

بررسی علل خونریزی دستگاه گوارش فوقانی در کودکان

دکتر ماندانا رفیعی: دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: mrafey@yahoo.com

دکتر جعفر خلفی: رزیدنت کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۳/۲/۱۴، پذیرش: ۸۴/۱/۳۱

چکیده

زمینه و اهداف: خونریزیهای گوارشی فوقانی در کودکان برای والدین و تیم پزشکی امری چالش برانگیز است. عوامل ایجاد کننده آن از علل خوش خیم و درمان پذیر تا بیماریهای شدید و تهدید کننده حیات می تواند متغیر باشد. این پژوهش با هدف بررسی علل خونریزیهای گوارشی فوقانی کودکان، آنالیز یافته های دموگرافیک، آندوسکوپی و پاتولوژیک انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه طی دو سال (از مهر ۱۳۸۰ لغایت مهر ۱۳۸۲) کودکان زیر ۱۶ سال که با شکایت خونریزی گوارشی فوقانی به مرکز آموزشی درمانی کودکان مراجعه نموده (۹۰ نفر) بستری که پس از تثبیت علائم حیاتی و تکمیل پرسش نامه، تحت آندوسکوپی و اخذ نمونه بیوپسی قرار گرفتند، بررسی گردیده است. در این مطالعه آندوسکوپی به عنوان روش ارجح تشخیص علل خونریزی های فوقانی دستگاه گوارش بکار رفته و مطالعات پاتولوژی نیز به عنوان مکمل بکار گرفته شده است.

یافته ها: در این بررسی از میان ۹۰ بیمار مورد بررسی ۴۵/۶٪ مونث و ۵۴/۴٪ مذکر بودند میانگین سنی بیماران ۷/۷ سال بود. شایعترین گروه سنی خونریزی گوارشی فوقانی^۱ گروه سنی ۶ تا ۱۰ سال با ۴۰٪ موارد و استفراغ خون روشن شایعترین تظاهر اولیه (در ۷۳٪ موارد) بود.

۲۵/۶٪ بیماران قبل از بروز خونریزی، بیماری حاد تبار داشتند که ۳۰٪ آنها از اسپرین بعنوان تب بر استفاده نموده بودند. از میان کل بیماران ۱۷/۸٪ سابقه مصرف اسپرین داشتند، که در ۵۰٪ موارد با گاستریت اروزو همراه بود. ۱۸/۹٪ بیماران بیماری زمینه ای کبدی داشتند. متوسط روز های بستری ۷/۴ روز و بالاترین متوسط اقامت بیمارستانی مربوط به خونریزی از واریس مری با ۱۵/۴ روز بود. خونریزی از واریس مری در نتیجه هیپرتانسیون پورت بالاترین درصد آنمی، همراهی با ترومبوسیتوپنی، اختلال PT و PTT و نیز شایعترین علت تزریق پکدسل، پلاکت و FFP را بخود اختصاص داد. در نهایت شایعترین علل خونریزیهای فوقانی دستگاه گوارش برترتیب: گاستریت اروزو (۳۳٪)، گاستریت (۲۱٪)، واریس مری (۱۹٪)، اولسریپتیک (۱۳٪)، ازوفازیت و ازوفازیت اروزو (۵٪) بدست آمد.

نتیجه گیری: آندوسکوپی (ازوفاگواستروئودونوسکوپی) بهترین و حساسترین روش تشخیص در خونریزیهای فوقانی گوارشی می باشد. خونریزی از واریس مری بیشترین عوارض و مدت بستری را بخود اختصاص داده و خونریزی بدنبال مصرف اسپرین قابل پیشگیری ترین علت خونریزی گوارشی فوقانی بود.

کلید واژه ها: خونریزی گوارشی فوقانی، کودک، آندوسکوپی، اتیولوژی

مقدمه

خونریزیهای گوارشی فوقانی در کودکان اتفاقی نه چندان شایع ولی بالقوه جدی است. از منظر والدین وجود خون در استفراغ کودک نشانه یک بیماری جدی است.

اساساً خونریزی گوارشی فوقانی، به خونریزی در پروگزیمال لیگامان ترتیز اطلاق میشود که می تواند به شکل هماتمز (استفراغ خون روشن یا تیره = کافی گراند)، ملنا (دفع مدفوع سیاه تیره) یا هماتوئیزی (دفع خون روشن یا تیره از رکتوم) باشد. افتراق خونریزی گوارشی فوقانی و تحتانی در جهت گیری درمانی و تشخیص بیمار اهمیت دارد (۴-۱).

