

مقایسه سیر خونریزی حاد دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بالاتر و کمتر از ۶۰ سال با نگرش‌های جدید درمانی

دکتر علی اصغر کشاورز*؛ دکتر هدایت الله رضوانفر**

چکیده

سابقه و هدف: خونریزی‌های فوقانی دستگاه گوارش از جمله موارد فوریت‌های طب داخلی است و بین ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. در گذشته خونریزی‌های گوارشی در سالمندان پر مخاطره بوده و با مرگ و میر و نیاز به جراحی‌های بیشتر نسبت به قشر جوان‌تر همراه بوده است. در سال‌های اخیر به کارگیری داروهای بلوکه‌کننده پمپ پروتون و استفاده از بخش مراقبت‌های ویژه در روند درمان خونریزی‌ها توصیه شده است. بدین منظور این مطالعه با هدف تعیین اثرات دیدگاه‌های درمانی در افراد سالمند و مقایسه آن با جمعیت جوان‌تر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش این مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی است که به صورت نمونه‌گیری متوالی در روی ۲۰۰ بیمار (۱۰۰ نفر بالای ۶۰ سال و ۱۰۰ نفر زیر ۶۰ سال) که با تشخیص خونریزی حاد دستگاه گوارش فوقانی در بیمارستان‌های دانشگاهی طالقانی و امام خمینی کرمانشاه طی سال‌های ۷۸-۷۹ بستری شدند انجام گرفت. کلیه بیماران تحت درمان با داروی بلوکه‌کننده پمپ پروتون (امپرازول) خوراکی به میزان ۴۰ میلی‌گرم دو بار در روز قرار می‌گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری χ^2 و t در دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران بالای ۶۰ سال $70/48 \pm 0/66$ و زیر ۶۰ سال $37/48 \pm 1/24$ بود. ۷۳ درصد بیماران بالای ۶۰ سال و ۸۰ درصد زیر ۶۰ سال مذکر بودند. تاریخچه مصرف داروهای ضد التهابی در افراد بالاتر از ۶۰ سال بیشتر بود ($p=0/003$)، ولی از دیسپسی کمتر شکایت داشتند ($p=0/05$). بیماری‌های همراه در افراد بالاتر از ۶۰ سال شامل بیماری‌های قلبی ($p=0/008$) و آرتروز ($p=0/05$) بود. زخم دوازدهه در افراد زیر ۶۰ سال ($p=0/096$) و زخم معده در افراد بالای ۶۰ سال ($p=0/009$) بیشتر بود. در دوره بستری در دو گروه تفاوتی دیده نشد، میانگین مدت بستری بیمارستانی در بیماران بالاتر از ۶۰ سال $3/80 \pm 0/19$ و در بیماران کمتر از ۶۰ سال $3/77 \pm 0/21$ روز بود ($p=0/19$). میانگین واحد خون تزریق شده در بیماران ۶۰ سال و بالاتر $4/52 \pm 0/30$ واحد و در بیماران کمتر از ۶۰ سال $4/49 \pm 0/36$ واحد بود ($p=0/94$). تعداد جراحی‌های انجام‌شده در هر دو گروه یکسان، ۳ بیمار و بروز مرگ، ۲ بیمار در هر گروه بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان می‌دهد که با به‌کارگیری استراتژی‌های نوین درمانی در خونریزی‌های گوارشی در دهه جدید روند این بیماری در دو گروه بیماران سالمند و جوان یکسان شده است. بنابراین توصیه می‌شود که در بیماران با خونریزی گوارشی فوقانی بستری کردن بیماران سالمند و یا بیماران دارای نمای آندوسکوپی ریسک بالا در بخش مراقبت‌های ویژه و به‌کارگیری داروهای بلوکه‌کننده پمپ پروتون در مراکز درمانی معمول شود.

کلیدواژه‌ها: خونریزی دستگاه گوارش فوقانی، سالمندان، امپرازول، بخش مراقبت‌های ویژه

«دریافت: ۸۵/۳/۷ پذیرش: ۸۵/۱۲/۱»

**متخصص داخلی

* فوق تخصص گوارش، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهدہ‌دار مکاتبات: کرمانشاه، باغ ابریشم، بیمارستان امام رضا(ع). تلفن: ۰۷-۴۲۷۶۳۰۰-۰۸۳۱ Email: dr_keshavarz@yahoo.com

دکتر علی اصغر کشاورز- مقایسه سیر خونریزی حاد دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بالاتر...

