



• مقالات تحقیقی (۲)

بررسی علل هماتمز کودکان در مدت ۱۵ سال در بیمارستان قائم(عج) مشهد

چکیده

خونریزی گوارشی فوکانی حاد یکی از فوریتهای کودکان می‌باشد. در مرحله اول رسیدگی به این بیماران تثبیت همودینامیک و کنترل فشار خون از دست رفته و سپس شستشوی معده الزامی است. بعد از تثبیت حال عمومی در ۴۸ ساعت اول خونریزی انجام آندوسکوپی فوکانی جهت تشخیص علت خونریزی بهترین روش می‌باشد. در این مطالعه ۱۵ ساله از ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۷ که در بخش آندوسکوپی کودکان بیمارستان قائم مشهد انجام شد از بین ۱۱۶۸ پرونده گاسترواسکوپی کودکان ۱۹۵ مورد هماتمز که به صورت اورژانس مراجعه نموده بودند انتخاب گردید و علل هماتمز در این کودکان بررسی شد.

سن بیماران یک ماه تا ۱۵ سال (میانگین سنی ۶/۹) و ۵۶/۹ درصد پسر و ۴۳/۱ درصد دختر بودند. شایعترین علت خونریزی گوارشی فوکانی در بیماران ماقاستریت یا دئودنیت حاد با ارزیون بود که در ۸۱ بیمار (۴۱/۵٪) دیده شد. بعد از آن واریس مری (۲۸/۷٪)، بیماری زخمپیتیک مزمن (۱۵/۴٪)، ازوفارزیت و ریفلکس (۰/۵٪) در ۶/۱ درصد بیماران آندوسکوپی طبیعی بود و زخم مری در ۲ بیمار دیده شد و موارد نادرتر مانند دوپلیکاسیون در یک بیمار، براکی ازوفارزیک بیمار، مالوری ویس یک بیمار، باز بودن بخیه بعد از تونسیلاتومی در یک بیمار تشخیص داده شد.

در مقایسه با آمار منابع خارجی که در آنها نیز زخم و سپس واریس شایعترین علل می‌باشد آمار بیماران ما قابل مقایسه با آنان بود. شایعترین علت زخم حاد به دنبال مصرف آسپرین گزارش می‌شود که در ۲۵ مورد از ۸۱ بیمار مبتلا به زخم حاد سابقه مصرف آسپرین نیز ذکر شد. در موارد واریس مری در صورت لزوم درمان اسکلترو در حين آندوسکوپی انجام گردید و جهت بیماران مبتلا به زخم وازوفارزیت نیز درمان مناسب انجام شد.

واژه‌های کلیدی: هماتمز، زخمپیتیک، دئودنیت، گاستریت، واریس مری، آندوسکوپی گوارشی فوکانی

دکتر سیمین پرتوی
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد، بیمارستان قائم(عج)،
بخش آندوسکوپی کودکان



پرست در این بیماران شده بود که همه تحت عمل جراحی قرار گرفتند. ولی در بقیه موارد مسایل کبدی مانند فیبروز - سیروز و آترزی مجاری صفراوی وجود داشت. سومین علت خونریزی گوارشی فوقانی در بیماران ما بیماری زخم پیتیک اولیه در ۳۰ مورد (۱۵٪) تشخیص داده شد که در تمام موارد زخم در بولب دوازدهه وجود داشت و در مواردی بصورت زخم دوگانه بود.

در اکثر بیماران مبتلا به زخم بررسی هلیکوباکتر نیز انجام شد و در مواردی که عود زخم وجود داشت بررسی از نظر گاسترین سرم جهت رد زولینگرالیسون انجام گردید که موردي از زولینگرالیسون نداشتیم. ۵/۲ درصد بیماران (۱۵ بیمار) مبتلا به ازوافازیت در اثر هرنی هیاتال یا ریفلائکس بودند. در ۱۲ مورد با وجود هماتمز شدید آندوسکوبی طبیعی بود که شاید به علت دیر مراجعته نمودن بیماران باشد که اروزیونها برطرف شده بود. در ۴ درصد بیماران (۶ بیمار) موارد نادری مثل دوپلیکاسیون معدی یک دختر ۱۵ ساله، مری کوتاه یک پسر ۸ ساله - مالوری ویس یک دختر ۱۰ ساله - زخم مری در دو بیمار ۱۰ ساله و ۵ ساله و بالاخره یک مورد جالب دختر ۹ ساله که با سابقه تونسیلکتومی در دو هفته قبل با هماتمز مراجعته نموده بود و بررسی آندوسکوبی مری معده و دوازدهه طبیعی بود ولی خونریزی از محل لوزه برداشته شده وجود داشت که به علت باز شدن بخیه آن محل بود و بلا فاصله به اتاق عمل فرستاده شد.^(۱)

