

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διαχείριση οξέος κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του
Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης για το έτος 2012»**

ΕΛΕΝΗ ΑΣΠΙΩΤΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διαχείριση οξέος κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού
Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης για το έτος 2012»**

ΕΛΕΝΗ ΑΣΠΙΩΤΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Ανδρέα - Παόλα Ρόχας Χιλ, Επίκουρη Καθηγήτρια

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Ελένη Ασπιώτη, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Ελένη Ασπιώτη

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σοφία Ζυγά

Όνοματεπώνυμο

Μαρία Τσιρώνη

Όνοματεπώνυμο

Ανδρέα - Παόλα Ρόχας Χιλ

Όνοματεπώνυμο

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την οποία απαιτήθηκε συστηματική και πολύμηνη εργασία, θα ήταν αδύνατη χωρίς την ουσιαστική συμβολή καθηγητών, ειδικευόμενων ιατρών και συναδέλφων, στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας *Δρ Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου*, για την πολύτιμη βοήθεια, την υποστήριξη, τις χρήσιμες συμβουλές που μου παρείχε και τις καίριες επισημάνσεις της καθ' όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσής της.

Στην *Δρ Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου* και την *Δρ Ανδρέα-Παόλα Ρόχας Χιλ, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου*, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους, την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

Θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη στον *Δρ Αθανάσιο Σαχλά, Διδάσκοντα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου*, για τη συνεχή καθοδήγηση και τις γνώσεις που πάντα καλοδιάθετα και απλόχερα μου πρόσφερε κατά την στατιστική επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ τόσο στους συναδέλφους του τμήματος που εργάζομαι, όσο και στο υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου για τη στήριξη και την ανοχή τους κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων. Τα χρονικά περιθώρια καταγραφής των περιστατικών ήταν αυστηρά καθορισμένα και για το λόγο αυτό η αμέριστη κατανόηση, βοήθεια και υποστήριξη των συναδέλφων μου ήταν πραγματικά πολύτιμη.

Απ' αυτήν τη κατάθεση ψυχής δεν θα παραλείψω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και ειδικότερα τους γονείς μου, για την εμπιστοσύνη, την υπομονή και τη διαρκή τους στήριξη σε κάθε βήμα της ζωής μου.

Με τιμή,

Ελένη Ασπιώτη

Σπάρτη, Νοέμβριος 2014

Περίληψη

Διαχείριση του οξέος κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης για το έτος 2012

Εισαγωγή: Το οξύ κοιλιακό άλγος είναι η πιο συχνή αιτία προσέλευσης και νοσηλείας στο νοσοκομείο.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαχείρισης του οξέος κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1017 ασθενείς ηλικίας >14 ετών, που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας -Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης με βασικό σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος σε διάστημα ενός έτους (1^η Ιανουαρίου 2012 έως 31^η Δεκεμβρίου 2012). Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από τα αρχεία του νοσοκομείου και από τα βιβλία καταγραφής συμβάντων του ΤΕΠ. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά του πόνου, τα κλινικά ευρήματα που προέκυψαν από την κλινική εξέταση, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, η φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε, η διάγνωση και η έκβαση. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 22 ενώ το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο $\alpha=5\%$.

Αποτελέσματα: Το 60,2% του πληθυσμού ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 47,95 (+/- 22,838) έτη. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τον τόπο διαμονής και τα κλινικά ευρήματα, ενώ υπήρξαν στατιστικά σημαντικά διαφορές ως προς το φύλο, την εθνικότητα, την ηλικία, τα εργαστηριακά ευρήματα, την εντόπιση του πόνου και τη φαρμακευτική αγωγή. Οι γυναίκες ασθενείς υποβάλλονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε απεικονιστικό έλεγχο, ενώ οι άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εισαγωγής στο νοσοκομείο καθώς εμφάνισαν υψηλότερες τιμές λευκών αιμοσφαιρίων, σακχάρου και SGOT. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που δεν νοσηλεύτηκαν ήταν γυναίκες.

Συμπεράσματα: Το κοιλιακό άλγος οδηγεί σημαντικό αριθμό ατόμων στο χώρο του ΤΕΠ, χωρίς απαραίτητα να πρόκειται για περιπτώσεις οξείας κοιλίας. Ακριβώς για το λόγο αυτό

είναι σημαντική η διερεύνηση του κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ, προκειμένου να υπάρχει σωστή και ασφαλής διαχείριση του από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που θα εξασφαλίζει και τη βέλτιστη έκβαση των ασθενών. Ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό με την στοχευμένη φαρμακευτική αγωγή βρέθηκε ότι αποτελούν βασικά εργαλεία στη διαχείριση του κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Λέξεις κλειδιά: Οξεία κοιλία, άλγος, διαχείριση, τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Abstract

Acute abdominal pain management in the emergency department of the General Hospital of Lakonia - Sparta's Nursing Unit, year 2012

Introduction: Acute abdominal pain is a very common symptom causing patients to visit the emergency department and even being admitted to the hospital.

Purpose: The purpose of this research was to investigate the management of acute abdominal pain in the emergency department of the general Hospital of Lakonia – Sparta's Nursing Unit.

Material and Method: The researched population consisted of 1017 patients of ages > 14 years old, who visited the emergency department of the General Hospital of Lakonia - Sparta's Nursing Unit, referring to abdominal pain in one year (January 1st, 2012 - December 31st, 2012). The patients' information was collected from the patients' hospital files and the emergency department's admission books. All patients' demographic characteristics, pain characteristics, clinical findings that resulted from the clinical examination, laboratory and imaging findings, medication that was prescribed, diagnosis and outcome, were recorded. The statistical package IBM SPSS Statistics 22 was used for the data analysis while the statistical significance (α) was set to $\alpha=5\%$.

Results: The 60.2% of the population were women with average age 47.95 (+/-22,838) years. There were not significant findings comparing patients' location of living and their clinical findings, while on the other hand there were significant differences depending on the patient's gender, ethnicity, age, laboratory findings, pain location and medication. Female patients underwent a large amount of imaging assessment much more often compared to male patients, while a large percentage of older male patients were admitted to the hospital, as they had higher white blood count levels, glucose levels and SGOT levels. The biggest percentage of patients that were not admitted was women.

Conclusion: Abdominal pain is a symptom that leads a large number of patients to the emergency department without necessarily reflecting a case of acute abdominal pain. That is the reason why acute abdominal investigation by the emergency department is important, in order for the medical and nursing staff to appropriately manage the patient, so to succeed in

the patient's greatest outcome. The clinical and laboratory examination combined with appropriate medication for the patient's diagnosis are proven to be basic tools for the successful management of the abdominal pain in the emergency department.

Key words: Acute abdomen, pain, management, emergency department.

Περιεχόμενα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ.....	3
Εισαγωγή.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΝΟΣ.....	7
1.1 Έννοια του πόνου - Ορισμοί	7
1.2 Φυσιολογία του πόνου	8
1.3 Είδη ταξινόμησης του πόνου.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ.....	12
2.1 Ανατομία της κοιλιάς	12
2.2 Ορισμός.....	14
2.3 Τύποι κοιλιακού πόνου	14
2.4 Αιτιολογία κοιλιακού πόνου	15
2.5 Συμπτωματολογία	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΞΕΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ	21
3.1 Ιστορικό.....	21
3.2 Κλίμακες μέτρησης του πόνου.....	22
3.3 Κλινική εξέταση.....	25
3.4 Εργαστηριακός έλεγχος.....	29
3.5 Απεικονιστικός έλεγχος	30
3.6 Λοιπές εξετάσεις: Ενδοσκόπηση - Παρακέντηση - Λαπαροσκόπηση.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ	34
4.1 Διαφορική διαγνωστική	34
4.2 Προεγχειρητική αντιμετώπιση οξείας κοιλιάς	35
4.2.1 Φαρμακευτική αγωγή.....	37

4.2.2 Άμεση χειρουργική αντιμετώπιση	37
4.3 Οξεία κοιλία σε ειδικές κατηγορίες	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	42
5.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της οξείας κοιλίας στην Ελλάδα	42
5.2 Επιδημιολογικά στοιχεία της οξείας κοιλίας σε χώρες του εξωτερικού	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	47
1.1 Σκοπός της έρευνας	47
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα	47
1.3 Πληθυσμός έρευνας	47
1.4 Διαδικασία	48
1.5 Κριτήρια αποκλεισμού	48
1.6 Στοιχεία Δεοντολογίας	48
1.7 Στατιστική επεξεργασία	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	50
2.1 Περιγραφική ανάλυση περιπτώσεων οξείας κοιλίας	50
2.2 Ανάλυση της οξείας κοιλίας ως προς το φύλο	61
2.3 Ανάλυση της έκβασης της οξείας κοιλίας	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	68
Βιβλιογραφία	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	80
Φόρμα καταγραφής οξείας κοιλίας	81
Έντυπα έγκρισης άδειας για τη συλλογή των δεδομένων	83

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ

IASP = International Association for Study of Pain

ΜΣΑΦ = Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα

ΚΝΣ = Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΥΠΕ = Υποπλεύριο Επίπεδο

ΔΦΕ = Διαφυσμάτιο Επίπεδο

VAS = Visual Analog Scale

NRS = Numerical Rating Scale

VRS = Verbal Rating Scale

FPS = Faces Pain Scale

MPQ = McGill Pain Questionnaire

MMPI = Multidimensional Pain Inventory

ΣΣ = Σπονδυλική Στήλη

SGOT = Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase

SGPT = Serum Glutamic Pyruvic Transaminase

ΤΚΕ = Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών

CT = Computed Tomography

MRI = Magnetic Resonance Imaging

ERCP = Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome

CMV = Cytomegalovirus

IBM SPSS = International Business Machines Statistical Packpage for the Social Sciences

ΑΡ = Αριστερό

ΔΕ = Δεξιό

ΑΛΒ = Αριστερός Λαγόνιος Βόθρος

ΔΛΒ = Δεξιός Λαγόνιος Βόθρος

LDH = Lactate Dehydrogenase

CRP = C-Reactive Protein

US = Ultrasound

ΓΝ = Γενικό Νοσοκομείο

ΤΕΠ = Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΠΦΥ = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Εισαγωγή

Ο όρος «οξεία κοιλία» αναφέρεται στις περιπτώσεις που η συμπτωματολογία και τα σημεία από την κοιλιά του ασθενή απαιτούν άμεση χειρουργική εκτίμηση και ενδεχομένως, επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση (Παπαλάμπρος, 2012).

Η οξεία κοιλία είναι το αίτιο ενός σημαντικού ποσοστού από τις επείγουσες εισαγωγές στα νοσοκομεία και εμφανίζεται σε άτομα όλων των ηλικιών, αμφοτέρων των φύλων και ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Μπάλας, 2004). Μπορεί να οφείλεται σε μια πληθώρα αιτιών, γεγονός που την καθιστά διαφοροδιαγνωστική πρόκληση (Παπαλάμπρος, 2012).

Ο πόνος αποτελεί το βασικότερο σύμπτωμα της οξείας κοιλίας (Κωστάκης, 2005). Η αξιολόγηση του κοιλιακού πόνου απαιτεί μια προσέγγιση που στηρίζεται στην πιθανότητα της νόσου, στο ιστορικό του ασθενή, τη φυσική εξέταση, τις εργαστηριακές εξετάσεις και τον απεικονιστικό έλεγχο. Η εντόπιση του πόνου είναι ένα χρήσιμο σημείο εκκίνησης και θα καθοδηγήσει στη περαιτέρω αξιολόγηση (Cartwright and Knudson, 2008).

Παρόλα αυτά η νοσηρότητα και η θνησιμότητα εξακολουθούν να είναι υψηλές. Ένας λόγος είναι η εμφάνιση ειδικών ομάδων πασχόντων, στους οποίους τα προβλήματα οξείας κοιλίας αποκτούν ιδιαίτερη σοβαρότητα (Σέχας, 1996).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΝΟΣ

1.1 Έννοια του πόνου - Ορισμοί

Αν και η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα, εν τούτοις το τι ακριβώς είναι πόνος είναι δύσκολο να καθοριστεί κι αυτό γιατί ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μια προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό «ερέθισμα-απάντηση» σύμπλεγμα (Δονίου και Χαριζάνη, 2008; Λιάκου και συν., 2009). Ο πόνος προσβάλλει τον άνθρωπο ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την οικονομική του κατάσταση και την πολιτισμική του συμπεριφορά (Κατσιμίγκας και συν., 2009).

Ετυμολογικά η λέξη πόνος προέρχεται από τη λατινική λέξη *poena* (τιμωρία) (Κατσακιώρη και Κουτάκου, 2009; Γούδας και Φίλος, 1995) και την ελληνική λέξη ποινή (Γούδας και Φίλος, 1995; Κατσακιώρη και Κουτάκου, 2009;). Συνώνυμο αποτελεί η λέξη άλγος (www.myoskeletiko.com, 2012).

Στην αρχαία ελληνική γραμματεία ο πόνος, γνωστός ως γιός της Έριδας και εγγονός της Νύχτας, δόθηκε στους ανθρώπους λόγω της κλοπής της φωτιάς από τον Προμηθέα. Ο θεός Απόλλωνας καταπολεμούσε τον πόνο, ενώ η Ιασώ η κόρη του Ασκληπιού είχε την επιμέλεια της ανακούφισης του πόνου (Κατσιμίγκας και συν. 2009). Ο Αριστοτέλης όρισε τον πόνο ως «πάθος της ψυχής» και η σύγχρονη έρευνα και η επιστήμη ορίζει τον πόνο ως «ψυχοσωματική εμπειρία» (Γιαβασόπουλος, 2007).

Η Arendt περιγράφει τον πόνο ως το πλέον έντονο αίσθημα που γνωρίζει ο άνθρωπος, έντονο μέχρι εξάλειψης όλων των άλλων εμπειριών (Κατσακιώρη και Κουτάκου, 2009; Κατσιμίγκας και συν., 2009). Σύμφωνα με τον Engel (1959), ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα, που αντιπροσωπεύει τη θλίψη και προέρχεται από την ψυχική αντίληψη μια πραγματικής, απειλητικής ή φανταστικής βλάβης (Κατσιμίγκας και συν., 2009). Ο Mountcastle αναφέρει, ότι «πόνος είναι αισθητηριακή εμπειρία που προκαλείται από βλαπτική αιτία» (Κατσιμίγκας και συν., 2009). Η McCaffery δίνοντας τον ορισμό του πόνου λέει, ότι « πόνος είναι ό,τι το άτομο λέει ότι βιώνει κάθε φορά που εκείνο λέει ότι συμβαίνει » (Κατσιμίγκας και συν., 2009; Fink, 2000).

Μια άλλη προσέγγιση για τον πόνο είναι ο ορισμός που δίνει η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου, σύμφωνα με την οποία πόνος είναι «η *δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη*» (Γιανασμίδης, 2012; Rajagopal, 2006). Όμως για κάθε ξεχωριστό άτομο, ο πόνος δεν είναι παρά ένα δυσάρεστο οδυνηρό αίσθημα. Πρόκειται για υποκειμενικό αίσθημα, το οποίο μαθαίνει κανείς από νωρίς στη ζωή, βάσει των προσωπικών του εμπειριών (Γιανασμίδης, 2012). Ο πόνος, όπως και από τον ορισμό του προκύπτει αποτελεί μια πολύπλοκη πολυπαραγοντική εμπειρία, όπου το αισθητικό στοιχείο, που κατά το μάλλον ή ήττον είναι αντικειμενικό, συνδυάζεται με το συναισθηματικό στοιχείο που είναι υποκειμενικό (Ιατρού, 2003).

Από την διεθνή βιβλιογραφία η ποικιλία των θεωρητικών και λειτουργικών προσδιορισμών της έννοιας του φαινομένου του πόνου αφήνει να διαφανεί η δυσκολία για ένα σαφή ορισμό του, χαρακτηριστικό της πολυπλοκότητας και της υποκειμενικότητας αυτής (Γιαβασόπουλος, 2007; Ροβίθης, 2002).

1.2 Φυσιολογία του πόνου

Ο πόνος είναι προστατευτικός μηχανισμός του οργανισμού, που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις βλάβης των ιστών και υποχρεώνει το άτομο να αντιδράσει ώστε να απομακρύνει το αλγογόνο ερέθισμα (Βαρσαμίδης, 2001; Guyton, 1991).

Οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις (Guyton, 1991; Guyton and Hall, 2004). Ανευρίσκονται σε μεγάλο αριθμό και πυκνότητα στο δέρμα, το περίοστεο, τα αρτηριακά τοιχώματα, τις αρθρικές επιφάνειες, τη σκληρή μήνιγγα και τις πτυχές της εντός της κρανιακής κοιλότητας (Guyton and Hall, 2004).

Μερικές ίνες του πόνου διεγείρονται σχεδόν αποκλειστικά από την υπέρμετρη μηχανική τάση ή από τη μηχανική βλάβη. Άλλες είναι ευαίσθητες σε ακραίες θερμοκρασίες θερμού και ψυχρού και άλλες πάλι, είναι ευαίσθητες σε διάφορες χημικές ουσίες (Guyton, 1991).

Τα ερεθίσματα αυτά προκαλούν απελευθέρωση διαφόρων ουσιών (βραδυκινίνη, ισταμίνη, σεροτονίνη, ιόντα K^+) στους ιστούς οι οποίες προκαλούν αύξηση της έντασης του πόνου (Σταυρίδης, 1997).

Στους υποδοχείς του πόνου ανήκουν εμμύελες ίνες τύπου Aδ (τύπος πόνου με τρύπημα ή κόψιμο) με ταχύτητα αγωγής νευρικών ώσεων 6-30 m/sec, οι οποίες άγουν τον ταχύ ή οξύ πόνο και αμύελες τύπου C (τύπος καυστικού, βραδέως και βαθιού πόνου) με ταχύτητα αγωγής των ώσεων 0,5-2 m/sec (Σοφιάδης και Khasabov, 2000). Οι νευρικές αυτές ίνες όπως και οι υπόλοιπες αισθητικές ίνες μεταφέρουν το ερέθισμα στα οπίσθια κέρατα της φαιάς ουσίας του νωτιαίου μυελού και από εκεί με τη γνωστή οδό της επιπολής αισθητικότητας στον θάλαμο και στον αντίπλευρο φλοιό του εγκεφάλου (Σταυρίδης, 1997).

Οι ίνες που άγουν τον οξύ πόνο καταλήγουν στους κοιλιοβασικούς πυρήνες του θαλάμου και από εκεί στον σωματοαισθητικό φλοιό (οπισθοκεντρική έλικα). Ενώ οι ίνες που άγουν το βραδύ πόνο καταλήγουν στο δικτυωτό σχηματισμό και στους ραχιαίους πυρήνες του θαλάμου και στο φλοιό. Η διέλευση των ιών διαμέσου του δικτυωτού σχηματισμού έχει σημασία αφού έτσι ενεργοποιείται όλο το νευρικό σύστημα (Σταυρίδης, 1997).

1.3 Είδη ταξινόμησης του πόνου

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι ταξινόμησης του πόνου. Μια γενική ταξινόμηση είναι η διάκριση σε πόνο που προέρχεται από το δέρμα, τους μυς, τα οστά και τις αρθρώσεις (*σωματικός πόνος*) και σε πόνο που προέρχεται από τα σπλάχνα (*σπλαχνικός πόνος*). Στην ταξινόμηση αυτή μπορεί να προστεθεί και ο κνησμός ως δυσάρεστο συναίσθημα (Mc Geown, 2000).

Ο *σωματικός πόνος* υποδιαιρείται σε (Mc Geown, 2000):

- επιφανειακό πόνο, που προέρχεται από το δέρμα
- βαθύ πόνο, που προέρχεται από τους υποκείμενους μυς, αρθρώσεις και οστά.

Ο *σπλαχνικός πόνος* έχει πολλές αιτίες συμπεριλαμβανομένων της ισχαιμίας και της φλεγμονής, όπως και την υπερβολική διάσταση ή σύσπαση των λείων μυϊκών ιών των κοίλων οργάνων (Mc Geown, 2000). Ο όρος *αναφερόμενο άλγος* υποδηλώνει επώδυνη (συνήθως δερματική) αίσθηση που γίνεται αντιληπτή σε μια απομακρυσμένη περιοχή

συγκριτικά με το ισχυρό κύριο ερέθισμα. Διαστρεβλωμένη κεντρική αντίληψη της εντόπισης του άλγους οφείλεται στη είσοδο πολλαπλών κεντρομόλων νευρικών ινών στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού από διάφορες απομακρυσμένες περιοχές (Doherty and Way, 2007).

Ο πόνος μπορεί να ταξινομηθεί ανάλογα με την ταχύτητα μεταβίβασης των ώσεων σε ταχύ πόνο που αρχίζει και σταματά γρήγορα με την έναρξη ή τον τερματισμό του επώδυνου ερεθίσματος. Το είδος αυτό του πόνου μπορεί να εντοπιστεί με ακρίβεια και είναι εύκολα διακριτός (Mc Geown, 2000) (μέσα σε 0,1 sec από την εφαρμογή του αλγογόνου ερεθίσματος) (Guyton, 1991). Συχνά είναι δυνατός ο προσδιορισμός της φύσης του καταστροφικού ερεθίσματος. Ο ταχύς πόνος άγεται με μεγάλη ταχύτητα από εμμύελες νευρικές ίνες και είναι σημαντικός όσον αφορά το δέρμα. Ο βραδύς πόνος είναι διάχυτος και έχει σφύζοντα χαρακτήρα ή χαρακτήρα καψίματος. Μπορεί να επιμένει ώρες ή και μέρες μετά την απομάκρυνση του επώδυνου ερεθίσματος (Mc Geown, 2000) (1sec ή και παραπάνω μετά το αλγογόνο ερέθισμα (Guyton and Hall, 2004). Το είδος αυτού του πόνου μπορεί να ξεκινά από επιφανειακές ή εν τω βάθει δομές του σώματος ή από σπλάχνα και συνήθως άγεται από βραδείες αμύελες ίνες (Mc Geown, 2000).

Με βάση τη διάρκεια του ο πόνος, διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Ο οξύς πόνος, έχει αιφνίδια έναρξη, είναι εντοπισμένος, προσωρινός, με αντικειμενικά σημεία από την κλινική εξέταση και αναστρέψιμος. Στον οξύ πόνο προεξάρχουν συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Αντίθετα ως χρόνιος ορίζεται εκείνος ο πόνος, ο οποίος έχει διάρκεια 3-6 μηνών ή και παραπάνω και επιδρά στη λειτουργικότητα του ασθενούς. Στο χρόνιο πόνο, υπάρχουν σημεία από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Φερεντίνου, 2005).

Ακολουθεί μια ενδιαφέρουσα κατάταξη του πόνου με βάση τον ανατομικό και παθογενετικό μηχανισμό του ([www. Iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf](http://www.Iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf)):

- Αλγαισθητικός (nociceptive): Οφείλεται σε βλάβη των περιφερικών σωματικών και σπλαχνικών ιστών χωρίς να θίγεται η νευρική οδός ή το νευρικό σύστημα ή να συμμετέχει λόγω παθολογίας ή δυσλειτουργίας τους. Πιο ειδικά οφείλεται σε διέγερση των τελικών περιφερικών αλγοϋποδοχέων από την βλάβη των επιχωρίων σωματικών ιστών. Ο πόνος μεταφέρεται κεντρικά με τις ίνες Αδ και ίνες C. Διακρίνεται σε σωματικό πόνο και σπλαχνικό.

- **Νευροπαθητικός (neuropathic):** Ο νευροπαθητικός πόνος προέρχεται από οργανική βλάβη ή δυσλειτουργία του νευρικού ιστού. Το άλγος μεταφέρεται κεντρικά με την ίδια νευρική οδό όπως και ο αλγαισθητικός πόνος. Έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα και δικούς του παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που τον αφορίζουν σε ξεχωριστή νοσολογική οντότητα.
- **Ψυχογενής (psychogenic):** Ο ψυχογενής πόνος είναι μια αμφισβητούμενη οντότητα για μερικούς. Οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια και δε διαπιστώνεται αιτιώδης οργανική ή νευροανατομική συσχέτιση στη συμπτωματολογία του. Πολλές φορές συγχέεται κατά πόσο ο ψυχικός παράγοντας προκαλεί τον πόνο ή ο πόνος προκαλεί τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον ορισμό του, ο πόνος δεν μπορεί να διαχωριστεί σε σωματικό και ψυχικό αλλά είναι μια ενιαία και συμπαγής οντότητα. Παρόλα αυτά, οι αμφίδρομες ενδογενείς αλληλεπιδράσεις θα πρέπει να τονιστούν και είναι εμφανείς στην κλινική πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

2.1 Ανατομία της κοιλιάς

Κοιλιά ονομάζουμε το χώρο του ανθρώπινου κορμού που βρίσκεται μεταξύ του θώρακα και της πυέλου (Μηναδάκη και συν., 2004).

Κατασκευή του κοιλιακού τοιχώματος

Προς τα άνω το κοιλιακό τοίχωμα σχηματίζεται από το διάφραγμα που χωρίζει την κοιλιακή κοιλότητα από τη θωρακική κοιλότητα. Προς τα κάτω η κοιλιακή κοιλότητα συνέχεται με την πυελική κοιλότητα διαμέσου του άνω στομίου ή εισόδου της πυέλου. Προς τα εμπρός το κοιλιακό τοίχωμα σχηματίζεται από το κατώτερο μέρος του θωρακικού τοιχώματος και από τους ορθούς κοιλιακούς μυς, τους εγκάρσιους κοιλιακούς μυς και τις περιτονίες των μυών αυτών (Snell, 2000).

Το μέσο τμήμα του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος σχηματίζεται από τους πέντε οσφυϊκούς σπονδύλους και τους μεσοσπονδύλιους δίσκους τους. Τα πλάγια του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος σχηματίζονται από τις δωδέκατες πλευρές, το άνω μέρος του σκελετού της πυέλου, τους ψοίτες μυς, τους τετράγωνους οσφυϊκούς μυς και τις απονευρώσεις από τις οποίες εκφύονται οι εγκάρσιοι κοιλιακοί μύες. Οι λαγόνιοι μύες βρίσκονται στο άνω μέρος του σκελετού της πυέλου (Snell, 2000).

Τα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα της κοιλιάς σχηματίζονται από το κατώτερο μέρος του θωρακικού τοιχώματος και τα αντίστοιχα τμήματα των πνευμόνων και του υπεζωκότα, από τους έξω λοξούς κοιλιακούς, έσω λοξούς κοιλιακούς και τους εγκάρσιους κοιλιακούς μυς (Snell, 2000).

Το περιτόναιο αποτελεί ένα μεγάλο ορογόνο υμένα που επενδύει τα κοιλιακά τοιχώματα και περιβάλλει τα περισσότερα σπλάχνα της κοιλιάς (Kahle et al., 1985). Το περιτόναιο που καλύπτει τα σπλάχνα καλείται περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου, ενώ αυτό που επενδύει την έσω επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος καλείται περίτονο ή τοιχωματικό πέταλο του περιτοναίου (Kahle et al., 1985). Ο δυνητικός χώρος που υπάρχει ανάμεσα στο τοιχωματικό και περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου λέγεται περιτοναϊκή κοιλότητα. Στον άνδρα η κοιλότητα αυτή είναι κλειστή, αλλά στη γυναίκα επικοινωνεί με το περιβάλλον μέσω των

ωαγωγών, της μήτρας και του κολεού (Snell, 2000). Ένα όργανο λέγεται οπισθοπεριτοναϊκό, εάν βρίσκεται πίσω από την περιτοναϊκή κοιλότητα (Snell, 2000).

Γενική τοπογραφική διάταξη των ενδοκοιλιακών σπλάχνων (Snell, 2000): Ήπαρ, χοληδόχος κύστη, οισοφάγος, στόμαχος, λεπτό έντερο, παχύ έντερο, πάγκρεας, σπλήνας, νεφροί και επινεφρίδια.

Χώρες της κοιλιάς

Για κλινικούς λόγους συνηθίζεται να υποδιαιρείται η κοιλία σε εννέα περιοχές με δύο κάθετες και δύο οριζόντιες γραμμές (Snell, 2000).

Κάθε κάθετη γραμμή περνά από το μέσο της απόστασης ανάμεσα στην πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα και στην ηβική σύμφυση. Η άνω οριζόντια γραμμή που μερικές φορές αναφέρεται ως υποπλευρίο επίπεδο (ΥΠΕ) περνά από το κατώτερο σημείο του πλευρικού τόξου. Το σημείο αυτό είναι το κάτω χείλος του 10^{ου} πλευρικού χόνδρου και βρίσκεται αντίστοιχα προς τον 3^ο οσφυϊκό σπόνδυλο (Snell, 2000).

Η κατώτερη οριζόντια γραμμή, συχνά αναφερόμενη ως διαφυμάτιο επίπεδο (ΔΦΕ), ενώνει τα φύματα των λαγόνιων ακρολοφιών (πρόσθια γλουτιαία φύματα). Το διαφυμάτιο επίπεδο βρίσκεται στο ύψος του σώματος του 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου (Snell, 2000).

Οι χώρες της κοιλιάς που καθορίζονται με αυτόν τον τρόπο είναι :

Στην άνω κοιλία : το δεξί υποχόνδριο, το επιγάστριο και το αριστερό υποχόνδριο.

Στη μέση κοιλία : δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα, ομφαλική και αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα.

Στην κάτω κοιλία : ο δεξιός λαγόνιος βόθρος, το υπογάστριο και ο αριστερός λαγόνιος βόθρος (Snell, 2000).

Αυτές οι χώρες βοηθούν κατά την κλινική πράξη, στην περιγραφή της εντόπισης άλγους, διόγκωσης ή τομής, ή στην περιγραφή της θέσης κάποιου σπλάχνου (π.χ. του δωδεκαδακτύλου (Moore, 1998).

Για πρακτικούς λόγους, οι κλινικοί συνήθως διαιρούν την κοιλία σε τέσσερα τεταρτημόρια χρησιμοποιώντας μια κάθετη και μια οριζόντια γραμμή που τέμνονται στον ομφαλό (Snell, 2000). Τα τεταρτημόρια αυτά ονομάζονται δεξιό άνω, δεξιό κάτω, αριστερό άνω και

αριστερό κάτω (Snell, 2000). Χρησιμοποιούνται στην περιγραφή της εντόπισης άλγους ή όγκου (Moore, 1998).

2.2 Ορισμός

Η οξεία κοιλία, από την εποχή που ο Ιπποκράτης την περιέγραψε πρώτος μέχρι και σήμερα, αποτελεί την κλινική συνδρομή, η οποία περισσότερο από κάθε άλλη προβληματίζει διαγνωστικά και θεραπευτικά τους ιατρούς πολλών ειδικοτήτων (Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Χρειάζεται πολύπλευρη θεωρητική κατάρτιση, με βαθιά γνώση της χειρουργικής φυσιολογίας και παθοφυσιολογίας όπως και μακρόχρονη κλινική εμπειρία για να μπορέσει ο χειρουργός κυριολεκτικά να αφαρπάξει τον ασθενή από μια οξεία «χειρουργική καταστροφή» και να τον οδηγήσει με ασφάλεια στη θεραπεία και την ανάρρωση (Σμπαρούνης, 1991).

Ο όρος «οξεία κοιλία» υποδηλώνει οποιαδήποτε αιφνίδια, αυτόματη μη τραυματική διαταραχή (Doherty and Way, 2007) που διαρκεί λιγότερο από 24 ώρες (Chang and Wang, 2007), της οποίας η κύρια εκδήλωση εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα και για την οποία μπορεί να χρειαστεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση (Doherty and Way, 2007). Η πλειονότητα των ασθενών έχουν ως προεξάρχον σύμπτωμα τον πόνο (Henry and Thompson, 2003; Henry and Thompson, 2007).

2.3 Τύποι κοιλιακού πόνου

Το κοιλιακό άλγος έχει διάφορους πιθανούς μηχανισμούς και κλινικούς τύπους, απαιτώντας προσεκτική κλινική εκτίμηση (Bickley, 2006). Διακρίνουμε τρεις μεγάλες κατηγορίες κοιλιακού άλγους :

Ο σπλαχνικός πόνος εμφανίζεται όταν κοίλα κοιλιακά όργανα όπως το έντερο ή το χοληφόρο δέντρο συσπώνονται ασυνήθιστα βίαια ή όταν διατείνονται ή τεντώνονται. Τα συμπαγή όργανα, όπως το ήπαρ, μπορεί επίσης να γίνουν επώδυνα όταν διαταθεί η κάψα τους. Ο σπλαχνικός πόνος μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστεί. Συνήθως, αλλά όχι πάντα, ψηλαφάται κοντά στην μέση γραμμή, σε επίπεδο που κυμαίνεται ανάλογα με την προσβεβλημένη δομή (Bickley, 2006).

Ο σπλαχνικός πόνος μπορεί να κυμαίνεται σε ποιότητα και να είναι επίμονος, καυστικός, κωλικοειδής ή διαξιφιστικός. Όταν γίνεται έντονος μπορεί να συνοδεύεται από ιδρώτα, ωχρότητα, ναυτία, εμέτους και ανησυχία (Bickley, 2006).

Ο περιτοναϊκός πόνος ξεκινάει από το περιτόναιο και οφείλεται σε φλεγμονή. Είναι σταθερός κι συνήθως πιο έντονος από τον σπλαχνικό πόνο, ενώ εντοπίζεται με μεγαλύτερη ακρίβεια πάνω από το προσβεβλημένο όργανο. Συνήθως επιδεινώνεται από την κίνηση ή τον βήχα. Οι ασθενείς με αυτού του τύπου τον πόνο συνήθως προτιμούν να μένουν ακίνητοι (Bickley, 2006). Σε σοβαρές περιπτώσεις περιορίζουν και το εύρος των αναπνευστικών κινήσεων (επιπόλαιες και γρήγορες αναπνοές) (www.iatrikostypos.com).

Ο αντανακλαστικός πόνος αντιστοιχεί σε πιο απομακρυσμένες περιοχές που νευρώνονται από το ίδιο νωτιαίο επίπεδο με την πάσχουσα δομή. Ο αντανακλαστικός πόνος εκδηλώνεται καθώς ο αρχικός πόνος γίνεται πιο έντονος και μοιάζει να αντανακλά ή να μετακινείται από την αρχική θέση. Μπορεί να είναι επιφανειακός ή εν τω βάθει, αλλά συνήθως είναι σαφώς εντοπισμένος (Bickley, 2006).

Τυπικά παραδείγματα αποτελούν ο πόνος στη υπερκλείδια περιοχή από ερεθισμό του διαφράγματος προερχόμενο από υποδιαφραγματική συλλογή (απόστημα) (Μουντοκαλάκης, 2002; www.iatrikostypos.com) και ο πόνος στην περιοχή των γεννητικών οργάνων που εμφανίζεται ως αντανάκλαση του κωλικού του νεφρού (Μουντοκαλάκης, 2002).

2.4 Αιτιολογία κοιλιακού πόνου

Τα πιθανά αίτια είναι πολλά, αλλά τα συνηθισμένα λίγα. (Henry and Thompson, 2005). Τα συχνότερα αίτια σε οποιονδήποτε πληθυσμό, ποικίλουν ανάλογα την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, καθώς και γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Garden et al., 2003).

Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να οφείλεται σε ποικίλες καταστάσεις (Kamin et al., 2003; Τουτούνη και συν., 2013; Gray et al., 2004) , όπως, ενδοπεριτοναϊκές διαταραχές, πολλές από τις οποίες απαιτούν χειρουργική επέμβαση (Τουτούνη και συν., 2013; Nagle, 2009; Flamant, 2001) (φλεγμονή, απόφραξη, διάταση, διόγκωση ή αγγειακές βλάβες διαφόρων οργάνων) (Μπονάτσος και συν., 2006), εξωπεριτοναϊκές διαταραχές, οι οποίες τυπικά δεν απαιτούν χειρουργική επέμβαση (Τουτούνη και συν., 2013; Nagle, 2009; Flamant, 2001) (παθήσεις των πνευμόνων, του υπεζωκότα, της καρδιάς, της σπονδυλικής στήλης και του

Κ.Ν.Σ), μεταβολικές διαταραχές ή να είναι αποτέλεσμα σωματοποίησης διαφόρων νοσημάτων (Τουτούνη και συν., 2013; Flamant, 2001).

Ο Μουντοκαλάκης (2002), ταξινομήσε τα αίτια του κοιλιακού πόνου ως εξής:

- Πόνος από ενδοκοιλιακά σπλάγχνα:
 1. χοληφόρα
 2. στομάχος - δωδεκαδάκτυλος
 3. πάγκρεας
 4. έντερο
 5. ουροποιητικά όργανα
 6. σκωληκοειδής απόφυση
 7. ήπαρ
 8. σπλήνας
 9. έσω γεννητικά όργανα γυναίκας.
- Πόνος από το περιτόναιο
 1. περιτονίτιδα από διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλιακού έλκους ή επέκταση φλεγμονής από ενδοπεριτοναϊκό όργανο
 2. διάτρηση εντέρου από ξένο σώμα
 3. συστροφή επιπλοϊκής απόφυσης
 4. φυματιώδης περιτονίτιδα
 5. μεσεντέρια λεμφαδενίτιδα.
- Πόνος αγγειακής αιτιολογίας
 1. εμβολή ή θρόμβωση μεσεντερίων αγγείων
 2. ρήξη αορτικού ανευρύσματος
 3. αγγειίτιδες
 4. δρεπανοκυτταρική αναιμία
 5. πίεση ή απόφραξη από περιστροφή ενδοκοιλιακών αγγείων.
- Πόνος από το κοιλιακό τοίχωμα
 1. κήλη λευκής γραμμής
 2. τραυματισμός ή φλεγμονή μυών
 3. έρπητας ζωστήρας.

- Πόνος από εξωκοιλιακά όργανα
 1. έμφραγμα μυοκαρδίου
 2. περικαρδίτιδα
 3. πλευρίτιδα, πνευμοθώρακας
 4. πνευμονία, πνευμονική εμβολή
 5. κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου
 6. περιστροφή όρχεως.
- Πόνος από το κεντρικό νευρικό σύστημα
 1. κρίσεις νωτιάδας φθίσης
 2. μηνιγγίτιδα
 3. υπαραχνοειδής αιμορραγία
 4. ριζίτιδα.
- Πόνος ψυχογενούς προέλευσης
 1. νεύρωση
 2. υστερία
 3. κατάθλιψη
 4. σύνδρομο Munchhausen.
- Πόνος από μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές
 1. ουραιμία
 2. διαβητική οξέωση
 3. πορφυρία
 4. αιμοχρωμάτωση
 5. πρωτοπαθής υπερλιπιδαιμία
 6. υπερπαραθυρεοειδισμός
 7. οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια
 8. μεσογειακός πυρετός.

2.5 Συμπτωματολογία

Η διερεύνηση των συμπτωμάτων και κυρίως του κοιλιακού άλγους πρέπει να γίνεται με μεγάλη λεπτομέρεια, επειδή από την εκτίμηση και μόνο αυτών πολλές φορές είναι δυνατή η διάγνωση (Σκαλκέας, 1991). Είναι ενδεικτικό το γεγονός, ότι η ανάλυση των χαρακτήρων του πόνου σε συνδυασμό με ορισμένες άλλες βασικές κλινικές ή παρακλινικές πληροφορίες

επιτρέπει διαγνωστική ακρίβεια πάνω από 80% στους έμπειρους κλινικούς ιατρούς (Μουντοκαλάκης, 2002). Από το άλγος ενδιαφέρει (Σέχας, 1996):

- ✓ η διάρκεια
- ✓ ο τρόπος εγκατάστασης
- ✓ ο χαρακτήρας
- ✓ η εντόπιση
- ✓ η αντανάκλαση και
- ✓ η εξέλιξη.

Η διάρκεια του πόνου είναι ενδεικτική της διάρκειας της κατάστασης που τον προκαλεί. Άλγος διάρκειας πάνω των έξι ωρών, που προοδευτικά επιτείνεται υποκρύπτει χειρουργική κοιλιά, ενώ αντίθετα άλγος διάρκειας λίγων ημερών που δεν επιτείνεται, απομακρύνει χωρίς να αποκλείει την πιθανότητα οξείας χειρουργικής νόσου (Σέχας, 1996).

Ο τρόπος έναρξης του άλγους αντανακλά τη φύση και τη σοβαρότητα της υποκείμενης διεργασίας. Η έναρξη μπορεί να είναι αιφνίδια (εντός δευτερολέπτων), ταχέως εξελισσόμενη (εντός 1-2 ωρών) ή σταδιακή (εντός αρκετών ωρών) (Doherty and Way, 2007). Η ταχεία εγκατάσταση του πόνου, που επιδεινώνεται γρήγορα χαρακτηρίζει την οξεία παγκρεατίτιδα, τη μεσεντέρια θρόμβωση και την περίσφιξη του εντέρου. Οι φλεγμονώδεις παθήσεις (σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα) προκαλούν βύθιο άλγος, που επιδεινώνεται προοδευτικά (Σέχας, 1996).

Ο χαρακτήρας του πόνου ποικίλει. Οι φλεγμονώδεις παθήσεις προκαλούν σταθερής έντασης συνεχές άλγος, που επιτείνεται με τις κινήσεις. Είναι χαρακτηριστικός ο διαλείπων χαρακτήρας του κωλικοειδούς άλγους, του οποίου η ένταση αυξομειώνεται περιοδικά και αναγκάζει τον ασθενή να αλλάζει συνεχώς θέση, στην προσπάθεια να βρει ανακούφιση. Οξύ και επίμονο άλγος που δεν ανακουφίζεται με τη χορήγηση μορφίνης, είναι ενδεικτικό αγγειακού επεισοδίου (Σέχας, 1996).

Το σημείο εντόπισης του άλγους είναι ο πιο σημαντικός δείκτης της υποκείμενης διάγνωσης (Garden et al., 2003). Για την περιγραφή του, η κοιλιά χωρίζεται σε τεταρτημόρια ή ένατα, όπως προαναφέραμε (Garden et al., 2003).

Σημαντικό διαγνωστικό στοιχείο είναι και η αντανάκλαση του σε δερματικές περιοχές απομακρυσμένες από το πάσχον όργανο (Παπαλάμπρος, 2012). Η οξεία παγκρεατίτιδα και η ρήξη αορτικού ανευρύσματος χαρακτηρίζονται από αντανάκλαση του πόνου προς τα πλάγια της κοιλιάς και τη ράχη, ενώ η οξεία σκωληκοειδίτιδα αρχίζει συχνά με διάχυτο επιγαστρικό άλγος, που αργότερα μετακινείται και σταθεροποιείται στην περιοχή του δεξιού λαγόνιου βόθρου. Η οξεία χολοκυστίτιδα προκαλεί πόνο στο δεξιό υποχόνδριο και το επιγάστριο, με χαρακτηριστική αντανάκλαση προς τη δεξιά ωμοπλάτη και μερικές φορές, προς το δεξιό ώμο (Μουντοκαλάκης, 2002).

Η μεταβολή επίσης του χαρακτήρα του πόνου είναι ενδεικτική των καταστάσεων που το προκαλούν. Το οξύ έντονο άλγος, που υποχωρεί και ακολουθείται αργότερα από διάχυτο πόνο, υποδηλώνει διάτρηση κοίλου σπλάχνου. Η μετάπτωση του κωλικοειδούς πόνου της εντερικής απόφραξης σε συνεχή προοδευτικά επιτεινόμενο σημαίνει την εγκατάσταση ισχαιμίας του εντέρου. Υποχώρηση του πόνου δεν σημαίνει και υποχώρηση της αιτίας, που τον προκάλεσε (Σέχας, 1996).

Πολύ συχνά μαζί με το άλγος, ο ασθενής αναφέρει εμετούς. Η φύση και η ένταση τους αποτελούν σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία. Η γενικότερη απορρύθμιση της λειτουργίας του πεπτικού λόγω ενδοκοιλιακής νόσου, αλλά και το αλγεινό ερέθισμα από μόνο του, είναι ικανά να οδηγήσουν σε αντιπερισταλισμό του ανώτερου πεπτικού και εμετό. Βέβαια ο εμετός αποτελεί σύμπτωμα πολλών και ποικίλων άλλων παθολογικών καταστάσεων (Παπαλάμπρος, 2012). Το άλγος σε οξεία χειρουργική κοιλία προηγείται συνήθως του εμετού, ενώ παρατηρείται το αντίθετο σε μη χειρουργικές παθολογικές καταστάσεις (Doherty and Way, 2007). Άλλα χαρακτηριστικά που πρέπει να εξεταστούν είναι η φύση και το περιεχόμενο του εμετού, αν ήταν δηλαδή τροφώδες, χολώδες ή κοπρανώδες, αν οδήγησε σε ανακούφιση τον ασθενή ή όχι, αν είχε χαρακτήρα απλής αναγωγής ή ήταν ρουκετοειδής, αν συνοδευόταν από ναυτία κ.ά.

Πρόσθετα συμπτώματα από το πεπτικό είναι οι διαταραχές της όρεξης και των κενώσεων. Η ανορεξία αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα της οξείας σκωληκοειδίτιδας σε βαθμό που

θεωρείται ότι χωρίς αυτήν αποκλείεται η διάγνωση (Παπαλάμπρος, 2012). Η δυσκοιλιότητα μπορεί να προηγηθεί ενός οξέος φλεγμονώδους κοιλιακού επεισοδίου (Σέχας, 1996). Η επίσχεση κοπράνων και αερίων που συνοδεύεται αρχικά από διάχυτους κωλικοειδείς κοιλιακούς πόνους και στη συνέχεια από διάταση της κοιλίας και εμέτους, αποτελεί ένδειξη αποφρακτικού ειλεού (Μπάλας, 2004). Οι διαρροϊκές κενώσεις χαρακτηρίζουν τη γαστρεντερίτιδα, μπορεί όμως να οφείλεται και σε ενδοπυελική σκωληκοειδίτιδα. Επανειλημμένες διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος απαντούν συνήθως σε ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn και μικροβιακή δυσεντερία. Τέλος, εντονότατος πόνος με αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις εγείρει την υπόνοια εμβολής μεσεντερίου αρτηρίας (Μπονάτσος και συν., 2006).

