

## Investigation of Causes and Risk Factors for Gastrointestinal Bleeding (GIB) in Patients Referring to Shahid Mostafa Khomeini Hospital, Ilam City, from 2014 to 2019

Hossein Seidkhani <sup>1\*</sup>, Azadeh Barkhordarian <sup>2</sup>, Masoud Mami <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dept of Biostatistics, School of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

<sup>2</sup> Dept of Internal Medicine, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

### Article Info

**Article type:**  
Research article

**Article History:**

Received: 22 August 2022

Revised: 17 April 2023

Accepted: 02 May 2023

Published Online: 09 September 2023

**\* Correspondence to:**

Hossein Seidkhani

Dept of Biostatistics, School of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Email: hseidkhani@gmail.com

### ABSTRACT

**Introduction:** Gastrointestinal bleeding (GIB) is one of the most important diseases in internal medicine, which can occur due to bleeding in any of the gastrointestinal organs. The best diagnostic method for identifying the source of bleeding in patients is endoscopy and colonoscopy. Therefore, this study was conducted to determine the causes and the most common risk factors for GIB in patients referring to Shahid Mustafa Khomeini Hospital in Ilam.

**Material & Methods:** In this retrospective analytical study, all patients with clear gastrointestinal bleeding symptoms, including melena, hematemesis, hematochezia, and passing clots, who referred to Shahid Mustafa Khomeini Hospital in Ilam from 2014 to 2019, were evaluated. The demographic information of the patients, their medical history, and the description of the medications they were taking, which were recorded in their medical records, were entered into the questionnaire form. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical methods.

**Findings:** In this study, 650 patients with an average age of 57.24 years, ranging from 19 to 99 years, were included. The majority of patients were in the older age group (above 60 years) and were male. The most common complaint among patients was hematemesis (41.4%), while anemia was the least common complaint (1.8%). The most common causes of gastrointestinal bleeding in both genders were peptic ulcer, gastric mass, and esophageal varices. There was a significant correlation between age and gastrointestinal bleeding symptoms ( $p < 0.05$ ). Gastrointestinal bleeding symptoms, including hematemesis, melena, and rectorrhagia, were more common in men and in smokers. Alcohol consumption also had an impact on the occurrence of gastrointestinal bleeding with hematemesis, melena, and rectorrhagia.

**Discussion & Conclusion:** Endoscopy and colonoscopy are the best diagnostic methods for patients with gastrointestinal bleeding. Therefore, this study was conducted to determine the causes and the most common risk factors for GIB in patients referring to Shahid Mustafa Khomeini Hospital in Ilam from 2014 to 2019. The findings of this study can help improve the diagnosis and management of gastrointestinal bleeding in these patients.

**Keywords:** Gastrointestinal Hemorrhage (GIB), Risk Factors, Etiology, Hemorrhage, Digestive System Diseases

### How to cite this paper

Seidkhani H, Barkhordarian A, Mami M. Investigation of Causes and Risk Factors for Gastrointestinal Bleeding (GIB) in Patients Referring to Shahid Mostafa Khomeini Hospital, Ilam City, from 2014 to 2019. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2023;31(3): 9-19.



## بررسی علل و عوامل خطر وقوع خونریزی گوارشی در بیماران مبتلا به GIB مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام در سال های ۱۳۹۳ الی ۱۳۹۸

حسین صیدخانی<sup>۱\*</sup> ID، آزاده برخورداریان<sup>۲</sup> ID، مسعود مامی<sup>۲</sup> ID

<sup>۱</sup> گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

<sup>۲</sup> گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

### چکیده

### اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۳۱

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸

نویسنده مسئول:

حسین صیدخانی

گروه آمار زیستی، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

ایلام، ایلام، ایران

Email:

hseidkhani@gmail.com

**مقدمه:** خونریزی گوارشی از مهم ترین بیماری های طب داخلی است که می تواند ناشی از خونریزی در هر کدام از ارگان های گوارشی باشد. بهترین روش تشخیصی برای یافتن منشأ خونریزی در بیماران مبتلا به خونریزی گوارشی اندوسکوپی و کولونوسکوپی است. از این رو مطالعه ای حاضر با هدف تعیین علل وقوع خونریزی گوارشی و شایع ترین عامل خطر GIB (خونریزی دستگاه گوارش) در استان ایلام انجام گرفت.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه تحلیلی گذشته نگر تمام بیماران مبتلا به تظاهرات خونریزی واضح گوارشی شامل ملنا، دفع لخته، هماتوئیدی و هماتمزی که در طی سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۸ به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام مراجعه کرده اند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک بیماران و سابقه وجود بیماری در آنان و همچنین شرح حال داروهای مصرفی آنان که در پرونده ی بیماران ثبت شده، در برگه ی پرسش نامه وارد شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای دو توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

**یافته های پژوهش:** در مطالعه حاضر ۶۵۰ بیمار مبتلا به تظاهرات خونریزی گوارشی با میانگین سنی ۵۷/۲۴ سال در دامنه سنی ۹۹-۱۹ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی بالاتر از ۶۰ سالومرد بودند. بیشترین شکایت بیماران هماتمز (۴۱/۴٪)، کمترین شکایت آنمی (۱/۸٪) و شایع ترین علل خونریزی گوارشی در هر دو جنس زخم پپتیک، توده معده و واریس مری بود. بین سن و تظاهرات خونریزی گوارشی ارتباط معنی داری گزارش شد ( $p < 0/05$ ). تظاهرات خونریزی گوارشی شامل هماتمز، ملنا و رکتوراژی در مردان و در بیماران سیگاری شایع تر بود. مصرف الکل نیز در وقوع خونریزی گوارشی با تظاهرات هماتمز، ملنا و رکتوراژی تأثیر گذار بود.

**بحث و نتیجه گیری:** بزرگسالان بیش از جوانان با بروز واریس مری درگیر بوده و هماتمز، ملنا و رکتوراژی در بیماران سیگاری از تظاهرات وقوع خونریزی گوارشی بود. الکل نیز بر وقوع خونریزی گوارش تأثیر گذار می باشد.

