

بررسی تأثیر اکتروتایید بر خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارشی فوقانی در بخش اورژانس

جواد یزدی^۱، رضا تسلیمی^۲، *صغری انجرائی^۳، کریم خاوران^۴

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۹۱/۵/۱

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۹۱/۱/۱۶

چکیده

سابقه و هدف: خونریزی‌های غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی یکی از علل شایع بستری و عامل مرگ و میر و بستری بالایی هستند. مطالعات بسیار کمی به بررسی اثر اکتروتایید در درمان خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی پرداخته‌اند، با توجه به نتایج متفاوتی که در تعداد محدود مطالعات انجام شده به دست آمده، این پژوهش با هدف بررسی اثر اکتروتایید در درمان خونریزی‌های غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این یک مقاله کارآزمایی با IRCT=۱۳۶۱ می‌باشد. در این مطالعه بیماران با خونریزی دستگاه گوارشی فوقانی بدون واریس گوارشی یا نارسایی کبدی وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم گردیدند. بیماران گروه مداخله علاوه بر درمان روتین، اکتروتایید $۵۰\mu\text{g}$ به صورت بولوس و $۲۵\mu\text{g/h}$ به صورت انفوزیون دریافت کردند. در گروه مقایسه بیماران فقط درمان روتین دریافت کردند. اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار آماری SPSS ۱۶ شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در خصوص متغیرهای کیفی میزان فراوانی و در خصوص متغیرهای کمی میانگین، محدوده و انحراف معیار محاسبه شد. مدت زمان بستری، میزان خون مورد نیاز جهت ترانسفوزیون، میزان مرگ و میر، تفاوت هموگلوبین بیمار در هنگام ورود و خروج و میزان عود خونریزی در دو گروه مقایسه شدند. این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی دوره دکتری تخصصی می‌باشد.

یافته‌ها: در این مطالعه تعداد ۸۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. هموگلوبین هنگام ورود در دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان نداد، اما هموگلوبین هنگام ترخیص بیماران در دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان داد. در میانگین واحد خون دریافتی دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین دو گروه از نظر وضعیت ترخیص، کاهش هموگلوبین و میزان عود خونریزی با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعات بسیار کمی که به بررسی اثر اکتروتایید در درمان خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی پرداخته‌اند، نتایج متفاوتی داشته‌اند. نتیجه مطالعه ما موید بی‌تأثیر بودن این دارو در این موارد می‌باشد.

کلمات کلیدی: اکتروتایید، خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارشی فوقانی، بخش اورژانس

مقدمه

هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر (۲، ۳) و میزان مرگ و میر در اثر خونریزی‌های دستگاه گوارش حدود ۱۰-۶٪ گزارش شده است که این میزان با افزایش سن افزایش می‌یابد (۱، ۴). این میزان در بیماران بستری نیز به حدود ۳۳٪ افزایش پیدا می‌کند (۵). از بین خونریزی‌های دستگاه

خونریزی‌های دستگاه گوارش حدود ۲۰٪ از مراجعات به اورژانس، ۵٪ از بستری‌های اورژانس و حدود ۲٪ از بستری‌های بیمارستان‌ها را شامل می‌شود (۱). در آمریکا این آمار حدود ۳۰۰-۱۰۰ نفر در

۱- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، متخصص طب اورژانس

۲- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، متخصص طب اورژانس

۳- پژوهشگر، ایران، تهران، مرکز تحقیقات آزمایشگاه‌های رفرانس ایران، پاتولوژیست (*نویسنده مسئول)

