

Heveny (stress) ulcus

A súlyos égéseket követő gyomorfekélyesedést elsőként 1842-ben *Curling* írta le. Ezen megfigyelés óta többen közöltek heveny fekélyképződést a gyomron, illetve a nyombélen traumák, központi idegrendszerért sérülések, ill. azok megbetegedései, egyéb belszervi megbetegedéseket követően és hasi műtétek szövödményeként.

A hasi műtéteket követő szövödmény a gyomor vagy nyombél nyálkahártyára korlátozódó erosiók, ill. a muscularis mucosát átlépő ulcusok nem képeznek önálló megbetegedést, mindig valamilyen előzőleg fennálló kórfolyamatot követnek és ezért élesen el kell határolni őket a fekélybetegségtől.

Az ulcus keletkezését illetően számos elmélet ismeretes. Ezen elméletek általában három csoportra oszthatók. Artériás spasmust, ill. obstructiót követő vérzéses nyálkahártya-elhalás, ehhez csatlakozó gyomorsav általi önmérsztődés vagy a shunt-artériák rövidrezártsága miatt kialakuló helyi keringési zavar azok az okok, melyek az első csoportot alkotják. Második csoportba sorozhatók azok az elméletek, melyek a központi és perifériás idegrendszert, a plexus coeliacust, a vagust, annak magját és pályáit, a köztiagyat és a hypothalamust teszik felelőssé a heveny ulcus keletkezéséért. A harmadik csoportban foglal helyet *Selye* stressz-elmélete, mely szerint az endocrin-rendszer útján jön létre a szervezet védekezése a stresszel szemben. A „General Adaptation Syndrome” alarm-reakciós fázisa felel meg a shocknak és erre a szakaszra jellemző a heveny fekély.

Az akut ulcusok megjelenési formája eltér a krónikus, peptikus fekélyektől. A *Curling*-fekély jól körülírt, élesen elhatárolt, kerek, esetleg ovális („lyukasztóvassal ütött”) sérülés, melynek környéke nem beszűrődött, nem oedémás, tölcsealakú és tengelye ferdén áll a nyálkahártya síkjára, gyakran többszörös.

A heveny fekély, mint posttraumás, vagy postoperatív szövödmény valószínűleg nem ritka, azonban kórismézése rendkívül nehéz és gyakran felderítetlen marad. Klinikailag az akut eróziók és ulcusok igen gyakran teljesen tünet nélkül keletkeznek és csak enyhe epigastriális panaszt okoznak. Feltehetően mint szövödmény gyakran némán zajlik le és legfeljebb átmeneti kávéálszerű hányadékot észlelhetünk. Nagy beavatkozást igénylő, vagy elhúzódó műtét következtében létrejöhethet helyi keringési zavarok normális vérnyomás mellett a shock klinikai jelenségei nélkül is. Elégtelen folyadékbevitel vagy nagyfokú folyadékvesztés haemoconcentrációhoz vezet, így az alakos elemek aggregációja, az úgynevezett *sludge*-képződés jön létre a hajszálerekben, a gyomor vagy a nyombél nyálkahártyájában. A műtétet követő gyomoratonia ugyancsak stasishoz vezet a gyomornyálkahártya ereiben. A postoperatív szakban a gyomornedv pepticus aktivitása nagy mértékben emelkedik. Ezek a megfigyelések szabják meg a megelőzés tennivalóit is. A megemelkedett haematokrittal járó vérbesűrűsödés még a praeoperatív szakban parenterális folyadék bevitelével egyensúlyozandó. A *sludge* megelőzésére alkalmazandók a plasmapótszerek. Minden gyomoratonióhoz vezethető műtét után a gyomortartalmat szondán át le kell szívni, meg kell határozni a gyomornedv savtartalmát, és szükség esetén a

szondán keresztül savkötő anyagokat kell bejuttatni a gyomorba. Feltétlenül elkerülendő a hányás, amely a gyomornyálkahártya véráramlását kedvezőtlenül befolyásolja.

A műtét utáni legsúlyosabb szövödmények egyike az akut ulcus perforációja, ill. vérzése. Számos szerző az akut ulcus perforációját 1—3⁰/₀-ra, vérzését 10⁰/₀-ra teszi. Zavartalannak induló postoperatív szakban keletkező tachycardia, hirtelen vérnyomásesés, verítékezés és bőrhalványság



hevely fekélyből történő vérzésre hívja fel a figyelmet. Transzfúzióval nem szüntethető haemorrhagia esetén feltétlenül relaparotomia végzendő a fennálló shockos állapot ellenére is. A választandó műtéti megoldás mindig az adott helyzettől függ. Végezhetünk gastrotomiát és a vérző fekély excisióját, a vérzés helyének aláöltését, de szükség esetén, különösen erosióból származó vérzés esetén, típusos gyomoracsonkolást is, sőt magasan elhelyezkedő ulcus esetén subtotalis resectiót vagy gastrektomiát. Az akut ulcus szabad átfúródása az esetek nagy részében tünetszegényen zajlik le, a peri-

toneális jelek is hiányozhatnak. Kialakult paralyticus ileus után a relaparotomia rendszerint elkésett.

Az akut ulcusok jellemző tulajdonsága, hogy amennyiben elhárításuk nem járt csonkolással, nyom nélkül gyógyulnak.

Gyakoriságukat illetően statisztikai adatok sebészeti beavatkozások után 0,3—3,3⁰/₀-ot említenek.

Osztályunk 10 éves anyagában 5 esetben fordult elő akut ulcusos szövődmény perforatioval vagy vérzéssel. Két esetben beavatkozásunk sikeres volt, három esetben a beteget elvesztettük.

Eseteink ismertetése:

1. 32 éves nőbetegnél subserosus cholecystektómiát végeztünk. A 10. postoperatív napon epigastrialis fájdalmat követő haematemesis, majd melaena lépett fel. Taylor szerinti kezelés és parenterális táplálásra állapota rendeződött, a vérzés megszűnt. A 14. napon elvégzett gyomor rtg.-vizsgálat a bulbus duodeni perforatióját követően kialakult sipolyjáratot mutatott. A 17. napon relaparotómiát végeztünk. A duodenum bulbusán lencsényi kerek perforációs nyílást találtunk, melyet draináltunk és végleges ellátását a már előrement peritonitis miatt elhalasztottuk. Az első műtétet követő 87. napon Billroth II. típusú gyomorcsonkolást végeztünk. Betegünk azóta panaszmentes.

2. 21 éves férfi lőtt hasi és gerincvelői sérüléssel, shockos állapotban került felvételre. A duodenumon, a máj jobb lebenyén, az epehólyagon, a vena cava inferioron, a jobb vesén és mellékvesén, valamint a gerincen lőtt, roncsolt sebeket láttak el. A kialakuló uraemia miatt művese-osztályra helyezik, ahol konzervatív antiuraemiás kezelésre, dialízis nélkül állapota javult, de a kialakult peritonitis miatt osztályunkra helyezték. A sérülést követő 19. napon relaparotómiát végeztünk, fibroplasticus peritonitis miatt az első fellelhető vékonybélkacscsal enterotómiát készítettünk. A 23. napon haematemesis és melaena lépett fel. Újabb relaparotómiát a beteg állapota miatt nem lehetett végezni, a beteget elvesztettük. Boncoláskor a patkóbélben fél cm-rel a gyomorszoros alatt 12 mm átmérőjű, szabályos kerek, élesszélű fekély volt látható, melyben véralvadék tapadt. A fekély a hasnyálmirigy fejének irányába terjedt, de afölött a bélfalon a szabad hasüreg felé tekintő 3 mm átmérőjű nyílás is látható volt.

3. 24 éves férfibeteget 4 napos körelőzménnyel, átfűrődött féregnyúlványgyulladással vettük fel. Azonnal appendektómiát végeztünk. A postoperatív 3. napon mechanikus ileus miatt relaparotomia történt. A relaparotómiát követő 3. napon újabb mechanikus ileus miatt ismét relaparotómiát voltunk kénytelenek végezni. Ileostómiát készítettünk. A 15. napon haematemesis és melaena lépett fel, mely transzfúziókkal 11 napig egyensúlyban volt tartható, majd ismét heves vérhányás kapcsán a beteget elvesztettük. Boncoláskor a gyomorszoros alatt galambtojásnyi, kb. 3 mm mély, nyálkahártyahiányos területet találtak, melynek felszínén véralvadékrészecskék tapadtak.

4. 78 éves nőbetegnél a rectumban levő adenocarcinoma miatt Hochenegg szerinti abdomino-sacralis resectiót végeztünk. Fokozatosan kialakuló subileus miatt a 29. napon coecostómiát készítettünk. Az 57. napon a már esemény nélküli kórlefolyás közben hirtelen jobb bordaív alatti fájdalom és epigastrialis izomvédekezés lépett fel. Műtétnél a duodenum mellső falán lencsényi, kerek, élesszélű, környéki reakciót nélkülöző perforációs nyílást találtunk, melyet elvarttunk. A későbbiek során a betegnél még két reconstructió műtétet végeztünk, azóta panaszmentes.

5. 50 éves férfi betegnél a felszálló vastagbél carcinoma medullaréja miatt jobb oldali hemicolectómiát és ileotransversostómiát végeztünk. A postoperatív 5. napon hirtelen tachykardia és tensioesés, majd haematemesis lépett fel. Relaparotómiánál a pylorusgyűrű mellső falán borsónyi, élesszélű, kerek, perforációs nyílást varrtunk el. Ennek ellenére ismételt nagyfokú vérhányások léptek fel, melyek transzfúzióval nem voltak megállíthatók. A beteget a relaparotómiát követő 2. napon elvesztettük. Boncoláskor a gyomor kiscsörgületi oldalán több apró és egy mandulányi besüppedt, vérzéses nyálkahártya-hiányos területet találtak.

Fenti eseteink is azt bizonyítják, hogy a klinikus számára az akut ulcus rendszerint csak akkor válik felismertté, ha az vérzik vagy átfűrődik.

Összefoglalás:

Osztályunk beteganyagából 10 év alatt nagy hasi műtéten átesett betegek közül 5 akut ulcus kórisméztünk, melyek közül hármat vesztítettünk el. Az akut ulcus aetiológiáját illetően megemlítettük az ér- és peptikus teóriát, a neurogén elméletet, valamint Selye stressz-teóriáját. Foglalkoztunk a klinikailag felismerhető vérzéses és átfúródásos heveny ulcusok kórismézésével és ennek a súlyos szövődmények elhárítási módjával.

IRODALOM

1. Haas P.: OH. 104. 34. 1594. (1963) — 2. Roger M.: OH. 101. 663. (1960) — 3. Schattenfroh: Chirurg. 37. 8. 338—343. (1966.) — 4. Moncrief, Switzer, Teplitz. The Journal of Trauma. Vol. 4. N° 4. 481—494. (1964) — 5. Kelly, Schueter: Amer. Surg. Vol. 30 N° 5. 338. (1964) — 6. Morva L.: OH. 104. 12. 548. (1963) — 7. Juhász I.: OH. 106. 725. (1965) — 8. Petz A.: A hasi katasztrófák. Művelt Nép. Budapest (1955.) — 9. Selye J.: Életünk és a stressz. Akadémiai Kiadó. Budapest. (1966.)

H. Херманн, полковник м/сл — Ш. Килиан:

ОСТРАЯ (СТРЕССОВАЯ) ЯЗВА

В нашем отделении из больных, подвергшихся большим операциям брюшной полости, за 10 лет установили 5 случаев острой язвы. Из них трое умерли. В отношении этиологии острой язвы надо упомянуть о сосудистой и пептической теории, о нейрогенной теории и о теории стресса Шелие. Мы рассматривали диагностику острых язв клинически распознаваемым кровотечением и прободением и методы предупреждения этих тяжелых осложнений. На основе анализа специальных материалов можем говорить о возможности психического стресса, который, в свою очередь, мог вызвать острую язву без предыдущей операции или телесной травмы.

Dr. I. Hermann, Oberst d. Med. D. Dr. S. Kilián:

DAS AKUTE (STRESS) ULCUS

Im Krankengut das in einem Zeitabstand von 10 Jahren auf ihrer Abteilung einem grossen Baueingriff unterworfen wurde konnten Verfasser 5 Fälle akuten Ulcus diagnostizieren. Davon haben sie 3 Fälle verloren. Was die Ätiologie des akuten Ulcus anbelangt erwähnen die Autoren die Gefässtheorie, fernerhin die peptische, neurogene, sowie die Stresstheorie von Selye. Es wird auf die Diagnose der klinisch entdeckbaren hämorrhagischen und perforierten Ulcera sowie auf die Vorbeugung deren schweren Komplikationen eingegangen. Anhand der Untersuchung ihren speziellen Krankengut werfen sie die Möglichkeit eines psychischen Stresses auf, wodurch sich ein akutes Ulcus sogar ohne vorangehenden Operationen oder körperliches Trauma ausbilden kann.