

# بررسی نتایج برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن تفکیک بالای قفسه سینه در بیماران با شکایت خلط خونی و عکس قفسه سینه طبیعی مراجعه کننده به بیمارستان ۵۰۵ نزاجا

## چکیده

زمینه و هدف: در این مطالعه سعی شد تا با انجام برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا (High Resolution CT-scan=HRCT) از ریه در ۸۴ بیمار با شکایت هموپتیژی و عکس قفسه سینه طبیعی، علاوه بر تعیین تشخیص نهایی در این بیماران، نتایج این دو آزمون در ارزیابی ضایعات و نیز تشخیص موارد غیرطبیعی با یکدیگر مقایسه شوند.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مطالعه مجموعه موارد (case-series) است که بر روی ۸۴ بیمار با شکایت خلط خونی که در عکس ساده قفسه سینه آنها ضایعه‌ای مشهود نبود، انجام شد. بیماران تحت معاینه مرسوم و معاینه گوش و حلق و بینی و گوارش قرار گرفته و در صورتی که علت خونریزی یافت می‌شد، از مطالعه حذف می‌شدند. تمام بیماران، تحت برونکوسکوپی قرار گرفتند و همگی نیز توصیه به انجام سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا (HRCT) شدند. در نهایت تشخیص نهایی پس از یک هفته بستری بیمار و انجام آزمایشات معمول و نیز معاینه دقیق گوش و حلق و بینی داده شد. در صورت عدم وجود نتیجه برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن، بیمار از مطالعه خارج می‌شد. ضریب هماهنگی کاپا بین نتایج دو تست محاسبه شد.

یافته‌ها: از ۸۴ بیمار که برونکوسکوپی انجام داده بودند، در ۶۳ بیمار ضایعه‌ای دیده نشد. تنها ۴۳ بیمار سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا انجام داده بودند که از این بین، در ۳۱ نمونه ضایعه‌ای دیده نشد. تنها ۱ بیمار با تشخیص نهایی بدخیمی وجود داشت که در برونکوسکوپی، ضایعه دیده شد ولی بیمار سی‌تی‌اسکن انجام نداد. ضریب هماهنگی برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن در این ضایعه برابر  $7/7 (p=0/77)$  بود.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که بیماران با شکایت هموپتیژی و عکس قفسه سینه طبیعی، با هر دو روش مورد بررسی قرار گیرند. هیچ‌کدام از روشها نمی‌تواند جایگزین دیگری شود ولی در شرایطی که مجبور به انتخاب یکی از روشها باشیم، در بیماران بدون ریسک فاکتور بدخیمی ریه، سی‌تی‌اسکن توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ۱- خلط خونی ۲- عکس قفسه سینه طبیعی ۳- تشخیص ۴- علت  
۵- سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا ۶- برونکوسکوپی

\*دکتر عباس نعمتی I

دکتر علی مقیمی II

دکتر نادر مرکزی مقدم II

دکتر علیرضا امینیان II

تاریخ دریافت: ۸۳/۱۰/۹، تاریخ پذیرش: ۸۴/۹/۱۹

مقدمه

هموپتیژی علامتی ترسناک برای بیماران می‌باشد و اغلب، تظاهر بیماری زمینه‌ای مهمی است. از این رو در هر بیمار با هموپتیژی قابل توجه یا شروع ناگهانی هموپتیژی، باید بررسی‌های تشخیصی صورت گیرد که شامل شرح حال، معاینه بالینی، برونکوسکوپی، بررسی‌های رادیولوژیک و دیگر روشهای پاراکلینیک می‌باشد. از بین اقدامات پاراکلینیک، عکس ساده قفسه سینه، اولین و ساده‌ترین اقدام و برونکوسکوپی فیبر اپتیک، روش انتخابی (Choice) ارزیابی

(I) استادیار و فوق تخصص بیماری‌های تنفسی، بیمارستان ۵۰۵ نزاجا، اقدسیه، خیابان اوشان، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران (\* مؤلف مسؤول).  
(II) پزشک عمومی.

