

616.32/.33-005.1-036.11-089.811:616-073.7

VÝZNAM GASTROFIBROSKOPIE PRO LÉČEBNÝ POSTUP PŘI KRVÁCENÍ DO HORNÍ ČÁSTI ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Plk. prof. MUDr. Bohumil KONEČNÝ, CSc., MUDr. Karel ŠMEJKAL, CSc., plk. MUDr. Ladislav VYKOUŘIL, CSc.
Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav J. E. Purkyně, Hradec Králové (náčelník: plk. doc. MUDr. Pavel Kuna, DrSc.)
II. chirurgická klinika fakultní nemocnice KÚNZ, Hradec Králové (přednosta: prof. MUDr. Bohumil Konečný, CSc.)

Zjištění příčiny akutního krvácení do horních částí zažívacího traktu má velký význam pro rozhodování o způsobu dalšího léčebného postupu. Dovoluje kva-

lifikovaněji posoudit možnost konzervativního postupu, i když rozhodujícím kritériem je úspěšnost zahájené konzervativní léčby. Při nutnosti operativní

lěčby předoperační znalost příčiny krvácení a její lokalizace usnadňuje metodický i technický postup operativního výkonu.

Ke zjištění příčin akutního krvácení do horních částí zažívacího traktu bylo na chirurgické klinice v Hradci Králové používáno v minulém desetiletí těchto dostupných diagnostických metod:

- kontrastního rtg vyšetření
- angiografického vyšetření
- gastrofibroskopického vyšetření v narůstající míře zejména od roku 1981.

Efektivnost těchto diagnostických metod v diagnostice příčin krvácení do horních částí GIT byla podle rozboru klinického materiálu naší kliniky z let 1975–1984 rozdílná. Kontrastním rtg vyšetřením byla příčina krvácení zjištěna v 62,03 % vyšetření, což odpovídá údajům i jiných autorů (Tesař 70 %, Schmausse 60–70 % apod.). Gastrofibroskopie odhalila příčinu krvácení v tomto období v 82,27 % vyšetření, což je ve shodě s jinými literárními údaji, např. Procházka 81,2 %. Efektivnost endoskopického vyšetření, narůstající v závislosti na zvyšující se zkušenosti endoskopistů, dosahuje v našich podmínkách v posledních 5 letech 92,5–95 %. Vzhledem k této vysoké efektivnosti endoskopického vyšetření využíváme kontrastního rtg vyšetření gastroduodena v diagnostice příčin akutního krvácení pouze výjimečně. Stejně tak angiografického vyšetření využíváme pouze ojediněle ve zvláště indikovaných případech.

Efektivnost gastrofibroskopie

1981–84	nekrvácivé stavy	97,1 %
	krvácivé stavy	82,27 %
1985–87	krvácivé stavy	92,5 %
1981–84	rtg kontrastní vyšetření	62,03 %

Význam gastrofibroskopie v diagnostice příčiny urgentního krvácení do horních částí GIT narůstá v našich podmínkách i se vzrůstající využitelností tohoto vyšetření díky zlepšeným materiálním a personálním podmínkám od roku 1981. Do této doby jsme byli odkázáni na spolupráci dislokované interní kliniky, což z technických důvodů omezovalo častější využití endoskopie, zejména v období pohotovostních služeb. V roce 1981 bylo i naše pracoviště vybaveno flexibilním gastroduodenoskopem typu K 2 firmy Olympus UES. Naše materiální vybavení se proto rozšířilo o modernější přístroj GIF 1 T 10, zdroj světla CLE-10 a koagulační jednotku UES. V technice endoskopického vyšetření byli zaškoleni dva zkušení chirurgové kliniky, jejichž dosažitelnost v kterékoli denní a noční době je navíc zabezpečena možností využití endoskopické pohotovosti v rámci fakultní nemocnice.

Díky tomuto materiálnímu a personálnímu zabezpečení se nám podařilo dosáhnout toho, že v posledních třech letech provádíme gastrofibroskopii u všech nemocných přicházejících na kliniku s příznaky krvá-

cení do horních částí GIT, pokud k nám nebyli přeloženi z pracoviště, kde toto vyšetření již bylo provedeno, a pokud to jejich celkový stav dovolí. V roce 1986 bylo nutno přistoupit k operační revizi pro masivní krvácení u 10,3 % přijatých nemocných bez provedení endoskopického vyšetření (Procházka 15 %). Z 1184 gastrofibroskopických vyšetření provedených v uvedeném období naší endoskopickou skupinou, zčásti i ve prospěch jiných klinik, bylo 615 vyšetření provedeno urgentně z indikace krvácení do horních částí zažívacího traktu. Zdroj krvácení byl zjištěn 556krát.

Zlepšila se i nezbytná včasnost provedení tohoto vyšetření tak, aby výsledek mohl přispět k diagnostické rozvaze a stanovení způsobu léčby. Zatímco v roce 1975 bylo do 12 hodin od přijetí provedeno jen 25 % vyšetření (75 % až po 24 hodinách), v roce 1984 bylo do 12 hodin po přijetí provedeno 100 % vyšetření a v roce 1986 bylo 73,9 % endoskopických vyšetření provedeno do 3 hodin po přijetí nemocného, 12,9 % procent do 12 hodin a 12,9 % do 24 hodin po přijetí (tab. 2).

Doba endoskopického vyšetření u akutních krvácení do GIT

rok	do 3 hodin	do 12 hodin	do 24 hodin	později
1975	–	25 %	–	75 %
1984	–	100 %	–	–
1986	73,9 %	12,9 %	12,9 %	–

Včasné určení zdroje krvácení přispívá k indikaci části nemocných k operativní léčbě, při které vycházíme z obecně přijatých zásad. Znalost lokalizace a zdroje charakteru krvácení určuje již předem záměr operačního postupu. Odpadá někdy velmi zdoluhavé hledání příčiny krvácení, zvláště při anamnesticky a klinicky nevyhraněném stavu, ze kterého by bylo možno usuzovat na pravděpodobný zdroj krvácení. S takovým stavem nutno počítat asi u 20 % všech krvácení z vředové léze (Schmausse) a až u 25 % všech krvácení z horní části zažívacího traktu (Ryska).

K naléhavé operativní léčbě přistupujeme tedy, jde-li o:

1. Neztížitelné krvácení, pokračující přes řádně provedenou konzervativní léčbu.
2. Opakované krvácení, ke kterému dochází po jeho krátkodobém zastavení konzervativním postupem, zvláště tehdy, jestliže charakter zdroje krvácení vede spíše k operativnímu než konzervativnímu dalšímu léčebnému postupu (kalózní vředy, deformace, stenózy apod.).

Počet nemocných, u kterých je nutno z uvedených důvodů přistoupit k urgentní operativní léčbě, nepřesahuje podle našich zkušeností 20 % všech nemocných s příznaky krvácení do horní části zažívacího traktu. Příčiny této zkušenosti, zejména posledních 3 let, jsou polymorfni. Bezesporu se na tom podílí narůstající počet méně výrazných krvácení z povrchních

slizničních afekcí, účinnost konzervativní léčby a v neposlední řadě i využití možností endoskopie k terapeutickým účelům. Výsledky konzervativní léčby krvácení do horní části zažívacího traktu, spočívající kromě aplikace běžných zásad intenzivní péče v podávání dicynonu, blokátorů H_2 receptorů a neutralizační léčbě, vedou u převážné většiny nemocných k zastavení krvácení. Znalost charakteru zdroje krvácení zjištěného při urgentním gastrofibroskopickém vyšetření, event. možnost opakovaného endoskopického vyšetření několik dní po zastavení krvácení, nás vedou v posledních 3 letech k určité modifikaci aplikace zásad odložené operativní léčby u zastavených krvácení z chirurgicky léčitelných příčin. Jsme si vědomi oprávněnosti zásady, že po zastavení krvácení a úpravě celkového stavu má být operativně odstraněna příčina možné recidivy krvácení, protože operativní léčba prováděná pro recidivu krvácení má horší výsledky a je provázena vyšším výskytem pooperačních komplikací. Výsledky komplexní moderní konzervativní léčby vředové choroby gastroduodena však ukazují, že při této léčbě se zejména čerstvé povrchní vředové léze rychle spontánně hojí a nebezpečí opakovaného krvácení z nich je minimální.

Z těchto důvodů, na základě zjištění charakteru zdroje krvácení po zastavení krvácení uvedenou konzervativní léčbou, neindikujeme všechny nemocné s chirurgicky léčitelnou příčinou krvácení k odložené operativní léčbě, ale indikace se omezuje na nemocné, u nichž jde o vředové léze suspektní z malignity, na nemocné, u kterých předchozí konzervativní léčba byla neúspěšná, na nemocné, u kterých došlo k opakovanému krvácení, a na nemocné, u kterých je chirurgická léčba indikovaná pro vzniklé komplikace vředové choroby (stenózy, deformace apod.)

Ostatní nemocné, zejména mladé jedince a dosud konzervativně komplexně neléčené, předáváme do péče gastroenterologů.

Operativní a konzervativní postup při krvácení do horní části GIT

	operativní	konzervativní
1975	53,9 %	46,1 %
1984	67,4 %	33,6 %
1986	33,4 %	66,6 %

V důsledku aplikace těchto zásad se změnil v souboru našich nemocných léčených pro krvácení do horní části zažívacího traktu poměr operativní a konzervativní léčby tohoto onemocnění (tab. 3). Podle našeho klinického materiálu byl ještě v roce 1984 poměr operativní ke konzervativní léčbě 2 : 1 ve prospěch léčby operativní. Od roku 1986 zjišťujeme stejný poměr, ale ve prospěch léčby konzervativní. Tato změna je podmíněna naším současným konzervativnějším přístupem u nemocných, u kterých byla jako zdroj krvácení prokázána vředová choroba gastroduodena a slizniční krvácení jiné etiologie, díky

velmi dobrým výsledkům moderní komplexní konzervativní léčby těchto onemocnění. Nezbytnost odložené chirurgické léčby krvácení do horní části zažívacího traktu však plně respektujeme u vředové choroby ze shora uvedených indikací, při zjištění zdroje krvácení maligního charakteru a u převážné části krvácení z jícnových varixů.

Podíl konzervativně léčených nemocných s krvácením do horní části zažívacího traktu se v souboru našich nemocných zvyšuje i širším využíváním endoskopického vyšetření nejen k diagnostickým, ale i k léčebným účelům.

Zdroje krvácení zjištěné při urgentním endoskopickém vyšetření se pokoušíme ošetřit využitím bipolární elektrokoagulace (slizniční léze, vředová léze, hemangiomy), krvácení z jícnových varixů se snažíme ovlivnit prováděním jejich sklerotizace (18 nemocných). U 6 nemocných s vředovou chorobou, kdy krvácení z vředové léze je pokládáno za indikaci k operativní léčbě, jsme ke stavění krvácení úspěšně použili elektrokoagulace vzhledem k vysokému riziku operativní léčby. Urgentní endoskopie k terapeutickým účelům jsme využili celkem u 36 nemocných (18krát sklerotizace, 18krát elektrokoagulace), z toho 34krát úspěšně (neúspěšně u 2 sklerotizací). S využitím metody sklerotizace jícnových varixů jak ve fázi jejich krvácení, tak ve fázi klidové, získáváme počáteční zkušenosti, které budou komplexně vyhodnoceny.

Naše dosavadní zkušenosti s širokým využitím urgentní gastrofibroskopie pro včasné zjištění zdroje krvácení do horních částí zažívacího traktu a jeho lokalizace potvrzují význam této metody nejen pro urgentní operativní léčbu, ale i pro kvalifikovanější posouzení možnosti konzervativní léčby stávajícího krvácení, i když rozhodujícím kritériem je úspěšnost konzervativní léčby. Příznivě se jeví i naše počáteční zkušenosti s využitím urgentní gastrofibroskopie k terapeutickým účelům, tj. k zastavení krvácení. Jsme si vědomi, že námi zjištěný posun v léčbě krvácení do horní části zažívacího traktu ve prospěch konzervativního postupu je dán nejen vyšší účinností moderní komplexní konzervativní léčby, ale především charakterem orgánových změn, které jsou zdrojem krvácení. Zda konzervativnější přístup k léčbě krvácení do horních částí zažívacího traktu (s výjimkou uvedených indikací k urgentní, nebo odložené chirurgické léčbě) je pro naše nemocné prospěšnější, či nikoliv, ukáží až další zkušenosti, získané s odstupem času.

Souhrn

Zabezpečením potřebného přístrojového vybavení a vytvořením endoskopické skupiny z řad chirurgů kliniky bylo dosaženo stavu, kdy až u 73,9 % nemocných přijatých na kliniku pro krvácení do horních částí zažívacího traktu je provedeno do 3 hodin od přijetí urgentní gastrofibroskopické vyšetření, kterým se podařilo zjistit charakter a lokalizaci zdroje

krvácení v 92 až 95 % vyšetření. Zjištění charakteru a lokalizace zdroje krvácení významně přispívá k rozhodování o dalším léčebném postupu. Tato skutečnost spolu s účinností soudobé konzervativní léčby hemostyptické a léčby vředové choroby zvyšuje podíl konzervativního postupu v léčbě krvácení do zažívacího traktu. Možnosti konzervativního postupu rozšiřuje i využití urgentní gastrofibroskopie k terapeutickým účelům, tj. k bipolární elektrokoagulaci a sklerotizaci zdrojů krvácení.

Literatura

1. DVORÁKOVÁ, H. aj.: Přínos urgentní endoskopie při rozhodování chirurga. Čs. Gastroent. Výž., 31, 1977, s. 470–480.
2. ELERDING, S. C. – MOORE, E. E. et al.: Outcome of operations for upper gastrointestinal tract bleeding. Arch. Surg., 115, 12, 1980, s. 1473–1477.
3. JAROŠEK, H.: Význam endoskopické diagnostiky pro racionalizaci léčebného postupu u akutního krvácení do gastrointestinálního traktu. Čas. Lék. čes., 105, 1966, s. 1339–1343.
4. KODLOVÁ, E. – DVORÁK, J.: Přínos akutního gastroscopického vyšetření z hlediska předoperační diagnostiky. Čs. Gastroent. Výž., 31, 1977, s. 180–183.
5. PALEČKOVÁ, M. – NOVÁK, J.: Urgentní endoskopie u krvácení z horní části trávicí trubice. Rozhl. Chir., 59, 1980, s. 20–24.
6. PROCHÁZKA, M.: Intenzivní péče v chirurgii. Praha, Avicenum 1983. s. 59–77.
7. PROCHÁZKA, M. – KMENT, M.: Masivní krvácení z horních partií gastrointestinálního ústrojí. Rozhl. Chir., 55, 1976, s. 246–251.
8. STRUČKOV, V. I. – LUCEVIČ, E. V. – BELOV, I. N. – STRUČKOV, J. V.: Želudečno-kišičnyje krovotečenija i fibroskopija. Moskva, Medicina 1971.
9. ŠMEJKAL, K. – MAŠURKA, V.: Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou polékových krvácení do gastrointestinálního traktu.
10. TESAŘ, O.: Hematemese a melena. Z.: Pokroky v gastroenterologii. Praha 1975.
11. WARA, P. – HOJSGAARD, A. – AMDRUP, E.: Endoscopic electrocoagulation combined with Cimetidine. Acta chir. scand., 146, 1980, s. 431–434.

Klíčová slova: Krvácení do horní části zažívacího traktu; Urgentní gastrofibroskopie; Bipolární elektrokoagulace; Sklerotizace jícnových varixů.