

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Τεύχος 4 - Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2007



ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Τοκ. Γραφείο
Κ.Ε.Μ.Π.Α.Θ.
Αριθμός Άδειας
5207/07

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Editorial σελ. 3
- Τι νεώτερο στην μέση ωτίτιδα; σελ. 4
- Δυσκοιλιότητα σελ. 8
- Η Υγεία στην Ελλάδα και στον κόσμο σελ. 12
- Quiz σελ. 14
- Δύσπνοια σελ. 15
- Κύηση και άσθμα σελ. 17
- 2° Διεθνές ινδικό συνέδριο επείγουσας ιατρικής
& αντιμετώπισης καταστροφών - Τόσο αργά,
τόσο μακριά, τόσο άσχημα σελ. 19
- 2° Διεθνές ινδικό συνέδριο επείγουσας ιατρικής
& αντιμετώπισης καταστροφών - Γιατρός σε ρόδες -
μία επιτυχής προνοσοκομειακή παροχή
ιατρικής φροντίδας. σελ. 20
- Από τη διεθνή βιβλιογραφία
Διαταραχές του άγχους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη:
επίπτωση, νοσηρότητα, συννοσηρότητα και διάγνωση σελ. 21
- Αντιψυχωτικά φάρμακα και θνησιμότητα των
ηλικιωμένων ασθενών με γεροντική άνοια σελ. 22
- Απαντήσεις Quiz σελ. 23



Ελληνική Εταιρεία Εξωνοσοκομειακής
Επείγουσας Ιατρικής

Ηπείρου 1, Αθήνα - 104 33
Τηλ.: 210 8211739
Φαξ: 210 8212611

EDITORIAL

*«Πούπουλα πάνω στα λάχανα
Ακούω από ψηλά τα χάχανα των Χερουβείμ
Τις σάλπιγγες. Τα ωσαννά.»*

*Λίγο ν' αργούσα θα 'χανα
τον θρίαμβο του φωτός. Του σατανά την πτώση.
Το βάραθρο. Κι άλλα τερπνά.»*

Νάσος Βαγενάς

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

**Ελληνική
Εταιρεία
Επείγουσας
Εξωνοσοκομειακής
Ιατρικής**

Ηπείρου 1, Αθήνα - 104 33
Τηλ.: 210 8211739
Φαξ: 210 8212611

Συντακτική & Επιστημονική Επιτροπή

Θεοχάρης Γιώργος, Παθολόγος
Κατσαβοχρήστος Πέτρος, Παθολόγος
Κολιός Γιώργος, Καρδιολόγος
Καρακόζης Σταύρος, Χειρουργός
Πέππας Γιώργος, Χειρουργός
Πετρίδης Παύλος, Ορθοπαιδικός
Σαββίδης Μιχάλης, Παθολόγος

ΕΚΔΟΤΗΣ

Σταμάτης Σταματόπουλος

Focus on Health E.Π.Ε.

Ιωάννου Γενναδίου 16, 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210-7223046, Fax: 210-7223220
e-mail: info@focusonhealth.gr

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Φώτης Βάτσικας

Τον Νοέμβριο του 2006 βρεθήκαμε στο Νέο Δελχί για το 2ο Παγκόσμιο (Ινδικό) Συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής.

Πήραμε μια γεύση της ανερχόμενης Ινδίας με πληθυσμό ένα 1.100.000.000, του οποίου το 32% είναι μικρότερο των 15 ετών. Μιας χώρας με 15 επίσημες γλώσσες και άλλες τόσες θρησκείες.

Στο συνέδριο συμμετείχαν Ινδοί γιατροί απ' όλο τον κόσμο κυρίως από τις Η.Π.Α. Το συνέδριο συνδιοργανώθηκε από το Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών Επείγουσας Ιατρικής, την Αμερικανική Ακαδημία Επείγουσας Ιατρικής της Ινδίας και από μία ιδιωτική ιατρική Εβραϊκή εταιρεία των Long Island.

Η επείγουσα ιατρική αποτελεί για τους Αμερικάνους ένα εξαγωγίμο «προϊόν». Η παροχή της επείγουσας ιατρικής στα τμήματα επειγόντων περιστατικών όπως εμφανίζεται στην τηλεοπτική σειρά ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ αποτελεί το πρότυπο οργάνωσης των επειγόντων παροχών υγείας σε μεγάλο κομμάτι του κόσμου. Όλα τα ιδιωτικά νοσοκομεία στο Νέο Δελχί ήταν ευδιάκριτα από το χώρο υποδοχής των ασθενών, τα τμήματα επειγόντων, με πελώριες πινακίδες Emergency, Accident Center, Trauma Center.

Κατά τα άλλα στο συνέδριο το επιστημονικό ενδιαφέρον ήταν μοιρασμένο ανάμεσα στην (υπερτεχνολογική) Επείγουσα Ιατρική και στην ιατρική που υπολογίζει το κόστος αποτέλεσμα, Ετίθεντο δηλαδή συχνά διαγνωστικά προβλήματα αν πρέπει σε έναν ασθενή με κοιλιακό άλγος να γίνει ακτινογραφία ΝΟΚ ή υπέρηχοι αξίας 100 € ή να χορηγηθεί ένα αντιπαρασιτικό φάρμακο κόστους λεπτών του ευρώ. Οι παρασιτικές λοιμώξεις στην Ινδία και στον Τρίτο Κόσμο είναι συχνότερο αίτιο κοιλιακού άλγους ακόμα.

Και ένα ευφυολόγημα σχετιζόμενο με την ανερχόμενη Ινδία, από το βιβλίο του Φίνερμαν «Ο κόσμος είναι επίπεδος» Παλαιότερα οι γονείς μας έλεγαν: «Φάτε το φαί σας, οι άνθρωποι στην Κίνα και στην Ινδία πεινάνε». Τώρα η συμβουλή άλλαξε: «Παιδιά, τελειώστε τα μαθήματά σας. Οι Ινδοί και οι Κινέζοι θέλουν να φάνε τις δουλειές σας».

Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος

ΤΙ ΝΕΩΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ ΩΤΙΤΙΔΑ;

Σωτήρης Παππάς,
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος

ΟΡΙΣΜΟΙ

Μέση ωτίτιδα ονομάζεται κάθε φλεγμονώδης πάθηση της κοιλότητας του Μέσου Ωτός, άσχετα από το αίτιο ή την παθογένεσή της.

Συλλογή του Μέσου Ωτός είναι το υγρό που παράγεται από την μέση ωτίτιδα (ορώδες, βλεννώδες ή πυώδες).

Η όλη διεργασία μπορεί να είναι:

Οξεία (0-3 εβδ.)

Υποξεία (3-12 εβδ.)

Χρόνια (>12 εβδ.)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Υποστηρίζονται δύο θεωρίες όσον αφορά την αιτιολογία της οξείας μέσης ωτίτιδας (ΟΜΩ).

Η πρώτη που έχει και τους περισσότερους υποστηρικτές θεωρεί ότι η δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας είναι η βασική αιτία της νόσου, άρα το υγρό που την συνοδεύει είναι διίδρωμα.

Η δεύτερη προτείνει μία φλεγμονώδη προέλευση της ωτίτιδας, άρα το υγρό είναι εξίδρωμα.

Μερικοί υποστηρικτές της φλεγμονώδους αιτιολογίας, εντούτοις θεωρούν ότι η φλεγμονή είναι επακόλουθο της δυσλειτουργίας της ευσταχιανής σάλπιγγας και επομένως η φλεγμονή δεν αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα. Πολυάριθμοι άλλοι παράγοντες είναι δυνατόν να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη της πάθησης του Μέσου Ωτός όπως: η αλλεργία, η δυσλειτουργία των κροσσών, η ρινική και κολπική πάθηση και η ανωριμότητα του ανοσοβιολογικού συστήματος.

Πάντως στα παιδιά ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγων θεωρείται η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένα προσεκτικό ιστορικό θα αποκαλύψει κλασικά συμπτώματα ωτίτιδας όπως: ωταλγία, ανησυχία, πυρετό και ενδεχομένως εμετό ή διάρροια.

Σε βαρύτερες καταστάσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ωτόρροια, ίλιγγος, παράλυση προσωπικού νεύρου ή οίδημα της οπισθοωτιαίας χώρας (Μαστοειδίτις).

Η ωτοσκόπηση με ωτοσκόπιο που έχει τη δυνατότητα αυξομείωσης της πίεσης στον έξω ακουστικό πόρο είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Θα παρατηρήσουμε έντονη εισολκή του τυμπανικού υμένα (Τ.Υ.) με εμφανή βράχυνση της λαβής της σφύρας και σαφώς ελαττωμένη κινητικότητα του Τ.Υ.

Η ερυθρότης του Τ.Υ. μόνη της δεν αποτελεί ένδειξη πιθανής πάθησης, επειδή τα αγγεία του Τ.Υ. είναι δυνατόν να διογκωθούν από το κλάμα του πάσχοντος παιδιού ή τον πυρετό.

Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις όπως: η ακτινογραφία, η τυμπανομετρία και ενδεχομένως η παρακέντηση δεν είναι δυστυχώς εύκολο να χρησιμοποιηθούν σε συνθήκες νοσηλείας κατ' οίκον.

Πάντως σε υποτροπές της νόσου θα πρέπει να διερευνηθεί η πιθανότητα ύπαρξης ενός οποιουδήποτε προδιαθεσικού παράγοντα όπως: κρανιοπροσωπική ανωμαλία, ρινική απόφραξη, ανωμαλία της υπερώας ή υπερτροφίας των αδενοειδών εκβλαστήσεων.

Σε πάσχοντες από υποτροπιάζουσα ή ανθιστάμενη στην θεραπεία μονόπλευρη μέση ωτίτιδα θα πρέπει να επισκοπηθεί ο ρινοφάρυγγας για να αποκλεισθεί η πιθανότητα ύπαρξης όγκου.

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ

Καίτοι πολυάριθμες μελέτες έχουν καταγράψει τα υπεύθυνα μικρόβια στην Μέση Ωτίτιδα εν τούτοις σημαντικό αιτιολογικό ρόλο στην παθολογία της είναι δυνατόν να παίξουν και ιοί.

Πάντως τα συχνότερα παθογόνα είναι:

Πνευμονόκοκκος 30%

Αιμόφιλος της ινφλουέντσας 20%

Moxarella catarrhalis 10%

Χρυσίζων σταφυλόκοκκος 1%

Άλλα μικρόβια 16%

Απροσδιόριστο 19%

Σε αυτές τις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατόν με τις συνήθεις καλλιέργειες να προσδιορισθεί αίτιο, το πιθανότερο αίτιο είναι οι ιοί. Από τις ιικές φλεγμονές συχνότερο αίτιο αποτελεί ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη θεραπεία της Μέσης Ωτίτιδας θέση έχουν:

Συντηρητική

Ρινικά αποσυμφορητικά spray ή σταγόνες π.χ. Otrivin

Αντιβιοτικά *

Περιφερικώς δρώντα αναλγητικά

Βλεννολυτικά

* Πολλά αντιβιοτικά έχουν χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία της ΟΜΩ όπως: Αμοξικιλίνη (Amoxil), Αμπικιλίνη (Pentrexyl), Α-μοξικιλίνη + Κλαβουλανικό (Augmentin), Κεφαλοσπορίνες, Ερυθρομικίνη (Erythrocine), Τριμεθοπρίμη + Σουλφαμεθοξαζόλη (Septtrin, Bactrimel).

Διεθνώς σαν πρώτο αντιβιοτικό εκλογής θεωρείται η Αμοξικιλίνη σε δόση 40mg/kg σε 3 δόσεις/24h.

Δυστυχώς λόγω της αύξησης της συχνότητας παρουσίας ανθεκτικών στελεχών η ανάγκη χορήγησης νεώτερων αντιβιοτικών για την αντιμετώπιση της ΟΜΩ γίνεται όλο και συχνότερη.

Στις πέραν του Ατλαντικού χώρες συνιστούν στην ανθιστάμενη στη θεραπεία ωτίτιδα Azithromycin (Zithromax) 30mg/kg σε εφάπαξ δόση ή Amoxycillin/Clavulanic Acid (Augmentin) ή (δες σχετικό πίνακα I) Ceftriaxone (Rochephin) 50mg/kg/d IM ενδομυϊκά για 1-3 ημέρες.

Χειρουργική

Σε επώδυνη προβολή του Τυμπανικού Υμένα

Σε παρατεταμένη πορεία της νόσου ή πολλαπλές υποτροπές (συνεκτιμάται η προκαλούμενη βαρηκοΐα, ιδιαίτερα σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας)

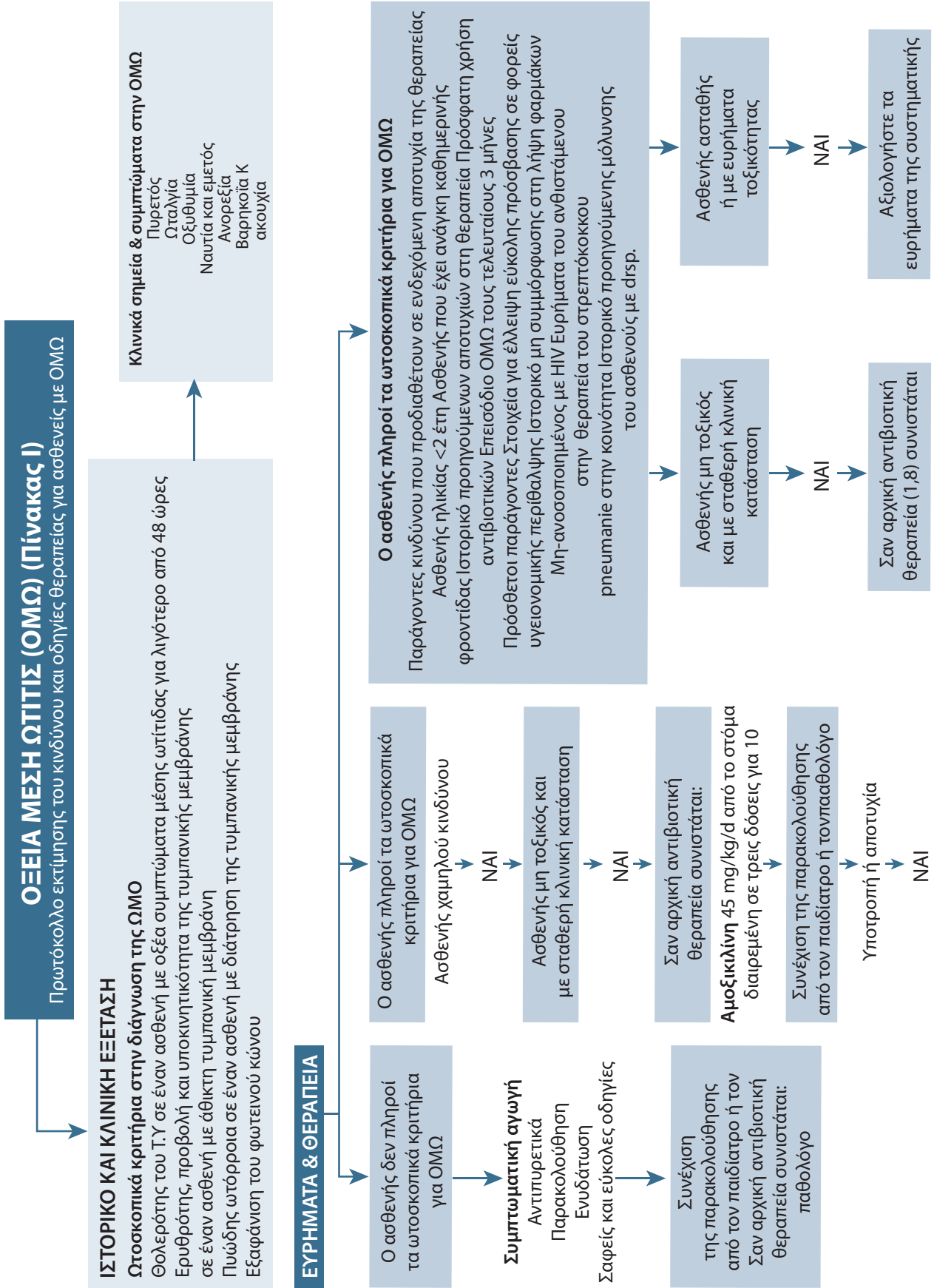
Σε φλεγμονώδεις διογκωμένες αδενοειδείς εκβλαστήσεις

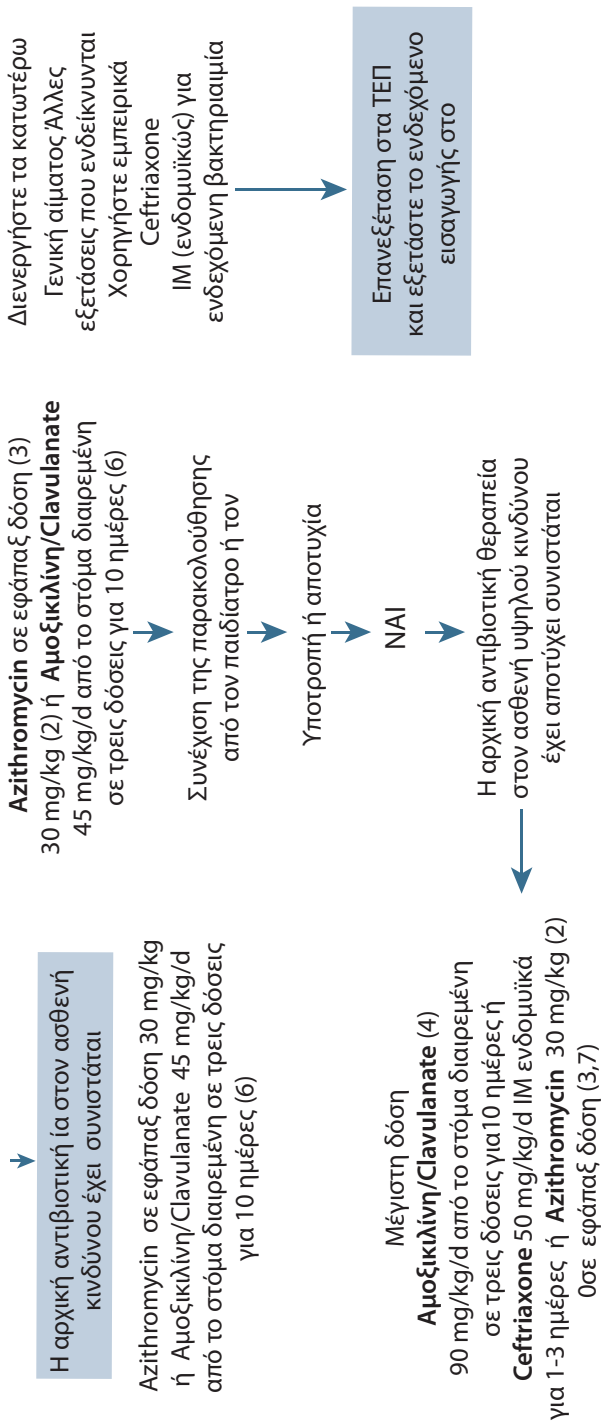
Σε επιπλοκές της ΟΜΩ: Μαστοειδίτις, Λαβυρινθίτις, Πάρηση προσωπικού νεύρου κ.λ.π.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gideon Bosker, MD Facep, Steven M. Winograd, MD Facep: "Acute Otitis Media (AOM) Year 2000 Update: A Rational and Evidence-Based Analysis of Current Controversies in Antibiotic Therapy and Drug Selection for AOM" Part I & II. Emergency Medicine Report, Vol. 21 No 7 & 8. AMERICAN HEALTH CONSULTANTS
2. Gerald B. Healy "Otitis Media and Chronic Seromucinous" JJ. Ballenger, J.B. Snow Jr. "Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery" 2000 Williams & Wilkins
3. "Chronic Seromucinous Otitis Media" W. Becker, H.H. Naumann, C.R. Pfaltz: "Ear, Nose and Throat Diseases" 1999 Georg Thieme Verlag
4. W. Arnolt—U. Ganzer: "Μέση Ωτίτις" Checkliste Ωτο-Ρινο-Λαρυγγολογία Μετάφραση—Επιμέλεια: Ε. Μοσχοβάκης—Εμμ. Αναγνώστου 2000 Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης







Κλινικές σημειώσεις και πρόσθετα σχόλια

Εναλλακτική θεραπεία (όταν υπερσχύσουν τα οικονομικά κριτήρια στο σχέδιο θεραπείας): Αμοξικιλίνη σε υψηλές δόσεις (90 mg/kg/d) PO από το στόμα διαιρεμένη σε τρεις δόσεις για 10 ημέρες.

Αν και ο εμετός σαν παρενέργεια έχει παρατηρηθεί σε λιγότερο από 2% των ασθενών που λαμβάνουν Azithromycin (Zithromax Oral Suspension) επαναχορήγηση της δόσης στα παιδιά που κάνουν εμετό μετά από τη λήψη 30 mg/kg ως εφάπαξ δόση δεν έχει καθιερωθεί. Σε κλινικές μελέτες που περιλαμβάνουν 487 ασθενείς με ΟΜΩ που έλαβαν μια εφάπαξ δόση 30 mg/kg του Azithromycin, οκτώ ασθενείς που έκαναν εμετό 30 λεπτά μετά από την χορήγηση της δόσης έλαβαν την ίδια συνολική δόση. Εάν το παιδί κάνει εμετό μέσα σε 30 λεπτά από θεραπεία μιας ημέρας, ο παιδίατρος πρέπει να κληθεί.

Μέχρι μία μέγιστη συνολική δόση 1500 mg (για τους ασθενείς που ζυγίζουν 50 κιλά ή περισσότερα).

Το σκεύασμα περιέχει 600 mg amoxicillin/5cc, 25 mg clavulanate/5 cc (Augmentin 625).

Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει σιρόπι από το στόμα, συστήνεται το Ceftriaxone (Rocephin) 50 mg/kg im για 1-3 ημέρες.

Σε νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να χορηγηθεί Αμοξικιλίνη/Clavulanate σε υψηλές δόσεις 90 mg/kg/d PO για 10 ημέρες.

Δεν υπάρχει καμία κλινική δοκιμή που να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα ή την ασφάλεια ανάμεσα στο Azithromycin στην εφάπαξ δόση 30 mg/kg και την Αμοξικιλίνη/Clavulanate σε υψηλές δόσεις 90 mg/kg/d PO για 10 ημέρες.

Παρά το μεγάλο όγκο της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στην ΟΜΩ η ταξινόμησή της είναι ανομοιογενής και οι ειδικοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει μία έλλειψη ουσιαστικών στοιχείων και έρευνας στο θέμα της θεραπείας με αντιβιοτικά και ειδικά στη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διάφορων αντιβιοτικών, τις συνιστώμενες δόσεις και την διάρκεια της θεραπείας στις συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, τυχαίες ελεγχόμενες μελέτες μεγάλης κλίμακας με την ικανοποιητική παραλλαγή ασθενών για την ανάλυση υποομάδων απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα που αυτήν την περίοδο επιλύονται κυρίως βάσει της διαθέσιμης κλινικής κρίσης και εμπειρίας των ειδικών. (Chan L.S., Takata G.S., Shekelle P. And all. Evidence Assessment and Management of Acute Otitis Media: Research Gaps and Proprieties for Future Research, Pediatrics Vol. 108, No 1, August 2001, pp. 248-252)

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Γεώργιος Πέππας
Χειρουργός

- Οι αιτίες της δυσκοιλιότητας είναι πολλές, αλλά από πλευράς επείγοντος, οι ασθενείς παρουσιάζουν οξεία δυσκοιλιότητα, είτε λόγω φαρμάκων είτε λόγω επώδυνης πρωκτικής πάθησης είτε λόγω αλλαγών στην διατροφή.
- Πλέον του 25% των ασθενών με ορθοκολικά καρκινώματα παρουσιάζονται με δυσκοιλιότητα. Εάν υπάρχει υποψία καρκίνου παχέως εντέρου, τότε η διενέργεια κολονοσκόπησης είναι απαραίτητη.
- Σημαντικές είναι οι επιπλοκές τόσο της δυσκοιλιότητας όσο και της θεραπείας της, περιλαμβάνονται δε οι ακόλουθες: αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου, πρόπτωση ορθού, εξέλκωση παχέως εντέρου, διάτρηση εντέρου, συστροφή παχέως εντέρου, ισχαιμική κολίτιδα, ακράτεια κοπράνων, επίσχεση ούρων, μελάνωση παχέως εντέρου και κοπρόσταση.