مقدمه

خونریزی‌های دستگاه گوارش از بیماری‌های شایع در جامعه و یکی از فوریت‌های طب محسوب می‌شود. میزان بستری شدن این بیماران در حدود ۱/۰٪ جمعیت یک جامعه تخمین زده می‌شود (۱). نزدیک به نیمی از این بیماران را قشر سالمند تشکیل می‌دهد (۲ و ۳). گرچه در بیشتر موارد این خونریزی‌ها خودبخود بند می‌آیند، اما در ۲۰ درصد موارد دوره پرمخاطره‌تری را طی می‌کنند و در تعدادی به‌علت ادامه خونریزی نیاز به روش‌های تهاجمی‌تری مثل آندوسکوپی درمانی و جراحی پیدا می‌شود و دوره طولانی بیمارستانی را سپری می‌کنند (۴). عوامل متعددی در این جریان نقش دارند، یکی وجود بیماری‌های زمینه‌ای در بیماران خونریزی گوارشی است که سیر آن را وخیم‌تر می‌نماید و احتمال مرگ و میر را افزایش می‌دهد (۵ و ۶)، به‌طوری‌که همراهی بیماری‌های قلبی، کلیوی، تنفسی، مغزی و یا خونی مرگ و میر را به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌دهند. از دیگر عوامل مؤثر، یافته‌های آندوسکوپی بیمار است (۶). متخصصین برحسب نمای ظاهر ضایعه آندوسکوپی بیماران را درجه‌بندی می‌کنند. بیماران با معیارهای زخم دارای بستر روشن و یا وجود لخته و پیگماتاسیون در بستر زخم را در خطر پایین قرار می‌دهند و معمولاً احتمال خونریزی مجدد و نیاز به جراحی در این‌ها کمتر است و بیماران با خونریزی فعال از زخم یا مشاهده رگ خونریزی‌دهنده در ضمن آندوسکوپی را در خطر بالا دسته‌بندی می‌کنند و احتمال خونریزی مجدد و نیاز به جراحی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۵ و ۶). عامل دیگر مؤثر در روند خونریزی‌های گوارشی، سن است (۳). با

افزایش سن شکنندگی اندام‌ها افزایش می‌یابد و بیماری‌های همراه زمینه‌ای نمود پیدا می‌کنند. این مشکلات بیماران مسن را در معرض خطرات و عوارض ناشی از دیگر بیماری‌ها قرار می‌دهد (۶-۳). در بیشتر مطالعات انجام‌شده در افراد سالمند با خونریزی گوارشی احتمال خونریزی مجدد و نیاز به جراحی و میزان مرگ و میر در آن‌ها نسبت به قشر جوان‌تر بالاتر بوده است (۹-۶). در یک بررسی توسط پرموت و همکارانش (۹) که حدود ۲۲ سال پیش انجام گرفت مرگ و میر در بیماران مسن بیشتر از جوان‌ترها بود (۸/۱۴٪ در مقابل ۱/۸٪). در دهه اخیر داروهای بلوکه‌کننده پمپ پروتون تحول بزرگی در درمان بیماری‌های گوارشی ایجاد نموده‌اند. مطالعات متعدد مزیت این داروها را بر گیرنده‌های هیستامین که دهه‌های طولانی استفاده می‌شدند نشان می‌دهد (۱۰ و ۱۱). در سال‌های اخیر با به‌کارگیری این داروها در درمان خونریزی‌های گوارشی و استفاده از بخش مراقبت‌های ویژه در روند درمان بیماران با خونریزی گوارشی، تاریخچه این بیماری در حال تغییر است. مطالعاتی که نقش این تحولات را در سیر بیماران با خونریزی‌های گوارشی روشن کرده باشند اندک است (۱۲)؛ لذا این بررسی برای مشخص نمودن تأثیر این نگرش‌های جدید درمانی بر روند خونریزی‌های گوارشی در دو گروه سنی بیماران بالاتر و کمتر از ۶۰ سال در مراکز آموزشی و درمانی طالقانی و امام خمینی کرمانشاه در سال‌های ۷۹-۱۳۷۸ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به‌منظور بررسی سیر خونریزی فوقانی دستگاه گوارش در بیماران بالای ۶۰ و

