

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Autoři:

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc
Česká chirurgická společnost ČLS JEP

MUDr. Petr Křepelka, Ph.D.
Česká gynekologická společnost ČLS JEP

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

NOVELIZACE 2023



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

Autoři:

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc

Česká chirurgická společnost ČLS JEP

MUDr. Petr Křepelka, Ph.D.

Česká gynekologická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. David Halata

SVL ČLS JEP

MUDr. Aleš Skřivánek, Ph.D.

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP

doc. MUDr. Lubomír Martínek, Ph.D.

Česká chirurgická společnost ČLS JEP

OBSAH

1. Úvod	3
2. Charakteristika a vymezení náhlých příhod břišních	3
3. Epidemiologie náhlých příhod břišních	3
4. Příčiny a rozdělení náhlých příhod břišních	3
5. Klinický obraz NPB	5
6. Diagnostika NPB	5
7. Organizace péče o pacienty s NPB	5
8. Role všeobecného praktického lékaře v managementu pacientů s NPB	6
9. Speciální část	6
9.1. Zánětlivé NPB	6
9.2. Ileózní NPB	6
9.3. Perforační NPB	7
9.4. Krvácivé NPB	7
9.5. Cévní NPB	7
9.6. Břišní koliky	7
9.7. Npb v pooperačním období nebo po hospitalizaci	8
9.8. Nepravé náhlé příhody břišní	8
10. Opatření, léčba. Analgetika, anodyna, spasmolytika	8
11. Náhlé příhody břišní gynekologického původu	9
11.1. Přístup k pacientům s podezřením na gynekologickou NPB	9
11.2. Ektopická gravidita	9
11.3. Adnexální bolest	10
11.4. Pánevní zánětlivé onemocnění	10
11.5. Torze adnex	10
11.6. Endometrióza	11
11.7. Vývojové anomálie müllerova vývodu	11
12. Závěr	11

1. ÚVOD

Náhlé příhody břšní (NPB) zůstávají přes všechny pokroky v diagnostice výzvou v ordinaci praktického lékaře, ať už se jedná o případ dítěte nebo dospělého. Rozhodnutí lékaře, které se z veliké míry opírá o anamnézu a fyzikální vyšetření, zde může mít fatální dopad na prognózu pacienta.

2. CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH

Za náhlé příhody břšní se považují onemocnění břcha, která mají obvykle náhlý začátek (z plného zdraví) a rychlý průběh. Postihují osoby bez rozdílu věku, pohlaví, sociální nebo etnické skupiny. NPB vyžadují rychlou diagnostiku a terapii, neboť nerozpoznány a neléčeny mohou vést k závažným komplikacím, včetně ohrožení života. Příčinami NPB je široké spektrum nemocí, od jednoduchých, které rychle odezní, až po život ohrožující stavy. Manifestace a symptomy náhlých příhod břšních kolísají od typických k zastřeným, ovlivňuje je věk, přidružené choroby nebo medikace, těhotenství, mohou se dynamicky měnit v čase.

3. EPIDEMIOLOGIE NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH

Incidence a povaha NPB se během let zásadně nemění. Bolesti břcha jsou často konzultovaným problémem ve všeobecné praxi, ale urgentní odeslání na chirurgii vyžadují obvykle 1–2 případy měsíčně.

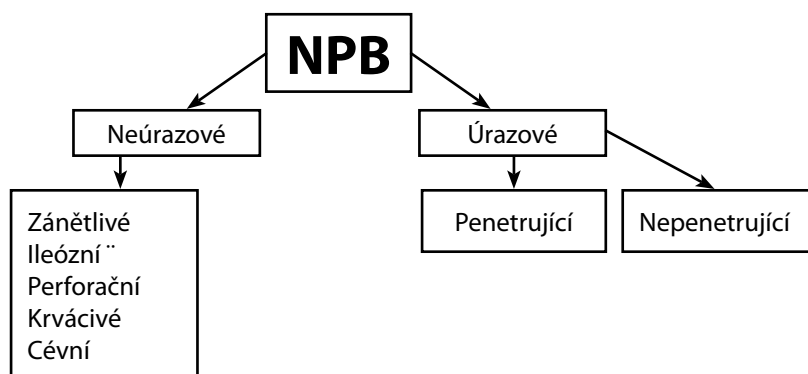
Podle incidence lze NPB seřadit následovně:

