

## Krwawienie z przewodu pokarmowego

.Krwawienie z przewodu pokarmowego oznacza wynacznienie krwi do światła przewodu pokarmowego.

.Krwawienia, w których jednorazowa utrata krwi przekracza 500 ml, określa się jako ostre, a dzienna utrata krwi około 50 ml – jako krwawienie przewlekłe.

.Krwawienie utajone to obecność krwi w stolcu wykrywalna w badaniach laboratoryjnych, bez makroskopowo widocznej krwi w stolcu.

- . Więzadło Treitza=granica
- . Powyżej tj. przełyk żołądek i XII-ca → krwawienie z gopp
- . Poniżej → dopp

## Przyczyny krwawienia z GOPP

### Częste

.wrzód żołądka lub dwunastnicy – najczęstsza przyczyna (50-75% wszystkich krwawień z GOPP)

.gastropatia krwotoczna (10-20%)

.żylaki przełyku oraz wpustu żołądka (około 10%) – powstają najczęściej z powodu nadciśnienia wrotnego w marskości wątroby

.owrzodzenia przełyku wklajające chorobę refleksową – zlokalizowane zwykle w dalszej części przełyku,

.pęknięcia błony śluzowej w obrębie wpustu, czyli zespół Mallory'go i Weissa (3-7% krwawień z GOPP)

# Przyczyny krwawienia z GOPP

## Rzadkie

- . rak przełyku lub żołądka
- .GAVE ( gastric antral vascular ectasia) – rozszerzenia naczyń w części przedodźwiernikowej żołądka u chorych z marskością wątroby (tzw. żołądek arbuzowaty, watermelon stomach)
- .gastropatia wrotna
- .uraz przełyku
- .teleangiectasie
- .tętniaki (aorty, tętnicy śledzionowej, tętnicy trzustkowo-dwunastniczej)
- .koagulopatie
- .małopłytkowość

## Czynniki sprzyjające wystąpieniu krwawienia

- .wiek > 50 lat
- .przebyty krwotok z wrzodu żołądka lub dwunastnicy
- .zakażenie *Helicobacter pylori*
- .przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub leków zmniejszających krzepliwość krwi
- .NLZP

# Przyczyny krwawień z DOPP

## Częste

- .guzki krwawnicze (żylaki odbytu) – najczęstsza przyczyna krwawień z DOPP, niezależnie od wieku chorego,
- .niesteroidowe leki przeciwzapalne i doustne preparaty potasu
- .infekcyjne zapalenia jelit
- .polipy odbytnicy i okrężnicy oraz krwawienia po polipektomii endoskopowej (0,2% zabiegów)

## u osób starszych >50 roku życia

- .uchyłki okrężnicy
- .niedokrwienie (zator, zakrzep) i niedokrwienne zapalenie jelita grubego
- .nowotwór jelita grubego (rak)

## u osób w wieku 40 – 50 lat

- .infekcyjne zapalenia jelita grubego
- .nieswoiste zapalenia jelit
- .choroby odbytu i odbytnicy – guzki krwawnicze, szczeliny odbytu, owrzodzenia odbytnicy

# Przyczyny krwawień z DOPP

## Rzadkie

- .żylaki odbytu powstające wskutek nadciśnienia wrotnego, kolopatia wrotna
- .uchyłek Meckela z ektopową błoną śluzową żołądka
- .endometrioza
- .przetoka aortalno-jelitowa po protezowaniu aortalno-udowym
- .stany po radioterapii raka prostaty u mężczyzn i nowotworów dróg rodnych u kobiet
- .małopłytkowość i koagulopatie
- .zapalenia naczyń

## Objawy podmiotowe i przedmiotowe. Krwawienia z GOPP

Ostre krwawienie z GOPP może mieć postać:

- wymiotów fusowatych (melaenemesis)
- wymiotów krwistych (haematemesis)
- stolca smolistego (melaena)
- stolca zmieszanego z krwią (haematocheza)
- Stolce smoliste gdy w przewodzie pokarmowym znalazło się > 100 ml krwi.
- Stolec wymieszany z krwią – krwawienie masywne z GOPP + przyspieszony pasaż jelitowy.

.W zależności od ilości utraconej krwi krwawienie może być bezobjawowe lub mogą wystąpić objawy hipowolemii ( błądź, osłabienie, zawroty głowy, omdlenie, zlewne poty, spadek ciśnienia tętniczego, przyspieszenie tętna aż do wystąpienia pełnoobjawowego wstrząsu)

## Stopnie niedokrwistości pokrwotocznej

**Stopień pierwszy** (utrata krwi < 250 ml/d )

- objawy kliniczne z reguły nie występują
- stan hemodynamiczny chorego jest stabilny
- zmniejszenie stężenia hemoglobiny nieznaczne

**Stopień drugi** ( utrata krwi < 1000 ml/d )

- błądź powłok, osłabienie, zawroty głowy, przyspieszenie tętna, obniżenie ciśnienia tętniczego ośrodkowego ciśnienia żylnego
- stężenie hemoglobiny < 5,6 mmol/l

**Stopień trzeci** ( utrata krwi > 1000 ml/d)

- objawy wstrząsu
- stężenie hemoglobiny < 5,6 mmol/l

## Krwawienie z DOPP

- .najczęstszym objawem jest stolec z domieszką krwi
- .10% stolec smolisty, który jest typowy dla krwawienia z GOPP, źródło krwawienia może być zlokalizowane w dalszym odcinku jelita cienkiego lub bliższym odcinku jelita grubego
- .jasnoczerwona krew pokrywająca stolec wskazuje raczej na lokalizację źródła krwawienia w kanale odbytu lub końcowym odcinku odbytnicy.

## Nieprawidłowości w badaniach pomocniczych

### **Badania laboratoryjne**

- .niedokrwistość – normocytarna w ostrym, niedobarwliwa (mikrocytarna) w przewlekłym krwawieniu
- .obecność krwi utajonej w kale

### **Endoskopia GOPP**

- .w >90% przypadków umożliwia zlokalizowanie źródła krwawienia

### **Endoskopia DOPP**

- .podstawowym badaniem w krwawieniu z jelita grubego jest kolonoskopia
- .guzki krwawnicze zewnętrzne stwierdza się podczas badania per rectum
- .guzki wewnętrzne są najskuteczniej wykrywane podczas anoskopii lub w inwersji aparatu podczas kolonoskopii lub sigmoidoskopii
- .należy pamiętać, że jednocześnie może występować krwawienie z paru źródeł

## Rozpoznanie

- Badanie per rectum musi być wykonane w każdym przypadku krwawienie z przewodu pokarmowego (krew lub smolisty stolec widoczny na palcu)
- Podstawową metodą diagnostyczną w krwawieniu z GOPP jest endoskopia wykonana w możliwie jak najkrótszym czasie od chwili wystąpienia objawów
- U chorych z krwawieniem z DOPP należy wykluczyć krwawienie z GOPP, wykonać badanie per rectum, a następnie rozważyć wskazania do kolonoskopii
- Niewykrycie ewidentnego źródła krwawienia podczas wziernikowania GOPP i DOPP wskazuje na potrzebę diagnostyki jelita cienkiego za pomocą takich metod jak: enteroskopia, endoskopia kapsułkowa, enterokliza, scyntygrafia z użyciem znakowanych izotopem erytrocytów lub angiografia.

## Postępowanie doraźne

- Dostęp dożylny (najlepiej wkłucie centralne)
  - Pomiar OCŻ
  - Postępowanie p/wstrząsowe
  - Jeśli trzeba-intubacja
  - Uzupełnianie objętości utraconej krwi:
    - krystaloidy: 3ml=1ml utraconej krwi
    - koloidy: 1ml=1ml utraconej krwi
  - KKCZ jeśli utrata krwi >1500ml, utrzymanie hematokrytu > 30%

• Profilaktyka: leki osłonowe, zmniejszające wydzielanie soku żołądkowego, wczesne włączenie żywienia dojelitowego (pocjenko na OIT)

- Sonda nosowo- żołądkowa (nie w żyłkach przełyku)
- Endoskopia: koagulacja termiczna i ostrzykiwanie lekami (etanol, adrenalina)-wrzód trawienny; obliteracja (wykrzepianie żyłaków np. etanolem), banding (podwiązanie żyłaków); elektrokoagulacja lub laser-dopp
- Leczenie chirurgiczne