

Analytic study of endoscopic findings in patients with upper gastrointestinal bleeding at Tishreen University Hospital in 2022 - 2023

Dr. Ismael Hammad*
Dr. Milad Antanios**
Abdelkader Rajeh***

(Received 2 / 4 / 2023. Accepted 13 / 9 / 2023)

□ ABSTRACT □

Background :Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) remains a life-threatening medical problem that is common worldwide. It is an emergency medical condition, which may require hospital admission. UGIB also increases the risk of morbidity, and mortality, so it warrants early evaluation. Upper gastrointestinal endoscopy is the main diagnostic and therapeutic procedure for upper gastrointestinal bleeding.

Objective :To determine the endoscopic findings in patients presenting with UGIB and its frequency among these patients according to gender and age at Tishreen University Hospital in 2022 - 2023.

Materials and Methods :The study was carried out in the Department of Gastrointestinal at Tishreen University Hospital in 2022 - 2023. The record of patients admitted with upper GI bleed through indoor/outdoor was retrieved from the Department of Gastrointestinal. 408 Patients fulfilling inclusion criteria were selected in the study. The relevant data and endoscopic findings were documented on Performa. The data was prospective, descriptive, cross-sectional study.

Results :A total of 408 patients had endoscopy for UGIB which consisted of 229 (56.13%) males and 179 (43.87%) females, and the mean age was 55.52 years \pm SD 18.29. The commonest cause of UGIB was duodenal ulcer in 112 patients consisting of (27.5%), followed by gastric ulcer in 89 patients (21.9%), gastritis in 48 patients (11.9%) and esophageal and gastric varices were in 25 patients (6.3%). Malignant conditions (cancers) contributed to (6%), which included esophageal cancer in two patients (0.5%), gastric cancer in 21 patients (4.3%), and duodenal cancer in 5 patients (1.2%). Esophagitis was in 24 patients (5.9%). Other less frequent causes of UGIB were Mallory-Weiss tear in 9 patients (2.3%), gastroduodenitis in 8 patients (2%), duodenitis in 8 patients (2%), angiodysplasia of stomach in 6 patients (1.6%), esophageal ulcer in 4 patients (1%), angiodysplasia of duodenum in two patients (0.5%), gastric polyps in one patient (0.3%). Normal endoscopic findings were in 44 patients (10.8%) in patients who had UGIB.

Conclusion :Peptic ulcer disease which included duodenal and gastric ulcers was the commonest cause of UGIB in our population followed by gastritis, while gastric polyps were the rarest cause.

Key words : Endoscopy, upper gastrointestinal bleeding (UGIB), Peptic ulcer disease.

Copyright



:Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

* Professor – Department of Internal Medicine (Digestive System Diseases) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

**Associate professor – Department of Internal Medicine (Digestive System Diseases) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

***Graduate student – Department of Internal Medicine (Digestive System Diseases) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

دراسة تحليلية للموجودات التنظيرية عند مرضى النزف الهضمي العلوي في مستشفى تشرين الجامعي بين عامي 2022-2023

د. اسماعيل حماد*

د. ميلاد أنطانيوس**

عبد القادر راجح***

(تاريخ الإيداع 2 / 4 / 2023. قبل للنشر في 13 / 9 / 2023)

□ ملخص □

الخلفية: لايزال النزف الهضمي العلوي (UGIB) مشكلة طبية مهددة للحياة و شائعة في جميع أنحاء العالم. و هو حالة طبية إسعافية قد تتطلب القبول بالمستشفى. و هو أيضاً يزيد من خطورة المراضة و معدل الوفيات لذلك يستدعي تقييم باكر. يعتبر التنظير الهضمي العلوي الإجراء التشخيصي و العلاجي الرئيسي في النزف الهضمي العلوي.

الهدف: تحديد الموجودات التنظيرية عند مرضى النزف الهضمي العلوي (UGIB) و تواترها بين هؤلاء المرضى حسب الجنس و العمر في مستشفى تشرين الجامعي بين عامي 2022-2023

المواد و الطرق: تم إجراء الدراسة في شعبة أمراض الهضم في مستشفى تشرين الجامعي بين عامي 2022-2023 ، تم الرجوع لبيانات المرضى المقبولين بنزف هضمي علوي ضمن شعبة أمراض الهضم و المرضى المقبولين في الأقسام الأخرى الذين طوروا نزف هضمي علوي. تم اختيار 408 مرضى حققوا معايير الاشتمال في الدراسة. تم توثيق البيانات ذات الصلة و الموجودات التنظيرية على استمارة. كانت الدراسة مستقبلية و صافية مقطعية عرضانية.

النتائج: تم إجراء تنظير هضمي علوي لـ 408 مرضى نزف هضمي علوي تضمنوا 229 ذكر (56.13%) و 179 أنثى (43.87%) ، و كان متوسط العمر 55.52 ± 18.29 سنة. كان أشيع سبب للنزف الهضمي العلوي القرحة العفجية عند 112 مريض بنسبة (27.5%) ، تليها القرحة المعدية عند 89 مريض (21.9%) و التهاب المعدة عند 48 مريض (11.9%) و دوالي المري و المعدة عند 25 مريض (6.3%). شكلت الخباثات نسبة (6%) متضمنة سرطان المري عند مريضين (0.5%) و سرطان المعدة عند 21 مريض (4.3%) و سرطان العفج عند 5 مرضى (1.2%). وجد التهاب المري عند 24 مريض بنسبة (5.9%). كانت الأسباب الأخرى الأقل شيوعاً للنزف الهضمي العلوي تمزق ماللوري و ايس عند 9 مرضى (2.3%) و التهاب المعدة و العفج عند 8 مرضى (2%) و التهاب العفج عند 8 مرضى (2%) و التشنج الوعائي في المعدة عند 6 مرضى (1.6%) و قرحة المري عند 4 مرضى (1%) و التشنج الوعائي في العفج عند مريضين (0.5%) و بوليبيات المعدة عند مريض واحد (0.3%). كانت الموجودات التنظيرية طبيعية عند 44 مريض (10.8%) من مرضى النزف الهضمي العلوي.

الخلاصة: كان الداء القرحي المتضمن القرحة العفجية و القرحة المعدية أشيع سبب للنزف الهضمي العلوي في مجتمعنا، يليه التهاب المعدة ، في حين كانت بوليبيات المعدة أندر سبب.

الكلمات المفتاحية: التنظير الهضمي ، النزف الهضمي العلوي (UGIB) ، الداء القرحي .



حقوق النشر : مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص

CC BY-NC-SA 04

* أستاذ - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .

** أستاذ مساعد - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .

*** طالب ماجستير - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

مقدمة

يقدر معدل حدوث الاستشفاء السنوي بسبب النزف الهضمي العلوي ب 1 لكل 1000 شخص في الولايات المتحدة الأمريكية (2). ويقدر معدل الوفيات ب 7 إلى 10 % (3).
انخفض معدل الوفيات بشكل طفيف خلال الثلاثين سنة الماضية بعد إدخال العلاج التنظيري الذي قلل معدل حدوث نكس النزف (3).
حوالي 45% من المرضى الذين يدخلون المستشفى بسبب النزف الهضمي العلوي أعمارهم أكبر من 60 سنة (4). أدى العلاج التنظيري إلى انخفاض الحاجة لنقل الدم و الجراحة في حالات النزف الهضمي العلوي (1).
يكون معدل الوفيات في النزف الهضمي العلوي أكبر بكثير لدى المرضى الذين يحدث لديهم النزف بعد قبولهم في المستشفى مقارنة بأولئك الذين يقبلون بشكاية النزف الهضمي العلوي (6)(5) (1).

أسباب النزف الهضمي العلوي Etiology of Upper Gastrointestinal Bleeding :

تعد القرحة الهضمية (المعدية ، العفجية) السبب الأشيع للنزف الهضمي العلوي وتشمل الأسباب الأخرى التهاب المعدة النزفي والتهاب العفج النزفي
(10 إلى 20 %) ، دوالي المري (3 إلى 10 %) ، تمزق ماللوري وايس
(3 إلى 7 %) ، الخبثات (تقريباً 2%) والتشوهات الوعائية (2 إلى 10%) ، وتبقى بعض حالات النزف الهضمي العلوي مجهولة المصدر بنسبة
(أقل من 3% من الحالات) (7) (8).

Etiology	Incidence (%)	Mortality (%)
Peptic ulcer	20-60	4-6
Erosions	7-30	0-1
Varices	4-20	30-50
Esophagitis	3-15	0-1
Mallory-Weiss	4-15	0-2
Vascular malformations	2-5	
Malignancies	1-5	20-40
Others	<2	2-8
Not known	<3	

التظاهرات السريرية للنزف الهضمي العلوي Clinical Manifestaion of Upper Gastrointestinal Bleeding

يأتي المرضى مع نزف هضمي علوي بشكايات مختلفة تعتمد على مصدر ، معدل ، حجم الدم المفقود والصحة العامة للمرضى .

التغوط النزفي والذي يعرّف بخروج براز أسود يعكس عادةً مصدر علوي للنزف الهضمي. غالباً لا يدرك المرضى الذين لديهم تغوط زفني كشكاية وحيدة أنه ناتج عن نزف في السبيل الهضمي ، لذلك غالباً ما يتأخرون في طلب الاستشارة الطبية حتى تظهر أعراض أكثر حدة بسبب فقدان الحجم . بالرغم من أن التغوط الزفني عادة ما يعكس مصدر علوي للنزف الهضمي والتغوط المدمى مصدر سفلي للنزف الهضمي فإن طبيعة البراز تعكس بشكل أدق معدل خسارة الدم والمدة التي بقي فيها هذا الدم في الأمعاء أكثر من موقع النزف (9) (10) (11).

لذلك فإن التغوط المدمى قد يحدث مع النزف الهضمي العلوي الجسيم (أكثر من 1000 مل) مع عبور معوي سريع (12)، بينما التغوط الزفني يمكن أن يحدث بأفات الكولون الأيمن .

يأتي بعض المرضى بشكاية الإقياء المدمى (إقياء دم أحمر قانئ أو مادة بلون داكن كطحل القهوة) مع أو دون تغوط زفني أو تغوط مدمى ، وبسبب كون تقيؤ الدم الأحمر القانئ يعتبر أمر مقلق يسعى المرضى لطلب المعاينة الطبية الفورية .

الإقياء المدمى دائماً ما يعكس مصدر هضمي للنزف العلوي ، بالرغم من أن المرضى الذين لديهم رعاف من البلعوم الأنفي قد يحدث لديهم أحياناً إقياء مدمى وهذا ما يمكن إيجاده بالفحص السريري .

المرضى الذين يعانون من نزف هضمي مصدره دوالي المري غالباً ما يكون لديهم إقياء مدمى غزير . يتوافق التغوط الزفني مع معدل وفيات 8% بينما يتوافق التغوط المدمى مع معدل وفيات تصل حتى 20% (13).

تشخيص النزف الهضمي العلوي Diagnosis of Upper Gastrointestinal Bleeding

يعتمد تشخيص النزف الهضمي العلوي على :

القصة المرضية Medical History

الفحص السريري Clinical Examination

الاستقصاءات المخبرية Laboratory Investigation

التنظير الهضمي العلوي Upper Gastrointestinal Endoscopy

التنظير الهضمي العلوي : Upper Gastrointestinal Endoscopy

■ هو رؤية القسم العلوي للأنبوب الهضمي من الفم و حتى نهاية الإثني عشر باستخدام الوسائل التنظيرية مع إمكانية أخذ خزعات و ربط وتصليب الدوالي وحقن مواد مقبضة للأوعية و التخثير الحراري أو بالأرغون بلازما (APC) .

