

ارزیابی تغییر در اتیولوژی و اپیدمیولوژی خونریزی گوارشی فوقانی در یک مطالعه جامعه‌نگر

دکتر شاهرخ موسوی^۱، دکتر جعفر طوسی^۲، مهرداد زحمتکش^۳، دکتر رضا فاطمی^۴، دکتر مهدی بابایی^۴، محمدعلی ربیع‌زاده^۵
^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
^۲ پاتولوژیست، مشاور آمار و کامپیوتر، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
^۳ کارشناس مرکز، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
^۴ استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
^۵ پرستار، بخش آندوسکوپی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

چکیده

زمینه و هدف

خونریزی گوارشی فوقانی از اورژانسهای طب داخلی می‌باشد. در سالهای اخیر تحت تأثیر عوامل مختلف به خصوص درمانهای جدید تغییراتی در بروز، اتیولوژی و پیش‌آگهی خونریزی گوارشی به وجود آمده است. هدف از این مطالعه بررسی ۱۴ ساله بروز، تهیه خط و پیش‌آگهی خونریزی گوارشی فوقانی در ناحیه‌ای محدود از نواحی مرکزی ایران می‌باشد.

روش بررسی

در یک مطالعه مقطعی در فاصله زمانی ۱۹۹۱-۲۰۰۴ کلیه بیماران بزرگتر از ۱۵ سال که به دلیل خونریزی گوارشی فوقانی (UGIB) در بیمارستانهای سمنان بستری شده‌اند، وارد مطالعه گردیدند. بر مبنای تشخیص آندوسکوپی بیماران به دو زیرگروه زخم پپتیک و غیرزخم پپتیک تقسیم شدند. در آنالیز مجدد، بیماران به دو گروه با بیماریهای اسید-پپسین (Acid-Pepsin Disorders) و غیر اسید-پپسین (Non Acid-Pepsin Disorders) تقسیم‌بندی شدند.

یافته‌ها

در مجموع ۸۷۳ بیمار (۶۱۷ مرد (۷۰/۷٪) با میانگین سنی $21/2 \pm 46/95$ (سال) به علت خونریزی گوارش فوقانی مورد مطالعه قرار گرفتند. بروز کل موارد خونریزی از ۹۸/۴ در سال ۱۹۹۱ به ۴۰/۱ مورد در سال ۲۰۰۴ کاهش یافته است ($p < 0/001$). میزان بروز خونریزی ناشی از زخم پپتیک و غیرزخم پپتیک کاهش یافته است. اما در آنالیز دوم، میزان خونریزی ناشی از بیماریهای اسید-پپسین کاهش یافت ولی میزان خونریزی ناشی از غیر اسید-پپسین بدون تغییر باقی ماند. در خصوص پیش‌آگهی، موارد آندوسکوپی درمانی، جراحی اورژانس و مرگ و میر اختلاف فاحشی در طی مطالعه مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

بروز کل موارد خونریزی فوقانی و خونریزی ناشی از بیماریهای اسید-پپسین در این منطقه کاهش یافته است. شاید کاهش بروز خونریزی در بیماریهای ناشی از اسید-پپسین به دلیل به‌کارگیری داروهای قوی به خصوص بلوک‌کننده‌های پمپ هیدروژن و بلوک‌کننده‌های هیستامین در درمان گاستریت‌ها و همچنین درمان و ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری در بیماران مبتلا به زخم پپتیک در سالهای اخیر باشد.

کلید واژه: خونریزی گوارشی فوقانی، وقوع، زخم پپتیک

گوارش / دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵، ۸۰-۸۵

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۲/۱۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۵/۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۸۵/۵/۲۱

زمینه و هدف

خونریزی گوارشی فوقانی * (UGIB) از اورژانسهای مهم طب داخلی است. در سالهای اخیر تحت تأثیر عوامل مختلف به خصوص درمانهای جدید تغییراتی در بروز، اتیولوژی و پیش‌آگهی خونریزی گوارشی به نویسنده مسئول: سمنان، بلوار ۱۷ شهر یور، بیمارستان فاطمیه، مرکز تحقیقات گوارش و کبد

تلفن: ۰۲۳۱-۳۳۲۸۰۱۷، شماره: ۰۲۳۱-۳۳۲۸۳۰۲

E-mail: shahrokhmousavi@yahoo.com

وجود آمده است. با کشف میکروب هلیکوباکتر پیلوری در سال ۱۹۸۳ به عنوان عامل ایجاد زخم پپتیک مشخص شد که درمان و نابودی میکروب می‌تواند باعث جلوگیری از عود زخم و کاهش عود خونریزی از زخم پپتیک گردد. همچنین استفاده از مهارکننده‌های پمپ هیدروژن * (PPIs) که از سال ۱۹۸۸ وارد بازار شده است به دلیل مهار شدید اسید معده ترمیم ضایعات آروز یومعده و دوازدهه و بهبودی زخم تسهیل گشته

