

خونریزیهای بخش فوکانی دستگاه گوارش

(بررسی ۵۵۳ مورد آندوسکوپی فوکانی)

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۳۷، ۱۳۵۸

*دکتر محمدعلی راشد محلل - دکتر خلیل شبانی

خونریزی تشخیص داده شد آنگاه باید از پرتوشناسی تخصصی و آرتربوگرافی انتخابی (Selective arteriography) استفاده کرد (۱۹۶۷ و ۱۹۶۸).

در این بررسی، تنازع یافته هایی که بکمل آندوسکوپی در خونریزیهای بالای دستگاه گوارش بدست آمده، گزارش می شود.

روش بررسی و بیماریابی:

بیمارانی را که از شهریور ماه سال ۱۳۵۳ تا اسفند ماه سال ۱۳۵۶ برای آندوسکوپی معرفی و مورد بررسی دقیق آندوسکوپی (مری، معده و دوازدهه) قرار گرفتند و پرونده پزشکی آنها کامل بود، انتخاب شدند. البته آندوسکوپی بلا فاصله بعداز ورود به بیمارستان و بصورت فوری انجام می گرفت.

مجموع افرادی که با این شرایط آزمایش شده اند ۵۵۳ تن بودند که ۳۴۶ تن (۶۲/۵٪) از آنها مرد و بقیه (۳۷/۴٪) زن بودند. سن متوسط بیماران بین ۹ تا ۸۰ سال بود. بیماران از بخش گوارش و دیگر بخش های دانشکده پزشکی امام خمینی، بیمارستان مصدق و مرکز طبی کودکان به بخش آندوسکوپی معرفی شده اند. برای آمادگی، بیماران با یستی ناشتا مناجعه می کردند و در صورتی که معده آنها خالی نبود پیش از شروع، با سوند تخلیه می شد سپس ۵-۱۰ میلی گرم دیاز پام و ۵/۰ میلی گرم آتروپین (بر حسب سن بیمار) از راه ورید تزریق و برای بی حسی گلو از محلول گزیلوکائین بطور موضعی استفاده می شد.

برای آندوسکوپی، بیمار در وضعیت کلاسیک یعنی به پهلوی چپ GIFFD (left lateral position)

خونریزیهای بخش بالای دستگاه گوارش (upper gasterointestinal hemorrhage) ۵٪ بیماران را در بر می گیرد که بین ۵ تا ۵۰ درصد آنان در خطر مرگ قرار دارند. دو عامل مهم در این مرگ و میرها دخالت دارد، یکی تشخیص ندادن موقع خونریزی و دیگری اشتباه در شناخت علت آن (۲۰٪) و بدینجهت به محض مراجعت بیمارستان به بیمارستان نخستین کاری که باید بدان اندیشید دست یابی به محل خونریزی است که این کار با آندوسکوپی فوری (Emergency endoscopy) در ۸۰ تا ۹۷٪ موارد امکان پذیر است و این خود نشان دهنده ارزش این روش می باشد (۲).

این طریقه ساده ترین و در عین حال دقیق ترین راه تشخیص ضایمات خونریزی دهنده مری، معده و دوازدهه است، که با انجام فوری آن کمترین خطر را برای بیمار در بردارد و تشخیص علت و محل خونریزی بزرگترین خدمت را با او می کند (۴۰٪).

پرتوشناسی که تا قبل از آندوسکوپی تنها راه تشخیص خونریزیهای بالای دستگاه گوارش بود، اکنون وسیله ای کمکی است واشکالات زیر آنرا در درجه دوم اهمیت قرار داده است:

۱- ارزش آن محدودتر و دقت آن نسبت به آندوسکوپی کمتر (۸۱-۸۸٪) می باشد (۲).

۲- گویا و کامل نیست و نمی تواند بازگو کننده خواست پزشک درمان کننده در بدست دادن محل و علت خونریزی باشد (۵).

امروزه دیگر بادر دست داشتن فیبروسکوپیهای قابل انعطاف نباید آندوسکوپی را بتأخیر انداخت و اگر با آندوسکوپی فوری علت

* مرکز پزشکی امام خمینی، دانشگاه تهران.

۲۳ تن زخم دوازده و ۱۱ تن ورم دوازده خونریزی دهنده داشتند.

در دو بیمار همراه زخم دوازده قرقی هیاتوس (ورود قسمتی از احشاء از راه سوراخ مری حجاب حاجز داخل ناحیه سینه) وجود داشت که بعلت برگشت ترشحات معده به مری، ورم مری نیز بدان اضافه شده بود. در دو بیمار دیگر زخم دوازده با اروزیونهای معده در ناحیه پیش از پیلور وجود داشت که در هر دو مورد برگشت صفرا از دوازده به معده دیده شد. در ۲۵ بیمار (۱۹٪) محل خونریزی در مری بود که شایع ترین علت آن سلطان مری (در ۱۳ تن یعنی ۹٪) و بعداز آن ورم مری (۷ تن یعنی ۴٪) سهم بسزائی را بعهده داشتند (جدول شماره ۲).

