

خونریزی دستگاه گوارش فوقانی: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین شواهد

مقدمه

خونریزی دستگاه گوارش فوقانی (UGIB) یکی از شایع‌ترین اورژانس‌های گوارشی است که سالانه بیش از نیم میلیون بستری در بیمارستان‌های ایالات متحده را به خود اختصاص می‌دهد و حدود ۸۰ درصد از موارد مراجعه به اورژانس منجر به بستری می‌شود. این وضعیت که به عنوان خونریزی از مری، معده یا دوازدهه تعریف می‌شود، با میزان مرگ‌ومیر حدود ۱۰ درصد همراه است و در مردان شیوع دوبرابری دارد. با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در روش‌های تشخیصی و درمانی، خونریزی حاد گوارشی همچنان یک وضعیت بالقوه تهدیدکننده حیات محسوب می‌شود که نیازمند تشخیص سریع، احیای دقیق و مراقبت پرستاری جامع و مبتنی بر شواهد است. پرستار به عنوان اولین خط مواجهه با این بیماران، نقشی حیاتی در ارزیابی اولیه، احیای همودینامیک، آماده‌سازی برای آندوسکوپی و پایش عوارض ایفا می‌کند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های علمی از جمله راهنمای کالج گوارش آمریکا (۲۰۲۱) و راهنمای مراقبت‌های ویژه (SCCM/ASHP ۲۰۲۴) تدوین شده است.

اتیولوژی و عوامل خطر

علل شایع خونریزی فوقانی گوارش

چهار علت اصلی خونریزی فوقانی گوارش به ترتیب شیوع عبارتند از:

توضیح	علت
شایع‌ترین علت (حدود ۵۰-۶۰٪ موارد). ناشی از عفونت هلیکوباکتر پیلوری، مصرف NSAIDs یا آسپرین، سیگار و الکل. شامل زخم معده و دوازدهه	بیماری زخم پپتیک

واریس مری	اتساع وریدهای مری و معده ثانویه به پرفشاری خون portal. اغلب ناشی از سیروز کبدی مصرف الکل، هیپاتیت B یا C
پارگی مالوری-وایس	پارگی مخاط در محل اتصال مری به معده ناشی از استفراغ شدید یا زورزدن. ارتباط نزدیک با سوءمصرف الکل دارد
ناهنجاری‌های عروقی	مانند آنژیودیسپلازی که می‌تواند ارثی یا اکتسابی باشد

عوامل خطر تشدیدکننده خونریزی

بر اساس آخرین دستورالعمل (SCCM/ASHP ۲۰۲۴) عواملی که خطر خونریزی مهم بالینی را در بیماران بدحال افزایش می‌دهند عبارتند از :

انعقادپذیری (اختلالات انعقادی)

شوک (نارسایی گردش خون)

بیماری مزمن کبدی

نکته مهم بالینی: بر اساس شواهد جدید، تهویه مکانیکی به تنهایی به عنوان یک عامل خطر مستقل برای خونریزی استرس محسوب نمی‌شود .

علل دیگر

در بیماران اطفال، علل شایع شامل خون بلعیده شده (از مادر در نوزادان شیرخوار یا خونریزی بینی)، ازوفازیت، گاستریت، آسیب مخاطی ناشی از بلع اجسام خارجی (مانند باتری دکمه‌ای یا مواد شیمیایی سوزاننده) و واریس مری در کودکان با بیماری کبدی مزمن می‌باشد .

تظاهرات بالینی و ارزیابی اولیه

علائم و نشانه‌های کلیدی

بیماران با خونریزی فوقانی گوارش معمولاً با یکی از سه علامت زیر مراجعه می‌کنند :

علامت	توضیح
هماتمز	استفراغ خون قرمز روشن یا تفاله قهوه (نشان دهنده خون قدیمی که توسط اسید معده هضم شده است)
ملنا	مدفوع سیاه و قیری شکل که نشان دهنده عبور خون از دستگاه گوارش است
هماتوشری	دفع خون قرمز یا شرابی رنگ از رکتوم؛ معمولاً نشان دهنده خونریزی تحتانی است اما در خونریزی فوقانی عظیم نیز دیده می شود

