



Prevalence of Upper Gastrointestinal Bleeding in Paktia Regional Hospital (Paktia, 2024 – 2025)

Rahimullah Stanikzai^{1*}, Waheed Ullah Hafiz²

^{*1} Clinical Department of Medical Faculty, Bayazid Rokhan University, Kabul, Afghanistan (Corresponding author Email: rahimullah.st.590@gmail.com)

² Paraclinical Department of Medical Faculty, Bayazid Rokhan University, Kabul, Afghanistan (Email: hafizwaheedullah@gmail.com)

Article Info

Article type:

Research Article

pp:

171-183

Received:

16/12/2025

Accepted:

24/07/2026

Published:

23/09/2026

ABSTRACT

Background and Objective: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common medical emergency originating from the esophagus, stomach, or duodenum. Local evidence is important for timely diagnosis, referral, and management in provincial hospitals.

This study aimed to determine the prevalence, demographic characteristics, clinical presentations, and etiological patterns of UGIB among admitted patients at Paktia Regional Hospital.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted using medical records of patients admitted to the Internal Medicine Department from 2024 to 2025. Patients aged above 18 years with a diagnosis of UGIB were included. Data were extracted through a structured data-collection form and analyzed using Microsoft Excel 2016.

Findings/ Result: Among 1,085 admitted patients, 31 were diagnosed with UGIB, giving a prevalence of 2.86%. Eighteen patients (58.07%) were male and 13 (41.93%) were female. The highest number of cases occurred in the 51–60-year age group. Among 12 patients who underwent endoscopy, peptic ulcer disease was the leading cause, accounting for 4 cases (33.33%). The most common clinical presentations were hematemesis, abdominal pain, and melena.

Conclusion: UGIB in this study was more frequent among middle-aged men, and peptic ulcer disease was the most common endoscopic cause. Strengthening endoscopy services, improving medical record documentation, and preventing unsafe NSAID use may improve early diagnosis and management.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding; Peptic ulcer disease; Endoscopy; Hematemesis; Melena; NSAIDs.

Cite this article: Stanikzai R, Hafiz W, U. Prevalence of Upper Gastrointestinal Bleeding in Paktia Regional Hospital (Paktia, 2024 – 2025). *Ghalib Medical Journal*. [Internet]. Publication date. 23.09.2026; 3 (2): 139-155: <https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.2.10>



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



شیوع واقعات خونریزی علوی جهاز هاضمه در شفاخانه حوزوی ولایت پکتیا (مکان و زمان تحقیق: پکتیا، ۱۴۰۳-۱۴۰۴ ه.ش / ۲۰۲۴-۲۰۲۵ میلادی)

رحیم الله ستانکزی^{۱*}، وحیدالله حافظ^۲

^{۱*} پوهنیار، دیپارتمنت کلینیک، پوهنځی طب معالجوی، پوهنتون بایزید روښان، کابل، افغانستان

(ایمیل نویسنده مسؤل: rahimullah.st.590@gmail.com)

^۲ دیپارتمنت پاراکلینیک، پوهنځی طب معالجوی، پوهنتون بایزید روښان، کابل، افغانستان (ایمیل: hafizwaheedullah@gmail.com)

