

# Οξεία Αιμορραγία Πεπτικού Συστήματος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Διαχείριση Ασθενών και Παράγοντες που Επηρεάζουν την Έκβασή τους

Management of Patient  
with Acute Gastrointestinal  
Bleeding in the Emergency  
Department and Factors  
that Affecting their Outcome

Abstract at the end of the article

Ευγενία Κάσο,<sup>1</sup> Αλέξανδρος Καντιάνης,<sup>2</sup> Βασιλική Μούκα,<sup>3</sup>  
Γεώργιος Βασιλόπουλος,<sup>4</sup> Γεωργία Τουλιά,<sup>4</sup>  
Μαρία Πολυκανδριώτη,<sup>5</sup> Ελένη Δοκουτσίδου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Γενικό Νοσοκομείο  
Πειραιά «Τζάνειο»,

<sup>2</sup>Εκπαιδευτικός Νοσηλεύτης, ΜSc,  
PhD, ΓΝ Μεσσηνίας,

<sup>3</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Πανεπιστημιακό  
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>4</sup>Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής  
Αττικής,

<sup>5</sup>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής  
Αττικής, Αττική

Υποβλήθηκε: 19/06/2018  
Επανυποβλήθηκε: 20/12/2018  
Εγκρίθηκε: 04/01/2019

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:**  
Ελένη Δοκουτσίδου  
Μπιγλίστας 1, 161 21 Αθήνα  
Τηλ: (+30) 6937 709 015  
e-mail: ldokout@gmail.com

**Εισαγωγή:** Η οξεία αιμορραγία του πεπτικού συστήματος (ΟΑΠΣ), αποτελεί απειλητική κατάσταση για τον ασθενή και απαιτείται άμεση και αποτελεσματική ιατρονοσηλευτική αντιμετώπιση. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη διάγνωση και στην έκβαση των ασθενών με οξεία αιμορραγία του πεπτικού συστήματος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). **Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για συγχρονική μελέτη και το δείγμα της οποίας αποτέλεσαν 72 ασθενείς με ΟΑΠΣ, που προσήλθαν στο ΤΕΠ ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου από τον Ιούνιο έως τον Σεπτέμβριο του 2016. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένη φόρμα καταγραφής, για τις ανάγκες της μελέτης. Εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$ -test και t-test και επίσης, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.19.0. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 62,3 έτη, στην πλειοψηφία τους γυναίκες σε ποσοστό 62,5%. Η συχνότερη κλινική εκδήλωση της αιμορραγίας σε ποσοστό 62,5% ήταν η αιματοχεσία. Το 97,2% υποβλήθηκε σε επείγουσα ενδοσκοπηση και το 49,3% σε θεραπευτική ενδοσκοπηση. Το 51,4% του δείγματος εισήχθη στο νοσοκομείο για περαιτέρω νοσηλεία. Υψηλότερα

ποσοστά νοσηλείας παρατηρήθηκαν στους άνδρες ( $p=0,021$ ), στα άτομα με συνοδά νοσήματα ( $p=0,016$ ), και υπό συστηματική φαρμακευτική αγωγή ( $p=0,013$ ). Επιπλέον, στους έχοντες μεγαλύτερη ηλικία ( $p=0,021$ ), υψηλότερες τιμές Διεθνούς Κανονικοποιημένου Πηλίκου (INR) ( $p=0,027$ ) και ουρίας ( $p=0,039$ ), όπως και χαμηλότερες τιμές αιματοκρίτη ( $p=0,007$ ) και αιμοσφαιρίνης ( $p=0,047$ ). **Συμπεράσματα:** Η διενέργεια επείγουσας ενδοσκόπησης συμβάλλει σημαντικά στη διαχείριση των ασθενών με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ, όπως στην έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση της αιμορραγίας με αποτέλεσμα λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο και μείωση του κόστους νοσηλείας.

**Λέξεις-ευρητηρίου:** Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, αιμοστατικές τεχνικές, ενδοσκόπηση, επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

## Εισαγωγή

Η οξεία αιμορραγία του πεπτικού συστήματος (ΟΑΠΣ) είναι η αιφνίδια και ταχεία απώλεια αίματος, η οποία αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πράξη, και απαιτεί επείγουσα και αποτελεσματική αντιμετώπιση. Διακρίνεται στην οξεία αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού συστήματος (ΟΑΑΠΣ) μέχρι το σύνδεσμο του Treitz και εκδηλώνεται με αιματέμηση ή μέλαινα κένωση και στην οξεία αιμορραγία του κατώτερου πεπτικού συστήματος (ΟΑΚΠΣ), που εντοπίζεται πέρα του συνδέσμου αυτού και εκδηλώνεται με αιματοχεσία. Η συχνότητα εμφάνισης της ΟΑΠΣ κυμαίνεται στο 85% για το ανώτερο πεπτικό και 15% για το κατώτερο πεπτικό. Ο διαχωρισμός αυτός βοηθάει στη γρήγορη σταθεροποίηση του ασθενούς στην αποτελεσματική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγισή του και επίσης, στην αναγνώριση της αιτίας και την τελική αντιμετώπισή της.<sup>1-4</sup>

Πάρα την πρόοδο της διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης, εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τον ιατρό και τον νοσηλευτή κυρίως λόγω της αυξημένης θνητότητάς της.<sup>1,2</sup> Η ΟΑΠΣ στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί αντικείμενο μελέτης προς διερεύνηση, διότι τα περιστατικά που προσέρχονται στο νοσοκομείο συνεχώς αυξάνονται και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Είναι απειλητική κατάσταση για τους ασθενείς και οφείλουν οι επαγγελματίες υγείας να έχουν εξειδικευμένες γνώσεις, να διακατέχονται από αίσθημα συνεργασίας και τήρησης πρωτοκόλλου παρακολούθησης και αντιμετώπισης των ασθενών αυτών.<sup>3,4</sup>

Κατά την εισαγωγή των ασθενών με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ, η βαρύτητά τους ποικίλει από μη σημαντική έως και απειλητική για τη ζωή, ενώ η επίπτωση είναι 100 περιστατικά ανά 100.000 κάτοικους Το 70–80% των αιμορραγιών σταματούν αυτόματα, ενώ το 10–20% των ασθενών συνεχίζει να αιμορραγεί, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και την πιθανότητα για επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Τα συνηθέστερα αίτια ΟΑΑΠΣ είναι οι κίρσοι του οισοφάγου και το πεπτικό έλκος και ευθύνονται για το 15–20% των αιμορραγιών.<sup>5,6</sup> Για την ΟΑΚΠΣ το μεγαλύτερο ποσοστό των αιμορραγιών προέρχεται από το παχύ έντερο και το 10% από το λεπτό έντερο. Η θνητότητα των ασθενών ανέρχεται περίπου στο 10–15% σε ασθενείς με ΟΑΑΠΣ και σε 2–4% σε ΟΑΚΠΣ και συνδέεται με την προχωρημένη ηλικία και με την ενδεχόμενη συννοσηρότητα.<sup>2,4</sup> Η γαστροσκόπηση και η κολονοσκόπηση αποτελούν μέθοδο εκλογής στη διάγνωση της ΟΑΠΣ και πραγματοποιούνται ως επείγουσες διαδικασίες κατά το πρώτο 24ωρο, εφόσον ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός.<sup>7-11</sup>

