

راهکار طبابت بالینی
خونریزی گوارشی فوقانی

□ همه‌گیرشناسی

در ایالات متحده و اروپا، میزان بروز سالانه بستری‌های بیمارستانی به دلیل خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی تقریباً ۰/۱٪ و میزان مرگ و میر این بیماران در حدود ۱۰٪ است. بیماران به ندرت به واسطه از دست دادن خون فوت می‌کنند. در عوض علت اصلی مرگ آنها تشدید بیماری زمینه‌ای می‌باشد. میزان مرگ و میر بیماران زیر ۶۰ سال در غیاب بدخیمی یا نارسایی اعضاء کمتر از ۱٪ است.

□ PUD یا زخمهای پپتیک شایع‌ترین علت خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی (UGIB) هستند و تقریباً نیمی از موارد را در بر می‌گیرند.

□ بیماران دچار خونریزی از واریس مری در حدود ۵ تا ۳۰ درصد موارد راتشکیل می‌دهند که برحسب جمعیت مورد مطالعه این آمار متغیر است.

□ پارگی مالوری ویس مری مسؤول ۵ تا ۱۵ درصد موارد می‌باشند.

□ ضایعات گاستروئودنال

□ ازوفازیتها

□ دو مورد اخیر اغلب موجب خونریزی خفیف می‌شوند.

□ مسائل کمتر شایع از قبیل مالفورماسیون‌های عروقی شامل فیستول آنورتوانتریک همانژیوم، سندرم اسلر ویر رندو، دیسکرازیهای خونی، اورمی، بیماری‌های کلاژن واسکولار و تومورهای دستگاه گوارش نیز مطرح می‌باشند.

□ تعریف

خونریزی گوارشی فوقانی به معنی از دست دادن خون مجرای گوارشی که منشأ آن پروگزیمال به لیگامان تریتز باشد، تعریف شده است و خونریزی با منشأ دیستال به لیگامان مذکور را خونریزی گوارشی تحتانی در نظر می‌گیریم از آنجاییکه در عمل بیماران با علائم مشابهی در هر دو حالت فوق مراجعه می‌کنند و نظر به اینکه خونریزی‌های گوارشی طیف بسیار وسیعی از علل را دارند در این جا بیشتر بحث را به خونریزی گوارشی فوقانی معطوف می‌داریم.

در کلینیک خونریزی گوارشی فوقانی می‌تواند به صورت‌های مختلفی تظاهر پیدا کند:

هماتمز: استفراغ خون روشن یا به رنگ قهوه ای (coffee ground) یا بازگشت خون قرمز از طریق لوله NG

ملنا: به مدفوع سیاه قیری رنگ و بدبو، با یا بدون مشکلات همودینامیک اتلاق می‌شود.

هماتوزی: دفع خون روشن از طریق مدفوع که ممکن است در بیماران با خونریزی گوارشی فوقانی شدید رخ می‌دهد.

□ جمعیت هدف راهکار

بزرگسالان

توصیه‌ها

این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته‌های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی‌گیرد و نیز رد کننده‌ی سایر روشهای درمانی نیست. توصیه‌های موجود به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایندهای تشخیصی و درمانی باید با توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

اقدامات و بررسیهای تشخیصی

Ⓛ هشدار

توجه داشته باشید که بسیاری از بیماران با UGIB از نظر همودینامیک ناپایدار (Unstable) هستند به همین منظور در ابتدا باید علائم حیاتی بیمار را ثبت کنید و اگر بیمار وضعیت ناپایداری دارد لازم است درمان و مدیریت اولیه برای وی اعمال گردد. (رجوع کنید به درمان و مدیریت اولیه). اگر وضعیت بیمار پایدار (Stable) بود مطابق آنچه در ادامه می آید رفتار کنید.

شرح حال

- ویژه به طول مدت، تناوب، علائم همراه و توصیف رنگ و حالت خون لازم است.
- سابقه سوزش اپیگاستر همراه با درد شبانه و تخفیف آن با غذا و آنتی اسید به نفع اولسرپیتیک است
- سابقه مصرف اخیر الکل یا NSAID و استروئید به نفع گاستریت فرسایشی (erosive) است.
- سابقه اوغ زدن شدید یا چندین نوبت استفراغ بدون خون قبل از شروع هماتمز به نفع سندرم مالوری ویس است.
- سابقه اسهال خونی، تنسموس و تب، به نفع بیماری های التهابی روده یا کولیت عفونی می باشد.
- سابقه کاهش وزن تدریجی، وجود خون متناوب در مدفوع و تغییرات اجابت مزاج به نفع بدخیمی کولورکتال است.
- وجود هماتمز، زردی و درد کولیکی متناوب به همراه تروما به نفع هماتوبیلی (خونریزی به درون مجرای صفراوی کبد) است.
- سابقه ناراحتی اپیگاستر که با غذا و یا آنتی اسید تخفیف می یابد به نفع گاستریت است.
- به نشانه های خونریزی مزمن توجه کنید: سنکوپ، آنژین صدری، تنگی نفس، سیاهی رفتن چشم ها.

● سابقه بیماری و طبی (PMH)

- سابقه قبلی بیماری کبدی پرسیده شود و در صورت مثبت بودن نوع بیماری و اقدامات درمانی انجام شده ثبت گردد.
- سابقه قبلی بیماری های دستگاه گوارش و سیر بیماری و اقدامات درمانی ثبت گردد.
- سابقه بیماری های کلیوی و سیر بیماری ثبت گردد. { نارسایی کلیه بسیار مهم است }
- سابقه بیماری های کلاژن واسکولار ثبت گردد.
- سابقه بیماری ایسکمی قلبی و نارسایی قلبی ثبت گردد.
- سابقه کم خونی مزمن ثبت گردد.
- سابقه حالات و بیماری هایی که توأم با کاهش انعقاد پذیری هستند ثبت گردند.
- سابقه ترومای اخیر یا سوختگی یا بیماری سیستمیک شدید ثبت گردد که می تواند به نفع گاستریت فرسایشی (erosive) باشد.
- سابقه جراحی آنورت و گرافت آنورت که می تواند به نفع فیستول آنورتوانتریک باشد.
- سابقه بدخیمی ثبت گردد.
- سایر بیماری های بالینی جهت رد کردن مسائلی که می توانند همراه با علائم کم خونی باشند.

● سابقه داروئی (DH)

- مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAID) ثبت گردد.
- آنتی پلاکت ها و مقدار و نحوه مصرف آن ها ثبت گردد.
- سابقه مصرف ضد انعقاد ها (آنتی کوآگولانت) ثبت گردد.
- در صورت وجود به سابقه رادیوتراپی و رادیاسیون دقت شود.

● عادات (Habit)

- سیگار و مصرف الکل مطرح کننده گاستریتها و یا خونریزی باعلت های کبدی می باشند.

● سابقه فامیلی

- زخم پپتیک
- کانسرها
- اکتازی عروقی (سندرم اسلر، وبر، رندو)

معاینه بالینی

• بررسی علائم حیاتی نبض-فشارخون-تعداد تنفس-درجه حرارت

• سروگردن

- رنگ پریده (Pale) بودن ملتحمه نشانگر مزمن بودن واقعه می تواند باشد.
- اسکلرای ایکتریک خونریزی با منشأ علت‌های کبدی رامطرح می کند.
- غدد لنفاوی ویرشو و آتروفی بای تمپورال و کاشکسی به نفع بدخیمی است.
- بررسی دقیق نازوفارنکس و حفره دهانی از نظر شواهد خونریزی الزامی است.
- اندازه گیری JVP برای تعیین وضعیت همودینامیک بیمار لازم است.

• قفسه سینه

- معاینات قلب و ریوی به منظور تعیین پیش آگهی و وضعیت همودینامیک زمینه ای بیمار.
- سمع قلب و سوفلهای عملکردی ناشی از کم خونی
- ضربه نوک قلب
- ژنیکوماستی و آنژیوم عنکبوتی به نفع خونریزی با منشأ علل کبدی است. (Spider Angioma)

