



Gastrointerstinalna krvarenja

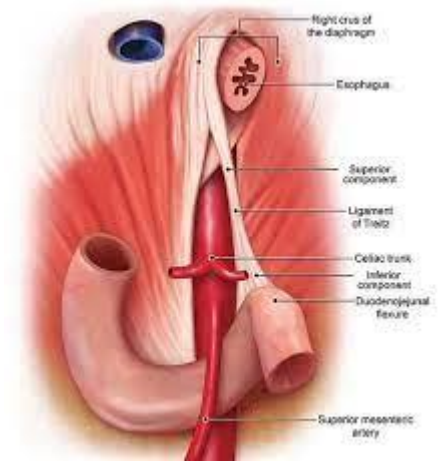
Iva Mišić

18.3.2024.

Izvor GI krvarenja može biti bilo gdje od usta do anusa, a krvarenje može biti manifestno (vidljivo) i okultno (skriveno).

Postoji mnogo potencijalnih uzroka GI krvarenja, a dijele se na one iz: gornjeg dijela GI sustava (iznad Treizovog ligamenta) te one iz donjeg dijela GI sustava.

Krvarenje bilo kojeg uzroka je i vjerojatnije i teže kod bolesnika sa kroničnom jetrenom bolešću, kod nasljednih bolesti zgrušavanja krvi ili kod onih koji uzimaju određene lijekove - antitrombotska th (rivaroksaban, varfarin, heparin, klopidoogrel, ASK) NSRI, SSRI)

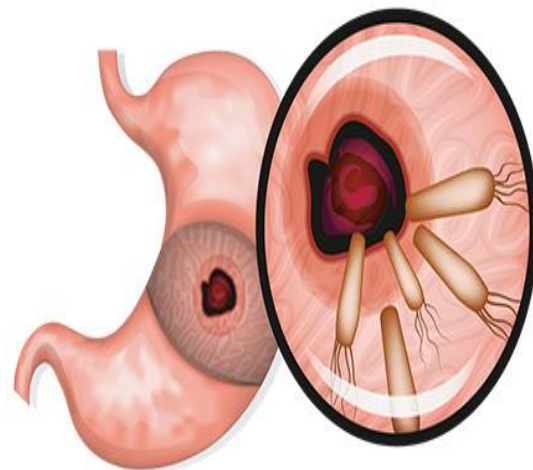
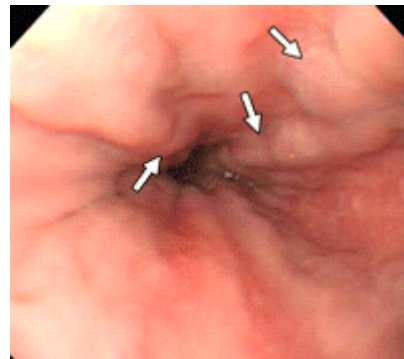


Podjela krvarenja



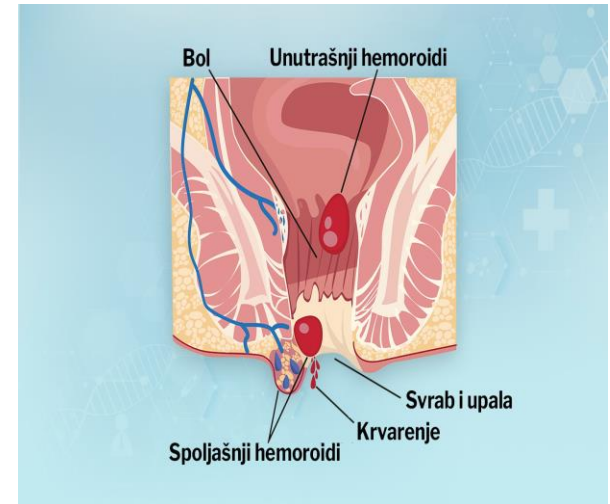
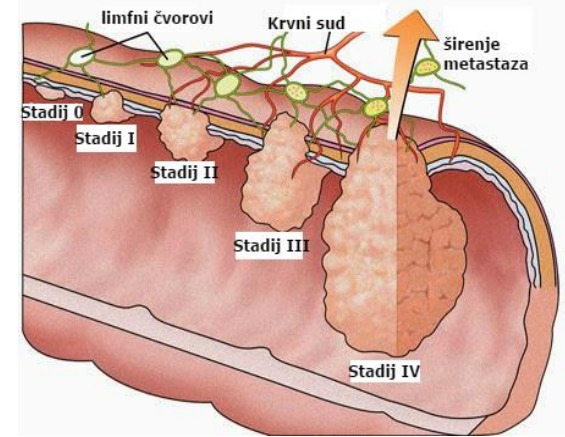
Gornji GI trakt:

