

بررسی فاکتورهای مستعدکننده پرفوراسیون در زخم‌های پپتیک مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰

دکتر عزت اله صادقی*، دکتر محمدعلی حسامی**، دکتر خسرو ستایشی***، دکتر نجمه باقر حسینی****
دکتر کیوان حسینی****، نیلوفر روناس*****

چکیده:

زمینه و هدف: پرفوراسیون دستگاه گوارش از علل مهم جراحی‌های اورژانس در بخش‌های جراحی می‌باشد. همچنین شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک از زمان گزارش اولین مورد تاکنون دچار تغییرات زیادی، از جمله در الگوی سن و جنس بیماران شده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی فاکتورهای مستعدکننده پرفوراسیون در زخم‌های پپتیک پرفورده جراحی شده در بخش جراحی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد، که با مطالعه پرونده‌ها و تکمیل فرم ثبت بیماران پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بستری شده‌اند، انجام گرفت. فرم پژوهش شامل متغیرهایی نظیر سن، مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، مشروبات الکلی، مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون، سیگار و ابتلا به هلیکو باکتر پیلوری بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۱۰ بیمار وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۹۷ مرد (۸۸/۲٪) و ۳ زن (۱۱/۸٪) با میانگین سنی و انحراف معیار به ترتیب ۴۷/۴۴ و ۱۸/۰۵ سال بود. ۲۵ مورد از بیماران سابقه مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی داشتند. همچنین تمام افراد مبتلا به هلیکو باکتر پیلوری که ۴۱ جمعیت (۱۹٪) مورد مطالعه را شامل می‌شدند، سابقه مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون را اظهار کردند. ۲۴ مورد از ۱۱۰ مورد سابقه مصرف مشروبات الکلی را بیان کردند، ۷۴ مورد (۶۷/۳٪) استعمال سیگار و ۵۷ مورد سابقه مصرف مواد مخدر. همچنین ۳۰ مورد از بیماران (۲۷/۳٪) قبل از ایجاد پرفوراسیون، سابقه زخم معده داشتند. میانگین مدت بستری هر بیمار در بیمارستان ۷ روز بود.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین محل پرفورده در معده اطراف پیلور قرار داشت. عوامل مستعدکننده این عارضه سن، مصرف انواع مواد مخدر، سیگار، مشروبات الکلی، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، عفونت هلیکو باکتر پیلوری و وجود بیماری‌های همراه بوده است.

واژه‌های کلیدی: زخم پپتیک، پرفوراسیون، عوامل مستعدکننده

نویسنده پاسخگو: دکتر نجمه باقر حسینی

تلفن: ۰۸۳۳۴۲۷۶۳۳۸

E-mail: najmehbagherhosseini@gmail.com

* استادیار گروه جراحی عمومی و عروق، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

** استادیار گروه جراحی قفسه سینه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

*** استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

**** دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

***** کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۰۷/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۰۳

زمینه و هدف

شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک از زمان اولین مورد گزارش شده تاکنون دچار تغییرات زیادی شده است. در قرون ۱۸ و ۱۹ میلادی پرفوراسیون زخم پپتیک ناشایع بود و در آن زمان بیشتر موارد پرفوراسیون زخم پپتیک مربوط به معده بود، ولی به تدریج شیوع پرفوراسیون زخم اثنی عشر افزایش یافته و در نهایت امروزه پرفوراسیون زخم پپتیک بیشتر مربوط به اثنی عشر است.^۱ میزان شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک در چند دهه قبل در مردان جوان شایعتر بوده است، ولی به تدریج شیوع آن در جوانان و مردها کم شده است و در زنان و افراد مسن افزایش یافته است. در مطالعات اخیر بیشترین شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک در مردان بالای ۶۵ سال بوده است.^۲ با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم طب در سال‌های اخیر، زخم پپتیک همچنان به عنوان یکی از شایعترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های بشری باقی مانده است. بطوری که شیوع آن را ۲٪ و در طول زندگی هر فرد ۱۰٪ تخمین می‌زنند.^۳ علت عدم کاهش شیوع این بیماری را افزایش شیوع عفونت با هلیکوباکتر پیلوری، ورزش سنگین، تروما، الکل، سوختگی‌های شدید، مصرف بیشتر سیگار و داروهای ضدالتهابی می‌دانند.^۴ در مطالعه هرمانسون سن بالای ۷۵ سال، بیماری قلبی و ریوی همزمان، پرفوراسیون کاردیا یا تنه معده و فاصله زمانی بیش از ۱۲ ساعت از شروع علائم تا عمل جراحی تأثیر چشمگیری در مورتالیتی داشته‌اند.^۵

