



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

المشعرات الموجهة للنزف الهضمي العلوي بسبب دوالي عن أسباب النزف الأخرى

Predictors of Variceal or Nonvariceal Source of Upper Gastrointestinal Bleeding

بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في الأمراض الباطنة

رئاسة

أ.د. ميسون قدسي

إشراف

أ.د. مازن مصري زادة

إعداد

د. وسام الحسن

كلمة شكر

أتوجه بالشكر الجزيل إلى كل من ساندني في مسيرتي الدراسية والبحثية
وأخص بالشكر

الأستاذ الدكتور مازن مصري زادة

الذي أمدني بصادق النصح و كان لفيض تجربته الطويلة أكبر الأثر في
إنجاز هذا البحث العلمي المتواضع

القسم النظري

١-لمحة تشريحية:

١-١ التوعية الشريانية للجهاز الهضمي :

الأوعية الكبرى التي تغذي الجهاز الهضمي هي الجذع الزلاقي والشريان المساريقي العلوي والشريان المساريقي السفلي . يقوم الجذع الزلاقي بالدور الرئيسي في تغذية القسم العلوي من الجهاز الهضمي حيث يروي كل من المعدة والجزء الأول من العفج وجزء من البنكرياس والكبد في حين يقوم الشريان المساريقي العلوي بتغذية ماتبقى من البنكرياس وكل من الامعاء الدقيقة والكولون حتى الثلثين الاوليين من الكولون المعترض . القسم المتبقي من الكولون والمستقيم تتم تغذيتها بواسطة الشريان المساريقي السفلي باستثناء القسم البعيد من المستقيم الذي يتروى من شرايين مستقيمة تنشأ من الشرايين الحرقفية الباطنة .

٢-١ النزح الوريدي للجهاز الهضمي :

ينزح الدم من المعدة والبنكرياس والأمعاء الدقيقة والكولون عبر الوريد البابي عدا القسم البعيد من المستقيم الذي ينزح الدم الوريدي فيه عبر الأوردة الحرقفية الباطنة . وسنتناول التوعية بشيء من التفصيل نظرا لأهمية التشريح في فهم النزف الهضمي العلوي.

٣-١ المري:

١-٣-١ التروية الشريانية:

تمتاز توعيته بأنها قطعية و متداخلة وتقسم لثلاثة أقسام: المري الرقي يتروى من فروع من الشريان الدرقي السفلي بشكل أساسي وأحيانا من فروع للشريان السباتي المشترك و الشريان تحت الترقوة والشرايين الفقرية و الشريان الحنجري الصاعد. المري الصدري يتروى من فروع

للأبهر و الشرايين بين الأضلاع اليمنى و الشرايين القصبية. المري البطني يتروى من فروع للشريان المعدي الأيسر والشرايين المعدية القصيرة والشريان الحجابي السفلي الأيسر.

١-٣-٢ النزح الوريدي:

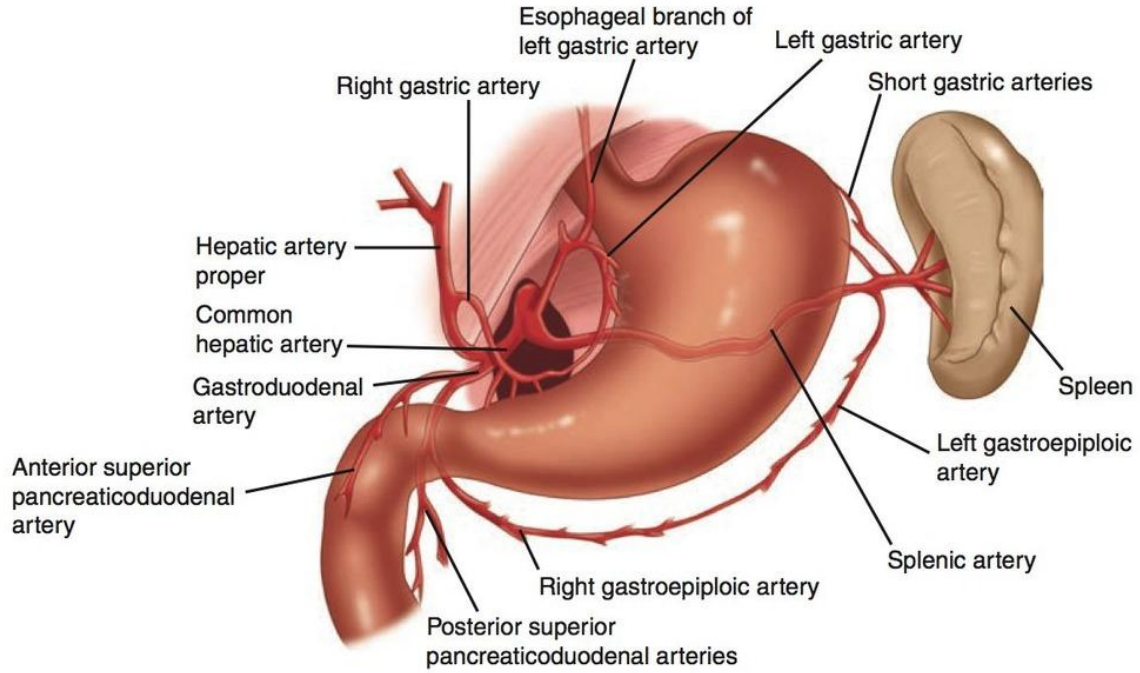
ينزح دم المري إلى شبكة وريدية سطحية تحت البشرة تنزح بدورها إلى شبكة خلالية عميقة تحت المخاطية، وعلى مستوى الوصل المريئي المعدي تتحد الضفيرتان المريئيتان مع نظيراتها المعدية. ينزح الوريد الرقبى إلى الوريد الدرقى السفلي و الوريد الرقبى العميق و الوريد الفقري و الضفيرة حول الرغامى، أما المري الصدري فينزح باليمين باتجاه الوريد الفرد و باليسار باتجاه الوريد نصف الفرد أو الاوردة بين الضلعية، و على مستوى الوصل المريئي المعدي يتم النزح عبر جهاز مشترك بابي جهازى هذا مهم من الناحية السريرية ففي حال ارتفاع الضغط داخل وريد الباب ينتقل إلى الضفيرة الوريدية تحت المخاطية في القسم السفلي للمري مؤديا لتشكّل توسعات وريدية هشة تعرف بدوالي المري التي تشكل مصدرا هاما و خطيرا للنزف الهضمي العلوي.

١-٤-١ المعدة والإثني عشري:

١-٤-١-١ التروية الشريانية:

تستمد التروية الشريانية للمعدة والعفج من الجذع الزلاقي والشريان المساريقي العلوي و كلاهما ينشأ من الأبهر البطني. يتفرع الجذع الزلاقي إلى الشرايين الطحالي والمعدي الأيسر والكبدى المشترك، فروع هذه الشرايين تشكل شبكة مفاغرات كثيفة تحيط بالمعدة فالشريان المعدي الأيسر يغذي القسم الامامي و العلوي للمعدة، والشرايين المعدي الأيمن والمعدي العفجي والمعدي الثربي الأيمن التي تنشأ من الشريان الكبدى تغذي القسم السفلي للمعدة و القسم السفلي من الانحناء المعدي الكبير، و الشريانين المعدي القصير و المعدي الثربي الأيسر التي تنشأ من

الشريان الطحالي و تغذي القاع و القسم العلوي من الانحناء المعدي الكبير. القسم البعيد من المعدة و البواب و العفج تتروى من الشريان البنكرياسي العفجي السفلي فرع الشريان المساريقي العلوي، كما يتلقى العفج تروية أيضا من الشريانين المعدي الايمن و البنكرياسي العفجي العلوي المتفرعين من الشريان الكبدي



الشكل (١) تروية المعدة

١-٤-٢ النزح الوريدي:

ينزح الدم الوريدي من المعدة و العفج بشكل مباشر أو غير مباشر إلى وريد الباب، ففي المعدة ينزح الوريدان المعديان الأيمن و الأيسر الدم من الانحناء الصغير للمعدة في حين تقوم الأوردة المعدي الثربي الأيسر و المعدي الثربي الأيمن والمعدي القصير بنزح الدم من الانحناء المعدي الكبير. في العفج يتم النزح عبر ثلاثة أوردة هي البنكرياسي العفجي العلوي والبنكرياسي العفجي الأمامي السفلي و البنكرياسي العفجي الخلفي العلوي، يصب الوريدان الأولان في الوريد المساريقي العلوي أما الأخير فيصب مباشرة في وريد الباب. ^(١)

٢- تعاريف:

- النزف الهضمي العلوي: هو النزف الذي يحدث بسبب آفة في السبيل الهضمي فوق مستوى رباط ترايتز.
- الإقياء المدمى: هو إقياء لدم طازج أحمر
- إقياء طحل القهوة: هو إقياء لدم أسود متغير
- البراز الزفتي: هو مرور براز أسود اللون كالزفت
- الغائط المدمى: هو خروج دم أحمر عبر الشرج

٣- الوبائيات:

يعتبر النزف الهضمي العلوي من أهم أسباب الاستشفاء حول العالم والحالة الإسعافية الهضمية الأشيع في الولايات المتحدة تحدث نصف مليون حالة سنويا بمعدل ١٧٠/١٠٠٠٠٠٠ شخص^(٢) ، ورغم تقدم العناية الطبية و التنظير و الجراحة فإن نسبة الوفيات لم تتغير منذ السبعينات وهي ٥-١٠% و ذلك غالبا بسبب ارتفاع نسبة المرضى ذوي الأعمار المتقدمة المصابين بالنزف الهضمي العلوي (حيث أن نسبة الوفيات أعلى لهذه المجموعة العمرية وتحدث الوفاة غالبا بسبب انكسار معاوضة مرض مزمن أكثر من حدوثها بسبب النزف).

يكون النزف محددا لذاته في ٨٠% من الحالات حتى دون علاج نوعي^(٣-٤) أم النسبة الباقية التي يستمر فيها النزف أو يتكرر فإن خطورة الوفاة ٣٠-٤٠%^(٥)

٤- أسباب النزف الهضمي العلوي:

يمكن تصنيف أسباب النزف الهضمي العلوي ضمن مجموعتين:

- النزف الهضمي العلوي الناجم عن الدوالي (دوالي مري أو معدة)
- النزف الهضمي غير الناجم عن الدوالي (قرحة هضمية ، التهاب معدة سحجي ، التهاب مري قلبي ، متلازمة مالوري وايس Mallory-Weiss syndrome ، الأورام ...).

