

# پیامد خونریزی دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بستری در بخش

## مراقبت‌های ویژه

### دکتر شهریار صانع

متخصص بیهوشی، فلوشیپ نوروآنستزی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

### دکتر محمدامین ولیزاد حسنلوئی<sup>۱</sup>

متخصص بیهوشی، فلوشیپ مراقبت‌های ویژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

### دکتر هدیه رضایی

متخصص بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

### دکتر محمدرضا عباسی خلخانه

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

### رحیمه علیزاده اوصالو

پرستار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

## The outcome of upper gastrointestinal bleeding in patients admitted to intensive care unit

Shahryar Sane, MD

Mohammad-Amin Valizaad Hasanlooe, MD

Hedye Rezaee, MD

Mohammad-Reza Abbasi Khalkhale, MD

Rahime Alizadeh Osalou, Nurce

## ABSTRACT

**Introduction:** Upper gastrointestinal bleeding occurs more frequency in critically ill patients admitted to intensive care unit. Various studies have been done in this regard. In this study, we investigated the frequency and outcome of upper gastrointestinal bleeding in patients admitted to intensive care unit of Urmia Emam hospital at 2015-2017.

**Materials and methods:** This cross-sectional study was carried out after confirmation at the Ethics Committee of Urmia University with the aim of investigating the frequency and outcome of upper gastrointestinal bleeding in patients admitted to the intensive care unit of Urmia Imam Hospital in during a two-year period. During this study, all hospitalized patients were enrolled during these two years and patients with brain death and GCS = 3, hospitalization period and receiving mechanical ventilation less than 48 hours and hospitalized patients due to bleeding from the digestive system were excluded from the study. Patient's profile (age, gender) underlying illness, upper gastrointestinal bleeding, mechanical ventilation duration, length of hospitalization in the intensive care unit and the hospital, prevention of stress ulcer, mortality of the patient entered the checklist and after the completion of the study, data with SPSS software, ver20 were analyzed.  $P < 0.05$  was significant.

<sup>۱</sup>. نویسنده مسؤول / aminvalizade@yahoo.com

**Results:** Five hundred seven patients with mean age of  $56.27 \pm 21.25$  years were studied. 52.85% of the patients were male and the rest were female. Multiple trauma and pulmonary disease and CNS were the most common kind of admission diseases. The frequency of upper gastrointestinal bleeding was 12.42%. 91.12% of patients received stress ulcer prophylaxis. The frequency of mortality in patients with gastrointestinal bleeding was 27 (42.85%). There was a significant difference between the duration of mechanical ventilation and the duration of hospitalization in ICU and hospital and mortality in patients with and without bleeding in ICU ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Despite of the reception of stress ulcer prophylaxis in patients who have been admitted to the intensive care unit, upper gastrointestinal bleeding has often occurred, which can challenge the outcome of the above mentioned patients.

**Keywords:** Outcome, Gastrointestinal Bleeding, Intensive care unit.

## چکیده

**مقدمه:** خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بدحال بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به کرات اتفاق می‌افتد. مطالعات مختلفی در این مورد انجام شده است. ما در این مطالعه به بررسی فراوانی و پیامد خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام در سال ۹۵-۱۳۹۴ پرداختیم.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه با هدف بررسی فراوانی و پیامد خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه در یک دوره زمانی دو ساله انجام شد. طی این مطالعه، تمام بیماران بستری در طی این دو سال وارد طرح شده و بیماران با مرگ مغزی و  $GCS=3$ ، دوره بستری و دریافت تهویه مکانیکی کمتر از ۴۸ ساعت و بیماران بستری به علت خونریزی از دستگاه گوارش از مطالعه کنار گذاشته شدند، مشخصات بیمار (سن، جنس) بیماری زمینه‌ای، خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی، طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و بیمارستان، پیشگیری از زخم فشاری، مرگ و میر بیمار وارد چک لیست شده و پس از اتمام طرح با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ مورد آنالیز قرار گرفتند.  $P < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**نتایج:** ۵۰۷ بیمار با میانگین سنی  $56.27 \pm 21.25$  سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۲٫۸۵٪ بیماران مذکر و مابقی مؤنث بودند. مولتی تروما و بیماری ریوی و CNS شایع‌ترین علل بستری بیماران بودند. فراوانی خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی ۱۲٫۴۲٪ بود. ۹۱٫۱۲٪ بیماران پیشگیری از زخم استرس دریافت داشتند. فراوانی مرگ و میر بیماران با خونریزی گوارشی ۲۷ نفر (۴۲٫۸۵٪) بود. بین طول مدت تهویه مکانیکی و طول مدت بستری در ICU و بیمارستان و مرگ و میر بیماران با و بدون خونریزی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. ( $P < 0.05$ )

**بحث و نتیجه‌گیری:** علی‌رغم پیشگیری از زخم استرسی در بیماران بدحال بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی به کرات اتفاق افتاده که می‌تواند پیامد بیماران مزبور را دچار چالش کند.

**کلواژگان:** پیامد، خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی، بخش مراقبت‌های ویژه

## مقدمه

خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی یکی از مشکلات اصلی و شناخته شده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه است (۱). تخمین زده می‌شود شیوع خونریزی از دستگاه گوارش در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در حدود ۵-۸ درصد بوده و این میزان در بیمارانی که پیشگیری زخم استرسی دریافت نمی‌کنند به بیش از ۱۵٪ می‌رسد (۲-۵). مطالعات نشان داده‌اند که در طول ۲۴ ساعت اول بعد از بستری در بخش مراقبت‌های ویژه حدود ۷۵-۱۰۰ درصد بیماران شواهدی از آسیب معدی روده‌ای را در یافته‌های آندوسکوپی نشان می‌دهند (۶). علت عمده مرگ در این بیماران بستگی به شرایط زمینه‌ای بیماران مثل سپسیس، جراحی و یا درگیری چندین ارگان در اثر این شرایط دارد که به علت خونریزی‌های گوارشی وخیم‌تر می‌شود (۷). این در حالی است که در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه خونریزی بایستی کمتر مشاهده شود ولی در بیمارانی که بیش از ۴۸ ساعت به دستگاه تنفس مکانیکی وابسته شده‌اند و بیمارانی که مشکلات انعقادی دارند خونریزی بالینی بیشتر دیده می‌شود و از نشانه‌های مهم خونریزی شدید خروج ترشحات خونی از لوله بینی معدی و همودینامیک بی‌ثبات بیمار، و نیاز به تجویز خون به علت افت سطح هموگلوبین است (۱).

علی‌رغم کاهش میزان خونریزی دستگاه گوارش فوقانی در اثر دریافت داروهای مهار کننده اسید جهت پیشگیری دستورالعمل‌های مختلفی در این زمینه وجود دارد (۸-۱۰). پیشگیری از زخم استرسی معمولاً به وسیله تجویز یکی از داروهای

ضد گیرنده هیستامینی دو، مهار کننده پمپ پروتونی و یا سوکرایلات انجام می‌شود (۱۱). مطالعه مروری در سال ۲۰۱۲ نشان داد که پنتوپرازول وریدی در درمان - پیشگیری و جلوگیری از خونریزی مجدد در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تأثیر خوبی دارد (۱۲). دو مطالعه در ایران نیز در این راستا نشان دهنده تأثیر خوب پنتوپرازول وریدی در پیشگیری از خونریزی‌های دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بدحال و از طرفی افزایش ۳ برابری پنومونی ناشی از ونتیلاتور در دریافت کنندگان آن نسبت به رانیتیدین وریدی است (۱۳ و ۱۴).

با توجه به مطالب پیش گفته و تأثیر احتمالی خونریزی دستگاه گوارش فوقانی بر پیامد بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بر آن شدیم این مطالعه مقطعی را در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام ارومیه در یک بازه زمانی ۲ ساله (۱۳۹۴-۹۵) انجام دهیم.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی پس از تصویب در شورای بازنگری پروپوزال بیمارستان و کمیته اخلاق دانشگاه و با هدف بررسی شیوع و پیامد خونریزی از دستگاه گوارش در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه در یک دوره دو ساله (اول فروردین ۱۳۹۴ لغایت ۲۹ اسفند ۱۳۹۵) انجام شد. طی این مطالعه تمام بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه طی این دو سال که به هر علت بستری شده‌اند وارد مطالعه شده و بیماران با مرگ مغزی و GCS مساوی ۳، دوره بستری و دریافت تهویه مکانیکی کمتر از ۴۸

ساعت و نیز بیماران بستری به علت خونریزی از دستگاه گوارش از مطالعه کنار گذاشته شدند. مشخصات بیمار (سن و جنس)، بیماری عامل بستری بیماران، معیار نمره آپاچی<sup>۲</sup> بیماران در ۲۴ ساعت اول پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه، خونریزی از دستگاه گوارش و طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و بیمارستان، پیشگیری از زخم استرسی، مصرف داروهای ضد انعقاد و کورتیکوستروئید، کواگولوپاتی، مرگ و میر و ترخیص بیماران وارد چک لیست شد. از نرم‌افزار آماری SPSS20 جهت این کار استفاده شد. روش نمونه‌گیری سرشماری بود.  $P < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام ارومیه که به صورت نیمه بسته اداره می‌شود بسته به نظر پزشکان معالج و رشته‌های مختلف منابع درسی و مقالات مورد تایید آنها پیشگیری از خونریزی دستگاه گوارش انجام می‌گیرد.

## نتایج

در این مطالعه مقطعی ۶۲۴ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام ارومیه در بازه زمانی دو ساله (۱۳۹۴-۱۳۹۵) وارد مطالعه شدند، ۲۷ بیمار به خاطر مرگ مغزی و GCS مساوی ۳ و ۱۷ بیمار بستری کمتر از ۴۸ ساعت در بخش مراقبت‌های ویژه و ۷۳ بیمار بستری به علت خونریزی از دستگاه گوارش از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۵۰۷ بیمار وارد مطالعه شدند.

میانگین سنی بیماران  $26,25 \pm 56,67$  سال بود. ۲۶۸ بیمار (۵۲,۸۵٪) مذکر و ۲۳۹ بیمار

(۴۷,۱۵٪) مؤنث بودند. میانگین معیار آپاچی بیماران  $15,67 \pm 2,14$  بود.

فراوانی خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی ۶۳ مورد (۱۲,۴۲٪) بود. فراوانی پیشگیری از زخم استرسی ۹۱/۱۲٪ بود. فراوانی داروهای مورد مصرف جهت پیشگیری رانیتیدین وریدی ۲۰۸ مورد (۴۱,۰۲٪)، رانی‌تیدین خوراکی ۱۰۴ مورد (۲۰,۵۱٪)، پنتوپرازول وریدی ۹۱ مورد (۱۷,۹۴٪) و پنتوپرازول خوراکی ۶۹ مورد (۱۳,۶۰٪) و سوکرافات ۳۵ مورد (۶,۹۰٪) گزارش شده بود.

میانگین طول مدت تهویه مکانیکی بیماران با خونریزی گوارش  $14,56 \pm 3,82$  روز، میانگین طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه  $18,11 \pm 10,16$  روز و میانگین طول مدت بستری در بیمارستان  $13,09 \pm 21,04$  روز بود.

۳۵,۱٪ بیماران (۱۷۸ بیمار) داروهای کورتیکوستروئید دریافت می‌کردند. ۴۱۲ بیمار (۸۱,۲۶٪) پروفیلاکسی دارویی DVT دریافت می‌کردند که از این بین ۲۶۸ مورد هپارین و مابقی انوکسپارین بود. ۴۹ بیمار داروهای ضد انعقاد درمانی دریافت می‌کردند (۲۸ مورد هپارین و بقیه انوکسپارین که همراه با وارفارین بود) و ۴۶ بیمار مورد مطالعه هیچ‌گونه ضد انعقادی دریافت نمی‌کردند و پروفیلاکسی مکانیکی برایشان تجویز شده بود. از این ۴۶ بیمار ۲۹ بیمار دچار کواگولوپاتی و ۱۷ بیمار فاز حاد خونریزی مغزی بودند.

از نظر فراوانی بر حسب جنس بیماران با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی بیماران مذکر ۳۸ بیمار (۶۰,۳۲٪) مؤنث ۲۵ بیمار (۳۹,۶۸٪) و در بیماران بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی ۲۳۰

۲. APACHEII score

بیمار (۵۱,۸٪) مذکر و ۲۱۴ بیمار (۴۸,۲٪) مؤنث بودند. مطابق آزمون آماری تست دقیق فیشر تفاوت معناداری از نظر جنس بیماران و خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی وجود ندارد. ( $P=0,12$ )

توزیع سنی بیماران با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $62,17 \pm 18,75$  سال و در بیماران بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $56,24 \pm 9,34$  سال بود. مطابق آزمون آماری تست تی تفاوت معناداری بین سن بیماران با و بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی وجود دارد ( $P=0,001$ ).

میانگین معیار آپاچی II در بیماران دچار خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $17,83 \pm 1,68$  و در بیماران بدون خونریزی  $14,46 \pm 1,39$  بود ( $P=0,03$ ).

میانگین طول مدت تهویه مکانیکی بیماران با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $14,56 \pm 3,82$  روز و در بیماران بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $10,48 \pm$  روز بود. مطابق آزمون آماری تست تی تفاوت معناداری بین مدت تهویه مکانیکی بیماران با و بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی وجود دارد ( $P=0,001$ ).

میانگین طول مدت بستری در ICU در بیماران با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $18,11 \pm 10,16$

روز و در بیماران بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $14,07 \pm 1,23$  بود مطابق آزمون آماری تست تی تفاوت معناداری بین مدت تهویه مکانیکی بیماران با و بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی وجود دارد ( $P=0,02$ ).

میانگین طول مدت بستری در بیمارستان در بیماران با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی  $3,09 \pm 21,04$  روز و در بیماران بدون خونریزی دستگاه گوارش  $17,54 \pm 9,32$  بود. مطابق آزمون آماری تست تی تفاوت معناداری بین طول مدت بستری در بیمارستان بیماران با و بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی وجود دارد ( $P=0,001$ ).

فراوانی مرگ و میر بیماران با خونریزی دستگاه گوارش فوقانی بدین صورت بود که ۲۷ بیمار از ۶۳ بیمار با خونریزی دستگاه گوارش (۴۲,۸۵٪) فوت نمودند و مابقی (۵۷,۱۵٪) ترخیص شدند.

فراوانی مرگ و میر بیماران بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی بدین صورت بود. ۱۱۴ بیمار (۲۵,۷٪) فوت و مابقی (۷۴,۳٪) ترخیص شدند. مطابق آزمون آماری تست دقیق فیشر تفاوت معناداری بین مرگ و میر بیماران با و بدون خونریزی دستگاه گوارش فوقانی وجود دارد. ( $P=0,004$ ) (جدول ۲).

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی بیماری‌های عامل بستری در جمعیت مورد مطالعه

بیماری زمینه‌ای	فراوانی	درصد
مولتی تروما	۲۰۷	۴۰,۸۲
ریوی	۱۱۷	۲۳,۰۳
CNS	۱۰۷	۲۱,۱
بعد از جراحی	۵۱	۱۰,۰۵
سایر موارد	۲۵	۵٪
جمع کل	۵۰۷	۱۰۰

**جدول ۲:** میانگین و انحراف معیار جنس، سن، طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در ICU و طول مدت بستری در بیمارستان در بیماران با و بدون خونریزی از دستگاه گوارش

متغیر	با خونریزی دستگاه گوارش	بدون خونریزی دستگاه گوارش	P. value
مذکر	۳۸ (۶۰٫۳٪)	۲۳۰ (۵۱٫۸٪)	۰٫۱۲
سن	۶۲٫۱۷±۱۸٫۷۵	۵۶٫۲۴±۹٫۳۴	۰٫۰۰۱
طول مدت تهویه مکانیکی (روز)	۱۴٫۵۶±۳٫۸۲	۱۰٫۴۸±۲٫۱۸	۰٫۰۰۱
طول مدت بستری در ICU (روز)	۱۸٫۱۱±۰٫۱۶	۱۴٫۰۷±۱٫۲۳	۰٫۰۰۲
طول مدت بستری در بیمارستان (روز)	۲۱٫۰۴±۱۳٫۰۹	۱۷٫۵۴±۹٫۳۲	۰٫۰۰۱
فوت	۲۷ (۴۲٫۸۵٪)	۱۱۴ (۲۵٫۷٪)	۰٫۰۰۴
آپاچی II	۱۷٫۸۳±۱٫۶۸	۱۴٫۴۶±۱٫۳۹	۰٫۰۳

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه مقطعی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام ارومیه در یک بازه زمانی ۲ ساله (۱۳۹۵-۱۳۹۴) انجام شد. فراوانی خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی ۶۳ مورد (۱۲٫۴۲٪) بود. ۹۱٫۱۲٪ بیماران پیشگیری از زخم استرسی دریافت می‌کردند. فراوانی مرگ و میر کل بیماران بستری طی مطالعه ۱۴۱ بیمار (۲۷٫۸٪) بود. بین طول مدت تهویه مکانیکی و طول مدت بستری در ICU و بیمارستان و مرگ و میر بیماران با و بدون خونریزی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P < 0.05$ ). مطالعات مختلفی در خصوص شیوع و بروز و نحوه پیشگیری از زخم استرسی در بیماران بدحال بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده است. کوک<sup>۳</sup> و همکاران (۵) در سال ۲۰۰۱ در کانادا اعلام کردند که از ۱۶۶۱ بیمار مورد مطالعه آنها در بخش مراقبت‌های ویژه ۵۹ بیمار (۳٫۵۵٪) دچار خونریزی دستگاه گوارش فوقانی شدند و در نهایت عنوان کردند که خونریزی گوارشی میزان مرگ و میر

بالائی داشته و با ۸-۴ روز طول مدت بیشتر اقامت در بخش مراقبت‌های ویژه همراه می‌باشد. مطالعه ما از نظر تعداد بیماران کوچک‌تر از حجم نمونه مطالعه مزبور بود و فراوانی خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی ۱۲٫۴۲٪ بود و مقایسه پیامدها (طول مدت تهویه مکانیکی طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، بیمارستان و مرگ و میر) در بیماران با و بدون خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی اختلاف معنی‌داری داشتند که تأیید کننده مطالعه آنها بود. کاهش میزان خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی در مطالعه کوک و همکاران را بایستی در راستای نحوه پیشگیری صحیح از زخم استرسی بیماران، شدت بیماری بیماران، مدت خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی مهم (خونریزی آشکار همراه با تغییرات همودینامیک یا نیاز به تزریق خون) جستجو کرد.

در مطالعه ما ۹۱٫۱۲٪ بیماران از نظر پیشگیری از زخم استرسی دارو دریافت نمودند که این میزان بیشتر از مطالعه رفیع‌نظری<sup>۴</sup> و همکاران (۹) است که ۸۰٪ بیماران آنها در طی بستری در بخش

4. Rafinazari N

3. Cook DJ

مراقبت‌های ویژه است که در نهایت عنوان کردند ۳۸,۵٪ بیماران آنها پیشگیری نادرستی دریافت کرده‌اند. پر واضح است اگر پیشگیری از زخم استرسی در مطالعه ما هم براساس دستورالعمل مورد استفاده خلیلی و همکاران (۸) و رفیع‌نظری و همکاران (انجمن داروسازان سیستم سلامت آمریکا) باشد شاید بسیاری از بیماران مورد مطالعه ما نیز اندیکاسیونی جهت دریافت پیشگیری از زخم استرسی نداشته باشند. پر واضح است که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه دستورالعمل‌های زیادی جهت دریافت پیشگیری از زخم استرسی وجود دارد که گاهی در تضاد و تقابل با یکدیگر قرار دارند (۱۱-۸) و این مورد اختلاف دریافت پیشگیری از زخم استرسی را توجیه می‌کند.

رینزبرگ<sup>۵</sup> و همکاران (۱۲) در سال ۲۰۱۲ طی مطالعه مروری خود عنوان کردند که پنتوپرازول وریدی یک انتخاب مؤثر در درمان و پیشگیری از خونریزی مجدد و همین‌طور پیشگیری از خونریزی حاد ناشی از زخم استرسی است. یک سال بعد رحیمی بشر و همکاران (۱۴) در مطالعه خود روی ۹۲ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه عنوان کردند که پنتوپرازول وریدی متناوب در مقایسه با رانیتیدین وریدی متناوب در کنترل اسیدیته معده مؤثرتر بوده و بدون ایجاد مقاومت داروئی در بیماران پرخطر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در پیشگیری از بروز خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی می‌تواند استفاده شود. هرچند آنها در مطالعه‌ای دیگر (۱۳) عنوان کردند که بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه که جهت پیشگیری از زخم

استرسی داروهای مهارکننده پمپ پروتونی مصرف می‌کردند افزایشی ۳ برابری در بروز پنومونی ناشی از ونتیلاتور در مقایسه با مصرف‌کنندگان داروهای ضدگیرنده هیستامین دو داشتند و از این رو بایستی پیشگیری از زخم استرسی محدود به موارد مخصوص به خود باشد. در مطالعه ما ۶۳ بیمار (۱۲,۴۲٪) بیماران دچار خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی شدند و ۹۱,۱۲٪ کل بیماران مورد مطالعه از لحاظ پیشگیری از زخم استرسی دارو دریافت می‌کردند. رانیتیدین وریدی ۴۱,۰۲٪، رانیتیدین خوراکی ۲۰,۵۱٪، پنتوپرازول وریدی ۱۷,۹۴٪، پنتوپرازول و امپرازول خوراکی ۱۳,۶۰٪، سوکرافات خوراکی ۶,۹۰٪ داروهای رایج جهت پیشگیری از زخم استرسی را به خود اختصاص می‌دادند. ما در مطالعه خود به مقایسه تأثیر و عوارض داروهای فوق‌نپرداختیم تا شاید مطالعه‌ای دیگر در این راستا انجام و به تأثیر و عوارض ناشی از آنها پردازد. ولی بررسی مطالعات تا حدودی نشان دهنده صحت مطالعه رحیمی بشر و همکاران (۱۳) است که در این راستا مطالعه مایانو<sup>۶</sup> و همکاران (۱۵) در سال ۲۰۰۸ نشان داده بود ۹,۳٪ از بیماران مورد مطالعه که پنتوپرازول گرفته بودند در مقایسه با ۱,۵٪ از بیماران دریافت‌کننده رانیتیدین دچار پنومونی ناشی از ونتیلاتور شده بودند. السلطان<sup>۷</sup> و همکاران (۱۶) نیز دو سال بعد از آنها عنوان کردند که به کارگیری سیاست‌ها، دستورالعمل‌های مناسب و پزشکان و جراحان آموزش دیده به صورت قابل توجهی استفاده نادرست از مهارکننده‌های پمپ پروتونی را کاهش می‌دهد.

7. Alsultan

5. Rensburg

6. Miano

از دستگاه گوارش فوقانی به کرات اتفاق افتاده که در مواردی می‌تواند پیامد بیماران مزبور را دچار چالش کند. توصیه به مطالعات بیشتر با حجم نمونه بالا و مقایسه داروهای مورد مصرف جهت پیشگیری از زخم استرسی می‌شود.

با عنایت به مطالب گفته شده و براساس نتایج مطالعه حاضر و مطالعات قبلی می‌شود عنوان کرد که هنوز که هنوز است علی‌رغم دریافت درست و یا نادرست پیشگیری از زخم استرسی در بیماران بدحال بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، خونریزی

## REFERENCES

1. Dhamija N, Pousman R, Bajwa O, Marik PE. Management of gastrointestinal bleeding .In : Vincent JL, Abraham E , Moore FA, Kochanek PM, Fink MP. Vincent. editors. Text book of critical care 6<sup>th</sup> ed Elsevier Saunders. 2011 ; 86-91.
2. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, Marshall JC, Leasa D, Hall R, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical care Trials Group. N Engl J Med. . 1994 ; 330(6): 81-377.
3. Ben – Menachem T, Fogel R, Patel RV, Touchette M, Zarowitz BJ, Hadzizahic N, et al. Prophylaxis for stress- related gastric hemorrhage in the medical intensive care unit. A randomized, controlled, single-blind study. Ann Intern Med. 1994; 121(75-568) 8.
4. Shuman RB, Schuster DP, Zuckerman GR. Prophylactic therapy for stress ulcer bleeding: a reappraisal. Ann Intern Med 1987; 106(4): 7-562.
5. Cook DJ, Griddith LE, Walter SD, Guyatt GH, Meade Mo, Heyland DK, et al. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Crit Care. 2001; 5(6): 75- 368.
6. Constantin VD, Paun S, Cifoaia VV, Budu V, Socea B. Multimodal management of upper gastrointestinal bleeding caused by stress gastropathy. J Gastrointestin Liver Dis. 2009 ; 18(3): 84-279.
7. Mohebbi L, Heasch K. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit. Proc ( Bayluniy Med Cent). 2009; 22(4): 6- 373.
8. Khalili H, Dashti- khavidaki S, Hossein Talasaz AH, Tabeefer H, Hendoiee N. descriptive analysis of a clinical pharmacy intervention to improve the appropriate use of stress ulcer prophylaxis in a hospital infectious disease ward. J Manag Care phaem. 2010 ; 16(2): 21-114.
9. Rafinazari N, Abbasi S, Farsaei SH, Mansurian M, Adibi P. Adherence to stress- related mucosal damage prophylaxis guideline in patients admitted to the intensive care unit. Journal of research in pharmacy practice. 2017; 186-192.
10. Tasaka CL, Burg C, Van Osdol C, Bekeart L, Anglemyer A, Tsourounis C, et al. An interprofessional approach to reducing the over utilization of stress ulcer prophylaxis in adult medical and surgical intensive care medicine. Annals of pharmacotherapy. 2014; 1-8.
11. Marino PL. Alimentary prophylaxis. In: Marino PL. The ICU Book. Lippincott Williams & Wilkins 4<sup>rd</sup> Edition. 2014; 77-96.
12. van Rensburg VC, Cheer S. Pantoprazole for the Treatment of Peptic Ulcer Bleeding and Prevention of Rebleeding. Clin Med Insights Gastroenterol. 2012; 5: 51–60.
13. . Rahimi Bashar F, Manuchehrian N, Mahmoudabadi M, , Hajiesmaeili MR, Torabian S. Effects of ranitidine and pantoprazole on ventilator-associated pneumonia: a randomized double-blind clinical trial. Tanaffos Journal 2013; 12(2): 16–21
14. Rahimi Bashar F, R astgouybaghi A, Torabian S, Hajiesmaeili M\*, Sedaghat A, Seifi Sh, et al. Prevention of Stress Related Mucosal Disease with Intermittent Intravenous Pantoprazole and Ranitidine in Critically Ill Patients . Journal of pharmaceutical Care 2013; 1(3): 81-84.
15. Miano TA ,Rechert MG, Houle TT, Mac Gregor DA, Kincaid EH, Bowton DL. Nosocomial pneumonia risk and stress ulcer prophylaxis; a comparison of pantoprazole vs ranitidine in cardiothoracic surgery patients . chest 2009; 7-440.
16. Alsultan MS, Mayet Ay, Malhani AA, Alshaikh. Pattern of intravenous proton pump inhibitors use in ICU and non ICU setting : a prospective observational study. Saudi J Gastroenterol. 2010; 9-275.