

از کارهای اندوسکپی بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم

زیر نظر پرفسور جمشید اعلم و دکتر ناصر معین زاده

شرح حال چند بیمار با جسم خارجی که تشخیص اصلی مورد نظر قرار نگرفته

راست. آرتینوئید و مابین طنابهای صوتی بقیه بیماران با اجسام خارجی از قبیل گیره سر، گیره پرده، سوزن، میخ کفش، گوشواره، تکمه و غیره بوده هر چند منظور از نوشتن این مقاله تشریح وضع ۴ بیمار و تشخیص بیماری آنهاست بدینجهت از ذکر جزئیات مربوط بکلیه موارد فوق خودداری میشود ولی بایک نظر اجمالی بآمار فراوانی که در مدت کوتاه فقط در این درمانگاه خارج شده است ثابت مینماید که متأسفانه هنوز خیلی از بیماران بعلت عدم تشخیص صحیح در مورد اجسام خارجی تلف میشوند درحالیکه بایک عمل ساده اگر هم جسم خارجی نباشد لااقل به تشخیص افتراقی کمک بسزائی مینماید و همچنین باید متذکر شد که تمام اجسامی که در برابر بشر بوده و قابل عبور از دهان مری و حنجره و تراشه میباشند ممکن است روزی جسم خارجی تولید نمایند بنابراین ذکر نام جسم خارجی مشخص امکان ندارد فقط بنابر تجربیاتی که شده در ایران تخمه هندوانه - پوسته تخمه در تراشه و برنشها بیش از اجسام دیگر میباشد و همچنین در مری سکه پول از تمام اجسام خارجی که درآمار فوق ذکر شده جمع آوری و در ویتترین بخصوص همراه با شرح حال بیماران

قبل از وارد شدن باصل موضوع لازم است دو نکته مهم و قابل اهمیت را یادآوری نمایم.

از خرداد ۱۳۳۹ قسمت جدیدالتاسیس اندوسکپی بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم مجهز بوسائل برنکوسکپی لارنگوسکپی - ازوفاگوسکپی - گاستروسکپی و فتوسینماتوگرافی برای تهیه فیلمهای مستند و رنگی در موارد اندوسکپی شروع بکار کرده و آماده قبول مراجعات همکاران محترم است.

از تاریخ شروع بکار تا ۱۵ آذر ۱۳۳۹ تعداد ۴۱ مورد اندوسکپی انجام و اجسام خارجی بشرح زیر خارج گردیده است از این ۴۱ نفر به ترتیب

۹- بیمار سکههای یکربالی دوریالی و ۵ ریالی داشته اند (سکه ۱ ریالی در مابین طنابهای صوتی بوده است).

۹- بیمار تخمه هندوانه یا پوسته تخمه در تراشه یا برنش راست و یا چپ بوده.

۶- بیمار بازالو (درفارنگولارنکس - تراشه - اول مری و برنشها)

۲- بیمار با استخوان مرغ در مری

۲- بیمار با دندان مصنوعی

۲- بیمار با پونز در برنش اصلی

صدری و خونریزی نداشته است البته در اینمدت در تهران رادیوگرافیهای متعددی هم گرفته و همه منفی بوده است بطوریکه بیمار شرح میدهد در یکی از کلینیکهای خصوصی برونکوسکپی یا ازوفاگوسکپی هم شده که در این موارد اطلاع درستی جز اظهارات بیمار وجود ندارد.

پس از اینمدت بیمار یکی از اطباء داخلی مراجعه نموده و مشارالیه برای تشخیص قطعی او را باین درمانگاه اعزام مینماید. شخص مذکور بیماری بوده فوقالعاده رنگ پریده - آنمیک - با فشارخونی در حدود $\frac{10}{4}$ و نبض ۸۰ درجه حرارتش در حدود ۳۷٫۵ تا ۳۸٫۵ که متناوب بوده در رادیوگرافی که از بیمار بعمل آمد چه از نقطه نظر مری و چه ریتین چیز مهمی دیده نشد بجز تاریک بودن ناف ریه راست و یک برنشیت قدیمی بعلت نداشتن هیچگونه علامت ریوی تصمیم به ازوفاگوسکپی گرفته شد (از بیمار هنگام معاینه هم گاهگاهی لختههای خون خارج میشد) بجز لختههای باقیمانده خون در مری هیچگونه ضایعتهائی مشاهده نگردید. بیمار در همانروز تحت آزمایش لارنگوسکپی قرار گرفت که جز مختصر لختههای خون و قرمزی طنابهای صوتی چیز قابل توجهی نداشت بلافاصله تصمیم به برونکوسکپی گرفته شد در برونکوسکپی ساده لخته فراوانی که توام با خون تازه بود در برنش اصلی راست مورد توجه قرار گرفت با خارج شدن ترشحات بطور وضوح مشخص گردید که اساس خونریزی از لب فوقانی ریه راست میباشد بوسیله تلسکوپ زاویه دار سوراخهای لب فوقانی