والجدول التالي يلخص أهم الأسباب:

أسباب النزف الهضمي العلوي
القرحة الهضمية
دوالي المعدة او المري
التهاب المري
سبب غير محدد
خبثية
ورم وعائي
تمزق مالوري وايس
التسحجات
آفة ديلافوي
أسباب أخرى

٤-١ الداء القرصي الهضمي: (الشكل ٢)

يسبب ٣٨% من حالات النزف الهضمي العلوي مع نسبة وفيات 4% وتكون نسبة الوفاة أعلى بحال وجود واحد أو أكثر مما يلي:

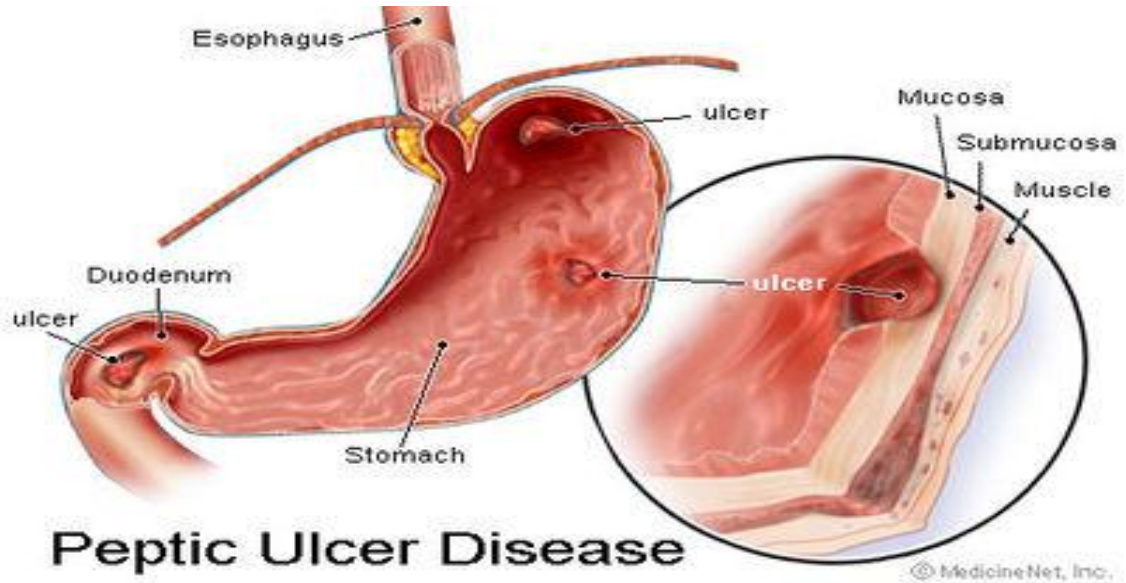
–	العمر < ٦٠
–	حدوث النزف في المشفى
–	أمراض مزمنة مرافقة
–	صدمة أو هبوط ضغط انتصابي مرافق
–	دم صريح في الأنبوب الأنفي المعدي
–	قرحة أعلى الانحناء المعدي الصغير (مجاورة للشريان المعدي الأيسر)
–	قرحة على الجدار الخلفي للصلة العفجية (مجاورة للشريان المعدي العفجي)
–	موجودات تنظيرية لنزف شرياني أو وعاء مرئي
–	اعتلال خثاري

وتعزى القرحة الهضمية غالبا لانخفاض آليات الدفاع المخاطية بسبب الأسبرين أو مضادات الالتهاب اللاستيرويدية الأخرى (الشكل ٢) أو الخمج بالملتوية البوابية أو كليهما (٨-٩)

في دراسة للمرضى الذين يعانون من نزف القرحة الهضمية، ٥٧% من أولئك الذين لديهم نزف من قرحة معدية (٢٠٥٧ مريض) لديه قصة تناول للأسبرين أو غيره من مضادات الالتهاب اللاستيرويدية، و ٤٥% من المرضى كان لديهم إصابة بالملتوية البوابية، في حين أن ٥٣% من

أولئك الذين لديهم نزف من قرحة اثني عشرية (٢٠٣٣ مريض) تناول الأسبرين أو غيره من مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، بينما ٥٠٪ لديهم إصابة بالملتوية البوابية^(١٠). ١٠٪ من المرضى المصابين بنزف القرحة الهضمية في هذه الدراسة لم يكن هناك سبب واضح للقرحة (الملتوية البوابية سلبية، لا قصة استخدام للأسبرين أو غيره من الأدوية المضادة للالتهاب، لا ورم غاستريني).

الإصابة بالملتوية البوابية شائعة حيث تصيب أكثر من ٨٠٪ من السكان في العديد من البلدان النامية و ٢٠٪ - ٥٠٪ في البلدان الصناعية^(١١)، غالبا ما تصيب غار المعدة فتؤهب لقرحة الاثني عشر



الشكل (٢)

المسكنات هي الدواء الأكثر استخداماً على نطاق واسع في الولايات المتحدة، حيث يستخدم ١١٪ من السكان البالغين مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية يومياً^(١٢). مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية بما فيها الأسبرين تسبب القرحة عن طريق تثبيط اصطناع البروستاغلاندين المتواسط بأنزيمات الأكسدة الحلقية وبالتالي إضعاف حماية الغشاء المخاطي^(٩). وجدت القرحة الهضمية بالتنظير في ١٥٪ إلى ٤٥٪ من المرضى الذين يتناولون المسكنات بانتظام^(١٣-١٤). القرحة المعدية أشيع بأربع مرات من قرحة الإثني عشر عند المرضى الذين يتناولون المسكنات^(١٥). لكن في دراسة كبيرة للمرضى المصابين بنزف هضمي علوي بسبب قرحة مسكنات كان تواتر القرحة المعدية و العفجية متساويان

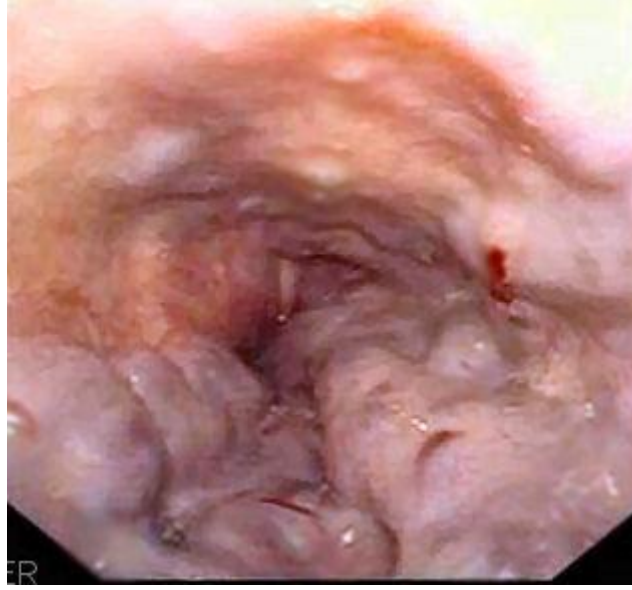
٤-٢ فرط توتر وريد الباب:

يشكل 10-20٪ من أسباب النزف الهضمي العلوي يحدث عادة بسبب دوالي المريئية و بشكل أقل شيوعاً بسبب دوالي معدية أو عفجية أو نتيجة اعتلال المعدة بفرط توتر وريد الباب. حوالي 25٪ من مرضى التشمع لديهم دوالي مري متوسطة إلى كبيرة و 30٪ من هذه المجموعة يحدث لديهم نزف هضمي علوي دوالي خلال عامين. تبلغ نسبة الوفاة 15٪.

٤-٢-١ الدوالي المريئية:

هي توسع في الأوعية الدموية الموجودة في الأغشية المبطننة لتجويف المريء، تظهر غالباً في الجزء السفلي من المريء وعادة ما تكون ناتجة من فرط ضغط الدم البابي. لفرط ضغط الدم البابي عدة أسباب إلا أن أكثرها شيوعاً هو التشمع الكبدي. يعتبر النزف الحاصل من الدوالي المريئية أحد أهم الاختلاطات الطبية المصاحبة للحالة وعادة ما يتم تشخيصها وعلاجها عبر التنظير الداخلي.

تكون الدوالي المريئية عادة صامتة ولا تحدث أية أعراض ملحوظة، و قد تكتشف مصادفة أثناء التنظير المعدي الداخلي، إلا أنها قد تظهر على شكل ألم مفاجيء في رأس المعدة مصحوب بإقياء دموي و قد تتطور بسرعة لتصبح حالة نزيف داخلي تستدعي التدخل السريع لإيقاف النزيف.

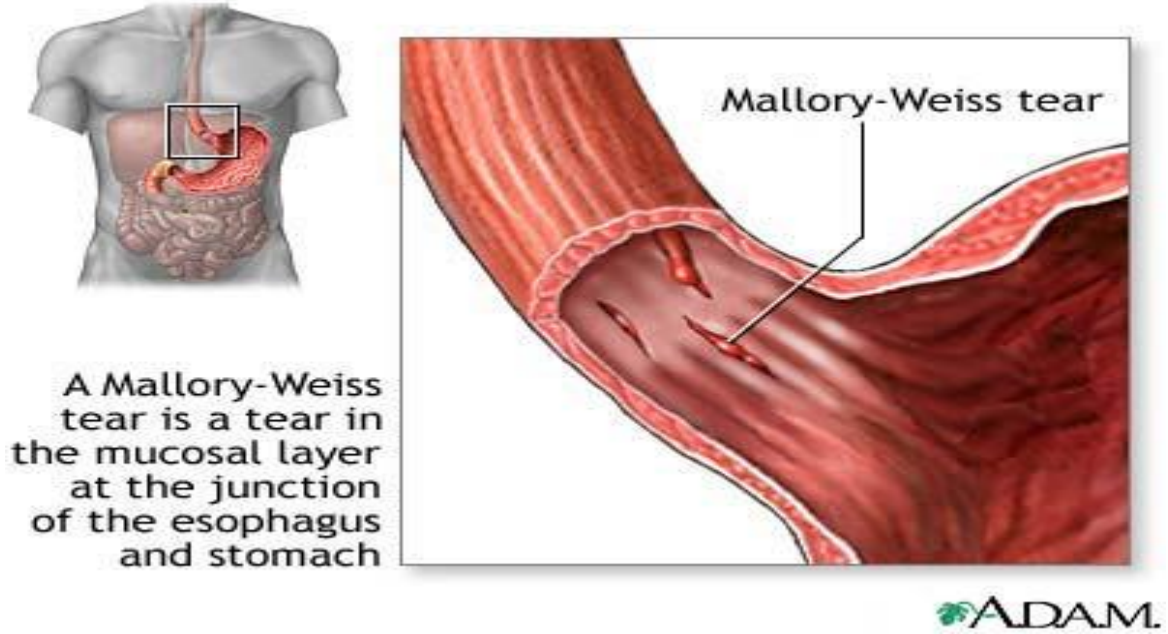


الشكل (٣) - الدوالي المريئية

٣-٤ تمزق مالوري وايس : (الشكل ٤)

هو تهتك بالطبقة المخاطية و تحت المخاطية للوصل المريئي المعدي, يسبب 5-10% من حالات النزف الهضمي العلوي. قد تكون هناك قصة للكحولية الشديدة أو الإقياء يتلوها إقياء دموي أو إقياء طحل قهوة، يعتقد أن سببه ارتفاع الضغط داخل البطن بمشاركة التأثير الساحب للضغط السلبي ضمن جوف الصدر أثناء الإقياء. يجب تمييزه عن متلازمة Boerhaave التي يشمل التمزق فيها كامل طبقات المري و تحتاج تدخلا جراحيا اسعافيا. نزف مالوري وايس عادة خفيف ومحدد لذاته لكن قد يكون شديدا أحيانا فيحتاج إرقاء تنظيريا (لكن يجب عدم استخدام

البالون لارتفاع النزف خوفا من اتساع التمزق ليشمل كامل سماكة المري . تبلغ نسبة عود النزف فيه ١٠% وتتضمن عوامل الخطورة لعود النزف وجود صدمة و وجود نزف فعال بالتنظير^(١٦)



الشكل (٤) تمزق مالوري وايس

٤-٤ التشوهات الوعائية: (الشكل ٥)

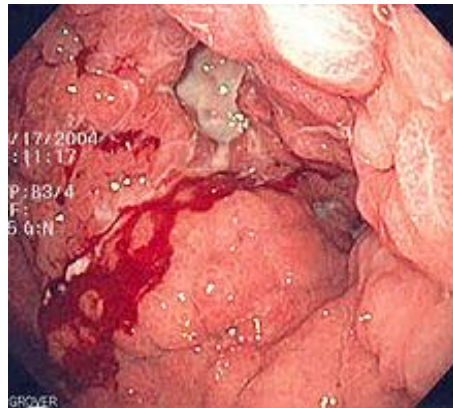
يمكن أن توجد على امتداد السبيل الهضمي مسببة نزفا مزمنا أو حادا فهي مسؤولة عن 7% من حالات النزف الهضمي العلوي الحاد . عسر التصنع الوعائي يأخذ شكلا تنظيريا نجميا أحمر لامعا و يمكن أن يكون جزءا من متلازمة جهازية أو أن يحدث بشكل معزول.



الشكل (٥) عسر تصنع وعائي

٤-٥ الخباثات : (الشكل ٦)

تسبب 1% من الحالات، يكون الورم عادة كبيرا متوقفا متوقفا في المري، المعدة أو العفج. يكون الإرقاء التنظيري فعالا في معظم الحالات فيما يتم لاحقا إثبات التشخيص بالخزعة لمتابعة التدبير^(١٧-١٨). حيث يجب إجراء الجراحة لتجنب عود النزف أو انتشار الورم



الشكل (٦) كارسينوما غدية في فؤاد المعدة

٦-٤ التهاب المعدة التسحجي :

يشكل أقل من 5% من الأسباب و تكون إصابة سطحية لذا لا تسبب نزفا شديدا عادة وإنما فقدا مزمننا للدم ,يوجد عادة قصة لتناول NSAIDs أو الكحولية أو التعرض للشدة.

