Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

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 [1*], Azadeh Barkhordarian [2], Masoud Mami [2]

[1] Dept of Biostatistics, School of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[2] 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

A B S T R A C T

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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

© The Author(s) Publisher: Ilam University of Medical Sciences

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام

JIUMS

P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸

E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

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 [۱*]، آزاده برخورداریان [۲]، مسعود مامی [۲]

[۱] گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام ، ایلام، ایران

[۲] گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

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

چکیده

مقدمه: خونریزی گوارشی از مهم‌ترین بیماری‌های طب داخلی است که می‌تواند ناشی از خونریزی در هرکدام از ارگان‌های گوارشی باشد. بهترین روش تشخیصی برای یافتن منشاءخونریزی در بیماران مبتلا به خونریزی گوارشی اندوسکوپی و کولونوسکوپی است. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین علل وقوع خونریزی گوارشی و شایع‌ترین عامل خطرGIB (خونریزی دستگاه گوارش)در استان ایلام انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی گذشته‌نگر تمام بیماران مبتلا به تظاهرات خونریزی واضح گوارشی شامل ملنا، دفع لخته، هماتوشزی و هماتمز که در طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۸ به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام مراجعه کرده‌اند، 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 برگه‌ی پرسش‌نامه وارد شد.تجزیه وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمارتوصیفی و آزمون مجذورکای دو توسط نرم‌افزار *Spss* نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌های پژوهش: درمطالعه حاضر۶۵۰ بیمار مبتلا به تظاهرات خونریزی گوارشی با میانگین سنی ۵۷/۲۴سال در دامنه سنی ۹۹-۱۹سال 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 معنی‌داری گزارش شد($p < ۰/۰۵$). تظاهرات خونریزی گوارشی شامل هماتمز، ملنا و رکتوراژی در مردان و در بیماران سیگاری شایع‌تر بود. مصرف الکل نیز در وقوع خونریزی گوارشی با تظاهرات هماتمز، ملنا و رکتوراژی تأثیرگذار بود.

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

واژه‌های 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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

خونریزی گوارشی از مهم‌ترین بیماری‌های طب داخلی است که می‌تواند ناشی از خونریزی در هرکدام از ارگان‌های گوارشی باشد(۱) و به صورت تظاهراتی مانند دفع خون روشن از مقعد، هماتوشزی، ملنا، هماتمز، 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 اندوسکوپی 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، گاستروپاتی‌های خونریزی دهنده و... اشاره کرد. از علل خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی نیز می‌توان به هموروئیدها، فیشرها، دیورتیکول، کولیت ایسکمیک، مالفورماسیون های عروقی و... اشاره کرد(۱).

بهترین روش تشخیصی برای یافتن منشاء خونریزی در بیماران مبتلا به خونریزی گوارشی، اندوسکوپی و کولونوسکوپی است که بر اساس تظاهرات و شرایط بیمار می‌توان از یکی یا از هردوی این روش‌ها استفاده نمود. در بیماران مراجعه کننده باGIB (خونریزی دستگاه گوارش) و ناپایداری همودینامیک (افت فشارخون، تاکی‌کاردی، تغییرات وضعیتی ضربان قلب و فشار خون) و بیماران مراجعه کننده با شکایات هماتمز و ملنا انجام اندوسکوپی اولویت 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 استنت‌گذاری قلبی داشتندو به علت *GIB* ارجاع داده شده بودند، پرداخت که از این تعداد۸۲/۴۵ درصد بیماران با ملنا،۲۸/۱ درصد با هماتمز و ۳/۹ درصد با هماتوشزی مراجعه کرده بودند. یافته‌های اندوسکوپیک در ۶۳/۴درصد بیماران زخم دئودنوم و در ۳۷/۸درصد زخم معده بود و همچنین۲۳/۲درصد بیماران هرنی هیاتال و ۱۳/۴درصد بیماران مالوری‌ویس 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 هماتوشزی(۴۹٪)وشایع‌ترین 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). هرینسون 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 دایورتوکلوزیس(۲۳ درصد) و کولیت ایسکمیک (۱۶ درصد)گزارش نمودند (۱۷).شیرد و همکاران در سال ۲۰۱۶ به بررسی خطر وقوعGIB در بیماران تحت درمان به وارفاریندر مقایسه با ریواروکسابان پرداختند که در۳۰۰ بیمار،۴/۸درصد از بیماران تحت درمان باریواروکسابانو ۹/۸درصد 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 هماتمز، ملنا و یا هماتوشزی که تحت آندوسکوپی فوقانی با منبع مشخص در بیمارستان برتر دانشگاه جیلین قرار گرفتند، علت خونریزی، سن بیمار، ویژگی‌های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

بالینی و داروها به صورت گذشته‌نگر بررسی شد. در مجموع ۱۷۴۰ بیمار در این مطالعه وارد شدند. در بین این بیماران، میانگین سنی ۱۳±۵۷ سال و ۱۳۴۰ نفر (۷۷٪) مرد بودند. خونریزی از واریس بیشتر از زخم در بیماران مبتلا به هماتمزیس با یا بدون ملنا بود (۴۷٪ درمقابل ۳۰٪، p <۰/۰۱). واریس شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی در ۶۷۲ بیمار (۳۹٪) وپس 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 آن ها می‌توان به مصرف NSAIDها (داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی)، مصرف داروهای ضدانعقاد، مصرف الکل، سن بالا، مصرف سیگار، بیماری‌های قلبی، نارسایی‌های کلیوی، کبدی و دیابت اشاره کرد(۱). در جوامع مختلف این عوامل خطرمی‌توانند متفاوت باشند؛ لذا شناخت شایع‌ترین عوامل خطرGIB و رفع موارد قابل اصلاح می‌تواند کمک شایانی در جهت کاهش بروز GIB داشته باشد. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدفتعیین علل وقوع خونریزی گوارشی و شایع‌ترین عوامل خطرGIB 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، هماتوشزی 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 SPSSنسخه ۲۰آنالیز 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.

یافته های پژوهش

در این مطالعه ۶۵۰ بیمار مبتلا به تظاهرات خونریزی گوارشی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی۱۹/۶۵±۵۷/۲۴ سال در دامنه سنی ۹۹-۱۹سال بود. بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی بالاتر از ۶۰ سال (۴۸٪/۵) و پس از آن در گروه سنی ۳۰-۶۰سال(۴۰٪) و کمترین فراوانی در گروه سنی زیر ۳۰سال(۱۱٪/۵) گزارش شد. از کل بیماران مبتلا ۴۰۵مرد(۶۲/۳٪) و ۲۴۵زن(۳۷/۷٪) بودند. بیشترین شکایت بیماران هماتمز(۴۱/۴٪)، ملنا(۳۰/۸٪)، رکتوراژی(۱۸٪/۳) و کمترین شکایات دیس‌پپسی، +OB و آنمی به‌ترتیب ۵/۴ درصد، ۲/۳ درصد و ۱/۸ درصد گزارش شد. ۳۱/۵ درصد بیماران مصرف سیگار و ۳/۸درصد آنها مصرف الکل داشتند. ۲۳/۸درصد بیماران داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند. در بین داروهای مصرفی ۱۹/۱درصد از NSAIDها و ۴/۶ درصد ضد انعقادها استفاده می‌کردند. بیشترین بیماری زمینه‌ای بیماری‌های قلبی، فشارخون و دیابت بود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۱. تعیین علل خونریزی گوارشی در بیماران مراجعه کننده با GIB برحسب گروهای سنی

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

نتایج جدول شماره یک نشان داد بیشترین علت خونریزی در بیماران، زخم پپتیک بود که در سن بالای ۶۰سال بیشترین فراوانی را داشت (۶۴/۴٪). در بیماران زیر ۳۰سال بیشترین علل خونریزی زخم پپتیک۱۵ نفر(۵/۱٪)، گاستریت ۱۰ نفر(۵۰٪) و هموروئید ۱۰ نفر (۴۰٪) گزارش شد. در بیماران ۶۰-۳۰ 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 بالای۶۰سال زخم پپتیک ۱۹۲نفر(۶۴/۶٪) و توده معده ۵۳ نفر(۸۴/۱٪) بود. بین علل خونریزی گوارشی با سن ارتباط معنی‌داری گزارش شد. در جدول شماره ۲شایع‌ترین علل خونریزی گوارشی در هر دو جنس زخم پپتیک، توده معده و واریس مری بود که در مردان و زنان به‌ترتیب 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 ضایعات دیالوفای و کولون در مردان و GOD و IBD(بیماری التهابی روده) در زنان گزارش نشد.

در جدول شماره ۳شایع‌ترین تظاهرات خونریزی گوارشی بر حسب گروه‌های سنی، در سن زیر ۳۰سال به‌ترتیب (۴۶/۷٪ در مقابل ۴۰٪)، در گروه سنی ۶۰-۳۰ سال هماتمز و ملنا(۵۴٪/۲در مقابل ۲۲/۷٪) و در سن بالای ۶۰سال هماتمز، ملنا و رکتوراژی (۲۹/۵٪،۸٪/۴۴ و۹٪/۲۱) گزارش شد. بین سن و تظاهرات خونریزی گوارشی ارتباط معنی‌داری گزارش شد. تظاهرات خونریزی گوارشی شامل هماتمز، ملنا و رکتوراژی در مردان بیشتر از زنان بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار گزارش شد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد در بیمارانی که داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند، هیچ موردی از دیس پپسی، آنمی و +OBوجود 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 معنی‌داری وجود داشت.

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

همچنین مصرف الکل در وقوع خونریزی با تظاهرات هماتمز، ملنا و رکتوراژی تأثیرگذار استولی ارتباط معنی‌داری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

بین وقوع خونریزی گوارشی و مصرف الکل دیده نشده است

جدول شماره ۶ حاکی از این است که شایع‌ترین عامل خطرتأثیرگذار بر خونریزی گوارشی مصرف دارو۴۴۰نفر(۶۷/۷٪)، بیماری زمینه‌ای (۴۷/۷٪) و مصرف سیگار (۳۱/۵٪) بوده است.

جدول شماره۲. تعیین علل خونریزی گوارشی در بیماران مراجعه کننده با GIB برحسب گروه¬های جنسی

علل خونریزی گوارشی	جنس(%)n		P-value
	مرد n(%)	زن n(%)	
مالوری ویس	۵(۲۰)	۲۰(۸۰)	۰,۰۰۰
تودهمعده	۳۱(۴۹.۲)	۳۲(۵۰.۸)	
زخم پپتیک	۲۱۴(۷۲.۱)	۸۳(۲۷.۹)	
طبیعی	۶۵(۵۹.۱)	۴۵(۴۰.۹)	
گاستریت	۵(۲۵)	۱۵(۷۵)	
واریس مری	۲۵(۵۵.۶)	۲۰(۴۴.۴)	
ضایعات دیالوفای	۰	۵(۱۰۰)	
هموروئید	۱۵(۶۰)	۱۰(۴۰)	
پولیپ	۲۰(۸۰)	۵(۲۰)	
GOD	۵(۱۰۰)	۰	
کولون	۰	۵(۱۰۰)	
IBD	۱۰(۱۰۰)	۰	
دیورتیکول	۱۰(۶۶.۷)	۵(۳۳.۳)	

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

متغیر		تظاهرات خونریزی گوارشی						P-value
		هماتمز n(%)	دیس پپسی n(%)	ملنا n(%)	رکتوراژی n(%)	آنمی n(%)	n(%)OB+	
سن	۳۰< سال	۳۵(۴۶.۷)	۱۰(۱۳.۳)	۰	۳۰(۴۰)	۰	۰	۰.۰۰۰
	۶۰-۳۰ سال	۱۴۱(۵۴.۲)	۲۵(۹.۶)	۵۹(۲۲.۷)	۲۰(۷.۷)	۵(۱.۹)	۱۰(۳.۸)	
	۶۰ <سال	۹۳(۲۹.۵)	۰	۱۴۱(۴۴.۸)	۶۹(۲۱.۹)	۷(۲.۲)	۵(۱.۶)	
جنس	مرد	۱۴۸(۳۶.۵)	۱۰(۲.۵)	۱۴۸(۳۶.۵)	۷۴(۱۸.۳)	۱۰(۲.۵)	۱۵(۳.۷)	۰.۰۰۰
	زن	۱۲۱(۴۹.۴)	۲۵(۱۰.۲)	۵۲(۲۱.۲)	۴۵(۱۸.۴)	۲(۰.۸)	۰	

جدول ٤. تعیین ارتباط مصرف داروهای ضد انعقاد(وارفارین و ریواروکسابان) با وقوع خونریزی گوارشی

مصرف داروهای ضد انعقاد	تظاهرات خونریزی گوارشی						P-value
	هماتمز n(%)	دیس پپسی n(%)	ملنا n(%)	رکتوراژی n(%)	آنمی n(%)	OB+ n(%)	
بلی	۶۲(۴۰)	۰	۷۱(۴۵.۸)	۲۲(۱۴.۲)	۰	۰	۰.۰۰۰
خیر	۲۰۷(۴۱.۸)	۳۵(۷.۱)	۱۲۹(۲۶.۱)	۹۷(۱۹.۶)	۱۲(۲.۴)	۱۵(۳)	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

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

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

جدول شماره ٦. تعیین شایع¬ترین 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 نتیجه‌گیری

شناخت شایع‌ترین عوامل خطر *GIB* و رفع موارد قابل اصلاح می‌تواند کمک شایانی در جهت کاهش بروز*GIB* داشته باشد. از این‌رو 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 ۵۷/۲۴سال در دامنه سنی ۹۹-۱۹سال 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 ۳۰سال(۱۱/۵٪)گزارش شد. از کل بیماران مبتلا ۴۰۵مرد(۶۲/۳٪) و ۲۴۵زن(۳۷/۷٪) بودند. در مطالعه جیانگو همکاران (۲۰۱۶) که با هدف تعیین عوامل خطر خونریزی گوارشی انجام شد میانگین سنی شرکت‌کنندگان 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 پس‌از 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 هپاتیت B منجر به ظهور زودتر واریس مری خونریزی‌دهنده می‌شود(۲۱).

شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای در مطالعه حاضر بیماری قلبی و پس از آن به‌ترتیب کانسر گوارش و سیروز کبدی بود. در مطالعه قنادی و همکاران شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای، سیروز کبدی گزارش شد(۲۲) که درمطالعه ما سیروز کبدی در مرتبه سوم قرار داشت.

بیشترین شکایت بیماران هماتمز(۴۱/۴٪)، ملنا(۳۰/۸٪)، رکتوراژی(۱۸/۳٪) و کمترین شکایات دیس پپسی، +OB و آنمی بترتیب ۵/۴ درصد، ۲/۳ درصدو ۱/۸درصدگزارش 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 GIBرا گاستریت/دئودنیت هموراژیک و بیماری دیورتیکولار کولون گزارش کردند(۲۳).مولدینا و همکاران شایع‌ترین علت خونریزی گوارش فوقانی را به‌ترتیب واریس مری (۵۷٪)، زخم معده (۱۸٪) و گاستریت (۱۰٪) گزارش کردند(۲۴).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

در مطالعه حاضر۳۱/۵درصد بیماران مصرف سیگار و ۳/۸ درصدآنها مصرف الکل داشتند. ۲۳/۸درصد بیماران داروهای ضد انعقاد مصرف می‌کردند. در بین داروهای مصرفی ۱۹/۱ درصداز NSAIDهاو ۴/۶ درصد از داروهای ضد انعقادی استفاده می‌کردند. بیشترین بیماری زمینه‌ای بیماری‌های قلبی، فشارخون و دیابت بود.

در مطالعه حاضر شایع‌ترین یافته آندوسکوپیک ۴۵/۵درصد زخم پپتیک، ۹/۷ درصدتوده معده و ۶/۹درصد واریس مری گزارش شد. در مطالعه نوذری تعداد یافته‌های اندوسکوپیک در ۶۳/۴درصد بیماران زخم دئودنوم و در ۳۷/۸ درصد زخم معده بود،همچنین ۲۳/۲درصد بیماران هرنی هیاتال و ۱۳/۴درصد بیماران مالوری ویس داشتند. در این مطالعه ۱۲/۶درصد بیماران در سیر بستری فوت کردند(۱۵). باغبانیان 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 درصدگزارش کردند(۱۶). قنادی و همکاران شایع‌ترین علت اصلی خونریزی را زخم‌های گوارشی (۴۲٪) 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 مطالعهسوگاواو همکاران در بیماران با جراحت مخاطی معده، ۲۲ درصد واریس‌های مری، ۱۹درصد زخم‌های معده و ۱۴درصد زخم‌های دئودنوم، ۱۱درصد مالوری ویس و ۳درصد ازوفاژیت 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 ۳۰سال بیشترین علل خونریزی زخم پپتیک (۵/۱٪)، گاستریت (۵۰٪) و هموروئید (۴۰٪) گزارش شد. در بیماران ۶۰-۳۰ سال بیشترین علل خونریزی گوارشی زخم پپتیک (۳۰/۳٪)، واریس مری (۶۶/۷٪) و ضایعات دیالوفای (۶۶/۷٪) بود.بین علل 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 به‌ترتیب زخم پپتیک (۷۲/۱٪ در مقابل۲۷/۹٪)،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 مردانGOD و IBDدر 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 ۳۰سال به‌ترتیب (۴۶/۷٪ در مقابل ۴۰٪)، در گروه سنی ۶۰-۳۰ سال هماتمز و ملنا(۵۴/۲٪در مقابل ۲۲/۷٪) و در سن بالای ۶۰سال هماتمز، ملنا و رکتوراژی (۲۹/۵٪،۸٪،۴۴٪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 هماتمزیس با یا بدون ملنا بود(۴۷٪درمقابل ۳۰٪،$p<0/01$). در مطالعه ذکر شده واریس مری شایع‌ترین علت خونریزی گوارشی در ۶۷۲ بیمار (۳۹٪) و پس‌از آن بیماری زخم معده در ۶۰۰ نفر (۳۴٪) بود(۱۹).

خونریزی گوارشی مرتبط با دارو درگروه 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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

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 ضدالتهابی غیراستروئیدی تقریباً ۲۵درصد بود(۲۷). در مطالعه جیانگ و همکاران از ۱۷۴۰ بیمار مورد مطالعه، ۱۲۰بیمار (۷٪) دارایUGIB حاد مرتبط با دارو بودندکه در آن داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی به عنوان داروهایا صلی مرتبط با UGIB شناسایی شدند. از بین این ۱۲۰ بیمار، ۶۰ نفر (۵۰٪) ازآسپرین، ۹ نفر (۸٪) ازآسپرین ترکیبی استفاده کرده بودند (۱۹).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که یک داروهای ضدالتهابی 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 پروستاسیکلین (PGI2) می‌شود. این موضوع باعث فعال شدن گلبول‌های سفید و سیتوکین‌های پیش‌التهابی، کاهش میکروسیرکولاسیون معده، افزایش پراکسیداسیون لیپیدی و تحریک تحرک دستگاه گوارش می‌شود(۲۶, ۲۸).

در میان داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، آسپرین معمولاً در درمان بیماری‌های مختلف استفاده می‌شود. این دسته دارویی به دلیل خاصیت ضدالتهابی قوی خود در درمان بسیاری از بیماری‌ها موثر هستند.این داروها در افراد مسن به ویژه کسانی‌که 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 درافراد مسن به دلیل اختلال عملکرد دستگاه گوارش، اسکلروز عروقی و خونریزی دستگاه گوارش فوقانی اغلب با عواقب جدی‌تری همراه است. در بیماران بالای ۶۰ سال خطر خونریزی مجدد دو برابر بیماران جوان‌تر 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 زخم‌زا می-دانند و اکثر پزشکان مصرف‌کنندگان 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 دیس‌پپسی، آنمی و +OB گزارش نشد. در این بیماران هماتمز(۴۰٪)، ملنا(۴۵/۸٪) و رکتوراژی (۱۴/۲٪) بود. بین وقوع خونریزی گوارشی با مصرف داروهای ضد انعقاد ارتباط معنی‌داربود. در مطالعه موسوی و همکاران بروز کل خونریزی از ۹۸/۴مورد 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-پپسین کاهش یافت ولی میزان خونریزی ناشی از بیماری‌های غیراسید-پپسین بدون تغییر باقی ماند(۳۲).

مصرف سیگار بطور معنی‌داری در وقوع خونریزی گوارش تاثیرگذار بود. ولی این ارتباط بین وقوع خونریزی گوارشی و مصرف الکلمعنی‌دار دیده نشد.

شایع‌ترین عامل خطرتأثیرگذار بر خونریزی گوارشی مصرف دارو۴۴۰نفر(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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

هماتمز، ملنا و رکتوراژی بیشترین فراوانی در وقوع خونریزی گوارش بودند.شایع‌ترین 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 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 فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام به تصویب رسید.

References

1. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's principles of internal medicine: McGraw Hill; 2001.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Trawick EP, Yachimski 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.
9. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol 1995; 90:206-10.
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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Nozari N. Incidence of endoscopic findings and related risk factors in patients with gastrointestinal bleeding after percutaneous coronary intervention and combination antiplatelet therapy. Govaresh 2016; 21:98-103. (persian)
16. 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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

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 of210 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, Abdolahian M, Mohammad TZ. Risk factors for upper gastrointestinal bleeding in patients referred to the Shohada Ashayer Khoramabad in 2011. JBUMS2012;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 Open2014;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).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]