* Upper Gastrointestinal Bleeding

** Proton Pump Inhibitors

ارزیابی تغییر در روند خونریزی گوارشی فوقانی

اسید-پسین (APDs)**** و غیر وابسته به اسید-پسین (Non-APDs) تقسیم شدند و آنالیز مجدد در این گروهها تکرار شد. APDs شامل موارد زخم پپتیک، التهابهای آروزیومعه، دوازدهه و مری بوده است، بقیه بیماران در گروه Non-APDs قرار گرفتند. بیمارانی که آندوسکوپی طبیعی داشته و یا یافته‌ای برای خونریزی یافت نشد در گروه با علل ناشناخته قرار گرفتند. این بیماران فقط در آمار کلی خونریزی منظور گردیدند و از گروه‌بندیهای بعدی حذف شدند. این مطالعه زیر نظر مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی سمنان صورت گرفته است.

مطالعه آماری

پس از جمع‌آوری و گروه‌بندی اطلاعات فرمول خط Trend (Trend Line)، خط پیش‌بینی کننده) به صورت $y=ax+b$ و ارزش آماری آن در مورد هر متغیر با استفاده از مدل رگرسیون خطی ساده و آنالیز ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید. این معادله و معادله مربوط به آن قادر به پیش‌بینی میزان بروز (y) در هر سال بر اساس مقدار x (تعداد سال از سال مبدا). در تمامی مراحل از نرم‌افزار آماری SPSS 11 (SPSS، شیکاگو، ایلی‌نوی) استفاده شده و α و دو طرفه کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد. جهت محاسبه میزان بروز هر متغیر از جمعیت شهرستان سمنان در سال مربوط استفاده گردید. (۷)

یافته‌ها

در مجموع ۸۷۳ بیمار (۶۱۷ نفر مرد (۷۰/۷٪) و با میانگین سنی $21/2 \pm$ (۴۶/۹۵) به علت خونریزی مورد مطالعه قرار گرفتند که اکثریت به علت خونریزی بستری شده بودند و فقط در ۴۹ بیمار (۵/۶٪) حمله خونریزی در بیماران بستری اتفاق افتاده بود.

شهرستان سمنان با سه بیمارستان و مجموع ۲۶۰ تختخواب در سال ۱۳۷۰ جمعیتی حدود ۸۳،۳۰۰ و در سال ۱۳۸۳ با چهار بیمارستان و مجموع ۳۹۰ تختخواب، جمعیتی حدود ۱۱۴،۴۲۸ نفر بالای ۱۵ سال را پوشش داده است. از مجموع بیماران ۴۵۱ بیمار (۵۱/۷٪) در گروه PU و ۴۲۲ بیمار (۴۸/۳٪) در گروه Non-PU قرار گرفتند.

روند و بروز کلی خونریزی در دو گروه بیماران PU و Non-PU در شکل ۱ نشان داده شده است که بروز کل موارد خونریزی از ۹۸/۴ در سال ۱۹۹۱ به ۴۰/۱ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۴ کاهش یافته است ($p<0/01$).

است. تجویز این دارو به همراه داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی حتی می‌تواند جلوی عود زخم و عوارض آن را بگیرد. (۱)، اگرچه این عوامل باعث کاهش بروز کل موارد خونریزی گوارشی فوقانی شده‌اند (۱-۴)، اما در نحوه بروز علل خونریزی به‌خصوص زخم پپتیک گزارشهای مختلف و متناقضی منتشر شده است. در یک مطالعه میزان زخم پپتیک ۵۰ تا ۶۰٪ کل موارد خونریزی (۵) و در مطالعه دیگر فقط ۲۱٪ گزارش شده است. (۶)، هدف از این مطالعه بررسی ۱۳ ساله بروز، تهیه خط (trends) و پیش‌آگهی خونریزی گوارشی فوقانی در ناحیه‌ای محدود از نواحی مرکزی ایران می‌باشد.