در حال حاضر مهمترین و حساسترین روش تشخیصی در خونریزی گوارشی فوقانی استفاده از آندوسکوپ فیبراپتیک جهت ازوفاگواستروئودونوسکوپی است. هر چند آندوسکوپی روشی تهاجمی بوده و نیاز به استفاده از آرامبخش در بیمار وجود دارد ولی علاوه بر حساسیت بالا در تشخیص علل خونریزی گوارشی فوقانی مزایای دیگری نیز دارد. از جمله: امکان مداخله درمانی نظیر تزریق مواد اسکروزان در واریسهای مری، تزریق دارو در خونریزیهای فعال، استفاده از کوتر، لیزر، اخذ نمونه های پاتولوژی، در آوردن جسم خارجی (۴، ۵).

و نیز Hetzel ارزیابی شد. و برای راحتی و تسریع در تشخیص از ۱ تا ۴ درجه بندی شد: ۱- نرمال ۲- خفیف ۳- متوسط ۴- شدید (۱).

ارزیابی گاستریت در آندوسکوپی بر اساس سیستم تقسیم‌بندی سیدنی توصیف و ثبت میشد. این سیستم جهت تسهیل و استاندارد کردن توصیف آندوسکوپی و پاتولوژیک ضایعات دستگاه گوارش فوقانی پیشنهاد شده است. توصیف ضایعه در این سیستم با تعابیر تعریف شده (ادم- اریتم- شکنندگی- آگزودا- اروزبون- افزایش چینهای مخاطی- نمایان بودن طرح عروقی مخاط، ندولاریته) بیان می‌گردید (۱، ۲).

توصیف پاتولوژیک نمونه‌های بیوپسی معده نیز بر اساس سیستم سیدنی بود که بر اساس آن گاستریت به سه دسته حاد، مزمن و اشکال ویژه تقسیم می‌شد. (۱، ۲). بدین ترتیب توصیف آندوسکوپی و پاتولوژیک ضایعات تا حد امکان استاندارد و همگن شده و قابلیت مقایسه یافته‌ها با نتایج بررسی‌های مشابه مقدور می‌گردد.

در حین بستری نیاز به فراورده‌های دارویی خاص جهت کنترل خونریزی (DDAVP، ترانس آمین، وسوماتواستاتین) و نیز نیاز به تزریق فراورده‌های خونی (پکدسل- پلاسما- پلاکت) نیز ثبت گردید. هنگام ترخیص روزهای بستری بیمار نیز ثبت و نهایتاً بر اساس نتایج آندوسکوپی و پاتولوژی، دسته‌بندی نهایی علت خونریزی گوارشی تعیین گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های گرد آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بطوریکه جهت توصیف آمارهای کیفی از درصد و داده‌های کمی از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. برای بررسی روابط متغیرها از آزمون خی دو (chi-square) استفاده گردید.

یافته‌ها

در طول مدت ۲ سال مطالعه کلاً ۱۵۵۷۶ مورد بستری در بخشهای مختلف داخلی بیمارستان کودکان وجود داشت که ۹۰ مورد خونریزی فوقانی گوارشی علت بستری کودکان را تشکیل می‌داد. (حدود ۰/۶ درصد) از ۹۰ بیمار مورد بررسی ۴۵/۶٪ مونث و ۵۴/۴٪ مذکر بودند. میانگین سنی افراد ۷/۷ سال بود. ۱۰ بیمار زیر یکسال، ۶۲ بیمار بین ۱ تا ۱۰ سال و ۱۶ مورد بالای ده سال سن داشتند. در مطالعه ما بیشترین میزان بروز خونریزی فوقانی گوارشی بین ۸ تا ۱۰ سال (با ۲۱٪ موارد) و طیف سنی بیماران از نوزادی تا ۱۶ سالگی بود.

از نظر تظاهر اولیه خونریزی گوارشی: هماتمز با خون روشن شایعترین تظاهر در ۷۳٪ موارد وجود داشت. سایر تظاهرات اولیه برترتیب شیوع ملنا در ۳۳٪ موارد کافی گراند در ۲۹٪ موارد و هماتوشزی در ۷٪ موارد مشاهده شد. باید توجه داشت که

در نظر داشتن علل شایع و محتمل خونریزی گوارشی فوقانی در هر مقطع سنی، پزشک را یاری می‌دهد تا با دید بالینی روشن‌تری نسبت به انتخاب روشهای تشخیصی و درمانی مناسب اقدام کند. با عنایت به اینکه علل خونریزی گوارشی فوقانی ذکر شده می‌تواند تحت تاثیر فاکتورهای متعددی نظیر سن، جنس، تابلوی اپیدمیولوژیک بیماریهای گوارشی و غیرگوارشی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، الگوی تغذیه‌ای، آب هوا و شرایط جغرافیایی و... باشد، لذا الگوی خونریزیهای گوارشی فوقانی در جوامع مختلف می‌تواند متفاوت باشد و این امر مهمترین علت موضوع تحقیق حاضر می‌باشد.

با عنایت به اینکه بیمارستان کودکان تبریز برای استان آذربایجانشرقی و منطقه شمالغرب کشور مرکز ارجاعی بوده و آمار مراجعین رده سنی کودکان با شکایت خونریزی گوارشی به این مرکز قابل توجه می‌باشد مطالعه مشابهی نیز در منطقه انجام نشده است، لذا بر آن شدیم تا با این بررسی علاوه بر بررسی الگوی خونریزیهای گوارشی فوقانی، توزیع سنی و جنسی، علائم و بیماریهای همراه، یافته‌های آندوسکوپی و پاتولوژیک را بررسی و آنالیز نماییم.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق در فاصله زمانی ۲ سال از مهر ۱۳۸۰ تا مهر ۱۳۸۲، کلیه کودکان زیر ۱۶ سال که با خونریزی گوارشی فوقانی به مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز مراجعه نموده بودند (بستری یا سرپایی) انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

نوع مطالعه: مطالعه حاضر از نوع توصیفی و شیوه گردآوری داده‌ها بصورت پیمایشی انجام گرفته است. جامعه مورد مطالعه را کودکان زیر ۱۶ سال که با خونریزی گوارشی فوقانی (هماتمز یا ملنا) در فاصله زمانی مهر ۸۰ تا مهر ۸۲ به بیمارستان ما مراجعه نموده بودند سیگل میداد. برای تمام بیماران در بدو مراجعه یکبرگ پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک (سن و جنس)، تظاهر اصلی بیماری، سابقه بیماری گوارشی و بیماری همراه، علائم بالینی قبل از بروز خونریزی گوارشی، سابقه مصرف داروهای مرتبط با خونریزی گوارشی فوقانی و معاینات بالینی پر ثبت گردید. متعاقباً بیمار پس از تثبیت علائم حیاتی، توسط فوق تخصص گوارش کودکان، تحت آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش قرار گرفت.

در حین آندوسکوپی نمونه بیوپسی از مری، معده و دئودنوم جهت بررسی‌های پاتولوژیک اخذ و ارسال گردید. در بیماران مبتلا به واریس مری یا اختلال انعقادی بیوپسی انجام نشد. سپس نتایج یافته‌های آندوسکوپی و پاتولوژی نیز در پرسش‌نامه ثبت گردید. شدت ازوفازیت در آندوسکوپی با استفاده از طبقه‌بندی Savary & Miller [۱- نقاط قرمز غیر متصل با یا بدون آگزودا، ۲- اروزبون و آگزودا در قسمت دیستال مری، ۳- اروزبونهای حلقوی در انتهای مری که توسط خونریزی با غشای کاذب پوشانده میشود، ۴- ظهور عوارض مزمن نظیر اولسر، تنگی، اسکار، متاپلازی بارت.]

درصدی از بیماران با بیش از یک علامت مراجعه کرده‌اند مثلاً هماتمز با ملنا یا هماتمز با هماتوشیزی. از نظر بیماریهای همراه که می‌تواند زمینه خونریزی فوقانی گوارشی باشد ۴ دسته اصلی بیماری را در پرسش‌نامه طراحی کرده بودیم که نتایج زیر بدست آمد. ۱۸/۹٪ بیماران، بیماری همراه کبدی (شامل هپاتیت-کلستاز-هیپرتانسیون پورت و سیروز) داشتند که تقریباً در تمام موارد علت خونریزی، واریس مری و تنها در ۲ مورد ناشی از گاستروپاتی احتقانی بود. سایر بیماری‌های همراه شامل نورولوژیک با ۶۷٪ (شامل تشنج و عقب‌ماندگی ذهنی) کلیوی ۲/۲٪ (نارسایی کلیه و سندرم نفروتیک)، خونی ۳/۳٪ (اختلال انعقادی) و ۸/۹٪ موارد سایر بیماریها که مستقیم یا غیر مستقیم عامل خونریزی فوقانی گوارشی بودند، شامل ۸ بیمار با تشخیص‌های رابدومیوسارکوم مثانه، آرتريت روماتوئید جوانان، میلیت ترانسورس، زولینجرالسیون، ITP، دیابت، فیبروزکیستیک و پورپورای هنوخ شوئن لاین بودند. ۲۵/۶٪ از بیماران قبل از بروز خونریزی فوقانی گوارشی بیماری تبار داشتند. ۳۰٪ این بیماران اسپرین و ۹٪ NSAIDS بعنوان مسکن-تب‌بر استفاده کرده بودند. از نظر سابقه مصرف دارو، ۵۳ بیمار (۵۸/۹٪ موارد) سابقه مصرف دارو داشتند که شامل ۱۶ مورد (۱۷/۸٪ کل بیماران) اسپرین، ۴ مورد (۴/۴٪) NSAIDS، ۲ مورد (۲/۲٪) بلع مواد سوزاننده، ۱ مورد (۱/۱٪) کورتن، و بقیه سایر داروها نظیر آنتی‌بیوتیکها و غیره که مستقیماً رابطه‌ای با خونریزی فوقانی گوارشی نداشتند. در میان کودکانی که به دلیل مصرف اسپرین دچار خونریزی فوقانی گوارشی شده بودند (۱۶ بیمار) ۵۰٪ گاستریت اروزو، ۳۸٪ گاستریت، ۳۰٪ اولسرپیتیک و ۶٪ ازوفازیت اروزو داشتند. از نظر یافته‌های معاینه بالینی اسپلنومگالی با ۲۳/۹٪ شایعترین یافته بود. باید توجه داشت که توصیف آندوسکوپی و پاتولوژیک ضایعات گوارشی، یک توصیف کیفی است و در مورد هر بیمارگاهی بیش از یک یافته مورد انتظار است. ۴ مورد آندوسکوپی نرمال (منفی) داشتیم. در ۱۶ بیمار فقط یک توصیف آندوسکوپی (حداقل) (مثلاً اریتم مری) و در ۱ مورد ۷ توصیف آندوسکوپی (حداکثر) داشتیم. در بقیه موارد برای هر بیمار بین ۲ تا ۶ توصیف آندوسکوپی بیان شده بود. در مورد گزارش پاتولوژی نیز با توجه به تعدد نمونه‌های بیوپسی (از مری- معده و دئودنوم) چنین وضعیتی وجود داشت. برای تمامی ۹۰ مورد خونریزی فوقانی گوارشی، آندوسکوپی انجام اما بیوپسی در ۵۲/۲٪ (بیمار) اخذ شده بود. علت عدم انجام بیوپسی در ۴۷/۸٪ موارد، ابتلا به واریس مری یا اختلالات انعقادی، و ترومبوسیتوپنی بود.

سایر یافته‌های کمتر شایع خونریزی فعال معده ۳٪، اریتم دئودنوم ۴٪ و ندولاریته دوازدهه ۲٪، اروزوین دئودنوم ۱٪ بوده است. در میان ۳۸ بیماری که گزارش پاتولوژی داشتند فراوانی یافته‌های پاتولوژیک بشرح ذیل بود: ازوفازیت در ۳۴ بیمار، گاستریت حاد در ۷ بیمار، گاستریت مزمن در ۲۵ بیمار، یک مورد گاستریت راکتیو (آلرژیک)، دئودنیت حاد در ۹ بیمار، دئودنیت مزمن در ۳ بیمار و آتروفی ویلوس‌های دئودنوم در ۲ بیمار. در ۱۰ بیمار کلونیزاسیون هلیکوباکتریلوری با پاتولوژی تأیید شده بود و ۴۰٪ بیماران HP مثبت، ندولاریته آتر داشتند که ارتباط معنی داری بین این دو مشاهده نگردید (p=۰/۱۲). در هیچ مورد از بیوپسی‌های دوازدهه، ژیلادیازیس گزارش نشده بود. در ۳۸٪ موارد آمی وجود داشت (Hb کمتر از ۱۰)، شایعترین علت آمی، خونریزی از واریس مری (۳۵٪ موارد) و اولسر پیتیک ۲۳٪ بود. در یک مورد جهت کنترل خونریزی نیاز به ترانس آمین و در ۹ مورد (۱۰٪ کل بیماران) نیاز به سوماتواستاتین بود که ۸ مورد آن جهت کنترل خونریزی از واریس مری بکار رفته بود. در هیچ موردی از وازوپرسین (DDAVP) استفاده نشده بود. با توجه به یافته‌های آندوسکوپی و پاتولوژی، دسته‌بندی یا تشخیص نهایی بیماری منجر به خونریزی گوارشی فوقانی با ۹ آیتام انجام شد. نتایج یافته‌ها در (نمودار ۱) آمده است. و شایعترین علت گاستریت اروزو که ۳۳٪ موارد را به خود اختصاص میداد. از نظر طول مدت بستری بیمارستانی: کمترین ۱ روز و بیشترین ۳۲ روز بود. متوسط روزهای بستری ۷/۴ روز بود. طولانی‌ترین زمان اقامت بیمارستانی مربوط به خونریزی از واریس مری در ارتباط با بیمارسیروتیک و مبتلا به هیپرتانسیون پورت با متوسط ۱۵/۴ روز بود. در طول مدت بررسی فقط یک مورد فوت ثبت شده (سیروز مبتلا به خونریزی از واریس مری) داشتیم.

بحث

مطالعه حاضر بر روی ۹۰ کودک مبتلا به خونریزی گوارشی فوقانی که در طی ۲ سال به واحد آندوسکوپی و بخش گوارش بیمارستان کودکان تبریز مراجعه کرده بودند، انجام شده است. با عنایت به اینکه بیمارستان ما تنها مرکز ارجاعی از نظر خدمات درمانی فوق تخصصی گوارش کودکان در منطقه شمالغرب کشور می باشد، لذا با این بررسی می توان اطلاعات ارزشمندی از نظر الگوی اپیدمیولوژیک، توزیع سنی و بیماریهای زمینه ای مستعد کننده خونریزی فوقانی گوارشی در استان و منطقه شمالغرب کشور بدست آورد. از نظر ارجحیت جنسی، در مطالعه ما نظیر سایر مطالعات، ارجحیت جنسی معنی داری وجود نداشت و بروز خونریزی فوقانی گوارشی در دو جنس تقریباً مساوی بود (۸-۶). شایعترین تظاهر اولیه خونریزی گوارشی فوقانی هماتمز با خون روشن (۷۳٪) بود. که در ۴۳٪ موارد بنتهایی، ۱۴٪ همراه کافی گراند، ۱۲٪ همراه ملنا و ۳٪ همراه با هماتوشیزی بوده است. استفراغ کافی گراند بنتهایی در ۱۴٪ موارد، و ملنا بنتهایی در ۸٪ موارد اولین

1. Idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP
2. Nonsteroidal anti inflammatory drugs, NSAIDS

بروز خونریزی فوقانی گوارشی نیز در این بررسی ارتباطی پیدا نشد (۱۲).

۲۵/۶٪ از بیماران ما قبل از بروز خونریزی فوقانی گوارشی مبتلا به بیماری حاد تبار بودند. در یک مطالعه در تایوان از میان ۱۱۲ کودک مبتلا به خونریزی فوقانی گوارشی، ۳۰٪ چنین وضعیتی داشتند (۱۳). از نظر تئوری تب با مکانیسم های مختلف (ماهیت بیماری تبار، احتمال مصرف داروهای آسپرین و NSAIDS بعنوان تب بر) می تواند باعث شروع یا تشدید خونریزی فوقانی گوارشی شود (۱۴). از میان بیماران تبار ما ۳۰٪ آسپرین و ۹٪ NSAIDS بعنوان تب بر استفاده کرده بودند. بهر حال با این مطالعه نمی توان همراهی معنی داری بین تب و خونریزی فوقانی گوارشی را ثابت نمود و این امر مستلزم مطالعات مورد شاهدهی است.

مصرف آسپرین و NSAIDS در فرانس ها بعنوان ریسک فاکتور شناخته شده ای برای بروز خونریزی فوقانی گوارشی ناشی از آروزبون یا اولسر در معده یا دوازدهه ذکر شده است (۱، ۱۳ و ۱۴). ۱۷/۸٪ بیماران ما سابقه مصرف آسپرین و ۴/۴٪ سابقه مصرف NSAIDS قبل از بروز خونریزی فوقانی گوارشی داشتند. در دسته مصرف کنندگان آسپرین شایعترین یافته های آندوسکوپی بترتیب گاستریت آروزبو (۵۰٪)، گاستریت (۳۸٪)، اولسرپپتیک (۳٪) و ازوفازیت آروزبو (۶٪) بود. در مطالعه ۴ ساله تهران روی ۸۴ بیمار مبتلا به خونریزی فوقانی گوارشی، ۱۱/۹٪ سابقه مصرف آسپرین داشتند که در ۵۰٪ موارد با گاستریت همراه بوده است (۹). در فرانس ها و مطالعات متعدد علل شایع خونریزیهای گوارشی فوقانی در جمعتهای مختلف اشاره شده است. در جدول ۱ یافته های مطالعه حاضر با سایر مطالعات مقایسه شده است.

در یک مطالعه در تل آویو و چین (۱۵ و ۱۶) شایعترین علت اولسر پپتیک و در یک بررسی دیگر در هند شایعترین علت واریس مری (۹۵٪ موارد) بوده است. (۱۷) در مطالعه تهران نیز شایعترین علت واریس مری (۴۳٪) گزارش شده است (۹). در برخی فرانس ها شایعترین علت، ازوفازیت و سپس گاستریت ذکر شده است. (۲) مخصوصاً مطالعه هند و تهران جالب توجه بوده و نشان می دهد که در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه الگوی خونریزیهای گوارشی می تواند متفاوت باشد (۹ و ۱۷) که اینها نیاز به بررسی بیشتری برای عادات غذایی، بیماریهای شایع منجر به هیپرتاسیون پورت و واریس مری، مراقبتهای بهداشتی و شیوع HP در جامعه و میزان استفاده از آسپرین یا NSIDS به صورت مولتی سنترال خواهد داشت.

تظاهر خونریزی فوقانی گوارشی بوده اند. باید توجه داشت که خونریزی در پروگزیمال لیگامان تریتر، علاوه بر هماتمز می تواند با ورود به روده ها و تغییر ماهیت هموگلوبین در طی عبور از سیستم گوارشی موجب ملنا شود. در صورت شدید بودن خونریزی در پروگزیمال لیگامان تریتر و عبور سریع خون از سیستم گوارشی فوقانی ممکن است همزمان هماتوئیزی نیز دیده شود که این حالت در ۱۰٪ موارد خونریزی فوقانی گوارشی گزارش شده است (۳، ۷، ۸).