بحث:

خونریزیهای فوقانی دستگاه گوارش یعنی بخشی از این دستگاه که بالاتر از وتر تراپیت (ligament of Treitz) قرار گرفته است، بصورت استقراغ خونین یا مدفوع سیاه (خونین) و یا مخلوط هر دو ظاهر می‌کند. خونی که از دوازده یا ابتدای روده باریک سرچشمہ میگیرد باید در حدود ۸ ساعت در روده بماند تا تحت تأثیر آزمیهای گوارشی رنگ سیاه بخود بگیرد و در حدود ۶۰ میلی لیتر خون آزاد در قسمت فوقانی روده برای ایجاد مدفوع قیری (ملنا) کافی است.

در اینجا لازمست از دو اصطلاح *Pseudomelenag* و *hematochezia* نام برد. وجود خون قرمز مخلوط با مدفوع را هما توکز یا مینامند که تقریباً همیشه در نتیجه خونریزیهای قسمت تحتانی روده بزرگ میباشد. لغت پسود و ملنا (ملنا کاذب) که بوسیله عده‌ای عنوان شده، برای توصیف مدفوع سیاهی است که معمولاً منشاء آن از قولون بالا رو میباشد ولی در این حالت چسبندگی، صافی و قوام مدفوع شبیه مدفوع سیاه خونین نیست.

مدفوع سیاه معکن است باتغییر رنگ مدفوعی که متعاقب خوردن بعضی مواد مانند املاح آهن، زغال، یسموت، شیرین بیان و انواع رنگها و داروها مثل پیروینیوم پاموآت (وانکوئین) بوجود می‌آید، اشتباه گردد. گاهی متعاقب خوردن چفتدریا سیزیجات مدفوع بر رنگ تیره درمی‌آید و همین امر سبب میشود که بیمار را بسوی پزشک بکشاند. در این حالت با آزمایش‌های بیولوژیک و جستجوی خون در مدفوع میتوان تشخیص داد که چه عاملی باعث تغییر رنگ مدفوع شده است.

خونریزیهای فوقانی دستگاه گوارش بعلت وحیچگاه نبایستی این بیماران را هرچه زودتر علت آنها را یافت و هیچگاه نبایستی این بیماران را بطور سرپائی حتی در مواردی که خونریزی ناچیز باشد درمان

و GIFD بادید انتهائی GIFK بادید مایل استفاده شد. سعی براین بود که از زخمها و ضایعات مشکوک نمونه برداری (بیوپسی) شود و در آنکه موارد از ضایعات عکسبرداری و در برخی موارد فیلم برداری نیز شده است.

نتیجه:

از ۵۵۳ بیمار آندوسکوپی شده، ۱۳۱ تن (۲۳٪) بعلت خونریزی گوارشی (استقراغ و مدفوع خونین و یا آنها مدفوع سیاه نگ خونی) تحت بررسی قرار گرفتند، از این عده ۹۰ تن (۱۷٪) مرد و بقیه (۳۱٪) زن میباشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱

آندوسکوپی	خونریزی	درصد آندوسکوپی	درصد خونریزی	تعداد خونریزی	تعداد آندوسکوپی
زن	۲۰۷	۴۱	۳۷۵	۳۱۳	۳۱۳
مرد	۳۴۶	۹۰	۶۲۵	۶۸۷	۶۸۷
جمع	۵۵۳	۱۳۱	۱۰۰	۱۰۰	%۱۰۰

در این مطالعه خونریزی بامنشاء معده از شایع ترین علتها بوده که شامل بیش از نیمی از بیماران شده است. (۶۸٪، ۵۱٪) و بعلاوه انواع و رمهای معده در ایجاد خونریزی سهم مهی داشته اند.

ورم معده اروزیو در ۲۵ تن (۱۹٪) از بیماران مشاهده شد که در سابقه این بیماران استفاده از داروهای ضد درد ضد التهاب بخصوص ترکیبات سالیسیلات بدرستی تأیید نشد. یکی از بیماران زن جوانی بود که با تشخیص بیماری فون ویلبراند (von will brand's disease) از بخش خون شناسی معروف شده بود.

ورم معده آتروفیک که ندرتاً سبب خونریزیهای دستگاه گوارشی فوقانی میشود (۱۷، ۴۰ و ۱۵، ۱۶٪) در دو بیمار مرد علت خونریزی بود و جسم خارجی در دو مورد موجب خونریزی شده بود، یکی بخیه ابریشمی بعداز عمل جراحی ترمیمی پیلور (پیلور و پلاستی) بود که انتهای آزاد آن در محوطه معده حرکت می‌کرد و باعث ورم معده و اروزیونهای متعدد در ناحیه پیش از پیلور شده بود. بیمار دوم زنی بود که سوزن خیاطی در دهان گرفته و با یک سرفه سوزن را فروداده بود و در پرتوشناسی سوزن در جدار معده مشاهده شد که با دیدن داخل معده توسط گاستروسکوپ (گاسترسکوپی) بیرون کشیده شد.

