان اندوسکوپی برای خونریزی تعیین محل شده شامل الکتروکوتری، فوتوکواگولاسیون، و تزریق منقبض کننده‌های عروقی / اسکلروتراپی است. بیشترین استفاده کولونوسکوپی برای بیمارانی است که در آنها میزان خونریزی اجازه مشاهده مخاط کولونی را می‌دهد یا برای بیمارانی که در آنها میزان خونریزی جهت مشخص کردن محل کافی است. آنژیوگرافی و اسکن با گلبول قرمز نشاندار شده جهت تعیین خونریزی‌هایی بکار می‌روند که قابل ارزیابی با کولونوسکوپی نیستند.

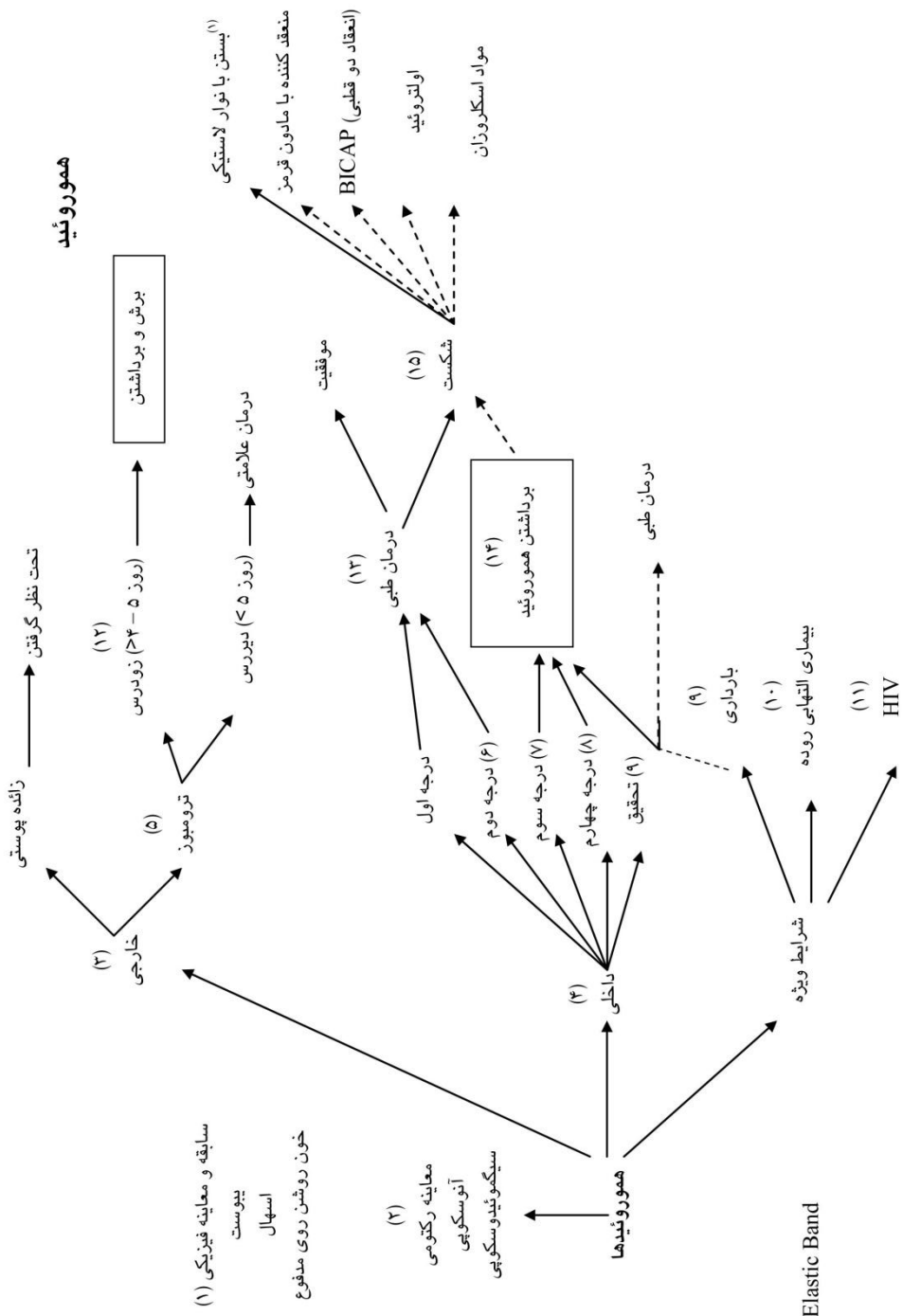
از اندیکاسیونهای دیگر کولونوسکوپی کامل وجود خون مخفی در مدفوع و کم خونی فقر آهن بدون علت مشخص می‌باشد. (شوارتز)