ارزیابی اولیه: رویکرد ABCDE

بر اساس پروتکل های اورژانس، اولین اقدام پرستار، ارزیابی سریع و سیستماتیک بر اساس مدل ABCDE است :

(Airway، راه هوایی)

بررسی باز بودن راه هوایی

در صورت استفراغ فعال، بیمار را به پهلو بخوابانید و ساکشن آماده داشته باشید

در صورت کاهش سطح هوشیاری یا خطر آسپیراسیون، آمادگی برای لوله گذاری endotracheal

(Breathing) تنفس:

ارزیابی تعداد تنفس، استفاده از عضلات کمکی و اشباع اکسیژن

تجویز اکسیژن برای حفظ SpO2 بالای ۹۳٪

توجه: در خونریزی شدید، خوانش پالس اکسیمتری ممکن است دقیق نباشد

(c ircuitation) گردش خون -اولویت اصلی:

پایش فشار خون، ضربان قلب، رنگ پوست، زمان پر شدن مویرگی

علائم شوک هیپوولمیک: تاکی کاردی، افت فشار خون، تعریق سرد، رنگ پریدگی، گیجی

ارتواستاز (افت فشار خون سیستولیک بیش از ۲۰ میلی‌متر جیوه یا افزایش ضربان قلب بیش از ۲۰ ضربه در دقیقه هنگام ایستادن) معمولاً با از دست دادن ۱۵-۲۰٪ حجم خون (۷۵۰-۱۰۰۰ میلی‌لیتر) رخ می‌دهد در صورت مشاهده علائم شوک: دو کانول وریدی با سایز بزرگ (۱۴-۱۸ گیج) و شروع احیای مایع با سرم نرمال سالین

ابزارهای غربالگری خطر

استفاده از سیستم امتیازدهی Glasgow-Blatchford برای طبقه‌بندی خطر و تصمیم‌گیری در مورد نیاز به بستری، به شدت توصیه می‌شود. بر اساس این سیستم:

بیماران با خطر بسیار پایین ممکن است بدون نیاز به بستری، با پیگیری سرپایی ترخیص شوند

عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری شامل سن، بیماری‌های همراه، سطح هموگلوبین، نیتروژن اوره خون، فشار خون سیستولیک و سایر پارامترهای بالینی است

یک مطالعه تصادفی‌سازی شده (۲۰۲۵) نشان داد که به کارگیری مراقبت پرستاری با رژیم غذایی فردی‌سازی شده مبتنی بر نمره Glasgow-Blatchford به طور معنی‌داری دفعات خونریزی، زمان هموستاز، طول مدت بستری و میزان عود خونریزی را کاهش داده و کیفیت زندگی و رضایت‌مندی بیماران را بهبود می‌بخشد.

مراقبت‌های پرستاری و مدیریت بالینی

الف. احیای اولیه و تثبیت بیمار

مداخلات کلیدی	حوزه مراقبتی
-تعبیه دو کانول وریدی با سایز بزرگ (۱۶-۱۸ گیج) -در صورت عدم دسترسی وریدی، خط داخل استخوانی	دسترسی عروقی
-در صورت علائم شوک: سرم نرمال سالین ۰.۹٪، ۲۵۰ میلی‌لیتر بولوس (در بزرگسالان) و تکرار هر ۱۰ دقیقه تا حداکثر ۱۰۰۰ میلی‌لیتر تا رسیدن فشار خون سیستولیک به بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه -در کودکان: ۱۰-۲۰ میلی‌لیتر/کیلوگرم بولوس و	احیای مایع

	تکرار در صورت نیاز -پایش دقیق ورودی و خروجی
تزریق خون	-در صورت هموگلوبین ≥ 7 گرم/دسی لیتر، تزریق خون توصیه می شود -در بیماران با بیماری قلبی-عروقی زمینه ای، هدف هموگلوبین < 8 گرم/دسی لیتر -در خونریزی واریسی، از احیای بیش از حد خودداری شود (هدف هموگلوبین 90 گرم/لیتر) زیرا افزایش حجم خون می تواند فشار portal را افزایش داده و خونریزی را تشدید کند
اصلاح اختلالات انعقادی	-تجویز ویتامین K، پلاسمای تازه منجمد یا پلاکت ها طبق دستور پزشک در صورت وجود اختلال انعقادی
NPO (ناشتا)	NPO -مطلق تا زمان انجام آندوسکوپی یا نظر پزشک
لوله بینی-معدة	-در موارد خونریزی فعال یا مشکوک به خونریزی واریسی، قرار دادن لوله NG روی زهکش آزاد برای تخلیه خون معده، کاهش خطر آسپیراسیون و پایش میزان خونریزی

