

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استان مرکزی

دانشکده پزشکی

پایان نامه:

برای دریافت درجه دکتری در رشته پزشکی

موضوع:

بررسی توزیع آندوسکوپیک علل خونریزی از

قسمت فوقانی دستگاه گوارش در بیمارستان

ولیعصر (عج) اراک

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر لطیف معینی

نکارش:



IRANDOC

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران
مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

محمد رضا قهیه‌ئی

سال تحصیلی

۱۳۷۳-۷۴

۱۳۸۹/۱۰/۲۶

تقدیم به:

مادر فداکار

پدر مهربان

و برادران

و خواهر دلسوزم

که همواره در طول دوران تحصیل

پشتیبان من بودند.

تقدیم به :

استاد گرانقدر جناب آقای

« دکتر لطیف معینی »

که مشوق و راهنمای اینجانب

در تدوین این پایان نامه

بوده اند.

فصل ۱ - کلیات

- ۱-۱- مقدمه ۱
- ۲-۱- تعریف ۲
- ۳-۱- روش تظاهر خونریزی ۲
- ۴-۱- ارزیابی اولیه بیمار ۳
- ۱-۴-۱- علائم هنگام مراجعه ۴
- ۲-۴-۱- هماتوکریت ۴
- ۳-۴-۱- فشار خون و نبض ۵
- ۴-۴-۱- اقدامات لازم بعد از ارزیابی اولیه ۶
- ۵-۱- احیاء ۶
- ۱-۵-۱- زمان انتقال خون ۸
- ۲-۵-۱- میزان انتقال خون ۸
- ۳-۵-۱- نوع انتقال خون ۹
- ۶-۱- مقایسه خونریزی فوقانی با خونریزی تحتانی دستگاه گوارش ۱۰
- ۷-۱- اقدامات اولیه و تشخیص خونریزی حاد UGI ۱۲
- ۱-۷-۱- شستشوی معده ۱۲
- ۲-۷-۱- درمان دارویی ۱۳
- ۳-۷-۱- بررسی تشخیصی خونریزی حاد UGI ۱۴
- ۱-۳-۷-۱- تاریخچه و معاینه فیزیکی ۱۴
- ۲-۳-۷-۱- آندوسکوپی در تشخیص خونریزی از UGI ۱۵
- ۱-۳-۳-۷-۱- علامت خونریزی اخیر در آندوسکوپی ۱۷
- ۲-۳-۷-۱- مقایسه گرافی با باریوم و آندوسکوپی ۱۸
- ۵-۳-۷-۱- تستهای تشخیصی دیگر ۱۹
- ۶-۳-۷-۱- بررسی تشخیصی کلی ۲۰

- ۱- بررسی ضایعات اختصاصی خونریزی دهنده UGI ۲۰
- ۱-۱- زخم پپتیک ۲۳
- ۱-۱-۱- خونریزی از زخم دوازدهه ۲۵
- ۱-۱-۲- جراحی اورژانسی در خونریزی از زخم پپتیک ۲۵
- ۱-۱-۳- دوره بعد از خونریزی ۲۶
- ۱-۱-۴- معیارهای تعیین کننده خونریزی شدید زخم ۲۷
- ۱-۱-۵- زخمهای راجعه ۲۷
- ۱-۱-۶- درمان غیر آندوسکوپی برای خونریزی مداوم زخم ۲۸
- ۱-۱-۷- درمان دارویی برای پیشگیری از عود خونریزی از زخم ۲۹
- ۱-۱-۸- درمان آندوسکوپی زخم در حال خونریزی ۲۹
- ۱-۲- گاستریت اروزو غیراختصاصی ۳۱
- ۱-۲-۱- آسیب مخاطی ناشی از استرس ۳۱
- ۱-۲-۲- آسپیرین و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی ۳۲
- ۱-۲-۳- اتانول ۳۳
- ۱-۲-۴- گاستریت اروزو مزمن ۳۳
- ۱-۲-۵- گاستروپاتی احتقانی ۳۳
- ۱-۳- واریس های مری و معده ۳۴
- ۱-۳-۱- درمان واریسهای با خونریزی فعال ۳۵
- ۱-۴- سندرم مالوری - ویس ۳۷
- ۱-۵- دژودنیت ۳۷
- ۱-۶- ازوفازیت ۳۸
- ۱-۷- تومورها ۳۸
- ۱-۸- مالفورماسیونهای عروقی ۳۹
- ۱-۹- آنژیودیپلازی ۳۹

۲۸۸-۲	اوسلر - ویر - رندو	۴۰
۹۸۱-۱	هموبیلی	۴۰
۱۰۸۱-۱	فیستولهای شریانی روده ای	۴۰
۹۱-۱	خونریزی مخفی از دستگاه گوارش	۴۱
۱۰-۱-۱	خونریزی گوارشی با منشاء غیرمشخص	۴۲
۱۰-۱-۱	علل خونریزی با منشاء غیر مشخص	۴۲

فصل ۲- بیان مسئله، اهداف مطالعه و متدولوژی تحقیق

۱۲-۱	بیان مسئله	۴۴
۲-۲	اهداف مطالعه	۴۴
۳-۲	روش تحقیق	۴۵
۴-۲	مدت تحقیق	۴۵
۵-۲	تعداد نمونه	۴۵
۶-۲	جمعیت مورد مطالعه	۴۵
۷-۲	روش نمونه برداری	۴۵
۸-۲	مشکلات و محدودیتها	۴۶
۹-۲	فرم ارزیابی بیماران	۴۷

فصل ۳ - یافته های آماری، تجزیه و تحلیل داده ها و ارائه نتایج مطالعه

۱۳-۱	بررسی توزیع آندوسکوپیک علل خونریزی از UGI	۴۸
۱۳-۱-۱	زخم دوازدهه	۴۸
۱۳-۱-۲	زخم معده	۴۸
۱۳-۱-۳	گاستریت اروزیو	۴۸
۱۳-۱-۴	واریس مری	۴۸
۱۳-۱-۵	دئونیت اروزیو	۴۹

- ۶۱-۳-۶ نامشخص ۴۹
- ۶۱-۳-۷ گاستروئودونیت ۴۹
- ۶۱-۳-۸ کانسر معده ۴۹
- ۵۰-۳-۹ سندرم مالوری - ویس ۵۰
- ۵۰-۳-۱۰ زخم مری ۵۰
- ۲-۳-۲۰ بررسی توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب سن ۵۰**
- ۵۱-۳-۱۲ محاسبه میانگین سن بیماران ۵۱
- ۵۱-۳-۲۲ محاسبه نمای سن بیماران ۵۱
- ۵۱-۳-۲۳ محاسبه میانه سن بیماران ۵۱
- ۵۲-۳-۲۴ محاسبه انحراف معیار و واریانس سن بیماران ۵۲
- ۳-۳-۲۵ بررسی توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب جنس ۵۲**
- ۴-۳-۲۶ بررسی توزیع فراوانی موارد منجر به جراحی اورژانسی ۵۲**
- ۵۳-۳-۱۴ واریس مری ۵۳
- ۵۳-۳-۲۲ زخم معده ۵۳
- ۵۳-۳-۲۳ زخم دوازدهه ۵۳
- ۵۳-۳-۲۴ گاستریت اروزو ۵۳
- ۵۴-۳-۲۵ کانسر معده ۵۴
- ۵۴-۳-۲۶ نامشخص ۵۴
- ۵-۳-۲۵ بررسی توزیع فراوانی موارد منجر به مرگ ۵۵**
- ۵۵-۳-۱۵ واریس مری ۵۵
- ۵۵-۳-۲۲ زخم دوازدهه ۵۵
- ۵۵-۳-۲۳ نامشخص ۵۵
- ۶-۳-۲۶ نتایج مطالعه ۵۶**
- ۷-۳-۲۷ توصیه ها و پیشنهادات ۵۷**