چکیده	اطلاعات مقاله
زمینه و هدف: خونریزی علوی جهاز هاضمه یکی از حالت‌های عاجل طبی است که میتواند از مری، معده یا اثناعشر منشأ بگیرد و از خونریزی خفیف تا حالت‌های تهدیدکننده حیات تظاهر می‌نماید. در افغانستان، به ویژه در شفاخانه‌های ولایتی، شناخت الگوی محلی این بیماری برای تشخیص سریع، ارجاع به موقع و کاهش عوارض اهمیت دارد. این مطالعه با هدف تعیین شیوع، مشخصات دموگرافیک، تظاهرات کلینیکی و عوامل سببی خونریزی علوی جهاز هاضمه در شفاخانه حوزوی پکتیا انجام شد. روش: این تحقیق توصیفی-مقطعی بوده و بر اساس بررسی دوسیه‌های مریضان بستری شده در بخش داخله شفاخانه حوزوی پکتیا طی سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ ه.ش انجام گردید. مریضان بالاتر از ۱۸ سال که با تشخیص خونریزی علوی جهاز هاضمه بستری شده بودند، شامل مطالعه شدند. داده‌ها توسط فورم جمع‌آوری ارقام استخراج و با استفاده از Microsoft Excel 2016 به صورت تعداد و فیصدی تحلیل گردید. یافته‌ها: از مجموع ۱۰۸۵ مریض بستری‌شده، ۳۱ مریض با خونریزی علوی جهاز هاضمه تشخیص گردیدند که شیوع آن (۲٫۸۶ فیصد) بود. از میان این بیماران، ۱۸ نفر مرد (۵۸٫۰۷ فیصد) و ۱۳ نفر زن (۴۱٫۹۳ فیصد) بودند. بیشترین واقعات در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال دیده شد. در میان ۱۲ مریضی که اندوسکوپی شده بودند، قرحه پپتیک با ۴ مورد (۳۳٫۳۳ فیصد) شایع‌ترین علت خونریزی بود. شایع‌ترین تظاهرات کلینیکی شامل استفراغ خونی، درد بطني و مدفوع سیاه‌رنگ بود.	نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۱۷۱-۱۸۳ تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۲ تاریخ نشر: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

نتیجه‌گیری: خونریزی علوی جهاز هاضمه در این مطالعه بیشتر در مردان میان‌سال مشاهده شد و قرحه پپتیک شایع‌ترین علت قابل تشخیص اندوسکوپیک بود. تقویت خدمات اندوسکوپی، ثبت دقیق دوسیه‌ها و آگاهی‌دهی در مورد خطر مصرف خودسرانه داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی می‌تواند در تشخیص و مدیریت بهتر این حالت مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: خونریزی علوی جهاز هاضمه؛ قرحه پپتیک؛ اندوسکوپی؛ استفراغ خونی؛ مدفوع سیاه‌رنگ؛ داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی.

ارجاع به این مقاله: ستانکزی ر. ا، حافظ و، ا. شیوع واقعات خونریزی علوی جهاز هاضمه در شفاخانه حوزوی ولایت پکتیا (مکان و زمان تحقیق: پکتیا، ۱۴۰۳-۱۴۰۴ ه.ش / ۲۰۲۴-۲۰۲۵ میلادی). *مجله علوم طبی غالب*. [اینترنت]. ۱۴۰۵/۰۷/۰۱. [تاریخ برداشت: ۱۳۹-۱۵۵] (۱)۳: <https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.2.10>

این مقاله تحت مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 International License منتشر شده است.



۱. مقدمه

خونریزی علوی جهاز هاضمه، که در ادبیات طبی با اختصار UGIB^۱ یاد میشود، به خونریزی‌ای گفته می‌شود که منبع آن در قسمت‌های بالاتر از لیگامنت ترایتز قرار داشته باشد؛ یعنی مری، معده یا اثناعشر. این حالت یکی از عاجل‌ترین مشکلات داخله و گوارش است و معمولاً با استفراغ خونی، مدفوع سیاه و قیرمانند، ضعف عمومی، کم‌خونی، سرگیچی، کاهش فشار خون یا شک تظاهر می‌کند. شدت خونریزی می‌تواند از حالت خفیف تا خونریزی شدید و تهدیدکننده حیات متفاوت باشد.

از نظر کلینیکی، تشخیص زودهنگام خونریزی علوی جهاز هاضمه اهمیت حیاتی دارد؛ زیرا تأخیر در ارزیابی و احیای مریض می‌تواند باعث کاهش حجم خون، اختلال همودینامیک، ضرورت انتقال خون و افزایش مرگ‌ومیر گردد. در رهنمودهای جدید، ارزیابی اولیه خطر، احیای مایعات، بررسی سطح هموگلوبین و انجام اندوسکوپی در زمان مناسب از محورهای اساسی مدیریت این بیماران دانسته شده است [۱-۴].

علل خونریزی علوی جهاز هاضمه در جوامع مختلف متفاوت است، اما در بسیاری از مطالعات، قرحه پپتیک، واریس مری، گاستریت/دئودنیت، ازوفجیت، پارگی مالوری-ویس و ضایعات بدخیم از مهم‌ترین عوامل گزارش شده‌اند [۵-۹]. در کشورهای در حال توسعه، محدودیت دسترسی به اندوسکوپی عاجل، کمبود ثبت منظم معلومات، مصرف خودسرانه دواهای ضددرد و تأخیر در مراجعه به مراکز صحتی می‌تواند تشخیص و مدیریت این بیماران را دشوارتر سازد.

