

2008

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

Φαξ: 210 8212611

Οι Ινδιάνοι λένε πως η μεγαλύτερη δύναμη που υπάρχει είναι μια θεότητα με το μακρύ και απειλητικό όνομα:

Ν'αγαπάς όποιον δε σ'αγαπάει να μην αγαπάς όποιον σ'αγαπάει

Είναι ο θεός των χωρίς ανταπόκριση ερώτων, εκείνος που διασκεδάζει συνδυάζοντας με άπειρες λάθος συναρτήσεις όλες τις δυνατές δυστυχίες και απελπισίες

Στέφανο Μπένι, Το μπαρ κάτω από τη θάλασσα

Η άσκηση της επείγουσας ιατρικής στο σπίτι του πάσχοντος είναι πράγματι μια δύσκολη υπόθεση. Πέραν του ότι ο γιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με καταστάσεις που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση μη έχοντας όλα τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα στη διάθεση του, πολλές φορές βρίσκεται και αντιμέτωπος με ασθενείς που έχουν άποψη για τον ορθό τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματός τους. Εκεί, εκτός από τη σωστή και άμεση ιατρική

πρακτική, ο γιατρός πρέπει να μετατραπεί σε διπλωμάτη και να πείσει τον πάσχοντα για την ορθότητα όσων προτείνει. Διαβάζοντας την περιγραφή των ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι στη Γαλλία του 1958 θα δείτε πόσο επίκαιρο και διαχρονικό είναι το θέμα.

Για την Ε.Ε.Ε.Ε.Ι.

Παύλος Πετρίδης, Ορθοπεδικός

Περιεχόμενα

Πυρετός στους ηλικιωμένους	σελ. 4
Οφθαλμολογική σημειολογία στην επείγουσα εξωνοσοκομειακή ιατρική για τον γενικό ιατρό	σελ. 15
Ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι	σελ. 17
Crescendo παροδικά ισχαιμικά επεισόδια;	σελ. 19
Ηλεκτροκαρδιογραφικό quiz	σελ. 21
Από τη διεθνή αλληλογραφία	σελ. 22
Νέες οδηγίες για την εκτίμηση και αντιμετώπιση της εκκολπωματίτιδας	σελ. 25
Συγκοπτικά επεισόδια καρδιαγγειακής αιτιολογίας	σελ. 26
34 ^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Μάιος 2008	σελ. 28
Οδηγίες συγγραφών	σελ. 29

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

**Ελληνική
Εταιρεία
Επείγουσας
Εξωνοσοκομειακής
Ιατρικής**

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

ΕΚΔΟΤΗΣ

Σταμάτης Σταματόπουλος
Focus on Health Ε.Π.Ε.
Ιωάννου Γενναδίου 16, 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210-7223046, Fax: 210-7223220
e-mail: info@focusonhealth.gr

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Φώτης Βάτσικας
Κωδικός Διεύθυνσης Εποπτείας ΜΜΕ: 8153

Συντακτική & Επιστημονική Επιτροπή

Γιώργος Θεοχάρης, Παθολόγος
Σταύρος Καρακόζης, Γενικός Χειρουργός
Γιώργος Κολιός, Καρδιολόγος
Σπύρος Μπάρμπας, Παθολόγος
Μιχάλης Οικονόμου, Γαστρεντερολόγος
Γιάννης Πατούλιας, Ορθοπεδικός
Γιώργος Πέππας, Γενικός Χειρουργός
Παύλος Πετρίδης, Ορθοπεδικός
Μιχάλης Σαββίδης, Παθολόγος
Θεόδωρος Σπυρόπουλος, Παθολόγος
Χρήστος Τσάκωνας, Παθολόγος

ΠΥΡΕΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Πώς να αντιμετωπίσουμε (διαχειριστούμε) τις μοναδικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις

Χρήστος Περ. Τσάκωνας, Παθολόγος

Εισαγωγή

Όπως και τα παιδιά δεν είναι μικροί ενήλικες, έτσι και οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να θεωρηθούν ως δείγματα απομάχων της ζωής. Διαφορές στη φυσιολογία και τη συμπεριφορά επιβάλλουν, ώστε οι γιατροί των επειγόντων να χειριστούν την ασθένεια στους ηλικιωμένους διαφορετικά απ' ό,τι κάνουν στους νεότερους ενήλικες. Στην πράξη, δύο βασικές ιατρικές αρχές που χρησιμεύουν για τα παιδιά μπορούν να εφαρμοστούν και για τους ηλικιωμένους: Οι ασθενείς αυτοί είναι περισσότερο ευάλωτοι και τα συμπτώματα είναι πολύ λιγότερο ειδικά.

1. Επιδημιολογία, αιτιολογία και παθοφυσιολογία

Ο ορισμός του ηλικιωμένου διαφοροποιείται μεταξύ των συγγραφέων. Οι περισσότεροι ιατρικοί ερευνητές

ξηση της χρήσης του ΤΕΠ από τους ηλικιωμένους τα τελευταία 10 χρόνια, με δυσανάλογο ποσοστό εισαγωγής στο νοσοκομείο, που φτάνει το 40% σε μερικές μελέτες, και δυσανάλογο αριθμό διακομιδών με το ΕΚΑΒ. Αυτοί οι αριθμοί αντανακλούν τις παρούσες και τις μελλοντικές προκλήσεις για την Επείγουσα Ιατρική, ειδικά εάν ληφθεί υπόψη ότι η διαγνωστική εκτίμηση των ηλικιωμένων είναι σημαντικά περισσότερο περίπλοκη από αυτή των νεώτερων αντίστοιχων ασθενών.

Ο πυρετός στους ηλικιωμένους είναι συχνή αιτίαση. Περίπου 10% των ηλικιωμένων ασθενών έχουν πυρετό, όταν παρουσιάζονται στο ΤΕΠ. Από αυτούς 70-90% θα εισαχθούν και 7-10% θα πεθάνουν μέσα σε 1 μήνα, σε σύγκριση με το <1% των εισαγωγών ασθενών ηλικίας 17-59 ετών. Τα λοιμώδη νοσήματα είναι η πιο συχνή αι-

Πίνακας 1: Τελικές διαγνώσεις ηλικιωμένων με πυρετό σε ΤΕΠ.

Τελικές Διαγνώσεις	% των ηλικιωμένων που παρουσιάστηκαν στο ΤΕΠ (συνολικά 470 άτομα)
A. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	89%
Αναπνευστικού	31,5%
Πνευμονία	24,9%
Βρογχίτιδα	6,0%
Φαρυγγίτιδα/παραρρινοκολπίτιδα	1,3%
Ουροποιητικού	21,7%
Δέρματος/μαλακών μορίων	5,3%
Μικροβιαμία/Σήψη	17,7%
Χολοκυστίτιδα/Χοληφόρα	3,0%
Εκκολπωματίτιδα/Απόστημα	2,3%
Κολίτιδα/Εντερίτιδα	2,3%
Μηνιγγίτιδα/Εγκεφαλίτιδα	1,1%
Οστεομυελίτιδα	1,1%
Σκωληκοειδίτιδα	0,6%
Επιδιδυμίτιδα/προστατίτιδα	0,6%
Ιογενές σύνδρομο	2,6%
B. ΜΗ ΛΟΙΜΩΔΗ ΑΙΤΙΑ	10,4%
Γ. ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	5,7%
(Σύνολο > 100% γιατί κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν > 1 διαγνώσεις)	

θεωρούν ως ηλικιωμένους αυτούς που είναι μεγαλύτεροι των 64 ετών. Το ποσοστό των ηλικιωμένων συνεχώς αυξάνεται στον πληθυσμό. Το 1980, το 11,3% του πληθυσμού των Η.Π.Α. ήταν ηλικιωμένοι. Το 2000 αυτό το ποσοστό ήταν 13% και το 2020 εκτιμάται ότι θα αυξηθεί σε περίπου 25%. Επίσης, υπάρχει μια σταθερή αύ-

τία πυρετού στους ηλικιωμένους ασθενείς που παρουσιάζονται στο ΤΕΠ και επίσης είναι η πιο συχνή αιτία εισαγωγών στα νοσοκομεία σε αυτόν τον πληθυσμό.

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Δ. Ράλλη 11, Μαρούσι
e-mail: drtsakon@otenet.gr

Ο πυρετός στους ηλικιωμένους πρέπει να εκτιμάται με προσοχή διότι η παρουσία του προοιωνίζει συνήθως σοβαρές παθήσεις. Οι περισσότεροι πυρετοί στους ηλικιωμένους οφείλονται σε λοιμώξεις ενώ ακόμη και οι χρόνιοι πυρετοί (πυρετοί άγνωστου αιτιολογίας), σε ποσοστό κατά κανόνα μεγαλύτερο από 30% οφείλονται σε μικρόβια. Ενώ ένας ασυνήθης πυρετός σε νεότερους ενήλικες οφείλεται σε καλόηθες ιογενές σύνδρομο, ο πυρετός στους ηλικιωμένους τυπικά συσχετίζεται με μικροβιακή νόσο.

Η γηριατρική φυσιολογία βοηθάει να εξηγηθεί η μειωμένη πυρετική απάντηση που παρατηρείται σε αυτόν τον πληθυσμό.

Πυρετός εμφανίζεται όταν ο υποθαλαμικός θερμοστάτης ρυθμίζεται σε υψηλότερη θερμοκρασία. Αυτό είναι απάντηση σε κυτταροκίνες όπως IL-1, IL-6 και TNF που απελευθερώνονται από τα λευκοκύτταρα με την παρουσία λοιμώξεως, νεοπλάσματος, τοξινών, φαρμάκων ή ανοσοσυμπλεγμάτων.

Στη συνέχεια ο υποθάλαμος απελευθερώνει PGE ως απάντηση στις κυτταροκίνες αυτές.

Αυτός ο καταρράκτης επηρεάζει αγγειοκινητικά κέντρα και συμπαθητικούς νευρώνες με αποτέλεσμα την ελάττωση της διασποράς της θερμότητας και την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Πολλά από αυτά τα παθοφυσιολογικά μονοπάτια (που εμφανίζονται στο Σχήμα 1) είναι αμβλυμένα στους ηλικιωμένους.

Ο Ιπποκράτης αναφέρει στους Αφορισμούς «Ο πυρετός στους ηλικιωμένους είναι λιγότερο οξύς από τους άλλους, γιατί το σώμα είναι κρύο». Στην πράξη, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν συχνά χαμηλότερη βασική θερμοκρασία. Αυτό σε συνδυασμό με την ελαττωμένη πυρετική απόκριση συντελούν ώστε οι ηλικιωμένοι να είναι λιγότερο πιθανό να πλησιάσουν τη θερμοκρασία που παραδοσιακά θεωρείται ως πυρετός.

Αν και λιγότερο πιθανό να κάνουν πυρετό, οι μεγαλύτεροι ασθενείς είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν λοίμωξη από τους νεότερους ενήλικες. Η εξήγηση για αυτήν την αυξημένη επιρρέπεια είναι πολυπαραγοντική. Α) Κατ' αρχάς οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μειωμένη φυσική θωράκιση στις λοιμώξεις. Εύθραυστο δέρμα με μειωμένη αγγείωση και λιγότερο υποδόριο ιστό, συμμετέχει σε βραδύτερη επούλωση και αυξημένο κίνδυνο για δερματικές λοιμώξεις. Β) Ένας λιγότερο ενεργητικός και δυνατός βήχας και μειωμένη βλεννοκροσσωτή κάθαρση μπορεί να προδιαθέσουν για πνευμονία, ειδικά σε ασθενείς με ΧΑΠ. Γ) Συνυπάρχουσες χρόνιες παθήσεις επίσης συμβάλλουν στην αυξημένη επιρρέπεια. Δ) ΣΔ και διάφορες κακοήθειες μπορεί να μειώσουν την ανοσιακή απάντηση. Ε) Διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας επίσης συμβάλλουν στην αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων.

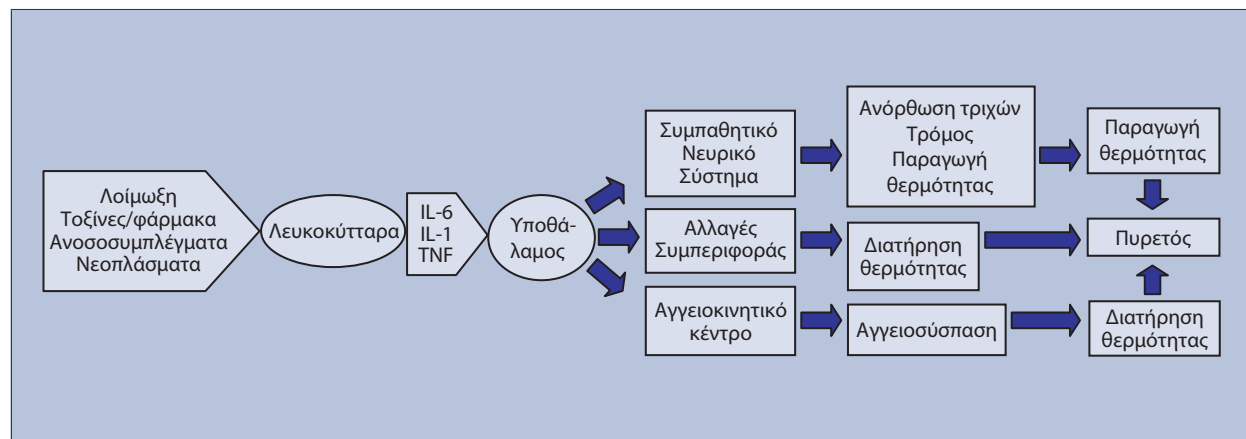
Οι ηλικιωμένοι, επίσης, είναι σε αυξημένο κίνδυνο για υπερθερμία, που ορίζεται ως θερμοκρασία μεγαλύτερη των 41° βαθμών Κελσίου. Αυτό συχνά οφείλεται σε υψηλές θερμοκρασίες περιβάλλοντος, επιπλεγμένες από (ελλείμματα) διαταραχές συμπεριφοράς, φάρμακα ή διαταραχές θρέψης. Επιπλέον, πολλά φάρμακα που συχνά συνταγογραφούνται στους ηλικιωμένους επηρεάζουν την ικανότητά τους να αποβάλουν τη θερμότητα. Σε αυτά τα φάρμακα περιλαμβάνονται οι θυρεοειδικές ορμόνες, τα αντιχολινεργικά, οι φαινοθεναζίνες, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς MAO και τα διουρητικά.

2. Διαφορική διάγνωση

Τα λοιμώδη νοσήματα (Πίνακας 2) συσχετίζονται στους μεγαλύτερους ενήλικες με σημαντικά υψηλότερη θνητότητα.

Ο γιατρός του επείγοντος πρέπει να σκέφτεται τη λοίμωξη, ασχέτως πυρετού, στην ΔΔ κάθε ενήλικου που παρουσιάζεται στο ΤΕΠ.

Σχήμα 1: Παθοφυσιολογία της ανάπτυξης πυρετού.



Πίνακας 2

Λοίμωξη	Σχετική θνητότητα συγκριτικά με νέους ενήλικες
• Ενδοκαρδίτιδα	(2-3) x
• Πνευμονία	3 x
• Βακτηριδιακή μηνιγγίτιδα	3 x
• Σήψη	3 x
• Χολοκυστίτιδα	(2-8) x
• Λοίμωξη ουροποιητικού	(5-10) x
• TBC	10 x
• Σκωληκοειδίτιδα	(15-20) x

Αν και οι δυνητικές αιτίες πυρετού στους ηλικιωμένους είναι πολλές (Πίνακας 3), πολλές μελέτες έχουν ταυτοποιήσει τις λοιμώξεις αν/κού, ουροποιητικού και δέρματος και μαλακών μορίων ως τις επικρατέστερες αιτίες πυρετού σε ηλικιωμένους που παρουσιάζονται στα ΤΕΠ. Αυτοί οι τρεις τύποι λοίμωξης αποτελούν το 80% της β' παθούς βακτηριαμίας υπό συνθήκες κατ' οίκον νοσηλείας. Ο γιατρός του επείγοντος μπορεί να χρησιμοποιήσει το ακρωνύμιο PUS (Pneumonia, UTI, Soft Tissue) για να θυμάται αυτές τις διαγνώσεις όταν εκτιμάει τον πυρέσσοντα ηλικιωμένο ασθενή. Άλλες διαγνώσεις πρέπει ακολούθως να διε-

ρευνηθούν όταν προκύπτουν από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση ή όταν η διερεύνηση της τριάδας "PUS" είναι αρνητική.

