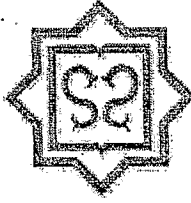


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٧٢٧ ٩٩٣



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان  
دانشکده پزشکی افضلی پور

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی اطفال

عنوان:

تعیین علل خونریزی گوارشی تحتانی در کودکان بالای یک ماهه مراجعه  
کننده به بخش اطفال بیمارستان افضلی پور از مهر ۸۴ لغایت مهر ۸۶

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر صدیقه امینی رنجبر

پژوهش و نگارش

دکتر بهرام کاظمی فرد

تابستان ۱۳۸۷

۹۹۳۶۷

درباچه:

حمد و سپاس یکتای بی همتا را که توانم داد، عاشقانه با هدفی  
چون خدمت به خلق خدا قدم در این راه بگذارم و منت او را که  
توفیقم داد در پایان این راه پر پیچ و خم هنوز وجودم لبریز از  
عشق به خدمت اوست. می خوانم او را به یگانگی و از او  
می خواهم که همیشه یاریگر من باشد و توفیقم دهد که لحظه ای  
از مسیری که رضایتش در آن است خارج نشوم.

انشاء...

۱۳۸۷ / ۹ / ۱۱

۹۹۳۶۷

با تشکر از:

استاد گرامی سرکار خانم دکتر صدیقه امینی رنجبر

و جناب آقای دکتر نوذر نخعی

که مدیون زحمات بی شائبه آنها هستم

و

همه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند.

طیبات آن عزیزان  
مهرت مبارک

## تقدیم به:

همسر عزیزم لادن و پسر کم‌دین دو خاتم زیبایی که وجود  
آنها گرمی بخش زندگی من است و برآستی بدون از خود  
گذشتگی و همفکری همسرم طی این مسیر بسیار سخت و دشوار  
می نمود.

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم که زندگیم را مدیون تلاش های شبانه  
روزی آنها می باشم.  
وجود عزیزشان در پرتوی لطف خداوند پاینده باد  
و تقدیم به برادران عزیزم

تقدیم به:

پدر و مادر همسر عزیزم

تقدیر به معلمان و اساتیدی:

که علم و معرفت را در محضرشان آموختم.

تقدیر به:

بیمارانی که کاستی مرا صبورانه تحمل کردند.



# فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱ ..... مقدمه و بررسی متون

۴ ..... اصطلاحات

۷ ..... روش اجرا

۸ ..... نتایج

۱۰ ..... جداول و نمودارها

۱۵ ..... بحث و نتیجه گیری

۱۷ ..... منابع

## خلاصه

هرچند که خونریزی های گوارشی تحتانی در کودکان شایع نیستند، ولی به دلیل علل مختلف و گاه جدی از اهمیت تشخیصی ویژه ای برخوردار می باشند.

با توجه به اهمیت موضوع و عدم وجود مطالعه ای در مورد علل این خونریزی ها در کودکان کرمانی، مطالعه حاضر طی مدت دو سال (از مهر ۸۴ تا مهر ۸۶) به صورت آینده نگر بر روی ۱۳۸ کودک ۲ ماه تا

۱۸ سال در بیمارستان افضلی پور کرمان با استفاده از کولونوسکوپی و مطالعات پاتولوژی انجام شد.

موارد شامل انتروکولیت حاد و شقاق مقعد و هموروئید از این مطالعه حذف گردیدند.

خونریزی گوارشی تحتانی، بیشتر در پسران (۶۲/۳٪)، و بیشتر در سنین قبل از مدرسه (۴۱/۳٪) دیده شد.

سه علت شایع خونریزی گوارشی تحتانی عبارت بودند از: کولیت آلرژیک (۲۴/۶٪)، پولیپ (۲۳/۲٪)، بیماریهای التهابی روده (IBD) (۱۷/۴٪).