خونریزی با منشاء دوازده در ۳۸٪ (۲۹٪) مورد دیده شد که

جدول شماره ۲

(%)۱۹	۲۵	ورم معده اروزیو	۱-ورم معده ۳۰ تن (%)۲۲۹۶
(%)۱۵	۲	ورم معده آتروفیک	
(%)۲۵۲	۳	ورم معده در محل اتصال	
(%)۱۲۴۲	۱۶	سرطان معده	۲- سرطان ۲۹ تن (%)۲۲۵۱
(%)۹۵۱	۱۲	سرطان مری	
(%)۰۰۷	۱	سرطان مری همراه با واریس مری	
(%)۱۶۵۷	۲۲	زخم دوازدهه	۳- زخم دوازدهه ۲۷ تن (%)۲۰۶
(%)۱۵	۲	زخم دوازدهه همراه با فتق هیاتوس و ورم مری	
(%)۱۵	۲	زخم دوازدهه همراه با اروزیون معده	
(%)۰۰۷	۱	زخم پست بولیر (بعدازبول)	
(%)۹۵۹	۱۳	زخم معده	۴- زخم معده ۱۸ تن (%)۱۳۵۷
(%)۳۵۸	۵	زخم معده در محل اتصال	
(%)۸۵۳	۱۱	۵- ورم دوازدهه ۱۱ تن (%)۸۵۳	
(%)۳۵۸	۵	ورم مری	۶- ورم مری ۷ تن (%)۵۵۳
(%)۰۰۷	۱	ورم مری همراه فتق هیاتوس	
(%)۰۰۷	۱	ورم مری همراه دیورتیکول مری	
(%)۳۵۸	۵	۷- واریس مری ۵ تن (%)۳۵۸	
(%)۱۰۵	۲	پولیپ خونریزی	۸- دهنده معده ۲ تن (%)۱۰۵
(%)۰۰۷	۱	بخیه ابریشمی در معده	
(%)۰۰۷	۱	سوzen خیاطی در معده	۹- جسم خارجی ۲ تن (%)۱۰۵
%۱۰۰		جمع ۱۳۱ تن	

۲۵ ساعت بعد از شروع خونریزی تعداد پلاکت‌ها و گلوبولهای سفید مخصوصی افزایش نشان میدهد. گاهی وجود خون در لوله گوارش ایجاد تپ خفیف (۴۰-۲۵ تا ۴۸ ساعت بعد از خونریزی)، ازت اورهای خواهد کرد. ۲۶ تا ۴۸ ساعت بعد از خونریزی، ازت اورهای خون بالا، بیرون که در نتیجه تخریب پروتئین‌های خون بوسیله باکتریهای روده‌ای میباشد (۱۰۳، ۴۶).

هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم و ازت اورهای خون بیشتر از ۴۰ میلی‌گرم در مردم میلی‌لیتر خون در فردی که از دیگر جهات سالم باشد، نشان دهنده خونریزی بیشتر از ۱۰۰۰ میلی‌لیتر است (۴).

ورهها و ارزیونهای معده:

ارزویونهای معده ضایعات مخاطی محدودی هستند که کاملاً با ذخم فرق دارند، این ارزیونهای بعده مخاطی نمی‌رسند و قطر شان از چند میلی‌متر تجاوز نمی‌کند، گرد یا بیضی شکل و پراکنده‌اند. در حدود ۴٪ از کلیه گاستروسکوپی‌های تکه انجام میشود این ارزیونهای را میتوان مشاهده کرد (۳). ارزیونهای غیر اختصاصی هستند و ممکن است روی مخاط سالم یا همه ضایعات دیگری چون، ورم هزمن معده، زخم‌های معده و دوازدهه، ضایعات بدخیم معده، تشمع کبد (سیروز) با یا بی افزایش فشار ورید باب، نارسائی احتقانی قلب راست، شوک‌های معلول کاهش حجم خون، سوختگی‌ها، اورمی، بیماری‌های داخل جمجمه، بیماری‌های مختلف خونریزی دهنده (چنانچه یکی از بیماران این گروه مبتلا به بیماری فون ویبلر آند بود)، عفونت‌ها (مثل ذات‌الریه) و بعد از اعمال جراحی مشاهده کرد. ارزیونهای معده در بیمارانیکه مبتلا به بیماری قارچی دهان (آفت) بوده‌اند نیز گزارش شده است (۱۹۳).

داروهای ضدالتهاب (سالیسیلات‌ها - استروئیدها) از عوامل مهم ایجاد کننده ارزیونهای معده میباشند (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۲۱۹، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۸، ۲۷).

ارزویونها معمولاً در ظرف چند ساعت یا چند روز در اثر ترمیم سلوهای اپی‌تیلیالی بی‌آنکه اثری بجا‌گذارند، بهبود میباشد. خونریزی مویرگی بزرگ‌ترین خطر حاصل از این ارزیونها میباشد (۳۰-۳۹) چنانکه ۲۵ مورد یعنی ۱۹٪ از بیماران مورد مطالعه این گروه رامیتلایان بدورم معده ارزیو شکل میدادند و با مقایسه با آمارهای جهانی در برخی موارد از این نسبت هم پیشتر گزارش شده است و حتی در بعضی از گزارش‌ها نسبت شیوع خونریزی آن از زخم دوازدهه هم بیشتر بوده است (۱۹).

تشخیص خونریزیهای حاصل از ورم‌های معده ارزیو فقط با گاستروسکوپی میسر است (۳).

کرد. بستری کردن بیمار امری ضرور است. این خونریزیها گاهی بی‌آنکه بصورت استفراغ و مدفع خونین تظاهر کنند ممکن است ایجاد شوک کرده و مرگ بیمار را سبب گردند بهمین جهت در مواقعي که علت شوک معلوم نیست باید آزمایش‌های از قبیل معاینه مقعد و دستگاه گوارش فوقانی را از نظر دور نداشت (۴۶ و ۱۹).

نشانهای بالینی خونریزی:

در بیشتر موارد واکنش افراد نسبت به خونریزی براه از دست دادن خون و علت آن بستگی ندارد بلکه اغلب بامیزان و شدت آن متناسب است (۶). در مواردی که قبل از شروع خونریزی سابقه کمخونی وجود نداشته باشد، از دست دادن کمتر از ۵۰۰ میلی‌لیتر خون معمولاً همراه با نشانهای بالینی نیست (۶).

بعد از خونریزی‌های حاد شدید (Acute massive bleeding) یعنی در زمانی کوتاه که بیشتر از ۱۵۰۰ میلی‌لیتر (۲۵٪ حجم کل خون بدن) خون از دست ببرد، بروند و قلب و فشار سیستولی پائین اف cade و بدنبال آن فشار دیاستولیک هم کاهش می‌باید و قرارات نیض افزایش پیدا میکند. تظاهرات جراحتی عروق بالانقباضات بستر سرخگی که توانم بارنگ پریدگی پوست، کاهش جریان خون احتسابی و جریان خون کلیه است آشکار میشود و بدین ترتیب اندازه نسبی خون رگهای مغز، قلب، ریه ثابت می‌ماند. عوارض عروقی بیشتر شامل تحلیل (نکروز) حاد لوله‌ای کلیه، نارسائی عروق روده پند، انفارکتوس روده‌ای و نکروز مرکز لبولی کبد خواهد بود. تغییرات زودرس الکتروکاردیوگرافی بصورت مسطح یامعکوس شدن موج T و یا پائین افتادن قطعه ST است که نشانه نارسائی جریان خون سرخ رگهای تاجی (کورونر) قلب است (۱۹، ۳۰، ۴۶). بر طبق يك قانون کلی، هر گاه در شخصی که فشار خون طبیعی داشته بعد از خونریزی، فشار خون سیستولی او کمتر از ۱۰۰ میلی‌متر جیوه و یا تعداد قرارات نیض بیشتر از ۱۰ در دقیقه باشد، ۲۰ درصد از حجم خون او از دست رفته است. چنانچه همراه این نشانها رنگ پریدگی و کاهش فشار خون وضعیتی (Postural hypotension) هم وجود داشته باشد، این امکان تقویت می‌گردد. هر گاه تعداد قرارات نیض در هر دقیقه ۲۰ عدد اضافه شود و یا فشار خون در حال ایستاده بیشتر از ۱ میلی‌متر جیوه کاهش باید، نشان دهنده خونریزی حاد بیشتر از ۱۰۰ میلی‌متر است (۴۶). درصد حجم گلوبولهای قرمز در تمام خون (هماتوکریت) بطور دقیق منعکس کننده مقدار خون از دست رفته نخواهد بود، مگر اینکه چندین ساعت از شروع خونریزی گذشته باشد و فرصتی جهت رقیق شدن خون وجود داشته باشد.

خرنن میباشدند. شیوع آنرا Ivy با پیگیری ۴۶۱۴ مورد استفراغ و مدفوع خونین ۷۲٪ (۳) و Taner در ۱۴۹۰ مورد ۸۰٪ گزارش کرده اند (۳۷). ولی در تحقیقات این گروه از ۱۳۱ مورد استفراغ و مدفوع خونین ۳۴٪ آنرا زخم‌های مزمن معده و دوازدهه تشکیل داده اند. با مقایسه آمارهای مختلف بنظر میرسد که درصد خونریزی‌های گوارشی بامنشاء زخم‌های مزمن مورد بررسی این گروه با آمارهای ذکر شده متفاوت است این اختلاف در آمارهای دیگران نیز بهجشم می‌خورد. برای مثال در ۴۱۳۱ مورد استفراغ و مدفوع خونین که توسط Jones (۲۹) بررسی شده ۵٪ زخم معده مزمن و ۳۵٪ آنرا زخم دوازدهه مزمن عقیده بر این است که این ضایعه مخاط معده را برای خونریزی در اثر مصرف آسپرین مستعد می‌سازد، چنانکه در ۸ مورد، خونریزی شدید گوارشی فوقانی با مصرف طولانی آسپرین گزارش شده است و از آن میان ۷ تن مبتلا به مورد معده آتروفیک بوده اند.

