

مقاله بازآموزی

بر اساس تصویب دفتر بازآموزی جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله امتیاز بازآموزی تعلق می‌گیرد.

خونریزی گوارشی (G.I.B)

نویسنده: دکتر بیژن خراسانی^۱

مقدمه:

خونریزی گوارشی یکی از اورژانسهای تهدید کننده در جراحی است. بطوریکه عدم آگاهی از نحوه درمان و حتی درمان نامناسب با خطرات جدی و مرگ و میر همراه خواهد بود. خونریزی گوارشی (GIB) بیماری است که کلیه کارآموزان، کارورزان و دستیاران جراحی، داخلی و اطفال در دوران تحصیل و حتی پس از فراغت از تحصیل در اورژانسهای بیمارستانی و در مطب یا تعداد زیادی از بیماران مبتلا به GIB برخورد می‌نمایند. از طرفی استفاده کاربردی و عملی و به زبانی عملیاتی کردن داشته‌ها، آموخته‌ها و انباشته‌های دوران تحصیل از هنرهای پزشکی در امر طبابت است. لذا با توجه به اهمیت بیماری، علاوه بر کسب آگاهیهای علمی و تئوریک، ارائه و بهره‌مندی از الگوی علمی و کاربردی بیماریها امری ضروری و مفید بنظر می‌رسد.

اهداف مقاله:

- ۱- آشنایی و افزایش آگاهیها و دانش مربوط به بیماری GIB، با بیان مواردی چون تعاریف هماتمن، هماتوشژی، ملتا، lower & upper GIB و... و علل و شیوع بیماری، راههای تشخیص بیماری.
 - ۲- ارائه دستورات پزشکی لازم برای بیمار مبتلا به GIB (در قالب order مربوط به GIB).
 - ۳- بیان و ارائه بخشی به نام تحلیل order که در آن علت و حکمت هر order توضیح داده شده است.
 - ۴- در این قسمت ضمن بیان اندیکاسیونهای هر order، اندیکاسیونها و کنتراندیکاسیونهای راههای تشخیصی و درمانی نیز مطرح شده است.
- نهایتاً، با مطالعه این مقاله ضمن کسب آگاهیهای علمی و تئوریک (که حاصل کتب و مراجع مختلف می‌باشد) خواهیم توانست به نحوه صحیح درمان بیماری پی برده و با الگوی کاربردی ارائه شده، بیمار را درمان نمائیم.

کلیات:

خونریزی گوارشی یکی از اورژانس‌های پزشکی است که در ۱/۳ بیماران اولین علامت بیماری است. خونریزی گوارشی فوقانی (Upper GIB) و خونریزی گوارشی تحتانی (Lower GIB) تقسیم می‌شود. منشأ خونریزی در UGI از مری، معده و دوازدهه و منشأ خونریزی در LGI معمولاً در کولون، رکتوم و ایلئوم انتهایی است. هماتمن:

جدول شماره ۱- مشخصات زخم های دوازدهه

مشخصات زخم های دوازدهه	
دعه چهارم	یک سنی
درد	مهمترین نشانه
این گاسترو خط وسط	محل درد
با خوردن غذا، شیر و آنتی اسید بهتر می شود.	ویژگی درد
مرد به زن ۴ به ۱	شیوع جنسی
○	گروه خونی افراد مستعد
خونریزی، پرپوراسیون، انسداد	عوارض زخم
قندام بیشتر از خلف	شیوع محل زخم

خوردن آهن
سبب واکنش مثبت
می شود.

**هماتوشزی
hematochezia**

دفع خون روشن
و لخته از رکتوم که

اولسر پپتیک Peptic Ulcer (PU) :

یک علت شایع خونریزی UGI می باشد. وجود اسید برای همه بیماران مبتلا به PU ضروری است. مخصوصاً رابطه زخم دوازدهه با Acid Hypersecretion اثبات شده است. در رابطه با Gastric ulcer مطالعات بیانگر این است که ترشح اسید حتی کمتر از مقادیر طبیعی است (۲).

شایعترین علت خونریزی UGI در بیماران سیروزی واریس مری (۷۰-۵۰ درصد) می باشد و شایعترین علت خونریزی UGI در اطفال واریس مری (۹۰٪) است (۲).

معمولاً منشأ LGI دارد، هماتوشزی نام دارد. رنگ مدفوع به چند عامل بستگی دارد: مدت زمان توقف خون در GI، سرعت خونریزی، محل خونریزی، که عامل اول از همه مهمتر است. از تومی به دنبال خونریزی UGI ایجاد می شود که اگر مقدار نسبت $BUN/Cr > ۳۶$ باشد برای UGI جنبه تشخیصی دارد و مقدار این نسبت در LGI به $۱۷/۸$ می رسد.

هماتمز استفراغ خونی است که حاکی از خونریزی در محلی بالای لیگامان تریتز (Treitz) است. هماتمز و وجود لخته های خون نشانه خونریزی شدید و با سرعت بیشتر است، در حالی که استفراغ Coffee ground دلیل بر خونریزی تدریجی است که توسط اسید معده، خون به هماتین تبدیل شده است (۱).

ملنا:

ملنا عبارتست از دفع مدفوع سیاه و قیری، حدود ۵۰ CC خون جهت ایجاد ملنا لازم است و به دنبال خونریزی به اندازه ۱۰۰۰ CC، تا ۵ روز وجود دارد. ملنا معمولاً یک منشأ UGI دارد.

خونریزی از UGI :

خونریزی گوارشی فوقانی یکی از علل شایع موربیدیته و مورتالیتی در بیمارستان را تشکیل می دهد و میزان مرگ و میر حدود ۲۰-۱۰ درصد است. خونریزی شایعترین عارضه جدی پپتیک اولسر (PU)، هیپرتانسیون پورت و گاستریت است و این سه علت اغلب موارد UGIB را تشکیل می دهند.

اتیولوژی:

پپتیک اولسر، ضایعات مخاطی حاد (گاستریت اروزیون، واریس مری، سندرم مالوری ویس وازوفائیت) علت بیش از ۹۰٪ موارد خونریزی UGI هستند. ۴۵٪ موارد UGIB مربوط به PU است که از این مقدار ۲۰٪ مربوط به GPU و ۲۵٪ مربوط به DPU می باشد.

تست Occult Blood :

افراد نرمال روزانه $۲/۵ \text{ CC}$ خون از طریق مدفوع از دست می دهند، ولی جهت مثبت شدن تست گایاک (OB) $۵۰-۱۰ \text{ CC}$ خون مورد نیاز است. به دنبال هماتمز یا ملنا حدود ۳ هفته این تست مثبت است. تست گایاک بر اساس وجود پراکسیداز موجود در هموگلوبین است (۱).

موارد مثبت کاذب این تست عبارتند از: رژیم غذایی حاوی هموگلوبین، میوگلوبین و پراکسیداز (قرقاول، گوشت قرمز، ماهی آزاد، سبزیجات، شلغم، گیلاس، ویتامین C).

خونریزی دوازدهه و زخم دوازدهه ۴ برابر شایعتر از زخم های معده و خونریزی های معده است. زخم دوازدهه در مردان ۴ برابر زنان است (جدول شماره ۱).

هموستاز تا حدودی به کشیدگی و انقباض عروق بستگی دارد. به همین خاطر زخم های مزمن، زخم های افراد مسن و مبتلا به آترواسکلروز تمایل به خونریزی دارند. سوراخ شدگی و پارگی در زخم های قدامی بیشتر و خونریزی ماسیو در زخم های خلفی بیشتر است.

درد طوری است که بیمار چند بار از خواب بیدار شده و با خوردن غذا و شیر درد را تسکین می دهد. اگر الگوی درد تغییر کند به طوری که مداوم شده و به آنتی اسید جواب ندهد، معمولاً نشانه پرپوراسیون زخم است (۳). خطرناکترین عارضه زخم های دوازدهه

خونریزی است که ۴۰٪ موارد علت مرگ و میر است.

افزایش فشار وریدهای واریس.

سن بالای ۶۰، بیمار با هماتمز مراجعه نماید، هنگام مراجعه $Hb < 8$ داشته باشد، مشاهده عروق خونریزی دهنده حین آندوسکوپی (۵،۱).

راههای تشخیصی خونریزی UGI :

آندوسکوپی:

بعد از تثبیت شدن وضعیت بیمار، آندوسکوپی باید اولین قدم تشخیصی باشد که در ۲۴ ساعت اول انجام می یابد. آندوسکوپی در ۸۰٪ موارد منشأ خونریزی را معلوم می کند.

خونریزی در زخم های مخاطی حاد:

این ضایعات از لایه موسکولارین موکوزا تجاوز نمی کند و بیشتر در فوندوس و جسم معده و به نسبت برابر در انحنای کوچک و بزرگ دیده می شود، اما در آنتر دیده نمی شود.

در صورت وجود تمام معیارهای فوق شانس Rebleeding، ۷۰٪ می باشد. خونریزی مجدد بیشتر مواقع در طی ۲ روز اول بعد از توقف خونریزی رخ می دهد و میزان مورتالیتهی در خونریزی مجدد ۳۰٪ در مقابل ۳٪ است.

یکی از راههای تشخیصی بسیار

ساده از طریق NGT می باشد که

تقریباً میزان، شدت و محل خونریزی

را نشان می دهد.

توجه: میزان مرگ و میر خونریزی گوارش با تعداد واحد خون دریافتی و عود خونریزی ارتباط مستقیم دارد.

آنژیوگرافی انتخابی:

این روش هم اثر تشخیصی و هم اثر درمانی دارد و وقتی در مطالعات دیگر با شکست مواجه شوند، بیشتر مفید است. لذا در ضایعات دیستال به لیگامان تریتر انجام می شود که ضمن تشخیص محل خونریزی را می توان با مواد وازوکنستریکتور Vasoconstrictor و آمبولیزاسیون عروق خونریزی دهنده، خونریزی را کنترل نمود. دقت تشخیصی این روش ۹۰٪ است.

زخم های خوش خیم معده در آنتر و انحنای کوچک دیده می شود. جهت تشخیص این زخم ها بلع باریم ارزشی ندارد و باید از آندوسکوپی استفاده نمود.

تحلیل، Orders (دستورات درمانی)

خونریزی گوارشی:

کنترل علائم حیاتی (VS)، مایع درمانی، رزرو خون، تزریق خون: روش درمانی در GIB تا حدی زیادی بستگی به پاسخ به این سؤال که «بیمار چه مقدار خون از دست داده؟» دارد. بعد از پاسخ به این سؤال می توان میزان مایع، نوع مایع، مقدار مایع، سرعت مایع تزریقی و حتی زمان عمل جراحی و درمان طبی را مشخص کرد (جدول شماره ۲).

برخی منابع شایعترین علت خونریزی UGI گاستریت اروزیو می دانند (۳). در حالیکه در برخی منابع دیگر پپتیک اولسر شایعترین علت خونریزی UGI در نظر گرفته می شود (۱).

تزریق مواد وازوپرسین:

به نظر می رسد بیشتر وقتی که منشأ خونریزی از رگ کوچک (گاستریت حاد، استرس اولسر، سندرم مالوری-ویس) باشد. این روش مؤثر است و در موارد اولسر مزمن مفید نیست.

زخم استرس Stress Ulcer:

به ضایعات حاد گاسترودودنال که بعد از شوک، Sepsis، جراحی، تروما، سوختگی (Curling ulcer) یا جراحی داخل جمجمه ای (cushing ulcer) ایجاد می شود، زخم استرس گویند.

برای رسیدن به پاسخ این سؤال از روش های مختلف (NGT، حجم استفراغ به گفته بیمار، سوند ادراری، PR, BP, CVP) استفاده می شود که یکی از مهمترین و قابل اعتمادترین روش ها اندازه گیری PR, BP است.

موارد پرخطر:

معیارهای high Risk:

هیپوتانسیون هنگام پذیرش، نیاز به ۴ واحد خون برای تثبیت شدن وضعیت بیمار، به بیش از یک واحد خون هر ۸ ساعت نیاز باشد (۱).

علت خونریزی در استرس اولسر، احتمالاً کاهش جریان خون و هیپوکسی به دنبال انقباض عروق احشایی است. در ۷۰٪ موارد خونریزی نشانه اصلی به هنگام مراجعه است.

اگر مقدار خونریزی کمتر از ۵۰۰ CC (۱۵)

یکی از مهمترین و قابل اعتمادترین

روش های اندازه گیری مقدار خون از

دست رفته، اندازه گیری BP و PR

می باشد.

موارد زیر شانس Rebleeding را

افزایش می دهند:

واریس مری:

علت خونریزی در واریس مری عبارتند از: زخمی شدن واریس به دنبال ازوفازیت،

جدول شماره ۲- دستورات درمانی خونریزی گوارشی

Orders خونریزی گوارشی

۱- کنترل VS (به ویژه BP و PR)
۲- NPO
۳- NGT
۴- شستوی ترشحات معده از طریق NGT تا clear (شفاف) شدن
۵- سوند ادراری U/A+ *
۶- کنترل I/O هر ساعت
۷- مایع رینگر لاکتات ۱-۱/۵ لیتر به صورت Free (در صورت افت فشارخون) و در اطفال ۲۰ cc/kg
۸- CBC (Hct-Hb), BUN, Cr, Na, K, گروه خون و Rh
۹- PTT, PT, پلاکت، LFT
۱۰- رزرو خون
۱۱- تزریق خون (در صورت نیاز) *
۱۲- ABG + تجویز O ₂ *
۱۳- CVP (در صورت نیاز) *
۱۴- گاواژ آنتی اسید ۳۰ cc/h بعد از شفاف شدن ترشحات NGT
۱۵- آندوسکوپی بعد از Stable شدن بیمار
۱۶- تزریق Ca، پلاکت FFP (در صورت نیاز) *
۱۷- بررسی های رادیولوژیک دیگر در صورت نیاز
۱۸- آمپول سایمتیدین ۳۰۰ mg/iv (در اطفال ۳۰-۲۰ mg/kg)
۱۹- انجام اسکلوترابی و استفاده از Blakmore tube بر حسب مورد*
۲۰- جراحی (بر حسب اندیکاسیون)*

* موارد ستاره دار بر حسب اندیکاسیون که در تحلیل orders بحث شده است انجام می گیرند.

NGT, NPO

در بیمار مبتلا به خونریزی، احتمال جراحی هنگام شکست درمانهای دیگر وجود دارد، لذا باید بیمار NPO بماند و طبق نظر متخصص بیهوشی باید ۴-۶ ساعت از آخرین وعده غذای بیمار گذشته باشد.

دلایل استفاده از NGT در GIB :

● جهت تشخیص محل و شدت خونریزی

اندیکاسیون های دریافت خون در

GIB :

- ۱- خونریزی بیش از ۲۰٪ (فردی که هیپوتانسیون ارتواستاتیک دارد).
- ۲- فردی که با دریافت ۲ لیتر مایع فشارخون بالا رفت و مجدداً افت کند.
- ۳- فردی که با دریافت ۲ لیتر مایع

درصد) باشد، به خوبی تحمل می شود و تقریباً تغییری در BP و PR ایجاد نمی گردد. به جدول زیر مراجعه نمایید. (۶)

X همان میزان درصد خون از دست رفته است که باید با سه برابر آن جایگزین گردد، چون ۲/۳ این مایع وارد فضای بین سلولی شده و فقط ۱/۳ آن باعث افزایش حجم می شود. مثلاً اگر فردی ۲۰٪ خون از دست داده است،

داریم

$$1000 \text{ CC} \times 20\% = 200 \text{ CC (کل خون)} \\ X = 1000 \text{ CC}$$

$$\text{مقدار مایعی که باید تجویز شود CC} \\ X \times 3 = 1000 \text{ CC} \times 3 = 3000$$

توجه: اگر بیمار اندیکاسیون دریافت خون پیدا کرد، باید به همان میزان از دست رفته (X) خون داده شود. (۶).

جدول شماره ۳- تعیین نوع و مقدار مایع در خونریزی گوارشی بر اساس PR و BP

یافته های مهم PR و BP	درصد میزان خون از دست رفته	نوع مایعی که باید بگیرد	مقدار مایعی که باید بگیرد
PR و BP درحالت خوابیده و ایستاده یکسان است	کمتر از ۲۰٪	رینگر لاکتات	X×۳
افزایش PR به تعداد ۲۰ یا کاهش BP به مقدار ۲۰ از حالت خوابیده به نشسته (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)	بین ۲۰-۴۰٪	خون + رینگر لاکتات	X×۳
افت فشار خون در حالت خوابیده یا BP < ۶۰	بیش از ۴۰٪	آلبومین + خون + رینگر لاکتات	X×۳
	بیش از ۵۰٪ و هنوز خونریزی ادامه دارد	آلبومین + خون	X×۳

(تشخیصی)

● جهت شستشوی معده تا Clear (شفاف) شدن (درمانی)

● جهت لاواژ آنتی اسید بعد از Clear (شفاف) شدن (درمانی)

● تخلیه معده؛ با این کار معده جمع شده و باعث فشار عروق شده و علاوه بر آن باعث جلوگیری از اتساع آنتر معده بیمار و در نتیجه کاهش ترشح اسید می گردد

● جلوگیری از آسپیراسیون

● جلوگیری از فیبرینولیز؛ چون لخته های خون موجود در معده باعث فعال شدن فیبرینولیز شده و خونریزی بیشتر می شود که با خارج کردن لخته ها از این کار جلوگیری می شود.

شستشوی معده تا شفاف شدن:

شستشوی معده با نرمال سالین یا رینگر سرد باید تا زمانی که ترشحات برگشتی شفاف شود، ادامه یابد. در هر بار شستشو باید حدود ۵۰۰-۴۰۰ سیال (در اطفال) cc/Kg (۲۰-۱۵) از طریق NGT گاوآژه شده و بعد اجازه داده شود که مایع خودبخود یا با تغییر وضعیت برگردد و مجدداً شستشو ادامه یابد، تا اینکه ترشحات خروجی از NGT شفاف گردد.

سوند ادراری، کنترل I/O ساعتی،

U/A:

یکی از ساده ترین و بهترین راههای ارزیابی میزان خونریزی و مؤثر بودن درمان کنترل I/O ساعتی است، به طوری که اگر فردی حدود ۱ cc/Kg در ساعت ادرار داشته باشد، چنانچه قبل از شروع درمان باشد، دال بر این است که خونریزی زیاد شدید نمی باشد و اگر بعد از درمان باشد، نمایانگر این است که پرفوزیون بافتی خوب بوده و درمان موفق می باشد.

در ضمن به دنبال خونریزی، فرد دچار کاهش حجم خون می گردد و پروسه زیر ادامه می یابد:

کاهش حجم ادرار	← کاهش GFR	خونریزی - هیپورانس - هیپوفوزیون کلیه - ما - کاهش حجم ادرار
افزایش وزن مخصوص ادرار		

دو فاکتور کاهش حجم ادرار و افزایش وزن مخصوص ادرار دال بر خونریزی شدید می باشند و به همین خاطر در بیماران بدحال و خونریزی شدید نیاز به کنترل ساعتی ادرار و سوند ادرار و چک U/A (کامل ادرار) داریم.

K, Na, Cr, BUN, CBC، گروه

خون، Rh:

میزان Hb و Hct در ساعات اولیه بعد از خونریزی قابل اعتماد نمی باشد و بعد از ۴۸-۶ ساعت به حد نرمال نزدیک می شود. چون در ساعت اولیه هم پلاسما و هم RBC به یک نسبت از عروق خارج شده ز لذا تغییری در Hb و Hct رخ نمی دهد، ولی جهت داشتن Base هماتولوژیک ضروری است. در ساعات اول Hb و Hct چک شوند. علاوه بر این Hb و Hct باید هر ۶ ساعت کنترل شوند.

WBC هم ممکن است افزایش پیدا کند و تا ۲۵۰۰۰ هم ممکن است برسد و اگر بیش از آن باشد باید به فکر بیماری های خونی و غیره بود.

Na, cr, BUN و K در بیمار مبتلا به خونریزی هم به خاطر اطلاع از عمل کلیه ها انجام می شود و هم اینکه نسبت BUN به Cr می تواند محل خونریزی را مشخص نماید.

در بیمار مبتلا به خونریزی هر لحظه احتمال دریافت خون وجود دارد و لذا باید گروه خون و Rh بیمار معین شود تا در صورت نیاز خون ایزوگروپ تزریق گردد. در بیمار بسیار بدحال

که فرصت تعیین گروه خون وجود ندارد، باید فوراً برای احیاء بیمار از خون O استفاده کرد.

PTT, PT, پلاکت، LFT:

اندازه گیری فاکتورهای انعقادی اهمیت خاص در خونریزی ناشی از استرس اولسر دارد. هرگونه اختلال انعقادی اعم از کاهش و اختلال پلاکتها، طولانی شدن PT و PTT می تواند باعث خونریزی شود. بنابر این چک کردن آنها مخصوصاً PT لازم می باشد و در فرد مشکوک به بیماری کبدی باید تمامی آنها مورد بررسی قرار گیرند و در صورت نیاز با ویتامین K، FFP و فاکتورهای انعقادی درمان را آغاز کرد. توجه: تنها فاکتور انعقادی که توسط کبد سنتز نمی شود فاکتور VIII می باشد.

CVP, O2, ABG

انجام ABG و دادن O2 بر حسب مورد و حال عمومی بیمار و یا داشتن بیماری زمینه ای ریوی می تواند اندیکاسیون داشته باشد. در بیمارانی که خونریزی شدید یا شوک دارند، گاهی به دنبال هیپوکسی و به دنبال آن هیپوپرفوزیون نسجی و حتی دیسترس تنفسی نیاز به انجام ABG (به خاطر ایجاد اسیدوز) و تجویز O2 می باشد.

انجام CVP در بیماران بدحال و در حال شوک و افرادی که خونریزی شدید دارند و یا افراد پیر و آنهایی که مشکل قلبی ریوی دارند، جهت داشتن راه دقیقی برای Hydration و مایع درمانی و دادن مایع به بیمار با اطمینان خاطر و پیگیری وضع بیمار، ضروری است. در صورت کاهش CVP می توان به قدری مایع به طور مرتب به بیمار داد تا CVP به حد نرمال برسد.

گاوآژ آنتی اسید، آمپول سایمتیدین:

طب و تزکیه / زمستان ۱۳۷۹ / شماره ۳۹

اولین اقدام تشخیصی در GIB در حالت اورژانس آندوسکوپی است اما در بیماران الکتیو، ابتدا Upper GI Series و سپس آندوسکوپی می باشد

می کند.

اگر کاهش پلاکت داشته باشیم و یا اختلال دیگری که همراه با کاهش پلاکت می باشد وجود داشته باشد، تزریق پلاکت انجام می شود. کاهش پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰ در بیماران واریس مری به دنبال هیپرتانسیون پورت نیاز به تزریق پلاکت دارد (۵).

اندیکاسیون دریافت FFP :

اختلالات کبدی که منجر به اختلالات انعقادی شده باشد، طولانی شدن PT از ۱۲ به ۱۵ ثانیه و بالاتر (بیشتر از سه ثانیه از حد نرمال)، خونریزی بیش از ۴۰٪ که هنوز ادامه دارد (۶، ۷).

اسکلروتراپی، Blakmore Tube:

این اعمال درمانی در GIB در بیمارانی که مبتلا به واریس مری هستند صورت می گیرد.

جراحی:

تمام تلاش در GIB این است که خونریزی بیمار با کارهای اولیه قطع گردد و نیاز به جراحی اورژانس نباشد، زیرا مورتالیتیه یک عمل اورژانس بسیار بالاتر از جراحی الکتیو است، ولی در شرایط زیر ناگزیر به جراحی اورژانس هستیم.

اندیکاسیون های جراحی در GIB :

خونریزی بیش از ۳۰۰۰ CC در ۲۴ ساعت اول، خونریزی بیش از ۱۵۰۰ CC در ۲۴ ساعت دوم، عود خونریزی در بیمارستان، Hct

درمانی Treatment: خارج کردن جسم خارجی، اسکلروتراپی واریس، دیلاتاسیون مری، Debulking تومور، قرار دادن پروتز داخل مجرای مری در سرطان، درمان و توقف خونریزی با تزریق وازوپرسین.

کنتراندیکاسیون های آندوسکوپی:

MI اخیر، عدم همکاری بیماری، دفورمیتی تورا کولو مبر، آنوریسم آئورت، دیورتیکول زنکر.

در بیماران مبتلا به استرس اولسر، GIB (بیماران اورژانس) و سندرم مالوری-ویس، باید ابتدا آندوسکوپی انجام شود و در این سه مورد بلع باریم بی ارزش است. چرن در مالوری-ویس و استرس اولسر ضایعات مخاطی بوده و دقت بلع باریم در این موارد بسیار کم است، در صورتی که دقت آندوسکوپی ۹۰-۸۰ درصد می باشد.

علاوه بر بلع باریم و آندوسکوپی می توان از وسایل تشخیصی دیگری مانند آتریوگرافی نام برد که دقت تشخیصی آن حدود ۹۰٪ است. به شرطی که میزان خونریزی بیش از ۱-۲ cc/min باشد. در این صورت می توان حتی با فرستادن آمبولی و تزریق مواد منقبض کننده عروق، کار درمانی نیز انجام داد.

تزریق Ca، پلاکت FFP :

تزریق کلسیم به دنبال دریافت هر نوع خونی نباید انجام گیرد، بلکه فقط اگر میزان دریافت خون در حدود بیش از ۵۰۰ CC در هر ۱۰ دقیقه باشد باید به بیماران به ازای هر واحد خونی که با این سرعت دریافت می شود ۲ CC گلوکونات کلسیم تزریق کرد. در سایر موارد ترانسفوزیون خون به خاطر اینکه بعداً کلسیم از سیترات جدا شده و Ca^{+2} از استخوان آزاد می شود از هیپوکلسمی جلوگیری

در بیماران مبتلا به GIB بعد از شستشوی معده و Clear شدن آن باید از نظر درمانی گواژ آنتی اسید شروع شود. هر ساعت ۳۰ CC آنتی اسید گواژ می گردد. علاوه بر آنتی اسید باید از بلوکرهای H2 مانند سایمتیدین، رانی تیدین و فاموتیدین نیز استفاده کرد تا ترشح اسید توقف گردد. باید توجه نمود که این اقدامات در بیماران مبتلا به ازوفازیت، زخم معده و دوازدهه، استرس اولسر و به طور کلی موارد افزایش اسید معده انجام می گیرد (البته برخی مطالعات نشان داده اند که مصرف سایمتیدین از عود خونریزی جلوگیری می کند و اثری روی خونریزی فعال ندارد (۱)).

آندوسکوپی، بررسی های رادیولوژیک دیگر:

اولین اقدام تشخیصی در GIB در حالت اورژانس آندوسکوپی است اما در بیماران الکتیو (انتخابی)، ابتدا Upper GI Series و سپس آندوسکوپی می باشد (۸).

در بیماران اورژانس با آندوسکوپی، محل زخم مشخص شده و می توان اقدام درمانی مانند تزریق وازوپرسین و غیره را انجام داد. عوارض ازوفآگوسکوپی ۲۵٪ می باشد و شایعترین عارضه آن آسپیراسیون است.

اندیکاسیون های آندوسکوپی:

تشخیصی و بر حسب اعلام Diagnostic: هماتمز، Heart Burn (سوزش سردل)، دیسفاژی، واریس مری، تنگی مری.

اولین قدم تشخیصی پس از Stable شدن بیمار آندوسکوپی است و شایعترین عارضه آندوسکوپی آسپیراسیون می باشد. آندوسکوپی در ۸۰٪ موارد منشاء خونریزی را معلوم می کند.

نکته: عمل جراحی برای کسانی که
 علی رغم مانورهای آندوسکوپی و
 آنژیوگرافیک، خونریزی آنها ادامه یابد، انجام
 می شود.

REFERENCES:

- 1- Lawrence W. Way, Peptic ulcer (upper GI Bleeding) in: Current surgical Diagnosis & Treatment, edited by Lawrence, W. Way, 9th .ed, 1991, 460-495.
- 2- William J. Byrne, The Gastro Intestine Hemorrhage in: Nelsson Essential of pediatrics, edited by lissetted bralow, 1990, 387-389.
- 3- Frank G. Moody and Thomas A. Miller, Stomach & duodenal dis, in: Schwartz principles of surger .6th ed, 1994, 1123-1153.
- 4- David W. Mcfadden and michail J.Zineer, Manifestation of Gastrointestinal Dis. in: Schwartz principles of surgery .6th ed, 1994, 1015-1043.
- 5- Theodore N.Pappas, The peptic ulcer dis, in: Sabiston text book of surgery, 5th ed, 1997, 852-867.
- 6- Seymour I. Schwartz, Hemostasis, surgical bleeding and Transfusion in: Schwartz principles of surgery . 6th ed.,1994, 95-119.
- 7- Maingot's Abdomial operation, vol. 12, 10th ed., 1997.
- 8- Andvel: Carpenter, plum, smith, The Acid - peptic Dis., in: Cecil Essentials of Medicine, 2th ed., 1990.



سوالات باز آموزی (خونریزی گوارشی)

- ۱- کدامیک از موارد زیر صحیح است.
الف) استفراغ خونی بعلت خونریزی در بالای لیگامان تریتر را هماتمز گویند.
ب) جهت مثبت شدن تست گایاک حداقل به ۱۰ سی سی خون نیاز است.
ج) غذای حاوی میوگلوبین، هموگلوبین باعث مثبت کاذب شدن تست گایاک می گردد.
د) همه موارد فوق
- ۲- شایعترین عارضه اولسر پپتیک (PU) کدام است:
الف) پر فوراسیون
ب) خونریزی
ج) تنگی و انسداد
د) بدخیمی
- ۳- کدامیک از جملات زیر صحیح نیست:
الف) نسبت $BUN/Cr > 36$ یکی از علائم خونریزی گوارشی فوقانی است.
ب) در PU، زخمهای مزمن تمایل کمتری به خونریزی دارند.
ج) زخمهای P.U. در بیماران مبتلا به آترواسکلروز بعلت ضخیم شدن عروق تمایل کمتر به خونریزی دارند.
د) ب و ج
- ۴- مهمترین نشانه زخمهای دوازده کدام است؟
الف) خونریزی
ب) تهوع و استفراغ
ج) درد
د) سوء جذب
- ۵- کدامیک از موارد زیر صحیح است؟
الف) شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی (UGI) در اطفال واریس مری است.
ب) شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی در بیماران سالخورده واریس مری است.
ج) شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی در بیماران سیروزی واریس مری است.
د) الف و ج
- ۶- بیمار ۳۸ ساله ایی به دنبال خونریزی گوارشی فوقانی به اورژانس مراجعه نمودند. پس از Stable شدن بیمار کدامیک از اقدامات تشخیصی زیر اولین قدم است؟
الف) آندوسکپی
ب) بلع باریم (مری و دوازدهه)
ج) بیوپسی
د) آنژیوگرافی
- ۷- معیارهای پرخطر (High Risk) در خونریزی گوارشی کدام است؟
الف) هیپوتانسیون هنگام پذیرش
ب) نیاز به ۴ واحد و بیشتر برای Stable شدن
ج) به بیش از یک واحد خون هر ۸ ساعت نیاز باشد.
د) تمام موارد
- ۸- شانس خونریزی مجدد (Rebleeding) در کدامیک از موارد زیر افزایش می یابد؟
الف) هموگلوبین کمتر از ۱۰
ب) هیپوتانسیون هنگام مراجعه

ج) بیمار با هماتمز مراجعه کند. (د) سابقه فامیلی P.U.

۹- کدامیک از جملات زیر در مورد خونریزی گوارشی صحیح است؟

- الف) میزان مرگ و میر با تعداد واحد خون دریافتی ارتباط مستقیم دارد.
 ب) میزان مرگ و میر با خونریزی ارتباط مستقیم دارد.
 ج) خونریزی مجدد بیشتر مواقع در طی دو روز اول بعد از توقف خونریزی رخ می دهد.
 د) تمام موارد بالا

۱۰- بیماری بعلت خونریزی گوارشی به اورژانس مراجعه نموده، همه موارد زیر باید برای بیمار انجام شود، بجز:

- الف) NPO شود.
 ب) NGT گذاشته شود.
 ج) تزریق خون
 د) شستشوی ترشحات معده
 ه) گرفتن I.Vline و دادن مایع رینگر لاکتات

۱۱- بهترین مایع برای بیمار مبتلا به خونریزی گوارشی کدام است؟

- الف) دکستروز 5% D/W
 ب) رینگر لاکتات
 ج) نرمال سالین
 د) قندی هیپرتونیک

۱۲- بیمار ۳۹ ساله بعلت خونریزی گوارشی فوقانی به اورژانس مراجعه و علائم حیاتی بیمار: PR=95 در حالت خوابیده و ۱۱۰/۶۰ BP در حالت خوابیده می باشد و در حالت نشسته PR=۱۲۰ و mmHg ۲۰ افت فشارخون دارند. مقدار مایع و نوع مایع دریافتی به چگونه است؟

- الف) رینگر لاکتات حداقل ۳ Lit + خون ۱ lit
 ب) رینگر لاکتات ۴ lit
 ج) خون ۱ lit + FFP (دو واحد)
 د) رینگر لاکتات ۳ lit + دو واحد FFP

۱۳- اندیکاسیون دریافت خون در GIB کدام است؟

- الف) فردی که هیپوتانسیون ارتواستاتیک دارد.
 ب) بیماری که در شوک باشد.
 ج) فردیکه با دریافت ۲ لیتر مایع فشارخونش بالا نرود.
 د) فردی که با دریافت ۲ لیتر مایع فشارخونش بالا برود ولی مجدداً افت کند.
 ه) تمام موارد فوق

۱۴- ساده ترین روش جهت ارزیابی مؤثر بودن درمان در GIB چیست؟

- الف) کنترل Hb و Hct
 ب) کنترل BP و PR
 ج) کنترل I/O ساعتی ادرار
 د) همه موارد فوق

۱۵- کنتر اندیکاسیونهای آندوسکپی کدام است؟

- الف) خونریزی فعال گوارشی
 ب) تنگی مری
 ج) آنورسم آئورت
 د) واریس مری
 ه) ب و د

۱۶- کدامیک از جملات زیر نادرست است؟

- الف) اولین اقدام تشخیصی در بیماران الکتیو با سابقه GIB، انجام Upper GI Series است.

ب) آسپیراسیون، شایعترین عارضه آندوسکپی می باشد.

ج) استفاده از NGT در خونریزی گوارشی ضمن جنبه تشخیصی جنبه درمانی نیز دارد.

طب و تزکیه / زمستان ۱۳۷۹ / شماره ۳۹

(د) تزریق کلسیم به دنبال دریافت خون در GIB ضروری است.

۱۷- بیمار ۴۷ ساله ای به دنبال GIB در بیمارستان بستری و پس از اقدامات اولیه خونریزی قطع شده ولی در عصر روز دوم دچار خونریزی مجدد شده و حدود ۱۶۰۰-۱۵۰۰ CC خونریزی داشته، اقدام مناسب کدام است؟
الف) تحت نظر گرفتن بیمار و مابعد درمانی
ب) معرفی به جراح جهت جراحی
ج) بعلت سن بالا جراحی صلاح نیست.
د) الف و ج

۱۸- شایعترین علت خونریزی گوارشی تحتانی (LGB) کدام است؟
الف) کانسر کولون
ب) اکتازی عروقی
ج) دیورتیکولوز
د) ب و ج

۱۹- بیماری به دنبال LGB به اورژانس مراجعه نموده، برای بیمار NGT گذاشته شد که از آن صفرا خارج می شد. کدامیک از علل زیر برای بیمار مطرح نیست؟
الف) هموروئید
ب) پولیپ رکتوم
ج) دیورتیکول مکل
د) اولسریتیک (معدده)

۲۰- شایعترین علت خونریزی روده کوچک کدام است؟
الف) بیماری التهابی روده (IBD)
ب) دیورتیکول مکل
ج) کانسر روده باریک
د) پولیپ های روده باریک