

الدكتورة : فرح البوز

النزف الهضمي العلوي غير الدوالي في مشفى  
المواساة – دراسة مستقبلية

بحث علمي اعد لنيل درجة الماجستير في الأمراض الهضمية

أعد في قسم الأمراض الهضمية في مشفى المواساة

بإشراف : أ. د. نظام الدين الحاج

جامعة دمشق

كانت البقيا في المشفى هي الأطول في دراستنا و قد لاحظنا سابقاً أنها ازدادت بشكل مهم لدى حصول الاختلاطات أو الحاجة للجراحة.  
يلاحظ أيضاً أن نسبة المرضى الذين تطلبوا تداخلاً جراحياً كانت متقاربة في الدراسات الثلاث المذكورة في الجدول السابق.  
كانت عدد وحدات الدم المنقولة وسطياً للمريض هي الأعلى في الدراسة الكويتية في حين كانت متقاربة كما يلاحظ في الدراستين السورية والبرازيلية ، مع عدم إغفال صعوبته تأمين الدم لدينا في بعض الأحيان.

عود النزف:

التشخيص/ الفعالية النزفيه	نسبه عود النزف في دراستنا	نسبه عود النزف في الدراسة البرازيلية
القرحة الهضمية	١٠,٦%	١١,٣%
سحجات معدية	٠%	١٣,٣%
أخرى	٢,٧%	٤,٨%
نزف فعال	٥٠%	٢٥%
وعاء مرئي	٠%	٦٦,٦%
دم أحمر	٣٣,٣%	٤*
دم أسود أو خثره	٦,٣%	٨,٧%
قرحة ذات قعر نظيف	٣,١%	٦,٢٥%

\* لا نعم فيما إذا شمل هؤلاء مع فئة النزف الفعال بسبب اختلاف التصنيف بين دراستنا و الدراسة البرازيلية.

كانت نسبة عود النزف الإجمالية تعادل ٩,١% في الدراسة البرازيلية في حين بلغت ٦,٥% فقط في دراستنا.  
نلاحظ أن النسبة الأعلى لعود النزف حصلت في الدراسة البرازيلية لدى المرضى الذين كان لديهم وعاء مرئي غير نازف تنظيرياً . في حين كانت النسبة الأعلى في دراستنا لدى المرضى الذين كان لديهم نزف فعال تنظيرياً.  
حدث عود النزف في دراستنا غالباً عند مرضى القرحة الهضمية، أما في الدراسة البرازيلية فحصل غالباً لدى مرضى لديهم قرحة هضمية أو سحجات معدية.  
لوحظت انخفاض نسبة عود النزف في كلتا الدراستين مع انخفاض فعالية النزف تنظيرياً لدى التنظير الأول.

### الخلاصة:

شملت الدراسة ١٣٩ مريضاً قبلوا الى وحدة التنظير الهضمي العلوي في مشفى المواساه بتشخيص نزف هضمي علوي.  
شكل الذكور ٦٦,٢% من عينه الدراسة والإناث ٣٣,٨% . أي أن نسبة إناث / ذكور تعادل تقريباً ٢/١  
كان المرضى من ٧ محافظات سورية و كانت النسبة الأكبر هي من محافظه دمشق تلاها درعا و حمص و قد عزونا ذلك إلى القرب الجغرافي.  
تم توزيع المرضى إلى ثلاث فئات عمرية و كانت الفئة العمرية الأشيع هي فئة الأعمار المتوسطة (٣٦ – ٥٤ سنة) حيث شكلت هذه الفئة ٤٨,٩% من عينة الدراسة. بلغ وسطي عمر المرضى ٤٦,٩ سنة.  
تم العثور على سبب أكيد للنزف عند ٤٥ مريض ( ٣٢,٤% من عينه الدراسة). و كان هذا السبب هو القرحة العفجية عند ٢٤ مريض ( ٥٣,٣% من هؤلاء المرضى) ، ثم القرحة المعدية عند ٩ مرضى ( ٢٠%) ، ثم التهاب المري عند ٤ مرضى (٩%)، في حين كانت بقية الأسباب أقل شيوعاً.  
تم العثور على مصدر محتمل للنزف لدى ٥٢ مريض ( ٣٧,٤% من عينة الدراسة ، وهنا أيضاً كان السبب الأكثر شيوعاً هو القرحة العفجية وقد وجدت عند ١٩ مريض ( ٣٦,٥% من هؤلاء المرضى)، تلاها التهاب المعدة لدى ١١ مريض ( ٢١,٢%) ثم السحجات العفجية لدى ٧ مرضى ( ١٣,٥%) ثم القرحة المعدية لدى ٦ مرضى ( ١١,٥%). في حين كانت باقي الأسباب أقل شيوعاً.

كان السبب الأشيع للنزف في عينة الدراسة (أكيد ، محتمل ، مشترك أو حتى مستبعد) حيث وجدت لدى ٤٨ مريضاً بالمجمل (٣٤,٥% من عينة الدراسة)، تلاها التهاب المعدة حيث وجد عند ٢٢ مريضاً بالمجمل (١٥,٨% من عينة الدراسة) ، مع العلم أن التهاب المعدة لم يكن مسؤولاً أكيداً عن أي حالة نزف. و جاء في المرتبة الثالثة من حيث الشبوع القرحة الهضمية حيث وجدت لدى ١٨ مريضاً بالمجمل (١٢,٩% من عينة الدراسة).

من الجدير بالذكر أن التهاب المري وجد عند ١٦ مريضاً بالمجمل (سواء كسبب أكيد أو محتمل أو مشترك أو مستبعد للنزف) أي ما يعادل ١١,٥% من عينة الدراسة .

كان المنظر التنظيري يوحى بالخباثة لدى ٣ مرضى بالمجمل (٢,١% من عينة الدراسة).

كان التنظير طبيعياً عند ٢٢ مريض (١٥,٨% من عينة الدراسة).

بالنسبة للتظاهرات السريرية كانت أشيع الأعراض في عينتنا هي الإقياء الدموي وإقياء طحل القهوة و التغوط الزفني ، حيث وجد أحد هذه الأعراض على الأقل عند ٩٤,٢% من عينة الدراسة.

وجد أن أكثر السوابق المرضية شيوفاً في عينة الدراسة هي الداء السكري و ارتفاع التوتر الشرياني، ولا ندرى فيما كان هذا يعكس علاقة مباشرة لهذه الأمراض بالتأهب للنزف الهضمي العلوي أم أنه يعكس شيوفاً هذه الأمراض في المجتمع السوري ( دراستنا لم تكن مقارنة كما أنه لا يوجد دراسات حديثة احصائية واسعة عن شيوفاً هذه الأمراض في مجتمعنا ).

أقر ٢٣,٧% من عينة الدراسة أنهم مدخنون و كما هو الحال في العوامل السابقة لا ندرى إن كان هذا يعكس علاقة مباشرة بالتأهب للنزف أم لا.

وجد أن ٢٤,٥% من المرضى على الأقل كانوا يستخدمون مضادات الإلتهاب الغير ستيروئيدية بما فيها الأسبرين بشكل منتظم أو عند اللزوم لدى حدوث النزف. نتوقع نظرياً أن هذا يعكس علاقة حقيقية بالتأهب للنزف ( يستبعد أن يعكس شيوفاً استخدام هذه الأدوية في المجتمع لأن النسبة جد مرتفعة. على العموم يحتاج التقييم الدقيق الكمي لهذه العلاقة إلى دراسة مقارنة مستوفية.

من بين مرضى العينة كان ١١ مريض (٧,٩%) قد خضعوا لمفاغره معديه سابقة ، ولدى هؤلاء كان السبب الأشيع للنزف هو القرحة الهضمية و التي وجدت لدى ٥٤,٥% منهم.

حسب تصنيف فورست الذي تم تطبيقه على كل القرحات الهضمية ، كانت القرحات ذات القعر النظيف هي الأكثر شيوفاً حيث شكلت ٤٨,٥% من كل القرحات، في حين كانت الدرجات الأخطر أقل شيوفاً.

خضع ٦,٥% فقط من المرضى إلى تنظير هضمي علاجي (٩ مرضى منهم مريض واحد تم وضع Clip معدني لديه على وعاء نازف و في ين أجري حقن الأفة النازفة بالأدرينالين في ما تبقى من الحالات)، في جميع الحالات السابقة كان النزف فعالاً أثناء التنظير. نجح التنظير العلاجي في إيقاف النزف خلال التنظير لدى ٨ من أصل ٩ مرضى.

كان العلاج الأكثر استخداماً في عينتنا هو مثبطات مضخة البروتون حيث تم وصفها ل ٨٤,٩% من العينة سواء لوحدها فموياً أو وريدياً أو كجزء من علاج قرحي ثلاثي ( نعتقد أن النسبة الفعلية من المرضى التي استخدمت الدواء هي أقل من ذلك).

خضع ٨ مرضى (٥,٨% من عينة الدراسة) إلى تداخل جراحي خلال نفس القبول . كان السبب الأشيع للجراحة هو القرحة الهضمية ( ٦ مرضى) في حين كان وجود منظر مشتبه تنظيرياً المسؤول عن باقي الحالات ( مريضين).

توفي ٧ مرضى ( ٥% من عينة الدراسة) خلال نفس القبول ، لم يعرف السبب المباشر للوفاة عند معظم هؤلاء المرضى لكن من الجدير بالذكر أن جميع هؤلاء المرضى كان لديهم أمراض مزمنة مرافقة.

#### العوامل المنبئة بخطورة النزف في دراستنا:

##### العمر:

لوحظ ازدياد خطورة النزف مع تقدم العمر ، و قد استدلنا على ذلك من ملاحظة ازدياد الحاجة للجراحة و نسبة الوفيات لدى المرضى الأكبر سناً.

على سبيل المثال كان وسطي عمر المرضى الذين احتاجوا لتداخل جراحي ٤٥,٦ سنة و هو أكبر ب ٧,٧ سنة من وسطي العمر لعينة الدراسة. كما بلغ وسطي عمر المرضى الذين توفوا ٥٦,٥ سنة و هو أكبر ب ٩,٦ سنة من وسطي العمر للمجموعة.

الجنس:

لوحظ أن النزف الهضمي العلوي بشكل عام أشيع لدى الذكور (إناث/ ذكور = ٢/١). كما لوحظ أيضاً أن النزف كان أكثر خطورة لدى الذكور. على سبيل المثال كانت نسبة الحاجة للجراحة أكبر لدى الذكور منها لدى الإناث (٦,٥% مقابل ٤,٣% ) في حين أن الفرق في نسبة الوفيات كانت أكثر وضوحاً حيث كانت ٦,٥% لدى الذكور مقابل ٢,١% لدى الإناث. كما احتاج الذكور أيضاً إلى نقل دم أكثر من الإناث.

القرحة الهضمية:

و جدت القرحة الهضمية لدى ٦٦ مريضاً من عينة الدراسة ، و قد كانت القرحة عاملاً منبئاً بخطورة النزف.

حيث حدثت عود النزف أكثر لدى مرضى القرحة الهضمية منه لدى مرضى الأسباب الأخرى للنزف الهضمي العلوي (١٠,٦% مقابل ٢,٧% ) . و كانت نسبة الحاجة للجراحة لدى هؤلاء المرضى أعلى منها لدى الأسباب الأخرى ( ٩,١% مقابل ٢,٧% ) و نفس الشيء انطبق على نسبة الوفيات ( ٧,٦% مقابل ٢,٧% ).

