

616.33-002.44-008.1(047.3)

NAŠE ZKUŠENOSTI S PROBLEMATIKOU FUNKČNÍHO ŽALUDEČNÍHO DYSPEPTICKÉHO SYNDROMU

MUDr. M. VAŠÍČEK, plk. MUDr. Z. ANTOŠ, MUDr. J. KLÍMA, plk. MUDr. K. MALÝ,
T. DRÁBOVÁ

Ambulantní oddělení pro nemoci vnitřní Ústřední vojenské nemocnice Praha
(náčelník: plk. MUDr. K. Malý)

II. oddělení pro nemoci vnitřní Ústřední vojenské nemocnice Praha
(náčelník: plk. MUDr. Václav Polomis)

Ústřední lékařsko-psychologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice Praha
(náčelník: pplk. MUDr. Petr Krekule)

Funkční zažívací obtíže tvoří více než polovinu všech onemocnění gastrointestinálního traktu. Z nich přichází na naši interní ambulanci nejčastěji funkční žaludeční dyspepsie. Protože se s ní setkáváme každoročně u 700 i více pacientů, rozhodli jsme se věnovat se jí podrobněji. Zaujalo nás totiž, že tato častá funkční žaludeční dyspepsie má poměrně malý ohlas v literatuře (4).

U sledovaného onemocnění si všímáme především vztahu k vředové chorobě a duodenitidě. Někteří gastroenterologové považují zánět bulbu za formu vředové choroby dvanáctníku (2, 6, 7), nebo předpokládají u obou blízký etiologický vztah (14). Naším dalším úkolem bylo zjišťovat, nakolik může rtg vyšetření žaludku upozornit na přítomnost zánětu dvanáctníku a jaká je shoda mezi rtg nálezem a fibrogastroskopii. Neměli jsme však možnost zařadit do

vyšetřovacího programu histologické vyšetření, které by bylo srovnatelné s publikovanými údaji (7, 9, 12). Vzhledem k tomu, že funkční žaludeční dyspepsie jako neurovegetativní porucha spadá do velké skupiny neorganických — regulativních onemocnění, bylo nutné odlišit ji od psychopatií s projevy v gastrointestinální oblasti. Sama vojenská služba s náhlou změnou životních návyků a stravovacích zvyklostí je predispozičním faktorem sledovaného onemocnění (7). Na druhé straně jsme však museli vzít v úvahu i účelové jednání s cílem vyhnout se vojenské službě. Proto jsme pacienty vyšetřovali i psychologicky.

Materiál a metodika

Sledovaný soubor tvoří 51 nemocných ve věku od 19 do 24 let. Jde o vojáky 1. a 2. ročníku

základní služby. Každý pacient byl podrobně vyšetřen podle předem vypracovaného dotazníku, který v úvodu zahrnoval data narození, ročník vojenské služby, civilní zaměstnání a vojenskou zdravotní klasifikaci. Rodinná anamnéza byla zaměřena na polymorfní zažívací obtíže, vředovou chorobu dvanáctníku a žaludku a případně i nádorové onemocnění zažívacího traktu. V osobní anamnéze jsme zaznamenali délku doby zažívacích obtíží, výskyt vředové choroby, infekční hepatitidy a mononukleózy. Sledovali jsme vztah nynějšího onemocnění k výkonu vojenské služby, přítomnost bolesti, její lokalizaci, charakter, trvání a závislost na jídle. Všimli jsme si přítomnosti dyspeptických projevů (pyrózy, nauzey a zvracení), nesnášenlivosti určitých druhů jídel a změny tělesné váhy. V sociální anamnéze jsme kladli důraz na rodinné poměry, toleranci vojenské služby a kouření. Kromě podrobného somatického vyšetření jsme zjišťovali FW, KO, močový nálezn, rtg srdce a plic, EKG, stolici na okultní krvácení, parazitologické vyšetření, základní jaterní soubor (bilirubin, TZR, GPT, GOT, AF, HbAG), žaludeční chemismus, rtg žaludku, fibrogastroskopii, zubní a psychologické vyšetření.