متوسط سنی بیماران ما ۷/۷ سال و بیشترین تعداد بیماران در رده سنی ۱ تا ۱۰ سال با ۶۲ نفر (۶۷/۸٪) بوده است. در مطالعه مشابه ای در تهران حداکثر میزان بروز خونریزی فوقانی گوارشی در رده سنی ۱۲-۱۴ سال با ۲۵٪ و در مطالعه ما ۸ تا ۱۰ سال با ۲۱٪ موارد بوده است (۹).

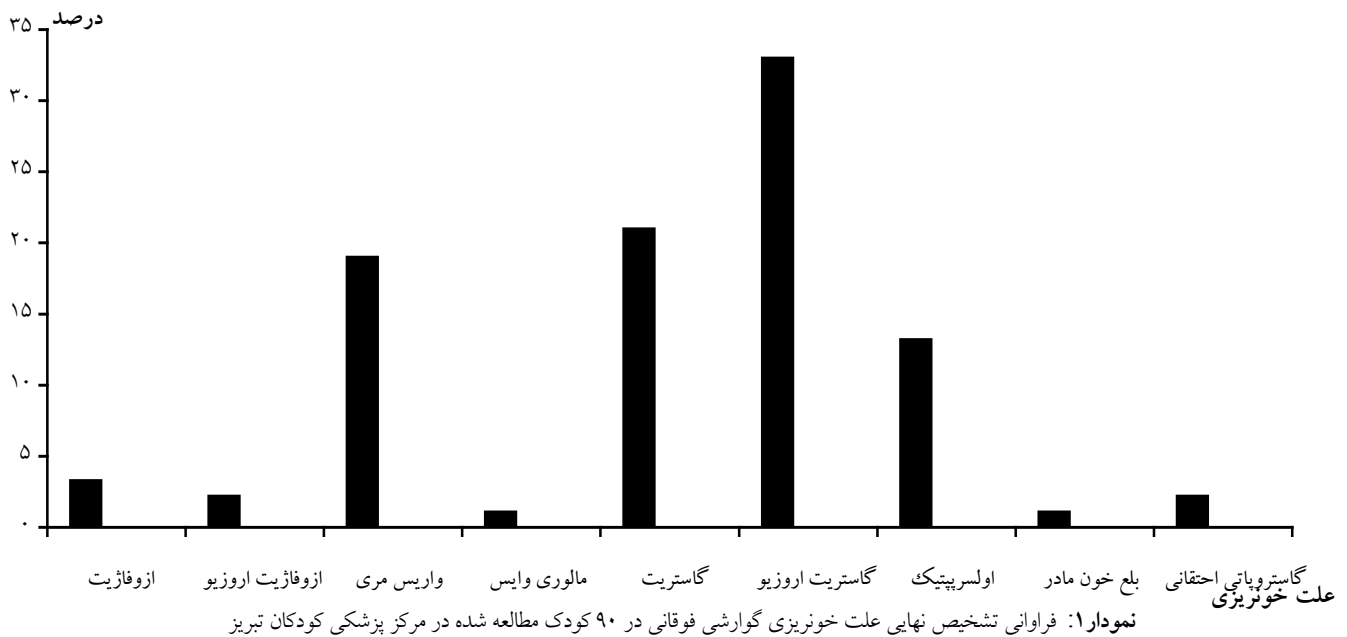
از نظر بیماریهای همراه مستعد کننده، بیماریهای کبدی با ۱۸٪ موارد در راس بود. این بیماریها شامل هیپرتاسیون پورت بعلل مختلف، سیروز و هیپاتیت بودند که موجب خونریزی از واریس مری می شوند. از کل ۹۰ بیمار مطالعه شده آنمی در ۳۸٪، ترومبوسیتوپنی ۲۰٪، اختلال PT و PTT بترتیب در ۲۷ و ۱۷٪ بیماران وجود داشته است. این ارقام در مطالعه تهران بترتیب: ۶/۴۶٪، ۱۶/۶٪ و ۲۰٪ بوده است (۹).

در میان کل بیماران ما واریس مری سومین علت شایع خونریزی فوقانی گوارشی با ۲۱٪ موارد بود که در مطالعه تهران اولین علت خونریزی فوقانی گوارشی با ۴۳٪ کل موارد را شامل میشد (۹).

در ۱۱٪ بیماران ما عفونت HP مثبت بود و در تمامی آنها پاتولوژی بیوپسی معده، گاستریت مزمن فعال گزارش شده بود. همراهی HP با بیماری پپتیک (گاستریت یا اولسر) امری ثابت شده است و ریشه کنی HP در بیماران اولسر پپتیک فعال یا غیر فعال با خونریزی یا بدون آن توصیه میشود (۶). همچنین در فرانس ها همراهی ندولاریته ناحیه آنتر با عفونت HP بیان شده است (۱، ۲ و ۶). در مطالعه ما ندولاریته معده در ۲۱٪ بیماران و عفونت ثابت شده HP با پاتولوژی در ۱۱٪ بیماران وجود داشت. ۴۰٪ بیماران HP مثبت، ندولاریته آنتر داشتند که ارتباط معنی دار نمی باشد (P=0.12). ولی در بررسی دیگری توسط نگارنده که فاکتورهای مخدوش کننده ای چون استفاده از آنتی بیوتیک کنار گذاشته شده بود، و با افزایش تعداد بیوپسی گرفته شده از آن رابطه ای کاملاً مشخص بین وجود HP در پاتولوژی و ندولاریته آنتر در کودکان بدست آمده است (۸۱٪ موارد) (۱۰) در یک بررسی در تهران نیز رابطه معنی داری بین این دو گزارش نگردیده است (۱۱). اما در مطالعه دیگری در تبریز رابطه معنی داری بین ندولاریته آنتر معده و عفونت HP (p=۰/۰۰۰) بدست آمده بود. البته جمعیت مورد مطالعه این بررسی، کودکان با دل درد مزمن و سایر علائم گوارشی بود و تنها ۲۵٪ بیماران دچار GIB بودند. از نظر ارتباط عفونت HP و

جدول ۱: مقایسه شایع‌ترین علل خونریزی گوارشی فوقانی در کودکان در دو مطالعه تبریز و تایوان و سنگاپور (۱۳ و ۱۸)

نوع ضایعه	تبریز	تایوان	سنگاپور
گاستریت اریزیو	۳۳٪	۴۶/۶٪	۲۷/۶٪
گاستریت	۲۱٪		
ازوفازیت	۵/۵٪	۳۰/۴٪	۱۷/۲٪
واریس مری	۱۹٪	۱۰/۷٪	۱۳/۸٪
اولسرپپتیک	۱۳/۲٪	۲۵٪ (۱۵/۲٪ اولسر دونوم - ۹/۸٪ اولسر معده)	۱۰/۳٪
دئودنیت اریزیو	-	۲/۷٪	
مالوری ویس	۱/۱٪	-	۳/۵٪
گاستروپاتی احتقانی	۲/۲٪	-	
بلع خون مادر	۱/۱٪	-	



مزمین بودن، تکرر بستری های بیمارستانی و لزوم مداخله های وسیع تشخیصی و درمانی یکی از پر عارضه ترین علل می باشد. با توجه به شیوع قابل توجه خونریزی گوارشی فوقانی بدنیا ل مصرف دارو بویژه آسپرین (۱۷/۸٪)، بنظر می رسد درصد قابل ملاحظه ای از خانواده ها در خصوص هشدار ها و احتیاطات مصرف آسپرین در کودکان بویژه بعنوان تب بر آگاهی کافی ندارند. آندوسکوپی بهترین روش تشخیص علل می باشد و بیوپسی و مطالعه نمونه های پاتولوژی بعنوان مکمل کمک کننده و تائید کننده است. سونوگرافی و رادیولوژی ارزش تشخیص کمتری از آندوسکوپی در بررسی خونریزی های دستگاه گوارش دارد (۱۵). توجه به الگوی اپیدمیولوژیک علل شایع، شرح حال و سیر بیماری، سن و علائم احتمالی مربوط به بیماریهای همراه به پزشک یاری می دهد تا با آگاهی و آمادگی بیشتر با خونریزی گوارشی برخورد نموده و روشهای تشخیصی و درمانی مناسب را انتخاب نماید.

با توجه به توضیحات فوق مشخص میشود واریس مری بالاترین هزینه های درمانی را به لحاظ ضریب بالای اشغال تختهای بیمارستانی و ازمان بیماری و نیاز به دخالتهای درمانی گسترده بخود اختصاص می دهد. در مقایسه، شایعترین علت خونریزی فوقانی گوارشی در مطالعه ما گاستریت اریزیو (۳۴٪ کل موارد) با متوسط اقامت بیمارستانی ۵/۵ روز بود. در مطالعه حاضر فقط یک مورد (۱/۱٪) مورتالیته ثبت شده مربوط به یک مورد خونریزی از واریس مری ناشی از بیماری مزمین کبدی داشتیم. در مطالعه ۴ ساله تهران ۷/۹٪ مورتالیته گزارش شده که در ۱/۳ موارد بعلت شدت خونریزی واریس مری بوده است (۹).

نتیجه گیری

علل ایجاد کننده واریس مری که در کل سومین علت شایع خونریزی فوقانی گوارشی در مطالعه حاضر می باشد با توجه به

تقدیر و تشکر

در پایان از کادر مسئول اتاق آندوسکوپی مخصوصاً سرکار خانم حمیده مجیدی و آقای دکتر باب اله قاسمی ریاست محترم

آزمایشگاه بیمارستان کودکان که در زمینه جمع آوری اطلاعات لازم نویسندگان مقاله را یاری نمودند سپاسگزاریم.

References

1. Faubion WA. Gastrointestinal Bleeding. In: Walker WA, Durie P, Hamilton JR, Walker SJA, Watkins JB, *Pediatric gastrointestinal disease* 3rd ed. B.C Decker Inc, Ontario, 2000; 164-71, 304, 307, 14, 7.
2. Heitlinger LA, McClung HJ. Gastrointestinal hemorrhage. In: Wyllie R, Hyams J: *Pediatric gastrointestinal disease*, 2nd ed. WB Saunders, Philadelphia, 1999; 64-70, 234-35.
۳. فرهمند، ف: خونریزی گوارشی در اطفال. مجموعه خلاصه مقالات پانزدهمین همایش بین المللی بیماریهای کودکان تهران ۱۳۸۲، ۲۵۵.
4. Elta Gh: Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, Alpers DH, Laine L, Owyang C, Powell DW: *Textbook of gastroenterology*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999; 719-20, 727.
5. Sanyal AJ. Upper gastrointestinal bleeding Arterial Venous and mucosal lesions. In: Brandt L J: *Clinical practice of gastroenterology*, voll, Churchill Livingstone, Philadelphia, 1999; 304-307.
6. Ulshen M: The digestive system. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB: *Textbook of pediatrics*, 16th ed. WB Saunders, Philadelphia, 2000; 1126, 1148-49, 1225-26.
7. Vreeburg EM, Snell P, De Bruijne JW, Bartelsman JF, Raws EA. Acute upper gastrointestinal Bleeding in the Amsterdam, incidence, diagnosis and clinical outcome. *Am J gastroenterol*, 1997; 92(2): 236-43.
8. Halpern John. "pediatric Gastrointestinal Bleeding" 22 April 2002, <http://www.emedicin.com/emerg/topic381.htm>, Accessed: 8 2004.
۹. ایمان زاده، ف؛ سیاری؛ سادات خامسی، ب؛ فرسار؛ یعقوبی، م. بررسی علل خونریزی دستگاه گوارش فوقانی در کودکان. سال ششم، شماره ۳۱ و ۳۲، گوازش، تهران، ۱۳۸۰، ۳۵-۳۶.
10. Rafeey M, Jafari Rouhi AH, Gassemi BA, Jafari Rouhi A. Relationship between endoscopic nodular gastritis and Helicobacter pylori infection in children. *Indian J Gastroenterol* 2004; 23 (4): 138-39.
۱۱. نخعی، ش؛ خاتمی، غ: ز: بررسی میزان آلودگی با هلیکوباکتر پیلوری در دل درد مزمن کودکان مراجعه کننده به مرکز طبی کودکان طی سال ۱۳۷۴. ۱۳۷۸، ۲۳، ((مجموعه مقالات همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران بزرگداشت استاد محمد قریب)) ۱۳۸۱، ۶۷۷-۶۸۵.
۱۲. غفاری، ف؛ رفیعی، م. بررسی عفونت هلیکوباکتر پیلوری در کودکان زیر ۱۶ سال مراجعه کننده به بخش گوارش و آندوسکوپی مرکز پزشکی کودکان تبریز در مدت یکسال از مهر ۱۳۸۰ تا مهر ۱۳۸۱. پایان نامه دکترای تخصصی رشته بیماریهای کودکان ۱۳۸۲، ص ۲۵ - ۱۹.
13. Huang IF, Wu TC, Wang KS, Hwang B, Hsieh KS, Upper gastrointestinal endoscopy in children with upper gastrointestinal bleeding. *J chin Med Assoc*, 2003; 66(5): 271-5.
14. Serano P: Risk of upper gastrointestinal bleeding in patients taking low dose aspirin for the prevention of cardiovascular diseases. *Aliment pharmacol Ther*, 2002; 16:1945-53.
15. Star K, Reif S. "Gastrointestinal bleeding in children - etiology and diagnosis, survey of patients in a Tel Aviv medical center, in the years to 1990- 1997. *Hare Fuah*. 2000; 138(7): 534-8, 615.
16. Guo Q, Zhan L. "Analysis of 136 children with gastrointestinal hemorrhage" 28 Dec 2002, PMID 12536545 [PubMed - Indexed for Medline], Accessed: 5 Feb 2004.
17. Yachha SK, Khanduri A, Sharma BC, Kumur M: Gastrointestinal bleeding in children. *Gastrointestinal haemorrhagoa*, 1996; 11(10): 903-907.
18. Xuak SH, Lam SK, Low PS: Upper gastrointestinal endoscopy in children, *singapore*, 1990; 31: 123-126