

## **STOPNJE NUJNOSTI IN KAJ JE POTREBNO OPRAVITI PRI BOLNIKU S KRVAVITVIJO IZ PREBAVIL PRED NAPOTITVIJO H GASTROENTEROLOGU**

Borut Štabuc

Krvavitev iz prebavil je vsako leto več zaradi staranja prebivalstva, številnih kroničnih boleznih in zaradi jemanja zdravil, predvsem nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAR). Krvavitve so lahko akutne ali kronične. Glede na količino izgube krvi so lahko obilne, manjše ali prikrite. Iz zgornjih prebavil je 85 % vseh krvavitev. Melena in hematemeza sta skupna značilnost bolnikov z akutno krvavitvijo iz zgornje prebavne cevi, hemohezija ali hematohezija običajno pomeni krvavitev iz spodnje prebavne cevi, hemobilija pomeni krvavitev iz žolčnih vodov.

### **Najpogostejši izvori krvavitve iz prebavil**

#### **Bolezni požiralnika**

Ezofagitis, razjede požiralnika, varice v požiralniku, Mallory-Weissov sindrom, poškodbe, maligni in benigni tumorji.

#### **Bolezni želodca in dvanajstnika**

Peptična razjeda želodca in dvanajstnika, hemoragično-erozivne spremembe sluznice želodca ali dvanajstnika, želodčne varice, portalna gastropatija, angiodisplazije, razjeda Dieulafoy, poškodbe, maligni in benigni tumorji.

#### **Bolezni tankega črevesa**

Angiodisplazije, divertikli (Meckelov divertikel), enteritisi (infekcijski, tuberkulozni), vnetna črevesna bolezen (Crohnova bolezen), ishemični enteritis, vaskulitis, volvulus in intususcepcija tankega črevesa, razjede in erozije zaradi škodljivega učinka NSAR, maligni in benigni tumorji (limfom, leomiom, karcinoid, zasevki).

#### **Bolezni debelega črevesa**

Angiodisplazije, divertikli, vnetna črevesna bolezen, kolitisi (bakterijski), ishemični kolitis, vaskulitis, varice, razjede in erozije, predvsem v cekumu zaradi škodljivega učinka NSAR, radiacijski kolitis, polipi, hemoroidi, solitarni rektalni ulkus, analne fisure, maligni in benigni tumorji.

#### **Bolezni zunaj prebavne cevi**

Bolezni ustne votline, nosu, farinksa, larinksa, pljuč, bolezni žolčnih izvodil, bolezni trebušne slinavke, aortoenterična fistula.

#### **Bolezni krvotvornih organov in koagulopatije**

#### **Sistemske bolezni veziva**

## Krvavitev iz zgornjih prebavil

Najpogostejši vzroki za krvavitev iz zgornjih prebavil so peptična razjeda želodca in dvanajstnika, hemoragično-erozivne spremembe sluznice želodca ali dvanajstnika, zaradi okužbe z bakterijo *Helikobakter pylori* in zaradi jemanja nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAR). Ciljana anamneza, splošno stanje bolnika in obilnost krvavitve so ključni za nadaljnje ukrepanje. Posebno pozornost namenjamo starejšim bolnikom, bolnikom, ki jemljejo NSAR, salicilate ali anikoagulantna zdravila, bolnikom s srčnim popuščanjem in jetrno cirozo.

