

ZÁCPA

doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc.

IV. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice Praha

V přehledném článku jsou probrány definice, patogeneze, klasifikace, klinické formy, příčiny, diagnostika a konzervativní i chirurgická léčba zácpy.

Klíčová slova: zácpa, diagnostika, léčba.

Med. Pro Praxi 2006; 5: 210–213

Zácpa je velmi častá porucha trávicího traktu, dle některých údajů v hospodářsky vyspělých zemích zácpa postihuje až třetinu obyvatel. Je obvyklé, že mnozí nemocní se léčí sami nejrůznějšími způsoby, často velmi nevhodnými. Dokonce i mnozí lékaři v časové tísní řeší obstopační problémy svých nemocných pouze předpisem laxativ.

Definice zácpy

Zácpa je značně subjektivní pojem. Mnozí nemocní za zácpu označují různé obtíže. Američtí pacienti jako zácpu chápou potřebu vyvíjet tlak při defekaci (52 %), neschopnost vyprázdnit se podle přání (34 %), nepočetné defekace (33 %) (10). Klasik české gastroenterologie Z. Mařatka definoval zácpu výstižně a jednoduše: zácpa je obtížné vyprazdňování stolice. Pokud bychom chtěli přece jen použít určité porovnatelné měřítko, pak se asi většina shodne na tom, že zácpa znamená menší počet stolic než tři za týden (13, 14).

Všechny rysy a okolnosti zácpy zachycuje definice mezinárodních expertů z r. 1999, tzv. II. Římská kritéria: zácpou trpí ten, kdo 12 týdnů v posledních 12 měsících měl

- méně než 3 defekace za týden
- tuhou stolicí nebo pocit neúplného vyprázdnění ve více než 25 % defekací
- nadměrné úsilí při více než 25 % evakuací stolice
- nezbytnost digitální manipulace pro usnadnění defekace odchodu stolice (18).

Obávám se, že tato definice je pro běžnou praxi sotva použitelná.

Patofyziologie zácpy

Pro vznik zácpy je, až na výjimky (např. anatomické anomálie rekta), rozhodující obsah vody ve stolici. Jakmile poklesne obsah vody ve stolici pod 70 %, stává se stolice tuhou a její průchod trávicím

traktem vážne (14). Základní údaje jsou uvedeny v tabulce 1.

Patogeneze zácpy

Při vzniku zácpy jde ve většině případů o zpomalenou propulzi tráveniny, která je v mnoha případech podmíněna nedostatkem vlákniny v potravě. V některých případech však průchod střevního obsahu není zpomalen, překážkou jsou porušené mechanizmy bezprostřední evakuace stolice (outlet obstruction) při poruše mechaniky pánevního dna.

Rozdělení zácpy

Z praktického hlediska je nutné rozlišovat akutní a chronickou zácpu.

A. Akutní zácpa

Akutní zácpa znamená náhle vzniklé obtíže s vyprazdňováním stolice trvající krátce, obvykle několik dní. Nejčastější je **akutní funkční zácpa**. Příčinou akutně vzniklé zácpy jsou běžné životní situace, které obvykle spontánně odezní. Je to často *změna defekačního stereotypu* (změna pobytu, nevhodné hygienické zařízení, omezující společenské okolnosti), *změna stravy* (nedostatek vlákniny), a zejména *nedostatek tekutin* (též při zvýšených ztrátách moči nebo potu a při horečce). Mnohdy opomíjenou příčinou může být *nově nasazený lék*, u něhož je obstopace nežádoucím účinkem.

U akutní zácpy musíme vždy pomyslet na to, že náhle vzniklá zácpa může být prvním projevem **akutní střevní neprůchodnosti**, ileózního stavu. V těchto případech je zácpa provázena zástavou plynů, obvykle jsou přítomny i kolikovitě bolesti v břiše. U nízkou uložených obstrukcí však bolest ani zvracení nemusí být v popředí obtíží. Z těchto důvodů je vysloveně žádoucí vyšetřit břicho každého nemocného s náhle vzniklou abdominální

symptomatologií. Vzednutí břicha s vysokým bubínkovým poklepem a obraz „hladinek“ na nativním rtg snímku břicha jsou dostatečnými varovnými důkazy (21).

B. Chronická zácpa

Nezbytným předpokladem adekvátní léčby je správné zařazení zácpy podle předpokládaného vzniku. Základní rozdělení zácpy ukazuje tabulka 2.

Klinické formy zácpy

Organická zácpa

Příčina tkví ve strukturálních změnách trávicího traktu, především v tlustém střevě a v rektoanální oblasti. Krajiním příkladem je kolorektální karcinom pozvolna obturující užší lumen levého tračníku.

Druhotná zácpa

Provází mnohá onemocnění jiných orgánů nebo systémů. Jsou to některá onemocnění neurologická a psychiatrická, kde při vzniku zácpy často hraje roli i medikamentózní léčba. U hypothyreózy může být zácpa až dominantním příznakem, právě tak je dobře známa zácpa jako průvodní příznak exacerbace vředové choroby gastroduodenální.

Zácpa návyková (prostá, habituální)

Vzniká útlumem defekačního reflexu. Nepodmíněnou složku tohoto reflexu tlumí nedostatek přirozených stimulací, jako je málo objemná strava s nedostatkem vlákniny, nedostatek tekutin, nedostatek pohybu. Podmíněná složka reflexu vyhasíná potlačováním spontánního nucení na stolicí ve spěchu, při nevyhovujících hygienických podmínkách, z nemístného studu apod. (6).

Tabulka 2. Základní klasifikace chronické zácpy

1. Zácpa organická
2. Zácpa druhotná
3. Zácpa jako samostatná nemoc
a) zácpa návyková
b) zácpa spastická (funkční kolopatie)
4. Méně časté příčiny zácpy
a) inertní tračník (Laneův syndrom)
b) poruchy mechaniky defekace
c) fekalom

Tabulka 1. Rozdíl mezi normální stolicí a zácpou

	normální hodnoty	zácpa
počet stolic v týdnu	více než 3 stolice	méně než 3 stolice
obsah vody ve stolici	70 %	< 70 %
váha stolice	35–150 g/den	< 35 g
čas průchodu (transit time)	1–5 dní	> 5 dní

Spastická zácpa

Je to bolestivá zácpa. Zácpu provázejí křečovitě bolesti břicha před defekací nebo krátce po jejím skončení. Častý je i pocit neúplného vyprázdnění. Užívání iritačních laxativ tuto zácpu jenom zhoršuje. Tento typ zácpy je jednou z forem funkčních kolopatií, a to jak podle Mařatkovy klasifikace, tak i podle II. Římské klasifikace mezinárodních expertů (15,18).

Inertní tračník (Laneův syndrom)

Jde o zácpu z výrazné hypomotility. Tento typ zácpy postihuje výhradně mladé ženy, léčba je mimořádně svízelná. Všechny obvyklé příčiny zácpy v těchto případech chybějí nebo nehrají rozhodující roli. Předpokládanou příčinou jsou změny v Auerbachově intramuskulární nervové pleteni a je popsáno významné snížení intersticiálních Cajalových buněk ve všech oblastech tlustého střeva (12).

Zácpa z poruchy evakuace

v rektóanální oblasti („outlet obstruction“)

Pro tento typ zácpy je příznačné zachování pocitu nucení na stolicí a nutnost vytlačovat stolicí silou, nezdídkou i s pomocí manuální manipulace pro překážku, která spočívá v anatomické nebo funkční poruše v terminální části trávicí trubice (10). K této poruše může vést několik okolností:

- změny v rektu – prolaps rekta, rektokéla, nebo rektální intususcepce
- dyssynergie svaloviny pánevního dna
- bolestivé řitní afekce (fissura ani, anální stenózy, trombozovaný zevní hemoroid).

Příčiny chronické zácpy

Jednotlivé okolnosti, které mohou vyvolat zácpu nebo významným způsobem mohou ovlivnit její vznik, jsou shrnuty v tabulce 3.

Zejména u případů nejasných nebo rezistentních na léčbu je třeba zrevidovat všechny i méně obvyklé příčiny zácpy.

Diagnóza

1. Zásadní význam má **anamnéza**. I rodinný výskyt zácpy může být důležitý (střevní inercie).

Prodělané nitrobrší operace, úrazy, zejména páteře, pečlivě registrujeme. Ostatní prodělaná nebo probíhající onemocnění je třeba probrat, i zde můžeme hledat vysvětlení (vředová choroba, thyreopatie, deficit kalie z různých příčin).

Délka trvání zácpy je diagnosticky důležitá. Funkční zácpa obvykle začíná v mládí, anamnéza je dlouhá. Náhle vzniklá zácpa (nebo krátká anamnéza) v dospělosti musí vzbudit podezření, jestliže neexistuje srozumitelné zdůvodnění (změna stereotypu, jiné onemocnění, farmakologické vlivy).

Tabulka 3. Nejdůležitější příčiny zácpy

Gastrointestinální příčiny
• motilita (střevní inercie)
• intraluminální překážky (nádory, zánět, zánětlivé stenózy, m.Hirschprung)
• extraintestinální abdominální vlivy (nitrobrší adheze, komprese)
• poruchy mechaniky defekace (rektokéla, rektální prolaps, dyssynergie pánevního dna)
• bolestivé řitní afekce (fissura ani, trombozovaný zevní hemoroid)
Extraintestinální příčiny
• stravovací a metabolické vlivy (nedostatek vlákniny v potravě, nedostatečný pitný režim, hypokalémie, hyperkalémie, porfyrie)
• endokrinologická onemocnění (hypothyreóza, hyperparathyreóza)
• reflektorické vlivy při jiných chorobách (peptický vřed, urolitiáza, gynekol. onemocnění)
• neurologická onemocnění (míšní léze, parkinsonismus, sclerosis multiplex)
• psychiatrická onemocnění (deprese, psychózy, domnělá zácpa)
• léky farmaka
- anticholinergika
- antacida (CaCO_3 , Al^{3+})
- antidepresiva, antiparkinsonika
- kodein a opiáty
- antagonisté kalcia
- diuretika
- alkaloidy z vinca rosacea

Bolest v břiše spojená s defekací signalizuje možnost spastické (funkční) zácpy. Naopak bolest v anální krajině při průchodu stolice nutí k pečlivému vyšetření této oblasti, např. anální fissura pro výraznou bolestivost může uniknout z běžné aspekce. Jakákoliv bolestivá afekce v anální krajině může dekompenzovat celý defekační mechanismus.

Léková anamnéza je nezbytná. Mnohé léky mají jako nežádoucí účinek právě zpomalení střevního průchodu.

Při vytváření anamnézy je dotaz na příjem tekutin konstantní a nezbytný. Je dosti běžné, že mnohé ženy málo pijí, u mužů se s tímto problémem setkáme spíše zřídka. Jako jeden z prvních kroků je třeba pacientkám vysvětlit, že organizmus vodu potřebuje a že si ji nakonec „obstará“ tím, že dojde k zahuštění stolice.

S osobami trpícími zácpou je třeba rozebrat dosti podrobně jejich obvyklý jídelníček. Při nedostatku času budeme vycházet raději z toho, že v českých domácnostech se jí potravin s větším obsahem vlákniny zpravidla málo. O to více se na vhodnou dietu zaměříme v terapeutickém doporučení.

2. **Somatické vyšetření** může mít svůj význam i u nemocného s obstipací. Známky hypothyreózy (struma, bledost a prosáknutí kůže, chraptivý hlas, lomivost nehtů, změny v ochlupení) mohou vysvětlit obstipaci nereagující na léčbu.

Nikdy neopomineme **vyšetření břicha**, i když většinou u zácpy nezjistíme nic pozoruhodného. Pečlivě registrujeme jizvy po nitrobrších operacích.

Právě tak k základnímu vyšetření patří **indagace per rectum**. Nejdříve posoudíme anální krajinu pohledem, při bolestech v řiti provedeme opatrnou divulzi hýždí a análního otvoru. Teprve pak je možno spatřit řitní trhlínu, obvykle u č. 6 nebo 12.

Důležité je posouzení přítomnosti stolice v ampule rekta. Je-li ampula vyplněna stolicí, soudíme na vyhasnutí defekačního reflexu, tudíž na návykovou zácpu. Při prázdné ampule spíše uvažujeme o možnosti spastické zácpy. Přítomnost stolice však nepřekvapí při bolestivých afekcích anální oblasti a při poruše mechaniky pánevního dna.

3. U nového pacienta vždy provedeme **základní laboratorní vyšetření** (moč, krevní obraz, laboratorní parametry zánětu). Stanovení kalémie, případně TSH a FT_4 může být v některých případech velmi užitečné.

4. **Zobrazovací metody**. Ultrasonografické vyšetření břicha pokládám u nemocného s trávicími obtížemi za vyšetření základní, i když právě u zácpy obvykle nepřinese žádný pozitivní poznatek.

Kolonoskopické vyšetření je indikováno vždy, je-li podezření na možné organické onemocnění (polyp, nádor, zánět), tj. zejména tehdy, hlásí-li nemocný přítomnost krve ve stolici. Nezdídky jsou zdrojem krve vnitřní hemoroidy. I rektoskopický průkaz hemoroidů však nevylučuje přítomnost polypu nebo karcinomu v orálněji uložených partiích. Kolonoskopické vyšetření při krvácení je zejména nezbytné u osob se zvýšeným rizikem kolorektálního karcinomu (rodinná zátěž, vyšší věk),

i když budou tvrdit, že mají již dlouhou dobu hemoroidy.

Dvojkontrastní irigoskopie je méně přesnou a méně spolehlivou alternativou. Vždy musí být doplněna rektoskopií.

5. Vyšetření času průchodu (transit time). Toto vyšetření je relativně jednoduché a zatím často opomíjené, ačkoliv jeho výpovědní hodnota je nesporná. Pacient pozře s potravou rtg kontrastní markery a v určitých časových intervalech se rtg snímkováním dokumentuje posun těchto značek v trávicím traktu. U inertního střeva jsou markery rozprostřeny po celé délce trávicí trubice, u poruch mechaniky defekace jsou značky nahromaděny v rektosigmatu (5).

6. Defekografie. Tato rentgenologická metoda spočívá v instilaci kontrastní látky do rektosigmatu s následným rtg snímkováním aktu evakuace této náplně. Takto lze objektivně zachytit mechanismy, které se podílejí na porušené evakuaci stolice v terminální části traktu (outlet obstruction). Provádí se též isotopová defekografie (10, 20), ta však v některých hlediscích rtg metodu nemůže nahradit.

Diferenciální diagnóza

Nejdůležitější je odlišit organickou obstrukci v trávicím traktu. Mohou tak působit různé nádory v tenkém a tlustém střevě, ale také strangulující nebo plošné adheze, stenózy zánětlivé při Crohnově nemoci, na podkladě ischemické kolopatie, nebo v některých případech kolopatie z nesteroidních antirevmatik.

Závažné je i odhalení různých příčin druhotné zácpy, např. při metabolických chorobách, endokrinopatiích a systémových procesech (systémová skleróza).

Zásadní význam má respektování varovných znamení, která jsou uvedena v tabulce 4.

Léčba chronické zácpy

Názory na léčbu zácpy nejsou ustálené, ukazuje se, že některé tradičně užívané postupy nejsou dostatečně podepřeny důkazy (16, 17).

Životospráva

Je žádoucí, aby všichni lidé, a zejména osoby se sklonem k zácpě, dbali o pravidelnou defekaci, a pokud je to jen trochu možné, aby nepotlačovali fyziologické nutkání k defekaci.

Tabulka 4. Varovná znamení

náhle vzniklá zácpa, zejména ve vyšším věku
nevysvětlené hubnutí
krev ve stolici
pozitivní test na okultní krvácení
náhlá změna v rytmu defekací a ve vzhledu stolic
vysoká sedimentace erytrocytů
anémie

Pacientům je třeba vysvětlit, že vyprázdnění stolice nemusí proběhnout každý den a že množství stolice odpovídá spíše skladbě stravy než jejímu množství. Nevypřázdňená stolice není příčinou žádné „intoxikace“. Je vhodné zdůraznit zdravotní význam tělesné aktivity a přiměřeného cvičení.

Nemocnému je třeba doporučit vhodnou skladbu stravy a upravit pitný režim (viz dále).

2. Vysazení dráždivých laxativ

Je nezbytným opatřením (picosulfát, sennové glycosidy, anthrachinony, fenolftalein). Tyto přípravky mají svůj význam při krátkodobém použití pro jednorázovou očistu střeva před diagnostickými nebo terapeutickými výkony nebo ve zvláštních indikacích (nemocní s infaustní prognózou).