با شروع درمان‌های ضد هلیکوباکتر از سال ۱۹۹۴ میزان اعمال جراحی به علت عوارض زخم پپتیک کاهش یافته است و سن و جنس وقوع پرفوراسیون نیز تغییر کرده است. آسان‌ترین تکنیک جراحی بخیه زدن محل پرفوراسیون و امانتال پیچ است که سریعاً موجب بهبود زخم پرفوره می‌شود. هرچه جراحی تهاجمی‌تر و وسیع‌تر باشد، عود کمتر و عوارض بیش‌تر است. عوارض شایع عبارتند از عود زخم، سندرم‌های قوس آوران، گاستروپارزی ناشی از رفلکس صفر، آدنوکارسینوم معده است.^{۶-۱۱} با توجه به تغییراتی که در روند شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک و انواع آن در طول چند دهه اخیر رخ داده است، بررسی عوامل مستعدکننده

پرفوراسیون زخم معده و اثنی عشر و مقایسه با موارد قبلی می‌تواند نشان‌دهنده تغییرات در تنوع فاکتورهای مستعدکننده پرفوراسیون باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی فاکتورهای مستعدکننده پرفوراسیون در زخم‌های پپتیک پرفوره جراحی شده در بخش جراحی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد و جامعه مورد مطالعه شامل کلیه تمامی بیماران که در بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ با تشخیص پرفوراسیون زخم پپتیک در بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) بستری شده بودند. بیمارانی که برای درمان در بخش جراحی این بیمارستان بستری شده بودند و با شرح حال و تشخیص قبل از عمل پرفوراسیون زخم پپتیک بررسی و درمان شده و مشاهدات حین عمل آنها نیز تشخیص فوق را تأیید کرده بود، انجام گرفت. فرم پژوهش شامل متغیرهایی نظیر سن، مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، مشروبات الکلی، مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون، سیگار و ابتلا به هلیکوباکتر پیلوری، معاینه قبل عمل توسط جراح، اقدامات تشخیصی مانند رادیوگرافی سینه و شمارش سلول‌های خون مشاهدات حین عمل و اطلاعات دموگرافیک بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۱۰ بیمار دچار پرفوراسیون زخم پپتیک که برای درمان به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

توزیع فراوانی سن و جنس بیماران پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی سن و جنس افراد مبتلا به پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده

گروه سنی	جنس	فراوانی	درصد	مجموع در هر گروه سنی
۱۰-۱۹	مرد	۲	۱/۸۱	۲ (۱/۸۱٪)
	زن	۰	۰/۰	
۲۰-۲۹	مرد	۱۶	۱۴/۵	۲۰ (۱۸/۱٪)
	زن	۴	۳/۶	
۳۰-۳۹	مرد	۱۶	۱۴/۵	۱۸ (۱۶/۳۶٪)
	زن	۲	۱/۸۱	
۴۰-۴۹	مرد	۲۳	۲۰/۹	۲۴ (۲۱/۸۱٪)
	زن	۱	۰/۹	
۵۰-۵۹	مرد	۱۶	۱۴/۵	۱۷ (۱۵/۴۵٪)
	زن	۱	۰/۹	
۶۰-۶۹	مرد	۱۱	۱۰	۱۳ (۱۱/۸۱٪)
	زن	۲	۱/۸۱	
۷۰-۷۹	مرد	۷	۶/۳۶	۹ (۸/۲٪)
	زن	۲	۱/۸۱	
> ۸۰	مرد	۶	۵/۴۵	۷ (۶/۳۶٪)
	زن	۱	۰/۹	
جمع	مرد	۹۷	۸۸/۱۸	۱۱۰ (۱۰۰٪)
	زن	۱۳	۱۱/۸۲	

سابقه مصرف کورتون و نقص ایمنی در هیچ موردی وجود نداشت.

توزیع فراوانی بیماران پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بر حسب محل پرفوراسیون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی محل پرفوراسیون زخم پپتیک در بیماران جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰

محل پرفوراسیون زخم پپتیک	فراوانی	درصد
معده	۸۴	۷۶/۴
دوازدهه	۲۶	۲۳/۶
مجموع	۱۱۰	۱۰۰

با توجه به نتایج موجود در این مطالعه ۹۷ مرد (۸۸/۲٪) و ۱۳ زن (۱۱/۸٪) مورد بررسی قرار گرفتند. کمترین فراوانی در رده سنی ۱۰-۱۹ سال و بیشترین مربوط به رده سنی ۴۰-۴۹ سال بود. در این مطالعه محدوده سنی گسترده‌ای مشاهده شد (۷۳ سال) و در خانم‌ها محدوده سنی کمتر (۶۵ سال) بود. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴۷/۴۴ سال و انحراف معیار برابرست با ۱۸/۰۵ بود. بیشترین تعداد افراد مبتلا در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال بودند. در گروه‌های سنی زیر ۱۰ سال هیچ موردی مشاهده نشد و اکثر بیماران در دوران میانسالی و کهن‌سالی زندگی خود دچار پرفوراسیون زخم پپتیک شده بودند. شایان ذکر است که از بین ۱۱۰ بیمار یاد شده متأسفانه ۱ نفر در حین درمان جان خود را از دست داده بود. همچنین میانگین مدت بستری هر بیمار در بیمارستان ۷ روز و متوسط هزینه بستری برای هر بیمار بین ۲۰ تا ۲۵ میلیون ریال برآورد شد.

استعمال سیگار در بیماران دچار پرفوراسیون بسیار شایع بوده است به گونه‌ای که ۶۷/۳٪ از این افراد سابقه مصرف را اظهار داشتند.

بحث

در این دوره ۶ ساله توزیع مراجعه بیماران پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) به این گونه بوده است: میانگین مدت بستری هر بیمار در بیمارستان ۷ روز و متوسط هزینه بستری برای هر بیمار بین ۲۰ تا ۲۵ میلیون ریال برآورد شد. در مطالعه دکتر احمد رضا سروش و همکارانش که طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در بیمارستان دکتر شریعتی تهران بر روی بیماران مبتلا به پرفوراسیون دستگاه گوارش انجام شد، محل پرفوراسیون در ۱۹ مورد (۶۵/۵٪) معده و در ۱۰ مورد (۳۴/۵٪) دوازدهه بود.^{۱۰} در مطالعه Ohene زخم معده شایع‌تر از زخم دوازدهه بود و این نسبت ۱ به ۲/۸ بود.^{۱۱} میزان شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک در چند دهه قبل در مردان جوان شایع‌تر بوده است، ولی به تدریج شیوع آن در جوانان و مردها کم شده است و در زنان و افراد مسن افزایش یافته است.

در مطالعات اخیر بیشترین شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک در مردان بالای ۶۵ سال بوده است. در مطالعه‌ای که آقای ساون و همکارانش روی بیماران درمان شده برای پرفوراسیون زخم پپتیک در عرض ۵۶ سال، از سال ۱۹۳۵ تا ۱۹۹۰ انجام داده‌اند، سن متوسط بیماران از ۴۱ به ۶۲ سال افزایش یافته است. نسبت مرد به زن از ۱ به ۱/۵ کاهش یافته است.^{۱۲} در مطالعه حاضر بیشترین تعداد افراد مبتلا در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال بودند و در گروه سنی زیر ۱۰ سال هیچ موردی مشاهده نشد. اکثر بیماران در دوران میانسالی و کهن‌سالی زندگی خود دچار پرفوراسیون زخم پپتیک شده بودند. در مطالعات مشابه داخلی متوسط سن بیماران ۴۱ سال بود که از این تعداد ۸۵ نفر مذکر و سه نفر مؤنث بودند.^{۱۳} در مطالعه‌ای دیگر متوسط سن بیماران ۵۱ سال بود.^{۱۴} Ohene نیز متوسط سن بیماران را در این مطالعه ۵۲/۲ سال بیان کرد.^{۱۱}

با توجه به نتایج جدول ۲، شیوع پرفوراسیون زخم پپتیک معده نسبت به دوازدهه ۱ به ۳/۲۳ بود. و شایع‌ترین محل پرفوراسیون در معده اطراف پیلور (پروگزیمال به پیلور) قرار داشت. از ۱۱۰ بیمار مورد مطالعه (۲۸/۲٪) ۳۱ بیماری همراه (زمینه‌ای) داشتند که البته بعضی از این بیماران ۲ تا ۳ مورد بیماری را گاه‌آهاً همزمان داشتند. در مجموع ۲۲ مورد فشار خون بالا، ۸ مورد دیابت ملیتوس و ۱ مورد جراحی بای پس قلب در این ۳۱ مورد بیمار ثبت شده بود. (۲۸/۲٪) ۲۵ از بیماران سابقه مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی داشتند. (۷۷/۳٪) ۸۵ نیز سابقه مصرف این داروها را اظهار نکرده بودند (۲۷/۳٪) ۳۰ از بیماران قبل از ایجاد پرفوراسیون، سابقه زخم معده داشتند اما (۷۲/۷٪) ۸۰ از بیماران هیچ‌گونه سابقه زخم پپتیک نداشتند. تمامی افراد مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری که (۱۹٪) ۴۱ جمعیت مورد مطالعه را شامل می‌شدند. سابقه مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون را اظهار کردند در این بین ۳ مورد نیز سابقه مصرف H2 بلوکر را بیان داشتند. توزیع فراوانی بیماران پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- فراوانی بیماران پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بر حسب سابقه مصرف مواد مخدر

مصرف مواد مخدر	فراوانی	درصد
هیچ‌گونه مصرفی نداشتند	۵۳	۴۸/۲
مصرف تریاک	۲۰	۱۸/۲
مصرف اپیوم‌ها	۲۱	۲۵/۵
مصرف کراک	۶	۵/۵
مصرف شیشه	۳	۲/۷
مجموع	۱۱۰	۱۰۰

با عدم مصرف سیگار میزان پرفوراسیون زخم پپتیک را ۳ برابر افزایش می‌دهد و نوشیدن بیش از ۴۳ بار الکل در هفته میزان خونریزی را در مقایسه با افرادی که ۱ بار در هفته الکل می‌نوشند، ۴ برابر افزایش می‌دهد.^{۲۲} از ۱۱۰ مورد بیمار دچار پرفوراسیون زخم پپتیک، ۵۷ مورد سابقه مصرف مواد مخدر را داشتند که از این تعداد ۲۵ مورد سابقه مصرف اپیوم و ۲۰ مورد سابقه مصرف تریاک داشتند. کراک و شیشه هر کدام به ترتیب با ۵ و ۶ مورد مصرف کمتری در گروه مورد مطالعه را به خود اختصاص داده بودند. در مطالعه داخلی مصرف سیگار در ۵۶ نفر وجود داشت. ۳۹ بیمار اپیوم مصرف می‌کردند. ۱۱ بیمار نیز بیان کردند که گهگاهی مشروبات الکلی مصرف می‌کنند.^{۱۵}

در مطالعه Asefan در سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ صورت گرفت ۵۳ نفر از بیماران سابقه مصرف سیگار داشتند. ۲۵٪ از بیماران سابقه قبلی زخم پپتیک نداشتند. میانگین مدت بستری در این بیماران ۱۴/۵ روز بود. ۶۵ نفر از بیماران دچار زخم دوازدهه پرفوره بودند. عوارض بعد از عمل در ۲۴ مورد اتفاق افتاده بود و ۱۲ نفر نیز جان خود را از دست دادند.^{۲۳} در مطالعه حاضر ۲۷/۳٪ از بیماران قبل از ایجاد پرفوراسیون، سابقه زخم معده داشتند اما ۷۲/۷٪ از بیماران هیچ گونه سابقه زخم پپتیکی نداشتند.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد که شایع‌ترین پرفوراسیون در دستگاه گوارش در این مرکز درمانی زخم معده پرفوره است و شیوع آن نسبت به دوازدهه ۱ به ۳/۲۳ است و شایع‌ترین محل پرفوره در معده اطراف پیلور قرار داشت. عوامل مستعدکننده این عارضه می‌تواند به سن بالا، مصرف انواع مواد مخدر، سیگار، مشروبات الکلی، داروهای ضد التهابی غیر استروئید، عفونت هلیکوباکتر پیلوری و وجود بیماری‌های همراه بوده است. در مطالعاتی که بر روی پرفوراسیون در کشورهای غربی انجام شده دیده شده که طیف بیماران مبتلا و عوارض آن تغییرات زیادی کرده است که منعکس‌کننده کنترل بهتر عوامل مستعدکننده و درمان بهتر طبی جهت پیشگیری از عوارض خطرناک و کشنده‌ای همچون پرفوراسیون، خونریزی و انسداد در این زمینه می‌باشد.

اتیولوژی مشخصی برای پرفوراسیون زخم پپتیک شناخته نشده است، ولی علل و حالات زمینه‌ای خاصی برای آن در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از: وجود هلیکوباکتری، استرس روانی، مصرف داروهای ضد التهابی، ورزش سنگین، تروما، الکل، سوختگی‌های شدید، پیوند کلیه، مصرف کورتون، داروهای سرکوب‌کننده ایمنی، بیماری مزمن انسدادی ریه، افزایش سن و نارسایی چند عضوی.^{۱۷} Peter و همکارانش در مطالعه خود دریافتند که میزان پرفوراسیون و بروز عوارض زخم پپتیک در افراد مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری شایعتر بوده است.^{۱۵} در مطالعه Collier بین مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و بروز زخم پپتیک پرفوره در سنین بیشتر از ۶۵ سال ارتباط معنی‌داری وجود دارد، اما در سنین زیر ۶۵ سال ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.^{۱۶} با شروع درمان‌های ضد هلیکوباکتر از سال ۱۹۹۴ میزان اعمال جراحی به علت عوارض زخم پپتیک کاهش یافته است، سن و جنس وقوع پرفوراسیون نیز تغییر کرده است.^{۲۰-۲۲ و ۲۴ و ۲۵} در مطالعه حاضر تمامی افراد مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری که ۱۹٪ جمعیت مورد مطالعه را شامل می‌شدند، سابقه مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون را اظهار کردند در این بین ۳ مورد نیز سابقه مصرف H2 بلوکر را بیان داشتند.

همچنین در مطالعه Canoy بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان نورفولک انگلستان ۲۵ مورد سیگاری (۳۶/۸٪) بودند و ۲۲ نفر داروهای غیر استروئیدی مصرف می‌کردند. در ۱۴ مورد نیز عفونت هلیکوباکتر پیلوری مشاهده شد.^{۲۳} در مطالعه حاضر ۲۴ مورد از ۱۱۰ مورد بستری شده در این مرکز سابقه مصرف مشروبات الکلی را بیان کردند که همه این افراد به جز ۱ مورد آقا بودند. همچنین استعمال سیگار در بیماران دچار پرفوراسیون زخم پپتیک جراحی شده مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بسیار شایع بوده است به گونه‌ای که ۶۷/۳٪ از این افراد سابقه مصرف را اظهار داشتند. Svanes و همکارانش با هدف بررسی ارتباط بین سیگار کشیدن و زخم پپتیک پرفوره به مطالعه‌ای مورد - شاهدی در نروژ پرداختند. بررسی نشان داد که سیگار کشیدن شانس ابتلا به زخم پپتیک پرفوره را تا ۹/۷ برابر بیشتر می‌کند و ارتباط با مصرف سیگار و زخم پپتیک پرفوره معنی‌دار ($P < 0.001$) بدست آمد.^{۲۱} همچنین در مطالعه آندرسیا مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در مقایسه

Abstract:**The Study of Predisposing Factors in Perforation of Peptic Ulcer in Imam Reza (AS) Hospital, Kermanshah, during 2006 to 2011**

Sadeghi E. MD ^{*}, *Hesami M. A. MD* ^{**}, *Setayeshi Kh. MD* ^{***}, *Bagherhosseini N. MD* ^{****}
Hosseini K. MD ^{****}, *Ronas N.* ^{*****}

(Received: 18 Oct 2015 Accepted: 23 Jan 2016)

Introduction & Objective: Gastrointestinal perforation is one of the most important causes of emergent surgeries in surgery wards. Demography of peptic ulcer perforation has changed considerably since the first reported case, especially in relation to the age and gender of patients. In the present study, we tried to study predisposing factors in perforation of peptic ulcer, in Hospital of Imam Reza (AS), during 2006 to 2011.

Materials & Methods: This study was a cross - sectional study, which involves the case studies and complete the registration forms of the patients with peptic ulcer perforation, who underwent surgery at the Medical Center of Imam Reza (AS), during the years 2006 to 2011 were admitted, was done. This form includes variables such as age, use of NSAIDS, alcohol, cigarettes, consumption of PPI and H.Pylori infection. Data were analyzed with the SPSS software.

Results: In this study, 97 (88.2%) were male and 13 (11.8%) were female. The mean age was 47.44 years old with 18.05 SD. The history of smoking was positive in 74 patients (67.3%) and 57 patients (44%) were drugs addicts. Comorbidities were present in 31 cases. 25 of the patients had a history of NSAID use and 30 cases (27.3%) had a history of previous perforation of gastric ulcer. Also, all patients with H. pylori history, which were 19% of the study population all had a history of PPI and 24 patients had a history of occasional alcohol consumption. The average length of stay per patient was 7 days.

Conclusions: The most common place of perforation was around the pyloric stomach. The risk factors of the condition were: age, the use of drugs, cigarettes, alcohol, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), helicobacter pylori infection and associated diseases.

Key Words: Peptic Ulcer, Perforation, Predisposing Factors

* *Assistant Professor of Vascular Surgery, Kermanshah University of Medical Science, Imam Reza Hospital, Kermanshah, Iran*

** *Assistant Professor of Thoracic Surgery, Kermanshah University of Medical Science, Imam Reza hospital, Kermanshah, Iran*

*** *Assistant Professor of General Surgery, Kermanshah University of Medical Science, Imam Reza hospital, Kermanshah, Iran*

**** *Resident of General Surgery, Kermanshah University of Medical Science, Imam Reza Hospital, Kermanshah, Iran*

***** *B.S of Nursing, Kermanshah University of Medical Science, Imam Reza Hospital, Kermanshah, Iran*

References:

1. David C. Sabiston, Text Book of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. W.B. Saunders Company 16th edition, 2001. 854-5.
2. Lee KH, Chang HC, Lo CJ. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. *Am Surg.* 2004 Apr; 70(4): 352-6.
3. ACS. Principles and Practice of Surgery. American Collage of Surgery. 1th edition 2002.
4. Schwartz and Harold Ellis: Maingots Abdominal operation; Soymourl 10th edition, 1997. 968-9.
5. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, and et all. Eradication of Helicobacter Pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2000 Feb; 31(2): 153.
6. Grassi R, Romano S, Pinto A, and et all. Gastroduodenal 6.perforations: conventional plain and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol.* 2004 Apr; 50(1): 30-6.
7. Hurtado-Andrade H. Surgical treatment of peptic ulcer. *Rev Gastroenterol Mex.* 2003 Apr-Jun; 68(2): 143-55.
8. J Wu, J Sung. Treatment of Helicobacter pylori infection. *HKMJ Vol 5 No 2 June, 1999* 145.
9. F. Sanc hez - Bueno, P. Marin, A. and et all. Has the Incidence of Perforated Peptic Ulcer Decreased over the Last Decade? *Digestive Surgery* 2001; 18: 444-448.
10. Soroush A R, Khorgami Zh, Hakimian MR, Ehteshami N, Aghajani M. Assessment of Gastrointesinal Perforation in Dr. Shariati Hospital from 2002 to 2007. *Iranian J surgery* 2007; 15(2): 22-8.
11. Ohene-Yeboah M & Togbe B. perforated gastric and duodenal ulcers in an urban African population. *WAJM* 2006; 25 (3): 205-11.
12. Svanes C, Salvesen M, Stangeland L, and et all. Perforated peptic ulcer over 56 years' time tends in patients and disease characteristics. *Gut* 1993; 34: 1666-71.
13. Hajinasrollah E, Salehi N, Khoshkar A, Malekpour F, Najafi H, Shabani F, Falah M A. Perforated Peptic Ulcer in Loghman Medical Center, Iranian J surgery 2006; 14(1): 8-14.
14. Schwartz and Harold Ellis: Maingots Abdominal operation; Soymourl 10th edition, 1997. 968-9.
15. Peters JH, Elison EC, Innex JT, Efficacy of H.Pylori erudication in peptic ulcer disease, *Ann surg,* 2009, 213: 3-12.
16. Collier St, Pain J. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and peptic ulcer perforation. *GUT* 1985; 26(4): 359-63.
17. Hurtado-Andrade H. Surgical treatment of peptic ulcer. *Rev Gastroenterol Mex* 2003; 68(2): 143-55.
18. Sanchez - Bueno F, Marin A, and et al. Has the Incidence of Perforated Peptic Ulcer Decreased over the Last Decade? *Digestive Surgery* 2001; 18: 444-48.
19. Wu J, Sung J. Treatment of Helicobacter pylori infection. *HKMJ* 1999; 5(2): 145-7.
20. Canoy D, Hart A & Todd C. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom. *Digest Liuer Dis* 2002; 34: 322 -7.
21. Svanes C, Soreide J A, Skarstein A, Fevang B, Bakke P & et al. Smoking and ulcer perforation. *GUT* 1997; 41: 177-80.
22. Andersea TB, Jorgenson B. smoking & alcohol intake are risk factors for bleeding and perforated peptic ulcer. *Epid J* 2000; 11(4): 434-9.
23. Asefa Z, Geyesus A. Perforated peptic ulcer disease in Zewditu Hospital. *Ethiop Med J* 2012; 50(2): 145-51.
24. Dakubo J, Naaeder S & Clegg-lampthey J. gastro-duodenal peptic ulcer perforation. *East African Med J* 2009; 9(86): 100-8.
25. Ben Abid S, Mzoughi Z, Attaoui MA, Talbi G, Arfa N, Gharbi L, Khalfallah MT; Laparoscopy for perfored duodenal ulcer : conversion and morbidity factors: retrospective study of 290 cases; *Tunis Med.* 2014 Dec; 92(12): 732-6. French.