ب. مدیریت دارویی مبتنی بر شواهد

۱. مهارکننده های پمپ پروتون (PPIs)

بر اساس دستورالعمل کالج گوارش آمریکا (۲۰۲۱):

تجویز PPIs با دوز بالا (≥ 80 میلی گرم روزانه به مدت ≤ 3 روز) به صورت وریدی یا خوراکی، پس از هموستاز موفق آندوسکوپی، برای کاهش خطر عود خونریزی به شدت توصیه می شود.

رژیم دوز بالا: ۸۰ میلی گرم اولیه و سپس ۸ میلی گرم در ساعت به صورت انفوزیون مداوم یا ۸۰ میلی گرم اولیه و سپس ۴۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت.

در بیماران با خطر بالا، ادامه درمان با PPI تا ۱۴ روز توصیه می شود.

در بخش اورژانس، تجویز پنتوپرازول ۸۰ میلی گرم وریدی یک بار، یک مداخله استاندارد محسوب می شود .

۲. در خونریزی واریسی

نکات	دوز و نحوه تجویز	دارو
کاهش جریان خون احشایی و فشار portal - نیمه عمر بسیار کوتاه؛ در صورت قطع کانول، بلافاصله جایگزین شود - تا ۲۴ ساعت پس از کنترل خونریزی ادامه یابد و سپس طی ۲۴ ساعت به آرامی قطع شود تا از خونریزی بازگشتی جلوگیری شود	- بولوس: ۱ میکروگرم / کیلوگرم (حداکثر ۵۰ میکروگرم) طی ۵ دقیقه - انفوزیون مداوم: ۱-۳ میکروگرم / کیلوگرم / ساعت (حداکثر ۵۰ میکروگرم / ساعت)	اکترئوناید
برای بهبود وضعیت انعقادی در بیماری کبدی	۳۰۰ میکروگرم / کیلوگرم (حداکثر ۱۰ میلی گرم) به صورت وریدی آهسته طی ۳-۵ دقیقه	ویتامین K
پیشگیری از عفونت در بیماران سیروتیک با خونریزی واریسی	سفوناکسیم ۵۰ میلی گرم / کیلوگرم یا پیراسیلین / تازوباکتام در صورت زردی یا بیماری کبدی	آنتی بیوتیک وسیع الطیف

توجه: در خونریزی واریسی کنترل نشده با وجود مداخلات فوق، ممکن است نیاز به بالون تامپوناد (لوله Sengstaken-Blakemore) باشد که فقط در بیماران با راه هوایی محافظت شده و تحت نظارت مراقبت های ویژه انجام می شود .

۳. داروهای کمکی

کاربرد	دارو
۲۵۰ میلی گرم، ۲۰-۹۰ دقیقه قبل از آندوسکوپی. به عنوان پروکینتیک برای تخلیه خون از معده و بهبود دید آندوسکوپی	اریترومایسین وریدی

ترانگزامیک اسید	در بزرگسالان با خونریزی شدید (تحت نظر پزشک). در کودکان توصیه نمی‌شود به دلیل عدم شواهد کافی و خطر افزایش عوارض ترومبوآمبولیک
-----------------	--

ج. آماده‌سازی برای آندوسکوپی

آندوسکوپی تشخیصی و درمانی طی ۲۴ ساعت از زمان پذیرش برای بیماران بستری توصیه می‌شود. پرستار نقش کلیدی در آماده‌سازی بیمار دارد:

پوزیشن: بیمار را در وضعیت خوابیده به پهلو چپ (Left Lateral Decubitus) قرار دهید تا از آسپیراسیون محتویات معده جلوگیری شود و مسیر آندوسکوپ تسهیل گردد