شکایات یا نشانه‌های سوء هاضمه (شکایت از وجود ناخوشی در قسمت فوقانی شکم حداقل به مدت سه ماه)، همتامز، ملنا یا همتوچزیا بود. نشانه‌های بالینی در معاینه اولیه شامل علائم حیاتی در بدو بستری بود. بیماری‌های مزمن ثبت شده شامل موارد ذیل بودند: بیماری کبدی، قلبی و عروقی، دیابت، آرتریت، بیماری‌های مزمن ریوی و نارسایی مزمن کلیه بود. آزمایش‌های به عمل آمده در بدو پذیرش شامل: پایین‌ترین سطح هماتوکریت پس از احیای اولیه با مایعات، زمان پروترومبین و اوره بود. اطلاعات مربوط به شاخص‌های بستری عبارت بودند از: نتیجه آندوسکوپی مجاری فوقانی دستگاه گوارش، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، مداخله جراحی، تعداد واحدهای خون تزریق شده، مدت زمان بستری و تعداد مرگ و میر در هر گروه بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون مجذور کای برای متغیرهای کیفی و یا دو حالتی و آزمون تی دانشجویی برای متغیرهای کمی انجام شد. $p \leq 0/05$ به عنوان سطح معناداری استفاده شد. نتایج به صورت تعداد و درصد یا میانگین به همراه انحراف معیار ارائه شده‌اند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ بیمار دارای معیارهای ورود (۱۰۰ بیمار بیشتر از ۶۰ و ۱۰۰ بیمار کمتر از ۶۰ سال) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه سالمندان $70/48 \pm 0/66$ و در گروه جوان‌تر $37/48 \pm 1/24$ سال بود ($p=0/0008$). مصرف آسپرین و داروهای ضد التهابی در بیماران مسن ۴۳ درصد و در بیماران جوان‌تر ۲۸ درصد بود ($p=0/033$) (جدول ۱).

زیر ۶۰ سال (۳) که با تشخیص خونریزی دستگاه گوارش فوقانی در مراکز آموزشی درمانی طالقانی و امام خمینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بستری بودند انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت پی‌درپی و حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد باتوجه به نتایج سایر مطالعات در درمان‌های قبلی حداقل در هر گروه ۷۳ مورد بود که برای دقت بیشتر ۱۰۰ مورد در هر گروه در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری ۲۰۰ بیمار (۱۰۰ بیمار متوالی زیر ۶۰ سال و ۱۰۰ بیمار متوالی بالای ۶۰ سال) که با تشخیص خونریزی فوقانی دستگاه گوارش بستری شده بودند، جمع‌آوری داده‌ها از فروردین ۱۳۷۸ لغایت بهمن ۱۳۷۹ طول کشید. باتوجه به نگرش‌های درمانی جدید کلیه بیماران با داروی بلوکه‌کننده پمپ پروتون (امپرازول) خوراکی به میزان ۴۰ میلی‌گرم، دو بار در روز از طریق لوله لاواژ تحت درمان قرار می‌گرفتند. بیماران سالمند با بیماری‌های همراه و بیماران با معیارهای آندوسکوپی خطر بالا (مشاهده خونریزی فعال و رگ خونریزی‌دهنده) به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شدند. آندوسکوپی تشخیصی حداکثر در ۷۲ ساعت اولیه بستری انجام می‌شد. در بیمارانی که واریس عامل خونریزی بود اسکلوترایی انجام می‌شد و در بقیه موارد هیچ‌گونه مداخله آندوسکوپی درمانی انجام نمی‌شد. اطلاعات لازم در پرسشنامه‌ای که تنظیم شده بود جمع‌آوری و تکمیل می‌گردید. اطلاعات آماری جمع‌آوری شده شامل جنس، سابقه مصرف تنباکو، الکل و مصرف آسپرین یا داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی بود. اطلاعات بالینی شامل سابقه بیماری قبلی زخم پپتیک یا خونریزی گوارشی،

جدول ۱- مشخصات بیماران مبتلا به خونریزی حاد دستگاه گوارش در دو گروه زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال

متغیر	۶۰ سال <	۶۰ سال >
سن (سال)	۳۷ ± ۱/۲۴	۷۰/۴۸ ± ۰/۶۶
مصرف تنباکو	۱۹*	۲۶
مصرف الکل	۲	۲
مصرف آسپرین و ضدالتهاب**	۲۸	۴۲
جنس	مرد	۸۰**
	زن	۲۰
جمع	۱۰۰	۱۰۰

* باتوجه به اینکه تعداد بیماران در هر گروه ۱۰۰ نفر می باشد اعداد داخل جدول (به غیر از ردیف اول) تعداد یا درصد می باشند.

