

Význam centralizace péče o nemocné s akutním krvácením do horní části trávicího traktu

Editorial k článku M. Konečný et al. Naše zkušenosti s novou organizací péče o nemocné s akutním krvácením do horní části trávicího traktu. Vnitř Lék 2005; 51(1): 36–40.

L. Husová

Interní gastroenterologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.

Akutní krvácení do horní části trávicího traktu je velmi závažný stav, který se vyznačuje vysokou mortalitou. Vyžaduje rychle a správně provedenou diagnostiku a rychlý a účinný terapeutický zásah.

Článek autorů Konečný et al. poukazuje na význam centralizace péče o tyto pacienty. Vyzdvihuje nutnost komplexní péče, kterou zajistí spolupráce intenzivisty, endoskopisty, radiologa a chirurga. Předložené sdělení jistě vyvolá zamyšlení lékařů, kteří se věnují těmto nemocným, a povede je ke srovnání se zvyklostmi vlastních pracovišť. Doba, kdy byli pacienti s akutním krvácením hospitalizováni pouze na chirurgickém oddělení, se stává minulostí. Olomouckým autorům lze ke směrnici vytvořené v jejich fakultní nemocnici blahopřát. Ale jistě (a naštěstí) nejsou jediným pracovištěm s centralizovanou péčí o pacienty s akutním krvácením do gastrointestinálního traktu.

Krvácením do horní části trávicí trubice označujeme krvácení z jícnu, žaludku a duodena až po ligamentum Treitz [1]. Incidence krvácení do horní části trávicí trubice je vyšší než incidence krvácení do dolní části trávicí trubice (tj. distálně od ligamentum Treitz) a pohybuje se mezi 48–200/100 000 obyvatel [2,3]. Incidence vzrůstá s věkem, 40 % pacientů je starších 60 let, kdežto 30letých je 6–12 % [6]. I přes pokroky v léčbě

a péči o nemocné s akutním krvácením do horní části trávicí trubice je mortalita během posledních 50 let stejná (5–10 %) [3,4,5,6]. Již první epizoda varikózního krvácení končí smrtí až ve 30 % případů, opakovaná krvácení mají menší mortalitu než první epizoda krvácení. Ke spontánní zástavě krvácení dochází asi ve 40 % případů. Krvácení se během první hospitalizace opakuje až u 60 % nemocných (nejčastěji během 1. týdne), přičemž riziko recidivy klesá s časovým odstupem od prvního krvácení a signifikantně zhoršuje mortalitu. U některých pacientů dochází ke smrti v důsledku hemoragického šoku již v předhospitalizační době [10,11].

Nejčastější manifestací krvácení je meléna (přibližně 65 %), současná hemateméza a meléna se vyskytují asi u 20 % pacientů a u 15 % krvácení z horní části trávicí trubice nacházíme enteroragii, která se vyskytuje u masivního krvácení z horní části trávicího traktu a je většinou provázena příznaky hemoragického šoku. Nejčastějším zdrojem krvácení jsou peptické léze gastroduodena (asi 50 %), hemoragická gastropatie (20 %), refluxní ezofagitida a jícnové varixy (obojí okolo 8 %) a na ostatní známé příčiny připadají asi 4 %. Až u 10 % případů zůstává zdroj neobjasněn [1,2].

Po stabilizaci pacienta s akutním krvácením z gastrointestinálního

traktu provádíme **endoskopické vyšetření** (gastrofibroskopii) [2,4,6]. Vyšetřujeme pokud možno urgentně, do 24 hodin po zvládnutí šoku [2]. Výhodou endoskopie je nejen diagnostika, ale především možný terapeutický výkon sloužící k zástavě krvácení. Pokud provedená gastroskopie zdroj krvácení neodhalí, je vhodné k diagnostice a terapii krvácení z oblasti duodena až po Treitzovu řasu provedení enteroskopie, enteroklýzy a kapslové endoskopie. V diagnostice je možné využít angiografické vyšetření, při němž je i možnost terapeutického zásahu (intraarteriální embolizace). Scintigrafické vyšetření s užitím erytrocytů značených techneciem nebo albuminu lze využít k diagnostice krvácení do horního, ale více do dolního zažívacího traktu [2,4,6,11].

Krvácení do horní části trávicí trubice je situací závažnou s vysokou mortalitou a vysokými léčebnými náklady. Základem terapie je péče o základní životní funkce (léčba a prevence hypovolemického šoku), zástava krvácení (farmakologická, endoskopická, radiologická či chirurgická) a terapie základní choroby nebo vyvolávající příčiny krvácení.

V endoskopickém stavění krvácení lze využít metod injekčních, mechanických a termokoagulačních. Nejjednodušší, dostupná a nejlevnější je metoda injekční, při které injekto-

endoskopu aplikujeme do krvácejícího místa a jeho okolí látku, která trombotizuje cévy a koaguluje okolní tkáň. Užíváme látky vazokonstrikční (adrenalin v ředění 1 : 10 000), tkáňová lepidla (N-butyl-2-cyanoakrylát, polyen-acetylglukosamin gel, fibrinová lepidla) a nekrotizační látky (polidokanol, etanol) [3,12,10,13]. Mechanické endoskopické metody vyžadují speciální instrumentarium, které umožní mechanické naložení svorky (hemoklipu) na krvácející cévu nejčastěji na spodině peptické léze nebo provedení strangulace (ligace) krvácejících varixů prostřednictvím gumových prstenců, méně často je využití strangulace kovovou kličkou (endoloop) [10,13,15].

Při krvácení z jícnových nebo žaludečních varixů při portální hypertenzi je farmakologická léčba účinnější než u krvácení nevarikózního vzhledem k možnému ovlivnění portální hypertenze. Užívají se vazokonstrikční látky (vazopresin, terlipresin, somatostatin), které se podílejí na zástavě 45–80 % akutních krvácení. U krvácení z varixů jícnu a žaludku, pokud není úspěšná léčba endoskopická v kombinaci s farmakoterapií, je vhodná radiologická intervence (TIPS) nebo chirurgické řešení. U nevarikózního krvácení je základem léčby rovněž endoskopická a farmakologická terapie a až po jejím selhání přistupujeme k intervenční radiologii (pokud je možná a dostupná) nebo k chirurgickému řešení [3,4,8,9,14].

Současné výsledky jasně ukazují, že konzervativní léčba akutního krvácení z jícnových varixů při portální hypertenzi je vysoce úspěšná a tito pacienti vyžadují chirurgické řešení jen velmi výjimečně. Základem péče je endoskopická a farmakologická zástava krvácení a dobře vedená intenzivní péče o pacienty s krevními ztrátami a jaterním onemocněním. Z toho vyplývá snaha o centralizaci těchto nemocných na interních intenzivních lůžkách s dostupnou

časnou endoskopií [8,9]. Zato u vředových lézí není situace tak jasná. I u těchto nemocných dochází k poklesu chirurgické intervence. Zvyšuje se dostupnost i úspěšnost endoskopické léčby, ale v případě tepenného nebo sáknoucího venózního krvácení, při němž není jistota úspěšnosti endoskopické zástavy, nebo předpokládáme jen přechodný efekt, je pro vysokou pravděpodobnost chirurgické intervence výhodnější, aby léčbu řídil chirurg [3,4].

Olomouckým autorům lze blahořát k vysoké úspěšnosti stanovení příčiny akutního krvácení, neboť literární údaje udávají přibližně 10 % neobjasněnost těchto případů okolo [1,2]. Rovněž velmi nízká úmrtnost, která je těmito autory udávána, je velmi pozoruhodná. Mortalita pro krvácení do trávicí trubice je zhruba 5–10% [3,4,5]. Ve věku 60 a více let je 3–4krát vyšší než u mladších [6]. Nejvyšší letalita, kolem 30–50 %, je u krvácení z jícnových nebo žaludečních varixů, krvácení z žaludečního vředu má vyšší letalitu než z vředu duodena [1,2,7].

Jistě lze s kolektivem autorů souhlasit v názoru na nutnost centralizace péče o nemocné s akutním krvácením z gastrointestinálního traktu. Ideální by bylo zavedení multioborových jednotek intenzivní péče, kde by při péči komplexně spolupracovali intenzivista, endoskopista, radiolog a chirurg. A odpadlo by tak nemilé dohadování nad kriticky nemocným pacientem „kam s ním“ – na chirurgickou nebo na interní jednotku intenzivní péče?

Literatura

1. Gurlich R, Lukáš K. Krvácení z dolní části trávicí trubice. Praktický lékař 2000; 4(80): 191–194.
2. Jirásek V. Gastroenterologie. In: Klener P et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén & Nakladatelství Karolinum 1999: 437–519.
3. Bracy W, Peterson WL. Medical therapy of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. In: Taylor MB. Gastrointestinal emergencies. 2. vyd. Philadelphia: Williams & Wilkins 1997: 151–162.

4. Dítě P, Wechsler J, Novotný I et al. Gastroenterologická problematika v intenzivní medicíně. In: Ševčík P, Černý V, Vítovec J et al. Intenzivní medicína. Praha: Galén 2000: 122–126.
5. Lichtenstein DR, Berman MD, Wolfe MM. Approach to the patient with acute upper gastrointestinal hemorrhage. In: Taylor MB. Gastrointestinal emergencies. 2nd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins 1997: 99–129.
6. Zavoral M, Mařatka Z. Krvácení do trávicího ústrojí. In: Mařatka Z. Gastroenterologie. Praha: Nakladatelství Karolinum 1999: 435–446.
7. Gostout CJ. GI problems in the geriatric patient. Gastrointestinal bleeding in the elderly patient. Am J Gastroenterology 2000; 3(95): 590–595.
8. Pratt DS, Epstein SK. Update in nonpulmonary critical care. Advances in critical care gastroenterology. Am J Resp Crit Care Med 2000; 161: 1417–1420.
9. Sohendra N, Grimm H, Nam VC. Endoscopic obliteration varices of larger oesophageal varices with bucrylate. Endoscopy 1986; 18: 25–26.
10. Špičák J. Léčba krvácení do trávicí trubice při portální hypertenzi. Bulletin HPB 2000; 2(8): 41–53.
11. Zuccaro G jr. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. Amer J Gastroenterol 1998; 8: 1202–1208.
12. De Franchis R, Vitagliano P, Agape D et al. Eradication of esophageal varices by endoscopic sclerotherapy: how much is enough? Gastrointest Endosc 1988; 34: 395–399.
13. Polio J, Groszmann RJ, Taylor MB. Acute management of portal hypertensive hemorrhage from the upper gastrointestinal tract. In: Taylor MB. Gastrointestinal emergencies. 2. ed. Philadelphia: Williams & Wilkins 1997: 131–149.
14. Porter DH, Kim D. Angiographic intervention in upper gastrointestinal bleeding. In: Taylor MB. Gastrointestinal emergencies. 2nd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins 1997: 163–180.
15. Kovacs TOG, Jensen DM. Therapeutic endoscopy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. In: Taylor MB. Gastrointestinal emergencies, 2nd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins 1997: 181–198.

MUDr. Libuše Husová
www.fnbrno.cz
e-mail: lhusova@fnbrno.cz

Doručeno do redakce: 12. 2. 2004