

# Najpogostejši simptomi bolezni prebavil

## The most frequent symptoms of gastrointestinal diseases

### Izvleček

Bolezni prebavil sodijo med pogoste, saj 10-20 % bolnikov prihaja v ambulante splošne medicine zaradi teh težav, mnogo pa se jih zdravi tudi v bolnišnici. Med njimi so bolniki z organskimi in funkcionalnimi boleznimi prebavil. V zadnjih desetih letih je razvoj in dostopnost različnih diagnostičnih metod omogočil številne raziskave, katerih izsledki so omogočili boljše razumevanje simptomov različnih bolezni prebavne cevi.

Namen prispevka je povzeti najpomembnejše simptome, ki jih imajo bolniki z obolenji prebavne cevi. Pri kliničnem delu in odločanju o diagnostičnih postopkih je smiselno uporabiti različne preiskavne metode, da potrdimo svoja razmišljanja ali pridobimo podatke, ki bodo omogočili učinkovitejše zdravljenje teh bolnikov.

### Abstract

Gastrointestinal diseases account for at least 10-20 % of patients seeking medical care in general practice, a significant number of them are treated in hospitals. They represent a spectrum of problems that include organic diseases and functional disturbances. Extensive research in the last ten years, together with the development and availability of diagnostic methods, has now facilitated a better understanding of symptoms of gastrointestinal diseases.

The purpose of this article is to overview the most frequent symptoms in patients with gastrointestinal diseases. The clinician should utilize different diagnostic tests to confirm a clinical suspicion or to provide new information that could assist in effective management of this patients.

Doc. dr. Pavel Skok, dr. med, spec.  
internist

Klinični oddelek za interno medicino  
Oddelek za gastroenterologijo in  
endoskopijo  
Splošna bolnišnica Maribor  
Ljubljanska 5, 2000 Maribor  
e-mail: pavel.skok@sb-mb.si

### Ključne besede

simptomi, znaki, bolezni prebavil, diagnostični postopki.

### Key words

symptoms, signs, gastrointestinal diseases, diagnostic methods.

## Uvod

Dvajseto stoletje je zaznamoval hiter razvoj tehnologije, genetike, biofizike in biokemije ter številnih drugih temeljnih naravoslovnih ved, katerih spoznanja so obogatila razumevanje etiologije različnih obolenj (1, 2). Kljub napredku na teh področjih je klinični pregled, ki ga sestavlja *anamneza*, ki jo poda bolnik, in *telesna preiskava* ključna za obravnavo bolnika. Pravilno tolmačenje simptomov in znakov bolezni nas usmerja v ciljan diagnostičen postopek. Žal nas klinično delo in izkušnje, ki jih pridobivamo, pogosto opozorijo na zmote pri sklepanju in povezovanju nekaterih podatkov. Zavedati se moramo dejstva, da se veččin jemanja anamneze, tolmačenja in kritične ocene podatkov zdravniki učimo vse življenje.

Razumevanje vzrokov nastanka bolezni prebavil se je v zadnjem desetletju bistveno izboljšalo. K temu je pripomogel razvoj sodobnih diagnostičnih postopkov, razlaga bolezenskih sprememb v prebavni cevi, ki jih še do nedavnega nismo razumeli, ter dolgotrajno zasledovanje učinkov zdravljenja (2-6). Motiliteta prebavne cevi in prebava hrane sta zapletena procesa, ki sta odraz medsebojnega delovanja osrednjega živčnega sistema, avtonomnih ganglijev, mienteričnega živčnega sistema, endokrinega sistema v prebavilih ter gladkih mišic prebavne cevi (7-13). Kljub tehnološkemu napredku, ki je omogočil razvoj različnih diagnostičnih metod, so vendar simptomi in znaki bolezni tisti, ki naj bi usmerjali klinične odločitve in smiselne diagnostične postopke (7, 8). Simptomi in znaki bolezni prebavil pogosto niso značilni, saj se med seboj prepletajo in je pravilno ovrednotenje težavno. Običajno simptomi vsaj do določene mere odsevajo bolezensko spremenjeno delovanje organov. Pri vrednotenju simptomov moramo upoštevati podatke o morebitnih boleznih v družini (npr. presnovne bolezni ali vrste raka prebavil), spol in starost bolnika, ugotovljene bolezni v otroštvu (npr. preobčutljivost na vrste hrane), prehranske in druge navade (katera hrana bolniku povzroča težave ali katere se izogiba, uživanje alkohola) ali razvade bolnikov ter zdravila, ki jih nekateri redno uporabljajo in katerih neželeni učinki lahko pomembno prispevajo k izraženosti njihovih težav (3, 5, 9). Včasih nas usmerijo tudi podatki o potovanjih v preteklosti, ter krajih, ki jih je bolnik obiskal. Ne smemo zanemariti tudi podatkov o spolnih navadah in spolni usmerjenosti ter morebitni uporabi prepovedanih drog.