۴- آنژیوگرافی قابلیت مداخله تشخیصی و درمانی ندارد. آنژیوگرافی خونریزی در محدوده ۱ تا ۱/۵ سی‌سی در دقیقه را مشخص می‌کند. توانایی آنژیوگرافی برای تعیین محل خونریزی گوارشی تحتانی ۴۰٪ تا ۷۸٪ است. زمانی که محل خونریزی مشخص شده و زمانی که آنژیوکتتر هنوز در محل عمل است، متیلن بلو می‌تواند جهت تسهیل تعیین محل خونریزی حین عمل بکار برده شود. مداخلات درمانی شامل آمبولیزاسیون با ژل فوم، آنژیوگرافی و تزریق وازوپرسین است. بند آمدن موفق خونریزی در ۶۰٪ تا ۱۰۰٪ بیماران اتفاق می‌افتد، اگرچه ممکن است در نیمی از بیماران خونریزی مجدد رخ دهد. مصرف توصیه شده آنژیوگرافی در بیماران با خونریزی حاد در مواردی است که میزان خونریزی مانع می‌شود کولونوسکوپی تعیین محل را انجام دهد.

۵- اسکن گلبول قرمز نشاندار شده جهت تشخیص و تعیین محل خونریزی بکار می‌رود ولی استفاده درمانی ندارد. مزیت اسکن با رادیونوکلیت‌ها توانایی آنها برای شناسایی خونریزی گوارش تحتانی به میزان 5.0 ml.min است. حساسیت این آزمایش در گزارش‌ها از ۴۲٪ تا ۹۷٪ متغیر است. بیشترین استفاده اسکن با گلبول قرمز نشاندار تعیین محل در موارد خونریزی غیر تهدید کننده حیات است که اندیکاسیون آنژیوگرافی یا جراحی ندارند.

اسکن با گلیولهای قرمز نشاندار شده با تکنسیوم (^{99m}Tc) حساسیت بالایی برای شناسایی خون ریزی کم در حد 1.0 ml.min دارد ولی از نظر مکان‌یابی کمک زیادی نمی‌کند. در صورتیکه اسکن با RBC نشاندار مثبت باشد، آنژیوگرافی قدم بعدی جهت مکان‌یابی می‌باشد. (شوارتز)

۶- جراحی درمان قطعی خونریزی گوارش تحتانی تعیین محل شده است. موارد کاربرد جراحی شامل خونریزی بیش از ۶ تا ۸ واحد خون در ۲۴ ساعت، ناپایداری همودینامیک علی‌رغم تلاش برای احیا، یا خونریزی مجدد واضح طی زمان کوتاه است. اگر پایداری همودینامیک اجازه دهد، باید بررسی جهت تعیین محل قبل از عمل جراحی به منظور برداشتن قطعه مورد نظر انجام گیرد. در بیمار ناپایدار از نظر همودینامیک، یا در بیماری که طی جراحی هیچ محلی برای خونریزی مشخص نمی‌شود، برداشتن نسبتاً کامل کولون روش انتخابی است.



I. Elastic Band