

درمان طبی خونریزی واریسی

◆ مقدمه:

نویسنده:

اهمیت دارد. بروز خونریزی در بیمار مبتلا به ترومبوز سیستم پورت با پیش آگهی خوبی همراه است ولی بیمار مبتلا به بیماری مزمن کبدی پیشرفته پیش آگهی بدی دارد. در واقع میزان رزرو کبدی نقش مهمی در پیش آگهی بیماری دارد. در صورتیکه در بیمار سیروتیک در کنار یرقان و آسیت، خونریزی گوارشی و آنسفالوپاتی رخ دهد، احتمال نجات بیمار بسیار ضعیف خواهد بود. از طرفی دیگر ریسک تداوم خونریزی واریسی و یا خونریزی مجدد زودرس ارتباط مستقیمی با شدت بیماری کبدی دارد.

◆ خونریزی واریسی:

خونریزی واریسی اغلب بدون عوامل مساعد کننده واضحی و معمولاً با هماتمز شدید و بدون درد با یا بدون ملنا تظاهر می کند. هنگامی که خونریزی در ضایعات فوقانی دستگاه گوارشی خیلی شدید باشد احتمال وقوع هماتوشیزی وجود دارد. گاه بدون سابقه هماتمز یا هماتوشیزی یا با ملنا تظاهر می کند. مرگ و میر اولین خونریزی واریسی هنوز بالاست و بیماران قبل از رسیدن به بیمارستان و با کارکرد بد کبدی دچار مرگ می گردند. بروز خونریزی واریسی در بیمار مبتلا به سیروز کبدی میزان سوراویوال ۵ ساله را به ۲۵ درصد کاهش می دهد. خونریزی واریسی در چند روز اول حداقل در ۵۰ درصد موارد مجدداً عود می نماید. اندازه واریس ها، میزان فشار پورت و رنگ آبی واریس ها در آندوسکوپی در پیش آگهی خونریزی مجدد واریسی راهنمای مفیدی می باشند.

نکته ای که اهمیت دارد این است که

دکتر سیدمؤید علویان استادیار داخلی

واریس های مری حاصل می شود.

خونریزی واریسی جدی ترین عارضه هیپرتانسیون پورت بوده و یک اورژانس تهدید کننده زندگی است در برخی موارد اولین تظاهر بیماری مزمن کبدی و هیپرتانسیون پورت خونریزی از واریس های مری است.

چه عواملی در بروز خونریزی واریسی دخالت دارند؟ شدت هیپرتانسیون پورت و اندازه واریس ها در بروز خونریزی از واریس دخالت دارند. هر چه واریس بزرگتر باشد و به هر اندازه فشار داخل آنها از ۱۲ میلی متر جیوه بالاتر باشد احتمال خونریزی بیشتر خواهد بود. نکته مهم این است که ازوفناژیت و آروزبون واریس ها و ریفلاکس گاسترواز و فائزیا در ایجاد خونریزی تأثیری ندارند.

مشخص کردن علت هیپرتانسیون پورت در پیش آگهی خونریزی واریسی

سیستم گردش خون پورت از وریدهای مزانتریک فوقانی، تحتانی و طحالی تشکیل شده است. این وریدها خون را از قسمت های مختلف دستگاه گوارش به داخل گردش خون پورت منتقل می نمایند. فشار ورید پورت به طور طبیعی ۷mmHg می باشد. وقتی که انسدادی در مسیر گردش خون پورت ایجاد می شود جهت درناژ خون سیستم پورت به داخل وریدهای سیستمیگ گردش خون کلاترال ایجاد می گردد. یکی از این موارد گردش خون کلاترال در ناحیه جانکشن مری به معده و کاردیای معده می باشد. در این نواحی ورید گاستریک (کرونری) و گاستریک کوتاه سیستم پورت با وریدهای بین دنده ای و وریدهای دیافراگمو از و فائزیا و آزیگوس فرعی سیستم اجوف آناستوموز می یابند و در ناحیه زیر مخاط وریدهای متسع به صورت واریس برجسته می گردند. برای ایجاد واریس مری حداقل فشار پورت می باید حدود ۱۲ میلی متر جیوه باشد و با افزایش بیشتر فشار پورت دیلاتاسیون بیشتری در

در بیماران سیروتیک پیشرفته سیستم بارورسپتور کارآئی خود را از دست می دهد و در نتیجه با خونریزی شدید فشار خون بیمار بیشتر افت می نماید و در نتیجه عنایت و بذل توجه بیشتر به بیمار ضرورت پیدا می کند. اصولاً در بیمار سیروتیک با خونریزی گوارشی باید با آندوسکوپي خونریزی از واریس های معده یا مری را به اثبات رساند چون در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد خونریزی علل دیگری دارد (خصوصاً گاستریت)

◆ درمان طبی خونریزی واریسی

در بسیاری از بیماران خونریزی از واریس ها بدون هیچ درمان اختصاصی خودبخود قطع می گردد ولی بهر حال احتمال عود مجدد خونریزی بالا خواهد بود. از دست رفتن خون از واریس ها و کاهش حجم پلاسمائی با کاهش در فشار پورت همراه بوده و می تواند عامل مهمی در قطع خونریزی باشد. درمان طبی شامل درمانهای فارماکولوژیک، تامپوناد بابالون و اسکلروتراپی واریس ها می باشد. بیماران با هر شدت خونریزی باید در بیمارستان و ترجیحاً در ICU بستری گردند و نظر به عوارض و پیچیدگی های درمانی موجود در بیماران تحت نظر متخصص داخلی گوارش و جراح بطور مشترک قرار گیرند. علائم حیاتی بیمار لحظه به لحظه کنترل گردد چون هر لحظه امکان خونریزی بسیار شدید و بروز شوک و فوت بیمار وجود دارد. جهت بیمار دو راه وریدی مناسب گرفته شود. نمونه خون جهت کراس معج و درخواست خون کامل و تازه حداقل ۵ واحد و یا خون Packed cell بعلاوه

پلاسمای منجمد تازه به بانک خون فرستاده شود. یک نمونه دیگر خون به آزمایشگاه جهت چک کردن Hct, Hb, پلاکت، اوره، کراتی نین، سدیم، پتاسیم، PT و PTT فرستاده شود. باید با توجه به فشار خون بیمار و شدت خونریزی حجم از دست رفته را با احتیاط جبران نمود. نباید بی پروا از مقادیر زیاد خون و مایعات استفاده

اضافه کردن نیتروگلیسیرین به وازوپرسین به طور قابل توجهی عوارض جانبی سیستمیک وازوپرسین را می کاهد و از طرفی تأثیر وازوپرسین را نیز بیشتر می کند.

داده شود. علاوه بر تخمین شدت و تداوم خونریزی با خارج کردن خون احتمال آنسفالوپاتی کبدی کمتر می گردد. از آنجائی که آسیت شدید 1mmHg بر فشار داخل سیستم پورت می افزاید، یکی از روش های کم کردن فشار پورت و در نتیجه فشار داخل واریسی کشیدن حداقل ۳ لیتر مایع آسیت می باشد. در موارد خونریزی شدید واریسی تجویز اکسیژن و چک کردن

گازهای خون شریانی و کنترل میزان حجم ادراری توصیه می شود. در اولین وقت ممکن جهت آندوسکوپي فوقانی وقت گرفته شود. قبل از آندوسکوپي علائم حیاتی بیمار حتماً در حد قابل قبولی کنترل گردد. اگر فشار خون بیمار پائین باشد واریس های مری دچار کلاپس گردیده و احتمال عدم دیدن آنها در آندوسکوپي وجود دارد و از طرفی انجام آن با خطراتی همراه است.

گرچه تجویز H2 بلوکرها در جلوگیری از خونریزی واریسی عودکننده مزیتی بر پلاسبو نداشته است ولی از آنجائی که علل دیگر مثل گاستریت در بیماران مطرح است واریزون های مخاطی ناشی از استرس شایع است، تجویز H2 بلوکرها به صورت ۲۰۰ میلی گرم سایمتیدین هر ۸ ساعت توصیه می شود. در این بیماران باید ب فکر بروز آنسفالوپاتی کبدی بود لذا عدم تجویز داروهای سداتیو و استفاده از ترکیبات لاکتولوز، نئو مایسین توصیه می شود. در صورت عدم وجود علائم آنسفالوپاتی کبدی می توان ۳۰ سی سی

کرد زیرا تجویز بیش از حد آنها و توسعه بیش از حد حجم داخل عروقی باعث از سرگیری خونریزی می گردد. تا زمانیکه خون کامل و تازه آماده گردد از ترکیبات سرمی ۱/۳ - ۲/۳ یا نرمال سالین استفاده کرد. سالین تجویزی اکثراً به داخل آسیت می رود و تأثیری بر حجم داخل عروقی نخواهد داشت و لذا حتی الامکان توصیه نمی گردد و به محض آماده شدن خون به جای سرم از خون کامل استفاده شود.

قضاوت در مورد میزان شدت خونریزی بیمار بر اساس Hb و HCT عاقلانه نمی باشد و در ساعات اولیه با وجود شدت زیاد خونریزی این معیارهای آزمایشگاهی ممکن است تغییر عمده ای نیابد.

از طرفی دیگر چقدر به بیماران باید خون تزریق کرد؟ یک معیار هم علائم حیاتی بیمار است و مسئله دیگر حفظ HCT و بالاتر از ۳۰٪ می باشد.

و هیچگاه نباید سعی کرد Hb را به میزان قبل از خونریزی رساند. جهت بیمار NG - tube گذاشته شود و با ۵۰-۱۰۰ سی سی سرم شستشو

افزایش موتیلیتی دستگاه گوارش (با تحریک عضله صاف)، ایجاد کرامپ شکمی و گاه گاهی اسهال، فلبیت، هیپوناتومی می باشد.

اضافه کردن نیتروگلیسیرین به وازوپرسین به طور قابل توجهی عوارض جانبی سیستمیک وازوپرسین را می کاهد و از طرفی تأثیر وازوپرسین را نیز بیشتر می کند.

نیتروگلیسیرین زیرزبانی ۰/۶ mg هر نیم ساعت تا ۶ ساعت اول شروع وازوپرسین و یا ۴۰ تا ۴۰۰ میکروگرم در دقیقه وریدی داده می شود. قابل توجه است که فشار خون سیستولیک بیمار باید از ۱۰۰ میلی متر جیوه پائین تر نیاید.

سوماتواستاتین:

این دارو اثرات همودینامیکی مشابهی با وازوپرسین داشته و عوارض کمتری دارد. ابتدا ۲۵۰ میکروگرم داده شده و هر ساعت ۲۵۰ میکروگرم تکرار می گردد. تنها اشکال این دارو قیمت بسیار بالای آن می باشد.

محتویات روده ها و نیز رنگ پریدگی صورت معمول است. اگر این علائم وجود نداشت باید این سؤال را مطرح کرد که آیا وازوپرسین

از نظر فارماکولوژیکی فعال است. شایعترین علت عدم جواب به وازوپرسین خرابی دارو می باشد. توقف خونریزی احتمالاً در اثر پائین افتادن موقتی فشار ورید پورت است که

امکان هموستاز را در نقطه خونریزی فراهم می آورد.

واژوپرسین هنوز یک روش مفید آغازین در جهت کنترل خونریزی واریسی مطرح است. وازوپرسین باعث وازوکنستریکسیون عروق کرونری می گردد و هر گونه شواهدی دال بر احتمال ابتلاء بیمار به ایسکمی میوکاردا مانع مصرف آن می گردد. این دارو با انقباض عروق سیستمیک باعث انفارکتوس قلبی، گانگرن پوست و

قضاوت در مورد میزان شدت خونریزی بیمار بر اساس Hb و HCT عاقلانه نمی باشد و در ساعات اولیه با وجود شدت زیاد خونریزی این معیارهای آزمایشگاهی ممکن است تغییر عمده ای نیابد.

هر ۸ ساعت شربت لاکتولوز داد ولی اگر آنسفالوپاتی بروز کرده باشد طبق دستورالعمل ذکر شده در بخش

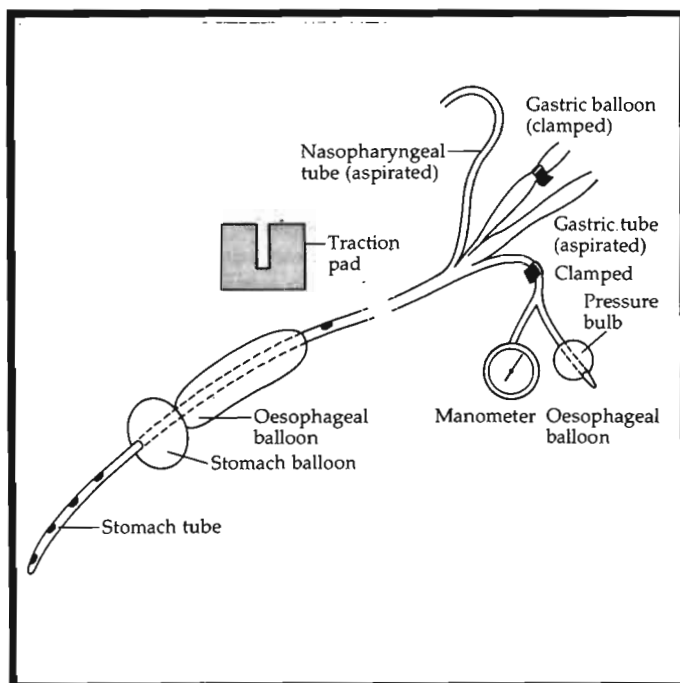
آنسفالوپاتی کبدی باید با بیمار برخورد نمود.

تجویز ۱۰ میلی گرم ویتامین k1 عضلانی به صورت روتین توصیه می شود و اما در درمان فارمالوژیک:

◆ وازوپرسین:

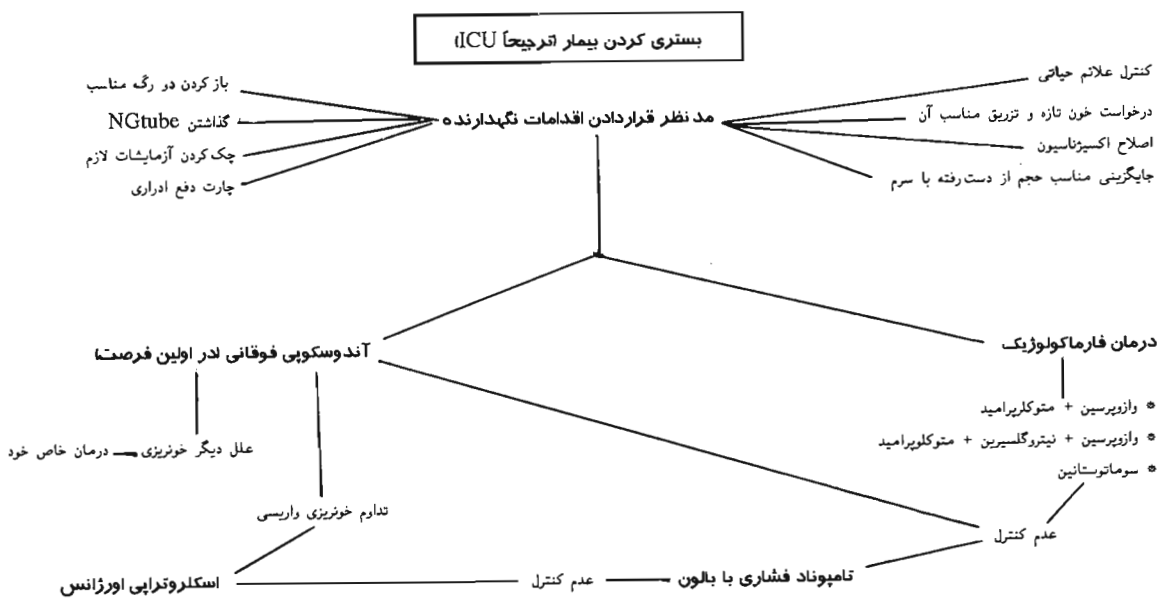
داروی مرسوم در کنترل خونریزی حاد واریسی وازوپرسین است که استفاده وریدی از آن تا ۶۰ درصد موارد خونریزی را کنترل می نماید. این دارو یک وازوکنستریکتور مؤثر است که با تنگ کردن آرتریول های احشائی موجب کاهش جریان خون پورت و در نتیجه سقوط فشارپورت می شود. ابتدا ۲۰ واحد از پیترسین (واژوپرسین) در ۱۰۰ سی سی سرم قندی در ظرف ۲۰ دقیقه به بیمار داده می شود. سپس ۱۰۰ واحد در ۲۵۰ سی سی دکستروز ۵٪ ریخته که در هر میلی لیتر ۰/۴ واحد وجود دارد و از طریق رگ محیطی بین ۲ تا ۸ واحد در دقیقه برای ۱۲ تا ۲۴ ساعت انفوزیون می شود. تجویز داخل شریان مزانتریک فوقانی در مقایسه با انفوزیون داخل وریدهای محیطی مؤثرتر نمی باشد. در صورتی که بعد از ۶ ساعت از مصرف دارو خونریزی قطع نشد این دارو تأثیری نخواهد داشت و قطع آن توصیه می شود.

گانگرن روده ای می گردد و نارسائی قلب را تشدید می نماید و احتمال بروز آریتمی قلبی بیشتر می گردد. از عوارض دیگر وازوپرسین





آلگوریتم روش برخورد با بیمار مشکوک به خونریزی واریسی



مهارکننده های آنزیم میدل آنژیوتانسین ،
(AcE inhibitor) آنتی هیستامین ها و
مهارکننده های سنتز پروستاگلاندین در
حال انجام است .

**استفاده از لوله
sengstaken-Blackmore برای
تامپوناد مری**

حتی در دستان با تجربه نیز استفاده
از سوندبلاک مور بدون عارضه نمی باشد
لذا همیشه از عوامل فارماکولوژیک
بعنوان قدم اول بهره برده می شود . این

سیروز است .

تجویز همزمان متوکلوپرامید با
وازیپرسین یا سوماتواستاتین تأثیرپذیری
داروهای فوق الذکر را می افزاید .

Glypressin : مشتق صناعی
وازیپرسین است . این دارو عوارض
کمتری از وازیپرسین دارد ، از جمله
عدم تحریک فیبرینولیز که در وازیپرسین
دیده می شود . ولی متأسفانه در دسترس
نمی باشد .

مطالعاتی در باب اثر احتمال اثر
بخشی کلونیدین ، وراپامیل ! ،

**متوکلوپرامید، Domperidone
و Cisapride :**

این داروها با افزایش فشار اسفنگتر
تحتانی مری باعث کاهش جریان خون
به داخل شبکه وریدی زیر مخاط مری
شده و در نتیجه فلوخونی به داخل
واریس مری می گردد . با تجویز
متوکلوپرامید تغییر واضحی در
همودینامیک گردش خون سیستمیک و
احشائی حاصل نمی گردد و این
نشان دهنده اثرات اختصاصی این دارو
در گردش خون مری در بیماران مبتلا به

جدول راهنمای درمان خونریزی واریسی

۱- وازوپرسین تنها + متوکلوپرامید (PRN) یا وازوپرسین + نیتروگلیسرین + متوکلوپرامید (PRN)	۱- بستری کردن در بیمارستان
۲- لاکتولوز ۳۰ سی سی هر ۸ ساعت	۲- کنترل علائم حیاتی
۳- آمپول سایمتیدین ۲۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت	۳- بازکردن دو راه وریدی مناسب
۴- تجویز ۱۰ میلی گرم ویتامین K1 عضلانی روتین	۴- گذاشتن N.G Tube
۵- کشیدن آسیت شدید حداقل ۳ لیتر	۵- درخواست خون تازه و تزریق مناسب آن
۶- استفاده از سوند بلاک مور	۶- چک کردن Hct, Hb, پلاکت، اوره کراتی نین، سدیم، پتاسیم، PTT, PT
۷- اسکلوترابی	۷- چک کردن گازهای خون شریانی (اصطلاح اکسیژناسیون)
	۸- چارت دفع ادراری
	۹- آندوسکوپی فوقانی

که خونریزی بسیار شدید است استفاده از لوله های فشارنده (سوند بلاک مور) توصیه می شود. لوله مزبور یک روش مفید و مقدماتی قبل از اقدام به اعمالی از قبیل اسکلوترابی واریس یا جراحی است. لوله نباید بیش از ۲۴ ساعت در محل باقی بماند و اگر بیشتر بماند احتمال نکروز مری وجود دارد.

◆ اسکلوترابی

با وجودی که در سالیان اخیر درمان های فارماکولوژیک نوینی در کنترل خونریزی از واریس مری ابداع شده ولی جهت گیری درمان بیشتر به سمت اسکلوترابی معطوف شده است. اسکلوترابی در کوتاه مدت و طولانی مدت نسبت به بقیه روش ها نتایج بهتری داشته است. در ۹۰٪ موارد. اسکلوترابی در کنترل خونریزی مؤثر است.

عوارض اسکلوترابی باکتری می در ۵۰٪ موارد، درد خفیف قفسه صدری، تب، آسپیراسیون، اولسراسیون، تنگی و اختلالات موتور مری است. بعد از اولین خونریزی اکثر محققین معتقد به ادامه اسکلوترابی تا محو واریس های مری می باشند و این مسئله بر میزان

شود. بعد از گذشت ۲۴ ساعت، کشش لوله آزاد شده و بالون مری خالی می گردد ولی بالون معده برای ۲۴ ساعت بعد، در همان حالت باد کرده باقی می ماند. اگر مری در طول این دوره زمانی مجدداً خونریزی کند. کشش لوله دوباره برقرار شده و بالون مری برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت دیگر باد می شود تا زمانی که اسکلوترابی اورژانسی یا جراحی صورت گیرد. این شیوه درمان در ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران مؤثر است. در صورت قطع خونریزی بعد از برداشتن لوله یک رژیم غذایی نرم و شربتهای آنتی اسید بدون نمک تجویز می شود.

استفاده از لوله های فشارنده با وجود موفقیت در کنترل خونریزی واریسی با عوارض همراه است. این عوارض شامل انسداد حلق و خفگی، آسپیراسیون به داخل ریه و پنومونی می باشد قابل توجه است که بادکردن بالون معدوی در مری منجر به پارگی مری می شود.

◆ نکته:

در صورتیکه بیمار از یک مرکز به مرکز دیگری منتقل می شود و یا مواقعی

لوله ۴ مجرای، دارای یک بالون معده، یک بالون مری، لوله ای در معده بوده و مجرای چهارم مخصوص آسپیراسیون ترشحات در بالای بالون مری است. سوند بلاک مور را می توان ابتدا در فریزر بمدت یک ساعت گذاشت تا سرد و سفت گردد و عبور آن از داخل مری آسان تر گردد. سوند را ابتدا بداخل مری رانده و همین که بالون معده داخل معده جای گرفت آن را با ۲۵۰ میلی لیتر هوا باد کرده و سپس در ۲ نقطه کلامپ می گردد و لوله معدوی نیز بطور مداوم آسپیره شود. لوله مری تا فشار ۴۰ میلی متر جیوه یعنی قدری کمتر از آنچه برای فشار پورت تصور می شود باد می گردد. ابتدا بالون معده باد می گردد در صورت لزوم باید محل لوله با رادیوگرافی مشخص شود. بالون معدوی باید دقیقاً در فوندوس معده قرار گیرد. سر بیمار بالا قرار گیرد به سرتیوب می توان یک سرم ۵۰۰ سی سی آویزان کرد. فردی باید مسئول گیره باشد و به طور مداوم در بالین بیمار حاضر باشد. یک قیچی در دسترس باشد تا در صورت بروز دیسترس تنفسی لوله ها را ببرد. کشیده شدن لوله و فشار بالون مری هر ۲ تا ۴ ساعت بررسی

سورویوایول می افزایش.

◆ نکته:

تشخیص خونریزی از واریس معده بدلیل قرار گرفتن در چین های معده مشکل است و از طرفی دیگر بدلیل اشکالات تکنیکی اسکلوترایی آنها نیز مشکل است.

پیشگیری از عود مجدد خونریزی:

بعد از قطع خونریزی می توان جهت بیمار رژیم نرم و آنتی اسید شروع کرد. مصرف پروپرانولول (بتابلوکر غیراختصاصی) با دوزی که ریت قلبی را ۲۵٪ کاهش می دهد. مصرف پروپرانولول (بتابلوکر غیراختصاصی) در بیماران با کاهش فشار پورت و کم کردن ریسک عود خونریزی و بهبودی میزان مرگ و میر همراه است. دوز

توصیه شده از دارو مقداری است که ۲۵٪ ریت قلبی را بکاهد.

مصرف پروپرانولول (بتابلوکر غیراختصاصی) در بیماران با کاهش فشار پورت و کم کردن ریسک عود خونریزی و بهبودی میزان مرگ و میر همراه است.

دوز توصیه شده از دارو مقداری است که ۲۵٪ ریت قلبی را بکاهد. این دارو با اثر از طریق بلوک رسپتورهای B1 و B2 باعث انقباض عروق احشائی و کاهش میزان بازده قلبی می گردد. یکی از اشکالات مصرف این دارو کاهش بیشتر در میزان جریان خون کبدی است این دارو در ۷۵٪ موارد ریسک عود خونریزی را کم می کند.

گاستروپاتی کونژستیو:

یکی از علل خونریزی گوارشی در بیماران مبتلا به هیپرتانسیون پورت می باشد.

تشخیص این حالت با آندوسکوپی و دیدن مخاط پر خون و شکننده می باشد. تجویز بتابلوکر در برطرف کردن این حالت در برخی موارد مؤثر است.

◆ خاتمه:

خونریزی واریسی یک اورژانس تهدید کننده زندگی است. بیماران باید در بخش ویژه بستری و تحت نظر مداوم قرار گیرند. با وجود درمان های کلاسیک و نوین امروزی هنوز موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از آن بالاست. مشاوره با همکاران جراحی را هیچگاه نباید فراموش کرد ولی حتی الامکان از جراحی اورژانس باید اجتناب کرد. برخورد قدم به قدم با بیماران در نجات آنها تأثیر عمده ای دارد.

منابع:

594-615
 8- Wyngaarden, smith, Bennett, Cecil teatbook of medicine, 19th edition, saunders, 1992, 793-795
 9-Digestive disease, management, of esophageal varices. 10.51.92, D oct. 1992,1-103
 10- Drugs - supplement management strategiesin bleeding esophageal varices.vol.44,supplement (PP.1-72)1992.
 emergencies, williams. & wilkins, 1992,33-44.
 5- I sselbacner. kj. , braunwald. E. 9 wilsonj. Detc, Harrison j principles of internal medicine 13 th edition Mc Graw- hill 1994, 1490-1491.
 6- Sheila sherlock & jame is Dodley, Diseases of the liver and Biliary system, Ninth edition, Blackwell, 1993-160-170
 7- Zakim & Boyer, Hepatology second edition saunders, 1989,
 1-Sleisenger and fordtran, Gastrointestinal disease, fifth edition, saunders, 1993, 172-178.
 2- Mill ward- sadler, wright and arthur, liver and biliary disease, third edition, saunders, 1992, 1307-1322.
 3- Howard. M. spiro, clinical gastroenterology, fourth edition, Mc Graw hill, 1993, 1171-1183
 4- Mark.B. Taylor, Gastrointestinal