**واژه های کلیدی:** خونریزی گوارشی، عوامل خطر، خونریزی، بیماری های دستگاه گوارش

**استناد:** صیدخانی، حسین؛ برخورداریان، آزاده؛ مامی، مسعود. بررسی علل و عوامل خطر وقوع خونریزی گوارشی در بیماران مبتلا به GIB مراجعه

کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام در سال های ۱۳۹۳ الی ۱۳۹۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شهریور ۱۴۰۲؛ ۳۱(۳): ۱۹-۹.

دارد. در بیماران مراجعه کننده با رکتوراژی و همودینامیک پایدار نیز اولویت با انجام کولونوسکوپی است (۱۱-۱۴).

مطالعه نوذری و همکاران به بررسی ۱۰۳ بیمار با متوسط سنی ۶۳ سال که سابقه استنت گذاری قلبی داشتند و به علت GIB ارجاع داده شده بودند، پرداخت که از این تعداد ۸۲/۴۵ درصد بیماران با ملنا، ۲۸/۱ درصد با همتامز و ۳/۹ درصد با همتوشزی مراجعه کرده بودند. یافته‌های اندوسکوپی در ۶۳/۴ درصد بیماران زخم دئودنوم و در ۳۷/۸ درصد زخم معده بود و همچنین ۲۳/۲ درصد بیماران هرنی هیاتال و ۱۳/۴ درصد بیماران مالوری ویس داشتند. ۱۲/۶ درصد بیماران در سیر بستری فوت کردند (۱۵). باغبانیان و همکاران در بررسی ۳۳۳ بیمار زیر ۴۰ سال مبتلا به خونریزی گوارشی تحتانی، شایع‌ترین شکایت بالینی بیماران را همتوشزی (۴۹٪) و شایع‌ترین علت خونریزی را خونریزی هموروئید (۱۷٪) گزارش کردند. همچنین بیماری‌های التهابی روده ۱۵ درصد، پولیپ ۹ درصد، کولیت عفونی ۸ درصد، فیشر آنال ۶ درصد، سرطان کولون ۴ درصد، زخم منفرد روده ۴ درصد و بیماری‌های عروقی ۲ درصد گزارش شد (۱۶). هریسون و همکاران در بررسی که روی ۱۱۳۴ بیمار مبتلا به خونریزی گوارشی تحتانی در سال ۲۰۱۰ در ایسلند داشتند، شایع‌ترین یافته در کولونوسکوپی این بیماران را دایورتوکلوژیس (۲۳ درصد) و کولیت ایسکمیک (۱۶ درصد) گزارش نمودند (۱۷). شیرد و همکاران در سال ۲۰۱۶ به بررسی خطر وقوع GIB در بیماران تحت درمان به وارفاریندر مقایسه با ریواروکسابان پرداختند که در ۳۰۰ بیمار، ۴/۸ درصد از بیماران تحت درمان با ریواروکسابان و ۹/۸ درصد از بیماران تحت درمان با وارفارین دچار GIB شدند. همچنین میزان وقوع GIB در بیمارانی که به مدت بیش از ۴۰ روز از داروی ریواروکسابان استفاده می‌کردند نسبت به کسانی که کمتر از ۴۰ روز از این دارو استفاده می‌کردند، بیشتر بود (۱۸). در مطالعه جیانگ و همکاران (۲۰۱۶) بیماران بستری مبتلا به همتامز، ملنا و یا همتوشزی که تحت آندوسکوپی فوقانی با منبع مشخص در بیمارستان برتر دانشگاه جیلین قرار گرفتند، علت خونریزی، سن بیمار، ویژگی‌های

خونریزی گوارشی از مهم‌ترین بیماری‌های طب داخلی است که می‌تواند ناشی از خونریزی در هر کدام از ارگان‌های گوارشی باشد (۱) و به صورت تظاهراتی مانند دفع خون روشن از مقعد، همتوشزی، ملنا، همتامز، خون مخفی در مدفوع خود را نشان دهد (۲-۵). خونریزی‌های گوارشی از وضعیت‌های تهدیدکننده حیات در طب داخلی است که ممکن است سبب ایجاد مرگ و میر و عوارض مهلک شود؛ همچنین با توجه به نیاز بیماران به بستری در بیمارستان و اقدامات تشخیصی و درمانی فوری، بار بالینی و اقتصادی ویژه‌ای در سیستم درمان دارد (۶). در سال‌های گذشته با توجه به گسترش روش‌های تشخیصی از قبیل آندوسکوپی و کولونوسکوپی و تشخیص و درمان سریع‌تر علت خونریزی، در میزان بروز و پیش آگهی خونریزی گوارشی تغییرات محسوسی ایجاد شده و مرگ و میر ناشی از آن کاهش چشمگیر داشته است (۷، ۸).

پیرامون علت وقوع خونریزی گوارشی در مطالعات مختلف، گزارشات مختلف و گاهاً متناقضی ارائه شده است. در مطالعات زخم پپتیک به عنوان عامل خونریزی ۵۰ تا ۶۰ درصد (۹) و ۲۱ درصد (۱۰) گزارش شده است. از علل دیگر خونریزی دستگاه گوارشی فوقانی می‌توان به زخم‌های پپتیک، مالوری ویس، واریس‌های مری، گاستروپارزی‌های خونریزی دهنده و... اشاره کرد. از علل خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی نیز می‌توان به هموروئیدها، فیشرها، دیورتیکول، کولیت ایسکمیک، مالفورماسیون‌های عروقی و... اشاره کرد (۱).

بهترین روش تشخیصی برای یافتن منشاء خونریزی در بیماران مبتلا به خونریزی گوارشی، آندوسکوپی و کولونوسکوپی است که بر اساس تظاهرات و شرایط بیمار می‌توان از یکی یا از هر دو این روش‌ها استفاده نمود. در بیماران مراجعه کننده با GIB (خونریزی دستگاه گوارش) و ناپایداری همودینامیک (افت فشارخون، تاکی‌کاردی، تغییرات وضعیتی ضربان قلب و فشارخون) و بیماران مراجعه کننده با شکایات همتامز و ملنا انجام آندوسکوپی اولویت

بالینی و داروها به صورت گذشته‌نگر بررسی شد. در مجموع ۱۷۴۰ بیمار در این مطالعه وارد شدند. در بین این بیماران، میانگین سنی  $57 \pm 13$  سال و ۱۳۴۰ نفر (۷۷٪) مرد بودند. خونریزی از واریس بیشتر از زخم در بیماران مبتلا به هماتمزیس با یا بدون ملنا بود (۴۷٪ در مقابل ۳۰٪،  $p < 0.01$ ). واریس شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی در ۶۷۲ بیمار (۳۹٪) و پس از آن بیماری زخم معده در ۶۰۰ نفر (۳۴٪) بود (۱۹).

