

Evaluation of PICU Stress Ulcer Prophylaxis in Sari Bu-Ali Sina Hospital

Mohammadreza Rafati¹,
Hasan Karami²,
Afshin Shiva³,
Fatemeh Babazadeh⁴,
Elham Motevallian⁵

¹Associate Professor, Department of Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Sciences Research Center, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

²Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³Assistant Professor, Department of Clinical Pharmacy, School of Pharmacy, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴Pharm.D Candidate, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵BSc in Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received September 27, 2015 Accepted March 5, 2015)

Abstract

Background and purpose: Stress ulcer or stress related mucosal disease (SRMD) is an important cause of morbidity and mortality in intensive care units. No drug prophylaxis for SRMD increase the rate of morbidity and mortality. Unnecessary use of drugs results in adverse drug reactions and impose additional costs. The purpose of this study was to investigate the medications used for stress ulcer prophylaxis in pediatric intensive care unit (PICU) in Sari Bu-Ali Sina Hospital.

Materials and methods: This cross-sectional study was done in PICU patients who received stress ulcer prophylaxis during 2014. Data and physiologic parameters related to stress ulcer prophylactic drugs, the dosage, dosing interval, and duration of medications were recorded. SPSS16 was used for data analyses.

Results: Stress ulcer prophylactic drugs were used in 40 patients of all 78 cases and ranitidine was the most commonly used drug (85%). The most frequent indication to prescribe these drugs were sepsis (20%), NPO (nothing per oral) with seizure (20%), NPO (15%), intubation (12.5%), and coagulopathy (7.5%). According to the guidelines, stress ulcer prophylactic drugs were correctly prescribed only in 42.5% of the patients.

Conclusion: In this study, most of the cases received stress ulcer prophylactic drugs with no true indication. Therefore, more practical notice is needed to act according the guidelines for reducing the unnecessary administration of medication.

Keywords: stress ulcer, intensive care units, pediatric, ranitidine, prophylaxis

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(134): 33-42 (Persian).

بررسی نحوه مصرف داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس در بخش مراقبت های ویژه کودکان بیمارستان بوعلی سینا ساری

محمدرضا رافتی^۱

حسن کرمی^۲

افشین شیوا^۳

فاطمه بابازاده^۴

الهام متولیان^۵

چکیده

سابقه و هدف: زخم ناشی از استرس یا بیماری مخاطی وابسته به استرس (Stress Related Mucosal Disease)، عامل مهم ایجاد عوارض و مرگ در بخش مراقبت های ویژه می باشد. عدم پیشگیری دارویی از زخم های وابسته به استرس های فیزیولوژیک، منجر به افزایش نقص عضو و مرگ و میر شده و استفاده غیر ضروری از داروهای مورد استفاده، بیماران را در معرض عوارض مهم و نیز تحمیل هزینه های اضافی قرار می دهد. هدف از این مطالعه بررسی نحوه مصرف داروهای مورد استفاده در پیشگیری زخم های ناشی از استرس در بخش مراقبت های ویژه اطفال در بیمارستان آموزشی-درمانی بوعلی سینا ساری بود.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی طی سال ۱۳۹۳ در بخش مراقبت های ویژه کودکان بیمارستان بوعلی سینا ساری بر روی بیمارانی که داروی پیشگیری زخم ناشی از استرس دریافت کرده بودند، انجام شد. اطلاعات بیماران و شاخص های فیزیولوژیک در ارتباط با موارد مصرف داروهای پیشگیری از زخم های ناشی از استرس، مقدار تجویزی، فواصل و مدت مصرف بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها، نرم افزار SPSS¹⁶ و $p < 0.05$ به عنوان اختلاف معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از میان ۷۸ بیمار بستری شده، ۴۰ بیمار حداقل یک داروی پیشگیری زخم ناشی از استرس را دریافت کردند و رانیتیدین معمول ترین داروی مصرفی بود (۸۵ درصد بیماران). شایع ترین علل تجویز این داروها به ترتیب سپسیس (۲۰ درصد)، NPO (nothing per oral) همراه با تشنج (۲۰ درصد)، NPO به تنهایی (۱۵ درصد)، انتوباسیون (۱۲/۵ درصد) و کوآگولوپاتی (۷/۵ درصد) بودند. بر اساس گایدلاین، تنها برای ۴۲/۵ درصد از بیماران، داروی پیشگیری زخم ناشی از استرس، به درستی تجویز شد.

استنتاج: در این مطالعه، ۵۷/۵ درصد بیماران بدون وجود اندیکاسیون، داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس دریافت کردند. بنابراین توجه عملی بیش تر نسبت به اجرای گایدلاین ها جهت کاهش مصرف داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس نیاز می باشد.

واژه های کلیدی: زخم ناشی از استرس، رانیتیدین، PICU، پیشگیری

مقدمه

خونریزی گوارشی مربوط به زخم ناشی از استرس
اولین بار در سال ۱۹۶۹ توصیف شد (۱). در طی چند دهه

اخیر، پیشگیری از استرس اولسر (Stress Ulcer Prophylaxis)
موضوع بحث برانگیز در درمان بیماران با شرایط بحرانی

E-mail: dr_hkarami87@yahoo.com

مؤلف مسئول: حسن کرمی - ساری: خیابان پاسداران، مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم دارویی، گروه داروسازی بالینی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه داروسازی بالینی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۴. دانشجو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. کارشناس پرستاری، بخش مراقبت های ویژه اطفال، بیمارستان بوعلی سینا، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱۰/۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

بوده است. بروز "آسیب موکوسی" با شواهد آندوسکوپیک در ۱۰۰-۷۵ درصد بیماران در طول ۲۴ ساعت پس از پذیرش در ICU (Intensive Care Unit) دیده می شود (۲) و میزان بروز خونریزی پنهان از ۱۵ تا ۵۰ درصد می باشد (۳). خونریزی آشکار نیز در ۵ تا ۲۵ درصد بیمارانی که پروفیلاکسی دریافت نکرده بودند، دیده می شود (۵-۳). هرچند خونریزی آشکار، لزوماً به خونریزی مهم بالینی (Clinical Important Bleeding) تفسیر نمی شود (۶،۷). میزان وقوع خونریزی ناشی از استرس در بخش مراقبت های ویژه از ۰/۶ تا ۶ درصد گزارش شده اند (۱۰-۸) که نشانگر عدم وجود تعریف پذیرفته شده جهانی، مشکل بودن تشخیص و یا ناهمگون بودن جمعیت های مورد مطالعه می باشد. میزان بروز خونریزی با اهمیت بالینی در بیماران با عامل خطر بالا ۳/۷ درصد و در بیماران بدون عامل خطر تنها ۰/۱ درصد می باشد (۱۱). بیماران با خونریزی مهم بالینی، مدت اقامت بیش تر (۲۶ روز نسبت به ۸ روز) و مرگ و میر بیش تر (۴۶ درصد نسبت به ۲۱ درصد) در مقایسه با بیماران بدون خونریزی دارند (۸). مصرف بیش از حد و یا نادرست داروهای مهارکننده اسید، ممکن است در بیماران، آسیب هایی را به دنبال داشته باشد و البته سبب افزایش هزینه های درمانی شود. حدود ۹۰۰ نفر باید تحت درمان پروفیلاکسی قرار گیرند تا از یک مورد خونریزی گوارشی قابل ملاحظه بالینی در ICU جلوگیری به عمل آید و این میزان برای بیماران سایر بخش ها تعریف نشده است، اما انتظار می رود بسیار بیش تر باشد (۱۲،۱۳). کم تر از نیمی از پزشکان می توانند یک عارضه جانبی درمان با PPIs (Proton Pump Inhibitors) را برشمارند. بسیاری از تجویزکنندگان نیز این داروها را بی ضرر می دانند، در حالی که درمان با PPIs و H_2A (Histamine₂ Receptor Antagonist) خطر احتمال عفونت کلوستریدیوم دیفیسیل (Clostridium Difficile Infection) را بالا برده و با افزایش میزان عود آن مرتبط است (۱۴،۱۵). خطرهای دیگری که اغلب با این درمان ها مشاهده

می شود، شامل کاهش منیزیم سرم، کمبود ویتامین B₁₂، عفونت های دستگاه تنفسی فوقانی از قبیل پنومونی اکتسابی از جامعه (Community Acquired Pneumonia) و پنومونی اکتسابی از بیمارستان (Hospital Acquired Pneumonia)، شکستگی استخوان لگن، ستون فقرات و میچ دست و هم چنین کاهش جذب داروهای وابسته به pH می باشند (۱۶).

American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) یکی از جامع ترین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد را برای SUP معرفی کرده است (۱۷). SUP برای بیماران خارج از بخش ICU توصیه نشده و تنها برای بیماران بستری در ICU که تحت شرایط خاصی هستند، توصیه می شوند (۱۸،۱۹). با توجه به این که عدم پیشگیری از زخم های وابسته به استرس های فیزیولوژیک منجر به افزایش عوارض و مرگ و میر شده و از طرفی استفاده غیر ضروری از داروهای مورد استفاده در پیشگیری نیز بیماران را در معرض عوارض مهم و تحمیل هزینه های اضافی قرار می دهد، استفاده منطقی و بر اساس راهنماهای بالینی معتبر می تواند بسیار کمک کننده باشد. هدف از این مطالعه، بررسی نحوه مصرف داروهای مورد استفاده در پیشگیری از زخم های ناشی از استرس در بخش مراقبت های ویژه اطفال در بیمارستان آموزشی- درمانی بوعلی سینا ساری و تطابق آن با گایدلاین بود.