Η ύπαρξη συνεχούς χαμηλού πυρετού είναι συνήθης σε φλεγμονώδεις παθήσεις της κοιλίας, όπως οξεία σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα ή χολοκυστίτιδα. Υψηλός πυρετός με χαμηλή κοιλιακή ευαισθησία, χωρίς σημεία γενικευμένης περιτονίτιδας σε νέες γυναίκες, υποδηλώνει οξεία σαλπινγίτιδα, ενώ υψηλός πυρετός με λήθαργο και βαριά γενική κατάσταση υποδηλώνει σηπτική καταπληξία (Κωστάκης, 2005).

Η εμφάνιση ικτέρου στρέφει τη διαγνωστική σκέψη προς τις παθήσεις ήπατος - χοληφόρων - παγκρέατος, ενώ η δυσουρία και η αιματουρία μάλλον οφείλονται σε παθήσεις του ουροποιητικού. Η αιματέμεση, η αιματοχεσία και οι μέλαινες κενώσεις σηματοδοτούν την αιμορραγία στον πεπτικό σωλήνα, κατάσταση που πρέπει να θεωρείται επείγουσα μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο (Παπαλάμπρος, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΞΕΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

3.1 Ιστορικό

Προκειμένου να γίνει μια σωστή διάγνωση και να βοηθηθεί ο ασθενής είναι απαραίτητη η λήψη του ιστορικού από τον ασθενή ή από κάποιον συγγενή του αν αυτό είναι αδύνατο λόγω της κατάστασής του (Σκαλκέας, 1991). Στις περιπτώσεις οξέος κοιλιακού πόνου, η κατάσταση του αρρώστου επιτρέπει ελάχιστα περιθώρια για τη συλλογή λεπτομερών πληροφοριών (Μουντοκαλάκης, 2002).

Θα πρέπει να λαμβάνονται με ιδιαίτερη προσοχή και λεπτομέρειες τα στοιχεία από το ατομικό και κληρονομικό αναμνηστικό, οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής του ασθενούς, η ηλικία του, να γίνεται αναφορά στα τυχόν υπάρχοντα χρόνια νοσήματα, σε προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (Κωστάκης, 2005). Πρέπει να αναζητηθεί αν ο ασθενής λαμβάνει διάφορα φάρμακα όπως αντιπηκτικά (ερμηνεύεται η εμφάνιση αιμορραγιών και αιματωμάτων), αντισυλληπτικά (μεσεντέρια έμφρακτα) και κορτικοειδή (τα οποία πολλές φορές συγκαλύπτουν την κλινική εικόνα των φλεγμονωδών ενδοπεριτοναϊκών παθήσεων (Μπάλας, 2004). Επιπλέον στη λήψη του ιστορικού λαμβάνονται υπόψη όλες οι κλινικές εκδηλώσεις, όπως είναι το άλγος, η ναυτία και ο εμετός, η λειτουργία του εντέρου και για τις γυναίκες η περίοδος (Παπαδημητρίου, 2001; Kanarth and Mileski, 2002). Σε κάθε γυναίκα πρέπει να λαμβάνονται πληροφορίες για τη διάρκεια και τη συχνότητα της περιόδου, καθώς επίσης για την ημερομηνία της τελευταίας περιόδου (Μπονάτσος και συν., 2006). Το γυναικολογικό ιστορικό είναι απαραίτητο για τη διάγνωση διαφόρων παθήσεων που προκαλούν οξεία κοιλία όπως εξωμήτρια κύηση, σαλπινγίτιδα, συστροφή κύστης, ωθήκης κτλ (Μπάλας, 2004).

Ο έμπειρος ιατρός δε θα παραλείψει να αναζητήσει την παρουσία πόνου που εντοπίζεται στον ώμο, δηλαδή πόνου ενδεικτικού περιτοναϊκού ερεθισμού, θα αναζητήσει πληροφορίες σχετικά με το χρώμα των ούρων του αρρώστου, ώστε να αποκλείσει τη πιθανότητα του κωλικού του νεφρού που συνοδεύεται από αιματουρία κτλ (Μουντοκαλάκης, 2002).

Τέλος, ο ιατρός θα λάβει υπόψη του το ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού (Nagle, 2011; Hardy et al., 2013; Sabiston and Townsend, 2008) που μπορεί να φέρει στο φώς την πιθανότητα

αμοιβαδικού αποστήματος του ήπατος, εχινόκοκκίασης, φυματίωσης ή τύφου (Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001). Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να καταγράφονται μαζί με την παρούσα νόσο στο φύλλο νοσηλείας του ασθενούς (Κωστάκης, 2005).

3.2 Κλίμακες μέτρησης του πόνου

Όπως, προαναφέρθηκε, ο πόνος αποτελεί καθαρά υποκειμενικό στοιχείο που η έκφραση του εξαρτάται κατά πολύ από την προσωπικότητα του κάθε ασθενή, το πολιτισμικό επίπεδο και από άλλους παράγοντες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η προσπάθεια ποσοτικοποίησης του με τη χρήση συγκεκριμένων κλιμάκων έτσι ώστε να γίνει σωστή εκτίμηση (Σαρακατσιάνου, 2012).

Οι κλίμακες πόνου επινοήθηκαν και χρησιμεύουν για τη μέτρηση της έντασης και της διάρκειας του πόνου και στο βαθμό που ο πόνος επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς. Για αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται αριθμητικές κλίμακες, εικόνες, χρώματα ή πολλαπλές ερωτήσεις. Παρακάτω περιγράφονται εν συντομία οι συχνότεροι μέθοδοι μέτρησης / εκτίμησης πόνου (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf) :

1. **Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analog Scale, VAS).** Η κλίμακα αυτή αποτελείται από μια ευθεία γραμμή μήκους δέκα εκατοστά της οποίας το ένα άκρο αντιστοιχεί στο καθόλου πόνο και το άλλο στο χειρότερο πόνο που μπορεί να υπάρξει. Ο ασθενής σημειώνει πάνω στη γραμμή το σημείο που προσεγγίζει καλύτερα την ένταση του πόνου του. Πρόκειται για μία κλίμακα αξιόπιστη με πολύ καλή ευαισθησία τόσο στην εκτίμηση του οξέος πόνου (Bijur et al., 2001; Σαρακατσιάνου, 2012), όσο και στην ανίχνευση μεταβολών στην ένταση του πόνου. Παρόλα αυτά, η χρησιμοποίησή της είναι μια χρονοβόρα διαδικασία καθώς πρέπει να εξηγηθεί λεπτομερώς ο τρόπος χρήσης της. Επιπλέον, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί προφορικά και έτσι εμφανίζονται πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή της σε άτομα με έντονο πόνο (Auburn et al., 2003; Σαρακατσιάνου, 2012). Τέλος, απαιτεί από τον ασθενή να έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την αφηρημένη έννοια της ευθείας γραμμής η οποία αντιστοιχεί στην αίσθηση του πόνου και επομένως δεν μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, παιδιά ή ηλικιωμένους (Williamson and Hoggart, 2005; Σαρακατσιάνου, 2012).

2. Αριθμητική κλίμακα πόνου (Numerical Rating Scale, NRS). Αποτελείται από μία απλή κλίμακα από το μηδέν έως το πέντε ή το δέκα, όπου το μηδέν αντιστοιχεί σε ανύπαρκτο πόνο και το πέντε ή το δέκα αντιστοιχεί στο χειρότερο δυνατό πόνο. Ο ασθενής επιλέγει τον αριθμό που ανταποκρίνεται καλύτερα στην ένταση του πόνου του. Η συγκεκριμένη κλίμακα είναι επίσης απλή και εύχρηστη, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ασθενείς διαφόρων ηλικιών και μορφωτικών επιπέδων όπως και από αυτούς που δυσκολεύονται να συνεργαστούν λόγω έντονου πόνου αφού μπορεί να χρησιμοποιηθεί και προφορικά (Σαρακατσιάνου, 2012; Auburn et al., 2003).
3. Περιγραφική κλίμακα πόνου (Verbal Rating Scale, VRS). Περιέχει περιγραφικά επίθετα τα οποία κατατάσσουν τον πόνο ανάλογα με την ένταση του, σε «καθόλου πόνος, ήπιος, μέτριος, έντονος πόνος» (Σαρακατσιάνου, 2012). Ο ασθενής επιλέγει το επίθετο που ανταποκρίνεται καλύτερα στον πόνο του. Πρόκειται για μια απλή και εύχρηστη κλίμακα που μπορεί να γίνει κατανοητή από άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Θεωρείται λιγότερο αξιόπιστη, καθώς τα επίθετα που χρησιμοποιούνται δεν έχουν απαραίτητα την ίδια σημασία σε διαφορετικούς ανθρώπους (Σαρακατσιάνου, 2012; Skovlurd et al., 2005).
4. Κλίμακα με πρόσωπα (Faces Pain Scale, FPS). Περιλαμβάνει 6 εκφράσεις προσώπου που καλύπτουν όλο το εύρος των επιπέδων του πόνου με ιεραρχική σειρά, από ένα γλαστό πρόσωπο, που αντιπροσωπεύει την έλλειψη πόνου, μέχρι ένα δακρυσμένο, που αντιστοιχεί στο χειρότερο δυνατό πόνο και αποτελεί μια άλλη εναλλακτική μέθοδο επιλογής εκ μέρους των ασθενών του επιπέδου του πόνου τους (Λιάκου και συν., 2009). Χρησιμοποιούνται κυρίως στα παιδιά (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf).
5. Κλίμακα της γενικής εντύπωσης του ασθενούς περί βελτίωσης (Patient Global Impression of Change scale). Η θεραπεία του πόνου είναι σύνθετη και στόχο έχει τη βελτίωση της συνολικής εικόνας του ασθενούς. Στην κλίμακα αυτή ο ασθενής περιγράφει τη βελτίωση του από την έναρξη της θεραπείας με έναν βαθμό που αντιστοιχεί σε πολύ μεγάλη βελτίωση, καμία μεταβολή ή σημαντική επιδείνωση. Η κλίμακα μπορεί να είναι οπτική, αριθμητική ή κλίμακα λέξεων. Κλινικά σημαντική θεωρείται μια μεταβολή άνω των 2 εκ. στα 10 εκ. της οπτικής κλίμακας ή 2 βαθμών στους 10 στην αριθμητική κλίμακα (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf).

6. Το ερωτηματολόγιο MPQ (McGill Pain Questionnaire). Το ερωτηματολόγιο πόνου αναπτύχθηκε από τους Melzack και Torgerson οι οποίοι προσπάθησαν να συμπεριλάβουν σε μια μόνο διαδικασία αξιολόγησης τις περισσότερες (αισθητικές, συναισθηματικές, γνωστικές) παραμέτρους μιας εμπειρίας πόνου. Αποτελείται από ογδόντα περιγραφικές λέξεις που χαρακτηρίζουν τον πόνο, οι οποίες χωρίζονται σε ομάδες και ο ασθενής πρέπει να διαλέξει μια λέξη από την κάθε ομάδα, ως αυτή που χαρακτηρίζει τον δικό του πόνο. Κάθε απάντηση έχει μια βαθμολογία και όλα μαζί αθροίζονται και δίνουν ένα σύνολο, το οποίο θεωρείται ως δείκτης αξιολόγησης του πόνου. Μετρώνται επίσης ο αριθμός των λέξεων που επιλέχθηκαν από τον ασθενή και η ένταση του παρόντος πόνου σε μια κλίμακα βασισμένη από το ένα έως το πέντε. Χρειάζονται δέκα έως είκοσι λεπτά για τη συμπλήρωση του ενώ υπάρχει και η σύντομη μορφή του που απαιτεί δύο με πέντε λεπτά. Έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως για την εκτίμηση του πόνου χρονίως πασχόντων (Σαρακατσιάνου, 2012).
7. Πολυδιάστατη καταγραφή του πόνου (Multidimensional Pain Inventory, MMPI). Προσεγγίζει τις συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τους χρόνιου πόνου. Έχει εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες και η αξία του έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές έρευνες για το χρόνια πόνο, αλλά και στην καθημερινή κλινική πράξη αποτελεί σημαντικό βοήθημα. Η αξιοπιστία του είναι μεγαλύτερη από τα ερωτηματολόγια McGill. Χρησιμοποιείται από ειδικούς ή σε μελέτες (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf).
8. Ερωτηματολόγιο για το νευροπαθητικό πόνο (Douleur Neuropathetique 4 Questions). Χρησιμεύει στη διάκριση ανάμεσα στο νευροπαθητικό και μη - νευροπαθητικό πόνο. Περιέχει ερωτήσεις που αφορούν την περιγραφή του πόνου, την εμφάνιση παραισθησίας / δυσαισθησίας εντός της επώδυνης περιοχής, την ύπαρξη αισθητικού ελλείμματος και τον προκλητικό πόνο. Οι απαντήσεις είναι θετικές ή αρνητικές. Εφαρμόστηκε σε γαλλικές έρευνες και απέδειξε καλή αξιοπιστία (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf).
9. Εκτίμηση νευροπαθητικών συμπτωμάτων και σημείων του Leeds (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs). Αγγλική έκδοση για τη διάκριση νευροπαθητικού και μη - νευροπαθητικού πόνου. Βαθμολογούνται 5 τύποι πόνου: θερμικός, δυσαισθητικός, παροξυσμικός, προκλητός και η αυτόνομη δυσλειτουργία (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf).

10. Ερωτηματολόγιο νευροπαθητικού πόνου (Neuropathic Pain Questionnaire). Χρησιμεύει επίσης στη διάκριση της μορφής του πόνου, αλλά και στην παρακολούθηση των συμπτωμάτων. Ο πόνος διακρίνεται σε 8 κατηγορίες: καυστικός, υπερβολική ευαισθησία στην αφή, διαξιφιστικός, αιμωδίας, ηλεκτρικός, νυγμώδης, συσφιγκτικός και αίσθηση ψύχους. Ο ασθενής βαθμολογεί τον πόνο ως δυσάρεστο ή ανυπόφορο και καλείται να συσχετίσει την αιτία του πόνου με την αφή ή την αλλαγή του καιρού. Η ευαισθησία και η αξιοπιστία της μεθόδου είναι μέτριες (www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf).
11. Ημερολόγιο πόνου (diary pain). Ο ασθενής σημειώνει κατά την διάρκεια του 24ώρου πότε πόνεσε, πότε ανακουφίστηκε ή αυξήθηκε ο πόνος, πώς μεταβάλλεται με την θεραπευτική αγωγή που λαμβάνει και ό,τι άλλο θεωρεί ότι επηρεάζει τον πόνο του. Πρέπει να συμπληρώνεται συνεχώς και σχολαστικά και μόνο τότε παρέχει πολύτιμες πληροφορίες (Κατσακώρη και Κουτάκου, 2009).

3.3 Κλινική εξέταση

Η αντικειμενική εξέταση των ύποπτων για οξεία κοιλία ασθενών πρέπει να είναι πολύ επιμελής και να επαναλαμβάνεται κατά συχνά χρονικά διαστήματα, εάν ο ασθενής δεν οδηγηθεί αμέσως στο χειρουργείο, επειδή η κλινική εικόνα μεταβάλλεται συνεχώς κατά την εξέλιξη της υποκείμενης νόσου (Σκαλκέας, 1991).

Η εκτίμηση του ασθενούς με οξεία κοιλία θα πρέπει να αρχίσει με την συνολική του εικόνα και την λήψη των ζωτικών του σημείων (Hardy et al., 2013). Η κλινική εξέταση του αρρώστου, που δεν πονά αφόρητα είναι ευκολότερη και μπορεί να αποκαλύψει ευρήματα, που ήταν αδύνατο να βρεθούν σε μια διάχυτα επώδυνη κοιλία (Σεχάς, 1996).

Από τη γενική επισκόπηση εκτιμάται η γενική κατάσταση του αρρώστου. Από τη γενική επαφή δηλαδή με τον ασθενή και με τη γενική επισκόπηση διαπιστώνεται εάν αυτός αλγεί, εάν έχει χάσει μεγάλη ποσότητα αίματος ή εάν παρουσιάζει το χαρακτηριστικό προσωπείο της περιτονίτιδας (ιπποκράτειο προσωπείο) (Σκαλκέας, 1991).

Ασθενείς που πάσχουν από εντοπισμένη ή ιδίως διάχυτη ενδοκοιλιακή φλεγμονή, παραμένουν ακίνητοι στο κρεβάτι, επειδή και η παραμικρή τους κίνηση επαυξάνει την ένταση του άλγους. Αντίθετα, ασθενείς που πάσχουν από κωλικούς, όπως χοληδόχου

κύστεως, του νεφρού κλπ., μετακινούνται συνεχώς ή κάθονται στο κρεβάτι τους (Σκαλκέας, 1991).

Από την άλλη οι ασθενείς που έχουν χάσει σημαντική ποσότητα από αίμα, εμφανίζονται ωχροί, κάθιδροι και με τις φλέβες του τραχήλου και των κάτω άκρων κενές από αίμα (Σκαλκέας, 1991).

Η εξέταση των ζωτικών σημείων, δηλαδή του σφυγμού, της αρτηριακή πίεσεως, της θερμοκρασίας και της αναπνοής προηγείται συνήθως της επισκοπήσεως της κοιλιάς. Ο συχνός, εύπιστος σφυγμός χαρακτηρίζει την ολιγαϊμία, ο συχνός και πλήρης τις φλεγμονώδεις καταστάσεις, ενώ σε προχωρημένη περιτονίτιδα ο σφυγμός γίνεται νηματοειδής, δηλαδή μικρός, συχνός και άρρυθμος (Κωστάκης, 2005). Ο άρρυθμος επίσης σφυγμός στην οξεία κοιλία μπορεί να οδηγήσει τη σκέψη του ιατρού στην εμβολή της μεσεντέριας αρτηρίας (Κωστάκης, 2005; Σέχας, 1996).

Η υπόταση χαρακτηρίζει τα σύνδρομα χαμηλής παροχής από αιμορραγία, αφυδάτωση ή από προχωρημένη σήψη. Η υπέρταση μπορεί να οφείλεται σε οξεία απόφραξη των νεφρικών αγγείων συνεπεία τραυματισμού, θρόμβωσης, εμβολής ή διαχωριστικού ανευρύσματος (Σέχας, 1996). Ο χαμηλός πυρετός συνοδεύει τις ενδοκοιλιακές φλεγμονές (σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα, χολοκυστίτιδα) ενώ ο υψηλός πυρετός (>39°C) με ρίγος και πτώση του επιπέδου συνείδησης χαρακτηρίζει τις σηπτικές καταστάσεις από βαριά μικροβιακή λοίμωξη (πυελονεφρίτιδα, περιτονίτιδα, κλπ). Υψηλός πυρετός με ευαισθησία στο υπογάστριο είναι συνηθισμένη εκδήλωση σε σαλπινγίτιδα, ενώ αν η ευαισθησία εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο και συνοδεύεται από ίκτερο τότε υποδηλώνει χολαγγειίτιδα (Παπαλάμπρος, 2012). Διαταραχές της αναπνοής είναι δυνατό να παρουσιαστούν στην απώλεια αίματος ή στις φλεγμονώδεις καταστάσεις (ταχύπνοια). Ταχύπνοια μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μεταβολικών διαταραχών (μεταβολική οξέωση στην ολιγαϊμική καταπληξία) ή να χαρακτηρίζει τα πρώιμα στάδια της σήψης (Σεχάς, 1996).

Εξέταση της κοιλιάς

Ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται ξαπλωμένος ανάσκελα, ακουμπώντας το κεφάλι του σε ένα μαξιλάρι, ενώ οι ώμοι και τα χέρια του θα βρίσκονται εκατέρωθεν του κορμού (Garden et al., 2003).

Η εξέταση της κοιλιάς πρέπει να περιλαμβάνει 4 διαδοχικές συνιστώσες: την επισκόπηση, την ακρόαση, την επίκρουση και την ψηλάφηση (Hardy et al., 2013; Sabiston and Townsend, 2008).

Επισκόπηση

Η επισκόπηση της κοιλιάς μπορεί να μας δώσει πολλές πληροφορίες, που μερικές φορές θέτουν την οριστική διάγνωση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η σανιδώδης σύσπαση τις πρώτες ώρες μετά τη διάτρηση κοίλου σπλάχνου, η συμμετρική διόγκωση (διάταση ενδοκοιλιακού σπλάχνου) ή ασύμμετρη διόγκωση (ενδοκοιλιακός όγκος), η καθολική συμμετρική διάταση της κοιλιάς (περιτονίτιδα ή ασκίτης), οι ορατές περισταλτικές κινήσεις σε μηχανικό ειλεό. Επίσης, η διατήρηση του ισχίου σε κάμψη υποδηλώνει συνήθως οξεία σκωληκοειδίτιδα, ενδοπυελικό απόστημα ή απόστημα του ψοίτη. Ελέγχεται, τέλος, η ύπαρξη ουλών από προηγούμενες εγχειρήσεις (υποψία για μετεγχειρητική κοιλιοκήλη ή συμφυτικό ειλεό) (Μπονάτσος και συν., 2006).

Ακρόαση

Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ακρόαση, που πρέπει να γίνεται σε όλα τα τεταρτημόρια της κοιλιάς για 3-5' και να αναζητούνται η ένταση και η συχνότητα των εντερικών ήχων (Κωστάκης, 2005). Μπορεί να μας δώσει χρησιμότερες πληροφορίες (Μπάλας, 2004):

- Έλλειψη εντερικών ήχων (σιγή) σημειώνεται επί παραλυτικού ειλεού ή στα τελικά στάδια του αποφρακτικού ειλεού όταν το έντερο εμφανίζει πάρεση. Επίσης, στην διάχυτη περιτονίτιδα λόγω του παραλυτικού ειλεού που τη συνοδεύει.
- Διαλείποντες εντερικοί ήχοι συνοδευόμενοι από κωλικοειδείς κοιλιακούς πόνους εμφανίζονται στον αποφρακτικό ειλεό. Επίσης, στο αρχικό στάδιο της οξείας παγκρεατίτιδας και αποδίδονται στην κίνηση των υγρών μέσα στη συνοδό εντερική έλικα.
- Εντερική υπερκινητικότητα που δεν σχετίζεται με τον κοιλιακό πόνο εμφανίζεται στην οξεία γαστρεντερίτιδα, τη δυσεντερία και την ελκώδη κολίτιδα.