** $P < 0.03$

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماری های همراه بیماران مبتلا به خونریزی حاد دستگاه گوارش در دو گروه زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال

بیماری همراه	۶۰ سال <	۶۰ سال >
سابقه خونریزی	۲۶ (۳۹/۳۹)**	۲۳ (۲۵)
سابقه زخم پپتیک	۱۷ (۲۵/۷۵)	۱۱ (۱۱/۹۵)
بیماری کبدی	۸ (۱۲/۱۲)	۶ (۶/۵۲)
بیماری قلبی عروقی*	۸ (۱۲/۱۲)	۳۰ (۳۲/۶)
دیابت	۱ (۱/۵۱)	۴ (۴/۳۴)
بیماری مفصلی	۲ (۳/۰۳)*	۸ (۸/۶۹)*
بیماری ریوی	۳ (۴/۵۴)	۹ (۹/۷۸)
بیماری کلیوی	۱ (۱/۵۱)	۱ (۱/۰۸)
جمع	۶۶ (۱۰۰)	۹۲ (۱۰۰)

* $P < 0.05$

** اعداد داخل پرانتز درصد می باشند.

بیماری های همراه که در بیماران مسن بیشتر بود شامل بیماری های قلبی و عروقی ($p = 0.0008$) و بیماری های مفصلی بودند ($p = 0.05$) (جدول ۲).

سابقه سوء هاضمه در گروه سالمند کمتر از جوان ترها بود، ۳۹ بیمار (۱۷/۱۷٪) در برابر ۶۴ بیمار (۱۵/۴۸٪) ($p = 0.05$). هماتمز در سالمندان بیشتر دیده شد ولی از نظر آماری معنادار نبود. تابلو ملنا و هماتوزیا در هر دو گروه یکسان بود.

ضمن بررسی آندوسکوپی برخی بیماران دارای بیش از یک ضایعه بودند که احتمال دخالت آن ها در خونریزی داده شد. در یک بیمار محل خونریزی در آندوسکوپی مشخص نگردید و تنها در دوازدهم یک پولیپ داشت. زخم های معده که از نظر ظاهری نیاز به بیوپسی داشتند در افراد مسن ۱۱ درصد و در بیماران جوان تر ۶ درصد بودند. در این مطالعه زخم دوازدهم به صورت معنادار در بیماران جوان تر بیشتر از بیماران سالمند بود (۵۰ بیمار (۵۰٪) در مقابل ۳۲ بیمار (۳۱/۳۷٪) ($p = 0.0096$). زخم معده در بیماران مسن به صورت معنادار نسبت به بیماران جوان تر بیشتر بود (۳۹ (۳۸/۲۳٪) در مقابل ۲۰ بیمار (۲۰٪) ($p = 0.009$). بیماران جوان تر بیشتر پارگی مالری ویس داشتند (۵ بیمار (۵٪) در مقابل ۳ بیمار (۲/۹۴٪) و خونریزی از واریس در آن ها بیشتر بود ولی از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳).

در مورد یافته های آزمایشگاهی در پایین ترین سطح هماتوکریت پس از تأمین مایعات تفاوت معناداری مشاهده نشد. پایین ترین سطح هماتوکریت در افراد زیر ۶۰ سال، $29/88 \pm 0/88$ و در افراد بالای ۶۰ سال،

جدول ۳- توزیع فراوانی محل خونریزی بیماران مبتلا به خونریزی حاد دستگاه گوارش بر اساس یافته‌های آندوسکوپی در دو گروه زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال *

محل خونریزی	۶۰ سال <	۶۰ سال >
زخم دوازدهه	۵۰**	۳۲)**
زخم معده	۲۰**	۳۹**
گاستریت	۷	۱۱
دنودیت	۶	۵
ازوفازیت	۳	۴
مالری ویس	۶	۲
واریس مری و معده	۵	۳
مالیگنسی	۲	۴
ضایعات عروقی	۱	۲

* علت فراوانی ضایعات نسبت به تعداد بیماران در گروه بالای ۶۰ سال وجود بیش از یک ضایعه پاتولوژی در آندوسکوپی در بعضی بیماران بوده است
** $P < 0.05$

۲۸/۷۲±۰/۸۴ درصد بود. ولی سطح اوره خون به طور معناداری در بیماران مسن بالاتر بود (۶۸/۶۰±۶/۴mg/d) در مقابل (۴۴/۰۸±۳/۳ mg/d) ($p=0.001$). بررسی زمان پروترومبین و پلاکت به علت اشکالات آزمایشگاهی قابل بررسی و قضاوت نبود.