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲۱۷

دوره سیزدهم / شماره ۵۲ / پاییز ۱۳۸۵

ساده قفسه سینه تهیه شد. جدا از طبیعی یا غیرطبیعی بودن نتایج عکس قفسه سینه، به دلیل محدودیت‌های قانونی و نیز اینکه امکان دسترسی به بیماران بعد از ترخیص آنان کم است و به دلیل اهمیت عوامل ایجاد کننده احتمالی، تمام بیماران تحت برونکوسکوپی و نیز سی‌تی‌اسکن تفکیک بالای قفسه سینه قرار گرفته بودند که برخی بیماران از انجام سی‌تی‌اسکن امتناع کرده بودند. بیماران جهت رد سایر علل هموپتیزی، مورد معاینه روتین قرار گرفته بودند و معاینه دقیق گوش و حلق و بینی نیز در آنها انجام شده بود. همچنین از تمامی بیماران آزمایش شمارش کامل سلولهای خون (Cell blood count=CBC) و اسمیر خون محیطی از جهت وجود دیسکرازی‌های خونی انجام گرفت. بعلاوه اینکه بیمارانی که ضایعه‌ای در عکس ساده قفسه سینه داشتند و یا شواهدی از خونریزی گوارشی و یا خونریزی از بینی داشتند و نیز بیماران با آزمایش خون غیرطبیعی (به نفع دیسکرازی خونی و یا اختلالات انعقادی) از مطالعه حذف شدند.

در نهایت داده‌های مربوط به متغیرهای سن، علایم بالینی، میزان خونریزی (براساس اظهارات بیمار و درج در پرونده در دو گروه رگه خون و یا حجیم)، مدت هموپتیزی (براساس اظهارات بیمار و درج در پرونده برحسب روز)، نتایج برونکوسکوپی و نتایج سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا از پرونده‌ها استخراج شدند. تشخیص نهایی بیماران نیز پس از انجام سی‌تی‌اسکن (در صورت انجام)، برونکوسکوپی، معاینه دقیق گوش و حلق و بینی توسط متخصص گوش و حلق و بینی، پاسخ به درمان و نیز حداقل یک هفته پیگیری بیمار بستری در بخش، انجام پذیرفت.

برونکوسکوپی بیماران توسط یک متخصص ریه و با استفاده از دستگاه Olympus BF انجام شد. سی‌تی‌اسکن با تفکیک بالا (HRCT) با استفاده از دستگاه Philips با روش استاندارد و بدون استفاده از ماده حاجب (contrast) و ریدی انجام شد. نتایج سی‌تی‌اسکن بیماران مجدداً توسط یک متخصص ریه و یک متخصص رادیولوژی مورد بازبینی قرار گرفت و تفسیر شد. بیمارانی در مطالعه وارد می‌شدند که حداقل تحت سی‌تی‌اسکن یا برونکوسکوپی قرار گرفته

علت هموپتیزی است.<sup>(۱-۴)</sup> در گذشته برونکوسکوپی فقط برای بیماران مبتلا به هموپتیزی با عکس قفسه سینه غیرطبیعی انجام می‌شد ولی مطالعات متعددی به طور متناقض در رابطه با ارزش نتایج برونکوسکوپی در بیماران مبتلا به هموپتیزی با عکس قفسه سینه طبیعی وجود دارند، از طرفی برخی منابع نیز سی‌تی‌اسکن قفسه سینه را در ارزیابی هموپتیزی به عنوان مکمل برونکوسکوپی مطرح کرده‌اند.<sup>(۵-۷)</sup>

از آنجا که ارزیابی و تعریف هموپتیزی بر قابل اعتماد بودن (Reliability) بیماران مبتنی است، این امر در بخشهای نظامی - که مشکل تمارض بیماران و شرایط خاص خدمتی نیز وجود دارد - تشخیص را با پیچیدگی بیشتری همراه می‌کند. از سوی دیگر برخی شرایط بالینی با اهمیت - که در رأس آنان بدخیمی است - حساسیت تشخیص دقیق علت هموپتیزی را بخصوص در افرادی که عکس ساده قفسه سینه طبیعی دارند، بیشتر تر گوشزد می‌کند تا هم هزینه و شرایط نامطلوب بیشتری به بیمار تحمیل نگردد و هم این گونه بیماران دقیقاً تشخیص داده شوند.

این مطالعه بر آن است تا با انجام برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا (HRCT) از ریه در ۸۴ بیمار با شکایت هموپتیزی و عکس قفسه سینه طبیعی، علاوه بر تعیین تشخیص نهایی در این بیماران، نتایج این دو آزمون را در ارزیابی ضایعات و نیز تشخیص موارد غیرطبیعی با یکدیگر مقایسه کند.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مشاهده‌ای، گزارش موارد (case-series) و گذشته‌نگر است که در فاصله سالهای ۸۰-۱۳۷۵ در بیمارستان ۵۰۵ ارتش در تهران انجام یافته است. نمونه‌های مورد بررسی به روش سرشماری از بیمارانی که با شکایت هموپتیزی به بخش ریه این بیمارستان مراجعه نموده و بستری شده و تحت بررسی‌های لازم قرار گرفته‌اند، انتخاب شدند.

از تمام بیماران، پس از بستری و اقدامات اولیه، یک عکس

طبیعی بود. از ۸۴ بیمار مورد بررسی، ۷۶ نفر (۹۰/۵٪) مرد و بقیه زن بودند. تنها ۲۲ بیمار (۲۶/۲٪) سابقه مصرف سیگار را گزارش کرده بودند و در ۵۴ نمونه نیز در پرونده، اطلاعاتی در مورد مصرف سیگار وجود نداشت. تنها ۱ نمونه (۱/۲٪) خونریزی در حد زیاد (massive) ذکر کرده بود و در بقیه نمونه‌ها خونریزی در حد رگه خون (blood strict) بود. میانگین سنی بیماران برابر ۲۹/۵ سال (۷۵-۱۵ سال) بود. به طور میانگین بیماران مدت هموپتیزی خود را ۱۷۵/۸۱ (۱-۳۶۵۰) روز ذکر می‌کردند.

در نهایت تمام این ۸۴ بیمار برونکوسکوپی انجام دادند که در بیش‌تر نمونه‌ها (۶۳ نمونه، ۷۷/۵٪) ضایعه‌ای رؤیت نشد. جدول شماره ۱ فراوانی یافته‌های برونکوسکوپی را به تفکیک در دو گروه سنی زیر و بالای ۴۰ سال نمایش می‌دهد.

از بین ۸۴ بیمار مورد مطالعه تنها ۴۳ بیمار سی‌تی‌اسکن تفکیک بالای ریه انجام دادند که در بیش‌تر آنها ضایعه‌ای دیده نشد (۳۱ نمونه، ۷۲/۱٪). جدول شماره ۲ نیز فراوانی یافته‌های سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا را در دو گروه زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال نشان می‌دهد.

باشند. نبودن نتایج هیچ‌کدام از آزمون‌ها در پرونده، سبب خروج نمونه از مطالعه می‌شد.

در آنالیز نتایج از شاخص فراوانی خام (فراوانی نسبی) برای توصیف متغیرهای کیفی و از میانگین (بیش‌ترین - کمترین) برای توصیف متغیرهای کمی استفاده شد. از شاخص ضریب هماهنگی (۲) برای بررسی میزان هماهنگی نتایج برونکوسکوپی با سی‌تی‌اسکن استفاده گردید. جهت محاسبه ضریب هماهنگی مذکور از امکانات Epitable Calculator در نرم‌افزار آماری (Epinfo(version 6) استفاده گردید. سطح معنی‌داری برابر ۵٪ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که محققین طرح به اصول عهدنامه هلسینکی پایبند هستند و نام و مشخصات بیماران نزد محققین طرح محفوظ می‌ماند.

#### یافته‌ها

در فاصله سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰ در مجموع ۱۶۸ بیمار با شکایت هموپتیزی به این بیمارستان مراجعه کرده بودند. از این بین، در نیمی از نمونه‌ها (۸۴ نمونه، ۵۰٪) هیچ ضایعه‌ای در عکس قفسه سینه دیده نشد و عکس قفسه سینه کاملاً

جدول شماره ۱- مقایسه نتایج برونکوسکوپی در ۸۴ بیمار مورد بررسی به تفکیک گروه‌های سنی زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال

تشخیص	سن کمتر و مساوی ۴۰ سال		سن زیر ۴۰ سال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۴۸	۷۱/۶	۱۵	۸۸/۲
تراکتوبرونشیت	۱۸	۲۶/۹	۲	۱۱/۸
انسدادی	۱	۱/۵	۰	۰
مجموع	۶۷	۱۰۰	۱۷	۱۰۰

جدول شماره ۲- مقایسه نتایج سی‌تی‌اسکن ریه در ۴۳ بیمار به تفکیک گروه‌های سنی زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال

تشخیص	سن کمتر و مساوی ۴۰ سال		سن زیر ۴۰ سال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۲۵	۶۹/۶	۶	۸۵/۷
رتیکولوندولار	۲	۵/۵	۰	۰
ارتشاحی	۴	۱۱/۱	۱	۱۴/۳
برونشکتازی	۵	۱۳/۹	۰	۰
مجموع	۳۶	۱۰۰	۷	۱۰۰

در نهایت پس از تقسیم نتایج سی‌تی‌اسکن و برونکوسکوپی به نتایج طبیعی (بدون ضایعه) و غیرطبیعی (با ضایعه)، در نمونه‌هایی که هر دو تست را انجام داده بودند (۴۳ نمونه) میزان هماهنگی بین پاسخ‌های این دو تست براساس تست کاپا معنی‌دار نبود که احتمالاً به دلیل کم بودن تعداد نمونه‌ها می‌باشد ( $k=0.7, p=0.67$ ). نتایج این دو تست در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

#### جدول شماره ۳- مقایسه همخوانی نتایج سی‌تی‌اسکن و

برونکوسکوپی از جهت طبیعی یا غیرطبیعی بودن بیمار

	برونکوسکوپی		
	عدم وجود ضایعه	وجود ضایعه	
سی‌تی‌اسکن عدم وجود ضایعه	۲۱	۱۰	۳۱
وجود ضایعه	۹	۳	۱۲
مجموع	۳۰	۱۳	۴۳

پس از پایان ارزیابی‌ها، تشخیص‌های نهایی که در بیماران داده شد، در جدول شماره ۴ نمایش داده شده است. بیش‌تر نمونه‌ها (۴۵ نفر، ۵۳/۵٪)، نرمال بودند و تنها در ۱ نمونه (۱/۲٪) نتیجه بررسی‌ها، بدخیمی ریه بود.

#### جدول شماره ۴- فراوانی تشخیص‌های نهایی در بیماران مورد بررسی و نسبت موارد صحیح تشخیص در هر یک از موارد به تفکیک در

برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن

تشخیص	فراوانی	درصد فراوانی	نسبت نتیجه درست برونکوسکوپی*	نسبت نتیجه درست سی‌تی‌اسکن*
طبیعی	۴۵	۵۳/۵٪	۴۰/۴۵	۱۸/۲۰
تراکتوبرونشیت	۲۲	۲۶/۲٪	۱۳/۲۲	۹/۱۲
سینوزیت*	۹	۱۰/۷٪	۸/۹	۴/۵
برونشکتازی	۵	۶٪	۲/۵	۴/۴
بدخیمی	۱	۱/۲٪	۱/۱	۱/۱
آنفارکتوس ریه	۱	۱/۲٪	۰/۱	۱/۱
مسمومیت با وارفارین	۱	۱/۲٪	۰/۱	۱/۱
مجموع	۸۴	۱۰۰٪	۶۴/۸۴	۳۷/۴۳

\* منظور از نتیجه درست، نتیجه‌ای است که در تشخیص نهایی کمک کننده است، جدا از مثبت یا منفی بودن و یا جدا از نشان دادن یا ندادن ضایعه.

هر دو تست را انجام داده بودند، ۴ بیمار مبتلا به سینوزیت و نیز ۳ بیمار مبتلا به تراکتوبرونشیت، تشخیص داده نشدند. این امر بیانگر این نکته است که در حضور هر دو آزمون تقریباً تمام علل مهم، از نظر بالینی قابل تشخیص هستند.

در مطالعه‌ای که Sen و همکارانش<sup>(۸)</sup> بر روی ۱۷۷ بیمار با شکایت هموپتیزی انجام دادند، در بیماران با عکس قفسه سینه طبیعی، هیچ موردی از بدخیمی یافت نشد و تمام بیماران با بدخیمی، عکس قفسه سینه غیرطبیعی داشتند.

همچنین در مطالعه مشابه که توسط Jackson و همکاران<sup>(۹)</sup> بر روی ۴۸ بیمار انجام یافت، شیوع کارسینوم برونکونیک، ۳٪ گزارش شد و ریسک فاکتورهای آن را در بیمار با خلط خونی و عکس قفسه سینه طبیعی، سن بالای ۴۰ سال، سابقه مصرف سیگار به مدت طولانی و مدت هموپتیزی بالای یک هفته اعلام کردند.

در مطالعه Poe و همکاران<sup>(۱۰)</sup> نیز این میزان ۶٪ بود و فاکتورهایی مانند سن بالای ۵۰ سال، مرد بودن و مصرف سیگار بالای ۴۰ پاکت در سال به عنوان معیارهای تشخیص بدخیمی در موارد با عکس قفسه سینه طبیعی ذکر شدند.

مطالعات Sharma و همکاران<sup>(۱۱، ۱۲)</sup> نشان داد که در مواردی که ریسک فاکتوری برای کارسینوم برونکونیک وجود نداشته باشد، برونکوسکوپی فیبر اپتیک ارزش کمی در تشخیص علت دقیق خونریزی دارد.

Revel و همکارانش<sup>(۱۳)</sup> نیز توصیه نمودند که در موارد با خونریزی‌های حجیم، سی‌تی‌اسکن به عنوان یک روش غربالگری در برخورد اول با بیمار، جایگزین برونکوسکوپی گردد.

نزدیک‌ترین مطالعه به مطالعه حاضر توسط Set و همکارانش<sup>(۱۴)</sup> انجام یافت، در این مطالعه ۹۱ بیمار با شکایت هموپتیزی هم با سی‌تی‌اسکن و هم با برونکوسکوپی مورد بررسی قرار گرفتند. در مواردی که عکس قفسه سینه نرمال بود، ۵٪ نمونه‌ها کارسینوم برونکونیک داشتند که هم سی‌تی‌اسکن و هم برونکوسکوپی موفق به تشخیص آن شده بود. از طرفی در نمونه‌های با عکس قفسه سینه غیرطبیعی،

بیمار تنها برونکوسکوپی انجام شد که در آن ضایعه انسدادی رؤیت شد و در ادامه، بیمار حاضر به انجام سی‌تی‌اسکن نشد و از این رو نمی‌توان در رابطه با توانایی سی‌تی‌اسکن در تشخیص بدخیمی ریه در این بیمار قضاوتی کرد.

سی‌تی‌اسکن در تمام بیماران مبتلا به برونشکتازی، ضایعه را نشان داد و نیز در بیماران با آنفارکتوس ریه و مسمومیت با وارفارین، ارتشاح در ریه را نشان داد. همچنین ۱۸ مورد (از ۲۰ مورد) از افراد با تشخیص نهایی طبیعی (سالم) را، بدون ضایعه گزارش کرد و در ۲ بیمار دیگر نیز در یکی، ضایعه رتیکولوندولر و در دیگری، ارتشاح گزارش کرد. در مورد بیماران با تشخیص نهایی سینوزیت، ۴ مورد (از ۵ مورد) را بدون ضایعه گزارش کرد. از بین ۱۲ بیمار با تشخیص نهایی تراکتوبرونشیت نیز، ۹ مورد را بدون ضایعه، ۱ مورد را دارای ضایعه رتیکولوندولر، ۱ مورد را دارای ارتشاح و در ۱ مورد را دارای ضایعه مشکوک به نفع برونشکتازی تشخیص داد. لازم به ذکر است که در این بیمار، در بررسی‌های بعدی، ضایعه برطرف شده بود و تشخیص برونشکتازی منتفی شد.

برونکوسکوپی علاوه بر تشخیص ضایعه انسدادی در بیمار مبتلا به سرطان ریه، از ۴۵ مورد بیمار با تشخیص نهایی سالم نیز ۴۰ مورد را بدون ضایعه و ۵ مورد را مبتلا به تراکتوبرونشیت، از ۹ مورد با تشخیص نهایی سینوزیت نیز ۸ مورد را بدون ضایعه و ۱ مورد را مبتلا به تراکتوبرونشیت و از ۲۲ بیمار مبتلا به تراکتوبرونشیت نیز ۱۳ مورد را مبتلا به تراکتوبرونشیت گزارش نموده است و در ۹ بیمار دیگر ضایعه‌ای ندیده است. در مقابل از ۵ بیمار با برونشکتازی، در ۲ مورد تشخیص برونشکتازی داده است و در ۳ مورد نیز طبیعی گزارش نموده است. در بیماران با تشخیص نهایی آنفارکتوس ریه و مسمومیت با وارفارین نیز ضایعه‌ای گزارش نکرده است.

در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که در تمام موارد، دقت سی‌تی‌اسکن در تشخیص علت بیماری بیش‌تر از برونکوسکوپی بوده است. در مجموع نیز در ۴۳ بیماری که

لومن راه‌های هوایی از برونکوسکوپی ضعیف‌تر دانسته‌اند. از طرف دیگر نیز ضعف عمده برونکوسکوپی، تشخیص ضایعات راه‌های هوایی محیطی و پارانشیم ریه می‌باشد. جالب اینکه در مطالعه حاضر سی‌تی‌اسکن بیش از برونکوسکوپی در تشخیص بیماری‌هایی از قبیل تراکئوبرونشیت، دقت داشته است. از آنجا که در مطالعه حاضر تنها یک بیمار مبتلا به بدخیمی وجود داشت که سی‌تی‌اسکن نیز انجام نداده بود، امکان مقایسه دقیق نتایج سی‌تی‌اسکن و برونکوسکوپی وجود ندارد.

#### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که در حضور هر دو آزمون تقریباً تمام علل جدی بالینی تشخیص داده می‌شوند. همچنین در مقام انتخاب یکی از این دو تست، سی‌تی‌اسکن تفکیک بالا (در مواردی که ریسک فاکتوری برای بدخیمی وجود نداشته باشد) تست انتخابی خواهد بود. به نظر می‌رسد کماکان برونکوسکوپی در تشخیص بدخیمی‌ها، روش انتخابی باشد. در انتها پیشنهاد می‌شود که بیماران با شکایت خلط خونی با هر دو روش مورد بررسی قرار گیرند. هیچ کدام از روشها نمی‌تواند جایگزین دیگری شود ولی در شرایطی که مجبور به انتخاب یکی از روشها باشیم در بیماران بدون ریسک فاکتور بدخیمی ریه، سی‌تی‌اسکن توصیه می‌شود.

#### فهرست منابع

- 1- Mal H, Thabut G, Plantier L. Hemoptysis. Rev Prat 2003; 53(9): 975-9.
- 2- Haponik EF. Approach to the patient with hemoptysis. In: Kelly WN, Dupont HL, Glick JH, Smith JH. Textbook of internal medicine. 3rd ed. USA, Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 1918-23.
- 3- Murray JF, Nadel JA, Manson RJ, Boushey HA. Textbook of respiratory medicine. 3rd ed. USA, Philadelphia: Saunder's; 2000. p. 725-80, 585-605.
- 4- Fraser RS, Muller NL, Colman N, Pare PD. Fraser and Pare's diagnosis of diseases of the chest. 4th ed. USA, Philadelphia: Saunder's; 1999. p. 379-99.

کارسینوم برونکوژنیک در موارد محیطی توسط سی‌تی‌اسکن بهتر تشخیص داده شده بود.

در مطالعه حاضر به دلیل اینکه تنها یک نمونه مبتلا به بدخیمی وجود داشت، نمی‌توان در مورد عوامل خطر بدخیمی قضاوت دقیق و صحیحی انجام داد ولی مواردی چون مرد بودن، سن ۴۰ سال و نیز مدت هموپتیزی بالای ۷ روز به عنوان عوامل خطر در این بیمار، صدق می‌کرد.

در مطالعه حاضر از آنجا که نمونه‌هایی که سی‌تی‌اسکن و برونکوسکوپی انجام داده بودند، به یک اندازه نبودند و تعدادی از بیماران سی‌تی‌اسکن نداشتند، به خاطر یکسان نبودن نمونه‌ها، تأکید زیادی بر تعیین ارزش تشخیصی هر کدام از روشها صورت نگرفت. در مجموع از ۴۳ بیمار که سی‌تی‌اسکن انجام داده بودند، در ۳۷ مورد تشخیص صحیح توسط سی‌تی‌اسکن داده شد (۸۶/۰۴٪ موارد) ولی از بین ۸۴ بیمار که برونکوسکوپی انجام داده بودند، در ۶۴ مورد برونکوسکوپی تشخیص صحیح داده بود (۷۶/۱٪ موارد). لازم به ذکر است که میزان این نسبت در تشخیص ضایعات مختلف، متفاوت است. از نتایج بدست آمده می‌توان این طور استنباط کرد که (بخصوص در موارد تشخیص‌هایی بجز بدخیمی) سی‌تی‌اسکن توانایی بالاتری در تشخیص ضایعه دارد. معنی‌دار نبودن ضریب هماهنگی بین نتایج برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن، بیش‌تر به دلیل کم بودن تعداد نمونه‌هاست، از طرفی حتی با وجود معنی‌دار بودن این ضریب نیز، میزان هماهنگی بسیار پایین است و از میزان شانس نیز، کمتر است. این امر نیز خود دلیلی است بر اینکه آزمون‌های برونکوسکوپی و سی‌تی‌اسکن - جدا از صحت نتایج - در ارزیابی سالم یا بیمار بودن این نمونه‌ها، نتایج یکسان و هماهنگی نداشته و نمی‌توانند جایگزین یکدیگر شوند.

به طور کلی سی‌تی‌اسکن در تعیین ضایعات اولیه مخاطی، برونشیت، متاپلازی بافت سنگفرشی و پاپیلوماهای خوش‌خیم (که همگی توسط برونکوسکوپی قابل تشخیص هستند)، غیرحساس است. در مطالعات انجام شده تاکنون نیز، سی‌تی‌اسکن را در تشخیص ضایعات داخل

5- Lederle FA, Nichol KL, Parenti CM. Bronchoscopy to evaluate hemoptysis in older men with non-suspicious chest roentograms. *Chest* 1989; 95(2): 1043-7.

6- Saldias F, Leiva I. Usefulness of computed tomography of the chest in the evaluation of patients with massive hemoptysis. *Rev Med Chil* 1997; 125(2): 174-82.

7- Chahill BC, Ingbar DH. Massive hemoptysis. Assessment and management. *Clin Chest Med* 1994; 15(1): 147-67.

8- Sen RP, Walsh TE, Bode FR. Hemoptysis. Assessment and management. *Mil Med* 1990; 155(10): 502-8.

9- Jackson CV, Savage PJ, Quinn DL. Role of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a normal chest roentogram. *Chest* 1985; 87(2): 142-4.

10- Poe RH, Israel RH, Marin MG, Ortiz CR, Dale RC, Wahl GW, et al. Utility of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a non-localizing chest roentogram. *Chest* 1988; 93(1): 70-5.

11- Sharma SK, Pande JN. Fiberoptic bronchoscopy. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1988, 30(3): 163-5.

12- Sharma SK, Dey AB, Pande JN, Verma K. Fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and normal chest roentgenograms. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1991; 33(1): 15-8.

13- Revel MP, Fournier LS, Hennebicque AS, Cuenod CA, Meyer G, Reynaud P, et al. Can CT replace bronchoscopy in the detection of the site and cause of bleeding in patients with large or massive hemoptysis? *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179(5): 1217-24.

14- Set PA, Flower CD, Smith IE, Chan AP, Twentyman OP, Shneerson JM. Hemoptysis: comparative study of the role of CT and fiberoptic bronchoscopy. *Radiology* 1993; 189(3): 677-80.