روش بررسی

در یک مطالعه مقطعی در فاصله زمانی ۱۳۸۳-۱۳۷۰ کلیه بیماران مبتلا به خونریزی گوارشی فوقانی (UGIB) که در بیمارستانهای شهرستان سمنان بستری شده و تشخیص آن با آندوسکوپی داده شده، وارد مطالعه گردیدند. مطالعه به صورت گذشته‌نگر و با بررسی پرونده بیماران در تمامی چهار بیمارستان شهر که تنها مراکز درمانی شهرستان می‌باشند و تمامی مراجعات بیماران را دربر می‌گیرند صورت گرفته است. برای استخراج اطلاعات از دفترهای بخشهای آندوسکوپی و همچنین با استفاده از کدهای ICD10 K92.0، K92.1، K92.2، K27.0، K25.0، K26.0، I85.0، کدهای ICD10 جهت یافتن موارد بیماری استفاده شده است. کلیه بیمارستانها مجهز به بانک اطلاعاتی کامپیوتری تحت برنامه *HMS بوده‌اند. شرایط قرارگرفتن بیماران در مطالعه شامل: (۱) سن بالای ۱۵ سال، (۲) مبتلایان به هماتمز و یا ملنا با شواهد قطعی خونریزی در درمانگاه و یا شواهد خونریزی در نمای آندوسکوپی، (۳) بیماران مقیم شهرستان سمنان باشند. بیمارانی که به‌طور سرپایی درمان شده و یا ساکنین شهرهای دیگر از مطالعه حذف شدند. بیمارانی که در طول سال چند حمله خونریزی داشته‌اند فقط یک بار آن در مطالعه منظور شده است. در این مطالعه عوامل دموگرافیک، علت خونریزی و پیش‌آگهی بیماران از جمله: اقدامات درمانی آندوسکوپی، جراحی اورژانسی و مرگ و میر ثبت گردید. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از گزارشهای آندوسکوپی بوده است و تشخیص خونریزی براساس شواهدی چون یافته‌های خونریزی (خونریزی فعال و یا وجود شواهد خونریزی) و یا رؤیت ضایعه مشخص داده شد. بر مبنای تشخیص دو نوع تقسیم‌بندی برای بیماران منظور گردید. در ابتدا بیماران به دو گروه مبتلایان به زخم پپتیک ** (PU) و غیرزخم پپتیک (Non-PU) تقسیم شدند و میزان بروز خونریزی در سالهای مورد مطالعه در هر گروه محاسبه شد. بیماران مبتلا به PU خود به دو زیر گروه زخم دوازدهه *** (DU) و زخم معده **** (GU) تقسیم شدند. سپس بیماران به دو گروه بیمارهای وابسته به

* Hospital Management System
** Peptic Ulcer
*** Duodenal Ulcer
**** Gastric Ulcer
***** Acid Pepsin Disorders

دکتر موسوی و همکاران

خصوصاً DU از ۳۶ مورد به ۱۸/۳ مورد در ۱۰۰۰۰ نفر در سال کاهش یافته است ($p < 0/001$) اما در GU از ۱۲ مورد به ۶/۹ مورد در ۱۰۰۰۰ نفر در سال تغییر یافته است که از نظر آماری فاقد ارزش است.

نسبت PU به کل موارد خونریزی از ۴۸٪ در سال اول مطالعه به ۶۳٪ در سال پایانی افزایش یافته است ($p = 0/007$). علت چنین افزایشی را می‌توان با کاهش شدید در موارد خونریزی ناشی از آروزبون‌ها توجیه کرد. در این مطالعه، نسبت DU به GU در تمام طول مطالعه در حدود ۳ به ۱ ثابت مانده است (جدول ۱).

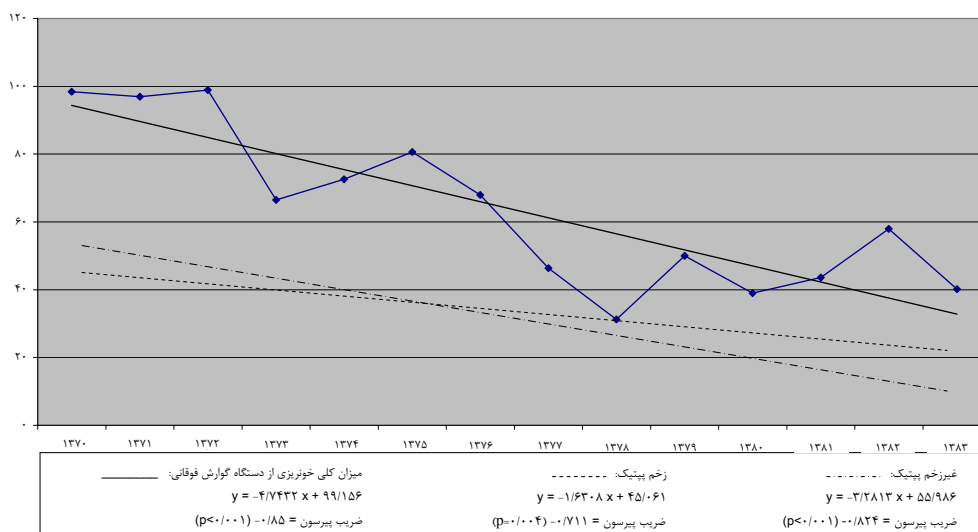
در جدول ۲ میانگین سنی بیماران و درصد مبتلایان مرد در سالهای مختلف آورده شده است که در طول دوره بدون تغییر مانده است، فقط سن بیماران مبتلا به زخم معده به‌طور بارز در طول دوره افزایش یافته است ($21/3 \pm 64/1$ vs. $15/8 \pm 58/4$). ضمناً نسبت مرد به زن در

بروز خونریزی در مردان و زنان نیز از ۷۳/۲۳ و ۲۵/۲۱ به ۳۱/۴۶ و ۸/۷۴ در ۱۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۴ کاهش یافته است (در هر دو مورد $p < 0/001$). نسبت مرد به زن در مبتلایان به خونریزی از حدود سه به یک تا چهار به یک متغیر بوده است.

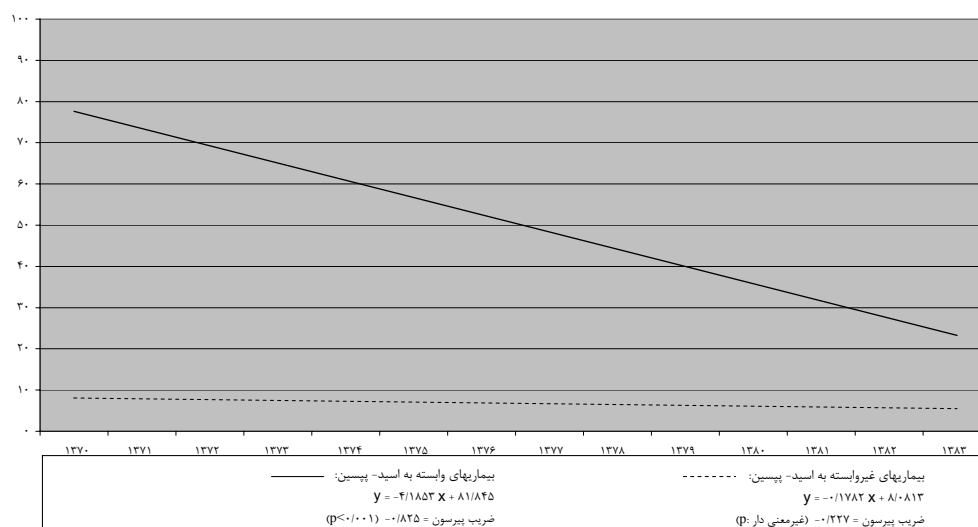
موارد بروز PU نیز از ۴۸ به ۲۵/۳ مورد در ۱۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۴ کاهش یافته است، در مورد Non-PU نیز بروز خونریزی از ۵۰/۴ به ۱۴/۸ مورد در ۱۰۰۰۰ کاهش یافته است (به ترتیب $p = 0/004$ و $p < 0/001$) (شکل ۱).

در آنالیز دوم، بروز خونریزی در مبتلایان به APDs از ۸۸/۸ به ۳۱/۴ در ۱۰۰۰۰ نفر در سال کاهش یافته است ($p < 0/001$). در صورتی که بروز خونریزی در Non-APDs از ۹/۶ به ۸/۷۳ مورد در ۱۰۰۰۰ کاهش یافته است که از نظر آماری فاقد ارزش است (شکل ۲).

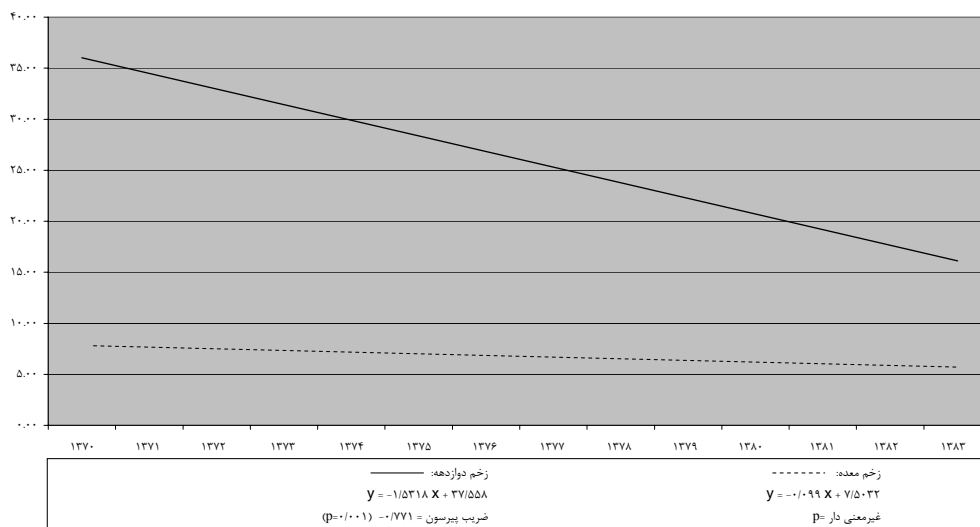
در شکل ۳ خطوط trends بروز GU و DU آورده شده است که در



شکل ۱: میزان بروز خونریزی گوارشی و خطوط Trend در کل موارد خونریزی، زخم پپتیک و غیر زخم پپتیک (در ۱۰۰/۰۰۰ نفر از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۳)



شکل ۲: خطوط Trend بروز خونریزی در بیماران وابسته به اسید-پپسین و غیر وابسته به آن (در ۱۰۰/۰۰۰ نفر از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۳)



شکل ۲: خطوط Trend بروز خونریزی زخم دوازدهه و معده (در ۱۰۰/۰۰۰ نفر از سال ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۳)

جدول ۱: علت خونریزی گوارشی فوقانی از تاریخ ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۳، سمنان

بیماری	تعداد	درصد
زخم دوازدهه	۳۵۷	۴۰/۹
زخم معده	۹۴	۱۰/۸
ضایعات آروزیومعده-دوازدهه	۲۳۴	۲۶/۸
واریس	۵۰	۵/۸
پارگی مالوری ویس *	۲۲	۲/۵
تومورها	۱۶	۱/۸
زخمهای دولای فوی	۶	۰/۶
طبیعی	۹۴	۱۰/۸
مجموع	۸۷۳	۱۰۰

* Mallory-Weiss tear

Non-PU از دو به یک به یک به یک رسیده است.

در خصوص پیش آگهی به خصوص موارد آندوسکوپی درمانی، جراحی اورژانس و مرگ و میر اختلاف فاحشی در طی مطالعه دیده نشد (به ترتیب با شیوع ۱۸/۵٪، ۱٪، و ۳٪ در کل مدت مطالعه).

بحث

به طور خلاصه نتایج این مطالعه شامل موارد زیر می باشد:

۱- بروز کل موارد خونریزی، زخم پپتیک، زخم دوازدهه، Non-PU و APDs حدود ۵۰٪ کاهش یافته است.

۲- تغییری در بروز خونریزی در زخم معده و Non-APDs دیده نشده است.

۳- میانگین سنی بیماران در مدت ۱۳ سال ثابت مانده و بیشترین دهه

جدول ۲: میانگین سنی و انحراف معیار به همراه درصد مبتلایان مرد در خونریزیهای گوارشی در سالهای ۱۹۹۱-۲۰۰۴ در شهرستان سمنان

بیماری	۲۰۰۱-۲۰۰۴		۱۹۹۶-۲۰۰۰		۱۹۹۱-۱۹۹۵	
	میانگین سن ± انحراف معیار	مذکر %	میانگین سن ± انحراف معیار	مذکر %	میانگین سن ± انحراف معیار	مذکر %
خونریزی گوارشی فوقانی	۴۸/۶ ± ۲۳/۴	۷۱/۱	۴۸/۲ ± ۲۱/۳	۶۷/۵	۴۵/۷ ± ۲۰/۴	۷۲/۷
زخم پپتیک	۵۰/۵ ± ۲۴/۵	۸۵/۷	۴۸/۶ ± ۲۰/۵	۷۶/۸	۴۶/۳ ± ۱۹/۲	۷۵/۵
بیماری غیرزخم	۴۸/۸ ± ۲۲/۴	۵۱	۴۹/۷ ± ۲۱/۱	۵۷/۷	۴۶/۳ ± ۲۲/۲	۷۰/۷
زخم دوازدهه	۴۶/۱ ± ۲۴ *	۸۹/۹	۴۴/۴ ± ۲۰/۸ *	۸۰	۴۳/۸ ± ۱۸/۹ *	۷۸/۱
زخم معده	۶۴/۱ ± ۲۱/۳ *	۷۲/۷	۶۲ ± ۱۸/۱	۶۶/۷	۵۸/۴ ± ۱۵/۸	۷۴/۴

* میانگین سن در بیماران با زخم دوازدهه در مقایسه با زخم معده ($p < 0.0001$)

* میانگین سن در زخم معده سالهای اول مطالعه در مقایسه با سالهای آخر مطالعه ($p < 0.001$)

زندگی در دهه چهارم در زخم پپتیک و دهه پنجم در Non-PU قرار دارد.
 ۴- میانگین سنی زخم معده حدود ۱۵-۱۰ سال بیشتر از بقیه می باشد.
 ۵- سن مبتلایان به زخم معده افزایش یافته است.
 ۶- نسبت زخم پپتیک به کل موارد خونریزی از ۴۴٪ به ۶۲٪ به طور بارز افزایش یافته است.
 ۷- نسبت زخم دوازدهه به معده در حد سه به یک ثابت مانده است.
 ۸- در پیش آگهی و مرگ و میر بیماران در این مدت ۱۳ سال تغییری صورت نگرفته است.
 ۹- کاهش بروز کل موارد خونریزی در زنان و مردان نیز دیده شده است.

