



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده پزشکی

پایان نامه دوره مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی

**بررسی علل خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی و تحتانی در بیماران مراجعه کننده
به بیمارستان فاطمه زهرا (س) بوشهر در سال های ۱۳۸۵ الی ۱۳۹۰**

دانشجو : زینب مختارپور

استاد راهنما : دکتر سید مسعود طبیب

استادیار بخش داخلی و فوق تخصص گوارش

استاد مشاور: دکتر نیلوفر معتمد

استادیار گروه آمار

این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر اجرا گردیده است.

تیرماه ۱۳۹۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به:

همه شهدای ایران زمین

و به تمام بیمارانی که بر بالین آنها طبابت را آموختیم

و به همسر و خواهر عزیزم و دختر دلبندم که صبورانه و صادقانه من را همراهی نمودند.

تشکر و قدردانی:

با سپاس فراوان از استاد راهنمای بزرگوار

جناب آقای دکتر سید مسعود طیب

که در تمام مراحل انجام این پژوهش دلسوزانه مرا یاری نمودند.

با تشکر از استاد مشاور محترم آمار

سرکار خانم دکتر نیلوفر معتمد

که از راهنمایی‌های بی دریغ ایشان در انجام آنالیز آماری این پژوهش استفاده نمودم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول
1	▪ مقدمه
	▪ کلیات
۳	منشا خونریزی دستگاه گوارش فوقانی
۴	زخم پپتیک
۵	واریس مری
۶	منابع خونریزی از روده باریک
۷	منشاهای خونریزی کولونی
۸	روش برخورد با بیمار
۸	افتراق GIB فوقانی و تحتانی
۹	ارزیابی های تشخیصی در بیماران مبتلا به GIB
۱۱	▪ اهداف و فرضیات پژوهش
	فصل دوم
۱۲	▪ مروری بر متون
	فصل سوم
	▪ مواد و روش کار
۱۵	نوع پژوهش
۱۵	متغیرها
۱۵	جامعه مورد مطالعه

۱۶	.....	حجم نمونه و روش نمونه گیری
۱۶	.....	ابزار و تکنیک
۱۶	.....	روش انجام کار
۱۶	.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۷	.....	ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم

▪ نتایج

۱۸	نتایج پژوهش
----	-------	-------------

فصل پنجم

۲۳	▪ بحث و نتیجه گیری
----	-------	--------------------

۲۴	▪ محدودیت‌ها و پیشنهادات
----	-------	--------------------------

۲۵	منابع و مأخذ
----	-------	--------------

۲۸	چکیده به زبان انگلیسی
----	-------	-----------------------

۳۱	پیوست
----	-------	-------

فهرست نمودارها و تصاویر

صفحه	عنوان
۱۸	نمودار ۱-۴- فراوانی علل GIB فوقانی و تحتانی
۱۹	نمودار ۲-۴- فراوانی علل UGIB بر حسب سن
۱۹	نمودار ۳-۴- فراوانی علل LGIB بر حسب سن
۲۰	نمودار ۴-۴- فراوانی علل UGIB بر حسب جنس
۲۰	نمودار ۵-۴- فراوانی علل LGIB بر حسب جنس
۲۱	نمودار ۶-۴- فراوانی علل GIB بر حسب موقعیت آناتومیک
۲۱	نمودار ۷-۴- فراوانی علل GIB بر حسب سال
۲۲	نمودار ۸-۴- میزان تشخیصی و درمانی بودن آندوسکوپی و کولونوسکوپی

چکیده

اهداف و فرضیات

خونریزی‌های گوارشی بیماری شایعی است که به صورت بالقوه تهدید کننده حیات است، بخصوص در خونریزی‌های دستگاه گوارش فوقانی. در این مطالعه برآنیم که فراوانی علل خونریزی گوارشی فوقانی و تحتانی در بیماران مرکز درمانی بنت الهدی را مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی که بر روی اکسزایتینگ دیتا^۱ انجام می‌شود، اطلاعات به صورت ریتروسپکتیو^۲ مربوط به دوره ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ به وسیله پرونده خوانی جمع‌آوری شده است. با توجه به اینکه به طور میانگین در هر ماه حدود 40 مورد کولونوسکوپی و آندوسکوپی مربوط به خونریزی‌های گوارشی در مرکز کولونوسکوپی و آندوسکوپی بنت الهدی انجام می‌گیرد، در طول شش سال حدود ۲۸۲۲ نمونه مورد مطالعه قرار می‌گیرد. فرم جمع‌آوری اطلاعات (ضمیمه) شامل سن، جنس، سال، نوع پروسه (تشخیصی یا درمانی)، موقعیت آناتومیک و تشخیص نهایی، می‌باشد. با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو تحلیل اطلاعات انجام می‌گیرد.

یافته‌ها

از بین ۲۸۲۲ نمونه‌ای که مورد مطالعه قرار گرفتند، ۱۳۳۲ مورد با UGIB^۳ و ۱۴۹۰ مورد با LGIB^۴ مراجعه کرده بودند، که از این میان ۳۵ درصد زن و ۶۵ درصد مرد با UGIB و ۵۵٪ درصد زن و ۴۴٪ درصد مرد با LGIB، آندوسکوپی و کولونوسکوپی شده بودند. همچنین ۳۴٪ درصد افراد زیر ۴۰ سال و ۶۵٪ درصد

¹. Existing data

². Retrospective

³. Upper Gastrointestinal Bleeding

⁴. Lower Gastrointestinal Bleeding

افراد بالای ۴۰ سال با UGIB مراجعه کرده و ۶۶ درصد افراد زیر ۴۰ سال و ۵۴ درصد افراد بالای ۴۰ سال با LGIB مراجعه کرده بودند.

بیشترین علت UGIB به ترتیب شامل موارد زیر بوده است: زخم دئودنوم ۲۸٪، بدون منشا مشخص ۲۳٪، زخم معده ۱۵٪، اروزیون های گاستروئودنال ۱۳٪، واریس مری ۷٪، زخم مری ۴٪، تومورها ۳٪، پارگی مالوری ویس ۲٪، واریس معده ۱٪، پولیپ ۱٪، GERD کمپلیکته ۱٪، ملیگننت اولسر ۱٪ و سایر علل ۱٪.

بیشترین علت LGIB به ترتیب شامل موارد زیر بوده است: نرمال ۲۵٪، هموروئید ۲۴٪، فیشر انال ۱۳٪، پولیپ ۱۱٪، پروکتائیتیس ۵٪، تومورها ۴٪، اولسریتو کولائیتیس ۴٪، اولسر ۳٪، SRUS ۳٪، کولائیتیس عفونی ۳٪، دیورتیکولیت ۲٪، پرولاپس ۱٪، کرون ۱٪ و سایر علل ۱٪.

منشا UGIB ، ۴۰٪ مربوط به معده ، ۳۷٪ مربوط به دئودنوم و ۲۳٪ مربوط به مری ، می باشد و در مورد LGIB ، ۴۳٪ مربوط به انال کانال ، ۲۴٪ رکتوم ، ۱۲٪ سیگموئید ، ۱۱٪ کولون چپ ، ۳٪ کولون عرضی ، ۵٪ کولون راست و ۲٪ در سکوم می باشد.

بیشترین علت UGIB در افراد زیر ۴۰ سال ، ۴۷٪ زخم دئودنوم ، ۱۹٪ اروزیون های گاستروئودنال ، ۱۸٪ زخم معده و ۱۶٪ واریس مری است و در افراد بالای ۴۰ سال ، ۴۰٪ زخم دئودنوم ، ۲۶٪ زخم معده ، ۱۹٪ اروزیون های گاستروئودنال و ۱۵٪ واریس مری است.

بیشترین علت LGIB در افراد زیر ۴۰ سال ، ۳۶٪ هموروئید ، ۴۴٪ فیشر و ۲۰٪ پولیپ است و در افراد بالای ۴۰ سال ، ۴۲٪ هموروئید ، ۳۴٪ پولیپ و ۲۴٪ فیشر است.

بیشترین علت UGIB بر حسب جنس در افراد مذکر ، زخم دئودنوم ۴۴٪ ، زخم معده ۲۴٪ ، اروزیونهای گاستروئودنال ۱۸٪ و واریس مری ۱۴٪ بوده ، همچنین در افراد مونث زخم دئودنوم ۳۵٪ ، زخم معده ۲۵٪ ، اروزیونهای گاستروئودنال ۲۲٪ و واریس مری ۱۸٪ بوده است .

بیشترین علت LGIB بر حسب جنس در افراد مذکر ، هموروئید ۵۰٪ ، پولیپ ۲۷٪ و فیشر ۲۳٪ بوده ، همچنین در افراد مونث ، هموروئید ۴۹٪ ، فیشر ۳۲٪ و پولیپ ۱۹٪ بوده است .

نتیجه گیری

شایعترین علت خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی در استان بوشهر پپتیک اولسر می باشد و در خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی هموروئید و فیشر می باشد که مشابه سایر مقالات میباشد .

در این مطالعه زخم دئودنوم شیوع بسیار بالایی نسبت به زخم معده دارد که نشان از شیوع میکروب H.P در بین مردم استان می باشد .

واژگان کلیدی

خونریزی های گوارشی - آندوسکوپی - کولونوسکوپی - زخم پپتیک - پولیپ - هموروئید - فیشر - دیورتیکول - کولیت اولسریتیو - بوشهر.

فصل اول

* مقدمه

* کلیات

* اهداف و فرضیات پژوهش

خونریزی های گوارشی به دو دسته فوقانی و تحتانی دسته بندی می شوند. خونریزی های گوارشی فوقانی به خونریزی هایی گفته می شود که پروگزیمال به لیگامان تریتز واقع شده باشد [4] و به خونریزی هایی که بعد از لیگامان تریتز و بالاتر از آنوس باشد، خونریزی دستگاه گوارش تحتانی گفته می شود و شامل یک چهارم انتهایی دئودنوم و تمام ژژنوم، ایلئوم، کولون، رکتوم و آنوس می باشد [5].

شیوع خونریزی دستگاه گوارش تحتانی نسبت به خونریزی دستگاه گوارش فوقانی کمتر است [6]. در مورد خونریزی های دستگاه گوارش فوقانی، بیماران ممکن است با علائمی از قبیل هماتمز، ملنا، هماتوشزی، سنکوپ، دیس پپسی، درد اپی گاستر، سوزش سردل، کاهش وزن و زردی مراجعه کنند [7] و در مورد خونریزی های دستگاه گوارش تحتانی، علائم بالینی مختلفی وجود دارد و بیشتر به مقدار خون از دست رفته و محل آناتومیک خونریزی بستگی دارد. اگر خونریزی در سمت راست کولون اتفاق بیفتد، خون تیره و اگر خونریزی در سمت چپ کولون اتفاق بیفتد، خون روشن دفع می شود [8,9,10,11].

خونریزی های دستگاه گوارش فوقانی حاد بر اساس علت آن، به دو دسته کلی خونریزی های ناشی از واریس و خونریزی های غیر وابسته به واریس تقسیم می شود [12]. خونریزی های ناشی از واریس شامل واریس مری و واریس معده و خونریزی های غیروابسته به واریس شامل زخم پپتیک، پارگی مالوری ویس، اروزیون های گاستروئودنال، ازوفازیت اروزیو، تومور و اکتازی عروقی می باشد [13,14] و در مورد خونریزی های دستگاه گوارش تحتانی ممکن است به تشخیص هایی از این موارد برسیم: شایعترین علت آن هموروئید است که خیلی کم باعث پارگی آنال کانال و خونریزی زیاد می شود، فیشر آنال، جسم خارجی، اولسریتو کولایتیس، بیماری کورون، سدوممبرین کولایتیس، اسهال عفونی، دیورتیکولیت، ایسکمی مزانتر، پولیپ کولون و کنسر کولون از علل های دیگر خونریزی دستگاه گوارش تحتانی می باشد [15].

در واقع خونریزی های گوارشی یکی از علل قابل درمان سریع هستند. بدون آنکه مشکلات اقتصادی، اجتماعی و روانی زیادی گریبان گیر افراد شود. پس بهتر است که با روش های تشخیصی و درمانی سریع، مشکل حاد بیمار برطرف شود [16,17,18]. بهترین روش تشخیصی و درمانی در بیماران دچار خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی، آندوسکوپی است که باید فوراً در بیماران مبتلا با ناپایداری همودینامیک انجام گیرد. آندوسکوپی ۹۰ تا ۹۵ درصد تشخیصی است و همچنین در مراحل ابتدای خونریزی خفیف برای انتخاب روش درمان توصیه می شود. بیماران دچار خونریزی های شدید و یافته های آندوسکوپی پر خطر (واریس و زخم با خونریزی فعال یا همراه با یک رگ قابل مشاهده) می تواند تحت درمان هموستاتیک به کمک آندوسکوپی قرار گیرد [19,20,21,22].

در مورد خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در طول سال های اخیر کولونوسکوپی یک پروسیجر لازم و منتخب برای بررسی، بوده است [23]. ۷۴ تا ۸۲ درصد موارد کولونوسکوپی می تواند محل دقیق خونریزی را مشخص کند [24].

با عنایت به اینکه علل خونریزی گوارشی ذکر شده می تواند تحت تاثیر فاکتورهای متعددی نظیر سن و جنس و تابلوی اپیدمیولوژیک بیماری های گوارشی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی و الگوی تغذیه ای و آب و هوا و شرایط جغرافیایی و ... باشد، لذا الگوی خونریزی های گوارشی در جوامع مختلف می تواند متفاوت باشد.

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه مشابهی در استان بوشهر انجام نگرفته است، لذا در این مطالعه برآنیم تا فراوانی علل خونریزی گوارشی فوقانی و تحتانی را مورد مطالعه قرار دهیم.

کلیات

خونریزی از دستگاه گوارش ممکن است به پنج طریق ظاهر شود؛ هماتمز: عبارت است از استفراغ خون قرمز یا مواد قهوه ای رنگ؛ ملنا: مدفوع سیاه، قیری و بدبو است؛ هماتوشزی: دفع خون قرمز روشن یا آلبالویی از رکتوم. خونریزی مخفی از دستگاه گوارش ممکن است در غیاب خونریزی واضح توسط تست‌های خون مخفی مدفوع یا وجود فقر آهن شناسایی شود. نهایتاً بیماران ممکن است تنها با علائم از دست دادن خون یا کم خونی نظیر احساس سبکی سر، سنکوپ، آنژین یا تنگی نفس مراجعه کنند [32].

منشأ خونریزی دستگاه گوارش

منشأ خونریزی دستگاه گوارش فوقانی (UGIB): جدول (۱-۱) بیماری زخم پپتیک شایع ترین علت UGIB است که شامل بیش از ۵۰ درصد موارد است. این در حالی است که مصرف NSAID افزایش و شیوع هلیکوباکتریلوری کاهش یافته است.

جدول ۱-۱- منشأ خونریزی در بیماران بستری [32]

درصد بیماران	منشأ خونریزی
۳۱-۵۹	زخم‌ها
۷-۲۰	واریس‌ها
۴-۸	پارگی مالوری ویس
۲-۷	اروزیون‌های معده-دئودنال
۱-۳	ازوفازیت اروزو
۲-۷	بدخیمی
۰-۶	اکتازی عروقی
۸-۱۴	با منشأ ناشناخته

⁵. Coffee-ground

پارگی مالوریویس مسئول ۵ تا ۱۵ درصد موارد می باشد. بسته به جمعیت مورد بررسی نسبت بیمارانی که از واریس ها خونریزی می کنند در محدوده وسیعی بین ۵ تا ۳۰ درصد متفاوت است.

گاستروپاتی هموراژیک یا اروزیو (به طور مثال آنچه ناشی از NSAID یا الکل است) و ازوفازیت اروزیو معمولاً موجب UGIB خفیف می شوند و خونریزی شدید در این مورد نادر است [32].

زخم پپتیک (PUD)

علاوه بر نمای بالینی، مشخصات زخم در آندوسکوپی، اطلاعات مهمی در مورد پیش آگهی ارائه می دهد. PUD شامل زخم های معده و دئودنوم می باشد. زخم ها به صورت نقصی در سطح مخاطی با اندازه بیش از ۵ میلی متر با عمقی تا زیر مخاط تعریف می شوند. زخم های دئودنوم (DU) و زخم های معده (GU) خصوصیات مشترک بسیاری دارند از نظر پاتوژنر، تشخیص و درمان، اما عوامل چندی آنها را از یکدیگر متمایز می کند.

زخم های دئودنوم در سال های اخیر کاهش یافته است و علت کاهش فراوانی زخم های دئودنوم احتمالاً مربوط به کاهش فراوانی هلیکوباکتریلوری است. پیش از کشف هلیکوباکتریلوری، سیر طبیعی زخم های دئودنوم با عودهای مکرر پس از درمان اولیه مشخص می شد. درمان ریشه کنی هلیکوباکتریلوری میزان این عودها را کاهش داده است.

زخم های معده تمایل دارند تا در سنین بالاتری نسبت به ضایعات دئودنوم روی دهند، با یک اوج بروز که در دهه ششم گزارش شده است. بیش از نیمی از زخم های معده در مردان بوجود می آیند و شیوع آنها کمتر از زخم های دئودنوم است. شاید به این دلیل که به احتمال بیشتر زخم های معده ساکت و بدون نشانه هستند و تنها پس از بوجود آمدن عارضه مشخص می شوند. بررسی های اتوپسی مطرح کننده بروز یکسان زخم های دئودنوم و معده است [32].