تلفن: ۰۹۱۲۱۲۰۰۵۹۸ آدرس الکترونیک: anjarani@health.gov.ir

۴- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، گروه گوارش

با این حال مطالعات بسیار کمی به بررسی اثر اکثریتاید در درمان خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی پرداخته‌اند. برخی از این مطالعات معتقدند اضافه کردن اکثریتاید به درمان خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی تأثیر مثبتی در مدیریت بیماران ندارد (۱۷، ۱۸) و از سوی دیگر برخی از آنها که در شرایط بسیار خاصی انجام شده‌اند اثر مفید اکثریتاید را به اثبات رسانده‌اند (۱۹). با توجه به نتایج متفاوتی که در تعداد بسیار محدود مطالعات به دست آمده است پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر اکثریتاید در درمان خونریزی‌های غیر واریسی دستگاه گوارش انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی (randomized clinical trial) می‌باشد. در این مطالعه بیماران مبتلا به خونریزی دستگاه گوارشی فوقانی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در سال ۸۹-۱۳۸۸، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. بیماران در صورتی که سابقه واریس دستگاه گوارشی یا نارسایی کبدی نداشتند وارد مطالعه شدند و پس از پایدار کردن بیمار، بیماران با کمک جدول اعداد تصادفی به دو گروه الف و ب تقسیم شدند. بیماران گروه الف درمان روتین را دریافت کردند. بیماران در گروه ب علاوه بر درمان روتین (پنتوپرازول ۸۰ mg بولوس و ۸ mg/h انفوزیون) اکثریتاید ۵۰ µg به صورت بولوس و ۲۵ h/µg به صورت انفوزیون (به مدت حداقل ۳ روز) دریافت کردند. کلیه بیماران طی ۲۴ ساعت از زمان بستری آندوسکوپی شدند و با توجه به نتیجه آندوسکوپی بیمارانی که مبتلا به واریس بودند، یا سابقه جراحی دستگاه گوارش داشتند، از مطالعه خارج شدند. به این ترتیب مدت زمان بستری در اورژانس و بخش، میزان خون مورد نیاز جهت ترانسفوزیون، میزان مرگ و میر، تفاوت هموگلوبین بیمار در هنگام ورود و خروج و میزان عود خونریزی (استفراغ خون تازه، ملنا یا هر دو یا بروز شوک یا کاهش ۲ g/d هموگلوبین در ۲۴ ساعت پس از پایدار شدن همودینامیک) در دو گروه مقایسه شد. تصمیم گیری نهایی در مورد تزریق خون با نظر دستیار ارشد و استاد طب اورژانس آن شیفت بوده که آگاهی در مورد گرفتن یا نگرفتن اکثریتاید بیمار ندارند. جهت کور کردن پژوهشگران، پس از تهیه دو لیست اعداد تصادفی این لیست‌ها در اختیار دستیار سال اول طب اورژانس قرار

گوارش فوقانی، خونریزی‌های غیر واریسی بسیار شایع می‌باشند به طوری که این خونریزی‌ها یکی از علل شایع بستری بوده و مسبب مرگ و میر بالایی هستند و هزینه قابل توجهی را به سیستم بهداشتی تحمیل می‌کنند. در بین خونریزی‌های غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی شایع‌ترین علت، پپتیک اولسر با بروز ۵۰-۲۰٪ و سپس مالوری ویس با بروز حدود ۲۰-۱۵٪ و گاستریت فرسایشی با ۱۵-۱۰٪ می‌باشند (۶). البته برخی مطالعات معتقدند که پس از پپتیک اولسر، گاستریت اروزیو و سپس مالوری ویس از شیوع بالایی برخوردار می‌باشند (۱، ۶).

علی‌رغم اینکه ۸۰٪ خونریزی‌های دستگاه گوارشی فوقانی به صورت خود به خود بهبود می‌یابند، ۲۰٪ باقیمانده نیاز به درمان دارند. آغاز درمان در این بیماران بستگی به شدت خونریزی، سابقه بیماری و پایداری بیمار دارد. درمان خونریزی‌های غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی شامل روش‌های دارویی، آندوسکوپی و رادیولوژیک است. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که درمان با روش‌های دارویی به همراه آندوسکوپی حدود ۹۰٪ بهبودی دارند (۳، ۴، ۷).

علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی در زمینه دارویی و جراحی و بهبود ۸۰٪ این خونریزی‌ها به طور خود به خودی، همچنان میزان مرگ و میر در بیماران با خونریزی‌های گوارشی فوقانی حدود ۷-۶٪ گزارش شده است (۸).