میانگین مدت بستری در بیماران بالاتر از ۶۰ سال ۳/۸۰±۰/۱۹ روز و در بیماران کمتر از ۶۰ سال ۳/۷۷±۰/۲۱ روز بود ($p=0.19$). میانگین واحد خون تزریق شده در بیماران ۶۰ سال و بالاتر ۴/۵۲±۰/۳۰ و در بیماران کمتر از ۶۰ سال ۴/۴۹±۰/۳۶ بود ($p=0.94$). تعداد جراحی‌های انجام شده برای هر دو گروه یکسان (۳)

بیمار) و بروز مرگ ۲ بیمار بود. در بیماران جوانی که سرانجام فوت نمودند واریس مری در زمینه سیروز کبدی ضایعه برجسته آندوسکوپی بود و در افراد سالمند در یک مورد سرطان پیشرفته معده و در دو مورد بیماری زمینه‌ای قلبی و ریوی عامل مرگ و میر بودند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از نظر دوره بستری بیمارستانی در دو گروه سالمندان و جمعیت جوان‌تر در منطقه ما با روش‌های متداول درمانی که فعلاً به کار برده می‌شود از نظر مدت اقامت بیمارستانی، تعداد جراحی‌های انجام شده و مرگ و میر تفاوتی دیده نمی‌شود. در یک مطالعه که به وسیله Segal و همکارانش (۸) انجام گرفته بود بیماران مسن در مرکز آن‌ها دوره پیچیده بیمارستانی را داشتند به طوری که احتمال خونریزی مجدد در بیماران مسن بیشتر از جوان‌ترها بود (۴۱٪ در مقابل ۱۸٪) و مرگ و میر بیشتری (۱۴/۸٪ در مقابل ۱/۸٪) داشتند. در مطالعه جامعی که توسط Permutt (۹) در سال ۱۹۸۲ در سانفرانسیسکو آمریکا انجام گرفته است نتایج مطالعه آن‌ها در دو گروه شبیه مطالعه حاضر بود و تنها تفاوت در تعداد جراحی‌های انجام شده در بیماران آن‌ها بود بدین معنا که بیماران مسن‌تر آن‌ها نسبت به بیماران جوان‌تر به طور غیرمعناداری به علت خونریزی‌های فوقانی بیشتر تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند (۱۲٪ در مقابل ۶٪) که علت آن را حمایت جراحان آن مراکز به انجام مداخله جراحی زودرس در خونریزی برای نیل به کسب سرانجام بهتر برای بیماران با خونریزی‌های فوقانی تلقی می‌نماید. این جهت‌گیری در بعضی بررسی‌ها

و در کتب جراحی هم توصیه شده است که به محض وجود اندیکاسیون‌هایی مثل خونریزی فعال و یا شوک با بند نیامدن خونریزی با تزریق چهار واحد خون، اقدام جراحی توصیه می‌شود. البته در مقابل این نظریه گروهی به جراحی دیرنگام معتقدند و بیشتر تمایل به ادامه درمان‌های طبی دارند (۶ و ۱۰). در مطالعه ما تعداد جراحی‌های انجام‌شده در هر دو گروه مساوی و حدود ۳ درصد بود، علت این امر روشن نمی‌باشد احتمالاً عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و یا استفاده معمول ما در ضمن مطالعه از داروی امپرازل ممکن است با تأثیر بیشتر نسبت به داروهای بلوکه‌کننده هیستامین که قبلاً استفاده می‌شدند در کنترل خونریزی و در نهایت نیاز کمتر به جراحی تأثیرگذار بوده باشند. مدت اقامت بیماران مورد مطالعه ما در بیمارستان کمتر از گروه ویلیام سگال بود شاید عوامل مالی، اقتصادی و یا فرهنگی و نبود تخت کافی بیمارستانی و یا به‌کارگیری درمان‌های خاص در ضمن مطالعه در آن دخیل باشند. سابقه سوء هاضمه در بیماران مسن نسبت به جوان‌ترها به‌طور معنادار بیشتر بود که ممکن است به‌علت کاهش آستانه درد با افزایش سن و پدیده تحمل در سالمندان باشد (۳، ۱۳ و ۱۸). در مطالعه گروه ویلیام سگال این اختلاف در وجود سابقه سوء هاضمه در دو گروه آن‌ها هم دیده شده ولی از نظر آماری معنادار نبود. خونریزی به‌علت پارگی مالوری‌ویس در بیماران جوان در مطالعه حاضر نسبت به سالمندان بیشتر بود که علت آن سه مورد حاملگی و دو مورد با مشکلات روانی و یک بیمار ورزشکار بود. در مطالعه ویلیام سگال پارگی مالوری‌ویس در بیماران جوان آن‌ها بیشتر به‌علت مصرف الکل بوده که در بیماران ما نقش