گرچه خونریزی از زخم‌های مزمن اغلب بی وجود عوامل مساعد کننده اتفاق می‌افتد، ولیکن ممکن است عواملی از قبیل عفونت‌های قسم فوقانی دستگاه تنفس، افراط در مصرف الکل، کشیدن سیگار زیاد، خستگی، فعالیت شدید فیزیکی، استرس‌های شدید روانی و یا بی احتیاطی در مصرف غذا، مقدم بر خونریزی وجود داشته باشند (۳۶ و ۳۷). شیوع خونریزی در پائیوروزستان بیشتر و در تابستان کمتر است (۳). مصرف سالیسیلات قبل از شروع خونریزی در ساقه حدود ۱/۳ بیماران گزارش شده است (۳۸).

Valman و همکارانش گزارش کرده اند که در ۵۲٪ آنها بیکه زخم‌های مزمن داشته‌اند، هفته قبل از بروز خونریزی شدید فوقانی گوارش و آسپرین مصرف می‌کرده‌اند (۳۹). باید دانست که دلیل قاطعی مبنی بر اینکه آسپرین بتواند در انسان زخم معده مزمن پیتیک تولید نماید در دست نیست (۳) ولی شکی وجود ندارد که آسپرین از عوامل مساعد کننده خونریزی دریم‌اران مبتلا به زخم می‌باشد. سالیسیلات‌ها میتوانند ایجاد اروزیونهای منتشر معده نمایند و شدت این اروزیونها در مخاط معده سالم و با معده‌های همراه با افزایاد ترشح اسید از مبتلایان به ورم‌های معده آتروفیک و یا همراه با کاهش اسید معده بیشتر است (۳).

خوردن ۴ تا ۵ گرم آسپرین روزانه بمدت ۲۶ روزسب می‌شود

Dunphy در ۱۰۰ مورد خونریزی شدید که علت آنها با آزمایش‌های پرتوشناسی شناخته نشده بود، با گاسترسکوپی شناس داد که در ۶۶ مورد ارزیونهای خونریزی دهنده و در ۲۲ مورد دیگر ورم معده هیپرتروفیک علت خونریزی بوده است (۳۹-۴۱).

در گزارش دیگر از ۴۵۹ مورد که بعلت استفراغ خونی شدید تحت عمل جراحی قرار گرفتند، ۴۰ مورد دارای اروزیونهای خاد خونریزی دهنده بوده اند (۳۹-۴۱).

ورم معده آتروفیک از علل نادر خونریزی است (۱۷-۱۵). عقیده بر این است که این ضایعه مخاط معده را برای خونریزی در اثر مصرف آسپرین مستعد می‌سازد، چنانکه در ۸ مورد، خونریزی شدید گوارشی فوقانی با مصرف طولانی آسپرین گزارش شده است و از آن میان ۷ تن مبتلا به مورد معده آتروفیک بوده اند.

در کمخونی خطرناک، پولیپ خوش خیم معده در ۷ تا ۱۴٪ موارد و سرطان معده در ۴٪ موارد علت خونریزی گزارش شده است (۳). ولی در مطالعات این گروه در دومورد ورم معده آتروفیک که خونریزی داشته‌اند، ضایعاتی از این نوع مشاهده نشده است. در بیماران مبتلا به سیروز، خونریزی‌های شدید ممکن است بعلت ورم معده باشد (۱۰). چنانکه Merigan و همکاران علت خونریزی را در ۵۳٪ موارد اتساع وریدهای (واریس) مری و معده و در ۲۲٪ موارد ورم معده گزارش کرده‌اند (۳-۳۳).

شیوع مرگ و میر در خونریزی‌های با منشاء ورم معده اروزیو ۴ برابر بیشتر از میزان آن در خونریزی‌های زخم دوازدهه می‌باشد (۳۴). التهاب مخاط داخل فتق هیاتوس گاهی میتواند تولید استفراغ و مدفوع خونین کند ولی این امر خیلی کمتر از موقعی اتفاق می‌افتد که همراه قرق‌هیاتوس ورم مری و یا زخم معده پیتیک وجود داشته باشد (۳) که در مطالعات مایک مورد از این بیماران دیده شده است.

ورم معده در محل اتصال معده به روده با یا بی اروزیون بیشتر از سایر التهابات مفترض معده میتواند سبب خونریزی باشد (۳).

سرطان معده:

در بررسیهای این گروه خونریزی بعلت سرطان معده ۲۶٪ را در ۱۲٪ موارد خونریزیها را تشکیل داده است. شیوع این خونریزی در آمار مصنفان دیگر از ۷٪ تا ۱۳٪ متغیر بوده است (۲۹ و ۳۵). ممکن است خونریزی نخستین علامت سرطان معده باشد (۳).