در افغانستان، شواهد منتشرشده در مورد الگوی خونریزی علوی جهاز هاضمه محدود است. از اینرو، انجام تحقیقات محلی می‌تواند به شناخت بهتر گروه‌های پرخطر، علل شایع، الگوی سنی و جنسی و نیازهای خدماتی شفاخانه‌ها کمک نماید. نتایج چنین مطالعاتی برای پلان‌گذاری خدمات اندوسکوپی، آموزش کارمندان صحتی، اصلاح سیستم ثبت دوسیه‌ها و کاهش عوارض خونریزی علوی اهمیت عملی دارد.

این تحقیق با هدف بررسی شیوع واقعات خونریزی علوی جهاز هاضمه، مشخصات سنی و جنسی بیماران، تظاهرات کلینیکی و عوامل سببی قابل تشخیص در شفاخانه حوزوی ولایت پکتیا طی سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ ه.ش انجام شده است.

۱- UGIB مخفف Upper Gastrointestinal Bleeding و به معنای خونریزی علوی جهاز هاضمه است.

۲. مواد و روش تحقیق

۲-۱. طرح مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی بوده و در بخش داخله شفاخانه حوزوی پکتیا انجام گردیده است. هدف از انتخاب این طرح، توصیف شیوع و الگوی کلینیکی مریضان مبتلا به خونریزی علوی جهاز هاضمه در یک بازه زمانی مشخص بود.

۲-۲. جامعه و نمونه تحقیق

جامعه تحقیق شامل تمام مریضانی بود که طی سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ ه. ش در بخش داخله شفاخانه حوزوی پکتیا بستری شده بودند. در این مدت، مجموعاً ۱۰۸۵ مریض در بخش داخله بستری گردیدند که از میان آنان ۳۱ مریض با تشخیص خونریزی علوی جهاز هاضمه مطابق معیارهای شمول وارد مطالعه شدند.

۲-۳. معیارهای شمول

- سن بیشتر از ۱۸ سال.
- داشتن علایم واضح خونریزی علوی جهاز هاضمه مانند استفراغ خونی یا مدفوع سیاه‌رنگ
- ثبت تشخیص خونریزی علوی جهاز هاضمه در دوسیه مریض یا مشاهده خون در آسپیریشن معده در صورت انجام آن

۲-۴. معیارهای خروج

- مریضانی که علایم واضح خونریزی علوی جهاز هاضمه نداشتند.
- مواردی که خونریزی به احتمال قوی از قسمت سفلی جهاز هاضمه منشأ گرفته بود.
- دوسیه‌هایی که معلومات ضروری برای استخراج متغیرهای اصلی در آن‌ها موجود نبود.
- مریضانی که سابقه جراحی عمده معده یا سیستم هاضمه داشتند و تشخیص را مغشوش می ساختند.

۲-۵. متغیرهای تحقیق

متغیرهای اصلی شامل سن، جنس، تظاهرات کلینیکی، انجام یا عدم انجام اندوسکوپي و عامل سببی تشخیص‌شده بود. عوامل سببی تنها در مریضانی گزارش شد که اندوسکوپي برای آنان انجام شده بود؛ بنابراین، فیصدی عوامل سببی بر اساس ۱۲ مورد اندوسکوپي شده محاسبه گردید.

۶-۲. شیوع جمع آوری ارقام و تحلیل آماری

اطلاعات از دوسیه‌های مریضان و راجستر بخش داخله استخراج گردید. برای جمع‌آوری معلومات، فورم منظم جمع‌آوری ارقام تهیه شد و داده‌ها بعد از بازبینی، در Microsoft Excel 2016 وارد گردیدند. نتایج به صورت تعداد، فیصدی و جداول توصیفی ارائه شد. برای جلوگیری از تکرار، برای هر یافته فقط جدول استفاده گردید و گراف‌های تکراری حذف شدند.