٧-٤ التهاب المري التسحجي : (الشكل ٧)

إن تسحج المري الشديد نتيجة القلس المعدي المريئي المزمن يمكن أن يسبب نزفا هضميا علويا. في دراسة فرنسية كان فيها نسبة النزف المسبب بالتهاب المري ٨% كانت معايير الخطورة لنزف التهاب المري هي: التهاب المري درجة ٣-٤ (متوسط إلى شديد) حسب تصنيف Savary Miller ،تشمع، حالة عامة سيئة، قصة معالجة بالمميعات^(١٩). قصة حرقه الفؤاد وجدت فقط عند ٣٨% من المرضى فقط. معالجته دوائية بمثبطات مضخة البروتون، وفائدة التنظير تشخيصية إلا بحال وجود تقرح موضع نازف حيث يعالج هؤلاء المرضى بـ PPI لمدة ١٢-٤ أسبوعا ثم يعاد التنظير لنفي وجود مري باريت.

قد يتظاهر المرضى أحيانا بنزف خفيف من التهاب المري بدون وجود قصة قلس مريئي معدي، بسبب انتاني مثلا (كالمبيضات)، أو بسبب دوائي. و تميز تلك الأسباب تنظيريا



الشكل (٧) التهاب المري التسحجي

٨-٤ آفة ديلافوي: (الشكل ٨)

هي وجود شريان تحت المخاطية متبارز يقيس ١-٣ مم غير مترافق بقرحه هضمية، قد يسبب نزفا كتليا، يتوضع عادة في قاع المعدة قرب الوصل، لكن قد تشاهد في العفج أو الأمعاء الدقيقة و حتى الكولون. و هي مجهولة السبب (قد تكون ولادية أو مكتسبة بسبب ضمور المخاطية أو أم دم). قد يكون تشخيصها التنظيري صعبا و يفيد الإيكو عبر التنظير بتشخيصها. تتطلب إرقاءا تنظيريا (نسبة نجاحه ٩٠%) مع الحاجة للجراحة بنسبة (٤-١٦%) من الحالات^(٢٠). احتمال عود النزف نادر بعد الإرقاء الجيد.

٩-٤ أسباب أخرى:

٩-٤-١ الناسور الأبهرى المعوي: الذي يحدث كاختلاط لمجازة الأبهر البطنى فى 2% من حالات هذه الجراحة، أو يحدث نادرا بين الأمعاء و أم دم، و يكون عادة بين الجزء الثالث للعفج والمجازة أو أم الدم و يسبب نزفا خفيفا محددا لذاته يسمى النزف الحارس حيث يكون منذرا بحدوث نزف صاعق بحال عدم التدبير.

٩-٤-٢ تدمي الصفراء: بسبب ورم كبدي أو ورم وعائي أو رض نافذ



الشكل (٧) آفة ديلافوي

٥- النزف الهضمي أثناء الاستشفاء:

يحدث باليتين أساسيتين: الأولى أذية المخاطية المحدثة بالشدة (قرحة الشدة)، و تتميز تنظيرياً بنزف منتشر من تسحجات و قرحات سطحية، و الآلية الثانية وجود قرحة سابقا عند المرضى و حدوث النزف عليها و يكون النزف هنا شديدا متظاهرا بإقياء دموي أو تغوط زفتي مدمى مع احتمال عال لعود النزف و يكون الإنذار سيئا هنا و يتأخر الشفاء رغم العلاج التنظيري المشترك بالعلاج الدوائي المديد بـ PPI .

تحدث قرحة الشدة عند المرضى المعتلين بشدة كمرضى العناية المشددة بسبب كل من ضعف آليات الحماية المخاطية و إفقار المخاطية. تحدث غالبا في المعدة لكن قد توجد في العفج أو المري وحتى المستقيم ومن الشائع مشاهدة نز منتشر.

حاليا النزف المشفوي غير شائع و نسبته ١,٥% في العناية المشددة و عاملا الخطورة الأهم له هما وجود اعتلال خثاري و التهوية الآلية لأكثر من ٤٨ ساعة^(٢١)، حيث يبلغ احتمال النزف بوجود واحد أو اثنين منهما ٣,٧% أما بغياهما ٠,١% و تتضمن عوامل الخطورة الأخرى قصة سابقة للنزف الهضمي، الإنتان، قبول في العناية المشددة لأكثر من سبعة أيام والعلاج بجرعات عالية من الستيروئيدات القشرية

٦- الأعراض

إن العرض الأشيع للنزف هو الإقياء الدموي والتغوط الزفتي، يكون الإقياء الدموي إما دماً مهضوماً (بني كطحل القهوة) أو بشكل دم أحمر صريح . يحدث التغوط الزفتي عندما تنزف كمية 100- 50 مل دماً من السبيل الهضمي العلوي على الأقل ,يشير التغوط المدمى لنزف هضمي سفلي غالبا لكن في 10% من الحالات يحدث بسبب نزف من منشأ علوي وذلك عندما تتجاوز كمية النزف العلوي 1000 مل وهذا العرض يعبر عن نزف شديد .

الأعراض
البراز الزفتي
البراز المدمى
الإقياء المدمى أو إقياء طحل القهوة
ما قبل الغشي
الألم الشرسوفي
الحرقة خلف القص
عسرة الهضم
الغشي
نقص الوزن
الألم البطني المعمم
اليرقان
عسرة البلع

الجدول (٢) أعراض النزف الهضمي العلوي

إن للأعراض أهمية في التوجه لمصدر النزف الهضمي هل هو من علوي أو سفلي:

العرض	المنشأ العلوي	المنشأ السفلي
الإقياء المدمى	غالباً	نادراً
البراز الزفتي	أكثر احتمالاً	أقل احتمالاً
البراز المدمى	أقل احتمالاً	أكثر احتمالاً
براز مغطى بالدم	نادراً	غالباً
الدم الخفي في البراز	محتمل	محتمل

الجدول (٣) - أهمية الأعراض في تحديد نوع النزف (علوي أو سفلي)

٧- التشخيص والمعالجة:

يعتبر التنظير الهضمي العلوي هو الإجراء المعياري لتشخيص و علاج النزف الهضمي العلوي (22-23)، و باعتبار أن العديد من المستشفيات و المراكز الطبية لا يتوافر فيها التنظير الهضمي العلوي الإسعافي ، فإن معظم مرضى النزف الهضمي العلوي يتلقون علاجاً دوائياً قبل إرسالهم إلى وحدة متخصصة لإجراء التنظير الهضمي العلوي .

تقترح آخر التوصيات العالمية بإعطاء العلاج الدوائي تخبيرياً لمرضى النزف الهضمي العلوي قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي ، إذا كان هناك شك بنزف ناجم عن دوالي العلاج يكون بالأدوية الفعالة وعائياً (سوماتوستاتين Somatostatin ، أوكتيريوتايد Octreotide ، تليري بريسسين Terlipressin) بالإضافة للصادات(٢٤-٢٥-٢٦)

إن استخدام الأدوية الفعالة وعائياً يمكن أن يوقف نزف الدوالي بنسبة تصل إلى ٧٠-٨٠% و بالتالي يخفض نسبة الوفيات (٢٧-٢٨) .

في حالات النزف الهضمي العلوي الناجم عن أسباب أخرى غير الدوالي يستطب العلاج بمثبطات مضخة البروتون PPI (٢٩-٣٠) ، حيث أن استخدامها يخفف من شدة الآفة المسببة و في بعض الأحيان يعيض عن الحاجة لإجراء تدخّل خلال التنظير الهضمي العلوي (٣١-٣٢).
ولذلك ، فإنه من الضروري التوجه نحو سبب النزف الهضمي العلوي (سواء كان دوالي أو غير دوالي) قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي (٣٣-٣٤) .

وهنا نطرح السؤال التالي:

هل يمكن التمييز سريرياً و مخبرياً بين النزف الهضمي العلوي الدوالي و غير الدوالي؟ (بما يحقق السرعة في اتخاذ التدبير الأنسب دون الحاجة لانتظار إجراء التنظير الهضمي)

إن تحديد مؤشرات تتوقع سبب النزف الهضمي العلوي سواء كان ناجم عن دوالي أو أسباب أخرى غير الدوالي ما زال موضع نقاش، لكن يقترح بعض المؤلفين أن وجود دلائل سريرية عند المريض على وجود تشمع الكبد ، أو تظاهره بتغوط مدمى hematochezia ، ، أو تظاهره بإقياء مدمى hematemesis ، و تناوله الكحول توجه نحو نزف ناجم عن دوالي (٣٥-٣٦) بالمقابل فإن استخدام المريض لمضادات الالتهاب اللاستيرويدية NSAIDs أو مضادات التصاق الصفائح تقترح أسباب أخرى غير الدوالي للنزف (٣٧-٣٨). ويبقى التنظير الهضمي العلوي هو الفيصل في وضع التشخيص إلا أن الحاجة لوضع التشخيص بسرعة للبدء بالتدبير الأنسب، و عدم توافر وحدة التنظير الهضمي في كل المراكز يجعل من الضروري البحث عن طرق للتنبؤ بالمشكلة التي أدت لحدوث النزف.

القسم العملي

١- مخطط الدراسة:

١-١ هدف الدراسة :

إن الهدف من هذه الدراسة هو تحليل المتغيرات السريرية و المخبرية التي من الممكن أن تقترح مؤشرات لسبب النزف الهضمي العلوي هل هو ناجم عن الدوالي أم أسباب أخرى و اقتراح مشعر دقيق لتوقع سبب النزف الهضمي العلوي الناجم عن دوالي أو غير الدوالي و إثبات دقته .

٢-١ طرق الدراسة ومراحل العمل :

(١) سريريا:

- جمع المعلومات عن المرضى عند القبول تتضمن : العمر ، الجنس ، قصة سابقة لنزف هضمي علوي غير الدوالي ، تناول الكحول ، التدخين ، تناول مضادات الالتهاب اللاستيرويدية NSAIDs و مضادات التصاق الصفائح و المميعات .
- تسجيل التظاهرات السريرية لدى المريض : وجود إقياء دموي و مظهره (دم طازح أو إقياء طحل قهوة) ، وجود تغوط زفتي، وجود حبن.
- قياس الضغط الدموي عند القبول و اعتبار هبوط الضغط عند قيمة أقل من ٦٠/٩٠ ملم/ز ، كما سوف يتم قياس سرعة النبض و اعتباره متسرعاً فوق ١٠٠ ضربة/د .

(٢) مخبرياً:

- إجراء التحاليل التالية عند القبول: خضاب الدم ، الهيماتوكريت ، تعداد الصفائح ، PT ، INR ، AST ، ALT ، البيليروبين الكلي، البولة والكرياتينين

(٣) تنظيرياً:

– إجراء تنظيف هضمي علوي لكل المرضى خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى من القبول، ثم

فرز المرضى إلى مجموعتين حسب سبب النزف:

○ النزف الهضمي الناجم عن الدوالي (دوالي مري أو معدة ، اعتلال المعدة

بفرط توتر وريد الباب)

○ نزف ناجم عن أسباب أخرى غير الدوالي (قرحة هضمية ، التهاب معدة

سحجي ، أورام ، التهاب مري قلبي ، متلازمة مالوري وايس ، آفة

ديولوفوي Dieulafoy ، و خلل التنسج الوعائي angiodysplasia).

(٤) إجراء الدراسة الإحصائية باستخدام اختبار وذلك لتحديد دور كل من المشعرات

السريية و المخبرية الواردة سابقاً في التنبؤ بسبب النزف.

٣-١ معايير الاشتمال:

تشمل العينة كل المرضى فوق ١٨ عام ، الذين يراجعون قسم الإسعاف في مستشفى المواساة

الجامعي ومستشفى الأسد الجامعي بدمشق خلال فترة الدراسة بشكاية نزف هضمي علوي

سريي (إقياء مدمى أو طحل قهوة و/أو تغطو زفتي) ، والذين سوف يجرون تنظيف هضمي

علوي خلال ٢٤ ساعة من القبول.

