

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Πτυχιακή Εργασία με θέμα:

**ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**  
(Acute abdomen and nursing interventions)

ΔΑΡΔΟΓΙΑΝΝΟΣ ΠΟΛΥΔΩΡΟΣ (2014/9513)

ΝΙΚΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (2012/9239)

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα Δρ. ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ :**

Κουρκούτα Λαμπρινή – Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής (Εισηγήτρια)

Δημητριάδου Αλεξάνδρα – Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής

Τσαλογλίδου Αρετή – Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2

## **Κεφάλαιο 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ**

1.1. Ανατομία κοιλιακής χώρας .....	4-7
1.2. Φυσιολογία οργάνων κοιλιακής χώρας.....	8-10
1.3 Σύνοψη κεφαλαίου.....	10

## **Κεφάλαιο 2. ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ**

2.1. Ορισμός οξείας κοιλίας.....	11
2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία .....	12
2.3. Ιστορική αναδρομή.....	12-13
2.4. Κλινική εικόνα - ιστορικό.....	13
2.4.1. Λήψη ιστορικού .....	13-19
2.4.2. Κλινική εξέταση.....	19-22
2.5. Διάγνωση οξείας κοιλίας.....	22
2.5.1. Εργαστηριακός έλεγχος.....	22-23
2.5.2. Ακτινολογικός έλεγχος.....	23-25
2.6. Διαφορική διάγνωση.....	25-28
2.7. Σύνοψη κεφαλαίου.....	28-29

## **Κεφάλαιο 3. ΜΟΡΦΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (ΑΙΤΙΑ)**

3.1. Παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία.....	30-31
3.2. Αντιμετώπιση των 5 πιο συχνών καταστάσεων οξείας κοιλίας.....	31-35
3.3. Σύνοψη κεφαλαίου.....	36

## **Κεφάλαιο 4. ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

4.1. Η οξεία κοιλία στη Νεογνική – Βρεφική – Παιδική ηλικία.....	37
4.1.1. Απόφραξη 12δακτύλου.....	37
4.1.2. Ατρησία της νήστιδας.....	38
4.1.3. Ατελής στροφή εντέρου.....	38
4.1.4. Νόσος του <i>Hirschsprung</i> .....	38
4.1.5. Ειλεός εκ Μηκωνίου.....	39
4.1.6. Νεκρωτική εντεροκολίτιδα.....	40-41
4.1.7. Εγκολεασμός.....	41
4.1.8. Οξεία σκωληκοειδίτιδα.....	42
4.1.9. Περισφιγμένη βουβωνοκήλη.....	42
4.1.10. Μεκκέλειος απόφυση.....	42
4.1.11. Συστροφή όρχεως – κύστεως <i>Morgagni</i> .....	43
4.1.12. Το κακοποιημένο παιδί.....	44
4.1.13. Οξεία κοιλία σε παιδιά με <i>Λευχαιμία</i> .....	44
4.2. Η οξεία κοιλία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	44
4.2.1. Αιμοπεριτόναιο.....	45-46
4.2.2. Φλεγμονές.....	46
4.2.3. Απόφραξη κοίλων σπλάχνων.....	46
4.3. Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς.....	47-48
4.4 Μετεγχειρητική κοιλία.....	48-51
4.5. Σύνοψη κεφαλαίου.....	51-52

## **Κεφάλαιο 5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

### **(Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις)**

5.1. Συντηρητική αντιμετώπιση οξείας κοιλίας.....	53-55.
5.2. Χειρουργική αντιμετώπιση οξείας κοιλίας.....	55
5.2.1. Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα.....	55-58
5.2.2. Διεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα.....	59-60
5.2.3. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα.....	60-63
5.3. Αποκατάσταση – Προαγωγή της υγείας.....	63
5.4. Σύνοψη κεφαλαίου.....	64

<b>ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ</b> .....	65
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	66
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	67
<b>ABSTRACT</b> .....	68
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	69-70

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής εργασίας μας είναι η οξεία κοιλία και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτό το κλινικό μυστήριο. Οι λόγοι που μας παρακίνησαν και μας κέντρισαν το ενδιαφέρον να επιλέξουμε αυτήν την βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι η κατανόηση του συνδρόμου της οξείας κοιλίας που περικλείει την έννοια του επείγοντος περιστατικού.

Μέσα από αυτήν την βιβλιογραφική ανασκόπηση προσπαθήσαμε να απαντήσουμε στα παρακάτω ερωτήματα:

Ποια η διαφορά του όρου οξύ κοιλιακό άλγος και οξείας κοιλίας;

Ποιοι επαγγελματίες υγείας έρχονται πιο συχνά αντιμέτωποι με περιστατικά οξείας κοιλίας;

Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην διαφοροδιάγνωση και αντιμετώπισή της;

Γιατί ο χρόνος είναι τόσο σημαντικός στην αντιμετώπισή της και πόσο καθοριστικός είναι ο ρόλος του καλού ιστορικού και της προσεκτικής κλινικής εξέτασης στη διάγνωση της οξείας κοιλίας;

Σε ποιες ομάδες ασθενών και σε ποιες ηλικίες συναντάμε πιο συχνά περιστατικά οξείας κοιλίας;

Πότε αντιμετωπίζεται συντηρητικά και πότε χειρουργικά ένα περιστατικό οξείας κοιλίας;

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα την πρόεδρο του τμήματος Νοσηλευτικής Δρ. Αλεξάνδρα Δημητριάδου, την επιβλέπων καθηγήτριά μας Κα Κουρκούτα Λαμπρινή για την καθοδήγηση της στην συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας, το προσωπικό της βιβλιοθήκης του Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ για την πολύτιμη βοήθειά του, καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου που μοιράστηκε μαζί μας τις εμπειρίες από χειρουργικά περιστατικά κυρίως μετεγχειρητικής οξείας κοιλίας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την έμπρακτη συμπαράστασή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.....

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία κοιλία είναι μία κλινική κατάσταση που απασχολεί κυρίως επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές και ιατρούς, που εργάζονται στο τμήμα των Επειγόντων περιστατικών. Ο επαγγελματίας υγείας που εργάζεται στο Τ.Ε.Π. παρέχει φροντίδα και λαμβάνει αποφάσεις σχετικές με την ενδεικνυόμενη θεραπεία, που βασίζεται στην εκτίμηση εκείνης της στιγμής, στο ιστορικό του ασθενούς, στα φυσικά ευρήματα και σε ποικίλες διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων πολλαπλών απεικονιστικών μεθόδων, εργαστηριακών εξετάσεων και ηλεκτροκαρδιογραφημάτων.

Ένας επειγοντολόγος επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις. *Η πρώτη και πιο απαιτητική πρόκληση* είναι αυτή του περιορισμένου χρόνου. Ο περιορισμός του χρόνου εμφανίζεται εξαιτίας της σοβαρότητας και της οξύτητας της νόσου. *Η δεύτερη πρόκληση* είναι ότι πρέπει ταχέως να αξιολογήσει και να πάρει θεραπευτικές αποφάσεις έχοντας σαν βάση περιορισμένες πληροφορίες. Θα πρέπει να τονιστεί, ότι η κύρια έγνοια του επειγοντολόγου δεν είναι απαραίτητα η διάγνωση, αλλά μία γνωστική διαδικασία με στόχο την εξαίρεση ή την επιβεβαίωση σοβαρών παθολογιών οι οποίες είναι απειλητικές για τη ζωή ή την ακεραιότητα. Το κλασικό μοντέλο της λήψης ιστορικού και της εν συνεχεία κλινικής εξέτασης και διαγνωστικών δοκιμασιών μπορεί συχνά να συμπιεστεί ή να διακοπεί όταν ο χρόνος πιέζει και απειλείται η ζωή του ασθενούς.[1]

Συχνά λέγεται ότι οι ασθενείς των επειγόντων περιστατικών *δε διαβάζονται σε ένα βιβλίο* και αυτό γιατί πολλές φορές η κλινική τους εικόνα δε ταιριάζει απόλυτα σε συγκεκριμένες διαγνώσεις, όπως αυτές αναγράφονται στα ιατρικά – νοσηλευτικά βιβλία ή στις κλασσικές παρουσιάσεις της νόσου. Σε αυτούς τους ασθενείς ανήκουν και αυτοί με συμπτώματα Οξείας Κοιλίας και με αυτούς τους ασθενείς θα ασχοληθεί αυτή η εργασία.

Σκοπός της είναι να διερευνηθεί ενδελεχώς η διαγνωστική αυτή παγίδα που ονομάζεται οξεία κοιλία και για να επιτευχθεί αυτό η εργασία θα αναλυθεί σε 5 κεφάλαια.

- Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία των οργάνων που βρίσκονται στην κοιλιακή χώρα.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή του θέματος καθώς και μερικά επιδημιολογικά στοιχεία. Ακολουθεί η κλινική εικόνα της οξείας κοιλίας ,η διάγνωση και η διαφοροδιάγνωση.

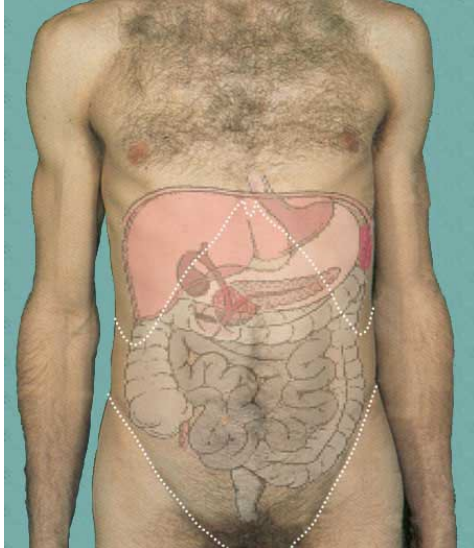
- Στο τρίτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στις μορφές της οξείας κοιλίας και στην αντιμετώπιση των 5 πιο συχνών καταστάσεων οξείας κοιλίας.
- Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται ιδιαίτερες περιπτώσεις οξείας κοιλίας
- Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η νοσηλευτική αντιμετώπιση της οξείας κοιλίας και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

## ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ



*Το περιεχόμενο της κοιλιάς:*

Περιτοναϊκή κοιλότητα

Όργανα γαστρεντερικού συστήματος:

Οισοφάγος, Στομάχι, Έντερο

Ήπαρ & χοληφόρα αγγεία

Πάγκρεας

Επινεφρίδια

Εικόνα 1.1. Το περιεχόμενο της κοιλιάς

### ΤΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ & Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Το περιτόναιο είναι λεπτός, διαφανής, ορώδης υμένας ο οποίος αποτελείται από δύο πέταλα: το τοιχωματικό περιτόναιο που επενδύει το κοιλιακό τοίχωμα και το σπλαχνικό που επενδύει τα σπλάγχνα. Το τοιχωματικό και το σπλαχνικό περιτόναιο διαχωρίζονται μεταξύ τους από λεπτότατο στρώμα περιτοναϊκού υγρού. Κάποια όργανα όπως οι νεφροί προβάλλουν ελάχιστα στο περιτόναιο και λέγονται οπισθοπεριτοναϊκά όργανα ενώ άλλα όπως το στομάχι προβάλλουν περισσότερο και καλύπτονται πλήρως από το σπλαχνικό περιτόναιο όπως είναι το στομάχι και η νήστιδα. Το μεσεντέριο είναι διπλό πέταλο του περιτόναιου που περικλείει ένα όργανο και το συνδέει με το κοιλιακό τοίχωμα. [2]

### ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ο οισοφάγος είναι ένας μυομεμβρανώδης σωλήνας που συνδέει τον φάρυγγα με το στομάχι. Έχει μήκος 25 με 30 εκατοστόμετρα και πλάτος 2,5 και αποτελεί συνέχεια του φάρυγγα. Ο οισοφάγος χωρίζεται σε 4 τμήματα: φαρυγγοοισοφαγικό, αυχενικό, θωρακικό και κοιλιακό τμήμα. Εσωτερικά καλύπτεται από κολλαγόνο & ελαστικό δίκτυο με κύτταρα που εκκρίνουν βλέννα.

Όταν ο οισοφάγος είναι σε χαλάρωση παραμένει κλειστός καθώς ο βλωμός τροφής φθάνει στον φάρυγγα, το κέντρο κατάποσης προκαλεί το άνοιγμα του υποφαρυγγικού σφιγκτήρα και την σύσπαση των μυοσκελετικών μυών που οδηγούν τον βλωμό στον οισοφάγο. [2]

## **ΣΤΟΜΑΧΟΣ**

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνες: τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, τον μυϊκό και τον ορογόνο. Ο βλεννογόνος, καλύπτει όλο τον αυλό του στομάχου είναι παχύς και αγγειοβριθής και υπό φυσιολογικές συνθήκες έχει απαλή βελούδινη εμφάνιση και ροζ χρώμα. Στο χόριο επίσης ανευρίσκονται αδενικά εκκριτικά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν τις διάφορες ουσίες (π.χ. υδροχλωρικό οξύ από τα τοιχωματικά κύτταρα, πεψίνη από τα θεμέλια κύτταρα). Τέλος στον βλεννογόνο ανήκει και η βλεννογόνιος μυϊκή στιβάδα (muscularis propria), η οποία αποτελείται από μια λεπτή στιβάδα λείων μυϊκών ινών, με κυκλωτερή διάταξη προς τα έσω και επιμήκη διάταξη προς τα έξω. Ο υποβλεννογόνιος αποτελείται από ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού, αμέσως κάτω από τον βλεννογόνο, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία μεγαλύτερου μεγέθους από ότι αυτά του βλεννογόνου. Στον υποβλεννογόνο βρίσκεται επίσης και το νευρικό πλέγμα του Meissner. Θεωρείται ότι αυτό ελέγχει την εκκριτική λειτουργία του στομάχου. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και είναι υπεύθυνος για την κινητικότητα του στομάχου. Διακρίνονται δύο στιβάδες μυϊκών ινών: μια κυκλωτερής έσω στιβάδα και μία επιμήκης έξω στιβάδα. Μεταξύ των δύο αυτών στιβάδων βρίσκεται το μεντερικό πλέγμα του Auerbach, το οποίο συμβάλλει στην κινητικότητα του στομάχου. Ο ορογόνος είναι η τελευταία προς τα έξω στιβάδα και αποτελείται από ένα στρώμα συνδετικού και λιπώδους ιστού μέσα από το οποίο διέρχονται διάφορα αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. [2]

## **ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ**

Το λεπτό έντερο, που αποτελεί τη συνέχεια του στομάχου, εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι το παχύ έντερο. Παρουσιάζει τρεις μοίρες: το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλεό. Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί την πρώτη, σχετικά ακίνητη, μοίρα του λεπτού εντέρου. Οφείλει το όνομά του στο γεγονός ότι το μήκος του είναι περίπου ίσο με το εύρος δώδεκα δακτύλων. Συνδέει το στομάχι με τη νήστιδα. Το δωδεκαδάκτυλο είναι όργανο οπισθοπεριτοναϊκό, και μόνο τμηματικά καλύπτεται από περιτόναιο. Σχηματίζει μια αγκύλη, σαν το λατινικό γράμμα C, μέσα στην οποία φιλοξενεί την κεφαλή του παγκρέατος. Διακρίνουμε τέσσερις μοίρες στο δωδεκαδάκτυλο. Η πρώτη μοίρα, η ανώτερη ή βολβός, είναι η συνηθέστερη θέση εντόπισης του έλκους του δωδεκαδακτύλου. Η δεύτερη μοίρα (νεφρική) έχει κατιούσα φορά και σε αυτήν

εκβάλλει ο χοληδόχος και ο μείζων παγκρεατικός πόρος, με κοινή εκβολή, σε μια περιοχή που ονομάζεται φύμα του Vater. Λίγο πιο ψηλά εντοπίζεται το σημείο εκβολής του επικουρικού ή δευτερεύοντος παγκρεατικού πόρου. Η τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου (προαορτική) έχει κατεύθυνση από δεξιά προς τα αριστερά. Η τέταρτη μοίρα έχει ανιούσα φορά. Στο τέλος της ανιούσας μοίρας παρουσιάζεται μια απότομη αλλαγή στη φορά και δημιουργείται η νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή. Μετά την καμπή αυτή το δωδεκαδάκτυλο μεταπίπτει στη νήστιδα. Η καμπή αυτή οφείλεται στην πρόσφυση ενός συνδέσμου πάνω στο τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου, του συνδέσμου του Treitz, με ρόλο υποστηρικτικό.

Η νήστιδα έχει μήκος 2.5 μέτρα περίπου και ο ειλεός έχει μήκος 4 μέτρα περίπου. Αδρά, οι έλικες της νήστιδας καταλαμβάνουν το άνω και αριστερό μέρος της κοιλιάς, ενώ οι έλικες του ειλεού καταλαμβάνουν το κάτω και δεξιό μέρος της κοιλιάς. Οι εντερικές έλικες είναι εξαιρετικά ευκίνητες, διότι κρέμονται από μια πτυχή του περιτοναίου που ονομάζεται μεσεντέριο. Μπορούμε να φανταστούμε το μεσεντέριο σαν μια βεντάλια που εξορμάται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα (ρίζα του μεσεντερίου) και περικλείει με πτυχώσεις κάθε εντερική έλικα. Στο μέσο του λεπτού εντέρου και πλησίον του ομφαλού, μπορεί να παρουσιαστεί μια τυφλή προσεκβολή του τοιχώματος του λεπτού εντέρου, η απόφυση του Meckel. Πρόκειται για εμβρυογενετικό κατάλοιπο, κατά τη διαδικασία σχηματισμού του λεπτού εντέρου. Στο τέλος του ειλεού υπάρχει μια βαλβίδα, η ειλεοκολική βαλβίδα, μέσω της οποίας το εντερικό περιεχόμενο προωθείται στο τυφλό, την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. [2]

## **ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ**

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5 μέτρο και η διάμετρός του μειώνεται από το τυφλό προς το ορθό. Διακρίνεται σε τυφλό και κόλον. Το κόλον αποτελεί την δεύτερη μοίρα του παχέως εντέρου και διακρίνεται σε ,ανιόν κόλον , εγκάρσιο κόλον, κατιόν κόλον, σιγμοειδές και ορθό. Στο παχύ έντερο αποθηκεύεται προσωρινά το υλικό που δεν έχει υποστεί πέψη μέχρι να αποβληθεί. Στο διάστημα αυτό γίνεται απορρόφηση νερού, αλάτων και ορισμένων βιταμινών, κυρίως της βιταμίνης Κ, που συμμετέχει στην πήξη του αίματος. [2]

## **ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ**

Η σκωληκοειδής απόφυση αποτελεί εμβρυολογική συνέχεια του τυφλού , έχει βάση , σώμα και κορυφή και το μήκος της κυμαίνεται από 8 έως 10 εκατοστά. Η κορυφή της σκωληκοειδούς απόφυσης μπορεί να βρίσκεται σε διάφορα σημεία μέσα στην κοιλιά (κι αυτό πολλές φορές δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα).

Οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης που προκαλείται από την απόφραξη του αυλού της. Η απόφραξη αποδίδεται συνήθως σε κοπρόλιθους (σκληρές μάζες κοπράνων) και σπανιότερα σε άλλα αίτια (συμφύσεις, νεοπλάσματα και παράσιτα του εντέρου). Μόλις αποφραχθεί ο αυλός της σκωληκοειδούς απόφυσης, αυξάνεται ο αριθμός των μικροβίων με αποτέλεσμα να εμφανίζεται φλεγμονή. [2]

## **ΗΠΑΡ**

Το ήπαρ αποτελεί τον μεγαλύτερο αδένα του σώματος και βρίσκεται στο πάνω τμήμα της κοιλιακής κοιλότητας, κάτω από το διάφραγμα, καταλαμβάνοντας το δεξιό υποχόνδριο. Το βάρος του στους άνδρες κυμαίνεται μεταξύ 1400-1800 gr και στις γυναίκες μεταξύ 1200-1400 gr. Το ήπαρ διακρίνεται σε δύο λοβούς, τον δεξιό, που αποτελεί πάνω από το 75% και τον αριστερό, που αποτελεί το 25% της επιφάνειας του ήπατος. Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής, η οποία ρέει προς το δωδεκαδάκτυλο ή προς τη χοληδόχο κύστη, όπου και αποθηκεύεται. Στο ήπαρ προσέρχεται αίμα από την ηπατική αρτηρία, η οποία επιτελεί τη θρέψη του, και από την πυλαία φλέβα, η οποία μεταφέρει στο ήπαρ χρήσιμα συστατικά, από τα οποία το ήπαρ παρασκευάζει τα προϊόντα τα οποία εκκρίνει, όπως η ουρία, το ινωδογόνο, η προθρομβίνη και άλλες ουσίες. Στο ήπαρ επίσης γίνεται η αποδόμηση του γλυκογόνου. [2]

## **ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ**

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος και έχει σχήμα αχλαδιού. Το μήκος της είναι 8-10 cm και η χωρητικότητά της 30-50 cm<sup>3</sup>. Η χοληδόχος κύστη χρησιμεύει για την αποθήκευση της χολής που παράγεται από το ήπαρ, η οποία, μέσω του χοληδόχου πόρου, ρέει στο δωδεκαδάκτυλο κατά την πέψη της τροφής. [2]

## **ΠΑΓΚΡΕΑΣ**

Το πάγκρεας βρίσκεται μπροστά από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, πίσω από το στομάχι. Έχει μήκος 10-15 cm, παρουσιάζει σχήμα σφηνοειδές και διακρίνεται σε κεφαλή, σώμα και ουρά. Το πάγκρεας αποτελεί αδένα με εξωκρινή και ενδοκρινή μοίρα. Η εξωκρινής μοίρα παράγει το σπουδαιότερο από τα πεπτικά υγρά, το παγκρεατικό υγρό, ενώ η ενδοκρινής μοίρα παράγει την ινσουλίνη, η οποία ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων στον οργανισμό, καθώς και άλλες ορμόνες. [2]

## ΣΠΛΗΝΑΣ

Ο σπλήνας βρίσκεται στο πάνω μέρος της κοιλιάς στο βάθος του αριστερού υποχόνδριου. Το σχήμα, το μέγεθος, το βάρος και η χροιά της σπλήνας ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Συνήθως έχει μήκος 12cm, πλάτος 7 cm και πάχος 3 cm, ενώ το βάρος του κυμαίνεται από 150-200 gr. Ο σπλήνας επιτελεί διάφορες λειτουργίες. Στα έμβρυα χρησιμεύει για την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Μετά τον τοκετό χρησιμεύει για την παραγωγή λεμφοκυττάρων και για την καταστροφή των γηρασμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Επίσης με το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα χρησιμεύει για την άμυνα του οργανισμού, ενώ ακόμη αποτελεί μια δεξαμενή, ικανή να παραλάβει μεγάλη ποσότητα αίματος, ρυθμίζοντας την κυκλοφορία. [2]

## 1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Στο γαστρεντερικό σύστημα, που αποτελεί το όριο μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος, η τροφή προετοιμάζεται για να εισαχθεί στο εσωτερικό περιβάλλον. Το γαστρεντερικό σύστημα εφοδιάζει το σώμα με συνεχή παροχή νερού, ηλεκτρολυτών, θρεπτικών συστατικών και ενέργειας. Οι θρεπτικές ουσίες διασπώνται σε μικρότερες μονάδες (*πέψη*), που απορροφώνται από το βλεννογόνο του εντέρου (*απορρόφηση*) και εισέρχονται στη λέμφο ή στο αίμα. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται οι εξής διαδικασίες: [3]

- Διακίνηση της τροφής στο γαστρεντερικό σωλήνα. Ο όρος διακίνηση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η τροφή μετακινείται προς τα κάτω διαμέσου των διαφορετικών τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα με διαφορετικό ρυθμό.
- Έκκριση των πεπτικών χυμών και πέψη της τροφής. Κατά τη διαδικασία της έκκρισης, ένας αριθμός πεπτικών χυμών που παράγονται από εξωκρινείς αδένες εισέρχονται από διαφορετικά σημεία στον πεπτικό σωλήνα. Τα ένζυμα που περιέχονται σ' αυτές τις εκκρίσεις παίζουν κύριο ρόλο στην πέψη, δηλαδή τη μετατροπή πολλών και σύνθετων οργανικών μακρομορίων της τροφής σε μικρότερα απλούστερα μόρια.
- Απορρόφηση των προϊόντων της πέψης, νερού και διαφόρων ηλεκτρολυτών (ανόργανα ιόντα) διαμέσου των τοιχωμάτων του λεπτού εντέρου στο αίμα και στη λέμφο, που με τη σειρά τους διανέμουν αυτά τα συστατικά στα κύτταρα του σώματος. Το άπεπτο υλικό και τα περιττώματα (μετακινούνται στο άκρο του γαστρεντερικού σωλήνα και απομακρύνονται από το σώμα.

- Κυκλοφορία αίματος στα όργανα του συστήματος για την παραλαβή των ουσιών που απορροφούνται, και
- Έλεγχος όλων αυτών των λειτουργιών από το νευρικό και ορμονικό σύστημα.

Το γαστρεντερικό σύστημα είναι μια ομάδα οργάνων που λειτουργούν συλλογικά για να εκπληρώσουν τη διαδικασία της απορρόφησης, που είναι η κύρια λειτουργία αυτού του συστήματος. Το κάθε τμήμα του συστήματος είναι προσαρμοσμένο στην εκτέλεση ειδικής λειτουργίας, ορισμένα στην απλή διέλευση της τροφής (οισοφάγος), άλλα στην εναποθήκευση της τροφής (στόμαχος), και άλλα στην πέψη και απορρόφηση (λεπτό έντερο). Η απορρόφηση είναι η μεταφορά του νερού, των ανόργανων ιόντων (ηλεκτρολυτών) και των οργανικών θρεπτικών συστατικών που προέρχονται από την τροφή, από τον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα στο αίμα της πυλαίας φλέβας και στη λέμφο.

Στο στόμαχο, η μασημένη τροφή αναμιγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις της 'άπω μοίρας' του στομάχου. Το υδροχλωρικό οξύ που εκκρίνεται από το στόμαχο διευκολύνει την πέψη των τροφών και ενεργοποιεί την πεψίνη, ένα ένζυμο που εκκρίνεται από το γαστρικό βλεννογόνο, και αρχίζει την πέψη των πρωτεϊνών. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται τώρα οπός. Ο στόμαχος είναι εναποθηκευτικό όργανο τροφής και απελευθερώνει το περιεχόμενο του αργά διαμέσου του σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάκτυλο με ένα ρυθμό που είναι βέλτιστος για απορρόφηση από το λεπτό έντερο.

Η εξωκρινής έκκριση του παγκρέατος στο δωδεκαδάκτυλο παρέχει τα διτανθρακικά ιόντα ( $\text{HCO}_3^-$ ) για την εξουδετέρωση του γαστρικού οξέος καθώς επίσης και ένα εύρος διαφόρων πεπτικών ενζύμων που σχεδόν ολοκληρώνουν την πέψη της τροφής. Η χολή που εκκρίνεται από το ήπαρ εναποθηκεύεται και συμπυκνώνεται στη χοληδόχο κύστη, ένα όργανο που αδειάζει το περιεχόμενο του στο άνω μέρος του λεπτού εντέρου (δωδεκαδάκτυλο) ως απόκριση στην πρόσληψη της τροφής. Τα χολικά άλατα της χολής παίζουν σημαντικό ρόλο στη: 1) γαλακτωματοποίηση του λίπους, και 2) διαλυτοποίηση των προϊόντων της πέψης του λίπους. Εκτός από τη διευκόλυνση της πέψης των λιπών, η χολή υποβοηθάει την απομάκρυνση της χολερυθρίνης, τοξινών, κλπ.

Στην περιοχή του δωδεκαδάκτυλου, στον κατώτερο στόμαχο και στο πάγκρεας παράγονται ορισμένες γαστρεντερικές ορμόνες που συμμετέχουν στη ρύθμιση της πέψης. Οι μυϊκές κινήσεις των τοιχωμάτων του λεπτού εντέρου (δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα, ειλεός) υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμιξη και την προώθηση του οπού διευκολύνοντας έτσι την πέψη και την απορρόφηση και μετακινούν επίσης το μη-απορροφημένο υλικό στο παχύ έντερο. Σε

συχνά διαστήματα, οι προωθητικές κινήσεις του εγγύς παχέος εντέρου προωθούν το περιεχόμενο στο απομακρυσμένο (ακραίο) τμήμα του παχέος εντέρου, όπου εναποθηκεύεται για διάφορα χρονικά διαστήματα. Όταν το απευθυσμένο (ορθό έντερο) διογκώνεται, ενεργοποιείται η ανάκλαση της αφόδευσης (εκούσια αποβολή) και τα κόπρανα (περιττώματα) – που αποτελούνται από φυτικές ουσίες, κύτταρα που έχουν αποπέσει, μικρόβια και ελάχιστη ποσότητα νερού - μετακινούνται έξω από το σώμα.

Στη διάρκεια της πέψης η εντερική αιμάτωση, που είναι ανεξάρτητη από τη πίεση του αίματος, αυξάνεται υπό την επίδραση των κινήσεων του εντέρου, που ενεργούν σαν αντλία στα εντερικά αγγεία, του πνευμονογαστρικού νεύρου – ορμονών (και τοπικών αντανακλαστικών. Το φλεβικό αίμα, που περιέχει ουσίες που απορροφήθηκαν από το έντερο, παροχετεύεται προς το ήπαρ με την πυλαία φλέβα. Τα περισσότερα από τα απορροφημένα λιπαρά συστατικά παραλαμβάνονται από τα εντερικά λεμφαγγεία, παρακάμπτοντας έτσι το ήπαρ, και οδηγούνται στη γενική κυκλοφορία. [3]

### **1.3 ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Η κοιλιά είναι το τμήμα του κορμού που βρίσκεται μεταξύ του θώρακα και της πυέλου και πιο συγκεκριμένα μεταξύ του διαφράγματος και του άνω στομίου της πυέλου. Ανατομικά η κοιλιά αποτελείται κυρίως από όργανα του γαστρεντερικού συστήματος.

Οι θρεπτικές ουσίες εισέρχονται με την τροφή στον οργανισμό μέσω του πεπτικού συστήματος, όπου και υφίστανται την κατάλληλη κατεργασία ώστε να μπορούν να απορροφηθούν. Η κατεργασία αυτή λέγεται πέψη. Στο πεπτικό σύστημα επιτελείται επίσης η απορρόφηση των προϊόντων της πέψης των θρεπτικών ουσιών, του νερού, των ηλεκτρολυτών, των βιταμινών και των ανόργανων αλάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Καταρχήν να τονίσουμε ότι οι όροι «οξύ κοιλιακός πόνος» και «οξεία κοιλία» δεν είναι ταυτόσημοι. Η «οξεία κοιλία» αναφέρεται σε νοσήματα που απαιτούν συνήθως χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση. Με τον όρο «οξύ κοιλιακό άλγος» θεωρούμε κάθε πόνο που εντοπίζεται στην κοιλία και αναγκάζει τον πάσχοντα να ζητήσει επείγουσα βοήθεια.[4]

Οι παλιοί χειρουργοί περιέγραφαν στους νεότερους χειρουργούς την κοιλία, ως ένα «κλειστό κουτί» που ποτέ δεν ξέρεις τι μπορεί να σου επιφυλάσσει. Η οξεία κοιλία δεν είναι νόσος αλλά ένα οξύ σύνδρομο με συμπτώματα και ευρήματα που οφείλονται σε ενδοκοιλιακή νόσο (νόσο των οργάνων, που βρίσκονται μέσα στη κοιλία) και που συνήθως απαιτούν εγχείρηση. Οξεία κοιλία είναι τα επείγοντα κοιλιακά επεισόδια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, στενή παρακολούθηση και ενδεχομένως, άμεση χειρουργική επέμβαση. Ένας πιο κομψός ορισμού του διάσημου Χειρουργού F.Moore είναι: «Οξεία κοιλία είναι αυτή που χρειάζεται μία άμεση απόφαση».[5]

Η οξεία κοιλία είναι από τις προκλητικές για τον κλινικό γιατρό και νοσηλευτή καταστάσεις, γιατί μέσα σε στενά χρονικά όρια, με κλινική σύνεση, θα πρέπει να θέσει την ένδειξη ή όχι της χειρουργικής επέμβασης. Ίσως ποτέ άλλοτε ο επαγγελματίας υγείας δεν αισθάνεται τόσο απελπιστικά μόνος και τόσο βαριά υπεύθυνος απέναντι στον ασθενή και σε αυτό το κλινικό μυστήριο που ονομάζεται οξεία κοιλία. Χρειάζεται δε πολύπλευρη θεωρητική κατάρτιση, με βαθιά γνώση της χειρουργικής φυσιολογίας, όπως και μακρόχρονη χειρουργική εμπειρία για να μπορέσει ο χειρουργός κυριολεκτικά να αφαρπάξει τον ασθενή από μία οξεία «χειρουργική καταστροφή» και να τον οδηγήσει με ασφάλεια στη θεραπεία και στην ανάρρωση.

Κάθε κατάσταση, που εμφανίζεται με αιφνίδιο, οξύ κοιλιακό πόνο και άλλοτε άλλα συνοδά συμπτώματα, ανήκει στα διαφοροδιαγνωστικά πλαίσια της οξείας κοιλίας και μένει στον κλινικό γιατρό και νοσηλευτή να απαντήσει, πολλές φορές μόνο ύστερα από σύντομη κλινική εξέταση, αν η πάθηση είναι χειρουργική ή παθολογική. Στην πρώτη περίπτωση, η επείγουσα χειρουργική επέμβαση επιβάλλεται χωρίς άσκοπη καθυστέρηση, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, μία άσκοπη επέμβαση θα μπορούσε να αποβεί καταστροφική για την υγεία ή και τη ζωή του ασθενή.[6]



## 2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η οξεία κοιλία αποτελεί το 10% των επισκέψεων στο τμήμα των Επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π) και το 10% των εκτάκτων εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Το 40% των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος φεύγει από το Τ.Ε.Π. με διάγνωση "άλγος άγνωστης αιτιολογίας". [7]

Τα παιδιά αποτελούν το 30% των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ. Σε ποσοστό 45% πρόκειται περί οξείας κοιλίας. Η σκωληκοειδίτιδα είναι ο πιο συχνός λόγος επέμβασης στα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους. Η απόφραξη του τελικού ειλεού από βύσμα μηκωνίου είναι μία από τις συνήθεις αιτίες ειλεού στα νεογνά και συμβαίνει συνήθως σε έδαφος ινοκυστικής νόσου. Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK), αναγνωρίζεται ως μία από τις πιο συχνές αιτίες οξείας κοιλίας στα πρόωρα νεογνά και μπορεί να προσβάλλει τόσο το λεπτό όσο και το παχύ έντερο. Είναι η πιο συχνή, σοβαρή και πολλές φορές θανατηφόρα νόσος του γαστρεντερικού συστήματος των πρόωρων νεογνών και η θνητότητά της κυμαίνεται από 20–50%. Ο εγκολεασμός αποτελεί την πιο συχνή αιτία οξείας κοιλίας στα βρέφη και οι πιο συχνοί τύποι εγκολεσμού είναι ο ειλεοκολικός (90%) και ο ειλεοειλεοκολικός (10%). [8]

Πιο συχνές καταστάσεις της οξείας κοιλίας στις ηλικίες 45 έως 55 ετών στις οποίες απαιτείται εγχείρηση είναι : η οξεία σκωληκοειδίτιδα 43,6%, η οξεία χολοκυστίτιδα 14,7%, η απόφραξη λεπτού εντέρου 6,2%, η διάτρηση πεπτικού έλκους 3,7% και η οξεία παγκρεατίτιδα 4,5%. [9]

Στους ηλικιωμένους ασθενείς την πρωτιά πλέον στις οξείες χειρουργικές καταστάσεις παίρνουν οι ενδοκοιλιακοί καρκίνοι και τα αγγειακά επεισόδια, ενώ όλα τα υπόλοιπα αίτια ακολουθούν σε συχνότητα. Ο συχνότερος ενδοκοιλιακός καρκίνος στις ηλικίες αυτές είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ενώ ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο καρκίνος του στομάχου και του παγκρέατος. [6]

## 2.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η οξεία κοιλία, συνήθως παρουσιάζεται με εντονότατο, εντοπισμένο ή διάχυτο πόνο στην κοιλιά. Η κοιλιά είναι σκληρή και παρουσιάζει ακούσια σύσπαση στους κοιλιακούς μύες, ενώ πολλές φορές ο ασθενής παίρνει χαρακτηριστική στάση στην προσπάθειά του να ανακουφιστεί από τον πόνο. Τα συμπτώματα αυτά έχουν περιγραφεί από την εποχή ακόμα του Ιπποκράτη, ο οποίος τα περιέγραψε με τέτοια σαφήνεια και αναλυτικότητα που εντυπωσιάζει. Είναι χαρακτηριστικό για παράδειγμα ότι ακόμα και σήμερα, στις Ιατρικές Σχολές, οι φοιτητές Ιατρικής διδάσκονται το

«*Ιπποκράτειο προσωπίο*» , το πρόσωπο του ασθενούς που συνήθως βρίσκεται σε προθανάτιο στάδιο από προχωρημένη περιτονίτιδα. [10]

## **2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όταν εμφανιστούν τα οξεία φαινόμενα από την κοιλιά, απαιτούν ταχεία διάγνωση αλλά και ταχεία απόφαση για χειρουργική ή συντηρητική αγωγή. Το ιδεώδες λοιπόν θα ήταν να τίθεται η ορθή διάγνωση από την αρχή και σε σύντομο χρονικό διάστημα ώστε να καθορίζεται αμέσως η θεραπευτική αγωγή. Δυστυχώς τις περισσότερες φορές τα κλινικά συμπτώματα δεν είναι τυπικά και η διάγνωση καθυστερεί. Δεν πρέπει όμως να παρατείνεται η καθυστέρηση της για μεγάλο χρονικό διάστημα, για να τεθεί η ακριβής διάγνωση, διότι μπορεί τούτο να έχει ολέθριες επιπτώσεις. Για το λόγο αυτό θεωρείται επιτυχής η αντιμετώπιση ασθενών με οξεία κοιλία, όταν καταφέρουμε να διαγνώσουμε αυτούς που χρειάζονται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση (οξεία χειρουργική κοιλία). [11]

### **2.4.1 ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ**

Το καλό ιστορικό και η προσεκτική κλινική εξέταση, ίσως σε καμία άλλη περίπτωση δεν παίζουν τόσο καθοριστικό ρόλο, όσο στην οξεία κοιλία. Σε ορισμένες περιπτώσεις όπως σε μία ραγδαία ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία, τα χρονικά όρια δεν επιτρέπουν την άνεση λήψης ούτε ενός σύντομου ιστορικού. Έτσι , η κλινική εικόνα, σε συνδυασμό με τη σύντομη φυσική εξέταση, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη λήψη έγκαιρων αποφάσεων. [12]

Κατά τη λήψη του ιστορικού ,σημασία θα πρέπει να δίνεται στην ηλικία (ηλικιωμένοι και παιδιά) και στο φύλο. Άτομα >65 ετών έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν οξεία κοιλιακή πάθηση από άτομα <65 ετών. Οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα κοιλιακό άλγος από ότι οι άνδρες . Όταν όμως οι άνδρες παρουσιάζουν κοιλιακό άλγος έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κρύβουν χειρουργική πάθηση.

Η λήψη του ιστορικού θα πρέπει να αρχίζει πάντοτε από το κύριο σύμπτωμα, που είναι ο κοιλιακός πόνος και στη συνέχεια να επεκτείνεται σε άλλες ερωτήσεις γύρω από την παρούσα νόσο ή το ατομικό αναμνηστικό. Συνοδά συμπτώματα που χρειάζονται διευκρίνιση, είναι ο πυρετός, η ναυτία, ο έμετος, διαταραχές κενώσεων (διάρροια – δυσκοιλιότητα) και συμπτώματα από το ουροποιογεννητικό σύστημα.

### **❖ ΠΟΝΟΣ**

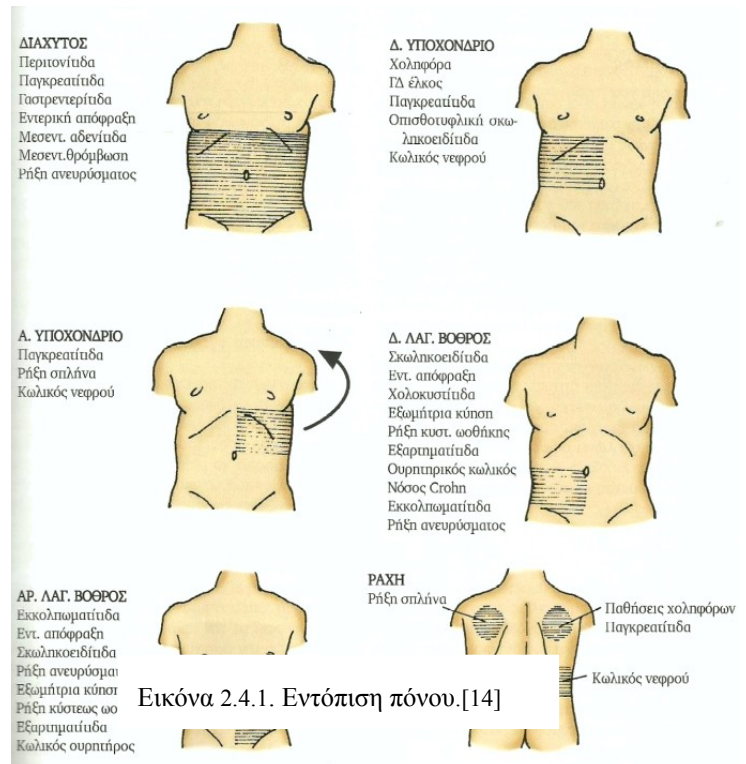
Ο πόνος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα που οδηγεί τον ασθενή στο νοσοκομείο σε όλες τις περιπτώσεις της οξείας κοιλίας. Η προσεκτική ανάλυση των *χαρακτήρων του πόνου*, οδηγεί τις περισσότερες φορές ασφαλέστερα από οτιδήποτε άλλο στη διάγνωση.

Θα πρέπει να καθορισθεί: [13]

- Ο τρόπος έναρξης του πόνου.
- Η διάρκεια του πόνου.
- Η εντόπιση και οι πιθανές επεκτάσεις και αντανακλάσεις του πόνου.
- Η ένταση και ο τύπος του πόνου.
- Η εξέλιξη του πόνου.

Συνήθως ο ασθενής είναι σε θέση να εντοπίσει με ακρίβεια το *χρόνο έναρξεως* του πόνου και το διάστημα που μεσολάβησε μέχρι την πρώτη επαφή του με το γιατρό ή το νοσηλευτή. Όσο πιο έντονο είναι το αίσθημα του πόνου, τόσο γρηγορότερα ο ασθενής θα ζητήσει ιατρική βοήθεια. Σε ορισμένα νοσήματα, όπως η διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, η εμβολή της άνω μεσεντερίου αρτηρίας ή η ρήξη εξωμήτριου κύησης, η έναρξη του πόνου είναι *απότομη*. Στις φλεγμονώδεις παθήσεις των κοιλιακών σπλάχνων (Σκωληκοειδίτιδα, Εκκολπωματίτιδα) η έναρξη του πόνου είναι *προοδευτική*.

Η *διάρκεια του πόνου* είναι ενδεικτική της κατάστασης που τον προκαλεί, αλλά δεν μπορεί να την καθορίσει επακριβώς γιατί πριν την εγκατάσταση του πόνου προηγούνται άλλα συνοδά συμπτώματα όπως πυρετός, κακουχία, ανορεξία, τάση προς έμετο. Άλγος διάρκειας άνω των 6 ωρών που προοδευτικά επιτείνεται υποκρύπτει χειρουργική κοιλία, ενώ αντίθετα άλγος διάρκειας λίγων ημερών που δεν επιτείνεται *απομακρύνει* την πιθανότητα οξείας χειρουργικής νόσου. [4]



Η αρχική εντόπιση του πόνου είναι επίσης καθοριστικής σημασίας, γιατί υποδηλώνει την ανατομική προέλευσή του.(εικόνα 2.4.1) [14]

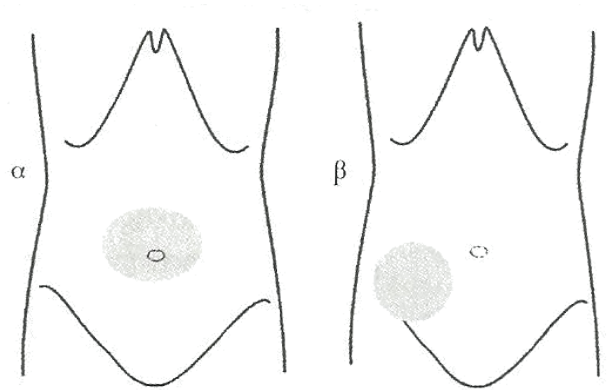
Εκτός από τη κύρια αρχική εντόπιση του πόνου, σημασία έχει να προσδιορισθεί η επέκταση και αντανάκλαση του πόνου. Ο πόνος των χοληφόρων εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο, επεκτείνεται προς το επιγάστριο και αντανακλά στη δεξιά ωμοπλάτη. Στην οξεία παγκρεατίτιδα η κύρια εντόπιση του πόνου είναι στο ιδίως επιγάστριο ,επεκτείνεται προς το αριστερό και δεξιό υποχόνδριο και αντανακλά στην οσφύ. Ένα άλλο παράδειγμα είναι και ο κολικός του ουρητήρα που αρχίζει από την αντίστοιχη νεφρική χώρα επεκτείνεται προς την πλάγια κοιλιακή χώρα, το σύστοιχο λαγόνιο βόθρο και αντανακλά προς τα έξω γεννητικά όργανα και την έσω επιφάνεια του μηρού. [12]

Πολλές φορές ο ασθενής δεν μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια την κύρια εντόπιση του κοιλιακού πόνου και αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις που ο πόνος είναι σπλαχνικός και μεταβιβάζεται με το φυτικό νευρικό σύστημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει μία διάχυτη δυσφορία ποικίλης εντάσεως, που προέρχεται από το βάθος της κοιλίας. Τέτοιος πόνος είναι αυτός που προέρχεται από όλα τα σπλάχνα που καλύπτονται με σπλαχνικό περιτόναιο. Όταν ερεθισθεί το τοιχωματικό περιτόναιο, που νευρώνεται από τα νωτιαία νεύρα, τότε ο πόνος είναι σωματικός και μπορεί να η εντόπισή του να καθορισθεί με ακρίβεια εκατοστών. (εικόνα 2.4.2) [13]

Μεταβίβαση	Υποδοχείς	Ερεθίσματα	Εντόπιση	Χαρακτήρες
<b>Σπλαχνικός πόνος</b>				
Αυτόνομο νευρικό σύστημα	Σπλαχνικό πέταλο περιτοναίου	Σπασμός, έλξη, διάταση, ισχαιμία	Ασαφής, διάχυτος (επιδεικνύεται με την παλάμη του ασθενή)	Συνήθως βύθιος πόνος, ασαφής, δεν επιδεινώνεται από τις κινήσεις. Συνήθως ο ασθενής είναι ανήσυχος και αλλάζει συχνά θέση (π.χ. κωλικός νεφρού)
<b>Σωματικός πόνος</b>				
Κεντρικό νευρικό σύστημα	Τοιχωματικό περιτόναιο	Φλεγμονή, θερμότητα, πίεση, αφή, χημικά ερεθίσματα	Ακριβής (επιδεικνύεται με το δάκτυλο του)	Οξύς, έντονος, "σαν μαχαίριά". Επιδεινώνεται με την μετακίνηση, το βήχα και τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις

Εικόνα 2.4.2. Διαφορική διάγνωση σπλαχνικού και σωματικού πόνου. (13)

Τυπικό παράδειγμα όλων αυτών, είναι ο πόνος στην περίπτωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας η οποία αντιπροσωπεύει το 60% των περιπτώσεων οξείας κοιλίας. Όταν η φλεγμονή περιορίζεται στο τοίχωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης και το σπλαχνικό περιτόναιο, ο ασθενής αισθάνεται ένα ακαθόριστο κοιλιακό περιομφαλικό άλγος. Μετά την επέκταση της φλεγμονής και στο τοιχωματικό περιτόναιο της περιοχής, ο πόνος αρχίζει να εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και υπάρχει περιορισμένη ευαισθησία στη ψηλάφηση. (εικόνα 2.4.3) [13]



Εικόνα 2.4.3. Ο πόνος της οξείας σκωληκοειδίτιδας αρχικά είναι περιομφαλικός (α) και αργότερα εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (β).[13]