زخم‌های مزمن معده و دوازدهه:

زخم‌های مزمن معده و دوازدهه شایع‌ترین علت استفراغ و مدفوع

جدول شماره ۳

بررسیهای این گروه	McGinn (۲)	Thomas et al (۴۵)	Cotton (۷)	Johnston et al. (۹)	JONES (۲۹)	PALMER (۳۶)	نام مصنف
۱۳۱	۱۲۶	۱۳۷	۲۰۸	۸۱۷	۴۱۳۱	۱۵۰۰	عدد کل یماران علل
(%۱۹)۲۵	(%۴۲)۸۵۴	(%۲۵)۳	(%۶۶)۹	(%۴۸)۵۳۹۶	(%۳۵)۱۴۴۶	(%۲۷)۱۴۰۶	زخم دوازدهه
(%۳۸)۵	(%۲۵)۲	(%۶۶)۹	(%۳۴)۷	(%۳۱)۲۵	(%۲۷)۱۱۲	(%۱۹)۷۲۹۵	واریس مری و معده
(%۹۹)۱۳	(%۲۱)۴۲۹	(%۲۰)۴۲۴	(%۲۸)۳۵۹	(%۷۸)۶۴	(%۱۶)۵۶۸۰	(%۱۲)۴۱۸۶	زخم معده
(%۱۹)۲۵	(%۵۵)۷		(%۸۶)۱۸	(%۶۷)۵۵	(%۲۵)۶۱۰۵۸	(%۱۲)۸۱۹۳	ورم معدی اروزیو
(%۳۵)۸۵			(%۷۲)۱۵		(%۲۵)۱۰۰	(%۷۲)۱۰۹	ورم مری
(%۰۷)۱				(%۱۶)۱۳			ورم مری همراه فتق هیاتال
(%۳۸)۵	(%۱۵)۲	(%۴۵)۶	(%۲۹)۶	(%۲۷)۲۲	(%۶۷)۲۵۷	(%۳۱)۴۷	زخم در محل اتصال
(%۱۲)۲۶	(%۱۵)۲	(%۱۰)۹	(%۱۰)۴	(%۳۷)۲۸	(%۲۷)۱۱۰	(%۱۴)۲۱	سرطان معده
(%۸۵)۱۱	(%۰۸)۱		(%۳۴)۸				ورم دوازدهه
(%۱۵)۲	(%۰۸)۱						جسم خارجی
(%۱۵)۲			(%۰۴)۱				پولیپ معده

معده بیشتر از زخم دوازدهه باشد (۳). در یمارانیکه مبتلا بهورم مفصلی روماتوئید بوده و کورتیکوستروئید دریافت می‌کرده‌اند، شیوع زخم معده پیشکرا بین ۱ تا ۲۵٪ گزارش کرده‌اند (۱۲). مصرف خوراکی و تزریقی فتیل بوتاژون در بعضی از حیوانات سبب اروزیونهای معده دوازدهه و یا زخم‌های حاد و ورم‌معده خونریزی دهنده شده است (۳). این داروهای باعث شروع وهم فعال شدن مجدد زخم معده پیشک و خونریزی از زخم‌های معده دوازدهه می‌شود. در ۳۹۳۴ یماری که تحت درمان با بوتاژولیدین بوده و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، ۴۰ مورد زخم معده پیشک گزارش شده و در ۴۲۴ موردي یماران از ناراحتی‌هایی از قبیل دردهای ناحیه بالای شکم (ابی گاستریک) شکایت داشته‌اند (۳). شروع زخم معمولاً در حدود ۲ هفته بعد از مصرف این دارو بروز می‌کند ولیکن با مقدار روزانه کمتر از ۴۰۰ میلی گرم خیلی نادر است. خونریزی شدید متعاقب مصرف ایندو متاسین هم گزارش شده است (۴۳ و ۳).

ورمهای دوازدهه:

ورم دوازدهه در آندوسکوپی بصورت پرخونی شدید مخاطی و اروزیونهای سطحی و یا خونریزی‌های داخل جداری بروز می‌کند. بطور کلی دونوع ورم دوازدهه ممکن است دیده شود:

که بطور متوسط روزانه ۳ الی ۸ میلی لیتر خون از رام‌مدفوع دفع شود (۱۳). در یماران مبتلا به رماتیسم حاد مفصلی یا افراد سالمی که بدت طولانی روزانه ۱/۵ تا ۳ گرم آسپیرین مصرف می‌کنند در ۷۰٪ آنها آزمون گایاک مثبت می‌شود. بنظر میرسد که آسپیرین‌های پوشش‌دار و یا حلول در آب کمتر از آسپیرین ساده باعث خونریزی شوند (۳).

در مورد ایجاد اروزیونها و ورمهای معدی خونریزی دهنده حاصل از مصرف آسپیرین، معتقدند که ایندا سد دفاعی مخاط بویلیه آسپیرین شکسته شده سپس با مکانیسم انتشار پس نورد (Back diffusion)، یون هیدروژن بداخل مخاط رانده می‌شود و باعث اروزیون می‌گردد (۶، ۱۳، ۴۰، ۴۶).