با توجه به مراجعه تمامی بیماران مبتلا به خونریزی گوارشی به یکی از چهار بیمارستان تحت پوشش این مطالعه می توان نتیجه گیری کرد که این مطالعه تقریباً تمامی مبتلایان فوق را دربر می گیرد. در ۱۳ سال اخیر بروز کل موارد خونریزی فوقانی و خونریزی ناشی از زخم پپتیک و Non-PU حدود ۵۰٪ در این منطقه کاهش یافته است. کلاً می توان گفت که بروز خونریزی از بیماریهای وابسته به اسید-پپسین شامل زخم و اروزیون شدیداً کاهش یافته و در مقابل بروز خونریزی از بیماریهای غیروابسته به اسید-پپسین (همچون تومور و واریس) بدون تغییر مانده است. بروز زخم معده نیز در این مدت تغییر نکرده است. اگرچه کاهش بروز موارد خونریزی فوقانی به طور کلی در نقاط دیگر دنیا نیز گزارش شده است (۱-۴)، اما در اکثر این گزارشها بروز خونریزی از زخم ثابت مانده است (۱، ۸)، اگرچه کاهش (۳، ۹) و یا افزایش بروز آن (۱۰) نیز گزارش شده است. در زیر به چند گزارش اشاره می شود:

در سال ۱۹۹۱ بروز خونریزی در آمریکا ۱۰۲ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال بوده است که ۶۱/۵٪ آن زخم بوده است. در این مطالعه خونریزی از زخم معده بیشتر در زنان، افراد مسن و مصرفکنندگان NSAIDs* دیده شد (۵). در مطالعه ای که در آمریکا در فاصله زمانی ۱۹۹۳ و ۲۰۰۰ انجام شده است کاهش ۲۳٪ در بروز خونریزی دیده شد به طوری که از ۶۱/۷ به ۴۷/۷ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال رسیده است. اما بروز خونریزی از PU تغییری نداشته است و میزان آن بین ۴۰ تا ۴۶٪ در نوسان بوده است (۱). در مقایسه ای که در خصوص میزان بروز خونریزی در فاصله زمانی ۱۹۸۶ و ۲۰۰۱ انجام شده است دیده شده که میزان زخم معده از ۱۲ به ۱۹/۲ درصد افزایش و ضایعات اروزیو از ۱۸/۴ به ۷/۲ و زخم دوازدهه از ۴۸/۷ به ۳۳/۳ درصد کاهش یافته است. در این مطالعه سن بیماران نیز از ۵۶/۵ به ۶۳ سال افزایش یافته است (۳).

در مطالعه ای که در آمریکا در فاصله زمانی ۱۹۹۹ و ۲۰۰۱ انجام شد، زخم دوازدهه فقط ۶/۲۰ درصد علت خونریزیهای فوقانی را تشکیل داد و شایعترین علت خونریزی ضایعات اروزیو بوده است (۴۲٪) و ضمناً زخم معده بیش از ۵۵٪ از کل موارد زخم را تشکیل داده است (۶)، البته نتایج

این مطالعه در هیچ مطالعه دیگری تأیید نشده است. نتایج یک مطالعه که در بین ۳۲۹۴ بیمار مبتلا به خونریزی فوقانی صورت گرفته است نشان داده که بروز خونریزی ۳۶ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال و نسبت مرد به زن ۲/۱ و میانگین سنی حدود ۵۲ سال بوده است (۱۱). در فاصله زمانی ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ در اروپا نیز بروز خونریزی از زخم در حد ۵۰ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال ثابت مانده که نیمی از موارد زخم را زخم معده تشکیل داده است (۸).

اگرچه کل موارد خونریزی ناشی از گاستریت های اروزیو کاهش یافته است اما افزایشی در بروز گاستریت های اروزیو ناشی از NSAIDs دیده شده است (۱۰). کاهش بروز خونریزی در بیماریهای APDs شاید به دلیل به کارگیری داروهای قوی به خصوص بلوککننده های پمپ هیدروژن و درمان و نابودی هلیکوباکتر پیلوری در سالهای اخیر باشد. ثابت شده که روشهای پیشگیری زخم با بلوککنندگان هیستامین و یا بلوککننده های پمپ هیدروژن باعث کاهش خطر خونریزی ناشی از استرس در ایجاد ضایعات اروزیو و کاهش خونریزی در افراد با خطر بالا می شود (۱۲-۱۴)، از آنجا که ساختار جمعیتی شهرستان سمنان شبیه ساختار جمعیتی کشور می باشد (۷) شاید بتوان نتایج این مطالعه را به کل کشور تعمیم داد. اگرچه بروز خونریزی در سالهای اخیر شدیداً کاهش یافته است اما پیش آگهی از جمله اقدامات جراحی و یا مرگ و میر بدون تغییر باقی مانده است (۱-۳).

در این مطالعه دو نوع تقسیم بندی به کار رفته است. در ابتدا بیماران مبتلا به خونریزی به دو گروه زخم و غیرزخم تقسیم شدند که بروز خونریزی در هر دو گروه کاهش نشان می داد و در مرحله بعدی بیماران به دو گروه بیماریهای وابسته به اسید-پپسین و غیر وابسته تقسیم شدند که فقط کاهش بروز خونریزی در گروه بیماریهای وابسته به اسید-پپسین (بیماران مبتلا به زخم و اروزیون) دیده شد که به خصوص در بیماران مبتلا به اروزیون با کاهش شدیدتر و چشمگیرتری همراه بوده است.

اگرچه کاهش بروز خونریزی در بیشتر مطالعات تأیید شده است اما در خصوص نوع کاهش تفاوت وجود دارد. در اکثر گزارشها علت کاهش بروز خونریزی در سالهای اخیر ناشی از کاهش خونریزی ناشی از ضایعات اروزیو معده و دوازدهه می باشد و بروز زخم پپتیک در مطالعات غربی تا حد بین ۵۰ تا ۶۰٪ کل موارد خونریزی بدون تغییر مانده است، حتی از افزایش بروز زخم معده صحبت شده است (۳، ۴، ۹، ۱۵). سن ابتلا افزایش یافته (۳، ۵، ۸) و نسبت مرد به زن در حد دو به یک بدون تغییر مانده است (۴، ۱۱). در اکثر مطالعات بروز خونریزی با افزایش سن افزایش یافته است، اما به طور کلی مشخص است که استفاده از درمانهای قوی ضد اسید به خصوص استفاده از مهارکننده های قوی

* Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs

معهه در این مطالعه می باشد، به نحوی که نسبت زخم دوازدهه به معده که در این مطالعه سه به یک می باشد در غرب حدود یک به یک گزارش شده است.

اگرچه بروز خونریزی در سالهای اخیر در مبتلایان به زخم و آروزین به طور چشمگیری کاهش یافته است اما به دلیل کاهش شدید در بروز آروزین های معده و دوازدهه هنوز هم زخمهای پپتیک بیش از ۶۰٪ موارد خونریزی را تشکیل می دهند.

نتیجه گیری

بروز کل موارد خونریزی فوقانی و خونریزی ناشی از بیماریهای اسید-پسین در این منطقه کاهش یافته است. شاید کاهش بروز خونریزی در بیماریهای ناشی از اسید-پسین به دلیل به کارگیری داروهای قوی به خصوص بلوک کننده های پمپ هیدروژن و بلوک کننده های هیستامین در درمان گاستریت ها و همچنین درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری در بیماران مبتلا به زخم پپتیک در سالهای اخیر باشد.

پمپ معده و همچنین آنتی هیستامین های قوی باعث شده است که از ایجاد و یا شدت خونریزی در ضایعات وابسته به اسید معده شدیداً کاسته شود.

از نظر پیش آگهی و مرگ و میر مشابه مطالعات دیگران در چند سال اخیر تغییری صورت نگرفته است، اما جالب اینکه در مطالعه ما مرگ و میر بسیار کمتر از گزارشهای غربی است، شاید علت آن جوان بودن جامعه ما و همچنین میزان کم واریس به عنوان یکی از پرخطرترین (۱۶) علل خونریزی باشد. یکی از نکات بارز در مطالعه ما ثابت ماندن سن ابتلا به بیماریهای مختلف در خونریزیهای گوارشی می باشد، فقط سن ابتلا به زخم معده به طور بارز افزایش یافته است.

به طور کلی در این مطالعه تمامی موارد بیماریهای وابسته به اسید شامل زخم و آروزین در سالهای اخیر کاهش نشان داده است، جز زخم معده که بروز آن ثابت مانده است و این مسئله گویای آن است که عوامل غیراسیدی به خصوص مصرف داروهای NSAIDs و استرس از عوامل اصلی زخم معده می باشند و کنترل این عوامل می تواند در کاهش بروز آن مؤثر باشد. از تفاوت های این مطالعه با مطالعات غربی میزان کم زخم