مواد و روش ها

این پژوهش به صورت مقطعی بر روی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه اطفال بیمارستان بوعلی سینا ساری طی سال ۱۳۹۳ که تحت درمان با داروهای پیشگیری کننده زخم ناشی از استرس قرار گرفته بودند، انجام شد. مشخصات دموگرافیک بیماران و شاخص های فیزیولوژیک در ارتباط با موارد مصرف داروهای پیشگیری از زخم های ناشی از استرس، زمان شروع دارو پس از بستری، مدت بستری، تخصص تجویزکننده، مقدار تجویزی، تعداد در روز و مدت مصرف استفاده

بود. براساس گایدلاین معتبر ASHP، "بیماران تحت ونتیلاسیون (>48 hours) یا دچار اختلال انعقادی (a platelet count <50,000 per mm³, an International Normalized Ratio (INR)>1.5, or a partial thromboplastin time (PTT) >2 times the control value یا خونریزی پتیک در طی سال قبل و یا بیمارانی که دو فاکتور خطر از فاکتورهای زیر را دارند، باید از داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس استفاده کنند: سپسیس، اقامت بیش تر از یک هفته در بخش مراقبت های ویژه، مصرف کورتیکواستروئید (بیش تر از ۲۵۰ میلی گرم هیدروکورتیزون یا معادل آن در روز)، نارسایی کلیوی، نارسایی کبدی، سوختگی بیش تر از ۳۵ درصد، ضربه به سر و ضایعات نخاعی" (۱۷). برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS¹⁶ و جهت متغیرهای کیفی از آزمون Chi-square و جهت متغیرهای کمی نیز از آزمون Independent Samples T-test یا one sample T-test استفاده و $p < 0.05$ به عنوان اختلاف معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۷۸ بیماری که طی سال ۱۳۹۳ در بخش مراقبت های ویژه کودکان بیمارستان بوعلی سینا ساری بستری شده بودند، برای ۴۰ بیمار (۵۱ درصد) حداقل یک داروی پیشگیری زخم ناشی از استرس تجویز شد. از این بیماران ۲۲ نفر (۵۵ درصد) دختر و ۱۸ نفر (۴۵ درصد) پسر بودند و دختران و پسران از نظر سنی و وزنی اختلاف قابل ملاحظه ای با هم نداشتند ($p > 0.05$). بیش تر کودکان (۱۷ نفر، ۴۲/۵ درصد) در گروه سنی ۱ تا ۶ سال بودند، ۳۵ درصد (۱۴ نفر) آنان کم تر از یک سال و ۹ نفر (۲۲/۵ درصد) بیش تر از ۶ سال را داشتند.

۹۵ درصد (۳۸ نفر) از بیماران در کم تر از ۷ روز پس از پذیرش، جهت پیشگیری زخم ناشی از استرس دارو دریافت نمودند و مدت پذیرش تنها در ۵ درصد (۲ مورد) بیش تر از ۷ روز بود. مدت زمان بستری ۳۵

درصد از بیماران در بخش مراقبت های ویژه کودکان، کم تر از ۵ روز بود. ۱۵ درصد بین ۶ تا ۱۰ روز، ۳۰ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ روز، ۱۵ درصد بین ۲۱ تا ۳۰ روز و ۵ درصد از بیماران نیز بیش تر از ۳۰ روز بستری بودند. از نظر اختلال انعقادی، ۵ بیمار پلاکت کم تر از ۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب، یک بیمار PTT بیش از دو برابر طبیعی و دو نفر نیز INR بیش از ۱/۵ داشتند. سطح سرمی آنزیم آسپارات ترانسفراز در دو بیمار، آنزیم آلانین ترانسفراز در یک بیمار و کراتینین در یک بیمار دیگر بالاتر از مقدار طبیعی بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نتایج آزمایشگاهی در بیماران تحت مطالعه

شاخص	تعداد بیمار	درصد در کل
Platelets (per mm ³)		
بیش تر از ۵۰۰۰۰	۲۸	۸۴/۸
کم تر از ۵۰۰۰۰	۵	۱۵/۲
کل	۳۳	۱۰۰
PTT (S)		
کم تر از ۸۰	۵	۸۳/۳
بیش تر یا مساوی ۸۰	۱	۱۶/۷
کل	۶	۱۰۰
INR		
کم تر از ۱/۵	۴	۶۶/۷
بیش تر از ۱/۵	۲	۳۳/۳
کل	۶	۱۰۰
کراتینین (mg/dL)		
کم تر از ۱/۵	۱۹	۹۵
بیش تر از ۱/۵	۱	۵
کل	۲۰	۱۰۰
AST (U/L)		
کم تر از ۱۰۵	۱۵	۸۸/۲
بیش تر از ۱۰۵	۲	۱۱/۸
کل	۱۷	۱۰۰
ALT (U/L)		
کم تر از ۱۰۵	۱۵	۹۳/۸
بیش تر از ۱۰۵	۱	۶/۲
کل	۱۶	۱۰۰

PTT: Partial thromboplastin time, INR: International normalized ratio, AST: Aspartat aminotransferase, ALT: Alanine aminotransferase

اگر گایدلاین ها با دقت مورد توجه قرار گرفته و بر اساس آن ها جهت مصرف داروهای پیشگیری از زخم استرس تجویز شوند، در ۵۷/۵ درصد موارد اندیکاسیون لازم جهت مصرف داروهای پیشگیری وجود نداشت (جدول شماره ۲).

۸۵ درصد از داروهای مصرفی جهت پیشگیری از بروز زخم ناشی از استرس در این مطالعه رانیتیدین وریدی بود و برای ۷/۵ درصد از بیماران نیز از پنتوپرازول وریدی

جدول شماره ۲: رابطه تخصص تجویز کننده و وجود یا عدم وجود

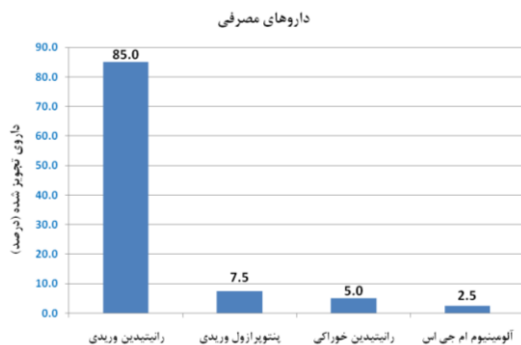
اندیکاسیون

تخصص تجویز کننده	اندیکاسیون	تعداد	درصد در گروه	درصد از کل
آسم و آلرژی	دارد	۲	۱۱/۸	۵
	ندارد	۰	۰	۰
	کل آسم و آلرژی	۲	۵	۵
بیماری های عفونی	دارد	۵	۲۹/۴	۱۲/۵
	ندارد	۷	۳۰/۴	۱۷/۵
	کل عفونی	۱۲	۳۰	۳۰
نورولوژی	دارد	۴	۲۳/۵	۱۰
	ندارد	۵	۲۱/۷	۱۲/۵
	کل نورولوژی	۹	۲۲/۵	۲۲/۵
نفرولوژی	دارد	۰	۰	۰
	ندارد	۳	۱۳	۷/۵
	کل نفرولوژی	۳	۷/۵	۷/۵
غدد	دارد	۳	۱۷/۶	۷/۵
	ندارد	۷	۳۰/۴	۱۷/۵
	کل غدد	۱۰	۲۵	۲۵
جراحی	دارد	۱	۵/۹	۲/۵
	ندارد	۰	۰	۰
	کل جراحی	۱	۲/۵	۲/۵
گوارش	دارد	۲	۱۱/۸	۵
	ندارد	۱	۴/۳	۲/۵
	کل گوارش	۳	۷/۵	۷/۵
کل تخصص ها	دارد	۱۷	۱۰۰	۴۲/۵
	ندارد	۲۳	۱۰۰	۵۷/۵
	کل	۴۰	۱۰۰	۱۰۰

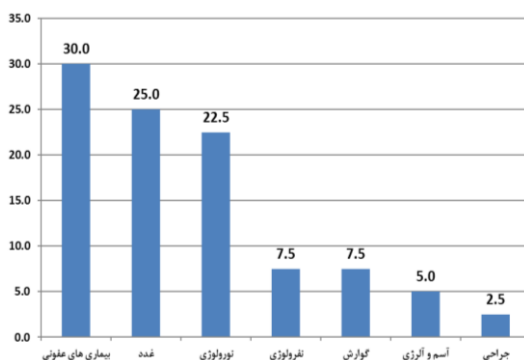
توسط متخصصین عفونی در دو مورد و متخصص غدد در یک مورد از پنتوپرازول وریدی استفاده شد. رانیتیدین خوراکی نیز یک بار توسط متخصص غدد و یک بار نیز توسط متخصص نفرولوژی (۵ درصد) و سوسپانسیون آلومینیوم ام جی اس (۲/۵ درصد) نیز در یک بیمار توسط متخصص نفرولوژی تجویز شدند. دو مورد رانیتیدین خوراکی نیز در کودکان کم تر از یک سال مصرف شد (نمودار شماره ۱). در جدول شماره ۳ نیز داروهای مصرفی در گروه های سنی مختلف نشان داده شده اند. ۳۰ درصد از موارد تجویز داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس توسط متخصصین بیماری های عفونی بود و به دنبال آن به ترتیب متخصصین غدد ۲۵ درصد و متخصصین نورولوژی ۲۲/۵ درصد، بیش ترین تجویز این داروها را داشتند (نمودار شماره ۲).

شایع ترین علل مصرف داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس در این مطالعه به ترتیب سپسیس (۲۰ درصد)،

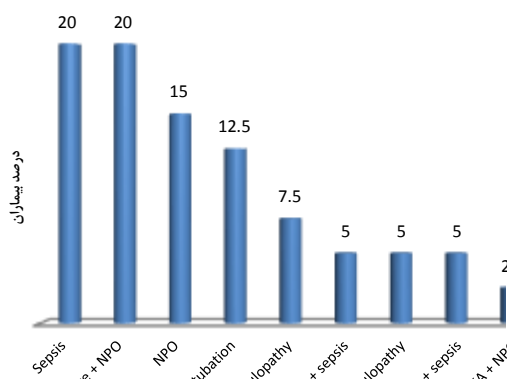
NPO همراه با تشنج (۲۰ درصد) و NPO به تنهایی ۱۵ درصد، انتوباسیون به تنهایی (۱۲/۵ درصد) و کوآگولوپاتی به تنهایی ۷/۵ درصد بوده اند (نمودار شماره ۳) و مواردی از اندیکاسیون ها که در نمودار شماره ۳ ذکر نشدند، در بیماران مورد مطالعه ملاحظه نگردیدند.



نمودار شماره ۱: فراوانی داروهای تجویز شده جهت پیشگیری از استرس اولسر در بیماران مورد مطالعه



نمودار شماره ۲: تخصص تجویز کننده داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس



نمودار شماره ۳: علل مصرف داروهای پیشگیری از زخم های ناشی از استرس در بیماران تحت مطالعه

جدول شماره ۳: داروهای تجویز شده در گروه های سنی متفاوت بیماران

کل	آلومینیوم ام جی اس	رانیتیدین خوراکی	پنتوپرازول وریدی	رانیتیدین وریدی	تعداد	کم تر از یک سال
۱۴	۰	۲	۰	۱۲	تعداد	
۳۵	۰	۵	۰	۳۰	درصد از کل	
۱۷	۱	۰	۱	۱۵	تعداد	۱ تا ۶ سال
۴۲/۵	۲/۵	۰	۲/۵	۳۷/۵	درصد از کل	
۹	۰	۰	۲	۷	تعداد	بیش تر از ۶ سال
۲۲/۵	۰	۰	۵	۱۷/۵	درصد از کل	
۴۰	۱	۲	۳	۳۴	تعداد	کل
۱۰۰	۲/۵	۵	۷/۵	۸۵	درصد از کل	

بحث

در مطالعه حاضر، ۵۱ درصد از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان جهت پیشگیری زخم ناشی از استرس دارو دریافت کردند. در استرالیا ۸۲ درصد (۲۰)، در انگلیس ۸۱ درصد (۲۱) و در امریکا ۹۰ درصد (۲۲) از پزشکان شاغل در بخش مراقبت های ویژه برای بیماران پذیرش شده جهت پیشگیری زخم ناشی از استرس دارو تجویز می نمایند. ۵۵ درصد از بیماران پسر و ۴۵ درصد نیز دختر بودند. شایع ترین علل پذیرش بیماران دریافت کننده پروفیلاکسی در بخش مراقبت های ویژه کودکان به ترتیب تشنج (۳۲/۵ درصد)، پنومونی (۱۰ درصد)، برونشیت (۷/۵ درصد)، اختلالات متابولیک (۷/۵ درصد) و لوسمی لنفوسیتی حاد (۷/۵ درصد) بودند.

در مطالعات Araujo و همکاران که ۵۷ درصد بیماران پسر و ۴۳ درصد آنان دختر بودند (۲۳) و نیز Zeitoun و همکاران که ۵۲/۵ درصد بیماران مرد و ۴۷/۵ درصد آنان زن بودند (۲۴)، شبیه مطالعه حاضر است، ولی در مطالعه Padhy و همکاران، ۷۴ درصد بیماران مرد و ۲۶ درصد بیماران زن بودند (۲۵).

در مطالعه ای که در برزیل توسط Araujo و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد، شایع ترین علل پذیرش بیماران دریافت کننده پروفیلاکسی در بخش مراقبت های ویژه کودکان، بیماری های تنفسی (۳۲/۷ درصد) و مراقبت های پس از جراحی (۳۰/۹ درصد)، تروما ۱۲/۸ درصد، بیماری های قلبی ۶/۸ درصد و سایر موارد (کم تر از ۵ درصد) بودند (۲۳). بنابراین علل پذیرش می تواند در

بخش مراقبت ویژه در بیمارستان ها و یا کشورهای مختلف، متفاوت باشند. در پژوهش حاضر، رایج ترین علت تجویز داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس، سپسیس (۲۰ درصد)، تشنج همراه با NPO (۲۰ درصد)، (۱۵ درصد) و ونتیلاسیون (۱۲/۵ درصد) بودند و ۵۷/۵ درصد بیماران اندیکاسیونی جهت دریافت داروی پیشگیری زخم ناشی از استرس نداشتند. پژوهش Krag و همکاران (۲۰۱۵) در ۹۷ بخش مراقبت های ویژه از ۱۱ کشور، ۲۳ اندیکاسیون مختلف برای داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس گزارش شد که ونتیلاسیون مکانیکی با ۴۳ بیمار (۴۵ درصد) شایع ترین مورد بود. هم چنین کوآگولوپاتی با ۱۶ مورد (۱۷ درصد)، عدم دریافت خوراکی کامل با ۱۲ مورد (۱۳ درصد) و شوک با ۱۱ مورد (۱۱ درصد) بودند (۲۶).

علل رایج دریافت پروفیلاکسی زخم ناشی از استرس در مطالعه Araujo و همکاران، ونتیلاسیون (۲۲/۳ درصد) و استفاده روتین (۲۱/۴ درصد) بودند. موارد با فراوانی کم تر به ترتیب شامل جراحی قلب ۱۱/۷ درصد، بدون دلیل ۷/۱ درصد، ترومای سر ۶/۸ درصد، مداخلات جراحی مغز و اعصاب ۳/۹ درصد، پیوند عضو ۲/۶ درصد، سوختگی ۲/۳ درصد، کوآگولوپاتی ۰/۶ درصد و سایر موارد ۱/۷ درصد بودند (۲۳). در مطالعه ای که توسط Farrell و همکاران در سال ۲۰۱۰ در آمریکا انجام شد، شایع ترین علل دریافت پروفیلاکسی به ترتیب ۲۱/۹ درصد نارسای حاد کلیه، ۲۰/۲ درصد ونتیلاسیون، ۱۱/۵ درصد سپسیس، ۷/۱

درصد کوآگولوپاتی و ۶/۶ درصد تحت درمان با کورتیکواستروئید بودند (۲۷).

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ توسط Judd و همکاران در مورد ارزیابی مصرف پروفیلاکسی استرس اولسر انجام شد، از میان ۴۶۰۳ بیماری که در طول مطالعه بستری شده بودند، ۴۱۸ بیمار به صورت تصادفی انتخاب شدند که از این میان، ۲۲۱ نفر (۵۳ درصد) پروفیلاکسی استرس اولسر را دریافت کرده بودند. از میان دریافت کنندگان داروی پیشگیری زخم ناشی از استرس، ۲۰۶ نفر (۹۳ درصد) اندیکاسیونی جهت دریافت پروفیلاکسی نداشتند و بقیه ۴/۴ درصد ونتیلاسیون مکانیکی و ۱/۵ درصد نیز کوآگولوپاتی داشتند (۲۹). در مطالعه Zeitoun و همکاران، ۶۷ درصد بیماران که داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس دریافت کرده‌اند، اندیکاسیونی نداشتند (۲۴). در پژوهش حاضر، بیشترین داروی مصرفی به ترتیب رانیتیدین و ریدی (۸۵ درصد)، پنتوپرازول و ریدی (۷/۵ درصد)، رانیتیدین خوراکی (۵ درصد) و آلومینیوم ام‌جی‌اس (۲/۵ درصد) بوده‌اند. هر چند مهارکننده‌های پمپ پروتون در درمان خونریزی گوارشی، کارایی بالاتری نسبت به بلاک کننده‌های گیرنده H_2 دارند، ولی در پیشگیری از زخم‌های ناشی از استرس، اختلاف معنی‌داری در بروز خونریزی مخاطی بین این دو دسته دارویی دیده نشده است (۳۰). مهارکننده‌های پمپ پروتون از نظر کاهش مرگ و میر در مقایسه با بلاک کننده‌های گیرنده H_2 تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند، هر چند میزان خونریزی گوارشی در گروه مصرف کننده بلاک کننده‌های گیرنده H_2 بیش‌تر بوده است. بلاک کننده‌های گیرنده H_2 هم چنان داروی انتخابی جهت پیشگیری زخم ناشی از استرس توسط پزشکان مقیم در بخش مراقبت‌های ویژه هستند (۳۱). در مطالعه Araujo و همکاران، رانیتیدین بیش‌ترین مصرف (۸۴/۵ درصد) را در میان بیماران مصرف کننده پروفیلاکسی داشته است (۲۳) که نزدیک به میزان مصرف آن در این پژوهش می‌باشد. ۵۴ درصد بیماران در مطالعه Bez و

همکارانش از داروهای مهارکننده پمپ پروتون جهت پیشگیری زخم ناشی از استرس استفاده کرده‌اند که از این میان، ۹۴ درصد آنان از امپرازول استفاده کرده‌اند. ۷۹ درصد بیماران دریافت کننده داروی پروفیلاکسی نیز اندیکاسیونی نداشته‌اند (۳۲).

Krag و همکاران گزارش کردند که در ۶۶ درصد از مراکز محل مطالعه، داروهای مهارکننده پمپ پروتون استفاده کردند که ۷۷/۲ درصد آن امپرازول بود. در ۳۱ درصد از مراکز نیز H_2 بلاکر، دسته دارویی معمول بود که ۹۹/۵ درصد آن از رانیتیدین استفاده کردند (۲۶). در سال ۲۰۱۱ و در کشور لبنان، مطالعه‌ای انجام شد که از میان ۱۶۹۰ بیمار، ۱۰۰۴ نفر وارد مطالعه شدند. برای ۶۱۸ نفر (۶۱/۶ درصد) از داروهای دسته PPI جهت پروفیلاکسی استفاده شد. ۳۸۶ نفر از مصرف کنندگان پروفیلاکسی (۳۸/۴ درصد) از H_2 بلاکر استفاده کردند که ۳۸۴ مورد (۳۸/۲ درصد) رانیتیدین بود (۲۴). ۶۴ درصد از بخش‌ها در پژوهش Krag و همکاران، دارای گایدلاین بودند و با وجود راهنماهای بالینی اندیکاسیون تجویز داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس متفاوت بود (۲۶). تنها ۱۹ درصد از پزشکان شاغل در ICU، به انجام گایدلاین کاملاً مقید بودند و با وجود گایدلاین در بیمارستان، ۶۸ درصد از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه، بدون داشتن فاکتور خطر برای خونریزی ناشی از استرس، داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس را استفاده کرده‌اند. متأسفانه بخش محل مطالعه نیز فاقد گایدلاین بود و باید جهت تهیه آن اقدام عملی لازم به عمل آید. استفاده بیش از حد داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس ممکن است به علت نداشتن دانش کافی در مورد اندیکاسیون مصرف آن‌ها، ترس قانونی غیرضروری از عدم تجویز این داروها و عدم آگاهی عوارض ناشی از کاهش اسید معدی باشد (۲۷). مصرف داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس، سالیانه موجب هزینه دارویی به ارزش ۴۴۰۹۶ دلار در بیماران بستری و ۶۷۶۹۵ دلار در بیماران سرپایی می‌شود (۳۳). در مطالعه

توصیه می‌شود مطالعه‌ای آینده‌نگر با تهیه گایدلاین پیشگیری زخم ناشی از استرس انجام شود تا هم‌بخش مراقبت‌های ویژه کودکان دارای راهنمای مناسب شود و هم مصرف این دسته از داروها منطقی‌تر صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه دوره دکتری عمومی داروسازی خانم دکتر فاطمه بابازاده می‌باشد. از معاون محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، به خاطر پرداخت هزینه اجرای پژوهش و پرستاران گرامی شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان بیمارستان بوعلی سینا ساری که جهت اجرای بهتر این مطالعه، همکاری لازم را نموده‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

Heidelbaugh و همکاران، ۶۸ درصد از ۲۹۳۴۸ بیماری که به هنگام ترخیص از بیمارستان مهارکننده پمپ پروتون دریافت کرده بودند، بدون وجود اندیکاسیون درست به مدت ۳۰ روز و با هزینه بیش از ۳ میلیون دلار در طول چهار سال از این داروها استفاده کرده‌اند (۳۴). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه ۴۲/۵ درصد از بیماران جهت پیشگیری زخم ناشی از استرس، به درستی از داروهای مربوطه استفاده نموده‌اند، ولی هنوز ۵۷/۵ درصد بیماران بدون وجود اندیکاسیون مصرف (بر اساس گایدلاین)، داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس را دریافت کردند. تهیه گایدلاین اجرایی در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان محل مطالعه ضروری می‌باشد تا براساس پروتکل موجود و با اندیکاسیون‌های توصیه شده، داروهای پیشگیری زخم ناشی از استرس به درستی انتخاب شود و مصرف آن هم حداکثر تا رفع عامل خطر ادامه یابد.

References

1. Skillman JJ, Bushnell LS, Goldman H, Silen W. Respiratory failure, hypotension, sepsis, and jaundice. A clinical syndrome associated with lethal hemorrhage from acute stress ulceration of the stomach. *Am J Surg* 1996; 117(4): 523-530.
2. Spirt MJ. Stress-related mucosal disease: risk factors and prophylactic therapy. *Clin Ther* 2004; 26(2): 197-213.
3. Duerksen DR. Stress-related mucosal disease in critically ill patients. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2003; 17(3): 327-344.
4. Mutlu GM, Mutlu EA, Factor P. GI complications in patients receiving mechanical ventilation. *Chest* 2001; 119(4): 1222-1241.
5. Fennerty MB. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient: rationale for the therapeutic benefits of acid suppression. *Crit Care Med* 2002; 30(6 suppl): S351-S355.
6. Metz DC. Preventing the gastrointestinal consequences of stress-related mucosal disease. *Curr Med Res Opin* 2005; 21(1): 11-18.
7. Martindale RG. Contemporary strategies for the prevention of stress-related mucosal bleeding. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62(10 suppl 2): S11-S17.
8. Cook DJ, Griffith LE, Walter SD, Guyatt GH, Meade MO, Heyland DK, et al. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Crit Care* 2001; 5(6): 368-375.
9. Ben-Menachem T, Fogel R, Patel RV, Touchette M, Zarowitz BJ, Hadzijahic N, et al. Prophylaxis for stress-related gastric hemorrhage in the medical intensive care unit. A randomized, controlled, single-blind study. *Ann Intern Med* 1994; 121(8): 568-575.

10. Zandstra DF, Stoutenbeek CP. The virtual absence of stress-ulceration related bleeding in ICU patients receiving prolonged mechanical ventilation without any prophylaxis. A prospective cohort study. *Intensive Care Med* 1994; 20(5): 335-340.
11. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, Marshall JC, Leasa D, Hall R, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med* 1994; 330(6): 377-381.
12. Guillaumondegui OD, Gunter OL, Bonadies JA, Coates JE, Kurek SJ, De Moya MA, et al. Practice Management Guidelines for Stress Ulcer Prophylaxis. Chicago, IL: Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST). 2008.
13. Cash BD. Evidence-based medicine as it applies to acid suppression in the hospitalized patient. *Crit Care Med* 2002; 30 (Suppl6): S373-S378.
14. Janarthana S, Ditah I, Adler DG, Ehrinpreis MN. Clostridium difficile-associated diarrhea and proton pump inhibitor therapy: a meta analysis. *Am J Gastroentero* 2012; 107(7): 1001-1010.
15. Heidelbaugh JJ, Kim AA, Chang R and Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. *Therap Adv Gastroenterol* 2012; 5(4): 219-232.
16. Khalili H, Huang ES, Jacobson BC, Camargo CA, Jr Feskanich D, Chan AT. Use of proton pump inhibitors and risk of hip fracture in relation to dietary and lifestyle factors: a prospective cohort study. *BMJ* 2012; 344: e372.
17. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis. ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56(4): 347-379.
18. Heidelbaugh JJ, Inadomi JM. Magnitude and economic impact of inappropriate use of stress ulcer prophylaxis in non-intensive care unit hospitalized patients. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(10): 2200-2205.
19. Pham CQ, Regal RE, Bostwick TR, Knauf KS. Acid suppressive therapy use on an inpatient internal medicine service. *Ann Pharmacother* 2006; 40(7-8): 1261-1266.
20. Farley KJ, Barsed KL, Crozier TM. Inappropriate continuation of stress ulcer prophylaxis beyond the intensive care setting. *Crit Care Resusc* 2013; 15(2): 147-151.
21. Gratrix AP, Enright SM, O'Beirne HA. A survey of stress ulcer prophylaxis in intensive care units in the UK. *Anaesthesia* 2007; 62(4): 421-422.
22. Preslaski CR, Mueller SW, Kiser TH, Fish DN, MacLaren R. A survey of prescriber perceptions about the prevention of stress-related mucosal bleeding in the intensive care unit. *J Clin Pharm Ther* 2014; 39(6): 658-662.
23. Araujo TE, Vieira SMG, Carvalho PRA. Stress ulcer prophylaxis in pediatric intensive care units. *J Pediatr (Rio J)* 2010; 86(6): 525-530.
24. Zeitoun A, Zeineddine M, Dimassi H. Stress ulcer prophylaxis guidelines: Are they being implemented in Lebanese health care centers? *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2011; 2(4): 27-35.
25. Padhy BM, Bhadauria HS, Gupta YK. Attitude and Knowledge of Indian Emergency Care Residents towards Use of Proton Pump Inhibitors. *International Scholarly Research Notices* 2014; 2014.
26. Krag M, Perner A, Wetterslev J, Wise MP, Borthwick M, Bendel S, et al. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit: an

-
- international survey of 97 units in 11 countries: Stress Ulcer Prophylaxis in the ICU. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015; 59(5): 576-585.
27. Farrell CP, Mercogliano G, Kuntz CL. Overuse of stress ulcer prophylaxis in the critical care setting and beyond. *J Crit Care* 2010; 25(2): 214-220.
28. Daley RJ, Rebuck JA, Welage LS, Rogers FB. Prevention of stress ulceration: current trends in critical care. *Crit Care Me* 2004; 32(10): 2008-2013.
29. Judd WR, Davis GA, Winstead PS, Steinke DT, Clifford TM, Macaulay TE. Evaluation of Continuation of Stress Ulcer Prophylaxis at Hospital Discharge. *Hospital Pharmacy* 2009; 44(10): 888-893
30. Benner K, Cohen H. Stop stressing out: the new stress ulcer prophylaxis guidelines are finally here! *Proceedings of 48th ASHP Midyear Clinical Meeting*; 2013 Dec 8-11; Orlando, Florida.
31. Cash BD. Evidence-based medicine as it applies to acid suppression in the hospitalized patient. *Crit Care Med* 2002; 30(6): S373-S378.
32. Bez C, Perrottet N, Zingg T, Leung KE, Demartines N, Pannatier A. Stress ulcer prophylaxis in non-critically ill patients: a prospective evaluation of current practice in a general surgery department. *J Eval Clin Pract* 2013; 19(2): 374-378.
33. Hussain S, Stefan M, Visintainer P, Rothberg M. Why do physicians prescribe stress ulcer prophylaxis to general medicine patients? *South Med J* 2010; 103(11): 1103-1110.
34. Heidelbaugh JJ, Inadomi JM. Magnitude and economic impact of inappropriate use of stress ulcer prophylaxis in non-ICU hospitalized patients. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2200-2205.