ساکشن: دستگاه ساکشن آماده و روشن در کنار تخت

پایش: بیمار به مانیتور قلبی و پالس اکسیمتری متصل باشد

هماهنگی: هماهنگی با تیم آندوسکوپی و اطمینان از در دسترس بودن تجهیزات

د. مدیریت عوارض و پایش پس از آندوسکوپی

پس از آندوسکوپی، پرستار باید بیمار را برای عوارض زیر پایش کند:

اقدامات پرستاری	علائم هشداردهنده	عارضه بالقوه
گزارش فوری به پزشک؛ آمادگی برای آندوسکوپی مجدد یا مداخله جراحی/رادیولوژی	-استفراغ خون یا تفاله قهوه -افت مجدد هموگلوبین -تاکیکاردی، افت فشار خون	خونریزی مجدد
گزارش فوری؛ NPO؛ شروع آنتی‌بیوتیک؛ آمادگی برای جراحی	-درد شدید شکم -تب -اتساع شکم، عدم وجود صداهای روده -آمفیزم زیرجلدی	پرفوراسیون

اکسیژن درمانی؛ فیزیوتراپی تنفسی؛ گزارش به پزشک	- کاهش اشباع اکسیژن - سرفه، تب - تغییر صداهاى تنفسى	عارضه تنفسی (آسپیراسیون)
احیای مایع؛ تزریق خون طبق دستور	تاکی کاردی، افت فشار خون، رنگ پریدگی، الیکوری	افت فشار خون / شوک

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس یک مطالعه مرور سناریوی بالینی (۲۰۲۱)، تشخیص‌های پرستاری اصلی در بیماران با خونریزی فوقانی
گزارش عبارتند از :

مداخلات کلیدی	تشخیص پرستاری
پایش دقیق علائم حیاتی هر ۱۵-۳۰ دقیقه در فاز حاد - پایش هموگلوبین سریال و پاسخ به تزریق خون - ثبت دقیق ورودی و خروجی (شامل حجم خون استفراغ شده و ملنا) - ارزیابی علائم کاهش حجم (تورگور پوست، رطوبت مخاط، ادرار < ۳۰ میلی لیتر/ساعت)	خطر کاهش حجم مایعات / شوک هیپوولمیک
ارزیابی دقیق ماهیت، محل، شدت و زمان درد (PQRST) - تجویز مسکن‌های تجویز شده (با احتیاط در بیماران همودینامیک ناپایدار و با توجه به اثر بر فشار خون) - توجه: مصرف NSAIDs در بیماران با خونریزی فعال مطلقاً ممنوع است	درد حاد
- حضور مستمر پرستار در کنار بیمار - توضیح واضح روند درمانی و اقدامات در حال انجام - پاسخ به سوالات و رفع نگرانی‌ها	اضطراب
- بالا نگه داشتن سر تخت (۳۰-۴۵ درجه) - قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب در صورت	خطر آسپیراسیون

	استفراغ -ساکشن آماده در کنار تخت
کمبود دانش	-ارائه اطلاعات در مورد بیماری، عوارض، داروها و رژیم غذایی -توضیح در مورد ممنوعیت مصرف NSAIDs و الکل پس از ترخیص -تشویق به پیگیری منظم و در صورت نیاز، آزمایش هلیکوباکتر پیلوری و درمان آن

مراقبت‌های تغذیه‌ای و برنامه‌ریزی ترخیص

شروع تغذیه

NPO مطلق تا زمان آندوسکوپی

پس از آندوسکوپی موفق و در صورت عدم نیاز به مداخله مجدد، شروع تدریجی رژیم غذایی بر اساس دستور پزشک

در صورت خونریزی واریسی، شروع تغذیه باید با احتیاط و تحت نظر انجام شود

برنامه‌ریزی ترخیص و آموزش به بیمار

محتوای کلیدی	حوزه آموزشی
-پایش علائم عود خونریزی (مدفوع سیاه، استفراغ خونی، ضعف و سرگیجه) -در صورت مشاهده هرگونه علامت هشدار، مراجعه فوری به پزشک	مراقبت‌های شخصی
اهمیت ادامه مصرف PPIs طبق تجویز (معمولاً ۲-۴ هفته) -تأکید شدید بر پرهیز مطلق از NSAIDs و آسپرین -در صورت مصرف داروهای ضد انعقاد، هماهنگی با پزشک معالج	داروها

رژیم غذایی	-رژیم غذایی نرم و کم تحرک در هفته های اول -پرهیز از الکل، کافئین، غذاهای تند و اسیدی تا بهبودی کامل مخاط -اهمیت تغذیه مناسب برای ترمیم بافت ها و جبران کم خونی (غذاهای غنی از آهن و ویتامین C)
پیگیری	-پیگیری با پزشک گوارش برای آندوسکوپی کنترلی در صورت نیاز -در صورت تشخیص هلیکوباکتر پیلوری، اهمیت تکمیل دوره درمان آنتی بیوتیکی و آزمایش پیگیری

مراقبت های ویژه در بیماران بدحال (ICU)

بر اساس جدیدترین راهنمای SCCM/ASHP (۲۰۲۴):

پروفیلاکسی زخم استرس در بیماران بدحال با عوامل خطر (انعقادپذیری، شوک، بیماری مزمن کبدی) با PPIs یا آنتاگونیست های گیرنده H2 با دوز پایین توصیه می شود.

تغذیه روده ای احتمالاً خطر خونریزی استرس را کاهش می دهد.

قطع پروفیلاکسی به محض برطرف شدن عوامل خطر یا ترخیص از ICU، برای جلوگیری از تجویز غیرضروری دارو ضروری است.

تجویز همزمان پروفیلاکسی با تغذیه روده ای ممکن است خطر پنومونی را افزایش دهد.

جمع بندی

خونریزی فوقانی گوارش یک اورژانس شایع و بالقوه کشنده است که نیازمند رویکردی سریع، سیستماتیک و مبتنی بر شواهد از زمان پذیرش تا ترخیص است. پرستار به عنوان عضو کلیدی تیم درمان، در تمام مراحل احیای اولیه، پایش همودینامیک، آماده سازی آندوسکوپی، مدیریت دارویی و آموزش به بیمار، نقشی حیاتی ایفا می کند. استفاده از ابزارهای غربالگری خطر مانند Glasgow-Blatchford، اجرای دقیق پروتکل های احیای مایع و خون، مدیریت هدفمند دارویی بر اساس علت خونریزی، و برنامه ریزی دقیق ترخیص، سنگ بنای موفقیت درمان و کاهش عوارض و مرگومیر این بیماری محسوب می شود. توانمندسازی بیمار با آموزش های دقیق در

مورد پرهیز از NSAIDs، الکل و سیگار، همچنین تشخیص زودهنگام علائم عود خونریزی، نقشی اساسی در پیشگیری از عود و بازگشت موفقیت آمیز بیمار به زندگی عادی دارد.

منابع

MacLaren R, Dionne JC, Granholm A, et al. Society of Critical Care Medicine and American Society of Health-System Pharmacists guideline for the prevention of stress-related gastrointestinal bleeding in critically ill adults. Crit Care Med. 2024;52(8):e421-e430.

Perth Children's Hospital. Gastrointestinal bleeding upper GIT. Emergency Department Guidelines. Updated Sep 2025.

Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, et al. ACG clinical guideline: Upper gastrointestinal and ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2021;116(5):899-917.

Campbell AM. Manage acute upper GI bleeding. Nursing. Spring 2008;38:1-5.

Clinical scenario table. Nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding. PLoS One. 2021.

ACI Emergency Care Institute. Gastrointestinal bleeding (suspected). NSW Health. Updated May 2024.

NHS Lothian. Paediatric significant upper gastrointestinal bleeding guideline. Right Decisions Scotland.

Han Y, et al. Application Effects of Individualized Diet Nursing Combined with the Modified Glasgow-Blatchford Scoring System in Upper Gastrointestinal Bleeding. Altern Ther Health Med. 2025;31(2):84-89.

SESLHD Adult Emergency Nurse Protocol – Gastrointestinal Bleed. South Eastern Sydney Local Health District.