1. Duodenalni vrijed (20-30%)
2. Želučane ili duodenalne erozije (20-30%)
3. Varikoziteti (15-20%)
4. Želučani vrijed (10-20%)
5. Mallorzi-Weissova bolest (5-10%)
6. Angiom (5-10%)
7. Arteriovenske malformacije (<5%)



Donji GI trakt:

1. Analne fisure
2. Angiodisplazija
3. Kolitis: radijacijski, ishemični
4. CA debelog crijeva
5. Polipi debelog crijeva
6. Divertikuloza
7. Upalne bolesti crijeva
8. Unutrašnji hemeroidi



Simptomi i znakovi GI krvarenja



HEMATEMEZA - (povraćanje crvene krvi) ukazuje na krvarenje iz gornjeg dijela GI sustava obično je riječ o arterijskom krvarenju ili o variksu. Povraćanje tamnije krvi (poput taloga crne kave) pojavljuje se kod krvarenja koje je usporilo ili se zaustavilo.

HEMATOKEZIJA - pojava krvave stolice iz rektuma i obično ukazuje na krvarenje iz donjeg dijela GI sustava.

MELENA (crna stolica) - obično ukazuje na krvarenje iz gornjeg dijela GI sustava te ponekad iz tankog crijeva, da bi se dobila melena potrebno je da u gornji GI trakt iskrvari cca 100-200 ml krvi . (Napomena melenu može dati unos željeza , bizmuta, te razne hrane) .

Kronično krvarenje može se javiti bilo gdje u GI sustavu a otkriva se kemijskim testiranjem stolice.



Bolesnici sa jakim krvarenjima mogu imati kliničke znakove šoka (tahikardija, tahipneja, blijedilo kože, znojenje, oligurija, smetenost)

Bolesnici sa nižim stupnjem krvarenja mogu imati samo umjerenu tahikardiju ($f \text{ srca} > 100 \text{ \textbackslash min}$), ortostatske promjene pulsa (razlika $10 \text{ \textbackslash min}$), pad krvnog tlaka.

Bolesnici sa kroničnim gubitkom krvi će pokazivati znakove anemije (slabost, umor, blijedilo kože, omaglice)

Anamneza



Anamneza ukazuje na dijagnozu kod oko 50% bolesnika ali za potvrdu konačne dg su potrebne dodatne kl. pretrage.

Epigastrična bol koja popušta na uzimanje hrane ili antacida ukazuje na peptičnu bolest.

Gubitak na TT i anoreksija ukazuju na malignitet.

Disfagija upućuje na karcinom jednjaka ili strikturu.

Anamnestički podatak o krvarenju može ukazivati na hemoragičnu dijatezu.

Krvavi proljevi, febrilitet i bol u trbuhu ukazuju na upalnu bolest crijeva ili infektivni kolitis.

Hematokezija ukazuje na divertikulozu ili angiodisplaziju.

Svježa krv - unutrašnji hemeriodi.

Krv pomješana sa stolicom - patološki proces proksimalno u crijevu.

Fizikalni pregled



Promatrati pacijenta u cijelosti (boja kože i vidljivih sluznica , orošenost znojem ,TA, TT)

Krv u nosu ili krv koja kaplje niz ždrijelo ukazuje na krvarenje iz nazofarinksa.

Pregledom abdomena možemo uočiti : paukoliki naevusi , hepatosplenomegalija, ascites - varikoziteti jednjaka, prisutnost tumefakcija, odsustvo peristaltike.

Kutna telenagiektazija korijena nokta ili *GI teleangiektazije* - sistemska skleroza ili bolesti vezivnog tkiva.

DRP je potreban kako bi se utvrdila boja stolice , uočile tm. tvorbe ,fisure ili hemeroidi.

Dijagnostičke pretrage



Bolesniku sa skrivenim krvarenjem ćemo odraditi KKS.

Kod ospežnog krvarenja ćemo odraditi koagulogram te jetrene testove (bilirubin, AF, albumine, AST,ALT).

Test stolice na Okultno krvarenje upotpunjuje pregled (skrivena krv u stolici može biti prvi znak CA ili polipa debelog crijeva kod pacijenata >45 god).

Sve bolesnike kod kojih se sumnja na krvarenje iz gornjeg dijela GI trakta treba podvrgnuti nazogastričnoj aspiraciji ili lavaži. (krvavi NG aspirat ukazuje na aktivno krvarenje, a sadržaj poput taloga kave ukazuje da je krvarenje prestalo). Potom EDGS.

Kolonoskopija je metoda izbora za bolesnike sa hemtokezijom.

Dijagnostika skrivenog krvarenja može biti teška jer ne ukazuje na specifično mjesto krvarenja (endoskopija je metoda izbora) ako ona ne daje adekvatne rezultate potrebno je učiniti pasažu tankog crijeva, potom CT.

Liječenje



Hematemezu, hematokeziju i melenu treba smatrati hitnim stanjima.

Sve bolesnike sa teškim GI krvarenjem potrebno je primiti u JIL.

Opće liječenje ovog stanja odnosi se na opskrbu dišnog puta i otvaranje venskog puta (nadoknadu cirkulirajućeg volumena) , a hemostaza ovisi o uzroku krvarenja.



Dišni put:

Glavni uzrok morbiditeta i mortaliteta kod bolesnika sa aktivnim krvarenjem iz gornjeg dijela GI sustav jeste aspiracija krvi sa posljedičnim kompromitiranjem disanja.

Kod bolesnika sa oslabljenim faringealnim refleksima ili onih koji nisu svjesni potrebno je odraditi endotrahealnu intubaciju.



Nadoknada tekućine:

IV nadoknada tekućine kod bolesnika sa hipovolemijskim ili hemoragičnim šokom (f.o. IV 500-1000 ml) max 2L - dok se znakovi hipovolemije ne povuku.

Bolesnici kojima je potrebna dodatna nadoknada trebaju primiti transfuziju deplazmatiranih eritrocita.- dok se ne popravi iv volumen . Transfuzije se obustave kada hematokrit dosegne 30. Kod kroničnog krvarenja obično se ne daju transfuzije osim ako hematokrit nije <21.

Kod jakog krvarenja potrebne su transfuzije trombocita.



Hemostaza:

GI krvarenje se spontano zaustavlja u 80 % slučajeva, ostali zahtjevaju neku vrstu intervencije.

Peptički ulkus, akutno krvarenje ili recidiv krvarenja se liječe endoskopskom koagulacijom, ako se endoskopijom ne uspije zaustaviti krvarenje potreban je OP zahvat kako bi se šavovima saniralo mjesto krvarenja.

Aktivno krvarenje iz varikoziteta se može riješiti endoskopskim podvezivanjem (bandažom), skleroterapijom ili transjugularnom intrahepatičnom portosistemskom skretnicom (TIPS).

Teško akutno krvarenje iz donjeg dijela GI sustava iz divertikula ili angioma moguće je kontrolirati kolonskopski elektrokauterizacijom, termokoagulacijom ili injekcijom adrenalina.

Polipi se mogu odstraniti kauterizacijom ili omčom.

Kod kontinuiranog krvarenja može se pristupiti OP zahvatu, ali je potrebno odrediti izvor krvarenja.

U većini slučajeva krvarenje iz unutrašnjih hemeroida se spontano zaustavlja, a kod bolesnika sa tvrdokornim krvarenjem odradi se anoskopija sa ligaturama (bandaža), injekcijama, koagulacijom ili kirurški.