

النزف العلوي الهضمي الحاد الأسباب والتدبير

د. علي درويش*
آصف سليمان

□ ملخص □

النزف العلوي الحاد هو كل نزف واضح من الأنسب الهضمي بين أعلى المري ورباط تراتيز يتظاهر بقيى دم أو تغوط أسود أو كليهما معاً.

تتراوح كمية الدم النازفة من ملء كأس صغير (60 مل) إلى 30-40% من حجم الدم. وفي 95-90% من الحالات يتوقف النزف عفويًا.

أسباب النزف الهضمي العلوي الحاد في قرابة 90% من الحالات تكون: قرحة هضمية، التهاب المعدة، دوالي مري أو تمزقات مالوري ويس.

الاجراء التشخيصي المفضل هو التنظير الباطني بالمنظار البصري اللفي.

ومعدل الوفيات يتراوح من 10-15%، وأسباب الوفاة: الاستنزاف - الأمراض الشديدة المرافقة

- ووفيات العمل الجراحي.

في مشفى الأسد، تمت دراسة 97 مريضاً بنزف هضمي عفوي حاد. كان عمر 42% منهم فوق

50 سنة، 17% منهم كان لديه صدمة عند القبول، و35% من المرضى كانوا يتناولون الأدوية المضادة للالتهاب.

اعتمد التشخيص على التنظير الباطني، وكانت أسباب النزف كالتالي: قرحة هضمية 53%،

التهاب المعدة 23%، دوالي المري 8%، وتمزقات مالوري ويس 7%.

خضع 9% من المرضى لعلاج جراحي، وكان معدل الوفيات 12%.

* أشرف على هذا البحث الدكتور علي درويش الأستاذ المساعد في قسم الأمراض الباطنية بكلية الطب في جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
قام بإعداد هذا البحث آصف سليمان طالب الدراسات العليا في قسم الأمراض الباطنية بكلية الطب في جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

تعريف:

هو كل نزف واضح في الأنسب
الهضمي بين أعلى المري ورباط ترايتز، يتظاهر
بقيء دموي أو تغوط أسود وتختلف كمية
الدم المفقودة في النزف من 60 مل إلى 30-
40% من حجم الدم.

وإذا كان النزف سريعاً وشديداً قد
يحدث طرح دم أحمر عبر المستقيم لأن الدم
يجب أن يبقى في الأمعاء فترة عدة ساعات
لكي يتحول إلى هيماتين ويعطي اللون الأسود
الزفتي.

الأسباب:

- القرحة الهضمية وهي أكثر الأسباب
شيوماً، وأغلبها يكون عفجياً.
- التهاب المعدة بأشكاله المختلفة الدوائي
والتالي لحالات الشدة وتناول الكحول.
- دوالي المري الناجمة عن فرط التوتر
البابي وأهم أسبابه التشمع.
- تمزقات مالوري ويس وهي تمزقات في
مخاطية الوصل المري المعدي تحدث بعد
إقياء شديد.
- وهناك أسباب أخرى أقل تكراراً مثل
سرطان المعدة وقلعة الصفائح والقصور
الكلوي.

التظاهرات السريرية:

تختلف حسب شدة النزف وسرعته،
فإذا كانت الكمية النازفة قليلة لا تحدث
أعراض جهازية. وإذا كانت كبيرة وسريعة
تحدث صدمة تتجلى بهبوط ضغط وتسرع
نبض وشحوب شديد وبرودة الجلد. وأكثر
الأعراض مشاهدة هي الوهن والضعف
والغشي والألم البطني والغثيان.

المقاربة العامة لمريض النزف الهضمي العلوي:
إذا كان المريض في حالة صدمة يجب
إجراء الانعاش فوراً، وإذا لم يكن بحالة صدمة
يجري فحص سريري سريع مركز على سوابق
نزف والألم الشرسوني وتناول الكحول
والأدوية.

ويبدأ بتسريب السوائل الوريدية بعد
أخذ عينة دموية لإجراء التحاليل التالية: الزمرة
والتصالب عيار الخضاب - تعداد الصفائح
- زمن النزف والتخثر.

يجب مراقبة الضغط والنبض والحالة
العامة للمريض كل نصف ساعة حتى توقف
النزف، وبعد ذلك تجري المراقبة كل ساعتين.
كما يجب مراقبة كمية البول بدقة،
وتقييم الأمراض المرافقة.

ينقل الدم حسب الحاجة، إما لانعاش
المريض المصدوم أو لتحسين الحالة العامة
للمريض غير المصدوم، ويجب الحفاظ على
الخضاب بعيار 10 غ٪ على الأقل.

وعادة يتم نقل الدم الكامل المحفوظ لأنه الأكثر توفراً.

تعطى مضادات الحموضة بشكل محلول كل ساعة لإنقاص حموضة المعدة، بجرعة تتراوح من 200-1000 مل يومياً كما تعطى حاصرات مستقبلات H₂ وريدياً بجرعة 800-1200 ملغ رغم أن فائدتها في النزف غير مؤكدة.

الاجراءات التشخيصية والعلاجية:

1- رشف المعدة: وهو وسيلة بسيطة لتحديد النزف واستمراره، تجرى باستخدام أنبوب يدخل عبر الأنف إلى المعدة ويشرك عادة بغسل المعدة بمصل فيزيولوجي مثلج. وبالإضافة إلى ذلك، يفيد في تنظيف المعدة من التخثرات وبذلك يصبح إجراء التنظير أسهل.

2- التنظير الباطني: وهو أهم وأدق وسيلة تشخيصية في النزف الهضمي العلوي، ويشخص السبب بنسبة تصل حتى 90% من الحالات. وهو إجراء سهل وآمن، يجري عادة خلال 12-24 ساعة، وأحياناً يجري بشكل اسعافي.

يستخدم أيضاً كوسيلة علاجية حيث يمكن إجراء تصليب الدوالي غيره، أو المعالجة باللازر أو التخثير الكهربائي للقرحة الهضمية والتهاب المعدة.

3- التصوير الشعاعي باستخدام الباريوم: وسيلة غير دقيقة لتشخيص سبب النزف. وقد قل استعمالها كثيراً، ويمكن استخدامها في حال وجود صعوبة شديدة في التنظير أو لمتابعة بعض المرضى الذين أجري لهم التنظير سابقاً.

4- التصوير الوعائي الظليل: وسيلة دقيقة نسبياً لتشخيص سبب النزف، لكنها صعبة الاجراء وتستغرق عدة ساعات وتحتاج خبيراً وتجهيزات تقنية خاصة.

تستخدم أحياناً كوسيلة علاجية لتسريب الفازوبريسين ضمن الشرايين أو لإحداث الانصمام، وقد قل استخدام هاتين الطريقتين العلاجيتين بعد أن ثبت أن للتسريب الوريدي للفازوبريسين والتصلب بالتنظير الباطني لهما الفعالية نفسها وهما أسهل اجراءً.

5- التصليب عبر الجلد وعبر الكبد: تستخدم في معالجة النزف في دوالي المري، وهي طريقة صعبة وتستغرق عدة ساعات. وقد قل استخدامها كثيراً.

6- التصليب بالتنظير الباطني: وسيلة فعالة للسيطرة على النزف من دوالي المري في المرحلة الحادة، وتستخدم كعلاج على المدى البعيد حيث يجري التصليب كل شهرين، وذلك في حالة وجود مضاد استطباب للعلاج الجراحي.

7- الدحس بالبالون: يستخدم انبوب بلاك مور للسيطرة على النزف من دوالي المري، ويسيطر على النزف في 60-80% من الحالات ولكن النزف ينكس بعد ازالة الانبوب في 50% من الحالات.

ولا يجوز اجراء الدحس لفترة طويلة لأن ذلك يسبب تقرحات في جدار المري قد تؤدي إلى نزف أو نكس للنزف. كما أن هناك خطراً كبيراً أثناء إجراء الدحس هو الاستنشاق الرئوي للمفرزات وهذا ما يجب الوقاية منه.