Ακρογωνιαίος λίθος για την αντιμετώπιση της ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ αποτελεί η αρχική εκτίμηση, η ανάταξη και η διάγνωση της εστίας της αιμορραγίας με τη διενέργεια της επείγουσας ενδοσκόπησης, η οποία θα καθορίσει την αιτία της αιμορραγίας κατά το 90% και πραγματοποιείται σχεδόν σε όλους του ασθενείς, προκειμένου να διαφοροποιηθούν σε χαμηλού και υψηλού κίνδυνου. Επιπλέον, η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση, ο εργαστηριακός έλεγχος παίζουν σημαντικό ρόλο στη διερεύνηση και στη διάγνωση της αιμορραγίας.<sup>12-14</sup> Μελέτες αναδεικνύουν ότι ο ενδεδειγμένος ενδοσκοπικός έλεγχος τις πρώτες

12–24 ώρες είναι καθοριστικός, καθώς σχετίζεται με τον βαθμό μείωσης της νοσηρότητας και θνησιμότητας.<sup>15–19</sup>

### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη διάγνωση και έκβαση των ασθενών με οξεία αιμορραγία του πεπτικού συστήματος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

### Υλικό και Μέθοδος

#### Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 72 ασθενείς με ΟΑΠΣ, οι οποίοι προσήλθαν στο γαστρεντερολογικό ιατρείο του ΤΕΠ ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου του Πειραιά, από τον Ιούνιο έως το Σεπτέμβριο του 2016.

#### Κριτήρια εισόδου στη μελέτη

Για την έγκριση ή απόρριψη των υποψηφίων ασθενών να ενταχθούν στο δείγμα της έρευνας τέθηκαν τέσσερα κριτήρια εισόδου: (α) η ηλικία των ασθενών να ήταν άνω των 16 ετών, (β) να μην υπάρχει προηγηθείσα διάγνωση νοσήματος του πεπτικού, δηλαδή να πρόκειται για το πρώτο συμβάν νοσηρότητας σε κάθε ασθενή, (γ) ο ασθενής να έχει δώσει γραπτή ή προφορική συγκατάθεση συμμετοχής του στη μελέτη και τέλος (δ) να κατανοεί και να ομιλεί την ελληνική γλώσσα.

#### Συλλογή δεδομένων

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη με συστηματική δειγματοληψία. Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν από το ιστορικό του ασθενούς και από τον κλινικο-εργαστηριακό και ενδοσκοπικό έλεγχο, τα οποία καταχωρήθηκαν σε ειδικό έντυπο καταγραφής, το οποίο, συμπεριελάμβανε και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Η έκβαση των ασθενών με ΟΑΠΣ τέθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή.

#### Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε το  $\chi^2$  test Pearson's ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τις ποσοτικές μεταβλητές η στατιστική δοκιμασία t-test. Το επίπεδο σημαντικότητας

τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

### Ηθικά και δεοντολογικά θέματα

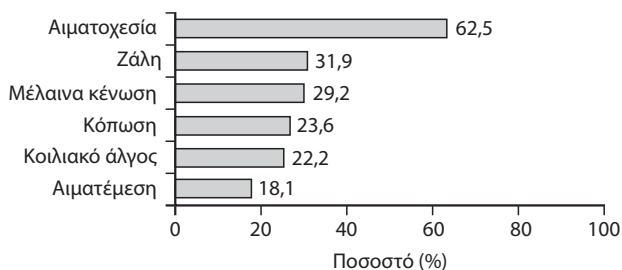
Τηρήθηκαν όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας, όπως αυτές περιγράφονται στη Διακήρυξη του Helsinki του 1975, η οποία αναθεωρήθηκε το 2013 και σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία. Λήφθηκε η σχετική άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου (8404/17-6-2016). Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν γραπτή ή προφορική συγκατάθεση.

### Αποτελέσματα

#### Περιγραφικά αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν 72 ασθενείς. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό (62,5%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62,3 έτη (SD=15,8 έτη). Το 48,6% ήταν έγγαμοι, το 23,6% χήροι, το 30,6% συνταξιούχοι και το 79,2% των ασθενών ήταν Έλληνες υπήκοοι. Το 68,1% του δείγματος προσήλθε στο ΤΕΠ με ιδιωτικό αυτοκίνητο. Στη εικόνα 1 δίνονται τα συμπτώματα των ασθενών κατά την προσέλευσή τους στο ΤΕΠ, με φθίνουσα σειρά, στο οποίο διαπιστώνεται ότι αρκετοί ασθενείς είχαν περισσότερα από ένα σύμπτωμα.

Σημαντική παράμετρος της μελέτης ήταν η διερεύνηση τυχόν συνοδών νοσημάτων πλην του πεπτικού συστήματος. Η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε ότι έπασχε από κάποιο άλλο νόσημα σε ποσοστό 72,4%. Ειδικότερα, το 40,5% έπασχε από καρδιαγγειακό νόσημα, ενώ το 38,9% ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Το 74,3% των συμμετεχόντων ελάμβανε συστηματικά φαρμακευτική αγωγή και σε ποσοστό 58,3% ελάμβανε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΑΣΦ). Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε ότι το 56,9% κάπνιζε, το 61,1% και το 27,8% κατανάλωνε καφέ



**Εικόνα 1.** Συμπτώματα των ασθενών κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ.

και οιοπνευματώδη ποτά, ενώ το 2,8% ήταν χρήστες απαγορευμένων ουσιών.

Αναφορικά με τη νοσηρότητα του πεπτικού συστήματος, από τους 72 ασθενείς του δείγματος το 43,4% διεγνώσθη με παθήσεις του ανώτερου πεπτικού και το 54,6% του κατώτερου πεπτικού.

Στον πίνακα 1 δίνονται στοιχεία που αφορούν στα ζωτικά σημεία και στην κλινική εκτίμηση των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο ΤΕΠ.