شدة القرحة الهضمية حسب تصنيف فورست:

ذكرنا سابقاً أن نسبة الحاجة للجراحة و عود النزف و الوفيات و كذلك نقل الدم ازدادت مع ازدياد شدة القرحة حسب فورست.

على سبيل المثال حدثت عود النزف لدى ٥٠% من مرضى القرحة Ia (مريضين فقط) ، و ٣٣,٣% من مرضى القرحة Ib ، مقابل ٣,١% من مرضى القرحة III . كانت نسبة الوفيات في مرضى القرحة Ib تعادل ١٦,٧% ، مقابل ٦,٣% من مرضى القرحة III . احتاج ٥٠% من مرضى القرحة Ia ، و ١٦,٧% من مرضى القرحة Ib للجراحة مقابل ٦,٣% من مرضى القرحة III .

بلغ وسطي عدد وحدات الدم المنقولة لدى مرضى القرحة Ia ما يساوي ٩,٥ وحدة دم/ المريض في نفس القبول ، و ٤,٢ وحدة/ المريض لدى مرضى القرحة Ib ، في حين بلغت ١,١ وحدة دم/المريض لدى مرضى القرحة III.

النزف داخل المشفى:

لوحظ أن المرضى الذين طوروا النزف الضمي العلوي داخل المشفى أثناء استشفائهم لسبب آخر كان النزف لديهم أشد خطورة.

كانت نسبة الوفيات لدى مرضى النزف داخل المشفى أعلى منها لدى المرضى الذين قبلوا بنزف هضمي علوي (١٤,٣% مقابل ٢,٧%) ، كما أن هؤلاء المرضى تطلبوا نقل دم أكثر من نظرائهم الذين قبلوا بنزف هضمي علوي ( ٤,٢ وحدة دم ووسطياً مقابل ١,٦ وحدة).

فعالية النزف لدى التنظير الأولي:

لوحظ ازدياد خطورة النزف الهضمي العلوي مع ازدياد فعالية النزف لدى التنظير الهضمي العلوي. على سبيل المثال حدثت عود النزف لدى ٥٠% من مرضى النزف الفعال ، ولدى ٣٣,٣% من المرضى الذين وجد لديهم دم أحمر تنظيرياً، مقابل ١,١% من المرضى الذين لم توجد لديهم علامات نزفيه بغض النظر سواء وجد لديهم سبب محتمل للنزف أو كان تنظيرهم طبيعياً تماماً. توفي ٢٥% من مرضى النزف الفعال ، و ١٦,٧% من المرضى الذين وجد لديهم دم أحمر، مقابل ١,١% من المرضى الذين لم توجد لديهم علامات نزفية.

الصدمة:

كان النزف الهضمي العلوي أشد خطورة لدى المرضى الذين قبلوا بحالة صدمة منه لدى المرضى الذين كانوا مستقرين هيموديناميكياً لدى القبول.

على سبيل المثال كان النزف فعالاً أثناء التنظير الهضمي العلوي الأولي لدى ٢٦,٣% من مرضى الصدمة مقابل ١,٦% فقط لدى المرضى المستقرين هيموديناميكياً.

**خضاب الدم:**

لوحظ أن النزف الهضمي العلوي كان أكثر خطورة لدى المرضى الذين كان خضاب الدم لديهم لدى القبول > ٨مغ/دل.

فقد لوحظ أنه لدى المرضى الذين كان خضاب الدم لديهم لدى القبول > ٨مغ/دل وجد نزف فعال تنظيرياً لدى التنظير الأولي عند ١٣,٨% منهم مقابل ٣,٣% فقط لدى المرضى الذين كان خضابهم لدى القبول < ١٠مغ/دل.