کولیت آلرژیک و پولیپ بیشتر در پسران دیده شد (۱/۸ برابر و ۳/۵ برابر به ترتیب) در حالی که کولیت اولسرو در دختران شایع تر بود (۱/۴ برابر).

اختلاف بارزی بین وفور کولیت آلرژیک، پولیپ، IBD و زخم منفرد رکتوم بین مطالعه ما و سایر مطالعات وجود داشت، هر چند که تشابهاتی نیز به چشم می خورد.

با توجه به شایع تر بودن کولیت آلرژیک و بیماریهای التهابی روده در گروه مورد مطالعه و تفاوت چشمگیر آن با سایر مطالعات موجود، تحقیقات بیشتر در این زمینه را می طلبد.

## Summary

Although the lower GI bleeding is not a common problem in the pediatric age group, the diagnosis is very important because of various etiologies, which may be very serious, and need to appropriate treatments.

We decided to perform this study because of the importance and the absence data about the bleeding causes in the kermanian children. The study was prospective and done in two years (from 2005 to 2007) in Afzalipour hospital in Kerman including 138 pediatric causes between 2 months until 18 years of ages. The lower GI bleeding cases diagnosed by colonoscopic and histologic examinations. Furthermore, the cases who were affected by acute enterocolitis, and fissure, and hemorrhoid were excluded from the study.

The lower GI bleeding was frequent in the male in compare than the female (% 62.3 in male), and also occurred more in preschool age group (% 41.3).

The most common causes of lower GI bleeding were allergic colitis (% 24.6), Juvenile polyps (23.2%), and inflammatory bowel disease (IBD) (17.4%).

The allergic colitis and polyps have more frequency in male (1.8 and 3.8 times, consequently), but ulceration colitis were common in female (1.4 times).

There were not significant differences in the prevalence of allergic colitis, IBD, and solitary rectal ulcer in this study in compare to the other previous study in the literature. In this regards, future studies are needed about reasons and understanding possible in this population.

## مقدمه و بررسی متون

خونریزی ممکن است از هر قسمت دستگاه گوارش اتفاق بیافتد، چرا که سطح بسیار وسیع و عروق خونی فراوانی دارد. (۲۳) خونریزی گوارشی تحتانی (LGIB) به خونریزی های پایین تر از لیگامان تریتز (treitz) گفته می شود. خونریزی گوارشی تحتانی مانند خونریزی گوارشی فوقانی، در ۸۰٪ موارد خودبخود متوقف می شود اما در ۲۰٪ موارد مجدداً عود می کند. (۱۴ و ۱۶)

خوشبختانه اکثر علت هایی که موجب خونریزی معده در کودکان می شود، کمترین میزان مرگ و میر را دارند. (۱۳)

خونریزی گوارشی تحتانی (LGIB) معمولاً به سه صورت، دفع خون قرمز روشن از معده (هماتوزیا)، مدفوع سیاه قیری (ملنا) و یا خون مخفی اتفاق می افتد. این وضعیتها معمولاً به محل و حجم خونریزی بستگی دارد. گاهی اوقات فقط بصورت کم خونی در یک آزمایش روتین و در مواردی نیز بصورت افت فشار خون و افزایش ضربان قلب پدیدار می گردد. (۲۵)

تشخیص های افتراقی خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در شیرخواران و کودکان شامل طیف وسیعی از بیماریها می باشد که برخی از آنها نیاز به درمان خاصی نداشته و یا نیاز به مداخله اندکی دارند، از طرفی برخی بیماریها بسیار جدی و خطرناک بوده و نیاز به مداخله اورژانس و سریع دارند. یک تاریخچه کامل و دقیق در رابطه با سیر خونریزی، ازمان، تعداد دفعات و مقدار خونریزی، جهت ارزیابی شدت خونریزی ضروری است. علائم همراه شامل تهوع، اسهال، یبوست، درد شکم، بی اشتها، سابقه بشورات، تورم یا درد مفاصل، کاهش وزن، تب، تاریخچه اختلالات خونریزی دهنده یا ایمونولوژیک می تواند به تشخیص کمک کند. (۹ و ۱۹) همچنین سابقه اشعه درمانی، مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و دیگوکسین نیز باید مورد توجه قرار گیرد. (۱۶ و ۲۱) در معاینه علاوه بر علائم حیاتی، معاینه دقیق پوست، شکم، ناحیه پرینه و مقعد باید به ترتیب از نظر وجود بشورات، ناهنجاریهای عروقی، علائم بیماریهای کبدی، حضور توده های شکمی، حساسیت هنگام لمس، تحریک صفاق، زواید پوستی، فیستول و شقاق مقعد و هموروئید انجام شود. (۲)

