

## استطبابات المعالجة الجراحية للنزف الهضمي العلوي و نتائجها: القرحة المعدية أو العفجية النازفة (و لا تشمل النزف بسبب دوالي المري) الوفيات الجراحية - خبرة المركز الطبي بمقاطعة ناسو

الدكتور راشد اليوسف\*

### الملخص

يهدف هذا البحث إلى تحليل العوامل الواضحة التي تؤثر في الوفيات الجراحية للنزف الهضمي العلوي من أسباب غير الدوالي النازفة.

أجري البحث بالطريق الراجع على ١٨٧ مريضاً خضعوا للجراحة, و بلغ عدد الذكور ١٢٣ مقابل ٦٤ أنثى, و بلغ العمر الوسطي ٦٣ سنة.  
تم تحليل النتائج بالنسبة للعمر و الأمراض المشاركة لدى المرضى قبل الجراحة, و عدد وحدات الدم المنقولة قبل الجراحة و نوع الجراحة, جراحة استئصالية أو جراحة غير استئصالية (قطع مبهمين و تفريغ بواب)  
خضع جميع المرضى للجراحة الإسعافية بسبب استمرار النزف, أو بسبب نكس النزف فترة وجودهم نفسها في المشفى.  
خضع جميع المرضى للتنظير الهضمي العلوي خلال ٢٤ ساعة من القبول.  
لقد أظهرت الاستقصاءات مؤخرًا في الولايات المتحدة الأمريكية انخفاضاً مقدار ٢٥-٣٠% بعدد المرضى الكلي للمقبولين في المشافي بسبب الداء القرصي, و هذا ما ساهم في انخفاض مقداره ٥٠% من حالات القرحة العفجية اللامضاعفة و التي أصبحت تعالج دون قبولهم في المشفى.

\* قسم الجراحة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

انخفض معدل دخول المشفى بسبب النزف بشكل ضئيل للقرحة العفجية و استقر على حاله بين عامي ١٩٧٩-١٩٨٧, بالمقابل ازدادت معدلات القبول بنسبة ٢٠% للقرحة المعدية و يرجع ذلك لازدياد حالات النزف من قرحة المعدة مقداره ١٠٠%, و انخفض معدل قبول المرضى بسبب القرحة المعدية اللامضاعفة، لكنه استقر على حاله في الانتقابات من القرحة المعدية نفسها.

أظهرت المراقبات الأخرى ثبات معدلات الوفيات التالية للنزف الهضمي العلوي و البالغة ١٠% برغم تقدم و تطور الخدمات الطبية و الجراحية و إجراءات نقل الدم و العناية المشددة, و هذا يعود لازدياد معدلات المرضى النازفين بأعمار أكثر من ٦٠ سنة و معظمهم يعانون من أمراض أخرى مستبطنة.

في هذه الدراسة خططنا لتحديد العوامل التي تزيد من الوفيات الجراحية.

النتائج:

لقد أبدت دراستنا أن العوامل التي تؤثر في الوفيات الجراحية هي الآتية

- ١- العمر أكثر من ٦٠ سنة.
- ٢- عدد وحدات الدم المنقولة قبل الجراحة و هي تعني إما غزارة النزف أو فترة انتظار أطول من قيل الطبيب لمحاولة تحاشي عمل جراحي لمريض ذي خطورة عالية.
- ٣- الأمراض المرافقة لها تأثير عكسي في البقيا خاصة الأمراض القلبية, الداء الرئوي الاسدادى المزمن, القصور الكلوي, أو الخباثة.
- ٤- إن معدل الوفيات لعمليات قطع المعدة في الأعمار أكثر من ٦٠ سنة هي أعلى من معدل الوفيات لعمليات خزع المبهمين مع التصريف خاصة مع وجود أمراض مرافقة.
- ٥- إن الوفيات في المرضى الذين خضعوا لعمليات فورية هي أقل من الجراحة بعد عودة النزف, وكان سببه أيضا " الانتظار بسبب الأمراض المرافقة أو العمر المتقدم.

---

## Surgical Mortality for Non-Variceal Upper

### Gastrointestinal Hemorrhage.\*

\* Nassau County Medical Center- East Meadow, Long Island - New York.

