

Xəstəlik sinifi (XBT-10)	K - Həzm sisteminin xəstəlikləri
-------------------------------------	---

İlkin versiyanın tərtibatçı(İSİM)	Məmmədova L.
--	---------------------

XBT-10 rubrikası	Xəstəliklər
K92.0	Qanlı qusma

Müalicə

İlk yardım

Ciddi qanaxma şübhəsi varsa, v.d. infuziyaya başlanılır.

Pasiyent şok vəziyyətindədirsə, iki v.d. kanyula tövsiyə olunur.

Qanın həcmi korreksiya edilir, lakin aşırı korreksiyadan qaçılmalıdır. Balanslaşdırılmış elektrolit məhlullarından istifadə edin. Həcm bərpası zamanı hədəf sistolik qan təzyiqinin 90–100 mm c.s. olması və hemoqlobin konsentrasiyasının 100 q/l-dən yuxarı səviyyəsidir ki, burada məqsəd hipoksemiyanın qarşısını almaqdır (pasiyentlər çox zaman yaşlıdır və onlar koronar arteriyalar xəstəliyinə malik ola bilər).

Qanaxma profuzdursa, yeni pasiyent şok vəziyyətindədirsə, qəbul edən xəstəxana öncədən zəng vasitəsilə xəbərdar edilməlidir.

Qan köçürmək imkanı yarandıqdan sonra (adətən qəbul şöbəsində), hemoqlobin konsentrasiyası, hipoksiyaya yol verməmək məqsədilə 100 q/l səviyyəsinə kimi bərpa olunur (pasiyentlər çox zaman yaşlıdır və onlar koronar arteriyalar xəstəliyi və beyin qan dövranı pozğunluqlarına malik ola bilər).

Cərrahi şöbədə, venadaxili infuzion terapiya davam etdirilir, ən qıza müddətdə qan qrupuna müvafiq eritrositar transfuziyalara başlanılır və profuz qanaxma zamanı laxtalanma faktorları da təyin edilir.

Endoskopik müalicə tərcih edilir. Endoskopiya şok vəziyyətində olan qanaxmalı pasiyentdə dərhal və yüksək riskli pasiyentdə 24 saat ərzində yerinə yetirilməlidir. Qanaxma dayandıqdan sonra, xəstəxanadan evə yazılanadək olan müddət ərzində endoskopiya aparılır.

Kəskin mədə-bağırsaq qanaxması ilə olan bütün pasiyentlər cərrahi şöbəyə göndərilməlidir, çünki cərrahi müalicə zərurəti yarana bilər. Qanaxma profuzdursa, qəbul edən şöbənin öncədən xəbərdar edilməsi yaxşı taktikadır.

Peptik xora xəstəliyi

Peptik xora xəstəliyi mədə-bağırsaq traktının yuxarı şöbəsindən qanaxmanın ən önəmli səbəbidir. Mədə və onikibarmaq bağırsaq xoraları bu qanaxmaların 40%-dən çoxunu törədir.

Müalicə

Xora endoskopiya müddətində hələ də qanayırsa (Forrest 1a və ya 1b) və ya görünən damar (Forrest 2a) müşahidə edilirsə, xora vəziyyətə uyğun hər hansı metodla müalicə edilir (adrenalin inyeksiyası, skleroterapiya, fibrin yapışqanı, termal koagulyasiya, klipslər).

Residiv qanaxma riski yüksək olan hallar üçün təkrari endoskopik terapiya məqsədəuyğundur.

Farmakoterapiya (proton pompası inhibitorları) residiv qanaxma riskini, cərrahi əməliyyata ehtiyacı və ölüm göstəricisini bir qədər azalda bilər.

İlkin terapiya uğursuzdursa və endoskopik müalicələrə baxmayaraq qanaxma davam edirsə, cərrahi müalicə nəzərdən keçirilir.

Angioqrafiya zamanı embolizasiya, xüsusilə pasiyent üçün cərrahi risk yüksəkdirsə, cərrahi müalicəyə alternativ təşkil edə bilər.

Müşahidə dövründə müalicə

Qanayan xora ilə əlaqədar Helicobacter ekspress-testi yerinə yetirilməlidir. Bu müsbət olduqda, qanaxma dayandıqdan sonra eradikasiya terapiyası göstərişdir.

Qida borusu venalarının varikoz genişlənməsi

Qida borusu qanaxmasının ən yayılmış səbəbi qida borusunun varikoz venalarıdır. Varikoz venalardan qanaxma müəyyən məqamda portal hipertenzialı pasiyentlərin 30-50%-də meydana çıxır. Qanaxma adətən massivdir. Qəfil başlayan qanaxma çox zaman tez də dayanır, lakin asanlıqla yenidən başlayır. Ölüm göstəricisi əhəmiyyətli dərəcədə yuxarıdır.

Portal hipertenziya və onun səbəb olduğu qida borusu venalarının varikoz genişlənməsi, varikoz venaların periodik izlənilməsi və müalicəsinin təmin edilməsi məqsədilə, hələ ilk qanaxmadan öncə diaqnostika olunmalıdır.

Pasiyentdə al qanlı qusma ilə qaraciyər sirrozu və portal təzyiğin yüksəlməsi əlamətləri, məsələn, assit, ginekomastiya, damar ulduzcuqları, sarılıq və qarın divarında geniş venalar olduğu halda varikoz qanaxmaya şübhə yaranır.

Müalicə

Hemorragik şok infuzion terapiya, qanəvəzədicə məhlulların köçürülməsi və eritrositar transfuziyalar vasitəsilə müalicə edilir.

Zərurət olduqda trombositlər və dondurulmuş plazma tətbiq olunur.

Müvafiq oksigenasiya təmin edilir.

İlk yardım olaraq somatostatin analoqları tətbiq edilir .

Qanaxma davam etdikdə Linton və Senqstaken–Blekmor borusu yeridilir. Mədə balonu doldurulur və yuxarıya dartılır. Adətən bu qanaxmanın dayandırılması üçün yetərlidir. İstənilən balon tamponadasından öncə qanaxmanın varikoz mənşəli olması qastroskopiya vasitəsilə təsdiqlənməlidir. Balonun düzgün yerləşməsi bütün hallarda radioqrafiya vasitəsilə yoxlanılmalıdır. Düzgün yerləşdirilməmiş balon həyati-təhlükə doğuran ağırlaşmadır.

Kəskin fazada varikoz venaların endoskopik müalicəsi təcrübə tələb edir. Lateks həlqələrə liqasiya demək olar skleroterapiyanı əvəz etmək üzrədir. Varikoz genişlənməmiş venaya yapışqan (sianoakrilat) inyeksiya edilməsi mədənin kardial zonasında olan varikoz venaların müalicəsi üçün uyğundur. Endoskopik müalicə varikoz genişlənməmiş venalar tam itənə qədər iki-dörd həftəlik intervallarla təkrar edilir.

Sirrofik pasiyentlər həmçinin 7 gün müddətində antimikrob terapiya alır.

Uzunmüddətli müalicə şəklində beta-blokatorlar (məs., propranolol) ölüm hallarını azalda bilər.

Varikoz qanaxma zamanı ən önəmli proqnostik amil qaraciyər xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsidir.

Kontrol müşahidə endoskopiyları 6-12 aylıq intervallarla təyin edilir.

Mallori–Veiss sindromu

Qusmanın güclü gücənmə ilə müşayiət edilməsi, mədənin kardial hissənin selikli qişasının diafraqmanın qida borusu dəliyindən yuxarı prolapsı və selikli qişanın cırılmasına səbəb ola bilər. Mallori-Veiss sindromu adlandırılan bu cırılma əhəmiyyətli dərəcəli qanaxmaya gətirə bilər. Cırılma mədənin kardial hissəsi və ya mədə-qida borusu bitişməsi nahiyəsində lokalizə olunur.

Mallori-Veiss sindromunda qanaxma adətən spontan dayanır. Normal mədə möhtəviyyətli ilkin güclü qusmanın ardınca qan ilə qusma kifayət qədər tipikdir. Turşuluğu inhibə edən preparatlarla müalicəyə ehtiyac duyulmur.

Güclü gücənmə ilə müşayiət edilən qusmayla əlaqədar və yalnız onun son mərhələsində qanın meydana çıxması, qanın kiçik miqdarda gəlməsi və təzə qanaxma əlaməti kimi al-rəngdə olması ilə bağlı güvənli anamnestik bilgi varsa, pasiyentin vəziyyəti yaxşıdırsa və davam edən qanaxma əlamətləri müşahidə edilmirsə, tibbi yardımın birincili həlqəsi səviyyəsində müşahidənin aparılması, böyük ehtimal ki, yetərlidir. Lakin diaqnozun təsdiqlənməsi üçün daha sonra endoskopiyanın keçirilməsi tövsiyə olunandır.

Peptik xora xəstəliyi

Peptik xora xəstəliyi mədə-bağırsaq traktının yuxarı şöbəsindən qanaxmanın ən önəmli səbəbidir. Mədə və onikibarmaq bağırsaq xoraları bu qanaxmaların təxminən üçdə bir hissəsini təşkil edir. Müalicə Xora endoskopiya müddətində qanayarsa (Forrest 1a və ya 1b) və ya "görünən damar" (Forrest 2a) müşahidə edilirsə, xora müayinə ərzində müalicə edilir (adrenalin (adrenaline) inyeksiyası, elektrokoagulyasiya, qızdırıcı zond və ya fibrin yapışqanı). Xora endoskopik üsulla müalicə edildikdə, bütün hallarda növbəti 24 saat ərzində kontrol endoskopiya həyata keçirilməlidir. Qısa müşahidə dövründən sonra (< 24 saat) təkrari endoskopik müalicə təkrari-qanaxmanı əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır. Bir neçə həftədən sonra endoskopik müalicə uğursuz olduqda (qanaxma davam edir və ya

pasiyent beş vahid paketləşdirilmiş eritrositar kütlə istifadəsindən sonra hələ də şok əlamətlərinə malikdir) cərrahi əməliyyat göstərişdir. Turşuluğu inhibə edən preparatların, kəskin qanaxmaya gətirən peptik xoranın müalicəsi üçün hər hansı effektinin olduğu göstərilməmişdir. Bununla yanaşı, onlar xora xəstəliyinin müalicəsi və təkrari qanaxmanın profilaktikasında son dərəcə böyük rola malikdirlər . Müşahidə dövründə müalicə Kəskin endoskopiya müddətində Helicobacter testi həyata keçirilməlidir. Onun müsbət olduğu təqdirsə, qanaxmanın dayandırılmasından dərhal sonra eradikasiya terapiyasına başlanıla və residivlərin yaranmasının qarşısı alınır.

Qanayan mədə eroziyası

İltihab əleyhinə dərman preparatlarının (QSIƏP) səbəb olduğu mədə qanaxmalarının sayı, xüsusilə də yaşlılar arasında, getdikcə artmaqda. Bu preparatlar selikli qişanın eroziyalarına (eroziv gastrit adlandırılır) Səbəb olur ki, bunlar da qanaya bilir. Həmçinin bax .

Müalicə

Peptik xora qanaxmasında olan eyni prinsiplərə uyğun, adətən endoskopikdir

Sonrakı müalicədə, QSIƏP istifadəsinin dayandırılması və ya proton pompası inhibitorları ilə profilaktik müalicənin başlanılması nəzərdən keçirilməlidir.

Müalicə, peptik xora qanaxmasında olan eyni prinsiplərə uyğun, adətən endoskopikdir. Təkrari qanaxmanın profilaktikası üçün, asetilsalisil turşusu və QSIƏP istifadəsinin zəruriliyi dəyərləndirilməlidir. Həmçinin proton pompası inhibitorları ilə profilaktik müalicə nəzərdən keçirilməlidir.

Ədəbiyyat

Qanlı qusma (Hematemezis)

<https://ebmq.az/article/content/455>