شکسته شدن سد دفاعی معده یکی بعلت تأثیر مستقیم سالیسیلات‌ها روی مخاط نکه‌دارانه و دیگری از راه اثر مهاری آسپیرین روی آنزیم پروستاگلاندین سنتراز است که از ساخته شدن پروستاگلاندین‌ها جلو گیری می‌کند (۴۲، ۴۱، ۴۰، ۱۳)،

صرف الکل بنهایی خطر خونریزی حاد را بالا نمی‌برد ولی مصرف همزمان آسپیرین والکل اثر سینزیک شدید در مساعد کردن خونریزی‌های قسمت فوقانی لوله گوارش دارند (۴۲ و ۴۳). بنظر میرسد که در نتیجه مصرف کورتیکو استروئیدها شیوع زخم

برای روشن شدن و مقایسه آماری، تابیخ مطالعات این گروه
بادیگر محققان نشان داده شده است (جدول شماره ۳).

خلاصه:

از ۵۵۳ مورد آندوسکوپی فوقانی، ۱۳۱ مورد بعلت استفراغ
ومدفع خونین تحت بررسی آندوسکوپی قرار گرفته اند که از
این عده ۹۰ تن (۶۷٪) مرد و ۴۱ تن (۳۱٪) زن میباشند.
درین علل خونریزیهای قسم فوقانی لوله گوارش، ورم معده
بیشترین رقم را دارا میباشد یعنی ۳۰ مورد (۲۲٪) و بعداز
آن سرطان ۲۹ مورد (۲۱٪) که درین سلطانها، سرطان
معده فراوانتر بوده است. بقیه موارد بترتیب شیوع عبارتند از:
زمدموازده ۲۷ مورد (۲۰٪)، زخم معده ۱۸ مورد (۱۳٪)،
ورم دوازده ۱۱ مورد (۸٪)، ورم مری ۷ مورد (۵٪)،
وارس مری ۵ مورد (۳٪)، پولیپ خونریزی دهنده معده ۲
مورد (۱٪) و جسم خارجی معده ۲ مورد (۱٪) بوده است.

REFERENCES :

- 1- Sleisenger, M. H. and Fordtran, J. S.: Gastrointestinal disease. W. B., Saunders Co. p. 195-206. philadelphlia, London, Toronto. 1973.
- 2- McGinn, F.P., Guyer, P.B. Wilken, B.Y.: A prospective comparative trial between early endoscopy and radiology in acute upper. gastrointestinal haemorrhage. Gut. 16: 707-713, 1975.
- 3- Bochus, H.L : Gastroenterology, third edition. Vol 1, W.B, Saunders Co. p. 763-821, Philadelphia, London Toronto. 1974.
- 4- Beeson, P. B, McDermott, W.: Text book of medicine, Fourteenth edition Vol. 2 Saunders Co. p. 1214-1217, philadelphlia, London, Toronto 1975.
- 5- Spiro, H.M.: Clinical gastroenterology MacMilan Co. U. S.A. p. 716-727. 1977.
- 6- Harrison, S.: Principles of internal medicine eighth edition. U.S.A. p. 218-221, 1977.
- 7- Cotton, P.B., Rosenberg, M.T.: Early endoscopy of esophagus, Stomach and duodenal Bulb in patients with Hematemesis and melena, Brit. Med. J. 2: 505-509, 1973.
- 8- Anderson Pathology sixth edition, Vol 2, C.V. Mosby. Co. 1971.
- 9- Jones, P.F., Johnston, S.J.: Further hemorrhage after admission to hospital for gastrointestinal hemorrhage. Brit. Med. J. 3: 660-669, 1973.
- 10- Resnick, R.H.: Symposium on disease of liver, portal Hypertension. Med. Clin. Nort, 4: 203-210, 1975.
- 11- Robbins, Pathology, third edition W.B. Saunders. Co. U.S.A. p. 710-720, 1967.
- 12- ollander, J.L. H. Arthritis and allied condition eight edition. U.S.A. p. 680-685, 1972.
- 13- Goodman and Gilman, the pharmacological Basis of therapeutics, Fifth edition MacMillan Co. U.S.A. p. 713-715, 1975.
- 14- Hoon, J. R.: Bleeding gastritis induced by longtern release Aspirin, J.A.M.A. 229: 922-930, 1974.
- 15- Findley, JW. JR, Kirsner, GB., Palmer, W. L.: Chronic gastritis, Study of Symptoms and gastric Section. Am. J. Med. 7: 525-532. 1949.
- 16- Horner, J.L.: Symptomatology of chronic gastritis, gastroenterology 8: 607, 1947.
- 17- Palmer, D.D.: Gastritis reevaluation, Medicine 33: 199, 1954.
- 18- Alvarez, A.S., Summerskill, W.H.Y: Gastrointestinal Hemorrhage and salicylates, lancet. 2: 920, 1958.
- 19- Auger, NA. JR: Gastric mucosal Blood flow following, damage by ethanol, acetic acid, or Aspirin. gastroenterology 58: 311, 1970.

نوع اول: ضایعات مخاطی خفیی وجود دارد که بورم دوازدهه سطحی معروف است (Superficial duodenitis) و چنانچه این ضایعات شدید باشند بنام ورم دوازدهه اروزیه یا ورم دوازدهه خونریزی دهنده هم نامیده میشوند.

برخی الکل و آسپرین را مسئول این نوع ورم دوازدهه میدانند (۱). پرتونگاری نهی تواند این شکل از ورم دوازدهه را تشخیص دهد. نوع دوم: ورم دوازدهه همراه با تورم موضعی در مخاط میباشد که معمولا در پرتونگاری بصورت ضخیم شدن و بزرگ شدن چینهای مخاطی تظاهر میکند (۲)، در کشور ما انگل های دوازدهه از جمله ژیارديا هی تواند چنین ناراحتی را پذید آورد.

تاسالهای اخیر روی این مسئله که ورم دوازدهه بتواند خونریزیهای شدید ایجاد کند، تأکید نشده بود ولیکن مشاهده مستقیم دوازدهه باستگاه مخصوص این موضوع را ثابت کرده است (۲). درسته موردمطالعه این گروه نیز ۱۱ مورد باطن علت خونریزی داشته اند.

- 20- Davenport, H.W.: Salicylate damage to gastric mucosal barrier. *New. Eng. J. Med.* 276: 1307, 1967.
- 21- Davenport, H.W.: Gastric mucosal hemorrhage in dogs: effects of acid, aspirin and alcohol, *gastroenterology* 56: 439, 1969.
- 22- Phillips, S.F.: Aspirin and duodenal ulceration associated with aspirin ingestion. *gastrointest. endosc.* 19: 196, 1973.
- 23- Sugue, A.P.: Gastric mucosal blood flow following damage by ethanol, acetic acid, or aspirin, *gastroenterology*, 58: 311, 1970.
- 24- Sutor, A.H., Bowic, EJW., oeen, CA: Effect of Aspirin, Sodium Salicylate and acetaminophen on Bleeding, *May, Clin. Proc.* 46: 177, 1971.
- 25- Cooke, AR.: Corticosteroids and peptic ulcer: is there a relationship. *Am. J. Dig. Dis.* 12: 323, 1967.
- 26- Cushman, P.: Glucocorticoids and the gastrointestinal tract current status. *Gut* 11: 534, 1970.
- 27- Ragins, H., Liu, S.M.: The influence of cortisone on parietal cell turnover in the mouse stomach. *Gastroenterology*. 52: 1140, 1967.
- 28- Spiro, HM., Milles, SS.: Clinical and physiologic implications of the steroid - induced peptic ulcer. *New. Eng. J. Med.* 263: 286, 1960.
- 29- Jones, FA.: Problems of alimentary bleeding. *Gastroenterology* 2: 118, 1970.
- 30- Dunphy, JE.: Management of acute upper gastrointestinal, Hemorrhage. *Am. Surg.* 20: 1023, 1954.
- 31- Capper, W.M., Buckler, KG.: Determination of the cause of bleeding in surgery for massive hematemesis. *Brit. J. Surg.* 51: 752, 1964.
- 32- Winaver, SJ., Bejar, J.Mc., oray, RS., Zamcheck, N.: Hemorrhagic gastritis. *Arch. Intern. Med.* 127: 129, 1971.
- 33- Merigan, TC., Hollister, R, M.: Gastrointestinal bleeding whith cirrhosis. A study of 172 episodes in 158 patients. *New. Eng. J. Med.* 163: 579, 1960.
- 34- Palmer, ED.: Upper gastrointestinal Hemorrhage. *Brit. J. Surg.* 3: 527-530, 1960.
- 35- Abrahamson, RH., Hinton, J.W.: Gastric Carcinoma: Comparative review of origin, Diagnosis, and end results in 583 patients. *Surg. Gynec. Obstet.* 84: 481, 1947.
- 36- Tanner, Ne.: The diagnosis and management of massive Hematemesis. *Brit. Med. J.* 51: 754, 1964.
- 37- Lange, HF.: Salicylate and gastric hemorrhage. *Gastroenterology* 333, 1957.
- 38- Muir cossar, I.A.: Aspirin and gastric hemorrhage. *lancet* 1: 539, 1959.
- 39- Valman, HB., Parry, DJ.: lesions associated with gastroduodenal hemorrhage in related to aspirin intake. *Brit. Med. J.* 4: 661, 1968.
- 40- Cohen, MM.: Prostaglandin E 2 Prevents gastric Mucosal Barrier damage. *Gastroentrology*. 68:876, 1975.
- 41- Carmichael, HA., Nelson, L.: The effect of Prostaglandin 15 (R) 15 Methyl E2 Methyl ester on aspirin and tauracholic acid-induced gastric mucosal bleeding in rats. *Gut*. 17: 23-36, 1976.
- 42- Needham, CD., Jones, PF., et al.: Aspirin and alcohol in gastrointestinal hemorrhage. *Gut*. 12: 81-9, 1971.
- 43- Fischer, I., Rinkoffs. A.E.: Gastrointestinal hemorrhagecaused by indomethacin. *Am. J. Gastroent.* 51: 42, 1969.
- 44- Robert, A., Nezamis, J.E.: Gastric cytoprotective property of prostaglandins. *Gastroentrology*. 72: 5, 1977.
- 45- Thomas, E. et al.: Experience with the olympus esophagoscope A. Correlation of radiographic and endoscopic findings. *Amer. J. Diges. Dis.* 17: 1, 1972.