Γενικά

Η δυσκοιλιότητα ορίζεται από ένα συνδυασμό αλλαγών που συμβαίνει στην συχνότητα, το μέγεθος, την σύσταση και την ευκολία εξόδου των κοπράνων. Η Αμερικανική Εταιρεία Γαστρεντερολογίας ορίζει την δυσκοιλιότητα σαν τον συνδυασμό δύο εκ των κατωτέρω :

- Δυσκολία εξόδου των κοπράνων σε 25% των περιπτώσεων,
- Σκληρά κόπρανα σε 25% των περιπτώσεων,
- Αντίληψη ανεπαρκούς κένωσης σε 25% των περιπτώσεων
- Δύο ή λιγότερες κενώσεις την εβδομάδα.

Ένας πιο χαλαρός ορισμός της δυσκοιλιότητας είναι η ύπαρξη ενός εκ των πιο πάνω καταστάσεων. Πάντως ο ορισμός της δυσκοιλιότητας δεν είναι πάντα εύκολος, λόγω του μεγάλου εύρους του φάσματος του φυσιολογικού από πλευράς κενώσεων του εντέρου.

Η δυσκοιλιότητα ενδημεί στους οίκους ευηγρίας καθώς και σε μοναχικούς ηλικιωμένους, λόγω ακινησίας και μειωμένης πρόσληψης υγρών και φυτικών ινών

αλλά και λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα. Σε αυτή την ομάδα ασθενών μία στις δύο γυναίκες και ένας στους τρεις άνδρες έχουν δυσκοιλιότητα. Τα περισσότερα άτομα που θεωρούν ότι υποφέρουν από δυσκοιλιότητα παραπονούνται για υπερβολική προσπάθεια ή δυσφορία κατά την αφόδευση ή για την έξοδο σκληρών κοπράνων, παρά το ότι η συχνότης της αφόδευσης είναι εκτός της φυσιολογικής κλίμακας.

Έτσι η δυσκοιλιότης είναι ένα συχνό σύμπτωμα που είναι αρκετά υποκειμενικό και κάθε άτομο έχει την δική του αντίληψη. Γι' αυτό τον λόγο είναι σημαντικό να ξέρει κάποιος τι εννοεί ο ασθενής με τον όρο δυσκοιλιότητα. Μία περίπτωση είναι να εννοεί μειωμένη συχνότητα κενώσεων σε σχέση με το φυσιολογικό. Η φυσιολογική συχνότητα κενώσεων ποικίλει από 3-5 την εβδομάδα έως 2 την ημέρα. Η μη ύπαρξη τακτικών κενώσεων σημαίνει σε κλινικό επίπεδο την ύπαρξη αδράνειας του παχέως εντέρου. Η συχνότης των κενώσεων από μόνη της πάντως είναι ανεπαρκής προσδιορίζει την δυσκοιλιότητα, καθ' όσον πολλοί ασθενείς έχουν μεν φυσιολογική συχνότητα, αλλά παράλληλα αναφέρουν υπερβολικό "σφίξιμο", σκληρά κόπρανα, αίσθημα πληρότητας στην κατώτερη κοιλιά και αίσθηση ανεπαρκούς κένωσης.

Ένα άλλο σύμπτωμα σε ασθενείς που έχουν δυσκοιλιότητα είναι η δυσκολία έναρξης ή περάτωσης κένωσης, άλλως δυσχεσία. Αυτά τα συμπτώματα δυνατόν να σημαίνουν ενδοορθικό εγκολεασμό.

Η σημασία του προσδιορισμού της δυσκοιλιότητας από πλευράς συχνότητας ή δυσχεσίας είναι ότι υπάρχουν ενδείξεις για διαφορετικούς μηχανισμούς όπως αδράνεια παχέως εντέρου, δυσκολία εξώθησης από το ορθό και επώδυνη κένωση. Είναι σημαντικό να γνωρίζει κάποιος την αιτία της δυσκοιλιότητας για να χορηγήσει την κατάλληλη θεραπεία. Η δυσκοιλιότητα μπορεί να είναι οξύ πρόβλημα ή χρόνιο πρόβλημα.

Επιδημιολογία

Τα περισσότερα άτομα με δυσκοιλιότητα έχουν μεγάλη ηλικία, τα δε έξοδα που σχετίζονται είναι σημαντικά. Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο δαπανώνται \$800 εκατομμύρια για υπακτικά, ενώ γίνονται 2.5 εκατομμύρια επισκέψεις σε γιατρούς κατ' έτος λόγω δυσκοιλιότητας.

Η επίπτωση της δυσκοιλιότητας είναι υψηλότερη στις ακραίες ηλικίες και μεταξύ αυτών στους ηλικιωμένους είναι υψηλότερη απ' ό,τι στις νέες ηλικίες. Η επιδημιολογία της χρόνιας δυσκοιλιότητας στους ηλικιωμένους είναι ατελώς προσδιορισμένη. Η ανεπαρκής πρόσληψη υγρών ίσως παίζει σημαντικό ρόλο διότι στους ηλικιωμένους είναι εξασθενημένος ο μηχανισμός της δίψας. Η υψηλή επίπτωση της δυσκοιλιότητας στους ηλικιωμένους είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται με την πολυφαρμακία, διαίτα χαμηλή σε φυτικές ίνες, καθιστική ζωή και διάφορες νοσηρές καταστάσεις που επιδεινώνουν την νευρολογική και κινητική λειτουργία.

Παθοφυσιολογία

Φυσιολογική Λειτουργία

Η γαστρεντερική οδός εκτίθεται καθημερινά σε 9-10 L ενδογενών εκκρίσεων και προσλαμβανομένων υγρών από το στόμα. Το λεπτό έντερο απορροφά σχεδόν όλο αυτό το ποσό, εκτός από 500-600ml. Κάθε μέρα το παχύ έντερο δέχεται 1-1,5L υγρών, που περιέχουν σημαντικές ποσότητες αλάτων, ινών και άλλων υπολειμμάτων από την απορροφητική διεργασία του λεπτού εντέρου. Περίπου 90% των αλάτων και του νερού που εισέρχεται στο παχύ έντερο απορροφάται από τον βλεννογόνο του. Περίπου 100g κοπράνων παράγονται καθημερινά, περιέχοντας 70ml νερό και 30g στερεών. Το νάτριο απορροφάται ενεργητικά ακόμη και έναντι μεγάλων διαφορών συγκεντρώσεων. Το νερό απορροφάται παθητικά ακολουθώντας την διαφορά της ωσμωτικής πίεσης που διενεργείται από την απορρόφηση του νατρίου. Επειδή η απορρόφηση αλάτων και νερού καθώς και ο μεταβολισμός των βακτηρίων εξαρτώνται από τον χρόνο, η επιβράδυνση της προώθησης του εντερικού περιεχομένου αυξάνει τον χρόνο που διατίθεται για την απορρόφηση και μειώνει τον αριθμό των κενώσεων και το ποσό των κοπράνων που εισέρχεται στο ορθό. Στους περισσότερους ασθενείς με δυσκοιλιότητα τα κόπρανα έχουν το ίδιο μέγεθος και σύσταση όπως και σε άτομα χωρίς δυσκοιλιότητα, προτείνοντας ότι για να δημιουργηθεί η έπειξη προς αφόδευση πρέπει να υπάρχει ελαχίστη ποσότητα κοπράνων.

Η φυσιολογία της αφόδευσης αποτελείται από την ακόλουθη σειρά γεγονότων :

(1) διάταση του ορθού, (2) χαλάρωση του έσω σφιγκτήρα, (3) σύσπαση του έξω σφιγκτήρα, (4) χαλάρωση του ηβθοορθικού μυός με χειρισμό Valsava, (5) ήπια άνοδος του πυελικού εδάφους προκαλώντας ευθειασμό

της ορθοπρωκτικής γωνίας και διάνοιξη του πρωκτικού σωλήνα και (6) αυξημένη ενδαυλική πίεση που προκαλείται από το σφίξιμο.

Αιτιολογία

Οι αιτίες της δυσκοιλιότητας είναι πολλές, αλλά μπορούν να ταξινομηθούν σε οξείες και χρόνιες (Πίν. 1).

Οξεία δυσκοιλιότητα

Ανατομικά	Ακίνησια
Βάριο	Πρόσληψη σιδήρου
Βιμούθιο	Έλλειψη άσκησης
Καρκίνωμα	Μεταβολικές διαταραχές
Κατάθλιψη	(υπερασβεστιαμία, επινεφριδιακή ανεπάρκεια,
Δίαιτα	υποκαλιαιμία,
Εκκολπμάτωση	υποθυρεοειδισμός)
Εντερική απόφραξη	Ουραιμία
Φλεγμονώδης νόσος	Επώδυνες πρωκτικές
εντέρου	παθήσεις
Ισχαιμική κολίτις	(αποστήματα, ραγάδες,
Τοξικό megacolon	έρπη, αιμορροΐδες)
Συστροφία τυφλού ή	Ψυχωσικές διαταραχές
σιγμοειδούς	Στρες
Φάρμακα	Ταξίδια
Ανεπαρκής πρόσληψη	Δηλητηρίαση με μόλυβδο
φυτικών ινών	
Ανεπαρκής πρόσληψη	
υγρών	

Χρόνια δυσκοιλιότητα

Κλινήρης, ανικανότητα,	Νευρογενή αίτια
ιδρυματοποίηση	Νόσος Πάρκινσον
Ανοια	Ψυχογενείς διαταραχές
Διαβητική αυτόνομη	Βλάβες νωτιαίου μυελού
νευροπάθεια	Εγκεφαλικό επεισόδιο
Εκκολπμάτωση	Πλάγια Αμυοτροφική
Ευερέθιστο έντερο	σκλήρυνση

Στην επείγουσα κατάσταση οι ασθενείς παρουσιάζονται με δυσκοιλιότητα είτε λόγω επώδυνων παθήσεων του πρωκτού όπως, αποστήματα, ραγάδες, έρπη, αιμορροΐδες είτε λόγω λήψεως φαρμάκων, όπως αντιχολινεργικά (αντισπασμωδικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά φάρμακα, αντισπασμωδικά), αντιόξινα (υδροξείδιο του αργιλίου, ανθρακικό ασβέστιο), αντιυπερτασικά (ανταγωνιστές ασβεστίου, κλονιδίνη, διουρητικά), ναρκωτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, συμπαθομιμητικά (εφεδρίνη, φαινυλεφεδρίνη, φαινυλπροπριλαμίνη, τερμπουταλίνη), Dilantin και σουκραλφάτη.

Ένας από τους πιο σημαντικούς εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του εντέρου είναι η διατροφή και η επαρκής λήψη υγρών. Οι φυτικές ίνες είναι απαραίτητες για την καλή λειτουργία του εντέρου.

Δυσκοιλιότητα από οιαδήποτε αιτία μπορεί να επιδεινώνεται από χρόνιες νόσους. Πάντως, σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με δυσκοιλιότητα ουδεμία αιτία αναγνωρίζεται. Έτσι, πολλές περιπτώσεις δυσκοιλιότητας παραμένουν αδιάγνωστες μετά την αρχική εκτίμηση, εν τούτοις ανταποκρίνονται στην εμπειρική θεραπεία.

Πολλές διαταραχές της ορθοπρωκτικής λειτουργίας θεωρούνται ότι προκαλούν διαταραχή της αφόδευσης, όπως το μεγαορθό, η συγγενής αγαγγλιόνωση (v. Hirsprung), δυσσυνέργεια πυελικού εδάφους (κατά την οποία υπάρχει μία ασυνείδητη σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους κατά την αφόδευση) και μερικές ορθοκήλες (κατά τις οποίες υπάρχει κακή κατεύθυνση των κοπράνων σε θυλάκους σε συνδυασμό με αδυναμία του ορθοκολπικού διάφραγματος). Είναι σημαντικό να διαχωρίζονται τέτοιες περιπτώσεις από την εκούσια αναστολή της αφόδευσης, που μπορεί να είναι είτε ψυχολογική είτε αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα.

Η βραδεία πρόωθηση του περιεχομένου του παχέως εντέρου και η δυσσυνέργεια του πυελικού εδάφους παίζουν ρόλο ιδιαίτερα σε μεσήλικες και σε ηλικιωμένες γυναίκες με χρόνια ανθεκτική θεραπεία. Η έλλειψη κινητικότητας και δραστηριότητας προδιαθέτουν σε δυσκοιλιότητα στους ηλικιωμένους. Πολλοί ασθενείς με δυσκοιλιότητα έχουν κατάθλιψη, λαμβάνουν ασπιρίνη, καπνίζουν και κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος. Απόφραξη της ορθοσιγμοειδικής εξόδου λόγω ανατομικών ανωμαλιών ή διαταραχών του πυελικού εδάφους μπορεί να προκαλέσουν δυσκολία στην αφόδευση προκαλώντας χειρωνακτική αφαίρεση κοπράνων ή αίσθηση απόφραξης του πρωκτού με παρατεταμένη αφόδευση. Ο ηλικιωμένος μπορεί να αγνοήσει την έπειξη για αφόδευση που έχει σαν αποτέλεσμα παραμονή των κοπράνων, καταστολή της αισθητικότητας του ορθού και διάθεση για αφόδευση με μεγάλη κοπρανώδη μάζα που είναι δύσκολο να κενωθούν.

Κλινική Εικόνα

Ένα πλήρες και λεπτομερειακό ιστορικό συνήθως αναδεικνύει την πιο πιθανή αιτία για την δυσκοιλιότητα. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζονται με κοιλιακή σύσπαση ή διάταση. Λεπτομέρειες σημαντικές από το ιστορικό είναι ο χαρακτήρας των κοπράνων (σκληρά, μαλακά), ο χρόνος και η συχνότης των κενώσεων, συνοδά συμπτώματα (επάγγελμα, συνήθειες ύπνου, όρεξη, καθημερινές δραστηριότητες και διάθεση, συνοδές παθήσεις και εξωγενείς παράγοντες (δίαιτα, άσκηση, φάρμακα).

Μία λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων και η διάρκεια τους πρέπει να γίνεται. Η οξεία δυσκοιλιότητα σχετίζεται πιο συχνά με οργανική νόσο, απ' ό,τι η χρόνια δυσκοιλιότητα. Δυσκοιλιότητα με βραδεία έναρξη στην ζωή σημαίνει επίκτητη νόσο. Μία πρόσφατη αλλαγή των κενώσεων του εντέρου σε συνδυασμό με ναυτία και εμέτους μπορεί να είναι αποτέλεσμα αποφρακτικού νεοπλασματος. Σημαντική άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να

οφείλεται σε παρατεταμένη κοπρόσταση, φλεγμονώδη νόσο ή επιθετική λοίμωξη. Γενικευμένη κακουχία ή αδυναμία μπορεί να οφείλεται σε αφυδάτωση ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Κοιλιακή διάταση μαζί με δυσκοιλιότητα μπορεί να οφείλεται σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης.

Η εκτίμηση ξεκινάει με τον προσδιορισμό του μεγέθους, την σύσταση, την συχνότητα των κενώσεων ακολουθούμενη από τον προσδιορισμό της χρονιότητας. Ένα ιστορικό προηγούμενης χρήσης υπακτικών είναι σημαντικό. Ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί για συμπτώματα που υποδηλώνουν υποκείμενη γαστρεντερική νόσο, όπως κοιλιακός πόνος (αμβλύς, σπλαγχνικός, σχετιζόμενος με σύσπαση), ναυτία, σπασμός, έμετος, απώλεια βάρους, μέλαινα, απώλεια αίματος από το ορθό, πρωκταλγία και πυρετός. Ανορεξία, διάταση, ερυγές, κόπωση, μετεωρισμός, βλέννη στα κόπρανα, πονοκέφαλος, αδυναμία, κατάθλιψη και ανησυχία πρέπει να καταγραφούν. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να σχετίζονται με δυσκοιλιότητα, αλλά και λειτουργικές διαταραχές. Τα πιο ανησυχητικά συμπτώματα είναι ορθοραγία και μείωση του μεγέθους των κοπράνων, που σημαίνουν πιθανό καρκίνο παχέως εντέρου.

Η φυσική εξέταση θα πρέπει να κατευθύνεται στην αναγνώριση μη γαστρεντερικών διαταραχών και φυσικών ευρημάτων πρωτοπαθών νοσημάτων, όπως ενδοκρινολογικές και νευρολογικές διαταραχών, που μπορούν να προκαλούν δυσκοιλιότητα. Το δέρμα θα πρέπει να ελέγχεται για ωχρότητα και ξηρότητα. Η κοιλιά θα πρέπει να ελέγχεται για μάζες, διάταση, ευαισθησία και υψίσυχους ή απόντες ήχους.

Η δακτυλική εξέταση για ορθοπρωκτικές παθήσεις και η εκτίμηση των κοπράνων είναι δύο σημαντικά σημεία της φυσικής εξέτασης. Η εξέταση του πρωκτού/ορθού περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση για μάζες, ραγάδες, φλεγμονή και την παρουσία σκληρών κοπράνων. Το τελευταίο αυτό εύρημα αποκλείει την σημαντική απόφραξη. Η δακτυλική εξέταση επιβεβαιώνει την ύπαρξη προβλημάτων ορθοπρωκτικής εξόδου θεωρώντας την αντίδραση των μυών του πυελικού εδάφους, τους σφιγκτηριακούς μύες και το ορθό όταν προσποιείται αφόδευση. Η δακτυλική εξέταση χρησιμοποιείται επίσης για την εκτίμηση της κοπρόστασης. Τα κόπρανα θα πρέπει να εξετάζονται για το χρώμα, την σύσταση και την ύπαρξη αιμοσφαιρίνης. Ο ασθενής θα πρέπει να «σφιχθεί» για να διαπιστωθεί εάν υπάρχει ορθοκλήλη ή πρόπτωση του ορθού. Διαταραχή της νεύρωσης του πρωκτού είναι ενδεχόμενη να συμβαίνει εάν ο πρωκτικός σωλήνας είναι ανοικτός ή όταν ο ηβοορθικός μύς έλκεται οπίσθια. Η πρωκτοσκόπηση χρειάζεται για να διαγνωσθούν εσωτερικές αιμορροΐδες, όγκοι και άλλη παθολογία. Ασθενείς που έχουν προβλήματα ορθοπρωκτικής εξόδου πρέπει να υποβληθούν σε κοπρογραφία, για να διερευνηθεί η περίπτωση ενδοορθικού εγκολεασμού, ανωμαλίας χάλασης των μυών του πυελικού εδάφους και πρόπτωσης του ορθού.

Διάγνωση

Ακτινογραφία κοιλιάς σε υπτία θέση μπορεί να δείξει δυσκοιλιότητα ή εντερική απόφραξη. Μάζες κοπράνων έχουν εμφάνιση νεφελώδη, φυσαλιδώδη ή δοκιδωτή. Η οξεία εμφάνιση δυσκοιλιότητας σηματοδοτεί την ανάγκη για την διενέργεια κολονοσκόπησης, αλλά και μεταβολικού / ενδοκρινολογικού ελέγχου (σάκχαρο, T3, T4, TSH). Η διαφορική διάγνωση της χρόνιας δυσκοιλιότητας περιλαμβάνει απόφραξη του εντέρου, ψευδοαπόφραξη του εντέρου, υποθυρεοειδισμό, διαβήτη, παρενέργειες φαρμάκων, υπερτονικό έσω σφιγκτήρα πρωκτού, μονήρες έλκος ορθού, εγκολεασμός βλεννογόνου, πρόπτωση ορθού, τραύμα νωτιαίου μυελού, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος Parkinson, αυτόνομη νευροπάθεια, νόσος Hirschprung, ραγάδες, αιμορροΐδες, στένωση πρωκτού, φλεγμονώδης νόσος εντέρου, μυοτονική δυστροφία.

Η κατάσταση της ψευδοδιάρροιας πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψιν επί δυσκοιλιότητας και διάρροιας, καθ' όσον επί σοβαρής δυσκοιλιότητας δυνατόν να συμβεί υπερχειλίση βλέννης επί των ακινήτων κοπράνων, υπό μορφήν διάρροιας. Στην περίπτωση αυτή η χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων επιτείνει το πρόβλημα.

Τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής πρέπει να αναθεωρούνται στην περίπτωση που κάποιο προκαλεί δυσκοιλιότητα.

Επείγουσα Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας βασίζεται σε διάφορες παραμέτρους και κατ' αρχήν την ένταση του πόνου και το αν περνάει αέρια ο ασθενής. Εάν ο ασθενής περνάει αέρια, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει τουλάχιστον μερική βατότητα του εντερικού σωλήνα και άρα υπάρχει δυνατότητα κένωσης του εντέρου. Από την άλλη πλευρά, εάν ο τυχόν πόνος είναι υποφερτός, τότε μπορεί κάποιος να περιμένει 1-2 ημέρες μέχρις ότου λυθεί το πρόβλημα, ενώ εάν ο πόνος είναι ανυπόφορος τότε η επίλυση του προβλήματος θα πρέπει να είναι άμεση. Εάν συνεπώς ο πόνος είναι ανυπόφορος και ο ασθενής περνάει αέρια, τότε η ταχύτερη επίλυση της δυσκοιλιότητας δίνεται από την λήψη κάποιου καθαρτικού, όπως Klean-Prep (3 φάκελοι σε 3 λίτρα νερό σε 3 ώρες) ή Fleet Phospho Soda (1 φιαλίδιο διαλελυμένο σε 2 ποτήρια νερό και εάν απαραίτητο επανάληψη μετά τετράωρο). Η λήψη του δεύτερου διαλύματος είναι πιο εύκολη, ενώ επί παρατεταμένης δυσκοιλιότητας (>10 ημερών) το πρώτο διάλυμα είναι προτιμητέο. Η δράση των πιο πάνω διαλυμάτων αρχίζει μετά 3-4 ώρες και διαρκεί για αρκετές ώρες.

Μετά αναλύονται οι διαιτητικές συνήθειες του ασθενούς και εάν υπάρχει έλλειψη σε υγρά και φυτικές ίνες, τότε γίνεται προσπάθεια βελτίωσης της διατροφής.

Εάν η προσπάθεια αυτή αποδώσει τότε καλώς, αλλιώς χρειάζεται να γίνει επιβοήθηση με υπακτικά (Παραφίνη, Λακτουλόζη, Λακτιτόλη, Γάλα Μαγνησίας) ή φυτικές ίνες (Benefiber, Fibrosin, Psyllium Husk, Μεθυλκυτταρίνη, Πολυκαρβοφιλικά).

Τα υπακτικά δρούν ωσμωτικά, κατακρατώντας υγρά στον εντερικό αυλό και μαλακώνοντας τα κόπρανα.

Τα σκευάσματα που παρέχουν φυτικές ίνες αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων μέσω της υδροφιλης ιδιότητας τους και θα πρέπει να συνοδεύονται από αυξημένη λήψη υγρών, άλλως επιτείνουν την δυσκοιλιότητα.

Η λακτουλόζη και η λακτιτόλη είναι τα πιο ενδεδειγμένα υπακτικά για μακροχρόνια χρήση. Πρόβλημα για χρήση πλέον των δύο εβδομάδων του παραφινέλαιου είναι η πιθανή δυσαπορρόφηση βιταμινών (A,D,E,K), ενώ για το γάλα μαγνησίας η πιθανή υπερνατρίαμια και υπερμαγνησιαμία σε υπερήλικες, με νεφρική ανεπάρκεια.

Τα φάρμακα που προκαλούν αύξηση κινητικότητας του παχέως εντέρου, είναι η δισακοδύλη, η σέννα, το πικοθειϊκό νάτριο. Η χρόνια χρήση αυτού του τύπου των φαρμάκων προκαλεί αυξημένο κίνδυνο πάρεσης του εντέρου, το «καθαρτικό έντερο».

Η χρήση υποκλυσμών, εάν μεν πρόκειται για χαμηλούς, είναι εύκολο να γίνει και μπορούν να προκαλέσουν ανακούφιση από την διάταση του ορθού. Η χρήση υψηλών υποκλυσμών μπορεί να προκαλέσει αποφόρτιση του παχέως εντέρου από κόπρανα, είναι όμως πιο δύσκολο να γίνουν. Η χρήση υποκλυσμών με διάλυμα σαπουνιού μπορεί να προκαλέσει κωλίτιδα.

Επιπρόσθετα Στοιχεία

Τα ακόλουθα αποτελούν σημεία-παγίδες στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας:

- Ένας αριθμός επιπλοκών της δυσκοιλιότητας ή της θεραπείας της δυνατόν να είναι η αιτία που ο ασθενής ζητά ιατρική φροντίδα. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου, πρόπτωση ορθού, έλκος ορθού, διάτρηση παχέως εντέρου, συστροφή παχέως εντέρου, ισχαιμική κωλίτιδα, ακράτεια κοπράνων, επίσχεση ούρων, καθαρτικό κόλον, στηθάγχη, αρρυθμίες και κοπρόσταση.
- Συμπτώματα και σημεία κοπρόστασης αποτελούν μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, διέγερση, παράδοξη διάρροια που προκαλείται από διαφυγή υγρών περίξ των κοπράνων και επίσχεση ούρων. Κάθε ασθενής που παρουσιάζει κοπρόσταση πρέπει να ανακουφίζεται είτε με υποκλυσμό είτε χειρωνακτικά είτε με χορήγηση καθαρτικών.

Η Υγεία στην Ελλάδα και στον κόσμο

Στις αρχές του 21ου αιώνα η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των προηγμένων χωρών του κόσμου. Οι Έλληνες χαίρουν υψηλών δεικτών υγείας, δηλαδή ζούνε πλέον των 75 ετών, περισσότερα χρόνια από τους κατοίκους πλουσιότερων χωρών και με πιο αναπτυγμένα συστήματα περίθαλψης. Όμως πολλοί κίνδυνοι απειλούν τη μακροζωία μας κυρίως λόγω αλλαγής των διατροφικών συνηθειών μας με την υιοθέτηση ξένων προτύπων.

*Γεώργιος Θεοχάρης
Παθολόγος*

Οι άνδρες της χώρας μας έχουν κατά μέσο όρο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννησή τους τα 75 χρόνια, ενώ οι γυναίκες μπορούν να προσδοκούν να ζήσουν κατά μέσο όρο πάνω από 80 χρόνια. Στους άνδρες υπολειπόμαστε κατά λίγο από το προσδόκιμο επιβίωσης της Ιαπωνίας και της Σουηδίας, ενώ οι γυναίκες παρά την αυξημένη επιβίωση κατέχουν την 8^η θέση στον Ευρωπαϊκό χώρο.

Στην Ελλάδα οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνους είναι από τους χαμηλότερους της Ευρώπης. Αντίθετα είμαστε η μοναδική Ευρωπαϊκή χώρα όπου οι δείκτες θνησιμότητας από τα καρδιαγγειακά νοσήματα (εμφράγματα, εγκεφαλικά) αυξάνονται. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών μας, στον περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας και στην υψηλή συχνότητα καπνίσματος. Αν δεν υπάρξει αλλαγή στην πολιτική Υγείας της χώρας μας με προτεραιότητα την πρόληψη, οι υψηλοί δείκτες υγείας που απολαμβάνουμε δε θα έχουν συνέχεια. Η επιστροφή στις διατροφικές συνήθειες της δεκαετίας του 60 (με τη μείωση της κατανάλωσης κρέατος και τυριών και την αύξηση της κατανάλωσης ψαριού, οσπρίων, λαχανικών και φρούτων), η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και η αποφυγή του καπνίσματος όχι μόνο θα αυξήσουν τα χρόνια που ζούμε αλλά θα συμβάλλουν και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής μας.

Η αλλαγή του τρόπου ζωής μας απαιτεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα “αγωγής της υγείας” που να αρχίζει από το νηπιαγωγείο και να αφορά όλους μας. Προϋποθέτει στροφή της Ιατρικής σε πρωτοβάθμια συστήματα φροντίδας, δηλαδή εκπαίδευση οικογενειακών γιατρών, συμβούλων αλλά και συμμάχων. Το προσδόκιμο ζωής μας δε θα αλλάξει με καινούργια νοσοκομεία ή εισαγωγή ιατρικής τεχνολογίας. Άλλωστε το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού καθορίζεται από τις υπηρεσίες υγείας σε ποσοστό μικρότερο του 10% .

Στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, υπό την πίεση στιβαρών πολιτικών υγείας διαπιστώνεται ότι μεταβαίνουμε από το πρότυπο της νοσηρότητας της αφθονίας (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνοι, ατυχήματα) στην νοσηρότητα της αστάθειας, δηλαδή θα νοσούμε συχνότερα από ψυχικές, ψυχοσωματικές, συναισθηματοσωματικές και κοινωνικοσωματικές νόσους όπως οι νευρώσεις και η κατάθλιψη. Ενώ η συχνότητα της σχιζοφρένειας παραμένει αξιοσημείωτα σταθερή σε όλο τον κόσμο (1% του πληθυσμού), οι ελαφρότερες νευρώσεις και η αντιδραστική κατάθλιψη αποτελούν περίπου το 30% του συνόλου των ιατρικών επισκέψεων στις αναπτυγμένες χώρες.

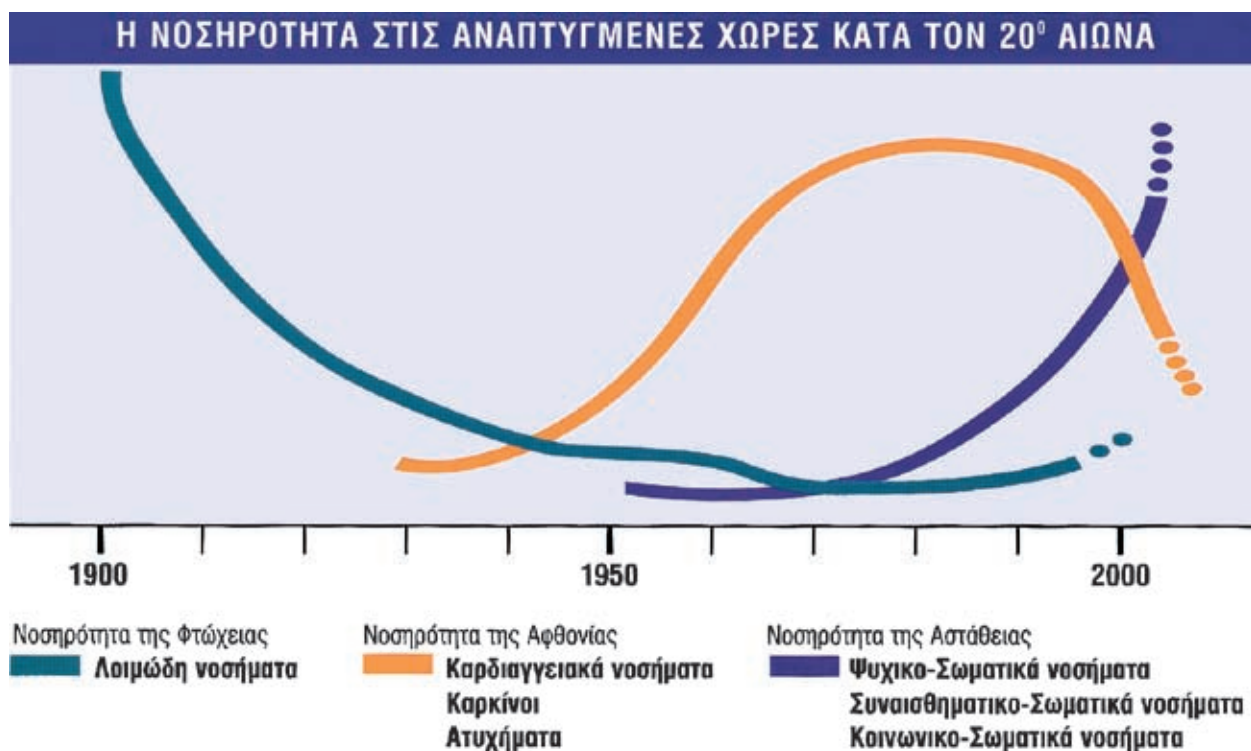
Δεν πρέπει επίσης να ξεχνούμε ότι το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού, αισίως 6 δισεκατομμύρια ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας και το επίπεδο υγείας του είναι αντίστοιχα χαμηλό. (Δηλαδή μικρό προσδόκιμο επιβίωσης, υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα, υποθρεψία, αναλφαβητισμός, έλλειψη εμβολιασμών και οικογενειακού προγραμματισμού). Γενικότερο έχει αποδειχθεί ότι η ανθρώπινη υγεία στον κόσμο σχετίζεται λιγότερο με την πρόοδο της Ιατρικής επιστήμης και τους γιατρούς και περισσότερο με το βιοτικό επίπεδο και συγκεκριμένα την ανεύρεση επαρκούς θερμιδικά και πρωτεϊνικά τροφής, ασφαλούς κατοικίας, πόσιμου νερού, την στοιχειώδη εκπαίδευση κυρίως των γυναικών και την πρόσβαση σε χαμηλού κόστους πρωτοβάθμιας υπηρεσίες φροντίδας υπεύθυνες για τον εμβολιασμό και τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Πρέπει να επισημάνουμε τις σημαντικότερες προόδους της ιατρικής ειδικά μετά το δεύτερο ήμισυ του 20 αιώνα. Οι δι-αγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες είναι τεράστιες σε σχέση με το παρελθόν. Η κορτιζόνη, τα αντιβιοτικά, τα αντιυπερτασικά, τα αντιλιπιδαιμικά δεν υπήρχαν πριν τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Πριν 55 χρόνια, το 1945 όταν ο Πρόεδρος των ΗΠΑ Ρούσβελτ υπέγραφε τη συνθήκη της

Πάλτας, η αρτηριακή του πίεση ήταν 250/150, επειδή δεν υπήρχε φάρμακο για την υπέρταση. Ο Πρόεδρος κατέληξε μετά από 3 μήνες από εγκεφαλική αιμορραγία. Λίγα λεπτά πριν η αρτηριακή πίεση μετρήθηκε στα 300/200. Σήμερα η θεραπεία της υπέρτασης του Προέδρου Ρούσβελτ θα ήταν απλή υπόθεση ακόμη και για ένα φοιτητή Ιατρικής.

Φυσικά νέες προκλήσεις για την Ιατρική Επιστήμη και την Δημόσια Υγεία αναδύονται. Η αποκρυπτογράφηση του Γενετικού Υλικού ολοκληρώνεται ταχέως, νέοι δρόμοι ανοίγονται στην πρόληψη και τη θεραπεία αλλά και σημαντικά ηθικά προβλήματα ανακύπτουν. Η επιδημία του AIDS αποτελεί μείζον πρόβλημα τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Η ανθεκτικότητα των μικροβίων στα αντιβιοτικά πιθανόν να σημαίνει στο

μέλλον την επανεμφάνιση απειλητικών κοινών λοιμώξεων. Το υψηλό κόστος της ιατρικής τεχνολογίας συρρικνώνει παγκόσμια το κράτος πρόνοιας. Από την άλλη πλευρά θα πρέπει να τονίσουμε την αμφισβήτηση από πολλούς της Δυτικής Ιατρικής. 80% του παγκόσμιου πληθυσμού απευθύνεται σε παραδοσιακές και εναλλακτικές πρακτικές που δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά η χρησιμότητά τους. Η άσκηση της Γενικής Ιατρικής ως το Β' Παγκόσμιο πόλεμο είχε πολύ καλύτερη δημόσια εικόνα και οι ιατροί απολάμβαναν το σεβασμό των ασθενών λόγω των "ερμηνευτικών ικανοτήτων" τους. Σήμερα παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπειών λίγοι τρέφουν θετικά αισθήματα απέναντι στο ιατρικό σώμα και θα πρέπει να αναρωτηθούμε γιατί.



QUIZ

1. Ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό όσον αφορά τα συμπτώματα της σκληροειδίτιδας σε παιδιά μικρότερα των 3 ετών;
 - a. Η τυπική διάρκεια των συμπτωμάτων προς της αναζήτησης ιατρικής φροντίδας είναι μικρότερη των 24 ωρών.
 - b. Η ύπαρξη διαρροιών αποκλείει την διάγνωση της σκληροειδίτιδας.
 - c. Η λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος θεωρείται το συχνότερο αίτιο λανθασμένης διάγνωσης.
 - d. Σε πολύ λίγα παιδιά σε αυτήν την ηλικία δεν διαγιγνώσκεται αμέσως η σκληροειδίτιδα.
 - e. Οι έμετοι και ο πυρετός είναι τα συχνότερα συμπτώματα σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα.

2. Άνδρας 70 ετών προσέρχεται στα ΤΕΠ με δύσπνοια στην προσπάθεια και ορθόπνοια από εβδομάδα. Η αρτηριακή του πίεση είναι 200/110mmHg. Στην κλινική εξέταση ανευρίσκονται τρίζοντες στην ακρόαση των βάσεων άμφω και ήπιο οίδημα κάτω άκρων. Η αντινογραφία θώρακος δείχνει την ύπαρξη διάχυτων διάμεσων διηθημάτων και καρδιομεγαλία. Όλα τα κατωτέρω φάρμακα θα βελτιώσουν τα συμπτώματα του ασθενούς εκτός από:
 - a. enalapril (renitec)
 - b. fenoldopam
 - c. furosemide (lasix)
 - d. labetabol
 - e. nitroglycerin

3. Σε όλους τους κατωτέρω περιγραφόμενους ασθενείς με οσφυαλγία συνιστάται ακτινογραφία της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης εκτός από:
 - a. 25χρονη γυναίκα χρήστης ναρκωτικών ενδοφλεβίως
 - b. 40χρονος ηλεκτρολόγος που έπεσε από σκάλα με την πλάτη του
 - c. 45χρονος άνδρας μετά το σήκωμα ενός βαρέως φορτίου
 - d. 60χρονη γυναίκα σε θεραπεία με κορτιζόνη για χρόνιο άσθμα που υποφέρει από οσφυαλγία μη τραυματικής αιτιολογίας
 - e. 66χρονη γυναίκα με ιστορικό καρκίνου του μαστού που υποφέρει από οσφυαλγία από διμήνου

ΔΥΣΠΝΟΙΑ

Αξιολόγηση και θεραπεία

Από τα πρωτόκολλα των SOS ιατρών

επιμέλεια Γεώργιος Θεοχάρης
Παθολόγος

Αξιολόγηση βαρύτητας περιστατικού

- Από την βαρύτητα των κλινικών σημείων (αναπνευστική συχνότητα >35, ταχυκαρδία, πτώση της Α.Π., κυάνωση, διαταραχές συνείδησης, συριγμό) και την λήψη ιστορικού διαγιγνώσκουμε τις συχνότερες αιτίες που χρήζουν νοσηλείας: απορρυθμισή Χ.Α.Π., πνευμονική εμβολή, πνευμονικό οίδημα, αναφυλακτικό shock, σηπτική συνδρομή, πνευμονία από εισρόφηση, πνευμοθώρακα, απόφραξη ανωτέρων αναπνευστικών οδών από ξένο σώμα.
- Συχνότερα αίτια δύσπνοιας είναι το άσθμα, η διαταραχή πανικού, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, η στεφανιαία νόσος και μπορούν να αντιμετωπισθούν στο σπίτι.

Σημεία κλειδιά

- Αν και η δύσπνοια είναι υποκειμενικό αίσθημα, συνήθως προκαλείται από τη διέγερση χημειούποδοχέων του εγκεφάλου και των πνευμόνων ή μηχανούποδοχέων του αναπνευστικού συστήματος.
- Το ιστορικό και η κλινική εξέταση βοηθά σημαντικά στην διαφορο-διάγνωση των πλείστων νοσημάτων που εκδηλώνονται με δύσπνοια.
- Η ψυχογενής δύσπνοια είναι πάντοτε διάγνωση εξ αποκλεισμού.
- Όλοι οι ασθενείς με νεοεμφανιζόμενη δύσπνοια χρήζουν περαιτέρω έλεγχο.
- Φυσιολογική ροομέτρηση αποκλείει την αποφρακτικού τύπου δύσπνοια.
- Η ροομέτρηση μπορεί να βοηθήσει στην διαφοροδιάγνωση του πνευμονικού οιδήματος απο απορρυθμισή Χ.Α.Π.
- Αποκλείουμε πάντα την πνευμονική εμβολή και την εκλαμψία σε εγκύους.

Φάρμακα και απαραίτητο διαγνωστικό υλικό

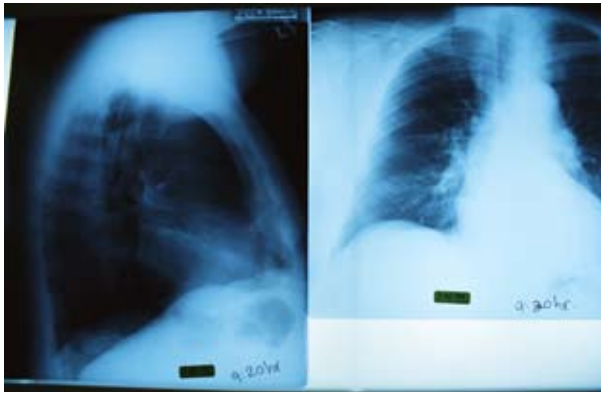
- Ροόμετρο
- Οξύμετρο
- Φορητό σπιρόμετρο
- Φιάλη οξυγόνου
- Σετ διασωλήνωσης
- Σε άσθμα, ΧΑΠ: εισπνεόμενοι β-διεγέρτες, εισπνεόμενα αντιχολινεργικά, ενέσιμα κορτικοειδή
- Σε οξύ πνευμονικό οίδημα: δισκία PENSORDIL, αμπούλες LASIX

Κλινική διάγνωση

- Όταν δεν υπάρχει επαρκής αιτιολόγηση της δύσπνοιας νοσηλεύουμε τον ασθενή.
- Το άσθμα, η πνευμονία, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η πλευρίτιδα, εύκολα διαγιγνώσκονται από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και την ροομέτρηση.
- Νοσηλεύουμε τους ασθενείς με πνευμονική εμβολή. Το 1/3 των ασθενών με πνευμονική εμβολή εμφανίζει δύσπνοια χωρίς θωρακικό άλγος.
- Η οξεία βρογχίτιδα σπάνια προκαλεί υποξαιμία και δύσπνοια.
- Στο 1/3 των ασθενών με στεφανιαία νόσο η δύσπνοια προηγείται της στηθάγχης.

Θεραπεία στο σπίτι ή στα Τ.Ε.Π.

- Οξυγονοθεραπεία 4-6 l/min εκτός από την περίπτωση υπερκαπνίας.
- Διασωλήνωση σε βαρεία αναπνευστική ανεπάρκεια, διαταραχές συνείδησης.
- Για ειδικές θεραπείες βλ. Άσθμα, ΧΑΠ.



Παρακλινικός έλεγχος

- Οξυμετρία. Από πολλούς θεωρείται το «πέμπτο ζωτικό σημείο». Οι υγιείς εξεταζόμενοι έχουν φυσιολογικό κορεσμό αιμοσφαιρίνης μεγαλύτερο του 95%. Πολλοί καπνιστές, οι ηλικιωμένοι και οι παχύσαρκοι έχουν τιμές κορεσμού αιμοσφαιρίνης κυμαινόμενη από 92% έως 95%. Τιμές κατώτερες του 92% σε δυσπνοϊκούς ασθενείς απαιτούν διερεύνηση και νοσηλεία.
- Ακτινογραφία θώρακος. Σε 1/3 των ασθενών με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα ανευρίσκονται νέα παθολογικά ευρήματα από την ακτινογραφία του θώρακος. Είναι χρησιμότερη στην διάγνωση της πνευμονίας και του πνευμοθώρακα όπως και για τον προσδιορισμό του μεγέθους της καρδιάς και τον βαθμό της καρδιακής ανεπάρκειας.
- ΗΚΓ. Είναι απαραίτητο σε όλους τους δυσπνοϊκούς ασθενείς που έχουν παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Οι ηλικιωμένοι και οι διαβητικοί εμφανίζουν άτυπη συμπτωματολογία στεφανιαίας νόσου δηλαδή δύσπνοια.
- Ροομετρία, σπιρομέτρηση. Χρειάζεται για την διαφοροδιάγνωση της δύσπνοιας αποφρακτικού τύπου.
- Σπινθηρογράφημα αερισμού αιματώσεως. Θεωρείται παραδοσιακά χρήσιμο για την διάγνωση της πνευμονικής εμβολής. Εάν υπάρχει μικρή πιθανότητα κινδύνου για πνευμονική εμβολή και αν η τιμή της καινούργιας γενιάς D-dimers είναι μικρότερη των 500 ng/ml καλύτερα είναι να αποφεύγεται.
- Αέρια αίματος. Είναι απαραίτητα για ασθενείς με διαταραχές συνείδησης και με υποψία οξέωσης. Σε ασθενείς με άσθμα ή Χ.Α.Π. είναι χρήσιμη σε PEAK μικρότερου του 25%. Σε ασθενείς χωρίς επαρκή αιτιολόγηση της δύσπνοιας βοηθά και ο υπολογισμός (A-a DO₂).
- Αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης. Προσδιορισμός της αιμοσφαιρίνης είναι χρήσιμος σε υποψία αναιμίας.
- ΗΚΓ δοκιμασία κοπώσεως, σπινθηρογράφημα με θάλλιο, υπερηχογράφημα καρδιάς σε ασθενείς με υποψία στεφανιαίας νόσου.

- Ψηφιακή αξονική τομογραφία. Έχει μεγαλύτερη ευαισθησία σε περίπτωση πνευμονικής εμβολής από μεγάλους θρόμβους. Μπορεί να ζητείται στην περίπτωση το σπινθηρογράφημα αερισμού – αιματώσεως πιθανολογείται να είναι μη διαγνωστικό. (πνευμονική σκίαση, ΧΑΠ, βαρείς καπνιστές κ.λ.π.)
- D-dimers. Είναι προϊόντα αποδομής του θρόμβου και αυξάνονται σε ασθενείς με θρομβοεμβολική νόσο αλλά και σε λοιμώξεις, φλεγμονώδεις νόσους και νεοπλασμάτα. Οι χαμηλές τιμές λιγότερο από 500 ng/ml συνηγορούν για την απουσία θρομβοφλεβίτιδας και πνευμονικής εμβολής.
- Πνευμονική αγγειογραφία. Αποτελεί την πλέον αξιόπιστη εξέταση για την διάγνωση της πνευμονικής εμβολής.

Παγίδες που πρέπει να αποφεύγουμε

- Η σηψαιμία στους ηλικιωμένους αποτελεί συχνό αίτιο δύσπνοιας που υποδιαγιγνώσκεται.
- Ηλικιωμένοι ασθενείς με πολλαπλά ιατρικά προβλήματα δεν παρουσιάζουν πρωτοεμφανιζόμενη δύσπνοια λόγω άγχους και ψυχολογικών προβλημάτων. Η πνευμονική εμβολή και η ισχαιμία μυοκαρδίου προκαλούν συμπτώματα άγχους και άγχους.
- Πρέπει να γνωρίζουμε τις διαγνωστικές δυνατότητες των παρακλινικών εξετάσεων π.χ. δυσπνοϊκός ασθενής με φυσιολογική οξυμετρία και ακτινογραφία θώρακος μπορεί να πάσχει από πνευμονική εμβολή.
- Η δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα είναι σπάνια στην Ελλάδα αλλά χρήζει μνείας όπως και τα νευρο-μυοσκελετικά αίτια δύσπνοιας.



ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ

Ελένη Βαβουράκη,
Πνευμονολόγος

Όσο αυξάνει η συχνότητα εμφάνισης του άσθματος στις γυναίκες νεαρής ηλικίας τόσο αυξάνει και ο αριθμός των κύσεων που επιπλέκονται με άσθμα. Υπολογίζεται ότι το 0.5-1.3 % των γυναικών που κυοφορούν πάσχει από άσθμα, για την αντιμετώπιση του οποίου απαιτείται συνεργασία πνευμονολόγων και γυναικολόγων.

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι δύο: πόσο το άσθμα επηρεάζει την κύηση και πόσο επηρεάζεται από αυτήν;

ποια είναι η κατάλληλη θεραπεία για την ασθματική μέλουσα μητέρα;

Το 1/3 γυναικών με άσθμα παρουσιάζει βελτίωση στη διάρκεια της κύησης, η οποία πιθανά οφείλεται στη βρογχοδιασταλτική δράση της προγεστερόνης και στα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα, το 1/3 παρουσιάζει επιδείνωση η οποία συσχετίζεται με στρες, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και μείωση ή διακοπή της θεραπείας (συχνά χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού) και τέλος, το 1/3 δεν εμφανίζει καμία αλλαγή στα συμπτώματα.

Σε μελέτη των Beecroft και συν. η επιδείνωση ή η βελτίωση συσχετίζονται και με το φύλο του εμβρύου. Σε κύσεις άρρενος αναφέρεται επιδείνωση στο 22,2% και βελτίωση στο 50% των περιστατικών, ενώ αντίστοιχα σε κύσεις θήλεος επιδείνωση αναφέρει το 50% των περιστατικών και καμία δεν αναφέρει βελτίωση. (1)

Υπάρχουν μελέτες στις οποίες αναφέρεται ότι το ποσοστό πρόωρων τοκετών, νεογνών χαμηλού βάρους, προεκλαμψίας, πρόδρομου πλακούντα, καισαρικών και μεγαλύτερου χρόνου νοσηλείας στο μαιευτήριο (2) είναι μεγαλύτερο σε ασθματικές γυναίκες σε σύγκριση με τις υγιείς, αλλά πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι ερευνητές δεν θεωρούν ότι αυτός ο κίνδυνος είναι στατιστικά σημαντικός όταν οι μέλλουσες μητέρες παίρνουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Η βαρύτητα του άσθματος φαίνεται να επηρεάζει το βάρος του νεογνού. Είναι γνωστό ότι η υποξία της υγιούς εγκύου (π.χ. σε διαβίωση σε μεγάλο υψόμετρο) έχει σαν

αποτέλεσμα το χαμηλό βάρος του νεογνού. Οι Schatz και συν. σε μελέτη 360 εγκύων, παρατήρησαν μικρή αλλά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του βάρους του νεογνού και της μέσης τιμής FEV1 (σε μετρήσεις που έγιναν ανά μήνα στη διάρκεια της κύησης). Όσο χαμηλότερη ήταν η πνευμονική λειτουργία τόσο μικρότερο ήταν το βάρος του νεογνού.(3)

Ποια είναι όμως η κατάλληλη θεραπεία του άσθματος για την περίοδο της κύησης, ώστε η ασθένεια να ελέγχεται ικανοποιητικά χωρίς τον κίνδυνο των ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών για την μητέρα και το παιδί;

Σύμφωνα με την ταξινόμηση A,B,C και X του FDA των ΗΠΑ κανένα φάρμακο για το άσθμα δεν υπάγεται στην κατηγορία A (απολύτως ασφαλή σε κάθε είδους έρευνα). Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή (βεκλομεθαζόνη, βουδεζονίδη) υπάγονται στην κατηγορία B (καμία απόδειξη επικινδυνότητας, σύμφωνα με έρευνα σε ανθρώπους), ενώ η φλουτικαζόνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν απαιτούνται μεγάλες δόσεις εισπνεόμενων στεροειδών.

Τα κορτικοστεροειδή από του στόματος χορηγούνται και στην κύηση για τη θεραπεία του χρόνιου επίμονου άσθματος. Αναφέρεται αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης λαγώχειλου με ή χωρίς λυκόστομα στα νεογνά σε εργασία των Rodriguez-Pinilla και συν. που αφορούσε 1.184 γυναίκες που έπαιρναν στεροειδή στην κύηση ενώ αντίστοιχες παρατηρήσεις έχουν γίνει σε πειράματα με κουνέλια, φαίνεται όμως ότι ο κίνδυνος για το παιδί από ελλιπώς θεραπευόμενο άσθμα είναι μεγαλύτερος συγκρινόμενος με αυτόν της χορήγησης του φαρμάκου(4). Φάρμακο εκλογής θεωρείται η πρεδνιζόνη, καθώς μόνο το 10% περνά τον πλακούντα και φθάνει στο έμβρυο.

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοστεροειδών από του στόματος που αφορούν τη μητέρα περιλαμβάνονται ο αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων, υπέρτασης και υπεργλυκαιμίας. Η υπεργλυκαιμία δεν είναι ένδειξη διακοπής της θεραπείας και πρέπει να αντιμετωπίζεται με ινσουλίνη όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Επίσης, οι έγκυες που

παίρνουν κορτικοειδή από το στόμα πρέπει να εξετάζονται μετά την πρώτη εβδομάδα θεραπείας για την πιθανότητα εμφάνισης ψυχιατρικών παρενεργειών.

Μερικοί συγγραφείς αναφέρουν μικρή αύξηση του κινδύνου προεκλαμψίας μετά από τη χρήση στεροειδών από του στόματος.

Οι εισπνεόμενοι β-αγωνιστές βραχείας δράσης θεωρούνται ασφαλή για την περίοδο της κύησης. Οι β-αγωνιστές μακράς δράσης και το ιπρατρόπιο συνιστώνται όταν η άρρωστη έχει καλή ανταπόκριση σε αυτά, αν και η ταξινομήσή τους στις κατηγορίες Β και C (ο κίνδυνος δεν μπορεί να αποκλεισθεί πλήρως) παρουσιάζει διαφορές στις μέχρι σήμερα δημοσιεύσεις.

Ομοφωνία επίσης δεν υπάρχει σχετικά με τη χορήγηση θεοφυλλίνης, για την οποία υπάρχουν εργασίες που αναφέρουν συσχέτιση με πρόωρο τοκετό, προεκλαμψία και συγγενείς δυσπλασίες καθώς και εργασίες που την θεωρούν ασφαλή. Για τους τροποποιητές λευκοτριένης η μέχρι σήμερα έρευνα σε ανθρώπους δεν θεωρείται επαρκής και δεν χρησιμοποιούνται στην κύηση, εκτός αν η άρρωστη δεν ανταποκρίνεται σε άλλη θεραπεία. Υπάρχει πρόσφατη εργασία του Schatz που τους θεωρεί ασφαλείς μετά από μελέτες στα ζώα και συνιστά να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με επίμονο άσθμα που ανταποκρίνονταν καλά σε αυτές πριν την κύηση.

Οι κρίσεις άσθματος στη διάρκεια της κύησης αντιμετωπίζονται όπως και εκτός αυτής. Έχει συσχετισθεί η συχνότητα ασθματικών κρίσεων κατά την κύηση με τη διαστατικότητα των γιατρών να χορηγούν συστηματικά κορτικοειδή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (5). Σε κάθε περίπτωση πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι κίνδυνοι από τις συχνές κρίσεις άσθματος για την έκβαση της κύησης και να μην υπερεκτιμώνται οι πιθανότητες ανεπιθύμητων ενεργειών από τα φάρμακα.

Η αντιμετώπιση του άσθματος στη διάρκεια του τοκετού δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Η χρήση όλων των εισπνεόμενων φαρμάκων συνεχίζεται κανονικά, ενώ παρεντερικώς χορηγούνται κορτικοστεροειδή σε περίπτωση καισαρικής τομής σε εκείνες τις γυναίκες που έπαιρναν κορτικοστεροειδή από το στόμα για διάστημα μεγαλύτερο των δύο τελευταίων εβδομάδων σύμφωνα με μερικούς συγγραφείς, ή 4-6 εβδομάδων σύμφωνα με άλλους (> 7.5 mg πρεδνιζολόνης την ημέρα).

Στις περιπτώσεις που απαιτείται αναισθησία, πρέπει να προτιμάται η επισκληρίδια αναισθησία αντί της γενικής, για να αποφεύγονται οι κίνδυνοι επιλοκών από το αναπνευστικό. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται από τους γυναικολόγους στη διάρκεια του τοκετού (προσταγλανδίνη E2, συντομετρίνη) θεωρούνται ασφαλή.

Οι νέες μητέρες με άσθμα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάζουν. Οι έρευνες δείχνουν ότι ο θηλασμός για διάστημα 6-12 μηνών μειώνει σημαντικά την πιθανότητα να εμφανίσει το παιδί κάποια μορφή αλλεργίας (πιθανότητα που είναι αυξημένη όταν η μητέρα ή και ο πατέρας έχουν άσθμα).

Τα φάρμακα που δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στο θηλασμό είναι οι τροποποιητές λευκοτριένης και, κατά δεύτερο λόγο, η θεοφυλλίνη (η οποία έχει συσχετισθεί με ευερεθιστότητα και αϋπνία σε ορισμένα βρέφη).

Τελειώνοντας, επισημαίνουμε για μια ακόμη φορά ότι ο κίνδυνος από το άσθμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει σχέση με την ελλιπή ενημέρωση σχετικά με την ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής, η οποία οδηγεί σε λάθος αντιμετώπιση του προβλήματος. Η μέλλουσα μητέρα και το οικογενειακό της περιβάλλον πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι και να έχουν τη στήριξη που χρειάζεται για να μη διακόπτεται η θεραπεία από τον φόβο για την υγεία του παιδιού.

Βιβλιογραφία

1. Beecroft N, Cochrane GM, Milburn HJ. Effect of sex of fetus on asthma during pregnancy: blind prospective study. *BMJ*. 1998 Sep 26;317 (7162):856-7.
2. Demissie K, Breckenridge MB, Rhoads GG. Infant and maternal outcomes in the pregnancies of asthmatic women. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998 Oct;158(4):1091-5
3. Schatz M, Zeiger RS, Hoffman CP. Intrauterine growth is related to gestational pulmonary function in pregnant asthmatic women. *Kaiser-Permanente Asthma and Pregnancy Study Group*. *Chest*. 1990 Aug;98(2):389-92.
4. Rodríguez-Pinilla E, Martínez-Frías ML. Corticosteroids during pregnancy and oral clefts: a case-control study *Teratology*. 1998 Jul;58(1):2-5
5. Cydulka RK, Emerman CL, Schreiber D, Molander KH, Woodruff PG, Camargo CA Jr. Acute asthma among pregnant women presenting to the emergency department. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 Sep;160(3):887-92.



2^ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΙΝΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

ΤΟΣΟ ΑΡΓΑ, ΤΟΣΟ ΜΑΚΡΙΑ, ΤΟΣΟ ΑΣΧΗΜΑ

Ο ρόλος της επείγουσας μεταφοράς και της ύπαρξης εξειδικευμένων διασωστών για την πρόληψη της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας στην αγροτική Βόρεια Ινδία.

*Juni Jobson Chungath, Swati Singh, Heidi Franz**
Broadwell Christian Hospital, Fatehpur, Uttar Pradesh
**Wheaton College, Chicago, Illinois*

Σκοπός

Η μελέτη του ρόλου της επείγουσας μεταφοράς και της έλλειψης διασωστών στην αντιμετώπιση της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας σε εγκύους στην αγροτική περιοχή της βόρειας Ινδίας.

Υλικό Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε μία αναδρομική ανάλυση 1291 γυναικών που γέννησαν μεταξύ Μαΐου 2003 και Ιουλίου 2005 σε ένα δευτεροβάθμιο ιατρικό κέντρο στην αγροτική Ινδία. Η απόσταση που διανύθηκε και ο χρόνος από την έναρξη του τοκετού ως την άφιξη στο νοσοκομείο αναλύθηκαν και συσχετίστηκαν με την μητρική και βρεφική θνησιμότητα.

Αποτελέσματα

Υπήρξαν 85 βρεφικοί θάνατοι (6,6%) σε 1291 τοκετούς. Βρέθηκε ότι υπήρχε ένας στατιστικά υψηλότερος αριθμός βρεφικών θανάτων σε ασθενείς με καθυστερημένη άφιξη στο νοσοκομείο από την έναρξη του τοκετού. Οι βρεφικοί θάνατοι ήταν επίσης περισσότεροι σε μητέρες που έπρεπε να ταξιδέψουν μεγαλύτερες αποστάσεις για να φτάσουν στο νοσοκομείο. Υπήρξαν 7 (0,005%) μητρικοί θάνατοι σε 1275 γυναίκες. Οι μητρικοί θάνατοι ήταν επίσης περισσότεροι σε μητέρες που έπρεπε να ταξιδέψουν από πιο απομακρυσμένα μέρη για να φτάσουν στο νοσοκομείο. Αντίθετα, οι μητρικοί θάνατοι σε ασθενείς που είχαν καθυστερημένη άφιξη στο νοσοκομείο δεν βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά στατιστικά.

Συμπεράσματα

Η μητρική και βρεφική θνησιμότητα στην περιοχή του Uttar Pradesh είναι μια από τις υψηλότερες στον κόσμο. Τα συχνότερα αίτια αυτής της θνησιμότητας είναι το υψηλό επίπεδο αναλφαβητισμού και η έλλειψη ιατρικής παρακολούθησης προ και κατά τον τοκετό.

Το αποτέλεσμα αυτής της έρευνας δείχνει ότι υπάρχει ένα άλλο σημείο που θα μπορούσε να ελαττώσει την μητρική και βρεφική θνησιμότητα και αυτό είναι η ύπαρξη συστημάτων επείγουσας μεταφοράς από εξειδικευμένους διασώστες.

2^ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΙΝΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΡΟΔΕΣ

Μία επιτυχής προνοσοκομειακή παροχή ιατρικής φροντίδας

*Dr. VP Chandrasekaran, SS Kumaran, S. Balaji
Vinayaka mission research foundation, Salem, Tamilnadu*

Σκοπός

Η αξιολόγηση μιας προνοσοκομειακής παροχής ιατρικής βοήθειας με την χρήση ασθενοφόρου επανδρωμένου με γιατρό εξειδικευμένο στην επείγουσα ιατρική (σύστημα προχωρημένης υποστήριξης ζωής A.T.L.S. με μελέτη κόστους αποτελέσματος) και η σύγκριση της αποτελεσματικότητάς του με το προϋπάρχον σύστημα ασθενοφόρου.

Υλικό - Μέθοδοι

Η έρευνα διεξήχθη από τον Φεβρουάριο 2006 έως τον Οκτώβριο του 2006. Η παροχή ιατρικής βοήθειας τύπου προχωρημένης υποστήριξης ζωής από ασθενοφόρο με τρόπο ώστε να διαθέτει όλα τα μέσα ενός ιατρείου επείγουσας ιατρικής και με την παρουσία εξειδικευμένου γιατρού σχεδιάστηκε και όλο το σύστημα ονομάστηκε *γιατρός σε ρόδες*.

Τα προϋπάρχοντα ασθενοφόρα σχεδόν δεν διέθεταν ούτε ιατρό, ούτε διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα.

Ανάλογα με την διαθεσιμότητα τα δύο συστήματα χρησιμοποιήθηκαν για την μεταφορά ασθενών.

Αποτελέσματα

193 ασθενείς σταθεροποιήθηκαν και μεταφέρθηκαν στο νοσοκομείο με τα ασθενοφόρα προχωρημένης υποστήριξης ζωής και 208 μεταφέρθηκαν με το προϋπάρχον σύστημα.

Κανενός η κατάσταση δεν επιδεινώθηκε από το «*Γιατρός σε Ρόδες*» σύστημα. 36 ασθενείς με σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα χρειάστηκαν διασωλήνωση, σε 4 περιπτώσεις πνευμοθώρακα έγινε παρακέντηση, σε 14 περιπτώσεις υποογκαιμικού shock χορηγήθηκαν ενδοφλέβια

υγρά, 6 ασθενείς με καρδιογενές shock σταθεροποιήθηκαν και σε 1 περιστατικό οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου χορηγήθηκε θρομβόλυση στο ασθενοφόρο.

Καμία θεραπευτική παρέμβαση δεν έγινε στο άλλο σύστημα και 13 θάνατοι παρατηρήθηκαν από τους οποίους 9 οφείλονταν σε δυνητικά θεραπεύσιμα αίτια. 27,8 % που αντιμετωπίστηκαν με το προϋπάρχον σύστημα παρουσίασαν επιδείνωση της κατάστασής του οφειλόμενη στην έλλειψη βασικού εξοπλισμού επείγουσας ιατρικής.

Συμπεράσματα

Η μελέτη μας δείχνει ότι τα ασθενοφόρα προχωρημένης υποστήριξης ζωής με γιατρούς επείγουσας ιατρικής (*Γιατρός σε Ρόδες*) βελτιώνουν την πρόγνωση των βαρέων επειγόντων περιστατικών.



ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ:

Επίπτωση, νοσηρότητα, συννοσηρότητα και διάγνωση

Kurt Kroenke, MD; Robert L. Spitzer, MD; Janet B.W. Williams, DSW; Patrick O. Monahan, PhD; and Bernd Lowe, MD, PhD.
Ann Int Med March 2007, vol146; 390-392

Σκοπός

Οι αγχώδεις διαταραχές αν και εξίσου κοινές με την κατάθλιψη δεν λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν από τους γιατρούς και μένουν συχνά αδιάγνωστες. Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιορίσουμε την τρέχουσα επίπτωση, βλάβη και συννοσηρότητα των διαταραχών του άγχους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και να αξιολογήσουμε ένα σύντομο μέτρο διάγνωσης αυτών των διαταραχών.

Υλικό Μέθοδοι

965 τυχαίοι ασθενείς από 15 πρωτοβάθμια κέντρα υγείας των Η.Π.Α. αναλύθηκαν με την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου και με μία συμφωνηθείσα τηλεφωνική συνέντευξη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ Ιουνίου 2004 και Ιουνίου 2005.

Η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου με 7 κριτήρια για την μέτρηση του άγχους (Generalize Anxiety Disorder [GAD]-7) στην κλινική ακολουθήθηκε από μια τηλεφωνική ψυχιατρική συνέντευξη από έναν ειδικό ψυχολόγο που δεν ήξερε το αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου. Η λειτουργικότητα (Medical Outcomes Study Short Form-20), τα καταθλιπτικά και σωματικά συμπτώματα και οι αυτοαναφερόμενες μέρες με δυσκολίες των ασθενών και οι επισκέψεις σε γιατρούς επίσης αξιολογήθηκαν.

Από τους 965 ασθενείς, 19,5% [όρια αξιοπιστίας 95%, 17%-22,1%] είχαν τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή, 8,6% [όρια αξιοπιστίας 6,9%-10,6%] είχαν μετατραυματικού τύπου διαταραχή του άγχους, 7,6% [όρια αξιοπιστίας 5,9%-9,4%] είχαν γενικευμένη διαταραχή του άγχους, 6,8% [όρια αξιοπιστίας 5,3%-8,6%] είχαν διαταραχή του πανικού, και 6,3% [όρια αξιοπιστίας 4,7%-7,9%] είχαν κοινωνική διαταραχή άγχους.

Κάθε διαταραχή άγχους συνοδεύεται από σημαντική νοσηρότητα που αυξάνεται σημαντικά ($P < 0,001$) όταν συνυπάρχει με άλλες διαταραχές άγχους. Πολλοί ασθενείς (41%) με διαταραχή του άγχους δεν ανέφεραν την λήψη θεραπείας.

Συμπεράσματα

Οι διαταραχές του άγχους είναι συχνές, συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα και είναι συχνά αθεράπευτες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

Sudeep S. Gill, MD, MSc; Susan E. Bronskill, PhD; Sharon-Lise T. Normand, PhD; Geoffrey M. Anderson, MD, PhD; Kathy Sykora, MSc; Kelvin Lam, MSc; Chaim M. Bell, MD, PhD; Phillip E. Lee, MD; Hadas D. Fischer, MD; Nathan Herrmann, MD; Jerry H. Gurwitz, MD; and Paula A. Rochon, MD, MPH
Ann. Int Med, 6 March 2007 (146); 390-392

Σκοπός

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση συμπεριφερικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με άνοια παρά την ύπαρξη επιφυλάξεων για την ασφάλειά τους.

Σκοπός της έρευνας είναι η έρευνα του αποτελέσματος της θεραπείας με αντιψυχωτικά (συμβατικά και άτυπα) και της θνησιμότητας από κάθε αιτία.

Υλικά Μέθοδοι

Μια αναδρομική μελέτη που έγινε στο Οντάριο του Καναδά. Συμμετείχαν ηλικιωμένοι ασθενείς με γεροντική άνοια που παρακολούθηθηκαν από την 1η Απριλίου 1997 έως 31 Μαρτίου 2003. Ο κίνδυνος θανάτου ελέγχθηκε 30, 60, 120 και 180 ημέρες μετά την αρχική λήψη αντιψυχωτικής αγωγής. Συσχετίστηκαν δύο πράγματα, το αποτέλεσμα της χρήσης άτυπων αντιψυχωτικών σε σχέση με την μη λήψη αντιψυχωτικής αγωγής και το αποτέλεσμα της χρήσης συμβατικών με την χρήση άτυπων αντιψυχωτικών.

Οι ομάδες κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με τον τόπο διαμονής (στην κοινότητα και σε οίκους ευγηρίας).

Αποτελέσματα

Ένα σύνολο 27.259 ζευγαριών αναγνωρίστηκαν. Η νέα χρήση άτυπων αντιψυχωτικών συνδύαστηκε με μια στατιστικά σημαντική αύξηση στον κίνδυνο θανάτου στις 30 ημέρες σε σύγκριση με την μη χρήση στους ασθενείς της κοινότητας (adjusted hazard ratio 1,31, [όρια αξιοπιστίας 95% 1,02-1,70], διαφορά απόλυτου ρίσκου 0,2%) αλλά και στους ασθενείς των οίκων ευγηρίας (adjusted hazard ratio 1,55, [όρια αξιοπιστίας 1,15-2,7], διαφορά απόλυτου ρίσκου 1,2%).

Η αύξηση του ρίσκου φαίνεται να επιμένει έως και τις 180 ημέρες αλλά δεν υπήρχε συστηματική παρακολούθηση των ασθενών ώστε να επιβεβαιωθούν αυτά τα αποτελέσματα. Ήταν φανερό επίσης ότι σε σχέση με τα άτυπα αντιψυχωτικά, τα συμβατικά αντιψυχωτικά συνοδεύονταν από μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε όλα τα σημεία.

Πληροφορίες για τα αίτια των θανάτων δεν υπήρχαν και αστάθμητοι παράγοντες μπορούσαν να επηρεάσουν τους συσχετισμούς.

Συμπεράσματα

Η χρήση άτυπων αντιψυχωτικών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με την μη χρήση σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια. Ο κίνδυνος θανάτου μπορεί να είναι μεγαλύτερος με τα παραδοσιακά παρά με τα άτυπα αντιψυχωτικά.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ QUIZ

Απαντήσεις Quiz

1. Η σωστή απάντηση είναι η Ε.

Οι έμετοι (85%-90%) και ο πυρετός (40-60%) είναι οι συχνότερες κλινικές εκδηλώσεις στην σκωληκοειδίτιδα με το κοιλιακό άλγος (35% έως 77%) και την διάρροια (18 έως 46%) να ακολουθούν. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων πριν την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας στην Αμερική είναι 3 ημέρες και ότι στα περισσότερα παιδιά η σκωληκοειδίτιδα υποδιαγιγνώσεται αρχικά.

Η γαστρεντερίτιδα αποτελεί το συχνότερο αίτιο λανθασμένης διάγνωσης σε ασθενείς με σκωληκοειδίτιδα.

2. Η σωστή απάντηση είναι το Δ.

Η χρήση των β-αναστολέων όπως η λαβεταλόλη αντενδείκνυται στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Το ίδιο ισχύει για τους αναστολείς του CA++ λόγω αρνητικής ινότροπης δράσης.

Αντίθετα τα νιτρώδη, η φουροσεμίδα και οι ΜΕΑ είναι φάρμακα εκλογής και ιδιαίτερα όταν η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια συνυπάρχει με υπέρταση. Η fenoldopam είναι ένα καινούργιο ενδοφλέβιο αντιυπερτασικό που χρησιμοποιείται στις Η.Π.Α. για την καταπολέμηση της κακοήθους υπέρτασης.

3. Η σωστή απάντηση είναι η Γ.

Οι ακτινογραφίες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης συνιστώνται σε ασθενείς με σοβαρό τραυματικό στην ράχη. Επίσης όταν από το ιστορικό η οσφυαλγία συνδυάζεται με ανεξήγητη απώλεια βάρους, ρίγη, χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών πυρετό, επίσχεση ούρων, σε αναισθησία τύπου σέλλας όπως και σε χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών. Σε υψηλή κλινική υποψία λοίμωξης της σπονδυλικής στήλης, σύνδρομο ιππουρίδος ή καρκίνου των οδών συνιστάται περαιτέρω έλεγχος με μαγνητική τομογραφία.