

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	8
Γενικό μέρος	10
1. Επιδημιολογία	11
2. Αιτίες οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού	12
2.1. Πεπτικό έλκος	12
2.2. Κιρσοί	13
2.3. Γαστροπάθεια- Γαστρικές διαβρώσεις	14
2.4. Διαβρώσεις δωδεκαδακτύλου	16
2.5. Οισοφαγίτιδα και Οισοφαγικό έλκος	16
2.6. Σχάση Mallory- Weiss	16
2.7. Αλλοίωση Dieulafoy	17
2.8. Διαβρώσεις Cameron	17
2.9. Εξεργασίες	17
2.10. Γαστρική εκτασία του άντρου (GAVE)	17
2.11. Πυλαία γαστροπάθεια	18
2.12. Αιμοχολία	18
2.13. Ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή	18
2.14. Αορτοεντερικό συρίγγιο	18
3. Κλινική Εικόνα	19
4. Αρχική προσέγγιση- Αναζωογόνηση ασθενούς	20
5. Διάγνωση	22
5.1. Ιστορικό- Κλινική εξέταση	22
5.2. Εργαστηριακός έλεγχος	24
5.3. Ενδοσκόπηση	25
5.3.1. Προϋποθέσεις ενδοσκόπησης	25
5.3.2. Χρόνος και τόπος ενδοσκόπησης	26
5.4. Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι	27
6. Πρόγνωση	28
6.1. Κλινικοί παράγοντες κινδύνου	29
6.2. Ενδοσκοπικοί παράγοντες κινδύνου	30

6.3. Προγνωστικά μοντέλα κινδύνου	31
6.3.1. <i>Rockall score</i>	32
6.3.2. <i>Blatchford score</i>	32
6.3.3. <i>AIMS65</i>	33
6.3.4. <i>Ταξινόμηση κατά Forrest</i>	34
7. Απόφαση νοσηλείας ασθενών	35
8. Θεραπευτική αντιμετώπιση μη κίρσικής αιμορραγίας	36
8.1. Φαρμακευτικές ουσίες	36
8.1.1. <i>Φαρμακευτικές ουσίες που καταστέλλουν την έκκριση HCl</i>	36
8.1.2. <i>Φαρμακευτικές ουσίες που ελαττώνουν σπλαχνική ροή αίματος</i>	38
8.1.3. <i>Ρόλος φαρμακευτικής θεραπείας στην ενδοσκοπική αιμόσταση</i>	39
8.2. Ενδοσκοπική αιμόσταση	40
8.2.1. <i>Μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης</i>	40
8.2.2. <i>Υπέρηχος Doppler και ενδοσκόπηση</i>	42
8.2.3. <i>Προτεινόμενες μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης</i>	43
8.2.4. <i>Επαναληπτική ενδοσκόπηση/Second look endoscopy</i>	44
8.3. Υποτροπή της αιμορραγίας μετά την αρχική αντιμετώπιση	45
8.3.1. <i>Ενδοσκόπηση και επαναιμορραγία</i>	46
8.3.2. <i>Αγγειογραφία- Χειρουργική αντιμετώπιση</i>	46
8.4. Διαχείριση ασθενών μετά την ενδοσκόπηση	47
9. Θεραπευτική αντιμετώπιση κίρσικής αιμορραγίας	48
9.1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας	49
9.2. Μη φαρμακευτική μέθοδοι αντιμετώπισης της οξείας κίρσορραγίας	50
9.2.1. <i>Σωλήνες επιποματισμού</i>	50
9.2.2. <i>Ενδοσκοπική σκληροθεραπεία</i>	51
9.2.3. <i>Ενδοσκοπική απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους</i>	51
9.2.4. <i>Διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική παράκαμψη</i>	52
9.2.5. <i>Χειρουργική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση</i>	52
Ειδικό μέρος	54
1. Μεθοδολογία	55
1.1. Σκοπός της έρευνας	55
1.2. Πληθυσμός της έρευνας	55
1.3. Διαδικασία	56
1.4. Στατιστική επεξεργασία	57

2. Αποτελέσματα	58
2.1. Επίπτωση	58
2.2. Δημογραφικά στοιχεία	59
2.2.1. Φύλο	59
2.2.2. Επίπτωση κατά φύλο	60
2.2.3. Ηλικία	62
2.2.4. Τόπος μόνιμης κατοικίας- εθνικότητα	70
2.3. Έξεις- Ατομικό αναμνηστικό	70
2.3.1. Κάπνισμα	70
2.3.2. Αλκοόλ	71
2.3.3. Λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων	72
2.3.4. Λήψη φαρμάκων που επιδρούν στο μηχανισμό πήξης	73
2.3.5. Συνοδά νοσήματα	75
2.4. Κλινική εικόνα- Στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης	79
2.4.1. Αιτία προσέλευσης	80
2.4.2. Χρόνος προσέλευσης	81
2.4.3. Στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης	81
2.5. Παρακλινικός έλεγχος	85
2.5.1. Αιματολογικές- Βιοχημικές παράμετροι εισαγωγής	86
2.5.2. Ενδοσκόπηση	88
2.6. Θεραπεία- Πορεία νόσου	92
2.6.1. Φαρμακευτική αγωγή	92
2.6.2. Μεταγγίσεις	94
2.6.3. Επαναιμορραγία	96
2.6.4. Μέση διάρκεια νοσηλείας	96
2.6.5. Έκβαση	97
2.6.6. Οδηγίες- Παρακλινικός έλεγχος εξόδου	98
3. Συζήτηση	102
4. Συμπεράσματα	109
Βιβλιογραφικές αναφορές	110
Παράρτημα	123

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η καταγραφή και διερεύνηση των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας και η σύγκριση των ευρεθέντων στοιχείων με τα διεθνώς καταγεγραμμένα δεδομένα.

Υλικά και μέθοδος: Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 367 άτομα, 257 άνδρες και 110 γυναίκες, που νοσηλεύτηκαν με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο Γ. Ν. Λακωνίας από τη 1/1/2010 έως τις 31/12/2014. Πραγματοποιήθηκε συστηματική καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, των έξεων, του ατομικού αναμνηστικού, της κλινικής εικόνας, της αντικειμενικής εξέτασης, του παρακλινικού ελέγχου και της πορείας νόσου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η μέση επίπτωση της νόσου διαμορφώνεται στα 82,34 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού και η θνητότητα ανέρχεται στο 5,7% (21/367). Ηλικιακά, οι ασθενείς είναι άνω των 65, με τη μέση ηλικία για τους άνδρες να είναι 68,62 έτη, για τις γυναίκες 77,45 έτη και την ηλικιακή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στατιστικώς σημαντική ($p < 0.005$). Η ενδοσκόπηση πραγματοποιείται στις 3.79 ημέρες από την εισαγωγή, με τα ευρήματα αυτής κατά σειρά συχνότητας να είναι ο συνδυασμός διαβρώσεων-έλκους (34,6%), το πεπτικό έλκος (21,9%), οι γαστροδωδ/κές διαβρώσεις (15%). Το ποσοστό επαναιμορραγίας διαμορφώθηκε στο 2,7%(10/367), ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας στις 6,89 ημέρες.

Συμπεράσματα: Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας εμφανίζει επίπτωση μικρότερη από τα διεθνώς παρατηρούμενα και θνητότητα που κινείται στις χαμηλότερες καταγεγραμμένες τιμές. Αποτελεί νόσο των ηλικιωμένων, ο χρόνος της ενδοσκοπικής της αντιμετώπισης υστερεί από τη διεθνή καλή πρακτική, ο μέσος χρόνος νοσηλείας κινείται εντός ορίων, ενώ εμφανίζει υποπολλαπλάσιο των διεθνών ποσοστό υποτροπής.

ABSTRACT

Purpose: The investigation of acute upper gastrointestinal hemorrhage in the Prefecture of Laconia and the comparison of findings with the internationally recorded data.

Materials and Methods: All 367 patients (257 male and 110 female), who were hospitalized from 1/1/2010 until 31/12/2014 with acute upper gastrointestinal hemorrhage in Laconia General Hospital, were included in the study. Information concerning patients' demographic data, habits, risk factors, medical history and comorbidities, as well as data related to clinical presentation and physical examination, diagnostic tests, treatment and clinical outcome was gathered from their medical records.

Results: Acute upper gastrointestinal bleeding had an incidence rate of 82.34 persons per 100,000 residents and mortality rate of 5.7% (21/367). Most of the patients were older than 65 years old, with the average age for men being 68.62 years and for women 77.45 years. Furthermore, this age difference between sexes was found to be statistically significant ($p < 0.005$). Endoscopy was performed at 3.79 days from admission, and its findings in order of frequency were the combining of erosions with ulcer (34.6%), peptic ulcers (21.9%) and erosions (15%). The rebleeding rate stood at 2.7% (10/367), while the average length of hospitalization found to be 6.89 days.

Conclusions: The incidence rate of acute upper gastrointestinal hemorrhage in Laconia is lower than the internationally observed and the mortality rate is at the lowest recorded values. The disease concerns mainly the elderly, the time of endoscopic treatment is far from the international good practice, the average length of hospitalization is within limits, while rebleeding rate is aliquot part of the international recurrence rate.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού αποτελεί μια συχνά απαντώμενη κλινική οντότητα για τους επαγγελματίες υγείας που, παρά την εφαρμογή σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέτρων, εξακολουθεί να απαιτεί τη χρήση και τη δέσμευση σημαντικών πόρων για την αντιμετώπισή της.

Ως οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ορίζεται η ύπαρξη εστίας αιμορραγίας σε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα εγγύτερο του συνδέσμου του Treitz. Περιλαμβάνονται δηλαδή εξ ορισμού όλες οι αιμορραγίες που εκδηλώνονται από τη στοματική κοιλότητα έως και το δωδεκαδάκτυλο. Στην αιτιολογία τους συγκαταλέγονται πλειάδα νόσων, με κυρίαρχη θέση να κατέχουν τα έλκη του πεπτικού σωλήνα, οι κίρσοι, το σύνδρομο Mallory- Weiss και οι καλοήθεις ή κακοήθεις εξεργασίες.

Οι αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού θεωρούνται παγκοσμίως μείζον πρόβλημα υγείας. Αποτελούν συχνή αιτία προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, συνήθη αιτία νοσηλείας στις παθολογικές κλινικές των νοσοκομείων, καθώς και το συχνότερο γαστρεντερολογικό επείγον σύμβαμα. Η επίπτωση της νόσου κυμαίνεται από 100 έως 150 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους ετησίως, ενώ αγγίζει το 2% των εισαγωγών στα νοσοκομεία(1,2,3).

Η κλινική τους εικόνα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από την αιματέμεση και τη μέλαινα κένωση έως την αιμοδυναμική αστάθεια και την υπογκαιμική καταπληξία. Η βαρύτητα της νόσου ποικίλει από μη σημαντική έως καταστροφική και πρωταρχικό μέλημα του επαγγελματία υγείας αποτελεί η αρχική αναζωογόνηση και σταθεροποίηση του ασθενούς. Η οριστική βέβαια αντιμετώπιση θα προέλθει κυρίως από την ενδοσκοπική αιμόσταση και τη φαρμακευτική θεραπεία.

Η ενδοσκόπηση αποτελεί μέθοδο εκλογής καθώς εντοπίζει την εστία της αιμορραγίας στο 95% των περιπτώσεων και επιτρέπει την αντιμετώπισή της. Ανάλογα με τα ενδοσκοπικά ευρήματα, διαχωρίζει τους ασθενείς σε υψηλού και χαμηλού κινδύνου, επιτρέποντας έτσι την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας. Η φαρμακευτική αγωγή και κυρίως η ενδοφλέβια χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων σε υψηλές δόσεις δρα συνεργικά καθώς μειώνει τα ποσοστά υποτροπών μετά επιτυχή ενδοσκοπική αιμόσταση.

Παρά όμως την προσθήκη στη θεραπευτική φαρέτρα πλειάδα εργαλείων όπως των νεώτερων φαρμάκων, της διαγνωστικής και θεραπευτικής ενδοσκόπησης, της ανάπτυξης μονάδων εντατικής θεραπείας καθώς και της σύγχρονης χειρουργικής η θνητότητα της νόσου, που αγγίζει το 5-10%, είναι αμετάβλητη από τη δεκαετία του 1970. Αυτό εν μέρει μπορεί να εξηγηθεί από την αύξηση της ηλικίας των ασθενών και της συννοσηρότητας που φέρουν, καθώς και από την αύξηση των ασθενών με πυλαία υπέρταση και αιμορραγία κίρσικης αιτιολογίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού αντιστοιχούν στο 90% περίπου του συνόλου των αιμορραγιών ολόκληρου του πεπτικού συστήματος. Αποτελούν σχετικά συχνή αιτία εισαγωγών στο νοσοκομείο (1-2%), και παρά τις σημαντικές εξελίξεις που έχουν επέλθει τις τελευταίες δεκαετίες στην αντιμετώπιση τους παρουσιάζουν μια υψηλή σχετικά θνησιμότητα (5-10%). Στις ΗΠΑ, όπου και υπάρχει ένα αξιόπιστο σύστημα καταγραφής των παθήσεων βάσει του οποίου μπορεί να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα, έχει υπολογισθεί ότι οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού συστήματος ανέρχονται στις 250.000-500.000 ανά έτος(4,5). Η συχνότητα τους στους ενήλικες υπολογίζεται σε 100-150 ανά 100.000 κατοίκους και παρατηρείται μία σταδιακή αύξηση της συχνότητας με την πάροδο της ηλικίας(6). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι αιμορραγίες σε υπερήλικα άτομα (ηλικίας μεγαλύτερης των 90 ετών) να είναι 20-30 φορές συχνότερες σε σχέση με ενήλικες που βρίσκονται στην 3^η δεκαετία της ζωής τους. Με βάση αυτά τα στοιχεία συνεπάγεται ότι αποτελεί κυρίως νόσημα των ηλικιωμένων ατόμων.

Η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας και από την άποψη της οικονομίας της υγείας, καθώς έχει υπολογισθεί ότι το μέσο κόστος νοσηλείας ξεπερνά τα \$5,000 ανά εισαγωγή. Από τα χρήματα αυτά το μεγαλύτερο ποσό δαπανάται για το κόστος νοσηλείας, τις μεταγίσεις, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη φαρμακευτική αγωγή παρά για τις αμοιβές ιατρών. Η μείωση λοιπόν των εισαγωγών και της διάρκειας νοσηλείας φαίνεται ότι μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από 4 έως 7 ημέρες. Στο χρονικό αυτό διάστημα εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, μετάγγιση θα απαιτηθεί στην πλειοψηφία των ασθενών. Η αιμορραγία σταματά συνήθως αυτόματα στο 80% περίπου των περιπτώσεων. Στο 2 – 10% των περιπτώσεων θα χρειαστεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 5-10%(7). Η θνητότητα για ασθενείς που αιμορράγησαν μετά από νοσηλεία για κάποια άλλη αιτία ανέρχεται στο 20 – 30%. Η θνητότητα και η νοσηρότητα εξαρτώνται από την αιτία και τη σοβαρότητα (μέγεθος) της αιμορραγίας, τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αλλά και την ηλικία.

2. ΑΙΤΙΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

2.1 Πεπτικό Έλκος

Με τον όρο έλκος χαρακτηρίζεται κάθε λύση της συνέχειας του βλεννογόνου μεγαλύτερη ή ίση των πέντε χιλιοστών, με αξιόλογο βάθος κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης ή με ιστολογικά αποδεδειγμένη υποβλεννογόνια επέκταση. Στον όρο πεπτικό έλκος, περιλαμβάνονται έλκη και διαβρώσεις που εντοπίζονται στον γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο και έχουν ποικίλες αιτίες, στον παθογενετικό όμως μηχανισμό τους, κυρίαρχη θέση κατέχει το ένζυμο πεψίνη για την πρόκληση της διάσπασης της συνέχειας του βλεννογόνου.

Τα πεπτικά έλκη κυρίως προκαλούνται εξαιτίας της λήψης ασπιρίνης ή άλλων ΜΣΑΦ, της λοίμωξης από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ή του συνδυασμού και των δύο αυτών παραγόντων. Σε μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη με θέμα τα αιμορραγόντα πεπτικά έλκη διαπιστώθηκε ότι από το σύνολο των 2057 ατόμων με γαστρικό έλκος το οποίο αιμορράγησε, το 57% ελάμβανε ασπιρίνη ή άλλο ΜΣΑΦ και το 45% είχε λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους 2033 ασθενείς με αιμορραγόν δωδεκαδακτυλικό έλκος ήταν 53% και 50% αντίστοιχα. Μόνο το 10% των ασθενών με αιμορραγόν πεπτικό έλκος δεν είχε σαφή αιτία ανάπτυξης του(απουσία λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο- μη λήψη ασπιρίνης ή άλλου ΜΣΑΦ- απουσία καρκίνου-απουσία γαστρινώματος)(8).

Η νόσος του πεπτικού έλκους αποτελεί την πιο συχνή αιτία της οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, με μία στις δύο αιμορραγίες να οφείλονται σε αυτήν. Είναι υπεύθυνη για 100.000 εισαγωγές ανά χρόνο στις Η.Π.Α, ενώ το κόστος της νοσηλείας των αιμορραγόντων ελκών προσεγγίζει τα δύο δισεκατομμύρια δολάρια(9,10). Παρά τη σύγχρονη θεραπευτική, η πιθανότητα αιμορραγίας ενός έλκους δεν έχει μεταβληθεί τα τελευταία είκοσι έτη, με το 20% των δωδεκαδακτυλικών και το 25% των γαστρικών ελκών να επιπλέκονται με αιμορραγία εντός δεκαετίας, ενώ η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 5% με 10%(11,12). Η εξήγηση του αμετάβλητου ποσοστού αιμορραγίας από έλκη οφείλεται σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στην ευρεία χρήση της ασπιρίνης και των ΜΣΑΦ κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς τη συγχορήγηση γαστροπροστασίας(13). Είναι σημαντικό να αναφερθεί επιπλέον ότι τα περισσότερα έλκη από ΜΣΑΦ μπορεί να αιμορραγήσουν χωρίς κανένα πρόδρομο σύμπτωμα.

2.2 Κιρσοί

Αποτελούν διατάσεις φλεβικών στοιχείων και όσο αφορά στο ανώτερο πεπτικό είναι αποτέλεσμα πυλαίας υπέρταση. Οι κιρσοί έχουν λεπτό τοίχωμα και είναι δυνατόν να υποστούν ρήξη και να προκαλέσουν μαζική αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Η ρήξη των κιρσών αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία οξείας αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό μετά το πεπτικό έλκος. Χωρίζονται σε κιρσούς οισοφάγου, γαστρικούς κιρσούς και έκτοπους κιρσούς.

Οι κιρσοί οισοφάγου είναι οι πιο συνήθεις, εντοπίζονται στο κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου και είναι παρόντες στο 40% των ασθενών με κίρρωση και στο 60% των ασθενών με κίρρωση και ασκίτη(14). Η ετήσια πιθανότητα ανάπτυξή τους σε κίρρωτικούς, με αρχική ενδοσκόπηση αρνητική, ανέρχεται στο 5% ετησίως, ενώ η πιθανότητα αιμορραγίας μετά τη διαπίστωσή τους φτάνει στο 25% εντός διαιτίας(15). Η θνητότητα κατά την οξεία φάση της αιμορραγίας ανέρχεται στο 5-8% την πρώτη εβδομάδα και στο 20% το τέλος της έκτης, ενώ στους ασθενείς που η ενδοσκοπική παρέμβαση δεν αποτελεί επιλογή, η επιβίωση μετά από ένα έτος ανέρχεται στο 40% (16). Οι κιρσοί χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα επαναιμορραγίας, με το ένα τρίτο των ασθενών να υποτροπιάζει μετά το αρχικό συμβάν εντός έξι εβδομάδων, ενώ το 40% των επαναιμορραγιών λαμβάνει χώρα εντός των πέντε πρώτων ημερών(16). Αν οι ασθενείς δεν λάβουν προφυλακτική θεραπεία μετά το πρώτο συμβάν, το 80% θα επαναιμορραγήσει εντός διαιτίας.

Οι γαστρικοί κιρσοί κατά Sarin χωρίζονται σε γαστροοισοφαγικούς κιρσούς τύπου 1(GOV1), κιρσοί σε συνέχεια οισοφαγικών που εκτείνονται 2-5 εκατοστά της γαστροοισοφαγικής συμβολής και σε γαστροοισοφαγικούς κιρσούς τύπου 2(GOV2) , κιρσοί σε συνέχεια οισοφαγικών που εντοπίζονται στην καρδιακή μοίρα και στο θόλο του στομάχου. Οι κιρσοί που εντοπίζονται στο θόλο , ελλείψει κιρσών οισοφάγου ονομάζονται μεμονωμένοι γαστρικοί κιρσοί τύπου 1(IGV1), ενώ οι κιρσοί που παρατηρούνται στο γαστρικό σώμα, στο άντρο ή στον πυλωρό χαρακτηρίζονται ως μεμονωμένοι γαστρικοί κιρσοί τύπου 2(IGV2)(17).

Συνήθης αιτία ανάπτυξή τους είναι η πυλαία υπέρταση. Το 25 % των ασθενών με πυλαία υπέρταση παρουσιάζουν γαστρικούς κιρσούς, συνηθέστερα GOV1, οι οποίοι και αποτελούν περίπου το 70 % όλων των γαστρικών κιρσών. Συνηθέστερα αιμορραγούν όσοι εντοπίζονται στο θόλο του στομάχου και σε αντίθεση με τους οισοφαγικούς καλύπτονται και από βλεννογόνο. Αυτή η ιδιαιτερότητά τους εξηγεί το ότι υφίστανται ρήξη μόνο όταν είναι υπερμεγέθεις και συνήθως άνω των είκοσι

χιλιοστών σε διάμετρο. Αποτελούν πρόκληση στη θεραπευτική αντιμετώπιση κατά την αιμορραγία τους, καθότι οι μοναδικές αποτελεσματικές τεχνικές που μπορούν να εφαρμοστούν είναι χειρουργικές.

Έκτοποι ονομάζονται όλοι οι κισσοί που εμφανίζονται σε θέσεις απομακρυσμένες της γαστροοισοφαγικής συμβολής και συμβάλλουν στο 5% όλων των περιπτώσεων κισσορραγίας. Συνηθισμένες θέσεις ανάπτυξής τους αποτελεί το δωδεκαδάκτυλο εξαιτίας συνήθως κίρρωσης του ήπατος καθώς και η στοματική κοιλότητα σε ασθενείς με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα ή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που έχουν υποστεί πρωκτοκολεκτομή και δημιουργία ειλεοστομίας. Η πρόγνωσή τους είναι κακή διότι η διάγνωση τίθεται διεγχειρητικά.

2.3 Γαστροπάθεια- Γαστρικές διαβρώσεις

Με τον όρο αυτό περιγράφεται η συχνά απαντώμενη έννοια της διαβρωτικής γαστρίτιδας, με μελέτες να την ανευρίσκουν ως αιτία αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού στο 20% των περιπτώσεων. Ο όρος γαστρίτιδα είναι αδόκιμος, καθώς ιστολογικά περιγράφει αλλοιώσεις που μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες και στις οποίες παρατηρείται διαταραχή του επιθηλίου του βλεννογόνου και διήθηση με φλεγμονώδη κύτταρα, ενώ η ενδοσκοπική εικόνα μπορεί να είναι φυσιολογική. Οι μόλις περιγραφείσες αλλοιώσεις δεν αποτελούν αιτία αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού(18). Ως γαστροπάθεια, ορίζεται η ενδοσκοπική εμφάνιση του βλεννογόνου με αιμορραγία, ερύθημα, και διαβρώσεις. Ως διάβρωση ορίζεται κάθε λύση της συνέχειας του βλεννογόνου με μέγεθος λιγότερο των 5 χιλιοστών και νεκρωτική βάση χωρίς αξιόλογο βάθος που δεν επεκτείνεται πέραν του βλεννογόνιου μυϊκού χιτώνα. Οι παραπάνω αλλοιώσεις αποτελούν αιτίες αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Οι αιτίες πρόκλησης των γαστρικών διαβρώσεων ποικίλουν. Κυρίαρχη θέση κατέχει η λήψη ασπιρίνης και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Χαρακτηριστικό είναι ότι όλοι οι υγιείς εθελοντές στους οποίους χορηγήθηκε ασπιρίνη εμφάνισαν εντός 24ώρου ήπια αιμορραγική γαστροπάθεια(19). Η αιμορραγία βέβαια που προκλήθηκε από την οξεία βλάβη αυτή ήταν ελάχιστη και μόνο σπανίως κλινικά εμφανής. Εάν η χορήγηση ασπιρίνης συνεχιστεί, τότε στην πλειονότητα των ασθενών παρατηρείται προσαρμογή των τοπικών ιστικών αμυντικών μηχανισμών και ξεκινά η διαδικασία της επούλωσης. Σε ένα μόνο πολύ μικρό ποσοστό ατόμων που λαμβάνουν συνεχώς μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα παρατηρείται χρόνια διαβρωτική γαστροπάθεια που αφορά κυρίως το άντρο, με μόνο το 1%- 4% των χρόνιων χρηστών να αναπτύσσει έλκος. Η διαβρωτική

γαστροπάθεια από ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα είναι συνήθως μια αυτοπεριοριζόμενη νόσος που όταν απομακρυνθεί ο αιτιολογικός παράγοντας υποστρέφει ταχέως.

Ιστορικά, μια αιτία πρόκλησης γαστρικών διαβρώσεων θεωρήθηκε ότι είναι και η κατάχρηση αλκοόλ. Πράγματι, έρευνες σε ζώα με χρήση καθαρής αιθυλικής αλκοόλης απέδειξαν ότι μπορεί να δημιουργήσει σοβαρή αιμορραγική γαστροπάθεια. Εντούτοις, οι πολύ χαμηλότερες συγκεντρώσεις της αιθυλικής αλκοόλης που εμφανίζονται ενδογαστρικά μετά τη κατανάλωση αλκοόλ, επάγουν αντιρροπιστικά την τοπική κυτταροπροστασία(20). Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόκλησης αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού μέσω διαβρώσεων μόνον όταν είναι υπερβολική(τέσσερα ή περισσότερα ποτά την ημέρα)(21). Η τόσο σημαντική θέση της στο παρελθόν, ακόμη και με τη χρήση του όρου «αλκοολική γαστρίτιδα», μάλλον οφείλεται στις αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού απότοκες πυλαίας υπέρτασης που αποτελούν συχνό φαινόμενο σε εξαρτημένους από το αλκοόλ ηπατοπαθείς ασθενείς.

Σημαντική θέση στην πρόκληση διαβρώσεων αλλά και ελκών κατέχει και το stress σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Πρόκειται για οντότητα που εμφανίζεται σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια, υπόταση, σήψη, νεφρική ανεπάρκεια, θερμικά εγκαύματα, περιτονίτιδα, ίκτερο, ή νευρολογικά τραύματα και απαιτούν νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας(22). Ο κίνδυνος πρόκλησης αιμορραγίας αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των συννοσηροτήτων, καθώς ενδοσκοπικά έχει αποδειχθεί ότι όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν διαβρώσεις. Η εμφάνιση αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για τον ασθενή, καθώς η θνησιμότητα είναι υψηλή και οι συνήθεις θεραπευτικές τεχνικές αποτυγχάνουν.

Η κύρια έμφαση δίδεται στην πρόληψη. Παρά το γεγονός ότι υπήρξε κάποια διαμάχη σχετικά με τη σχέση κόστους- οφέλους για την προληπτική θεραπεία όλων των σοβαρά πασχόντων ασθενών(23), μια πρόσφατη ανασκόπηση όλων των μελετών επί του θέματος υποστηρίζει ότι κάθε ασθενής που νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας πρέπει να λαμβάνει προφυλακτική αγωγή(24). Κυρίως χρησιμοποιούνται αναστολείς διαύλων πρωτονίων, αν και η χρήση αντιόξινων σε υψηλές δόσεις (25), ανταγωνιστών της ισταμίνης(26), ή σουκραλφάτης μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα (27) μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης της αιμορραγίας. Γενικά, με τη χορήγηση προφυλακτικής αγωγής η πιθανότητα αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού εμφανίζεται σε λιγότερο από 1% των ασθενών(28).

Τέλος, μια ασυνήθιστη αιτία πρόκλησης γαστρικών διαβρώσεων είναι η τοποθέτηση καθετήρα στην ηπατική αρτηρία για τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, καθώς μπορεί να προκαλέσει αιμορραγική γαστροπάθεια, διαβρώσεις δωδεκαδακτύλου, ακόμη και πεπτικό έλκος(29). Ελάχιστα είναι γνωστά όσο αφορά τη διαχείριση της οντότητας αυτής και οι παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης των βλαβών περιλαμβάνουν την τοπική ιστική βλάβη από τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, καθώς και την ισχαιμία που προκαλείται κατά την τοποθέτηση του καθετήρα.

2.4 Διαβρώσεις δωδεκαδακτύλου

Η αιμορραγία που προκύπτει από τις διαβρώσεις δωδεκαδακτύλου είναι λιγότερο σοβαρή σε σχέση με αυτή του δωδεκαδακτυλικού έλκους, κυρίως διότι οι βλάβες είναι επιφανειακές και τα αγγεία που διαβρώνονται μικρότερα. Αντιπροσωπεύει περίπου το 5 % των περιπτώσεων και συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με ιστορικό πεπτικού έλκους ή παρόμοιους παράγοντες κινδύνου. Σχεδόν πάντα αυτοπεριορίζεται.

2.5 Οισοφαγίτιδα και Οισοφαγικό έλκος

Η οισοφαγίτιδα και το οισοφαγικό έλκος αποτελούν την αιτία για το 8% των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού. Κύριος μηχανισμός πρόκλησής τους αποτελεί η παλινδρόμηση γαστρικού υγρού εντός του οισοφάγου, αν και άλλες πιο σπάνιες αιτίες είναι η ακτινοθεραπεία, λοιμώδη αίτια όπως η λοίμωξη από *Candida* ή τον ιό του έρπη, καθώς και φάρμακα ή έλκη οισοφάγου απότοκα ενδοσκόπησης. Η εμφάνιση των βλαβών ομοιάζει με αυτή του πεπτικού έλκους και η θεραπευτική αντιμετώπιση οφείλει να είναι ιδιαίτερος επιθετική λόγω της αδυναμίας χειρουργικής επέμβασης στην περιοχή.

2.6 Σχάση Mallory-Weiss

Αποτελεί την αιτία για το 5%-10% των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού(30). Πρόκειται για βλεννογόνιες ή υποβλεννογόνιες ρήξεις που εντοπίζονται στη γαστροοισοφαγική συμβολή στο γαστρικό ή στον οισοφαγικό βλεννογόνο και συνήθως εκτείνονται περιφερικά σε μια διαφραγματοκήλη. Οι ασθενείς(νεαροί άρρηνες) συχνά αιτιώνται εργώδεις εμετούς, οι οποίοι ακολουθούνται από επεισόδια αιματέμεσης ή καφεοειδούς εμετού. Από το ιστορικό συχνή είναι η κατάχρηση αλκοόλ και η πυλαία υπέρταση. Η αιμορραγία στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι ήπια και αυτοπεριοριζόμενη.

2.7 Αλλοίωση Dieulafoy

Η αλλοίωση Dieulafoy είναι μία εξαιρετικά σπάνια αιτία οξείας αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού, κατά την οποία προκαλείται μαζική αιμορραγία από μια ασυνήθιστα μεγάλη υποβλεννογόνια αρτηρία, η οποία με ελικοειδή πορεία διαμέσου του υποβλεννογόνιου χιτώνα εκβάλλει στον βλεννογόνο με πολύ μικρή συνοδό εξέλκωση. Συνηθέστερη θέση εντόπισής της είναι το άνω τμήμα του σώματος και ο θόλος του στομάχου. Συνήθως βρίσκεται 6 εκ. κάτωθεν της καρδιοοισοφαγικής συμβολής, αν και ανάλογες βλάβες έχουν παρατηρηθεί στο δωδεκαδάκτυλο, στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Η αρτηρία έχει διάμετρο 1-3 mm και η ιστολογική της εμφάνιση είναι τελείως φυσιολογική χωρίς στοιχεία αγγειίτιδας ή αθηροσκλήρωσης, ενώ η βλάβη στο βλεννογόνο δεν υπερβαίνει τα 2-5mm,. Ενοχοποιείται για το 0,3-1% των οξείων αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού και συνήθως παρουσιάζεται την 5η δεκαετία της ζωής, σε διπλάσια συχνότητα στους άνδρες από τις γυναίκες (31,32).

2.8 Διαβρώσεις Cameron

Οι διαβρώσεις Cameron είναι επιμήκεις διαβρώσεις ή έλκη που δημιουργούνται στις γαστρικές πτυχές που προσπίπτουν, μέσω του οισοφαγικού τρήματος του διαφράγματος λόγω της ύπαρξης μιας ευμεγέθους διαφραγματοκήλης. Πιστεύεται ότι προκαλούνται από μηχανικό τραύμα και τοπική ισχαιμία της περιοχής καθώς η κήλη κινείται διαμέσου του διαφράγματος και η συμμετοχή της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέως θεωρείται δευτερεύουσας σημασίας. Αποτελούν αιτία οξείας αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού αν και κυρίως προκαλούν σιδηροπενική αναιμία ή λανθάνουσα αιμορραγία πεπτικού.

2.9 Εξεργασίες

Οι καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι ανωτέρου πεπτικού (οισοφάγου, στομάχου, δωδεκαδακτύλου) πρωτοπαθείς ή μεταστατικοί είναι ασυνήθιστες αιτίες αιμορραγίας(1%). Η χειρουργική θεραπεία ή η αγγειογραφία είναι ίσως η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισής τους.

2.10 Γαστρική εκτασία του άντρου(GAVE)

Η γαστρική εκτασία του άντρου, γνωστή και ως water melon stomach λόγω της χαρακτηριστικής ενδοσκοπικής εικόνας, είναι σπάνια, εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας και συνήθως προκαλεί χρόνια απώλεια αίματος, υποτροπιάζουσα αιμορραγία ή και σπανίως οξεία (33). Χαρακτηρίζεται από αγγειώματα άντρου και οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν από χρόνια νοσήματα,

όπως κίρρωση ήπατος (30%), νόσοι συνδετικού ιστού και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια(34).

2.11 Πυλαία γαστροπάθεια

Η πυλαία γαστροπάθεια οφείλεται στην πυλαία υπέρταση και στη σοβαρή υπεραιμία του βλεννογόνου με αποτέλεσμα τη δημιουργία διευρυμένων αιμοφόρων αγγείων στο εγγύς γαστρικό σώμα και στην καρδιακή μοίρα του στομάχου που αιμορραγούν. Λιγότερο σοβαρές μορφές πυλαίας γαστροπάθειας εμφανίζονται ως μωσαϊκό ή δίκην δέρματος φιδιού ενδοσκοπικά και δε συσχετίζονται με αιμορραγία. Αποτελεί αιτία οξείας αιμορραγίας μέχρι και στο 20% των ασθενών με πυλαία υπέρταση.

2.12 Αιμοχολία

Η αιμοχολία είναι μια ασυνήθης αιτία οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού. Συνήθως παρουσιάζεται με την τριάδα ικτέρου, άλγους δεξιού υποχονδρίου και μέλαινας κένωσης ή αιματέμεσης. Οι ασθενείς συνήθως από το ιστορικό τους αναφέρουν τραύμα ή παθήσεις ήπατος-χοληφόρων, παγκρεατίτιδα ή ψευδοκύστη παγκρέατος, βιοψία ήπατος ή ανάστροφη χολαγγειογραφία. Χαρακτηριστική για τη διάγνωση είναι η έξοδος αίματος ή πηγμάτων από το φύμα του Vater κατά την ενδοσκόπηση, ιδίως μετά λεπτομερή έλεγχο του φύματος με γαστροσκόπιο πλάγιας όρασης. Παρουσιάζει θνητότητα της τάξης του 25%-50%.

2.13 Ενδοσκοπική σφικτηροτομή

Αιμορραγία μετά από ενδοσκοπική σφικτηροτομή εμφανίζεται στο 2% περίπου των ασθενών. Οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι η χρήση αντιπηκτικών, η πυλαία υπέρταση, η νεφρική ανεπάρκεια, οι διαταραχές του πεπτικού μηχανισμού καθώς και το είδος και η διάρκεια της σφικτηροτομής. Η επιτυχής αιμόσταση επιτυγχάνεται με ενδοσκοπικές μεθόδους.

2.14 Αορτοεντερικό συρίγγιο

Το αορτοεντερικό συρίγγιο αποτελεί σπάνια αιτία οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού συνήθως σε ασθενείς με προσθετικό μόσχευμα για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (δευτεροπαθές), ή πρωτοπαθές από αορτολαγόνια αποφρακτική νόσο, αορτικά ανευρύσματα ή αορτικές λοιμώξεις. Η θέση της αιμορραγίας συνήθως βρίσκεται στην 3η-4η μοίρα του δωδεκαδακτύλου, αλλά μπορεί να ανευρίσκεται και στη νήστιδα ή τον ειλέο (35). Συνήθως προηγείται αιμορραγία (herald bleeding) μικρού βαθμού πριν τη μαζική αιμορραγία και για αυτό απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας και ενδελεχής έλεγχος του δωδεκαδακτύλου και της αρχής της νήστιδος

κατά την ενδοσκόπηση για την εύρεση διάβρωσης, εξωτερικής παλλόμενης μάζας ή θρόμβου. Ενδοσκοπικά μπορεί να προβάλλει το μόσχευμα της αορτής στον αυλό του λεπτού εντέρου, ενώ η διάγνωση μπορεί να επιτευχτεί και μέσω της διαπίστωσης εξαγγελίωσης σκιαγραφικού στο έντερο κατά την αξονική τομογραφία ή την αγγειογραφία (36,37). Η θνητότητα προσεγγίζει το 100% χωρίς έγκαιρη διάγνωση και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού εμφανίζεται με τους εξής τρόπους εκδήλωσης:

Αιματέμεση: Έμετος αιματηρού περιεχομένου, είτε ζωηρού ερυθρού χρώματος είτε καφεοειδούς χροιάς(λόγω επίδρασης των γαστρικών εκκρίσεων).

Μέλαινα: Αποβολή μαύρου, κολλώδους δίκην πίσσας δύσοσμου αίματος με τις κενώσεις. Η αλλαγή του χρώματος οφείλεται στην παραγωγή θειούχων ενώσεων λόγω αποδομήσεως του αίματος από τα βακτήρια του πεπτικού σωλήνα και χρήζει διαφοροποιήσεως από τα κεχρωσμένα κόπρανα λόγω εξωγενών παραγόντων (λήψη σιδηροθεραπείας, βισμούθιου ή ορισμένων τροφών). Απαιτείται ποσότητα αίματος 50-100ml για να παρατηρηθεί μέλαινα. Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού> 500ml συνήθως οδηγεί σε πρόδηλη μέλαινα.

Αιματοχεσία: Αποβολή αίματος ερυθρού χρώματος δια του ορθού με τη μορφή καθαρού αίματος, πηγμάτων, αίματος αναμειγμένου με κόπρανα ή αιμορραγικής διάρροιας. Παρατηρείται σπανίως, μόνο στο 5% των περιπτώσεων και αντανακλά αθρόα αιμορραγία ανώτερου πεπτικού καθώς απαιτεί την ταχεία απώλεια αίματος> 1000ml.

Συμπτώματα απώλειας αίματος: Η ταχεία και αθρόα αιμορραγία προκαλεί μείωση της φλεβικής επαναφοράς, πτώση της καρδιακής παροχής και αντανακλαστική αγγειοσύσπαση. Ο ασθενής αιτιάται καρηβαρία, ζάλη, αδυναμία και εμφανίζεται κáθιδρος και ωχρός. Παρουσιάζει συχνά ορθοστατική υπόταση και σε σοβαρή αιμορραγία σημεία υπογκαιμικής καταπληξίας. Ασθενείς με καρδιαγγειακά ή αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να παρουσιάσουν δύσπνοια ή ισχαιμία μυοκαρδίου λόγω μείωσης της αιμοσφαιρίνης και κατά συνέπεια χαμηλής οξυγόνωσης των ιστών.

Λανθάνουσα αιμορραγία: Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη της αιμορραγίας. Διαπιστώνεται εργαστηριακώς και κυρίως με την ανεύρεση αναιμίας.

4. ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ-ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αποτελεί μια συχνή αιτία προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών με τους ασθενείς να εμφανίζουν μια ευρεία συμπτωματολογία από τον περιπατητικό αιτώμενο μέλαινες έως το βαρέα πάσχοντα με αθρόα αιματέμεση και διακομιζόμενο με ασθενοφόρο ασθενή. Ο συνδυασμός αυτός της ποικιλομορφίας της κλινικής εικόνας και του υψηλού επιπολασμού της νόσου καθιστούν την αρχική προσέγγιση και αναζωογόνηση των ασθενών υψίστης σημασίας.

Η αρχική προσέγγιση και αναζωογόνηση ξεκινά αρχικά με τη λήψη των ζωτικών σημείων, δηλαδή αρτηριακής πίεσης σε όρθια(αν δυνατόν) και καθιστή θέση- θερμοκρασίας- σφύξεων- κορεσμού οξυγόνου μέσω παλμικής οξυμετρίας- επιπέδων γλυκόζης από τριχοειδικό αίμα, και εν συνεχεία με την αξιολόγηση του αεραγωγού(airway), της αναπνοής(breathing), της αιμοδυναμικής σταθερότητας(circulation) και της νοητικής κατάστασης του ασθενούς(disability).

Αεραγωγός(Airway): ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να αξιολογήσει τη βατότητα του και να προβεί σε πράξεις για τη διάνοιξη και τη διασφάλιση του(αναρρόφηση εμεσμάτων, τοποθέτηση ασθενούς σε θέση ανάνηψης κ.τ.λ.) . Αυξημένη επαγρύπνηση επιβάλλεται ακόμη και σε περιπατητικούς ασθενείς καθώς μια αθρόα και αιφνίδια αιματέμεση μπορεί να θέσει τον αεραγωγό υπό απειλή.

Αναπνοή(Breathing): η αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας του πάσχοντα ακολουθεί τη διασφάλιση του αεραγωγού. Σε ασθενείς ταχυπνοϊκούς ή υποξαιμικούς (διαπίστωση μέσω παλμικής οξυμετρίας ή αερίων αίματος) χορηγείται οξυγόνο σε συγκεντρώσεις τέτοιες ώστε να καθίσταται επαρκής η οξυγόνωση των ιστών.

Αιμοδυναμική σταθερότητα(circulation): η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού εξ ορισμού συνδυάζεται με την απώλεια ενδοαγγειακού όγκου. Η κατάσταση της αιμοδυναμικής λειτουργίας του ασθενούς αντικατοπτρίζει συνήθως την παρουσία ή μη μαζικής απώλειας αίματος και την καρδιαγγειακή αντιρρόπηση της απώλειας αυτής. Η ύπαρξη ορθοστατικής υπότασης ή η παρουσία καταπληξίας υποδηλώνουν

σημαντική απώλεια αίματος συνήθως άνω του ενός λίτρου. Η παρουσία καταπληξίας ή ορθοστατικής υπότασης που συνήθως συνοδεύεται από μια απώλεια 6-10 μονάδων του αιματοκρίτη, αιματέμεσης ή σπανιότερα αιματοχεσίας θεωρείται κριτήριο σοβαρής αιμορραγίας και παρατηρείται στο 15-25% των ασθενών με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (38,39). Αυτή η ομάδα των ασθενών είναι υπεύθυνη για την πλειονότητα των υποτροπών, επιπλοκών, επειγόντων χειρουργικών επεμβάσεων και θανάτων στους ασθενείς με οξεία αιμορραγία, για αυτό και η στενή παρακολούθησή τους κρίνεται επιτακτική (38,40).

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται απαραίτητη η τοποθέτηση ενός ευρύ φλεβοκαθετήρα(διαμέτρου 14 με 16-gauge) ή δύο αν ο ασθενής παρουσιάζει ενεργή αιμορραγία και η λήψη δειγμάτων για διασταύρωση, γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο και έλεγχο πήκτικότητας του ασθενούς. Εν συνεχεία, γίνεται χορήγηση κρυσταλλοειδών (0,9% NaCl) και κολλοειδών διαλυμάτων με στόχο τη διατήρηση της συστολικής πίεσης άνω των 100mmHg και των σφύξεων κάτω των 100 ανά λεπτό. Οι ασθενείς, σαν γενικός κανόνας, θα πρέπει να μεταγγίζονται με ασκούς συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων και πλάσματος με στόχο τη διατήρηση της αιμοσφαιρίνης άνω του 7mg/dl, του αριθμού των αιμοπεταλίων άνω των 50.000/mm³ και του χρόνου προθρομβίνης μικρότερου των 15 sec, αντιστοίχως(41). Βέβαια, η αναγκαιότητα και ο χρόνος των μεταγγίσεων εξομοιωείται με βάση την κλινική κατάσταση του ασθενούς, τις συννοσηρότητες του και την ταχύτητα απώλειας αίματος. Τέλος , τοποθετείται καθετήρας ουροδόχου κύστεως για την ωριαία παρακολούθηση ούρων.

Νοητική κατάσταση(disability): ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να αξιολογήσει τη κατάσταση συνείδησης του ασθενούς. Συγκεκριμένα, σε πάσχοντες από αιμορραγία ανώτερου πεπτικού οι οποίοι παρουσιάζουν επιδείνωση της νευρολογικής τους κατάστασης ή στους οποίους προϋπήρχε έκπτωση των νοητικών τους λειτουργιών πρέπει να αξιολογείται το ενδεχόμενο προληπτικής ενδοτραχειακής διασωλήνωσης προς αποφυγή επεισοδίου πνευμονίας εξ εισροφήσεως.

Μετά το πέρας των παραπάνω βημάτων, τα οποία μπορούν να επαναληφθούν ανά πάσα στιγμή που ο ασθενής παρουσιάσει οποιαδήποτε επιδείνωση,, είναι δυνατή η πρώτη σταθεροποίηση του πάσχοντα και η διενέργεια της λεπτομερέστερης λήψης ιστορικού και εξονυχιστικής κλινικής εξέτασης.

5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1 Ιστορικό- Κλινική εξέταση

Είναι ευρέως γνωστό ότι η λήψη λεπτομερούς ιστορικού και η ολοκληρωμένη κλινική εξέταση του ασθενή οδηγεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων σε σωστή διάγνωση. Η μη τέλεσή τους ή η πλημμελής και επιπόλαια διενέργεια τους μπορεί να αποπροσανατολίσει τον επαγγελματία υγείας, αναγκάζοντάς τον να πελαγοδρομεί σε ανούσιες παρακλινικές και απεικονιστικές εξετάσεις χάνοντας πολύτιμο χρόνο και καθυστερώντας την έναρξη της θεραπείας.

Αρχικά, όσο αφορά το ιστορικό ακολουθούνται οι βασικοί κανόνες και οι θεμελιώδεις αρχές της λήψης του, πάντα με σεβασμό προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό. Πληροφορίες όπως η ύπαρξη γνωστού πεπτικού έλκους και η αγωγή που ελάμβανε ο ασθενής, η ύπαρξη επιγαστρικής δυσφορίας και η συσχέτισή της με τη λήψη τροφής στο παρελθόν, η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ασπιρίνης, αντιπηκτικών, η απώλεια βάρους και το αίσθημα του πρόωρου κορεσμού κατά τη λήψη τροφής αποτελούν πληροφορίες κρίσιμες, καθώς μπορεί να σηματοδοτούν την ύπαρξη πεπτικού έλκους. Ιστορικό εργωδών εμετών προ της αιμορραγίας συνηγορεί υπέρ Mallory-Weiss, ενώ ιστορικό αορτικού ανευρύσματος ή αορτολαγόνιας παράκαμψης κάνει επιτακτικό τον αποκλεισμό του αορτοεντερικού συριγγίου η συχνότητα του οποίου ανέρχεται στο 0,5-2,4%. Ιστορικό στένωσης της αορτικής βαλβίδας ή χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, ιδιαίτερα σε υποτροπιάζουσες αιμορραγίες πεπτικού, αυξάνει την πιθανότητα αιμορραγίας από αγγειοδυσπλασίες, ενώ η διενέργεια πρόσφατης χολαγγειογραφίας, βιοψίας ήπατος, η ύπαρξη νοσηλείας για παγκρεατίτιδα ή η ψευδοκύστη παγκρέατος εγείρουν την υποψία αιμοχολίας. Ιδιαίτερης αξίας αποτελεί και η άντληση πληροφοριών σε σχέση με την ύπαρξη γνωστής ηπατικής νόσου, πυλαίας υπέρτασης, την παρουσία κισμών ή τη κατάχρηση αλκοόλ καθώς αποτελούν ενδείξεις υπέρ κίρσικης προέλευσης της αιμορραγίας. Η λήψη του ιστορικού ολοκληρώνεται με την πλήρη καταγραφή του ατομικού αναμνηστικού, της φαρμακευτικής αγωγής, των αλλεργιών καθώς και των συνοδών νοσημάτων του ασθενούς.

Μετά την ολοκλήρωση της καταγραφής του ιστορικού, ακολουθεί η ενδελεχής κλινική εξέταση του ασθενούς. Συγκεκριμένα, ο κλινικός ιατρός οφείλει να αναζητήσει σημεία ηπατικής νόσου, όπως τα αραχνοειδή αγγειώματα, το παλαμιαίο

ερύθημα, η ύπαρξη σπληνομεγαλίας, γυναιομαστίας, ασκίτη, η διόγκωση των παρωτίδων κ.τ.λ και να προβεί σε ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας για τυχόν ανεύρεση συμπαγούς μάζας που υποδηλώνει κακοήθεια. Το δέρμα, τα χείλη, και ο στοματικός βλεννογόνο πρέπει να εξετάζονται για τηλεαγγειεκτασίες που οδηγούν στη νόσο του Osler-Weber-Rendu, ενώ η ανεύρεση πορφυρικού εξανθήματος σε κορμό και άκρα εγείρει υποψίες για την πορφύρα Henoch-Schönlein. Επιπλέον, η διαπίστωση μελανίζουσας ακάνθωσης σε φυσικές πτυχές του σώματος πρέπει να καταγραφεί ώστε να αποκλειστεί υποκείμενη κακοήθεια, κυρίως του στομάχου.

Η κλινική εξέταση του ασθενούς ολοκληρώνεται με τη διενέργεια δακτυλικής εξέτασης και την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. Η δακτυλική εξέταση θεωρείται απαραίτητη καθώς επιβεβαιώνει την ύπαρξη μέλαινας κένωσης, αιματοχεσίας ή φυσιολογικής κένωσης και πρέπει να διενεργείται παρά τις αποκλείσεις που παρατηρούνται ως προς το χαρακτηρισμό του χρώματος των κοπράνων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η τοποθέτηση του ρινογαστρικού καθετήρα και η αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου συμβάλλει στην αναγνώριση της ύπαρξης αιματηρού ή καφεοειδούς περιεχομένου του στομάχου ή στην απουσία αυτού. Δε θεωρείται αναγκαία ως διαγνωστική μέθοδος σε περιπτώσεις που η αιματέμεση ή η αποβολή καφεοειδούς γαστρικού περιεχομένου έλαβε χώρα παρουσία επαγγελματιών υγείας, εντούτοις μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διευκόλυνση της ενδοσκόπησης ή για την αποφυγή του ενδεχομένου εισρόφησης.

Με την ολοκλήρωση των παραπάνω, είναι δυνατή μια πρώτη διάγνωση ότι η εστία της αιμορραγίας εντοπίζεται σε τμήμα του ανώτερου πεπτικού. Συγκεκριμένα, ασθενείς με αιματέμεση, ή με καφεοειδείς εμέτους, ή με μεγάλης ποσότητας αιματηρό ή καφεοειδές γαστρικό περιεχόμενο μετά την τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα, πάσχουν από αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Η ύπαρξη μικρής ποσότητας καφεοειδούς περιεχομένου ή περιεχομένου με στίγματα αίματος που απομακρύνονται εύκολα και δεν ξαναπαρατηρούνται, μετά από πλύσεις, αποδίδονται κυρίως σε τραυματισμό του βλεννογόνου του πεπτικού σωλήνα κατά τη τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα παρά σε ενεργό αιμορραγία. Βέβαια, η ύπαρξη καθαρού περιεχομένου κατά την αναρρόφηση θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αποκλείει την ύπαρξη αιμορραγίας, καθώς το 16% των ασθενών με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού έχουν καθαρό περιεχόμενο αναρρόφησης(42), ενώ αντιθέτως η ύπαρξη χολώδους περιεχομένου είναι αυτή που την καθιστά απίθανη.

Όσο αφορά τώρα τη δακτυλική εξέταση, η διαπίστωση μέλαινας υποδεικνύει την εστία της αιμορραγίας στο ανώτερο πεπτικό αν και μπορεί να παρατηρηθεί και σε περιπτώσεις που η εστία εντοπίζεται στο λεπτό έντερο ή στο ανιόν κόλον. Η ύπαρξη αιματοχεσίας κατά κανόνα παρατηρείται σε αιμορραγίες κατώτερου πεπτικού εκτός και αν ο ασθενής είναι υποτασικός και με σοβαρή υπογκαιμική καταπληξία, λόγω μίας βαριάς και αθρόας αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού που οδηγεί σε ταχεία δίοδο του αίματος κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα(43,44).

5.2 Εργαστηριακός έλεγχος

Σε ασθενείς με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού είναι απαραίτητη η διενέργεια μίας σειράς αιματολογικών εξετάσεων, οι οποίες θα συνδράμουν στην εκτίμηση της βαρύτητας και στον καθορισμό των θεραπευτικών οδών για την αντιμετώπισή τους. Στον πρώτο βασικό έλεγχο περιλαμβάνεται η λήψη δειγμάτων διασταύρωσης και γενικής αίματος, βιοχημικού έλεγχου και ελέγχου πήκτικότητας του ασθενούς.

Συγκεκριμένα, όσο αφορά τα αποτελέσματα της γενικής αίματος πρέπει να τονιστεί ότι η ανεύρεση υψηλού αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων παρατηρείται σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς και συσχετίζεται με τη βαρύτητα της αιμορραγίας(45). Η τιμή του αιματοκρίτη δεν αντανάκλα επακριβώς την οξεία απώλεια αίματος, τουλάχιστον στην αρχική φάση. Απαιτούνται από 24 έως και 72 ώρες προκειμένου να αποκατασταθεί ο ενδαγγειακός όγκος, είτε μέσω των εξωγενώς χορηγούμενων κρυσταλλοειδών διαλυμάτων είτε μέσω μετακίνηση υγρών από τον εξαγγειακό χώρο, προκειμένου να λάβει την πραγματική του τιμή.(46). Η ύπαρξη μειωμένου αριθμού αιμοπεταλίων επιβαρύνει τη σοβαρότητα της κατάστασης και κατευθύνει τον κλινικό ιατρό σε ύπαρξη χρόνιας ηπατικής νόσου ή αιματολογικού νοσήματος.

Από το βιοχημικό έλεγχο, εκσεσημασμένη αύξηση παρατηρείται στην τιμή της ουρίας αίματος, εξαιτίας της αποδόμησης των πρωτεϊνών του αίματος από τα βακτήρια του γαστρεντερικού σωλήνα και της επακόλουθης αυξημένης απορρόφησης ουρίας από τον εντερικό βλεννογόνο. Ο έλεγχος της πήκτικότητας του ασθενούς, μέσω του χρόνου προθρομβίνης και του INR, αξιολογεί την εξωγενή οδό της πήξης και παρατεταμένοι χρόνοι παρατηρούνται σε ηπατική νόσο ή λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων.

5.3 Ενδοσκόπηση

Η ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού με την οριστική ανεύρεση της εστίας αιμορραγίας να επιτυγχάνεται σε πάνω από το 95% των ασθενών. Βέβαια, η ευαισθησία της μεθόδου εξαρτάται από το χρόνο τέλεση της σε σχέση με την έναρξη της αιμορραγίας και βαίνει μειούμενη όσο το χρονικό διάστημα αυτό επιμηκύνεται.

Η σημασία της σωστής ενδοσκοπικής διάγνωσης αποδεικνύεται και σε πρόσφατη αναδρομική μελέτη, στην οποία δεν ανεβρέθηκε η εστία αιμορραγίας κατά την πρώτη ενδοσκόπηση στο 1,7% από 1500 ασθενείς. Η οριστική διάγνωση επιτεύχθηκε με επαναληπτική ενδοσκόπηση, χειρουργική αντιμετώπιση ή και τις δύο μεθόδους. Οι ασθενείς αυτοί εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά υποτροπής της αιμορραγίας, ανάγκης για χειρουργική αντιμετώπιση και θνητότητας (20% έναντι 3,6%) σε σχέση με τους ασθενείς στους οποίους έγινε έγκαιρη διάγνωση κατά την πρώτη ενδοσκόπηση (47).

Αν και σε μεγάλες σειρές ασθενών δύο ή περισσότερες συνυπάρχουσες βλάβες βρίσκονται στο 22-30% των ασθενών με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, ενεργή αιμορραγία από περισσότερες από μία βλάβες είναι ασυνήθης και συμβαίνει σε ποσοστό 3% των ασθενών (40,48). Η ενδοσκόπηση θα πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, ακόμη και σε αυτούς που αιμορραγούν ενώ βρίσκονται σε αντιπηκτική αγωγή λόγω της συχνής ανεύρεσης διαφόρων βλαβών (49).

5.3.1 Προϋποθέσεις ενδοσκόπησης

Η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού θεωρείται μέθοδος εκλογής αφού προσδιορίζει την εστία της αιμορραγίας και επιτρέπει τη θεραπευτική αιμόσταση στους περισσότερους ασθενείς(50). Πρέπει όμως να διενεργείται μόνο όταν αυτό καθίσταται ασφαλές και οι πληροφορίες που θα ληφθούν θα επηρεάσουν πραγματικά την παρεχόμενη φροντίδα. Ιδανικά, ο ασθενής προ της γαστροσκόπησης πρέπει να είναι αιμοδυναμικά σταθερός, με σφύξεις <100 / λεπτό και συστολική αρτηριακή πίεση >100mmHg. Η ύπαρξη αναπνευστικής ανεπάρκειας, μεταβολής της νοητικής κατάστασης του ασθενούς, ή η συνέχιση της αιματέμεσης εγείρουν το ερώτημα της προφυλακτικής διασωλήνωσης με στόχο τη σταθεροποίηση του ασθενή και την προστασία του αεραγωγού. Οι διαταραχές του πήκτικού μηχανισμού και η θρομβοπενία θα πρέπει να διορθώνονται με μεταγγίσεις. Γενικά, πρέπει να επιτελείται η όσο το δυνατόν καλύτερη ανάνηψη και αναζωογόνηση του ασθενούς καθώς αυτό

εξασφαλίζει όχι μόνο την ασφαλέστερη ενδοσκόπηση αλλά και τη βέλτιστη διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση.

Απόλυτες αντενδείξεις ενδοσκόπησης θεωρούνται η άρνηση του ασθενούς για ενδοσκοπικό έλεγχο, ο αυξημένος κίνδυνος σε σχέση με το όφελος της εξέτασης (π.χ. καταπληξία), και οι συστηματικές νόσοι τελικού σταδίου, όπου τα διαγνωστικά ευρήματα δεν αλλάζουν την αντιμετώπιση των ασθενών. Οι σχετικές αντενδείξεις της επείγουσας ενδοσκόπησης είναι η υποψία της διάτρησης, η αιμοδυναμική αστάθεια, ο μη συνεργάσιμος ασθενής και οι σοβαρές διαταραχές πήξης (51).

5.3.2 Χρόνος και τόπος ενδοσκόπησης

Ασθενείς με ενεργό αιμορραγία (δηλαδή, με εκροή αιματηρού περιεχομένου από το ρινογαστρικό καθετήρα ή συνεχιζόμενη αιματέμεση) πρέπει να υποβληθούν σε επείγουσα ενδοσκόπηση αμέσως μετά την ανάνηψη. Σε γενικές γραμμές, η επείγουσα ενδοσκόπηση είναι προτιμότερο να πραγματοποιείται μετά την εισαγωγή του ασθενούς και όχι στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, διότι οι πόροι (προσωπικό, φάρμακα, και ο χώρος) είναι πιο εύκολα διαθέσιμοι. Ασθενείς με υποψία κίρρωσης ή αορτοεντερικού συριγγίου ή υποτροπή της αιμορραγίας ή εμφάνιση αιμορραγίας κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους για άλλους λόγους, θα πρέπει να υποβληθούν σε επείγουσα ενδοσκόπηση, συνήθως εντός 6 ωρών από την εισαγωγή ή την εμφάνιση της αιμορραγίας. Οι ασθενείς οι οποίοι είναι αιμοδυναμικά σταθεροί χωρίς ενδείξεις συνεχιζόμενης αιμορραγίας υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση (εντός 12 ωρών), συχνά στο τμήμα ενδοσκοπήσεων. Γενικά, ενδοσκοπήσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας θα πρέπει να αποφεύγονται, εκτός από τις περιπτώσεις σοβαρής αιμορραγίας ή υψηλού κινδύνου ασθενών, διότι κατά τη διάρκεια της νύκτας ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμος ο βέλτιστος ενδοσκοπικός εξοπλισμός, να μην είναι δυνατή η χειρουργική αν χρειαστεί αντιμετώπιση, και το κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Στη σπάνια περίπτωση ασθενή με μαζική αιμορραγία και ανθιστάμενης στη χορήγηση υγρών και αίματος υπόταση, η ενδοσκόπηση μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμη και στο χειρουργείο, με την ύπαρξη χειρουργικής υποστήριξης, εάν κριθεί απαραίτητο.

Προ της ενδοσκόπησης, σε ασθενείς με σοβαρή αιμορραγία ανώτερου πεπτικού πρέπει να επιτελούνται πλύσεις στομάχου μέσω ευρέως ρινογαστρικού σωλήνα με στόχο της κένωση του από αίμα και θρόμβους. Η χρήση παγωμένου NaCl 0,9% για την πρόληψη ή μείωση της αιμορραγίας δεν έχει καμία αξία, καθώς οι παρατηρηθείσες επιπλοκές, όπως αρρυθμίες, υποθερμία, η ανάδειξη σε πειραματικά

μοντέλα σε σκύλους ότι η ψύξη παρατείνει τρεις φορές τον χρόνο ροής αίματος και σε σημαντικό επίσης βαθμό τον χρόνο πήξης(52,53), καθιστούν τη χρήση του παρωχημένη. Αντιθέτως, η χρησιμοποίηση χλιαρού νερού βρύσης είναι τόσο ασφαλής όσο και η πλύση με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό και πολύ λιγότερο δαπανηρή. Τον τελευταίο καιρό έχουν αναπτυχθεί και ειδικά συστήματα πλύσεων που μπορούν να επιταχύνουν την όλη διαδικασία.

Συνίσταται επίσης, 30 έως 90 λεπτά πριν από την ενδοσκόπηση, η ενδοφλέβια χορήγηση γαστρικού προκινητικού φαρμάκου (π.χ. ερυθρομυκίνη ή μετοκλοπραμίδη) για να προκληθεί γαστρική συστολή και να προωθηθεί το αίμα από τον στόμαχο στο λεπτό έντερο. Με όλα τα παραπάνω, καθίσταται πιο ευχερής η επισκόπηση του ανώτερου πεπτικού από τον ενδοσκόπο, μειώνοντας έτσι την ανάγκη διενέργειας επαναληπτικής ενδοσκόπησης, αλλά καμία διαφοροποίηση δεν παρατηρείται όσο αφορά τη διάρκεια νοσηλείας, τον αριθμό των μεταγγίσεων ή την ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης(54-56) .

Συνήθως χρησιμοποιούνται ενδοσκόπια με ευρύ κανάλι ($\geq 3,7$ mm), διότι εξασφαλίζουν την καλύτερη αναρρόφηση του αίματος και των πηγμάτων καθώς και τη δίοδο καθετήρων ή ηλεκτροδίων για θεραπευτική αιμόσταση. Η καλή διάταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου με εμφύσηση αέρα επιτρέπει την καλύτερη επισκόπηση του βλεννογόνου και την ανάδειξη εστιών αιμορραγίας που σε ένα μη διατεταμένο στόμαχο ή δωδεκαδάκτυλο θα μπορούσαν να καλύπτονται κάτω από αιματηρά υγρά ή πύγματα αίματος.

Η ενδοσκόπηση αποτελεί ιδιαίτερος ασφαλή μέθοδο διάγνωσης και αντιμετώπισης των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού υπό την προϋπόθεση ότι διενεργείται από έμπειρο ενδοσκόπο, με την βοήθεια έμπειρης νοσηλεύτριας και λαμβάνεται πρόνοια στην προστασία των αεροφόρων οδών και την αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς. Επιπλοκές που σχετίζονται με την επείγουσα ενδοσκόπηση και την ενδοσκοπική αιμόσταση μπορεί να εμφανίσουν μέχρι και 1% των ασθενών, ανάλογα με το είδος της ενδοσκόπησης και της θεραπείας που εκτελείται(57,58). Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι η πνευμονία από εισρόφηση, η ανεπιθύμητη αντίδραση σε φαρμακευτική αγωγή, η υπόταση, η υποξία, και η διάτρηση της γαστρεντερικής οδού.

5.4 Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι

Σε σπάνιες περιπτώσεις μαζικής αιμορραγίας, όταν η ενδοσκόπηση είναι δυσχερής και συνεπώς αδύνατη η ανάδειξη της εστίας της αιμορραγίας και εφόσον ο

χρόνος το επιτρέπει, η εκλεκτική αρτηριογραφία μπορεί να εντοπίσει την εστία της αιμορραγίας (συνήθως από την αριστερή γαστρική αρτηρία στο 75% των ασθενών αυτών). Είναι γενικά αποδεκτό ότι η απώλεια αίματος για την ανάδειξη της αιμορραγίας θα πρέπει να έχει ρυθμό τουλάχιστον 0.5 ml/min (δηλαδή αιμορραγία που απαιτεί τουλάχιστον τρεις μονάδες αίματος την ημέρα για την σταθεροποίηση του ασθενή), ενώ είναι αρνητική σε περιπτώσεις φλεβικής αιμορραγίας. Η αξία της συνίσταται κυρίως στην δυνατότητα εμβολισμού του αιμορραγούντος αγγείου ή έγχυσης βαζοπρεσσίνης. Το ποσοστό των μειζόνων επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του σχηματισμού αιματώματος, θρόμβωσης μηριαίας αρτηρίας, αντιδράσεις στο σκιαγραφικό, οξείας νεφρικής βλάβης, εντερικής ισχαιμίας, και παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων, είναι 3%(59).

Η ευρεία χρήση της θεραπευτικής ενδοσκόπησης έχει μειώσει αισθητά την χρήση της αγγειογραφίας στις αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό. Σημαντική θέση κατέχει βέβαια, τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπευτική αντιμετώπιση, η εκλεκτική αγγειογραφία στις αιμορραγίες από το ηπατοχοληφόρο σύστημα ή το πάγκρεας που εκδηλώνονται με την μορφή αιμοχολίας.

Σε ασθενείς με ιστορικό χειρουργηθέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με χρήση ενδοπρόσθεσης σημαντικές πληροφορίες μπορεί να παράσχει και η αξονική τομογραφία κοιλίας με ενδοφλέβια ενίσχυση καθώς προσδιορίζει τη φλεγμονή μεταξύ του μοσχεύματος και του δωδεκαδακτύλου και την ύπαρξη επικοινωνίας(60). Σε επιλεγμένους επίσης ασθενείς, η αξονική τομογραφία κοιλίας μπορεί επίσης να αναδείξει έναν ενδοκοιλιακό όγκο ως αιτία της αιμορραγίας.

6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στην πλειονότητα των περιπτώσεων αυτοπεριορίζεται χωρίς καμία εξειδικευμένη θεραπεία σε ένα ποσοστό της τάξης του 80%. Στο υπόλοιπο 20% των ασθενών, που συνεχίζει να αιμορραγεί ή η αιμορραγία υποτροπιάζει, το ποσοστό θνητότητας αγγίζει το 30% με 40%(61,62). Ως εκ τούτου, πρώιμη υπήρξε η προσπάθεια για το καθορισμό προγνωστικών παραγόντων και τη διαμόρφωση εργαλείων βαθμολόγησης για την ανάδειξη των ασθενών υψηλού κινδύνου, οι οποίοι ωφελούνται τα μέγιστα από την επιθετική φαρμακευτική, ενδοσκοπική και χειρουργική θεραπεία.

6.1 Κλινικοί παράγοντες κινδύνου

Οι προγνωστικοί δείκτες αυτοί περιλαμβάνουν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά και κατά κανόνα συμβάλλουν στην ανίχνευση των ασθενών υψηλού κινδύνου προ της διενέργειας ενδοσκοπησης. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

Ηλικία: Οι ασθενείς άνω των 60 ετών φαίνεται να έχουν υψηλότερα ποσοστά θνητότητας σε σχέση με τους νεότερους ομολόγους τους, αν και ο δείκτης αυτός δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ανεξάρτητος παράγοντας αν συνυπάρχει και υποκείμενη νοσηρότητα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών παρουσιάζουν ποσοστό θνητότητας 13,4%, ενώ το ποσοστό για ηλικίας κάτω των 60 είναι 8,7%(63).

Συννοσηρότητες: Ασθένειες, όπως κυρίως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος, η ηπατική ανεπάρκεια και η σοβαρή καρδιοαναπνευστική νόσο, επηρεάζουν την έκβαση. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι το ποσοστό θνητότητας αυξάνεται με τον αριθμό των συνοδών νοσημάτων: οι ασθενείς με δύο συνοδά νοσήματα έχουν ποσοστό θνητότητας 2,6%, εκείνοι με τέσσερα 9,9%, εκείνοι με έξι συνοδά νοσήματα, 27,0% και όσοι εμφανίζουν οκτώ, 66,7%(63,64).

Ο χρόνος της αιμορραγίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας: Κατά κανόνα ασθενείς που παρουσιάζουν αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού κατά τη νοσηλεία τους για άλλους λόγους έχουν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με όσους αιμορράγησαν προ της εισαγωγής τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς που αιμορραγούν κατά τη νοσηλεία τους έχουν ποσοστό θνητότητας 25 % , ενώ το ποσοστό είναι μόλις 3,7 % για τους ασθενείς που αιμορραγούν πριν από την εισαγωγή(2).

Η βαρύτητα της αρχικής αιμορραγίας: Αξιολογείται κυρίως από

- την αιμοδυναμική αστάθεια ή την ύπαρξη καταπληξίας κατά την εισαγωγή (συστολική αρτηριακή πίεση μικρότερη από 100 mmHg, καρδιακή συχνότητα μεγαλύτερη από 100 παλμούς ανά λεπτό)
- την ανάγκη διενέργειας μεγάλου αριθμού μεταγγίσεων
- την παρουσία αιματέμεσης, ή αιματοχεσίας ή την παρουσία ζωηρού κόκκινου αίματος κατά την ρινογαστρική αναρρόφηση(64,65). Εδώ πρέπει να σημειωθεί, ότι η σημασία του αποτελέσματος της ρινογαστρικής αναρρόφησης θεωρείται από πολλούς αμφιλεγόμενη, καθώς το περιεχόμενο της μπορεί να είναι ψευδώς αρνητικό(αιμορραγία από δωδεκαδακτυλικό έλκος και σπασμός

πυλωρού) αλλά και ψευδώς θετικό(αιμορραγία λόγω τραυματισμού κατά την τοποθέτηση). Παρόλα αυτά, το ποσοστό θνησιμότητας σε ασθενείς με καθαρό περιεχόμενο αναρρόφησης είναι 6%, σε ασθενείς που προσέρχονται με αιματέμεση ή παρουσιάζουν αιματηρό περιεχόμενο στο ρινογαστρικό σωλήνα αγγίζει το 18%, και σε εκείνους με κόκκινο ζωηρό αίμα όπως παραπάνω και αιματοχεσία ανέρχεται στο 30%.

Εργαστηριακοί παράμετροι: Η ανεύρεση αιμοσφαιρίνη μικρότερης από 10 g / dL και οι διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού κατά την εισαγωγή του ασθενούς έχουν συσχετιστεί με χειρότερη πρόγνωση.

6.2 Ενδοσκοπικοί παράγοντες κινδύνου

Η διενέργεια ενδοσκόπησης του ανώτερου πεπτικού συμβάλλει στην αποκάλυψη και άλλων σημείων, τα οποία επιβαρύνουν την πρόγνωση των ασθενών. Αν και οι κλινικοί και εργαστηριακοί παράγοντες ουσιαστικά συμβάλλουν τα μέγιστα στη διαλογή των ασθενών υψηλού κινδύνου που χρήζουν επείγουσας ενδοσκόπησης, εντούτοις οι σημαντικότερες πληροφορίες θα ληφθούν από την ενδοσκόπηση. Ειδικότερα, παράγοντες κινδύνου αποτελούν:

Η ανεύρεση στιγμάτων ενεργού ή πρόσφατης αιμορραγίας: Ως στίγματα ενεργού αιμορραγίας ορίζεται η ανεύρεση σφύζουσας ή αναβλύζουσας αιμορραγίας κατά την τέλεση της ενδοσκόπησης, ενώ ως στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας η ανεύρεση ορατού μη αιμορραγούντος αγγείου, νεπού ή παλιού θρόμβου. Το ορατό αγγείο περιγράφεται ενδοσκοπικά ως ένα υπερυψωμένο, σκούρο κόκκινο, μπλε ή γκρι έπαρμα που προεξέχει από τον κρατήρα του έλκους και είναι ανθεκτικό στη βίαιη πλύση με νερό. Ουσιαστικά πρόκειται για μια ψευδοανευρυσματική διάταση του τοιχώματος του αγγείου που προβάλλει από τον κρατήρα του έλκους ή για οργανωμένο θρόμβο, που καλύπτει μια πλάγια οπή που έχει δημιουργηθεί στο αγγείο που βρίσκεται κάτω από τον πυθμένα του έλκους(66). Η εξέλιξη της ενδοσκοπικής εμφάνισης των ορατών αγγείων ή θρόμβων, ξεκινά με ένα μεγάλο, κόκκινο θρόμβο που με την πάροδο του χρόνου γίνεται πιο σκούρος και μικρότερος, μέχρι τελικά να αντικατασταθεί με ένα άσπρο βύσμα από ινική και αιμοπετάλια και να εξαφανιστεί οριστικά (58). Δυστυχώς, υπάρχει ακόμη και σήμερα σημαντική διαφωνία μεταξύ των εμπειρογνομόνων σχετικά με την ενδοσκοπική διάγνωση ορατών αγγείων (67,68).

Παρά την έλλειψη ενιαίας ενδοσκοπικής περιγραφής, η παρουσία ορατού αγγείου στον κρατήρα του έλκους συνηγορεί υπέρ αυξημένου κινδύνου για

χειρουργική αντιμετώπιση της αιμορραγίας καθώς και αυξημένης θνησιμότητας(69,70,71). Η συχνότητα επανεμφάνισης αιμορραγίας σε ασθενείς με ορατό αγγείο στο έλκος αγγίζει το 50%, ενώ υποτροπή της αιμορραγίας ουσιαστικά δεν παρατηρείται σε ασθενείς χωρίς στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας (72). Όταν η ενδοσκόπηση γίνεται μέσα σε 6-24 ώρες μετά την εισαγωγή, η ανεύρεση αγγείων στα αιμορραγόντα έλκη ανέρχεται σε 20% -50%.

Το μέγεθος της βλάβης: Ασθενείς με αιμορραγία από έλκη μεγαλύτερα από 1 ή 2 εκ. σε διάμετρο έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της αιμορραγίας και θανάτου, ακόμη και μετά από ενδοσκοπική αιμόσταση (65,73). Ακόμη, μεγάλα έλκη πιο συχνά εμφανίζονται με στίγματα ενεργού ή πρόσφατης αιμορραγίας.

Η θέση της βλάβης: Στον στόμαχο, βαρύτερη πρόγνωση εμφανίζουν τα έλκη που εντοπίζονται στο οπίσθιο άνω τμήμα του ελάσσονος τόξου καθώς η αιμορραγία προέρχεται από διάβρωση κλάδου της αριστεράς γαστρικής αρτηρίας, αν και σπανιότερα μπορεί να διαβρωθεί η αριστερά γαστρική πριν την διακλάδωσή της στη σπληνική αρτηρία. Στο δωδεκαδάκτυλο, δυσμενέστερη έκβαση παρουσιάζουν τα έλκη του οπισθίου και κατώτερου τοιχώματος του εγγύς τμήματος του δωδεκαδακτύλου λόγω διάβρωσης της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας, η οποία είναι αγγείο μεγάλης σχετικά διαμέτρου. Συχνότερα διαβρώνεται κάποιος κλάδος της, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η διάβρωση μπορεί να συμβεί στο διχασμό της αρτηρίας με κάποιο κλάδο της και χρειάζεται προσοχή στη συρραφή του αιμορραγούντος κλάδου.

Η αιτία της αιμορραγίας: Οι κίρσοι εμφανίζουν πολύ υψηλότερο ποσοστό επαναιμορραγίας και θνητότητας από τις άλλες αιτίες. Η θνητότητα από κίρσικη αιμορραγία, κατά τη διάρκεια της αρχικής νοσηλείας, έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια, αν και εξακολουθεί να είναι 14%, με τα ο ποσοστό της υποτροπής να προσεγγίζει το 13% -29%(74,75). Η μείωση των ποσοστών της θνητότητας που σχετίζονται με την αιμορραγία των κίρσων θα βελτιώσει το συνολικό ποσοστό θνητότητας από αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού, επειδή οι ραγέντες κίρσοι αντιπροσωπεύουν περίπου το 10% όλων των αιμορραγικών επεισοδίων.

6.3 Προγνωστικά μοντέλα κινδύνου

Σε μια προσπάθεια ομαδοποίησης και κατηγοριοποίησης όλων των προαναφερθέντων παραγόντων κινδύνου, έχουν δημιουργηθεί προγνωστικά μοντέλα κινδύνου και κλίμακες βαθμολόγησης που ταξινομούν τους ασθενείς με βάση συγκεκριμένα ενδοσκοπικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Στόχος τους είναι η αναγνώριση των ασθενών χαμηλού κινδύνου, ώστε να λαμβάνουν εξωνοσοκομειακή

περίθαλψη ή ολιγοήμερη νοσηλεία, καθώς και ο εντοπισμός των ασθενών υψηλού κινδύνου που χρήζουν αυξημένης επαγρύπνησης(63).

Η αποτελεσματικότητα των μοντέλων αυτών έχει αξιολογηθεί σε μια ποικιλία κλινικών μελετών, με τις περισσότερες έρευνες να συστήνουν ότι οι ασθενείς που θεωρούνται χαμηλού κινδύνου μπορούν με ασφάλεια να λαμβάνουν εξιτήριο πρόωρα ή και να αντιμετωπίζονται σε εξωτερική βάση(76-87). Η προσέγγιση αυτή επιπλέον έχει θετικές συνέπειες όσο αφορά τη χρήση πόρων και ανθρώπινου δυναμικού σε σύγκριση με την καθολική νοσηλεία των ασθενών με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού.

6.3.1 Rockall score

Το Rockall score(κλινικό και πλήρες) είναι ένα σύστημα βαθμολόγησης που στοχεύει στην πρόβλεψη της υποτροπής της αιμορραγίας και της θνησιμότητας σε ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού μη οφειλόμενη σε κισσούς. Το κλινικό Rockall score αποδίδει βαθμούς από το μηδέν έως το τρία, στις μεταβλητές της ηλικίας, των παλμών, της συστολικής αρτηριακής πίεσης, των συννοσηροτήτων, ενώ το πλήρες Rockall, το οποίο είναι και το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο, προσθέτει και τις μεταβλητές της διάγνωσης μετά από την ενδοσκόπηση και της ύπαρξης ενδοσκοπικών στιγμάτων πρόσφατης αιμορραγίας (Πίνακας 1).

Σε μια μελέτη επικύρωσης του, μόνο 32 από 744 ασθενείς (4%), οι οποίοι συγκέντρωσαν βαθμολογία 2 ή λιγότερο(μέγιστη βαθμολογία 11) επαναιμορράγησαν και μόνο ένας απεβίωσε(76). Από την άλλη πλευρά, σε μια μεταγενέστερη μελέτη 247 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική θεραπεία για αιμορραγόντα πεπτικά έλκη, το μοντέλο δεν απέδωσε όσο αφορά την πρόβλεψη για την υποτροπή της αιμορραγίας(88). Το πλήρες Rockall score εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσο αφορά τη θνητότητα, αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια όσο αφορά τον κίνδυνο υποτροπής της αιμορραγίας. Οι ασθενείς που συγκεντρώνουν βαθμολογία από 0 έως 2 στο πλήρες Rockall score θα πρέπει να θεωρούνται ως πιθανοί υποψήφιοι για εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση.

