

Haematemesis és/vagy melaena miatt helyszínen végzett oesophago-gastro- bulboscopos vizsgálatok

Rumi György dr., Solt István dr.,
Patty István dr. és Hámori Artúr dr.

Hazánkban először Benkő és mtsai (2, 3, 4) végeztek korai gastroscopiát a súlyos vérzést követő első, illetve második héten. Hámori és mtsai (10) lehetségesnek tartották az azonnali endoscopos vizsgálatot haematemesis és/vagy melaena esetében. Kidolgozták és megvalósították az aktív diagnosztikát (11, 12, 13, 14). Az ajánlott program a következő volt: alvadási vizsgálatok, azonnali oesophagoscopia, azonnali gastroscopia és szükség esetén korai gyomor röntgenvizsgálat. Lényegében hasonló programot ajánlott Palmer (17) és Avery Jones (1). A szálóptikás műszerek megjelenése után a komplex módszerrel belül egyre nagyobb jelentőséget nyert az endoscopia, s ma már az esetek többségében az oesophago-gastro-bulboscopia elvégzését magunk is önmagában elegendőnek tartjuk (19). A vérző betegek fiberoscopos vizsgálata során szerzett kedvező tapasztalatokról több hazai munkacsoport beszámolt (7, 9, 21, 22) és a sürgős endoscopos vizsgálat elvégzése a vérzésforrás felderítésére általános klinikai igényé vált. Ugyanakkor ma még számos intézet nem rendelkezik a szükséges feltételekkel. Ezért vezettük be Pécs különböző intézeteiben kiszállás után a helyszínen végzett vizsgálatokat haematemesis és/vagy melaena esetében.

Ebben a munkában 102 beteg helyszíni vizsgálatáról számolunk be. Azokat az eseteket dolgoztuk fel, amikor oesophago-gastro-bulboscopot alkalmaztunk.

Beteganyag, módszer

Mindegyik beteg anamnesisében haematemesis és/vagy melaena szerepelt. Egy-két kivétellel transzfúzióban részesültek. A legfiatalabb beteg hét, a legidősebb 81 éves volt. A betegek átlagéletkora: 51,9 év. 44 beteg 60 évnél idősebb. Nemek szerinti megoszlás: 62 férfi, 40 nő.

A hívás után egy-két órán belül érkeztünk a helyszínre. A legtöbb vizsgálatot betegágyánál végeztük, az esetek egyharmadában pedig sebészeti műtőben került sor a vizsgálatra. Praemedicatióként általában Seduxent és Atropint adtunk, lokálisan Lidocain spray-t alkalmaztunk. Gyerekeket narkózisban vizsgáltunk. Felnőtt esetében narkózist egy alkalommal alkalmaztunk nagyfokú nyugtalanlás miatt. A vizsgál-

lat előtt gyomormosást rutinszerűen nem végeztünk. Ha a vérzésforrást tisztázni nem sikerült, minden esetben gyomormosás után a vizsgálatot azonnal megismételtük. Olympus GIF—D típusú, előretekintő optikájú felső pánendoszkópot alkalmaztunk.

Eredmények

A 102 beteg közül 90-ben sikerült a vérzés okát és helyét helyesen megadni (88,2%). Az aetiológiai diagnózist biztosító vizsgálatok eredményét az 1. táblázaton tüntettük fel.

Egy további esetben az endoscopos vizsgálat során megállapított vérzésforrás tévesnek bizonyult.

Nyolc esetben a masszív vérzés miatt az aetiológiai diagnosis felállítása nem sikerült, de a vérzés helyét lokalizálni tudtuk (2. táblázat). Mind a nyolc esetben a helyes lokalizációt műtét igazolta.

Két esetben a vérzés a vizsgálat időpontjában már megszűnt. Egyik esetben sem a vérzésre, sem a vérzésforrásra nem találtunk támpontot a vizsgálatkor. A másik esetben három potenciális vérzésforrás is látható volt, így nem lehetett megadni a vérzés biztos forrását.

Egy további esetben a felső emésztő-tractus vérzését ki tudtuk zárni, a masszív haematemesissel kezdődő nagy vérzést mesenterialis thrombosis okozta, melyet a vékonybél egy részének resectiója megoldott.

A 90 endoscoppal diagnosztizált vérző laesio mellett 38 esetben potenciális vérzésforrást tudtunk kimutatni (3. táblázat).

A vizsgálat időpontjában a vérzés intenzitását a 4. táblázaton mutatjuk be.

Az endoscopos vizsgálattal kapcsolatba hozható súlyosabb szövődmény nem fordult elő.

Megbeszélés

Minden betegen a helyszínre érkezéskor a vérzés klinikai jelei észlelhetők voltak. A vizsgálatra többször transzfúzió adása közben került sor. Az esetek többségében a betegek állapota nem engedte volna meg az endoscopos laboratóriumba való szállítást. A műszer és fényforrás helyszínre juttatása tapasztalataink szerint nem jelent nehézséget. Eleinte a vizsgálati előkészületek több időt vettek igénybe mint az endoscopos laboratórium-

1. táblázat. Endoscopos diagnózis

| Vérzésforrás | Esetszám |
|-----------------------------|----------|
| Oesophagitis | 2 |
| Varix oesophagi | 6 |
| Varix ventriculi | 8 |
| Mallory-Weiss syndroma | 8 |
| Ulcus ventriculi | 23 |
| Erosio/erosiones ventriculi | 15 |
| Erosiones duodeni | 2 |
| Ulcus jejuni | 1 |
| Ulcus duodeni | 19 |
| Neoplasma ventriculi | 5 |
| Duodenumba tört tumor | 1 |
| Összesen: | 90 |

2. táblázat. **Az endoscopia a vérzést lokalizálta, de okát nem tárta fel**

| Vérzés helye | Esetszám |
|---------------------|----------|
| subcardialis gyomor | 6 |
| antrum | 1 |
| anastomosis | 1 |
| Összesen: | 8 |

ban végzett vizsgálatok esetében. Később azonban az intézetekben a módszert megismerték és az érkezés után néhány perc múlva kezdhették az endoscopos vizsgálatot. Ezekben az esetekben a praemedicatiót a hívással egy időben elvégezték.

Demling (6) szerint a sürgős endoscopyának a következőkre kell választ adnia: 1. Van-e aktív vérzés még, vagy az spontán megszűnt. 2. Kezeshető-e a vérzés konzervatívan, vagy műtét szükséges. 3. Azonnali műtét indokolt-e. 4. Transthoracalis vagy transabdominális műtéti behatolás szükséges. Ezekre a kérdésekre a pontos aetiológiai diagnózis és a vérzés intenzitásának megítélése alapján adható válasz.

A vérzés kezdetétől a vizsgálatig eltelt idő ebben a beteganyagban igen különböző. Különösen eleinte elhúzódó vagy ismétlődő vérzés után került sor hívásunkra. Ezért a vizsgálat időpontjában észlelt vérzésintenzitást elemeztük. Masszívnak tekintettük a vérzést, ha a vizsgálatkor spriccelő vagy folyamatosan csepegő vérzést észleltünk. A folyamatos, szivárgó vérzést külön csoportba vettük. Figyelemre méltó, hogy nem ritkán igen súlyosan kivérzett beteg esetében is a vérzés már megszűnt a vizsgálat időpontjában.

A helyszíni vizsgálatok során 88,2%-ban tudtunk helyes aetiológiai diagnózist felállítani. Ez nem tér el az átlagos irodalmi adatoktól (5, 7, 8, 9, 16, 20, 21, 22, 23), bár valamivel alacsonyabb annál, amit saját anyagunkban, az endoscopos laboratóriumban pánendoscoppal vizsgált vérző betegek esetében értünk el (19). Ezt azzal magyarázzuk, hogy klinikánkon a vérzés észlelése után egy órán belül törekszünk a vizsgálat elvégzésére, míg a helyszíni vizsgálatok esetében erre csak a hívás után kerülhetett sor.

Fontosnak tartjuk azt a nyolc esetet, ahol a masszív vérzés miatt a vérzésforrást pontosan meghatározni nem sikerült, de a vérzés helyét lokalizálni tudtuk. Ezt minden esetben gyomormosás után megismételt vizsgálatval értük el. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert a pánendoscopok alkalmazása óta a vizsgálat előtti gyomormosás vitatott. Cotton és mtsai (5) ellenzik, mert véleményük szerint artificialis erosiókat okozhat. Szerintünk is felesleges oesophago-gastro-bulboscopia előtt rutinszerűen alkalmazni, sikertelen vizsgálat esetében azonban a gyomormosást elengedhetetlennek tartjuk. Nyolc esetünkben igen masszív vérzés miatt a beteg testhelyzetének vizsgálat közben történő változtatása mellett sem sikerült a vérzés helyét meglátni, míg a gyomormosás után megis-

mételt vizsgálat ezt lehetővé tette. Ilyen esetekben a műtéti behatolás helyének megválasztásához nélkülözhetetlen segítséget nyújt az endoscopos lokalizáció akkor is, ha aetiológiai diagnózist felállítani nem sikerült.

A vérző laesio mellett 38 esetben találtunk potenciális vérzésforrást. Az endoscopia előnye, hogy biztonsággal megállapítható az aktuális vérzésforrás ilyenkor is. Anyagunkban feltűnően gyakran figyeltünk meg vérző laesio mellett nem vérző oesophagus varixot. Az oesophagus varix 16 esetben potenciális vérzésforrásként fordult elő, míg vérzést csak hat esetben okozott. Viszonylag gyakran láttunk vérző laesio mellett hiatus herniát (nyolc eset), ugyanakkor vérző hiatus herniát nem észleltünk. Hasonló megfigyelésről számoltak be Paul és mtsai (16) és Tulassay és mtsai (22) is. A vérző laesiók mellett többször találtunk nem vérző erosiókat is. Ez összefügghet beteganyagunk speciális voltával, az esetek egy részében a vérzés elhúzódó jellegével.

Hámori (11) ideális célként tűzte ki az aktív diagnosztika kidolgozásakor: „egyetlen beteg ne kerüljön feleslegesen műtetre, de egyetlen beteg se haljon meg a túlzott konzervatív álláspont következtében”. A modern fiberscopok alkalmazásával ezt a célt egyre inkább megközelíthetjük. Reising és mtsai (18) megállapították, hogy intézetükben a vérző beteg endoscopos vizsgálata óta csökkent a szükséges transzfúziók száma, rövidebb lett a vérzés miatt végzett műtétek időtartama és lényegesen csökkent a vérző betegek mortalitása. Himel és mtsai (15) komputeres analízissel hasonlították össze a mortalitást, és lényegesen alacsonyabbnak találták a vérzők azon csoportjában, ahol a műtét előtt a vérzés okát megállapították.

Eseteink elemzése alapján megállapítható, hogy a helyszínre történt kiszállás során végzett

3. táblázat. **A vérző laesiók mellett kimutatott potenciális vérzésforrások**

| A vérzés oka | Potenciális vérzésforrás(ok) | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Oesophagitis | Ulcus pylori+hiatus hernia | 1 |
| Varix oesophagi | Polyp ventriculi | 1 |
| | Ulcus duodeni | 1 |
| Mallory-Weiss syndroma | Varix oesophagi | 2 |
| | Hiatus hernia | 2 |
| | Duodenum külső obstructiója | 1 |
| Varix ventriculi | Varix oesophagi | 8 |
| Erosio/erosiones ventriculi | Varix oesophagi | 4 |
| | Hiatus hernia | 2 |
| | Varix ventriculi | 1 |
| | Varix oesophagi+hiatus hernia | 1 |
| Ulcus ventriculi | Hiatus hernia | 2 |
| | Erosiones ventriculi | 5 |
| | Erosiones duodeni | 2 |
| | Varix oesophagi | 1 |
| | Ulcus duodeni | 2 |
| | Ulcus ventriculi (máshol) | 1 |
| Erosiones duodeni | Ulcus duodeni+hiatus hernia | 1 |

4. táblázat. **A vérzés foka az endoscopos vizsgálat idején**

| | |
|------------------------------|-----|
| Masszív (spriccelő, csepegő) | 30 |
| Folyamatos (szivárgó) | 48 |
| Megszűnt (vérnyom van) | 21 |
| Megszűnt (vérnyom nincs) | 3 |
| Összesen: | 102 |

oesophago-gastro-bulboscopos vizsgálatok eredményei nem térnek el lényegesen az ideális körülmények között végzett vizsgálatok eredményétől. Tapasztalataink alapján a módszert ajánljuk, mert olyan vérző betegek számára is elérhetővé teszi az aetiológiai diagnózis felállítását, akik modern műszerrel nem rendelkező intézetbe kerültek.

Összefoglalás. A szerzők súlyos haematemesis és/vagy melaena miatt 102 esetben végeztek Pécs különböző intézeteiben a helyszínen oesophago-gastro-bulboscopos vizsgálatot. Az esetek többségében a betegek állapota nem engedte volna meg az endoscopos laboratóriumba való szállítást. 90 esetben aetiológiai diagnózist állítottak fel, nyolc további esetben a vérzés okát pontosan megadni nem sikerült, de a vérzés helyét lokalizálni tudták. Véleményük szerint a helyszínen végzett fiberoscopos vizsgálat a gyomorvérző betegek aktív diagnosztikájának lehetséges módszere. Ajánlják, mert így helyes aetiológiai diagnózis érhető el olyan betegek esetében is, akik modern műszerrel nem rendelkező intézetbe kerültek.

IRODALOM: 1. Avery Jones, F.: Haematemesis and melaena. A commentary on diagnosis. *Balneologia et balneotherapia*. Karlovy Vary, 1959. 163. old. — 2. Benkő Gy., Szakács D.: *Orv. Hetil.* 1955, 96, 1024. — 3. Benkő Gy., Szakács D.: *Orv. Hetil.* 1958, 99, 850. — 4. Benkő Gy., Tényi J.: *Z. klin. Med.* 1960, 156, 396. — 5. Cotton, P. B. és mtsai: *Brit. med. Journ.* 1973, 2, 505. — 6. Demling, L.: *Amer. Journ. of Gastroent.* 1978, 69, 533. — 7. Domján L., Bruncsák A.: *Magyar Belorv. Arch.* 1972, 25, 258. — 8. Gabrielson, N.: *Endoscopy.* 1970, 2, 174. — 9. Juhász L., Kőszegi M., Prónay G.: *Endoskopische Erfahrungen in frühzeitigen Erkennung der massiven Blutung im oberen Teil des Verdauungskanal.* 3. European Congress of Gastrointestinal Endoscopy. Budapest, 1976. 73. old. — 10. Hámori A. és mtsai: A haematemesis, illetve melaena differenciáldiagnózisa. *Gastroenterológiai Orvosgyűlés, Parádfürdő*, 1959. 17. old. — 11. Hámori A.: Haematemesis és/vagy melaena. In: *Határterületi differenciáldiagnosztika*. Szerk.: Mosonyi László, *Medicina*, Budapest, 1966. 213. old. — 12. Hámori A. és mtsai: *Proc. of the First Congress of the International Society of Endoscopy*. Tokyo, 1966. 290. old. — 13. Hámori A. és mtsai: *Orv. Hetil.* 1967, 108, 2017. — 14. Hámori A. és mtsai: *Acta med. Acad. Sci. hung.* 1967, 24, 141. — 15. Himal, H. S., Watson, W. W., Jones, C. W.: *Ann. Surg.* 1974, 179, 489. — 16. Paul, F. és mtsai: *Dtsch. med. Wschr.* 1971, 42, 1628. — 17. Palmer, E. D., Scott, N. M. Jr.: *Connecticut Med. J.* 1955, 19, 368. — 18. Reisig, H., Schwamberger, K., Troyer, E.: *Endoscopy.* 1978, 10, 277. — 19. Solt I., Rumi Gy., Hámori A.: Past and present of emergency endoscopy in haematemesis and/or melaena. 3rd European Congress of Gastrointestinal Endoscopy. Budapest, 1976. 68. old. — 20. Sugawa, C. és mtsai: *Arch. Surgery.* 1973, 107, 133. — 21. Toóth É. és mtsai: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 1872. — 22. Tulassay Zs., Máthé Z., Papp J.: *Orv. Hetil.* 1976, 117, 890. — 23. Waldram, R. és mtsai: *Brit. med. Journ.* 1974, 4, 94.

Minden kedves érdeklődő szíves figyelmébe ajánljuk az



BEMUTATÓTEREM

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

szakosított orvosi műszer és készülék kiállításait 1980. február 4—21-ig

Műanyag a gyógyászatban

(egyszerhasználatos eszközök bemutatója)

A kiállítás nyitva: naponta 9—16 óráig, szombat-vasárnap zárva