

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХЕМАТЕМЕЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хематемеза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хематемеза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хематемеза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хематемеза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2430/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ХЕМАТЕМЕЗА

МЗД Упатство

15.04.2013 • Последна промена 3.4.2009

Martti Matikainen Pentti Kallio

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Историја на болеста
- Клинички наоди
- Примарни испитувања
- Прва помош
- Третман во ургентна болничка единица
- Етиологија и третман на хематемезата
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Превенција и третман на хиповолемичен шок.
- Наоѓање на причината и запирање на крвавењето.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Повеќе од 5% од итните хируршки пациенти имаат акутно гастроинтестинално крвавење и 80% од нив имаат горно гастроинтестинално крвавење.

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Историјата на болеста може да даде добри инфомации за основната причина, но ретко има какво било влијание врз акутниот третман на пациент со крвавење.
- Важни фактори во историјата на болеста се:
 - Употреба на аналгетици и нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) (желудечни ерозии).
 - Претходна историја за улкусна болест.
 - Црнодробна цироза (вариксно крвавење).

КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Тежината на крвавењето се оценува со клиничкиот преглед.
- Знаци за **тешко крвавење** се:
 - Нагол почеток.
 - Знаци за хиповолемичен шок или претечки шок, како бледило или несвестица во исправена положба.
- Пациентот во хиповолемичен шок е блед, со студена пот, пулсот е брз и слаб и крвниот притисок е низок. Кога се мери крвниот притисок, треба да се има предвид дека и умерено ниски вредности можат да бидат сериозни ако пациентот има хипертензија.
- Ректалниот дигитален преглед е задолжителен кај секој пациент со хематемеза. Мелена (темен, како катран измет) зборува дека пациентот имал крвавење веќе неколку часа. Во случај на сомнение, нормалниот измет не исклучува крвавење. Кај екстремно големо горно гастроинтестинално крвавење изметот може да биде крвав, **хематохезија**.

- Знаци на хронична црнодробна болест се:
 - Зголемен или тврд на палпација црн дроб.
 - Спајдер невуси, палмарен еритем.
 - Гинекомастија.
 - Пожолтување.
- Слизнички абнорманости:
 - Телеангиектазии здружени со Rendu-Osler-Weber синдромот.

ПРИМАРНИ ИСПИТУВАЊА

- Ако пациентот има знаци на шок, третманот треба да се почне веднаш и пациентот да се упати во болница.
- Во случај на побавно крвање и ако дијагнозата за крвање не е сигурна, вредноста на хематокритот може да биде корисна. Типично е пациентот да има многу низок хематокрит без шок, ако крваењето било бавно (денови). Од друга страна и многу големо акутно крвање може да даде само мало намалување на вредноста на хематокритот поради хемоконцентрација.

ПРВА ПОМОШ

- Ако постои и најмало сомнение за значајно крвање, дајте и.в. инфузија.
- Ако пациентот е во шок, се препорачуваат две интравенски канили.
- Супституција на крвниот волумен е задолжителна. Употребувајте балансирани електролитни раствори. Цел на волуменската супституција е систоличен крвен притисок од 90-100 mmHg и хемоглобинска концентрација над 100 g/l, за да се избегне хипооксемија (пациентите се често возрасни и може да имаат коронарна болест).
- Сите пациенти со акутно гастроинтестинално крвање треба да бидат упатени во хируршка единица, бидејќи може да биде потребен хируршки третман. Ако крваењето е профузно, добар принцип е да ја информирате единицата каде го испраќате пациентот однапред.

ТРЕТМАН ВО УРГЕНТНА БОЛНИЧКА ЕДИНИЦА

- И.в. инфузија се продолжува.
- Хематокрит, одредување на крвна група и интерреакција се најважните примарни крвни тестови.
- Коагулациски тестови (тромбопластинско време, тромбоцити) и аминотрансферази се исто така корисни.
- Гастроскопија треба да се направи кај крвавечки пациент што е можно побргу.
 - Во пракса гастроскопија често се прави за време на дежурство. Ако пациентот е примен ноќе, гастроскопијата може да се направи следното утро ако крваењето е под контрола. Во случај на континуирано крвање, гастроскопија треба да се направи без одложување.
- Пациентите во шок треба да се третираат во единица за интензивна нега и гастроскопија се прави веднаш.

ЕТИОЛОГИЈА И ТРЕТМАН НА ХЕМАТЕМЕЗАТА

Езофагеални варикси

- Најчеста причина за езофагеално крвање се езофагеални варикси. Крваењето е обично масивно и има крв “насекаде”. Наглото крвање често запира исто така бргу, но лесно почнува повторно. Смртноста е значајна.

- Вариксно крвање е суспектно ако хематемезата е светла и пациентот има знаци за црнодробна цироза и портална хипертензија, како асцит, гинекомастија, спајдер невуси, пожелтување или проширени вени на абдоминалниот сид.
- Третман
 - Хемодинамиката се одржува со доволно инфузии на волумни експандери и еритроцити.
 - Тромбоцити и свежа плазма се даваат кога е потребно.
 - Се одржува адекватна оксигенација.
 - Како прва помош се даваат соматостатин аналози. (ннд-А)
 - Ако крвањето продолжува, се поставува балон тампонада (Linton или Sengstaken-Blakemore-ова сонда). Желудечниот балон се надувува, се повлекува до кардијата и се фиксира. Ова обично е доволно за запирање на крвањето. Пред каква било балон тампонада мора да се потврди вариксна причина за крвањето со гастроскопија. Вистинското место на балонот треба секогаш да се провери радиографски. Лошо позициониран балон е животозагрозувачка компликација.
 - Ендоскопска склеротерапија за време на акутно крвање е прилично тешка процедура. Се повторува на едно до три неделни интервали до исчезнување на вариксите.
 - На пациентите со црнодробна цироза се дава антимикуробна терапија во текот на 7 дена.
 - Како долготраен третман бета-блокаторите и нитратите можат да ја намалат смртноста.
 - Најважен прогностички фактор кај варикското крвање е тежината на црнодробната болест.

Mallory-Weiss расцеп

- Повраќање, придружено со силно напнување може да предизвика расцеп на пролапсирачката гастрична мукоза. Овој т.н. Mallory-Weiss расцеп може да крвави значително, но крвањето обично престанува спонтано. Расцепот е локализиран на гастро-езофагеалниот спој.
- Историјата на Mallory-Weiss расцепот е прилично типична: повраќање со напнување на нормална желудечна содржина следено со хематемеза. Третман со антисекреторни средства не е неопходен.
- Слабо крвање при Mallory-Weiss е чест случај во примарната здравствена заштита. Доколку постојат јасни анамнестички податоци дека крвта се јавила на крајот од повраќање со напнување, количината на крв е мала и е светло црвена како знак на свежо крвање, а пациентот е во добра кондиција без знаци за продолжено крвање, следењето во примарна здравствена заштита е доволно. Се советува подоцна ендоскопски преглед, со цел да се потврди дијагнозата.

Пептичка улкусна болест

- Пептичката улкусна болест е најважна причина за горно гастроинтестинално крвање. Желудечниот и дуоденалниот улкус се причина за околу една третина од овие крвавења.
- Третман
 - Ако улкусот крвави при ендоскопија (Forrest Ia или Ib) или се гледа “visible vessel” (Forrest Pa) (видлив крвен сад) се третира за време на прегледот (инјекција со адреналин, електрокоагулација, термокоагулација, фибринско лепило).
 - Ако бил направен ендоскопски третман, треба секогаш да се направи контролна ендоскопија во текот на 24 часа. Повторен ендоскопски третман по краток опсервационен период (< 24 часа) значително ги редуцира повторните крвавења.
 - Ако ендоскопскиот третман е неуспешен по повеќе обиди (крвањето продолжува или пациентот сè уште има знаци за шок по примени 5 дози еритроцити) индициран е хируршки третман.
 - Нема доказ дека антисекреторните средства имаат какво било дејство во третманот на акутно крвачкиот пептички улкус. Меѓутоа, тие имаат централна улога во третманот на улкусната болест и превенцијата на повторното крвање. (ннд-А)

- Поматамошен третман
 - За време на ургентната гастроскопија треба да се направи брз хеликобактер тест. Ако е позитивен, ерадикациски третман може да отпочне веднаш штом крвавењето е престанато и повторувањето на улкусната болест и крвавење може да се избегне.

Крвавечки желудечни ерозии

- Нестероидните антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) сè почесто предизвикуваат желудечни крвавења, особено кај постарите. Овие лекови предизвикуваат слузнички ерозии кои можат да крвават.
- Третманот е обично ендоскопски според истите принципи како кај крвавењето од пептички улкус. За превенција на поворно крвавење, треба да се евалуира потребата од натамошна употреба на аспирин или НСАИЛ. Треба да се размисли за профилактички третман со инхибитори на протонската пумпа.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

МЗД Упатство
8.4.2010

Кохранови прегледи

- Високи дози и средни до ниски дози на инхибитори на протонската пумпа (ИПП), можеби се подеднакво ефикасни во третманот на крвавење од акутен пептичен улцер. (ннд – **C**)
- Третман со ППИ пред ендоскопската дијагноза можеби нема ефект врз клинички значајните исходи (смртност, повторно крвавење или потреба од хирургија или трансфузии), споредено со плацебо или хистамине-2 рецептор антагонисти кај пациентите со акутно горно гастроинтестинално крвавење (ннд –**C**).
- Транексами чната киселина можеби ја редуцира севкупната смртност споредено со плацебо, кај пациенти со горно гастроинтестинално (ГИ) крвавење, но не и инциденцата на повторно крвавење, или потребата од хирургија или трансфузии (ннд-**C**).
- Антифибринолитичките можно го редуцираат траењето на крвавењето (но не и честотата на ремисии) кај хемоптизиите од било која причина, иако нема доволно докази (ннд – **D**).
- Терлипресин е поефективен од плацебо во намалувањето на смртноста кај крвавење од езофагеални варикси (ннд-**A**).
- Нема убедлив доказ дека за ефективноста на склеротерапијата како прв, единичен третман во споредба со вазоактивни лекови (ннд-**A**).
- Дополнителен ендоскопски третман по епинефринска инјекција го намалува понатамошното крвавење и потребата од хируршки третман кај пациенти со крвавечка петична улцерација (ннд-**A**).
- Нема доволно докази за користа и штетата од трансфузија на еритроцити кај акутно горнодигестивно крвавење (ннд-**D**).

Други збирни докази

- Бета-адренергичните-антагонисти се чинат ефективни во намалувањето на фаталните и нефаталните први гастроинтестинални крвавења од езофагеални варикозитети кај пациенти со цироза, но не ја подобруваат вкупната 2 – годишна смртност (ннд-**B**).
- Изосорбит-5-мононитрат се чини ефективен колку и пропранололот во превенцијата на првичните крвавења кај цироза (ннд-**B**).

ЛИТЕРАТУРА

- Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2008 Aug 28; 359(9):928-37.
- Pagliaro L, D'Amico G, Sørensen TI, Lebrec D, Burroughs AK, Morabito A, Tiné F, Politi F, Traina M. Prevention of first bleeding in cirrhosis. A meta-analysis of randomized trials of nonsurgical treatment. *Ann Intern Med* 1992 Jul 1;117(1):59-70.
- Teran JC, Imperiale TF, Mullen KD, Tavill AS, McCullough AJ. Primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis: a cost-effectiveness analysis. *Gastroenterology* 1997 Feb; 112(2):473-82.
- Hayes PC, Davis JM, Lewis JA, Bouchier IA. Meta-analysis of value of propranolol in prevention of variceal haemorrhage. *Lancet* 1990 Jul 21; 336(8708):153-6.
- 5.. Merkel C, Marin R, Enzo E, Donada C, Cavallarin G, Torboli P, Amodio P, Sebastianelli G, Sacerdoti D, Felder M, Mazzaro C, Beltrame P, Gatta A. Randomised trial of nadolol alone or with isosorbide mononitrate for primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis. Gruppo-Triveneto per L'ipertensione portale (GTIP) *Lancet* 1996 Dec 21-28; 348(9043):1677.

Последен пат прегледано за ажурирање на 15.04.2013 • Последна промена 3.04.2009

Article ID: ebm00177 (008.005)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Article ID: ebm00996 (020.050)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 15.4.2013, www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

**Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска**