

KLINIČNA POT, interni oddelek SB Trbovlje – 1.1.2015

Akutne krvavitve iz zgornjih prebavil

Klinična slika:

Bolniki z akutno krvavitvijo iz zgornjih prebavil (t.j. krvavitev **z izvorom od požiralnika do Treitzovega ligamenta**-duodenojejunalni zavoja) imajo pogosto hematemezo (bruhanje sveže krvi ali kavne usedline) in/ali meleno (odvajanje črnega smolastega blata). Hematohezija (odvajanje višnjevega blata ali sveže krvi z blatom) je navadno posledica krvavitve iz spodnjih prebavil, lahko pa se pojavi tudi pri masivni krvavitvi iz zgornjih prebavil. V tem primeru je tipično prisotna ortostatska hipotenzija.

V primeru, da gre za hemodinamsko pomembno krvavitev s prisotno hipovolemijo, pri bolniku lahko ugotovimo tahikardijo v mirovanju, ortostatsko hipotenzijo ali hipotenzijo.

Med vzroki za krvavitev iz zgornjih prebavil (GIT):

- prevladujejo peptične razjede dvanajstnika in želodca,
- pogosti vzroki so tudi vnetne hemoragično-erozivne spremembe sluznice,
- krvavitev iz varic požiralnika in želodca,
- sindrom Mallory Weiss,
- tumorji zgornje prebavne cevi.

Dejavniki, ki so povezani z večjim tveganjem za ponovno krvavitev oz. za večjo umrljivost:

- hemodinamska nestabilnost (sistolični RR pod 100 mmHg, srčna frekvenca nad 100/min),
- konc. Hb pod 100 g/l ali nenadno znižanje za >15 g/l,
- obilna krvavitev-hematemeza,
- starost nad 60 let,
- aktivna krvavitev, vidna med endoskopijo oz. endoskopski nevarnostni dejavniki,
- spremljajoče bolezni,
- zdravila (NSAR, antikoagulantni).

Obravnava bolnika v urgentni internistični ambulanti:

Začetna obravnava bolnika s sumom na klinično pomembno akutno krvavitev iz zgornjega gastrointestinalnega trakta (GIT) vključuje:

- anamnezo in klinični pregled,
- laboratorijske preiskave,
- v redkih primerih lahko vključuje tudi nazogastrično lavažo.

Cilj začetne obravnave je oceniti:

- hemodinamsko pomembnost krvavitve,
- predvideti verjeten izvor krvavitve,
- ugotoviti prisotnost eventuelnih dodatnih kliničnih stanj, ki lahko pomembno vplivajo na nadaljnjo obravnavo bolnika (npr. starejši bolniki, bolniki, ki jemljejo nesteroidna antirevmatična zdravila, salicilate in antikoagulantna zdravila, bolniki s srčnim popuščanjem, jetrno cirozo).

Anamneza:

Bolnikova anamneza naj poleg opisa pojava in trajanja simptomov zajame naslednje podatke:

- ev. predhodne epizode krvavitev iz zgornjih GIT?
- anamneza jetrne bolezni ali zlorabe alkohola?
- anamneza abdominalne aortne anevrizme?
- prisotnost pridruženih obolenj: kronična ledvična bolezen, aortna stenoza ali hereditarna hemoragična teleangiektazija, ishemična bolezen srca, kronična pljučna obolenja, srčno popuščanje, koagulopatije, demenca?
- zdravila, ki jih jemlje bolnik, posebej pomemben je podatek o jemanju ev. nestroidnih antirevmatičnih zdravil, antiagregacijskih in antikoagulantnih zdravil, železovih preparatov
- ev. predhodni operativni posegi na prebavilih?

Klinični znaki in simptomi akutne krvavitve iz zg. GIT oz. klinični pregled:

Klinični pregled je ključen za oceno hemodinamske stabilnosti bolnika.

- Hematemeza kaže na krvavitev, ki ima izvor proksimalno od Treitzovega ligamenta. Bruhanje svetlo rdeče krvi kaže na verjetno še trajajočo krvavitev, bruhanje kavne usedline pa na že bolj omejeno krvavitev.
- Melena večinoma prav tako kaže na izvor krvavitve proksimalno od Treitzovega ligamenta (v 90%), lahko pa krvavitev izvira tudi iz ozkega črevesa ali desnega hemikolona.
- Pri masivni krvavitvi iz zgornjih GIT se lahko pojavi tudi hematohezija.