3. Dieta a pitný režim, vláknina v potravě

Tekutiny je nutno ordinovat jako lék, nejméně 2000 ml, zejména u žen (mnohé pijí málo, nemají pocit žízně). Větší přívod tekutin musí být v horku, při nadměrném pocení, při horečce. Do stravy je třeba zavést větší podíl vlákniny. Znamená to dostatek zeleniny a ovoce, pečivo z tmavé mouky, v případě potřeby dodat vlákninu v koncentrované formě navíc. Vláknina má pro lidský organizmus významný přínos (tabulka 5). Vláknina je nerozpustná, jejím představitelem jsou cereálie, zejména otruby. Rozpustná vláknina je obsažena v ovoci a v zelenině. V koncentrované podobě se nachází v přípravku Psyllium®, (seménka indického jitrocele – *Plantago ovata*). Tento typ vlákniny vytváří gel. Vláknina nevytvářející gel se získává z luštěniny *Cyanopsis tetragonoloba*. Na trhu je v částečně hydrolyzované formě jako guarová guma. K dispozici je řada prostředků vedených jako potravinové doplňky (Psyllium®, Plantagen®, Lepicol®, Benefibra®). Nejjednodušší je zamíchat 1–3 lžice pšeničných otrub do jogurtu a hojně zapít tekutinou. Vláknina působí jako objemové laxativum, zvětšený střevní obsah je nejfyziologičtějším podnětem pro střevní peristaltiku.

Je škoda, že na trhu postrádáme osmoticky aktivní laxativum v lékové formě vhodné pro dlouhodobé užívání, jako je polyethylenglykol (macrogol). Je to látka neresorbovatelná, a tudíž netoxická, která není v tlustém střevě metabolizována.

Tabulka 5. Význam vlákniny pro lidský organizmus

normalizace peristaltiky
stimulace střevní mikroflóry
trofický vliv na kolonocyty
snížením střevního pH vytváří vhodné prostředí pro růst příznivých bakterií (lactobacily, bifidobakterie)
snížuje absorpci cholesterolu
váže vodu – tímto mechanismem působí příznivě při obstipaci, ale i při průjemch
zlepšuje řadu chorobných stavů, případně působí preventivně: obstipace, diabetes mellitus, dyslipidémie, vnitřní hemoroidy, divertikulóza tračnicku, kolorektální karcinom

4. Probiotika

V posledních letech se právem zdůrazňuje význam mikrobiálního osídlení tlustého střeva. Bakterie, které v lidském tlustém střevě žijí, jsou významnou, biochemicky velmi aktivní složkou lidského organismu (4). Rozsah jejich činnosti je přirovnáván k biochemické výkonnosti jater.

Střevní bakterie mimo jiné rozkládají vlákninu a ty složky potravy, které člověk nedovede rozložit (mnohé oligosacharidy). Ke změně mikrobiálního složení tlustého střeva dochází poměrně snadno např. po proběhlé střevní infekci nebo po léčbě antibiotiky. Následkem takové dysmikrobie může být vleklá střevní dyspepsie charakterizovaná poruchami střevní pasáže a meteorizmem s flatulencí. Empirická zkušenost ukazuje, že podání přátelských bakterií (probiotik) v řadě případů dokáže střevní dyspepsii ovlivnit. U obstipace, zejména spojené s flatulencí, je možno podat probiotika, která jsou vedena jako léčivo a obsahují definované bakteriální kmeny *E. coli* (Mutaflor®, Colinfant®), laktobacilů (*Lacidofil*®) nebo kvasinky *Sacharomyces boulardii* (Santax S®). Existuje též velké množství přípravků vedených jako potravinové doplňky (Yogurth®, Probio-Fix®, Biolac® a další), které mohou rovněž působit příznivě.

5. Návčik defekačního reflexu

Zejména u návykové (habituální) zácpy, ale i u zácpy spastické, pokládám návčik defekačního reflexu za nezbytnou součást celé léčby. Vyhlasý, či značně otupělý defekační reflex je třeba „revitalizovat“. Základem je trpělivé dodržování určitého neměnného pořádku, vytvoření podmíněného reflexu. Celý tento rituál se má odehrát v určitou hodinu, s dostatkem času, aby nebyl spěch. Nejlépe ráno, kdy u většiny lidí probíhá spontánní defekace. Pacient po opuštění lůžka vypije sklenici vody, provede ve stejném pořádku všechny ranní úkony (mytí, ošetření zubů, oblékání, stání atd.). Pak posnídá a za 20–30 minut po snídani se bez zbytečného velkého úsilí pokusí o defekaci (využití fyziologického gastrokolického reflexu). Může před tím zkusit lehkou masáž břicha, ve směru pasáže tračnickem. Vhodné je umístit nízkou stoličku pod nohy, aby byla stehna blíže trupu, tak se napodobí nejjednodušší defekační poloha ve volné pří-