فصل ۴ — جداول و نمودارها

- جدول ۴ - ۱ - توزیع آندوسکوپیک علل خونریزی از UGI برحسب فراوانی مطلق و نسبی ۵۹
- جدول ۴ - ۲ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب سن ۶۰
- جدول ۴ - ۳ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI جنس ۶۰
- جدول ۴ - ۴ - توزیع فراوانی علل خونریزی از UGI برحسب موارد منجر به جراحی اورژانسی ۶۱
- جدول ۴ - ۵ - توزیع فراوانی علل خونریزی از UGI برحسب موارد منجر به مرگ ۶۱
- جدول ۴ - ۶ - علل خونریزی از UGI برحسب میانگین سنی ۶۲
- جدول ۴ - ۷ - علل خونریزی از UGI بر حسب میانگین مدت بستری ۶۲
- نمودار ۴ - ۱ - توزیع آندوسکوپیک علل خونریزی از UGI برحسب فراوانی مطلق ۶۳
- نمودار ۴ - ۲ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب سن ۶۴
- نمودار ۴ - ۳ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب جنس ۶۵
- نمودار ۴ - ۴ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب موارد منجر به جراحی اورژانسی ۶۶
- نمودار ۴ - ۵ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب موارد منجر به مرگ ۶۷
- نمودار ۴ - ۶ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب شکایت اصلی بیماران ۶۷
- نمودار ۴ - ۷ - توزیع فراوانی خونریزی از UGI برحسب ۴ فاکتور مساعد کننده خونریزی از UGI ۶۹

۲۰..... خلاصه فارسی

۲۱..... خلاصه انگلیسی

مراجع

فصل ۱

کلیات

۱-۱- مقدمه

خونریزی از قسمت فوقانی دستگاه گوارش (Upper Gastrointestinal Bleeding or UGI Bleeding) یک اورژانس شایع و مهلك پزشکی است که مسئول بیش از ۳۰۰۰۰۰ مورد بستری سالانه در بیمارستان در ایالات متحده است. علیرغم در دسترس بودن تکنیکهای تشخیصی دقیق، ICU پیشرفته و روشهای درمانی جدید، هنوز هم مرگ و میر ناشی از خونریزی فوقانی دستگاه گوارش در حدود ۱۰ درصد باقی مانده است که آمار نسبتا بالایی می باشد.

عوامل متعددی در عدم کاهش مرگ و میر خونریزی از UGI دخالت دارند که مهمترین آنها سن بیمار و وجود بیماری زمینه ای خطرناک است. در ۴۰ سال گذشته نسبت بیماران بالای ۶۰ سال افزایش عمده ای داشته و از طرفی مرگ و میر ناشی از خونریزی نسبت به سن بیماران به صورت لگاریتمی از خود افزایش نشان می دهد. به علت پیشرفت در درمان بیماریهای زمینه ای همراه از قبیل بیماریهای قلبی عروقی، نارسایی کلیوی، عفونت و بدخیمی این بیماران طول عمر بیشتری پیدا کرده اند و اینها عامل قسمت اعظم مرگ و میر خونریزی از UGI می باشند. عامل سومی که احتمالا در افزایش میزان مرگ و میر بیماران دخالت دارد خونریزی از ضایعاتی است که درمان مناسب و قطعی ندارند. مثلا خونریزی از UGI در بیماران سیروزی و واریس مری ناشی از آن با مرگ و میر بالایی همراه است.

مرگ و میر خونریزی از UGI دقیقا بستگی به چگونگی سیر خونریزی دارد. وجود خونریزی شدید مستمر در مقایسه با خونریزی که خود به خود قطع می شود با مرگ و میر و عوارض بالایی همراه است. دیگر عوامل تعیین کننده پیش آگهی عبارتند از: عود خونریزی که در حدود ۱۵٪ بیماران در طی مدت بستری در بیمارستان رخ می دهد، وجود

شوک ناشی از کمبود حجم خون در هنگام مراجعه بیمار و علت اختصاصی حمله خونریزی. برای مثال در مقابل مرگ و میر کمتر از ۱٪ در مواردی که علت خونریزی نامشخص است، مرگ و میر بیمارستانی خونریزی از واریس مری ۳۰٪ است. تشخیص بیمارانی که در خطر عود خونریزی هستند، یک مسئله مهم است. شاخص های مستقلی که عود خونریزی را پیش بینی می کنند عبارتند از: هموگلوبین کمتر از ۸ g/dl در موقع بستری، هماتمز به عنوان اولین علامت خونریزی سن بالای ۶۰ سال و وجود علامت خونریزی اخیر در بررسی آندوسکوپی (۸).

