


ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Τεύχος 1 - Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 
- ✿ *Editorial* σελ. 3
 - ✿ *Ήπιες Κρανιοκεφαλικές Κακώσεις* σελ. 4
 - ✿ *Quiz* σελ. 13
 - ✿ *Ρινορραγία (Επίσταξη)
και Πρώτες Βοήθειες* σελ. 14
 - ✿ *Θεραπευτική Αντιμετώπιση
των Λοιμώξεων του Ουροποιητικού
στο Σπίτι* σελ. 17
 - ✿ *Νεότερα από την Διεθνή Βιβλιογραφία* σελ. 20
 - ✿ *Απαντήσεις Quiz* σελ. 22

EDITORIAL

*«Ήμασταν
Είμαστε
Θα είμαστε
Ένα τίποτα που ανθίζει»*

Paul Celan

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

**Ελληνική
Εταιρεία
Εξωνοσοκομειακής
Επείγουσας
Ιατρικής**

Ηπείρου 1, Αθήνα - 104 33

Τηλ: 210 8211739

Φαξ: 210 8212611

Συντακτική Επιτροπή

Θεοχάρης Γιώργος, Παθολόγος
Κατσαβοχρήστος Πέτρος, Παθολόγος
Κολιός Γιώργος, Καρδιολόγος
Οικονόμου Μιχάλης, Γαστρεντερολόγος
Πέππας Γιώργος, Χειρουργός
Πετρίδης Παύλος, Ορθοπαιδικός
Σαββίδης Μιχάλης, Παθολόγος

ΕΚΔΟΤΗΣ

Focus on Health E.Π.Ε.

Ιωάννου Γενναδίου 16, 11521 Αθήνα

Τηλ.: 210-7223046, Fax: 210-7223220

e-mail: info@focusonhealth.gr

Ποιο θα ήταν το αντίδοτο στον τηλεοπτικό παραλογισμό, που αφορά την κάλυψη των επαγγελματιών υγείας στην χώρα μας; Ποια θα ήταν η θεραπεία της στρεβλής παρουσίας ιατρών ως εγκληματιών ή ληστών; Τουλάχιστον σε σχέση με τους δικαστικούς οι ιατροί εάν χρηματίζονται, είναι για την επίτευξη ενός αγαθού σκοπού και όχι μιας αδικίας.

Πιστεύω όμως ότι η περιγραφή της “φυσικής” μας ιστορίας ως ιατρών είναι το αντίδοτο. Αφορμή γι’ αυτό το σύντομο κείμενο είναι ο θάνατος του Σωτήρη Παππά, ενός φίλου ωτορινολαρυγγολόγου που βρέθηκε νεκρός στο Κολωνάκι τον Δεκέμβριο του 2004. Ο Σωτήρης αγάπησε την Ιατρική, την Ιατρική τέχνη, την εξάσκηση της Ιατρικής, την θεωρία της Ιατρικής.

Αν και η καταγωγή του από την Νίκαια αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή της Θεσσαλονίκης, εργάστηκε στα Γιαννιτσά και στην Νάουσα πριν επιστρέψει στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας. Μετά την λήψη της ειδικότητας αφέθηκε στο χάος της ελεύθερης εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος όπου ο αγώνας για επαγγελματική καταξίωση είναι αβυσσαλέος.

Ο Σωτήρης αγάπησε την ζωή, τους ανθρώπους, τους ρυθμούς της, τους χυμούς της. Άφησε πίσω την σύζυγό του Αλεξάνδρα και τα δύο παιδιά του προτού προλάβει να προσφέρει αυτά που αναλογούν σε μία ηλικία 43 ετών, που στην Ελλάδα θεωρούνται ολίγα χρόνια για την καταξίωση των ιατρών.

Γεώργιος Θεοχάρης, Πρόεδρος Ε.Ε.Ε.Ι.

ΗΠΙΕΣ ΚΡΑΝΙΟΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Γεώργιος Πέππας,
Χειρουργός

Κατάλληλη Διάγνωση Και Αντιμετώπιση

Ωρα 4 το πρωί... Το ασθενοφόρο μόλις έφερε στα επείγοντα μια γυναίκα που έπεσε στο πεζοδρόμιο και έχασε τις αισθήσεις της για μερικά λεπτά, αλλά που τώρα λέει ότι είναι μια χαρά. Στην πραγματικότητα θέλει να φύγει και να πάει σπίτι της. Ο πάντα δύστροπος εφημερεύων ακτινολόγος και ο τεχνικός του αξονικού κοιμώνται στα σπίτια τους. Τι κάνουμε σ' αυτή την περίπτωση και πολλές παρόμοιες; Κάνουμε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, εισαγωγή για παρακολούθηση ή στέλνουμε τον άρρωστο στο σπίτι του; Δεν υπάρχει μία αποδεκτή από όλους απάντηση στο ερώτημα, αλλά είναι καθήκον του γιατρού που αντιμετωπίζει ένα τέτοιο ασθενή να διακρίνει εάν αυτός ανήκει στην υποομάδα ασθενών που έχουν μία δυνητικά θανατηφόρο ενδοκράνια βλάβη, χωρίς όμως παράλληλα να γίνονται υπερβολικά έξοδα, μη αναγκαίες εισαγωγές και περιττές διαγνωστικές εξετάσεις.

Ένα κεντρικό ερώτημα παραμένει: Χρειάζεται κάθε ασθενής που έχει παροδική απώλεια συνείδησης Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου; Οι γνώμες των ειδικών για το θέμα δίστανται. Υπάρχουν οι υποστηρικτές της εκτέλεσης αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου σε όλους τους ασθενείς διότι θεωρούν ότι η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αναδεικνύει ένα μεγάλο αριθμό παθολογικών ευρημάτων σε ασθενείς με φυσιολογική νευρολογική εξέταση, όπως θλάσεις, κατάγματα κρανίου και υπαραχνοειδή αιματώματα (και περιστασιακά μαζικού τύπου βλάβες). Υπάρχουν από την άλλη πλευρά οι υποστηρικτές της επιλεκτικής εκτέλεσης αξονικής τομογραφίας που θεωρούν ότι πράγματι ορισμένοι ασθενείς θα έχουν παθολογικά ευρήματα, χωρίς όμως όλα εξ αυτών να έχουν κλινική σημασία, αφού κατ' αυτούς στόχος της νευροαπεικόνισης δεν είναι η αναγνώριση τυχαίων ευρημάτων, αλλά η αναγνώριση

των ασθενών που χρειάζονται νευροχειρουργική παρέμβαση, όπως κρανιοτομή, χορήγηση μανιτόλης ή τοποθέτηση καθετήρα παρακολούθησης ενδοκοιλιακής πίεσεως εγκεφάλου.

Μελετώντας αυτό το άρθρο κάποιος θα πρέπει να είναι σε θέση να:

1. αναγνωρίζει τα κριτήρια χαμηλού κινδύνου και υψηλού κινδύνου για ενδοκράνιο τραυματισμό σε ασθενείς με κρανιοκεφαλική κάκωση
2. αναφέρει τις ενδείξεις για απεικόνιση του κρανίου και του εγκεφάλου
3. εξηγεί τα βραχυχρόνια και μακροχρόνια κατάλοιπα του ήπιου εγκεφαλικού τραύματος καθώς και την χρησιμότητα της παρακολούθησης και την χρησιμότητα της παρακολούθησης
4. αναγνωρίζει την σημασία της ήπιας διάσεισης και την σημασία της εφαρμογής των οδηγιών για την αντιμετώπιση των διασεισεων αθλητικής φύσεως
5. αντιλαμβάνεται την δυσκολία στην εκτίμηση των ήπιων κρανιοκεφαλικών κακώσεων σε βρέφη και παιδιά

Ορισμοί και Ορολογία

Ήπια κρανιοεγκεφαλική κάκωση

Κάκωση της κεφαλής και τραυματική κάκωση του εγκεφάλου είναι δύο διακριτές οντότητες που συχνά, αλλά όχι αναγκαστικά, σχετίζονται. Ως κάκωση της κεφαλής ορίζεται ο τραυματισμός που είναι κλινικά εμφανής στην φυσική εξέταση και χαρακτηρίζεται από εκχυμώσεις, αιματώματα, θλαστικά τραύματα, παραμορφώσεις και διερρηγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Η τραυματική κάκωση

του εγκεφάλου αναφέρεται ειδικά σε τραυματική βλάβη του εγκεφάλου και δεν είναι πάντα κλινικά εμφανής. Ένα ποσοστό 30% των ασθενών με ήπια τραυματική κάκωση του εγκεφάλου που έρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχουν φυσιολογική νευρολογική εξέταση και καμία ένδειξη κάκωσης της κεφαλής.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Ήπιες Τραυματικής Εγκεφαλικής Βλάβης στον ορισμό της Ήπιες Τραυματικής Βλάβης του Εγκεφάλου περιλαμβάνονται τα κάτωθι:

1. Οιαδήποτε περίοδος απώλειας συνείδησης μικρότερη από 30min και Σκορ Γλασκώβης 13-15 μετά την περίοδο αυτή;
2. Οιαδήποτε απώλεια μνήμης των γεγονότων αμέσως πριν ή μετά το ατύχημα, με μετατραυματική αμνησία λιγότερη των 24hr;
3. Οιαδήποτε μεταβολή του επιπέδου συνείδησης κατά την στιγμή του ατυχήματος (σύγχυση, απώλεια προσανατολισμού, θάμβωση).

Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, από διάσειση έως επισκληρίδιο αιμάτωμα και έτσι δεν βοηθά στην διάκριση της ήπιες τραυματικής βλάβης του εγκεφάλου.

Ο όρος ήπια τραυματική βλάβη του εγκεφάλου συνήθως αφορά ασθενείς με Σκορ Γλασκώβης > 12, αν και ορισμένοι θεωρούν ότι οι ασθενείς με Σκορ Γλασκώβης 13 κατηγοριοποιούνται στην μέση βαρύτητα.

Σε μία προοπτική μελέτη, ασθενείς με Σκορ Γλασκώβης >12 συνεκρίθησαν ανάλογα με το εάν είχαν ή όχι ανωμαλίες στην Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου. Βρέθηκε ότι ασθενείς με ενδοπαρεγχυματικές βλάβες είχαν χειρότερη απόδοση στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν βλάβες και έτσι η προγνωστική αξία της νευροαπεικόνισης.

Επιδημιολογία

Στις ΗΠΑ μία κάκωση κεφαλής συμβαίνει κάθε 15sec ή 2-10 εκ ετησίως. Από αυτές περίπου 500000 θύματα επισκέπτονται ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών και η μεγάλη τους πλειοψηφία χαρακτηρίζονται ήπιες. Τροχαία ατυχήματα είναι η πιο συχνή αιτία ήπιες τραυματικής βλάβης του εγκεφάλου, ακολουθούμενοι από πτώσεις και επιθέσεις. Η μεγαλύτερη επίπτωση συμβαίνει σε άνδρες 15-24 ετών και >75 ετών. Περίπου 15% των ασθενών με ήπια τραυματική βλάβη του εγκεφάλου έχουν μειωμένη λειτουργικότητα ένα χρόνο μετά την κάκωση.

Παθοφυσιολογία

Ο ακριβής μηχανισμός που είναι υπεύθυνος για τις κλινικές εκδηλώσεις της ήπιες τραυματικής βλάβης του εγκεφάλου είναι άγνωστος. Γενικά, τραύμα είναι αποτέλεσμα είτε άμεσης πλήξης είτε αιφνίδιας δύναμης επιβράδυνσης/περιστροφής με την δημιουργία αξόνων αποσχίσεως εντός



του εγκεφάλου. Αυτές οι δυνάμεις διατέμνουν αγγεία και άξονες στην μεσοφάνεια φαϊάς και λευκής ουσίας.

Η πρωτογενής βλάβη αφορά εκείνες τις βλάβες που συμβαίνουν στον τόπο του αρχικού τραυματισμού, όπως υποσκληρίδια, επισκληρίδια, υπαραχνοειδή αιματώματα και ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία. Η δευτερογενής βλάβη αφορά παθολογίες που είναι αποτέλεσμα καθυστερημένης επίδρασης διαφόρων καταστάσεων, όπως υποξία, ισχαιμία, έκλυση διεγερτικών αμινοξέων, ασβεστίου ή νευροτοξινών. Η πρόληψη της δευτερογενούς βλάβης είναι πρωταρχικός στόχος της επείγουσας παρέμβασης.

Διάχυτη αξονική βλάβη είναι μία διεργασία δευτερογενούς βλάβης που αφορά την λευκή ουσία. Μπορεί να εξελιχθεί σε διάστημα ημερών. Τραύμα σε μικρά αγγεία του παρεγχύματος οδηγεί σε οίδημα, πετέχειες και θλάσεις. Ρήξη γεφυρικών φλεβών μπορεί να προκαλέσει υποσκληρίδια αιματώματα ενώ επισκληρίδια αιματώματα είναι αποτέλεσμα ρήξης της μέσης μηνιγγικής αρτηρίας. Διάσειση είναι μία τραυματικής αιτιολογίας βραχεία μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, όχι απαραίτητα απώλεια συνείδησης, χαρακτηριζόμενο από οίδημα των αξόνων.

Η Αρχική Εκτίμηση του Ασθενούς με Ήπια Κρανιοκεφαλική Κάκωση

Η αρχική αντιμετώπιση αφορά την διασφάλιση των ABC (βατότης αεροφόρων οδών, μηχανισμός αναπνοής, κυκλοφορικό σύστημα) με παράλληλη προστασία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Από την στιγμή που οι άμεσες απειλές για την ζωή αντιμετωπίζονται ή αποκλείονται, αρχίζει η συλλογή ειδικών πληροφοριών από το ιστορικό και την φυσική εξέταση.

Σημαντικές Πληροφορίες από το Ιστορικό

Σημαντικές πληροφορίες από το ιστορικό είναι η απώλεια συνείδησης, η μετατραυματική αμνησία, η χρήση οινοπνεύματος, η ηλικία του ασθενούς, τυχόν διαταραχές πηκτικότητας και λήψη αντιπηκτικών. Η προτραυματική αμνησία είναι πιο σημαντική από την μετατραυματική αμνησία και συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα για νευροχειρουργική παρέμβαση.

Αν και ο μηχανισμός τραυματισμού μπορεί να κατευθύνει την απόκτηση περισσότερων πληροφοριών, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι ο μηχανισμός από μόνος του δεν μπορεί να προβλέψει την ενδοκράνια βλάβη. Πάντως, το ιστορικό πυροβολισμού στο κρανίο χρήζει ιδιαίτερης μνείας, αφού σε ποσοστό 25% συνυπάρχει κατάγμα κρανίου ή ενδοκράνια βλάβη, ενώ σε ασθενείς με σπασμούς και κρανιοκεφαλική κάκωση η πιθανότητα ενδοκράνιας βλάβης είναι αυξημένη.

Συμπτώματα

Σε ένα αριθμό μελετών, εάν υπάρχουν πονοκέφαλος, σπασμοί, ναυτία, έμετος και ζάλη δεν αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες ενδοκράνιας βλάβης.

Σημαντικά Ευρήματα στην Εξέταση

Η φυσική εξέταση αρχίζει με μία γενική επισκόπηση του ασθενούς ερευνώντας για θλαστικό τραύμα κεφαλής, κατάγμα θόλου ή βάσεως κρανίου. Σημεία κατάγματος βάσεως κρανίου αποτελούν εκχυμώσεις περιοφθαλμικές (μάτια ρακούν) και περιμαστοειδικές (Battle) που όμως χρειάζονται μερικές ώρες να εμφανιστούν, καθώς και ωτόρροια και ρινόρροια ΕΝΥ.

Ψηλάφηση για κατάγματα κρανίου πρέπει πάντα να γίνεται με αποστειρωμένο γάντι διερευνώντας το βάθος ενός θλαστικού τραύματος.

Ο ασθενής με κρανιοκεφαλική κάκωση χρειάζεται εξέταση και του υπολοίπου σώματος.

Νευρολογική Εξέταση

Ένα μειούμενο επίπεδο συνείδησης είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης ενδοκράνιας βλάβης. Όλοι οι ασθενείς με κρανιοκεφαλικές κακώσεις χρειάζονται διαδοχική καταγραφή του Σκορ Γλασκώβης μέχρι πλήρους ομαλοποίησης. Η παρουσία εστιακών νευρολογικών σημείων ή αλλαγών στο επίπεδο συνείδησης είναι σημαντικό προγνωστικό σημείο σημαντικών επιπλοκών. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδίδεται στα κρανιακά νεύρα IV, VI.

Σκόρ Γλασκώβης

Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο σύστημα εκτίμησης κρανιοκεφαλικών κακώσεων είναι από το 1974 το Σκορ Γλασκώβης το οποίο βασίζεται σε τρεις παραμέτρους, το άνοιγμα ματιών, την λεκτική ανταπόκριση και την κινητική λειτουργία, με ορισμένες τροποποιήσεις για τα παιδιά που δεν ομιλούν.

Ένα Σκορ Γλασκώβης από μόνο του δεν μπορεί να προσδιορίσει τον βαθμό της παρεγχυματικής βλάβης ούτε έχει προγνωστική αξία, αντίθετα η καταγραφή διαδοχικών Σκορ Γλασκώβης είναι πολύτιμη. Ένα χαμηλό Σκορ Γλασκώβης που παραμένει χαμηλό ή ένα υψηλό Σκορ Γλασκώβης που μειούται αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη σε σχέση με ένα σταθερά υψηλό Σκορ Γλασκώβης ή ένα

χαμηλό Σκορ Γλασκώβης που σταδιακά βελτιούται. Ένα μεμονωμένο υψηλό Σκορ Γλασκώβης δεν εξαλείφει την πιθανότητα σοβαρής ενδοκράνιας βλάβης. Σε μία αρχική πολυκεντρική μελέτη 13% των ασθενών που περιέπεσαν σε κώμα είχαν αρχικά Σκορ Γλασκώβης 15.

Πίνακας 1. Σκορ Γλασκώβης και κλίμακα Ταξινόμησης Βαρύτητας

Σκορ Γλασκώβης (Ενηλίκων)

Άνοιγμα Ματιών

Αυτόματα	4
Σε ομιλία	3
Σε πόνο	2
Κανένα	1

Λεκτική Ανταπόκριση

Πλήρης και προσανατολισμένη	5
Απροσανατόλιστη	4
Ομιλία χωρίς λογική	3
Μούγκρισμα	2
Καμία	1

Κινητική Ανταπόκριση

Υπακούει εντολές	6
Εντοπίζει πόνο	5
Απομακρύνεται από πόνο	4
Κάμψη αποφλοίωσης	3
Έκταση απεγκεφαλισμού	2
Καμία	1

Ταξινόμηση ΚΕΚ βάσει Σκορ Γλασκώβης

Ήπιες	13-15
Μεσαίες	9-12
Βαρείες	3-8

Σκορ Γλασκώβης (Παιδιών που δεν ομιλούν)

Άνοιγμα Ματιών

Αυτόματα	4
Σε ομιλία	3
Σε πόνο	2
Κανένα	1

Λεκτική Ανταπόκριση

Ευερέθιστο κλάμα	4
Κλάμα σε πόνο	3
Μουγκρίζει σε πόνο	2
Καμία	1

Κινητική Ανταπόκριση

Υπακούει εντολές	6
Εντοπίζει πόνο	5
Απομακρύνεται από πόνο	4
Κάμψη αποφλοίωσης	3
Έκταση απεγκεφαλισμού	2
Καμία	1

Εξέταση Επιπέδου Συνείδησης

Η εξέταση του επιπέδου συνείδησης στο κρανιοκεφαλικό τραύμα γενικά αρχίζει με τον προσανατολισμό (σε πρόσωπα, χώρο και χρόνο) και η εξέταση της μνήμης (άμεση, βραχυχρόνια, ανάδρομη). Η ικανότητα των δοκιμασιών γνωστικής λειτουργίας να προβλέψουν την παρεγχυματική βλάβη σε Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου αμφισβητείται. Πάντως η ανικανότητα να θυμηθεί τρία από τρία αντικείμενα σε μία εκ των μελετών συσχετίστηκε με την ανάγκη για νευροχειρουργική παρέμβαση σε ασθενείς με θεωρούμενη ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση. Μία σημαντική και ανεπαρκώς μελετημένη πλευρά της κατάστασης της συνείδησης αφορά το θυμικό του ασθενούς. Είναι γνωστό ότι ασθενείς με κρανιοκεφαλική κάκωση εμφανίζουν ένα παράδοξο επίπεδο θυμικό που λέγεται και αβουλία. Σ' αυτήν την κατάσταση οι ασθενείς μιλούν αργά, μονότονα και χωρίς συναίσθημα. Αυτή η αυτόματη ανταπόκριση μπορεί να προέρχεται από βλάβη στους μετωπιαίους λοβούς, μία περιοχή του εγκεφάλου που δεν μπορεί να εκτιμηθεί νευρολογικά. Εάν αστειεύεται κάποιος με έναν ασθενή που έχει υποστεί κρανιοκεφαλική κάκωση, είτε το αστείο είναι αποτυχημένο είτε ο ασθενής έχει υποστεί βλάβη μετωπιαίου λοβού.

Κλινικοί Προγνωστικοί Παράγοντες Ενδοκράνιας Βλάβης

Να κάνεις ή όχι αξονική τομογραφία εγκεφάλου;

Επικρατεί μία μεγάλη διακύμανση στις πρακτικές διαφόρων γιατρών αναφορικά με την διενέργεια αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου σε ασθενείς με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση. Η νευροαπεικόνιση ποικίλει ευρέως μεταξύ νοσοκομείων (16%-70%) και γιατρών (6%-80%) σε μια Καναδική Μελέτη. Περιέργως όλες οι μη διαγνωσμένες βλάβες συνέβησαν σε Νοσοκομεία με υψηλό επίπεδο νευροαπεικόνισης. I



Σε μία μεγάλη μελέτη όλοι οι ασθενείς με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση που χρειάστηκαν νευροαπεικόνιση είχαν ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω:

- Αρχικό Σκορ Γλασκώβης 13 ή 14 ή <15 σε 4 ώρες
- Ηλικία >55
- Αναξιόπιστη εξέταση λόγω λήψης τοξικών ουσιών
- Ανάδρομη αμνησία >30min
- Απώλεια συνείδησης >15min
- Επανελημμένοι έμετοι
- Ικανότητα ανάμνησης αντικειμένων < 3/3
- Ένδειξη κατάγματος βάσεως κρανίου.

Επιπλέον πολλοί ασθενείς με κρανιοκεφαλική κάκωση ψυχολογικά αναμένουν κάποιο βαθμό εγκεφαλικής ακτινοβολίας και αισθάνονται ανασφαλείς εάν αυτό δεν συμβεί!

Δυστυχώς καμία μεμονωμένη κλινική παράμετρος δεν προβλέπει με ακρίβεια μία σημαντική ενδοκράνια βλάβη. Πάντως οι πιο κάτω κλινικές οντότητες βοηθούν τον επειγοντολόγο να προσδιορίσει την ανάγκη για αξονική τομογραφία εγκεφάλου.

Απώλεια Συνείδησης

Απώλεια συνείδησης θεωρείται ως το πλέον σημαντικό στοιχείο από πλευράς ιστορικού για την εκτίμηση των ασθενών με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση. Δυστυχώς τις περισσότερες φορές δεν υπάρχουν αξιόπιστες μαρτυρίες για την ύπαρξη και διάρκεια της απώλειας συνείδησης. Μία πρωτοποριακή αναδρομική μελέτη που έγινε το 1987 από τον Masters et al που περιελάμβανε 22035 ασθενείς με κρανιοκεφαλικές κακώσεις κατένειμε τους ασθενείς σε 3 κατηγορίες κινδύνου εμφάνισης ενδοκράνιας βλάβης, ήτοι χαμηλού, μεσαίου και υψηλού κινδύνου (Πιν.3). Η παρουσία απώλειας συνείδησης μετακινεί ένα ασθενή από την ομάδα χαμηλού κινδύνου στην ομάδα μέσου κινδύνου με παράλληλη αύξηση της πιθανότητας ενδοκράνιας βλάβης από 0% σε 4%.

Πίνακας 3. Ομάδες Κινδύνου για την Παρουσία Ενδοκράνιας Βλάβης σε Κρανιοκεφαλικές Κακώσεις

Χαμηλός Κίνδυνος:

Παρακολούθηση – νευροαπεικόνιση μη απαραίτητη εκτός εάν επιδεινώση

- Όχι απώλεια συνείδησης
- Όχι μετατραυματική αμνησία
- Απουσία κριτηρίων μέσου ή υψηλού κινδύνου
- Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ήπιο πονοκέφαλο ή ζάλη

Μέσος Κίνδυνος:**Παρακολούθηση ή νευροαπεικόνιση**

- Μεταβολή επιπέδου συνείδησης
- Προοδευτικά αυξανόμενοι έμετοι
- Αναξιόπιστο ιστορικό
- Μετατραυματικός σπασμός
- Πολυτραυματίας
- Σημεία κατάγματος κρανίου
- Προοδευτικά επιδεινούμενος πονοκέφαλος
- Μέθη ή λήψη τοξικών ουσιών
- Ηλικία < 2
- Μετατραυματική αμνησία
- Σοβαρό τραύμα προσώπου
- Υποψία παιδικής κακοποίησης

Υψηλός Κίνδυνος:**Νευροχειρουργική Εκτίμηση, Νευροαπεικόνιση**

- Μείωση επιπέδου συνείδησης μη οφειλόμενο σε φάρμακα, οινόπνευμα ή μεταβολική νόσο
- Εστιακό νευρολογικό σημείο
- Προοδευτική επιδείνωση στο επίπεδο συνείδησης
- Διαπιτραινόν τραύμα κρανίου ή ψηλαφητό εμπιεστικό κάταγμα

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα αξονικοτομογραφικών παθολογικών ευρημάτων σε ασθενείς με ήπιες κρανιοκεφαλικές κακώσεις (Σκορ Γλασκώβης 13-15) και απώλεια συνείδησης ποικίλει από 3% - 38% αναλόγως των κριτηρίων, ενώ νευροχειρουργική επέμβαση χρειάζεται σε ένα ποσοστό 0-3%.

Σε μερικές μελέτες η διάρκεια της απώλειας συνείδησης δεν σχετίζεται με την ύπαρξη θετικής αξονικής τομογραφίας, ενώ σε άλλες μία 15λεπτη απώλεια συνείδησης εμφανίζεται ως σημαντική. Ούτε η παρουσία απώλειας συνείδησης ούτε η διάρκεια της απώλειας συνείδησης σχετίζεται με την ανάπτυξη μεταδιασεισικών συμπτωμάτων. Επιδεικνύονται γνωστικά προβλήματα ευρίσκονται σε ασθενείς με κρανιοκεφαλικές κακώσεις, αλλά όχι ιστορικό απώλειας συνείδησης.

Σκορ Γλασκώβης 15

Πολυάριθμες μελέτες έχουν μελετήσει τον ρόλο του Σκορ Γλασκώβης στην πρόγνωση ενδοκρανιακής βλάβης. Από τους ασθενείς με Σκορ Γλασκώβης 15, η κλίμακα των παθολογικών αξονικών τομογραφιών εγκεφάλου κυμαίνεται μεταξύ 3-17% και η παρουσία βλαβών που χρειάζονται νευροχειρουργική παρέμβαση ποικίλει από 0% - 3.3%. Εάν συνδυασθούν όλες οι μελέτες ασθενών με απώλεια συνείδησης και Σκορ Γλασκώβης 15 η παρουσία βλαβών που χρειάζονται νευροχειρουργική επέμβαση είναι < 1%. Συνεπώς, ενώ ένα άριστο Σκορ Γλασκώβης σχετίζεται με μικρή πιθανότητα νευροχειρουργικών βλαβών, εν τούτοις δεν μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη μιας σημαντικής ενδοκρανιακής βλάβης.

Σκορ Γλασκώβης 13 – 14

Η ομαδοποίηση των ασθενών με Σκορ Γλασκώβης 13, 14 και 15 μπορεί να είναι επικίνδυνη και λανθασμένη. Μερικοί ασθενείς προτείνουν την κατηγοριοποίηση των ασθενών με Σκορ Γλασκώβης 13 στην ομάδα μεσαίου κινδύνου, αφού έως 38% θα έχουν ενδοκράνια βλάβη και 10% θα χρειασθούν εγχείρηση. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι καθώς το Σκορ Γλασκώβης μειούται, η πιθανότητα ενδοκρανιακής βλάβης αυξάνει σημαντικά.

Εντόπιση της Κρανιοκεφαλικής Κάκωσης

Γενικά, ιστορικό απώλειας συνείδησης, αμνησία ή παθολογικά ευρήματα στην φυσική και νευρολογική εξέταση προσδιορίζουν την ανάγκη για νευροαπεικόνιση. Πάντως, η ανατομική εντόπιση της κρανιοκεφαλικής κάκωσης επίσης επιδρά στην έκβαση. Ασθενείς που υφίστανται απ' ευθείας πλήξη της κροταφοβρεγματικής χώρας του κρανίου έχουν αυξημένο κίνδυνο επισκληριδίου αιματώματος και χρειάζονται αυξημένη παρακολούθηση και νευροαπεικόνιση. Σε μία σειρά 6 ασθενών με καθυστερημένα επισκληρίδια αιματώματα χωρίς νευρολογικό έλλειμμα, δύο από τους ασθενείς είχαν άμεσο τραύμα της κροταφικής χώρας χωρίς απώλεια συνείδησης. Η κροταφική πλήξη είναι σημαντική σε παιδιά < 2 ετών για να αναπτύξουν καθυστερημένα λεπτομηνιγγικές κύστες. Γραμμικά ή διαστατικά κατάγματα σε νέα παιδιά προδιθέτουν στην ανάπτυξη κύστεων με περιεχόμενο ΕΝΥ. Αυτές οι κύστες εμποδίζουν την σύγκλιση των καταγμάτων και συμβάλουν στην ύπαρξη ενός αναπτυσσόμενου κατάγματος κρανίου.

Ηλικιωμένοι

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από ήπιες κρανιοκεφαλικές κακώσεις. Σε μία προοπτική μελέτη, 28% των ασθενών ηλικίας >60 ετών με απώλεια συνείδησης ή μετατραυματική αμνησία και Σκορ Γλασκώβης 15 είχαν ενδοκράνια βλάβη. Αυτή η συχνότητα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη απ' ό,τι σε νεώτερους. Εξήγηση γι' αυτό αποτελεί η εγκεφαλική ατροφία και η διάταση των γεφυρικών φλεβών που έτσι διασχίζονται με την δημιουργία υποσκληριδίου αιματώματος. Αυτό το εύρημα προτείνει αυξημένη ευαισθησία διενέργειας αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου στους ηλικιωμένους ασθενείς με κρανιοκεφαλική κάκωση.

Αιμοφιλικό & Ασθενείς σε Αντιπηκτική Αγωγή

Η ακριβής συχνότητα σημαντικών ενδοκρανιακών βλαβών σε ασθενείς με αιμοφιλία ή που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή είναι άγνωστη. Αν και ορισμένοι γιατροί έχουν αυξημένη ευαισθησία στην νευροαπεικόνιση και ευκολότερη νοσοκομειακή περίθαλψη, εν τούτοις δεν υπάρχουν οδηγίες για την αντιμετώπιση. Μία συχνότητα ενδοκρανιακής βλάβης 38% έχει καταγραφεί σε παιδιά με

αιμοφιλία που υπέστησαν κρανιοκεφαλική κάκωση, ενώ μία άλλη καταγραφή δείχνει 5% αιμορραγία.

Ασθενείς σε αντιπηκτική αγωγή γενικά θεωρούνται αυξημένου κινδύνου να αναπτύξουν αιμορραγία.. Σε μία μελέτη ασθενών με κρανιοκεφαλική κάκωση και λήψη αντιπηκτικών οι ενδοκρανιακές αιμορραγίες ήταν το πιο συχνό εύρημα.

Σε μία πρόσφατη μελέτη των Garra et al ασθενών με αντιπηκτική αγωγή που υπέστησαν κρανιοκεφαλική κάκωση, με Σκορ Γλασκώβης 15, χωρίς απώλεια συνείδησης, χωρίς αμνησία για το γεγονός και χωρίς νέα νευρολογικά ανωμαλία, ουδείς είχε ενδοκράνια βλάβη. Πάντως, καλό είναι να υπάρχει αυξημένη ευαισθησία για νευροαπεικόνιση σ' αυτούς τους ασθενείς.

Λήψη Τοξικών Ουσιών

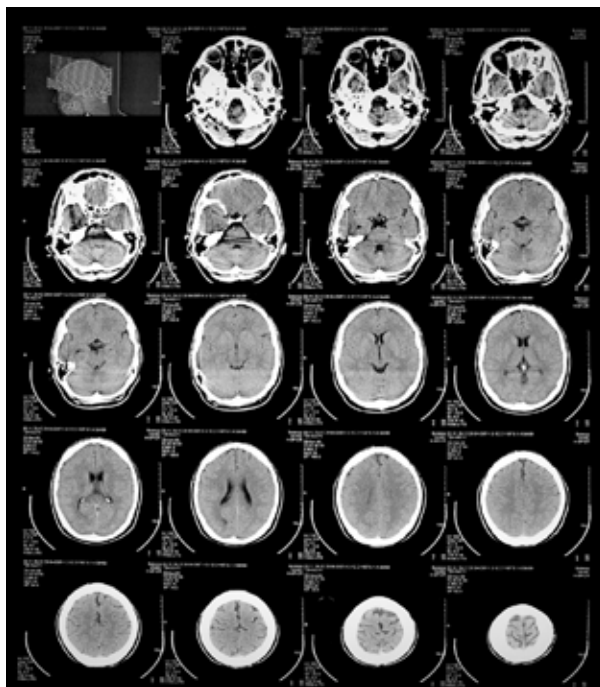
Ο μεθυσμένος ασθενής που πέφτει και κτυπά το κεφάλι του είναι συχνό πρόβλημα. Σε μία μελέτη ποσοστό 42% ασθενών με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση είχαν νομικά αυξημένα επίπεδα οιοπνεύματος. Η νευροαπεικόνιση όλων αυτών των ασθενών είναι δύσκολη και δαπανηρή. Ο κίνδυνος πάντως που υπάρχει είναι να αποδοθεί η μεταβολή του επιπέδου συνείδησης μόνο στο οινόπνευμα. Σε πολλά κέντρα, η παρακολούθηση προτιμάται από την νευροαπεικόνιση, αν και οι κλινικοί παράμετροι και η νευρολογική εξέταση δεν συμβάλλουν στην ανακάλυψη ενδοκρανιακής βλάβης. Από την άλλη πλευρά καμία προοπτική μελέτη δεν έδειξε καλύτερη έκβαση λόγω νευροαπεικόνισης. Πάντως και αυτή η ομάδα ασθενών χρειάζεται αυξημένη ευαισθησία.

Διαγνωστικές Δοκιμασίες στις Ήπιες Κρανιοκεφαλικές Κακώσεις Εργαστηριακές Εξετάσεις

Γενικά, εργαστηριακές εξετάσεις έχουν μικρή αξία σε ασθενείς με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση. Εάν χρειάζεται κάποια εξέταση αίματος, αυτή πρέπει να είναι μέτρηση γλυκόζης, ιδιαίτερα όταν υπάρχει μεταβολή του επιπέδου συνείδησης. Ο ασθενής με κρανιοκεφαλικό τραύμα δεν ωφελείται από την γενική αίματος, εκτός εάν υπάρχει αναιμία. Επίσης τα αιμοπετάλια μπορούν να πέσουν λόγω διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, αλλ' αυτό δεν συμβαίνει στον ασθενή με εγρήγορση. Η μέτρηση ηλεκτρολυτών είναι επίσης χωρίς σημασία.

Έλεγχος Πηκτικότητας

Στους περισσότερους ασθενείς με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση, ο έλεγχος ηκτικότητας είναι μη απαραίτητος. Σε ασθενείς με Σκορ Γλασκώβης > 12 η ανάπτυξη διάχυτης ενδαγγειακής πήξης είναι μηδαμινή. Μόνο ασθενείς με ηπατοπάθεια και λήψη αντιπηκτικών χρειάζονται έλεγχο με PT, PTT, INR.



Επίπεδα Οιοπνεύματος

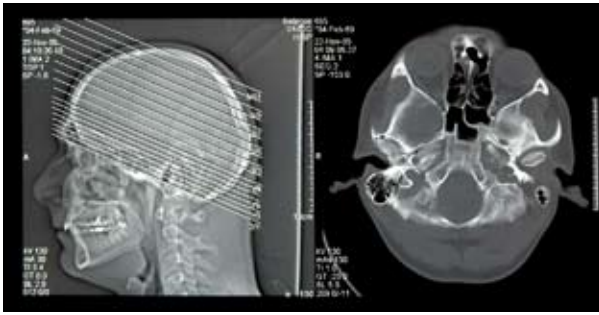
Η συσχέτιση μεταξύ οιοπνεύματος και τραύματος είναι αποδεδειγμένη, αφού περίπου 50% των τραυματιών που εισάγονται σε νοσοκομείο έχουν ανιχνεύσιμα επίπεδα οιοπνεύματος. Η μέτρηση πάντως των επιπέδων οιοπνεύματος αίματος μπορεί να βοηθήσει σε μία πιο επιθετική αντιμετώπιση. Ένας ασθενής με Σκορ Γλασκώβης < 15 είναι πιο πιθανό να έχει εγκεφαλική βλάβη, εάν το επίπεδο οιοπνεύματος είναι < 200mg/dl. Σε μία προοπτική μελέτη, οι ερευνητές βρήκαν ότι το Σκορ Γλασκώβης δεν επηρεάζεται από επίπεδα οιοπνεύματος < 200mg.

Έλεγχος για Ρινόρροια ΕΝΥ

Ρινόρροια από ΕΝΥ είναι δύσκολο να διακριθεί από μια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Το σημείο της στεφάνης, όπου αίμα συγκεντρώνεται στο κέντρο και μία διαυγής στεφάνη στην περιφέρεια, εμφανίζεται και στην ρήξη της σκληράς μήνιγγας και στην ρινορραγία. Σε ασθενείς με διαυγή ρινόρροια η μέτρηση γλυκόζης θα διακρίνει το ΕΝΥ (γλυκόζη ΕΝΥ=2/3 γλυκόζης ορρού) από την ρινική βλέννα (γλυκόζη απύουσα). Ορθό είναι αυτή ή μέτρηση να γίνει στο εργαστήριο.

Ακτινογραφία Κρανίου

Αν και η ακτινογραφία κρανίου είναι εύκολη και φθηνή, πολλές μελέτες δείχνουν ότι αυτή η εξέταση είναι χαμηλής ευαισθησίας και εξειδίκευσης για ενδοκράνια βλάβη. Παρά το ότι ένα κάταγμα κρανίου αυξάνει την πιθανότητα ενδοκρανιακής βλάβης κατά 2-200 φορές, μέχρις και 79% των ενδοκρανιακών βλαβών δεν σχετίζεται με κάταγμα κρανίου. Στην μελέτη του Masters βρέθηκε ότι



91% των ασθενών με κάταγμα κρανίου δεν είχε ενδοκράνια βλάβη, ενώ 51% των ασθενών με ενδοκράνια βλάβη δεν είχαν κάταγμα κρανίου.

Ακτινογραφίες κρανίου δεν ενδείκνυνται σε ασθενείς με κίνδυνο, αντιθέτως αξονική τομογραφία εγκεφάλου με οστικά παράθυρα είναι η επιλογή. Εξαιρέση αποτελεί το παιδί < 2 ετών με βρεγματικό τραύμα, όπου ακτινογραφία κρανίου (4 λήψεις, ΟΠ, ΑΡ, ΔΕ, Townes) είναι επαρκής. Μερικοί γιατροί παραγγέλουν ακτινογραφίες κρανίου σε παιδιά με υποψία κακοποίησης. Σε τέτοια περίπτωση, κακοποιημένα παιδιά έχουν βρεθεί να έχουν πολλαπλά κατάγματα (30.8% έναντι 9.5%, $p=0.0036$), αμφοτερόπλευρα κατάγματα (18% έναντι 3.2%, $p=0.0395$) και κατάγματα που διασταυρούνται με ραφές (25% έναντι 9.5%, $p=0.0264$) σε σχέση με παιδιά που τραυματίζονται τυχαία.

Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς σκιαγραφικό είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη και ειδική για την αναγνώριση καταγμάτων, θλάσεων, υπαραχνοειδών, επισκληριδίων και υποσκληριδίων αιματωμάτων. Τρεχόντως είναι η εξέταση επιλογής για κρανιοκεφαλικές κακώσεις αυξημένου κινδύνου επιπλοκών. Μία αξονική τομογραφία μπορεί να προσδιορίσει προσωπικά κατάγματα και βοηθά στην εκτίμηση κακώσεων αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης. Μειονέκτημα της αξονικής τομογραφίας είναι η μειωμένη ευαισθησία στην διάγνωση καταγμάτων βάσεως κρανίου και παρεγχυματικής βλάβης κοντά στην βάση του εγκεφάλου. Επίσης το δυνητικά αιμοδυναμικά ασταθές άτομο πρέπει να παρακολουθείται στενά για πιθανή επιδείνωση. Σε μερικά κέντρα τραύματος ο αξονικός τομογράφος καλείται "γύρος του θανάτου".

Ένας ασθενής νευρολογικά ακέραιος με φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης και φυσιολογική αξονική τομογραφία σχεδόν ποτέ δεν σχετίζεται με καθυστερημένη νευροχειρουργική καταστροφή. Έτσι, ένας ασθενής με φυσιολογική αξονική τομογραφία εγκεφάλου και φυσιολογική νευρολογική εξέταση μπορεί να λάβει εξιτήριο και να μην παραμείνει για παρακολούθηση.

Μαγνητική Τομογραφία

Αν και η αξονική τομογραφία παραμένει το χρυσό στάνταρντ στην οξεία μετατραυματική νευροαπεικόνιση, η μαγνητική

τομογραφία είναι πιο ευαίσθητη για βλάβες του στελέχους, διάχυτη αξονική βλάβη και μη αιμορραγική παθολογία. Η αξία της καθίσταται πιο σαφής αρκετές μέρες μετά το ατύχημα, οπότε η μαγνητική τομογραφία ξεπερνάει την αξονική στην αναγνώριση όλων των τραυματικών βλαβών εκτός των καταγμάτων. Πάντως η μαγνητική τομογραφία έχει επίσης πλεονέκτημα σε ασθενείς με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση και μεταδιασεισικό σύνδρομο. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι το υψηλό κόστος, η μειωμένη διαθεσιμότητα και το ότι ορισμένες συσκευές παρακολούθησης δεν μπορούν να βρίσκονται κοντά στον τομογράφο.

Άλλες Διαγνωστικές Εξετάσεις

Ανωμαλίες στα ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (BAEPs) παρατηρούνται στην ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση, μέχρι και 6 εβδομάδες μετά τον τραυματισμό, βεβαιώνοντας την ύπαρξη αλλοιώσεων στον φλοιό και το εγκεφαλικό στέλεχος, αλλά χωρίς να υπάρχει συσχέτιση με την πρόγνωση.

Η εξέταση SPECT (αξονική τομογραφία εκπομπής φωτονίων) μπορεί να αναγνωρίζει οίδημα που δεν φαίνεται στο CT ή MRI, χωρίς όμως αυτό να έχει κλινική σημασία.

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) είναι πιο ευαίσθητη στην αναγνώριση υποκλινικής εγκεφαλικής βλάβης απ' ό,τι το MRI.

Νευροψυχολογικές μελέτες με την εκτίμηση της προσοχής, χρόνου αντίδρασης και επεξεργασίας πληροφοριών δείχνουν ανωμαλίες άμεσα μετατραυματικά και έως 6 μήνες μετά.

Ήπιες Κρανιοκεφαλικές Κακώσεις σε Βρέφη και Παιδιά

Η πλειοψηφία των κρανιοκεφαλικών κακώσεων σε βρέφη και παιδιά είναι αποτέλεσμα πτώσεων από μικρό ύψος, δηλαδή καρέκλες, τραπέζια, πολυθρόνες.

Σε μία μελέτη το 50% των επισκληριδίων αιματωμάτων συνέβη από πτώσεις < 1.5m. Σε μία άλλη μελέτη, 24% των κακώσεων κεφαλής συνέβη λόγω παιδικής κακοποίησης.

Οι ακτινογραφίες κρανίου έχουν χαμηλή ευαισθησία και εξειδίκευση για την ανίχνευση ενδοκρανιακών βλαβών.

Η συχνότητα ενδοκρανιακής βλάβης σε παιδιά νευρολογικά φυσιολογικά μετά από απώλεια συνείδησης είναι 0-7%. Οι κλινικοί παράμετροι δεν έχουν καλή συσχέτιση με την πρόγνωση ενδοκρανιακής βλάβης, γι' αυτό αρκετά κέντρα προχωρούν σε διενέργεια CT εγκεφάλου και επί φυσιολογικού αποτελέσματος μη εισαγωγής του παιδιού. Πάντως, άλλα κέντρα δεν εκτελούν CT εγκεφάλου σε παιδιά με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση, διότι η πιθανότητα ενδοκρανίου βλάβης και νευροχειρουργικής παρέμβασης είναι μικρή (0.3%).

Σε μία τρίτη μελέτη με 883 βρέφη και παιδιά CT εγκεφάλου με ευρήματα υπήρχαν στις πιο κάτω καταστάσεις:

εστιακά νευρολογικά σημεία, επιδείνωση ή επιμονή συμπτωμάτων σχετιζομένων με κρανιοκεφαλική κάκωση, ένδειξη καταγμάτων βάσεως κρανίου ή εμπισμάτων, διατηρημένες κακώσεις και διαταραχές αιμόστασης.

Τα βρέφη είναι πιο δύσκολο να εκτιμηθούν. Η ύπαρξη αιμορραγιών αμφιβληστροειδούς σημαίνει κακοποίηση. Η μεγαλύτερη συχνότητα ενδοκρανιακών βλαβών ευρίσκεται σε βρέφη < 12 μηνών, γι' αυτό ενδείκνυται επιθετική πολιτική νευροαπεικόνισης σε αυτή την κατηγορία ασθενών, αφού δεν παρατηρείται σε ποσοστό 58%, απώλεια συνείδησης, ναυτία, σπασμοί).

Σε άλλη μελέτη τέλος βρέθηκε ότι παιδιά που έπεσαν από ύψος < 1.5m, δεν είχαν τραύμα κεφαλής εξωτερικό και είχαν φυσιολογική νευρολογική εξέταση, είχαν πιθανότητα ενδοκρανιακής βλάβης 0%.

Σύνδρομο σχετιζόμενα με ήπιες κρανιοκεφαλικές κακώσεις

Μεταδιασεισικό Σύνδρομο

Το μεταδιασεισικό σύνδρομο αφορά ένα σύνολο συμπτωμάτων που παρουσιάζουν αρκετοί ασθενείς μετά από ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι σωματικά (πονοκέφαλος, αϋπνία/υπνηλία, ζάλη/ίλιγγος, ναυτία, κόπωση, δυσανεξία στο φως/ήχο), γνωστικά (διαταραχή προσοχής, συγκέντρωσης, μνήμης) και συναισθηματικά (ευερεθιστότης, άγχος, κατάθλιψη). Περίπου 30% των ασθενών με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση θα έχουν συμπτώματα 3 μήνες μετά το ατύχημα, ένα 15% θα έχουν συμπτώματα 1 χρόνο μετά. Σε μία προοπτική μελέτη 587 ασθενών με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση και φυσιολογική αξονική τομογραφία εγκεφάλου που είχαν εισαχθεί σε νοσοκομείο, το 67% παραπονέθηκε για τουλάχιστον ένα σύμπτωμα και 17% είχαν πολλά συμπτώματα κατά την έξοδο τους.

Όπως προκύπτει νέοι, δραστήριοι άνδρες είναι σε μικρότερο κίνδυνο να αναπτύξουν μεταδιασεισικό σύνδρομο, ενώ γυναίκες > 55 ετών ή ασθενείς με παρατεταμένη μετατραυματική αμνησία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Παρά την προκύπτουσα συμφωνία στο ότι σωματικά και γνωστικά ελλείμματα είναι αποτέλεσμα ήπιας κρανιοκεφαλικής κάκωσης, η φυσιολογική σε σχέση με την ψυχογένεση των συμπτωμάτων είναι ακόμη υπό συζήτηση, ιδιαίτερα επί επιμονής των συμπτωμάτων για > 3 μήνες. Ασθενείς με συμπτώματα που επιμένουν για > 1 χρόνο θεωρούνται ότι έχουν επίμονο μεταδιασεισικό σύνδρομο.

Διάσειση και σύνδρομο δεύτερης κάκωσης

Το σύνδρομο δεύτερης κάκωσης αναφέρεται στην συσσωρευτική νευροανατομική βλάβη που υφίσταται ο εγκέφαλος όταν τραυματίζεται μια δεύτερη φορά και πριν αναρρώσει πλήρως από ένα αρχικό τραυματισμό. Αυτός ο συνδυασμός μπορεί να προκαλέσει μόνιμη ανικανότητα ή θάνατο από κακότητες και μη αναστρέψιμο εγκεφαλικό οίδημα.

Οι περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με την διάσειση και το σύνδρομο δεύτερης κάκωσης έχουν προέλθει από αθλητικούς τραυματισμούς. Η διάσειση είναι συχνή στους ποδοσφαιριστές και τους πυγμάχους.

Οδηγίες για την αντιμετώπιση των ασθενών με διάσειση παρέχονται στον Πίνακα 4

Πίνακας 4. Οδηγίες για την αντιμετώπιση ασθενών με διάσειση

Διάσειση 1ου βαθμού: Σύγχυση, αλλά όχι αμνησία ή απώλεια συνείδησης

- Διακοπή δραστηριότητας (άθλημα) και παρακολούθηση. Όταν ο ασθενής επιστρέφει στα βασικά, βάλτε τον ασθενή να κάνει ασκήσεις. Εάν ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός, τότε ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σε πλήρη δραστηριότητα.
- Δύο διασείσεις 1^{ου} βαθμού σε μία μέρα: Καμία φυσική δραστηριότητα δεν επιτρέπεται για το υπόλοιπο της ημέρας.
- Τρεις διασείσεις 1^{ου} βαθμού σε περίοδο τριών μηνών: Καμία φυσική δραστηριότητα που θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο κρανιοκεφαλικής κάκωσης για 3 μήνες.

Διάσειση 2ου βαθμού: Σύγχυση και αμνησία, αλλά όχι απώλεια συνείδησης

- Διακοπή κάθε δραστηριότητας που θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο κρανιοκεφαλικής κάκωσης για το υπόλοιπο της ημέρας.
- Επανεξέταση σε 24 ώρες.
- Καμία δραστηριότητα που θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο για μία εβδομάδα.
- Δύο διασείσεις 2^{ου} βαθμού σε περίοδο 3 μηνών: Καμία δραστηριότητα που θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο για 3 μήνες.

Διάσειση 3ου βαθμού: Απώλεια συνείδησης

- Μεταφορά σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για εκτίμηση και αξονική τομογραφία.
- Εάν ο ασθενής παραμείνει ελεύθερος συμπτωμάτων για 2 εβδομάδες, τότε μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του μετά από 30 ημέρες.
- Δύο διασείσεις 3^{ου} βαθμού σε περίοδο 3 μηνών: Καμία δραστηριότητα που θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο κρανιοκεφαλικής κάκωσης για 3 μήνες.

Παρεμβάσεις

Οι περισσότεροι ασθενείς με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση δεν χρειάζονται επείγουσες παρεμβάσεις. Πάντως, ο γιατρός που ασχολείται με επείγοντα περιστατικά θα πρέπει να δράσει ταχέως σε ιδιαίτερες ομάδες ασθενών. Μία τέτοια ομάδα είναι οι αιμορροφιλικοί (Σοβαρή έλλειψη Παραγόντων VIII ή IX.). Κανένας ασθενής που έλαβε τους παράγοντες που έλειπαν εντός 6 ωρών από τον τραυματισμό δεν παρουσίασε ενδοκράνιο αιμορρα-

για, ενώ 7/21 ασθενείς που δεν έλαβαν τους σχετικούς παράγοντες εμφάνισε ενδοκράνια αιμορραγία. Έτσι, αυτή η μελέτη δείχνει την ανάγκη για έγκαιρη χορήγηση των ελλειπόντων παραγόντων.

Μερικές φορές, τραύμα στην κεφαλή μπορεί να προκαλέσει σημαντική εξωτερική αιμορραγία, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί είτε με άμεση πίεση είτε με ελαστική περιδεση είτε με συνεχή ραφή.

Εξιτήριο

Σε πολλές περιπτώσεις, η έξοδος του ασθενούς εξαρτάται από την αξονική τομογραφία ή από διαδοχικές φυσικές εξετάσεις. Ασθενείς που δεν βελτιώνονται με τις διαδοχικές εξετάσεις, χρειάζονται νευροαπεικόνιση.

Θετική Αξονική Τομογραφία

Η πλειοψηφία των ασθενών με ήπια κρανιοκεφαλική κάκωση και θετική αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν χρειάζονται νευροχειρουργική επέμβαση. Πάντως, όταν η αξονική τομογραφία αναδεικνύει μία ενδοκρανιακή βλάβη ή ένα ανοικτό ή συμπιεστικό ή κάταγμα βάσεως κρανίου τότε απαιτείται νευροχειρουργική εκτίμηση.

Η εισαγωγή σε νοσοκομείο προσδιορίζεται από τον τύπο της βλάβης, συνοδές τυχόν παθήσεις και την κοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Οι περισσότεροι ασθενείς με απλά κατάγματα κρανίου, ουδεμία ενδοκρανιακή βλάβη στην αξονική τομογραφία, φυσιολογική νευρολογική εξέταση και υπεύθυνο άτομο δίπλα τους μπορούν να αντιμετωπισθούν σπίτι τους. Αυτή η πρακτική μπορεί να εφαρμοσθεί και σε βρέφη και παιδιά, που δεν είναι θύματα παιδικής κακοποίησης.

Αρνητική Αξονική Τομογραφία

Όταν η αξονική τομογραφία είναι αρνητική για οξεία παθολογία και ο ασθενής νευρολογικά ακέραιος και με φυσιολογική διανοητική κατάσταση, τότε μπορεί να μείνει στο σπίτι του με την προϋπόθεση ότι υπάρχει κάποιος αξιόπιστος ενήλικας μαζί του. Αν και η ασφάλεια της τακτικής αυτής έχει αποδειχθεί, εν τούτοις σε μία μελέτη των Levitt et al προέκυψε ότι το 23% των ασθενών δεν μπορούσαν να θυμηθούν τις οδηγίες που τους εδόθησαν, γι' αυτό είναι απαραίτητο να χορηγούνται γραπτές οδηγίες και επεξηγήσεις σε συνοδό.

Ένδειξη για εισαγωγή σε νοσοκομείο όταν είναι φυσιολογική η αξονική τομογραφία είναι: παθολογική διανοητική κατάσταση ή νευρολογική εξέταση, επίμονοι έμετοι, λήψη οινοπνεύματος ή τοξικών άλλων ουσιών, έλλειψη ικανού συνοδού και υποψία οικιακής βίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο στόχος οιοδήποτε σχήματος αντιμετώπισης είναι απλός: Παροχή έγκαιρης και πλήρους ιατρικής φροντί-

δας, ελαχιστοποίηση νοσηρότητας και θνητότητας και καλή χρήση χρημάτων και δυνατοτήτων. Ενώ πολλοί ασθενείς emπίπτουν στην κατηγορία χαμηλού κινδύνου (όχι ανάγκη για αξονική) και άλλοι emπίπτουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου (ανάγκη για αξονική), ένας μεγάλος αριθμός ασθενών έχει διφορούμενες ενδείξεις για αξονική τομογραφία.

Επί τη βάση της καλύτερης υπάρχουσας μαρτυρίας, ασθενείς με κρανιοκεφαλική κάκωση χωρίς απώλεια συνείδησης ή μετατραυματική αμνησία και που είναι νευρολογικά ακέραιοι δεν χρειάζονται αξονική τομογραφία εγκεφάλου και μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους. Όλοι οι ασθενείς που εμφανίζουν ιστορικό απώλειας συνείδησης και Σκορ Γλασκώβης 15 χρειάζονται αξονική τομογραφία ή διαδοχικές εκτιμήσεις. Όσοι αναπτύσσουν ευρήματα υψηλού κινδύνου, όπως μείωση επιπέδου συνείδησης, επιδεινούμενη κεφαλαλγία ή έμετο όλοι οφείλουν να υποβληθούν σε αξονική τομογραφία. Ο ασθενής με λήψη τοξικών ουσιών χρειάζεται ενωρίς αξονική τομογραφία και επανειλημμένες εξετάσεις.

Το κατά πόσον οι διαδοχικές εξετάσεις μπορούν να αντικαταστήσουν την αξονική τομογραφία εγκεφάλου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως ηλικία, διαταραχές ηκτικότητας, νευρολογική εξέταση.

Κανένας συνδυασμός κλινικών κριτηρίων δεν έχει δημιουργηθεί που να αναγνωρίζονται όλοι οι ασθενείς με νευροχειρουργικά σημαντικές βλάβες. Όλοι οι ασθενείς με κρανιοκεφαλική κάκωση, ανεξαρτήτως ιστορικού απώλειας συνείδησης, χρειάζονται σωστή πληροφόρηση για τα μεταδιασεισικά συμπτώματα, υπό μορφή γραπτών οδηγιών με την ανάγκη για επανεκτίμηση να γίνεται σαφής.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΑ ΚΡΑΝΙΟΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Εσύ ή ο συγγενής σου έχει υποστεί κρανιοκεφαλική κάκωση. Ευτυχώς δεν υπάρχει ένδειξη ότι υπάρχει σοβαρή βλάβη. Αλλά, υπάρχει πιθανότητα να έχεις «κτυπήσει» τον εγκέφαλο σου και έτσι θα χρειασθεί κάποια περίοδος έως ότου αισθανθείς απολύτως καλά. Τις επόμενες ημέρες μπορεί να αισθανθείς κάποια από τα πιο κάτω συμπτώματα:

- ήπιο πονοκέφαλο
- δυσκολία συγκέντρωσης
- διακυμάνσεις συναισθημάτων
- αϋπνία
- ήπια ναυτία

Αυτά τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν σε μερικές ημέρες, είναι όμως σημαντικό για σένα να ξεκουραστείς και να αποφύγεις το στρες. Απόφυγε να πίνεις οινοπνευματώδη ή φάρμακα που προκαλούν υπνηλία, όπως ναρκωτικά ή μερικά αντισταμινικά. Είναι επίσης σημαντικό να επικοινωνείς με τον γιατρό σου και να τον ενημερώνεις σχετικά.

Θα πρέπει να επιστρέψεις αμέσως σε νοσοκομείο εάν εμφανιστεί κάποιο από τα πιο κάτω συμπτώματα:

- Σοβαρός ή επιδεινούμενος πονοκέφαλος
- Σύγχυση ή μη σωστή δράση
- Σοβαρή υπνηλία ή δυσκολία αφύπνισης
- Σπασμοί
- Επανειλημμένοι έμετοι
- Απώλεια ισορροπίας ή πτώση
- Διαταραχές όρασης ή διπλωπία
- Αδυναμία άνω ή κάτω άκρου

Θυμήσου ότι τα πιο πάνω ισχύουν για όλες τις ώρες του 24ώρου!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Klassen T.P., Reed M.H., Stiell Ig, et al: Variation in utilisation of computed tomography scanning for the investigation of minor head trauma in children. A Canadian experience: Ann Emerg Med 2000: 7 (7):739-744
2. Thorman DiGuerrero J.: Trends in hospitalisation associated with traumatic brain injury. JAMA 1999: 950-957

QUIZ

1. Ασθενής εμφανίζει έντονη κεφαλαλγία, ναυτία, έμετοι. Η αρτηριακή πίεση μετράται σε 210/140 mm/Hg. Πώς θα κατηγοριοποιήσουμε την ανωτέρω υπέρταση.
 - (α) Επείγουσα υπερτασική κατάσταση
 - (β) Κρίσιμη υπερτασική κατάσταση
 - (γ) Ανεπίπλεκτη υπέρταση
 - (δ) Παροδική υπέρταση
 - (ε) Χρόνια Υπέρταση
2. Πόσο γρήγορα και σε ποιο επίπεδο πρέπει να μειωθεί η αρτηριακή πίεση σε έναν ασθενή με επείγουσα υπερτασική κρίση.
 - (α) 120/80 mm/Hg το συντομότερο δυνατόν
 - (β) 180/90 mm/Hg εντός 12 ωρών
 - (γ) 120/80 mm/Hg εντός 30 ή 60 λεπτών
 - (δ) Σε επίπεδα «φυσιολογικά» για την ασθενή εντός 30 ή 60 λεπτών
 - (ε) Σε επίπεδα «φυσιολογικά» για την ασθενή εντός 4 ωρών
3. Άνδρας, ηλικίας 70 ετών, παρουσιάζει επεισόδιο απώλειας της συνειδήσεως διάρκειας 1 λεπτού κατά την διάρκεια γεύματος. Τα πιο πιθανά αίτια αυτού του συγκοπτικού επεισοδίου περιλαμβάνουν τα κάτωθι, πλην:
 - (α) βραδυκαρδία
 - (β) ταχυκαρδία
 - (γ) αορτική στένωση
 - (δ) αορτική ανεπάρκεια
 - (ε) ισχαιμία μυοκαρδίου

Απαντήσεις του quiz στην σελίδα 20

ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ (Επίσταξη) και ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Σωτήρης Κ. Παππάς,
Χειρουργός – Ωτορινολαρυγγολόγος

Επίσταξη (ρινορραγία) ονομάζεται η αιμορραγία από τη μύτη και αποτελεί σύμπτωμα μιας τοπικής ή γενικευμένης νόσου.

Επιδημιολογία

Η Επίσταξη εμφανίζεται σε ανθρώπους όλων των ηλικιών αλλά συχνότερα στα μικρά παιδιά και τους ηλικιωμένους.

Στα παιδιά η αιμορραγία συμβαίνει συνήθως στο πρόσθιο τμήμα της μύτης και κυρίως στο πρόσθιο τμήμα του ρινικού διαφράγματος (κηλίδα του Kiesselbach). Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας η εστία εντοπίζεται συχνότερα στην οπίσθια μοίρα της ρινικής κοιλότητας και συχνά δεν μπορεί να ελεγχθεί χωρίς την παρουσία ειδικού στο σπίτι.

Με βάση τα διεθνή δεδομένα περίπου 15 άνθρωποι στις 10000, το χρόνο θα ζητήσουν βοήθεια ειδικού για τον έλεγχο της επίσταξης και περίπου 1,6/10000 θα εισαχθούν σε θεραπευτήριο. Απ' αυτούς 29% θα χρειαστούν μετάγγιση και 5,6% χειρουργική παρέμβαση.

Η ρινορραγία είναι συχνότερη στα βόρεια κλίματα και τους χειμερινούς μήνες λόγω της μειωμένης σχετικής υγρασίας που ξεραίνει το ρινικό βλεννογόνο.

Κλινική Εικόνα

Η κλινική εικόνα ποικίλει από ελαφριάς μορφής μέχρι εντονότατης αιμορραγίας, που μπορεί να οδηγήσει τον πάσχοντα ακόμη και στο θάνατο. Συνήθως το αίμα βγαίνει από τα ρουθούνια. Σπανιότερα φέρεται προς τον ρινοφάρυγγα και αποβάλλεται από το στόμα με την απόχρεμψη ή με τον εμετό. Τότε όμως δυσκολεύεται η διαφοροδιάγνωση, γιατί μπορεί να θεωρηθεί αιμόπτυση ή αιματέμεση.

Αίτια Ρινορραγίας

Τα πιθανά αίτια της ρινορραγίας διαχωρίζονται αιτιολογικά σε τοπικά και γενικά και ενώ ο εντοπισμός των τοπικών και η επίσχεση της επίσταξης ανήκει στην αρμοδιότητα του ειδικού Ωτορινολαρυγγολόγου, η διερεύνηση και θεραπεία των γενικών αιτιών απαιτεί την συνεργασία πολλές φορές περισσότερων της μιας ειδικοτήτων. Κατωτέρω παρουσιάζεται ένας πίνακας με τις πιθανές αιτίες μιας επίσταξης

Διάγνωση

Η διάγνωση συνίσταται αφ' ενός στον εντοπισμό της εστίας της επίσταξης και αφ' ετέρου στον προσδιορισμό της αιτίας αυτής.

Διακρίνουμε τις ρινορραγίες του προσθίου τμήματος, του οπισθίου τμήματος και του άνω τμήματος της μύτης

Η ρινορραγία του **προσθίου** τμήματος ελέγχεται μάλλον εύκολα με την πρόσθια ρινοσκόπηση, η αιμάτωση στην περιοχή αυτή γίνεται από:

- Τον **διαφραγματικό κλάδο** της άνω χειλικής αρτηρίας, κλάδος της έξω γναθιαίας. -Τους **διαφραγματικούς κλάδους** της πρόσθιας ηθμοειδούς αρτηρίας, κλάδου της έσω καρωτίδας. -**Πρόσθιο κλάδο της μείζονος υπερωίου αρτηρίας** και
- Τον **τελικό κλάδο της σφηνουπερωίου αρτηρίας**, τελικό κλάδο της έσω γναθιαίας.

Η ρινορραγία του **οπισθίου** τμήματος συμβαίνει συχνότερα στους ηλικιωμένους και προέρχεται από **αγγειακούς κλάδους της σφηνουπερωίας αρτηρίας**.

Οι οπίσθιες ρινορραγίες είναι εντονότερες και ελέγχονται δυσκολότερα.

ΤΟΠΙΚΑ**Τραυματισμοί**

Με τα δάκτυλα
απλές κακώσεις του βλεννογόνου

κατάγματα

ρινικών οστών
οστά βάσης κρανίου
οστά παραρρινίων
Ενδορρινικές χειρ/γικές επεμβάσεις
Ξένα σώματα ρινόσ

Φλεγμονές

Οξεία ρινίτιδα- παραρρινοκολπίτιδα
Χρόνια ρινίτιδα- παραρρινοκολπίτιδα
Σύφιλη
Φυματίωση
Ακτινομύκωση

ΓΕΝΙΚΑ**Παθήσεις του αίματος**

Αναμία απλαστική κακοήθης
Λευχαιμίες ιδιαίτερος οξείες
παραπρωτεϊναιμίες

Αγγειακές αιμορραγικές διαθέσεις

Νόσος Rendu -Osler-Weber
Σκορβούτο

Θρομβοπενικές αιμορραγικές διαθέσεις

Νόσος Werlhof

Από διαταραχή παραγόντων πήξης

αιμοροφιλία
ινωδοπενία

Ενδοκρινικά αίτια

Εγκυμοσύνη
Έμμηνος ρύση

Εμπύρετα λοιμώδη νοσήματα

Ιλαρά
Οστρακιά
Διφθερίτιδα
Κοκίτης

Δηλητηριάσεις με μέταλλα

Hg, χρώμιο, φωσφόρος

Λήψη φαρμάκων

Αντιπηκτικά
Ασπιρίνη

Παρανόμων φ.

Κοκαΐνη

ΑΓΝΩΣΤΑ ΑΙΤΙΑ

Υπέρταση * οιασδήποτε αιτιολογίας

Νεοπλάσματα**Καλοήθη**

Αιμορραγικός πολύπους διαφράγματος
Θήλωμα
Ρινοϊνωμα

Παράσιτα

Μυιάσεις

Ανευρίσματα συγγενή ή επίκτητα

ενδοκρανιακής μοίρας της έσω καρωτίδας

Κακοήθη

A. ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ
Μαλπιγιανό καρκίνωμα
Λεμφοεπιθηλίωμα
Λεμφοσάρκωμα
B. ΡΙΝΟΣ- ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ
Μαλπιγιανό καρκίνωμα
Κυλινδρωμα
Αδενοκαρκίνωμα

* Πάρα πολλές εργασίες έχουν γίνει προσπαθώντας να διερευνήσουν το ρόλο της υπέρτασης στην επίσταξη, έχοντας δηλαδή σαν βάση το ερώτημα εάν η υπέρταση προκαλεί την επίσταξη ή η θέα του αίματος δημιουργεί άγχος και κατά συνέπεια υπέρταση στον ασθενή, τα αποτελέσματα των εργασιών είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Οσον αφορά την προσωπική γνώμη του γράφοντος τείνει να πιστεύει ότι η υπέρταση είναι αιτία ρινορραγίας, με την απλή παρατήρηση ότι οσάκις κατά την άσκηση της ειδικότητας του προσέτρεξε καθυστερημένως στο χώρο των επειγόντων και οι συνάδελφοι παθολόγοι είχαν ασχοληθεί με τον έλεγχο της υπέρτασης, η δραματική εικόνα της ρινορραγίας είχε υφείη ή και εξέλειπε.

Η ρινορραγία του **άνω** τμήματος έχει προέλευση

- τους *διαφραγματικούς κλάδους της οπισθίας ηθμοειδούς αρτηρίας*, κλάδο της έσω καρωτίδας και
- την *άνω έσω γναθιαία αρτηρία*, η οποία είναι σημαντικό κλάδος της έξω καρωτίδας

Αρκετές φορές είναι δύσκολο να καθοριστεί αν η αιμορραγία προέρχεται από την αριστερή ή την δεξιά ρινική θάλαμη.

Για να εντοπίσουμε την εστία της αιμορραγίας αφαιρούμε με την αναρρόφηση τους θρόμβους που βρίσκονται μέσα στην μύτη και στην συνέχεια με την πρόσθια ρινοσκόπηση προσπαθούμε να εντοπίσουμε την προέλευση του αίματος, σ' αυτή την προσπάθεια είναι δυνατόν να βοηθηθούμε αρκετά με την χρήση τολυπίου βάμβακος εμποτισμένου με διάλυμα λιδοκαΐνης 4% και νορ-επινεφρίνης 1%.

Αντιμετώπιση

Τα απλά μέτρα που μπορεί να λάβει άμεσα ο καθένας συνιστώνται σε :

Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή ή όρθια θέση με τοποθέτηση της κεφαλής ελαφρά προς τα εμπρός (η παραδοσιακή δοξασία της τοποθέτησης της προς τα πίσω οδηγεί σε κατάποση του αίματος και σε καμία περίπτωση σε ύφεση της) και μετά τον καθαρισμό των ρωθώνων με έντονο φύσημα για την απομάκρυνση πηγμάτων αίματος εφαρμόζουμε έντονη σταθερή πίεση με τα δάκτυλα στο **κινητό** τμήμα των πτερυγίων της ρινός, επί 10 min σταθερά, η χρήση παγοκύστεων ενδείκνυται αρκεί να τοπο-

θετηθούν ψηλότερα από το σημείο πίεσης στο σταθερό τμήμα της ρινός, επίσης μπορεί να τοποθετηθεί τεμάχιο πάγου στη στοματική κοιλότητα του πάσχοντος (να πιλήσει το παγάκι) επιζητείται η αγγειοσύσπαση λόγω ψύχους. Στο 90% των περιπτώσεων τα ανωτέρω μέτρα θα οδηγήσουν σε ύφεση της ρινορραγίας.

Τυχόν άλλες δοξασίες όπως η λευκή αφαίμαξη (δέσιμο χεριών, ποδιών, τοποθέτηση καπνού κ.λ.π.) δεν βοηθούν σε τίποτα αντίθετα επιτείνουν τον πανικό και οδηγούν σε χάσιμο χρόνου.

Εάν κατά την εφαρμογή των ανωτέρω μέτρων παρατηρείται έξοδος του αίματος από την στοματική κοιλότητα πιθανότατα η εστία βρίσκεται πιο εσωτερικά στη μύτη, οπότε το μέτρο της πίεσης με τα δάκτυλα δεν θα αποδώσει, εδώ μπορεί να δοκιμαστεί η τοποθέτηση πιεστικά τεμαχίου βάμβακος εμποτισμένου με οξυζενέ.

Η περαιτέρω αντιμετώπιση ανήκει πλέον στους ειδικούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomas K. Swoboda: Epistaxis. In Stephen W. Neldon, O. John Mc, Robert Wooland: Geriatric Emergency Medicine, 2004: McGraw Hill Company Inc.
2. Josephone G.D., Godley I.M., Stierna P.: Practical management of epistaxis. Med Clin North Am 1991: 75:311
3. Herkner H., Laggner A.V., Mulluer M. et al: Hypertension in patients presenting with epistaxis. Ann Emerg Med 2000: 35:126



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Μιχάλης Σαββίδης,
Παθολόγος

Οξεία μη επιπλεγμένη κυστίτιδα σε γυναίκα

Η οξεία μη επιπλεγμένη κυστίτιδα χαρακτηρίζεται από δυσουρία, συχνουρία, επιτακτική ούρηση, πυουρία και βακτηριουρία. Τα ούρα είναι θολερά, δύσοσμα και ενίοτε αιμορραγικά. Εμφανίζεται κυρίως σε νέες προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, μη εγκυμονούσες που δεν παρουσιάζουν ανατομικές ή λειτουργικές διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος.

Το 60% των γυναικών θα παρουσιάσουν επεισόδιο κυστίτιδας κατά την διάρκεια της ζωής τους. Τα πιο συχνά παθογόνα μικρόβια είναι το E-Coli (80-85%) και ο staphylococcus saprophyticus (5-15%).

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οξείας κυστίτιδας σε νέες γυναίκες είναι το προηγούμενο ιστορικό ουρολοίμωξης και η συχνή ή πρόσφατη σεξουαλική επαφή.

Τα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση της οξείας μη επιπλεγμένης κυστίτιδας σε γυναίκα αναφέρονται στον **πίνακα 1**.

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Αμοξικιλίνη ⁵	500 mg x 3	7 ημέρες
Αμοξικιλίνη & Κλαβουλανικό οξύ ⁵	625 mg x 3 ή 1g x 2	7 ημέρες
Τριμεθοπρίμη & Σουλφαμεθοξαζόλη (Κοτριμοξαζόλη) ¹	960 mg x 2	3 ημέρες
Νορφλοξασίνη ²	400 mg x 2	3 ημέρες
Σιπροφλοξασίνη ²	500 mg x 2	3 ημέρες
Λεβοφλοξασίνη ²	250 mg x 1	3 ημέρες
Οφλοξασίνη ²	200 mg x 2	3 ημέρες
Φωσφομυκίνη – Τρομεταμόλη ⁴	3 mg x 1	Άπαξ
Κεφαλεξίνη ⁵	250 mg x 4	7 ημέρες
Νιτροφουραντοϊνη ³	100 mg x 4	7 ημέρες

Σημειώσεις

¹ Φάρμακο πρώτης επιλογής σε ασθενείς χωρίς ιστορικό αλλεργίας στις σουλφοναμίδες, που δεν έχουν λάβει αντιβιοτικό το τελευταίο τρίμηνο και η αντοχή του κολοβακτηριδίου στο φάρμακο είναι κάτω από 20%.

² Οι κινολόνες χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις αντοχής του μικροβίου στα υπόλοιπα αντιβιοτικά, όταν η αντοχή των συνηθών μικροβίων είναι πάνω από 20% στις σουλφοναμίδες και όταν η ασθενής είναι αλλεργική στις σουλφοναμίδες. Δεν είναι δραστικές έναντι σημαντικού ποσοστού εντεροκόκκων.

³ Η χορήγηση νιτροφουραντοϊνης απαιτεί 7ήμερο σχήμα και συνοδεύεται από ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό.

⁴ Η φωσφομυκίνη χορηγείται σε μία μόνο δόση, είναι λιγότερο δραστική σε σύγκριση με την κοτριμοξαζόλη και τις κινολόνες και δεν είναι αποτελεσματική έναντι του staphylococcus saprophyticus.

⁵ Οι β-λακτάμες χρησιμοποιούνται σε κυστίτιδα σε εγκύους και σε λοιμώξεις από Gram θετικά βακτήρια (εντερόκοκκος). Παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αντοχής στο κολοβακτηρίδιο και είναι λιγότερο δραστικές από την κοτριμοξαζόλη.

Μετά το τέλος της θεραπείας συνιστάται ουροκαλλιέργεια σε μία εβδομάδα. Αν η ουροκαλλιέργεια είναι θετική τότε η ασθενής υποβάλλεται σε βιοχημικό έλεγχο νεφρικής λειτουργίας, υπερηχογράφημα NOK (νεφρών-ουρητήρων-κύστεως), ενδοφλέβια πυελογραφία και γυναικολογική εξέταση. Χορηγείται παράλληλα φαρμακευτική αγωγή 14 ημερών βάσει αντιβιογράμματος. Αν ο παρακλινικός έλεγχος είναι θετικός, παραπέμπεται σε ουρολόγο.

Οξεία μη επιπλεγμένη πυελονεφρίτιδα σε γυναίκα

Η οξεία μη επιπλεγμένη πυελονεφρίτιδα εμφανίζεται με πυρετό και ρίγος, ευαισθησία και άλγος στην πλευροσφυϊκή γωνία και εμέτους. Το άλγος μπορεί να παρουσιασθεί ως οσφυαλγία ή διάχυτο κοιλιακό άλγος. Συνήθως συνυπάρχουν και τα συμπτώματα της κυστίτιδας.

Αντικειμενικά διαπιστώνεται το σημείο Giordano (ευαισθησία κατά την πλήξη της πλευροσφυϊκής γωνίας της πάσχουσας περιοχής).

Η ασθενής πρέπει πάντα να υποβάλλεται σε ουροκαλλιέργεια. Η διάρκεια χορήγησης της αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας είναι 10-14 ημέρες. Τα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα αναφέρονται στον **πίνακα 2**.

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
Σιπροφλοξασίνη ¹	500 mg x 2
Λεβοφλοξασίνη	250 mg x 1
Οφλοξασίνη	400 mg x 2
Κοτριμοξαζόλη	960 mg x 2
Αμοξικιλίνη & Κλαβουλανικό Οξύ ²	625 mg x 3 ή 1 g x 2

Σημειώσεις

¹ Πρώτο φάρμακο εκλογής.

² Φάρμακο εκλογής για λοίμωξη από Gram θετικούς κόκκους (εντερόκοκκους).

Τα κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο σε άτομο που πάσχει από οξεία πυελονεφρίτιδα είναι:

- ◆ Συγγενής διαμαρτία ουροποιητικού συστήματος.
- ◆ Κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση.
- ◆ Άτομα πάσχοντα από σακχαρώδη διαβήτη, κακοήθη νόσο, δρεπανοκυτταρική αναιμία, μεταμοσχευθέντες οργάνων, ανοσοκαταστολή, νεφρική ανεπάρκεια και σε εγκύους.
- ◆ Αποφρακτική ουροπάθεια.
- ◆ Αποτυχία εξωνοσοκομειακής αγωγής.
- ◆ Άτομα που παρουσιάζουν ακατάσχετους εμέτους, ολιγουρία, ανουρία, επίσχεση ούρων.
- ◆ Ηλικία > 60 ετών.
- ◆ Αδυναμία παρακολούθησης στο σπίτι.
- ◆ Μοναχικά άτομα.
- ◆ Υποψία σηψαιμίας.

Παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή, η ασθενής υποβάλλεται σε αιματολογικό, βιοχημικό και παρακλινικό έλεγχο (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία).

Σε περιπτώσεις υποτροπής η ασθενής λαμβάνει αγωγή 6 εβδομάδων βάσει αντιβιογράμματος. Όταν διαπιστωθεί ανατομικό πρόβλημα το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί, χορηγείται χημειοπροφύλαξη για ένα χρόνο.

Επιπλεγμένες κυστίτιδες

Σε επιπλεγμένη κυστίτιδα (νεφρολιθίαση, στενώσεις, εκκολπώματα ουροδόχου κύστεως, χειρισμοί στο ουροποιητικό, νευρογενής κύστη, πρόπτωση κύστης ή μήτρας) σε άτομα που κάνουν χρήση σπερμοκτόνου ως αντισύλληψη ή χρήση αντισυλληπτικού διαφράγματος, η θεραπεία είναι 10-14 ημέρες με φάρμακο εκλογής κινολόνη ή αμοξικιλίνη όταν το μικρόβιο είναι Gram θετικό (εντερόκοκκος).

Σε εγκύους, διαβητικούς ασθενείς, ανοσοκατασταλμένους και σε ασθενείς με συμπτώματα πάνω από επτά ημέρες, το τριήμερο σχήμα γίνεται επταήμερο.

Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

Σημαντικό σημείο στην θεραπεία είναι η γνώση της ευαισθησίας του εκάστοτε αιτιολογικού παράγοντα στα διάφορα αντιβιοτικά.

Αν ο αποικισμός του κόλπου από κολοβακτηρίδιο είναι το αίτιο της υποτροπής, προτιμώνται η κοτριμοξαζόλη και οι κινολόνες που επιτυγχάνουν καλές συγκεντρώσεις στον κόλπο παρά η νιτροφουραντοίνη και οι β-λακτάμες.

Σε περίπτωση υποτροπής σε διάστημα ενός μηνός η ασθενής λαμβάνει θεραπεία δύο εβδομάδων και υποβάλλεται σε παρακλινικό έλεγχο. Όταν ο έλεγχος είναι αρνητικός και το επεισόδιο συσχετίζεται με σεξουαλική επαφή τότε συνιστάται η λήψη μισού δισκίου κοτριμοξαζόλης ή μισού δισκίου νορφλοξασίνης μετά από κάθε επαφή. Σε εμφάνιση νέου επεισοδίου μετά από δύο μήνες η ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία 7-10 ημερών και σε παρακλινικό έλεγχο.

Όταν παρουσιασθούν πάνω από δύο επεισόδια σε διάστημα έξι μηνών ή πάνω από τρία επεισόδια κυστίτιδας σε διάστημα δώδεκα μηνών, τότε συνιστάται χημειοπροφύλαξη για έξι μήνες. Χορηγείται μισό δισκίο κοτριμοξαζόλης ή μισό δισκίο νορφλοξασίνης ή 100 mg νιτροφουραντοίνης ή 250 mg κεφαλεξίνης κάθε βράδυ προ του ύπνου.

Άλλος τρόπος είναι η αυτορρυθμιζόμενη θεραπεία, δηλαδή εκπαιδεύεται η ασθενής στην διάγνωση της κυστίτιδας από τα συμπτώματα και λαμβάνει κάθε φορά 3ήμερο σχήμα με αντιβιοτικά. Προϋπόθεση για την χορήγηση χημειοπροφύλαξης είναι η υποβολή της ασθενούς σε παρακλινικό έλεγχο και να είναι αρνητική για παθολογικά ευρήματα.

Οξεία κυστίτιδα σε άνδρα

Θεωρείται εξ' ορισμού επιπλεγμένη. Χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά που επιτυγχάνουν ικανοποιητικές στάθμες



στον προστάτη (κοτριμοξαζόλη, κινολόνες) διότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να συμμετέχει ο προστατικός αδένας. Η διάρκεια θεραπείας είναι 7-10 ημέρες. Από το πρώτο επεισόδιο ο ασθενής υποβάλλεται σε παρακλινικό έλεγχο (βιοχημικό, υπερηχογράφημα ΝΟΚ-προστάτου, δακτυλική εξέταση προστάτου).

Μετά το τέλος της θεραπείας υποβάλλεται σε ουροκαλλιέργεια κάθε δύο μήνες για τον έλεγχο υποτροπής. Σε περίπτωση υποτροπής, ο ασθενής λαμβάνει αγωγή έξι εβδομάδων. Αν ο έλεγχος είναι θετικός, παραπέμπεται για ουρολογική εκτίμηση.

Οξεία βακτηριακή προστατίτιδα

Η κλινική εικόνα της οξείας βακτηριακής προστατίτιδας περιλαμβάνει υψηλό πυρετό, έπειξη για ούρηση, δυσουρία, συχνουρία, έντονο άλγος περινέου.

Αντικειμενικά ο προστάτης είναι θερμός, ευαίσθητος και διογκωμένος. Η καλλιέργεια των ούρων είναι θετική. Τα θεραπευτικά σχήματα που συνιστώνται για την αντιμετώπιση της οξείας προστατίτιδας είναι:

Ασθενής κάτω των 35 ετών: κεφτριαζόνη 250 mg ενδομυϊκά άπαξ και δοξυκυκλίνη 100 mg x 2 ή οφλοξασίνη 400 mg x 2 για 20 ημέρες.

Ασθενής πάνω από 35 ετών: κοτριμοξαζόλη 960 mg x 2 ή σιπροφλοξασίνη 500 mg x 2 ή οφλοξασίνη 400 mg x 2 για 20 ημέρες.

Χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα

Η κλινική εικόνα της χρόνιας βακτηριακής προστατίτιδας ποικίλει. Εμφανίζεται με άλγος βραδείας και προοδευτικής έναρξης, που εντοπίζεται στο περινέο ή υπερηβικά, επεκτείνεται στους όρχεις, στην ουρήθρα και στη βάλανο. Επίσης μπορεί να ακτινοβολεί στους μηρούς. Το άλγος επιτείνεται σε παρατεταμένη καθιστική θέση. Άλλες φορές μπορεί να εκδηλώνεται με επώδυνη εκσπερμάτιση.

Επιπλέον παρουσιάζεται συχνουρία, δυσουρία, στροβιλώδης ροή, έπειξη για ούρηση, αιματουρία και αιμοσπερμία. Μείωση της libido και κατάθλιψη παρατηρούνται συχνά. Η θεραπεία είναι δύσκολη και συχνά αναποτελεσματική. Γι' αυτό τα αντιβιοτικά πρέπει να χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα βάσει των πιο κάτω συστάσεων.

Σιπροφλοξασίνη	500 mg x 2	για 4 -6 εβδομάδες
Οφλοξασίνη	300 mg x 2	για 6 εβδομάδες
Κοτριμοξαζόλη	960 mg x 2	για 6 - 8 εβδομάδες

Ασυμπτωματική βακτηριουρία

Απόλυτες ενδείξεις χορήγησης θεραπείας

1. Εγκυμοσύνη
2. Μεταμόσχευση νεφρού
3. Πριν από επέμβαση ουροποιητικού

Σχετικές ενδείξεις χορήγησης θεραπείας

1. Βραχείας διάρκειας καθετηριασμός
2. Ασθενείς με ανωμαλίες ουροποιητικού
3. Παιδιά με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stephan D. Fihn. *Acute Uncomplicated Urinary tract infection in women*. *N. Eng. J Med.* 2003; 349: 259-266.
2. Romolo Gaspari, Gilden Bosker. *Urinary tract infection: Risk stratification, Clinical Evaluation and Evidence - Based Antibiotic Therapy, Emergency Medicine reports 2003; Vol. 24, No 10, 136-147.*
3. Warren J.W., Abrutyn E., Hebel JR et al *Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women*. *Clin. Infect. Dis.* 1999; 29: 745-758.
4. Robert Orenstein, Edward Wong. *Urinary tract infections in Adults Am Fam Phycian 1999; Vol 59, No 10, 1225-1238.*
5. Stamm N.E., Hooton TM. *Managent of Urinary tract infections in adults*. *N. Eng. J Med* 1993; 329: 1328 - 1334.
6. Nicolle L.E., Bradley S et al. *IDSA Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults CID 2005; 40: 643-727.*
7. Melekos MD, Naber KG. *Complicated Urinary tract infections*. *Int J. Antimicrob Agents* 2000. 15: 247-256.
8. Lipsky BA. *Prostatitis and Urinary tract infections in men: What's new: what's true*. *Am I Med* 1999;106: 327-334.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

*Επιμέλεια: Γεώργιος Θεοχάρης,
Παθολόγος*

Η αξία της εντατικής διαγνωστικής μικροβιολογικής προσέγγισης σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου ασθενείς με πνευμονία της κοινότητας.

Σε μια προοπτική μελέτη προσδιορισμού της διαγνωστικής αξίας διαφόρων μικροβιολογικών εξετάσεων σε ασθενείς με πνευμονία της κοινότητας, υλικό για μικροβιακό έλεγχο ελήφθη από 262 ασθενείς. Τα δείγματα που ελήφθησαν ήταν:

- Πτύελα για Gram χρώση, καλλιέργεια και ανίχνευση αντιγόνου πνευμονιόκοκκου
- Αίματα για καλλιέργεια και ορολογικό έλεγχο
- Ούρα για την ανίχνευση αντιγόνου Legionella pneumophila οροτύπου 1 και αντιγόνου πνευμονιόκοκκου
- Λήψη βρογχικών εκκρίσεων με βρογχοσκόπηση

Ένας λοιμώδης παράγοντας ανιχνεύθηκε σε 158 (60%) των ασθενών εκ των οποίων ο πνευμονιόκοκκος (97 περιπτώσεις) ήταν ο συνηθέστερος. Σε 82% των 44 ασθενών με επαρκές δείγμα πτυέλων, η θετική χρώση Gram επικυρώθηκε με θετική καλλιέργεια πνευμονιόκοκκου.

Οι λοιμώξεις από πνευμονιόκοκκο διεγνώσθησαν κυρίως όταν επαρκή δείγματα πτυέλων εξετάσθησαν με Gram χρώση και καλλιέργεια και όταν επαρκή ή ανεπαρκή δείγματα πτυέλων ελέγχθησαν για παρουσία αντιγόνου πνευμονιόκοκκου (58 περιπτώσεις) 60%.

Η διάγνωση της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας με την ανίχνευση αντιγόνου του πνευμονιόκοκκου (52 περίπτωση, 54%) στα άκρα ήταν πιο αξιόπιστη εξέταση όταν δεν υπήρχε δείγμα πτυέλων. Η λήψη καλλιέργειας με βρογ-

χοσκόπηση είχε αθροιστική διαγνωστική αξία της τάξεως του 49% σε ασθενείς χωρίς πτύελα και σε 52% των ασθενών με θεραπευτική αστοχία.

Συμπέρασμα

Η μικροβιολογική ανάλυση των πτυέλων με συνδυασμό Gram χρώσης, καλλιέργεια και ανίχνευσης αντιγόνου του πνευμονιόκοκκου αποτελεί τον χρησιμότερο τρόπο αιτιολογικής διάγνωσης της πνευμονίας. Της κοινότητας, ακολουθούμενη από την ανίχνευση πνευμονιοκοκκικού αντιγόνου στα ούρα. Η καλλιέργεια δειγμάτων ληφθέντων με βρογχοσκοπική βοήθεια σε θεραπευτική αστοχία.

Η μελέτη έγινε από το Τμήμα Πνευμονολογίας του Ιατρικού Κέντρου Alkmaar της Ολλανδίας.

Η βελτίωση του προσδιορισμού του αιτιολογικού παράγοντα της πνευμονίας της κοινότητας με την χρήση πραγματικού χρόνου (real time) αντίδραση αλυσιδωτής πολυμεράσης (RCR).

Σκοπός της μελέτης

Η πνευμονία της κοινότητας αποτελεί σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας. Η αντίδραση αλυσιδωτής πολυμεράσης (RCR) φαίνεται ότι είναι περισσότερο ευαίσθητη από τις συνήθεις μικροβιολογικές μεθόδους και μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την διαγνωστική μας ακρίβεια της μικροβιολογικής διάγνωσης ασθενών με πνευμονία της κοινότητας.

Μέθοδος

Οι συνήθεις διαγνωστικές τεχνικές και πολλαπλές πραγματικού χρόνου RCR για άτυπες βακτηριδιακής

και αναπνευστικές ιώσεις πραγματοποιήθηκαν σε δείγματα από 105 ενήλικους ασθενείς που συμμετείχαν σε μία προοπτική μελέτη. Υπήρχαν ευρήματα πνευμονίας (πύκνωση) στην ακτινογραφία κάθε ασθενούς και σε κάθε ασθενή προσδιορίστηκε ο δείκτης βαρύτητας της πνευμονίας.

Αποτελέσματα

Ακριβής μικροβιολογική διάγνωση υπήρξε στους 52 (49,5%) των 105 ασθενών με τις συνήθεις μεθόδους και σε 80 (70%) των ασθενών με RCR.

Ο χρόνος που απαιτήθηκε για την λήψη των αποτελεσμάτων της RCR μπορεί να είναι μικρότερος των 6 ωρών. Η RCR ήταν σημαντικά πιο ευαίσθητη για την διάγνωση άτυπων πνευμονιών και ιώσεων ($P < n = 0,001$).

Ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού και μικτές λοιμώξεις ανιχνεύθηκαν σε 15 (14,2%) και 3 (2,8%) αντίστοιχα των 105 ασθενών με τις συνήθεις μεθόδους, ενώ με την RCR ανιχνεύθηκαν σε 59 (56,2%) και 28 (26,5%) των 105 ασθενών αντίστοιχα.

Η ύπαρξη μικτού τύπου λοιμώξεως συνδέεται με στατιστικά σημαντική σοβαρότερη πνευμονία ($p = 0,002$). Οι ανθρώπινοι ρινοϊοί και κορωνοϊοί, BC 43 και 229 E, ανιχνεύθηκαν συχνότερα στα δείγματα.

Συμπέρασμα

Η συνδυασμένη πραγματικού χρόνου RCR είναι πλέον ευαίσθητη για την διάγνωση των κύριων ιογενών και άτυπων βακτηριδιακών αιτίων πνευμονίας της κοινότητας σε σύγκριση με τις συνήθεις μικροβιολογικές μεθόδους και μπορεί να επιτευχθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα (6 ώρες).

Η μελέτη έγινε από το Τμήμα Ιατρικής Μικροβιολογίας του Πανεπιστημίου του Leiden της Ολλανδίας

Σχόλια ...

Η πνευμονία κοινότητας παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Η πνευμονία αποτελεί την έκτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Το 1% των ασθενών άνω των 55 ετών εμφανίζουν ετησίως πνευμονία. Είναι η πλέον θανατηφόρος λοιμώδης νόσος παρά την εξέλιξη των αντιβιοτικών. Συχνότατα λοιμώδη παράγοντες της πνευμονίας είναι ο πνευμονιόκοκκος, ο αιμόφιλος της ινφλουένσας και το μυκόπλασμα της πνευμονίας αν και αιτιολογική διάγνωση της πνευμονίας έχουμε σε ποσοστό μικρότερο του 50%.

Στο πρώτο άρθρο οι van de Eerden και συνεργάτες αναλύουν τον συνήθη τρόπο διερεύνησης της πνευμονίας. Ένα υψηλό ποσοστό αιτιολογικής διάγνωσης (60%) επιτεύχθηκε με τον συνδυασμό της καλλιέργειας των πτυέλων, την αναζήτηση αντιγόνων, την καλλιέργεια αίματος και την βρογχοσκόπηση. Η μικροβιολογική ανάλυση των πτυέλων όταν υπάρχει επαρκές δείγμα, με Gram χρώση και καλλιέργεια αποτελεί την εξέταση εκλογής.



Στο δεύτερο άρθρο ο Templeton και οι συνεργάτες αναλύουν την αιτιολογική διάγνωση της πνευμονίας με την αντίδραση της αλυσιδωτής πολυμέρειας σε άτυπες και ιογενείς πνευμονίες. Εντοπίζει το υψηλό ποσοστό (70%) της αιτιολογικής διάγνωσης και χρόνος έκδοσης των αποτελεσμάτων έξι ώρες.

Προς το παρόν στην εξάσκηση της ιατρικής στα πλαίσια της πόλης είναι χρήσιμο να διακρίνουμε ποια πνευμονία χρήζει νοσηλεία και να καλύπτουμε με την αγωγή μας τόσο την τυπική οδό όσο και τις άτυπες πνευμονίες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Van der Eerden MM; Vlaspoden F; de Graafcs; Groot T; Jansen HM; Boersma WG. *Eur J clin Microbiol Inf Dis* 2005 Apr; 24 (4): 241-9.
- Templeton KE; Scheltinga SA; van den Eeden WC; Granfelfman AW; van den Broek PJ; Claas EC. *Clin Infect Dis* 2005 Aug 1; 41 (3): 345-51

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ QUIZ

Ερώτηση 1

✿ Η σωστή απάντηση είναι η (α)

Η κατηγοριοποίηση της υπέρτασης βασίζεται στην κλινική εικόνα και στην ανάγκη ή όχι επιθετικής αγωγής για την αντιμετώπισή της και όχι αποκλειστικά στις μετρούμενες τιμές.

Η επείγουσα υπερτασική κατάσταση ορίζεται ως αυξημένη αρτηριακή υπέρταση με κλινική εικόνα προσβολής ή δυσλειτουργία των οργάνων-στόχων (Κ.Ν.Σ., νεφρά, κλπ.). Κρίσιμη υπερτασική κατάσταση είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα που δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν βλάβη των οργάνων-στόχων (συνήθως διαστολική πίεση άνω των 115 mm/Hg) χωρίς όμως κλινική εικόνα ή ευρήματα δυσλειτουργίας των οργάνων στόχων.

Ανεπίπλεκτη υπέρταση ορίζεται η αρτηριακή πίεση με διαστολική πίεση κάτω των 115 mm/Hg χωρίς συμπτώματα βλάβης οργάνων στόχων. Η παροδική υπέρταση παρατηρείται σε πολλές καταστάσεις όπως έντονου άλγους, άγχους, παγκρεατίτιδες, θρομβωτικού Α.Ε.Ε., επίσταξης, κλπ. Η θεραπεία της υποκειμένης νόσου τηρεί η χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής αποτελεί τον κανόνα.

Ερώτηση 2

✿ Η σωστή απάντηση είναι η (δ)

Ο σκοπός της αντιυπερτασικής αγωγής σε ασθενή με επείγουσα υπερτασική κρίση είναι η μείωσή της εντός 30-60 λεπτών σε επίπεδα «φυσιολογικά» για τον ασθενή. Μια μείωση της τάξεως του 30% της Α.Π. εντός των πρώτων 30 λεπτών θεωρείται χρυσός κανόνας.

Η υποχώρηση των συμπτωμάτων και κλινικών ευρημάτων εστίας είναι χρήσιμη, αν και στους ηλικιωμένους ασθενείς η βελτίωση των συμπτωμάτων καθυστερεί σε σχέση με την πτώση της Α.Π. Οι απόλυτοι αριθμοί της Α.Π. είναι λιγότερο σημαντικοί από τις συνήθεις πιέσεις του ασθενούς.

Ερώτηση 3

✿ Η σωστή απάντηση είναι η (δ)

Τα καρδιακά αίτια συγκοπής χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: διαταραχές του ρυθμού, διαταραχή της κοιλιακής εξώθησης από αποφρακτικού τύπου παθήσεις και ισχαιμία του μυοκαρδίου.

Ο καρδιακός ρυθμός για να θεωρηθεί ως υπεύθυνος συγκοπής θα πρέπει να είναι μικρότερος των 40 σφίξεων το λεπτό ή μεγαλύτερη των 150. Κάθε πάθηση που προκαλεί οξεία ή χρόνια απόφραξη της λειτουργίας εξώθησης των καρδιακών κοιλιών όπως η αορτική στένωση, η στένωση της μιτροειδούς κλπ. Συγκοπή αποδιδόμενη σε καρδιακή ισχαιμία συνοδεύεται από δυσρυθμία.