Výsledky

Nezjistili jsme významnou závislost výskytu obtíží na délce výkonu vojenské služby. V rodinné anamnéze udávalo 10 (19,6 %) členů souboru výskyt vředové choroby duodena. V rodině jednoho z nich byla přítomna vředová choroba duodena i žaludku. Další údaje vyplývají z tabulky 1. Ve srovnání s daty normální populace (10) je patrný zvýšený výskyt vředové choroby a klinicky manifestní cholelitiázy. Osobní anamnéza prokázala u 25 (49,0 %) vojáků polymorfní dyspeptické obtíže již v civilním životě, u zbývajících se dostavily teprve po nástupu vojenské základní služby (tab. 2). Všichni sledovaní udávali jako vedoucí příznak bolest, kterou lokalizovali do oblasti nadbřišku. Trvala od 5 minut do několika hodin. Závislost bolesti na jídle udává tabulka 3. Zjišťovali jsme přítomnost dyspeptických projevů (tab. 4). Zajímá nás i váhový úbytek. Sedm vojáků (13,7

Tab. 1

Rodinná anamnéza

	Počet	
	absol.	v %
Polymorfní zažívací obtíže	21	41,2
Vředová choroba duodena	10	19,6
Vředová choroba žaludku	8	15,7
Rakovina žaludku	1	2,0
Diabetes mellitus	16	31,4
Cholelithiasis	20	39,2
Cirrhosis hepatis	1	2,0
Negativní	11	21,6

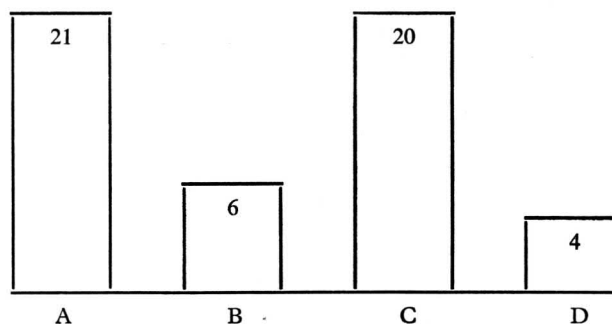
Tab. 2

Osobní anamnéza

	Počet	
	absol.	v %
Zažívací obtíže, které se objevily v civilním životě	25	49,0
Zažívací obtíže, které se objevily na vojně a trvají několik měsíců	22	43,1
Zažívací obtíže, jejichž anamnéza není delší než 1 měsíc	4	7,8
Infekční hepatitida	3	5,9
Apendektomie	11	21,6
Jiné operace dutiny břišní	2	3,9

Tab. 3

Charakter bolesti u funkční žaludeční dyspepsie



- A nalačno
B bezprostředně po jídle
C nalačno i po jídle
D bez závislosti na jídle

Tab. 4

Ostatní dyspeptické projevy u funkční žaludeční dyspepsie

	Absol.	V %
Pyróza	27	52,9
Intolerance tučných kořeněných jídel	25	49,0
Nechutenství	17	33,3
Nauzea	29	56,9
Zvracení	18	35,3

procenta) udávalo pokles tělesné váhy o 2 až 10 kg. 41 pacientů (80,4 %) negovalo nesnášenlivost vojenské služby, 7 vojáků (13,7 %) uvádělo její intoleranci a zbývajících 3 měli občasné těžkosti. V souboru bylo 26 (50,9 %) pravidelných či příležitostných kuřáků. Dvacet pět (49,0 procent) pacientů jsme přijali na ambulantní interní vyšetření hned po první návštěvě u útvarového lékaře, 16 (31,4 %) vojáků nedostalo před interním vyšetřením žádnou medikamentózní léčbu. Tři (5,9 %) vojáci užívali antacida, zbývajících 29 (56,9 %) antacida s anticholinergiky, většinou oxyphenonem.

Somatický nález, až na různě vyjádřenou palpační citlivost v nadbřišku, nevykazoval signifikantní odchylky od normy. Základní skríníng (FW, KO, moč, EKG, rtg s + p) byl u všech pacientů normální. Parazitologické vyšetření, které se podařilo provést u 39 (76,5 %) pacientů, prokázalo pouze v jednom případě patologický nález: tasemnicí dětskou (*Hynolepsis nana*). Základní jaterní soubor byl abnormální jen u dvou vojáků ve smyslu nekonjugované intermitentní hyperbilirubinémie. Podrobnější hepatologické vyšetření potvrdilo naši suspekci na Gilbertovu chorobu, která mohla být příčinou dyspeptických obtíží obou pacientů. U dvou členů souboru shledal stomatolog výrazně kariesní chrup. Rtg žaludku byl zcela normální u 27 vyšetřovaných (52,9 %). Nálezy uvádí tabulka 5. Fibroskopickému vyšetření se podrobili 43 pacienti (84,3 %). U 34 (66,7 %) shledal endoskopista zcela normální nález. U jednoho pacienta byl zjištěn vřed na přední stěně bulbu při negativním rtg nález. V jednom případě byla až při endoskopické kontrole zjištěna střední a potom při třetí endoskopii těžká afózní bulbitis. Jedenkrát byla zjištěna při první endoskopii lehká iritace bulbu a při kontrole střední hemorragická bulbitida. U dvou výše uvedených pacientů (tabulka 6 pac. L. G. a pac.

Z. F.) byl rtg žaludku proveden jen při první návštěvě na interní ambulanci a patologické endoskopické nálezy byly zjištěny bez předchozí rtg kontroly s větším časovým odstupem. V jednom případě byla zjištěna lehčí až střední hemorragická bulbitida při současném negativním rtg obrazu. U zbývajících pěti (9,8 %) s patologickými fibroskopickými nálezy byla shledána lehká bulbitida, přičemž rtg žaludku byl 4krát negativní a 1krát byla nalezena iritace bulbu. Srovnání rentgenologických a fibroskopických nálezů znázorňuje tabulka 6.

Tab. 5

Nálezy na rtg žaludku

	Počet	
	absol.	v %
Normální nález	27	52,9
Iritace bulbu duodena	11	21,6
Ulcerogenní defigurace bulbu duodena	3	5,9
Hypersekrece nalačno	5	9,8
Hypersekrece nalačno spojená s iritací bulbu duodena	3	5,9
Hrubší reliéf žaludeční sliznice	2	3,9

Tab. 6

Pacienti s abnormálními endoskopickými nálezy
Srovnání s rtg vyšetřením

	Rtg žaludku	Fibrogastroskopie
1. pac. V. A. 1959	18. 8. 1980: anatomické změny na žaludku a duodenu neprokazujeme	3. 9. 1980: lehká bulbitida antrální gastritida, reflux žluči, známky hypersekrece
2. pac. P. C. 1958	31. 1. 1980: hypotonie žaludku a duodena, žaludeční hypersekrece	15. 2. 80: hluboký floridní vřed na přední stěně bulbu, iritace kardioesofagální oblasti
3. pac. L. G. 1958	23. 10. 79: anatomické změny žaludku a duodena neprokazujeme	11. 1. 80: lehká asymetrie pyloru, hypertrofické slizniční řasy bulbu, na vrcholu místy zarudlé, výraznější zánětlivé změny nezjištěny 26. 3. 80: hypertrofické řasy pyloru a bulbu, kde je obraz střední bulbitidy 25. 4. 80: zhrubělá iritovaná sliznice, zánětlivé změny nezjištěny 12. 6. 80: deformace bulbu duodena pseudopolypoidně zhrubělými řasami se zánětlivými změnami na sliznici, endoskopický obraz progresu 11. 8. 80: několik brdčkovitých útvarů – residuum po bulbitidě
4. pac. I. G. 1960	15. 7. 80: normální nález na žaludku a duodenu	11. 8. 80: několik brdčkovitých útvarů, vs. jako residua po bulbitidě
5. pac. J. H. 1959	5. 5. 80: rtg známky žaludeční hypersekrece, iritace bulbu duodena	6. 6. 80: deformace bulbu duodena s hypertrofickými a edematózními řasami, lehká bulbitida
6. pac. M. H. 1960	16. 5. 80: normální nález na žaludku a duodenu	12. 6. 80: hemorragická bulbitida středního stupně
7. pac. P. K. 1960	22. 7. 80: normální nález na žaludku	1. 8. 80: lehká bulbitida, hojící se afta v bulbu se známkami gastritidy
8. pac. Z. F. 1955	19. 12. 79: norm. nález 24. 7. 80: norm. nález	23. 1. 80: iritovaná sliznice bulbu, jinak norm. nález 27. 8. 80: mírná deformace antra s antrál. gastritidou, střední hemorrag. bulbitida
9. pac. J. V. 1960	5. 8. 80: rtg známky hypersekrece, jinak norm. nález	15. 8. 80: asymetrie pyloru, nerovná sliznice bulbu, lehká bulbitida

(Neshodné nálezy: 1, 2, 6, 7, 9)

Naše rtg pracoviště bylo v 88 % schopno vyloučit ulceraci či vyslovit suspekci na zánět dvanáctníku. Ulcerogenní defigurace bulbu, která byla 3krát rentgenologem popsána, nebyla při endoskopickém vyšetření konstatována. Vyšetření žaludečního chemismu nejeví korelaci s klinickým obrazem pacientů sledovaného souboru.

Výsledky psychologického vyšetření ukázaly, že mezi souborem zdravých osob a souborem nemocných byly prokázány statisticky významné rozdíly, které se projevují především vyšší emocionální vzrušivostí, hlubším prožíváním tenzí, vyšší situační vzrušivostí, nižší adaptabilitou až ajustační rigiditou a většími sklony k hypochondrickému sledování vlastního zdravotního stavu. Mezi jednotlivými podskupinami nemocných s funkční žaludeční dyspepsií nebyly rozdíly v sledovaných psychických proměnách. Pacienti s bulbitidou dosáhli nižší hodnoty u položek nervozity a úzkosti. Výsledky všech vyšetření i obsáhlého dotazníku ukázaly, že naši pacienti udávají větší výskyt nemocí v osobní i rodinné anamnéze, větší počet životních událostí, které považovali za významné a s nimiž se často nedovedli vyrovnat. Projevují se u nich tendence přikládat i nezávažným okolnostem zásadní význam a události silně prožívat, spíše než je řešit. Významně vnímají zvýšení pocitů záporných a snížení pocitů kladných a to jak ve srovnání s obecnou populací, tak i při srovnání s kontrolní skupinou.

Rozprava

Klinický obraz u 21 pacientů (41,2 %) vyznačující se bolestmi nalačno a nálezy na rtg žaludku ve smyslu iritace a defigurace bulbu jakož i hypersekce (popsané u 8 pacientů) odpovídal tzv. syndromu dráždivého žaludku. Vyšetření žaludečního chemismu po histaminu u dané skupiny prokázalo 7krát hyperacidní křivku, 6krát byla zjištěna normacidita, zbývajících 8 pacientů se vyšetření nepodrobilo.

Šest vojáků (11,8 %) mělo postprandiální bolesti tlakového charakteru, normální rtg nález na žaludku a v pěti případech normacidní křivku při vyšetření žaludečního chemismu. U jednoho pacienta nebyla žaludeční sonda pro silný dávivý reflex zavedena. Tito pacienti měli obtíže odpovídající tzv. syndromu chabého žaludku.

U 15 pacientů (29,4 %) nebyl nález a potíže charakteristické ani pro jednu z výše uvedených skupin. Rtg žaludku byl 7krát normální, 4krát byla nalezena iritace bulbu, 2krát zhrubělý reliéf žaludku a 2krát byla zjištěna hypersekrece nalačno. Hrubší reliéf žaludeční sliznice ve dvou výše uvedených případech byl endoskopistou objasněn jako zvýšená autoplastika řas. Jinak byly fibroskopické nálezy normální. Jeden pacient byl vzhledem k suspekci na psychiatrické onemocnění předán do péče psychiatra.

Patologický endoskopický nález jsme proká-

zali v 9 případech (17,6 %), které byly shora rozebrány (tabulka 6). Všichni pacienti této skupiny měli bolesti pravidelně vázané na jídlo, z toho 8 z nich tlakového až svíravého charakteru, dostavující se nalačno, a jeden pacient udával křečové bolesti postprandiální. Kvalitativně je nebylo možno odlišit od první skupiny, tj. syndromu dráždivého žaludku (vyjma prvního případu).

Vzhledem k tomu, že klinická symptomatologie se překrývá s obrazem neurózy či psychózy s gastrointestinální manifestací, nevystačíme s prostředky a pohledem „somaticky“ orientovaného lékaře a psychiatr či psycholog přebírá otěže léčby tam, kde se prokáže, že prvopříčinou je psychicky chorobný terén.

Rtg vyšetření, prováděné na našem pracovišti metodou dvojího kontrastu, prokázalo u pacientů našeho souboru vysokou korelaci (88 %). Přetrvávají-li klinické obtíže i při adekvátní léčbě a ani kontrolní rentgenové vyšetření nepřinese objasnění klinického stavu pacienta, je žádoucí provést fibrogastroskopické vyšetření, které s definitivní platností vyloučí organické onemocnění žaludku, což platí zejména u vředové choroby dvanáctníku s obrazem bulbitidy (2,7). Souhlasíme s názorem, že každý preulcerózní syndrom by měl být endoskopován.

Bulbitidu středního a těžšího stupně jsme léčili a posudkově hodnotili jako vředovou chorobu dvanáctníku (7). V léčbě funkční žaludeční dyspepsie jsme dosahovali signifikantního úspěchu jen u hyperstenické formy (syndromu dráždivého žaludku), kde při antacidní a anticholinergické léčbě došlo u všech pacientů k vymizení nebo alespoň částečnému zmírnění obtíží. U ostatních členů souboru přetrvávají potíže ve zmenšené míře a při ambulantních kontrolách ani jeden z pacientů neudával zhoršení, resp. periodicky se dostavující bolesti, které by indikovaly rtg a eventuální endoskopickou kontrolu. Vzhledem ke specifickým životním podmínkám vojáků jsme nemohli ovlivnit stravovací poměry či eliminovat psychické faktory související s vojenským způsobem života.

I když funkční žaludeční dyspepsie není onemocnění závažné, znepříjemňuje život mnoha mladým lidem, mnohdy vysoce pracovně výkonným. Domníváme se, že vzhledem k četnosti této neurovegetativní poruchy zaživačního traktu a úskalím její diferenciální diagnostiky, zasluhuje skutečně komplexní péči a tím mnohem větší pozornost, než se jí dosud věnuje.

Souhrn

Autoři vyšetřili klinicky, laboratorně i psychologicky 51 vojáků základní služby, u nichž byla rentgenologicky vyloučena vředová choroba. Nemocné rozdělili na 4 skupiny: syndrom chabého žaludku, syndrom dráždivého žaludku, skupinu klinicky nevyhraněných dyspeptiků, skupinu pacientů s bulbitidou. Zjistili 88% korelaci mezi fibrogastroskopií a rtg vyšetřením žaludku — metodou dvojího kontrastu. Psycho-

logické vyšetření ukázalo statisticky významné rozdíly mezi vyšetřovaným souborem a zdravou populací.

Literatura

1. Belák, E. - Lakata, B. - Bilčík, P. - Kovalkovič, I.: Submikroskopická sliznica žalúdka za normálnych a patologických podmienok. Čs. Gastroent. Výž., 29, 1975, č. 5, s. 330—334.
2. Gelzayd, E. A. - Biederman, M. A.: Changing concepts of duodenitis. Amer. J. Gastroent., 64, 1975, č. 4, s. 213—216.
3. Holdstock, G.: Endoscopic duodenal biopsies in coeliac disease and duodenitis. Scand. J. Gastroent., 14, 1979, č. 6, s. 717—720.
4. Horrocks, J. C.: Diagnosis of dyspepsia from data collected by a physicians assistant. Brit. Med. J., 3, 1975, č. 5980, s. 421—3.
5. Cheli, R. - Aste, H.: Nespecifická chronická duodenitis, súčasné diagnostické možnosti. Čs. Gastroent. Výž., 28, 1974, č. 8, s. 513—517.
6. Jaroš, F. - Kratinová, R. - Gočár, E.: Liečba žalúdočnej dyspepsie medrinom a jeho porovnanie s liečbou metoclopropamidom (Priperanon). Čs. Gastroent. Výž., 25, 1971, č. 5, s. 204—208.
7. Klíma, J. - Jířička, Z. - Antoš, Z.: Duodenitis v diagnostické a posudkové problematice. Voj. zdrav. Listy, 47, 1978, č. 5, s. 191—194.
8. Kocián, J. - Kociánová, J.: Pokus o zhodnocení indikací metoclopraminu v gastroenterologii. Čs. Gastroent. Výž., 29, 1975, č. 5, s. 335—339.
9. Kociánová, J. - Lojda, Z.: Histochemie lidské dvanáctíkové sliznice. Vnitř. Lék., 20, 1974, č. 7, s. 652 až 657.
10. Mařatka, Z.: Praktická gastroenterologie. Praha, SZdN 1968. 556 s.
11. Nillson, I. M. et al.: Erosive hemorrhagic gastroduodenitis with fibrinolysis and low factor XIII. Ann. Surg., 182, 1975, č. 6, s. 677—682.
12. Patrick, W. J. A. et al.: Mucous changes in the human duodenum. A light and electron microscopis study and correlation with disease and gastric secretion. Gut., 15, 1974, s. 767—776.
13. Sondern, W. et al.: Diagnostische Relevanz der Duodenitis. Med. Klin., 69, 1974, s. 704—708.
14. Thomson, H. - Seebach, H. B. - Lube, G.: Proceedings: The diagnosis of duodenitis. Gut., 15, 1974, č. 10, s. 842—843.
15. Thomson, W. O. et al.: Is duodenitis a dyspeptic myth? Lancet, 1, 1977, č. 8023, s. 1197—1198.
16. Whitehead, R.: The histological classification of duodenitis in fibroptic biopsy specimens. Digestion, 13, 1975, č. 3, s. 129—136.

Klíčová slova: Funkční žaludeční dyspepsie; Bulbitida; Vředová choroba; Syndrom chabého žaludku; Syndrom dráždivého žaludku.