زیادی نداشت. در یک بررسی مقایسه‌ای در بیماران با خونریزی گوارشی فوقانی به‌علل غیروارسی پیش‌آگهی بیمارانی که امپرزول خوراکی مصرف کردند بهتر از بیمارانی بود که داروی بلوکه‌کننده هیستامین استفاده کردند (۱۱). در یک مطالعه که به وسیله Gostout (۱۲) در دهه جدید انجام گرفته و استراتژی درمانی آن‌ها شبیه روش درمانی مطالعه حاضر است، سیر خونریزی از نظر نیاز به خون، جراحی و تعداد مرگ و میر در بیماران آن‌ها در دو گروه سنی تفاوتی با هم نداشتند و مطالعه این گروه تأییدی بر یافته‌های مطالعه حاضر است. به هر حال آنچه که در نتایج این بررسی با مطالب مندرج در کتب مرجع فرق دارد سیر یکسان خونریزی حاد فوقانی گوارش در گروه سالمند و قشر جوان‌تر بود که از نظر تعداد روزهای بستری، واحد خون تزریقی، نیاز به جراحی و مرگ و میر با هم تفاوتی ندارند. بنابراین با توجه به بهبود شاخص‌های درمانی و مراقبتی و روش‌های درمانی جدید که به‌کار گرفته می‌شود ما کاهش میزان جراحی‌ها و مرگ و میر در گروه سالمند نسبت به دهه‌های گذشته را داریم.

نتیجه‌گیری

بنابراین از مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که در درمان خونریزی‌های فوقانی گوارش با به‌کارگیری داروهای بلوکه‌کننده پمپ پروتون و بستری کردن بیماران سالمند و بیماران دارای نمای آندوسکوپی با خطر بالا مثل خونریزی فعال و یا مشاهده رگ خونریزی‌دهنده در بخش مراقبت‌های ویژه، سیر بیماری در دو گروه سنی یکسان می‌شود؛ لذا این استراتژی می‌تواند در مراکز درمانی جایگزین روش‌های معمول درمانی شود.

Abstract

Acute Upper Gastrointestinal Bleeding Course in Patients over & under the Age 60

Keshavarz, A.A.¹; Rezvanfar, H.²

1. MD, GI Fellowship, Kermanshah University of Medical Sciences.

2. MD, Internist, Kermanshah University of Medical Sciences

Background & Objectives: Upper gastrointestinal bleeding is a medical emergency. Patients over 60 years constitute about 30%-40% of upper gastrointestinal bleeding. Traditionally, bleeding in elderly, compared to younger patients, has been accompanied by high mortality and need for more surgery. In recent years, new insights to management of gastrointestinal bleeding with use of proton pump inhibitors and I.C.U ward admission has been emerged. This study was conducted to evaluate the efficacy of these new strategies in the natural course of bleeding in patients over and under the age 60.

Materials and Methods: The study was a descriptive and cross-sectional type conducted in 200 patients_100 consecutive patients aged over 60 and 100 others under 60_ admitted with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding at Taleghani and Imam hospitals affiliated of Kermanshah University between 1999-2000. Diagnostic endoscopy was performed about 72 hours after admission. Older patients with co-morbid diseases and those having high risk endoscopic stigmata of recent hemorrhage (active bleeding and visible vessel) were admitted in intensive care unit/ICU, proton pump inhibitor (Omeprazole) 40 mg twice daily was given to patients. Information collected included history of associated diseases, vital signs, laboratory data, endoscopic findings and length of hospitalization days, amount of blood required, number of surgery and mortality rates. Statistical analysis was carried out by SPSS software version 11.5, for qualitative variables χ^2 , and for quantitative variables student t-test (*P* value, equal or less than 0.05) was used and considered as significant.

Results: Mean age of patients over 60 was 70.48 ± 0.66 and under 60 was 37 ± 1.27 ($p=0.0008$). 73% of patients over 60 and 80% of patients under 60 were male. History of taking NSAIDs was more among patients over 60 years of age ($p=0.003$), but they showed less dyspepsia ($p=0.05$). Cardiovascular ($p=0.0008$) and arthritis ($p=0.05$) were more among patients under 60 years of age. Endoscopy findings included more duodenal ulcers in younger patients ($p=0.0096$) and gastric ulcers among older ones ($p=0.009$). Hospitalization in the two groups was not different with regard to mean duration of hospital stay: 3.8 ± 0.19 days in patients over 60 vs 3.77 ± 0.21 in patients under 60 ($p=0.19$), mean number of blood units transfused: 4.52 ± 0.30 units in patients over 60 vs 4.49 ± 0.36 units in patients under 60 ($p=0.64$), number of surgery (3 patients in each group) or mortality (2 patients in each group).

Conclusion: According to this study, with application of modern therapeutic management in gastrointestinal bleeding in recent decade, the duration of hospital stay, in the old and young patients has become the same. We conclude that use of proton pump inhibitors and I.C.U admission for elderly patients or those with high risk endoscopic stigmata of recent hemorrhage to be done routinely in medical centers.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding, Elderly, Omeprazole, I.C.U.

منابع

1. Felman MI. Gastrointestinal bleeding: In: Sleisenger and Fordtran S, editors. Gastrointestinal and liver disease. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2002, PP.163-210
2. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population based study. Am J Gastroenterol 1995; 90: 206
3. Schneider EL. Aging in the third millennium. Science 1999; 283: 796-97
4. Rockall TA, Logan RA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage in the United Kingdom. BMJ 1995; 311: 222-5
5. Akhtar AJ. Gastrointestinal hemorrhage: In: Yoshikawa TT, Norman DC, editors. Acute emergencies and critical care of the Geriatric patient. 2nd ed. New York: Marcel Decker; 2000, PP. 357-68
6. Chow LW, Gertsch P, Poon RT, Branicki FJ. Risk factors for rebleeding and death from peptic ulcer in the very elderly. Br J Sur 1998; 85:121-4
7. Hasselgren G, Blomqvist A, Eriksson S, Henningsson A, Lundell L. Short and long term course of elderly patients with peptic ulcer bleeding-analysis of factors influencing fatal outcomes. Eur J Sur 1998; 164:685-91
8. Segal WN, Cello JP. Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in the older patients. Am J Gastroenterol 1997; 92:42-46
9. Permutt RP, Cello YP. Duodenal ulcer diseases in the hospitalized elderly patient. Dig Dis Sci 1982; 27:1-6
10. Lau JY, Sung JJ, Lee KK, Yung MY, Wong SK, Wu JC. Effects of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. N Engl J Med 2000; 343:310-6
11. Yacyshyn BR, Thomson AB. Critical review of acid suppression in nonvariceal: acute upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci 2000; 18:117-28
12. Gostout CJ. Gastrointestinal bleeding in the elderly patient. Am J Gastroenterol 2000; 95:590-95
13. Morris DL, Hawker PC, Brely S. Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer. BMJ 1984; 288:1277-80
14. Swain CP, Storey DW, Brow SGI. Nature of bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcer. Gastroenterol 1986; 90: 595-601
15. Allan R, Duyke R. A study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal hemorrhage. QJM 1976; 45:533-39

16. Antler AS, Pitchvuni CS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. Am J Surg 1981; 142: 271-3
17. Maccarty DN. Acid- peptic disease in the elderly. Clin Ger Med 1991; 7:231-6
18. Laine L, Peterson WI. Bleeding peptic ulcer. N Engl J Med 1994; 331:717-20
19. Papp IP. Management of upper gastrointestinal bleeding. Clin Geriatr Med 1991; 7:255-64