در دسترس همه میباشد بیشتر است و همکاران محترم در صورت تمایل میتوانند با مراجعه ببخش گوش - گلو - بینی بیمارستان امیراعلم از آنها دیدن نموده یا مورد بررسی علمی قرار دهند.

شرح حال بیمار اول: محمد - فرزند تقی - شهرت محمدی ۶۰ ساله - زارع - اهل اراک

بعلت خونریزی متناوب از بینی و دهان که گاهی توام با سرفه و گاهی با استفراغ بوده است برای تشخیص به درمانگاه اندوسکوپي این بخش فرستاده میشود مدت بیماری در حدود ۲ ماه بوده است بیمار در حدود یکماه و نیم در اراک معالجه میشود و بطوریکه خودش اظهار میداشت شبی پس از پایان کار زراعت در مزرعه شخصی وقتیکه بمنزل میرسد قبل از رفتن به بستر دچار سرفه گردیده و سپس همراه آن لختههای خون خارج شده است بیمار بیزشک درمانگاه شبانه مراجعه نموده دستوراتی باو داده میشود با مراجعه باطباء مختلف و بیمارستانها دستور رادیوگرافی مری - ریتین داده میشود چون چندروزی با همین وضع ادامه میدهد تا اینکه کم کم دفعات خون آمدن زیاد میشود و چیز قابل استفادهای از نظر تشخیص بیماری مشاهده نمیگردد و بیمار برای تشخیص و درمان کامل بنهران فرستاده میشود و در دو بیمارستانهم چند روزی بدون اخذ نتیجه بستری میگردد. نکته قابل توجه در این بیمار آنستکه لخته خون دیگر بدون اینکه همراه سرفه یا استفراغ باشد خارج میشده و بیمار هیچگونه شکایتی جز درد مختصر در قفسه

رساله منتشره از طرف آقای پرفسور اعلم مراجعه شود .

بیمار دوم - فرزند اسمعیل ۳ساله - اهل تهران - برای لرز و تب و یک حالت لارنژیت مختصر در یکی از بیمارستانهای خصوصی بستری میگردد بنابر اظهار پدر بیمار طفل قبل از شروع به این ناراحتی هیچگونه کسالتی نداشته فقط مختصری تب میکرده که با دادن داروهای مسکن بهبود یافته است پس از بستری شدن در بخش لارنژیت ، حالت گرفتگی صدای بیمار شدید و توام با تب میشود در معاینه ای که از بیمار بعمل آمد جز مختصر رالهای خشک چیز دیگری جلب توجه نمیکند چون تب بیمار زیاد بوده و تنگی نفس بیمار دائماً شدید میشده است تشخیص ديفتری حنجره پس از ۴۸ ساعت برای بیمار داده میشود و مبادرت به تزریق ۸۰۰۰۰ واحد سرم ضد ديفتری میگردد البته در خلال مدت بستری شدن در حدود سه روز بوده بیمار از آنتی بیوتیکهای مختلف - کورتیزن - ویتامینها استفاده نمیکرده است در روز چهارم با تزریق سرم و آنتی بیوتیکهای مختلف و ویتامینها نه تنها حال او بهبود نمییابد بلکه تنگی نفس - تیراژ کرناژ هم پیدا نموده در نتیجه مجبور میشوند بیمار را بوسیله اکسیژن دائمی تحت مراقبت قرار دهند و از متخصص گوش و حلق و بینی برای تراکتوتومی نظر میخواهند بیمار مورد معاینه متخصص قرار میگيرد و چون حال عمومی او فوق العاده خراب و سیانوز تقریباً برای بیمار پیدا شده بود از اینجانب برای معاینه دعوت نمودند پس از معاینه ای که

مورد معاینه قرار گرفت جسم سیاه رنگی دیده شد که با احتیاط خارج گردید و تشخیص بیماری پس از دوماه داده شد جسم خارجی زالو بود که پس از خارج شدن هنوز زنده بود (وجود هوا و تغذیه مکنفی) بیمار پس از ۴۸ ساعت با حال عمومی خوب از بخش مرخص گردید با مشاهده این بیمار و نظائر آن باید یادآور شد آمار پرفسور شوالیه ژاکسون در امریکا و پرفسور Segal و فروستیه در فرانسه وجود جسم خارجی (حیوانی) خیلی نادر و شاید بتعداد انگشتهای یکدست نرسد در حالی که در مدت فوق العاده کوتاه ما در حدود ۶ بیمار داشته ایم که این نوع بیماران را با سؤال کردن صحیح از تاریخچه بیماری و وضع و شرح حال بیماران تا حدودی میتوان تشخیص داد. و ضمناً متذکر میگردد انواع جسم خارجی در ایران زیاد است و در رساله پرفسور اعلم که برای اگر گاسیون داده اند شرح و مکانیسم آن ذکر شده است و همچنین در خارج نمودن زالو دو نکته مهم همیشه باید بخاطر داشت اولاً بی حسی به بیمار داده نشود ثانياً برای خروج زالو سعی شود تنه آن بوسیله پنس گرفته شود و زالو خود بخود بدور پنس حلقه خواهد زد دیگر از نکات قابل ذکر بی حسی موضعی بوده که اینگونه بیماران در اطراف محلی که مورد حمله زالو قرار گرفته است پیدا مینمایند بنابراین بیماران از سرفه که یکی از مهمترین علائم و ضمناً دفاع بدن در مقابل اجسام خارجی میباشد محروم مینمایند .

برای اطلاعات بیشتر به

از بیمار بعمل آمد. با سابقه ناگهانی که پدر بیمار اظهار می‌داشت و ملنائی که در مدفوع بیمار مشاهده گردید تصمیم بر این قرار گرفت که مورد لارنگوسکپی فوری و سپس تراکتوتومی انجام پذیرد. با لارنگوسکپ بیمار مورد معاینه قرار گرفت و وجود ترشحات فراوان و ادم در آرتینوئیدها و طنابهای صوتی چیزی بود که در مرحله اول توجه را جلب کرد ولی با مشاهده آرتینوئید راست که تورم خیلی شنید و چند برابر طرف چپ بود حدس یک آبسه در همین محل زده شد ولی با خارج نمودن ترشحات وجود برق جسم زرد رنگی که در کمیسور خلفی نزدیک آرتینوئید راست حدس جسم خارجی را تأیید و پس از خارج نمودن جسم مزبور یک پونز بوده که از قسمت تیزی وارد آرتینوئید راست و قسمت پهن در بین طنابهای صوتی در پشت کمیسور خلفی قرار گرفته بود بعلت فشار دائمی قسمت سوزنی پونز خونریزی و ادم شدید پیدا نموده بود که در نتیجه خون وارد تراشه - برنشها شده و یک حالت برونکوپونومونی برای بیمار ایجاد کرده و همچنین بعلت بلع خون در مدفوع ملنا دیده میشد. پس از خارج نمودن جسم خارجی و دادن اکسیژن و مراقبتهای کافی بیمار از وضع وخیمی که داشت خارج و پس از چند ساعت از دادن اکسیژن هم خودداری شد با ملاحظه شرح حال این بیمار واضح میگردد که با یک لارنگوسکپی ساده در همان مراحل اول و حتی یک رادیوگرافی ساده ممکن بود طفلی که مدت چهار روز رنج میبرد خلاص کرد و سلامتی او را بازگردانید. بیمار سوم خدیجه فرزند احمد - ۴۰ ساله اهل تهران - خانه‌دار با سابقه ۲۰ روز

درد در گلو و اطراف گردن دیسفاژی - تب مختصر به این درمانگاه مراجعه و بستری میشود بیمار اظهار می‌دارد که از عصر یکی از روزها در حدود ۲۰ روز قبل حس کردم که هر موقع غذای سفت میخورم درد شدیدی در گلو و اطراف حس مینمایم بیمار در فواصل ۶ روز پس از این ناراحتی بدرمانگاه مراجعه و داروهای مختلفی میگیرد سپس یک متخصص گاستروانترولوژی مراجعه مشارالیه دستور رادیوگرافی داده است که چیز قابل توجهی دستگیر نمیگردد و چون بیمار با داروهای مشارالیه بهبود نمیابد به چند بیمارستان و پزشک دیگر مراجعه و کم کم وضع عمومی بیمار و دیسفاژی شدیدتر میشده است در اینموقع مجدداً رادیوگرافی میگردد جز اسپاسم شدیدی در اطراف پوش مری چیز قابل ذکری مشاهده نشده و این اسپاسم هم با داروهای آنتی اسپاسمودیک برطرف شده بود بهر حال بیمار با تب و دیسفاژی و دردهای متناوب بستری و همانروز از وفاگوسکوپ میگردد و در ۲ سانتیمتری پوش مری یک استخوان فوق‌العاده نازک بطول ۲ سانتیمتر و بقطر تقریباً ۱ میلیمتر مشاهده شد که بوسیله پنس خارج گردید البته باید یادآور شد که در اطراف این تنه استخوانی کانون چرکی هم تشکیل شده بود که پس از خارج نمودن جسم استخوانی چرک هم با آن خارج گردید بعلت خطر پرفوراسیون و مدیاستینیت بیمار مدت ۶ روز تحت نظر بوده که با اطمینان از نبودن پرفوراسیون و بهبود حال عمومی بیمار از بیمارستان مرخص گردید.

بیمارستان امیراعلم اعزام میدارد و بیمار مورد آزمایش برونکوسکپی قرار میگیرد در برونکوسکپی ترشح فراوان توام با تراکتوبرنشیت شدید مشاهده گردیده که پس از وارد شدن در برنش اصلی راست جسم سیاه رنگی که توام با ترشح فراوان بوده مشاهده و در همین نقطه که در حدود یکسانتری محل دوشاخه شدن تراشه بود تورم و تنگی هم دیده میشد جسم بوسیله پنس مخصوص خارج گردید و یک تخمه هندوانه بود بیمار پس از سه روز در حالیکه تب قطع و سرفه از بین رفته بود باحال عمومی خوب از بخش مرخص گردید.

نتیجه

- ۱- با مشاهده آمار فوق در یک مدت کوتاه باید در نظر داشت که جسم خارجی از علل مهم بیماری ریوی، برنشی، تراشه‌ئی و حنجره‌ئی و مری میباشد.
- ۲- با مشکوک شدن بجهت خارجی و یا حدس هرگونه ناراحتی که اندوسکوپیت ممکن است کمک نماید از خواستن نظریه او خودداری نشود.
- ۳- از دادن هرگونه تشخیص قطعی و یا درمان بیماریهائیکه مشکوک بجهت خارجی میباشد قبل از نظریه اندوسکوپیت خودداری نمود تا نظایری شبیه بیماری که حتی تزریق سرم ضد دیفتتری هم شده بود اتفاق نیافتد.
- ۴- برونکوزوفناگوسکپی امری است ساده و درحقیقت مانند دیدن بینی و یا حلق مریض بوده و با دست آزموده میتوان براحتی آنرا انجام داد.

بیمار چهارم - م - ۵ساله - اهل رضاییه - برای تب - سرفه - تنگی نفس متناوب با سابقه ۱۳ بیماری در بخش بستری گردید. سابقه بیماری بنا بر اظهار والدین بیمار در حدود ۱۳ ماه قبل در رضاییه طفل مبتلا به سرما خوردگی میشود و از همان موقع سرفه‌های شدید و خشن داشته است مدتی بعنوان سیاه سرفه و پس از آن بعنوان برونکوپنومونی مورد معالجه قرار میگیرد چون بیمار روز بروز وضع بدتری پیدا مینماید و نه تنها تب قطع نشده بلکه سرفه توام با ترشح و خلط هم اضافه میگردد و در نتیجه بیمار روانه تبریز میگردد با رادیوگرافیهای متعددی که از بیمار عمل میآید تشخیص قطعی و کافی نمیدهند تا اینکه بیمار بایک تابلوی برونکوپنومونی توام با حالت آمفیزماتویک ریه مدت ۱۰ روز در یکی از بیمارستانهای تبریز بستری و پس از بهبود نسبی بیمار مرخص میگردد پس از ده روز تمام علائم بیماری عود نموده بیمار روانه تهران میشود با مراجعه به متخصص بیماریهای داخلی و ریوی معالجات انتی بیوتیکی - رادیوگرافی مجددی برای بیمار تجویز و انجام میگردد لکن چیز قابل توجهی مشاهده نمیگردد بیمار باحال عمومی خراب - تب در حدود ۳۹ نبض ۱۲۰ و سرفه و خلط زیاد در یکی از بخشهای دانشکده بستری شده و در انمدت کوتی راکسیون - امتحان خلط - آزمایشهای خونی شده است که تماما منفی بوده. متخصص اطفال این بخش بیمار را با شرح سابقه او و وضع رادیوگرافی برای تشخیص بدرمانگاه