### POMNI!

- Krvavitev se spontano zaustavi v 24–48 urah pri 80 % bolnikov.
- Diagnostična urgentna gastroskopija ne vpliva na obolevnost ali umrljivost, trajanje hospitalizacije, potrebo po transfuzijah in na morebitno kirurško zdravljenje.
- Pri 20 do 25 % bolnikov s ponavljajočo se ali kontinuirano krvavitvijo je nujna terapevtska gastroskopija. Kirurško zdravljenje je potrebno pri 10 % bolnikov, pri katerih terapevtska gastroskopija ni bila uspešna.
- Nevarnostni dejavniki za ponovno krvavitev oziroma za večjo umrljivost so: obilna krvavitev (hematemeza), hipovolemični šok, znižanje Hb pod 100 ali nenadno znižanje > 15 g/L, krvavitev iz varic, starost večja od 60 let, spremljajoče bolezni (srčno popuščanje, jetrna ciroza), zdravila (NSAR, antikoagulantni) in endoskopski nevarnostni dejavniki.
- Ker so endoskopski nevarnostni dejavniki najpomembnejši za oceno tveganja ponovne krvavitve je pri vseh bolnikih s tveganjem umestna urgentna triažna endoskopija.
- Maligni tumorji želodca so le v 2–4 % vzrok za obilnejšo akutno krvavitev.

Bolnika s hematemezo ali znaki hipovolemičnega šoka napotimo na urgentno (v nekaj urah) gastroskopijo. Ob prevozu priporočamo zdravljenje z nadomestki plazme in s kisikom, predvsem pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo.

Laboratorijske preiskave krvi pri takem bolniku niso najpomembnejše, bistveni pa so podatki o sedanjih in prejšnjih boleznih, prejšnjih krvavitvah iz prebavil in zdravljenju, predvsem o zdravljenju z NSAR in antikoagulantnimi zdravili.

Vsakega bolnika s tveganjem in vsakega bolnika s kratkotrajno krvavitvijo iz zgornje prebavne cevi v anamnezi, s hemoglobinom, nižjim od 100 g/L ali bolnika z nenadnim padcem hemoglobina za več kot 15 g/L napotimo na urgentno gastroskopijo.

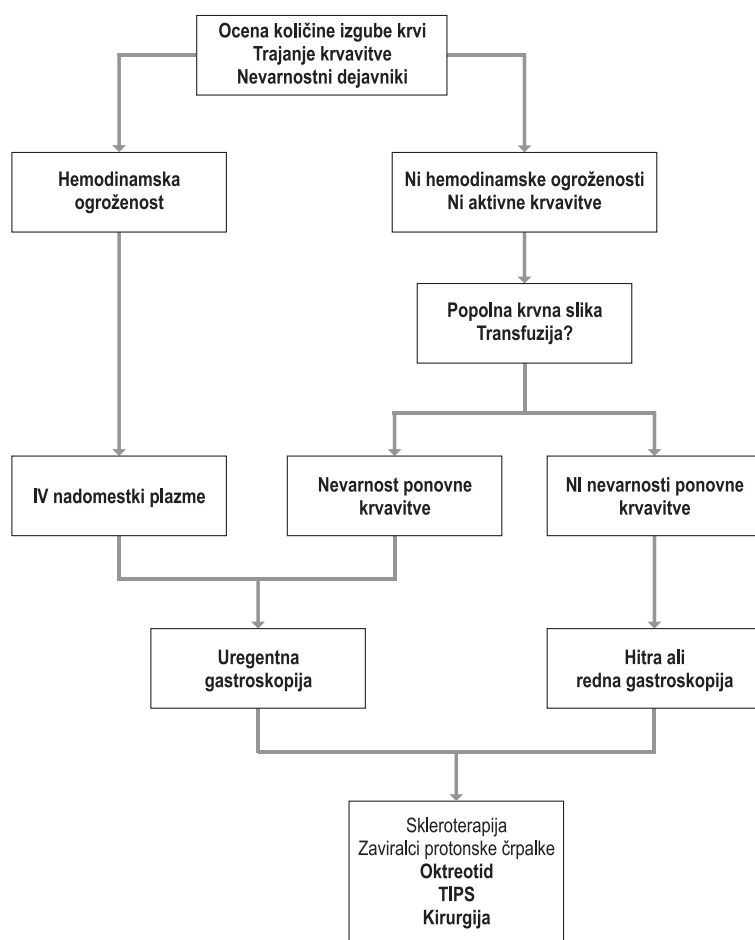
Pri hemodinamsko neogroženem bolniku brez tveganja z več dni trajajočo meleno ali kratko epizodo hematemeze pred nekaj dnevi naredimo najprej laboratorijske preiskave krvi (popolna krvna slika, elektroliti, jetrni testi, kreatinin in sečnina).