Στον πίνακα 2 αναγράφονται τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων του δείγματος αίματος και

**Πίνακας 1.** Ζωτικά σημεία και κλινική εκτίμηση στο ΤΕΠ.

Σημεία		N	(%)
Αρτηριακή πίεση	Φυσιολογική	61	84,7
	Υπέρταση	7	9,7
	Υπόταση	4	5,6
Σφυγμός	Φυσιολογικός	44	61,1
	Ταχυκαρδία	26	36,1
	Βραδυκαρδία	2	2,8
Αναπνοή	Φυσιολογική	51	70,8
	Ταχύπνοια	3	4,2
	Βραδύπνοια	18	25,0
Θερμοκρασία	Φυσιολογική	68	94,4
	Υπερθερμία	0	0,0
	Υποθερμία	4	5,6
Διανοητική κατάσταση	Αγχώδης	56	78,9
	Διεγερτικός	7	9,9
	Συγχυτικός	3	4,2
	Ληθαργικός	5	7,0
Καταπληξία	Ναι	6	8,3
Επισκόπηση	Φυσιολογική	52	72,2
	Παθολογική	5	6,9
	Δεν έγινε	15	20,8
Ακρόαση	Φυσιολογική	44	62,0
	Παθολογική	10	14,1
	Δεν έγινε	17	23,9
Επίκρουση	Φυσιολογική	39	54,9
	Παθολογική	9	12,7
	Δεν έγινε	23	32,4
Ψηλάφηση	Φυσιολογική	40	55,6
	Παθολογική	12	16,7
	Δεν έγινε	20	27,8

**Πίνακας 2.** Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων του δείγματος αίματος.

	Μέση τιμή	SD
Αιματοκρίτη (Ht)	32,1	7,4
Αιμοσφαιρίνης (Hb)	10,5	2,3
Αιμοπετάλια (PLT)	270,3	126,9
Ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών (ΤΚΕ)	0,4	0,4
Χρόνος προθρομβίνης (PT)	12,5	8,4
INR	0,9	0,3
Κρεατινίνης (Cre)	1,3	2,2
Ουρία (Ur)	48,2	34,3
Γλυκόζη (Clu)	124,3	68,6

συγκεκριμένα παρατηρούνται χαμηλές τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης, καθώς και υψηλές τιμές γλυκόζης.

Από το δείγμα της μελέτης, το 29% των ασθενών μεταγγίσθηκε με ολικό αίμα ή παράγωγά του και το 98,6% υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικό έλεγχο (πίνακα 3). Ακόμη, στον ίδιο πίνακα αναφέρονται οι παρεμβάσεις που έγιναν όπως και το είδος της χορηγηθείσης φαρμακευτικής αγωγής.

Επίσης, ως προς το είδος της ενδοσκόπησης σε ορισμένους ασθενείς πραγματοποιήθηκε και στο ανώτερο και στο κατώτερο πεπτικό σύστημα, οπότε προσμετρώνται περισσότερες από μία φορές και έτσι οι πραγματοποιηθείσες ενδοσκοπήσεις αγγίζουν τις 75. Από τον παραπάνω ενδοσκοπικό έλεγχο και συγκεκριμένα από τη γαστροσκόπηση, βρέθηκε ότι το συχνότερο νόσημα ήταν το έλκος στομάχου σε ποσοστό 25,2%, ενώ από την κολonosκόπηση οι πολύποδες ανήλθαν σε ποσοστό 20,9% (πίνακας 4).

Στον πίνακα 5 δίνονται στοιχεία που αφορούν την παρέμβαση κατά την ενδοσκοπική εξέταση των ασθενών.

Στον πίνακα 6 αναγράφεται ο χώρος νοσηλείας και το είδος αντιμετώπισης της κατάστασης υγείας του δείγματος.

### Στατιστικά αποτελέσματα

Από την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας  $\chi^2$  test και τη σύγκριση της έκβασης των ασθενών σε σχέση με δημογραφικούς και κλινικο-εργαστηριακούς παραμέτρους βρέθηκε ότι οι άνδρες νοσηλεύονται συχνότερα σε σχέση με τις γυναίκες με στατιστική σημαντική

**Πίνακας 3.** Είδος αντιμετώπισης και παρεμβάσεις.

		<b>N</b>	<b>(%)</b>
Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής	Ναι	32	44,4
	Όχι	40	55,6
Είδος χορηγηθείσας φαρμακευτικής αγωγής	Αναστολείς αντλίας πρωτονίων	27	84,4
	H <sub>2</sub> -Ανταγωνιστές	0	0,0
	Βιταμίνη Κ	5	15,6
	Αγγειοσυσπαστικά	0	0,0
	Νιτρογλυκερίνη	5	45,5
Είδος χορηγηθέντων αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων	Σωματοστατίνη	5	45,5
	Τερλιπρεσσίνη	1	9,1
	Άλλο	0	0,0
	Συμπκνωμένα ερυθρά	27	37,5
Χορήγηση αίματος και παραγώγων	Πλάσμα	12	16,7
	Αιμοπετάλια	1	1,4
Τοποθέτηση σωλήνα Sengstaken-Blackmore	Ναι	4	5,6
	Όχι	68	94,4
Ενδοσκοπική εξέταση	Ναι	69	97,2
	Όχι	1	1,4
	Επίγουσα Εκλεκτική	2	2,8
Είδος ενδοσκοπικής εξέτασης	Γαστροσκόπηση	35	48,6
	Κολonosκόπηση	37	51,4
	Ορθοσιγμοειδοσκόπηση	3	4,2
Επιτυχής διαγνωστική εξέταση	Ναι	67	97,1
	Όχι	2	2,9

**Πίνακας 4.** Αποτελέσματα ενδοσκοπικού ελέγχου.

<b>Αποτελέσματα Γαστροσκόπησης</b>			<b>Αποτελέσματα Κολonosκόπησης</b>		
<b>Πάθηση</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>Πάθηση</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Οισοφαγίτιδα	3	4,2	Πολύποδες έντερου	15	20,9
Διάβρωση κιστών οισοφάγου	2	2,8	Εκκολπώματα εντέρου	9	12,6
Ενεργή αιμορραγία - κισσορραγία	2	2,8	Αιμορροειδοπάθεια	8	11,2
Ενεργός αιμορραγία στομάχου- δωδεκαδακτύλου	1	1,4	Φλεγμονώδης νόσος	2	2,8
Έλκος στομάχου	18	25,2	Αιμορραγία	2	2,8
Έλκος δωδεκαδακτύλου	3	4,2	Ραγάδες πρωκτού	1	1,4
Έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου	1	1,4	Οζώδης εξεργασία	1	1,4
Ατροφία βλεννογόνου άντρου	1	1,4	Έλκος τελικού ειλεού	1	1,4
	<b>31</b>	<b>43,4</b>		<b>38</b>	<b>54,5</b>



**Πίνακας 5.** Παρεμβάσεις κατά την ενδοσκοπική εξέταση.

Παρεμβάσεις		N	(%)
Παρέμβαση κατά την ενδοσκόπηση	Ναι	35	49,3
	Όχι	36	50,7
	Λήψη βιοψίας	26	36,1
	Αφαίρεση πολύποδα	17	23,6
	Έγχυση σκληρυντικών ουσιών	14	19,4
	Θερμική αιμόσταση	7	9,7
Είδος παρέμβασης	Μηχανική αιμόσταση	5	6,9
	Απολίνωση κισρών	4	5,6
	Εμβολισμός	0	0,0
	TIPS	0	0,0
	Άλλα	0	0,0
Επιτυχής θεραπευτική παρέμβαση	Ναι	25	71,4
	Όχι	10	28,6