6.3.2 Blatchford score

Το Blatchford score (γνωστό και ως Glasgow-Blatchford score), αποτελεί ένα προγνωστικό μοντέλο κινδύνου που σε αντίθεση με το Rockall score, δε χρησιμοποιεί ενδοσκοπικά δεδομένα και ως εκ τούτου μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την είσοδο του ασθενή.

Η βαθμολογία βασίζεται στην τιμή της ουρίας, της αιμοσφαιρίνης, της συστολικής αρτηριακής πίεσης, του αριθμού των σφύξεων, καθώς και την παρουσία μέλαινας, συγκοπικού επεισοδίου, γνωστής ηπατικής νόσου(γνωστό ιστορικό, ή κλινικές και εργαστηριακές ενδείξεις της χρόνιας ή οξείας ηπατικής νόσου) ή γνωστής καρδιακής ανεπάρκειας(γνωστό ιστορικό ή κλινική και υπερηχογραφική απόδειξη της). Η βαθμολογία κυμαίνεται από μηδέν έως 23 και η ανάγκη ενδοσκοπικής παρέμβασης αυξάνει με τη βαθμολογία(Πίνακας 2).

Μια μετα-ανάλυση διαπίστωσε ότι ένα Blatchford score μηδέν συνδέεται με χαμηλή πιθανότητα για ανάγκη επείγουσας ενδοσκόπησης(αναλογία κινδύνου 0,02, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 0-0,05) (89). Το πιο πρόσφατο, τροποποιημένο Glasgow-Blatchford score, υπολογίζεται χρησιμοποιώντας μόνο την τιμή της ουρίας, της αιμοσφαιρίνης, της συστολικής αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 16. Μια προοπτική μελέτη του τροποποιημένου Glasgow-Blatchford score διαπίστωσε ότι αποδίδει όπως και το πλήρες Blatchford score, ενώ υπερτερεί του Rockall score όσο αφορά την πρόβλεψη της ανάγκης για χειρουργική παρέμβαση, της υποτροπής της αιμορραγίας, και της θνητότητας(90) .

6.3.3 AIMS65

Το AIMS65 είναι ένα άλλο σύστημα βαθμολόγησης που χρησιμοποιεί δεδομένα που δεν απαιτούν ενδοσκόπηση. Προήλθε από μια έρευνα, κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η επεξεργασία των στοιχείων από 29.222 εισαγωγές ασθενών από 187 νοσοκομεία των Η.Π.Α και τα αποτελέσματά της επικυρώθηκαν από ένα ξεχωριστό σύνολο πληροφοριών 32.504 εισαγωγών. Η μελέτη διαπίστωσε ότι πέντε παράγοντες συσχετίζονται με αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα και συγκεκριμένα:

- Αλβουμίνη < 3,0 g / dL
- INR > 1,5
- Μεταβολή της νοητικής κατάστασης (Κλίμακα Γλασκώβης < 14, αποπροσανατολισμός, λήθαργος ή κώμα)
- Συστολική αρτηριακή πίεση < 90 mmHg
- Ηλικία > 65 ετών

Διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό θνητότητας αυξάνει σημαντικά με την αύξηση του αριθμού των παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα:

- Απουσία παραγόντων κινδύνου: 0,3%

- Παρουσία ενός παράγοντα κινδύνου: 1%
- Παρουσία δύο παραγόντων κινδύνου: 3%
- Παρουσία τριών παραγόντων κινδύνου: 9 %
- Παρουσία τεσσάρων παραγόντων κινδύνου: 15%
- Παρουσία πέντε παραγόντων κινδύνου: 25%

Μελέτες επικύρωσης του AIMS65 δείχνουν ότι έχει υψηλή ακρίβεια όσο αφορά την πρόβλεψη της ενδοσκοπομειακής θνητότητας σε ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού(91,92).Εκτός από την πρόβλεψη της θνητότητας, η παρουσία μεγάλου αριθμού παραγόντων κινδύνου συσχετίστηκε επίσης και με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας (από 3,4 ημέρες σε απουσία παραγόντων σε 8,1 ημέρες για πέντε παράγοντες κινδύνου) και αυξημένο κόστος (μέσο κόστος \$ 5,647 USD σε μηδενικούς παράγοντες κινδύνου και \$ 15.776 δολάρια σε πέντε παράγοντες κινδύνου). Πρόσθετες προοπτικές μελέτες απαιτούνται για την επιβεβαίωση της ικανότητας του AIMS65 να προβλέπει τη θνητότητα, τη διάρκεια νοσηλείας, και το κόστος. Επιπλέον, δεν είναι ακόμη γνωστό αν η βαθμολογία προβλέπει τη πιθανότητα υποτροπής μετά την ενδοσκοπική θεραπεία.

6.3.4 Ταξινόμηση κατά Forrest

Η ταξινόμηση κατά Forrest αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη μέθοδο στρωματοποίησης των ασθενών με αιμορραγία πεπτικού. Χρησιμοποιεί μόνο ενδοσκοπικά ευρήματα και εφαρμόζεται κυρίως σε οξείες αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού προερχόμενες από έλκος.

Αποτελεί σημαντικό προγνωστικό μοντέλο όσο αφορά τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου. Για τον διαχωρισμό των ασθενών χρησιμοποιεί την ανεύρεση κατά την ενδοσκόπηση στιγμάτων ενεργού αιμορραγίας, ή πρόσφατης αιμορραγίας ή την ύπαρξη βλάβης χωρίς σημεία αιμορραγίας(Πίνακας 3). Επιπλέον, σημαντική είναι η συμβολή του σε σχέση με την ανάγκη ενδοσκοπικής παρέμβασης καθώς ασθενείς με μείζονα στίγματα αιμορραγίας(Forrest Ia, Ib, IIa, IIb) παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά υποτροπής και θνητότητας αν αφεθούν χωρίς ενδοσκοπική αιμόσταση και θεραπεία με PPIs, ενώ οι ασθενείς με ελάσσονα σημεία(Forrest IIc, III) και κυρίως όσοι εμφανίζουν έλκος με καθαρό πυθμένα είναι δυνατόν να μην νοσηλευτούν και να λάβουν εξιτήριο από το τμήμα επειγόντων περιστατικών(Πίνακας 4).

7. ΑΠΟΦΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κατά κανόνα, οι ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού χρήζουν νοσηλείας. Συγκεκριμένα, άτομα που εμφανίζουν συνεχή εκροή μεγάλων ποσοτήτων αιματηρού περιεχομένου στο ρινογαστρικού σωλήνα, παρουσιάζουν αιμοδυναμική αστάθεια, ή η οξεία απώλεια αίματος επιδεινώνει υποκείμενες συννοσηρότητες ιδανικά πρέπει να παρακολουθούνται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας ή αυξημένης φροντίδας. Οι υπόλοιποι αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς αλλά με ενεργή αιμορραγία εισάγονται σε κοινά κρεβάτια.

Εξαιρέση μπορεί να αποτελέσουν μόνο όσοι προσήλθαν με αυτοπεριορισμένη αιμορραγία(π.χ. σχηματισμένη μέλαινα), είναι αιμοδυναμικά σταθεροί, έχουν φυσιολογικές εξετάσεις και είναι σε θέση να επιστρέψουν αν τα συμπτώματα επαναληφθούν. Συγκεκριμένα, ο ασθενής που προσέρχεται με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και μπορεί αντιμετωπιστεί σε εξωτερική βάση οφείλει να πληροί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Απουσία συνοδών νοσημάτων
- Σταθερά ζωτικά σημεία
- Φυσιολογική τιμή αιμοσφαιρίνης
- Εστία αιμορραγίας που έχει ανευρεθεί με ενδοσκόπηση
- Εστία αιμορραγίας που δεν σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο υποτροπής(π.χ όχι αιμορραγία κίρρωσης προέλευσης, αιμορραγία από βλάβη Dieulafoy, ή έλκος με στίγματα υψηλού κινδύνου)

Ωστόσο, η απόφαση για την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση εξαρτάται και από παράγοντες που έχουν σχέση με τον ίδιο τον ασθενή, όπως η δυνατότητα να κατανοήσει την πάθηση του, η δυνατότητα του να επιστρέψει αν τα συμπτώματα επαναληφθούν κ.α. Εάν οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια τότε εισάγονται. Οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν λάβει ενδοσκοπική θεραπεία για στίγματα υψηλού κινδύνου θα πρέπει να νοσηλεύονται τουλάχιστον για 72 ώρες ώστε να παρακολουθούνται για τη πιθανότητα υποτροπής, δεδομένου ότι οι περισσότερες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

8. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

8.1 Φαρμακευτικές ουσίες

Διάφορες φαρμακευτικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού και κυρίως της αιμορραγίας που οφείλεται σε πεπτικό έλκος. Ο τρόπος δράσης τους στοχεύει είτε

1. στην καταστολή της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέος είτε
2. στην ελάττωση της σπλαχνικής ροής του αίματος.

8.1.1 Φαρμακευτικές ουσίες που καταστέλλουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος

Είναι γνωστό ότι ο στόμαχος διατηρεί όξινο pH, μέσω της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος, με στόχο την πέψη των τροφών. In vitro μελέτες έχουν δείξει, ότι προκειμένου ο μηχανισμός της πήξης να λειτουργήσει κανονικά, δηλαδή να επιτευχθεί η συσσώρευση των αιμοπεταλίων και ο σχηματισμός του ινώδους, απαιτείται το γαστρικό pH να λάβει τιμές μεγαλύτερες από 6.8, ενώ σε τιμές μικρότερες από 5.4 αναστέλλεται οποιαδήποτε λειτουργία της πήξης(93). Μάλιστα, σε όξινο περιβάλλον παρατηρείται και ινωδόλυση των ήδη σχηματισμένων θρόμβων, στο οποίο δρα ευνοϊκά και η παρουσία της πεψίνης. Συνεπώς, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας ή υποτροπή αυτής είναι αναγκαία η διατήρηση ενός pH μεγαλύτερου από 6. Σε αυτή την κατεύθυνση διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν χρησιμοποιηθεί.

Ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης: Η ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμακολογικών αυτών ουσιών έχει αποδειχθεί ότι μπορεί ταχέως να αυξήσει τις τιμές του ενδογαστρικού pH στα επιθυμητά επίπεδα. Εντούτοις, παρατηρείται ταχεία ανάπτυξη ανοχής στη δράση τους, με αποτέλεσμα το pH να επιστρέφει σε τιμές 3 έως 5, μέσα στο πρώτο 24ωρο. Αρκετές μελέτες προσπάθησαν να συσχετίσουν την ενδοφλέβια χορήγηση ανταγωνιστών των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης με την πρόληψη της υποτροπής της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, χωρίς αποτέλεσμα(94,95). Συνεπώς, η χορήγησή τους δεν συνίσταται.

Αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs): Αποτελούν το φάρμακο εκλογής και η χρήση τους έχει υιοθετηθεί ευρέως. Είναι οι μοναδικές φαρμακευτικές ουσίες που όταν χορηγούνται ενδοφλεβίως, μπορούν να διατηρήσουν επί 72ώρου το γαστρικό pH μεγαλύτερο του 6 και έχουν σαφή αποτελεσματικότητα στη μείωση των ποσοστών

επαιμορραγίας από πεπτικό έλκος(96,97).Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι PPIs είναι αποτελεσματικά στη μείωση των ποσοστών επαιμορραγίας από πεπτικό έλκος.

Οι πρώτοι που απέδειξαν την αποτελεσματικότητα των PPIs ήταν ο Khuroo και οι συνεργάτες του σε μια διπλή-τυφλή μελέτη που συνέκρινε την από του στόματος λήψη ομεπραζόλης (40 mg δύο φορές ημερησίως) με εικονικό φάρμακο(98). Μελετήθηκε μια ομάδα 220 ασθενών με πεπτικά έλκη που κατά την ενδοσκόπηση εμφάνιζαν ενεργό αιμορραγία, ή ορατό μη αιμορραγόν αγγείο ή προσκολλημένο θρόμβο και στους οποίους δεν πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική θεραπεία. Η εξέλιξη των ασθενών ορίστηκε σε υποτροπή της αιμορραγίας, χειρουργική επέμβαση, και θάνατο. Η έρευνα κατέληξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν ομεπραζόλη και παρουσίαζαν ενδοσκοπική εικόνα ορατού αγγείου ή προσκολλημένου θρόμβου ωφελήθηκαν από τη λήψη PPI, ενώ καμιά διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε όσο αφορά την υποτροπή της αιμορραγίας στους ασθενείς με ενδοσκοπική εικόνα ενεργής αιμορραγίας.. Η μελέτη αυτή, απέδειξε την αποτελεσματικότητα των PPIs αλλά δεν εξέτασε αν προκύπτει επιπρόσθετο όφελος από τη χορήγησή τους μετά από ενδοσκοπική θεραπεία.

Σήμερα, πλέον, έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των αναστολέων αντλίας πρωτονίων και σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ενδοσκοπική αιμόσταση. Χαρακτηριστική ήταν αυτή του Bleau και των συνεργατών του(67), που μελέτησαν μια ομάδα ασθενών στους οποίους είχε επιτευχθεί ενδοσκοπική αιμόσταση με τη χρήση επινεφρίνης και διπολικής ηλετροπηξίας. Οι ασθενείς στη συνέχεια χωρίστηκαν με τυχαίο τρόπο σε δυο ομάδες, με τη μία να λαμβάνει ομεπραζόλη με αρχική δόση εφόδου 80mg, ακολουθούμενη από μια στάγδην έγχυση ομεπραζόλης 8 mg / h και την άλλη εικονικό φάρμακο. Αποδείχθηκε ότι η ομεπραζόλη μείωσε το γενικό ποσοστό επαιμορραγιών αλλά και το ποσοστό υποτροπής της αιμορραγίας τις πρώτες τρεις ημέρες. Επίσης διαπιστώθηκε και πτωτική τάση όσο αφορά την ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου και το ποσοστό θνησιμότητας.

Επιπλέον, ο ρόλος των PPI στη σύγχρονη θεραπευτική φαίνεται να ενισχύεται ακόμη περισσότερο, καθώς διαπιστώνεται από έρευνες ότι σε ασθενείς που δίδεται προ της ενδοσκόπησης δόση εφόδου και εν συνεχεία στάγδην έγχυση, η ανάγκη για ενδοσκοπική θεραπεία μειώνεται. Συγκεκριμένα, μετά τη χορήγηση υψηλών δόσεων PPI, ο αριθμός των ασθενών με στίγματα υψηλού κινδύνου και ανάγκη ενδοσκοπικής

παρέμβασης μειώνεται, αν και καμία διαφοροποίηση δεν παρατηρείται όσο αφορά τον αριθμό των μεταγγίσεων, το ποσοστό υποτροπής, τη θνησιμότητα και την ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου(99).

Προς το παρόν, δεν υπάρχουν διαθέσιμες μεγάλες μελέτες σύγκρισης των αναστολέων αντλίας πρωτονίων μεταξύ τους όσο αφορά την αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το όφελος που προκύπτει είναι όφελος που αφορά όλη την οικογένεια των φαρμάκων αυτών. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες που δείχνουν παρόμοια αποτελεσματικότητα ακόμη και αν διαφοροποιείται η οδός χορήγησης ή η δοσολογία των PPIs, η τρέχουσα σύσταση προτείνει το σχήμα να αποτελείται από αρχική δόση εφόδου 80-mg, ακολουθούμενη από έγχυση 8 mg / h για 72 ώρες μετά την ενδοσκοπική θεραπεία. Στους ασθενείς που παραμένουν σταθεροί, εν συνεχεία, χορηγείται η συνήθη από του στόματος δόση PPI.

8.1.2 Φαρμακευτικές ουσίες που ελαττώνουν την σπλαχνική ροή του αίματος

Ουσιαστικά πρόκειται για τις φαρμακευτικές ουσίες της σωματοστατίνης ή του αναλόγου της οκτρεοτίδη. Μια πρόσφατη σχετικά μετα-ανάλυση απέδειξε ότι η ενδοφλέβια χορήγηση σωματοστατίνης ή του αναλόγου οκτρεοτίδη, μειώνει τον κίνδυνο επαναιμορραγίας από πεπτικά έλκη σε σύγκριση με τη χρήση εικονικού φαρμάκου ή ανταγωνιστή των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης(100). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η σωματοστατίνη προκαλεί μείωση της ροής του αίματος τόσο στην σπλαχνική κυκλοφορία όσο και στο γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο, μείωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα, αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέος και πεψίνης, ενώ τέλος επάγει τη δράση των κυτταροπροστατευτικών μηχανισμών του γαστρικού βλεννογόνου.

Τα φάρμακα αυτά δεν έχουν μελετηθεί αρκετά και δεν μπορούν να θεωρηθούν φάρμακα πρώτης γραμμής(101). Η χρήση τους μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με βαριά σε εξέλιξη αιμορραγία, οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στην ενδοσκοπική θεραπεία, ή στην ενδοφλέβια χορήγηση PPIs, ή και στα δύο, και δεν είναι δυνατόν να χειρουργηθούν, αν και η αποτελεσματικότητά τους είναι αβέβαιη. Επίσης, η ενδοφλέβια οκτρεοτίδη μπορεί να είναι χρήσιμη σε ασθενείς με πυλαία υπέρταση και αιμορραγόν πεπτικό έλκος ως συμπληρωματική αγωγή στην ενδοσκοπική αιμόσταση και τους αναστολείς της αντλίας πρωτονίων.

8.1.3 Ρόλος φαρμακευτικής θεραπείας προ ενδοσκοπικής αιμόστασης

Κοινή πρακτική στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ή στις μονάδες εντατικής θεραπείας αποτελεί η πρόωρη χορήγηση αναστολέα αντλίας πρωτονίων(PPI) προ της ενδοσκόπησης σε ασθενείς με σοβαρή αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Αν και η χορήγηση των PPIs εδράζεται στο γεγονός ότι είναι χρήσιμη, όσο αφορά τη μείωση των ποσοστών επαναιμορραγίας σε ασθενείς με πεπτικό έλκος το οποίο αποτελεί γεγονός, η πράξη αυτή σαν αρχικό μέσο αντιμετώπισης όλων των ασθενών ανεξαρτήτου αιτίας με βάση τελευταίες έρευνες αρχίζει και αμφισβητείται(102).

Αρκετές κλινικές μελέτες και μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι αν και η έγχυση ενός PPI σε υψηλές δόσεις πριν την ενδοσκόπηση επιταχύνει την εξαφάνιση των ενδοσκοπικών στιγμάτων της αιμορραγίας στα έλκη και μειώνει την ανάγκη για ενδοσκοπική θεραπεία, εντούτοις δεν προκαλεί καμία μεταβολή όσο αφορά το ποσοστό θνησιμότητας, το ποσοστό υποτροπής της αιμορραγίας, τον αριθμό των μονάδων αίματος που θα μεταγγιστούν και την ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου(103-106).

Παρόλα αυτά, προτείνεται ακόμη ως πρακτική η χορήγηση ενδοφλεβίως αναστολέα αντλίας πρωτονίων σε υψηλές δόσεις από τους περισσότερους συγγραφείς μέχρι τη διενέργεια της ενδοσκόπησης. Μετά την ενδοσκόπηση και ανάλογα με την αιτία της αιμορραγίας η φαρμακευτική θεραπεία εξειδικεύεται και τροποποιείται. Συμπληρωματικά, αξιόλογο είναι να αναφερθεί ότι στους ασθενείς με ισχυρή υποψία πυλαίας υπέρτασης και κίρση αιτιολογία της αιμορραγίας ενδείκνυται η εμπειρική χορήγηση ενδοφλεβίως οκτρεοτίδης (δόση εφόδου 50μg που ακολουθείται από στάγδην έγχυση 50μg/ώρα ως και πέντε ημέρες), η οποία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο επαναιμορραγίας σε βαθμό ανάλογο με αυτόν που επιτυγχάνεται μετά από ενδοσκοπική θεραπεία.

8.2 Ενδοσκοπική αιμόσταση

8.2.1 Μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης

Οι **θερμικές μέθοδοι** αιμόστασης αποτέλεσαν τη βάση της ενδοσκοπικής αιμόστασης από το 1970. Αν και σε αυτές περιλαμβάνονται η θερμοπηξία, η ηλεκτροπηξία και η φωτοπηξία εντούτοις η βασική τους αρχή συνίσταται στην μεταφορά θερμότητας στην αιμορραγούσα περιοχή. Συγκεκριμένα, μέσω ειδικού καθετήρα, το άκρο του οποίου έρχεται αρχικά σε επαφή με τη βλάβη επιπωματίζοντας το αιμορραγόν αγγείο και σταματώντας την ροή αίματος, απελευθερώνεται ποσότητα θερμικής ενέργειας προκειμένου να σφραγιστεί το υποκείμενο αυτό αγγείο.

Ο συνηθέστερος χρησιμοποιούμενος τύπος είναι το **πολυπολικό σύστημα ηλεκτροπηξίας(MPEC)**, που αναφέρεται επίσης και ως διπολικός καθετήρας ηλεκτροπηξίας. Ο μηχανισμός δράσης του έγκειται στη δημιουργία ηλεκτρικού κυκλώματος μεταξύ της πηγής παραγωγής ρεύματος και του σώματος του ασθενούς. Χρησιμοποιείται ηλεκτρικό ρεύμα μεγάλης συχνότητας και οι ιστοί λόγω της ηλεκτρολυτικής τους σύνθεσης συμπεριφέρονται ως καλοί αγωγοί του ηλεκτρικού ρεύματος. Λόγω της ροής του ρεύματος μεταξύ των ηλεκτροδίων του καθετήρα, προκαλείται αύξηση της θερμοκρασίας στην περιοχή της βλάβης που οδηγεί στη διαστολή των υγρών της περιοχής (οίδημα), τα οποία διέρχονται δια των κυτταρικών μεμβρανών προς τον εξωκυττάριο χώρο και εν συνεχεία εξατμίζονται. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η αφυδάτωση του ιστού και η πήξη των πρωτεϊνών του.

Μελέτες σε ζώα, έχουν αποδείξει ότι το βέλτιστο αποτέλεσμα παρατηρείται σε ρυθμίσεις χαμηλής ισχύος (12 έως 16 W), όταν η μέθοδος εφαρμόζεται για μέτριας διάρκειας χρονικό διάστημα (8-10sec), με μέτρια πίεση στο σημείο της αιμορραγίας(107) Η ηλεκτροπηξία είναι αποτελεσματική στην αιμόσταση όλων των αρτηριών μέχρι 2mm διαμέτρου σε πειραματικά μοντέλα (108). Όπως έδειξαν οι Swain και συνεργάτες οι διάμετροι των αρτηριών των γαστρικών ελκών που επαναιμορραγούν κυμαίνονται από 0,1 mm έως 1,8 mm, με μέση διάμετρο 0,7 mm και κατά συνέπεια είναι μέσα στο εύρος αποτελεσματικότητας της ηλεκτροπηξίας(109).

Η κυριότερη επιπλοκή από την εφαρμογή της παραπάνω μεθόδου είναι η διάτρηση και η αιμορραγία. Αιμορραγία μπορεί να προκληθεί από ηλεκτροπηξία έως και στο 35% των ασθενών με μη αιμορραγόν ορατό αγγείο, αλλά συνήθως ελέγχεται με την συνέχιση της ηλεκτροπηξίας(110). Επίσης έχουν αναφερθεί μερικές

περιπτώσεις άμεσης ή καθυστερημένης διάτρησης (4-9 ημέρες μετά την ηλεκτροπηξία), ανεβάζοντας το ποσοστό των διατρήσεων στο 0,3-0,5% των διενεργηθέντων ηλεκτροπηξιών(110-112).

Μια άλλη συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι η **πρόκληση αιμόστασης με έγχυση ουσιών**. Η έγχυση γίνεται αρχικά σε 3-4 σημεία κυκλοτερώς της περιοχής του αιμορραγούντος ή μη αγγείου και στη συνέχεια, εάν είναι δυνατόν, στο κέντρο όπου βρίσκεται το αγγείο, ενώ η περιοχή παρακολουθείται τα επόμενα λεπτά και πλένεται για να είναι βέβαιο ότι η αιμορραγία έχει σταματήσει. Στις περιπτώσεις ύπαρξης πήγματος πάνω στην ελκωτική κρύπτη και απουσίας συνοδού αιμορραγίας θα πρέπει να γίνεται θρυμματισμός του θρόμβου και στη συνέχεια αιμόσταση (113).

Η **αδρεναλίνη**, αποτελεί την κύρια αν όχι μοναδική ουσία που χρησιμοποιείται. Συγκεκριμένα, γίνονται υποβλεννογόνιες εγχύσεις 1-2ml διαλύματος σε συγκέντρωση 1:10.000 ή 1:20.000 μέχρι του συνολικού όγκου 10 ml αν και σπάνια εγχέονται και μεγαλύτεροι όγκοι που φθάνουν τα 20 ml σε δύσκολες περιπτώσεις αιμόστασης. Τα πλεονεκτήματα αυτής της τεχνικής είναι η ευρεία διαθεσιμότητα της αδρεναλίνης, το σχετικά χαμηλό κόστος, η ασφάλεια χρήσης της σε ασθενείς με διαταραχές του πήκτικού μηχανισμού, και ο χαμηλός κίνδυνος διάτρησης ή θερμικού εγκαύματος σε σχέση με τις τεχνικές της θερμοπηξίας. Ως μονοθεραπεία βέβαια για την επίτευξη οριστικής αιμόστασης υστερεί σε σχέση με την τοποθέτηση αιμοστατικών clips, την θερμοπηξία ή της συνδυαστικές θεραπείες(114,115).

Οι συστηματικές επιπλοκές σχετιζόμενες άμεσα με την αδρεναλίνη είναι σπανιότατες. Αν και μετά από ενδοσκοπική αιμόσταση με αδρεναλίνη τα επίπεδα της αδρεναλίνης του ορού αυξάνονται 4-5 φορές πάνω από το φυσιολογικό για 20 λεπτά(116), μόνο μία περίπτωση κοιλιακής ταχυκαρδίας έχει αναφερθεί από τους Stevens και Lebwohl μετά από έγχυση αδρεναλίνης σε αιμορραγούσα σχάση Mallory-Weiss(117). Γενικά η έγχυση αδρεναλίνης θεωρείται ασφαλής μέθοδος. Ενδοσκοπική αιμόσταση με έγχυση ουσιών μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί και με ουσίες, όπως η αιθανολαμίνη ή η αλκοόλη, αλλά αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με αυξημένη βλάβη στους ιστούς και άλλους κινδύνους και πρακτικά δεν χρησιμοποιούνται.

Μια τελευταία ενδοσκοπική μέθοδος αιμόστασης είναι η **αιμόσταση με μηχανικές μεθόδους**. Περιλαμβάνει τα **αιμοστατικά τσιμπιδάκια(clips)** και τους **ελαστικούς δακτυλίους**.

Τα clips χρησιμεύουν στην εφαρμογή μηχανικής πίεσης στο σημείο της αιμορραγίας. Διαφέρουν από τα χειρουργικά διότι δε διαθέτουν τόσο μεγάλη δύναμη σύλληψης, με αποτέλεσμα ακόμη και τα σημερινά διατιθέμενα να μην κλείνουν εντελώς, αλλά να αφήνουν ένα μικρό κενό μεταξύ των οδόντων. Τα clips πρώτης γενιάς δεν είχαν τη δυνατότητα να σταματήσουν αιμορραγία προερχόμενη από αγγεία σε διάμετρο μεγαλύτερη του 1 mm(118), αλλά τα σύγχρονα όντας μεγαλύτερα και ισχυρότερα και διαθέτοντας μηχανισμό σύλληψης και απελευθέρωσής τους δίδουν καλύτερα αποτελέσματα αιμόστασης. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με υποσιτισμό ή με διαταραχή της λειτουργίας του πηκτικού μηχανισμού(119), αλλά παρουσιάζουν δυσκολία στη χρήση τους όσο αφορά τη θέση της αιμορραγίας και το βαθμό ίνωσης της υποκείμενης βλάβης.

Τα τελευταία χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται οι ελαστικοί δακτύλιοι, οι οποίοι προσαρμόζονται στην άκρη του ενδοσκοπίου και αποδεσμεύονται στο σημείο αιμορραγίας μετά από αναρρόφηση της περιοχής ασκώντας πίεση στο αιμορραγούν αγγείο και διακοπή της αιμορραγίας. Έχουν εφαρμοσθεί με επιτυχία εκτός των κιστών, σε αιμορραγόντα πεπτικά έλκη, αλλοιώσεις Dieulafoy και αγγειοδυσπλασίες του ανώτερου πεπτικού, ενώ δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες με άλλες μεθόδους αιμόστασης(120).

8.2.2 Υπέρηχος Doppler και ενδοσκόπηση

Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης είναι δυνατόν μέσω του καναλιού εργασίας του ενδοσκοπίου να χρησιμοποιηθεί κεφαλή υπερήχων Doppler, η οποία θα συμβάλλει στην εξακρίβωση της κυκλοφορίας αίματος κάτωθι ενός στίγματος αιμορραγίας(121,122). Η ανεύρεση σήματος ροής αίματος συσχετίζεται με τον κίνδυνο της υποτροπής της αιμορραγίας πριν και μετά την ενδοσκοπική θεραπεία.

Ο υπέρηχος Doppler έχει χρησιμοποιηθεί για τη χαρτογράφηση του αγγείου κάτω από τα στίγματα, τη διαστρωμάτωση του κινδύνου επαναιμορραγίας, και την επιβεβαίωση της επιτυχούς ενδοσκοπικής αιμόσταση με εξάλειψη της υποκείμενης αρτηριακής ροής του αίματος. Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα ως προς το αν η χρήση του Doppler βελτιώνει την έκβαση της ενδοσκοπικής αιμόστασης σε ασθενείς με οξεία αιμορραγία από πεπτικό έλκος(123,124). Μια μελέτη απόφασης έδειξε ότι η χρήση του υπερηχογραφήματος Doppler παρουσίαζε θετική συσχέτιση σε σχέση με χρήση μόνο της συμβατικής ενδοσκοπικής θεραπείας σε ασθενείς με οξεία αιμορραγία από πεπτικό έλκος(125), αλλά το ζήτημα βρίσκεται υπό ενεργό έρευνα.

8.2.3 Προτεινόμενες μέθοδοι ενδοσκοπικής αιμόστασης

Σε αυτό το σημείο αναφέρονται οι πιο ευρέως αποδεκτές μέθοδοι ή συνδυασμοί τους ανάλογα με τα ενδοσκοπικά ευρήματα που παρατηρούνται.

Ενεργή αιμορραγία: Η τεχνική που χρησιμοποιείται σε αναβλύζουσα αιμορραγία περιλαμβάνει τη χορήγηση 0.5 με 1mL επινεφρίνης (διάλυμα 1:20.000) μέσω μιας βελόνας σκληροθεραπείας σε 4 τεταρτοκύκλια του έλκους σε απόσταση 1 έως 2 mm από το σημείο της αιμορραγίας. Ακολούθως, εφόσον εφαρμοστεί συνδυασμός μεθόδων, τοποθετείται ο καθετήρας θερμοπηξίας(MPEC) απευθείας στο σημείο της αιμορραγίας, ώστε να επιπωματιστεί η βλάβη και να σταματήσει η αιμορραγία, και πραγματοποιείται θερμοπηξία σε ρυθμίσεις χαμηλής ισχύος (12 έως 15 W) και μεγάλης διάρκειας(10 sec) παλμών. Ο καθετήρας στη συνέχεια απομακρύνεται αργά από το έλκος και η θερμοπηξία επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειάζεται για να σταματήσει η αιμορραγία. Η έγχυση επινεφρίνης μπορεί να επαναληφθεί εάν η αιμορραγία επιμένει. Με τη χρήση μονοθεραπείας το ποσοστό υποτροπής αγγίζει το 30%, ενώ με τη συνδυαστική θεραπεία ανέρχεται στο 15%.

Εναλλακτικά, ως συνδυαστική θεραπεία προτείνεται η έγχυση επινεφρίνης με τοποθέτηση clip. Ορισμένοι ερευνητές μάλιστα υποστηρίζουν ότι η τοποθέτηση του κλιπ θα πρέπει να προηγείται της επινεφρίνης, ώστε να τοποθετείται απευθείας στο αγγείο και όχι στην υποβλεννογόνια περιοχή που εγγύθηκε η επινεφρίνη.

Μη αιμορραγόν ορατό αγγείο: Σε αντίθεση με την ενεργό αναβλύζουσα αιμορραγία, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά από τη χρήση της θερμοπηξίας ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με επινεφρίνη. Τα clips μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματικά για την πρόληψη αιμορραγίας αρκεί να τοποθετούνται κατά μήκος του αγγείου και υψηλές δόσης PPIs να χορηγούνται ενδοφλεβίως για 72 ώρες(126,127). Μετά από επιτυχή ενδοσκοπική αιμόσταση, το ποσοστό υποτροπών με επινεφρίνη ως μονοθεραπεία είναι 30% και 10% έως 15% με τη θερμοπηξία, τα clips, ή τη συνδυαστική θεραπεία.

Ύπαρξη προσκολλημένου θρόμβου: Οι σύγχρονες οδηγίες περιλαμβάνουν την έγχυση επινεφρίνης 1ml (διάλυμα 1:20.000) σε 4 τεταρτοκύκλια γύρω από το μίσχο του θρόμβου και στη συνέχεια, με τη χρήση περιστρεφόμενης απόχης, τη κατάτμηση του θρόμβου, μέχρι είτε να ανευρεθεί στίγμα αιμορραγίας στον πυθμένα του έλκους είτε ο εναπομείναν μίσχος του θρόμβου να είναι μικρότερος των 3 χιλιοστών. Στο εναπομείναν μέρος του θρόμβου ή στο στίγμα αιμορραγίας που αποκαλύφθηκε εφαρμόζεται θερμοπηξία ή clip. Η συνδυαστική αυτή τεχνική μειώνει το ποσοστό

υποτροπών στο 5%, από το 35% της μονοθεραπείας. Συνίσταται επίσης η χορήγηση PPIs σε υψηλές δόσεις ενδοφλεβίως.

Οozing χωρίς άλλα στίγματα: Σε τέτοιες περιπτώσεις απαραίτητη κρίνεται η ενδοσκοπική θεραπεία καθώς το ποσοστό υποτροπών κυμαίνεται από 10% έως 27%. Η μονοθεραπεία με επινεφρίνη ή θερμοπηξία θεωρείται αποτελεσματική καθώς μειώνει το ποσοστό επαναιμορραγίας στο 5%. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το υποκείμενο αγγείο είναι μικρής διαμέτρου και δεν έχει αποδειχθεί κανένα επιπρόσθετο όφελος από τη χρήση συνδυαστικής μεθόδου(128). Οι ασθενείς αυτοί μάλιστα μετά την επιτυχή ενδοσκοπική αιμόσταση δεν επωφελούνται και από τις υψηλές δόσεις PPIs(129).

Έλκος με καθαρό πυθμένα: Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας έχουν ποσοστό επαναιμορραγίας μικρότερο του 5% και δεν απαιτείται ενδοσκοπική θεραπεία. Υλικό από το έλκος για βιοψία μπορεί να ληφθεί για τον αποκλεισμό υποκείμενης κακοήθειας. Αυτοί οι ασθενείς μπορούν να τραφούν αμέσως μετά την ενδοσκόπηση και αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή από του στόματος. Δεν απαιτείται νοσηλεία, εκτός εάν ενδείκνυται για άλλα ιατρικά προβλήματα.

8.2.4 Επαναληπτική ενδοσκόπηση/Second look endoscopy

Second look endoscopy ονομάζεται η διενέργεια επαναληπτικής ενδοσκόπησης σε καθορισμένο χρονικό διάστημα μετά την πρώτη, συνήθως μετά από 24 ώρες. Κατά τη τέλεσή της γίνεται αιμόσταση σε οποιαδήποτε στίγματα αιμορραγίας που παραμένουν, όπως η παραμονή ορατού αγγείου. Εφαρμόζεται σε κάποιες χώρες του κόσμου αλλά η αποδοχή της δεν είναι καθολική, λόγω μη επαρκών δεδομένων για τη χρησιμότητά της.

Συγκεκριμένα, σε μια μετα-ανάλυση τεσσάρων τυχαιοποιημένων προοπτικών ερευνών με ασθενείς που έπασχαν από πεπτικό έλκος και εμφάνιζαν ενδοσκοπικά στίγματα υψηλού κινδύνου, η διενέργεια επαναληπτικής ενδοσκόπησης φάνηκε ότι μειώνει τα ποσοστά υποτροπών της αιμορραγίας και την ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης, δεν μεταβάλλει όμως το ποσοστό θνητότητας. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί, ότι σε καμία από τις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στην μετα-ανάλυση δεν εφαρμόστηκαν οι καθολικά αναγνωρισμένες τεχνικές ενδοσκοπικής αιμόστασης και στη μοναδική από τις έρευνες, κατά την οποία στους ασθενείς χορηγήθηκαν οι συνιστώμενες υψηλές δόσεις PPIs δεν διαπιστώθηκε κανένα επιπρόσθετο όφελος από τη διενέργεια επαναληπτικής ενδοσκόπησης (130).

Ως εκ τούτου, η διενέργεια second look endoscopy δε συνιστάται ως μέτρο στους ασθενείς με αιμορραγόν πεπτικό έλκος (131). Η τέλεσή της λαμβάνει χώρα μόνο σε ασθενείς, στους οποίους η αρχική ενδοσκόπηση δεν ήταν η ιδεατή είτε λόγω μεγάλης ποσότητας αίματος, είτε λόγω τεχνικών προβλημάτων με την αιμόσταση, καθώς και όσους συνέβη υποτροπή της αιμορραγίας ή χρησιμοποιήθηκαν λιγότερο αποτελεσματικές ενδοσκοπικές τεχνικές αιμόστασης όπως η μονοθεραπεία με επινεφρίνη.

8.3 Υποτροπή της αιμορραγίας μετά την αρχική αντιμετώπιση

Η φυσική ιστορία των ασθενών με αιμορραγία πεπτικού, στους οποίους πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική αιμόσταση, είναι ότι σε ένα ποσοστό 80-90% η αιμορραγία τους δεν θα υποτροπιάσει. Ο κίνδυνος επαναιμορραγίας από πεπτικό έλκος, στο οποίο διενεργήθηκε ενδοσκοπική αιμόσταση και η αρχική αιμορραγία ξεκίνησε εκτός νοσοκομείου είναι μεγαλύτερος κατά τις πρώτες 72 ώρες μετά από τη διάγνωση και τη θεραπεία. Για αυτό το λόγο, οι ασθενείς λαμβάνουν PPI σε υψηλές δόσεις για τουλάχιστον 72 ώρες μετά την ενδοσκοπική αιμόσταση, και εφόσον παραμείνουν σταθεροί, τίθενται μετέπειτα στη συνήθη δόση αναστολέα αντλίας πρωτονίων. Πριν από την ευρεία χρήση των ενδοφλέβιων PPIs, το ποσοστό επαναιμορραγίας μετά από ενδοσκοπική αιμόσταση σε έλκη με ενεργή αιμορραγία ή ακόμη και σε έλκη με μη αιμορραγόν ορατό αγγείο άγγιζε το 30%, ενώ μετά τη καθολική εισαγωγή τους το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο του 10%. Στους ασθενείς όμως, οι οποίοι αιμορράγησαν εντός νοσοκομείου κατά τη νοσηλεία τους για άλλους λόγους, τα πράγματα διαφέρουν. Καταρχήν, επειδή ο κίνδυνος επαναιμορραγίας είναι υψηλότερος αλλά και ο χρόνος εκδήλωσής της παρατεταμένος, οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται εξ ορισμού υψηλού κινδύνου και η χορήγηση αντλίας PPIs πρέπει να ξεπερνά τις 72 ώρες. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται σε αυτή την ομάδα ασθενών για να καθοριστεί η βέλτιστη διαχείριση της.

Παρόλα αυτά, το 10-20% των ασθενών με αιμορραγία πεπτικού, στους οποίους διενεργήθηκε ενδοσκοπική αιμόσταση και χορήγηση υψηλών δόσεων PPIs, υποτροπιάζει. Ως υποτροπή της αιμορραγίας ορίζεται κάθε νέο επεισόδιο αιμορραγίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς, μετά φυσικά την ανάσχεση του αρχικού, το οποίο εκδηλώνεται ως: πρόσφατη αιματέμεση, υπόταση (Συστολική πίεση < 90mmHg), ταχυκαρδία (Σφύξεις > 100 ανά λεπτό), μέλαινα, χρήση περισσότερων από 5 μονάδων αίματος και τιμή της αιμοσφαιρίνης < 10mg/dl κατά τις πρώτες 72 ώρες από την αρχική ενδοσκοπική θεραπεία.

Επιπλέον, πρόσφατη αιματέμεση ή / και μέλαινα που συνδέονται με την ανάπτυξη καταπληξίας (Συστολική πίεση < 90mmHg, Σφίξεις > 100 ανά λεπτό), πτώση κεντρικής φλεβικής πίεσης > 5cm, ή η μείωση της τιμής της αιμοσφαιρίνης περισσότερο από 2mg/ dl για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 24 ώρες μπορεί επίσης να οριστεί ως υποτροπή της αιμορραγίας (42).

8.3.1 Ενδοσκόπηση και επαναιμορραγία

Στην περίπτωση της υποτροπής της αιμορραγίας διενεργείται επαναληπτική επείγουσα ενδοσκόπηση και όχι επείγον χειρουργείο, αν και τα αποτελέσματα που εμφανίζει η μέθοδος δεν είναι ικανοποιητικά. Σε αυτό το συμπέρασμα, μας οδηγεί μια καλά σχεδιασμένη, τυχαιοποιημένη μελέτη από το Χονγκ Κονγκ(132). Συγκεκριμένα, ο Lau και οι συνεργάτες του χώρισαν μια ομάδα 48 ατόμων, οι οποίοι εμφάνισαν υποτροπή της αιμορραγίας μετά από ενδοσκοπική αιμόσταση, με τη μια να οδηγείται στο χειρουργείο και την άλλη να υποβάλλεται σε δεύτερη ενδοσκόπηση. Διαπιστώθηκε ότι το 50% των ασθενών που ενδοσκοπήθηκαν για δεύτερη φορά οδηγήθηκαν και αυτοί στο χειρουργείο και ότι οι δύο αρχικές ομάδες ασθενών εμφάνισαν παρόμοια ποσοστά θνησιμότητας, παρόμοια διάρκεια νοσηλείας και αριθμού μεταγγιζόμενων μονάδων αίματος. Όμως, παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών στατιστικά σημαντικό στην αρχική ομάδα που αντιμετωπίστηκε απευθείας χειρουργικά(16 έναντι 7 επιπλοκών, P = .03). Προγνωστικοί παράγοντες αποτυχίας της επαναληπτικής ενδοσκόπησης αποδείχθηκε ότι ήταν το μέγεθος του έλκους μεγαλύτερο από 2 εκατοστά και η υπόταση.

Άρα, στους ασθενείς με υποτροπή της αιμορραγίας θα πρέπει να επιτελείται και δεύτερη ενδοσκόπηση. Σε όσους, αυτή καθίσταται άκαρπη, δίδεται η δυνατότητα αγγειογραφίας ή χειρουργείου.

8.3.2 Αγγειογραφία-Χειρουργική αντιμετώπιση

Ασθενείς με υποτροπή της αιμορραγίας παρά την διενέργεια δύο ενδοσκοπικών αιμοστάσεων θεωρούνται υποψήφιοι για αγγειογραφικό εμβολισμό ή χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. Αρκετές αναδρομικές σειρές δεν διαπιστώνουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μεθόδους όσο αφορά τα ποσοστά υποτροπής και θνησιμότητας, παρά το γεγονός ότι η αγγειογραφία κυρίως διενεργείται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και με σημαντικότερες συννοσηρότητες(133,134). Συνεπώς, η αγγειογραφία θα πρέπει να είναι το επόμενο βήμα μετά την αποτυχία της ενδοσκόπησης και η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου θα πρέπει να θεωρείται το έσχατο μέσο .

Άμεση βέβαια χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται στους ασθενείς οι οποίοι λόγω της αιμορραγίας έχουν υποστεί σχεδόν πλήρη αφαιμάξη και όσοι δεν είναι δυνατόν να αναζωογονηθούν. Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει επίσης να εξεταστεί αν ο ενδοσκόπος κρίνει ότι δεν είναι ασφαλές να προκαλέσει αιμόσταση σε ένα μεγάλο ή σφύζον ορατό αγγείο (π.χ., στην περίπτωση ένα βαθέως οπίσθιου δωδεκαδακτυλικού έλκους το αγγείο αυτό δύναται να είναι η γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία) ή αν η αιτία της αιμορραγίας αποδειχθεί στην ενδοσκόπηση ότι είναι μια κακοήθης ελκωτική μάζα.

8.4 Διαχείριση ασθενών μετά την ενδοσκόπηση

Υπαρξη στιγμάτων υψηλού κινδύνου: Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ενδοσκοπική αιμόσταση για ενεργό αρτηριακή αιμορραγία, μη αιμορραγόν ορατό αγγείο, ή προσκολλημένο θρόμβο πρέπει να παρακολουθούνται για 72 ώρες, ενώ λαμβάνουν ενδοφλεβίως υψηλές δόσεις PPI. Μετά την επιτυχή ενδοσκοπική θεραπεία, ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει να σιτίζεται με υδρική διαίτα, με σταδιακό εμπλουτισμό της διατροφής του. Ιδανικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και η βαρφαρίνη θα πρέπει να διακόπτονται για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα προκειμένου να επουλωθεί το έλκος. Σε ασθενείς όμως με σοβαρή στεφανιαία νόσο που είναι αναγκαία η λήψη ασπιρίνης, μια δόση 81 mg / ημέρα μπορεί να ξεκινήσει μέσα σε 7 ημέρες.

Υπαρξη στιγμάτων ενδιάμεσου κινδύνου: Ασθενείς με δακρύζουσα αιμορραγία από έλκος και κανένα άλλο στίγμα (π.χ., αναβλύζουσα αιμορραγία, μη αιμορραγόν ορατό αγγείο, θρόμβος), σοβαρή συννοσηρότητα, ή καταπληξία κατά την εμφάνιση της αιμορραγίας θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοσκοπική αιμόσταση. Έναρξη από του στόματος PPI και νοσηλεία στο νοσοκομείο για 24 έως 48 ώρες μετά την ενδοσκοπική αιμόσταση επίσης συνιστώνται. Αυτοί οι ασθενείς δεν ωφελούνται από την ενδοφλέβια χορήγηση PPIs σε υψηλές δόσεις μετά την επιτυχή ενδοσκοπική αιμόσταση(129).

Υπαρξη στιγμάτων χαμηλού κινδύνου: Οι ασθενείς που εμφανίζουν έλκος με καθαρή βάση μπορούν να τραφούν χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς αμέσως και να λάβουν εξιτήριο από το τμήμα επειγόντων περιστατικών, αν είναι σταθεροί, με λήψη PPI από το στόμα μία φορά την ημέρα(135). Αυτοί οι ασθενείς μπορούν να αποφύγουν τη νοσηλεία εξ ολοκλήρου(76,83,136,137). Σε γενικές γραμμές είναι νέοι και αιμοδυναμικά σταθεροί, χωρίς σοβαρές συννοσηρότητες, τιμή αιμοσφαιρίνης υψηλότερης από 10 mg / dL, φυσιολογικό πήκτικό μηχανισμό και καλά οργανωμένο

σύστημα κοινωνικής υποστήριξης στο σπίτι σε περίπτωση που η αιμορραγία επανεμφανιστεί.

9. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Οι κίρσοι αποτελούν σημαντικό αίτιο αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, με την αιμορραγία από τους κίρσους του οισοφάγου να είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία μετά το πεπτικό έλκος. Η οξεία θνητότητα σε κάθε επεισόδιο κίρσορραγίας αγγίζει περίπου το 30%, και το ποσοστό επιβίωσης μετά από ένα έτος είναι μικρότερο του 40% όταν ο ασθενής λαμβάνει μόνο φαρμακευτική αγωγή(12). Παρά τις προόδους στην ιατρική θεραπεία, την ενδοσκοπική αιμόσταση, και την εφαρμογή των μεθόδων της πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης, τα συνολικά ποσοστά μακροπρόθεσμης επιβίωσης δεν έχουν βελτιωθεί σε ασθενείς με κίρσική αιμορραγία, και μόνο η μεταμόσχευση ήπατος μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση σε επιλεγμένους ασθενείς. Η επιβίωση σε ασθενείς μη μεταμοσχευμένους με κίρσορραγία επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη σοβαρότητα της υποκείμενης ηπατικής νόσου, με αποτέλεσμα να περιορίζονται δραματικά τα ποσοστά επιβίωσης σε ασθενείς με υψηλή βαθμολογία στο MELD score ή Child-Pugh κατηγορία C σε σχέση με τα άτομα με Child- Pugh κατηγορία A ή B.

Η αιμορραγία από γαστρικούς κίρσους είναι ένα δύσκολο θεραπευτικό πρόβλημα, διότι, σε αντίθεση με την αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου, οι περισσότερες διαθέσιμες χειρουργικές μέθοδοι είναι αναποτελεσματικές, εκτός και αν οι γαστρικοί κίρσοι είναι μεμονωμένοι και δεν συνοδεύονται με την παρουσία οισοφαγικών, όπως π.χ. παρατηρείται στη θρόμβωση της σπληνικής φλέβας. Η συγκεκριμένη νοσολογία αντιμετωπίζεται με σπληνεκτομή.

Η ανάνηψη των ασθενών είναι κατά γενικές γραμμές η ίδια που περιγράφεται στο γενικό μέρος της αντιμετώπισης των οξείων αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού. Η διαφορά είναι ότι αντικειμενικός στόχος είναι η διατήρηση της μέσης αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα πλησίον των 80 mmHg, και της αιμοσφαιρίνης σε επίπεδα της τάξης των 8 mg/dl. Αν αυτά τα επίπεδα δεν γίνουν σεβαστά, αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής της αιμορραγίας λόγω της αύξησης της πίεσης στην πυλαία. Ακόμη πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ικανοποιητική χορήγηση υγρών και

ηλεκτρολυτών για να διατηρηθεί η καλή νεφρική λειτουργία, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί από την αιμορραγία.

9.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας

Σε ασθενείς που τίθεται η υποψία αιμορραγέντων κίρσων, η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να χορηγείται προ της ενδοσκόπησης. Κύρια θέση κατέχουν οι φαρμακευτικές ουσίες που μειώνουν την πίεση στην πυλαία κυκλοφορία, ενώ συμπληρωματικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλες ουσίες.

Όσο αφορά τα **αγγειοδραστικά** φαρμακευτικά σκευάσματα, αρχικά, χρησιμοποιήθηκε η βαζοπρεσσίνη, η οποία μέσω της συστηματικής αγγειοσυσταλτικής της δράσης, προκαλεί μείωση της αιματικής ροής στην πυλαία μέσω αγγειοσύσπασης των μεσεντέριων αγγείων. Με την ταυτόχρονη χορήγηση του αγγειοδιασταλτικού νιτρογλυκερίνη επιτυγχάνεται η μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών της βασοπρεσσίνης όπως το έμφραγμα μυοκαρδίου, ισχαιμία του εντέρου, η ισχαιμία των άκρων κ.α. Σήμερα ο συνδυασμός αυτός δεν χρησιμοποιείται λόγω ύπαρξης πιο ασφαλών φαρμάκων.

Η τερλιπρεσσίνη, ένα συνθετικό ανάλογο της βαζοπρεσσίνης, προτιμάται τα τελευταία χρόνια από τους ειδικούς σε περιπτώσεις μη ελεγχόμενης αιμορραγίας(138). Έχει μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Χορηγείται σε εφάπαξ δόσεις ανά 4 ώρες για 2-5 ημέρες. Μειώνει σημαντικά την πίεση στην πυλαία φλέβα και την αιματική ροή στην άζυγο για 4 ώρες από τη χορήγησή της. Δεν είναι διαθέσιμη σε όλες τις χώρες.

Η σωματοστατίνη και το μεγαλύτερου χρόνου ημίσειας ζωής συνθετικό ανάλογό της, οκτρεοτίδη, αποτελούν τα φάρμακα με την ευρύτερη χρήση. Έχουν εκτεταμένα μελετηθεί σε ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού από κίρσους οισοφάγου και γαστρικούς κίρσους. Προκαλούν εκλεκτική σπλαχνική αγγειοσυστολή και ως εκ τούτου μείωση της πίεσης στην πυλαία χωρίς να παρουσιάζουν τις επιπλοκές που παρατηρούνται με τη βασοπρεσσίνη (ακόμη και σε συνδυασμό με νιτρογλυκερίνη). Η δόση της οκτρεοτίδης για οξεία κίρσική αιμορραγία είναι μια δόση εφόδου 50μg ακολουθούμενη από μία συνεχή έγχυση 50μg/ώρα μέχρι και 5 ημέρες.

Πολλοί ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού οφειλόμενη σε κίρσους παρουσιάζουν διαταραχές της λειτουργίας του ηπατικού τους μηχανισμού. Ασθενείς, με παρατεταμένο χρόνο προθρομβίνης που δεν αποκαθίσταται με φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα, μπορεί να ωφεληθούν από την έγχυση του ανθρώπινου

ανασυνδυσασμένου παράγοντα VIIa. Σε μία πρόσφατη έρευνα, μία απλή δόση 80mg/kg ανασυνδυσασμένου παράγοντα VIIa αποκατέστησε το χρόνο προθρομβίνης σε όλους τους ασθενείς μέσα σε 30 λεπτά, ενώ ταυτόχρονα επιτεύχθηκε και άμεσος έλεγχος της αιμορραγίας σε όλους(139). Σε μία μεγάλη, τυχαιοποιημένη, με εικονικό φάρμακο μελέτη, η χορήγηση του ανασυνδυσασμένου παράγοντα VIIa σε συνδυασμό με την ενδοσκοπική αιμόσταση φάνηκε να μειώνει και τα ποσοστά υποτροπής της αιμορραγίας σε ασθενείς κατηγορίας Child-Pugh B και C που είχαν κίρρωση(140). Επειδή ο ανασυνδυσασμένος παράγοντας VIIa έχει ιδιαίτερο υψηλό κόστος, η χρήση του θα πρέπει να προορίζεται για ασθενείς με σοβαρή συνεχιζόμενη αιμορραγία και μη αναστρέψιμη διαταραχή της πήξης, εν αναμονή των αποτελεσμάτων των πρόσθετων κλινικών δοκιμών.

Τέλος, σημαντική είναι και η θέση των **αντιβιοτικών**. Συγκεκριμένα, έως και το 20% των ασθενών με κίρρωση που νοσηλεύονται με γαστρεντερική αιμορραγία έχουν βακτηριακή λοίμωξη κατά τη στιγμή της εισαγωγής στο νοσοκομείο, ενώ λοίμωξη αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας έως και στο 50%. Μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι η χορήγηση αντιβιοτικών σε κίρρωτικούς ασθενείς με κίρρωτική αιμορραγία συσχετίζεται με μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και βακτηριακών μολύνσεων(141,142). Τα πιο συχνά χορηγούμενα αντιβιοτικά, τα οποία δίδονται για 7 ημέρες, είναι οι φθοριοκινολόνες, όπως η από του στόματος νορφλοξασίνη(400mg δύο φορές ημερησίως), οι ενδοφλεβίως χορηγούμενες σιπροφλοξασίνη(400mg κάθε 12 ώρες), και λεβοφλοξασίνη (500mg κάθε 24 ώρες), και από τις κεφαλοσπορίνες η κεφτριαξόνη, 1g κάθε 24 ώρες.

9.2 Μη φαρμακευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης της οξείας κίρρωσης

9.2.1 Σωλήνες επιπωματισμού

Οι σωλήνες επιπωματισμού σπάνια χρησιμοποιούνται σήμερα για τον έλεγχο της αιμορραγίας, παρά μόνο σε ακραίες καταστάσεις με στόχο τη σταθεροποίηση του ασθενούς μέχρι να λάβει την οριστική θεραπεία. Υπάρχουν 3 τύποι (Sengstaken-Blakemore, Minnesota και Linton-Nachlas). Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι οι σωλήνες επιπωματισμού παρέχουν αρχικό έλεγχο της αιμορραγίας σε 85% έως 98% των περιπτώσεων, αλλά η αιμορραγία επανέρχεται αμέσως μετά την απομάκρυνση του σωλήνα σε 21% έως 60% των ασθενών(143). Συνοδεύονται από σοβαρές επιπλοκές, όπως πνευμονία από εισρόφηση, ρήξη οισοφάγου και απόφραξη των αεραγωγών, σε ποσοστό έως 30%. Από πολλούς συνίσταται η διασωλήνωση των

ασθενών προ της τοποθέτησής τους για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος των πνευμονικών επιπλοκών.

9.2.2 Ενδοσκοπική σκληροθεραπεία

Η ενδοσκοπική σκληροθεραπεία συνίσταται στην ενδοκίρσική ή παρακίρσική έγχυση ειδικών σκληρυντικών ουσιών. Οι σκληρυντικές ουσίες που χρησιμοποιούνται με ασφάλεια στην κλινική πράξη είναι η πολιδοκανόλη 1% και 3% (polidocanol 1% και 3%), η ολεϊκή αιθανολαμίνη 5% (ethanolamine oleate 5%), το αλκυλιούχο υδροδιαλυτό άλας Sodium Tetradecyl Sulfate-STS 1% και 3%, το sodium morhuate 5%, η αιθυλική αλκοόλη και το N-Butyl-2- Cyanocrylate (Histoacryl blue). Διάφορες τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί, έχοντας όμως κοινό στόχο την επίτευξη αρχικής αιμόστασης και τη μείωση του κινδύνου υποτροπής, εκτελώντας σκληροθεραπεία σε εβδομαδιαία βάση μέχρι να εξαλειφθούν οι κίρσοι. Κοινή παραδοχή αποτελεί το γεγονός ότι οι οισοφαγικοί κίρσοι είναι πολύ πιο δεκτικοί στη ενδοσκοπική θεραπεία σε σχέση με τους γαστρικούς.

Πολλές προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν καταγράψει καλύτερα αποτελέσματα όσο αφορά την πρόκληση άμεσης αιμόστασης και τη μείωση της οξείας αιμορραγίας με τη χρήση της σκληροθεραπείας σε σύγκριση με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ως μονοθεραπεία(144-147). Η αιμόσταση μπορεί να επιτευχθεί σε 85% έως 95% των περιπτώσεων, με το ποσοστό επαναιμορραγίας να κυμαίνεται από 25% έως 30%(148). Οι επιπλοκές της ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας είναι τοπικές(θωρακικό άλγος, διάτρηση του οισοφάγου, πυρετός, αιμορραγία, εξελκώσεις, στένωση του οισοφαγικού αυλού), περιοχικές(μεσοθωρακίτιδα και πλευροδιαφραγματικές συλλογές) και συστηματικές(πνευμονία από εισρόφηση, ARDS, βακτηριακή περιτονίτιδα, σήψη, θρόμβωση πυλαίας, πνευμονικό οίδημα, εγκεφαλικό απόστημα, περικαρδίτιδα/συμπιεστική περικαρδίτιδα, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, βρογχοοισοφαγικό συρίγγιο). Η ύπαρξη των επιπλοκών αυτών αποτελεί και το λόγο ευρείας χρησιμοποίησης των ελαστικών δακτυλίων ως κύρια μέθοδος ενδοσκοπικής αιμόστασης.

9.2.3 Ενδοσκοπική απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους

Οι ελαστικοί δακτύλιοι αποτελούν την ευρύτερα χρησιμοποιούμενη και κοινά αποδεκτή μέθοδο για την αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας. Προοπτικές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο η σκληροθεραπεία στην επίτευξη αρχικής αιμόστασης και στην μείωση του ποσοστού της επαναιμορραγίας, με

την αρχική αιμόσταση να επιτυγχάνεται σε 80% έως 85% των περιπτώσεων και το ποσοστό υποτροπής να αγγίζει το 25% έως 30%. Η απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους, όμως, συνδέεται με λιγότερες τοπικές επιπλοκές και απαιτεί πολύ λιγότερες ενδοσκοπικές συνεδρίες από τη σκληροθεραπεία(148). Μια μετα-ανάλυση μάλιστα αναφέρει, ότι η απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους εμφανίζει καλύτερα αποτελέσματα όσο αφορά τα ποσοστά των επαναιμορραγιών, της συνολικής θνησιμότητας, και της θνητότητας σε σύγκριση με τη σκληροθεραπεία(149).

Εντούτοις, κατά τη διάρκεια του οξέως επεισοδίου η μέθοδος αυτή μπορεί να καταστεί τεχνικά πιο δύσκολη. Η στρατηγική είναι να υφεί η ενεργός αιμορραγία με τη τοποθέτηση δύο ελαστικών δακτυλίων σε κάθε κίρσική στήλη, με τον έναν περιφερικά τοποθετούμενο κοντά στη γαστροοισοφαγική συμβολή και τον άλλο 4 έως 6 cm εγγύτερα.

9.2.4 Διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική παράκαμψη(TIPS)

Η τεχνική αυτή συνίσταται στη δημιουργία ενδοηπατικής αναστόμωσης μεταξύ πυλαίας και ηπατικών φλεβών με τη βοήθεια μεταλλικής αυτοεκπτυσσόμενης ενδοπρόσθεσης. Αυτή εισάγεται διαδερμικά στη δεξιά έσω σφαγίτιδα και υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο προωθείται και εισέρχεται μέσω μιας ηπατικής φλέβας στο ήπαρ. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η πυλαία και κατά συνέπεια η ενδοκίρσική πίεση και η κίρσορραγία ελέγχεται κατά τρόπο θεαματικό σε όλους σχεδόν τους ασθενείς.

Συγκριτικές μελέτες μεταξύ ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας και TIPS έδειξαν ότι η τελευταία ελέγχει καλύτερα τις υποτροπές της κίρσορραγίας χωρίς όμως να βελτιώνεται η θνητότητα, ενώ σημαντικά μειονεκτήματα της μεθόδου είναι το υψηλό ποσοστό εγκεφαλοπάθειας που προκαλεί και το υψηλό ποσοστό απόφραξης της ενδοπρόσθεσης. Θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών και κυρίως σε όσους είναι υποψήφιοι για μεταμόσχευση ήπατος.

9.2.5 Χειρουργική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση

Μια ποικιλία χειρουργικών επεμβάσεων πυλαιοσυστηματικής αναστόμωσης έχει χρησιμοποιηθεί με στόχο τη μείωση της πίεσης στη πυλαία φλέβα. Σε σύγκριση με τη σκληροθεραπεία, μειώνουν το ποσοστό υποτροπής της αιμορραγίας σημαντικά, αλλά δεν βελτιώνουν την επιβίωση(148,150-153). Οι χειρουργικές πυλαιοσυστηματικές αναστομώσεις, επιπλέον, αυξάνουν τη πιθανότητα πρόκλησης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και καθιστούν τη μελλοντική μεταμόσχευση ήπατος τεχνικά δυσκολότερη. Υπερτερούν, βέβαια, σε σχέση με την ενδοσκοπική θεραπεία στο ότι είναι πιο αποτελεσματικές για την πυλαία υπέρταση και τη θεραπεία των

γαστρικών κιστών. Σπανίως εκτελούνται πια, αλλά μπορεί να διενεργηθούν σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στην ενδοσκοπική θεραπεία και δεν είναι υποψήφιοι μεταμόσχευσης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1 Σκοπός έρευνας

Οι αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού θεωρούνται παγκοσμίως μείζον πρόβλημα υγείας. Αποτελούν συχνή αιτία προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, συνήθη αιτία νοσηλείας στις παθολογικές κλινικές των νοσοκομείων, καθώς και το συχνότερο επείγον γαστρεντερολογικό σύμβαμα. Η επίπτωση της νόσου κυμαίνεται από 100 έως 150 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους ετησίως, ενώ αγγίζει το 2% των εισαγωγών στα νοσοκομεία (4, 5, 6). Η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από 4 έως και 7 ημέρες, με το μέσο κόστος ανά εισαγωγή να ξεπερνά τα \$5.000. Η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 5-10% (7) και εξαρτάται από την αιτία και τη σοβαρότητα (μέγεθος) της αιμορραγίας, την ηλικία αλλά και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και η διερεύνηση των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας κατά τα έτη 2010-2014. Πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου από το Φεβρουάριο έως και τον Ιούνιο του 2016. Πρόκειται για αναδρομική, επιδημιολογική μελέτη που κατέγραψε τα δημογραφικά στοιχεία, τους προδιαθεσικούς παράγοντες, την προηγούμενη κατάσταση υγείας, την κλινική εικόνα, τον εργαστηριακό έλεγχο, τη θεραπεία και την έκβαση των ατόμων που παρουσίασαν οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας κατά το χρονικό διάστημα 2010-2014. Από την επεξεργασία των δεδομένων επιχειρήθηκε αρχικά η περιγραφική ανάλυση του συνόλου των περιστατικών, εν συνεχεία πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με βάση το φύλο των ασθενών και, τέλος, ανευρέθηκαν βασικοί επιδημιολογικοί δείκτες σε σχέση με τη νόσο στο νομό Λακωνίας κατά τη διάρκεια των συγκεκριμένων ετών.

1.2 Πληθυσμός έρευνας

Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στην Παθολογική κλινική του Γ. Ν. Λακωνίας- Ν. Μ. Σπάρτης από την 1/1/2010 και έλαβαν εξιτήριο έως τις 31/12/2014 και των οποίων στις κύριες διαγνώσεις εξόδου (εξιτήριο, διακομιδή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο ή πιστοποιητικό θανάτου) συγκαταλεγόταν η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το Γ. Ν. Λακωνίας διαθέτει δύο νοσηλευτικές μονάδες, της Σπάρτης και των Μολάων. Εξαιτίας όμως του γεγονότος ότι η Ν. Μ. Μολάων δεν διαθέτει γαστρεντερολόγο, ενώ το τμήμα αιμοδοσίας δε λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση, όλοι οι ασθενείς της περιφερειακής ενότητας Λακωνίας οι οποίοι διαγιγνώσκονται με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού διακομίζονται και νοσηλεύονται στη μοναδική παθολογική κλινική του Ν. Μ. Σπάρτης, από όπου ελήφθη και ο πληθυσμός της μελέτης. Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού νοσηλεύονται και αντιμετωπίζονται αποκλειστικά και μόνο στην Παθολογική κλινική, σύμφωνα με την εγχώρια και διεθνή πρακτική.

Ο πληθυσμός της μελέτης με βάση τα παραπάνω ανήλθε σε 367 άτομα, 257 άνδρες και 110 γυναίκες από όλες τις γεωγραφικές περιοχές της Λακωνίας.

1.3 Διαδικασία

Στο πρώτο στάδιο της μελέτης ευρέθησαν, μέσω των βιβλίων καταγραφής ασθενών της Παθολογικής κλινικής του Γ. Ν. Λακωνίας- Ν.Μ. Σπάρτης, οι ασθενείς που εισήχθησαν από την 01/01/2010 και έλαβαν εξιτήριο έως τις 31/12/2014 έχοντας ως μία από τις κύριες διαγνώσεις εξόδου την οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Το βιβλίο καταγραφής ασθενών τηρείται υποχρεωτικά και με αποκλειστική ευθύνη του ιατρικού προσωπικού, βρίσκεται σε ασφαλή χώρο εντός της κλινικής και σε αυτό αναγράφονται το όνομα, επώνυμο, πατρώνυμο, ηλικία και τόπος κατοικίας όλων των ασθενών που νοσηλεύονται στην Παθολογική κλινική, η ημερομηνία εισαγωγής και εξιτηρίου (εξιτήριο-θάνατος-διακομιδή), καθώς και οι κύριες διαγνώσεις εξόδου. Η εγκυρότητα των στοιχείων του διασφαλίζεται από το γεγονός ότι αποτελεί επίσημο έγγραφο και ότι κάθε εισαγωγή στοιχείων συνοδεύεται από την υπογραφή και τη σφραγίδα του ιατρού που τα καταχωρεί.

Εν συνεχεία, μέσω του αρχείου του νοσοκομείου αναζητήθηκαν και ευρέθησαν οι 367 φάκελοι νοσηλείας των ασθενών που αποτέλεσαν τον πληθυσμό της μελέτης. Με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένου για την έρευνα ηλεκτρονικού εντύπου τύπου Excel καταγράφηκαν τα ακόλουθα:

Δημογραφικά στοιχεία: φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και εθνικότητα.

Εξεις-Ατομικό αναμνηστικό: κάπνισμα, αλκοόλ, λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, λήψη αντιαμοπεταλιακών και αντιπηκτικών παραγόντων, συμπαρομαρτούντα νοσήματα, ιστορικό ηπατοπάθειας, ιστορικό πάθησης στομάχου-

δωδεκαδακτύλου, ιστορικό αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού και ιστορικό ενδοκοιλιακής επέμβασης.

Κλινική εικόνα- στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης : λόγος και χρόνος προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, δακτυλική εξέταση ορθού, περιεχόμενο ρινογαστρικού σωλήνα (Levin), αριθμός σφύξεων και αρτηριακή πίεση εισόδου.

Παρακλινικός έλεγχος: αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη και ουρία εισαγωγής και εξιτηρίου, INR, αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων εισόδου, χρόνος και ευρήματα ενδοσκόπησης.

Πορεία νόσου: αριθμός μονάδων συμπτωμένων ερυθρών και FFP που μεταγγίστηκαν, φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε, ύπαρξη ή όχι επαναιμορραγίας, διάρκεια νοσηλείας, κύρια εργαστηριακά ευρήματα (αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη και ουρία), έκβαση και οδηγίες εξόδου.

1.4 Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 15.0. Για τα μεγέθη με κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία students' t-test και για εκείνα με μη κανονική κατανομή η δοκιμασία Mann-Whitney. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή $p < 0.05$.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

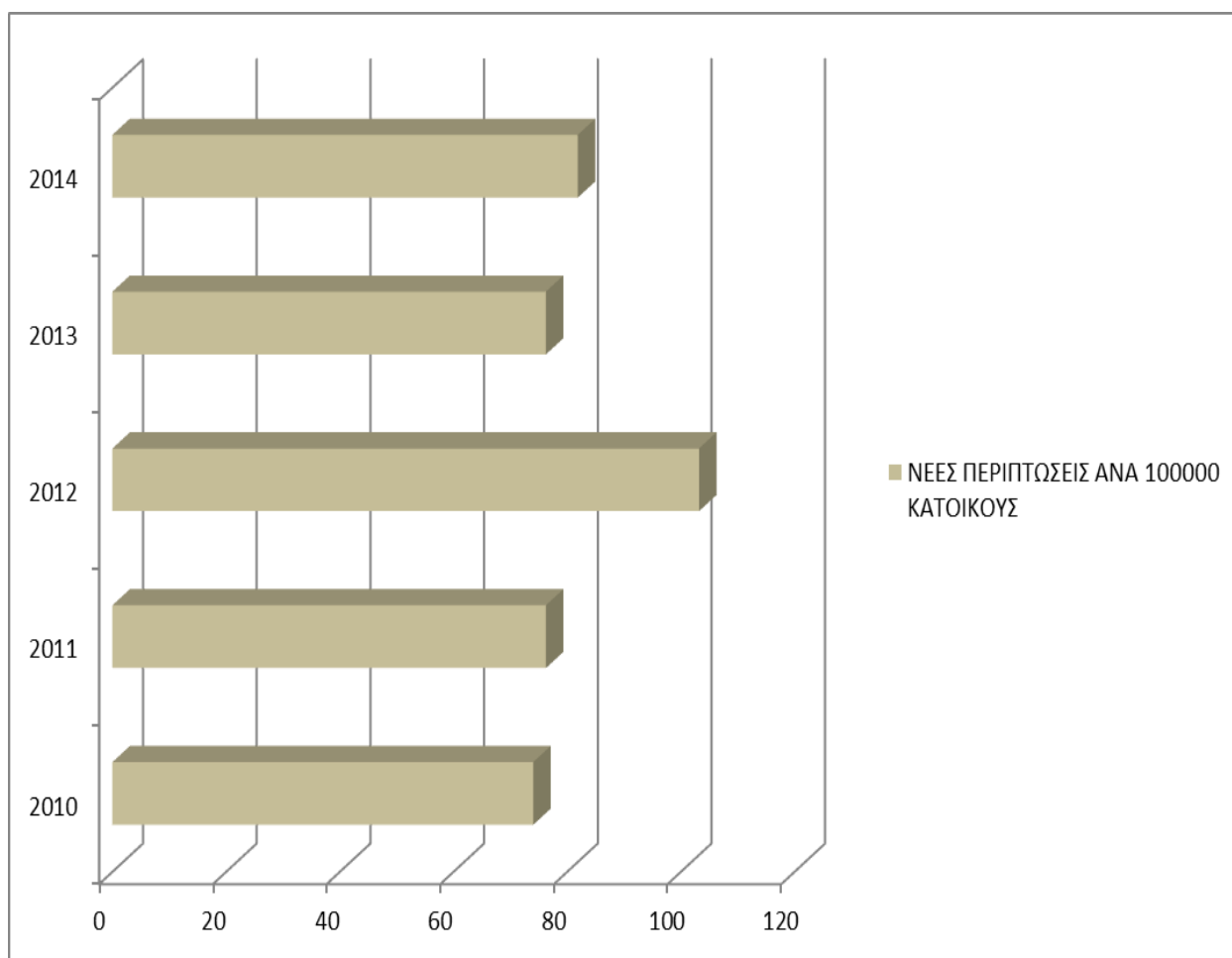
2.1 Επίπτωση

Συνολικά, στην περιφερική ενότητα Λακωνίας κατά τα έτη 2010-2014 νοσηλεύτηκαν για οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού 367 άτομα. Εξ αυτών, 66 άτομα νόσησαν το 2010, 68 το 2011, 92 το 2012, 68 το 2013 και 73 το 2014. Με βάση το γεγονός ότι ο πληθυσμός που κατοικούσε στη Λακωνία σύμφωνα με την ελληνική στατιστική υπηρεσία και την απογραφή του 2011 ανερχόταν σε 89138, η αθροιστική επίπτωση της νόσου για τα έτη 2010-2014 ανήλθε σε 411,72 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού, η μέση επίπτωση σε 82,43 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, ενώ η επίπτωση ανά έτος παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 και στο Γράφημα 1. Αξιοσημείωτη είναι η χαμηλή επίπτωση της οξείας αιμορραγίας πεπτικού στην περιοχή, η οποία σε κανένα έτος δεν προσεγγίζει τις διεθνώς παρατηρούμενες τιμές των 100 έως 150 περιστατικών ανά 100.000 κατοίκους ετησίως.

Πίνακας 1: Επίπτωση (νέες περιπτώσεις/100.000 κατοίκους) ανά έτος

Έτος	2010	2011	2012	2013	2014
Επίπτωση	74,04	76,28	103,21	76,28	81,89

Γράφημα 1: Επίπτωση (νέες περιπτώσεις/100.000 κατοίκους) ανά έτος



2.2 Δημογραφικά στοιχεία

2.2.1 Φύλο

Από τις συνολικά 367 περιπτώσεις οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού την πενταετία 2010-2014 οι 257 αφορούσαν σε άνδρες και οι 110 σε γυναίκες ασθενείς. Στους Πίνακες 2 και 3 παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών ανά έτος με βάση το φύλο, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστά επί τοις εκατό, από όπου προκύπτει μια σαφής υπεροχή του άρρεν φύλου.

Πίνακας 2: Κατανομή ασθενών με βάση το φύλο σε απόλυτους αριθμούς

Έτος	2010	2011	2012	2013	2014	Σύνολο
Άρρεν	52	51	60	42	52	257
Θήλυ	14	17	32	26	21	110
Σύνολο	66	68	92	68	73	367

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών με βάση το φύλο

Έτος	2010	2011	2012	2013	2014	Σύνολο
Άρρεν	79	75	65	62	71	70
Θήλυ	21	25	35	38	29	30

2.2.2 Επίπτωση κατά φύλο

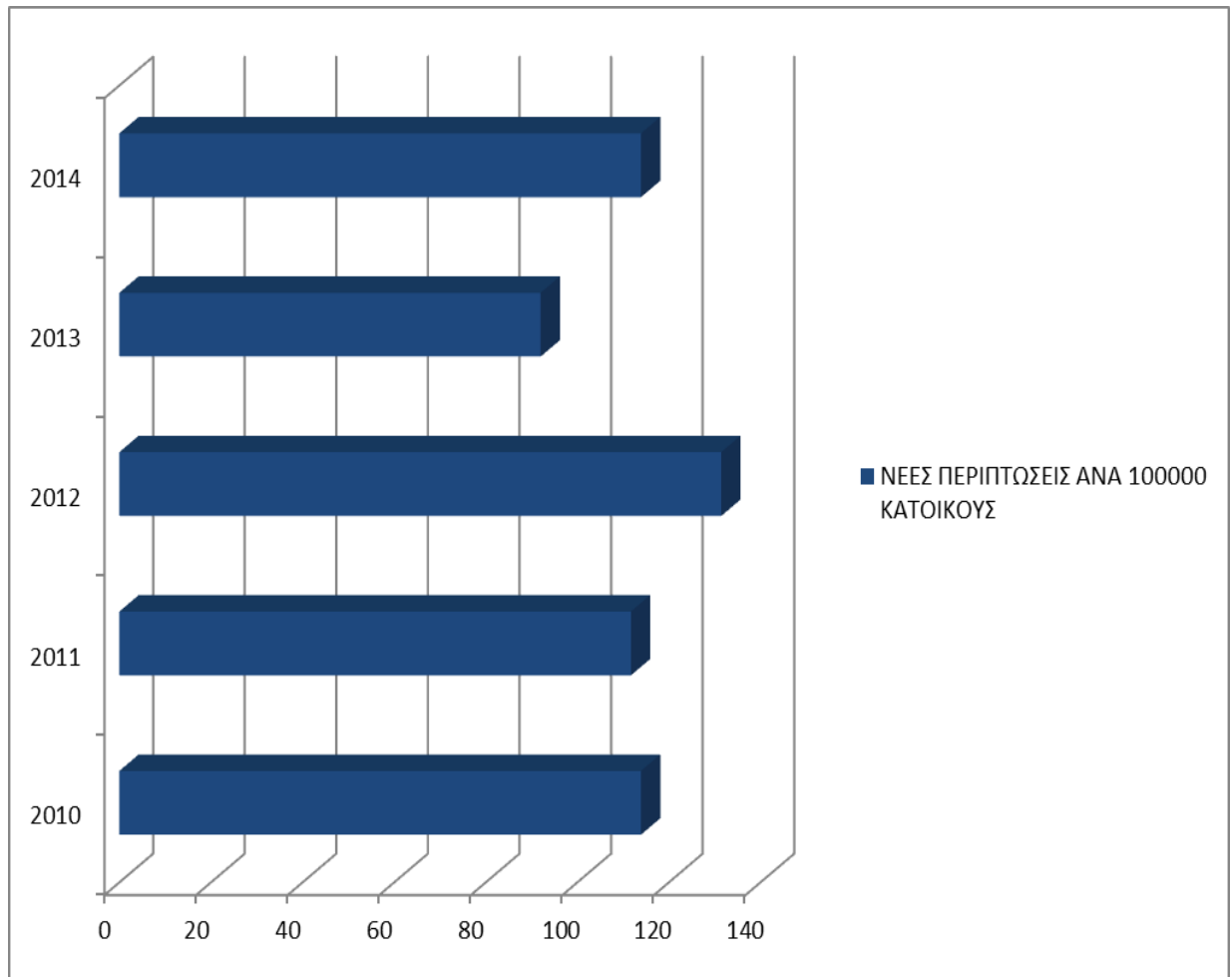
Λαμβάνοντας υπόψη ότι σύμφωνα με την απογραφή του 2011 στη Λακωνία κατοικούσαν 45.635 άρρενα και 43.503 θήλεα άτομα, η αθροιστική επίπτωση της νόσου στα άρρενα άτομα για τα έτη 2010-2014 ανήλθε σε 563,16 περιπτώσεις ανά 100.000 άρρενες κατοίκους ενώ στα θήλεα σε 252,85 περιπτώσεις ανά 100.000 θήλεις κατοίκους.

Η επίπτωση της νόσου κατά έτος με βάση το φύλο εμφανίζεται στον Πίνακα 4 καθώς και στα Γραφήματα 2 και 3, από τα οποία προκύπτει ότι η συμμετοχή των ανδρών ασθενών στη συνολική επίπτωση είναι μεγίστης σημασίας.

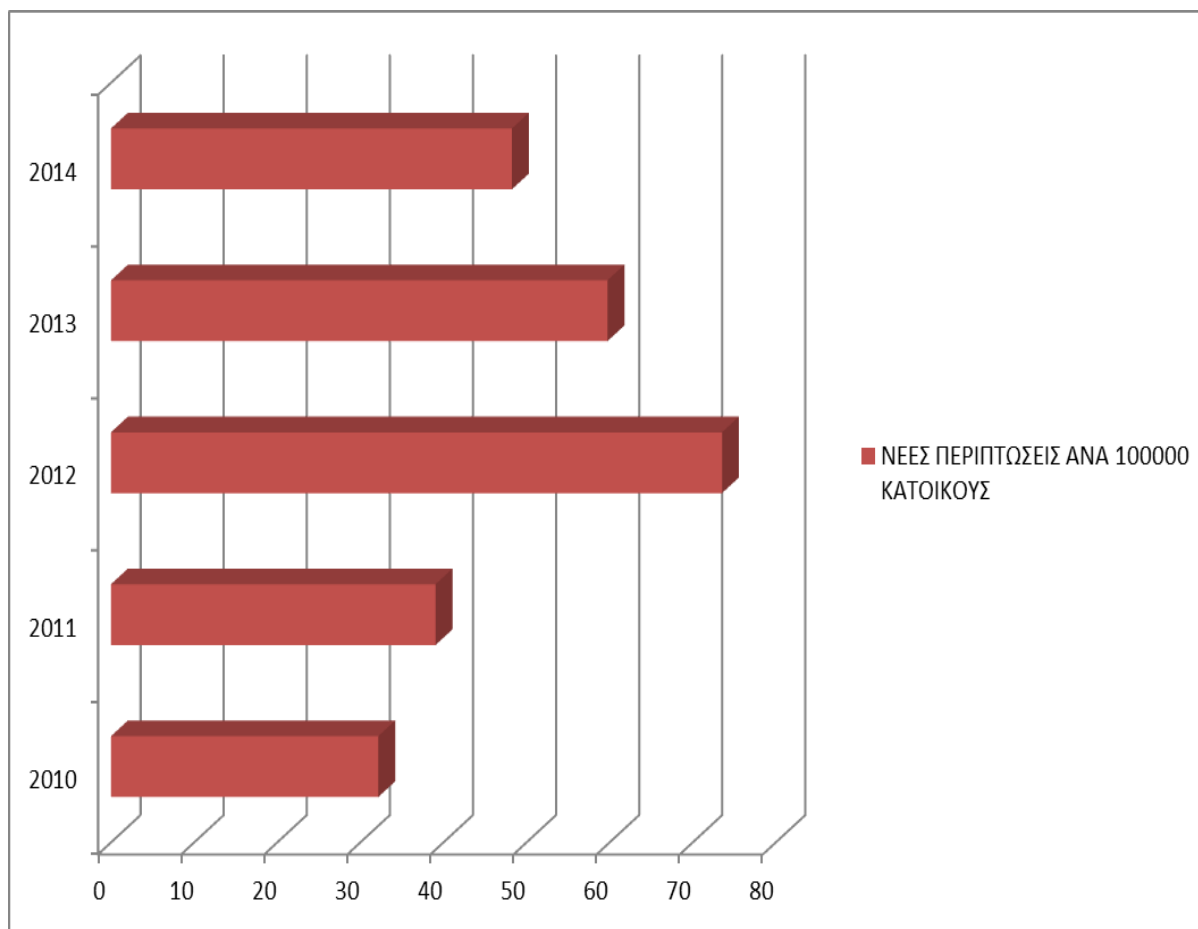
Πίνακας 4: Επίπτωση κατ' έτος με βάση το φύλο

Επίπτωση	2010	2011	2012	2013	2014	Μ.Ο
Θήλυ	32,18	39,07	73,55	59,76	48,27	50,56
Άρρεν	113,94	111,75	131,47	92,03	113,94	112,62

Γράφημα 2: Ετήσια επίπτωση (άνδρες)



Γράφημα 3: Ετήσια επίπτωση (γυναίκες)



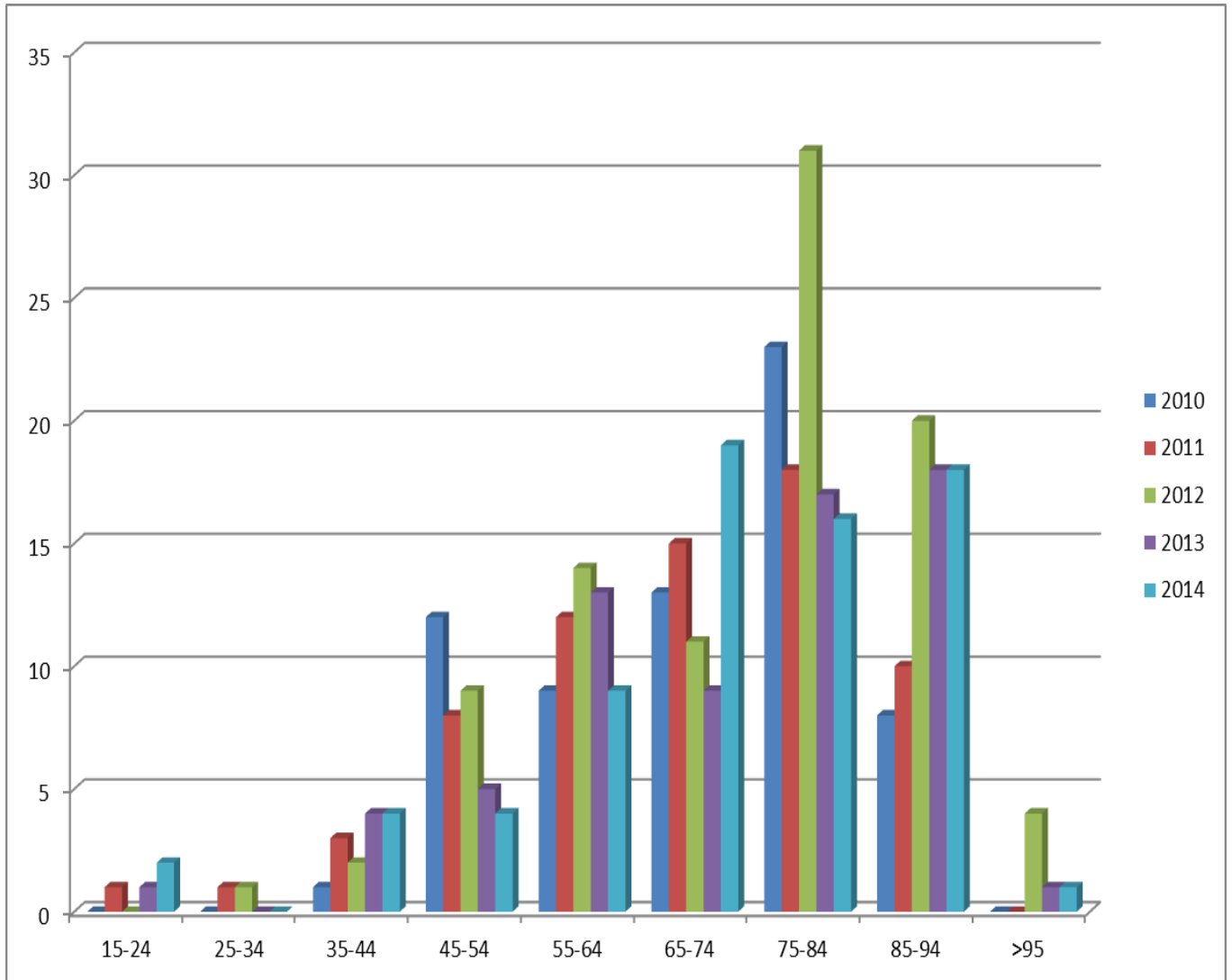
2.2.3 Ηλικία

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 71,26 έτη με τη μικρότερη τιμή να είναι αυτή των 17 και τη μεγαλύτερη αυτή των 97 ετών. Οι περισσότεροι ασθενείς που εμφανίζουν οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 75-84 ετών, ένα στοιχείο το οποίο επιβεβαιώνεται και στη διάκριση των πασχόντων με βάση το φύλο (Πίνακες 5,6,7 και Γραφήματα 4,5,6).

Πίνακας 5: Κατανομή ασθενών με βάση την ηλικία

Ηλικία	2010	2011	2012	2013	2014	Σύνολο
15-24	0	1	0	1	2	4
25-34	0	1	1	0	0	2
35-44	1	3	2	4	4	14
45-54	12	8	9	5	4	38
55-64	9	12	14	13	9	57
65-74	13	15	11	9	19	67
75-84	23	18	31	17	16	105
85-94	8	10	20	18	18	74
>95	0	0	4	1	1	6
Σύνολο	66	68	92	68	73	367

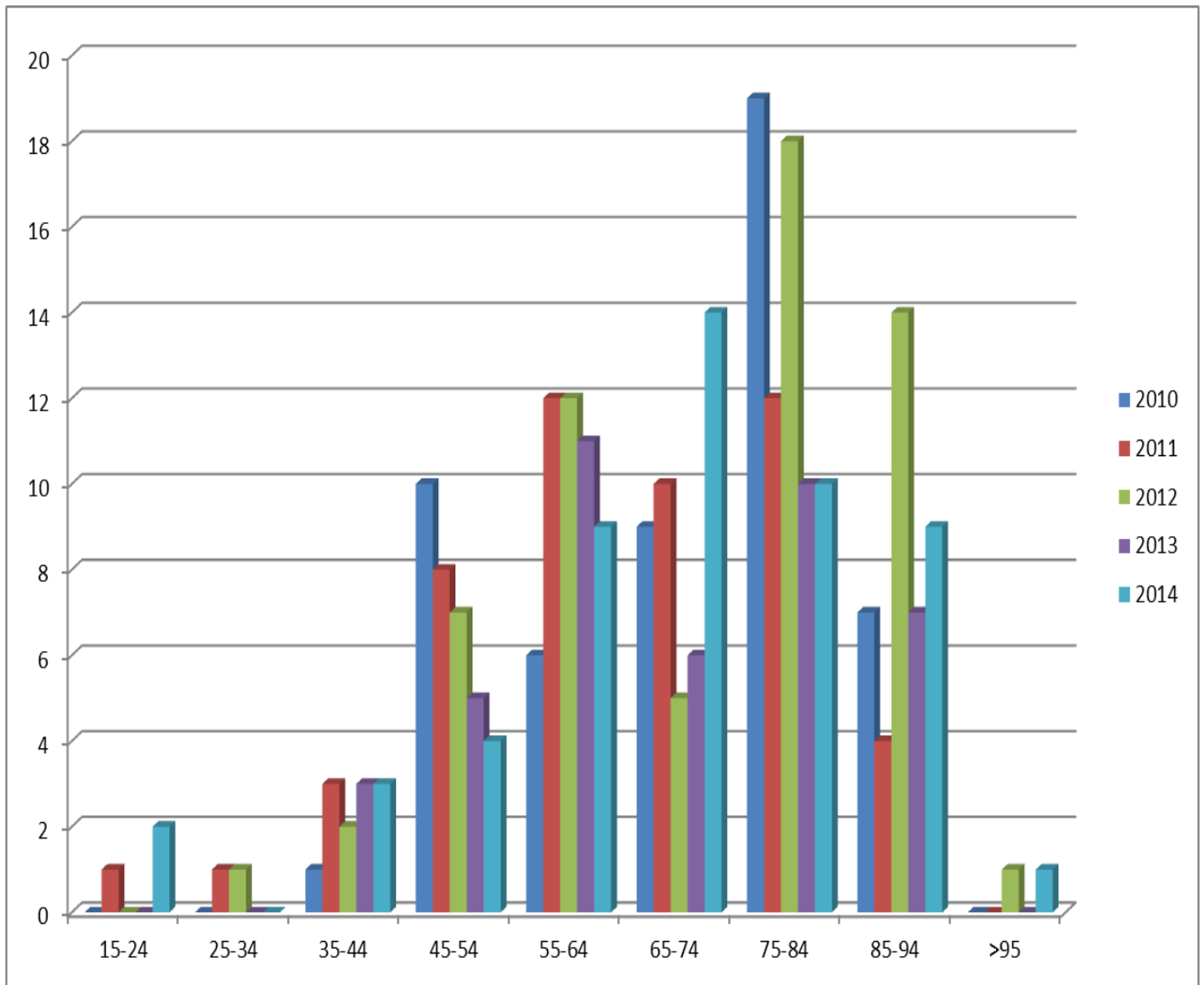
Γράφημα 4: Νέες περιπτώσεις αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού ανά έτος και ηλικιακή ομάδα



Πίνακας 6: Κατανομή ανδρών με βάση την ηλικία (έτη)

Ηλικία	2010	2011	2012	2013	2014	Σύνολο
15-24	0	1	0	0	2	3
25-34	0	1	1	0	0	2
35-44	1	3	2	3	3	12
45-54	10	8	7	5	4	34
55-64	6	12	12	11	9	50
65-74	9	10	5	6	14	44
75-84	19	12	18	10	10	69
85-94	7	4	14	7	9	41
>95	0	0	1	0	1	2
Σύνολο	52	51	60	42	52	257

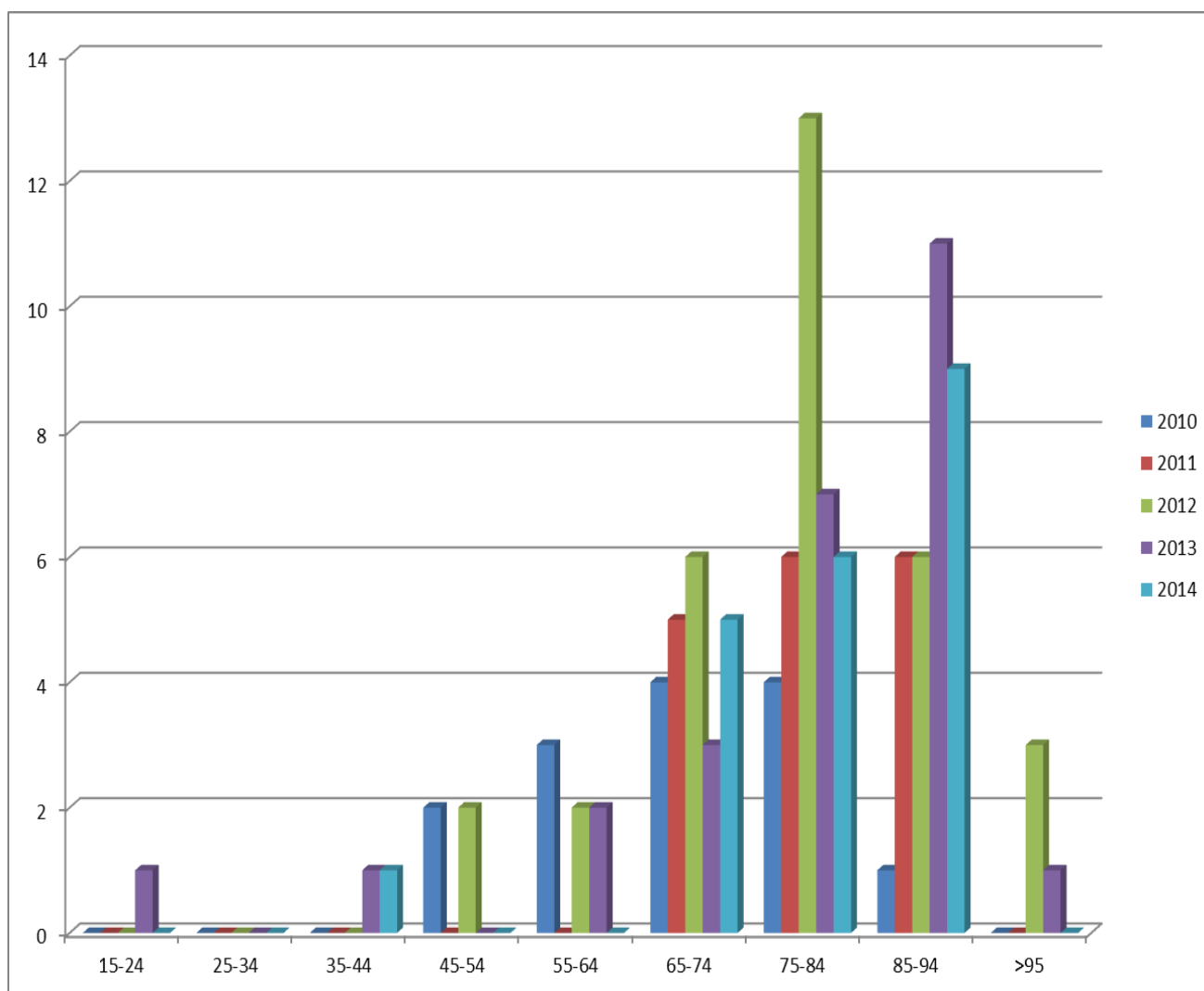
Γράφημα 5: Ηλικιακή κατανομή ανδρών ανά έτος



Πίνακας 7: Κατανομή γυναικών με βάση την ηλικία (έτη)

Ηλικία	2010	2011	2012	2013	2014	Σύνολο
15-24	0	0	0	1	0	1
25-34	0	0	0	0	0	0
35-44	0	0	0	1	1	2
45-54	2	0	2	0	0	4
55-64	3	0	2	2	0	7
65-74	4	5	6	3	5	23
75-84	4	6	13	7	6	36
85-94	1	6	6	11	9	33
>95	0	0	3	1	0	4
Σύνολο	14	17	32	26	21	110

Γράφημα 6: Ηλικιακή κατανομή γυναικών ανά έτος



Ιδιαίτερης αξίας επίσης αποτελεί η διαπίστωση ότι η πλειονότητα των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ήταν άνω των 65 ετών σε ένα ποσοστό της τάξης του 68,4% (Πίνακας 8). Ανάλογα ποσοστά καταγράφονται και στη διάκριση με βάση το φύλο, με 60,7% ανδρών και 87,3% των γυναικών να υπερβαίνουν το 65ο έτος της ηλικίας τους (Πίνακες 9,10).

Πίνακας 8: Κατανομή ασθενών (%) με βάση την ηλικία

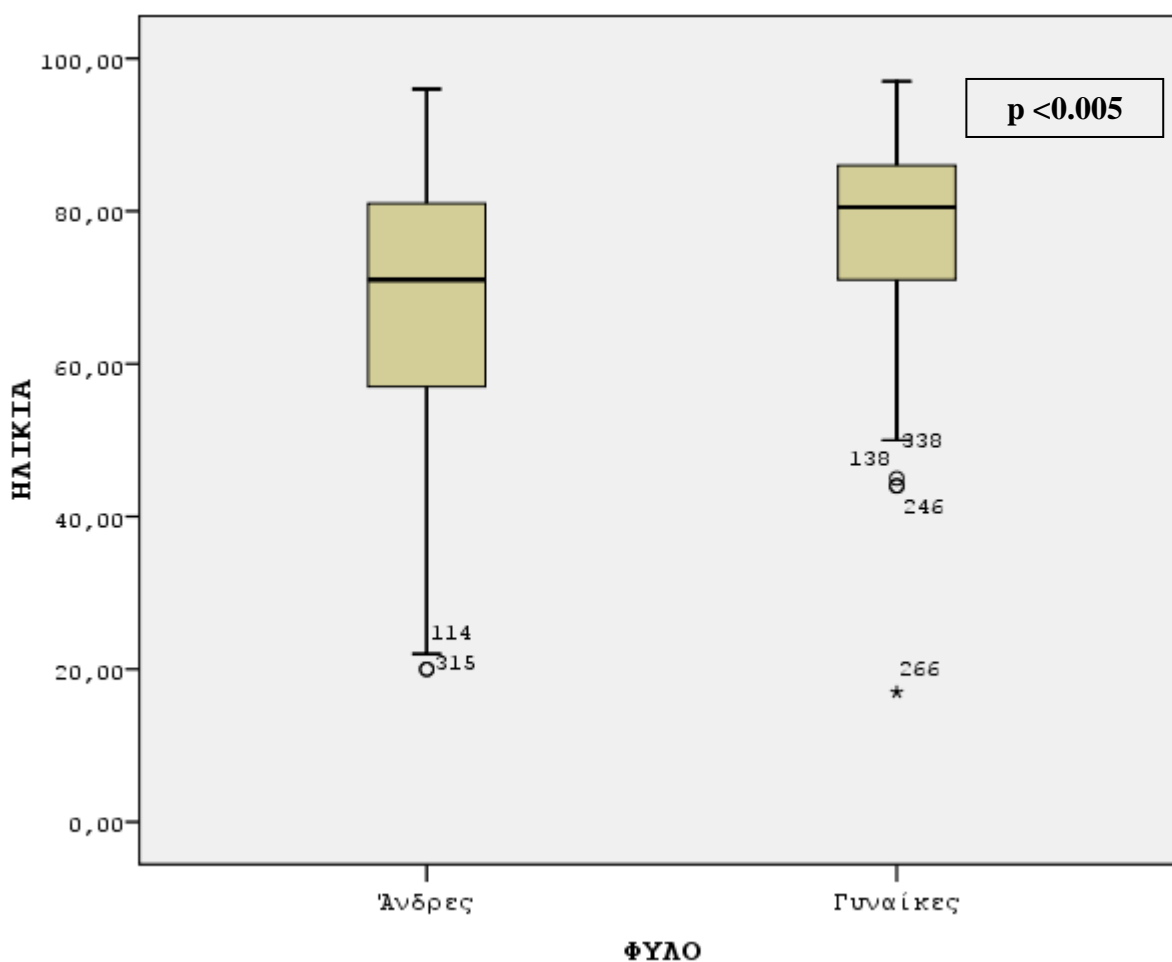
Ηλικία	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	84-94	>95
Ασθενείς	1	0,5	3,8	10,2	15,5	18,2	28,6	20,1	1,5

Πίνακας 9: Κατανομή ασθενών (%) με βάση την ηλικία και το φύλο

Ηλικία	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	>95
Άρρεν	1,1	0,8	4,7	13,2	19,5	17,1	26,8	16	0,8
Θήλυ	0,9	0	1,8	3,6	6,4	20,9	32,7	30,1	3,6

Τέλος, η μέση ηλικία για τους άνδρες ήταν 68,62 έτη και για τις γυναίκες 77,45 έτη, με την ηλικιακή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων να είναι στατιστικώς σημαντική, όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 1.

Σχήμα 1: Μέση ηλικία ανδρών και γυναικών



2.2.4 Τόπος μόνιμης κατοικίας-εθνικότητα

Η εθνικότητα και ο τόπος μόνιμης κατοικίας φαίνονται στους Πίνακες 10 και 11. Είναι εμφανής η υπεροχή των ελληνικής υπηκοότητας ασθενών έναντι των αλλοδαπών, καθώς και των κατοίκων της πρωτεύουσας έναντι του υπόλοιπου νομού.

Πίνακας 10: Εθνικότητα ασθενών

Εθνικότητα	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Έλληνας	250 (97,3)	108 (98,2)	358 (97,5)
Αλλοδαπός	7 (2,7)	2 (1,8)	9 (3,5)

Πίνακας 11: Μόνιμη κατοικία ασθενών

Δήμος μόνιμης κατοικίας	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Ανατολικής Μάνης	54 (21,0)	15 (13,6)	69 (18,8)
Ελαφονήσου	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,3)
Ευρώτα	38 (14,7)	25 (22,7)	63 (17,2)
Μονεμβασιάς	44 (17,1)	13 (11,80)	57 (15,5)
Σπάρτης	121 (46,9)	56 (50,9)	177 (48,2)

2.3 Έξεις- Ατομικό αναμνηστικό

Μελετήθηκαν και καταγράφηκαν συνήθειες των ασθενών καθώς και στοιχεία από το ατομικό τους αναμνηστικό που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία προδιαθέτουν και αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντας για την εμφάνιση οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

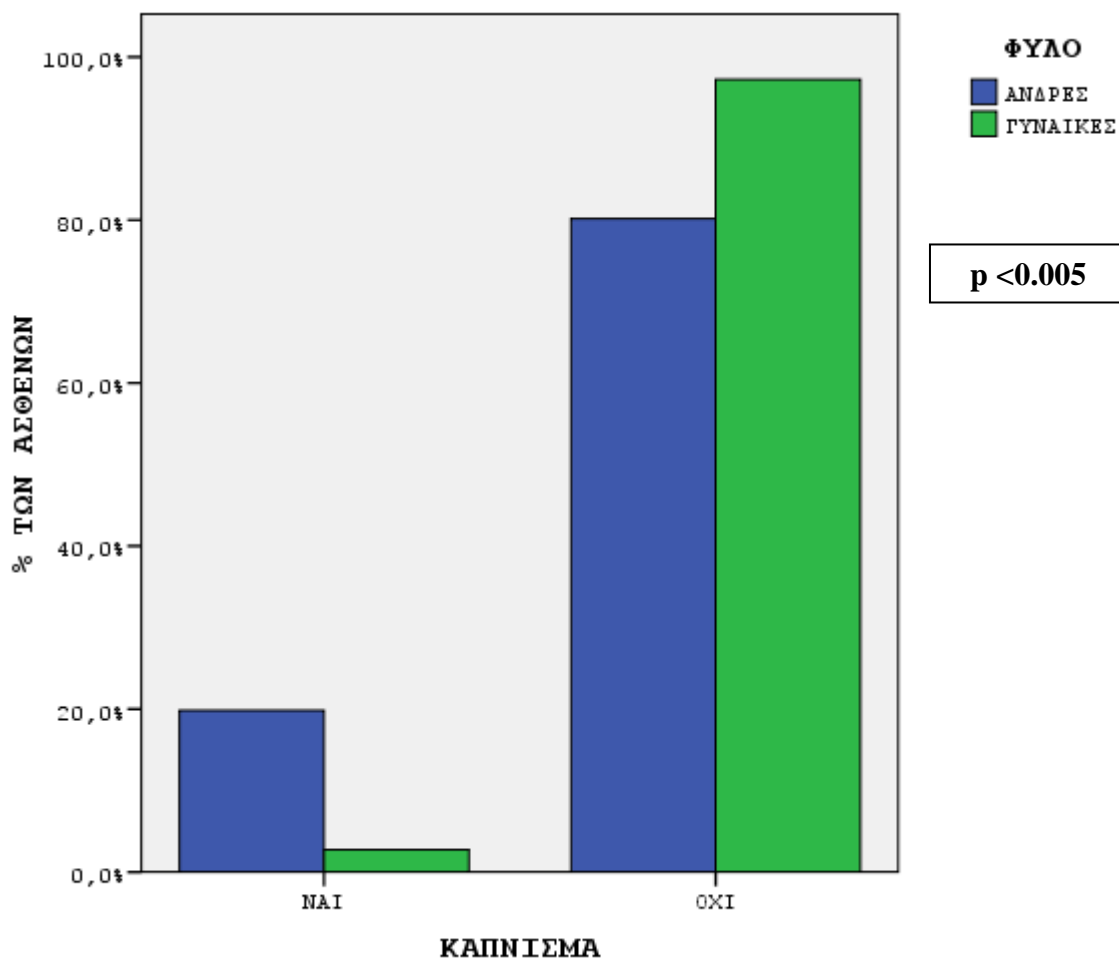
2.3.1 Κάπνισμα

Από το σύνολο των ασθενών, το 15% εμφανίζεται να καπνίζει. Οι γυναίκες ασθενείς στη συντριπτική τους πλειονότητα αποφεύγουν τη συνήθεια του καπνίσματος, ενώ το ένα πέμπτο των ανδρών καπνίζει συστηματικά (Πίνακας 12). Συνεπώς, αναμενόμενη θεωρείται η στατιστικά σημαντική υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών όπως εμφανίζεται στο Σχήμα 2.

Πίνακας 12: Ποσοστό καπνίσματος σε άνδρες και γυναίκες

Κάπνισμα	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Ναι	51(19,8)	4 (3,6)	55 (15)
Όχι	206 (80,2)	106 (96,4)	312 (85)

Σχήμα 2: Ποσοστό καπνίσματος σε άνδρες και γυναίκες



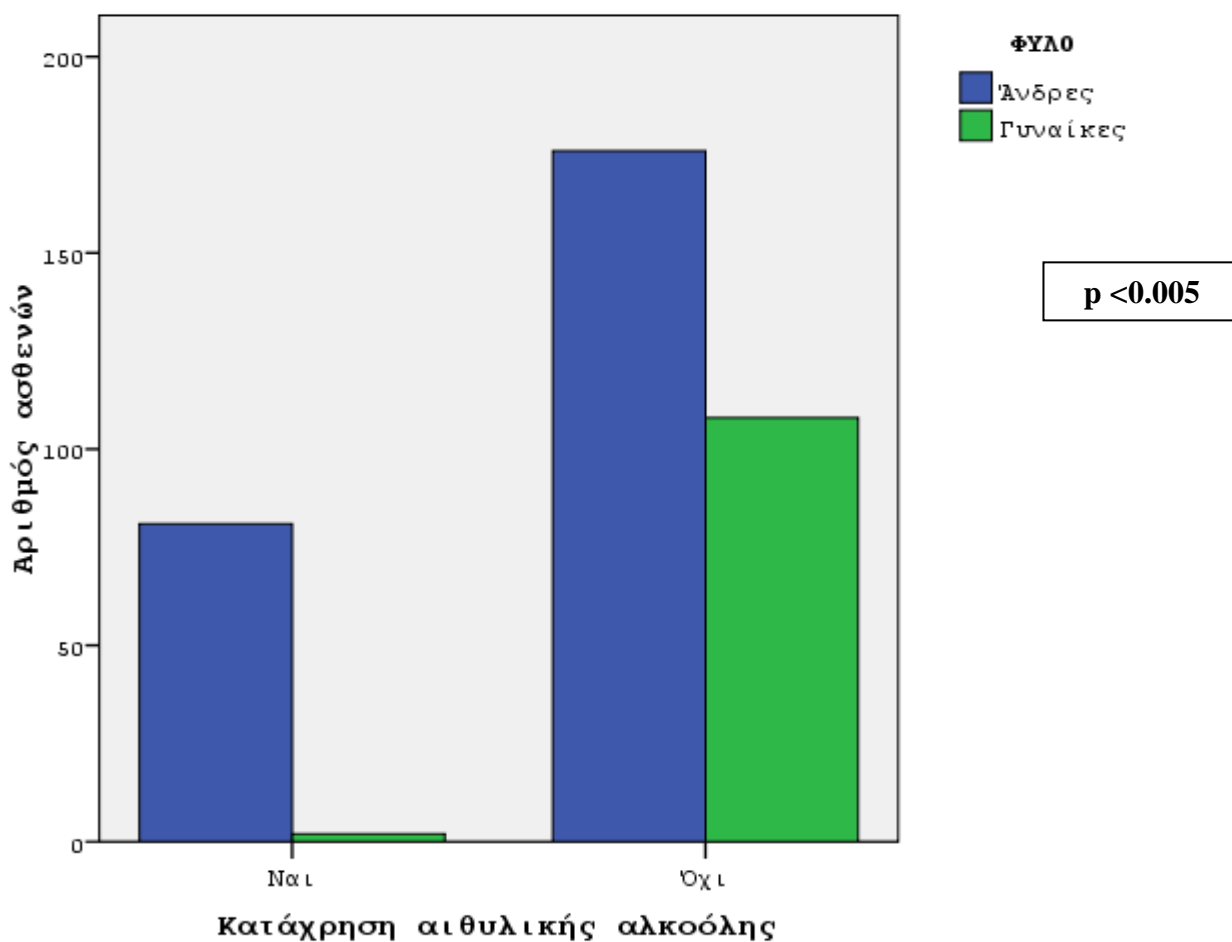
2.3.2 Αλκοόλ

Ανάλογα με την έξη του καπνίσματος είναι και τα αποτελέσματα από τη μελέτη της κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης. Στο σύνολο των 367 ασθενών το 22,6% καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ, με τους άρρενες να εμφανίζουν ένα ποσοστό της τάξης του 31,5% και τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών να είναι κάτω του 2% (Πίνακας 13). Στατιστική σημαντικότητα στη κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης υπέρ των ανδρών παρατηρείται και σε αυτήν τη μεταβλητή (Σχήμα 3).

Πίνακας 13: Κατάχρηση αλκοόλ

Κατάχρηση αλκοόλ	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Ναι	81 (31,5)	2 (1,8)	83 (22,6)
Όχι	176 (68,5)	108 (98,2)	284 (77,4)

Σχήμα 3: Ποσοστό κατάχρησης αλκοόλ σε άνδρες και γυναίκες



2.3.3 Λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων

Παρόμοια ποσοστά της τάξης του 14% παρατηρούνται τόσο στο σύνολο όσο και κατά φύλο όσο αφορά τη συστηματική χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών σκευασμάτων (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων

Χρήση ΜΣΑΦ	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Ναι	37 (14,4)	16 (14,5)	53 (14,4)
Όχι	220 (85,6)	94 (85,5)	314 (85,6)

2.3.4 Λήψη φαρμάκων που επιδρούν στο μηχανισμό πήξης

Πρόκειται για σκευάσματα που ανάλογα με τον τρόπο δράσης χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες τα αντ αιμοπεταλιακά και τα αντιπηκτικά.

Λήψη αντ αιμοπεταλιακών: συγκαταλέγονται η ασπιρίνη, η κλοπιδογρέλη, ο συνδυασμός αυτών και η τριφλουζάλη. Από τη μελέτη παρατηρήθηκε ότι ένα ποσοστό της τάξης του 31,5% λάμβανε συστηματικά οποιοδήποτε τέτοιο σκεύασμα, μόνο ή σε συνδυασμό, με την ασπιρίνη να κατέχει τη πρώτη θέση. Διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν διαπιστώθηκε (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Χρήση αντ αιμοπεταλιακών φαρμάκων

Αντ αιμοπεταλιακά φάρμακα	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Κανένα	171 (66,53)	79 (71,8)	250 (68,5)
Ασπιρίνη (ASA)	52 (21,4)	19 (17,2)	71 (19,3)
Κλοπιδογρέλη	20 (7,8)	8 (7,3)	28 (7,6)
ASA και κλοπιδογρέλη	11 (4,3)	3 (2,7)	14 (3,8)
Τριφλουζάλη	3 (1,2)	0 (0)	3 (0,8)
Άγνωστο	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,28)

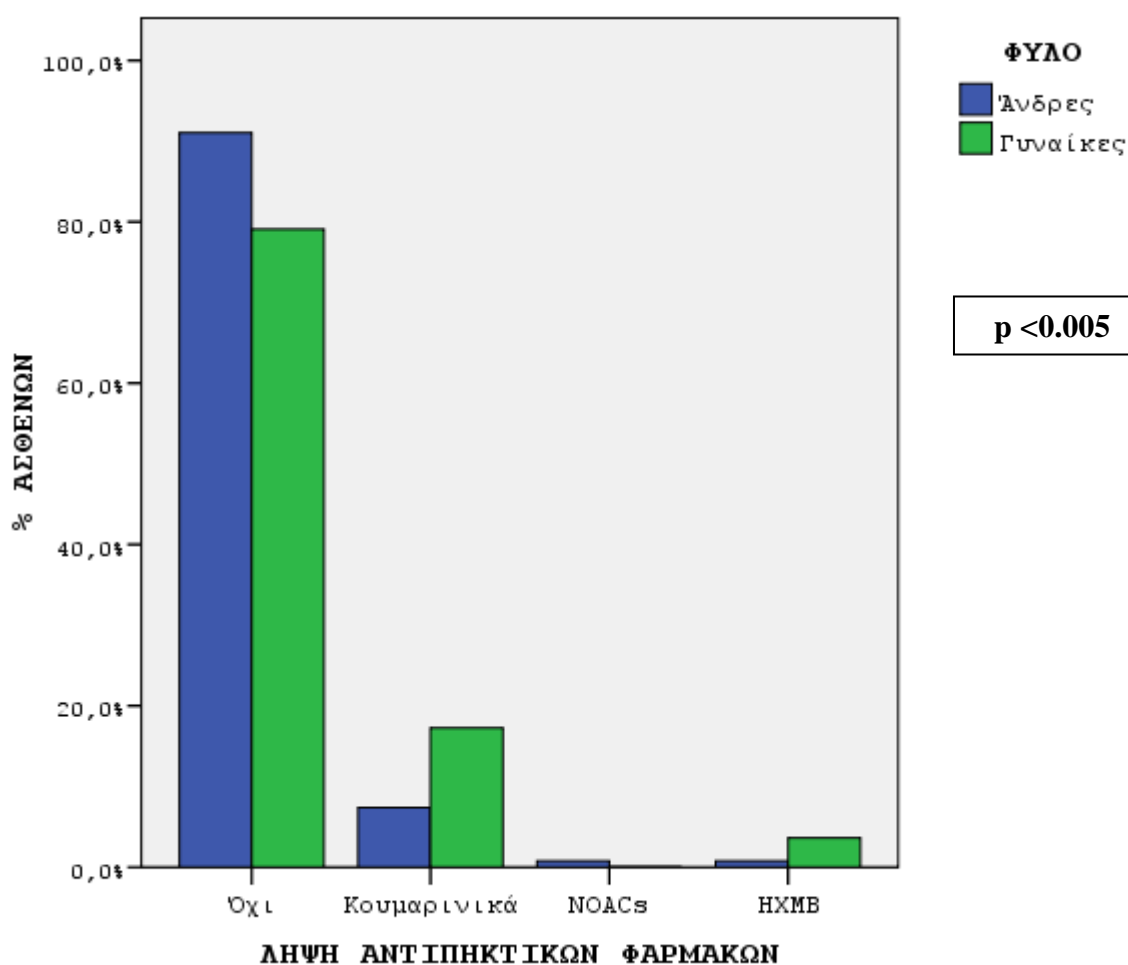
Λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων: σε αυτή τη κατηγορία περιλαμβάνονται τα κουμαρινικά (ανταγωνιστές της βιταμίνης K), τα καινούργια από του στόματος αντιπηκτικά (NOACs) και η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (HXMB). Από τη ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρείται η καθολική υπεροχή των ανταγωνιστών της βιταμίνης K και τα σχεδόν αμελητέα ποσοστά που καταγράφουν τα NOACs και η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους μεταξύ των ασθενών που αιμορράγησαν (Πίνακας

16). Παράλληλα, εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική υπεροχή των γυναικών στη λήψη των συγκεκριμένων σκευασμάτων (Σχήμα 4).

Πίνακας 16: Λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων

Αντιπηκτικά φάρμακα	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Κανένα	234 (91)	87 (79,1)	321 (87,5)
Ανταγωνιστές Vit K	19 (7,4)	19 (17,3)	38 (10,5)
NOACs	2 (0,8)	0 (0)	2 (0,5)
HXMB	2 (0,8)	4 (3,6)	6 (1,5)

Σχήμα 4: Λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων



2.3.5 Συνοδά νοσήματα

Στον πίνακα 17 αναγράφονται οι συννοσηρότητες των ασθενών. Σημειώνεται πως 55 από τους 367 ασθενείς δεν έπασχαν από κανένα συνοδό νόσημα, ενώ οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους 312 έπασχαν από περισσότερα του ενός συνοδά νοσήματα (ποσοστό 80%). Μεταξύ αυτών κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η στεφανιαία νόσος.

Πίνακας 17: Συνοδά νοσήματα ασθενών

Συνοδά νοσήματα	Αριθμός ασθενών (%)
Αρτηριακή υπέρταση	140 (38,1)
Σακχαρώδης διαβήτης	54 (14,7)
Στεφανιαία νόσος	54 (14,7)
Καρδιακή ανεπάρκεια	48 (13,1)
Κολπική μαρμαρυγή	42 (11,4)
Ψυχωσική συνδρομή	25 (6,8)
Άνοια/N. Alzheimer	15 (4,1)
Βαλβιδοπάθεια	14 (3,8)
Χρόνια νεφρική νόσος	12 (3,3)
ΑΕΕ	11 (2,9)
Βηματοδότης	10 (2,7)
Καταθλιπτική συνδρομή	7 (1,9)

Κακοήθειες	53 (14,4)
• στομάχου	11
• προστάτη	9
• ήπατος	8
• πνεύμονα	4
• ουροδόχου κύστεως	4
• αιματολογικές	4
• νεφρού	3
• μαστού	3
• παχέος εντέρου	3
• λοιπά	4

Ξεχωριστά μελετήθηκαν εκείνες οι παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται άμεσα με τις αιμορραγίες ανωτέρου πεπτικού, όπως είναι οι ηπατοπάθειες, οι κίρσοι, οι παθήσεις του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, καθώς και το ιστορικό προηγηθείσας αιμορραγίας και ενδοκοιλιακής χειρουργικής επέμβασης. Από τη μελέτη των δεδομένων δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ως προς την ύπαρξη κίρσων και ηπατοπάθειας (πίνακας 18) ούτε ως προς το ιστορικό άλλης πάθησης στομάχου (πίνακας 19).

Πίνακας 18: Ιστορικό ηπατοπάθειας

Ηπατοπάθεια	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Κίρρωση	21 (8,2)	3 (2,7)	24 (6,53)
Νεόπλασμα	2 (0,8)	2 (1,8)	4 (1,1)
Κίρρωση και νεόπλασμα	5 (2)	0 (0)	5 (1,3)
Άλλη ηπατοπάθεια	1 (0,4)	1 (0,9)	2 (0,5)
Όχι	228 (88,8)	104 (94,5)	332 (90,2)

Πίνακας 19: Ιστορικό πάθησης στομάχου-δωδεκαδακτύλου

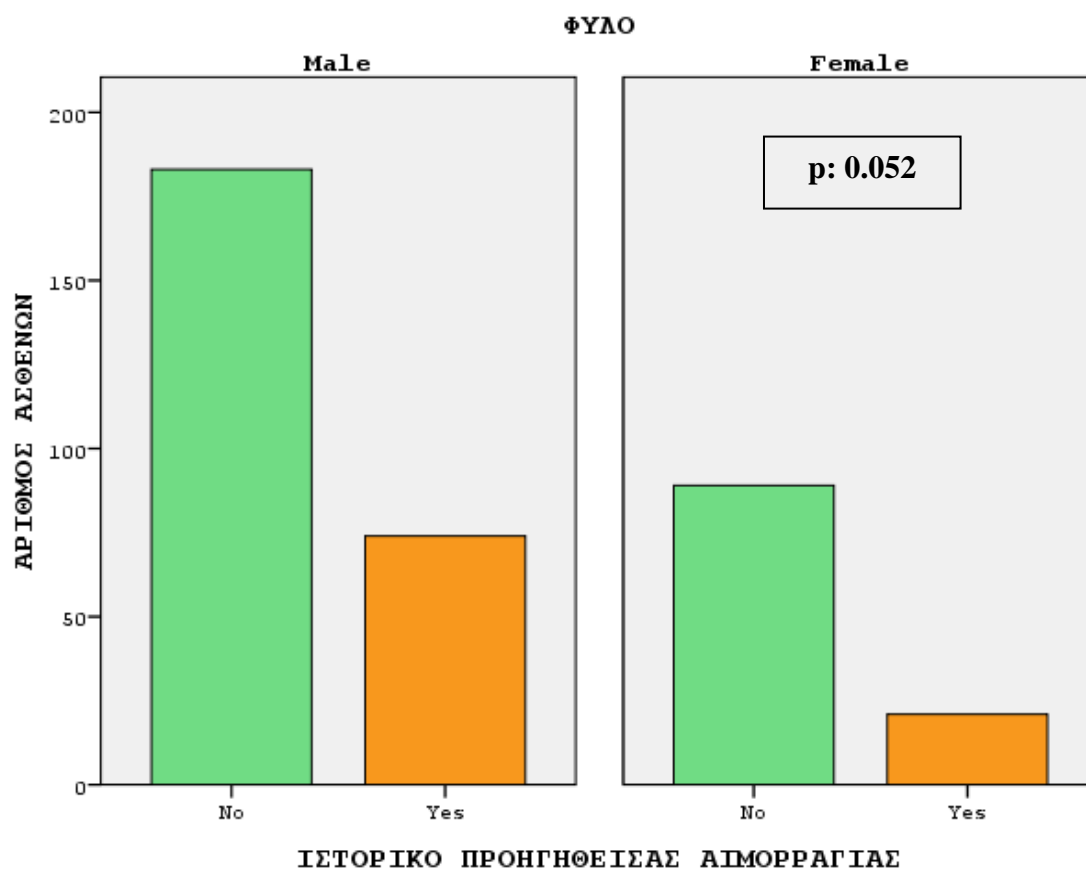
Πάθηση	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Καμία	207 (80,5)	93 (84,5)	300 (81,7)
Έλκος	31 (12,1)	9 (8,2)	40 (10,9)
Φλεγμονή	14 (5,4)	5 (4,5)	19 (5,2)
Νεόπλασμα	5 (1,9)	3 (2,7)	8 (2,2)

Αντιθέτως, οι άνδρες έχουν εμφανίσει συχνότερα αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο παρελθόν (Πίνακας 20 και Σχήμα 5) και έχουν υποβληθεί συχνότερα σε ενδοκοιλιακές επεμβάσεις (Πίνακας 21 και Σχήμα 6) σε σχέση με τις γυναίκες.

Πίνακας 20: Ιστορικό προηγηθείσας αιμορραγίας

Προηγηθείσα ΑΑΠ	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Όχι	183 (71,2)	89 (81)	272 (74,1)
Ναι	74 (28,8)	21 (19)	95 (25,9)

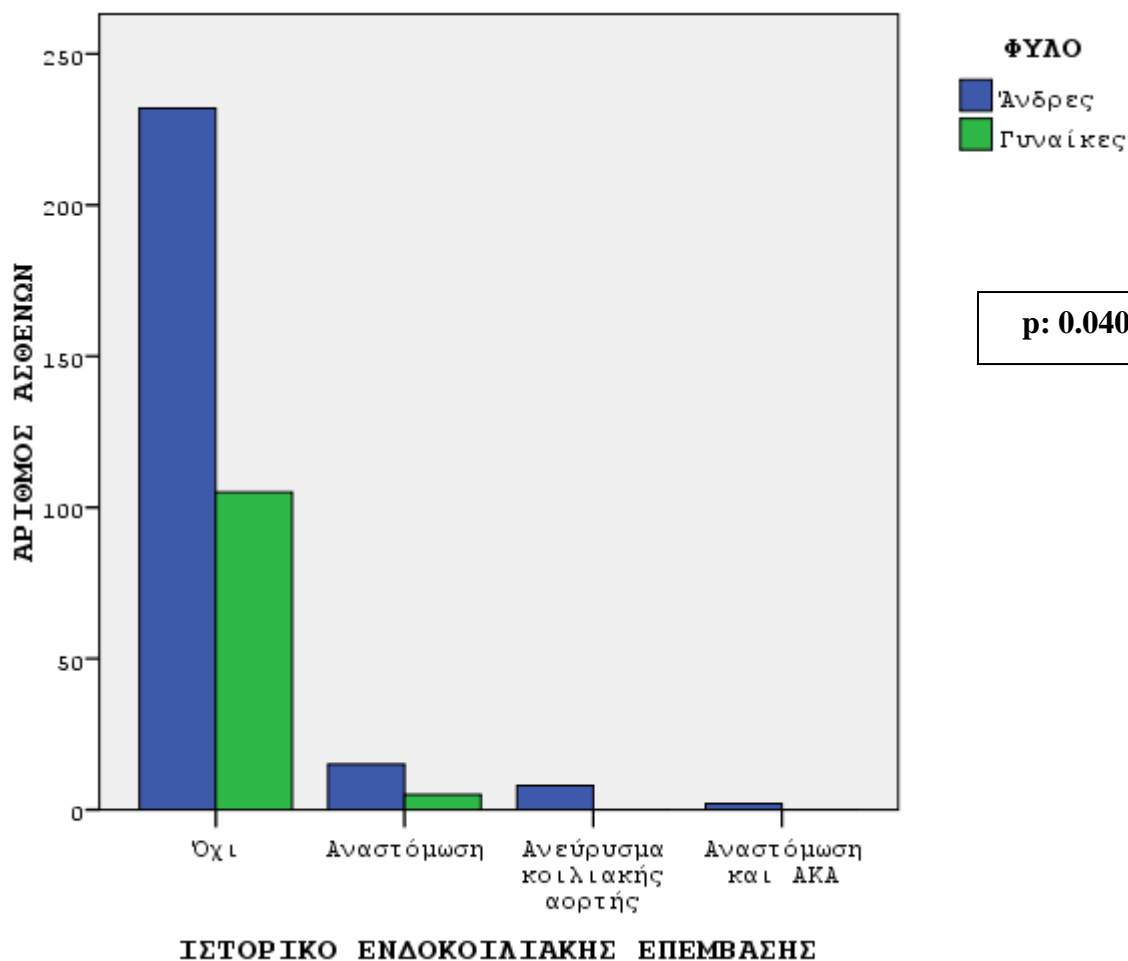
Σχήμα 5: Ιστορικό προηγούμενης αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού



Πίνακας 21: Ιστορικό ενδοκοιλιακής επέμβασης

Ιστορικό ενδοκοιλιακής επέμβασης	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Όχι	232 (90,2)	105 (95,5)	337 (91,8)
Αναστόμωση στόμαχου ή 12/λου	15 (5,8)	5 (4,5)	20 (5,5)
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής	8 (3,2)	0 (0)	8 (2,2)
Συνδυασμός και των δύο	2 (0,8)	0 (0)	2 (0,5)

Σχήμα 6: Ιστορικό ενδοκοιλιακής επέμβασης



2.4 Κλινική εικόνα- Στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης

Οι πάσχοντες από οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού προσέρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών με ευρεία συμπτωματολογία και εμφανίζουν ποικιλομορφία στην κλινική τους εικόνα. Τα στοιχεία που συλλέγονται κατά την πρώτη αντικειμενική εξέταση των ασθενών είναι ιδιαίτερης σημασίας, καθώς κατευθύνουν τον κλινικό ιατρό ως προς τη σοβαρότητα αλλά και την αιτιολογία της νόσου. Σε αυτό το σημείο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων που σχετίζονται με το λόγο και χρόνο προσέλευσης των ασθενών καθώς και των στοιχείων της κλινικής τους εξέτασης.

2.4.1 Αιτία προσέλευσης

Η αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό μπορεί να εκδηλωθεί με μία πλειάδα τρόπων (Πίνακας 22). Εντούτοις, όπως προέκυψε, ο κύριος λόγος που οι ασθενείς προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αναζητώντας ιατρική βοήθεια είναι οι μέλαινες κενώσεις. Αυτές αναφέρονται ως κύριο πρόβλημα από 45,52% των ανδρών και από 44,54% των γυναικών που πάσχουν από αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού συστήματος. Δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα αναφέρεται η αιματέμεση, ενώ ο συνδυασμός μέλαινας κένωσης και αιματέμεσης καταλαμβάνει την τρίτη θέση. Στατιστικώς σημαντική διαφορά όσο αφορά το λόγο προσέλευσης των ασθενών μεταξύ των δύο φύλων δεν παρατηρήθηκε.

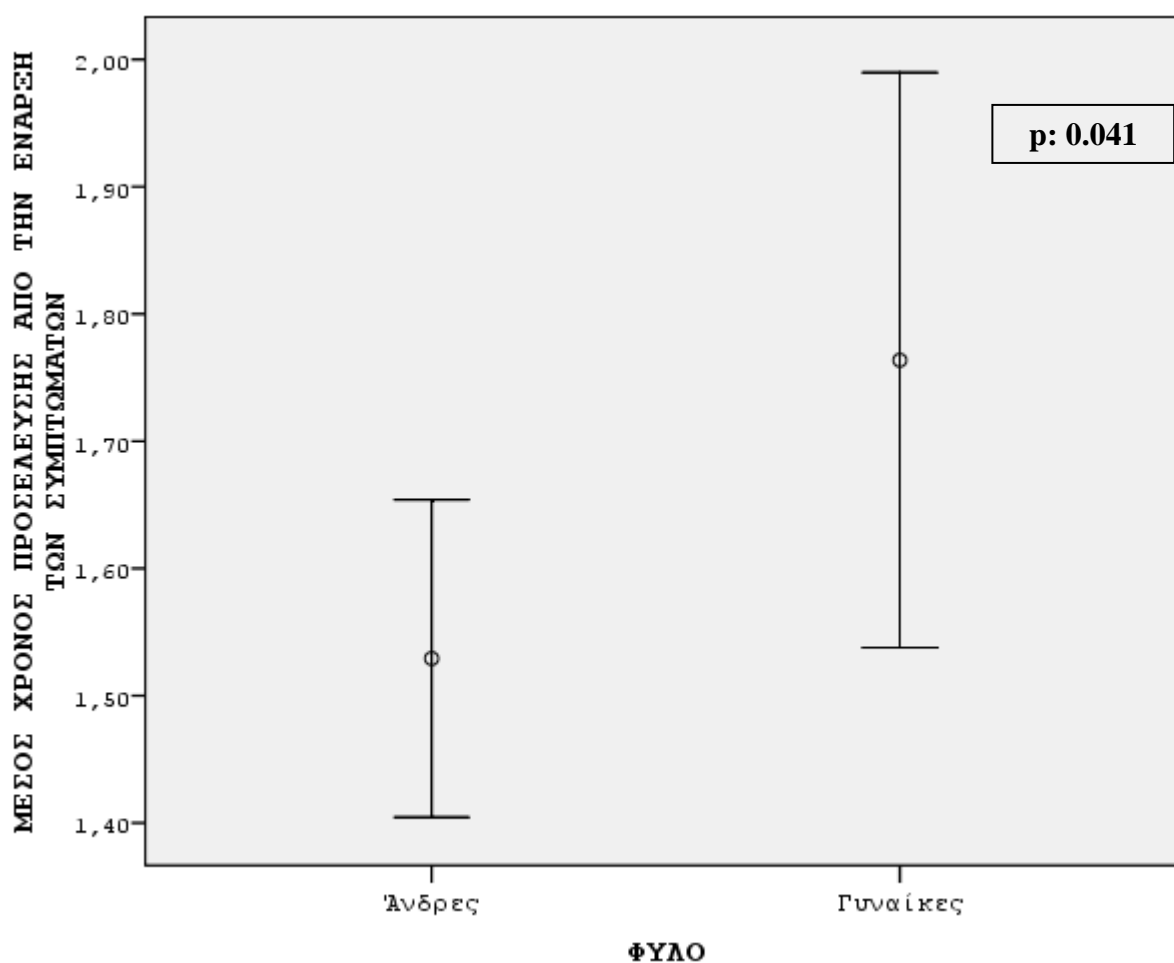
Πίνακας 22: Αιτία προσέλευσης στα ΤΕΠ

Αιτία προσέλευσης	Ανδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Μέλαινες	117 (45,5)	49 (44,5)	166 (45,2)
Αιματέμεση	49 (19,0)	22 (20,0)	71 (19,3)
Αιματοχεσία	4 (1,5)	2 (1,8)	6 (1,6)
Συγκοπτικό επεισόδιο	8 (3,1)	3 (2,7)	11 (3,0)
Αναιμία	7 (2,7)	7 (6,4)	14 (3,8)
Αιματέμεση και αιματοχεσία	6 (2,3)	1 (0,9)	7 (1,9)
Αιματέμεση και μέλαινες	34 (13,2)	13 (11,8)	47 (12,8)
Μέλαινες και συγκοπτικό επεισόδιο	13 (5,0)	1 (0,9)	14 (3,8)
Μέλαινες και αναιμία	8 (3,1)	3 (2,7)	11 (3,0)
Άτυπα συμπτώματα	4 (1,5)	5 (4,5)	9 (2,4)
Αιμορραγία κατά τη διάρκεια εξωτερικής ενδοσκόπησης	3 (1,1)	0 (0,0)	3 (0,8)
Αιματέμεση και συγκοπτικό επεισόδιο	2 (0,8)	1 (0,9)	3 (0,8)
Μέλαινα και αιματοχεσία	2 (0,8)	3 (2,7)	5 (1,3)

2.4.2 Χρόνος προσέλευσης

Η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού χαρακτηρίζεται από συμπτωματολογία που αφυπνίζει τον ασθενή και τον κινητοποιεί να αναζητήσει ιατρική παρέμβαση. Αυτό διαπιστώθηκε και στη συγκεκριμένη έρευνα με το μέσο χρόνο προσέλευσης να διαμορφώνεται στις 1,59 ημέρες. Φαίνεται μάλιστα πως οι άνδρες προσέρχονται ταχύτερα από τις γυναίκες, σε 1,53 έναντι 1,76 ημερών, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($p: 0.041$, 95% CI, σχήμα 7).

Σχήμα 7: Μέσος χρόνος προσέλευσης στα ΤΕΠ



2.4.3 Στοιχεία αντικειμενικής εξέτασης

Στοιχειώδη και αναντικατάστατα για τη ολοκληρωμένη και σωστή αξιολόγηση του ασθενή με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού θεωρούνται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, του αριθμού των σφύξεων, η διενέργεια δακτυλικής εξέτασης από το ορθό καθώς και η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα. Με τα

παραπάνω αφενός επιβεβαιώνεται η θέση της αιμορραγίας στον πεπτικό σωλήνα αφετέρου πραγματοποιείται μια πρώτη εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς.

Συστολική αρτηριακή πίεση-σφύξεις: Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές της συστολικής αρτηριακής πίεσης καθώς και του αριθμού των σφύξεων κατά την άφιξη των ασθενών. Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί ότι αυτές οι μέσες τιμές εμφανίζονται να είναι φυσιολογικές αλλά και το γεγονός ότι δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο φύλων.

Πίνακας 23: Συστολική αρτηριακή πίεση και αριθμός σφύξεων κατά την προσέλευση

	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
ΣΑΠ (mmHg)	127,3	124,27	126,42
Σφύξεις (/min)	86,47	87,47	86,16

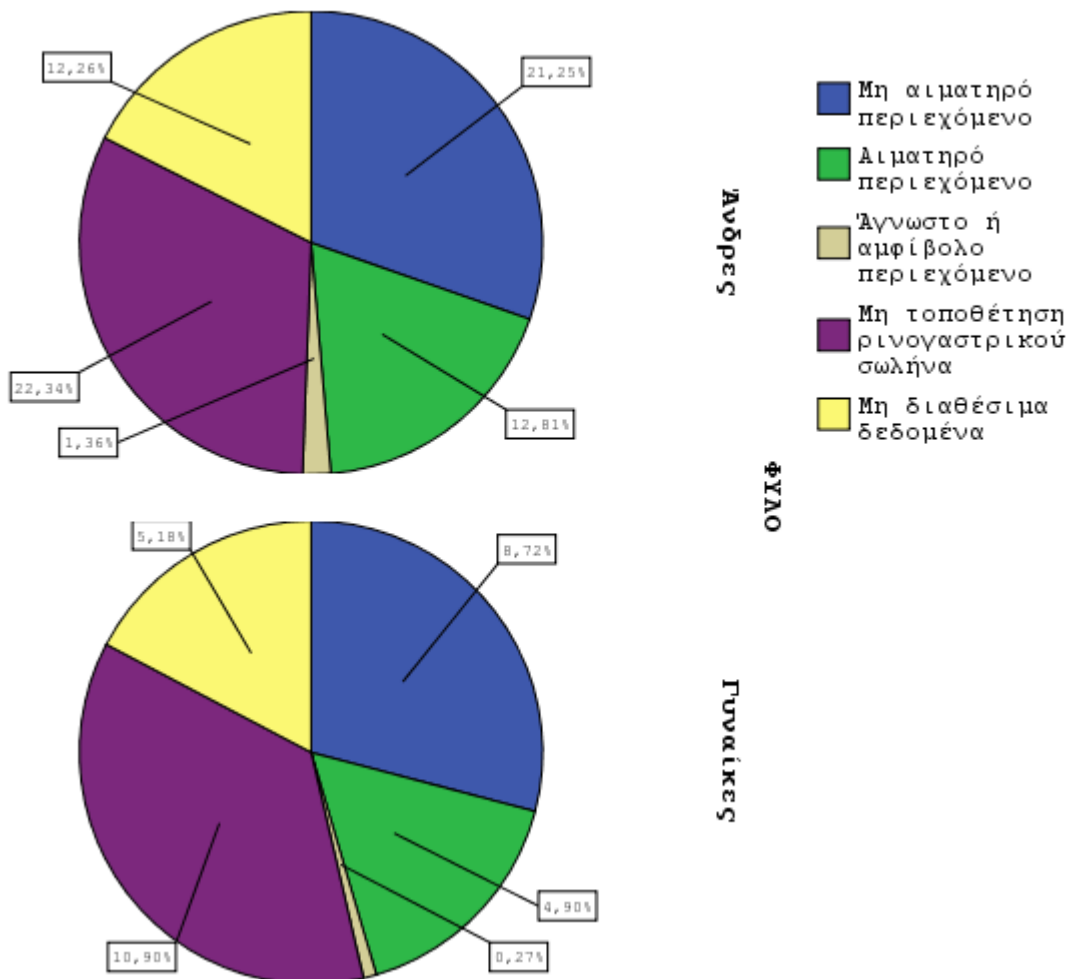
Ρινογαστρικός σωλήνας: Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα κατέδειξε την ύπαρξη αιματηρού περιεχομένου και συνεπώς την ύπαρξη ενεργούς και συνεχιζόμενης αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού στο 17,7% των περιπτώσεων. Παρόλα αυτά, αξιοσημείωτο είναι ότι σε ένα ποσοστό της τάξης του 50,7% αυτή η τόσο σημαντική ενέργεια για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού είτε δεν πραγματοποιήθηκε είτε δεν υπήρχαν δεδομένα για την τέλεσή της στο φάκελο νοσηλείας των ασθενών (Πίνακας 24, Σχήμα 8).

Πίνακας 24: Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και είδος περιεχομένου

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και είδος περιεχομένου	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Μη αιματηρό περιεχόμενο	78 (30,4)	32 (29)	110 (30)
Αιματηρό περιεχόμενο	47 (18,3)	18 (16,4)	65 (17,7)
Άγνωστο ή αμφίβολο περιεχόμενο	5 (1,9)	1 (0,9)	6 (1,6)
Μη τοποθέτηση	82 (31,9)	40 (36,4)	122 (33,2)
Απουσία δεδομένων	45 (17,5)	19 (17,3)	64 (17,5)
Σύνολο	257	110	367

Σχήμα 8: Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και είδος περιεχομένου

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και είδος περιεχομένου

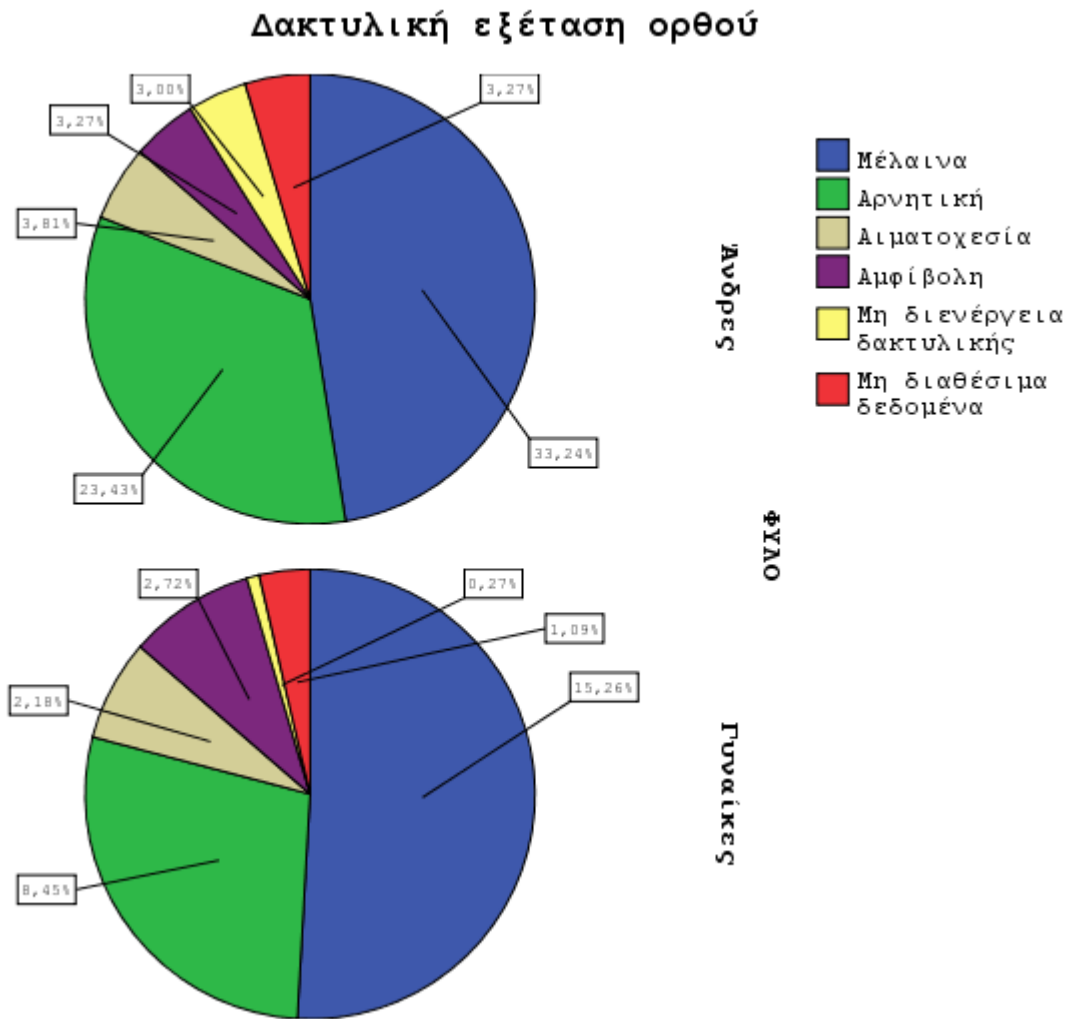


Δακτυλική εξέταση από το ορθό: Η δακτυλική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη μέλαινας κένωσης και συνεπώς αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού στο 48,5% των περιπτώσεων, ενώ καθαρή κένωση διαπιστώθηκε στο 31,9% των ασθενών. Επιπλέον, η δακτυλική εξέταση σε αντίθεση με τη τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα αποτελεί πάγια τακτική αφού δε διενεργήθηκε ή δεν υπήρχαν δεδομένα μόνο στο 7,6% των ασθενών (Πίνακας 24, Σχήμα 9).

Πίνακας 24: Δακτυλική εξέταση ορθού

Δακτυλική εξέταση	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Μέλαινα	122 (47,5)	56 (51)	178 (48,5)
Αρνητική	86 (33,4)	31 (28,2)	117 (31,9)
Αιματοχεσία	14 (5,4)	8 (7,3)	22 (6)
Αμφίβολη	12 (4,7)	10 (9)	22 (6)
Δε διενεργήθηκε	11 (4,3)	1 (0,9)	12 (3,3)
Απουσία δεδομένων	12 (4,7)	4 (3,6)	16 (4,3)
Σύνολο	257	110	367

Σχήμα 9: Ευρήματα δακτυλικής εξέτασης ορθού



2.5 Παρακλινικός έλεγχος

Η αξιολόγηση των ασθενών με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ολοκληρώνεται με τη διενέργεια παρακλινικού ελέγχου. Οι αιματολογικοί και βιοχημικοί δείκτες που προσδιορίζονται συμβάλλουν τα μέγιστα τόσο στην επιβεβαίωση της διάγνωσης όσο και στην εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Ο προσδιορισμός του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, του αριθμού αιμοπεταλίων και λευκών αιμοσφαιρίων, του INR καθώς και της ουρίας εισαγωγής είναι οι απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να διενεργηθούν με στόχο την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενούς και εκ των πραγμάτων αναζητήθηκαν και στη συγκεκριμένη μελέτη.

Πέραν αυτών, εξέχουσα θέση στη διαγνωστική και θεραπευτική προσπέλαση της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού κατέχει και η διενέργεια ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού κατά τις πρώτες ώρες νοσηλείας. Μέσω αυτής εντοπίζεται η θέση της αιμορραγίας και επιχειρείται η ανάσχεσή της. Η πραγματοποίηση ενδοσκόπησης ή όχι, ο χρόνος που αυτό συνέβη καθώς και τα ευρήματά της, αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας της συγκεκριμένης μελέτης με αξιολογα αποτελέσματα.

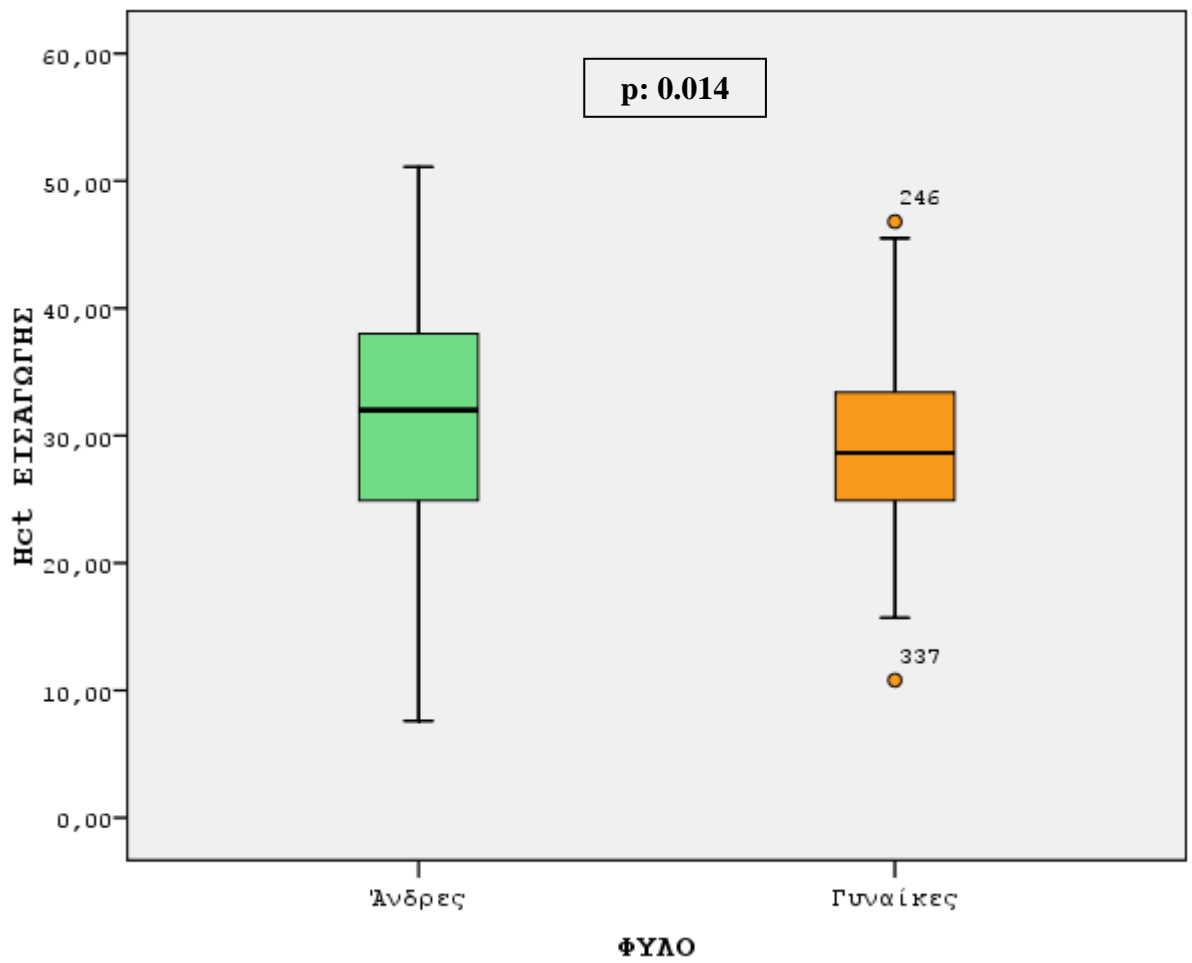
2.5.1 Αιματολογικές - Βιοχημικές παράμετροι εισαγωγής

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, του αριθμού αιμοπεταλίων, του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, του INR και της ουρίας που ανευρέθηκαν κατά την εισαγωγή των ασθενών. Η εκσεσημασμένη αύξηση στην τιμή της ουρίας, οι μειωμένες τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης και ο παρατεταμένος χρόνος του INR δεν προκαλούν εντύπωση και επιβεβαιώνουν τα ήδη διεθνώς παρατηρούμενα δεδομένα. Επιπλέον, από την περαιτέρω ανάλυση των στοιχείων διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης σε βαθμό στατιστικώς σημαντικό (p: 0.014 και p: 0.017, αντίστοιχα, 95% CI, σχήματα 10 και 11) σε σχέση με τις γυναίκες.

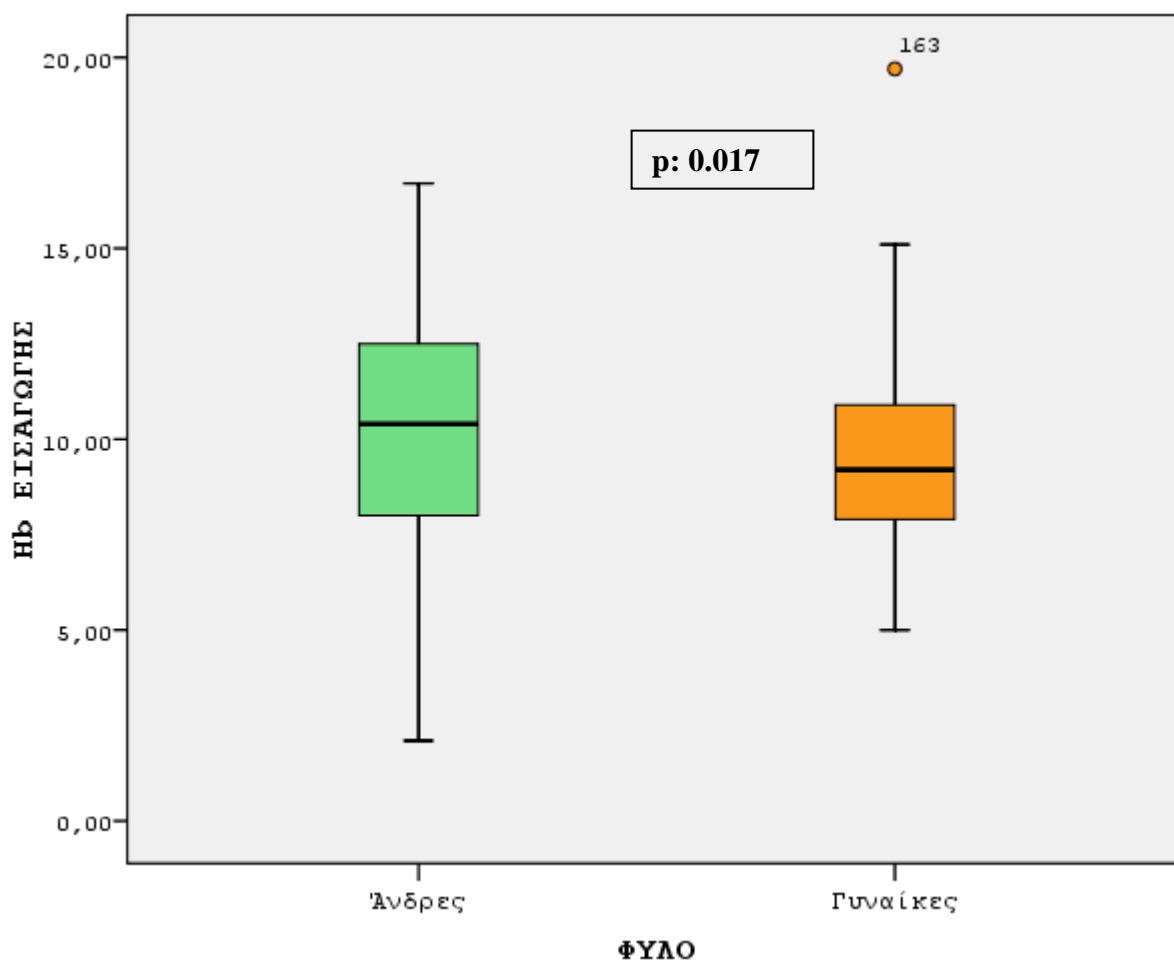
Πίνακας 25: Εργαστηριακά ευρήματα εισαγωγής

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ουρία(mg/dl)	80,44	88,14	82,75
Hct (%)	31,67	29,3	30,96
Hb (g/dl)	10,3	9,5	10,05
PLT (/μl)	251.412	264.172	255.237
WBC (/μl)	9.878	9.746	9.839
INR	1,52	1,62	1,55

Σχήμα 10: Hct εισαγωγής ανδρών στα δύο φύλα



Σχήμα 11: Hb εισαγωγής στα δύο φύλα



2.5.2 Ενδοσκόπηση

Όσο αφορά στην ενδοσκόπηση, μελετήθηκε η διενέργειά της ή όχι, ο χρόνος που αυτό συνέβη και τα ευρήματα αυτής.

Διενέργεια ενδοσκόπησης: Από το σύνολο των 367 περιπτώσεων με διάγνωση εξόδου οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ενδοσκόπηση πραγματοποιήθηκε στους 260. Σε 107 ασθενείς, 65 άνδρες και 42 γυναίκες, δηλαδή στο 29,2% του συνόλου των περιπτώσεων η σημαντική αυτή διαγνωστική και θεραπευτική εξέταση δε διενεργήθηκε (Πίνακας 26). Οι λόγοι που αυτό συνέβη καθώς και η διάκριση με βάση το φύλο αναλυτικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 27.

Πίνακας 26: Διενέργεια ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού (συγκεντρωτικά)

Ενδοσκόπηση	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Ναι	192 (74,7)	68 (61,8)	260 (70,8)
Όχι	65 (25,3)	42 (38,2)	107 (29,2)
Σύνολο	257	110	367

Πίνακας 27: Διενέργεια ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού

Ενδοσκόπηση	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Ναι	171 (66,5)	57 (51,8)	228 (62,2)
Ναι, όχι στο νοσοκομείο	12 (4,7)	9 (8,2)	21 (5,8)
Ναι, > 1 φορά	9 (3,5)	2 (1,8)	11 (3)
Όχι, αυξημένος κίνδυνος	4 (1,6)	3 (2,7)	7 (1,9)
Όχι, θάνατος ή διακομιδή σε άλλο νοσοκομείο	15 (5,8)	13 (11,8)	28 (7,6)
Όχι, τεχνικά προβλήματα	5 (1,9)	4 (3,6)	9 (2,4)
Όχι, απόφαση ασθενούς	13 (5,0)	6 (5,4)	19 (5,1)
Όχι, άλλοι λόγοι	27 (10,5)	15 (13,6)	42 (11,4)
Όχι, αδυναμία γαστρεντερολόγου	1 (0,4)	1 (0,9)	2 (0,5)

Χρόνος ενδοσκόπησης: Πέρα από τη διενέργεια ή όχι ενδοσκόπησης εξίσου σημαντικός είναι και ο χρόνος τέλεσής της. Παρατηρήθηκε ότι στο 70,8% επί του συνόλου των ασθενών που ενδοσκοπήθηκε, ο μέσος χρόνος ενδοσκόπησης από την ημέρα εισαγωγής ήταν 3,79 ημέρες, με τους άνδρες να ενδοσκοπούνται στις 3,8 και τις γυναίκες στις 3,78 ημέρες, αντίστοιχα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ενδοσκόπηση σε περιπτώσεις οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού πρέπει να διενεργείται το πρώτο 24ώρο. Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα παραπάνω αποτελέσματα με τη προσθήκη του μέσου χρόνου που οι ασθενείς προσέρχονται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών, δηλαδή του μέσου χρονικού διαστήματος που περνά έως οι ασθενείς αναζητήσουν ιατρική βοήθεια.

Πίνακας 28: Μέσος χρόνος προσέλευσης-ενδοσκόπησης (ημέρες) ανά φύλο

Μέσος χρόνος	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Προσέλευσης στα ΤΕΠ από έναρξη συμπτωμάτων	1,53	1,76	1,59
Ενδοσκόπησης από εισαγωγή ασθενούς	3,8	3,78	3,78

Ευρήματα ενδοσκόπησης: Τέλος, σε ό,τι αφορά στα ευρήματα των ενδοσκοπήσεων, τις περισσότερες φορές περιγράφονται περισσότερα του ενός ευρήματα στα οποία θα μπορούσε να αποδοθεί η αιμορραγία (Πίνακας 29). Στον Πίνακα 30 παρουσιάζεται μια προσπάθεια ομαδοποίησης των στοιχείων αυτών από όπου προκύπτει ότι η συχνότερα περιγραφόμενη βλάβη είναι ο συνδυασμός διαβρώσεων με έλκος, ακολουθούμενη από το πεπτικό έλκος και τις διαβρώσεις.

Πίνακας 29: Ευρήματα ενδοσκόπησης ανωτέρου πεπτικού

Ευρήματα ενδοσκόπησης ανωτέρου πεπτικού	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Έλκος στομάχου με στίγματα ενεργού αιμορραγίας	4 (2,1)	0 (0)	4 (1,5)
Έλκος στομάχου με στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας	6 (3,15)	2 (2,9)	8 (3)
Έλκος στομάχου χωρίς στίγματα αιμορραγίας	9(4,7)	3 (4,4)	12 (4,5)
Έλκος βολβού με στίγματα ενεργού αιμορραγίας	7 (3,6)	2 (2,9)	9 (3,5)
Έλκος βολβού με στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας	7 (3,6)	4 (5,8)	11 (4,2)
Έλκος βολβού χωρίς στίγματα αιμορραγίας	5 (2,6)	4 (5,8)	9 (3,5)
Διαβρωτική γαστρίτιδα	17 (8,8)	11 (16,5)	28 (10,7)
Διαβρωτική δωδεκαδακτυλίτιδα	3 (1,5)	1 (1,45)	4 (1,5)
Διαβρωτική γαστροδωδεκαδακτυλίτιδα	6 (3,15)	1 (1,45)	7 (2,7)
Έλκος σε αναστόμωση	9 (4,7)	2 (2,9)	11 (4,2)
Διαβρώσεις και έλκος χωρίς στίγματα αιμορραγίας	54 (28,2)	15 (22,4)	69 (26,7)
Διαβρώσεις και έλκος με στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας	17 (8,85)	4 (5,9)	21 (8,1)
Διαβρωτική οισοφαγίτιδα (μόνη ή σε συνδυασμό)	19 (9,9)	6 (8,7)	25 (9,7)
Μόρφωμα που αιμορραγεί	4 (2,1)	4 (5,8)	8 (3,1)
Έλκος ή διαβρώσεις οισοφάγου που αιμορραγούν	2 (1,05)	1 (1,45)	3 (1,1)
Κιρσοί οισοφάγου/πυλαία υπέρταση	17 (8,85)	1 (1,45)	18 (7)
Περισσότερα από 1 έλκη	2 (1,05)	2 (2,9)	4 (1,5)
Χωρίς ευρήματα σχετιζόμενα με αιμορραγία	4 (2,1)	5 (7,3)	9 (3,5)
	192	68	260

Πίνακας 30: Ομαδοποίηση ευρημάτων ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού

Ευρήματα ενδοσκόπησης ανώτερου πεπτικού	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό (%)
Πεπτικό έλκος	57	21,9
Έλκος αναστόμωσης	11	4,2
Διαβρώσεις(γαστρικές,12/λου,συνδυασμός)	39	15
Κιρσοί	18	6,9
Συνδυασμός διαβρώσεων –έλκους	90	34,6
Έλκος-διαβρώσεις οισοφάγου	28	10,8
Μόρφωμα	8	3,1
Χωρίς ευρήματα	9	3,5
Σύνολο	260	100

2.6 Θεραπεία-Πορεία νόσου

Κάθε ασθενής με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού απαιτεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στενή ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση. Η χορήγηση της ενδεδειγμένης φαρμακευτικής αγωγής και η χορήγηση επί ενδείξεων μονάδων αίματος και πλάσματος είναι επιβεβλημένη, όπως και η παρακολούθηση συγκεκριμένων εργαστηριακών παραμέτρων. Παρά τις προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας, ορισμένοι ασθενείς επαναιμορραγούν, άλλοι καταλήγουν και ορισμένοι χρήζουν πιο εξειδικευμένης φροντίδας. Τα ποσοστά επαναιμορραγίας, θνητότητας μαζί με τη μέση διάρκεια νοσηλείας αποτελούν σημαντικούς δείκτες για την οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Όλα τα παραπάνω, καθώς οι οδηγίες εξόδου, η αγωγή εξόδου και ο εργαστηριακός έλεγχος προ του εξιτηρίου αποτελούν δείκτες ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης έρευνας.

2.6.1 Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή στις αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού συμβάλλει τα μέγιστα στη θεραπευτική αντιμετώπιση και μαζί με την ενδοσκόπηση αποτελούν τα κύρια όπλα στη θεραπευτική φαρέτρα. Κατά κανόνα, χρησιμοποιούνται δύο ομάδες σκευασμάτων με την πρώτη να στοχεύει στην καταστολή της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος και τη δεύτερη στη μείωση της σπλαχνικής ροής του αίματος.

Φαρμακευτικές ουσίες που καταστέλλουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος: Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Χαρακτηριστικό είναι ότι χορηγήθηκαν στο 99,2% των ανδρών και στο 98,2% των γυναικών, με το συνολικό ποσοστό να αγγίζει το 98,9% (Πίνακας 31). Από τα δασολογικά σχήματα χορήγησης των αναστολέων αντλίας πρωτονίων ευρέως προτιμάται η χορήγηση ενδοφλεβίως 40mg/4 φορές την ημέρα, με τη συνεχή στάγδην έγχυση να καταλαμβάνει την τρίτη θέση (Πίνακας 32).

Πίνακας 31: Χορηγηθέντα σκευάσματα γαστροπροστασίας

Σκεύασμα	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
PPIs	255 (99,2)	108 (98,2)	363 (98,9)
Άλλο	2 (0,8)	2 (1,8)	4 (1,1)
ΣΥΝΟΛΟ	257	110	367

Πίνακας 32: Σχήματα χορήγησης αναστολέων αντλίας πρωτονίων

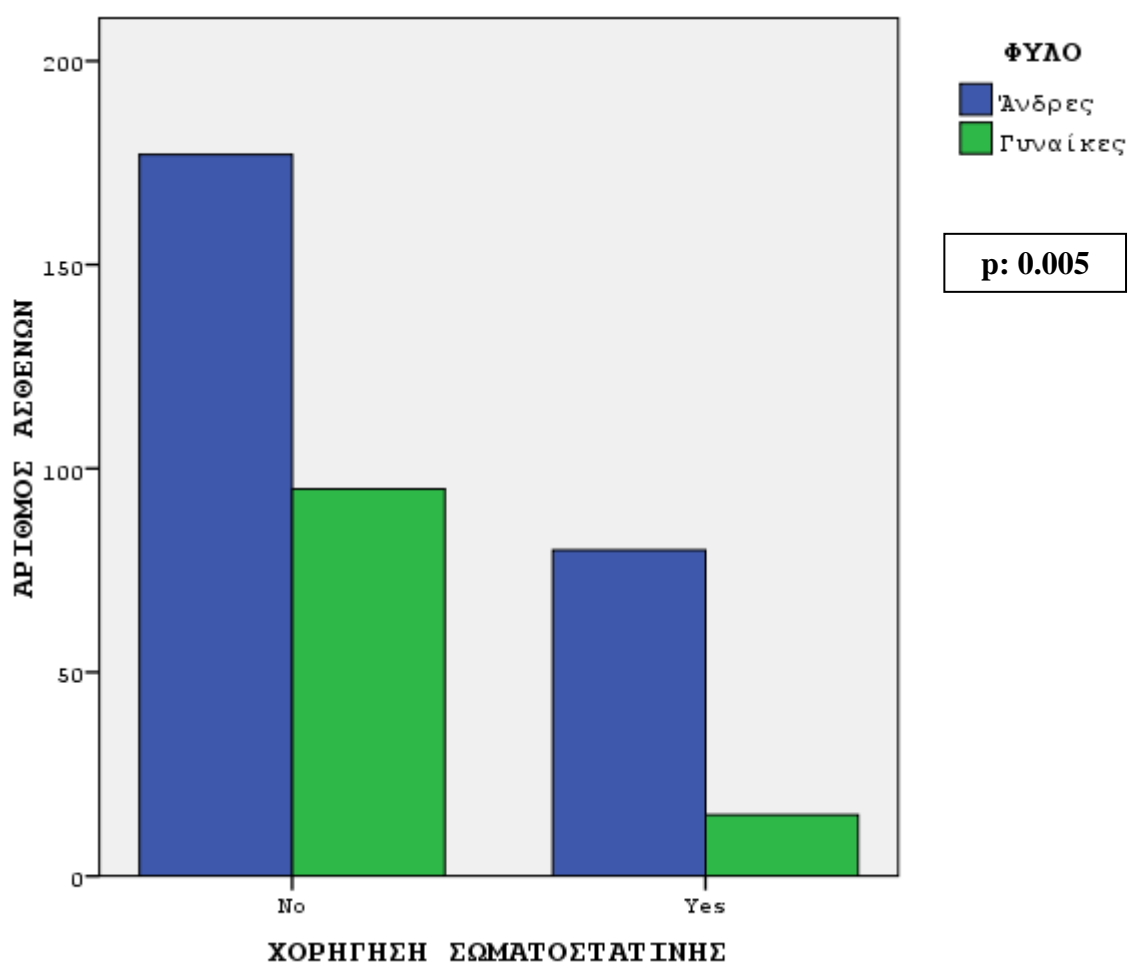
Χορήγηση PPIs	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
IV 1 x 4	210 (82,3)	83 (76,8)	293 (80,7)
IV 1 x 2	28 (11,0)	16 (14,8)	44 (12,1)
IV 2 x 2	4 (1,5)	0 (0)	4 (1,1)
Συνεχής έγχυση	13 (5,1)	9 (8,3)	22 (6,1)
Σύνολο	255	108	363

Φαρμακευτικές ουσίες που μειώνουν τη σπλαχνική ροή αίματος: Η μοναδική δραστική ουσία από την ομάδα των φαρμάκων αυτών που χρησιμοποιήθηκε στις αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού είναι η σωματοστατίνη. Συγκεκριμένα, χορηγήθηκε σε 95 από τις συνολικά 367 περιπτώσεις, δηλαδή σε ένα ποσοστό της τάξης του 25,9%. Επιπλέον, η χορήγηση της στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 33, Σχήμα 12).

Πίνακας 33: Χορήγηση σωματοστατίνης

Χορήγηση σωματοστατίνης	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Όχι	177 (68,9)	95 (86,4)	272
Ναι	80 (31,1)	15 (13,6)	95
Σύνολο	257	110	367

Σχήμα 12: Χορήγηση σωματοστατίνης



2.6.2 Μεταγγίσεις

Η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού εξαιτίας απώλειας ενδοαγγειακού όγκου προκαλεί υποογκαιμία, η οποία πολύ συχνά δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με τη χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων. Επιπλέον, συχνά σε ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού παρατηρούνται διαταραχές του μηχανισμού πήξης του αίματος

που χρήζουν άμεσης διόρθωσης. Συνεπώς, οι μεταγγίσεις ασκών συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και πλάσματος αποτελούν συνήθη πρακτική, κατόπιν ενδείξεων, στην υποστηρικτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής.

Όσον αφορά στις μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών διαπιστώθηκε ότι στο 1/3 των ασθενών δεν πραγματοποιήθηκε καμία μετάγγιση. Η μεγαλύτερη πλειονότητα των ασθενών -σε ποσοστό 55,6% -έλαβαν έως τέσσερις φιάλες ,η μέση τιμή διαμορφώθηκε σε δύο μονάδες ερυθρών ενώ η ακραία μέγιστη τιμή ήταν δεκαεπτά φιάλες (Πίνακας 34). Τα αποτελέσματα διαφέρουν ως προς τη χορήγηση πλάσματος με το 76,2% των ασθενών να μη λαμβάνει κανένα ασκό. Από το εναπομείναν 23,8%, το 17,2% έλαβε έως δύο μονάδες (Πίνακας 35).

Πίνακας 34: Αριθμός μονάδων συμπυκνωμένων ερυθρών ανά φύλο

Αριθμός ΜΣΕ	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Καμία	91 (35,4)	31 (28,3)	122 (33,1)
1	41 (15,9)	19 (17,4)	60 (16,1)
2	35 (13,6)	23 (20,9)	58 (15,7)
3	28 (10,9)	20 (18,1)	48 (13)
4	28 (10,9)	12 (10,8)	40 (10,8)
5	13 (5,1)	2 (1,8)	15 (4,1)
6	8 (3,2)	1 (0,9)	9 (2,7)
7	4 (1,6)	1 (0,9)	5 (1,5)
8	4 (1,6)	0 (0)	4 (1,2)
9	3 (1,2)	0 (0)	3 (0,9)
10	0	1 (0,9)	1 (0,3)
12	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,3)
17	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,3)
Σύνολο	257	110	367

Πίνακας 35 :Αριθμός μονάδων πλάσματος ανά φύλο

Αριθμός FFP	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Καμία	194 (75,4)	87 (79,3)	281 (76,2)
1	24 (9,3)	7 (6,3)	31 (8,2)
2	24 (9,3)	9 (8,1)	33 (9)
3	4 (1,6)	3 (2,7)	7 (2,1)
4	6 (2,9)	2 (1,8)	8 (2,4)
5	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,3)
6	2 (0,8)	1 (0,9)	3 (0,9)
7	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,3)
9	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,3)
16	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,3)
Σύνολο	257	110	367

2.6.3 Επαναιμορραγία

Από τους 367 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό, ελάχιστοι παρουσίασαν νέο επεισόδιο αιμορραγίας. Συγκεκριμένα, 8/257 άνδρες (3,1%) και 2/110 γυναίκες (1,8%) επαναιμορράγησαν κατά τη νοσηλεία τους, με το συνολικό ποσοστό να διαμορφώνεται στο 2,7% . Από το σύνολο των ασθενών που επαναιμορράγησαν, οι τέσσερις (40%) έλαβαν εξιτήριο, ένας κατέληξε (10%), ένας μεταφέρθηκε στη χειρουργική κλινική της Ν. Μ. Σπάρτης για άμεση χειρουργική αντιμετώπιση (10%) και οι υπόλοιποι τέσσερις ασθενείς (40%) διακομίσθηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

2.6.4 Μέση διάρκεια νοσηλείας

Η μέση διάρκεια νοσηλείας αποτελεί δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βιβλιογραφικά, η μέση διάρκεια νοσηλείας για την οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού είναι μεταξύ των 4 με 7 ημερών. Από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας η μέση διάρκειας νοσηλείας στο νομό Λακωνίας καθορίστηκε στις 6,85 ημέρες για το υπό εξέταση χρονικό διάστημα. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε διαφορά ως προς τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ανδρών (6,89 ημέρες) και γυναικών (6,76 ημέρες).

2.6.5 Έκβαση

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας κατά τα έτη 2010-2014 εμφανίζει θνητότητα 5,7%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά ανά φύλο είναι 5,1% για τους άνδρες και 7,3% για τις γυναίκες. Η κατ' έτος θνητότητα παρουσιάζει διακυμάνσεις με την ελάχιστη τιμή το 2014 και την μέγιστη τιμή το 2010. Αξιόλογο είναι να αναφερθεί ότι η θνητότητα ως προς το σύνολο των ασθενών λαμβάνει τιμές χαμηλότερες των διεθνών καταγεγραμμένων (5-10%) για τα έτη 2011 και 2014, ενώ για τα έτη 2010,2012 και 2013 βρίσκεται εντός αυτών (Πίνακας 36).

Πίνακας 36: Θνητότητα κατά έτος και φύλο

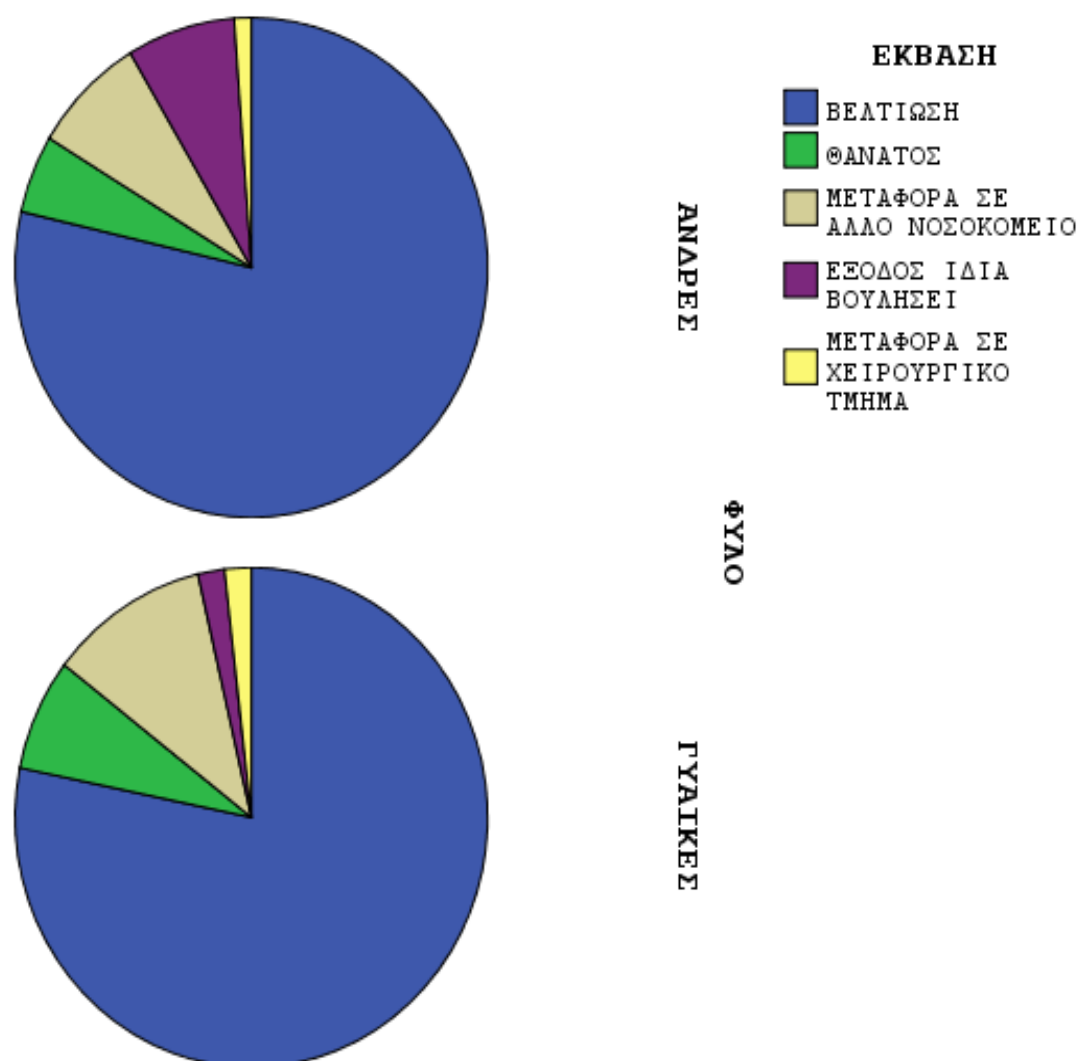
Θνητότητα	2010	2011	2012	2013	2014	Σύνολο
Άρρεν (%)	4 (7,7)	1 (1,9)	3 (5)	3 (7,1)	2 (3,8)	13 (5,1)
Θήλυ (%)	2 (14,3)	1 (5,9)	2 (6,3)	3 (11,5)	0 (0)	8 (7,3)
Σύνολο (%)	6 (9,1)	2 (2,9)	5 (5,4)	6 (8,8)	2 (2,7)	21 (5,7)

Στον Πίνακα 37 και στο Σχήμα 13 παρουσιάζονται όλες οι πιθανές εκβάσεις των 367 ασθενών που μελετήθηκαν. Πέρα από τη σχετικά χαμηλή θνητότητα της νόσου, αξιόλογο είναι να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό ασθενών της τάξης του 8,7% διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για παροχή πιο εξειδικευμένης φροντίδας.

Πίνακας 37: Έκβαση ασθενών

Έκβαση	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)	Σύνολο (%)
Εξιτήριο	202 (78,6)	86 (78,2)	288 (78,5)
Θάνατος	13 (5,1)	8 (7,3)	21 (5,7)
Διακομιδή σε άλλο νοσοκομείο	20 (7,8)	12 (10,9)	32 (8,7)
Έξοδος ίδια βουλήσει	19 (7,4)	2 (1,8)	21 (5,7)
Μεταφορά σε χειρουργικό τμήμα	3 (1,1)	2 (1,8)	5 (1,4)
Σύνολο	257	110	367

Σχήμα 13: Έκβαση ασθενών



2.6.6 Οδηγίες- Παρακλινικός έλεγχος εξόδου

Η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας κατέδειξε ότι η πλειονότητα των ασθενών με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού παρουσίασε βελτίωση. Συγκεκριμένα, από τους 367 ασθενείς οι 288 (78,5%) έλαβαν εξιτήριο από την Παθολογική Κλινική της Ν. Μ. Σπάρτης, 202 (78,6%) από τους 257 άνδρες και 86 (78,2%) από τις 110 γυναίκες. Στην ομάδα αυτή καταγράφηκαν οι οδηγίες και η φαρμακευτική αγωγή εξόδου καθώς και ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η ουρία εξόδου.

Ειδικότερα, όσοι έλαβαν εξιτήριο παρουσιάζουν σαφή άνοδο του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης τους καθώς και μείωση της τιμής της ουρίας σε σχέση με την

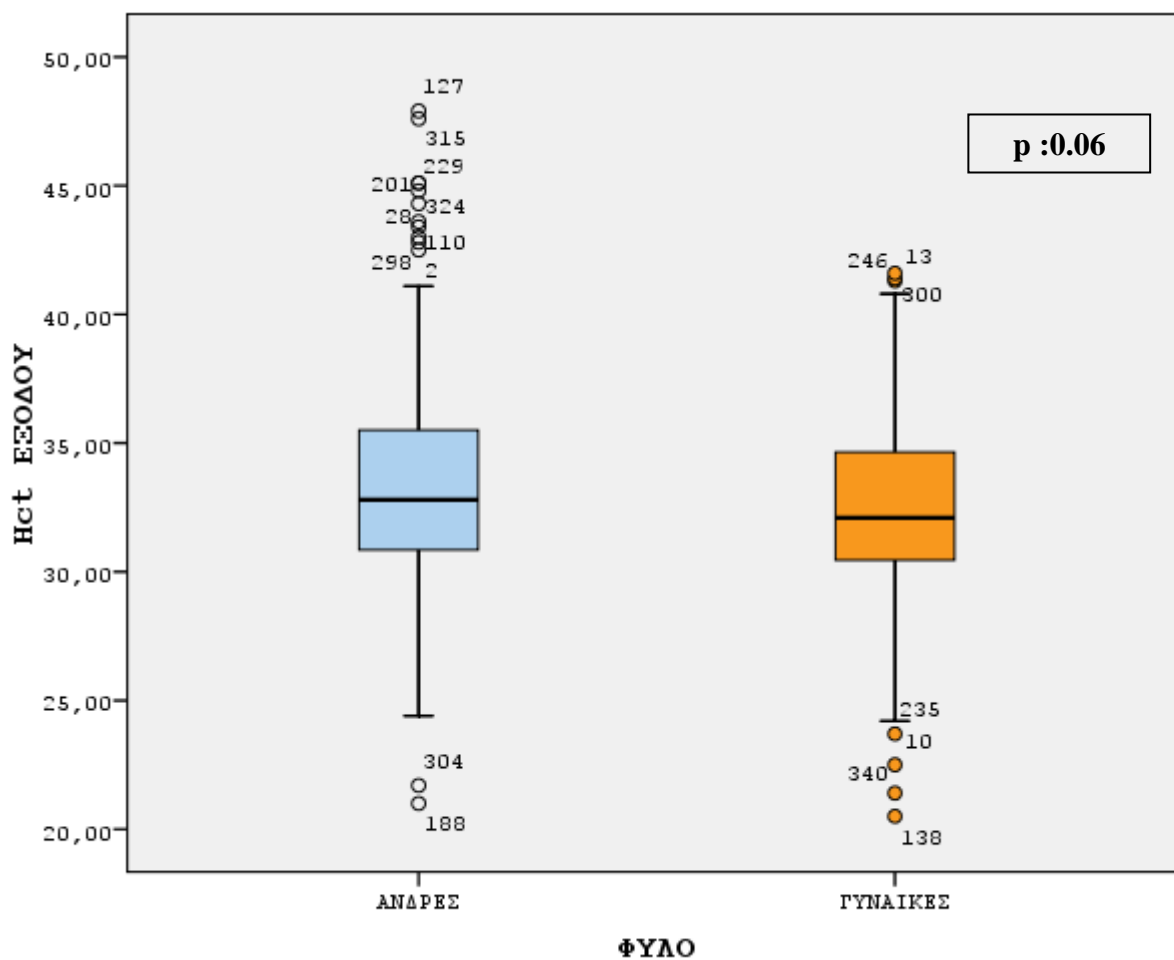
εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ($p < 0.05$). Οι μέσες τιμές των παραμέτρων αυτών φαίνονται στον Πίνακα 38.

Πίνακας 38: Κύρια εργαστηριακά ευρήματα κατά την έξοδο

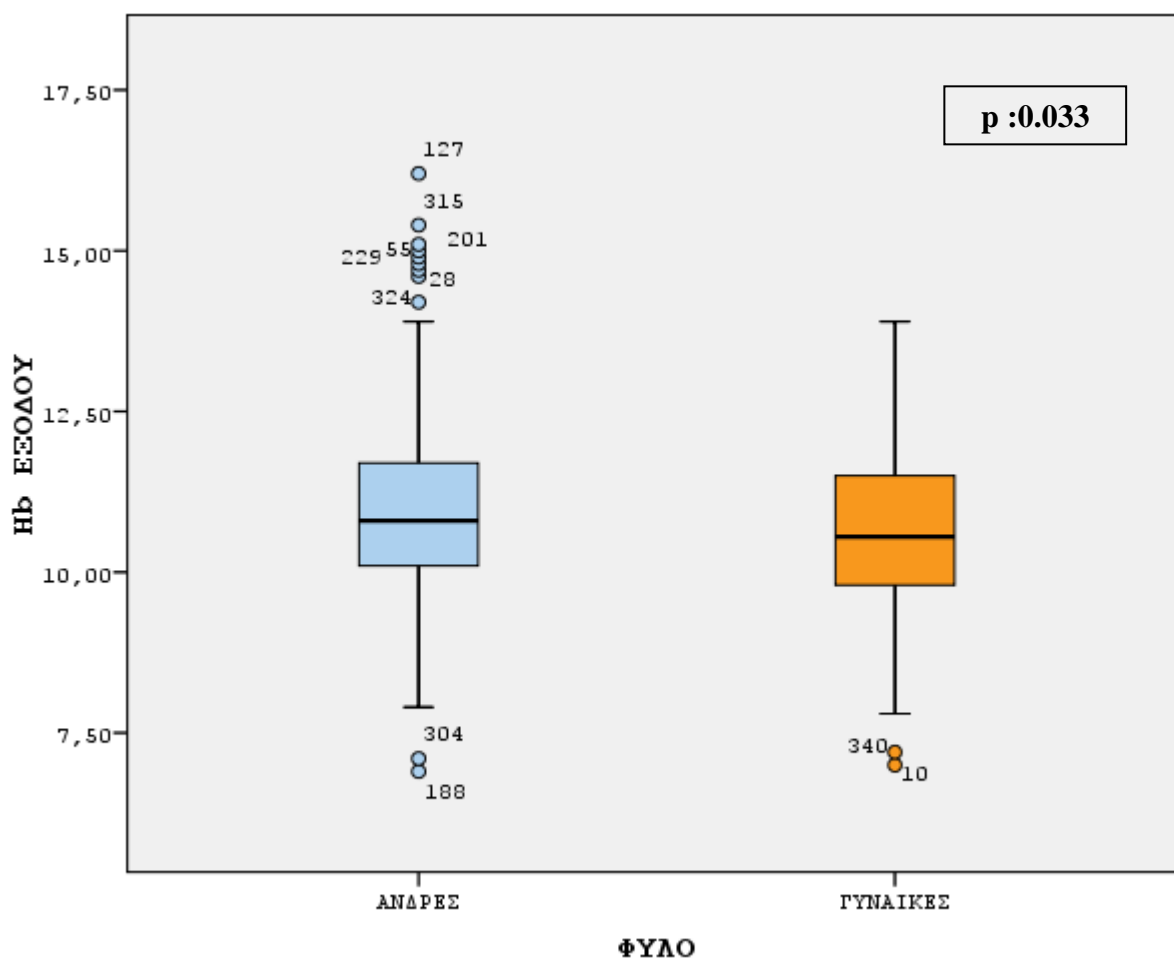
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ουρία (mg/dl)	37,02	46,41	30,98
Hct (%)	33,39	32,46	33,11
Hb (g/dl)	10,99	10,63	10,89

Επιπλέον, και κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, παρατηρείται η αναμενόμενη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης ($p: 0.06$ και $p: 0.033$, αντίστοιχα, Σχήμα 14,15).

Σχήμα 14: Hct εξόδου σε άνδρες και γυναίκες

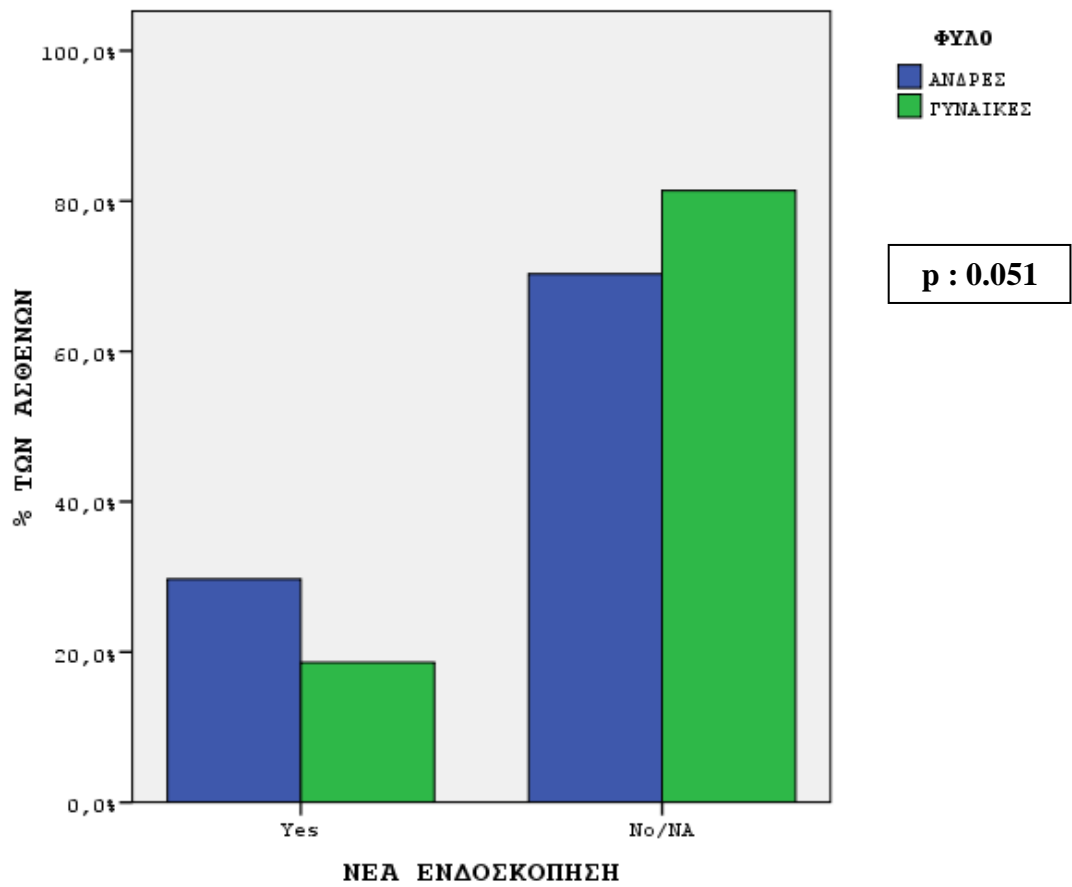


Σχήμα 15: Hb εξόδου σε άνδρες και γυναίκες



Όσον αφορά στις οδηγίες εξόδου, για τη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (82,8%) περιελάμβαναν τη χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Σύσταση για νέα ενδοσκόπηση έλαβαν 82 άτομα (28,5%) από το σύνολο των 288 που έλαβαν εξιτήριο, 66/202 άνδρες (32,7%) και 16/86 γυναίκες (18,6%). Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων βρέθηκε να είναι οριακά στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο του 0.051 (Σχήμα 16).

Σχήμα 16: Σύσταση για νέα ενδοσκόπηση



3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αποτελεί μια συχνά απαντώμενη κλινική οντότητα. Το χρονικό διάστημα 2010- 2014 στο νομό Λακωνίας νοσηλεύτηκαν συνολικά 367 ασθενείς, με τις περισσότερες νέες περιπτώσεις, 92 σε απόλυτο αριθμό, να καταγράφονται το έτος 2012.. Η επίπτωση της νόσου ανά 100.000 κατοίκους όλα τα έτη πλην του 2012 παρουσιάζει τιμές της τάξης των 76 νέων περιστατικών, ευρισκόμενη σε σαφώς χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τα παγκοσμίως παρατηρούμενα των 100-150 ασθενών (1, 2, 3). Ακόμη και το 2012, το έτος που εμφανίζεται η μεγαλύτερη επίπτωση με 103,21 νέες περιπτώσεις/ 100.000 κατοίκους, η τιμή αυτή μετα βίας υπερβαίνει τις ελάχιστες καταγεγραμμένες τιμές στη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας είναι στην πλειονότητά τους άνδρες, με τη συμμετοχή των γυναικών να προσεγγίζει το 30%. Το γεγονός αυτό επιδρά στην επίπτωση της νόσου με βάση το φύλο, με τους άρρενες να εμφανίζουν μέση τιμή επίπτωσης 112,62 σαφώς υψηλότερη από 50,56 των γυναικών.

Ηλικιακά, τα άτομα που αιμορραγούν είναι άνω των 65 (60,7% των ανδρών και 87,3% των γυναικών). Η μέση ηλικία για τους άνδρες είναι 68,62 έτη και για τις γυναίκες 77,45 έτη, με την ηλικιακή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων να είναι στατιστικώς σημαντική με $p < 0.005$. Η νόσος χαρακτηρίζεται ως νόσος των ηλικιωμένων, καθώς το 50,2% του συνόλου του δείγματος είναι άνω των 75 ετών, ενώ ηλικία άνω των 85 ετών διαπιστώνεται στο 33,7% των γυναικών και στο 16,8% των ανδρών. Το γεγονός ότι η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού πλήττει κυρίως τους μεγαλύτερους των 65 ετών επιβεβαιώνεται και από σειρά άλλων μελετών (6, 63, 64). Αποδίδεται κυρίως στην ευρεία εξάπλωση και χρήση της ενδοσκοπησης, στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση όσον αφορά στην εμφάνιση κιρσών οισοφάγου και την πρόληψη της αιμορραγίας αυτών, στη συστηματική προσπάθεια για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού καθώς και στην ευρεία διάδοση και χρήση των αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Αυτή η ηλικιακή κατανομή της νόσου αποτελεί επιπλέον και μία από τις αιτίες του αμεταβλήτου ποσοστού θνητότητας της τάξης του 5-10% (7) που εμφανίζει η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού από το 1970, παρά την εφαρμογή σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων.

Στη συντριπτική τους πλειονότητα οι ασθενείς είναι Έλληνες (97,5%) και κάτοικοι της πρωτεύουσας (48,2%), διαπίστωση που δεν προκαλεί έκπληξη καθώς ανάλογη είναι και η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού στο νομό.

Όσον αφορά στο ατομικό αναμνηστικό, το 80% των ασθενών εμφανίζει τουλάχιστον μία συννοσηρότητα, γεγονός απολύτως λογικό αν ληφθεί υπόψη η μέση ηλικία. Οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο ιστορικό προηγηθείσας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού και ενδοκοιλιακής επέμβασης σε σχέση με τις γυναίκες σε βαθμό στατιστικώς σημαντικό ($p < 0.005$ και $p: 0.040$ αντίστοιχα), ενώ επιπλέον παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική υπεροχή σε σχέση με την κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης ($p < 0.005$) και τη συνήθεια του καπνίσματος ($p < 0.005$). Όλα τα παραπάνω, θα μπορούσαν να εξηγήσουν τη συμμετοχή των αρρένων κατά 70% στο συνολικό δείγμα, καθώς αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες και έχουν συσχετιστεί με ποικίλες αιτίες πρόκλησης οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή, μόνο το 14,4% των ασθενών ελάμβανε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σκευάσματα, ενώ το ποσοστό συστηματικής λήψης αντιαιμοπεταλιακών ανέρχεται σε 31,5%, με την ασπιρίνη να κατέχει την πρώτη θέση με 60,7% (71/117). Όσον αφορά στα αντιπηκτικά, εμφανίζεται στατιστική σημαντικότητα στη χρήση τους από τις γυναίκες ($p < 0.005$), ενώ οι ανταγωνιστές της βιταμίνης K είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι (82,6%- 38/46). Σημαντικό είναι σε αυτό το σημείο να αναφερθεί, ότι το ποσοστό των ασθενών που ελάμβαναν NOACs και αιμορράγησαν από το σύνολο των ασθενών που ελάμβαναν αντιπηκτικά και παρουσίασαν αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ανέρχεται στο 4,3% (2/46). Το εύρημα όμως αυτό σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ληφθεί σαν έμμεσο στοιχείο απόδειξης της υπεροχής τους, σε σχέση με τους ανταγωνιστές Vit K, όσον αφορά στην ασφάλεια χρήσης τους. Η εξήγηση έγκειται αφενός μεν στο πολύ μικρό μέγεθος του δείγματος που ελάμβανε από του στόματος αντιπηκτικά (46 άτομα), αλλά και στο γεγονός ότι στα υπό εξέταση έτη 2010-2014 η διάδοση και η χρήση των NOACs στο νομό Λακωνίας ήταν από ελάχιστη έως μηδενική.

Οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αναφέροντας μέλαινες κενώσεις στο 45,2%, αιματέμεση στο 19% και συνδυασμό αυτών στο 12,8%. Ο μέσος χρόνος προσέλευσής τους είναι 1,59 ημέρες με τους άνδρες να αναζητούν ταχύτερα ιατρική βοήθεια σε σχέση με τα θήλεα σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (1,53 έναντι 1,76 ημέρες, $p: 0.041$).

Βρίσκονται σε καλή γενική κατάσταση, όπως προκύπτει από τις μέσες τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης (126,42mmHg) και σφύξεων εισόδου (86,16/ λεπτό).

Από την κλινική εξέταση, η διενέργεια δακτυλικής εξέταση ορθού αποτελεί συνήθη πρακτική από τους επαγγελματίες υγείας καθώς τελείται στο 92,4% των ασθενών με την ύπαρξης μέλαινας κένωσης να επιβεβαιώνεται στο 48,5% του συνόλου. Αντιθέτως, η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα δεν είναι πάγια πρακτική στη Ν. Μ. Σπάρτης καθώς αυτό συνέβη μόνο στο 49,3% των περιπτώσεων, με την ανεύρεση αιματηρού περιεχομένου να παρατηρείται στο 17,7% του συνόλου των 367 ασθενών ή στο 36% (65/181) αυτών που τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας.

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η μη τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα στο 50,7% των περιπτώσεων εκπλήσσει αρνητικά και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αποδοθεί στην απειρία του ιατρικού προσωπικού (ειδικευόμενοι ιατροί ή ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου) που υποδέχεται τους ασθενείς στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Συγκεκριμένα, η τοποθέτηση Levin αποτελεί απλή και σχετικά εύκολη διαδικασία που διδάσκεται στις Ιατρικές σχολές, ενώ η σημασία της στη διαγνωστική προσπέλαση των ατόμων που αιτιώνται συμπτωματολογία αιμορραγίας πεπτικού είναι εξέχουσα. Η πρακτική αυτή μπορεί μόνο να αποδοθεί στη λανθασμένη εντύπωση που επικρατεί στην πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας ότι σε περίπτωση ύπαρξης κισμών οισοφάγου η συγκεκριμένη ενέργεια μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη. Παρόλα αυτά, πρέπει να σημειώσουμε ότι οι κισσοί ρήγνυνται εκ των έσω λόγω αύξηση της πίεσης στην πυλαία και όχι εκ των έξω κατά τη τοποθέτηση Levin. Επιπλέον, η ανεύρεση αιμορραγικού υλικού κατά την κένωση του στομάχου - δηλαδή η επιβεβαίωση ενεργής και συνεχιζόμενης αιμορραγίας- χρήζει άμεσης και πρώιμης ενδοσκοπικής παρέμβασης σύμφωνα με τη διεθνή καλή πρακτική και τις κατευθυντήριες οδηγίες με στόχο τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας. Η μη τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για οποιοδήποτε λόγο οδηγεί τελικά σε υποεκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς και δύναται να οδηγήσει σε διαγνωστικούς και θεραπευτικούς ατραπούς.

Από τον πρώτο εργαστηριακό έλεγχο, οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλές τιμές ουρίας (μέση τιμή 82,75 mg/dl), ήπια παρατεταμένο INR και φυσιολογικές τιμές του απόλυτου αριθμού των αιμοπεταλίων και των λευκών αιμοσφαιρίων. Η μέση τιμή αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης εισαγωγής είναι 30,96% και 10,05 g/dl αντίστοιχα, σαφώς μικρότερη σε σχέση με το φυσιολογικό, με τους άνδρες να παρουσιάζουν

υψηλότερες τιμές και στις δύο παραμέτρους σε βαθμό στατιστικώς σημαντικό (p : 0.014 και p : 0.017, αντίστοιχα) σε σχέση με τις γυναίκες.

Ιδιαίτερώς αξιόλογα είναι τα αποτελέσματα σε σχέση με την ενδοσκόπηση. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση είναι μόλις 260 από τους 367, με το αντίστοιχο ποσοστό να διαμορφώνεται στο 70,8%. Από τους εναπομείναντες 107 (29,2%), οι 28 ασθενείς (7,6%) διακομίστηκαν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο ή κατέληξαν προ της ενδοσκόπησης, 19 άτομα (5,1%) αρνήθηκαν με ίδια ευθύνη τη διαγνωστική αυτή διαδικασία, 7 (1,9%) κρίθηκαν υψηλού κινδύνου και αντιμετωπίστηκαν μόνο συντηρητικά από τους θεράποντες και σε 2 άτομα (0,5%) ο ενδοσκόπος δήλωσε αδυναμία τέλεσης της γαστροσκόπησης. Έτσι, οδηγούμαστε σε 51 ασθενείς (ή το 14% του συνόλου) που, αν και αντιμετωπίστηκαν στη Ν.Μ. Σπάρτης, καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας τους δεν υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού λόγω απουσίας του γαστρεντερολόγου ή βλάβης του οργάνου, εύρημα που σίγουρα προκαλεί έκπληξη.

Στα παραπάνω όμως, οφείλουμε να σημειώσουμε ότι ο γαστρεντερολόγος που υπηρετούσε το 2010-2014 στη Ν. Μ. Σπάρτης ήταν ο μοναδικός ειδικευμένος γαστρεντερολόγος που εργαζόταν σε δημόσια δομή υγείας όχι μόνο στη περιφερειακή ενότητα Λακωνίας αλλά σε όλη τη διοικητική περιφέρεια Πελοποννήσου, με εξαίρεση τα έτη 2011 και 2012 οπότε υπηρετούσε και ένας ακόμη γαστρεντερολόγος στην περιφερειακή ενότητα Μεσσηνίας. Συνεπώς, η απουσία του ή η βλάβη του οργάνου καθιστούσε την Αθήνα ως μοναδική πλησιέστερη επιλογή για την ενδοσκοπική αντιμετώπιση των περιστατικών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η χιλιομετρική απόσταση της Ν. Μ. Σπάρτης από την πρωτεύουσα είναι της τάξης των 240 χιλιομέτρων. Παρόλα αυτά, οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρουν ότι η ενδοσκόπηση είναι απαραίτητο να διενεργείται για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους σε όλους τους ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Τα οφέλη που προκύπτουν είναι πολλαπλά και σχετίζονται με την έκβαση, τη διάρκεια νοσηλείας, το μέσο κόστος νοσηλείας, τις μονάδες αίματος που θα χορηγηθούν, ακόμη και με τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται ανάλογα με την αιτία που αποκαλύπτεται. Η ύπαρξη οποιαδήποτε δυσλειτουργίας σε ένα σύστημα υγείας μπορεί ίσως να αιτιολογήσει αλλά σίγουρα δε δικαιολογεί τη μη παροχή της βέλτιστης φροντίδας στους ασθενείς.

Ανάλογα αποτελέσματα με τη διενέργεια ή όχι ενδοσκόπησης προκύπτουν και από τη διερεύνηση του χρόνου τέλεσης αυτής. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι στο

70,8% των ασθενών που ενδοσκοπήθηκαν, ο μέσος χρόνος ενδοσκόπησης από την ημέρα εισαγωγής ήταν 3.79 ημέρες, με τους άνδρες να ενδοσκοπούνται στις 3,8 και τις γυναίκες στις 3,78 ημέρες αντίστοιχα. Από τη μία πλευρά είναι κατανοητό αφενός ότι ο φόρτος εργασίας που αντιμετωπίζει ο ένας ειδικευμένος γαστρεντερολόγος, που ουσιαστικά ως ο μοναδικός υπηρετών σε δημόσια δομή επιφορτίζεται τόσο με τα τακτικά όσο και με τα επείγοντα περιστατικά ενός ολόκληρου νομού, είναι μεγάλος και αφετέρου το γεγονός ότι δε βρίσκεται σε εφημερία καθ' όλη τη διάρκεια του μήνα. Ως αντίλογος όμως προτάσσεται ότι το μοναδικό ίσως γαστρεντερολογικό επείγον σύμβαμα που μπορεί να αντιμετωπιστεί είναι η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η ενδοσκόπηση σε περιπτώσεις οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού πρέπει να διενεργείται το πρώτο 24ώρο.

Τέλος, σε ό,τι αφορά στα ευρήματα των ενδοσκοπήσεων, στο 34,6% των περιπτώσεων περιγράφεται ο συνδυασμός διαβρώσεων-έλκους, ακολουθεί η βλάβη του πεπτικού έλκους στο 21,9%, η ύπαρξη διαβρώσεων (γαστρικών-12/λικών) στο 15%, βλάβες του οισοφάγου στο 10,8% και οι κισοί στο 6,9%.

Όσον αφορά στη φαρμακολογική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας, κεντρική θέση κατέχουν οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPIs), με την ενδοφλέβια χορήγησή τους να λαμβάνει χώρα στο 98,9% των περιπτώσεων. Το δασολογικό σχήμα που προτιμάται είναι αυτό της ενδοφλέβιας χορήγησης 40mg PPI/ 4 φορές την ημέρα, ενώ συνεχής στάγδην έγχυση PPI με ρυθμό 8mg/ ώρα παρατηρήθηκε στο 6,1% των περιπτώσεων. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία δεσμευτικές κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την οδό χορήγησης και το δοσολογικό σχήμα των αναστολέων αντλίας πρωτονίων στην αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Επιπλέον, τόσο η οδός χορήγησης όσο και το δοσολογικό σχήμα τροποποιείται από τα ευρήματα της ενδοσκόπησης που λαμβάνει χώρα το πρώτο 24ωρο και κατατάσσει τις βλάβες σε υψηλού, ενδιάμεσου και χαμηλού βαθμού για πιθανότητα επαναιμορραγίας. Στις βλάβες με υψηλή πιθανότητα επαναιμορραγίας προτείνεται από τους περισσότερους συγγραφείς η συνεχής στάγδην έγχυση PPI με ρυθμό 8mg/ ώρα για τρεις ημέρες. Το χρονικό διάστημα έχει καθοριστεί στις τρεις ημέρες διότι εντός αυτού του χρονικού ορίζοντα υποτροπιάζουν οι περισσότερες αιμορραγίες. Με βάση τα παραπάνω και έχοντας σαν δεδομένο ότι η ενδοσκόπηση στο νομό Λακωνίας λαμβάνει χώρα την τέταρτη ημέρα νοσηλείας, θα ήταν αναμενόμενο όλες οι

αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού να αντιμετωπίζονταν ως υψηλού κινδύνου επαναιμορραγίας, με την εφαρμογή του σύγχρονου δοσολογικού σχήματος. Η πιο πιθανή εξήγηση για το λόγο που κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε αποδίδεται στην έλλειψη δεσμευτικών κατευθυντήριων οδηγιών, γεγονός που επιτρέπει στο θεράποντα να επιλέξει τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με γνώμονα την προσωπική κλινική του εμπειρία.

Η σωματοστατίνη προκαλεί εκλεκτική σπλαχνική αγγειοσυστολή και μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στη μείωση του κινδύνου επαναιμορραγίας, μόνο όμως στους ασθενείς με ισχυρή υποψία πυλαίας υπέρτασης και κίρσικης αιτιολογίας της αιμορραγίας. Η χορήγησή της παρατηρήθηκε σε 95 από τις συνολικά 367 περιπτώσεις, δηλαδή σε ποσοστό της τάξης του 25,9%. Αν αναλογιστούμε ότι ιστορικό ηπατοπάθειας είχαν 35 ασθενείς καθώς και ότι κίρσοι διαπιστώθηκαν ενδοσκοπικά μόνο σε 18 από αυτούς, γίνεται αντιληπτό ότι η σωματοστατίνη χρησιμοποιήθηκε περισσότερο από το αναμενόμενο. Αυτό πιθανόν εξηγείται από το γεγονός ότι οι θεράποντες ιατροί κατέφυγαν σε κάθε φαρμακευτική ουσία που είχαν στη διάθεσή τους για την αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού εξαιτίας της μη άμεσης ενδοσκοπικής παρέμβασης.

Όσον αφορά στη χορήγηση ασκών συμπυκνωμένων ερυθρών και πλάσματος το 33,1% και το 76,2% αντίστοιχα του συνόλου των ασθενών δεν παρουσίασε ανάγκη μετάγγισης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Έως 4 φιάλες συμπυκνωμένων ερυθρών έλαβε το 55,6% των ασθενών, ενώ έως 2 φιάλες πλάσματος το 17,2%.

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας εμφανίζει χαμηλό ποσοστό υποτροπής της τάξης του 2,7%, με μόνο 10 από τους 367 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν να επαναιμορραγούν. Το ποσοστό αυτό κρίνεται ιδιαίτερος χαμηλό αν αναλογιστούμε ότι το αντίστοιχο διεθνώς παρατηρούμενο ποσοστό κυμαίνεται στο 10-20%. Από όσους επαναιμορράγησαν (σύνολο 10) , το 40% διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο των Αθηνών, το 10% υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση, το 40% παρουσίασε επίσχεση της αιμορραγίας και έλαβε εξιτήριο από τη παθολογική κλινική ενώ ένας ασθενής ή το 10% κατέληξε. Η σύγκριση με τα αντίστοιχα διεθνώς παρατηρούμενα ποσοστά είναι άκαρπη λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος που επαναιμορράγησε (10 ασθενείς) .

Η θνητότητα της νόσου την πενταετία 2010-2014 στο σύνολο των ασθενών αγγίζει το 5,7% (21/367). Κατά έτος, το 2010 διαμορφώνεται στο 9,1%, το 2011 στο

2,9%, το 2012 στο 5,4%, το 2013 στο 8,8% και το 2014 στο 2,7%. Αν αναλογιστούμε ότι οι διεθνώς παρατηρούμενες τιμές κινούνται στο 5-10%, γίνεται αντιληπτό ότι τα παρατηρούμενα ποσοστά είναι άκρως ικανοποιητικά. Η αξία τους γίνεται σημαντικότερη από το γεγονός ότι η ενδοσκοπική παρέμβαση και διάγνωση πραγματοποιήθηκε κατά την τέταρτη ημέρα νοσηλείας και μόνο στο 70,8% των περιπτώσεων. Αν και το ποσοστό των διακομιδών των ασθενών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο που ανέρχεται σε 8,7% (32/367) το 2010-2014 θα μπορούσε να ασκήσει σημαντική επίδραση στην θνητότητα της νόσου, καθώς κατά κανόνα τα βαρύτερα και πιο επιπλεγμένα περιστατικά είναι αυτά που παραπέμπονται, εντούτοις μετά τον αποκλεισμό αυτών των ασθενών, η θνητότητα της νόσου διαμορφώνεται στο 6,3% (21/335).

Η θνητότητα κατά φύλο διαμορφώνεται στο 5,1% για τους άνδρες (13/257) και στο 7,3% για τις γυναίκες (8/110). Η υψηλότερη θνητότητα που παρουσιάζει το θήλυ φύλο αποδίδεται κυρίως στη μεγαλύτερη ηλικία που εμφανίζουν οι γυναίκες, με τη μέση ηλικία των γυναικών να ξεπερνά κατά σχεδόν 10 έτη αυτή των ανδρών (διαφορά στατιστική σημαντική, $p < 0.005$). Αν και ο αριθμός των γυναικών στην έρευνα είναι σαφέστατα μικρότερος σε σχέση με τους άνδρες, καθώς το θήλυ φύλο αποτελεί το 30% μόλις του δείγματος, σημειώνεται ότι η ηλικία αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την έκβαση της οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού. Με την πάροδο του χρόνου οι εφεδρείες κάθε οργανισμού εξαντλούνται, εφεδρείες που καθίστανται ιδιαίτερης σημασίας κατά την αντιμετώπιση μίας οξείας και απειλητικής για τη ζωή κατάστασης όπως η αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Επιπλέον, εδώ πρέπει να συνυπολογιστεί το γεγονός ότι η μεγάλη ηλικία τις περισσότερες φορές συνδυάζεται και με την αύξηση του αριθμού των συνοδών νοσημάτων. Ο αριθμός των συνοδών νοσημάτων είναι προγνωστικός δείκτης, με την αύξηση του αριθμού των συννοσηροτήτων να οδηγεί σε αύξηση της σοβαρότητας της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού νοσηλεύονται στο νομό Λακωνίας κατά μέσο όρο 6,89 ημέρες με την αντίστοιχη τιμή βιβλιογραφικά να καταγράφεται στις 4-7 ημέρες. Αν και η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι εντός των διεθνώς παρατηρούμενων τιμών, στη διαμόρφωσή της σημαντικό ρόλο παίζει η σημαντική καθυστέρηση στη διενέργεια της ενδοσκοπικής παρέμβασης.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν εξιτήριο, παρουσιάζουν σαφή άνοδο του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης τους καθώς και αποκατάσταση της τιμής της

ουρίας σε φυσιολογικές τιμές. Η αναμενόμενη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης καταγράφεται και στον εργαστηριακό έλεγχο εξόδου (p : 0.06 και p : 0.033, αντίστοιχα). Τέλος, στην πλειονότητα των ασθενών (82,8%) προστέθηκε στη χρόνια φαρμακευτική τους αγωγή αναστολέας αντλίας πρωτονίων, ενώ σύσταση για νέα ενδοσκόπηση έλαβαν 82 άτομα (28,5%) από το σύνολο των 288 που έλαβαν εξιτήριο, 66/202 άνδρες (32,7%) και 16/86 γυναίκες (18,6%). Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων βρέθηκε να είναι οριακά στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο του 0.051.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού στο νομό Λακωνίας εμφανίζει επίπτωση χαμηλότερη σε σχέση με τις διεθνώς παρατηρούμενες τιμές. Αφορά κυρίως άνδρες, ενώ είναι νόσος των ηλικιωμένων. Οι ασθενείς κατά την προσέλευσή τους είναι σε καλή γενική κατάσταση. Από τις διαγνωστικές πράξεις, η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα δεν αποτελεί συχνή πρακτική, ενώ η ενδοσκόπηση δεν είναι κανόνας με ένα σημαντικό αριθμό ασθενών να μην ενδοσκοπείται. Ο χρόνος ενδοσκόπησης παρεκκλίνει και αυτός με τη σειρά του αρκετά από τη διεθνή καλή πρακτική. Ως συχνότερη αιτία αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού περιγράφεται ο συνδυασμός διαβρώσεων με έλκος, ακολουθούμενη από το πεπτικό έλκος και τις γαστροδωδεκαδακτυλικές διαβρώσεις. Η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια χορήγηση υψηλών δόσεων αναστολέων αντλίας πρωτονίων, ενώ οι μεταγγίσεις ασκών συμπυκνωμένων ερυθρών και πλάσματος είναι περιορισμένες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι εντός ορίων, ενώ το ποσοστό επαναιμορραγιών είναι αμελητέο. Τέλος, η θνητότητα της νόσου κινείται εντός των χαμηλότερων παρατηρουμένων τιμών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717
2. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995;90:206
3. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 346:346
4. Laine L. Upper gastrointestinal tract hemorrhage. *West J Med* 1991; 155:274
5. Himal HS, Perrault C, Mzabi R. Upper gastrointestinal hemorrhage: aggressive management decreases mortality. *Surgery* 1978;84:448
6. Steele RJC. The preprocedural care of the patient with gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1997;4:551
7. Cuellar RE, Gavalier JS, Alexander JA, et al. Gastrointestinal tract hemorrhage. The value of a nasogastric aspirate. *Arch Intern Med* 1990;150:1381
8. Kovacs T, Jensen D. Risk factors and recurrence of ulcer hemorrhage: Recommendations for primary and secondary prevention. Gut-brain peptides in the new millennium: A tribute to John Walsh by his collaborators. 2002 CURE Foundation Los Angeles
9. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study design and baseline data. *Gastrointest Endosc* 1981;27:73-79
10. Kurata JH, Corboy ED. Current peptic ulcer time trends. An epidemiological profile. *J Clin Gastroenterol* 1988;10:259-268
11. Stunell H, Buckley O, Lyburn ID, et al. The role of computerized tomography in the evaluation of gastrointestinal bleeding following negative or failed endoscopy: A review of current status. *J Postgrad Med* 2008;54:126-134
12. Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): Endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1238-1246

13. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:914-920
14. Bosch J, Abraldes J, Groszmann R. Current management of portal hypertension. *J Hepatology* 2003;38:S54-S68
15. De Franchis R, Primignani M. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. *Clin Liver Dis* 2001;5:645-663
16. Graham D, Smith J. The course of patients after variceal hemorrhage. *Gastroenterology* 1981;80:800-809
17. Sarin S, Lahoti D, Saxena S, et al. Relevance, classification and natural history of gastric varices: A long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology* 1992;16:1343-1349
18. Elta GH, Appelman HD, Behler EM, et al. A study of the correlation between endoscopic and histologic diagnoses in gastroduodenitis. *Am J Gastroenterol* 1987;82:749
19. Graham DY, Smith JL. Aspirin and the stomach. *Ann Intern Med* 1986;104:390
20. Chaudhury TK, Robert A. Prevention by mild irritants of gastric necrosis produced in rats by sodium taurocholate. *Dig Dis Sci* 1980;25:830
21. Kelly JP, Kaufman DW, Koff RS, et al. Alcohol consumption and the risk of major upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1995;90:1058
22. Skillman JJ, Bushnell LS, Goldman H, et al. Respiratory failure, hypotension, sepsis and jaundice – a clinical syndrome associated with lethal hemorrhage from acute stress ulceration of the stomach. *Am J Surg* 1969;117:523
23. Ben-Menachem T, Fogel R, Patel RV, 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: 568
24. Cook DJ, Reeve BK, Guyatt GH, et al. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients. *JAMA* 1996;275:308
25. Hastings PR, Skillman JJ, Bushnell LS, et al. Antacid titration in the prevention of acute gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 1978;298:1041
26. Messori A, Trippoli S, Vaiani M, et al. Bleeding and pneumonia in intensive care patients given ranitidine and sucralfate for prevention of stress ulcer: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br Med J* 2000;321:1103

27. Borrero E, Bank S, Margolis I, et al. Comparison of antacid and sucralfate in the prevention of gastrointestinal bleeding in patients who are critically ill. *Am J Med* 1985;79:62
28. Pimentel M, Roberts DE, Bernstein CN, et al. Clinically significant gastrointestinal bleeding in critically ill patients in an era of prophylaxis. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2801
29. Wells JJ, Nostrant TT, Wilson JAP, et al. Gastroduodenal ulcerations in patients receiving selective hepatic artery infusion chemotherapy. *Am J Gastroenterol* 1985;80:425
30. Paquet KJ, Mercado-Diaz M, Kalk JF. Frequency, significance and therapy of the Mallory-Weiss syndrome in patients with portal hypertension. *Hepatology* 1990;11:879
31. Asaki S, Sato H, Nishimura T, Ohkubo S, Yamagata R et al. Endoscopic diagnosis and treatment of Dieulafoy's ulcer. *Tohoku J Exp Med* 1988;154:135-141
32. Reilly HF, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion: Diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 1991;36:1702-7
33. Sebastian S, O Morain CA, Buckley MJ. Review article: current therapeutic options for gastric antral vascular ectasia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:157-65
34. Selinger CP, Ang YS. Gastric antral vascular ectasia (GAVE): An update on clinical presentation, pathophysiology and treatment. *Digestion* 2008;77:131-7
35. Champion MC, Sullivan SN, Coles JC, Goldbach M, Watson WC. Aortoenteric fistula. Incidence, presentation, recognition and management. *Ann Surg* 1982;195:314-7
36. Iino M, Kuribayashi S, Imakita S, Takamiya M, Matsuo H, Ookita Y et al. Sensitivity and specificity of CT in the diagnosis of inflammatory abdominal aortic aneurysms. *J Comput Assist Tomogr* 2002;26:1006-12
37. Voorhoeve R, Moll F, de Letter J, Bast T, Wester J, Slee P. Primary aortoenteric fistula: report of eight new cases and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 1996;10:40-8
38. Gilbert D, Silverstein F, Tedesco F, Buenger N, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding*. *Gastroint Endosc* 1981;27:94-102

39. Fleischer D. Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroent* 1983;84:538
40. ASGE guidelines for clinical applications: The role of endoscopy in the management of upper gastrointestinal haemorrhage ASGE, Manchester 1986
41. Thomas J, Savides and Dennis Jensen. Gastrointestinal Bleeding In Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease 10th edition 2016;1:297-335
42. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc* 1981;27:94-102
43. Zuckerman GR, Trellis DR, Sherman TM, et al. An objective measure of stool color for differentiating upper from lower gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1995;40:1614-1621
44. Laine L, Shah A. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding. *Am J Gastroenterol* 2010;105:2636-2641
45. Chalasani N, Patel K, Clark WS, et al. The prevalence and significance of leukocytosis in upper gastrointestinal bleeding. *Am J Med Sci* 1998;315:233-236
46. Ebert R, Stead E, Gibson J. Response of normal subjects to acute blood loss. *Arch Intern Med* 1940;68:578-592
47. Cheng CL, Lee CS, Liu NJ, Chen PC, Chiu CT, Wu CS. Overlooked lesions at emergency endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002;34:527-530
48. Morgan A, Clamp S. OMGE International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1986. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1988;144:51-8
49. Choudari CP, Rajgopal C, Palmer KR. Acute gastrointestinal haemorrhage in anticoagulated patients: diagnoses and response to endoscopic treatment. *Gut* 1994;35:464-6
50. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1132-1138
51. Elta G, Takami M. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding In Yamada T. *Principles of Clinical Gastroenterology* 2003:122-151

52. Cotton P, Williams C. Therapeutic upper endoscopy In Practical Gastrointestinal Endoscopy Blackwell Publishing 2003
53. Waterman NG, Walker JL. The effect of gastric cooling on hemostasis. Surg Gynecol Obstet 1973;137:80-2
54. Frossard JL, Spahr L, Queneau PE, et al. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: A randomized, controlled, double-blind trial. Gastroenterology 2002;123:17-23
55. Coffin B, Pocard M, Panis Y, et al. Erythromycin improves the quality of EGD in patients with acute upper GI bleeding: A randomized controlled study. Gastrointest Endosc 2002;56:174-179
56. Barkun AN, Bardou M, Martel M, et al. Prokinetics in acute upper GI bleeding: A meta-analysis. Gastrointest Endosc 2010;72:1138-1145
57. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ. National ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: Complications of endoscopy. Dig Dis Sci 1981;26:S55-S59
58. Waterman M, Gralnek IM. Preventing complications of endoscopic hemostasis in acute upper gastrointestinal hemorrhage. Gastrointest Endosc Clin N Am 2007;17:157-167
59. Egglin TK, O'Moore PV, Feinstein AR, et al. Complications of peripheral arteriography: A new system to identify patients at increased risk. J Vasc Surg 1995;22:787-794
60. Hagspiel KD, Turba UC, Bozlar U, et al. Diagnosis of aortoenteric fistulas with CT angiography. J Vasc Interv Radiol 2007;18:497-504
61. Targownik LE, Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003. Clin Gastroenterol Hepatol 2006;4:1459-1466
62. Fleischer D. Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 1983;84:538-543
63. Das A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointest Endosc 2004;60:85-93
64. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, et al. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. Am J Gastroenterol 1998;93:336

65. García-Iglesias P, Villoria A, Suarez D, et al. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34:888
66. Swain CP, Storey DW, Bown SG. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. *Gastroenterology* 1986;90:595
67. Bleau BL, Gostout CJ, Sherman KE, et al. Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:1-6
68. Jensen DM, Kovacs TO, Jutabha R, et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology* 2003;123:407
69. Griffiths WJ, Neumann DA, Welsh JD. The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. *N Engl J Med* 1979;300:1411
70. Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of active upper gastrointestinal tract hemorrhage. *N Engl J Med* 1987;316:1613
71. Cook DJ, Salena B, Guyatt GH, Laine L. Endoscopic therapy for acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992;102:139
72. Storey DW, Bown SG, Swain CP, et al. Endoscopic prediction of recurrent bleeding in peptic ulcers. *N Engl J Med* 1981;305:915
73. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a metaanalysis. *Gastroenterology* 2005;129:855
74. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, et al. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. *Hepatology* 2004;40:652
75. Chalasani N, Kahi C, Francois F, et al. Improved patient survival after acute variceal bleeding: a multicenter, cohort study. *Am J Gastroenterol* 2003;98:653
76. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Lancet* 1996; 347:1138-1140

77. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, et al. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:336
78. Stanley AJ, Robinson I, Forrest EH, et al. Haemodynamic parameters predicting variceal haemorrhage and survival in alcoholic cirrhosis. *QJM* 1998; 91:19
79. Hay JA, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending hospital length of stay in upper gastrointestinal tract hemorrhage. *JAMA* 1997; 278:2151
80. Hay JA, Lyubashevsky E, Elashoff J, et al. Upper gastrointestinal hemorrhage clinical--guideline determining the optimal hospital length of stay. *Am J Med* 1996; 100:313
81. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356:1318
82. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, et al. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:1
83. Longstreth GF, Feitelberg SP. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: Use of practice guidelines in a large patient series. *Gastrointest Endosc* 1998; 47:219-222
84. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999; 50:755
85. Imperiale TF, Dominitz JA, Provenzale DT, et al. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Arch Intern Med* 2007; 167:1291
86. Das A, Ben-Menachem T, Farooq FT, et al. Artificial neural network as a predictive instrument in patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 2008; 134:65
87. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet* 2009; 373:42
88. Church NI, Dallal HJ, Masson J, et al. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. *Gastrointest Endosc* 2006; 63:606

89. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA* 2012; 307:1072
90. Cheng DW, Lu YW, Teller T, et al. A modified Glasgow Blatchford Score improves risk stratification in upper gastrointestinal bleed: a prospective comparison of scoring systems. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36:782
91. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, et al. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2011; 74:1215
92. Hyett BH, Abougergi MS, Charpentier JP, et al. The AIMS65 score compared with the Glasgow-Blatchford score in predicting outcomes in upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2013; 77:551
93. Green FW Jr, Kaplan MM, Curtis LE, et al. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology* 1978;74:38-43
94. Collins R, Langman M. Treatment with histamine H2 antagonists in acute upper gastrointestinal hemorrhage. Implications of randomized trials. *N Engl J Med* 1985;313:660-666
95. Walt RP, Cottrell J, Mann SG, et al. Continuous intravenous famotidine for haemorrhage from peptic ulcer. *Lancet* 1992;340:1058-1062
96. Merki HS, Wilder-Smith CH. Do continuous infusions of omeprazole and ranitidine retain their effect with prolonged dosing? *Gastroenterology* 1994;106:60-64
97. Netzer P, Gaia C, Sandoz M, et al. Effect of repeated injection and continuous infusion of omeprazole and ranitidine on intragastric pH over 72 hours. *Am J Gastroenterol* 1999;94:351-357
98. Khuroo MS, Yattoo GN, Javid G, et al. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1997;336:1054-1058
99. Lau J, Leung W, Wu J, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2007;356:1631-1640
100. Imperiale TF, Birgisson S. Somatostatin or octreotide compared with H2 antagonists and placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1997;127:1062-1071

101. Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M: Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2008;359:928-937
102. Law J, Andrews C, Enns R. Intravenous proton pump inhibition utilization and prescribing patterns escalation: A comparison between early and current trends in use. *Gastrointest Endosc* 2009;69:3-9
103. Enns R, Gagnon Y, Rioux K, et al. Cost-effectiveness in Canada of intravenous proton pump inhibitors for all patients presenting with acute upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:225-233
104. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* (4) 2006
105. Al-Sabah S, Barkun A, Herba K, et al. Cost-effectiveness of proton-pump inhibition before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:418-425
106. Tsoi K, Lau J, Sung J. Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion before endoscopy for patients with upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2008;67:1056-1063
107. Laine L, Long GL, Bakos GJ, et al. Optimizing bipolar electrocoagulation for endoscopic hemostasis: Assessment of factors influencing energy delivery and coagulation. *Gastrointest Endosc* 2008;67:502-508
108. Johnston JH, Jensen DM, Auth D. Experimental comparison of endoscopic yttrium-aluminum-garnet laser, electrosurgery, and heater probe for canine gut arterial coagulation. Importance of compression and avoidance of erosion. *Gastroenterology* 1987;92:1101-1108
109. Swain CP, Storey DW, Bown SG, et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. *Gastroenterology* 1986;90:595-608
110. Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of peptic ulcers with nonbleeding visible vessels: a prospective controlled trial. *Ann Intern Med* 1989;110:510-4
111. Rutgeerts P, Vantrappen G, Van Hootehem P, Broeckaert L, Janssens J et al. Neodymium YAG laser photocoagulation versus multipolar electrocoagulation for the treatment of severely bleeding ulcers: A randomized comparison. *Gastroint Endoscopy* 1987;33:199-202

112. Laine L. Multipolar electrocoagulation versus injection therapy in the treatment of peptic ulcers with nonbleeding visible vessels: a prospective randomized trial. *Gastroenterology* 1990;99:1303-6
113. Rollhauser C, Fleischer DE. Current status of endoscopic therapy for bleeding ulcers. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000; 14: 391-410
114. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, et al. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: A meta-analysis of controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2007;102:279-289 2007
115. Sung JJ, Tsoi KK, Lai LH, et al. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis. *Gut* 2007;56:1364-1373
116. Sung J, Chung S, Low J, Cocks R, Ip S, Tan P et al. Systemic absorption of epinephrine after endoscopic submucosal injection in patients with bleeding peptic ulcer. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 20-2
117. Stevens PD, Lebwohl O. Hypertensive emergency and ventricular tachycardia after endoscopic epinephrine injection of a Mallory- Weiss tear. *Gastrointest Endosc* 1994;40: 77-8
118. Hepworth CC, Kadirkamanathan SS, Gong F, et al. A randomised controlled comparison of injection, thermal, and mechanical endoscopic methods of haemostasis on mesenteric vessels. *Gut* 1998; 42:462-469
119. Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K. Randomized controlled study of 3 different types of hemoclips for hemostasis of bleeding canine acute gastric ulcers. *Gastrointest Endosc* 2006;64:768-773
120. Park CH, Lee WS, Joo YE, Choi SK, Rew JS, Kim SJ. Endoscopic band ligation for control of acute peptic ulcer bleeding. *Endoscopy* 2004;36:79-82
121. Kohler B, Riemann JF. Endoscopic Doppler US. *Gastrointest Endosc* 2004;60:493
122. Wong RC. Endoscopic Doppler US probe for acute peptic ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60:804-812
123. Van Leerdam ME, Rauws EA, Geraedts AA, et al. The role of endoscopic Doppler US in patients with peptic ulcer bleeding. *Gastrointest Endosc* 2003;58:677-684

124. Jakobs R, Zoepf T, Schilling D, et al. Endoscopic Doppler ultrasound after injection therapy for peptic ulcer hemorrhage. *Hepatogastroenterology* 2004;51:1206-1209
125. Chen VK, Wong RC. Endoscopic Doppler ultrasound versus endoscopic stigmata-directed management of acute peptic ulcer hemorrhage: a multimodel cost analysis. *Dig Dis Sci* 2007;52:149-160
126. Kovacs T, Jensen D. Risk factors and recurrence of ulcer hemorrhage: Recommendations for primary and secondary prevention. *Gut-brain peptides in the new millennium: A tribute to John Walsh by his collaborators*, CURE Foundation Los Angeles 2002
127. Jensen D, Kovacs T, Ohning G, et al. Hemostasis of very high risk patients with severe non-variceal UGI hemorrhage comparing injection-hemoclipping with injection-MPEC. *Gastrointest Endosc* 2008;67:AB106-AB107
128. Chung SC, Leung JW, Steele RJ, et al. Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers: A randomised trial. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296:1631-1633
129. Jensen DM, Alhlbom H, Eklund S, et al. Rebleeding risk for oozing peptic ulcer bleeding (PUB) in a large international study—a reassessment based upon a multivariate analysis. *Gastrointest Endosc* 2010;71:AB117
130. El Ouali S, Barkun AN, Wyse J, et al. Is routine second-look endoscopy effective after endoscopic hemostasis in acute peptic ulcer bleeding? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2012;76:283-292
131. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-113
132. Lau JY, Sung JJ, Lam YH, et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med* 1999;340:751-756
133. Ripoll C, Banares R, Beceiro I, et al. Comparison of transcatheter arterial embolization and surgery for treatment of bleeding peptic ulcer after endoscopic treatment failure. *J Vasc Interv Radiol* 2004;15:447-450 2004

134. Eriksson LG, Ljungdahl M, Sundbom M, et al. Transcatheter arterial embolization versus surgery in the treatment of upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy failure. *J Vasc Interv Radiol* 2008;19:1413-1418
135. Laine L, Cohen H, Brodhead J, et al. Prospective evaluation of immediate versus delayed refeeding and prognostic value of endoscopy in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 1992;102:314-316
136. Longstreth GF, Feitelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995;345:108-111
137. Lai K, Hui W, Wong B, et al. A retrospective and prospective study on the safety of discharging selected patients with duodenal ulcer bleeding on the same day as endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1997;45:26-30
138. Lebrec D, Vinel JP, Dupas JL. Complications of portal hypertension in adults: a French consensus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:403-10
139. Ejlersen E, Melsen T, Ingerslev J, et al. Recombinant activated factor VII (rFVIIa) acutely normalizes prothrombin time in patients with cirrhosis during bleeding from oesophageal varices. *Scand J Gastroenterol* 2001;36:1081-1085
140. Thabut D, Franchis R, Bendtsen F, et al. Efficacy of activated recombinant factor VII in cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding: A randomized placebo-controlled double-blind multicenter trial. *Gastroenterology* 2003;124:A-697
141. Soares-Weiser K, Brezis M, Tur-Kaspa R, et al. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* (2) 2002
142. Soares-Weiser K, Brezis M, Tur-Kaspa R, et al. Antibiotic prophylaxis of bacterial infections in cirrhotic inpatients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:193-200
143. Pitcher JL. Safety and effectiveness of the modified Sengstaken-Blakemore tube: A prospective study. *Gastroenterology* 1971;61:291-298
144. Conn HO, Simpson JA. Excessive mortality associated with balloon tamponade of bleeding varices. A critical reappraisal. *JAMA* 1967;202:587-591

145. Larson AW, Cohen H, Zweiban B, et al. Acute esophageal variceal sclerotherapy. Results of a prospective randomized controlled trial. *JAMA* 1986;255:497-500
146. Paquet KJ, Feussner H. Endoscopic sclerosis and esophageal balloon tamponade in acute hemorrhage from esophagogastric varices: A prospective controlled randomized trial. *Hepatology* 1985;5:580-583
147. Sclerotherapy after first variceal hemorrhage in cirrhosis. A randomized multicenter trial. The Copenhagen Esophageal Varices Sclerotherapy Project. *N Engl J Med* 1984;311:1594-6000
148. Laine L, el-Newihi HM, Migikovsky B, et al. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for the treatment of bleeding esophageal varices. *Ann Intern Med* 1993;119:1-7
149. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1995;123:280-287
150. Cello JP, Grendell JH, Crass RA, et al. Endoscopic sclerotherapy versus portacaval shunt in patient with severe cirrhosis and acute variceal hemorrhage. Long-term follow-up. *N Engl J Med* 1987;316:11-15
151. Henderson JM, Kutner MH, Millikan WJ Jr, et al. Endoscopic variceal sclerosis compared with distal splenorenal shunt to prevent recurrent variceal bleeding in cirrhosis. A prospective, randomized trial. *Ann Intern Med* 1990;112:262-269
152. Teres J, Bordas JM, Bravo D, et al. Sclerotherapy vs. distal splenorenal shunt in the elective treatment of variceal hemorrhage: A randomized controlled trial. *Hepatology* 1987;7:430-436
153. Planas R, Boix J, Broggi M, et al. Portacaval shunt versus endoscopic sclerotherapy in the elective treatment of variceal hemorrhage. *Gastroenterology* 1991;100:1078-1086

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Rockall score (Modified from Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Lancet 1996; 347:1138-40)

Μεταβλητές	Βαθμοί			
	0	1	2	3
Ηλικία (έτη)	<60	60-79	≥80	—
Παλμοί (Σφύξεις/λεπτό)	<100	≥100	—	—
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mm Hg)	Φυσιολογική	≥100	<100	—
Συννοσηρότητες	Καμία	—	Στεφανιαία νόσος, Καρδιακή ανεπάρκεια, άλλη μείζων πάθηση	Νεφρική ανεπάρκεια, Ηπατική ανεπάρκεια, Μεταστατικός καρκίνος
Διάγνωση	Mallory-Weiss ή μη παρατηρηθείσα βλάβη	Όλες οι καλοήθειες διαγνώσεις	Κακοήθεια	—
Ενδοσκοπικά στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας	Μη ύπαρξη στίγματος στη βάση του έλκους	—	Παρουσία αίματος, θρόμβου, ορατό αγγείο, ενεργός αιμορραγία	—
Συνολική Βαθμολογία	Συχνότητα(% επί του συνόλου)	Ποσοστό επαναιμορραγίας(%)	Ποσοστό θνησιμότητας (%)	
0	4.9	4.9	0	
1	9.5	3.4	0	
2	11.4	5.3	0.2	
3	15.0	11.2	2.9	
4	17.9	14.1	5.3	
5	15.3	24.1	10.8	
6	10.6	32.9	17.3	
7	9.0	43.8	27.0	
≥8	6.4	41.8	41.1	

Πίνακας 2: Blatchford score

Κριτήρια	Βαθμοί
Ουρία mg/dl	
18,2 -22,3	2
22,4 -27,9	3
28-70	4
> 70	6
Αιμοσφαιρίνη g/dl Άρρεν	
12-13	1
10-11,9	3
< 10	6
Αιμοσφαιρίνη g/dl Θήλυ	
10-12	1
< 10	6
Συστολική Αρτηριακή Πίεση mmHg	
100-109	1
90 - 99	2
< 90	3
Λοιπά Κριτήρια	
Σφύξεις > 100 ανά λεπτό	1
Παρουσία μέλαινας	1
Συγκοπικό επεισόδιο	2
Ηπατική νόσος	2
Καρδιακή ανεπάρκεια	2

- Βαθμολογία ίση με 0: Χαμηλού κινδύνου ασθενής. Συνίσταται η αντιμετώπιση σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων
- Βαθμολογία >5: Υψηλού κινδύνου ασθενής. Χρήζει ιατρικής παρακολούθησης και επείγουσας ενδοσκοπικής παρέμβασης
- Βαθμολογία 1-5: Ενδιάμεσου κινδύνου ασθενής. Χρήζει ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν θα χρειαστούν επείγουσα ενδοσκόπηση

Πίνακας 3: Ταξινόμηση κατά Forest

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΣΤΙΓΜΑΤΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ
I	ΕΝΕΡΓΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ (Active Bleeding)
Ia	Ορατό αγγείο με σφύζουσα αιμορραγία (Spurting Vessel)
Ib	Ορατό αγγείο με τριχοειδική αιμορραγία (Oozing Vessel)
II	ΣΤΙΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΜΗ ΕΝΕΡΓΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ (Stigmata of recent hemorrhage without bleeding)
IIa	Ορατό αγγείο (Visible Vessel)
IIb	Προσκολλημένος Θρόμβος (Adherent Clot)
IIc	Επίπεδη κηλίδα αιματίνης στην βάση του έλκους (Hematin on ulcer base – Flat pigmented spot)
III	Καθαρή βάση του έλκους χωρίς αιμορραγία (Clean ulcer base with no bleeding)

Πίνακας 4: Στίγματα πρόσφατης αιμορραγίας: Ποσοστό Επαναιμορραγίας, Θνησιμότητα, Συχνότητα Εμφάνισης (Μόνο με φαρμακοθεραπεία)

Στίγματα	Ποσοστό Επαναιμορραγίας	Θνησιμότητα	Συχνότητα Εμφάνισης
Ορατό αγγείο με σφύζουσα αιμορραγία (Spurting Vessel)	55- 90%	11%	10%
Μη αιμορραγόν ορατό αγγείο	40-50%	11%	25%
Προσκολλημένος θρόμβος	20-35%	7%	10%
Τριχοειδική αιμορραγία (χωρίς ορατό αγγείο)	10-25%	NA	10%
Επίπεδο σημείο	<10%	3%	10%
Έλκος με καθαρό πυθμένα	<5%	2%	35%