References

- 1- Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, Geraedts AA, Tijssen JG, Reitsma JB, et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. *Am J Gastroenterol.* 2003; 98: 1494-9.
- 2- Rollhauser C; Fleischer DE. Although the incidence of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB) may be decreasing, the case fatality associated with it remains unchanged. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004; 36: 52-8
- 3- Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, Margaritis VG, Blikas AP, Katsakoulis EC, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2004; 16: 177-82.
- 4- Depolo A, Dobrila-Dintinjana R, Uravi M, Grbas H, Rubini M. [Upper gastrointestinal bleeding-Review of our ten years results] *Zentralbi Chir.* 2001; 126: 772-6. German.
- 5- Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 206-10.
- 6- Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc.* 2004; 59: 788-94.
- 7- Statistical center of Iran. <http://www.sci.org.ir>
- 8- Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, Janzik U, Vogt C, Frieling T, et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol.* 2005; 40: 914-20.
- 9- Greenburg AG, Saik RP, Bell RH, Collins GM. Changing patterns of gastrointestinal bleeding. *Arch Surg.* 1985; 120: 341-4.
- 10- Katsakoulis E, Vagianos C, Mimidis K, Margaritis V, Nikolopoulou V. Causes and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding: a prospective analysis of 1534 cases. *Int J Clin Pract.* 1998; 52: 547-50.
- 11- Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. Analysis of 3, 294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90: 568-73.
- 12- Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90: 206-10.
- 13- Kuusela AL, Ruuska T, Karikoski R, Laippala P, Ikonen RS, Janas M, et al. A randomized, controlled study of prophylactic ranitidine in preventing stress-induced gastric mucosal lesions in neonatal intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 1997; 25: 46-51.
- 14- Cook DJ, Reeve BK, Guyatt GH, Heyland DK, Griffith LE, Buckingham L, et al. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients. Resolving discordant meta analyses. *JAMA* 1996; 275: 308-14.
- 15- Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, Foutch PG. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: preliminary findings. *Am J Gastroenterol.* 1997; 92: 924-8.
- 16- Jutabha R, Jensen DM. Management of upper gastrointestinal bleeding in the patient with chronic liver disease. *Med Clin North Am.* 1996; 80: 1035-68.

Mousavi Sh

Gastrointestinal & Liver
Diseases Research Center,
Semnan University of Medical
Sciences

Toussy J

Gastrointestinal & Liver
Diseases Research Center,
Semnan University of Medical
Sciences

Zahmatkesh M

Gastrointestinal & Liver
Diseases Research Center,
Semnan University of Medical
Sciences

Fatemi R

Gastrointestinal & Liver
Diseases Research Center,
Semnan University of Medical
Sciences

Babaei M

Gastrointestinal & Liver
Diseases Research Center,
Semnan University of Medical
Sciences

Rabizadeh MA

Gastrointestinal & Liver
Diseases Research Center,
Semnan University of Medical
Sciences

Corresponding Author:

Shahrokh Mousavi M.D.,
Gastrointestinal & Liver Disease
Research Center, Fatemiyeh
Hospital, 17-Sharivar Blvd.,
Semnan, Iran.

Tel: +98 231 3328017

Fax: +98 231 3328302

E-mail:

shahrokhmousavi@yahoo.com

Evaluation of Change in Etiology and Epidemiology of Upper GI Bleeding in A Population Study

ABSTRACT

Background: Acute upper GI bleeding (UGIB) is a common medical emergency situation. In the past years, important changes have taken place that might have influenced the incidence, etiology, and outcome for patients with acute UGIB. The aim of this study was to determine current time trends in the incidence, management, and prognosis of patients with UGIB in 14 years period in a region in center of Iran.

Materials and Methods: All of the patients with UGIB who hospitalized in all hospitals from 1991 to 2004 in Semnan city were evaluated in a retrospective study. The patients with permanent residency in this area and age more than 15 years enrolled in the study. The patients were divided in two subgroups based on endoscopic diagnosis; peptic ulcer (PU) and non-peptic ulcer (Non-PU). Again, analysis was performed by dividing the patients to acid-pepsin disorders (APDs) and non-acid pepsin disorders (Non-APDs).

Results: 873 patients [617 male (70.7%), Mean \pm SD (46.9 \pm 21.2)] enrolled in the study. The incidence rate of UGIB has decreased from 98.4 to 40.1 in 100.000 person in year in this period ($p < 0.001$). The incidence rates of bleeding due to PU and Non-PU have decreased. However, in the second analysis the rate of APDs has decreased, but the rate of non-APDs has remained unchanged, during the study period.

In regard to prognosis, the rates of endoscopic therapy, surgery and mortality were not changed significantly in this period.

Conclusion: The overall incidence of UGIB, and bleeding due to APDs was declined in recent years that may be due to better approach to peptic ulcers and eradication of *helicobacter pylori* and wide spread use of PPIs and H2 blockers in APDs. *Govaresht*/ Vol. 11, No. 2, Summer 2006; 80-85

Keywords: Upper GI Bleeding, Incidence, Peptic ulcer