۲-۱. تعریف

دستگاه گوارش توسط عضله یا رباط Treitz به صورت قراردادی به دو قسمت فوقانی و تحتانی تقسیم می گردد. رباط تریتز انتهای دوازدهه را به ستون راست دیافراگم متصل می کند. قسمت بالای این رباط که شامل مری، معده و دوازدهه است قسمت فوقانی دستگاه گوارش نام دارد و خونریزی با منشاء مری، معده و دوازدهه به خونریزی از قسمت فوقانی دستگاه گوارش یا بطور مختصر خونریزی از UGI اطلاق می گردد. (لازم به ذکر است که در این پایان نامه در اکثر موارد جهت اختصار بجای عبارت خونریزی از قسمت فوقانی دستگاه گوارش، عبارت خونریزی از UGI به کار برده شده است). (۱)

۳-۱. روش تظاهر خونریزی

بیماران به پنج طریق از دستگاه گوارش خون از دست می دهند. هماتمز (Hematemesis)، به استفراغ خونی که تازه و قرمز روشن یا کهنه و قهوه ای است

اطلاق می شود. ملنا (Melena) مدفوع براق، سیاه، چسبنک و بدبو است که بعلت تجزیه خون ایجاد می شود و نباید با اثرات مواد خارجی سیاه کننده مدفوع مثل آهن یا بیسموت اشتباه شود. هماتوکزیا (Hematochezia)، دفع خون روشن یا زرشکی از رکتوم به شکل خون خالص، خون مخلوط با مدفوع یا اسهال خونی است. در خیلی از موارد از دست دادن خون از دستگاه گوارش بصورت مخفی است و فقط با تست معرف شیمیایی قابل تشخیص است. عاقبت ممکن است بیماران بدون هرگونه علامت ظاهری خونریزی مراجعه کنند اما علایم کمبود خون از قبیل سرگیجه، تنگی نفس، آئزین قلبی یا حتی شوک داشته باشند. (۶)

۱- ۴ - ارزیابی اولیه بیمار

مراقبت خونریزی از دستگاه گوارش ساده و منطقی است. بیمار باید از نظر گردش خون تثبیت شود، خونریزی متوقف گردد و درمان برای پیشگیری از حملات بعدی خونریزی شروع شود. در اکثر بیماران خونریزی خود به خود قطع می شود و در بیمارانی که خونریزی قطع نمی شود، اکثراً درمانهای اضافی ضرورت پیدا می کند که این درمان ها همیشه هم مؤثر نیستند و در نتیجه مرگ و میر در این بیماران بالاست. بعلاوه عود خونریزی در چند روز اول بستری شایع بوده و شانس مرگ و میر را نیز افزایش می دهد. در پنج سال گذشته چند درمان جدید از طریق آندوسکوپی کشف شده است که باعث قطع خونریزی فعال و پیشگیری از عود خونریزی می شود. بررسی دقیق بیمار به شدت خونریزی بستگی دارد و احیای سریع اساس درمان است و احیای بیمار نباید تحت تاثیر تشخیص سریع و درمان ضایعه اختصاصی قرار گیرد. (۶)

۱-۴-۱- علائم هنگام مراجعه

هماتمز، ملنا یا هماتوکریا نشاندهنده حمله حاد خونریزی هستند، در حالی که خونریزی مخفی معمولاً بصورت مزمن است. هدماتمز نشاندهنده مقدار زیادی خون در معده است و اغلب باعث کلاپس **Collapse** عروقی می شود. استفراغ خون تازه در مقایسه با ملنا معمولاً نشاندهنده خونریزی شدیدتر می باشد زیرا برای ایجاد ملنا خونریزی باید آنقدر آهسته باشد که فرصت تجزیه خون بوجود آید. با این وجود در بیماران تفاوت‌های فردی زیادی وجود دارد و ارزیابی شدت خونریزی فقط بر این اساس صحیح نمی باشد. هماتوکریا معمولاً نشانه خونریزی از منشاء تحتانی دستگاه گوارش است و ممکن است بصورت خونریزی شدید یا خفیف بروز کند. اگر هماتوکریا منشا فوقانی دستگاه گوارش داشته باشد، معمولاً نشاندهنده خونریزی شدید (بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر) است. (۶)

وجود لخته های خون نشانه خونریزی شدید است در حالی که استفراغ قهوه ای رنگ معمولاً نشاندهنده یک خونریزی تدریجی تر است. تنها ۵۰ میلی لیتر خون برای ایجاد ملنا کافی است و بعد از خونریزی به اندازه ۱۰۰۰ میلی لیتر این علامت تا ۵ روز باقی می ماند. بدنبال هماتمز یا ملنا ممکن است تا سه هفته تست گایاک (**guiaic**) مثبت بوده و بیمار خون مخفی در مدفوع داشته باشد. تنها ۱۰ میلی لیتر خون در روز کافی است که تست گایاک را مثبت کند. معمولاً ملنا بدون هماتمز وجود ضایعه را در پایین پیلور نشان می دهد. (۵)

۱-۴-۲- هماتوکریت HEMATOCRIT

اگر بیماری به آهستگی و بصورت مزمن خونریزی کند، ممکن است قبل از آنکه ذخائر مغز استخوان کاهش یابد و هماتوکریت شروع به افت کند، چندین لیتر خون از دست دهد. در این حالت اسمیر خون محیطی معمولاً سلولهای قرمز **hypochromic microcytic** را نشان می دهد و حجم متوسط گلبولی **MCV** ممکن است پایین باشد.

اگر خونریزی بصورت حاد باشد، هماتوکریت حجم از دست رفته را نشان می دهد اما این مسئله همیشه صادق نیست. هماتوکریت در طی چند ساعت اول خونریزی تغییر نمی کند، زیرا حجم پلاسما و سلولهای قرمز بطور متناسب با هم کاهش می یابند. در طی این مدت باید احتیاط کرد که شدت خونریزی به خاطر نرمال بودن هماتوکریت کم برآورد نشود. تنها هنگامی که مایع خارج عروقی برای اصلاح حجم وارد فضای عروقی می شود هماتوکریت پایین می افتد. این فرایند مدت کوتاهی بعد از خونریزی شروع می شود اما تا اصلاح حجم کل خون که اغلب اوقات ۲۴ تا ۷۲ ساعت طول می کشد، کامل نمی شود. در این مرحله حجم پلاسما بیش از حد نرمال است و هماتوکریت در پایینترین حد قرار دارد. MCV به جز مواقعی که سابقه خونریزی بصورت مزمن وجود دارد نرمال است. این فرایند بوسیله استفاده از مایعات تزریقی یا خون تغییر می کند و در بیماران با کمبود قلبی حجم خون که مایع خارج عروقی کمتری جهت جابجایی دارند صادق نیست. (۶)

۱-۴-۳- فشار خون و نبض

توجه دقیق به علائم حیاتی بهترین راه قضاوت وضعیت بیمار بدون توجه به هماتوکریت است. فشار خون و نبض به میزان خونریزی، ناگهانی بودن آن و میزان جبران قلبی عروقی بستگی دارد. در ابتدا یا بعد از جبران نسبی تنها یافته فیزیکی ممکن است کاهش فشار خون وضعیتی باشد. در این حالت فشار خون بیمار وقتی که خوابیده است طبیعی می باشد اما هنگامی که می نشینند پایین می افتد. با مقادیر بیشتر خونریزی تاکیکاردی و تنگی عروق برای جبران حجم ایجاد می شود و عاقبت کاهش فشار خون در حالت خوابیده نیز ایجاد می شود. در این حالت کلاپس عروقی رخ داده و بیمار در شوک است (رنگ پریدگی، عرق ریزش، دیسترس) (۶). فشار خون نشانه مطمئنی جهت ارزیابی شدت و سرعت خونریزی نیست زیرا ممکن است بعلت افزایش ظرفیت انقباضی عروق نزدیک حد طبیعی باقی بماند و اتلاف بیشتر خون به کلاپس ناگهانی و شدیدی منتهی

گردد. (۲)

سابقه مصرف دارو باید فوراً گرفته شود، زیرا مثلاً نبض در بیمارانی که داروهای بتابلوکر مصرف می کنند غیرقابل اعتماد است. در غیاب چنین داروهایی کاهش وضعیتی ۲۰ میلی متر جیوه در فشار خون سیستولیک یا افزایش نبض به میزان ۲۰ ضربان در دقیقه نشاندهنده حداقل ۲۰٪ خونریزی است. (۸) به عنوان یک قانون فشار خون زیر ۱۰۰ میلی متر جیوه نشاندهنده خونریزی به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر یا بیشتر است. (۶) استعداد فردی بیمار در بروز این علائم اغلب بستگی به عوامل دیگری از قبیل سن، سلامت عروقی، سلامت سیستم عضبی خودکار و کار قلب دارد. (۶ - ۸) به عنوان مثال، یک فرد دیابتیک مسن ممکن است تنها با ۱۰٪ خونریزی علائم شوک را از خود نشان دهد در حالیکه یک فرد جوان سالم ممکن است بدون بروز علائم ظاهری خونریزی، یک خونریزی شدید را تحمل کند. (۸)

۱-۴-۴- اقدامات لازم بعد از ارزیابی اولیه

میزان ضرورت درمان بیماری بستگی به نتیجه ارزیابی اولیه دارد. بیمار با خونریزی مزمن که از نظر گردش خون متعادل است به صورت انتخابی درمان می شود در حالیکه بیمار با خونریزی حاد یا دارای وضعیت نامتعادل باید فوراً احیا شود. (۶)

۱. ۵. احیا

کلید برخورد با بیماران خونریزی از UGI احیای مناسب مایعات است. قبل از شروع درمان یک ارزیابی سریع و دقیق از عامل و شدت خونریزی به تعیین نیازهای ویژه برای بدست آوردن نتیجه مطلوب کمک می کند. آیا خونریزی حاد است یا مزمن؟ آیا بیمار از نظر گردش خون پایدار است یا خیر؟ نگاه به مدفوع یا مواد برگشتی از لوله نازوگاستریک

Nasogastric tube برای اثبات وجود خونریزی از دستگاه گوارش مفید است اما هدف اولیه تثبیت وضعیت بیمار است. باید علائم حیاتی بیمار گرفته شود، پوست و غشاهای مخاطی بیمار از نظر رنگ پریدگی یا علائم شوک بررسی شود و خون برای تعیین گروه خونی و **Cross match** به بانک خون فرستاده شود تا در مواقع ضروری بدون تاخیر مورد استفاده قرار گیرد. (۸)

بیمارانی که خونریزی حاد شدید دارند یا آنهایی که وضعیت گردش خون نامتعادلی دارند باید در بخش مراقبتهای ویژه ICU بستری شوند. جهت دسترسی وریدی از کاتولهای **Cannula** با قطر بزرگ استفاده شده و مایعات شروع می شوند. برای اصلاح حجم عروقی، باید تا آنجا که سیستم قلبی تنفسی بیمار اجازه می دهد محلول نرمال سالین یا رینگر لاکتات تزریق شود. در بیماران حساس انتخابی برای جلوگیری از تزریق سریع و زیاد مایع اندازه گیری فشار ورید مرکزی یا فشار انتهای مویرگی ریوی مفید است. هدف مایع درمانی به جریان انداختن گلبولهای قرمز باقی مانده است. استفاده از اکسیژن کمکی بوسیله کانول بینی یا ماسک صورت باعث اشباع اکسیژن گلبولهای قرمز می شود. علائم حیاتی، میزان برون ده ادرار و الکتروکاردیوگرام باید بطور دائم کنترل شوند. (۶)

