

Instituția medico-sanitară publică  
Centrul Național de Asistență Medicală  
Urgentă Prespitalicească



**PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL**  
**Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult**

# **ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC LA ADULT**

**Protocol Clinic Instituțional**

**Chișinău 2026**



**PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL**  
**Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult**

Aprobat prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 298 din 20.05.2026 cu privire la aprobarea Protocolului clinic instituțional „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”

**CUPRINS**

<b>CUPRINS</b>	2
<b>SUMARUL RECOMANDĂRILOR</b>	3
<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT</b>	3
<b>PREFAȚĂ</b>	4
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b>	4
<i>A.1. Diagnosticul</i>	4
<i>A.2. Codul bolii (CIM 10)</i>	4
<i>A.3. Utilizatorii</i>	4
<i>A.4. Obiectivele protocolului</i>	4
<i>A.5. Data elaborării protocolului</i>	4
<i>A.6. Data următoarei revizuirii</i>	4
<i>A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</i>	5
<i>A.8. Definițiile folosite în document</i>	5
<i>A.9. Informația epidemiologică</i>	6
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b>	6
<i>B.1. Nivel de asistență medicală de urgență</i>	6
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ</b>	7
<i>C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu UGDH</i>	8
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</b>	8
<i>C.2.1 Manifestările clinice. Măsurile diagnostice generale</i>	8
<i>C.2.1.1 Semne clinice</i>	9
<i>C.2.1.2 Evaluarea hemodinamicii centrale</i>	9
<i>C.2.1.3. Anamneza</i>	10
<i>C.2.1.4. Examenul obiectiv</i>	10
<i>C.2.2. Diagnosticul diferențial</i>	11
<i>C.2.3. Criteriile de transportarea</i>	11
<i>C.2.4. Evaluarea gravității pierderii sangvine</i>	12
<i>C.2.5. Tratamentul de urgență și conduita la etapa prespitalicească</i>	13
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL</b>	14
<i>D.1. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistență medicală de urgență</i>	14
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</b>	15
<i>Anexă 1. Ghidul pacientului cu ulcerul gastroduodenal hemoragic</i>	15
<i>Anexă 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru ulcerul gastroduodenal hemoragic</i>	17
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	19



### SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Ulcerul gastroduodenal rămâne cauza principală a hemoragiilor gastrointestinale superioare non-variceale și a șocului hipovolemic și reprezintă cauza principală de mortalitate în hemoragiile digestive superioare (HDS) acute. Anual, în spitalele din Republica Moldova sunt spitalizați 1.500-1.600 de bolnavi cu ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH), iar mortalitatea generală este de 4,7%.

UGDH reprezintă o urgență medico-chirurgicală, care necesită o evaluare promptă pentru determinarea stabilității clinice, prevenirea sângerării ulterioare și reducerea mortalității, - o abordare similară este necesară pentru de a fi practică la un pacient traumatizat cu sindrom hemoragic. Mai multe elemente (simptome clinice, antecedente și rezultatele testelor de laborator) trebuie considerate și analizate pentru aprecierea stabilității sau instabilității pacienților cu UGDH.

Pe lângă antecedentele ulceroase, este foarte important să se culegă anamneza detaliată, în special în ceea ce privește: medicamentele și afecțiunile care pot afecta starea de coagulare (preparate antiagregante plachetare, anticoagulante, insuficiență hepatică); maladiile cardiace și pulmonare severe, care pot face pacienții mai susceptibili la efectele adverse ale anemiei; dereglările neurologice (demența), care pot predispune pacienții la aspirația pulmonară a conținutului gastric.

Resuscitarea precoce a pacienților cu HDS este esențială pentru reducerea mortalității; aceasta trebuie efectuată concomitent cu măsurile diagnostice. Imediat trebuie efectuată evaluarea rapidă a ABC (căile respiratorii, respirația și circulația). Indicatorii de referință ai resuscitării la pacienții cu UGDH sunt identici cu cei ai persoane traumatizate cu leziuni hemoragice cu evaluarea rapidă a gravității stării pacientului și inițierea măsurilor de stabilizare la etapa prespitalicească și monitorizarea continuă.

### ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABC	<i>Airway, Breathing, Circulation</i>
AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene
AMU	Asistența medicală de urgență
BU	Boala ulceroasă
DMU	Departamentul de Medicina Urgentă
ECG	Electrocardiografia
GD	Gastroduodenale
GI	Gastrointestinale
HDS	Hemoragia digestivă superioară
HDI	Hemoragia digestivă inferioară
HE	Hemostaza endoscopică
H. Pylori	Helicobacter pylori
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
PCN	Protocol Clinic Național
Ps	Puls
SaO2	Puls-oximetria
TA	Tensiune arterială
TAsis	Tensiunea arterială sistolică
UGD	Ulcerul gastroduodenal
UGDH	Ulcerul gastroduodenal hemoragic



## PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

### Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult

**PREFAȚĂ** Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 „Cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protocoalelor Clinice Instituționale (PCI) și în bază Protocolului clinic național PCN-332 „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult” ediția 2024 și în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 101 din 19.02.2026 ”Cu privire la implementarea în practică a Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP”.

#### **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

##### **A.1. Diagnosticul: Ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH)**

###### *Exemple de diagnostic:*

Ulcer duodenal, complicat cu hemoragie

Ulcer gastric, complicat cu hemoragie

##### **A.2. Codul bolii**

K 25 Ulcer gastric

K 26 Ulcer duodenal

##### **A.3. Utilizatorii:**

Personalul medical al echipei de asistență medicală urgentă (echipa AMU) - medici de urgență, felceri, asistenți medicali.

##### **A.4 .Obiectivele protocolului:**

Optimizarea calității asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească în caz de ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult.

##### **A.5. Data elaborării protocolului:** 2026

**A.6. Data revizuirii protocolului:** în conformitatea cu revizuirii PCN -332 ” Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult.”

##### **A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

<b>Prenumele, Numele</b>	<b>Funcția deținută</b>
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Elena IAZADJI	Medic auditor
Ala RABOVILA	Medic auditor
Eleonora TCACI	Medic auditor
Elena ANTON	Medic auditor
Rita NOUR	Medic auditor
Sergiu BOLOGA	Medic epidemiolog
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC



**Protocolul a fost verificat și aprobat:**

Prenume, nume	Funcția deținută
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

#### **A.8. Definițiile folosite în document**

**Boala ulceroasă** – patologie caracterizată prin formarea unui defectului profund în mucoasa gastrică sau duodenală.

**Ulcerul cronic gastroduodenal** este definit ca o leziune erozivă, caracterizată prin apariția defectului tisular, care începe în epiteliu stomacului sau duodenului și se extinde prin mucoasă în lamina propria și, uneori, implică toate straturile peretelui gastroduodenal.

**Hemoragia digestivă (sau gastrointestinală) superioară** – reprezintă o hemoragie cu sursa situată proximal de ligamentul Treitz, în practică mai frecvent de la esofag, stomac și duoden; și deseori este divizată în variceală și non-variceală. Ulcerul cronic gastroduodenal reprezintă cea mai frecventă cauză a hemoragiilor digestive superioare non-variceale clinic importante și în majoritatea grupurilor de populație constituie circa jumătate din numărul total de cazuri.

**Hemoragia digestivă inferioară** provine din intestinul subțire și din colon. Deși are o etiologie distinctă, deseori prezintă dificultăți în ceea ce privește diagnosticul diferențial cu hemoragiile gastrointestinale superioare.

**Hemoragia ulceroasă** – reprezintă o complicație a ulcerului gastroduodenal, ce se caracterizează prin lezarea unui vas (arterial, venos sau capilar) din baza ulcerului cu extravazarea sângelui în lumenul gastric sau duodenal.

**Hemoragia ulceroasă acută** – este o hemoragie dintr-un defect ulceros gastric sau duodenal, în urma căreia într-un interval scurt de timp are loc scurgerea unui volum semnificativ de sânge, însoțită de manifestări atât locale cât și generale ale hemoragiei.

**Hemoragia gastrointestinală ocultă** – hemoragie gastrointestinală lentă cu pierdere sangvină treptată, fără manifestări clinice locale evidente. Acest tip de hemoragie este mai puțin caracteristic pentru pacienții cu boala ulceroasă.

**Recidiva hemoragiei** – se consideră o resângerare repetată, declanșată după stoparea inițială a acesteia în cadrul aceleiași spitalizări.

**Hematemezis (voma cu sânge)** – eliminarea maselor vomitive, care conțin sânge proaspăt de culoare purpurie sau cheaguri de sânge de dimensiuni considerabile, în caz de hemoragie rapidă și abundentă.

**Voma cu „zaț de cafea”** – mase vomitive de culoare neagră, omogenă sau cu caracter granulos, când sub acțiunea sucului gastric hemoglobina se transformă în hematină clorhidrică.

**Melena** – scaunul de culoare roșie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistență lichidă. Aspectul caracteristic al scaunului în cazul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale este determinat de degradarea sângelui în timpul pasajului acestuia prin tractul digestiv. Melena apare în cazul hemoragiei în stomac cu un volum de 200-300 ml. Apariția melenei indică asupra unei hemoragii declanșate, cel puțin, cu 12-14 ore în urmă.

**Scaunul „ca păcura”** – scaunul de culoare neagră cu nuanța roșietică, colorat de sângele exteriorizat în lumenul tractului gastrointestinal superior, și de consistență obișnuită (oformată).



## PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

### Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult

**Hematochezie** – eliminarea sângelui neschimbat prin rect. Deși mai mult este caracteristică hemoragiei digestive inferioare, poate fi întâlnită și în cazul hemoragiei gastroduodenale rapide și masive, când pierderea sangvină intraluminală depășește 1000 ml.

**Șocul** este considerat drept scăderea tensiunii arteriale sistolice sub 100 mm Hg în asociere cu tahicardie peste 100 bătă/min, paliditate, tegumente reci, statusul mental dereglat și oligoanurie.

**Instabilitatea hemodinamică** se consideră ca tensiune arterială sistolică egală sau sub 90 mm Hg, în asociere cu tahicardie, care apare la trecerea pacientului în ortostatism. **În cazul poziționării bolnavului în decubit dorsal parametrii hemodinamici se restabilesc până la valori normale.**

#### A.9. Informația epidemiologică

Morbiditatea prin ulcer gastroduodenal (UGD) în general s-a redus din cauza descoperirii rolului etiologic important al *Helicobacter pylori* (H. Pylori) și succeselor în terapia medicamentoasă a bolii ulceroase.

Hemoragia este cauză principală a deceselor, asociate cu UGD și incidența acestei complicații nu s-a schimbat esențial după introducerea în practica medicală preparatelor antisecretorii contemporane. Majoritatea hemoragiilor se dezvoltă în timpul apariției sau recurenței ulcerului activ, iar pacienții care au avut antecedente hemoragice au un risc mai mare de sângerare repetată.

Ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH) este o urgență medicală majoră, reprezentând peste 50% din spitalizările pentru hemoragiile digestive superioare (HDS) în populația generală. Anual în spitalele din Republica Moldova sunt spitalizați 1.500-1.600 bolnavi cu UGDH (aproximativ 4,5 la 10.000 de locuitori), iar mortalitatea generală este de 4,7%.

Vârsta este factorul care influențează semnificativ morbiditatea în HDS. Pacienții cu hemoragie ulceroasă au devenit mai vârstnici, cu un număr major de patologii concomitente severe, care la rândul lor fac mai complicat tratamentul medical și chirurgical al acestora. Astfel, bolnavii cu recidiva hemoragiei și persoanele vârstnice prezintă un grup cu cel mai înalt risc de mortalitate. Acești pacienți trebuie resuscitați viguros, investigați prompt și tratați agresiv.



## B.PARTEA GENERALĂ

<b>B.1. Nivel de asistență medicală de urgență (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)</b>		
<b>Descriere</b>	<b>Motive</b>	<b>Pași</b>
<p><b>1. Diagnosticul UGDH.</b> 1.1 Suspectarea diagnosticului de UGDH.</p>	<p>Acuzele, anamneza și examenul obiectiv permit suspectarea UGDH.</p>	<p><b>Standard/Obligativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea stării generale, respirației și a hemodinamicii centrale (caseta 3).</li> <li>Evaluarea volumului hemoragiei (Tabelul 1,2).</li> <li>Acuzele și anamneza (caseta 2,4,6).</li> <li>Examenul obiectiv (caseta 5).</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 6).</li> </ul> <p>În caz de suspexie de UGDH este obligatorie transportarea pacientului în Instituție medicală cu posibilități de acordare a asistenței medicale specializate chirurgicale .</p>
<p><b>2. Decizia:</b> Transportul medical asistat către IMSP care recepționează urgențele chirurgicale.</p>	<p>Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deservește urgențele chirurgicale, pentru consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de UGDH.</p>	<p><b>Standard/Obligativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toți pacienții cu suspexie la UGDH necesită transport medical asistat:</li> </ul> <p>-ECG. -Pulsoximetrie. -Glucometrie. -Monitorizare a Ps, T.A, T<sup>0</sup> aspirației sângelui în căile aeriene.</p> <p><b>Suspexarea diagnosticului de UGDH este indicație absolută pentru transportarea.</b></p>
<p><b>3.Tratamentul</b> În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților critici cu UGDH.</p>	<p>Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale. Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.</p>	<p><b>Standard/Obligativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transport pe brancardă în decubit lateral (poziție Sim) (caseta 8).</li> <li>Oxigenoterapie</li> <li>Stabilizare hemodinamică (Sol. Natrii chloridum 0,9% 1000-1500 ml) în caz de hipotensiune.</li> <li>Medicație inotropă pozitivă, la necesitate.</li> <li>Prevenirea aspirației pulmonare.</li> </ul>