٤-١ معايير الاستبعاد:

المرضى الذين لن يجروا التنظيف الهضمي العلوي خلال أول ٢٤ ساعة من القبول ، أو المرضى

الذين يتم إثبات سبب للنزف غير السبيل الهضمي العلوي يستبعدون من الدراسة والمرضى

الأصغر من ١٨ سنة.

٥-١ الفرضية البحثية:

تفترض الدراسة أن هناك مجموعة من المؤشرات السريرية و المخبرية تستطيع التنبؤ بسبب النزف الهضمي العلوي و تمييز النزف الناجم عن الدوالي عن ذلك الناجم عن أسباب أخرى قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي ، و تحاول تحديد دقة هذه المؤشرات.

٦-١ السؤال البحثي :

ما هي المؤشرات السريرية و المخبرية التي يمكن لها أن تتنبأ بسبب النزف الهضمي العلوي سواء كان ناجماً عن الدوالي أو سبب آخر قبل إجراء التنظير؟ و ما هي دقتها؟

٧-١ الدراسة الإحصائية :

سيتم إجراء الدراسة الإحصائية من خلال برنامج SPSS v20 وسيتم اعتبار قيم P الأقل من ٠,٠٥ ذات أهمية إحصائية.

سوف يتم توصيف المتغيرات الاسمية بطريقة التوزيع التكراري frequencies ، وتوصيف المتغيرات الكمية بالمتوسط mean والانحراف المعياري standard deviation وبواسطة الوسيط median والنسبة المئوية .

سوف يتم حساب الاختلاف في تكرار المتغيرات الاسمية بواسطة اختبار كاي مربع -chi-square ، بينما سيتم مقارنة المتغيرات المستمرة بواسطة اختبار Student t أو اختبار Mann-Whitney حسب الحاجة .

٢- نموذج الاستبيان:

اسم المريض:	العمر:	الجنس:
رقم الاضبارة:	التاريخ:	
- تناول الكحول:	نعم	لا
- التدخين:	نعم	لا
- قصة سابقة لنزف دوالي مري :	نعم	لا
- قصة سابقة لنزف هضمي علوي غير دوالي:	نعم	لا
- قصة استخدام NSAIDS:	نعم	لا
- استخدام مضادات الصفحات:	نعم	لا
- استخدام مضادات التخثر:	نعم	لا
- تغطوط زفقي:	نعم	لا
- اقياء طحل القهوة:	نعم	لا
- اقياء مدمى:	نعم	لا
- تسرع النبض أكتر من ١٠٠:	نعم	لا
- هبوط الضغط أقل من ٦٠/٩٠:	نعم	لا

الخضاب غ\دل	الصفحات	INR	البولة ملغ\دل
الكرياتينين ملغ\دل	البيلروبين ملغ\دل	ALT وحدة\تر	AST وحدة\تر

٣- نموذج الموافقة المستنيرة:

نحن بصدد إجراء بحث علمي لتحديد سبب النزف الهضمي العلوي قبل إجراء التنظير الهضمي العلوي وتوجيه العلاج بناء على ذلك ، في مستشفى المواساة والأسد الجامعيين بدمشق ندعوكم للمشاركة في هذا البحث، ولكم مطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك .

لكن قبل أن اتخاذ قراركم نرجو منكم قراءة المعلومات التالية :

- سيتم الإطلاع على معلومات من ملفكم الطبي من قبل الأطباء و الباحثين المشاركين في هذه الدراسة و ذلك بعلم إدارة المستشفى .
- لن يتم نشر أية معلومات متعلقة بكم ذات طابع شخصي .
- في حال الموافقة على الدخول في الدراسة سيتم متابعة حالتكم و استخدام المعلومات الموجودة في الملف الطبي ضمن الدراسة أو سؤالكم عن بعض المعلومات إن لم تكون واردة في الملف .
- إن عدم الموافقة على الدخول في الدراسة لن يؤثر على تدبير المرض خلال إقامتكم في المستشفى ،وسيتم اعتماد الخطة العلاجية المتبعة تقليديا في المشفى

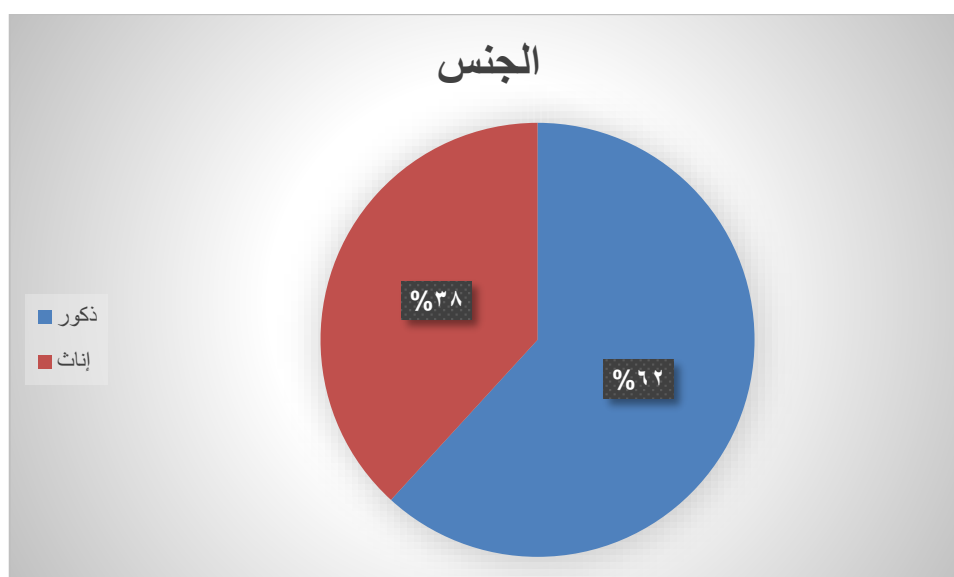
لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه و كانت لدي الفرصة لأطرح الأسئلة و حصلت على إجابات مقنعة لذلك أعلن موافقتي على الدخول في الدراسة .

اسم المشترك و توقيعه : اسم الطبيب و توقيعه :

٤- صفات العينة:

شملت العينة ٦٠ مريضاً و ٣٧ مريضة كما يوضح الجدول والشكل التاليين:

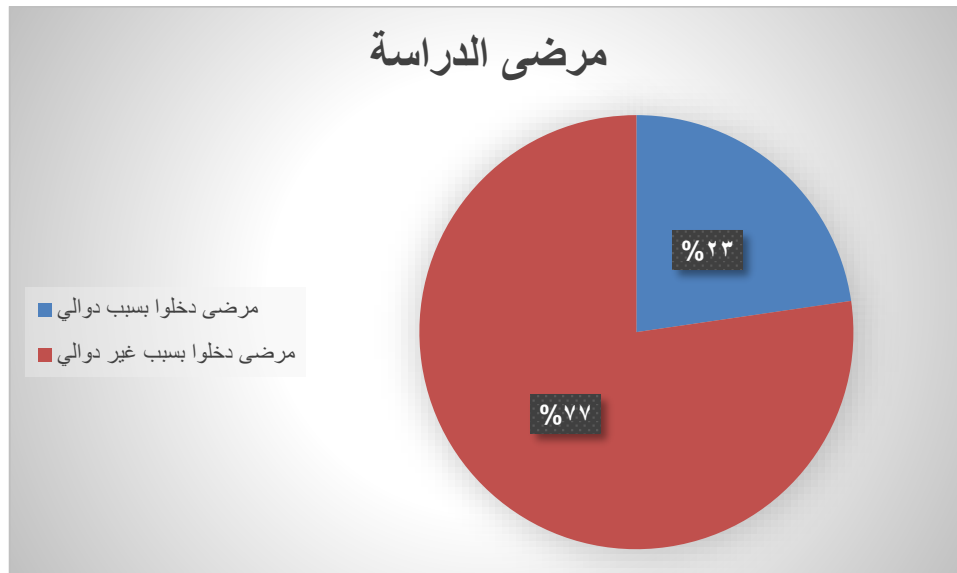
الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	٦٠	٦١,٨%
إناث	٣٧	٣٨,٢%



٥- أسباب النزف الهضمي:

كان عدد المرضى الذين دخلوا بسبب نزف هضمي علوي ناجم عن الدوالي ٢٢ مريضاً (٢٢,٦%)، والمرضى الذين دخلوا بسبب نزف هضمي علوي ناجم عن أسباب أخرى غير الدوالي ٧٥ (٧٧,٣%). كما يفصل الجدول و الشكل التاليين:

مرضى الدراسة	العدد	النسبة المئوية
مرضى دخلوا بسبب دوالي	٢٢	٢٢,٦%
مرضى دخلوا بسبب غير دوالي	٧٥	٧٧,٣%
المجموع	٩٧	١٠٠%



٦-دراسة المشعرات السريرية والمخبرية :

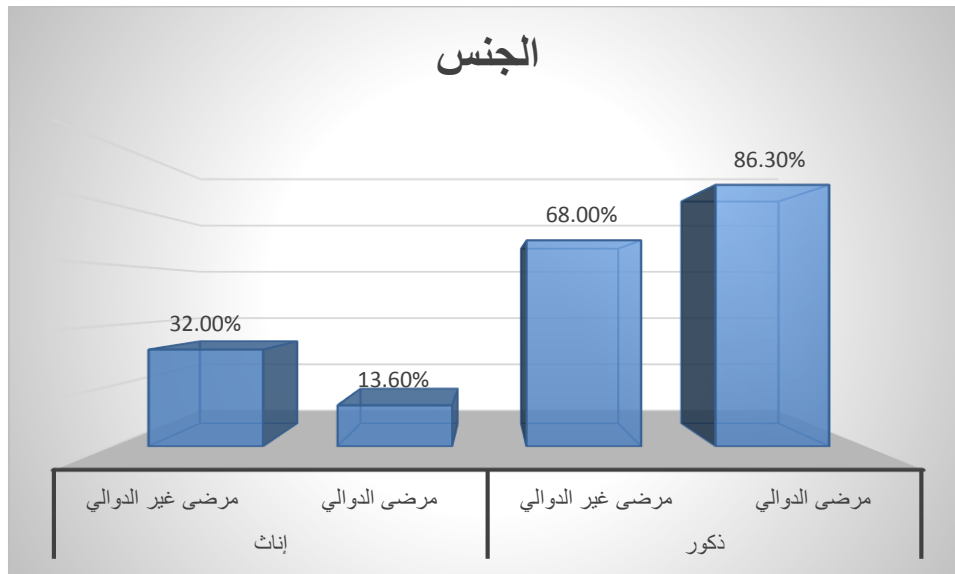
١-٦ الدراسة السريرية:

١-١-٦ الجنس:

مرضى النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي ذكور ١٩ (١٩,٥%)، وإناث ٣ (٣,٢%)
ومرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي ذكور ٥١ (٥٢,٥%) وإناث ٣٤ (٢٤,٧%). وكانت القيمة المعنوية ($p=0.5$) وهي ليست ذات دلالة إحصائية .

والجدول و الشكل التاليين يوضحان ذلك:

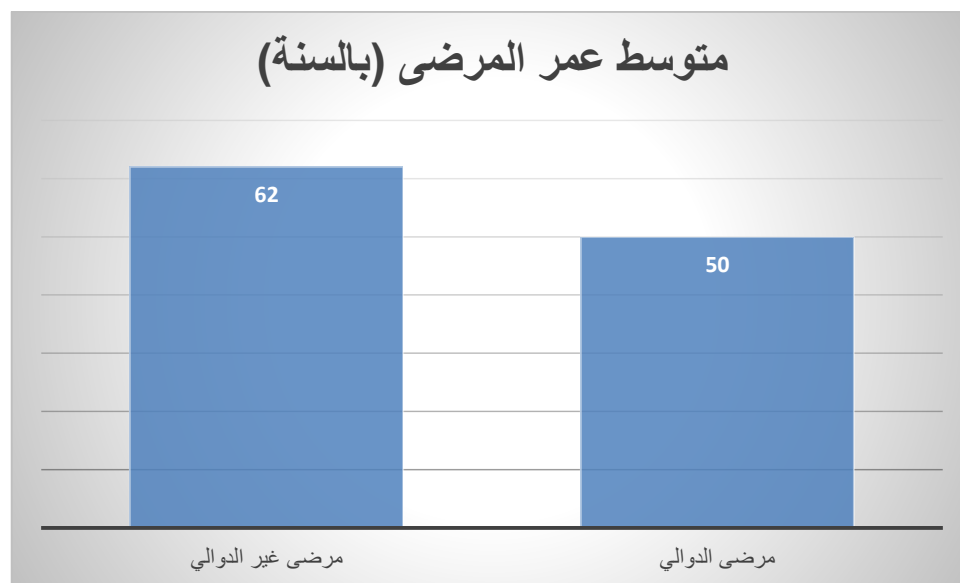
الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	١٩	٨٦,٣%
	٥١	٦٨%
إناث	٣	١٣,٦%
	٢٤	٣٢%



٦-١-٢ العمر:

العمر الوسطي لمرضى النزف الهضمي العلوي الناجم عن الدوالي (٥٠ سنة) ، و لمرضى النزف الهضمي العلوي الناجم عن أسباب أخرى غير الدوالي (٦٢ سنة) .

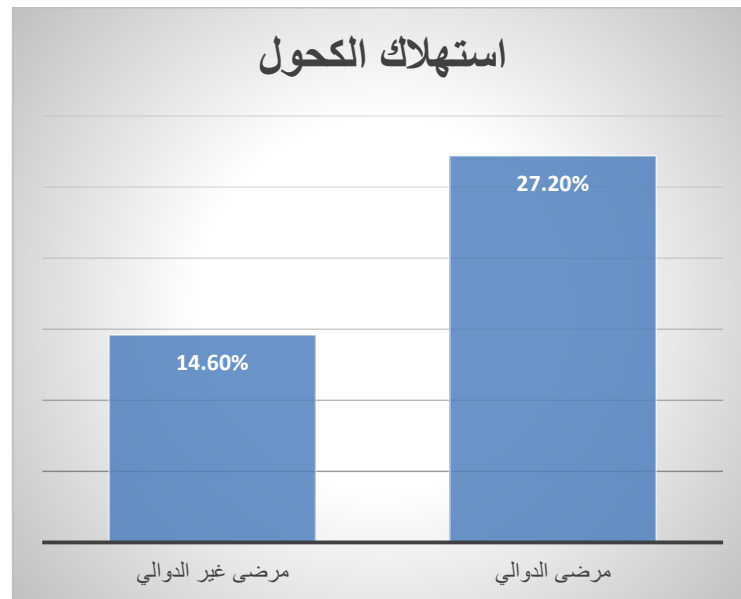
عمر المرضى	المتوسط	الانحراف المعياري
مرضى الدوالي	٥٠ سنة	٩
مرضى غير الدوالي	٦٢ سنة	١٢



٦- ١-٣ الكحولية:

كان عدد المرضى المستهلكين للكحول ١٧ مريض (١٧,٦%) ، ٦ مرضى منهم كان النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي (٢٧,٢%) و ١١ مريض منهم كان النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي (١٤,٦%)، وعدد المرضى الغير مستهلكين للكحول ٨٠ مريض (٨٢,٤%). وكانت القيمة المعنوية ($p=0.01$) وهي ذات أهمية إحصائية .

النسبة المئوية	العدد	استهلاك الكحول
٨٢,٤%	٨٠	غير مستهلك
١٧,٦%	١٧	مستهلك
٢٧,٢%	٦	مرضى الدوالي
١٤,٦%	١١	مرضى غير الدوالي



٤-١-٦ التدخين:

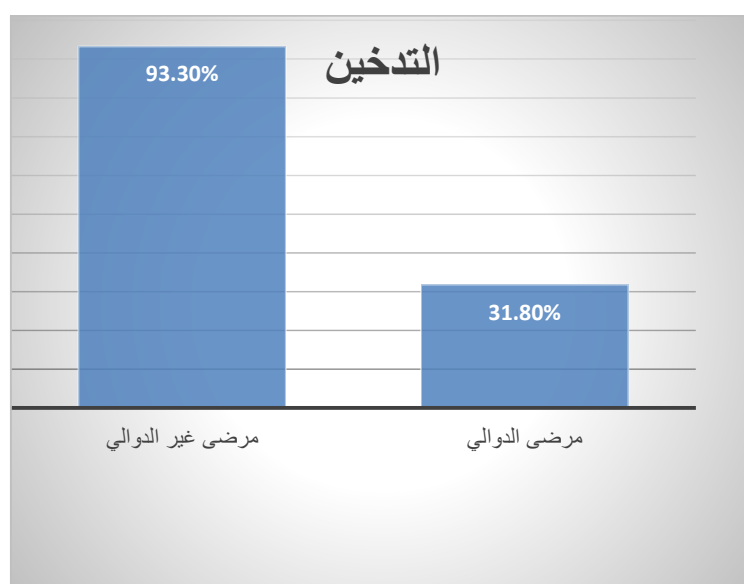
وكان عدد المرضى المدخنين ٧٧ مريض (٧٩,٤%) ، ٧ مرضى منهم كان النزف لديهم بسبب

الدوالي (٣١,٨%) ، و ٧٠ مريض منهم كان النزف لديهم لسبب غير الدوالي (٩٣,٣%) .

عدد المرضى غير المدخنين ٢٠ مريض (٢٠,٦%) .

وكانت القيمة المعنوية ($p=0.6$) وهي ليس لها قيمة إحصائية .

التدخين	العدد	النسبة المئوية
غير مدخن	٢٠	٢٠,٦%
مدخن	٧٧	٧٩,٤%
مدخن	٧	٣١,٨%
	٧٠	٩٣,٣%

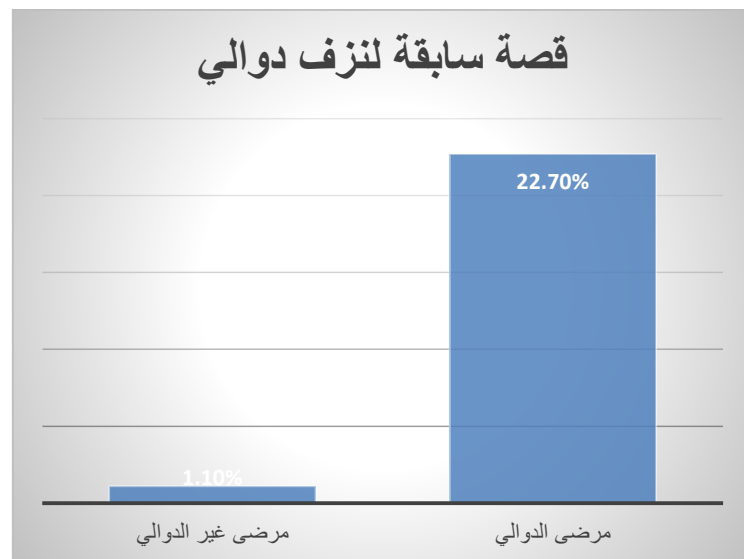


٥-١-٦ قصة سابقة لنزف دوالي:

وجدت قصة سابقة لنزف الدوالي عند ٦ مرضى من مرضى الدراسة (٦,٢%) ، بينما ٩١ مريضاً من مرضى الدراسة لا توجد لديهم قصة سابق لنزف دوالي (٩٣,٨%) . المرضى الذين لديهم قصة سابقة لنزف الدوالي ٥ منهم نزفهم كان بسبب الدوالي (٢٢,٧%) ، ومريض واحد نزفه كان لسبب غير الدوالي (١,١%) .

وكانت القيمة المعنوية ($p=0.001$) وهي ذات قيمة إحصائية .

النسبة المئوية	العدد	قصة سابقة لنزف دوالي	
٩٣,٨%	٩١	لا يوجد	
٦,٢%	٦	يوجد	
٢٢,٧%	٥	مرضى الدوالي	يوجد
١,١%	١	مرضى غير الدوالي	

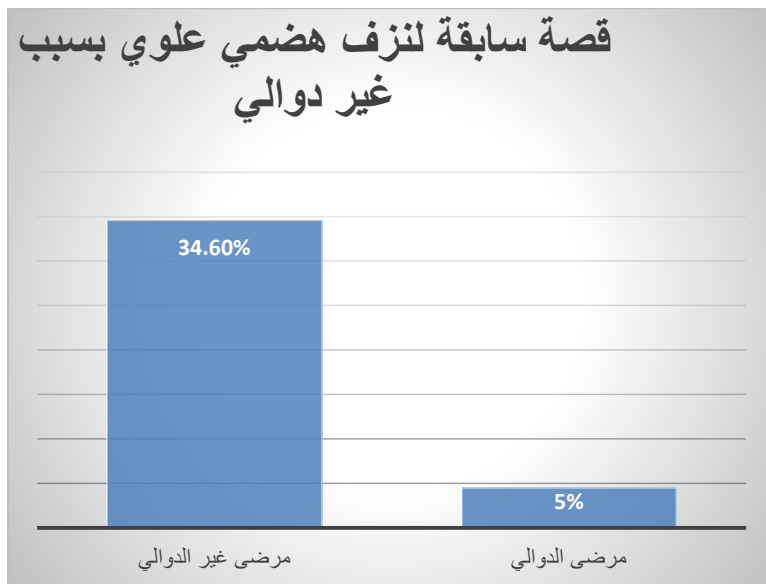


٦-١-٦ قصة سابقة لنزف غير دوالي:

وجدت قصة سابقة لنزف هضمي علوي بسبب غير الدوالي عند ٢٧ مريض من مرضى الدراسة (٢٧,٨%) ، وكانت غير موجودة عند ٧٠ مريض (٧٢,١%) . المرضى الذين وجدت لديهم قصة سابقة لنزف هضمي علوي بسبب غير الدوالي ٢٦ مريض منهم نزف بسبب غير الدوالي (٣٤,٦%) ، ومريض واحد منهم نزف بسبب الدوالي (٤,٥%) .

وكانت القيمة المعنوية ($p=0.02$) وهي ذات قيمة إحصائية .

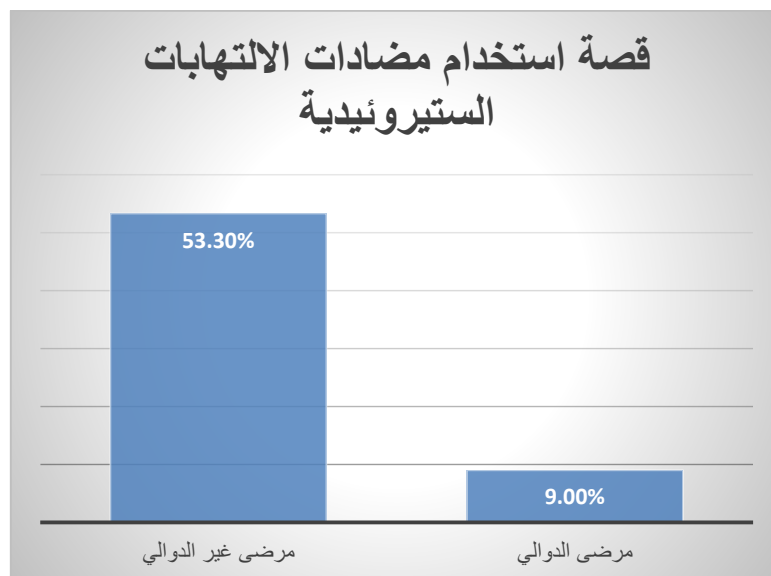
النسبة المئوية	العدد	قصة سابقة لنزف هضمي علوي بسبب غير دوالي	
٧٢,١%	٧٠	لا يوجد	
٢٧,٨%	٢٧	يوجد	
٤,٥%	١	مرضى الدوالي	يوجد
٣٤,٦%	٢٦	مرضى غير الدوالي	



٦-١-٧ قصة استخدام NSAIDS:

كان ٤٢ مريضاً من مرضى الدراسة يستخدمون مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية (٤٣,٣%) ، نزف منهم ٤٠ مريض بسبب غير الدوالي (٥٣,٣%) ، ونزف ٢ مريض بسبب الدوالي (٩%) ، و٥٥ مريضاً لا توجد لديهم قصة سابقة لاستخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية (٥٦,٧%) . وكانت القيمة المعنوية ($p=0.001$) وهي ذات أهمية إحصائية .

النسبة المئوية	العدد	قصة استخدام مضادات الالتهابات غير الستيروئيدية	
٥٦,٧%	٥٥	لا يوجد	
٤٣,٣%	٤٢	يوجد	
٩%	٢	مرضى الدوالي	يوجد
٥٣,٣%	٤٠	مرضى غير الدوالي	

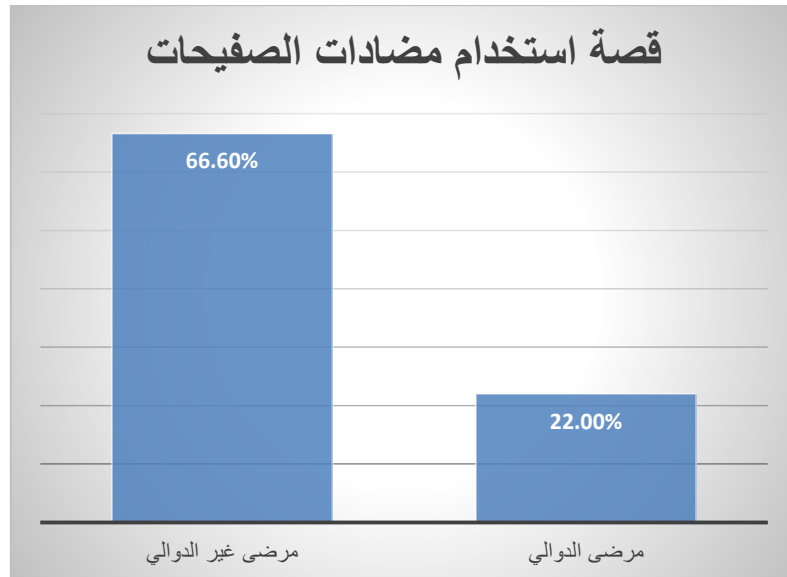


٦-١-٨ استخدام مضادات الصفيحات:

وجدت قصة سابقة لاستخدام مضادات الصفيحات عند ٥٥ مريض (٥٦,٧%) ، ٥ مرضى منهم نزفهم كان بسبب الدوالي (٢٢%) و ٥٠ الباقي بسبب غير الدوالي (٦٦,٦%) . ٤٢ مريضاً من مرضى الدراسة لم تكن لديهم قصة سابقة لاستخدام مضادات الصفيحات (٤٣,٣%) .

كانت القيمة المعنوية ($p=0.02$) وهي ذات أهمية إحصائية .

قصة استخدام مضادات الصفيحات		العدد	النسبة المئوية
لا يوجد		٤٢	٤٣,٣%
يوجد		٥٥	٥٦,٧%
يوجد	مرضى الدوالي	٥	٢٢%
	مرضى غير الدوالي	٥٠	٦٦,٦%

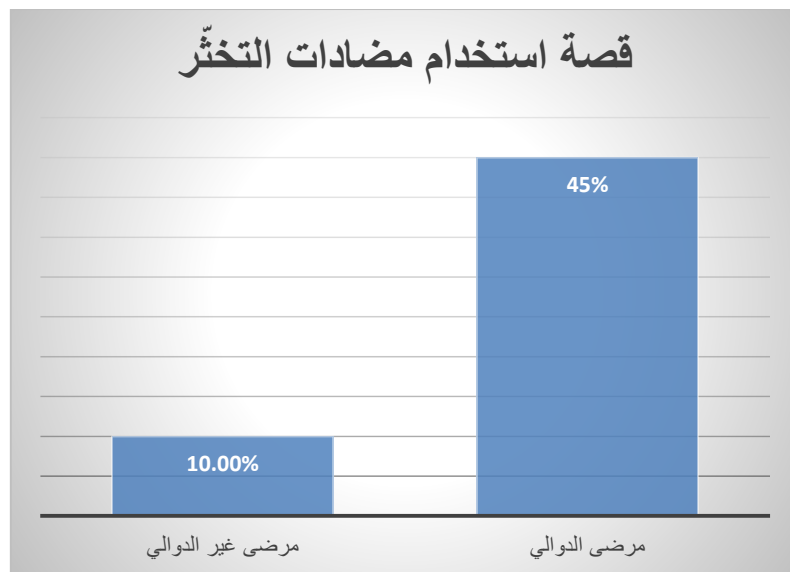


٦-١-٩ استخدام مضادات التخثر:

كان ٩ مرضى من مرضى الدراسة يستخدمون مضادات التخثر (٩,٣%) ، واحد منهم نزف بسبب الدوالي (٤٥%) ، و ٨ الباقيين نزفهم كان بسبب غير الدوالي (١٠%) . ٨٩ مريضاً من مرضى الدراسة لم تكن لديهم قصة لاستخدام مضادات التخثر (٩١,٧%) .

كانت القيمة المعنوية ($p=0.01$) وهي ذات أهمية إحصائية .

قصة استخدام مضادات التخثر		العدد	النسبة المئوية
لا يوجد		٨٨	٩٠,٧%
يوجد		٩	٩,٣%
يوجد	مرضى الدوالي	١	٤٥%
	مرضى غير الدوالي	٨	١٠%

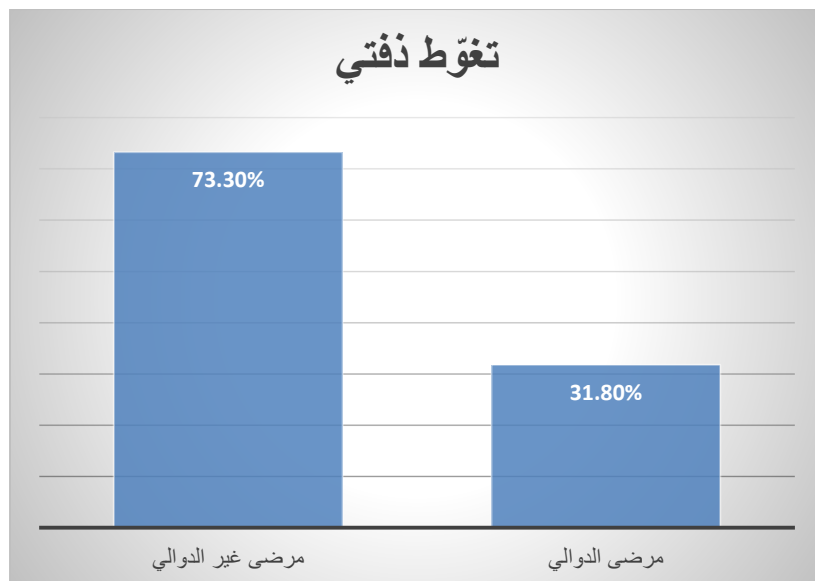


٦-١-١٠ وجود تغطٍ زفتي:

كان لدى ٧٨ مريض من مرضى الدراسة تغطٍ زفتي (٨٠,٥%) ، ٧ مرضى منهم كان لديهم نزف بسبب الدوالي (٣١%) ، و ٧١ مريض كان لديهم نزف بسبب غير الدوالي (٧٣,٣%). ١٩ مريضاً من مرضى الدراسة لم يكن لديهم تغطٍ زفتي (١٩,٥%).

القيمة المعنوية ($p=0.23$) وهي ليست ذات قيمة إحصائية.

تغطٍ زفتي	العدد	النسبة المئوية
لا يوجد	١٩	١٩,٥%
يوجد	٧٨	٨٠,٥%
يوجد	٧	٣١,٨%
يوجد	٧١	٧٣,٣%
مرضى الدوالي		
مرضى غير الدوالي		

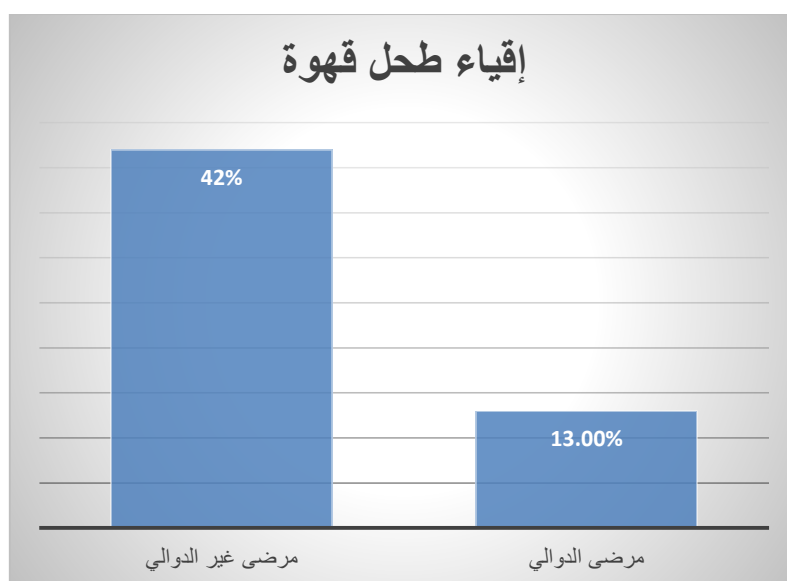


١١-١-٦ وجود قصة لإقياء طحل قهوة:

٣٥ مريض من مرضى الدراسة راجع باقيا طحل قهوة (٣٦,١%) ، ٣ مرضى منهم نزفهم كان بسبب الدوالي (13%) ، و ٣٢ مريض الباقين كان نزفهم بسبب غير الدوالي (42%) . ٦٢ مريضاً من مرضى الدراسة لم يكن لديهم اقياء طحل قهوة (٦٢,٩%) .

القيمة المعنوية ($p=0.82$) وهي ليس لها قيمة إحصائية .

إقياء طحل قهوة		العدد	النسبة المئوية
لا يوجد		٦٢	٦٢,٩%
يوجد		٣٥	٣٦,١%
يوجد	مرضى الدوالي	٣	١٣%
	مرضى غير الدوالي	٣٢	٤٢%

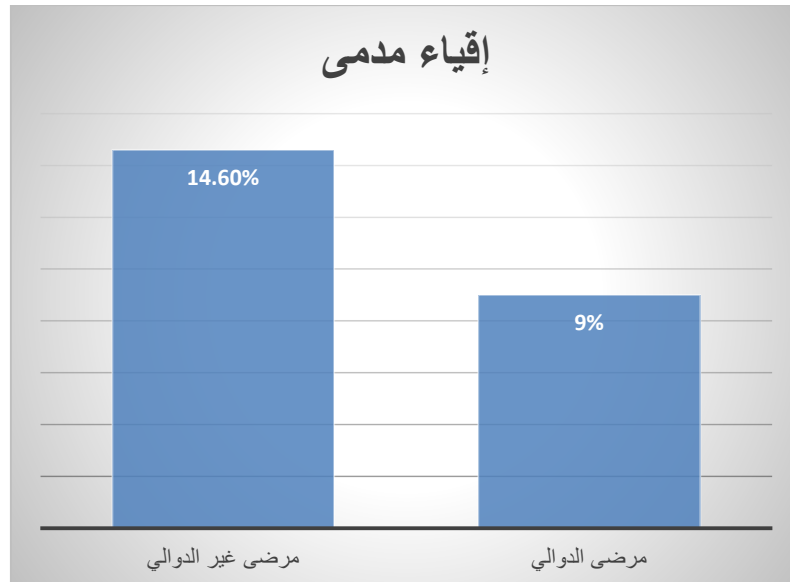


٦-١-١٢ وجود إقياء مدمى:

راجع ١٣ مريض من مرضى الدراسة بإقياء مدمى (١٣,٤%) ، مريضين منهم نزفهم كان بسبب الدوالي (٩%) و ١١ مريض نزفهم كان بسبب غير الدوالي (١٤,٦%) . ٨٤ مريضاً من مرضى الدراسة لم يكن لديهم اقياء مدمى (٨٦,٦%) .

القيمة المعنوية ($p=0.01$) وهي ذات أهمية إحصائية .