عوامل خطر متعددی برای خونریزی‌های گوارشی در منابع مختلف بیان شده است که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به مصرف NSAIDها (داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی)، مصرف داروهای ضد انعقاد، مصرف الکل، سن بالا، مصرف سیگار، بیماری‌های قلبی، نارسایی‌های کلیوی، کبدی و دیابت اشاره کرد (۱). در جوامع مختلف این عوامل خطر می‌تواند متفاوت باشند؛ لذا شناخت شایع‌ترین عوامل خطر GIB و رفع موارد قابل اصلاح می‌تواند کمک شایانی در جهت کاهش بروز GIB داشته باشد. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین علل وقوع خونریزی گوارشی و شایع‌ترین عوامل خطر GIB در استان ایلام انجام شد.

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی گذشته‌نگر تمام بیماران مبتلا به تظاهرات خونریزی واضح گوارشی شامل ملنا، دفع لخته، هماتوژی و هماتمز که در طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۸ به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام مراجعه کرده‌اند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت انجام مطالعه پرونده‌ی این بیماران مورد بررسی قرار گرفته و بیمارانی که با شکایات فوق مراجعه و تحت اندوسکوپی یا کولونوسکوپی جهت تشخیص منشاء خونریزی قرار گرفته‌اند، به مطالعه وارد شدند. اطلاعات دموگرافیک بیماران و سابقه وجود بیماری در آنان و همچنین شرح حال داروهای مصرفی آنان که در پرونده‌ی بیماران ثبت شده در برگه‌ی پرسش‌نامه وارد شد. اطلاعات بررسی اندوسکوپی یا کولونوسکوپی بیماران نیز در برگه پرسش‌نامه

هر بیمار وارد شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات بیماران، این اطلاعات در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ آنالیز شده و علل خونریزی بر حسب گروه‌های سنی، جنس و عوامل خطر شایع مرتبط با خونریزی گوارشی در استان ایلام شناسایی شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دسترسی به پرونده بیمار، انجام اندوسکوپی یا کولونوسکوپی و سنین ۱۸ تا ۸۰ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم دسترسی به اطلاعات بیمار، سن کمتر از ۱۸ سال، سن بیشتر از ۸۰ سال بود. محدودیت خاصی در این مطالعه وجود نداشت؛ تنها عدم همکاری تعدادی از بیماران بود که با توضیحات هدف مطالعه رضایت آنها نیز جلب گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار تحلیلی نظیر آزمون آماری مجذور کای و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شده و برای توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

در این مطالعه ۶۵۰ بیمار مبتلا به تظاهرات خونریزی گوارشی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی  $57/24 \pm 19/65$  سال در دامنه سنی ۹۹-۱۹ سال بود. بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی بالاتر از ۶۰ سال (۴۸٪) و پس از آن در گروه سنی ۳۰-۶۰ سال (۴۰٪) و کمترین فراوانی در گروه سنی زیر ۳۰ سال (۱۱٪) گزارش شد. از کل بیماران مبتلا ۴۰۵ مرد (۶۲٪) و ۲۴۵ زن (۳۷٪) بودند. بیشترین شکایت بیماران هماتمز (۴۱٪)، ملنا (۳۰٪)، رکتوراژی (۱۸٪) و کمترین شکایات دیسپسی، OB+ و آنمی به ترتیب ۵/۴ درصد، ۲/۳ درصد و ۱/۸ درصد گزارش شد. ۳۱/۵ درصد بیماران مصرف سیگار و ۳/۸ درصد آنها مصرف الکل داشتند. ۲۳/۸ درصد بیماران داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند. در بین داروهای مصرفی ۱۹/۱ درصد از NSAIDها و ۴/۶ درصد ضد انعقادها استفاده می‌کردند. بیشترین بیماری زمینه‌ای بیماری‌های قلبی، فشارخون و دیابت بود.

جدول شماره ۱. تعیین علل خونریزی گوارشی در بیماران مراجعه کننده با GIB بر حسب گروه‌های سنی

P-value	جمع	سن			علل خونریزی گوارشی
		بالتر از ۶۰ سال n(%)	۳۰-۶۰ سال n(%)	کمتر از ۳۰ سال n(%)	
,۰۰۰	۲۵(۱۰۰)	۰	۲۰(۸۰)	۵(۲۰)	مالوری ویس
	۶۳(۱۰۰)	۵۳(۸۴.۱)	۱۰(۱۵.۹)	۰	توده معده
	۲۹۷(۱۰۰)	۱۹۲(۶۴.۶)	۹۰(۳۰.۳)	۱۵(۵.۱)	زخم پپتیک
	۱۱۰(۱۰۰)	۳۰(۲۷.۳)	۵۵(۵۰)	۲۵(۲۲.۷)	طبیعی
	۲۰(۱۰۰)	۰	۱۰(۵۰)	۱۰(۵۰)	گاستریت
	۴۵(۱۰۰)	۱۰(۲۲.۲)	۳۰(۶۶.۷)	۵(۱۱.۱)	واریس مری
	۴۰(۱۰۰)	۱۰(۲۵.۰)	۳۰(۷۵.۰)	۰	دیالوفای
	۲۵(۱۰۰)	۰	۱۵(۶۰)	۱۰(۴۰)	هموروئید
	۲۵(۱۰۰)	۱۰(۴۰)	۱۰(۴۰)	۵(۲۰)	پولیپ
	۵(۱۰۰)	۵(۱۰۰)	۰	۰	GOD
	۵(۱۰۰)	۵(۱۰۰)	۰	۰	کولون
	۵(۱۰۰)	۰	۱۰(۱۰۰)	۰	IBD
	۱۵(۱۰۰)	۱۰(۶۶.۷)	۵(۳۳.۳)	۰	دیورتیکول

گوارشی بر حسب گروه‌های سنی، در سن زیر ۳۰ سال به- ترتیب (۴۶/۷٪ در مقابل ۴۰٪)، در گروه سنی ۳۰-۶۰ سال هماتمز و ملنا (۵۴/۲٪ در مقابل ۲۲/۷٪) و در سن بالای ۶۰ سال هماتمز، ملنا و رکتوراژی (۲۹/۵٪، ۴۴/۸٪ و ۲۱/۹٪) گزارش شد. بین سن و تظاهرات خونریزی گوارشی ارتباط معنی داری گزارش شد. تظاهرات خونریزی گوارشی شامل هماتمز، ملنا و رکتوراژی در مردان بیشتر از زنان بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار گزارش شد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد در بیمارانی که داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند، هیچ موردی از دیس پیسی، آنمی و OB+ وجود نداشته است. در این بیماران هماتمز (۴۰٪)، ملنا (۴۵/۸٪) و رکتوراژی (۱۴/۲٪) بود. بین وقوع خونریزی گوارشی با مصرف داروهای ضد انعقاد ارتباط معنی داری وجود داشت.

در جدول شماره ۵ در بیماران سیگاری نیز هماتمز، ملنا و رکتوراژی بیشترین فراوانی در وقوع خونریزی گوارش را داشتند و بین وقوع خونریزی و مصرف سیگار ارتباط معنی-داری گزارش شد.

همچنین مصرف الکل در وقوع خونریزی با تظاهرات هماتمز، ملنا و رکتوراژی تأثیر گذار استولی ارتباط معنی داری

نتایج جدول شماره یک نشان داد بیشترین علت خونریزی در بیماران، زخم پپتیک بود که در سن بالای ۶۰ سال بیشترین فراوانی را داشت (۶۴/۴٪). در بیماران زیر ۳۰ سال بیشترین علل خونریزی زخم پپتیک ۱۵ نفر (۵/۱٪)، گاستریت ۱۰ نفر (۵/۰٪) و هموروئید ۱۰ نفر (۴/۰٪) گزارش شد. در بیماران ۳۰-۶۰ سال بیشترین علل خونریزی گوارشی زخم پپتیک ۹۰ نفر (۳۰/۳٪)، واریس مری و ضایعات دیالوفای هر کدام ۳۰ نفر (۶۶/۷٪) و در بیماران با سن بالای ۶۰ سال زخم پپتیک ۱۹۲ نفر (۶۴/۶٪) و توده معده ۵۳ نفر (۸۴/۱٪) بود. بین علل خونریزی گوارشی با سن ارتباط معنی داری گزارش شد. در جدول شماره ۲ شایع‌ترین علل خونریزی گوارشی در هر دو جنس زخم پپتیک، توده معده و واریس مری بود که در مردان و زنان به ترتیب زخم پپتیک (۷۲/۱٪ در مقابل ۲۷/۹٪)، توده معده (۴۹/۲٪ در مقابل ۵۰/۸٪) و واریس مری (۵۵/۶٪ در مقابل ۴۴/۴٪) گزارش شد. بین علل خونریزی گوارشی با جنس ارتباط معنی داری مشاهده شد. هیچ موردی از ضایعات دیالوفای و کولون در مردان و GOD و IBD (بیماری التهابی روده) در زنان گزارش نشد.

در جدول شماره ۳ شایع‌ترین تظاهرات خونریزی

دارو ۴۴۰ نفر (۶۷/۷٪)، بیماری زمینه‌ای (۴۷/۷٪) و مصرف سیگار (۳۱/۵٪) بوده است.

بین وقوع خونریزی گوارشی و مصرف الکل دیده نشده است جدول شماره ۶ حاکی از این است که شایع‌ترین عامل خطر تأثیرگذار بر خونریزی گوارشی مصرف

**جدول شماره ۲.** تعیین علل خونریزی گوارشی در بیماران مراجعه کننده با GIB بر حسب گروه‌های جنسی

P-value	جنس n(%)		علل خونریزی گوارشی
	زن n(%)	مرد n(%)	
,0000	۲۰(۸۰)	۵(۲۰)	مالوری ویس
	۳۲(۵۰.۸)	۳۱(۴۹.۲)	توده معده
	۸۳(۲۷.۹)	۲۱۴(۷۲.۱)	زخم پپتیک
	۴۵(۴۰.۹)	۶۵(۵۹.۱)	طبیعی
	۱۵(۷۵)	۵(۲۵)	گاستریت
	۲۰(۴۴.۴)	۲۵(۵۵.۶)	واریس مری
	۵(۱۰۰)	۰	ضایعات دیالوفای
	۱۰(۴۰)	۱۵(۶۰)	هموروئید
	۵(۲۰)	۲۰(۸۰)	پولیپ
	۰	۵(۱۰۰)	GOD
	۵(۱۰۰)	۰	کولون
	۰	۱۰(۱۰۰)	IBD
	۵(۳۳.۳)	۱۰(۶۶.۷)	دیورتیکول

**جدول ۳.** تعیین تظاهرات خونریزی گوارشی در بیماران مراجعه کننده با GIB بر حسب گروه‌های سنی و جنس

P-value	تظاهرات خونریزی گوارشی						متغیر	
	n(%) OB+	آنمی n(%)	رکتورازی n(%)	ملنا n(%)	دیس پیسی n(%)	هماتمز n(%)		
,0000	۰	۰	۳۰(۴۰)	۰	۱۰(۱۳.۳)	۳۵(۴۶.۷)	سن	<۳۰ سال
	۱۰(۳.۸)	۵(۱.۹)	۲۰(۷.۷)	۵۹(۲۲.۷)	۲۵(۹.۶)	۱۴۱(۵۴.۲)		۳۰-۶۰ سال
	۵(۱.۶)	۷(۲.۲)	۶۹(۲۱.۹)	۱۴۱(۴۴.۸)	۰	۹۳(۲۹.۵)		>۶۰ سال
,0000	۱۵(۳.۷)	۱۰(۲.۵)	۷۴(۱۸.۳)	۱۴۸(۳۶.۵)	۱۰(۲.۵)	۱۴۸(۳۶.۵)	جنس	مرد
	۰	۲(۰.۸)	۴۵(۱۸.۴)	۵۲(۲۱.۲)	۲۵(۱۰.۲)	۱۲۱(۴۹.۴)		زن