**النصائح و التوصيات:**

١. إجراء دراسة واسعة لتحديد نسبة شيوع النزف الهضمي العلوي في المجتمع السوري و هذا يتطلب تعاون مختلف الهيئات المسؤولة عن تدبير النزف الهضمي العلوي و ليس فقط مشفى المواساة الجامعي.
٢. إجراء دراسات مقارنة لتحديد العلاقة الدقيقة لكل من عوامل الخطورة المتوقعة بالنزف الهضمي العلوي بما فيها السوابق المرضية و مضادات الإلتهاب الغير ستيروئيدية.
٣. تأمين التنظير الهضمي العلوي على مدار الساعة (سواء التشخيصي أو العلاجي) ، و وجود طبيب منظر مناب خارج ساعات الدوام الرسمي و في أيام العطل.
٤. وضع بروتوكول خاص بالشعبة الهضمية لتدبير مرضى النزف الهضمي العلوي منذ القبول ثم التنظير و العلاج و المراقبة و حتى التخريج من المشفى. و محاولة توحيد البروتوكولات الخاصة بتدبير النزف الهضمي العلوي عبر القطر.
٥. إعتد مقاييس محددة لتقدير خطورة النزف الهضمي العلوي (مثل معايير روكال Rocal المستخدمة بشكل واسع عالمياً) مع مراعاة عوامل الخطورة السابقة الذكر الملاحظة في دراستنا.
٦. وضع استمارة خاصة بتقييم خطورة النزف الهضمي العلوي و القيام بملئها كجزء من التقييم الأولي لمرضى النزف الهضمي العلوي، يجب ملء هذه الاستمارة من قبل الطبيب الأول الذي يقوم بفحص المريض سواء في الإسعاف أو في العيادات و ارفاق هذه الإستمارة مع اضبارة المريض.
٧. بعد فصل المرضى إلى عالي الخطورة و منخفضي الخطورة، يتم قبول المرضى منخفضي الخطورة في الشعبة الهضمية العامة في حين يتم قبول أولئك علي الخطورة إلى الإسعاف الخامس أو العناية المشددة.
٨. تخصيص جناح خاص أو على الأقل غرفة خاصة في الإسعاف الخامس لمرضى النزف الهضمي العلوي عالي الخطورة و ذلك تحت إشراف دقيق من قبل طاقم ترميزي مدرب بشكل جيد على التعامل مع هؤلاء المرضى و قادر على الملاحظة المبكرة للعوامل الإنذارية لديهم (اختلال العلامات الحيوية، الصدمة...).
٩. إبلاغ أطباء الجراحة باكراً عن حالات النزف الهضمي العلوي عالية الخطورة و اشراكهم في وضع الخطة العلاجية الخاصة بكل مريض على حدا.
١٠. وضع قنطرة وريدية للمرضى منخفضي الخطورة قبل القبول إلى المشفى (يجب أن يتم ذلك في الإسعاف المركزي أو العيادة).
١١. وضع قنطرتين وريديتين كبيرتين لدى المرضى عالي الخطورة مباشرة أثناء التقييم المبدئي و البدء دون أي تأخير بتعويض السوائل الملحية النظامية و التي يمكن أن يتم استبدالها لاحقاً بمحاليل غروانية أو نقل دم في حال استنطب الوضع السريري للمريض ذلك أو دلت التحاليل الدموية على استنطابها.
١٢. في حال الفشل بتحقيق الاستقرار الهيموديناميكي لدى المريض في الإسعاف يتم إبلاغ الجراح بذلك و نقل المريض مباشرة إلى غرفة العمليات الاسعافية لمحاولة ارقاء النزيف هناك تنظيرياً بشكل أولي ثم جراحياً، أو حتى جراحياً مباشرة حسب وضع المريض و الطاقم الطبي المتوفر و خبرته.
١٣. البدء مبكراً بإعطاء منبطات مضخة البروتون وريدياً لدى مرضى النزف الهضمي العلوي عالي الخطورة ( لا داع لإنتظار التنظير الهضمي العلوي للبدء بها).