Τα λοιμώδη σύνδρομα υπερεκπροσωπούνται στον γηριατρικό πληθυσμό. Γάγγραινα σκωληκοειδούς και χοληδόχου κύστης είναι περισσότερο συχνή στους ηλικιωμένους, ενώ η εκκολπωματίτιδα εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στους μεγαλύτερους ασθενείς. Το 60% των περιστατικών τετάνου και η πλειοψηφία των περιστατικών έρπητα ζωστήρα εμφανίζονται στους ηλικιωμένους. Η TBC είναι επίσης δυσανάλογη, ειδικά σε οίκους ευγηρίας.

Πίνακας 3: Διαφορική διάγνωση πυρετού στον ηλικιωμένο ασθενή.

Α. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ		Β. ΜΗ ΛΟΙΜΩΔΗ ΑΙΤΙΑ ΠΥΡΕΤΟΥ
1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ • Βακτηριδιακή πνευμονία • Γρίπη • Φυματίωση • Βρογχίτιδα • Φαρυγγίτιδα • Μέση ωτίτιδα • Αγγειακή κολλαγόνωση	5. ΝΕΥΡΙΚΟΥ (ΚΝΣ) • Μηνιγγίτιδα • Εγκεφαλίτιδα • Απόστημα	• Α.Ε.Ε. • Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα • Ενδοκρανική αιμορραγία • Πνευμονική εμβολή • Πνευμονικό οίδημα (συμφορ. καρδιακή ανεπάρκεια) • Κακοήθεια • Σοβαρή αφυδάτωση • Ευμεγέθες αιμάτωμα • Περιβαλλοντική υπερθερμία • Πρόσφατοι σπασμοί • Ουρική νόσος
2. ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΗΤΙΚΟΥ • Ουρολοίμωξη • Επιδιδυμίτιδα • Προστατίτιδα • Θυρεοτοξική κρίση	6. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ • Σκωληκοειδίτιδα • Χολοκυστίτιδα • Εκκολπωματίτιδα • Κολίτιδα/Εντερίτιδα • Απόστημα • Περιτονίτιδα	
3. ΔΕΡΜΑΤΟΣ-ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ • Κυτταρίτιδα • Επιπεφυκίτιδα • Μολυσμένο έλκος εκ πιέσεως	7. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ • Ενδοκαρδίτιδα • Αγγειακή λοίμωξη	ΦΑΡΜΑΚΑ • Ασπιρίνη • Συμπαθομιμητικά • Αντιχολινεργικά • Κακόηθες σύνδρομο από νευροληπτικά • Σεροτονινεργικό σύνδρομο
4. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ • Οστεομυελίτιδα • Σηπτική αρθρίτιδα	8. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ • Βακτηριαμία • Σήψη	

Προκειμένου να μορφοποιηθεί η ΔΔ, είναι σημαντική η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης και των συνθηκών διαβίωσης. Οι ένοικοι οίκων ευγηρίας είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν νοσοκομειακή πνευμονία, επιπλεγμένη λοίμωξη ουροποιητικού ή επιμολυσμένα έλκη εκ πίεσεως (κατακλίσεις) απ' ό,τι οι ανεξάρτητοι ηλικιωμένοι. Για τους πρόσφατα νοσηλευόμενους, σκεφθείτε επιμόλυνση χειρουργικού τραύματος ή σηπτική θρομβοφλεβίτιδα.

3. Εκτίμηση στο ΤΕΠ

Η εμφάνιση τυπικών συμπτωμάτων όπως αυτά που αναφέρονται σε ιατρικά εγχειρίδια είναι μάλλον η εξαίρεση, παρά ο κανόνας για τους ηλικιωμένους ασθενείς με πυρετό. Μία αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να είναι η μόνη, αμυδρή, ένδειξη μιας υποκείμενης λοίμωξης. Τουλάχιστον 75% όλων των επεισοδίων έκπτωσης των λειτουργιών σε ασθενείς των οίκων ευγηρίας οφείλονται σε λοίμωξη. Είναι κοινό λάθος να υποθέσουμε ότι ο συγχυτικός 80χρονος είναι απλά ανοϊκός, όταν στην πραγματικότητα αυτός ή αυτή μπορεί να είναι φυσιολογικό και ανεξάρτητο άτομο με οξύ παραλήρημα λόγω λοίμωξης ουροποιητικού. Ρωτήστε μέλη της οικογένειας ή φροντιστές για πρόσφατες πτώσεις, ανορεξία, μειωμένη δραστηριότητα, νεοεγκατασταθείσα ακράτεια ή σύγχυση (Πίνακας 4). Αυτά μπορεί να είναι τα μόνα στοιχεία (ενδείξεις) για σοβαρή ασθένεια. Κάντε προσπάθεια προσδιορισμού της βασικής λειτουργικής και διανοητικής κατάστασης του ασθενούς.

Πίνακας 4: Ενδείξεις (στοιχεία) από το ιστορικό, για λοιμώξεις στους ηλικιωμένους.

- Οξεία σύγχυση ή παραλήρημα
- Αλλαγή στη λειτουργική κατάσταση
- Αλλαγή συμπεριφοράς
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Αδυναμία
- Λήθαργος
- Υποτροπιάζουσες πτώσεις
- Πρόσφατη ακράτεια ούρων

4. Ιστορικό παρούσας νόσου

Οι επειγοντολόγοι συχνά ακούν τον οδυρόμενο συγγενή: «Ο παππούς απλά δεν ενεργεί σωστά». Αυτή η ανακριβής διήγηση μπορεί να αποτελεί σημαντική ένδειξη απειλητικής για τη ζωή λοίμωξης. Σχεδόν το 1/5 των γηριατρικών ασθενών με σοβαρή λοίμωξη θα παρουσιαστούν με ασαφές ιστορικό και σχοινοτενή παράπονα των οικίων.

Σήψη

Οι επειγοντολόγοι διαγιγνώσκουν σωστά τη βακτηριαιμία σε λιγότερο από τα 2/3 των ηλικιωμένων ασθενών. Αυτό συμβαίνει συχνά επειδή τα σχετιζόμενα συμπτώματα στους ηλικιωμένους είναι μη ειδικά. Συγκρινόμενοι με νεότερο πληθυσμό οι μεγαλύτεροι ασθενείς με βακτηριαιμία πιο συχνά εμφανίζονται με υποτροπιάζουσες πτώσεις, κακουχία, ή αλλαγή στη λειτουργική ή διανοητική κατάσταση. Σε μια μελέτη ΤΕΠ, μόνο η αλλαγή στη διανοητική κατάσταση και έμετος προέβλεψαν ανεξάρτητα βακτηριαιμία σε ηλικιωμένους. Αυτά τα μη ειδικά συμπτώματα κάνουν την αναγνώριση μιας λοιμώδους πηγής εξαιρετικά δύσκολη. Για παράδειγμα, η ανορεξία, η κακουχία και η ναυτία είναι πολύ πιο συχνές από τη δυσουρία και την επιτακτική ούρηση σε ηλικιωμένους με ουρολοίμωξη.

Πνευμονία

Τα συμπτώματα της πνευμονίας μπορούν επίσης να είναι άτυπα στους ηλικιωμένους (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Συμπτώματα και σημεία πνευμονίας στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Σύμπτωμα/Σημείο	Συχνότητα
Πρόσφατες πτώσεις	10%
Ταχυκαρδία	10-15%
Ταχύπνοια (RR>30)	26-75%
Αλλαγή της πνευματικής κατάστασης/Σύγχυση	33-60%
Ιστορικό βήχα, πυρετού ή δύσπνοιας	44%

Ίσως το πιο κοινό σύμπτωμα στην πνευμονία των ηλικιωμένων είναι η αλλαγή της διανοητικής κατάστασης που ανευρίσκεται μέχρι και στο 65% των περιπτώσεων. Το 10% θα παρουσιαστούν με ιστορικό πρόσφατων πτώσεων. Σε περισσότερο περίπλοκες περιπτώσεις, σε ποσοστό >50% των ηλικιωμένων ασθενών με πνευμονία μπορεί να απουσιάζει ο βήχας ή η απόχρεμψη. Ο πυρετός απουσιάζει σε ποσοστό μέχρι και 65%. Ωσαύτως, ηλικιωμένοι ασθενείς με TBC είναι λιγότερο πιθανό να έχουν τα κλασικά συμπτώματα της αιμόπτυσης, των νυχτερινών επιδρώσεων και της απώλειας σωματικού βάρους.

Λοίμωξη ουροποιητικού

Τα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού (δυσουρία, συχνουρία, έπαιξη προς ούρηση) μπορεί επίσης να απουσιάζουν στους ηλικιωμένους ιδιαίτερα στους φέροντες μόνιμους ουροκαθετήρες (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Συμπτώματα και σημεία οξείας πυελονεφρίτιδας σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Σύμπτωμα/Σημείο	Συχνότητα
Γαστρεντερικό σύμπτωμα	11%
Πνευμονικά συμπτώματα	14%
Συστηματικά συμπτώματα	20%
Ευαισθησία πλευροσπονδυλικής γωνίας	50%
Έπειξη προς ούρηση	54%

Συμπτώματα όπως πυρετός, ρίγος, ναυτία και άλγος στην οσφύ και πλευροσπονδυλικός πόνος μπορεί να είναι αβληχρά ή ακόμη και απόντα.

Αντ' αυτών αλλαγή πνευματικής και ψυχικής κατάστασης (διάθεσης, νοητικών λειτουργιών, συμπεριφοράς) έμετοι, κοιλιακή ευαισθησία, αναπνευστική δυσχέρεια και μη μουσικοί ρόγχοι μπορούν να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα.

Ενδοκοιλιακή λοίμωξη

Παρ' όλο που κάθε τύπος ενδοκοιλιακής φλεγμονής μπορεί να εμφανισθεί στους ηλικιωμένους, μακράν οι συχνότερες και πιο προβληματικές είναι σκωληκοειδίτιδα, χολοκυστίτιδα, εκκολπωματίτιδα. Οι ηλικιωμένοι συχνά δεν παρουσιάζουν την περιοχική εκείνη κοιλιακή ευαισθησία, που συνήθως διακρίνει αυτές τις παθολογικές οντότητες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Συμπτώματα και σημεία ενδοκοιλιακής λοίμωξης σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Σκωληκοειδίτιδα	Συχνότητα
• Πόνος στο ορθό	3-45%
• Ναυτία έμετος	30%
• Αναπηδώρα ευαισθησία	38-81%
• Σύσπαση κοιλ. τοιχώματος	39-51%
• Ευαισθησία κάτω (δε) τεταρτημορίου	77-99%
Χολοκυστίτιδα	
• Ήκτερος	8-28%
• Αλλαγή πνευματικής κατάστασης/σύγχυση	13%
• Περιτοναϊσμού σημεία	41%
• Κοιλιακό άλγος	74-84%
Εκκολπωματίτιδα	
• Διάρροια/δυσκοιλιότητα	19-40%
• Ναυτία/έμετοι	30-41%
• Άλγος (αριστερού) κάτω τεταρτημορίου	67-87%

Διάτρηση κοίλου σπλάχνου και συνοδός περιτονίτις μπορούν να εμφανισθούν χωρίς πυρετό ή πόνο.

Στην πράξη σύγχυση και υπόταση μπορεί να είναι τα μοναδικά συμπτώματα μιας γαστρεντερικής λοίμωξης. Αυτή η υψηλή συχνότητα άτυπων εκδηλώσεων και η τάση των ηλικιωμένων ασθενών να καθυστερούν στην εμφάνιση τυπικής κλινικής εικόνας, μπορεί να οδηγήσουν σε πτωχή έκβαση.

Αν και οι ηλικιωμένοι αποτελούν μόνο το 5-10% των περιστατικών νοσηρότητας, από οξεία σκωληκοειδίτιδα, το αντίστοιχο ποσοστό θνητότητας από τη νόσο αυτή ανεβαίνει στο 60%. Επιπλοκές όπως: γάγγραινα, διάτρηση, απόστημα και περιτονίτιδα εμφανίζονται σε ποσοστό 35-65% των περιστατικών, πολύ συχνότερα απ' ό,τι στους νεότερους ασθενείς τους. Η χολοκυστίτιδα είναι η πιο συνηθισμένη αιτία χειρουργικής επέμβασης στους ηλικιωμένους. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι πολύ πιο πιθανή η ανάπτυξη γάγγραινας, διάτρησης, διαπυθνεώσεως χολαγγειίτιδας και εμφυσηματώδους χολοκυστίτιδας.

5. Ατομικό αναμνηστικό

Ορισμένες από τις άτυπες εκδηλώσεις των νόσων στους ηλικιωμένους οφείλονται σε συνυπάρχοντα υποκείμενα νοσήματα, καθώς πάνω από 85% των γηριατρικών ασθενών έχουν ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Τα κλασικά συμπτώματα μπορεί να συσκοτισθούν από την παρόξυνση αυτών των χρόνιων νοσημάτων. Το πνευμονικό οίδημα μπορεί να συγκαλύψει πνευμονία, ενώ η προϋπάρχουσα άνοια μπορεί να αποκρύψει μνηιγγίτιδα. Επιπροσθέτως, τα χρόνια νοσήματα, προδιαθέτουν σε συγκεκριμένες οξείες παθήσεις (Πίνακας 8).

Γι' αυτόν τον λόγο η λήψη ενός ενδελεχούς ατομικού αναμνηστικού μπορεί να αποδειχθεί σημαντική στην επείγουσα αξιολόγηση των ηλικιωμένων ασθενών.

Ένα ενδελεχές ιστορικό της φαρμακευτικής αγωγής είναι επίσης σημαντικό. Νέες φαρμακευτικές θεραπείες μπορεί να προκαλέσουν «φαρμακευτικό πυρετό». Ακόμη σημαντικότερο, πρόσφατα αντιβιοτικά μπορεί να συμβάλλουν σε μερικώς θεραπευόμενη λοίμωξη ή να σηματοδοτούν ένα ανθεκτικό μικροοργανισμό.

Ρωτήστε τον ασθενή ή τον φροντιστή αναφορικά με τη χρήση αντιπυρετικών, η οποία μπορεί να συγκαλύψει έναν πυρετό. Οι ηλικιωμένοι είναι επίσης σε κίνδυνο για χρόνια δηλητηρίαση από σαλκυλικά που είναι μια περιστασιακή αιτία υπερπυρεξίας. Οι γηριατρικοί ασθενείς υπό κορτικοθεραπεία μπορεί να έχουν ελάχιστα ή καθόλου στίγματα της λοίμωξης. Πρόσφατη ΧΜΘ απαιτεί άμεση εξέταση λευκών για ουδετεροπενία. Επίσης πάρτε ιστορικό εμβολιασμών ιδιαίτερα για πνευμονιόκοκκο, γρίπη και τέτανο.

Πίνακας 8: Προδιαθεσικοί παράγοντες για οξεία λοίμωξη στους ηλικιωμένους.

ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΟΞΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ
• ΧΑΠ, ΣΚΑ	Πνευμονία, Γρίπη Εισρόφηση
• Μόνιμος καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως • Υπερτροφία προστάτη	Λοιμώξεις ουροποιητικού
• Ακράτεια	Επιμόλυνση ελκών εκ πίεσεως, ουρολοιμώξεις
• Περιφερική αγγειακή νόσος • Χρόνια φλεβική στάση	Κυτταρίτιδα
• ΑΕΕ • Άνοια	Πνευμονία εξ εισροφίσεως
• Ρευματοειδής αρθρίτιδα • Οστεοαρθρίτιδα • Ενδοαρθρική πρόθεση	Σηπτική αρθρίτιδα
• Ρευματική καρδιοπάθεια • Βαλβιδική πρόθεση • Βηματοδότης/απινιδωτής	Ενδοκαρδίτιδα
• Κορτικοθεραπεία, κακοήθεια, AIDS, σ. διαβήτη, κίρρωση, ΧΝΑ τελευταίου σταδίου	Ανοσοκαταστολή (αυξημένος κίνδυνος για όλες τις λοιμώξεις)

6. Φυσική εξέταση

Ως επειγοντολόγοι, αντανakλαστικά συσχετίζουμε τη λοίμωξη με τον πυρετό. Στους ηλικιωμένους, παρ'όλα αυτά, ο πυρετός είναι συχνά απών (σε πείσμα) μιας σοβαρής λοίμωξης. 13-47% των γηριατρικών ασθενών θα είναι απύρετοι παρά την παρουσία αποδεδειγμένης λοίμωξης (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Ηλικιωμένοι χωρίς πυρετό παρά την παρουσία μιας πιστοποιημένης λοίμωξης.

ΛΟΙΜΩΞΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΥΡΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ
Μηνιγγίτιδα	0-41%
Βακτηραιμία	13-24%
Σκωληκοειδίτιδα	26%
Βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα	27-45%
Χολοκυστίτιδα	38-71%
Πνευμονία	40-67%

Ο πυρετός δεν είναι μόνος στη μειωμένη συσχέτιση με τη μικροβιακή παθογένεση. Όλοι οι «συνήθεις ύποπτοι» (ταχυκαρδία, χαρακτηριστικός κοιλιακός πόνος και περιτοναϊκά σημεία) ανευρίσκονται λιγότερο συχνά

παρά τις σοβαρές και συχνά απειλητικές για τη ζωή παθήσεις. Παρ'όλα αυτά, ό,τι χάνουν αυτές οι ενδείξεις σε συχνότητα, το κερδίζουν σε σημασία.

Α. Θερμοκρασία

Σε μερικές περιπτώσεις ο πυρετός στους μεγαλύτερους ασθενείς μπορεί να μην αναγνωρισθεί. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην αυξάνουν τη θερμοκρασία σε επίπεδο πυρετού ($\theta > 38$ βαθμούς Κελσίου) σε μια αποδεδειγμένη λοίμωξη, αλλά να έχουν αύξηση 1 βαθμού Κελσίου ή περισσότερο από τη βασική τους θερμοκρασία που ούτως ή άλλως είναι χαμηλότερη από αυτήν των νεώτερων ασθενών.

Η παρουσία υποθερμίας όχι μόνο δεν συνιστά λοίμωξη, αλλά είναι πτωχής πρόγνωσης για τον γηριατρικό πληθυσμό.

Β. Αναπνευστικό

Ο δείκτης αναπνοής είναι ένα από τα πολυτιμότερα σημεία της κλινικής εξέτασης του αν/κού. Ταχύπνοια ($RR > 30$ b/min) **εμφανίζεται στο 26-75% των ηλικιωμένων ασθενών με πνευμονία**. Σε μερικές περιπτώσεις η ταχύπνοια μπορεί να προηγηθεί άλλων κλινικών εκδηλώσεων πνευμονίας για 3-4 ημέρες. Το 5° ζωτικό σημείο, η οξυμετρία, είναι εύκολα επιτευκτική και μπορεί να διαφωτίσει μια αλλοιώτικα πολύ λεπτή καταστολή του αν/κου. Ενώ η παρουσία τριζόντων στην ακρόαση θα προκαλέσει εγρήγορση στον ιατρό του επείγοντος (Ι.Ε.), ως προς την πιθανότητα της πνευμονίας η εξέταση μπορεί να είναι παραπλανητική λόγω ατελεκτασίας ή χρόνιας πνευμονολογικής νόσου.

Γ. Καρδιαγγειακό

Όπως ο πυρετός, έτσι και η ταχυκαρδία, προοιωνίζεται σοβαρή νόσο στους ηλικιωμένους. Σε μια μελέτη η ταχυκαρδία ήταν το προέχον σύμπτωμα σε 15% των ηλικιωμένων ασθενών με πνευμονία.

Μέχρι και στο 70% των γηριατρικών ασθενών με αποδεδειγμένη βακτηραιμία μπορεί να ελλείπει η ταχυκαρδία. Το 75% των ηλικιωμένων ασθενών που αναπτύσσουν ενδοκαρδίτιδα έχουν μια προϋπάρχουσα βαλβιδική ή καρδιακή διαταραχή και περίπου 1/3 προσθετική βαλβίδα. Ο ιατρός του επείγοντος παρά την πρόκληση του θορυβώδους ΤΕΠ πρέπει να ακούσει προσεκτικά για καρδιακό φύσημα.

Δ. Κοιλία

Η κοιλιακή ευαισθησία εάν είναι παρούσα, είναι σημαντικό εύρημα σε αυτόν τον πληθυσμό. Παρ'όλα αυτά, το ενοχλητικό παρεπόμενο είναι ότι ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων ασθενών που εμφανίζονται με χειρουργικό επείγον δεν έχουν αξιόλογη κοιλιακή ευαισθησία σε ποσοστό που

φτάνει έως 25% για τη χολοκυστίτιδα, 34% για τη σκωληκοειδίτιδα και 13-30% για την εκκολπωματίτιδα.

Ε. ΚΝΣ

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, μια πρόσφατη έκπτωση της πνευματικής κατάστασης, μπορεί να είναι η μόνη αντικειμενική ένδειξη ασθένειας απειλητικής για τη ζωή. Ο ιατρός του επείγοντος πρέπει να ψάξει για εστιακά νευρολογικά σημεία. Ένα εκπληκτικό 40% των ηλικιωμένων ασθενών με βακτηριδιακή μηνιγγίτιδα έχει εστιακό νευρ. σημείο, ενώ περίπου οι μισοί δεν έχουν μηνιγγισμό όταν προσέρχονται στο ΤΕΠ (Πίνακας 10). Το εύρημα του «δύσκαμπτου λαιμού» μπορεί να είναι παραπλανητικό, καθ' όσον η αυχενική δυσκαμψία σχετιζόμενη με μηνιγγίτιδα, μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθεί από χρόνια αυχενική αρθρίτιδα ή χρόνιο νευρολογικό νόσημα όπως ν. Parkinson.

Πίνακας 10: Συμπτώματα και σημεία μηνιγγίτιδας σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Σύμπτωμα/Σημείο	Συχνότητα
Κεφαλαλγία	21-81%
Εστιακά νευρολογικά σημεία	40%
Μηνιγγισμός	57-92%
Σύγχυση	57-96%

Στ. Ουροποιογεννητικό

Η ευαισθησία της πλευροσπονδυλικής γωνίας μπορεί να αντιπροσωπεύει λοίμωξη του ανώτερου ουροποιητικού αν και μερικές μελέτες δείχνουν ότι αυτό το

εύρημα εμφανίζεται σε ποσοστό <50% των ηλικιωμένων ασθενών με οξεία πυελονεφρίτιδα. Υπερβολική ευαισθησία μπορεί να είναι ενδεικτική κυστίτιδας. Η δακτυλική εξέταση είναι απαραίτητη για να ανιχνευθεί οξεία προστατίτιδα στους ηλικιωμένους άνδρες. Παρ' όλα αυτά, η μάλαξη προστάτου δεν ενδείκνυται για να λάβουμε καλλιέργειες, καθ' όσον αυτή η πρακτική επάγει τη βακτηριαιμία. Κατά περίπτωση, μια εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων μπορεί να αποκαλύψει ερυθρότητα, ευαισθησία ή έκκριμα. Κάθε κολπικό ή πείκό έκκριμα πρέπει να καλλιεργείται. Θυμηθείτε ότι ακόμη και οι ογδοντάρηδες μπορούν να εκτεθούν σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ζ. Δέρμα/Μαλακά μόρια

Αρχίστε την εξέταση του δέρματος, γυμνώνοντας τελείως τον ηλικιωμένο ασθενή. Η κυτταρίτιδα μπορεί εύκολα να παραβλεφθεί εάν ο φωτισμός είναι πτωχός ή ο ασθενής είναι μερικώς απεκδυμένος. Ψάξτε για χειρουργικές ουλές, που μπορεί να αποκαλύψουν φλεγμονή του τραύματος ή οδηγά σημεία για το ιστορικό του ασθενούς, όπως: προηγηθείσα σπληνεκτομή, τοποθέτηση βηματοδότη ή τεχνητή άρθρωση. Κάντε προσπάθεια να βρείτε έλκη εκ πίεσεως στους ακίνητους, με ακράτεια ή διαβιούντες σε οίκους ευγηρίας ασθενείς. 20-25% των διαβιούντων σε οίκους ευγηρίας έχουν δερματικά έλκη και 10-65% αυτών θα μολυνθούν.

Οι πιο συχνές εντοπίσεις περιλαμβάνουν: πτέρνες, ιερό οστόν, ισχιακά κυρτώματα και τους γλουτούς, όλες περιοχές που εύκολα μπορούν να παραβλεφθούν σε μια επιπόλαια εξέταση κατακεκλιμένου ασθενούς.

Πίνακας 11: Διαγνωστικές εξετάσεις για τα αίτια πυρετού στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Α. Πνευμονία/Φυματίωση		
	Υπέρ	Κατά
1. Απλή ακτινογραφία θώρακος	Εξέταση εκλογής, φθηνή Εάν ↑ ένδειξη λοιμώξεως	Μπορεί ψευδώς (-) σε αφυδατωμένους ασθενείς Εάν ↓ κακή πρόγνωση
2. Λευκά		
3. Καλλιέργεια πτυέλων		
4. Εξέταση πλευριτικού υγρού (Gram χρώση, κ/α, LDH, PH, σάκχαρο, λεύκωμα, κυτταρολογική)		
5. ABG - Οξυμετρία		
6. Κ/α αίματος: θετική μόνο στο 28% των ασθενών		
7. Αξονική τομογραφία επί ενδείξεως. Δύσκολη ερμηνεία σε χρόνια πνευμονική νόσο		

Β. Γρίπη
1 κ/α ρινικού εκκρίματος

Ενδείξεις επιμόλυνσης έλκους είναι: επέκταση ερυθρότητας, πυώδες έκκριμα, ρυπαρή οσμή ή νεκρωτικός ιστός. Χρόνιο μη επουλούμενο έλκος μπορεί να αποτελεί ένδειξη υποκείμενης οστεομυελίτιδας, ειδικά όταν εκτίθεται το οστόν.

Τέλος, επισκοπήστε τις αρθρώσεις στους ηλικιωμένους ασθενείς, ιδιαίτερα αυτές με προθέσεις. Αρθρώσεις ερυθρές, θερμές ή εξανθημένες μπορεί να είναι μολυσμένες και πρέπει να παρακεντηθούν για εξέτα-

ση του αρθρικού υγρού. Πόνος στο εύρος της κίνησης είναι ο αξιοπιστότερος δείκτης σηπτικής άρθρωσης.

7. Διαγνωστικές εξετάσεις

Εάν μια λοιμώδης αιτία του πυρετού είναι πιθανή, χρήσιμα test είναι η γενική αίματος, τουλάχιστον 2 καλλιέργειες αίματος, εξέταση ούρων και καλλιέργεια, απλή ακτινογραφία θώρακος και εξέταση κρεατινίνης (Πίνακας 11).

Γ. Λοίμωξη ουροποιητικού		
	Υπέρ	Κατά
1. Πυουρία	Φθηνή και γρήγορη	Η παρουσία τους δεν σχετίζεται καλά με τη μικροβιουρία και άρα με τη λοίμωξη ουροποιητικού στους ηλικιωμένους ασθενείς. Παρούσα στο 90% της ασυμπτωματικής μικροβιουρίας. Περιορισμένη διαγνωστική χρήση
2. Μικροβιουρία	Φθηνή. Πιθανή ένδειξη αποφρακτικής πυελονεφρίτιδας	
3. Νιτρώδη	Ζωτική για την άμεση θεραπεία	
4. Αιματουρία		
5. κ/α ούρων	↓ WBC πιθανή ένδειξη	Μικρή συνεισφορά σοβαρής νόσου στη διάγνωση & θεραπεία
6. κ/α αίματος		
7. Λευκά & τύπος		

Δ. Έλκη εκ κατακλίσεως		
	Υπέρ	Κατά
1. κ/α δια βαμβακοφόρου στυλεού	Μπορεί να αναδείξει υποκείμενη οστεομυελίτιδα (26% μη επουλούμενων κατακλίσεων)	Ανάπτυξη φυσιολ. χλωρίδος
2. κ/α ιστού		δεν συνιστάται πλέον
3. κ/α αίματος		Επεμβατική. Περιττή αν υποψία φυσιολ. χλωρίδας
4. Απλή ακτινογραφία		Αν (-) μη βοηθητική

Ε. Σηπτική αρθρίτιδα		
1. Παρακέντηση-αναρρόφηση της άρθρωσης		

ΣΤ. Οστεομυελίτιδα		
	Υπέρ	Κατά
1. Απλή ακτινογραφία		Μη ειδική. φυσιολ. τιμές δεν αποκλείουν τη λοίμωξη
2. ΤΚΕ		
3. Καλλιέργειες αίματος		

Ζ. Μικροβιαίμια/Σήψη		
	Υπέρ	Κατά
1. Καλλιέργειες αίματος	Μπορεί η μόνη ένδειξη ύπαρξης βακτηριαίμιας. Ευαισθησία 99% αν ληφθούν 2 διαφορετικά δείγματα	Αν δεν γίνει σωστά, χαμηλής απόδοσης
2. Λευκά	<5.000 ή >20.000 πρόβλεψη βακτηριαίμιας στους ηλικιωμένους ασθενείς	Μη ειδική. Εάν κφ όχι υποβοηθητική

Η. Ενδοκαρδίτιδα		
	Υπέρ	Κατά
1. Καλλιέργειες αίματος	(+) σε 85% των ηλικιωμένων ασθενών με ενδοκαρδίτιδα	Μη ειδική. (-) κ/α δεν αποκλείει ενδοκαρδίτιδα
2. Διοισοφάγιο U/S	Ευαισθησία >90%	Επεμβατική. Όχι πάντα διαθέσιμη στο ΤΕΠ
3. Διαθωρακικό U/S	Ταχέως διαθέσιμη & μη επεμβατική εξέταση	Ανιχνεύει εκβλαστήσεις σε <50% των περιπτώσεων (ευαισθ. <50%)
4. ΗΚΓ		Συνήθως φυσιολογικό

Θ. Μηνιγγίτιδα		
	Υπέρ	Κατά
1. Αξονική τομογραφία	Φυσιολ. στη μηνιγγίτιδα αλλά μπορεί να διαγνώσει μάζες (π.χ. αποστήματα), αιμορραγία & ΑΕΕ	Μπορεί να καθυστερήσει την ΟΝΠ (αλλά όχι την αντιβίωση!)
2. ΟΝΠ/ΕΝΥ	Εξέταση εκλογής (χρυσός κανόνας) Μπορεί να γίνει 1-2 h μετά τη χορήγηση αντιβίωσης. Χωρίς να προκαλέσει αλλαγές στην ανάλυση του ΕΝΥ	Επεμβατική