۷-۲. ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از معلومات موجود در دوسیه‌های مریضان استفاده شد و نام، شماره تماس یا سایر مشخصات قابل شناسایی مریضان در متن تحقیق درج نگردید. معلومات صرفاً برای اهداف علمی و به صورت مجموعی تحلیل شد.

۳. یافته‌ها

در دوره مطالعه، از مجموع ۱۰۸۵ مریض بستری شده در بخش داخله، ۳۱ مریض با تشخیص خونریزی علوی جهاز هاضمه شناسایی شدند. بر این اساس، شیوع واقعات خونریزی علوی جهاز هاضمه در میان مریضان بستری شده ۲٫۸۶ فیصد بود. توزیع عمومی مریضان بستری شده و موارد خونریزی علوی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع مریضان بستری شده و واقعات خونریزی علوی جهاز هاضمه بر اساس جنس

شاخص	مرد	زن	مجموع
تمام مریضان بستری شده	۴۳۸ (٪۴۰٫۳۷)	۶۴۷ (٪۵۹٫۶۳)	۱۰۸۵ (٪۱۰۰)
مریضان مبتلا به خونریزی علوی جهاز هاضمه	۱۸ (٪۵۸٫۰۷)	۱۳ (٪۴۱٫۹۳)	۳۱ (٪۱۰۰)
شیوع در میان تمام بستری‌ها	٪۱٫۶۶	٪۱٫۲۰	٪۲٫۸۶

از نظر سن، مریضان بین ۱۸ تا ۸۵ سال عمر داشتند. بیشترین تعداد واقعات در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال مشاهده شد که ۸ مریض (۲۵٫۸۱ فیصد) را شامل می‌گردید. توزیع سنی مریضان در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع سنی مریضان مبتلا به خونریزی علوی جهاز هاضمه

گروه سنی (سال)	تعداد مریضان	فیصدی
۳۰-۱۸	۳	۹,۶۸٪
۴۰-۳۱	۴	۱۲,۹۰٪
۵۰-۴۱	۵	۱۶,۱۳٪
۶۰-۵۱	۸	۲۵,۸۱٪
۷۰-۶۱	۷	۲۲,۵۸٪
۸۵-۷۱	۴	۱۲,۹۰٪
مجموع	۳۱	۱۰۰٪

از میان ۳۱ مریض، برای ۱۲ مریض اندوسکوپی انجام شده بود. در این گروه، قرحه پپتیک با ۴ مورد (۳۳,۳۳ فیصد) شایع‌ترین علت خونریزی بود. سایر علل شامل گاستریت/دئودنیت، ازوفجیت، واریس مری، پارگی مالوری-ویس و علل دیگر بود (جدول ۳).

جدول ۳. عوامل سببی خونریزی علوی جهاز هاضمه در مریضان اندوسکوپی شده

عامل سببی	تعداد	فیصدی از موارد اندوسکوپی شده
قرحه پپتیک	۴	۳۳,۳۳٪
واریس مری	۱	۸,۳۳٪
التهاب معده و اثناعشر	۲	۱۶,۶۷٪
التهاب مری	۲	۱۶,۶۷٪
پارگی مالوری-ویس	۱	۸,۳۳٪
اسباب دیگر	۲	۱۶,۶۷٪
مجموع	۱۲	۱۰۰٪

از نظر تظاهرات کلینیکی، استفراغ خونی شایع‌ترین علامت بود و در ۲۴ مریض (۷۷,۴۲ فیصد) دیده شد. درد بطني در ۲۲ مریض (۷۰,۹۷ فیصد) و مدفوع سیاه‌رنگ در ۱۶ مریض (۵۱,۶۱ فیصد) گزارش گردید (جدول ۴).

جدول ۴- تظاهرات کلینیکی مریضان مبتلا به خونریزی علوی جهاز هاضمه

اعراض و علایم	تعداد مریضان	فیصدی
استفراغ خونی	۲۴	٪۷۷،۴۲
درد بطنی	۲۲	٪۷۰،۹۷
مدفوع سیاه‌رنگ	۱۶	٪۵۱،۶۱

برای مقایسه واضح‌تر با مطالعات بیرونی، یافته‌های اساسی تحقیق حاضر با چند مطالعه منتشرشده در جدول ۵ خلاصه شده است. این جدول نشان می‌دهد که غلبه نسبی مردان و سهم مهم قرحه پپتیک در بسیاری از مطالعات مشابه نیز گزارش گردیده است، هرچند تفاوت‌هایی در میزان واریس مری و سایر علل دیده می‌شود.

