

خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی

۱ - استفراغ خونی^۱ مشخصه خونریزی حاد دستگاه گوارش فوقانی است.^۲ ملنا^۳ معمولاً نشان دهنده خونریزی متوسط از دستگاه گوارش فوقانی می‌باشد. حدود 50 - 60 ml خون در دستگاه گوارشی ایجاد ملنا می‌کند. پس از خون ریزی حدود ۲ واحد، بیمار تا ۵ تا ۷ روز ملنا خواهد داشت. ملنا تقریباً همیشه به دنبال خون ریزی گوارشی فوقانی دیده می‌شود ولی ممکن است در موارد نادری به علت خون ریزی از قسمتهای انتهایی روده باریک یا کولون راست نیز باشد. ملنا بدون هماتمز نشانگر خونریزی پس از لیگامان تریتر^۴ می‌باشد. حدود 10 ml خون ریزی موجب مثبت شدن خون مخفی در مدفوع می‌شود. (شوارتز) شایعترین علت خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی، بیماری زخم می‌باشد. مصرف اخیر آسپرین، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) یا استفاده از الکل، احتمال خونریزی را در اثر گاستریت سایشی^۵ یا زخم حاد افزایش می‌دهند. بیماریهای دیگر که می‌توانند ایجاد خونریزی دستگاه گوارش فوقانی نمایند شامل افزایش فشار پورت (واریس مری)، پارگی موکوس در محل اتصال معده به مری به

1 Haematemesis

2 Upper Gastro Intestinal Bleeding

3 Melena

4 Treitz ligament

5 Erosive Gastritis

علت اُغ زدن^۱ شدید یا استفراغ (پارگی‌های مالوری - ویس)^۲، ازوفاژیت، بدخیمی معده، زخمهای لبه‌ای^۳، آنژیودیسپلازی، هموبیلی، و فیستول آنورتواتریک می‌باشند.

۲- بررسیهای آزمایشگاهی باید شامل CBC، آزمونهای عملکرد کبدی (ALT, AST)، بیلی روبین، آلبومین، پروتئین تام، PTT, PT و شمارش پلاکتی باشد.

هماتوکریت به طور قابل توجهی ممکن است میزان خونریزی در طی خونریزی حاد را پایین تر از آنچه که هست نشان دهد. در صورت خونریزی شدید باید سریعاً کراس میچ و تعیین گروه خونی جهت بیمار درخواست شود. هماتوکریت مکرر در موارد خونریزی ادامه دار یا عود خونریزی درخواست شده و می‌تواند در مورد تزریق خون کمک کننده باشد.

۳- در بیماران با خونریزی حاد دستگاه گوارش فوقانی توجه به ABC (راه هوایی، تنفس و جریان خون) ضروری می‌نماید. لوله بینی - معده‌ای به قطر F 18 مشخص می‌کند که آیا خونریزی حاد است یا خیر. مایعات کریستالوئیدی توسط یک کانولای وریدی با قطر زیاد به بیمار تجویز می‌شود. در صورتیکه تخمین زده شود که یک لیتر خون بیمار از دست رفته و یا اینکه بیمار به مایعات کریستالوئیدی جواب ندهد انتقال خون ضروری است.

۴- شستشوی معده توسط آب با دمای اتاق یا نرمال سالین تا زمانیکه مایع آسپیره شده شفاف شود لازم است. در خونریزی حاد شدید لوله دهانی - معده‌ای^۴ با قطر 32-36 (fr) جهت بیمار گذاشته می‌شود.

در ضمن مهارکننده گیرنده H₂ بصورت وریدی به بیماران تجویز می‌شود. در بیماران با خونریزی شدید، اضطراب زیاد یا وضعیت تنفسی نارسا لوله‌گذاری داخل تراشه پیش از اندوسکوپي اورژانس پیشنهاد می‌شود. این کار، اندوسکوپي درمانی و تشخیص را آسانتر نموده و خطر آسپیراسیون را نیز کاهش می‌دهد.

۵- اندوسکوپي روش بررسی توصیه شده برای خونریزی دستگاه گوارش فوقانی است که محل خونریزی را در ۹۰٪ بیماران مشخص می‌نماید. در خونریزی شدید دستگاه گوارش فوقانی، مری باید بخوبی شستشو شده و از نظر واریس بررسی شود. چرا که خونریزی از واریس می‌تواند بدون لاپاروتومی کنترل شود. زخمهای عمیق خونریزی دهنده در دیواره خلفی بولب دوئودنوم یا قسمت فوقانی انحنای کوچک معده ریسک بالای خونریزی‌های شدید را به همراه دارند. پارگی‌های مالوری - ویس، گاستریت سایشی حاد و ازوفاژیت بندرت دچار خونریزی مداوم می‌شوند.

زمانیکه چنین اتفاقی روی می‌دهد نشان دهنده وجود همزمان یک زخم جداگانه از خونریزی شریانی یا یک لخته موقت روی رگ خونریزی دهنده می‌باشد. اندوسکوپي باید حتی الامکان توسط یک اندوسکوپ درمانی با کانال بزرگ انجام شود.

-
- 1 Retching
 - 2 Mallory-Weiss
 - 3 Marginal
 - 4 Orogastric

بیماران با پارگی مالوری - ویس غیر خونریزی دهنده، گاستریت اروزیو، ازوفاژیت یا زخم‌های با پایه تمیز می‌توانند بدون پذیرش مرخص شوند.

۶- روش‌های هموستاتیک شامل گرما درمانی (به طور مثال، ابزار گرم کننده، انعقاد الکتریکی^۱ چند قطبی یا دو قطبی)، تزریق اتانول یا اپی نفرین، گیره عروقی (هموکلپس) و منعقد کننده آرگون پلاسمایی^۲ می‌باشد. برای خونریزی غیر واریسی، اخیراً تزریق اپی نفرین، ابزار گرم کننده، انعقاد چند قطبی و درمان ترکیبی با اپی نفرین و گرما درمانی توصیه شده است.

درمان ترکیبی روشی است که امروزه به طور عمده برای کنترل خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی در ایالات متحده استفاده می‌شود. هموستاز دائمی در ۹۰٪ بیماران انجام می‌شود. به علاوه مرگ و میر کلی زخم‌های خونریزی دهنده از ۱۰٪ به تقریباً ۷٪ طی ۳۰ سال گذشته نزول کرده است. چنین به نظر می‌رسد که این نزول مربوط به درمان بهتر با مراقبت‌های ویژه همراه با بررسی‌های اندوسکوپی و درمانی می‌باشد. سن بالا و بیماری همراه پیشگویی کننده‌های مهمی در مرگ و میر بیماران می‌باشند.

۷- حتی زمانی که تشخیص دقیق میسر نمی‌باشد، اندوسکوپیست می‌تواند اطلاعاتی در مورد محل زخم‌های خونریزی دهنده (مثلاً مری، پروگزیمال و دیستال معده، یا دوازدهه) در اختیار جراح گذارد. در این زمان دو انتخاب بوجود می‌آید که شامل انتظار برای تثبیت وضعیت حیاتی بیمار و کنترل و قطع خونریزی یا شکست روش قبلی و انجام آنژیوگرافی انتخابی می‌باشد. این روش می‌تواند در تقریباً ۷۰٪ بیماران با ژل فوم داخلی عروقی، فنرهای فلزی یا لخته (clot) خونریزی را تشخیص داده و درمان نماید. وازوپرسین شریانی در برخی بیماران مبتلا به زخم معده یا دوئودنوم از خونریزی جلوگیری می‌نماید.

۸- زمانی که خونریزی تحت کنترل در می‌آید درمان طبی طولانی مدت شامل استفاده از آنتی اسید، سوکرالفیت، H₂ بلاکر و مهار کننده‌های پمپ پروتونی می‌باشد. در ضمن ریشه کنی هلیکوباکتریلوری تقریباً به طور کامل عود زخم‌های معده و دوئودنوم را در بیماران مبتلا محدود نموده و از عود خونریزی جلوگیری می‌نماید.

استفاده از NSAID ها باید در صورت امکان محدود شود. یک داروی گروه پروستاگلاندین (میزوپروستول)^۳ از وقوع زخم‌های معده و دوئودنوم ناشی از NSAID پیشگیری نموده و وقوع عوارض زخم را تا ۴۰٪ کاهش می‌دهد.

۹- در صورتیکه خونریزی ادامه یابد یا عود کند و تکرار درمان اندوسکوپی امکانپذیر نباشد یا موفقیت آمیز نباشد، جراحی اندیکاسیون پیدا می‌کند. این امر معمولاً در مورد بیماری زخم پپتیک عارضه دار یا خونریزی دستگاه گوارش فوقانی شدید، مداوم یا عود کننده و در موارد زخم‌های درمان ناپذیر یا بزرگ لازم می‌باشد. زخم معده خونریزی دهنده به بهترین وجه با برداشتن و از طریق جراحی موضعی یا به

1 Electro coagulation

2 Argon plasma coagulator

3 Misoprostol

عنوان یک قسمت از گاسترکتومی کنترل می‌شود. واگتومی و پیلوروپلاستی یا واگتومی و انترکتومی جراحی‌های تکمیلی می‌باشند.

خونریزی گوارشی تحتانی