**Πίνακας 6.** Χώρος νοσηλείας και είδος αντιμετώπισης.

Έκβαση	N	(%)
Προγραμματισμός επείγουσας χειρουργικής επέμβασης	1	1,4
Εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	1	1,4
Εισαγωγή σε νοσηλευτικό τμήμα	36	51,4
Δόθηκαν οδηγίες και αποχώρηση από το ΤΕΠ	34	47,2
Θάνατος	0	0,0

διαφορά ( $p=0,021$ ). Επίσης, συχνότερα νοσηλεύθηκαν οι ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ με ασθενοφόρο ( $p=0,001$ ), αυτοί που έπασχαν από κάποιο άλλο νόσημα ( $p=0,016$ ), αυτοί που έπαιρναν φάρμακα ( $p=0,013$ ), αυτοί που τους τοποθετήθηκε κεντρική φλεβική γραμμή ( $p<0,001$ ) και επίσης, όσοι τους χορηγήθηκαν διαλύματα-υγρά ( $p<0,001$ ). Επίσης, οι ασθενείς που τους τοποθετήθηκε ρινογαστρικός καθετήρας και καθετήρας ουροδόχου κύστεως, τους χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή στο ΤΕΠ, μεταγγίσθηκαν με αίμα και παράγωγά του και υποβλήθηκαν σε δακτυλική εξέταση και ενδοσκοπική παρέμβαση ( $p<0,001$ ) (πίνακα 7).

Όσον αφορά στην έκβαση των ασθενών ως προς τη νοσηλεία και τις οδηγίες-έξοδο, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν είχαν σημαντικά υψηλότερη ηλικία και υψηλότερες τιμές INR και ουρίας, όπως και χαμηλότερες τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης (πίνακα 8).

## Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι παρεμβάσεις που συμβάλλουν στη θετική έκβαση των ασθενών με οξεία αιμορραγία του πεπτικού συστήματος στο ΤΕΠ. Οι παρεμβάσεις που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα αφορούσαν σε: (α) καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, (β) κλινικο-εργαστηριακών εξετάσεων, (γ) παρεμβάσεις συντηρητικής αντιμετώπισης και (δ) παρέμβαση τοποθέτησης ρινογαστρικού σωλήνα και ουροκαθετήρα κύστεως. Ως προς τις ενδοσκοπικές παρεμβάσεις, στους περισσότερους ασθενείς πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική παρέμβαση ανώτερου και κατώτερου πεπτικού συστήματος, με το υψηλότερο ποσοστό τη λήψη βιοψίας και ακολούθως την αφαίρεση πολυπόδων και την έγχυση σκληρυντικών ουσιών. Σε μικρότερο ποσοστό εφαρμόστηκε η θερμική-μηχανική αιμόσταση και η απολίνωση κισρών. Σημειώνεται δε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εισήχθη σε νοσηλευτικό τμήμα για περαιτέρω διερεύνηση και νοσηλεία.

**Πίνακας 7.** Συσχέτιση της έκβασης των ασθενών με δημογραφικά και κλινικο-εργαστηριακά χαρακτηριστικά.

Δημογραφικά/κλινικο-εργαστηριακά χαρακτηριστικά		Έκβαση				P
		Οδηγίες-Έξοδος		Νοσηλεία		
		N	(%)	N	(%)	
Φύλο	Άρρεν	8	29,6	19	70,4	0,021
	Θήλυ	26	57,8	19	42,2	
Προσέλευση στο ΤΕΠ	Ασθενοφόρο	4	17,4	19	82,6	0,001
	Ιδιωτικό αυτοκίνητο	30	61,2	19	38,8	
Συνοπάρχοντα νοσήματα	Ναι	20	38,5	32	61,5	0,016
	Όχι	14	70,0	6	30,0	
Φάρμακα	Ναι	20	38,5	32	61,5	0,013
	Όχι	13	72,2	5	27,8	
Τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής	Ναι	0	0,0	12	100,0	<0,001
	Όχι	34	56,7	26	43,3	
Χορήγηση διαλυμάτων-υγρών	Ναι	19	35,2	35	64,8	<0,001
	Όχι	15	83,3	3	16,7	
Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα	Ναι	0	0,0	22	100,0	<0,001
	Όχι	34	68,0	16	32,0	
Τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστεως	Ναι	3	13,6	19	86,4	<0,001
	Όχι	31	62,0	19	38,0	
Αποτέλεσμα δακτυλικής εξέτασης	Θετική	1	4,8	20	95,2	<0,001
	Αρνητική	25	69,4	11	30,6	
Χορηγήθηκαν Φάρμακα	Ναι	2	6,3	30	93,8	<0,001
	Όχι	32	80,0	8	20,0	
Χορήγηση αίματος και παραγώγων	Ναι	5	17,2	24	82,8	<0,001
	Όχι	29	67,4	14	32,6	
Συμπυκνωμένα ερυθρά	Ναι	5	18,5	22	81,5	<0,001
	Όχι	29	64,4	16	35,6	
Γαστροσκόπηση	Ναι	3	8,6	32	91,4	<0,001
	Όχι	31	83,8	6	16,2	
Κολonosκόπηση	Ναι	30	81,1	7	18,9	<0,001
	Όχι	4	11,4	31	88,6	

Η βιβλιογραφία επισημαίνει την επείγουσα ανάγκη για ασφαλή, έγκαιρη και αποτελεσματική διερεύνηση όλων των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ με ΟΑΠΣ, ώστε να επιτευχθεί άμεσα η αντιμετώπιση και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Παρότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με ΟΑΠΠ προσήλθαν στο ΤΕΠ με ιδιωτικό μέσο μεταφοράς και όχι μέσω του ΕΚΑΒ, κατά την άφιξή τους επετεύχθη η άμεση αντιμετώπισή τους στο ΤΕΠ. Συνεπώς η παρούσα συγχρονική μελέτη ευθυγραμμίζεται

πλήρως με τη διεθνή πρακτική.<sup>20,21</sup> Διαφορές ωστόσο καταγράφηκαν σε άλλες μεταβλητές όπως το φύλο. Ειδικότερα, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η πλειονότητα των ασθενών ήταν γυναίκες. Παρόμοιες μελέτες καταγράφουν υψηλότερο ποσοστό στους άνδρες.<sup>1,20-22</sup>

Αναφορικά με τα κλινικά συμπτώματα, οι ασθενείς παρουσίαζαν σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά σειρά προτεραιότητας αιματοχεσία, ζάλη, μέλαινα κένωση, κόπωση, κοιλιακό άλγος, και αιματέμεση. Επίσης ελάμ-

**Πίνακας 8.** Συσχέτιση της έκβασης με δημογραφικά και εργαστηριακά ευρήματα.

Δημογραφικά/ Εργαστηριακά ευρήματα	Έκβαση				P Student's t-test
	Οδηγίες-Έξοδος		Νοσηλεία		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ηλικία	56,29	15,56	67,92	14,03	0,001
Αιματοκρίτης (Ht)	34,49	6,50	29,85	7,54	0,007
Αιμοσφαιρίνη (Hb)	11,09	2,08	10,00	2,48	0,047
INR	0,76	0,17	1,09	0,22	0,027
Ουρία (Ur)	39,47	23,38	56,22	40,59	0,039

βαναν συστηματικά κάποιο φάρμακο, ακολουθούσαν δε ελεύθερη διαίτα και είχαν συνοδά χρόνια νοσήματα. Τα συμπτώματα του δείγματος ευθυγραμμίζονται με τα αντίστοιχα που αναφέρει η διεθνής βιβλιογραφία όπως η αιματοτοχεσία η οποία υφίστατο σε πολύ υψηλή αναλογία. Οι καταγραφές άλλων συμπτωμάτων σημείωσαν μικρότερη συχνότητα και ήταν σε συνάφεια σχετικών μελετών.<sup>23,24</sup> Ελάχιστες έρευνες καταχώρησαν διαφορετικά τη σειρά συχνότητας των συμπτωμάτων όπως μία διετής αναδρομική μελέτη στην Ινδία, στην οποία η κυρίαρχη κλινική εκδήλωση ήταν η αιματέμεση, και ακολουθούσε η μέλαινα κένωση.<sup>25</sup> Επίσης, άλλη αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Jos Teaching Hospital, κατέγραψε ως επικρατέστερο σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος και την αιματέμεση μετά από 989 ενδοσκοπήσεις.<sup>26</sup>

Η παρουσία συνοδών νοσημάτων με μέσο όρο 2,5 συνοδά νοσήματα ανά ασθενή με ΟΑΠΣ, ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα αντίστοιχης μελέτης η οποία κατέγραψε επίσης υψηλά ποσοστά σε ικανό δείγμα (2.528 ασθενείς) με μέσο όρο ηλικίας τα 74 έτη.<sup>1,3</sup> Οι δύο αυτές μελέτες αναδεικνύουν τη συννοσηρότητα ως έναν παράγοντα νοσοεπιβάρυνσης καθώς σχεδόν το σύνολο των ασθενών με ΟΑΠΣ αντιμετωπίζει και άλλες παθήσεις.

Στην παρούσα έρευνα, το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών με ΟΑΠΣ δεν ακολουθούσε κανόνες ειδικής διατροφής. Παράλληλα ένα μεγάλο μέρος του δείγματος ήταν καπνιστές, έκανε κατανάλωση καφέ και ένα μικρότερο ποσοστό έκανε χρήση οιοπνευματωδών ποτών. Οι Minakari et al σε μελέτη των παραγόντων που προκαλούν ΟΑΠΣ διαπίστωσαν ότι υποτροπή της αιμορραγίας παρουσιάζουν οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας και οι καπνιστές.<sup>26</sup> Η μελέτη των Strate LL et al, επιχείρησε να εκτιμήσει τον σχετικό κίνδυνο εμφάνισης ΟΑΠΣ σε πληθυσμό που είχε ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ και

καπνού. Οι ασθενείς που κατανάλωναν αλκοόλ βρέθηκαν να έχουν αυξημένο κίνδυνο ΟΑΠΣ ενώ στους καπνιστές δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση.<sup>27</sup> Ο όγκος των ερευνών με αντικείμενο διερεύνησης τους παράγοντες κινδύνου αλκοόλ και κάπνισμα στην εμφάνιση ΟΑΠΣ είναι περιορισμένος. Για τον λόγο αυτόν και η παρούσα μελέτη δεν διείδυσε περαιτέρω στο θέμα αυτό, καθώς περιελάμβανε και μικρό δείγμα.

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, σε όλους τους ασθενείς με ΟΑΠΣ ελήφθησαν τα ζωτικά τους σημεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις εξέτασης, καταγράφηκαν φυσιολογικές τιμές. Μόλις έξι (N=6) ασθενείς του δείγματος είχαν καταπληξία. Ακόμη, πραγματοποιήθηκε δακτυλική εξέταση σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς, όπου ανευρέθη θετική στο 36,8% των περιπτώσεων. Παρόμοιο αποτέλεσμα αναδείχθηκε και σε μία μελέτη στην Ταϊβάν με μικρό δείγμα ασθενών με ΟΑΑΠΣ, στην οποία παρατηρήθηκε καταπληξία σε μικρό ποσοστό ασθενών και η δακτυλική εξέταση ήταν θετική.<sup>28</sup>

Παρότι στην παρούσα μελέτη δεν διερευνήθηκε η παράμετρος της φαρμακευτικής αγωγής ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ΟΑΠΣ, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ασθενείς με ΟΑΠΣ, ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή κατά την προσέλευσή τους στο ΤΕΠ, όπως ΜΣΑΦ, αντιψυχωσικά/αντικαταθλιπτικά και αντιαιμοπεταλιακά. Στη βιβλιογραφία σχετικές έρευνες ανέδειξαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ φαρμάκων και ΟΑΠΣ. Ειδικότερα, στη μελέτη των Pascual et al, καθώς και στις μελέτες των Dincer et al, και Ozkan et al, καταγράφηκε ότι οι ασθενείς που παρουσίαζαν ΑΠΣ ελάμβαναν ΜΣΑΦ και ασπιρίνη.<sup>12,29,30</sup> Στη μελέτη των Casado et al, διαπιστώθηκε ότι ασθενείς αιμορραγούσαν λόγω λήψης αντιαιμοπεταλιακής αγωγής.<sup>31</sup> Σε άλλη μελέτη, αναφέρεται ότι ο κίνδυνος ΟΑΠΣ αυξάνεται



σε ασθενείς που λαμβάνουν οποιοδήποτε αντιπηκτικό φάρμακο για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>32-34</sup>

Αναφορικά με την ανατομική διάκριση του πεπτικού σε ανώτερο και κατώτερο, η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει διαφορετικά ποσοστά αιμορραγίας από την παρούσα μελέτη. Ειδικότερα, η ΟΑΚΠΣ αγγίζει το 20% των αιμορραγικών περιπτώσεων του πεπτικού εν γένει.<sup>17</sup> Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε η ΟΑΚΠΣ σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (56,6%), ενώ η ΟΑΑΠΣ σε χαμηλότερο ποσοστό (43,4%). Με βάση την ανατομική διάκριση της αιμορραγίας, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τη διαφορά των ευρημάτων της σε σχέση με άλλες μελέτες. Για παράδειγμα, η μελέτη των Ismaila και Misauo (2013) κατέγραψε υψηλότερο ποσοστό ασθενών με αιμορραγία στο ανώτερο πεπτικό σύστημα.<sup>35</sup>

Κατά την αντιμετώπιση όλων των ασθενών του δείγματος με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ, χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή και κυρίως αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Η ίδια φαρμακευτική αγωγή ακολουθήθηκε και σε πρόσφατη μελέτη των Laine et al, όπου στους περισσότερους ασθενείς χορηγήθηκαν αναστολείς αντλίας πρωτονίων.<sup>36</sup> Μία μετα-ανάλυση των Jiang et al, ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο των αναστολέων αντλίας πρωτονίων και κυρίως της ενδοφλέβιας χορήγησης.<sup>13</sup> Ακόμη, σε αρκετούς ασθενείς χορηγήθηκαν υγρά διαλύματα για αναπλήρωση του ενδαγγειακού όγκου και μεταγγίσθηκαν με αίμα και παράγωγά του για πρόληψη των επιπλοκών, αποτέλεσμα που αναδεικνύεται και σε παρόμοια μελέτη.<sup>37</sup> Επιπλέον, σε όλους τους ασθενείς με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ πραγματοποιήθηκε επείγουσα ενδοσκόπηση, αποτέλεσμα που καταδεικνύεται και στις μελέτες των Ozkan et al, Zhang et al και Jensen et al.<sup>12,14,38</sup> Η ενδοσκοπική παρέμβαση θεωρείται πρωταρχικής σημασίας στους ασθενείς με ΑΠΣ, για τον καθορισμό της αιτίας της αιμορραγίας και την ακόλουθη διενέργεια θεραπευτικών παρεμβάσεων μείωσης του κινδύνου υποτροπής της αιμορραγίας.

Η θεραπευτική ενδοσκόπηση καθόρισε σημαντικά την έκβαση των ασθενών με ΟΑΑΠΣ και ΟΑΚΠΣ. Σε ποσοστό 49% του δείγματος πραγματοποιήθηκε θεραπευτική ενδοσκοπική παρέμβαση, με υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Κυρίως εφαρμόστηκε η έγχυση σκληρυντικών ουσιών και ακολουθούσε η θερμική-μηχανική αιμόσταση, ενώ στην αναδρομική μελέτη των Κεϊμαλή και συν, αναδεικνύεται η υπεροχή της θερμικής αιμόστασης έναντι της έγχυσης σκληρυντικών ουσιών.<sup>22</sup> Επίσης, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Dai et al, η

μηχανική ενδοσκοπική απολίνωση θα πρέπει να είναι η ενδοσκοπική θεραπεία εκλογής σε περιστατικά οξείας κίρσορραγίας, υπερτερώντας της σκληροθεραπείας, καθώς συσχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές, λιγότερα επεισόδια επαναιμορραγίας και μεγαλύτερα ποσοστά οριστικής εκρίζωσης των κίρσων.<sup>16</sup>

Μελετώντας την έκβαση των ασθενών με ΑΠΣ στο ΤΕΠ, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εισήχθη σε νοσηλευτικό τμήμα για νοσηλεία και αρκετοί έλαβαν οδηγίες και αποχώρησαν από το νοσοκομείο, ενώ μικρό ποσοστό εισήχθη στη μονάδα εντατικής θεραπείας και προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση. Η θνητότητα ήταν μηδενική. Παρόμοια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο στο Ηνωμένο Βασίλειο, η θνητότητα ήταν υψηλή και κυρίως αφορούσε στους ασθενείς με ΟΑΑΠ.<sup>39</sup> Ενώ, στη μελέτη των Kaya et al, αναδείχθηκαν υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στη ΜΕΘ και οι ασθενείς που απεβίωσαν είχαν υψηλότερα ποσοστά ουρίας και κρεατινίνης, καθώς και σημαντικά χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και κορεσμό οξυγόνου.<sup>19</sup> Επίσης, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές INR και ουρίας, ενώ είχαν χαμηλότερες τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης, γεγονός που σημαίνει έμμεση ένδειξη αιμορραγίας.

Οι συσχετίσεις που εφαρμόστηκαν μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των κλινικών-εργαστηριακών αποτελεσμάτων των ασθενών ανέδειξαν την ένταση των σχέσεων όπως τεκμηριώνεται από τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, η μεταβλητή «φύλο» ήταν στατιστικά σημαντική με τη νοσηρότητα από ΑΠΣ ( $p=0,021$ ), αναδεικνύοντας ότι οι άνδρες είχαν υψηλότερο κίνδυνο να νοσήσουν. Οι ασθενείς που εισήλθαν στις υπηρεσίες υγείας με «ασθενοφόρο» και οι ασθενείς με «συννοδά νοσήματα» είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειαστούν εισαγωγή ( $p=0,021$  και  $p=0,016$  αντίστοιχα). Αντιθέτως οι ασθενείς που ελάμβαναν ήδη «φαρμακευτική αγωγή» είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία ( $p=0,013$ ). Οι θεραπείες με τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής, ιατρικά διαλύματα, ρινογαστρικό καθετήρα, φάρμακα και τέλος με μετάγγιση προϊόντων αίματος, αποτέλεσαν υψηλή προβλεπτική παράμετρο (predictive value) ως προς την εισαγωγή των ασθενών σε νοσηλευτικό τμήμα ( $p<0,001$ ). Επίσης οι κλινικές διαδικασίες όπως η δακτυλική εξέταση ή η ενδοσκόπηση ήταν πολύ ισχυρά συνδεδεμένες με την έκβαση των ασθενών ( $p<0,001$ ). Από τη μελέτη της

υπάρχουσας σχετικής βιβλιογραφίας, οι συνιστώμενες οδηγίες παραπέμπουν στην εφαρμογή οποιασδήποτε παρέμβασης που στοχεύει στην αιμοδυναμική αποκατάσταση και στην άμεση και αποτελεσματική ενδοσκοπική παρέμβαση σε ασθενείς με ΑΠΣ στο ΤΕΠ. Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα έρευνα αναδεικνύει την ίδια κατεύθυνση, αυτήν της υλοποίησης κλινικής παρέμβασης κατά την ενδοσκοπική εξέταση.

Το βασικό εύρημα της μελέτης που συνιστά οποιαδήποτε παρέμβαση ως αναγκαίο μέτρο για τη μείωση του κινδύνου αιμορραγίας, συνάδει με τα αποτελέσματα της πρόσφατης ανασκοπικής μελέτης των Towes et al.<sup>40</sup> Αναλύοντας 121 μελέτες σε συνολικό δείγμα 2.292 ασθενών που εισήχθησαν στα ΤΕΠ, οι ανωτέρω ερευνητές εκτίμησαν κάθε ξεχωριστή παρέμβαση σε σύγκριση με ομάδα που ελάμβανε placebo ή καθόλου προφύλαξη. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ανέδειξαν ορισμένες παρεμβάσεις αποτελεσματικότερες από το placebo ή την καθόλου προφύλαξη, κυρίως στο ανώτερο πεπτικό. Η κλινική τεκμηρίωση έδειξε ότι οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων μπορεί να είναι καταλληλότεροι από τους H<sub>2</sub> ανταγωνιστές υποδοχέων, χωρίς ωστόσο αυτό να αποτελεί σε απόλυτο βαθμό ένα κλινικό standard, καθώς οι τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που συμπεριελήφθησαν υστερούσαν σε μέγεθος. Η μείωση του κινδύνου αιμορραγίας από την εφαρμογή οποιασδήποτε παρέμβασης εκτιμήθηκε στο 10%. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, οι παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν ήταν, (α) λήψη βιοψίας, (β) αφαίρεση πολύποδα, (γ) έγχυση σκληρυντικών ουσιών, (δ) θερμική αιμόσταση, (ε) μηχανική αιμόσταση και (στ) απολίνωση κισρών. Άλλες παρεμβάσεις παρότι προβλέφθηκαν από τον σχεδιασμό της έρευνας, παρουσίασαν μηδενική συχνότητα, όπως εμβολισμός, TIPS, και λοιπές παρεμβάσεις. Επιτυχής και αποτελεσματική έκβαση στις ενδοσκοπικές παρεμβάσεις σημειώθηκε στο 71,4%. Παραταύτα, οι περισσότεροι ασθενείς υπέφεραν στο κατώτερο πεπτικό σύστημα και τα αποτελέσματα με την μελέτη των Towes et al, δεν μπορούν να θεωρηθούν απόλυτα εναρμονισμένα λόγω της διαφοράς ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού συστήματος. Ωστόσο η παρούσα μελέτη συμφωνεί και ενισχύει τη σύσταση περί εφαρμογής οποιασδήποτε παρέμβασης ως θετικό μέτρο στην πρακτική της φροντίδας υγείας.<sup>41</sup>

### Περιορισμοί μελέτης

Βασικός περιορισμός της μελέτης ήταν το μικρό δείγμα των ασθενών (N=72) από ένα και μόνο τριτοβάθμιο

νοσοκομείο και επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό.

### Συμπεράσματα

Η πρόοδος στην κλινική πρακτική στις παθήσεις του πεπτικού συστήματος συνέβαλε στη βελτίωση των αποτελεσμάτων αναφορικά με τη διαχείριση της αιμορραγίας του ΑΠΣ και ΚΠΣ. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που προσήλθε στα ΤΕΠ έλαβε προτυποποιημένη φροντίδα η οποία οδήγησε στη βέλτιστη έκβαση. Περίπου οι μισοί ασθενείς χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο ενώ η θνητότητα ήταν μηδενική παρά το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας και την προχωρημένη ηλικία του δείγματος, ενώ η ενδοσκοπική παρέμβαση είχε θετική έκβαση.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης συμπεραίνεται ότι η ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ πλήττει περισσότερο τον ανδρικό πληθυσμό και εκείνον που έχουν συνυπάρχοντα νοσήματα, με τη δακτυλική εξέταση να θεωρείται απαραίτητη στην κλινική εκτίμησή τους. Επίσης, η εκτέλεση επείγουσας και επιτυχούς διαγνωστικής και θεραπευτικής ενδοσκόπησης έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της έκβασής τους, καθώς μειώνει τη θνητότητα, με το μεγαλύτερο ποσοστό των βαριά ασθενών να νοσηλεύεται ενώ μικρότερο ποσοστό να λαμβάνει οδηγίες και να αποχωρεί από το νοσηλευτικό ίδρυμα. Επιπροσθέτως, σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι ότι η εφαρμογή κλινικής παρέμβασης κατά την ενδοσκόπηση συμβάλλει θετικά στην έκβαση του ασθενούς.

Συνεπώς, το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ο κατάλληλος εξοπλισμός και η διαθεσιμότητα του ενδοσκοπικού τμήματος, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την καλή έκβαση των ασθενών με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία των ασθενών αυτών, ενώ οι γνώσεις και η εξοικείωσή τους με τις προσφερόμενες ενδοσκοπικές και μη μεθόδους για την άμεση επίσχεση της αιμορραγίας στην οξεία φάση της, αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Σε συνάφεια με τις υφιστάμενες κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης ασθενών με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ, συμπερασματικά προκύπτει ότι το ιατρικο-νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να τις εφαρμόζει. Προτείνεται μελλοντικά η διεξαγωγή παρόμοιων και πολυκεντρικών μελετών σε εξειδικευμένα κέντρα, ώστε να αναδειχθούν και να διερευνηθούν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών με ΟΑΠΣ στο ΤΕΠ.

## ABSTRACT

**Management of Patient with Acute gastrointestinal Bleeding in the Emergency Department and Factors that Affecting their Outcome**Eugenia Kaso,<sup>1</sup> Alexandros Kantianis,<sup>2</sup> Vasiliki Mouka,<sup>3</sup> Georgios Vasilopoulos,<sup>4</sup> Geogia Toulia,<sup>4</sup> Maria Polikandrioti,<sup>5</sup> Eleni Dokoutsidou<sup>4</sup><sup>1</sup>RN, MSc, "Tzaneio" General Hospital of Peiraia,<sup>2</sup>Education of Nursing, MSc, PhD, General Hospital of Kalamatas,<sup>3</sup>RN, MSc, "Attikon" University General Hospital of Athens,<sup>4</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, University of West Attica, Athens,<sup>5</sup>Associate Professor, Department of Nursing, University of West Attica, Athens, Attica, Greece

**Background:** Acute digestive hemorrhage is a life-threatening condition for the patient and requires immediate nursing care and effective treatment. **Aim:** The purpose of this study was to investigate the acute bleeding of the upper and lower digestive tract and to treat it in patients entering the emergency department with the ultimate goal of their outcome. **Material and Method:** The study was observational and the sample consisted of 72 patients from a Piraeus tertiary hospital from June to September 2016. A structured questionnaire was used to collect the data according to the needs of the study. The statistical packet used to record and analyze data was SPSS 19.0. **Results:** The mean age was 62.3 years, with 37.5% men. At 62.5%, they came to the EDF with bloodshed. Emergency introspection was performed at 85.9% and at 50.0% therapeutic endoscopy was performed. A high percentage (51.4%) of patients were admitted to the hospital for further hospitalization. As for correlations, the patients who were hospitalized had significantly higher age and higher INR and urea values while having lower hematocrit and hemoglobin values ( $p < 0.001$ ). **Conclusions:** Management of acute hemorrhage in EDF plays a major role on patients' outcome. Direct investigation of the incidents contributes primarily to an urgent introspection, which is a highly reliable method for dealing with them and their faster outcome.

**Key-words:** Emergency Department, emergency nursing care, endoscopy, hemostatic techniques, lower gastrointestinal bleeding, upper gastrointestinal bleeding

✉ **Corresponding Author:** Eleni Dokoutsidou, 1 Bighlista street, GR-161 21 Athens, Greece, Tel: (+30) 6937 709 015, e-mail: ldokout@gmail.com

**Βιβλιογραφία**

1. Lenzen H, Musmann E, Kottas M, Schönemeier B, Köhnlein T, Manns MP et al. Acute gastrointestinal bleeding cases presenting to the emergency department are associated with age, sex and seasonal and circadian factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2017, 29:78–83
2. SIGN. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/assets/sign105.pdf> (accessed:04.04.2018)
3. Oakland K, Guy R, Uberoi R, Hogg R, Mortensen N, Murphy MF et al. UK Lower GI Bleeding Collaborative. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut* 2018, 67:654–662
4. Scottish intercollegiate Guidelines Network. *Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding: a national clinical guideline*. Elliot House, Edinburg, 2008:16–37
5. Δοκουτσίδου Ε, Καντιάνης Α. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Αντιμετώπιση Ασθενούς με Οξεία Κιρσορραγία. *Νοσηλευτική* 2009, 48:260–267
6. Aabakken L. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2006, 33:16–23
7. Cappell MS. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010, 7:214–229
8. Lanas A, Garcia Rodriguez LA, Arroyo MT, Bujanda L, Gomollon F et al. Effect of drugs and nitrates on the risk of ulcer bleeding associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents and anticoagulants. *Am J Gastroenterol* 2007, 102:507–515

9. Farrar EC. Management of Acute Gastrointestinal Bleed. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2018, 30:55–66
10. Rockey Don C. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2006, 130:165–71
11. Lingenfelter Th, Ell Ch. Lower intestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001, 15:135–153
12. Ozkan S, Durukan P, Senol V, Vardar A, Torun E, Ikizceli I. Upper gastrointestinal system hemorrhage in the emergency department. *Bratisl Lek Listy* 2011, 112:706–710
13. Jiang M, Chen P, Gao Q. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions. *Cell Physiol Biochem* 2016, 39:2477–2491
14. Zhang R, Shen BB, Qian JM, Guo SB. The clinical characteristics of etiologies, diagnoses and treatment of emergency gastrointestinal hemorrhage. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi* 2010, 49:38–41
15. Seth A, Khan MA, Nollan R, Gupta D, Kamal S, Singh U et al. Does Urgent Colonoscopy Improve Outcomes in the Management of Lower Gastrointestinal Bleeding? *Am J Med Sci* 2017, 353:298–306
16. Dai C, Liu WX, Jiang M, Sun MJ. Endoscopic variceal ligation compared with endoscopic injection sclerotherapy for treatment of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2015, 21:2534–2541
17. Lisa LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016, 111:459–474
18. Nable JV, Graham AC. Gastrointestinal Bleeding. *Emerg Med Clin North Am* 2016, 34:309–325
19. Kaya E, Karaca MA, Aldemir D, Ozmen MM. Predictors of poor outcome in gastrointestinal bleeding in emergency department. *World J Gastroenterol* 2016, 22:4219–4225
20. Van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EAJ et al. Acute upper GI bleeding: Did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding. *Gastroenterol* 2003, 98:1494–1499
21. Sachar H, Vaidya K, Laine L. Intermittent vs continuous proton pump inhibitor therapy for high-risk bleeding ulcers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine* 2014, 11:1755–1762
22. Κεϊμαλή Ε, Καδδά Ο, Βασιλόπουλος Γ, Χασιώτη Γ, Μαρβάκη Α, Γιαχιά Ε και συν. Επείγουσες ενδοσκοπήσεις σε ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού. *Βήμα Ασκληπιού* 2016, 15:83–95
23. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 20-1985. A 39-year-old man with melena and a radiologic abnormality of the cecum. *N Engl J Med* 1985, 312:1311–1318
24. Robert H Schapiro, and David L. Gang Case 20-1985 — A 39-Year-Old Man with Melena and a Radiologic Abnormality of the Cecum, May 16. *N Engl J Med*, 1985, 312:1311–1318
25. Pranav Mahajan, Vijant Singh Chandail. *Etiological and Endoscopic Profile of Middle Aged and Elderly patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in a Tertiary Care Hospital in North India*. A Retrospective Analysis Available at: //www.jmidlifehealth.org (accessed on Monday, October 9,2017, 46.246.214.167)
26. Minakari M, Badihian S, Jalapour P, Sebghatollahi V. Etiology and outcome in patients with upper gastrointestinal bleeding. Study on 4747 patients in the central region of Iran. *J Gastroenterol Hepatol* 2017, 32:789–796
27. Strate LL, Singh P, Boylan MR, Piawah S, Cao Y, Chan AT. A Prospective Study of Alcohol Consumption and Smoking and the Risk of Major Gastrointestinal Bleeding in Men. *PLoS One*, 2016 Nov, 8, 11
28. Chiu YC, Lu Ls, Wu KI, Tam W, Hu ML, Tai WC. Comparison of argon plasme coagulation in management of upper gastrointestinal angiodysplasia and gastric antral vascular ectasia haemorrhage. *BMC Gastroenterol* 2012, 12:67–80
29. Pascual S, Grino P, Cassellas JA, et al. Etiology of upper gastrointestinal bleeding of oetotic origin. Role of helicobacter pylori and NSAIDs. *Gastroenterol Hepatol* 2007, 26:630–639
30. Dincer D, Duman A, Dikici H, Anci C, Suleymnlar I, Isitan F. NSAID- related upper gastrointestinal bleeding: are risk factors considered during prophylaxis? *Int J Clin Pract* 2006, 60:546
31. Casado Arroyo R, Polo-Tomas M, Roncalés MP, Scheiman J, Lanás A. Lower GI bleeding is more common than upper among patients on dual antiplatelet therapy: long-term follow-up of a cohort of patients commonly using PPI co-therapy. *Heart*, 2012, 98:718–723
32. García Rodríguez LA, Martín-Pérez M, Hennekens CH, Rothwell PM, Lanás A. Bleeding Risk with Long-Term Low-Dose Aspirin: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS One*, 2016 Aug 4, 11
33. Sapoznikov B, Vilkin A, Hershkovici M, Fishman M, Eliakim R, Niv Y. Minidose aspirin and gastrointestinal bleeding. A retrospective, case-control study in hospitalised patients. *Dig Dis Sci* 2005, 50:1621–1624
34. Taha AS, Angerson WJ, Kinill-Jones RP. Upper gastrointestinal haemorrhage associated with low dose aspirin and anti-thrombotic drugs. A 6 year analysis and comparison with NSAIDs. *Aliment Pharmacol Ther* 2005, 22:285–289
35. Ismaila BO, Misauno Ma. Gastrointestinal endoscopy in Nigeria- a prospective two year audit. *pan African Med J* 2013, 14:22
36. Laine L, Dennis M, Jensen M. Management of Patients With Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2012, 107:345–360



37. The SAFE study Investigators. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. *New Engl J Med*, 2004, 350:2247–2256
38. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TO. Urgent Colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular haemorrhage. *N Eng J Med* 2005, 342:78–87
39. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Traviw SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut* 2011, 60:1327–1335
40. Toews I, Aneesh Thomas George, John V Peter, Richard Kirubakaran, Luís Eduardo S Fontes, Jabez Paul Barnabas Ezekiel et al. *Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units*. Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 04 June 2018
41. Davila RF, Rajan E, Adler DG et al. ASGE guideline: The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2005, 62:56–60