استطبابات الجراحة الاسعافية:

لا يوجد معيار دقيق لذلك، ولكن يجب أخذ الجراحة بعين الاعتبار في الحالات التالية:

- عدم السيطرة على الصدمة، أو نكس الصدمة.
- نزف مستمر لمدة 2-3 أيام بشكل بطيء.
- عدم الحفاظ على العلامات الحياتية بنقل 4-6 وحدات دموية/ 24 ساعة.
- العمر أكبر من 50 سنة.

تدبير النزف من القرحة الهضمية:

بالإضافة إلى الاجراءات العامة المذكورة سابقاً، يستخدم السيميتدين. وإذا

استمر النزف يجرى علاج جراحي بربط الوعاء النازف ثم بعد ذلك علاج جذري حسب الحالة.

تدبير النزف في التهاب المعدة:

يجب معالجة الآفات المرافقة لهذه الحالة، وقد ثبتت فائدة مضادات الحموضة في المعالجة. ويجب تجنب العلاج الجراحي قدر الامكان.

تدبير النزف من دوالي المري:

يجب إعطاء الفيتامينات وإصلاح عيوب التخثر والوقاية من اعتلال الدماغ أو معالجته عند حدوثه. يستخدم الغازويريسين تسريباً وردياً وإذا لم ينجح في السيطرة على النزف يستخدم الدحس، وإذا لم ينجح كلاهما في السيطرة على النزف يجرى إما تصليب بالتنظير الباطني للدوالي، أو علاج جراحي إذا كانت حالة المريض جيدة ولم يوجد قصور كبدي شديد.

تدبير تمزقات مالوري ويس:

عادة تشفى تلقائياً خلال 24 ساعة ونادراً جداً ما نحتاج إلى علاج جراحي لخياطة التمزقات.

وبالنسبة للأسباب النادرة تدبر

حسب الحالة.

المرض الكبدي المزمن وبالفحص المخبري على الخضاب والمكداس.

وكان التنظير الباطني بالمنظار البصري الليفي هو الوسيلة التشخيصية الأساسية التي اعتمدنا عليها. وكان 68% من المرضى ذكوراً و32 إنثاءً، وكان 30% من المرضى مدخنين، و7% منهم كحوليين. وتراوحت أعمارهم من 13 إلى 88 سنة وكان 43 منهم فوق سن الخمسين.

وكان عيار الخضاب عند القبول أكثر من 10 غ% في 64% تقريباً، وكان خضاب ما يقارب ثلث المرضى فوق 12 غ%. وكان الغرض الأساسي المسبب للقبول هو التغوط الأسود 73%، سواء بمفرده أو مترافقاً مع قيء دموي.

وكان 16% من المرضى في حالة صدمة عند القبول، بالإضافة إلى وجود عوامل خطر وأمراض مرافقة في عدد من المرضى مثل أمراض قلبية وعائية 9%، داء السكري 5%، أمراض دموية 4%، إلتانات جهازية 6%، آلام مفصليّة 12%، وكان السبب الأكثر شيوعاً للنزف هو القرحة الهضمية 53.5% و78% من حالات القرحة الهضمية كانت عفجية، السبب التالي الأكثر شيوعاً هو التهاب المعدة 23% ومعظم الحالات كانت مترافقة مع تناول أدوية مخرشة للمعدة ثم دوالي المري 7%، وتمزقات مالوري

السير والانداز:

في 80-85% من الحالات يتوقف النزف تلقائياً و15-20% يحتاجون علاجاً طبياً أو جراحياً. وتسجل الدراسات عموماً نسبة وفيات 10-15%.

أسباب الوفيات:

الاستنزاف - الأمراض المرافقة الشديدة - العمل الجراحي الذي يتأثر بدوره بعمر المريض وتوقيت العمل الجراحي. ويختلف السير أيضاً حسب السبب المؤدي للنزف: ففي دوالي المري تحدث الوفاة بنسبة 50% بينما في التهاب المعدة تحدث بنسبة 10% وفي القرحة الهضمية تحدث بنسبة 3%.

الدراسة العملية:

قمنا بتحليل حالات 97 مريضاً تم قبولهم في قسم الأمراض الباطنة في مشفى الأسد الجامعي عام 1990 بسبب إصابتهم بنزف هضمي علوي حاد.

وقد ركزنا على المعلومات السريرية التالية: العمر - الجنس - الكحول - تناول الأدوية المسكنة والمضادة للالتهاب - سوابق النزف - الألم الشرسوني. وبالفحص السريري على الضغط والنبض وعلامات

حالات على دوالي المري، واستخدام
الفازوبريس مرة واحدة فقط.

استخدم التصوير الشعاعي بالباريون
على خمسة مرضى ولكن لم يكن استقصاء
أساسياً.

وأجري العلاج الجراحي في 9% من
المرضى، كان لديهم قرحات عفجية.

وكانت نسبة الوفيات 11.4%، كان
65% منهم فوق 50 سنة وفي معظم الحالات
كان يوجد أكثر من عامل خطر مرافق.

ريس 6%، وسرطان المعدة 3%، وقلعة
الصفائح 4%، والباقي أسباب نادرة أخرى.

أجري نقل دم للمرضى في 40% من
الحالات، وخاصة حالات دوالي المري
والقرحة العفجية.

وأعطي المرضى حاصرات مستقبلات
H2 ومضادات الحموضة وفي 90% من

الحالات، واستخدام فيتامين A في 8% من
الحالات حقناً عضلياً.

أجري غسل المعدة في 20% من

الحالات، وتم تطبيق الدحس بالبالون في 3

REFERENCES

- 1- R.L. Protell, C.A. Athanasoulis, J. Brnuav, and P.B. Cotton, Sever upper Gastrointestinal Bleeding in Clinics in Gastrointestinal, Vol. 19, No1, Jun. 1981, p. 17-64.
- 2- P.P. Jewell, Gastrointestinal Bleeding in Oxford Text Book of Medicine, ed. by: P.J. Wetherall, J.G.G. Ledingham, and D.A. Warell, 1984, section 12, p. 15-16.
- 3- J. M. Richter, and K. I. Isselbocher, Gastrointestinal Bleeding in Harison's Principles of Internal Medicine. 12th edition, ed. by: Wilson Brauwald, Insseblocher, Martin, Fauci, and Root, 1991, p. 261-164.
- 4- M.Y. Chatton, Massive Upper Gastrointestinal hem orrhage, in hand book of Medicine treatment, 16th edition, 1980, p. 237-240-266.
- 5- M.G. Lee, Potral hypertension and Oesphagal varices, In Medicine Vol. 17, No: 2, Feb. 1992, p. 3-8.

ABSTRACT

Upper Gastrointestinal bleeding can be defined as any non occult bleeding originating from any part of the digestive tract between the upper oesphagus and the ligament of Treitz, it presents as hamatemesis and/or melena.

The degree of bleeding ranges from a cupful of blood (60 ml) to 30-40 per cent of blood volume.

In 85-90 percent of cases, the cause of bleeding is: peptic ulcer, gastritis, oesphageal varices, or Mallory Weiss tears.

The diagnostic procedure of choice is fiber optic endoscopy, other procedures which may be used in some cases are: gastric aspiratioa, Barium X ray, and angiography, about 85 percent of bleeding episodes stop spontaneously. Mortality rate is 10-15 percent, the causes of death are: exsanguination, sever associated disease, and post operative mortality>

In Al-Assad University Hospital 97 patients with upper gastrointestinal bleeding have studied, 42% were more than 50 years old, 70% were shocked at admission, and 35% have used anti inflammatory drugs, the diagnosis depend on fiber optic endocopy.

The causes of bleeding were: peptic ulcer 52.5%, gastritis 23%, oesphageal varices 9% and Mallory Weiss tears 6%. 9 percent of patients had gone under operation.

The mortality rate was 12% nearly.