Namen prispevka je opozoriti na najpogostejše simptome, ki jih srečujemo pri bolnikih z boleznimi prebavil. Zavedati se moramo dejstva, da so žal v slovenskem okolju možnosti nekaterih preiskavnih metod in dokončne

pojasnitve nekaterih simptomov funkcionalnih bolezni prebavne cevi še omejene.

Najpogostejši simptomi bolezni prebavil Bolezni prebavne cevi sodijo med pogoste, saj skoraj 20 % bolnikov prihaja k izbranemu zdravniku zaradi teh bolezni, pomemben del pa jih zdravimo tudi v bolnišnici (9, 10). Bolniki prihajajo po pomoč običajno zaradi kroničnih, ponavljajočih se težav, le manjši del pa zaradi nenadnega – akutnega nastopa težav. Pomembno je, da na osnovi bolnikovih anamnestičnih podatkov in skrbnega kliničnega pregleda skušamo v ciljanem in smiselnem diagnostičnem postopku pojasniti vzrok njegovih težav, pri tem pa upoštevamo tudi njegove osebne značilnosti (1, 5, 10, 11, 14). Pri akutno nastalih težavah se moramo zavedati, da je hiter in pravi ukrep včasih pomembnejši od natančne diagnoze, kar je še zlasti izraženo pri akutnih stanjih v trebuhu. Najpogostejše simptome bolezni prebavil razdelimo na:

- *splošne ali nespecifične* in
- *simptome, ki so odraz bolezni prizadetega dela prebavne cevi: požiralnika, želodca, dvanajstnika, tankega ali debelega črevesa, jeter, žolčnika, žolčnih izvodil in trebušne slinavke.*

V tabeli 1 so naštetih najpogostejši simptomi bolezni prebavil.

**Tabela 1. Najpogostejši simptomi bolezni prebavil**

- a. Splošni simptomi:
  - pomanjkanje teka in odpor do hrane
  - hujšanje in navzeja
  - bruhanje
- b. Nespecifični simptomi:
  - neopredeljena bolečina
  - napihnjenost trebuha
  - flatulenca
- c. Simptomi posameznih odsekov prebavne cevi:
  - disfagija
  - zgaga in regurgitacija
  - bolečina v zgornjem delu trebuha
  - driska
  - zaprtje
  - steatoreja
  - napenjanje v trebuhu
  - tenezmi
  - simptomi krvavitve iz prebavil

Simptomi pogosto niso značilni za posamezne odseke prebavil, zato je pomembno, da ugotovimo *vodilni simptom* (8). Vodilni simptom je tisti, ki je najizrazitejši in

zaradi katerega se je bolnik zatekel po pomoč. Običajno so drugi simptomi le spremljajoči, včasih žal tudi zavajajoči. Med vodilne simptome bolezni prebavil uvrščamo: disfagijo, inapetenco – neješčnost in navzejo (slabost, nagon ali siljenje k bruhanju), hujšanje, zaprtje ali drisko ter neopredeljeno bolečino v trebuhu (1, 7, 8, 10, 15). Pogosto se tem simptomom pridružijo tudi znaki krvavitve iz prebavne cevi, ki so lahko odraz akutne ali kronične krvavitve (16, 17).

**Disfagija** (moteno ali ovirano požiranje), **odinofagija** (boleče požiranje) in **regurgitacija** (zatekanje) so značilni simptomi bolezni požiralnika (7, 8). Te težave so lahko različno izražene, tudi doživljanje in opisovanje je pri bolnikih zelo subjektivno. **Zgaga** (piroza) je simptom zatekanja želodčnega ali dvanajstnikovega soka v požiralnik ter je odraz motenega protirefluksnega mehanizma v tem delu prebavne cevi. Bolniki navajajo pekoče bolečine za prsnico, ki se običajno širijo navzgor v vrat, v ustih pa lahko čutijo kisel ali grenak okus. Običajno zaznajo, da nekatere vrste hrane poslabšajo te težave; mednje sodijo mastna ali začinjena hrana, čokolada, kava, cigarete, alkohol in pomarančni sok (8). Raziskave v zadnjih letih so potrdile, da lahko simptom zgage nastane tudi zaradi preobčutljivosti živčnih končičev v požiralniku (12-14). Pogosto namreč posledic zatekanja vsebine iz želodca ne moremo potrditi na sluznici požiralnika, pa čeprav uporabimo različne diagnostične metode, najpogosteje endoskopijo zgornjih prebavil in 24 urno pH-metrijo, tj. diagnostično metodo, ki omogoča merjenje kislosti vsebine v požiralniku s posebno sondo. Nekateri bolniki opisujejo občutek cmoka v grlu ali ustavljanje hrane v žrelu med požiranjem. Ta simptom označujemo kot nevrotični globus in je funkcionalne narave.

**Slabost in bruhanje** (vomitus) sta sicer pogosta, a neznačilna simptoma bolezni prebavne cevi. Sproži ju draženje kemoreceptorske cone v podaljšani hrbtenjači, predstavljata pa simptom številnih bolezni. Vzroki so lahko presnovni (npr. sladkorna bolezen, uremija, elektrolitske motnje), bolezni prebavil, motnje motilitete, okužbe prebavil ali uporaba zdravil (10, 11). Pozabiti ne smemo tudi na številne nevrološke (npr. migrena, meningitis, zvišan intrakranialni tlak, možganska krvavitev), vestibularne ali psihogene vzroke, kot sta bulimija in anoreksija (2,3). Tudi pomanjkanje teka, inapetenca, odpor do hrane, anoreksija in hujšanje so neznačilni simptomi raznolikih bolezni. Lahko so izraženi pri številnih presnovnih boleznih, pa tudi pri depresiji ali drugih vedenjskih motnjah. **Kolcanje** (singultus) je posledica občasnega reflektornega krčenja trebušne prepone ter pomožnih inspiratornih dihalnih mišic,

ob zaprtem glotisu. Kolcanje postane hud in nadležen simptom, ko traja dlje kot 48 ur, ko je nepretrgano ali ga ni moč ustaviti z zdravili. Kolcanje sprožijo različni vzroki, razen nevroloških tudi funkcionalne motnje praznjenja želodca, zunanji pritisk na želodec, bolezni požiralnika ter nekatere redkejšje presnovne ali elektrolitske motnje (npr. uremija, hipokalcemija, hiponatremija) (5, 9).

**Zaprtje** je simptom, ki ga označuje redko iztrebljanje manjših količin čvrstega blata, pogosto ga spremlja mučno napenjanje in pritisk v trebuhu (9, 10, 15). Pogostost iztrebljanj je pri ljudeh različna, od 1–2 x tedensko, del zdravih preiskovancev pa odvajaja tudi večkrat dnevno. Zaprtje lahko nastopi akutno ali pa je kronično. Sprožijo ga lahko organski bolezenski vzroki prebavne cevi ali funkcionalne motnje črevesne motilitete. Pri starejših, onemoglih bolnikih pogosto nastane fekalna impakcija, ko se kepa blata sprime v ampuli danke in onemogoča odvajanje. Zelo značilno je kronično izmenjevanje zaprtosti z obdobji drisk, občutek nepopolnega izpraznjevanja črevesa, bolečin in napihnjenosti v trebuhu, ki jih opisujejo bolniki z iritabilnim kolonom (vzdražljivim črevesom). Vzdražljivo črevo sodi med najpogostejše funkcionalne bolezni prebavil v svetu (1, 13-15). Pogost simptom bolezni prebavil je tudi **driska**. Označuje stanje, ko je iztrebljanj več dnevno, so obilnejša, blato pa je mehko ali tekoče. Driska lahko nastane akutno, lahko traja dalj časa ali je kronična. Za akutno velja, da traja manj kot 14 dni, perzistentna traja več kot 14 dni, kronična pa traja dlje od enega meseca (8). Drisko povzročajo številne bolezni prebavil, ki lahko imajo svoj organski, lahko pa le funkcionalni vzrok (11, 14). Podatki o načinu nastanka driske, trajanju in pridruženih simptomih nas lahko usmerijo v ciljane preiskave za opredelitev vzroka tega, za bolnika zelo motečega simptoma (14). Pozorni moramo biti tudi na morebitne primese krvi ali sluzi v blatu. Paradokсна ali izlivna driska nastane, ko je svetlina črevesa zožena, kar pogosto nastane zaradi tumorja, ki raste v svetlino črevesa. Blato, ki zastaja pred oviro, se utekočini in steče skozi zožitev, nato pa se ponovno začne nabirati čvrsto blato pred zožitvijo. Pozorni moramo biti tudi na odvajanje obilnega, smrdljivega in mastnega blata, **steatorejo**, ki je simptom pomanjkanja encimov trebušne slinavke. Steatoreja se razvije ob nastanku eksokrine insuficience žleze (8, 10). Simptomu driske se lahko občasno pridružijo tudi občutki bolečine pri iztrebljanju manjših količin blata. Ta simptom imenujemo **tenezem**, pomeni poleg pa manjših bolečih iztrebljanj tudi pogoste ali lažne pozive k iztrebljanju.

**Krvavitve** iz prebavne cevi so pogost simptom in tudi znak različnih bolezni prebavil (1, 8, 11). Po načinu

nastanka razdelimo krvavitve v akutne in kronične, po izvoru jih delimo v krvavitve iz zgornje ali spodnje prebavne cevi. Večino krvavitvev, okoli 85 %, predstavljajo krvavitve iz zgornje prebavne cevi, obilne krvavitve iz spodnje prebavne cevi so bistveno redkejše. Najpogosteje se krvavitve izrazijo z iztrebljanjem smrdečega, mazavega, smolasto črnega blata, **meleno**, ali z bruhanjem sveže ali hematinizirane krvi, **hematemezo**. Melena nastane že ob izgubi 60–100 ml krvi, značilno barvo ji dajejo sulfurirani razpadni produkti hemoglobina (Hb) in črno obarvani porfirinski derivati, ki nastanejo kot posledica bakterijske razgradnje krvi. Hematemeza označuje bruhanje sveže krvi ali kavni usedlini podobne vsebine, ki nastane zaradi delovanja želodčne kisline na kri v svetlini želodca. Krvavitvev iz prebavil se lahko izrazi tudi s prisotnostjo sveže krvi v blatu, **hemohezijo** (ali hematohezijo), pogoste pa so prikrite krvavitve, ki jih lahko ugotovimo le s pregledom prisotnosti hemoglobina v blatu, hematestem. Včasih posumimo na krvavitvev iz prebavil šele ob laboratorijsko ugotovljeni slabokrvnosti, bolnik pa nam pove, da ni opazil nobenih sprememb pri odvajaju blata. Čeprav se številne bolezni prebavil izrazijo s krvavitvijo, je najpogostejši vzrok peptična razjeda dvanajstnika ali želodca (16, 17). Med česte vzroke sodijo tudi vnetne, hemoragičnoerozivne spremembe sluznice zgornjih prebavil, raztrgane varice požiralnika ali želodca, Mallory-Weisssov sindrom (vzdolžna razpoka sluznice na prehodu požiralnika v želodec) in tumorji v zgornji prebavni cevi.

**Dispepsija** (beseda grškega porekla, katere korenini sta "dys" in "peptein") sodi med najpogostejše simptome bolezni prebavil (1, 9-11, 18). Predstavlja sinonim za skupek simptomov, ki označujejo "slabo prebavo" (12). O dispepsiji govorimo, ko pri bolniku še nismo opravili nobenih diagnostičnih postopkov. Glede na izsledke preiskav pa dispepsijo uvrščamo v organsko ali funkcionalno. Bolniki običajno navajajo neznačilne bolečine v trebuhu ali spodnjem delu prsnega koša, spahovanje, občasno zaprtje ali drisko, občutek hitre sitosti ter napenjanje po zaužitem obroku. Del bolnikov z dispepsijo opisuje značilno kruljenje v trebuhu – **borborigme**, ter flatus in **flatulenco**, vetrove (8). Borborigmi izvirajo iz votlega dela prebavne cevi in so običajno posledica funkcionalnih motenj. Vetrovi nastanejo zaradi plinov ob razgrajevanju organskih snovi v črevesju in zaradi vstopa zraka v prebavno cev ob hranjenju (aerofagija). Zanimivo je, da je pri več kot polovici bolnikov dispepsija funkcionalnega vzroka in da ne ugotovimo bolezenskih sprememb prebavil (9, 10, 11). Med organskimi vzroki dispepsije moramo izključiti različne bolezni prebavil, kot

so ulkusna bolezen, bolezn žolnika, žolčnih izvodil, jeter, trebušne slinavke, presnovne vzroke, zaplete ishemične bolezni srca, bolezni veziva (sklerodermijo, dermatomiozitis, polimiozitis) in neželene učinke nekaterih zdravil (npr. antibiotikov, nesteroidnih protivnetnih zdravil, salicilatov, pripravkov digitalisa, teofilina, antiholinergičnih ali antiadrenergičnih zdravil ...). Pri otrocih delimo dispepsijo glede na prevladujoče simptome v dismotilitetno, nespecifično in dispepsijo z ulkusnimi simptomi (1, 10). Pri odraslih dispepsijo delijo v: peptični razjedi podobno dispepsijo, refluksu podobno dispepsijo, dismotilitetno in nespecifično dispepsijo.

**Bolečina v trebuhu** sodi med najpogostejše simptome bolezni prebavil, pogosta je zlasti pri organskih, pojavi pa se tudi pri funkcionalnih boleznih prebavil (1, 7-10, 18). Pri oceni bolečine je potrebno, da jo opredelimo glede pogostosti in trajanja (akutna, kronična, ponavljajoča se bolečina), jakosti (blaga, zmerna, huda), mesta bolečine (zgornji ali spodnji del trebuha, centralno ali difuzno po trebuhu, perianalno ...) in morebitnega izžarevanja, opredeliti pa moramo tudi naravo in obliko bolečine (npr. topa ali količna bolečina) ter dejavnike, ki jo sprožijo ali omilijo. Razmejiti moramo med parietalno in visceralno bolečino ter preneseno bolečino. Najbolj značilen primer **parietalne** bolečine, ki je ostra in dobro lokalizirana, je mišični defans, otrdelost trebušne stene, ki se razvije nad obolelim delom peritoneja (npr. bolečina ob akutnem vnetju slepiča). **Visceralna** bolečina je topa in ni dobro lokalizirana, saj ni odsev lege obolelega organa v trebušni votlini, temveč je odvisna od embrionalnega izvora prizadetega organa. Njena značilnost je izžarevanje in prisotnost drugih visceralnih simptomov, kot so slabost, anoreksija, bruhanje in potenje. Najznačilnejša visceralna bolečina je kolika, tiščoča ali krčevita bolečina, ki se pojavlja v napadih s presledki. Visceralno bolečino sproži vnetje ali nateg votlih mišičnih trebušnih organov (npr. prebavna cev, žolčnik in žolčna izvodila, sečevoda, maternica). Izrazita količna bolečina je običajno posledica zapore, ki sproži lokalno napenjanje in siljeno peristaltiko v določenem delu prebavne cevi.

Včasih je kljub bogatim izkušnjam v klinični medicini zelo težko razmejiti med parietalno in visceralno bolečino in nas opis lahko zavede v oceni. Lahko si pomagamo s subjektivnim opisom bolečine, z izžarevanjem, vplivom kihanja, kašljanja ali premikanja na izraženo bolečino. Diferencialna diagnoza bolečine v trebuhu je kljub sodobnim preiskavnim metodam še vedno eden najzahtevnejših problemov v klinični medicini.

## Zaključek

Pravilno ovrednotenje simptomov in znakov bolezni prebavil je včasih težavno. Pogosto nam tudi skrben klinični pregled in izkušnje pri obravnavi teh bolnikov ne olajšajo kliničnih odločitev. Običajno skušamo z diagnostičnimi postopki potrditi ali ovreči najpogostejše organske spremembe prebavne cevi. Včasih smo pri bolniku in težavah, ki jih navaja, postavljeni pred izzive, ki jim nismo docela kos. Zavedati se moramo, da nas kljub pravilni klinični ideji lahko izsledki nekaterih preiskav zbegajo ter da pri delu bolnikov z boleznimi prebavil ne bomo uspeli docela pojasniti njihovih težav,

tudi po tem, ko bomo izčrpali diagnostične postopke v domačem okolju.

Pri nekaterih bolnikih je potrebna multidisciplinarna obravnava, ki naj bi zagotovila najprimernejši diagnostični postopek in zdravljenje. Včasih nam lahko drug način razmišljanja in povezovanje dejstev oblikuje idejo, ki nas bo usmerila na pravo pot. Pri kliničnem odločanju se moramo zavedati, da je sodobna tehnologija le pripomoček za potrjevanje naših predvidevanj, ne pa nadomestek za skrbno in strpno obravnavo naših bolnikov. Izkušnje pridobivamo s kliničnim delom, poslušom za težave bolnikov ter nasveti, ki naj bogatijo naše razmišljanje in odločitve.

## Literatura

1. Wingate D, Hongo M, Kellow J, Lindberg G, Smout A. Disorders of gastrointestinal motility. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17 (Suppl 1) S1-S14.
2. Bennet EJ, Evans P, Scott AM et al. Psychological and sex features of delayed gut transit in functional disorders. *Gut* 2000; 46: 83-7.
3. Reynolds JC. Prokinetic agents: A key in the future of gastroenterology. *Gastroenterol Clin North A* 1989; 18: 437-57.
4. Gilja OH, Hausken T, Odegaard S, Berstad A. Three – dimensional ultrasonography of the gastric antrum in functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 847-55.
5. Wald A. Colonic and anorectal motility testing in clinical practice. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 2109-115.
6. Quarero AO, de Witt NJ, Lodder AC et al. Disturbed solid-phase gastric emptying in functional dyspepsia: a meta analysis. *Dig Dis* 1998; 43: 2028-33.
7. Markovič S. Funkcionalne bolezni prebavil. In: Kocijančič A, Mrevlje F (eds). *Interna medicina. EWO, DZS, Ljubljana* 1998: 419-22.
8. Markovič S. Trebuh. In: Kocijančič A (eds). *Klinična preiskava. Littera picta, Ljubljana* 2000; 143-71.
9. Hungin AP, Rubin GP, Russell AJ, Convery B. Guidelines for dyspepsia management in general practice using focus groups. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 275-9.
10. Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Rasanen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol*; 1995; 30: 519-23.
11. Holzer P, Schicho R, Holzer-Petsche U, Lippe IT. The gut as a neurological organ. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 647-60.
12. Gerards C, Leodolter A, Glasbrenner B, Malfertheiner P. H. pylori infection and visceral hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Dig Dis* 2001; 19: 170-3.
13. Dunne C. Adaptation of bacteria to the intestinal niche: probiotics and gut disorder. *Inflamm Bowel Dis* 2001; 7: 136-45.
14. Collins SM. Stress and the Gastrointestinal Tract IV. Modulation of intestinal inflammation by stress: basic mechanisms and clinical relevance. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001; 280: G315-8.
15. Ringel Y, Sperber AD, Drossman DA. Irritable bowel syndrome. *Annu Rev Med* 2001; 52: 319-38.
16. Skok P. Funkcionalne bolezni prebavil - najpogostejši simptomi in znaki. *Gastroenterolog* 2003; 7: (2) 6-9.
17. Skok P. Krvavitev iz prebavil. *Gastroenterolog* 2004; 8 (1): 8-11.
18. Skok M, Skok P. Nesteroidna protivnetna zdravila in dispepsija v ambulanti splošne medicine - prospektivna, kontrolirana raziskava. *Zdrav Vestn* 2005; 74(1): 11-17.