Znaki hipovolemije:

- blaga do zmerna: pojavi se tahikardija v mirovanju,
- izguba vsaj 15% krvnega volumna: pojavi se še ortostatska hipotenzija,
- izguba vsaj 40% krvnega volumna: ugotavljamo hipotenzijo že v ležečem položaju,
- simptomi in znaki, ki kažejo na hudo krvavitev so tudi:
 - ortostatska hipotenzija in vrtoglavica,
 - zmedenost,
 - angina pectoris,
 - palpitacije,
 - hladne okončine,
 - potenje.

Simptomi in znaki, ki nam lahko nakažejo izvor oz. vzrok krvavitve:

- bolečina v epigastriju ali pod desnim rebrnim lokom,
- disfagija, odinofagija,
- napenjanje ali hud kašelj,
- ikterus,
- oslabelost,
- neješčnost,
- utrujenost,
- hujšanje in/ali kaheksija.

Pri bolečini v trebuhu z znaki peritonitisa je potrebno posumiti na perforacijo votlega organa. V primeru znakov akutnega abdomna je pred endoskopijo potrebno izključiti perforacijo.

Iskati je potrebno tudi znake oz. simptome ev. pomembnih pridruženih obolenj.

Laboratorijske preiskave:

Pri bolniku z akutno krvavitvijo iz zg. prebavil je potrebno ob sprejemu določiti hemogram, biokemijske preiskave, vključno z jetrnimi testi in testi koagulacije.

Pri bolnikih s povečanim tveganjem za miokardni infarkt oz. koronarno bolezen je potrebno napraviti EKG in določiti encime srčnega razpada.

Koncentracijo hemoglobina je potrebno nato določati na 2-8 ur, odvisno od resnosti krvavitve.

Pri akutni krvavitvi gre za normocitno anemijo, mikrocitna anemija kaže na kronično krvavitev. Koncentracija sečnine je pri krvavitvi iz zgornjih prebavil v razmerju do serumskega kreatinina zvišana zaradi absorpcije krvi pri prehodu preko ozkega črevesa in zaradi pridružene zmanjšane perfuzije ledvic.

Nazogastrična lavaža:

je indicirana le v primeru, ko je pred endoskopijo potrebna odstranitev želodčne vsebine (krvi, koagulov...)

Indikacije in kriteriji za sprejem bolnika v hospital:

Na oddelek intenzivne terapije morajo biti sprejeti vsi bolniki:

- ki so hemodinamsko nestabilni (šok, ortostatska hipotenzija) ali s prisotno aktivno krvavitvijo (hematemeza, hemohezija)
- prav tako bolniki, pri katerih je bila opravljena endoskopska terapija krvavečih lezij z visokim tveganjem za ponovno krvavitev,

kjer morajo biti hospitalizirani vsaj **72 ur** in monitorizirani (RR, pulzna oksimetrija, EKG), saj se največ ponovnih krvavitev pojavi v tem časovnem okviru.

Na interni oddelek so lahko sprejeti hemodinamsko stabilni bolniki, pri katerih je bila opravljena EGDS in ugotovljena majhna verjetnost ponovne krvavitve in kjer je potrebno pogosto spremljanje vitalnih funkcij bolnika.

Dnevni hospital (oz. odpust v domače okolje) je primeren za določene mlajše bolnike z zelo nizkim tveganjem ponovne krvavitve:

- bolniki, ki nimajo pridruženih obolenj,
- so hemodinamsko stabilni,
- imajo normalno vrednost Hb,
- so imeli opravljeno EGDS, pri kateri je bil ugotovljen verjeten izvor predhodne krvavitve,
- ugotovljena lezija mora biti ocenjena kot nizko rizična za ponovno krvavitev, v nasprotnem primeru (lezija z visokim tveganjem- npr. krvavitev iz varic, aktivna krvavitev, Dieulafojeva lezija, krvavitev iz ulkusa z visokim tveganjem) morajo biti bolniki sprejeti v hospital.

Odločitev glede ambulantnega zdravljenja pa je pri vsakem bolniku individualna, po presoji sprejemnega zdravnika so na opazovanje v hospital lahko sprejeti tudi bolniki s sicer nizkim tveganjem.

Diagnostična obravnava bolnika med zdravljenjem:

Pri vsakem bolniku z verjetno klinično pomembno krvavitvijo iz zg. GIT je potrebna konzultacija z gastroenterologom.

Konzultacija s kirurgom ali interventnim radiologom je potrebna, v kolikor endoskopska terapija ni bila uspešna, v primeru visokega tveganja za ponovno krvavitev, pri sumu na ev. aorto-enterično fistulo.

Endoskopija zgornjih prebavil – EGDS:

je diagnostična in terapevtska metoda izbora pri akutnih krvavitvah iz zg. prebavil. Zgodnja endoskopija (v roku 24 ur) se priporoča pri večini bolnikov z akutno krvavitvijo iz zg. GIT.

Za opis krvavečih peptičnih ulkusov se uporablja Forrestova klasifikacija:

- Forrest Ia: brizgajoča (arterijska) krvavitev
- Forrest Ib: mezeča krvavitev
- Forrest IIa: viden krn žile
- Forrest IIb: viden strdek
- Forrest IIc: pigmentiran material v dnu razjede ('flat spot')
- Forrest III: čisto dno ulkusa

Endoskopski nevarnostni dejavniki za ponovno krvavitev iz razjede:

- aktivna krvavitev: 55% tveganje za ponovno krvavitev
- vidna žila: 43% tveganje
- strdek: 22% tveganje
- pega: 10% tveganje
- čisti ulkus: 5% tveganje

Lezije z 10 in manj odstotnim tveganjem so nizko rizične za ponovno krvavitev in ne potrebujejo endoskopske terapije.

Možni zapleti endoskopije vključujejo:

- aspiracijo želodčne vsebine v dihala,
- zaplete ev. zavestne sedacije,
- perforacijo votlega organa,
- "paradokšno" povečanje intenzitete krvavitve med terapevtsko intervencijo.

Pred endoskopijo je potrebno bolnika **hemodinamsko stabilizirati**. Pri visoko rizičnih bolnikih (npr. po nedavno prebolelem AMI) je potrebno pred endoskopijo pretehtati tveganje glede na korist endoskopije.

Kolonoskopija:

Je indicirana pri bolnikih s hemohezijo in negativnim izvidom endoskopije zg. prebavil ter pri bolnikih z meleno in negativnim izvidom endoskopije zg. prebavil (možen izvor melene v predelu ascend. kolona).

Ostale diagnostične preiskave:

CT angiografija:

- je dobra metoda za hitro in natančno ugotovitev in lokalizacijo krvavitve iz zgornjih GIT,
- ni terapevtska metoda,
- uporabna, kadar z endoskopijo zgornjih in spodnjih prebavil ne ugotovimo izvora krvavitve.

Angiografija z embolizacijo krvaveče žile:

- je lahko uporabna, kadar z endoskopsko terapijo ne moremo ustaviti krvavitve

Rentgenska kontrastna preiskava je pri krvavitvah iz zg. GIT kontraindicirana.

Vzročno in simptomatsko zdravljenje bolnika z akutno krvavitvijo iz zg. GIT:

Splošno podporno zdravljenje:

- kisik po nosnem katetru v primeru hipoksemije,
- karenci,
- vstavev dveh širokih perifernih venskih kanil ali centralnega venskega katetra, i.v. tekočine,
- urgentna transfuzija koncentriranih eritrocitov pri Hb pod 80 g/l, pri bolnikih s pomembno koronarno boleznijo lahko že pri Hb pod 100 g/l,

- pri krvavitvi iz varic požiralnika je potrebna previdnost pri transfuziji KE, Hb naj bo okrog 80 g/l,
- v nekaterih primerih je pri masivni krvavitvi iz zgornjih prebavil potrebna endotrahealna intubacija in umetna ventilacija:
 - nekontrolirana varikozna krvavitev,
 - huda encefalopatija,
 - respiracijska insuficienca (sat. pod 90%),
 - aspiracijska pljučnica.

Zdravljenje z zaviralci protonске črpalke (ZPČ):

Bolniki, ki bodo sprejeti v hospital, naj prejmejo i.v. ZPČ (80 mg iv v bolusu) že ob sprejemu, nadaljnja odločitev glede doze in trajanja terapije z ZPČ pa je nato odvisna od ugotovljenega izvora krvavitve. ZPČ v visokem odmerku (kontinuirana infuzija 8 mg/h, 72 ur) pomembno zniža tveganje ponovne krvavitve v primerjavi s standardno terapijo.

Antibiotiki:

Bolniki z znano cirozo jeter in znaki krvavitve iz zg. GIT (varikozna ali nevarikozna krvavitev) naj prejmejo antibiotik predvidoma še pred endoskopijo. Priporočen antibiotik je cefazolin ali ciprofloksacin, uporabljamo tudi amoksicilin s klavulansko kislino. Trajanje antibiotične terapije je do 7 dni.

Antibiotična profilaksa zniža tveganje za pojav okužbe, bakteriemije in spontanega bakterijskega peritonitisa pri bolnikih s hudo kronično jetrno okvaro oz. pri pri drugih imunokompromitiranih bolnikih.

Somatostatin in analogi:

So indicirani pri varikoznih krvavitvah, lahko pa znižajo tveganje krvavitve tudi pri nevarikoznih krvavitvah.

- Oktreotid pri varikoznih krvavitvah: i.v. bolus 20-50 mcg, nato kontinuirana infuzija 25-50 mcg/h 3-5 dni. Ne priporoča se rutinska uporaba pri nevarikoznih krvavitvah, lahko pa se uporabi kot dodatno zdravljenje v določenih primerih (predvsem, če endoskopija ni dostopna ali z namenom hemodinamske stabilizacije bolnika).
- Terlipresin: 2 mg i.v., nato 1-2 mg/4-6 h (skupno do 72 ur)
- Somatostatin: prvi odmerek praviloma v obliki injekcije po 3,5 µg/kg telesne mase oz. okoli 0,250 mg na 70 do 75 kg telesne mase. Neposredno zatem sledi infuzija 3,5 µg/kg telesne mase/uro: infundiranje s perfuzorjem: 3 mg na 50 ml oz. 6 mg na 100 ml / v kapalni infuziji: 3 mg na 500 ml oz. 6 mg na 1000 ml.

Antikoagulantna in antiagregacijska zdravila:

Ta zdravila je potrebno pri bolnikih z akutno krvavitvijo iz zgornjih GIT, v kolikor je mogoče, ukiniti vsaj za čas zdravljenja akutne krvavitve oz. za čas največjega tveganja ponovne krvavitve. Potrebno pa je pretehtati tveganje tromboze pri ukinitvi glede na tveganje ponovne krvavitve pri nadaljevanju antikoagulantnega/antiagregacijskega zdravljenja. Ponovna uvedba teh zdravil je prav tako odvisna od tveganja za trombozo oz. ponovno krvavitev. Izjema so bolniki z MVR in nedavno PCI ali endovaskularnim posegom v CŽS, kjer se o antikoagulantnem in antiagregacijskem zdravljenju odločamo individualno.

Odpust bolnika in nadaljevanje specialistične ambulantne obravnave

Pred odpustom bolnika opravimo kontrolno endoskopijo. V kolikor je izvor predhodne krvavitve ob kontrolni gastroskopiji ocenjen kot lezija z nizkim tveganjem za ponovno krvavitev in je bolnik hemodinamsko stabilen, je možen odpust v domačo oskrbo. Pred odpustom ocenimo tudi stanje bolnika glede spremljajočih bolezni, ki morajo biti ustrezno zdravljene oz. v stabilni fazi.

Bolnikova odpustnica naj vsebuje navodila glede prehrane, natančna navodila glede nadaljevanja zdravljenja z zdravili in navodila glede nadaljnjih ambulantnih kontrol vključno z mnenjem glede ev. potrebne kontrolne ambulantne endoskopije.

Avtorici: Nataša Brglez Jurečič, dr.med., Maja Potisek, dr.med.