در درمان دارویی پس از احیا و تجویز خون، بهترین درمان دارویی، کاهش اسید معده است (۹). به همین دلیل است که در کنار آندوسکوپی پروتون پمپ اینهیبیتور (PPI) برای ۸-۶ هفته توصیه شده‌اند (۸). بسیاری از مطالعات مروری سیستماتیک و متآنالیزها نشان می‌دهند که PPI می‌تواند سبب کاهش خونریزی مجدد، نیاز به ترانسفوزیون، بستری و جراحی شوند ولی بر مرگ و میر چندان اثری ندارند (۱۰، ۱۲)، از سوی دیگر برخی از مطالعات به تجویز آنتاگونیست‌های رسپتور H₂ اهمیت بیشتری می‌دهند (۸).

برخی از مطالعات اخیر نشان داده‌اند که اکثریتاید می‌تواند در درمان خونریزی واریسی دستگاه گوارش فوقانی کمک کننده باشد (۱۳، ۱۴). اکثریتاید یک آنالوگ صنایع سوماتو استاتین است که به صورت طولانی اثر عمل کرده و سبب کاهش جریان خون احشایی، حرکات دستگاه گوارش، و مهار ترشح اسید می‌شود (۱۵، ۱۶).

مسایل اخلاقی و انسانی طرح: در مورد مطالعه و هدف از انجام آن برای بیمار توضیح داده شده و وارد نمودن فرد به مطالعه منوط به کسب رضایت آگاهانه از وی بوده است. مشخصات فردی بیماران در مطالعه ذکر نشده و اصول بیانیه هلسینکی در مورد حقوق بیماران مد نظر قرار گرفته شده است. لازم به ذکر است که اکثر نتایج جزو درمانهای روتین خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارشی فوقانی نمی باشد و در مورد استفاده از آن تفاوت نظر وجود دارد و از آن در مطالعات مختلف جهت خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارشی فوقانی استفاده گردیده و عارضه خاصی گزارش نشده است. هزینه اکثر نتایج تجویزی به بیماران توسط پژوهشگران تامین و هزینه ای جهت انجام مطالعه بر بیماران تحمیل نشده است.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۸۰ بیمار در دو گروه مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۰ بیمار دریافت کننده اکثر نتایج (مداخله) و ۴۰ بیمار فقط درمان روتین (مقایسه) را دریافت کردند. تعداد بیماران زن در گروه مداخله ۱۶ نفر (۲۰٪) و در گروه مقایسه ۱۱ نفر (۱۳/۸۵٪) و تعداد بیماران مرد در گروه مداخله ۲۴ نفر (۳۰٪) و در گروه مقایسه ۲۹ نفر (۳۶/۲٪) گزارش گردید.

میانگین سنی بیماران زن $50/03 \pm 20/3$ و میانگین سنی بیماران مرد $53/05 \pm 19/5$ بوده است. میانگین سنی بیماران گروه مداخله $52/2 \pm 17/54$ و در بیماران گروه مقایسه $53/05 \pm 17/54$ گزارش شده است. P-value میانگین سنی بیماران بر حسب جنس (۰/۸) و میانگین سنی بیماران بر حسب دریافت اکثر نتایج یا عدم دریافت اکثر نتایج (۰/۸) می باشد. از میان بیماران بررسی شده فقط یک بیمار در گروه مقایسه فوت کرده و بقیه بیماران پس از پایان دوره درمان ترخیص شده اند.

بررسی فشارخون دیاستولیک، سیستولی و ضربان قلب در دو گروه در جدول (۱) آمده است.

هموگلوبین در هنگام ورود و ترخیص بیماران در دو گروه در جدول (۲) قابل مشاهده است.

بررسی فراوانی انواع دلایل خونریزی نیز به تفکیک در دو گروه مورد بررسی در جدول (۳) ذکر شده است.

میانگین میزان دریافت واحد خون در گروه مداخله، $1/1 \pm 1/25$

گرفته و براساس شماره و ترتیب ورود بیمار به اورژانس بیمار به یکی از دو گروه اختصاص می یافت. قبل از انجام مطالعه اصلی، جهت مشخص شدن اشکالات اجرایی مطالعه بر روی ۵ بیمار به صورت آزمایشی انجام شد.

تعداد ۸۰ بیمار دچار خونریزی دستکاه گوارش فوقانی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام خمینی، در مدت زمان انجام این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. که بر اساس فرمول زیر محاسبه گردید (۲۰).

$$n = \frac{(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta)})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 + \mu_2)^2} = \frac{[1.96 + 0.84]^2 * [9.30 + 24.60]}{(2.61)^2} = 40$$

$\alpha = 0.05$

$\beta = 0.2$

انحراف معیار میزان نیاز به ترانسفوزیون در گروه مداخله = 1 σ

انحراف معیار میزان نیاز به ترانسفوزیون در گروه شاهد = 2 σ

میانگین میزان نیاز به ترانسفوزیون در گروه مداخله = 1 μ

میانگین میزان نیاز به ترانسفوزیون در گروه شاهد = 2 μ

روش گردآوری داده از طریق بررسی مستقیم و ثبت در پرسش نامه بود. با حضور هیات علمی طب اورژانس و مجری طرح و نماینده مدارک پزشکی بیمارستان پرسش نامه ای طراحی شد و پس از کسب مجوز رسمی از دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه ی آن به ریاست بخش اورژانس امام خمینی (ره) تهران جهت انجام پژوهش هماهنگی لازم به عمل آمد.

طی مطالعه ۱۵ بیمار (۱۰ بیمار به دلیل عدم رضایت برای شرکت در مطالعه و ۵ بیمار با رضایت شخصی) از مطالعه خارج شدند، به جای این ۱۵ بیمار، ۱۵ نمونه جدید جایگزین شد که تا پایان درمان در مطالعه حضور داشتند.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها، اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار آماری SPSS ۱۶ شده و در نهایت با استفاده از همین نرم افزار اطلاعات موجود، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در خصوص متغیرهای کیفی میزان فراوانی و در خصوص متغیرهای کمی میانگین، محدوده و انحراف معیار محاسبه شد. به منظور بررسی توزیع نرمال داده های کمی از ترسیم نمودار هیستوگرام و انجام آزمون آماری KS استفاده شد. در اهداف تحلیلی از آزمون Chi-square test و در صورت لزوم از Fisher-Exact test استفاده گردید و مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری با اهمیت تلقی شده است.

جدول ۱- بررسی فشارخون دیاستولیک، سیستولی و ضربان قلب در دو گروه

گروه	فشارخون سیستولی	فشارخون دیاستولیک	ضربان قلب
دریافت کننده اکثرئوتاید	۱۱۷/۱±۲۲/۶	۷۴/۷±۱۵/۶	۹۵/۹±۱۵/۵
عدم دریافت اکثرئوتاید	۱۰۷/۶±۲۲/۸	۷۰/۸±۱۵/۲	۹۹/۸±۲۲
جمع کلی	۱۱۲/۴±۲۳/۱	۷۲/۸±۱۵/۴	۹۷/۸±۱۹
P-value	۰/۰۶	۰/۲	۰/۳

مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ با حدود ۹۵ درصد اطمینان از نظر آماری قابل قبول می‌باشد.

جدول ۲- بررسی هموگلوبین در هنگام ورود و ترخیص بیماران در دو گروه

گروه	هموگلوبین هنگام ورود	هموگلوبین هنگام ترخیص
دریافت کننده اکثرئوتاید	۹/۲۱±۳/۱۹	۱۱/۰۹±۲/۳
عدم دریافت اکثرئوتاید	۸/۵۷±۲/۹	۱۰/۱۳±۱/۶
جمع کلی	۸/۸۹±۳/۰۷	۱۰/۶±۲/۰۶
P-value	۰/۳	۰/۰۳*

مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ با حدود ۹۵ درصد اطمینان از نظر آماری قابل قبول می‌باشد.

علل شایع بستری بوده و سبب مورتالیتی و موربیدیتی بالایی هستند و هزینه قابل توجهی را به سیستم بهداشتی تحمیل می‌کنند. در بین خونریزی‌های غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی شایع‌ترین علت، پپتیک اولسر با بروز ۵۰-۲۰٪ و سپس مالوری ویس با بروز حدود ۲۰-۱۵٪ و گاستریت فرسایشی با ۱۵-۱۰٪ بروز می‌شود (۶). البته برخی از مطالعات معتقدند که پس از پپتیک اولسر، گاستریت فرسایشی و سپس مالوری ویس از شیوع بالایی برخوردار می‌باشند (۱، ۶). در بررسی ما بیماری پپتیک اولسر و اروزیون در ناحیه معده بیشترین دلایل ایجاد کننده خونریزی (جدول ۳) بوده‌اند. البته در سایر بررسی‌ها محرز شده است که سایر علل خونریزی‌های غیر واریسی می‌تواند مربوط به بیماری‌های آنژیودیسیپلازی و معده هندوانه‌ای نیز باشد (۶).

از نبود اختلاف معنی‌دار در میانگین میزان دریافت واحد خون بین دو گروه و هموگلوبین هنگام ورود در دو گروه و معنی‌دار بودن اختلاف هموگلوبین در هنگام ترخیص بیماران دو گروه ($p=0.03$)، شاید بتوان نتیجه گرفت، اکثرئوتاید باعث از دست روی خون کمتری شده، اما این مقدار به میزانی که در سرانجام بالینی بیمار تأثیر داشته باشد، نبوده است.

علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی در زمینه دارویی و جراحی و

واحد و در گروه مقایسه، $1/3 \pm 0/95$ واحد با $0/2$ p-value بوده و میانگین روزهای بستری گروه دریافت کننده اکثرئوتاید $3/8 \pm 5/98$ روز و در گروه بدون دریافت اکثرئوتاید $3/2 \pm 6/20$ روز و ($p=0/07$) بوده است. عود خونریزی در گروه دریافت کننده اکثرئوتاید ۲ ($2/5\%$) مورد و در گروه بدون دریافت اکثرئوتاید ۴ ($5/0\%$) مورد با $0/3$ p-value ذکر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از بین خونریزی‌های دستگاه گوارش فوقانی، خونریزی‌های غیر واریسی بسیار شایع می‌باشند به طوری که این خونریزی‌ها یکی از

جدول ۳- بررسی فراوانی انواع دلایل خونریزی به تفکیک در دو گروه

گروه	انواع دلایل خونریزی				جمع کلی
	پپتیک اولسر	اروزیون در ناحیه معده	ازوفازیت	مالوری	
دریافت کننده اکثرئوتاید	۱۷ (۲۱/۳٪)	۱۲ (۱۵/۰٪)	۶ (۷/۵٪)	۴ (۵/۰٪)	۴۰ (۵۰/۰٪)
عدم دریافت اکثرئوتاید	۲۰ (۲۵/۰٪)	۱۴ (۱۷/۵٪)	۵ (۶/۳٪)	۰ (۰٪)	۴۰ (۵۰/۰٪)
فراوانی کلی	۳۷ (۴۶/۳٪)	۲۶ (۳۲/۵٪)	۱۱ (۱۳/۸٪)	۴ (۵/۰٪)	۸۰ (۱۰۰٪)
P-value					۰/۳۴۴

مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ با حدود ۹۵ درصد اطمینان از نظر آماری قابل قبول می‌باشد.

را در مقایسه با پلاسبو و آنتاگونیستهای بلوکر H₂ نشان داد (۲۴). بنابراین به تجویز آنتاگونیستهای رسپتور و H₂ اهمیت بیشتری داده می‌شود (۸). البته در یک بررسی گزارش شده است که اکثریتاید به همراه رانیتیدین نتوانسته است اثرات بهتری نسبت به رانیتیدین به تنهایی در کنترل خونریزی داشته باشد (۱۸). مطالعه Imperiale و همکارانش نشان داده است که اکثریتاید یا سوماتواستاتین اثرات مفیدتری در خونریزی‌های ناشی از زخم پپتیک دارد (۲۱). درکل مطالعه ما بیانگر این مطلب است که اکثریتاید نمی‌تواند سبب کاهش خونریزی مجدد، نیاز به ترانسفوزیون کمتر، بستری کوتاه‌تر، کاهش عود خونریزی دستگاه گوارشی فوقانی و یا کاهش میزان بروز مرگ و میر در بیماران مبتلا شود.

با توجه به افزایش کیفیت خدمات پزشکی جهت بیماران مبتلا به خونریزی دستگاه گوارش تحتانی می‌توان اذعان داشت که لازم است تا از بررسی کلینیکی بیشتری در بیماران برای حصول به نتایج درمانی بهتر از تجویز اکثریتاید در کنترل خونریزی سایر نواحی گوارشی بهره جست. البته مطالعات اندکی در دنیا به ویژه در کشورهای در حال توسعه انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود در دانشگاه‌های مختلف و با در نظر گرفتن تعداد بیشتری از بیماران مبتلا، مطالعات تکمیلی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی دستیاران و پرستاران بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) تهران که ما را در انجام این طرح یاری نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

همچنین باتوجه به بهبود ۸۰٪ این خونریزی‌ها به طور خود به خودی همچنان میزان مرگ و میر در بیماران با خونریزی‌های گوارشی فوقانی حدود ۷-۶٪ گزارش شده است (۸). با توجه به نتیجه بررسی ما اکثریتاید داروی موثر برای کنترل و ایجاد تغییرات قابل توجه، نبوده است. در بررسی حاضر فقط ۱ بیمار در گروه مقایسه فوت کرده است و بقیه بیماران پس از پایان دوره درمان ترخیص شده‌اند. البته میانگین روزهای بستری در گروه مقایسه بیشتر از گروه دریافت کننده اکثریتاید بوده اما باز هم این اختلاف از نظر اماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداده است. نکته قابل ذکر دیگر آن است که دو گروه از نظر میزان عود خونریزی با هم اختلاف معنی‌داری را نشان نداده‌اند.

با این حال مطالعات بسیار کمی به بررسی اثر اکثریتاید در درمان خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی پرداخته‌اند که برخی از این مطالعات معتقدند اضافه کردن اکثریتاید به درمان خونریزی غیر واریسی دستگاه گوارش فوقانی تاثیر مثبتی در مدیریت بیماران ندارد (۱۷، ۱۸) و از سوی دیگر برخی از آنها که در شرایط بسیار خاصی انجام شده‌اند اثر مفید اکثریتاید را به اثبات رسانده‌اند (۱۹). نتیجه بررسی ما همانند مطالعه Jenkins نشان داده است که اکثریتاید در درمان خونریزی گوارشی تاثیری ندارد (۲۲). در مطالعه Nikolopoulou نیز نشان داده شد که اکثریتاید باعث بروز نتایج بهتری در کنترل خونریزی گوارشی نسبت به گروه بدون دریافت آن نشده است (۱۷). Coraggio نیز نشان داده است که بین سوماتواستاتین، امپرازول و رانیتیدین در جلوگیری از خونریزی دستگاه گوارش فوقانی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشده است (۲۳). اما از سوی دیگر مطالعه Tulassay اثر مثبت سوماتواستاتین

References

- Burke SJ, Golzarian J, Weldon D, Sun S. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Eur Radiol* 2007; 17(7): 1714-26.
- Conrad SA. Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: causes and treatment modalities. *Crit Care Med* 2002; 30(6 Suppl): S365-8.
- Blocksom JM, Tokioka S, Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Surg Endosc* 2004; 18(2): 186-92.
- Fallah MA, Prakash C, Edmundowicz S. Acute gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am* 2000; 84(5): 1183-208.
- Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; 311(6999): 222-6.
- Ferguson CB, Mitchell RM. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ulster Med J* 2006; 75(1): 32-9.
- Celiński K, Cichoz-Lach H, Madro A, Słomka M, Kasztelan-Szczerbińska B, Dworzański T. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding—guidelines on management. *J Physiol Pharmacol* 2008 Aug; 59 Suppl 2: 215-29.