Ι. Μη Ειδικό Κοιλιακό Άλγος		
	Υπέρ	Κατά
1. Απλή ακτινογραφία	Μπορεί να αναδείξει επιπλοκές όπως διάτρηση, απόφραξη ή μάζα	Γενική μη αποδοτική εκτός επιπλεγμένης νόσου
2. Ραδιοσημασμένα Λευκά	Πολύ ακριβής στην ανίχνευση εντοπισμένης λοίμωξης	Μη ειδικά και όχι άμεσα διαθέσιμα στο ΤΕΠ
3. Αξονική τομογραφία	Ταχέως διαθέσιμη. Μπορεί να αποδείξει & άλλες αιτίες του πυρετού	Όχι 100% ευαίσθητη

ΙΑ. Παθήσεις Χοληφόρων		
	Υπέρ	Κατά
1. Απλή ακτινογραφία 2. U/S	Σχεδόν 100% ευαισθησία για πέτρες & 85% ευαισθ. για χολοκυστίτιδα από έμπειρο διενεργούνται. Πολύ ειδική. Δείχνει σημάδια της λοίμωξης (πάχυνση τοιχώματος, περιχολοκυστικό υγρό, διάταση). Επίσης αναδεικνύει: εμφύσημα, γάγγραινα, διάτρηση της χοληδόχου κύστης	90-95% ευαισθησία. Μεγάλη εξάρτηση από τον υπερηχογραφιστή

ΙΒ. Οξεία Εκκολπωματίτιδα		
	Υπέρ	Κατά
1. Βαρ. υποκλυσμός (double contrast) 2. Αξονική τομογραφία	94% ευαισθ. Με 2-15% ψευδ. (-) ευρήματα Ευαισθ. 90-95% & ειδικότητα 72%. (+) προγνωστική αξία 73%-100%. Καλή για διάγνωση συνοδών αποστημάτων	Αντένδειξη βαρίου στην οξεία νόσηση Για καλά αποτελέσματα απαιτεί σύγχρονα μηχανήματα & έμπειρους απεικονιστές

ΙΓ. Σκωληκοειδίτιδα		
	Υπέρ	Κατά
1. WBC 2. CRP 3. Ραδιοσημασμένα WBC 4. Βαρ. υποκλυσμός 5. U/S 6. Αξονική τομογραφία	~ 80% των ασθενών έχουν είτε λευκοκυττάρωση είτε στροφή προς τα αριστερά (επιπλέον οι περισσότεροι χειρουργοί ζητάνε γεν. αίματος) Μερικές μελέτες επισημαίνουν μεγάλη ευαισθησία Αυξημένη ευαισθησία & ειδικότητα (90-100%) Χρήσιμη στην ΔΔ γυναικολογικής αιτιολογίας & οξ. σκληρ/δας Πολύ ευαίσθητη & ειδική εάν χρησιμοποιηθεί η τριπλή αντίθεση. Μπορεί να αναδείξει επιπλοκές	Μη ειδική & παραπλανητική. Μεγάλα ψευδώς (+) & ψευδώς (-) ποσοστά Μεγάλο εύρος αναφερόμενων ευαισθησιών. Καλύτερη όταν γίνεται >12h από την έναρξη των συμπτωμάτων Παίρνει πολύ χρόνο Υποκειμενική εξέταση από τον απεικονιστή. Συχνά μη διαγνωστική λόγω του υπερκείμενου εντερικού αέρα. Λιγότερο ευαίσθητη από αξονική τομογραφία. Όχι 100% ευαίσθητη ως αποτέλεσμα εάν ψευδώς (-) αποτέλεσμα μπορεί να δώσει πλασματική αίσθηση ασφάλειας

7α. Διαγνωστική προσέγγιση

1. Λοιμώξεων αναπνευστικού

- Η απλή ακτινογραφία θώρακα κλινικά χρήσιμη και οικονομικά πολύ συμφέρουσα στην εκτίμηση των πυρεσσόντων ηλικιωμένων ασθενών. Μπορεί και (25%) (+) με (-) κλινική εξέταση. Σε ορισμένους όμως ασθενείς μπορεί να είναι παραπλανητική: α) σε αφυδάτωση δεν αναδεικνύεται η πνευμονία (το

διήθημά της) που για να αναδειχθεί απαιτείται ενυδάτωση. β) Τα χρόνια πνευμονικά νοσήματα (ΧΑΠ, ΣΚΑ) που προδιαθέτουν σε πνευμονία μπορεί να συσκοτίσουν τα ακτινολογικά ευρήματα.

Εξέταση πλευριτικού υγρού → Gram χρώση, κ/α, LDH, PH, σάκχαρο, λεύκωμα, κυτταρολογική

Επίσης ABG και οξυμετρία πολύ υποβοηθητικά.

2. Λοιμώξεων ουροποιητικού

- Ένα πρόβλημα που οδηγεί και σε παραπλανητική διάγνωση είναι η ασυμπτωματική βακτηριουρία, μια και οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν τάση προς αυτήν (οι ηλικιωμένες γυναίκες μέχρι και 34%). Έτσι, ένας ηλικιωμένος ασθενής που προσέρχεται με βακτηριουρία και πυρετό ΔΔ είναι ουρολοίμωξη ή μια άλλη λοίμωξη (π.χ. πνευμονία) με τυχαία συνύπαρξη ασυμπτωματικής βακτηριουρίας, οπότε είναι φρόνιμο να μην αποδοθεί ο πυρετός σε ουρολοίμωξη αλλά να διερευνηθούν και άλλες λοιμώξεις.
- Το 10^5 είναι αυθαίρετο νούμερο στην κ/α ούρων (για τους ηλικιωμένους ασθενείς), εδώ και περίπου 25 χρόνια καθιερωμένο, αν και περίπου 1/3 των ασθενών με αποδεδειγμένη ουρολοίμωξη έχουν $<10^5$ αποικίες. Μερικοί προτείνουν για συμπτωματικές γυναίκες ή για τους φέροντες ουροκαθετήρα, ανάπτυξη 10^2 ενός μικροβίου είναι αρκετό για διάγνωση ουρολοίμωξης. Για τους άνδρες παραμένει το 10^5 αν και μερικοί συνιστούν το 10^4 ή 10^3 αποικίες. Στους άνδρες με εκδηλώσεις ανώτερου ή κατώτερου ουροποιητικού σκεφθείτε κατακράτηση ούρων, λόγω Κ.Υ.Π. (προσδιορίστε τη μετα-ούρηση ποσότητα).
- Απεικόνιση χρειάζεται στο ΤΕΠ σε υποψία περί ή ενδονεφρικού αποστήματος. Σκεφθείτε, το περινεφρικό απόστημα, σε ασθενείς με επιμένοντα πυρετό και βακτηριουρία παρά την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (πολύ πιθανό σε σακχαροδιαβητικούς).
- Ο ιατρός του επείγοντος πρέπει ισχυρά να υποπτευθεί το ουροποιητικό ως αιτία σε κάθε ηλικιωμένο

ασθενή με πυρετό που φέρει μόνιμο καθετήρα, μια και τα 2/3 αυτών των εμπύρετων επεισοδίων οφείλονται σε λοίμωξη ουροποιητικού. Κυρίως αυτό βρίσκει εφαρμογή στους ιδρυματοποιημένους ηλικιωμένους. Ο καθετηριασμός της ουροδ. κύστεως που είναι πολύ συχνός, δημιουργεί κατά κανόνα βακτηριακό αποικισμό, ιδιαίτερα σε ασθενείς καθετηριασμένους για πάνω από ένα μήνα. Γι' αυτόν τον λόγο είναι σημαντικό, πριν αποδώσουμε αυτόματα στο ουροποιητικό την αιτία του πυρετού σε αυτούς τους ασθενείς, να ψάξουμε και άλλα αίτια πυρετού.

Ενδοκοιλιακών λοιμώξεων

Για τους πυρέσσοντας ηλικιωμένους ασθενείς με κοιλιακά ευρήματα, μια γενική αίματος με τύπο λευκών, εργαστ. έλεγχος ηπατικής λειτουργίας, αμυλάση και λιπάση μπορεί να είναι υποβοηθητικές. Σύσταση για σύνεση στη χρήση των απεικονιστικών μεθόδων λόγω άτυπων εκδηλώσεων και αυξημένης θνητότητας και νοσηρότητας στους ηλικιωμένους.

Α) Εάν ύποπτη η χολοκυστίτιδα → εξασφάλιση U/S (δε) υποχονδρίου. Β) Η διάγνωση της εκκολπωματίτιδας γίνεται γενικά κλινικά, αν και επιπλοκές όπως ειλεός και αποστήματα καλύτερα φαίνονται στην αξονική τομογραφία. Βαριούχος υποκλυσμός κατά διπλή αντίθεση είναι επικίνδυνος για παρόξυνση της οξ. εκκολπωματικής νόσου. Γ) Η ελικοειδής αξονική τομογραφία κατά τριπλή αντίθεση (σκιαγραφικό από το στόμα, I.V. και υποκλυσμός) αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο στην εκτίμηση της οξείας σκληροκοειδίτιδας, εμφανίζοντας διαγνωστική ακρίβεια που μπορεί να φθάσει και το 98%.

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ

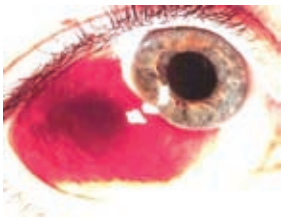
Κώστας Καπόγιαννης, Οφθαλμίατρος

Η κλινική εξέταση στην επείγουσα εξωνοσοκομειακή ιατρική ξεκινά από την παρατήρηση του εξεταζόμενου αρχικά, όσο κι αν δεν το αξιολογεί εκείνη τη στιγμή ο μη ειδικός ιατρός, από τα μάτια.

Ας προσπαθήσουμε να επισημάνουμε μερικά στοιχεία που ίσως είναι καθοριστικά για την τελική διάγνωση.

Κόκκινο μάτι

Εντοπισμένη ερυθρότητα χωρίς στοιχεία φλεγμονής παρά μόνο ένα αίσθημα βάρους και με αιφνίδια εμφάνιση -δεν διαγράφονται αγγεία μέσα στην αιματηρή επιφάνεια- φανερώνει αυτόματη αιμορραγία υπό τον επιπεφυκότα και προσανατολίζει σε έλεγχο αρτηριακής πίεσης σε συνδυασμό με γενικευμένη αγγειοπάθεια, λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων, έντονο βήχα ή συνδυασμό των παραπάνω.



Εικόνα 1



Εικόνα 2

Εντοπισμένη ερυθρότητα με στοιχεία φλεγμονής απαιτεί εξέταση από ειδικό οφθαλμίατρο (κερατίτιδα τραυματικής ή άλλης αιτιολογίας, επιπεφυκίτιδα ιογενούς μικροβιακή αλλεργική). Απαγορεύεται η χορήγηση κορτικοστεροειδών χωρίς την εξέταση από οφθαλμίατρο. Επιτρέπεται η χρήση αντιβιοτικού κολλύριου καθώς και τεχνητών δακρύων και επιβάλλεται η αφαίρεση και μη επαναχρησιμοποίηση φακών επαφής.

Ασυμμετρία στο μέγεθος των οφθαλμών

- Προϋπήρχε ή είναι πρόσφατη.
- Υπάρχει βλεφαρόπτωση του εξεταζόμενου οφθαλμού ή ανάσπαση του βλεφάρου του άλλου οφθαλμού.
- Είναι ετερόπλευρη ή αμφίπλευρη.

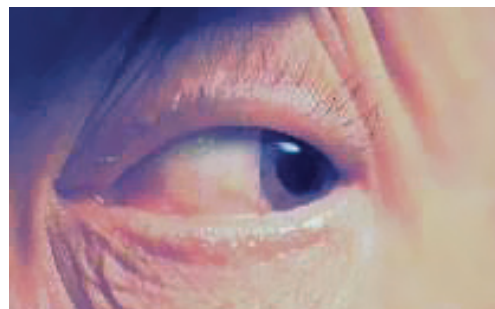
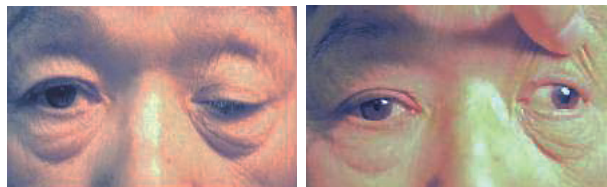
Παρατήρησε τη σχέση του βλεφάρου σε σχέση με το όριο σκληρού χιτώνα και ίριδας (σκληροκερατοειδές όριο ΣΚΟ). Η φυσιολογική θέση του βλεφάρου σε σχέση

με το άνω ΣΚΟ είναι 1-2 mm κάτω από αυτό. Οποιαδήποτε άλλη εικόνα απαιτεί διερεύνηση με απεικονιστικές μεθόδους του κόγχου-εγκεφάλου (υπερηχογράφημα - αξονική-μαγνητική). Θυρεοειδοπάθεια, μυασθένεια, απονευρωτική πτώση του βλεφάρου, ιδιοπαθής φλεγμονή του κόγχου οι συνηθέστερες αιτίες.

Κορικά αντανάκλαστικά

Εξαιρετικό ενδιαφέρον έχει η προσβολή του κοινού κινητικού (βλεφαρόπτωση, απαγωγή του οφθαλμού στην πρωτεύουσα θέση, περιορισμός της προσαγωγής). Εδώ πρέπει να τονιστεί πως θα γίνει διάκριση της παθολογικής από τη χειρουργική βλάβη. Παρατήρησε την κόρη. Οι κινητικές παρασυμπαθητικές ίνες της κόρης εντοπίζονται επιφανειακά στην 3^η εγκεφαλική συζυγία. Η αιμάτωση των κορικών ινών γίνεται από αγγεία της αραχνοειδούς μήνιγγας και σε χειρουργικές βλάβες ανευρύσματα τραύματα πιέζουν τα αραχνοειδή αγγεία. Ο βασικός κορμός της τρίτης εγκεφαλική συζυγίας αιματώνεται από ιδιαίτερα αγγεία των νεύρων. Η μικροαγγειοπάθεια από διαβήτη υπέρταση, δηλαδή παθολογικές βλάβες, αφορά κυρίως τα αγγεία των νεύρων ενώ διασώζονται οι κορικές ίνες.

Συμπεραίνουμε ότι **βλεφαρόπτωση** και γενικά εκδηλώσεις από το κοινό κινητικό με **συνοδό διαστολή της κόρης** και **κατάργηση της προσαρμογής** (δεν διαβάζει καλά τα μικρά γράμματα ξαφνικά) είναι **επείγουσα χειρουργική πάθηση**.



Εικόνα 3

Κεφαλαλγία και οφθαλμίατρος

Κεφαλαλγία συνεχής ή αμέσως μετά την πρωινή έγερση δεν είναι συνήθως οφθαλμολογικής αιτιολογίας. Διαθλαστικό σφάλμα σαν αίτιο κεφαλαλγίας εκδηλώνεται μετά από κάποιες ώρες εργασίας ανάλογα με το μέγεθος του προβλήματος. Συνήθως αφορά υπερμέτρωπες που δεν έχουν αντιληφθεί το διαθλαστικό τους πρόβλημα μιας και εμφανίζεται στην ενήλικη ζωή («φορούσα γυαλιά στο σχολείο αλλά τώρα δεν τα χρειάζομαι»).

Κεφαλαλγία συνοδεύει άτομα πρώτης πρεσβυπικής ηλικίας με παρατεταμένη κοντινή εργασία.

Ανισομετρωπία είναι άλλη αιτία κεφαλαλγίας οφθαλμολογικής αιτιολογίας ή λανθάνων στραβισμός.

Μύωπες με μικρό διαθλαστικό πρόβλημα που αρνούνται ή αγνοούν την αναγκαιότητα της διόρθωσης με γυαλιά.

Μύωπες με υπερδιόρθωση στους φακούς που φέρουν. Χαρακτηριστικά εμφανίζουν κεφαλαλγία-κοπιωπία και πρόωρη εμφάνιση πρεσβυπίας (π.χ. 38 ετών με δυσκολία στην ανάγνωση του ρολογιού του και κεφαλαλγία στην εργασία στο γραφείο).

Κεφαλαλγία ετερόπλευρη-έμετοι-αναγωγές-θολή όραση-διαστολή της κόρης, μη αντιδρώσα ή νωθρώς αντιδρώσα παραπέμπει σε κρίση οξέως γλαυκώματος.

Συνοδευτικές ερωτήσεις που θα διαλευκάνουν το θέμα είναι αν τα παραπάνω συμπτώματα προκύπτουν μετά από παρατεταμένη σκυφτή θέση σώματος και σε σκοτεινό περιβάλλον.

Παράδειγμα

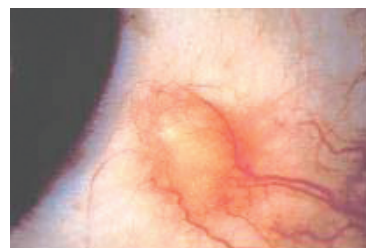
- Πατωματζής που κατά την εργασία του νιώθει κεφαλαλγία και έχει τάση για εμετό ενώ βελτιώνεται όταν σταματά την εργασία του.
- Μουσικός σε νυχτερινό κέντρο με κεφαλαλγία μόνο τις μέρες εργασίας του πάντα ετερόπλευρα με ή χωρίς τάση προς έμετο.



Εικόνα 4

Η κεφαλαλγία σε γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα δεν είναι συνήθως έντονη. Στην πάθηση αυτή προέχει η ευαισθησία του δέρματος του κρανίου, η γναθιαία χωλότητα και η ρευματική πολυμυαλγία.

Ξηροφθαλμία - Κόκκινο μάτι - Λέπτυνση σκληρού - Άλγος στην κίνηση του οφθαλμού παραπέμπει σε πιθανό ρευματολογικό νόσημα και βελτιώνεται με ΜΣΑΦ *per os* παρά με τοπικά σκευάσματα.



Εικόνα 5

Σίγουρα οι παραπάνω περιπτώσεις που γίνονται αντιληπτές με ένα απλό φακό και όχι με σχισμοειδή λυχνία είναι ενδεικτικές αλλά και οι πιο συνηθισμένες της συσχέτισης οφθαλμολογικών συμπτωμάτων με γενικότερες παθολογικές εκδηλώσεις.

Το κείμενο που ακολουθεί είναι απόσπασμα από το βιβλίο του καθηγητή της παθολογίας του νοσοκομείου Pitie-Salpetriere Dr Pierre Godeau, στην κλινική του οποίου είχα την τύχη να κάνω ένα μεγάλο κομμάτι της ειδικότητάς της παθολογίας.

Ο καθηγητής Godeau είναι για τη Γαλλία κάτι αντίστοιχο με το δικό μας καθηγητή Γαρδίκια. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα κυκλοφόρησε το βιβλίο του «Οι κληρονόμοι του Ιπποκράτη» και διακριτικό τίτλο «Αναμνήσεις ενός γιατρού του αιώνα», στο οποίο περιγράφει την εμπειρία του από την άσκηση της ιατρικής στον πόλεμο της Αλγερίας, στην πόλη ως ελευθεροεπαγγελματία ιατρού πριν ασχοληθεί με τη νοσοκομειακή ιατρική και γίνει καθηγητής. Η περιγραφή της ζωής του δεν θυμίζει σε τίποτα την «άσηπτη» καριέρα των σύγχρονων καθηγητών της ιατρικής.

Το κείμενο που ακολουθεί περιγράφει τις εμπειρίες του ως ελευθεροεπαγγελματία ιατρού που αντικαθιστά έναν πιο καθιερωμένο ιατρό στο Παρίσι και κάνει ιατρικές επισκέψεις κατ'οίκον. Αν και το κείμενο αναφέρεται σε γεγονότα του 1958 περιγράφει με γλαφυρό τρόπο αυτή τη μορφή της ιατρικής, τους προβληματισμούς για την άσκησης της και τα συχνά αδιέξοδά της.

Τελείως διαφορετική εμπειρία ήταν η αντικατάσταση του γιατρού Κλουζέλ. Επιδημία γρίπης και απορρυθμισμένων πνευμοπαθειών. Κατά τη διάρκεια του χειμώνα οι ασθενείς συσσωρεύονταν στο χώρο αναμονής και οι κλήσεις για κατ'οίκον επισκέψεις πολλαπλασιάζονταν, αναγκάζοντάς με συχνά για μία επείγουσα κλήση να ανακοινώνω στους ασθενείς του ιατρείου μου ότι θα τους εγκατέλειπα για μισή ώρα. Δείχνανε οριακή κατανόηση αλλά ήταν αδύνατο να σεβαστώ το ωράριο του ιατρείου. Έτρωγα άστατα, ένα ποτήρι κρασί, μια μπριζόλα και έναν καφέ. Καμιά ντουζίνα ασθενείς με περίμεναν και όφειλα να παρατείνω τη λειτουργία του ιατρείου από τις 19.00 έως τις 22.00 το βράδυ.

Σταυροκοπιόμουν για να αποφύγω ότι απευχόμουν, μια απρόσμενη βραδυνή κλήση για κατ'οίκον επίσκεψη.

Έξι η ώρα το πρωί. Κάποιοι κτυπάει το κουδούνι. Αγουροξυπνημένος, ντύνομαι βιαστικά. Ανοίγω σε ένα σοβαρό παλληκαρά τριάντα χρονών, που δεν μοιάζει να υποφέρει:

- Ο γιατρός Κλουζέλ δεν είναι εδώ;
- Όχι, τον αντικαθιστώ. Υπάρχει κάτι το επείγον;
- Όχι, τίποτα. Απλά πηγαίνω να πάρω το πόστο μου στα ταμεία του μετρό και το εκμεταλλεύτηκα να σας φέρω τη συνταγή της γυναίκας μου που χρειάζεται ανανέωση.

Η ασυνειδησία και η αναίδεια αγκαλιά με τον κυνισμό. Ήθελα να είμαι αφοσιωμένος στους ασθενείς μου αλλά όχι και να γίνω ο υπηρέτης του μετρό.

- Θα'λεγα, ότι αν δεν είναι επείγον, θα μπορούσε να περιμένει ως το τέλος της ημέρας. Ξαναπεράστε να με δείτε το βράδυ.
- Πώς; Γιατρέ, είστε εδώ γι' αυτό. Δεν θα κάνω τον κόπο να ξαναπεράσω.
- Υπό αυτές τις συνθήκες σας υποδεικνύω ότι σύμφωνα με τις αρχές του Ιατρικού Συλλόγου, δεν έχουμε το δικαίωμα να ανανεώνουμε μια συνταγή χωρίς να επανεξετάσουμε την ασθενή. Αγνώω την κατάσταση του συζύγου σας, που ποτέ δεν έχω εξετάσει.
- Σύμφωνα, αλλά αυτό δεν θα περάσει έτσι: θα μιλήσω στο γιατρό Κλουζέλ. Έχει συμβόλαιο με τη Μετρό. Οφείλει να το σέβεται.

Ο Κλουζέλ με είχε προειδοποιήσει.

- Θα δείτε αναμφίβολα κάποιους ασθενείς της Μετρό. Δεν θα τους ζητήσετε αμοιβή παρά ένα ποσό συμβολικό γιατί αμείβομαι ως μισθωτός για την παρακολούθησή του και δεν υπάρχει χρηματική αποζημίωση ανά πράξη.
- Γιατί αποδεχθήκατε ένα τέτοιο συμβόλαιο; Οι ασθενείς δεν καταχρώνται αυτού του συμβολαίου για να πολλαπλασιάσουν τις επισκέψεις στο ιατρείο ή στο σπίτι;
- Αυτό είναι αλήθεια για μερικούς αλλά γίνεται σπάνια. Επιπλέον, αυτό μου επιτρέπει να αποκτήσω πελατεία από τους συγγενείς τους που δεν απολαμβάνουν τα ίδια προνόμια και έτσι κάνω λογαριασμό.

Αυτός ο υπολογισμός μου φάνηκε λίγο ποταπός και θεωρούσα ότι η ιατρική πράξη έτσι γινόταν μπανάλ, απαξιωνόταν και υποβαθμιζόταν σε μια απλή παροχή υπηρεσιών, ανεξαρτήτως κάθε οικονομικής θεώρησης. Αρκούσε στον ασθενή να σηκώσει το τηλέφωνό του για να δει τον γιατρό να τρέχει στο σπίτι του ακόμα και χωρίς λόγο. Αποτελεί αληθινή πρόοδο η εγκατάλειψη της πληρωμής της ιατρικής επίσκεψης; Την ώρα που οι οικονομικοί φωστήρες ή όσοι θεωρούνται τέτοιοι – πιστεύουν πως με αυτόν τον τρόπο θα βρουν τη λύση στα προβλήματα των ασφαλιστικών ταμείων, τους προτείνω να διαβάσουν προσεκτικά το παρακάτω ανέκδοτο. Την ίδια μέρα του Δεκεμβρίου του 1958 κατά τις 11 το πρωί, ενώ η αίθουσα αναμονής ήταν πλήρης ασθενών, χτύπησε το τηλέφωνο του ιατρείου.

- Καλημέρα, ο γιατρός Godeau;
- Σας ακούω.
- Μπορείτε να' ρθειτε στην οδό Carnot, Νούμερο 30; Δεν είναι μακριά από το ιατρείο σας.
- Ναι, αλλά έχω να εξετάσω ακόμα καμιά δεκαριά πελάτες μου.
- Είναι επείγον, ο σύζυγός μου έχει μια κρίση άσθματος, που δεν υποχωρεί στη συνήθη αγωγή.
- Σύμφωνοι, έρχομαι.

Το επείγον ήταν εμφανές. Κανείς δεν ξέρει ποτέ πώς θα εξελιχθεί μία κρίση άσθματος. Κάθε χρονιά, πολλοί ασθενείς καταλήγουν γι' αυτό είναι ανάγκη η επέμβαση να γίνει ταχέως. Η κορτιζόνη μόλις είχε αρχίσει να χρησιμοποιείται θεραπευτικά. Δεν κυκλοφορούσε ακόμα στο εμπόριο αλλά είχα προμηθευτεί μερικές αμπούλες από το νοσοκομείο, 50 mg σε αργή ενδοφλέβια έγχυση και μετά μια αμπούλα Carena. Θα έμενα τριάντα λεπτά στο προσκέφαλο του ασθενούς έως ότου η κατάσταση θα βελτιωθεί προοδευτικά.

- Πάει καλύτερα, κύριε Dupont, αλλά δεν τελείωσε. Έχετε μια κρίση άσθματος – δεν είναι μια οιαδήποτε απλή κρίση. Πρέπει να νοσηλευτείτε για να έχετε καλύτερη παρακολούθηση, οξυγονοθεραπεία, ορό, κ.λπ. θα τηλεφωνήσω στην κλινική μου. Ξέρω ότι υπάρχει ένα διαθέσιμο κρεβάτι. Σας στέλνω ένα ασθενοφόρο και σας συνδέω με τον επιμελητή που θα σας φροντίσει εκεί.
- Άσκοπο, γιατρέ, δεν θέλω να νοσηλευτώ! Προτιμώ να νοσηλευτώ στο σπίτι μου.
- Κύριε Dupont, σοβαρευτείτε, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή σας και δεν μπορώ να αναλάβω την ευθύνη να μείνετε εδώ χωρίς συνεχή ιατρική παρακολούθηση.

- Όχι, γιατρέ δεν θα με πείσετε! Αναλαμβάνω την ευθύνη.
- Κύριε Dupont, τα λόγια σας δεν έχουν καμία ισχύ, αλλά το πρόβλημα δεν είναι εκεί, πρέπει να σας παράσχουμε την καλύτερη θεραπεία που σίγουρα δεν θα την έχετε στο σπίτι σας.

Διάλογος κουφών. Αναγκάστηκα να αποδεχθώ τη νοσηλεία στο σπίτι υποσχόμενος να επανέρχομαι συστηματικά στο τέλος των ιατρικών μου επισκέψεων. Συνέταξα μια συνταγή και ένα έγγραφο για την ιατρική μου αμοιβή, χωρίς να προσθέσω σε αυτήν την αξία των φαρμάκων που χρησιμοποίησα.

- Ευχαριστώ, γιατρέ, μας δεν χρειάζεται να εκδόσεις απόδειξη παροχής υπηρεσιών. Για μένα είναι δωρεάν. Είμαι ασφαλισμένος στη Μετρό...

Δυστυχώς, η πρόγνυσή μου επιβεβαιώθηκε. Η ασθματική κρίση δεν υποχώρησε. Έξι ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι του την ίδια μέρα. Ποτέ στο παρελθόν μια ντίβα δεν είχε τόσο μεγάλη επιτυχία! Στην έβδομη επίσκεψη, αμφέβαλλα για την τακτική που έπρεπε να ακολουθήσω: να τον πετάξω από το παράθυρο του δωματίου του ή να καλέσω την Αστυνομία να τον οδηγήσει με τη βία στο νοσοκομείο; Ευτυχώς, συμφώνησε να αποδεχθεί τη νοσηλεία στο νοσοκομείο και τον οδήγησα ο ίδιος στο νοσοκομείο με το αυτοκίνητό μου από φόβο μήπως αλλάξει πριν την άφιξη του ασθενοφόρου. Ήταν 11 το βράδυ. Εδώ και 12 ώρες είχα περάσει την μέρα μου σε πηγαίνελα μεταξύ του ιατρείου του γιατρού Κλουζέλ όπου οι ασθενείς βιάζονταν και της οικίας του κυρίου Dupont, που είχε δωρεάν παροχή ιατρικών υπηρεσιών και αρνείτο συστηματικά κάθε λογική λύση. Ήλπιζα τουλάχιστον να εκτιμηθεί η προσφορά μου όταν εγκατέλειψε το νοσοκομείο λίγες μέρες αργότερα, το συμπέρασμα του κυρίου Dupont ήταν υποδειγματικό:

- Ευχαριστώ γιατρέ. Δεν είχα άσχημη νοσηλεία επειδή θεραπεύθηκα αλλά δεν είμαι σίγουρος αν έπρεπε να αποδεχθώ αυτή τη νοσηλεία. Δεν θα αποζημιωθώ πλήρως για τη νοσηλεία. Δεν βρήκα αυτά που μου υποσχέθηκε το ταμείο μου. Θα πρέπει να το δω με το συνδικάτο μου αν υπάρχει γιατρός καλύτερος από τον γιατρό Κλουζέλ γιατί αν με είχε θεραπεύσει καλύτερα θα είχα αποφύγει την ασθματική κρίση. Εσάς δεν έχω τίποτε να σας προσάψω, κάνετε το καλύτερο και ήσασταν αφοσιωμένος.

Τα σχόλιά του μου φάνηκαν απίστευτα ασαφή.

Ασθενής 53 ετών εξετάσθηκε στο σπίτι του από εφημερεύοντα γιατρό για επεισόδια αιμωδιών του δεξιού άνω άκρου και του δεξιού ημιθωρακίου διάρκειας μισής ώρας καθώς και επεισόδια περιοδικού θάμβους όρασης αριστερού οφθαλμού παρόμοιας διάρκειας. Από το ιστορικό του αναφέρεται ασταθής αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης υπό αγωγή με Glucophage. Ο ασθενής είχε υποβληθεί προ εξαμήνου σε πλήρη καρδιολογικό έλεγχο (ΗΚΓγραφική δοκιμασία κοπώσεως, σπινθηρογράφημα με θάλλιο, stress echo καρδιάς) για προκάρδια ενοχλήματα, τα οποία αποδόθηκαν σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Στην κλινική εξέταση: Α.Π 150/70 mmHg, αμφίβολο σημείο Babinski δεξιά. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ιδιωτική κλινική με τη διάγνωση επανεμφανιζόμενα (crescendo) παροδικά ισχαιμικά επεισόδια.

Κατά την εισαγωγή του υπεβλήθη αμέσως σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία ήταν αρνητική για παλαιό ή πρόσφατο ισχαιμικό έμφρακτο. Ακολούθησε έναρξη αγωγής με **Salospir 325 mg ημερησίως**. Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν αιματοκρίτης 39%, λευκά αιμοσφαίρια 15800/mm³, σάκχαρο αίματος 245 mg/dl, χοληστερόλη 273 mg/dl, τριγλυκερίδια 551 mg/dl ενώ το ΗΚΓγράφημα ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

Τη δεύτερη μέρα της νοσηλείας το **triplex των καρωτίδων** έδειξε στένωση της αριστεράς έσω καρωτίδας 90-95% στο ύψος της εκφύσεως της και στένωση 50-55% της δεξιάς έσω καρωτίδας. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με την τεχνική diffusion (Εικόνα 6) έδειξε πολλαπλές παθολογικές εστίες διαμέτρου ~5 χιλιοστών συμβατές με οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο στην περιοχή κατανομής της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας καθώς και μίας στον αριστερό ινιακό λοβό. Στη μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου βρέθηκε ελλιπής σκιαγράφιση της αριστεράς έσω καρωτίδας και της σύστοιχης μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (Εικόνα 7).

Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε επεισόδιο δυσαρθρίας και πτώσης της γωνίας του στόματος διάρκειας 30 λεπτών. Ακολούθησε έναρξη αγωγής με Clexane 60 mg δις ημερησίως υποδοριώς. Η ψηφιακή αγγειογραφία των αγγείων του τραχήλου

(Εικόνα 8) έδειξε την παρουσία υφολικής απόφραξης της αριστεράς έσω καρωτίδας στην έκφυσή της με εξέλκωση.

Ο ασθενής παραπέμφθηκε στην Αγγειοχειρουργική κλινική και υποβλήθηκε σε ενδαρτηρεκτομή αριστεράς καρωτίδας μετά από διήμερο. Μετεγχειρητικά εμφάνισε υπαισθησία αριστερού άνω άκρου και πτώση γωνίας του στόματος διάρκειας μιας εβδομάδας. Εξήλθε της κλινικής σε καλή κατάσταση.

Έξη μήνες αργότερα, λόγω της επιμονής των προκαρδιών ενοχλημάτων υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία, που έδειξε στένωση 70% της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, η οποία αντιμετωπίσθηκε με αγγειοπλαστική.

Το **παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο** (Π.Ι.Ε) ορίζεται κλασικά ως οξύ νευρολογικό έλλειμμα διάρκειας μικρότερης των 24 ωρών, το οποίο προκαλείται από εστιακή εγκεφαλική ή οφθαλμική ισχαιμία. Τα πλείστα των Π.Ι.Ε διαρκούν λιγότερο από 30 λεπτά, αλλά η περίοδος των 24 ωρών είχε επιλεγεί με consensus τη δεκαετία του 1970 στην προσπάθεια να ξεχωρίσουν οι ασθενείς με παροδική νευρολογική βλάβη από εκείνους με μόνιμη. Από το 2002 ένας νέος ορισμός του Π.Ι.Ε έχει προταθεί από το Transient Ischemic Attack Working Group ως σύντομο επεισόδιο νευρολογικού ελλείμματος, προκαλούμενο από εστιακή εγκεφαλική ισχαιμία, με συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο της μίας ώρας και χωρίς ένδειξη οξέος εμφράκτου.

Με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου και κυρίως την τεχνική diffusion είναι γνωστό ότι σε πλέον των 50% των Π.Ι.Ε ανευρίσκονται ακτινολογικά ευρήματα συμβατά με έμφρακτο και συνακόλουθα ο νέος ορισμός των Π.Ι.Ε βασίζεται στην ανεύρεση η όχι εμφράκτου στη MRI και λιγότερο στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν λοιπόν παροδικά επεισόδια λόγω παροδικής ισχαιμίας και κάποιοι παροδικά νευρολογικά συμπτώματα με μόνιμη νευρολογική βλάβη (Α.Ε.Ε.).

Ο ασθενής μας είναι σαφές ότι με το παλαιό ορισμό των Π.Ι.Ε. είχε τυπικά παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, αλλά σύμφωνα με το νεότερο ορισμό επαναλαμβανόμενα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με παροδικά νευρολογικά συμπτώματα.

Σήμερα υπολογίζεται ότι 4% έως 8% των ασθενών με παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο θα εμφανίσουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε) εντός ενός μηνός χωρίς θεραπεία και 24% έως 29% εντός 5 ετών. Ασθενείς που

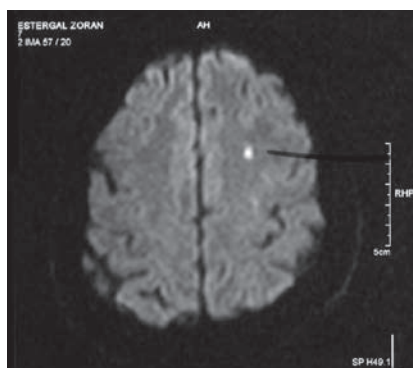
έχουν αυξημένο κίνδυνο για Α.Ε.Ε. μετά από Π.Ι.Ε. είναι όσοι είναι άνω των 60 ετών, πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή αρτηριακή υπέρταση, η διάρκεια του Π.Ι.Ε. είναι άνω των 10 λεπτών και εμφανίζουν ετερόπλευρη αδυναμία ή δυσαρθρία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Ασθενείς που χρήζουν άμεσης νοσηλείας και θεραπείας είναι όσοι ασθενείς εμφανίζουν Π.Ι.Ε. παρά τη λήψη ασπιρίνης, σε υποψία καρδιοεμβολικής νόσου και στην περίπτωση επανεμφανιζόμενων ή επιταχυνόμενων (crescendo) Π.Ι.Ε.

Τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια είναι σε σχέση με τα Α.Ε.Ε. ότι η στηθάγχη για το έμφραγμα και η θρομβο-

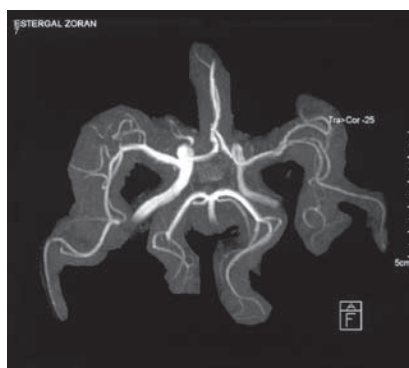
φλεβίτιδα για την πνευμονική εμβολή. Παράλληλα, η παθοφυσιολογία της αθηρωμάτωσης των καρωτίδων δεν διαφέρει αυτής των στεφανιαίων. Αν ο ασθενής μας είχε υποβληθεί σε υπερηχογράφημα των καρωτίδων προ εξαμήνου τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια πιθανώς θα είχαν προληφθεί και η πιθανότητα της στεφανιαίας νόσου θα είχε διερευνηθεί με στεφανιογραφία.

Βιβλιογραφία

1. Johnston SC. Clinical practice. Transient ischemic attack. N Engl J Med, 2002;347:1687-1692.
2. Shah KH, Edlow JA. Transient ischemic attack: Review for the emergency physician. Ann Emerg Med 2004;43:592-604.



Εικόνα 6



Εικόνα 7



Εικόνα 8

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟ QUIZ

Δρ Ηλίας Καραμπίνος, Καρδιολόγος «Ευρωκλινική Αθηνών»

Περιστατικό

Ασθενής 77 ετών, υπέρτασικός, με σακχαρώδη διαβήτη, με ιστορικό προσθετικής μεταλλικής βαλβίδας στη θέση της αορτής και χρόνια κολπική μαρμαρυγή ήταν σε αγωγή με δακτυλίτιδα (Digoxin) 0,25 mg/ημέρα, αμιωδαρόνη (Angoron) 200 mg/ημέρα, φουροσεμίδα (Lasix) 80 mg/ημέρα, σπειρονολακτόνη (Aldactone) 125 mg/ημέρα και βαρφαρίνη ώστε INR=2,5-3. Είναι επίσης γνωστή ήπια νεφρική ανεπάρκεια με κρεατινίνη 1,5 mg/dl. Είναι ασυμπτωματικός και υποβάλλεται σε προληπτική κλινική εξέταση ρουτίνας.

Από την ψηλάφηση του σφυγμού διαπιστώνεται ρυθμικός σφυγμός με συχνότητα 50/λεπτό. Η ακρόαση της καρδιάς αναδεικνύει σαφείς και ρυθμικούς καρδιακούς τόνους, φυσιολογικό ήχο σύγκλεισης της μεταλλικής αορτικής βαλβίδας και ήπιο συστολικό φύσημα βάσης 1-2/6. ΑΠ=130/80 mmHg.

Ο καρδιολόγος ανησυχεί και κάνει ΗΚΓ, το οποίο παρατίθεται παρακάτω στην Εικόνα. Μετά από αυτό συστήνει στον ασθενή να προσφύγει στο Νοσοκομείο.

Γιατί;

Απάντηση

Αυτό το οποίο κάνει εντύπωση στον καρδιολόγο είναι η ρυθμικότητα του σφυγμού του ασθενούς. Ο ασθενής έχει χρόνια κολπική μαρμαρυγή και συνεπώς «οφείλει» να είναι άρρυθμος. Η ρυθμικότητα του σφυγμού σε ασθενή με χρόνια κολπική μαρμαρυγή παραπέμπει είτε σε ανάταξη σε φλεβόκομβο, πράγμα σπανιότατο μετά από χρόνια μαρμαρυγής, είτε σε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Στην τελευταία περίπτωση τα χαώδη κολπικά ερεθίσματα αποκόπτονται πλήρως και δεν κατεβαίνουν στις κοιλίες δια του κολποκοιλιακού κόμβου, ούτως ώστε τη βηματοδότηση της καρδιάς αναλαμβάνουν κατώτερα κέντρα (ομάδες βηματοδοτικών κυττάρων) είτε από τον κόμβο (οπότε το QRS είναι στενό), είτε από το δεμάτιο ή τα σκέλη του His (οπότε το QRS είναι ευρύ). Ο πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός είναι πάντα μια επείγουσα κατάσταση με κυμαινόμενη βαρύτητα, η οποία εξαρτάται από την κοιλιακή συχνότητα και το εύρος του QRS. Η κοιλιακή συχνότητα κάτω από 40/λεπτό και το QRS >120 msec αποτελούν σημεία βαρύτητας.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση η συχνότητα είναι περίπου 50/λεπτό και το QRS είναι εξαιρετικά ευρύ. Όμως, για ποιο λόγο ο ασθενής αυτός με χρόνια κολπική μαρμαρυγή έκανε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό; Μια εύλογη αιτία είναι τα λαμβανόμενα φάρμακα. Τόσο η δακτυλίτιδα όσο και η αμιωδαρόνη έχουν επίδραση στον κόμβο και θα μπορούσαν να εμπλέκονται στην περίπτωση αυτή. Συνήθως όμως, επί τοξικού δακτυλιδισμού συνυπάρχουν κλινικά συμπτώματα, όπως ναυτία, κοιλιακά άλγη, διάρροιες, έμετοι, κ.λπ. Ο ασθενής όμως είναι τελείως ασυμπτωματικός.

Στο ΗΚΓ είναι χαρακτηριστικά τα σκηνοειδή T επάρματα, τα οποία είναι χαρακτηριστικά στην οξεία ισχαιμία, στην οξέωση και στην υπερκαλιαιμία. Λόγω της ήπιας νεφρικής ανεπάρκειας του ασθενούς και της λαμβανομένης υψηλής δόσης σπειρονολακτόνης (125 mg/ημέρα), ο καρδιολόγος πολύ ορθά σκέφθηκε την υπερκαλιαιμία ως αίτιο του πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Φυσικά, αλλά αίτια του πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού αποτελούν η υπερκαλιαιμία και η ισχαιμία.

Ο ασθενής προσέφυγε σε Νοσοκομείο, όπου διαπιστώθηκε κάλιο όρου 6,9 mEq/L (ΦΤ<5,5 mEq/L), ενώ τα μυοκαρδιακά ένζυμα ήταν αρνητικά και τα επίπεδα δακτυλίτιδας φυσιολογικά. Έγινε διακοπή της σπειρονολακτόνης, χορήγηση υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης με ινσουλίνη, φουροσεμίδης, διττανθρακικών, ασβεστίου και ρητινών από το στόμα και το κάλιο έπεσε και η... χρόνια κολπική μαρμαρυγή επανήλθε.

Συμπεράσματα

1. Προσοχή σε χρόνια κολπική μαρμαρυγή ο σφυγμός πρέπει να είναι πάντα άρρυθμος, όπως και τα QRS του ΗΚΓ. Ρυθμικότητα αυτού σημαίνει συνήθως πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.
2. Προσοχή στη σπειρονολακτόνη σε ηλικιωμένους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.



Εικόνα 4

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

Lee CC, Chen SC, Kuo TC, Chen IC, Chou WK

National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

Αντικείμενο της μελέτης: Ο σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμηθεί η διαγνωστική αξία της Προκαλσιτονίνης (PCT) σε ασθενείς με υποψία σκωληκοειδίτιδας.

Μέθοδοι: Μια προοπτική παρατηρησιακή μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τμήμα επειγόντων του πανεπιστημιακού νοσοκομείου μεταξύ του Ιουλίου 2006 και Ιουλίου 2007. Στη μελέτη συμμετείχαν ενήλικες και παιδιά που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων με κλινική υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας. Σε όλους τους ασθενείς έγινε υπολογισμός της κλίμακας Alvarado, μέτρηση PCT και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP). Τα αποτελέσματα των τριών παραμέτρων αναλύθηκαν σε σχέση με την τελική διάγνωση όπως αυτή προέκυψε από τα ευρήματα των ιστοπαθολογικών εξετάσεων ή των επιβεβαιωτικών απεικονιστικών ελέγχων με αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα.

Αποτελέσματα: Από τους 214 ασθενείς της μελέτης, οι 113 είχαν επιβεβαιωμένη τελική διάγνωση σκωληκοειδίτιδας και από αυτούς στους 58 είχε ραγεί. Στην ανάλυση της καμπύλης ROC (Receiving Operating Characteristic), η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) στην περίπτωση της σκωληκοειδίτιδας ήταν για την κλίμακα Alvarado 0,7, για την PCT 0,683 και για την CRP 0,564. Συνολικά η κλίμακα Alvarado είχε τη μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα μεταξύ των τριών υπό έλεγχο δεικτών. Τα επίπεδα της προκαλσιτονίνης ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με ραγείσα σκωληκοειδίτιδα σε σχέση με αυτούς που έπασχαν από σκωληκοειδίτιδα που όμως δεν είχε ραγεί. Τιμή PCT >0,5 ng/dl ήταν ενδεικτική σκωληκοειδίτιδας με 27% ευαισθησία και 99% ειδικότητα και ενδεικτική ρήξης της σκωληκοειδούς με 28% ευαισθησία και 87% ειδικότητα. Τιμή CRP >50 mg/l και λευκών >8000/mm³ ήταν χρήσιμοι δείκτες ρήξης της σκωληκοειδούς. Το κατώφλι της προκαλσιτονίνης σε περίπτωση εντοπισμένης φλεγμονής πιθανόν να είναι χαμηλότερο από αυτό που έχει προταθεί για

τις συστηματικές λοιμώξεις. Ο προσδιορισμός των επιπέδων προκαλσιτονίνης μπορεί να είναι χρήσιμος για την εκτίμηση της βαρύτητας σε ασθενείς του τμήματος επειγόντων με υποψία σκωληκοειδίτιδας.

Συμπέρασμα: Η μέτρηση της PCT φαίνεται πως αποτελεί καλύτερο εργαλείο από την CRP για τη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας ή της ρήξης.

ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΞΟΝΙΚΕΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Southisombath K, Hendrickson M, Fox C, Ghebrendrias Y

St. Agnes Medical Center, Fresno, CA

Αντικείμενο της μελέτης: Η αξονική τομογραφία (CT) είναι ένα σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο κατά την εκτίμηση ηλικιωμένων ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος στο τμήμα επειγόντων. Αυτό το εργαλείο έχει την ικανότητα να βελτιώνει σημαντικά τις κλινικές αποφάσεις και την έκβαση των ασθενών. Ωστόσο, η εξέταση προσθέτει σημαντικό κόστος, έκθεση σε ακτινοβολία και χρόνο διερεύνησης σε αυτούς τους ασθενείς. Σε αυτή τη μελέτη προσπαθούμε να διασαφηνίσουμε τους κλινικούς παράγοντες που συσχετίζονται ισχυρά με παθολογικά ευρήματα στην αξονική τομογραφία. Με αυτό τον τρόπο ευελπιστούμε ότι θα μπορέσουμε να διατυπώσουμε μια υπόθεση εργασίας για την πραγματοποίηση μιας προοπτικής μελέτης όπου ένας κλινικός κανόνας θα δοκιμαζόταν με σκοπό την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για την επιλεκτική χρήση της CT σε ηλικιωμένους ασθενείς με κοιλιακό άλγος.

Μέθοδοι: Μια αναδρομική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 733 διαδοχικούς ασθενείς που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων ενός περιφερειακού ιατρικού κέντρου της κεντρικής Καλιφόρνιας από τον Ιανουάριο έως τον Δεκέμβριο 2006 με τα ακόλουθα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών: ηλικία >64 έτη, προέχον σύμπτωμα κοιλιακό άλγος. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν και μελετήθηκαν ήταν: συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, αρχικά ζωτικά σημεία, εντόπιση του πόνου, ευρήματα της φυσικής εξέτασης και ευρήματα της

αξονικής τομογραφίας. Στη συνέχεια έγινε παλινδρομη ανάλυση (regression analysis) με το πρόγραμμα Stata 7.0 για να προσδιοριστούν οι κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται ισχυρά με την πιθανότητα για παθολογική CT.

Αποτελέσματα: Σε CT υποβλήθηκαν οι 425 από τους 733 ασθενείς (58%). Από αυτούς οι 132 (31%) είχαν παθολογική CT (σύμφωνα με τη γνωμάτευση του ακτινοδιαγνώστη). Από αυτούς τους 132, το 46% ($p=0,000$) είχαν ταχυκαρδία και το 42% ($p=0,001$) ταχύπνοια, ενώ το 44% ($p=0,001$) παραπονιούνταν για πόνο στην κάτω κοιλιά και το 30% ($p=0,010$) παραπονιούνταν για πόνο στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς. Από αυτούς τους ασθενείς το 52% ($p=0,000$) εμφάνιζαν κοιλιακή διάταση, το 34% ($p=0,010$) εμφάνιζαν τοπική ευαισθησία, το 37% ($p=0,020$) εμφάνιζαν διάχυτη ευαισθησία στην κοιλιά. Όταν εξετάστηκε η ικανότητα κάθε παράγοντα (από αυτούς που μελετήθηκαν) να προβλέπει τη μη φυσιολογική CT η ταχυκαρδία ήταν κατά 2,1 φορές πιθανότερο ($p=0,001$) να συνυπάρχει με παθολογική CT. Η ταχύπνοια 1,8 φορές πιθανότερο ($p=0,003$), το άλγος στην κάτω κοιλιά 2,1 φορές ($p=0,000$), η κοιλιακή διάταση 2,6 φορές ($p=0,000$) ενώ η τοπική και η διάχυτη ευαισθησία υπήρχαν αντίστοιχα 1,4 ($p=0,027$) και 1,5 ($p=0,041$) φορές συχνότερα σε ασθενείς με παθολογικές CT σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν κοιλιακή ευαισθησία.

Συμπέρασμα: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που προσέρχονται με προέχουσα αιτίαση άλγος στην κάτω κοιλιά ή στο άνω δεξιό τεταρτημόριο ή αυτοί που εμφανίζουν ταχυκαρδία, ταχύπνοια, κοιλιακή διάταση, τοπική ή διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία είναι περισσότερο πιθανό να έχουν παθολογική αξονική τομογραφία. Πιστεύουμε ότι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να πρέπει να μελετηθούν προοπτικά ώστε να εκτιμηθεί η πραγματική προγνωστική αξία τους και να διατυπωθεί ένας σχετικός κλινικός κανόνας λήψης αποφάσεων. Αυτός ο κανόνας μπορεί να καθοδηγήσει τους κλινικούς γιατρούς προς την κατεύθυνση της πιο επιλεκτικής και βασισμένης σε ενδείξεις παραγγελίας αξονικών τομογραφιών στους ηλικιωμένους ασθενείς με οξύ κοιλιακό πόνο.

ΥΠΟΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ: ΕΝΑΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ

*Vorwerk C, Florence L, Gray L, Goss C, Fudge T, Coats TJ
Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK; Derbyshire Royal Infirmary, Derby, UK*

Υπόβαθρο: Η πρώιμη κλινική αξιολόγηση των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων είναι το κλει-

δί για την πρόβλεψη της πιθανής αρνητικής έκβασης. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την κλινική αξιολόγηση θα πρέπει να είναι απλά και εύχρηστα. Η κλασική μη επεμβατική μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης είναι γρήγορη, εύκολη και αποτελεί τμήμα της συνήθους εκτίμησης των ασθενών του τμήματος επειγόντων. Είναι αναγνωρισμένο ότι η παρατεταμένη υπόταση είναι ενδεικτική σημαντικής διαταραχής των φυσιολογικών μηχανισμών και συσχετίζεται με υψηλή θνητότητα σε τραυματιολογικούς και μη-τραυματιολογικούς ασθενείς. Πολύ λίγα είναι γνωστά σχετικά με τη χρησιμότητα μιας απλής μέτρησης της ΑΠ κατά την άφιξη στο τμήμα επειγόντων με σκοπό την πρόβλεψη της έκβασης σε μη επιλεγμένους ασθενείς.

Αντικείμενο της μελέτης: Να καθοριστεί η συσχέτιση μεταξύ της υπότασης κατά την άφιξη στο τμήμα επειγόντων και την ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε διάστημα 28 ημερών σε μη επιλεγμένους ενήλικες ασθενείς.

Μέθοδοι: Προοπτική **cohort** μελέτη όλων των ασθενών του τμήματος επειγόντων (ηλικίας >16 ετών) που προσήλθαν σε ένα μεγάλο Πανεπιστημιακό βρετανικό τμήμα επειγόντων (138000 επισκέψεις ετησίως) μεταξύ 1^{ης} Μαρτίου και 23^{ης} Απριλίου 2007 και χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Κάθε πρωί εντοπίζονταν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν από το τμήμα επειγόντων τις προηγούμενες 24 ώρες. Οι «εκτεθειμένοι» ασθενείς είχαν συστολική αρτηριακή πίεση <100 mmHg κατά την άφιξή τους και οι «μη εκτεθειμένοι» είχαν συστολική αρτηριακή πίεση ≥100 mmHg. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν επί 28 ημέρες. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση περιγραφικών μεθόδων, λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression) και ανάλυση Kaplan-Meier.

Αποτελέσματα: Συνολικά 4.318 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη, από τους οποίους 89,1% ήταν μη-τραυματιολογικοί. Υπήρξαν συνολικά 181 θάνατοι (90,6% μη τραυματιολογικοί ασθενείς). 287 ασθενείς εντάχθηκαν στην ομάδα των «εκτεθειμένων» (6,6%). Οι «εκτεθειμένοι» ήταν πιθανότερο να καταλήξουν κατά τη νοσηλεία τους σε σχέση με τους «μη εκτεθειμένους» (19,9% vs. 3,1%, $p<0,0001$). Η λογιστική παλινδρόμηση έδειξε ότι η υπόταση κατά την άφιξη στο τμήμα επειγόντων είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε μη επιλεγμένους ενήλικες ασθενείς (odds ratio 7,8; 95% CI 5,6-11,0). Η ανάλυση Kaplan-Meier έδειξε αυξημένη θνητότητα στην ομάδα των «εκτεθειμένων» (log rank test $\chi^2=205,7$; $p<0,0001$).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η υπόταση κατά την άφιξη στο τμήμα επειγόντων αποτελεί

έναν ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα πρόβλεψης της ενδονοσοκομειακής θνητότητας σε διάστημα 28 ημερών σε μη επιλεγμένους ενήλικες ασθενείς και παραμένει δείκτης κακής έκβασης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

ΠΕΤΕΧΕΙΩΔΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ

Melville NC, Broomfield DJ, Beattie TF

Edinburgh Royal Infirmary, Edinburgh UK; Royal Hospital for Sick Children, Edinburgh UK

Αντικείμενο της μελέτης: Να εκτιμηθεί η τρέχουσα πρακτική για την εκτίμηση και την αντιμετώπιση των πετεχειωδών εξανθημάτων σε ένα Παιδιατρικό τμήμα επειγόντων.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των φακέλων όλων των παιδιών που προσήλθαν με πετεχειώδες εξάνθημα στο τμήμα επειγόντων του Royal Hospital for Sick Children της πόλης του Edinburgh (Πληθυσμός <13 ετών ~120000 νέες προσελεύσεις/έτος 32500) σε διάστημα τεσσάρων μηνών, από την 3/1/07 έως την 9/5/07. Στη βάση δεδομένων του νοσοκομείου βρέθηκαν συνολικά 72 παιδιά τα οποία παρακολουθήθηκαν έχοντας εμφανίσει πετεχειώδες εξάνθημα την περίοδο της μελέτης. 4 παιδιά εξαιρέθηκαν λόγω ανεπαρκών στοιχείων στους φακέλους και έμειναν στη μελέτη 68 παιδιά.

Αποτελέσματα: Από τους 68 ασθενείς, 51 (75%) περιγράφονταν σε όχι καλή γενική κατάσταση με πρόδρομα συμπτώματα, 15 από αυτούς (22%) είχαν πυρετό ($\theta > 38^{\circ}\text{C}$), 33 (48%) ήταν απύρετοι και σε 3 δεν είχαν διατυπωθεί παρατηρήσεις σχετικά με την κατάστασή τους. Από τους 15 εμπύρετους ασθενείς μόνο σε 12/15 είχαν γίνει αιματολογικές εξετάσεις, 3/15 ήταν ύποπτοι για μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο, ωστόσο, μόνο ένας ασθενής τελικώς βρέθηκε με μικροβιολογικά επιβεβαιωμένη ύπαρξη μηνιγγιτιδόκοκκου (1,5%). 7/15 έλαβαν ενδοφλέβια αντιβιοτικά. Στην ομάδα των απύρετων ασθενών (33 ασθενείς) έγιναν αιματολογικές εξετάσεις σε 27/33. Κανένας δεν έλαβε αντιβιοτικά. Από αυτούς που δεν είχαν πρόδρομα συμπτώματα (17 ασθενείς), 15/17 υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο. Εντοπίστηκαν 2 περιπτώσεις ITP που και οι δύο προσήλθαν με πορφύρα και εκχυμώσεις και 5 περιπτώσεις HSP όλες με χαρακτηριστική κατανομή του εξανθήματος ή/και αρθραλγίες. Καμία περίπτωση αιματολογικού κακοήθους νοσήματος δεν ανιχνεύθηκε.

Συμπέρασμα: Η βακτηριακή σήψη είναι ένα σπάνιο αίτιο πετεχειώδους εξανθήματος. Η διαχείριση παιδιατρικών ασθενών με πετεχειώδη εξανθήματα υπόκειται σε πολλές διαφοροποιήσεις. Πρέπει να προταθεί ένας διαγνωστικός αλγόριθμος για τη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ

Πέππας Γεώργιος, Χειρουργός

Οι πλέον πρόσφατες οδηγίες από την Αμερικανική Εταιρεία Χειρουργών Παχέως Εντέρου και Ορθού είναι σύμφωνες με την προσέγγιση των περισσότερων γαστρεντερολόγων.

Η Αμερικανική Εταιρεία Χειρουργών Παχέως Εντέρου και Ορθού δημιούργησε νέες οδηγίες για την εκτίμηση και αντιμετώπιση της εκκολπωματίτιδας. Οι πιο κάτω υποδείξεις έχουν ενδιαφέρον για τους γαστρεντερολόγους:

- Μετά την υποχώρηση ενός αρχικού επεισοδίου οξείας εκκολπωματίτιδας, το παχύ έντερο πρέπει να απεικονισθεί με κολονοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμό.
- Η απόφαση για σύσταση επιλεκτικής κολεκτομής του σιγμοειδούς μετά την ανάρρωση από οξεία εκκολπωματίτιδα πρέπει να λαμβάνεται κατά περίπτωση. Η απόφαση θα πρέπει να επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των επεισοδίων και την επιμονή των συμπτωμάτων μετά από ένα οξύ επεισόδιο. Μετά από ένα επεισόδιο, περίπου το ένα τρίτο των ασθενών θα υποστεί ένα δεύτερο επεισόδιο και από αυτούς το ένα τρίτο θα υποστεί

ακόμα ένα επεισόδιο (9% επί του αρχικού αριθμού). Οι περισσότεροι ασθενείς με επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα εμφανίζονται έτσι στο πρώτο επεισόδιο.

- Επιλεκτική κολεκτομή συνιστάται όταν ένα επεισόδιο επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας αντιμετωπίζεται συντηρητικά, περιλαμβανομένης και της παροχέτευσης υπό ακτινολογικό έλεγχο.
- Λαπαροσκοπική κολεκτομή ενδείκνυται σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Σχόλιο: Σύμφωνα με την εμπειρία μου η εκκολπωματίτις μπορεί συχνά να αντιμετωπίζεται πιο συντηρητικά απ' ό,τι αναφέρεται στις χειρουργικές οδηγίες. Πάντως, αυτές οι νέες οδηγίες είναι πολύ ευαισθητοποιημένες και σύμφωνες με την προσέγγιση των περισσότερων γαστρεντερολόγων. Συγκεκριμένα, η απόφαση να χειρουργηθεί επιλεκτικά ένας ασθενής με υποτροπιάζοντα επεισόδια δεν βασίζεται στον αριθμό των επεισοδίων, αλλά στην συχνότητα και σοβαρότητα των επεισοδίων.

Douglas K. Rex, MD

Δημοσιεύθηκε στο Journal Watch Gastroenterology 18 Αυγούστου 2006.

ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Διαγνωστική Προσπέλαση

Γιώργος Κολιός, Καρδιολόγος

Οι ασθενείς με συγκοπή αποτελούν το 2% των επισκέψεων στα τμήματα έκτακτων περιστατικών. Η ετήσια επίπτωση συγκοπτικών επεισοδίων στα ηλικιωμένα άτομα είναι 6%, ενώ τα νεαρά άτομα αναφέρουν συγκοπτικά επεισόδια σε ποσοστό έως και 40%.

Συγκοπή ορίζεται η αιφνίδια παροδική απώλεια της συνείδησης και του ορθοστατικού τόνου, με αυτόματη ανάνηψη. Η απώλεια συνείδησης οφείλεται σε μείωση της ροής αίματος στο δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφάλου, που βρίσκεται στο στέλεχος του εγκεφάλου.

Οι καρδιαγγειακές αιτίες της συγκοπής είναι:

- Καρδιακά αίτια
 - Στένωση αορτής
 - Διαχωρισμός αορτής
 - Κολπικό μύξωμα
 - Καρδιακός επιπωματισμός
 - Υπερτροφική αποφρακτική καρδιοπάθεια
 - Στένωση μιτροειδούς
 - Ισχαιμία και έμφραγμα μυοκαρδίου
 - Πνευμονική εμβολή
 - Πνευμονική υπέρταση
 - Αρρυθμίες
 - Βραδυαρρυθμίες
 - Δυσλειτουργία φλεβοκόμβου
 - Κολποκοιλιακός αποκλεισμός
 - Ταχυαρρυθμίες
 - Κοιλιακές αρρυθμίες
- Αγγειακά αίτια
 - Σύνδρομο υποκλοπής υποκλειδίου
 - Ορθοστατική υπόταση (ιδιοπαθής, οφειλόμενη σε υποογκαιμία – φάρμακα – ανεπάρκεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος)
 - Υπερευαισθησία καρωτιδικού κόλπου
 - Γλωσσοφαρυγγική συγκοπή
 - Περιστασιακή συγκοπή (λόγω βήχα, κατάποσης, διούρησης)
 - Αγγειοπαρασυμπαθητική συγκοπή (οφείλεται σε υπόταση με ή χωρίς βραδυκαρδία και συνήθη αίτια εκδήλωσης είναι η θέα αίματος, έντονο άλγος, ζεστό περιβάλλον, στρεσογόνοι καταστάσεις)

Διαγνωστικές εξετάσεις

Το ιστορικό και η κλινική εξέταση είναι οι πιο σημαντικές παράμετροι της αξιολόγησης ενός ασθενούς με

συγκοπή. Η συγκοπή σε όρθια θέση θα μας οδηγήσει στη διάγνωση της ορθοστατικής υπότασης, η μετά από έντονο άλγος, δυσάρεστο θέαμα, προς αγγειοπαρασυμπαθητικής αιτιολογίας συγκοπή.

Η συγκοπή μετά από αλλαγή θέσης στη διάγνωση του κολπικού μυξώματος, η μετά από άσκηση συγκοπή στη διάγνωση οργανικής καρδιοπάθειας (στένωση αορτής, στένωση μιτροειδούς, υπερτροφική απόφρακτική μυοκαρδιοπάθεια) και η μετά από άσκηση του βραχίονος σε σύνδρομο υποκλοπής υποκλειδίου αρτηρίας.

Από τα αίτια των συγκοπτικών επεισοδίων σε μια μελέτη, διαπιστώθηκε ότι το 58% των επεισοδίων ήταν αγγειακής αιτιολογίας και το 23% καρδιακής.

Ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

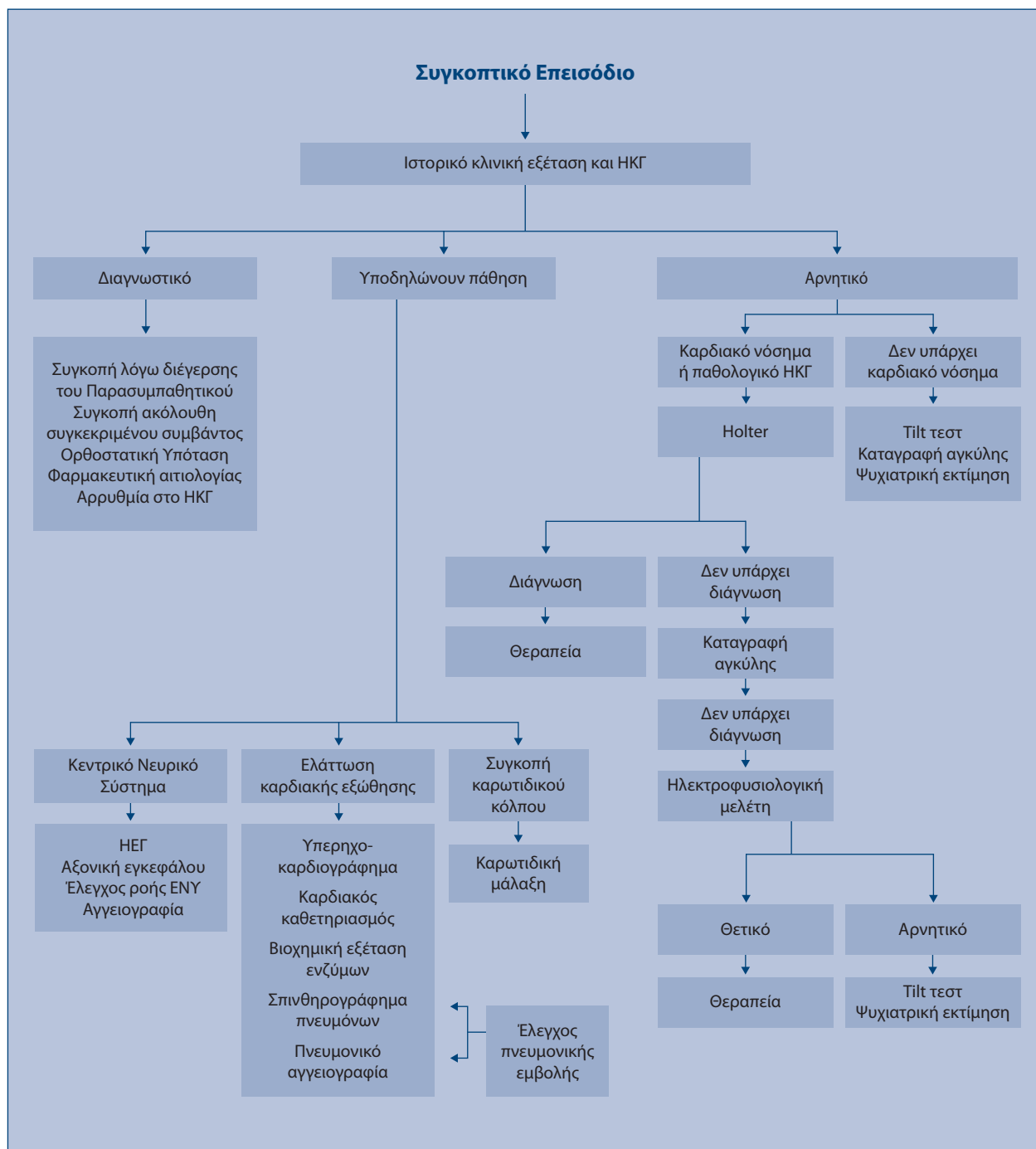
- Αιματολογικές εξετάσεις (αιματοκρίτης, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες).
- ΗΚΓ, το οποίο πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό και θέτει τη διάγνωση στο 5% των συγκοπτικών επεισοδίων. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να αποκαλύψει επιμήκυνση QT (σύνδρομο μακρού QT), βράχυνση PQ ή κύμα Δ (σύνδρομο W-P-W), σύνδρομο Brugada, στοιχεία οξείας ισχαιμίας, κολποκοιλιακού αποκλεισμού και άλλου διαφόρου είδους αρρυθμίες.
- Holter ρυθμού. Είναι σημαντική εξέταση και θα αποκαλύψει ποικίλους είδους καρδιακές αρρυθμίες. Πιο εξελιγμένες συσκευές είναι οι εμφυτευόμενοι καταγραφείς, που συνιστούν μικρές συσκευές που τοποθετούνται στον ασθενή, με διάρκεια ζωής 1 με 2 έτη.
- Υπέρηχο καρδιάς. Θέτει τη διάγνωση των οργανικών καρδιοπαθειών που αποτελούν αίτια συγκοπτικών επεισοδίων.
- Δοκιμασία κόπωσης. Θα τεκμηριώσει πιθανή στεφανιαία νόσο.
- Δοκιμασία ανάκλισης (tilt – table), μάλαξη καρωτιδικού κόλπου (αγγειοπαρασυμπαθητική συγκοπή).

Ο καρδιακός καθετηριασμός και η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη είναι πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, που γίνονται

εφόσον από τις προαναφερθείσες προκύψουν στοιχεία και ενδείξεις, για να προχωρήσουμε σε αυτές.

Βιβλιογραφία

1. Brignole M., Alboni P., Benditt D. et al. "Task force on Syncope European Society of Cardiology Guideline on management" (diagnosis and treatment), Heart J 22:1256, 2001.
2. Alboni P., Brignole M., Menozzi C. et al. "Diagnostic value of History in patients with syncope with or without heart disease", Am Coll Cardiology 37:1921, 2000.
3. Braunwald Cardiology text book
4. Close J., Ellis M., Hooper R., et al. "Prevention of falls in the elderly trial, a randomized control trial", Lancet 353:93, 1994.



ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΛΙΓΓΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ SOS ΙΑΤΡΩΝ

*Β. Ρίζος, Β. Μπασιώτης, Π. Κρατημένος,
Ε. Λαμπράκος, Γ. Στεφανάτου, Γ. Θεοχάρης*
SOS ΙΑΤΡΟΙ Ηπείρου 1, Αθήνα

Σκοπός της μελέτης: Να αναλυθεί η νοσηρότητα και οι τρόποι θεραπείας της εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης του ιλίγγου στην περιοχή της Αττικής από τους SOS Ιατρούς. Οι SOS Ιατροί είναι μία εταιρεία παροχής επείγουσας εξωνοσοκομειακής βοήθειας κατ' οίκον όλο το 24ωρο, που στελεχώνεται από ειδικευμένους ιατρούς.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν κατά την περίοδο 1/1/2003-31/12/2007 3167 περιστατικά ιλίγγου επί συνόλου 109.349 περιστατικών που αντιμετώπισε η εταιρεία SOS Ιατροί. Η μελέτη έγινε από το αρχείο της εταιρείας και ήταν αναδρομική.

Αποτελέσματα: Οι ιλίγγοι αποτελούν το 2,9% επί του συνόλου των περιστατικών των SOS Ιατρών. Βρέθηκε ότι η επίπτωση ήταν συχνότερη στην ηλικιακή ομάδα μεγαλύτερη των 60 ετών (57,2%). Το 67,3% των επισκέψεων αφορούσαν γυναίκες. Η επίπτωση των ιλίγγων δεν είχε εποχιακή κατανομή. Αντιεμετικά ή αντιιλιγγικά φάρμακα χορηγήθηκαν στο σύνολο των περιστατικών και κυρίως διμενυδρινάτη σε ενδοφλέβια μορφή. Σε ποσοστό 97,5% η αντιμετώπιση ήταν εξ ολοκλήρου εξωνοσοκομειακή ενώ μόνο ποσοστό 2,5% χρειάστηκε να νοσηλευτεί ενδονοσοκομειακά.

Συμπεράσματα: Η εξωνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική με βάση την εμπειρία των SOS ιατρών προσφέρει έγκαιρη αντιμετώπιση και θεραπεία στο 97,5% των ασθενών με ίλιγγο. Στο 2,5% των ιλίγγων που χρειάστηκε νοσηλεία υπήρχε υποψία ιλίγγου κεντρικής αιτιολογίας. Στην Ελλάδα, όπου οι κατ' οίκον επισκέψεις αποτελούν κοινή πρακτική των Ελλήνων ιατρών, η οργάνωση συστημάτων εξωνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής θα συνιστούσε στην αποφόρτιση των ΤΕΠ των Νοσοκομείων.

ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ SOS ΙΑΤΡΩΝ

*Γ. Θεοχάρης, Π. Κρατημένος, Ι. Κουτσογιάννης,
Ε. Λαμπράκος, Γ. Στεφανάτου, Γ. Πέππας*
SOS ΙΑΤΡΟΙ, Ηπείρου 1, Αθήνα

Σκοπός της μελέτης: Να αναλυθεί η νοσηρότητα και οι τρόποι θεραπείας της εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης της γαστρεντερίτιδας στην περιοχή της Αττικής από τους SOS Ιατρούς. Οι SOS Ιατροί είναι μία εταιρεία παροχής επείγουσας εξωνοσοκομειακής βοήθειας κατ' οίκον όλο το 24ωρο, που στελεχώνεται από ειδικευμένους ιατρούς.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν κατά την περίοδο 1/1/2003-31/12/2007 6971 περιστατικά γαστρεντερίτιδας επί συνόλου 109.349 περιστατικών που αντιμετώπισε η εταιρεία SOS Ιατροί. Η μελέτη έγινε από το αρχείο της εταιρείας και ήταν αναδρομική.

Αποτελέσματα: Οι γαστρεντερίτιδες αποτελούν το 6,37% επί του συνόλου των περιστατικών των SOS Ιατρών. Βρέθηκε ότι η επίπτωση ήταν συχνότερη στην ηλικιακή ομάδα 18-40 ετών. Το 57,4% των επισκέψεων αφορούσαν γυναίκες. Η επίπτωση των γαστρεντερίτιδων ήταν συχνότερη τον χειμώνα και την άνοιξη (Δεκέμβριο-Απρίλιο). Αντιβίωση χορηγήθηκε σε 309 περιστατικά (4,4%) επί του συνόλου των 6971 γαστρεντερίτιδων και κυρίως ciprofloxacin σε 199 ασθενείς (2,9%). Σε ποσοστό 97,7% η αντιμετώπιση ήταν εξ ολοκλήρου εξωνοσοκομειακή ενώ μόνο ποσοστό 2,3% χρειάστηκε να νοσηλευτεί ενδονοσοκομειακά.

Συμπεράσματα: Η εξωνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική με βάση την εμπειρία των SOS ιατρών προσφέρει έγκαιρη αντιμετώπιση και θεραπεία στο 97,7% των ασθενών με γαστρεντερίτιδα. Στην Ελλάδα, όπου οι κατ' οίκον επισκέψεις αποτελούν κοινή πρακτική των Ελλήνων ιατρών, η οργάνωση συστημάτων εξωνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής θα συνιστούσε στην αποφόρτιση των ΤΕΠ των Νοσοκομείων.

Το περιοδικό Επείγουσα & Εξωνοσοκομειακή Ιατρική είναι η επίσημη έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής που εκδίδεται τέσσερις φορές το χρόνο.

Σκοπός του περιοδικού είναι να προσφέρει στο Έλληνα γιατρό, κυρίως το νέο, ειδικά άρθρα που αναφέρονται τόσο στα θέματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινή πρακτική στο χώρο εκτός νοσοκομείου σαν επείγοντα περιστατικά όσο και τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας.

Ειδικότερα στο περιοδικό δημοσιεύονται:

- Άρθρα σύνταξης
- Ανασκοπήσεις
- Ερευνητικές εργασίες
- Ενδιαφέροντα περιστατικά
- Άρθρα γενικού ενδιαφέροντος
- Νέα από τη διεθνή βιβλιογραφία και τα συνέδρια
- Άρθρα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης
- Γραπτά συμπόσια
- Γράμματα προς τη σύνταξη
- Επιστημονικά νέα

Τα υποβαλλόμενα άρθρα πρέπει να ακολουθούν τους βασικούς κανόνες ιατρικής βιβλιογραφίας.

Υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή κατά προτίμηση σε κειμενογράφο MS Word.

Μαζί με την ηλεκτρονική μορφή υποβάλλεται και αντίγραφο της εργασίας σε έντυπη μορφή.

Οι φωτογραφίες και τα σχεδιαγράμματα πρέπει να υποβάλλονται είτε ηλεκτρονικά σε εκτυπώσιμη μορφή είτε σε έντυπη μορφή.

Στο άρθρο πρέπει να αναγράφεται

- Ο τίτλος
- Ο ή οι συγγραφείς
- Χώρος προέλευσης της εργασίας
- Στοιχεία επικοινωνίας του συγγραφέα τα οποία και θα αναγράφονται στην πρώτη σελίδα του άρθρου
- Βιβλιογραφικές παραπομπές.



ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΕΕΕΙ

ή ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Ιδιότητα:

Διεύθυνση:

Οδός: Αριθμός: Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλ. Επικοινωνίας: e-mail:

ΑΙΤΗΣΗ

☐ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΕΕΕΙ

☐ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