- يعتبر الأداة التشخيصية والعلاجية الرئيسية في النزف الهضمي العلوي
- يعتبر الإجراء الأفضل حيث يحدد بدقة موقع النزف ويحدد السبب النوعي له
- يوفر أساس منطقي لفرز المرضى كمرضى يحتاجون قبول روتيني في المستشفى أو كمرضى عناية مشددة
- يقيم الحاجة للجراحة

- يوفر معلومات إنذارية قيّمة
- يمكن أن يستخدم لتطبيق العلاجات المطوّرة حديثاً في المعالجة التنظيرية
- التنظير العلاجي يقدم بشكل عام الإرقاء ويمنع نكس النزف (14) (15) .

العلاجات التنظيرية المتوفرة تتضمن :

- العلاج بالحقن (الأدرينالين الممدد 10000/1، مواد مصلبة) .
- الإرقاء الحراري (التخثير الحراري ، التخثير بالأرغون بلازماً) .
- العلاج الميكانيكي (الكليسات ، الربط) .

نادراً ما يسبب التنظير الهضمي العلوي اختلاطات خطيرة مثل الانتقاب في السبيل الهضمي ، تسريع النزف ، إغفال إمراضيات معينة و اختلاطات التخدير (16) (17) .

مبررات البحث :

يعتبر النزف الهضمي العلوي حالة طبية طارئة شائعة و مهددة للحياة ، حيث تم الإبلاغ عن 100 حالة نزف هضمي علوي من بين كل 100000 من السكان حول العالم سنوياً ، كما تشير التقديرات إلى أن 100000 شخص في الولايات المتحدة ينزفون من القرحة الهضمية كل عام .
يلعب التنظير الهضمي العلوي دوراً حاسماً في تشخيص سبب النزف الهضمي العلوي و تحديد مكانه بدقة و تدبيره .

أهمية البحث وأهدافه

هدف البحث :

تقييم النزف الهضمي العلوي و معرفة أسبابه بالاعتماد على التنظير الهضمي العلوي و دراسة التوزع العمري و التوزع حسب الجنس للأسباب الشائعة في مستشفى تشرين الجامعي باللاذقية بين عامي 2022-2023 .

عينة المرضى و طرق الدراسة :

تصميم الدراسة:	دراسة مستقبلية وصفية مقطعية عرضانية , Prospective descriptive , cross-sectional study
مكان و زمن الدراسة:	شعبة أمراض الهضم في مستشفى تشرين الجامعي باللاذقية بين عامي 2023-2022
مدة الدراسة:	سنة واحدة.
معايير الاشتمال:	المرضى الأكبر من 13 سنة المقبولين في شعبة أمراض الهضم بقصة نزف هضمي علوي , كما تم تضمين المرضى المقبولين في الشعب الأخرى الذين طوروا نزف هضمي علوي , مع مراعاة معايير الاستبعاد.
معايير الاستبعاد:	1- العمر أقل من 13 سنة. 2- المرضى الغير قادرين على التصريح بالموافقة. 3- المرضى الغير محققين لمعايير الاشتمال. 4- مرضى النزف الهضمي الرضي.

تنظيم و متابعة المرضى :

تم أخذ قصة سريرية مفصلة مع السوابق المرضية و الدوائية ، و تم إجراء تنظيف هضمي علوي للمرضى و تسجيل الموجودات العيانية مع أخذ خزعات من الآفات المشتبهة ، ثم تم توزيع المرضى حسب :

- ا. الجنس
 - اا. العمر
 - ااا. التظاهر السريري للنزف الهضمي العلوي (تغوط زفتي ، تغوط مدمى ، إقياء مدمى و إقياء طحل قهوة) .
- استبيان جمع المعلومات :

اسم المريض:	رقم الإضيارة:
الجنس:	العمر:
التظاهر السريري للنزف الهضمي العلوي:	
السوابق المرضية المرتبطة بالآفات الهضمية العلوية:	
السوابق الدوائية المرتبطة بالنزف:	
الموجودات التنظيرية:	
تاريخ التنظير:	
موجودات التشريح المرضي:	

الدراسة الإحصائية : Statistical Study

• استخدام قوانين الإحصاء الوصفي **Description Statistical** على المتغيرات المدروسة:

استخدام مقاييس النزعة المركزية للمتغيرات الكمية ، النسب المئوية و مجالات الثقة للمتغيرات الكيفية.

• قوانين الإحصاء الاستدلالي **Inferential Statistical** لدراسة العلاقات بين المتغيرات المدروسة:

اختبار Independent T student لدراسة الفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين . اختبار chi-square for trend لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكيفية.

• تعتبر النتائج هامة إحصائياً مع $p\text{-value} < 5\%$

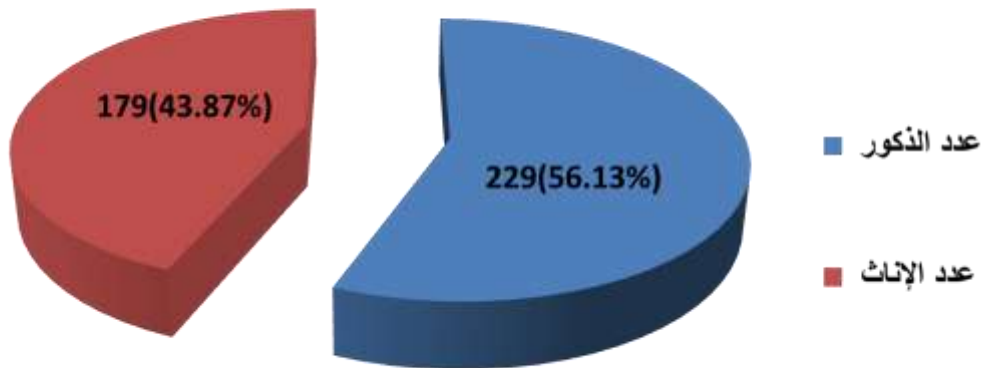
• اعتماد البرنامج الإحصائي **IBM SPSS statistics (version23)** لحساب المعاملات الإحصائية و تحليل النتائج.

20

النتائج :

❖ شملت الدراسة 408 مرضى من بينهم 229 ذكر (56.13%) و 179 أنثى (43.87%) .

الشكل (1) : توزيع المرضى حسب الجنس

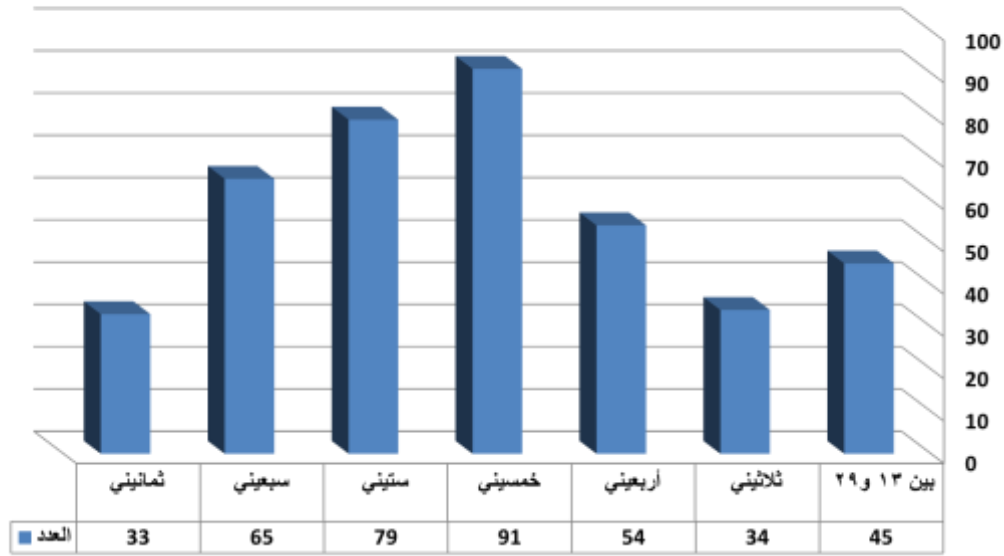


تراوحت أعمار المرضى بين 15 و 93 سنة بعمر وسطي 55.52 ± 18.29 سنة .

العمر	العدد	النسبة المئوية
بين 13 و 29	45	11.03%
ثلاثيني	34	8.33%
أربعيني	54	13.23%
خمسيني	91	22.31%
ستيني	79	19.36%
سبعيني	65	15.93%
ثمانييني	33	8.09%
تسعيني	7	1.72%

الجدول (1): توزيع المرضى حسب الفئات العمرية

الشكل (2) : توزيع المرضى حسب الفئات العمرية

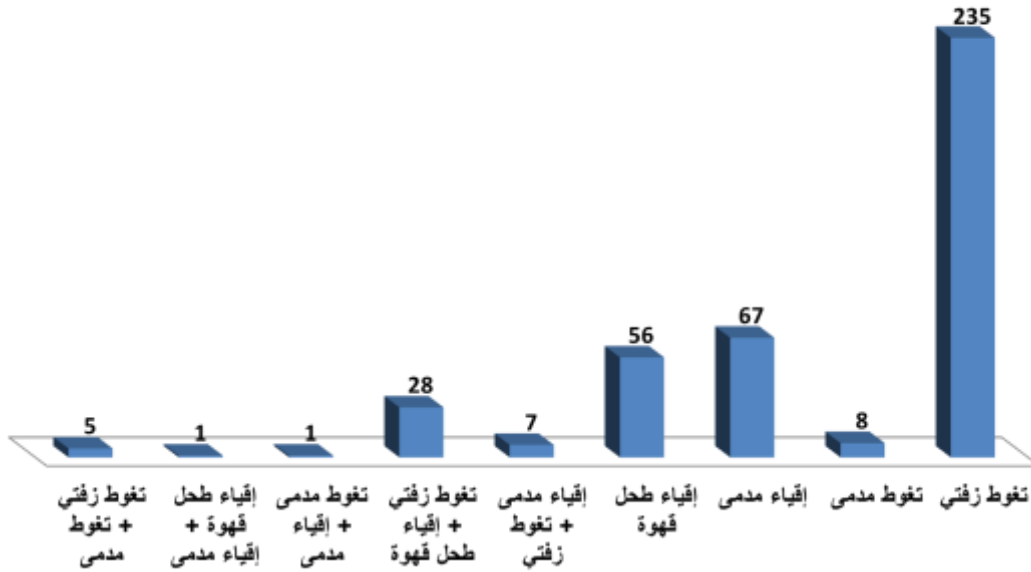


تم توزيع المرضى حسب التظاهرات السريرية فكانت النتائج حسب التالي :

النسبة المئوية	عدد المرضى	التظاهرات السريرية
57.6%	235	تغوط زفتي
2%	8	تغوط مدمى
16.4%	67	إقياء مدمى
13.7%	56	إقياء طحل قهوة
1.7%	7	إقياء مدمى + تغوط زفتي
6.9%	28	تغوط زفتي + إقياء طحل قهوة
0.2%	1	تغوط مدمى + إقياء مدمى
0.2%	1	إقياء طحل قهوة + إقياء مدمى
1.3%	5	تغوط زفتي + تغوط مدمى