- 8- Kovacs TO, Jensen DM. The short-term medical management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Drugs* 2008; 68(15): 2105-11.
- 9- Rivkin K, Lyakhovetskiy A. Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 1159-1170.
- 10- Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Systematic review and meta-analysis of proton pump inhibitor therapy in peptic ulcer bleeding. *BMJ* 2005; 330(7491): 568.
- 11- Andriulli A, Annesse V, Caruso N, Pilotto A, Accadia L, Niro AG, Quitadamo M, Merla A, Fiorella S, Leandro G. Proton-pump inhibitors and outcome of endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers: a series of meta-analyses. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(1): 207-19.
- 12- Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Systematic review and meta-analysis: enhanced efficacy of proton-pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding in Asia--a post hoc analysis from the Cochrane Collaboration. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21(9): 1055-61.
- 13- Spahr L, Giostra E, Frossard JL, Morard I, Mentha G, Hadengue A. A 3-month course of long-acting repeatable octreotide (Sandostatin LAR) improves portal hypertension in patients with cirrhosis: a randomized controlled study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1397-1405.
- 14- Sanchez GA, Kubiliun N, Barkin JS. Variceal bleeding and long-acting octreotide: a new addition to the armamentarium? *Dig Dis Sci* 2008 Nov; 53(11): 3046-7.
- 15- Krejs GJ. Physiological role of somatostatin in the digestive tract: Gastric acid secretion, intestinal absorption and motility. *Scand J Gastroenterol* 1986; 2: 47-53.
- 16- Arnold R, Lakish PG. Somatostatin and the gastrointestinal track. *Clin Gastroenterol* 1980; 9: 733-753.
- 17- Nikolopoulou VN, Thomopoulos KC, Katsakoulis EC, Vasilopoulos AG, Margaritis VG, Vagianos CE. The effect of octreotide as an adjunct treatment in active nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38(3): 243-7.
- 18- Archimandritis A, Tsirantonaki M, Tryphonos M, Kourtesas D, Sougioultzis S, Papageorgiou A, Tzivras M. Ranitidine versus ranitidine plus octreotide in the treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a prospective randomised study. *Curr Med Res Opin* 2000; 16(3): 178-83.
- 19- Scaglione G, Pietrini L, Russo F, Franco MR, Sorrentini I. Long-acting octreotide as rescue therapy in chronic bleeding from gastrointestinal angiodysplasia. *Aliment Pharmacol Ther* 2007 Sep 15; 26(6): 935-42.
- 20- Okan A, Simsek I, Akpınar H, Ellidokuz E, Sanul AR, Aksöz K. Somatostatin and ranitidine in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a prospective, randomized, double-blind, controlled study. *Hepato-Gastroenterol* 2000 Sep-Oct; 47(35): 1325-1330.
- 21- Imperiale TF, Birgisson S. Somatostatin or octreotide compared with H₂ antagonists and placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1997 Dec 15; 127(12): 1062-71.
- 22- Jenkins SA, Poulianos G, Coraggio F, Rotondano G. Somatostatin in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis* 1998; 16(4): 214-24.
- 23- Coraggio F, Rotondano G, Marmo R, et al. Somatostatin in the prevention of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis of peptic ulcer haemorrhage: a preliminary report. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 673-676.
- 24- Tulassay Z, Gupta R, Papp J, et al. Somatostatin versus cimetidine in the treatment of actively bleeding duodenal ulcer: a prospective randomized, controlled trial. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 6-9.

Assessing the effect of Octreotide in non-varicose upper gastrointestinal bleeding in Emergency department

Javad Yazdi¹, Reza Taslimi², *Soghra Anjarani³, Karim Khavaran⁴

Received: 4 Apr 2012

Accepted: 22 Jul 2012

Abstract

Background: Non-varicose upper gastrointestinal bleeding is one of the common causes of hospitalization with high mortality and morbidity. The aim of this study was to investigate the effect of Octreotide in treating non-varicose upper gastrointestinal bleeding.

Materials and Methods: In this clinical trial with IRCT: 1361, patients with gastrointestinal bleeding, with neither gastrointestinal varices nor hepatic failure, were enrolled into two groups designated respectively as A and B. Patients in group A received routine treatment. In group B, in addition to routine treatment, patients received 50µg bolus Octreotide and 25µg/h infusions. For comparison between the two groups the difference hemoglobin at arrival time, hemoglobin the time of discharge, length of stay in the emergency department, required blood transfusion, the recurrence rate of bleeding and death rate were assessed.

Results: In this study, 80 patients in both groups were examined. There was no difference in age and sex between two groups. Hemoglobin on arrival in the two groups showed no significant difference, but hemoglobin level was different at the discharge time. Our study showed no significant difference between two groups about average of received pack Cell. Our results demonstrated that length of stay at emergency department, decreased hemoglobin and bleeding recurrence rate had no significantly difference between two groups.

Conclusion: The result showed that Octreotide can't add an extra value for treating upper varicosdee gastrointestinal bleeding.

Keywords: Octreotide, non-varicose upper gastrointestinal bleeding, emergency department

1- Researcher, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- (*Correspondence Author) Researcher, Reference Laboratories of Iran, Research Center, Tehran, Iran

Tel: +98 9121200598 E-mail: anjarani@health.gov.ir

4- Assistant Professor, Gastroenterology Department, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran