

616.32/.33-005.1-036.11-089.811

NĚKTERÉ MOŽNOSTI KONZERVATIVNÍ LÉČBY AKUTNÍHO KRVÁCENÍ DO HORNÍ ČÁSTI ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Pplk. MUDr. Jaroslav PEPRLA, MUDr. Jan MOŠTÁK, CSc.

Oddělení klinických laboratoří vojenské nemocnice, Brno

(náčelník: pplk. MUDr. Jaroslav Peprla)

Interní oddělení nemocnice s poliklinikou v Tišnově, OÚNZ Brno — venkov

(ředitel: MUDr. J. Pokorný)

Krvácení do horní části zažívacího traktu je naléhavý stav, jehož složitou problematiku je nutno řešit týmovou spoluprací (3, 5, 17, 26, 37). Na této týmové spolupráci se podílí konziliárně rovněž hematolog.

Z hlediska stavu hemostázy na základě hemokoagulačního vyšetření lze rozdělit toto krvácení na:

- krvácení při normálním hemostatickém potenciálu
- krvácení při hemoragické diatéze (jako symptom hemoragické diatézy)
- krvácení následkem podání léků nepříznivě ovlivňujících hemostatický potenciál.

Výsledek vyšetření hemostázy ovlivňuje i další léčbu. Pro diagnostický a terapeutický postup je nutné objektivizovat rozsah ztráty krve. Zhodnocení její rychlosti a rozsahu není snadné pro malou možnost přímé kvantifikace. Usuzujeme tedy hlavně z následků, které jsou ovlivněny i věkem nemocného a jeho celkovým stavem před začátkem krvácení. Zhodnocení rozhoduje o léčbě krve. Při masivnějších krevních ztrátách je zvládnutí hemoragického šoku předpokladem k provedení urgentní gastroscopie při pátrání po zdroji krvácení nebo k operativnímu výkonu (11, 14, 15, 28, 32).

V diagnostice rozsahu krevních ztrát se opíráme:

- O klinické vyšetření — tj. TK, puls, změnu TK při změně polohy (8, 26) a pátráme po známkách hemoragického šoku.
- O laboratorní vyšetření — především hodnoty Hb, Ht a erytrocytů (22, 26, 34). Zde musíme brát v úvahu to, že tyto změny se opožďují o 3—6 hodin za počátkem krevní ztráty a prohlubují se dále, i když krvácení již přestalo. Jako míra krvácení je zdůrazňována zvýšená hodnota močoviny v séru (2, 33).

Na základě zhodnocení klinického stavu a laboratorního vyšetření je indikována náhrada krve (10, 36).

ad a) Krvácení do horní části zažívacího traktu při normálním hemostatickém potenciálu

Normální hemostatický potenciál nacházíme v 96—97 % všech těchto krvácení (21). Přesto se doporučuje i při normálním hemostatickém potenciálu začít konzervativní terapií hemostyptiky, která jej nespecificky zvyšují (20, 32, 33), i když není dosud dostatečný počet výsledků a srovnávacích studií jednotlivých preparátů (35). V praxi jsou k dispozici přípravky uve-

dené v tabulce. Byl rovněž popsán pozitivní účinek injekčního Cimetidinu při krvácení z peptického vředu. Preventivní podávání Cimetidinu zmenšilo výrazně krvácení do GIT u dialyzovaných nemocných (27).

O lokálním použití přípravku různého typu pomocí endoskopické techniky a použití elektro, termo a laserové koagulace bylo referováno (18, 24).

ad b) Krvácení z horní části zažívacího traktu při hemoragické diatéze

Hemoragická diatéza je abnormální pohotovost ke krvácení, která se projeví spontánně nebo po nepatrných traumatech výstupem krve z cév bez cévního poranění (8). I přesto, že projevy krvácení v důsledku poruch hemostázy nemají v popředí symptomatologie takové spontánní krvácení z horní části zažívacího traktu, při nichž se stává nejzávažnějším klinickým projevem onemocnění, tvoří 1–3 % těchto krvácení (21). Nejvýznamnější poruchy hemostázy s krvácením do zažívacího traktu:

Renduova-Oslerova choroba — krvácení do zažívacího traktu při tomto onemocnění není časté, ale představuje významný podíl do zažívacího traktu neobjasněných krvácení. Vyskytuje se v 19 % R.-O. choroby (8). Ke krvácení dochází nejčastěji v žaludku. Často dochází k spontánní zástavě krvácení tromby vznikajícími v perforovaných ektaziích (29). Diferenciálně diagnosticky je třeba myslet na tuto anomálii při každém nejasném krvácení z GIT (9, 26).

Henochova-Schönleinova purpura — jsou popisovány případy oligosymptomatického průběhu s krvácením do zažívacího traktu. V případech masivnějšího krvácení může dojít k urgentnímu chirurgickému zákroku.

Trombocytopenie — příčina krvácení je po základním hematologickém vyšetření jasná. Ke krvácení do zažívacího traktu dochází až při velmi nízkých hodnotách trombocytů ($1 \times 10^9/l$), oligosymptomatické krvácení do GIT se nevyskytuje (36).

U idiopatické trombocytopenické purpury, léčené kortikoidy, je možná koinkidence s krvácejícím peptickým vředem (9). Jen zcela výjimečně dochází k oligosymptomatickému krvácení z GIT při vrozené trombastenii Glanzmann-Naegelli. U koagulopatií vrozených i získaných se oligosymptomatické krvácení do gastrointestinálního traktu vyskytuje zcela výjimečně. Nebezpečí masivního krvácení je při koinkidenci koagulopatie a anatomického defektu. Poměrně častý výskyt akutní slizniční léze u těžkých jaterních poruch je vysvětlován místní fibrinolýzou (25).

Hemoragická diatéza v důsledku léčby antikoagulanty

Hemateméze a meléna je na 5.–6. místě krvácivých projevů. Příčiny krvácení:

— předávkování antikoagulanty

- kombinace antikoagulantů a dalších interferujících léků
- krvácení v důsledku manifestace latentní vředové choroby.

Diseminovaná intravaskulární koagulopatie

— syndrom DIC provází řadu klinicky závažných stavů. Krvácivé projevy jsou povšechné, samotné krvácení do zažívacího traktu není pro DIC typické.

Diagnóza DIC je obtížná a náročná na laboratorní vyšetření. Zejména sekundární fibrinolýza při DIC se mnohdy jen obtížně odlišuje od vystupňované primární fibrinolýzy (9, 10). Léčba závisí od toho, v jaké fázi DIC se nemocný nalézá. V první fázi hyperkoagulace je i při krvácení indikována léčba Heparinem, v druhé fázi, kde převládá fibrinolytická aktivita, aplikujeme opatrně inhibitory fibrinolýzy a substituujeme vzniklý deficit koagulačních faktorů a krevních destiček rychlým převodem většího množství čerstvě zmražené plazmy a koncentráty destiček. Léčba předcházejících hemoragických diátéz spočívá především v náhradě chybějících komponentů krevního srážení, eventuálně v podání nespecifických hemostypik a antifibrinolytik.

ad c) Krvácení do zažívacího traktu následkem použití léků nepříznivě ovlivňujících hemostatický potenciál

Při použití léků negativně ovlivňujících hemostatický potenciál dochází ke krvácení dle literárních údajů v 19 %. Léky, které jsou nejčastěji příčinou krvácení:

- deriváty kyseliny acetylsalicylové v 78 %
- fenylobutazon a jeho deriváty
- kortikoidy v 5,5 %
- ostatní v 5,5 % (Indomethacin aj.)

Léčba: vysazení léků, substituční, nespecifická hemostypika.

Přehled dostupných hemostatik

- Remestyp inj.
- Dicynone inj. a tablety
- Styptogen
- EAC
- PAMBA

Závěr

Z literárního přehledu vyplývá:

1. Při konzervativní léčbě krvácení do zažívacího traktu jsou používána dostupná hemostypika, podávaná celkově, zatím jen sporně účinná.
2. Hemoragické diatézy jsou sice málo časté jako příčina krvácení do zažívacího traktu, vzhledem k speciálním léčebným postupům je však nutno na ně myslet.

Souhrn

Autoři podávají literární přehled příčin krvácení do horní části zažívacího traktu při hemo-

ragické diatéze a v důsledku léčby léky nepřiznivě ovlivňujícími hemostatický potenciál. Poukazují na možnosti léčby celkovými hemostatiky.

Literatura

- BENÝŠEK, L.: II. kongres Polské gastroenterologické společnosti v Białystoku. Čs. Gastroent. Výž., 36, 1982, č. 2, s. 48—49.
- BITTER, J. - KVASNIČKA, J.: Některé otázky krvácení do horní části trávicího ústrojí. Čs. Gastroent. Výž., 27, 1979, č. 2, s. 49—57.
- BURČINSKIJ, G. I.: Problemy kliničeskoj gastroenterologii. Klin. med. (Moskva), IIX, 1980, č. 8, s. 38 až 42.
- CARRON, D. B. - BOON, T. H. - WALCER, T. C.: Peptic ulcer in the haemophiliac and its relation to gastrointestinal bleeding. Lancet 2, 1965, s. 1036 až 1039.
- GAVRILENKO, J. V. - SINĚV, J. M.: Obostanovka gastroduodenálnych krvotěčení čerez endoskop. Klin. Med. 58, 1980, č. 3, s. 24—27.
- GILBERT, D. - SURAWICZ, Ch. - SILVERSTEIN, F.: Prevention of acute aspirin induced gastric mucosal injury by 15 — R — 15 methylprostaglandin E 2 an endoscopic study. Gastroenterology, 86, 1984, č. 2, s. 339—344.
- GROSMAN, M.: Peptic ulcer a guide for the practicing physician. Qer Book Medical publicisters, Inc. Chicago 1981.
- HEGGLIN, R.: Diferenciální diagnostika vnitřních chorob. Praha 1972.
- HRUBÍŠKOVÁ, K.: Poruchy hemostázy a hemokoagulácie. Martin 1972.
- HRUBÍŠKO, M. - DOBRÝ, E.: Základy hemoterapie. Osveta 1974.
- KAŠČÁK, M.: Prínos urgentnej endoskopie k diagnostike krvácania z hornej časti gastrointestinálneho traktu.
- KERN, F.: Severe upper gastrointestinal bleeding. Diagnosis. London 1977.
- KODLOVÁ, E.: Urgentní endoskopie u krvácení do horní části trávicí trubice. Čs. Gastroent. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 177—188.
- KODLOVÁ, E. - DVOŘÁK, J.: Prínos akutního gastroscopického vyšetření z hlediska předoperační diagnostiky. Čs. Gastroent. Výž., 31, 1977, č. 3, s. 180 až 183.
- KOREŇ, K. et al.: K problému masívneho krvácania z gastroduodenálneho vředu. Bratisl. lék. Listy, 74, 1980, č. 6, s. 630—639.
- LANDMAN, H.: Bioschemesche Aspekte der Streptokinasewirkung. Folia haematol., 43, 1976, s. 437.
- LUKÁČ, M.: Endoskopia a krvácanie. Osveta 1982.
- MALÝ, I.: Nová konzervativní metoda léčení akutního krvácení do horní části zažívacího traktu. [Závěrečná zpráva]. Praha, 1984.
- MAŘATKA, Z. aj.: Pokroky v gastroenterologii. Praha 1975.
- MAŘATKA, Z. aj.: Pokroky v gastroenterologii 2. Praha 1983.
- MAŘATKA, Z.: Praktická gastroenterologie. Praha 1968.
- MAŘATKA, Z. - NEDBAL, J. - PALEČKOVÁ, M.: Gastroscopie u krvácení do žaludku. Čs. Gastroent. Výž., 25, 1971, č. 2, s. 63.
- MIKLER, J. et al.: Remestyp — súčasť liečby krvácaní pri chorobách gastroduodena. Farmakoterapeutické zprávy Spofa, 29, 1983, č. 1, s. 91—94.
- MOŠTÁK, J. - HOŠEK, I.: Endoskopie při akutním krvácení do horní části zažívacího traktu v podmínkách vojenské nemocnice. Voj. zdrav. Listy, 55, 1986, č. 4, s. 142—148.
- O'BRIEN, T. E. - HADLEY, H. - IRWING, M. H.: Fibrinolytic activity in gastric venous blood. Gastroenterology, 76, 1973, s. 509—514.
- PALEČKOVÁ, M.: Urgentní endoskopie horní části trávicí trubice. Praha 1984.
- SKÁLA, I. aj.: Další zkušenosti s profylaxí gastroduodenálního krvácení u nemocných s chronickým selháváním ledvin a po transplantaci ledviny. Čs. Gastroent. Výž., 37, 1983, č. 5, s. 309—312.
- SOBOTKA, V.: Remestyp inj. — použití v klinické praxi. Farmakoterapeutické zprávy Spofa, 27, 1981, s. 186—187.
- STEIGER, R.: Ergebnisse der Untersuchung einer grossen bernischen Sippe mit Teleangiektasia haemorrhagica hereditaria Osler. Schweiz. Med. Wschr., 75, 1954, s. 73.
- ŠERÝ, Z.: Krvácení do zažívací trubice. Čs. Gastroent. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 174—175.
- ŠTUKSOVÁ, T. aj.: Remestyp a jeho vliv na fibrinolytickou aktivitu u akutních krvácivých stavů postihujících trávicí soustavu. Farmakoterapeutické zprávy Spofa, 30, 1984, s. 351—354.
- TESAŘ, O.: Prudká krvácení do gastroduodena. Čs. Gastroent. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 186—187.
- TESAŘ, O.: Hematemese a melena. Pokroky v gastroenterologii. Praha 1975.
- TESAŘ, O. - TOŠOVSKÝ, V.: Krvácení do trávicí trubice. Lékařské repetitorium, sv. 1. Praha 1981.
- VERSTRAETE, M.: Haemostatic drugs. M. Nijk ff Medical Division 1982, s. 12—44, 46—68.
- WIEDERMANN, B. aj.: Léčba krví a jejími složkami. Učební texty Vojenského výzkumného a doškolovacího ústavu J. E. Purkyně v Hradci Králové, 1982, s. 7 až 15.
- WELLS, F.: Peptic Ulcer in Adolescents and Young Adults. A Review of Experience in an Army General Hospital. Military Medicine, 127, 1962, č. 2, s. 132 až 135.

Klíčová slova: Hemostáza; Zažívací trakt; Hemoragická diatéza; Hemostyptika.