1. Akutní apendicitida – nejčastější NPB, postihuje především dospívající a mladé dospělé. Incidence akutní apendicitidy je udávána u mužů 1,4–1,5/1000 obyvatel a u žen 1,0–1,9/1000 obyvatel. Představuje nejčastější indikaci pro urgentní operace po celém světě, s incidencí 1,17/1000 a s celoživotním rizikem 8,6 % u mužů a 6,7 % u žen. Rozdíl ve výskytu komplikované apendicitidy mezi různými věkovými skupinami je nepatrný. Mortalita na apendicitidu je menší než 0,2 %, ale je vyšší u dětí do 2 let a starších nemocných nad 60 let. Nejvýznamnější gynekologickou NPB a nejčastější příčinou úmrtí v těhotenství je ruptura tuby. Každé dvousté těhotenství je extrauterinní.
2. Akutní cholecystitida – je způsobena obvykle žlučovými kameny. Postihuje především pacienty středního a vyššího věku, častěji ženy.
3. Střevní obstrukce (ileus) – je způsobena mnoha faktory, jako jsou nádory, adheze, kýla nebo Crohnova choroba. Postihuje většinou s výjimkou nespecifických střevních zánětů starší generaci.
4. Akutní pankreatitida – často způsobena alkoholem nebo žlučovými kameny. Postihuje více mladé dospělé a osoby ve středním věku.
5. Perforace žaludku – nejčastěji způsobena vředy, méně často nádory, obvykle se vyskytuje u starších lidí nad 60 let, nicméně může postihnout lidi všech věkových skupin, včetně mladších jedinců.
6. Akutní divertikulitida (zánět divertiklu tlustého střeva) – nejčastěji postihuje levou polovinu kolon a především starší lidi.

4. PŘÍČINY A ROZDĚLENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH

Příčinou NPB jsou afekce v břšní dutině včetně pánve, v retroperitoneu, v břšní stěně nebo mimo ni. NPB se dělí na neúrazové a úrazové. Neúrazové se dělí na zánětlivé, ileózní, perforační, krvácivé, cévní.

Tab.1. Příčiny náhlých příhod břšních



Bolesti břicha podle lokalizace

Topograficky lze bolest břicha při NPB lokalizovat do šesti částí souměrně podle střední čáry, tzn. pravého a levého epigastria, mezogastrgia a hypogastrgia, nebo pouze do čtyř částí – pravého a levého horního a dolního kvadrantu či detailně do 9 kvadrantů (Tab. 2). Na břiše existuje několik bodů spojovaných s různými afekcemi či nápomocnými v popisu lokalizace, např. bod Lanzův v pravém podbřišku, který je projekcí apendixu, McBurneyův na spinoumbilikální čáře, který je místem palpační bolestivosti při apendicitidě a Murphyho bod v pravém podžebří jako projekce fundu žlučníku. Příčiny bolestí břicha podle lokalizace jsou uvedeny v tabulce 2.

Tab. 2. Příčiny bolestí břicha podle lokalizace. Petitem jsou uvedeny příčiny nepravých příhod břišních.

<p>Pravé epigastrium</p> <p>Biliární kolika, cholecystitida, cholangioitida hepatitida, absces Duodenitida, duodenální vřed Retrocekální apendicitida Pankreatitida Renální kolika, pyelonefritida</p> <p><i>Lobární pneumonie, embolie</i></p>	<p>Epigastrium</p> <p>Biliární kolika Cholecystitida, cholangioitida Pankreatitida Gastritida, GERD, Časná fáze apendicitidy Epigastrická kýla Disekující aneuryzma aorty</p> <p><i>AIM, akutní koronární sy</i></p>	<p>Levé epigastrium</p> <p>Pankreatitida Ruptura, infarkt sleziny Gastritida Renální kolika, pyelonefritida Nefrolitiáza</p> <p><i>AIM, akutní koronární sy. Myokarditida, perikarditida Lobární pneumonie, embolie</i></p>
<p>Pravé mezogastrrium / bedra/</p> <p>Mezenterická ischemie Renální kolika, pyelonefritida Disekující aneuryzma aorty Psoatický absces</p>		<p>Levé mezogastrrium</p> <p>Mezenterická ischemie Renální kolika, pyelonefritida Disekující aneuryzma aorty Psoatický absces</p>
<p>Střední mezogastrrium</p> <p>Gastroenteritida Časná fáze apendicitidy Střevní obstrukce Disekující aneuryzma</p>	<p>Střední hypogastrrium</p> <p>Apendicitida Divertikulitida m.Crohn, ulcerózní kolitida Kýla Retence moče, cystitida Ektopická gravidita Tuboovariální afekce, endometrióza</p>	<p>Levé hypogastrrium</p> <p>Divertikulitida Obstrukce tračníku, obstipace Ulcerózní kolitida, m.Crohn Kýla Mezenteriální lymfadenitida Renální kolika, nefrolitiáza Ektopická gravidita Tuboovariální afekce, endometrióza</p>

Bolesti břicha podle charakteristiky bolesti

Bolest břicha je viscerální a somatická. Viscerální vychází z orgánů dutiny břišní a z retroperitonea, somatická z parietálního peritonea, kdy je známkou jeho dráždění, a tedy známkou pokročilosti choroby. Bolest může být lokalizovaná, nebo difúzní. Podle průběhu může mít bolest prudký nástup a trvat, jak je typické pro perforaci GIT, bolest může postupně progredovat, což bývá projevem zánětlivé příhody, nebo je bolest kolikovitá, provázející biliární, močovou nebo střevní obstrukci. Bolest může vyzařovat do zad, do ramene, do dolních končetin nebo genitálu.

5. KLINICKÝ OBRAZ NPB

Klinický obraz NPB záleží na vyvolávající příčině.

K **subjektivním příznakům** patří bolest, nauzea, zvracení, zástava odchodu větrů a stolice, slabost až kolaps. K **objektivním známkám** patří celkové příznaky – dehydratace, ikterus, stav vědomí, poloha pacienta, změny srdeční frekvence, dechu, teploty a nález z fyzikálního vyšetření na břicho nebo v okolí pohledem, poklepem, poslechem, pohmatem a per rektum.

6. DIAGNOSTIKA NPB

Diagnostika zahrnuje anamnézu, fyzikální a pomocná vyšetření.

V **anamnéze** se důraz klade na bezprostřední obtíže v souvislosti se vznikem stavu a jejich dynamiku, dobu trvání, na konzumaci jídla a nápojů, medikaci, tělesné aktivity, předchozí nemoci, léčbu, operace, úrazy, těhotenství. U sledovaných příznaků je důležitá jejich četnost, charakter, lokalizace, progres, propagace.

Fyzikální vyšetření má zhodnotit celkový stav a nález na břicho. Provádí se měření tělesné teploty, krevního tlaku a srdeční frekvence. Posuzuje se stav vědomí, dýchání, hydratace, stav kůže a sliznic, (úlevová) poloha pacienta. Při hodnocení nálezu na břicho je pohledem a pohmatem patrná konfigurace břicha, jizvy, kýly, deformity, změny cévní pletně, rezistence v břicho, stažení břišních svalů, poklepem lze prokázat změny ve velikosti a náplni útrobu, poslechem přítomnost a změny střevní peristaltiky a artefakty v tepenném proudu, per rektum tonus svěrače anu, tonus ampuly rekta, obsah a kvalitu obsahu v rektu a patologické nálezy v něm a okolí. Tradiční příznaky a fyzikální vyšetřovací metody specifické pro vyšetřování při podezření na náhlou příhodu břišní shrnuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Vybrané příznaky a vyšetřovací metody u náhlých příhod břišních

Cullenovo znamení	Tmavé modřiny kolem pupku, vyskytují se při akutní pankreatitidě.
Caput medusae	Rozšířené podkožní žíly, časté při jaterní cirhóze.
McBurneyho bod	Leží ve druhé třetině vzdálenosti od pupku mezi spina iliaca anterior superior a pupkem, je bolestivý při apendicitidě.
Lanzův bod	Leží na linea bispinalis ve vzdálenosti jedné třetiny od spina iliaca anterior superior dextra, je bolestivý při apendicitidě.
Blumbergův příznak	Vyšetřující vyvine tlak v ileocékální oblasti a při povolení tlaku pacient ucítí bolest v místě probíhajícího zánětu, u apendicitidy tedy v pravém podbřišku.
Rovsingův příznak	Po tlaku na sestupný tračník (levá oblast) s následným rychlým oddálením pacient pocítí bolest v oblasti appendixu (bolestivé je oddálení).
Pleniesův příznak	Jedná se o bolestivý poklep v pravém podbřišku.
Israeliho hmat	Bimanuální palpaci ledviny

Pomocná vyšetření jsou laboratorní, zobrazovací a endoskopická. V ordinaci VPL lze provést vyšetření moče (chemicky a sediment), CRP, těhotenský test u žen, případně krevní obraz (leukocyty), jaterní testy a amylázy. Další vyšetření v ordinaci VPL by vedla spíše k prodlevě. Ze zobrazovacích vyšetření může k diagnóze přispět sonografie, případně nativní rentgenové vyšetření břicha, z endoskopických vyšetření anoskopie a rektoskopie.

7. ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY S NPB

Od posledního vydání doporučeného diagnostického a léčebného postupu pro všeobecné praktické lékaře Náhlé příhody břišní v roce 2011 se významně změnil management záchranné služby, způsoby a dostupnost vyšetření zejména v nemocnicích, a tím i přístup k analgetické terapii při NPB. Některá vyšetření, např. ultrasonografie, mohou být dostupná i v ambulancích praktiků. Nemocnice až na výjimky soustředily akutní péči na oddělení urgentního příjmu a rozšířily diagnostiku o CT a akutní endoskopii.

8. ROLE VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V MANAGEMENTU PACIENTŮ S NPB

Úkolem VPL je identifikace pacientů ohrožených NPB, kteří vyžadují neodkladnou péči v nemocničním zařízení. VPL se může pokusit o stanovení alespoň rámcové diagnózy, ale klíčové je bezprostřední rozhodnutí o dalším postupu. Podkladem pro rozhodování je anamnéza a fyzikální vyšetření, doplněné o laboratorní, event. zobrazovací metody, dostupné přímo v místě poskytování péče. Vyšetření by ale neměla vést k odkladu odeslání, to je v případě NPB prioritou.

Doporučený zápis v dokumentaci

Anamnéza a nálezy vyšetření mají být zaznamenány tak, aby měly výpovědní hodnotu odbornou a případně forenzní.

Anamnéza bolesti. Průvodní příznaky. Údaj o poslední menstruaci. Údaje z osobní anamnézy, alergická anamnéza, chronicky užívané léky, antikoncepce, úrazy.

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

Nález na břiše: 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, na podkladě forenzních šetření

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 tělíčko...). Nezapomínat na předcházející úrazy, i banální z pohledu pacienta!

Zápis v papírové dokumentaci musí být opatřen datem a hodinou vyšetření pacienta, podpisem lékaře. V dokumentaci je vhodné ponechat kopii doporučení k předání na odborné vyšetření a časový údaj o předání pacienta do péče RZP.

9. SPECIÁLNÍ ČÁST

9.1. ZÁNĚTLIVÉ NPB

Apendicitida, cholecystitida, cholangitida, pankreatitida, gastritida, (prokto)kolitida, ileitida, divertikulitida.

Cystopyelitida, cystitida, adnexitida.

Peritonitida (přestupem zánětu z postižené útroby) cirkumskriptní, difúzní.

Nitrobřišní a retroperitoneální abscesy.

Diagnostika a nálezy:

Pro zánětlivé NPB je důležitá anamnéza, zejména bolest při pohybu. Fyzikální vyšetření s nálezem lokalizované nebo difúzní bolesti břicha, ev. peritoneální odezva. K nim patří zvýšení teploty, tachykardie, tachypnoe, laboratorně leukocytóza (nepřítomnost náhlou příhodu nevylučuje), zvýšené CRP, biochemické vyšetření krve (cíleně např. vyšetření amyláz, bilirubinu), moči. Ultrasonografie je vhodná, nevede-li k odkladu nemocničního vyšetření.

9.2. ILEÓZNÍ NPB

Ileus mechanický – obstrukce střeva nádorem, adhezemi, obsahem (žlučový konkrement).

Ileus mechanický strangulační (útlak včetně cévního svazku) nebo z inkarcerace (invaginace, volvulus, uskřínutá kýla) (známky ileu + tachykardie, hypotenze).

Ileus při cévním postižení (embolie, trombóza).

Ileus neurogení/paralytický (po kolice, medikaci, intoxikaci).

Diagnostika a nálezy:

Pro ileózní NPB svědčí anamnéza, nauzea, zvracení, zástava odchodu větrů a stolice, distenze břicha, dehydratace. Fyzikální vyšetření potvrdí distenzi břicha, poslechově usilovnou/odporovou peristaltiku nebo ticho, bubínkový poklep, per rektum hypotonii svěrače a ampuly rekta, chybějící náplň v ampule. Laboratorní vyšetření včetně iontogramu je zpočátku nevytěžné. Diagnózu potvrdí nativní RTG břicha ve stoje, ultrasonografie.

9.3. PERFORAČNÍ NPB

Peritonitida z perforace žaludečního/duodenálního vředu,
z perforace při pokročilém zánětu útroby: divertiklu, apendixu,
z distenční perforace střeva (nejčastěji cékum) při ileu,
z nekrózy útroby při dlouhotrvajícím uskřinutí.

Arteficiální perforace po endoskopickém/koloskopickém vyšetření zejména v případě endoskopických intervencí (možné i s časovým odstupem od vyšetření)

Diagnostika a nálezy:

Typický je prudký nástup bolesti, která neustupuje, bolest při pohybu. Fyzikálním vyšetřením se prokáže peritoneální odezva. K nálezu patří zvýšení teploty, tachykardie, tachypnoe, laboratorně leukocytóza (nepřítomnost náhlou příhodu nevyklučuje), vzestup CRP, biochemické vyšetření krve (cíleně např. vyšetření amyláz, bilirubinu), moče.

Nativní rtg vyšetření – nález pneumoperitonea potvrzuje perforaci GIT (nepřítomnost perforaci nevyklučuje), ultrasonografie, nevede-li k odkladu nemocničního vyšetření.

9.4. KRVÁČIVÉ NPB

Jícnové varixy, krvácející vřed žaludku/duodena, gastroduodenální eroze, angiodysplázie, Meckelův divertikl, zánětlivé onemocnění střeva (M. Crohn, kolitida), divertikly tračnicku, nádory trávicího traktu (zejména kolorektální karcinom), invaginace, hemoroidy, aortoenterální píštěl (vzácně). Postintervenční krvácení – po polypektomii, endoskopické mukózní resekci, ERCP a dalších endoskopických výkonech. Ruptura aneurysmatu aorty. Krvácení do břicha, stěny břišní nebo retroperitonea důsledkem medikace.

Diagnostika a nálezy:

Krvácení do GIT – anamnestická/přítomná hematemeza, enterorhagie, melena, rektorhagie, hematochezie. Objektivně hypotenze, tachykardie, zjevná anemie. Kolaps. Bolest přítomna spíše výjimečně. Nález při vyšetření per rectum. Laboratorně pokles hodnot KO. Postintervenční krvácení – v odstupu hodin nebo dnů po endoskopické intervenci.

Ruptura aneurysmatu – krutá bolest, bez krvácení do GIT. Hypotenze, tachykardie, zjevná anemie. Kolaps.

Krvácení důsledkem medikace: bolest, hmatná rezistence. Hypotenze, tachykardie, anemie.

Diagnózu usnadní důsledná farmakologická anamnéza (antiagregancia, antikoagulancia, NSAID, steroidy, antidepresiva, antagonisté kalcia, cyklosporin). Laboratorně KO, hemokoagulace. Ultrasonografie.

9.5. CÉVNÍ NPB

Embolie/trombóza mezenterických cév.

Diagnostika a nálezy:

Typická je krutá náhlá bolest, nauzea, zvracení, průjem, pak přechodně ústup obtíží. Anamnesticky fibrilace síní, tromboembolismus, hyperkoagulační stav (Leidenská mutace, tumory, hormonální antikoncepce). Objektivně hypotenze, tachykardie, ev. kolaps. Měnlivý nález na břiše. Ultrasonografie (Dopplerovská ultrasonografie, CT, CT angiografie).

9.6. BŘÍŠNÍ KOLIKY

Břišní koliky nepatří definicí do výčtu náhlých příhod břišních. Nejčastější skutečné koliky jsou biliární a renální, které mohou přejít do zánětu nebo obstrukce postiženého systému. Za koliky bývají také označovány jiné bolestivé stavy, např. bolesti břicha po dietních excesech, po průjmu nebo zvracení.

Diagnostika a nálezy:

Typická je anamnéza, zahrnující neklid, nauzeu, zvracení, lokalizovanou bolest, případně s propagací, druhotně paralytický ileus. Laboratorní vyšetření krve a moče (krev) může být zpočátku bez odezvy. Ultrasonografie může zobrazit konkrementy v žlučových nebo močových cestách, ev. jejich dilataci z obstrukce.

9.7. NPB V POOPERAČNÍM OBDOBÍ NEBO PO HOSPITALIZACI

Pooperační příhody se mohou projevit během hospitalizace nebo po dimisi. Zkracování délky hospitalizace může vést k tomu, že se komplikace neprojeví během hospitalizace, ale až po propuštění. Po operaci může náhlá příhoda vzniknout komplikací v jizvě ve stěně břišní (serom, hematom, absces, dehiscence), nebo v břiše (absces, hematom, hemoperitoneum, ileus, peritonitida). S výjimkou dehiscence komplikace v jizvě nejsou náhlými břišními příhodami. Po hospitalizaci, během níž nemocný nebyl operován, může být náhlá příhoda způsobena recidivou nebo progresí onemocnění, pro které byl nemocný hospitalizován.

Diagnostika a řešení záleží na povaze nálezu. Až na výjimky je na místě odeslat nemocného zpět na pracoviště, kde byl hospitalizován.

9.8. NEPRÁVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Nepravé náhlé příhody břišní napodobují obraz NPB, ale jejich příčina je mimo oblast břicha. Mezi nejčastější patří akutní infarkt myokardu, akutní koronární syndrom, lobární pneumonie, plicní embolie, vertebrogenní afekce, pyelonefritida, renální kolika, herpes zooster, metabolické komplikace (DM, uremie, porfyrie). Diagnózu nepravé příhody lze stanovit po ověření uvedených příčin, a/nebo po vyloučení NPB.

10. OPATŘENÍ, LÉČBA. ANALGETIKA, ANODYNA, SPASMOLYTIKA

Jak bylo již uvedeno, cílem VPL je rozlišit, zda se jedná nebo může jednat o NPB, stanovit alespoň rámcovou diagnózu a identifikovat nemocné, kteří vyžadují neodkladnou péči v nemocničním zařízení. Je-li zřejmé, že stav vyžaduje nemocniční péči, např. při prudkém krvácení do GIT, je na místě odeslání nemocného do nemocnice bez odkladů. Obecně platí, že při podezření na NPB má nemocný zůstat v tělesném klidu, ve vhodné teplotě, bez příjmu tekutin a jídla ústy. Zvrací-li a leží, je na místě poloha na boku, aby se předešlo možné aspiraci.

Podání medikace – analgetik, dokonce anodyn, a spasmolytik před vyšetřením na chirurgii bylo po desetiletí považováno za zapovězené s odůvodněním, že zastře klinický obraz a ztíží diagnózu. Současná doporučení považují za prioritu pomoc nemocnému a takovou medikaci podat v ambulanci VPL nebo během převozu do nemocnice (tabulka č. 2). Podmínkou je odpovídající záznam do dokumentace včetně dávky a času podání. Algoritmus postupu při náhlé příhodě břišní je uveden na obrázku č. 1.

Analgetika – při náhlé příhodě břišní

Dle recentní literatury (Gavriliidis 2019) je možné u náhlé příhody břišní bezpečně podat opioidní analgetika bez rizika ovlivnění stanovení diagnózy.

Dlouhodobě přetrvávající předpoklad, že podání analgetik, zejména opioidů, brání diagnostice základního onemocnění, se nepotvrdil. Naopak se ukázalo, že uvážlivé použití krátkodobě působících opioidů zvýší pacientovu spolupráci a umožní podrobnější vyšetření (Opioidy, 2. vydání, J. Kozák a kol.).

Tabulka č. 4 Analgetika u břišních bolestí a jejich dávkování

Analgetikum	Jednotlivá úvodní dávka pro dospělé	Interval opakování do úlevy od bolesti	Nástup účinku	Maximální denní dávka
Velmi silná bolest				
Morfin i.v.	2–10 mg	15 minut	5–10 minut	
Fentanyl i.v.	25 mcg	5 hodin	1–2 minuty	
Piritramid i.v.	7,5–22,5 mg	6–8 hodin	2–5 minut	
Ketamin	0,3 mg/kg			
Mírná bolest (lze kombinovat s opioidními analgetiky při střední a velmi silné bolesti)				
Paracetamol i.v.	500–1000 mg	4 hodiny	10–15 minut	4000 mg
Metamizol i.v.	1000 - 2500 mg	6 hodin	20–30 minut	5000 mg

11. 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 podbřišku. 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 Th10–L1 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.

11.1. PŘÍSTUP K PACIENTŮM S PODEZŘENÍM NA GYNEKOLOGICKOU NPB

Kdy myslíme na NPB gynekologického původu?

Každá náhle vzniklá bolest břicha, zejména v podbřišku, 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 nevyklučuje 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 podbřišku 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 vedou 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 v ordinaci gynekologa** je ultrasonografické vyšetření pánve. Je-li dostupné, zaměříme se zejména na diagnostiku gravidity, přítomnost volné tekutiny v Douglasově prostoru a patologický nálezy v oblasti děložních adnex. 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 podbřišku 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?

11.2. 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. Ač je většina případů ektopických gravidit lokalizována v ampulární nebo isthmické části vejcovodu, existují vzácné, ale o to rizikovější formy, kam patří intersticiální (v intersticiální části vejcovodu), ovariální, abdominální, cervikální a ektopická forma v jizvě po předchozím císařském řezu. Intaktní ektopická gravidita může být zcela asymptomatická, nebo je provázena bolestmi v podbřišku v důsledku distenze vejcovodu. Typická trias (sekundární amenorea, krvácení z rodidel a bolesti v podbřišku) 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 nálezů na břiše a pánvi. Takto vyšetřená pacientka je odeslána s náležitým poučením na specializované gynekologické pracoviště k definitivní diagnóze a léčbě stavu.

11.3. ADNEXÁLNÍ BOLEST

Corpus luteum hemorrhagicum

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.

Ruptura ovariální cysty

Prasklá cysta vaječníku může způsobit náhlou, silnou, jednostrannou pánevní bolest bez horečky nebo gastrointestinálních a močových příznaků. Prakticky všechny případy ruptury cysty s hemoperitoneem se týkají cysty žlutého tělíska, která nastává krátce před menstruací. Bolest často začíná během fyzické aktivity, při pohlavním styku, nebo vaginálním vyšetřením. Významné krvácení vedoucí k šoku je vzácné. Výjimečně může nastat krvácení při ruptuře jiných cystických útvarů vaječníku (folikulární cysta, cystické tumory).

Podobně jako v případech ektopické gravidity je každé podezření na hemoperitoneum indikací k vyšetření gynekologem, který zajistí další léčbu.

11.4. PÁNEVNÍ ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ

Tubeovariální absces

Tubeovariální absces je nejzávažnější formou pánevního zánětlivého onemocnění. Obvykle je provázen zánětem pánevní pobříšnice 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 fertilním 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, nauzea, zvracení. Zástava plynů a stolice jsou již příznaky rozvoje zánětu pobříšnice. 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 pohybech děložním hrdlem. Podezření na tubeovariální absces s pelveoperitonitidou či difúzní peritonitidou je indikací k odeslání na specializované gynekologické vyšetření.

11.5. TORZE ADNEX

Ovariální anebo adnexální torze se objevuje obvykle u zvětšeného ovaria cystou či tumorem. Obvykle dochází k torzi adnex – vaječníku i vejcovodu, která vede k okluzi ovariálních žil a později i ovariálních tepny v ligamentum suspensorium ovarii. Výsledkem je hemoragická infarzáce adnex a později i jejich nekróza. Stav je pravidelně provázen náhle vzniklou viscerální bolestí v podbříšku na straně postižených adnex. Anamnesticky mohou být obdobné, epizodické, 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.

11.6. ENDOMETRIÓZA

Endometrióza je definována jako ektopický výskyt endometria, nejčastěji na vaječnicích a pobřišnici malé pánve. Endometrióza může způsobovat křečovitě pánevní bolesti spojené s menstruací, chronickou pánevní bolest, dyspareunii a dyschesii. Endometrióza by měla být zahrnuta do diferenciální diagnostiky akutní bolesti v podbřišku. Vzácně byly popsány i případy spontánního hemoperitonea v příčinné souvislosti s peritoneální endometriózou. Diagnostika je založena na identifikaci endometriózy pomocí zobrazovacích metod a laparoskopie. Léčba je realizována na gynekologických pracovištích.

11.7. VÝVOJOVÉ ANOMÁLIE MÜLLEROVA VÝVODU

Velmi specifickou vzácnou příčinou akutní pánevní bolesti mohou být anomálie Müllerova vývodu. Bolest se manifestuje u dívek s gynatréziami během puberty ve věku menarché. Menstruační krev hromadí se za překážkou způsobuje cyklickou pánevní bolest, hmatný pseudotumor v pánvi (hematometra, hematokolpos, hemihematometra) při primární amenoroe. Diagnóza je založena na klinickém vyšetření gynekologem a pomocí zobrazovacích vyšetřovacích metod (ultrazvuk, MRI). Terapie je realizována na specializovaných gynekologických pracovištích.

12. ZÁVĚR

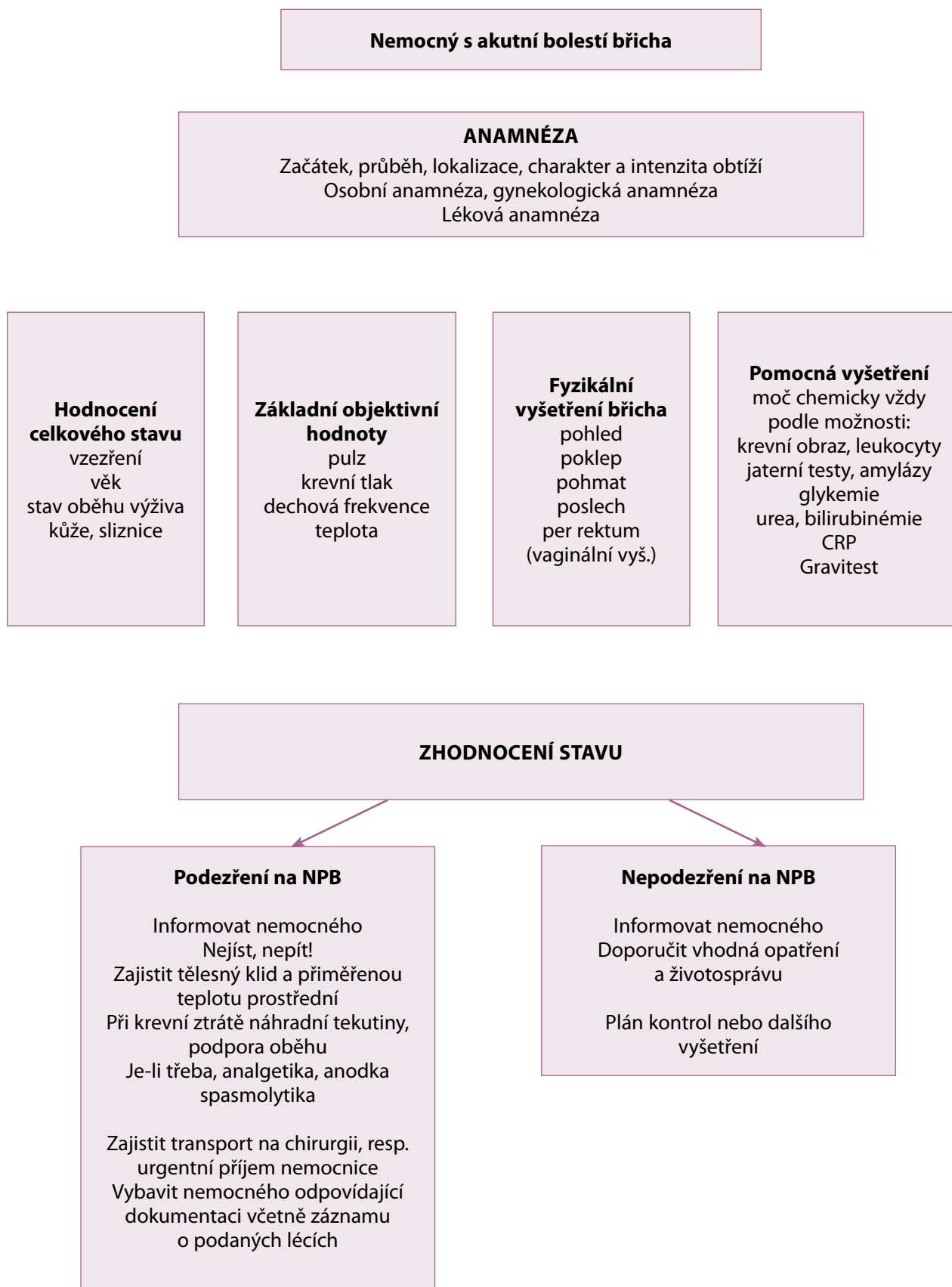
V procesu diferenciální diagnózy NPB u ženy představují patologické stavy vnitřních rodidel významnou skupinu. Praktický lékař se znalostí patofyziologie a klinických příznaků a aplikací rychlé, efektivní diagnostiky vysloví podezření na náhlou příhodu břišní gynekologického původu. V tomto případě zajistí 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.

LITERATURA

- Govender, I., Rangiah, S., Bongogongo, T., Mahuma, P.: A primary care approach to abdominal pain in adults. *S Afr Fam Pract*, 2021, 63 (1), s. 5280. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8378095>
- Mayumi, T., Yoshida, M., Tazuma, S. et al.: The practice guidelines for primary care of acute abdomen. *Japanese Journal of Radiology*, 2016, 34, s. 80–115. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11604-015-0489-z>
- Natesam, S., Lee, J., Volkamer, H., Thoureen, T.: Evidence-based medicine approach to abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am*. 2016, 34 (2), s. 165–190. 10.1016/j.emc.2015.12.008 (PubMed).
- Vaghef-Davari, F., Ahmadi-Amoli H., Sharifi, A., Teymouri, F., Paprouchi, N.: Approach to acute abdominal pain: Practical algorithms. *Adv J Emerg Med.*, 2019, 4. (2):e29. <http://doi.org/10.22114%2Fajem.v0i0.272> (PMC free article).
- Hájek, M., Seifert, B., Křepelka, P., Suchánek, Š., Vojtíšková, J.: Náhlé příhody břišní. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. CDP-PL, Praha, 2011.
- Gavriilidis P., De-Angelis N., Tobias A.: To Use or Not to Use Opioid Analgesia for Acute Abdominal Pain Before Definitive Surgical Diagnosis? A Systematic Review and Network Meta-Analysis, *J Clin Med Res* 2019 Feb;11(2):121–126. doi: 10.14740/jocmr3690. Epub 2019 Jan 5
- Holub, Z.: Kazuistiky z gynekologie a porodnictví. Galén, Praha 2002.
- Čepický, P., Kurzová, H.: Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře, Postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktické lékaře. Univerzita Karlova v Praze, Praha, 2003.

Gennaro P.: „Acute Abdomen in Woman of Childbearing Age: Appendicitis or Pelvic Inflammatory Disease? A Systematic Review“. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 2021;35(4).

OBR. Č. 1: ALGORITMUS POSTUPU U NPB



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-46-0

ISBN 978-80-88280-46-0



© 2023, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP