13. SEEDETRAKTI VEREJOOKS

Juhis rakendub patsientidele, kellel esineb kahtlus seedetrakti verejooksule või on kinnitatud seedetrakti verejooks.

Juhis ei ole rakendatav: verikõha, ninaverejooksu, kõhuvalu, iivelduse, kõhulahtisuse ja põletikuliste soolehaiguste puhul.

Sündroomi kirjeldus

Seedetrakti ülemise osa verejooks on verejooks, mille allikas paikneb söögitorus, maos või kaksteistsõrmiksooles. Veriokse e. *hematemees* on seedetrakti ülaosa verejooksu väljendus. Seedetrakti ülemise osa verejooksu riskifaktorid: söögitoru veenilaiendid, maohaavand, kaksteistsõrmiksoolehaavand, gastriit, mao tuumor, maksatsirroos, MSPVA tarvitamine, antikoagulantide tarvitamine, alkoholi tarvitamine, korduv oksendamine (Mallory-Weiss sündroom), hiljutine kõhutrauma, võõrkeha söögitorus. Seedetrakti alaosa verejooksu allikas paikneb peesooles, jämesooles või pärasooles. Veriroe e. *meleena* on ebameeldiva ja spetsiifilise lõhnaga seedunud veri, mis on läbinud seedetrakti. Viimane on seotud ülaosa verejooksuga sagedamini, kuid vahel võib esineda ka alaosa verejooksu korral. Punase vere eritus pärasoolest e. *hematokeesia* on seotud seedetrakti alaosa verejooksuga, kuid võib esineda ka massiivse ülaosa verejooksu korral. Seedetrakti alaosa verejooksu riskifaktorid: divertikuliit, polüübid, seedetrakti kasvaja, võõrkeha seedetrakti alaosas. Laste ülemise ja alumise osa seedetrakti verejooksu riskifaktorid: võõrkeha seedetraktis, söögitoru veenilaiendite veritsused, söögitorupõletik, mao, kaksteistsõrmiksoolehaavand, maksahaigused.

Sündroomi käsitlus

- Eesmärk

Seedetrakti verejooksu põhjust ei ole võimalik kiirabis lahendada, seetõttu patsiendi käsitluse kesksel kohal on sündroomi äratundmine, elutähtsate funktsioonide tagamine ja transport haiglasse. Kogu kiirabi käsitluse vältel tuleks mõelda hüpovoleemise šoki äratundmisele, ennetamisele ja varajasele ravile. Sümptomaatiline ravi kiirabi etapil võib sisaldada infusioonravi, transfusioonravi, vajadusel ventilatsiooni tagamist ja hüpotermia ning koagulopaatia ennetamist. Traneksaamhape kõikide verejooksude korral.

- Sündroomi äratundmine

Anamnees SAMPLE tööriistaga. Objektiivne leid ABCDE algoritmi alusel.

NB! Rahuldav üldseisund ning visuaalse välise vere puudumine sündmuskohal ei välista potentsiaalselt eluohtlikku seedetrakti verejooksu.

NB! Kaalu seedetrakti verejooksu kui võimalikku diagnoosihüpoteesi ebaselgel kutsel (nõrkus, teadvushäire jne) kui esinevad hüpovoleemia/šoki tunnused ning patsiendil esinevad seedetrakti verejooksu riskifaktorid.

- Sümptomaatiline ravi ja transport:

Seedetrakti verejooksuga patsiendi puhul, kellel esineb profuusne veriokse kaaluda isikukaitsevahendite kasutamist. Patsiendi käsitlus ABCDE põhimõttel.

A: Eesmärk kaitstud hingamisteed. Vajadusel taga stabiilne küliliasend, nasofarüngeaaltoru, aspiratsioon, arsti kutsumine.

B: Eesmärk kudede hapnikuvarustuse tagamine. SpO2 eesmärkväärtus 94–98%, KOK korral 88–92%.

C: Eesmärk kudede perfusioon. Jätkuva verejooksu tingimustes ei ole eesmärk saavutada normotoonia. Infusioonravis lähtu pulsi olemasolust a radialisel. Alusta infusioonravi isotoonilise kristalloidiga, 250 ml, kuid kiirus ja maht olenevad šokist sh vererõhuväärtusest. TXA kõikide verejooksude korral. IV tee ebaõnnestumisel 2x katsel kaalu IO tee rajamist.

NB! Tunne varakult ära hüpovoleemiale ja šokile viitavad tunnused: (ortostaatiline) hüpotensioon, tahhükardia rahuolekus või koormusel, (Erisus: beetablokaatorite tarvitajatel võib tahhükardia puududa/olla vähem väljendunud), hingeldus, kahvatu/marmoraažis nahk, aeglustunud kapillaartäituvus ning teadvushäire. Šokis patsiendil minimeeri aeg sündmuskohal. Ära viida aega korduvatele i/v tee paigaldamise katsetele, kui iv tee ebaõnnestub x katsel, siis kaalu io tee rajamist. Šokis haige korral konsulteeri/kutsu appi arstibrigaad.

D: Taga ABC ja E, teadvushäire puhul lähtu teadvushäire juhisest.

E: Kata patsient vajadusel termokile või -tekiga hüpotermia vältimiseks. Eesmärk on normotermia.

Valuravis väldi MSPVA-d, kaalu tugeva valu korral opidiodi. Opiodide puhul patsient kindlasti monitoriseerida võimalike kõrvaltoimete osas. Ravi on parenteraalne ja väldi IM ravimite manustamist.

Transport: Transpordil monitoori elulised näitajad. EMO-t tuleks teavitada šokis haige saabumisest. EMOs üleandmine AT-MIST töövahendiga.

Prognoositu haige erisus: Kui on dokumenteeritud arstlik otsus patsiendi prognoositust seisundist ja patsient ja/või lähisugulased keeldub/-vad haiglaravist ning nõus koduse raviga, võib kaaluda mitte-hospitaliseerimist. Kahtluse korral konsulteerida arstiga.

Patsiendi koju jätmisel, kui ei ole seedetrakti verejooksu, kaaluda per rectum ülevaatust, vajadusel konsulteerida arstiga.