• شکم

- اسکار عمل جراحی برای فیستول آئورتوانتریک درنظر گرفته شود.
- نا متقارن بودن شکم بیانگر وجود توده یا مطرح کننده ارگانومگالی می باشد.
- احتقان وریدهای سطحی شکم مطرح کننده همیپرتانسیون پورت و واریس مری می باشد.
- سمع شکم جهت بررسی صدای حرکات روده کمک کننده است.
- اگر به تومور کبدی شک دارید کبد را از نظر صدای مالشی (Friction rub) سمع کنید.
- طول عمودی ماتیته کبدی رادردق روی خط میدکلاویکولار راست اندازه بگیرید. که این رقم می تواند بین ۱۲-۶ سانتی متر به صورت نرمال تغییر داشته باشد.
- در لمس شکم وجود توده داخل شکم مطرح کننده بدخیمی است.
- تندرns موضعی دراپیگاستر به نفع زخم پتپیک یا گاستریت می باشد.
- بزرگی طحال به نفع همیپرتانسیون پورت و واریس مری است.
- تندرns، سفتی و سختی کبدی، کندی و گردی لبه آن و نامنظم بودن حدود آن بیانگر وجود اختلالی درکبد است.
- در اتساع شکم با پهلوهای برآمده جهت تشخیص مایع آسیت احتمالی ماتیته جابه‌جا شونده (Shifting dullness) را بررسی کنید.
- Shifting dullness: درحالت Supine ابتدا شکم را از مرکز تیمپان به اطراف کنید و مرز بین تیمپانی و ماتیته رامشخص کنید سپس از بیمار نخواهید به یک پهلوئی خود بچرخد دوباره دق کنید و مرزهای جدید را مشخص کنید درآسیت ما تیتته به نواحی تحت تأثیر جاذبه جابه جا می شود و قسمت های فوقانی تیمپان می شود.
- درمعاینه رکتال باید از وجود ملنا (رنگ، بو، قوام) و ملنای تازه (Fresh) برای تمایز از خونریزی رکتال تازه (Fresh rectal bleeding) اطلاع حاصل شود. دراین معاینه پاتولوژیهای دیگر از قبیل سرطان ها، هموروئید، شقاق مقعدی (فیشرآنال) که مطرح کننده علل خونریزی گوارشی تحتانی هستند، قابل ردیابی می باشند.

درمان و مدیریت

ارزیابی اولیه

همه بیماران باید برای مشخص کردن پیش آگهی ارزیابی شوند. برای این منظور و تخمین خطر مرگ و میر از سیستم امتیاز رکل (Rock all score) دربرگه ضمیمه استفاده کنید.

- پایش نبض و فشار خون بیماران باید دربدو ورود انجام و ثبت گردد و درعرض ۱ ساعت تکرار کنید و ثبت گردد.

۱. اگر نبض بالاتر یا فشار خون پائین تر از دفعه قبلی باشد فاصله اندازه گیری نصف (۱/۲) می شود.

۲. اگر نبض پائین تر یا فشار خون بالاتر از دفعه قبلی باشد فاصله اندازه گیری دو برابر شود تا جائیکه درمریض پایدار (Stable) از نظر

تشخیص و تدبیر درمانی خونریزی گوارشی فوقانی

همودینامیک، در فواصل ۴ ساعته اندازه گیری انجام دهید.

- وجود یا عدم وجود هیپوولمی و شوک و شرایط مدیکال همراه و مقدار مایع از دست داده شده را تخمین بزنید.
- هیپوتانسیون وضعیتی (ارتوستاتیک) بالای ۱۰mmHg یا افزایش بیشتر از ۱۰ ضربان قلب معادل از دست دادن ۸۰۰ cc مایع یا ۱۵٪ از حجم خون است.
- تاکی کاردی، تاکی پنه به همراه هیپوتانسیون و کاهش وضعیت ذهنی (Mental status) معادل از دست دادن بیشتر از ۳۰٪ حجم خون یا ۱۵۰۰ cc مایع است.
- در نهایت یک IV کانولا با سایز بزرگ (خاکستری یا قهوه ای Venfelon) باید گذاشته شود و نمونه خون در لوله آزمایشهای جداگانه برای آزمایشات بیوشیمیایی و CBC, Type, Cross match گرفته شود

مایع درمانی مناسب

- براساس تخمین میزان خونریزی صورت می گیرد. ۲ تا ۳ برابر حجم خون از دست رفته باید توسط مایع ایزوتونیک (ترجیحا رینگرلاکتات) جایگزین گردد. در ساعت اول ۱ تا ۲ لیتر مایع ایزوتونیک به صورت آزاد (free) در عرض ۶۰-۱۵ دقیقه (برحسب حال عمومی و سن بیمار) تجویز می شود که این مقدار در اطفال معادل ۲۰ cc/kg می باشد.
- اگر کاتتر فشار ورید مرکزی (Cvp line) برای بیمار گذاشته شده باشد بهتر است مایع آزاد (Free) تا حدی تجویز کنید که فشار ورید مرکزی (CVp) به حد نرمال (۱۰-۱۲ cmH₂O) برسد.
- سوند ادراری به منظور پایش وضعیت مایع درمانی بیمار لازم است و میزان برون ده ۳۰-۵۰ cc/hour مطلوب است.

پاراکلینیک

- تستهای آزمایشگاهی CBC برای WBC, Hb, MCV, پلاکت درخواست شود.
- گروه خونی و سازگاری خونی (Cross match, type)
 - K, Na برای ارزیابی وضعیت الکترولیت فعلی بیمار و انجام مایع درمانی لازم است.
 - آلبومین و بیلی روبین و ترانس آمینازها برای تشخیص علل احتمالی کبدی و ارزیابی وضع تغذیه‌های بیمار مفید می باشد.
 - PTT, PT, INR
 - Cr, BUN برای تعیین وضعیت هیدراتاسیون بیمار مفید است در خونریزی های گوارشی فوقانی معمولا BUN/Cr بالا می باشد.
 - ECG برای تمام بیماران با سن بالاتر از ۵۰ سال انجام شود و برای بیماران باریسک فاکتورهای قلبی عروقی کمتر از ۵۰ سال نیز لازم است انجام پذیرد.
 - بیمار NPO می شود و NG tube گذاشته می شود. NG tube به اندازه بزرگتر از ۳۰F به منظور آسپیراسیون محتویات GI و لاواژ به کار می رود. باین روش می توانیم فعال بودن یا غیر فعال بودن خونریزی و سرعت خونریزی را برآورده کنیم.
 - ۱. اگر ترشحات صفراوی بدون وجود خون مشاهده شود دال بر توقف خونریزی یا خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی Lower است.
 - ۲. اگر ترشحات صفراوی مشاهده گردد و خون به همراه آن باشد به معنی این است که محل خونریزی فوقانی بوده است.
 - ۳. اگر ترشح صفراوی مشاهده شود قضاوت صحیحی نمی توان کرد.
- بنابراین در موارد c, b برای تشخیص دقیق تر مریض نیازمند اندوسکوپی گوارش فوقانی خواهد بود.
- شستشوی معده با نرمال سالین باید تا زمانی که ترشحات برگشتی شفاف شود ادامه یابد.
- در هر بار شستشو باید ۴۰۰ cc مایع به آرامی از طریق NG tube گاواژ شود و بعد اجازه داده می شود تا مایع خود به خود یا با تغییر وضعیت برگردد.

درمان

① هشدار

بیماران با شواهدی از هیپوولمی شدید، شوک یا تظاهرات ادامه یابنده از دست دادن خون مانند هماتوشری شدید یا ملنای متناوب نیازمند بستری در ICU هستند لذا باید به مراکز مجهز ارجاع داده شوند.

نیاز به خون سازگار

خون کافی باید در دسترس باشد تا برای احیاء بیمار و یا در موارد خونریزی مجدد مورد استفاده قرار گیرد لذا لازم است با بانک خون هماهنگی شود. در شرایط زیر نیاز به ۴ واحد خون داریم:

۱. ملنای تازه (Fresh) در معاینات رکتال وجود داشته باشد.
 ۲. هیپوتانسیون وضعیتی بیش از 15 mm-Hg وجود داشته باشد.
 ۳. بیمار با شوک بالینی (100 mmHg فشار خون سیستولی) مراجعه کند.
 ۴. $\text{Rockall score} > 2$ در بیمار با سن زیر ۶۰ سال و $\text{Rockall score} > 3$ در بیمار با سن بالای ۶۰ سال وجود داشته باشد.
- اگر شواهد احتمالی واریس مری وجود داشته باشد نیاز به ۶ واحد خون است. (reserved)
 - اگر زخم پپتیک به همراه شواهد خونریزی رکتال وجود داشته باشد یا خونریزی از واریس مری باشد تقاضا کنید بانک خون ۴۸ ساعت خون رانگه دارد.
 - به عنوان یک قانون کلی برای هر بیمار با خونریزی گوارشی فوقانی و تاکی کاردی مداوم < 100 علی رغم مایع درمانی مناسب باید تزریق خون شروع شود.
 - برای مریض که به صورت فعال خون از دست می دهد یا تجزیه ایسکمی قلبی دارد نیز باید تزریق خون شروع شود.
 - بیمارانی که بیش از ۵۰٪ خون از دست داده اند نیاز به FFP و آلبومین دارند.
 - بیمارانی که:

۱. $\text{INR} > 1.5$ نیاز به FFP دارند.

۲. پلاکت نیاز به FFP دارند. < 50000

این بیماران نیازمند اندوسکوپی اورژانس هستند لذا پس از درمان و مدیریت اولیه ارجاع داده شوند:

۱. شک به خونریزی پایدار داشته باشیم.
 ۲. بیماری که دوباره خونریزی می کند.
 ۳. بیماری که مطابق آنچه در ادامه می آید نیازمند جراحی است.
- توجه کنید در بیماران با خونریزی شدید و ادامه یابنده و آنهایی که قادر به حفاظت راه هوایی نیستند و یا اختلال هوشیاری و فلج بلع داشته باشند خطر آسپیراسیون بیشتر است و کاندید انتوباسیون اندوتراکئال قبل از اندوسکوپی هستند.
- بیمار با سابقه گرافت آنورت و خونریزی گوارشی، یک فیستول آنورتواتریک دارد مگر اینکه خلافت ثابت شود که در این مورد نیاز به CT اسکن شکم اورژانس و اندوسکوپی وجود دارد و باید به متخصص ارجاع داده شود.

تشخیص خونریزی مجدد شکل است ولی در صورت وجود موارد زیر شک کنید:

۱. ملنای یا هماتوشری تازه (Fresh) وجود داشته باشد.
۲. تاکی کاردی < 100 توأم با سقوط فشار خون سیستولی $> 90 \text{ mmHg}$ (منظور شوک است)
۳. تاکی کاردی < 100 بافت فشار ورید مرکزی (CVP) (دلالت بر ازدست دادن مایع می کند)

تشخیص و تدبیر درمانی خونریزی گوارشی فوقانی

۴. افت هموگلوبین به میزان بیشتر از 2 gr/dl در یک دوره ۲۴ ساعته

بیمارانی که خطر خونریزی مجدد در آنها بیشتر است:

- افراد با سن بالاتر از ۶۰ سال
- هیپوتانسیون یا شوک داشته باشند.
- بیماری شدید همزمان داشته باشند Severe Comorbidity
- وضعیت بستری (Inpatient) در زمان خونریزی داشته باشند.
- مشکلات انعقادی داشته باشند.
- نیاز به انتقال خون بیش از ۶ واحد داشته باشند.
- شواهد خونریزی فعال از قبیل هماتمز شدید، خون قرمز در لوله معده یا هماتوژی تازه داشته باشند. (با منشأ گوارشی فوقانی)

درمان‌های دارویی

درمان ضد ترش‌حی: مهار گر پمپ پروتون PPI در بیماران زیر توصیه می‌گردد.

۱. همه بیماران با UGIB آنقدر شدید که نیاز به درمان اندوسکوپی دارند.
 ۲. بیماران با احتمال خونریزی از زخم پتپیک به همراه ناپایداری همودینامیک
 ۳. بیمارانی که ارزیابی اندوسکوپی آنها به هر دلیل به تعویق افتاده و آنهایی که نیاز به تزریق خون دارند
- در این موارد امپرازول Omeprazole خوراکی با دوز 40 mg هر ۱۲ ساعت به مدت ۵ روز باید تجویز گردد که این دارو می‌تواند خونریزی را کاهش دهد و نیاز به جراحی را مخصوص در زخم پتپیک کم کند.
- سوماتوستاتین و آنالوگ آن اکتروتید (با دوز $100-50 \text{ mg/h}$) جریان خون ورید پورت را کاهش می‌دهد و آرتریولهایی که به معده و دئودنوم می‌روند دچار کاهش جریان خون می‌شوند در حالی که جریان خون کلیه حفظ می‌شود این داروها خطر خونریزی ادامه‌یابنده در UGIB غیر واریسی را نیز می‌کاهند و همچنین نیاز به جراحی کاهش پیدا می‌کند.
- در خونریزی ناشی از زخم پتپیک نسبت به خونریزی غیر پتپیک (مثل گاستریت هموراژیک) بیشتر مؤثر هستند و به عنوان درمان قبل از اندوسکوپی در نظر گرفته می‌شوند.

- در مواقعی که اندوسکوپی فوقانی ناموفق و کنتراندیکه یا غیر قابل انجام است توصیه می‌شود.
- اندوسکوپی به عنوان خط نخست درمان در کنترل سریع خونریزی از واریس مری کاربرد بسیار گسترده‌ای دارد لذا در این موارد پس از اقدامات ذکر شده ارجاع داده شود.
- در صورتی که خونریزی واریسی بسیار شدید و غیر قابل کنترل با اندوسکوپی باشد و یا اندوسکوپی در دسترس نباشد و یا خونریزی پس از درمان با اندوسکوپی رخ دهد تامپوناد با بالن یا سوند Sengstaken-Blak more (بلاک مور) یا بالن چهار مجرای (Minnesota) قابل انجام است که در اینجا به علت خطر بالای آسپیراسیون انتوباسیون اندوتراکئال باید انجام شود.

در موارد زیر نیاز به مشاوره جراحی وجود دارد:

۱. در موقع تزریق خون (ترانسفیوژن) به تمام بیماران نیازمند
۲. $\text{Rockall score} > 3$
۳. بیمارانی که کاندید اندوسکوپی اورژانس هستند.

در تمام این شرایط مناسب است برای بیمار درخواست کاتتر ورید مرکزی (CVline) و مشاوره جراحی صورت گیرد.

۱. هیپوتانسیون در موقع بستری و سن بالای ۶۰ سال داشته باشد.
۲. خونریزی مجدد کرده باشد.
۳. نیاز به تزریق خون ۴ واحد خون داشته باشد (ترانسفیوژن)

تشخیص و تدبیر درمانی خونریزی گوارشی فوقانی

۴. همراهی بیماری قلبی ریوی شدید یا کلیوی

۵. $\text{Rockall score} \geq 2$ در بیمار زیر ۶۰ سال و $\text{Rockall score} \geq 3$ در بیمار بالای ۶۰ سال

در این شرایط اگر امکانات و پرسنل آموزش دیده نداشتیم و ریسک های دیگر وجود داشت بابت دلایل آن از این اقدام می توانیم صرف نظر کنیم.

فرکانس اندازه گیری CVP:

۱. اگر $100 >$ نبض و $100 <$ فشار خون سیستولی، هر نیم ساعت اندازه می گیریم.

۲. اگر $100 <$ نبض و $100 >$ فشار خون سیستولی، هر یک ساعت اندازه می گیریم.

۳. برای دیگر افراد باید هر چهار ساعت اندازه بگیریم.

بیماران زیر نیاز به درمان جراحی دارند لذا ارجاع داده شوند:

۱. در اندوسکوپی خون جهنده غیر قابل کنترل با تزریق داشته باشند.

۲. خونریزی پایدار دارند.

۳. نیاز به بیش از: ۴ واحد خون در ۲۴ ساعت در بیمار بالای ۶۰ سال یا ۸ واحد خون در ۲۴ ساعت در بیمار زیر ۶۰ سال داشته باشند.

۴. ۲ بار عود خونریزی در بیمار زیر ۶۰ سال و ۱ بار عود خونریزی در بیمار بالای ۶۰ سال وجود داشته باشد.



بیگیری

- همه بیماران دچار زخم پتپیک باید تست تشخیصی *H pylori* داشته باشند. در حالت خونریزی فعال حساسیت *rapid urease test* کاهش یافته و نمی تواند قابل اعتماد باشد. لذا همه بیماران با تست مثبت برای رد کردن عفونت باید درمان ریشه کنی *H pylori* دریافت کنند.
- برای بیماران مبتلا به خونریزی واریس پروپرانولول و نادرلول (بادوزی که نبض به میزان ۲۵٪ نسبت به پایه کاهش یابد در صورتی که کنترانیدیکاسیون نداشته باشد) در پیگیری از حملات بعدی خونریزی مؤثر هستند لیکن باید علت خونریزی پیدا شود و اگر ثانویه به سیروز و عود کننده باشد بیمار نیازمند درمان شنت پورتوستیمیک TIPS یا پیوند کبد است که باید ارجاع داده شود.

ROCKALL SCORE

۰	کمتر از ۶۰ سال	سن
۱	۶۰ تا ۷۰ سال	
۲	بیشتر از ۸۰ سال	
۰	فقدان مشکل	همودینامیک
۱	نبض بیش از ۱۰۰ و فشار خون سیستولی بیش از ۱۰۰	
۲	نبض بیش از ۱۰۰ و فشار خون سیستولی کمتر از ۱۰۰	
۰	فقدان بیماری	بیماری همراه
۲	بیماری ایسکمیک قلب و نارسایی قلبی یا هر بیماری شدید	
۳	نارسایی کبدی یا کلیوی یا بدخیمی پیشرونده	