الجدول (2): توزيع المرضى حسب التظاهرات السريرية

الشكل (3) : توزيع المرضى حسب التظاهرات السريرية

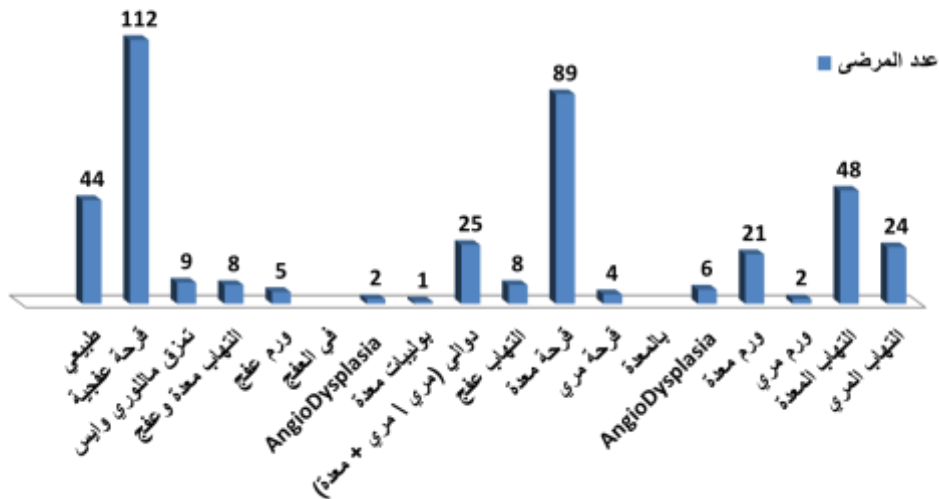


قمنا بإجراء تنظير هضمي علوي لجميع المرضى في الدراسة و حصلنا على النتائج التالية :

النسبة المئوية	عدد المرضى	الموجود التنظيري
5.9%	24	التهاب المري
1%	4	قرحة مري
0.5%	2	ورم مري
6.3%	25	دوالي (مري مري + معدة)
2.3%	9	تمزق ماللوري وايس
11.9%	48	التهاب المعدة
21.9%	89	قرحة معدة
4.3%	21	ورم معدة
1.6%	6	Angiodysplasia بالمعدة

0.3%	1	بوليبات معدة
2%	8	التهاب معدة وعفج
2%	8	التهاب عفج
27.5%	112	قرحة عفجية
1.2%	5	ورم عفج
0.5%	2	Angiodysplasia في العفج
10.8%	44	طبيعي
الجدول (3): موجودات التنظير الهضمي العلوي عند مرضى النزف الهضمي		

الشكل (4) : توزيع المرضى حسب موجودات التنظير



- نلاحظ أن أشيع الموجودات التنظيرية لدى مرضى الدراسة كانت القرحة العفجية (27.5%) تليها القرحة المعدية (21.9%) ثم التهاب المعدة بنسبة (11.9%) من المرضى ، وكانت أندر الموجودات التنظيرية هي بوليبيات المعدة بنسبة (0.3%) من المرضى ، بينما كان التنظير طبيعي دون أية موجودات مرضية ملاحظة لدى (10.8%) من المرضى .

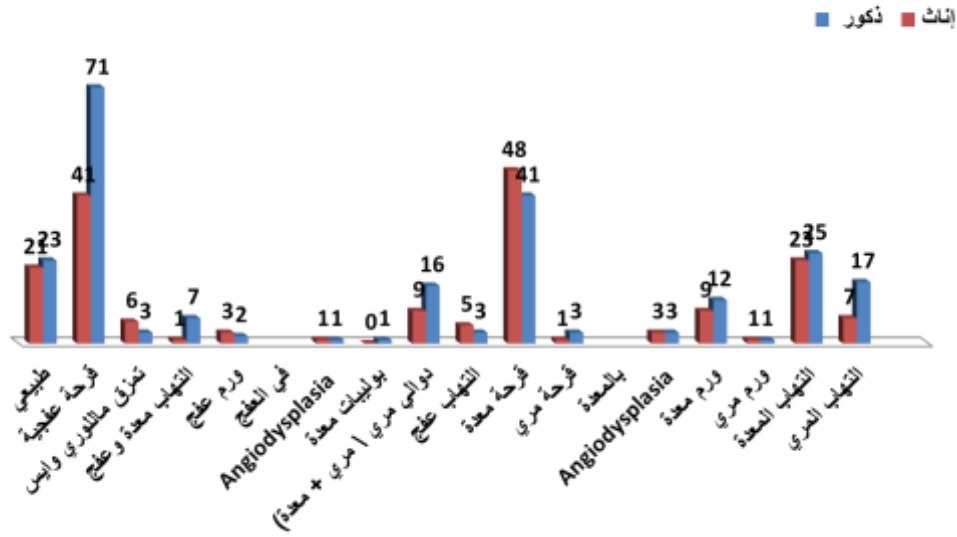
❖ قمنا بمقارنة نتائج التنظير الهضمي العلوي لجميع المرضى في الدراسة حسب الجنس فحصلنا على النتائج التالية :

P-value	إناث (n=179)	ذكور (n=229)	الموجود التنظيري
0.1	7(3.9%)	17(7.43%)	التهاب المري
0.3	1(0.5%)	3(1.3%)	قرحة مري
0.93	1(0.5%)	1(0.4%)	ورم مري
0.12	9(5.1%)	16(6.96%)	دوالي (مري مري + معدة)
0.56	6(3.3%)	3(1.3%)	تمزق ماللوري وايس
0.91	23(12.8%)	25(10.9%)	التهاب المعدة
0.99	48(26.8%)	41(17.9%)	قرحة معدة
0.5	9(5.1%)	12(5.3%)	ورم معدة
0.94	3(1.7%)	3(1.3%)	Angiodysplasia بالمعدة
0.24	0(0%)	1(0.4%)	بوليبات معدة

0.02	1(0.5%)	7(3.06%)	التهاب معدة وعفج
0.67	5(2.9%)	3(1.3%)	التهاب عفج
0.001	41(22.9%)	71(31.1%)	قرحة عفجية
0.88	3(1.7%)	2(0.9%)	ورم عفج
0.93	1(0.5%)	1(0.4%)	Angiodysplasia في العفج
0.13	21(11.8%)	23(10.05%)	طبيعي

الجدول (4): مقارنة الموجودات التنظيرية حسب الجنس

الشكل (5) : توزيع موجودات التنظير حسب الجنس



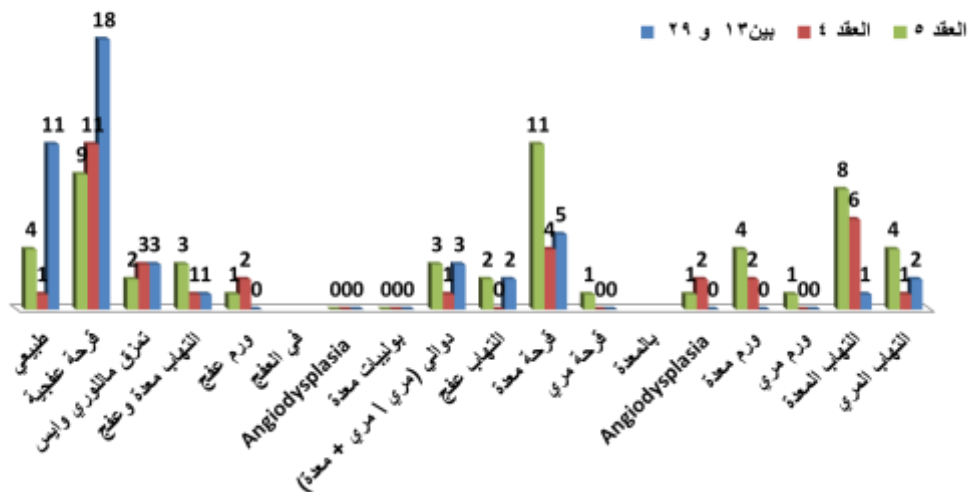
- نلاحظ وجود فرق هام إحصائياً من حيث الجنس بين الذكور والإناث في مرضى الدراسة في اثنين من الموجودات التنظيرية هما التهاب المعدة والعفج و القرحة العفجية ، حيث في التهاب المعدة و العفج كانت نسبة الذكور أكبر بشكل هام إحصائياً مما هي عليه لدى الإناث (0.5%) حيث كانت $P\text{-value} = 0.02$.
- كذلك كانت القرحة العفجية أشيع لدى الذكور (31.1%) مما كانت عليه لدى الإناث (22.9%) بفرق هام إحصائياً حيث كانت $P\text{-value} = 0.001$.
- ❖ قمنا بمقارنة نتائج التنظير الهضمي العلوي لجميع المرضى في الدراسة حسب الفئات العمرية فحصلنا على النتائج التالية :

P-value	العقد 10 (n=7)	العقد 9 (n=33)	العقد 8 (n=65)	العقد 7 (n=79)	العقد 6 (n=91)	العقد 5 (n=54)	العقد 4 (n=34)	بين 13 و 29 (n=45)	الموجود التنظيري
0.036	(0%)0	(9.2%)3	(12.4%)8	(6.3%)5	(1.1%)1	(7.4%)4	(2.9%)1	(4.4%)2	التهاب المري
0.15	(0%)0	(0%)0	(4.6%)3	(0%)0	(0%)0	(1.8%)1	(0%)0	(0%)0	قرحة مري
0.7	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(1.1%)1	(1.8%)1	(0%)0	(0%)0	ورم مري
0.072	(0%)0	(0%)0	(4.6%)3	(8.8%)7	(9.8%)9	(5.5%)3	(2.9%)1	(4.4%)2	دوالي (مري + معدة)
0.02	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(1.2%)1	(0%)0	(3.7%)2	(8.9%)3	(6.8%)3	تمزق مائلوري وايس
0.405	(14.3%)1	(15.1%)5	(10.8%)7	(8.9%)7	(14.3%)13	(14.9%)8	(17.7%)6	(2.2%)1	التهاب المعدة
0.51	(0%)0	(3%)1	(9.3%)6	(3.8%)3	(5.5%)5	(7.4%)4	(5.9%)2	(0%)0	ورم معدة
0.324	(28.6%)2	(27.3%)9	(29.2%)19	(22.8%)18	(23.2%)21	(20.5%)11	(11.7%)4	(11.2%)5	قرحة معدة

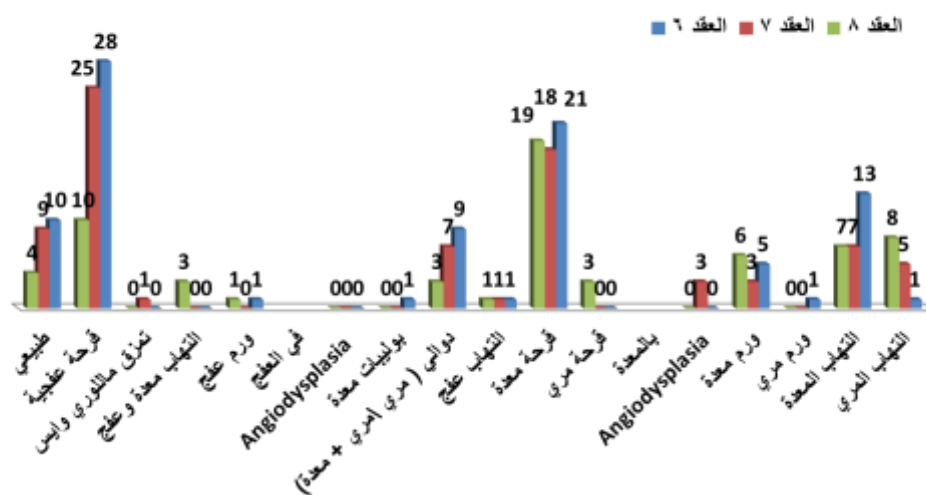
P-value	العقد 10 (n=7)	العقد 9 (n=33)	العقد 8 (n=65)	العقد 7 (n=79)	العقد 6 (n=91)	العقد 5 (n=54)	العقد 4 (n=34)	بين 13 و 29 (n=45)	الموجود التنظيري
0.88	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(1.1%)1	(0%)0	(0%)0	(0%)0	بوليبات المعدة
0.2	(0%)0	(0%)0	(4.6%)3	(0%)0	(0%)0	(5.5%)3	(2.9%)1	(2.2%)1	التهاب المعدة و عالج
0.1	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(3.8%)3	(0%)0	(1.8%)1	(5.9%)2	(0%)0	Angiodysplasia بالمعدة
0.57	(0%)0	(3%)1	(1.5%)1	(1.2%)1	(1.1%)1	(3.7%)2	(0%)0	(4.4%)2	التهاب عالج
0.047	(57.1%)4	(21.2%)7	(15.4%)10	(31.7%)25	(30.7%)28	(16.8%)9	(32.4%)11	(40%)18	قرحة عظمية
0.3	(0%)0	(0%)0	(1.5%)1	(0%)0	(1.1%)1	(1.8%)1	(5.9%)2	(0%)0	ورم عالج
0.013	(0%)0	(6.1%)2	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(0%)0	(0%)0	Angiodysplasia في العالج
0.043	(0%)0	(15.1%)5	(6.1%)4	(11.5%)9	(11%)10	(7.4%)4	(2.9%)1	(24.4%)11	طبيعي

الجدول(5): مقارنة الموجودات التنظيرية حسب الفئات العمرية

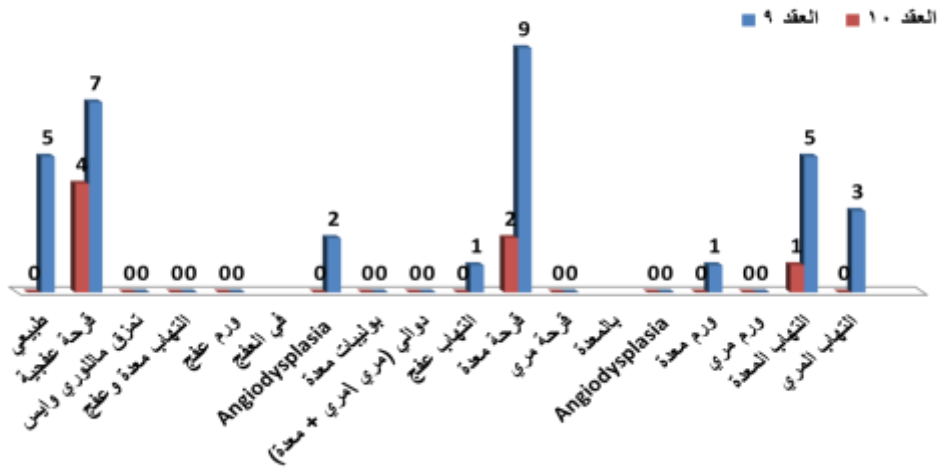
الشكل (6): توزع موجودات التنظير حسب الفئات العمرية (1)



الشكل (7): توزع موجودات التنظير حسب الفئات العمرية (2)



الشكل (8): توزيع موجودات التنظير حسب الفئات العمرية (3)



- بمقارنة الموجودات التنظيرية لدى مرضى الدراسة حسب فئاتهم العمرية نلاحظ أن التهاب المريء كان أشيع لدى مرضى العقد الثامن من العمر مما كان عليه في باقي الفئات العمرية بفرق هام إحصائياً حيث كانت P-value = 0.036
- كما نلاحظ أن التشنج الوعائي في العفج شوهد فقط لدى مرضى العقد التاسع من العمر مع وجود فرق هام إحصائياً حيث كانت P-value = 0.013
- كان تمزق مآلوري و آيس أشيع لدى مرضى العقد الرابع من العمر مما كان عليه في باقي الفئات العمرية بفرق هام إحصائياً حيث كانت P-value = 0.02
- كانت القرحة العفجية أشيع لدى مرضى العقد العاشر من العمر مما هي عليه في باقي الفئات العمرية بفرق هام إحصائياً حيث كانت P-value = 0.047
- كانت الموجودات التنظيرية ضمن الطبيعي لدى المرضى بين 13 و 29 سنة أشيع مما هي عليه لدى باقي الفئات العمرية الأخرى بفرق هام إحصائياً حيث كانت p-value = 0.043
- بالمقارنة مع الدراسات المرجعية حصلنا على ما يلي :

دراسة نيبالية 2015	دراسة إيرانية 2010-2012	دراسة باكستانية 2015-2017	دراسة أوغندية 2006-2010	دراستنا الحالية
عدد المرضى 301	عدد المرضى 990	عدد المرضى 100	عدد المرضى 224	عدد المرضى 408
عدد الذكور 203	عدد الذكور 594	عدد الذكور 58	عدد الذكور 113	عدد الذكور 229
عدد الإناث 98	عدد الإناث 396	عدد الإناث 42	عدد الإناث 111	عدد الإناث 179
العمر 92-25 سنة	العمر 95-15 سنة	العمر 80-17 سنة	متوسط العمر 42 سنة	العمر 93-15 سنة

الجدول (6): المقارنة مع الدراسات المرجعية (1)

دراسة نيبالية 2015	دراسة إيرانية 2010-2012	دراسة باكستانية 2015-2017	دراسة أوغندية 2006-2010	دراستنا الحالية
17 مريض	7 مرضى	9 مرضى	36 مريض	44 مريض
دوالي المري (120 مريض)	القرحة العفجية (262 مريض)	دوالي المري (48 مريض)	دوالي المري (91 مريض)	القرحة العفجية (112 مريض)
القرحة العفجية (32 مريض)	دوالي مري ومعدة (193 مريض)	التهاب المعدة (13 مريض)	التهاب المري (33 مريض)	قرحة معدة (89 مريض)

الجدول (7): المقارنة مع الدراسات المرجعية (2)

المناقشة :

- شملت دراستنا 408 مرضى مقبولين في الشعبة الهضمية في مستشفى تشرين الجامعي بشكاية نزف هضمي علوي بالإضافة للمرضى المقبولين في الشعب الأخرى الذين طوروا نزف هضمي علوي .
 - كانت نسبة الذكور (56.13%) والإناث (43.87%) من مرضى الدراسة ، تراوحت أعمار المرضى بين 15 و 93 سنة بعمر وسطي 55.52 .
 - أجريتنا تنظير هضمي علوي لجميع المرضى و كانت أشيع الموجودات التنظيرية المشاهدة هي القرحة العفجية (112) مريض بنسبة (27.5%) تليها القرحة المعدية (89) مريض بنسبة (21.9%) بينما كانت بوليبيات المعدة هي الموجود التنظيري الأندر حيث شوهدت لدى مريض واحد فقط بنسبة (0.3%) من المرضى.
 - كان التنظير الطبيعي لدى 44 مريض بنسبة 10.8% من المرضى .
 - لم نلاحظ وجود فرق هام إحصائياً في توزع الموجودات التنظيرية بين مرضى الدراسة من حيث الجنس إلا في اثنين من الموجودات التنظيرية هما :
 - القرحة العفجية والتهاب المعدة والعفج حيث كانت إصابة الذكور أشيع من إصابة الإناث مع وجود فرق هام إحصائياً بين الجنسين حيث كانت
- $P\text{-value} = 0.001 \setminus P\text{-value} = 0.02$ على الترتيب
- بمقارنة الموجودات التنظيرية لدى مرضى الدراسة حسب الفئات العمرية لاحظنا أن التهاب المري كان أشيع لدى مرضى العقد الثامن من العمر مع فرق هام إحصائياً $P\text{-value} = 0.036$.
 - شوهد الثثن الوعائي في العفج لدى مريضين فقط كانا في العقد التاسع من العمر مع فرق هام إحصائياً $P\text{-value} = 0.013$.

- لوحظ تمزق ماللوري وايس بشكل أشيع لدى مرضى العقد الرابع من العمر مما هي عليه في باقي الفئات العمرية مع فرق هام إحصائياً $P\text{-value} = 0.02$.
- كانت القرحة العفجية أشيع الموجودات التنظيرية في العقد العاشر من العمر مع فرق هام إحصائياً $P\text{-value} = 0.047$.
- كانت الموجودات التنظيرية ضمن الطبيعي أشيع لدى مرضى العقد الثاني والثالث من العمر (29-13 سنة) مع فرق هام إحصائياً $P\text{-value} = 0.043$.
- بالمقارنة مع الدراسات المرجعية كانت أشيع الموجودات التنظيرية في دراستنا هي القرحة العفجية حيث شوهدت لدى 112 مريض ، وهذا توافق مع نتائج الدراسة الإيرانية ، بينما كانت دوالي المري هي الموجود التنظيري الأشيع لدى المرضى في الدراسة النيبالية والباكستانية والأوغندية .
- كانت القرحة المعدية ثاني أشيع الموجودات التنظيرية في دراستنا حيث شوهدت لدى 89 مريض ، بينما كانت القرحة العفجية ثاني أشيع الموجودات التنظيرية لدى مرضى الدراسة النيبالية ، التهاب المعدة في الدراسة الباكستانية ، التهاب المري في الدراسة الأوغندية ، و دوالي المري في الدراسة الإيرانية .

الاستنتاجات والتوصيات

- I. أخذ قصة مرضية مفصلة لجميع المرضى المقبولين في المستشفى بشكاية أو بشك نزف هضمي علوي لأن الخطوة الأولى نحو التشخيص و التدبير الصحيح هي معرفة شكاية المريض بالتفصيل مع سوابقه المرضية و الدوائية .
- II. التركيز على الفحص الفيزيائي للمريض الذي من المتوقع أن لديه نزف هضمي علوي.
- III. إجراء تحاليل مخبرية إسعافية لأي مريض من المتوقع أن لديه نزف هضمي علوي من ضمنها CBC مع زمرة ، Creat ، Urea ، ALT ، AST ، PT و INR.
- IV. إجراء تنظير هضمي علوي لجميع المرضى الذين من المتوقع أن لديهم نزف هضمي علوي و الذي قد يكون تشخيصي وعلاجي في آن واحد ، وذلك خلال 24 ساعة من وقت القبول في حال كانت الحالة العامة للمريض تسمح بذلك ومحاولة عدم إغفال أي سبب مرضي مثل آفة دولا فوا أو الثدن الوعائي و التي قد تكون غير واضحة بشكل جيد إما بسبب الدم المتبقي أو بسبب الموضع غير المألوف .

Reference

- 1-Fallah MA, Prakash C, Edmundowicz S. Acute gastrointestinal bleeding. Med Clin North Am 2000;84(5):1183–208.
- 2- Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzulo JC, et al. The frequency of peptic ulcer disease as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. Gastrointest Endosc 2004;59(7):788–94.
- 3- Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. Br Med Bull 2007;83:307–24.
- 4- Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am J Gastroenterol 1995;90(4):568–73.
- 5- Lewis JD, Shin EJ, Metz DC. Characterization of gastrointestinal bleeding in severely ill hospitalized patients. Crit Care Med 2000;28(1):261–2.

- 6- Longstrech GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population based study. *Am J Gastroenterol* 1995;90(2):206–10.
- 7- <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/>.
- 8-Silverstein F.E., Gilbert D.A., Tedesco F.J., Buenger N.K., Persing J.: The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc.* 1981; 27 (2): 80–93.
- 9- Hilsman JH. The color of blood-containing feces following the instillation of citrated blood at various levels of the small intestine. *Gastroenterology* 1950; 15:131-4.
- 10- Schiff L, Stevens RJ, Shapiro H, Goodman S. Observations on the oral administration of citrated blood in man. II. The effect on the stools. *Am J Med Scz* 1942;203:409-12.
- 11- Daniel WA, Egan S. The quantity of blood required to produce a tarry stool. *JAALI* 1939;113:2232.
- 12- Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. *Gastroenterology* 1988;95:1569-74.
- 13- Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The National ASGE Survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc* 1981 ;27:80-93.
- 14- Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60(4):497–504
- 15- Rolhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002;34(2):111–8.
- 16- Cappell MS, Abdullah M. Management of gastrointestinal bleeding induced by gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterol Clin North Am* 2000;29(1):125–67.
- 17- Reiertsen O, Skjoto J, Jacobsen CD, et al. Complications of fiberoptic gastrointestinal endoscopy: five years' experience in a central hospital. *Endoscopy* 1987;19(1):1–6.