

ПРИСТАП КОН ПАЦИЕНТ СО ГОРНОДИГЕСТИВНО КРВАВЕЊЕ

Проф. д-р Ненад Јоксимовиќ

ЈЗУ Универзитетска Клиника
за Гастроентерохепатологија,
Скопје, Р.Македонија

■ ***ДЕФИНИЦИЈА***

Преставува акутно губење крв од горните партии на гастроинтестиналниот тракт.
(езофагус, желудник и дуоденум до lig. Treitz)

КЛИНИЧКА СЛИКА

Се манифестира со појава на *hematemesis*, *melaena* или *haematochesis*, повраќање на црвена крв или црна како талог од кафе и/или црн измет како катран (hem = hematin) со непријатна миризба. (75-100 ml/24ч)

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Анемија
 - Тахикардија (100/мин = губиток над 1000 мл крв)
 - Хипотензија (од 100 mm Hg = губиток од 15% крвен волумен)
 - Хеморагичен шок (препотување, вртоглавица, гадење, жед, синкопа)
- губиток од 30% крвен волумен се карактеризира со притисок од 90 mmHg, пулс 120/мин (сомнолентност, олигурија)

ЕТИОЛОГИЈА

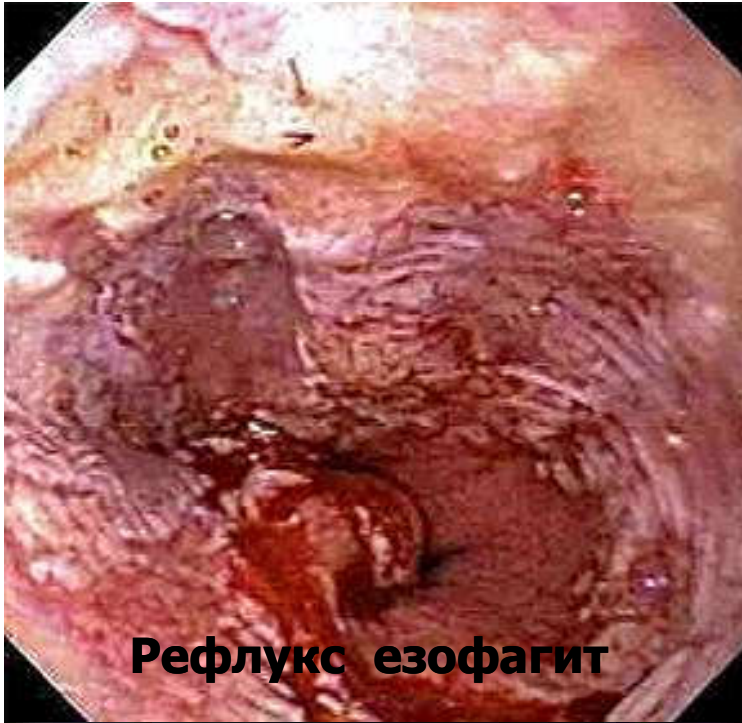
Ulcerative or erosive	Arterial, venous, or other vascular malformations
Peptic ulcer disease	Idiopathic angiomas
Idiopathic	Osler-Weber-Rendu syndrome
Drug induced	Dieulafoy's lesion
Aspirin	Watermelon stomach (gastric antral vascular ectasia)
Nonsteroidal antiinflammatory drugs	Radiation-induced telangiectasia
Infectious	Blue rubber bleb nevus syndrome
Helicobacter pylori	Traumatic or post-surgical
Cytomegalovirus	Mallory-Weiss tear
Herpes simplex virus	Foreign body ingestion
Stress-induced ulcer	Post-surgical anastomosis
Zollinger-Ellison syndrome	Aortoenteric fistula
Esophagitis	Post gastric/duodenal polypectomy
Peptic	Tumors
Infectious	Benign
Candida albicans	Leiomyoma
Herpes simplex virus	Lipoma
Cytomegalovirus	Polyp (hyperplastic, adenomatous, hamartomatous)
Miscellaneous	Malignant
Pill-induced	Adenocarcinoma
Alendronate	Mesenchymal neoplasm
Tetracycline	Lymphoma
Quinidine	Kaposi's sarcoma
Potassium chloride	Carcinoid
Aspirin	Melanoma
Nonsteroidal antiinflammatory drugs	Metastatic tumor
Portal hypertension	Miscellaneous
Esophageal varices	Hemobilia
Gastric varices	Hemosuccus pancreaticus
Duodenal varices	
Portal hypertensive gastropathy	

ЕТИОЛОГИЈА И ПАТОГЕНЕЗА

- Лезија на артериски/венски крвен сад
- Ерозии
- Улкуси
- Екстравазација на крв (линеење)
- **АКУТНИ ЛЕЗИИ**
 - нестероидни антиреуматици
 - антиагрегански/антикоагуланси
 - коагулопатии
 - леукози
 - тромбоцитопении и сл.
 - стрес лезии (опекотини, Cushing, Sy. Mallory-Weisse).
- **ХРОНИЧНИ ЛЕЗИИ**
 - варикозитети
 - улкуси

ЕТИОЛОГИЈА

причини	застапеност
Ulcus b. duodeni	28 %
Ulcus ventriculi	19 %
ерозии	16 %
варикозитети	9 %
Улцеронекротичен езофагит	7 %
тумори	3 %
Комбинирани мултипли ерозии	18 %



Рефлукс езофагит



длабок улкус - желудник



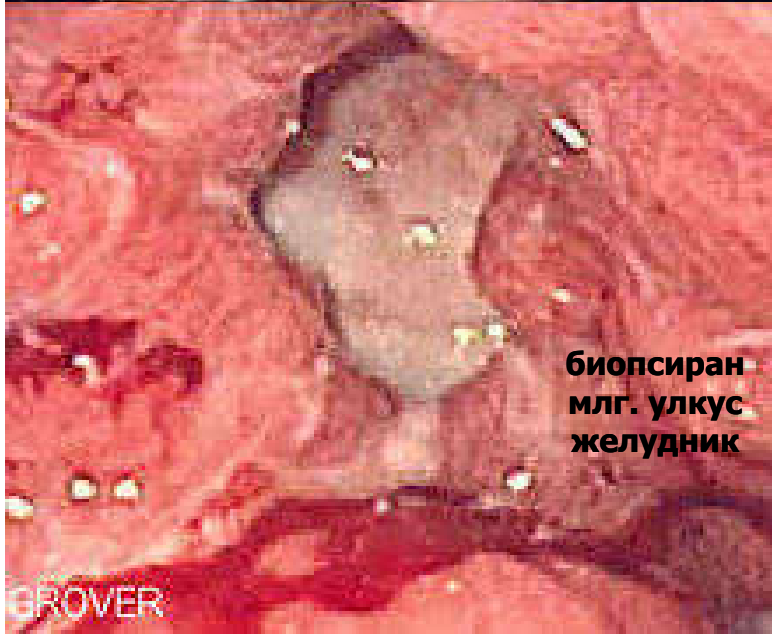
**Мал улкус на желудник
со видлив крвен сад**



клипса



Млг. улкус на желудник



**биопсиран
млг. улкус
желудник**

GROVER



крвавечи улкус на булбус

Physician: GROVER
Comment: Permission to reproduce public domain obtained from patient Sept 17, 2004



Млг. на дуоденум

Blatchford – индекс за процена на ризик

КЛИНИЧКИ И ЛАБ. ПОКАЗАТЕЛИ		БОДОВИ	
Уреа во серум (mmol/l)			
6,5 – 8		2	
8,5 – 10		3	
10 – 25		4	
> 25		6	
Хемоглобин (gr/l)	мажи	жени	
120 – 130			1 /
100 – 120			3 1
< 100			6 6
Систолен крвен притисок (mmHg)			
100 – 109		1	
90 – 99		2	
< 90		3	
Клинички знаци и симптоми			
Пулс > 100/мин		1	
Мелена		1	
Синкопа		2	
Црнодробна болест		2	
Срцева болест		2	

предиктивен систем на бодирање при прием

Glasgow Blatchford Bleeding score (GBS)

за поголем од 0 потребно е:
 - трансфузија,
 - ендоскопија или хирургија

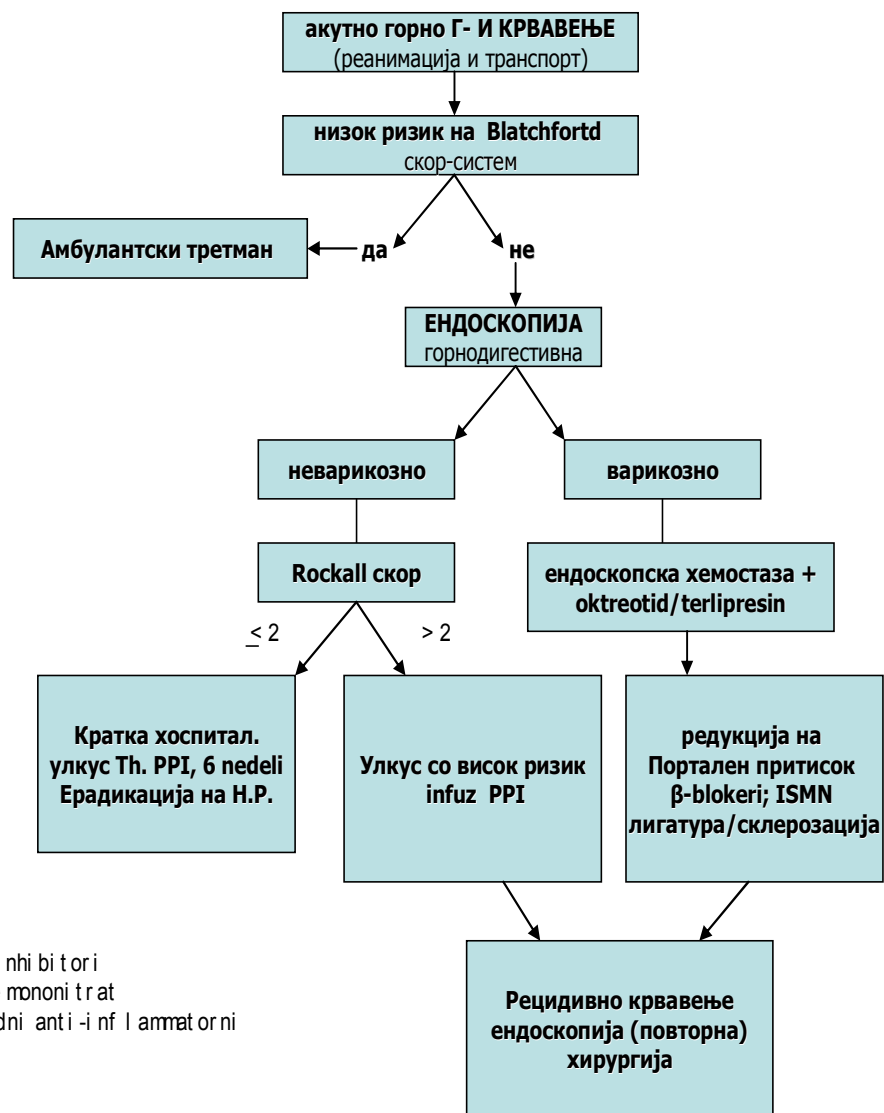
Rockall

предиктивен систем (ризик за повторно крвавење)

БОДОВИ

ВАРИЈАБЛИ	0	1	2	3
ВОЗРАСТ	<60	60-79	≥ 80	/
ШОК	БЕЗ ШОК RR>100mmHg пулс<100/min	тахикардија RR>100mmHg пулс>100/min	хипотензија RR<100mmHg	/
коморбидности	нема	нема	Декомпензирана срцева слабост (CCF), исхемична срцева слабост (IHD), други	Црнодробна, бубрежна слабост дисеминирана малигна болест
дијагноза	Sy. Mallory Weiss, без лезии, ЗСК	сите други дијагнози	Малигна болест на ГИТ	/
Мајорни (ЗСК) знаци за скорешно крвавење	Без црни петна	/	Крв во ГИТ, адхерентен коагулум, видлив крвен сад / артериско крвавење	/

Алгоритам за водење на болен со горнодигестивно крвање



PPI prot on pump i nhi bi tor i
ISMN i sosor bi de mononi trat
NSAID ne-steroi dni anti-i-nf l ammat or ni
drog

ДИЈАГНОЗА

- **Клиничка слика**

(анамнеза, клинички преглед – евалуација/хемодинамска стабилност, ресусцитација, ректално туше)

- **Лабораториски иследувања**

- **Ендоскопија**

NGS / eritromicine - 3 mg/kg/inf/30 min на 30 - 90 мин пред преглед

- **Радиолошки иследувања:**

(RTG, КТ, МНР, ангиографија на а. mesenterica (0,5 до 1 ml крвозагуба/min.)

- **ЕХО**

- **Ендосонографија**

P. T.



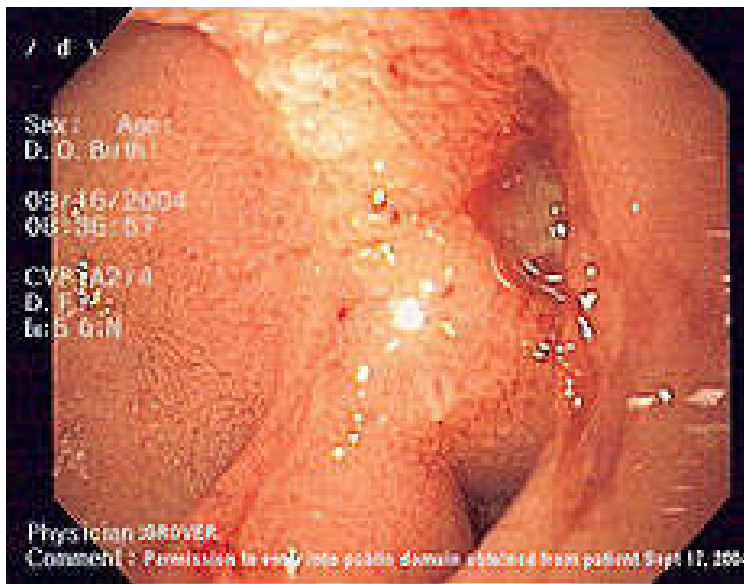
Forrest

(ендоскопска класификација за вид на крвавење)

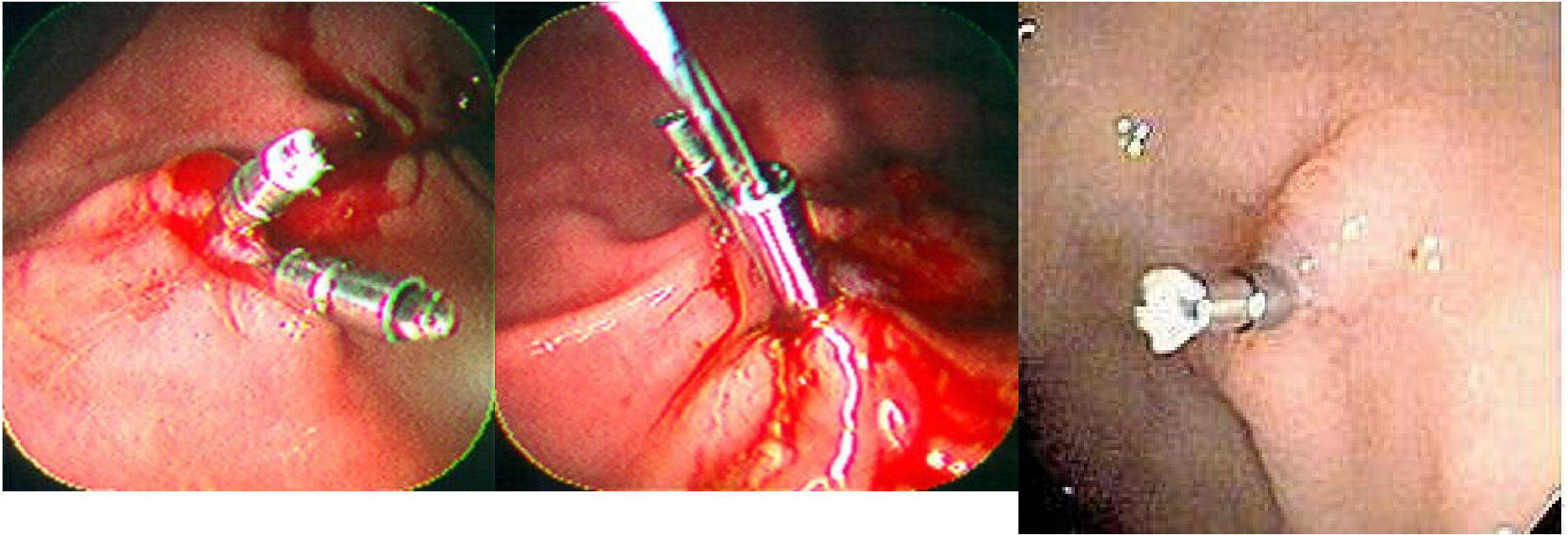
Активно крвавење	Forrest Ia	артериско крвавење во млаз
- II -	Forrest Ib	како солзење или линеење
Скоро завршено крвавење	Forrest IIa	видлив крвен сад
- II -	Forrest IIb	фиксиран коагулум
- II -	Forrest IIc	црно дно или црвена точка на дното
Санирано крвавење	Forrest III	улкус со чисто дно без знаци за крвавење



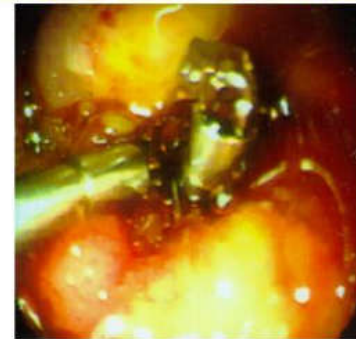
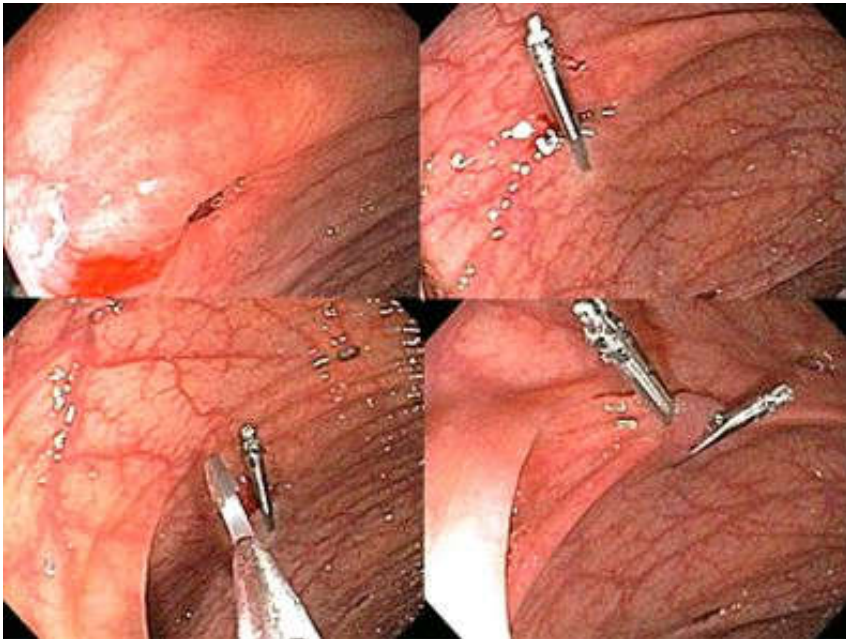
Forrest Ia



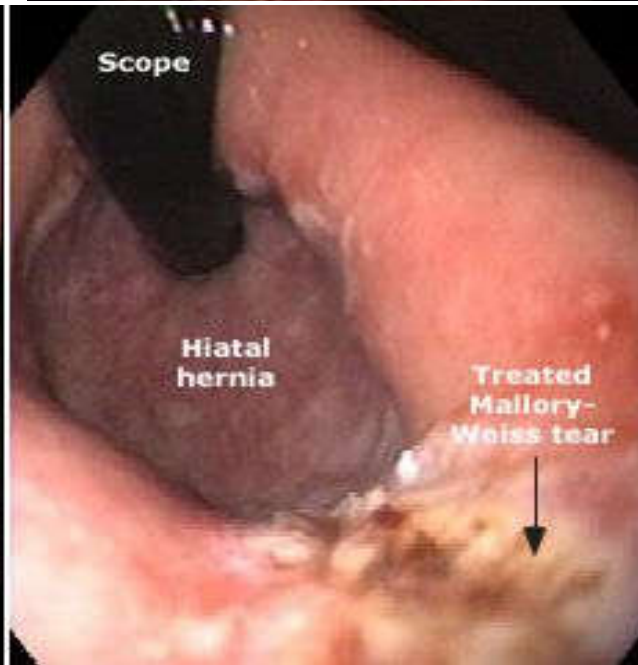
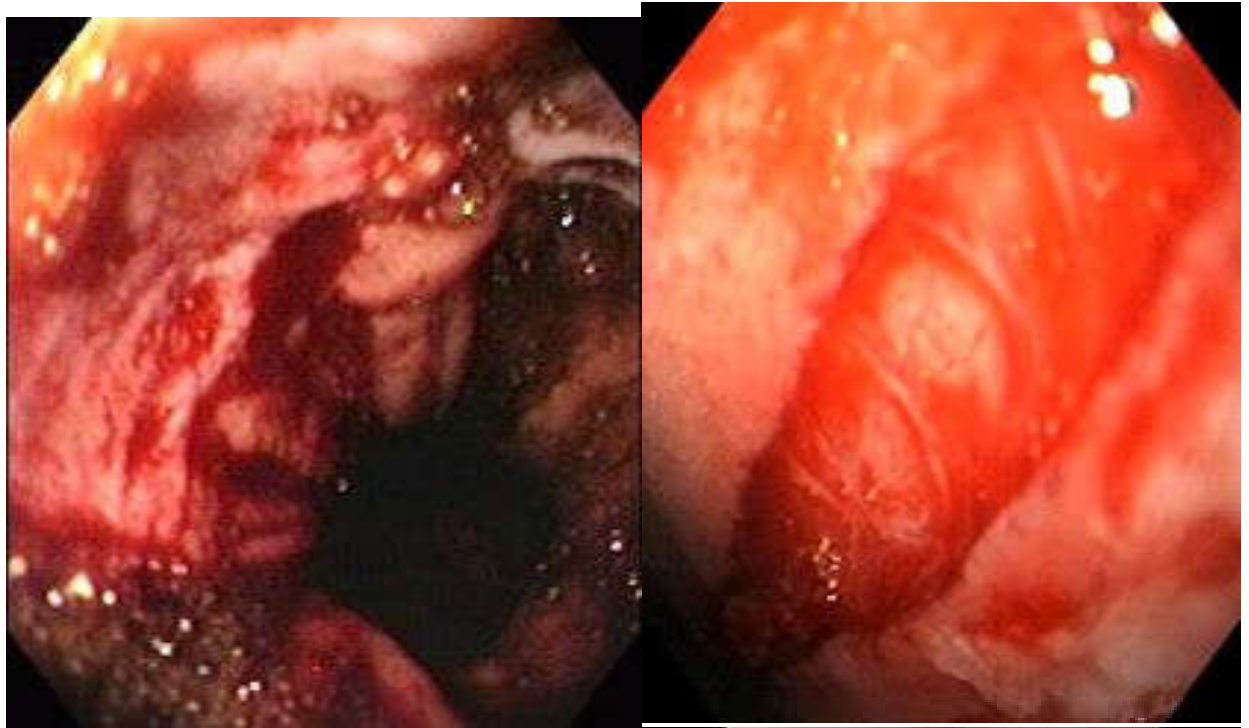
Forrest Ib



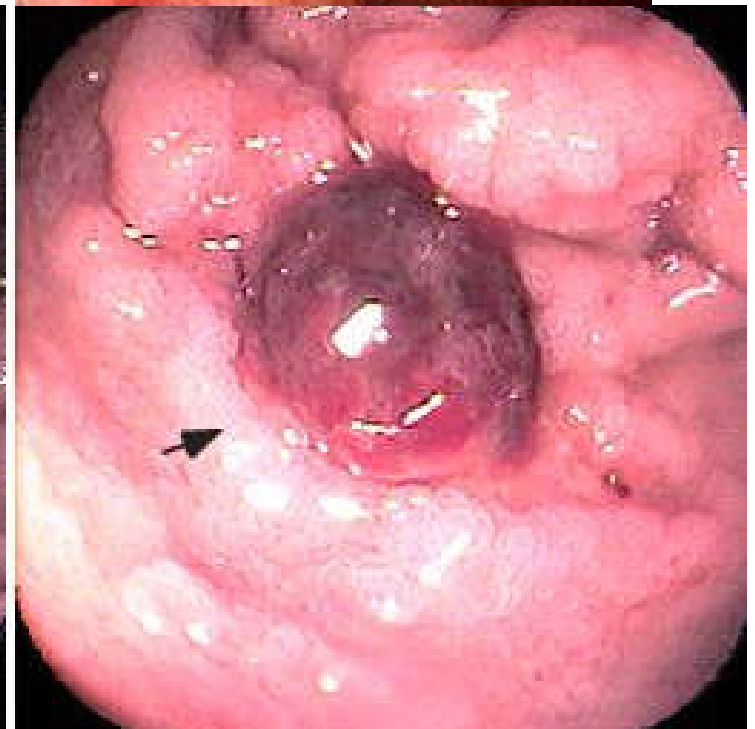
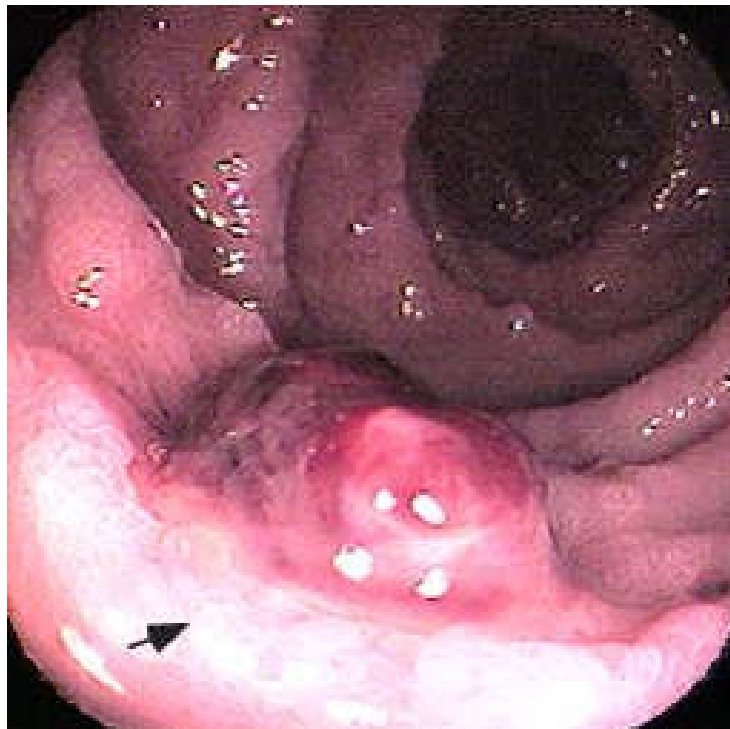
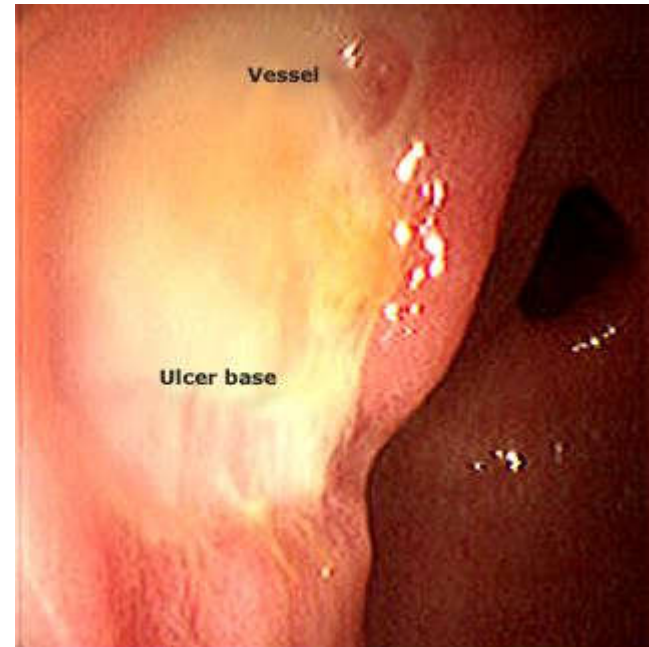
clips

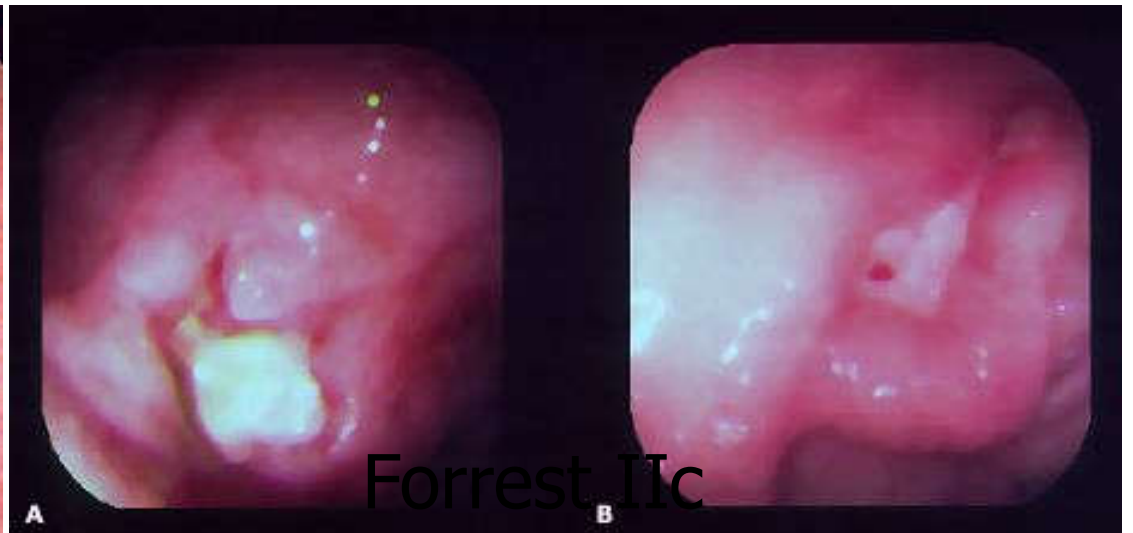
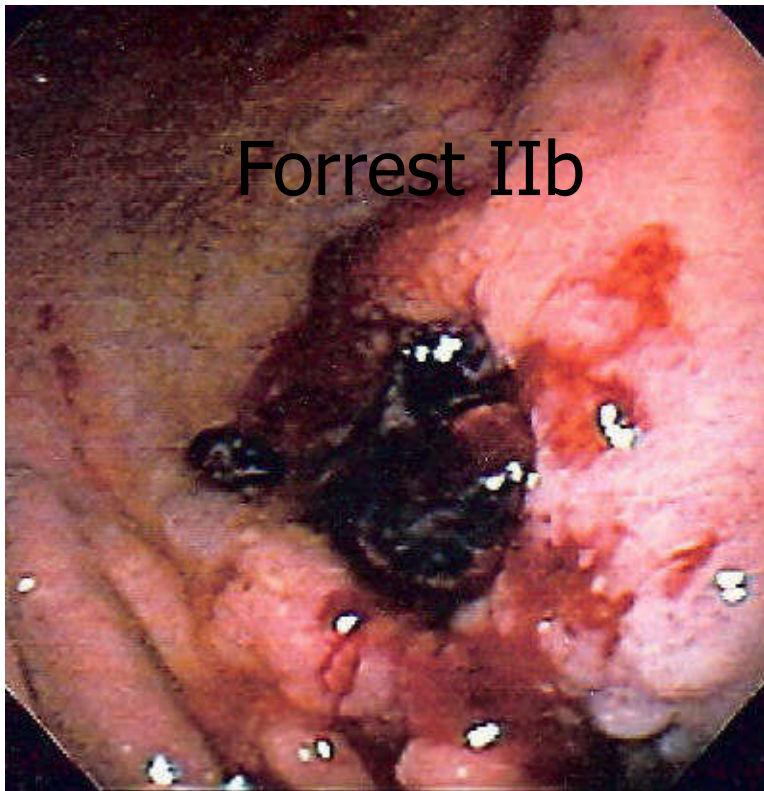


Mallory Weiss



Forrest IIa





Forrest III



ТЕРАПИЈА

ПРВА ПОМОШ – РЕСУСЦИТАЦИЈА ПРЕД ЕНДОСКОПЈА:

Започнува со поставување на систем на **три цевки**

1. давање инфузиони р-ри и/или трансфузија на крв во периферна венска линија,
2. назогастрична сонда,
3. уринарен катетер

ТЕРАПИЈА

- Ако пациентот е во шок / хемодинамска нестабилност, < HCT 6%, активно крвавење, потреба од трансфузија > 2 ед ресусцитација / две периферни венски линии / ЦВК, ЕКГ, мониторинг на витални параметри, пулсоксиметрија, следење на диуреза.
- се одредува крв.сл., хематокрит, крвна група и трансфузија;
- високоризични возрасни пац. HCT > 30% / останати > 20%;
- коагулациски тестови (PT, aPTT, TT, Tr) и аминотрансфери

ТЕРАПИЈА

- Супституција на крвниот волумен е задолжителна. Треба да се употребуваат балансирани електролитни раствори.
- Пациентите со акутно гастроинтестинално крвавење кои не се во шокова состојба треба да бидат упатени во ендоскопски центар, доколку се во шокова состојба треба да се упатат во единица за интензивна нега бидејќи може да биде потребен хируршки третман.
- Дobar принцип е предходно да се информира болницата каде што пациентот се испраќа.

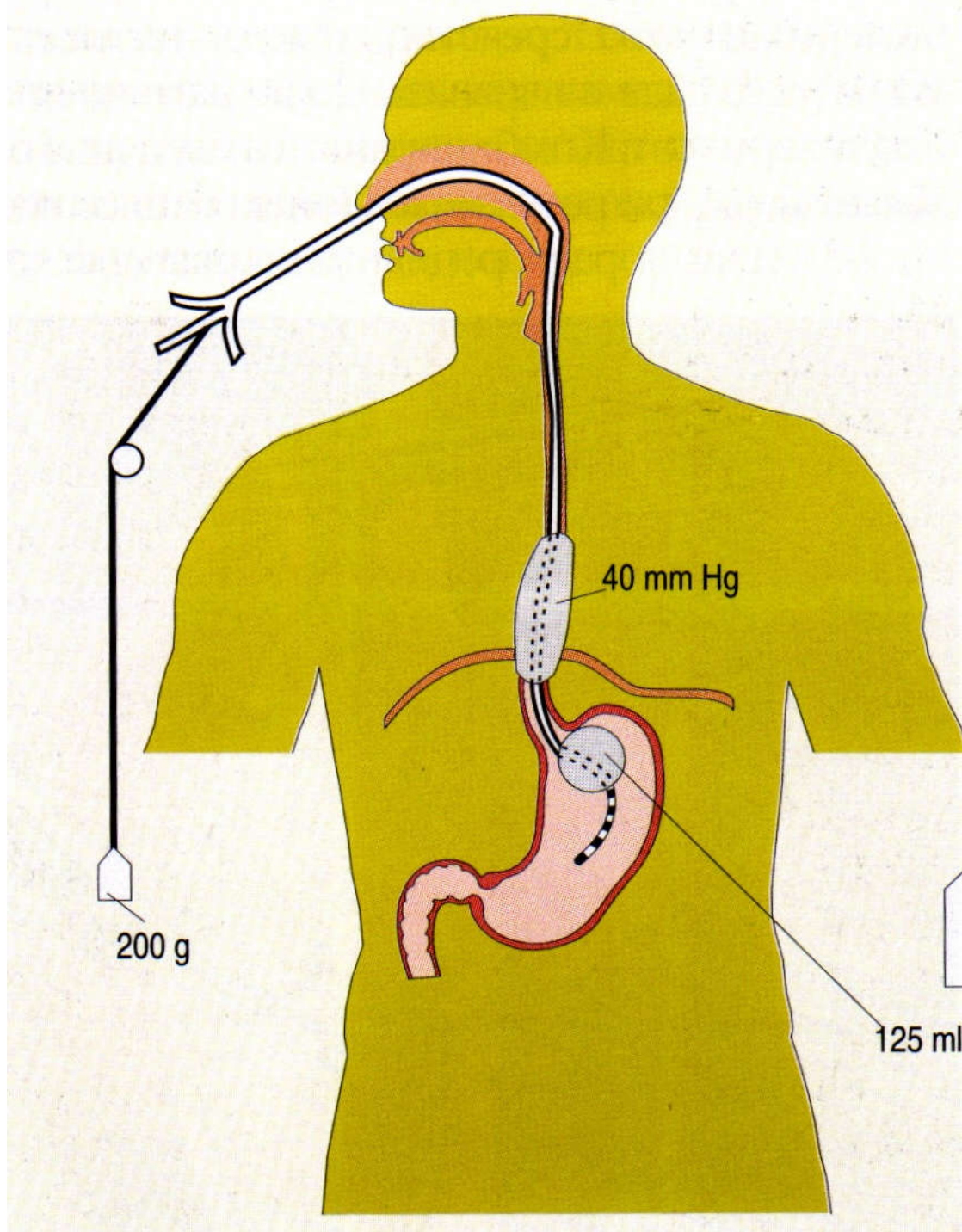
ТЕРАПИЈА

■ МЕДИКАМЕНТОЗНА:

1. Инхибитор на Протонска Пумпа (PPI) и.в. во болус 40мг (1 амп.) = 2 x ден.
2. Намалување на портален притисок (*vazopresin, terlipresin - I.V.: 2 mg – 1 - 2 mg/4 h до 36h*)
Somatostatine - Octreotide 25-50 mg/час и.в. инф. континуирано (3-7 дена кај вариксни крвавења, а пред ендоскопија кај улкусни крвавења);
(**Sandostatin** амр. 0,25 mg и.в болус + и.в. инф. во 500 мл Физ. р-р + 6 амп. 0,1 mg/24 ч.)
3. антибиотик (Rifaximin) – црнодробна цироза со вариксни и невариксни крвавења

ТЕРАПИЈА

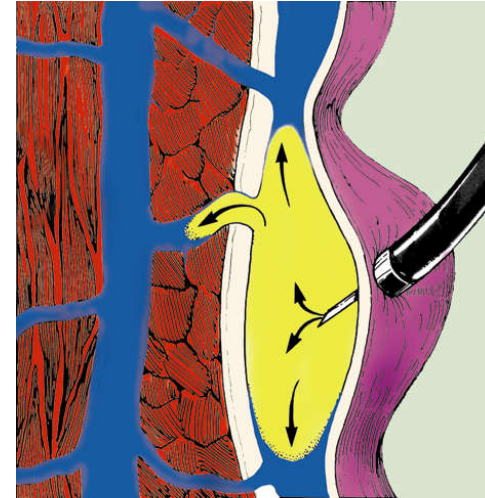
- **НАЗОГАСТРИЧНА СОНДА** *Sengstaken-Blakemore*
- **ЕНДОСКОПСКА** склеротерапија, лигација.
- **TIPS** трансјугуларен интрацрнодробен портосистемски шант.
- **ХИРУРШКИ ТРЕТМАН** – сутура, ресекција, портосистемски шант, деваскуларизациони процедури, трансекција на хранопроводот (Stepler-gan)



НАЗОГАСТРИЧНА СОНДА
Sengstaken-Blakemore

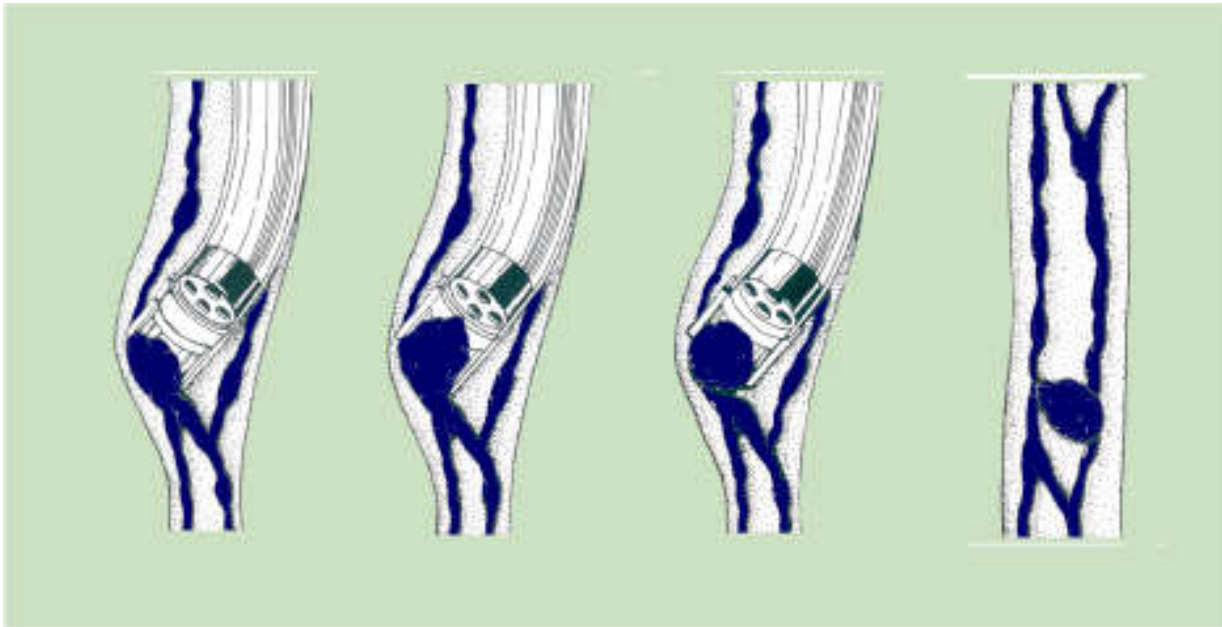
ТЕРАПИЈА

ЕНДОСКОПСКА СКЛЕРОТЕРАПИЈА



ТЕРАПИЈА

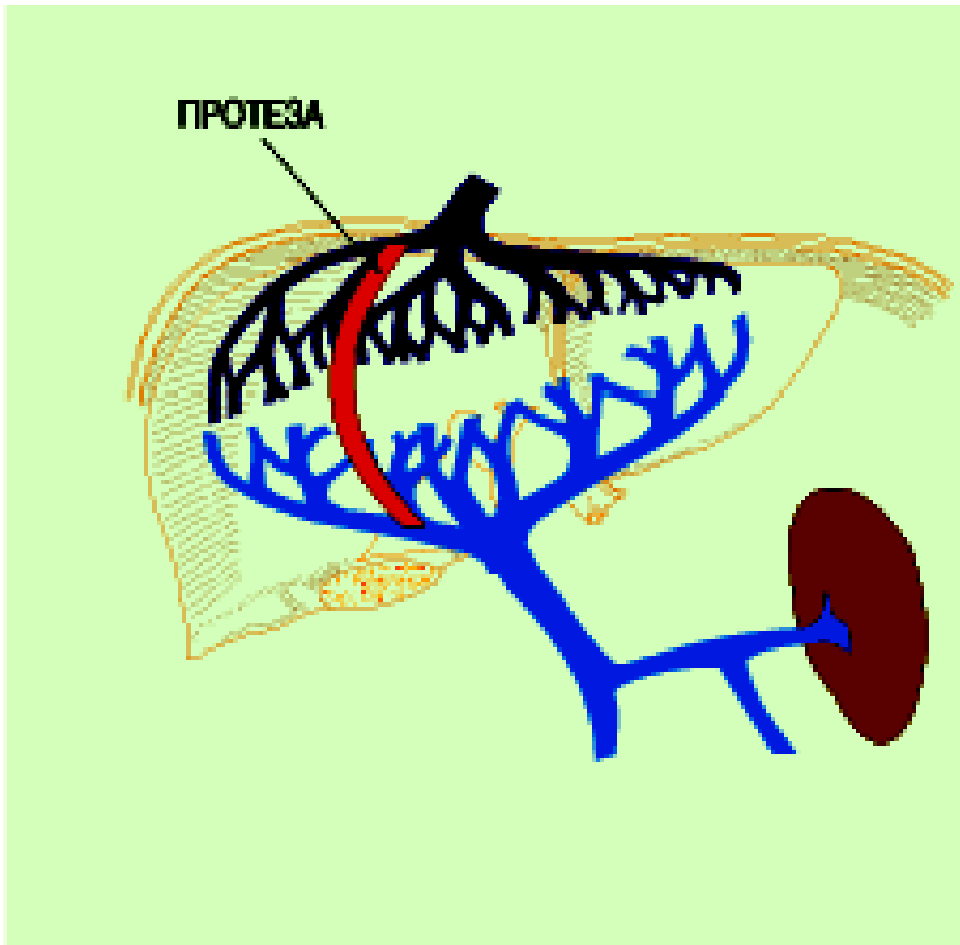
ЕНДОСКОПСКА - ЛИГИРАЊЕ



ТЕРАПИЈА

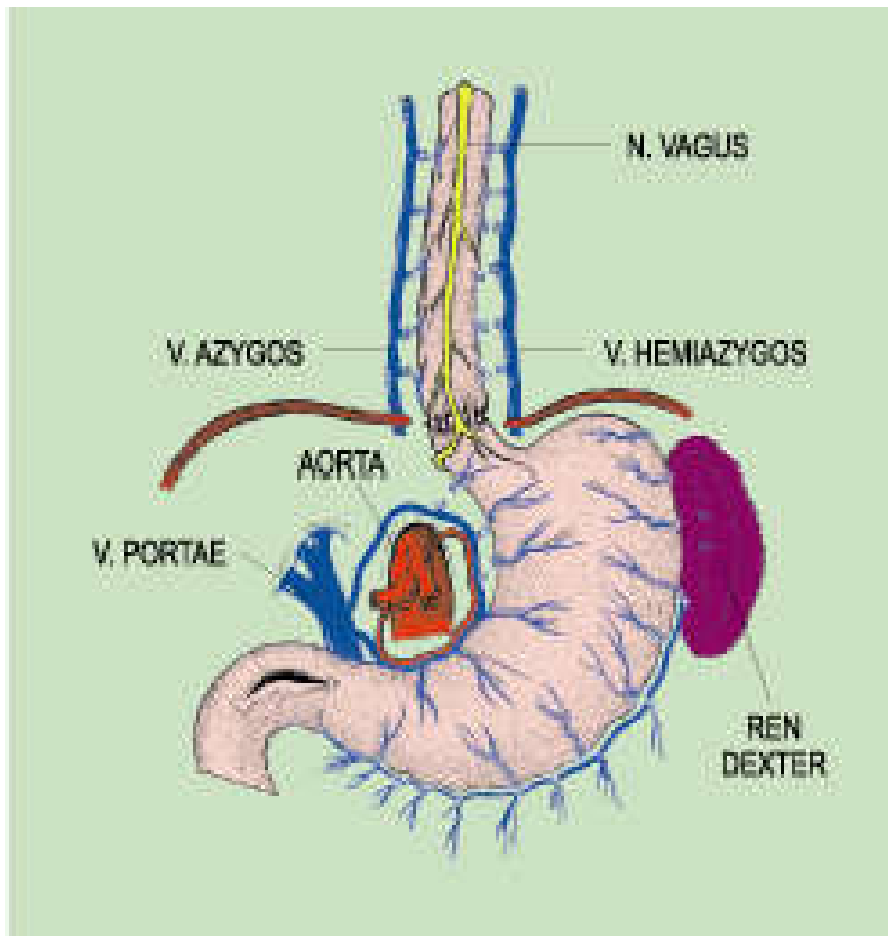
TIPS

Трансјугуларен интрахепатичен
портосистемски шант



терапия

хируршка



трансекција



Stapler техника

ЗАКЛУЧОК

- СИМПТОМАТСКА:

систем на три цевки

(венска линија, назогастрична сонда, уринарен катетер)
одржување витални знаци, инф. р-ри, трансфузија крв/плазма.

- МЕДИКАМЕНТОЗНА:

- PPI (Инхибитор на Протонска Пумпа) и.в
- намалување спланхички проток (sandostatin).

- ТРАНСПОРТ:

во центар за ендоскопска дијагностика и терапија, хируршки третман.

ΚΟΝΣΕΝΖΟΥΑΛΗ ΠΡΕΠΟΡΑΚΗ

Summary of consensus recommendations for the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding*

Hospital preparation	At patient presentation	At endoscopy
<p>Develop institution-specific protocols for multidisciplinary management. Include access to an endoscopist trained in endoscopic hemostasis [1].</p> <p>Have available on an urgent basis support staff trained to assist in endoscopy [2].</p>	<p>Immediately evaluate and initiate appropriate resuscitation [3].</p> <p>Consider placement of a nasogastric tube in selected patients because the findings may have prognostic value [4].</p> <p>Stratify patients into low- and high-risk categories for rebleeding and death on the basis of clinical criteria. Use available prognostic scales to assist in decision making [5.1].</p>	<p>Stratify patients into low- and high-risk categories for rebleeding and death on the basis of clinical and endoscopic criteria. Use available prognostic scales to assist in decision making [5.2].</p> <p>Perform early diagnostic endoscopy (≤ 24 hrs) with risk classification by clinical and endoscopic criteria to assist in 1) safe and prompt discharge of patients at low risk, 2) improvement of outcomes for patients at high risk, 3) reduction of resource utilization for patients at either low or high risk [6].</p> <p>Endoscopic hemostatic therapy is not indicated for patients with low-risk stigmata (a clean-based ulcer or a nonprotuberant pigmented dot in an ulcer bed) [7].</p> <p>Endoscopic hemostatic therapy is indicated for a patient with a clot in an ulcer bed, including targeted irrigation in an attempt at dislodgement, with appropriate treatment of the underlying lesion [7].</p> <p>Endoscopic hemostatic therapy is indicated for patients with high-risk stigmata (active bleeding or a visible vessel in an ulcer bed) [7].</p>
Endoscopic hemostatic therapy	Follow-up	Pharmacotherapy
<p>No single solution for endoscopic injection therapy is superior to another [8].</p> <p>No single method of endoscopic thermal coaptive therapy is superior to another [9].</p> <p>Monotherapy, with injection or thermal coagulation, is effective for high-risk stigmata; however, the combination is superior to either treatment alone [10].</p> <p>The placement of clips is promising for high-risk stigmata [11].</p>	<p>Routine second-look endoscopy is not recommended [12].</p> <p>A second attempt at endoscopic therapy is generally recommended in cases of rebleeding [13].</p> <p>Seek surgical consultation for patients whom endoscopic therapy has failed [14].</p> <p>Patients at low risk after endoscopy can be fed within 24 hours [19].</p> <p>Test patients for helicobacter pylori infection; eradicate infection if present [20].</p>	<p>H2-receptor antagonists are not recommended for patients with acute ulcer bleeding [15].</p> <p>Somatostatin and octreotide are not routinely recommended for patients with acute ulcer bleeding [16].</p> <p>Intravenous bolus followed by continuous-infusion proton-pump inhibitor can effectively decrease rebleeding in patients who have had successful endoscopic therapy [18].</p> <p>Consider high-dose proton-pump inhibition for patients awaiting endoscopy [18].</p>

* Numbers in square brackets are numbers of recommendations. For precise wording of the statements and scientific rationale, see text.

Reproduced with permission from: Barkun, A, Bardou, M, Marshall, J. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139:843.

Copyright © 2003 American College of Physicians.