Εδώ θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι άλλο είναι ο εντοπισμένος πόνος και άλλο η εντοπισμένη ευαισθησία. Πόνος είναι το υποκειμενικό αίσθημα του ασθενή, *το σύμπτωμα*, ενώ ευαισθησία είναι το αντικειμενικό εύρημα του γιατρού κατά τη ψηλάφηση, *το κλινικό σημείο*. Εντοπισμένη ευαισθησία στη ψηλάφηση ανευρίσκεται μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχει τοπικός ερεθισμός του τοιχωματικού περιτοναίου και συνήθως συνυπάρχει και μυϊκή αντίσταση. Ο σπλαχνικός πόνος μπορεί να είναι κολικός ή συνεχής, ενώ ο σωματικός πόνος είναι πάντα συνεχής. Ο κολικός πόνος προέρχεται από απόφραξη κοίλου σπλάχνου που φυσιολογικά παρουσιάζει περισταλτισμό. Ο συνεχής σπλαχνικός πόνος προέρχεται από φλεγμονή ή ισχαιμία του σπλάχνου. [12]

*Η μορφή και ο χαρακτήρας του πόνου* τις περισσότερες φορές μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση. 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 την χορήγηση μορφίνης είναι ενδεικτικό Αγγειακού επεισοδίου. Το οξύ έντονο άλγος που υποχωρεί και ακολουθείται αργότερα από διάχυτο πόνο υποδηλώνει διάτρηση κοίλου σπλάχνου. [4]

*Η ένταση και η ποιότητα του πόνου διαφέρει σε κάθε περίπτωση και θα πρέπει να καθοριστεί με προσεκτικές ερωτήσεις. Βέβαια η ένταση του πόνου είναι εντελώς υποκειμενική εκτίμηση και ο κάθε ασθενής αισθάνεται και αντιδρά διαφορετικά ή εκφράζει περισσότερο ή λιγότερο δραματικά τη δυσφορία του. Το δυσκολότερο είναι να εκφρασθεί η ποιότητα του πόνου και αυτό έχει απόλυτη σχέση με το διανοητικό επίπεδο και την παιδεία του ασθενούς. Η ολοκλήρωση της διερεύνησεως του συμπτώματος του πόνου θα πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει, μετά τον τρόπο ενάρξεως, τη μορφή της εξέλιξεως, τη διάρκεια, τον τρόπο υποχωρήσεως.*

*Στην εξέλιξη του πόνου, μπορεί να υπάρχει σταθερότητα της εντάσεως, και της ποιότητας, προοδευτική υποχώρηση ή να υπάρχει διακύμανση. Ο τρόπος της υποχωρήσεως έχει επίσης μεγάλη σημασία, αν είναι αιφνίδιος ή προοδευτικός και αν αυτό συμβαίνει αυτόματα ή ύστερα από τη λήψη φαρμάκων ή άλλων φυσικών μέτρων (αλλαγή θέσης σώματος, θερμά ή ψυχρά επιθέματα). Ορισμένα ερεθίσματα επίσης, όπως κινήσεις ή λήψη φαγητού είναι δυνατόν να επιδεινώσουν το αίσθημα του πόνου και αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη. [12]*

#### ❖ **ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ**

Η ναυτία και ο έμετος είναι από τα συχνότερα συμπτώματα των παθήσεων της οξείας κοιλίας. Συνήθως οφείλονται σε εντερική απόφραξη ή στον έντονο πόνο και φλεγμονή του περιτοναίου και είναι αντανακλαστικοί. *Η χρονική σχέση των εμέτων με τον πόνο έχει μεγάλη σημασία, αφού στις περιπτώσεις που προηγούνται οι έμετοι και ακολουθεί ο πόνος, συνήθως υποκρύπτεται κάποια συστηματική νόσος ή οξεία γαστρεντερίτιδα. Στις χειρουργικές παθήσεις της οξείας κοιλίας ο πόνος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα και προηγείται των εμέτων. Βέβαια θα πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχουν αρκετά νοσήματα με οξύ κοιλιακό πόνο, όπως η διάτρηση του στομάχου ή η ρήξη εξωμήτριου κήσεως, όπου οι έμετοι απουσιάζουν εντελώς.*

Οι αντανακλαστικοί έμετοι αρχικά είναι τροφώδεις και στη συνέχεια χολώδεις. Αν υπάρχει απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα πάνω από το φύμα του Vater, ο ασθενής εμέσει καθαρό γαστρικό υγρό. Στις υψηλές αποφράξεις αρχικά οι έμετοι είναι τροφώδεις, στη συνέχεια χολώδεις και στο τέλος περιέχουν εντερικό περιεχόμενο. Στις χαμηλές αποφράξεις του παχέος εντέρου οι έμετοι είναι δυνατόν να απουσιάζουν ή να εμφανίζονται πολύ καθυστερημένα. [12]

#### ❖ **ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΡΟΙΑ**

Οι περισσότερες χειρουργικές παθήσεις της οξείας κοιλίας επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του εντέρου. Οι φλεγμονώδεις παθήσεις της περιτοναϊκής κοιλότητας (οξεία σκωληκοειδίτιδα, οξεία παγκρεατίτιδα, εκκολπωματίτιδα κ.τ.λ.) και οι χαμηλές αποφράξεις συνοδεύονται από δυσκοιλιότητα ή και πλήρη αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων. Οι συχνές δύσσομες διαρροϊκές κενώσεις υποδηλώνουν οξεία γαστρεντερίτιδα, ενώ διαρροϊκές κενώσεις με στοιχεία αίματος και βλέννης υπάρχουν στην οξεία κολίτιδα. Αιμορραγικές κενώσεις ύστερα από οξύ κοιλιακό άλγος συνήθως σημαίνουν ισχαιμία εντέρου.

*Η ύπαρξη αίματος γενικά στο γαστρεντερικό σωλήνα αυξάνει τον περισταλτισμό και προκαλεί συχνές κενώσεις (μέλαινα ή αιματοχεσία), ενώ αντίθετα η ύπαρξη αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα (αιματοπεριτόναιο) μειώνει ή καταπαύει τον περισταλτισμό του εντέρου.[12]*

#### ❖ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Συμπτώματα όπως έπειξη για ούρηση, επίσχεση ούρων και αιματουρία είναι δυνατόν να συνοδεύουν οξείες παθήσεις του ουροποιητικού (πυελονεφρίτιδα, κολικός νεφρού), ή να αποτελούν συνοδά συμπτώματα ενδοκοιλιακών επεισοδίων (ενδοκοιλιακό απόστημα, εξαρτηματίτιδα). Η οξεία σκωληκοειδίτιδα ή η εκκολπωματίτιδα του σιγμοειδούς προκαλούν επέκταση της φλεγμονής προς τους σύστοιχους ουρητήρες και οδηγούν σε ανάλογη συμπτωματολογία. [4]

#### ❖ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στις γυναίκες με οξεία κοιλία είναι χρήσιμο ένα σύντομο γυναικολογικό ιστορικό, ιδίως όσον αφορά τη χρονική θέση του κοιλιακού πόνου με την έμμηνο ρύση. Έντονος διαξιφιστικός πόνος στο υπογάστριο και εικόνα καταπληξίας σε γυναίκα της αναπαραγωγικής ηλικίας και με καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως σημαίνει συνήθως ρήξη εξωμητρίου κύησης. Αντίθετα πόνος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως και με εικόνα ενδοκοιλιακής αιμορραγίας μπορεί να σχετίζεται με ενδομητρίωση. [12]

#### ❖ ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Θα πρέπει επίσης να αναζητούνται γενικά συμπτώματα όπως είναι ο πυρετός, το αίσθημα ανορεξίας ή δίψας, η ταχυκαρδία και η λιποθυμική τάση. Ο πυρετός σχετίζεται με τις ενδοκοιλιακές φλεγμονές και όταν συνοδεύεται από ρίγος, η χολαγγειίτιδα ή η πυελονεφρίτιδα είναι οι συχνότερες διαγνώσεις, ιδίως όταν υπάρχει ίκτερος ή συμπτώματα από το ουροποιητικό αντίστοιχα. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα αρχικά εκδηλώνεται με μικρή πυρετική κίνηση.

Η άνοδος του πυρετού σημαίνει τοπική συλλογή ή γενικευμένη περιτονίτιδα. Οι περισσότερες ενδοκοιλιακές παθήσεις που προκαλούν ερεθισμό του περιτοναίου συνοδεύονται από ανορεξία. Η έντονη δίψα σημαίνει αφυδάτωση, ενώ η λιποθυμική τάση μπορεί να οφείλεται σε οξύ πόνο ή σε απώλεια αίματος.[12]

#### **2.4.2.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Η κλινική εξέταση του ασθενούς αρχίζει από την είσοδο στο Τ.ΕΠ. Η πρώτη εντύπωση από την στάση, την συμπεριφορά, την ανησυχία, την έκφραση του προσώπου, του αριθμού των αναπνοών, του χρώματος του δέρματος, και των ζωτικών σημείων του αρρώστου, η επικοινωνία του ή όχι με το περιβάλλον και πολλοί άλλοι παράγοντες, βοηθούν στη διάγνωση και καθορίζουν την σοβαρότητα της κατάστασης του. Τα κλινικά ευρήματα μπορεί να είναι μειωμένα στους υπερήλικες, στους παχύσαρκους, στους βαρέως πάσχοντες, στους λαμβάνοντες στεροειδή αλλά και στους λαμβάνοντες αναλγητικά ή ηρεμιστικά, τα οποία πρέπει να αποφεύγονται να χορηγούνται μέχρι να ληφθεί απόφαση για την αντιμετώπιση του αρρώστου. Ο κανόνας αυτός μπορεί να παραβιασθεί σε μικρά παιδιά ή σε έντονο πόνο, όπου η εξέταση της κοιλίας είναι πρακτικά αδύνατη χωρίς ηρεμιστικά ή παυσίπονα.[11]

Η κλινική εξέταση της κοιλίας γίνεται με τις γνωστές εξεταστικές μεθόδους που είναι: η επισκόπηση, η ακρόαση, η ψηλάφηση. Η κλινική εξέταση της κοιλίας πρέπει να συμπεριλαμβάνει πάντα την εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων και των ευένδοτων κοιλιακών σημείων για κήλη. Τέλος ολοκληρώνεται με την αναζήτηση ειδικών σημείων που πολλές φορές είναι και αρκετά διαγνωστικά για διάφορες παθήσεις οξείας κοιλίας. Η κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται με τους κανόνες που περιγράφονται στα βιβλία σημειολογίας (επαρκής φυσικός φωτισμός, σωστή θερμοκρασία δωματίου, αφαίρεση όλων των ενδυμάτων από την εξεταζόμενη περιοχή).[11]

#### ***ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ***

*Η έκφραση του προσώπου και η στάση του σώματος* δίνουν αρκετά στοιχεία ως πρώτη εκτίμηση. Ο ασθενής με κολικό πόνο είναι ανήσυχος και αλλάζει συνέχεια θέση, ενώ σε περιπτώσεις που υπάρχει ενδοκοιλιακή φλεγμονή και περιτοναϊκός ερεθισμός, ο ασθενής προσπαθεί να μείνει ακίνητος, πολλές φορές με κάμψη των μηρών προς την κοιλία. Στα πλαίσια της επισκόπησης θα πρέπει να παρατηρηθεί το χρώμα του δέρματος για την πιθανή ύπαρξη ωχρότητας, κυανώσεως ή ίκτερου. *Η συχνότητα, το εύρος και ο ρυθμός της αναπνοής* έχουν επίσης σημασία για τη διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις αναπνευστικές παθήσεις και στις παθήσεις της οξείας κοιλίας.[12]



Ο εκούσιος περιορισμός ή κατάργηση της κινητικότητας του κοιλιακού τοιχώματος προδίδει φλεγμονή του τοιχωματικού περιτοναίου. *Η επικέντρωση της επισκοπήσεως στην κοιλία* μπορεί να δώσει αξιόλογα στοιχεία για τη διάγνωση. Οι μετεγχειρητικές ουλές αποκαλύπτουν την απουσία οργάνων δυνητικά ενόχων για οξεία συνδρομή (σκωληκοειδής, χοληδόχος κύστη) και εγείρουν την υπόνοια συμφύσεων και απλής εντερικής απόφραξης. *Τα σημεία Cullen* (αιμορραγική διήθηση του ομφαλού) και *Grey – Turner* (αιμορραγική διήθηση στην πλάγια κοιλιακή χώρα) μπορεί να παρατηρηθούν σε οποιαδήποτε ενδοκοιλιακή αιμορραγία, αλλά είναι χαρακτηριστικά κυρίως στην αιμορραγική παγκρεατίτιδα.[11]

### **ΑΚΡΟΑΣΗ**

Η ακρόαση της κοιλιάς μάλιστα πρέπει να γίνεται πριν από την επίκρουση και την ψηλάφηση, διότι εάν ακολουθήσει αυτές, μπορεί να οδηγηθούμε σε λανθασμένα συμπεράσματα λόγω μεταβολής των εντερικών ήχων. Κατά την ακρόαση προσέχουμε *τους εντερικούς ήχους και τα αγγειακά φυσήματα* της κοιλιάς. Εντερικοί ήχοι έντονοι και συχνοί χωρίς απότομη διακοπή στο τέλος και μεταλλική απήχηση συνήθως υποδηλώνουν γαστρεντερίτιδα ή ατελή ειλεό. Αντίθετα έντονοι, συχνοί και με απότομη διακοπή και μεταλλική απήχηση στο τέλος υποδηλώνουν αποφρακτικό ειλεό στο δυναμικό στάδιο. Η μεταλλική απήχηση είναι ήχος παρόμοιος με αυτό που παράγεται όταν ρίξουμε ένα κέρμα σε ένα ποτήρι νερό. Απουσία εντερικών ήχων σημαίνει γενικευμένη περιτονίτιδα, αποφρακτικός και παραλυτικός ειλεός. Η διαπίστωση εντερικής σιγής απαιτεί υπομονή και επίμονη ακρόαση τουλάχιστον επί 2-3 λεπτά. Απουσία ήχων επί ένα τουλάχιστο λεπτό υποδηλώνει ενδοκοιλιακή φλεγμονή. Η ακρόαση αγγειακών φυσημάτων στην κοιλία αποκαλύπτει στενώσεις της αορτής ή των εκφυτικών στομίων των σπλαγχνικών αγγείων. Ανάλογα με το σημείο ακρόασης οδηγούμεθα στο πάσχον αγγείο.[11]

### **ΨΗΛΑΦΗΣΗ**

Η ψηλάφηση της κοιλιάς αποσκοπεί στην ανεύρεση ευαισθησίας, μυϊκής αντιστάσεως ή συσπάσεως και τέλος ψηλαφητής μάζας. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται σε όλη την κοιλία και πάντα αρχίζοντας από την περιοχή που δεν πονά ο άρρωστος, διότι όταν πονέσει πιθανόν να συσπάσει τα κοιλιακά τοιχώματα και να μην μας επιτρέψει να βγάλουμε τα σωστά συμπεράσματα. Διενεργείται με ολόκληρη την παλάμη, με τεταμένους τους δακτύλους κατά τις μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις και κάμπτοντας ελαφρά την πρώτη φάλαγγα των δακτύλων.[11]

Η ψηλάφηση της κοιλιάς αρχίζει με την επιπολής ψηλάφηση και καταλήγει στην εν τω βάθει ψηλάφηση. *Εντοπισμένη ή γενικευμένη ευαισθησία* στην επιπολής ψηλάφηση ανευρίσκεται μόνο όταν

υπάρχει ερεθισμός του τοιχωματικού περιτοναίου ή κάποια βλάβη του κοιλιακού τοιχώματος. Όταν η φλεγμονή δεν επεκτείνεται πέρα από το σπλαχνικό περιτόναιο, υπάρχει ευαισθησία μόνο στην εν τω βάθει ψηλάφηση και είναι ένα αίσθημα πόνου αρκετά διάχυτο και ακαθόριστο. Η ευαισθησία που οφείλεται σε ερεθισμό του τοιχωματικού περιτοναίου συνοδεύεται από τοπική μυϊκή αντίσταση, η οποία αναζητείται με ήπιες και όχι απότομες κινήσεις. Καθολική σύσπαση της κοιλίας υπάρχει στα αρχικά στάδια της χημικής ή μικροβιακής περιτονίτιδας, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη διάτρηση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Σε αυτή την περίπτωση, η σύσπαση των κοιλιακών μυών είναι ανεξάρτητη από τη θέληση του ασθενούς και δεν επηρεάζεται από τις αναπνευστικές κινήσεις.

Το πιο αξιόλογο σημείο του εντοπισμένου ή γενικευμένου ερεθισμού του τοιχωματικού περιτοναίου είναι η *παλίνδρομη ευαισθησία*. Πιέζουμε σταθερά στην περιοχή που πονάει ο ασθενής για μερικά δευτερόλεπτα και τη στιγμή που αφήνουμε απότομα την πίεση το αίσθημα του πόνου κορυφώνεται. Η ύπαρξη αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί μέτριο ερεθισμό του περιτοναίου και εντερική πάρεση, δίνοντας κατά τη ψηλάφηση την αίσθηση της ζυμώδους κοιλίας.[12]

Σε ορισμένες παθήσεις υπάρχουν επώδυνα σημεία που θα πρέπει επίσης να αναζητούνται. **Σημείο Mc Burney.** Είναι χαρακτηριστικό στην οξεία σκοληκοειδίτιδα. Πίεση με ένα δάχτυλο στο σημείο μεταξύ έξω και έσω τριτημορίου της νοητής γραμμής που ενώνει τη δεξιά άνω λαγόνια άκανθα με τον ομφαλό προκαλεί έντονο πόνο.

**Σημείο Murphey.** Ασκείται μικρή πίεση σταθερά με το ένα χέρι στο σημείο που ενώνεται το δεξιό πλευρικό τόξο με το έξω χείλος του ορθού κοιλιακού μυός και παραγγέλνεται στον ασθενή να πάρει βαθιά εισπνοή, οπότε αν αισθάνεται πόνο η αναπνοή διακόπτεται ξαφνικά. Το σημείο είναι θετικό στην οξεία χολοκυστίτιδα.

**Σημείο Kehr.** Αν υπάρχει αιμοπεριτόναιο, όπως μετά από ρήξη εξωμήτριου κυήσεως και ανασηκώσουμε το κάτω μέρος του κρεβατιού του ασθενή (θέση Trendelenburg) προκαλείται πόνος στις ωμοπλαταιαίες χώρες, ιδίως αριστερά, που οφείλεται σε ερεθισμό των διαφραγμάτων (σημείο Kehr θετικό).

**Σημείο Courvoisier:** Το σημείο αυτό χαρακτηρίζεται από ψηλαφητή χοληδόχο κύστη και ίκτερο. Είναι θετικό στο 60% των καρκίνων της κεφαλής του παγκρέατος και του φύματος του Vater.

**Σημείο Gray-Turner:** Χαρακτηρίζεται από εκχυμώσεις στη πλάγια κοιλιακή χώρα σε προχωρημένη οξεία παγκρεατίτιδα.

**Σημείο Cullen:** Χαρακτηρίζεται από αιμορραγική διήθηση του ομφαλού στις οξεία παγκρεατίτιδα, στην ρήξη εξωμήτριας κύησης ή άλλης *εσωτερικής αιμορραγίας στη περιτοναϊκή κοιλότητα*. [12]

### **Δακτυλική εξέταση**

Η κλινική εξέταση του ασθενούς με οξεία κοιλία συμπληρώνεται πάντα με δακτυλική εξέταση από το ορθό ή και τον κόλπο για τις γυναίκες, για την ανεύρεση ευαισθησίας, ελεύθερου υγρού στο δουγλάσειο ή ψηλαφητής μάζας στην πύελο. Οι φλεγμονώδεις παθήσεις, όπως η οξεία πυελική σκωληκοειδίτιδα, η εξαρτηματίτιδα, και η εκκολπωματίτιδα, προκαλώντας τοπική περιτονίτιδα, καθιστούν το δουγλάσειο πολύ ευαίσθητο στη ψηλάφηση. Η συλλογή πύου σε αυτή τη περιοχή γίνεται εύκολα αντιληπτή από τη ζυμώδη σύσταση του δουγλάσειου. Στις γυναίκες οι πυελικές διογκώσεις γίνονται πιο εύκολα αντιληπτές με αμφίχειρη εξέταση από τον κόλπο και την υπερηβική χώρα. [12]

## **2.5.ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Στις περισσότερες περιπτώσεις οξείας κοιλίας το ιστορικό και η κλινική εξέταση θέτουν τη διάγνωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος και ο ακτινολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, τη διευκρίνιση διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων και την προεγχειρητική ετοιμασία των ασθενών που χρήζουν χειρουργικής παρέμβασης.

### **2.5.1.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Οι παρακλινικές εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται με σκεπτικισμό, ιεράρχηση και οικονομία για να μην υπάρξει απώλεια χρόνου και άσκοπη ταλαιπωρία του ασθενούς. Όταν η κλινική εντύπωση είναι ότι υπάρχει οξύ χειρουργικό πρόβλημα (όπως ενδοκοιλιακή αιμορραγία), σε καμιά περίπτωση δε θα πρέπει να αναβάλλεται η επέμβαση, αναμένοντας τα αποτελέσματα των αιματολογικών ή βιοχημικών εξετάσεων.

Από τις *αιματολογικές εξετάσεις* χρήσιμος είναι ο προσδιορισμός του αιματοκρίτη για τη διαπίστωση απώλειας αίματος ή αφυδατώσεως και η μέτρηση των λευκών αιμοσφαιρίων. 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. Η ανίχνευση της αμυλάσης και λιπάσης του ορού δεν θα πρέπει να παραλείπονται. Η λιπάση αποτελεί ειδικό δείκτη της παγκρεατίτιδας διότι ανευρίσκεται μόνο στο πάγκρεας. Ασθενείς με κοιλιακό άλγος που συνοδεύεται από αύξηση των τιμών της αμυλάσης ή της λιπάσης του ορού (< 3πλάσιο του φυσιολογικού), συνήθως πάσχουν από οξεία παγκρεατίτιδα. Η μικροσκοπική και βιοχημική εξέταση των ούρων θεωρείται από τις εξετάσεις που

δίνει πολλές πληροφορίες. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να συνοδεύεται από πυουρία ενώ η αιματουρία μπορεί να συνυπάρχει σε πολλά νοσήματα. Το ειδικό βάρος των ούρων, η ανεύρεση στοιχείων αίματος ή πύου, η ανίχνευση σακχάρου, όλα έχουν τη σημασία τους. Η γενική εξέταση ούρων είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό ουρολοιμώξεων, αιματουρίας, διαβήτη και νεφρικής ανεπάρκειας. Ο έλεγχος των ούρων με stick για λευκοματίνη, χολερυθρίνη, γλυκόζη και κετονικά σώματα βοηθά στη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων, που προκαλούν οξεία κοιλία. Λευκά αιμοσφαίρια στα ούρα υποδηλώνουν πυελονεφρίτιδα ή κυστίτιδα, ενώ η αιματουρία νεφρική ή ουρητηρική λιθίαση.

Τεστ κύησης συνιστάται στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ιδιαίτερα σε εκείνες με καθυστέρηση ή διαταραχές της εμμήνου ρύσεως. Μια εγκυμοσύνη μπορεί να υπάρχει εν αγνοία της ασθενή.[1]

### **2.5.2. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Ο ακτινολογικός έλεγχος στις επείγουσες περιπτώσεις αρχίζει χωρίς καθυστέρηση, αμέσως μετά τη λήψη του ιστορικού και την κλινική αξιολόγηση στο Τ.Ε.Π. Θα πρέπει να τονισθεί ότι δεν θα πρέπει να αποστέλλεται ένας ασθενής με ασταθή κατάσταση λόγω συνεχιζόμενης αιμορραγίας για ακτινολογικό έλεγχο, γιατί έχουν χαθεί ασθενείς κατά τη μετακίνησή τους προς το εργαστήριο. Το είδος και ο αριθμός των απεικονιστικών εξετάσεων που θα ζητηθούν εξαρτάται από την πρώτη κλινική εντύπωση που θα σχηματίσει ο γιατρός στο τμήμα των επειγόντων, σκοπεύοντας στην απάντηση συγκεκριμένων ερωτημάτων και ποτέ δε θα πρέπει να παραγγέλλεται άσκοπες και πολύπλοκες εξετάσεις. Ίσως οι μόνες ακτινογραφίες που είναι συνετό να γίνονται ως ρουτίνα είναι η απλή ακτινογραφία κοιλίας και θώρακος, που θα χρησιμοποιηθούν ως απεικόνιση για την παραπέρα καθοδήγηση και εκτέλεση άλλων πιο ειδικών εξετάσεων. Η ακτινογραφία θώρακος, όταν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενή, θα πρέπει να γίνεται από την αρχή και για τον αποκλεισμό θωρακικών παθήσεων που υποδύονται οξεία κοιλία, αλλά και ως προεγχειρητικός έλεγχος εφόσον απαιτηθεί επείγουσα επέμβαση.[12]

#### ***Ακτινογραφία κοιλίας***

Έχει μεγάλη διαγνωστική αξία σε περιπτώσεις ασθενών με πιθανή εντερική απόφραξη ή διάτρηση κοίλου σπλάχνου καθώς και σε περιπτώσεις παιδιών ή διανοητικά καθυστερημένων ενηλίκων με πιθανή κατάποση ξένου σώματος και θα πρέπει να γίνεται σε όρθια και κατακεκλιμένη θέση.

Ο τρόπος που σκιαγραφείται ο αέρας στην ακτινογραφία κοιλίας έχει ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία ιδιαίτερα στη μελέτη των παθήσεων που προκαλούν εντερική απόφραξη. Υγραερικά

[23]<sup>1</sup>

Εικόνα 2.5.2.. Μηχανική απόφραξη του εντέρου οφειλόμενη σε απόφραξη του (ΑΡ) κόλου. Σημειώνεται η έλλειψη αέρος σε όλο το μήκος του κόλου.<sup>5</sup>

επίπεδα στο λεπτό έντερο, με εξάλειψη του αέρα από το παχύ, σημαίνουν μηχανική απόφραξη στο λεπτό. Υδραερικά επίπεδα σε όλο το μήκος του λεπτού και του παχέος, με εξάλειψη των εντερικών ήχων είναι χαρακτηριστικά του παραλυτικού ειλεού.[12]

*Συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα* συμβαίνει σε πολλές οξείες καταστάσεις της κοιλίας και σε μικρές ποσότητες αρχικά προκαλεί αύξηση της σκιάς της πυέλου. Σε όρθια θέση, καθώς το υγρό επεκτείνεται προς τα πάνω, αριστερά και δεξιά της ουροδόχου κύστεως, δίνει την εικόνα των *αυτιών σκύλου*.



Εικόνα 2.4. Μηχανική απόφραξη του εντέρου οφειλόμενη σε απόφραξη του (AP) κόλου. Σημειώνεται η έλλειψη αέρος σε όλο το μήκος του κόλου.[5]

*Η ύπαρξη επασβεστώσεων* στην απλή ακτινογραφία κοιλίας μπορεί να μην έχει σχέση με την οξεία πάθηση, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι το κλειδί της διαγνώσεως. Η ύπαρξη ενός επασβεστωμένου κοπρόλιθου στο δεξιό λαγόνιο βόθρο με την ανάλογη κλινική εικόνα της οξείας σκοληκοειδίτιδας επιβεβαιώνει τη διάγνωση.[1]

### **Ακτινογραφίες με σκιαστικό**

Όταν ο απλός ακτινολογικός έλεγχος αφήσει ερωτήματα κρίσιμα για τη διάγνωση και η κατάσταση του ασθενή αφήνει τα χρονικά όρια για παραπέρα διερεύνηση, οι κατάλληλες ακτινογραφίες με σκιαστικό είναι δυνατόν να διαλευκάνουν ορισμένα προβλήματα.

Όταν υπάρχει υπόνοια παθήσεως του ουροποιητικού (κάκωση νεφρών, νεφρολιθίαση) η ενδοφλέβια πυελογραφία ή η κυστεογραφία μπορούν να γίνουν σε επείγουσα βάση. Κατά τον ίδιο τρόπο η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία χρησιμοποιείται όταν τα χοληφόρα εμπλέκονται στη διαφορική διάγνωση. Η εκλεκτική αγγειογραφία βοηθάει στη διάγνωση επικείμενης ρήξεως ανευρύσματος της αορτής εφόσον η αιμορραγία βρίσκεται κάτω από έλεγχο.[12]

### **Υπερηχογράφημα**

Αντίθετα με τον απλό ακτινολογικό έλεγχο μπορεί να ξεχωρίσει τις κυστικές από τις συμπαγείς μάζες. Αποδεικνύεται εξαιρετικά χρήσιμο στη αξιολόγηση της χοληδόχου κύστης, των χοληφόρων πόρων, του παγκρέατος, των νεφρών και της κοιλιακής αορτής. Φαίνεται να αποτελεί το

αποτελεσματικότερο διαγνωστικό μέσο στην αξιολόγηση των ασθενών με άλγος δεξιού υποχονδρίου.[1]

### *Αξονική τομογραφία*

Η χορήγηση σκιαστικού ενδοφλεβίως ή από το στόμα αυξάνει τη διακριτική ικανότητα της εξέτασεως. Μπορεί να μας δώσει ακριβείς πληροφορίες για τις ανατομικές σχέσεις των ενδοπεριτοναϊκών και εξωπεριτοναϊκών οργάνων και να εντοπίσει μικρές και συμπαγείς κυστικές βλάβες χωρίς ο αέρας να αποτελεί εμπόδιο.[12]

## **2.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ**

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει ανάμεσα σε ένα πλήθος παθήσεων που προκαλούν οξύ κοιλιακό πόνο.

*Το Έμφραγμα του μυοκαρδίου* μπορεί να προκαλέσει επιγαστρικό πόνο και να υποδυθεί οξεία χολοκυστίτιδα ή διάτρηση έλκους. Δεν υπάρχει μυϊκή αντίσταση και οι εντερικοί ήχοι είναι φυσιολογικοί. *Ο Ρευματικός πυρετός* μπορεί να προκαλέσει διάχυτο κοιλιακό άλγος που θυμίζει οξεία σκωληκοειδίτιδα. *Ο Διαβήτης και το επικείμενο κώμα* συχνά συνοδεύεται από έντονο κοιλιακό άλγος και εμέτους με ευαισθησία μεγάλη του κοιλιακού τοιχώματος και κάποιο βαθμό αντίστασης. *Η Πνευμονία, η πλευρίτιδα, το εμπύημα* δημιουργούν εικόνα που μοιάζει με οξεία κοιλία μέσω ερεθισμού του διαφράγματος.

*Η οξεία ηπατίτιδα* στα αρχικά στάδια υποδύεται οξείες παθήσεις χοληφόρων. Ο εργαστηριακός έλεγχος θα οδηγήσει στην ορθή διάγνωση. *Η μεσεντέρια λεμφαδενίτιδα* μιμείται την οξεία σκωληκοειδίτιδα στους νέους και οδηγεί συχνά σε άσκοπη χειρουργική επέμβαση. *Η οξεία σαλπινγίτιδα, η δυσμηνόρροια, οι παθήσεις των ωοθηκών και οι ουρολοιμώξεις* περιπλέκουν την εκτίμηση της οξείας κοιλίας σε νέες γυναίκες. Η προσεκτική λήψη γυναικολογικού ιστορικού, η εξέταση της πυέλου και των ούρων, το υπερηχογράφημα και το τεστ κύσεως θα βοηθήσουν στη διάγνωση.

*Η οξεία πορφύρα* και η δρεπανοκυτταρική αναιμία πρέπει να αποκλείονται πριν τη διενέργεια ερευνητικής λαπαροτομίας. Επίσης, μεταναστευτικός κοιλιακός πόνος παρατηρείται σε ρευματικό πυρετό, οζώδη πολυαρθρίτιδα και διάχυτη αγγειίτιδα.

*Παθήσεις σπονδυλικής στήλης.* Οξύς πόνος στη λαγόνια χώρα συνοδευόμενος από σπασμό του ορθού κοιλιακού μυός είναι δυνατόν να προκληθεί από οστεοαρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης με

συμπίεση θωρακικού ή οσφυϊκού νεύρου. *Ο Αυτόματος πνευμοθώρακας* υποδύεται την οξεία χολοκυστίτιδα.[4]

Στον πίνακα 2.6.1. αναφέρονται οι ενδοπεριτοναϊκές και οι εξωπεριτοναϊκές παθήσεις που δεν απαιτούν *επείγουσα* χειρουργική επέμβαση, αλλά εμφανίζονται με οξύ κοιλιακό πόνο, ενώ στον πίνακα 2.6.2. αναφέρονται *τα παθολογικά αίτια οξείας κοιλίας*, στα οποία δεν απαιτείται χειρουργική παρέμβαση.

Πίνακας 2.6..1 Ενδοκοιλιακές και εξωκοιλιακές παθήσεις που δεν απαιτούν επείγουσα επέμβαση.[12]

#### **Ενδοπεριτοναϊκές**

- Ηπατίτιδα
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Οξεία διόγκωση σπλήνα (λευχαιμία)
- Ισχαιμικό έμφρακτο σπλήνα  
(δρεπανοκυτταρική αναιμία)
- Οξεία μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα
- Οξεία γαστρεντερίτιδα
- Κολικός εντέρου
- Φλεγμονώδεις παθήσεις εντέρου
- Αμοιβάδωση
- Κοιλιάγχη
- Ισχαιμική κολίτιδα

#### **Οπισθοπεριτοναϊκές**

- Κολικός ουρητήρα
- Πυελονεφρίτιδα
- Λεμφαδενίτιδα

#### **Πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα**

- Αιμάτωμα θήκης ορθού κοιλιακού μυός
- Ρήξη ορθού κοιλιακού μυός
- Κήλες
- Συστροφή όρχεος

#### **Σπονδυλική στήλη**

- Αρθρίτιδα
- Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου
- Κατάγματα
- Μεταστάσεις

#### **Νευρικός πόνος**

- Νευρίτιδα
- Έρπης ζωστήρας

#### **Θώρακας**

- Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- Διαχωριστικό ανεύρυσμα θωρακικής αορτής
- Περικαρδίτιδα
- Κατάγματα πλευρών
- Πνευμοθώρακας
- Αιμοθώρακας
- Πλευρίτιδα
- Πνευμονική εμβολή
- Νόσος του Bornholm (επιδημική πλευροδυνία)

Πίνακας 2.6.2 Παθολογικά αίτια οξείας κοιλίας, στα οποία δεν απαιτείται χειρουργική επέμβαση.[12]

<b>A. Αιματολογικές παθήσεις</b>
Δρεπανοκυτταρική αναιμία
Θρομβοπενική πορφύρα
Οξεία λευχαιμία
Πορφυρία
Σφαιροκυτταρική αναιμία
<b>B. Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις</b>
Διαβητική κρίση
Κρίση Addison
Οξεία διάμεση πορφύρα
Υπερλιποπρωτεϊναιμία
Ουραιμία
Υποκαλιαιμία
<b>Γ. Καρδιοθωρακικές παθήσεις</b>
Έμφραγμα μυοκαρδίου
Οξεία περικαρδίτιδα
Εμπήμη
Πνευμονία
Πλευρίτιδα
Πνευμονική εμβολή
Πνευμοθώρακας
<b>Δ. Λοιμώδεις και φλεγμονώδεις παθήσεις</b>
Έρπης ζωστήρας
Οξός ρευματικός πυρετός
Πορφύρα Henoch-Schonlein
Συστηματικός ερυθματώδης λύκος
Οξώδης πολυαρθρίτιδα
Ρευματοειδής αρθρίτιδα
<b>E. Νευρολογικές παθήσεις</b>
Νωτιαία φθίση
Νευρίτιδα
<b>Στ. Τοξίνες και φάρμακα</b>
Δηλητηριάσεις από βαρέα μέταλλα
Λήψη ναρκωτικών ουσιών



Η διαφορική διάγνωση θα βασισθεί στο καλό ιστορικό, την προσεκτική κλινική εξέταση και στις λίγες, αλλά ενδεδειγμένες, παρακλινικές εξετάσεις. Η κλινική εμπειρία του γιατρού και η ευρεία γνώση όλων των νοσολογικών οντοτήτων είναι απαραίτητοι παράγοντες. Η στενή συνεργασία του χειρουργού με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, τον παθολόγο, το γυναικολόγο και τον ακτινολόγο, σε δύσκολες περιπτώσεις είναι πάντα υπέρ του ασθενή.

*Στη συνέχεια παραθέτονται μερικοί χρήσιμοι κανόνες διαφορικής διάγνωσης:[4]*

- Οξύς κοιλιακός πόνος διάρκειας >6 ωρών, οφείλεται συνήθως σε χειρουργική πάθηση μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου.
- Ο πόνος συνήθως προηγείται του εμέτου και της ανορεξίας στις χειρουργικές παθήσεις ενώ ακολουθεί στις μη χειρουργικές .
- Η λευκοκυττάρωση σαν αποτέλεσμα φλεγμονώδους πάθησης είναι συχνότερο εύρημα στους νέους παρά στους ηλικιωμένους.
- Η Οξεία Σκωληκοειδίτιδα είναι η συχνότερη αιτία οξείας κοιλίας στα παιδιά και στους νέους και μπορεί να εμφανισθεί με περίεργες κλινικές μορφές όπως της εντερικής απόφραξης .
- Η Σαλπινγίτιδα είναι το συχνότερο εύρημα της «ερευνητικής» λαπαροτομίας για οξεία κοιλία όταν η προεγχειρητική διάγνωση είναι εσφαλμένη.
- Η Εντερική Απόφραξη μπορεί να διαφύγει τη διάγνωση όταν δεν συνοδεύεται από εμέτους, διάταση της κοιλίας και υδραερικά επίπεδα.
- Σε επίμονο βύθιο κοιλιακό πόνο χωρίς κλινικά σημεία πρέπει να υποπτευόμεθα Μεσεντέριο Απόφραξη.
- Υψηλός πυρετός με ρίγος, ίκτερο, υπόταση υποδεικνύει Οξεία Σηπτική Χολαγγειίτιδα.
- Επίμονη οσφυαλγία κυρίως αριστερά σε άτομα >50 ετών πρέπει να διερευνάται για Διατεινόμενο ή ραγέν Ανεύρυσμα.

## **2.7. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Η οξεία κοιλία είναι οξύ και επείγον σύνδρομο, με προεξάρχουσα συμπτωματολογία από την κοιλιά (οξύς κοιλιακός πόνος), μπορεί να συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα (πυρετός, ταχυσφυγμία, ταχύπνοια) ή από εργαστηριακά ευρήματα (λευκοκυττάρωση, άνοδος ηπατικών ενζύμων, χολερυθρίνης) και συνήθως απαιτεί χειρουργική παρέμβαση.

Οξύς κοιλιακός πόνος άνω των 6 ωρών με σύσπαση της κοιλίας θεωρείται ότι προέρχεται από κατάσταση χειρουργικής παθολογίας. Στο 75 – 80% των περιπτώσεων η διάγνωση γίνεται έπειτα

από προσεκτική λήψη ιστορικού και φυσικής εξέτασης. Σήμερα, ο επαγγελματίας υγείας που εξετάζει έναν ασθενή στα επείγοντα ιατρεία για οξύ κοιλιακό πόνο, ύστερα από ψηλάφηση της επώδυνης κοιλίας, τον στέλνει για εξετάσεις αίματος, αξονική τομογραφία (CT) και υπέρηχο κοιλίας (US). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οξείας κοιλίας, χειρουργικής ή μη, υπάρχει χρόνος 6-8 ωρών για εμπέδωση της διάγνωσης για τη λήψη απόφασης λαπαροτομίας ή όχι. Η διαφορική διάγνωση των παθήσεων γενικώς που εκδηλώνονται με κοιλιακό πόνο αποτελεί ένα από τα συχνότερα αλλά και δυσκολότερα προβλήματα που συναντά ο κλινικός γιατρός και νοσηλευτής. Το πρόβλημα αυτό αποκτά εξαιρετική σημασία στην περίπτωση του οξέος κοιλιακού πόνου όπου η τύχη του αρρώστου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΟΡΦΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (ΑΙΤΙΑ)

### 3.1. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ (ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ)

Οι παθήσεις που είναι δυνατόν να προκαλέσουν οξεία χειρουργική κοιλία ανήκουν συνήθως σε μία από τις ακόλουθες κατηγορίες: (Αναλυτικά περιγράφονται στον πίνακα 1.1)

- Φλεγμονή
- Απόφραξη
- Ισχαιμία
- Αιμορραγία

Πίνακας 1.1 Οξείες χειρουργικές παθήσεις[12]

<b>Παθήσεις που προκαλούν τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα</b>
Οξεία σκωληκοειδίτιδα
Οξεία χολοκυστίτιδα
Εκκολπωματίτιδα
Οξεία παγκρεατίτιδα
Σαλπινγιτίτιδα
Πρωτοπαθής περιτονίτιδα
Διάτρηση κοίλου σπλάγχνου
<b>Απόφραξη εντερικού σωλήνα</b>
Μηχανικός ειλεός λεπτού εντέρου
Μηχανικός ειλεός παχέος εντέρου
Ψευδοαπόφραξη των ενηλίκων
<b>Ισχαιμία σπλάγχμων</b>
Οξεία απόφραξη άνω μεσεντερίων αγγείων
Συστροφή εκτόπου σπλήνα
Συστροφή τυφλού ή σιγμοειδούς
Συστροφή κύστεως ωσθήκης ή μισχωτού ινομύματος
Συστροφή επιπλοϊκής αποφύσεως
Συστροφή μείζονος επιπλόου
<b>Αιμορραγία</b>
<b>Ενδοπεριτοναϊκή</b>
Κλειστή κάκωση κοιλίας
Αυτόματη ρήξη ηπατώματος
Αυτόματη ρήξη σπληνός
Ρήξη εξωμπτρίου κυήσεως
Ρήξη αιμορραγικού ωοθυλακίου
Ρήξη ανευρύσματος
<b>Ενδοαυλική</b>
Αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό
Αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό
<b>Οπισθοπεριτοναϊκή</b>
Κακώσεις
Αυτόματη αιμορραγία από το λαγονοψοΐτη
Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

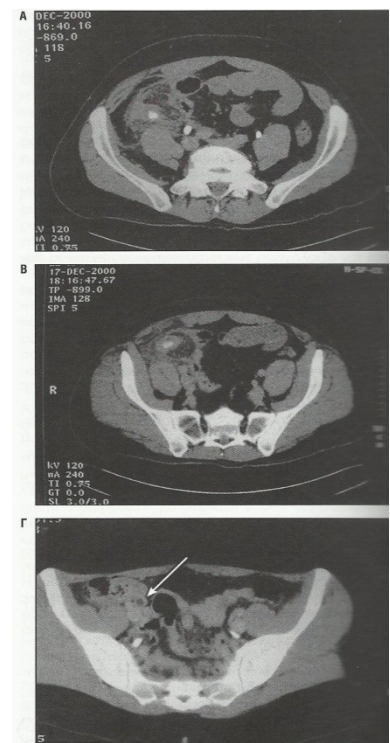
Πιο συχνές καταστάσεις της οξείας κοιλίας στις οποίες απαιτείται εγχείρηση είναι : η οξεία σκωληκοειδίτιδα 43,6%, η οξεία χολοκυστίτιδα 14,7%, η απόφραξη λεπτού εντέρου 6,2%, η διάτρηση πεπτικού έλκους 3,7% και η οξεία παγκρεατίτιδα 4,5%. [9]

Βέβαια οι παθήσεις που μπορούν να εμφανισθούν με την εικόνα της οξείας κοιλίας δεν είναι πάντα χειρουργικές, με την έννοια ότι για τη θεραπεία τους απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση. Υπάρχουν και παθολογικά νοσήματα που εκδηλώνονται με οξύ κοιλιακό πόνο και εδώ βρίσκεται συνήθως το κύριο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα.

Τα χειρουργικά και παθολογικά νοσήματα που εμφανίζονται με οξεία κοιλία διακρίνονται σε ενδοπεριτοναϊκά και εξωπεριτοναϊκά. Παράδειγμα ενδοπεριτοναϊκού χειρουργικού νοσήματος ,με εικόνα οξείας κοιλίας, είναι η διάτρηση έλκους του δωδεκαδακτύλου, ενώ εξωπεριτοναϊκού ο πνευμοθώρακας. Επίσης παράδειγμα ενδοπεριτοναϊκού παθολογικού νοσήματος με οξύ κοιλιακό άλγος είναι η ιογενής ηπατίτιδα, ενώ εξωπεριτοναϊκού το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.[12]

### 3.2.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ (5) ΠΙΟ ΣΥΧΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

- **Σκωληκοειδίτιδα (43%).** Το κοιλιακό άλγος είναι το αρχικό σύμπτωμα της νόσου. Αρχικά, ο πόνος είναι ήπιος, και εντοπίζεται ακαθόριστα περιομφαλικά στη μέση γραμμή ή στο επιγάστριο και σπάνια στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (στο σημείο Mc Burney's). Μετά από μερικές ώρες ο πόνος μετατοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Συνήθως συνυπάρχει ναυτία, ανορεξία, έμετος και δεκατική πυρετική κίνηση. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται εντοπισμένη υπερευαισθησία και μυϊκή σύσπαση. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ήπια λευκοκυττάρωση. Επισημαίνεται εδώ ότι η νόσος μπορεί να εμφανισθεί με διάφορες παραλλαγές από την τυπική κλινική εικόνα, ειδικά στην περίπτωση της οπισθοτυφλικής σκωληκοειδίτιδας κατά την οποία ο πόνος παραμένει ακαθόριστος. Η χρήση της αξονικής τομογραφίας έχει διευρυνθεί και στις περιπτώσεις ασθενών με οξεία σκωληκοειδίτιδα (εικόνα 3.1.).[1]



Εικόνα 3.1. Αξονική τομογραφία σε ασθενή με άλγος ΔΕ λαγόνιου βόθρου. Κατά την εξέταση διαπιστώνεται ασβεστοποιημένος λίθος στη σκωληκοειδή απόφυση (Α και Β). Παρατηρείται διάταση και πλήρωση με υγρό στην περιοχή της σκωληκοειδούς.(1)

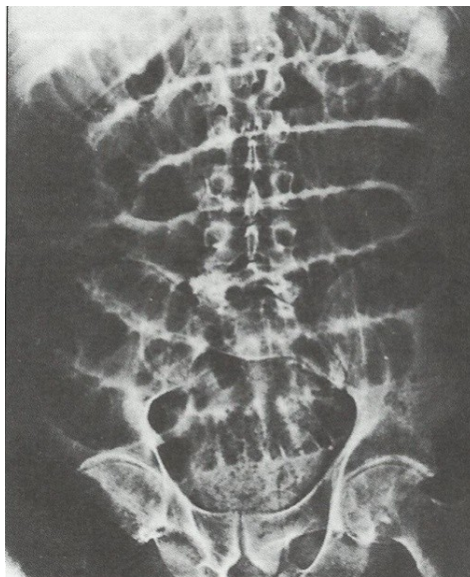
Η ευαισθησία και η ειδικότητα της αξονικής τομογραφίας στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι 90-100% . Εφόσον αποκλειστεί η νόσος με την αξονική, τότε στα δύο τρίτα των περιπτώσεων διαπιστώνεται διαφορετική νόσος. Τέλος εφόσον η διάγνωση είναι υπό αμφισβήτηση, ο έλεγχος της περιοχής με το υπερηχογράφημα μπορεί να αποβεί χρήσιμος. Ο ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο και να προετοιμάζεται άμεσα για επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Η χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και αναλγητικών κρίνεται απαραίτητη για τη διόρθωση του ελλείμματος όγκου και τον έλεγχο του πόνου αντίστοιχα χορήγηση των αντιμικροβιακών φαρμάκων αρχίζει , εφόσον ληφθεί η απόφαση για χειρουργική επέμβαση.[1]

- **Οξεία χολοκυστίτιδα (14,7%).** Χαρακτηρίζεται από οξύ άλγος στο δεξιό υποχόνδριο και από εντοπισμένη ευαισθησία με αντανάκλαση στη σύστοιχη ωμοπλάτη. Από το ατομικό ιστορικό του ασθενή προκύπτει ιστορικό παρόμοιων επεισοδίων. Το επεισόδιο του πόνου μπορεί να είναι μέτριας ή μεγάλης έντασης και να συνοδεύεται από ανορεξία , ναυτία και έμετο. Από τον υπόλοιπο έλεγχο διαπιστώνεται μικρή πυρετική κίνηση και λευκοκυττάρωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις η χοληδόχος κύστη είναι ψηλαφητή. Οι υπερήλικες ασθενείς είναι δυνατό να εμφανίσουν ηπιότερη συμπτωματολογία.

Η υπερηχογραφική εικόνα της οξείας χολοκυστίτιδας είναι χαρακτηριστική. Διαπιστώνονται χολόλιθοι, διάταση των ενδο ή των εξωηπατικών χοληφόρων πόρων ή πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και περιχολοκυστικό υγρό. Το υπερηχογράφημα κοιλίας αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας, διότι είναι απλή, φθηνή και εύκολη μέθοδος, έχει υψηλή διαγνωστική ειδικότητα και ευαισθησία και δεν παρουσιάζει καμία επιπλοκή. Το θετικό υπερηχογραφικό σημείο του Murphy (εντοπισμένη ευαισθησία στην περιοχή της χοληδόχου κύστης κατά την εξέταση), έχει ευαισθησία 88% και ειδικότητα 80% στη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας.

Όλοι οι ασθενείς με χολοκυστίτιδα θα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο και να εξετάζονται από χειρουργό. Η τοποθέτηση φλεβικής γραμμής, η χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για την αποσυμφόρηση του στομάχου κρίνονται απαραίτητα μέτρα. Θα πρέπει παράλληλα να διακοπεί η σίτιση από το στόμα και να χορηγηθούν αναλγητικά ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως, καθώς και αντιμικροβιακή αγωγή.[1]

- **Ειλεός (6,2%).** Ο ασθενής συνήθως παραπονείται για διαλείπον κολικοειδές κοιλιακό άλγος το οποίο εγκαθίσταται αιφνίδια, αυξάνεται συνεχώς σε ένταση έως ένα σημείο και στη συνέχεια υποχωρεί. Οι συνήθειες του εντέρου μπορεί να τροποποιηθούν. Μπορεί να παρατηρηθεί έμετος, και μάλιστα κοπρανώδης, εφόσον η απόφραξη είναι περιφερικά και μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κοιλία είναι διατεταμένη και υπερευαίσθητη, ενώ κατά την ακρόαση μπορεί να παρατηρηθεί έντονος περισταλισμός ή συχνοί με μεταλλίζουσα χροιά ήχοι. Η παρουσία στην ακτινογραφία κοιλίας (σε όρθια ή πλάγια κατακεκλιμένη θέση) διατεταμένων εντερικών ελίκων με συνοδά υδραερικά επίπεδα, επιβεβαιώνει τη διάγνωση (εικόνα3.2.).



Εικόνα 3.2. Ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση: παρατηρείται διάταση και εμφάνιση υδραερικών επιπέδων στις έλικες του λεπτού εντέρου και απουσία της σκιαγράφησης του αέρα στο παχύ έντερο. Ο ασθενής έπαυσε από απόφραξη του λεπτού εντέρου.[1]

Σε ορισμένες περιπτώσεις απουσιάζουν τα απεικονιστικά ευρήματα στην ακτινογραφία κοιλίας, οπότε η διάγνωση βασίζεται στην κλινική υποψία και στα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας με σκιαστικό μέσο. Ο ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και για πιθανή χειρουργική επέμβαση. Τοποθετείται Ρινογαστρικός σωλήνας με συνεχή παροχέτευση και παράλληλα ενυδατώνεται ο ασθενής με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το επεισόδιο του ειλεού αποδράμει αυτόματα.[1]

- **Οξεία παγκρεατίτιδα (4,5%).** Η οξεία παγκρεατίτιδα εκδηλώνεται με πόνο, ναυτία, ερυγές και εμέτους. Το άλγος είναι οξύ, με εντόπιση στο επιγάστριο και αντανάκλαση στην οσφύ.

Στις σοβαρές μορφές παγκρεατίτιδας, είναι δυνατόν να εγκατασταθεί *shock*. Από το ατομικό αναμνηστικό του ασθενή μπορεί να προκύψουν συγκεκριμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως αλκοολισμός, χορήγηση γλυκοκορτικοειδών, ή σακχαρώδης διαβήτης. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται ελάττωση ή απουσία εντερικών ήχων και διάχυτη ευαισθησία στην κοιλιά που είναι πιο έντονη στο επιγάστριο. Από τον υπόλοιπο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται ήπια πυρετική κίνηση, λευκοκυττάρωση και αύξηση των επιπέδων της αμυλάσης και της λιπάσης. Εφόσον η διάγνωση δεν μπορεί να τεκμηριωθεί, η διενέργεια αξονικής τομογραφίας κοιλίας μπορεί να αναδείξει παθολογικές αλλοιώσεις παγκρεατίτιδας.

Η θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας είναι κυρίως συντηρητική. Περιλαμβάνει παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, αναλγητική και αντιπυρετική θεραπεία και τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις χορηγούνται αντιβιοτικά, παρεντερική σίτιση και υποστήριξη των συστημάτων που πάσχουν (αναπνευστικό, κυκλοφορικό). Επίσης χορηγούνται φάρμακα, που μειώνουν τη γαστρική και παγκρεατική έκκριση (σωματοστατίνη). Απαιτεί συνεχή ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση, με *monitoring* των βασικών λειτουργιών όλων των συστημάτων (αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, νεφρικό), και αιματολογικό συνεχή έλεγχο.

*Η χειρουργική θεραπεία έχει ως ενδείξεις, κυρίως τις επιπλοκές από την οξεία παγκρεατίτιδα:* [1]

- Την αντιμετώπιση μικροβιακών επιπλοκών (αποστήματα, ψευδοκύστες, επιμολυσμένες νεκρώσεις). Σε αυτές τις περιπτώσεις θα παροχετευθούν τα αποστήματα και οι ψευδοκύστες, θα αφαιρεθούν τα νεκρωμένα τμήματα και θα τοποθετηθούν σωλήνες παροχέτευσης με συνεχή αναρρόφηση.
- Την αντιμετώπιση λιθιασικής νόσου. Συνήθως μόλις υποχωρήσει η παγκρεατίτιδα (8-10 ημέρες) ακολουθεί χολοκυστεκτομή.
- Εάν η παγκρεατίτιδα συνοδεύεται από ίκτερο ή χολαγγειίτιδα ή και σε περιπτώσεις βαριάς χολαγγειίτιδας, ενδείκνυται η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή, για να αφαιρεθεί ο ενσφηνωμένος λίθος και να προληφθούν υποτροπές.

Το κυριότερο αίτιο σήμερα στην Ελλάδα οξείας παγκρεατίτιδας είναι η λιθίαση των χοληφόρων (χοληδόχου κύστης). Ο μηχανισμός ερεθισμού του παγκρέατος είναι η δίοδος μικρολίθων (λάσπη,

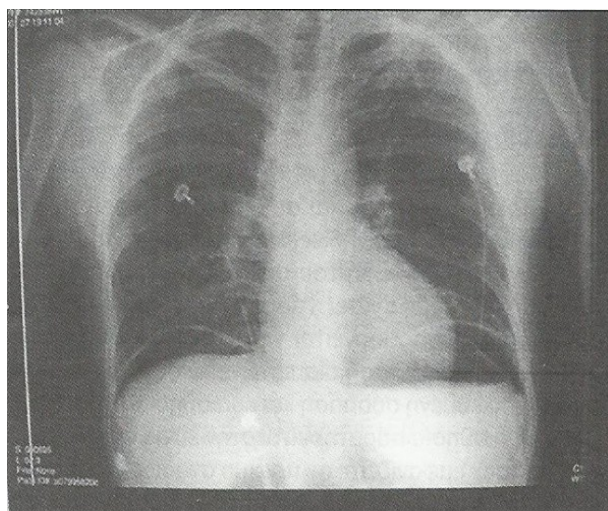
κρύσταλλοι, μικρές πέτρες, ίζημα κλπ) από την χοληδόχο κύστη στον χοληδόχο πόρο, και από εκεί η ενσφήνωση και άμεσος ερεθισμός του παγκρέατος.

Η πρόληψη των σοβαρών επιπλοκών της χολολιθίασης σήμερα, είναι η ασφαλής λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή ειδικά σε βαρέως πάσχοντες, παχύσαρκους, εγκύους, σακχαροδιαβητικούς κλπ.[1]

**Διάτρηση πεπτικού έλκους (3.7%).** Συνήθως η διάτρηση του πεπτικού έλκους προκαλεί αιφνίδιο διαξιφιστικό άλγος στο επιγάστριο. Όταν το γαστρικό περιεχόμενο αναμιχθεί με τα υγρά του περιτοναίου, ο πόνος υποχωρεί προσωρινά για να επανεμφανισθεί αργότερα καθώς η νόσος εξελίσσεται. Το κοιλιακό άλγος μπορεί να αντανακλά προς τον ώμο, λόγω ερεθισμού του διαφράγματος.

Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής εμφανίζει εικόνα βαρέως πάσχοντος και παραμένει ακίνητος με τους μηρούς σε κάμψη, ώστε να ελαττώνεται ο πόνος. Παράλληλα παρατηρείται ταχύπνοια και «επιπόλαιη» αναπνοή. Κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται γενικευμένη και έντονη σύσπαση των κοιλιακών μυών (σανιδώδης σύσπαση), με ευαισθησία σε όλη την έκταση της κοιλιάς. Στην ακτινογραφία κοιλιάς σε όρθια θέση μπορεί να παρατηρηθεί αέρας υποδιαφραγματικά (εικόνα 3.3.).

Η χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων για τη διόρθωση του ελλείμματος του όγκου, η χορήγηση αντιμικροβιακών ευρέως φάσματος και η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για την παροχέτευση των υγρών του στομάχου κρίνονται απαραίτητα μέτρα. Ακολουθεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση.[1]



Εικόνα 3.3. Προσθιοπίσθια ακτινογραφία θώρακα όπου διαπιστώνεται πνευμοπεριτόναιο, λόγω διάτρησης πεπτικού έλκους.[1]



### 3.2. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Η οξεία κοιλία εμφανίζεται σε άτομα όλων των ηλικιών και των δύο φύλων, ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής κατάστασής τους.

Ως οξεία κοιλία μπορεί να εκδηλωθούν πολλές ενδοπεριτοναϊκές ή εξωπεριτοναϊκές παθήσεις.

Οι παθήσεις διακρίνονται σχηματικά σε τέσσερις ομάδες:

- Φλεγμονώδεις νόσοι με ή χωρίς διάτρηση κοίλου οργάνου
- Απόφραξη (ειλεός) κοίλου οργάνου
- Αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα
- Ισχαιμία

Συχνότερες είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η χολοκυστίτιδα, η παγκρεατίτιδα, η εκκολπωματίτιδα, η διάτρηση έλκους, οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, η απόφραξη του εντέρου, αγγειακές παθήσεις, γυναικολογικές παθήσεις και παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

### 4.1. Η ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΣΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ – ΒΡΕΦΙΚΗ

#### ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τα παιδιά αποτελούν το 30% των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ, ένα πληθυσμό τελείως διαφορετικό από εκείνο των ενηλίκων και αποτελούν πρόκληση για τον επαγγελματία υγείας. Σε ποσοστό 45% πρόκειται περί οξείας κοιλίας.[13]

Η δυσκολία λήψης ιστορικού και οι αντικειμενικές δυσκολίες στην κλινική εξέταση καθιστούν το πρόβλημα της οξείας κοιλίας στην παιδική ηλικία εξαιρετικά δύσκολο. Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η εκτίμηση συσπάσεως των κοιλιακών τοιχωμάτων ή ψηλαφητής μάζας. Τα γενικά συμπτώματα και ο ακτινολογικός έλεγχος παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι συγγενείς ανωμαλίες, η εντερική απόφραξη, οι φλεγμονές και σπανιότερα οι αιμορραγίες είναι τα κύρια προβλήματα που δημιουργούν οξείες χειρουργικές καταστάσεις από την κοιλία.

#### 4.1.1. ΑΠΟΦΡΑΞΗ 12ΔΑΚΤΥΛΟΥ

Η απόφραξη δωδεκαδακτύλου στη νεογνική ή βρεφική ηλικία έχει συγγενή αίτια και οφείλεται σε πλήρη ατρησία ή ατελές διάφραγμα. Το κύριο σύμπτωμα είναι οι χολώδεις έμετοι γιατί η απόφραξη σε ποσοστό 80% βρίσκεται χαμηλότερα του φύματος του Vater και αρχίζουν από τις πρώτες μέρες της ζωής, έχοντας ως αποτέλεσμα την αφυδάτωση του νεογνού. Σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να υπάρχουν και άλλες συγγενείς ανωμαλίες, όπως ατρησία σε άλλο σημείο του εντέρου ή σύνδρομο Down.

Η διάγνωση βασίζεται στην ακτινογραφία κοιλίας με εμφύσηση αέρα στο στόμαχο, οπότε στην πλήρη ατρησία του 12δακτύλου υπάρχει η χαρακτηριστική εικόνα της διπλής φυσαλίδας (εικόνα 4.1.1.). Συχνά διαγιγνώσκεται προγεννητικά. [8]



Εικόνα 4.1.1. Ενδοαυλική απόφραξη 12δακτύλου.(8)

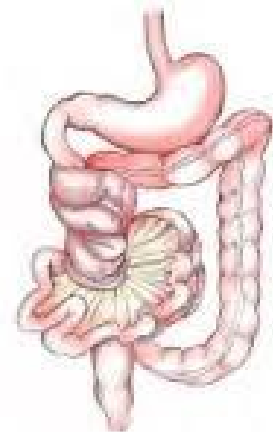
#### 4.1.2. ΑΤΡΗΣΙΑ ΤΗΣ ΝΗΣΤΙΔΑΣ

Εκδηλώνεται στα νεογνά, με διάταση της κοιλίας, ανάλογη με το ύψος της ατρησίας και χολώδεις εμέτους. Η ατρησία είναι το πιο συχνό αίτιο συγγενούς απόφραξης του λεπτού εντέρου (95% ατρησίες, 5% στενώσεις). Η αποβολή μηκωνίου δεν αποκλείει τη διάτρηση. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας θα δείξει διατεταμένες έλικες, ενώ η χορήγηση σκιαστικού θα δείξει το ύψος της αποφράξεως. Ο βαριούχος υποκλυσμός χρειάζεται επίσης για τον υποκλυσμό άλλων αποφράξεων και για τον καθορισμό της θέσης του τυφλού.[8]

#### 4.1.3. ΑΤΕΛΗΣ ΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η ατελής στροφή του εντέρου και το κοινό μεσεντέριο προδιαθέτουν σε συστροφή, με οξεία απόφραξη των άνω μεσεντερικών αγγείων και του εντέρου, από το 12δάκτυλο μέχρι τη μεσότητα του εγκάρσιου κόλου (εικόνα 4.1.3.). Η οξεία διάταση της κοιλίας με χολώδεις εμέτους και πιθανές αιμορραγικές κενώσεις θα πρέπει να θέσουν την υπόνοια κυρίως στον πρώτο μήνα της ζωής. Η επιβεβαίωση θα γίνει με διάβαση του λεπτού εντέρου. Ο βαριούχος υποκλυσμός δείχνει απόφραξη στη μεσότητα του εγκάρσιου κόλου.

Μετά τη διάγνωση απαιτείται *επείγουσα λαπαροτομία* για την ανάταξη της συστροφής, προς κατεύθυνση αντίστροφη της φοράς των δεικτών του ωρολογίου. Η εγχείρηση μπορεί να συμπληρωθεί με διατομή των ταινιών του Ladd και καθήλωση του τυφλού στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Αν η επέμβαση καθυστερήσει και νεκρωθεί το έντερο, η εκτεταμένη εντερεκτομή ελάχιστες πιθανότητες επιβιώσεως αφήνει.[8]



Εικόνα 4.1.3. Απόφραξη λόγω συστροφής του εντέρου[8]

#### 4.1.4. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HIRSCHSPRUNG

Το συγγενές megacolon στα νεογνά εκδηλώνεται με αδυναμία αποβολής μηκωνίου τις 36 πρώτες ώρες της ζωής. Με τη δακτυλική εξέταση είναι δυνατόν να αποβληθεί μηκόνιο και αέρια. Σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να εμφανισθεί με οξεία διάταση της κοιλίας και σηπτική κατάσταση. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με το βαριούχο υποκλυσμό που θα δείξει το στενεμένο τμήμα του ορθού και την κεντρικότερη διάταση (εικόνα 4.1.4.). Η επείγουσα κολοστομία, στις σοβαρότερες περιπτώσεις, αρκεί ως προσωρινή λύση.[7]



Εικόνα 4.1.4. Υποκλυσμός με υδατοδιαλυτή σκιαγραφική ουσία σε συγγενές megacolon.[8]

#### 4.1.5. ΕΙΛΕΟΣ ΕΚ ΜΗΚΩΝΙΟΥ

Η απόφραξη του τελικού ειλεού από βύσμα μηκωνίου είναι μία από τις συνηθισμένες αιτίες ειλεού στα νεογνά και συμβαίνει συνήθως σε έδαφος *ινοκυστικής νόσου*. Το νεογνό εμφανίζει κοιλιακή διάταση και χολώδεις εμέτους. Η διάγνωση βασίζεται στην απλή ακτινογραφία κοιλίας όπου φαίνεται το βύσμα μηκωνίου στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ως μάζα μαλακών μορίων με μικροφουσαλιδώδη εμφάνιση (εικόνα 4.1.5.). Ο υποκλυσμός με γαστρογραφίνη παίζει διαγνωστικό αλλά και θεραπευτικό ρόλο, αφού μπορεί να λύσει την απόφραξη. Διαφορετικά χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση του βύσματος και εγκατάσταση προσωρινής στομίας.[8]



Εικόνα 4.1.5. Ειλεός εκ μηκωνίου.[8]

#### 4.1.6. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK) είναι μία πολυπαραγοντική νόσος που προκαλεί οξεία νεκρωτική ισχαιμία, *αναγνωρίζεται ως μία από τις πιο συχνές αιτίες οξείας κοιλίας στα πρόωρα νεογνά* και μπορεί να προσβάλλει τόσο το λεπτό όσο και το παχύ έντερο. Είναι η πιο συχνή, σοβαρή και πολλές φορές θανατηφόρα νόσος του γαστρεντερικού συστήματος των πρόωρων νεογνών. Αρκετά ζητήματα υπό διερεύνηση, όπως η άγνωστη παθογένεια, η ανεπαρκής και συχνά δύσκολη θεραπευτική προσέγγιση, καθώς και η έλλειψη μιας κοινής και αποτελεσματικής στρατηγικής πρόληψης, καθιστούν τη νόσο αυτή ένα αίνιγμα στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η NEK εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα, καθώς ο επιπολασμός της μεταξύ των νεογνών με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης (500–1.500 g) είναι 7–14% και η θνητότητά της κυμαίνεται από 20–50%. Η συχνότητα εμφάνισης της NEK, καθώς και η θνητότητά της, σχετίζονται αντίστροφα με το βάρος γέννησης και την ηλικία κύησης. Η έλλειψη κατάλληλων προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων έχει ως αποτέλεσμα ένα σημαντικό ποσοστό (20–40%) νεογνών με NEK να υφίσταται χειρουργική επέμβαση, ενώ το 10–30% των περιπτώσεων της NEK εμφανίζει σημαντική νοσηρότητα με πεπτικά, νευρολογικά, οπτικά και ακουστικά προβλήματα. Η νοσολογική εικόνα της NEK είναι εξαιρετικά ευρεία και περιλαμβάνει συμπτώματα και σημεία τόσο από το γαστρεντερικό σύστημα όσο και γενικά, ενώ η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στην κλινική εικόνα και στα αποτελέσματα του ακτινολογικού ελέγχου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή και τη χειρουργική επέμβαση και εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το στάδιο της νόσου.[12]

#### 4.1.7. ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Με τον όρο εγκολεασμός περιγράφουμε την παθολογική εκείνη κατάσταση, στην οποία ένα τμήμα του εντέρου, παχέως ή λεπτού, εισχωρεί ή τυλίγεται, εντός ή γύρω από τον εαυτό του ή εντός ή γύρω ενός άλλου εντερικού τμήματος. Το έντερο έτσι αποφράσσεται από το εγκολεαζόμενο τμήμα, που συμπαρασύρει μαζί του το μεσεντέριο και τα τροφικά του αγγεία. *Ο εγκολεασμός αποτελεί την πιο συχνή αιτία οξείας κοιλίας στα βρέφη* και οι πιο συχνοί τύποι εγκολεασμού είναι ο ειλεοκολικός (90%) και ο ειλεοειλεοκολικός (10%).[8]

Η υπερτροφία των πλακών του Peyer, οι εντερίτιδες, οι πολύποδες και η Μεκκέλειος απόφυση θεωρούνται μερικές από τις αιτίες. Συνήθως εκδηλώνεται με αιφνίδιο *κολικοειδές κοιλιακό άλγος* (100% των περιπτώσεων), που ξεσπά συχνότερα κατά την διάρκεια του ύπνου και αναγκάζει το παιδί να ξυπνά, να κλαίει γοερά και να μαζεύει τα πόδια του προς την κοιλιά του (εμβρυϊκή θέση).

Μετά από λίγα ή αρκετά λεπτά , ο ως άνω περιγραφόμενος παροξυσμός , μπορεί να υφεθεί αυτόματα και το παιδί να ξανακοιμηθεί , αλλά μετά από λίγο θα επαναληφθεί και πάλι το ίδιο επεισόδιο και σε λίγες ώρες τα επεισόδια θα γίνουν πιο συχνά και με μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση. Γρήγορα ξεκινούν και οι έμετοι που είναι χολώδεις και σπανιότερα και σε πιο προχωρημένες καταστάσεις κοπρανώδεις (80% των περιπτώσεων). Εμετός και διάρροια εμφανίζονται σε περίπου 90% των περιπτώσεων μέσα σε 6 έως 12 ώρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων. Το παιδί αρχίζει να εμφανίζεται αδύναμο, ωχρο και εξαντλημένο και μπορεί να ανεβάσει πυρετό, συνήθως μετά τη δεύτερη ημέρα . Εάν αυτή η κατάσταση συνεχιστεί και δεν αναχαιτισθεί εγκαίρως, συνήθως μετά από 5 με 6 ώρες μπορεί να εμφανιστεί εντερορραγία και αποβολή αίματος με τα κόπρανα που αποκτούν ένα χαρακτηριστικό βαθύ σκούρο κόκκινο χρώμα (δίκην φραγγοστάφυλου).[8]

Οι απλές ακτινογραφίες κοιλίας και ο βαριούχος υποκλυσμός είναι συνήθως αποκαλυπτικές εξετάσεις για τη διάγνωση, το υπερηχογράφημα όμως αποτελεί την εξέταση εκλογής με ακρίβεια σχεδόν 100% ακόμη και αν πραγματοποιηθεί από μη έμπειρο ακτινολόγο. Με το βαριούχο υποκλυσμό μπορεί να επιχειρηθεί και η ανάταξη του εγκολεασμού, αυξάνοντας την ενδοαυλική υδροστατική πίεση στα πρώτα στάδια. Σε προχωρημένες καταστάσεις, 24 ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων ή όταν υπάρχει κοιλιακή σύσπαση, απαιτείται χειρουργική ανάταξη ή και εκτομή , εφόσον διαπιστωθεί νέκρωση του εντέρου.[12]



Εικόνα 4.7. Εγκολεασμός εντέρου.[8]

#### **4.1.8. ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ**

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στη βρεφική και νηπιακή ηλικία παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, γιατί σπάνια υπάρχει το τυπικό ιστορικό. Η καθυστέρηση της διάγνωσης, σε συνδυασμό με τις ανατομοφυσιολογικές διαφορές της περιτοναϊκής κοιλότητας, έχουν σαν αποτέλεσμα τη διάτρηση της απόφυσης, συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Η ανορεξία και οι διάρροιες είναι τα συχνότερα συμπτώματα ενώ κατά την κλινική εξέταση η ανεύρεση μυϊκής αντιστάσεως στο δεξιό λαγόνιο βόθρο είναι υπέρ της σκωληκοειδίτιδας. Η λευκοκυττάρωση μπορεί να απουσιάζει ακόμη και στις περιπτώσεις με διάτρηση. Η αιματοουρία και η πυουρία συχνά δημιουργούν διαγνωστικό πρόβλημα. Η ακτινογραφία κοιλίας συχνά είναι αποκαλυπτική αν σκιαγραφηθεί κοπρόλιθος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας είναι άριστα, ακόμη και σε παραμελημένες περιπτώσεις, ενώ το ποσοστό των μετεγχειρητικών σηπτικών επιπλοκών είναι μικρό.[12]

#### **4.1.9. ΠΕΡΙΣΦΙΓΜΕΝΗ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ**

Μπορεί να εκδηλωθεί ως οξεία κοιλία στα βρέφη. Είναι πολύ πιο συχνή επιπλοκή στα παιδιά από ότι στους ενήλικες. Προκαλεί ισχαιμία του εντέρου και πιθανή του όρχεως. Μετά από χειρουργική επέμβαση περισφιγμένης βουβωνοκήλης το ποσοστό ατροφίας όρχεως είναι υψηλό (19%). Η ύπαρξη ψηλαφητής διογκώσεως στο όσχεο ή τη βουβωνική χώρα θέτει από μόνη της τη διάγνωση.[8]

#### **4.1.10. ΜΕΚΚΕΛΕΙΟΣ ΑΠΟΦΥΣΗ**

*Η Μεκκέλειος απόφυση πάντα εντοπίζεται στο αντιμεσεντερικό χείλος του ειλεού, 50 εκ. από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Ως υπόλειμμα του ομφαλεντερικού πόρου δημιουργεί προβλήματα οξείας κοιλίας ύστερα από φλεγμονή, αιμορραγία, διάτρηση ή εντερική απόφραξη.*

Η οξεία Μεκκελίτιδα σπάνια διαγιγνώσκεται προεγχειρητικά και συνήθως είναι εγχειρητικό εύρημα. Η αιμορραγία και η διάτρηση προκαλούνται εξαιτίας της παρουσίας έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου και της αναπτύξεως πεπτικού έλκους. Εντερική απόφραξη μπορεί να προκληθεί ή από συστροφή του εντέρου γύρω από την παραμονή ινώδους ταινίας στη θέση του ομφαλεντερικού πόρου ή από εγκολεασμό. (εικόνα 4.1.10.)

Σε όλες τις περιπτώσεις επιπλοκών από τη Μεκκέλειο απόφυση θεωρείται σκόπιμη η Μεκκελεκτομή.[12]



Εικόνα 4.1.10. Εντερική απόφραξη – Μεκκελεκτομή.[8]

#### **4.1.11. ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΟΡΧΕΩΣ – ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΚΥΣΤΕΩΣ MORGAGNI ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ**

Πολλές φορές η συστροφή του όρχεως, η συστροφή της κύστεως Morgagni και η οξεία επιδιδυμίτιδα, εμφανίζονται με πόνο που αντανακλά στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Για αυτό η κλινική εξέταση του οσχέου δε θα πρέπει να παραλείπεται σε ασθενή με οξεία κοιλία. Η συστροφή του όρχεως μπορεί να συμβεί στη νεογνική ή στην εφηβική ηλικία. Ο πόνος του όρχεως μπορεί να επικαλύπτεται από τον κοιλιακό πόνο. Αντανακλαστικοί έμετοι και πυρετός προστίθενται σε μερικές περιπτώσεις. Στη ψηλάφηση ο όρχις είναι επώδυνος, οίδηματώδης, υψηλότερα από το φυσιολογικό και με την επιδιδυμίδα σε ανώμαλη θέση.

Στη συστροφή της κύστης του Morgagni τα ενοχλήματα είναι ηπιότερα, ο όρχις είναι στη φυσιολογική του θέση και ψηλαφάται εύκολα η επώδυνη, διογκωμένη κύστη, κοντά στην κεφαλή της επιδιδυμίδας. Οξύ άλγος στο όσχεο, που αντανακλά στην κοιλία, με πυουρία και πυρετό, συνήθως σημαίνει οξεία επιδιδυμίτιδα. Είναι σπάνια στην προεφηβική ηλικία, αλλά συχνότερη στη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής.

Στην οξεία επιδιδυμίτιδα η θεραπεία είναι συντηρητική με αντιβιοτικά. Στη συστροφή της κύστης του Morgagni η θεραπεία άλλοτε είναι συντηρητική και άλλοτε απαιτείται χειρουργική αφαίρεση της νεκρωμένης κύστης.[12]



#### **4.1.12. ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ**

Ένα κακοποιημένο από τους γονείς του παιδί μπορεί να εμφανισθεί με εικόνα οξείας κοιλίας, εξαιτίας ενδοκοιλιακής αιμορραγίας ή ρήξεως κοίλου σπλάχνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα, *γιατί οι γονείς προσπαθούν να παραπλανήσουν τον επαγγελματία υγείας, δίνοντας ψεύτικο ιστορικό.* Η ύπαρξη εξωτερικών αμυχών, εκχυμώσεων ή μωλωπισμών, καθώς και η διάσταση μεταξύ δεδομένων του ιστορικού και κλινικής καταστάσεως, θα πρέπει να στρέψουν την υποψία του επαγγελματία υγείας, προς αυτή την κατεύθυνση. Πολλές φορές, ασήμαντες κακώσεις σε παιδιά με αδιάγνωστους όγκους κοιλίας ( όγκος Wilms, νευροβλάστωμα, σπληνομεγαλία) είναι δυνατόν να προκαλέσουν επικίνδυνες ενδοκοιλιακές αιμορραγίες.[12]

#### **4.1.13. ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ**

Τα παιδιά με λευχαιμία είναι δυνατόν να εμφανίσουν οξύ άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και σε αυτές τις περιπτώσεις η διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας θα πρέπει να τεθεί με πολύ σκεπτικισμό, γιατί συνήθως ο πόνος οφείλεται σε τυφλίτιδα (λευχαιμικό ειλεοτυφλικό σύνδρομο).

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε, γιατί στην πρώτη περίπτωση απαιτείται χειρουργική επέμβαση, ενώ στη δεύτερη μια άσκοπη εγχείρηση μπορεί να επιβαρύνει την κατάσταση. Η διάγνωση θα βασισθεί στη διάβαση του παχέος εντέρου, το υπερηχογράφημα και τη λαπαροσκόπηση. *Η τυφλίτιδα είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις να εξελιχθεί σε διάτρηση, με θνητότητα 100%.*[12]

### **4.2.Η ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

Οι ανατομοφυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθιστούν τη διάγνωση των οξείων κοιλιακών παθήσεων *προβληματική.* Το δίλημμα του εργαζόμενου νοσηλευτή και ιατρού που εργάζεται στα Τ.Ε.Π. είναι αν θα αποδώσει τα ενοχλήματα σε κάποια επιπλοκή της εγκυμοσύνης ή σε άλλη χειρουργική πάθηση της κοιλίας. Καταστάσεις που προκαλούν οξεία κοιλία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης *είναι η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, οι φλεγμονές και οι αποφράξεις κοίλων σπλάχνων.*[12]

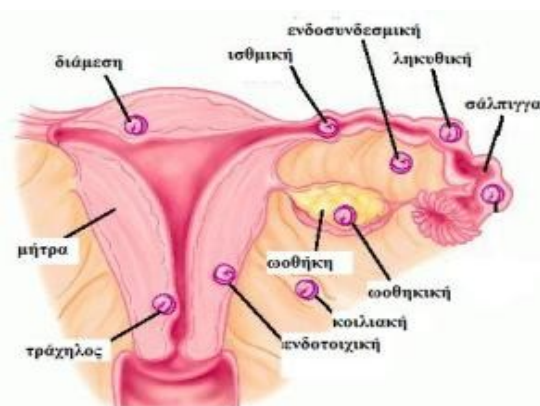
#### **4.2.1. ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ (ΑΙΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ)**

Συχνότερες αιτίες που προκαλούν ενδοκοιλιακή αιμορραγία και καταπληξία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η ρήξη εξωμήτριου κήσεως, η ρήξη της μήτρας και η ρήξη συμπαγών οργάνων.

### **Ρήξη εξωμήτριου κήσεως**

Έκτοπη κύηση ονομάζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας. Η συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κύησης παρουσιάζει σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια. Η έκτοπη κύηση πραγματοποιείται σε μία ανά 150 κήσεις και είναι υπεύθυνη για το 10% περίπου των μητρικών θανάτων. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως μεταξύ της 6ης και 12ης εβδομάδας κύησης. Το 40% περίπου των έκτοπων κήσεων εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20-29 ετών. Γυναίκες με ενδομήτριο έλασμα για έλεγχο των γεννήσεων και ιστορικό προηγούμενης έκτοπης κύησης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα σάλπιγγικής κύησης.<sup>15</sup>

Στο 99% των περιπτώσεων η έκτοπη κύηση εντοπίζεται στις σάλπιγγες. Σπανιότερα, εντοπίζεται στην ωθήκη, στην περιτοναϊκή κοιλότητα, στον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας, στο κέρασ της μήτρας ή στον τράχηλο (εικόνα 5.1.).



Εικόνα 5.1. Έκτοπη κύηση.[15]

Η κλινική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Σε μία γυναίκα της αναπαραγωγικής ηλικίας με καθυστέρηση της περιόδου εμφανίζεται οξύ υπογαστρικό άλγος, λιποθυμική τάση και επιθυμία για αφόδευση. Σε ύπτια θέση ο πόνος αντανακλά προς τους ώμους (σημείο Kerr) από ερεθισμό του διαφράγματος, ενώ η εμφάνιση μικρής ποσότητας αίματος από τον κόλπο είναι χαρακτηριστική. Στην κλινική εξέταση η ασθενής βρίσκεται σε υπογκαιμική καταπληξία και κατά τη ψηλάφηση της κοιλίας παρουσιάζει μέτριο περιτοναϊκό ερεθισμό. Στη δακτυλική εξέταση από τον κόλπο, ο τράχηλος είναι ευαίσθητος και υπάρχει ψηλαφητή επώδυνη μάζα σε ένα από τα εξαρτήματα.

Το θετικό test κήσεως, και το διακοιλιακό υπερηχογράφημα των έσω γεννητικών οργάνων επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Η επείγουσα επέμβαση, με σύγχρονη χορήγηση αίματος, επιβάλλεται

για τη διάσωση της ασθενούς. Μερική ή ολική σαλπινγεκτομή ή ωοθηκোসαλπινγεκτομή της πάσχουσας σάλπιγγας είναι οι επεμβάσεις εκλογής. Σε σπανιότερες περιπτώσεις σε αυτή τη φάση επιχειρείται σαλπινγοπλαστική.[15]

### ***Ρήξη συμπαγών οργάνων***

Ο σπλήνας και το ήπαρ είναι δυνατόν να παρουσιάσουν αυτόματες ρήξεις, μετά από μικρή κάκωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κλινική εικόνα είναι η τυπική της ενδοκοιλιακής αιμορραγίας με πόνο κοιλιακό, υπογκαιμική καταπληξία και ευαισθησία στη ψηλάφηση της κοιλίας.

### **4.2.2. ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ**

Οι συχνότερες ενδοκοιλιακές φλεγμονές που προκαλούν οξύ χειρουργικό πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η οξεία χολοκυστίτιδα, η παγκρεατίτιδα και η εκκολπωματίτιδα. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού είναι δυνατόν επίσης να δημιουργήσουν την εντύπωση οξείας χειρουργικής κοιλίας. Η διάγνωση σε όλες τις παραπάνω καταστάσεις δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες αν έχει κανείς υπόψη του την αλλαγή της θέσεως των διαφόρων σπλάχνων, ανάλογα με το στάδιο της κύησης. Η ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση, π.χ. στην οξεία σκωληκοειδίτιδα, είναι δυνατόν να υπάρχει στο δεξιό υποχόνδριο και όχι στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Η χειρουργική επέμβαση σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αντενδείκνυται, εφόσον ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αντιμετώπισης, ώστε μητέρα και έμβρυο να μην επηρεασθούν από αυτή τη περιπέτεια.[12]

### **4.2.3. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΟΙΛΩΝ ΣΠΛΑΧΝΩΝ - ΕΙΛΕΟΣ**

Η απόφραξη του εντέρου στην κύηση αποτελεί σπάνια επιπλοκή. Η συχνότητα της εντερικής απόφραξης κυμαίνεται από 1/2500-3500 κήσεις. Υπολογίζεται ότι 60% των ασθενών με εντερική απόφραξη στην κύηση είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε κάποιου είδους επέμβαση στην κοιλιά. Είναι συχνότερη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, εφόσον προϋπάρχουν συμφύσεις. Η αύξηση του μεγέθους της μήτρας είναι δυνατόν να προκαλέσει έλξη ή κάμψη και απόφραξη του εντερικού αυλού. Η εμφάνιση κολικού πόνου, ο μετεωρισμός οι έμετοι και η αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων θα πρέπει να θέσουν την υπόνοια του ειλεού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο εντερικός κολικός μπορεί να αποδίδεται σε συσπάσεις της μήτρας. *Η χειρουργική επέμβαση, εφόσον η διάγνωση της εντερικής αποφράξεως είναι βέβαιη, θα πρέπει να αποφασισθεί πριν συμβούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή περιτονίτιδα.* [12]

### 4.3.Η ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

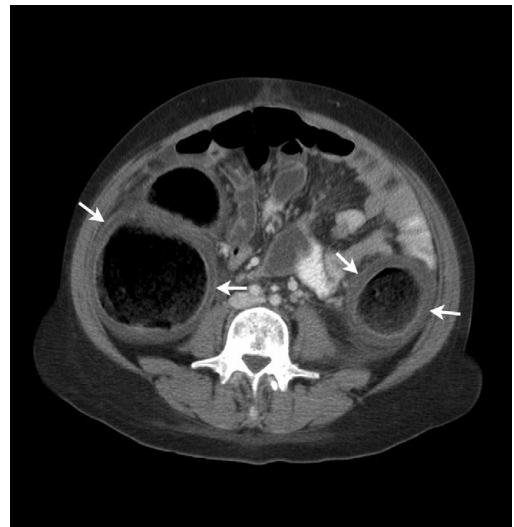
Το διαρκώς αυξανόμενο πλήθος των ανοσοκατεσταλμένων ασθενών και τα ειδικά προβλήματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια οξείων κοιλιακών καταστροφών, καθιστά απαραίτητη την υπογράμμιση ορισμένων βασικών αρχών της διαγνώσεως και αντιμετώπισεως των ασθενών σε αυτές τις περιπτώσεις.

Παθήσεις που εμφανίζονται με εικόνα οξείας κοιλίας σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, *αλλά δεν απαιτούν άμεση χειρουργική επέμβαση*, είναι η ψευδοοξεία κοιλία, η ουδετεροπενική εντεροκολίτιδα, η πνευμάτωση του εντέρου, οι μυκητιασικές φλεγμονές ήπατος και σπληνός και οι λοιμώξεις από τον ιό των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων.

Η ρήξη των αερωδών κύστεων του εντερικού τοιχώματος (*κυστική πνευμάτωση του εντέρου*) δίνει ακτινολογικά την εικόνα του πνευμονοπεριτοναίου και μπορεί να εκλειφθεί ως ρήξη κοίλου σπλάχνου. *Η διάτρηση όμως έλκους του δωδεκαδακτύλου* σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού και η διάτρηση του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με λέμφωμα είναι επίσης πάρα πολύ συχνές καταστάσεις και δε θα πρέπει να αγνοούνται. *Η διάτρηση του παχέος εντέρου* είναι ένα πολύ συχνό συμβάν μετά από μεταμόσχευση νεφρού σε έδαφος εκκολπωματώσεως.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ισχαιμία, η ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα (εικόνα 4.3.), τα έλκη του παχέος εντέρου και άλλα ιατρογενή αίτια.

*Η οξεία μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα* είναι συχνή σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή δίνοντας ελάχιστα κλινικά σημεία. Η διάγνωση, επί υποψίας, βασίζεται στο υπερηχογράφημα και στο σπινθηρογράφημα. Σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού είναι αρκετά συχνή η *οξεία παγκρεατίτιδα*. [12]



Εικόνα 4.3. Ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα-τοξικό megacolon σε μεταμοσχευμένο. [16]

Η ουδετεροπενική εντεροκολίτιδα ή τυφλίτιδα είναι συχνή σε ασθενείς με λευχαιμία, λέμφωμα ή απλαστική αναιμία. Η πάθηση εμφανίζεται με κοιλιακό άλγος και ίσως ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Η μη πλήρωση του τυφλού με αέρα στην απλή ακτινογραφία κοιλίας είναι χαρακτηριστική. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδείκνυται ο βαριούχος υποκλυσμός για τη διαπίστωση της ανωμαλίας του τυφλού. Η τυφλίτιδα είναι δυνατόν να εξελιχθεί σε νέκρωση και διάτρηση, οπότε επιβάλλεται άμεση χειρουργική επέμβαση και δεξιά κολεκτομή.

*Οι ασθενείς με ανοσοκαταστολή, που πρόκειται να χειρουργηθούν για οξεία κοιλία, απαιτούν ειδική προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση, αν ληφθεί υπόψη ότι μπορεί να βρίσκονται σε μακροχρόνια κορτιζονοθεραπεία, να παρουσιάζουν ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια και να έχουν διαταραχές της πήξεως του αίματος. Η κάλυψη με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος κρίνεται απαραίτητη από την αρχή. Η τοποθέτηση κάθε είδους καθετήρα θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη περίσκεψη, αφού ο κίνδυνος της επιμολύνσεως είναι μεγάλος. Η εγκατάσταση στομίας θα πρέπει, για τον ίδιο λόγο, αν είναι δυνατόν να αποφεύγεται.*

Οι διαταραχές της επουλώσεως των τραυμάτων και η αυξημένη συχνότητα σηπτικών επιπλοκών θα πρέπει επίσης να αναμένονται.[12]

#### **4.4. Η ΟΞΕΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΑ**

Η εκτίμηση του ασθενούς με οξεία μετεγχειρητική κοιλία παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες, ιδιαίτερα μετά από κοιλιακές επεμβάσεις. Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η περίοδος των πρώτων 72 ωρών μετά την επέμβαση.

Η επίδραση της νάρκωσης, ο μετεγχειρητικός πόνος από τις εγχειρητικές τομές και ο περιτοναϊκός ερεθισμός, στις περιπτώσεις λαπαροτομίας, καθιστούν την κλινική εξέταση του ασθενή προβληματική. Ούτε στα εργαστηριακά ευρήματα μπορεί κανείς να βασισθεί, αφού ο αιματοκρίτης και τα λευκά αιμοσφαίρια επηρεάζονται από την εγχείρηση. Ο ακτινολογικός έλεγχος μετεγχειρητικά δεν είναι της επιθυμητής ποιότητας, αφού οι περισσότερες ακτινογραφίες γίνονται στο κρεβάτι του ασθενούς και μόνο σε ύπτια θέση. Η ύπαρξη σωλήνων παροχέτευσης, επιδεσμικού υλικού και μετεγχειρητικού πνευμονοπεριτοναίου καθιστούν ακόμα δυσκολότερη την ακτινολογική εκτίμηση.[4]

Οι σπουδαιότερες επιπλοκές μετά από κοιλιακή επέμβαση που δημιουργούν οξεία χειρουργική κοιλία είναι:

- Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία.
- Η διάσπαση της αναστομώσεως.
- Η εντερική ισχαιμία.
- Ο μετεγχειρητικός ειλεός.
- Η οξεία γαγγραινώδης μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα.
- Η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα.

Τις περισσότερες φορές, η μετεγχειρητική ενδοκοιλιακή αιμορραγία οφείλεται σε ατελή αιμόσταση, σε διαφυγή απολινώσεως, σε ιατρογενή ρήξη του σπλήνα ή και σε διαταραχές πήξεως από χρήση αντιπηκτικών ή θρομβολυτικών φαρμάκων και θρομβοπενία. Η εμφάνιση καταπληξίας τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση και η ανησυχία ή ο λήθαργος του ασθενή θα πρέπει να θέσουν την υπόνοια για τη διάγνωση. Το μέγεθος της αιμορραγίας μπορεί να εκτιμηθεί από την πτώση της αρτηριακής πίεσης, την ταχυκαρδία και το ρυθμό της διούρησης. Η ταχεία χορήγηση αίματος θα δείξει, από την ανταπόκριση, αν η αιμορραγία συνεχίζει ή όχι. *Η έξοδος αίματος από παροχετεύσεις δε θεωρείται αξιόπιστη μέθοδος παρακολούθησεως της αιμορραγίας.* Η απλή ακτινογραφία κοιλίας σε αυτή τη περίπτωση δίνει τα ακτινολογικά σημεία του ελεύθερου ενδοπεριτοναϊκού υγρού.[12]

*Η μετεγχειρητική ισχαιμία του εντέρου* οφείλεται σε κακώσεις, απολινώσεις ή θρομβώσεις των μεσεντερίων αγγείων, ιδιαίτερα δε συχνή είναι η ισχαιμία του παχέος εντέρου μετά από επεμβάσεις για ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Η τοξική κατάσταση του ασθενή και η έντονη κοιλιακή ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση θα πρέπει να εντείνουν την προσοχή του χειρουργού. Ακτινολογικά ευρήματα της ισχαιμίας του εντέρου, είναι η πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου σε συνδυασμό με εικόνα παραλυτικού ειλεού.

*Η διαφυγή από εντεροαναστόμωση* εκδηλώνεται με τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα ή και σχηματισμό αποστήματος. Η τοπική ευαισθησία, το οίδημα και η ερυθρότητα του κοιλιακού τοιχώματος, σε συνδυασμό με τα γενικά σημεία της σηπτικής καταστάσεως, θα πρέπει να θέσουν την υπόνοια για τη διάγνωση. Αν υπάρχουν παροχετεύσεις, η έξοδος εντερικού υγρού δεν αφήνει καμία αμφιβολία για τη διάσπαση της αναστομώσεως. Η σηπτική κατάσταση πολλές φορές εκδηλώνεται με ανεπάρκεια πολλών οργάνων. Οι ακτινογραφίες σε μία τέτοια κατάσταση είναι δύσκολο να εκτιμηθούν, γιατί το πνευμοπεριτόναιο αποδίδεται σε αυτή καθαυτή την επέμβαση. Η αύξηση όμως του αέρα σε δύο διαδοχικές ακτινογραφίες είναι διαγνωστικής σημασίας. Οι

ακτινογραφίες με λήψη γαστρογραφίνης, το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία βοηθούν επίσης στην ανεύρεση εντοπισμένης συλλογής.[12]

*Ο μετεγχειρητικός ειλεός είναι τις περισσότερες φορές παραλυτικός, αλλά πάντα θα πρέπει να αποκλείεται η περίπτωση στραγγαλισμού του εντέρου, εγκολεασμού ή συμφύσεων, εφόσον η κατάσταση επιμένει ή επιδεινώνεται. Η συνύπαρξη ισχαιμίας καθιστά την κατάσταση άκρως επείγουσα. Με τον ακτινολογικό έλεγχο είναι δύσκολο να διαχωρισθεί ο μετεγχειρητικός παραλυτικός ειλεός από τον αποφρακτικό. Αν η κατάσταση δεν βελτιώνεται με τη βραχύχρονη συντηρητική αντιμετώπιση με ρινογαστρική αναρρόφηση και χορήγηση ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων, μία νέα επέμβαση είναι αναπόφευκτη.*

Μετά από βαριές χειρουργικές επεμβάσεις, η γαγγραινώδης μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα θεωρείται μία σοβαρή επιπλοκή, εφόσον δε διαγνωσθεί γρήγορα. Η εμφάνιση πόνου και ευαισθησίας στο δεξιό υποχόνδριο, με πυρετό, ίκτερο και λευκοκυττάρωση συνιστούν την τυπική κλινική εικόνα. Στην απλή ακτινογραφία κοιλίας, μερικές φορές φαίνεται αέρας στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης ή και υγραερικό επίπεδο μέσα στον αυλό της. Το υπερηχογράφημα επίσης θα δείξει πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως, διάταση και περιχολοκυστική συλλογή. *Η επείγουσα χολοκυστεκτομή κρίνεται απαραίτητη.*[12]

*Η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα είναι συχνότερη στις επεμβάσεις της άνω κοιλίας, αλλά αναφέρεται και ύστερα από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και έχει σχέση με την ισχαιμία. Ο ανεξήγητος μετεγχειρητικός πόνος, η ταχυκαρδία και η κατάσταση καταπληξίας θα πρέπει να κινήσουν την υποψία. Η αύξηση της αμυλάσης του ορού και των ούρων, εφόσον υπάρχει, έχει διαγνωστική σημασία. Η εκτίμηση της καταστάσεως του παγκρέατος, με υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία, θεωρείται απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των παγκρεατικών αποστημάτων.*[12]

Συνοψίζοντας θα πρέπει να τονίσουμε ότι η θεραπεία της οξείας μετεγχειρητικής κοιλίας εξαρτάται από την αιτία που την προκάλεσε. Υπάρχουν περιπτώσεις που χρειάζονται άμεση χειρουργική επέμβαση (περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη) υπάρχουν όμως και παθήσεις, όπου συνήθως ακολουθείται αρχικά Συντηρητική Αγωγή, μπορεί όμως να χρειασθεί χειρουργική επέμβαση κατά την εξέλιξή της (χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτιδα). Όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη και η κατάσταση του πάσχοντος δεν είναι βαριά ή δεν επιδεινώνεται μπορεί να ακολουθηθεί μια περίοδος αναμονής και παρακολούθησης.[4]

Στο διάστημα αυτό μπορεί να χρειασθεί να τοποθετηθεί:[4]

- Ρινογαστρικός Καθετήρας (Levin) για την ανακούφιση του στομάχου και του εντέρου.
- Καθετήρας Foley για τη μέτρηση της ωριαίας αποβολής των ούρων .
- Ρύθμιση ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων.
- Μέτρηση κεντρική φλεβικής πίεσης.
- Να αποφεύγεται η χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων.
- Κάλυψη του ασθενούς με αντιμικροβιακή αγωγή.

#### 4.5.ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύσαμε ιδιαίτερες περιπτώσεις οξείας κοιλίας.

*Η οξεία κοιλία στη νεογνική – βρεφική και παιδική ηλικία* παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στη λήψη ιστορικού και στη κλινική εξέταση. Η απεικόνιση έχει πρωταρχικό ρόλο στην διάγνωση των περισσότερων διαταραχών που προκαλούν οξεία κοιλία στα νεογνά και βρέφη και στη διάκριση τους σε χειρουργικά αίτια και μη. Το υπερηχογράφημα με τα γνωστά του πλεονεκτήματα (γρήγορη εξέταση, απουσία ακτινοβολίας ) μπορεί να αποτελέσει τη μέθοδο εκλογής αντικαθιστώντας τις κλασσικές μεθόδους στη διερεύνηση αρκετών διαταραχών. Οι συγγενείς ανωμαλίες, η εντερική απόφραξη, οι φλεγμονές και σπανιότερα οι αιμορραγίες είναι τα κύρια προβλήματα που δημιουργούν οξείες χειρουργικές καταστάσεις από την κοιλία σε αυτή την ειδική ομάδα ασθενών .

Οι ανατομοφυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθιστούν τη διάγνωση των οξείων κοιλιακών παθήσεων προβληματική. Καταστάσεις που προκαλούν οξεία κοιλία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η ενδοκοιλιακή αιμορραγία (εξωμήτριος κύηση), οι φλεγμονές και οι αποφράξεις κοίλων σπλάχνων.

Μία άλλη ειδική κατηγορία είναι οι *Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς*. Οι ασθενείς με ανοσοκαταστολή, που πρόκειται να χειρουργηθούν για οξεία κοιλία, απαιτούν ειδική προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση, αν ληφθεί υπόψη ότι μπορεί να βρίσκονται σε μακροχρόνια κορτιζονοθεραπεία, να παρουσιάζουν ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια και να έχουν διαταραχές της πήξεως του αίματος. Οι διαταραχές της επουλώσεως των τραυμάτων και η αυξημένη συχνότητα σηπτικών επιπλοκών θα πρέπει επίσης να αναμένονται.



Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζει όμως και η εκτίμηση της *οξείας κοιλίας που παρουσιάζεται μετεγχειρητικά*. Η επίδραση της νάρκωσης, ο μετεγχειρητικός πόνος από τις εγχειρητικές τομές και ο περιτοναϊκός ερεθισμός, στις περιπτώσεις λαπαροτομίας, καθιστούν την κλινική εξέταση του ασθενή προβληματική. Η ύπαρξη σωλήνων παροχέτευσης, επιδεσμικού υλικού και μετεγχειρητικού πνευμονοπεριτοναίου καθιστούν ακόμα δυσκολότερη την ακτινολογική εκτίμηση.

Οι σπουδαιότερες επιπλοκές μετά από κοιλιακή επέμβαση που δημιουργούν *οξεία χειρουργική κοιλία* είναι: Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, η διάσπαση της αναστομώσεως, η εντερική ισχαιμία, ο μετεγχειρητικός ειλεός, η οξεία γαγγραινώδης μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα και η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ)

Η αρχική αντιμετώπιση ασθενούς με εικόνα οξείας κοιλίας δεν θα πρέπει να διαφέρει από αυτήν του πολυτραυματία. Επομένως η προσοχή πρέπει αρχικά να στρέφεται στον αεραγωγό, την αναπνοή και την κατάσταση της κυκλοφορίας (ABC: Airway, Breathing, Circulation). Ο ασθενής μπορεί να είναι αφυδατωμένος, να αιμορραγεί ή να βρίσκεται ήδη σε σηπτική κατάσταση, επομένως μπορεί να χρειάζεται βασικά μέτρα αναζωογόνησης άμεσα.

### 5.1. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

#### *Αδρή κλινική εξέταση*

Η κλινική εξέταση του ασθενούς αρχίζει από την είσοδο του Τ.ΕΠ. και με την λήψη του ιστορικού. Η πρώτη εντύπωση από την στάση, την συμπεριφορά, την ανησυχία, την έκφραση του προσώπου, του αριθμού των αναπνοών, του χρώματος του δέρματος, και των ζωτικών σημείων του αρρώστου, η επικοινωνία του ή όχι με το περιβάλλον και πολλοί άλλοι παράγοντες, βοηθούν στη διάγνωση και καθορίζουν την σοβαρότητα της κατάστασης του. Η κλινική κατάσταση του ασθενή ελέγχεται ,ακολουθώντας συγκεκριμένα βήματα:[1]

- Με την επισκόπηση διευκρινίζεται εάν ο ασθενής εμφανίζει όψη πάσχοντος.
- Γίνεται εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης χρησιμοποιώντας την κλίμακα Γλασκώβης.
- Εκτίμηση της βατότητας του ανώτερου αεραγωγού, της επάρκειας του αερισμού και της κατάστασης της αιμοδυναμικής ισορροπίας.
- Καταγραφή των ζωτικών σημείων (σφύξεων, αρτηριακής πίεσης, αριθμός αναπνοών και θερμοκρασίας). Η λήψη και καταγραφή κατά τακτά χρονικά διαστήματα των ζωτικών σημείων είναι αναγκαία για την παρακολούθηση του αρρώστου. Σημαντική αύξηση των αναπνοών υποδηλώνει συχνότερα πνευμονική νόσο παρά κοιλιακή πάθηση. Επιμένουσα αύξηση των σφύξεων με σύγχρονη πτώση της αρτηριακής πίεσης, υποδηλώνει συνήθως απώλεια αίματος και πρέπει να αναζητηθεί η πάθηση που την προκάλεσε.
- Εκτίμηση της κατάστασης άρδευσης του εγκεφάλου και των άκρων.
- Με ήπιες κινήσεις θα πρέπει να εξετασθεί η κοιλιακή χώρα προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη αορτικού ανευρύσματος (ψηλαφητή σφύζουσα μάζα) ή οξείας κοιλίας (αναπηδώσα ευαισθησία, σύσπαση).

- Εάν χρειασθεί διενέργεια δακτυλικής εξέτασης, για έλεγχο παρουσίας αίματος στα κόπρανα.

### ***Τακτική επανεξέταση.***

Εφόσον η διάγνωση είναι υπό αμφισβήτηση και ο ασθενής δεν είναι σε κρίσιμη κατάσταση, η τακτική αξιολόγηση και η επανεξέτασή του κρίνεται απαραίτητη. Με τη συχνή αναζήτηση τυχόν μεταβολών της συμπτωματολογίας και της κλινικής εικόνας που ενδεχομένως να παρουσιάσει ο ασθενής, σε συνδυασμό με την επανάληψη του εργαστηριακού ελέγχου, είναι δυνατό αφενός να αποτραπεί ο κίνδυνος επιζήμιας καθυστέρησης στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, αφετέρου να περιορισθεί σημαντικά ο αριθμός των άσκοπων χειρουργικών επεμβάσεων. Εάν ο κλινικός γιατρός κρίνει ότι η διάγνωση δεν μπορεί να πιστοποιηθεί σε 6-12 ώρες, τότε ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί για παρακολούθηση. Η παρακολούθηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 4-6 ωρών, δεν κρίνεται σκόπιμη για λόγους ποιότητας και κόστους νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται αφενός σε περιπτώσεις ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος και συνοδό παρουσία σημείων ευαισθησίας και περιτοναϊσμού, αφετέρου σε περιπτώσεις ασθενών των οποίων οι εργαστηριακές εξετάσεις υποδηλώνουν σοβαρή υποκείμενη νόσο.[1]

### ***Ενδοφλέβια Χορήγηση Υγρών και Διακοπή της Σίτισης.***

Στους περισσότερους ασθενείς με κοιλιακό άλγος, ενδείκνυται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με στόχο την αποκατάσταση του ελλείμματος του ενδαγγειακού όγκου, απότοκου της μειωμένης πρόσληψης από το στόμα και της απώλειας από το γαστρεντερικό σωλήνα ή τον ενδαγγειακό χώρο. Επίσης, σε όλους τους ασθενείς πρέπει να διακόπτεται προσωρινά η σίτιση από το στόμα.[1]

### ***Ανακούφιση από το αίσθημα του πόνου.***

Παρόλο που πολλοί χειρουργοί μπορεί ακόμα να αντιτίθενται στη χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών μέχρι την οριστική διάγνωση ή τον προγραμματισμό χειρουργικής επέμβασης, η παρεντερική αναλγησία για ανακούφιση από τον σοβαρό πόνο κρίνεται απαραίτητη και πρέπει να χορηγείται άμεσα. Εφόσον ο ασθενής ανακουφισθεί από τη οξεία συμπτωματολογία γίνεται πιο συνεργάσιμος, με αποτέλεσμα η αξιολόγηση της οξείας ενδοκοιλιακής πάθησης να γίνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια.

Επιπρόσθετα από τις πρόσφατες μελέτες, αποδεικνύεται ότι δεν μειώνεται ούτε η ευαισθησία ούτε η ειδικότητα διάγνωσης των οξέων ενδοκοιλιακών παθήσεων μετά την παρεντερική χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών. Η αρχική διάχυτη ευαισθησία μετά τη χορήγηση αναλγησίας, μπορεί να

αποκτήσει πιο εντοπισμένο χαρακτήρα. Επίσης διάφορες ενδοκοιλιακές μάζες μπορεί να ψηλαφηθούν ευκολότερα μετά τη χορήγηση ήπιας αναλγητικής αγωγής.[1]

#### ***Έλεγχος εμετού και παροχέτευση γαστρικού περιεχομένου.***

Παράλληλα με τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγηθεί και ενδοφλέβια αντιεμετική αγωγή. Σε εμμένουσες περιπτώσεις θα πρέπει να τοποθετηθεί Ρινογαστρικός καθετήρας προκειμένου να παροχετευθεί το γαστρικό περιεχόμενο.[1]

#### ***Αντιμικροβιακά φάρμακα.***

Με εξαίρεση την παρουσία εμφανών σημείων συστηματικής λοίμωξης (υψηλός πυρετός, ρίγη, υπόταση), η αντιμικροβιακή αγωγή δε πρέπει να χορηγείται παρά μόνο εφόσον τεθεί προσωρινή ή οριστική διάγνωση. Σε διαφορούμενες κλινικές καταστάσεις η πρόωμη χορήγηση των αντιμικροβιακών φαρμάκων μπορεί να παραποιήσει την εξέλιξη της νόσου και να οδηγήσει στην εμφάνιση επιπλοκών με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας (π.χ. σκωληκοειδίτιδα).[1]

#### ***Χειρουργική εκτίμηση***

Η πρόωμη αναζήτηση χειρουργικής εκτίμησης από τον ιατρό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών ωφελεί τον ασθενή. Ο χειρουργός βασίζεται στη συχνή κλινική επανεξέταση του ασθενή προτού καταλήξει στην οριστική διάγνωση. Αναμφισβήτητα λοιπόν η πρόωμη αναζήτηση χειρουργικής εκτίμησης συνδυάζεται με ταχεία και αποτελεσματικότερη διάγνωση. Αντίθετα η καθυστέρηση στην αναζήτηση χειρουργικής εκτίμησης, μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του ασθενή με πιθανά επιζήμια αποτελέσματα.[1]

## **5.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Ορισμένοι ασθενείς με κοιλιακό άλγος χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης. Εφόσον διαπιστώνεται υπόταση (σε όρθια και ύπτια θέση) σε ασθενή με κοιλιακό άλγος και παρουσία αιμορραγίας από το πεπτικό, ή σανιδώδους σύσπασης της κοιλίας, τότε είναι πολύ πιθανή η ύπαρξη απειλητικής για τη ζωή νόσου που χρήζει επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης. Σε αυτή τη περίπτωση πρέπει να ειδοποιηθεί ο χειρουργός.[1]

### 5.2.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ΣΤΟ Τ.Ε.Π)

*Προβλήματα του ασθενή (διαγνώσεις)*

- Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (πόνος και αν υπάρχει).
- Ανισοζύγιο νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικό.
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμετοι, κακή λειτουργία εντέρου).
- Ενεργειακό ανισοζύγιο (αν πρόκειται για φλεγμονή).
- Μείωση δραστηριοτήτων.
- Πόνος, δυσχέρεια.
- Φόβος αγωνία για πιθανή χειρουργική επέμβαση.[18]

*Σκοποί της φροντίδας.*

- Αποκατάσταση και διατήρηση:
  - Αναπνευστικής λειτουργίας.
  - Ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών, pH.
  - Καρδιαγγειακής λειτουργίας εάν έχει επηρεαστεί.
- Πρόληψη shock.
- Απαλλαγή από τον πόνο, εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή και στην οικογένειά του.[18]

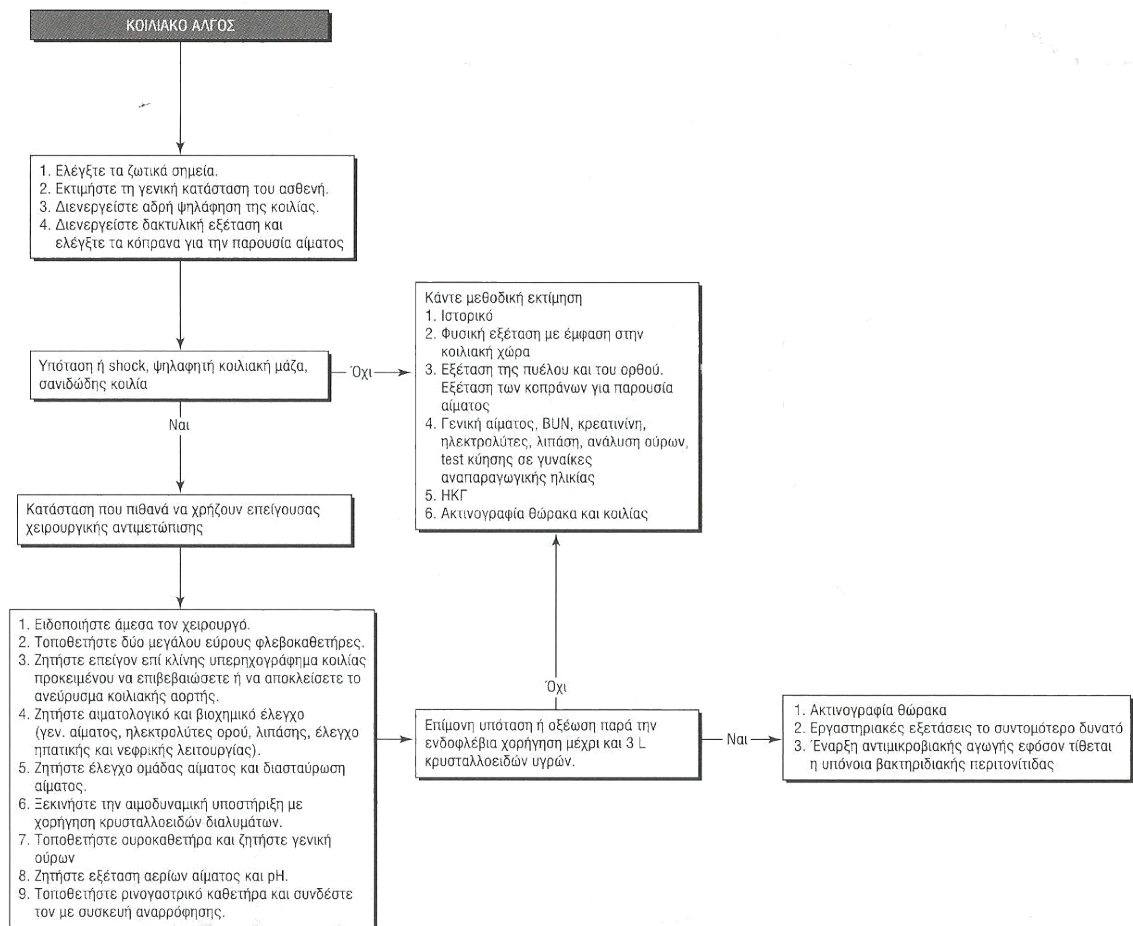
*Παρέμβαση - Αντιμετώπιση του shock.*

Για την αντιμετώπιση της υπότασης ή του shock θα πρέπει να παρθούν τα παρακάτω μέτρα:[2]

- Τοποθέτηση δύο μεγάλου εύρους φλεβοκαθετήρων (>16 gauge).
- Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος (γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, λιπάση, δείκτες νεφρικής λειτουργίας, σάκχαρο). Απαραίτητη κρίνεται η διασταύρωση και η ομάδα αίματος σε περίπτωση μετάγγισης.
- Άμεση και ταχεία χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων (φυσιολογικός ορός). Αρχική χορήγηση 1L σε 20-30 λεπτά. Τροποποίηση του ρυθμού χορήγησης με βάση την αρτηριακή πίεση. Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια η χορήγηση υγρών θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή.
- Χορήγηση οξυγονοθεραπείας με ρινική κάνουλα ή μάσκα με στόχο τη διατήρηση του κορεσμού O<sub>2</sub> σε επίπεδο μεγαλύτερο από 95%.

- Τοποθέτηση ουροκαθετήρα για την παρακολούθηση του ρυθμού αποβολής ούρων, ο οποίος αποτελεί ευαίσθητο δείκτη της αιματικής ροής. Απαραίτητη κρίνεται η γενική ούρων καθώς και το test κύησης σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.
- Η μέτρηση του pH και των αερίων αίματος αποτελούν χρήσιμο δείκτη της ομοιοστασίας του ασθενή.
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, εφόσον διαπιστωθούν ευρήματα περιτονίτιδας, ειλεού ή αιμορραγίας του πεπτικού.
- Το ΗΚΓ 12 απαγωγών και η συνεχής καταγραφή της καρδιακής λειτουργίας είναι απαραίτητα.
- Εφόσον τίθεται η υπόνοια της περιτονίτιδας κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής μετά τη λήψη των απαραίτητων καλλιιεργειών.

Όλα τα παραπάνω περιγράφονται στην εικόνα 5.2.1.[1]



Εικόνα 5.2.1. Αλγόριθμος της προσέγγισης των ασθενών με συμπτώματα οξείας κοιλίας.[1]

## Προεγχειρητική φροντίδα πριν την είσοδο στη χειρουργική αίθουσα

Ο προεγχειρητικός κατάλογος ελέγχου υπογραμμίζει τις ευθύνες του νοσηλευτή την ημέρα της επέμβασης. Οι δραστηριότητες αυτές πρέπει να ολοκληρωθούν πριν ο ασθενής μεταφερθεί στο χειρουργείο. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:[19]

- Έλεγχος εάν ο ασθενής φοράει το κατάλληλο βραχιόλι αναγνώρισης.
- Έλεγχος εάν τα προεγχειρητικά έντυπα της συναίνεσης έχουν υπογραφεί και ο ιατρικός φάκελος είναι έτοιμος.
- Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων για να αποτελέσουν βάση για τη διεγχειρητική φάση.
- Αφαίρεση ενδυμάτων και ένδυση με μπλούζα χειρουργείου.
- Αφαίρεση χρώματος νυχιών για να είναι δυνατή η διεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση του δέρματος και των νυχιών για την κυκλοφορία και την οξυγόνωση των ιστών.
- Αφαίρεση κοσμημάτων για την πρόληψη απώλειας ή τραυματισμού λόγω οιδήματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τα κοσμήματα δίνονται στα μέλη της οικογένειας, ή κλειδώνονται σε ασφαλές σημείο.
- Πραγματοποίηση όλων των διαδικασιών για τις οποίες υπάρχει οδηγία, όπως η εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ή η εφαρμογή ελαστικών καλτσών.
- Διατήρηση της ασφάλειας του ασθενή ανυψώνοντας τα πλαϊνά κάγκελα ,και ενημέρωση του ασθενή να παραμείνει στο κρεβάτι ή στο φορείο.
- Ικανοποίηση των αναγκών της οικογένειας. Η οικογένεια ενημερώνεται για το που θα μεταφερθεί ο ασθενής μετά την επέμβαση. Ενημερώνεται επίσης ότι ο χειρουργός θα τους συναντήσει στην αίθουσα αναμονής όπου θα τους ενημερώσει για την επέμβαση.
- Προετοιμασία του κρεβατιού του ασθενή και το δωμάτιο για την παροχή μετεγχειρητικής φροντίδας.
- Συγκέντρωση του απαραίτητου εξοπλισμού στο δωμάτιο για την παροχή μετεγχειρητικής φροντίδας (εξοπλισμός μέτρησης ζωτικών σημείων, συσκευές ενδοφλέβιας χορήγησης κ.τ.λ.).

### 5.2.2. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η διεγχειρητική φάση αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενή στο χειρουργείο και λήγει όταν ο ασθενής μεταφερθεί στην αίθουσα ανάνηψης. Αν και ο χειρουργός έχει τον κύριο ρόλο σε αυτή τη φάση, ο νοσηλευτής έχει συγκεκριμένες ευθύνες και ρόλους στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή σε συνεργασία με τους γιατρούς.[19]

#### *Νοσηλευτικές διαγνώσεις.*

Τα προβλήματα κατά τη διεγχειρητική περίοδο σχετίζονται πρωταρχικά με τη θέση στο χειρουργικό τραπέζι κατά τη διάρκεια της επέμβασης, τα αποτελέσματα της αναισθησίας και τη χειρουργική τομή. Οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:[19]

- Διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος που σχετίζεται με τη χειρουργική τομή.
- Ανεπάρκεια όγκου υγρών που σχετίζεται με την απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
- Κίνδυνος τραυματισμού που σχετίζεται με τη θέση, την αναισθησία και τους περιβαντολλογικούς κινδύνους.
- Δυνητική επιπλοκή: Αιμορραγία
- Δυνητική επιπλοκή: Λοίμωξη.
- Δυνητική επιπλοκή: Νευρομυϊκή βλάβη.

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.*

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, οι νοσηλευτές λειτουργούν είτε ως εργαλειοδότες είτε ως νοσηλευτές κυκλοφορίας. *Οι εργαλειοδότες* βοηθούν το χειρουργό κατά τη διάρκεια της επέμβασης και διατηρούν τη χειρουργική ασηψία, ενώ καλύπτουν το χειρουργικό πεδίο και χειρίζονται εργαλεία και υλικά. *Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας* αξιολογεί τον ασθενή κατά την είσοδό του στο χειρουργείο, βοηθά στην τοποθέτησή του στο χειρουργικό τραπέζι, βοηθά με τις συσκευές παρακολούθησης, προμηθεύει με υλικά και στο τέλος της επέμβασης μετρά τον αριθμό των βελονών και των γαζών που χρησιμοποιήθηκαν.

- Τοποθέτηση του ασθενή στο Χειρουργικό τραπέζι.

Ο νοσηλευτής πρέπει να διασφαλίσει την ασφάλεια και την άνεση του ασθενή για την πρόληψη διαταραχών στην αναπνευστική, καρδιαγγειακή και νευρομυϊκή λειτουργία. Η πιθανότητα τραυματισμού του δέρματος, αποφεύγεται ανυψώνοντας παρά κυλώντας ή τραβώντας τον ασθενή μέχρι να βρεθεί στη σωστή θέση.



- Δημιουργία αποστειρωμένων πεδίων.

Τα αποστειρωμένα πεδία χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία μιας αποστειρωμένης ασπίδας γύρω από το εγχειρητικό πεδίο, προλαμβάνοντας το πέρασμα των μικροοργανισμών από τις μη αποστειρωμένες στις αποστειρωμένες περιοχές.

- Χειρουργική τεκμηρίωση.

Σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης, ο νοσηλευτής καταγράφει στο διεγχειρητικό αρχείο τον αριθμό των υλικών και εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, τα δεδομένα της παρακολούθησης, τη θέση του ασθενούς, τα φάρμακα και τα διάφορα άλλα στοιχεία.

- Μεταφορά του ασθενή στην αίθουσα μετεγχειρητικής ανάνηψης.

Μετά την επέμβαση, ο ασθενής μεταφέρεται προσεκτικά από το χειρουργικό τραπέζι στο φορείο. Η χρονική αυτή στιγμή είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη γιατί μία απότομη ή βίαιη κίνηση μπορεί να προκαλέσει σοβαρή υπόταση ή δυνητικά θανατηφόρα καρδιακή ή αναπνευστική προσβολή. Ο ασθενής στη συνέχεια μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης και ο νοσηλευτής της ανάνηψης για τις σχετικές προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές αξιολογήσεις και παρεμβάσεις.[19]

### **5.2.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η μετεγχειρητική φάση μπορεί να διαιρεθεί σε δύο στάδια: *την άμεση φροντίδα* (που παρέχεται στην αίθουσα ανάνηψης) και *τη συνεχιζόμενη φροντίδα*, που διαρκεί από την επιστροφή στο χειρουργικό τμήμα έως την ανάρρωση.

#### **Άμεση Μετεγχειρητική φροντίδα.**

Οι νοσηλευτές της ανάνηψης αξιολογούν τους μετεγχειρητικούς ασθενείς δίνοντας έμφαση στην πρόληψη των επιπλοκών της αναισθησίας ή της επέμβασης.

##### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.*

- Αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Οι αξιολογήσεις της αναπνευστικής λειτουργίας περιλαμβάνουν την παρακολούθηση του αριθμού των αναπνοών, του ρυθμού και του βάθους με την ακρόαση των αναπνευστικών ήχων και την παρατήρηση του χρώματος του δέρματος. Η θέση, η χορήγηση οξυγόνου και η αναρρόφηση πιθανόν να χρησιμοποιηθούν για τη διατήρηση ανοικτών αεραγωγών και την οξυγόνωση των ιστών.

- Αξιολόγηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας.

Θα πρέπει να αξιολογηθεί η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός, η αναπνοή και η χειρουργική τομή. Η παροδική υπόταση μπορεί να συμβεί ως αποτέλεσμα της αναισθησίας και της χειρουργικής διαδικασίας. Η χαμηλή πίεση του αίματος μπορεί να αυξηθεί με τη χορήγηση οξυγόνου, τη λήψη βαθιών αναπνοών και τη διατήρηση σωστών ρυθμών ενδοφλέβιας ροής. Η ταχυκαρδία, ένα πρώιμο σύμπτωμα σοκ, πρέπει να αξιολογηθεί καθώς και η κυάνωση, το οίδημα, και η μείωση του ποσού των ούρων.

- Αξιολόγηση υγρών.

Το ανισοζύγιο υγρών μπορεί να είναι αποτέλεσμα παραγόντων όπως η απώλεια υγρών κατά την επέμβαση ή απώλειες υγρών από τις παροχετεύσεις. Η ανεπάρκεια ή περίσσεια όγκου υγρών, αποτελεί κίνδυνο για όλους τους χειρουργικούς ασθενείς και ιδιαίτερα για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους.

- Αξιολόγηση χειρουργικού τραύματος.

Ο νοσηλευτής στην ανάνηψη αξιολογεί την επίδεση του τραύματος για το ποσό, τη σύσταση και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών.

- Γενική κατάσταση του ασθενή.

Κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής φροντίδας πραγματοποιούνται και άλλες αξιολογήσεις και παρεμβάσεις για την επιβεβαίωση της σωματικής και συναισθηματικής ασφάλειας και άνεσης του ασθενή. Εάν ο ασθενής αισθάνεται πόνο και η κατάστασή του έχει σταθεροποιηθεί χορηγούνται αναλγητικά. Οι περισσότεροι ασθενείς κρυώνουν και θα πρέπει να σκεπάζονται με κουβέρτα, για να διατηρούνται ζεστοί. Ο ασθενής εγκαταλείπει την αίθουσα ανάνηψης όταν η φυσική του κατάσταση και το επίπεδο συνείδησης θεωρούνται σταθερά.[19]

### **Συνεχιζόμενη Μετεγχειρητική φροντίδα.**

Η συνεχιζόμενη μετεγχειρητική φροντίδα σχεδιάζεται για να προάγει την ανάρρωση από την επέμβαση και την αντιμετώπιση των διαταραχών.

*Μετεγχειρητικά προβλήματα - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.*

- Πόνος που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση.

Αξιολόγηση του πόνου – μέτρα ανακούφισης (αλλαγή θέσης, τεχνικές χαλάρωσης). Χορήγηση αναλγητικών - ναρκωτικών, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- Κατακράτηση Υγρών.

Παρακολούθηση διούρησης κάθε 1-4 ώρες. Παρακολούθηση ενδοφλέβιων Υγρών και καταγραφή των ζωτικών σημείων για μεταβολές.

- Κίνδυνος πνευμονίας (Ατελεκτασία)

Είναι συχνότερη στις πρώτες 48-72 ώρες. Κύριο αίτιο αποτελεί η αναισθησία. Ο ασθενής θα πρέπει να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι, να ανακουφίζεται από τον πόνο και να περπατάει τουλάχιστον 3 φορές τη μέρα.

- Ναυτία και Έμετος.

Συμβαίνει συνήθως τις πρώτες 24-36 ώρες μετά την επέμβαση. Χορηγούμε αντιεμετικά και διατηρούμε τη βατότητα του ρινογαστρικού.

- Αυξημένος κίνδυνος Ορθοστατικής Υπότασης.

Έγερση αργά από το κρεβάτι με κρέμασμα των ποδιών. Εάν το αίτιο είναι η αφυδάτωση είναι αναγκαία η εφάπαξ χορήγηση υγρών.

- Κίνδυνος επίσχεσης ούρων.

Κινητοποίηση. Έλεγχος του ισοζυγίου και άλλων υγρών. Υπερηχογράφημα ουροδόχου κύστης και καθετηριασμός αν δεν ουρήσει μετά από 8-12 ώρες.

- Κίνδυνος μετεγχειρητικού ειλεού.

Δεν χορηγούμε τίποτα από το στόμα μέχρι την αποβολή αερίων. Ο Ρινογαστρικός θα πρέπει να είναι σε ήπια αναρρόφηση για άνεση αν ο ασθενής κάνει εμετό. Κινητοποίηση ,αλλαγή διαίτας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- Επούλωση τραύματος: Κίνδυνος Λοίμωξης- Διάσπαση- Εκσπλαχνισμός.

Αξιολόγηση των ζωτικών σημείων, Διατήρηση της ενυδάτωσης. Περιορισμός της τάσης στο τραύμα, Αντιβιοτική προφύλαξη για 24 ώρες, Χρήση άσηπτης τεχνικής.

- Κίνδυνος φλεβοθρόμβωσης.

Άμεση κινητοποίηση και ασκήσεις κάτω άκρων. Εφαρμογή αντιθρομβωτικών καλτσών και αποφυγή της πίεσης κάτω από τα γόνατα.[19]

### 5.3. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η εκπαίδευση του ασθενούς κατά την έξοδο του είναι πολύ σημαντική, ειδικά τώρα που το διάστημα νοσηλείας έχει βραχυνθεί. Δεν είναι ασυνήθιστο να εξέρχονται ασθενείς με επίδεση, σωλήνες παροχέτευσης, με στομία ή και παρεντερική σίτιση. Είναι κατανοητό ότι οι ασθενείς προβληματίζονται για το πώς θα φροντίσουν τον εαυτό τους μετά το εξιτήριο. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για τη φροντίδα του τραύματος, τη φαρμακευτική αγωγή, τις δραστηριότητες, τη διαίτα, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και για άλλα θέματα αυτοφροντίδας.

*Η εκπαίδευση παρέχεται στον ασθενή, αλλά και σε όλους εκείνους που θα συμμετάσχουν στη φροντίδα του. Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν πως η ανάρρωση παίρνει χρόνο. Ο πόνος, η κόπωση και η κατάθλιψη αποτελούν συνήθη συμπτώματα κατά την ανάρρωση μετά από μία μεγάλη επέμβαση, αλλά αυτά τα συμπτώματα σταδιακά υποχωρούν.[20]*

#### **Εκπαίδευση του ασθενή και προτεραιότητες κατά την έξοδο στη μετεγχειρητική νοσηλευτική.**

- ✓ Επανάλεγχος συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- ✓ Οδηγίες που αφορούν τη συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση.
- ✓ Επίδεση και φροντίδα του τραύματος, στομίας, κ.τλ.
- ✓ Έλεγχος του πόνου.
- ✓ Περιορισμοί των δραστηριοτήτων.
- ✓ Διαιτητικοί περιορισμοί.
- ✓ Αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων των πιθανών επιπλοκών.
- ✓ Αριθμός τηλεφώνου του χειρουργικού κέντρου ή κλινικής.
- ✓ Αριθμός τηλεφώνου του θεράποντος γιατρού.[20]

## 5.4.ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Οι πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς, τη φυσική εξέταση, τον εργαστηριακό και τον απεικονιστικό έλεγχο, συνήθως επιτρέπουν μια διάγνωση, αλλά μπορεί ακόμα να παραμείνει μια αβεβαιότητα. Ασθενείς με ασαφή κλινική εικόνα είναι προτιμότερο να παραμένουν στην αίθουσα βραχείας νοσηλείας ή και να εισάγονται έτσι ώστε να είναι δυνατή η συχνή επανεξέτασή τους. Όταν η διάγνωση είναι ασαφής και η κατάσταση του ασθενούς δεν είναι ξεκάθαρη, θα ήταν προτιμότερο να αναβληθεί η εγχείρηση και να επανεξετασθεί ο ασθενής προσεκτικότερα μετά από κάποιες ώρες.

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την χορήγηση οξυγόνου με μάσκα, και την τοποθέτηση ενός ή και δύο φλεβοκαθετήρων 16G σε περιφερική φλέβα στα άνω άκρα και άμεση έναρξη χορήγησης κρυσταλλοειδών διαλυμάτων. Δεν θα πρέπει επίσης να λησμονείται, με την τοποθέτηση του φλεβοκαθετήρα, να λαμβάνεται αίμα για την διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων (γενική αίματος, βιοχημικός, αιμορραγικός έλεγχος και διασταύρωση για την περίπτωση που θα χρειασθεί μετάγγιση).

Εάν ο ασθενής πρέπει να οδηγηθεί άμεσα στο χειρουργείο, η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, την εξασφάλιση οδού για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, την τοποθέτηση καθετήρα Foley στην ουροδόχο κύστη ώστε να καταγράφεται η διούρηση και αναλγητική αγωγή. Ο σκοπός της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η εκτίμηση της ετοιμότητας του ασθενή για το χειρουργείο, η αναγνώριση πιθανών χειρουργικών κινδύνων, η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση και η προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο περιεγχειρητικό περιβάλλον περιλαμβάνει την προετοιμασία του ασθενή για το χειρουργείο και τη βοήθεια και παρατήρηση του ασθενή κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Η μετεγχειρητική φροντίδα σε περιστατικό οξείας κοιλίας συμπεριλαμβάνει την ασφάλεια του ασθενή, την αιμοδυναμική του σταθερότητα, την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών, την επούλωση και τη φροντίδα του τραύματος.

Τέλος στο στάδιο της αποκατάστασης μεγάλη σημασία θα πρέπει να δοθεί στην σωστή παροχή πληροφοριών και οδηγιών στον ασθενή και στην οικογένειά του, στην εκπαίδευσή του και στη ψυχολογική υποστήριξή του.

## ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ (ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ) ΚΟΙΛΙΑΣ

Η ταχύτητα των εξελίξεων στη λαπαροενδοσκοπική χειρουργική σήμερα, απαιτεί διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση του σύγχρονου χειρουργού-λαπαροσκόπου. Η εντυπωσιακή ανάπτυξη των ρομποτικών συστημάτων λαπαροσκοπικής τηλεχειρουργικής από το έτος 2000 και η γρήγορη εξάπλωσή τους σε Ευρώπη και Αμερική ανοίγει νέους δρόμους στην εγχειρητική τέχνη. Τηλεχειρουργική είναι η χειρουργική που πραγματοποιεί ο χειρουργός σε κάποια απόσταση από τον ασθενή. Χάρη στις προηγμένες εφαρμογές τηλεπικοινωνίας, ο χειρουργός μπορεί και ελέγχει από απόσταση ρομποτικούς βραχίονες και εργαλεία που αναπαράγουν με ακρίβεια τους χειρισμούς στο εσωτερικό του ασθενή.

Καθημερινά αυξάνονται οι ήδη πολυάριθμες εφαρμογές της ρομποτικής τηλεχειρουργικής στην καρδιοχειρουργική, στη θωρακοχειρουργική, στη γενική χειρουργική, στην ουρολογία, στη γυναικολογία και τη παιδοχειρουργική. Πάνω από 10.000 επεμβάσεις έχουν πραγματοποιηθεί με το ρομποτικό χειρουργικό σύστημα DaVinci και σε όλες τις περιπτώσεις η ρομποτική χειρουργική υπερτερούσε της λαπαροσκοπικής κατά την κατασκευή αναστομών και ιδιαίτερα σε «δύσβατες» κοιλότητες του σώματος. Αυτό οφείλεται κυρίως στην τρισδιάστατη απεικόνιση του εγχειρητικού πεδίου και τον μεγάλο βαθμό ελευθερίας κινήσεων των ρομποτικών βραχιόνων, που μοιάζουν με αυτές του «ανθρώπινου καρπού». Οι επεμβάσεις πραγματοποιούνται αναίμακτα με ελάχιστη επιβάρυνση για τον ασθενή που κινητοποιείται γρήγορα μετά το χειρουργείο και επιστρέφει στις καθημερινές του συνήθειες.

Στις θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται με το DaVinci ανήκει η πνευμονεκτομή για πρωτοπαθές καρκίνωμα του πνεύμονα, αλλά και οι λοβεκτομές, η τοπική αφαίρεση όγκου καθώς και η αφαίρεση θύμου αδένος. Στη γυναικολογία πραγματοποιούνται επεμβάσεις ρομποτικής υστερεκτομής, αφαίρεσης νεοπλασμάτων των εξαρτημάτων, σαλπινγοοθηκτομή καθώς και εγχειρήσεις μετάθεσης ωοθηκών και αναστόμωσης των σαλπίγγων. Τέλος, ολοένα ανευρίσκονται πλεονεκτήματα στη χρήση της ρομποτικά υποβοηθούμενης τεχνικής στην παιδοχειρουργική σε επεμβάσεις για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σε χολοκυστεκτομές, στην σαλπινγοοθηκτομή. Το ρομποτικό σύστημα Da Vinci είναι πραγματικά ευεργετικό εργαλείο για τον ασθενή και τους χειρουργούς όταν αυτό χρησιμοποιείται από έμπειρη, εξειδικευμένη και κατάλληλα εκπαιδευμένη χειρουργική ομάδα.[21]

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο σύγχρονος νοσηλευτής είναι απαραίτητο να γνωρίζει διαγνωστικά στοιχεία από το έργο των γιατρών, για να κατανοεί καλύτερα την κάθε κατάσταση που εμφανίζεται με αιφνίδιο, οξύ κοιλιακό πόνο και άλλοτε άλλα συνοδά συμπτώματα, να μπορεί να ξεχωρίσει αν η πάθηση είναι χειρουργική ή παθολογική, για να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες τους, παρέχοντας την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα. Εξάλλου πολλές από τις εργασίες που σήμερα εκτελεί ο γιατρός, αποδεικνύεται ότι είναι δυνατό να εκτελούνται και από καλά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, όπως έχει καταγραφεί τα τελευταία χρόνια στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία.

Η αντιμετώπιση της οξείας κοιλίας και ειδικά η διαφοροδιάγνωση της οξείας χειρουργικής κοιλίας από το οξύ άλγος, αποτελεί πάντα μια πρόκληση για τον κλινικό ιατρό αλλά και τον νοσηλευτή. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, η αντικειμενική εξέταση, ο παρακλινικός έλεγχος, όταν απαιτείται, και πάνω από όλα η παρακολούθηση του αρρώστου (follow up) διασφαλίζουν την έγκαιρη και πληρέστερη διάγνωση της πάθησης, την αποφυγή ταλαιπωρίας του ασθενούς και της οικογενείας του και την άμεση θεραπευτική αγωγή.

Χωρίς να διαθέτουμε την κατάλληλη κλινική εμπειρία, προσπαθήσαμε να αναλύσουμε και να περιγράψουμε το κλινικό αυτό μυστήριο, που ονομάζεται οξεία κοιλία, μέσα από περιγραφές επαγγελματιών υγείας που γνωρίσαμε κατά τη διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης στο Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, καθώς και μέσα από βιβλιογραφικές αναφορές και ηλεκτρονικές πηγές βιβλιογραφικών δεδομένων.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οξεία κοιλία είναι το κουτί της Πανδώρας. Φανερώνει λίγα και κρύβει πολλά, τα οποία όταν φανερωθούν μας αφήνουν κατάπληκτους. Απαιτεί προσοχή στη λήψη ιστορικού και στη φυσική εξέταση, ευρεία γνώση χειρουργικής, παθολογίας και αξιολογη πείρα.

Η οξεία κοιλία είναι οξύ και επείγον σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από οξύ κοιλιακό πόνο, σύσπαση ή μη κοιλιακών τοιχωμάτων, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα (πυρετός, ταχυσφυγμία, ταχύπνοια) ή από εργαστηριακά ευρήματα (λευκοκυττάρωση, άνοδος ηπατικών ενζύμων, χολερυθρίνης).

Η οξεία εμφάνιση της κλινικής εικόνας, που πανικοβάλλει τον ασθενή και τους συγγενείς του, και το επείγον της κατάστασης, απαιτεί τη λήψη έγκαιρης και σωστής απόφασης για τη χειρουργική ή μη θεραπεία.

**Σκοπός** αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο αυτό το κλινικό μυστήριο που ονομάζεται οξεία κοιλία, τη μεγαλύτερη διαγνωστική παγίδα, που πολλές φορές μπορεί να έχει σοβαρότατες ηθικές και νομικές επιπτώσεις για κάθε εμπλεκόμενο επαγγελματία υγείας. Κατανοώντας δε, τη σημασία της κλινικής εξέτασης και του καλού ιστορικού, είμαστε σε θέση να αναγνωρίσουμε τα κύρια συμπτώματα της οξείας κοιλίας ,να αξιολογήσουμε και να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες του ασθενή και έτσι να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε την κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση και γενικά την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα.

**Μεθοδολογία:** Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν πηγές από ελληνικά και διεθνή συγγράμματα, καθώς και διαδικτυακή έρευνα σχετικών αναφορών και αναζήτηση σχετικών άρθρων μέσω της διαδικτυακής πύλης Pubmed και Google Scholar.

**Λέξεις κλειδιά:** Οξεία κοιλία, κοιλιακός πόνος, επείγουσα λαπαροτομία, Ιπποκράτειο προσωπίο, νοσηλευτική φροντίδα στο κοιλιακό άλγος.



## ABSTRACT

Acute abdomen is considered as the “Pandora’s box”. It reveals very little and hides a lot, which when revealed leave us amazed. It requires attention to taking medical records and physical examination, a broad knowledge of surgery, pathology and worthwhile experience. Acute abdomen is an acute and urgent syndrome characterized by acute abdominal pain, contraction or no contraction of the abdominal wall which may be accompanied by general symptoms (fever, rapid heartbeat, tachypnoea) or by laboratory findings (leukocytosis, increase of liver enzymes, bilirubin).

The acute appearance of the clinical image which panics the patient and his relatives and the emergency of the situation require the timely and correct decision for a surgical or non surgical therapy.

**The purpose** of this bibliographic review is to show, in the best possible way, the clinical mystery of the acute abdomen, the biggest diagnostic trap, which can many times have very serious ethical and legal consequences for everyone involved in the health business.

By understanding the importance of clinical examination and good medical records, we are in the position to recognize the main symptoms of the acute abdomen, to review the needs of each patient so that we can plan and apply the suitable nursing intervention and the appropriate nursing care in general.

**Methodology:** Several sources from Greek and international papers were used for this bibliographic review as well as relevant references from internet research and relevant articles from the *Pubmed* website and *Google Scholar*.

**Keywords:** acute abdomen, abdominal pain, emergency laparotomy, Hippocratic face, nursing care in abdominal pain.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. C. Keith Stone, Roger L. Humphries, Γεώργιος Μπαλτόπουλος. *Σύγχρονη Επειγοντολογία Διάγνωση και Θεραπεία*. Έκτη έκδοση. Αθήνα: Ελληνική έκδοση Π.Χ. Πασχαλίδης; 2012.
2. Care.gr. *Όργανα του θώρακα και της κοιλιάς*. [cited 2018 August 23]; Available from: <https://www.care.gr/post/63/organa-tou-thoraka-kai-tis-koilias-i>.
3. K. Barrett, S. Barman, S. Boitano, H. Brooks. *Ιατρική φυσιολογία*. Twenty fourth Edition. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης; 2014.
4. A. Χούντα. *Κοιλιακό άλγος*. [cited 2018 June 16]; Available from: URL: <http://docplayer.gr/5157206-Koiliako-algos-athina-hoynta-dieythyntria-esy-pathologias-d-panepistimiaki-pathologiki-kliniki-p-g-n-attikon.html>
5. N. Μπερσής. *Οξεία Κοιλία*. [cited 2018 May 31]; Available from: URL: <http://www.bersis.gr/blog/37-άλλες-παθήσεις/183-οξεία-κοιλία>.
6. Π. Γλεντής. *Πότε οι πόνοι στην κοιλιά, οδηγούν κατευθείαν στο χειρουργείο*. [cited 2018 May 31]; Available from: URL: [http://www.surgeon.gr/articles/pote-oi-ponoi-stin-koilia-odigoyn-kateytheian-sto-heiroyrgeio#.Wu8D3n\\_l6UI](http://www.surgeon.gr/articles/pote-oi-ponoi-stin-koilia-odigoyn-kateytheian-sto-heiroyrgeio#.Wu8D3n_l6UI).
7. A. Κυριακίδης. *Οξεία κοιλία*. [cited 2018 May 6]; Available from: URL: [http://www.gnamfissas.gr/files/oksia\\_koilia.pdf](http://www.gnamfissas.gr/files/oksia_koilia.pdf).
8. *Οξεία κοιλία στα νεογνά και στα βρέφη*. Γαλήνα Π. *Επιμελήτρια Β Ακτινολογικού Τμήματος Γ.Ν.Παιδων «Αγία Σοφία»*. [cited 2018 May 23]; Available from: URL: <http://docplayer.gr/34974391-Oxeia-koilia-sta-neogna-kai-sta-vrefi-galina-p-epimelitria-v-aktinologikoy-tmimatos-g-n-paidon-agia-sofia.html>.
9. *Myhealthtoday.gr Οξεία (χειρουργική) κοιλία*. [cited 2018 June 16]; Available from: URL: <http://net.myhealthtoday.gr/?q=content/οξεία-χειρουργική-κοιλία>.
10. *Onmed.gr «Ιπποκράτειο προσωπείο»: Μάθετε για το κύριο γνώρισμα της κρίσης οξείας κοιλίας*. [cited 2018 June 3];

Available from: URL:<https://www.onmed.gr/ygeia/story/331871/ippokrateio-prosopeio-mathete-gia-to-kyrio-gnorisma-tis-krisis-okseias-koilias>.

11. *B. Κατεργιαννάκης. Κλινική εξέταση σε ασθενείς με οξεία κοιλία. [cited 2018 June 16];*  
Available from: URL:<https://sites.google.com/site/goniamou/e-klinike-exetase-se-astheneis-me-oxeia-koilia>.
12. *X. Σμπαρούνης. Γενική Χειρουργική –τόμος Γ΄. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press; 1991*
13. *A.Κουρκούτα. Διαγνωστική Νοσηλευτική Προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης; 2011.*
14. *Δ. Μουζούρης. Οξεία κοιλία. [cited 2018 May16];* Available from:  
URL:<https://www.galinos.org.cy/files/content/uploads/ΟΞΕΙΑ-ΚΟΙΛΙΑ-Δημήτρης-Μουζούρης.pdf>.
15. *Iatronet. Έκτοπη κόψη. [cited 2018 June 2];*  
Available from: URL:<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/ektopi-kyisi.html>.
16. *Δ. Δημητρούλης. Συζήτηση περιστατικού. [cited 2018 June 23];*  
Available from: URL:<http://www.appk.gr/attachments/article/955/Dimitroulis%20D.pdf>
17. *Nursing Care Plan for Abdominal Pain. [cited 2018 June 16];*  
Available from: URL:<https://www.nrsng.com/care-plan/abdominal-pain/>.
18. *A. Σαχίνη, Μ. Πάνου. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Β΄ Έκδοση. Αθήνα: BHTA MEDICAL ARTS; 1997.*
19. *C. Taylor, C.Lillis, P. LeMone. Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Third Edition. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης; 2006.*
20. *G.A. Perry, P.A.Potter. Βασική νοσηλευτική & Κλινικές Δεξιότητες. Seventh Edition. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης; 2012.*
21. *Walenz EA. 3rd edition 2006, "Abdominal Pain", On Call Pediatrics, Nocton JJ and Gedeit RG editors, Saunders Elsevier publ.*