

Διαχείριση οξέως κοιλιακού άλγους σε τμήμα επειγόντων περιστατικών επαρχιακού νοσοκομείου

Τουτούνη Χαρίκλεια¹, Καδδά Όλγα², Σκιάνης Γεώργιος³, Καπάδοχος Θεόδωρος⁴, Αργυρίου Γεώργιος⁵, Μαρβάκη Αικατερίνη⁶, Βασιλόπουλος Γεώργιος⁴

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γεν. Νοσοκομείο Άργους
2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD (c), Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
3. Ιατρός Γεν. Ιατρικής, Γεν. Νοσοκομείο Κύμης
4. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α' Τ.Ε.Ι. Αθήνας
5. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD (c) Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α. «Η Σωτηρία»
6. Νοσηλεύτρια, MSc, Γεν. Νοσοκομείο Κατερίνης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί αυτόνομο τμήμα αμέσου ετοιμότητας του νοσοκομείου. Το οξύ κοιλιακό άλγος είναι η πιο συχνή αιτία για την οποία οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια και προσφεύγουν στο ΤΕΠ.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαχείρισης του οξέως κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ επαρχιακού νοσοκομείου.

Υλικό και Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 933 ασθενείς ηλικίας >14 ετών, που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ Γενικού Νοσοκομείου της επαρχίας με βασικό σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος σε διάστημα ενός έτους (Ιανουάριος 2010 έως και Ιανουάριος 2011). Σε όλους τους ασθενείς κατεγράφησαν τα δημογραφικά στοιχεία, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, η αγωγή καθώς και η έκβαση. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS ver.13.

Αποτελέσματα: Το 44,2 % (n= 413) του πληθυσμού της μελέτης ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 42,3± 21,6 έτη. Δεν ανευρέθηκαν διαφορές ως προς την κλινική εικόνα, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με το φύλο και την ηλικία (p<0,05). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποβάλλονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε υπερηχογραφικό έλεγχο και αξονική τομογραφία κοιλίας και είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο (p<0,05), σε σχέση με τους νεότερους. Οι εισαχθέντες ήταν συχνότερα άνδρες, ηλικιωμένοι, με εμπύρετο, ταχυκαρδία, σημεία περιτοναϊσμού και λευκοκυττάρωση, (p<0,05).

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση του οξέως κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ αποτελεί σημαντική διαδικασία για την έκβαση των ασθενών. Η λήψη και αξιολόγηση εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων αποτελούν τη βάση για την ορθή διάγνωση, την ορθή αντιμετώπιση των περιστατικών και την καλή έκβαση των ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: Οξεία κοιλία, τμήμα επειγόντων περιστατικών, άλγος, επείγουσα χειρουργική.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Τουτούνη Χαρίκλεια, E-mail: hara_tou@yahoo.gr

Acute abdominal pain management in emergency department of a provincial hospital

Toutouni Chariklia¹, Kadda Olga², Skianis Georgios³, Kapadochos Theodoros⁴, Argyriou Georgios⁵, Marvaki Aikaterini⁶, Vassilopoulos Georgios⁴

1. RN, MSc, General Hospital of Argos
2. RN, Msc, PhD (c), Medical School of Athens, Onassis Cardiac Surgery Center
3. General Physician, General Hospital of Kimi
4. Laboratory Instructor, Nursing Department A', Technological Institute, Athens
5. RN, Msc, PhD (c), Medical School of Athens, "Sotiria" General Hospital of Athens
6. RN, MSc, General Hospital of Katerini



ABSTRACT

Emergency Department (ED) is an autonomous part of the hospital's immediate readiness. Acute abdominal pain is the most frequent reason why patients seek medical help in the ED.

Aim: The purpose of the present study was to explore the management of acute abdominal pain in the ED of a provincial hospital.

Material and Methods: The sample studied included 933 patients aged > 14 years who visited the ED of provincial General Hospital, with abdominal pain from January 2010 to January 2011. In every patient the sex, age, physical examination findings and laboratory and imaging results, treatment and outcome were recorded. The data were analyzed with the statistical package SPSS, version 13.00.

Results: 44. 2% (n = 413) of the studied population were men with mean age 42.3 ± 21.6 years. There were no differences in clinical presentation, laboratory results and medication administered in relation to sex or age, ($p < 0.05$). The comparison between elderly and younger patients showed no differences regarding the clinical picture and treatment. Although elderly patients were at a significantly higher percentage subjected to ultrasonography and CT scan of the abdomen and had significantly higher rates of hospitalization ($p < 0.05$), no differences were found in the need for immediate surgery. The patients admitted to the hospital were men, elderly, febrile and tachycardic, had leukocytosis and signs of peritoneal irritation ($p < 0.05$). There were no statistical differences in the management and outcome in terms of ethnicity or insurance status.

Conclusions: Abdominal pain management in ED is an important process for patients' outcome. Conducting laboratory and paraclinical examinations is the basis for the correct diagnosis, the proper patients' treatment and good patient's outcome.

Keywords: Acute abdomen, emergency department, pain, emergency surgery.

Corresponding Author: *Toutouni Charikleia, E-mail: hara_tou@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί αυτόνομο τμήμα άμεσου ετοιμότητας του νοσοκομείου το οποίο παρέχει άμεση πολυδύναμη και υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε οξείες ή απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Το οξύ κοιλιακό άλγος είναι η πιο συχνή αιτία (αφορά περίπου το 5% των συνολικών επισκέψεων) για την οποία οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια και προσφύγουν στο ΤΕΠ.¹⁻⁴

Οι πιθανές αιτίες του οξέος κοιλιακού άλγους είναι ποικίλες και πολυάριθμες. Το κοιλιακό άλγος μπορεί να προέρχεται, κατά κύριο λόγο, από παθήσεις των ενδοκοιλιακών σπλάχνων και αγγείων καθώς και των οπισθοπεριτοναϊκών ιστών. Μπορεί, όμως, να προέρχεται από παθήσεις εξωκοιλιακών

οργάνων (παθήσεις των πνευμόνων, του υπεζωκότα, της καρδιάς, της σπονδυλικής στήλης και του Κ.Ν.Σ.), να οφείλεται σε μεταβολικές διαταραχές ή να είναι αποτέλεσμα σωματοποίησης διαφόρων ψυχικών νοσημάτων.⁵

Η εκτίμηση του ασθενή στο ΤΕΠ με οξύ κοιλιακό άλγος αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα⁶ και αποτελεί τις περισσότερες φορές μια δύσκολη διαδικασία.⁷ Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να συγκαλύψουν τα κλινικά ευρήματα καθώς και την εκδήλωση του πόνου, καθυστερώντας ή εμποδίζοντας τη σωστή διάγνωση γεγονός που οδηγεί σε δυσμενή έκβαση των ασθενών.⁷ Οι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας και τα

ηλικιωμένα άτομα αποτελούν ομάδες ασθενών στους οποίους η εκτίμηση του πόνου γίνεται με δυσκολία. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν γενικές διαγνωστικές και κλινικές αρχές που ισχύουν για την αξιολόγηση όλων των ασθενών, οι δύο παραπάνω ομάδες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, λόγω της ευρείας διαφορικής διάγνωσης και των πιθανοτήτων για σοβαρές επιπλοκές.⁸

Η αξιολόγηση των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος απαιτεί την ακριβή λήψη του ιστορικού, την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του πόνου, των συμπτωμάτων, της κλινικής εικόνας του ασθενή καθώς και την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής του κατάστασης. Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις που πρόκειται να υποβληθεί ο ασθενής προκειμένου να διαγνωσθεί το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων.³

Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις πολλαπλές διαγνώσεις, έχοντας στη διάθεσή τους περιορισμένο χρόνο και ελλιπή πληροφόρηση και να δίνουν προτεραιότητα στις απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις που απαιτούν ταχεία διαχείριση ώστε να αποφευχθεί η νοσηρότητα και θνησιμότητα.^{6,7} Η λήψη αποφάσεων που αφορούν τους ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος μπορεί να οδηγήσει πολλές φορές σε περιττές παρεμβάσεις ή σε καθυστέρηση της

θεραπείας όταν πρόκειται για επείγουσες καταστάσεις.⁹ Βασικό μέλημα της ιατρικής ομάδας του ΤΕΠ είναι να εντοπιστεί η υποκείμενη αιτία ώστε να καθοριστεί αν απαιτείται επείγουσα ή ακόμη και άμεση χειρουργική επέμβαση. Σκοπός είναι να υποβληθεί ο ασθενής στις κατάλληλες εξετάσεις και να αποφευχθεί η άσκοπη έκθεσή του στην ακτινοβολία.⁴

Η αναλγησία που χορηγείται στους ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο μελετών^{10,11} στην ιατρική πρακτική. Σύμφωνα με μελέτη¹² φαίνεται ότι δεν υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις ή καθυστερήσεις στη διάγνωση που θα μπορούσε να αποδοθεί στη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Παρόλα αυτά, έχει βρεθεί ότι λιγότερο από το ένα τρίτο των ενηλίκων ή παιδιατρικών ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος έχει λάβει αναλγητικά φάρμακα στο ΤΕΠ.¹³

Η ιατρονοσηλευτική ομάδα του ΤΕΠ παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση του ασθενή, στη λήψη του ιστορικού αλλά και στη διαχείριση του πόνου. Ο νοσηλευτής είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που συμμετέχει στην εκτίμηση του ασθενή στο ΤΕΠ. Είναι, συνεπώς, απαραίτητο να λάβει ένα πλήρες ιστορικό (εντόπιση του πόνου, χαρακτηριστικά, διάρκεια, συχνότητα, ένταση ή σοβαρότητα) ώστε να μπορεί να αξιολογήσει σωστά τον πόνο και να χορηγήσει την ανάλογη αναλγητική αγωγή.¹⁴ Βασικός



στόχος είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ελέγξει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τον πόνο του¹⁵ και στη διαδικασία αυτή θα βοηθήσει ιδιαίτερα η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή - ασθενή.¹⁶

Σύμφωνα με μελέτες^{17,18} η διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος στο ΤΕΠ απαιτεί την υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών που θα ακολουθεί ο ιατρός και ο νοσηλευτής ώστε να λαμβάνονται οι σωστές αποφάσεις προς όφελος του ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαχείρισης του οξέως κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ επαρχιακού νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πληθυσμός μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 933 ασθενείς που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ επαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου με βασικό σύμπτωμα το οξύ κοιλιακό άλγος, σε χρονικό διάστημα ενός έτους (1 Ιανουαρίου 2010 έως και 31 Δεκεμβρίου 2010).

Συλλογή δεδομένων - Εργαλεία

Από το βιβλίο καταγραφής συμβάντων του ΤΕΠ έγινε καταγραφή του φύλου, της ηλικίας, των συμπτωμάτων, καθώς και των ευρημάτων της αντικειμενικής εξέτασης των ασθενών. Έγινε καταγραφή των

αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων καθώς και της χορηγούμενη φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, σημειώθηκε αν στα πλαίσια διερεύνησης των συμπτωμάτων του ασθενούς έγινε ακτινογραφία, υπέρηχος ή αξονική τομογραφία κοιλίας. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκε η έκβαση, που περιλαμβάνει την έξοδό τους από το ΤΕΠ ή την εισαγωγή τους σε παθολογική/χειρουργική κλινική. Λαμβάνοντας υπόψη την απουσία αυστηρώς καθορισμένου βιολογικού ορίου για το διαχωρισμό της τρίτης ηλικίας αλλά και τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στην παρούσα μελέτη σαν όριο γήρατος χρησιμοποιήθηκε, το 65ο έτος της ηλικίας.¹⁹

Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας < 14 ετών και εκείνοι για τους οποίους βρέθηκαν ελλιπή δεδομένα (N=150).

Ηθική και δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Όλες οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι \pm τυπικές αποκλίσεις, ενώ οι

κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Για τη σύγκριση μέσων τιμών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t-test. Για τη σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 ή Fisher exact, όπου αυτό ήταν απαραίτητο. Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS, version 13.00 (SPSS Inc, Chicago, IL). Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι (two-sided). Η τιμή p-value $\leq 0,05$ καθορίστηκε ως επίπεδο σημαντικότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 933 ασθενείς, από τους οποίους το 44,2% (n=413) ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα $42,3 \pm 21,6$ έτη που προσήλθαν στο ΤΕΠ με κυρίαρχο σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ως προς το φύλο και την ηλικία παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα εργαστηριακά ευρήματα των ασθενών της μελέτης ενώ στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η τελική διάγνωση εξόδου. Το 61% (n=570) έλαβε εξιτήριο, ενώ για το 39% (n=239) πραγματοποιήθηκε εισαγωγή στο νοσοκομείο, (Πίνακας 4).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι διαφορές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική εικόνα μεταξύ των εισαχθέντων στο

νοσοκομείο ασθενών και των ασθενών που εξέρχονται του ΤΕΠ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι εισαχθέντες περιλάμβαναν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών, ηλικιωμένων ατόμων, σημαντικά υψηλότερη συχνότητα περιστατικών με εμπύρετο, ταχυκαρδία, σημεία περιτοναϊσμού και λευκοκυττάρωση, (p<0,05).

Διερευνώντας τη σχέση της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής μεταξύ των εισαχθέντων στο νοσοκομείο και ασθενών που εξέρχονται του ΤΕΠ, προκύπτει ότι κατά την διάρκεια παραμονής τους στο ΤΕΠ οι ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο έλαβαν παυσίπονα, κυρίως οπιούχα, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (p<0,05) από εκείνους που εξήλθαν του ΤΕΠ, (Πίνακας 6).

Ανάμεσα στα δυο φύλα δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον χαρακτήρα του πόνου, την διάρκεια των συμπτωμάτων προ της άφιξης στο ΤΕΠ και την παρουσία εμπύρετου, (Πίνακας 7). Επιπλέον, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή ανάμεσα στα δύο φύλα, (Πίνακας 8).

Όσον αφορά στην έκβαση, σε σύγκριση με τις γυναίκες, οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο, (p <0,05), χωρίς όμως να υπάρχουν διαφορές ως προς την μέση διάρκεια νοσηλείας και την ανάγκη για άμεση χειρουργική επέμβαση, (Πίνακας 9).



Όσον αφορά στη διαχείριση των ασθενών, οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποβάλλονταν σε υψηλότερο ποσοστό σε υπερηχογραφικό έλεγχο και αξονική τομογραφία κοιλίας από τους νεότερους, εμφανίζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά, ($p < 0,05$), (Πίνακας 10). Επίσης, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο και μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας ($p < 0,05$), χωρίς όμως να υπάρχουν διαφορές ως προς την ανάγκη για άμεση χειρουργική επέμβαση, (Πίνακας 11).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, από τους παράγοντες που διερευνήθηκαν, οι σημαντικότεροι για την αξιολόγηση της διαχείρισης της οξέως κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ είναι το φύλο και η ηλικία. Βάσει της παρούσας μελέτης προέκυψαν τα εξής: το κοιλιακό άλγος αποτελεί σημαντικό αίτιο εισαγωγής στο νοσοκομείο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν άνδρες και κυρίως ηλικιωμένοι και τα κυριότερα συμπτώματα που παρουσίασαν ήταν: εμπύρετο, ταχυκαρδία, σημεία περιτοναϊσμού και λευκοκυττάρωση.

Στην παρούσα μελέτη οι συχνότερες διαγνώσεις των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν οι παθήσεις των χοληφόρων, οι παθήσεις των ουροφόρων οδών, ο άτυπος κοιλιακός πόνος και η οξεία σκωληκοειδίτιδα με το σύνολο των 4 αυτών

διαγνώσεων να αποτελεί το 80% των εισαγωγών. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αντιστοιχούν με παρόμοιες μελέτες²⁰⁻²³ της διεθνούς βιβλιογραφίας όσον αφορά στην αιτιολογία του οξέως κοιλιακού άλγους. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, με υψηλό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων, υψηλές τιμές χολερυθρίνης, με εμπύρετο και ταχυκαρδία και με σημεία κοιλιακού περιτοναϊσμού. Στις περισσότερες μελέτες η αρίθμηση των λευκών αιμοσφαιρίων αναφέρεται ως ο σημαντικότερος δείκτης σοβαρής ενδοκοιλιακής πάθησης που απαιτεί την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Στην μελέτη των Abbas και συν.,²⁴ επί 286 περιστατικών αναφέρεται ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν κοιλιακό πόνο, χωρίς έμετο, χωρίς σημεία κοιλιακού περιτοναϊσμού και φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων είναι απίθανο να έχουν σημαντική ενδοκοιλιακή παθολογία και ως εκ τούτου μπορεί να θεωρηθούν χαμηλού κινδύνου και να μην εισαχθούν ή να εξέλθουν άμεσα. Όσον αφορά στις τιμές της ηπατικής λειτουργίας, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι σύμφωνα με την μελέτη των Dunlop και συν.,²⁵ με πληθυσμό μελέτης 311 ασθενείς, όπου αναφέρεται ότι η ανεύρεση παθολογικών τιμών σχετίζεται με παθήσεις των χοληφόρων και συχνότερα με κολικό της χοληδόχου κύστης.

Η διάγνωση του οξέως κοιλιακού άλγους σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα, καθώς η ηλικία σχετίζεται με ταυτόχρονη αύξηση χρονίων νοσημάτων. Γενικότερα, η διάγνωση εξόδου στους ηλικιωμένους δεν είναι τόσο αξιόπιστη καθώς, στους ηλικιωμένους ασθενείς, συχνά, συνυπάρχει συγκεκριμένη οργανική νόσος. Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφικό έλεγχο σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι νεότεροι. Αντίθετα οι Gardner και συν.,²⁶ σε μελέτη 131 ασθενών που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στη διαχείριση μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών, που παρουσιάζονται με κοιλιακό άλγος.

Στους ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο χορηγήθηκαν παυσίπονα, κυρίως οπιούχα, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ($p < 0,05$) από εκείνους που εξήλθαν του ΤΕΠ. Η χορήγηση της κατάλληλης και επαρκούς αναλγητικής αγωγής οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας φροντίδας όσον αφορά στην αντιμετώπιση του πόνου στο ΤΕΠ. Οι πρόσφατες εξελίξεις στο χώρο της τεχνολογίας και η διαθεσιμότητα των κατάλληλων ιατρικών ηλεκτρονικών μηχανημάτων παρακολούθησης των ασθενών μπορεί να προσφέρουν άμεση ανακούφιση από τον πόνο. Μελέτες^{27,28} έχουν δείξει ότι η χορήγηση αναλγητικών σε κλινικά σταθερούς

ασθενείς με κοιλιακό άλγος είναι ασφαλής και έχει ελάχιστη επίδραση στην ικανότητα λήψης αποφάσεων για τη διενέργεια ή μη χειρουργικής επέμβασης.

Η λάθος ή ανεπαρκής αξιολόγηση του πόνου καθώς και η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών αποτελούν σοβαροί λόγοι ανεπαρκούς διαχείρισης του πόνου στο ΤΕΠ.²⁹ Η δυνατότητα λήψης επαρκούς ιατρονοσηλευτικού ιστορικού επηρεάζεται καθώς ο ασθενής που νιώθει έντονο πόνο δεν μπορεί να συνεργαστεί και να λάβει ορθές αποφάσεις.

Η έγκαιρη και κατάλληλη ανακούφιση από τον πόνο δεν επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων και θα πρέπει να θεωρείται ως μέρος της αρχικής διαχείρισης το οξέως κοιλιακού άλγους σε συνδυασμό με την εφαρμογή πρωτοκόλλων.³⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τη παρούσα μελέτη και την καταγραφή των περιστατικών του ΤΕΠ, φαίνεται ότι το οξύ κοιλιακό άλγος χαρακτηρίζεται κυρίως από τους ασθενείς ως διαλείπων με διάρκεια λιγότερη των 24 ωρών και δεν συνοδεύονται απαραίτητα από εμπύρετο, ταχυκαρδία, σημεία περιτοναϊσμού και λευκοκυττάρωση.

Επιπλέον, το οξύ κοιλιακό άλγος στο ΤΕΠ αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, κυρίως με γαστροπροστατευτικά φάρμακα



και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και φαίνεται από την παρούσα μελέτη ότι οι απεικονιστικές εξετάσεις, υπέρηχος και αξονική κοιλίας, χρησιμοποιούνται κυρίως για την διάγνωση του οξέως κοιλιακού άλγους.

Η διερεύνηση του οξέως κοιλιακού άλγους στο ΤΕΠ αποτελεί σημαντική διαδικασία για την έκβαση των ασθενών. Η εξασφάλιση της ζωής του ατόμου προβάλλεται ως το κύριο μέλημα της επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, η αντικειμενική εξέταση, ο παρακλινικός έλεγχος, όταν απαιτείται, διασφαλίζουν την πληρέστερη διάγνωση της πάθησης και την άμεση θεραπευτική αγωγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Int J Gen Med* 2012;5:789-97.
2. Miranda TM, Petriccione S, Ferracini FT, Borges Filho WM. Interventions performed by the clinical pharmacist in the emergency department. *Einstein (Sao Paulo)* 2012;10(1):74-8.
3. Grundmann RT, Petersen M, Lippert H, Meyer F. The acute (surgical) abdomen - epidemiology, diagnosis and general principles of management. *Z Gastroenterol* 2010;48(6):696-706. (Article in German)
4. Trentzsch H, Werner J, Jauch KW. Acute abdominal pain in the emergency department - a clinical algorithm for adult patients. *Zentralbl Chir* 2011;136(2):118-28.
5. Flamant Y. Semiology, etiology and pitfalls in acute abdominal pain. *Rev Prat* 2001;51(15):1642-7.
6. McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2011;29(2):159-73.
7. Yeh EL, McNamara RM. Abdominal pain. *Clin Geriatr Med* 2007;23(2):255-70
8. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21(1):61-72.
9. Laméris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JP, van Ramshorst B, Bouma WH, ten Hove W, van Leeuwen MS, van Keulen EM, Dijkgraaf MG, Bossuyt PM, Boermeester MA, Stoker J; OPTIMA study group. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ* 2009;26;338:b2431.
10. Gallagher EJ, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur PE. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2006;48(2):150-60, 160.e1-4.
11. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department

-
- patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196(1):18-31.
12. McHale PM, LoVecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen--a review of prospective trials. *Eur J Emerg Med* 2001;8(2):131-6.
13. Lee JS, Stiell IG, Wells GA, Elder BR, Vandemheen K, Shapiro S. Adverse outcomes and opioid analgesic administration in acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2000;7(9):980-7.
14. Cole E, Lynch A, Cugnoni H. Assessment of the patient with acute abdominal pain. *Nurs Stand* 2006;20(39):67-75.
15. Lemone P, Karen B. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. 3^η έκδοση. Αθήνα, Λαγός, 2004:70-90.
16. Babatsikou F, Gerogianni G. The importance of role-play in nursing practice. *Health Science Journal* 2012;6(1):4-10.
17. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, Claypool HA, Keenan S, Katz DS, et al. Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with three-view acute abdominal series. *Radiology* 2005;237(1):114-22.
18. Clinical Practice Guidelines, ONLINE available from http://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Abdominal_pain/ (accessed 27/10/2012)
19. Definition of an older or elderly person. Health statistics and health information systems, World Health Organization, available from <http://www.who.int/healthinfo/survey/aageingdefnolder/en/index.html> (accessed 22/09/2011)
20. Campbell WB, Lee EJ, Van de Sijpe K, Gooding J, Cooper MJ. A 25-year study of emergency surgical admissions. *Ann R Coll Surg Engl* 2002;84(4):273-7.
21. Liu JLY, Wyatt JC, Deeks JJ, Clamp S, Keen J, Verde P, et al. Systematic reviews of clinical decision. *Health Technology Assessment* 2006; 10(47):1-183.
22. Morino M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E, Mao P. Acute nonspecific abdominal pain: A randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann Surg* 2006;244(6):881-8.
23. Ahmed A. Trends in emergency surgical admissions in a tertiary health centre in Nigeria. *West Afr J Med* 2009;28(2):106-9.
24. Abbas SM, Smithers T, Truter E. What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain? *World J Emerg Surg* 2007;2:26.
25. Peng WK, Sheikh Z, Paterson-Brown S, Nixon SJ. Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in
-



- acute calculous cholecystitis. *Br J Surg* 2005;92(10):1241-7.
26. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A. Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *J Emerg Med* 2010;39(3):275-81.
27. Ducharme J. Acute pain and pain control: State of the art. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 592-603.
28. Grant PS. Analgesia delivery in the ED. *Am J Emerg Med*. 2006;24(7):806-9.
29. Muntlin A, Carlsson M, Säfwenberg U, Gunningberg L. Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2011;48(1):13-23.
30. Chen EH, Shofer FS, Dean AJ, Hollander JE, Baxt WG, Robey JL, et al. Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2008;15(5):414-8.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.

Μεταβλητές	Μέσος (\pm T.A)	% (n/N)
Φύλο		
Άνδρες		44,2 (413/933)
Γυναίκες		55,8 (520/933)
Ηλικία		
<65 ετών		76% (709/933)
>65 ετών		24% (224/933)
T.A. : Τυπική απόκλιση		

Πίνακας 2. Εργαστηριακά ευρήματα των ασθενών της μελέτης.

	Μέση τιμή	\pm T.A.
Λευκά αιμοσφαίρια	10.4	\pm 4.3
Πολυμορφοπύρηνα	68	\pm 13.6
Λεμφοκύτταρα	19.6	\pm 12.1
Αιματοκρίτης	42	\pm 5
Σάκχαρο	129	\pm 50
Ουρία	37	\pm 15
Κρεατινίνη	1.1	\pm 0.3
Χολερυθρίνη	1.1	\pm 2.6
SGOT	48	\pm 81
SGPT	51	\pm 105
LDH	220	\pm 74
Αμυλάση	202	\pm 759

SGOT: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase

SGPT : Serum Glutamic Pyruvic Transaminase

LDH : Lactate Dehydrogenase



Πίνακας 3. Διάγνωση εξόδου ασθενών της μελέτης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ	%
Χολοκυστοπάθεια	29
Παγκρεατίτιδα	4
Νεφρολιθίαση	17
Σκωληκοειδίτιδα	11
Εξαρτηματίτιδα	2
Εκκολπωματίτιδα	7
Ουρολοίμωξη	9
Άτυπος κοιλιακός πόνος	14
Ειλεός	4
Κήλη	6
Διάτρηση	2

Πίνακας 4. Τελική έκβαση των ασθενών.

Έκβαση	% (n)
Εξιτήριο	61 (570)
Εισαγωγή	39 (239)
Έξοδος ίδια βούληση	4 (38)
Λαθραία έξοδος	6 (56)

Πίνακας 5: Διαφορές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική εικόνα μεταξύ των εισαχθέντων και των ασθενών που εξέρχονται του ΤΕΠ.

Μεταβλητές	Εξιτήριο (N=664) % (n)	Εισαγωγή (N=239) % (n)	p
Φύλο			
Άνδρες	42 (279)	52 (124)	0,01
Γυναίκες	58 (384)	48 (115)	
Ηλικία			
<65	82 (509)	63(145)	0,00
≥65	18 (115)	37 (86)	
Εμπύρετο			
Όχι	95(294)	89 (84)	0,04
Ναι	5 (15)	11 (10)	
Ταχυκαρδία			
Όχι	84 (93)	62 (15)	0,01
Ναι	16 (17)	38 (9)	
Σημεία Περιτοναϊσμού			
Όχι	36 (101)	63 (56)	0,00
Ναι	64 (176)	37 (33)	
Λευκοκυττάρωση			
Όχι	81 (201)	44 (42)	0,00
Ναι	19 (48)	56 (53)	

Πίνακας 6. Διαφορές ως προς την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή μεταξύ των εισαχθέντων στο νοσοκομείο ασθενών και ασθενών που εξέρχονται του ΤΕΠ.

Μεταβλητές	Εξιτήριο (N=664) % (n)	Εισαγωγή (N=239) % (n)	p
Χορήγηση Φαρμάκων			
Ναι	90 (238)	91(49)	0,78
Όχι	10 (28)	9 (5)	
Σκεύασμα			
Ένα	48 (127)	56 (30)	0,29
n>1	52 (139)	44 (24)	
Είδος			
Γαστροπροστασία	66(173)	46 (25)	0,00
Παυσίπωνα	15 (41)	41 (22)	
Συνδυασμός	19 (50)	13 (7)	
Παυσίπωνα			
ΜΣΑΦ	94 (82)	82 (23)	0,04
Οπιοειδή	6 (5)	18 (5)	
<i>ΜΣΑΦ: Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα</i>			

Πίνακας 7. Διαφορές ως προς τα κλινικά ευρήματα ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.

Μεταβλητές	Άνδρες % (n)	Γυναίκες % (n)	p
Χαρακτήρας πόνου			
Συνεχές	33 (8)	13 (3)	0,10
Διαλείπων	67 (16)	87 (20)	
Διάρκεια συμπτωμάτων			
<24H	75 (111)	76(159)	0,87
>24H	25(37)	24 (51)	
Εμπύρετο			
Όχι	91(159)	96 (227)	0,06
Ναι	9(15)	4 (10)	
Ταχυκαρδία			
Όχι	84 (48)	78 (62)	0,33
Ναι	16 (9)	22 (18)	
Σημεία Περιτοναισμού			
Όχι	39 (57)	46 (103)	0,17
Ναι	61 (90)	54 (121)	
Λευκοκυττάρωση			
Όχι	68 (104)	74 (147)	0,22
Ναι	32 (49)	26 (52)	



Πίνακας 8. Διαφορές ως προς την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή στα ΤΕΠ ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.

Μεταβλητές	Άνδρες % (n)	Γυναίκες % (n)	p
Χορήγηση Φαρμάκων			
Ναι	86 (113)	89(185)	0,36
Όχι	14 (19)	11 (23)	
Σκεύασμα			
Ένα	53 (70)	49 (101)	0,42
n>1	47 (62)	51 (107)	
Είδος			
Γαστροπροστασί α	65(85)	64 (132)	0,73
Παυσίπονα	20 (26)	18 (37)	
Συνδυασμός	15 (20)	18 (38)	
Παυσίπονα			
ΜΣΑΦ	89(39)	93 (66)	0,42
Οπιοειδή	11 (5)	7 (5)	
<i>ΜΣΑΦ: Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα</i>			

Πίνακας 9. Διαφορές ως προς την έκβαση των ασθενών που προσέρχονται στα ΤΕΠ σε σχέση το φύλο.

Μεταβλητές	Άνδρες % (n)	Γυναίκες % (n)	p
Έκβαση			
Εξιτήριο	69 (279)	77 (384)	0,01
Εισαγωγή	31(124)	23 (115)	
Χειρουργείο			
Ναι	9 (28)	6 (27)	0,16
Όχι	91 (274)	94 (390)	
	M.T. ±T.A.	M.T. ±T.A.	
Διάρκεια Νοσηλείας	4.1±3.3	4.2± 2.2	0,10

Πίνακας 10. Διαφορές ως προς την χρήση εξειδικευμένου απεικονιστικού ελέγχου ανάμεσα σε ηλικιωμένους και νεότερους σε ηλικία ασθενείς.

Μεταβλητές	<65 % (n)	>65 % (n)	p
U/S κοιλίας			
Ναι	22 (82)	35 (38)	0,01
Όχι	78 (293)	65 (71)	
Αξονική κοιλίας			
Ναι	99 (431)	95 (109)	0,00
Όχι	1 (3)	5 (6)	

Πίνακας 11. Διαφορές ως προς την έκβαση ανάμεσα σε ηλικιωμένους και νέους.

Μεταβλητές	<65 % (n)	>65 % (n)	p
Έκβαση			
Έξοδος	78 (509)	57 (115)	0,00
Εισαγωγή	22 (145)	43 (86)	
Χειρουργείο			
Ναι	9 (41)	8 (12)	0,96
Όχι	92 (482)	92 (143)	
	M.T. ±T.A.	M.T. ±T.A.	
Διάρκεια Νοσηλείας (σε ημέρες)	4.3±3.1	5.3± 3.4	0,03