استفاده صحیح از محلولهای تزریقی کریستالوئید برای اجتناب از تزریق خون حتی متعاقب از دست دادن خون به میزان بیش از یک لیتر همیشه ضروری است. نوع و کیفیت اختصاصی مایع جایگزینی باید برحسب نیاز اختصاصی هر بیمار انتخاب شود. احیای مایعات معمولاً توسط محلولهای کریستالوئید مانند نرمال سالین یا رینگر لاکتات انجام می شود و استفاده از محلولهای کولوئید به جز مواقعی که کاهش آلبومین خون وجود دارد ضروری نیست. (۸)

باید تأکید کرد که بدون هیچ اقدام درمانی کمکی هم خونریزی در ۸۵-۸۰ درصد بیماران در ۴۸ ساعت اول متوقف می شود. از ۲۰-۱۵ درصد بقیه که در آنها خونریزی ادامه می یابد یا عود خونریزی دارند، ۵۰-۴۰ درصدشان بعلت اثر مستقیم خونریزی یا بیماری

زمینه ای منجر به مرگ می شود. گروه پر خطر آخری نیاز به تشخیص زودرس دارند و ممکن است به درمان آندوسکوپیک جراحی یا آنژیوگرافی نیاز پیدا کنند. (۸)

۱-۵-۱- زمان انتقال خون

در مورد زمان استفاده از محصولات خونی، قوانین خشک، غیر قابل انعطاف و ثابتی وجود ندارد. آنچه واضح است در بیمارانی که خونریزی با وجود درمان ادامه می یابد، آنهایی که در شوک هستند، آنهایی که هماتوکریت خیلی پایین دارند (مثلا کمتر از ۲۵٪) یا آنهایی که علائم ناشی از اکسیژناسیون ضعیف بافتی (مانند آنژین قلبی) دارند باید خون دریافت کنند. در مورد بیماران بدون علامت که هماتوکریت بالای ۲۵ تا ۳۰٪ دارند باید به عوامل دیگری توجه کرد. آیا احتمال اینکه هماتوکریت به خاطر اشباع عروقی افت بعدی پیدا کند وجود دارد؟ حداقل هماتوکریت لازم برای تحمل حمله مجدد خونریزی چه میزان باید باشد؟ آیا خونریزی حاد است (همراه با احتمال زیاد نیاز به انتقال خون) یا مزمن (همراه با احتمال کم نیاز به انتقال خون)؟ اگر تزریق خون غیرضروری بنظر می رسد باید بعد از اینکه تستهای تشخیصی کامل انجام شد آهن کمکی تجویز شود. (۶)

درمورد تجویز محصولات خونی باید برحسب مورد تصمیم گرفت. مثلا اگر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه دچار خونریزی از UGI شد و بعد از تثبیت وضعیت، هماتوکریت ۲۵٪ پیدا کرد، تجویز خون ضروری نیست، مگر آنکه علائم ناشی از کاهش حجم خون بروز کند. برعکس اگر بیماری با سابقه قبلی آنژین صدری دچار خونریزی شد و بعد از تثبیت وضعیت، هماتوکریت ۳۳٪ همراه با درد سینه آنژینی داشت، این بیمار باید به خاطر خطر سکتة قلبی خون بگیرد. (۸)

۱-۵-۲- میزان انتقال خون

بیمار باید تا تثبیت علائم حیاتی، توقف خونریزی و وجود میزان کافی گلبولهای قرمز

در گردش خون برای فراهم کردن اکسیژناسیون مناسب خون دریافت کند. هماتوکریت ۳۰٪ یک معیار قابل قبول در اکثر بیماران است و در تکرار خونریزی بعدی بعنوان یک سپر محافظ عمل می کند. باید به خاطر سپرد که بعد از خونریزی از دستگاه گوارش حجم پلاسما زیاد می شود و هماتوکریت بلافاصله بعد از تزریق خون ممکن است مقدار واقعی گلبولهای قرمز موجود را کم نشان دهد. (۶)