## Résumé

The purpose of this paper is to analyze the significant factors influencing the surgical mortality for non-Variceal upper GI bleeding. A retrospective search was undertaken at the Nassau County Medical Center from ١٩٧٧ to ١٩٨٧. There were ١٨٧ patients operated on during that time period, ١٢٣ males and ٦٤ females, mean age of ٦٣. They were analyzed as to age, sex, preoperative comorbid illnesses, number of blood units transfused preoperatively, operative diagnosis (GU vs. DU), and type of surgery (resective vs. Non-resective).

All of the patients were operated on emergently for continued bleeding, or rebleeding during the same hospitalization. The patients underwent diagnostic endoscopy early on, all within ٢٤ hours from admission.

Recent trends in the U.S. showed that the total number of hospitalization for peptic ulcer disease fell by ٢٥%-٣٠%. That was attributed to more than ٥٠% decrease in uncomplicated DU cases, which were being treated on an out patient basis.

The hospitalization rate fell only slightly for bleeding DU and then leveled off from ١٩٧٩ to ١٩٨٧. In contrast for GU the overall hospitalization rate increased by ٢٠% and that was due to more than ١٠٠% increase in bleeding GU cases (studies which ended in ١٩٨٥). The hospitalization rate for uncomplicated GU fell, but that for perforated remained stable.

New trends are underway since the introduction of new treatment against *Helicobacter Pylori*.

Another observation is that mortality due to upper GI bleeding has remained relatively constant at ١٠% despite advances in medical, surgical, blood services, and ICU monitoring. This is due partly to an increasing proportion of bleeding patients > ٦٠ years of age, many with complicated

\*\* Dep. Of Surgery – Fac. Of Medicine – Damascus University.

underlying illnesses.

In this study we planned to determine the factors that increase the surgical mortality and morbidity.

Results and Discussion: Our study showed that mortality is related directly to:

١-Age > ٦٠

٢-Previous comorbid illnesses influenced adversely the prognosis for emergency surgical intervention (Diabetes mellitus, hypertension, chronic obstructive lung disease, congestive heart failure, cirrhosis, and previous malignancy). Each was associated with an increased risk with the mortality rate after emergency surgery.

٣-The presence of shock on admission did not have a significant bearing on outcome.

٤-For patients older than ٦٠ years of age, resective surgery had a higher rate of mortality than nonresective surgery.

٥-Patients who required an average of more than ٥ units of blood, had a higher mortality rate.

In Conclusion, mortality rate could potentially be decreased by operating sooner on higher risk patients and those of higher risk from rebleeding especially after a brief period of stabilization and improving the status of the comorbid illnesses.

## مقدمة

لقد ازدادت معدلات القبول في المشافي بسبب النزف الهضمي العلوي الكلي بنسبة ٢٠% (نزف قرحة معدية أو عفجية) مع العلم أن نسبة القبول لحالات نزف القرحة العفجية قد انخفض قليلاً و لكن نسبة القبول بسبب نزف القرحة المعدية قد ازداد بنسبة ١٠٠%، و ذلك بين الأعوام ١٩٧٩-١٩٨٧. ولقد أظهرت الإحصائيات مؤخرًا انخفاضاً في معدل قبول مرضى القرحة المعدية اللامضاعفة بسبب معالجتهم كمرضى

يهدف هذا البحث إلى دراسة الوفيات التالية للعمل الجراحي في حالات النزف الهضمي العلوي بسبب القرحة المعدية و العفجية، و لا تشمل دوالي المري النازفة. لقد أظهرت الاستقصاءات مؤخرًا في الولايات المتحدة الأمريكية انخفاضاً مقداره (٢٥-٣٠%) بعدد مرضى الداء القرحي المقبولين في المشافي بسبب علاج قرابة ٥٠% من حالات القرحة العفجية اللامضاعفة كمرضى خارجيين.

المتضمنة : العمر , السوابق الطبية و الجراحية الموجودة التنظيرية , وعدد وحدات الدم المنقولة.

أما استطبانات غسل المعدة و المعالجة بمضادات مستقبلات الهستامين فكانت حسب رأي طبيب التنظير .

استطبانات الجراحة الفورية : هي استمرار النزف عن طريق مراقبة العلامات الحيوية أو التنظيرية ووجود الصدمة عند قبول المريض.

تم تدبير بقية المرضى في الدراسة بشكل محافظ، و أجريت لهم الجراحة عند عودة نوبة النزف.

لم يكن هناك تقييد بعدد وحدات الدم المنقولة التي عندها تستطب الجراحة , و لكن كان كل مريض كان يعالج بشكل فردي، و يعتمد على الموجودات السريرية أو التنظيرية أو الهيموديناميكية.

اعتمدت المعالجة المحافظة للمرضى ذوي الخطورة الجراحية العالية أو الذين يعانون من أمراض مراقبة. أما تعريف عودة النزف فهو حدوث نزف جديد بعد الاستقرار السريري و البيولوجي الباكر أو وجود قيء دموي طازج أو خروج التغوط الزفتي .

### النتائج

تم تحليل المعلومات الخاصة لـ ١٨٧ مريضاً خضعوا للجراحة إسعافية للنزف الهضمي من أسباب غير الدوالي، و بعمر وسطي قدره ٦٣ سنة (تراوح من ٢٢ إلى ٨٩ سنة) نسبة الذكور إلى الإناث ١,٠/١,٩ .

الوفيات في ٢٩ حالة من أصل ١٨٧ مريضاً و الذين لم تجد معهم المعالجات التنظيرية أو الجراحية التي أجريت لهم .

تم تحليل النتائج الكلية أولاً " على أساس توقيت العمل الجراحي أي الجراحة الفورية مقابل الجراحة بعد عودة النزف.

خارجيين, و استقر المعدل على حاله في انتقابات القرحة المعدية.

أظهرت المراقبات الأخرى ثبات معدلات الوفيات الجراحية التالية للنزف الهضمي العلوي و البالغة ١٠% رغم تقدم و تطور الخدمات الطبية و الجراحية و إجراءات نقل الدم و العناية المشددة, و هذا يعود لازدياد معدلات المرضى النازفين بأعمار أكثر من ٦٠ سنة و معظمهم يعانون من أمراض أخرى مستبنة.

في هذه الدراسة خططنا لتحديد العوامل التي تزيد من الوفيات الجراحية.

### طريقة البحث

أجري البحث بالطريق الراجع على ١٨٧ مريضاً " خضعوا للجراحة , و بلغ عدد الذكور ١٢٣ مقابل ٦٤ من الإناث , و بلغ العمر الوسطي ٦٣ سنة.

تم تحليل النتائج بالنسبة للعمر و الأمراض المشاركة لدى المرضى قبل الجراحة, و عدد وحدات الدم المنقولة قبل الجراحة و نوع الجراحة: جراحة استتصالية أو جراحة غير استتصالية (قطع مبهمين و تصنيع بواب).

خضع جميع المرضى للجراحة الإسعافية بسبب استمرار النزف أو بسبب نكس النزف خلال فترة وجودهم نفسها في المشفى. خضع جميع المرضى للتنظير الهضمي العلوي خلال ٢٤ ساعة من القبول.

### المرضى و طرق الدراسة

تعريف القيء الدموي: هو قيء دم طازج أو خثرات. تعريف التغوط الزفتي : هو مرور براز داكن زفتي.

الصدمة عند القبول : هي انخفاض الضغط الدموي الانقباضي تحت ١٠٠ ملم زئبقي عند القبول , كما تم تسجيل المعلومات الآتية كلها قبل الجراحة و

استطابات المعالجة الجراحية للنزف الهضمي العلوي ونتائجها : القرحة المعدية أو العفجية  
النازفة ( ولا تشمل النزف بسبب دوالي المري )

الوفيات	عدد المرضى	
٩ (١٠,٩%)	٨٢	جراحة فورية
٢٠ (١٩,٠٤%)	١٠٥	جراحة بعد عودة النزف
٢٩ (١٥,٠٥%)	١٨٧	المجموع

العمر , الأمراض المرافقة , حالة المريض عند القبول , و حاجات نقل الدم . وجد أن العمر له علاقة ملحوظة بمعدل الوفيات ( $P < 0,001$ ) إذ كان هناك ٣ وفيات بين ٨٥ مريضاً، (٣,٥%) أعمارهم أقل من ٦٠ سنة مقابل ٢٦ وفاة بين ١٠٢ مريض (٢٥,٤%) أعمارهم فوق ٦٠ سنة. معدل العمر الوسطي للمرضى الذين عاشوا بعد الجراحة هو ٦٠ سنة و العمر الوسطي للمرضى الذين توفوا بعد الجراحة هو ٧٥ سنة ( $P < 0,001$ ) و تراوحت أعمارهم بين ٤٥-٨٦ سنة . أثرت القصة المرضية السابقة ( PREVIOUS MEDICAL ILLNESS) بشكل عكسي في الإنذار الجراحي الإسعافي (جدول ٢) ، فقد زاد معدل الوفيات عند ترافق النزف مع الداء السكري أو ارتفاع الضغط الدموي أو الداء الرئوي الانسدادي المزمن , أو قصور القلب الاحتقاني أو التشمع و سوابق الخباثات .

جدول ٢ ، السوابق المرضية و علاقتها مع معدل الوفيات

قيمة P	عدد الوفيات	عدد المرضى	
<٠,٠٢	٤	١١	الداء السكري
<٠,٠٢	٦	١٨	ارتفاع الضغط الشرياني
٠,١٠	٣	٨	حادث و عاني دماغي
٠,٩٠	٢	١١	داء قلبي إقفاري
٠,٠٠١	٦	٨	قصور قلب مزمن
٠,٠٠١	٦	١١	COPD
٠,٠٠١	١٠	١٤	قصور كلوي مزمن
٠,٠٢	٥	١١	تشمع كبد
٠,٠٠١	٦	٩	خباثة

لم يؤثر وجود الصدمة في أثناء القبول في النتيجة النهائية ( $p < 0,1$ ) إذ توفي ١١ مريضاً من ٦١ (١٨,٠٣%) مريضاً تم قبولهم في المشفى بحالة صدمة و خضعوا لجراحة فورية، مقابل ١٨ وفاة من ١٢٦ مريضاً لم يكونوا بحالة صدمة (١٤,٢٨%) ( $p < 0,1$ ).

احتياجات نقل الدم

كانت كالاتي الذين عاشوا بعد الجراحة و عددهم ١٥٨ مريضاً، كان المعدل الوسطي لعدد وحدات الدم المنقولة هو ٥ وحدات (بمعدل صفر إلى ١٨ وحدة) مقارنة بمعدل ٧,٥ وحدة منقولة للمرضى ال ٢٩ الذين توفوا (من ٢-١٧ وحدة). تم تحليل نتائج معدلات الوفيات بالنسبة للعمر و توقيت الجراحة AGE & TIMING OF SURGERY و جدنا النتائج الآتية كان هناك ٩

وفيات من أصل ٥١ مريضاً أعمارهم بين ٦١ إلى ٧٠ سنة (١٩,٦%)، و ١١ وفاة من أصل ٣٣ مريضاً أعمارهم بين ٧١-٨١ سنة (٣٣,٣%)، و ٦ وفيات من أصل ١٨ مريضاً أعمارهم فوق ٨٠ عاماً، و كان توقيت الجراحة (فورية مقابل الانتظار حتى عودة النزف) في المجموعة نفسها الآتية

#### جدول ٣، علاقة المجموعات العمرية مع التوقيت للجراحة و معدل الوفيات

العمر	معدل الوفيات جراحة فورية	معدل الوفيات جراحة بعد عودة النزف	المجموع
٧٠-٦١	٩,٢%	٩,٩%	٥١/٩ (١٧,٦%)
٨٠-٧١	١٠,٣%	١٧%	٣٣/١١ (٣٣,٣%)
> ٨٠	١٢,٦%	١٨%	٣٣,٣) ١٨/٦ (%)

#### نمط الإجراء الجراحي

#### و علاقته مع معدل

#### الوفيات

مريضاً خضعوا لاستئصال المعدة جزئي أو تام (١٨,٤%).

لوحظ أن التداخل الجراحي للسيطرة على النزف الناكس له معدل وفيات أعلى من الجراحة الفورية عند القبول بعد فترة قصيرة من الإنعاش (١٩,٠٤% مقابل ١٠,٩%).

إن أكثر العمليات الجراحية التي أجريت هي خزع المبهمين مع تصنيع البواب استئصال القرحة أو دونها، وقد أجريت لـ ٩٥ مريضاً من أصل ١٨٧ مريضاً (٥٠,٠٨%) وكان هنالك ١٦ وفاة (١٦,٧%). توفي ١٣ مريضاً من أصل ٧٠

#### جدول ٤، معدل وفيات الإجراءات الجراحية المختلفة للنزف الهضمي العلوي الحاد

المجموع	جراحة متأخرة	جراحة فورية	العملية
(١٣)٩٥	(٩)٥٣	(٤)٤٢	خزع مبهمين+تصنيع بواب
(١)١٧	(١)١١	(٠)٦	خزع مبهمين+استئصال غار
			استئصال المعدة جزئي:
(٨)٤٣	(٥)٢٣	(٣)٢٠	بيليروث I
(٤)١٩	(٣)١١	(١)٨	بيليروث II
(٠)٣	(٠)١	(٠)٢	قطع المعدة تام
(٣)١٠	(٢)٦	(١)٤	عمليات متنوعة

ملاحظة : تمثل الأرقام بين الأقواس عدد الوفيات .

## المناقشة

في معدلات الوفيات و لكنها توافقت مع  
ازدياد فرصته بإجراء جراحة إسعافية , و  
كانت عودة النزف فيها أكثر أشيوعاً عند  
المرضى ذوي الأعمار فوق ٦٠ سنة و  
كانوا بحالة صدمة عند القبول .

إن معدلات الوفيات لعمليات قطع المعدة  
في الأعمار أكثر من ٦٠ سنة هي أعلى  
من عمليات خزع المبهمين و التصريف  
خاصة عند وجود أمراض مرافقة .

ارتبطت معدلات الوفيات مع عدد وحدات  
الدم المنقولة، و كانت مؤشرًا لسرعة  
النزف و أيضا" في أثناء محاولات  
تأخير العمل الجراحي أو تجنبه أو لجعل  
المريض مستقرًا" من الناحية  
الهيموديناميكية.

يمكن إنقاص معدلات الوفيات الجراحية بتجنب  
العمل الجراحي غير الضروري و بإجراء  
الجراحة على المرضى الآخرين بعد تحسين  
حالتهم العامة مع التذكر دائما" بأن الجراحة  
تستطب في حال كون المعالجة المحافظة بخطورة  
أعلى من العمل الجراحي.

لاحظنا أخيرا" ارتفاع معدلات الوفيات في الأعمار  
أكثر من ستين عاما"، و عند نقل أكثر من خمس  
وحدات دم إذا وجد مرض آخر مرافق .

إن اكتشاف الملوية البوابية Helicobacter  
Pylori أحدث تغييراً كبيراً في علاج الداء  
القرحي، ومن ثمّ قد أنقص من مضاعفاته.

نلاحظ في هذه الدراسة أن العمر و عدد  
وحدات الدم المنقولة لها علاقة مباشرة مع  
النتيجة النهائية للبقيا بعد الجراحة سواء  
بعد الجراحة الفورية أو المتأخرة و كانت  
هنالك زيادة مقدارها عشرة أضعاف  
بمعدل الوفيات في المرضى بأعمار فوق  
٦٠ سنة .

وجد أن للأمراض المرافقة تأثيرًا  
عكسيًا" في البقيا ، و حسب خبرتنا يجب  
تجنب إجراء الجراحة ما أمكن عند وجود  
أمراض قلبية أو داء رئوي انسدادى مزمن  
أو قصور كلوي مزمن أو خباثة و  
بالمقابل يجب عدم تأخير الجراحة في  
المرضى المسنين ذوي الخطورة العالية  
لاحتمال عودة النزف و التي هي  
(الصدمة عند القبول ، الواسمات التنظيرية  
لعودة النزف ، استمرار النزف).

ترجع معظم وفيات النزف إلى  
المضاعفات القلبية الوعائية و ليس إلى  
النزف الهضمي العلوي الجسيم.

بعد التوقيت الجراحي المناسب أساسياً لأن  
الدراسات السابقة أظهرت أن ٣٠% من  
المرضى سيصابون بنكس النزف خلال  
فترة الاستشفاء نفسها و(عادة خلال ٤٨  
ساعة من قبولهم).

ليس لوجود الصدمة عند القبول أي تأثير



## المصادر

- ١- Bhatt BD, Meriano FV, phipps TL, et al: survey of H<sub>2</sub>-antagonist usage in acute upper gastrointestinal hemorrhage. J Clin Gastroenterol ١٢:١٤, ١٩٩٠
- ٢- Banicki FJ, Boey J, Fok PJ, et al: Bleeding duodenal ulcer: A prospective evaluation of risk factors for rebleeding and death. Ann Surg ٢١١:٤١١, ١٩٨٩
- ٣- Banicki FJ, Boey J, Fok PJ, et al: Bleeding gastric ulcer: A prospective evaluation of rebleeding and mortality. Aust NZ J Surg ٥٩:٥٥١, ١٩٨٩]
- ٤- Brearley S, Hawker PC, Morris DL, et al: Selection of patients for surgery following peptic ulcer hemorrhage. Br J Surg ٧٤:٨٩٣, ١٩٨٧
- ٥- Brearley S, Morris PC, Hawker PW, et al: prediction of mortality at endoscopy in bleeding peptic ulcer disease. Endoscopy ٧:١٧٣, ١٩٨٥
- ٦- Brunner G, Chang J: Itravenous therapy with High doses of ranitide and omeprazole in critically ill patients with bleeding peptic ulcerations of the upper intestinal tract: an open randomized controlled trial. Digestion ٤٥:٢١٧, ١٩٩٠
- ٧- Cheadfle WG, Vitale GC, Mackie CR, et al: prophylactic postoperative nasogastric decompression. A prospective study of its requirement and the influence of cimetidine in ٢٠٠ patients. Ann surg ٢٠٢:٣٦, ١٩٨٥
- ٨- Clason AE, MacLeod DAD, Elton RA: Clinical factors in the prediction of further haemorrhage. Br J surg ٧٣:٩٨٥, ١٩٨٦
- ٩- Collier DS, Crampton J, Everett WG: Acute haemorrhagic gastritis controlled by omeprazole. Lancet ١:٧٧٦, ١٩٨٩
- ١٠- Collins R, Langman MD: Treatment with histamine H<sub>2</sub>-antagonists in acute upper gastrointestinal hemorrhage. Implications of randomized trials. N Engl J Med ٣١٣:٦٦٠, ١٩٨٥
- ١١- Conn HO, Ramsby GR, Storer EH et al: Intra-arterial vasopressin in the treatment of upper gastrointestinal hemorrhage: A prospective, controlled trial. Gastroenterology ٦٨:٢١١, ١٩٧٥
- ١٢- Cormack F, Chakrabarti RR, Jouhar Aj, et al: Tanexamic acid in upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet ١:١٢٠٧, ١٩٧٣

- ١٣- Coraggio F, Bertini G, Catalano A et al: Clinical, controlled trial of somatostatin with ranitidine and placebo in the control of peptic hoemorrhage of the upper gastrointestinal tract. *Digestion* ٤٣:١٩٠, ١٩٨٩
- ١٤- Dahl CR, Mallory A, Hansen R, et al: Continuous intravenoius vasopressin for upper gastrointestinal hemorrhage; A controlled trial. *Gastroenterology* ٨٤:١١٣٢, ١٩٨٣
- ١٥- Daneshmend TK, Hawkey CJ, Langmann MJS, et al: Omeprazole vs. placebo for acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized trial in ١١٥٤ patients. *Gut* ٣١:A١٢٠٦, ١٩٩٠
- ١٦- Delaney JP, Michel HM: Hemorrhagic gastritis following operation. In Najarian JS Delaney JP: *Critical care surgery*, New York, Stratton Intercontinental Medical Book Corporation, ١٩٧٧
- ١٧- Feldman M, Burton M: Histamine  $\gamma$ -receptors antagonist standard therapy for acid peptic disease. *N Engl J* ٣٢٣:١٧٤٩, ١٩٩٠
- ١٨- Fiddian-Green RG, McGough E, Pittenger G, et al: Predictive value of intramural pH and other risk factors for massive bleeding from stress ulceration. *Gastroenterology* ٨٥:٦١٣, ١٩٨٢
- ١٩- Fogel MR, Krauer Cm, Andres LL, et al: Continuous intavenous vasopressin in active upper gastrointestinal bleeding: a placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* ٩٦:٥٦٥, ١٩٨٢
- ٢٠- Green FW, Kaplan MM, Curtis LE, et al: Effects of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. *Gastroenterology* ٧٤:٣٨
- ٢١- Herrington JL, Sawyers JL: Complications following gastric operations. In Schwartz SI, Ellis H: *Maingots Abdominal Operations*, ed ٩. Norwalk, Appleton and Lange, ١٩٨٩
- ٢٢- Hoffmann J, Devantier A, Koelle T, el al: Parietal cell vagotomy as an emergency procedure for bleeding peptic ulcer. *Ann Surg* ٢٠٦:٥٨٣, ١٩٨٧
- ٢٣- Hubert JP, Kiernan PD, Welch JS, et al: The surgical management of bleeding stress ulcers. *Ann Surg* ١٩١:٦٧٢, ١٩٨٠
- ٢٤- Johnson WC, Widrich WC: Efficacy of selective splanchnic ateriography and vasopressin perfusion in diagnosis and treatment of gastrointestinal hemorrhage. *Am J Surg* ١٣١:١٤٨, ١٩٧٦

· تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠١/٩/١٢.

· تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠١/١٠/١١.