## **C.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu ulcer gastroduodenal hemoragic.**

### **Caseta 1. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu UGDH.**

- Evaluarea stării generale, resuscitarea, monitorizarea.
- Culegerea anamnezei și acuzelor.
- Examinarea clinică.
- Evaluarea riscului de complicații
- Tratatamentul complicațiilor evolutive.
- Transportarea pacientului.

## **C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR**

### **C.2.1. Manifestările clinice**

#### **C.2.1.1. Semne clinice**

##### **Caseta 2. Semne clinice ale UGDH**

- Hematochezia (eliminarea din rect a sângelui bordo sau purpuriu) reprezintă semnul clasic al hemoragiei digestive inferioare. Totodată, hematochezia poate fi observată circa la 5-10% dintre bolnavii cu hemoragii gastroduodenale rapide și masive.
- Unele patologii și medicamente pot imita hemoragiile GI. Sângerările nazale, dentare, tonsilare și lichidele sau alimentele consumate colorate intens cu roșu pot fi confundate cu hematemeza; medicamentele care conțin bismut pot imita melena; și hemoragiile vaginale și hematuria pot imita rectoragia.
- În plus, pacienții pot avea UGDH, și pot prezenta doar semne generale de pierdere sangvină, cum ar fi slăbiciune, amețeli, durere toracică sau colaps.
- La bolnavii cu UGDH durerea abdominală în epigastru sau hipocondrul drept deseori însoțește hemoragia acută.



### ***C.2.2. Evaluarea hemodinamicii centrale***

#### **Caseta 3. Evaluarea hemodinamicii centrale.**

- Examenul clinic al bolnavului cu UGDH trebuie să fie ținut și rapid. În primul rând, trebuie să fie estimate starea generală a pacientului, inclusiv parametrii principali ai funcțiilor vitale și statusul mental al acestuia. Ca la toți pacienții critici, evaluarea începe cu determinarea permeabilității căilor respiratorii, respirației și circulației – ABC (engl. Airway, Breathing, Circulation).
- În cazul hemoragiei GI masive este deosebit de important verificarea căilor respiratorii, deoarece aspirația pulmonară cu sângele vomitat este asociată cu morbiditate și mortalitate semnificative. Protecția căilor respiratorii, inclusiv intubarea endotraheală, poate fi necesară în cazurile de vome abundente sau de modificare a statusului mental, conform competențelor echipei AMU. Intubarea endotraheală rapidă poate fi indicată în cazurile de vome abundente sau de modificare a statusului mental. Respirația adecvată este evaluată prin criterii clinice, cum ar fi frecvența normală a respirației, absența cianozei și nivelurile normale de saturație cu oxigenului la pulsoximetrie.
- Nivelul tensiunii arteriale (TA) și frecvența contracțiilor cardiace ale pacientului reflectă volumul și viteza pierderii sangvine, precum și gradul de compensare a sistemului cardiovascular. Creșterea magnitudinii și intensității pierderii sangvine conduce la tahicardie, vasoconstricție și, în final, la hipotonie profundă (șoc hipovolemic-hemoragic).
- Șocul este considerat drept scăderea tensiunii sistolice arteriale sub 100 mm Hg în asocieră cu tahicardie peste 100 bătă/min, paliditate și tegumente reci, statusul mental dereglat și oligurie sau anurie.
- Instabilitatea hemodinamică se consideră în prezența tensiunii arteriale sistolice (TAsis) egală sau sub 90 mm Hg.
- Prezența colapsului în antecedente, apreciat subiectiv de pacient ca stare de leșin, care a survenit la etapa de prespital. Episoadele de colaps, care mărturisesc indirect despre dereglările importante ale hemodinamicii sistemice, se depistează la aproximativ 30% dintre pacienții cu UGDH.



### **C.1.2.3. Anamneza**

#### **Caseta 4. Anamneza.**

Pentru diagnosticarea originii ulceroase a sursei HDS o informație utilă poate fi furnizată din discuția cu pacientul și cu rudele sau însoțitorii acestuia. Principalul este de a clarifica următoarele chestiuni:

- Episoade de hemoragie în antecedente. Până la 15% dintre bolnavii cu ulcere cronice gastroduodenale au suportat în antecedente HDS de diversă genă.
- Sursa de hemoragie antecedentă, gravitatea și evoluția acesteia. Bolnavii cu HDS în antecedente prezintă hemoragie repetată din aceeași sursă aproximativ în 60% din observații.
- Prezența în anamneză a durerii în epigastru, pirozis, grețuri, vome, dereglări de tranzit intestinal, pierdere ponderală.
- Rezultatele investigațiilor precedente.
- Prezența bolilor confirmate și, în primul rând, boala ulceroasă, hepatita sau ciroza hepatică, boli cardio-respiratorii, coagulopatii. Boala ulceroasă în antecedente este prezentă la mai mult de 50% dintre bolnavii cu UGDH.
- Comorbiditățile severe, cum ar fi insuficiența cardiacă congestivă, patologii renale, hepatice sau vasculare, măresc riscul mortalității.
- Intervenții chirurgicale în antecedente, îndeosebi pentru boala ulceroasă. Sutura ulcerului duodenal perforat este operația tipică, suportată în antecedente de bolnavii cu UGDH.
- Abuz de alcool, consumul permanent de AINS, Acidum acetylsalicylicum sau anticoagulante. La bolnavii, care consumă AINS, pericolul de declanșare a hemoragiei ulceroase de 2-8 ori îl depășește pe cel din lotul de control, iar riscul de a fi supus unei intervenții chirurgicale pe tractul digestiv – de 8 ori. Se consideră permanentă utilizarea medicamentelor în orice doză, însă cu o durată de cel puțin 5 zile pe parcursul perioadei de 2 săptămâni, precedente spitalizării. Totodată, se consideră că chiar dozele mici ale preparatelor (Acidum acetylsalicylicum, AINS) pot fi cauze ale hemoragiei din ulcer.

### **C.1.2.4. Examenul obiectiv**

#### **Caseta 5. Examenul obiectiv.**

- Palparea poate fi utilă pentru aprecierea stării abdomenului și depistarea defansului muscular și a peritonismului în cazul penetrării ulcerului.
- Depistarea semnelor clinice ale cirozei hepatice, cum ar fi: dilatarea venelor subcutanate periombilicale, ascita, eritemul palmar, icterul sclerelor, ginecomastia etc.
- Tușul rectal este obligatoriu și permite evaluarea consistenței și culorii maselor fecale, excluderea altor surse de hemoragie (tumori, noduli hemoroidali).



### ***C.1.2. Diagnosticul diferențial***

#### ***Caseta 6. Diagnosticul diferențial.***

- Ulcerele gastroduodenale acute. Hemoragia din ulcerele gastroduodenale acute (numite și ulcere de stres sau leziuni acute ale mucoasei gastroduodenale) prezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale HDS în circumstanțe determinate (25-30%). Doi factori etiologici de bază determină apariția ulcerelor acute prin acțiunea de deteriorare asupra mucoasei gastroduodenale a preparatelor și a substanțelor exogene (alcoolul, salicilatele și AINS), și hipoxia mucoasei, care se declanșează la bolnavii în stări critice. Din momentul apariției leziunii primare crește rolul acidității majorate a sucului gastric. Morfologic ulcerul acut prezintă un defect al mucoasei de dimensiuni mici, bine delimitat, cu elemente de stază și edem. Hemoragia se declanșează din defectul parietal erodat al vaselor mucoasei și submucoasei.
- Sindromul Mallory-Weiss este prezentat de rupturi liniare ale mucoasei joncțiunii esofagogastrice, care se declanșează în urma vomelor, consecință a creșterii presiunii intraabdominale în asociere cu contracții spastice ale cardiei și diafragmei. Circa 86% dintre pacienți indică în antecedente vome cu conținut gastric, iar ulterior – cu sânge. Abuzul de alcool până la debutul semnelor clinice se constată la 21-80% dintre pacienți. Dintre cauzele mai rare, se enumeră: consumul Acidum acetylsalicylicum, AINS, tusea incoercibilă, efortul fizic, sarcina și nașterea, măsurile de resuscitare etc. Sindromul Mallory-Weiss este cauza HDS acute în 8-15% observații, și mai frecvent – printre locuitorii orașelor mari cu consumuri sporite de alcool. În mai mult de 80% din cazuri rupturile mucoasei se situează pe curbura mică a stomacului, nemijlocit în regiunea joncțiunii esofagogastrice, iar în 17% - sunt multiple. Circa 90% din hemoragii în sindromul Mallory-Weiss se stopează de sine stătător.
- Varicele gastroesofagiene hemoragice. Hemoragia din varicele esofagiene este responsabilă de 6-14% din HDS. Cea mai frecventă cauză a dezvoltării varicelor gastroesofagiene prezintă ciroza hepatică. Cauzele mai rare sunt: tromboza venei portae sau venei lienale, compresia extrinsecă a axului venos mezenterico-portal, sindromul Budd-Chiari, pericardita constrictivă și maladiile venoocluzive ale ficatului. Factorii de risc pentru apariția hemoragiei varicele sunt următoarele: dimensiunile varicelor, semnele endoscopice specifice de culoare roșie, clasa Child crescută și prezența ascitei, consumul alcoolului de pacienții cu afecțiuni hepatice, refluxul gastroesofagian asociat și infecțiile bacteriene. Icterul, telangiectaziile cutanate, ginecomastia la bărbați, eritemul palmar, ascita cu distensia abdominală, dilatarea venelor periombilicale, simptomele encefalopatiei și splenomegalia pot fi sugestive pentru ciroză hepatică.

### ***C.1.3. Criteriile de transportare***

#### ***Caseta 7. Criteriile de transportare a pacienților cu UGDH.***

La orice suspexie UGDH (clinică și / sau imagistică) este indicată transportarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistența medicală de urgență.



**C.1.4. Evaluarea gravității pierderii sangvine și frecvența monitorizării**

**Tabelul 1. Clasificarea hemoragiilor în funcție de severitate.**

Severitatea hemoragiei	Volumul aproximativ al pierderii sangvine	Deficitul volumului sângelui circulant (VSC)
Gradul I (ușoară)	<750 ml	<15%
Gradul II (de gravitate medie)	750-1500 ml	15-30%
Gradul III (gravă)	1500-2000 ml	30-40%
Gradul IV (extrem de gravă)	>2000 ml	>40%

**Notă:** Necesită menționare faptul, că indicii care indică pierderea sangvină, enumerați în cadrul clasificării sunt orientativi, estimați pentru cazul unui bărbat matur cu masa de 70 kg.

Expresivitatea simptomelor obiective (paloarea tegumentelor, cianoza, frecvent și amplitudă pulsului, scăderea tensiunii arteriale, creșterea frecvenței respiratorii, dereglarea statutului psihoneurologic și diminuarea diurezei) este diversă, în funcție de gradul de severitate al hemoragiei.

**Tabelul 2. Expresia simptomelor obiective în funcție de severitatea pierderii sangvine.**

	Gradul I	Gradul II	Gradul III	Gradul IV
Volumul pierderii sangvine (ml)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Frecvența pulsului (băt/min)	<100	>100	>120	>140
Amplituda pulsului	Normală / crescută	Scăzută	Filiform	Filiform / nu se determină
TA	Normală	Normală	Scăzută	Scăzută
Frecvența respirației (resp/min)	14-20	20-30	30-40	>40
Starea psihică a pacientului	Obișnuită	Agitat	Inhibat	Somnolent



### C.1.5. Tratamentul de urgență și conduita la etapa prespitalicească

#### Caseta 8.

- Toți pacienții cu UGDH trebuie considerați potențiali hemodinamic instabili. În perioada acută este foarte ușor de sub apreciat volumul pierderii sangvine și gravitatea hemoragiei, deoarece o multitudine de mecanisme compensatorii temporar susțin tensiunii arteriale. De aceea, managementul pacientului cu hemoragie trebuie efectuat în corespundere cu principiile acceptate pentru toate stările de urgență, adică inițiat cu măsuri de resuscitare.
- Terapia intensivă și investigațiile diagnostice trebuie începute prompt și efectuate simultan. Totodată, măsurile de resuscitare nu pot fi anulate sau temporizate din cauza manevrelor diagnostice.
- Pentru prevenirea aspirației pulmonare transportarea pacienților cu UGDH la etapa de prespitalicească trebuie efectuată în decubit lateral pe stânga cu membrul inferior drept flexat în articulațiile coxofemurală și a genunchiului la 90° - poziția lui Sim. Riscul aspirației este în special înalt al pacienții cu pierdere sangvină masivă și ciroză hepatică, la care encefalopatie se dezvoltă rapid.
- La bolnavul cu vomelile sangvine abundente și cu dereglări de conștiență ar trebui să fie pregătit pentru intubare endotraheală.
- Monitorizarea continuă a ECG poate fi utilă.
- Parametrii vitali (Ps și TA, respirații, saturația oxigenului, diureza și nivelul de conștiență) sunt monitorizate la fiecare 15 minute până când pacientul sa stabilizat.
- La etapa prespitaliceasca trebuie de inițiat o infuzie intravenoasă într-o venă sau mai bine în două vene cubitale. Se recomandă utilizarea unui cateter cu calibru cât mai mare, pentru a permite administrarea rapidă a soluțiilor perfuzabile.
- Infuzia rapidă în jet a 500-1000 ml de cristaloizi (*soluție natrii chloridum, soluție natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum – soluție Ringer,*) – este o măsură curativă inițială standard la pacienții cu UGDH hemodinamic semnificativ. Scopul acesteia este menținerea TAsis la nivel de  $\geq 90$  mm Hg pentru stabilizarea circulației sangvine și pentru asigurarea unei perfuzii optimale a țesuturilor. Eficacitatea terapiei intensive și aprecierea volumului optim al terapiei infuzionale este evaluată prin starea hemodinamică a pacientului (frecvența pulsului și nivelul TA), frecvența respirației, parametrii pulsoximetriei, starea de conștiență.



**D.RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR**

<b>D.1. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• medic de urgență</li><li>• asistenți medicali/felceri de urgență</li></ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> conform Normelor minime de dotare a ambulanțelor Serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească Tip B, Tip C .(Anexa nr.10 la ordinului MSMPS al RM nr.430 din 03.04.2019)
	<b>Medicamente:</b> conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament și consumabilelor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgentă pentru etapa de prespital (Anexa nr. 11 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019). <ul style="list-style-type: none"><li>• Substituenți de volum plasmatic (<i>crystalizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. (Ringer) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum</i>)</li><li>• Preparate H1-antihistaminice (<i>Diphenhydraminum</i>)</li><li>• Medicamente inotrop pozitive (<i>Dopaminum</i>)</li></ul>



**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A facilita diagnosticarea precoce a UGDH.	Ponderea pacienților diagnosticați precoce (primele 24 ore de la debut) cu UGDH. pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu UGDH. pe parcursul ultimului an x100.	Numărul total de pacienți diagnosticați cu UGDH. pe parcursul ultimului an.
2	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu UGDH..	Ponderea pacienților cu UGDH. care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ulcerul gastroduodenal hemoragic</i> , pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu UGDH. care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ulcerul gastroduodenal hemoragic</i> , pe parcursul unui an x100.	Numărul total de pacienți cu UGDH care au beneficiat de tratament, pe parcursul unui an.
3	A reduce rata de complicații și de mortalitate prin UGDH.	Ponderea pacienților cu UGDH care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an (%).  Rata mortalității prin UGDH pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu UGDH, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x100.  Numărul de pacienți decedați prin UGDH pe parcursul ultimului an x 1000	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical pentru UGDH, pe parcursul ultimului an.  Numărul total de pacienți operați pentru UGDH pe parcursul ultimului an.



## GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC Anexa

### 1

#### CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE HEMORAGIEI ULCEROASE

Hemoragia gastro-intestinală este pierderea sângelui dintr-un organ al sistemului digestiv. Sângerarea se poate produce din orîșicare segment al tractului digestiv, dar cea mai frecventă cauză sunt ulcerul gastric sau duodenal (porțiunea incipientă a intestinului subțire). Ulcerul cronic este un defect al mucoasei tractului gastrointestinal, care apare și progresează datorită acțiunii conținutului acid al stomacului, bacteriilor specifice (*Helicobacter pylori*), dar și a unor preparate, ca Acidum acetylsalicylicum. Majoritatea hemoragiilor se petrec în timpul acutizării maladiei ulceroase și sunt cauzate de concreșterea și distrugerea de către ulcer a arterelor peretelui stomacului și duodenului. Hemoragia acută prezintă un risc major pentru viață deoarece compromite funcția tuturor organelor inclusiv inima, rinichii, creierul, ficatul. Hemoragia masivă și persistentă duce la schimbări ireversibile în organismul uman și chiar poate fi fatală.

#### TIPURILE HEMORAGIEI ULCEROASE

**Acută:** Hemoragie bruscă, masivă care se manifestă cu simptome evidente ce pun în pericol viața pacientului.

**Cronică sau ascunsă:** Nu este prezentă o hemoragie evidentă deoarece aceasta este microscopică, dar persistă periodic și pe o perioadă lungă de timp, manifestându-se prin semne de pierderi de sânge (slăbiciune generală și rezultate joase ale sângelui în analizele de laborator).

#### SIMPTOMELE HEMORAGIEI ULCEROASE

Simptomele hemoragiei ulceroase acute apar brusc și frecvent sunt grave. Pacienții pot prezenta:

- Vomă cu sânge sau cu conținut asemănător cu zațul de cafea.
- Scaun cu sânge sau mase fecale de culoare neagră.
- Vertijuri sau stare de leșin.
- Puls accelerat, care poate crea senzația de anxietate și simțul de parcă inima tremură.
- Dispnee (senzația că nu ajunge aer sau respirație frecventă).
- Paliditatea pielii.
- Slăbiciune generală și oboseală.

#### EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE HEMORAGIE ULCEROASĂ

Deoarece sângerarea ulceroasă este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid pentru a determina sursa hemoragiei și severitatea acesteia. Aceasta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

**Acuzele:** medicul vă va adresa întrebări detaliate despre starea dumneavoastră generală de sănătate și despre alte simptome, cum ar fi vomele cu sânge sau prezența scaunului moale negru.

**Anamneza:** medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv dacă ați avut vreo afecțiune medicală anterior, în special maladie ulceroasă.

**Examenul fizic:** Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica pulsul, tensiunea arterială, frecvența respirației și prezența unei dureri abdominale posibile. El poate efectua o examinare digitală a rectului sau poate plasa un tub în stomac pentru a confirma prezența sângelui și pentru a vă ameliora starea.

**Măsurarea temperaturii corpului:** Temperatura joasă poate indica prezența șocului.



## **PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI**


- Dacă suferiți de maladie ulceroasă a stomacului sau duodenului sunteți în grupul de risc să suportați hemoragie din ulcer.
- Vizitați regulat medicul pentru verificarea stării de sănătate și informați-l despre oricare simptome noi inclusiv probleme cu digestia sau durere.
- Utilizați preparatele antiinflamatorii nesteroidiene și Acidum acetylsalicylicum, care pot provoca hemoragie, doar la necesitate și sub supravegherea medicului.
- Periodic efectuați endoscopia de control și verificați prezența infecției *Helicobacter pylori*, dacă sunteți în grupul de risc pentru dezvoltarea ulcerului.
- Important este să cunoașteți semnele hemoragiei din ulcer și factorii de risc. Cu aceste cunoștințe puteți avea un rol activ în sănătatea proprie și să ridicați șansele la un tratament de succes.

**Deoarece hemoragia din ulcerul gastroduodenal prezintă un pericol eminent pentru viață, adresați-vă imediat după ajutor medical la apariția vomei cu sânge, scaunului negru, vertijuri și leșin. Nu pierdeți nici un minut.**



**FIȘA STANDARDIZATĂ**  
**pentru auditul medical bazat pe criterii în ulcerul gastroduodenal**  
**hemoragic**

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU UGDH			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența anamnezei ulceroase sau gastrice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște

Instituția medico-sanitară publică Centrul Național de Asistență Medicală Urgență Prespitalicească 		<b>PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL</b> <b>Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult</b>	
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
	<b>INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ</b>		
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA	
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM	
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM	
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM	
22	Operația efectuată în mod	Urgent	
		Urgent-amânat	
		Programat	
23	Tipul anesteziei	Generală	
<b>EXTERNARE ȘI TRATAMENT</b>			
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)	
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)	
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)	
27	Deces în spital	1	Nu
		2	Din cauzele atribuite UGDH
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate
		4	Alte cauze neatribuite UGDH
		9	Nu se cunoaște

## BIBLIOGRAFIE

PCN -332 ” Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult.”