در بیمارانی که خونریزی ادامه می یابد می توان به تجویز دقیق خون مبادرت ورزید اما باید مانع از افزایش بار مایع شد. مطالعات اخیر نشان می دهد که شیوع بالای عود خونریزی در بیماران دارای هیپرتانسیون پورت ممکن است بعلت جبران شدید حجم خون متعاقب حمله خونریزی باشد. بنابراین گرچه انتقال خون یک جنبه حیاتی در درمان بیماران خونریزی از UGI دارد اما از مقدم بودن آن در طی جایگزینی مایع باید اجتناب کرد. (۸)

۱-۵-۳- نوع انتقال خون

هدف انتقال خون عبارت است از:

۱- بهبود اکسیژناسیون (توسط سلولهای قرمز خون)

۲- بهبود انعقاد (توسط پلاسما و پلاکت).

میزان ضرورت برآورد کردن این اهداف در بین بیماران مختلف متفاوت است و نوع محصولات یا محصول خونی مورد تجویز را تعیین می کند. برای مثال بیماری که خونریزی شدید دارد به هر دو محصول فوق احتیاج دارد و در صورت امکان باید خون کامل بگیرد. (۶) در واقع تنها مورد استفاده از خون کامل، در خونریزی شدید و فعال است. معمولاً بخاطر افزایش خطر عوارض مانند افزایش بار مایعات و واکنشهای ایمنولوژیک باید در صورتی که گلبول قرمز فشرده در دسترس است از تزریق خون کامل اجتناب کرد. (۸) سلولهای قرمز خون در بیمارانی که خونریزشان متوقف شده است و آنهایی که محلول سالین یا رینگر لاکتات داخل عروقی دریافت کرده اند ارجحیت دارد. استفاده از

گلبولهای قرمز فشرده نه تنها باعث صرفه جویی در ذخیره بانک خون می شود بلکه حجم مایع تزریقی را نیز کم می کند. این مسئله بخصوص در بیماران با کار ضعیف قلبی یا کلیوی اهمیت دارد.

FFP یا Fresh Frozen Plasma بجز در مواقعی که یک اختلال انعقادی مهم بالینی وجود دارد ضروری نیست و نباید بصورت پیشگیری تجویز شود. با این وجود بخاطر اینکه کمبود فاکتورهای انعقادی در بسیاری از بیماران مبتلا به سیروز بصورت اولیه وجود دارد بعد از تزریق هر ۲ یا ۳ واحد گلبول قرمز فشرده باید به تزریق FFP در این بیماران اقدام کرد. تجویز پلاکت معمولا فقط در خونریزی خیلی شدید ضروری است (۱۰ واحد یا بیشتر). خون موجود در بانک خون بوسیله مواد متصل به کلسیم غیرقابل انعقاد شده است. بنابراین کلسیم کمکی فقط در سطوح سرمی خیلی پایین کلسیم ضروری است. (۶)

۱-۶. مقایسه خونریزی فوقانی با خونریزی تحتانی

دستگاه گوارش

درحالیکه بیمار احیا می گردد باید منشاء خونریزی به صورت دستگاه گوارش فوقانی یا تحتانی برای اقدام درمانی بعدی مشخص شود. روش تظاهر بیماری عمدتاً بستگی به محل خونریزی از دستگاه گوارش دارد. هماتمز به تنهایی یا همراه با دیگر علائم منشاء فوقانی خونریزی از دستگاه گوارش را نشان می دهد (بالای رباط تریتز). اگر هموگلوبین کافی در دستگاه گوارش به هماتین **hematin** یا دیگر رنگدانه های خونی سیاه کننده مدفوع تبدیل شود ملنا ایجاد می شود. این مسئله احتمالا در اثر تجزیه هموگلوبین بوسیله باکتری ها، درحالیکه خون از یک منشاء فوقانی دستگاه گوارش به آهستگی وارد کولون انباشته از باکتری می شود، ایجاد می گردد. بنابراین، هرچه منشاء خونریزی از رکتوم