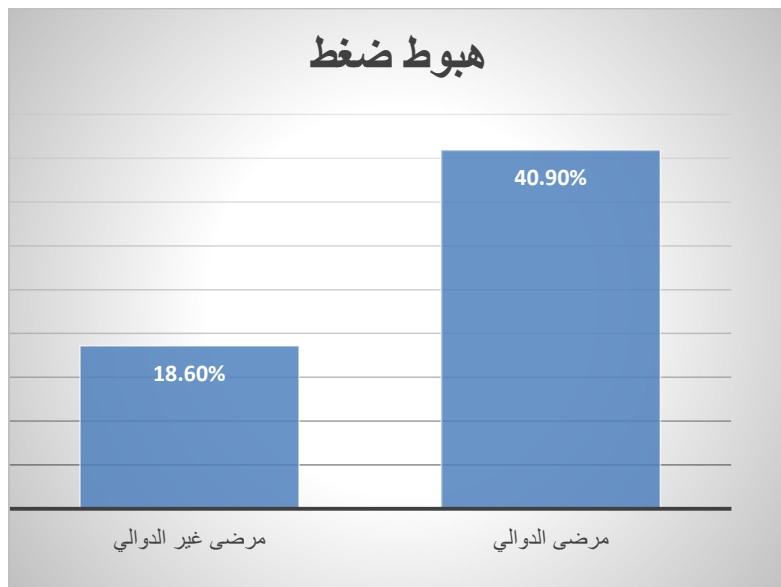
إقياء مدمى	العدد	النسبة المئوية
لا يوجد	٨٤	٨٦,٦%
يوجد	١٣	١٣,٤%
يوجد	٢	٩%
مرضى الدوالي		
يوجد	١١	١٤,٦%
مرضى غير الدوالي		



٦-١-١٣ الضغط الشرياني :

٢٣ مريض كان لديهم هبوط ضغط عند القبول (٢٣,٧%) ، ٩ مرضى منهم كان نزفهم بسبب الدوالي (٤٠,٩%) ، و ١٤ مريض بسبب كان نزفهم بسبب غير الدوالي (١٨,٦%) . ٧٤ مريضاً من مرضى الدراسة لم يكن لديهم هبوط ضغط عند القبول (٧٦,٣%) . وكانت القيمة المعنوية ($p=0.3$) وهي ليست ذات قيمة إحصائية .

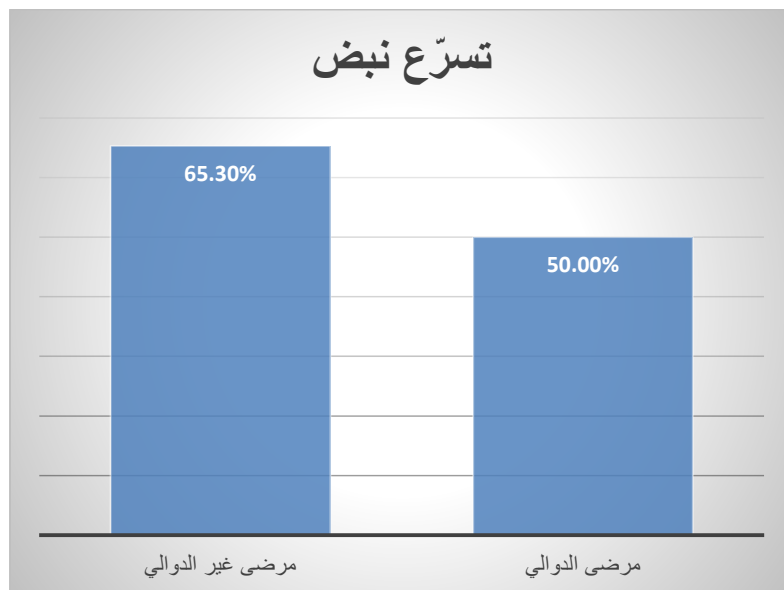
هبوط ضغط	العدد	النسبة المئوية
لا يوجد	٧٤	٧٦,٣%
يوجد	٢٣	٢٣,٧%
يوجد	٩	٤٠,٩%
يوجد	١٤	١٨,٦%
مرضى الدوالي		
مرضى غير الدوالي		



٦-١-١٤ النبض:

٦٠ مريض من مرضى الدراسة كان لديهم تسرع نبض عند القبول (٦١,٨%) ، ١١ مريض منهم كان نزفهم بسبب الدوالي (٥٠%) ، و ٤٩ مريض منهم كان نزفهم بسبب غير الدوالي (٦٥,٣%) . ٣٧ مريض من مرضى الدراسة لم يكن لديهم ترع نبض عند القبول (٣٨,٢%) . وكانت القيمة المعنوية ($p=0.1$) وهي غير مهمة إحصائيا .

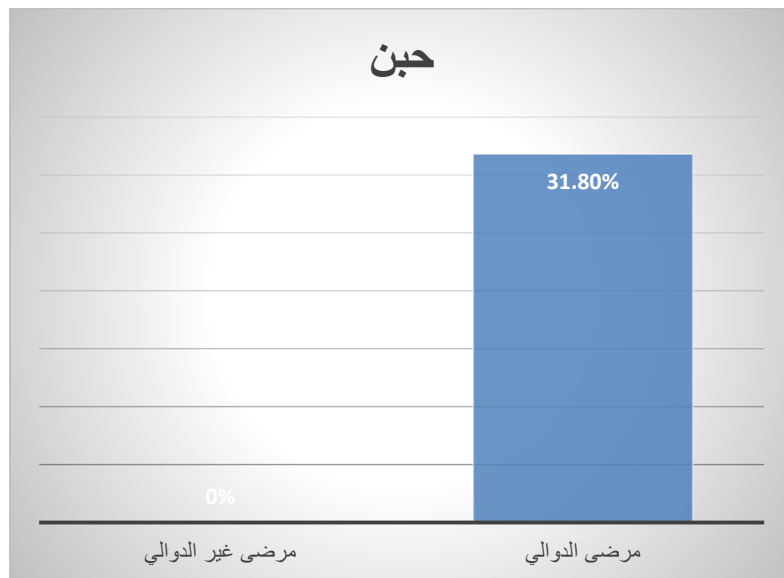
النسبة المئوية	العدد	تسرع نبض
٣٨,٢%	٣٧	لا يوجد
٦١,٨%	٦٠	يوجد
٥٠%	١١	مرضى الدوالي
٦٥,٣%	٤٩	مرضى غير الدوالي



٦-١-١٥ وجود حبن:

٧ مرضى من مرضى الدراسة كان لديهم حبن (٦,٢%) ، كلهم كان نزفهم بسبب الدوالي
(31.8%) . ٩٠ مريضاً من مرضى الدراسة لم يكن لديهم حبن (٩٣,٨%) . وكانت القيمة
المعنوية ($p=0.001$) وهي ذات أهمية إحصائية .

حبن	العدد	النسبة المئوية
لا يوجد	٩٠	٩٣,٨%
يوجد	٧	٦,٢%
يوجد	٧	31.8%
مرضى الدوالي		
مرضى غير الدوالي	٠	٠%



٢-٦ الدراسة المخبرية:

١-٢-٦ الخضاب:

وسطي الخضاب لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي (٩ غ/دل) مع انحراف معياري ($\pm 1,2$) ولمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي (٩,٦ غ/دل) مع انحراف معياري ($\pm 1,4$) . وكانت القيمة المعنوية بالنسبة للخضاب ($p=0.1$) وهي ليست ذات قيمة معنوية .

٢-٢-٦ تعداد الصفائح:

بالنسبة لتعداد الصفائح كان الوسطي بالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي (١٠٥ ألف) مع انحراف معياري ($\pm 7,5$) وبالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي كان وسطى تعداد الصفائح (٢١٥ ألف) مع انحراف معياري (١٤٠) . وكانت القيمة المعنوية بالنسبة لنقص الصفائح ($p=0.004$) وهي ذات قيمة معنوية مهمة كمشعر .

٣-٢-٦ قيمة INR:

بالنسبة لقيمة ال (INR) كان الوسطي بالنسبة لمرضى النزف الضمي بسبب الدوالي (١,٧) مع انحراف معياري ($\pm 0,2$) وبالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي (١,٢) مع انحراف معياري ($\pm 0,1$) وكانت القيمة المعنوية لتطاول ال INR هي ($P=0.001$) وهي ذات قيمة معنوية كمشعر .

٤-٢-٦ الكرياتينين والبولة:

كان وسطى الكرياتينين بالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي (٩,٠ ملغ/دل) مع انحراف معياري ($\pm 0,1$) ووسطى قيمة اليوريا لديهم (٧٠ ملغ/دل) مع انحراف معياري

(± 20) . أما مرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي كان وسطي الكرياتينين لديهم (0.7 ملغ/دل) مع انحراف معياري (± 0.2) ووسطي قيمة اليوريا لديهم (63 ملغ/دل) مع انحراف معياري (± 0.1) . وكانت القيمة المعنوية بالنسبة لليوريا ($p=0.1$) وبالنسبة للكرياتينين ($p=0.3$) وهي غير هامة إحصائياً.

٦-٢-٥ قيمة AST, ALT:

وسطي AST بالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي (50) مع انحراف معياري (± 7) ووسطي الـ ALT لديهم كان (27) مع انحراف معياري (± 7) . أما مرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي فكان وسطي AST لديهم (25) مع انحراف معياري (± 5) ، ووسطي ALT لديهم (20) مع انحراف معياري (± 6) وكانت القيمة المعنوية بالنسبة للـ AST هي ($P=0.06$) وبالنسبة للـ ALT هي ($P=0.2$) ولم تكن لهما قيمة معنوية كمشعر .

٦-٢-٦ البيليروبين:

بالنسبة للبيليروبين كان الوسطي لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي (1.5) مع انحراف معياري (± 0.3) ، وبالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي (0.6) مع انحراف معياري (± 0.1) . وكانت القيمة المعنوية ($P=0.001$) .

والجدول التالي يوجز نتائج الدراسة المخبرية:

مرضى النزف الهضمي العلوي					المشعرات المخبرية
P value	بسبب الدوالي		بسبب غير الدوالي		
	الانحراف المعياري	المتوسّط	الانحراف المعياري	المتوسّط	
٠,١	٢,١±	٩	٢,٤±	٩,٦	الخصاب
٠,١	٧,٥±	٢٧,٥	٧±	٢٨,٥	هيماتوكريت
٠,٠٠٤	٧٥±	١٠٥	١٤٠±	٢١٥	نقص صفيحات
٠,٠٠١	٠,٢±	١,٧	٠,١±	١,٢	INR
٠,١	٢٠±	٧٠	١٥±	٦٣	يوريا
٠,٣	٠,١±	٠,٩	٠,٢±	٠,٧	كرياتينين
٠,٠٦	٧±	٥٠	٥±	٢٥	AST
٠,٢	٧±	٢٧	٦±	٢٠	ALT
٠,٠٠١	٠,٣±	١,٥	٠,١±	٠,٦	البيلوروبين الكلي

٧- مناقشة النتائج:

– تبين من خلال دراستنا وجود دلالة إحصائية هامة للمشعرات السريرية والمخبرية

التالية في التوجه للدوالي كسبب للنزف الهضمي العلوي قبل إجراء التنظير:

■ إستهلاك الكحول: كان له قيمة معنوية هامة في التوجه للدوالي كسبب للنزف

الهضمي العلوي وقد يكون ذلك بسبب التشمع الكبدي الذي قد يصيب المرضى

الكحوليين والذي بدوره يؤهب لحدوث دوالي المري

■ وجود قصة سابقة لنزف هضمي علوي بسبب الدوالي: كان له قيمة معنوية

مهمة في التوجه للدوالي كسبب للنزف الهضمي العلوي

■ الإقياء المدمى

■ وجود حبن: حيث قد يكون مؤشراً لوجود تشمع كبدي والذي بدوره يسبب دوالي

المريق النزف.

■ تعداد الصفيحات المنخفض.

■ تطاول INR.

■ ارتفاع قيمة البيلروبين:

– أما المشعرات السريرية والمخبرية التالية فكان لها قيمة معنوية مهمة في التوجه

للأسباب الأخرى غير الدوالي كسبب للنزف الهضمي العلوي:

■ قصة سابقة لنزف هضمي علوي غير دوالي.

■ قصة إستخدام NSAIDS: حيث تؤهب لحدوث الداء القرصي الهضمي وبالتالي

النزف، وذلك باضعافها للدفاعات الموضعية في المخاطية المعدية.

■ قصة استخدام مضادات الصفائح التي قد تسبب نزفاً هضمياً بحال وجود قرحة هضمية أو قد تسبب تسحجاً بالمخاطية.

■ قصة استخدام مضادات التخثر: التي قد تتسبب بنزف قرحي غالباً.

– بينما لم يكن للمشعرات التالية قيمة معنوية مهمة في التوجه لسبب النزف الهضمي العلوي:

■ التدخين.

■ التغوط الزفقي.

■ إقياء طحل القهوة.

■ هبوط الضغط الشرياني.

■ تسرع النبض.

■ قيمة الخضاب.

■ قيمة البولة والكرياتينين.

■ قيمة AST,ALT.

٨- الخلاصة:

الجدول التالي يلخص النتائج التي توصلنا لها من خلال دراستنا:

المشعرات الموجهة للنزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي	المشعرات الموجهة للنزف الهضمي العلوي بسبب غير الدوالي	المشعرات التي ليس لها قيمة معنوية في التوجه لسبب النزف الهضمي العلوي
استهلاك الكحول قصة سابقة لنزف دوالي وجود اقياء مدمى وجود حبن نقص الصفائح تطاول INR ارتفاع البيلروبين	قصة سابقة لنزف غير دوالي استخدام NSAIDS استخدام مضادات الصفائح استخدام مضادات التخثر	التغوط الزفتي اقياء طحل القهوة التدخين هبوط الضغط – تسرع النبض الخضاب – البولة – الكرياتينين – AST-ALT

٩- التوصيات:

- (١) الاهتمام بالمشعرات التالية كونها أظهرت أهمية في التمييز بين النزف الهضمي العلوي بسبب الدوالي عن الأسباب الأخرى للنزف الهضمي العلوي، وهي: استهلاك الكحول – قصة سابقة لنزف دوالي – اقياء مدمى – قصة سابقة لنزف غير الدوالي – قصة استخدام NSAIDS - قصة استخدام مضادات الصفائح – قصة استخدام مضادات التخثر – وجود حبن – نقص الصفائح – تطاول INR –ارتفاع البيلروبين.
- (٢) محاولة وضع مقياس إنذاري لجمع المشعرات السابقة في مقياس رقمي يسهل تطبيقه في قسم الإسعاف بحيث يمكننا من جمع النتائج السابقة من أجل التوجه لسبب النزف الهضمي العلوي.
- (٣) إجراء دراسات أوسع للتحقق من المشعرات المذكورة سابقا ودراسة عوامل ومشعرات أخرى.

١٠ - المقارنة مع دراسات أخرى:

المشعر	دراسة Supot (٢٠٠٩)	دراسة Daniela (٢٠١٣)	دراستنا
عدد المرضى	٢٦١	٥١٢	٩٧
استهلاك الكحول	٠,٢	<٠,٠٠١	٠,٠١
التدخين	-	٠,٦٩	٠,٦
قصة سابقة لنزف دوالي	٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠٠١
قصة سابقة لنزف غير دوالي	٠,٠١٨	<٠,٠٠١	٠,٠٢
قصة استخدام NSAIDS	٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠٠١
استخدام مضادات الصفائح	٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠٢
استخدام مضادات التخثر	<٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠١
التغوط الزفتي	٠,٢	٠,٨٢	٠,٢٣
اقياء طحل القهوة	٠,٠٠١	٠,٠١	٠,٨٢
اقياء مدمى	<٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠١
الضغط الشرياني	٠,٢	٠,٥٣	٠,٣
تسرع النبض	٠,١	٠,١٣	٠,١
الحنين	٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠٠١
الخضاب	٠,٧٣	٠,٠٠١	٠,١

٠,٠٠٤	<٠,٠٠١	٠,٠٠١	تعداد الصفائح
٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠٠١	INR
٠,١	٠,٠٠٤	٠,٠٠٣	البولة
٠,٣	٠,٠٠٦	٠,١	الكرياتينين
٠,٠٦	<٠,٠٠١	٠,٠٠١	AST
٠,٢	<٠,٠٠١	٠,٠٠٣	ALT
٠,٠٠١	<٠,٠٠١	٠,٠٥٤	البيلروبين

أجرى الباحث Supot وزملاؤه دراسة مشابهة في تايلاند نشر عام ٢٠٠٩ على ٢٦١ مريضاً، وكان هناك توافق في النتائج بما يخص المشعرات التالية: قصة سابقة لنزف دوالي مري، قصة سابقة لنزف هضمي علوي بسبب غير الدوالي، استخدام NSAIDS، استخدام مضادات الصفائح، استخدام مضادات التخثر، وجود إقواء مدمى، وجود الحبن، وجود نقص صفائح، تطاول INR .

بينما ظهر تباين في بعض المشعرات الأخرى حيث أظهرت دراستنا قيمة للعوامل التالية وهي استهلاك الكحول وتطاول البيلروبين في حين لم يكن لها قيمة في دراسته. وبالمقابل هناك مشعرات لم تظهر لها قيمة في دراستنا مثل إقواء طحل القهوة، البولة، AST، ALT. بينما ظهرت لها قيمة في دراسته.

الباحثة Daniela وزملاؤها أجروا بحثاً مشابهاً في رومانيا نشر عام ٢٠١٣ على ٥١٢ مريضاً حيث تمت دراسة عوامل سريرية ومخبرية مشابهة، وبالمقارنة مع دراستنا وجد تقارب

بالنتائج بما يخص المشعرات التالية: استهلاك الكحول، قصة سابقة لنزف دوالي مري، قصة سابقة لنزف هضمي علوي بسبب غير الدوالي، استخدام NSAIDS، استخدام مضادات الصفائح، استخدام مضادات التخثر، وجود اقياء مدمى، وجود الحبن، وجود نقص صفيحات، تطاول INR، ارتفاع البيلروبين . حيث أظهرت جميعها فائدة سريرية في توقع سبب النزف. بينما ظهر تباين في بعض المشعرات الأخرى حيث أظهرت دراسة Daniela قيمة للمشعرات التالية وهي: الخضاب، البولة، الكرياتينين، AST، ALT. بينما لم تظهر لها قيمة في دراستنا. ربما يعود ذلك لصغر حجم العينة لدينا مقارنة بالدراسة الرومانية.

References;

- 1) Yamada et al. Text book of Gastroenterology. Fourth edition. 2003
- 2) Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL: Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: Relationship to sales of nonsteroidal anti inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:2540-9
- 3) Allan R, Dykes P: A study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal haemorrhage. *Q J Med* 1976; 45:533-50
- 4) Fleischer D: Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1983; 84:538-43.
- 5) Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, et al: The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1981; 27:94-102
- 6) Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al: The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): Endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:1238-46.
- 7) Lim CH, Vani D, Shah SG, et al: The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: A prospective cohort study. *Endoscopy* 2006; 38:581-5
- 8) Laine L, Peterson WL: Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331:717-27.
- 9) Laine L, Takeuchi K, Tarnawski A: Gastric mucosal defense and cytoprotection: Bench to bedside. *Gastroenterology* 2008; 135:41-60
- 10) Kovacs TOG, Jensen DM: Risk factors and recurrence of ulcer hemorrhage: Recommendations for primary and secondary prevention. In: Tache Y, ed. Gut-brain peptides in the new millennium: A tribute to John Walsh by his collaborators, Los Angeles: CURE Foundation; 2002:473.
- 11) Suerbaum S, Michetti P: *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med* 2002; 347:1175-86.
- 12) Paulose-Ram R, Hirsch R, Dillon C, Gu Q: Frequent monthly use of selected non-prescription and prescription non-narcotic analgesics among U.S. adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14:257-66.

- 13) Laine L: Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1996; 6:489-504.
- 14) Laine L, Harper S, Simon T, et al: A randomized trial comparing the effect of rofecoxib, a cyclooxygenase 2-specific inhibitor, with that of ibuprofen on the gastroduodenal mucosa of patients with osteoarthritis. Rofecoxib Osteoarthritis Endoscopy Study Group. *Gastroenterology* 1999; 117:776-83.
- 15) Rostom A, Muir K, Dube C, et al: Gastrointestinal safety of cyclooxygenase-2 inhibitors: A Cochrane Collaboration systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:818-28.
- 16) Kim JW, Kim HS, Byun JW, et al: Predictive factors of recurrent bleeding in Mallory-Weiss syndrome. *Korean J Gastroenterol* 2005; 46:447-54.
- 17) Loftus EV, Alexander GL, Ahlquist DA, Balm RK: Endoscopic treatment of major bleeding from advanced gastroduodenal malignant lesions. *Mayo Clin Proc* 1994; 69:736-40.
- 18) Savides TJ, Jensen DM, Cohen J, et al: Severe upper gastrointestinal tumor bleeding: Endoscopic findings, treatment, and outcome. *Endoscopy* 1996; 28:244-8
- 19) Costa ND, Cadiot G, Merle C, et al: Bleeding reflux esophagitis: A prospective 1-year study in a university hospital. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:47-51
- 20) Tsoi KK, Lau JY, Sung JJ: Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion before endoscopy for patients with upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2008; 67:1056-63.
- 21) Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, et al: Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med* 1994; 330:377-81
- 22). Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-113.
- 23). Barkun A, Bardou M, Marshall JK; Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139:843-857.
- 24). Sung JJ, Chan FK, Chen M, et al; Asia-Pacific Working Group. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 2011;60:1170-1177.
- 25). Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, et al; Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. _e role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1132-1138.
- 26). Biecker E. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding: Diagnosis, prevention and management. *World J Gastroenterol* 2013;19:5035-5050.

- 27). Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W; Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology* 2007;46:922-938.
- 28). Sarin SK, Kumar A, Angus PW, et al; Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) Working Party on Portal Hypertension. Diagnosis and management of acute variceal bleeding: Asian Pacific Association for Study of the Liver recommendations. *Hepatology* 2011;5:607-624.
- 29). Levacher S, Letoumelin P, Pateron D, Blaise M, Lapandry C, Pourriat JL. Early administration of terlipressin plus glyceryl trinitrate to control active upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. *Lancet* 1995;346:865-868.
- 30). Opio CK, Garcia-Tsao G. Managing varices: drugs, bands, and shunts. *Gastroenterol Clin North Am* 2011;40:561-579.
- 31). de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatology* 2005;43:167-176.
- 32). Kim SY, Hyun JJ, Jung SW, Lee SW. Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Clin Endosc* 2012;45:220-223.
- 33). Holster IL, Kuipers EJ. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol* 2012;18:1202-1207.
- 34). Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD005415
- 35). _uluvath PJ. Management of upper gastrointestinal hemorrhage related to portal hypertension. In: Yamada T, Alpers DH, Kalloo AN, Kaplowitz N, Owyang C, Powell W. (Editors). *Textbook of gastroenterology*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009:2987-3017.
- 36). Pongprasobchai S, Nimitvilai S, Chasawat J, Manatsathit S. Upper gastrointestinal bleeding etiology score for predicting variceal and non-variceal bleeding. *World J Gastroenterol* 2009;15:1099-1104.
- 37). Alharbi A, Almadi M, Barkun A, Martel M, REASON Investigators. Predictors of a variceal source among patients presenting with upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol* 2012;26:187-192.
- 38). Bjorkman DJ. Endoscopic diagnosis and treatment of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. In: Yamada T, Alpers DH, Kalloo AN, Kaplowitz N, Owyang C, Powell W.

(Editors). Textbook of gastroenterology. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009:3018-3031.

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
القسم النظري	
٤	لمحة تشريحية
٧	تعريف
٧	الوبائيات
٨	أسباب النزف الهضمي العلوي
١٨	النزف الهضمي العلوي أثناء الاستشفاء
١٨	الأعراض
٢٠	التشخيص والمعالجة
القسم العملي	
٢٣	مخطط الدراسة
٢٦	نموذج الاستبيان
٢٧	نموذج الموافقة المستنيرة
٢٨	صفات العينة
٢٩	أسباب النزف الهضمي
٣٠	دراسة المشعرات السريرية والمخبرية
٣٠	الدراسة السريرية
٤٥	الدراسة المخبرية
٤٨	مناقشة النتائج
٥٠	الخلاصة
٥١	التوصيات
٥٢	المقارنة مع دراسات أخرى
٥٥	المراجع
٥٩	الفهرس