Stabilnemu bolniku, ki prejema NSAR in ima hemoglobinon višji od 100 g/L, predpišemo zaviralce protonske črpalke, ukinemo NSAR in jih napotimo na hitro (v nekaj dneh, prej kot v enem tednu) gastroskopijo.

**Tabela 1. Endoskopski nevarnostni dejavniki**

Endoskopski izvid	Ponovna krvavitev	Umrljivost
Aktivna krvavitev	55 %	11 %
Vidna žila	43 %	11 %
Strdek	22 %	7 %
Pega	10 %	3 %
Čisti ulkus	5 %	2 %

**Algoritem postopkov in ukrepanja pri krvavitvi iz zgornjih prebavil**



**Krvavitev iz spodnjih prebavil**

Krvavitve iz spodnjih prebavil ali hemohezija so običajno kronične, manj obilne ali prikrite. Hemohezija je le izjemoma znak akutne obilne krvavitve iz zgornjih prebavil. Najpogostejši izvori krvavitve iz spodnjih prebavil so hemoroidi, divertikli, angiodisplazije, vnetna črevesna bolezen. Odvisni so od starosti bolnika (Tabela 2).

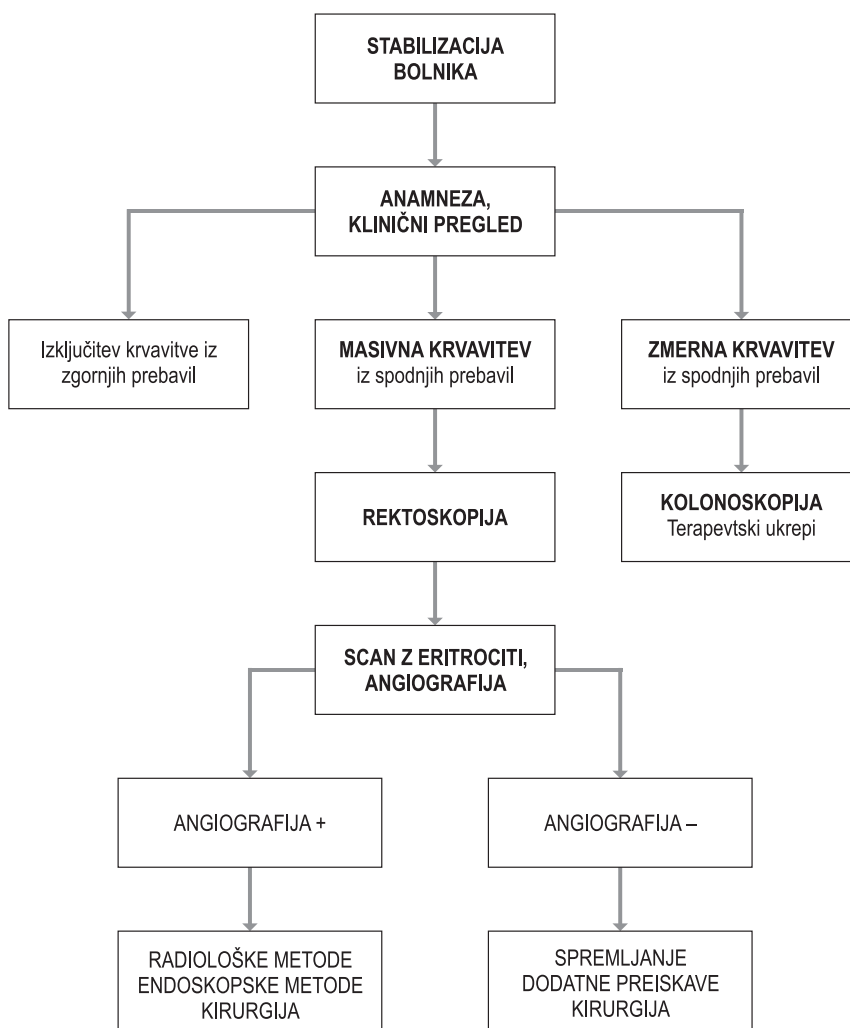
Natančna anamneza, splošno stanje bolnika, spremljajoče bolezni in obilnost krvavitve so ključni za nadaljnje ukrepanje. Hemodinamsko nestabilnega ali hemodinamsko stabilnega bolnika z akutno in masivno hemohezijo in bolnika na antikoagulantnem zdravljenju napotimo na urgentno specialistično obravnavo, pri kateri imata urgentna rektoskopija in angiografija osrednjo vlogo.

Pri hemodinamsko neogroženem bolniku brez tveganja z akutno ali kronično hemohezijo naredimo laboratorijske preiskave krvi (popolna krvna slika, elektroliti, jetrni testi, kreatinin in sečnina, protrombinski čas/INR). Bolnike z znaki alarma (izguba telesne teže, huda bolečina, anemija) napotimo na hitro (v času enega do dveh tednov) gastroenterološko-endoskopsko obravnavo. Bolnike brez znakov alarma napotimo na redno (v času do dva meseca) proktološko ali gastroenterološko obravnavo, pri kateri ima endoskopija osrednjo vlogo.

**Tabela 2. Najpogostejši vzroki za krvavitev iz spodnjih prebavil glede na starost**

Mlajši od 25 let	26 do 60 let	Starejši od 60 let
KVČB	Divertikli	Angiodisplazije
Polipi	KVČB	Divertikuloza
Meckelov divertikel	Polipi	Polipi
	Infekcijski kolitis	Ishemični kolitis
	Angiodisplazije	

**Algoritem postopkov in ukrepanja pri krvavitvi iz spodnjih prebavil**



## Anemija zaradi pomanjkanja železa

Anemija zaradi pomanjkanja železa je najpogostejša anemija, ki običajno nastane zaradi kronične krvavitve iz prebavil, rodil, sečil in dihal ali zaradi povečane potrebe oziroma pomanjkljive absorpcije železa iz hrane. Bolniki dolgo nimajo težav, saj se splošni znaki anemije, npr. slabost, utrujenost, hitro utripanje srca, težka sapa pri naporu, pojavijo počasi in so odvisni od stopnje anemije.

Pri moškem in pri ženski po rodni dobi je anemija zaradi pomanjkanja železa najpogosteje posledica očitne ali prikrite krvavitve v prebavila.

Pri iskanju vzroka anemije sta najpomembnejša natančna anamneza in telesni pregled. Laboratorijske preiskave morajo biti usmerjene in obsegajo popolno krvno sliko, elektrolite, železo, feritin in zasičenje transferina z železom, dušične retente in jetrne teste. Če ni očitne krvavitve, moramo narediti hemotest.

Bolnika s pozitivnim hemotestom, ki ima hudo anemijo zaradi pomanjkanja železa (Hb < 75 g/L) ali znake alarma ali simptome bolezni prebavil napotimo na hitro gastroenterološko obravnavo, tj. na kolonoskopijo.

Pri bolniku brez simptomov z blago sideropenično anemijo in pozitivnim hemotestom najprej ponovimo hemotest. V primeru ponovno pozitivnega hemotesta in če v zadnjih petih letih kolonoskopija ni bila narejena, ga napotimo v redno gastroenterološko ambulanto na kolonoskopijo.

V primeru ponovno negativnega hemotesta in negativnega izvida kolonoskopije, opravljene v zadnjih petih letih, pričnemo zdraviti z železom in bolnika napotimo v redno ne-gastroenterološko ambulanto k ustreznemu specialistu.

Stopnje nujnosti in zahtevani postopki pred napotitvijo bolnika s krvavitvijo iz prebavil k gastroenterologu so opisani v *Tabeli 3*.

**Tabela 3. Stopnje nujnosti in zahtevani postopki pri bolniku s krvavitvijo iz prebavil pred napotitvijo h gastroenterologu.**

Krvavitev iz prebavil	Vzrok za napotitev k specialistu	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve	Nujne preiskave pred napotitvijo
Hematemeza	Masivna	Nujno	Nujna internistična ambulanta in nujna gastrokopija	Preprečevanje šoka **Popolna krvna slika Biokemične preiskave
Hematemeza/ melena	Ocena količine izgube krvi Čas krvavitve Bolnik s tveganjem	Nujno	Nujna internistična ambulanta in nujna gastrokopija	Popolna krvna slika Biokemične preiskave
Melena	Dolgotrajna Neprižadet bolnik	Hitro	Gastroenterološka ambulanta ali gastrokopija	Odstraniti vzrok Popolna krvna slika Biokemične preiskave
Hemohezija	Masivna krvavitev Hemodinamska ogroženost Antikoagulantno zdravljenje Bolnik s tveganjem	Nujno	Nujna internistična ambulanta ali nujna rektoskopija in angiografija	Preprečevanje šoka **Popolna krvna slika
Hemohezija	Kronična	Redno	Koloproktološka ali gastroenterološka ambulanta	Popolna krvna slika Biokemične preiskave
Hemohezija	Kronična krvavitev Znaki alarma	Hitro	Gastroenterološka ali koloproktološka ambulanta	Popolna krvna slika Biokemične preiskave
Anemija zaradi pomanjkanja železa	Hb < 75 g/L Znaki alarma Pozitivni hemotest	Hitro	Gastroenterološka ambulanta in kolonoskopija	Popolna krvna slika Biokemične preiskave Fe, feritin, zasičenje transferina Hemotest
Anemija zaradi pomanjkanja železa	Bolnik brez simptomov Pozitivni hemotest Ni znakov alarma Ni suma za raka	Redno	Gastroenterološka ambulanta in kolonoskopija	Popolna krvna slika Biokemične preiskave Fe, zasičenje transferina Hemotest

\* Nujno (urgentno) – preiskava v nekaj urah, čimprej.

Hitro – preiskava najkasneje v enem tednu.

Redno – preiskava najkasneje v 2 mesecih.

\*\* priporočljive, vendar neobvezne preiskave

## LITERATURA

Markovič S. Bolezni požiralnika, želodca in črevesa. V: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D, ured. Interna medicina. Ljubljana: Littera Picta d.o.o.; 2005: 440–548.

Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo. Obravnava bolnika s simptomi prebavil. Gastroenterolog 2004; 8 (suppl. 1): 1–78.

Koželj M (ur). Dispepsija, gastroezofagealna refluksna bolezen, ulkusna bolezen. Krka Med Farm 2003; 24(suppl 2).

Hefford B, Holmes A. Booking system for elective services: The New Zealand experience. Australia Health Review 1999; 22(4): 61–7.

University of Washington School of Medicine. Referral guidelines for gastroenterology.  
<http://www.uwgi.org/guidelines>

Canadian Association of Gastroenterology Practice Guidelines.  
<http://www.pulsus.com/Gastro>

British Society of Gastroenterology.  
[http://www.bsg.org.uk/clinical\\_prac/guidelines](http://www.bsg.org.uk/clinical_prac/guidelines)

Gastroenterology National Referral Guidelines. New Zealand 2001.  
<http://www.electiveservices.govt.nz/guidelines>

Sutter Physician Alliance (SPA). SPA PCP treatment & referral guidelines GI. 2005.  
[http://www.sutterphysicianalliance.org/healthinfo/guidelines\\_gi](http://www.sutterphysicianalliance.org/healthinfo/guidelines_gi)