

616.3-005.1

KRVÁCENÍ DO GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Doc. MUDr. Jan BUREŠ, CSc.
Komplementární centrum vnitřního lékařství, Fakultní nemocnice v Hradci Králové
(vedoucí lékař: doc. MUDr. J. Bureš, CSc.)

Krvácení do gastrointestinálního traktu představuje závažný problém. Akutní krvácení patří mezi dramatické a často život ohrožující gastroenterologické situace. Až v 80 % případů ustává krvácení spontánně, ve zbylých případech je však letalita až 10 %. Chronické (mnohdy okultní) krvácení je pak nezdědka obtížným diagnostickým úkolem.

Příčiny krvácení do horních částí GIT

Mezi časté příčiny hematemaze a/nebo melény patří dvanáctníkový vřed (35 %), žaludeční vřed (20 %), žaludeční eroze (6 %), Malloryho-Weissův syndrom (6 %). Až ve 20 % případů není zdroj krvácení objasněn. Do druhé skupiny méně častých příčin krvácení (dohromady méně než 5 %) patří: bulbitida (duodenitida), jícnové varixy, ezofagitida a maligní nádory. Mezi vzácné příčiny (dohromady méně než 1 %) je možno zahrnout: hemoragickou gastropatii při portální hypertenzi, cévní malformace (Dieulafoy), hemofilii a Wirsungoragii, hereditární teleangiektázie, aortoduode-

nální píštěle, poruchy hemokoagulace povšechně, pseudoxantoma elasticum a další.

Mezi vzácné zdroje krvácení (mnohdy chronického, okultního) patří i tenké střevo. Příčinou krvácení ztráty může být Meckelův divertikl, juvenilní polypy tenkého střeva, hamartomy (Peutz-Jeghers), hemangiomy a angiodysplazie tenkého střeva, intususcepce (u dětí), Crohnova choroba, divertikly jejuny, tumory (lymfomy, leiomyosarkom, adenokarcinom, karcinoid). Anémie z okultních ztrát do GIT (nejasně lokalizace) je popisována také u maratónských běžců.

Příčiny krvácení do dolních částí GIT

Mezi časté příčiny patří perianální zdroje (hemoroidy, fisury, prolaps sliznice rektu), kolorektální polypy, rakovina tlustého střeva a konečníku a ulcerózní kolitida. Mezi méně časté příčiny je možno zahrnout ischemickou kolitidu, Crohnovu chorobu, divertikulární nemoc, angiodysplazie. Vzácnou příčinou je krvácení z anorektálních varixů.

Klinický přístup u akutních krvácení

U akutních stavů klinický přístup zahrnuje posouzení závažnosti krvácení, identifikaci rizikových nemocných (včetně rizika opětovného krvácení v druhé době), prvotní léčebná opatření, monitorování vitálních funkcí, organizaci diagnostiky, kontrolu krvácení (rozhodnutí o endoskopické léčbě, konzervativním postupu, invazivní radiologii nebo chirurgické intervenci) a prevenci nového krvácení v budoucnosti.

Riziková nemocní

Mezi rizikové pacienty patří osoby, které mají současně hematemu i melénu (2krát vyšší letalita, než je-li pouze hematemu nebo pouze meléna), čerstvou melénu a pokračující nebo opětovné krvácení (po přijetí). Mezi rizikové nemocné se řadí i osoby nad 60 let věku a/nebo pacienti s koincidujícím onemocněním, dále starší ženy užívající nesteroidní antirevmatika a nemocní se známkami hypovolémie. Do rizikové skupiny pacienty kvalifikují také endoskopické známky krvácení Forrest Ia (riziko opětovného krvácení je až 90 %), Forrest IIa (riziko 70 %) a Forrest IIb a IIc (riziko opětovného krvácení je 30 %) a konečně situace, kde zdrojem krvácení jsou jícnové varixy.

Nemocní s nižším rizikem mají věk pod 60 let, jsou oběhově stabilizovaní. Do skupiny s nižším rizikem patří i zvracení „kávové sedliny“ bez melény, alkoholem indukované krvácení a zpravidla také negativní endoskopie.

Diagnostika

Hlavní úlohu v diagnostice v současné době představují metody endoskopické (často je možno současně provést i léčebný zákrok). Závažnost krvácení je třeba klasifikovat (Forrestova klasifikace). U nejasných (zejména pak opakujících se) krvácení je zpravidla opakována endoskopie (gastroskopie či koloskopie) a podle možností konkrétního pracoviště a dostupnosti metod jsou doplněna další vyšetření, jako enteroskopie, radioizotopová vyšetření (Meckelův divertikl) nebo arteriografie. Z klasických rentgenologických gastrointestinálních diagnostických metod má význam především enteroklýza. Velmi pečlivě je třeba zvažovat probatorní laparotomii (indikací pro ni stále ubývá).

Přes veškeré diagnostické úsilí 10-20 % případů krvácení do GIT zůstane neobjasněno.

Možnosti endoskopické léčby

Před endoskopií nutno nemocného připravit (oběhová stabilizace, žilní přístup), při krvácení do horních částí GIT je třeba před endoskopií vypláchnout žaludek. Podle typu krvácení je nutno zvolit vhodný endoskop, je třeba připravit velkapacitní oplachové zařízení. Nemocný je při vyšetření monitorován (pulsní oxymetr, EKG, neinvazivní krevní tlak). Pacientovi je podána frakcionovaně analgo-sedace a kyslíková podpora. Pracoviště musí být vybaveno pro resuscitaci.

Endoskopické léčebné techniky je možno rozdělit do čtyř základních skupin:

Termokoagulační techniky

Mezi termokoagulační techniky patří mikrovlnná koagulace, laserová fotokoagulace, argonový beamer a termokoagulační sondy („heat probe“).

Elektrotermokoagulační techniky

Elektrotermokoagulační techniky zahrnují monopólní a multipólní elektrokoagulaci.

Injekční metody

Injekční metody umožňují injikovat adrenalin, sklerozující látky nebo tkáňová (fibrinová) lepidla.

Mechanické metody

Mezi mechanické metody patří nasazení speciálních kovových svorek („hemo-kličky“) a ligace (za použití gumových kroužků). Kličky ze speciálního umělého vlákna („endo-loop“) jsou používány spíše k prevenci krvácení před polypektomií než ke kontrole akutního krvácení.

Závěr

Moderní endoskopie představuje mimořádný diagnostický a zejména pak terapeutický pokrok při řešení krvácení do gastrointestinálního traktu. Klade vysoké teoretické i praktické nároky na endoskopický personál. Při současném bodovém ohodnocení zdravotními pojišťovnami u nás pak většina postupů představuje ekonomickou zátěž pracoviště, protože většina metod je v současné době z čistě ekonomického hlediska prodělečná.

Literatura u autora

Klíčová slova: Krvácení do GIT; Diagnostika; Endoskopická léčba.

Do redakce došlo 13. 5. 1997