

بررسی میزان مرگ های قابل پیشگیری ناشی از خونریزی دستگاه گوارش فوقانی در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

E-mail: gholipour@tbzmed.ac.ir

دکتر چنگیز قلی پوری: استادیار گروه جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۲/۹/۱۰ بازنگری نهایی: ۸۲/۱۰/۳۰ پذیرش: ۸۲/۱۱/۱

چکیده

زمینه و اهداف: خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش (UGIB) از بیماریهای تهدید کننده حیات است. این مطالعه جهت بررسی علل بروز UGIB و موارد قابل اجتناب مرگ و میر در دو مرکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه پرونده های بیماران مبتلا به UGIB بستری در دو بیمارستان دانشگاهی سینا و امام خمینی تبریز در سال ۱۳۸۰ به صورت گذشته نگر بررسی شد.

یافته ها: از ۵۷۸ بیمار بستری با تشخیص UGIB ۶۴ نفر (۱۱/۴٪) فوت شده بودند. UGIB علت ۱۲ درصد کل بستری ها و ۱۳ درصد مرگ و میرهای بخش داخلی را تشکیل می داد. ۱۶/۲ درصد مرگ و میرهای بخش ICU جراحی نیز به علت UGIB بود. شایع ترین علت خونریزی زخم پپتیک بود و هیچ یک از علل با افزایش مرگ و میر همراه نبود. از بیماران فوت شده ۳۶/۴ درصد جراحی و ۶۳/۶ درصد به صورت محافظه کارانه درمان شدند. از بیماران جراحی شده ۵۵ درصد موارد مرگ قابل پیشگیری داشتند ولی در بیمارانی که درمان محافظه کارانه شده بودند در ۱۷/۲ درصد موارد مرگ قابل اجتناب بود.

نتیجه گیری: علت مرگ های قابل اجتناب در بیماران عمل شده، جراحی دیررس و ضعف تکنیکی و در گروهی که درمان محافظه کارانه شده بودند، عدم انجام جراحی بود. توجه دقیق به اندیکاسیون های اعمال جراحی زود هنگام می تواند در کاهش مرگ و میر بیماران مؤثر باشد.

کلید واژه ها: خونریزی گوارشی فوقانی، مرگ و میر، آندوسکوپی

مقدمه

در نظر گرفته شدند و ۱۳۶ نفر از بیمارانی که زنده مرخص شده بودند به صورت تصادفی به عنوان گروه شاهد انتخاب و بررسی شدند. اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیماران استخراج شد و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون های t و مجذور کای برای تعیین ارزش آماری داده ها استفاده شد. ارزش آماری داده ها با مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

تعریف اصطلاحات

- **بیماری همراه^۱:** بیماری دیگری در زمان پذیرش بیمار که ناشی از UGIB نبوده و نیاز به توجه همزمان داشته باشد.

- **علت خونریزی:** در بیماران عمل شده براساس یافته های جراحی و در بیماران عمل نشده بر اساس آندوسکوپی یا اتوپسی ذکر شده است. در آندوسکوپی ضایعه اصلی که منشأ خونریزی بود مد نظر قرار گرفت و به ضایعاتی که در آن زمان منشأ خونریزی نبودند اشاره نشد.

- **خونریزی مجدد:** به دوره جدیدی از خونریزی در طی دوره بستری بیمارستانی بعد از کنترل خونریزی اولیه (یا بعد از قطع خونریزی اولیه) اطلاق می شود.

محتمل ترین علت مرگ در هر بیمار بر اساس شرح حال، سیر بیماری و یادداشت های پرونده بیمار در نظر گرفته شد.

شیوع خونریزی گوارشی فوقانی در مناطق جغرافیایی مختلف از ۳۶ تا ۱۵۰ درصد هزار متفاوت است (۱). مرگ و میر خونریزی گوارشی فوقانی ۷ تا ۱۴ درصد گزارش شده است (۲). علیرغم پیشرفت روش های تشخیصی و درمانی در ۳۰ سال اخیر میزان مرگ و میر خونریزی از زخم های پپتیک تقریباً بدون تغییر مانده است (۱). پیش از این مطالعه ای که علت پیدایش UGIB در جوامع غربی را با جامعه ما مقایسه کند در دسترس نبوده است و چنین مقایسه ای می تواند امکان استفاده از راه حل های یکسان جهت کاهش مرگ و میر این بیماری یا لزوم اندیشیدن به راه حل اختصاصی را فراهم نماید. علاوه بر این، در این مطالعه سعی شده است با تعیین موارد مرگ بالقوه قابل اجتناب، نکاتی که در صورت رعایت باعث کاهش مرگ و میر در آینده خواهند شد، مشخص شوند.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش گذشته نگر (مورد - شاهد) در مقطع زمانی یک ساله از اول فروردین تا آخر اسفند ۱۳۸۰ در بخش های داخلی، جراحی و ICU بیمارستان های سینا و امام خمینی تبریز انجام گردید. در این مدت ۵۷۸ بیمار با تشخیص UGIB بستری شده بودند. تعداد ۵۵ بیمار فوت شده که دارای پرونده کامل بودند به عنوان گروه مورد

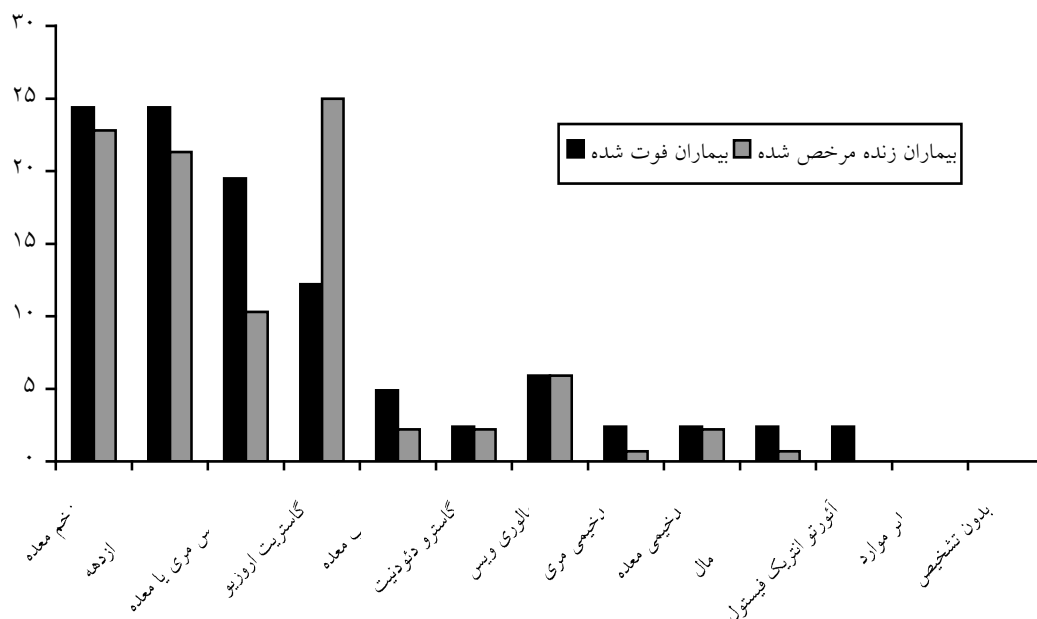
یافته ها

دوازده درصد (۵۰۳ نفر از ۴۱۷۲ نفر) بستری های بخش داخلی به علت UGIB بود. UGIB علت ۱۳ درصد (۳۳ نفر) مرگ و میر بخش های داخلی و علت ۸/۴ درصد (۶۲ نفر) بستری ها و ۱۶/۲ درصد (۳۰ نفر) مرگ و میر بخش های ICU را تشکیل می داد. شیوع UGIB در مردان ۴/۶۶ برابر زنان (۴۷۶ در برابر ۱۰۲ نفر) بود. مرگ و میر ناشی از UGIB در مردان ۱۱/۱ درصد (۵۳ نفر) در مقابل ۱۰/۷ درصد در زنان بود ($OR=1/3$). این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود.

کلیه بیماران گروه شاهد آندوسکوپی شده بودند. در مجموع، تشخیص نهایی در ۴۱ بیمار فوت شده و ۱۳۶ بیمار مرخص شده معلوم شد. شیوع علل مختلف خونریزی در بیماران دچار UGIB به تفکیک گروه مورد و شاهد در نمودار ۱ نشان داده شده است. شایع ترین علت بستری و فوت در دو گروه شاهد و مورد زخم پپتیک بود (به ترتیب ۴۴/۱٪ و ۴۸/۸٪). علت دوم مرگ و میر واریس مری یا معده با ۱۹/۵ درصد (۸ نفر) و علت سوم مرگ و میر، گاستریت اروزو یا گاستروئودنیت اروزو بود. این سه علت، در مجموع، در ۸۵ درصد بیمارات فوت شده علت خونریزی بودند. هیچ یک از علل خونریزی با افزایش مرگ و میر رابطه معنی دار نداشت ($p > 0/10$). متوسط زمان از بستری تا آندوسکوپی در بیماران زنده مرخص شده، ۲۸/۸ ساعت و در بیماران فوت شده ۱۹/۹۲ ساعت بود. از ۵۵ بیمار فوت شده ۴۱/۸ درصد (۲۳ نفر) فاقد آندوسکوپی بودند و علت عدم انجام آندوسکوپی در ۱۵ نفر (۶۵/۲٪) وخامت وضع بالینی یا مرگ سریع قبل از انجام آندوسکوپی و در ۸ نفر (۳۴/۸٪) خونریزی شدید منجر به جراحی فوری قبل از انجام آندوسکوپی ذکر شده بود. کلیه بیماران گروه شاهد آندوسکوپی شده بودند.

از ۵۵ بیمار فوت شده به دنبال UGIB در سال ۱۳۸۰، ۳۶/۴ درصد بیماران (۲۰ نفر) به دنبال عمل جراحی و ۶۳/۶ درصد (۳۵ نفر) تحت درمان های طبی یا آندوسکوپی فوت شدند. نیاز به جراحی اورژانس در بیماران فوت شده ۳۹/۱ درصد و در گروه شاهد ۱۰/۲ درصد بود ($p < 0/05$, $OR = 5/6$). اندیکاسیون های جراحی در بیماران عبارت بودند از خونریزی مجدد در ۴۰ درصد (۸ نفر)، خونریزی شدید یا مداوم در ۴۰ درصد (۸ نفر)، احتمال زیاد خونریزی مجدد در آندوسکوپی در ۵ درصد (۱ نفر)، سوراخ شدگی و پریتنیت در ۵ درصد (۱ نفر) و عود مجدد خونریزی پس از انجام جراحی در مراکز دیگر در ۱۰ درصد (۲ نفر). متوسط تعداد واحد خون دریافتی در طی بستری در بیماران فوت شده $9 \pm 8/3$ واحد و در بیماران زنده مرخص شده $4/7 \pm 3$ واحد بود. ($p < 0/05$).

در ۹ نفر از بیماران فوت شده به دنبال جراحی، بیماریهای همراه در عدم موفقیت درمان نقش داشتند که عبارت بود از سیروزکبدی، نارسایی مزمن کلیه، لنفوم، تومور معده، تومور متاستاتیک وسیع و گانگرن منتشر روده باریک. ۱۱ مورد (۵۵٪) مرگ به دنبال جراحی به علت عوارض طبی پس از عمل در بیمارانی که بیماری زمینه ای نداشتند، روی داد. علت مرگ در ۳۰ درصد (۶ نفر) عود خونریزی پس از عمل جراحی بود. پنج بیمار به علت باز شدن بخیه های محل عمل جراحی، نشت آنستوموز یا تشکیل آبسه داخل شکم تحت جراحی مجدد قرار گرفتند. در مجموع، از ۲۰ بیمار فوت شده، ۴۵ درصد (۹ نفر) به دلیل عوارض پس از عمل تحت جراحی مجدد (۶ نفر یک مرتبه، ۲ نفر دو مرتبه و ۱ نفر سه مرتبه) قرار گرفتند.



نمودار ۱: درصد علل گوناگون خونریزی فوقانی با تفکیک بیماران فوت شده و زنده مرخص شده

از ۳۵ بیماری که به دنبال درمان غیر جراحی فوت شده بودند، یازده نفر (۳۱/۴٪) بدون اینکه خونریزی شدید تهدید کننده حیات داشته باشند در اثر بیماری زمینه ای فوت شدند. هیجده بیمار (۵۱/۴٪) خونریزی مداوم و شدید همراه با بیماری زمینه ای داشتند و در ۱۷/۲ درصد (۶ نفر) خونریزی مداوم و شدید بدون وجود مشکل طبی زمینه ای علت مرگ بیماران بود.

در بین بیماران جراحی شده در ۴۵ درصد (۹ نفر) موارد مرگ در اثر بیماری همراه و غیر قابل اجتناب بود، در حالی که در ۵۵ درصد (۱۱ نفر) عوارض قابل اجتناب منجر به مرگ شده بود. در این بین ۵ مورد نقص تکنیک جراحی نظیر نشت آنستوموز وجود داشت و در ۶ نفر خونریزی مجدد علت مرگ بود. در بیمارانی که به صورت محافظه کارانه درمان ولی فوت شده بودند، علت مرگ در ۳۴ درصد (۱۱ نفر) بیماری مزمن زمینه ای یا عارضه وخیم طبی بود. در ۵۱/۴ درصد (۱۸ نفر) خونریزی شدید و مشکلات درمانی در تثبیت وضعیت بیمار به دلیل بیماری همراه منجر به فوت شد. مرگ در دو گروه اخیر به علت بیماری زمینه ای و غیر قابل اجتناب تشخیص داده شد و در ۱۷/۲ درصد (۶ نفر) بیمارانی که به صورت محافظه کارانه درمان شده بودند مرگ ناشی از خونریزی بدون وجود زمینه طبی در بیمار و قابل اجتناب در نظر گرفته شد.

بحث

بیماران UGIB در هر دو مرکز ابتدا در بخش داخلی پذیرش شده و ضمن آغاز اقدامات درمانی جهت احیا بیمار، تحت آندوسکوپی، در صورت لزوم، اسکلوترابی قرار می گرفتند. همزمان با اقدامات فوق و در صورت وجود اندیکاسیون جراحی، مشاوره جراحی به عمل می آمد. شایع ترین علت UGIB و مرگ و میر ناشی از آن در مطالعه ما نظیر مطالعات کشورهای غربی زخم پپتیک بود (۳). در مطالعه حاضر خونریزی از زخم معده (۲۲/۸٪) شایع تر از خونریزی از زخم دوازدهه (۲۱/۳٪) بود. این نتایج با مطالعات کشورهای غربی که زخم دوازدهه را شایع ترین علت خونریزی از زخم پپتیک بیان نموده اند (جدول ۱) متفاوت است (۳). در دیگر مطالعات نیز خونریزی از زخم پپتیک و واریس مری به ترتیب شایع ترین علل UGIB هستند.

در اکثر مطالعات زخم های پپتیک به دلیل اینکه بیشتر از دیگر انواع UGIB نیاز به جراحی دارند و اینکه علل دیگر نظیر سندرم مالوری وایس با روشهای غیر جراحی قابل کنترل هستند، بیشتر به چشم می آیند (۴ و ۵). در کل، نتایج مطالعات غربی در مورد تشخیص و درمان UGIB در جامعه ما نیز صادق است.

در یک گزارش آندوسکوپی در بیماران با وضعیت همودینامیک ناپایدار پس از احیا در ۶ ساعت اول و در بقیه بیماران در ۱۲ ساعت اول انجام گرفته بود و متوسط فاصله بین پذیرش و آندوسکوپی ۱۱ ساعت بود، و در مجموع، آندوسکوپی در ۲۴ ساعت اول در ۷۸ درصد بیماران انجام گرفته بود (۵). آندوسکوپی تشخیصی زودرس به تنهایی تأثیری بر پیش آگهی UGIB ندارد، مگر اینکه بلافاصله دخالت درمانی اعم از جراحی یا آندوسکوپی انجام گیرد (۴). مطالعه اخیر نشان می دهد که در بیماران ما آندوسکوپی با تأخیر بیشتری انجام گرفته است. در مطالعه ریرگ و همکاران تفاوتی در پیش آگهی بیمارانی که مورد درمان آندوسکوپی قرار گرفتند و آنهایی که درمان آندوسکوپی نشدند وجود نداشته است (۳). مطالعه ای دیگر نشان داده است که در بیمارانی که در آندوسکوپی نشانه های ویژه ای مانند خونریزی فعال، لخته یا رگ قابل مشاهده ندارند، اسکلوترابی در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد موفقیت آمیز است و میزان مرگ و میر خونریزی را کاهش می دهد (۶). در یک مطالعه از ۹۵۱ بیمار که به علل مختلف دچار UGIB شده بودند، تنها در ۲۰ نفر آندوسکوپی انجام نگرفته بود که در ۴ نفر علت آن آندوسکوپی اخیر به علت بیماری مشابه، و در نتیجه، عدم نیاز به آندوسکوپی بود (۱/۶۸٪). در این گزارش فقط ۳ بیمار به علت شک به سوراخ شدگی (دو مورد سوراخ شدگی زخم پپتیک و یک مورد احتمال باز شدن آنستوموز بیلیروت ۱ بدون آندوسکوپی تحت عمل جراحی قرار گرفتند (۳). در مطالعه ما ۴۱/۸ درصد بیماران جراحی شده فاقد اقدام آندوسکوپی بودند. انجام آندوسکوپی در اسرع وقت و تأکید بیشتر بر احیای بیماران جهت آندوسکوپی ضرورت دارد. آندوسکوپی زودرس به تشخیص، درمان و تعیین پیش آگهی بیمار کمک می کند (۷).

در مطالعه موریس بیماران به دو گروه تقسیم شدند (۵). یک گروه به صورت زود هنگام مورد جراحی قرار گرفتند و گروه دیگر با تأخیر، جراحی شدند. مرگ و میر جراحی در گروه اول ۷ درصد (۲ نفر از ۳۰ نفر) و در گروه دوم ۴۳ درصد (۶ نفر از ۱۴ نفر) بود. با توجه به اینکه متوسط دریافت خون در بیماران عمل شده ما ۱۰ واحد بود به نظر می رسد اندیکاسیون های جراحی اعمال شده بیشتر با معیارهای گروه تأخیری مطابقت داشته است و به همین دلیل مرگ و میر جراحی در مطالعه حاضر نیز نزدیک به نتایج جراحی گروه تأخیری در آن مطالعه است (۵). در یک مطالعه دیگر مرگ و میر بیماران بالای ۶۰ سال که با تأخیر مورد جراحی قرار گرفته بودند ۱۵ درصد و مرگ و میر بیماران بالای ۶۰ سال که به صورت زود هنگام جراحی شده بودند ۴ درصد بود (۸). مطالعات دیگر نیز نتیجه یکسانی داشته اند (۹).

جدول ۱: مقایسه درصد علل مختلف خونریزی گوارشی فوقانی در مطالعات کشورهای غربی و مطالعه حاضر

محل مطالعه	سال	زخم دوازدهه	زخم معده	ازوفازیت	واریس	بدخیمی ها	زخم	سایر موارد	بدون تشخیص	جمع
اروپا	۱۹۷۳-۱۹۹۵	۲۰/۶	۱۸	۱۰	۹	۸	۱۳	۳	۲۲	۸۴
آمریکا	۱۹۷۶-۱۹۹۰	۲۰	۲۰	۹	۱۶	۳	۲۹	-	۷	۱۰۴
مطالعه حاضر	۲۰۰۰-۲۰۰۱	۲۱/۳	۲۲/۸	۵/۹	۱۰/۳	۲/۹	۲۷/۲	۸/۵۱	۲/۹	۹۳/۳

همکاری نزدیک چند متخصص مختلف یعنی آندوسکوپیست، کارکنان بخش مراقبت های ویژه و جراحان عمومی مورد بررسی قرار گیرد. اما درباره نقش هر یک از افراد شرکت کننده در این تیم اتفاق نظر وجود ندارد (۴).

نتیجه گیری

با توجه به بالا بودن موارد مرگ غیر قابل اجتناب در بیماران دچار UGIB لازم است جهت اصلاح میزان مرگ و میر این بیماران توجه دقیق به پیشگیری از خونریزی در بیماران مبتلا به واریس مری و زخم های پپتیک به عمل آید. بهتر است بیماران دچار UGIB در بدو بستری مورد مشاوره جراحی قرار گیرند یا اینکه تحت نظر مشترک متخصصین داخلی و جراحی بستری شوند و در ۱۲ ساعت اول آندوسکوپی به عمل آید. به نظر می رسد در وضعیت کلی ما توجه دقیق به معیارهای جراحی زود هنگام در بیماران پر خطر قادر به کاهش مرگ و میر اعمال جراحی و همچنین کل بیماران دچار UGIB است.

موریس در بیماران زیر ۶۰ سال دچار UGIB با توجه به عدم وقوع از مرگ و بالا بودن تعداد بیماران عمل شده (۴۷٪)، در اواسط مطالعه، انجام جراحی با معیارهای زود هنگام صرف نظر کرد. به نظر می رسد در وضعیت کلی ما توجه دقیق به معیارهای جراحی زود هنگام در بیماران بالای ۶۰ سال و در معرض خطر قادر به کاهش مرگ و میر اعمال جراحی و UGIB خواهد بود.

تحت نظر گرفتن بیماران پر خطر مبتلا به UGIB در یک بخش ویژه زیر نظر همزمان متخصصین داخلی و جراحی، انجام آندوسکوپی زودرس و اقدام جراحی در صورت وجود هر یک از معیارهای نیاز به ۴ واحد خون در ۲۴ ساعت جهت احیا بیمار، یک بار خونریزی مجدد در بیمار تحت درمان با داروهای ضد زخم پپتیک، علائم خاص آندوسکوپی مانند خونریزی فعال، رگ واضح، لخته چسبنده، زخم دیواره خلفی دئودنوم و زخم معده عمیق در بالای angulus (۱۰ و ۱) می تواند باعث کاهش مرگ و میر بیماران دچار UGIB شود. اکثر مؤلفین معتقدند که خونریزی از زخم پپتیک مشکلی است که باید با

References

- Farrel RJ, Alsahli M, Lamont JT. Is successful triage of patients with upper gastrointestinal bleeding possible without endoscopy? LANCET 2000; 356: 1289-90.
- Sandel MH, Kolkman JJ, Kuipers EJ. Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Differences in outcome for patients admitted to internal medicine and gastrointestinal Services. Am J Gastroenterol. 2000; 95(9):2357-2362.
- Vreeburg EM, Snel P, D Bruijne W. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area :Incidence, Diagnosis and clinical outcome. Am J Gastroenterol 1997; 92(2): 236-243.
- Starlinger M, Becker HD. Upper gastrointestinal bleeding, indications and results in surgery. Hepato-Gastroenterol 1991; 38: 216-219.
- Morris DL, Hawker PC, Brearley S. Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer: prospective randomized trial. Br Med J 1984;288: 1277-1280.
- Steele RJC. Endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. Br J Surg 1989; 76: 219-225.
- Terdiman JP. Update on upper gastrointestinal bleeding. Postgraduate Med 1998; 103(6): 43-63
- Hellers G, Ihre T. Impact of change to early diagnosis and surgery in major upper gastrointestinal bleeding. Lancet 1975; 2(7947): 1250-1.
- Clark CS, Afifi AY. Impact of blood transfusion on outcome in patient admitted for gastrointestinal hemorrhage. Current Surgery 2000; 57(5): 493-496
- Gostout CJ. Gastrointestinal bleeding in the elderly patient. Am J Gastroenterol. 2000; 95(3): 90-5.