

# ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

Βαγγελογιάννη Α. Κατεργιαννάκη

Αναπληρωτή Καθηγήτριά

Οι περισσότεροι άρρωστοι με αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα, αναφέρουν αποβολή αίματος από το στόμα ή το ορθό. Η αποβολή αίματος από το στόμα καλείται αιματέμεση (εμετό με αίμα κόκκινο ή καφεοειδές), και από το ορθό μέλαινα (μαύρο αίμα στα κόπρανα), ή αιματοχαισία (κόκκινο αίμα στα κόπρανα). Σπάνια άρρωστοι με μεγάλη αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα (11-20%), δεν παρουσιάζουν σημεία ορατής αιμορραγίας, αλλά παρουσιάζουν shock αγνώστου αιτιολογίας. Για τον λόγο αυτό άρρωστοι με shock χωρίς να παρουσιάζουν έκδηλη αιτία αιμορραγίας πρέπει να υποβάλλονται σε γαστρική πλύση και εξέταση του ορθού για αίμα ή μέλαινα κένωση, ώστε να αποκλεισθεί η αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα. Ο Ιατρός οφείλει να εκτιμήσει γρήγορα την βαρύτητα και το ποσό του αίματος που έχει χαθεί, για να αρχίσει ταυτόχρονα με τη διαγνωστική και η θεραπευτική αγωγή.

## ΑΜΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ (δες αλγόριθμο στα διαγράμματα 8-1 και 8-2)

Παράλληλα με την άμεση θεραπεία της αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα χρειάζεται να γίνει εκτίμηση της ταχύτητας και της ποσότητας απώλειας αίματος.

1. **Εκτίμηση της ταχύτητας και της ποσότητας απώλειας αίματος.** Άρρωστοι που έχουν αιματέμεση ή αιματοχαισία (μαζική αποβολή αίματος με τα κόπρανα) κατά τη προσέλευση τους στο Νοσοκομείο, έχουν το κίνδυνο της υπογκαιμίας λόγω της μεγάλης αιμορραγίας και η αντικατάσταση του αίματος πρέπει να αρχίζει αμέσως με τη διαπίστωση της. Η αντικατάσταση του εξαγγειοθέντος αίματος από την αιμορραγία του γαστρεντερικού περιγράφεται παρακάτω. Εάν υπάρχουν απώλεια αίματος δεν είναι έκδηλη και υποπτευόμεθα ότι ο άρρωστος αιμορραγεί από τον γαστρεντερικό σωλήνα, προχωρούμε στις παρακάτω ενέργειες:

- **Λήψη των ζωτικών σημείων.** Γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε όρθια και κατακεκλιμένη θέση, ιδιαίτερα όταν είναι στα κατώτερα φυσιολογικά όρια (>100mmHg και σφύξεις <100/min για τους ενήλικες). Προσδιορίζουμε τα ζωτικά σημεία σε ύπτια και όρθια θέση (Title test).
- **Αναζήτηση πιθανού εξαγγειοθέντος αίματος.** Παράγοντες που πιθανόν να αποτελούν δείκτη της εξαγγειωθείσης ποσότητας αίματος κατά την αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα είναι οι παρακάτω:
  - Μεγάλη αιματέμεση ή αιματοχαισία.
  - Υπόταση ή shock σε ύπτια θέση
  - Title test θετικό (Ορθοστατική υπόταση και ταχυκαρδία).
  - Δακτυλική εξέταση θετική για μέλαινα ή εντερορραγία
  - Τοποθέτηση Levin και πλύση στομάχου
  - Γνωστοί κίρσοι του οισοφάγου ή και απλώς υπόνοια αυτών.
  - Πιθανολογούμενη αορτο-δωδεκαδακτυλική επικοινωνία (Fistula). Συνήθως υπάρχει ιστορικό ανευρύσματος, προηγούμενη αντικατάσταση της κοιλιακής αορτής με μόσχευμα ή και ψηλαφητό ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής.

Η βαρύτητα της αιμορραγίας μπορεί να εκτιμηθεί κλινικά από:

- Τον όγκο της αιματέμεσης ή της αιματοχαισίας σε συνδυασμό με τα ζωτικά σημεία (Title test θετικό, υπόταση ή shock σε κατακεκλιμένη θέση του ασθενούς)
- Το είδος και τη ποσότητα της μέλαινας (Μέλαινα υδαρής με πρόσμιξη κόκκινου αίματος, υδαρής χωρίς αίμα, πολτώδης, με σχηματισμένα κόπρανα)

2. **Θεραπεία του εξαγγειοθέντος αίματος.** Στις μεγάλες απώλειες πρέπει γρήγορα να γίνεται η αντικατάσταση του απολεσθέντος αίματος και ο καλύτερος τρόπος είναι να χορηγήσουμε αίμα. Εάν οι

δυνατότητες γρήγορης αντικατάσταση δεν υπάρχουν τότε χορηγούμε προσωρινά υποκατάστατα του αίματος και κρυσταλοειδή.

Κατά σειρά οι ενέργειες που πρέπει κάνουμε είναι:

1. Τοποθετούμε φλεβική γραμμή με ένα ευρύ φλεβοκαθετήρα. Εάν υπάρχει υπόταση ή shock τοποθετούμε υποχρεωτικά και δεύτερο φλεβοκαθετήρα σε κεντρική φλέβα για μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (ΚΦΠ), και συμπληρωματική χορήγηση υγρών.
2. Λαμβάνεται αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις και για διασταύρωση τουλάχιστο 6 μονάδων αίματος. Γίνεται μέτρηση του αιματοκρίτη, των λευκών, των αιμοπεταλίων, του χρόνου προθρομβίνης, του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης, για ανακάλυψη διαταραχών της πηκτικότητας. Επίσης εξετάζουμε την ουρία, το σάκχαρο, τη κρεατινίνη, τη γενική ούρων, τις τρανσαμινάσες, φωσφατάση, ηλεκτρολύτες, και τα αέρια και το pH του αρτηριακού αίματος, για το προσδιορισμό του βαθμού αιμάτωσης των ιστών (η ύπαρξη μεταβολικής οξέωσης δείχνει πτώχη αιμάτωση).
3. Αρχίζουμε άμεσα την ταχεία έγχυση κρυσταλοειδών διαλυμάτων. Χορηγούμε φυσιολογικό ορό (N/S) για προσωρινή διατήρηση του ενδαγγειακού όγκου, και αρχίζουμε την μετάγγιση αίματος όπως προαναφέραμε το ταχύτερο δυνατό. Χορηγούμε 2 ή και περισσότερες μονάδες, ανάλογα με τα ζωτικά σημεία, και σε συχνότητα 250-500 ml/ h. Σε κατακλυσμαία αιμορραγία μπορεί να δώσουμε αίμα μόνο με την ομάδα χωρίς διασταύρωση.
4. Χορηγούμε O<sub>2</sub> με μάσκα ή ρινικό καθετήρα (5-10 lt/min), εάν ο άρρωστος παρουσιάζει shock.
5. Γίνεται εξέταση της κοιλιάς και κυρίως προσέχομε για σημεία ευαισθησίας, για ύπαρξη ενεργού έλκους, ισχαιμική απόφραξη του εντέρου, αορτικό ανεύρυσμα, ή μετεωρισμό με κωλικοειδή άλγη, ύπαρξη εκκολπωμάτων του παχέος εντέρου ή ιστορικό πολύποδα.
6. Εκτελούμε δακτυλική εξέταση από το ορθό και παίρνουμε κόπρανα για εξέταση για αίμα.
7. Τοποθέτηση καθετήρα Folley, για παρακολούθηση της ωριαίας αποβολής ούρων, ιδίως όταν υπάρχει shock, νεφρική ή καρδιακή βλάβη στο ιστορικό του αρρώστου.
8. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. Εάν η αιματέμεση δεν έχει επιβεβαιωθεί κάνουμε γαστρική πλύση με 500 ml φυσιολογικό ορό κανονικής θερμοκρασίας ή κατά προτίμηση παγωμένο. Μερικοί παλαιότερα προσέθεταν και 3 amp levorphanol σε κάθε κιλό. Εάν διαπιστωθεί έντονη αιμορραγία που δεν σταματά με τις πλύσεις με παγωμένο ορό, πρέπει να προχωρούμε σε επείγουσα γαστροσκόπηση για το σταμάτημα της αιμορραγίας με έγχυση τοπικά αδρεναλίνης ή με τοπικό καυτηριασμό του έλκους με ακτίνες laser. Επί αποτυχίας προχωρούμε σε εγχείρηση. Προσοχή για τη πλύση χρειάζεται ευρύς ρινογαστρικός σωλήνας για να απομακρύνουμε τα πήγματα και τις τροφές από το στομάχι. Ο άρρωστος συνήθως πρέπει να είναι στο αριστερό πλάι κατά τη πλύση του στομάχου για να αποφευχθεί η εισρρόφιση.
9. Στέρηση τροφής από το στόμα και σε περίπτωση γαστρορραγίας χορήγηση αντιόξινων και αναστολέων των H<sub>2</sub> υποδοχέων για τον περιορισμό της γαστρικής οξύτητας.
10. Η σύγχρονη παρακολούθηση από την αρχή της εισαγωγής του αρρώστου από χειρουργό είναι απαραίτητη.

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Όταν τα ζωτικά σημεία και ο αιματοκρίτης σταθεροποιηθούν, πρέπει να ερευνήσουμε τη θέση της αιμορραγίας, εάν δεν είναι ήδη γνωστή. Περίπου το 90% των αρρώστων που έρχονται στα επείγοντα Ιατρεία με αιμορραγία από το γαστρεντερικό, έχουν αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, που εντοπίζεται στο στομάχι ή το 12δάκτυλο. Μόνο το 10% έχουν βλάβη που εντοπίζεται στο κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, και στη πλειοψηφία, η αιμορραγία σταματά γρήγορα μετά την είσοδο τους στο Νοσοκομείο. Για τον εντοπισμό της θέσης της αιμορραγίας υπάρχουν διάφορα διαγνωστικά σημεία που περιγράφονται παρακάτω:

### **A) Αιμορραγία από τον ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.**

Τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της αιμορραγίας από τον ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα είναι πολλές φορές καθοριστικά για τη διάγνωση, αλλά είναι χρήσιμα και για την εκτίμηση του μεγέθους της αιμορραγίας.

- **Αιματέμεση.** Είναι η αποβολή αίματος με τον εμετό. Χρειάζεται να διαφοροδιαγνωσθεί από την αιμόπτυση (αίμα με βήχα, ερυθρού χρώματος, και αλκαλικού pH, σε αντίθεση προς την αιτέμεση που είναι αίμα σκούρου χρώματος ή καφεοειδές αποβαλλόμενο με εμετό και όξινο pH). Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και η πλύση του στομάχου επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι στο 10% των αρρώστων με αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα που προέρχεται από το 12δάκτυλο, δεν παρουσιάζεται αίμα με τη πλύση του στομάχου. Στις περιπτώσεις που ο ρινογαστρικός καθετήρας δίδει χολή και όχι αίμα, είναι απίθανη η αιμορραγία από το στομάχι και το 12δάκτυλο. Εάν κατά τη πλύση δεν δίδει χολή και αίμα τότε η αιμορραγία είναι μεταπλωρική. Άρρωστοι με αναφερόμενη αιματέμεση και αρνητική ρινογαστρική πλύση στομάχου για αιμορραγία πρέπει να παρακολουθούνται ή να υποβάλλονται σε γαστροσκόπηση .
- **Μέλαινα.** Συνήθως οφείλεται σε αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα και πρέπει να είναι πάνω από 100 ml η απώλεια του αίματος για να είναι ορατή η μέλαινα. Πρέπει πάντα να επιβεβαιώνεται εργαστηριακά γιατί πολλές ουσίες και τροφές μπορεί να δώσουν μαύρα κόπρανα (όπως σπανάκι, σίδηρος, βισμούθιο, σουπιές κτλ.). Εάν η απώλεια είναι γρήγορη μπορεί να παρουσιασθεί ως κόκκινο αίμα στα κόπρανα. Αντίθετα εάν η αιμορραγία είναι μικρή και βραδεία η απώλεια του αίματος, εκδηλώνεται ως μέλαινα κένωση. Ως μέλαινα σπάνια μπορεί να παρουσιασθεί και σε αιμορραγία του κατώτερου γαστρεντερικού σωλήνα (από τον ειλέο, ή το τυφλό, ή το ανιόν κόλο), εφ' όση η αιμορραγία είναι πολύ βραδεία.

#### **B) Αιμορραγία από το κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.**

- **Αιματοχεσία.** Είναι η αποβολή κόκκινου αίματος από το ορθό. Συνήθως εμφανίζεται σε αιμορραγίες του κατώτερου πεπτικού και σε ραγδαίες (κατάκλυ-σμιαίες) αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό, οπότε και συνοδεύεται από υπερπεριστατισμό και μεγάλη ελάττωση του ενδαγγειακού χώρου. Οι πιο συχνές αιτίες αιματοχεσίας από το ανώτερο πεπτικό σωλήνα είναι το σπαστικό έλκος του βολβού του 12δακτύλου που έχει διαβρώσει τη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία και το αορτοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο. Οι πιο συχνές αιτίες από το κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα είναι τα εκκολπώματα και οι πολύποδες του παχέος εντέρου και στη συνέχεια η ισχαιμική κολίτιδα και οι αγγειοδυσπλασίες του παχέος εντέρου.
- **Κόπρανα μέλαινα με κόκκινο αίμα μαζί.** Παρουσιάζεται από αιμορραγίες πέραν του 12δακτύλου (λεπτό έντερο, Μεκέλειος απόφυση κτλ.). Ασυνήθης αιτία είναι η μεγάλη αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.
- **Μέλαινα.** Αληθινή μέλαινα κένωσης είναι ασυνήθης αιτία αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό σωλήνα.
- **Απουσία αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό** με πλύση του στομάχου και αιμορραγία από το ορθό υποδηλώνει αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό.

#### **ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ**

Στον άρρωστο με αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα η περαιτέρω παρακολούθηση και εκτίμηση πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατό ταχύτερα όταν βρίσκεται σε αιμοδυναμική ισορροπία ακόμη. Πρέπει να προσπαθούμε να προσδιορίσουμε το σημείο της αιμορραγίας το συντομότερο δυνατό ιδιαίτερα σε αρρώστους με μεγάλη αιμορραγία που ίσως χρειασθεί και χειρουργική επέμβαση.

Αυτό γίνεται από:

- **Ιστορικό του αρρώστου.** Ερωτούμε για ιστορικό έλκους 12/δακτύλου, ή για άλλη αιμορραγία στο παρελθόν, για χρήση αλκοόλ, ή μη στεροειδών ουσιών όπως ασπιρίνη, αντιρευματικά, αντιφλεγμονώδη φάρμακα, πρόσφατη απώλεια βάρους, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, πόνος που υποδηλώνει έλκος ή γαστρίτιδα, ή χειρουργική επέμβαση στο στομάχι στο παρελθόν, κίρρωση του ήπατος διαγνωσμένη. Ιστορικό πρόσφατου έντονου εμετού και ναυτίας προ της εμφάνισης της μέλαινας πρέπει να μας βάζει την υποψία για σύνδρομο Mallory- Weiss. Πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα τραυματισμού του ορθού από ερωτική συνουσία, dildos κτλ. Σε αρρώστους με AIDS ή σε ανοσοκατασταλαμένους η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε σάρκωμα Kaposi, λεμφώματα ή

εξεγκλώσει από λοίμωξη με κυτταρομεγαλοϊό. Το κοιλιακό σάρκωμα Kaposi συνήθως συνοδεύεται και από δερματικές βλάβες.

- **Φυσική εξέταση.** Εκτιμούμε τη καρδιαγγειακή κατάσταση με καταγραφή των ζωτικών σημείων (ΑΠ, σφίξεις και αναπνοής κάθε 15 min.) με τον άρρωστο σε όρθια και κατακεκλιμένη θέση εάν είναι δυνατό. Εξετάζουμε για σημεία χρόνιας πάθησης του ήπατος (ηπατομεγαλία, ασκίτης, αγγειοματώδεις σπίλους, κεφαλή της μέδουσας, ίκτερος, αστεροειδείς σπίλοι, ερύθημα παλαμών. Προσοχή η απλή διαπίστωση παθήσεως του ήπατος δεν είναι εγγύηση ότι η αιμορραγία οφείλεται σε κίρσους του οισοφάγου. Περίπου πάνω από το 50% των αρρώστων με κίρρωση του ήπατος και αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, έχουν αιμορραγία από άλλη αιτία εκτός των κίρσων του οισοφάγου).

Εξετάζουμε για τελεαγγειεκτασίες δέρματος, χειλέων, κοίτης των ονύχων, διότι τότε μπορεί να οφείλεται σε αγγειακές δυσπλασίες του γαστρεντερικού σωλήνα. Εξετάζουμε για την ύπαρξη εγχειρητικών ουλών που μπορεί να μας υποδείξουν εγχειρήσεις για πεπτικό έλκος ή για αντικατάσταση της κοιλιακής αορτής με μόσχευμα. Γίνεται ακρόαση της κοιλιάς και των εντερικών ήχων. Η έντονη αιμορραγία συνοδεύεται από έντονους εντερικούς ήχους, λόγω της καθαρτικής ιδιότητας του αίματος μέσα στον εντερικό αυλό. Εξετάζουμε για τυχόν συνύπαρξη πόνου ή και ευαισθησίας στη κοιλιακή χώρα. Είναι σύνηθες εύρημα σε πεπτικό έλκος ή σε γαστρεντερίτιδα και σπάνια στους αρρώστους με σύνδρομο Mallory-Weiss, καρκίνο, ή αιμορραγία από κίρσους του οισοφάγου. Κοιλιακή ευαισθησία χωρίς εντερικούς ήχους, σε ένα υποτασικό άρρωστο με μέλαινα, πρέπει να υποπτευόμεθα εντερική απόφραξη και κύρια εμβολή μεσεντερίου, που και τα δύο χρειάζονται επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Κάνουμε δακτυλική εξέταση του ορθού και λαμβάνουμε κόπρανα για επισκόπηση και test για αίμα σ' αυτό. Η ρευστότητα των κοπράνων μας βοηθά στο προσδιορισμό της βαρύτητας της αιμορραγίας και της διαφοροδιάγνωσης μεταξύ αιμορραγίας ανωτέρου και κατώτερου γαστρεντερικού σωλήνα δηλαδή στο προσδιορισμό της θέσης της αιμορραγίας.

Αδρά κλινική εκτίμηση του shock που φαίνεται στο πίνακα 1.

**Πίνακας 1: Κλινική ταξινόμηση του shock**

Βαρύτητα shock	Παθοφυσιολογία	Κλινικά δεδομένα
<b>ΕΛΑΦΡΑ</b> (απώλεια < 20% του όγκου του αίματος)	Ελάττωση περιφερικής αιμάτωσης, αιμάτωση μόνο ζωτικών οργάνων, παρατεταμένη ισχαιμία δέρματος, λίπους, μυών, και οστών. Αρτηριακό pH φυσιολογικό.	Άρρωστοι με κρύα άκρα, Ορθοστατική υπόταση, και ταχυκαρδία, σύμπτωση φλεβών τραχήλου, και συμπίκνωση των ούρων.
<b>ΜΕΣΗ</b> (απώλεια 20-40% του όγκου του αίματος)	Ελάττωση της κεντρικής αιμάτωσης οργάνων, όπως ήπαρ, έντερο, νεφρό, (ισχαιμία αυτών), Μεταβολική οξέωση.	Υπόταση και ταχυκαρδία σε κατακεκλιμένη θέση, ολιγουρία ή και ανουρία.
<b>ΣΟΒΑΡΑ</b> (απώλεια >40% του όγκου του αίματος)	Πτώση της αιμάτωσης και της καρδιάς και του εγκεφάλου, σοβαρή μεταβολική οξέωση μαζί με αναπνευστική οξέωση.	Ανησυχία, σύγχυση, ταχυκαρδία, και υπόταση σε κατακεκλιμένη θέση, Ταχύπνοια.

\* Σημείωση: Τα κλινικά αυτά σημεία είναι τα πιο συχνά παρατηρούμενα στο αιμορραγικό shock, αλλά είναι όμοια με τους άλλους τύπους του shock.

## ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πολλές φορές για την διάγνωση του σημείου της αιμορραγίας χρειάζονται να γίνουν διάφορες συμπληρωματικές εξετάσεις που περιγράφουμε παρακάτω:

### A) Ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα

- **Ενδοσκόπηση:** Είναι η πιο ταχεία διαγνωστική και σύγχρονα θεραπευτική μέθοδος άμεσου προσδιορισμού της θέσης της αιμορραγίας του γαστρεντερικού σωλήνα. Όταν η κατάσταση του αρρώστου σταθεροποιηθεί, η ενδοσκόπηση είναι η πρώτη εξέταση που γίνεται για την εκτίμηση της θέσης της αιμορραγίας. Επιπρόσθετα μπορεί να γίνει μαζί με τη διάγνωση και θεραπευτική



παρέμβαση άμεσα. όπως σκληροθεραπεία στους κισσούς του οισοφάγου, καυτηριασμός του αιμορραγούντος αγγείου ή τοπική έγχυση αδρεναλίνης για την σύσπαση και την θρόμβωση του αγγείου.

- **Αγγειογραφία.** Σπάνια χρησιμοποιείται για αιμορραγίες του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα και συνήθως χρειάζεται η απώλεια αίματος να είναι  $>0,5$  ml/min για να γίνει αντιληπτή η εστία της αιμορραγίας με την εξέταση αυτή καθώς και με την ραδιοισοτοπική εξέταση. Συνιστάται στους αρρώστους με αιμορραγία  $> 0,5$  ml/min και που η ενδοσκοπηση δεν κατέστη δυνατόν να εντοπίσει την εστία της αιμορραγίας. Στους αρρώστους που ενδοσκοπικά δεν βρίσκεται η εστία της αιμορραγίας και η απώλεια αίματος είναι  $< 0,5$  ml/min πρώτη ένδειξη έχει το σπινθηρογράφημα με σεσημασμένα ερυθρά με ραδιενεργό τεχνήσιο  $Tc^{99}$ .
- Βαριούχο γέυμα ή με γαστρογραφίνη: Γίνεται σπάνια για τον έλεγχο του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα, σε αρρώστους με μικρή αιμορραγία και αφού σταθεροποιηθούν από αιμοδυναμικής άποψης.

#### **B) Κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.**

- **Ορθοσιγμοειδοσκόπηση:** Πρέπει να γίνεται αμέσως μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του αρρώστου. Με τη μέθοδο αυτή μπορεί να γίνει η διαφοροδιάγνωση της αιμορραγίας (αιμορροΐδες, κολίτιδα, νεοπλασία, εκκολπώματα, ή ισχαιμική κολίτιδα). Το εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο είναι πιο καλά ανεκτό από τον άρρωστο, αλλά πιο εύκολα βουλώνει από το αίμα και τα κόπρανα.
- **Κολonosκόπηση:** Πολλές φορές δεν είναι δυνατή σε αρρώστους με μεγάλη αιμορραγία, λόγω της μεγάλης ποσότητας αίματος μέσα στον εντερικό αυλό. Πρέπει να εκτελείται μετά από προσεκτική προετοιμασία του εντέρου. Η καλύτερη προετοιμασία γίνεται με μη απορροφούμενο διάλυμα θεικού άλατος και πολυεθυλένο-γλυκόλης. Στους ενήλικες χορηγούμε 3-4 lt από το στόμα ή από τον ρινογαστρικό σωλήνα μέσα σε 2-3 ώρες. Προκαλείται διάρροια και το έντερο καθαρίζεται μέσα σε λίγες ώρες.
- **Αγγειογραφία:** Πρέπει να γίνεται σε μεγάλες αιμορραγίες και σε αιμορραγίες που κατά το χρόνο της παρακολούθησης της αιμορραγίας έχουμε υποτροπή. Στις περιπτώσεις αυτές η εκλεκτική αρτηριογραφία της άνω μεσεντερίου μπορεί να μας προσδιορίσει την εστία της αιμορραγίας και ακόμη μπορούμε να κάνουμε έγχυση αγγειοσυσπαστικού φαρμάκου ( vasopresin, ή gelfon), για το σταί άτημα της αιμορραγίας.
- **Σπινθηρογράφημα με σεσημασμένα ερυθρά με  $Tc^{99}$ :** Εάν ο ρυθμός απώλειας αίματος είναι  $< 0,5$  ml/min το σπινθηρογράφημα με σεσημασμένα με  $Tc^{99}$  ερυθρά βοηθά στην εντόπιση της αιμορραγίας. Εάν δεν είναι δυνατή η εντόπιση της αιμορραγίας, το σπινθηρογράφημα μπορεί να επαναληφθεί μετά από 18 ώρες. Το αίμα εντοπίζεται αρκετές ώρες μετά την δίοδο του στο σπινθηρογράφημα και έτσι μπορεί να εντοπίσουμε την εστία της αιμορραγίας.
- **Βαριούχος υποκλυσμός:** Πρέπει να γίνεται σε αιμοδυναμικά σταθεροποιημένους αρρώστους και μάλιστα με εμφύσηση αέρα, μέσα σε 24 ώρες από το σταμάτημα της αιμορραγίας. Εάν σκεπτόμεθα να κάνουμε αγγειογραφία καλόν είναι να προηγείται αυτή του βαριούχου υποκλυσμού διότι το βάριο εμποδίζει την ευκρίνεια της αγγειογραφίας λόγω παραμονής του βαρίου στο έντερο για αρκετές ημέρες.

#### **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ.**

Η παρακολούθηση για αναζωπύρωση της αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα πρέπει να γίνεται με :

1. **Πλύση του στομάχου.** Γίνεται πλύση του στομάχου δια μέσου του ρινογαστρικού σωλήνα και μετρούμε τον όγκο και το είδος της αναρροφούμενης ποσότητας από το στόμαχο. Η συνεχιζόμενη αιμορραγία, καθώς και η ποσότητα του αίματος που χρειαζόμαστε να μεταγγίσουμε για να διατηρήσουμε τα ζωτικά σημεία είναι οι δύο βασικοί παράγοντες που μαζί με τις τοπικές βλάβες θα μας βοηθήσουν να αποφασίσουμε πότε θα χειρουργήσουμε τον άρρωστο. Ο ρινογαστρικός σωλήνας πρέπει να παραμένει για 24 ώρες μετά την αιμορραγία σε αρρώστους με γαστρορραγία για την έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής της αιμορραγίας.
2. **Παρακολούθηση των κοπράνων.** Καταγράφεται η συχνότητα, το χρώμα και η ποσότητα των αφόδευσεων από τον άρρωστο. Σε σοβαρή αιμορραγία το αίμα είναι άφθονο γιατί είναι εξαιρετικό

καθαριστικό. Η συνέχιση ερυθρού ή μελανού χρώματος αίματος, σημαίνει συνέχιση της αιμορραγίας ή υποτροπή αυτής που χρειάζεται τουλάχιστο παρακολούθηση και θεραπεία, διότι πιθανόν είναι μεγάλη.

3. **Διαδοχικές μετρήσεις του Ht.** Η μέτρηση του Ht δεν βοηθά στις περιπτώσεις που προϋπήρχε αναιμία στον άρρωστο. Γι αυτό καλύτερος δείκτης της απώλειας αίματος είναι οι διαδοχικές μετρήσεις αυτού, που μπορεί να μας δείξει εάν υπάρχει συνεχιζόμενη αιμορραγία ή όχι.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΠΑΘΗΣΗ**

### **A) Από τον ανώτερο πεπτικό**

Η γενική αντιμετώπιση της αιμορραγίας έχει παραπάνω περιγραφεί. Στη συνέχεια θα περιγράψουμε την ειδική θεραπεία για κάθε πάθηση που προκαλεί αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό. Τονίζουμε και εδώ ότι η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση της αιμορραγίας από το πεπτικό σωλήνα.

- **Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.**

Μεγάλη αιμορραγία παρουσιάζουν οι μισοί από τους αρρώστους με αιμορραγία από γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Συνήθως τα οπίσθια έλκη του 12/δακτύλου αιμορραγούν και οι μεγάλες αιμορραγίες στη πλειοψηφία τους προέρχονται από οπίσθια έλκη λόγω της γειτονία των με την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό ελκοπάθειας που ο άρρωστος αναφέρει συνήθως ή από χρόνια δυσπεπτικά ενοχλήματα που μπορεί να αναφέρει ο άρρωστος. Στο 40% των αρρώστων συνυπάρχει πόνος ή έξαρση των ενοχλημάτων του έλκους κατά τη περίοδο της γαστρορραγίας. Μπορεί να εκδηλωθεί ως ραγδαία αιμορραγία ή ως χρόνια αναιμία ή ως μέλαινες κενώσεις.

Η θεραπεία συνίσταται στη:

1. επείγουσα αντιμετώπιση της απώλειας του όγκου του αίματος που περιγράψαμε παραπάνω.
  2. τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, διακοπή της σίτισης από το στόμα και πλύση του στομάχου με παγωμένο φυσιολογικό ορό.
  3. χορήγηση αντιοξίνων φαρμάκων από το στόμα ανά 4ώρο.
  4. χορήγηση αναστολέων των H<sub>2</sub> υποδοχέων για την ελάττωση της γαστρικής οξύτητας (cimetidine, ranitidine κτλ.) συνήθως την αρχή χορηγούνται ενδοφλέβια. Μετά τη χορήγηση τροφής αυτοί χορηγούνται από το στόμα.
  5. Συνιστούμε διακοπή του καπνίσματος και της χρήσης αλκοολούχων και ανθρακούχων ποτών, ή φαρμάκων του τύπου της ασπιρίνης, κορτιζόνης, αντι- ρευματικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.
  6. χειρουργική επέμβαση χρειάζεται όταν η αιμορραγία υποτροπιάζει και εάν για τη διατήρηση των ζωτικών σημείων χρειάζεται η χορήγηση πάνω από 3 φιάλες αίμα, ή στις περιπτώσεις που ο άρρωστος παρουσιάζει ολιγαιμικό shock.
- **Αιμορραγική γαστρίτιδα, οισοφαγίτιδα, δωδεκαδακτυλίτιδα.**

Η αιμορραγική γαστρίτιδα αναγνωρίζεται σήμερα όλο και πιο συχνά με τη χρήση του γαστροσκοπίου για τη διάγνωση της αιτίας της γαστρορραγίας. Στο ιστορικό των αρρώστων αυτών αναφέρεται συνήθως λήψη ποσοτήτων αλκοόλ, ή φαρμάκων όπως σαλικυλικά, αντιφλεγμονώδη, κορτιζόνης, τα οποία ενοχοποιούνται για τη δημιουργία της γαστρίτιδας. Η οισοφαγίτιδα, ή η δωδεκαδακτυλίτιδα μπορεί να έχουν παρόμοιες αιτίες και να συνυπάρχουν με τη γαστρίτιδα. Η οισοφαγίτιδα συνήθως προέρχεται από τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Είναι συχνά ασυμπτωματικές. Μπορεί να παρουσιάζουν μερικοί άρρωστοι ανορεξία επιγαστρικό ή οπισθοστερνικό πόνο. Η διάγνωση συνήθως μπαίνει ενδοσκοπικά. Σπάνια η γαστρίτιδα σε αρρώστους με διαταραχές της πηκτικότητας, ή πυλαία υπέρταση η αιμορραγία από γαστρίτιδα είναι μεγάλη.

Η θεραπεία συνίσταται:

1. Επείγουσα αντιμετώπιση των απωλειών του αίματος που έχουμε περιγράψει παραπάνω.
2. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση του στομάχου με κρύο φυσιολογικό ορό και με αγγειοσυσπαστικές ουσίες (Levophet)

3. Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων κάθε 2-4 ώρες από το στόμα με σκοπό τη διατήρηση του pH του στομάχου >4. Επίσης χορηγούμε αναστολείς των H<sub>2</sub> υποδοχέων για τον ίδιο σκοπό.
  4. Στους αρρώστους που έπαιρναν σαλικυλικά, αντιφλεγμονώδη ή κορτιζόνη πολλοί χορηγούν misoprostol (κυτταροπροστατευτική προσταγλαδίνη σε δόση 200μg X2 ημερησίως). Άλλοι συγγραφείς προτείνουν τη χορήγηση σωματοστατίνης για τη πτώση της γαστρικής οξύτητας.
- **Σύνδρομο Mallory Weiss.**  
Είναι λύση της συνέχειας του βλεννογόνου του οισοφάγου, που συμβαίνει συνήθως μετά από έντονο εμετό και αποτελεί το 1-10% των αιμορραγιών από το ανώτερο πεπτικό σωλήνα. Συνήθως βρίσκουμε μακροσκοπικά μία ή περισσότερες επιμήκεις διαβρώσεις του βλεννογόνου μήκους 1-4 cm κοντά στην οισοφαγογαστρική συμβολή. Η ρήξη περιλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του οισοφάγου και σπάνια και τον μυϊκό. Η διάγνωση τίθεται συνήθως από το ιστορικό του αρρώστου που αναφέρει έντονη προσπάθεια εμετού και από την οισοφαγοσκόπηση. Η θεραπεία της νόσου εκτός της αντικατάστασης του απολεσθέντος αίματος που παραπάνω έχουμε περιγράψει, είναι:
    - 1) Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομάχου (αμφισβητείται η θεραπευτική του αξία από πολλούς).
    - 2) Ενδοσκοπική καυτηρίαση για το σταμάτημα της αιμορραγίας με laser, ή τοπική έγχυση κατ' άλλους επινεφρίνης ή τέλος εμβολισμός του αιμορραγούντος αγγείου μπορεί να σταματήσει την αιμορραγία.
    - 3) Χειρουργική θεραπεία επί αποτυχίας των παραπάνω συντηρητικών αιματηρών μεθόδων.
  - **Κιρσοί του οισοφάγου.**  
Συνήθως η μαζική αιμορραγία από δευτεροπαθείς κιρσούς του οισοφάγου και του θόλου του στομάχου έχει θνησιμότητα περίπου 50%. Η πτωχή έκβαση οφείλεται κύρια στη κακή γενική κατάσταση των αρρώστων, καθώς και στη σοβαρότητα της αιμορραγίας. Η διάγνωση συνήθως μπαίνει από το ιστορικό του αρρώστου (υπάρχουν σημεία πυλαίας υπέρτασης, όπως κεφαλή της μέδουσας, αλκοολική κίρρωση του ήπατος, ασκίτης, δευτεροπαθείς αιμορροΐδες), και από άλλες εξετάσεις όπως διαγνωστική τοποθέτηση του καθετήρα Seeengstaken - Blakemore, και κύρια την οισοφαγοσκόπηση) που επιβεβαιώνει τη διάγνωση και μπορούμε να επεμβούμε και θεραπευτικά. Πρέπει να σημειωθεί και εδώ ότι το 50% των αρρώστων με κιρσούς του οισοφάγου μπορεί να παρουσιάσουν αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σωλήνα και να μην οφείλεται στους κιρσούς του οισοφάγου. Η θεραπεία εκτός των μέτρων που γενικά έχουμε προαναφέρει για την αντικατάσταση των απωλειών αίματος πρέπει να γίνονται και τα παρακάτω:
    - 1) Παρακολούθηση της ΚΦΠ και των ζωτικών σημείων συνεχώς. Εάν είναι δυνατόν παίρνεται και η πίεση των πνευμονικών τριχοειδών με καθετήρα Swan - Ganz για την αντικατάσταση των υγρών.
    - 2) Χορηγούμε βαζοπρεσίνη. Συνήθως γίνεται συνεχής περιφερική έγχυση βαζοπρεσίνης (0,1-0,4 UI/min) και πρέπει να αρχίζει το ταχύτερο δυνατό. Προσοχή πρέπει να γίνεται η έγχυση από περιφερική φλέβα και όχι από κεντρική φλεβική γραμμή ή από τον καθετήρα Swan - Ganz, διότι προκαλεί έντονη αγγειοσύσπαση των στεφανιαίων αγγείων. Επίσης είναι αντένδειξη η χορήγηση της σε στεφανιαία νόσο.
    - 3) Τοποθετούμε σωλήνα Seengstaken-Blakemore για την διάγνωση και το προσωρινό σταμάτημα της αιμορραγίας, ώστε να δοθεί ο χρόνος για επείγουσα γαστροσκόπηση. Προσοχή για την αποφυγή νέκρωσης του βλεννογόνου πρέπει να ξεφουσκώνουμε τα μπαλόνια του καθετήρα 10 min κάθε 1 ώρα.
    - 4) Γίνεται επείγουσα σκληροθεραπεία δια μέσου του γαστροσκοπίου. Με τη γαστροσκόπηση επιβεβαιώνεται η διάγνωση των κιρσών και συγχρόνως προβαίνουμε σε σκληροθεραπεία για τη θρόμβωση των κιρσοειδώς διατεταμένων φλεβών του οισοφάγου και κατά κύριο λόγο στον αιμορραγούντα κιρσό. Με την επείγουσα σκληρυντική θεραπεία επιτυγχάνεται το σταμάτημα της αιμορραγίας στο 90% των αρρώστων.
    - 5) Επί αποτυχίας των παραπάνω μεθόδων γίνεται χειρουργική επέμβαση που όμως έχει μεγάλη θνησιμότητα στους αρρώστους αυτούς.
  - **Αιμοχολία.**

Συνήθως οφείλεται σε ιατρογενές τραύμα μετά από βιοψία του ήπατος, ή τραύμα αυτού (συνχά αρκετές εβδομάδες πριν την εκδήλωση της αιμοχολία. Σπάνια μπορεί να οφείλεται σε όγκους του ήπατος, ή αιμορραγία μέσα στα χοληφόρα από παράσιτα ή πέτρες. Εκδηλώνεται με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σωλήνα που έχει πολλές φορές σαν χαρακτηριστικό ότι στην αιματέμεση υπάρχουν πήγματα με το εκμαγείο του χοληδόχου πόρου και συνοδεύεται από κωλικό του ήπατος. Η διάγνωση τίθεται με την εκλεκτική αγγειογραφία του ήπατος που πρέπει να γίνεται εάν υποπτευόμεθα αιμοχολία. Η θεραπεία συνίσταται σε εμβολισμό του κλάδου της ηπατικής αρτηρίας που αιμορραγεί κατά την διάρκεια της αγγειογραφίας. Εάν η θεραπευτική αγωγή αυτή αποτύχει γίνεται χειρουργική απολίνωση της ηπατικής ή του κλάδου αυτής που αιμορραγεί, και πολλοί κάνουν συγχρόνως και χολοκυστεκτομή ιδίως εάν απολινώσουμε τη δεξιά ή τη κοινή ηπατική αρτηρία για το φόβο της νέκρωσης της χοληδόχου κύστεως. Ορισμένοι συγγραφείς προτείνουν να γίνεται πάντα και χολοκυστεκτομή.

- **Αορτοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο μετά από ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής.**

Σε μεγάλη (κατακλυσμαία) αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα που συνυπάρχει στον άρρωστο και ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, ή έχει υποβληθεί σε εγχείρηση αντικατάστασης της κοιλιακής αορτής με μόσχευμα, πρέπει να υποψιαζόμεθα το αορτοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο και πρέπει να κάνουμε ενδοσκοπηση αλλά κύρια αγγειογραφία της αορτής (αορτογραφία) για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Το υπέρηχο και η αξονική τομογραφία βοηθούν μόνο στην διάγνωση του ανευρύσματος της αορτής.

Η θεραπεία συνίσταται στην αντικατάσταση των απωλειών αίματος με κρυσταλλοειδή και κολλοειδή διαλύματα και αίμα, όπως παραπάνω έχουμε προαναφέρει και προχωρούμε σε εγχείρηση μόλις επιβεβαιωθεί η διάγνωση, που συνίσταται στη σύγκλιση του συριγγίου χειρουργικά.

## ***B) Από το κατώτερο πεπτικό σωλήνα.***

Μαζική αιμορραγία από το κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα και ιδιαίτερα από το παχύ έντερο σε ενήλικες συνήθως κατά σειρά συχνότητας οφείλεται σε εκκολπώματα του παχέος εντέρου, σε αγγειοδυσπλασίες, σε ελκώδη κολίτιδα και σπανιότερα σε όγκους του παχέος εντέρου. Πρέπει να σημειωθεί ότι πιο συχνά μαζική αιμορραγία κάνουν οι πολύποδες του δεξιού κόλου σε σχέση προς του αριστερού καθώς και οι κακοήθεις όγκοι. Η θέση της αιμορραγίας στο παχύ έντερο μπορεί να διαπιστωθεί η αιτία της στο 90% των περιπτώσεων.

- ***Εκκολποματίτιδα.***

Είναι συχνά ασυμπτωματική. Πολλές φορές ο άρρωστος αναφέρει στο ιστορικό του κωλικοειδής πόνους στη κάτω κοιλία και ιδιαίτερα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και ευαισθησία. Επίσης αναφέρει ιστορικό χρόνιας δυσκοιλιότητας. Η αιμορραγία συνήθως είναι μαζική και συμβαίνει χωρίς συμπτώματα ή άλλα σημεία φλεγμονής των εκκολπωμάτων, όπως πυρετό, ψηλαφητή μάζα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, ή κοιλιακή ευαισθησία. Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως έχουμε παραπάνω περιγράψει. Σε αδυναμία ελέγχου της αιμορραγίας συντηρητικά προχωρούμε σε χειρουργική αντιμετώπιση της με σιγμοειδεκτομή που αποτελεί και θεραπεία χειρουργική των εκκολπωμάτων. Η εντόπιση της αιμορραγίας όπως προαναφέραμε μπορεί να γίνει με σεσημασμένα ερυθρά με Tc<sup>99</sup> ή με αγγειογραφία. Στη συντηρητική θεραπεία των εκκολπωμάτων παίζει σπουδαίο ρόλο και η μακροχρόνια διαιτητική αγωγή που θα ακολουθήσει ο άρρωστος.

- ***Αγγειοδυσπλασία.***

Εμφανίζεται ως αιμορραγία ελαφρά έως μαζική σε ποσότητα. Συνήθως εμφανίζεται σε ηλικιωμένα άτομα με ιστορικό καρδιακών παθήσεων και ιδιαίτερα αορτικής στένωσης, ή νεφρικών παθήσεων. Όταν υπάρχει μεγάλη αιμορραγία για τη διάγνωση του σημείου αιμορραγίας, χρειάζεται να γίνει κολonosκόπηση, ή σπινθηρογράφημα με Tc<sup>99</sup>, ή αγγειογραφία, η οποία είναι και η πιο διαγνωστική. Η κολonosκόπηση σε μαζική αιμορραγία δύσκολα μπορεί να διαγνώσει το σημείο της αιμορραγίας, λόγω της μεγάλης ποσότητας αίματος στον αυλό του εντέρου. Οι βλάβες συνήθως εντοπίζονται στο δεξιό κόλο αλλά μπορεί να εμφανισθούν και στο υπόλοιπο έντερο. Δεν υπάρχουν συνοδές τελεαγγειεκτασίες στο δέρμα και τους βλεννογόνους όπως στο σύνδρομο Osler-Weber-Rendu.



Η θεραπεία συνίσταται στην αντικατάσταση των απωλειών αίματος και επί πλέον χορηγούμε βαζοπρεσίνη από περιφερική φλέβα (0,1-0,4 UI/min) ή σε υψηλού κινδύνου αρρώστους μπορεί να γίνει τοπική έγχυση με καθετηριασμό, βαζοπρεσίνης. Πολλές φορές καλά αποτελέσματα δίδει ο εμβολισμός των τελεαγγειεκτασιών. Σε πολλές άλλες περιπτώσεις η αιμορραγία σταματά μόνη της. Σε μεγάλες αιμορραγίες που αποτυγχάνουν οι παραπάνω μέθοδοι γίνεται δεξιά κολεκτομή. Τελευταία σε πολλά κέντρα επιχειρούν την καυτηρίαση των τελεαγγειεκτασιών με το κολονοσκόπιο και με laser, και αναφέρουν πολύ καλά αποτελέσματα.

- **Αιμορροΐδες.**

Η αιμορραγία είναι το πρώτο σύμπτωμα των εσωτερικών αιμορροΐδων. Πολλές φορές ο άρρωστος αναφέρει ιστορικό χρόνιας δυσκοιλιότητας, με σκληρά κόπρανα που επαλείφονται με αίμα και στο τέλος της κένωσης αποβάλλεται το περισσότερο αίμα (το αίμα έπεται των κοπράνων). Σπάνια η χρόνια απώλεια αίματος εκδηλώνεται ως αναιμία σιδηροπενική. Μεγάλη αιμορραγία από τις αιμορροΐδες είναι σπάνια, εκτός και αν υπάρχει και πυλαία υπέρταση. Η διάγνωση πρέπει να βεβαιώνεται με την προκτωσκόπηση.

Η θεραπεία συνίσταται στην καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας, με χορήγηση τροφών με μεγάλο υπόλειμμα και υπακτικά. Επίσης χορηγούμε παραφινέλαιο για να εξέρχονται ευκολότερα τα κόπρανα και να μη τραυματίζουν τις αιμορροΐδες, ή υπόθετα γλυκερίνης. Η επείγουσα χειρουργική αφαίρεση των αιμορροΐδων, σπάνια θα χρειασθεί να γίνει επειγόντως, όταν δεν κοντρολάρεται η αιμορραγία.

- **Πολύποδες του παχέος εντέρου.**

Συνήθως εμφανίζεται με ανώδυνο αιμορραγία και η ανακάλυψη του πολύποδα γίνεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή τη κολονοσκόπηση, ή τον βαριούχο υποκλυσμό.

Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση των απωλειών αίματος ως προαναφέραμε, και εάν η αιμορραγία επιμένει θα πρέπει να αφαιρεθεί ο πολύποδας. Εάν η αιμορραγία σταματήσει προχωρούμε σε κολονοσκόπηση και αφαίρεση του πολύποδα εφ' όσον είναι κάτω των 2 cm, και δύναται να αφαιρεθεί ενδοσκοπικά. Στις άλλες περιπτώσεις πρέπει να γίνει χειρουργική αφαίρεση του πολύποδα.

- **Αιμορραγική κολίτιδα.**

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι οι κωλικοί του εντέρου, η διάρροια που περιέχει αίμα και βλέννες, ο πυρετός, η απώλεια βάρους και η αναιμία. Στη σιγμοειδοσκόπηση ο βλεννογόμος του ορθού είναι εύθρυπτος, εξελκωμένος και αιμορραγεί εύκολα. Η αιτία της κολίτιδας είναι ιδιοπαθής ή και μικροβιακή (όπως συγγέλες, καμπυλοβακτηρίδια, αμοιβάδες, σαλμονέλες). Σπάνια σε ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανισθεί ισχαιμική κολίτιδα με ραγδαία αιμορραγία. Η διαφορική διάγνωση γίνεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση και τη καλλιέργεια των κοπράνων. Η ισχαιμική κολίτιδα σπάνια εντοπίζεται στο ορθό σε αντίθεση με τις άλλες κολίτιδες.

Η θεραπεία εκτός της αντικατάστασης των απωλειών σε υγρά, αίμα και ηλεκτρολύτες, Χορηγούμε φάρμακα για τις μικροβιακές κολίτιδες βάση του αντιβιογράμματος. Στην ιδιοπαθή χρειάζεται η χορήγηση υποκλυσμών κορτιζόνης και η χορήγηση μη απορροφούμενων από το έντερο σουλφοναμιδών. Η χειρουργική θεραπεία χρειάζεται στη μεγάλη αιμορραγία και το τοξικό megacolon.

- **Νόσος του Crohn.**

Σοβαρή αιμορραγία παρουσιάζεται στο 1/3 των αρρώστων. αλλά κατακλυσμαία αιμορραγία είναι ασυνήθης. Οι άρρωστοι αναφέρουν κοιλιακό πόνο και κοιλιακούς κωλικούς. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει κοιλιακή ευαισθησία και διάρροιες αλλά σπάνια είναι τα προεξάρχοντα συμπτώματα. Λιγότερο συχνά εμφανίζεται πυρετός και σήψη. Ο σχηματισμός αιμορροΐδων, ραγάδων και ιδίως συριγγίων είναι αρκετά συχνός. Σπανιότατα επεκτείνεται στο ορθό. Η θεραπεία είναι κατ' εξοχή συντηρητική. Τη χειρουργική θεραπεία κάνουμε όταν υπάρχει μαζική αιμορραγία, που δεν κοντρολάρεται συντηρητικά. Χορηγούμε κορτικοειδή εφ' όσον αποκλείσουμε την αμοιβαδική κολίτιδα.

- **Μονήρες έλκος του ορθού.**

Είναι ασυνήθης βλάβη και συνοδεύεται συχνά από πρόπτωση του ορθού. Εμφανίζεται στα ηλικιωμένα άτομα με χρόνια δυσκοιλιότητα. Γίνεται βιοψία για κακοήθεια και στη συνέχεια γίνεται χειρουργική διόρθωση της πρόπτωσης.

- **Εκκολπώματα του Meckel's.**

Περίπου το 25% των αρρώστων με εκκόλωμα του Meckel's είναι συμπτωματικοί και από αυτούς το 25% παρουσιάζουν αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό σωλήνα. Είναι συχνότερη προ των 2 ετών και σπανιότερα μετά τα 10 χρόνια. Τα συμπτώματα μοιάζουν με οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η διάγνωση μπορεί να μπει με ραδιενεργό Tc<sup>99</sup> ή με αγγειογραφία. Χρειάζεται χειρουργική αφαίρεση της απόφυσης του Meckel's, πολλές φορές επειγόντως λόγω της μεγάλης αιμορραγίας, ιδίως όταν φέρει έκτοπο παγκρεατικό ή γαστρικό ιστό και υπάρχει εξέλκωση.