شقاق ناشی از یبوست شایعترین علت خونریزی از مقعد در نوپایان و بچه های سن مدرسه است. عفونتها یکی از علل شایع خونریزی دستگاه گوارش تحتانی می باشد. سایر علل شامل خون بلعیده شده، بیماریهای التهابی روده (IBD)، انواژیناسیون، پولیپها، هیپرپلازی لنفوندولار، دیورتیکول مکل، کولیت آلرژیک، پورپورای هنوخ شوئن لاین، سندرم همولیتیک اورمیک (HUS)، انتروکولیت و سوء استفاده جنسی کودک می باشد. مواد خوراکی مثل چغندر، شاه توت، آهن و اسفناج می توانند مدفوع را قرمز یا

تیره کنند که باید در تشخیص افتراقی خونریزیهای دستگاه گوارش مد نظر قرار گیرند. (۱۸ و ۲۷)

در موارد مزمن خونریزی، علل متعددی مانند پولیپ و سرطان نیز مطرح می شود. (۱۷) خونریزی گوارشی تحتانی بر خلاف خونریزی های فوقانی معمولاً خفیف و متناوب است و بیمار نیاز به بستری شدن ندارد.

(۱۳)

کودکانی که با شکایت خون در مدفوع مراجعه می کنند نیاز به مداخله ویژه جهت حفظ سلامت دارند.

مشاهده خون در مدفوع کودک ممکن است کودک و والدین وی را مضطرب و آشفته نماید. (۱۳ و ۲۹)

همواره علل خونریزی از مقعد را باید براساس سن تقسیم بندی نمود. بعنوان نمونه در سنین اطفال بعد از

شقاق مقعد، پولیپها در رأس تشخیص هستند، (۸) در نوجوانان و بالغین جوان بیماریهای التهابی روده،

پولیپها و بیماریهای عفونی بیشتر مطرح می شوند. (۲۶).

بیمارانی که با خونریزی از قسمت تحتانی دستگاه گوارش مراجعه می کنند در صورتی که علائم حیاتی

پایدار نباشد ابتدا بایستی از نظر خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش ارزیابی شوند. اگر در این ارزیابی

کانون خونریزی مشخص نگردید، بایستی کانون خونریزی را در دستگاه گوارش تحتانی جستجو

نمود. (۱۵ و ۱۹ و ۲۳)

لازم به ذکر است که با گذشت زمان، شیوع علل خونریزی از مقعد تغییر می کند، همچنان که در بعضی

مطالعات در بالغین مطرح شده است امروزه به عنوان علل اصلی خونریزی از مقعد گرایش به سمت

سرطان کولورکتال و پولیپ می باشد و از شیوع دیورتیکول و کولیت اولسرو کاسته شده است. (۱۱)

با توجه به علل متفاوت خونریزی گوارشی تحتانی در کودکان در جوامع مختلف و تغییر علل با گذشت زمان و عدم اطلاع از چگونگی این علل در کودکان کرمانی، این مطالعه طی مدت دو سال جهت ارائه بهتر اقدامات درمانی در کودکان مبتلا به خونریزی گوارشی تحتانی انجام شد.

## اصطلاحات

پولیپ جوانی:

بیش از ۹۵ درصد تمام پولیپ ها در دوران کودکی را تشکیل می دهد. شایع ترین تومور روده بزرگ در کودکان است. عمدتاً در سنین ۱۰-۲ سال دیده می شود. معمولاً منفرد و عمدتاً در کولون چپ، بخصوص در رکتوم مشاهده می شوند. اکثراً پایه دار هستند و اندازه ای از چند میلی متر تا سه سانتی متر دارند. شایع ترین شکایت، دفع خون روشن بطور متناوب از رکتوم می باشد.

## LNH (Lympho Nodular Hyperplasia):

هیپرپلازی لنفونودولر روده بزرگ، با ندول های زرد رنگ متعدد مشخص می شوند. این ضایعات همان فولیکول های لنفاوی بزرگ شده هستند.

این پدیده در کودکان کمتر از ۱۰ سال که مورد ارزیابی گوارشی قرار می گیرند، شایع می باشد مطالعاتی وفور این یافته را بین ۳۳-۱۴ درصد گزارش کرده اند. علت آن نامعلوم است. امروز به نظر می رسد که این پدیده ناشی از پاسخ افزایش حساسیت ( آلرژی) نسبت به انگل ها، قارچ ها، آنتی ژن های غذایی و یا سایر آنتی ژن ها می باشد

اگر در کولون دیده شود، بر حساسیت غذایی دلالت می کند. این ضایعات گاهی اوقات زخمی شده و منجر به دفع خون از طریق رکتوم می گردد.

## کولیت آلرژیک:

در شیر خواران، حساسیت بیش از حد به مواد غذایی، اغلب با خوردن شیر گاو و یا پروتئین سویا دیده می شود. بیشتر در شیر مادر خواران اتفاق می افتد. تظاهرات بالینی بین یک روزگی و سه ماهگی پدیدار می گردند و شکایات شایع شامل تکه و یا رگه هائی از خون و بلغم در مدفوع می باشد. گاهی اوقات

اسهال خفیف نیز به چشم می خورد. در بررسی مدفوع لکوسیت و در شمارش گلبول های سفید خون محیطی، افزایش تعداد ائوزینوفیلها به چشم می خورد.

با حذف پروتئین های شیر گاو از رژیم غذایی مادر مشکل برطرف می شود. ۸۰ درصد شیر خوارانی که دچار حساسیت غذایی بدون مداخله IgE هستند ظرف سه سال بهبود می یابند.

### IBD: (Inflammatory Bowel Disease)

به بیماری التهابی روده با اتیولوژی ناشناخته گفته می شود. سه گونه می باشد: کولیت اولسرو، کرون، کولیت نامشخص معمولاً درگیری روده بزرگ در کودکان برخلاف بالغین به صورت درگیری کامل کولون اتفاق می افتد. شایع ترین شکایت دفع اسهال همراه با خون می باشد.

دوران نوجوانی و قبل از نوجوانی شایع ترین سنین گرفتاری در کودکان هستند.

بیماری قابل علاج نمی باشد، مگر با جراحی کولون، دوره هائی از تشدید و تخفیف بیماری وجود دارد.

پیش آگهی در کودکان نسبت به بالغین بدتر می باشد.

### SRU: (Solitary Rectal Ulcer)

سندرم زخم منفرد رکتوم، یک بیماری زخمی شونده مزمن خوش خیم است که در بچه ها شایع نمی باشد. معمولاً به صورت منفرد و در رکتوم دیده می شود. مکانیسم ایجاد آن به نظر می رسد ناشی از زور زدن بیش از حد در حین دفع باشد. اندازه ضایعه از ۵ میلی متر تا ۵ سانتی متر متغیر است.

کودک مبتلا با شکایاتی چون درد هنگام دفع، زور پیچ، دفع بلغم، درد در منطقه پرینه، پرولاپس رکتوم و خونریزی از مقعد مراجعه می کند. اکثر بیماران از خونریزی خفیف از رکتوم شاکی هستند. و بیبوست مزمن نیز اغلب گزارش می شود.



دیورتیکول مکمل:

یک ناهنجاری باقیمانده مجرای زرده ای است که در ۱۰۰ سانتی متری ایلئوم قرار دارد که به دلیل عدم پسرفت کامل مجرای نافی - روده بندی ( اومفالومزانتریک ) پیش می آید. شایع ترین ناهنجاری مادرزادی دستگاه گوارش است که در ۴-۱٪ افراد جامعه دیده می شود. در پسران دو برابر بیشتر دیده می شود. اکثر موارد بدون علامت هستند. در موارد علامتدار ۶۰ درصد بیماران کمتر از دو سال سن دارند. تابلوی کلاسیک تظاهر بالینی، خونریزی تحتانی گوارش است که ناشی از زخم شدن مخاط ایلئوم مجاور دیورتیکول به دلیل اسید مترشحه از نسوج نابجای معده موجود در دیورتیکول می باشد.

## روش اجرا:

مطالعه حاضر یک بررسی آینده نگر توصیفی می باشد. جمعیت مورد مطالعه (۱۳۸ نفر) کلیه کودکان بیشتر از دو ماه سن بودند که از مهر ۸۴ تا مهر ۸۶ با تشخیص خونریزی گوارشی تحتانی در بخش اطفال بیمارستان افضلی پور کرمان بستری شده اند. جهت ارزیابی و مقایسه علل خونریزی، بیماران به چهار گروه سنی ۲ تا ۲۳ ماه، ۲ تا ۵ سال، ۶ تا ۱۲ سال و ۱۳ تا ۱۸ سال تقسیم شدند. تمام کودکانی که با شکایت دفع خون بدون درد از مقعد مراجعه کرده بودند و علائم حیاتی پایدار داشتند، وارد مطالعه گردیدند. کودکانی که دچار دفع دردناک همراه با خون بودند (شقاق) و یا به دیسانتری حاد مبتلا بودند، یا کسانی که جهت پیگیری مراجعه نکردند، از مطالعه حذف شدند. از کلیه کسانی که به دلیل ملنا بستری شده بودند، ابتدا آندوسکوپی فوقانی به عمل می آمد (جهت رد خونریزیهای گوارشی فوقانی). در صورتی که منبع خونریزی در دستگاه گوارش فوقانی وجود نداشت، کولونوسکوپی و اسکن مکل با تکنسیوم ۹۹ انجام می شد. وسیله جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای بود که شامل متغیرهای سن، جنس، علت مراجعه و تشخیص کولونوسکوپی و پاتولوژی بود. بعد از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS V16 مورد آنالیز قرار گرفتند.

## نتایج

میانگین سنی کودکان مورد مطالعه  $۰/۳ \pm ۴/۳$  سال (۲ ماه تا ۱۸ سال) بود.

۶۲/۳ درصد (۸۶ نفر) از کودکان مورد مطالعه را جنس مذکر، و ۳۷/۶ درصد (۵۲ نفر) آنان را جنس مؤنث تشکیل می داد.

اکثر بیماران مورد بررسی (۴۱/۳٪، ۵۷ نفر) در گروه سنی ۵ - ۲ سال (قبل از مدرسه) و حداقل آنان (۲/۹٪، ۴ نفر) در گروه سنی ۱۸-۱۳ سال قرار داشتند.

بطور کلی شایع ترین شکایت (۶۳٪، ۸۷ نفر) دفع خون روشن از طریق رکتوم بود. (جدول ۱)

در کل شایعترین علت خونریزی گوارشی تحتانی، کولیت آلرژیک (۳۴ نفر، ۲۴/۶٪) بود. (نمودار ۱). شایعترین یافته کولونوسکوپی در بیماران مراجعه کننده با خونریزی گوارشی تحتانی، کولیت (۵۷ نفر، ۴۱/۳٪) بود. (نمودار ۲)

شایعترین یافته پاتولوژی در بیماران مراجعه کننده با خونریزی گوارشی تحتانی، کولیت آلرژیک (۳۴ نفر، ۲۴/۶٪) بود. (نمودار ۳)

شایعترین شکایت مراجعه در گروه سنی ۲ ماه تا ۲ سال (۵۶/۴٪، ۲۲ نفر) اسهال و دفع موکوس همراه با خون بود. در حالیکه در گروه سنی ۱۲-۲ سال هماتوئیزی (۷۱ نفر، ۷۴/۷٪) بود (جدول ۲). شایعترین علت مراجعه در هر دو جنس دفع خون روشن از رکتوم بود (جدول ۱).

شایعترین یافته کولونوسکوپی در گروهی که با دفع مدفوع حاوی بلغم و خون مراجعه کرده بودند هیپرپلازی لنفوندولر (LNH) (۴۸/۸٪، ۲۱ نفر از ۴۳ نفر) بود (نمودار ۲)

شایع ترین یافته آسیب شناسی در کودکانی که به دلیل دفع مدفوع حاوی بلغم و خون مراجعه کرده بودند به ترتیب شیوع عبارت بود از: کولیت آلرژیک (۲۶ نفر از ۴۳ نفر، ۶۰/۴٪)، سایر موارد (شامل کولیت لنفوسیتیک، کولیت ائوزینوفیلیک و کولیت عفونی) (۱۱/۶٪، ۵ نفر)، کولیت غیر اختصاصی (۹/۳٪، ۴ نفر)، نرمال (۹/۳٪، ۴ نفر)، IBD (۶/۹٪، ۳ نفر) و پولیپ جوانان (۲/۳٪، ۱ نفر) بودند. (نمودار ۳).

شایعترین یافته کولونوسکپی در کودکان مبتلا به دفع خون روشن به ترتیب: کولیت (۳۸ نفر، ۴۳/۶٪)، پولیپ (۳۱ نفر، ۳۵/۶٪)، زخم منفرد رکتوم (۸ نفر، ۹/۱٪)، LNH (۷ نفر، ۸٪) و نرمال (۳ نفر، ۳/۴٪) بودند (نمودار ۲).

پولیپ جوانان (۳۱ نفر، ۳۵/۶٪) شایعترین یافته آسیب شناسی در این گروه (که با دفع خون روشن مراجعه کرده بودند)، بود. (نمودار ۳)

شایعترین یافته کولونوسکپی در بیماران یا خوتریزی گوارشی تحتانی در گروه سنی ۲-ماه تا ۱۰ سال، LNH (۲۵ نفر، ۶۴/۱٪)، در گروه سنی ۵-۲ سال کولیت (۳۰ نفر، ۵۲/۶٪) و در گروه سنی ۱۸-۶ سال نیز کولیت (۱۸ نفر، ۴۱/۸٪) بوده است (نمودار ۴).

شایعترین یافته آسیب شناسی در بیماران با خونریزی گوارشی تحتانی در گروه سنی شیر خوارگی ۲ ماه تا ۲ سال، کولیت آلرژیک (۲۷ نفر، ۶۹/۲٪)، در گروه سنی ۲ تا ۵ سال و ۶ تا ۱۲ سال پولیپ جوانان به ترتیب با شیوع (۲۱ نفر، ۳۶/۸٪) و (۱۰ نفر، ۲۶/۳٪)، در گروه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، IBD (۳ نفر، ۷۵٪) بودند (نمودار ۵).

کولیت آلرژیک و پولیپ بیشتر در پسران (۱/۸ برابر، ۳/۵ برابر) (نمودار ۶)، ولی IBD بیشتر در دختران (۱/۴ برابر) به چشم می خورد. (نمودار ۶)

اکثر کودکانی که به دلیل ملنا مراجعه کرده بودند (۵ نفر از ۸ نفر) (۶۲/۵٪) در بررسی های انجام شده دیورتیکول مکل داشتند. (نمودار ۳)