جدول ۵- مقایسه تحقیق حاضر با مطالعات منتخب خارجی

مطالعه/کشور	تعداد مریضان	مردان	سن/اوسط سنی	علت عمده گزارش‌شده	رفرنس
تحقیق حاضر، افغانستان	۳۱	٪۵۸،۰۷	۱۸-۸۵ سال؛ بیشترین واقعات: ۵۱-۶۰ سال	قرحه پپتیک: ٪۳۳،۳۳؛ در موارد اندوسکوپی‌شده	—
Ugiagbe et al. نایجریا	۳۱۱	٪۶۶،۵	اوسط ۵۱ سال	قرحه پپتیک: ٪۳۲،۸؛ گاستریت: ٪۲۸،۳	[۸]
Bhutta et al. پاکستان	۱۴۷	٪۶۴،۶	اوسط ۵۲ سال	قرحه پپتیک عامل عمده گزارش شد	[۹]
Dewan et al. نپال	۱۲۰	٪۷۵	۱۴-۸۸ سال	واریس مری: ٪۴۷،۵؛ قرحه پپتیک: ٪۳۳،۳	[۱۰]
Hreinsson et al. آيسلند	۱۵۶	گزارش‌شده در مقاله	مطالعه نفوس‌محور	قرحه اثنا عشر و معده از علل عمده بودند	[۶]

۴. بحث و مناقشه

در این تحقیق، شیوع خونریزی علوی جهاز هاضمه در میان مریضان بستری شده در بخش داخلی شفاخانه حوزوی پکتیا ۲۰۸۶ فیصد دریافت شد. این میزان باید با احتیاط تفسیر گردد؛ زیرا مطالعه حاضر محدود به مریضان بستری شده بوده و تمام موارد مراجعه کننده به بخش عاجل یا موارد خفیف خارج بستر را شامل نمی‌شود. با وجود آن، یافته‌ها نشان می‌دهد که خونریزی علوی جهاز هاضمه یک مشکل قابل توجه در شفاخانه‌های ولایتی است و نیاز به ثبت منظم و ارزیابی سریع دارد.

از نظر جنس، ۵۸۰۰۷ فیصد بیماران مرد بودند. این یافته با مطالعه Ugiagbe et al. در نایجریا که در آن مردان ۶۶٫۵ فیصد موارد را تشکیل می‌دادند، و با مطالعه Bhutta et al. در پاکستان که ۶۴٫۶ فیصد بیماران مرد بودند، همخوانی دارد [۸، ۹]. در مطالعه Dewan et al. در نیپال نیز مردان ۷۵ فیصد موارد را تشکیل می‌دادند [۱۰]. احتمالاً شیوع بیشتر در مردان با تفاوت در عوامل خطر، مصرف دواهای ضد درد، سگرت، بیماری‌های کبدی یا الگوهای مراجعه به شفاخانه مرتبط باشد؛ اما در مطالعه حاضر، به دلیل محدودیت معلومات دوسیه‌ها، امکان تحلیل مستقل این عوامل وجود نداشت.

از نظر سن، بیشترین واقعات در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال مشاهده شد. این یافته با مطالعات خارجی که اوسط سنی حدود ۵۱ تا ۵۲ سال را گزارش کرده‌اند، نزدیک است [۸-۱۰]. افزایش سن می‌تواند با افزایش شیوع قرحه پپتیک، مصرف دواهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، امراض همزمان و آسیب‌پذیری بیشتر مخاط معده و اثناعشر مرتبط باشد. بنابراین، توجه ویژه به بیماران میان‌سال و مسن هنگام مراجعه با استفراغ خونی یا مدفوع سیاه‌رنگ ضروری است.

در میان ۱۲ مریض اندوسکوپي شده، قرحه پپتیک شایع‌ترین علت تشخیص شده بود و ۳۳٫۳۳ فیصد موارد را تشکیل داد. این یافته با مطالعه Ugiagbe et al. که قرحه پپتیک را در ۳۲٫۸ فیصد موارد گزارش کرده است، بسیار نزدیک می‌باشد [۸]. در مطالعه Dewan et al. نیز سهم قرحه پپتیک ۳۳٫۳ فیصد گزارش شده است، هرچند در آن مطالعه واریس مری بیشترین علت بود [۱۰]. تفاوت در میزان واریس مری میان مطالعات می‌تواند ناشی از تفاوت در شیوع سیروز کبدی، هپاتیت مزمن، مصرف الکل، امکانات تشخیصی و معیارهای انتخاب مریضان باشد.

در مطالعه حاضر، واریس مری تنها در ۸٫۳۳ فیصد موارد اندوسکوپي شده گزارش شد. این یافته نسبت به بعضی مطالعات منطقه‌ای و بین‌المللی پایین‌تر است. با توجه به اینکه فقط ۱۲ مریض اندوسکوپي شده بودند، احتمال دارد میزان واقعی واریس مری در این جامعه کمتر یا بیشتر از مقدار

گزارش شده باشد. به همین دلیل، افزایش دسترسی به اندوسکوپی و ثبت علت خونریزی برای تمام مریضان واجد شرایط، اعتبار نتایج آینده را بیشتر خواهد ساخت.

از نظر تظاهرات کلینیکی، استفراغ خونی، درد بطنی و مدفوع سیاه‌رنگ شایع‌ترین علایم بودند. این الگو با مطالعات قبلی همخوانی دارد؛ زیرا خونریزی علوی معمولاً با استفراغ خونی یا مدفوع سیاه‌رنگ تظاهر می‌کند و درد بطنی به‌خصوص در قرحه پپتیک شایع است [۱۰، ۱۲]. با این حال، شدت علایم به سرعت خونریزی، مقدار خون از دست‌رفته، سن مریض و امراض همزمان بستگی دارد.

به‌طور کلی، یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که قرحه پپتیک هنوز یک علت مهم خونریزی علوی جهاز هاضمه در محیط شفاخانه‌ای است. از نظر عملی، این موضوع بر ضرورت ارزیابی خطر، تشخیص سریع، استفاده منطقی از مهارکننده‌های پمپ پروتون، بررسی عوامل خطر مانند مصرف دواهای ضد التهاب غیراستروئیدی و در صورت امکان، انجام اندوسکوپی به‌موقع تأکید می‌کند.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۵-۱. نتیجه‌گیری

در این مطالعه، از میان ۱۰۸۵ مریض بستری‌شده در بخش داخله شفاخانه حوزوی پکتیا، ۳۱ مریض با خونریزی علوی جهاز هاضمه شناسایی شدند. شیوع این حالت ۲٫۸۶ فیصد بود. بیشترین واقعات در مردان و در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال دیده شد. در میان مریضان اندوسکوپی‌شده، قرحه پپتیک شایع‌ترین علت خونریزی بود. استفراغ خونی، درد بطنی و مدفوع سیاه‌رنگ شایع‌ترین تظاهرات کلینیکی بودند. با توجه به این یافته‌ها، بهبود دسترسی به اندوسکوپی، ثبت دقیق معلومات و آموزش مردم در مورد علایم هشداردهنده و خطر مصرف خودسرانه دواهای ضد درد برای کاهش عوارض این حالت ضروری است.

۵-۲. پیشنهادات

پیشنهادهای برای شفاخانه و کارمندان صحی

- ایجاد فورم معیاری ثبت خونریزی علوی جهاز هاضمه شامل سن، جنس، علایم، فشار خون، نبض، هموگلوبین، مصرف دواها، سابقه قرحه و نتیجه اندوسکوپی.
- تقویت خدمات اندوسکوپی و تلاش برای انجام اندوسکوپی به‌موقع در مریضان واجد شرایط
- آموزش کارمندان بخش عاجل و داخله در مورد ارزیابی ابتدایی، احیای مریض و تشخیص علایم خطر

- ثبت دقیق مصرف داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی، آسپرین، ضدانعقادها و سابقه بیماری کبدی در دوسیه مریض
- در نظر گرفتن بررسی هلیکوباکتر پیلوری در مریضان مشکوک به قرحه پپتیک، در صورت موجودیت امکانات

پیشنهادهای برای جامعه و مراجع صحت

- آگاهی دهی به مردم در مورد خطر مصرف خودسرانه دواهای ضد درد و مراجعه فوری در صورت استفراغ خونی یا مدفوع سیاه رنگ
- بهبود سیستم راجستر و آرشیف دوسیه ها در شفاخانه های ولایتی
- حمایت از تحقیقات چند مرکزی در مورد خونریزی علوی جهاز هاضمه در افغانستان
- فراهم سازی تجهیزات و ادویه های ضروری برای مدیریت عاجل خونریزی علوی جهاز هاضمه در شفاخانه های حوزوی

تقدیر و تشکر

نویسنده مراتب سپاس خود را از محترمه دوکتورس برشنا رحیم ودیر که در گردآوری معلومات، تحلیل داده ها و پیشبرد این تحقیق با راهنمایی ها، همکاری ها و حمایت های ارزشمند خود مرا یاری رساندند و همچنین همکاران شفاخانه حوزوی پکتیا به خاطر همکاری در فراهم سازی زمینه تحقیق ابراز می نماید. امید است این تحقیق بتواند گامی هر چند کوچک در راستای گسترش دانش و خدمت به جامعه علمی و صحت کشور عزیز ما افغانستان باشد.

تضاد منافع

نویسنده اظهار می دارد که در انجام این تحقیق تضاد منافع وجود ندارد. حمایت مالی و معنوی تحقیق از سوی مرکز تحقیقات علمی پوهنتون بایزید روئبان فراهم شده است.

ORCID

Rahimullah Stanikzai  <https://orcid.org/0009-0005-9074-8905>

Waheed Ullah Hafiz  <https://orcid.org/0009-0003-5590-6352>

References

1. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2021;116(5):899–917. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>

2. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung JJ, Tse F, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805–822. <https://doi.org/10.7326/M19-1795>
3. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanis A, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy guideline update. *Endoscopy*. 2021;53(3):300–332. <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>
4. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356(9238):1318–1321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02816-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02816-6)
5. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38(3):316–321. <https://doi.org/10.1136/gut.38.3.316>
6. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2013;48(4):439–447. <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.763174>
7. van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008;22(2):209–224. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2007.10.011>
8. Ugiagbe RA, Omuemu CE. Etiology of upper gastrointestinal bleeding in the University of Benin Teaching Hospital, South-Southern Nigeria. *Niger J Surg Sci*. 2016;26(2):29–32. https://doi.org/10.4103/njss.njss_7_15
9. Bhutta S, Jamil M, Aziz K, Uddin W. An etiological study of upper gastrointestinal bleeding. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2012;24(1):31–33.
10. Dewan KR, Patowary BS, Bhattarai S. A study of clinical and endoscopic profile of acute upper gastrointestinal bleeding. *Kathmandu Univ Med J*. 2014;12(45):21–25. <https://doi.org/10.3126/kumj.v12i1.13628>
11. Vora P, Pietila A, Peltonen M, Brobert G, Salomaa V. Thirty-year incidence and mortality trends in upper and lower gastrointestinal bleeding in Finland. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2020172. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.20172>
12. Jairath V, Martel M, Logan RF, Barkun AN. Why do mortality rates for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding differ around the world? A systematic review of cohort studies. *Can J Gastroenterol*. 2012;26(8):537–543. <https://doi.org/10.1155/2012/862905>
13. Sung JJ, Tsoi KK, Ma TK, Yung MY, Lau JY, Chiu PW. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(1):84–89. <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.507>
14. Lau JY, Leung WK, Wu JC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2007;356(16):1631–1640. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa065703>
15. Sung JJ, Lau JY, Ching JY, Wu JC, Lee YT, Chiu PW, et al. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;152(1):1–9. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-1-201001050-00179>

16. Scally B, Emberson JR, Spata E, Reith C, Davies K, Halls H, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(4):231–241. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(18\)30037-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30037-2)
17. Lanis A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.20>
18. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ*. 2019;364:l536. <https://doi.org/10.1136/bmj.l536>
19. Orpen-Palmer J, Stanley AJ. A review of risk scores within upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Med*. 2023;12(11):3678. <https://doi.org/10.3390/jcm12113678>
20. Saydam SS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: a systematic review. *World J Gastrointest Surg*. 2023;15(4):723–739. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i4.723>