**جدول ۴.** تعیین ارتباط مصرف داروهای ضد انعقاد (وارفارین و ریواروکسابان) با وقوع خونریزی گوارشی

P-value	تظاهرات خونریزی گوارشی						مصرف داروهای ضد انعقاد
	OB+ n(%)	آنمی n(%)	رکتورازی n(%)	ملنا n(%)	دیس پیسی n(%)	هماتمز n(%)	
,0000	۰	۰	۲۲(۱۴.۲)	۷۱(۴۵.۸)	۰	۶۲(۴۰)	بلی
	۱۵(۳)	۱۲(۲.۴)	۹۷(۱۹.۶)	۱۲۹(۲۶.۱)	۳۵(۷.۱)	۲۰۷(۴۱.۸)	خیر

**جدول شماره ۵.** تعیین ارتباط مصرف سیگار و مصرف الکل با وقوع خونریزی گوارشی

P-value	تظاهرات خونریزی گوارشی						متغیر	
	OB+ n(%)	آنمی n(%)	رکتوراژی n(%)	ملنا n(%)	دیس پیسی n(%)	هماتمز n(%)		
۰.۰۰۰	۵(۲.۴)	۱۰(۴.۹)	۵۵(۲۶.۸)	۵۹(۲۸.۸)	۱۹(۴.۹)	۶۶(۳۲.۲)	بلی	سیگار
	۱۰(۲.۲)	۲(۰.۴)	۶۴(۱۴.۴)	۱۴۱(۳۱.۷)	۲۵(۵.۶)	۲۰۳(۴۵.۶)	خیر	
۰.۶۶	۰	۰	۵(۲۰)	۱۰(۴۰)	۰	۱۰(۴۰)	بلی	الکل
	۱۵(۲.۴)	۱۲(۱.۹)	۱۱۴(۱۸.۲)	۱۹۰(۳۰.۴)	۳۵(۵.۶)	۲۵۹(۴۱.۴)	خیر	

**جدول شماره ۶.** تعیین شایع‌ترین عوامل خطر مرتبط با خونریزی گوارشی در بیماران مراجعه کننده با GIB

عامل خطر	فراوانی	درصد
مصرف سیگار	۲۰۵	۳۱.۵
مصرف الکل	۲۵	۳.۸
مصرف دارو	۴۴۰	۶۷.۷
بیماری زمینه‌ای	۲۴۵	۴۷.۷

**بحث و نتیجه گیری**

شناخت شایع‌ترین عوامل خطر GIB و رفع موارد قابل اصلاح می‌تواند کمک شایانی در جهت کاهش بروز GIB داشته باشد. از این رو در این مطالعه سعی بر آن شد تا علاوه بر تعیین علل وقوع خونریزی گوارشی در استان ایلام، شایع‌ترین عوامل خطر GIB در این استان نیز شناسایی شوند.

در این مطالعه ۶۵۰ بیمار مبتلا به تظاهرات خونریزی گوارشی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی ۵۷/۲۴ سال در دامنه سنی ۹۹-۱۹ سال بود. بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی بالاتر از ۶۰ سال (۴۸/۵٪) و پس از آن در گروه سنی ۳۰-۶۰ سال (۴۰٪) و کمترین فراوانی در گروه سنی زیر ۳۰ سال (۱۱/۵٪) گزارش شد. از کل بیماران مبتلا ۴۰۵ مرد (۶۲/۳٪) و ۲۴۵ زن (۳۷/۷٪) بودند. در مطالعه جیانگو همکاران (۲۰۱۶) که با هدف تعیین عوامل خطر خونریزی گوارشی انجام شد میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه، ۱۳±۵۷ سال و ۱۳۴۰ نفر (۷۷٪) مرد بودند (۱۹) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. تظاهرات خونریزی گوارشی شامل هماتمز، ملنا و رکتوراژی در مردان بطور معنی‌داری بیشتر از زنان بود. نتایج نشان داد که بروز واریس مری در گروه میان-سال بیشتر از گروه‌های جوان و مسن بود. این نتایج با این واقعیت مطابقت دارد که خونریزی واریس مری عمدتاً ناشی

از سیروز پس از کبد است و اوج سن شروع سیروز ۳۵-۴۸ سال است (۲۰). عواملی چون الکل، استرس روانی، استعمال دخانیات و ایجاد سیروز کبدی ناشی از هیپاتیت B منجر به ظهور زودتر واریس مری خونریزی‌دهنده می‌شود (۲۱). شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای در مطالعه حاضر بیماری قلبی و پس از آن به ترتیب کانسر گوارش و سیروز کبدی بود. در مطالعه قنادی و همکاران شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای، سیروز کبدی گزارش شد (۲۲) که در مطالعه ما سیروز کبدی در مرتبه سوم قرار داشت.

بیشترین شکایت بیماران هماتمز (۴۱/۴٪)، ملنا (۳۰/۸٪)، رکتوراژی (۱۸/۳٪) و کمترین شکایات دیس پیسی، OB+ و آنمی بترتیب ۵/۴ درصد، ۲/۳ درصد و ۱/۸ درصد گزارش شد. باغبانیان و همکاران شایع‌ترین شکایت بالینی بیماران را رکتوراژی (۴۹٪) گزارش کردند (۱۶). در مطالعه قنادی و همکاران شایع‌ترین تظاهر بالینی خونریزی، هماتمز (۶۲/۹٪) بود (۲۲). لنتی و همکاران شایع‌ترین علل GIB را گاستریت/دئودنیت هموراژیک و بیماری دیورتیکولار کولون گزارش کردند (۲۳). مولدینا و همکاران شایع‌ترین علت خونریزی گوارش فوقانی را به ترتیب واریس مری (۵۷٪)، زخم معده (۱۸٪) و گاستریت (۱۰٪) گزارش کردند (۲۴).



در مطالعه حاضر ۳۱/۵ درصد بیماران مصرف سیگار و ۳/۸ درصد آنها مصرف الکل داشتند. ۲۳/۸ درصد بیماران داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند. در بین داروهای مصرفی ۱۹/۱ درصد از NSAIDها و ۴/۶ درصد از داروهای ضد انعقادی استفاده می‌کردند. بیشترین بیماری زمینه‌ای بیماری‌های قلبی، فشارخون و دیابت بود.

در مطالعه حاضر شایع‌ترین یافته آندوسکوپی ۴۵/۵ درصد زخم پپتیک، ۹/۷ درصد توده معده و ۶/۹ درصد واریس مری گزارش شد. در مطالعه نودری تعداد یافته‌های آندوسکوپی ۶۳/۴ درصد بیماران زخم دئودنوم و در ۳۷/۸ درصد زخم معده بود، همچنین ۲۳/۲ درصد بیماران هرنی هیاتال و ۱۳/۴ درصد بیماران مالوری ویس داشتند. در این مطالعه ۱۲/۶ درصد بیماران در سیر بستری فوت کردند (۱۵). باغبانین و همکاران در مطالعه خود میزان بیماری‌های التهابی روده ۱۵ درصد، پولیپ ۹ درصد، کولیت عفونی ۸ درصد، فیشر آنال ۶ درصد، سرطان کولون ۴ درصد، زخم منفرد روده ۴ درصد و بیماری‌های عروقی ۲ درصد گزارش کردند (۱۶). قنادی و همکاران شایع‌ترین علت اصلی خونریزی را زخم‌های گوارشی (۴۲/۷) بیان کردند (۲۲). در مطالعه هرینسون و همکاران شایع‌ترین یافته در کولونوسکوپی این بیماران، دایورت کلوزیس با ۲۳ درصد و کولیت ایسکمیک با ۱۶ درصد بود (۱۷). در مطالعه هسوگاو و همکاران در بیماران با جراحی مخاطی معده، ۲۲ درصد واریس‌های مری، ۱۹ درصد زخم‌های معده و ۱۴ درصد زخم‌های دئودنوم، ۱۱ درصد مالوری ویس و ۳ درصد از وفاژیت گزارش شده است (۲۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشترین علت خونریزی در بیماران زخم پپتیک بود که در سن بالای ۶۰ سال بیشترین میزان فراوانی را داشت (۶۴/۴٪). در بیماران زیر ۳۰ سال بیشترین علت خونریزی زخم پپتیک (۵/۱٪)، گاستریت (۵۰٪) و هموروئید (۴۰٪) گزارش شد. در بیماران ۶۰-۳۰ سال بیشترین علت خونریزی گوارشی زخم پپتیک (۳۰/۳٪)، واریس مری (۶۶/۷٪) و ضایعات دیالوفای (۶۶/۷٪) بود. بین علت خونریزی گوارشی با سن ارتباط معنی‌داری گزارش شد.

متاسفانه برای بحث در مورد این یافته‌ها، مطالعه مشابهی توسط پژوهشگر یافت نشده است.

شایع‌ترین علل خونریزی گوارشی در هر دو جنس زخم پپتیک، توده معده، و واریس مری بود که در مردان و زنان به ترتیب زخم پپتیک (۷۲/۱٪ در مقابل ۲۷/۹٪)، توده معده (۴۹/۲٪ در مقابل ۵۰/۸٪) و واریس مری (۵۵/۶٪ در مقابل ۴۴/۴٪) گزارش شد. بین علل خونریزی گوارشی با جنس ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. هیچ موردی از دیلوفای و کولون در مردان GOD و IBD در زنان گزارش نشد. متاسفانه برای بحث در مورد این یافته‌ها، مطالعه مشابهی توسط پژوهشگر یافت نشده است.

در مطالعه حاضر شایع‌ترین تظاهرات خونریزی گوارشی بر حسب گروه‌های سنی، در سن زیر ۳۰ سال به ترتیب (۴۶/۷٪ در مقابل ۴۰٪)، در گروه سنی ۳۰-۶۰ سال هماتمز و ملنا (۵۴/۲٪ در مقابل ۲۲/۷٪) و در سن بالای ۶۰ سال هماتمز، ملنا و رکتورژی (۲۹/۵٪، ۴۴/۸٪ و ۲۱/۹٪) گزارش شد. بین سن و تظاهرات خونریزی گوارشی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در گروه جوان هماتمز و در گروه میانسال ملنا علت اصلی خونریزی گوارشی بود.

در مطالعه حاضر زخم پپتیک در بیماران هماتمز با ملنا شایع‌تر از واریس بود (۴۹/۴٪ در مقابل ۱۴/۹٪). زخم‌ها بیشتر از واریس معده به مری به عنوان شایع‌ترین علت در بیماران مبتلا به ملنا به تنهایی (۶۸٪ در مقابل ۲/۵٪) بود که با مطالعه جیانگ و همکاران همسو بود. در مطالعه جیانگ و همکاران خونریزی از واریس بیشتر از زخم در بیماران مبتلا به هماتمز با یا بدون ملنا بود (۴۷٪ در مقابل ۳۰/۱٪،  $p < 0.01$ ). در مطالعه ذکر شده واریس مری شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی در ۶۷۲ بیمار (۳۹٪) و پس از آن بیماری زخم معده در ۶۰۰ نفر (۳۴٪) بود (۱۹).

خونریزی گوارشی مرتبط با دارو در گروه سالمند به طور معنی‌داری بیشتر از گروه میانسال و جوان بود ( $p < 0.05$ ). سالمندان اغلب به انواع بیماری‌های زمینه‌ای مبتلا هستند و بسیاری از آنها در طولانی مدت از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی استفاده می‌کنند که با افزایش بروز زخم معده



خونریزی مجدد دو برابر بیماران جوان تر است. اگر چه بسیاری از متخصصان گوارش کورتیکواستروئیدها را فاقد خاصیت زخم‌زایی می‌دانند، مطالعه‌ای نشان داده است که در حال حاضر اکثر پزشکان کورتیکواستروئیدها را زخم‌زایی می‌دانند و اکثر پزشکان مصرف کنندگان کورتیکواستروئید را با تجویز داروی پیشگیری از زخم معالجه می‌کنند (۳۰).

یک مطالعه نشان داده است که مصرف کورتیکواستروئید با افزایش خطر خونریزی و سوراخ شدن دستگاه گوارش مرتبط است. این افزایش خطر از نظر آماری فقط برای بیماران بستری در بیمارستان معنی‌دار است. برای بیماران تحت مراقبت‌های سرپایی، وقوع کل خونریزی یا سوراخ شدن بسیار کم است و افزایش خطر از نظر آماری معنی‌دار نبود (۳۱).

در بیمارانی که داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند هیچ موردی از دیس‌پسی، آنمی و OB+ گزارش نشد. در این بیماران هماتمز (۴۰٪)، ملنا (۴۵/۸٪) و رکتورژی (۱۴/۲٪) بود. بین وقوع خونریزی گوارشی با مصرف داروهای ضد انعقاد ارتباط معنی‌دار بود. در مطالعه موسوی و همکاران بروز کل خونریزی از ۹۸/۴ مورد در سال ۱۹۹۱ به ۴۰/۱ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۴ کاهش یافت. در این بازه زمانی میزان خونریزی ناشی از بیماری‌های اسید-پسین کاهش یافت ولی میزان خونریزی ناشی از بیماری‌های غیراسید-پسین بدون تغییر باقی ماند (۳۲).

مصرف سیگار بطور معنی‌داری در وقوع خونریزی گوارش تأثیرگذار بود. ولی این ارتباط بین وقوع خونریزی گوارشی و مصرف الکل معنی‌دار دیده نشد.

شایع‌ترین عامل خطر تأثیرگذار بر خونریزی گوارشی مصرف دارو ۴۴۰ نفر (۶۷/۷٪)، بیماری زمینه‌ای (۴۷/۷٪) و مصرف سیگار (۳۱/۵٪) گزارش شد.

بروز واریس در گروه میانسال بیشتر از گروه‌های جوان و مسن بود. شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای، بیماری‌های قلبی گزارش شد. بیشترین علت خونریزی در بیماران زخم پپتیک در سن بالای ۶۰ سال بود. زخم پپتیک در بیماران هماتمز با ملنا شایع‌تر از واریس بود. در بیماران سیگاری و الکلی نیز

همراه است (۲۶). در مطالعه حاضر کل زخم‌های ناشی از مصرف طولانی مدت داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی ۲۸/۳ درصد گزارش شد که با مطالعه مک کارتت همخوانی داشت. در مطالعه مک کارتت گزارش شد که کسر کل زخم‌های گوارشی ناشی از استفاده طولانی مدت از داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی تقریباً ۲۵ درصد بود (۲۷). در مطالعه جیانگ و همکاران از ۱۷۴۰ بیمار مورد مطالعه، ۱۲۰ بیمار (۷٪) دارای UGIB حاد مرتبط با دارو بودند که در آن داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی به عنوان داروهای اصلی مرتبط با UGIB شناسایی شدند. از بین این ۱۲۰ بیمار، ۶۰ نفر (۵۰٪) از آسپرین، ۹ نفر (۸٪) از آسپرین ترکیبی استفاده کرده بودند (۱۹).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که یک داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی رایج، اسید استیل سالیسیلیک (ASA) به طور مستقیم به سطح اپیتلیوم آسیب رسانده و دفاع مخاطی در مخاط معده را مختل می‌کند. این اختلال عمدتاً به دلیل مهار فعالیت سیکلواکسیژناز (COX) است که منجر به کاهش بازسازی مخاط به دلیل مهار تولید پروستاگلاندین-های محافظ گوارشی اصلی (PGE2) (E) و پروستاگلاندین (PGI2) می‌شود. این موضوع باعث فعال شدن گلبول‌های سفید و سیتوکین‌های پیش التهابی، کاهش میکروسیرکولاسیون معده، افزایش پراکسیداسیون لیپیدی و تحریک تحرک دستگاه گوارش می‌شود (۲۶، ۲۸).

در میان داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی، آسپرین معمولاً در درمان بیماری‌های مختلف استفاده می‌شود. این دسته دارویی به دلیل خاصیت ضد التهابی قوی خود در درمان بسیاری از بیماری‌ها موثر هستند. این داروها در افراد مسن به ویژه کسانی که بیماری‌های گوارشی دارند باید با احتیاط مصرف شوند. از سویی در صورت لزوم استفاده از این داروها، تجویز همزمان داروهای سرکوب‌کننده اسید یا عوامل محافظ مخاط معده توصیه می‌شود (۲۹). همچنین مصرف این داروها در افراد مسن به دلیل اختلال عملکرد دستگاه گوارش، اسکروز عروقی و خونریزی دستگاه گوارش فوقانی اغلب با عواقب جدی‌تری همراه است. در بیماران بالای ۶۰ سال خطر

پژوهش با منافع هیچ سازمان یا افرادی تعارض ندارد.

### کد اخلاق

این پژوهش با کد اخلاق IR.MEDILAM.REC.1400.116 در معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام به تصویب رسید.

هماتمز، ملنا و رکتورازی بیشترین فراوانی در وقوع خونریزی گوارش بودند. شایع ترین عامل خطر تأثیر گذار بر خونریزی گوارشی مصرف دارو، بیماری زمینه‌ای و مصرف سیگار گزارش شد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند کمال امتنان را دارند.

### تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌نمایند که نتایج این

based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:206-10.

### References

- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine*: McGraw Hill; 2001.
- Olokoba AB, Obateru OA, Bojuwoye MO, Olatoke SA, Bolarinwa OA, Olokoba LB. Indications and findings at colonoscopy in Ilorin, Nigeria. *Niger Med J* 2013; 54:111-4. doi: 10.4103/0300-1652.110044.
- Zuckerman DA, Bocchini TP, Birnbaum EH. Massive hemorrhage in the lower gastrointestinal tract in adults: diagnostic imaging and intervention. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 161:703-11. doi: 10.2214/ajr.161.4.8372742.
- Geiger TM, Miedema BW, Geana MV, Thaler K, Rangnekar NJ, Cameron GT. Improving rates for screening colonoscopy: Analysis of the health information national trends survey (HINTS I) data. *Surg Endosc* 2008; 22:527-33. doi: 10.1007/s00464-007-9673-2.
- Massey AC. Microcytic anemia. Differential diagnosis and management of iron deficiency anemia. *Med Clin North Am* 1992; 76:549-66. doi: 10.1016/s0025-7125(16)30339-x.
- Gado AS, Ebeid BA, Abdelmohsen AM, Axon AT. Clinical outcome of acute upper gastrointestinal hemorrhage among patients admitted to a government hospital in Egypt. *Saudi J Gastroenterol* 2012; 18:34-9. doi: 10.4103/1319-3767.91737.
- Ray-Offor E, Elenwo SN. Endoscopic Evaluation of Upper and Lower Gastro-Intestinal Bleeding. *Niger J Surg* 2015; 21:106-10. doi: 10.4103/1117-6806.162575.
- Trawick EP, Yachinski PS. Management of non-variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: controversies and areas of uncertainty. *World J Gastroenterol* 2012; 18:1159-65. doi: 10.3748/wjg.v18.11.1159.
- Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:206-10.
- Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc* 2004; 59:788-94. doi: 10.1016/s0016-5107(04)00181-6.
- Gralnek IM, Dulai GS. Incremental value of upper endoscopy for triage of patients with acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:9-14. doi: 10.1016/s0016-5107(04)01524-x.
- Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, Bleau BL, Jung HK, Eckert G, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2005; 129:855-62. doi: 10.1053/j.gastro.2005.06.070.
- Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139:843-57. doi: 10.7326/0003-4819-139-10-200311180-00012.
- Lo CC, Hsu PI, Lo GH, Lin CK, Chan HH, Tsai WL, et al. Comparison of hemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treating high-risk bleeding ulcers. *Gastrointest Endosc* 2006; 63:767-73. doi: 10.1016/j.gie.2005.11.048.
- Nozari N. Incidence of endoscopic findings and related risk factors in patients with gastrointestinal bleeding after percutaneous coronary intervention and combination antiplatelet therapy. *Govareh* 2016; 21:98-103. (persian)
- Baghbanian M, Salmanroghani H, Mofidi Naiini M, Amirbeigy M, Rezvaninejad S, Akhondi M. Etiology of Lower Gastrointestinal Bleeding in Patients Less than 40 Years Old, Yazd, Iran. *JSSU* 2018; 25:970-8.

17. Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E, Björnsson ES. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013; 25:37-43. doi: 10.1097/MEG.0b013e32835948e3.
18. Sherid M, Sulaiman S, Samo S, Husein H, Tupper R, Spurr C, Sifuentes H, Sridhar S. Risk of Gastrointestinal Bleeding with Rivaroxaban: A Comparative Study with Warfarin. *Gastroenterol Res Pract* 2016; 2016:9589036. doi: 10.1155/2016/9589036.
19. Jiang Y, Li Y, Xu H, Shi Y, Song Y, Li Y. Risk factors for upper gastrointestinal bleeding requiring hospitalization. *Int J Clin Exp Med* 2016; 9:4539-44.
20. Lei TX, MN S, XY. L. Upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: An analysis of 210 cases. *World Chin J Dig* 2012;20: 3164-6.
21. Dagher L, Burroughs A. Variceal bleeding and portal hypertensive gastropathy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13:81-8. doi: 10.1097/00042737-200101000-00017.
22. Ghanadi K, Anbari K, Zendedel A, Abdollahian M, Mohammad TZ. Risk factors for upper gastrointestinal bleeding in patients referred to the Shohada Ashayer Khoramabad in 2011. *JBUMS*2012;19. (persian)
23. Lenti MV, Pasina L, Cococcia S, Cortesi L, Miceli E, Caccia Dominioni C, et al. Mortality rate and risk factors for gastrointestinal bleeding in elderly patients. *Eur J Intern Med* 2019; 61:54-61. doi: 10.1016/j.ejim.2018.11.003.
24. Moledina SM, Komba E. Risk factors for mortality among patients admitted with upper gastrointestinal bleeding at a tertiary hospital: a prospective cohort study. *BMC Gastroenterol* 2017; 17:165. doi: 10.1186/s12876-017-0712-8.
25. Sugawa C, Steffes CP, Nakamura R, Sferra JJ, Sferra CS, Sugimura Y, Fromm D. Upper GI bleeding in an urban hospital. Etiology, recurrence, and prognosis. *Ann Surg* 1990; 212:521-6; discussion 526-7. doi: 10.1097/00000658-199010000-00014.
26. Brzozowski T, Konturek PC, Konturek SJ, Brzozowska I, Pawlik T. Role of prostaglandins in gastroprotection and gastric adaptation. *J Physiol Pharmacol* 2005;56 Suppl 5:33-55.
27. McCarthy D. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-related gastrointestinal toxicity: definitions and epidemiology. *Am J Med* 1998; 105:3S-9S. doi: 10.1016/s0002-9343(98)00274-5.
28. Laine L, Takeuchi K, Tarnawski A. Gastric mucosal defense and cytoprotection: bench to bedside. *Gastroenterology* 2008; 135:41-60. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.030.
29. G. Z. Analysis on Etiology, causes, endoscopic treatment timing and methods of acutenon-variceal upper gastrointestinal Bleeding. JiLin University. 2014.
30. Martínek J, Hlavova K, Zavada F, Seifert B, Rejchrt S, Urban O, et al. "A surviving myth"-corticosteroids are still considered ulcerogenic by a majority of physicians. *Scand J Gastroenterol* 2010; 45:1156-61. doi: 10.3109/00365521.2010.497935.
31. Narum S, Westergren T, Klemp M. Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*2014;4: e004587. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004587.
32. Mousavi S, Toussy J, Zahmatkesh M, Fatemi R, Babaei M, Rabizadeh M. Evaluation of Change in Etiology and Epidemiology of Upper GI Bleeding in A Population Study. *Govaresh* 2006; 11:80-5.(persian).