Ψηλάφηση

Η ψηλάφηση θα πρέπει να αρχίσει σε σημείο απομακρυσμένο από αυτό του μέγιστου άλγους (Hardy et al., 2013; Garden et al., 2003). Αρχικά αναζητείται δερματική υπερευαισθησία είτε τσιμπώντας το δέρμα είτε σύροντας πάνω του μια καρφίτσα. Με την ψηλάφηση εξετάζονται:

- Ο τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων. Αναζητούνται:
 1. μυϊκή αντίσταση,
 2. μυϊκή σύσπαση,
 3. σανιδώδης κοιλία.

Χαρακτηρίζουν την εντοπισμένη ή γενικευμένη περιτονίτιδα. Λείπουν σε υπερήλικες, βαριές τοξικές καταστάσεις σοκ, σε λήψη κορτιζόνης ή παυσίπονων. Υπάρχουν χωρίς οξεία κοιλία σε κακώσεις της ΣΣ, κατάγματα πλευρών, ουραιμία και νωτιάδα φθίση.

- Ειδικά σημεία ευαισθησίας.
 1. Test ψοΐτου: σκωληκοειδίτιδα.
 2. Test θυρεοειδούς: ενδοπυελική σκωληκοειδίτιδα.
 3. Σημείο Murphy: οξεία χολοκυστίτιδα.
 4. Σημείο Rovsing: οξεία σκωληκοειδίτιδα.
 5. Αναπηδώσα ευαισθησία (rebound tenderness): περιτοναϊκός ερεθισμός.
- Η παρουσία όγκου, μάζας εγκλωβισμένης έλικας εντέρου.
- Ψηλάφηση των κηλικών στομίων.
- Ψηλάφηση των μηριαίων σφύξεων. Η απουσία τους ή η αλλοίωση τους συμβαίνει στη θρόμβωση ή εμβολή της κοιλιακής αορτής ή σε διαχωριστικό ανεύρυσμα.
- Δακτυλική εξέταση του ορθού. Με αυτή αναζητάται η προβολή ή η ευαισθησία του δουλγασείου, η παρουσία όγκων εντός ή εκτός του ορθού και εξετάζονται τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας, εφόσον αυτό δεν μπορεί να γίνει από τον κόλπο. Μετά την εξαγωγή του δακτύλου, ο γιατρός εξετάζει το γάντι για την παρουσία πύου ή αίματος. Η δακτυλική εξέταση συνδυαζόμενη με την αμφίχειρο και από την κοιλία είναι πολύτιμη για την εξέταση της ελάσσονος πυέλου (Σέχας, 1996).

Η δυνατότητα γυναικολογικής εξέτασης μπορεί να επιφέρει πρόσθετες πληροφορίες που δεν είναι δυνατόν να ληφθούν με μία απλή ψηλάφηση (Calinescu et al., 2011; Cartwright and Knudson, 2008; Kilpatrick and Monga, 2007).

Επίκρουση

Η επίκρουση βοηθάει για τη διατύπωση της ευαισθησίας του κοιλιακού τοιχώματος, την ύπαρξη αμβλύτητας στα πλάγια της κοιλίας επί ασκίτη ή τυμπανικότητας κατά το μεσογάστρο επί διατεταμένων εντερικών ελίκων (ειλεός). Κυρίως όμως χρησιμεύει για τη διαπίστωση της ύπαρξης ελευθέρου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα στις διατρήσεις κοίλων σπλάχνων. Για το σκοπό αυτό ελέγχεται επικρουστικά η εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας κατά την μέση μασχαλιαία γραμμή. Η επίκρουση στο δεξιό υποχόνδριο μπορεί να δώσει εσφαλμένως θετικό αποτέλεσμα λόγω παρεμβολής του κόλου ή διατεταμένων εντερικών ελίκων (Μπάλας, 2004).

3.4 Εργαστηριακός έλεγχος

Η γενική εξέταση αίματος είναι απαραίτητη για κάθε περίπτωση οξείας κοιλίας (Σέχας, 1996). Οι οξείες ενδοκοιλιακές φλεγμονές προκαλούν αύξηση των λευκών με πολυμορφοπυρήνωση, αν και σε σηπτικές καταστάσεις μπορεί να ανευρεθεί και λευκοπενία. Αύξηση των λεμφοκυττάρων χαρακτηρίζει την οξεία ιογενή γαστρεντερίτιδα και τη μεσεντέριο λεμφαδενίτιδα (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνός, 2001). Ο χαμηλός αιματοκρίτης αντικατροπίζει χρόνια απώλεια αίματος ή άλλου τύπου αναιμία. Αύξηση του αιματοκρίτη συνοδεύει την αιμοσυμπύκνωση από απώλεια υγρών (π.χ. παγκρεατίτιδα) (Σέχας, 1996).

Οι ηλεκτρολύτες του ορού, η ουρία και η κρεατινίνη έχουν σημασία, ιδιαίτερα σε επικείμενη υποογκαιμία (π.χ. λόγω shock, εργώδους εμέτου ή διάρροιας, επώδυνης κοιλιακής διάτασης ή καθυστέρησης αρκετών ημερών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων) (Doherty and Way, 2007). Επίσης, θεωρείται σημαντική η μέτρηση της γλυκόζης του αίματος (Garden et al., 2003). Σε ασθενείς με υποψία νόσου του ήπατος ή των χοληφόρων, οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος (χολερυθρίνη πλάσματος, αλκαλική φωσφατάση, SGOT, SGPT, λευκωματίνη και σφαιρίνη) είναι χρήσιμες για τη διαφορική διάγνωση των παθολογικών από τις χειρουργικές παθήσεις του ήπατος και τη μέτρηση της σοβαρότητας της υποκείμενης παρεγχυματικής νόσου (Doherty and Way, 2007). Η διαπίστωση χαμηλών λευκωμάτων και αλβουμίνης υποδηλώνει χρόνια υποθρεψία και μειωμένη αμυντική ικανότητα του ασθενή (Παπαλάμπρος, 2012). Η αμυλάση του αίματος αυξάνει στην οξεία παγκρεατίτιδα (Σέχας, 1996). Ωστόσο, τα επίπεδα της αμυλάσης μπορεί να είναι αυξημένα και σε άλλες

ενδοκοιλιακές καταστροφές, όπως την εντερική απόφραξη, την μεσεντέρια ισχαιμία, την ρήξη εξωμήτριας κύησης και τη διάτρηση πεπτικού έλκους (Hardy et al., 2013; Chase et al., 1996; Σέχας, 1996).

Ορισμένες φορές είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός των αερίων του αίματος, του Ph και της οξεοβασικής ισορροπίας (Κωστάκης, 2005). Λόγω της αυξημένης πιθανότητας χειρουργικής επέμβασης είναι σκόπιμη η διασταύρωση της ομάδας αίματος αλλά και ο έλεγχος της πηκτικότητας του. Ειδικά ο τελευταίος αποτελεί ιδιαίτερα αξιόπιστο δείκτη της επάρκειας της ηπατικής λειτουργίας (Παπαλάμπρος, 2012). Η ΤΚΕ, η οποία συχνά αυξάνεται μη ειδικά στην οξεία κοιλία, έχει αμφίβολη διαγνωστική αξία. Οι φυσιολογικές τιμές ΤΚΕ δεν αποκλείουν σοβαρή χειρουργική νόσο (Doherty and Way, 2007). Η εξέταση ούρων μπορεί να επιβεβαιώσει την κλινική υποψία κωλικού του νεφρού με την ανεύρεση αιματουρίας ή ουρολοίμωξης με την αποκάλυψη πυοσφαιρίων. Από το ειδικό βάρος των ούρων κρίνεται η συμπτωκνωτική ικανότητα του νεφρού (Σέχας, 1996).

Τέλος, ο έλεγχος κύησης πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία που εμφανίζουν οξύ κοιλιακό άλγος και στις οποίες δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα κύησης. Αυτό είναι σημαντικό όχι μόνο για την διενέργεια ακτινογραφιών αλλά και για την αποκάλυψη έκτοπης κύησης αν αποβεί θετική (Garden et al., 2003).

3.5 Απεικονιστικός έλεγχος

Σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην διερεύνηση της οξείας κοιλίας (Hampson and Shaw, 2010; Ferrera et al., 1998). Από τον απεικονιστικό έλεγχο υποχρεωτικές είναι η απλή ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας (Mindelzun and Jeffrey, 1999). Διενεργούνται σε όλους τους ασθενείς διότι παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες και αφετέρου η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να αποκλείσει παθήσεις του θώρακα, όπως πχ. πλευριτική συλλογή, πνευμοθώρακα, πνευμονία κλπ., οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν με συμπτώματα οξείας κοιλίας (Βλάχος, 2000). Η πρώτη χρειάζεται στο πλαίσιο της προεγχειρητικής εκτίμησης του ασθενή (Παπαλάμπρος, 2012). Βέβαια σε ορισμένες περιπτώσεις η ακτινογραφία θώρακος από μόνη της αποβαίνει διαγνωστική, όπως για παράδειγμα όταν απεικονίζεται ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά αναδεικνύοντας τη διάτρηση αεροφόρου σπλάχνου. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας μπορεί να αναδείξει ελεύθερο αέρα ενδοπεριτοναϊκά, λίθους, ασβεστώσεις ή υδραερικά επίπεδα. Ειδικότερα σημεία, με

ξεχωριστή βαρύτητα, είναι η διαπίστωση αέρα στα χοληφόρα, την πυλαία ή την άνω μεσεντέρια φλέβα (Παπαλάμπρος, 2012). Σε παθήσεις του ουροποιητικού εκτός από την απλή ακτινογραφία μπορεί να χρειασθεί η εκτέλεση πυελογραφίας (Σέχας, 1996).

Το υπερηχογράφημα παραμένει η κύρια τεχνική απεικόνισης, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς και γυναίκες, όπου η έκθεση στην ακτινοβολία θα πρέπει να είναι περιορισμένη (Mazzei et al., 2013). Το υπερηχογράφημα είναι μια εύκολη, ασφαλής και επαναλήψιμη μέθοδος απεικόνισης για το ήπαρ, τα χολοφόρα, το πάγκρεας, τη σκωληκοειδή απόφυση, τους νεφρούς, τις ωοθήκες, τα εξαρτήματα και τη μήτρα. Αναδεικνύει την παρουσία ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού ενώ με τη χρήση Doppler επιτρέπει την εξέταση των αγγείων (αορτικά και σπλαχνικά ανευρύσματα, φλεβική θρόμβωση κλπ.). Μειονεκτεί στο ότι η αξιοπιστία του εξαρτάται από τον ακτινολόγο, αλλά κυρίως στο ότι η εξέταση παρεμποδίζεται από την παρουσία αέρα στην κοιλιά ή τις εντερικές έλικες. Σε αυτές τις περιπτώσεις πλεονεκτεί η αξονική τομογραφία (CT) όπου επιπρόσθετα ελέγχεται και ο οπισθοπεριτοναϊκός χώρος. Αυτή απεικονίζει σαφώς τα συμπαγή όργανα, τις φλεγμονώδεις ή μη - μάζες και τα αποστήματα, και επιτρέπει την ανατομική διάγνωση της οξείας κοιλίας (Παπαλάμπρος, 2012). Βοηθά κυρίως στη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας, της οξείας παγκρεατίτιδας, των ενδοπεριτοναϊκών φλεγμονών και στην παρακέντηση υγρού της περιτοναϊκής κοιλότητας (Κωστάκης, 2005). Σε γενικές γραμμές, η CT είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στον εντοπισμό του μη συγκεκριμένου κοιλιακού πόνου όπου οι ασθενείς χρειάζονται επείγουσα παρέμβαση (Mazzei et al., 2013; Gerhardt et al., 2005). Μειονέκτημά της όμως είναι ότι γίνεται σε ειδική αίθουσα, οπότε η μεταφορά του ασθενή από και προς τον αξονικό τομογράφο σημαίνει χρονική καθυστέρηση που σε κάποιους ασθενείς μπορεί να αποβεί επιζήμια (Παπαλάμπρος, 2012).

Ανάλογα με την περίπτωση και την κατάσταση του ασθενή μπορούμε να προβούμε και σε άλλες εξετάσεις περισσότερο ή λιγότερο παρεμβατικές, που μπορεί να έχουν τόσο διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό χαρακτήρα. Οι ραδιο-ισοτοπικές μέθοδοι συμβάλλουν ιδιαίτερα στην ανάδειξη παθολογίας και κάποιες φορές είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες. Ο ακτινολογικός έλεγχος του πεπτικού με χρήση σκιαγραφικού μπορεί να καταδείξει την παθολογία του γαστρεντερικού σωλήνα αλλά ταυτόχρονα και να αντιμετωπίσει με τους κατάλληλους χειρισμούς. Για παράδειγμα, ο βαριούχος υποκλυσμός όχι μόνο επιβεβαιώνει ακτινολογικά τη συστροφή του σιγμοειδούς αλλά μπορεί να οδηγήσει σε ανάταξή της. Η

αγγειογραφία μπορεί να αναδείξει την εστία αιμορραγίας αλλά επίσης προσφέρει τη δυνατότητα αντιμετώπισης της με την εμβολισμό. Η διαγνωστική ενδοσκόπηση μπορεί να έχει ταυτόχρονα και θεραπευτικό χαρακτήρα. Ομοίως η παρακέντηση και παροχέτευση εγκυστωμένων ή ελεύθερων συλλογών, με ή χωρίς ακτινολογική καθοδήγηση, δεν προσφέρει μόνο διαγνωστικές πληροφορίες αλλά ενδεχομένως και θεραπεία (Παπαλάμπρος, 2012).

Ο μαγνητικός συντονισμός (MRI) δεν έχει αποδείξει προς το παρόν την αξία του στη διάγνωση της οξείας κοιλίας (Σέχας, 1996; Stoker et al., 2009).

3.6 Λοιπές εξετάσεις: Ενδοσκόπηση - Παρακέντηση - Λαπαροσκόπηση

Ενδοσκοπική διερεύνηση

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση ενδείκνυται σε κάθε ασθενή με υποψία απόφραξης του παχέος εντέρου, αιμορραγικά κόπρανα ή όγκου του ορθού (Doherty and Way, 2007; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001). Η κολonosκόπηση δύναται να εντοπίσει την εστία της αιμορραγίας (Doherty and Way, 2007; Σπανός, 2001). Η γαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση και η ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) γίνεται συνήθως εκλεκτικά προκειμένου να εκτιμηθούν λιγότερο επείγουσες φλεγμονώδες καταστάσεις (π.χ. γαστρίτιδα, πεπτικές ανεπάρκειες) σε ασθενείς χωρίς ανησυχητικά κοιλιακά ευρήματα (Doherty and Way, 2007; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Παρακέντηση κοιλίας - Περιτοναϊκή πλύση

Η παρακέντηση της κοιλίας ή καλύτερα η τοποθέτηση λεπτού καθετήρα περιτοναϊκών πλύσεων στη μέση γραμμή, 5 cm κάτω από τον ομφαλό βοηθάει στη λύση δύσκολών διαγνωστικών προβλημάτων. Η έγχυση και η επαναρρόφιση 1 λίτρου φυσιολογικού ορού μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες από την απλή επισκόπηση του υγρού ή ακόμα και τη βιοχημική και μικροβιολογική εξέταση. Η μέθοδος είναι χρήσιμη ιδίως σε περιπτώσεις ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας, οξείας παγκρεατίτιδας, χολοπεριτοναίου και μικροβιακής περιτονίτιδας (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Αιματοβαφές περιτοναϊκό υγρό ανευρίσκεται στην αιμορραγική παγκρεατίτιδα, τη συστροφή του εντέρου και την εμβολή της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Θολερό, δύσοσμο υγρό αναρροφάται σε περιπτώσεις διάτρησης εντέρου, εμπυήματος της σκωληκοειδούς απόφυσης

ή εκκολπωματίτιδας. Αντίθετα στη διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους ή σε πυελοπεριτονίτιδα το υγρό είναι θολερό αλλά άοσμο. Στοιχεία χολής ανευρίσκονται στη ρήξη των χοληφόρων, στη γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα και στη διάτρηση του δωδεκαδακτύλου (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Κυτταρολογική εξέταση περιτοναϊκού υγρού

Η τεχνική έχει την ίδια αρχή με αυτήν της περιτοναϊκής πλύσης, αλλά τοποθετείται μικρότερος καθετήρας (ομφαλικός καθετήρας 4.5 Ch, διαμέσου φλεβοκαθετήρα 14G). Το αναρροφηθέν υγρό επιστρώνεται σε πλακίδια τα οποία χρωματίζονται για λευκοκύτταρα. Η ύπαρξη υψηλού ποσοστού πολυμορφοπύρηνων υποδεικνύει φλεγμονή, όχι όμως και το αίτιο (Garden et al., 2003).

Λαπαροσκόπηση

Η λαπαροσκόπηση προηγείται της λαπαροτομίας (Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001). Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η λαπαροσκόπηση μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη χειρουργική απόφαση σε ασθενείς με το οξύ κοιλιακό άλγος (Garden et al., 2003). Πρόκειται για χειρουργική πράξη που εκτελείται υπό γενική αναισθησία (Παπαλάμπρος, 2012) και αποτελεί τόσο θεραπευτική, όσο και διαγνωστική μέθοδο (Doherty and Way, 2007; Navez and Navez, 2014). Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς στους οποίους η απόφαση για χειρουργείο δεν έχει ληφθεί και στους ηλικιωμένους στους οποίους τα ευρήματα από το ιστορικό και την κλινική εξέταση δεν βοηθούν σημαντικά. Μεγαλύτερο όφελος από τη λαπαροσκόπηση έχουν οι νεαρές γυναίκες, καθώς σε αυτή την ηλικία είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί η οξεία σκωληκοειδίτιδα από οξέα γυναικολογικά αίτια, τα οποία όμως δεν απαιτούν χειρουργείο (Garden et al., 2003). Όπου επιβεβαιώνεται η παρουσία σκωληκοειδίτιδας μπορεί να διενεργηθεί λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή (Σπανός Και Δαλαϊνάς, 2001; Doherty and Way, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

4.1 Διαφορική διαγνωστική

Τελευταία με δεδομένο και την ανάπτυξη των νέων τεχνικών σκοπός της χειρουργικής είναι η διαφορική διάγνωση αυτών που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση προκειμένου να προληφθεί η προοδευτική επιδείνωση της υγείας τους από αυτούς που μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά (Henry and Thompson, 2003; Henry and Thompson, 2007). Η απόφαση αυτή σκοπό έχει την κατάταξη του ασθενή σε μια από τις κατηγορίες (Henry and Thompson, 2003; Henry and Thompson, 2007):

1. ανάγκη χειρουργικής επέμβασης
2. η χειρουργική επέμβαση δεν είναι αναγκαία σε πρώτη φάση αλλά θα πρέπει να αποκτηθούν περισσότερες πληροφορίες οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην ανάγκη διενέργειας της
3. η χειρουργική επέμβαση δεν είναι απαραίτητη.

Οι παραπάνω κατηγορίες περιλαμβάνουν ένα φάσμα αιτιών που μπορεί να διαχωριστούν ανάλογα με το πόσο απειλητικά είναι για τη ζωή σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10. Για παράδειγμα ένας που δεν έχει σαφή κοιλιακό πόνο για τον οποίο δεν έχει αναγνωριστεί αίτιο και δεν παρουσιάζει ή δεν συνοδεύεται από σαφές κλινικό εύρημα ταξινομείται ως 1, ενώ ένα ραγέν αορτικό ανεύρυσμα θα ταξινομηθεί ως 10. Παρόλα αυτά είναι αρκετά δύσκολο να καταταχθούν άλλες καταστάσεις με ακρίβεια στην κλίμακα διότι η σοβαρότητα τους διαφέρει μεταξύ των ασθενών ενώ επίσης εξαρτάται από την ταχύτητα με την οποία αντιμετωπίζονται (Henry et. al., 2003). Κατά την διαφορική διάγνωση της οξείας κοιλίας πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν παθολογικές καταστάσεις άλλων οργάνων και συστημάτων που μπορεί να υποδύονται την κλινική εικόνα της οξείας κοιλίας (Κωστάκης, 2005; Σέχας, 1996). Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, του γυναικολογικού συστήματος και άλλες παθολογικές καταστάσεις (Κωστάκης, 2005).

Οι κυριότερες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι (Σέχας, 1996) :

- έμφραγμα του μυοκαρδίου
- ηπατίτιδα

- ρευματικός πυρετός
- οξώδης πολυαρτηρίτιδα
- διαβήτης
- πνευμονία, πλευρίτιδα, εμπύημα
- αυτόματος πνευμοθώρακας
- παθήσεις της σπονδυλικής στήλης
- οξεία επιδημική πλευροδυνία
- έρπης ζωστήρας
- παθήσεις του αίματος.

Η διαφορική διάγνωση θα βασιστεί στο πλήρες ιστορικό, την προσεκτική κλινική εξέταση και στις παρακλινικές εξετάσεις (Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001; Σμπαρούνης, 1991).

4.2 Προεγχειρητική αντιμετώπιση οξείας κοιλίας

Σε όλους τους ασθενείς οξείας κοιλίας κρίνεται απαραίτητη η ανάληψη και η προσεκτική παρακολούθηση με τακτική επανεκτίμηση (Garden et al., 2003).

Σε ασθενείς με απώλεια υγρών (έμετοι, διάρροια) γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών, που αποβλέπει στην αποκατάσταση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών. Επίσης σε αρρώστους με πρόσφατο ιστορικό απώλειας αίματος, αποστέλλεται δείγμα αίματος στην αιμοδοσία για καθορισμό της ομάδας αίματος και του παράγοντα Rh, καθώς και για διασταύρωση και παραγγέλλεται η προετοιμασία αίματος για μετάγγιση.

Ρινογαστρικός σωλήνας πρέπει να εισάγεται σε ασθενείς που είναι πιθανόν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση και σε αυτούς με αιματέμεση ή εργώδη έμετο, σε υποψία εντερικής απόφραξης ή σοβαρό παραλυτικό ειλεό (Doherty and Way, 2007).

Σε διαταραχές αιμάτωσης ή αιμορραγίας πρέπει να τοποθετείται στον ασθενή ουροκαθετήρας. Σε ορισμένους ηλικιωμένους ασθενείς εξαφανίζει τα αίτια του άλγους (οξεία

διάταση της ουροδόχου κύστεως) ή αποκαλύπτει σχετικά κοιλιακά σημεία (Doherty and Way, 2007).

Σε συχνά χρονικά διαστήματα παρακολουθούνται και καταγράφονται οι σφύξεις, η θερμοκρασία, η αρτηριακή πίεση και η ωριαία αποβολή ούρων. Σε αρρώστους με καταπληξία παρακολουθείται και καταγράφεται η κεντρική φλεβική πίεση, καθώς επίσης και τα αέρια του αρτηριακού αίματος. Οι πληροφορίες αυτές, σε συνδυασμό με την τακτική κλινική εξέταση, θα βοηθήσουν στο να γίνει ή όχι στον ασθενή επείγουσα λαπαροτομία (Μπονάτσος και συν., 2006).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι για την αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία κοιλία, τονίζεται ότι αν υπάρχουν αμφιβολίες είναι προτιμότερη η ερευνητική λαπαροτομία, έστω και αν τελικά αποβεί χωρίς ευρήματα (αρνητική), παρά η παρατεταμένη αναμονή για την οριστικοποίηση της διάγνωσης, που μερικές φορές σε περίπτωση διαγνωστικού λάθους, μπορεί να έχει σοβαρές, ακόμη και μοιραίες συνέπειες για τον ασθενή. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί η μεγάλη ομάδα των αρρώστων, νεαρής συνήθως ηλικίας, που προσέρχονται στο νοσοκομείο με κλινική εικόνα που θέτει την υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας. Είναι γεγονός ότι σε αρκετές περιπτώσεις τα συμπτώματα τελικά υποχωρούν και η εγχείρηση αποφεύγεται. Σε άλλες όμως ο ασθενής έχει πράγματι οξεία σκωληκοειδίτιδα, που με την παρατεταμένη αναμονή εξελίσσεται σε γαγγραινώδη και τελικά σε ρήξη της σκωληκοειδούς απόφυσης και περιτονίτιδα, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών ή και θνητότητας (Μπονάτσος και συν., 2006).

Αν τελικά αποφασιστεί ότι ο ασθενής πρέπει να χειρουργηθεί, ο χρόνος που θα εκτελεστεί η εγχείρηση, αποτελεί συνάρτηση τριών παραμέτρων, της υποκείμενης νόσου, της γενικής κατάστασης του ασθενούς και της ανάγκης για προεγχειρητική ανάνηψη (αναπλήρωση απωλεσθέντων υγρών, ηλεκτρολυτών αίματος, διόρθωση πυκνότητας σακχάρου στους διαβητικούς, επείγουσα αντιμετώπιση σοβαρών συνυπαρχόντων καρδιολογικών προβλημάτων κλπ). Εξυπακούεται, ότι σε περίπτωση που η ζωή του ασθενούς τίθεται σε άμεσο κίνδυνο λόγω ραγδαίας αιμορραγίας (π.χ. ρήξη ανευρύσματος αορτής, ρήξη σπληνός), ο άρρωστος οδηγείται ταχύτατα στο χειρουργείο και η προσπάθεια ανάνηψης γίνεται ταυτόχρονα με την εισαγωγή στην αναισθησία για την εγχείρηση (Μπονάτσος και συν., 2006).

4.2.1 Φαρμακευτική αγωγή

Ιστορικά οι γιατροί ήταν απρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν αναλγητικά για τη θεραπεία του πόνου λόγω του φόβου ότι επισκιάζουν τα φυσικά ευρήματα, τα οποία ήταν συχνά κρίσιμα για την σωστή διάγνωση και θεραπεία (Jones and Kamakrishnan, 2004).

Αυτή η στρατηγική έχει αμφισβητηθεί από ορισμένες μελέτες που έχουν δείξει ότι η χρήση των αναλγητικών στην αρχική αξιολόγηση της οξείας κοιλίας οδηγεί σε σημαντική μείωση του πόνου, χωρίς να επηρεάζουν την ακριβή διάγνωση (Manterola et al., 2011). Σε μέτριες δοσολογίες τα αναλγητικά ούτε αποκρύπτουν τα φυσικά ευρήματα ούτε καλύπτουν την περαιτέρω εξέλιξη τους (Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Τα οπιοειδή είναι το κλειδί στη διαχείριση του έντονου πόνου και η κατανάλωση μορφίνης είναι ένα προσεγγιστικό μέτρο του βαθμού ελέγχου του πόνου (Αμπραχίμ και συν., 2014; Namukwaya et al., 2011).

Σχεδόν όλα τα οπιοειδή (ειδικά η μορφίνη) μπορεί να χορηγούνται ενδοφλεβίως (Coman and Kelly, 1999; Jones and Kamakrishnan, 2004). Επιτυχώς μπορεί να χορηγηθούν και σε μορφή υπόθετου, αλλά δεν είναι ιδανικό για την ανακούφιση του οξύ πόνου, λόγω της βραδείας απορρόφησης του (Jones and Kamakrishnan, 2004). Η επιμονή του πόνου παρά τη χορήγηση αναλγητικών αποτελεί ένδειξη άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης (Μπάλας, 2004; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με κωλικό του νεφρού ή του ουρητήρα (Cordell et al., 1994; Cordell et al., 1996).

Η χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει να αρχίσει αφού τεθεί η διάγνωση (Μπάλας, 2004). Τα αντιβιοτικά συνιστώνται είτε ως θεραπεία σε σηπτικές περιπτώσεις είτε ως προφύλαξη στη προεγχειρητική περίοδο (Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001). Η προγενέστερη χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να καλύψει την κλινική εικόνα και να οδηγήσει σε διαγνωστικά σφάλματα και επιπλοκές (Μπάλας, 2004).

4.2.2 Άμεση χειρουργική αντιμετώπιση

Η απόφαση για άμεση χειρουργική παρέμβαση λαμβάνεται ευκολότερα όταν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις όπως διάχυτη μυϊκή αντίσταση ή μυϊκή σύσπαση, αναπηδώσα

ευαισθησία, αυξανόμενη και έντονη εντοπισμένη ευαισθησία, προοδευτικά αυξανόμενη κοιλιακή διάσταση, ευαίσθητη μάζα στην κοιλιά ή στο ορθό με υψηλό πυρετό ή υπόσταση, αιμορραγία, ή όταν τα αντικειμενικά ευρήματα είναι διαφορούμενα και συνοδεύονται από σηπτική εικόνα (Παπαλάμπρος, 2012).

Βέβαια ο ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να διερευνηθεί όταν υπάρχει υπόνοια ισχαιμίας εντέρου αφού η αναμονή θα ήταν καταστροφική. Ομοίως ένδειξη για χειρουργική παρέμβαση αποτελεί η ακτινολογική διαπίστωση πνευμοπεριτοναίου, η εκσεσημανσμένη ή προοδευτικά αυξανόμενη εντερική διάσταση, η απόφραξη μεσεντερίου αρτηρίας στην αξονική τομογραφία που συνοδεύεται από πυρετό και η ακτινολογική διαφυγή σκιαγραφικού μέσα από τον πεπτικό σωλήνα (Παπαλάμπρος, 2012).

Άλλες ενδείξεις για άμεση χειρουργική παρέμβαση είναι η ενδοσκοπική διαπίστωση διάτρησης ή ανεξέλεγκτης αιμορραγίας του πεπτικού καθώς και η διαπίστωση ελεύθερου αίματος, χολής, πύου, εντερικού περιεχομένου ή σύρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα (Παπαλάμπρος, 2012).

4.3 Οξεία κοιλία σε ειδικές κατηγορίες

Το διαρκώς αυξανόμενο πλήθος των ανοσοκατασταλμένων ασθενών και τα ειδικά προβλήματα που εμφανίζονται κατά την διάρκεια οξέων κοιλιακών παθήσεων, καθιστά απαραίτητη την υπογράμμιση ορισμένων βασικών αρχών της διάγνωσης και της αντιμετώπισης των ασθενών σε αυτές τις περιπτώσεις (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς περιλαμβάνονται καρκινοπαθείς που βρίσκονται σε χημειοθεραπεία, μεταμοσχευθέντες με ανοσοκατασταλτική κάλυψη, ασθενείς με αυτοάνοσες παθήσεις που λαμβάνουν κορτιζόνη και ασθενείς με σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001). Σε όλους αυτούς τους ασθενείς, τα σημεία και τα συμπτώματα της οξείας κοιλίας είναι ήπια και τα εργαστηριακά ευρήματα πτωχά, με αποτέλεσμα να μην βοηθούν στη διάγνωση, γεγονός που μπορεί να επιτρέψει να διαφύγει η σοβαρότητα της κατάστασης από την προσοχή του ιατρού (Κωστάκης, 2005).

Νοσήματα που εμφανίζονται στους ασθενείς αυτούς και υποδύονται την εικόνα της οξείας κοιλίας είναι η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV), οι μυκητιασικές εστιακές λοιμώξεις του ήπατος και του σπλήνα, η αντίδραση του μοσχεύματος προς τον λήπτη, η ουδετεροπενική εντεροκολίτιδα κ.α.

Σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες ασθενών, ο ιατρός θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στην παρακολούθηση και στην τελική επιλογή του σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης (Κωστάκης, 2005). Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς θα πρέπει να εκτιμώνται και να αντιμετωπίζονται από την μεταμοσχευτική χειρουργική ομάδα, η οποία είναι εξοικειωμένη με τη συμπεριφορά των ανοσοκατασταλασμένων ασθενών στις διάφορες επιπλοκές, γιατί είναι καθοριστική η έγκαιρη αντιμετώπιση για την έκβαση της οξείας χειρουργικής κοιλίας (Παπανικολάου και συν., 1999).

Η εμφάνιση οξείας κοιλίας σε ασθενή που προσφάτως έχει υποβληθεί σε εγχείρηση στην κοιλιά για μια πάθηση είναι ένα μεγάλο διαγνωστικό πρόβλημα για το χειρουργό και μια σοβαρή κατάσταση για το νοσηλευόμενο ασθενή (Κωστάκης, 2005). Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η περίοδος των πρώτων 72 ωρών μετά την επέμβαση (Σέχας, 1996). Λόγω της προηγηθείσας χειρουργικής επεμβάσεως υπάρχει «φυσιολογικός» μετεγχειρητικός πόνος, ευαισθησία και αντίσταση στην κοιλία του ασθενούς, γεγονός που δυσκολεύει τη σωστή κλινική εξέταση και διάγνωση. Εξάλλου η χορηγηθείσα αναισθησία μεταβάλλει κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες τόσο την αντίδραση στον πόνο όσο και τις φυσιολογικές απαντήσεις στην υποογκαιμία και στην υποξία (Κωστάκης, 2005).

Ούτε στα εργαστηριακά ευρήματα μπορεί κανείς να βασιστεί, αφού ο αιματοκρίτης και τα λευκά αιμοσφαίρια επηρεάζονται από αυτή καθαυτή την εγχείρηση. Ο ακτινολογικός έλεγχος μετεγχειρητικά δεν είναι της επιθυμητής ποιότητας επειδή οι περισσότερες ακτινογραφίες γίνονται επί κλίνης και μόνο σε ύπτια θέση. Η ύπαρξη σωλήνων παροχέτευσης, επιδεσμικού υλικού και μετεγχειρητικού πνευμοπεριτοναίου καθιστούν ακόμα δυσκολότερη την ακτινολογική εκτίμηση (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Οι σπουδαιότερες επιπλοκές μετά από κοιλιακή επέμβαση που δημιουργούν οξεία χειρουργική κοιλιά είναι η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, η διάσπαση της αναστομώσεως, η εντερική ισχαιμία, ο μετεγχειρητικός ειλεός, η οξεία γαγγραινώδης μη λιθισιακή

χολοκυστίτιδα και η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα (Σμπαρούνης, 1991; Σπανός και Δαλαϊνάς, 2001).

Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή δικαιολογείται κατά την αξιολόγηση των εξής ομάδων πληθυσμού, όπως είναι οι γυναίκες και τα άτομα μεγάλης ηλικίας με πόνο στη κοιλιά (Cartwright and Knudson, 2008).

Το κοιλιακό άλγος στις γυναίκες μπορεί να σχετίζεται με την ανατομία των οργάνων της πυέλου (Cartwright and Knudson, 2008). Η υποκείμενη αιτιολογία μπορεί να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαφορεικών διαγνώσεων (Abdelhadi M., 2001). Οι κύστες στις ωοθήκες, τα ινομώματα στις σάλπιγγες, τα σαλπιγγωθηκικά αποστήματα και η ενδομητρίωση είναι τα πιο συχνά αίτια του κάτω κοιλιακού πόνου στις γυναίκες (Cartwright and Knudson, 2008).

Ιδιαίτερη προσοχή στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και στην εγκυμοσύνη, συμπεριλαμβάνοντας την έκτοπή κύηση και την αποβολή που είναι κρίσιμη στην διαμόρφωση μιας κατάλληλα διαφορικής διάγνωσης (Cartwright and Knudson, 2008).

Το ενδεχόμενο της εγκυμοσύνης τροποποιεί σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση (Cartwright and Knudson, 2008). Η απεικόνιση στην κύηση διέπεται από περιορισμούς στην χρήση εξετάσεων που βασίζονται στην ιονίζουσα ακτινοβολία, καθώς και από περιορισμούς στην χρήση ενδοφλεβίων σκιαγραφικών μέσων (<http://www.tzaneio.gr/epistimoniko/p10-3-1.pdf>).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αναζητήσουν καθυστερημένα ιατρική περίθαλψη (Corey and Dwayne, 2006; Rothrock et al., 1992; Ragsdale and Southerland, 2011) και ως εκ τούτου η νόσος να προχωρήσει σε μεταγενέστερο στάδιο ή σε σοβαρότερη πάθηση (McNamara et al., 1992; Cooper et al., 1994; Kizer and Vassar, 1998; Ragsdale and Southerland, 2011).

Τα αίτια που προκαλούν οξύ κοιλιακό άλγος στους ηλικιωμένους δεν διαφέρουν σημαντικά από αυτά των νεότερων ασθενών. Ωστόσο, ορισμένες παθολογικές διεργασίες της νόσου εμφανίζονται συχνότερα στους ηλικιωμένους (Corey and Dwayne, 2006).

Αυτή η ομάδα ασθενών έχει πολύπλοκο ιατρικό ιστορικό και μπορεί να παραπλανήσει τους γιατρούς και τους νοσηλευτές (Gray et al., 2004). Η παρουσία του πόνου μπορεί να ποικίλει λόγω των φυσιολογικών αλλαγών, τα συνοδά νοσήματα και τη μεγάλη χρήση φαρμάκων.

Δυσκολίες συναντώνται κατά την λήψη ιστορικού γεγονός που σχετίζεται με συνυπάρχουσες καταστάσεις νοσηρότητας (αφασία, άνοια). Στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται αλλαγή στην αντίληψη του πόνου (Tazkarji, 2008). Η κοιλιακή ευαισθησία είναι δύσκολο να εντοπιστεί λόγω της μειωμένης αντίληψης στον πόνο και της χαλαρότητας του κοιλιακού τοιχώματος που επιφέρουν οι αλλαγές από το ΚΝΣ (Cooper et al., 1994; Hendrickson et al., 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

5.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της οξείας κοιλίας στην Ελλάδα

- Το κοιλιακό άλγος είναι η πιο συχνή αιτία για την οποία οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια και προσφεύγουν στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών (Τουτούνη και συν., 2013).
- Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΠ επαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου σε διάστημα ενός έτους (Ιανουάριο 2010 έως και Ιανουάριο 2011) βρέθηκε ότι 933 ασθενείς ηλικίας >14 ετών επισκέφθηκαν τα επείγοντα με βασικό σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος (Τουτούνη και συν., 2013).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα το 44,2% (n=413) του πληθυσμού που επισκέφθηκαν τα επείγοντα ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 42,3 έτη +/- 21,6 έτη. Ένας αριθμός των 570 (61%) ασθενών έλαβε εξιτήριο, ενώ 239 (39%) εισήχθησαν στο νοσοκομείο. Οι εισαχθέντες περιλάμβαναν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών, ηλικιωμένων ατόμων, σημαντικά υψηλότερη συχνότητα περιστατικών με εμπύρετο, ταχυκαρδία, σημεία περιτοναϊσμού και λευκοκυττάρωση ($p<0,05$) (Τουτούνη και συν., 2013).

Όσον αφορά στην έκβαση, σε σύγκριση με τις γυναίκες, οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο, ($p <0,05$), χωρίς όμως να υπάρχουν διαφορές ως προς την μέση διάρκεια νοσηλείας και την ανάγκη για άμεση χειρουργική επέμβαση (Τουτούνη και συν., 2013).

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι σχετικά με τη διαχείριση των ασθενών, οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποβάλλονταν σε υψηλότερο ποσοστό σε υπερηχογραφικό έλεγχο και αξονική τομογραφία κοιλίας από τους νεότερους, εμφανίζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά ($p <0,05$). Επίσης, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο και μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας ($p<0,05$), χωρίς όμως να υπάρχουν

διαφορές ως προς την ανάγκη για άμεση χειρουργική επέμβαση (Τουτούνη και συν., 2013).

- Άτομα στις δύο ακραίες ηλικίες (πολύ ηλικιωμένοι ή παιδιά) αποτελούν το 10% των οξέων κοιλιακών παθήσεων. Άτομα άνω των 65 έχουν διπλάσια πιθανότητα να παρουσιάσουν οξεία κοιλιακή πάθηση από άτομα κάτω των 65. Οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα κοιλιακό άλγος απ' ότι οι άνδρες, όταν όμως οι άνδρες παρουσιάζουν άλγος έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κρύβουν χειρουργική πάθηση (Σέχας, 1996).
- Από τους ασθενείς που παρουσιάζουν οξύ κοιλιακό πόνο, όσοι είναι άνω των 65 ετών απαιτούν συχνότερα επέμβαση (33%) από ότι οι νεότεροι (15%) (Σπανός και Δαλαϊνός, 2001).

5.2 Επιδημιολογικά στοιχεία της οξείας κοιλίας σε χώρες του εξωτερικού

- Έχει υπολογιστεί πώς τουλάχιστον 50% των εισαγωγών σε κλινικές γενικής χειρουργικής είναι επείγοντα περιστατικά, εκ των οποίων 50% εμφανίζονται ως οξεία κοιλία (Garden et al., 2003). Επιπλέον, ασθενείς με οξεία κοιλία έχουν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Μελέτες έχουν αναδείξει 4% θνητότητα σε ασθενείς που νοσηλεύονται για 30 ημέρες και έχουν εισαχθεί με οξεία κοιλία, ποσοστό που αυξάνει σε 8% αν χειρουργηθούν (Garden et al., 2003).
- Περίπου το ένα τέταρτο των ασθενών που παρουσιάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κοιλιακό άλγος είναι ηλικίας άνω των 50 ετών (Corey and Dwayne, 2006; de Dombal, 1994).
- Η πλειοψηφία των ασθενών που παρουσιάζουν οξύ κοιλιακό άλγος, έχουν σκωληκοειδίτιδα (έως 40%), με το υπόλοιπο ποσοστό να πάσχει από μια ποικιλία διαταραχών, όπως κωλικό νεφρού, γυναικολογικής φύσεως προβλήματα, εντερική απόφραξη, λοίμωξη από το ουροποιητικό, νόσος της χοληδόχου κύστεως και έλκος πεπτικού (στο καθένα αντιστοιχεί ποσοστό μεταξύ 0,5% και 5%). Υπάρχει, ωστόσο, μια άλλη σημαντική ομάδα ασθενών με άτυπο κοιλιακό άλγος (35%-40%) το οποίο διαγιγνώσκεται ως λειτουργικό, μη - οργανικό άλγος. Η διαχείριση αυτής της ομάδας

ασθενών είναι δύσκολη, δεδομένου ότι η διάγνωση τίθεται γενικά μέσω αποκλεισμού άλλων παθήσεων. Τέλος, υπάρχει μια μικρή ομάδα ασθενών (έως 8%) που αναφέρουν κάποιο ιατρικό αίτιο για τον πόνο τους ή στους οποίους η διάγνωση δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί (Farthing, 2006).

- Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών με κοιλιακό πόνο είναι υψηλές. Οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να έχουν πολύπλοκο ιατρικό ιστορικό και να παρουσιάζουν παραπλανητικά σημεία (Gray et al., 2004). Η αξιολόγηση και η διαχείριση συχνά απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο και χειρουργική αντιμετώπιση (Bugliosi et al., 1990; Marco et al., 1998; Corey and Dwayne, 2006). Σε αναδρομικές μελέτες, σε περισσότερο από το ήμισυ των ηλικιωμένων ασθενών που εμφανίζονται στο τμήμα επειγόντων απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο και σε 20% - 30% απαιτείται άμεση χειρουργική παρέμβαση (Bugliosi et al., 1990; Marco et al., 1998; Kizer and Vassan, 1998; Brewer et al., 1976; Corey and Dwayne, 2006). Η χειρουργική παρέμβαση υπολογίζεται δυο φορές συχνότερη στους ηλικιωμένους ασθενείς σε σύγκριση με το νεότερο πληθυσμό (Brewer et al., 1976; Corey and Dwayne, 2006). Συνολικά τα ποσοστά θνησιμότητας από τις αναδρομικές μελέτες ποικίλουν 2% - 3% (Ab - Hanna and Gleckman, 1997; Marco et al., 1998; Kizer and Vassan, 1998; Corey and Dwayne, 2006). Το ποσοστό θνησιμότητας για άμεση χειρουργική αντιμετώπιση είναι 15% - 34%, με πρωταρχική αιτία μια υποκείμενη ή συνυπάρχουσα νόσο (Kauvar, 1993; Kizer and Vassan, 1998; Hedrickson and Naparst, 2003; Van Geloven et al., 2000; Arenal and Bengoechea, 2003; Corey and Dwayne, 2006).
- Σε μια αναδρομική μελέτη με 380 ηλικιωμένους ασθενείς με οξεία κοιλία, η παρουσία ελεύθερου αέρα στην ακτινογραφία κοιλίας, η λευκοκυττάρωση με υψηλό αριθμό ουδετερόφιλων και η ηλικία άνω των 84 ετών συνδέθηκαν με αυξημένο κίνδυνο θανάτου (Marco et al., 1998; Corey and Dwayne, 2006). Στην ίδια μελέτη, οι μεταβλητές που συνδέονται με την ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης είναι η υπόταση, οι μη φυσιολογική ήχοι του εντέρου, τα ακτινολογικά ευρήματα και η λευκοκυττάρωση (Marco et al., 1998; Corey and Dwayne, 2006).
- Σύμφωνα με τους Laal και Mardanloo (2009) και τον Chhetri (2005) η οξεία κοιλία είναι συχνή στις ηλικίες 20-29. Οι αιτίες της οξείας κοιλίας είναι πολλές και διαφέρουν ανάλογα τον πληθυσμό και σε αυτό παίζουν ρόλο διάφοροι παράγοντες. Οι παράγοντες

που παίζουν ρόλο για τα διάφορα αίτια, είναι η διατροφή και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς (Kotiso, 2006; Laal, Mardanloo, 2009).

- Σύμφωνα με τους Karnath και Mileski (2002), η γαστρεντερίτιδα είναι η πιο συχνή αιτία που δεν απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση (Sanson and O' Keefe, 1996) και ακολουθεί η σκωληκοειδίτιδα, η θεραπεία της οποίας χρήζει άμεσα χειρουργική επέμβαση (Brewer et al., 1976). Στους ασθενείς ηλικίας 60 ετών και πάνω η νόσος των χοληφόρων και η εντερική απόφραξη είναι οι πιο συχνές αιτίες οξείας κοιλίας για χειρουργείο. Στους ασθενείς κάτω των 60 χρόνων η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η πιο κοινή αιτία οξείας κοιλίας, σε ένα ποσοστό 25% των περιπτώσεων που επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Karnath and Mileski ,2002; Irvin, 1989).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαχείρισης του οξέος κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης για το έτος 2012 .

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Εκτός από την παρουσίαση της περιγραφικής ανάλυσης του δείγματος που καταγράφηκε, τα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάστηκαν, στο πλαίσιο εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης ήταν:

- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά (εντόπιση, αντανάκλαση, συμπτώματα, χαρακτήρας και διάρκεια) του κοιλιακού άλγους;
- Ποια είναι η σχέση του φύλου με τα κλινικά ευρήματα, την ηλικία, τη διάρκεια πόνου, την εντόπιση πόνου και τα εργαστηριακά ευρήματα;
- Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην έκβαση;
- Ποια είναι η σχέση της έκβασης με την ηλικία, τη διάρκεια πόνου και τα εργαστηριακά ευρήματα;

1.3 Πληθυσμός έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου από τον Ιούλιο του 2013 έως τον Νοέμβριο του 2014.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1017 ασθενείς > 14 ετών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης με βασικό σύμπτωμα το οξύ κοιλιακό άλγος σε διάστημα ενός έτους. Οι ασθενείς που προσέρχονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης είναι

άτομα που ανήκουν σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις και αφορούν το γενικό πληθυσμό του Νομού Λακωνίας.

1.4 Διαδικασία

Η έρευνα αναφέρεται στο έτος 2012 (1^η Ιανουαρίου 2012 έως 31^η Δεκεμβρίου 2012). Πραγματοποιήθηκε με συλλογή στοιχείων, τα οποία αντλήθηκαν από τα αρχεία του νοσοκομείου και τα βιβλία καταγραφής συμβάντων του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης.

Για τη συλλογή των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο έντυπο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (ηλικία, φύλο, τόπο διαμονής, εθνικότητα, ασφάλεια), την εντόπιση του πόνου, την αντανάκλαση, τα συμπτώματα, τη διάρκεια του πόνου και τα κλινικά ευρήματα που προέκυψαν από την αντικειμενική εξέταση των ασθενών. Έγινε καταγραφή των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων και σημειώθηκε αν πραγματοποιήθηκε ακτινογραφία και υπερηχογράφημα κοιλίας. Επίσης, για όλους τους ασθενείς καταγράφηκε η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, η έκβαση και η τελική διάγνωση.

1.5 Κριτήρια αποκλεισμού

Από την μελέτη αποκλείστηκαν όλοι οι ασθενείς για τους οποίους βρέθηκαν ελλιπή στοιχεία (n=338).

1.6 Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα:

- Κατόπιν υποβολής αίτησης για την εκπόνηση της ερευνητικής μελέτης, ελήφθη σχετική έγκριση από τα θεσμοθετημένα όργανα του νοσοκομείου (επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο) καθώς επίσης και από την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου για την διεξαγωγή της έρευνας.
- Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους ασθενείς και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.

- Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των ασθενών και η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων .
- Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από την υποφαινόμενη.

1.7 Στατιστική επεξεργασία

- Για τις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν η απόλυτη και η σχετική συχνότητα και για τις ποσοτικές μεταβλητές η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση .
- Για τη σχέση μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 ανεξαρτησίας.
- Για τη σχέση μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα.
- Στην περίπτωση που το μέγεθος των δειγμάτων ήταν μικρό (μικρότερο του 30) εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος των Mann-Whitney.
- Για την περιγραφική ανάλυση των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και διαγράμματα (ραβδόγραμμα και κυκλικό διάγραμμα με εκατοστιαία ανάλυση).
- Τέλος, για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 22 ενώ το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο $\alpha=5\%$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

2.1 Περιγραφική ανάλυση περιπτώσεων οξείας κοιλίας

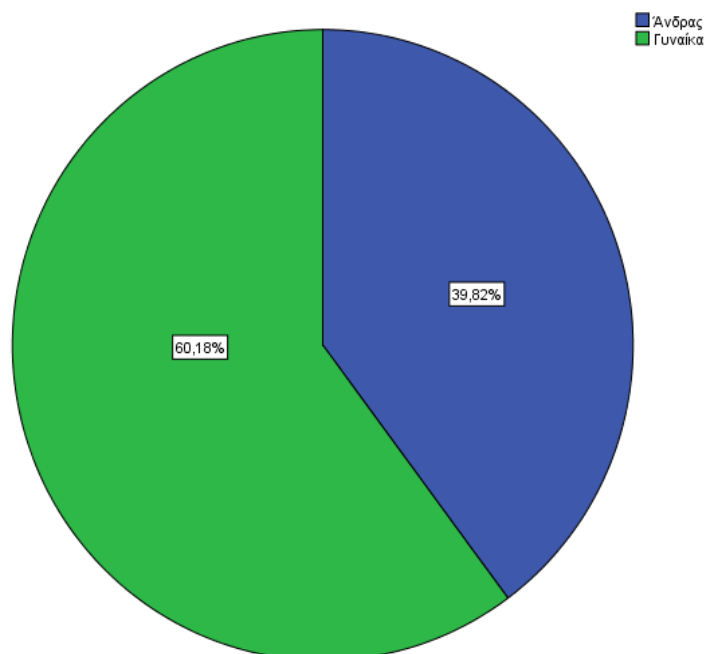
Στο Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης προσήλθαν 1355 άτομα. Από τη μελέτη όμως αποκλείστηκαν όλα τα άτομα για τα οποία βρέθηκαν ελλιπή δεδομένα (n=338). Συνεπώς στη μελέτη συμμετείχαν 1017 άτομα εκ των οποίων το 60,2% ήταν γυναίκες και το 39,8% ήταν άνδρες (Πίνακας 1). Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν τα 47,95 (\pm 22,838) έτη. Το μικρότερο άτομο ήταν 14 ετών ενώ το μεγαλύτερο ήταν 100 ετών. Το 82,5% των ατόμων ήταν ελληνικής καταγωγής ενώ το 17,5 ήταν άλλης εθνικότητας. Η πλειοψηφία (88,8%) των ατόμων ήταν ασφαλισμένο σε Ταμείο του ΕΟΠΥΥ, το 10,9% ήταν ανασφάλιστο ενώ μόλις το 0,4% είχε ιδιωτική ασφάλιση. Το 71,7% των ατόμων διέμενε στον Δήμο Σπάρτης, το 14,7% στον Δήμο Ευρώτα, το 6,7% στον Δήμο Ανατολικής Μάνης, το 2,1% στο Δήμο Μονεμβάσσιας ενώ το 4,8% διέμενε εκτός Λακωνίας.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	405	39,8
	Γυναίκα	612	60,2
Ηλικία		47,95 (22,838)*	
Εθνικότητα	Ημεδαπός	839	82,5
	Αλλοδαπός	178	17,5
Ασφάλιση	Ταμείο ΕΟΠΥΥ	759	88,8
	Ιδιωτική	3	0,4
	Χωρίς ασφάλιση	93	10,9
Τόπος διαμονής	Δήμος Σπάρτης	645	71,7

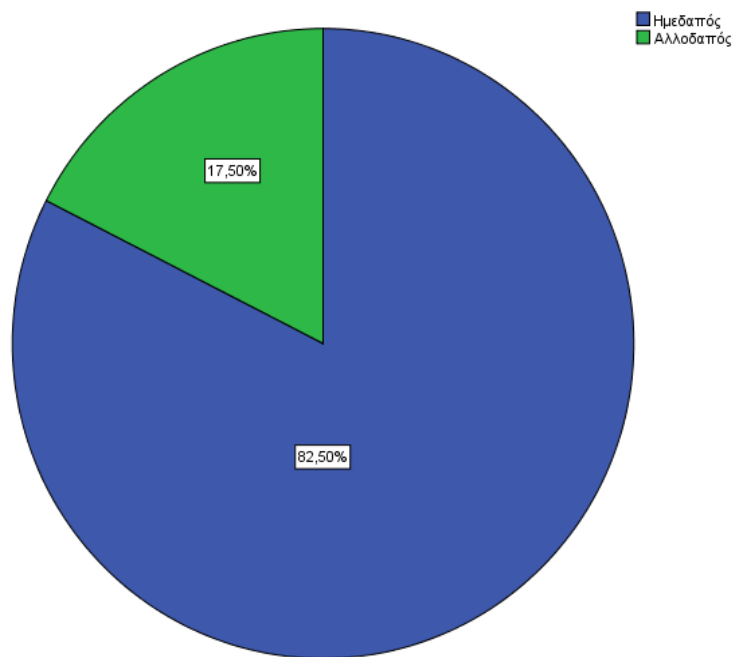
	Δήμος Ανατολικής Μάνης	60	6,7
	Δήμος Ευρώτα	132	14,7
	Δήμος Μονεμβάσιας	19	2,1
	Εκτός Λακωνίας	43	4,8
* Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

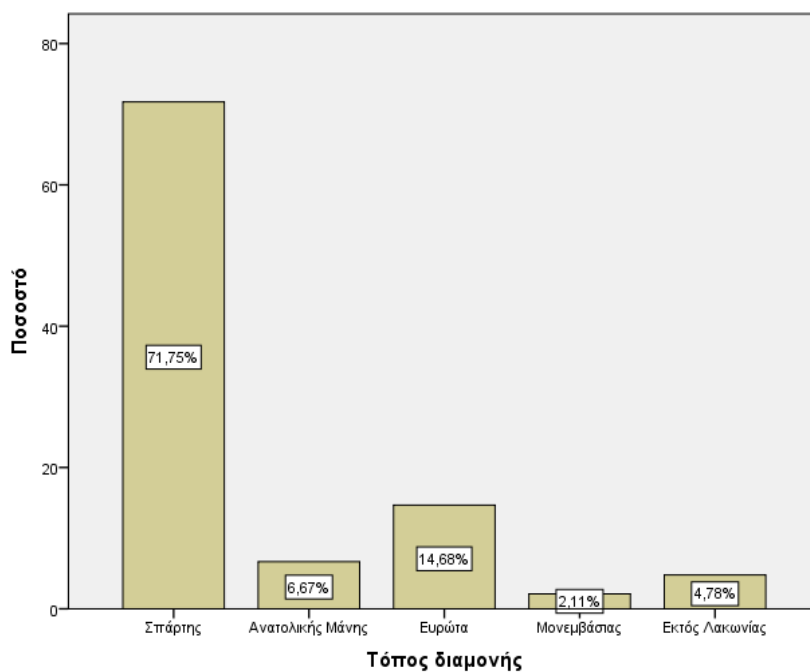
Διαγραμματικά, υπό μορφή κυκλικού γραφήματος, η κατανομή του φύλου των ασθενών δίνεται στο Σχήμα 1 ενώ η κατανομή της εθνικότητας δίνεται στο Σχήμα 2. Η κατανομή του τόπου διαμονής των ασθενών, υπό μορφή ραβδογράμματος δίνεται στο Σχήμα 3.



Σχήμα 1: Κατανομή φύλου ασθενών



Σχήμα 2: Κατανομή εθνικότητας ασθενών



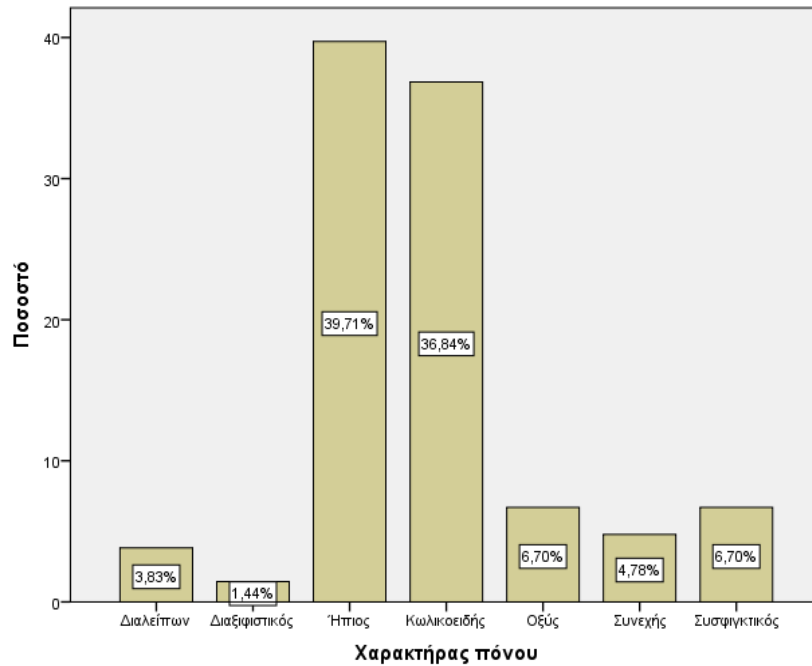
Σχήμα 3: Κατανομή τόπου διαμονής ασθενών

Από τον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι στο 29,7% των ατόμων ο πόνος εντοπίστηκε διάχυτα, στο 26,1% ο πόνος εντοπίστηκε στο επιγάστριο, στο 15,6% στο υπογάστριο, στο 8,6% στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (ΔΛΒ), στο 5,9% στο δεξιό (ΔΕ) υποχόνδριο, στην δεξιά (ΔΕ) πλάγια κοιλιακή χώρα εντοπίστηκε το 3,6%, στον αριστερό λαγόνιο βόθρο (ΑΛΒ) το 2,9%, το 2,7% εντοπίστηκε στην αριστερή (ΑΡ) πλάγια κοιλιακή χώρα και στο αριστερό (ΑΡ) υποχόνδριο αντίστοιχα ενώ το 2,3% του πόνου εντοπίστηκε περιομφαλικά. Το 32,4% των ατόμων παρουσίασε κάποιο σύμπτωμα από το γαστρεντερολογικό σύστημα, το 15,3% παρουσίασε διαταραχές εντέρου ενώ το υπόλοιπο 7,9% παρουσίασε κάποιο σύμπτωμα από το ουροποιητικό σύστημα. Στο 93,3% ο πόνος αντανάκλούσε σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος ενώ το υπόλοιπο 6,7% δεν ανέφερε καμία αντανάκλαση. Όσον αφορά τον χαρακτήρα του πόνου το 39,7% χαρακτήρισε τον πόνο ως ήπιο, στο 36,8% ο πόνος ήταν κωλικοειδής, στο 6,7% ήταν οξύς, παρόμοιο ήταν αποτέλεσμα και για τον συσφιγκτικό πόνο, συνεχής ήταν ο πόνος στο 4,8%, διαλείπων στο 3,8% και το υπόλοιπο 1,4% χαρακτήρισε τον πόνο διαξιφιστικό. Διαγραμματικά, υπό μορφή ραβδογράμματος, η κατανομή του χαρακτήρα του πόνου των ασθενών δίνεται στο Σχήμα 4. Η μέση διάρκεια του πόνου ήταν 32,00 (32,242%) ώρες.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Εντόπιση πόνου	ΑΛΒ	30	2,9
	ΔΛΒ	87	8,6
	ΑΡ πλάγια κοιλιακή χώρα	27	2,7
	ΔΕ πλάγια κοιλιακή χώρα	37	3,6
	ΑΡ υποχόνδριο	27	2,7
	ΔΕ υποχόνδριο	60	5,9
	Υπογάστριο	159	15,6
	Επιγάστριο	265	26,1

	Περιομφαλικά	23	2,3
	Διάχυτο	302	29,7
Αντανάκλαση	Όχι	10	6,7
	Ναι	140	93,3
Συνοδά συμπτώματα από το γαστρεντερολογικό σύστημα (ναυτία, έμετος, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ανορεξία κ.ά.)		329	32,4
Διαταραχές εντέρου (Διαρροϊκές κενώσεις, δυσκοιλιότητα)		156	15,3
Συνοδά συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα (δυσουρία, αιματουρία, συχνοουρία, επίσχεση ούρων κ.ά.)		80	7,9
Χαρακτήρας Πόνου	Διαλείπων	8	3,8
	Διαξιφιστικός	3	1,4
	Ήπιος	83	39,7
	Κωλικοειδής	77	36,8
	Οξύς	14	6,7
	Συνεχής	10	4,8
	Συσφιγκτικός	14	6,7
Διάρκεια πόνου		32,00 (32,242)*	
* Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά πόνου



Σχήμα 4: Κατανομή χαρακτήρα πόνου ασθενών

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των εργαστηριακών ευρημάτων των ασθενών. Αξίζει να σημειώσουμε ότι τα λεμφοκύτταρα μετρήθηκαν μόνο σε 12 ασθενείς, η χολερυθρίνη σε 14 άτομα, ενώ η γαλακτική δεϋδρογονάση (LDH) σε 17 ασθενείς.

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Λευκά αιμοσφαίρια	435	8794,02	3130,791
Πολυμορφοπύρηνα	76	492,63	318,208
Λεμφοκύτταρα	12	230,42	133,277
Αιματοκρίτης	103	38,802	8,2918
Σάκχαρο	40	146,42	51,950
Ουρία	24	40,13	17,578
Κρεατινίνη	21	1,114	0,3568
Χολερυθρίνη	14	54,14	74,685
SGOT	37	61,32	46,198

SGPT	32	52,09	33,185
LDH	17	234,35	81,129
CRP	378	26,42	69,722
Αμυλάση	20	80,85	42,113

Πίνακας 3: Εργαστηριακά ευρήματα

Από τον Πίνακα 4 παρατηρούμε ότι από τα 494 άτομα για τα οποία καταγράφηκε ο πυρετός, τα 44 (8,9%) είχαν εμπύρετο ενώ τα υπόλοιπα (91,1%) δεν εμφάνισαν πυρετική κίνηση. Από τα 260 άτομα στα οποία καταγράφηκε η ταχυκαρδία (>100 σφύξεις), το 6,9% εμφάνισε ταχυκαρδία ενώ το υπόλοιπο 93,1% δεν εμφάνισε. Από τα 120 άτομα που καταγράφηκε ο περιτοναϊσμός, το 27,5% εμφάνισε σημεία περιτοναϊσμού ενώ το υπόλοιπο 72,5% δεν εμφάνισε. Από τα 431 άτομα που καταγράφηκε η λευκοκυττάρωση, στο 31,3% προέκυψε λευκοκυττάρωση ενώ στο υπόλοιπο 68,7% δεν υπήρξε κάποιο εύρημα.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Εμπύρετο	Όχι	450	91,1
	Ναι	44	8,9
Ταχυκαρδία (>100 σφύξεις)	Όχι	242	93,1
	Ναι	18	6,9
Περιτοναϊσμός	Όχι	87	72,5
	Ναι	33	27,5
Λευκοκυττάρωση	Όχι	296	68,7
	Ναι	135	31,3

Πίνακας 4: Κλινικά ευρήματα

Από τον Πίνακα 5 παρατηρούμε ότι στα 117 άτομα που καταγράφηκαν στοιχεία για υπερηχογράφημα κοιλίας (US), στα 116 άτομα πραγματοποιήθηκε US και μόλις σε 1 άτομο δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος. Σε ακτινογραφία κοιλίας παραπέμφθηκαν 172 άτομα. Από τα

116 άτομα που έκαναν US, το 32,8% ήταν άνδρες και τα 67,2% ήταν γυναίκες. Η διαφορά στα ποσοστά προέκυψε στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Από τα 172 άτομα που έκαναν ακτινογραφία, το 44,2% ήταν άνδρες και τα 55,8% ήταν γυναίκες. Η διαφορά στα ποσοστά προέκυψε στατιστικά σημαντική ($p = 0,041$).

		Συχνότητα	Ποσοστό
US	Όχι	1	0,9
	Ναι	116	99,1
Ακτινογραφία	Όχι	1	0,6
	Ναι	172	99,4

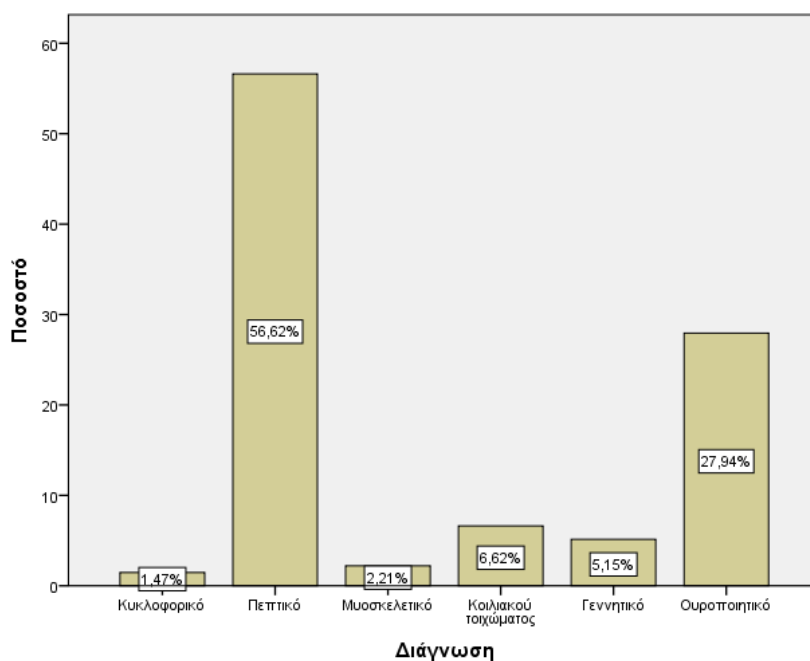
Πίνακας 5: Απεικονιστικός έλεγχος

Από τον Πίνακα 6 παρατηρούμε ότι το 55,6% των ασθενών είχε διάγνωση στο πεπτικό σύστημα, το 27,9% στο ουροποιητικό, το 6,6% είχε διάγνωση από το κοιλιακό τοίχωμα, το 5,1% είχε διάγνωση στο γεννητικό σύστημα, το 2,2% στο μυοσκελετικό και το υπόλοιπο 1,5% στο κυκλοφορικό. Από τα 2 άτομα με διάγνωση στο κυκλοφορικό, το ένα είχε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και το άλλο ραγέν ανεύρυσμα. Από τα 77 άτομα με διάγνωση στο πεπτικό, 20 διαγνώστηκαν με χολολιθίαση, 19 με οξεία χολοκυστίτιδα, 7 με ειλεό, 7 με οξεία παγκρεατίτιδα και 7 με γαστρίτιδα. Άλλες διαγνώσεις που αφορούσαν το πεπτικό σύστημα ήταν η ιογενής γαστρεντερίτιδα, ο κωλικός εντέρου, ο ατελής ειλεός, η εκκολπωματίτιδα, η εντερορραγία κλπ. Από τα 3 άτομα που διαγνώστηκαν με πόνο στο μυοσκελετικό, 2 είχαν θλάση ορθού κοιλιακού και το ένα θλάση πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος. Από τα 9 άτομα που διαγνώστηκαν με πόνο κοιλιακού τοιχώματος, 4 είχαν κοιλιοκήλη, 3 βουβωνοκήλη και 2 είχαν ομφαλοκήλη. Από τα 7 άτομα με διάγνωση στο γεννητικό σύστημα, 6 διαγνώστηκαν με κύηση και 1 με μόρφωμα ωοθήκης. Τέλος, από τα 38 άτομα με διάγνωση στο ουροποιητικό σύστημα, 15 διαγνώστηκαν με ουρολοίμωξη, 7 με κυστίτιδα, 7 με κωλικό ουρητήρα, 6 με κωλικό νεφρού, 2 με νεφρολιθίαση και ένα με οξεία πυελονεφρίτιδα.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Κυκλοφορικό	2	1,5
Πεπτικό	77	56,6
Μυοσκελετικό	3	2,2
Κοιλιακού τοιχώματος	9	6,6
Γεννητικό	7	5,1
Ουροποιητικό	38	27,9

Πίνακας 6: Διάγνωση

Διαγραμματικά, υπό μορφή ραβδογράμματος, η κατανομή της διάγνωσης των ασθενών δίνεται στο Σχήμα 5.



Σχήμα 5: Κατανομή διάγνωσης ασθενών

Στην πλειοψηφία των ασθενών (65,5%) χορηγήθηκε μόνο ένα είδος σκευάσματος (Πίνακας 7). Στο 23,6% χορηγήθηκαν 2 είδη σκευάσματος, στο 8,6% χορηγήθηκαν 3 είδη ενώ στο υπόλοιπο 2,3% τα σκευάσματα που χορηγήθηκαν ήταν 4.

	Συχνότητα	Ποσοστό
1	114	65,5
2	41	23,6
3	15	8,6
4	4	2,3

Πίνακας 7: Σκεύασμα

Σε 147 άτομα χορηγήθηκαν φάρμακα γαστροπροστασίας ενώ σε 32 άτομα χορηγήθηκαν σπασμολυτικά. Σε 64 άτομα χορηγήθηκαν αναλγητικά (Πίνακας 8). Συγκεκριμένα, στο 57,8% των ατόμων χορηγήθηκε μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο (ΜΣΑΦ), στο 25,0% αντιπυρετικό, στο 15,6% συνδυασμός αναλγητικών ενώ μόλις στο 1,6% χορηγήθηκε οπιοειδές αναλγητικό. Από τα 147 άτομα που πήραν φάρμακα γαστροπροστασίας, το 41,5% ήταν άνδρες και το 58,5% ήταν γυναίκες. Η διαφορά στα ποσοστά προέκυψε στατιστικά σημαντική ($p = 0,005$). Από τα 32 άτομα που πήραν σπασμολυτικά φάρμακα, το 43,8% ήταν άνδρες και το 56,3% ήταν γυναίκες. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά ($p = 0,453$). Από τα 64 άτομα που πήραν αναλγητικά φάρμακα, το 40,6% ήταν άνδρες και το 59,4% ήταν γυναίκες. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά ($p = 0,052$).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Αντιπυρετικό	16	25,0
ΜΣΑΦ	37	57,8
Οπιοειδές	1	1,6
Συνδυασμός	10	15,6

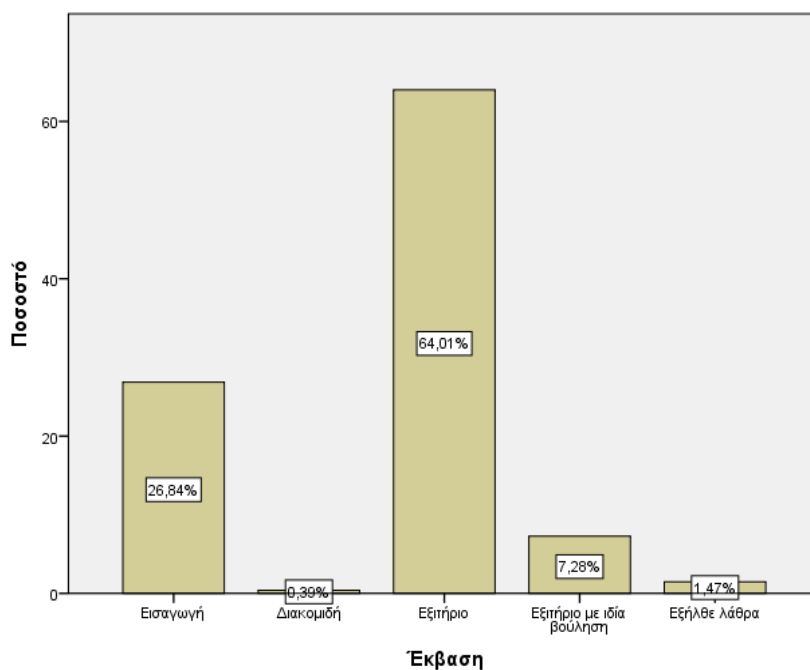
Πίνακας 8: Αναλγητικά φάρμακα

Από τον Πίνακα 9 παρατηρούμε ότι το 64,0% των ατόμων πήρε εξιτήριο, το 26,8% έκανε εισαγωγή σε κάποια κλινική του νοσοκομείου, το 7,3% πήρε εξιτήριο με ίδια βούληση, το

1,5% εξήλθε λάθρα ενώ το 0,4% διεκομίσθη σε μεγαλύτερο νοσοκομείο. Διαγραμματικά, υπό μορφή ραβδογράμματος, η κατανομή της έκβασης των ασθενών δίνεται στο Σχήμα 7.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Εισαγωγή	273	26,8
Διακομιδή	4	0,4
Εξιτήριο	651	64,0
Εξιτήριο με ίδια βούληση	74	7,3
Εξήλθε λάθρα	15	1,5

Πίνακας 9: Έκβαση



Σχήμα 7: Κατανομή έκβασης ασθενών

2.2 Ανάλυση της οξείας κοιλίας ως προς το φύλο

Από τον Πίνακα 10 παρατηρούμε ότι οι άνδρες διαφοροποιούνται από τις γυναίκες ως προς την εθνικότητα ($p = 0,003$) ενώ δεν διαφοροποιούνται ως προς τον τόπο διαμονής ($p = 0,459$). Οι άνδρες ήταν κατά βάση ημεδαποί ενώ οι γυναίκες ήταν κυρίως αλλοδαπές.

		Φύλο		p-value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Εθνικότητα	Ημεδαπός	352	487	0,003
	Αλλοδαπός	53	125	
Τόπος διαμονής	Δήμος Σπάρτης	256	389	0,459
	Δήμος Ανατολικής Μάνης	25	35	
	Δήμος Ευρώτα	57	75	
	Δήμος Μονεμβάσιας	4	15	
	Εκτός Λακωνίας	16	27	

Πίνακας 10: Σχέση φύλου και δημογραφικών χαρακτηριστικών

Από τον Πίνακα 11 παρατηρούμε ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στα κλινικά ευρήματα.

		Φύλο		p-value	Odds ratio (95% ΔΕ)
		Άνδρας	Γυναίκα		
Εμπύρετο	Όχι	180	270	0,907	0,963 (0,513; 1,808)
	Ναι	18	26		

Ταχυκαρδία (>100 σφύξεις)	Όχι	105	137	0,405	1,533 (0,557; 4,219)
	Ναι	6	12		
Περιτοναϊσμός	Όχι	34	53	0,785	1,123 (0,490; 2,574)
	Ναι	12	21		
Λευκοκυττάρωση	Όχι	99	197	0,187	0,754 (0,495; 1,148)
	Ναι	54	81		

Πίνακας 11: Σχέση φύλου και κλινικών ευρημάτων

ΔΕ : διάστημα εμπιστοσύνης

Από τον Πίνακα 12 παρατηρούμε ότι οι άνδρες διέφεραν από τις γυναίκες ως προς την ηλικία ($p < 0,001$), τα λεμφοκύτταρα ($p = 0,027$), τον αιματοκρίτη ($p < 0,001$) και την LDH ($p = 0,024$). Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία, είχαν μεγαλύτερο αριθμό λεμφοκυττάρων, είχαν υψηλότερη τιμή αιματοκρίτη και χαμηλότερη LDH.

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value	
Ηλικία (έτη)	Άνδρας	399	51,68	21,867	<0,001
	Γυναίκα	598	45,46	23,149	
Διάρκεια πόνου (ώρες)	Άνδρας	205	29,76	32,500	0,202
	Γυναίκα	320	33,44	32,043	
Λευκά αιμοσφαίρια	Άνδρας	155	9002,58	3335,678	0,302
	Γυναίκα	280	8678,57	3011,335	
Πολυμορφοπύρηνα	Άνδρας	26	564,04	317,493	0,169*
	Γυναίκα	50	455,50	315,345	
Λεμφοκύτταρα	Άνδρας	8	288,13	108,850	0,027*
	Γυναίκα	4	115,00	104,125	
Αιματοκρίτης	Άνδρας	29	42,010	8,300	<0,001*
	Γυναίκα	74	37,545	7,996	
Σάκχαρο	Άνδρας	16	165,06	60,593	0,143*
	Γυναίκα	24	134,00	42,178	

Ουρία	Άνδρας	9	44,89	16,450	0,257*
	Γυναίκα	15	37,27	18,156	
Κρεατινίνη	Άνδρας	10	1,240	0,430	0,164*
	Γυναίκα	11	1,000	0,240	
Χολερυθρίνη	Άνδρας	4	85,50	83,269	0,283*
	Γυναίκα	10	41,60	71,651	
SGOT	Άνδρας	12	54,42	37,592	0,833*
	Γυναίκα	25	64,64	50,183	
SGPT	Άνδρας	10	52,80	29,578	0,823*
	Γυναίκα	22	51,77	35,361	
LDH	Άνδρας	8	194,88	71,983	0,024*
	Γυναίκα	9	269,44	75,407	
CRP	Άνδρας	139	24,84	56,854	0,737
	Γυναίκα	239	27,34	76,314	
Αμυλάση	Άνδρας	5	117,20	59,036	0,106*
	Γυναίκα	15	68,73	27,963	

* Mann-Whitney test

Πίνακας 12: Σχέση φύλου με την ηλικία, τη διάρκεια πόνου και τα εργαστηριακά ευρήματα

Από τον Πίνακα 13 παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της εντόπισης του πόνου ($p < 0,001$). Οι γυναίκες κυρίως εμφάνισαν πόνο στο ΔΛΒ, στο ΔΕ υποχόνδριο, στο υπογάστριο, ενώ παρουσίασαν και διάχυτους πόνους.

		Φύλο		p-value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Εντόπιση πόνου	ΑΛΒ	18	12	<0,001
	ΔΛΒ	32	55	

	ΑΡ πλάγια κοιλιακή χώρα	14	13
	ΔΕ πλάγια κοιλιακή χώρα	17	20
	ΑΡ υποχόνδριο	15	12
	ΔΕ υποχόνδριο	23	37
	Υπογάστριο	41	118
	Επιγάστριο	123	142
	Περιομφαλικά	12	11
	Διάχυτο	110	192

Πίνακας13: Σχέση φύλου και εντόπισης πόνου

2.3 Ανάλυση της έκβασης της οξείας κοιλίας

Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε με την εύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι από εδώ και κάτω, όταν μιλάμε για έκβαση θα αναφερόμαστε σε νοσηλεία στο νοσοκομείο και σε όχι νοσηλεία (είτε κανονική είτε με ίδια βούληση).

Από τον Πίνακα 14 παρατηρούμε ότι η έκβαση επηρεάζεται από το φύλο ($p = 0,033$) και τον τόπο διαμονής ($p < 0,001$). Οι άντρες νοσηλεύτηκαν ενώ οι γυναίκες δεν νοσηλεύτηκαν. Οι άνδρες είχαν σχεδόν 1,5 φορά μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσηλευτούν σε σχέση με τις γυναίκες. Οι ασθενείς που διέμεναν στους δήμους Ανατολικής Μάνης, Ευρώτα και Μονεμβάσιας νοσηλεύτηκαν ενώ όσοι διέμεναν στο δήμο Σπάρτης ή εκτός Λακωνίας δεν νοσηλεύτηκαν.

	Έκβαση		p-value	Odds ratio (95% ΔΕ)
	Νοσηλεία	Όχι νοσηλεία		

Φύλο	Άνδρας	123	273	0,033	1,358 (1,024; 1,800)
	Γυναίκα	150	452		
Εθνικότητα	Ημεδαπός	233	593	0,185	1,297 (0,882; 1,905)
	Αλλοδαπός	40	132		
Τόπος διαμονής	Δήμος Σπάρτης	152	485	<0,001	ΔΥ
	Δήμος Ανατολικής Μάνης	33	25		
	Δήμος Ευρώτα	42	86		
	Δήμος Μονεμβάσιας	8	8		
	Εκτός Λακωνίας	8	34		

ΔΥ = Δεν υπολογίζεται

Πίνακας 14: Σχέση έκβασης και δημογραφικών χαρακτηριστικών

Από τον Πίνακα 15, που παρουσιάζει τη σχέση της έκβασης και των κλινικών ευρημάτων, παρατηρούμε ότι η έκβαση επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από το εμπύρετο ($p < 0,001$;), τον περιτοναϊσμό ($p < 0,001$) και τη λευκοκυττάρωση ($p = 0,002$). Νοσηλεύτηκαν κατά κύριο λόγο όσοι είχαν πυρετό, περιτοναϊσμό και λευκοκυττάρωση.

Οι ασθενείς που είχαν πυρετό είχαν σχεδόν πενταπλάσια σχετική πιθανότητα (odds) να νοσηλευτούν από αυτούς που δεν είχαν πυρετό. Όσοι είχαν στοιχεία περιτοναϊσμού είχαν δεκαπλάσια σχετική πιθανότητα να νοσηλευτούν από αυτούς που δεν είχαν στοιχεία περιτοναϊσμού. Όσοι είχαν λευκοκυττάρωση είχαν σχεδόν 1,5 φορά μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο από αυτούς που δεν είχαν λευκοκυττάρωση.

		Έκβαση		p-value	Odds ratio (95% ΔΕ)
		Νοσηλεία	Όχι νοσηλεία		
Εμπύρετο	Όχι	102	343	<0,001	0,206 (0,109; 0,391)
	Ναι	26	18		

Ταχυκαρδία (>100 σφύξεις)	Όχι	66	172	0,997	0,998 (0,342; 2,908)
	Ναι	5	13		
Περιτοναϊσμός	Όχι	14	70	<0,001	0,100 (0,040; 0,252)
	Ναι	22	11		
Λευκοκυττάρωση	Όχι	25	271	0,002	0,395 (0,217; 0,718)
	Ναι	25	107		

Πίνακας 15: Σχέση έκβασης και κλινικών ευρημάτων

Από τον Πίνακα 16 παρατηρούμε ότι η έκβαση επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την ηλικία ($p < 0,001$), τα λευκά αιμοσφαίρια ($p = 0,011$), το σάκχαρο ($p = 0,025$) και την SGOT ($p = 0,050$). Όσοι νοσηλεύτηκαν ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, είχαν περισσότερα λευκά αιμοσφαίρια, είχαν υψηλότερη τιμή σακχάρου και υψηλότερες τιμές SGOT.

	Έκβαση	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	p-value
Ηλικία (έτη)	Νοσηλεία	272	56,96	23,522	<0,001
	Όχι Νοσηλεία	706	44,43	21,524	
Διάρκεια πόνου (ώρες)	Νοσηλεία	139	31,33	33,144	0,705
	Όχι νοσηλεία	381	32,55	32,038	
Λευκά αιμοσφαίρια	Νοσηλεία	47	10257,45	4156,647	0,011
	Όχι νοσηλεία	386	8604,66	2943,111	
Πολυμορφοπύρρηνα	Νοσηλεία	9	360,44	342,674	0,363*
	Όχι νοσηλεία	65	516,08	313,384	
Αιματοκρίτης	Νοσηλεία	8	41,138	6,465	0,441*
	Όχι νοσηλεία	95	38,605	8,425	

Σάκχαρο	Νοσηλεία	6	185,00	48,017	0,025*
	Όχι νοσηλεία	34	139,62	50,218	
Κρεατινίνη	Νοσηλεία	4	1,400	0,605	0,276*
	Όχι νοσηλεία	17	1,047	0,255	
Χολερυθρίνη	Νοσηλεία	4	32,25	31,879	0,775*
	Όχι νοσηλεία	10	62,90	86,139	
SGOT	Νοσηλεία	7	101,14	64,695	0,050*
	Όχι νοσηλεία	30	52,03	36,213	
SGPT	Νοσηλεία	6	67,67	28,147	0,147*
	Όχι νοσηλεία	26	48,50	33,697	
CRP	Νοσηλεία	39	30,72	89,147	0,593
	Όχι νοσηλεία	336	25,30	66,397	

* Mann-Whitney test

Πίνακας 16: Σχέση έκβασης με την ηλικία, τη διάρκεια πόνου και τα εργαστηριακά ευρήματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια διερεύνησης της διαχείρισης του οξέος κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης κατά τη χρονική περίοδο 1^η Ιανουαρίου 2012 έως και 31^η Δεκεμβρίου 2012. Πρόκειται για αναδρομική μελέτη για την ολοκλήρωση της οποίας χρησιμοποιήθηκε το μητρώο του νοσοκομείου που εξυπηρετεί τους πολίτες όλων των περιοχών του νομού, ως αντιπροσωπευτική πηγή των περιστατικών και των χαρακτηριστικών τους. Η καταγραφή των συμβάντων στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας - Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης γίνεται χειρόγραφα από τον εκάστοτε εφημερεύοντα ιατρό, συνήθως ειδικευόμενο.

Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν όλα τα άτομα που προσήλθαν στο ΤΕΠ αιτιώμενα κοιλιακό άλγος με ελάχιστο όριο ηλικίας τα 14 έτη, ενώ αποκλείστηκαν εκείνα τα άτομα για τα οποία δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία στο βιβλίο καταγραφής. Από την επεξεργασία των δημογραφικών στοιχείων προέκυψε ότι η πλειοψηφία του δείγματος διέμενε στο Δήμο Σπάρτης, ήταν ελληνικής καταγωγής και είχε δημόσια ασφαλιστική κάλυψη ενώ ως προς το φύλο ήταν γυναίκες. Ωστόσο, έχει ενδιαφέρον να επισημανθεί το γεγονός ότι από τις γυναίκες που προσήλθαν στο ΤΕΠ, η πλειοψηφία αυτών ήταν αλλοδαπές, καθώς επίσης ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό της τάξης του 10,9% των εξετασθέντων ατόμων ήταν ανασφάλιστο.

Ως προς το ποσοστό των ανασφάλιστων ατόμων δύο μπορεί να ήταν οι πιθανοί λόγοι χωρίς όμως να μπορούν να στοιχειοθετηθούν από την παρούσα καταγραφή: α) η απώλεια του εισοδήματος σε συνδυασμό με την ανεργία που πλήττει τα τελευταία χρόνια τη χώρα μας και (β) η εθνικότητα των ασθενών (αλλοδαποί).

Ως προς τον τόπο διαμονής όπως προαναφέρθηκε η πλειοψηφία διέμενε στον δήμο Σπάρτης. Ωστόσο δεν υπήρξαν σαφή στοιχεία που να δείχνουν αν αυτό οφείλεται σε τυχαίο γεγονός, στη σοβαρότητα της κατάστασης ή λόγω της εύκολης πρόσβασης στις δομές υγείας .

Στο σύνολο του δείγματος ως προς τα χαρακτηριστικά του πόνου (π.χ. συνοδά συμπτώματα, αντανάκλαση , χαρακτήρας πόνου κλπ) δεν υπήρξαν διαφορές σε σχέση με την ηλικία και το φύλο. Δεν ισχύει όμως το ίδιο ως προς την εντόπιση του πόνου που παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Χαρακτηριστικά, οι γυναίκες

κυρίως εμφάνισαν πόνο στο ΔΛΒ, στο ΔΕ υποχόνδριο, στο υπογάστριο ενώ παρουσίασαν και διάχυτους πόνους.

Εντύπωση δε προκαλεί το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών οι οποίοι εξετάστηκαν για συγκεκριμένα κλινικά ευρήματα (εμπύρετο, ταχυκαρδία, περιτοναϊσμό, λευκοκυττάρωση) δεν είχαν παθολογικά αποτελέσματα.

Από τα άτομα που υποβλήθηκαν σε απεικονιστικό έλεγχο προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες παραπέμπονταν περισσότερο σε απεικονιστικό έλεγχο από τον θεράποντα ιατρό. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το κοιλιακό άλγος στο γυναικείο φύλο περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα παθολογικών καταστάσεων κατά την διαφορική διάγνωση.

Στην παρούσα μελέτη οι κυριότερες διαγνώσεις αφορούσαν το πεπτικό (55,6%) και το ουροποιητικό (27,%) σύστημα. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούνται και στην μελέτη των Τουτούνη και συν., (2013), καθώς και σε μελέτες (Campell et al., 2002; Liu et al., 2006; Morino et al., 2006; Ahmed, 2009) της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιήθηκε στο ΤΕΠ περιλαμβάνει φάρμακα γαστροπροστασίας, ΜΣΑΦ, παρακεταμόλη και σε ελάχιστο βαθμό οπιούχα. Το γεγονός αυτό έρχεται σε συμφωνία με διάφορες μελέτες των τελευταίων χρόνων που απενοχοποιούν τη χορήγηση φαρμάκων σε περιπτώσεις κοιλιακού άλγους. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πήραν φαρμακευτική αγωγή (κυρίως κάποιο σκεύασμα γαστροπροστασίας) ήταν γυναίκες.

Όσον αφορά την έκβαση φαίνεται ότι οι παράγοντες που επηρέασαν την νοσηλεία στο νοσοκομείο ήταν η ηλικία, το φύλο, τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα και ο τόπος διαμονής. Η έκβαση για τη πλειοψηφία των ανδρών ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας ήταν νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η λευκοκυττάρωση, ο περιτοναϊσμός, η ύπαρξη εμπύρετου και οι υψηλές τιμές σακχάρου και SGOT αποτέλεσαν καθοριστικά κριτήρια για νοσηλεία στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών (Τουτούνη και συν., 2013; Campell et al., 2002; Liu et al., 2006; Morino et al., 2006; Ahmed, 2009) σε Ελλάδα και εξωτερικό. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι δεν υπήρξαν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο ηλικιωμένων ασθενών

οφείλεται στην παρούσα παθολογία ή σχετίζεται με το γεγονός ότι στις ηλικίες αυτές συχνά συνυπάρχει συγκεκριμένη οργανική νόσος.

Παρατηρήθηκε ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο σχετίζεται με τον τόπο διαμονής σε στατιστικά σημαντικό ποσοστό ($p < 0,001$). Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που διέμεναν σε απομακρυσμένους δήμους νοσηλεύτηκαν, ενώ οι ασθενείς που διέμεναν στο δήμο Σπάρτης ή εκτός νομού δεν νοσηλεύτηκαν. Εν τούτοις δεν προέκυψαν σαφή δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι η νοσηλεία σχετίζεται με τη σοβαρότητα της κατάστασης ή οφείλεται σε δευτερογενείς παράγοντες ανεξάρτητους με την ενδοκοιλιακή παθολογία όπως είναι η υποστελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο νομό και η δυσχερής πρόσβαση στο νοσοκομείο.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δεν νοσηλεύτηκε ήταν γυναίκες. Εδώ παρατηρούμε μία αντίφαση. Το μεγαλύτερο ποσοστό που προσήλθε ήταν γυναίκες, το μεγαλύτερο ποσοστό που πήρε αναλγητικά ήταν γυναίκες, το μεγαλύτερο ποσοστό που δεν νοσηλεύτηκε ήταν γυναίκες, ενώ οι ασθενείς που συχνότερα νοσηλεύτηκαν ήταν άνδρες. Μία πιθανή ερμηνεία που μπορεί να δώσει κάποιος είναι ότι η συμπεριφορά αυτή δεν σχετίζεται με την υποκείμενη παθολογία (σοβαρότητα) αλλά ίσως να σχετίζεται με χαρακτηριστικά που αποδίδονται στην γυναικεία ιδιοσυγκρασία. Για παράδειγμα οι γυναίκες θεωρείται ότι είναι περισσότερο ευάλωτες στον πόνο και αναζητούν ευκολότερα ιατρική βοήθεια. Κάτι τέτοιο είναι απλά πιθανότητα και δεν αποδεικνύεται από την παρούσα μελέτη.

Συμπεράσματα

Όπως φάνηκε από την παρούσα μελέτη η πλειοψηφία των περιστατικών δεν αφορούσε περιπτώσεις οξείας κοιλίας με την έννοια της άμεσης απειλής της ζωής του ασθενούς ή της ανάγκης χειρουργικής αντιμετώπισης.

Επίσης, ακόμα και από τα περιστατικά που έκαναν εισαγωγή σε κάποια κλινική του νοσοκομείου δεν αποδεικνύεται από την έρευνα ότι αφορούσαν περιπτώσεις οξείας κοιλίας με την έννοια που αναφέρθηκε παραπάνω.

Περιορισμοί μελέτης

- Κατά την εκπόνηση αυτής της έρευνας παρουσιάστηκε τεράστιο πρόβλημα κατά την καταγραφή των δεδομένων καθώς διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις στην συμπλήρωση των στοιχείων των περιστατικών και ποικιλομορφία στον τρόπο εγγραφής. Η καταγραφή γίνεται χειρόγραφα και υπόκειται στην αντικειμενική κρίση κάθε εφημερεύοντα ιατρού, με αποτέλεσμα σε ορισμένα περιστατικά κάποια στοιχεία να μην καταγράφηκαν καθόλου ή ορθώς και επιπλέον να υπάρχουν δυσανάγνωστα γράμματα.
- Επίσης, η έλλειψη ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής μας στερεί την δυνατότητα παρακολούθησης της πορείας του ασθενούς μετά την έξοδο του από το ΤΕΠ είτε πρόκειται για την εισαγωγή του σε κάποια κλινική ή την έξοδο του από το νοσοκομείο. Για παράδειγμα, δεν γνωρίζουμε τις ημέρες νοσηλείας, την εξέλιξη του ή εάν επανήλθε σε δεύτερο χρόνο στο νοσοκομείο.
- Η δυσλειτουργία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) έχει σαν αποτέλεσμα την αθρόα προσέλευση ενός μεγάλου ποσοστού ασθενών στο ΤΕΠ ακόμα και για μη επείγοντα περιστατικά, ως ύστατη λύση.
- Η έλλειψη στο ΤΕΠ ιατρού, ο οποίος έχει ως αρμοδιότητα τη διαλογή των περιστατικών έχει ως αποτέλεσμα όλα τα περιστατικά να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο, γεγονός που δυσχεραίνει την ομαλή διαχείριση των πραγματικά οξέων περιστατικών.
- Γιατροί και νοσηλευτές αρκούνται στην εκτίμηση της χρονικής και ανατομικής περιγραφής του πόνου από τον ασθενή, γεγονός που περιορίζει τη χρήση κάθε είδους κλίμακας εκτίμησης του πόνου, με αποτέλεσμα να επηρεάζει την αξιολόγηση και την ανακούφιση του ασθενούς με ανεπαρκή επανεκτίμηση κατά την έξοδο από το ΤΕΠ.

Προτάσεις

- Ο ηλεκτρονικός φάκελος θα βοηθούσε καθοριστικά στην εκπόνηση τέτοιων μελετών με αποτέλεσμα τη διεξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων σχετικά με τη διαχείριση του κοιλιακού άλγους και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό.
- Στην πορεία της εκπόνησης της έρευνας δεν βρέθηκε πλήθος αντίστοιχων ερευνών στον Ελλαδικό χώρο. Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η πραγματοποίηση μελετών σχετικά με τη διαχείριση κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών τόσο σε νοσοκομεία

της Περιφέρειας όσο και σε νοσοκομεία σε μεγάλα αστικά κέντρα, όπου αναμένεται ότι η καλύτερη στελέχωση και επάρκεια σε εξοπλισμό και οργάνωση των ΤΕΠ θα μπορούσε να διευκολύνει την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών. Τα αποτελέσματα τέτοιων μελετών θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών για την άμεση, ασφαλή και βέλτιστη διαχείριση του οξέος κοιλιακού άλγους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

- Η συνεχιζόμενη δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα συντελέσει στην αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών.

Βιβλιογραφία

1. Αμπραχίμ Σ., Λεπέτσος Π., Κουρκούτα Λ., (2014), Αιτίες αποθεραπείας οξέος πόνου, *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(1):43-9.
2. Βαρσαμίδης Κ., (2001), *Φυσιολογία του Ανθρώπου*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 75-82.
3. Βλάχος Λ., (2000), Σύγχρονη Διαγνωστική Απεικόνιση, Τόμος Τρίτος, Ιατρικές Εκδόσεις Βασιλειάδης, Αθήνα, 361-390.
4. Γιαβασόπουλος Ε., (2007), Ολιστική θεώρηση του πόνου - Νοσηλευτική προσέγγιση, Το βήμα του ασκληπιού, Τόμος 6^{ος}, Τεύχος 4^ο, 1-10.
5. Γιανασμίδης Α., (2012), Επεμβατική αντιμετώπιση χρόνιου καλοήθους πόνου, *Η ιατρική σήμερα*, Ι.Θ (6):34-40.
6. Γούδας Λ., Φίλος Κ., (1995), Θεραπεία του πόνου, Από το εργαστήριο στην κλινική πράξη, Θεωρητικές εξελίξεις τα τελευταία 150 χρόνια, *Ιατρική* 68, 376-386.
7. Δονίου Δ., Χαριζάνη Μ., (2008), Περιεγχειριτική εμπειρία πόνου σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο.
8. Ιατρού Χ., (2003), Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο, *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*, 1, 48-57.
9. Κατσακιώρη Α., Κουτάκου Σ., (2009), Νοσοκομειακά Χρονικά, Τόμος 71, Συμπλήρωμα, 272-279.
10. Κατσιμίγκας Γ., Σπηλιοπούλου Χ., Νάστου Χ., Γκίκα Μ., (2009), Νοσηλευτική και Θεολογική προσέγγιση του πόνου, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, 159-176.
11. Κωστάκης Α., (2005), Σύγχρονη Χειρουργική Διαγνωστική και θεραπευτική, Τόμος ΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 839 - 850.
12. Λιάκου Αικ., Λουκάκη Αικ., Σώπαση Χ., (2009), Γνώσεις και στάσεις των τελειόφοιτων φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στον πόνο, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο.
13. Μηναδάκη Μ., Κατσαδώρου Ε., Κατσαδώρου Ε., (2004), Η σημειολογία της κοιλιάς Μετά Στοιχείων Ανατομίας, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
14. Μουντοκαλάκης Θ., (2002), Διαφορική Διάγνωση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 159-191.
15. Μπάλας Π., (2004), Χειρουργική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Τόμος Γ, Αθήνα, 880-903.

16. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β., (2006), Χειρουργική Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 4^η Έκδοση, 428-441.
17. Παπαδημητρίου, Γ., (2001), Σύγχρονη γενική χειρουργική, Τόμος 2^{ος}, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 820-840.
18. Παπαδόπουλος Γ., Φίλος Κ., Ιατρού Χ., Βρετζάκης Γ., (2004), Περιεγχειρητική Ιατρική, Εκδόσεις Γέφυρα, Ιωάννινα.
19. Παπαλάμπρος Ε., (2012), Χειρουργική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 294-304.
20. Παπανικολάου Β., Τακούδας Δ., Ίμβριος Γ., Γάκης Δ., Παπαγιάννης Α., Φούζας Ι., Βροχίδης Δ., Μαντέλας Μ., Αντωνιάδης Α., (1999), Οξεία χειρουργική κοιλιά σε ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση, Μεταμόσχευση Οργάνων και Ιστών, 4, 1-3: 42-45.
21. Ροβίθης Μ., (2002), Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου, Νοσηλευτική, Τόμος 41, Τεύχος 2, 156-162.
22. Σαρακατσιάνου Χ., (2012), Εκτίμηση και υποθεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου. Μύθος ή πραγματικότητα; Το βήμα του Ασκληπιού, 11^{ος} Τόμος, 2^ο Τεύχος, 154-170.
23. Σέχας, Μ., (1996), Χειρουργική, Τόμος 3^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 1219-1231 .
24. Σκαλκέας, Γ., (1991), Η κλινική εξέταση του χειρουργικού ασθενούς, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 449-468.
25. Σμπαρούνης Χ., (1991), Γενική Χειρουργική, Κοιλιά - Αγγεία, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, 983 - 999.
26. Σοφιάδης Ν., Khasabov G., (2000), Φυσιολογία του Ανθρώπου (Βασικά στοιχεία), University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 477 - 480.
27. Σπανός Π., Δαλαϊνάς Β., (2001), Γενική Χειρουργική, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, 327 - 342.
28. Σταυρίδης Ι., (1997), Φυσιολογία του Ανθρώπου, Τόμος ΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα , 773-776.
29. Τουτούνη Χ., Καδδά Ο., Σκιάνης Γ., Καπάδοχος Θ., Αργυρίου Γ., Μαρβάκη Αικ., Βασιλόπουλος Γ., (2013), Διαχείριση οξέος κοιλιακού άλγους σε τμήμα επειγόντων περιστατικών επαρχιακού νοσοκομείου, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 12, Τεύχος 2: 222-238.

30. Φερεντίνου Ελενίτσα, (2005), Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
31. Abdelhadi M., (2001), Acute abdominal pain in women of child- bearing age remains a diagnostic dilemma, 8(2): 45-50.
32. Ab - Hanna P., Gleckman R., (1997), Acute abdominal pain: a medical emergency in older patients, Geriatrics, 52: 72-4.
33. Ahmed A., (2009), Trends in emergency surgical admissions in a tertiary health centre in Nigeria, West Afr J Med, 28(2):106-9.
34. Arenal J., Bengoechea - Beeby M., (2003), Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly, Can J Surg, 46: 111-6.
35. Auburn F., Paraqueron X., Langeron O., Cariat P., Riou B., (2003), What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit, EJA, 20(9): 745-749.
36. Bickley L., (2006), Bates Οδηγός για την κλινική εξέταση & τη λήψη ιστορικού, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 317-366.
37. Bijur P., Silver W., Gallagher J., (2001), Reliability of the visual Analogue scale for the Measurement of the Acute Pain, Acad Emerg Med, 8(12): 1153-1157.
38. Brewer B., Golden G., Hitch D., Rudolf L., Wangenstein S., (1976), Abdominal pain, An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room, Am J Surg, 131: 219-23.
39. Bugliosi T., Meloy T., Vukov L., (1990), Acute abdominal pain in the elderly, Ann Emerg Med, 19: 1383 - 6.
40. Calinescu C., Jackson I., Mauriello M., Chern I., Schwarz R., (2011), A Systematic Approach for the Assessment and Diagnosis of Abdominal Pain in the Premenopausal Female, 8(3): 160-3.
41. Campell W., Lee E., Van de Sijpe K., Gooding J., Cooper M., (2002), A 25 - year study of emergency surgical admissions, Ann R Coll Surg Engl, 84(4):273-7.
42. Cartwright S., Knudson M., (2008), Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults, Am Fam Physician, 77(7):971-978.

43. Coman M., Kelly A., (1999), Safety of a nurse - managed titrated analgesia protocol for the management of severe pain in the emergency department, *Emerg Med*, 11:128-132.
44. Chang C., Wang S., (2007), Acute abdominal pain in the elderly, *International Journal of Gerontology*, 1:77-82.
45. Chase W, Baker D, Russell W, Burns R, (1996), Serum amylase and lipase in the evaluation of acute abdominal pain, *Am Surg*, 62(12):1028-33.
46. Cooper G., Shlaes D., Salata R., (1996), Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and elderly, *Clin Infect Dis*, 19:146-148.
47. Cordell W., Wright S., Wolfson A., Timerding B., Maneatis T., Lewis R., Bynum L., Nelson D., (1996), Comparison of intravenous ketorolac, meperidine and both (balanced analgesia) for renal colic, *Am Emerg Med*, 28:151-158.
48. Cordell W., Larson T., Lingeman J., Nelson D., Woods J., Burns L., Klee L., (1994), Indomethacin suppositories versus intravenously titrated morphine for the treatment of ureteral colic, *Am Emerg Med*, 23:262-269.
49. Corey L., Dwayne C., (2006), Diagnosis of Acute Abdominal Pain in the Older Patients, *Am Fam Physician* 74 (9): 153- 44.
50. de Dombal F., (1994), Acute abdominal pain in the elderly, *J Clin Gastroenterol*, 19 (4): 331 - 5.
51. Doherty and Way, (2007), Current Σύγχρονη Χειρουργική Διάγνωση και Θεραπεία, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 635-652.
52. Engel G., (1959), Psychogenic pain and the pain prone person, *Am J Med*, 26: 899-918.
53. Farthing M., (2006), Pears and pitfalls in the diagnosis of the acute abdomen, *Indian Journal of Gastroenterology*, 25(1):33-5.
54. Ferrera P., Verdile V., Bartfield I., Snyder H., Salluzzo R., (1998), Injuries distracting from intra - abdominal injuries after blunt trauma, *Am J Emerg Med*, 16(2):145-149.
55. Fink R., (2000), Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management, *Proceedings (Bayl Univ Med Cent)*, 13(3):236-9.
56. Flamant Y., (2001), Semiology, etiology and pitfalls in acute abdominal pain, *Rev Prat*, 51:1642-7.
57. Garden J., Brabury A., Forsythe J., (2003), Αρχές Χειρουργικής Θεωρία και Πράξη, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 227-249.

58. Gerhardt R., Nelson B., Keenan S., Kernan L., Mackersie A., Lane S, (2005), Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) Phase 1 study, *AM J Emerg Med*, 23:709-17.
59. Gray J., Wardrope J., Fothergill D., (2004), 7 Abdominal pain, abdominal pain in women, complications of pregnancy and labour, *Emerg Med J Am*, 2: 606 - 613.
60. Guyton, A., (1991), *Human Physiology and Mechanisms of Disease*, W.B Saunders Company, 565-577.
61. Guyton A., Hall J., (2004), *Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου*, Αθήνα, 413-420.
62. Hampson F., Shaw A., (2010), Assessment of the acute abdomen: role of the plain abdominal radiograph. *Reports in Medical Imaging*, 3:93-105.
63. Hardy A., Butler B., Crandall M., (2013), *The evaluation of the Acute Abdomen*, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Springer Science + Business Media, 19-31
64. Henry M., Thompson J., (2003), *Κλινική Χειρουργική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου*, 315- 326.
65. Hendrickson M., Naparst, T., (2003), Abdominal surgical emergencies in the elderly, *Emerg Med Clin N Am*, 21:937-969.
66. Henry M., Thompson J., (2007), *Κλινική Χειρουργική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου*, 375-387.
67. Irvin T., (1989), Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions, 76: 1121-5.
68. Kahle W., Leonhardt H., Platzer W., (1985), *Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*, 204-5.
69. Kamin, R., Nowicki T., Courtney D., Powers R., (2003), Pears and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain, *Emerg Med Clin A Am*, 21:61-72.
70. Kauvar D., (1993), The geriatric acute abdomen, *Clin Geriatr Med*, 9: 547-58.
71. Kilpatrick C., Monga M., (2007), Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy, *Ostet Gynecol Clin N Am*, 34:389-402.
72. Karnath B, Mileski W., (2002), Acute abdominal pain. *Hosp Phys Am*, 45-50.
73. Kizer K., Vassar M., (1998), Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly, *Am J Emerg Med*, 16: 357-62.

74. Kotiso A. Z., (2006), Pattern of Acute Abdomen in Adult Patients in Tikur Anbessa Teaching Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, East and Central African J Surg. Vol. 12 (1):47-52.
75. Laal M., Mardanloo A., (2009), Acute Abdomen; Pre and post - laparotomy diagnosis. International Journal of collaborative research on Internal Medicine & Public Health. Vol.1, No.5, p.p. 157-165.
76. Liu J., Wyatt J., Deeks J., Clamp S., Keen J., Verde P., (2006), Systematic reviews of clinical decision, Health Technology Assessment, 10 (47): 1-183.
77. Marco C., Schoenfeld C., Keyl P., Menkes E., Doehring M., (1998), Abdominal pain in geriatric emergency patients : variables associated with adverse outcomes, Acad Emerg Med, 5: 1163-8.
78. Mazzei M., Guerrini S., Squitieri N., Cagini L., Macarini L., Coppolino F., Giganti M., Volterrani L., (2013), The role of US examination in the management of acute abdomen, Critical Ultrasound Journal, 5(1):1-9.
79. Mc Geown, J., (2000), Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
80. McNamara R., Rousseau E., Sanders A., (1992), Geriatric emergency medicine : a survey of practicing emergency physicians, Ann Emerg Med, 21:796-801.
81. Mindelzun P., Jeffrey R., (1999), The acute abdomen: current CT imaging techniques, 20(2): 63 - 7.
82. Moore K., (1998), Κλινική Ανατομία I, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 153 - 285.
83. Morino M., Pellegrino L., Castanga E., Farinella E., Mao P., (2006), Acute nonspecific abdominal pain: A randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation, Ann Surg, 244 (6): 881-8.
84. Murdani A., Firmansaya M. A.,(2012), Diagnostic Approach and Management of Acute Abdominal Pain, Acta Med Indones J Intern Med, 44:344-350.
85. Nagle A., (2009), 1 Acute abdominal pain, ACS Surgery: Principles and Practice, Gastrointestinal tract and abdomen, 5: 1-17.
86. Namukwaya E., Leng M., Downing J et al., (2011), Cancer pain management in resource - limited settings: a practice review, Pain Res Treat, 2011:393 - 404.
87. Navez B., Navez J., (2014), Laparoscopy in the abdomen, Best Pract Res Clin Gastroenterol, 28(1):3-17.

88. Ragsdale L., Southerland L., (2011), Acute Abdominal Pain in the Older Adult, *Emerg Med Clin N Am*, 29:429-448.
89. Rajagopal M., (2006), Pain - Basic Considerations, *Indian J Anaesth*, 50(5):331- 334.
90. Rothrock S., Greenfield R., Folk J., (1992), Acute abdominal emergencies in the elderly: clues to identifying serious illness. Part 1- Clinical assessment and diagnostic studies, *Emerg Med Reports*, 13:177-184.
91. Sabiston D., Townsend C., (2008), Acute abdomen. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*, 18th Ed, Philadelphia: Saunders, Elsevier, 1180-96.
92. Sanson T., O'Keefe K., (1996), Evaluation of abdominal pain in the elderly, *Emerg Med Clin North Am*, 14:615-27.
93. Skovlurd E, Bretthauer M, Grotmol T, Larsen IK, Hoff G, (2005), Sensitivity of pain rating scales in an endoscopy trial, *Clin J Pain*, 21(4): 292-296.
94. Snell R., (2000), Κλινική Ανατομική, Τόμος Πρώτος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 145 - 298.
95. Stoker J., Randen A., Lameris W., Boermeester M., (2009), Imaging Patients with acute abdominal pain, *253(1):31- 46*.
96. Tazkarji B., (2008), Abdominal Pain Among Older Adults, *Geriatrics and Aging*, 11(7):410-415.
97. Van Geloven A., Biesheuvel T., Luitse J., Hoitsma H., Obertop H., (2000), Hospital admissions of patient aged over 80 with acute abdominal complaints, *Eur J Surg*, 166: 866 - 71.
98. Williamson A., Hoggart B., (2005), Pain: a review or a 3 commonly used pain rate scales, *J Clin Nurs*, 14(7): 798-804.
99. <http://www.iatrikionline.gr/ellia-26/07.pdf>
100. <http://www.myskeletiko.com/farmaka/diaxeirisi-farmaka/farmaka-exelixeis/periponou/peri-ponou-diadrastiko-vivlio/flegmonodis-kai-neyropathitikos-ponos.html>, 2012.
101. <http://www.spesialistpainphysio.com/understand-pain/why-does-it-hurt/types-of-pain/>.
102. <http://www.tzaneio.gr/epistimoniko/p10-3-1.pdf>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΟΡΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΘΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Α/Α	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΠΟΝΟΥ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΟΝΟΥ	ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΥΡΗΝΑ	ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ	ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	ΣΑΚΧΑΡΟ	ΟΥΡΙΑ

ΕΝΤΥΠΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΚΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 04/07/2013

Αρ. Πρ : 001/2/7972

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας
Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ: Κ. Ασπίστη Ελένη, Υπ. Νοσηλεύτρια,
Νοσηλεύτρια ΤΕΠ

ΕΝΤΑΥΘΑ

ΘΕΜΑ : Έγκριση - άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: Π υπ' αριθ. πρωτ./9138/27-06-2013 έγγραφου της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Εξεγκρίθουμε ότι σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό έγγραφο το αίτημά σας, για την εκπόνηση ερευνητικής έρευνας στα πλαίσια των προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με θέμα: « Διοίκηση Νοσοκομείο Υγείας & Διαχείριση Κρίσεων » με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής & ερευνητικής δεοντολογίας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

1. Διευθύντρια Ι.Υ
2. Διευθύντρια Α.Υ
3. Διευθύντρια Ν.Υ
4. Γραφείο Εκπαίδευσης

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 27/06/2013

7972 28/6/13
Αριθμ. Πρωτ. 9158

ΠΡΟΣ: Φίλτρο Φ. Καταστάσεων

28-6-13
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

(με την παράκληση ενημέρωσης των
κ.κ. Παρασκευοπούλου Γεωργίας και
Ασιώτη Ελένης)

Θέμα: Σχετικά με αιτήματα άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: - Το υπ'αριθμ. Φ/Γ/2/5065,4331,5102/29.04.13 έγγραφό σας
- Τις υπ'αριθμ. 94/24.04.2013 και 91/24.04.2013 γνωμοδοτήσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Λακωνίας

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη τις υπ' αριθμ. 94/24.04.2013 και 91/24.04.2013 γνωμοδοτήσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας, επιτρέπουμε τη συλλογή των απαιτούμενων ερευνητικών δεδομένων, στις μεταπτυχιακές φοιτήτριες κ.κ. **Παρασκευοπούλου Γεωργία** και **Ασιώτη Ελένη**, με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Α. ΚΑΤΣΙΒΕΛΑΣ