۱- تمام آندوسکوبی‌ها توسط نویسنده مقاله انجام گردیده است و مدارک بیماران در بخش آندوسکوبی بیمارستان قائم مشهد موجود می‌باشد.

۲- انداده گیگری گاسترین سرم در سالهای اول در مشهد قابل انجام بود ولی در ۶ - ۵ سال گذشته با بیمار مستقبلاً به تهران مراجعته منکرد و یا از طریق آزمایشگاه سرم بیمار به تهران ارسال می‌شد.

بیمارستان قائم مشهد مراجعته نموده‌اند بررسی گردید. هدف از این مطالعه تعیین شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی حاد در کودکان بود. آندوسکوبی در همه بیماران بدون بیهوشی و پره مدبیکاسیون بوسیله دستگاه گاستروسکوپ الیمپوس ۲۰ GIFP یا ۲۰ XP انجام شد.^(۱)

خوشبختانه هیچگونه عوارضی در حین آندوسکوبی نداشتیم. در موارد وجود زخم یا گاستریت جهت همراهی هلیکوباکتر بیوپسی گرفته شد. در موارد واریس مری پیشرفتی نیز اسکلروترپی از طریق آندوسکوبی با تزریق الكل ۹۶ درصد انجام گردید.

در همه بیماران بعد از اقدامات اولیه و نگهدارنده و تثبیت وضعیت بیماران آندوسکوبی جهت تشخیص انجام گردید.

نتایج

در این مطالعه از بین ۱۱۶۸ پرونده گاستروسکوپی انجام شده در کودکان تعداد ۹۵ مورد مبتلا به هماتمز حاد انتخاب شدند که بیماران ۱۱۱ پسر (۵۶٪) و ۸۴ دختر (۴۳٪) بودند. سن متوسط کل بیماران ۶/۹ سال بود که بین گروه سنی یکماه تا ۱۵ سال قرار داشتند. شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی در بیماران این تحقیق را گاستریت یا دئوندیت حاد یا گاسترودئوندیت اروزیویا هموراژیک تشکیل می‌داد که در ۸۱ بیمار (۴۱٪) تشخیص داده شد. بعد از آن دومین علت خونریزی حاد فوقانی واریس مری بود که در ۵۶ بیمار (۲۸٪) دیده شد. در بیماران مبتلا به واریس مری و پرفشاری ناحیه پرتال در ۶ مورد سابقه ایکتر نوزادی، تعویض خون و گذاشتن کاتتر نافی وجود داشت و در ۲ مورد سابقه ضربه شکم و ترومما که منجر به انسداد

مقدمه

وجود خون در مواد استفراغی کودک برای بیمار و خانواده و حتی پزشک ترس آور است. هم‌اتم نشانه خونریزی بالاتر از لیگمان تریتیز می‌باشد. البته همیشه باید موارد کاذب هماتمز را نیز در نظر داشته باشیم مثلاً مصرف رنگهای تجاری در مواد غذایی و داروهای خونریزی از بینی یا دهان و حلق که بعلیه شده است - خون مادری بلعیده شده در نوزاد، مصرف موادی مثل بیسموت، سرب، آهن، توت‌فرنگی و چغندر باعث سیاه و رنگی شدن استفراغ می‌شود.^(۲,۴)

در آمارهای مختلف در ۵۰ ساله گذشته مرگ و میرناشی از خونریزی گوارشی ۱۰-۸ درصد بوده است که اکنون اعلت طبی است و برخلاف پیشرفت‌های جدید درمان هنوز هم مرگ و میر وجود دارد.^(۵)

در موارد خونریزی واقعی از مری اکثراً (۹۰-۸۰٪ درصد موارد) خونریزی با درمانهای حمایتی در ۴۸ ساعت اول بند می‌آید انجام آندوسکوبی در تشخیص اولیه و حتی اقدام درمانی مانند اسکلروترپی مفید می‌باشد.

درمان اولیه در بیمارانی که خونریزی دارند اصلاح هیپوولمی و شستشوی معده و تثبیت وضع بیمار است و انجام آندوسکوبی جهت تعیین محل خونریزی بهترین روش می‌باشد.^(۶)

روش کار

در این مطالعه گذشته نگر توصیفی طی مدت ۱۵ سال (از ابتدای سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۷) پرونده کودکان زیر ۱۵ سال که به علت هماتمز به بخش آندوسکوبی کودکان



۲۵ مورد) مصرف پردنیزولون (۳۰ مورد) و مصرف ایبوپرو芬 (۳۰ مورد) وجود داشت و استرسهایی مثل سوختگی (۳۰ مورد) جراحی، گچ‌گیری و شکستگی (۵۰ مورد)، استرس میلیت تشنج (۲۰ مورد)، سابقه کاتتریسم (۱۰ مورد)، کتواسیدوز دیابتی (۱۰ مورد). در ۳۱ مورد دیگر بترتیب اروزیون ۱۹ مورد، واریس ۱۴ مورد، زخم پیتیک اولیه ۴ مورد و ریفلاکس ۳ مورد بالاتر از ۶ سال ۴۰ مورد اروزیون، ۳۵ مورد واریس، ۲۳ مورد زخم پیتیک اولیه و موارد نادر دوپلیکاسیون یک مورد، برآکی ازوفاژ ۳۰ مورد، باز شدن بخیه محل تونسیلکتومی ۵ مورد نیز بیماران آنمی شدید داشتند. نتایج مطالعه در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

یک بیمار یکماهه داشتیم که علت خونریزی از وفازیت در اثر ریفلاکس بود. بین ۲ ماه تا ۲ سال به ترتیب علل خونریزی گوارشی فوقانی ۱۶ مورد گاستریت یا دئودنیت اروزیو، ۷ مورد ریفلاکس، ۶ مورد واریس و ۳ مورد زخم پیتیک اولیه بود. بین ۲ تا ۶ سال بترتیب اروزیون ۱۹ مورد، واریس ۱۴ مورد، زخم پیتیک اولیه ۴ مورد و ریفلاکس ۲ مورد. طبی بھبود یافتدند و نیازی به انجام آندوسکوبی در آنها نبود. دو مورد نیز زالو در حلق داشتیم که قبل از آندوسکوپی تشخیص داده شدند.

سابقه هماتمز قبلی در ۶۷ بیمار (۳۴٪) وجود داشت که اکثراً مربوط به بیماران مبتلا به واریس بود ولی مواردی نیز در زخم دوازدهه و ازوفاژیت عود خونریزی مشاهده شد. البته در این مطالعه نوزاد کمتر داشتیم زیرا نوزادانی که به علت نشانگان خون بلعیده شده یا بیماری خونریزی نوزادی و استرس زخم مراجعه نمودند اکثراً با درمان آندوسکوبی در آنها نبود. دو مورد نیز زالو در حلق داشتیم که قبل از آندوسکوپی تشخیص داده شدند.

اگر بیماران را به چهار گروه سنی زیر ۲ ماه - بین ۲ ماه تا ۲ سال - ۲ تا ۶ سال و بالای ۶ سال تقسیم کنیم در زیر دو ماه فقط

جدول شماره (۱): علت هماتمز در کودکان طی مدت ۱۵ سال

تشخیص	تعداد	درصد	محدوده سنی ± انحراف استاندارد	سن متوسط	نکات مثبت در سابقه بیمار
گاستریت اروزیو یا زخم حاد یا دئودنیت اروزیو	۸۱	۴۱/۵	۴ ماه تا ۱۳ سال $4/07 \pm 4/06$ سال	$4/07 \pm 4/06$ سال	سابقه مصرف آسپرین در ۲۵ (۸٪) مورد مثبت بود. سابقه مصرف گورتون وایبوپروفن ۶ مورد. در موارد دیگر سابقه سوختگی ترومای، تشنج عفونت و کتواسیدوز یا جراحی دیده شد.
واریس مری	۵۶	۲۸/۷	۹ ماه تا ۱۵ سال $4/06 \pm 4/08$ سال	$4/06 \pm 4/08$ سال	سابقه تعویض خون در ۶ مورد وجود داشت. سابقه ضربه شکم ۲ مورد و بقیه بیماری کبدی مزمن داشتند.
زخم مزمن دوازدهه	۳۰	۱۵/۴	۲۰ ماه تا ۱۲ سال $8/46 \pm 2/46$ سال	$8/46 \pm 2/46$ سال	سابقه زخم اولیه در پدر یا مادر و مادر بزرگ حدود ۱۰ درصد مشت بود.
ازوفاژیت (ریفلاکس) طبی	۱۰	۵/۲	۳ ساله تا ۱۱ ماه $10/8 \pm 10/1$ سال	$10/8 \pm 10/1$ سال	علت ازوفاژیت اکثراً ریفلاکس گاستروزاوفاژ بود.
زخم مری	۲	۱/۱	۱۰ ساله و ۵ ساله	۱۱/۱ سال	
مالوری ویس	۱	۰/۵	۱۰ ساله دختر	۱۰/۵ سال	
باز شدن بخیه محل تونسیلکتومی	۱	۰/۵	۹ ساله دختر	۹/۰ سال	۱۵ روز بعد از عمل تونسیلکتومی
دوپلیکاسیون	۱	۰/۵	۱۵ ساله دختر	۱۵/۰ سال	سوراخ دوپلیکاسیون در کثار سوراخ پلور بصورت دوگانه به داخل معده باز می شد.
برآکی ازوفاژ	۱	۰/۵	۸ ساله پسر	۸/۰ سال	طول مری ۱۰ سانتیمتر بود و بعد از آن گاستروسکوپ وارد معده می شد.

در مطالعه مانیز در گروه سنی ۶-۲۵ سال و ۶ سال به بالا خونریزی از زخم، اروزیون و واریس مسری شایعترین علل خونریزی گوارشی فوقانی بودند. در اکثر مراجع مرجع شایعترین دارویی که باعث ایجاد ارزیون و زخم می‌شد آسپرین گزارش شده است [۵]. در مطالعه مانیز ۲۵ مورد از ۸۱ بیمار مبتلا به اروزیون سابقه مصرف آسپرین را در چند روز قبل از خونریزی داشتند که در بعضی موارد فقط با یک دوز آسپرین خونریزی دیده شد.

بنابراین در پایان با توجه به آمار بالای خونریزی در اثر آسپرین توصیه می‌شود که مصرف آسپرین در کودکان با احتیاط و محدود به موارد اجباری شود.

با توجه به وجود سابقه تعویض خون و کاتتریزاسیون نافی در تعدادی از بیماران مبتلا به واریس مرنی در مطالعه ما حتماً بایستی این عمل با احتیاط و در موارد لزوم انجام شود و کاتتر نافی طولانی مدت در ناف گذاشته نشود. با توجه به موارد زیاد هیپرتانسیون پورتال ثانوی به مسایل کبدی واکسیناسیون هپاتیت و رعایت موازین بهداشتی در برخورد با موارد هپاتیتی نیز توصیه می‌شود. در نهایت توجه به دل درد کودکان، کم خونی و آزمون خون منفی در مدفوع اهمیت زیادی در تشخیص زودرس زخمهای یا ازو فاژیت و حتی واریس مری دارد.

تشکر و قدردانی

لازم است از خدمات کارکنان بخش آندوسکوبی که با صبر و حوصله و در تمام ساعت روز و شب برای موارد فوریت آندوسکوبی همکاری لازم را داشته‌اند تشکر نمایم.

کاملاً متفاوت می‌باشد. و در مواردی نیز در مطالعه ما مشاهده شد که بیمار بدنیال مصرف آسپرین اولین بار با خونریزی مراجعه نمود و با تشخیص استرس زخم آندوسکوبی انجام شد ولی در حین آندوسکوبی واریس مری تشخیص داده شد و بیمار ارزیون نداشت [۵-۶].

میانگین سنی بیمارانی که با هماتمز مراجعه می‌نمایند در مراجعه به مراجع مختلف ۷/۲ سال [۵] و ۸/۲ سال در تهران [۱] بود و در بیماران ما میانگین سنی ۶/۹ سال بود.

حداکثر میزان شیوع خونریزی از واریس مری در کودکان در جوامع غربی ۳-۵ سالگی ذکر شده است ولی در مطالعه‌ای که از هندوستان گزارش شده است سن ۷/۵ سال و در بیماران ما ۷/۸ سال می‌باشد که احتمالاً علت بالا بودن سن تشخیص واریس مری به علت دیر مراجعه نمودن بیمار ما و تأخیر در تشخیص می‌باشد. در آماری که از هندوستان گزارش شده است شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی خونریزی از واریس مری (۹۵٪) بود.

در کشورهای غربی شایعترین علت خونریزی گوارشی فوقانی زخم دستگاه گوارش مطابق مطالعه از آمستردام [۸] ۴۲ درصد به علت زخم خونریزی دیده شده است. در بیماران ما نیز ۴۱/۵ درصد استرس زخم و ۱۵/۴ درصد زخم مزمن دوازده دیده شده است. شیوع واریس مری در مطالعه بخش گوارش آمریکا ۱۰/۳ درصد گزارش شده است. در مطالعه ما ۲۸/۷ درصد بود [۸]. با توجه به مراجع مختلف که در سنین مختلف زخم پیتیک و بعد واریس مری شایعترین علل هماتمز در کودکان است [۲].

جدول شماره (۲): علل مستعد کننده با همراه با زخم ثانویه در کودکان در مطالعه ۱۵ ساله

تعداد بیمار	علل مستعد کننده
۲۵	سابقه مصرف آسپرین
۳	سابقه مصرف کورتون
۳	سابقه مصرف ایوبروفن
۵	سابقه جراحی - گچ گیری، شکستگی
۴	تروما و ضربه شکم
۴	غفونت، استومیلت، تب و سرماخوردگی
۲	سابقه تشنج در هفته اخیر
۱	کتو اسیدوز دیابتی
۱	سابقه کاتتریسم قلبی

بحث

خونریزی در کودکان معمولاً به صورت حاد و ناگهانی تظاهر می‌نماید و باعث وحشت خانواده و اطرافیان می‌شود. در لحظه ورود بیمار مبتلا به خونریزی گوارشی حاد رسیدگی به بیمار و کنترل همودینامیک و فشار خون بیمار لازم می‌باشد. در ضمن گذاشتن لوله نازوگاستریک و شستشوی معده برای پاک کردن خون مانده در معده و نیز کنترل میزان خونریزی یا ادامه آن الزامی است. بعد از تثبیت وضعیت بیمار انجام آندوسکوبی جهت تشخیص قطعی ضروری می‌باشد. زیرا در بعضی از بیماران ممکن است با وجود اینکه علایم به نفع بیماری خاصی مثل پرفشاری خون پرتال می‌باشد و فکر خونریزی از واریس را می‌کنیم ولی به علت استعداد زخم احتمال دارد خونریزی از زخم بیمار باشد که درمان واریس و زخم



مراجع

- ۱- افتخار ربیعی الهام، خداداد احمد. خونریزیهای گوارشی در اطفال. مسائل رایج طب اطفال. در کتاب بیستمین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب بنیانگذار طب نوین اطفال در ایران. تهران: سال ۱۳۷۶؛ صفحه ۳۱۶.
2. Robert H, Squires JR. Gastrointestinal bleeding. In: Altschuler I, Iacouras M, Marks E,(eds). Clinical Pediatric Gastroenterology, 1st ed. philadelphia: Churchill Livingston, 1998; PP.31-42.
3. Berry P, Perrault J. Gastrointestinal Disease. 1st ed. Philadelphia: B.C. Decker Inc, 1991;PP.111-127.
4. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. N Engl Med 1994;331:717-727.
5. David R. Lichtenstein M,* Marvin D, et al. Approach to the patient with acute upper GI hemorrhage. In: Taylor MB,(ed). Gastrointestinal Emergencies.1st ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992;PP.92-102.
6. Bergman GF, Philippidis P, N Man JL. Severe gastrointestinal-hemorrhage and anemia after therapeutic doses of aspirin in normal children. J Pediatr 1986; 83:501-503.
7. Vinton NE. Gastrointestinal bleeding in infancy and childhood. Gastroenterol Clin North Am 1994;23:93-122.
8. Vreeburg EM. Previous use of non steroidal anti inflammatory drugs. Europ J Gastroenterology Hepatology 1997;9(1): 41-46.
9. Olson A, Hille OA, Miere AC. Gastrointestinal hemorrhage. In: Wyllie RM, Hyams JS, Hyams J. (eds). Pediatric Gastrointestinal Disease. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993;PP.251-65. ■