

II Klinika Chirurgii Ogólnej. Wydział Lekarski. Instytut Chirurgii.
Akademia Medyczna w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Mieczysław Zakryś

Aleksander PAWŁOWSKI, Lech POSTĘPSKI

Niezwykły przypadek obfitego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego

Исключительный случай обильного кровотечения верхней части
пищеварительного тракта

An Unusual Case of Massive Bleeding from the Upper Gastro-Intestinal Tract

W większości przypadków źródło krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego udaje się ustalić przed zabiegiem operacyjnym. Niemniej zdarzają się przypadki, u których nawet w czasie samego zabiegu operacyjnego nie jesteśmy w stanie określić źródła krwawienia. Wydaje się czasem, że znamy przyczynę krwawienia, a w czasie operacji przekonujemy się, że wręcz odwrotnie — przyczyna krwawienia jest inna. Zdarzają się również przypadki niezwykle.

W II Klinice Chirurgii Ogólnej Instytutu Chirurgii AM w Lublinie obserwowano przypadek obfitego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dotyczyło to chorego lat 39, z zawodu rolnika. Przed 2 miesiącami chory przeżył uraz nadbrzusza w wypadku motocyklowym. Bezpośrednio po wypadku został przewieziony do szpitala powiatowego z powodu rozlanej bolesności w nadbrzuszu i podżebrzu lewym. Z powodu nasilających się objawów brzusznych chory był operowany. Jak wynika z karty informacyjnej było podobno drobne pęknięcie wątroby w obrębie lewego płata oraz stwierdzono pozaotrzewnowy guz w podżebrzu lewym. Dokonano zeszcicia pękniętej wątroby. Okolicę podżebrza lewego sączkowano. Pozaotrzewnowy guz podżebrza lewego uznano za nieoperacyjny nowotwór. Wycinka do badania histopatologicznego nie pobrano. Gojenie powłok po operacji było dobre. Po okresie około 2 tygodni chory rozpoczął chodzenie. Stale jednak odczuwał tępe, rozpierające bóle w podżebrzu lewym. Do tego dołączyły się objawy narastającego niedokrwienia. Chory przebywał w szpitalu powiatowym około dwu miesięcy. Po tym okresie przesłano chorego do szpitala onkologicznego na konsultację. Nie został jednak przyjęty na oddział onkologiczny z powodu braku wyniku badania histopatologicznego guza. Ostatecznie chorego przesłano do naszej kliniki z powodu dużej niedokrwistości i bardzo silnych bólów w podżebrzu lewym i lewej okolicy lędźwiowej. Badania dodatkowe wykonane w klinice po przyjęciu wykazały: zawartość hemoglobiny w krwi obwodowej 38%, ilość ciałek czerwonych w 1 mm³ 2 520 000, OB 11/126, a poziom białek we krwi 6,55 g%. Stwierdziło się rozlaną bolesność uciskową w pod-

żebrzu i śródbrzuszu lewym. W ciągu trzech dni przetoczono choremu 1500 ml krwi.

Nad ranem w 4 dobie pobytu chorego w klinice wystąpiło obfite krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego. Chory wymiotował skrzepami i płynną krwią. Szybko rozwinął się wstrząs krwotoczny, który z trudem udało się opanować przetoczeniami dużej ilości krwi. Następnie chorego operowano w trybie nagłym. Powłoki brzuszne otwarto cięciem poprzecznym. Stwierdzono, że obserwowany uprzednio guz był olbrzymią śledzioną głęboko wnikającą pod przeponę, w okolicę dna i wpustu żołądka. W czasie oddzielania śledziony od otoczenia stwierdzono, że narząd ten wypełniony był starym krwakiem, który łączył się z przeponą, lewym płatem wątroby i dnem żołądka. W obrębie dna żołądka i częściowo trzonu, od strony krzywizny większej na przestrzeni 4×5 cm krwiak opróżnił się do żołądka. Żołądek, dwunastnica i bliższe pętle jelita cienkiego wypełnione były skrzepami i krwią. Śledzionę usunięto, krwiak opróżniono. Otwór w żołądku zeszyto dwoma warstwami szwów. Przeźródło podprzeponową lewą sączkowano. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Chory wygojony wypisał się do domu.

Podskórne urazowe uszkodzenia narządów jamy brzusznej następują często trudności rozpoznawczych (2, 4, 7). Zamknięte obrażenia śledziony należą do najczęstszych uszkodzeń urazowych jamy brzusznej (4, 8). Główną przyczynę w obrażeniach tego narządu upatruje się w kruchości śledziony. Duża ilość nieściśniewego płynu w śledzionie podlega prawom cieczy i dlatego działające siły prowadzą do pęknięcia miąższu. Z tego powodu pęknięcia śledziony zdarzają się nawet pod wpływem słabych urazów. Jeżeli śledzioną umocowana jest na krótkiej szypule i ulega nagłemu odepchnięciu, to dochodzi do pęknięcia w okolicy wnęki (6). Najczęściej spotyka się jednoczasowe pęknięcia śledziony z natychmiastowym krwawieniem do wolnej jamy otrzewnej. Natomiast pęknięcia dwuczasyowe, podtorebkowe, nie powodują krwawienia do jamy otrzewnej w okresie bezpośrednim po urazie. Wtórne pęknięcie występuje najczęściej przy współdziałaniu podwyższonego ciśnienia w zlewisku żyły wrotnej i jednoczesnym współdziałaniu tłoczni brzusznej (kaszel, parcie na stolec, wysiłek). Po wtórnym pęknięciu następuje zazwyczaj krwawienie do jamy brzusznej (7, 8). Czasami zdarza się pęknięcie śledziony z całkowitym przerwaniem torebki bezpośrednio po urazie, lecz na małej przestrzeni, wywołujące niewielkie krótkotrwałe krwawienie. Krwawienie takie może ulec zatrzymaniu przez skrzep lub oklejeniu siecią. Może tu występować często powtarzające się krwawienie lub narastanie krwiaka dookoła śledziony, zorganizowanego na obwodzie (7).

Chorzy z dwuczasyowym pęknięciem śledziony uskarżają się na bóle w lewym podżebrzu promieniujące do barku. Wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęczykowego czasami stwierdza się wyraźną bolesność uciskową, a badanie radiologiczne wykazuje wysokie ustawienie przepony i cień w podżebrzu lewym. Badanie kontrastowe żołądka stwierdza odsunięcie żołądka w prawo i ząbiony zarys krzywizny większej. Stan ogólny tych chorych z reguły jest dobry aż do wystąpienia krwawienia (2).

Jak już wspomniano, wtórne pęknięcie śledziony z reguły powoduje krwawienie do jamy otrzewnej. W piśmiennictwie nie spotkaliśmy doniesienia o krwotoku z pękniętej dwuczasyowo śledziony do światła przewodu pokarmowego. Opisano jedynie przypadek drażenia wrzodu żołądka do śledziony (3). Dlatego naszym zdaniem przypadek jest wyjątkowy i zasługuje na doniesie-

nie. Mechanizm krwawienia do żołądka można w tym wypadku tłumaczyć powstaniem krwiaka dookoła śledziony. Krwiak uległ organizacji na obwodzie i uciskał na ścianę żołądka. Następnie spowodował odleżynę i przedziurawienie ściany w okolicy krzywizny większej żołądka. Po tym wystąpił obfity krwotok bezpośrednio ze śledziony do żołądka.

Leczenie pęknięć śledziony polega na operacji wycięcia śledziony. Nie wolno zaopatrywać rany śledziony szwem, jak to miało prawdopodobnie miejsce w naszym przypadku, kiedy dokonano zeszywania pęknięcia rzekomego lewego płata wątroby w szpitalu powiatowym. Pozostawienie uszkodzonej śledziony grozi zawsze krwawieniem (5).

PIŚMIENNICTWO

1. Barcikowski S., Januszewski M.: Pamiętnik 46 Zjazdu Chirurgów Polskich. T. I. 219—222, Lublin 1974.
2. Dryjski J., Gołębiowski L., Parzuchowski E.: Pamiętnik 42 Zjazdu Chirurgów Polskich. T. I. 399—400, Wrocław 1966.
3. Grodzki S., Bielewicz J., Jach S.: Wiad. Lek., 20, 55—57, 1967.
4. Januszewski M., Barcikowski S.: Pamiętnik 46 Zjazdu Chirurgów Polskich. T. I. 292—295, Lublin 1974.
5. Kijasow A. P.: Chirurgija, 45, 101—104, 1969.
6. Kortas J., Sokołowski J.: Pamiętnik 42 Zjazdu Chirurgów Polskich T. I., 401—403, Wrocław 1966.
7. Khanna H. L., McKeown K. C.: Ann. Surg., 165, 477—481, 1967.
8. Rykowski H.: Pol. Tyg. Lek., 8, 366—371, 1955.

Otrzymano 19 XI 1974.

РЕЗЮМЕ

В данной работе представлен исключительный случай обильного кровотечения. Больного приняли в больницу из-за опухоли левого подреберья. У больного наступило обильное кровотечение верхней части пищеварительного тракта. Сделали операцию. Во время операции обнаружено очень большую поврежденную селезенку, гематома которой проникла в желудок. Операционное лечение дало положительный результат.

SUMMARY

The report deals with an unusual case. The patient was admitted owing to a tumor of the left hypochondrium. The massive bleeding appeared in the upper gastro-intestinal tract. An operation was carried out. A large injured spleen was revealed from which a haematoma had perforated through to the stomach. The result of surgical treatment was successful.

