

**Doporučený diagnostický a léčebný postup  
pro všeobecné praktické lékaře**



# **NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ**

**Autoři:**

**prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.**

Česká chirurgická společnost ČLS JEP

**doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**MUDr. Petr Křepelka**

Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ Praha

**MUDr. Štěpán Suchánek**

Čs. gastroenterologická společnost ČLS JEP

**MUDr. Jana Vojtíšková**

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

# **NOVELIZACE 2011**



**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**

Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



# NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

## Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011

### **Autoři:**

prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc., Česká chirurgická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Křepelka, Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ Praha

MUDr. Štěpán Suchánek, Čs. gastroenterologická společnost ČLS JEP

MUDr. Jana Vojtíšková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

### **Oponenti:**

MUDr. Karel Janík, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Pavel Brejník, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., Česká chirurgická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ Praha

## OBSAH

<b>I. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.....</b>	<b>3</b>
CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH (NPB).....	3
EPIDEMIOLOGIE .....	4
PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA NÁHLOU PŘÍHODU BŘIŠNÍ .....	4
PÉČE O NEMOCNÉ PO OPERACÍCH PRO NPB V ORDINACÍCH PL.....	6
ZÁVĚR.....	6
DOPORUČENÁ LITERATURA.....	6
ALGORITMUS POSTUPU .....	7
<b>II. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ZÁNĚTLIVÉ .....</b>	<b>8</b>
CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ ZÁNĚTLIVÝCH NPB .....	8
PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA NPB .....	8
PROGNÓZA A POSUDKOVÉ ASPEKTY .....	9
DOPORUČENÁ LITERATURA.....	9
<b>III. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ILEÓZNÍ .....</b>	<b>10</b>
CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ ILEÓZNÍCH NPB .....	10
PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA ILEÓZNÍ NPB .....	10
PROGNÓZA A POSUDKOVÉ ASPEKTY .....	11
PREVENCE .....	12
POOPERAČNÍ PÉČE.....	12
DOPORUČENÁ LITERATURA.....	12
<b>IV. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ KRVÁCIVÉ A PERFORAČNÍ.....</b>	<b>13</b>
CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ KRVÁCIVÝCH A PERFORAČNÍCH NPB .....	13
PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA KRVÁCIVOU NPB .....	14
DOPORUČENÁ LITERATURA.....	15
<b>V. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ GYNEKOLOGICKÉHO PŮVODU.....</b>	<b>16</b>
CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ NPB GYNEKOLOGICKÉHO PŮVODU.....	16
PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA GYNEKOLOGICKOU NPB.....	16
ZÁVĚR.....	18
DOPORUČENÁ LITERATURA.....	18
ALGORITMUS POSTUPU .....	19

# I. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

**Jediným typickým příznakem akutní apendicitidy je její nevypočitatelná potměšilost.**

**(prof. Arnold Jirásek)**

## CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH (NPB)

Náhlé příhody břišní (NPB) jsou **akutní stavy ohrožující život pacienta**. Projevují se obvykle náhlou nebo pozvolna vzniklou bolestí, doprovázenou nevolností někdy i zvracením. Postižený může mít zvýšenou teplotu a zrychlený puls.

V klinickém rozhodování nad pacienty s náhlou příhodou břišní stále dochází k chybám; ve 20 % při vyšetření mladých pacientů a až v 70 % u seniorů.

Včasné rozpoznání náhlých příhod břišních v ordinaci praktického lékaře významně ovlivňuje další osud nemocného. Předkládaný doporučený postup je pomocným vodítkem pro klinické rozhodování, které je často velmi obtížné a provázené nejistotou.

## Příčiny a rozdělení náhlých příhod břišních

Podle příčiny se NPB rozdělují na:

### a) neúrazové

**Zánětlivé** cholecystitis, pankreatitis, duodenitis, gastritis, appendicitis, colitis, ileitis, tuboovariální absces

viz Náhlé příhody břišní zánětlivé str. 11-13, Náhlé příhody gynekologického původu, str. 25-31

**Ileózní:** ileus mechanický obstrukční (tumor, ucpání tenkého střeva žlučovým konkrementem), ileus mechanický strangulační (adheze břišní volvulus, invaginace, vnitřní uskřínutá kýla), ileus cévní,

ileus neurogenní (paralytický ileus pooperační, po tupém traumatu, při renální kolice, po léčbě cytostatiky, při šoku)

viz Náhlé příhody břišní ileózní, str. 14-18

**Krvácivé:** jícnové varixy, perforovaný vřed žaludku nebo dvanáctníku, ektopická gravidita, corpus luteum haemorrhagicum, angiodyplasie, arteficiální perforace střev, ruptura břišního aneryzmatu, tromboembolie mezenterických cév

viz Náhlé příhody břišní krvácivé a perforační, str. 19-24, Náhlé příhody gynekologického původu, str. 25-31

### b) úrazové

**Perforační:** břišní perforace

**Zavřené:** tupá poranění břicha (trhlina jater, sleziny, žaludku, odtržení mesenteria od střev, perforace vředu, hemoperitoneum)

## Klinický obraz

K subjektivním příznakům patří **bolest, nausea, zvracení** a pocit **porušení průchodnosti střevní**.

Náhle vzniklá bolest břicha může být různého charakteru (ostrá, bodavá, řezavá, palčivá, tupá, kolikovitá, mírná, silná, nesnesitelná až šokující). Bolest často provází nausea a zvracení (zejména u dětí).

Bolest může vyzařovat do křížové krajiny, dolních končetin, zevních rodidel nebo konečníku (gynekologické NPB), do ramene u ektopické gravidity při hemoperitoneu.

Obvyklé je nechutenství, říhání, zástava odchodu plynů a stolice s pocitem nadmutí břicha, řidčeji je průjem, obtížné močení event. hematurie, tenezmy ve střevech, slabost a malátnost, někdy mdloba (při krvácení), výtok krve z konečníku nebo u žen z genitálu.

Při pohledu může být břicho ploché, vtažené i vzedmuté. Může dýchat v menším rozsahu nebo téměř normálně. Poklep může být bubínkový, bolestivý lokálně či difuzně. Pohmat je bolestivý stažením svalstva nebo jeho napětím. Bolestivé bývá vyšetření per rectum. Při přítomnosti někdy hmatáme vyklenutí Douglasova prostoru. Přítomnosti volné tekutiny či krve v Douglasově prostoru nasvědčuje bolest při dosednutí.

## EPIDEMIOLOGIE

Praktický lékař řeší zhruba 2 případy akutní břišní bolesti měsíčně a v průměru každého druhého pacienta pošle na chirurgii. Celkem lékaře konzultuje s akutní bolestí břicha přibližně 11-13 pacientů na 1 000 obyvatel ročně. Zhruba v 10 % případů se jedná o appendicitidu. V zemích západní Evropy je celoživotní riziko appendicitidy 7 % (vyšší u mužů než u žen), přičemž většina případů proběhne do 30 let. Mortalita na appendicitidu je menší než 0,2%, ale je vyšší u dětí do 2 let a starších nemocných nad 60 let. Druhou nejčastější příčinou akutních bolestí břicha je cholecystitida nebo cholelitiáza. Komplikace (nejčastěji ruptura tuby) mimoděložního těhotenství jsou nejčastější příčinou úmrtí v těhotenství. Každé dvousté těhotenství je extrauterinní.

V České republice v roce 2009 zemřelo v souvislosti s apendicitidou 21 osob. Podíl všech náhlých neúrazových příhod břišních (1 673) na celkové úmrtnosti činil 1,6 %. Tento podíl se v posledních letech výrazně nemění.

## PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA NÁHLOU PŘÍHODU BŘIŠNÍ

### Anamnéza

Zásadní je zjištění časového údaje začátku obtíží, charakter bolestí a přítomnost doprovodných příznaků jako zvracení, průjem, či naopak zástava odchodu stolice a plynů. Na způsob vzniku, průběh bolesti, lokalizaci, vyzařování, charakter a intenzitu bolesti se ptáme cílenými otázkami. Rovněž tak na průvodní příznaky: nauseu, zvracení, ztrátu chuti k jídlu, změny ve vyprazdňování stolice, odchod plynů, opožděnou či probíhající menstruaci, změnu frekvence močení, dysurii, hematurii nebo přítomnost horečky. Aktivně se ptáme na léky a jídlo před začátkem obtíží, případně na míru tělesné zátěže a proběhlé operace nebo vyšetření v předchorobí.

### Fyzikální vyšetření

Všímáme si držení těla, stylu chůze a (bolestivého) výrazu obličeje. Změříme krevní tlak (TK), puls (P) a teplotu.

Břicho vyšetřujeme pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem a per rectum (pravidlo 5P). Vyšetřovat začínáme na protější straně od bolesti. Hodnotíme stav stěny břišní (vzednutí, napětí, tuhost, prohmatnost), místo a rozsah bolestivosti event. přítomnost rezistence. Posuzujeme velikost, tuhost a bolestivost, hloubku uložení, fluktuaci a přítomnost peritoneálních známek. Typické peritoneální známky při appendicitidě jsou:

- **Bolestivost v McBurneyově bodě při palpaci**

Bolest při palpaci bodu na polovině (hranici zevní a střední třetiny) spojnice umbilikospinální.

- **Blumbergův příznak**

Bolest vyvolaná palpací v McBurneyově bodě zesílí při náhlém povolení tlaku ruky (prstu).

- **Rowsingův příznak**

Tlačíme plochou dlaně na levý podbříšek a náhle povolíme. Objeví se bolest v pravém podbříšku.

- **Pleniesovo znamení**

Bolestivost při poklepu na břišní stěnu v apendikální krajině. Popsané akutní projevy peritonitidy se mohou po 3-4 hodinách zmírnit a může dojít ke zdánlivému zlepšení stavu.

Dále si všímáme kýl a jejich reponibility, třísel (uzliny) i oblasti pod tříslu (femorální kýly), u žen výtok z rodidel. Provedeme tapottement obou bederních krajin.

*Vyšetříme per rectum.* Nemocného můžeme vyšetřit ležícího na zádech s pokrčenými dolními končetinami v kyčlích a kolenou, nebo v poloze na boku, pokud má bolesti, případně v předklonu s pokrčenými a opřenými lokty. Hodnotíme okolí konečníku, bolestivost při vyšetření, tonus svěračů, bolestivost a vyklenutí Douglasu, známky krvácení, případně konzistenci stolice.

Praktický lékař by měl být schopen v nezbytných případech vaginálně vyšetřit. Vzhledem k dostupnosti gynekologa to obvykle není nutné.

## Pomocná vyšetření

V ordinaci provedeme orientační vyšetření moči. Dle aktuální možnosti vyšetříme moč a sediment, krevní obraz (leukocyty), jaterní testy a amylázy. Zvýšená hodnota CRP (>30 mg/l), je-li vyš. k dispozici v ordinaci, podporuje diagnózu zánětlivé NPB, není však podmínkou. Diferenciálně diagnostický význam může mít těhotenský test z moči u žen (citlivý od 3.-4. týdne).

## Diferenciální diagnostika

Klíčovým úkolem praktického lékaře v diferenciálně diagnostické rozvaze je identifikace pacienta vyžadujícího neodkladnou péči v nemocničním zařízení. Objasnění příčiny obtíží je druhotné a může proběhnout v podmínkách sekundární péče ve spolupráci dalších odborníků (chirurg, gynekolog, gastroenterolog, urolog) spolu s doplňujícím vyšetřením (laboratorní parametry, ultrazvuk, Rtg. vyšetření). Léčba spasmolytiky, analgetiky a opiáty je před stanovením diagnózy kontraindikována.

Příznaky a diferenciální diagnostika NPB se liší v různých věkových skupinách.

U novorozenců myslíme na kongenitální anomálie trávicího traktu; atrézie, stenózy, malrotace, mekoniový ileus, Hirschprungovu nemoc, na brániční kýlu a nekrotizující enterokolitidu.

Kojenci a malé děti mohou trpět strangulační kýlou, pylorickou stenózou, polknutím cizího tělesa a intususcepcí. Napjaté břicho a zvracení může provázet meningitidu. Důkazy o diagnostické hodnotě vyšetření per rectum pro apendicitidu u dětí jsou nepřesvědčivé a u dětí by mělo být vyšetření zvažováno.

U školních dětí a adolescentů zvracení a bolest břicha doprovází torzi varlete nebo torzi ovaria. Nejčastější je apendicitida, mesenterická lymfadenitida, infekce močových cest, Meckelův divertikl a pneumonie dolního pravého laloku.

U žen v produktivním věku je třeba myslet na stavy související s ektopickým těhotenstvím.

Těhotné mohou mít apendicitidu, cholecystitidu, obstruktivní ileus. S těhotenstvím souvisí náhlé břišní příhody způsobené natržením placenty, rupturou dělohy, torzí adnex, myomatózní degenerací dělohy. Náhlou příhodou gynekologickou je předčasný porod.

Praktický lékař musí mít na paměti odlišnosti u seniorů, jako např. vliv léků ovlivňujících svalový tonus, kdy příznaky NPB či peritonitidy jsou chudší a nevýrazné. Řada dalších chorob se může projevit bolestmi břicha jako např.: zadní infarkt, pleuritida při pneumonii nebo plicním infarktu, pyelonefritida, nespecifický střevní zánět a diabetická ketoacidóza. Apendicitida je vzácnější, ale častěji perforuje a způsobuje komplikace.

Mírnější příznaky mají imunokompromitovaní či pacienti, s mentální poruchou.

Praktický lékař je spoluzodpovědný za odborné zajištění transportu pacienta s podezřením na NPB do nemocnice. Podle potřeby poskytuje další informace odborným lékařům.

Pokud praktický lékař zvolí observaci v domácím prostředí, musí pacienta řádně poučit, musí být alespoň telefonicky dostupný a zajistit kontrolní vyšetření. V dokumentaci by měly být popsány známky, indikující nezávažný stav.

## Doporučený zápis v dokumentaci praktického lékaře

Doporučen je pečlivý záznam o níže uvedených údajích:

Anamnéza bolesti.

Průvodní příznaky.

Údaj o poslední menstruaci.

Údaje z osobní anamnézy, alergická anamnéza, chronicky užívané léky, antikoncepce, úrazy.

Objektivní nález: krevní tlak, puls, teplota, stav hydratace, dýchání, stav kůže a sliznic.

Nález na břicho: Inspekce, auskultace, poklep, palpce, per rektum.

Pracovní diagnóza.

Provedená pomocná vyšetření

Podaná farmaka (v případě podání: dávka, čas a reakce nemocného).

V případě neodeslání poučení nemocného, plán kontrol a dostupnost lékaře.

## Nejčastější chyby v zápisech

Chybí časový údaj vzniku obtíží, nejsou změřeny hodnoty krevního tlaku, pulsu a teplota, nejsou uvedeny chronicky užívané léky nemocného a léky podané v průběhu obtíží. Chybí údaj o alergii, u žen v reprodukčním věku údaj o poslední menstruaci a typu antikoncepce (hormonální, nitroděložní tělísko...).

Nezapomínat na předcházející úrazy i banální z pohledu pacienta!

Zápis musí být opatřen datem a hodinou vyšetření pacienta, podpisem lékaře a razítkem zdravotnického zařízení s uvedeným telefonickým spojením.

V dokumentaci je vhodné ponechat kopii doporučení k předání na odborné vyšetření a časový údaj o předání pacienta do péče RZP.

## PÉČE O NEMOCNÉ PO OPERACÍCH PRO NPB V ORDINACÍCH PL

### Příhody nekomplikované s hladkým pooperačním průběhem

Kontrola celkového stavu, péče o jizvu, stehy, počínající keloidy. Pracovní neschopnost (PN) dle charakteru práce.

### Příhody provázené zánětem v dutině břišní

Důsledná kontrola pasáže, hojení jizvy, přítomnosti subfebrilií, zánětlivých markerů a urogenitální infekce. Pracovní neschopnost dle charakteru práce a stavu hojení. Doporučení lázeňské léčby ženám do 30 let.

### Komplikované pooperační průběhy

Vždy ve spolupráci s odborným oddělením nebo s operátorem.

## ZÁVĚR

Přístup k pacientům s podezřením na NPB musí být za každých okolností pečlivý a systematický. Některé zásady je třeba zdůraznit:

Nepodcenit nealarmující příznaky břišních obtíží!

Pečlivě vyslechnout pacienta!

Pečlivě vyšetřit, ale zbytečně neoddalovat vyšetření na odborném oddělení!

Dbát na řádný zápis vyšetření každého pacienta se zvažovaným podezřením na NPB, a to odeslaného i neodslaného.

## DOPORUČENÁ LITERATURA:

1. Hájek M., Hájková, H.: *Náhlé příhody břišní u dětí a dospělých*; Triton, Praha, 1998, 68s., ISBN 80-85875-78-0
2. Hájek M., Hájková H., *Náhlé příhody břišní – diferenciální diagnostika, Doporučené postupy pro praktické lékaře České lékařské společnosti JEP, www.cls.cz/dp*
3. Valenta J., Fessl, V., Mraček, Z., Novák K.: *Náhlé příhody v chirurgii pro praktické lékaře*; H+H, Jinočany, 1998, 164s., ISBN 80-86022/23-4
4. Seifert B.: *Přístup k pacientovi s bolestí břicha z pohledu praktického lékaře, v Diferenciální diagnostika v gastroenterologii*;
5. Dítě P. et al: *Akutní stavy v gastroenterologii*; Galen, Praha, 2005
6. Kavanagh S. *The acute Abdomen – Assessment, Diagnosis and Pitfalls, MPS Casebook 2004;12(1): 11-17*



## PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA NÁHLOU PŘÍHODU BŘIŠNÍ

## ALGORITMUS POSTUPU

**Nemocný s akutní bolestí břicha**

**ANAMNÉZA**

Začátek, průběh, lokalizace, charakter a intenzita obtíží  
Osobní anamnéza, gynekologická anamnéza  
Léková anamnéza

**Hodnocení celkového stavu**

vzezření  
chůze  
věk  
stav oběhu výživa  
kůže, sliznice

**Základní objektivní hodnoty**

puls  
krevní tlak  
dechová frekvence  
teplota

**Fyzikální vyšetření břicha**

pohled  
poklep  
pohmat  
poslech  
per rectum  
(vaginální vyš.)

**Pomocná vyšetření**

moč chemicky vždy  
podle možnosti:  
krevní obraz, leukocyty  
jaterní testy, amylázy  
glykémie  
urea, bilirubinémie  
CRP  
Gravitest

**Zhodnocení stavu****Podezření na NPB**

Informovat nemocného!  
Nepodávat léky  
(analgetika, opiáty, antibiotika)!  
Nejíst, nepít!

Tělesný klid a studené na břicho.  
Při krevní ztrátě náhradní tekutiny  
a podpora oběhu.

Zajistit transport na chirurgii  
nebo při krvácení do GIT  
na JIP s možností urgentní endoskopie.

**Není podezření na NPB,  
ale lékař rozhodne o sledování pacienta**

Poučení pacienta.  
Zajištění dostupnosti lékaře.  
Plán kontrol.  
Vhodná opatření chování a životosprávy.

Při nejasném nález:  
vyšetření specialistou.

## II. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ZÁNĚTLIVÉ

### CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ ZÁNĚTLIVÝCH NPB

#### Příčiny a rozdělení

Příčinou zánětlivých NPB je nejčastěji bakteriální infekce organismu, s čistě orgánovými projevy (např. *appendicitis ac.*, *cholecystitis ac.*, *pancreatitis ac.*), nebo se zánět z primárně napadeného orgánu šíří do nejbližšího okolí (*pericholecystitis*, *periappendicitis*). Zánět v peritoneální dutině může vzniknout i vlivem dráždění chemickými látkami (např. kyselou žaludeční šťávou při perforaci gastroduodenálního vředu, žlučí při perforaci žlučníku nebo deletrvající stagnací trávicích šťáv při zablokovaném žlučovém konkrementu). Vzácné je difúzní bakteriální postižení peritonea (*peritonitis ac. diffusa primaria*), obvykle vzniká peritoneální zánět po perforaci appendixu nebo divertiklu tlustého střeva.

#### Klinický obraz onemocnění

NPB zánětlivé povahy se projevují bolestmi v břiše, které jsou stálé, ostré, bodavé nebo palčivé. Jejich intenzita je mírná až po prudké, šokující bolesti. Časté jsou nevolnost a zvracení, někteří nemocní mají poruchu močení, průjem, zácpu nebo i známky krvácení do střeva. Charakteristická je celková únavnost, nechutenství, případně zvýšená teplota.

#### PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA NPB

Anamnéza a fyzikální vyšetření při podezření na náhlou příhodu břišní jsou popsány podrobně na straně 3-5.

#### Pomocná vyšetření

Chemické vyšetření moče a vyšetření leukocytů (neznamená-li prodlení). Zvýšená hodnota CRP (>30 mg/l), pokud je vyš. k dispozici v ordinaci, podporuje diagnózu zánětlivé NPB, normální hodnota NPB nevylučuje. Diferenciálně diagnostický význam může mít těhotenský test z moči u žen (citlivý od 3.-4. týdne). Ostatní testy jako bakteriologické vyšetření moče a vyšetření moč. sedimentu, vyšetření sérových a močových amyláz, nativní rtg snímek břicha vstoje a rtg snímek plic k odlišení plicního zánětu při horečce patří již do náplně komplexního vyšetřování chirurgova před stanovením přesné diagnózy. Ultrasonografie břicha zkušeným lékařem – je-li bez prodlení dostupná – je účelná.

#### Diferenciální diagnostika

**Při lokalizaci bolesti v nadbříšku** je třeba rozlišovat mezi akutní cholecystitidou, akutní (primární nebo perforační) peritonitidou, akutní pankreatitidou a perforací gastroduodenálního vředu. Je třeba vzít v úvahu také podezření na bronchopneumonii, exsudativní pleuritidu a infarkt myokardu.

**Při lokalizaci bolesti v podbříšku** je třeba rozlišovat mezi: akutní appendicitidou, vpravo i akutní cholecystitidou, akutní cystitidou a cystopyelitidou, renální kolikou, terminální ileitidou (m. Crohn), akutní adnexitidou, torzi nebo perforací ovariální cisty a tuby při extrauterinní graviditě u žen, a je-li to spíše vlevo, pak i o divertikulitidě tlustého střeva, která může být ale i pravostranná. Akutní apendicitidu může napodobit bolestivá distenze céka při obstrukci v tračníku, zejména u starších obézních pacientů.

**Nejčastější chyby v diagnostice:** podcenění anamnézy, nedostatečné vyšetření nemocného, chybné hodnocení příznaků (zvláště u dětí, těhotných žen a starých osob), opomenutí vyšetřit také plíce, srdce, páteř a lumbální krajinu, podání projímadel, opiátů, analgetik, antibiotik a léků podporujících peristaltiku!

#### Léčebný postup

V primární péči není třeba ztrácet čas zpřesňováním diagnózy, indikujeme-li odeslání pro NPB. Pro chirurga musíme zaznamenat všechna zjištěná fakta, naměřené hodnoty a zejména časový údaj o výskytu a charakteru břišních bolestí, případně ve spojení se zvracením, škytavkou a dalšími příznaky. Před vyšetřením na chirurgické ambulanci nepodáváme nemocným spasmolytika, analgetika, opiáty, projímadla a antibiotika. Zastírají a modifikují klinický obraz zánětlivé břišní příhody a zpožďují kauzální léčení, které je často operační. Podstatou operací je laparotomie s odstraněním zánětlivého ložiska a se sanací dutiny břišní. Některé operace lze provést i laparoskopicky. Vždy záleží na pokročilosti patologického nálezu a na kondici pacienta. Některé břišní záněty se léčí konzervativně klidem, ledovými obklady na břicho, infuzemi, čajovou či absolutní dietou

a podle rozhodnutí chirurga někdy antibiotiky.

## PROGNÓZA A POSUDKOVÉ ASPEKTY

Většina zánětlivých NPB je natolik závažných a rychle progredujících, že již po 6-12 hodinách diagnostického zpoždění mohou být provázeny těžkými komplikacemi, znamenajícími ohrožení života z akutní peritonitidy. Včas rozpoznané a správně léčené záněty mají dobrou prognózu a pacienti mají naději na úplné vyléčení. Rozpoznání zánětlivé NPB zdůvodňuje okamžitou neschopnost práce nemocného s jeho odkazem do chirurgické (obvykle) lůžkové péče. Další postup záleží od vývoje zánětlivé příhody a též od skutečnosti, je-li indikována operace. Po některých včas provedených operačních výkonech anebo po včas zachycených a konzervativně ošetřených břišních zánětech končí pracovní neschopnost po několika týdnech. Zpoždění diagnózy může mít závažné důsledky, prodloužit léčení anebo vést k trvalé invaliditě.

## DOPORUČENÁ LITERATURA:

1. Černý J.: *Špeciálna chirurgia, chirurgia tráviacej rúry; 1. díl., Osveta, Martin 1996, 2. vydání, 497 s., ISBN 80-88824-26-5*
2. Hájek M., Hájková H.: *Náhlé příhody břišní u dětí a dospělých; Triton, Praha, 1998, 68 s., ISBN 80-85875-78-0*
3. Hájek M., Hájková H., *Náhlé příhody břišní zánětlivé, Doporučené postupy pro praktické lékaře České lékařské společnosti JEP, www.cls.cz/dp*
4. Way L. W.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba; Grada, Praha, 1998, ISBN 80 7169-397-9*

### III. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ILEÓZNÍ

#### CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ ILEÓZNÍCH NPB

Ileus je stav střevní neprůchodnosti. Jde buď o funkční změny ochablého či spastického střeva, anebo o patologické stavy, které nastávají po ucpání nebo kompresi tenkého a tlustého střeva. Třetím typem je ileus cévní (po embolii nebo tromboze mezenterických cév). Výskyt ileu je relativně častý a postihuje každý věk a obě pohlaví.

#### Příčiny a rozdělení

Funkční ileus bývá vyvolán močovými a žlučovými kolikami, zhmožděním břišní stěny, porodem, metabolickými změnami v organismu, intoxikacemi a vyskytuje se po mozkových, hrudních a břišních operacích. Někdy provází i mozkové komoce. Cévní ileus je vzácnější a setkáváme se s ním u starších a sklerotických nemocných.

Mechanický ileus se vyskytuje již v kojeneckém věku (kromě střevních atresií jde nejčastěji o invaginace), u mládeže je méně častý a v dospělosti postihuje každý věk. Z praktického hlediska se rozděluje na ileus obturační, který vzniká ucpáním střeva nejčastěji nádorem, větším polypem, žlučovým kamenem nebo nestrávenými zbytky potravy (zrnky vína, peckami, dužninou pomeranče, spolknutými cizími tělesy), a na ileus strangulační se stížením nejen střeva, ale i jeho mezenteria (ileus z adhezí, z uskřinutých vnitřních i zevních kýl, volvulus, invaginace střeva).

#### Klinický obraz

Zpočátku dominuje pocit plnosti v břiše, nauzea, říhání a špatný odchod plynů. Břicho je vzedmuté a difúzně mírně bolestivé. Tento stav označujeme jako subileus a může být často jen funkční povahy. Pokud se ale nerozpozná anebo konzervativně neléčí, vyvíjí se do stavu skutečného paralytického či spastického ileu, anebo, má-li mechanickou překážku, pak je subileus jen začátkem potíží, které se vystupňují v úplný střevní uzávěr (event. cévní trombozu). Při rozvinutém ileu je břicho silně vzedmuté, neodcházejí plyny ani stolice (výjimečně někdy odejde trochu stolice po klysmatu pod překážkou) a v konečniku se může objevit krev a hlen (u nádorů tlustého střeva, krev u tromboembolie břišních cév). Stěna břišní bývá pokleповě citlivá, palpačně mírně nebo i více bolestivá a můžeme na ní pozorovat ztužování střevních klíčků a v břiše je někdy možno vyhmatat rezistenci.

Při mechanickém ileu bývá rozdílný klinický obraz podle výšky ucpání střeva. Při tzv. vysokém ileu (z blokády tenkého střeva žlučovým kamenem, cizím tělískem, nestrávenými zbytky potravy, polypem tenkého střeva) se vyskytuje zvracení poměrně časně a obsahem jsou žaludeční šťávy, žluč a nestrávené zbytky potravy. Naopak při tzv. nízkém ileu, (jde o ucpání tlustého střeva), je zvracení spíše pozdním příznakem, zvratky fekálně páchnou a jsou hnědé. Teplota, krevní obraz (s výjimkou anemie u pokročilých nádorů) a moč vykazují normální hodnoty. Puls bývá urychlen, krevní tlak může být zvýšený nebo normální, u šokovaných nemocných je pokleslý. Vlivem opakovaného zvracení dochází k rozvratu vodní a minerálové rovnováhy a při déletrvajících strangulaci mezenteria k infarzaci střevní stěny, později k nekróze a k perforační peritonitidě (její známkou je paralytický ileus nereagující na konzervativní léčení).

#### PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA ILEÓZNÍ NPB

**Anamnéza a fyzikální vyšetření** při podezření na náhlou příhodu břišní jsou popsány podrobně na straně 5-7. Důraz je třeba klást na údaje o vývoji obtíží, zvracení, škytání, odchodu plynů a stolice, o kvalitě stolice (pozor na příměs krve a hlenu!), o prodělaných břišních operacích (možnost srůstů), předchozích onemocněních a stravě. Nelze opominout vyšetření per rectum.

#### Pomocná vyšetření

Při podezření na ileus by měl být nemocný odeslán k chirurgovi bez prodlevy. Chirurg využije ke zpřesnění diagnostiky sonografii břicha, nativní rtg snímek (vstoje nebo vleže) a případně další instrumentální či rtg vyšetření dle svého uvážení. Perorálně podaný jodový kontrast může prokázat stop v místě překážky na tenkém střevě, baryové klysmata u malých dětí se střevní invaginací je často přínosné nejen diagnosticky, ale i léčebně. Perorální podání baryové náplně je však u ileu kontraindikováno. U obstrukcí tlustého střeva je vhodné CT vyšetření, kde může být patrná přechodová zóna.

## Diferenciální diagnostika

Musí být odlišena prostá obstrukce s meteorismem, paralytický ileus při břišních kolikách a při retenci moče od závažnějších stavů střevní paralýzy, k nimž dochází např. u cévního ileu či u rozvinuté peritonitidy. K tomu poslouží co nejpodrobnější anamnéza a také uvážení celkové kondice a stavu nemocného.

### O obstrukční ileus jde spíše:

- jde-li o déletrvající zažívací obtíže před vznikem ileu
- nejsou-li bolesti příliš silné
- není-li zvracení počátečním příznakem, ale dostaví se později
- je-li déletrvající zácpa s příměsí krve nebo hlenu ve stolici
- je-li v břiše slyšitelná zesílená střevní peristaltika
- jsou-li na břišní stěně patrné peristaltické vlny

### O strangulační ileus jde spíše:

- jsou-li bolesti břicha od počátku příhody zvláště silné
- je-li již od počátku zvracení (reflexní)
- je-li pokles krevního tlaku a urychlený puls
- je-li bledost až cyanóza obličeje

### O paralytický ileus jde spíše:

- při současné nebo předcházející renální či biliární kolice
- bezprostředně po operacích a porodech, po úrazech hlavy, páteře a břicha
- po intoxikaci (alimentární, drogové)
- je-li v břiše poslechové „mrtvé ticho“
- jsou-li puls, teplota a krevní tlak normální
- má-li nemocný jen slabší bolesti břicha, z distenze střeva v pokročilém stadiu difúzní peritonitidy

## Léčebný postup

Nelze-li v počátku ileu odlišit, zda jde o ileus funkční nebo mechanický, zavádí se nazogastrická sonda k odčerpání žaludečního obsahu a provádí se i. v. rehydratace s doplněním minerálů. Infuzi fyziologického roztoku (event. Ringerova či Darrowova r.) může podat před delším transportem již lékař prvního kontaktu. Při funkčním ileu to většinou postačí a příznaky se po infuzní léčbě zklidní. Výhodné je podání kapacího klyzmatu, které podráždí střevní peristaltiku a uvolní z konečníku ztuhlou stolicí. Při mechanickém ileu jsou tato opatření přípravou před nutnou operací. Je-li ale možnost brzké konzultace, nemělo by být vyšetření chirurgem odkládáno a nemělo by zpozdit včasnou diagnostiku.

Injekce Ubretidu, syntostigminu a prostigminu jsou zásadně kontraindikovány u všech forem mechanického a cévního ileu. Rovněž tak opiáty zastírají obraz choroby před definitivním rozhodnutím o kauzální léčbě a zhoršují střevní paralýzu. U nesnesitelných bolestí (u prudkých strangulací) lze podat injekci krátkodobě působícího analgetika s nezbytným záznamem do předávané dokumentace.

K chirurgické revizi je indikován každý případ mechanického a cévního ileu. Paralytický ani spastický ileus se neoperují (s výjimkou peritonitidy). Operace má být provedena co nejdříve po stanovení diagnózy. Kolostomie nad překážkou nebo anastomóza mezi kličkami tenkého střeva či mezi tenkým a tlustým střechem bez resekce postiženého úseku je pouhou paliací a provádí se tehdy, nelze-li překážku radikálně odstranit.

## PROGNÓZA A POSUDKOVÉ ASPEKTY

Prognóza ileu je vždy závislá na jeho typu, na celkovém stavu nemocného a na pokročilosti patologických změn. Funkční ileus má obvykle příznivou prognózu a po racionální konzervativní léčbě do 48-72 h. odezní. Operuje-li se mechanický ileus včas, tj. dříve než došlo k nekróze střeva a k peritonitidě, je jeho úmrtnost nižší než 5%. Operace při rozvinuté peritonitidě a u nemocných vyššího věku mají úmrtnost 50-80%. Po operacích pro ileus z adhezí je zvýšené riziko dalšího ileu. Nemá-li nemocný po operaci komplikace, může být propuštěn z nemocnice již 7. den do domácí péče. Pracovní neschopnost trvá průměrně 4 týdny. Bylo-li resekováno střevo nebo prováděna spojková operace (střevní anastomóza), je délka hospitalizace 10-12 dnů. PN trvá 6-8 týdnů. Při rozsáhlých resekcích je pravděpodobná invalidita.

## PREVENCE

Prevenčí je včasné rozpoznání ileu a při jeho mechanické příčině i včasná operace. Po tromboembolických břišních příhodách, které nemocný přežije, je nutné trvalé podávání protisrážlivých léků.

## POOPERAČNÍ PÉČE

Přichází v úvahu, pokud se nemocný vrátí z nemocnice s nedohojenou ranou nebo s kolostomií. Péče vychází z doporučení odborného pracoviště, které by mělo zajistit i úplnou informaci nemocného, případně členů rodiny, doporučit vhodné pomůcky a zajistit další poradenskou činnost. Praktický lékař může využít spolupráce se sestrami agentur domácí péče.

## DOPORUČENÁ LITERATURA:

1. Černý J.: *Špeciálna chirurgia, chirurgia tráviacej rúry, 1. díl.*; Osveta, Martin, 1996, 2. vydání, 497 s., ISBN 80-88824-26-5
2. Hájek M., Hájková H.: *Náhlé příhody břišní u dětí a dospělých*; Triton, Praha, 1998, 68 s., ISBN 80-85875-78-0
3. Hájek M., Hájková H.: *Náhlé příhody břišní ileózní, Doporučené postupy pro praktické lékaře České lékařské společnosti JEP, [www.cls.cz/dp](http://www.cls.cz/dp)*
4. Way L. W.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba 1. + 2. díl*; Grada, Praha, 1.600 s., ISBN 80-7169-397-9

## IV. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ KRVÁČIVÉ A PERFORAČNÍ

### CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ KRVÁČIVÝCH A PERFORAČNÍCH NPB

Jako náhlá onemocnění s velmi závažnými důsledky probíhají perforační NPB. Spíše výjimečně jsou perforací dutého břišního orgánu (např. vejcovodu) nebo aortálního aneuryzmatu postiženi nemocní, kteří si nikdy na žádné břišní obtíže nestěžovali a perforační příhoda je překvapí náhle a bez prodromálních známek. Naopak bez předchozích příznaků přicházejí v 81 % akutní život ohrožující krvácení do trávicího traktu, nejčastěji v souvislosti s užíváním nesteroidních antiflogistik.

Z pohledu praktického lékaře nemají všechna krvácení do trávicího traktu charakter náhlé příhody břišní. 80-90 % z těchto krvácení spontánně ustane. Každé krvácení z konečniku (enterorrhagie), přítomnost krve ve stolici (meléna) nebo ve zvracích (hematemeza) však vyžaduje diferenciatně diagnostickou rozvahu lékaře. V případě významné krevní ztráty pak urgentní postup. Výrazněji častější a závažnější (až život ohrožující) jsou krvácení do horní části trávicího traktu (HČTT), jejichž roční incidence činí 100 na 100 000 obyvatel, třikrát častěji u mužů než žen, se stoupající incidencí ve vyšším věku.

### Příčiny a rozdělení

Nejčastěji se jedná o perforace zánětlivých orgánů (apendixu, žlučníku, pyosalpingu), břišních cyst a cystoidů (pankreatické a ovariální cysty), o perforace vředů gastroduodenálních, o perforace střevních nekrot (např. při divertikulární chorobě tlustého střeva) nebo o perforace žlučových cest z tlaku konkrementů i z tlaku tuhých břišních drénů. Vzácněji jde o perforace břišních orgánů po tupých úrazech břicha (zranění řídký kůla nebo hranou saní, kopnutí do břicha, nárazem na ostrou hranu) a také o spontánní perforace aortálních aneuryzmat u starších nemocných nebo o perforace mimoděložního těhotenství u mladších žen.

Nejčastější příčinou závažného krvácení do horní části trávicího traktu je peptický vřed žaludku a duodena (55%), jícnové varixy, zejména při portální hypertenzi (14 %), arteriovenózní malformace (6 %), Mallory-Weissovy trhliny (5 %), tumory (4 %), eroze (4 %) a další, méně časté příčiny (15 %). Krvácení do dolní části trávicího traktu (DČTT, distálně od Treitzova ligamenta) spíše vzácně vyvolá hemorragický šok a obraz NPB. Příčinou jsou nejčastěji divertikly (5-42 %), ischemie (6-18 %), anorektální onemocnění (hemorhoidy, anální fissury, rektální vředy, 6-16 %), neoplázie (polypy + karcinomy, 3-11 %), vzácněji (0-10 %) angiodyplázie, stav po polypektomii, postradiační kolitida, Crohnova nemoc. V 3-13 % je nalezen zdroj v tenkém střevě a v 1-9 % je etiologie neznámá.

### Klinický obraz

Příznaky perforačních břišních příhod jsou částečně shodné s počátky ostatních náhlých příhod břišních. Někdy se od nich odlišují jen rychlostí vzniku anebo tím, že je nepředchází prodromální období, které je pro většinu NPB typické. Perforační příhoda začne většinou silnou a někdy až šokující bolestí, která se brzy rozšíří z místa perforace do celého břicha. Jindy jsou břišní bolesti zpočátku nevyrazné a postupem doby se zhoršují. Nezanedbatelná část perforačních příhod probíhá v počáteční fázi dokonce s příznaky imitujícími jiná onemocnění.

Čas bývá často rozhodujícím momentem jak při diagnostice, tak zejména při léčbě perforačních příhod. Nemocní, stížení perforační břišní příhodou se obvykle zastaví ve své činnosti, snaží se o tělesný klid, v němž se lépe snáší břišní bolest, a zaujímají takové pozice – ať již na lůžku nebo mimo ně – v nichž se minimálně pohybují anebo v nichž se jim nejlépe dýchá (snaží se nechodit, nekašlat, stlačují si břišní stěnu rukama).

Bolest bývá vyvolána výronem trávicí šťávy nebo uvolněním serózního či hnisavého obsahu, ale i krve do peritoneální dutiny. Tento výron způsobí po jisté době lokální zánět, který se buď ohraničí v malé pánvi, anebo se brzy rozšíří na celou peritoneální dutinu. V případě výronu krve (při prasklém mimoděložním těhotenství, při perforaci arteriálního aneuryzmatu) dojde rychle i k výrazné anemii.

Celkové příznaky při akutním krvácení do trávicího traktu nebo mimo něj se odvozují od množství ztracené krve. Projevují se potom různým stupněm posthemorragického šoku.

Ztráta do 500 ml krve se u zdravého člověka prakticky nemusí projevit. Ztráty vyšší nad 10-15 % objemu cirkulující krve se subjektivně klinicky manifestují. Lehký šok se projevuje při ztrátě 1 000 ml krve: únava, slabost, sklon ke kolapsu, hodnota pulsu nad 100/min.

Ztráty kolem 1 500 ml krve již znamenají obvykle středně těžký hemorragický šok se slabostí, studeným pocením, malátností, pocitem žízně, kolapsovými stavy. Objektivně je nápadná bledost nemocného, tachykardie, snížený systolický tlak kolem 90 mm Hg.

Větší ztráty než 2 000 ml způsobují těžký šok, kdy tlak se stává neměřitelným, puls na periférii nehmatným, tachykardie 140-150 pulsů za minutu, objevuje se oligurie a anurie, projevují se zřetelné poruchy vědomí. Ztráty nad 2 500 ml jsou bezprostředním ohrožením života těžkým šokem s vysokou mortalitou.

## PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA KRVÁČIVOU NPB

Anamnéza a fyzikální vyšetření při podezření na náhlou příhodu břšní jsou popsány podrobně na straně 5-7. V případě krvácení do trávicího traktu je velmi významná léková anamnéza, zaměřená cíleně na užívání nesteroidních antiflogistik, antitrombotik včetně kyseliny acetylosalicylové, antikoagulancií nebo kortikoidů a na životosprávu, zejména abusus alkoholu. Pro přístup k nemocnému mohou napomoci údaje z předchoreb; zejména předchozí obtíže (bolesti břcha, nechutenství, dysfagie, váhový úbytek, pálení na hrudi) prodělaná vyšetření, zjištěná onemocnění (vředová choroba gastroduodenální - VCHGD, jaterní onemocnění, aneurysma břšní aorty) a provedené operace.

Při fyzikálním vyšetření musí praktický lékař zhodnotit celkový stav pacienta inspekci, změřit teplotu, frekvenci pulzu a zhodnotit jeho kvalitu na periférii, změřit hodnotu krevního tlaku a počet dechů. Pro silné krvácení svědčí bledost kůže a sliznic, studený pot, neklid, úzkost, somnolence, hyperventilace. Tachykardie a hypotenze jsou varovné. Krevní ztrátu podporuje pozitivita ortostatického testu.

Může být obtížné přesvědčit nemocného s perforační příhodou, aby si lehl na záda a zůstal chvíli klidně ležet. Většinou se brání poklepu i palpaci břcha, které mu působí bolest. Pozorujeme-li břšní stěnu, vidíme často, že je stažená a že se při hlubokém dýchání méně pohybuje. Tak je tomu ale jen do té doby, než se břšní svaly děletrvající kontrakci unaví a než zase paradoxně povolí. Poklep i palpaci bývají bolestivé v počátku onemocnění nad místem perforace a v jejím nejbližším okolí, později po celém břše. Brzy po perforaci dojde k reflexnímu stažení břšní stěny (défense musculaire), což je známka svědčící pro peritonitidu. Pozor na trénované sportovce, kteří mají tuhou břšní stěnu i normálně!

Vyšetření per rectum a zhodnocení charakteru stolice je nezbytné.

Zjistíme-li známky peritoneálního dráždění ve spojení s bolestí, nauseou, zvracením, event. s bledostí kůže a sliznic, musíme pacienta urychleně odeslat do chirurgické ústavní péče.

## Pomocná vyšetření

Platí, že pokud praktický lékař pojme na základě anamnézy, fyzikálního vyšetření event. základního laboratorního vyšetření podezření, že by se mohlo jednat o perforační břšní příhodu, měl by co nejdříve odeslat nemocného do ústavní péče chirurgické nebo gynekologické.

## Diferenciální diagnostika

U krvácení nemusí být vyznačeny známky šoku hned v první fázi krvácení. Palpační nález na břše může být normální. Příčiny krvácení z horní části trávicího traktu nejlépe vysvětlí endoskopie nebo laparoskopie, kterou lze zároveň ošetřit perforaci žaludku, duodena i iatrogenní perforaci střeva při kolonoskopii. Krvácení z nižších partií trávicího traktu přináší diferenciatně diagnostické obtíže. Příčinu perforačních příhod vysvětlí laparotomie.

## Léčba

U krvácivé nebo perforační příhody s alterací celkového stavu je prvním opatřením přivolání rychlé záchranné služby a zajištění transportu na specializované pracoviště (chirurgie, interní JIP, 24 hodinová dostupnost urgentní endoskopie). U pacienta v hemorrhagickém šoku je v přednemocniční péči indikováno zajištění žilního přístupu a podání náhradních roztoků, případně další léčba na podporu oběhu. Podání injekčního analgetika je třeba dokumentovat dávkou i časem podání. Měl by být užít jen krátkodobě působící nebo slabší preparát, aby nezastřel známky peritonitidy a tím neprodloužil předoperační diagnostické váhání. Opiáty ani spasmolytika by se neměla podávat dříve, než je rozhodnuto o definitivním léčení. Rozpoznané NPB perforační se až na výjimky léčí operačně.

## Prevence

Prevenčí perforačních příhod je důsledná diagnostika a léčba zánětlivých břšních onemocnění a NPB. Z hlediska prevence závažných gastrointestinálních komplikací při užívání nesteroidních antiflogistik a kyseliny acety-



losalicylové byly identifikovány rizikové faktory, v přítomnosti kterých jsou u ohrožených osob doporučovány méně rizikové skupiny léků a zejména profylaxe inhibitory protonové pumpy (IPP).

Perforační NPB mohou mít obdobně závažnou prognózu jako příhody zánětlivé. Bohužel ale řada perforačních příhod bývá v primární péči pozdě rozpoznána a to zhoršuje vyhlídky na jejich úspěšné vyléčení. Jsou-li však rozpoznány včas a jsou-li i adekvátně léčeny, mají prognózu dobrou.

Pracovní neschopnost se u lidí v produktivním věku pohybuje od 4 týdnů (např. u perforovaného mimoděložního těhotenství nebo perforací gastroduodenálních) do 3 měsíců, u komplikovanějších případů s hnisavou peritonidou (perforace appendixu, meziklíčkového abscesu, tlustého střeva) až po úplnou invaliditu.

### **DOPORUČENÁ LITERATURA:**

1. Černý J.: *Špeciálna chirurgia, chirurgia tráviacej rúry, 1. díl*; Osveta, Martin, 1996, 2. vydání, 497 s., ISBN 80-88824-26-5
2. Hájek M., Hájková H.: *Náhlé příhody břišní u dětí a dospělých*; Triton, Praha, 1998, 68 s., ISBN 80-85875-78-0
3. Hájek M., Hájková H.: *Náhlé příhody břišní perforační, Doporučené postupy pro praktické lékaře České lékařské společnosti JEP*, [www.cls.cz/dp](http://www.cls.cz/dp)
4. Havlíček K.: *Krvácení do horní části GIT, Doporučené postupy pro praktické lékaře České lékařské společnosti JEP*, [www.cls.cz/dp](http://www.cls.cz/dp)
5. Sákra L., Havlíček K.: *Krvácení do dolní části GIT, Doporučené postupy pro praktické lékaře České lékařské společnosti JEP*, [www.cls.cz/dp](http://www.cls.cz/dp)
6. Mc Latchie G. R.: *Oxford Handbook of Clinical Surgery*; Oxford Med. Publis., Oxford, New York, Tokyo, 1997, 902 s., ISBN 0-19261-710-9
7. Krška Z., Zavoral M. et al.: *Krvácení do gastrointestinálního traktu*; Triton, Praha, 2007, 380 s., ISBN 978-80-7254-994-8
8. Dítě P. et al.: *Akutní stavy v gastroenterologii*; Galén, Praha, 2005, 314 s., ISBN 80 7262-305-2

## V. NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ GYNEKOLOGICKÉHO PŮVODU

### CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ NPB GYNEKOLOGICKÉHO PŮVODU

Gynekologické náhlé příhody břišní tvoří heterogenní skupinu stavů, které jsou poměrně častou příčinou syndromu akutní bolesti v pánvi či podbříšku. Některé z typických gynekologických akutních stavů představují též bezprostřední ohrožení života ženy.

#### Bolest a vnitřní rodidla

Děloha, děložní hrdlo a adnexa jsou inervována sympatickými vlákny segmentu Th 10 – L 1 podobně jako distální ileum, colon sigmoideum a rektum. Vzhledem k tomu je obtížné původ bolesti odlišit. Často je provázena nauseou, zvracením, neklidem a pocením. Lokalizována bývá do jednoho či obou podbříšků nebo za sponu. Může se šířit do křížové krajiny či rekta.

### PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA GYNEKOLOGICKOU NPB

#### Kdy myslíme na NPB gynekologického původu?

Každá náhle vzniklá bolest břicha, zejména v podbříšku, lokalizovaná či šířící se do křížové krajiny, dolních končetin či zevních rodidel, nebo konečníku u ženy může být způsobena onemocněním vnitřních rodidel. Komplexní **anamnéza** by měla být zaměřena vždy i na údaje týkající se gynekologické anamnézy: menarche, charakteristika menstruačního cyklu, anamnestické gravidity a jejich patologie. Gravidita ukončená spontánním potratem či umělým ukončením těhotenství v anamnéze několika měsíců nevylučuje diagnózu ektopické gravidity a může signalizovat některou z forem patologií trofoblastu. Dotazujeme se na gynekologická onemocnění a operace v anamnéze i poslední gynekologické vyšetření a jeho výsledek. Důležitý je údaj o antikoncepci. U každé ženy ve fertilním věku s náhle vzniklými bolestmi v podbříšku je třeba vyloučit těhotenství.

Při **fyzikálním vyšetření** je třeba zaměřit se v první řadě na obecné známky šoku. Dále pátráme po příznacích peritoneálního dráždění, které jsou typické pro významné hemoperitoneum, či vede k podezření na zánětlivou NPB. Rektální vyšetření s bolestivostí dělohy či bolestivými pohyby děložním hrdlem vede opět k podezření na gynekologickou NPB.

Velmi přínosnou **pomocnou metodou** je ultrasonografické vyšetření pánve. Je-li dostupné, zaměříme se zejména na diagnostiku gravidity, přítomnost volné tekutiny v Douglasově prostoru a patologický nález v oblasti děložních adnex. Každé podezření na gynekologickou NPB je důvodem k odeslání k odbornému gynekologickému vyšetření při adekvátním zajištění transportu pacientky.

#### Diferenciální diagnostika akutní pánevní bolesti

Při diferenciální diagnostice bolestí v podbříšku u ženy je třeba zodpovědět 3 základní otázky:

1. S jakým typem bolesti jsme konfrontováni (viscerální-somatická, akutní-chronická-periodická)?
2. Je pacientka gravidní?
3. Jaká negynekologická příčina bolesti přichází v úvahu?

#### Ektopická gravidita

Ektopická gravidita je stav kdy plodové vejce niduje mimo dutinu děložní. Mezi rizikové faktory vzniku ektopické gravidity patří: chirurgické výkony na vejcovodech včetně tubární sterilizace, ektopická gravidita v osobní anamnéze, léčba neplodnosti postupy asistované reprodukce a zánět vnitřních rodidel. Nejčastější formou ektopické gravidity je gravidita tubární s nidací konceptu ve vejcovodu, která představuje 98 % všech případů.

Intaktní ektopická gravidita může být zcela asymptomatická, nebo je provázána bolestmi v podbříšku v důsledku distenze vejcovodu. Typická trias (sekundární amenorea, krvácení z rodidel a bolesti v podbříšku) se objevuje pouze u 50 % případů. Rupturu ektopické gravidity provází bolesti v důsledku iritace peritonea. Typický je tlak na konečník, bolest při dosednutí, známky hypovolemie - synkopa, závratě, ortostatický kolaps. Při vyšetření břicha zjistíme zejména bolestivost a defenze v dolních kvadrantech břicha. Velké hemoperitoneum se projeví vzedmutím břicha, akcentací peritoneálních příznaků, bolestí ramene v důsledku iritace bránice (frenikový příznak) a obleněním peristaltiky střevní. Pánevním vyšetřením zjistíme bolestivost pohyby děložním hrdlem, bolestivost při palpaci Douglasova prostoru a děložního okolí s maximem na straně tubární gravidity.

Diagnostika vychází ze stanovení humánního choriového gonadotropinu v moči či séru, ultrasonografického vyšetření pánve a laparoskopie. Z nespecifických vyšetřovacích metod je to stanovení krevního obrazu. Pokles koncentrace hemoglobinu a hematokritu nastává až při významné krevní ztrátě, může být přítomna leukocytosa.

Úkolem praktického lékaře v diagnostice ektopické gravidity je stanovení diagnózy na základě anamnézy, typické symptomatologie, stanovení pozitivního těhotenského testu a nálezu na břiše a pánvi. Takto vyšetřená pacientka je odeslána s náležitým poučením na specializované gynekologické pracoviště k definitivní diagnóze a léčbě stavu.

## Adnexální bolest

### Corpus luteum hemoragicum

Corpus luteum haemorrhagicum představuje akutní bolestivý syndrom v důsledku krvácení do žlutého tělíska a distenze ovaria v důsledku hematomu. Ruptura hemoragického žlutého tělíska vede k rozvoji hemoperitonea (Halbanův syndrom), které může ve vzácných případech vést k hemoragickému šoku. Klinický obraz hemoperitonea je obdobný jako při krvácení při ruptuře ektopické gravidity. K ruptuře cysty žlutého tělíska dochází často při mechanickém insultu, např. při pohlavním styku.

Klinické příznaky se odvíjejí od množství krve v dutině břišní a rychlosti rozvoje krvácení. Nález na břiše se mění s množstvím krve v dutině břišní a je obdobný jako u hemoperitonea při ektopické graviditě. Podobně jako v případech ektopické gravidity je každé podezření na hemoperitoneum indikací k vyšetření gynekologem, který zajistí další léčbu.

## Pánevní zánětlivé onemocnění

### Tubeovariální absces

Tubeovariální absces je nejzávažnější formou pánevního zánětlivého onemocnění. Obvykle je provázen zánětem pánevní pobřišnice a může vést k rozvoji difúzní peritonitis. Jedná se o bakteriální infekční onemocnění nejčastěji způsobené *Chlamydia trachomatis* a *Neisseria gonorrhoea*. Pánevní zánětlivé onemocnění je typické pro ženy ve fertilmním věku, má souvislost s pohlavním stykem a promiskuitou. Rizikovým faktorem je používání nitroděložní kontracepce a operační či diagnostické zákroky v dutině děložní. K základním klinickým příznakům pánevního zánětu patří bolest v podbříšku, často s návazností na menstruační krvácení, vaginální výtok, nepravidelné krvácení z rodidel, subfebrilie či febrilie. Typickou je pozitivita nespecifických markerů zánětu. Přítomnost pelvického abscesu jako těžké formy pánevního zánětlivého onemocnění je provázena akcentovanými projevy pánevního zánětu, nápadné jsou febrilie, bolesti v podbříšku, bolest při dosednutí, nausea, zvracení. Zástava plynů a stolice jsou již příznaky rozvoje zánětu pobřišnice. Při vyšetření břicha je patrná bolestivost při palpaci v podbříšcích, s progresí onemocnění peritoneální příznaky. Při vaginálním vyšetření či vyšetření per rektum je patrná bolestivost při palpaci dělohy a pohyby děložním hrdlem. Podezření na tubeovariální absces s pelveoperitonitidou či difúzní peritonitidou je indikací k odeslání na specializované gynekologické vyšetření.

### Torze adnex

Ovariální anebo adnexální torze se objevuje obvykle u zvětšeného ovaria cystou či tumorem. Obvykle dochází k torzi adnex – vaječniku i vejcovodu, která vede k okluzi ovariálních žil a později i ovariálních tepny v ligamentum suspensorium ovarii. Výsledkem je hemoragická infarzace adnex a později i jejich nekróza.

Stav je pravidelně provázen náhle vzniklou viscerální bolestí v podbříšku na straně postižených adnex. Anamnesticky mohou být obdobné, episodické, méně vyjádřené obtíže, které jsou způsobeny subtorsí adnex, která může torzi předcházet. Není-li stav řešen a nastane-li nekróza adnex, bolesti se zmírní a mohou se objevit subfebrilie či febrilie.

Klinickým vyšetřením lze prokázat bolestivost při palpaci břišní stěny. Rektální a vaginální vyšetření prokáže bolestivé děložní okolí, tumor adnex někdy není pro extrémní bolestivost a napínání břišní stěny patrný.

Z laboratorních vyšetření je v akutní fázi torze leukocytóza, později i pozitivita nespecifických markerů zánětu. Ultrasonografické vyšetření prokáže tumor adnex, může být patrná též přítomnost volné tekutiny v dutině břišní. Diagnóza je potvrzena laparoskopickým vyšetřením, které obvykle umožní i léčbu stavu. Je-li torze zjištěna a operována včas, lze stav vyřešit detorsí adnex, při rozvoji nekrózy je třeba adnexa extirpovat. Podobný průběh může mít vzácná torze pedunkulujícího leiomyomu.

## ZÁVĚR

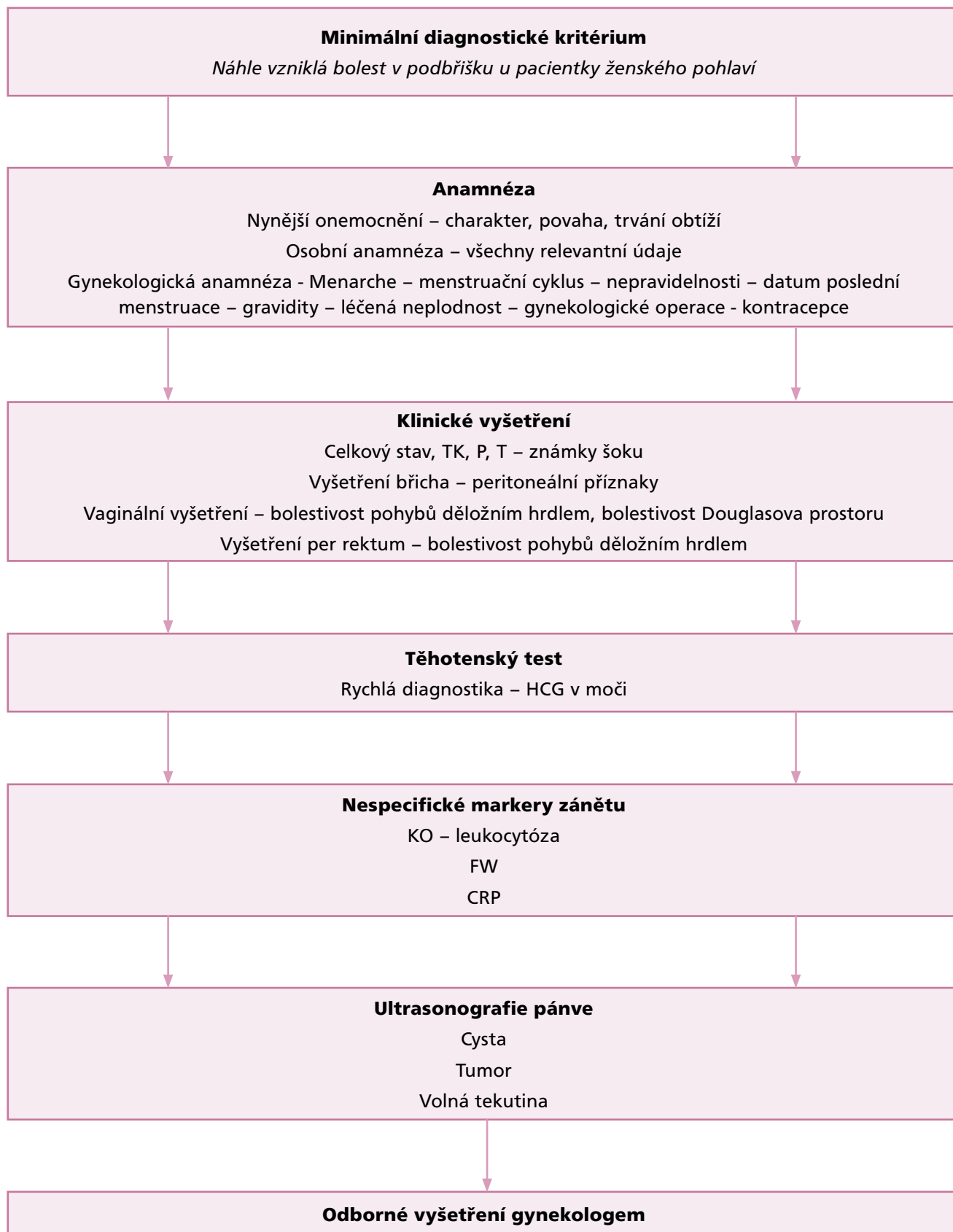
V procesu diferenciální diagnózy NPB u ženy představují patologické stavy vnitřních rodidel významnou skupinu. Praktický lékař se znalostí patofyziologie a klinických příznaků a aplikací rychlé, efektivní diagnostiky vysloví podezření na náhlou příhodu břišní gynekologického původu. V tomto případě zajistí následnou diagnostiku a léčbu na specializovaném pracovišti. Při zjištění šokového stavu zajistí náležitě pacientku k transportu na specializované pracoviště. Úloha praktického lékaře v diagnosticko-terapeutickém procesu gynekologických NPB spočívá v kvalifikovaném zhodnocení stavu a zajištění další specializované péče, která je předpokladem včasné kauzální léčby.

## DOPORUČENÁ LITERATURA:

1. Hájek, M., Hájková, H.: *Náhlé příhody břišní u dětí a dospělých*, Triton, 1998
2. Holub, Z.: *Kazuistiky z gynekologie a porodnictví*, Galén, 2002
3. Čepický, P., Kurzová, H.: *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře, Postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktické lékaře, Univerzita Karlova v Praze, 2003*
4. Jolin, J.A., Rapkin, A.: *Pelvic Pain And Dysmenorrhea. In Berek, J.S. Novak's Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2002, p. 22-24.*
5. Kapoor, D., Ghoniem, G.M.: *Gynecologic Pain, Emedicine.Com, Inc., (Citace 28.8.2010). Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/270450-overview>*
6. Morrison, L., Spence, J.: *Vaginal Bleeding and Pelvic Pain In The Nonpregnant Patient. In Tintinalli, J., Gabor, D., Kelen, J., Stapczynski, J. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. By Mcgraw-Hill Professional, 2003, P.106-313.*
7. Stamos, M.J. : *Acute Abdomen In Bongard, F.S., Sue, D.Y. Current Critical Care Diagnosis & Treatment. Mcgraw, Hill/Appleton & Lange, 2002, p.323-400.*
8. Citterbart, Karel et al: *Gynekologie, Praha, Karolinum - Galén 2004.*
9. Seeber, E.B., Barnhart, K.T.: *Ectopic pregnancy In Danforth, D. N., Gibbs, R. S. Danforth's obstetrics and gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008, p.71-87.*

## GYNEKOLOGICKÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ

## ALGORITMUS POSTUPU



## POZNÁMKY



Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND  
**PRAKTIK**

**Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**  
**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**

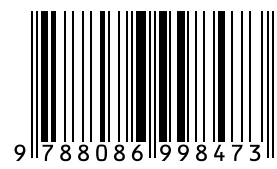
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz)

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-86998-47-3

ISBN 978-80-86998-47-3



© 2011, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP