

بررسی خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در کودکان

دکتر ماندانا رفیعی*؛ فوق تخصص گوارش اطفال، دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر احمد جامعی خسروشاهی؛ رزیدنت کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

خلاصه

هدف: مشاهده خون در مدفوع یا استفراغ برای کودک و خانواده و پزشک ترسناک است زمانی که بیماری دچار خونریزی آشکار از دستگاه گوارش می‌شود، بلافاصله مورد توجه قرار گرفته و نیازمند انجام اقدامات طبی خاصی است درحالی که خون مخفی کمتر مشکل ساز می‌شود. آئمی فقر آهن یا تست گایاک مثبت ممکن است تنها تظاهر خونریزی دستگاه گوارش باشد. لذا برخورد تشخیصی و درمانی - کودکان مشکوک به خونریزی از دستگاه گوارش و اجتناب در به تأخیر انداختن تشخیص در کودکان به شدت بیمار، و انجام تست‌های بیهوده و غیر ضروری در بیمارانی که از نظر بالینی خوب هستند اهمیت دارد. این تحقیق مروری بر علل خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در کودکان می‌باشد.

روش مطالعه: در طی این مطالعه از فروردین ۸۰ تا فروردین ۸۲ کودکانی که با خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی به مرکز آموزشی- درمانی کودکان به صورت بستری و یا سرپایی مراجعه نمودند، مورد مطالعه قرار گرفته و با استفاده از فرم جمع‌آوری اطلاعات شامل: سن، جنس، علت مراجعه، نتیجه آندوسکوپی و کولونوسکوپی اطلاعات مربوط به بیماران ثبت گردیده و سپس آنالیز آماری صورت گرفت.

یافته‌ها: از ۵۹ بیمار مورد مطالعه، ۲۰ بیمار (۳۳/۹٪) مونث و ۳۹ نفر (۶۶/۱٪) مذکر بودند و سن قبل از مدرسه شایعترین گروه سنی (۵۲/۵٪) بود. چهل‌ونه بیمار (۸۳/۱٪) با شکایت همتوشزی و ۱۰ بیمار (۱۶/۹٪) با شکایت ملنا مراجعه کرده بودند. در ۴۶ بیمار (۷۸٪) بررسی آندوسکوپی و در ۴۵ نفر (۹۷/۸٪) از آنان بیوپسی به عمل آمد. شایعترین علت خونریزی، پولیپ (۳۲/۲٪) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: اکثریت بیماران با خونریزی دستگاه گوارش تحتانی، با شکایت همتوشزی مراجعه کرده بودند و کولونوسکوپی روش تشخیصی بسیار مناسبی برای تعیین کانون خونریزی بود. شیوع بسیاری از ضایعات براساس سن کودک متفاوت خواهد بود و یافتن علائم بالینی اختصاصی برای تشخیص زودرس هر ضایعه کمک کننده خواهد بود.

*مسئول مقاله، آدرس:

تبریز خیابان ششکلان - مرکز پزشکی

کودکان - معاونت آموزشی

E-mail: mrafeey@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۴/۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۸۴/۸/۷

واژه‌های کلیدی: خونریزی رکتال، همتوشزی، ملنا، پولیپ، کودکان

تاریخچه کامل و دقیق در مورد پیشرفت، ازمان، فرکانس و شدت علائم جهت ارزیابی خونریزی ضروری است. علائم همراه شامل تهوع، اسهال، یبوست، درد شکم، بی‌اشتهایی، بشورات، تورم یا درد مفاصل، کاهش وزن، تب، تاریخچه اختلالات خونریزی دهنده یا ایمونولوژیک می‌تواند به تشخیص کمک کند. یبوست همراه با فیسور در ناحیه آنوس شایعترین علت خونریزی رکتال در نوپایان و بچه‌های سن مدرسه‌ای است. عفونت یکی از علل شایع خونریزی از دستگاه GI تحتانی می‌باشد. سایر علل شامل خون بلعیده شده، بیماری التهابی روده (IBD)، انواژیناسیون، پولیپ‌ها، هیپرپلازی لنفونولار، دیورتیکل مکل، کولیت آلرژیک، پورپورای هنوخ شوئن لاین، سندرم همولیتیک اورمیک (HUS)، آنتروکولیت و سوء استفاده جنسی از کودک می‌باشد. مواد خوراکی می‌توانند

مقدمه

خونریزی ممکن است از هر قسمت دستگاه گوارش اتفاق بیافتد چرا که سطح بسیار وسیع و عروق خونی فراوانی دارد. کودکانی که با شکایت خون در مدفوع مراجعه می‌کنند نیاز به مداخله ویژه جهت حفظ سلامت دارند. مشاهده خون در مدفوع کودک ممکن است کودک و والدین وی را مضطرب و آشفته نماید [۱، ۲، ۳].

تشخیص‌های افتراقی خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در شیرخواران و کودکان شامل تعداد زیادی از بیماری‌ها می‌باشد که برخی از آنها نیاز به درمان خاصی نداشته و یا نیاز به مداخله اندکی دارند و برخی بیماری بسیار جدی و خطرناکی بوده که نیاز به مداخله اورژانس و سریع دارند. یک

بررسی و مقایسه نسبت‌ها از آزمون مجذور کای (chi-square) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۹ بیمار با خونریزی رکتال، بررسی شدند که ۳۱ بیمار بستری و ۲۸ بیمار سرپایی بودند. فراوانی سنی و جنسی بیماران مورد بررسی در دو گروه سرپایی و بستری در جدول ۱ نشان داده شده است. بروز رکتوراژی در سنین قبل از مدرسه شایعتر بود (نمودار ۱). از بیماران بستری ۲۹ مورد (۹۳/۵٪) از بیماران بیشتر از ۳ روز و ۲ مورد (۶/۵٪) ۳ روز در بیمارستان بستری بودند. از این ۳۱ بیمار فقط ۳ نفر (۹/۷٪) افت فشار خون داشتند و هیچکدام شوک نداشتند.

از ۴۹ بیماری که با هماتوئیزی مراجعه کرده بودند کانون خونریزی در ۴۳ نفر (۸۷/۸٪) در دستگاه گوارش تحتانی و از ۱۰ نفر بیمار مراجعه کننده با ملنا کانون خونریزی در ۸ نفر (۸۰٪) در دستگاه گوارش فوقانی بود.

برای ۳۸ نفر (۶۴/۴٪) از بیماران کولونوسکوپی انجام شده بود که برای ۳۶ مورد (۹۴/۷٪) ادم یا اریتم یا ندولاریته یا کونژسیون یا پولیپ و یا زخم گزارش شده بود و در کل بیماران فقط برای ۱۴ نفر (۲۳/۷٪) آندوسکوپی انجام شده بود که برای ۹ مورد (۶۴/۳٪) ادم یا اریتم یا ندولاریته یا کونژسیون یا اروزبون و یا زخم گزارش شده بود. برای ۴۶ نفر (۷۸٪) از بیماران بررسی آندوسکوپی انجام شده بود که ۶ مورد (۱۰/۲٪) آندوسکوپی و کولونوسکوپی توأم و ۳۲ مورد (۵۴/۲٪) فقط کولونوسکوپی و پاتولوژی جمع آوری شد و بعد از اقدامات فوق آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۲ تجزیه و تحلیل شد و از آزمون‌های آماری توصیفی مانند درصد برای گزارش متغیرهای کیفی استفاده شد. همچنین از شاخص‌های پراکندگی و متمایل به مرکز جهت مطالعه و بررسی داده‌های کمی استفاده شد. در نهایت برای

مدفوع را قرمز یا تیره کنند که بایستی جزء تشخیص‌های افتراقی خونریزی دستگاه گوارش قرار گیرند [۴، ۵، ۶]. بیمارانی که با خونریزی از قسمت تحتانی دستگاه گوارش مراجعه می‌کنند ابتدا بایستی از نظر خونریزی قسمت فوقانی دستگاه گوارش ارزیابی شوند. اگر در این ارزیابی کانون خونریزی مشخص نگردد بایستی کانون خونریزی را در دستگاه گوارش تحتانی جستجو نمود [۶، ۷، ۸]. هدف از این مطالعه بررسی دموگرافیک و چگونگی بروز و تابلوی بالینی آزمایشگاهی و آندوسکوپی علل خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در کودکان می باشد تا بتوان با استفاده از آن در مورد کودکان مبتلا به خونریزی گوارشی تحتانی سریع‌تر اقدام نمود و روش‌های تشخیصی درمانی صحیح را بکار برد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت تحلیلی-توصیفی از فروردین ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ انجام شد. در طی این مطالعه کودکانی که با خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی به مرکز درمانی کودکان مراجعه نمودند مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعه در مدت دو سال به با استفاده از مدارک موجود در پرونده‌های بیماران سرپایی و بستری و نیز نتایج مندرج در بخش آندوسکوپی انجام شد. در طی این مطالعه اطلاعات بیماران شامل سن، جنس، علت مراجعه، وضعیت همودینامیک، شدت خونریزی، چگونگی آن (ملنا، هماتوئیزی و خون مخفی)، نتایج آزمایشگاهی، نتایج رادیولوژی (سونوگرافی، رادیوگرافی ساده، اسکن هسته‌ای)، آندوسکوپی، کولونوسکوپی و پاتولوژی جمع آوری شد و بعد از اقدامات فوق آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۲ تجزیه و تحلیل شد و از آزمون‌های آماری توصیفی مانند درصد برای گزارش متغیرهای کیفی استفاده شد. همچنین از شاخص‌های پراکندگی و متمایل به مرکز جهت مطالعه و بررسی داده‌های کمی استفاده شد. در نهایت برای

جدول ۱- فراوانی سنی و جنسی بیماران مورد بررسی در دو گروه سرپایی و بستری

	سرپایی N=۲۸	بستری N=۳۱	مجموع
جنس			
مذکر	۲۱ (۷۵٪)	۱۸ (۵۸/۱٪)	۳۹ (۶۶/۱٪)
مونث	۷ (۲۵٪)	۱۳ (۴۱/۹٪)	۲۰ (۳۳/۹٪)
گروه سنی			
نوزادی	--	۶ (۱۹/۴٪)	۶ (۱۰/۲٪)
۱ ماه ۶ ماه	--	۱ (۳/۲٪)	۱ (۱/۷٪)
۷ ماه تا ۶ سال	۱۸ (۶۴/۳٪)	۱۳ (۴۱/۹٪)	۳۱ (۵۲/۵٪)
بعد از ۷ سال	۱۰ (۳۵/۷٪)	۱۱ (۳۵/۵٪)	۲۱ (۳۵/۶٪)
شکایت بیمار			
هماتوئیزی	۲۶ نفر (۹۲/۹٪)	۲۳ نفر (۷۴/۲٪)	۴۹ نفر (۸۳/۱٪)
ملنا	۲ نفر (۷/۱٪)	۸ نفر (۲۵/۸٪)	۱۰ نفر (۱۶/۹٪)

۱۷۶ نفر (۶۵٪) از آنان تعیین شده است. در این مطالعه کولونوسکوپی تا ۸۰٪ کانون خونریزی را توانسته است مشخص کند [۹].

در مطالعه ما در ۶۴/۴٪ بیماران کولونوسکوپی انجام شده بود که علت خونریزی در ۹۴/۷٪ آنان با این روش تعیین شده بود که با مطالعات دیگر مطابقت دارد [۹، ۱۰]. در مطالعه فوق میزان مرگ و میر بیماران ۰/۳٪ گزارش شده در حالی که در مطالعه ما میزان مرگ و میر صفر بود [۹].

خوشبختانه اکثر علت‌هایی که موجب خونریزی رکتال در کودکان می‌شود کمترین میزان مرگ و میر را دارند [۲]. شایع‌ترین علتی که موجب خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی در نوزادان می‌شود فیشر آنال می‌باشد [۱۰]. در حالی که در بررسی ما شایع‌ترین علت خونریزی در این گروه بلع خون مادر بود. شایع‌ترین علت خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در دوره شیرخوارگی فیشر آنال می‌باشد ولی در مطالعه ما به علت حجم کم نمونه امکان مقایسه صحیح وجود ندارد. علت غیر عفونی شایع دیگری که موجب خونریزی رکتال در سن قبل از مدرسه می‌شود پولیپ می‌باشد [۷، ۱۱]. در بررسی ما نیز شایع‌ترین علت خونریزی در این گروه پولیپ (۲۵/۴٪) بود. در یک بررسی که در سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹ در دانشگاه تهران بر روی ۶۲۰ کودک با خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی انجام شده بود ۲۳۰ نفر (۳۷/۱٪) پولیپ کولورکتال گزارش کرده‌اند [۱۲]. در مطالعه ما مبتلایان به پولیپ ۳۲/۲٪ بودند که در سن قبل از مدرسه و بعد از مدرسه بودند.

دیورتیکول مکل در ۲٪ افراد جامعه اتفاق می‌افتد [۵]. در مطالعه حاضر نیز ۵/۱٪ بیماران دیورتیکول مکل داشتند. در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۶ در کشور هند بر روی ۶۴ کودک با خونریزی رکتال انجام شده است کولیت ۴۲٪، پولیپ کولورکتال ۴۱٪، تب تیفوئیدی ۵٪، مالفورماسیون های عروقی Solitary Rectal Ulcer ۱/۵٪، هیپرتانسیون پورت ۳٪، هموروئید داخلی ۱/۵٪ و علل ناشناخته انیز در ۱/۵٪ گزارش شده است [۱۳]. مطالعه دیگری که در سال ۱۳۷۵، در تهران، در ۲۰ نفر از کودکان مبتلا به خونریزی رکتال انجام شد پولیپ در ۶۰٪، هیپرپلازی لنفوئید ندولر ۵٪، کودک آزاری ۵٪، پروکتیت ۵٪، کولیت اولسرو ۵٪ و کولونوسکوپی طبیعی در ۲۰٪ موارد گزارش شد [۱۴]. در بررسی ما در بیمارانی که کولونوسکوپی شدند پولیپ ۵۰٪، هیپرپلازی لنفوئید ندولر- ۳/۵٪، کولیت اولسرو ۲/۶٪ و کولونوسکوپی طبیعی ۵/۳٪ یافت شد که با نتایج مطالعه فوق مطابقت دارد و تشخیص‌های کودک آزاری و پروکتیت در مطالعه ما وجود نداشت.

نتایج پاتولوژی عبارت بود از: کولیت، پولیپ، گاستریت و ازوفاژیت.

نتایج آنالیز خونریزی رکتال از بیماران بستری گاستریت یا گاستروازوفاژیت ۷ مورد (۲۲/۶٪)، کولیت عفونی یا آمیبی ۵ مورد (۱۶/۲٪)، اختلالات انعقادی (پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدئوپاتیک، لوسمی لنفوبلاستیک حاد و هموفیلی) ۵ مورد (۱۶/۲٪)، بلع خون مادر ۳ مورد (۹/۷٪)، پولیپ، دیورتیکول مکل، واریس‌های مری و کولیت آلژیک هر کدام ۲ مورد (۶/۴٪)، هیپرپلازی لنفوئیدندولر، شقاق آنال و کولیت اولسروز هر کدام ۱ مورد (۳/۲٪) بود.

آنالیز علل خونریزی رکتال در بیماران سرپایی پولیپ ۱۵ مورد (۵۳/۶٪)، اولسر رکتال منفرد (Solitary Rectal Ulcer) ۴ مورد (۱۴/۳٪)، کولیت حاد ۳ مورد (۱۰/۷٪)، پولیپ و کولیت حاد توأم ۱ مورد (۳/۶٪) بود.

در این مطالعه برای پیدا کردن رابطه بین طول مدت خونریزی با نوع بیماری مطالعه‌ای انجام گردید و با توجه به اینکه ۲۸/۶٪ از بیماران مبتلا به کولیت عفونی بیش از ۵ روز خونریزی داشتند، مطابق معیار آزمون فیشر (p=۰/۰۳۲) رابطه معنی‌داری بین طول مدت خونریزی با بیماری کولیت عفونی وجود داشت ولی در بقیه بیماری‌ها مطابق معیار فیشر (p<۰/۰۵) رابطه معنی‌داری بین طول مدت خونریزی با نوع بیماری وجود نداشت.

برای تمامی بیماران مبتلا به پولیپ که ۱۹ نفر (۳۲/۲٪) بودند پولیپکتومی انجام شده که نتایج پاتولوژی آنها به جزء یک مورد، پولیپ نوع جوانان گزارش شد. در یک مورد تنها تغییرات دیسپلازی هامارتوماز گزارش گردیده بود.

بحث

خونریزی از دستگاه گوارش در کودکان ناشایع می‌باشد ولی بالقوه مشکلات جدی به همراه دارد. خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی به صورت هماتوئیدی، ملنا و خون مخفی خود را نشان می‌دهد. معمولاً هماتوئیدی (عبور خون قرمز از رکتوم) در کودکان بیمار نشان دهنده کانون خونریزی در دستگاه گوارش تحتانی است و ملنا به صورت مدفوع سیاه، تیره، و بدبو توصیف می‌شود و معمولاً نشان دهنده کانون خونریزی در دستگاه گوارش فوقانی می‌باشد [۱، ۲، ۳]. در مطالعه ما کانون خونریزی در ۸۷/۸٪ که با هماتوئیدی مراجعه کرده بودند در دستگاه گوارش تحتانی بود. در مطالعه ای که در سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۱ در ۴۲۰ کودک انجام گردیده است برای ۴۱۷ نفر از آنها کولونوسکوپی، اسکن هسته‌ای و آنژیوگرافی انجام شده است. برای ۲۶۵ نفر (۶۳/۵٪) از این بیماران کولونوسکوپی انجام شده است که فقط کانون خونریزی

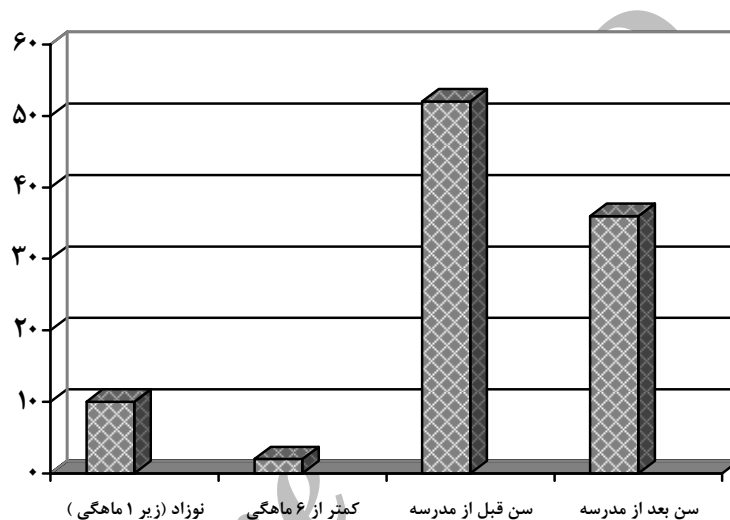
نتیجه گیری

با توجه به درصدهای حاصل از آنالیز اطلاعات و آمار مربوط به مطالعات انجام شده مشخص گردید که شایع ترین شکایتی که بیماران به علت خونریزی رکتال به بیمارستان مراجعه می کنند هماتوشزی و شایعترین علت ملنا، خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی است که توسط آندوسکوپی تشخیص داده شده است. سرانجام خونریزی ناشی دستگاه گوارش در کودکان

نیازمند شناسایی و آگاهی از علل خونریزی وابسته به سن کودک خواهد بود.

سیاسگزاری

از آقای دکتر فرهاد امیران که در تهیه و تنظیم این مقاله همکاری نمودند قدردانی می گردد.



نمودار ۱ - بروز سنی رکتوراژی در مرکز آموزشی درمانی بیمارستان کودکان

Archive

Survey of lower gastrointestinal bleeding in children

M Rafeey*, MD; Associate professor of pediatric, Tabriz University of Medical Sciences
AJ Khosroshahy, MD; Resident in pediatrics, Tabriz University of Medical Sciences

*Correspondence author,
Address: Childrens Medical
Center, Sheshkelan St,
Tabriz, IR Iran
E-mail: mrafeey@yahoo.com

Received: 11/8/05
Accepted: 29/10/05

Abstract

Background: The presence of visible blood in stool or emesis is frightening to the child family, and at times, even to the physician. While usually patients with obvious gastrointestinal (GI) bleeding will quickly seek medical attention, those with occult intestinal blood loss are problematic. Iron deficiency anemia or guaiac positive stools may be the only evidence of intestinal bleeding. Therefore, a diagnostic and therapeutic approach to the child with suspected intestinal blood loss is critical to avoid a delay in diagnosis for the seriously ill child.

Methods: In a period of 2 years (march 2001- march 2003), we studied children with lower GI bleeding hospitalized in the Children's Hospital, Tabriz or seen in the outpatient clinic. Data on age, sex, chief complaint, endoscopic and colonoscopic results were recorded and statistically analyzed.

Findings: There were 59 patients consisting of 20 (33.9%) females and 39 (66.1%) males. Children in preschool age formed with 31 (52.5%) cases the prevalent group. Forty-nine (83.1%) cases presented with a complained of hematochesia and 10 cases (16.9%) had melena. Endoscopy was done in 46 patients (78%) and biopsy was obtained in 45 cases(97.8%). Polyp was the most common etiology(32.2%).

Conclusion: According to this study the majority of patients with lower GI bleeding had hematochesia as chief complaint. Colonoscopy is the best diagnostic method for determining the source of bleeding and provision of appropriate patient care is crucial in these patients.. The incidence of lesions varies depending on the age of the patient.

Key Words: Rectal bleeding, Hematochesia , Melena, Children, Polyp

REFERENCES

1. Rayhorn N, Thrall C, Silber G. Review of the causes of lower gastrointestinal tract bleeding in children. *Gastroenterolgy Nursing*. 2001; 24(2): 77- 83.
2. Faubion WA, Perrault G. Gastrointestinal bleeding. In: Walker W, Durie PR, Hamilton JR, Walker SJ, Watkins J. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 3rd ed. Canada; Dc Decker. 2001, Pp: 164-76.
3. Zuccaro G. Approach to the patient with acute lower GI Bleeding. *ASGE*. 2002; 1:1-8.
4. Cheng TI. Causes of rectal bleeding in children. *Pediatrics in review*. 2001;11:394-5.
5. Wyllie R. Major symptoms and signs of digestive tract disorder. In: Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia; Saunders. 2004, Pp: 202.
6. Kirschner BS, Black DD. THE gastrointestinal tract. In: Behrman RE, Kliegman R. *Nelson Essentials of Pediatrics*. 14th ed. Philadelphia; Saunders. 2002, Pp: 484-6.
7. Roy C, Silverman A, Alagille D. Gastrointestinal bleeding. In: *Pediatric Clinical Gastroenterinology*. 4th ed. Philadelphia; Saunders. 1995, Pp:26- 30.
8. Halpern J. *Pediatrics Gastrointestinal Bleeding*. Available at: www.emedicine.com/emerg/topic381.htm. (access date: 2004).

9. Brackman MR, Gushchin V, Smith L, Demory M, Kirkpatrick jR, Stahl T. Acute Lower gastroenteric bleeding retrospective analysis . Am Surg. 2003;69;145-9
10. Arensman R, Abramson L. Gastrointestinal bleeding, Surgical prespectiv. Avalible at: www.emedicine.com/ped/topic 3027.htm . Access date: 2003
11. Schrock TR: Colonoscopic diagnosis and treatment of lower gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am , 1989 ; 69 : 1309 - 25.
- ۱۲ . فرهمند ف، نجفی م، خداداد ا، فلاحی غ ، خاتمی غ. تشخیص و درمان پولیپ روده در اطفال . مسائل رایج طب اطفال (۲۷)، ۱۳۸۰.
13. Yachha SK, Khanduri A, Sharma BC, Kumar M. Gastrointestinal bleeding in children. J gastroenterol Hepatol. 1996; 11(10) : 903-7.
- ۱۴ . بهره مند ش ، جلال دولتشاهی ل. بررسی علل رکتورازی در بیماران مراجعه کننده به بخش های کودکان و آندوسکوپی. مسائل رایج طب اطفال (۱۸) . بهار ۱۳۷۵، ص: ۲۳۱-۲۴۰.

Archive of SID