

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΜΠΑΤΖΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΒΕΡΡΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΣ	3408
-------------------------	------

Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν στην διεκπεραίωση αυτής της εργασίας και ιδιαίτερα τον κ.Φραγκίδη Χρ., την κ.Νικολακοπούλου Χρ. καθώς επίσης και την κ.Τομαρά Αικ.

Ευχαριστώ επίσης τον κ.Φουσάρο Κων. για την πολύτιμη βοήθειά του στην επιμέλεια για το εξώφυλλο.

Τέλος, ευχαριστώ την καθηγήτριά μου κ.Μπατζή Ελένη για τις επικοδομητικές οδηγίες της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
Κεφάλαιο 1^ο	
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ – ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΗΞΕΩΣ	
1. Αιμορραγικές νόσοι.....	3
1.1. Γενικά	3
1.2. Διερεύνηση της αιμορραγικής διάθεσης	5
1.3. Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης	7
1.4. Νόσοι από βλάβη του τοιχώματος των αγγείων	7
1.4.1. Κληρονομική αιμορραγική τελαγγειεκτασία (Νόσος Rendu Osler)	7
1.4.2. Αναφυλακτοειδής πορφύρα ή πορφύρα Henoch – Schonlein	8
1.5. Αιμορραγικές νόσοι που οφείλονται στην ελάττωση των αιμοπεταλίων	9
1.5.1. Μορφολογία και φυσιολογία των αιμοπεταλίων	9
1.5.2. Αναστολές της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων	9
1.5.3. Θρομβοπενία	11
1.5.4. Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα.....	12
1.6. Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα / Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο.....	13
1.6.1. Κύρια σημεία	13
1.6.2. Γενικά	13
1.6.3. Αιτιολογία και παθογένεια	14
1.6.3.1. Γενετική προδιάθεση	14
1.6.3.2. Συστηματικά νοσήματα	14
1.6.3.3. Εκλυτικοί παράγοντες	14
1.6.3.4. Παθογενετικές διαταραχές	15
1.6.4. Κλινική εικόνα	15
1.6.4.1. Θρομβωτική, θρομβοπενική πορφύρα ενηλίκων	15
1.6.4.2. Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο ενηλίκων	16

1.6.4.3. Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο παιδιών.....	16
1.7. Θρομβοκυττάρωση	17
1.8. Ποιοτική μειονεξία των αιμοπεταλίων	19
1.9. Ποιοτικές διαταραχές αιμοπεταλίων	19
1.10. Συγγενείς διαταραχές της λειτουργίας των αιμοπεταλίων ...	20
1.11. Ασπιρίνη και αιμορραγία	21
1.12. Επίκτητες διαταραχές της λειτουργίας των αιμοπεταλίων ...	21
1.13. Ποσοτικές διαταραχές αιμοπεταλίων	22
1.13.1. Θρομβοπενίες οφειλόμενες σε ελαττωμένη ή ελαττωματική παραγωγή αιμοπεταλίων.....	22
1.13.2. Θρομβοπενίες οφειλόμενες σε αυξημένη καταστροφή αιμοπεταλίων	23
1.14. Αντοχή στη μετάγγιση αιμοπεταλίων	23
1.15. Μηχανισμός της πήξης του αίματος	25
1.15.1. Διερεύνηση των διαταραχών της πήξης του αίματος	28
1.16. Αιμοφιλία Α	29
1.17. Αιμοφιλία Β	30
1.18. Νόσος του von Willebrand	30
1.19. Κληρονομικές διαταραχές των άλλων παραγόντων της πήξης	32
1.20. Επίκτητες διαταραχές της πήξης του αίματος	36
1.20.1. Επίκτητη έλλειψη βιταμίνης Κ	36
1.20.2. Παθήσεις του ήπατος	38
1.20.3. Παθήσεις των νεφρών	38
1.20.4. Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη	38
1.21. Επίκτητα κυκλοφορούντα αντιπηκτικά	40
Κεφάλαιο 2^ο	
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	
2.1. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	42
2.1.1. Γενικά	42
2.1.2. Συμπτωματολογία	42
2.2. Επιπλοκές κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων	43
2.2.1. Ενδοκρανιακά αιματώματα	43

2.2.2. Επισκληρίδιο αιμάτωμα	44
2.2.3. Υποσκληρίδιο αιμάτωμα	44
2.2.4. Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα	47
2.2.5. Υπαραχνοειδής αιμορραγία	47
2.3. Ρινορραγία	47
2.4. Ωτορραγία	48
2.5. Καρκίνος στόματος	48

Κεφάλαιο 3^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

3.1. Πνευμονική φυματίωση	50
3.2. Καρκίνωμα του πνεύμονα	54
3.2.1. Εξωθωρακικές μη μεταστατικές εκδηλώσεις	57
3.3. Ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση	59
3.4. Πνευμονική κυψελιδική πρωτεΐνωση	60

Κεφάλαιο 4^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

4.1. Γενικά	61
4.2. Αιματέμεση, μέλαινα και αποβολή αίματος από το ορθό	61
4.3. Αίτια αιμορραγίας πεπτικού	63
4.4. Αιτιολογία της αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος	66
4.4.1. Πεπτικό έλκος	66
4.4.2. Γαστρίτιδα	66
4.4.3. Αιμορραγία από κίρσους	67
4.4.4. Άλλες βλάβες	67
4.5. Αιτιολογία της κατώτερης γαστρεντερικής αιμορραγίας	68
4.5.1. Παθήσεις του πρωκτού και του ορθού	68
4.5.2. Βλάβες του παχέος εντέρου	69
4.5.3. Εκκολπώματα	69
4.6. Προσέγγιση του αρρώστου με γαστρεντερική αιμορραγία	70
4.6.1. Ιστορικό	70
4.6.2. Φυσική εξέταση	71

4.6.3.	Εργαστηριακές μελέτες	71
4.6.4.	Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση	72
4.7.	Καρκίνος στομάχου	80
4.7.1.	Γενικά	80
4.7.2.	Συμπτωματολογία	80
4.7.3.	Μεταστάσεις	81
4.7.4.	Θεραπεία	81
4.8.	Καρκίνωμα του παχέος εντέρου	82
4.8.1.	Γενικά	82
4.8.2.	Κλινική εικόνα	82
4.8.3.	Θεραπεία	83
4.9.	Πολύποδες παχέος εντέρου	83
4.9.1.	Οικογενείς πολύποδες του παχέος εντέρου	83
4.9.2.	Μονήρεις πολύποδες του παχέος εντέρου	83

Κεφάλαιο 5^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

5.1.	Ουρολιθιάσεις	85
5.2.	Κερκίνος του νεφρού	86
5.3.	Ογκοί της νεφρικής αποχετευτικής μοίρας	90
5.3.1.	Ογκοί της νεφρικής πυέλου και των καλύκων	90
5.4.	Ογκοί του ουρητήρα	92
5.5.	Ογκοί της ουροδόχου κύστεως	93
5.5.1.	Θήλωμα	93
5.6.	Ογκοί της ουρήθρας	94
5.7.	Ογκοί των σπερματοδόχων κύστεων	95
5.8.	Καρκίνος του πέους	95
5.9.	Φυματίωση ουροποιογεννητικού	97
5.10.	Επιπλοκές νεφρικών κακώσεων	101
5.11.	Κακώσεις της ουρήθρας	102
5.11.1	Κακώσεις πρόσθιας ουρήθρας	102
5.11.2	Κακώσεις της μεμβρανώδους και προστατικής ουρήθρας ...	103
5.12.	Κακώσεις της ουροδόχου κύστεως	104
5.12.1	Ανοικτές κακώσεις της κύστεως	104

Κεφάλαιο 6^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

6.1.	Δυσλειτουργικές αιμορραγίες της μήτρας	106
6.2.	Αιτίες ανώμαλης κολπικής αιμορραγίας	106
6.3.	Σηματολογική ερμηνεία	107
6.4.	Αιμορραγία εκ διακοπής των οιστρογόνων	108
6.5.	Αιμορραγία εκ διαφυγής των οιστρογόνων	108
6.6.	Φυσιολογική ανάπτυξη του ενδομητρίου	109
6.6.1.	Η παραγωγική φάση	109
6.6.2.	Η εκκριτική φάση	109
6.6.3.	Η περίοδος	110
6.6.4.	Η ανάπλαση του ενδομητρίου	112
6.7.	Αμηνόρροια	113
6.8.	Αραιομηνόρροια	116
6.9.	Συχομηνόρροια	118
6.10.	Ολιγομηνόρροια	119
6.11.	Πολυμηνόρροια	119
6.12.	Μηνορραγία	120
6.13.	Μητρορραγία	121
6.14.	Ωοθυλακιορρηκτική δυσλειτουργική αιμορραγία	121
6.14.1.	Αιμόρροια περί την ωοθυλακιορρηξία	121
6.14.2.	Αιμόρροια από διαταραχή της λειτουργίας του ωχρού σωματίου	122
6.15.	Ανεξήγητη Αιμορραγία	123
6.16.	Αιμορραγία και stress	123
6.17.	Θεραπεία ανωθυλακιορρηκτικής δυσλειτουργικής αιμορραγίας	124
6.18.	Θεραπεία οξείας και έντονης αιμορραγίας που οφείλεται σε ανωθυλακιορρηξία	125
6.19.	Μετά την περίοδο σταγονοειδής αιμορραγία	127
6.20.	Σταγονοειδής αιμόρροια στο μέσο του κύκλου	127
6.21.	Πριν από την εμφάνιση της περιόδου σταγονοειδής αιμόρροια	128

6.22.	Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	128
6.23.	Καρκίνος του κόλπου	130
6.24.	Καρκίνος της μήτρας	131
6.25.	Χοριοκαρκίνωμα της μήτρας	132
6.26.	Καλοήθεις όγκοι του γεννητικού σωλήνα	133
6.27.	Πολύποδες του τραχήλου	133
6.28.	Ενδομητρίωση	134
6.29.	Ινώματα της μήτρας	135
6.30.	Καλοήθεισκούστες και όγκοι των ωθηκών	136

Κεφάλαιο 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

7.1.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αιμορραγικές νόσους	139
7.1.1.	Νοσηλευτική παρέμβαση αγγειακής ή αλλεργικής πορφύρας ή πορφύρας HENoch-SCHONLEIN	139
7.1.2.	Νοσηλευτική παρέμβαση της ιδιοπαθούς θρομβοπενικής πορφύρας	141
7.1.3.	Νοσηλευτική παρέμβαση αιμορροφιλίας	142
7.1.4.	Νοσηλευτική παρέμβαση της νόσου του von Willebrand	146
7.1.5.	Νοσηλευτική παρέμβαση της αιμοφιλίας Α	147
7.2.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις αιμορραγικών καταστάσεων της κρανιοεγκεφαλικής περιοχής	151
7.2.1.	Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις	151
7.2.2.	Νοσηλευτική παρέμβαση σε άρρωστο με ενδοκρανιακή υπέρταση	155
7.2.3.	Νοσηλευτική παρέμβαση σε κωματώδη άρρωστο	157
7.2.4.	Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με κακώσεις κεφαλής	161
7.2.5.	Νοσηλευτική παρέμβαση σε κατάσταση ρινορραγίας	164
7.2.6.	Νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου στόματος	165
7.3.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αιμορραγικές καταστάσεις του αναπνευστικού συστήματος	168
7.3.1.	Νοσηλευτική παρέμβαση στην πνευμονική φυματίωση	168

7.3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου πνεύμονα	170
7.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αιμορραγικές καταστάσεις του πεπτικού συστήματος	170
7.4.1. Νοσηλευτική παρέμβαση έλκους στομάχου - Δωδεκαδακτύλου	170
7.4.2. Νοσηλευτική παρέμβαση γαστρίτιδας	176
7.4.3. Νοσηλευτική παρέμβαση κισσών	178
7.4.4. Νοσηλευτική παρέμβαση εκκολπωμάτων	179
7.4.5. Νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου στομάχου	180
7.4.6. Νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου παχέος εντέρου	181
7.5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις αιμορραγικών καταστάσεων από το ουροποιητικό	183
7.5.1. Νοσηλευτική παρέμβαση λιθίαση του ουροποιητικού συστήματος	183
7.5.2. Νοσηλευτική παρέμβαση όγκου νεφρού	186
7.5.3. Νοσηλευτική παρέμβαση όγκου της ουροδόχου κύστεως ...	188
7.6. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις αιμορραγικών καταστάσεων του γυναικολογικού συστήματος	189
7.6.1. Νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου κόλπου	189
7.6.2. Νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου μήτρας	190

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.	191
--	-----

Κεφάλαιο 8°

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ – ΤΡΑΥΜΑΤΑ

8.1. Αιμορραγίες (γενικά)	195
8.2. Εσωτερική αιμορραγία	195
8.3. Αιμορραγία από μεγάλο αρτηριακό αγγείο	198
8.4. Αιμορραγίες από διάφορα όργανα	198
8.4.1. Αιμορραγίες εγκεφάλου	198
8.4.2. Αιμορραγίες από το αυτί	199
8.4.3. Αιμορραγίες από τη μύτη	200
8.4.4. Αιμορραγίες από τα ούλα	201

8.4.5. Τραύματα στο στόμα	203
8.4.6 Τραύματα του ματιού	203
8.5. Αιμόπτυση	204
8.6. Αιμορραγία στομάχου - δωδεκαδακτύλου	205
8.7. Αιματοουρία	205
8.8. Εμετος.....	205
8.9. Αιμορραγίες.....	206
8.10. Τραύματα της κοιλιακής χώρας	208
8.11. Διαμπερή τραύματα του θώρακα ή της ράχης	209
8.12. Αιμορραγία από τον κόλπο	211
8.13. Αιμορροΐδες	212
8.14. Ραγάδες δακτυλίου	213
8.15. Ακρωτηριασμός	214
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	216
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το τελευταίο ήμισυ του εικοστού αιώνα για την Αιματολογία σηματοδοτήθηκε μεταξύ των άλλων, από μία τεράστια ανάπτυξη και σημαντικότερη πρόοδο στον τομέα των αιμορραγικών διαθέσεων και αιμορραγικών συνδρόμων.

Η πρόοδος αφορούσε την διάγνωση και τον έλεγχο του παθογενετικού μηχανισμού και βασίσθηκε στην όλο και πληρέστερη γνώση του μηχανισμού της αιμόστασης, στην αξιοποίηση των κλινικών παρατηρήσεων και στην δυνατότητα εφαρμογής εργαστηριακών μεθόδων ελέγχου, στηριγμένων σε βιολογικές, βιοχημικές, φυσικοχημικές, ανοσολογικές και τέλος μοριακές τεχνικές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις τελευταίες δεκαετίες 1970 - 80 - 90, συμβαδίζοντας με την ανάπτυξη της αιμοδοσίας και της κλασματοποίησης αίματος- πλάσματος, σημειώθηκε ουσιαστική πρόοδος στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με αιμορραγική διάθεση, καθοριστική όχι μόνο για την πρόγνωση και την επιβίωση αλλά και για την ποιότητα της ζωής τους.³⁰

Σήμερα υπάρχει για την ολότητα σχεδόν των αιμορραγικών συνδρόμων και γενικότερα των αιμορραγικών παθήσεων, γνώση του παθογενετικού μηχανισμού, στηριγμένη σε εργαστηριακό έλεγχο του και δυνατότητα εφαρμογής θεραπευτικών μεθόδων που συνεχώς βελτιώνονται. Ολα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα :

1. Για τις κληρονομικές αιμορραγικές διαθέσεις εξαιρετικά σημαντική αλλαγή όχι μόνο στην πρόγνωση αλλά στο προσδόκιμο επιβίωσης, στην ποιότητα ζωής, την επαγγελματική - κοινωνική αποκατάσταση και στην δυνατότητα σωστής και ασφαλούς γενετικής καθοδήγησης.³¹
2. Στα επίκτητα αιμορραγικά σύνδρομα, που εμφανίζονται ή οφείλονται σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις ή χειρουργικές - μαιευτικές επιπλοκές, δυνατότητα άμεσης διαγνωσής και αποτελεσματικής θεραπείας.
3. Στις αιμορραγικές καταστάσεις που παρουσιάζονται έπειτα από διάφορα ατυχήματα ή κακώσεις, δυνατότητα άμεσης αντιμετώπισης επιπλοκών και αποτελεσματική θεραπεία.³⁰

Ετσι θεωρείται ότι θα ήταν χρήσιμο για το νοσηλευτικό προσωπικό και όχι μόνο, η ενημέρωση γύρω από τις σημερινές απόψεις σχετικά με το μηχανισμό της αιμόστασης, τις επιπτώσεις των διαταραχών του, τον τρόπο αντιμετώπισης των αιμορραγικών παθήσεων, τα νοσηλευτικά βήματα που είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται, κυρίως τις σήμερα εφαρμοζόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις, για κάθε ιδιαίτερη διαταραχή, τα καινούργια θεραπευτικά μέσα και τέλος την αξιοποίηση της μοριακής βιολογίας για την γενετική καθοδήγηση.^{30,31}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ – ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΗΞΕΩΣ

1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Μιλούμε για αιμορραγικές νόσους όταν το άτομο αιμορραγεί εύκολα ή χωρίς αιτία.

Ο οργανισμός διαθέτει αιμοστατικό μηχανισμό με τον οποίο επιτυγχάνεται η ανάσχεση αιμορραγίας σε βλάβη αγγείου. Αυτός ο μηχανισμός είναι πολύ πολύπλοκος και περιλαμβάνει:

1. Την τοπική αντίδραση του τραυματισμένου αγγείου.
2. Την πίεση που ασκεί από έξω το εξαγγειωθέν αίμα στο τραυματισμένο αγγείο.
3. Το σχηματισμό πύργου από συγκεντρωμένα αιμοπετάλια που αποφράσσουν το άνοιγμα το οποίο προκλήθηκε από το τραύμα.
4. Την παραγωγή ινικής που ενισχύει περαιτέρω τον αιμοστατικό θρόμβο.¹⁰

Η επίσχεση της αιμορραγίας μετά από αγγειακή κάκωση είναι αποτέλεσμα της περίπλοκης αλληλεπίδρασης των αντιδράσεων τριών συστημάτων: του αγγειακού τοιχώματος, των αιμοπεταλίων και των πρωτεϊνών της πήξης του πλάσματος. Όταν η αλληλεπίδραση αυτή εξελίσσεται φυσιολογικά καταλήγει στην κανονική αιμόσταση, όταν όμως είναι υπέρμετρη οδηγεί σε θρόμβωση.¹⁷ Η διαδικασία της αιμόστασης αρχίζει μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα από την αγγειακή κάκωση, αλλά δεν ολοκληρώνεται παρά μόνο μετά από διάστημα λεπτών μέχρι περίπου 1 ώρας.¹¹

Η *αρχική (πρωτογενής) αιμόσταση* συνίσταται σε σύσπαση του τραυματισμένου αγγείου, αποκάλυψη του υπενδοθηλιακού κολλαγόνου και προσκόλληση και συσσώρευση στην επιφάνεια του τραύματος αιμοπεταλίων, από τα οποία σχηματίζεται ο πρωτογενής αιμοστατικός θρόμβος (βύσμα), που ολοκληρώνεται μέσα μέσα σε 3-7 λεπτά. Στη διαδικασία αυτή συμμετέχει και ο παράγων του von Willebrand (παράγων VIII της πήξης), ο οποίος μεσολαβεί στην αντίδραση προσκόλλησης των αιμοπεταλίων και απελευθέρωσης από αυτά αγγειοκινητικών ουσιών που επαυξάνουν τη συσσώρευσή τους.¹⁷ Η αρχική

αιμόσταση εκτιμάται κλινικά με το χρόνο ροής, ο οποίος αποτελεί ευαίσθητο δείκτη της επάρκειας της λειτουργίας των αιμοπεταλίων.³⁰

Η δευτερογενής αιμόσταση συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου ινώδους (πήγματος ινικής) στη θέση του πρωτογενούς αιμοστατικού θρόμβου. Η επιφάνεια των ενεργοποιημένων αιμοπεταλίων καταλύει το σχηματισμό θρομβίνης, συναθροίζοντας αποτελεσματικά τους παράγοντες της πήξης που απαρτίζουν το σύμπλεγμα της προθρομβινάσης στο περιβάλλον του πρωτογενούς αιμοστατικού θρόμβου, όπου επίσης υπάρχουν φωσφορολιποειδή των μεμβρανών και το ασβέστιο που απελευθερώνεται κατά την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων. Η τοπική ενεργοποίηση της θρομβίνης έχει, με τη σειρά της, ορισμένα κρίσιμα αποτελέσματα.³¹

Έτσι η θρομβίνη: (1) καταλύει τη μετατροπή του ινωδογόνου σε ιώδες, την ιώδη πρωτεΐνη, που στερεοποιεί τον αιμοπεταλιακό θρόμβο και παγιδεύει ερυθροκύτταρα, τα οποία θα αποτελέσουν την κύρια μάζα του μόνιμου θρόμβου· (2) προκαλεί επιπλέον διέγερση των αιμοπεταλίων, της μετατροπής της προθρομβίνης, της απελευθέρωσης αιμοπεταλίων και της παραγωγής θρομβοξάνης και (3) ενεργοποιεί τον παράγοντα XIII της πήξης - παράγοντα σταθεροποίησης του ινώδους - ο οποίος μεσολαβεί στην ανάπτυξη διασταυρούμενων συζυγών δεσμών μεταξύ των μορίων, σταθεροποιώντας το πήγμα του ινώδους. Η δευτερογενής αιμόσταση εκτιμάται με τη μέτρηση του χρόνου πήξης του πλήρους αίματος, ο οποίος είναι κατά μέσον όρο 8-10 λεπτά.¹⁷

Το τρίτο στάδιο της πήξης, η συστολή του θρόμβου, είναι η διαδικασία κατά την οποία το χαλαρό δίκτυο των συσσωρευμένων αιμοπεταλίων, χορδών ινώδους και παγιδευμένων ερυθροκυττάρων μετασχηματίζεται σε στερεό θρόμβο. Η διαδικασία αυτή συνίσταται στη συστολή της θρομβοσθενίνης (ενδοαιμοπεταλιακής πρωτεΐνης τύπου λείας μυϊκής ίνας), η οποία συνεπάγεται τη συμπίεση του θρόμβου. Η συστολή του θρόμβου, που επίσης μπορεί να εκτιμηθεί *in vitro*, απαιτεί περίπου 1 ώρα.^{30,17}

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα αιμοπετάλια έχουν στην επιφάνεια τους προσροφημένους ορισμένους από τους παράγοντες πήξεως. Οι παράγοντες αυτοί μεταφέρονται γρήγορα στο σημείο της βλάβης. Έτσι λοιπόν τα αιμοπετάλια διαθέτουν όχι μόνο σημαντικές βιολογικές ουσίες, όπως είναι η ADP, η ανδρεναλίνη, η σεροτονίνη, η ισταμίνη, η β-θρομβογλωβουλίνη και παράγοντες οι

οποίοι διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό λείων μυικών ινών και ινοβλαστών, αλλά και διάφορους παράγοντες πήξεως που παρουσιάζουν άμεση δράση.¹⁷

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η αιμόσταση είναι πολύπλοκο φαινόμενο στο οποίο συμμετέχουν αγγεία, αιμοπετάλια και πλάσμα, το οποίο περιέχει τους παράγοντες της πήξης.

Ο οργανισμός εξ' άλλου διαθέτει και έναν άλλο μηχανισμό με θρομβολιτική δράση. Ο μηχανισμός αυτός είναι το ινωδολυτικό σύστημα, του οποίου τελικό αποτέλεσμα είναι η διάλυση του ινώδους και του ινωδογόνου μέσω της πλασμίνης και προϊόντων αποδομής του ινώδους.¹¹

Οι αιμορραγικές νόσοι διακρίνονται σε τρεις μεγάλες ομάδες:

- A. Αιμορραγικές νόσοι προερχόμενες από βλάβη του τοιχώματος των αγγείων.
- B. Αιμορραγικές νόσοι οφειλόμενες στην ελλάτωση των αιμοπεταλίων ή στην ποιοτική μειονεξία αυτών.
- Γ. Αιμορραγικές νόσοι κατά τις οποίες νοσεί ο μηχανισμός της πήξεως.

1.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Η αιμορραγική διάθεση με κλινική σημασία μπορεί να οφείλεται σε διαταραχές των αιμοφόρων αγγείων, των αιμοπεταλίων ή των πρωτεϊνών της πήξης του αίματος. Οι διαταραχές αυτές μπορούν να είναι ποιοτικές ή ποσοτικές και απλές ή πολλαπλές. Οι κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές έχουν την τάση να οφείλονται σε απλές ανωμαλίες των παραπάνω παραγόντων, ενώ οι επίκτητες προκύπτουν τόσο από απλές όσο και από πολλαπλές. Αναζήτηση της παρουσίας αιμορραγικής διάθεσης απαιτείται σε τρεις περιπτώσεις: (1) προεγχειρητικώς, (2) όταν αναφέρονται επεισόδια αυτόματης ή τραυματικής αιμορραγίας και (3) όταν μια ενεργός αιμορραγία δεν ανταποκρίνεται στα απλά μέτρα. Βασικό ρόλο στη διερεύνηση των αιμορραγικών διαθέσεων παίζει το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Το θετικό ιστορικό αιμορραγιών σε άρρενα μέλη της οικογένειας υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιας από τις αιμοφιλίες, που αποτελούν τα 95% των περιπτώσεων συγγενούς έλλειψης παραγόντων της πήξης.¹⁷ Μεγάλη σημασία έχει επίσης η αναφορά σε αυτόματες αιμορραγίες ή εκχυμώσεις ή σε εύκολους μωλωπισμούς και αιμορραγίες μετά από μικροτραυματισμούς, ιδιαίτερα αν οι εκχυμώσεις είναι μεγάλες ή επηρμένες (αιματώματα). Ένδειξη, εξάλλου,

αιμορραγικής διάθεσης σε άτομα χωρίς ιστορικό αυτόματων αιμορραγιών αποτελεί και η υπέρμετρη αιμορραγία μετά από επεμβάσεις ή εξαγωγές δοντιών (καταστάσεις που εντείνουν τη διαδικασία της αιμόστασης). Επίσης το ιστορικό μηνορραγιών ή περιγεννητικής αιμορραγίας γυναικών μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη υποκείμενης αιμορραγικής διάθεσης.¹¹

Σε περίπτωση αιμορραγίας, οι χρονικοί της χαρακτήρες, η εντόπιση και τα κλινικά πλαίσια της εμφάνισης της αποτελούν σημαντικά στοιχεία προσδιορισμού του τύπου της διαταραχής. Στις διαταραχές των αιμοπεταλίων η αιμορραγία τείνει να είναι άμεση και παροδική και να εντοπίζεται στους βλεννογόνους ή στο δέρμα, (επιστάξεις ή εκχυμώσεις). Αντίθετα, η όψιμη μετατραυματική ή μετεγχειρητική αιμορραγία ή η ενδαρθρική ή ενδομυϊκή αιμορραγία αποτελεί τυπική εκδήλωση διαταραχής της πηκτικότητας. Η παρουσία, επίσης, συστηματικών παθήσεων, όπως ηπατοπάθειας, κακοήθους νεοπλασίας του αίματος ή ουραιμίας, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αιμόσταση. Η λήψη, εξάλλου, φαρμάκων ή άλλων ουσιών αποτελεί το συχνότερο αίτιο των επίκτητων διαταραχών της αιμόστασης στο ιστορικό της λήψης φαρμάκων κ.λ.π. θα πρέπει να περιλαμβάνονται άμεσες ερωτήσεις αναφορικά με τη λήψη ασπιρίνης, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αντιβιοτικών, αντιπηκτικών και οιοπνεύματος. Όλες αυτές οι ουσίες, αλλά και η μεγάλη ελάττωση της θρέψης, μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία ή έξαρση κάποιας αιμορραγικής διαταραχής.¹⁷

Από άποψη φυσικής εξέτασης, κατά την αναζήτηση μιας πιθανής αιμορραγικής διαταραχής χρησιμοποιούνται και τα κατάλληλα στοιχεία που προκύπτουν από την εξέταση του δέρματος, των βλεννογόνων και των αμφιβληστροειδών για πετέχειες, εκχυμώσεις ή αιματώματα, και από την ψηλάφηση της κοιλιάς για ηπατοσπληνομεγαλία. Οι πετέχειες είναι μικροσκοπικές (μεγέθους αιχμής καρφίτσας) αιμορραγίες των μικρών αγγείων του δέρματος, οι οποίες οφείλονται σε διαταραχές των αιμοπεταλίων ποιοτικές ή ποσοτικές. Επειδή η πίεση μπορεί να επιτείνει την πετεχειώδη αιμορραγία, οι αλλοιώσεις αυτές παρατηρούνται συχνότερα στα κάτω άκρα ή σε άλλες περιοχές αύξησης της υδροστατικής πίεσης (π.χ. στους γλουτούς κληνηρών ασθενών). Συχνό επίσης εύρημα σε περιπτώσεις θρομβοπενίας είναι η πορφύρα (συρρέουσες πετέχειες). Η παρουσία εκχυμώσεων, αιματωμάτων, ιδιαίτερα των υποδόριων ή επηρμένων, και αιμάρθρων αποτελεί ένδειξη διαταραχών των παραγόντων της πήξης, π.χ. αιμοφιλίας. Τέλος, η

ηπατομεγαλία είναι σημείο ηπατοπάθειας και η σπληνομεγαλία συνοδεύει τη θρομβοπενία ή κακοήθεις νεοπλασίες του αίματος.³⁰

1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

Η βασική εκτίμηση της ακεραιότητας του μηχανισμού της αιμόστασης μπορεί να στηριχθεί στο χρόνο προθρομβίνης, στο χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης, στον αριθμό των αιμοπεταλίων και στο χρόνο ροής. Αν όλες αυτές οι παράμετροι είναι φυσιολογικές, η παρουσία σοβαρής αιμορραγικής διάθεσης είναι απίθανη, ενώ οι διαταραχές τους αποτελούν ένδειξη επέκτασης της έρευνας προς την κατεύθυνση συγκεκριμένων διαταραχών. Η έρευνα αυτή μπορεί να περιλάβει τον προσδιορισμό των συγκεντρώσεων των παραγόντων της πήξης, την ανίχνευση κυκλοφορούντων αντιπηκτικών, τον καθορισμό της φύσης της θρομβοπενίας και της παθολογικής λειτουργίας των αιμοπεταλίων και τη διαπίστωση της παρουσίας σημείων ενδαγγειακής κατανάλωσης των πρόδρομων ουσιών της πήξης.¹⁰

1.4 ΝΟΣΟΙ ΑΠΟ ΒΛΑΒΗ ΤΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

1.4.1 Κληρονομική αιμορραγική τελαγγειεκτασία (ΝΟΣΟΣ Rendu Osler)

Προσβάλλει και τα δύο φύλλα και μεταβιβάζεται ως επικρατών χαρακτήρας. Χαρακτηρίζεται από κατά τόπους λέπτυνση των αγγείων που οδηγεί σε διάταση και σχηματισμό πολλαπλών μικρών ανευρυσμάτων. Οι αλλοιώσεις ανευρίσκονται κυρίως σε επιφάνειες βλεννογόνων ιδιαίτερα τα χείλη, τη γλώσσα, το εσωτερικό της ρινός και στις παλαμιαίες επιφάνειες των άκρων των δακτύλων. Ανάλογες αλλοιώσεις με αρκετά ευρείες αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις αναπτύσσονται μερικές φορές στους πνεύμονες, το πεπτικό σύστημα, το ήπαρ και το Κ.Ν.Σ.¹²

Κλινική εικόνα : Συνήθως ο ασθενής προσέρχεται με επεισόδιο ρινορραγίας. Κατά την εξέταση ανευρίσκονται μικρές ερυθρές κηλίδες στα χείλη, τη γλώσσα, τις παρειές κ.λ.π. Οι επανειλημμένες επιστάξεις οδηγούν σε χρόνια υπόχρωμη αναιμία. Μερικές φορές ο ασθενής έρχεται με επεισόδια αιματεμέσεων και μελαίνων κενώσεων λόγω ρήξης των βλαβών του βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος ή σπανιότατα με αιμοπτύσεις από αρτηριοφλεβικό ανεύρυσμα του πνεύμονα.¹⁰

Θεραπεία : Αιτιολογική θεραπεία δεν υπάρχει. Για την καταπολέμηση της αναιμίας χορηγείται Fe και στην ανάγκη και μεταγγίσεις αίματος. Για την κατάπαυση των επιστάξεων καταφεύγουμε σε καυτηρίαση και πωματισμό. Πολλοί χορηγούν οιστρογόνα, λ.χ. αιθυνιλ-οιστραδιολη 0,5mg ημερησίως, τα οποία προάγουν την επιδερμική μεταπλασία του βλεννογόνου που προστατεύει τις τελαγγειεκτασικές βλάβες από μικρά τραύματα.¹²

1.4.2 Αναφυλακτοειδής πορφύρα ή πορφύρα Henoch-Schonlein

Πρόκειται για γενικευμένη αγγειίτιδα ανασολογικής πιθανότητας βάσης που χαρακτηρίζεται κλινικά από πετέχειες, αρθρίτιδα και βλάβη νεφρών και εντέρου.

Προσβάλλει συνήθως παιδιά και νέους ενηλίκους.¹⁰ Σε ικανό αριθμό περιπτώσεων προηγείται λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Χαρακτηρίζεται από:

1. Μεγάλου μεγέθους πετέχειες με κεντρική μερικές φορές εξέλκωση στους γλουτούς, τους μηρούς, τις κνήμες, τους βραχίονες και τους πήχεις, που σπυρρέουν περισσότερο στα σφυρά και τους αγκώνες.
2. Αρθρίτιδα, δηλαδή με πόνους, με διόγκωση των αρθρώσεων ιδιαίτερα των γονάτων και των ποδοκνημικών. Μερικές φορές οι εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις περιορίζονται μόνο σε αρθραλγίες.
3. Κοιλιακούς πόνους συχνά με αιμόρραγιες με τη μορφή μελαίνων κενώσεων.
4. Αιματουρία, λευκοαιματουρία και κυλινδρουρία σε 50% των περιπτώσεων.¹²

Η νόσος είναι συνήθως καλοήθης και υποχωρεί τελείως εντός εβδομάδων ή μηνών. Μερικές φορές παρατείνεται με υφέσεις και εξάρσεις. Σε μερικές περιπτώσεις (5%) εξελίσσεται σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και επιφέρει το θάνατο.¹⁰

Εργαστηριακά : Τα αιμοπετάλια είναι φυσιολογικά σε αριθμό και ποιότητα, η καθίζηση των ερυθρών είναι συνήθως αρκετά αυξημένη.

Θεραπεία : Ανάπαυση και αναλγητικά αρκούν στις περισσότερες περιπτώσεις. Αν η νόσος εμφανίζεται μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη χορηγούμε πενικιλίνη από το στόμα. Είναι αμφίβολο αν τα κορτικοειδή βοηθούν πλην όμως συνιστώνται όταν οι εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις είναι έντονες. Σε συμμετοχή του νεφρού με εκδηλωμένη αιματουρία και λευκωματουρία είναι αμφίβολα αν τα

κορτικοστεροειδή ή τα ανοσοκατασταλτικά βοηθούν. Από τα τελευταία προτιμάται το κυκλοφωσφαμίδιο.¹²

1.5 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

1.5.1 Μορφολογία και φυσιολογία των αιμοπεταλίων

Τα αιμοπετάλια είναι δισκοειδείς σχηματισμοί από πρωτόπλασμα μόνο (χωρίς πυρήνα) που παράγονται μέσω της αναδιπλώσεως της μεμβράνης των μεγακαρυοκυττάρων. Σε κοινό μικροσκόπιο οι λεπτομέρειες της δομής τους δεν διακρίνονται. Με τις κοινές χρώσεις (Wright) τα αιμοπετάλια εμφανίζονται ως μικρά σωματίδια με ανώμαλο σχήμα, ώχρου χρώματος και συχνά με λίγα αζουρόφιλα κοκκία.¹⁷

Το ηλεκτρικό μικροσκόπιο αποκαλύπτει την πολύπλοκη δομή τους. Η εξωτερική πλασματική ζώνη εγκολπάται προς το εσωτερικό του αιμοπεταλίου και σχηματίζει σύστημα διαδαλώδων σωληναρίων. Ακριβώς στη μεμβράνη βρίσκεται μικροσωληναριακός πρωτοπλασματικός σκελετός που εξασφαλίζει τη διατήρηση του φυσιολογικού δισκοειδούς σχήματος. Τα αιμοπετάλια περιέχουν ορατή ακτίνη, μικροϊνίδια, μυοσίνη, αποθέματα γλυκογόνου και μερικά μιτοχόνδρια.³⁰

Σε φυσιολογικές συνθήκες τα αιμοπετάλια κυκλοφορούν ελεύθερα και δεν προσκολλώνται στα ενδοθηλιακά κύτταρα του τοιχώματος των αγγείων. Όταν όμως συμβεί βλάβη του τοιχώματος, τα αιμοπετάλια προσκολλώνται στο εκτεθημένο υπενδοθηλιακό ιστό. Με την προσκόλληση εκλύεται το περιεχόμενο των κοκκίων τους όπως η διφωφορική αδενοσίνη (ADP) από τα κοκκία με έντονη χρώση. Η ADP προκαλεί τη συγκέντρωση και άλλων αιμοπεταλίων. Η αντίδραση προσκολλησεως των αιμοπεταλίων όχι μόνο αποτελεί την έναρξη της φυσιολογικής εξεργασίας της αιμοστάσεως καθώς και του σχηματισμού του θρόμβου, αλλά πιθανώς αποτελεί τη βάση του μηχανισμού αθηρογενέσεως.^{17,31}

1.5.2 Αναστολές της συσώρευσης των αιμοπεταλίων

Η προσκόλληση των αιμοπεταλίων στην περιοχή της επιφάνειας του αγγείου, που υπάρχει η βλάβη, αποτελεί το πρώτο βήμα του σχηματισμού του θρόμβου και

τελικά της προκλήσεως αθηροσκλήρυνσεως. Για το λόγο αυτό έχει γίνει μεγάλη έρευνα για την ανεύρεση ουσιών που εμποδίζουν την προσκόλληση και τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Πολλές ουσίες με τέτοια δράση έχουν βρεθεί, αλλά λίγες μόνο έχουν θεραπευτική εφαρμογή, όπως :¹¹

Α) Ασπιρίνη. Η ασπιρίνη εμποδίζει τη σύνθεση της θρομβοξάνης A_2 από το αραχιδονικό οξύ στα αιμοπετάλια, ακετυλιώνοντας μη αναστρέψιμα και άρα αναστέλλοντας την κυκλοοξυγενάση, ένα βασικό ένζυμο στη σύνθεση των προσταγλανδινών. Η αναστολή της συνθετάσης της θρομβοξάνης A_2 από την ασπιρίνη και η επακολουθούσα καταστολή της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων διαρκεί όσο και η ζωή του αιμοπεταλίου, περίπου 7-10 ημέρες. Η ασπιρίνη χρησιμοποιείται σήμερα για προφυλακτική θεραπεία της παροδικής εγκεφαλικής ισχαιμίας, για μείωση της συχνότητας του υποτροπιάζοντος μυοκαρδιακού εμφράγματος και για ελάττωση της θνησιμότητας των ασθενών που έχουν ήδη υποστεί εμφραγμά του μυοκαρδίου.³⁶

Β) Σουλφινπυραζόνη. Η σουλφινπυραζόνη χρησιμοποιείται θεραπευτικά σαν ουρικούρος παράγοντας. Η σουλφινπυραζόνη μπορεί επίσης να αναστέλλει τις λειτουργίες των αιμοπεταλίων, που περιλαμβάνουν την απελευθέρωση αιμοπεταλιακών παραγόντων και την προσκόλληση στα υπενδοθηλιακά κύτταρα. Αντίθετα από την ασπιρίνη, η σουλφινπυραζόνη μπορεί επίσης να παρατείνει τον χρόνο επιβίωσης των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με ποικίλες δυσλειτουργίες.³⁶

Γ) Νταζοξιβένη. Ανήκει στην οικογένεια των ιμιδαζολών και αναστέλλει εκλεκτικώς το σχηματισμό TXA_2 , μέσω των κυκλικών υπεροξειδίων, χωρίς να εμποδίζει τον σχηματισμό προστακυκλίνης στο τοίχωμα των αγγείων.¹¹

Δ) Διπυριδαμόλη. Η διπυριδαμόλη, μια αγγειοδιασταλτική ουσία των στεφανιαίων, χρησιμοποιείται στην προφυλακτική θεραπεία της στηθάγχης. Συχνά δίνεται σε συνδυασμό με ασπιρίνη. Η διπυριδαμόλη αυξάνει τα ενδοκυττάρια επίπεδα του cAMP, αναστέλλοντας την κυκλική νουκλεοτιδοφωσφοδιεστεράση. Αυτό το γεγονός μπορεί να καθιστά πιο ισχυρή την επίδραση της προστακυκλίνης (PGI_2) στο να ανταγωνίζεται τη γλοιότητα των αιμοπεταλίων και με αυτό τον τρόπο ελαττώνει την προσκόλλησή τους στις θρομβογενείς επιφάνειες. Τα πεινχρά στοιχεία που είναι σήμερα διαθέσιμα, δείχνουν ότι η διπυριδαμόλη συνεισφέρει πολύ λίγο στην αντιθρομβωτική δράση της ασπιρίνης.³⁶

1.5.3 Θρομβοπενία

Όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μικρότερος από 100.000/μλ, αυξάνεται ο κίνδυνος αιμορραγίας, που συσχετίζεται, σε αδρές γραμμές, με το βαθμό της ελάττωσης των αιμοπεταλίων. Ο μεγαλύτερος από 50.000 αριθμός αιμοπεταλίων σπάνια συνοδεύεται από αυτόματη αιμορραγία, ενώ ο μικρότερος από 20.000 συνοδεύεται συχνά, ιδιαίτερα αν ο ασθενής έχει πυρετό ή αναιμία. Οι θρομβοπενικοί, εξάλλου, ασθενείς παρουσιάζουν αιμορραγία πιο συχνά όταν η ελάττωση των αιμοπεταλίων είναι απότομη, παρά όταν έχουν μικρό αλλά σταθερό αριθμό αιμοπεταλίων. Οι μηχανισμοί της βαριάς θρομβοπενίας είναι (1) η ελάττωση ή ανεπαρκής παραγωγή των αιμοπεταλίων, (2) η αύξηση της καταστροφής των αιμοπεταλίων στην περιφέρεια, (3) η παγίδευση και απομόνωση των αιμοπεταλίων στο σπλήνα και (4) η ενδαγγειακή αραίωση των αιμοπεταλίων.¹⁷

Ελάττωση της παραγωγής αιμοπεταλίων παρατηρείται στις συστηματικές λοιμώξεις, στις καταστάσεις έλλειψης ορισμένων παραγόντων της θρέψης (φυλλικού οξέος ή βιταμίνης B₁₂), κατά την ακτινοβολία, τη χημειοθεραπεία και την εκτόπιση του μυελού των οστών από ινώδη ιστό ή νεόπλασμα. Παροδική ελάττωση της παραγωγής αιμοπεταλίων παρατηρείται συχνά σε ιογενείς λοιμώξεις και αποτελεί τον κανόνα μετά από ακτινοβολία των οστών ή μετά από την εφαρμογή των περισσότερων από τα σχήματα της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας. Τα μεγακαρυοκύτταρα του μυελού των οστών είναι δυνατό να εμφανίζονται ελαττωμένα ή άωρα. Αναστολή της παραγωγής μεγακαρυοκυττάρων μπορούν να προκαλέσουν πολλά φάρμακα, μεταξύ των οποίων το οινόπνευμα, τα αντιεπιληπτικά και οι θειαζίδες. Θρομβοπενία επίσης συνεπάγεται η υποπλασία του μυελού, όπως στην απλαστική αναιμία ή στο σύνδρομο Fanconi.¹¹

Η *αύξηση της καταστροφής των αιμοπεταλίων* είναι συχνό αίτιο θρομβοπενίας και μπορούν να την προκαλέσουν πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά, όπως η δακτυλίτιδα, η κινιδίνη, οι θειαζίδες, η ιμιπραμίνη, οι φαινοθειαζίνες, οι σουλφοναμίδες, διάφορα αντιβιοτικά (πενικιλίνες και κεφαλοσπορίνες) και τα άλατα του χρυσού. Ο μηχανισμός, με τον οποίο συνήθως προκαλούν θρομβοπενία αυτά τα φάρμακα, είναι ανοσολογικός : ένα σύμπλεγμα φαρμάκου-αντισώματος ή φαρμάκου πρωτεΐνης του πλάσματος προσροφάται παθητικά στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων (μηχανισμός του «αθώου παρατηρητή») μετά από σύνδεση του με τον

αιμοπεταλιακό υποδοχέα του Fc, επικαλύπτει το αιμοπετάλιο και προκαλεί τη γρήγορη απομάκρυνσή του από την κυκλοφορία (παγίδευση του σπλήνα). Σε άλλες περιπτώσεις το φάρμακο προσροφάται στην επιφάνεια του αιμοπεταλίου με αποτέλεσμα το σχηματισμό νεοαντιγόνου, που προκαλεί την παραγωγή αντiaiμοπεταλιακού αντισώματος.¹⁷

Έτσι, το πρώτο βήμα της έρευνας της φαρμακευτικής (φαρμακογενούς) ανοσολογικής θρομβοπενίας αποτελεί η διακοπή όλων των φαρμάκων ή, αν αυτή είναι αδύνατη, η αντικατάστασή τους από άλλα, διαφορετικής χημικής δομής. Δυστυχώς, οι άμεσες δοκιμασίες της συμμετοχής φαρμάκων στην πρόκληση της θρομβοπενίας είναι δύσκολες και συχνά δεν έχουν ευαισθησία γι'αυτό το λόγο, το κυριότερο μέσο έρευνας της θρομβοπενίας που οφείλεται σε φάρμακα αποτελεί η κλινική εκτίμηση μετά από διακοπή ή αλλαγή θεραπείας.³⁰

1.5.4 Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα

Η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (ΙΘΠ) είναι πάθηση αγνώστου αιτιολογίας αν και σε μερικές περιπτώσεις, ιδιαίτερα στα παιδιά, υπάρχει υπόνοια ιογενούς λοιμώξεως.

Η έναρξη της αρρώστιας είναι συνήθως οξεία με αιμορραγία μέσα στο δέρμα και τους βλεννογόνους. Η πιο σοβαρή επιπλοκή είναι η ενδοκρανιακή αιμορραγία. Στα παιδιά παρατηρείται συχνά αυτόματη ίαση μέσα σε λίγες εβδομάδες, ενώ στους ενηλίκους η ΙΘΠ ακολουθεί χρόνια πορεία.

Εργαστηριακώς παρατηρείται μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων, αναιμία, εφόσον ο άρρωστος έχασε αίμα, δοκιμασία περιχειρίδας θετική. Ο μυελός είναι γεμάτος από «νεαρά» μεγακαρυοκύτταρα (άωρες μορφές) εν αντιθέσει προς τις λευχαιμίες που έχουν πολύ ελαττωμένο αριθμό μεγακαρυοκυττάρων.

Θεραπευτικώς χορηγείται πρεδνιζόνη η οποία σταματά αμέσως την αιμορραγία και τα αιμοπετάλια φθάνουν τα φυσιολογικά τους επίπεδα σε 3-4 εβδομάδες. Η δόση της πρεδνιζόνης μειώνεται προοδευτικά και με μεγάλη προσοχή. Εάν με την ελάττωση της δόσεως της πρεδνιζόνης επανεμφανίζεται η ελάττωση των αιμοπεταλίων συνιστάται σπληνεκτομή με πολύ καλό αποτέλεσμα σε ποσοστό 60% των ατόμων που χειρουργήθηκαν. Στους αρρώστους που αστόχησε η σπληνεκτομή δοκιμάζονται κυτταροστατικά με ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Σπληνεκτομή δεν συνιστάται σε μικρά παιδιά για τον μεγάλο κίνδυνο λοιμώξεων που διατρέχουν.⁹

1.6 ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ / ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

1.6.1 Κύρια σημεία

- Η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα είναι σύνδρομο πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές (σε πλαίσια συστηματικού νοσήματος ή χορήγησης φαρμάκων).
- Δεν υπάρχουν σαφείς διαχωριστικές γραμμές μεταξύ θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας και αιμολυτικού ουραιμικού συνδρόμου.
- Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει ανταλλαγή πλάσματος, εγχύσεις πλάσματος, μεθυλοπρεδνιζολόνη, ασπιρίνη και ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη. Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί άλλα στεροειδή, άλλα αντιαιμοπεταλιακά, ηπαρίνη, προστακυκλίνη, ανοσοκατασταλτικά, βιταμίνη E, προουροκινάση και σπληνεκτομή.³⁰

1.6.2 Γενικά

Η πρώτη περίπτωση θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας αναφέρθηκε το 1924 από τη Moschcowitz σε κορίτσι 16 ετών που απεβίωσε μετά 13 ημέρες, εν μέσω εκδηλώσεων κακουχίας, πυρετού, αιμολυτικής αναιμίας, αιμορραγιών, νεφρικής ανεπάρκειας και νευρολογικών διαταραχών. Η νεκροτομική εξέταση έδειξε υαλοειδείς θρομβώσεις στα μικρά αγγεία διαφόρων οργάνων.³¹

Η πρώτη περίπτωση αιμολυτικού ουραιμικού συνδρόμου αναφέρθηκε το 1955 από τον Gasser σε ασθενή με αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

Αν και έχουν γίνει προσπάθειες διαχωρισμού μεταξύ θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας και αιμολυτικού ουραιμικού συνδρόμου δεν φαίνεται να υπάρχουν σαφείς διαφορές ούτε ως προς την κλινική εικόνα ούτε ως προς τα εργαστηριακά ευρήματα. Το προτεινόμενο κριτήριο παρουσίας νευρολογικών διαταραχών στη θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα και νεφρικής ανεπάρκειας στο

αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο δεν είναι σταθερό, δεδομένου ότι και οι δύο εκδηλώσεις μπορεί να συνυπάρχουν. Ως εκ τούτου φαίνεται λογικό τα δύο σύνδρομα να θεωρηθούν ως ένα ενιαίο (θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα/ αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο) με προεξάρχουσες εκδηλώσεις κατά περίπτωση.³⁰

1.6.3 Αιτιολογία και παθογένεια

1.6.3.1 Γενετική προδιάθεση

Επειδή έχουν περιγραφεί εκδηλώσεις του συνδρόμου σε αδέρφια με διάφορους χρόνους έναρξης έγινε έρευνα από τον Kaplan και τους συνεργάτες του σε 41 οικογένειες τέτοιου είδους και ταυτοποιήθηκαν 2 τύποι έκφρασης : είτε με σχεδόν ταυτόχρονη εκδήλωση σε αδέρφια που ζουν σε περιοχές όπου το σύνδρομο ενδημεί, είτε με εκδήλωση που απέχει κατά μέσο όρο 12 μήνες σε περιοχές όπου το σύνδρομο δεν ενδημεί. Η μέση ηλικία έναρξης είναι 31 μήνες στον πρώτο τύπο, και 41 μήνες στο δεύτερο. Η πρόγνωση είναι καλύτερη στον πρώτο παρά στο δεύτερο τύπο, είναι δε προφανές ότι ο πρώτος τύπος πιθανότατα οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και ο δεύτερος σε γενετική προδιάθεση. Αν και δεν έχουν μέχρι σήμερα ταυτοποιηθεί γενετικοί δείκτες, υπάρχει πιθανότητα το σύνδρομο να οφείλεται σε αυτοσωματικό επικρατούν γονίδιο με ατελή διαπερατότητα και ποικιλία έκφρασης.¹⁶

1.6.3.2 Συστηματικά νοσήματα

Η εκδήλωση του συνδρόμου συσχετίζεται με ιογενείς λοιμώξεις, νοσήματα συνδετικού ιστού (συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος, σύνδρομο Sjogren, ρευματοειδής αρθρίτις, πολυαρθρίτις, αγκυλοποιητική σπονδυλίτις), νεοπλασματικά νοσήματα (μη Hodgkin λέμφωμα, νόσος Hodgkin, αγγειωματώδες λεμφοειδές αιμάτωμα, οξεία μυελογενής λευχαιμία, αδενοκαρκίνωμα), κήση και λοχεία.³⁰

1.6.3.3 Εκλυτικοί παράγοντες

- 1. Λοιμώδεις παράγοντες* : Ενέχονται ιογενείς λοιμώξεις (κυρίως από ιούς Coxsackie, ECHO και αδενοϊούς) και μικροβιακές λοιμώξεις (κυρίως από σιγκέλλα δυσεντερίας και κολοβακτηρίδιο).
- 2. Φάρμακα* : Ενέχονται τα από του στόματος αντισυλληπτικά, η κυκλοσπορίνη A, η

μιτομυκίνη, η βινβλαστίνη, η cis-πλατίνα, η μπλεομυκίνη, η κυτοσίνηαραβινοσίδη και η νταουνορουμπικίνη.³⁰

1.6.3.4 Παθογενετικές διαταραχές

Από τις μέχρι σήμερα μελέτες φαίνεται ότι η παθογένεια του συνδρόμου είναι πολυπαραγοντική και έχει σχέση με έλλειψη προστακυκλίνης από το ενδοθήλιο των αγγείων, υπερπαραγωγή μακρομορίων του παράγοντα von Willebrand και αναστολή δράσης της μεταλλοπρωτεϊνάσης του παράγοντα von Willebrand.

1. *Έλλειψη προστακυκλίνης* : Προκαλείται από επανειλημμένους τραυματισμούς του ενδοθηλίου από ενδοτοξίνες μικροβίων, χορήγηση φαρμάκων ή ανοσοσυμπλέγματα με συνέπεια την αύξηση της προσκολλητικότητας των αιμοπεταλίων στο αγγειακό τοίχωμα.

2. *Υπερπαραγωγή μακρομορίων τον παράγοντα von Willebrand* : Προκαλείται επίσης από επανειλημμένους τραυματισμούς του ενδοθηλίου όπως και η έλλειψη προστακυκλίνης, φαίνεται όμως ότι μπορεί να είναι ενδογενής σε ορισμένες περιπτώσεις υποτροπιάζοντος συνδρόμου. Έχει ως συνέπεια την αύξηση της συσσωρευτικότητας των αιμοπεταλίων.

3. *Αναστολή δράσης της μεταλλοπρωτεϊνάσης τον παράγοντα von Willebrand* : Η μεταλλοπρωτεϊνάση είναι ένζυμο του πλάσματος που διασπά τα μακρομόρια του παράγοντα von Willebrand σε μονομερή. Η δραστηριότητα της μπορεί να ανασταλεί από αυτοαντισώματα IgG κατά την οξεία φάση του συνδρόμου και αυτό συνεπάγεται αύξηση της συσσωρευτικότητας των αιμοπεταλίων.³¹

1.6.4 Κλινική εικόνα

1.6.4.1 Θρομβωτική, θρομβοπενική πορφύρα ενηλίκων

Σπανίως υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα. Στην πλειονότητα των ασθενών παρατηρούνται νευρολογικά συμπτώματα (κεφαλαλγία, διαταραχές επιπέδου συνείδησης, παράσεις, δυσαρθρία) και αιμορραγικές εκδηλώσεις (πορφύρα, αιμορραγία αμφιβληστροειδών, επιστάξεις, ουλορραγία, αιματοουρία, αιμορραγία πεπτικού, μηνορραγία, αιμόπτυση). Σπανιότερα, υπάρχουν μη ειδικά συμπτώματα όπως κακουχία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα, κοιλιακά άλγη, αρθραλγία, μυαλγία και ίκτερος. Πυρετός υπάρχει σχεδόν πάντα σε κάποια φάση του συνδρόμου. Νεφρική ανεπάρκεια μικρού βαθμού παρατηρείται σε ποσοστό 40-80% των ασθενών.

Περιστασιακά αναφέρονται διαταραχές αγωγιμότητας μυοκαρδίου και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, διήθηση πνευμονικών κυψελίδων και διαμέσου ιστού και παγκρεατίτις.¹⁷

1.6.4.2 Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο ενηλίκων

Υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα οξείας γαστρεντερίτιδας (κοιλιακά άλγη, διάρροια, εμετοί) ακολουθούμενα από οξεία νεφρική ανεπάρκεια, μικροαγγειοπαθητική αναιμία και υπέρταση. Η νεφρική ανεπάρκεια απαιτεί αιμοδιάλυση σε ποσοστό άνω του 50% των περιπτώσεων. Επίσης παρατηρούνται νευρολογικές διαταραχές.¹¹

1.6.4.3 Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο παιδιών

Το πρόδρομο στάδιο περιλαμβάνει εμετούς και αιματηρές διάρροιες, ακολουθείται δε από ασυμπτωματική φάση ποικίλης διάρκειας. Το κυρίως σύνδρομο εισβάλλει με έντονα συμπτώματα μιμούμενα οξεία κοιλία (περιτονίτιδα, διάτρηση, οξεία σκωληκοειδίτιδα), αιμορραγία ορθού μιμούμενη ελκώδη κολίτιδα, νευρολογικές διαταραχές, νεφρική ανεπάρκεια και υπέρταση.

Εργαστηριακά ευρήματα : Αυτά περιλαμβάνουν θρομβοπενία, μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία (σπασμένα ερυθρά, αύξηση δικτυοερυθροκυττάρων, αύξηση LDH, αύξηση έμμεσης χολερυθρίνης, αύξηση αιμοσφαιρίνης πλάσματος, ελάττωση αιπτοσφαιρινών). Ο έλεγχος παραμέτρων αιμόστασης είναι φυσιολογικός εκτός της θρομβοπενίας και της ενδεχόμενης αύξησης των προϊόντων αποδομής του ινώδους.

Θεραπεία : Λόγω της πολυπλοκότητας και της σοβαρότητας του συνδρόμου έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (κορτικοστεροειδή, ηπαρίνη, αντιαιμοπεταλιακά, προστακυκλίνη, ανοσοκατασταλτικά, βιταμίνη E, προουροκινάση) και λοιπή αγωγή (εγχύσεις πλάσματος, ανταλλαγή πλάσματος, ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, αιμοδιάλυση, μεταμόσχευση νεφρού, σπληνεκτομή, υποστήριξη με νοσηλεία σε ΜΕΘ, αντιυπερτασικά και μεταγγίσεις ερυθρών).

Δεδομένου ότι η ενασχόληση μας με το σύνδρομο στο ΠΓΝΑ "ΛΑΪΚΟ" ξεκινά το 1984 με 88 περιπτώσεις ασθενών εκ των οποίων περίπου το 30% υποτροπίασε σε άλλοτε άλλο χρόνο, και στην προσπάθεια να συστηματοποιήσουμε με την αντιμετώπιση τους εφαρμόζουμε από το 1987 το παρακάτω πρωτόκολλο:

- Ανταλλαγή πλάσματος : 1 όγκος πλάσματος/ημέρα μέχρι αριθμού

αιμοπεταλίων > 50.000/μλ.

- Εγχύσεις πλάσματος : 1μον./20Kg ΒΣ/ημέρα μέχρι αριθμού αιμοπεταλίων > 100.000/μλ.
- Μεθυλπρεδνιζολόνη : 4mg/Kg ΒΣ/ημέρα μέχρι αριθμού αιμοπεταλίων > 100.000/μλ. Εν συνεχεία μείωση δόσης κατά 50% ανά 3η ημέρα μέχρι διακοπής.
- Ασπιρίνη : 375mg/ημέρα μέχρι διακοπής μεθυλπρεδνιζολόνης. Εν συνεχεία 100mg/ημέρα επί 1 έτος.
- Ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη : 0.2gr/Kg Β.Σ/ημέρα μετά την ανταλλαγή πλάσματος σε ασθενείς που ανθίστανται μετά την 4^η συνεδρεία.
- Σπληνεκτομή : μόνο σε συχνά υποτροπιάζοντες ασθενείς.^{12,17}

1.7 ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων σε περισσότερα από 500.000/μλ μπορεί να αποτελεί φυσιολογική συνέπεια αιμορραγίας, τραυματισμού ή λοίμωξης, ή να οφείλεται σε πρωτοπαθές νόσημα του μυελού των οστών (θρομβοκυτταραιμία ή άλλο μυελούπερπλαστικό νόσημα). Παροδική θρομβοκυττάρωση παρατηρείται επίσης μετά από stress ή σωματική προσπάθεια και οφείλεται σε κινητοποίηση αιμοπεταλίων από το σπλήνα ή τους πνεύμονες υπό την επίδραση της αδρεναλίνης.¹⁷

Η δευτεροπαθής, ή αντιδραστική, *θρομβοκυττάρωση* είναι αποτέλεσμα αντιδραστικής αύξησης της παραγωγής αιμοπεταλίων σε αιμορραγίες, αιμολυτικές καταστάσεις, λοιμώξεις (π.χ. φυματίωση), φλεγμονώδεις παθήσεις ή κακοήθειες νεοπλασίες. Η λειτουργία των αιμοπεταλίων είναι φυσιολογική, αλλά ο αριθμός τους μπορεί να φθάσει στα 10⁶/μλ. Παρόμοια θρομβοκυττάρωση, διάρκειας μερικών εβδομάδων, παρατηρείται και μετά από σπληνεκτομή. Γενικά, η δευτεροπαθής θρομβοκυττάρωση δεν συνεπάγεται αιμορραγικές ή θρομβωτικές επιπλοκές και δεν απαιτεί θεραπεία με σκοπό τη μείωση του αριθμού ή την αναστολή της λειτουργίας των αιμοπεταλίων. Συνήθως ο αριθμός των αιμοπεταλίων επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα όταν θεραπευθεί η πάθηση που προκαλεί τη θρομβοκυττάρωση.¹¹

Η πρωτοπαθής θρομβοκυττάρωση, ή θρομβοκυτταραιμία, οφείλεται σε αύξηση της παραγωγής αιμοπεταλίων ανεξάρτητη από το φυσιολογικό ρυθμιστικό έλεγχο, με την διαφορά ότι ο αριθμός των αιμοπεταλίων μπορεί να αυξηθεί ακόμα περισσότερο μετά από αιμορραγία. Τα αιμοπετάλια μπορούν να φθάσουν στα επίπεδα $1-2 \times 10^6/\mu\text{l}$, έχουν μεγάλο μέγεθος και ακανόνιστη μορφή, είναι δυνατό να σχηματίζουν σωρούς στο παρασκεύασμα περιφερικού αίματος και εμφανίζουν δυσλειτουργία, που εκδηλώνεται με ελάττωση του αριθμού των υποδοχέων της αδρεναλίνης και παθολογικές αντιδράσεις συσσώρευσης υπό την επίδραση της αδρεναλίνης, καθώς και με άλλες μεταβολικές διαταραχές. Εκτός από το συνολικό αριθμό των αιμοπεταλίων αυξάνεται και ο αριθμός των μεγακαρυοκυττάρων, τα οποία είναι δυνατό να παρουσιάζουν μορφολογικές ανωμαλίες. Πολλές φορές παρατηρούνται σωροί μεγακαρυοκυττάρων τόσο στο μυελό, όσο και στο σπλήνα και στους πνεύμονες.¹² Η κλινική πορεία της πρωτοπαθούς θρομβοκυττάρωσης χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες και θρομβώσεις, που παρατηρούνται στον ίδιο ασθενή και δεν έχουν σχέση με το συγκεκριμένο αριθμό αιμοπεταλίων. θρομβοκυτταραιμία παρατηρείται συνήθως σε μυελοϋπερπλαστικές παθήσεις, όπως στη χρόνια μυελοκυτταρική λευχαιμία, στη μυελοϊνωση και στην πολυερυθραιμία, αλλά μπορεί να υπάρξει και ως αυτοτελής διαταραχή (ιδιοπαθής θρομβοκυτταραιμία). Εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας των επιλοκών από διαταραχές της αιμόστασης, που προκαλούν αυτές οι καταστάσεις, αντιμετωπίζονται γενικά με έλεγχο του αριθμού των αιμοπεταλίων με υδροξυουρία ή βουσουλφάνη. Συχνά επίσης εφαρμόζεται αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία με ασπιρίνη - σε χαμηλή δοσολογία, διότι η υψηλότερη δοσολογία αυξάνει τον κίνδυνο γαστρορραγίας. Οι αιμορραγίες των βλεννογόνων και οι αιμορραγίες ή θρομβώσεις μετά από χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν συχνές επιλοκές της πρωτοπαθούς θρομβοκυττάρωσης. Επιπλέον, ακόμη και όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων ελέγχεται με χημειοθεραπεία, η δυσλειτουργία τους επιμένει. Σε επείγουσες περιπτώσεις μπορεί να επιδιωχθεί ο πολύ γρήγορος έλεγχος του αριθμού των αιμοπεταλίων με αιμοπεταλιαφαίρεση, αλλά μ' αυτήν μπορεί να επιτευχθεί προσωρινή μόνο μείωση των αιμοπεταλίων.¹⁷ Θρομβοκυττάρωση, τέλος, συνοδεύει και την ερυθρομελαλγία, η οποία αποτελεί προμυελοϋπερπλαστική διαταραχή που προκαλεί επώδυνο ερύθημα των άκρων λόγω ενδαγγειακής συσσώρευσης

αιμοπεταλίων. Τα ενοχλήματα της ερυθρομελαλγίας υποχωρούν θεαματικά μετά από χορήγηση ασπιρίνης.

Η αύξηση του συνολικού αριθμού των αιμοπεταλίων, κατά τις θρομβοκνυτταραιμίες, επηρεάζει και τις τιμές ορισμένων συστατικών του ορού, λόγω της απελευθέρωσης συστατικών των αιμοπεταλίων στη διάρκεια της πήξης του αίματος· έτσι παρατηρείται αύξηση του καλίου, της γαλακτικής αφυδρογονάσης, της όξινης φωσφατάσης και του ψευδαργύρου του ορού, ενώ κατά τον προσδιορισμό τους στο πλάσμα οι τιμές των συστατικών αυτών βρίσκονται φυσιολογικές.¹⁰

1.8 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Ο ιατρός βρίσκεται σπανίως προ αιμορραγικών καταστάσεων τύπου πορφύρας, δηλαδή πετεχειών και εκχυμώσεων, κατά τις οποίες ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι φυσιολογικός, η λήψη τοξικών ουσιών ελλειπής στο ιστορικό, το δε εξάνθημα δεν έχει τον τύπον του εξανθήματος της αναφυλακτοειδούς πορφύρας Henoch-Schonlein. Εργαστηριακώς, και από τις λοιπές πορφύρες ευρίσκονται κατά κανόνα, χρόνος ροής παρατεταμένος, σημείο περιχειρίδος παθολογικό και παθολογική συστατικότητα του θρόμβου. Τα στοιχεία αυτά συνηγορούν υπέρ ποιοτικής μειονεξίας των αιμοπεταλίων.¹⁰

Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στην ομάδα αυτή και ταξινομούνται αναλόγως του είδους της μειονεξίας των αιμοπεταλίων, το οποίο καθορίζεται μέσω λεπτών τεχνικών επινοηθεισών κατά τα τελευταία έτη.¹²

1.9 ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Οφείλονται σε:

- α) Παράγοντες διατροφής
- β) Ουραιμία
- γ) Δυσαιμοποίηση
- δ) Επίκτητη storage pool disease
- ε) Σύνδρομο απινίδωσης
- ζ) Λοιμώδεις παράγοντες
- η) Αυτοάνοσους παράγοντες

- θ) Παραπρωτεϊναιμία
- ι) Ηπατική νόσο
- κ) Υποθυρεοειδισμό
- λ) Ηωσινοφιλική πορφυρά
- μ) Φάρμακα

Θεραπεία: Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων³⁰

1.10 ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

1. Διαταραχές της προσκολλησεως

α) *Nόσος von Willebrand*

Εκδηλη διαταραχή της λειτουργίας της προσκολλησεως των αιμοπεταλίων εμφανίζουν οι πάσχοντες με νόσο von Willebrand. Επειδή όμως κατά τη νόσο η διαταραχή είναι σύνθετη, συνυπάρχει σαφώς ανωμαλία του παράγοντα VIII, η νόσος περιγράφεται όμως μετά την αιμοφιλία A¹⁰

β) *Σύνδρομο Bernard – Soulier* μετά γιγαντιαίων αιμοπεταλίων.

Το σπάνιο αυτό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από αιμορραγικές εκδηλώσεις γιγαντιαίων αιμοπεταλίων, ήπιας θρομβοπενίας, παρατεταμένου χρόνου ροής, πλημμελοῦς προσκολλησεως των αιμοπεταλίων επί υαλινών σφαιρίων και φυσιολογικής της συσσωρεύσεως των αιμοπεταλίων με κολλαγόνο ή ADP, αλλά σε παθολογικές καταστάσεις με ριστοκετίνη. Ή διαταραχή οφείλεται σε βλάβη του συμπλέγματος γλυκοπρωτεΐνης Ib.¹²

2. Διαταραχές της συσσωρεύσεως

Σε αυτές ανήκει ή συγγενής θρομβασθένεια Glanzmann. Προσβάλλει αμφοτέρωτα τα φυλά, μεταβιβάζεται δε ως σωματικός υπολειπόμενος χαρακτήρας. Χαρακτηρίζεται από εκχυμώσεις, επιστάξεις, ουλορραγίες, μηνορραγίες και αιμορραγίες κατόπιν μικρών κακώσεων.

Εργαστηριακώς, χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων, παρατεταμένου χρόνου ροής, παθολογικής συσταλτικότητας θρόμβου και αδυναμίας συσσωρεύσεως των αιμοπεταλίων όταν σε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια προστεθεί διφωσφορική αδενοσίνη (ADP), επινεφρίνη, θρομβίνη, αραχιδονικό οξύ, PGE, ή κολλαγόνο. Οφείλεται σε ένδεια του συμπλέγματος γλυκοπρωτεϊνών II/IIIa,

για αυτό και ινωδογόνου παράγουν η νόσος von Willebrand ενώ δεν δεσμεύεται ινονεκτίνη.

Θεραπεία : Επί αιμορραγίας ή επικείμενης εγχειρήσεως χορηγείται συμπυκνωμένο εναιώρημα αιμοπεταλίων.¹⁰

3. Διαταραχές της εκλύσεως

Χαρακτηρίζεται από ήπια κατά κανόνα αιμορραγική διάθεση. Ο χρόνος ροής είναι ελαφρώς παρατεταμένος. Η αντίδραση συσσωρεύσεως στο κολλαγόνο είναι ελαττωματική, ενώ προς (εξωγενή) ADP είναι φυσιολογική κατά την πρώτη αναστρέψιμη φάση. Η δεύτερη φάση της μη αναστρέψιμου συσσωρεύσεως των αιμοπεταλίων, που οφείλεται στην ενδογενή ADP είναι συχνά παθολογική. Τα άτομα αυτά δεν απαιτούν θεραπεία εκτός των τοπικών μέτρων σε εγχειρήσεις ή τραύματα.. Πρέπει να αποφεύγουν την ασπιρίνη διότι αυτή επιτείνει την διαταραχή.^{17,12}

1.11 ΑΣΠΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Είναι γνωστό ότι η ασπιρίνη προκαλεί αιμορραγικές εκδηλώσεις. Έχει αποδειχθεί ότι αυτή αναστέλλει την έκλυση ADP στα αιμοπετάλια. Βάση αυτού τα άτομα αυτά έχουν συγγενή ένδεια της κυκλοοξυγενάσης των αιμοπεταλίων που παρεμβαίνει στην παραγωγή των ενδοϋπεροξειδίων και ακολούθως της προσταγλανδίνης και στη συνέχεια της θρομβοξάνης. Η ανωμαλία διαρκεί 4-7 ημέρες από τη λήψη της ασπιρίνης. Σε αντίθεση προς την ασπιρίνη (ακετυλοσαλικυλικόν οξύ), το σαλικυλικό νάτριο δεν προκαλεί την ανωμαλία.

Πολλές πιθανόν πάσχουν είτε από διαταραχή της εκλύσεως, είτε από ήπια νόσο von Willebrand που δεν είχε προηγουμένως αποκαλυφθεί.¹²

1.12 ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

A. Καταστάσεις ουραιμίας

Σε καταστάσεις ουραιμίας βρίσκονται διαταραχές της προσκολλησεως και της δραστηριότητας του αιμοπεταλιακού παράγοντα-3, οι οποίες αποκαθίστανται με την αιμοδιύλιση.

B. Καταστάσεις μυελοπλαστικών συνδρόμων

Αυτές παρατηρούνται κατά τις διαταραχές προσκολλησεως και της συσσωρεύσεως των αιμοπεταλίων και της δραστηριότητος του αιμοπεταλιακού παράγοντα -3.

Γ. Φάρμακα

Ασπιρίνη σε δόση 0.5 έως 1.0g διπλασιάζει τον χρόνο ροής και αναστέλλει την έκλυση ADP, για αυτό και η χρήση της πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα με αιμορραγική διάθεση. Η ανωμαλία όπως ελέχθη διαρκεί 4-7 ημέρες.

Ινδομεθακίνη και φαινυλοβουταζόνη αναστέλλει την έκλυση και διαταράσσει την συσσώρευση σε μερικές ώρες.

Διπυριδαμόλη.

Φαινοθειαζίνες, καρβενικιλίνη, κλοφιβράτη κ.α.^{10,12}

1.13 ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Οι διαταραχές αυτές οφείλονται είτε σε ελαττωμένη ή ελαττωματική παραγωγή είτε σε αυξημένη καταστροφή αιμοπεταλίων.³⁰

1.13.1 Θρομβοπενίες οφειλόμενες σε ελαττωμένη ή ελαττωματική παραγωγή αιμοπεταλίων

A. Απλαστική αναιμία

B. Μεγακαρυοκυτταρική απλασία

Γ. Μυελική διήθηση (καρκίνωμα, λευχαιμία, φυματίωση)

Δ. Ακτινοβολία, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα

E. Φάρμακα και ουσίες που δρουν ειδικά στην παραγωγή αιμοπεταλίων
(οινόπνευμα, οιστρογόνα, ιντερφερόνη).

Z. Κυκλική θρομβοπενία

H. Τροφικές διαταραχές (B12, φυλλικό οξύ, σίδηρος).

Θ. Ιογενείς λοιμώξεις.

I. Παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία.

K. Νεφρική ανεπάρκεια.

Λ. Εκθεση σε υπερβαρική ατμόσφαιρα.

Θεραπεία: Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων.³¹

1.13.2 Θρομβοπενίες οφειλόμενες σε αυξημένη καταστροφή αιμοπεταλίων

I. Μη άνοσες

α) Φλεγμονή.

β) Σύνδρομο απινίδωσης.

γ) θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα / αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο

δ) Χρήση φαρμάκων.

II. Άνοσες

α) Χορήγηση αντιλεμφοκυτταρικής σφαιρίνης.

β) Χρήση φαρμάκων.

γ) Αναφυλαξία.

δ) Πορφύρα μετά μετάγγιση.

ε) Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα.

Θεραπεία : Εξειδικεύεται ανάλογα με τη διαταραχή.

Φλεγμονή : Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων.

Σύνδρομο απινίδωσης : Αναφέρεται προηγούμενα.

Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα / αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο: Κορτικοειδή, αντιαιμοπεταλιακά, εγχύσεις πλάσματος, πλασμαφαίρεση, εγχύσεις ανοσοσφαιρίνης, σπληνεκτομή.

Χρήση φαρμάκων: Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων, κορτικοειδή, πλασμαφαίρεση, εγχύσεις ανοσοσφαιρίνης, διακοπή φαρμάκου.

Αναφυλαξία: Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων, κορτικοειδή.

Πορφύρα μετά μετάγγιση: Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων P1^{A1} θετικών, πλασμαφαίρεση, κορτικοειδή, εγχύσεις ανοσοσφαιρίνης.

Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα: Κορτικοειδή, εγχύσεις ανοσοσφαιρίνης.

σπληνεκτομή, Danazol, ανοσοκατασταλτικά.^{30,17}

1.14 ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Η ανάπτυξη αντοχής στη μετάγγιση αιμοπεταλίων αποτελεί μία σοβαρή επιπλοκή για τους ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα και θρομβοπενία απλαστικού τύπου, οι οποίοι υποβάλλονται επί μακρόν σε υποστήριξη με μεταγγίσεις αιμοπεταλίων από τυχαίους δότες.³⁰

Ως αντοχή χαρακτηρίζεται η πτωχή ή μη ικανοποιητική απάντηση στη μετάγγιση αιμοπεταλίων.

Ο κύριος στόχος των μεταγγίσεων των αιμοπεταλίων είναι αύξηση και διατήρηση του αριθμού των αιμοπεταλίων του ασθενούς στο επίπεδο που έχουμε επιλέξει, για την αποφυγή αιμορραγικών επιπλοκών. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός των μεταγγιζόμενων μονάδων αιμοπεταλίων πρέπει να είναι ικανός να υψώσει τον αριθμό των αιμοπεταλίων του ασθενούς πάνω από το επίπεδο, που έχουμε επιλέξει και να τον διατηρήσει σ' αυτό το επίπεδο όσο το δυνατό για μακρότερο χρονικό διάστημα.³¹

Σύμφωνα με παλαιότερες και νεότερες βιβλιογραφικές αναφορές, η αντοχή αναπτύσσεται σε σχετικά υψηλή συχνότητα, 30-70% και 20-60% των πολυμεταγγισμένων ασθενών. Από μελέτη σε ασθενείς με ΟΜΛ αναφέρεται συχνότητα 25-30%. Οι παράγοντες, που θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξη αντοχής στη μετάγγιση αιμοπεταλίων, εκτός από την ποιότητα των μεταγγιζόμενων αιμοπεταλίων, είναι ανοσολογικοί και κλινικοί στον ασθενή.

Η ποιότητα των μεταγγιζόμενων αιμοπεταλίων είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που επηρεάζει το αποτέλεσμα της μετάγγισης των αιμοπεταλίων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των αιμοπεταλίων είναι η διαδικασία παρασκευής, οι συνθήκες (θερμοκρασία - ανακίνηση) και ο χρόνος συντήρησης, η παρουσία λευκών, και η πριν από τη συντήρηση λευκαφαίρεση, παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη μελέτη ή και την αντιμετώπιση της αντοχής.^{17,31}

1.15 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΗΞΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η πήξη του αίματος συνίσταται στην παραγωγή μιας ισχυρής πρωτεΐνης του ορού, της θρομβίνης, που διασπά το ευδιάλυτο ινωδογόνο του πλάσματος, με αποτέλεσμα το σχηματισμό ενός αδιάλυτου δικτύου από νημάτια ινώδους, στο οποίο παγιδεύονται ερυθροκύτταρα και αιμοπετάλια σχηματίζοντας ένα σταθερό πήγμα (θρόμβο). Η διαδικασία αυτή κινητοποιείται από τον τραυματισμό των αιμοφόρων αγγείων και περιλαμβάνει τη γρήγορη και αυστηρά ελεγχόμενη αλληλεπίδραση περισσότερων από 20 διαφορετικών πρωτεϊνών, με την οποία η αρχική ενεργοποίηση λίγων μορίων ενισχύεται διαρκώς, ώστε τελικά να οδηγήσει στο σχηματισμό ενός θρόμβου κατάλληλου μεγέθους. Τις εξειδικευμένες επιφάνειες, που εντοπίζουν και καταλύουν τις αντιδράσεις της πήξης, εξασφαλίζουν το τραυματισμένο αγγειακό τοίχωμα και τα αιμοπετάλια που συσσωρεύονται σε αυτό.¹⁷

Οι πρωτεΐνες της πήξης του αίματος κυκλοφορούν με τη μορφή αδρανών ζυμογόνων (προενζύμων) σε ποσότητες πολύ μεγαλύτερες από εκείνες που απαιτούνται για την πήξη. Οι γνωστές οδοί (διαδικασίες) ενεργοποίησης του μηχανισμού της πήξης είναι δύο, η ενδογενής και η εξωγενής, η τελευταία απαιτεί τη συμμετοχή μιας ουσίας με δραστηριότητα λιποπρωτεΐνης, του λεγόμενου ιστικού παράγοντα που απελευθερώνεται από τους τραυματισμένους ιστούς. Και οι δύο οδοί συγκλίνουν στην ενεργοποίηση του παράγοντα X στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων. Οι περισσότερες από τις πρωτεΐνες της πήξης είναι πρωτεάσες του ορού που παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό ομόλογη εξειδίκευση, ενώ άλλες (οι παράγοντες V και VIII) είναι μόνο συμπαράγοντες χωρίς ενζυμική δράση.³¹

Η ενδογενής οδός της πήξης αρχίζει με ενεργοποίηση του παράγοντα XII επάνω στην αλλοιωμένη αγγειακή επιφάνεια (στο ενδοθήλιο και στην υπενδοθηλιακή στιβάδα) ή σε άλλη αρνητικά φορτισμένη, π.χ. μια γυάλινη επιφάνεια. Συμπαράγοντες, που προάγουν την ενεργοποίηση του παράγοντα XII, είναι η προκαλλικρεΐνη, το κινινογόνο μεγάλου μοριακού βάρους (KMMB) και ο παράγων XI. Σχηματίζεται, έτσι, ένα σύμπλεγμα που εντοπίζεται στην επιφάνεια και ενεργοποιεί με άριστο τρόπο τον παράγοντα XII. Στη συνέχεια ο παράγων XIIa μετατρέπει τον παράγοντα XI και την προκαλλικρεΐνη, που έχουν συνδεθεί με το σύμπλεγμα, στις αντίστοιχες δραστικές μορφές τους XIa και καλλικρεΐνη, η οποία μετά διασπά το KMMB και σχηματίζεται βραδυκινίνη, ενώ ο παράγων XIa

ενεργοποιεί τον παράγοντα IX - μπορεί όμως (στην εξωγενή οδό της πήξης) να ενεργοποιήσει και τον παράγοντα VII - και έτσι, κινητοποιείται όχι μόνο η πήξη αλλά και η ινωδόλυση. Η ενεργοποίηση του παράγοντα IX από τον XIα απαιτεί την παρουσία ιόντων ασβεστίου (Ca^{++}). Όταν ενεργοποιηθεί, ο παράγων IX συνδέεται με τον παράγοντα VIII (αντιαιμοφιλικό παράγοντα). Με τη μεσολάβηση ιόντων ασβεστίου και ενός φωσφολιποειδούς ο παράγων IXα ενεργοποιεί τον παράγοντα X σε Xα. Η ενεργοποίηση αυτή πραγματοποιείται συνήθως στην κυτταροπλασματική μεμβράνη των αιμοπεταλίων που έχουν ενεργοποιηθεί, μπορεί όμως να γίνει και επάνω στο αγγειακό ενδοθήλιο.^{31,30}

Στην εξωγενή οδό, ο ιστικός παράγοντας που απελευθερώνεται από τους τραυματισμένους ιστούς και με την παρουσία ιόντων ασβεστίου ενεργοποιεί άμεσα τον παράγοντα X σε Xα. Επιπλέον, το σύμπλεγμα ιστικός παράγων - παράγων VIII - Ca^{++} μπορεί να ενεργοποιήσει και τον παράγοντα XI. Η συγκέντρωση του συμπλέγματος της προθρομβινάσης του πλάσματος στην επιφάνεια των ενεργοποιημένων αιμοπεταλίων επαυξάνει με την παρουσία του παραρράγοντα V ενός συμπαράγοντα ειδικά συνδεδεμένου στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων - την αποτελεσματικότητα με την οποία ενεργοποιείται, στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων, η προθρομβίνη (παράγων II) σε θρομβίνη, που δρα στο ινωδογόνο. Το ινωδογόνο είναι μια μεγάλη (MB 340.000), ασύμμετρη, ευδιάλυτη πρωτεΐνη που αποτελείται από τρία ζεύγη πολυπεπτιδικών αλύσων: τα Aα, Ββ και G. Η θρομβίνη διασπά τις αλύσους Aα και Ββ σε μικρά πεπτίδια· εκείνα που προέρχονται από την Aα σχηματίζουν το ινώδες I, που πολυμερίζεται τελικοτελικά, ενώ εκείνα που προκύπτουν από τη Ββ σχηματίζουν το ινώδες II, που πολυμερίζεται πλαγιοπλάγια, για να συνδεθεί μετά με διασταυρούμενους δεσμούς, υπό την επίδραση της γλουταμινάσης (παράγοντα XIII) του πλάσματος, σχηματίζοντας έναν αδιάλυτο θρόμβο ινώδους. Στη διάρκεια της πήξης η θρομβίνη εμφανίζει, εκτός από τη διάσπαση του ινωδογόνου σε ινώδες, και διάφορες άλλες σημαντικές δραστηριότητες. Έτσι, ενεργοποιεί τα αιμοπετάλια αποκαλύπτοντας την προπηκτική τους δραστηριότητα (π.χ. τις θέσεις σύνδεσης του συμπλέγματος της προθρομβινάσης) και προκαλώντας την απελευθέρωση των ουσιών που συντελούν στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων, όπως της θρομβοξάνης, των ιόντων ασβεστίου, της διφωσφορικής αδενοσίνης (ADP), τον παράγοντα von Willebrand, της φμπρονεκτίνης και της θρομβοσπονδίνης. Επίσης διασπά τους παράγοντες VIII και

Va, επαυξάνοντας την πήξη, και τον παράγοντα XIII, προάγοντας τη σταθεροποίηση του ινώδους. Επιπλέον, δρα στο αγγειακό ενδοθήλιο, όπου συνδέεται με την επιφανειακή πρωτεΐνη θρομβομοδουλίνη για να ενεργοποιήσει την πρωτεΐνη C, μια ισχυρή ουσία αδρανοποίησης των παραγόντων Va και VIIIa, με την οποία διεγείρεται και η ινωδόλυση. Τέλος, η θρομβίνη προκαλεί και σύσπαση των ενδοθηλιακών κυττάρων. Το ενδοθήλιο, αντίθετα, μπορεί να δεσμεύσει και να αδρανοποιήσει τη θρομβίνη και σε μερικές περιπτώσεις, υπό την επίδραση της, να παραγάγει την αγγειοδιασταλτική ουσία προστακυκλίνη. Από όσα εκτέθηκαν γίνεται φανερό ότι η ενεργοποίηση της θρομβίνης συντελεί όχι μόνο στην κινητοποίηση αλλά και στον περιορισμό της πήξης¹⁷.

Το τελικό στάδιο της διαδικασίας της πήξης είναι η ινωδόλυση ή διάλυση του πήγματος (θρόμβου) που κινητοποιείται με τη δράση της θρομβίνης στη διάρκεια της πήξης και περιλαμβάνει την ενεργοποίηση της πρωτεΐνης C και τη διέγερση της απελευθέρωσης των παραγόντων του αγγειακού τοιχώματος, οι οποίοι ενεργοποιούν το πλασμινογόνο. Η πρωτεΐνη C μαζί με την πρωτεΐνη S- μια ουσία που προάγει τη δράση της- αναστέλλει την πηκτική δραστηριότητα των παραγόντων Va και VIIIa. Οι παράγοντες ενεργοποίησης του πλασμινογόνου, ενός ζυμογόνου (προενζύμου) της κυκλοφορίας, το διασπών στη δραστική μορφή του, την πρωτεάση πλασμίνη, η οποία πέπτει το ινώδες. Η δραστηριότητα των ιστικών παραγόντων ενεργοποίησης του πλασμινογόνου επαυξάνεται από τη σύνδεση τους με το ινώδες και έτσι η παραγωγή της πλασμίνης εντοπίζεται στο θρόμβο. Επιπλέον, οι αναστολείς των πρωτεασών του πλάσματος α1-αντιθρυψίνη, α2-αναστολέας της πλασμίνης και α2-μακροσφαιρίνη αδρανοποιούν γρήγορα κάθε πρωτεάση της κυκλοφορίας, περιλαμβανομένων της θρομβίνης και της πλασμίνης. Επίσης η αντιθρομβίνη III δεσμεύει όλες τις προπηκτικές πρωτεΐνες που παρουσιάζουν δράση πρωτεάσης (του παράγοντα Xa αλλά και τη θρομβίνη)- η δραστηριότητα της αντιθρομβίνης III επαυξάνεται από την ηπαρίνη και τις ηπαρινοειδείς ουσίες. Τα συμπλέγματα της αντιθρομβίνης III με τις πρωτεάσες απομακρύνονται γρήγορα από την κυκλοφορία με την επέμβαση του ήπατος και του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος.^{16,17}

Οι περισσότερες από τις πρωτεΐνες της πήξης του αίματος παράγονται στο ήπαρ. Για τη σύνθεση των παραγόντων II, VII, IX και X και των πρωτεϊνών C και S απαιτείται βιταμίνη K. Όταν αυτή απουσιάζει, τα μόρια που παράγονται είναι παθολογικά διότι δεν έχουν τις γ-καρβοξυγλουταμινικές θέσεις σύνδεσης των ιόντων

ασβεστίου και δεν λειτουργούν στην πήξη. Στο ήπαρ επίσης παράγονται το ινωδογόνο, ο παράγων V και οι αναστολείς των πρωτεασών, γι' αυτό και οι συγκεντρώσεις τους είναι δυνατό να ελαττωθούν στις ηπατοπάθειες, αλλά η σύνθεση και η λειτουργία τους δεν απαιτούν την παρουσία βιταμίνης K. Στο ήπαρ πιθανώς συντίθεται και ο παράγων VIII, αλλά η ακριβής θέση παραγωγής του είναι άγνωστη. Ο παράγων του von Willebrand και ο ιστικός παράγων ενεργοποίησης του πλασμινογόνου συντίθενται στο αγγειακό ενδοθήλιο. Έτσι, μολονότι ο παράγων του von Willebrand κυκλοφορεί στο αίμα σε μακρομοριακό σύμπλεγμα με τον παράγοντα VIII, οι ουσίες αυτές παράγονται σε διαφορετικές θέσεις, ρυθμίζονται από διαφορετικά γονίδια και έχουν τελείως διαφορετική δομή και λειτουργία.¹⁷

1.15.1 Διευρέυνση των διαταραχών της πήξης του αίματος

Το ιστορικό τραυματικής ή χειρουργικής αιμορραγίας, μεγάλων επιστάξεων, ενδομυϊκής ή ενδαρθρικής αιμορραγίας ή εκτεταμένων εκχυμώσεων πρέπει να προκαλεί υποψίες διαταραχής της πήξης. Το οικογενειακό ιστορικό αιμορραγιών μόνο σε άρρενα μέλη στοιχειοθετεί ένδειξη αιμοφιλίας, διότι οι άλλες συγγενείς διαταραχές της πήξης μεταβιβάζονται με αυτοσωματικό επικρατητικό γονίδιο. Οι σπουδαιότερες αδρές δοκιμασίες ελέγχου των διαταραχών της πήκτικότητας είναι ο χρόνος προθρομβίνης και ο χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης ο χρόνος ροής είναι, γενικά, φυσιολογικός στις διαταραχές της πήξης του πλάσματος με εξαίρεση τη νόσο του von Willebrand, στην οποία η έλλειψη του ομώνυμου παράγοντα επηρεάζει τη λειτουργία των αιμοπεταλίων και συνεπώς, επηρεάζει αρνητικά και την αρχική (πρωτογενή) αιμόσταση. Με τη μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης προσδιορίζεται η δραστηριότητα των παραγόντων II, VII, IX και X και με το χρόνο ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης η δραστηριότητα των παραγόντων XII, XI, IX, VIII και X, ενώ με το συνδυασμό των δύο δοκιμασιών προσδιορίζεται η δραστηριότητα των παραγόντων V και II και του ινωδογόνου. Το ιστορικό όψιμων ή επανειλημμένων αιμορραγιών είναι ενδεικτικό έλλειψης του παράγοντα XIII, του οποίου η ανίχνευση απαιτεί ειδική δοκιμασία (π.χ. σε διάλυμα ουρίας 8M) ελέγχου της σταθερότητας του πήγματος του ινώδους.¹⁷ Ο τύπος των διαταραχών και η δυνατότητα διόρθωσης τους με πλάσμα ή ορό υγιούς ατόμου επιτρέπει την περισσότερο συγκεκριμένη διαπίστωση της έλλειψης παραγόντων της πήξης ή της παρουσίας κυκλοφορούντων αντιπηκτικών. Τέλος, οι διάφορες

καταστάσεις έλλειψης μπορούν να επιβεβαιωθούν και να προσδιορισθούν ποσοτικά με ειδικές δοκιμασίες προσδιορισμού των διαφόρων παραγόντων της πήξης.¹⁶

1.16 ΑΙΜΟΦΙΛΙΑ Α

Η αιμοφιλία είναι σπάνια πάθηση, με συχνότητα 1:10000 στον ανδρικό πληθυσμό, μεταβιβάζεται με υπολειπόμενο φιλοσύνθετο γονίδιο. Το γονίδιο που ελέγχει τη σύνθεση του παράγοντα VIII (αντιαιμοφιλική σφαιρίνη) φέρεται στο χρωμόσωμα X. Το αιμοφιλικό γονίδιο προκαλεί το σχηματισμό ενός λειτουργικά παθολογικού μορίου, ανοσολογικά όμοιο με το φυσιολογικό παράγοντα VIII. Το μόριο του παθολογικού παράγοντα VIII προκαλεί ελαττωματική πήξη και επομένως, αιμορραγική διάθεση, της οποίας η βαρύτητα εξαρτάται από την πυκνότητα του παράγοντα VIII.¹⁵

Μόνο οι άνδρες (XY) προσβάλλονται από τη νόσο, επειδή το Y χρωμόσωμα δεν φέρει τον παράγοντα VIII και με ένα παθολογικό χρωμόσωμα X που έχουν οι γυναίκες δεν εκδηλώνουν κανονικά σημεία της αρρώστιας (αν και μπορεί να έχουν χαμηλή τιμή παράγοντα VIII και να αιμορραγήσουν μετά από εγχειρήσεις) αλλά είναι φορείς.

Η αρρώστια ποικίλει από πολύ ελαφρά μορφή έως βαριά. Η αρρώστια χαρακτηρίζεται από υποδόρια και ενδομυϊκά αιματώματα καθώς και αίμαρθρα. Αφαίρεση δοντιού συνοδεύεται από μεγάλες και πολλές φορές απειλητικές αιμορραγίες. Οι αιματουρίες και αιμορραγίες από το πεπτικό σύστημα είναι πιο σπάνιες. Οι αιμορραγίες της γλώσσας και της βάσης του στόματος είναι πολύ επικίνδυνες επειδή μπορεί να προκαλέσουν ασφυξία. Μεγάλες αιμορραγίες δημιουργούν αιματώματα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν πίεση νεύρων, π.χ. του ισχιακού και να οδηγήσει σε παράλυση. Τα αίμαρθρα με την πάροδο του χρόνου προκαλούν αγκυλώσεις στις αρθρώσεις. Οι αρθρώσεις που κυρίως προσβάλλονται είναι του αγκώνα, του γόνατος, του ισχίου και της ποδοκνημικής. Οι αιμοφιλικοί που ζουν μέχρι τα 40 χρόνια παρουσιάζουν σημαντικές αναπηρίες.

Εργαστηριακά ευρήματα:

1. Βρίσκεται παρατεταμένος ο χρόνος πήξεως του αίματος κατά Lee-White. Σε ελαφρά αιμοφιλία είναι φυσιολογικός.
2. Ο χρόνος Quick είναι φυσιολογικός.

3. Η δοκιμασία παραγωγής θρομβοπλαστίνης δίνει παθολογικά αποτελέσματα, η κατανάλωση προθρομβίνης ελαττωμένη και είναι εύκολος τρόπος διακρίσεως αιμοφιλίας A από τη νόσο Christmas, και
4. Ποσοτικός προσδιορισμός του παράγοντα VIII.

Θεραπεία: Η θεραπεία αποβλέπει περισσότερο στην αντιμετώπιση αιμορραγικών επεισοδίων ή στην αποφυγή αιμορραγιών κατά την εγχείρηση και επιτυγχάνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση παράγοντα VIII.

Τα αυτόματα αίμαρθρα συνήθως θεραπεύονται όταν η πυκνότητα του παράγοντα VIII αυξηθεί πάνω από 20% (0.2u/ml). Για χειρουργική επέμβαση η τιμή του είναι απαραίτητο να διατηρείται πάνω από το 50% (0.5u/ml) μέχρι την επούλωση του χειρουργικού τραύματος. Ο παράγοντας VIII πρέπει να δοθεί ενδοφλέβια. Επειδή δε η μέση διάρκεια ζωής του παράγοντα VIII είναι κάτω από 12 ώρες γι' αυτό η θεραπεία πρέπει να γίνεται δύο φορές την ημέρα. Για αφαίρεση δοντιού η τιμή του παράγοντα θα πρέπει να αυξηθεί πριν από την εξαγωγή στο 50% και να χορηγείται για 7 ημέρες ένα αντιϊνωδολυτικό φάρμακο, π.χ. τρανεξαμικό οξύ σε δόση 0.15mg/kg.

Η κυκλοφορία του συμπηκνωμένου παράγοντα VIII έχει μεταβάλει ριζικά τη θεραπευτική αγωγή της αιμοφιλίας και πολλοί άρρωστοι μπορούν τώρα να αντιμετωπιστούν στο σπίτι τους, είτε από κάποιο συγγενή είτε μόνοι τους.^{15,9}

1.17 ΑΙΜΟΦΙΛΙΑ Β

Οφείλεται σε συγγενή έλλληψη του παράγοντα IX. Είναι πολύ σπανιότερη της αιμοφιλίας A (15:85). Προσβάλλει επίσης μόνο άνδρες και η γενετική τους είναι απολύτως όμοια με τη γενετική της αιμοφιλίας. Η κλινική εικόνα είναι η ίδια.

Θεραπεία: Διατίθενται πυκνά διαλύματα παράγοντα IX που περιέχουν επιπλέον παράγοντες II, VII και X.¹⁰

1.18 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ von Willebrand

Η νόσος του von Willebrand είναι μια από τις συχνότερες κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές, προσβάλλει και τα δύο φύλα και μεταβιβάζεται με αυτόσωμο συνεπικρατούντα ή υπολειπόμενο χαρακτήρα. Η διαταραχή που συνιστά

την παθολογική αυτή κατάσταση είναι διπλή: παθολογική προσκόλληση των αιμοπεταλίων και χαμηλού βαθμού προπηκτική δραστηριότητα του παράγοντα VIII. Η φυσιολογική προσκόλληση των αιμοπεταλίων στην υπενδοθηλιακή στιβάδα των αγγείων απαιτεί την παρουσία μιας γλυκοπρωτεΐνης του πλάσματος, του παράγοντα του von Willebrand, ο οποίος κυκλοφορεί στο αίμα με τη μορφή μεγαλομοριακών πολυμερών ($MB > 2 \times 10^6$) σε συμπλέγματα με τον αντισταθμιστικό παράγοντα (VIII). Στη νόσο του von Willebrand ο ομώνυμος παράγοντας είναι ελαττωμένος, απουσιάζει ή υπάρχει σε παθολογική μορφή, ενώ η συγκέντρωση του παράγοντα VIII μπορεί να παρουσιάζει από ελαφρά μέχρι μεγάλη ελάττωση. Αποτέλεσμα του συνδυασμού αυτού είναι, εκτός από την παράταση του χρόνου ροής, η παράταση του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης.¹²

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου του von Willebrand παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στον ίδιο ασθενή σε διάφορες χρονικές περιόδους, στα διάφορα ασθενή μέλη της ίδιας οικογένειας και στις διάφορες οικογένειες. Συμπτώματα που παρατηρούνται συχνά είναι οι αιμορραγίες των βλεννογόνων, οι εκχυμώσεις και επιστάξεις, η γαστρεντερική αιμορραγία και η μηνορραγία: σε βαριές περιπτώσεις είναι επίσης δυνατό να παρατηρηθούν αίμαρθροι και κλινική συμπεριφορά ανάλογη με της αιμοφιλίας με επιπλέον διαταραχή στην ελαττωματική πρωτογενή (αρχική) αιμόσταση. Η νόσος του von Willebrand διακρίνεται σε διάφορους υποτύπους. Στο 75% των περιπτώσεων παρατηρούνται παράταση του χρόνου ροής και του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης και απόλυτη ελάττωση - κατά τη μέτρηση τους με ανοσολογικές μεθόδους - των παραγόντων του von Willebrand και VIII. Οι διαταραχές αυτές αποτελούν τα γνωρίσματα του τύπου I της νόσου, στον οποίο παρατηρείται επίσης ελάττωση της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων με ριστοσετίνη, η οποία όμως αποκαθίσταται μετά από προσθήκη παράγοντα von Willebrand ή πλάσματος υγιούς ατόμου. Οι άλλες αντιδράσεις συσσώρευσης των αιμοπεταλίων είναι φυσιολογικές. Όλα τα μεγέθη, εξάλλου, των πολυμερών του παράγοντα του von Willebrand που κυκλοφορούν στο πλάσμα παρουσιάζουν ελάττωση. Η έγχυση, τέλος, πλάσματος υγιούς (ή αιμοφιλικού) σε ασθενή με νόσο του von Willebrand τύπου I συνεπάγεται την παρατεταμένη αύξηση των συγκεντρώσεων του παράγοντα του von Willebrand, η οποία είναι μεγαλύτερη και διαρκεί περισσότερο από όσο θα αναμενόταν με βάση την ποσότητα του παράγοντα που χορηγείται ή το χρόνο ημιζωής του. Σε άλλες παραλλαγές της νόσου του von

Willebrand η παράταση του χρόνου ροής συνοδεύεται από μικρή ελάττωση του ομώνυμου παράγοντα (Τύπος ΙΑ) ή παρατηρείται αύξηση της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων με τη ριτοσετίνη και απουσία των μεγάλου μεγέθους πολυμερών του παράγοντα από το πλάσμα (Τύπος ΙΒ).¹⁷

Η θεραπεία της νόσου του von Willebrand βασίζεται στη χορήγηση κρυσταλλικού ή δεσμοπρεσσίνης στα σοβαρά ή ελαφρότερα, αντίστοιχα, αιμορραγικά επεισόδια. Η παράταση του χρόνου ροής και η αιμορραγική διάθεση διορθώνονται με την μετάγγιση πλάσματος υγιούς ή κρυσταλλικού (που είναι πλούσιο σε παράγοντα του von Willebrand). Στις ελαφρές περιπτώσεις της νόσου μπορεί να επιτευχθεί αύξηση των συγκεντρώσεων του παράγοντα του von Willebrand και διόρθωση της αιμορραγικής διάθεσης με την έγχυση δεσμοπρεσσίνης (δεσμοπρεσσίνης ή DDAVP: δεσ-αμινο, δεσ-αργινινο-αγγειοπρεσσίνης), η οποία σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί και πριν από οδοντιατρικές ή άλλες επεμβάσεις. Αντίθετα, τα περισσότερα εμπορικά σκευάσματα συμπυκνωμένου παράγοντα VIII έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε παράγοντα του von Willebrand και η θεραπευτική αποτελεσματικότητά τους στη νόσο είναι περιορισμένη. Σε περιπτώσεις γυναικών με βαριά νόσο του von Willebrand η μηνορραγία μπορεί να αντιμετωπισθεί με ορμονική καταστολή. Στη διάρκεια της κύησης η αιμορραγική διάθεση μπορεί να βελτιωθεί, επειδή τότε αυξάνουν οι συγκεντρώσεις του παράγοντα του von Willebrand και του αντιαιμοφιλικού παράγοντα (VIII) του πλάσματος. Οι ασθενείς με νόσο του von Willebrand πρέπει να αποφεύγουν τελείως τη χρησιμοποίηση ασπιρίνης και παρόμοιων φαρμάκων.¹²

1.19 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΠΗΞΗΣ

Οι καταστάσεις έλλειψης παραγόντων επαφής είναι σπάνιες διαταραχές που προκαλούν παράταση του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης ή του χρόνου πήξης χωρίς κλινική αιμορραγική διάθεση, εκτός από την περίπτωση έλλειψης του παράγοντα XI. Υπόνοιες έλλειψης του παράγοντα XII (του Hageman) προκαλεί η ασυμπτωματική παράταση του χρόνου πήξης ή του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με πειράματα ανάμιξης του πλάσματος του ασθενούς με το πλάσμα άλλων ασθενών, που παρουσιάζουν έλλειψη

κάποιου συγκεκριμένου παράγοντα, ώστε να προσδιορισθεί ο τύπος της διαταραχής (π.χ. η ανάμιξη πλάσματος χωρίς παράγοντα XII με πλάσμα από το οποίο είναι γνωστό ότι λείπει ο παράγων XII δεν συνεπάγεται τη διόρθωση του παρατεταμένου χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης, ο οποίος όμως διορθώνεται όταν η ανάμιξη γίνει σε αναλογία 1:1 με πλάσμα ατόμου με γνωστή έλλειψη του παράγοντα XI). Σπάνιες ασυμπτωματικές καταστάσεις αποτελούν επίσης η έλλειψη προκαλλικρεΐνης (στίγμα *Fletcher*) και η έλλειψη κινινογόνου μεγάλου μοριακού βάρους (στίγμα *Fitzgerald*). Αντίθετα, τα άτομα με έλλειψη παράγοντα XI (πρόδρομης ουσίας της θρομβοπλαστίνης) παρουσιάζουν τάση για αιμορραγίες σε περιπτώσεις τραυματισμού, εξαγωγής δοντιού ή χειρουργικής επέμβασης. Η διαταραχή αυτή μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και παρατηρείται συχνότερα σε άτομα εβραϊκής ή ιαπωνικής καταγωγής, τα οποία παρουσιάζουν παράταση του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης και φυσιολογικό χρόνο προθρομβίνης. Η αιμορραγική διάθεση, ωστόσο, δεν συμβαδίζει απόλυτα με το βαθμό της έλλειψης του παράγοντα XI και μερικοί ασθενείς με χαμηλές τιμές δεν έχουν προβλήματα. Ο χρόνος ημιζωής του παράγοντα XI είναι περίπου 3 ημέρες και έτσι, η θεραπεία της ενδεχόμενης αιμορραγίας ή η προεγχειρητική προφύλαξη συνίσταται σε καθημερινή έγχυση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος.^{17,12,15}

Οι καταστάσεις έλλειψης παραγόντων της πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ προκαλούν βαριά αιμορραγική διάθεση. Το μόνο συχνό παράδειγμα τέτοιας κατάστασης αποτελεί η έλλειψη παράγοντα IX (αιμοφιλία Β, νόσος *Christmas*), μια φυλοσύνδετη (X-σύνδετη) υπολειπόμενη διαταραχή με κλινικές ομοιότητες προς την αιμοφιλία Α, που προκαλεί αιμορραγίες μυών, αρθρώσεων, του γαστρεντερικού σωλήνα και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Συνήθως πρόκειται για ποσοτικά βαριά έλλειψη του παράγοντα IX, αλλά μερικές οικογένειες παρουσιάζουν διαταραχή του μορίου του παράγοντα IX, του οποίου η ποσότητα κατά τη μέτρηση με ανοσολογικές μεθόδους βρίσκεται φυσιολογική. Υπόνοιες αιμοφιλίας Β δημιουργεί η ανεύρεση φυσιολογικού χρόνου προθρομβίνης και παράτασης του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης, ο οποίος διορθώνεται μετά από ανάμιξη του πλάσματος του ασθενούς με ορό υγιούς ατόμου, όχι όμως και με πλάσμα προσροφημένο σε θειικό βάριο (το BaSO₄ προσροφά τους παράγοντες της πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ). Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ποσοτικό προσδιορισμό του παράγοντα. Το νωπό κατεψυγμένο πλάσμα και τα σκευάσματα

συμπυκνωμένου προθρομβινικού συμπλέγματος, που περιέχουν τον παράγοντα, διορθώνουν την έλλειψη και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για θεραπευτικούς σκοπούς. Ο χρόνος ημιζωής του παράγοντα IX στο πλάσμα (20 ώρες) επιτρέπει τη χορήγηση του πλάσματος δύο φορές την ημέρα. Τα σκευάσματα συμπυκνωμένου παράγοντα IX, εκτός από τον μεγάλο κίνδυνο μετάδοσης ηπατίτιδας, που περικλείουν, περιέχουν προσμίξεις ενεργοποιημένων παραγόντων της πήξης οι οποίες είναι δυνατό να προκαλέσουν θρομβοεμβολικά επεισόδια, γι' αυτό και η χρησιμοποίηση αυτών των σκευασμάτων πρέπει να περιορίζεται σε περιπτώσεις βαριάς αιμορραγίας. Σε 10-15% των περιπτώσεων αναπτύσσονται ειδικά αντισώματα προς τον χορηγούμενο παράγοντα IX, τα οποία, όπως και στην περίπτωση των επίκτητων αναστολέων του παράγοντα VIII, είναι δυνατό να επιπλέξουν τη θεραπεία.¹⁶

Η έλλειψη του παράγοντα VII είναι σπάνια αυτοσωματική υπολειπόμενη διαταραχή, η οποία στους ομοζυγώτες προκαλεί αιμορραγίες ήδη από τη βρεφική ηλικία. Οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία αιμορραγικών εκδηλώσεων, με αιμορραγίες των βλεννογόνων και του γαστρεντερικού σωλήνα, επιστάξεις, αίμαρθρους και μηνορραγίες. Από εργαστηριακή άποψη παρατηρούνται παράταση του χρόνου προθρομβίνης και φυσιολογικός χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης. Επειδή ο παράγον VII είναι σταθερός, ο αυξημένος χρόνος προθρομβίνης διορθώνεται με συντηρημένο πλάσμα, αλλά όχι με πλάσμα που έχει προσροφηθεί με θειικό βάριο. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση πλάσματος ή σκευασμάτων συμπυκνωμένου προθρομβινικού συμπλέγματος, τα οποία πρέπει να χορηγούνται συχνά, διότι ο χρόνος ημιζωής του παράγοντα VII είναι μικρός (2-6 ώρες).¹⁷

Η έλλειψη του παράγοντα X μεταβιβάζεται επίσης με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα, που προκαλεί αιμορραγίες και παρατηρείται με δύο μορφές: ως ποσοτική ελάττωση του παράγοντα και ως μοριακή δυσλειτουργία. Οι ασθενείς παρουσιάζουν επιστάξεις, γαστρεντερικές αιμορραγίες και μερικές φορές, αρθρικές ή μυϊκές αιμορραγίες. Σε γυναίκες είναι δυνατό να παρατηρηθούν βαριές αιμορραγίες μετά από τοκετό και μεγάλες μηνορραγίες. Εργαστηριακά βρίσκεται παράταση τόσο του χρόνου προθρομβίνης όσο και του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ειδικό προσδιορισμό του

παράγοντα X και η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος.¹²

Με τον όρο *ανινωδογοναιμία ή συγγενής δυσινωδογοναιμία* περιγράφονται διάφορες διαταραχές στις οποίες παρατηρείται πολύ μικρή συγκέντρωση ινωδογόνου στο πλάσμα ή παραγωγή παθολογικών τύπων ινωδογόνου. Οι διαταραχές αυτές είναι δυνατό να προκαλούν αιμορραγίες ή θρομβώσεις. Οι ασθενείς παρουσιάζουν παράταση τόσο του χρόνου προθρομβίνης όσο και του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότεροι από 80 διαφορετικοί τύποι δυσινωδογοναιμίας που προκαλούν μεγάλη ποικιλία κλινικών συνδρόμων. Η θεραπεία αναπλήρωσης συνίσταται στη χορήγηση κρυοϊζήματος, που είναι πλούσιο σε ινωδογόνο, διότι τα σκευάσματα συμπυκνωμένου ινωδογόνου, που είχαν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν, δημιουργούσαν μεγάλους κινδύνους μετάδοσης ηπατίτιδας. Ο χρόνος ημιζωής του ινωδογόνου είναι 4 ημέρες και έτσι η αποκατάσταση της φυσιολογικής συγκέντρωσης του στο πλάσμα (150mg/dl) πραγματοποιείται εύκολα.

Η *έλλειψη του παράγοντα XIII* είναι σπάνια αυτοσωματική υπολειπόμενη διαταραχή, η οποία μόνο σε ομοζυγώτες προκαλεί αιμορραγική διάθεση, που εκδηλώνεται με όψιμες μετατραυματικές αιμορραγίες και καθυστέρηση της επούλωσης των τραυμάτων. Η συγκέντρωση παράγοντα XIII στο πλάσμα των ασθενών είναι συνήθως μικρότερη από το 1% της φυσιολογικής, ενώ οι ετεροζυγώτες είναι ασυμπτωματικοί. Η απουσία του παράγοντα σταθεροποίησης του ινώδους (XIII) επηρεάζει αρνητικά και τη διαπλοκή των μορίων της φιβρονεκτίνης - της επιφανειακής πρωτεΐνης των κυττάρων - και του ινώδους, γεγονός που ίσως συντελεί στην καθυστέρηση επούλωσης των τραυμάτων. Επειδή η έλλειψη του παράγοντα XIII δεν επηρεάζει τον αρχικό σχηματισμό του ινώδους, οι χρόνοι προθρομβίνης, ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης και θρομβίνης είναι φυσιολογικοί. Η διάλυση όμως, του πύγματος του ινώδους του ασθενούς σε διάλυμα ουρίας 8M είναι ένδειξη ότι η συγκέντρωση παράγοντα XIII στο πλάσμα του είναι μικρότερη από 1% της φυσιολογικής. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος ή κρυοϊζήματος, σε ποσότητες που θα εξασφαλίσουν συγκέντρωση παράγοντα XIII ίση με το 10% της φυσιολογικής. Αυτή μπορεί να επιτευχθεί εύκολα με αραιές εγχύσεις αναπλήρωσης (κάθε 3 εβδομάδες) χάρη στο μεγάλο χρόνο ημιζωής, του παράγοντα XIII (21 ημέρες).¹⁷

1.20 ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΗΞΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Οι επίκτητες διαταραχές της πήκτικότητας είναι δυνατό να οφείλονται σε διάφορα αίτια, όπως ελάττωση της παραγωγής ή αύξηση της κατανάλωσης των παραγόντων της πήξης, παραγωγή μορίων με ανώμαλη λειτουργία, εκλεκτική αναστολή παραγόντων από επίκτητες αντιπηκτικές ουσίες και εκλεκτική αναστολή ή προσρόφηση διαφόρων παραγόντων, η οποία συνεπάγεται τη λειτουργική έλλειψή τους. Οι τρεις πρώτοι μηχανισμοί αποτελούν συχνές επιπλοκές συστηματικών παθήσεων, ενώ οι υπόλοιποι δύο είναι σπάνιοι. Για παράδειγμα, έχουν αναφερθεί λίγες, μόνο, περιπτώσεις βαριάς αιμορραγικής διάθεσης εξαιτίας προσρόφησης του παράγοντα X από αμυλοειδές των αγγείων.¹²

1.20.1 Επίκτητη έλλειψη βιταμίνης K

Οι παράγοντες της πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη K αποτελούν μια ομάδα από δομικά πολύ συγγενείς πρωτεΐνες, οι οποίες συντίθενται στο ήπαρ και περιλαμβάνουν την προθρομβίνη, τους παράγοντες VII, IX και X και τις πρωτεΐνες C και S. Μετά από τη φάση μετάφρασης στο ριβοσωμάτιο του RNA, που κωδικοποιεί τη σύνθεση της ζυμογόνου (προενζυμικής) μορφής τους, ακολουθεί η γ-καρβοξυλίωση των γλουταμυλικών ομάδων του αμινικού άκρου του μορίου τους, η οποία πραγματοποιείται με την απαραίτητη παρουσία της βιταμίνης K και καταλήγει στο σχηματισμό θέσεων σύνδεσης του ασβεστίου, που απαιτείται για τη σύνδεση και ενεργοποίηση αυτών των προενζυμικών μορφών σε δραστικές πρωτεάσες επάνω στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων. Πρόκειται για μηχανισμό που παίζει μεγάλο ρόλο στη φυσιολογική λειτουργία της αιμόστασης, διότι η έλλειψη βιταμίνης K αναστέλλει την καρβοξυλίωση των γ-γλουταμυλικών ομάδων με αποτέλεσμα τη σύνθεση λειτουργικά παθολογικών παραγόντων της πήξης. Ο πρώτος παράγων, που ελαττώνεται κατά την έλλειψη βιταμίνης K ή την αντιπηκτική αγωγή με ανταγωνιστές της βιταμίνης K, είναι ο παράγων VII και ακολουθούν οι IX και X και η προθρομβίνη.^{12,17}

Επειδή η βιταμίνη K δεν εναποθηκεύεται στον οργανισμό, αλλά προσλαμβάνεται από τα πράσινα λαχανικά της τροφής και είναι λιποδιαλυτή, έλλειψη της παρατηρείται σε καταστάσεις δυσαπορρόφησης ή έλλειψης χολικών αλάτων, ελλιπούς διαιτητικής πρόσληψής της ή αποστείρωσης του γαστρεντερικού

σωλήνα εξαιτίας αντιβίωσης. Συχνές κλινικές καταστάσεις που προκαλούν έλλειψη βιταμίνης Κ είναι (1) στα νεογνά, και ιδιαίτερα στα πρόωρα βρέφη, η ανωριμότητα του ήπατος και η απουσία σύνθεσης βιταμίνης Κ από την εντερική χλωρίδα ώσπου να αποικισθεί το έντερο, (2) η δυσαπορρόφηση και οι παθήσεις των χοληφόρων οδών, (3) η παρατεταμένη παρεντερική σίτιση σε συνδυασμό με αντιβίωση-ιδιαίτερα αποστείρωση του εντέρου, και (4) η λήψη από του στόματος αντιπηκτικών. Η απορρόφηση της βιταμίνης Κ βασίζεται στην απορρόφηση του λίπους και κάθε κατάσταση που τη μειώνει (π.χ. κοιλιοκάκη, λήψη από του στόματος νεομυκίνης ή χολεστυραμίνης, χολική απόφραξη, κατά τόπους εντερίτιδα) μπορεί να προκαλέσει έλλειψη βιταμίνης Κ και να οδηγήσει σε βλεννογόνιες ή γαστρεντερικές αιμορραγίες. Η από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ (2-10mg την ημέρα) μπορεί να διορθώσει την κατάσταση έλλειψης και η ενδομυϊκή ένεση 10-25mg μπορεί να ανατάξει τη σαφή αιμορραγική διάθεση.^{10,17}

Η δράση των κουμαρινικών αντιπηκτικών συνίσταται σε ανταγωνιστική αναστολή των επιδράσεων της βιταμίνης Κ και στη γ-καρβοξυλίωση των πρωτεϊνών της πήξης που εξαρτώνται από αυτήν και, έτσι, σε αντιπηκτικό αποτέλεσμα, που παρακολουθείται με τη μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης. Στόχος της αντιπηκτικής αγωγής είναι η διατήρηση του χρόνου προθρομβίνης 1,5-2 φορές μεγαλύτερου από το χρόνο υγιούς μάρτυρα και πραγματοποιείται με τη χορήγηση 2,5-10mg βαρφαρίνης μία φορά την ημέρα. Επειδή πολλά φάρμακα επηρεάζουν τη δράση των κουμαρινικών σκευασμάτων είτε άμεσα, ενισχύοντας ή καταστέλλοντας την επίδραση τους, είτε τροποποιώντας το μεταβολισμό τους, σε περίπτωση θεραπείας με πολλά φάρμακα είναι απαραίτητη η πολύ προσεκτική παρακολούθηση της δράσης τους. Η σχέση μεταξύ τοξικής και θεραπευτικής δόσης των κουμαρινικών φαρμάκων είναι μικρή. Η χορήγηση βιταμίνης Κ μπορεί να εξουδετερώσει τη δράση των κουμαρινικών σκευασμάτων μέσα σε ώρες και ακόμα πιο γρήγορα μπορεί η χορήγηση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος (ή σκευασμάτων συμπυκνωμένης προθρομβίνης). Σε επείγουσες καταστάσεις, π.χ. εγκεφαλικής ή βαριάς γαστρεντερικής αιμορραγίας ή ανάγκης άμεσης χειρουργικής επέμβασης, η μη πηκτικότητα μπορεί να εξουδετερωθεί μέσα σε λεπτά με τη χορήγηση σκευασμάτων συμπυκνωμένου παράγοντα ΙΧ ή προθρομβινικού συμπλέγματος.¹⁷

1.20.2 Παθήσεις του ήπατος

Εκτός από τους παράγοντες της πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ, το ήπαρ συνθέτει επίσης τον παράγοντα V, το ινωδογόνο, το πλασμινογόνο και τους παράγοντες XII και XI. Οι ασθενείς με προχωρημένες ηπατοπάθειες παρουσιάζουν συχνά αιμορραγική διάθεση. Αν η κατάσταση αυτή οφείλεται κυρίως σε έλλειψη παραγόντων της πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ, διορθώνεται με παρεντερική χορήγηση βιταμίνης Κ. Στις βαριές ηπατοπάθειες η αιμορραγία μπορεί επίσης να οφείλεται σε δυσινωδογοναιμία, τοπική εκδήλωση διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, έλλειψη παράγοντα V, αύξηση της ινωδόλυσης και θρομβοπενία. Η αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών συνίσταται στη χορήγηση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος.^{12,10}

1.20.3 Παθήσεις των νεφρών

Η ουραιμία συνοδεύεται από αιμορραγίες των βλεννογόνων, του γαστρεντερικού σωλήνα και του δέρματος. Τα αίτια της αιμορραγικής διάθεσης είναι σύνθετα. Η θρομβοπενία, που παρατηρείται, μπορεί να αποτελεί μερική εκδήλωση καταστολής του μυελού των οστών ή δευτεροπαθή διαταραχή εξαιτίας ανοσοκατασταλτικής αγωγής. Η δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων, που επίσης παρατηρείται, είναι τυπική και αντιπροσωπεύει θρομβοπάθεια (ελάττωση της προπηκτικής δραστηριότητας των αιμοπεταλίων) με ελάττωση της προσκόλλησης και της συσσώρευσης τους, που οδηγεί σε παράταση του χρόνου ροής. Στο νεφρωσικό σύνδρομο, η απώλεια πρωτεΐνης στα ούρα μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη του παράγοντα IX, ενώ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση η ελλειπής εξουδετέρωση του ηπαρινισμού κατά την ολοκλήρωση της κάθαρσης μπορεί επίσης να συμβάλει στην ουραιμική αιμορραγία.¹⁷

1.20.4 Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη

Η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη οφείλεται σε κατανάλωση των παραγόντων της πήξης εξαιτίας ενδαγγειακής ενεργοποίησης του μηχανισμού της με δευτεροπαθή ενεργοποίηση του μηχανισμού της ινωδόλυσης. Ανάλογα με τις ταχύτητες των δύο αυτών διαδικασιών, της αντιρροπιστικής σύνθεσης προενζυμικών μορφών των παραγόντων και της φύσης της υπεύθυνης πάθησης, η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη μπορεί να προκαλέσει είτε θρόμβωση είτε αιμορραγία. Η διαταραχή αυτή είναι

πάντοτε δευτεροπαθής και συχνά υποχωρεί όταν το πρωτοπαθές νόσημα τεθεί υπό έλεγχο. Την κινητοποίηση της διαδικασίας της ενδαγγειακής πήξης προκαλούν η απελευθέρωση στο αίμα ουσιών με προπηκτική δραστηριότητα (όπως συμβαίνει στην εμβολή αμνιακού υγρού, στα δήγματα φιδιών, στην αποκόλληση του πλακούντα, στις κακοήθεις νεοπλασίες και στις συνθλιπτικές κακώσεις), η επαφή του αίματος με ανώμαλες επιφάνειες (όπως συμβαίνει σε λοιμώξεις, στα εγκαύματα, κατά την εξωσωματική κυκλοφορία και στις μεταμοσχεύσεις) ή η παραγωγή προενζυμικών μορφών των παραγόντων της πήξης μέσα στο αίμα (όπως συμβαίνει στην προμυελοκυτταρική λευχαιμία και στις αιμολυτικές αντιδράσεις μετάγγισης). Ο σχηματισμός μικροθρόμβων μέσα στην κυκλοφορία και η παρουσία βλαβών του ενδοθηλίου συνεπάγονται την ενεργοποίηση της ινωδόλυσης. Η πλασμίνη, που κυκλοφορεί, μπορεί να προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερη ελάττωση των παραγόντων V και VIII και, επιπλέον, να διασπάσει το ινωδογόνο. Τα προϊόντα διάσπασης του ινωδογόνου και του ινώδους (που σχηματίζονται με τη δράση της θρομβίνης ή της πλασμίνης) δρουν ως κυκλοφορούντα αντιπηκτικά, καθυστερώντας τον πολυμερισμό του ινώδους και μειώνοντας τη λειτουργία των αιμοπεταλίων¹⁷.

Κλινικές καταστάσεις που προκαλούν συχνότερα διάχυτη ενδαγγειακή πήξη είναι οι σηπτικές διαταραχές, τα επείγοντα μαιευτικά συμβάματα, τα εγκαύματα και οι ηπατοπάθειες. Η χρόνια διάχυτη ενδαγγειακή πήξη αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση του συνδρόμου Trousseau - της εκτεταμένης κακοήθους σπλαγχνικής νεοπλασίας που εκδηλώνεται ως μεταναστευτική επιπολής θρομβοφλεβίτιδα.

Η διάγνωση της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης στηρίζεται στα παθολογικά αποτελέσματα μιας ομάδας εργαστηριακών εξετάσεων από τις οποίες καμμία δεν είναι μόνη της διαγνωστική. Στην οξεία διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη τα τυπικά εργαστηριακά ευρήματα είναι θρομβοπενία, παράταση των χρόνων προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης, ελάττωση του ινωδογόνου, ελάττωση των παραγόντων V και VIII και αύξηση των προϊόντων διάσπασης του ινώδους. Αύξηση επίσης παρουσιάζει και ο χρόνος θρομβίνης εξαιτίας της αντιπηκτικής δράσης των προϊόντων της διάσπασης του ινώδους. Ο ασθενής είναι δυνατό να παρουσιάζει και μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία, που οφείλεται στη διάσχιση ερυθροκυττάρων καθώς περνούν ανάμεσα στα ενδαγγειακά νημάτια του ινώδους. Στη χρόνια διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, εξαιτίας της αντιρροπιστικής αύξησης της σύνθεσης παραγόντων της πήξης, είναι δυνατό να παρατηρηθούν φυσιολογικές

συγκεντρώσεις ινωδογόνου και παραγόντων V και VII κανονικοί αριθμοί αιμοπεταλίων και φυσιολογικοί, ή ακόμα και μικρότεροι από τους φυσιολογικούς, χρόνοι προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης. Παρόλα αυτά, συνήθως παρατηρούνται μεγάλες συγκεντρώσεις προϊόντων διάσπασης του ινώδους και είναι πιο πιθανό να υπάρχει μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία. Τοπικά, τέλος, φαινόμενα διάχυτης ενδαγγειακής πήξης είναι δυνατό να αναπτυχθούν στο ήπαρ κατά τη βαριά κίρρωση και στους νεφρούς κατά την κακοήθη υπέρταση.¹²

Η θεραπεία της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης πρέπει να αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της πάθησης που την προκαλεί, π.χ. στην καταπολέμηση της σηπτικής λοίμωξης ή στην εκκένωση της μήτρας σε περίπτωση αποκόλλησης του πλακούντα. Αν τα συμπτώματα της αιμορραγίας ή της θρόμβωσης είναι ελαφρά, δεν απαιτείται ειδική θεραπεία. Αν η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη προκαλεί σημαντική αιμορραγία, πιθανώς θα χρειασθεί αναπλήρωση των παραγόντων, που έχουν καταναλωθεί, με ωπό κατεψυγμένο πλάσμα, κρυσταλλικό και αιμοπετάλια. Αν το κλινικό πρόβλημα συνίσταται σε θρόμβωση, μπορεί να απαιτηθεί ηπαρινοθεραπεία (εφ' όσον ο ασθενής δεν έχει αιμορραγία του κεντρικού νευρικού συστήματος, δεν είναι υπερτασικός και δεν έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση μέσα στις λίγες προηγούμενες ημέρες). Είναι επίσης δυνατό να απαιτηθεί αναπλήρωση του ινωδογόνου και της αντιθρομβίνης III (με τη μορφή πλάσματος). Η ηπαρινοπάθεια εφαρμόζεται, γενικά, σε περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στα άλλα μέτρα. Ειδικές περιπτώσεις, στις οποίες χορηγείται ηπαρίνη είναι η μηνιγγιτιδοκοκκαιμία, η οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία και το σύνδρομο Trousseau. Η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ηπαρίνη στη θεραπεία της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης.¹⁷

1.21 ΕΠΙΚΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ

Τα επίκτητα αντιπηκτικά είναι αντισώματα προς τους παράγοντες της πήξης, τα οποία παρατηρούνται σε αιμοφιλικούς που υποβάλλονται σε θεραπεία αναπλήρωσης και σε καταστάσεις που συνοδεύονται από διαταραχή της ανοσίας, όπως στο συστηματικό ερυθματώδη λύκο, στις λεμφοϋπερπλαστικές παθήσεις, στην περίοδο μετά από τον τοκετό και στη μεγάλη ηλικία. Οι επίκτητοι αναστολείς του αντιαιμοφιλικού παράγοντα VIII είναι δυνατό να προκαλέσουν βαρύ αιμορραγικό

νόσημα.¹⁷ Σε ασθενείς με λέμφωμα, εξάλλου, έχουν παρατηρηθεί αναστολές του παράγοντα του von Willebrand, οι οποίοι προκαλούν μια μορφή επίκτητης νόσου του von Willebrand. Πολύ σπάνια, επίσης, μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία στην κυκλοφορία ενός ηπαρινοειδούς με αντιπηκτική δράση που προκαλεί αιμορραγική διάθεση. Αντίθετα, τα «αντιπηκτικά του λύκου», που αποτελούν το πιο συχνό αίτιο παράτασης του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης σε ασυμπτωματικά άτομα, σπάνια συνδυάζεται με αιμορραγική διάθεση αν δεν συνυπάρχει με άλλη διαταραχή της αιμόστασης, π.χ. με θρομβοπενία. Οι περιπτώσεις ανεύρεσης «αντιπηκτικών του λύκου» μόνο κατά 50%, περίπου, αφορούν ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Τα αντισώματα αυτά κατευθύνονται εναντίον των φωσφολιποειδών της μεμβράνης ή των φωσφοδιεστερικών ενώσεων που αποτελούν συχνές χημικές μονάδες του μορίου διαφόρων ενώσεων, όπως του DNA, των φωσφολιποειδών των μεμβρανών και των οργανικών σακχάρων. Τα αντιπηκτικά αυτά προκαλούν μάλλον τάση για θρομβώσεις παρά για αιμορραγίες.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

2.1 ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

2.1.1 Γενικά

Είναι κακώσεις της κεφαλής που συνοδεύονται από άμεσες ή αψότερες εκδηλώσεις από το νευρικό σύστημα. Ποικίλλουν ανάλογα με τη βαρύτητα από την απλή θλάση, ως επιλεγμένο κάταγμα του κρανίου με σημεία από το νευρικό σύστημα όπως αίσθημα ζάλης, θάμβους έως μακράς διάρκειας κώμα.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις εξετάζονται αρχικά από το γενικό γιατρό, συνήθως νοσηλεύονται σε χειρουργική ή ορθοπεδική κλινική, γίνεται παρακολούθηση από νευρολόγο και μόνο περίπου το 20% αντιμετωπίζονται από νευροχειρουργό.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι πολύ συχνές και έχει υπολογισθεί ότι προκαλούν το θάνατο σε ποσοστό άνω του 50% των θανατηφόρων ατυχημάτων.

Έχει ιδιαίτερη σημασία ότι εκτός του θανάτου οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις προκαλούν: α) μόνιμη αναπηρία, β) η επακόλουθη αναπηρία είναι συχνά αποτέλεσμα ανεπαρκούς ή καθυστερημένης αντιμετώπισης και είναι εμφανής η ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης²⁹

2.1.2 Συμπτωματολογία

1. Κάκωση κεφαλής χωρίς απώλεια συνείδησης και χαρακτηρίζεται από άμεσο αίσθημα καταπληξίας και γενικευμένης αδυναμίας με θάμβους οράσεως και σπινθηροβόλα σκοτώματα και συμβαίνει συνήθως μετά από ελαφρά κάκωση. Για λίγες ημέρες συμπτώματα είναι η κεφαλαλγία, ευερεθιστότητα, διαταραχές συγκέντρωσης προσοχής.
2. Εγκεφαλική διάσειση. Κάκωση κεφαλής με απώλεια συνείδησης διάρκειας μερικές ώρες. Συνυπάρχει διαταραχή της μνήμης που διακρίνεται σε αναδρομική αμνησία που αφορά τα γεγονότα που συμβαίνουν μετά από την αποκατάσταση της συνείδησης του ασθενούς και συνδέεται με τη συγχυτική κατάσταση που ακολουθεί τη διάσειση.

3. Ρινόρροια-Ωτόρροια. Είναι αποτέλεσμα ρήξης μηνίγγων σε συνδυασμό κατάγματος στο οπίσθιο τοίχωμα του μετωπιαίου κόλπου ή του ηθμοειδούς οστού (ρινόρροια) ή λιθοειδούς οστού (ωτόρροια). Χαρακτηρίζεται από συνεχή ή διακεκομμένη έκκριση διαυγούς υγρού από τη ρίνια ή το αυτί.
4. Βλάβες κρανιακών νεύρων. Είναι αποτέλεσμα κατάγματος κρανίου, άμεσου τραυματισμού από βλήμα ή αιχμηρό όργανο, ανάπτυξη αιματώματος, μηνιγγίτιδας ή ενδοκράνιας υπέρτασης και αφορούν και τα 12 ζεύγη νεύρων.
5. Διαταραχές από μακρές ίνες. Είναι συνήθως κινητικές διαταραχές που στις βαριές περιπτώσεις υπάρχει πλήρης ημιπληγία, παραπληγία σε συμπιεστικά κατάγματα της μεσότητας του θόλου του κρανίου, διαταραχές μυϊκού τόνου (δυσκαμψία εξ'αποφλοιώσεως ή δυσκαμψία εξ'απεγκεφαλισμού).
6. Επιληψία που αφορά το 2,5% των ατόμων με κρανιοεγκεφαλική κάκωση και είναι δυνατόν να παρουσιάσουν μια ή περισσότερες επιληπτικές κρίσεις τις πρώτες 48 ώρες μετά την κάκωση. Τις πρώτες ημέρες χαρακτηρίζονται ως τραυματικές και μετατραυματικές επιληπτικές κρίσεις με οψιμότερη έναρξη.
7. Διαταραχές από τις ανώτερες λειτουργίες. Εμφανίζονται με:
 - α) εικόνα διανοητικής σύγχυσης παρουσιάζοντας απάθεια, βραδυψυχισμό και διαταραχές προσανατολισμού και μνήμης,
 - β) συγκιτικοδιεγερτική μορφή παρουσιάζοντας ψυχοκινητική ανησυχία μέχρι διέγερση, αντίσταση στην εξέταση, ασυνάρτητες κραυγές, έκφραση αγωνίας ή πανικού.
8. Εκδηλώσεις από τα υπόλοιπα συστήματα. Αφορά συνήθως κατάγματα στην περιοχή του τουρκικού επιπίου με διαταραχές στον άξονα υποθαλάμου-υποφύσεως και στην περιοχή του υποθαλάμου (πτώση πίεσης, υπερπυρεξία).^{15,29}

2.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

2.2.1 Ενδοκρανιακά αιματώματα

Όλα τα ενδοκρανιακά αιματώματα που εμφανίζονται ώρες ή μέρες μετά τον τραυματισμό έχουν ένα κοινό σημείο: Τη σταδιακή επιβάρυνση της νευρολόγικης εικόνας, με κύριο χαρακτηριστικό της την προοδευτική επιβάρυνση του επιπέδου συνειδήσεως.

Εάν τα αιματώματα που σχηματίζονται δεν διαγνωσθούν, ορισμένα από αυτά μάλιστα εγκαίρως, οδηγούν τον ασθενή σίγουρα στο θάνατο. Η έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική θεραπεία σώζουν πολλές φορές τη ζωή του ασθενούς.

Ο μόνος τρόπος να αναγνωρισθούν εγκαίρως είναι η συχνή νευρολογική εξέταση και παρακολούθηση του ασθενούς, ακόμη και σε ασθενείς που το κτύπημα της κεφαλής εκ πρώτης όψεως φαίνεται ασήμαντο.²⁹

Εάν εξαιρέσουμε την τραυματική υπαραχνοειδή αιμορραγία, η οποία δεν χρειάζεται χειρουργική επέμβαση, ούτε θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, τα υπόλοιπα ενδοκρανιακά αιματώματα διαιρούνται με τη θέση τους σε:

- A. Επισκληρίδιο αιμάτωμα
- B. Υποσκληρίδιο αιμάτωμα
- Γ. Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα
- Δ. Υπαραχνοειδής αιμορραγία³⁷

2.2.2 Επισκληρίδιο αιμάτωμα

Προκαλείται συνήθως από ρήξη της μέσης μηνιγγικής αρτηρίας, που είναι ικανή να προκαλέσει ταχέως σχηματισμό θρόμβου. Τα συμπτώματα προκαλούνται από το επεκτεινόμενο αιμάτωμα. Υπάρχει συνήθως μια στιγμιαία απώλεια συνείδησης την ώρα της κάκωσης που ακολουθείται από ένα διάστημα φανεράς ανάρρωσης (διάστημα διαύγειας), στο 85% περίπου των αρρώστων με επισκληρίδιο αιμάτωμα. Κατά τη διάρκεια του διαστήματος διαυγείας λαμβάνει χώρα αντιστάθμιση για το επεκτεινόμενο αιμάτωμα, με ταχεία απορρόφηση E.N.Y. Τότε συχνά απότομα, εμφανίζονται σημεία συμπίεσης (συνήθως επιδείνωση συνείδησης και σημεία εστιακών νευρολογικών ελλειμάτων, όπως διαστολή και σταθερότητα κόρης ή παράλυση μέλους με ταχεία επιδείνωση της κατάστασης του αρρώστου).³⁷

Το επισκληρίδιο αιμάτωμα θεωρείται υπερεπείγουσα κατάσταση, επειδή μπορεί να συμβεί, μέσα σε λεπτά, αξιοσημείωτο νευρολογικό έλλειμα ή και αναπνευστική ανακοπή. Η θεραπεία συνίσταται στη δημιουργία ανοιγμάτων μέσω του κρανίου για αφαίρεση του θρόμβου και έλεγχο του σημείου αιμορραγίας.²⁹

2.2.3 Υποσκληρίδιο αιμάτωμα

Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα σχηματίζεται κάτω από τη σκληρά μήνιγγα, μεταξύ αυτής αραχνοειδούς μήνιγγας του εγκεφάλου. Προέρχεται από ρήξη των

αναστομωτικών φλεβών μεταξύ επιφανείας εγκεφάλου και σκληράς μήνιγγας ή από καταστραφέντα αγγεία σε περιοχή του υπέστη θλάση.

Αναλόγως με το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την ημέρα του τραυματισμού μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων του αιματώματος, διακρίνουμε το οξύ, το ύποξυ και το χρόνιο υποσκληρίδιο αιμάτωμα.²⁹

Οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Επέρχεται μετά από σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ενώ ο ασθενής γρήγορα παρουσιάζει σοβαρή νευρολογική συμπτωματολογία. Επειδή στο οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα η αιμορραγία είναι αρτηριακή και φλεβική συγχρόνως η επιδείνωση της νευρολογικής καταστάσεως του ασθενούς εμφανίζεται τις πρώτες 48 ώρες από τον τραυματισμό.

Κλινικώς ο ασθενής παρουσιάζει εξαρχής εστιακά νευρολογικά σημεία, το επίπεδο συνειδήσεως του είναι πεσμένο και, το σπουδαιότερο, με την πάροδο των ωρών παρατηρείται επιδείνωση τόσο στα εστιακά νευρολογικά σημεία όσο και στο επίπεδο συνειδήσεως.

Την κλινική διάγνωση για την πλευρά του αιματώματος τη συμπληρώνουμε με καρωτιδική αγγειογραφία, ενώ όπου υπάρχει αξονικός τομογράφος χρησιμοποιούμε την υπολογιστική τομογραφία. Το οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι συχνά αμφοτερόπλευρο.

Η θεραπεία εδώ είναι χειρουργική με αφαίρεση του αιματώματος μέσω κρανιοτομίας. Η πρόγνωση είναι μέτρια διότι η θνητότητα είναι μεγάλη. Χωρίς επέμβαση η θνητότητα είναι 100%.

Υπόξυ υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Στα αιμάτωμα αυτά, τα κλινικά συμπτώματα γίνονται εμφανή μετά 48 ώρες έως και δύο εβδομάδες από τον τραυματισμό. Οφείλονται σε ρήξη των αναστομωτικών φλεβιδίων μεταξύ εγκεφάλου και σκληράς μήνιγγας γι' αυτό και η ανάπτυξη του αιματώματος είναι κάπως βραδύτερη από ό,τι στο οξύ. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση εδώ δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στο οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα.

Η κλινική του εικόνα χαρακτηρίζεται από απώλεια συνειδήσεως μετά τον τραυματισμό, σταδιακή καλύτερευση του επιπέδου συνειδήσεως και της νευρολογικής εικόνας τις πρώτες ημέρες, ακολούθως στάσιμη κατάσταση για λίγες πάλι μέρες, και τελικώς εκ νέου επιδείνωση τόσο της νευρολογικής εικόνας όσο και του επιπέδου συνειδήσεως.

Στη διάγνωση του υποξέως αιματώματος ενδεχομένως να μη βοηθηθούμε από την υπολογιστική τομογραφία, διότι 10-12 μέρες μετά το τραύμα, το αιμάτωμα είναι περίπου ισόπυκνο με την εγκεφαλική ουσία όσο αφορά την απορρόφηση των ακτίνων Χ.

Στις περιπτώσεις αυτές πολύτιμη βοήθεια μας προσφέρει η καρωτιδική αγγειογραφία, η οποία πρέπει να είναι αμφοτερόπλευρη, διότι συχνά το αιμάτωμα παρουσιάζεται και στα δύο ημισφαίρια.³⁷

Η θεραπεία συνίσταται σε αφαίρεση του αιματώματος μέσω κρανιοτομής. Η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη από το οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Μικρά αιματώματα, με λίγα νευρολογικά ευρήματα, μπορεί να αντιμετωπισθούν συντηρητικά με δεξαμεθαζόνη και έχουν πολύ καλή πρόγνωση.

Χρόνιο υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Το αιμάτωμα αυτό εκδηλώνεται εβδομάδες ή και μήνες μετά τον τραυματισμό, ο οποίος είναι τις περισσότερες φορές τόσο ασήμαντος, ώστε να ξεχνιέται από τον ασθενή και ούτε καν να αναφέρεται στο ιστορικό.

Οφείλεται σε ρήξη αναστοματικού φλεβιδίου μεταξύ εγκεφάλου και σκλήρας μήνιγγος. Ακολουθεί μικρή συλλογή αίματος στον υποσκληρίδιο χώρο, η οποία σε λίγες μέρες περιβάλλεται από ινώδη ημιδιαπέρατη μεμβράνη. Με την πάροδο των εβδομάδων και των μηνών, μεταφέρονται ωσμωτικώς υγρά (Εγκεφαλονωτιαίο υγρό όρος από τα πλησίον αγγεία) εκ του υποσκληριδίου χώρου μέσω της μεμβράνης στο αιμάτωμα, μεγαλώνοντας έτσι σταδιακά τον όγκο του.

Το κυριότερο κλινικό σύμπτωμα της νόσου είναι η αλλαγή συμπεριφοράς και χαρακτήρος του ασθενούς που πραγματικά εντυπωσιάζει το γνωστό του περιβάλλον, που είναι αδύνατο να δώσει κάποια εξήγηση για την αλλαγή αυτή.

Αμέσως μετά σε σπουδαιότητα έρχονται οι διαταραχές στο επίπεδο της συνειδήσεως. Εκτός αυτών παρουσιάζονται επίσης κεφαλαλγίες και διαταραχές της κινητικότητας (ημιπάρεση).^{29,37}

Η κλινική συμπτωματολογία του χρονίου υποσκληριδίου αιματώματος και κυρίως οι διαταραχές της προσωπικότητας και του επιπέδου συνειδήσεως παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό ότι κυμαίνονται τόσο σε ένταση όσο και σε εμφάνιση. Οι διακυμάνσεις αυτές μπορεί να είναι τόσο μεγάλες, ώστε κατά διαστήματα οι ασθενείς να είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Για την παρακλινική διάγνωση καλύτερη μέθοδος είναι η υπολογιστική τομογραφία του εγκεφάλου. Όταν δεν υπάρχει αξονικός τομογράφος κάνουμε καρωτιδική αγγειογραφία. Στην περίπτωση αυτή εξετάζονται και τα δύο ημισφαίρια, διότι συχνά τα αιματώματα αυτά είναι αμφοτερόπλευρα.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στην παραχότευση του αιματώματος μέσω κρानιοαναρτήσεως. Η πρόγνωση είναι πάρα πολύ καλή.

Το χρόνιο υποσκληρίδιο αιμάτωμα συναντάται πιο συχνά σε ορισμένες ομάδες ατόμων, όπως οι ασθενείς που υφίστανται αντιπηκτική αγωγή, οι επιληπτικοί και αλκοολικοί που πέφτουν συχνά και στα άτομα μεγάλης ηλικίας.³⁷

2.2.4 Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα

Είναι η αιμορραγία μέσα στην εγκεφαλική ουσία. Παρουσιάζεται συνήθως σε κακώσεις κεφαλής, στις οποίες εξασκείται δύναμη στο κεφάλι πάνω σε μικρή επιφάνεια (κακώσεις από βλήμα ή σφαίρα).

Μπορεί να υπάρχει ύπουλη ανάπτυξη, με εκδήλωση νευρολογικών ελλειμάτων ακολουθούμενων από πονοκέφαλο. Η θεραπεία περιλαμβάνει προσεκτική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, αντιυπερτασικά φάρμακα, έλεγχο της Ε.Κ.Π. και υποστηρικτική φροντίδα. Σε περιπτώσεις όπου η θέση της αιμορραγίας είναι προσιτή και η περιοχή αιμορραγίας σαφώς περιγραμμένη, γίνεται κρानιοτομία ή κρानιεκτομή, που επιτρέπει αφαίρεση του θρόμβου του αίματος και έλεγχο της αιμορραγίας. Για την αποκατάσταση του αρρώστου είναι συνήθως απαραίτητη φυσικοθεραπεία.¹

2.2.5 Υπαραχνοειδής αιμορραγία

Αφορά τραυματικά εξαγγείωση αίματος μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο και συχνά συνυπάρχει με εγκεφαλικά θλάση ή αιματώματα (επισκληρίδιο, υποσκληρίδιο). Κλινικά σημεία μηνιγγικού ερεθισμού, κεφαλαλγία έντονη και επιβεβαίωση με οσφουονωτιαία παρακέντηση. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική.²⁹

2.3 ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ

Είναι μια απώλεια αίματος από τις ρινικές κοιλότητες που προκαλείται από μηχανικούς παράγοντες ή τραυματισμούς (ηλίαση, ναυτία, υψόμετρο, βίαιο φτέρνισμα, μια κρίση κοκίτη, κάταγμα, κ.λ.π.). Στις ασθένειες που προκαλούν

αιμορραγίες αυτή συνδέεται με μια ηπατική πάθηση (κίρρωση, ίκτερος, κ.λ.π), έλλειψη βιταμινών (βιταμίνη C) μολυσματικές ασθένειες (τύφος, ευλογιά, διφθερίτιδα) και δηλητηριασείς. Μπορεί όμως να είναι εκδήλωση και κάποιας γενικής νόσου π.χ. υπερτάσεως. Η αφορμή είναι τοπική αν το αίμα βγαίνει από το ένα ρουθούνι. Στα νεαρά άτομα είναι πολύ συχνή στην ηλικία της ήβης και στους ενήλικους από υπέρταση. Πολλές φορές παίρνει δραματική μορφή λόγω της ακατάσχετης ροής και της ποσότητας του αίματος. Αρκετά σπάνια όμως κινδυνεύει η ζωή του ατόμου. Το σημείο που αιμορραγεί διαπιστώνεται εύκολα και μια μικρή τοπική καντηρίαση διορθώνει την ανωμαλία.³³

2.4 ΩΤΟΡΡΑΓΙΑ

Τις περισσότερες φορές είναι σοβαρή και εάν προέρχεται από το ακουστικό κανάλι μπορεί να σημαίνει κάταγμα της κρανιακής βάσης ή μία βλάβη στο τύμπανο σαν συνέπεια μιας κοντικής έκρηξης. Μπορεί και να οφείλεται σε αμυχή οπότε είναι ασήμαντη. Εάν προέρχεται από το οπτικό πτερύγιο, από κάποιο τραυματισμό του, μπορεί να είναι και επίμονη. Στην ωτορραγία δεν έχει σημασία από ποια μεριά ξαπλώνει ο ασθενής γιατί ούτε χειροτερεύει ούτε καλυτερεύει η κατάσταση.³³

2.5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Από όλους τους ανθρώπινους καρκίνους, το 5% απαντάται στη στοματική κοιλότητα. Από αυτούς 90-95% αναπτύσσονται από το πλακώδες επιθήλιο. Εξωστοματικός καρκίνος συνήθως αναπτύσσεται στο κάτω χείλος και πιστεύεται ότι έχει σχέση με έκθεση σε έντονο ηλιακό φως. Από τις ενδοστοματικές εντοπίσεις, η γλώσσα είναι η πιο συχνή, ακολοθούμενη από τα ούλα, το έδαφος του στόματος, τον παρειακό βλεννογόνο και τη μαλακή και σκληρή υπερώα. Ο ενδομαστικός καρκίνος συχνά έχει σχέση με το κάπνισμα τσιγάρου ή πίπας, τη φτωχή στοματική υγιεινή, το μικροβιακό ερεθισμό, τη συφιλιδική γλωσσίτιδα, την υπερβολική χρήση αλκοόλ και τη λευκοπλακία. Η πρόγνωση για το στοματικό καρκίνο είναι γενικά καλή, αν διαγνωστεί έγκαιρα. Η ταχύτητα μετάστασης εξαρτάται από τον τύπο και την εντόπιση της αλλοίωσης. Οι στοματικοί καρκίνοι συνήθως επεκτείνονται κατά συνέχεια ιστού ή προς τους υπογνάθιους και τραχηλικούς λεμφαδένες που είναι οι πρώτοι που εμπλέκονται.

Αρρώστοι με καρκίνο των ούλων συχνά περιγράφουν μια μάζα ή ελαφρά ευαισθησία με χαλαρό δόντι. Με την πρόοδο της κατάστασης η αλλοίωση μπορεί να εξελκωθεί και να αιμορραγήσει, η μάσηση επηρεάζεται και μπορεί να εμπλακεί το κάτω γναθικό νεύρο.

Οι διάφορες μορφές καρκίνου του στόματος είναι δυνατόν να προκαλέσουν επίσης πόνο, δυσφαγία, δυσκολία στην ομιλία, οίδημα στην γλώσσα, σιαλόρροια με αιμόφυρτα πτύελα και τριγμό (τονική συσπαση των μασητηρίων μυών).

Η θεραπευτική αγωγή ποικίλει ανάλογα με την μορφή αλλοιώσεως, την προτίμηση του ιατρού και την επιλογή του αρρώστου. Μπορεί να είναι αποτελεσματικές η χειρουργική εκτομή και η ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό των δύο θεραπειών.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

3.1 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η πνευμονική φυματίωση είναι μια ειδική πνευμονική λοίμωξη, που προκαλείται από το οξείαντοχο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Ο μικροοργανισμός προσβάλλει και άλλους ιστούς του σώματος, όπως μήνιγγες, νεφρούς, οστά και λεμφαδένες. Στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, οι πνεύμονες είναι η συχνότερη θέση πρωτοπαθούς εισβολής. Το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης πολλαπλασιάζεται βραδέως και καταστρέφεται με θερμότητα, ηλιακή ακτινοβολία, ξηρότητα και υπεριώδη ακτινοβολία.¹⁰

Σε αντίθεση με τους περισσότερους λοιμογόνους παράγοντες, το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, όταν εισβάλλει στο σώμα, είναι πιθανό να παραμείνει εκεί, ήρεμο, για χρόνια μετά τον έλεγχο της αρχικής λοίμωξης από τις ανοσιακές δυνάμεις του ξενιστή. Αν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ελαττωθεί η άμυνα του ξενιστή, εξαιτίας κακής θρέψης, ανοσοκαταστολής κ.λ.π., το βακτηρίδιο αρχίζει αμέσως να πολλαπλασιάζεται, προκαλώντας οποιαδήποτε από τις διάφορες μορφές φυματιώδους προσβολής. Αν ο οργανισμός αποδειχθεί ικανός να αναρρώσει από τη νόσο, το βακτηρίδιο γίνεται πάλι αδρανές.¹²

Η φυματίωση μεταδίδεται από άτομο με ενεργό φυματίωση που εκπέμπει σταγονίδια φέροντα το βάκιλλο της φυματίωσης, όταν μιλά, βήχει, φταρνίζεται ή τραγουδά. Ένα ευαίσθητο άτομο εισπνέει τα σταγονίδια και μολύνεται. Άτομα που κινδυνεύουν να πάθουν φυματίωση είναι :

1. Άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με κάποιον που έχει μεταδοτική μορφή φυματίωσης.
2. Άτομα των οποίων οι φυματινοαντιδράσεις δέρματος μετατράπηκαν πρόσφατα από αρνητικές σε πολύ θετικές.
3. Άτομα με μειωμένη αντίσταση εξαιτίας αλκοολισμού.
4. Ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε νοσηλευτήρια και έχουν επουλωμένες αδρανείς λοιμώξεις, διαβήτη, κακοήθειες.

5. Άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά ή κορτικοστεροειδή.
6. Χρόνια αιμοκαθαιρόμενοι άρρωστοι.
7. Άστεγα, κακώς διατρεφόμενα άτομα και γενικά άτομα που ζουν κάτω από άθλιες κοινωνικές συνθήκες.
8. Άρρωστοι με AIDS.
9. Άτομα που έχουν προηγουμένως μολυνθεί.¹⁰

Αφού τα βακτηρίδια της φυματίωσης εισπνευστούν, ως πυρήνες σταγονιδίων, από ένα ευαίσθητο άτομο, διέρχονται από τους αεραγωγούς και εμφυτεύονται στον κυψελιδικό ιστό, συνήθως των καλύτερα αεριζόμενων βρογχοπνευμονικών τμημάτων. Μετά από μερικές εβδομάδες αναπτύσσεται μια αλλεργική αντίδραση προς το βακτηρίδιο, που εξελίσσεται σε φλεγμονώδη αντίδραση. Σύντομα φθάνουν στην περιοχή λευκά αιμοσφαίρια, αντικαθιστάμενα στη συνέχεια από μακροφάγα, που σχηματίζουν μια χαλαρή εστία διηθημένου ιστού (φυμάτιο).¹²

Μερικά από τα βακτηρίδια μεταφέρονται από τα αντίστοιχα λεμφογάγγλια στους πυλαίους λεμφαδένες, όπου παγιδούνται. Τα βακτηρίδια που εγκλωβίστηκαν νεκρώνονται σιγά-σιγά. Τα φυμάτια και οι προσβληθέντες αδένες νεκρώνονται και στην τυρώδη μάζα αποθέτονται άλατα ασβεστίου. Έτσι, ολοκληρώνεται η ίαση της πρωτοπαθούς φυματίωσης.

Οι επόμενες προσβολές από βακτηρίδια της φυματίωσης είναι συντομότερες και στις πιο πολλές περιπτώσεις τα βακτηρίδια δεν πολλαπλασιάζονται και δεν διασπείρονται, εκτός αν είναι πολλά.

Τα άτομα που νόσησαν από πρωτοπαθή φυματίωση είναι ευαίσθητοποιημένα ή αλλεργικά στα χημικά συστατικά του μυκοβακτηριδίου. Γι' αυτό, η επαφή τους με νεκρό ή ζωντανό βακτηρίδιο προκαλεί οξεία τοπική ιστική φλεγμονή, που αποτελεί τη βάση της φυματινοαντίδρασης.¹⁰

Στον πνεύμονα ενός ατόμου που ευαίσθητοποιήθηκε έναντι του βακτηριδίου αναπτύσσεται όμοια φλεγμονώδης αντίδραση, αν αργότερα ο πνεύμονας αυτός προσβληθεί από πολύ περισσότερα βακτηρίδια από εκείνα που θα μπορούσε να αναχαιτίσει το ανοσοποιητικό του σύστημα.

Σε αντίθεση με τη σχετικά ήπια και αθόρυβη πρωτοπαθή φυματίωση, η πορεία της φυματίωσης επιπλέκεται από νέκρωση και εξέλκωση του πνευμονικού ιστού. Γύρω από τις αθροίσεις των βακτηριδίων σχηματίζονται γρήγορα φυμάτια. Όμως,

εξαιτίας της υπάρχουσας ιστικής ευαισθησίας, τα φυμάτια αυτά περιβάλλονται από ζώνες φλεγμονώδους αντίδρασης. Οι κυψελίδες της προσβληθείσας περιοχής γεμίζουν από εξίδρωμα, αναπτύσσεται δηλαδή φυματιώδης βρογχοπνευμονία. Οι φυματιώδεις ιστοί της περιοχής γίνονται τυρώδεις, εξελκώνονται μέσα σε ένα βρόγχο και έτσι σχηματίζεται κοιλότητα (σπήλαιο). Συγχρόνως, αναπτύσσεται τοπικά ινώδης (ουλώδης) ιστός γύρω από τις κοιλότητες. Ο υπεζωκότας που καλύπτει τον πάσχοντα λοβό (ειδικά τον άνω) φλεγμαίνει, παχύνεται και συρρικνώνεται.¹²

Αν η εξεργασία δεν ανασταλεί, επεκτείνεται προς τα κάτω, προς την πύλη και κατόπιν στους γειτονικούς λοβούς. Η κατάσταση αυτή παρατείνεται για πολύ χρόνο και χαρακτηρίζεται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης.

Μια περίπτωση χρόνιας φυματίωσης χαρακτηρίζεται ως ελκωτική ή ινώδης, αν ο παθολογοανατομικός χαρακτήρας της λοίμωξης που επικρατεί είναι ελκώδης ή ινώδης, αντίστοιχα. Στη φυματίωση, η διαδικασία αποκατάστασης είναι επαρκής για την πρόληψη επέκτασης της τυροειδοποίησης της φυματικής περιοχής, δεν μπορεί όμως να ανακόψει την πορεία της λοίμωξης. Έτσι, ένας λοβός ή ολόκληρος ο πνεύμονας μεταπίπτουν σε ινώδη μάζα. Ο υπεζωκότας γίνεται παχύς και συμφύεται στο θωρακικό τοίχωμα, οι βρόγχοι διατείνονται και τα τοιχώματα τους διαχωρίζονται κατά περιοχές από συρρικνωμένο ινώδη συνδετικό ιστό. Το σύστοιχο ημιθωράκιο συρρικνώνεται και η σπονδυλική στήλη κυρτώνεται ετερόπλευρα.¹⁰

Πρόληψη :

1. Για πρόληψη ανάπτυξης ενεργού κλινικής νόσου σε άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο να πάθουν φυματίωση, χορηγείται ισονιαζίδη (η δόση και η συχνότητα χορήγησης ποικίλλουν). Τέτοια θεραπεία προτείνεται για:

α. Οικογενειακές επαφές.

β. Άτομα στα οποία αρνητική φυματινοαντίδραση μετατράπηκε σε θετική.

γ. Άτομα, κάτω των 35 ετών με μη ενεργό φυματίωση και θετική φυματινοαντίδραση.

δ. Άτομα με ειδικές κλινικές καταστάσεις, που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα (νεοπλάσματα, πυριτίαση, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια).

2. Εμβόλιο (BCG, που περιέχει αντιγόνα, χορηγείται σε άτομα με αρνητική φυματινοαντίδραση.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

- α. Ηλικία : πιο ευαίσθητα είναι τα βρέφη, οι έφηβοι και άτομα άνω των 45 ετών.
- β. Φυλή: τέσσερις φορές συχνότερη σε άτομα άλλων φυλών από ό,τι στους λευκούς.
- γ. Επάγγελμα: συνθήκες συνωστισμού, κακές συνθήκες εργασίας.
- δ. Αναγνώριση κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης και κοινωνικών συστημάτων υποστήριξης.
- ε. Συνήθειες : διαιτητικές, χρήση αλκοόλ, κάπνισμα, τρόπος ζωής.
- στ. Αντιλήψεις για την υγεία. Ικανότητα για μάθηση.
- ζ. Παράπονα αρρώστου για επίμονο βήχα με βλεννοπυώδη απόχρεμψη (της οποίας η ποσότητα εξαρτάται από το στάδιο της νόσου) και αιμόπτυση.
- η. Παράπονα για απώλεια βάρους, αίσθημα κόπωσης, δυσπεψία με ναυτία και εμετούς και νυκτερινούς ιδρώτες.
- θ. Μπορεί η άρρωστη να αναφέρει ανωμαλίες στην έμμηνη ρύση.

2. Φυσική εκτίμηση

- α. Γενική εμφάνιση : μπορεί να παρατηρηθεί καχεξία και αναιμία.
- β. Ακρόαση : μπορεί να ακούγονται ρόγχοι πάνω από τον προσβεβλημένο πνεύμονα μετά από μια βίαιη εκπνοή.
- γ. Μπορεί να παρατηρηθεί δύσπνοια κατά την προσπάθεια.
- δ. Ο άρρωστος μπορεί να είναι ευερέθιστος και να ενοχλείται από τις ερωτήσεις.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Δοκιμασίες φυματίνης.
- β. Ακτινογραφία θώρακα.
- γ. Καλλιέργεια πτυέλων. Συχνά εξετάζονται τρία ή περισσότερα δείγματα για επιβεβαίωση της διάγνωσης
- δ. Εξέταση αίματος, που θα δείξει:
 - Αύξηση ΤΚΕ.
 - Φυσιολογικά λευκά αιμοσφαίρια.
 - Αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη κάπως ελαττωμένα.³⁸

Προβλήματα του αρρώστου

- 1. Μείωση αερισμού (αναπνευστική δυσλειτουργία)
- 2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, δυσπεψία, ναυτία, έμετοι)
- 3. Εν εργειακό ανισοζύγιο (πυρετός, εξάτμιση ιδρώτα)
- 4. Δυνητική διαταραχή υγρών (πυρετός, δύσπνοια, εφίδρωση, έμετοι)

5. Μείωση άνεσης (δύσπνοια, βήχας, απόχρεμψη, έμετοι)
6. Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους, αίσθημα κόπωσης)
7. Μείωση ασφάλειας (κίνδυνοι επιπλοκών)
8. Ψυχικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις (χρονιότητα νόσου)
9. Προβλήματα προσαρμογής της οικογένειας στη χρόνια νόσο.³⁸

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

- α. Ανακούφιση από πνευμονικά και γενικά συμπτώματα
- β. Καταπολέμηση μυκοβακτηριδίου
- γ. Προαγωγή θρέψης και ανάπαυσης
- δ. Απόκτηση γνώσης και κατανόηση από τον άρρωστο της νόσου, της θεραπείας της και της πρόληψης μετάδοσης της
- ε. Συμμόρφωση αρρώστου με το θεραπευτικό σχήμα

2. Μακροπρόθεσμοι

- α. Πλήρης αποκατάσταση.
- β. Πρόληψη υποτροπής.¹

3.2 ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το καρκίνωμα του πνεύμονα εξορμάται κατά κανόνα από το επιθήλιο βρόγχου μεγάλου ή μικρού, γι' αυτό και ονομάζεται βρογχογενές καρκίνωμα.

Αιτιολογία. Σήμερα έχει αποδειχθεί η σημασία του καπνίσματος στη γένεση του καρκίνου του πνεύμονα. Αυτό έχει συναχθεί από διάφορες στατιστικές σε διάφορες χώρες που καλύπτουν 1 1/2 εκατομμύριο ατόμων. Η συχνότητα του καρκινώματος αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως. Άτομα που χρησιμοποιούν καπνοσύριγγα (τσιπούκι) ή πίπα έχουν κατά πολύ μικρότερο κίνδυνο προσβολής αλλά όχι τόσο μικρό όσο οι μη καπνιστές.¹⁰

Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει γρήγορα τον κίνδυνο. Αυτό αποδεικνύεται σαφώς από την πολύ γνωστή στατιστική μελέτη στην Αγγλία των Doll και Hill (1964) σε ιατρούς. Αυτή η στατιστική έδειξε ότι κίνδυνος από καρκίνο του πνεύμονα επί βαρέων καπνιστών (άνω από 30 τσιγάρα ημερησίως) είναι 30 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι σε μη καπνιστές και ότι μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος υποχωρεί κατά 38%. Ο αριθμός θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) από καρκίνο του

πνεύμονα ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Έτσι σύμφωνα με στατιστική του 1968 πρώτη στον κόσμο έρχεται η Μ.Βρεταννία με τη μεγαλύτερη συχνότητα (100/100.000 άνδρες). Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν πολύ μικρότερη συχνότητα (50/100.000 άνδρες). Τελευταίες έρχονται η Ιαπωνία (15/100.000) και η Γιουγκοσλαβία (7/100.000). Διαφορές που οφείλονται σε μη ακριβή διάγνωση και δήλωση του αιτίου θανάτου σε μερικές τουλάχιστον χώρες δεν μπορούν ίσως ν' αποκλεισθούν.¹²

Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει σημαντικότητα αυξηθεί από το 1915 μέχρι σήμερα και προκαλεί το 1/3 των θανάτων από καρκίνο γενικά. Έχουν γίνει πειράματα σε ζώα αν και οι τεχνικές δυσχέρειες είναι καταφανείς. Πάντως σκυλιά που "κάπνιζαν" τσιγάρα χωρίς φίλτρο για 2 1/2 χρόνια εμφάνισαν καρκίνο του πνεύμονα. Κατά τους περισσότερους η ένοχη ουσία είναι οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες. Από μερικούς έχει ενοχοποιηθεί η ραδιενεργός ουσία πολώνιο - 200 που ανευρέθηκε πρόσφατα στον καπνό των τσιγάρων.¹⁰

Στον καρκίνο του πνεύμονα διακρίνουμε ιστολογικά 3 κυρίως τύπους:

α) Τον επιθηλιακό (squamous), είναι ο συχνότερος τύπος, περισσότερο από το 50% των καρκινωμάτων ανήκει σ' αυτόν τον τύπο. Ιστολογικά προσομοιάζει με το επιθηλιακό καρκίνωμα άλλων οργάνων με κυτταρικές φωλέες, κερατινοποίηση και άφθονο στρώμα· β) τον αδιαφοροποίητο ή αμετάπλαστο (συχνότητα 37%). Μία από τις μορφές του είναι το μικροκυτταρικό (oat-cell) με μικρά στρογγυλά κύτταρα, έντονα χρωματισμένα, ωοειδούς σχήματος με λίγο πρωτόπλασμα, κατανεμημένα σε χαλαρές δεσμίδες. Μερικά από τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή. Βαθιά βασεόφιλο υλικό παρατηρείται συχνά στο τοίχωμα των μικρών αγγείων που προέρχονται από πυρηνικό υλικό εκφυλισμένων γειτονικών νεοπλασματικών κυττάρων. Σύμφωνα με μερικούς το μικροκυτταρικό καρκίνωμα είναι διαφορετική οντότητα προερχόμενη από ειδικά εκκριτικά κύτταρα του βρογχικού τοιχώματος. γ) Αδενοκαρκίνωμα (συχνότητα 6%), σωληνώδους ή αδενικού τύπου, συχνά με παραγωγή βλέννας.¹²

Οι δύο τύποι α' και β' είναι συνηθέστερα κεντρικοί (προς την πύλη), ο αδενοκαρκίνωμα είναι συνηθέστερα περιφερικό. Το αδενοκαρκίνωμα συνδέεται στενά με το *κυψελιδικό καρκίνωμα* από το οποίο συχνά δεν διακρίνεται. Το κυψελιδικό είναι άλλοτε μονήρες και άλλοτε πολλαπλό. Πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα με παραγωγή βλέννας, συχνά με θηλοειδείς προσεκβολές εντός των κυψελίδων.¹⁰

Όταν ο όρος κυψελιδικό καρκίνωμα εισήχθηκε για πρώτη φορά επικρατούσε σύγχυση για την προέλευση των κυττάρων. Μελέτες με ηλεκτρονικό όμως μικροσκόπιο έδειξαν ότι αυτός ο όγκος προέρχεται από τα διαφραγματικά κυψελιδικά κύτταρα, τα οποία θεωρούνται ότι παράγουν την επιφανειακά δραστική ουσία (Surfactant).

Ο όγκος επεκτείνεται βαθμιαία πέρα από το βρόγχο διηθώντας το γύρω πνευμονικό παρέγχυμα. Εξάλλου αυτός αποφράσσει το βρόγχο με επακόλουθη ατελεκτασία, κατακράτηση των εκκριμάτων, φλεγμονή που καταλήγει σε πνευμονία, μερικές φορές με σχηματισμό αποστήματος. Ο όγκος μπορεί να επινεμήσει περικάρδιο, ενδοθωρακικά νεύρα, οισοφάγο, θωρακικό πόρο και φλέβες.¹²

Λεμφογενής διασπορά είναι συνήθης, αρχικά προς τους αδένες της πύλης, στη συνέχεια τους τραχειοβρογχικούς, παρατραχειακούς, υπερκλειδίους και λιγότερο συχνά τους μασχάλιους. Σπανιότατα μέσω των παρααορτικών αδένων επισυμβαίνει μετάσταση στους αδένες της βουβωνικής χώρας.¹⁰

Αιματογενής διασπορά με μικρά έμβολα μέσω των πνευμονικών φλεβών και της συστηματικής κυκλοφορίας είναι συχνή. Έτσι επισυμβαίνει μετάσταση στο ήπαρ (40%), τα επινεφρίδια (30%), τον εγκέφαλο (20%), τα οστά (15%) και τους νεφρούς (15%). Οι μεταστάσεις μπορούν να επισυμβούν νωρίς και να δώσουν εκδηλώσεις πριν από τους πνεύμονες. Έτσι μπορεί ο ασθενής να παρουσιάσει ως πρώτο σύμπτωμα οστικούς πόνους από τη σπονδυλική στήλη ή φαινόμενα χωροκατακτητικής βλάβης του εγκεφάλου.

Κλινική εικόνα. Συνήθως άνδρας 45-65 ετών, βαρύς καπνιστής, προσέρχεται λόγω αιμόπτυσης, βήχα, δύσπνοιας και θωρακικού πόνου. Η αιμόπτυση άλλοτε είναι αξιόλογη αλλά συνήθως είναι μικρή και επαναλαμβάνεται. Για το λόγο αυτό κάθε άντρας που μετά το 40ό έτος εμφανίζει αιμόπτυση πρέπει να βρογχοσκοπείται ακόμα και αν ο ακτινολογικός έλεγχος των πνευμόνων είναι αρνητικός. Άλλοτε ο ασθενής προσέρχεται για πνευμονία που δεν υποχωρεί, για πλευριτικό υγρό, για σύνδρομο απόφραξης άνω κοίλης, για χωροκατακτητική βλάβη του εγκεφάλου ή για ένα από τ' ακόλουθα: παθολογικό κάταγμα, πνευμονική οστεοαρθροπάθεια, μυοπάθεια, ενδοκρινικές διαταραχές ή επανειλημμένες θρομβοφλεβίτιδες. Τέλος σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής έρχεται παραπονούμενος για αίσθημα κόπωσης, κατάθλιψη, ανορεξία και απώλεια βάρους.

Κατά την αντικειμενική εξέταση πρόκειται για μεσήλικο άνδρα, βαρύ καπνιστή, συχνά με όψη πάσχοντος και σαφή απώλεια σωματικού βάρους· η πληκτροδακτυλία είναι συχνό εύρημα, ενώ όχι σπάνια ανευρίσκονται ψηλαφητοί λεμφαδένες, ιδιαίτερα στην υπερκλείδια χώρα.

Η απόφραξη βρόγχου προκαλεί αρχικά περιορισμό της έκπτυξης του ημιθωρακίου που πάσχει, και αργότερα, όταν η απόφραξη είναι πλήρης, τέλεια ατελεκτασία. Άλλοτε ανευρίσκονται σημεία πύκνωσης, πλευριτικό υγρό ή παράλυση διαφράγματος. Εισπνευστικός συριγμός επισυμβαίνει όταν η βλάβη αφορά τον κύριο βρόγχο ή πιέζεται η τραχεία από μάζα του μεσοθωρακίου. Η πίεση της άνω κοίλης φλέβας προκαλεί οίδημα (και κυάνωση) προσώπου και άνω άκρων και διάταση των φλεβών του τραχήλου και των άνω άκρων.¹⁰

Συμπτώματα και φυσικά σημεία μπορούν να προέλθουν από διηθήσεις οστών, νεύρων του βραχιονίου πλέγματος (που εκδηλώνεται με έντονους πόνους στο άνω άκρο και αδυναμία των μυών ιδιαίτερα εκείνων που νευρώνονται από Α8 και ΘΙ), μεσοπλεύριων νεύρων, του φρενικού νεύρου με πάρεση του διαφράγματος και του κάτω λαρυγγικού νεύρου με αποτέλεσμα βράγχος φωνής ή, τέλος, από βλάβη του αυχενικού συμπαθητικού πλέγματος με σύνδρομο Horner. Η επινέμηση του περικαρδίου προκαλεί περικαρδίτιδα και διαταραχή του ρυθμού του μυοκαρδίου, όπως λ.χ. μαρμαρυγή ή πτερυγισμό των κόλπων¹²

3.2.1 Εξωθωρακικές μη μεταστατικές εκδηλώσεις

Αυτές είναι πολυάριθμες, ο μηχανισμός τους αδιευκρίνητος σε πολλά σημεία και διακρίνονται σε 3 ομάδες.

1. Εκ μέρους του νευρικού συστήματος και των μυών:

- α) Παρεγκεφαλιδική εκφύλιση με αταξία, ίλιγγο, δυσαρθρία, μερικές φορές τρόμο και αυξημένα αντανακλαστικά.
- β) Πυραμιδική συνδρομή σε συνδυασμό με προσβολή των πυρήνων του προμήκους.
- γ) Περιφερική νευροπάθεια, αισθητική (αναισθησία, πόνος, κατάργηση αντανακλάσεων), κινητική (προοδευτική ατροφία, αδυναμία) και μεικτή.
- δ) Μυοπάθεια με αδυναμία και ατροφία των κεντρομυελικών μυϊκών μαζών.
- ε) Διαταραχή προσωπικότητας, κατάθλιψη, άνοια.
- στ) Μυασθενικό σύνδρομο

ζ) Δερματομυοσίτιδα.¹⁰

2. Ορμονικές διαταραχές. Το καρκίνωμα του πνεύμονα είναι κατ' εξοχήν κακοήθης όγκος μη ενδοκρινικού οργάνου, ο οποίος παράγει διάφορες ορμόνες ή ακριβέστερα ουσίες με ορμονικές ιδιότητες. Έτσι μπορεί να προκληθεί:

- α) Σύνδρομο καρκινοειδούς από παραγωγή 5-υδροξυτρυπταμίνης.
- β) Σύνδρομο Cushing λόγω παραγωγής ουσίας με ιδιότητες A.C.T.H. Βιοχημικά ανευρίσκεται χαμηλή τιμή καλίου του ορού και αλκάλωση.
- γ) Σύνδρομο άμετρης παραγωγής αντιδιουρητικής ορμόνης με χαμηλή τιμή Na^+ ορού σε συνδυασμό με υψηλή πυκνότητα νατρίου ούρων και αύξηση της ωσμωτικής τους πίεσης.

δ) Υπερασβεστιαϊμία από παραγωγή ουσίας με ιδιότητες παραθορμόνης.¹²

3. Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια. Σε 5% των περιπτώσεων εμφανίζεται επώδυνη διόγκωση των αρθρώσεων, ιδιαίτερα των πηγεοκαρπικών, των ποδοκνημικών και των γονάτων. Τα οστά από τη μια και την άλλη πλευρά της άρθρωσης είναι επώδυνα, ακτινογραφικά διαπιστώνεται υποπερισστική παραγωγή οστού, ιδιαίτερα κατά τα μακρά οστά, κοντά στις πηγεοκαρπικές και ποδοκνημικές. Συνυπάρχει κατά κανόνα έντονη πληκτροδακτυλία και πάχυνση με οίδημα των μαλακών μορίων (παχυδερμοπερίπτωση). Οι αρθρώσεις περιέχουν συχνά υγρό. Η αιτιολογία του συνδρόμου δεν είναι απολύτως γνωστή. Το σύνδρομο υποχωρεί κατά κανόνα μετά από επιτυχή εκτομή, υποχωρεί όμως και μετά από διατομή του πνευμονογαστρικού, στοιχείο που συνηγορεί υπέρ νευρογενούς μηχανισμού.¹⁰

Διάγνωση: Σοβαρή υπόνοια βρογχογενούς καρκινώματος πρέπει να εγείρεται όταν νέα εκδήλωση εκ μέρους του αναπνευστικού συστήματος επιμένει άνω των 2 εβδομάδων σε καπνιστή άνω των 40 ετών. Η διάγνωση γίνεται **πιθανή** συχνά από την **ακτινογραφία** και την **κυτταρολογική εξέταση** των πτυέλων και επικυρώνεται με τη **βρογχοσκόπηση**, εκτός από τις περιπτώσεις στις οποίες ο όγκος είναι περιφερικός, αν και σ' αυτές τις περιπτώσεις μερικές φορές προκύπτουν σημεία, όταν ο όγκος πιέζει κύριο βρόγχο απ' έξω ή προκαλεί διεύρυνση ή διήθηση της τρόπιδος.¹²

Μερικές φορές η διαφορική διάγνωση παρουσιάζει δυσκολίες. Έτσι :

- α) Σε νομισματοειδή σκιά σύγχυση προκύπτει με υδατίδα κύστη, φυμάτωμα, καλοήθη όγκο (αμάρτωμα) ή μεταστατικό. Παρουσία ασβεστίου εντός της σκιάς καθιστά το βρογχογενές καρκίνωμα πολύ απίθανο. Η σύγκριση με τυχόν προϋπάρχουσες παλαιότερες ακτινογραφίες είναι πολύτιμη.

- β) Πνευμονία ή διαπύηση με σχηματισμό αποστήματος μπορεί να υποκρύπτει καρκίνωμα. Αν έντονη αντιβιοτική αγωγή δεν συνοδεύεται από ταχεία υποχώρηση αλλά και γενικότερα όταν υπάρχουν αμφιβολίες εκτελείται βρογχοσκόπηση.
- γ) Εικόνα ίνωσης από παλαιά φυματίωση δεν αποκλείει συνύπαρξη καρκινώματος. Πτύελα θετικά για βακίλλους της φυματίωση δεν αποκλείουν καρκίνωμα γιατί και οι δύο νόσοι μπορούν να συνυπάρχουν.
- δ) Ανερμήνευτης φύσης πλευριτικό υγρό υποκρύπτει συχνά καρκίνο. Κατά τη βρογχοσκόπηση επιδιώκεται λήψη τεμαχίου από τον όγκο για ιστολογική εξέταση.¹⁰

3.3 ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ

Πρόκειται για σπανιότατη νόσο άγνωστης αιτιολογία που χαρακτηρίζεται από αιμοπτώσεις και αιμορραγίες εντός του πνεύμονα σε συνδυασμό με μερικές περιπτώσεις βαριάς σπειραματονεφρίτιδας, οπότε μιλούμε για σύνδρομο Goodpasture.

Η νόσος παρουσιάζεται συνήθως σε παιδιά, σπανιότερα (15%) σε ενηλίκους. Συνοδεύεται κατά κανόνα από βαριά σιδηροπενική αναιμία, ως αποτέλεσμα της απώλειας αίματος. Χαρακτηριστική είναι η ανεύρεση στα πτύελα μακροφάγων γεμάτων από αιμοσιδηρίνη. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει κατά την οξεία φάση από ακατάσχετη αιμορραγία. Σε πολλές περιπτώσεις η νόσος έχει χρόνια διαδρομή με δύσπνοια, αναιμία και όχι σπάνια διόγκωση ήπατος, σπλήνα, αδένων και πληκτροδακτυλία.¹²

Ακτινολογικά, κατά την οξεία μορφή, εξακριβώνονται διάχυτες σκιάσεις δίκην πυκνωτικών εστιών, ενώ κατά τη χρόνια μορφή υπάρχει συνδυασμός διάχυτων όζων και διάμεσης ίνωσης.

Συνήθως μέσα σε 8 μήνες από την πρώτη αιμόπτυση η συμμετοχή των νεφρών γίνεται έκδηλη ως προοδευτική σπειραματονεφρίτιδα με λευκωματουρία, αιματουρία και τελικά νεφρική ανεπάρκεια (σύνδρομο Goodpasture).

Πρόκειται για νόσο από βλάβη της βασικής μεμβράνης. Αντισώματα αντιδρούν με αντιγόνο πνευμονικού ιστού και βασικής μεμβράνης του νεφρού. Στη βασική μεμβράνη ανευρίσκονται ανοσοσφαιρίνες IgE γραμμοειδώς και ομαλά διατεταγμένες.¹²

Η πρόγνωση είναι κακή. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς πεθαίνουν μέσα σε 3ετία, ενώ λίγοι ασθενείς θεραπεύονται τελείως. Θεραπεία δεν υπάρχει. Τα κορτικοειδή σε μεγάλες δόσεις προκαλούν παροδική ύφεση χωρίς όμως να δρουν μακροχρόνια ευνοϊκά στην εξέλιξη της νόσου.¹²

3.4 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΠΡΩΤΕΪΝΩΣΗ

Πρόκειται για σπανιότατη νόσο άγνωστης αιτιολογίας. Προσβάλλει κυρίως άτομα 20-50 ετών, ιδιαίτερα άνδρες. Ιστολογικά οι κυψελίδες γεμίζουν από υλικό PAS-θετικό.

Κλινικά μερικές φορές παίρνει τη μορφή πνευμονίας με υψηλό πυρετό, συνηθέστερα όμως εξελίσσεται ελαφρά με δύσπνοια, βήχα, πτύελα - μερικές φορές αιματηρά - απώλεια βάρους, κυάνωση και πληκτροδακτυλία. Η ακτινολογική εικόνα μοιάζει με την εικόνα του οιδήματος. Η διάγνωση είναι δυσχερής. Η βιοψία πνεύμονα επιβεβαιώνει τη διάγνωση.¹⁰

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς πεθαίνουν, φαίνεται όμως ότι το 25% θεραπεύονται. Θεραπεία δεν υπάρχει, αν και σύμφωνα με μερικούς πλύσεις του πνεύμονα με διάλυμα ηπαρίνης δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αιμορραγίας από τον πεπτικό σωλήνα περιλαμβάνουν την αιματέμεση, τη μέλαινα κένωση και την αποβολή ερυθρού αίματος από το ορθό (ερυθρά κένωση). Εξ'άλλου η χρόνια λανθάνουσα απώλεια αίματος από το πεπτικό οδηγεί σε σιδηροπενική αναιμία και επομένως μόνης της κλινική εκδήλωση μπορεί να είναι τα συμπτώματα και τα σημεία της αναιμίας. Τέλος, όταν η αιμορραγία είναι μαζική, η κλινική εικόνα μπορεί να περιλαμβάνει επιπροσθέτως ή να κυριαρχείται από εκδηλώσεις υποογκαιμίας, δηλαδή την κλινική εικόνα του shock και της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.¹⁵

4.2 ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ, ΜΕΛΑΙΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΒΟΛΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΘΟ

Αιματέμεση (ο αρχικός όρος είναι αιματεμεσία).¹⁵ Ως αιματέμεση ορίζεται ο έμετος αίματος και ως *μέλαινα* η διόδος κοπράνων που έχουν καταστεί μαύρα και πισσώδη από την παρουσία αλλοιωμένου αίματος. Αυτά τα συμπτώματα της γαστρεντερικής αιμορραγίας κάνουν συνήθως τον άρρωστο να ζητήσει ιατρική παρακολούθηση και υποδηλώνουν, κατά κανόνα, την ανατομική θέση της αιμορραγίας.¹⁰ Μεγάλη γαστρεντερική αιμορραγία σπάνια συμβαίνει χωρίς την εμφάνιση αλλοιωμένου ή αυτούσιου αίματος που αποβάλλεται από το στόμα ή από το ορθό.¹⁵ Το χρώμα της αιματεμέσεως ποικίλλει ανάλογα με την πυκνότητα του υδροχλωρικού οξέος στο στόμαχο και την ανάμειξή του με το αίμα.¹⁶ Έτσι εάν ο έμετος εμφανίζεται αμέσως μετά από την έναρξη της αιμορραγίας, το περιεχόμενό του είναι ερυθρό . εάν υπάρχει καθυστέρηση, το χρώμα της αιματεμέσεως θα είναι σκοτεινό ερυθρό, καστανό ή μαύρο.¹⁵ Η παρουσία πηγμάτων αίματος στο έμεσμα προκαλεί την χαρακτηριστική εμφάνιση «σαν κατακάθια από καφέ». ¹⁰ Η αιματέμεση συνήθως δείχνει αιμορραγία πριν από το σύνδεσμο του Treitz, αφού το αίμα που εισέρχεται στο γαστρεντερικό σύστημα κάτω από το δωδεκαδάκτυλο σπάνια επανεισέρχεται στον στόμαχο.¹⁶

Ενώ αιμορραγία επαρκής ώστε να προκαλέσει αιματέμεση συνήθως προκαλεί μέλαινα, λιγότεροι από τους μισούς αρρώστους με μέλαινα παρουσιάζουν αιματέμεση.¹⁶

Ο όρος *μέλαινα* χρησιμοποιείται για την περιγραφή των κοπράνων που έχουν χρώμα μαύρο και συνήθως μαύρο γυαλιστερό σαν πίσσα.¹⁵ Μέλαινα είναι αιμορραγία από τον οισοφάγο, το στομάχο ή το δωδεκαδάκτυλο, αλλά βλάβες στη νήστιδα, τον ειλέο και ακόμη και στο ανιόν κόλον μπορεί να προκαλέσουν μέλαινα με την προϋπόθεση ότι ο χρόνος διελεύσεως μέσω του γαστρεντερικού συστήματος είναι αρκετά μεγάλος. Περίπου 60ml αίματος απαιτούνται για την παραγωγή μίας μόνης μέλαινας κενώσεως. Οξεία απώλεια αίματος μεγαλύτερη από αυτήν μπορεί να προκαλέσει μέλαινες, που διαρκούν μέχρι και τρεις ημέρες. Όταν το χρώμα των κοπράνων επανέλθει στο φυσιολογικό, οι δοκιμασίες για λανθάνουσα αιμορραγία παραμένουν θετικές μέχρι και μία εβδομάδα ή και περισσότερο.¹⁶

Το μαύρο χρώμα των κοπράνων, μετά από εντερική αιμορραγία, προκύπτει από την επαφή του αίματος με το υδροχλωρικό οξύ, οπότε παράγεται αιματίνη. Χαρακτηριστικά τα κόπρανα αυτά είναι πηκτώδη («κολλώδη»)¹⁵. Αυτή η πηκτώδης σύσταση έρχεται σε αντίθεση με τα μαύρα ή σκοτεινά κόπρανα, που εμφανίζονται μετά από λήψη σιδήρου, βισμούθιου ή γλυκόριζας.¹⁶ Παρομοίως ερυθρά κόπρανα μπορεί να προκύψουν από τη βρώση τεύτων¹⁵ ή την ενδοφλέβια χορήγηση σουλφοβρωμοφθαλείνης. Η γαστρεντερική αιμορραγία ακόμα και εάν έχει ανακαλυφθεί μόνο από θετικές δοκιμασίες για λανθάνουσα αιμορραγία, δείχνει δυνητικά σοβαρή νόσο και πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω.¹⁶

Η αποβολή ερυθρού ή βυσσινόχρωμου αίματος από το έντερο αναφέρεται ως *ερυθρά κένωση ή αιματοχεσία*, κατ'αντιδιαστολή με τη μέλαινα κένωση. Το αίμα μπορεί να είναι αναμειγμένο με τα κόπρανα ή να αποβάλλεται αυτούσιο και να επικαλύπτει. Για το ίδιο σύμπτωμα χρησιμοποιείται και ο όρος εντερορραγία από πολλούς επειδή η αποβολή ερυθρού αίματος από το ορθό οφείλεται, κατά κανόνα σε αιμορραγία από το έντερο (νήστιδα, ειλέο ή παχύ έντερο). Ωστόσο η μαζική αιμορραγία από το στομάχι μπορεί, επίσης, να εκδηλωθεί με αποβολή ερυθρού αίματος από το ορθό, ιδίως όταν η κινητικότητα του εντέρου είναι αυξημένη. Τα ερυθρά κόπρανα μπορεί να εμφανισθούν και μετά από βρώση παντζαριών.¹⁵

Οι κλινικές εκδηλώσεις της γαστρεντερικής αιμορραγίας εξαρτώνται από την έκταση και το βαθμό της αιμορραγίας και την παρουσία συνοδών νόσων. Απώλεια

αίματος μικρότερη από 500ml σπανίως συνδέεται με συστηματικά σημεία. Οι εξαιρέσεις περιλαμβάνουν αιμορραγία σε ηλικιωμένους ή αναιμικούς αρρώστους, στους οποίους η απώλεια μικροτέρων ποσοτήτων αίματος μπορεί να προκαλέσει αιμοδυναμικές μεταβολές. Ταχεία αιμορραγία μεγαλύτερου όγκου έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη φλεβική επάνοδο, μειωμένη καρδιακή παροχή και αυξημένες περιφερικές αντιστάσεις που οφείλονται σε αντανακλαστική αγγειοσύσπαση¹⁶.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η γνώση, ότι, όταν προσδιορίζεται αμέσως μετά από την έναρξη της αιμορραγίας, ο αιματοκρίτης μπορεί να μην αντιπροσωπεύει ακριβώς την απώλεια αίματος, δεδομένου ότι η εξισορρόπηση με το εξωαγγειακό υγρό και η αιμοαραίωση απαιτούν μερικές ώρες.¹⁰

4.3 ΑΙΤΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Το γεγονός ότι τα αίτια της αιμορραγίας από το πεπτικό που εντοπίζονται πάνω από τη νήστιδα εκδηλώνονται σε χαμηλότερο επίπεδο προκαλούν συνήθως αποβολή ερυθρού αίματος από το ορθό κάνει πρακτική τη διαίρεση των αιτιών αιμορραγίας από το πεπτικό σε αίτια αιμορραγίας από το ανώτερο και αίτια αιμορραγίας από το κατώτερο τμήμα της γαστρεντερικής οδού (πίνακας 1).

Σε σπάνιες περιπτώσεις αιμορραγία από το πεπτικό μπορεί να προκληθεί και από παθήσεις άλλων (εκτός του πεπτικού σωλήνα) ενδοκοιλιακών οργάνων, όπως του παγκρέατος, των χοληφόρων ή της αορτής. Νοσήματα του αιμοποιητικού συστήματος, η ουραιμία και άλλες συστηματικές παθήσεις περιλαμβάνονται, επίσης, στα δυνητικά αίτια αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα. Τέλος τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα αντιπηκτικά φάρμακα, μόνα ή σε συνδυασμό με κάποιο οργανικό αίτιο, ευθύνονται για αξιόλογο ποσοστό των περιπτώσεων αιμορραγίας από το πεπτικό.¹⁵

1. Αίτια αιμορραγίας απ'τον ανώτερο πεπτικό σωλήνα
 - 1.1. Παθήσεις οισοφάγου
 - 1.1.1. Κιρσοί οισοφάγου
 - 1.1.2. Οισοφαγίτιδα (συνήθως σε συνδυασμό με διαφραγματοκήλη)
 - 1.1.3. Πεπτικό έλκος (από αναγωγή, συνήθως σε συνδυασμό με διαφραγματοκήλη)
 - 1.1.4. Καρκίνος
 - 1.2. Παθήσεις του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου
 - 1.2.1. Πεπτικό έλκος
 - 1.2.2. Οξεία αιμορραγική (διαβρωτική) γαστρίτιδα
 - 1.2.3. Καρκίνος και άλλα νεοπλάσματα (καλοήθη ή κακοήθη)
 - 1.2.4. Σύνδρομο Mallory-Weiss
 - 1.2.5. Ελκη (βλάβες) από stress
 - 1.2.6. Αγγειοδυσπλασία και άλλες αγγειακές βλάβες
2. Αίτια αιμορραγίας από τον κατώτερο πεπτικό σωλήνα
 - 2.1. Παθήσεις του λεπτού εντέρου
 - 2.1.1. Νόσος του Crohn
 - 2.1.2. Καρκίνος και άλλα νεοπλάσματα
 - 2.1.3. Εμφρακτο
 - 2.1.4. Αγγειοδυσπλασία και άλλες αγγειακές βλάβες
 - 2.1.5. Εκκόλπωμα Meckel
 - 2.2. Παθήσεις του παχέος εντέρου
 - 2.2.1. Ελκώδης κολίτιδα
 - 2.2.2. Νόσος του Crohn
 - 2.2.3. Καρκίνος και άλλα νεοπλάσματα
 - 2.2.4. Πολύποδες
 - 2.2.5. Εκκολπώματα
 - 2.2.6. Αγγειοδυσπλασία και άλλες αγγειακές βλάβες
 - 2.2.7. Ισχαιμική κολίτιδα
 - 2.2.8. Λοιμώδης κολίτιδα

2.2.9. Αιμορροΐδες

2.2.10. Ραγάδες

2.2.11. Πρωκτίτιδα

3. Άλλα ενδοκοιλιακά αίτια

3.1. Καρκίνος κεφαλής παγκρέατος

3.2. Αιμορραγία στα χοληφόρα (αιμοχολία)

3.3. Αρτηριοεντερικό συρίγγιο

4. Εξωκοιλιακά ή συστηματικά αίτια

4.1. Θρομβοκυτταροπενία

4.2. Ουραιμία

4.3. Τελαγγειεκτασία (νόσος Rendu-Osler)

4.4. Σύνδρομο Peutz-Jeghers

5. Φάρμακα

5.1. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη

5.2. Αντιπηκτικά φάρμακα

4.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η προσεκτική λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση του στοματοφάρυγγα θα χρησιμεύσουν ώστε να αποκλειστεί η κατάποση αίματος ως πηγή αιματεμέσεως ή μέλαινας.

Οι τρεις συνηθέστερες αιτίες αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος είναι (1) το πεπτικό έλκος, (2) η διαβρωτική γαστρίτιδα και (3) η αιμορραγία κισμών. Αυτές οι οντότητες είναι υπεύθυνες μέχρι και για τα 90% όλων των περιπτώσεων αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος, στην οποία μπορεί να διαπιστωθεί συγκεκριμένα αίτια.¹⁶

4.4.1 Πεπτικό έλκος

Το πεπτικό έλκος είναι πιθανώς η συχνότερη αιτία αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού συστήματος · η πλειονότητα αυτών των ελκών βρίσκεται στο δωδεκαδάκτυλο. Περίπου 20-30% των αρρώστων με αποδεδειγμένα έλκη παρουσιάζουν σημαντική αιμορραγία κάποτε κατά την διάρκεια της νόσου τους. Επειδή η αιμορραγία μπορεί να αποτελεί την αρχική εκδήλωση του πεπτικού έλκους, το ενδεχόμενο αυτής της διαγνώσεως θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά ακόμη και εάν δεν λαμβάνεται χαρακτηριστικό ιστορικό έλκους.¹⁶

4.4.2 Γαστρίτιδα

Η γαστρίτιδα μπορεί να οφείλεται σε πρόσφατη λήψη οινοπνεύματος ή σε χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, όπως ασπιρίνης ή ινδομεθακίνης. Γαστρικές διαβρώσεις αναπτύσσονται επίσης συχνά σε αρρώστους με σοβαρό τραυματισμό, χειρουργική επέμβαση και βαριά συστηματική νόσο, ιδίως εγκαυματίες και αρρώστους με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση. Δοθέντος ότι δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά φυσικά ευρήματα, η διάγνωση της γαστρίτιδας πρέπει να πιθανολογηθεί, με βάση την κλινική εικόνα. Η γαστροσκόπηση συνήθως χρειάζεται για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση αφού η ακτινολογική εξέταση στερείται γενικά της απαιτούμενης ευαισθησίας, ώστε να μπορεί να αποκαλύψει τη γαστρίτιδα.¹⁷

4.4.3 Αιμορραγία από κισσούς

Η αιμορραγία από κισσούς είναι χαρακτηριστικά απότομη και μαζική · η χρόνια γαστρεντερική απώλεια αίματος είναι ασυνήθης. Η αιμορραγία από οισοφαγικούς και γαστρικούς κισσούς είναι συνήθως το αποτέλεσμα πυλαίας υπερτάσεως, που αναπτύσσεται δευτεροπαθώς σε έδαφος ηπατικής κίρρωσεως. Μολονότι η αλκοολική κίρρωση είναι η επικρατούσα αιτία οισοφαγικών κισσών στις Ηνωμένες Πολιτείες, κάθε κατάσταση που δημιουργεί πυλαία υπέρταση, ακόμη και όταν δεν συνοδεύει ηπατική νόσο (δηλ. θρόμβωση της πυλαίας φλέβας ή ιδιοπαθής πυλαία υπέρταση), μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αιμορραγία από κισσούς. Ακόμη, εάν η παρουσία κισσών προϋποθέτει συνήθως πυλαία υπέρταση μακρής διάρκειας, η οξεία ηπατίτιδα ή η βαριά λιπώδης διήθηση του ήπατος μπορεί να προκαλέσουν μερικές φορές κισσούς, οι οποίοι εξαφανίζονται, μόλις αρθεί η ηπατική διαταραχή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι, μολονότι η αιμορραγία του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος σε άρρωστο με κίρρωση υποδηλώνει την ύπαρξη κισσών, περίπου οι μισοί άρρωστοι με ηπατική κίρρωση αιμορραγούν από άλλες βλάβες (π.χ. γαστρίτιδα, έλκη). Κατά συνέπεια, είναι ουσιώδες να αποκλείονται οι αιτίες αιμορραγίας, που δεν αφορούν τους κισσούς, ούτως ώστε να αρχίσει η κατάλληλη θεραπεία. Τέλος, επειδή οι κισσοί μπορεί να εμφανισθούν σε οποιαδήποτε θέση του γαστρεντερικού συστήματος, η αγγειογραφία μπορεί να απαιτηθεί για να πιστοποιήσει αιμορραγία από κισσούς μακριά από το δωδεκαδάκτυλο.^{26,35}

4.4.4 Άλλες βλάβες

Με την ανακάλυψη της οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκοπήσεως, το σύνδρομο Mallory-Weiss έχει αποδειχθεί με αυξημένη συχνότητα ως αιτία οξείας αιμορραγίας του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος. Αυτό το σύνδρομο αναφέρεται σε διαβρώσεις κατά την οισοφαγογαστρική γωνία που χαρακτηρίζονται από το ιστορικό από τάση προς έμετο ή έμετο χωρίς αιμορραγία, που ακολουθείται από αιματέμεση. Λιγότερο συχνές αιμορραγούσες οισοφαγικές βλάβες περιλαμβάνουν την οισοφαγίτιδα (με ή χωρίς κήλη του οισοφαγικού τρήματος) και το καρκίνωμα· αυτές οι βλάβες προκαλούν γενικά χρόνια απώλεια αίματος και σπανίως μαζική αιμορραγία.¹⁶

Το γαστρικό καρκίνωμα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα χρόνια γαστρεντερική αιμορραγία. Το λέμφωμα, ο πολύποδας και άλλοι όγκοι του στομάχου και του λεπτού

εντέρου είναι ασυνήθεις και, κατά συνέπεια, δεν αποτελούν συχνές αιτίες αιμορραγίας. Το λειομύωμα και το λειομυοσάρκωμα είναι επίσης σπάνια, αλλά μπορούν να οδηγήσουν σε μαζική αιμορραγία. Η αιμορραγία από εκκολπώματα του δωδεκαδακτύλου και της νήστιδας είναι σχετικά ασυνήθης. Αγγειακή ανεπάρκεια των μεσεντερικών αγγείων, περιλαμβανομένων και της αποφρακτικής και της μη αποφρακτικής νόσου, μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγική διάρροια.²⁶

Αρτηριοσκληρωτικά αορτικά ανευρύσματα μπορεί να ραγούν προς το λεπτό έντερο· αυτό το σύμβαμα είναι σχεδόν πάντα θανατηφόρο. Ρήξη επίσης μπορεί να συμβεί μετά από αρτηριακή επανορθωτική χειρουργική επέμβαση με σχηματισμό συριγγίου μεταξύ του συνθετικού μοσχεύματος και του αυλού του εντέρου. Αιφνίδια αιμορραγία μπορεί επίσης να συμβεί μετά από τραύμα, που προκαλεί ηπατική ρήξη και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα απώλεια αίματος στους χοληφόρους πόρους (δηλ. αιμοχολία).¹⁶

Πρωτοπαθείς δυσκρασίες του αίματος περιλαμβανομένων της λευχαιμίας, των θρομβοκυττοπενικών καταστάσεων, των αιμορροφιλιών και της διάχυτης ενδαγγειακής πήξεως, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα σημαντική γαστρεντερική αιμορραγία. Η αληθής πολυκυτταραιμία, εκτός του ότι συνδέεται με αυξημένη συχνότητα πεπτικού έλκους, μπορεί επίσης να έχει ως αποτέλεσμα γαστρεντερική αιμορραγία που οφείλεται σε θρόμβωση της μεσεντερίου ή της πυλαίας φλέβας. Η οζώδης περιαρτηρίτιδα, η πορφύρα των Henoch-Schonlein, και άλλες μορφές αγγειϊτιδας μπορεί να οδηγήσουν σε γαστρεντερική απώλεια αίματος.

Ηπια γαστρεντερική αιμορραγία μπορεί να παρουσιαστεί σε περιπτώσεις αμυλοειδώσεως, νόσου των Osler-Weber-Rendu, εντερικών αιμαγγειωμάτων, νευροϊνωματώσεως, σαρκώματος του Kaposi, και συνδρόμου Peutz-Jeghers. Η ουραιμία μπορεί να προκαλέσει γαστρεντερική απώλεια αίματος· η συνηθέστερη εκδήλωση είναι χρονία λανθάνουσα αιμορραγία που διάχυτη προσβολή του βλεννογόνου του στομάχου και του λεπτού εντέρου.¹⁷

4.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩΤΕΡΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

4.5.1 Παθήσεις του πρωκτού και του ορθού

Μικρές ποσότητες ζωηρού ερυθρού αίματος στην επιφάνεια των κοπράνων και του χαρτιού υγιείας προέρχονται από αιμορροΐδες· η αιμορραγία αυτού του τύπου

γενικά προάγεται από τη βεβιασμένη δίοδο σκληρών κοπράνων. Ραγάδες και συρίγγια του πρωκτού μπορεί να εκδηλώνονται με τον ίδιο τρόπο. Η πρωκτίτιδα είναι μία άλλη πηγή αιμορραγίας του ορθού· απαντά συχνά σε νεαρούς ενηλίκους, ιδίως σε άρρενες ομοφυλοφίλους. Στην τελευταία κατάσταση η πρωκτίτιδα μπορεί να είναι μη ειδική ή να οφείλεται σε γονοκοκκική λοίμωξη. Ο τραυματισμός του ορθού αποτελεί αιτία αιματοχεσίας (αποβολής αιματηρών κενώσεων) και η τοποθέτηση ξένων σωμάτων στο ορθό μπορεί να προκαλέσει τη διάτρηση, καθώς και οξεία αιμορραγία του ορθού. Πρέπει να τονιστεί, ότι η παθολογική ανατομία του πρωκτού δεν αποκλείει άλλες πηγές απώλειας αίματος και αυτές πρέπει να αναζητηθούν και να αποκλειστούν.¹⁵

4.5.2 Βλάβες του παχέος εντέρου

Το καρκίνωμα του παχέος εντέρου, καθώς και οι πολύποδες μπορεί να προκαλέσουν χρόνια απώλεια αίματος. Γνήσια αιμορραγική διάρροια είναι συνήθης και μπορεί να αποτελεί την κύρια εκδήλωση σε αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα· είναι λιγότερο συχνή στην κοκκιωματώδη κολίτιδα, αλλά λανθάνουσα αιμορραγία μπορεί να παρουσιάζεται στα κόπρανα. Αιμορραγία μπορεί επίσης να συνοδεύει διάρροια, που οφείλεται σε λοιμώξεις όπως η σιγκέλλωση, η αμοιβάδωση, η καμπυλοβακτηρίωση και, σπάνια, η σαλμονέλλωση. Στον ηλικιωμένο άρρωστο, η ισχαιμική κολίτιδα μπορεί να προκαλέσει αιμορραγική διάρροια· αυτή η βλάβη μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε νεότερα άτομα και να συνδέεται με τη λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων από το στόμα. Αγγειοδυσπλαστικές βλάβες, που συνήθως προσβάλλουν το ανιόν κόλον, μπορεί να αποτελούν μείζονα πηγή αιμορραγίας σε ηλικιωμένους αρρώστους· τέτοιες αγγειακές βλάβες μπορεί να αναγνωριστούν με αγγειογραφία ή ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου.¹⁷

4.5.3 Εκκολπώματα

Τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου συχνότατα εντοπίζονται στο σιγμοειδές, ωστόσο, τα περισσότερα επεισόδια αιμορραγίας από εκκολπώματα προέρχονται από το ανιόν κόλον. Η αιμορραγία από εκκολπώματα του παχέος εντέρου είναι μία από τις συνηθέστερες αιτίες μαζικής αιμορραγίας του κατώτερου γαστρεντερικού συστήματος. Η συνήθης εκδήλωση της αιμορραγίας από εκκολπώματα έγκειται σε ανώδυνο αποβολή βυσινοχρόων κοπράνων. Μέτρια απώλεια αίματος συνδέεται

συχνότερα με εκκολπωματίτιδα. Η απόφυση του Meckel, συγγενής ανωμαλία του περιφερικού ειλεού, εμφανίζεται περίπου στα 2% του πληθυσμού και μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία. Μολονότι μόνο 15% περίπου των εκκολπωμάτων αυτών περιέχουν γαστρικό βλεννογόνο, οι μισές απ' τις βλάβες που προκαλούν οξεία αιμορραγία περιέχουν γαστρικό βλεννογόνο.¹⁶

Αυτή η ανωμαλία αποτελεί σημαντική αιτία οξείας αιμορραγίας σε παιδιά και νεαρούς ενήλικους.¹⁷

4.6 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η αντιμετώπιση του αρρώστου που αιμορραγεί εξαρτάται από τη θέση, την έκταση και το βαθμό της αιμορραγίας. Οι άρρωστοι με αιματέμεση έχουν συνήθως αποβάλλει μεγαλύτερες ποσότητες αίματος (συχνά μεγαλύτερες από 1000ml) από όσο εκείνοι που έχουν μόνο μέλαινα (συνήθως 500ml ή λιγότερο) και η θνησιμότητα στους πρώτους είναι περίπου διπλάσια από όσο στους δεύτερους. Όταν ο άρρωστος εξετάζεται για πρώτη φορά, μπορεί να βρίσκεται σε sock. Πριν από τη λήψη ιστορικού και τη διενέργεια λεπτομερούς φυσικής εξέτασης, πρέπει να ελεγχθούν τα ζωτικά σημεία, να σταλεί αίμα για προσδιορισμό ομάδας και διασταύρωση και να τοποθετηθεί ενδοφλέβια συσκευή μεγάλου διαμετρήματος για έγχυση φυσιολογικού ορού και άλλων παραγόντων που αυξάνουν τον όγκο του πλάσματος. Αρχίζοντας την εκτίμηση του αιμορραγούντος αρρώστου, ο ιατρός πρέπει να έχει κατά νουν, ότι προέχει και της αιμοδυναμικής ισορροπίας κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής διαδικασίας η διατήρηση επαρκούς ενδαγγειακού όγκου.²⁸

4.6.1 Ιστορικό

Το ιστορικό έλκους ή συμπτωμάτων που το υποδηλώνουν μπορεί να προσφέρει μία χρήσιμη ένδειξη. Επίσης, πρόσφατη κατάχρηση οινοπνεύματος ή λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων θα πρέπει να εγείρουν την υποψία της διαβρωτικής γαστρίτιδας. Εάν η κατάχρηση του οινοπνεύματος υπήρξε μακροχρόνια, οι οισοφαγικοί κίρσοι μπορεί να είναι η πιθανότερη πηγή αιμορραγίας. Η χρήση της ασπιρίνης μπορεί, επίσης, να προκαλέσει αιμορραγία, επιδεινώνοντας μία προϋπάρχουσα βλάβη (π.χ. πεπτική εξέλκωση). Προηγούμενο ιστορικό γαστρεντερικής αιμορραγίας μπορεί να βοηθήσει, όπως και το οικογενειακό ιστορικό

εντερικής νόσου ή αιμορραγικής διαθέσεως. Πρόσφατη τάση για έμετο, που ακολουθείται από αιματέμεση, υποδηλώνει την πιθανότητα του συνδρόμου Mallor Y-Weiss.¹⁷

Η οξεία εισβολή αιμορραγικής διάρροιας μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ή λοιμώδους προσβολής του παχέος εντέρου. Είναι επίσης σημαντικό να αποκλείονται συσχετιζόμενες συστηματικές νόσοι ή πρόσφατο ταύμα, δοθέντος ότι αιμορραγία από διαβρωτική γαστρίτιδα απαντά συχνά κάτω από τέτοιες συνθήκες.²⁸

4.6.2 Φυσική εξέταση

Μετά από τον έλεγχο των ορθοστατικών μεταβολών στο σφυγμό και την αρτηριακή πίεση και την αποκατάσταση του όγκου, ο άρρωστος θα πρέπει να εξεταστεί, με σκοπό τον προσανατολισμό προς την υποκείμενη νόσο. Η μη εντερική πηγή της αιμορραγίας θα πρέπει να αποκλειστεί με προσεκτική εξέταση του ρινοφάρυγγα. Η δερματολογική εξέταση μπορεί να αποκλείσει τη χαρακτηριστική τελαγγειεκτασία της νόσου Osler-Weber-Rendu (μολονότι αυτή δεν θα είναι ορατή εάν υπάρχει σοβαρή αναιμία), την περιστοματική χρώση του συνδρόμου Peutz-Jeghers, τα δερματικά ινώματα της νευροϊνωμάτωσης, τις σμηγματογόνες κύστες και στους οστικούς όγκους του συνδρόμου του Gardner, την ψηλαφητή πορφύρα που συνοδεύει συχνά την αγγειίτιδα ή την διάχυτη υπέρχρωση, που απαντά σε περίπτωση αιμοχρωματώσεως.¹⁰ Στίγματα χρόνιας ηπατικής νόσου, όπως αραχνοειδή αγγειώματα, γυναικομαστία, ατροφία των όρχεων, ίκτερος, ασκίτις και ηπατοσπληνομεγαλία, υποδηλώνει πυλαία υπέρταση, που έχει ως αποτέλεσμα αιμορραγία από οισοφαγικούς ή γαστρικούς κισσούς. Σημαντική διόγκωση λεμφαδένων ή κοιλιακές μάζες μπορεί να σημαίνουν ενδοκοιλιακή κακοήθη νόσο. Η προσεκτική εξέταση του ορθού είναι σημαντική προκειμένου να αποκλειστεί τοπική παθολογανατομική βλάβη, όπως επίσης και για να εκτιμηθεί το χρώμα των κοπράνων.¹²

4.6.3 Εργαστηριακές μελέτες

Οι αρχικές μελέτες θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον προδιορισμό του αιμοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, προσεκτική εκτίμηση των χαρακτήρων της μορφολογίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων (υπόχρωμα, μικροκυτταρικά ερυθρά

αιμοσφαίρια υποδηλώνουν ότι η απώλεια αίματος είναι χρονία), αρίθμηση των λευκών αιμοσφαιρίων, λευκοκυτταρικό τύπο και αρίθμηση των αιμοπεταλίων. Ο χρόνος προθρομβίνης, ο μερικός χρόνος θρομβοπλαστίνης και άλλες μελέτες της πήξεως θα πρέπει να διενεργηθούν ώστε να αποκλειστούν πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς διαταραχές της αιμοστάσεως θρόμβου. Η ακτινογραφία της κοιλίας σπανίως είναι υποβοηθητική στη διάγνωση, εκτός εάν υπάρχει υποψία διατρήσεως σπλάχνου. Μολονότι οι αρχικές μελέτες είναι πολύτιμες και ουσιώδεις, η επανειλημμένη εκτίμηση των εργαστηριακών δεδομένων είναι σημαντική στην εκτίμηση της κλινικής πορείας της αιμορραγίας.¹⁷

4.6.4 Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση

Η διαγνωστική προσέγγιση του αρρώστου με γαστρεντερική αιμορραγία πρέπει να εξατομικεύεται. Η αρχική αντιμετώπιση της γαστρεντερικής αιμορραγίας πρέπει να γίνεται από παθολόγο, αλλά είναι φρόνιμο να πέρνεται και η γνώμη του χειρουργού, σε περίπτωση όπου η αιμορραγία δεν μπορεί να ελεγχθεί με συντηρητική αγωγή.²⁸

Όταν υπάρχει ιστορικό μέλαινας ή και αιματεμέσεως ή η υποψία αιμορραγίας από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος, πρέπει να τοποθετείται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας προκειμένου να κενωθεί ο στόμαχος και να προσδιοριστεί εάν η αιμορραγία προέρχεται από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Εάν το αρχικό προϊόν της ρινογαστρικής αναρροφήσεως είναι καθαρό, ο σωλήνας πρέπει να μείνει στην ίδια θέση μέχρις ότου εμφανιστεί χολώδες υγρό, δεδομένου ότι ενεργός αιμορραγία από τον δωδεκαδάκτυλο μπορεί να συνδυάζεται με καθαρό ρινογαστρικό αναρρόφημα. Αυτό οφείλεται σε ανεπάρκεια του περιεχομένου του δωδεκαδακτύλου να παλινδρομήσει προς το στόμαχο λόγω πυλωρικής ευερεθιστότητας και σπασμού. Εάν το αναρρόφημα είναι χολώδες και αρνητικό για λανθάνουσα αιμορραγία, συμπαιρένεται ότι δεν συμβαίνει ενεργός αιμορραγία στη γαστροδωδεκαδακτυλική περιοχή και ο ρινογαστρικός σωλήνας πρέπει να αφαιρείται.¹⁷

Εάν από το ρινογαστρικό σωλήνα αναρροφηθεί ερυθρό αίμα ή υλικό «σαν κατακάθια καφέ», πρέπει να αρχίσει αλατούχος πλύση του στομάχου. Η πλύση έχει δύο σκοπούς : παρέχει στον κλινικό μία εκτίμηση της ταχύτητας της αιμορραγίας και καθαρίζει το στομάχι από παλαίο αίμα, προκειμένου να γίνει δυνατή η γαστροσκόπηση. Οι επόμενοι διαγνωστικοί χειρισμοί θα εξαρτηθούν από το εάν η

αιμορραγία συνεχίζεται αυτό μπορεί να εκτιμηθεί από τα ζωτικά σημεία, τις απαιτήσεις για μετάγγιση, και τον αριθμό και τη σύσταση των κενώσεων. Τα περισσότερα ιατρικά κέντρα διαθέτουν σήμερα πεπειραμένους ενδοσκόπους, καθώς και ακτινολόγους με εξοπλισμό για εκλεκτική αρτηριογραφία, ώστε να είναι δυνατή η εκτέλεση επείγουσών ενδοσκοπικών, αγγειογραφικών και ακτινολογικών εξετάσεων με βάριο, από την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο. Πρέπει να τονιστεί, ότι η διαπίστωση βλάβης σε άρρωστο με γαστρεντερική αιμορραγία, θα πρέπει επίσης να συνοδεύεται και από την ένδειξη, ότι αυτή η βλάβη αποτελεί και τη θέση της αιμορραγίας.^{15,28}

Εάν το προϊόν της αναρροφήσεως του ρινογαστρικού σωλήνα δείχνει, ότι η αιμορραγία έχει σταματήσει, η διαγνωστική διαδικασία πρέπει να προχωρεί είτε σε οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση είτε σε μελέτες του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος με βάριο. Μολονότι η ενδοσκόπηση παρέχει καλύτερο διαγνωστικό αποτέλεσμα, δεν έχει αποδειχθεί τελείως, ότι η επιβίωση αυξάνει, εάν γίνει έγκαιρη η ενδοσκόπηση. Η εξέταση με βάριο συχνά εντοπίζει την πιθανή πηγή της αιμορραγίας, αλλά υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί κατά την εκτέλεση τέτοιων ακτινογραφιών. Πρώτο, βλάβες, όπως η διαβρωτική γαστρίτιδα και οι διαβρώσεις του συνδρόμου Mallory-Weiss δεν γίνονται ορατές στην ακτινογραφία. Δεύτερο, εάν ο άρρωστος αιμορραγήσει μετά από εξέταση με βάριο, η κατακρατηθείσα σκιερά ουσία θα καταστήσει δύσκολη την ενδοσκόπηση και αδύνατη την αγγειογραφία. Προφανώς, η εφαρμογή αυτής της μεθόδου πρέπει να εξατομικεύεται. Η απόφαση της εφαρμογής της οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπησης ή ακτινογραφιών με βάριο θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες, περιλαμβανομένων της διαθεσιμότητας πεπειραμένου ενδοσκόπου και της καταστάσεως του αρρώστου. Μερικές μελέτες έχουν δείξει, ότι η επείγουσα ενδοσκόπηση και μία επιθετική διαγνωστική προσέγγιση δεν μειώνουν γενικά τη θνητότητα και τη θνησιμότητα του αρρώστου. Ωστόσο, η επείγουσα ενδοσκόπηση μπορεί να είναι σημαντική για τον προγραμματισμό της θεραπείας σε μερικούς αρρώστους με κίρρωση ή προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση του στομάχου. Νεότερες τεχνικές με σκοπό την πήξη αιμορραγούντων ελκών ή την σκλήρυνση κισμών μέσω του ενδοσκοπίου μπορεί να διευρύνουν τις ενδείξεις και τη χρησιμότητα της πρώιμης ενδοσκοπήσεως στο μέλλον.¹⁷

Η επίμονη αιμορραγία του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος πρέπει να αντιμετωπίζεται διαφορετικά και οι περισσότεροι κλινικοί προχωρούν αμέσως σε οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση. Ο προσδιορισμός της θέσεως και της αιτίας της αιμορραγίας είναι ουσιώδης για την κατάλληλη θεραπεία, ιδίως εάν υπάρχουν κίρσοι. Η πληροφορία αυτή είναι χρήσιμη και για το χειρουργό, από τον οποίο μπορεί να ζητηθεί να επέμβει, και για τον αγγειολόγο, σε περίπτωση όπου η ένεση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων στην αρτηρία, που τροφοδοτεί την θέση της βλάβης, θα θεωρηθεί σκόπιμη. Επομένως, η προοπτική εκτελέσεως χειρουργικής επεμβάσεως ή αγγειογραφίας ή η υποψία αιμορραγούντων κίρσων αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση κατά την εκτίμηση του αρρώστου με επίμονη αιμορραγία του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος.²⁸

Αντίθετα, η φαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση είναι λιγότερο ζωτική στην εκτίμηση μαζικής αιμορραγίας, επειδή οι μεγάλες ποσότητες του αίματος εμποδίζουν την ορατότητα των παθολογανατομικών βλαβών του βλεννογόνου. Σ' αυτή την περίπτωση, η εκλεκτική αρτηριογραφία ή η χειρουργική επέμβαση είναι πιο κατάλληλες. Εάν η αιμορραγία συνεχίζεται και το προϊόν της γαστρικής αναρροφήσεως δεν είναι πρόσφατο αίμα, η θέση της αιμορραγίας μπορεί να εντοπίζεται κάτω από σύνδεσμο του Treitz. Σ' αυτή την περίπτωση η αγγειογραφία είναι συχνά πολύτιμη προκειμένου να τεθεί η διάγνωση. Η αγγειογραφική κατάδειξη της θέσεως της αιμορραγίας απαιτεί απώλεια αίματος με ρυθμό τουλάχιστον 0,5ml/min. Σχετικά κλινικά σημεία που αντανakλούν το βαθμό απώλειας αίματος περιλαμβάνουν την υπόταση που επηρεάζεται απ' τη θέση του σώματος και την αναγκαιότητα για μετάγγιση αίματος προκειμένου να διατηρηθούν σταθερά τα ζωτικά σημεία. Η επείγουσα αγγειογραφία μπορεί να εντοπίσει τη θέση της αιμορραγίας. Ωστόσο, η αιτία της αιμορραγίας μπορεί να μην προσδιοριστεί, εκτός εάν υπάρχουν κίρσοι, αγγειακές δυσπλασίες ή ανευρύσματα.³⁵

Η θεραπευτική αγγειογραφία αποτελεί ελπιδοφόρο μέσον ελέγχου της επιμένουσας αιμορραγίας. Η συνεχής ενδοαρτηριακή έγχυση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων, όπως βαζοπρεΐνης, είναι συνήθως επιτυχής στον έλεγχο της αιμορραγίας, που οφείλεται σε γαστρικό έλκος ή διαβρώσεις του συνδρόμου Mallory-Weiss. Επιπροσθέτως, εμβολική ουσία μπορεί να ενεθεί κατ' ευθείαν στην αρτηρία, που αιματώνει την αιμορραγούσα θέση. Οι ενδοφλέβιες εγχύσεις

βαζοπρεσίνης και η ενδοσκοπική σκλήρυνση για τον έλεγχο της αιμορραγίας από κισσούς, φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη αξία από όσο αγγειογραφικές τεχνικές.¹⁵

Εάν διαγνωσθούν αιμορραγούντες οισοφαγικοί κισσοί με την υψηλή ενδοσκόπηση, περιφερικές εγχύσεις βαζοπρεσίνης (πιτρεσίνης) μπορεί να ελέγξουν την αιμορραγία. Η ανταπόκριση σε μία τέτοια θεραπεία εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του αρρώστου, όπως εκτιμάται από μερικές κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους (κριτήρια του Child). Έχει δειχθεί, ότι η ενδοαρτηριακή βαζοπρεσίνη δεν είναι αποτελεσματικότερη από την ενδοφλέβια χορήγηση για τον έλεγχο της αιμορραγίας από κισσούς. Οι κισσοί μπορεί να ελεγχθούν, επίσης, με επιπωματισμό με μπαλλόνι του σωλήνα Sengstanken-Blackmore. Σε αντίθεση με τη βαζοπρεσίνη, αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται γενικά ως σταθεροποιητικό προεγχειρητικό μέτρο, που θα πρέπει να ακολουθηθεί από χειρουργική αποσυμπίεση του πυλαίου συστήματος μέσα σε 48 ώρες, όταν αυτό είναι εφικτό.¹⁷

Κατά την εκτίμηση της αιμορραγίας του κατώτερου γαστρεντερικού συστήματος οι σημαντικότερες εξετάσεις είναι η δακτυλική εξέταση, η πρωκτοσκόπηση και η σιγμοειδοσκόπηση. Η τελευταία μπορεί να αποκαλύψει τη θέση της αιμορραγίας ή να αποδείξει την ύπαρξη αίματος, που προέρχεται πάνω από την άκρη του οργάνου. Εάν συνεχίζεται η ζωή αιμορραγία, η αρτηριογραφία μπορεί να βοηθήσει στην εντόπιση της θέσεως της και να επιτρέψει την τοπική έγχυση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων με σκοπό τον έλεγχο της. Δοθέντος ότι η αρτηριογραφία ανακαλύπτει ενεργώς αιμορραγούσες βλάβες μόνο όταν η απώλεια αίματος υπερβαίνει τα 0.5ml/min και η γαστρεντερική αιμορραγία είναι συνήθως διαλοίπουσα, η αρτηριογραφία είναι κατά κανόνα μη διαγνωστική. Το σπινθηρογράφημα με ραδιοσημασμένα ερυθρά είναι περισσότερο ευαίσθητο από όσο η αρτηριογραφία στην αποκάλυψη απώλειας αίματος 0,1ml/min και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έρευνα λιγότερο σοβαρής αιμορραγίας.¹⁶ Ωστόσο, τα σπινθηρογραφήματα αιμορραγίας είναι λιγότερο ειδικά από όσο η αρτηριογραφία, δοθέντος ότι εντοπίζουν γενικώς τη βλάβη, αλλά σπάνια κάνουν σαφή διάγνωση. Τα σπινθηρογραφήματα σε περίπτωση αιμορραγίας βοηθούν πάρα πολύ στην ανακάλυψη ενεργού, μικρής ή διαλείπουσας αιμορραγίας ώστε να προγραμματιστεί χρονικά η αρτηριογραφία και να επιτευχθεί το μέγιστο διαγνωστικό αποτέλεσμα. Διάφορες έρευνες διεξάγονται πρόσφατα για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της κολονοσκόπησης στην ανακάλυψη βλαβών, που βρίσκονται υψηλότερα απ' το

σιγμοειδές. Όπως συμβαίνει και με την οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση η μαζική αιμορραγία εμποδίζει την αποτελεσματική χρήση της κολονοσκόπησης και σε τέτοιες περιπτώσεις δεν πρέπει να επιχειρείται. Τέλος ο βαριούχος υποκλυσμός έχει περιορισμένο ρόλο στην εκτίμηση της οξείας αιμορραγίας απ' το ορθό. Όταν το παχύ έντερο πληρωθεί με βάριο, μπορεί να εντοπιστούν οι δινητικές πηγές της αιμορραγίας, αλλά δεν θα προσδιοριστεί κατ'ανάγκη η αιμορραγούσα θέση. Περαιτέρω, εάν, η αιμορραγία υποτροπιάσει, η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου και η αγγειογραφία, που θα επακολουθήσουν, θα είναι δύσκολο να ερμηνευθούν λόγω της κατακρατήσεως της σκιερής ουσίας.¹⁷ Ως εκ τούτου, είναι σκόπιμο να αναβάλλονται οι μελέτες με βάριο τόσο του ανώτερου και του κατώτερου εντέρου για τουλάχιστον 24 ώρες μετά από την παύση της ενεργού αιμορραγίας.²⁸

Η πρόγνωση για τη συνεχιζόμενη ή την υποτροπιάζουσα αιμορραγία εξαρτάται από την παρουσία ή την απουσία ορατού αιμορραγούντος αγγείου στον κρατήρα του έλκους. Ο κίνδυνος για υποτροπιάζουσα σημαντική αιμορραγία είναι τουλάχιστον 50% από ένα μη αιμορραγούν αγγείο και 80% αν το αγγείο αιμορραγεί ενεργώς και οι δύο αυτές κατηγορίες ασθενών θα χρειασθούν ενεργό θεραπεία. Αντιστρόφως, ο κίνδυνος για περαιτέρω αιμορραγία είναι μικρότερος από 10% στην περίπτωση απουσίας ορατού αγγείου. Η καταπληξία κατά την εισαγωγή φαίνεται ότι είναι ο πλέον σημαντικός από τους μη ενδοσκοπικούς παράγοντες πρόγνωσης. Επομένως, ο συνδυασμός καταπληξίας και ορατού αγγείου ή υπερκείμενου θρόμβου ενέχει 80% κίνδυνο για περαιτέρω αιμορραγία. Επίσης ηλικία άνω των 60 ετών συνιστά πρόγνωση για υποτροπιάζουσα αιμορραγία.¹⁷

Η θνησιμότητα από αιμορραγία πεπτικού έλκους κυμαίνεται από 6 έως 10% και πολλές μελέτες έχουν γίνει για να διαπιστωθούν οι παράγοντες που συσχετίζονται με κακή πρόγνωση. Η υποτροπή της αιμορραγίας και η παρουσία ορατού αγγείου είναι σταθερά συνδεδεμένη με αυξανόμενη θνησιμότητα. Από τα κλινικά σημεία, καταπληξία, ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών συνδέονται επίσης με πρόγνωση επιδείνωσης. Παρότι δεν συσχετίζεται ανεξαρτήτως, η παρεμπόδιση νόσος συνδυάζεται με κακή έκβαση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι η χειρουργική επέμβαση μόνη έχει μικρή επίδραση στη θνησιμότητα.²⁸ Οι Clason et al ταυτοποίησαν επτά παράγοντες με ανάλυση πολυμεταβλητών, η οποία προέβλεψε ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο για περαιτέρω αιμορραγία ή θνησιμότητα (Πίνακας

2). Ωστόσο, όταν έγιναν ρυθμίσεις για την σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων με βαθμιαία λογιστική παλινδρόμηση, μόνο τέσσερις παρέμειναν σημαντικοί για πρόκληση περαιτέρω αιμορραγίας, και συγκεκριμένα ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών, εισαγωγή με αιμοσφαιρίνη μικρότερη των 8g/dL, η καταπληξία και η παρουσία ορατού αγγείου στον κρατήρα του έλκους. Όσον αφορά στη θνησιμότητα, ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών η παρουσία κλινικής καταπληξίας και ένα νέο επεισόδιο αιμορραγίας αναδείχθηκαν σε ανεξαρτήτως σημαντικούς παράγοντες για την πρόβλεψη της θνησιμότητας. Δεδομένου ότι η υποτροπή αιμορραγίας συνδέεται με ορατό αγγείο στον κρατήρα του έλκους, το τελευταίο επίσης επηρεάζει αντιστρόφως την πρόγνωση. Όταν η έκβαση, αξιολογούμενη ως προς την υποτροπή της αιμορραγίας ή το θάνατο, αναλυθεί σε σχέση με την αθροισμένη βαθμολογία ανεξαρτήτων παραγόντων, διαπιστώνεται κλιμακωτή πρόοδος όταν υπάρχουν περισσότεροι από ένα παράγοντες (Πίνακας 3). Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι το φυσιολογικό ιστορικό της αιμορραγίας από πεπτικό έλκος είναι σύνθετο και πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τον σχεδιασμό κάθε ελεγχόμενης δοκιμής για την αξιολόγηση μιας θεραπευτικής παρέμβασης για τον έλεγχο παρόμοιας αιμορραγίας. Δυστυχώς, δεν ίσχυε αυτό σε ορισμένες μη ελεγχόμενες δοκιμές, που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα της σωματοστατίνης για την ένδειξη αυτή.³⁵

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΘΗΚΑΝ
ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ
ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ Ή ΘΑΝΑΤΟ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Παράγοντας	Υποτροπή αιμορραγίας	Θνησιμότητα
Ηλικία >60 σε σύγκριση με <60	p=0,0001	p=0,0001
Νόσος «με καταπληξία» σε σύγκριση με νόσο «χωρίς καταπληξία»	p=0,0001	p=0,0001
Παρεμπίπτουσα σά σύγκριση με μη παρεμπίπτουσα νόσο	p=0,001	p=0,0001
Hb <8 σε σύγκριση με >8g/dL	p=0,0001	p=0,0001
Μετάγγιση (αίματος) >5 σε σύγκριση με <5 μονάδων	p=0,001	p=0,0001
Ορατό σε σύγκριση με μη ορατό αγγείο	p=0,0001	p=0,0001
Μαζί αιματέμεση και μέλαινα, σε σύγκριση με αιματέμεση ή μέλαινα	p=0,0001	p=0,001
Υποτροπή αιμορραγίας σε σύγκριση με μη υποτροπή		p=0,0001

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΚΙΝΔΥΛΟΥ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ Ή ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΩ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

Αριθμός σημαντικών Ανεξάρτητων παραγόντων	0	1	2	3	4
Υποτροπή αιμορραγίας (%)	10	11	34.5	62.3	71.4
Θνησιμότητα (%)	1.0	3.1	25.3	60	

4.7 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

4.7.1 Γενικά

Αναφορικά προς τη συχνότητα, ο καρκίνος του στομάχου κατέχει την πρώτη θέση στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες έρχεται μετά τον καρκίνο του μαστού και της μήτρας. Η συνηθέστερη εντόπιση του καρκίνου του στομάχου είναι ο πυλωρός, το καρδιακό στόμιο και το ελάσσον τόξο, σπανιότερα δε, εντοπίζεται στο μείζον τόξο και τα τοιχώματα.³²

Γενετικοί παράγοντες παρεμβαίνουν: α) Συγγενείς αρρώστων που πάσχουν από καρκίνο του στομάχου, προσβάλλονται σε μεγαλύτερη αναλογία απ'ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός. β) Άτομα ομάδας αίματος Α προσβάλλονται συχνότερα. γ) Άτομα με ατροφική γαστρίτιδα ή κακοήθη αναιμία προσβάλλονται σε ποσοστό 10% περίπου, ενώ άτομα με γαστρικούς πολύποδες σε ποσοστό 25-30%. Παλαιότερα γινόταν δεκτό ότι το έλκος στομάχου υφίσταται συχνά κακοήθη εξαλλαγή. Σήμερα υποστηρίζεται ότι αυτό που θεωρείται ως εξαλλαγέν έλκος ήταν από την αρχή καρκίνος και ότι η εξαλλαγή είναι σπανιότητα.

Από επιδημιολογική άποψη τα εξής είναι γνωστά: Η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου είναι μεγαλύτερη α) όπου το έδαφος είναι πλούσιο σε οργανικές ουσίες, β) σε άτομα χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων και γ) σε ορισμένους πληθυσμούς όπως οι Ιάπωνες και οι Ισλανδοί.¹⁰

4.7.2 Συμπτωματολογία

Πρόκειται για νόσο που δύσκολα μπορεί να διαγνωσθεί νωρίς, όχι μόνο χάρη της παραπλανητικής εικόνας της εμφανίσεως της, αλλά και λόγω της ελλείψεως μεγάλου χρονικού διαστήματος από την έναρξη μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων της.

Γενικά μπορεί να εμφανισθεί με τις ακόλουθες κλινικές εικόνες:

- 1) *Δυσπεψία και φούσκωμα*, τα οποία ουδέποτε προηγουμένως παρατηρήθηκαν στο πάσχον άτομο και που είναι επίμονα.
- 2) *Υπουλη εισβολή*. Ειδικά ο προσβληθείς, αισθάνεται κουρασμένος και αδύνατος. Τρία συμπτώματα είναι δυνατόν να εμφανισθούν: αναιμία, ανορεξία και αδυναμία.
- 3) *Αποφρακτικά συμπτώματα*. Ο καρκίνος του καρδιακού στομίου του στομάχου προκαλεί δυσφαγία, ο δε του πυλωρικού πληρότητα (φούσκωμα) και εμέτους.

4) *Διόγκωση επιγαστρίου*. Χωρίς κανένα άλλο σύμπτωμα προηγουμένως είναι δυνατό να εμφανισθεί διόγκωση κατά το επιγάστριο για την οποία και μόνον ο ασθενής καταφεύγει στον ιατρό. Στο 30% των περιπτώσεων είναι δυνατό να ψηλαφηθεί όγκος επιγαστρίου.

5) *Τελεία ησυχία*. Καρκίνος του σώματος του στομάχου είναι δυνατό να μην επιφέρει ενοχλήματα και να προκαλεί αποφρακτικό ίκτερο, λόγω μεταστάσεως στο ήπαρ, ασκίτη λόγω καρκινωματοδών μεταστάσεων στο περιτόναιο, όγκο του krukemberg και μεταστάσεις στις ωοθήκες.

6) *Αιμορραγίες*. Αιμορραγίες σημειώνονται με τη μορφή σκοτεινόχρωμων κενώσεων ή αιματεμέσεων.^{32,12}

4.7.3 Μεταστάσεις

Ιστολογικά πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Ο καρκίνος διηθεί στο μυϊκό χιτώνα και το περιτόναιο. Αρχικά μέσω των λεμφοφόρων προσβάλλει τους γειτονικούς λεμφαδένες κι'απ'εκείνους προαορτικούς, τους αδένες της πύλης του ήπατος, του μεσοθωρακίου όπως και τους υπερκλειδίου αδένες αριστερά (αδένες του Virchow) στη συνέχεια το ήπαρ, τον σωλήνα, το πάγκρεας και το εγκάρσιο κόλον. Μεταστάσεις στο περιτόναιο προκαλούν συχνά ασκίτη. Μεταστάσεις στις ωοθήκες είναι συχνές. Το 50% των μεταστατικών όγκων των ωοθηκών προέρχονται από το στομάχι. Αιματογενώς κάνει μεταστάσεις στους πνεύμονες (25%) και στα οστά (5-10%).¹⁰

Απαραίτητες εξετάσεις στη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι η ακτινολογική εξέταση και η γαστροσκόπηση μαζί με βιοψία.³²

4.7.4 Θεραπεία

Χειρουργική που συνίσταται σε μικρή ή ολική γαστρεκτομή ανάλογα με τη θέση και την έκταση του όγκου. Δυστυχώς ριζική αφαίρεση δεν είναι πολλές φορές δυνατή. Σε 40% των πασχόντων στους οποίους η ριζική εξαίρεση είναι δυνατή, η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται από 15-60% ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι διηθημένων αδένων. Η πρόγνωση της πλαστικής λινίτιδας είναι πολύ κακή.

Σε προχωρημένο καρκίνωμα με μεταστάσεις εκτελείται συχνά περιορισμένη γαστρεκτομή με σκοπό την αποφυγή απόφραξης ενώ σε εξασθενημένα άτομα εκτελείται απλά γαστροεντεροαναστόμωση.

Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις, χημειοθεραπεία με 5-φθοριουρακίλη προκαλεί αναστολή της νόσου σε μερικές περιπτώσεις. Τελευταία ενθαρρυντικά αποτελέσματα ανακοινώθηκαν από κάποια κέντρα ακτινοθεραπείας υψηλής ενέργειας με βετατρόνιο.¹²

4.8 ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.8.1 Γενικά

Προσβάλλει κυρίως άτομα 50-70 ετών. Το 50% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εδράζονται στο ορθό. Πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα που συνήθως εκκρίνει βλέννα. Μακροσκοπικά εμφανίζεται ως ανθοκραμβοειδής όγκος, πολύποδες, εξέλκωση ή στενωτική βλάβη. Εκτείνεται στη συνέχεια στους γύρω ιστούς και τους λεμφαδένες ή αιματογενώς στο ήπαρ, στους πνεύμονες κ.λ.π.¹⁰

Ταξινομείται σε στάδια (κατά Duke) ως εξής :

Στάδιο Α, το νεόπλασμα είναι περιορισμένο στο τοίχωμα του εντέρου.

Στάδιο Β, το νεόπλασμα επεκτείνεται πέραν του τοιχώματος του εντέρου αλλά χωρίς λεμφική συμμετοχή.

Στάδιο C1, όταν έχουν επινεμηθεί οι επιχώριοι μόνον αδένες.

Στάδιο C2, όταν έχουν επινεμηθεί και άλλοι αδένες εκτός των επιχωρίων.

Προκαρκινοματώδεις καταστάσεις είναι : α) ελκώδης κολίτιδα ολόκληρου του παχέος εντέρου που χρονολογείται από 10 και πλέον έτη, β) οικογενείς πολύποδες.¹²

4.8.2 Κλινική εικόνα

Ποικίλλει ανάλογα με την εντόπιση της νόσου.

1. Σε καρκίνωμα του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου προέχουν τα φαινόμενα της απόφραξης και αυτό γιατί ο αυλός είναι στενότερος και το περιεχόμενο στερεότερο από το δεξιό τμήμα. Ο ασθενής παραπονείται για δυσκοιλιότητα, κωλικοειδή άλγη, ισχυρούς κοιλιακούς ήχους και διάταση κοιλιάς. Αίμα αποβάλλεται συχνά με τα κόπρανα ή μεταξύ των κενώσεων. Συχνά αντί για δυσκοιλιότητα παρουσιάζεται διάρροια (ψευδοδιάρροια) λόγω αποβολής φλεγμονώδους υγρού από το φλοιγμένον τμήμα του παχέος εντέρου πάνω από τη στένωση.

2. Σε καρκίνωμα του δεξιού τμήματος στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια. Ο ασθενής παραπονείται για καταβολή, απώλεια βάρους και αναιμία.

Αντικειμενικά όταν πρόκειται για όγκο του ορθού και της ορθοσιγμοειδικής γωνίας ο όγκος ψηλαφάται κατά τη δακτυλική εξέταση. Συχνά ψηλαφάται μάζα στην κοιλιά. Άλλες εξετάσεις που γίνονται σε τέτοιες καταστάσεις είναι η ορθοσιγμοειδοσκόπηση και ο βαριούχος υποκλυσμός.

Σταθερή διαπίστωση τυφλών αιμορραγιών όταν απουσιάζει άλλη πάθηση του πεπτικού συστήματος είναι πολύ ύποπτη ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα.¹²

4.8.3 Θεραπεία

Η θεραπεία είναι χειρουργική.¹⁰

4.9 ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.9.1 Οικογενείς πολύποδες του παχέος εντέρου

Πρόκειται για σπάνια κληρονομική νόσο που μεταβιβάζεται με επικρατούντα χαρακτήρα, στην οποία εμφανίζονται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία - σπανιότερα σε ενήλικου - πολυάριθμοι αδενωματώδεις όγκοι του βλεννογόνου του πάχους εντέρου και του ορθού. Κλινικά η νόσος χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες και διάρροια. Η διάγνωση γίνεται με βαριούχο υποκλυσμό και ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Στην πόρεια της νόσου οι περισσότεροι πολύποδες εξαλλάσσονται πάντοτε σε καρκίνωμα, γι'αυτό και όταν η νόσος διαγιγνώσκεται, επιβάλλεται κολεκτομία. Πρωκτοκολεκτομία εκτελείται μόνο αν έχει αναπτυχθεί καρκίνωμα στο ορθό.¹⁵

4.9.2 Μονήρεις πολύποδες του παχέος εντέρου

Πρόκειται κατά κανόνα για αδενώματα με καλώς διαφοροποιημένα κύτταρα και σχηματισμό αδένων. Μονήρεις ή πολλαπλοί εντοπίζονται συνήθως στο σιγμοειδές και το ορθό, είναι κατά κανόνα μισχωτοί και η διάμετρος σπάνια φθάνει τα 3cm. Κλινικά εκδηλώνονται με αιμορραγίες από το ορθό. Εξαλλαγή είναι δυνατή. Αν ο πολύποδας εδράζεται στο ορθό ή το σιγμοειδές, αφαιρείται με το σιγμοειδοσκόπιο. Αν εδράζεται σε άλλη μοίρα του παχέος εντέρου, αν η διάμετρός του είναι μικρότερη από 1,5cm συνίσταται απλά παρακολούθηση. Αν σε μεταγενέστερους βαριούχους υποκλυσμούς η διάμετρός του βρεθεί ότι αυξάνεται,

εκτελείται αφαίρεση με λαπαροτομία. Αν από την αρχή η διάμετρος του πολύποδα βρεθεί ανώτερη του 1,5cm αφαιρείται με λαπαροτομία. Επίσης ο πολύποδας αφαιρείται ανεξαρτήτως μεγέθους και προκαλεί ενοχλήματα.²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

5.1 ΟΥΡΟΛΙΘΙΑΣΗ

Ο όρος ουρολιθίαση αναφέρεται στην παρουσία ουρολίων στο ουροποιητικό σύστημα. Ουρόλιθοι σχηματίζονται στην ουροφόρο οδό από ίζημα κρυσταλλικών ουσιών (ασβέστιο, φωσφορικά, οξαλικά, ουρικό οξύ) που απεκκρίνονται στα ούρα.³² Μπορεί να βρεθούν οπουδήποτε, από το νεφρό ως την κύστη και ποικίλλουν σε μέγεθος από μικρούς κόκκους (ψαμμίαση) ως λίθους ουροδόχου κύστης μεγέθους πορτοκαλιού ή κοραλλιοειδές, που καταλαμβάνουν ολόκληρη τη νεφρική πύελο.

Αιτιολογία: Ορισμένοι παράγοντες ευνοούν το σχηματισμό ουρολίων:

1. Απόφραξη και στάση ούρων.
2. Λοιμώξεις, ειδικά από οργανισμούς που διασπούν την ουρία.
3. Αφυδάτωση και συμπύκνωση ούρων.
4. Ακινησία που προκαλεί επιβράδυνση της νεφρικής παροχέτευσης και αλλαγή του μεταβολισμού του ασβεστίου.
5. Υπερασβεστιαμία και υπερασβεστιουρία, που μπορεί να είναι αποτέλεσμα:
 - α. Υπερπαραθυροειδισμού
 - β. Νεφρικής σωληναριακής οξέωσης
 - γ. Υπερβολικής πρόσληψης βιταμίνης D
 - δ. Υπερβολικής πρόσληψης γάλακτος και αλκαλικών
6. Ορισμένες ανωμαλίες υπερλειτουργίας του μυελού των οστών (λευχαιμία, πολυκυτταραιμία, νεφρική και πολλαπλό μυέλωμα) και χημειοθεραπεία για καρκίνο, επειδή στις καταστάσεις αυτές απεκκρίνεται μεγάλη ποσότητα ουρικού οξέος και ούρα.
7. Ανεπάρκεια βιταμινών (ειδικά βιταμίνης A).
8. Ξένα σώματα και ουροφόρο οδό.
9. Υπερβολική πρόσληψη πρωτεϊνών, τσαγιού και χυμό φρούτων.
10. Νόσοι και χειρουργικές επεμβάσεις λεπτού εντέρου (λόγω απορρόφησης περισσότερων οξαλικών αλάτων).

11. Κληρονομικότητα που παίζει κάποιο λόγο στο σχηματισμό λίθων οξαλικού ασβεστίου (ο πιο κοινός τύπος ουρολίθων), κυστίνης και ουρικού οξέος.

12. Το PH ούρων. Ουρικοί λίθοι και λίθοι κυστίνης σχηματίζονται σε όξινα ούρα. Αντίθετα, τα αλκαλικά ούρα ευνοούν το σχηματισμό λίθων φωσφορικού ασβεστίου και εναμμώνιου φωσφορικού μαγνησίου.

Οι μεσήλικοι άνδρες παρουσιάζουν ουρολιθίαση σε μεγαλύτερη αναλογία. Άτομα που είχαν δύο λίθους συνήθως παρουσιάζουν υποτροπές.²⁸

Κλινική εικόνα: Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι:

1. Πόνος είτε κωλικός, νεφρού ή ουρητήρα, είτε διάχυτος οσφυτικός, που μοιάζει με πόνο σπονδυλαρθρίτιδας, οσφυαλγίας κ.λ.π.
2. Αιματουρία, που παρουσιάζεται συνήθως ύστερα από κωλικό, σωματική κόπωση ή μετακίνηση (ταξίδι κ.λ.π.).
3. Συμπτώματα από δευτερογενή λοίμωξη (πυελονεφρίτιδα, κυστίτιδα), ρίγη πυρετός δυσουρία.
4. Ανουρία, λόγω ή απόφραξης και των δύο ουρητήρων ή απόφραξης μονήρους ουρητήρα. Συμβαίνει συνήθως σε ουρική λιθίαση και είναι άλλοτε επώδυνη και άλλοτε ανώδυνη.
5. Καμία εκδήλωση, όπως σε περιπτώσεις μεγάλων (κοραλλιοειδών) λίθων της πυέλου.
6. Γαστρεντερικά συμπτώματα εξαιτίας νεφρο-εντερικών αντανεκλαστικών και ανατομικής σχέσης νεφρών με στομάχι, πάγκρεας, κόλον κ.λ.π.¹⁵

Θεραπεία: Οι βασικοί στόχοι της θεραπευτικής αγωγής είναι η απομάκρυνση του λίθου από το ουροποιητικό σύστημα, ο προσδιορισμός του τύπου του λίθου, η πρόληψη καταστροφής νεφρώνων, ο έλεγχος λοίμωξης και η απελευθέρωση αποφράξεων. Οι σκοποί αυτοί πετυχαίνονται (1) με διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή, (2) με εξωσωματική λιθοτριψία, (3) με διαδερμική αφαίρεση λίθου ή λιθοτριψία, (4) με ουρατηροσκοπική αφαίρεση ή λιθοτριψία, (5) με κυστεοσκοπική λιθοτριψία, (6) με διάλυση λίθου και (7) με χειρουργική αφαίρεση.^{28,1}

5.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Το νεφροεπιθυλίωμα ή αδενοκαρκίνωμα του νεφρού, γνωστό και σαν υπερνέφρωμα ή όγκος του Grawitz, είναι το συχνότερο από τα κακοήθη πρωτοπαθή

νεοπλάσματα του νεφρού. Είναι πολύ σπανιο στην παιδική ηλικία και στα 2/3 των περιπτώσεων απαντάται στον άνδρα. Ο Grawitz πρώτος περιέγραψε τον όγκο αυτό το 1883 και πίστευε ότι προερχόταν από τα επινεφρίδια, γι' αυτό και όρος υπερνέφρωμα.²⁸

Το νεόπλασμα ξεκινά από το επιθήλιο των ουροφόρων σωληναρίων και κατά 90% αποτελείται από διαυγή κύτταρα. Μακροσκοπικός έχει χαρακτηριστική όψη, κίτρινου ή πορτοκαλί χρώματος, με παραλλαγές εξαιτίας του οιδήματος, των αιμορραγιών και των ισχαιμικών βλαβών.

Το αδενοκαρκίνωμα συνήθως περιβάλλεται από ινώδη κάψα, ξεκινά από ένα από τους δύο πόλους, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο και μπορεί να φέρει ασβεστώσεις, που είναι ορατές στην απλή ακτινογραφία.

Με αφετηρία το παρέγχυμα εξαπλώνεται προοδευτικά προς τους κάλυκες και τον πύελο, τα οποία διηθεί και ακρωτηριάζει και επεκτείνεται μέσα και γύρω από το νεφρό κατά μήκος των αγγείων, ιδιαίτερα των φλεβών, δημιουργώντας νεοπλαστικά έμβολα μέσα σ' αυτές. Σε πολλές περιπτώσεις, τα νεοπλαστικά έμβολα σχηματίζονται και μέσα στην κάτω κοίλη φλέβα. Τις μεταστάσεις τις δίνει κυρίως με την φλεβική οδό και σε άλλα όργανα, όπως οι πνεύμονες, τα μακρά οστά και η σπονδυλική στήλη, το ήπαρ, ο άλλος νεφρός και σπάνια ο εγκέφαλος και τα επινεφρίδια. Σε άλλες περιπτώσεις διηθούνται οι οσφυϊκοί παρααορτικοί λεμφαδένες και οι αριστεροί υπερκλειδίοι. Σπάνια οι μεταστάσεις, ιδίως οι πνευμονικές, υποχωρούν μετά τη νεφρεκτομή, αλλά και αυτό είναι συνήθως παροδικό φαινόμενο.¹⁵

Κλινικές εκδηλώσεις. Αυτές μπορεί να είναι:

1. **Αιματουρία.** Η μακροσκοπική ολική αιματουρία αποτελεί το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα. Είναι συνήθως ανώδυνη, εκτός αν τα αιμοπήγματα προκαλέσουν κολικό, υποτροπιάζει χωρίς ρυθμό και δεν έχει καμία σχέση με την κούραση ή προσπάθεια. Η αιματουρία μπορεί να είναι και μικροσκοπική.
2. **Οσφυϊκός πόνος.** Στα αρχικά στάδια είναι ελαφρός, παροδικός και οφείλεται είτε στη διέλευση πηγμάτων στην αποχετευτική οδό, είτε στην τοπική διήθηση, είτε στη διάταση της νεφρικής κάψας από την αιμορραγία στο παρέγχυμα.
3. **Διόγκωση στην οσφύ ή μάζα στην κοιλιά,** που είναι άλλοτε εύρημα του ίδιου του αρρώστου και άλλοτε εύρημα στη συστηματική κλινική εξέταση. Τα τρία

προηγούμενα συμπτώματα αποτελούν και την κλασική κλινική τριάδα του καρκίνου του νεφρού.

4. **Πυριτική κίνηση**, χωρίς καμία εκδήλωση από το ουροποιητικό. Είναι ένας πυρετός επίμονος, που υποτροπιάζει και από πρώτη άποψη αγνώστου αιτιολογίας και προελεύσεως και που μπορεί να αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα ή να συνοδεύεται και από άλλα κλινικά σημεία, όπως ανορεξία, καταβολή των δυνάμεων, αναιμία, κ.λ.π.

5. **Κιρσοκήλη**. Έχει ιδιαίτερη σημασία όταν είναι πρόσφατη. Οφείλεται σε συμπίεση της σπερματικής φλέβας από τον όγκο. Όταν διηθείται η κάτω κοίλη φλέβα ή θρομβούται, τότε μπορεί να παρουσιαστεί και διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος.

6. **Ερυθρότητα του προσώπου και πονοκέφαλος**. Αυτά αποτελούν κλινικές εκδηλώσεις της πολυερυθραιμίας ή της υπερτάσεως. Η τελευταία μπορεί να οφείλεται σε έκκριση της ρενίνης που μπορούν να προκαλέσουν μερικοί όγκοι του νεφρού, ή σε αρτηριοφλεβικά ανευρύσματα του καρκίνου.

7. **Εκδηλώσεις από μεταστάσεις**. Τέτοιες είναι κυρίως από το ήπαρ, τους πνεύμονες και τα μακρά οστά. Στην πρώτη περίπτωση το ήπαρ μπορεί να είναι διογκωμένο και υβώδες και να συνοδεύεται με απώλεια βάρους και ασκίτη. Οι πνεύμονες αν και έχουν μεταστάσεις, ωστόσο δεν εμφανίζουν συνήθως έντονες παθολογικές κλινικές εκδηλώσεις. Οι μεταστάσεις στα οστά μπορούν να εκδηλωθούν με άλγη στα μακρά οστά ή στη σπονδυλική στήλη ή και με αυτόματα κατάγματα. Ψηλαφητός όγκος στην αριστερή συνήθως υπερκλειδία χώρα μπορεί να υποδυλώνει λεμφαδενική μετάσταση. Οίδημα των κάτω άκρων μπορεί επίσης να σημαίνει μεταστατική συμμετοχή της κάτω κοίλης φλέβας.

8. **Ασυμπτωματικός**. Ο καρκίνος δηλαδή να είναι τυχαίο εύρημα της ενδοφλέβιας ουρογραφίας, που έγινε για κάποιο άλλο λόγο.²⁷

Στάδια εξέλιξης του καρκίνου του νεφρού

Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση του καρκίνου του νεφρού χρησιμοποιείται όχι μόνο για την πρόγνωση της νόσου, αλλά και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Έτσι ο καρκίνος του νεφρού διακρίνεται σε τέσσερα στάδια:

Στάδιο I. Ο όγκος περιορίζεται στο νεφρό.

Στάδιο II. Ο καρκίνος έχει εισχωρήσει στο περινεφρικό λίπος, αλλά δεν έχει ξεπεράσει την περιτονία του Gerota.

Στάδιο III. Ο καρκίνος δεν έχει μόνο εισχωρήσει στο περινεφρικό λίπος και έχει ξεπεράσει την περιτονία του Gerota, αλλά έχει εισβάλει στην νεφρική και κάτω κοίλη φλέβα και στους επιχώριους αδένες.

Στάδιο IV. Ο καρκίνος έχει κάνει μεταστάσεις στα γειτονικά όργανα και στους απομακρυσμένους ιστούς.

Αν και η σταδιοποίηση του αδενοκαρκινώματος γίνεται θετικά μόνο κατά την χειρουργική επέμβαση, ωστόσο η χρήση της αγγειογραφίας, της υπερηχοτομογραφίας, της υπολογιστικής τομογραφίας και ο προσδιορισμός των καρκινικών δεικτών, έχει αυξήσει σημαντικά την ακρίβεια της προεγχειρητικής σταδιοποίησεως.¹²

Θεραπεία: 1. Είναι κατά κύριο λόγο χειρουργική. Εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις για μεταστάσεις, τότε εκτελείται ριζική νεφρεκτομή δηλαδή αφαιρούνται ο νεφρός με τα περιβλήματά του (κάψα του Gerota και περινεφρικό λίπος) και τους επιχώριους λεμφαδένες. Αφαιρούνται επίσης και οι παραορτικοί λεμφαδένες. Στις περιπτώσεις αυτές, όπου η χειρουργική προσπέλαση πρέπει να είναι τέτοια ώστε να δημιουργείται ένα μεγάλο χειρουργικό πεδίο που να επιτρέπει στο χειρουργό την εύκολη προσπέλαση του νεφρικού μίσχου, χρησιμοποιούνται η διαπεριτοναϊκή ή η θωρακοκοιλιακή οδός. Σε περίπτωση που ο όγκος έχει εισχωρήσει στην κάτω κοίλη φλέβα, πρέπει τελευταία να διανοίγεται (για την αφαίρεση του τυχόν σχηματισθέντος θρόμβου). Τελευταία έχει προστεθεί στη θεραπευτική αντιμετώπιση και η εμβολή με τεχνητά μέσα, με εκλεκτικό καθετηριασμό της νεφρικής αρτηρίας και των κλάδων της. Η τεχνητή εμβολή είναι λύση ανάγκης σε ανεγχείρητα καρκινώματα, λόγω γενικών ή τοπικών συνθηκών, ή και προτιμήσεως, επειδή η απόφραξη της νεφρικής αρτηρίας περιορίζει την αιμάτωση του όγκου και βοηθάει στην δημιουργία πεδίου αποκολλήσεως και έτσι διευκολύνεται η χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Όταν υπάρχει καρκίνωμα σε μονηρή νεφρό, συνιστάται η μερική νεφρεκτομή. Είναι ακόμη δυνατό να γίνει εκλεκτική απόφραξη του κλάδου της νεφρικής εκείνης αρτηρίας που αιματώνει το καρκίνωμα.²⁷

Η νεφροκτομή, σε περιπτώσεις ελλείψεως μεταστάσεων, έχει σαν αποτέλεσμα την πτώση των επιπέδων της ερυθροποιητίνης, της ρενίνης και του

καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου σε φυσιολογικά επίπεδα. Η ηπατική λειτουργία βελτιώνεται και η υπερασβεστιαμία και η υπέρταση, γίνονται λιγότερο σοβαρές. Αν αναπτυχθούν μεταστάσεις, τα επίπεδα των καρκινικών δεικτών θα ανέβουν και πάλι.

2. Ακτινοβολία, αν και ο καρκίνος του νεφρού και οι μεταστάσεις του είναι ακτινοάντοχοι. Η ακτινοβολία μπορεί να εφαρμοστεί είτε προεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά.

3. Χημειοθεραπεία. Κι εδώ ο μεταστατικός νεφρικός καρκίνος δεν είναι ευαίσθητος στην κυτταροτοξική χημειοθεραπεία. Παρόλα αυτά έχει αναφερθεί κάποια ανταπόκριση των πνευμονικών μεταστάσεων στη Vinblastine.

4. Ορμονοθεραπεία. Η χορήγηση προγεστερόνης (depo-provera) έχει βελτιώσει την κλινική εικόνα του αδενοκαρκινώματος του νεφρού σε ποσοστό λιγότερο του 15%. Πάντως σε προχωρημένες περιπτώσεις η χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία μπορούν να προσφέρουν κάποια βοήθεια.²⁸

5.3 ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΑΠΟΧΕΤΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΪΡΑΣ

Στους όρους της ανώτερης αποχετευτικής μοίρας περιλαμβάνονται οι όγκοι των καλύκων, της νεφρικής πυέλου και των ουρητήρων. Όλοι οι όγκοι αυτοί έχουν κοινά παθολογοανατομικά σημεία και κοινά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.²⁷

5.3.1 Ογκοί της νεφρικής πυέλου και καλύκων

Οι περισσότεροι όγκοι της ανώτερης αποχετευτικής οδού είναι επιθηλιακού τύπου και θηλωματώδους μορφής. Αποτελούν τα 10% των όγκων του νεφρού. Είναι μονήρεις ή πολλαπλοί και είναι δυνατό να εντοπίζονται σε διάφορα σημεία. Τα 80% των όγκων αυτών προέρχονται από το μεταβατικό επιθήλιο και 15% από το πλακώδες. Οι όγκοι από το μεταβατικό επιθήλιο προσβάλλουν κυρίως τους άνδρες, ενώ οι όγκοι από το πλακώδες επιθήλιο προσβάλλουν κυρίως τις γυναίκες. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι θηλωματώδεις αυτοί όγκοι έχουν εξελκώσεις και διηθούν το τοίχωμα της πυέλου ή των καλύκων. Τα επιδερμοειδή νεοπλάσματα είναι εξαιρετικά σπάνια, είναι όμως διηθητικά και κακοηθέστατα.²⁸

Κλινική εικόνα: Η αιφνίδια, και συνήθως έντονη αιματουρία αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα. Τα αιμοπήγματα μπορούν να προκαλέσουν νεφρικό κολικό και η

απόφραξη του ουρητήρα από τον όγκο μπορεί να προκαλέσει οσφυϊκό άλγος. Η όλη κλινική εικόνα μπορεί να συνοδεύεται και από σημεία ουρολοιμώξεως.

Η ενδοφλέβια ουρογραφία και η ανιούσα πυελογραφία αποτελούν τις βασικότερες ακτινολογικές και γενικά εργαστηριακές εξετάσεις. Με αυτές αποκαλύπτεται σιγή του νεφρού (ενδοφλέβια ουρογραφία) και διαυγαστική ελλειμματική εικόνα της πυέλου με ανώμαλο περίγραμμα.

Η κυστεοσκόπηση μπορεί να αποκαλύψει καμιά φορά την πλευρά που αιμορραγεί, ή να αποκαλύψει « δορυφορικούς » όγκους στην κύστη.²⁷

Καρκινικοί δείκτες

Δεν υπάρχουν και εδώ εξειδικευμένοι καρκινικοί δείκτες. Θα μπορούσε να αναμένει κανείς να υπάρχουν οι ίδιοι δείκτες με τον καρκίνο της κύστεως. Πάντως έχει αναφερθεί, ότι στα 2/3 των περιπτώσεων, το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο των ούρων είναι αυξημένο.²⁷

Στάδια εξέλιξης του επιθηλιώματος της ανώτερης αποχετευτικής οδού

Στάδιο I. Με υποβλεννογόνια μόνο εντόπιση

Στάδιο II. Με διήθηση της μυϊκής στιβάδας χωρίς όμως να εξέρχεται απ' αυτήν.

Στάδιο III. Με διήθηση του νεφρικού παρεγχύματος, του περιπυελικού και του περικαλυκτικού λίπους.

Στάδιο IV. Με διήθηση των γειτονικών ιστών εκτός του νεφρού και του ουρητήρα, με διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων και με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Θεραπεία: Η μόνη ριζική, κλασσική και ορθόδοξη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ολική νεφρο-ουρητηρεκτομή, με εκτομή του ουρητηρικού στομίου και του τμήματος εκείνου της κύστεως που το περιβάλλει. Με τον τρόπο αυτό, ελαττώνεται στο ελάχιστο ο κίνδυνος της υποτροπής.

Οι όγκοι της ανώτερης αποχετευτικής μοίρας έχει αποδειχθεί ότι είναι ακτινοάντοχοι. Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι, τελευταία μερικοί συγγραφείς υποδεικνύουν αντί της ολικής νεφρο-ουρητηρεκτομής συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η μερική εκτομή του ουρητήρα, πυέλου κ.λ.π. Στην πραγματικότητα, οι επεμβάσεις αυτές φαίνεται να ενδείκνυνται σε ελάχιστες

περιπτώσεις (και μόνο σε όγκο που συνυπάρχει με υποτροπιάζοντα όγκο της κύστεως).¹⁵

Οι άρρωστοι μετά την εγχείρηση πρέπει να ελέγχονται περιοδικά (για μετάσταση κυρίως στο ήπαρ ή στους πνεύμονες), να ψηλαφείται η κοιλιά τους για τοπική υποτροπή και να υποβάλλονται τακτικά σε ενδοσκοπικό έλεγχο.²⁸

5.4 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΤΡΑ

Οι όγκοι του ουρητήρα είναι στην συντριπτική πλειοψηφία τους, όπως και στους όγκους της πυέλου, επιθηλιώματα, απαντώνται κυρίως στους άνδρες και στο κατώτερο τμήμα του ουρητήρα.

Η αιτιολογία των όγκων αυτών είναι άγνωστοι, όπως και των περισσότερων όγκων του ανθρωπίνου σώματος, αλλά φαίνεται ότι υπεισέρχονται διάφοροι καρκινογόνοι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη των επιθηλιωμάτων σε ολόκληρη την αποχετευτική οδό. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι οι μεταβολίτες της τρυπτοφάνης και η κατάχρηση αναλγητικών ουσιών, κυρίως της φαινακετίνης.

Οι ουρητηρικοί όγκοι μπορεί να είναι μονήρεις ή να συνοδεύονται από «δορυφορικούς» όγκους σε διάφορα τμήματα της κύστεως. Όπως και με τους όγκους της πυέλου και των καλύκων, οι όγκοι του ουρητήρα, στη συντριπτική πλειοψηφία τους, είναι όγκοι από το μεταβατικό επιθήλιο, πολύ σπάνια από το πλακώδες και εξαιρετικά σπάνια πρόκειται για καλοήθεις ινώδης πολύποδες. Εξαιρετικά σπάνιοι είναι και οι μεταστατικοί όγκοι από άλλα όργανα, όπως από τον καρκίνο της μήτρας, του παχέως εντέρου, των μαστών και του προστάτου.²⁷

Η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με τους όγκους της πυέλου, με προεξάρχοντα συμπτώματα την αιματουρία, οσφυϊκό άλγος και κολικούς του σύστοιχου νεφρού.

Κι εδώ η ενδοφλέβια ουρογραφία και ανιούσα πυελογραφία αποτελούν τις βασικότερες εργαστηριακές εξετάσεις για την διάγνωση της παθήσεως. Συνήθως υπάρχει διάταση της κεντρικής μοίρας της αποχετευτικής οδού και στο σημείο του όγκου υπάρχει διαυγαστική ελλειμματική εικόνα με την χαρακτηριστική κυπελλοειδή παρυφή. Ο ακτινολογικός έλεγχος συμπληρώνεται με την απλή ακτινογραφία θώρακος, όπου μπορεί να ευρεθούν σημεία πνευμονικής μεταστάσεως. Η κυστεοσκόπηση μπορεί επίσης να αποκαλύψει την πλευρά του όγκου από την έξοδο αίματος από το σύστοιχο ουρητηρικό στόμιο. Ο ουρητηρικός καθετηριασμός μπορεί

να προκαλέσει την παροχέτευση αίματος μέσω του καθετήρα, όταν ο τελευταίος περάσει το σημείο του όγκου. Τα αιματηρά ούρα μπορεί να καθαρίσουν ξαφνικά όταν η κορυφή του καθετήρα ξεπεράσει το σημείο του νεοπλάσματος.

Όσον αφορά την εξέλιξη της νόσου, τη σταδιοποίηση, τους καρκινικούς δείκτες και τη θεραπεία, είναι τα ίδια που έχουν ήδη περιγραφεί στο κεφάλαιο των επιθηλιωμάτων της πυέλου και των καλύκων.^{27,15}

5.5 ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

5.5.1 Θήλωμα

Ανατομοπαθολογικά στοιχεία

Είναι όγκος του ουροδόχου κύστεως, σφαιρικός άλλοτε μικρός και άλλοτε τόσο μεγάλος που να σκεπάζει όλο το οπτικό πεδίο του κυστεοσκοπίου. Ο όγκος αυτός εκφύεται από το βλεννογόνο της κύστεως με ένα λεπτό μίσχο, μαλακό που φέρει το αγγειακό πλέγμα του όγκου. Το θήλωμα και ο μίσχος καλύπτονται από επιθηλιακό ιστό, έχουν μεγάλη αγγειοβρίθεια και η επιφάνεια του όγκου είναι άλλοτε ομαλή και άλλοτε ανώμαλη σαν φράουλα, ή φέρει προσεκβολές ενώ ο βλεννογόνος της κύστεως γύρω από το θήλωμα είναι φυσιολογικός. Το θήλωμα μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο της κύστεως. Τα θηλώματα μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά και είναι επίσης δυνατό να συνυπάρχουν με θηλώματα της ανώτερης αποχετευτική μοίρας.²⁷

Κλινικές εκδηλώσεις

Η πιο συχνή και τυπική εκδήλωση είναι η αυτόματη και ανώδυνη αιματουρία, που υποτροπιάζει και μπορεί να είναι μικροσκοπική ή μακροσκοπική. Εάν η αιματουρία είναι πολύ έντονη τότε μπορεί να προκαλέσει αιματοκύστη και επίσχεση των ούρων.²⁸

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Πρέπει να αποφεύγεται, κατά το δυνατό, η χειρουργική διάνοιξη της κύστεως και πρέπει πάντοτε να καταβάλλεται προσπάθεια ενδοσκοπικής αντιμετώπισης, με την έννοια όχι μόνο της απλής ηλεκτροπηξίας, αλλά της εκτομής του θηλώματος μαζί με τη βάση του, με τον ηλεκτροτόμο. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται, μετά τη διουρηθρική εκτομή των θηλωμάτων, και η ενδοκυστική πλήση με διάφορα

χημειοθεραπευτικά σκευάσματα, όπως Thio-tera, Adriamycin, Myto mycin, Epodyl, BCG, Interferon, κ.ά.^{27,28}

5.6 ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

Αυτοί μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις, και είναι ασυνήθιστοι, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Στους καλοήθεις όγκους της ανδρικής ουρήθρας ανήκουν τα θηλώματα που εντοπίζονται στην προστατική ουρήθρα και κοντά στον αυχένα, και προκαλούν δυσουρία και κυρίως αιματουρία. Αντιμετωπίζονται διουρηθρικός, αλλά υποτροπιάζουν πολύ συχνά. Άλλοι καλοήθεις όγκοι είναι τα κονδυλώματα, που εντοπίζονται συνήθως στο σκαφοειδή βόθρο και στο έξω στόμιο. Οφείλονται πιθανώς σε διηθητό ιό.²⁸

Στους καλοήθεις όγκους της γυναικείας ουρήθρας ανήκει ο πολύποδας του στομίου της ουρήθρας, που εμφανίζεται κυρίως μετά την εμμηνόπαυση και αποτελεί τον συχνότερο από τους καλοήθεις όγκους. Αναπτύσσεται συνήθως στην κάτω επιφάνεια της ουρήθρας, με πλατιά βάση ή με μίσχο. Η αιματουρία είναι το κύριο σύμπτωμά του. Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνεται από την πρόπτωση του βλεννογόνου της ουρήθρας, την ουρητηροκλήλη και τον καρκίνο της ουρήθρας.

Οι καρκίνοι της ουρήθρας είναι σπάνιοι και αναπτύσσονται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Είναι κακοήθεις στην εξέλιξη τους και αυτοί που εντοπίζονται στα περιφερικότερα σημεία της ουρήθρας είναι επιδερμοειδούς τύπου, ενώ εκείνοι που ευρίσκονται στα κεντρικότερα σημεία της ουρήθρας είναι από το μεταβατικό επιθήλιο. Σε μερικές περιπτώσεις, έχουν αναφερθεί και αδενοκαρκινώματα. Τα νεοπλάσματα που ευρίσκονται στην περιοχή του έξω στομίου μεθίστανται στους επιπολής και στους εν τω βάθει υποβουβωνικούς λεμφαδένες, ενώ εκείνου από τους όγκους που ευρίσκονται κεντρικότερα, μεθίστανται στους περικυστικούς, ιερούς, υπογάστριους και έξω λαγόνιους λεμφαδένες. Μπορούν επίσης να διηθήσουν τον κόλπο και το αιδοίο. Οι καρκίνοι στην ανδρική ουρήθρα εντοπίζονται κυρίως στην περινεϊκή μοίρα και μπορούν να προκαλέσουν όχι μόνο αιματουρία, αλλά και δυσουρικά ενοχλήματα. Η διάγνωση γίνεται με την ανιούσα ουρηθρογραφία την ουρηθροκυστεοσκόπηση και επιβεβαιώνεται με τη βιοψία.²⁷

Θεραπεία: Οι καρκίνοι που εντοπίζονται στο περιφερικό τμήμα της γυναικείας ουρήθρας, αντιμετωπίζονται με χειρουργική αφαίρεση και ακτινοθεραπεία. Οι ίδιοι

όγκοι στους άνδρες αντιμετωπίζονται με μερική εκτομή του πέους και ριζική βουβωνική λεμφαδεκτομή, εφ' όσον υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων. Ο καρκίνος στην περινεϊκή μοίρα της ουρήθρας απαιτεί ριζική εκτομή του πέους και σχηματισμό ουρηθρικού στομίου στο περίνεο. Αν ο καρκίνος βρίσκεται στη βολβική μοίρα, εκτελείται τότε προστατοκυστεκτομή με εκτροπή των ούρων. Στις γυναίκες, αν η κεντρική ουρήθρα ή όλη η ουρήθρα διηθείται από τον καρκίνο, εκτελείται τότε πρώτα ακτινοβολία και μετά ουρηθροκυστεκτομή με εκτροπή των ούρων. Τη χειρότερη πρόγνωση έχουν εκείνοι από τους καρκίνους που ευρίσκονται στο κεντρικό τμήμα της ουρήθρας.^{15,28}

Τα κονδυλώματα, εφ' όσον είναι εξωουρηθρικά, αντιμετωπίζονται με ηλεκτροκαυτηρίαση, lasers, 5-FU και ρετινοειδή, ανάλογα με την κρίση του θεράποντος ιατρού. Η ενδοουρηθρική εντόπιση αντιμετωπίζεται δυσκολότερα με lasers ή ακόμη και διατομή της ουρήθρας και πλαστική.²⁸

5.7 ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ

Αυτοί είναι εξαιρετικά σπάνιοι και είναι συνήθως πρωτοπαθείς. Οι καλοήθεις όγκοι και το σάρκωμα είναι ακόμη σπανιότεροι. Δίνουν συμπτώματα αποφράξεως των ούρων, όπως και η υπερπλασία του προστάτου. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και αιματηρή εκσπερμάτιση. Η δακτυλική εξέταση ψηλαφεί μάζα πάνω από τον προστάτη, σε μία από τις κύστες. Η πρόγνωση είναι κακή.²⁷

5.8 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

Είναι συνήθως επιθηλίωμα μαλιγγιακού τύπου και σχεδόν πάντοτε αναπτύσσεται στη βάλανο, στεφανιαία αύλακα και στην εσωτερική επιφάνεια της ακροποσθίας. Στην αρχή ο καρκίνος παρουσιάζεται σαν μικρό οζίδιο ή σκληρή πλάκα. Στη συνέχεια, μπορεί να πάρει εκβλαστητική ή εξελκωτική μορφή. Επεκτείνεται προς τα σηραγγώδη σώματα του πέους, αλλοιώνει τη βάλανο, αφήνει όμως σχεδόν πάντοτε ανέπαφη την ουρήθρα. Οι βουβωνικοί λεμφαδένες είναι συνήθως διογκωμένοι, στην αρχή από την φλεγμονή και αργότερα από τη νεοπλασματική διήθηση. Οι μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα είναι σπάνιες. Μεταστατικούς όγκους στο πέος μπορεί να δώσουν οι καρκίνοι της κύστεως,

προστάτου, ορθού, των πνευμόνων, του ρινοφάρυγγος, του παγκρέατος, του δέρματος και επίσης η λευχαιμία.²⁸

Αιτιολογία: Θεωρείται πιθανό, ότι την πιο συχνή αιτία του καρκίνου του πέους αποτελεί η χρόνια φλεγμονή και ο ερεθισμός της βάλανου και της ακροποσθίας. Οι άνδρες που έχουν υποστεί περιτομή παρουσιάζουν πολύ σπανιότερα καρκίνο του πέους (λ.χ. οι Εβραίοι).

Διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία του καρκίνου. Τέτοιοι είναι: η λευκοπλακία του πέους, η ερυθροπλασία του Queyrat, η νόσος του Bowen (καρκίνωμα in situ), η φίμωση, τα κονδυλώματα, η βαλανοποσθίτιδα, ο ατροφικός λειχήνας, κ.α.²⁷

Κλινική εικόνα: Μερικές φορές ο καρκίνος εξελίσσεται « κρυμμένος » κάτω από μία φίμωση. Ο άρρωστος παρουσιάζει τότε πυώδες ή και αιματηρό έκκριμα, η βάλανος διογκώνεται και στην ψηλάφηση είναι σκληρή. Στις περιπτώσεις αυτές, μπορεί να γίνει λανθασμένη διάγνωση της βαλανοποσθίτιδας ή της ουρηθρίτιδας και να αντιμετωπισθεί ο άρρωστος φαρμακευτικά, χάνοντας έτσι πολύτιμο χρόνο. Άλλοτε η βάλανος είναι ακάλυπτη και ελεύθερη και τότε ο καρκίνος παίρνει τη μορφή σκληρής πλάκας, οζιδίου ή εξελκώσεως, που αιμορραγεί με την παραμικρή επαφή, χωρίς να προκαλεί διαταραχές στην ούρηση. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχει τη μορφή εκτεταμένης διαβρώσεως της βάλανου. Σε όλες τις μορφές, η βιοψία δίνει την ιστολογική βεβαίωση της διαγνώσεως.^{27,15}

Στάδια εξέλιξεως του καρκίνου του πέους: Αυτά είναι:

Στάδιο Α. Ο καρκίνος περιορίζεται στη βάλανο ή ακροποσθία.

Στάδιο Β. Ο όγκος διηθεί το σώμα του πέους, τα σηραγγώδη σώματα, χωρίς όμως λεμφαδενική συμμετοχή.

Στάδιο C. Ο όγκος διηθεί το σώμα του πέους, τα σηραγγώδη σώματα και τους λεμφαδένες, που είναι όμως εγχειρήσιμοι.

Στάδιο D. Ανεγχείρητοι μεταστατικοί λεμφαδένες και απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Θεραπεία: Στο στάδιο Α γίνεται τοπική αφαίρεση του όγκου, εφ' όσον δεν υπάρχουν βέβαια λεμφαδενικές μεταστάσεις, ή καταστροφή του όγκου με ακτινοβολία. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι ο καρκίνος του πέους είναι ακτινοευαίσθητος. Στο στάδιο Β, γίνεται μερική εκτομή του πέους, πλαστική του στομίου της ουρήθρας και πιθανόν, ακτινοβολία των βουβωνικών λεμφαδένων. Στα στάδια C και D, εκτελούνται ολική

εκτομή του πέους, λεμφαδενεκτομή, ακτινοβολία των βουβωνικών λεμφαδένων, πλαστική του νέου στομίου της ουρήθρας και ίσως, σε προχωρημένα στάδια, χορήγηση χημειοθεραπευτικών όπως της μεθοτρεξάτης ή και του cis platinum.²⁷

5.9 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ

Η φυματίωση του ουροποιογεννητικού συστήματος, αν και σήμερα λιγότερο συχνή εξακολουθεί να είναι η δεύτερη σε συχνότητα εξωπνευμονική εντόπιση. Αν και μπορεί κλινικά να εμφανίζεται με συμπτώματα από ένα μόνο όργανο του ουροποιητικού, ωστόσο προσβάλλει ολόκληρο το ουροποιογεννητικό σύστημα.

Ο οργανισμός που προκαλεί τη μόλυνση είναι ο βάκιλλος του Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), ο οποίος φθάνει στα όργανα του ουροποιογεννητικού συστήματος με την αιματογενή οδό από τους πνεύμονες. Η εντόπιση δηλαδή του βακτηριδίου της φυματίωσης στο ουροποιογεννητικό σύστημα είναι πάντοτε δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής εντόπιση είναι συνήθως ασυμπτωματική και πιθανόν να έχει συμβεί πριν πολλά χρόνια²⁷

Ο νεφρός και πιθανόν και ο προστάτης, αποτελούν τις πρωτοπαθείς εστίες της φυματίωσης στο ουροποιογεννητικό σύστημα. Όλα τα υπόλοιπα όργανα του συστήματος μολύνονται είτε ανιόντως (από τον προστάτη στην κύστη) είτε κατιόντως (από το νεφρό στην κύστη και από τον προστάτη στην επιδιδυμίδα). Ο όρχις μπορεί να μολυνθεί απ' ευθείας από την επιδιδυμίδα.¹⁵

Παθογένεση και παθολογοανατομικές αλλοιώσεις

Όταν τα μυκοβακτηρίδια προσβάλλουν το νεφρικό φλοιό, συνήθως καταστρέφονται από την τοπική άμυνα των ιστών, και αυτό φαίνεται παθολογοανατομικά σαν ουλές στο νεφρικό παρέγχυμα. Εν τούτοις, όταν τα βακτηρίδια είναι πολλά και με δυνατή μολυσματική ικανότητα, ή η συστηματική άμυνα του οργανισμού είναι ελαττωμένη τότε τα βακτηρίδια δεν εξουδετερώνονται από τους αμυντικούς μηχανισμούς των ιστών και έχουμε την κλινική εκδήλωση της νόσου. Η φυματίωση των νεφρών εξελίσσεται αργά, και συνήθως για την καταστροφή τους απαιτούνται 15-20 χρόνια σε έναν άρρωστο με καλή αντίσταση στη μόλυνση.¹⁸

Η εξέλιξη της νόσου χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δύο ειδών αλλοιώσεων που συνήθως συνυπάρχουν:

1. την τυροειδοποίηση και εξέλκωση, που καταστρέφουν το παρέγχυμα και τους βλεννογόνους αντίστοιχα, και
2. τη σκλήρυνση και δημιουργία ινώδους ιστού, που σαν αιτία οργανικής στενώσεως προκαλεί συμπίεση και στραγγαλισμό της αποχετευτικής μούρας, με τη δημιουργία στενωμάτων του ουρητήρος ή των αυχένων των καλύκων ή την ελάττωση της περιεκτικότητας της κύστεως (μικρή ρικνή κύστη).

Κατά κανόνα στα πρώτα χρόνια της νεφρικής παθήσεως δεν υπάρχει νεφρικός πόνος και καμιά ή πολύ ελαφρού βαθμού κλινικές διαταραχές, μέχρις ότου προσβληθούν οι κάλυκες και η πυέλος, οπότε πύον και μυκοβακτηρίδια μπορούν να απελευθερωθούν στα ούρα. Είναι ακριβώς σε αυτό το στάδιο που εμφανίζονται τα συμπτώματα, κυρίως από την κύστη, όπως συχνουρία, καυσουρία, δυσουρία, πόνος στην ούρηση ή και πουρία. Έτσι συνηθίζεται να λέγεται ότι «ο νεφρός πάσχει αλλά η κύστη ομιλεί». Τα κύρια χαρακτηριστικά των εκδηλώσεων αυτών είναι η επιμονή τους όπως και η τάση τους να υποτροπιάζουν και να μην υποχωρούν με τα συνηθισμένα αντιβιοτικά και τη χημειοθεραπεία.²⁷

Η αιματουρία, ο πόνος στην οσφύ και οι λοιμώξεις μπορεί να είναι οι πρώτες εκδηλώσεις της παθήσεως.

Μακροσκοπικά, ο νεφρός με μέτριου βαθμού πάθηση συχνά δεν παρουσιάζει τίποτε το ιδιαίτερο εξωτερικά, αν και συνήθως υπάρχει διαφόρου βαθμού περινεφρίτιδα. Συνήθως υπάρχει μικρό εξόγκωμα με μαλακή σύσταση και κιτρινωπής χροιάς που στη διατομή του παρουσιάζεται γεμάτο από τυρώδες υλικό (τυροειδοποίηση). Στα άλλα υγιή τμήματα του παρεγχύματος βρίσκονται αποστημάτια, ενώ τα τοιχώματα της πυέλου, του ουρητήρα και των καλύκων είναι πεπαχυσμένα. Εξελκώσεις μπορεί να παρουσιάζονται στην περιοχή των καλύκων στα σημεία που παροχετεύονται τα αποστημάτια. Η ουρητηρική στένωση μπορεί να είναι πλήρης και να προκαλεί τη λεγόμενη αυτονεφρεκτομή. Μικροσκοπικά γύρω από τα αποστημάτια του νεφρικού παρεγχύματος παρατηρείται καταστροφή των ιστών και ανάπτυξη ινώσεως, ενώ παρουσιάζεται διήθηση από πλασματοκύτταρα καθώς και επιθηλιακά κύτταρα και γιγαντοκύτταρα, που είναι τυπικά της φυματιώσεως. Παρόμοιες αλλοιώσεις υπάρχουν στα τοιχώματα της πυέλου και του ουρητήρα. Ασβεστοποιήσεις παρουσιάζονται στο νεφρικό παρέγχυμα αλλά και στον ουρητήρα, ενώ ο σχηματισμός νεφρικών λίθων συνυπάρχει στα 10% των αρρώστων. Στις προχωρημένες και βαρύτερες μορφές της φυματιώσεως το νεφρικό παρέγχυμα έχει

πλήρως αντικατασταθεί από τυρώδες υλικό ή ινώδη ιστό και σπάνια αναπτύσσονται περινεφρικά αποστήματα.²⁸

Η κύστη είναι πιο ανθεκτική στην πάθηση και στα αρχικά στάδια παρουσιάζει εικόνα φλεγμονής. Αργότερα τα φυμάτια εμφανίζονται σαν μικρά κιτρινωπά οζίδια στον κυστικό βλεννογόνο και περιβάλλονται από υπεραιμική άλω. Στα τελικά στάδια σχηματίζεται, όπως προαναφέρθηκε, η μικρή και ρικνή κύστη.

Αντίθετα από τους νεφρούς και το ουροποιητικό αποχετευτικό σύστημα, η φυματίωση του γεννητικού συστήματος είναι πλούσια σε κλινικά σημεία. Η επιδιδυμίδα είναι δυνατό να είναι διηθημένη σκληρή και διογκωμένη στο σύνολό της ή στα διάφορα τμήματά της (κεφαλή, σώμα και ουρά). Μερικές φορές είναι κολλημένη στο όσχεο και είναι χαρακτηριστική η δημιουργία συριγγίων.

Ο σπερματικός πόρος προσβάλλεται συχνά και παρουσιάζεται σκληρός και διηθημένος σε όλο το μήκος του, ενώ άλλοτε είναι οζώδης «σαν κομπολόι». Στη δακτυλική εξέταση η προσβολή του προστάτου ή και των σπερματοδόχων κύστεων παρουσιάζεται με τη μορφή σκληρών οζιδίων. Ακτινολογικός, μπορεί να εμφανιστούν και εδώ ασβεστώσεις. Ο όρχις συνήθως δεν προσβάλλεται, εκτός αν προσβληθεί από αποστήματα της επιδιδυμίδας.¹⁵

Κλινικά συμπτώματα. Η υποψία για την παρουσία της φυματίωσης στο ουροποιογεννητικό σύστημα πρέπει να δημιουργηθεί στις εξής περιπτώσεις:

1. στη χρόνια κυστίτιδα που ανθίσταται στην επανειλημμένη χορήγηση αντιβιοτικών,
2. στην παρουσία πυουρίας με στείρα καλλιέργεια των ούρων (απουσία κοινών μικροβίων),
3. στην αιματουρία, μικροσκοπική ή μακροσκοπική,
4. στη χωρίς πόνο διόγκωση της επιδιδυμίδος ταυτόχρονα με την πάχυνση και σκλήρυνση του σπερματικού πόρου,
5. στην ύπαρξη συριγγίων στο όσχεο, ή
6. στην ύπαρξη σκληρών οζιδίων στον προστάτη και πάχυνση της μιας ή και των δύο σπερματοδόχων κύστεων, ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς.

Η νεφρική φυματίωση είναι συνήθως ασυμπτωματική. Μπορεί όμως να υπάρχει αμβλύ άλγος στη σύστοιχη οσφύ ή να παρουσιασθεί κολικός από την κάθοδο ενός πήγματος, λίθου ή και τυρώδους υλικού. Σπάνια μπορεί να παρουσιασθεί μία ανώδυνη μάζα στην κοιλιακή χώρα.

Η παρουσία της νόσου στην κύστη εκδηλώνεται με έντονα καμιά φορά συμπτώματα όπως καυσουρία, αλγουρία, συχνουρία, νυκτουρία και αιματουρία. Όπως προαναφέρθηκε τα αρχικά συμπτώματα της νεφρικής φυματιώσεως αρχίζουν από τη δευτεροπαθή εντόπιση της νόσου στην κύστη.

Η προσβολή του προστάτου και των σπερματοδόχων κύστεων συνήθως είναι ασυμπτωματική και τα πρώτα συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα εκδηλώνονται στην επιδιδυμίδα.²⁷

Θεραπεία: Η φυματίωση πρέπει να αντιμετωπισθεί σαν μια γενικευμένη ασθένεια. Ακόμα και αν υπάρχουν συμπτώματα μόνο από το ουροποιογεννητικό σύστημα, θα πρέπει να υποθέσει κανείς ότι η πάθηση μπορεί να ευρίσκεται και σε άλλα όργανα. Η κύρια αντιμετώπιση της φυματιώσεως γίνεται με τα αντιφυματικά φάρμακα και αυτά είναι:

1. Ισονιαζίδη (INH), per os, σε δόση 300 mg ημερησίως. Η χρήση της είναι δυνατό να προκαλέσει πολυνευρίτιδα, λόγω ελλείψεως βιταμίνης Β6.
2. Myambutol ή Ethambutol, per os, σε δόση 20 mg /kg/24ωρο. Είναι δυνατό να προκαλέσει ανωμαλίες στην όραση.
3. Rifampicine (Rifadine) per os, σε δόση 600 mg ημερησίως. Αυτή μπορεί να προκαλέσει πεπτικές και ηπατικές διαταραχές.

Ο συνδυασμός των 3 πρώτων φαρμάκων είναι ίσως και ο πιο δραστικός. Μαζί με τα αντιφυματικά φάρμακα θα πρέπει να δίνονται και 100 mg ημερησίως Pyridoxine για την αποτροπή της πολυνευρίτιδας, καθώς και 1 mg βιταμίνη C.

Η θεραπεία αρχίζει με τη λεγόμενη δόση εφόδου για 3 μήνες, κατά την οποία χρησιμοποιούνται τρία φάρμακα μαζί. Στο διάστημα αυτό χρειάζεται ανάπαυση και συχνός ηπατικός και οφθαλμολογικός έλεγχος για την πρόληψη παρενεργειών. Ο ακτινολογικός έλεγχος (ενδοφλέβια ουρογραφία) πρέπει να είναι και αυτός τακτικός, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της αντιφυματικής αγωγής και να διαπιστωθεί έγκαιρα η ανάπτυξη ουρητηρικών ή καλυκικών στενωμάτων. Για το λόγο αυτό έχει προταθεί ο καθετηριασμός του ουρητήρα και η χορήγηση μικρών δόσεων κορτικοειδών. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να συνεχιστεί και κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης θεραπείας, η οποία συνεχίζεται για 9 ακόμα μήνες, με τη χορήγηση δύο τουλάχιστον φαρμάκων.^{28,27}

Η χειρουργική θεραπεία ακολουθεί και συμπληρώνει τη φαρμακευτική αγωγή. Αυτή περιλαμβάνει την ουρητηρονεφρεκτομή, η οποία εφαρμόζεται σήμερα όχι τόσο

συχνά όπως παλιότερα και περιορίζεται σε προχωρημένες αλλοιώσεις του νεφρού. Αντί της ολικής νεφρεκτομής, προτιμάται τελευταία η μερική νεφρεκτομή, καθώς και η εκτέλεση πλαστικών χειρουργικών επεμβάσεων στην αποχετευτική μοίρα. Σε περίπτωση μικρής-ρικνής κύστεως μπορεί να γίνει υφολική κυστεκτομή και αναστόμωση της κύστεως με τμήμα ειλεού ή σιγμοειδούς (ειλεο-κυστεο-πλαστική, σιγμοειδο-κυστεο-πλαστική).²⁷

Στη φυματίωση της επιδιδυμίδος εκτελείται επιδιδυμεκτομή και ταυτόχρονα κάλυψη πριν και μετά την εγχείρηση με φάρμακα.

Στη φυματίωση του προστάτου και των σπερματοδόχων κύστεων η θεραπεία είναι φαρμακευτική αν και μερικοί συνιστούν την ολική προστατεκτομή.^{15,27}

Στις σπάνιες περιπτώσεις περινεφρικού αποστήματος, συνιστάται η διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος και ταυτόχρονα ή σε δεύτερο χρόνο, νεφρεκτομή, για να εμποδιστεί η ανάπτυξη συριγγίων. Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας συνιστάται η τακτική εξέταση των ούρων για την ανεύρεση των βακίλων. Η συνδυασμένη φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία επιτρέπει στις περισσότερες περιπτώσεις τη θεραπεία της παθήσεως.

Απαραίτητη όμως προϋπόθεση είναι να γίνει έγκαιρα η διάγνωση, προτού εγκατασταθούν μόνιμες αλλοιώσεις στην αποχετευτική μοίρα. Είναι ανάγκη λοιπόν να αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο της φυματίωσης και να εκτελείται όλη η διερεύνηση προς την κατεύθυνση αυτή, σε όλες τις περιπτώσεις που ο γιατρός βρίσκεται μπροστά σε μια «κυστίτιδα» ή άλλη διαταραχή της ουρήσεως, που συνοδεύεται από τα κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά της νόσου που αναφέρθηκαν πιο πάνω.²⁷

5.10 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

1. Όψιμη αιμορραγία
2. Υπέρταση
3. Ουρολοίμωξη
4. Υδρονέφρωση
5. Περιπελική ψευδοκύστη με ή χωρίς ασβεστοποίηση
6. Έμφρακτο του νεφρού
7. Περινεφρικό απόστημα

5.11 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

5.11.1 Κακώσεις πρόσθιας ουρήθρας

Κλασικά η πρόσθια ουρήθρα τραυματίζεται σε περιπτώσεις που γίνεται πτώση σε θέση «οκλαδόν» και πρόσκρουση του περινέου σε μία σκληρή, αμβλεία επιφάνεια. Έτσι, ο βολβός της ουρήθρας συμπιέζεται μεταξύ της σκληρής επιφάνειας και των ισχυακών κλάδων και έχουμε τραυματική κάκωση της ουρήθρας. Η κάκωση αυτή μπορεί να είναι μία απλή θλάση με μικρού βαθμού ουρηθρορραγία ή να φθάνει μέχρι πλήρους ρήξεως της ουρήθρας, του σπογγιώδους σώματος και της περιτονίας Buck. Στην τελευταία περίπτωση αίμα και ούρα (εάν ουρήσει ο άρρωστος) εισέρχονται στα μαλακά μόρια του περινέου μεταξύ της περιτονίας Buck που καλύπτει το σπογγιώδες σώμα και του βολβοσυρραγγώδους μυός ή εντός του οσχέου ή μπορεί να ακολουθήσουν την οδό προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Εάν έχουμε μόνο ρήξη της ουρήθρας αλλά χωρίς ταυτόχρονη ρήξη της περιτονίας Buck τότε η έξοδος ούρων θα περιορίζεται αυστηρά εντός του ανατομικού πεδίου που αφορίζεται από την περιτονία αυτή.²⁷

Θεραπεία: Σε απλή θλάση της ουρήθρας και απουσία ουρηθρορραγίας ή διαφυγής ούρων και σκιερής ουσίας στην ουρηθρογραφία, εισάγεται ουρηθρικός καθετήρας που αφήνεται σαν νάρθηκας επί μερικές ημέρες. Σε πλήρη ρήξη της ουρήθρας γίνεται υπερηβική κυστεοστομία και γίνεται «κατιόντως» εισαγωγή καθετήρος Νο 16 F από τον αυχένα της κύστεως διαμέσου της ρήξεως και προς τα έξω. Εάν η διόδος του καθετήρος δεν είναι δυνατή τότε χρησιμοποιούνται 2 μεταλλικά κηρία που εισάγονται ταυτόχρονα ένα από τον κυστικό αυχένα και το άλλο από το έξω στόμιο της ουρήθρας. Όταν τα δύο μεταλλικά κηρία έρθουν σε επαφή τότε με ειδικό χειρισμό το περιφερικό κηρίο εισάγεται στην κύστη και στο άκρο του δένεται ένας καθετήρας Νο 16 F που στη συνέχεια ακολουθεί εύκολα το μεταλλικό κηρίο προς τα έξω, μέσω του σημείου της κάκωσης προς το έξω στόμιο της ουρήθρας. Ο καθετήρας αυτός συνήθως αφήνεται να παραμείνει στην ουρήθρα για 6 εβδομάδες.

Εάν η τεχνική αυτή αποτύχει τότε παραμένει η υπερηβική κυστεοστομία και το ουρηθρικό στένωμα διορθώνεται σε 3-6 μήνες με ουρηθροπλαστική σε 1,2 ή περισσότερα στάδια.

Ο ενθουσιασμός που υπήρχε μέχρι πρόσφατα για πρωτοπαθή αναστόμωση, μετά από νεαροποίηση, της ουρήθρας έχει αντικατασταθεί τώρα από μία προσεκτικότερη εκτίμηση του αρρώστου, κυστεοστομία και αποκατάσταση της βλάβης σε πιο εύθετο χρόνο, δηλαδή μετά την απορρόφηση του περιουρηθρικού αιματώματος, την υποχώρηση του τραυματικού οιδήματος, τη χορήγηση αντιβιοτικών κ.λ.π. Ο κυριότερος λόγος της αλλαγής αυτής στη θεραπευτική επιλογή φαίνεται ότι ήταν ο κίνδυνος μετεγχειρητικής ακράτειας ούρων ή σεξουαλικής δυσλειτουργίας αλλά και η επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων της «όψιμης» σε σχέση με την «πρώιμη» ουρηθροπλαστική.^{27,28}

5.11.2 Κακώσεις της μεμβρανώδους και προστατικής ουρήθρας

Ο μηχανισμός της κάκωσης είναι συμπιεστική κάκωση της οστέινης πυέλου. Η συχνότερη κάκωση είναι ο μερικός ή πλήρης διαχωρισμός ή η απόσταση της ουρήθρας πάνω από το άνω πέταλο του ουρογεννητικού διαφράγματος. Συνοδεύεται από κατάγματα των ισχιακών και ηβικών κλάδων που στη συνέχεια προκαλούν τη ρήξη της ουρήθρας. Κακώσεις της μεμβρανώδους ουρήθρας είναι πιο σπάνιες από εκείνες της προστατικής ουρήθρας και συνήθως οφείλονται σε λανθασμένη τεχνική εισαγωγής μεταλλικών ή άλλων κηρίων στην προσπάθεια να αποκαταστήσουν τη ανατομική συνέχεια της ουρήθρας σε ουρηθρικές κακώσεις.¹⁵

Θεραπεία: Ισχύουν και εδώ οι γενικές γραμμές που αναφέρθηκαν και στις κακώσεις της πρόσθιας ουρήθρας. Εάν όμως έχουμε πλήρη απόσπαση του προστάτου, μαζί με την κυστεοστομία θα πρέπει, για να αποφύγουμε τη δημιουργία μεγάλου μήκους στενώματος της προστατικής ουρήθρας, να επανατοποθετηθεί ο προστάτης στο ουρογεννητικό διάφραγμα με ράμματα Vest στο περίνεο. Οι επιπλοκές της κακώσεως της προστατικής ουρήθρας είναι: (α) στένωμα, (β) σεξουαλική δυσλειτουργία και (γ) ουρολοιμώξεις και φλεγμονώδης ουρολιθίαση.

Σε στένωμα της ουρήθρας μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι εγχειρήσεις Badenoch (pull-through operation), Turner-Warwick ή Waterhouse με σύγχρονη αφαίρεση της ηβικής σύμφυσης για καλύτερη έκθεση της περιοχής του στενώματος.²⁷

5.12 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Μπορεί να προέλθουν από τραυματισμούς-κακώσεις του κατώτερου κοιλιακού τοιχώματος, πυροβολισμούς ή πλήξεις-τρώσεις με αιχμηρά αντικείμενα ή να οφείλονται σε εγχειρητικές επεμβάσεις γειτονικών με την κύστη οργάνων.

Η πλήρης περιεχομένου κύστη είναι πιο εύκολο να υποστεί κάκωση από ό, τι η κενή κύστη.²⁷

Πλήξεις στην κατώτερη κοιλιακή χώρα μπορούν να προκαλέσουν συνήθως ενδοπεριτοναϊκή ρήξη της πλήρους κύστεως, ενώ οι συμπιεστικές κακώσεις που ευθύνονται για κατάγματα των ηβικών και ισχιακών κλάδων και τα «κατεαγότα» τμήματα των οστών μπορεί να τρώσουν την κύστη. Στην τελευταία περίπτωση θα έχουμε εξωπεριτοναϊκή ρήξη της κύστεως. Σε συμπιεστικές κακώσεις της πυέλου είναι δυνατόν να έχουμε ταυτόχρονη εξωπεριτοναϊκή ρήξη της κύστεως και κάκωση της προστατικής ουρήθρας.^{27,15}

5.12.1 Ανοικτές κακώσεις της κύστεως

Οφείλονται κύρια σε βλήματα πυροβόλων όπλων ή τραύματα με αιχμηρά αντικείμενα (λ.χ. μαχαίρια ή στιλέτα) και συνήθως συνυπάρχουν με κακώσεις άλλων ενδοκοιλιακών σπλάγχχνων όπως του ορθού, του λεπτού εντέρου ή των λαγονίων αγγείων, ακόμη και με τραυματική κάκωση του περιφερικού ουρητήρος.^{27,7}

5.12.2 Κακώσεις κατά τη διάρκεια εγχειρήσεων

Κυρίως σε καισαρική τομή, υστερεκτομή, ή σε εγχειρήσεις του ορθού και του σιγμοειδούς.

Κλινική εικόνα:

1. Αιματουρία, ολική ή μικροσκοπική
2. Δυσκολία ουρήσεως
3. Συνυπάρχοντα κατάγματα λεκάνης

Ακτινολογικά ευρήματα: Η ανιούσα ουρηθροκυστεογραφία θα δείξει χαρακτηριστικά την ενδοπεριτοναϊκή ή εξωπεριτοναϊκή ρήξη ή αν συνυπάρχει κάκωση της προστατικής ουρήθρας.

Σε ενδοπεριτοναϊκή ρήξη η σκιαγραφική ουσία ανευρίσκεται μεταξύ των εντερικών ελίκων, ενώ στην εξωπεριτοναϊκή ρήξη μπορεί να ανευρεθεί σκιαγραφικό πίσω από το ανιόν κόλλο μέχρι του νεφρού αλλά ποτέ μεταξύ των εντερικών ελίκων.²⁷

Είναι δυνατόν, σε μερικές περιπτώσεις ρήξεως της κύστεως, το κυστεογράφημα να μη δείχνει ρήξη διότι το συνυπάρχον περικυστικό αιμάτωμα «ταμπονάρει» το σημείο της ρήξης. Ακόμη μπορεί το σημείο της ρήξης της κύστεως να βρίσκεται μαζί με μικρή ποσότητα διαφυγόντος σκιαγραφικού μπροστά ή πίσω από την κύστη γι' αυτό θα πρέπει πάντοτε να γίνονται λήψεις όχι μόνο προσθιοπίσθιες αλλά και σε λοξή θέση και ακόμη μετά την κένωση της κύστεως.

Εάν παρά την αρνητική για ρήξη κυστεογραφία, ο άρρωστος εξακολουθεί να αιμορραγεί τότε πρέπει να γίνεται κυστεοσκόπηση που μπορεί να δείξει το σημείο πιθανής ρήξεως.

Εάν η ρήξη της κύστεως είναι μικρού βαθμού καθαρά εξωπεριτοναϊκή, η καλλιέργεια ούρων αρνητική, δεν υπάρχουν ενδείξεις ή υποψία βλάβης του ουρητήρος ή άλλου σπλάγχνου θα πρέπει να εισάγεται ουρηθρικός καθετήρας, ο ασθενής να τοποθετείται σε θέση Fowler και μετά 2 εβδομάδες να γίνει επανάληψη της κυστεογραφίας και αφαίρεση του καθετήρος εάν υπάρχει πλήρης επούλωση της ρήξεως.¹⁵

Αντίθετα σε ενδοπεριτοναϊκή ρήξη της κύστεως θα πρέπει να γίνεται ερευνητική εγχείρηση, συρραφή του ρήγματος, παροχέτευση του προκυστικού χώρου του Retzius και καθετηριασμός με καθετήρα Foley για 1-2 εβδομάδες.²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

6.1 ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Οι δυσλειτουργικές αιμορραγίες, είναι από τα πιο συχνά προβλήματα που οδηγούν τη γυναίκα στο γιατρό, κατά τη διάρκεια της γεννητικής της ζωής.

Ο όρος «δυσλειτουργικές αιμορραγίες της μήτρας», χρησιμοποιείται για να διαχωριστούν οι αιμορραγίες αυτές από τις οργανικής αιτιολογίας αιμορραγίες όπως τα νεοπλάσματα, οι φλεγμονές και η κύηση. Ο όρος αναφέρεται, σε ανώμαλη εμφάνιση αίματος από τη μήτρα, που είναι αποτέλεσμα ορμονικής διαταραχής. Η συνηθέστερη έκφραση της ορμονικής διαταραχής, είναι η ανωοθυλακιορρηξία.²²

Η ανωοθυλακιορρηξία όμως δεν είναι ο μόνος λόγος εμφάνισης αιμορραγίας. Αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν ανώμαλη κολπική αιμορραγία παρουσιάζονται πιο κάτω²⁰

6.2 ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΩΜΑΛΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

1. Ανωοθυλακιορρηξία

Υπερπλασία του ενδομητρίου: Αραιομηνόρροια, μηνομητρορραγία,μηνορραγία συχνομηνόρροια.²

2. Κύηση

Αυτόματη έκτρωση (απειλούμενη ή ατελής): Σταγονοειδής αιμόρροια, μητρορραγία,συχνομηνόρροια.

Εξωμήτριος κύηση: Σταγονοειδής αιμόρροια, μητρορραγία.

Μύλη κύηση: Μητρορραγία.²²

3. Καλοήθεις παθήσεις της μήτρας

Ινομύωματα : Μηνορραγία, μηνομητρορραγία.

Αδενώμωση: Μηνορραγία, μηνομητρορραγία.

Πολύποδες: Σταγονοειδής αιμόρροια, μητρορραγία, μηνομητρορραγία.²⁰

4. Κακοήθεις νεοπλασίες

Τραχήλου: Σταγονοειδής αιμορραγία συνήθως μετά από την επαφή στην

αρχή της νόσου. Έντονη αιμορραγία σε προχωρημένα στάδια.

Μήτρας: Μητρορραγία, μηνομητρορραγία.

Τροφοβλαστική νόσος: Μητρορραγία.²

5. Διαταραχές της αιμοστάσεως και πήξεως του αίματος.

6. Φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, ξένο σώμα, τραύμα από επαφή, ατροφική κολπίτις.²²

6.3 ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

- Αμηνόρροια (Amenorrhoea):

Όταν δεν έχει εμφανισθεί περίοδος για 6 τουλάχιστον μήνες (εφ' όσον δεν υπάρχει εγκυμοσύνη).

- Αραιομηνόρροια (Oligomenorrhoea):

Εμφάνιση περιόδου σε διαστήματα μεγαλύτερα των 45 ημερών.

- Μητρορραγία (Metrorrhagia):

Αιμορραγία που εμφανίζεται κατά ακανόνιστα χρονικά διαστήματα εκτός της αναμενόμενης περιόδου.

- Μηνορραγία (Menorrhagia-Hypermorrhoea):

Αιμορραγία που εμφανίζεται τις ημέρες της αναμενόμενης περιόδου, αλλά σε αυξημένη ποσότητα και διάρκεια.

- Μηνομητρορραγία (Menometrorrhagia):

Αιμορραγίες που μπορεί να εμφανίζονται, άλλοτε τις ημέρες της αναμενόμενης περιόδου και άλλοτε εκτός περιόδου, έτσι ώστε να μην είναι δυνατόν να τις κατατάξει κανείς στις μητρορραγίες ή στις μηνορραγίες.

- Συχομηνόρροια (Polymenorrhoea):

Ακανόνιστα συχνά επεισόδια αιμορραγίας σε χρονικά διαστήματα μικρότερα των 18 ημερών.

- Ολιγομηνόρροια:

Εμφάνιση μικρής ποσότητας αίματος κατά τις ημέρες της κανονικής περιόδου.

- Σταγονοειδής αιμόρροια (Spotting):

Εμφάνιση πολύ μικρής ποσότητας αίματος σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα^{22,2,20}

6.4 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΚ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΩΝ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ

Τα οιστρογόνα είναι ο παράγων που προκαλεί τις μιτωτικές διαδικασίες της αναπτύξεως του ενδομητρίου και για το λόγο αυτό όταν ελαττώνονται απότομα προκαλούν την απόπτωση του ενδομητρίου που μέχρι τώρα ανέπτυσσαν.

Τέτοια κατάσταση μπορεί να εμφανισθεί:

- όταν διακόπτεται απότομα η έξωθεν χορήγηση οιστρογόνων
- όταν γίνεται ωθηκεκτομή χωρίς να αφαιρεθεί η μήτρα
- μετά από ακτινοβολία των ωθηκών
- κατά το μέσο του κύκλου όταν τα οιστρογόνα, που προκάλεσαν την μεσοκυκλική αύξηση της LH πέφτουν απότομα προκαλώντας την μεσοκυκλική σταγονοειδή αιμόρροια (midcycle spotting).
- φυσιολογικά αιμορραγία εξ αποσύρσεως λαμβάνει χώρα μετά την εκφύλιση του ωχρού σωματίου, όπου η απότομη πτώση των οιστρογόνων, αλλά και της προγεστερόνης, προκαλεί την απόπτωση του ενδομητρίου και την εμφάνιση της φυσιολογικής περιόδου.²⁰

6.5 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΚ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΤΩΝ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ

Όταν τα οιστρογόνα δρουν στο ενδομήτριο σε ικανές ποσότητες συνεχώς και για μεγάλα χρονικά διαστήματα, προκαλούν αμηνόρροια. Τα μεγάλα όμως αυτά διαστήματα αμηνόρροιας ακολουθούνται πολύ συχνά από απότομες και έντονες αιμορραγίες που δυνητικά μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας. Τέτοια σοβαρά προβλήματα παρουσιάζονται συχνότερα στα πρώτα μετά την ήβη χρόνια και κατά το κλιμακτήριο. Και οι δύο αυτές περιόδους της ζωής της γυναίκας χαρακτηρίζονται από μεγάλα χρονικά διαστήματα ανωοθυλακιορρηξίας. Από την άλλη πλευρά χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων που δεν έχουν τη δύναμη να αναπτύξουν σωστά το ενδομήτριο, προκαλούν συνεχώς μικρή απώλεια αίματος.^{22,3}

6.6 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

6.6.1 Η παραγωγική φάση

Μετά την εκφύλιση του ωχρού σωματίου και επομένως την ελάττωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, το ενδομήτριο παύει να υποστηρίζεται ορμονικά και μέσα σε λίγες ημέρες αποπίπτει.²

Η ανάπτυξη του ενδομητρίου, για το νέο γεννητικό κύκλο, αρχίζει ενώ ακόμη συνεχίζεται η απόπτωσή του από τις πρώτες ημέρες της περιόδου, κάτω από την δράση των οιστρογόνων που αρχίζουν να παράγονται από τις ωοθήκες. Η δράση των οιστρογόνων είναι μιτωτική, προκαλεί διαίρεση των κυττάρων και επομένως ανάπτυξη του βλεννογόνου του ενδομητρίου. Έτσι αρχίζει να αυξάνεται το μήκος των αδένων που η βάση τους βρίσκεται μέσα στη βασική στοιβάδα και στο μυομήτριο. Η βασική στοιβάδα είναι η μόνη που δεν αποπίπτει κατά την διάρκεια της περιόδου.²²

Οι αναπτυσσόμενοι αδένες αποτελούν κατά ένα τρόπο τους δοκούς στηρίξεως του αναγενόμενου ενδομητρίου. Στη στήριξη όμως του ενδομητρίου, συμβάλλουν και τα παράλληλα αναπτυσσόμενα αγγεία των αδένων.

Κάθε αδένας του ενδομητρίου αιματώνεται από δύο αρτηριόλια, ένα επιμήκες σπειροειδές και ένα βραχύ ευθύ.

Το σπειροειδές αρτηριόλιο αιματώνει το πάνω τμήμα του αδένου, ενώ το ευθύ αιματώνει τη βάση του.

Η ανάπτυξη του ενδομητρίου κάτω από την δράση των οιστρογόνων έχει συμπληρωθεί προς το τέλος της πρώτης φάσεως του κύκλου. Κατά την περίοδο αυτή, παρά το ότι υπάρχουν οιστρογόνα σε αυξημένες ποσότητες, το ενδομήτριο δεν αυξάνει πια σε ύψος. Η όποια μιτωτική δραστηριότητα προκαλεί διόγκωση των αδένων και ελικοειδή πορεία τόσο των αδένων όσο και των αρτηριολίων και φλεβιολίων. Η ελάττωση αυτή των μιτώσεων των κυττάρων πιθανώς να οφείλεται στην παρουσία της προγεστερόνης που εμφανίζει μικρή αύξηση κατά την πριν την ωοθυλακιόρρηξια περίοδο.^{19,20}

6.6.2 Η εκκριτική φάση

Μετά την ωοθυλακιόρρηξια όμως η προγεστερόνη που παράγεται πια από το ωχρο σωματίο, ελαττώνει όλο και περισσότερο τις μιτωτικές διαδικασίες. Έτσι κατά

την 21^η ημέρα, για ένα κύκλο 28 ημερών οι μιτώσεις έχουν σταματήσει. Οι αδένες παρουσιάζουν μεγαλύτερο όγκο, έντονη ελικοειδή πορεία και είναι πλήρεις από το έκκριμα των αδένων. Στην φάση αυτή ο βλεννογόνος του ενδομητρίου εμφανίζει την πλήρη ανάπτυξή του και αποτελείται από τρεις στοιβάδες:

- τη βασική ή μητρική στοιβάδα, που εφάπτεται του μυϊκού τοιχώματος της μήτρας και περιέχει τη βάση των αδένων του ενδομητρίου.
- τη σπογγώδη ή λειτουργική στοιβάδα που αποτελείται από τους αδένες του ενδομητρίου, τα αγγεία των αδένων, το διάμεσο συνδετικό ιστό και τα κυτταρικά στοιχεία και
- τη συμπαγή επιπολής στοιβάδα που αποτελείται κυρίως από το άνω άκρο των αδένων και διάμεσο συνδετικό ιστό. Το επιθήλιο των αδένων βγαίνει στην επιφάνεια και ενώνεται με τα επιθήλια των πέριξ αδένων, έτσι ώστε σχηματίζεται στην επιφάνεια του ενδομητρίου μια συνεχής αδενική κυτταρική στοιβάδα. Η συμπαγής επιπολής στοιβάδα εμφανίζει το μεγαλύτερο πάχος της και γενικά το ενδομήτριο παρουσιάζεται οιδηματώδες επτά ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία.²²

Την 21^η ημέρα του κύκλου, αν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη γίνεται η εμφύτευση του εμβρύου μέσα στο οιδηματώδες και έτοιμο να το δεχθεί και να το θρέψει ενδομήτριο. Η τροφοβλάστηση του εμβρύου έχει αρχίσει την παραγωγή της χοριακής γοναδοτροπίνης (HLG). Η χοριακή γοναδοτροπίνη, που είναι συγγενής με την ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH) θα διατηρήσει τη βιολογική δραστηριότητα του ωχρού σωματίου για περίπου τρεις μήνες. Το ενδομήτριο, κάτω από την συνεχιζόμενη δράση της προγεστερόνης, θα μετατραπεί σε φθαρτό και θα συνεχίσει να υποστηρίζεται ορμονικά, μέχρις ότου αναλάβει την έκκριση των στεροειδών ο πλακούς.²

6.6.3 Η περίοδος

Αν όμως δεν επιτευχθεί γονιμοποίηση, τότε δεν θα λάβει χώρα παραγωγή χοριακής γοναδοτροπίνης από την τροφοβλάστη του εμβρύου και το ωχρό σωματίο, αφού συμπληρώσει το χρόνο της βιολογικής του δραστηριότητας θα εκφυλιστεί και θα πάψει να παράγει οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Ο μηχανισμός με τον οποίο λαμβάνει χώρα η φυσιολογική απόπτωση του ενδομητρίου είναι άγνωστος παρά τις αξιόλογες μελέτες των τελευταίων δεκαετιών.

Παράλληλα με την ουσιαστική ελάττωση των στεροειδών, που λαμβάνει χώρα μερικά 24ωρα πριν την έναρξη της περιόδου, αρχίζει αγγειοσύσπαση των επιμήκων εσπειραμένων αρτηριολιών που αρδεύουν το άνω τμήμα των αδένων και του ενδομητρίου. Η αγγειοσύσπαση των αρτηριολιών τα κάνει να φαίνονται εντονότερα περιελιγμένα. Απαξ και συμβεί η αγγειοσύσπαση θα εμφανισθεί ισχαιμία και στάση προκαλώντας μια λευκωπή εμφάνιση της επιφάνειας του ενδομητρίου.²⁰

Λευκά αιμοσφαίρια μεταναστεύουν μέσω των τριχοειδών τοιχωμάτων προς το διάμεσο ιστό. Ενώ συμβαίνουν αυτές οι αγγειοκινητικές διαφοροποιήσεις και άλλα έμμορφα συστατικά του αίματος αρχίζουν να διαφεύγουν στο διάμεσο ιστό.

Συγκολλημένα αιμοπετάλια αρχίζουν να εμφανίζονται στα επιφανειακά αγγεία.

Ήδη έχει αρχίσει να ρέει υγρό εκ διαπηδήσεως και τελικά συμβαίνει διάμεση αιμορραγία μέσα στη σπογγώδη στοιβάδα, οφειλόμενη σε ρήξεις των επιφανειακών αρτηριολιών και τριχοειδών.

Ενώ η ισχαιμία επιδεινώνεται η συμπαγής στοιβάδα εμφανίζει ρήγματα και αίμα αρχίζει να διαφεύγει προς την μητρική κοιλότητα.²

Τμήμα της σπογγώδης στοιβάδας αποπίπτει. Ο όλος μηχανισμός της αποσυνθέσεως και αποπτώσεως του ιστού, πιθανώς να έχει σχέση και με την απελευθέρωση οξυγόνου.

Θρόμβοι από αιμοπετάλια και ινώδες εμφανίζονται επί των αποκεφαλισθέντων που άλλως θα έχαναν.²¹

Ωστόσο μετά μια παροδική παρουσία οι θρόμβοι αυτοί λύνονται και η αιμόσταση στη συνέχεια επιτυγχάνεται με γενική αγγειοσύσπαση, ενώ παράλληλα αρχίζει η επουλωτική και αναγεννητική δράση των επανεμφανιζομένων οιστρογόνων.

Έτσι η αιμόσταση μόνο παροδικά εξαρτάται από θρομβωτικές διαδικασίες, ώστε στο υπό επούλωση ενδομήτριο δεν υπάρχουν θρόμβοι και ινώδης ιστός.²⁰

Η αιμόσταση λοιπόν είναι αποτέλεσμα τριών μηχανισμών:

A. Παροδική παρουσία των θρόμβων. Η θρομβωτική διαδικασία που λαμβάνει χώρα στο ενδομήτριο περιγράφεται σαν ελλειμματική, και διαφορετική από εκείνη που συμβαίνει επί τραυμάτων σε άλλα σημεία του σώματος. Το αίμα της περιόδου δεν πήγνυται.

B. Γενική αγγειοσύσπαση.

Γ. Αναγέννηση των αγγείων και γενικότερα του ενδομητρίου κάτω από την δράση των επανεμφανισθέντων και συνεχώς αυξανομένων οιστρογόνων.

Μέσα σε 24 ώρες έχει απομείνει μόνο το ένα τρίτο της σπογγώδους στοιβάδας. Όπως αναφέρθηκε ήδη, δεν αποπίπτει ολόκληρη η σπογγώδης στοιβάδα αλλά τμήμα της και η επούλωση του ενδομητρίου λαμβάνει χώρα αρχίζοντας από τα εναπομείναντα τμήματα των αδένων της σπογγώδους στοιβάδας.²²

Κατά τη διάρκεια της περιόδου αποβάλλονται περίπου 50 κυβικά εκατοστών αίματος μαζί με κυτταρικά στοιχεία. Για να πούμε ότι έχουμε μηνορραγία θα πρέπει η απώλεια αίματος κατά την περίοδο να είναι μεγαλύτερη από 80ml.²¹

Όπως ανέφερα η όλη διαδικασία του φαινομένου της αποπτύσεως του ενδομητρίου, κατά τη διάρκεια της περιόδου, δεν είναι διερευνημένη. Είναι προφανές, ότι κάποιος παράγων χημικός ή ενζυμικός, ενεργοποιείται από την ελάττωση των στεροειδών, αλλά η φύση του παράγοντα αυτού δεν είναι γνωστή. Οι προσταγλανδίνες που αυξάνονται εντυπωσιακά στο ενδομήτριο κατά την διάρκεια της ελαττώσεως της προγεστερόνης, πιθανώς να είναι οι παράγοντες που προκαλούν την αγγειοσύσπαση των αρτηριολίων.²

6.6.4 Η ανάπτυξη του ενδομητρίου

Η διαδικασία της αναπλάσεως του ενδομητρίου φαίνεται ότι αρχίζει σχεδόν συγχρόνως με την έναρξη της περιόδου κάτω από την δράση αυξανομένων οιστρογόνων. Οποσδήποτε όμως από το πρώτο 24ωρο, στο εναπομείναν τμήμα της σπογγώδους στοιβάδας αρχίζει η αναγέννηση του ενδομητρίου.²¹

Η ανάπτυξη συνίσταται σε: πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων των αδένων και των μεσεγγυματικών κυττάρων του στρώματος, ανάπτυξη των ραγέντων αρτηριολίων φλεβιολίων και τριχοειδών. Η οιστρογονική δράση είναι προφανής και εντονότερη στην ανάπτυξη των αδένων. Δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό η ταχεία αυτή ανάπτυξη του ενδομητρίου σχετίζεται με τον έλεγχο της ποσότητας του αίματος που απώλεται.¹⁹

Αν για οποιονδήποτε λόγο δεν λάβει χώρα η σωστή φυσιολογική ανάπτυξη του ενδομητρίου, τότε θα εμφανισθεί το φαινόμενο της δυσλειτουργικής αιμορραγίας της μήτρας.³

6.7 ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Α) Πρωτοπαθής Αμηνόρροια

Ορισμός: Πρωτοπαθής αμηνόρροια είναι η απουσία αυτόματης εμμηνορρυσίας, ως τα 17 χρόνια της γυναίκας ή στα τρία χρόνια από τότε που αναπτύχθηκαν οι μαστοί της.

Αίτια: Η ταξινόμηση των αιτιών της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας είναι δύσκολη. Πρακτικότερη και διδακτικότερη βρίσκουμε την παρακάτω που τα ξεχωρίζει σε:

1. Διαπλαστικά
2. Υποθαλαμικά
3. Υποφυσικά
4. Ωοθηκικά
5. Θυρεοειδικά
6. Επινεφριδικά
7. και στα οφειλόμενα σε γενικές ή συστηματικές παθήσεις.²⁰

Διάγνωση: Η διάγνωση της αιτίας της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας εξαρτάται από τον παράγοντα που την προκάλεσε. Έτσι:

1. Τις διαπλαστικές ανωμαλίες εύκολα τις ανακαλύπτουμε με την κλινική εξέταση. Τέτοιες ανωμαλίες είναι η απλασία του κόλπου και της μήτρας ή η απλασία του κόλπου με μήτρα, οπότε θα έχουμε αιματόμητρα, ή υποπλασία της μήτρας που συνοδεύεται από ατροφικό ενδομήτριο κ.λ.π. Την αγενεσία των ωοθηκών την διαγνώσκουμε από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου και τα εργαστηριακά του ευρήματα.

2. Τις υποθαλαμικές, υποφυσικές, ωοθηκικές, θυρεοειδικές και επινεφριδικές πρωτοπαθείς αμηνόρροιες θα τις διαγνώσουμε με λαπαροσκόπηση, έλεγχο τουρκικού επιπλίου και τομογραφία του, αεροεγκεφαλογραφία, υπερηχογραφία, με δυναμικές ορμονικές δοκιμασίες και με τον προσδιορισμό των γοναδοτρόπων ορμονών, των ορμονών των ωοθηκών, του θυρεοειδή αδένος και των επινεφριδίων, τον προσδιορισμό της προλακτίνης και τον έλεγχο του καρυότυπου.

3. Τις γενικές και συστηματικές παθήσεις θα τις διαγνώσουμε από τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Οι υποθαλαμικές αμηνόρροιες, στις οποίες υπάρχει μόνο αμηνόρροια συνοδεύονται από μελαγχολία, ευαισθησία, καλή όρεξη, αμετάβλητο βάρος και νευροφυτικές διαταραχές τύπου αγγειακού ή πεπτικού.

Αν υπάρχει αμηνόρροια και υπερλίπωση, συνοδεύεται από πάχυνση, ενώ η άρρωστη δεν τρώει και σπάνια κατέχεται από βουλιμία, από εξάψεις, φουσκώματα, παραισθήσεις, δυσκοιλιότητα. Αν υπάρχει αμηνόρροια και υστερία συνοδεύεται με όλα τα συμπτώματα της υστερίας.

Στη διαδικασία της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας μπορεί πρακτικά να μας βοηθήσει και η ανάπτυξη ή όχι των μαστών.²

Θεραπεία: Η αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας εξαρτάται από τα αίτια που την προκάλεσαν. Έτσι:

1. Στις διαπλαστικές ανωμαλίες εκεί που είναι εφικτό, εκτελούμε ανάλογες επεμβάσεις, που εξαρτώνται από την γενική τάση της άρρωστης προς τον έναν ή τον άλλον φυλετικό τύπο και από την αντίδραση στη χορήγηση των αντίστοιχων ορμονών.

2. Στις διαταραχές των ενδοκρινικών αδένων, ανάλογα με την περίπτωση, θα χορηγήσουμε συνθετική εκλυτική ορμόνη του υποθαλάμου, γοναδοτρόπες ορμόνες, οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη, κλομιφαίνη, βρωμοκρυπτίνη, δεξαμεθαζόνη, θυρεοειδικές ορμόνες κ.λ.π.

Στην αντιμετώπιση των παραπάνω διαταραχών είναι απαραίτητο να γίνει διάκριση της υπογοναδοτροπικής από την υπεργοναδοτροπική πρωτοπαθής αμηνόρροια, γιατί στην υπογοναδοτροπική η χορήγηση γοναδοτρόπων ορμονών θεραπεύει την άρρωστη, πετυχαίνει ωοθυλακιορρηξία και εγκυμοσύνη, ενώ στην υπεργοναδοτροπική η χορήγηση ωοθηκικών ορμονών αποβλέπει μόνο στην ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτήρων του φύλου και του γεννητικού συστήματος.

3. Στις αμηνόρροιες που οφείλονται σε γενικές και συστηματικές παθήσεις, θα θεραπεύσουμε την πάθηση.

Τόσο η διάγνωση, όσο και η αντιμετώπιση των πρωτοπαθών αμηνόρροιών, απαιτούν στην εποχή μας, όχι την εμπειρική και ανεύθυνη θεραπεία από μέρους μόνο του γυναικολόγου αλλά την επιστημονική και υπεύθυνη συνεργασία του με τον ενδοκρινολόγο και ίσως τον ψυχίατρο.^{22,2}

B) Δευτεροπαθής αμηνόρροια

Ορισμός: Δευτεροπαθής αμηνόρροια είναι συμπτώματα, που χαρακτηρίζει την κατάσταση στην οποία, γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας και με φυσιολογική

εμμηνορρυσία, παρουσιάζει αναστολή αυτής, για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Κατά τεκμήριο, όταν σταματήσει για τρεις μήνες, μετά φυσιολογική της εμφάνιση και εμπέδωση. Στην περίπτωση αυτή δεν ανήκει η φυσιολογική πρωτοπαθής αμηνόρροια, που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί καταστέλλεται η έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών από αύξηση των οιστρογόνων ορμονών, η φυσιολογική δευτεροπαθής αμηνόρροια, που εμφανίζεται στην εμμηνόπαυση, γιατί οι ωοθήκες δεν απαντάνε στα ερεθίσματα των γοναδοτρόπων ορμονών και η αμηνόρροια της γαλουχίας².

Αίτια: Τα αίτια της δευτεροπαθούς αμηνόρροιας διακρίνονται σε:

1. Υποθαλαμικά
2. Υποφυσικά
3. Ωοθηκικά
4. Άλλων ενδοκρινών αδένων
5. Ενδομήτρια
6. Γενικών παθήσεων
7. Φαρμακευτικά
8. Διαιτητικά

Διάγνωση: Η διάγνωση της αιτίας που προκάλεσε δευτεροπαθή αμηνόρροια, εξαρτάται από τον παράγοντα που την προκάλεσε. Έτσι:

1. Τις υποθαλαμικές δευτεροπαθής αμηνόρροιας, θα τις διαγνώσουμε με έλεγχο του τουρκικού επιπίου, προσδιορισμό των γοναδοτρόπων ορμονών και από τα κλινικά γνωρίσματα των παθήσεων, που τις συνοδεύουν.
2. Τα αίτια που προκαλούν δευτεροπαθή αμηνόρροια και προέρχονται από τους ενδοκρινείς αδένες, θα τα διαγνώσουμε από τα κλινικά γνωρίσματα των νόσων και συνδρόμων, από τον προσδιορισμό των ορμονών των αδένων και ύστερα από υπερηχογράφηση ή λαπαροσκόπηση.
3. Τα ενδομήτρια έμβρυα θα τα διαγνώσουμε με υστεροσαλπιγγογραφία, διαγνωστική απόξεση ή ιστοκαλλιέργεια.
4. Τις γενικές παθήσεις, που προκαλούν δευτεροπαθή αμηνόρροια θα τις διαγνώσουμε από τα κλινικά και εργαστηριακά τους ευρήματα.
5. Την επίδραση των υπεύθυνων για την δευτεροπαθή αμηνόρροια φαρμάκων, θα την διαγνώσουμε με ορμονικούς προσδιορισμούς, στους οποίους θα βρούμε ελάττωση

των γοναδοτρόπων και οιστρογόνων ορμονών και εξαφάνιση της προγεστερόνης από τη γαλακτόρροια, που μπορεί να προκαλούν.

6. Στη διάγνωση των διαιτητικών αιτιών θα οδηγηθούμε από το ιστορικό της άρρωστης και την κλινική της εικόνα.²²

Θεραπεία: Η θεραπεία της δευτεροπαθούς αμηνόρροιας, εξαρτάται από την αιτία που την προκάλεσε και είναι δυνατόν να επιτευχθεί με την επανεμφάνιση της εμμηνορρυσίας, με την χορήγηση ορμονών, με την εφαρμογή ενδομητρίου καθετήρα, με τη χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας. Στις γενικές παθήσεις, θα καταφύγουμε σε ειδικές θεραπείες για την άρση της αιτίας και στις υπόλοιπες περιπτώσεις, θα συστήσουμε διακοπή της θεραπείας με φάρμακα, που προκαλούν δευτεροπαθή αμηνόρροια ή θα ενισχύσουμε την άρρωστη διαιτητικά ή φαρμακευτικά.²

6.8 ΑΡΑΙΟΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Ορισμός: Αραιομηνόρροια είναι η εμφάνιση εμμηνορρυσίας με φυσιολογική ή άφθονη ποσότητα αίματος σε διαστήματα μεγαλύτερα των 45 ημερών.

Αίτια: Η αραιομηνόρροια αποτελεί τη συχνότερη ανωμαλία της εμμηνορρυσίας και τα αίτια της είναι:

1. Υποθαλαμικά
2. Το σύνδρομο Stein – Leventhal.
3. Οι διαταραχές του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – ωοθήκες.
4. Η δυσλειτουργία του θυρεοειδή αδένος και των επινεφριδίων.²²

Διάγνωση: Για να χαρακτηρίσουμε την ανωμαλία αυτή της εμμηνορρυσίας, πρέπει να εμφανισθεί τουλάχιστο σε έξι εμμηνορρυσιακούς κύκλους. Για να βρούμε τα αίτια της, καταφεύγουμε σε ορμονικούς προσδιορισμούς ή σε υπερηχογράφηση ή λαπαροσκόπηση.

Θεραπεία: Την αραιομηνόρροια, σε γενικές γραμμές, αντιμετωπίζουμε, όπως παρακάτω:

- 1) Αν υπάρχει ικανοποιητική έκκριση οιστρογόνων ορμονών, χορηγούμε προγεστερόνη.
- 2) Αν δεν υπάρχει ικανοποιητική έκκριση οιστρογόνων ορμονών, χορηγούμε αυτές μαζί με προγεστερόνη.

- 3) Αν υπάρχει ωοθυλακιόρρηξια δεν προβαίνουμε σε κανένα είδος θεραπείας, μόνο επισημαίνουμε την ημέρα της μέσα στο κύκλο.
- 4) Αν δεν υπάρχει ωοθυλακιόρρηξια, πρέπει να την προκαλέσουμε, γιατί αραιομηνόρροια χωρίς ωοθυλακιόρρηξια, αν αφηθεί στην τύχη της, καταλήγει σε δευτεροπαθή αμηνόρροια, επειδή αποτελεί προστάδιό της.
- 5) Αν διαγνώσουμε σύνδρομο Stein-Leventhal, το θεραπεύουμε συντηρητικά ή με εγχείρηση.
- 6) Αν διαγνώσουμε θυρεοειδική ή επινεφριδική δυσλειτουργία τις θεραπεύουμε με την χορήγηση των σχετικών σκευασμάτων.²⁰

Η αραιομηνόρροια και η αμηνόρροια είναι συμπτώματα που παρατηρούνται συχνά σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και υπερπρολακτιναιμία.

Η ακατάπαυστη δράση των οιστρογόνων, προκαλεί υπερπλασία του ενδομητρίου, ιδιαίτερα στις γυναίκες με αυξημένο βάρος που βρίσκονται στην περιεμμηνόπαυσιακή περίοδο της ζωής τους. Η υπερπλασία του ενδομητρίου, είναι μια εξελισσόμενη κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του ενδομητρίου.

Η εξέλιξη έχει ως εξής: αδενοκυστική, υπερπλασία, αδενωματώδης υπερπλασία, άτυπη αδενωματώδης υπερπλασία, καρκίνος του ενδομητρίου.

Το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου είναι συχνότερο στις γυναίκες με ανωοθυλακιόρρηξια, σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν φυσιολογική ωοθυλακιόρρηξια κάθε μήνα.

Γι' αυτό κάθε περίπτωση αιμορραγίας που παρουσιάζεται έξω από τον αναμενόμενο χρόνο της φυσιολογικής περιόδου, θα πρέπει να ερευνάται με έκπληση ή δοκιμαστική απόξεση του ενδομητρίου. Αυτό ισχύει, ιδιαίτερα για γυναίκες άνω των 30 ετών και κατά μείζονα λόγο για γυναίκες που έχουν ήδη περάσει στην εμμηνόπαυση.²

Όταν υπάρχει αδενωματώδης υπερπλασία, το ενδομήτριο αιμορραγεί λόγω του μεγάλου πάχους του αλλά και λόγω της ανώμαλης και εύθραυστης αρχιτεκτονικής του.

Οι αιμορραγίες στις περιπτώσεις αυτές, οφείλονται σε κατά τμήματα απόπτωση του ενδομητρίου. Δηλαδή, το υπερπλαστικό ενδομήτριο αρχίζει να αιμορραγεί σε ορισμένα σημεία του, τα οποία όμως κάτω από την ακατάπαυστη δράση των οιστρογόνων αρχίζουν να επουλώνονται ενώ νέα αιμορραγία αρχίζει σε άλλα σημεία. Οι μεγάλες και επικίνδυνες για τη ζωή της γυναίκας αιμορραγίες, δεν οφείλονται

μόνο στην απόπτωση του υπερπλαστικού ενδομητρίου, αλλά και στην διάνοιξη υπερπλαστικών αγγείων. Τα αγγεία αυτά αδυνατούν να συσπαστούν, μέσα στο ανώμαλο υπερπλαστικό ενδομήτριο, ώστε να προκαλέσουν αιμόσταση όπως συμβαίνει στη συγχρονισμένη φυσιολογική απόπτωση του ενδομητρίου.

Η ολική απόξεση του ενδομητρίου λοιπόν, είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις αυτές όχι μόνο για διαγνωστικούς λόγους αλλά και θεραπευτικούς. Αφ' ενός θα σταματήσει την αιμορραγία και αφ' ετέρου μετά την απόξεση οι αδένες του ενδομητρίου θα έχουν την ευκαιρία να ανταποκριθούν καλύτερα στη δράση των ενδογενών ή των θεραπευτικά χορηγουμένων οιστρογόνων. Θεραπεύονται με την χορήγηση των σχετικών ορμονικών σκευασμάτων.²²

6.9 ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Ορισμός: Συχνομηνόρροια είναι η εμφάνιση της περιόδου σε ακανόνιστα συχνά επεισόδια αιμορραγίας σε χρονικά διαστήματα μικρότερα των 18 ημερών.

Αίτια: Σ' αυτά ανήκουν:

1. Οι πολύποδες και τα ινομώματα
2. Οι φλεγμονές του ενδομητρίου
3. Οι διαταραχές του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες
4. Οι υπερπλασίες του ενδομητρίου
5. Οι ανωοθυλακιορρηκτικοί κύκλοι

Διάγνωση: Αυτή θα γίνει με την επισκόπηση του τραχήλου, την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, το υπερηχογράφημα, τους ορμονικούς προσδιορισμούς και τη διαγνωστική απόξεση της μήτρας παραμονές της εμμηνορρυσίας ή την πρώτη ημέρα της.

Θεραπεία: Αυτή θα είναι ανάλογη των ευρημάτων. Έτσι:

1. Σε περίπτωση πολυπόδων ή ινομωμάτων, θα προβούμε στην εξαίρεσή τους
2. Σε ύπαρξη φλεγμονής, στη χορήγηση αντιβιοτικών
3. Σε ορμονικές διαταραχές, στη χορήγηση των σχετικών ορμονών και σε ανωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους στην επιτυχία ωοθυλακιορρηξίας.²

6.10 ΟΛΙΓΟΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Ορισμός : Ολιγομηνόρροια ονομάζεται η εμφάνιση μικρής ποσότητας αίματος κατά τις ημέρες της κανονικής περιόδου.

Αίτια : Σ' αυτά ανήκουν :

1. Οι διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας (υποπλαστική, μονόκερη, δίκερη).
2. Οι ενδομήτριες συμφύσεις.
3. Η ιδιοπαθής ολιγομηνόρροια.
4. Οι φλεγμονές του ενδομητρίου.
5. Η ελαττωμένη δεκτικότητα του ενδομητρίου στην επίδραση των ορμονών των ωοθηκών.
6. Η ανωοθυλακιορρηξία.
7. Η ατελής ωχρινική φάση.
8. Η μακροχρόνια χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων.²

Διάγνωση : Αυτή θα γίνει από το ιστορικό, την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, την υστεροσαλιγγιογραφία και τους ορμονικούς προσδιορισμούς.

Θεραπεία : Αυτή εξαρτάται από τα αίτια που προκάλεσαν την ολιγομηνόρροια. Έτσι:

1. Σε ιδιοπαθής ολιγομηνόρροιες και σε αυτές, που προέρχονται από διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας, δεν επιχειρούμε θεραπεία για την αύξηση της ποσότητας του αίματος.
2. Σε ενδομήτριες συμφύσεις, θα προβούμε στη διάσπασή τους.
3. Σε ανωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους, θα προκαλέσουμε ωοθυλακιορρηξία.
4. Σε χορήγηση αντισυλληπτικών, θα διακόψουμε τη χορήγησή τους.
5. Σε ορμονικές διαταραχές, θα αποκαταστήσουμε αυτές ανάλογα με τα ευρήματα των προσδιορισμών των ορμονών.²²

6.11 ΠΟΛΥΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Ορισμός : Πολυμηνόρροια είναι η αύξηση της ποσότητας του αίματος κατά την εμμηνορρυσία, που δεν οφείλεται σε οργανικά, αλλά σε λειτουργικά αίτια.

Αίτια : Σ' αυτά ανήκουν οι διαταραχές της έκκρισης ορμονών, που συμβάλλουν στην επιτυχία φυσιολογικής εμμηνορρυσίας.²

Διάγνωση : Αυτή θα γίνει από την κλινική εξέταση, που θα αποκλείσει οργανική πάθηση (πολύποδες, ινομύματα, αδеноμύωση, κ.λ.π.) από τους ορμονικούς προσδιορισμούς και από τον ιστολογικό έλεγχο του ενδομητρίου.

Θεραπεία : Αυτή εξαρτάται από την αιτία, που προκάλεσε την πολυμηνόρροια και συνίσταται στη χορήγηση ορμονών ύστερα από υπόδειξη των προσδιορισμών τους. Μητροσυσπαστικά φάρμακα δεν έχουν επίδραση.²⁰

6.12 ΜΗΝΟΡΡΑΓΙΑ

Ορισμός: Μηνόρραγια είναι η αυξημένη σε διάρκεια και ποσότητα εμμηνορρυσία.

Αίτια: Σ' αυτά ανήκουν :

1. Οι παθήσεις του τραχήλου (πολύποδες, καρκίνος).
2. Οι παθήσεις του σώματος της μήτρας (πολύποδες, ινομύματα, αδеноμύωση, ενδομητρίτιδα και καρκίνος).
3. Οι παθήσεις των ωοθηκών (φλεγμονές, νεοπλάσματα, ενδομητρίωση).
4. Οι παθήσεις του αίματος (θρομβοκυττοπενία).
5. Οι παθήσεις των ενδοκρινών αδένων (υπο-υπερθυρεοειδισμός).²

Διάγνωση: Αυτή θα γίνει από την επισκόπηση, την κλινική εξέταση, το υπερηχογράφημα, τη λαπαροσκόπηση, τους ορμονικούς ελέγχους, τους αιματολογικούς ελέγχους και από τη διαγνωστική απόξεση.

Θεραπεία: Αυτή εξαρτάται από την αιτία, που προκάλεσε τη μηνόρραγια. Ετσι :

1. Σε περίπτωση πολυπόδων, ινομυμάτων και εξαρτηματικών όγκων, θα προβούμε σε εξαίρεσή τους.
2. Σε φλεγμονές, θα χορηγήσουμε αντιβιοτικά.
3. Σε αδιάγνωστες κλινικά μηνόρραγιες εκτελούμε διαγνωστική απόξεση παραμονές της εμμηνορρυσίας ή την πρώτη ημέρα, για τη συλλογή ικανοποιητικού υλικού προς ιστολογικό έλεγχο.
4. Σε περίπτωση πάθησης του αίματος ή των ενδοκρινών αδένων θεραπεύουμε αυτή.²²

6.13 ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ

Ορισμός: Μητρορραγία είναι η κατά ακανόνιστα χρονικά διαστήματα επέλευση της εμμηνορρυσίας. Όταν συνοδεύεται με μηνορραγία, τότε λέγεται μηνο-μητρορραγία.

Αίτια: Σ' αυτά ανήκουν :

1. Παθήσεις του τραχήλου (πολύποδες, καρκίνος).
2. Παθήσεις του σώματος της μήτρας (πολύποδες, ινομώματα, υπερπλασία ενδομητρίου, ενδομητρίτιδα, καρκίνος).
3. Ογκοί ωοθηκών.

Διάγνωση: Αυτή θα γίνει από την επισκόπηση, την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και το υπερηχογράφημα. Σε περίπτωση, που δεν βρεθεί η αιτία της μητρορραγίας με τους παραπάνω ελέγχους, κατατάσσουμε αυτή στις δυσλειτουργικές.

Θεραπεία: Αυτή καθορίζεται ανάλογα με την αιτία που προκάλεσε τη μητρορραγία και θα είναι χειρουργική ή φαρμακευτική.²

6.14. ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΚΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Το 10% των δυσλειτουργικών αιμορραγιών, παρατηρείται σε ωοθυλακιορρηκτικές γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία³.

6.14.1. Αιμόρροια περί την ωοθυλακιορρηξία (στο μέσον του κύκλου).

Σταγονοειδής αιμόρροια στο μέσο φυσιολογικών ωοθυλακιορρηκτικών κύκλων, παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό. Το 60% περίπου των φυσιολογικών γυναικών εμφανίζουν τέτοιες μικροσκοπικές αιμορραγίες. Το 20% από αυτές, εμφανίζουν σταγονοειδή αιμόρροια που γίνεται αντιληπτή απ' τη γυναίκα και είναι ιδιαίτερος ενοχλητική, τόσο ώστε να επηρεάζει τη σεξουαλική τους ζωή. Αυτή η μικρή αιμορραγία στο μέσο του κύκλου, οφείλεται στην απότομη πτώση των οιστρογόνων που παρατηρείται κατά και λίγο μετά την ωοθυλακιορρηξία. Πρόκειται δηλαδή για αιμορραγία εκ διακοπής (αποσύρσεως). Οι αιμορραγίες αυτού του τύπου

είναι περιορισμένες, τις περισσότερες φορές δεν γίνονται αντιληπτές από τη γυναίκα και δεν χρειάζονται ιδιαίτερη θεραπεία. Μερικές φορές όμως, γυναίκες που παρουσιάζουν το φαινόμενο αυτό, με ενοχλητική ποσότητα αίματος, παραπονούνται ότι έχουν περίοδο δύο φορές το μήνα. Η λήψη προσεκτικού ιστορικού, αποδεικνύει ότι η απώλεια αίματος είναι πολύ μικρότερη απ'ότι στην πραγματική περίοδο. Πέραν τούτου, η βασική θερμοκρασία του σώματος, μετά τη μικρή μεσοκυκλική απώλεια αίματος αρχίζει να ανεβαίνει, ενώ στην πραγματική περίοδο, που η απώλεια αίματος είναι μεγαλύτερη, η θερμοκρασία πέφτει²¹.

Ωοθυλακιορρηκτική δυσλειτουργική αιμορραγία όμως μπορεί να εκδηλωθεί σαν συχνομηνόρροια ή σαν αραιομηνόρροια.

Σαν συχνομηνόρροια θεωρείται η εμφάνιση περιόδου σε διαστήματα μικρότερα των 18 ημερών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, κύκλοι 18 ή 21 ημερών, συχνά είναι φυσιολογικοί, δεδομένου ότι τις τελευταίες ημέρες των κύκλων αυτών, έχει βρεθεί εικόνα ενδομητρίου που αντιστοιχεί σε απόλυτα φυσιολογική εκκριτική φάση. Οι φυσιολογικοί αυτοί κύκλοι, οφείλονται σε βράχυνση της παραγωγικής φάσεως, που πιθανώς είναι αποτέλεσμα υπερευαισθησίας των ωοθηκών. Για δυσλειτουργική αιμορραγία με μορφή συχνομηνόρροιας μιλάμε όταν πρόκειται για γυναίκες, που ενώ προηγουμένως είχαν κύκλο με ορισμένη συχνότητα π.χ. 28-30 ημερών, αρχίζουν να εμφανίζουν περίοδο κάθε 20 ημέρες. Είναι κατάσταση που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια της γεννητικής ζωής της γυναίκας και οφείλεται συνήθως σε βράχυνση της παραγωγικής φάσεως του κύκλου. Συχνά η βράχυνση αυτή του κύκλου, είναι και το πρώτο σύμπτωμα του επερχόμενου κλιμακτηρίου. Στη συνέχεια η συχνομηνόρροια, θα δώσει τη θέση της στην αραιομηνόρροια και αργότερα στην αμηνόρροια, σαν αποτέλεσμα της εξαντλήσεως των ωοθυλακίων και της επερχόμενης ανεπάρκειας των ωοθηκών. Η αραιομηνόρροια, στις ηλικίες αυτές οφείλεται σε επιμήκυνση της παραγωγικής φάσεως του κύκλου. Επειδή παρά την αραιομηνόρροια δεν αποκλείεται να λάβει χώρα ωοθυλακιορρηξία, θα έχουμε πάντα κατά νουν την πιθανότητα εγκυμοσύνης^{20,2}.

6.14.2. Αιμόρροια από διαταραχή της λειτουργίας του ωχρού σωματίου.

Οι συνήθεις διαταραχές του ωχρού σωματίου, που προκαλούν δυσλειτουργικές αιμορραγίες, αφορούν τη βράχυνση ή την επιμήκυνση του χρόνου βιολογικής δράσεως του. Η ιστολογική διαταραχή στις περιπτώσεις αυτές είναι η ακανόνιστη

απόπτωση του ενδομητρίου. Οι όροι που χρησιμοποιούνται για τις καταστάσεις αυτές είναι, ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου και η παρατεταμένη δραστηριότητα του ωχρού σωματίου¹⁵.

Η δυσλειτουργική αιμορραγία που παρατηρείται στην ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου, έχει τη μορφή σταγονοειδούς αιμόρροιας λίγες ημέρες πριν την έναρξη της κανονικής περιόδου. Η πρόωρη ελάττωση παραγωγής της προγεστερόνης, από το ωχρό σωματίο που ανεπαρκεί, έχει σαν αποτέλεσμα μια μορφή αιμορραγίας εκ διακοπής της προγεστερόνης²⁸.

Η δυσλειτουργική αιμορραγία, που παρατηρείται επί παρατάσεως της βιολογικής δραστηριότητας του ωχρού σωματίου οφείλεται σε διαταραχή της αποπτώσεως του ενδομητρίου λόγω παρατεταμένης δράσεως της προγεστερόνης. Συχνά η αιμορραγία αυτή, έχει τη μορφή μικρής αιμορραγίας μετά το τέλος της κανονικής περιόδου, αλλά δεν είναι σπάνια η εμφάνιση αιμορραγιών που εκδηλώνονται σαν μηνορραγίες. Η μηνορραγία, στην περίπτωση αυτή, είναι μια μορφή αιμορραγίας εκ διαφυγής της προγεστερόνης²¹.

6.15. ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Παρ'όλα όσα αναφέρονται πάρα πάνω, υπάρχουν και περιπτώσεις αιμορραγίας που η ιστολογική εξέταση δεν παρουσιάζει καμμία διαταραχή. Επαρκής εξήγηση για το φαινόμενο αυτό δεν υπάρχει. Ωστόσο έχουν ενοχοποιηθεί ψυχολογικοί παράγοντες²¹.

6.16. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ STRESS

Στην περίοδο της εμμηνοπαύσεως κάθε αιμορραγία από τη μήτρα, σημαίνει δοκιμαστική απόξεση και ιστολογική εξέταση, θα πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι το stress μπορεί να προκαλέσει μικρή αιμορραγία, με τον εξής μηχανισμό²⁰.

Οποιοδήποτε stress προκαλεί υπερλειτουργία των επινεφριδίων. Στις περιπτώσεις αυτές μαζί με τους άλλους παράγοντες εκκρίνονται από τα επινεφρίδια και ανδρογόνα. Τα στεροειδή αυτά μεταβολίζονται στην περιφέρεια σε οιστρογόνα,

τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν κάποια ανάπτυξη του ενδομητρίου. Η στοιχειώδης αυτή ανάπτυξη του ενδομητρίου θα προκαλέσει μικρή αιμορραγία.

Θεραπεία: Η θεραπεία κάθε ασθενούς με δυσλειτουργική αιμορραγία αρχίζει πάντα με την ακριβή διάγνωση, προς τούτο πρέπει να γίνουν τα παρακάτω:

- Πλήρες ιστορικό
- Γενική κατά συστήματα εξέταση
- Test Παπανικολάου όπου είναι δυνατόν (επί σημαντικής αιμορραγίας δεν είναι δυνατή η σωστή μικροσκόπηση της αντικειμενοφόρου)
- Γυναικολογική εξέταση
- Υπερηχογραφικός έλεγχος ή και Test Κνήσεως
- Γενική αίματος
- Αιμοπετάλια
- Ουρία και κρεατινίνη (έχουν σχέση με τον αριθμό και τη λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων)
- Χρόνος ροής πήξεως^{20,2}

6.17 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΩΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΚΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Σκοπός της θεραπείας των δυσλειτουργικών αιμορραγιών που οφείλονται σε ανωθυλακιορρηξία είναι :

- η παύση της αιμορραγίας
- η εμφάνιση περιόδου σε τακτά χρονικά διαστήματα
- η ελάττωση της ποσότητας του αίματος της περιόδου και
- η προστασία από υπερπλασία και καρκίνο του ενδομητρίου

Η μεγάλη πλειονότητα των γυναικών με αιμορραγίες που οφείλονται σε παρατεταμένα χρονικά διαστήματα ανωθυλακιορρηξίας, ανταποκρίνονται στη θεραπεία με προγεστερινοειδή ή στη θεραπεία με συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερινοειδών.

Η θεραπευτική δράση των προγεστερινοειδών, στηρίζεται στις αντιοιστρογονικές τους ιδιότητες. Δηλαδή τα οιστρογόνα και ιδιαίτερα η 17β-οιστραδιόλη, είναι παράγοντες διεγερτικοί, παραγωγικοί, μιτωτικοί, καρκινογόνοι. Η προγεστερόνη και τα συνθετικά προγεστερινοειδή, είναι παράγοντες ηρεμιστικοί,

εκκριτικοί, σταματάνε τις μιτώσεις και επομένως σταματάνε την υπερπλασία που προκαλείται από τα οιστρογόνα. Όλες αυτές οι δράσεις, οφείλονται στην ελάττωση των ενεργών κυτταροπλασματικών υποδοχέων των οιστρογόνων που προκαλούν τα προγεστερινοειδή^{2,21}.

Το προγεστερινοειδές, θα πρέπει να χορηγείται για δέκα τουλάχιστον ημέρες κάθε μήνα, γιατί έχειδειχθεί ότι το διάστημα αυτό είναι απαραίτητο για να προφυλάξει τη γυναίκα από ενδεχόμενη υπερπλασία του ενδομητρίου.

Οξική μεδροξυπρογεστερόνη (Provera) σε δόση 10mg ημερησίως από το στόμα, τις πρώτες δέκα ημέρες κάθε μήνα ή από την 14η-15η ημέρα του κύκλου μέχρι την εικοστή πέμπτη, είναι το σχήμα που χρησιμοποιείται συνήθως.

Επίσης είναι κατάλληλο οποιοδήποτε συνδυασμένο από του στόματος αντισυλληπτικό, που περιέχει οιστρογόνο σε ποσότητα μικρότερη των 50mg. Η χορήγηση του γίνεται ακριβώς όπως για κάθε αντισυλληπτικό, ένα δισκίο ημερησίως για 21 ημέρες και διακοπή για μια εβδομάδα.

Πριν αποφασισθεί η χορήγηση οποιοδήποτε από τα θεραπευτικά σχήματα, θα πρέπει ο ιατρός να αποκλείσει την παρουσία υπερπλασίας ή καρκίνου του ενδομητρίου. Προς τούτο, μόνο ένας τρόπος υπάρχει, η ολική απόξεση του ενδομητρίου και η παθολογοανατομική εξέταση των ξεσμάτων.

Η απόξεση του ενδομητρίου θα πρέπει να προηγείται της ορμονικής θεραπείας:

- σε όλες τις ανωθυλακιορρηκτικές ασθενείς ηλικίας άνω των 30 ετών
- σε όλες τις ασθενείς ηλικίας άνω των 20 ετών που εμφανίζουν συχνές έντονες και παρατεταμένες αιμορραγίες.

Αλλά δεν θα πρέπει ποτέ να ξεχνιέται ότι μία στις πέντε δυσλειτουργικές αιμορραγίες της ήβης οφείλονται σε διαταραχές της αιμοστάσεως και πιθανώς της πηκτικότητας²⁰.

6.18. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΟΝΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΝΩΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑ

Τα θεραπευτικά σχήματα που αναφέρθηκαν, αποτυγχάνουν σε ορισμένες περιπτώσεις να σταματήσουν την αιμορραγία. Αυτό συμβαίνει σε εξαιρετικά έντονες και παρατεταμένες αιμορραγίες, που πολλές φορές απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο και μεταγγίσεις προς αναπλήρωση του αίματος που χάνεται. Τέτοιες αιμορραγίες παρατηρούνται συνήθως σε νεαρά κορίτσια μετά την εμμηναρχή, αλλά

μπορεί να συμβούν και σε γυναίκες με ανωοθυλακιορρηξία οποιασδήποτε ηλικίας. Στις καταστάσεις αυτές η απόπτωση του ενδομητρίου φθάνει μέχρι τη βασική στιβάδα η οποία δεν αναπλάσσεται τόσο εύκολα, με τη χορήγηση στεροειδών σκευασμάτων, όσο οι ανώτερες στιβάδες.

Στην περίπτωση αυτή η θεραπεία με προγεστερινοειδές ή με συνδυασμό οιστρογόνου προγεστερινοειδούς, όπως περιγράφηκε παραπάνω, συχνά αποτυγχάνει και είναι η μοναδική περίπτωση που απαιτείται θεραπεία με καθαρό οιστρογόνο, ώστε με την έντονη μιτωτική του δράση να αναπλάσει το ενδομήτριο και να σταματήσει η αιμορραγία²¹.

Ωστόσο ακόμη και στις περιπτώσεις αυτές, όταν η αιμορραγία δεν βάζει σε κίνδυνο τη ζωή της ασθενούς, θα επιχειρήσουμε να σταματήσουμε την αιμορραγία με χορήγηση από του στόματος αντισυλληπτικών σε μεγαλύτερη δόση, τρία δισκία ημερησίως, για επτά ημέρες. Καλό είναι, το αντισυλληπτικό που θα χρησιμοποιηθεί, να περιέχει 50mg οιστρογόνου.

Το οιστρογόνο που περιέχεται στα σύγχρονα χαμηλής περιεκτικότητας αντισυλληπτικά, δεν είναι αρκετό για να προκαλέσει ανάπλαση του ενδομητρίου. Η μεγάλη αυτή δόση, θα σταματήσει την αιμορραγία στην πλειονότητα των περιπτώσεων και μετά τη διακοπή του αντισυλληπτικού, θα έλθει περίοδος με περισσότερο αίμα του συνήθους, θεωρείται ότι με τον τρόπο αυτό γίνεται φαρμακευτική «απόξεση» του ενδομητρίου. Στη συνέχεια, από την πέμπτη ημέρα της περιόδου που προκλήθηκε φαρμακευτικά, θα χορηγηθεί το αντισυλληπτικό με το συνήθη τρόπο, για όσο διάστημα κριθεί απαραίτητο. Συνήθως είναι αρκετοί τρεις μήνες.

Εάν όμως και η χορήγηση μεγάλων δόσεων από του στόματος αντισυλληπτικών αποτύχει, τότε είναι απαραίτητη η χορήγηση οιστρογόνων ενδοφλεβίως². Θα χορηγηθούν λοιπόν ενδοφλεβίως συζευγμένα οιστρογόνα (Premarin) σε δόση 25mg κάθε τέσσερις ώρες. Η αιμορραγία, θα πρέπει να σταματήσει μέσα στο πρώτο 24ωρο και σε ορισμένες περιπτώσεις το δεύτερο 24ωρο. Στη συνέχεια, μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας, χορηγείται ένα από του στόματος συνδυασμένο αντισυλληπτικό με το συνήθη τρόπο χορηγήσεως.

Εάν η αιμορραγία δεν σταματήσει μέσα σε δύο 24ωρα ενδοφλεβίου χορηγήσεως οιστρογόνων, θα πρέπει να γίνεται ολική απόξεση του ενδομητρίου.

- Στις ενήλικες γυναίκες, τα πράγματα τακτοποιούνται με μια ολική απόξεση του ενδομητρίου, που ακολουθείται από ορμονική θεραπεία με ένα από τα σχήματα που αναφέρθηκαν.
- Στα νεαρά κορίτσια όμως η απόξεση του ενδομητρίου είναι το τελευταίο καταφύγιο, μετά την αποτυχία της φαρμακευτικής θεραπείας και δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι μία (1) στις πέντε (5) δυσλειτουργικές αιμορραγίες της ήβης οφείλονται σε διαταραχές της αιμοστάσεως και πιθανώς της πηκτικότητας. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται δείγματα αίματος προς έλεγχο των αιμοπεταλίων (της αιμοστάσεως) και των παραγόντων της πήξεως, αμέσως μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο²¹.

6.19 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΤΑΓΟΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η ιστολογική ανωμαλία στις περιπτώσεις αυτές είναι ακανόνιστη απόπτωση του ενδομητρίου. Η χορήγηση ενός αναστολέα της συνθέσεως των προσταγλανδινών, κατά τη διάρκεια της περιόδου, είναι αρκετό για να ελαττώσει ή και να εξαφανίσει την εμφάνιση του αίματος μετά την περίοδο, με μηχανισμό που δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένος. Η εναλλακτική λύση είναι η χορήγηση ενός συνδυασμένου από του στόματος αντισυλληπτικού.

Τα ανασταλτικά της συνθέσεως των προσταγλανδινών φάρμακα, γενικά ελαττώνουν την ποσότητα του αίματος ακόμη και του κανονικού κύκλου. Πιθανολογείται ότι η δράση τους οφείλεται σε διαφοροποίηση της ισορροπίας μεταξύ της αγγειοσυσταλτικής δράσεως της θρομβοξάνης A₂ (TXA₂) και της αγγειοδιασταλτικής δράσεως της προστακυκλίνης (PGI₂)²¹.

6.20. ΣΤΑΓΟΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΙΑ ΣΤΟ ΜΕΣΟ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το φαινόμενο οφείλεται σε απόσυρση των οιστρογόνων. Συνήθως η κατάσταση αυτή, δεν απαιτεί θεραπεία. Όταν όμως είναι ενοχλητική για τη γυναίκα και επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική της ζωή, τότε η χορήγηση συζευγμένου οιστρογόνου (Premarin) σε δόση 1,25mg ημερησίως, τρεις ημέρες πριν την ωοθυλακιορρηξία και δύο ημέρες μετά είναι αποτελεσματική. Η εναλλακτική λύση και εδώ είναι ένα από του στόματος αντισυλληπτικό²¹.

6.21. ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΣΤΑΓΟΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΙΑ

Τέτοιου είδους μικρή αιμορραγία, πιθανώς να οφείλεται σε ελαττωμένη παραγωγή προγεστερόνης από ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου. Χορήγηση με δροξυπρογεστερόνης (Provera) σε δόση 10mg ημερησίως από τη 14η μέχρι την 26η ημέρα του κύκλου θεραπεύει την κατάσταση στις περισσότερες περιπτώσεις. Τέτοια θεραπεία αντενδείκνυται σε περιπτώσεις που επιδιώκεται εγκυμοσύνη, για την πιθανότητα τερατογόνου δράσεως στο έμβρυο²².

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ποτέ ότι προβάλλοντα μέσα στη μήτρα ινομυώματα ή πολύποδες προκαλούν αιμορραγίες που πολλές φορές δεν αντιμετωπίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Το πρόβλημα είναι ότι η διάγνωση τέτοιων καταστάσεων δεν μπορεί να τεθεί με τα συνήθη μέσα, χρειάζεται να γίνει «υστεροσκόπηση». Η υστεροσκόπηση θα λύσει το διαγνωστικό πρόβλημα εφόσον θα αποδείξει την ύπαρξη του προβάλλοντος μέσα στη μητρική κοιλότητα μορφώματος κάτω από την άμεσο όραση²¹.

6.22. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους, που εμφανίζονται στις γυναίκες, και κατέχει τη δεύτερη θέση σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού. Είναι πιο συχνός στις ηλικίες μεταξύ 35-55 ετών αλλά μπορεί να συμβεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αναπτύσσεται συχνότερα στις πολύτοκες και σ' αυτές που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα σε πολύ νεαρά ηλικία.

Ιογενείς (ιός έρπητα) και χρόνιες λοιμώξεις καθώς και εξελκώσεις του τραχήλου φαίνεται ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου. Επίσης η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου είναι μεγαλύτερη σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόστρωμα. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσεται είτε από το κυλινδρικό επιθήλιο του βλεννογόνου της τραχηλικής κοιλότητας (αδενοκαρκίνωμα) είτε από το πλακώδες, που καλύπτει την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου. Τα αδενοκαρκινώματα του τραχήλου, που είναι κακοηθέστερα λόγω του ότι είναι ακτινοάντοχα και κάνουν μεταστάσεις αμέσως στους λεμφαδένες

του παραμητρίου, αποτελούν το 5% περίπου όλων των καρκινωμάτων της μήτρας. Αντίθετα, το καρκίνωμα του τραχήλου, που αναπτύσσεται από το πλακώδες επιθήλιο, πρώτα πρέπει να προχωρήσει στον ενδοτράχηλο και μετά να κάνει μεταστάσεις στο παραμήτριο. Κατά τα πρώτα στάδια (προεισδυτικά) ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ασυμπτωματικός και παρουσιάζει 100% πενταετή επιβίωση.

Τα αρχικά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κηλίδες αίματος. Η λευκόρροια σιγά - σιγά αυξάνει σε ποσότητα, γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας της νέκρωσης και της μόλυνσης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο ή και μετά την κλιμακτήριο (μητρορραγία) και οφείλεται στην αρχόμενη εξέλκωση. Αρχικά η αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ μικρή σε ποσότητα, καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή. Χαρακτηριστικές είναι οι αιμορραγίες ύστερα από τη συνουσία και άλλες επαφές με τον τράχηλο (κολπικές πλύσεις ή εξετάσεις). Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία, που τυχαίνει και να λείπουν τελείως όσο δεν πιέζονται από καρκινικές μάζες ή διηθήσεις μεγαλύτερα αισθητικά νεύρα. Η επέκταση του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη προκαλεί συμπτωματική και κάποτε βαριά κυστίτιδα με αιματουρία και κυστεοκολπικά και κυστεοτραχηλικά συρίγγια, στους ουρητήρες απόφραξη και στο ορθό ακράτεια κοπράνων και ορθοκολπικά συρίγγια. Όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν αγγεία και νεύρα, οι πόνοι γίνονται αφόρητοι και παρουσιάζονται οιδήματα των κάτω άκρων. Η τελική εικόνα είναι η μεγάλου βαθμού απίσχναση και αναιμία, συχνά δε υπάρχει και διαλείπων πυρετός οφειλόμενος σε δευτεροπαθή μόλυνση, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων στην εξελκωμένη μάζα του όγκου.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται και τη γενική κατάσταση της άρρωστης. Είναι αποκλειστικά χειρουργική ή ακτινοβολία με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο 60 και ράδιο ή συνδυασμένη χειρουργική και ακτινοθεραπεία. Η αρχική αυτή θεραπεία μπορεί να ακολουθηθεί από μια πιο ριζική χειρουργική τεχνική και /ή χημειοθεραπεία για θεραπεία υποτροπιάζοντα, επίμονου καρκίνου³⁸.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ταξινομείται διεθνώς σε 4 στάδια:

Στάδιο 0 : Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος στο προεισδυτικό στάδιο.

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος δεν προχωρεί πέρα από τη βασική μεμβράνη του επιφανειακού επιθηλίου το υπόστρωμα είναι υγιές.

Στάδιο I : Αρχόμενος καρκίνος του τραχήλου.

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου, βρίσκεται όμως ακόμα εντοπισμένος μονάχα στον τράχηλο, η δε μήτρα παρουσιάζει απόλυτη κινητικότητα.

Στάδιο II : Ελαφρά μορφή.

Ο καρκίνος έχει διηθήσει εν μέρει τα παραμήτρια και τους κολπικούς θόλους (1/3) η μήτρα όμως εξακολουθεί να διατηρεί την κινητικότητα της.

Στάδιο III : Βαριά μορφή.

Η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει προς τους κολπικούς θόλους, τα κολπικά τοιχώματα (2/3), την ουροδόχο κύστη και το έντερο. Τα παραμήτρια έχουν τελείως διηθηθεί από το καρκίνο οπότε δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος ανάμεσα στον όγκο και τα πυελικά τοιχώματα και η μήτρα είναι ακίνητη.

Στάδιο IV: Απελπιστική μορφή.

Όλοι οι υπογαστρικοί ιστοί καθώς και τα οστά της λεκάνης είναι διηθημένα²².

6.23. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Ο καρκίνος του κόλπου είναι πολύ σπάνιος και αποτελεί το 0.5% των καρκινωμάτων των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Πιο συχνός είναι μετά την εμμηνόπαυση. Πρόσφατα αναφέρθηκε μία σπάνια μορφή κακοήθους όγκου του κόλπου, που παρουσιάζεται στις νέες γυναίκες των οποίων οι μητέρες έπαιρναν διαιθυλική στυλβεστρούλη, συνθετικό οιστρογόνο, στην αρχή της κύησης. Πιστεύεται ότι οι γυναίκες, οι οποίες είχαν εκτεθεί στο φάρμακο αυτό κατά την κύηση, διατρέχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας καλοήθους κατάστασης που ονομάζεται κολπική αδένωση, από την οποία αργότερα, μπορεί να αναπτυχθεί το αδενωκαρκίνωμα. Φυσιολογικά, σε νεαρές γυναίκες βρίσκεται πλακώδες επιθήλιο στον κόλπο και τα αδενικά κύτταρα περιορίζονται στον τράχηλο.

Οι αρχικές αλλοιώσεις, γενικά, δεν προκαλούν συμπτώματα. Αργότερα όταν η επεξεργασία παρουσιάσει εξελκώσεις, εμφανίζονται εκδηλώσεις, όπως ανώδυνη αιμορραγία, στακτοκίτρινο κάκωμο έκκριμα, κνησμός και δυσκοιλιότητα. Πόνοι παρουσιάζονται μόνο στα προχωρημένα στάδια και οφείλονται στην διήθηση και την

επέκταση του καρκίνου σε βαθύτερα στρώματα των παραμητρίων και των λεμφαδένων τους.

Η διάγνωση βεβαιώνεται με την βιοψία και αποκλείονται έτσι μεταστάσεις από άλλους όγκους των γεννητικών οργάνων. Η ριζική υστερεκτομή και/ή ακτινοθεραπεία συνδέονται με πενταετή επιβίωση στο 38% των περιπτώσεων².

6.24 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το ενδομητρικό καρκίνωμα ή καρκίνος του σώματος της μήτρας είναι σχετικά σπάνιο, αν συγκριθεί με τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου. Πριν λίγα χρόνια, η αναλογία καρκίνου τραχήλου και σώματος της μήτρας ήταν 4:1, σήμερα όμως η αναλογία αυτή είναι 2:1. Αναπτύσσεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες ηλικίας 50-60 ετών και συχνότερα σε άτοκες. Εμφανίζεται, συχνά, σε άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία, υπερτασική καρδιοπάθεια και διαβήτη. Οι στατιστικές και τα πειράματα 50 χρόνων απέτυχαν να αποδείξουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ οιστρογόνων και καρκίνου της μήτρας³⁸.

Ο καρκίνος του σώματος αναπτύσσεται σε οποιοδήποτε σημείο του ενδομητρίου. Η συνηθέστερη όμως εντόπιση της αρχικής αλλοίωσης είναι ο θόλος της μήτρας και η περιοχή εισόδου των σαλπίνγων. Ο κακοήθης ιστός, αργότερα, καταλαμβάνει όλη τη μητρική κοιλότητα και τελικά το μυομήτριο, τον ορογόνο χιτώνα και τα παρακείμενα όργανα.

Η ανάπτυξη του καρκίνου του σώματος της μήτρας είναι βραδεία, τα παραμήτρια μένουν για πολύ καιρό ελεύθερα και οι μεταστάσεις αργούν να παρουσιαστούν. Λεμφαδενική επέκταση παρατηρείται στους ανώτερους οσφυϊκούς λεμφαδένες, του βουβωνικούς και τους υπογαστρικούς. Μεταστάσεις αναπτύσσονται επίσης στις ωθήκες, είτε δια της λεμφικής οδού, είτε από τον αυλό των σαλπίνγων. Αιματογενείς μεταστάσεις στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά και τον εγκέφαλο είναι πιο σπάνιες από ό,τι στον καρκίνο του τραχήλου. Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας ιστολογικά ανήκει στα αδενοκαρκινώματα και φαίνεται ότι είναι το αποτέλεσμα προοδευτικών μεταβολών στους αδένες της μήτρας και του στρώματος. Ανάλογα με το βαθμό ατυπίας, οι αλλοιώσεις αυτές θεωρούνται είτε αναστρέψιμες (κυστική αδενική υπερπλασία), είτε μη αναστρέψιμες και προκακοήθεις (δυσπλασία, αδενωματώδης υπερπλασία)^{20,2}.

Το ιστορικό άρρωστης με καρκίνωμα του σώματος της μήτρας συχνά περιλαμβάνει μητρορραγίες, που δεν σχετίζονται με τον εμμηνορυσιακό κύκλο στις νεαρές γυναίκες ή που εμφανίζονται στην εμμηνόπαυση. Στην αρχική εξέλιξη του καρκινώματος δεν παρουσιάζονται συμπτώματα. Οι μητρορραγίες εμφανίζονται όταν η καρκινική εξεργασία προχωρήσει και προσβάλλει τα ενδομητρικά τριχοειδή. Στα μεσοδιαστήματα των μητρορραγιών παρουσιάζονται πυώδη και κάκοσμα υγρά, που οφείλονται σε νεκρώσεις των επιφανειακών στιβάδων του καρκινώματος. Ενδέχεται να υπάρχουν πόνοι, συσπάσεις της μήτρας και αυξημένη πίεση.

Η κυτταρολογική εξέταση των κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων (Papanicolaou test) δεν είναι τόσο αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση του ενδομητρικού καρκινώματος, όσο είναι για τον καρκίνο του τραχήλου, γιατί τα αποφολιωμένα κακοήθη κύτταρα υπόκεινται σε αλλοιώσεις μέσα στη μητρική κοιλότητα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με δοκιμαστική απόξεση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του σώματος της μήτρας περιλαμβάνει (α) χειρουργική επέμβαση, (β) ακτινοβολία ή (γ) συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας και ακτινοβολίας. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει, συνήθως, ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωοθηκεκτομή.

Η μετεγχειρητική ακτινοβολία εφαρμόζεται 4 περίπου εβδομάδες μετά την εγχείρηση και για του ίδιους λόγους όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Σε προχωρημένες καταστάσεις γίνεται ενδομητρική εφαρμογή καισίου και εξωτερική συμπληρωματική ακτινοβολία, όπως και στον καρκίνο του τραχήλου, με μόνη διαφορά ότι η κατανομή της δόσης του καισίου γίνεται σ' ολόκληρο το μητρικό τοίχωμα, χωρίς ιδιαίτερη προσοχή στα παραμήτρια, που είναι η βάση της ακτινοθεραπευτικής αντιμετώπισης στον καρκίνο του τραχήλου. Ορμονική θεραπεία, ειδικά με προγεστερινοειδή σε μεγάλες δόσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για καταστολή προχωρημένης νόσου²².

6.25. ΧΟΡΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Είναι κακοήθης νεοπλασία και προέρχεται από το τροφοβλαστικό επιθήλιο του εμρρύου. Διαδοχικές εγκυμοσύνες και ανεπάρκεια λευκώματος θεωρούνται προδιαθεστικοί παράγοντες. Τα κλινικά συμπτώματα μπορεί να μιμηθούν τα σημεία της έκτρωσης ή δυσλειτουργικής αιμορραγίας.

Αν και η νόσος είναι σπάνια, το χοριοκαρκίνωμα είναι εντυπωσιακό παράδειγμα κακινώματος που μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με χημειοθεραπεία. Χρησιμοποιείται μεθοτρεξάτη, σε συνδυασμό με ολική υστερεκτομή ή μόνη της, σε αρρώστους με μικρό κίνδυνο. Η μεθοτρεξάτη εμποδίζει την μετατροπή του φυλλικού οξέος σε τετραϋδροφυλλικό οξύ, διακόπτοντας έτσι τον κύκλο ζωής των κακοηθών κυττάρων διά παρεμποδίσεως της σύνθεσης του DNA. Οι παρενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνουν γαστρική αιμορραγία, έλκη και καταστολή του μυελού των οστών²⁰.

6.26. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Με εξαίρεση τις σάλπιγγες, τα γεννητικά όργανα, συμπεριλαμβανομένων και των μαστών, είναι ευαίσθητα στον πολλαπλασιασμό των φυσιολογικών μυϊκών και αδενικών κυττάρων και του συνεκτικού ιστού. Τα καλοήγη νεοπλασμάτα έχουν περιορισμένη ανάπτυξη, παραμένουν εντοπισμένα και δεν απειλούν τη ζωή. Ταξινομούνται ανάλογα με τον ιστό προέλευσης, τα αδρά χαρακτηριστικά, τον κυτταρικό τύπο και τον βαθμό πολλαπλασιασμού.

Τα συμπτώματα και σημεία των καλοηθών νεοπλασμάτων, εξαρτώνται από το μέγεθος και την εντόπισή τους. Αρκετά από αυτά ανευρίσκονται τυχαία κατά τη γυναικολογική εξέταση ή σε δείγματα υστερεκτομής. Μη φυσιολογική μητρορραγία είναι η πιο συνηθισμένη εκδήλωση των καλοηθών και κακοηθών όγκων. Στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία τα συμπτώματα μιας καλοήθους ανάπτυξης μπορεί, μερικές φορές, να εκληφθούν σαν εγκυμοσύνη. Πόνος, γενικά, δεν εμφανίζεται εκτός αν ο όγκος είναι τόσο μεγάλος που να πιέζει τις παρακείμενες δομές. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική αφαίρεση, που μπορεί να περιορίζεται σε απόξεση ή υστερεκτομή².

6.27. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Οι πολύποδες του τραχήλου, μια υπερβολική αύξηση του ενδοτραχηλικού επιθηλίου, παρατηρούνται στην αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας. Συνήθως αναπτύσσονται σε έδαφος χρόνιας φλεγμονής και εμφανίζονται σαν ερυθρό-μπλε μαλακές αλλοιώσεις, που μπορεί να έχουν εξελκωμένη επιφάνεια. Το κυριότερο

σύμπτωμα του πολύποδα είναι η αιμορραγία μετά από συνουσία ή κατά τη διάρκεια έντασης κατά την αφόδευση. Τα από του στόματος αντισυλληπτικά μπορεί να είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας. Ο πολύποδας αφαιρείται με απόξεση. Η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη γιατί μπορεί να είναι κακοήθης^{20,2}.

6.28. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Ενδομητρίωση είναι η εμφύτευση έκτοπου ενδομήτριου ιστού έξω από τη μήτρα. Ο ιστός αυτός ανευρίσκεται στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες, στη μήτρα και μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η ενδομητρίωση παρατηρείται στο 1/4 περίπου των γυναικών μετά τα 30 και ειδικά στις γυναίκες που συνέλαβαν και θήλασαν. Δεν είναι γνωστό πώς διασπείρεται ο ιστός αυτός, αλλά είναι πιθανό ότι αυτό γίνεται δια της λεμφικής κυκλοφορίας ή δια παλίνδρομης ροής εμμήνων στις σάλπιγγες και την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η μεταφορά επίσης ενδομήτριου ιστού προς το περιτόναιο διευκολύνεται ύστερα από τοκετούς, εκτρώσεις, σύνθλιψη της μήτρας κατά τη διάρκεια εγχείρησης, εμφύσηση των σαλπίγγων ή υστεροσαλιγγιογραφία. Εκτός από τη μεταφορά ενδομήτριου ιστού έξω από τη μήτρα είναι δυνατό να γίνει και διείδυσή του σε βαθύτερα στρώματα της μήτρας. Ο εμφυτευμένος έκτοπος αυτός ενδομήτριος ιστός αποκρίνεται στο ορμονικό ερέθισμα κατά τις φάσεις του κύκλου και παθαίνει μεταβολές ανάλογες με εκείνες του ενδομήτριου, κατά δε την εμμηνορρυσία αιμορραγεί. Εάν η αιμορραγία συμβεί στις ωοθήκες, δεν υπάρχει διέξοδος του αίματος και σχηματίζονται κύστεις. Οι κύστεις αυτές ονομάζονται «σοκολατοειδής κύστεις» εξαιτίας του καφεοειδούς χρώματος του αλλοιωμένου αίματος που ανευρίσκεται μέσα σ' αυτές²².

Τα πρώιμα συμπτώματα της ενδομητρίωσης περιλαμβάνουν προοδευτική δυσμηνόρροια, ακανόνιστες μηνορραγίες, δυσπαρέυνια και χαμηλό κοιλιακό και πυελικό πόνο. Ο εμφυτευμένος ενδομήτριος ιστός μπορεί να δημιουργήσει συμφύσεις οι οποίες προκαλούν στειρώση. Κατά την εξέταση η μήτρα δεν είναι ελεύθερα κινητή και ο έκτοπος ιστός μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη δουλγασειοσκόπηση. Η συντηρητική θεραπεία αποβλέπει στην πρόληψη της ωορρηξίας, που αποτελεί ερέθισμα για την υπερτροφία του ενδομήτριου ιστού. Αντιωορρηκτικά φάρμακα χορηγούνται σε δόσεις μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές για την αποτροπή της ωορρηξίας, αλλά η δόση αυξάνεται βαθμιαία για να μειωθεί η

ναυτία. Η γυναίκα ενθαρρύνεται να μην αναβάλλει την τεκνοποίηση για αργότερο χρόνο, γιατί η εγκυμοσύνη προκαλεί μείωση των συμπτωμάτων και ενδέχεται αργότερα να συμβεί στείρωση εξαιτίας των συμφύσεων. Η ενδομητρίωση υποχωρεί μετά την εμμηνόπαυση, γιατί δεν υπάρχει πια ωοθηκική διέγερση. Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται, εάν ο ενδομήτριος ιστός αποφράξει άλλα γεννητικά όργανα. Γενικά, η χειρουργική παρέμβαση αποφεύγεται, αν η γυναίκα βρίσκεται στην γενετήσια ηλικία της, τελικά όμως μπορεί να γίνει υστερεκτομή ή ολική υστεροσαλπινγγοωθηκεκτομή²⁰.

6.29. ΙΝΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Τα ινώματα της μήτρας (μύωμα, ινομύωμα) είναι βραδείας ανάπτυξης όγκοι των λείων μυϊκών ινών και του ινώδους συνεκτικού ιστού. Είναι καλοήθεις όγκοι και παρατηρούνται στο 20% των γυναικών μεταξύ 25 και 40 ετών. Σπάνια αναπτύσσονται μετά την εμμηνόπαυση. Τα κύρια συμπτώματα είναι οι μητρορραγίες και οι πόνοι. Οι μηγορραγίες, παράταση δηλαδή της περιόδου και αφθονότερη αποβολή αίματος, που οφείλονται στην εντονότερη υπεραϊμία της μήτρας, προκαλούν μεγάλη αναιμία αν δεν αντιμετωριστούν θεραπευτικά. Συμπτώματα από πίεση των γειτονικών οργάνων παρατηρούνται, όπως πόνος στη ράχη, δυσκοιλιότητα, οξεία ή χρόνια κυστίτιδα και αίσθημα βάρους. Δευτερεύοντα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν, όπως αίσθημα κόπωσης, γενικευμένη αδυναμία και χαμηλή κοιλιακή δυσφορία².

Η διάγνωση γίνεται με κοιλιακή και αμφίχειρη ψηλάφηση. Για αποκλεισμό κακοήθειας γίνεται κυτταρολογική εξέταση, διαστολή και απόξεση και βιοψία τραχήλου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ινωμάτων εξαρτάται από το μέγεθος και την εντόπισή τους. Σε μεγάλους όγκους, που προκαλούν υπερβολική αιμορραγία ή συμπτώματα πίεσης, γίνεται υστερομυομεκτομή (όγκος και μήτρα αφαιρούνται). Εάν η γυναίκα βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία και επιθυμεί να τεκνοποιήσει, η θεραπεία είναι πιο συντηρητική. Η μυομεκτομή είναι η θεραπεία εκλογής σ' αυτές τις περιπτώσεις, αν και ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας και ο τοκετός με καισαρική τομή, είναι πιθανές συνέπειες. Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι όμοια με εκείνη επί υστερεκτομής²².

6.30. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΑΙ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

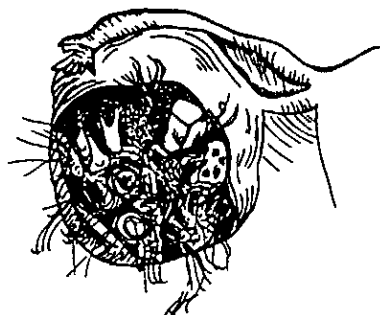
Η ωοθήκη αποτελεί την πιο συχνή θέση για την ανάπτυξη κύστεων. Οι κύστεις αυτές προέρχονται είτε από το ωοθηλάκιο είτε από το ωχρό σωματίο. Οι κύστεις των ωοθηλακίων σχηματίζονται όταν το ωοθηλάκιο δεν ραγεί, οπότε διατηνείται από τη συλλογή του υγρού που εκκρίνεται από το θυλακικό επιθήλιο. Οι κύστεις αυτές προκαλούν ένα βύθιο πόνο ή αίσθημα βάρους κατά την εμμηνορρυσία και, εάν ραγούν, τα σημεία και συμπτώματα είναι όμοια με εκείνα της ρήξης εξωμήτριου εγκυμοσύνης. Οι κύστεις που προέρχονται από το ωχρό σωματίο προκαλούν καθυστερημένη εμμηνορρυσία που συχνά συγχέεται με σαλπινγική εγκυμοσύνη. Οι του ωχρού σωματίου κύστεις υποχωρούν αυτόματα σε πολλές γυναίκες. Το σύνδρομο Stein-Leventhal συνδέεται με μεγάλες πολυκυστικές ωοθήκες. Το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει παχυσαρκία, υπερτρίχωση, στείρωση και διαταραχές της εμμηνορρυσίας με αμμηνόρροια ή ολιγομηνόρροια και μερικές φορές μνηνοραγία.

Η θεραπεία περιλαμβάνει σφηνική εκτομή της ωοθήκης κατά την οποία το 1/2 - 1/3 της ωοθήκης αφαιρείται για μείωση της ωοθηκικής μάζας στο φυσιολογικό μέγεθος. Μια άλλη μέθοδος είναι η χορήγηση clomiphen (Clomid). Η όλη ενδοκρινική κατάσταση της άρρωστης αξιολογείται για καθορισμό πιθανής διαταραχής της ισορροπίας της υποφυσιακής και επινεφριδιακής λειτουργίας, που μπορεί να συνδέεται με το καλούμενο σύνδρομο Stein-Leventhal. Οι καλοήθειες όγκοι των ωοθηκών, μπορεί να είναι κυστικοί ή συμπαγείς. Οι πιο συνηθισμένοι κυστικοί όγκοι, που αναπτύσσονται στην ωοθήκη, είναι το κυστικό τεράτωμα (δερμοειδής κύστη, το ορώδες κυσταδένωμα και το ψευδοβλεννώδες κυσταδένωμα²²).

Οι δερμοειδείς κύστεις της ωοθήκης είναι τερατώματα που πιθανόν να προέρχονται από μη γονιμοποιημένο ωάριο. Τα τερατώματα μπορεί επίσης να είναι και συμπαγείς όγκοι, που τείνουν να εμφανίζονται σε νεαρές γυναίκες. Τα συμπαγή τερατώματα (τερατοβλαστώματα) αποτελούν την κακοήθη μορφή της δερμοειδούς κύστης. Οι δερμοειδείς κύστεις (κυστικά τερατώματα) αναπτύσσονται με βραδύ ρυθμό και το μέγεθος τους κυμαίνεται από φακής μέχρι κεφαλής παιδιού ή και μεγαλύτερο και το τοίχωμά τους αποτελείται από δέρμα με τρίχες, σηματογόνους

και ιδρωτοποιούς αδένες. Μέσα στην κοιλότητα περιέχεται μια λιπόμορφη μάζα που είναι έκκριμα από τους σμηγματογόνους αδένες.

Σε κάποιο σημείο της εσωτερικής επιφάνειας της δερμοειδούς κύστης υπάρχει ένα συμπαγές σώμα που αποτελείται από δόντια, οστό, έντερο, μάτια, εγκεφαλική ουσία και πολλούς άλλους ιστούς, που βρίσκονται σε εμβρυϊκή κατάσταση (Εικόνα 1). Συχνά βρίσκεται και ιστός του θυρεοειδούς. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ασκίτη και ελάχιστη αιμορραγία. Επειδή τα κυστικά τερατώματα μπορεί να εξαλλαγούν σε κακοήθη, ενδείκνυται η χειρουργική τους εξαίρεση. Συνήθως γίνεται υστερεκτομή και ωοθηκεκτομή².



Εικόνα 1. Δερμοειδής κύστη.

Τα ορώδη ή ψευδοβλεννώδη κυσταδενώματα απαντώνται πιο συχνά απ' ότι οι δερμοειδείς κύστεις. Τα ορώδη κυσταδενώματα περιέχουν λευκώματα του αίματος (λευκωματίνη και σφαιρίνη), έχουν συνήθως μέτριο μέγεθος, που μπορεί να φθάσει το μέγεθος κεφαλής ανδρός, και κατά κανόνα είναι αμφοτερόπλευρα. Τα ψευδοβλεννώδη κυσταδενώματα περιέχουν καθαρό παχύρρευστο υγρό με ψευδοβλέννη, εντοπίζονται συνήθως στη μια ωοθήκη, το μέγεθος τους είναι πολύ μεγάλο και μπορεί να φθάσει σε βάρος πολλών χιλιογράμμων, οπότε τεντώνονται τα κοιλιακά τοιχώματα και προκαλείται η πρώτη εντύπωση ότι πρόκειται για ασκίτη.

Τα ορώδη κυσταδενώματα συχνά υποτροπιάζουν μετά τη χειρουργική τους εξαίρεση. Τα σημεία και συμπτώματα αυτών των κύστεων ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό. Εάν οι κύστεις είναι μεγάλες, προκαλούν πιεστικά ενοχλήματα με αίσθημα βάρους στην κοιλιά και διακόπτουν τη λειτουργία του εντέρου ή της κύστης ή και των δύο, όταν παρεισδύσουν σε αυτά τα όργανα.

Οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι συστροφή και ρήξη της κύστης οι άρρωστες με αυτές τις επιπλοκές εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα οξείας κοιλίας. Επίσης μπορεί να συμβεί κακοήθης εξαλλαγή²¹.

Το ίνωμα της ωοθήκης είναι ένας καλοήθης συμπαγής όγκος· παρουσιάζει περιορισμένες διαστάσεις, μερικές φορές όμως μεγαλώνει και φθάνει στο μέγεθος κεφαλής ανθρώπου. Η αύξηση των ινωμάτων είναι βαθμιαία. Αποτελούνται από ινώδη ιστό. Δεν προκαλούν συμπτώματα παρά μόνον όταν μεγαλώσουν πολύ, οπότε προκαλούν κοιλιακή δυσφορία ή πόνο. Κάποτε αναπτύσσεται ασκίτης και υδροθώρακας (σύνδρομο Meig). Η αιτιολογική εξήγηση του φαινομένου αυτού είναι ακόμα σκοτεινή. Ο υδροθώρακας υποχωρεί μετά τη χειρουργική αφαίρεση των ινωμάτων της ωοθήκης. Τα ινώματα υπόκεινται σε συστροφή και επακόλουθη έμφραξη, όπως και τα κυσταδενώματα. Όταν συμβεί συστροφή, προκαλείται φλεβική απόφραξη και ασκίτης.

Γενικά, *η θεραπεία* των καλοηθών όγκων της ωοθήκης είναι η εκτομή του όγκου. Εάν η ταχεία βιοψία, που γίνεται κατά την ώρα της επέμβασης, αποβεί θετική, γίνεται ολική υστερο-ωοθηκεκτομή. Όταν προσβάλλεται μόνο η μια ωοθήκη και η άρρωστη είναι στη γενετήσια ηλικία της, γίνεται συντηρητική θεραπεία, (αφαίρεση της ωοθήκης και της σάλπιγγας). Στις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση γίνεται συνήθως ολική υστερεκτομή, για πρόληψη παραπέρα κακοήθους ανάπτυξης².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

7.1.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση Αγγειακής ή Αλλεργικής Πορφύρας ή Πορφύρας HENoch - SCHONLEIN

1. Παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.
 - α. Μέτρηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, παρατήρηση κάθε μεταβολής στη νεφρική λειτουργία.
 - β. Παρακολούθηση για αιμοσφαιρινουρία, αιματουρία, λευκωματουρία και αναφορά κάθε αύξησης στη συχνότητα ή ποσότητα.
 - γ. Αν τα προσλαμβανόμενα υγρά είναι 1.500 - 1.800 mL/m² το 24ωρο, θα πρέπει τα αποβαλλόμενα να φθάνουν τα 400-1.000 mL/m² το 24ωρο.
2. Παρακολούθηση της λειτουργίας του γαστρεντερικού σωλήνα.
 - α. Καθημερινή αξιολόγηση για παρουσία αίματος στα κόπρανα (πραγματική ή τυφλές αιμορραγίες).
 - β. Αναγραφή της σύστασης, του χρώματος και της συχνότητας των κενώσεων.
 - γ. Σε αιματέμεση δεν χορηγείται τίποτε από το στόμα. Μέτρηση και αναγραφή της ποσότητας των εμέτων. Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του αρρώστου.
 - δ. Τροποποίηση της διαίτας. Αν έχει μέλαινα κένωση, συνεργασία με διαιτολόγο για δίαιτα λιγότερο ερεθιστική, αλλά πάντοτε πλήρη από θρεπτική άποψη.
 - ε. Μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει ιατρική οδηγία.
3. Ενθάρρυνση αρρώστου να πραγματοποιεί όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, μετά την ανακούφιση του πόνου.
 - α. Χορήγηση κορτικοστεροειδών, αν υπάρχει ιατρική εντολή, για ανακούφιση των συμπτωμάτων της αλλεργικής πορφύρας και του πόνου.
 - β. Διαθέσιμα αναλγητικά για αντιμετώπιση του πόνου.

- γ. Παρακολούθηση και αναφορά των παραπόνων του αρρώστου για κοιλιακό πόνο, εφόσον η φλεγμονή και ο εγκολεασμός είναι πιθανά.
- δ. Ενθάρρυνση για δραστηριότητες στα πλαίσια της αντοχής του αρρώστου.
- 3. Ενημέρωση αρρώστου και οικογένειας σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία.
 - α. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο και την οικογένειά του σχετικά με την πρόγνωση της νόσου και τις προφυλάξεις που πρέπει να παίρνουν.
 - β. Ενημέρωσή τους σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοστεροειδών.
- 4. Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας.
 - α. Να εξετάζουν το δέρμα για πετέχειες και εκχυμώσεις.
 - β. Να ελέγχουν τα ούρα και τα κόπρανα για αιμορραγία.
 - γ. Να επαγρυπνούν για σημεία εσωτερικής αιμορραγίας (ζάλη, αδυναμία, ταχυκαρδία, κοιλιακοί πόνοι, υπόταση και διανοητική σύγχυση).
 - δ. Να αντιμετωπίζουν αμέσως τις ρινορραγίες και τα κοψίματα.
 - ε. Να αποφεύγει ο άρρωστος την υπερβολική θερμότητα και αφυδάτωση.
 - στ. Να αποφεύγει την ένταση ή την ανύψωση βαριών αντικειμένων, να προσέχει όταν βαδίζει ή να ζητά βοήθεια όταν υπάρχει ανάγκη.
 - ζ. Να χρησιμοποιεί μόνο ηλεκτρική ξυριστική μηχανή και μαλακή οδοντόβουρτσα.
- 5. Σχολαστική φροντίδα του δέρματος του αρρώστου, χρησιμοποιώντας ελαιώδεις ουσίες ή λοσιόν και συχνή αλλαγή της θέσης του όταν είναι κλινήρης.
- 6. Τα κόπρανα θα πρέπει να είναι μαλακής σύστασης για πρόληψη τραυματισμού του πρωκτικού βλεννογόνου. Υπακτικά φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται γι' αυτόν το λόγο.

Αξιολόγηση

- 1. Αναμενόμενα αποτελέσματα.
 - α. Παρεκκλίσεις της νεφρικής και γαστρεντερικής λειτουργίας προλαβαίνονται ή διαπιστώνονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται.
 - β. Ο πόνος ελέγχεται.
 - γ. Η οικογένεια κατανοεί τη φύση της νόσου και τη θεραπεία³⁸.

7.1.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση της Ιδιοπαθούς Θρομβοπενικής

Πορφύρας

1. Στενή παρακολούθηση αρρώστου για εμφάνιση σοβαρής αιμορραγίας.
2. Άρρωστοι που παίρνουν κορτικοστεροειδή μπορεί να παρουσιάζουν ορισμένες διαταραχές: αλλαγή προσωπικότητας, αύξηση βάρους σώματος, υπέρταση κ.λπ. Ενημέρωση των γονιών γι' αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοστεροειδών.
3. Επεξήγηση στον άρρωστο και στους γονείς της σπουδαιότητας συνέχισης της θεραπείας με κορτικοστεροειδή και της βαθμιαίας μείωσης της δόσης προς το τέλος της θεραπείας.
4. Επεξήγηση στους ενήλικες αρρώστους και στους γονείς παιδιών, της σπουδαιότητας αποφυγής τραυματισμών και ενέσεων.
5. Επειδή τα κορτικοστεροειδή αυξάνουν την επιρρέπεια στη λοίμωξη και καλύπτουν τα συμπτώματα, το παιδί θα πρέπει να απομονωθεί από όλα τα άλλα παιδιά. Τα παιδιά που έρχονται σε επαφή με το άρρωστο παιδί θα πρέπει να είναι τελείως υγιή.
6. Αν και η πρόγνωση είναι καλή, οι γονείς ανησυχούν για την πιθανότητα χρονιότητας της νόσου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός όταν συζητά για τις επιπλοκές και την πιθανότητα χρονιότητας. Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν ότι αν και το παιδί φαίνεται καλά, η ΙΘΠ είναι μια σοβαρή νόσος, χωρίς βέβαια να δίνονται σ' αυτούς πληροφορίες που δεν είναι αναγκαίες.
7. Υποστήριξη του αρρώστου που υποβάλλεται σε μετάγγιση.
8. Τροποποίηση των δραστηριοτήτων του αρρώστου ανάλογα με το βαθμό της αναιμίας, υπόδειξη για τροποποιημένες δραστηριότητες συνδυασμένες με περιόδους ανάπαυσης, μέχρις ότου οι τιμές της αιμοσφαιρίνης επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα.
9. Αποφυγή υπερβολικής έντασης κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων και πρόληψη φταρνίσματος, είναι απαραίτητα.
10. Διατήρηση αρρώστου σε ανάπαυση κατά την περίοδο αιμορραγίας.
11. Χορήγηση αλάτων σιδήρου, αν ο άρρωστος εμφανίζει σιδηροπενική αναιμία λόγω χρόνιας απώλειας αίματος.

12. Καταστολή της εμμηνορρυσίας (με οιστρογόνα), αν η άρρωστη έχει επανειλημμένες μηνορραγίες.
13. Αποφυγή χορήγησης ασπιρίνης, γιατί παρεμβαίνει στην αιμοστατική λειτουργία των αιμοπεταλίων.
14. Ετοιμασία αρρώστου για σπληνεκτομή.
15. Στενή παρακολούθηση αρρώστου μετά το χειρουργείο. Ο άρρωστος φέρει ρινογαστρικό σωλήνα και παροχέτευση τραύματος. Η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι πιθανή, γι' αυτό ελέγχεται συχνά το επιδεσμικό υλικό του τραύματος και η αρτηριακή πίεση.
16. Εξετάσεις αίματος μετεγχειρητικά μπορεί να είναι μεγάλης σημασίας για διαπίστωση της επιτυχίας της επέμβασης.
17. Συνεχής επισκόπηση του αρρώστου είναι ουσιώδης κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Αξιολόγηση

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα.
 - α. Δεν παρατηρούνται αιμορραγία ή μώλωπες.
 - β. Γίνεται έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία λοίμωξης.
2. Επιπλοκές : αιμορραγίες, ειδικά εγκεφαλική αιμορραγία³⁸.

7.1.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση Αιμορροφιλίας

1. Πρόληψη αιμορραγίας.
 - α. Απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων από το περιβάλλον των άρρωστων παιδιών, όπως μεταλλικά παιχνίδια, αιχμηρά έπιπλα κ.λπ.
 - β. Συμβουλή στον έφηβο να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.
 - γ. Λήψη θερμοκρασίας από το ορθό με πολύ προσοχή.
 - δ. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα, όπου είναι δυνατό.
 - ε. Επιλογή των περιοχών για ενδομυϊκή ένεση με πολύ προσοχή και εναλλαγή τους.
 - στ. Βραδεία έγχυση του φαρμάκου.
 - ζ. Εφαρμογή πίεσης για 5 min. στο σημείο ενδομυϊκής ή ενδοφλέβιας ένεσης.
 - η. Συμβουλή στον άρρωστο να αποφεύγει τους τραυματισμούς και

διδασκαλία πώς να προλαβαίνει τα αιμορραγικά επεισόδια.

2. Έλεγχος αιμορραγίας (όταν συμβαίνει).

- α. Διαβεβαίωση αρρώστου και οικογένειας ότι η αιμορραγία θα τεθεί υπό έλεγχο.
- β. Ενθάρρυνση αρρώστου να αναπαύεται, απομακρύνοντας όλους τους διεγερτικούς παράγοντες από το περιβάλλον.
- γ. Εφαρμογή παγοκύστης και πιεστική επίδεση στην προσβλημένη περιοχή. Εναλλαγή της θέσης των παγοκύστεων για πρόληψη βλάβης των ιστών.
- δ. Αντιμετώπιση μιας τοπικής αιμορραγίας με τοπική πίεση ή με χρησιμοποίηση τοπικών αιμοστατικών, όπως προθρομβίνη (σκόνη ή υδατικό διάλυμα που περιέχει 1.000 – 2.000 units θρομβίνης σε 1mL), αδρεναλίνη.
- ε. Ακίνητοποίηση της προσβλημένης περιοχής. Τα αιματώματα αντιμετωπίζονται με ακινησία, νάρθηκα και εφαρμογή πάγου.
- στ. Ανύψωση και υποστήριξη των αρθρώσεων σε θέση ελαφράς κάμψης (σε αίμαρθρα).
- ζ. Χορήγηση αίματος, πλάσματος ή κρυοϊζήματος, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Παρακολούθηση ροής και αναγραφή απόκρισης του αρρώστου.
- η. Στενή παρακολούθηση αρρώστου για εμφάνιση σημείων εσωτερικής αιμορραγίας.

Οι ενδοκρανιακές αιμορραγίες αποτελούν σήμερα την κύρια αιτία θανάτου των αιμορροφιλικών, αν και η έγκαιρη χορήγηση του παράγοντα VIII μπορεί να αποβεί σωτήρια για τον άρρωστο. Αιμορραγίες του νωτιαίου μυελού δεν είναι πολύ σπάνιες και χαρακτηρίζονται από έντονο πόνο.

- θ. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως εξάνθημα, κεφαλαλγίες και πυρετός, μετά χορήγηση κρυοϊζήματος και αντιμετώπισή τους με τη χορήγηση αντιισταμινικών και αντιπυρετικών (π.χ. Tylenol).

3. Ανακούφιση αρρώστου από τον πόνο.

- α. Χορήγηση ηρεμιστικών ή ναρκωτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

- β. Αποφυγή υπερβολικού χειρισμού του αρρώστου.
 - γ. Χορήγηση στεφάνης για αποφυγή πίεσης της προσβλημένης περιοχής από το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.
 - δ. Αποφυγή χορήγησης ασπιρίνης.
4. Διατήρηση λειτουργικότητας της άρθρωσης, όταν η αιμορραγία έχει σταματήσει ή έχει ελεγχθεί.
- α. Έναρξη παθητικών ασκήσεων των άκρων.
 - β. Ενθάρρυνση ενεργητικών ασκήσεων για τόνωση των μυών γύρω από προσβλημένη άρθρωση.
 - γ. Χρησιμοποίηση υποστηρικτικών ή διορθωτικών μηχανημάτων για προστασία και ακινητοποίηση της άρθρωσης μετά την αιμορραγία, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
5. Εκτίμηση προόδου της νόσου.
- α. Επιδείνωση πόνου.
 - β. Παραπέρα διόγκωση αρθρώσεων.
 - γ. Αιμορραγία.
 - δ. Σημεία shock.
6. Επικοινωνία με γονείς.
- α. Ενθάρρυνση γονέων να εκφράσουν τα αισθήματα ενοχής που νιώθουν και διαβεβαίωσή τους ότι είναι μια φυσιολογική αντίδραση.
 - β. Ενθάρρυνση γονέων να αναγνωρίσουν τις δυνατότητές τους και να συμμετέχουν θετικά στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα του παιδιού.
 - γ. Εξασφάλιση επικοινωνίας με τους γονείς άλλων αιμορροφιλικών παιδιών.
7. Εκτίμηση ετοιμότητας αρρώστου και οικογένειας για έναρξη εφαρμογής του προγράμματος.
- α. Ετοιμασία για την επίδειξη τεχνικών.
 - β. Ενθάρρυνση αρρώστου και γονέων στη βαθμιαία εκτέλεση τεχνικών.
 - γ. Παρακολούθηση εκτέλεσης των τεχνικών από τον άρρωστο και τους γονείς μετά την επίδειξη.
 - δ. Εξασφάλιση προφορικών και γραπτών οδηγιών σχετικά με τη θεραπεία αντικατάστασης, τον καθορισμό της δόσης και την τεχνική χορήγησης.

- ε. Ενημέρωση δασκάλου ή εργοδότη.
- στ. Πληροφόρηση οικογένειας για τις καλοκαιρινές κατασκηνώσεις αιμορροφιλικών, αν υπάρχουν.
- ζ. Εξασφάλιση γραπτών ή προφορικών πληροφοριών σχετικά με τη φύση της νόσου, τα σημεία και τα συμπτώματα αιμορραγίας, τα μέτρα ελέγχου αιμορραγίας, τις ενδείξεις θεραπείας αντικατάστασης και την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Προγραμματισμός διδασκαλίας όταν ο άρρωστος είναι ήρεμος και έτοιμος γι' αυτή.
- η. Επιβεβαίωση, μετά κάποιο χρονικό διάστημα, ότι η οικογένεια του αρρώστου κατανόησε τις πληροφορίες που δόθηκαν.
- θ. Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και διαβεβαίωσή του ότι τα αισθήματα αυτά είναι φυσιολογικά.
- ι. Εξήγηση στον άρρωστο ότι η σωματική άσκηση επιβάλλεται για τη διάπλαση του μυϊκού του συστήματος. Συνιστάται όμως να αποφεύγει τα βαριά αθλήματα, ενώ αντίθετα, να επιδίδεται στην πεζοπορία και σε αθλήματα τύπου κολύμβησης ή τένις.
- 7. Παραπομπή στα κατάλληλα κέντρα για παραπέρα πληροφορίες και υποστήριξη.
- 9. Εκλογή επαγγέλματος.

Η εκλογή επαγγέλματος θα πρέπει να απασχολήσει έγκαιρα τους γονείς, τον άρρωστο και το γιατρό, που θα πρέπει να έχουν υπόψη τους τρία βασικά σημεία: (α) την παθολογικά αυξημένη αντίδραση στην κάκωση, (β) το ενδεχόμενο συχνών απουσιών από την εργασία και (γ) την πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιας αναπηρίας με την πάροδο του χρόνου. Βαριά αιμορροφιλικοί θα πρέπει να αποφεύγουν επαγγέλματα που εκθέτουν σε τραύμα ή χρειάζονται μεγάλη σωματική προσπάθεια. Προτιμώνται επαγγέλματα όπως υπαλλήλου γραφείου, ειδικευμένου τεχνίτη κ.λπ.

Αξιολόγηση

- 1. Αναμενόμενα αποτελέσματα:
 - α. Η αιμορραγία που εμφανίζεται ελέγχεται ικανοποιητικά.
 - β. Ο πόνος ελέγχεται αρκετά καλά.
 - γ. Οι μυοσκελετικές παραμορφώσεις μειώνονται.
 - δ. Η προσαρμογή του παιδιού και η ανάπτυξή του είναι ικανοποιητικές.
 - ε. Η προσαρμογή των γονέων είναι επίσης ικανοποιητική.

στ. Οι γονείς και το παιδί, εφόσον η ηλικία το επιτρέπει, καταλαβαίνουν τι είναι αιμορροφιλία και συμμετέχουν θετικά στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

2. Επιπλοκές :

α. Αιμορραγία και shock¹³.

7.1.4. Νοσηλευτική Παρέμβαση της Νόσου του von Willebrand

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι:

1. Η ανακούφιση του αρρώστου από τη μείωση της άνεσης που δημιουργούν τα συμπτώματα της αρρώστιας.
2. Έγκαιρη διαπίστωση εντόπισης της αρρώστιας (αγγειίτιδα) στο έντερο και τους νεφρούς.

Για την προσέγγιση των αντικειμενικών σκοπών πραγματοποιούνται οι πιο κάτω νοσηλευτικές δραστηριότητες:

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τη μείωση της ανέσεώς του που δημιουργούν τα συμπτώματα της αρρώστιας.

1.1. Επειδή τα κοιλιακά άλγη οφείλονται στο εξέρυθρο, παχυσμένο και οιδηματώδες, κατά περιοχές, έντερο, γι' αυτό αποφεύγονται ερεθιστικές τροφές (πλούσιες σε κυτταρίνη), προλαμβάνεται η δυσκοιλιότητα με τη χορήγηση υπακτικών φαρμάκων (κατά την κένωση, αν τα κόπρανα είναι σκληρά, μπορεί να τραυματιστεί ο βλεννογόνο του πρωκτού).

1.2. Επιμελημένη φροντίδα του δέρματος. Χρησιμοποιείται μη ερεθιστικό σαπούνι (προτιμάται το γλυκερινούχο). Επαλείφεται το δέρμα με ελαιώδη ουσία ή λοσιόν για να διατηρείται μαλακό. Όταν υπάρχουν εξελκώσεις λαμβάνονται μέτρα για πρόληψη μολύνσεων. Επειδή ο άρρωστος ενισχύεται να μείνει στο κρεβάτι πολλές ώρες, η αλλαγή θέσεως σε συχνά χρονικά διαστήματα τον ανακουφίζει.

2. Έγκαιρη διαπίστωση εντοπίσεων της αρρώστιας στο έντερο και τους νεφρούς.

2.1. Καθημερινή επισκόπηση των ούρων και των κοπράνων για παρουσία αίματος. Σε περιπτώσεις αμφιβόλου υπάρξεως στέλνονται στο εργαστήριο δείγματα ούρων για ερυθρά και κοπράνων για αιμοσφαιρίνη.

2.2. Αναγράφεται ο αριθμός των κενώσεων και των εμέτων (εφόσον υπάρχουν).

2.3. Όταν υπάρχει αίμα στα κόπρανα ή τον έμετο, ενημερώνεται ο γιατρός και ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτε από το στόμα μέχρι αξιολογήσεως της καταστάσεώς του.

2.4. Σε μεγάλη απώλεια αίματος είμαστε έτοιμοι για την αναπλήρωσή του.

2.5. Αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας με διατήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και παρακολούθηση των εργαστηριακών στοιχείων για αιμοσφαιρινουρία, αιματουρία και λευκωματουρία.

3. Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του για τη φύση της αρρώστιας, πώς πρέπει να παρατηρούν το δέρμα για πετέχειες, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα και να αναγνωρίζουν τα σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας (ζάλη, αδυναμία, εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπόταση, διανοητική σύγχυση).

4. Διδάσκεται ο άρρωστος να αποφεύγει την άσκηση πίεσης, την ανύψωση βάρους, την ένταση κ.ά. για πρόληψη αιμορραγιών και να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή και μαλακή οδοντόβουρτσα για τον ίδιο λόγο. Σε περίπτωση ρινορραγίας μαθαίνει τη σειρά πρώτων βοηθειών που θα προσφέρει στον εαυτό του⁹.

7.1.5. Νοσηλευτική Παρέμβαση της Αιμοφιλίας Α

Η διάγνωση και ιεράρχηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του αρρώστου με αιμοφιλία θα γίνει μετά από την ανάλυση και σύνθεση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν. Οι **αντικειμενικοί σκοποί** της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου που προκύπτουν από τα νοσηλευτικά του προβλήματα σε γενική και μη εξατομικευμένη μορφή (αφού δεν έχουμε συγκεκριμένο άρρωστο) είναι οι πιο κάτω:

1. Η πρόληψη και ο έλεγχος των αιμορραγιών.
2. Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και η προφύλαξη από μυοσκελετικές παραμορφώσεις.
3. Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και του άμεσου περιβάλλοντος και η ενημέρωσή τους για τη φύση της αρρώστιας και πώς μπορεί ο άρρωστος να ζήσει μ' αυτό.

Η προσέγγιση των πιο πάνω σκοπών θα γίνει με την εφαρμογή **νοσηλευτικών δραστηριοτήτων** που έχουν προγραμματισθεί στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

1. Η πρόληψη και ο έλεγχος των αιμορραγιών.
 - 1.1. Ο άρρωστος ενημερώνεται πώς θα βοηθήσει στην πρόληψη τραυματισμών και θα αποφύγει αιμορραγικά επεισόδια. Ειδικότερα ενημερώνεται να μη χρησιμοποιεί

αιχμηρά αντικείμενα, τα οποία και απομακρύνονται από το περιβάλλον του· όταν μάλιστα πρόκειται για μικρά παιδιά. Αποφεύγονται επίσης έπιπλα με αιχμηρές προεξοχές, σκληρά και αιχμηρά παιχνίδια (κυρίως για τα παιδιά) κ.ά. Για την αποτρίχωση (ξύρισμα) προσώπου, άκρων κ.ά. συνιστάται η χρησιμοποίηση ηλεκτρικής μηχανής.

1.2. Όταν ο άρρωστος θερμομετρείται από το ορθό το θερμομέτρο τοποθετείται και αφαιρείται με μεγάλη προσοχή. Αποφεύγεται η χορήγηση φαρμάκων με ενέσεις, όταν όμως αυτό δεν μπορεί να αποφευχθεί τότε γίνεται προσεκτική επιλογή του σημείου της ενέσεως (μακριά από μεγάλα αγγεία, διηθημένες ή με σκληρία περιοχές για τις ενδομυϊκές ενέσεις, σε ευδιάκριτα, επιφανειακά και μη διηθημένα αγγεία για ενδοφλέβιες), γίνεται συχνή εναλλαγή των θέσεων, το φάρμακο χύνεται πολύ αργά, εφαρμόζεται πίεση 5 περίπου λεπτών στο σημείο της ενέσεως και εξασφάλιση της κατάλληλης (μέγεθος, κατάσταση) βελόνας.

1.3. Σε περίπτωση απρόοπτης μετατραυματικής ή αυτόματης αιμορραγίας ακινητοποιείται η περιοχή που αιμορραγεί, ενημερώνεται ο γιατρός, υποστηρίζεται ψυχολογικά ο άρρωστος, περιορίζονται οι διεγερτικοί παράγοντες, μένει κοντά στον άρρωστο κάποιος που μπορεί να βοηθήσει θετικά, κατά προτίμηση νοσηλεύτρια και αντιμετωπίζεται στη συνέχεια από το γιατρό και τη νοσηλεύτρια ανάλογα.

1.4. Παρακολουθείται συνέχεια ο άρρωστος για εμφάνιση σημείων ή συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας (από απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος)· παρακολουθήση των απεκκριμάτων του και αξιολόγηση συμπτωμάτων όπως έντονη κεφαλαλγία και νευρολογικές εκδηλώσεις (παραισθησίες, απώλεια αισθητικότητας κ.ά.) που πιθανό να δημιουργούν ενδοκρανιακές αιμορραγίες και αιμορραγίες του νωτιαίου μυελού.

1.5. Ο άρρωστος βοηθείται να κατανοήσει πως, η ανάπαυση και η απομάκρυνση διεγερτικών παραγόντων του περιβάλλοντος βοηθούν στον έλεγχο της αιμορραγίας καθώς η εφαρμογή παγοκύστης, πιεστικής επίδεσης της περιοχής που αιμορραγεί (κατά την εφαρμογή της παγοκύστης λαμβάνονται μέτρα προλήψεως νεκρώσεως ιστών).

1.6. Χορηγείται ο παράγοντας VIII σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και αξιολογείται η απάντηση του αρρώστου στη θεραπεία. Αν ο άρρωστος δεν απαντά στη θεραπεία, εφόσον η περιεκτικότητα του παράγοντα VIII είναι καλή, πιθανόν να

έχουν αναπτυχθεί αναστολείς του παράγοντα VIII, που τον αδρανοποιούν και απαιτείται αλλαγή του τρόπου αντιμετώπισης της αιμορραγίας.

1.7. Τοπική αιμορραγία μπορεί να αντιμετωπισθεί με τοπική πίεση ή τη χρησιμοποίηση τοπικών αιμοστατικών.

1.8. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα αλλεργικής αντίδρασης μετά τη χορήγηση κατεψυγμένης – αποξηραμένης ζωικής AHF και αντιμετωπίζεται ανάλογα.

2. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και προφύλαξη από μυοσκελετικές παραμορφώσεις.

2.1. Για την άμεση ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο χορηγούνται ηρεμιστικά ή ναρκωτικά φάρμακα, λαμβάνοντας μέτρα πρόληψης τυχόν φαρμακευτικής εξάρτησης (η ασπιρίνη απαγορεύεται επειδή έχει αρνητική παρέμβαση στο μηχανισμό πήξεως του αίματος), χρησιμοποιείται στεφάνη για την απομάκρυνση του βάρους των λευχειμάτων από την περιοχή που έχει προσβληθεί και λαμβάνονται τα λοιπά νοσηλευτικά μέτρα που αναφέρονται στη Ν.Φ. του αρρώστου με λευχαιμία. Η ακινητοποίηση της προσβλημένης περιοχής με νάρθηκα, η ανύψωση και υποστήριξη των αρθρώσεων (αίμαρθρο) και η τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων βοηθούν άμεσα στον περιορισμό του πόνου και την ταχύτερη απορρόφηση του αιματώματος με αποτέλεσμα την οριστική απαλλαγή από τον πόνο.

2.2. Μετά τη διακοπή αιμορραγίας εντοπισμένης σε άρθρωση και για την πρόληψη αγκυλώσεως και μυϊκής ατροφίας γίνονται παθητικές κινήσεις, ενεργητικές ασκήσεις καθώς και μασάζ των μυών, με εντολή γιατρού. Η άρθρωση τοποθετείται σε λειτουργική θέση. Για την προστασία και την ακινητοποίηση της αρθρώσεως, που έχει προσβληθεί χρησιμοποιούνται με εντολή γιατρού, υποστηρικτικά ή διορθωτικά μηχανήματα.

3. Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και του άμεσου περιβάλλοντος και ενημέρωσή τους για τη φύση του νοσήματος και πώς μπορεί να ζήσει ο άρρωστος μ' αυτό.

3.1. Η οικογένεια με αιμοφιλικό παιδί χρειάζεται συνεχή υποστήριξη και καθοδήγηση καθώς και ενημέρωση για το πώς θα ζήσει το παιδί τους με το νόσημα από το οποίο πάσχει. Το άρρωστο παιδί όσο μεγαλώνει αισθάνεται την αναπηρία του και αισθάνεται μειονεκτικά προς τα άλλα παιδιά της ηλικίας του. Η μητέρα του όμως αισθάνεται ενοχή και υπεύθυνη για την αρρώστια του παιδιού της την οποία ενοχή προσπαθεί να μειώσει με την υπερπροστασία που αναπτύσσει προς το παιδί της.

Αυτή όμως η συμπεριφορά της κάνει το παιδί πολύ εξαρτημένο, μειώνει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης και αστοχεί η προσπάθεια που πρέπει να συγκεντρώνεται στην ενθάρρυνση του παιδιού να ζει κατά το δυνατό κανονική ζωή. Η ανάπτυξη όμως αυτής της ψυχολογίας στη μητέρα και το άρρωστο παιδί δημιουργούν και προβλήματα στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (πατέρα, άλλα παιδιά) που πιθανόν να έχουν σαν αποτέλεσμα την απόρριψη του άρρωστου παιδιού και έτσι δημιουργείται νέα πηγή αισθημάτων μειονεκτικότητας για το παιδί. Όλη, λοιπόν, η οικογένεια, συμπεριλαμβανομένου και του άρρωστου παιδιού, χρειάζεται βοήθεια για να κατανοήσει τη φύση του νοσήματος, τα σημεία και τα συμπτώματα της αιμορραγίας, τα μέτρα ελέγχου, τα μέτρα πρόληψης αιμορραγιών με ιδιαίτερη έμφαση στην αναπλήρωση του παράγοντα VIII που λείπει, τη δυνατότητα φοίτησής του στο σχολείο και τη σημασία που πρέπει να δώσουν στο επάγγελμα που το παιδί θα διαλέξει.

Η οικογένεια βοηθείται από την ομάδα υγείας, την οποία πρέπει να αποτελούν ο παιδίατρος, ο αιματολόγος, η νοσηλεύτρια, ο ορθοπαιδικός, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο φυσικοθεραπευτής κ.ά.

Οι γονείς βοηθούνται ακόμη να εξωτερικεύσουν τα αισθήματα που δοκιμάζουν, τους φόβους και τις ανησυχίες τους, να αναγνωρίσουν τις δυνατότητές τους με τη θετική βοήθεια του παιδιού και να έχουν συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Επίσης το άρρωστο παιδί βοηθείται να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του για το παρόν αλλά και για το μέλλον του.

3.2. Η ομάδα υγείας (ιδιαίτερα η νοσηλεύτρια) εκτιμά το άρρωστο παιδί και τα μέλη της οικογένειάς του αν είναι έτοιμοι για την ενεργό συμμετοχή στην εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος· σε αρνητική περίπτωση τους προετοιμάζει ψυχολογικά να το αναλάβουν υπεύθυνα (διδάσκονται τις διαδικασίες για την εκτέλεση της θεραπείας, τις εκτελούν και αναγράφουν την εκτέλεση).

3.3. Η οικογένεια πληροφορείται για κατασκηνώσεις αιμοφιλικών παιδιών, αν υπάρχουν, και ενισχύεται να χρησιμοποιήσει την ιδιαίτερα εκπαιδευτική αυτή ευκαιρία για το παιδί της.

3.4. Οι γονείς ενημερώνουν το δάσκαλο για το πρόβλημα υγείας του παιδιού τους και τους δίνουν πληροφορίες για την προσφορά σωστής βοήθειας σε περίπτωση αιμορραγίας. Όταν οι γονείς δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο ρόλο αυτό βοηθούνται από τη νοσηλεύτρια (-τη) του σχολείου.

3.5. Ο άρρωστος ενημερώνει τον εργοδότη για το πρόβλημα υγείας του και τον τρόπο βοήθειας σε περίπτωση αιμορραγίας.

3.6. Ο άρρωστος ενημερώνεται για τη σκοπιμότητα της συντηρητικής οδοντιατρικής αγωγής και της φυσικοθεραπείας μετά από αίμαρθρα.

3.7. Πληροφορείται ο άρρωστος ότι η σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για τη μυϊκή του ανάπτυξη, να αποφεύγει όμως τα βαριά αθλήματα και να κάνει πεζοπορία, κολύμβηση, τένις και άλλα παρόμοια.

3.8. Ο άρρωστος κατανοεί την ανάγκη περιοδικής εξέτασης, έστω και αν δεν παρουσιάζει ή κινδυνεύει να παρουσιάσει αιμορραγικό επεισόδιο καθώς και της επίβλεψης της εφαρμοζόμενης θεραπείας από κέντρο αιμοφιλικών^{1,9}.

7.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

7.2.1. Γενικές Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

1. Για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί αποτελεσματική αναπνοή:

α. Αξιολόγηση ανώμαλου αναπνευστικού προτύπου. Η αναπνευστική λειτουργία διαταράσσεται όταν υπάρχουν ανώμαλα αναπνευστικά πρότυπα, όπως παρατεταμένες περιόδους άπνοιας (αναπνοή Cheyne-Stokes, αταξική αναπνοή) ή αναπνευστικό έργο που συνδέεται με μεγάλη κατανάλωση οξυγόνου (υπερθερμία, κεντρικός νευρογενής υπεραερισμός).

- Ακρόαση πνευμόνων
- Εκτίμηση κατάστασης αερισμού και ικανότητας καθαρισμού αεραγωγών.

β) Προετοιμασία αρρώστου για υποστήριξη αερισμού. Η υποστήριξη αερισμού διατηρεί τη βατότητα του αεραγωγού, βοηθά στην είσοδο επαρκούς οξυγόνου στους πνεύμονες, προλαβαίνει κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακα και μειώνει το αναπνευστικό έργο.

- Σε βαρύ κρανιοεγκεφαλικό τραύμα, συνήθως χρησιμοποιείται ελεγχόμενος μηχανικός αερισμός.
- Διαλείπων κατ' επίκληση αερισμός, που επιτρέπει προοδευτική μετάβαση από κατ' επίκληση αερισμό από τον αναπνευστήρα σε αυτόματη αναπνοή, ώστε να διατηρείται όσο το δυνατό πιο

φυσιολογική η ενδοκρανιακή ομοιόσταση.

- Συνεχής θετική πίεση στον αεραγωγό (CPAP), που χρησιμοποιείται όταν ο άρρωστος έχει ανεπαρκή κυψελιδικό αερισμό και όταν είναι απαραίτητη η διασωλήνωση για έλεγχο αεραγωγού και θετικό αεραγωγό, ώστε να προλαβαίνεται η κυψελιδική σύμπτωση και ατελεκτασία.

2. Για να αντιμετωπιστούν προβλήματα κατάποσης:

- α. Εκτίμηση ικανότητας του αρρώστου να χειρίζεται τις εκκρίσεις του. Ο ξύπνιος άρρωστος παρακολουθείται για παροξυσμούς βήχα ή ρινικής παλινδρόμησης όταν καταπίνει υγρά.
- β. Τοποθέτηση αρρώστου με διαταραγμένη κατάποση, λαρυγγική λειτουργία και αντανακλαστικά βήχα, σε πλάγια θέση.
- γ. Αναρρόφηση αν χρειάζεται, με πολλή προσοχή, επειδή μπορεί να αυξήσει την ενδοκρανιακή πίεση. Υπεραερισμός και υπεροξυγόνωση του αρρώστου πριν από την αναρρόφηση.
- δ. Μπορεί να είναι απαραίτητη τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα.

3. Για να διατηρηθεί υγιές και ακέραιο το δέρμα του αρρώστου:

- α. Στενή παρακολούθηση για σημεία πίεσης, ειδικά στα προεξέχοντα σημεία του σώματος (ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία, οίδημα), μετά από αλλαγή θέσης του αρρώστου.
- β. Χρησιμοποίηση παρεμβάσεων για απαλλαγή από πίεση: αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες, χρήση μαξιλαριών, ειδικών κρεβατιών ή στρωμάτων.

4. Για να επανακτηθεί η κινητικότητα μέσα στους περιορισμούς που επιβάλλονται από νευρολογική δυσλειτουργία:

- α. Προσδιορισμός επιπέδου δραστηριότητας του αρρώστου.
- β. Έναρξη παθητικών / ενεργητικών ασκήσεων πλήρους τροχιάς. Διδασκαλία στην οικογένεια αυτών των τεχνικών. Διατήρηση λειτουργικής τροχιάς κίνησης για όλες τις αρθρώσεις. Οι παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς προλαβαίνουν επώδυνες συσπάσεις. Οι ενεργητικές παθήσεις πλήρους τροχιάς διατηρούν το μυϊκό μήκος και την αρθρική ευκαμπτότητα, διεγείρουν την κυκλοφορία και παρέχουν στον άρρωστο αισθητική ανατροφοδότηση.

- γ. Διδασκαλία αρρώστου ασκήσεων πλήρους τροχιάς και τεχνικών μετακίνησης, καθώς και μέτρων προφύλαξης κατά τη διάρκειά τους. Άρρωστοι με παραπληγία πρέπει να εκπαιδεύονται ως επιβάτες αναπηρικού καροτσιού.
- δ. Συνεργασία νοσηλεύτη με φυσικοθεραπευτή και εργασιοθεραπευτή για ενεργοποίηση του αρρώστου. Πολλές νευρολογικές παθήσεις προκαλούν διανοητική άμβλυνση και απώλεια πρωτοβουλίας, ενώ η απώλεια μυϊκής δύναμης συμβαίνει πολύ γρήγορα.
5. Για να επιτευχθεί αυτοφροντίδα μέσα σε περιορισμούς νευρολογικής δυσλειτουργίας:
- α. Εκτίμηση ικανότητας αρρώστου να εκτελεί δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- β. Βοήθεια αρρώστου να αναγνωρίσει μικρούς επιτεύξιμους στόχους.
- γ. Επεξήγηση και επίδειξη ειδικών δεξιοτήτων για δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- δ. Συζήτηση με τον άρρωστο και επίδειξη σ' αυτόν προσαρμοστικού εξοπλισμού.
- ε. Ενθάρρυνση αρρώστου και γνωστοποίηση σ' αυτόν του βαθμού της προόδου του στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, από την κάρτα αναγραφής τους.
6. Για να ανακουφιστεί ο άρρωστος από πόνο:
- α. Εργασία νοσηλεύτη με άρρωστο για να προσδιοριστεί η εντόπιση του πόνου, η κατανομή του, ο βαθμός περιορισμού, η έντασή του και τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα στη ζωή του αρρώστου.
- β. Ακρόαση περιγραφής πόνου από τον άρρωστο και αναγνώριση παραγόντων που τον επιδεινώνουν. Άρρωστοι με χρόνιο πόνο από νευρολογική δυσλειτουργία παρουσιάζουν άγχος, κατάθλιψη και αϋπνία. Επίσης μπορεί, εξαιτίας πόνου, να περιορίσουν τις δραστηριότητές τους.
- γ. Χορήγηση αναλγητικών για οξύ πόνο, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- δ. Διδασκαλία στον άρρωστο τεχνικών χαλάρωσης και βιοανατροφοδότησης για απαλλαγή από πόνο.
- ε. Πρόληψη επώδυνων συσπάσεων με κατάλληλες ασκήσεις πλήρους τροχιάς κάθε άρθρωσης μερικές φορές την ημέρα.
7. Για να επιτευχθεί επαρκής θρέψη:
- α. Διατροφή μέσα από γαστροστομία με μίγματα που ετοιμάζονται σε μίξερ.

β. Κλήση διαιτολόγου για διατροφικές συμβουλές και συνεργασία με εργασιοθεραπευτή για εξασφάλιση σκευών σίτισης που βοηθούν τον άρρωστο να αντισταθμίσει τη φυσική του ανικανότητα.

γ. Τακτική στοματική υγιεινή.

8. Για να βοηθηθεί ο άρρωστος να συμμετέχει σε κοινωνικές σχέσεις και κοινωνικά συστήματα:

α. Εξακρίβωση δραστηριοτήτων και δεξιοτήτων πριν από τη νόσο.

β. Ακρόαση αρρώστου για εκφράσεις που μπορεί να υποδηλώνουν υποκείμενη μοναξιά, φόβο, θλίψη, ανία. Παρατήρηση συμπεριφοράς που δείχνει την παρουσία αυτών των αισθημάτων.

γ. Ενθάρρυνση αρρώστου να συζητήσει τα προβλήματά του με έμπιστο φίλο.

δ. Ενθάρρυνση αρρώστου για ατομική και ομαδική συμβουλευτική, για προσχώρηση σε ομάδα αμοιβαίας αυτοβοήθειας και για συμμετοχή σε θρησκευτικές και κοινωνικές ομάδες.

9. Για να πετύχουν έλεγχο στη ζωή τους τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου:

α. Εκτίμηση ισχυρών σημείων οικογένειας ως ενιαίας μονάδας, σημείων stress, αλληλεπιδράσεων με άρρωστο και αλληλεπιδράσεων των μελών μεταξύ τους. Μια ικανή οικογένεια παρέχει υποστήριξη, διατηρεί πολύτιμο ρόλο για τον άρρωστο, τον εμπλέκει στη λήψη αποφάσεων και ενθαρρύνει την προσκόλλησή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

β. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια έννοιες και φόβους του.

γ. Αναγνώριση φόβων του αρρώστου και μετάδοση ελπίδας σ' αυτόν. Παροχή πληροφοριών για να λύσει τα προβλήματά του.

δ. Διαβεβαίωση του αρρώστου ότι είναι προσβάσιμοι οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας.

ε. Ενθάρρυνση οικογένειας για επαρκή ανάπαυση και ύπνο.

στ. Κατάλληλες παραπομπές της οικογένειας για οικονομική υποστήριξη και ψυχολογική συμβουλευτική.

ζ. Διευθέτηση για επαφή με άλλους αρρώστους / οικογένειες / ομάδες υποστήριξης.

10. Για να ξαναρχίσει ο άρρωστος δραστηριότητα ανάλογη με την ικανότητα και το ενδιαφέρον του:

α. Εκτίμηση σεξουαλικού ιστορικού αρρώστου.

β. Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράσει με λόγια αισθήματα για σωματι-κές αλλαγές.

γ. Αναγνώριση φόβων και αισθημάτων ματαιώσης του αρρώστου που έχουν σχέση με σεξουαλικές ικανότητες, για να μπορέσει να τους μοιραστεί με τους άλλους, ώστε να τους εξαλείψει.

δ. Σεξουαλική συμβουλευτική από έμπειρο άτομο³⁹.

7.2.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άρρωστο με Ενδοκρανιακή Υπέρταση

1. Για να διατηρηθεί η αιμάτωση του εγκεφάλου:

α. Αποφυγή κάθε θέσης ή ενέργειας που εμποδίζει τη φλεβική επιστροφή από τον εγκέφαλο:

- Το κεφάλι του αρρώστου διατηρείται σε ουδέτερη θέση (μέση γραμμή), που μπορεί, αν είναι απαραίτητο, να εξασφαλίζεται με αυχενικό κολάρο. Διατηρείται ελαφρά ανύψωση της κεφαλής, εκτός αν αντενδείκνυται.
- Αποφεύγεται η μεγάλη κάμψη του ισχίου, γιατί αυξάνει την ενδοκοιλιακή και ενδοθωρακική πίεση.
- Σημειώνεται τυχόν κοιλιακή διάταση. Αποφεύγονται, αν είναι δυνατό, υποκλυσμοί και καθαρτικά.
- Αποφεύγεται ο χειρισμός Valsalva κατά την αφόδευση ή μετακίνηση στο κρεβάτι. Χορηγούνται μαλακτικά κοπράνων. Αν ο άρρωστος έχει συνείδηση και είναι ικανός να φάει, του χορηγείται δίαιτα πλούσια σε ίνες. Ο άρρωστος διδάσκεται να εκπνέει (για να ανοίξει η γλωσσίδα) όταν γυρίζει στο κρεβάτι ή γυρίζεται από άλλους. Χρησιμοποιούνται περιστρεφόμενα κρεβάτια και υποσένδονο για γύρισμα.

β. Αποφυγή ισομετρικών μυϊκών συσπάσεων, επειδή αυξάνουν τη συστηματική αρτηριακή πίεση και, επομένως, και την ΕΚΠ.

γ. Υπεραερισμός του αρρώστου με σάκο αναζωογόνησης ή με χρήση αναπνευστήρα με 100% οξυγόνο πριν από την αναρρόφηση, που δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15 sec.

δ. Αποφυγή, αν είναι δυνατό, νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που αυξάνουν την ΕΚΠ. Εκτέλεση νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, σε αραιά χρονικά διαστήματα. Κατά τη διάρκεια νοσηλευτικών δραστηριοτήτων η ΕΚΠ δεν πρέπει να ξεπερνά τα 25 mmHg και πρέπει να επιστρέφει στη βασική τιμή μέσα σε 5 min.

- ε. Αποφυγή συγκινησιακού stress και συχνών αφυπνίσεων. Διατήρηση ήρεμης ατμόσφαιρας. Διατήρηση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (θόρυβος, συζητήσεις), στο ελάχιστο δυνατό.
2. Για να επιτευχθεί κανονικό αναπνευστικό πρότυπο:
- α. Συνεχής παρακολούθηση αναπνευστικού προτύπου.
 - β. Διατήρηση της P_aCO_2 μεταξύ 25-30mmHg, όταν χρησιμοποιείται υπεραερισμός για μείωση της ΕΚΠ.
 - γ. Εκτίμηση βατότητας αεραγωγού.
 - δ. Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου για ενυδάτωση των εκκρίσεων.
 - ε. Προσεκτική αναρρόφηση αεραγωγού.
 - στ. Αποθάρρυνση βήχα, γιατί αυξάνει την ΕΚΠ.
 - ζ. Ακρόαση πνευμονικών πεδίων μια φορά τουλάχιστον κάθε 8 ώρες, για διαπίστωση παρεκτοπισμένων ήχων ή περιοχών συμφόρησης.
 - η. Ανύψωση του επάνω μέρους του κρεβατιού. Βοηθά στην αποβολή εκκρίσεων και στη βελτίωση της φλεβικής παροχέτευσης του εγκεφάλου.
3. Για να επιτευχθεί ισοζύγιο υγρών:
- α. Παρακολούθηση ελαστικότητας δέρματος, βλεννογόνων και οσμωτικότητας ορού και ούρων για σημεία αφυδάτωσης.
 - β. Αργός μέχρι μέτριος ρυθμός χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών.
 - γ. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και ποσού αποβαλλόμενων ούρων αρρώστων στους οποίους χορηγούνται οσμωτικώς ενεργά μέσα για μείωση εγκεφαλικού οιδήματος.
4. Για να τεθεί υπό έλεγχο η θερμοκρασία του αρρώστου:
- α. Μπορεί να χρειαστεί κουβέρτα υποθερμίας:
 - Προσοχή να μη μειωθεί απότομα η θερμοκρασία του αρρώστου.
 - Προσοχή να μην παραμένει η κουβέρτα για πολύ χρόνο πάνω στον άρρωστο.
 - Η θερμοκρασία του νευρολογικά διαταραγμένου αρρώστου θα συνεχίσει να μειώνεται μετά την αφαίρεση της κουβέρτας υποθερμίας.
5. Για να προληφθούν επιπλοκές από τη θεραπευτική αγωγή και την κατάσταση του αρρώστου :
- α. Συχνός προσδιορισμός ειδικού βάρους ούρων. Επίσης σακχάρου

ούρων, γιατί η θεραπεία με στεροειδή μπορεί να προκαλέσει υπεργλυκαιμία.

- β. Φροντίδα μόνιμου καθετήρα για αποφυγή διασταυρούμενης μόλυνσης και επισκόπηση ούρων για θολερότητα, αίμα και δυσσομία, που δείχνουν παρουσία λοίμωξης.
- γ. Επισκόπηση κοπράνων για παρουσία αίματος, αν ο άρρωστος παίρνει ψηλές δόσεις στεροειδών.
- δ. Ακριβής προσκόλληση στις κατευθυντήριες οδηγίες πρωτοκόλλων που αφορούν χειρισμό συστημάτων παρακολούθησης ΕΚΠ με ενδοκοιλιακό καθετήρα.
- Διατήρηση στεγνών των γαζών πάνω από τον καθετήρα για πρόληψη ανάπτυξης βακτηριδίων.
 - Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την τακτοποίηση του συστήματος και αλλαγή του σάκου παροχέτευσης.
 - Έλεγχος του αποχετευτικού συστήματος για χαλαρές συνδέσεις, που προκαλούν διαρροή και μόλυνση του συστήματος και του ΕΝΥ και συντελούν σε ανακριβείς μετρήσεις της ΕΚΠ.
- ε. Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα μηνιγγίτιδας: πυρετό, ρίγη, δυσκαμψία αυχένα και αύξηση ή επιμονή πονοκεφάλου.
- στ. Παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος για αποφυγή βλάβης εξαιτίας αισθητικών και αντιληπτικών διαταραχών, που οδηγούν σε σύγχυση και ανησυχία.
- ζ. Λήψη προφυλακτικών μέτρων για περίπτωση σπασμών του αρρώστου³⁹.

7.2.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε κωματώδη άρρωστο

Εγκατάσταση και διατήρηση επαρκούς αεραγωγού.

1. Τοποθέτηση αρρώστου σε τριών τετάρτων πρηνή ή ημιπρηνή θέση, με το πρόσωπο ελεύθερο από αποφράξεις. Η θέση αυτή εμποδίζει τη γλώσσα να αποφράξει τον αεραγωγό, βοηθά την παροχέτευση των εκκρίσεων του αναπνευστικού και προάγει την ανταλλαγή οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα.

2. Εισαγωγή στοματικού αεραγωγού. Βραχυπρόθεσμο μέτρο για συγκράτηση παράλυτης γλώσσας.

3. Ετοιμασία για ενδοτραχειακή διασωλήνωση, αν το απαιτεί η κατάσταση του αρρώστου, για χρήση IPPB και για αναρρόφηση τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.
4. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί εφυγρασμένο οξυγόνο, τεχνικές θετικής πίεσης υποβοηθούμενης αναπνοής ή μηχανικός αερισμός, όταν υπάρχει ένδειξη επικείμενης αναπνευστικής ανεπάρκειας.
5. Διατήρηση αεραγωγού ελεύθερου από εκκρίσεις, με αποτελεσματική αναρρόφηση. Εξαιτίας απουσίας αντανακλαστικών βήχα και κατάποσης, εκκρίσεις αθροίζονται πολύ γρήγορα στον οπίσθιο φάρυγγα και στην άνω τραχεία και μπορεί να γίνουν αιτία για θανατηφόρες πνευμονικές επιπλοκές.
6. Περιοδικός προσδιορισμός αρτηριακής PO_2 και PCO_2 για εκτίμηση αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.
7. Μπορεί να είναι απαραίτητη τραχειοστομία, αν υπάρχουν σημεία ανεπαρκούς αναπνευστικής ανταλλαγής ή αν προβλέπεται ότι ο άρρωστος θα χρειαστεί μηχανικό αερισμό.

Εκτίμηση επιπέδου αντίδρασης

Συνεχής εκτίμηση του αρρώστου με χρησιμοποίηση της Κλίμακας Κώματος Γλασκώβης. Η κατάσταση των κωματωδών αρρώστων μπορεί να επιδεινωθεί από πολυάριθμες κλινικές αιτίες.

Αξιολόγηση εξέλιξης ζωτικών σημείων

1. Αναφορά ζωτικών σημείων, αν υπάρχει σημαντική απόκλιση της αρτηριακής πίεσης από τις βασικές τιμές ή αστάθεια σφυγμού και αναπνευστικού κύκλου.
2. Λήψη αρτηριακής πίεσης, σφυγμού, αναπνοής και θερμοκρασίας σε συχνά, καθορισμένα, διαστήματα, μέχρις ότου τα ζωτικά αυτά σημεία σταθεροποιούν.

Διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικού και θρεπτικού ισοζυγίου

1. Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών σύμφωνα με οδηγία. Διαδοχικές εργαστηριακές αξιολογήσεις ηλεκτρολυτών.
2. Έναρξη ρινογαστρικής σίτισης για βελτίωση θρεπτικής κατάστασης του αρρώστου. Σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα εξασφαλίζει καλύτερη θρέψη από την παρεντερική διατροφή. Εξάλλου, ο παραλυτικός ειλεός είναι αρκετά συχνός στον κωματώδη άρρωστο και ένας ρινογαστρικός σωλήνας βοηθά στην αποσυμπίεση.
 - α. Αναρροφάτε το στομάχι πριν από την έναρξη κάθε σίτισης. Μπορεί να είναι απαραίτητη η επανεισαγωγή του υγρού στο στομάχι, ειδικά αν αυτό είναι πάνω από 50 mL, για να προληφθεί απώλεια υγρού και

- ηλεκτρολυτών. Αν η αναρροφηθείσα ποσότητα ξεπερνά τα 50 mL, ο άρρωστος μπορεί να αναπτύσσει ειλεό.
- β. Το μίγμα πρέπει να αυξάνεται βαθμιαία, μέχρις ότου σε κάθε σίτιση χορηγούνται 400-500 mL.
- γ. Χορηγείτε 2.000-2.500mL υγρών (με βάση την κατάσταση του αρρώστου. Άρρωστοι με κρανιογεφαλική κάκωση μπορεί να παίρνουν μόνο 1500 mL υγρών).
- δ. Άρρωστοι με κρανιοεγκεφαλική κάκωση χρειάζονται δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη, επειδή αυξάνεται ο κυτταρικός τους μεταβολισμός.
3. Προετοιμασία για γαστροστομία ή ολική παρεντερική θρέψη, αν προβλέπεται να παραμείνει ο άρρωστος σε κώμα για μακρό χρονικό διάστημα. Η μακρά ρινογαστρική διασωλήνωση μπορεί να προκαλέσει οισοφαγίτιδα (από γαστρική παλινδρόμηση) και διάβρωση του ρινικού διαφράγματος.

Παροχή νσηλευτικής υποστήριξης

1. Η ανησυχία είναι αρκετά συχνή στον κωματώδη άρρωστο και μπορεί να οφείλεται σε ανοξία εγκεφάλου, κάκωση εγκεφάλου, μερικά αποφραγμένο αεραγωγό ή διατεταμένη ουροδόχο κύστη.
- α. Έχετε επαρκή φωτισμό στο δωμάτιο, για να προλάβετε ψευδαισθήσεις καθώς ο άρρωστος ανακτά τη συνείδησή του.
- β. Καλύψτε με μαξιλάρι τους προφυλακτήρες ή χρησιμοποιήστε άλλα προστατευτικά μέτρα, για αποφυγή κάκωσης του αρρώστου.
- γ. Αποφεύγετε καταστολή του αρρώστου.
- δ. Αποφεύγετε περιορισμό του αρρώστου, αν είναι δυνατό.
- ε. Μιλάτε ήρεμα στον άρρωστο, αποκαλώντας τον με το όνομά του.
- στ. Αγγίζετε τον άρρωστο όσο πιο απαλά μπορείτε.
2. Διατήρηση καθαρού, ξηρού και ελεύθερου από πίεση του δέρματος. Οι κωματώδεις άρρωστοι είναι επιρρεπείς σε ανάπτυξη κατακλίσεων.
3. Κοπή των νυχιών του αρρώστου, για πρόληψη εκδορών δέρματος.
4. Εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς των άκρων τέσσερις φορές την ημέρα. Στον κωματώδη άρρωστο συμβαίνουν πρώιμα παραμορφώσεις από μόνιμες συσπάσεις.

5. Γύρισμα αρρώστου από πλάγιο σε πλάγιο σε κανονικά διαστήματα. Το γύρισμα απαλλάσσει τις περιοχές πίεσης από συμπίεση και βοηθά στη διατήρηση των πνευμόνων καθαρών, με κινητοποίηση εκκρίσεων. Μακρά εξάσκηση πίεσης στα άκρα προκαλεί κακώσεις νευρών και παραλύσεις.
6. Παρακολούθηση αρρώστου για ένδειξη υπερδιατεταμένης ουροδόχου κύστης.
- α. Χρησιμοποιείτε εξωτερικό καθετήρα με προφυλακτικό κάλυμμα (sheath catheter) για άνδρες αρρώστους. Να αποφεύγεται ο μόνιμος καθετήρας λόγω του κινδύνου ουρολοίμωξης.
- β. Αποστολή, σε τακτικά χρονικά διαστήματα, δειγμάτων ούρων για καλλιέργεια.
7. Προστασία οφθαλμών από κερατοειδικό ερεθισμό. Αν τα μάτια παραμείνουν ανοικτά για πολύ χρόνο, προκαλείται ξηρότητα, ερεθισμός και εξέλκωση κερατοειδούς.
- α. Βεβαιωθείτε ότι στα μάτια του αρρώστου δεν ακουμπούν λευκίματα.
- β. Αφαιρέστε φακούς επαφής αν υπάρχουν.
- γ. Πλένετε τα μάτια με αποστειρωμένο διάλυμα, σύμφωνα με οδηγία, και ενσταλάζετε σταγόνες τεχνητών δακρύων.
- δ. Μπορεί να χρειαστεί να κλειστούν τα βλέφαρα με πλαστική ταινία ή με παροδική ραφή τους, αν η κατάσταση είναι παρατεταμένη.
8. Προστασία αρρώστου κατά τη διάρκεια κρίσεων σπασμών. Άρρωστοι με κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι δυνητικοί υποψήφιοι για κρίσεις σπασμών.
- α. Προστατέψτε τον άρρωστο από αυτοτραυματισμό.
- β. Παρακολουθείτε τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της κρίσης και καταγράψτε τις παρατηρήσεις σας.
- γ. Αφαιρέστε πλήρεις ή μερικές ξένες οδοντοστοιχίες. Φροντίζετε τακτικά το στόμα του αρρώστου.
- δ. Χορηγήστε αντισπασμωδικά φάρμακα, σύμφωνα με οδηγία.
9. Προαγωγή αισθητηριακής διέγερσης.
- α. Εξασφαλίστε περιβαλλοντική διέγερση και κοινωνικές επαφές:
- Απευθύνετε συζήτηση στον άρρωστο. Ενθαρρύνετε την οικογένεια να μιλά στον άρρωστο.
 - Διεγείρετε τον άρρωστο. Αγγίζετε τον, διεγείρετε τις αισθήσεις του.
 - Μέσω κασετόφωνου, φέρτε στο περιβάλλον του αρρώστου ήχους του

σπιτιού και της δουλειάς του.

- β. Εξηγήστε στον άρρωστο τι συνέβη κατά τη διάρκεια απώλειας της συνείδησης. Επιτρέψτε του να ρωτήσει και να μιλήσει για την εμπειρία απώλειας συνείδησης. Αυτό θα τον βοηθήσει στην αντιμετώπιση του άγχους, στην κινητοποίηση της ψυχολογικής άμυνας και στην ψυχολογική ανάρρωση³⁹.

7.2.4. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε ασθενείς με κακώσεις κεφαλής

Αφού γίνουν η αρχική εκτίμηση και οι διαγνωστικές εξετάσεις, τηρείται ένα δελτίο συνεχούς παρακολούθησης.

1. Διατήρηση αεραγωγού.

- α. Ο κωματώδης άρρωστος διατηρείται σε θέση που διευκολύνει την παροχέτευση στοματικών εκκρίσεων, με το επάνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο 30° για μείωση της ενδοκρανιακής φλεβικής πίεσης.
- β. Χρησιμοποιούνται αποτελεσματικές διαδικασίες αναρρόφησης (οι πνευμονικές εκκρίσεις προκαλούν βήχα και προσπάθεια, που αυξάνουν την ΕΚΠ). Χορηγείται οξυγόνο πριν και κατά τη διάρκεια αναρρόφησης, για αποφυγή έστω και παροδικής υποξίας του εγκεφάλου.
- γ. Ο άρρωστος προστατεύεται από εισρόφηση και αναπνευστική ανεπάρκεια.
- δ. Παρακολουθούνται τα αέρια του αρτηριακού αίματος για εκτίμηση επάρκειας αερισμού. (Ο στόχος είναι να διατηρηθούν τα αέρια του αίματος μέσα σε φυσιολογικά όρια, για να εξασφαλιστεί επαρκής εγκεφαλική αιματική ροή).

2. Υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία. Η εγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές. Η παρακολούθηση των επιπέδων ηλεκτρολυτών του ορού είναι σημαντική, ιδιαίτερα σε αρρώστους που παίρνουν οσμωτικά διουρητικά και σε εκείνους με παθολογική έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης (υπο- ή υπερέκκριση, που μπορεί να προκαλέσει άποιο διαβήτη ή υπονατρίαμια, αντίστοιχα).

α. Εκτελούνται διαδοχικές εξετάσεις ηλεκτρολυτών και οσμωτικότητας

αίματος και ούρων.

β. Παρακολουθούνται οι τιμές γλυκόζης αίματος και γλυκόζης και οξονικών σωμάτων ούρων.

γ. Μετρώνται και αναγράφονται καθημερινά, βάρος σώματος και προσλαμβανόμενα – αποβαλλόμενα υγρά.

δ. Χορηγούνται υγρά με βάση την ιατρική οδηγία, με βραδύ ρυθμό. Ο άρρωστος μπορεί να διατηρείται ελαφρά αφυδατωμένος, για μείωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού και του εγκεφαλικού οιδήματος.

3. Επαρκής θρέψη. Η κάκωση κεφαλής και τα κορτικοστεροειδή που χορηγούνται στον άρρωστο αυξάνουν τον καταβολισμό.

α. Γίνεται τεχνητή διατροφή αμέσως μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης του αρρώστου, εκτός αν υπάρχει ρινόρροια.

β. Χορηγούνται μικρά γεύματα για πρόληψη εμέτων και διάρροιας.

Προλαβαίνονται διάταση και παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου με ανύψωση του επάνω μέρους του κρεβατιού και γαστρική αναρρόφηση του στομάχου, πριν από κάθε γεύμα.

4. Πρόληψη κάκωσης. Καθώς ο άρρωστος εξέρχεται από κόμα, υπάρχει μια περίοδος υπνηλίας και ληθάργου, η οποία ακολουθείται από ανησυχία. Η ανησυχία μπορεί να οφείλεται σε υποξία, πυρετό, πόνο, γεμάτη κύστη ή σε ενόχληση από μόνιμο καθετήρα, ενδοφλέβιες γραμμές, περιορισμούς και επανειλημμένους νευρολογικούς ελέγχους. Μπορεί να είναι ενδεικτική βλάβης του εγκεφάλου ή σημείο ότι ο κωματώδης άρρωστος ξαναποκτά συνείδηση. (Ένας βαθμός ανησυχίας είναι ευεργετικός), επειδή εξασκούνται οι πνεύμονες και τα άκρα).

α. Εξασφαλίζεται επαρκής αεραγωγός. Προλαβαίνεται διάταση της κύστης. Εξετάζονται επίδεσμοι, μόνιμος καθετήρας, γύψος, ενδοφλέβιες γραμμές, για πρόκληση ενόχλησης στον άρρωστο.

β. Για προστασία του αρρώστου από αυτοκάκωση και από αφαίρεση / μετακίνηση σωλήνων από το σώμα του, χρησιμοποιούνται καλυμμένοι με μαξιλάρια προφυλακτήρες και τα χέρια του αρρώστου καλύπτονται με γάντια χωρίς δάχτυλα.

γ. Η ανησυχία δεν αντιμετωπίζεται με χορήγηση ναρκωτικών.

δ. Τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα διατηρούνται στο ελάχιστο με ήσυχο δωμάτιο, περιορισμό επισκεπτών, ήρεμη ομιλία και παροχή συχνών

προσανατολιστικών πληροφοριών στον άρρωστο.

ε. Ο επαρκής φωτισμός μπορεί να προλάβει οπτικές παραισθήσεις.

στ. Οι κύκλοι ύπνος – αφύπνιση του αρρώστου δεν πρέπει να διαταράσσονται.

ζ. Το δέρμα πρέπει να επαλείφεται με μαλακτική λοσιόν, για πρόληψη ερεθισμού.

η. Αν οι απώλειες αποτελούν πρόβλημα, ο άρρωστος τοποθετείται σε πρόγραμμα διαλείποντος καθετηριασμού.

5. Βελτίωση γνωστικής λειτουργίας. Αν και πολλά θύματα κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων επιβιώνουν με τη βοήθεια αναληπτικής και υποστηρικτικής τεχνολογίας, συχνά υποφέρουν από διανοητικές συνέπειες της κάκωσης, που δεν έγιναν αντιληπτές κατά την οξεία φάση της.

Οι γνωστικές διαταραχές περιλαμβάνουν: ελλείμματα μνήμης, μείωση ικανότητας επικέντρωσης και διατήρησης της προσοχής σε μια εργασία (αφαιρείται εύκολα), μειωμένη ικανότητα επεξεργασίας πληροφορίας και βραδύτητα σκέψης, αντίληψης, επικοινωνίας, ανάγνωσης και γραφής. Ένα 25-35% αυτών των αρρώστων αναπτύσσουν ψυχιατρικά προβλήματα. Τέτοιες ψυχοκοινωνικές, συμπεριφορικές και συγκινησιακές διαταραχές καταβάλλουν την οικογένεια και τον άρρωστο.

Η αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων απαιτεί συνεργασία πολλών επιστημόνων υγείας. Ο νευροψυχολόγος (ειδικός στην εκτίμηση και θεραπεία γνωστικών προβλημάτων) σχεδιάζει ένα πρόγραμμα και αρχίζει θεραπεία, που στοχεύει να βοηθήσει τον άρρωστο να φτάσει το μέγιστο δυναμικό. Οι δραστηριότητες γνωστικής αποκατάστασης κατευθύνονται στην επανανάπτυξη της ικανότητας του αρρώστου να διαμορφώσει νέες στρατηγικές λύσης προβλήματος. Η επανεκπαίδευση γίνεται επί πολύ χρόνο και περιλαμβάνει τη χρήση προγραμμάτων εκπαίδευσης με Η/Υ, παιχνίδια video, αισθητηριακή διέγερση, ενίσχυση συμπεριφορικής αλλαγής και προσανατολισμό στην πραγματικότητα. Η βοήθεια από πολλές επιστήμες υγείας στη φάση αυτή είναι απαραίτητη.

6. Εκπαίδευση αρρώστου και οικογένειας. Η βαριά κάκωση της κεφαλής μπορεί να προκαλέσει ένα μεγάλο βαθμό μακροχρόνιου stress στην οικογένεια, εξαιτίας των οργανικών και συγκινησιακών ελλειμμάτων του αρρώστου, της απρόβλεπτης έκβασης και της αλλαγής στις οικογενειακές σχέσεις. Οι οικογένειες αναφέρουν δυσκολίες στη διαπραγμάτευση με αλλαγές στην ιδιοσυγκρασία, συμπεριφορά και

προσωπικότητα του αρρώστου. Οι αλλαγές αυτές συνδέονται με διαταραχή της οικογενειακής συνοχής, απώλεια ενδιαφερόντων ελεύθερου χρόνου και απώλεια ικανότητας εργασίας. Η οικογένεια μπορεί να βιώνει αισθήματα όπως θυμό, θλίψη, ενοχή και άρνηση σε υποτροπιάζοντες κύκλους.

Η οικογένεια ρωτάται τα εξής: Πώς άλλαξε ο άρρωστος; Τι έχει χαθεί; Ποιο είναι δυσκολότερο για την αντιμετώπιση της κατάστασης; Στη συνέχεια:

α. Γίνονται συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας, για παροχή σωστών και ειλικρινών πληροφοριών και για ενθάρρυνσή τους να θέτουν σαφώς καθορισμένους, αμοιβαίους, μακροπρόθεσμους στόχους.

β. Βοηθούνται τα μέλη της οικογένειας με συμβουλευτική, για διαπραγμάτευση με τα αφόρητα αισθήματα απώλειας και ανικανότητας και καθοδηγούνται στην αγωγή παθολογικών συμπεριφορών.

γ. Ομάδες υποστήριξης είναι διαθέσιμες για να οργανώνουν συζητήσεις για τα κοινά προβλήματα.

δ. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να συνεχίσει το πρόγραμμα αποκατάστασης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ίσως για 3 ή περισσότερα χρόνια. Ο πονοκέφαλος μπορεί να είναι ο πιο αξιόπιστος οδηγός ανάρρωσης.

ε. Για απαλλαγή από δυσχέρεια στο κεφάλι, ο άρρωστος συμβουλεύεται να χρησιμοποιεί και δεύτερο μαξιλάρι τη νύχτα.

στ. Επειδή συχνά συμβαίνουν μετατραυματικοί σπασμοί, ο άρρωστος μπορεί να παίρνει αντισπασμωδικά για ένα ή δυο χρόνια μετά την κάκωση. Διδασκαλία αρρώστου για την τακτική και σωστή λήψη τους.

ζ. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να επιστρέψει προοδευτικά σε κανονικές δραστηριότητες.

Αξιολόγηση

Κάθε σκοπός θα πρέπει να μετριέται με σύγκριση προς τη βασική γραμμή εκτίμησης και κατόπιν να επανεκτιμάται σε μικρά χρονικά διαστήματα, για διαπίστωση επιτυχίας των παρεμβάσεων ή για νέους αντικειμενικούς σκοπούς, αν είναι ανάγκη³⁹.

7.2.5. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε κατάσταση ρινορραγίας

1) Καθαρίζουμε τον άρρωστο, γέρνουμε το κεφάλι του προς τα πίσω και συγχρόνως φράζουμε τους δυο ρώθωνες, πιέζοντάς τους απ' έξω με το δείκτη και τον αντίχειρα απαλά, δηλαδή όσο χρειάζεται για να σχηματιστεί θρόμβος, ή

2) Τοποθετούμε στη ρινική κοιλότητα που αιμορραγεί μικρό ταμπόν από βαμβάκι ή αποστειρωμένη γάζα και το αφήνουμε ώσπου να σταματήσει η αιμορραγία. Το βύσμα αυτό καλύτερα να είναι ποτισμένο με οξυζενέ ή με διάλυμα αδρεναλίνης.

Πωματισμός μύτης: Αν τα παραπάνω πρόχειρα μέσα δεν φέρνουν αποτέλεσμα και η αιμορραγία εξακολουθεί, θα κάνουμε τον πωματισμό της μύτης. Διακρίνουμε πρόσθιο και οπίσθιο πωματισμό.

Πρόσθιος πωματισμός: Με τη βοήθεια ενός ρινοσκοπίου και της ειδικής ρινολαβίδας, πωματίζουμε, με μια λεπτή ταινία από γάζα, καλά τις ρινικές κοιλότητες.

Οπίσθιος πωματισμός: Αυτός εκτελείται αν αποτύχει ο πρόσθιος πωματισμός, δηλαδή αν η αιμορραγία συνεχίζεται προς το ρινοφάρυγγα (βγαίνει αίμα από το στόμα).

Προωθούμε έναν καθετήρα δια μέσου του ρώθωνα προς το φάρυγγα και από εκεί (μέσα από το ανοικτό στόμα), τον τραβάμε με λαβίδα προς τα έξω. Στην άκρη του καθετήρα προσδένουμε ένα ράμμα που είναι δεμένο σ' ένα βύσμα από γάζα. Τραβώντας τον καθετήρα και το ράμμα πωματίζουμε από πίσω τη ρινική κοιλότητα. Κατόπιν εκτελούμε και πρόσθιο πωματισμό²⁶.

7.2.6. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Στόματος

1. Χειρουργική. Η πιο συνηθισμένη θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση της καρκινωματώδους εστίας και ο ριζικός τραχηλικός καθαρισμός, αν είναι ανάγκη. Η εκτομή είναι συχνά εκτεταμένη. Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται σε ορισμένους τύπους καρκίνου, μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

- Γλωσσεκτομή (ολική ή μερική).

- Γναθεκτομή (μερική).

α. Προεγχειρητική φροντίδα.

- Καταπολέμηση πόνου με χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.

- Έλεγχος δυσσομίας στόματος με συχνές πλύσεις με οξειδωτικά μέσα, όπως υπερμαγγανικό κάλιο (1:10.000) ή οξυζενέ με νερό (1:1), πλύσεις

στόματος με ισχυρό ψεκάσμο για καθαρισμό των αλλοιώσεων από νεκρωμένους ιστούς. Αν ο άρρωστος αναπνέει από το στόμα, επαλείψεις με μίγμα γλυκερίνης και λεμονιού βοηθούν πολύ. Καλός αερισμός του δωματίου του αρρώστου θεωρείται απαραίτητος.

- Στενή παρακολούθηση, κατά τη λήψη τροφής ή υγρών, των αρρώστων που παρουσιάζουν δυσφαγία, για αποφυγή εισρόφησης. Δίαιτα μη ερεθιστική και σε μορφή μαλακή ή υδαρή. Σίτιση με κουταλάκι ή καλαμάκι, ώστε να λαμβάνονται μικρές ποσότητες κάθε φορά. Δίπλα στο κρεβάτι όλα τα απαραίτητα για αναρρόφηση. Χρησιμοποίηση τοπικών αναισθητικών με πολλή προσοχή για το φόβο κατάργησης του φαρυγγικού αντανακλαστικού.
- Συχνή αναρρόφηση στοματικής κοιλότητας σε περίπτωση μεγάλου βαθμού σιαλόρροιας. Τοποθέτηση αρρώστου σε θέση που εμποδίζει την εισρόφηση. Πολύ βοηθά η χρησιμοποίηση ενός φυτιλιού, το ένα άκρο του οποίου εισάγεται στη στοματική κοιλότητα και το άλλο μέσα σε λεκανίδιο. Η παροχέτευση του σάλιου γίνεται με τη βοήθεια του τριχοειδούς φαινομένου.
- Παροχή ευκαιριών στους αρρώστους να εκφράσουν τους φόβους τους, να υποβάλουν ερωτήσεις και να αλληλεπιδράσουν με άλλους. Ειλικρινής απάντηση στις ερωτήσεις τους, χωρίς όμως να εξανεμίζεται όλη η ελπίδα τους. Παραπομπή αρρώστου σε ανάλογες υπηρεσίες για παροχή συμβουλών. Υποστήριξη οικογένειας στην αλληλεπίδρασή της με τον άρρωστο. Χρησιμοποίηση κοινωνικής υπηρεσίας για λύση οικονομικών προβλημάτων του αρρώστου. Διδασκαλία χρήσης μέσων επικοινωνίας μετεγχειρητικά, αν προβλέπεται να επηρεαστεί ο λόγος.

β. Μετεγχειρητική φροντίδα

- Κατάλληλη τοποθέτηση αρρώστου για αποφυγή εισρόφησης και για διατήρηση βατών των αεραγωγών.
- Διατήρηση αρρώστου σε πρηνή, πλάγια ή ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
- Εκτέλεση τραχειοστομίας, όταν το μετεγχειρητικό οίδημα εμποδίζει τον αερισμό.
- Αναρρόφηση της στοματικής κοιλότητας με πολύ ήπιους χειρισμούς.

- Καταπολέμηση πόνου με χορήγηση αναλγητικών. Πιθανή χρήση ελαφρών κατευναστικών για μείωση άγχους.
- Αρχικά, κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του αρρώστου με ενδοφλέβιες χορηγήσεις και υγρά μέσα από ρινογαστρικό σωλήνα. Ανάλογα με την έκταση της επέμβασης, δυνατή η εκτέλεση γαστροστομίας. Μετά την επούλωση του τραύματος, χορήγηση υγρών και τροφής από το στόμα.
- Σχολαστική φροντίδα στόματος για προφύλαξη από λοίμωξη και προαγωγή άνεσης. Ήπια πλύση με ψεκασμό ή πλύσεις στόματος με χρησιμοποίηση ισότονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου, αραιωμένου οξυζενέ ή αραιού διαλύματος διττανθρακικού νατρίου (σόδας). Ορισμένες φορές, χρήση αντιβιοτικού διαλύματος.
- Ο λόγος μπορεί να επηρεαστεί παροδικά ή μόνιμα. Αν η δυσκολία στο λόγο είναι μόνιμη, μακροπρόθεσμη αποκατάσταση με ομιλιοθεραπεία και/ή πρόσθεση.
- Ο άρρωστος μπορεί να αντιμετωπίζει την αποδοχή ενός παραμορφωμένου (από την επέμβαση) σωματικού ειδώλου. Παροχή βοήθειας για αποδοχή του νέου σωματικού ειδώλου και ενθάρρυνση για κοινωνική επαφή με άλλους. Βοήθεια οικογένειας να προσαρμοστεί με την αλλαγή. Βοήθεια αρρώστου να διαπραγματευθεί με τα αισθήματα φόβου, θυμού και λύπης, που είναι φυσιολογικές αντιδράσεις.

Αξιολόγηση

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα.
 - α. Ο άρρωστος κατέχει γνώση για τη διεργασία της νόσου και την πορεία της θεραπείας.
 - β. Χρησιμοποιεί μέτρα υγιεινής του στόματος.
 - γ. Διατηρεί επαρκή πρόσληψη τροφής και υγρών.
 - δ. Δείχνει θετικό σωματικό είδωλο.
 - ε. Χρησιμοποιεί μέτρα για μείωση φόβων που σχετίζονται με πόνο, απομόνωση και ανικανότητα να αντιμετωπίσει την κατάσταση.
- στ. Επικοινωνεί αποτελεσματικά με προσωπικό του νοσοκομείου, μέλη της οικογένειας και φίλους.

ζ. Είναι ελεύθερος λοιμώξεων.

2. Επιπλοκές : Αιμορραγία, που μπορεί να συμβεί μετεγχειρητικά, ακόμα και μετά από αρκετές ημέρες.

3. Τακτική μετέπειτα παρακολούθηση, ειδικά τα δυο πρώτα χρόνια³⁸.

7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

7.3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στην Πνευμονική Φυματίωση

Ο άρρωστος θεραπεύεται, συνήθως, στο σπίτι, εκτός σπάνιων περιπτώσεων, όπου οι κοινωνικές συνθήκες ή φαρμακοάντοχα μυκοβακτηρίδια θέτουν σε κίνδυνο την κοινότητα. Σε περίπτωση αρρώστου που θεραπεύεται ως εξωτερικός, η απομόνωση είναι συνήθως περιττή, γιατί τα μέλη της οικογένειας έχουν ήδη μολυνθεί πριν από τη διάγνωση της νόσου.

1. Χορήγηση συνδυασμού φαρμάκων στα οποία είναι ευαίσθητο το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Η θεραπεία αυτή συνεχίζεται μέχρις ότου η νόσος τεθεί κάτω από έλεγχο. Γίνεται εξέταση πτυέλων κάθε 2-4 εβδομάδες, ώσπου δυο διαδοχικές καλλιέργειες να είναι αρνητικές.

2. Συνεργασία με τον άρρωστο για ενίσχυση αποτελεσματικότητας της θεραπείας, ελαχιστοποίηση της μη συμμόρφωσης στο θεραπευτικό σχήμα και για πρόληψη μετάδοσης της λοίμωξης.

α. Καλλιέργεια σχέσης εμπιστοσύνης για να αποδώσει η εκπαίδευση και να γίνουν συμπεριφορικές αλλαγές στον άρρωστο. Προσεκτική εκτίμηση της συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου.

β. Η αποτελεσματική χημειοθεραπεία είναι το πιο αποδοτικό μέτρο πρόληψης της μετάδοσης. Μια από τις διδακτικές λειτουργίες του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να τονίζει τη σπουδαιότητα λήψης των φαρμάκων σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού. Στον άρρωστο εξηγούνται όλες οι λεπτομέρειες της φαρμακευτικής θεραπείας. Είναι σημαντικό να προσαρμοστεί το σχήμα φαρμακευτικής θεραπείας στη ρουτίνα ή τον τρόπο ζωής του αρρώστου, γιατί είναι δύσκολη η εγκατάσταση νέων συνηθειών από τον άρρωστο.

γ. Άρρωστοι που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να εφαρμόσουν το θεραπευτικό σχήμα, πρέπει να βρίσκονται κάτω από άμεση επίβλεψη.

δ. Αν η αιτία διακοπής της φαρμακευτικής θεραπείας είναι ανεπιθύμητες ενέργειές της, τα προβλήματα συζητούνται με το γιατρό.

ε. Ο άρρωστος διδάσκεται να καλύπτει στόμα και μύτη με αρκετά στρώματα χαρτομάνδηλου όταν βήχει, φταρνίζεται ή γελά, να τα ρίχνει σε αδιάβροχο σάκο και να πλένει τα χέρια του. Ακόμα, να χρησιμοποιεί πτυελοδοχείο μιας χρήσης όταν βγάζει πτύελα.

στ. Στον άρρωστο και την οικογένεια τονίζεται η ανάγκη για:

- Καλά ρυθμισμένη διαίτα με επαρκή ενυδάτωση και παρακολούθηση του βάρους του σώματος.
- Επαρκή ανάπαυση σε ήσυχο και καλά αεριζόμενο περιβάλλον και ελαφρά άσκηση.
- Τακτική υγιεινή στόματος.
- Γνώση των σημείων που δείχνουν επιπλοκές
- Λήψη μέτρων πρόληψης εξάπλωσης της νόσου.
- Γνώση κινδύνων καπνίσματος και λοιμώξεων των ανώτερων αεροφόρων οδών.

ζ. Συνήθως ο άρρωστος μπορεί να επιστρέψει στην προηγούμενη εργασία του, εκτός αν το περιβάλλον της είναι ανθυγιεινό, περιέχει δηλαδή σκόνη, πυρίτιο, διοξείδιο του άνθρακα ή άλλες ουσίες βλαβερές για τον πνεύμονα.

3. Αν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, λαμβάνονται όλες οι διεθνείς προφυλάξεις για τα υγρά του σώματος, καθώς και οι ειδικές για τη νόσο προφυλάξεις απομόνωσης του ιδρύματος.

4. Κάθε ενεργό περιστατικό φυματίωσης πρέπει να αναφέρεται στην τοπική υπηρεσία υγείας, ώστε τα άτομα που ήταν σε στενή επαφή με τον άρρωστο να εξεταστούν και παρακολουθηθούν. Στα άτομα αυτά γίνεται συνήθως προφυλακτική θεραπεία (ισονιαζίδη) για πρόληψη ανάπτυξης ενεργού νόσου.

Αξιολόγηση

1. Θετική απόκριση στη θεραπευτική αγωγή και τη νοσηλευτική παρέμβαση.
2. Επιπλοκές:
 - α. Πλευρίτιδα
 - β. Εμπύημα
 - γ. Παρασπονδυλικό απόστημα
 - δ. Αυτόματος πνευμοθώρακας

ε. Βρογχοϋπεζωκοτικό συρίγγιο

3. Χειρουργική παρέμβαση. Με την έλευση της χημειοθεραπείας, η χειρουργική θεραπεία για φυματίωση χρησιμοποιείται σπάνια.

Είδη χειρουργικής παρέμβασης:

α. Εκτομή (πνεύμονα, λοβού, τμήματος), όταν συνυπάρχει πιθανότητα καρκίνου. Επίσης, για εξάλειψη αλλοιώσεων που έχουν σταματήσει να μικραίνουν σε μέγεθος μετά αρκετούς μήνες θεραπείας.

β. Χειρουργικές διαδικασίες για θωρακική παροχέτευση εμπυήματος, πνευμοθώρακα ή παρασπονδυλικού αποστήματος¹.

7.3.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Πνεύμονα

1. Συμβουλές και εκπόνηση σχεδίου με τον άρρωστο για διακοπή καπνίσματος.
2. Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευτούν με το ψυχικό τραύμα.
3. Προετοιμασία και υποστήριξη αρρώστου για διαγνωστικές εξετάσεις.
4. Συχνή υγιεινή στόματος· ειδικότερα, αν υπάρχει απόχρεμψη χρησιμοποιείται υπερμαγγανικό κάλιο ή μισοαραιωμένο υπεροξείδιο του υδρογόνου.
5. Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης. Χορήγηση υγρών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
6. Βοήθεια και ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει επαρκή τροφή.
7. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
8. Χορήγηση αναλγητικών και κατευναστικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
9. Ετοιμασία αρρώστου για τη θεραπεία που επιλέχθηκε.
10. Ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.
11. Χειρουργική επέμβαση⁴.

7.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

7.4.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση Έλκους Στομάχου- Δωδεκαδακτύλου

A. Οξεία φάση

Διαιτητική θεραπεία ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου. Συχνά, μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές, που μπορεί να τις ανεχθεί.

Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό, και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως τα porcoron. Περιορισμός τροφών και υγρών που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά αλκοόλ και καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σ' ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δύο μικρά ανάμεσα τους και ένα μικρό πριν από τον ύπνο. Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυχτερινό πόνο, που τον ξυπνά από τον ύπνο, του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

Φαρμακευτική θεραπεία με στόχους την εξουδετέρωση του οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας και τη μείωση του άγχους.

α. Αντιόξινα. Δεν απορροφώνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού. Ορισμένα από αυτά προκαλούν δυσκοιλιότητα, όπως το ανθρακικό ασβέστιο και το υδροξείδιο του αλουμινίου (Pepsamar), ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα του μαγνησίου (Maalox) μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Αντιόξινα που αποτελούν συνδυασμό, αυτών των ομάδων, προκαλούν λιγότερες επιπλοκές. Τα σκευάσματα αυτά είναι το Gelusil και το Delcil. Το Gelusil είναι δισκία ή διάλυμα υδροξειδίου του αλουμινίου και τριπυριτικού μαγνησίου. Η προσθήκη τριπυριτικού μαγνησίου αυξάνει την εξουδετερωτική ισχύ και την προστατευτική δράση (σχηματισμός καλύμματος) της γέλης του υδροξειδίου του αλουμινίου. Ένα επίσης χρήσιμο αντιόξινο, που δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα, είναι το κολλοειδές εναιώρημα και τα δισκία υδροξειδίου του αλουμινίου και υδροξειδίου του μαγνησίου.

Προσοχή χρειάζεται στη σύσταση των αντιόξινων, γιατί μερικά περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου (Mylanta) και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

β. Αντιχολινεργικά, για μείωση γαστρικής έκκρισης και καθυστέρηση γαστρικής κένωσης. Αυτό είναι πολύ χρήσιμο κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τα αντιχολινεργικά προκαλούν παρενέργειες, όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία, εμετούς, μείωση οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων. Γι' αυτό, αντενδείκνυνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη, γαστρική κατακράτηση, παραλυτικό ειλεό και ελκώδη κολίτιδα.

γ. Ανταγωνιστές H₂-υποδοχέων. Η ισταμίνη έχει δύο υποδοχείς για τη δράση της. Οι υποδοχείς H₁ βρίσκονται στο βρογχικό και ρινικό βλεννογόνο, στον καρδιακό ιστό και στα αιμοφόρα αγγεία. Οι υποδοχείς H₂ βρίσκονται κύρια στα τοιχωματικά κύτταρα στο στομάχι, στη μήτρα και στο βρογχικό μυ και στα T-λεμφοκύτταρα. Αν και οι H₂-υποδοχείς κατανέμονται στους ιστούς του σώματος, μόνο οι γαστρικοί H₂-υποδοχείς φαίνεται να επηρεάζονται από ανταγωνιστές τους. Τα κοινά αντισταμινικά δεν έχουν όμως καμία επίδραση στους H₂-υποδοχείς του στομαχιού. Οι ανταγωνιστές H₂-υποδοχέων, σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη και φαμοτιδίνη, ελαττώνουν πολύ την όξινη έκκριση του στομαχιού. Ψηλές δόσεις αυτών των φαρμάκων μειώνουν την έκκριση σε σχεδόν μη μετρήσιμα επίπεδα.

Η σιμετιδίνη (Tagamet) χορηγείται από το στόμα με κάθε γεύμα και την ώρα του ύπνου. Ένα δισκίο των 300 mg αναστέλλει την όξινη έκκριση πάνω από 90% για 5 ώρες. Επίσης, αναστέλλει την εκκριτική απόκριση του οργανισμού στη γαστρίνη, ακετυλοχολίνη και ισταμίνη. Μειώνει τον πόνο του έλκους και έτσι την ανάγκη για αντιόξινα.

Βραχεία θεραπεία με σιμετιδίνη επιφέρει πλήρη επούλωση, όμως μπορεί να χρειαστεί θεραπεία συντήρησης με χαμηλή δόση για πρόληψη υποτροπής. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν: αλλαγές στις εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, γυναικομαστία, σύγχυση σε ηλικιωμένους αρρώστους και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων (ειδικά με αντιπηκτικά βαρφαρίνης, με valium και θεοφυλλίνη).

δ. Αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Είναι σχετικά νέα φάρμακα, με δυνατότητες πολύ μεγάλης μείωσης της γαστρικής οξύτητας. Κύριος αντιπρόσωπος της ομάδας αυτής είναι η ομεπραζόλη (Losec).

ε. Άλλα φάρμακα. Η σουκραλαφάτη (Dolisec) είναι ένα φάρμακο που δρα τοπικά και που έχει δείξει επίσης αντιελκωτικές ιδιότητες. Σχηματίζει σύμπλοκα με πρωτεϊνικά εξιδρώματα, όπως λευκοματίνη και ινωδογόνο, στον κρατήρα του έλκους,

δημιουργώντας ένα προσκολλημένο πάνω στο έλκος φραγμό. Ο φραγμός αυτός είναι οξεοάντοχος και εμποδίζει την είσοδο του υδροχλωρικού οξέος στο έλκος. Όμως, το υδροχλωρικό οξύ δεν εξουδετερώνεται αξιοσημείωτα.

B. Υποξεία φάση

Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μία εβδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες, ώσπου να επουλωθεί το έλκος.

Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα, γίνεται επανάληψη του ακτινολογικού ελέγχου για διαπίστωση της επούλωσης. Στο γαστρικό έλκος, η αποτυχία κλινικής βελτίωσης και ακτινολογικής υποχώρησης του κρατήρα του έλκους μέσα σε 3-4 εβδομάδες με προσεκτικό θεραπευτικό σχήμα, υποδηλώνει γαστρική κακοήθεια.

2. Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

α. Διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβαίνουν. Προειδοποίηση αρρώστων για τις συνέπειες κατάχρησης αντιόξινων (διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας). Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά τη διαίτα.

β. Διδασκαλία που αφορά υποτροπή της νόσου. Εξήγηση στον άρρωστο της χρόνιας και υποτροπιάζουσας φύσης της νόσου και προειδοποίηση του για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Η έμφαση δίνεται στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως μη σωστή διαίτα και απρογραμματίστη λήψη γευμάτων, ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλ ή τσιγάρου, συγκινησιακό stress και λοιμώξεις ειδικά της ανώτερης αναπνευστικής οδού.

3. Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική χαλάρωση.

4. Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων stress μαζί με τον άρρωστο και την οικογένεια του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του stress και βοήθεια αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν στο έλκος και

προειδοποίηση του να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένως από το γιατρό.

5. Αν ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η γενική κατάσταση του αρρώστου καθιστά τη χειρουργική επέμβαση επικίνδυνη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία. Η ακτινοβολία του στομαχιού γίνεται με σκοπό την καταστροφή των καλυπτήριων και θεμέλιων κυττάρων, με αποτέλεσμα τη μείωση έκκρισης πεψίνης και υδροχλωρικού οξέος.

Αξιολόγηση

Σε οποιονδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια της πορείας του πεπτικού έλκους ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές, που είναι οι εξής:

1. *Αιμορραγία*, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος ή, πιο συχνά, διαρροής αίματος από τον κοκκιώδη ιστό.

α. Νοσηλευτική εκτίμηση για ανίχνευση της αιμορραγίας.

- Αιματέμεση
- Μέλαινα
- Ναυτία
- Μείωση πόνου (το αίμα εξουδετερώνει το οξύ με τα αλκάλια των κανονιστικών του συστημάτων)
- Ενδείξεις ανάπτυξης shock (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπόταση, εφίδρωση)

β. Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην επίσχεση της αιμορραγίας και στην αντιμετώπιση του shock.

- Αύξηση όγκου αίματος με χορήγηση πλήρους αίματος ή πλάσματος. Χρησιμοποίηση των τιμών αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης για εκτίμηση του αίματος που χάθηκε.
- Πιθανή η χορήγηση κατευναστικών για μείωση της αγωνίας και του άγχους.
- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομαχιού με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσυσπασσης. Συχνά, χορήγηση μέσα από το σωλήνα γάλακτος και αντιόξινων μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας. Ο σωλήνας που χρησιμοποιείται για τη ρινογαστρική διασωλήνωση είναι μεγάλης διατομής (σωλήνας Ewald), για να διευκολυνθεί η αφαίρεση θρόμβων από το στομάχι.

- Συχνή μέτρηση ζωτικών σημείων και όγκου ούρων και λήψη των απαραίτητων μέτρων για αντιμετώπιση του shock.
- Ενδειξη γαστρικής χειρουργικής αποτελεί η μη διόρθωση της απώλειας αίματος με μεταγγίσεις μετά 12 ώρες, η επιμονή της αιμορραγίας μετά 24 ώρες ή η υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο.

2. Διάτρηση

Συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά σε άνδρες ηλικίας 25-40 ετών. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα. Αν το έλκος ανοίξει μέσα στην ελάσσονα περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλεί λιγότερο δραματικά σημεία και συμπτώματα.

α. Η νοσηλευτική εκτίμηση θα δείξει ένα βαριά πάσχοντα άρρωστο, που παραπονείται για αιφνίδιο εντονότατο πόνο στο επιγάστριο, ο οποίος ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία και εμετούς, που ακολουθούνται από μείωση της έντασης του πόνου, για μερικές ώρες. Κατόπιν, η κοιλιά γίνεται σανιδώδης και παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Συχνά, συμβαίνει παραλυτικός ειλεός, που γίνεται καταφανής από την απουσία εντερικών ήχων. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, οι αναπνοές του είναι επιπόλαιες και συχνές και παρουσιάζει συμπτώματα και σημεία υπογκαιμίας.

β. Η θεραπεία της διάτρησης είναι πάντα η χειρουργική επιδιόρθωση. Συνήθως χρησιμοποιείται ένα κομμάτι του επιπλόου για την κάλυψη της διάτρησης. Ανάλογα, όμως, με την κατάσταση του αρρώστου, είναι δυνατό να εφαρμοστούν και άλλα είδη χειρουργικών τεχνικών, που θα συζητηθούν παρακάτω.

γ. Πριν από τη χειρουργική επέμβαση γίνεται ρινογαστρική διασωλήνω-ση και αναρρόφηση του περιεχομένου του στομαχιού. Χορηγούνται αναλγητικά και αντιμετωπίζεται η υπογκαιμία.

3. Διείσδυση του έλκους

Είναι η επέκταση του κρατήρα του έλκους πέρα από το δωδεκαδακτυλικό τοίχωμα μέσα σε γειτονικές δομές, χωρίς να ανοίξει μέσα στον ελεύθερο περιτοναϊκό χώρο. Συμβαίνει συχνά στα δωδεκαδακτυλικά έλκη και μάλιστα του οπισθίου τοιχώματος και αποτελεί μια από τις σημαντικές αιτίες αποτυχίας της συντηρητικής

θεραπείας. Η διείσδυση γίνεται συνήθως μέσα στο πάγκρεας, μπορεί όμως να περιληφθούν το ήπαρ, οι χοληφόροι οδοί ή το γαστροηπατικό επίπλουν.

Η νοσηλευτική εκτίμηση δείχνει πόνο που ακτινοβολεί στη ράχη, νυχτερινή δυσφορία και μη ανακούφιση από τα συμπτώματα μετά λήψη τροφής ή αντιόξινων. Επιδείνωση πόνου, σε ορισμένες περιπτώσεις, κατά την υπερέκταση και ανακούφιση κατά την κάμψη του κορμού. Όλα αυτά τα συμπτώματα σ' έναν άρρωστο με μακρό ιστορικό δωδεκαδακτυλικού έλκους υποδηλώνουν διείσδυση του έλκους.

4. Πυλωρική στένωση

Η παρουσία ενός ενεργού έλκους κοντά στον πυλωρό οδηγεί σε σπασμό του πυλωρού και σχηματισμό οιδήματος. Αυτό προκαλεί πλήρη απόφραξη στη δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό και οδηγεί σε επίμονους εμετούς, που μπορεί να υποχωρήσουν κάτω από αυστηρή ιατρική θεραπεία. Με μια διεργασία επανειλημμένων εξελκώσεων και σχηματισμού ουλώδους ιστού καθώς το έλκος επουλώνεται, η πυλωρική απόφραξη μπορεί να γίνει μόνιμη. Η διεργασία βαθμιαίας στένωσης μπορεί να γίνει μέσα σε πολλά χρόνια. Το στομάχι διατείνεται σε μεγάλο βαθμό.

α. Κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση, ο άρρωστος θα παραπονείται για κλασικό πόνο έλκους στομαχίου, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμετούς που περιέχουν άπεπτες τροφές. Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την παρουσία νυχτερινού γαστρικού υπολείμματος μεγαλύτερου των 50 ml, που περιέχει άπεπτες τροφές, και με ακτινογραφία.

β. Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα για απαλλαγή από τη διάταση. Εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για κένωση του στομαχίου. Η απόφραξη συχνά υποχωρεί σε 48 ώρες. Κάλυψη των αναγκών του αρρώστου σε νερό και θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά τη λύση της απόφραξης.

γ. Αν δεν λυθεί η απόφραξη ή το πυλωρικό άνοιγμα είναι πολύ στενό, γίνεται χειρουργική επέμβαση. Η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει ιδιαίτερη προσοχή στην υγιεινή του στόματος. Συμπληρώματα βιταμινών, γιατί ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρές ένδειξεις εξαιτίας των εμετών³⁸.

7.4.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Γαστρίτιδας

Η νοσηλευτική φροντίδα, τόσο της οξείας όσο και της χρόνιας γαστρίτιδας, περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

- Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα.
- Βοήθεια του ασθενούς στην ταχύτερη θεραπεία, και
- Ενημέρωση του ασθενούς για το ενδεχόμενο επανεμφάνισης της νόσου, μετά την ίαση, ή και επιδεινώσεως της.

Βασικοί παράγοντες ανακουφίσεως του ασθενούς από τα συμπτώματα είναι η προσπάθεια για τη μείωση ή απομάκρυνση των παραγόντων που συνέβαλαν στην εμφάνιση της γαστρίτιδας, όπως:

- Χορήγηση φαρμάκων, που μειώνουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος ή το απορροφούν.
- Χορήγηση τροφών μη ερεθιστικών για το βλεννογόνο του στομάχου, όπως τηγανητά, καρυκεύματα κ.λ.π.
- Αποφυγή χρήσεως καπνού, οινοπνευματωδών ποτών, καφέ και τέλος,
- Αποφυγή παραγόντων που διαταράσσουν την ηρεμία του ασθενούς.

Για την αντιμετώπιση της ανορεξίας, της απέχθειας προς το φαγητό και του αισθήματος της αηδίας, φροντίζουμε :

- Τον τρόπο προετοιμασίας του φαγητού, και
- Την ελκυστική ετοιμασία του δίσκου. Σ'αυτό βοηθεί ακόμη επιλογή τροφών της αρεσκείας του αρρώστου και η ποικιλία τους.

Η χορήγηση των φαρμάκων με ακρίβεια και η χρησιμοποίηση κατάλληλου διαιτολογίου συντελούν στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, τις όξινες ερυγές και το οπισθοστερνικό άλγος. Ο μετεωρισμός αντιμετωπίζεται τόσο με το κατάλληλο διαιτολόγιο, όσο και με τα γνωστά νοσηλευτικά μέτρα, που έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Το κατάλληλο διαιτολόγιο, η χρησιμοποίηση υπακτικών φαρμάκων ή η εκτέλεση υποκλυσμού ανακουφίζουν τον ασθενή από τη δυσκοιλιότητα. Όλα δε τα μέτρα που παίρνονται για την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα συμβάλλουν και στην ταχύτερη θεραπεία του.

Ο τελευταίος τομέας της νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή ενημέρωση του ασθενούς, για το ενδεχόμενο να ξαναεμφανισθεί η νόσος σε περίπτωση ίασεως ή να επιδεινωθεί, είναι πολύ ουσιώδης. Το περιεχόμενο της διδασκαλίας περιλαμβάνει:

- Το είδος των τροφών που επιλέγονται. Οι τροφές πρέπει να είναι εύπεπτες, να μην ερεθίζουν το βλεννογόνο και να καλύπτουν τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά. Αποφεύγονται οινοπνευματώδη ποτά και καφές.
- Τον τρόπο ετοιμασίας των τροφών. Συνιστώνται βραστά και ψητά και αποφεύγονται τα τηγανητά, τα γιαχνιστά, τροφές με καρυκεύματα κ.λ.π.
- Την κατανόηση από μέρος του ασθενούς και των οικείων του για την σπουδαιότητα διατηρήσεως σταθερών γευμάτων και τη δυσμενή επίδραση, αν δεν υπάρξουν αυτά.
- Την ανάγκη αργής και ήρεμης λήψεως τροφών, καθώς και της καλής μασήσεώς τους.
- Τη δυσμενή επίδραση του άγχους, των εκνευρισμών κ.λ.π. στην ομαλή λειτουργία του στομάχου, και
- Τις δυσμενείς επιδράσεις του καπνού και επομένως την αποφυγή του.

Ο τομέας αυτός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς δίνει στην αδελφή ενεργό συμμετοχή τόσο στο θεραπευτικό, όσο και στον προληπτικό ρόλο της, σαν μέλος της ομάδας υγείας⁵.

7.4.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση Κιρσών

- Ακριβή και συχνή λήψη και αναγραφή των ζωτικών σημείων.
- Παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια μεταγγίσεως ή ενδοφλέβιας χορηγήσεως υγρών.
- Μέτρηση και αναγραφή του χαρακτήρα, του χρόνου και της ποσότητας του αίματος που αποβάλλεται.
- Σχολαστική περιποίηση του στόματος.
- Αποφυγή λήψεως τροφών και υγρών από το στόμα. Ο ασθενής τρέφεται παρεντερικά.
- Εκκένωση του στομάχου, με αναρρόφηση από το σωλήνα Sengstaken-Blakemore, για να διατηρηθεί αυτός ελεύθερος από περιεχόμενο.
- Αντιμετώπιση του έντονου αισθήματος της δίψας με πλύση του στόματος με δροσερό νερό.
- Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα περιφερικής καταπληξίας, από την απώλεια αίματος.
- Συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια επεισοδίων αιμορραγίας.

- Περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενούς.
- Διατήρηση αθόρυβου και ήρεμου περιβάλλοντος του ασθενούς, για τη μείωση της ανησυχίας του.
- Χορήγηση κρύων υγρών από το στόμα μετά την κατάπαυση της αιμορραγίας (με εντολή ιατρού).
- Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων.
- Περιφρούρηση της ασφάλειας του ασθενούς. Τοποθετούνται προφυλακτικές σε περίπτωση διεγέρσεων, λόγω ανοξαιμίας εγκεφάλου από την απώλεια αίματος.
- Βοήθεια για την εφαρμογή του σωλήνα Sengstaken-Blakemore.
- Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας⁴.

7.4.4. Νοσηλευτική Παρέμβαση Εκκολπωμάτων

1. Εξασφάλιση ανάπαυσης εντερικού σωλήνα και απαλλαγή από δυσκοιλιότητα.
 - α. Κατά τη διάρκεια οξέος επεισοδίου, κάλυψη θρεπτικών και σε υγρά αναγκών με ενδοφλέβια αγωγή, σύμφωνα με το θεραπευτικό σχήμα. Τίποτα από το στόμα.
 - β. Χορήγηση αντιβίωσης, σύμφωνα με ιατρική οδηγία, για καταπολέμηση λοίμωξης.
 - γ. Για πόνο, πεθιδίνη. Αποτελεί το φάρμακο εκλογής επειδή είναι λιγότερο σπασμογενετικό από άλλα αναλγητικά.
 - δ. Όταν ενδείκνυται, χρήση μαλακτικών των κοπράνων, όπως θειοσουκινικό διοκτυλ-νάτριο (Dioctyl).
 - ε. Χορήγηση προσθετικών για αύξηση όγκου, για αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας. Ένα συχνά χρησιμοποιούμενο ήπιο καθαρτικό όγκου είναι το Duphalac. Πρέπει να σημειωθεί ότι, σε μερικούς αρρώστους, η αύξηση της μάζας του περιεχομένου στο έντερο έχει ως αποτέλεσμα την επίταση των συμπτωμάτων.
 - στ. Μπορεί να υπάρχει οδηγία για υποκλυσμούς χλιαρού λαδιού, για τοπική θεραπεία φλεγμονής με μαλάκωμα των κοπρανωδών μαζών. Οι συνήθεις υποκλυσμοί και τα καθαρτικά μπορεί να βλάψουν το έντερο, γι'αυτό δεν χρησιμοποιούνται.
 - ζ. Η διαίτα εξαρτάται από τις προτιμήσεις του γιατρού. Μερικοί γιατροί προτιμούν διαίτα που περιέχει ίνες, ενώ άλλοι διαίτα χαμηλού υπολείμματος.
 - η. Αν η απάντηση στη συντηρητική θεραπεία είναι φτωχή ή αν συμβούν επιπλοκές όπως απόφραξη ή αιμορραγία, είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση.
 - θ. Προετοιμασία για χειρουργείο.

- Δίαιτα χαμηλού υπολείμματος ή τίποτα από το στόμα.
- Αντιβιοτικά, συστηματικά και δρώντα στην εντερική επιφάνεια, για μείωση της εντερικής βακτηριακής χλωρίδας, μείωση και μαλάκωμα της κοπρανόδους μάζας για ευκολότερη κίνηση.
- Μπορεί να γίνουν καθαρτικοί υποκλυσμοί.
 - ι. Εκτομή του εντερικού τμήματος που φέρει τα εκκολπώματα, επανένωση (αναστόμωση) των δύο άκρων για διατήρηση συνέχειας.
 - ια. Μερικές φορές διενεργείται παροδική κολοστομία για εκτροπή ροής κοπράνων και αποκατάσταση συνέχειας σε μετέπειτα στάδιο.
 - ιβ. Διδασκαλία αρρώστου για πρόληψη υποτροπής.
- Διατήρηση δίαιτας με μαλακό υπόλειμμα και λίγη ζάχαρη. Κατάλογος αυτών των σιτιών, ώστε ο άρρωστος να είναι εξοικειωμένος με το σωστό διαιτητικό έλεγχο. Η καλή λειτουργία του εντέρου εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από τη σωστή πρόσληψη τροφής.
- Προϊόντα πίτυρου προσθέτουν μάζα στα κόπρανα και πρέπει να λαμβάνονται με γάλα.
- Εγκατάσταση τακτικών συνηθειών εντέρου για προαγωγή τακτικής και πλήρους κένωσης. Μπορεί, αν είναι αναγκαίο, να χρησιμοποιηθεί ορυκτέλαιο, όμως πρέπει να αποθαρρύνεται η εξάρτηση από αυτό.
- Συνέχιση περιοδικής ιατρικής επίβλεψης του αρρώστου και αναφορά προβλημάτων και ενοχλητικών συμπτωμάτων.

Αξιολόγηση

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα
 - α. Ο άρρωστος αναφέρει περίπου φυσιολογική λειτουργία εντέρου.
 - β. Ακολουθεί την προτεινόμενη δίαιτα.
 - γ. Εκφράζει ανακούφιση που οι διαγνωστικές εξετάσεις δεν έδειξαν κακοήθεια.
 - δ. Σχεδιαγραφεί τη γενική φύση του εκκολπώματος και μπορεί να καταγράψει τι βοηθά ή επιδεινώνει την κατάσταση³⁸.

7.4.5. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Στομάχου

Νοσηλευτική φροντίδα : Η θεραπεία είναι χειρουργική. Επομένως η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προεγχειρητική και την μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Η αδελφή, έχοντας υπόψη την ύπουλη εμφάνιση της νόσου, καλείται να αξιολογεί τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο. Τόσο στην προεγχειρητική περίοδο, όσο και στη μετεγχειρητική ο άρρωστος μπορεί να χρειάζεται τεχνητή διατροφή (τοποθέτηση σωλήνα Levin στο στομάχι από τη μύτη).

Στους ανεγχείρητους όγκους του στομάχου, αν υπάρχουν προβλήματα λήψεως τροφής λόγω στενώσεως του οισοφάγου και του καρδιακού ή πυλωρικού στομίου, γίνεται γαστροσκομία ή δωδεκαδακτυλοστομία. Από το πρώτο ή το δεύτερο στόμιο, ανάλογα με την περίπτωση, τρέφουμε τον άρρωστο.

Τα στόμια αυτά αποτελούν για τον άρρωστο μία σοβαρή αναπηρία και τον κάνουν εξαρτημένο για κάλυψη και αυτής της βασικής του ανάγκης, δηλαδή της λήψεως της τροφής. Αυτό αποτελεί έντονη συναισθηματικά επώδυνη εμπειρία γι' αυτό τόσο ο ιατρός όσο και η αδελφή καλούνται να βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχθεί, με όσο δυνατόν λιγότερο αντιδράσεις, την αναπηρία αυτή.

Η αδελφή προτρέπει τον άρρωστο που βγαίνει από το νοσοκομείο μετά από μία επιτυχή εγχείρηση καρκίνου του στομάχου να παρακολουθείται περιοδικά από τον ιατρό. Ο σκοπός της περιοδικής αυτής εξετάσεως, άγνωστος για τον άρρωστο, είναι η έγκυρη εντόπιση τυχόν μεταστάσεως του όγκου.

Η ηθική τόνωση, αναγκαία για κάθε είδους ασθενή, είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στον καρκινοπαθή, έστω και εάν έχει άγνοια της νόσου του και η χειρουργική επέμβαση χαρακτηρίστηκε επιτυχής, διότι η μείωση των φυσικών του δυνάμεων εξαιτίας της διαβρωτικής νόσου, δίνει σ' αυτόν έντονο το αίσθημα της ελαττώσεως των ημερών της ζωής του⁴.

7.4.6. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Παχέος Εντέρου

Η ευθύνη της αδελφής αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιο της αποκατάστασης ή θάνατος. Σ' όλα αυτά τα στάδια ο ρόλος της είναι ο εξής :

- Υποστήριξη και βοήθεια τους ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς.
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.
- Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς.
- Βοήθεια του αρρώστου για να υποστεί την κολοστομία και να ζήσει με αυτήν.
- Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

Ζωτικό ερώτημα που υπάρχει και σήμερα μεταξύ των ανθρώπων και που απασχόλησε και απασχολεί την Εκκλησία, τους ψυχιάτρους και όλους, όσους βρίσκονται κοντά στον καρκινοπαθή, είναι : Πρέπει να λέγεται η διάγνωση της ασθένειας στον καρκινοπαθή; Στο παρελθόν είχαν γίνει πολλές συζητήσεις όσον αφορά τις δυσμενείς επιδράσεις που έχει για τον ασθενή η ενημέρωση του, ότι πάσχει από καρκίνο, ενώ δεν εκτιμήθηκε σωστά η βαρύτητα σχετικά με τις δυσμενείς επιδράσεις που έχει για τον ασθενή, η άγνοια της παθήσεως του.

Πρέπει λοιπόν να γνωρίζει ο ασθενής τη διάγνωση της νόσου ή όχι; Και εμείς οι αδελφές τι θα απαντήσουμε; Θα του πούμε ότι έχει καρκίνο ή θα του κρύψουμε την αλήθεια;

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής δέχεται την πληροφορία συχνά εξαρτάται από τη φιλοσοφία και τις απόψεις του για τη ζωή και το θάνατο. Διαπιστώθηκε ότι οι αντιδράσεις των ασθενών μετά την επιβεβαίωση της νόσου υπήρξαν διάφορες. Άλλοι ασθενείς γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της νόσου εγκατέλειψαν τελείως τον εαυτό τους στον αναπόφευκτο θάνατο, άλλοι αισθάνθηκαν να παραλύουν τέλεια με έλλειψη πρωτοβουλίας, άλλοι βοήθησαν θετικά και πίστεψαν στη θεραπεία και άλλοι επιδόθηκαν στην προετοιμασία για την καλλύτερη αντιμετώπιση του σοβαρού θέματος «του θανάτου». Η ρεαλιστική αντιμετώπιση της νόσου από τον ασθενή εξαρτάται και από τη νοοτροπία των διαφόρων χωρών αλλά κυρίως από τα άτομα που επωμίζονται την ευθύνη αυτή.

Οι απαντήσεις της αδελφής στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει πάντοτε να βαδίζουν σύμφωνα με το πνεύμα του ιατρού. Στην αδελφή δίνεται μια ασυνήθιστη ευκαιρία ανάμεσα στον καρκινοπαθή και το περιβάλλον του. Πρέπει να είναι ανεξάντλητη πηγή για να προσφέρει, να συμπαθεί, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά στη ζωή ή στο θάνατο.

Οι ασθενείς, των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά μια μόνιμη κολοστομία. Η αδελφή με την όλη διδασκαλία και την στάση της κοντά στον καρκινοπαθή συμβάλλει τα μέγιστα ώστε ο άρρωστος να αποκατασταθεί όσο γίνεται ανώδυνα στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Πρέπει να κατορθώσαμε να νοσηλεύσουμε τους καρκινοπαθείς με πίστη ότι είναι δυνατό να θεραπευθούν, με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους, και με πεποίθηση ότι η αρρώστια, όσο σκληρή κι αν φαίνεται, έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας⁴.

7.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

7.5.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση Λιθίασης του Ουροποιητικού Συστήματος

1. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου.
2. Ενθάρρυνση και υποστήριξη αρρώστου, οικογένειας.
3. Ευκαιρίες στον άρρωστο να εξωτερικεύσει τα αισθήματα και τους φόβους του.
4. Παρακολούθηση για αυτόματη αποβολή του λίθου. Διήθηση των ούρων κάθε ούρησης. Παραμονή με τον άρρωστο όσο χρόνο χρειάζεται.
5. Παρακολούθηση για αιματουρία. Μέτρηση ειδικού βάρους σε κάθε ούρηση για εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας
6. Παρακολούθηση και εκτίμηση ζωτικών σημείων (ειδικά θερμοκρασίας) κάθε 4 ώρες.
7. Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα επιπλοκών από το ουροποιητικό εξαιτίας κατακράτησης ή στάσης ούρων.
8. Χορήγηση αναλγητικών, σπασμολυτικών και εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στις βουβωνικές χώρες.
9. Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα, αν υπάρχει οδηγία.
10. Αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών στα 3.000ml το 24ωρο (εκτός αν υπάρχει αντένδειξη εξαιτίας συνυπάρχουσας κατάστασης). Αυτοί που ξαναεμφανίζουν λίθους πρέπει να παίρνουν υγρά κατά τη διάρκεια όλου του 24ώρου.

11. Παρακολούθηση και εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κάθε 8 ώρες (πιο συχνά αν είναι ανάγκη).
12. Ενθάρρυνση για μέτρια δραστηριότητα για πρόληψη στάσης ούρων.
13. Παρακολούθηση και εκτίμηση εξετάσεων νεφρικής λειτουργίας.
14. Διαιτητικές συμβουλές.
15. Σε περίπτωση ουρικών λίθων: χορήγηση αλλοπουρινόλης, για αναστολή σχηματισμού ουρικού οξέος, και αλκαλοποιητικά ούρων.
16. Για λίθους κυστίνης: αλκαλοποιητικά ούρων και πενικιλλαμίνη, για μείωση της ποσότητας κυστίνης στα ούρα.
17. Για λίθους αλάτων ασβεστίου: δεσμευτικά ασβεστίου για μείωση απορρόφησής του από το έντερο.

Αξιολόγηση

1. Επίτευξη σκοπών θεραπευτικής και νοσηλευτικής αγωγής.
2. Επιπλοκές.
 - α. Λοίμωξη οποιασδήποτε δομής κεντρικά προς το λίθο.
 - β. Υδρονέφρωση.
 - γ. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
 - δ. Οξύς ουρητηρικός κωλικός.

Αν δεν γίνει αυτόματη αποβολή του λίθου, μπορεί να διενεργηθούν οι πιο κάτω ιατρικές παρεμβάσεις. Η ιατρική θεραπεία στηρίζεται στην εντόπιση και το μέγεθος του λίθου. Βέβαια, πρέπει να ληφθούν υπόψη και η γενική κατάσταση του αρρώστου, καθώς και τυχόν συνυπάρχουσες καταστάσεις.

1. Εξωσωματική λιθοτριψία.

Είναι μια μη χειρουργική διαδικασία που χρησιμοποιείται για θραύση λίθων - εντοπισμένων στον κάλυκα του νεφρού - σε μέγεθος κόκκων άμμου, που αποβάλλονται από την αποχετευτική οδό.

Η διαδικασία συνίσταται στη χρησιμοποίηση κυμάτων κρούσης που εκπέμπονται από μια πηγή και εστιάζονται στο λίθο, ενώ ο ασθενής βρίσκεται μέσα σ' ένα υδάτινο λουτρό. Απαιτούνται πολλαπλές κρούσεις, ο αριθμός των οποίων εξαρτάται από το μέγεθος του λίθου. Αν και τα κύματα κρούσης δεν βλάπτουν άλλους ιστούς, είναι δυνατό ο άρρωστος να αισθανθεί δυσχέρεια από τις πολλαπλές κρούσεις. Επιπλοκές μπορεί να είναι: απόφραξη, λοίμωξη, νεφρικό αιμάτωμα ή υπέρταση.

Μετά τη διαδικασία :

α. Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα επιπλοκών.
β. Όλα τα ούρα στραγγίζονται και η λιθιασική άμμος στέλνεται στο εργαστήριο.

γ. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να αυξήσει την ποσότητα των προσλαμβανόμενων υγρών για να βοηθήσει στην αποβολή των λιθιασικών συγκριμμάτων, που μπορεί να υπάρχουν στα ούρα για 6 εβδομάδες έως μερικούς μήνες μετά τη διαδικασία.

δ. Αν η διαδικασία γίνει χωρίς εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο:

- Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας για σημεία και συμπτώματα επιπλοκών και για φροντίδα αρρώστου στο σπίτι.
- Στενή παρακολούθηση αρρώστου από το γιατρό για αξιολόγηση αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

2. Διαδερμική αφαίρεση λίθου η λιθοτριψία.

Κάτω από συνεχή ακτινολογικό έλεγχο γίνεται διαδερμική νεφροστομία. Εισάγεται νεφροσκόπιο, από τη διεσταλμένη διαδερμική οδό, μέσα στο νεφρικό παρέγχυμα. Ανάλογα με το μέγεθος του, ο λίθος μπορεί να αφαιρεθεί με λαβίδα ή κάνιστρο λίθων ή να εισαχθεί μύλη υπερήχων και οι υπέρηχοι να κονιορτοποιήσουν το λίθο. Μικρά τεμάχια λίθου και κονιορτός καταιονίζονται και αναρροφούνται. Τα μεγαλύτερα κομμάτια αφαιρούνται με λαβίδα ή κάνιστρο λίθων.

Μετά την αφαίρεση του λίθου, ο διαδερμικός σωλήνας νεφροστομίας παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα. Οι πιο κοινές επιπλοκές της διαδικασίας είναι αιμορραγία και λοίμωξη. Ο άρρωστος μένει στο νοσοκομείο για λίγες μέρες. Μετά την αφαίρεση του σωλήνα, η οδός νεφροστομίας κλείνει αυτόματα.

3. Ουρητηροσκόπηση

Η ουρητηροσκόπηση περιλαμβάνει επισκόπηση του ουρητήρα και πρόσβασή του, με εισαγωγή εργαλείων, μέσα από ουρητηροσκόπιο. Αφού εντοπιστεί ο λίθος, μπορεί να αφαιρεθεί ακέραιος με ειδική λαβίδα ή να θρυμματιστεί με χρήση Laser, ηλεκτροϋδραυλικής λιθοτριψίας ή υπερήχων και κατόπιν να αφαιρεθεί. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι, γενικά, πολύ σύντομη και πολλοί άρρωστοι υποβάλλονται στη θεραπεία ως εξωτερικοί.

4. Κυστεοσκοπική λιθοτριψία

Θρυμματισμός λίθου στην κύστη, που ακολουθείται αμέσως από αφαίρεση των κομματιών του λίθου μέσα από καθετήρα με πλύση.

5. Διάλυση λίθων.

Εγχύσεις χημειολυτικών διαλυμάτων (π.χ. αλκαλοποιητικών ή οξινοποιητικών μέσων) με σκοπό τη διάλυση λίθου μπορούν να γίνουν ως εναλλακτική θεραπεία σε αρρώστους που κινδυνεύουν από άλλες θεραπείες, που αρνούνται άλλες θεραπείες ή που οι λίθοι τους είναι εύκολα διαλύσιμοι (π.χ. ουρικοί λίθοι). Συνήθως γίνεται διαδερμική νεφροστομία και εισάγεται χλιαρό διάλυμα, το οποίο ρέει συνεχώς προσβάλλοντας το λίθο. Το διάλυμα απάγεται από το νεφρικό συλλεκτικό σύστημα μέσω του ουρητήρα ή του σωλήνα νεφροστομίας. Η πίεση μέσα στη νεφρική πύελο παρακολουθείται στενά κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

β. Χειρουργική αφαίρεση.

Η χειρουργική αφαίρεση αποτελούσε κάποτε την κύρια μέθοδο θεραπείας για λίθους νεφρού. Σήμερα θεωρείται κατάλληλη θεραπεία για μόνο το 1-2% των αρρώστων. Η χειρουργική αφαίρεση ενδείκνυται αν ο λίθος δεν μπορεί να ανταποκριθεί στα άλλα είδη θεραπείας. Χειρουργική επέμβαση, επίσης, εκτελείται για διόρθωση οποιασδήποτε ανατομικής ανωμαλίας μέσα στο νεφρό, προκειμένου να βελτιωθεί η παροχέτευση των ούρων¹.

7.5.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Ογκου Νεφρού

1. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης αρρώστου - νοσηλευτή. Ο πρωτοβάθμιος νοσηλευτής είναι ιδανικός τόσο στα πλαίσια οξείας φροντίδας, όσο και για εκείνους που υποβάλλονται σε θεραπεία στην κοινότητα.
2. Παροχή ευκαιριών σε άρρωστο και οικογένεια να εκφράσουν τα αισθήματά τους και να διατυπώνουν ερωτήσεις που αφορούν την κατάσταση του αρρώστου.
3. Φυσική και ψυχολογική ετοιμασία για τις διαγνωστικές εξετάσεις.
4. Μέτρηση και συσχετισμός προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κάθε 8 ώρες. Όταν είναι δυνατό, διδάξτε τον άρρωστο πώς να μετρά και να αναγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
5. Μέτρηση ειδικού βάρους ούρων και εξέταση ούρων κάθε ούρησης για αίμα, παρατήρηση τους για ύπαρξη θρόμβων.
6. Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα με συνεχή πλύση, έναρξη μέτρων για διατήρηση άσηπτου κλειστού συστήματος. Φροντίδα του συστήματος, που περιλαμβάνει :
 - α. Εισαγωγή του καθετήρα με αυστηρή άσηπτη τεχνική.
 - β. Στερέωση του καθετήρα στο μηρό, πέρασμα του σωλήνα πάνω ή κάτω από την κνήμη ανάλογα και, τέλος, σύνδεση του με το σάκο

- παροχέτευσης.
- γ. Τοποθέτηση καθετήρα και σωλήνων συλλογής τέτοια, ώστε να διευκολύνεται η παροχέτευση με βαρύτητα και να εμποδίζεται η παλινδρόμηση ούρων μέσα στην κύστη.
 - δ. Τοποθέτηση σάκου συλλογής κάτω από το επίπεδο της κύστης όταν ο άρρωστος σηκώνεται και χαμηλότερα από την καρέκλα όταν κάθεται.
 - ε. Αποφυγή τοποθέτησης του σωλήνα κάτω από το επίπεδο εισόδου του στο σάκο συλλογής.
 - στ. Προσεκτική παρακολούθηση της περιοχής γύρω από τον καθετήρα και εκτίμηση των παροχετευόμενων ούρων.
 - ζ. Ακριβής μέτρηση και αναγραφή όλων των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
7. Εκτίμηση τιμών αιματοκρίτη-αιμοσφαιρίνης κάθε 24 ώρες. Προσεκτική παρακολούθηση αρρώστου για σημεία αναιμίας.
8. Παροχή διαιτητικών συμβουλών στον άρρωστο ή την οικογένεια.
- α. Έξι μικρά γεύματα τη μέρα για αποφυγή πλήρωσης του στομαχιού, βελτίωση πέψης και αποφυγή εμετών.
 - β. Υγρά που προτιμά ο άρρωστος πάντοτε διαθέσιμα και στη σωστή θερμοκρασία.
 - γ. Εξασφάλιση περιβάλλοντος που ενισχύει τη διάθεση για φαγητό.
9. Ζύγιση αρρώστου καθημερινά με τον ίδιο ζυγό, την ίδια ώρα της μέρας, τα ίδια ρούχα (για εκτίμηση υδάτωσης).
10. Εξασφάλιση μέτρων για μείωση πόνου.
- α. Αναλγητικά σύμφωνα με την οδηγία.
 - β. Φροντίδα ράχης.
 - γ. Απόσπαση προσοχής με άλλες δραστηριότητες.
 - δ. Χορήγηση των φαρμάκων μετά το φαγητό ή με γάλα.
11. Μέτρηση και εκτίμηση ζωτικών σημείων κάθε 4 ώρες και συχνότερα αν υπάρχουν μεταβολές. Προσεκτική εκτίμηση για σημεία συστηματικής λοίμωξης, ειδικά αν υπάρχει καθετήρας Foley.
12. Ενθάρρυνση ελαφράς δραστηριότητας, βηματοδοτημένης από τον ίδιο τον άρρωστο.
13. Ενθάρρυνση συχνών περιόδων ανάπαυσης για αποφυγή δύσπνοιας.

14. Σε περίπτωση κατακράτησης υγρών, διατήρηση του αρρώστου σε θέση Fowler ή ημι-Fowler.
15. Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος, ειδικά αν ο άρρωστος είναι υπερήλικας ή παίρνει πολλά φάρμακα.
- α. Προσανατολισμός του αρρώστου στο περιβάλλον του.
- β. Μέτρα για περίπτωση σπασμών, αν η ουρία είναι υψηλή.
- γ. Φυσιολογική θέση του σώματος με επαρκή υποστήριξη με μαξιλάρια για αποφυγή παθολογικών καταγμάτων
- δ. Γύρισμα αρρώστου τουλάχιστον κάθε 2 ώρες.
16. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών, αν ο άρρωστος υποβάλλεται σε θεραπεία με ραδιοϊσότοπα ή χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Διδασκαλία και βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευθούν με παρενέργειες.
17. Υποστήριξη αρρώστου και οικογένειας να αντιμετωπίσουν την περίπτωση κακής πρόγνωσης.
18. Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες για συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι¹.

7.5.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση Ογκου της Ουροδόχου Κύστεως

1. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης αρρώστου - νοσηλευτή και παροχή ευκαιριών σ' αυτόν και την οικογένεια του να εκφράζουν φόβους και αγωνία, που αφορούν τη διάγνωση και τη θεραπεία.
2. Συζήτηση με άρρωστο και οικογένεια για τις θετικές πλευρές της θεραπείας που επιλέχθηκε.
3. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας.
4. Υποστήριξη αρρώστου που υποβάλλεται σε ενδοκυστική χημειοθεραπεία (ενστάλαξη αντινεοπλασματικού μέσου στην κύστη, που επιτρέπει φάρμακο υψηλής συγκέντρωσης να έρθει σε επαφή με τον όγκο, με ελάχιστη συστηματική τοξικότητα).
- α. Διδασκαλία αρρώστου.
- Να μην παίρνει υγρά κατά τη διάρκεια της θεραπείας (περίπου δύο ώρες), για να μειωθεί η διούρηση και να προαχθεί η κατακράτηση του φαρμάκου στην κύστη.
 - Να αλλάζει θέση κάθε μισή ώρα όταν το φάρμακο βρίσκεται μέσα στην

κύστη.

- Να πλένει χέρια και περιοχή περινέου μετά την ούρηση του φαρμάκου, για να προλάβει δερματίτιδα.
- Να ουρεί συχνά μετά τη διαδικασία, για αποφυγή χημικής κυστίτιδας από υπολειμματικό φάρμακο στην κύστη.
- Να πίνει ελεύθερα υγρά μετά το πέρας της διαδικασίας.

β. Παρακολούθηση αρρώστου για αλλεργική αντίδραση κατά την περίοδο ενστάλαξης.

γ. Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης.

5. Υποστήριξη αρρώστου που υποβάλλεται σε ενδοκυστική ακτινοθεραπεία (εισαγωγή ραδιενεργών ισοτόπων που περιέχονται μέσα σε μπαλόνι καθετήρα Foley).

α. Αύξηση υγρών από το στόμα.

β. Χορήγηση αντισηπτικών ουροποιητικού και αντισπασμωδικών που παράγγειλε ο γιατρός.

γ. Παρακολούθηση για σημεία κυστίτιδας (η πιο συχνή επιπλοκή).

δ. Λήψη μέτρων ακτινοπροστασίας του νοσηλευτή.

Επιπλοκές καρκίνου ουροδόχου κύστης

1. Απόφραξη της κατώτερης ουροφόρου οδού.
2. Υδρονέφρωση.
3. Νεφρική ανεπάρκεια¹.

7.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

7.6.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Κόλπου

1. Εκτίμηση προηγούμενου σεξουαλικού ιστορικού και αυτοεκτίμησης της γυναίκας, για να διαπιστωθούν πιθανά προβλήματα που οφείλονται στη σεξουαλική δυσλειτουργία εξαιτίας του καρκίνου του κόλπου και/ή της χειρουργικής επέμβασης ή ακτινοθεραπείας.
2. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, που επιτρέπει στη γυναίκα να αισθάνεται άνετα συζητώντας τις σεξουαλικές της ανησυχίες.

3. Συζήτηση με την άρρωστη για τη δυνητική επίδραση της διεργασίας της νόσου και της θεραπείας στη σεξουαλικότητα.

α. Δυνητικά προβλήματα είναι: κόπωση, πόνος, δυσπαρέυνη (δευτεροπαθής από την ακτινοθεραπεία), μείωση Libido και/ή αλλαγή σωματικού ειδώλου.

β. Αν γίνει μερική εκτομή κόλπου (αφαίρεση του 1/3-1/2 του κόλπου), η γυναίκα μπορεί να συνεχίσει να απολαμβάνει την κολπική σεξουαλική δραστηριότητα χρησιμοποιώντας μεγάλες ποσότητες λιπαντικής ουσίας και τροποποιημένες θέσεις.

γ. Για αντιμετώπιση της κόπωσης και του πόνου, η γυναίκα συμβουλεύεται να προγραμματίζει τη σεξουαλική της δραστηριότητα μετά από ανάπαυση. Επίσης, να προγραμματίζει τη λήψη αναλγητικών, έτσι ώστε η μέγιστη δράση τους να συμπίπτει με την ώρα της σεξουαλικής της δραστηριότητας. Μπορούν ακόμα να βοηθήσουν το ζεστό μπάνιο, εντριβή στη ράχη, αλλαγή θέσης ή άλλες μέθοδοι ανακούφισης του πόνου, όπως τεχνικές αυτοσυγκέντρωσης και χαλάρωσης.

δ. Η άρρωστη συμβουλεύεται να χρησιμοποιεί μια υδατοδιαλυτή λιπαντική ουσία κατά τη συνουσία και, ίσως, σε άλλο χρόνο, διαστολέα κόλπου για πρόληψη ίνωσης και στένωσης³⁸.

7.6.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Μήτρας

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν :

1. Εκτίμηση του πόνου και αξιολόγηση των τεχνικών και των χορηγούμενων φαρμάκων για την ανακούφιση της άρρωστης.

2. Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη για τις διάφορες διαγνωστικές δοκιμασίες, ώστε να μειωθεί το άγχος της.

3. Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης στη γυναίκα και το σύντροφο της, που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Με την πρόοδο του θεραπευτικού σχήματος, μπορεί να γίνει φανερό ότι η εγκυμοσύνη ίσως να μην είναι πιθανή. Η ψυχολογική επίδραση αυτής της διαπίστωσης στο ζευγάρι πρέπει να γίνει σεβαστή. Σε κατάλληλο χρόνο συζητούνται εναλλακτικές λύσεις, όπως τεχνητή γονιμοποίηση ή υιοθεσία παιδιού.

4. Διδασκαλία της άρρωστης. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση της άρρωστης είναι να καταρρίψει τους μύθους που υπάρχουν γύρω από την αιτιολογική σχέση ανάμεσα σε χρήση ταμπόν και ενδομητρίωση και να ενθαρρύνει τη διερεύνηση της δυσμηνόρροιας ή τα σχήματα της παθολογικής αιμορραγίας³⁸.

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ**

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στις 29.02.2002 στα εξωτερικά ιατρεία του Στρατιωτικού Νοσοκομείου 409 στις 17.30 στην Πάτρα στο Ωτορινολαρυγγολογικό τμήμα, επισκέφθηκε ασθενής με ρινορραγία.

A. Ατομικό Ιστορικό

ΕΠΩΝΥΜΟ : Π

ΟΝΟΜΑ : Ν

ΕΤΩΝ : 45

Στο παρελθόν δεν έχει σημειωθεί άλλη ρινορραγία.

B. Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ο ασθενής στο παρελθόν δεν είχε παρουσιάσει ρινορραγίες και δεν είχε πρόβλημα υπερτάσεως. Μετά από τις πρώτες πληροφορίες που πήρα από την συνοδό του πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία των οποίων οι τιμές ήταν :

Α.Π.: 140/80mmHg

Σφύξεις : 80/min

Εως την ώρα της διακοπής της ρινορραγίας δεν σημειώθηκε κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα, όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Ανάγκη παρακολούθησης της ποσότητας αίματος που ρέει.	Αναρρόφηση του αίματος από την περιοχή της μύτης και καθαρισμός αυτής	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτίμηση της κατάστασης μέχρι την εύρεση του αιμορραγούντος αγγείου. - Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς - Ετοιμασία αναισθητικής ουσίας (Xylocain) 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκε ο ασθενής στην εξεταστική καρέκλα. - Συμβουλευθήθηκε ο ασθενής να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις του κεφαλιού και να κρατάει το κεφάλι σταθερό πάνω από το νεφροειδές. - Εφαρμόσθηκε τοπική αναισθησία σε μορφή spray. 	<p>Με την βοήθεια του τοπικού αναισθητικού εξασφαλίσθηκε συνεργασία του ασθενή για τις περαιτέρω παρεμβάσεις.</p>

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Ανάγκη παρακολούθησης και καταγραφής των ζωτικών σημείων.	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή επιπλοκών. - Ομαλή εξέλιξη διακοπής της ρινορραγίας. 	Συχνή λήψη Α.Π. και καταγραφή αυτής στο βιβλίο εκτάκτων περιστατικών.	<ul style="list-style-type: none"> - Εγινε λήψη ζωτικών σημείων με τις ακόλουθες τιμές : Θερμοκρ.: 36,8°C Α.Π. 140/80mmHg Σφύξεις 100/min - Κατεγράφησαν οι τιμές στο βιβλίο εκτάκτων περιστατικών. 	Με τη συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και κυρίως της Α.Π. εξασφαλίσθηκε η ομαλή διακοπή της ρινορραγίας.
3. Ανάγκη διακοπής της ρινορραγίας.	- Ανεύρεση του αιμορραγηθέντος αγγείου.	Προετοιμασία σερ ρινορραγίας.	<ul style="list-style-type: none"> - Εγινε τοποθέτηση ρινοσκοπίου και εντοπίστηκε το αιμορραγηθέν αγγείο. 	Μετά την εφαρμογή διαθερμίας και πρόσθιου πωματισμού σταμάτησε η αιμορραγία και ο ασθενής

	- Παύση της αιμορραγίας.		- Εφαρμόσθηκε διαθερμία και πρόσθιος πωματισμός.	ηρέμησε.
4. Ανάγκη ελέγχου ελεύθερης αναπνευστικής οδού.	- Εξόδος πυκνών αιμορραγικών εκκρίσεων που φράζουν την αναπνευστική οδό.	- Συχνές πλύσεις στόματος. - Προτροπή για βήχα.	Με τις πλύσεις και την αποχρεπτική φάση ελευθερώθηκε η αναπνευστική οδός από πύγματα αίματος.	Μετά την απελευθέρωση της αναπνευστικής οδού ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα και με την άδεια του ιατρού αποχώρησε από τον χώρο των εξωτερικών ιατρείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

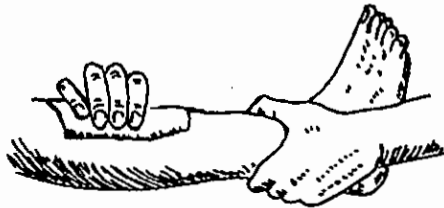
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ - ΤΡΑΥΜΑΤΑ

8.1 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ (ΓΕΝΙΚΑ)

Μια αιμορραγία μπορεί εύκολα να σταματήσει, αλλά εύκολα και να σκοτώσει. Χρειάζεται σειρά από ενέργειες, οι περισσότερες από τις οποίες είναι απλές :

- α) κατάκλιση του τραυματία, για να παρεμποδίσουμε την αναιμία του εγκεφάλου.
- β) πίεση με πολλές γάζες (πακέτο) ή με οποιοδήποτε τυλιγμένο ύφασμα του σημείου πού αιμορραγεί (είκ. 1). Τις γάζες αυτές δεν θα πρέπει να τις αλλάξουμε αν ματώσουν για να μην καταστρέψουμε την προσπάθεια δημιουργίας θρόμβου. Μπορούμε όμως να προσθέσουμε γάζες.



Εικ. 1. Μικρές αιμορραγίες από τραύματα σταματούν αν τα πιέσουμε για 2-3 λεπτά, με αποστειρωμένη γάζα ή καθαρό ύφασμα.

γ) εφαρμογή πιεστικού επιδέσμου, ό οποίος όμως δεν θα πρέπει να πιέζει πολύ. Δηλαδή περιφερικά του επιδέσμου θα πρέπει να ψηλαφούνται οι σφυγμοί.²⁶

8.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η αιμορραγία αυτή μπορεί να είναι επακόλουθο κακώσεων, π.χ. καταγμάτων ή συμπίεσης (σύνθλιψης) του σώματος, ή παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι το έλκος του στομάχου. Διάφορα εσωτερικά όργανα, όπως ο σπλήνας και το ήπαρ, είναι δυνατό να πάθουν κακώσεις από χτυπήματα, παρ' όλο που μπορεί να μην υπάρχουν εξωτερικές ενδείξεις τραυματισμού.

Η εσωτερική αιμορραγία είναι τόσο σοβαρή όσο και η εξωτερική. Παρόλο που το αίμα δεν φεύγει από τον οργανισμό, ωστόσο βγαίνει από το κυκλοφορικό σύστημα και έτσι τα ζωτικά όργανα δεν παίρνουν οξυγόνο. Επιπλέον, το αίμα που μαζεύεται στο εσωτερικό του σώματος μπορεί να προκαλέσει προβλήματα αν πιέζει ζωτικά όργανα. Για παράδειγμα, το αίμα που μαζεύεται μέσα στο κρανίο είναι δυνατό να συμπιέσει τον εγκέφαλο και να προκαλέσει απώλεια των αισθήσεων, ενώ η αιμορραγία μέσα στο θώρακα μπορεί να εμποδίζει την έκπτυξη των πνευμόνων.²⁵

Το αίμα από εσωτερική αιμορραγία είναι δυνατό να συγκεντρωθεί μέσα σε μια από τις κοιλότητες του σώματος και να μείνει περιορισμένο σ αυτή. Μπορεί όμως να παρουσιασθεί και ως αιμορραγία από ένα ή περισσότερα από τα ανοίγματα του σώματος (π.χ. από το στόμα ή το απευθυσμένο) ή με τη μορφή εκχύμωσης μεταβάλλοντας το χρώμα του δέρματος.

Εσωτερική αιμορραγία πρέπει πάντα να υποψιάζεστε μετά από βίαιη κάκωση, σε περιπτώσεις που υπάρχουν συμπτώματα και σημεία καταπληξίας χωρίς φανερή απώλεια αίματος ή όταν οι εκχυμώσεις (μώλωπες) αντιστοιχούν στις ραφές ή στην ύφανση των ρούχων του πάσχοντα.²⁶

Συμπτώματα και σημεία

Αυτά θα εξαρτηθούν από το μέγεθος και από την ταχύτητα της απώλειας του αίματος.

- Ιστορικό κάκωσης τέτοιο που να δικαιολογεί την πρόκληση εσωτερικής αιμορραγίας.
- Ιστορικό πάθησης που μπορεί να προκαλέσει εσωτερική αιμορραγία (π.χ. έλκος).
- Πόνος και ευαισθησία, ίσως και διόγκωση και τάση, της περιοχής που πάσχει.
- Συμπτώματα και σημεία καταπληξίας.

Η αναπνοή του πάσχοντα γίνεται επιπόλαια και μερικές φορές συνοδεύεται από χασμουρητά και αναστεναγμούς (δίψα αέρα). Ο πάσχων γίνεται ανήσυχος και φλύαρος. Ο πάσχων παραπονιέται ότι διψάει.

- Από το στόμα ή τον πρωκτό μπορεί να βγει αίμα.

Σκοπός

Να φροντίσετε αμέσως για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο, γιατί συνήθως δεν είναι δυνατό ν' αντιμετωπιστεί η εσωτερική αιμορραγία μόνο με την παροχή Πρώτων Βοηθειών.

Θεραπεία

1. Ξαπλώστε τον πάσχοντα με το κεφάλι πιο χαμηλά και γυρισμένο προς το ένα πλευρό, ώστε να αιματώνεται καλά ο εγκέφαλος. Συμβουλευέψτε τον να μείνει ακίνητος.
1. Αν οι κακώσεις του πάσχοντα το επιτρέπουν, τοποθετήστε τα πόδια του ψηλότερα για να βοηθήσετε τη ροή του αίματος προς τα ζωτικά όργανα.
3. Χαλαρώστε τα ρούχα που σφίγγουν το λαιμό, το στήθος και την κοιλία του πάσχοντα.
4. Ενθαρρύνετε τον πάσχοντα και εξηγήστε του ότι είναι ανάγκη να ηρεμήσει.
5. Μειώστε τον κίνδυνο πρόκλησης καταπληξίας.
6. Ελέγξτε τη συχνότητα της αναπνοής, το σφυγμό και το βάθος ανταπόκρισης του πάσχοντα κάθε 10 λεπτά και γράψτε τα στοιχεία για να τα δώσετε στο γιατρό.
7. Εξετάστε τον πάσχοντα για άλλες κακώσεις και αντιμετωπίστε ανάλογα.
8. Αν ο πάσχων χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει κανονικά, τοποθετήστε τον στη θέση ανάνηψης.
9. Αν η αναπνοή και η λειτουργία της καρδιάς σταματήσουν, αρχίστε αμέσως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.
10. Διατηρήστε τον πάσχοντα σκεπασμένο και αν είναι δυνατό, βάλτε τον πάνω σε μια κουβέρτα.
11. Κρατήστε δείγματα εμεσμάτων ή κοπράνων. Αν είναι δυνατό στείλτε τα στο νοσοκομείο μαζί με τον πάσχοντα.
12. Φροντίστε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο, ξαπλωμένο σε φορείο, διατηρώντας τη θέση της αρχικής αντιμετώπισης.
Μη δίνετε στον πάσχοντα τίποτε από το στόμα.²³

8.3 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΑΓΓΕΙΟ

Αν η τοπική πίεση δε φτάνει και η αιμορραγία αφορά τα χέρια ή τα πόδια, θα εφαρμόσουμε πίεση στη ρίζα του αγγείου με τον αντίχειρα ή την παλάμη.

Αν η αιμορραγία και πάλι δε σταματά, θα χρειαστεί να εφαρμοστεί, στη ρίζα πάλι του σκέλους, ισχυρή περιδέση με ελαστική ταινία ή ελαστικό σωλήνα. Χρειάζεται όμως κάποια τέχνη και προσοχή :

α) Πρέπει να είναι ισχυρή, ώστε να πιέζει τις αρτηρίες που βρίσκονται στο βάθος και έχουν ισχυρό τοίχωμα, διαφορετικά θα πιεσθούν μόνο οι φλέβες.

β) Η διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 1/4 της ώρας. Αν ο χρόνος, εξ αίτιας της μεταφοράς κ.λπ. του τραυματία, είναι μεγαλύτερος, θα πρέπει η περιδέση να χαλαρώνεται κάθε 15', για 1-2', αλλιώς μπορεί να προκληθεί γάγγραινα.²⁵

Τέλος αν το αγγείο που αιμορραγεί είναι προσιτό και έχουμε κάποια πείρα, θα χρησιμοποιήσουμε την αιμοστατική λαβίδα και αν έχει χαθεί περισσότερο απ' το 1/3 του αίματος (έχουμε 5-6 l), θα κάνουμε μετάγγιση, αλλιώς διατρέχει κίνδυνο η ζωή του τραυματία.²⁶

8.4 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΑ ΟΡΓΑΝΑ

Εδώ θα περιγράψουμε τις αιμορραγίες όπου μπορεί να προσφέρει κάποια βοήθεια και ο μη ειδικός. Δεν θα περιγράψουμε δηλ. αυτές που θέλουν μια μεγάλη εγχείρηση.²⁶

8.4.1 Αιμορραγίες Εγκεφάλου

Εκτός από τις τραυματικές έχουμε και τις αυτόματες. Στα νέα άτομα αυτές, οφείλονται συνήθως, σε ρήξη μικρού συγγενούς ανευρύσματος κάποιου αγγείου του εγκεφάλου. Στα ηλικιωμένα είναι συνήθως αποτέλεσμα υπερτάσεως και βλάβης του αγγείου από αθηρωμάτωση (αρτηριοσκλήρυνση). Πολλές φορές, προηγείται κάποιος πονοκέφαλος· άλλοτε εκδηλώνεται απότομα. Σε μια εγκεφαλική αιμορραγία ο ασθενής χάνει τις αισθήσεις του ή και πέφτει σε κώμα. Στις ευνοϊκές περιπτώσεις, μετά από λίγες μέρες, όταν αποκατασταθούν οι αισθήσεις, ή όλα υποχωρούν ή γίνονται αντιληπτά ημιπληγικά φαινόμενα. Η

ημιπληγία μπορεί να άφορα το ένα άνω άκρο και το αντίθετο κάτω, ή μόνο ένα από αυτά.²³

Πρώτες βοήθειες. Κατάκλιση με το κεφάλι λίγο πιο ψηλά, για να διευκολύνουμε τη φλεβική κυκλοφορία στον εγκέφαλο. Την αφαίμαξη την έχει αντικαταστήσει σήμερα η χορήγηση υποτασικών φαρμάκων και αντιοιδηματικών διουρητικών. Και στις ευνοϊκές όμως περιπτώσεις (μικρό ισχαιμικό έμφρακτο), η αποθεραπεία είναι μακρόχρονη και κουραστική (φυσιοθεραπεία, αποφυγή κατακλίσεων). Οι ασθενείς αυτοί είναι επιρρεπείς για υποτροπή σε διαταραχές της δξυγονώσεως (π.χ. σε εγχειρήσεις).²⁶

8.4.2 Αιμορραγία από το αυτί

Η αιμορραγία από το εσωτερικό του ακουστικού σωλήνα είναι διαφορετική από αυτή που παρατηρείται στα εξωτερικά τραύματα του αυτιού. Γενικά, παρατηρείται σε ρήξεις του τυμπάνου και σε κατάγματα του κρανίου. Διάτρηση του τυμπάνου μπορεί να προκληθεί από την εισαγωγή αντικειμένων στο αυτί, από πτώση στο θαλάσσιο σκι, από κατάδυση ή όταν βρεθεί κανείς πολύ κοντά σε μια ισχυρή έκρηξη.²³

Υποψία κατάγματος του κρανίου, που είναι πιο σοβαρή κατάσταση, πρέπει να δημιουργείται αν από το αυτί βγαίνει αίμα και \ ή ένα διαυγές, σαν νερό, υγρό (εγκεφαλονωτιαίο υγρό).²⁴

Συμπτώματα και σημεία

Αν το υγρό προέρχεται από το αυτί:

- Πιθανόν πόνος μέσα στο αυτί.
- Κώφωση.
- Μικρή αιμορραγία από το αυτί.

Αν το υγρό προέρχεται από το κρανίο:

- Ιστορικό πιθανού κατάγματος του κρανίου ή άλλας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.
- Ο πάσχον παραπονιέται για πονοκέφαλο.
- Από το αυτί μπορεί να βγαίνει μικρή ποσότητα αίματος ανακατεμένη με διαυγές, σαν νερό εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- Πιθανόν να υπάρχει απώλεια των αισθήσεων.

Σκοπός

Να φροντίσετε για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο. Αν υπάρχει υποψία κατάγματος του κρανίου, δώστε ιδιαίτερη προσοχή στο επίπεδο της συνείδησης του πάσχοντα.

Θεραπεία

1. Αν ο πάσχων έχει τις αισθήσεις του, βάλτε τον να μισοκαθίσει με το κεφάλι γερμένο προς τη χτυπημένη πλευρά, έτσι ώστε το αίμα ή το υγρό να μπορεί να ρέει από το αυτί.
2. Σκεπάστε το αυτί με αποστειρωμένο επίθεμα χωρίς φάρμακα ή με κάποιο άλλο παρόμοιο καθαρό ρούχο. Στερεώστε το πολύ ελαφρά με επίδεσμο ή με λευκοπλάστ. Μη βουλώσετε το αυτί, ούτε να προσπαθήσετε να σταματήσετε τη ροή υγρού από αυτό, γιατί είναι δυνατό να αυξήσετε την πίεση στην κοιλότητα του μέσου αυτιού.
3. Ελέγξτε τη συχνότητα της αναπνοής, το σφυγμό και το βαθμό ανταπόκρισης του πάσχοντα κάθε 10 λεπτά.
4. Μείωση του κινδύνου καταπληξίας.
5. Αν ο πάσχων χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει κανονικά, τοποθετήστε τον σε θέση ανάνηψης. Το κεφάλι πρέπει να γέρνει προς την πλευρά της βλάβης, για να διευκολύνεται η εκροή του υγρού.
6. Αν σταματήσουν η αναπνοή και η λειτουργία της κάρδιας, αρχίστε αμέσως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Φροντίστε για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο, ξαπλωμένου και διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής του αντιμετώπισης.^{25,23}

8.4.3 Αιμορραγία από τη μύτη

Είναι συχνή κατάσταση και συνήθως οφείλεται σε αιμορραγία από τα αγγεία που βρίσκονται μέσα στα ρουθούνια. Μπορεί να παρατηρηθεί μετά από χτύπημα στη μύτη ή ακόμα και μετά από φτέρνισμα, ξύσιμο ή φύσημα της μύτης. Η εκροή, ωστόσο αιματήρου υγρού από τη μύτη μπορεί να είναι και σημείο κατάγματος του κρανίου. Οι αιμορραγίες από τη μύτη όχι μόνο συνοδεύονται από σημαντική απώλεια αίματος, αλλά μπορούν να κάνουν τον πάσχοντα να καταπιεί ή να εισροφήσει πολύ αίμα, με αποτέλεσμα να παρουσιάσει εμετό ή δυσκολία στην ανάπνοη.³³

Συμπτώματα και σημεία

- Μέτρια αιμορραγία από τη μύτη.
- Αν υπάρχει κάταγμα του κρανίου μπορεί να παρατηρηθεί εκροή αίματος ανακατεμένου με διαυγές, σαν νερό, εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Σκοπός

Να εξασφαλίσετε την ελεύθερη αναπνοή εμποδίζοντας την εισρόφηση αίματος και να σταματήσετε την αιμορραγία.

Θεραπεία

1. Βάλτε τον πάσχοντα να καθίσει με το κεφάλι σκυμμένο καλά προς τα εμπρός και χαλαρώστε τα ρούχα που του σφιγγούν το λαιμό και το θώρακα.
2. Δώστε οδηγίες στον πάσχοντα να αναπνέει από το στόμα και να κλείσει με τα δύο δάχτυλα τα πουθούνια του πιάνοντας το μαλακό μέρος της μύτης. (Αν αυτό δε μπορεί να το κάνει ο πάσχων, θα πρέπει να το αναλάβετε εσείς).
3. Ζητήστε από τον πάσχοντα να φτύνει το αίμα που βρίσκεται στο στόμα του, γιατί κατάποση αίματος μπορεί να προκαλέσει ναυτία και εμετό.
4. Μετά από 10 λεπτά σταματήστε την πίεση της μύτης. Αν η αιμορραγία δεν έχει σταματήσει, συνεχίστε για άλλα 10 λεπτά ή για όσο χρειάζεται. Μην αφήνετε τον πάσχοντα να σηκώσει το κεφάλι του.
5. Όσο ο πάσχων κρατά το κεφάλι σκυμμένο, καθαρίστε ελαφρά τη γύρω περιοχή από τη μύτη και το στόμα του με βαμβάκι ή με καθαρό ύφασμα βουτηγμένο σε χλιαρό νερό. Δεν πρέπει να βουλώνετε τη μύτη.
6. Όταν η αιμορραγία σταματήσει, συμβουλέψτε τον πάσχοντα να αποφύγει κάθε σωματική άσκηση και να μη φυσήξει τη μύτη του τουλάχιστον για 4 ώρες, για να μην αποσπασθεί ο θρόμβος.
7. Αν μετά από 30 λεπτά η αιμορραγία συνεχίζεται, ή αν επαναληφθεί, πρέπει να ζητήσετε ιατρική βοήθεια.^{33,23}

8.4.4 Αιμορραγία από τα ούλα

Αιμορραγία μπορεί να παρατηρηθεί μετά από εξαγωγή δοντιού, αμέσως μετά από απώλεια δοντιού σε ατύχημα ή σε περίπτωση κατάγματος της γνάθου. Το σπάσιμο ή το χτύπημα του δοντιού γενικά προκαλεί θλαστικό τραύμα του στόματος.²⁴

Συμπτώματα και σημεία

- Αιμορραγία από το φατνίο και πιθανόν θλάσεις και ρήξεις γύρω απ' αυτό.

Σκοπός

Να εξασφαλίσετε ελεύθερη αναπνοή, εμποδίζοντας την εισρόφιση αίματος και να σταματήσετε την αιμορραγία. Αν υπάρχει δόντι που έχει φύγει από τη θέση του πρέπει να ζητήσετε βοήθεια από οδοντίατρο.

Θεραπεία

1. Βάλτε τον πάσχοντα να καθίσει με το κεφάλι γερμένο προς την τραυματισμένη πλευρά, ώστε να μπορεί να τρέξει το αίμα.
2. Τοποθετήστε ένα βύσμα από γάζα ή καθαρό ύφασμα επάνω και όχι μέσα, στο φατνίο που αιμορραγεί. **Προσοχή** Το βύσμα πρέπει να είναι αρκετά παχύ, έτσι ώστε τα δόντια να μην ακουμπούν μεταξύ τους όταν ο πάσχων δαγκώνει.
3. Ζητήστε από τον πάσχοντα να κρατήσει το βύσμα στη θέση του με τα δάχτυλα και να δαγκώνει για 10-20 λεπτά στηρίζοντας το πηγούνι στο χέρι του.
4. Ζητήστε από τον πάσχοντα να φτύνει το αίμα που μαζεύεται στο στόμα του, κρατώντας το βύσμα στη θέση του. Η κατάποση αίματος είναι δυνατό να προκαλέσει εμετό.
5. Μετά από 10-20 λεπτά αποσύρατε προσεκτικά το βύσμα, για να μην αποσπασθεί ο θρόμβος του αίματος και εξετάστε το φατνίο. Αν εξακολουθεί να αιμορραγεί, αλλάξτε το βύσμα και ζητήστε από τον πάσχοντα να συνεχίσει την πίεση για 10 λεπτά ακόμα.
6. Μην αφήνετε τον πάσχοντα να πλύνει το στόμα του, γιατί μπορεί να αποσπασθεί ο θρόμβος του αίματος. Επίσης συμβουλέψτε τον να αποφύγει όλα τα ζεστά ροφήματα στη διάρκεια των επόμενων 12 ωρών.
7. Αν η αιμορραγία συνεχιστεί ή ξαναρχίσει, ζητήστε τη βοήθεια οδοντογιατρού.
8. Αν ο πάσχων έχει χάσει κάποιο δόντι που μπορεί να βρεθεί, βάλτε το σε καθαρό δοχείο και στείλτε το, μαζί με τον πάσχοντα, σε οδοντογιατρό, όσο γίνεται πιο γρήγορα.^{24,25}

8.4.5 Τραύματα στο στόμα

Τα τραύματα της γλώσσας, των χειλιών ή του βλεννογόνου του στόματος μπορεί να είναι από ασήμαντα έως μεγάλα. Συνήθως προκαλούνται από τα δόντια του ίδιου του πάσχοντα, κατά την πτώση του ή από χτυπήματα στο πρόσωπο. Η αιμορραγία μπορεί να είναι μεγάλη, γιατί η περιοχή αυτή έχει πλούσια αιμάτωση και το δέρμα που τη σκεπάζει είναι πολύ λεπτό.

Συμπτώματα και σημεία

- Αιμορραγία μέσα στο στόμα ή γύρω απ' αυτό.
- Πόνος στην περιοχή που πάσχει

Σκοπός

Να εξασφαλίσετε ελεύθερη αναπνοή, εμποδίζοντας την εισρόφηση αίματος και να σταματήσετε την αιμορραγία.

Θεραπεία

1. Ζητήστε από τον πάσχοντα να καθίσει με το κεφάλι γερμένο προς την πλευρά που πάσχει.
2. Για να σταματήσετε την αιμορραγία τοποθετήστε ένα καθαρό επίθεμα πάνω στο τραύμα και εφαρμόστε άμεση πίεση, συμπιέζοντάς το ανάμεσα στον αντίχειρα και στα υπόλοιπα δάχτυλα.
3. Ζητήστε από τον πάσχοντα να φτύνει το αίμα που μαζεύεται στο στόμα του, γιατί η κατάποσή του μπορεί να προκαλέσει εμετό.
4. Αν η αιμορραγία επιμένει και μετά από 10-20 λεπτά ή αν το τραύμα είναι μεγάλο και χαίνει, ο πάσχων πρέπει να μεταφερθεί σε νοσοκομείο.
5. Μην επιτρέπετε στον πάσχοντα να πλύνει το στομα του, για να μην αποσπασθεί ο θρόμβος του αίματος. Επίσης συμβουλέψτε τον να μην πει ζεστά ροφήματα για 12 ώρες.²⁴

8.4.6 Τραύματα του ματιού

Ολες οι κακώσεις των ματιών είναι δυνητικά σοβαρές. Ακόμα και οι επιπόλαιες μικροκακώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ουλοποίηση του κερατοειδούς ή σε λοίμωξη και πιθανόν σε μείωση της όρασης ή ακόμα και σε τύφλωση.²³

Το μάτι μπορεί να υποστεί τομές ή μώλωπες με άμεσα χτυπήματα, από το σπάσιμο γυαλιών ή από αιχμηρά ρινίσματα από μέταλλο ή τρίμματα από γυαλί, που μπορεί να εκτοξευθούν σ' αυτό.

Συμπτώματα και σημεία

- Μερική ή πλήρης απώλεια της όρασης του τραυματισμένου ματιού, ακόμα και χωρίς φανερή κάκωση.
- Πόνος στο μάτι, που φαίνεται κόκκινο, και πιθανώς και ορατό τραύμα του βολβού ή του βλεφάρου.
- Αιμορραγία ή ροή διαυγούς υγρού από το τραύμα του ματιού. Υπάρχει πιθανότητα να επιπεδωθεί το φυσιολογικό στρογγυλό σχήμα του βολβού, καθώς εκρέει το περιεχόμενό του.

Σκοπός

Να προστατέψετε το μάτι εμποδίζοντας τις κινήσεις του και να ζητήσετε ιατρική βοήθεια.

Θεραπεία

1. Ξαπλώστε τον πάσχοντα ανάσκελα, υποστηρίζοντας το κεφάλι του, που πρέπει να μείνει όσο είναι δυνατό ακίνητο. Μην προσπαθήσετε ν' αφαιρέσετε τα σφηνωμένα ξένα σώματα.
2. Ζητήστε από τον πάσχοντα να κλείσει το τραυματισμένο μάτι και σκεπάστε το απαλά με οφθαλμική γάζα ή με αποστειρωμένο επίθεμα, χωρίς φάρμακα, που στερεώνετε με επίδεσμο ή με λευκοπλάστ.
3. Συμβουλέψτε τον πάσχοντα να κρατά το υγιές μάτι ακίνητο, γιατί η κίνηση του θα προκαλέσει κίνηση και του τραυματισμένου. Αν είναι ανάγκη επιδέστε και τα δύο μάτια για να εμποδίσετε τις άσκοπες κινήσεις τους.
4. Φροντίστε για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο, διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής του αντιμετώπισης.²⁴

8.5 ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ

Είναι η αιμορραγία από τους πνεύμονες. Το χαρακτηριστικό είναι ότι το αίμα αποβάλλεται με βήχα και είναι κόκκινο. Οί μικρές αιμοπτύσεις (βρογχεκτασία, εχινόκοκκος, καρκίνος) δεν έχουν συνέπειες. Οι μεγάλες

(φυματίωση-γάγγραινα)

είναι πολλές φορές επικίνδυνες.

Πρώτες βοήθειες. Κατάκλιση σε μισοκαθιστή θέση και αντιβηχικά. Απαγορεύεται η ομιλία και οι τροφές. Χορηγούμε μόνο παγωμένα πόματα (υγρά). Τα αιμοστατικά ίσως έχουν κάποια επίδραση. Το βασικό όμως είναι η μορφίνη που ηρεμεί τον άρρωστο, βελτιώνει την αναπνοή και επιδρά στο βήχα.²⁶

8.6 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ-ΔΩΔΕΚΕΔΑΚΤΥΛΟΥ

Όταν το αίμα αποβάλλεται με εμετό, έχουμε την αιματέμεση, όταν με τα κόπρανα, τη μέλαινα (μαύρο χρώμα του αίματος από την πέψη). Τα αίτια συνήθως είναι το έλκος. Ο καρκίνος και η κίρρωση του ήπατος έρχονται μετά. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την ποσότητα του αίματος. Συνήθως είναι ζάλη, λιποθυμία, ωχρότητα, ιδρώτες, ταχυσφυγμία κ.λ.π.²³

Πρώτες βοήθειες. Ακινησία, κατάργηση κάθε τροφής για τρεις πρώτες ώρες, μετάγγιση αίματος, οροί.³³

8.7 ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ (ΑΙΜΑ ΣΤΑ ΟΥΡΑ)

Το αίμα μπορεί να προέρχεται από το νεφρό (όλα τα ούρα είναι κόκκινα), από την κύστη (κόκκινα είναι μόνο τα ούρα που βγαίνουν στο τέλος) ή από την ουρήθρα ή τον προστάτη (κόκκινα ούρα μόνο στην αρχή). Τα αίτια είναι πολλά : πέτρες, όγκοι, φυματίωση, τραυματισμός κ.λ.π. Συνήθως ή αιματουρία δεν προκαλεί άλλα συμπτώματα και γίνεται αντιληπτή μόνο από το χρώμα των ουρών. Καμιά φορά συνοδεύεται και από κωλικό (όταν το αίμα προέρχεται από το νεφρό).

Πρώτες βοήθειες. Χορηγούμε άφθονα υγρά και σπασμολυτικά σε περίπτωση πόνου.²⁴

8.8 ΕΜΕΤΟΣ

Είναι η απότομη αποβολή του περιεχομένου του στομάχου από το στόμα. Διακρίνουμε τον αυτόματο και τον προκλητό.

Ο αυτόματος έμετος προκαλείται συνήθως από:

- 1) παθήσεις του στομάχου (γαστρίτιδα, έλκος, πυλωρική στένωση από έλκη ή από καρκίνο)
- 2) φλεγμονές του περιτοναίου (παραλυτικός ειλεός)
- 3) εντερική απόφραξη
- 4) μηνιγγίτιδες, όγκοι του εγκεφάλου, εγκεφαλικές διασεισεις
- 5) οξεία λοιμώδη νοσήματα
- 6) αλλεργικές καταστάσεις
- 7) δηλητηριάσεις
- 8) κολικούς
- 9) κύηση κ.λ.π.

Ο προκλητός έμετος δημιουργείται με την εισαγωγή των δύο δακτύλων (δείκτου και μέσου) βαθιά στο στόμα και προκαλείται είτε για θεραπευτικούς σκοπούς (δηλητηριάσεις) είτε για ανακούφιση (γαστρικός φόρτος).

Του εμετού συνήθως προηγούνται ναυτία, ωχρότητα, ιδρώτες, ζάλη και ίλιγγοι. Τα εμέσματα διακρίνονται σε τροφώδη, χολώδη, αιματηρά και κοπρανώδη.

Πρώτες βοήθειες. Γενικώς συνιστάται η κατάκλιση, η κατάποση τεμαχίων πάγου, η τοποθέτηση παγοκύστης και η χορήγηση σπασμολυτικών. Η θεραπεία βασικά θα πρέπει να είναι αιτιολογική. Ειδικά σε εμέτους των βρεφών θα πρέπει να ρυθμιστεί η ποιότητα και η ποσότητα της τροφής και σε εμέτους των εγκύων να βελτιωθεί η διαίτά τους (περισσότερο στερεά τροφή}. Επιπλέον θα χορηγήσουμε ηρεμιστικά, αντιεμετικά και σε βαριές περιπτώσεις ορούς. Εάν παρουσιασθεί βλάβη του ήπατος ή του αμφιβληστροειδούς, διακοπή κύησης.²⁶

8.9 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Διακρίνουμε: 1) οξεία-χρονία, 2) ανωτέρου - κατωτέρου πεπτικού συστήματος,

3) αιματέμεση - μέλαινα.

Σαν *οξεία* ή μαζική χαρακτηρίζουμε κάθε αιμορραγία πού συνοδεύεται από shock ή παρουσιάζει απώλεια τουλάχιστον 1lt αίματος σε σύντομο χρονικό διάστημα. Χρονία είναι η συνεχιζόμενη μικρή αιμορραγία, που κλινικώς γίνεται

αντιληπτή μόνο από την ωχρότητα και εργαστηριακώς από τη μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων.²³

Του *ανωτέρου* πεπτικού είναι εκείνες που προέρχονται από τον οισοφάγο, το στομάχι, το 12/δάκτυλο του *κατωτέρου* αυτές που βρίσκονται κάτω από το σύνδεσμο Treitz (12/δακτυλονηστιδική καμπή).

Αιματέμεση είναι το αίμα που αποβάλλεται με εμετό και *μέλαινα* το αίμα που αποβάλλεται με την κένωση (μαύρο χρώμα) λόγω της πέψεώς του.

Μια οξεία αιμορραγία, που προέρχεται από το ανώτερο πεπτικό, συνήθως εκδηλώνεται με αιματέμεση ή και με μέλαινα ή μόνο με μέλαινα. Με αίμα «κόκκινο» (αιμοχεσία) εκδηλώνεται η αιμορραγία όταν είναι μεγάλη και το αίμα αποβάλλεται

γρήγορα και συνεπώς δεν προλαβαίνει ν'αλλοιωθεί μέσα στο έντερο.

Οι αιμορραγίες από το κατώτερο πεπτικό εκδηλώνονται πάλι ή με μαύρη κένωση ή με ερυθρά (κατώτερο παχύ έντερο) ποτέ όμως με αιματέμεση.

Αίτια αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού. Τα συνηθέστερα είναι: κίρσοι οισοφάγου (10-15%), έλκος δωδεκαδακτύλου (70-80 %), γαστρίτιδα αιμορραγική (ασπιρίνη, βουταζολιδίνη, κορτιζόνη), Ca στομάχου.

Σωλήνας Sengstaken. Ο σωλήνας αυτός είναι ειδικός για την επίσχεση αιμορραγίας από κίρσους του οισοφάγου. Αποτελείται από 3 λεπτούς σωλήνες ενσωματωμένους. Ο ένας καταλήγει σε ελατικό στρογγυλό αεροθάλαμο, που έχει σκοπό να συμπιέσει τους κίρσους του θόλου του στομάχου και συγχρόνως να συγκρατήσει το όλο σύστημα στη θέση του. Ο δεύτερος καταλήγει πάλι σε αεροθάλαμο (επιμήκη) που έχει σκοπό να πιέσει τους κίρσους του οισοφάγου και ο τρίτος χρησιμοποιείται για να γίνεται αναρρόφηση από το στομάχι ή για τη χορήγηση υγρών.

Η είσοδος του σωλήνα από τη μύτη δεν είναι πολύ πιο δύσκολη από ότι του Levin, εάν γίνει καλή περιτύλιξη των ελαστικών αεροθαλάμων. Ο σωλήνας Sengstaken δεν θα πρέπει να παραμένει περισσότερο από 48 ώρες. Επίσης ένα άλλο μέτρο, για να αποφύγουμε τις νεκρώσεις του οισοφάγου, είναι να αφαιρούμε ή να μετριάσουμε τον αέρα του οισοφαγικού αεροθαλάμου πολύ συχνά (κάθε 2-3 ώρες).

Διατροφή. Κάποτε κρατούσαμε τον άρρωστο για πολλές ημέρες σε νηστεία. Σήμερα, όταν η αιμορραγία δεν είναι μεγάλη ή μόλις περιορισθεί,

αρχίζουμε αμέσως τη σίτιση. Στην αρχή χορηγούμε με σταγονοειδή έγχυση από το ρινογαστρικό σωλήνα Levin γάλα σε συνδυασμό με αντιόξινα (κάθε ώρα εναλλάξ 15gr Aludrox και Maalox). Τα αντιχολινεργικά φάρμακα (ατροπινούχα) δεν συνιστώνται, θα ακολουθήσουν κρέμες, αυγά και βασικά καλά πολτοποιημένη τροφή.²⁴

Θεραπεία αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού συστήματος. Και στις περιπτώσεις αυτές θα εφαρμόσουμε τις γενικές αρχές που ισχύουν για τις αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού συστήματος, και όπως και εκεί η διατροφή και η θεραπεία (συντηρητική ή χειρουργική) θα γίνει ανάλογα με την αιτιολογία της αιμορραγίας.²⁶

8.10 ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Τα βαθιά τραύματα του κοιλιακού τοιχώματος είναι σοβαρά όχι μόνο γιατί θα συνοδεύονται από εξωτερική αιμορραγία, αλλά και γιατί μπορεί να τρυπηθούν ή να σχιστούν υποκείμενα όργανα. Και οι δύο τύποι βλάβης είναι δυνατόν να καταλήξουν σε μεγάλη εσωτερική αιμορραγία και πιθανώς σε λοίμωξη. Επίσης, από το τραύμα μπορεί να προβάλλει ένα μέρος του εντέρου.⁷

Συμπτώματα και σημεία

- Διάχυτος κοιλιακός πόνος
- Αιμορραγία και ανάλογα τραύματα στην κοιλιακή χώρα.
- Ένα μέρος του εντέρου μπορεί να διακρίνεται από το τραύμα ή να προβάλλει από αυτό.
- Ο πάσχων μπορεί να κάνει εμετούς.
- Παρουσία συμπτωμάτων και σημείων καταπληξίας.

Σκοπός

Να μειώσετε την μόλυνση και να αντιμετωπίσετε την αιμορραγία, εμποδίζοντας ταυτόχρονα και την πρόπτωση των εντέρων από το τραύμα. Να φροντίσετε για την επείγουσα μεταφορά του πάσχοντα στο νοσοκομείο.

Θεραπεία

1. Σταματήστε την αιμορραγία πιέζοντας με προσοχή τα χείλη του τραύματος, αφού προηγουμένως τα συμπλησιάσετε.
2. Τοποθετήστε τον πάσχοντα σε ημικαθιστή θέση με τα γόνατα λυγισμένα,

για να μην αφήσετε το τραύμα να μένει ανοικτό και να μειώσετε την τάση στην τραυματισμένη περιοχή. Κάτω από τους ώμους και τα γόνατα βάζεται υποστηρίγματα.

3. Βάλτε επίθεμα στο τραύμα και στερεώστε το με επίδεσμο ή λευκοπλάστ.
4. Αν ο πάσχων χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει κανονικά, υποστηρίξτε την κοιλιά του και τοποθετήστε τον στη θέση ανάνηψης.
5. Αν σταματήσουν η αναπνοή και η λειτουργία της καρδιάς, αρχίστε αμέσως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.
6. Αντιμετωπίστε την καταπληξία. Μη δώσετε στον πάσχοντα τίποτα να φάει ή πιεί.
7. Ελέγξτε τη συχνότητα της αναπνοής και τον σφυγμό κάθε 10 λεπτά.
8. Αν ο πάσχων βήχει ή κάνει εμετό, υποστηρίξτε την κοιλιά πιέζοντας ελαφρά τα ρούχα ή την επίδεση, για να εμποδίσετε την πρόπτωση των εντέρων.
9. Φροντίστε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο, ξαπλωμένο σε φορείο, διατηρώντας την θέση της αρχικής του αντιμετώπισης.²⁶

Αν από το τραύμα προβάλλει τμήμα εντέρου.

1. Σταματήστε την αιμορραγία αποφεύγοντας όμως την έντονη άμεση πίεση. Μην αγγίζετε τα έντερα που προβάλλουν από το τραύμα.
2. Σκεπάστε το τραύμα με βρεγμένο αποστειρωμένο επίθεμα ή καθαρό ύφασμα, που το στερεώνετε με χαλαρό επίδεσμο. Εάν ο πάσχων βήχει ή κάνει εμετό υποστηρίξτε το τραύμα.
3. Τοποθετήστε και βοηθείστε τον πάσχοντα έως ότου γίνει η μεταφορά του στο νοσοκομείο.²⁴

8.11 ΔΙΑΜΠΕΡΗ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ Ή ΤΗΣ ΡΑΧΗΣ

Τα τραύματα του θώρακα και της ράχης, που προκαλούνται από μυτερό μαχαίρι ή από πυροβολισμούς και διαπερνούν το σώμα ή σπασμένες πλευρές που τρυπούν το δέρμα, επιτρέπουν την είσοδο αέρα κατευθείαν μέσα στην θωρακική

κοιλότητα. Τα τραύματα αυτά είναι δυνατόν να παρουσιάσουν επιπλοκές και να μετατραπούν σε εισροφητικά τραύματα²³.

Στα τραύματα αυτά ο πνεύμονας της πλευράς που επηρεάζεται ξεφουσκώνει (συμπίπτει) ακόμα κι αν δεν τρυπηθεί, και δεν μπορεί να δεχθεί αέρα. Επιπρόσθετα, καθώς οι πλευρές ανυψώνονται, όταν ο πάσχων εισπνέει, από το τραύμα μπαίνει αέρας στη θωρακική κοιλότητα, που τη γεμίζει, εμποδίζοντας τη λειτουργία και του υγείου πνεύμονα. Έτσι η ποσοτήτά του οξυγόνου που μπαίνει στο αίμα μπορεί να μην είναι αρκετή και να προκληθεί ασφυξία.

Συμπτώματα και σημεία

- Πόνος στο θώρακα.
- Δυσκολία στην αναπνοή, οι αναπνοές είναι επιπόλαιες λόγω της παρουσίας αέρα στη θωρακική κοιλότητα.
- Κυάνωση της περιοχής γύρω από το στόμα, των νυχιών και του δέρματος, που δείχνει ότι έχει εγκατασταθεί σημαντική ασφυξία.
- Αν έχει τραυματιστεί ο πνεύμονας, με το βήχα βγαίνουν από το στόμα έντονοι κόκκινοι αφροί.
- Πιθανόν να ακούγεται ήχος από την είσοδο του αέρα στη θωρακική κοιλότητα κατά την εισπνοή του πάσχοντα.
- Εξοδος αιματηρού υγρού με φυσαλλίδες από το τραύμα, κατά την εκπνοή.
- Συμπτώματα και σημεία καταπληξίας.²⁶

Σκοπός

Να διευκολύνετε την αναπνοή στεγανοποιώντας αμέσως το τραύμα. Και να φροντίσετε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο.

Θεραπεία

1. Κλείστε αμέσως το ανοικτό τραύμα με την παλάμη του χεριού σας.
2. Τοποθετήστε τον πάσχοντα σε ημικαθιστή θέση, υποστηρίζοντας το κεφάλι και τους ώμους του, με το σώμα να γέρνει προς την τραυματισμένη πλευρά, ώστε ο υγιής πνεύμονας να βρίσκεται από πάνω.
3. Σκεπάστε το τραύμα με αποστειρωμένο επίθεμα, χωρίς φάρμακα, όσο γίνεται πιο σύντομα.
4. Αν είναι δυνατό, κάντε την επίδεση αεροστεγή σκεπάζοντας το επίθεμα με αλουμινόχαρτο και εξασφαλίζοντας τη στεγανότητα με στρώσεις από λευκοπλάστ ή επίδεσμο.

5. Αν ο πάσχων χάσει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει κανονικά, τοποθετήστε τον στη θέση ανάληψης με τον υγιή πνεύμονα από πάνω.
6. Μείωση του κινδύνου καταπληξίας.
7. Ελέγξτε τη συχνότητα της αναπνοής, το σφυγμό και το βαθμό ανταπόκρισης του πάσχοντα κάθε 10 λεπτά, αναζητώντας και την παρουσία ενδείξεων εσωτερικής αιμορραγίας.
8. Φροντίστε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντα στο νοσοκομείο, ξαπλωμένου σε φορείο, διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής του αντιμετώπισης.²⁴

Αν υπάρχει ξένο σώμα

1. Κλείστε το τραύμα συμπιέζοντας τα χείλη του κατά μήκος του ξένου σώματος. Τοποθετήστε γάζες ή ένα καθαρό ύφασμα γύρω από το ξένο σώμα ή χρησιμοποιήστε δακτυλιοειδές επίθεμα, αν υπάρχει άμεσα διαθέσιμο.
2. Τοποθετήστε τον πάσχοντα και αντιμετώπιστε την κατάσταση όπως στις παραπάνω παραγράφους 4-8.³³

8.12 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΛΠΟ

Μπορεί να είναι βαριά αιμορραγία λόγω περιόδου ή το αποτέλεσμα αποβολής ή εσωτερικής κάκωσης. Βασική σημασία για να διαγνωσθεί αν η κατάσταση είναι επείγουσα, έχει το ιστορικό. Η βαριά αιμορραγία λόγω περιόδου και η αποβολή είναι δυνατό να συνοδεύονται και από δυνατούς συσπαστικούς πόνους. Κανονικά οι συσπαστικοί πόνοι της περιόδου παρατηρούνται στην αρχή της, αλλά μπορεί να κρατήσουν και ημέρες.

Συμπτώματα και σημεία

- Μέτρια ως μεγάλη αιμορραγία από τον κόλπο.
- Πιθανόν συμπτώματα και σημεία καταπληξίας.
- Συσπαστικοί πόνοι, σαν κράμπες, στο κάτω μέρος της κοιλιάς ή στην πυελική χώρα.

Σκοπός

Να ενθαρρύνετε την πάσχουσα και, αν έχετε αμφιβολίες για τη βαρύτητα της αιμορραγίας, να φροντίσετε για τη μεταφορά της σε νοσοκομείο.²³

Θεραπεία

1. Αν είναι δυνατό, μεταφέρετε τη γυναίκα σε χώρο που να εξασφαλίζει κάποια απομόνωση ή φροντίστε να τοποθετηθεί ένα παραβάν. Δώστε της μία σερβιέττα υγείας ή μια καθαρή πετσέτα για να την τοποθετήσει στη είσοδο του κόλπου.
2. Ξαπλώστε τη γυναίκα με το κεφάλι και τους ώμους λίγο ψηλότερα και τα γόνατα λυγισμένα και υποστηριζόμενα με μια κουβέρτα (για να χαλαρώσουν οι κοιλιακοί μύες).
3. Αν οι πόνοι είναι έντονοι και είναι φανερό ότι οφείλονται σε έμμηνη ρύση, μπορείτε να επιτρέψετε στην άρρωστη να πάρει ένα ή δύο παυσίπονα χάπια ή τα ειδικά χάπια που ανακουφίζουν από τους πόνους των σπασμών της περιόδου.
4. Αν η αιμορραγία συνεχίζεται και είναι βαριά, αντιμετωπίστε τον κίνδυνο καταπληξίας και φροντίστε για την άμεση μεταφορά της άρρωστης σε νοσοκομείο, διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής της αντιμετώπισης.²⁵

8.13 ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ

Είναι η διάταση των φλεβών (κίρσοι) του πρωκτού.

Αιτιολογία – συμπτώματα. Κάθε κατάσταση που προκαλεί στάση της φλεβικής κυκλοφορίας στην περιοχή του πρωκτού και του ορθού μπορεί να δημιουργήσει αιμορροίδες. Τα πιο συνηθισμένα αίτια είναι : εγκυμοσύνη, χρόνια δυσκοιλιότητα, καθιστική ζωή, παχυσαρκία. Προσοχή γιατί υπάρχουν και σοβαρότερες παθήσεις, όπως ο καρκίνος του ορθού και οι όγκοι της πυέλου. Απαραίτητη λοιπό είναι, σε κάθε περίπτωση, η δακτυλική εξέταση και η καλή ορθοσκόπηση.²⁶

Επιπλοκές. Αιμορραγία, φλεγμονές, θρόμβωση.

Θεραπεία. Αιτιολογική – Συμπτωματική. Στις κοινές περιπτώσεις θα πρέπει να καταπολεμήσουμε τη δυσκοιλιότητα και να πετύχουμε κενώσεις μαλακές (η διάρροια βλάπτει όπως και η δυσκοιλιότητα), χορηγώντας τα διάφορα υπακτικά σε δόσεις προσαρμοσμένες στο άτομο.

Σε περίπτωση αιμορραγίας χορηγούμε για τοπική χρήση και τις διάφορες στυπτικές αλοιφές που έχουν αναισθητικό και αντιβιοτικό.

Σε φλεγμονή προσθέτουμε και ζεστά εδρόλουτρα και αντιβιοτικά από το στόμα.

Σε θρόμβωση, που συνήθως συμβαίνει σε αιμορροίδες που προπίπτουν από το δακτύλιο, χρειάζεται γρήγορη ανάταξη. Για τον πόνο, που είναι πολύ ισχυρός, ωφελεί η τοποθέτηση πάγου. Εάν στις περιπτώσεις αυτές οι αιμορροίδες δεν ανατάσσονται, χρειάζεται η έγκαιρη σχάση (με τοπική αναισθησία) και η αφαίρεση του θρόμβου. Έτσι και γρήγορα ανακουφίζεται ο ασθενής και προλαμβάνεται η διαπύηση, τα αποστήματα και τα συρίγγια.²⁴

8.14 ΡΑΓΑΔΕΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ

Είναι μικρή εξέλκωση του βλεννογόνου του πρωκτού. Διακρίνουμε την οξεία και τη χρονία (υπάρχει σκληρά διήθηση της βάσεως).

Αίτια. Δυσκοιλιότητα, διάρροια, ξένα σώματα.

Συμπτώματα. Ισχυρός πόνος στην πρωκτική χώρα. Ο πόνος εμφανίζεται αμέσως μετά από την κένωση, διαρκεί 6-7 ώρες και οφείλεται σε έντονο σπασμό του σφιγκτήρα. Η Δ.Δ. θα γίνει από τον πόνο των αιμορροΐδων που αρχίζει με την κένωση και υποχωρεί αμέσως μετά. Στη διάγνωση βοηθά η επισκόπηση (πρωκτοσκόπηση) ή η δακτυλική εξέταση.²⁵

Θεραπεία. Στις πρώτες εβδομάδες η ραγάδα μπορεί να θεραπευθεί και με συντηρητικά μέσα. Χρειάζεται κυρίως να μείνει ο σφιγκτήρας σε ηρεμία:

α. με δίαιτα χωρίς υπολείμματα

β. μαλακές κενώσεις

γ. ανάπαυση

δ. αλοιφές με αναισθητικό και συχνά ζεστά υδρόλουτρα, ιδίως μετά την κένωση.

Σε προχωρημένες καταστάσεις, που ο σπασμός είναι σχεδόν συνεχής, χρειάζεται επέμβαση.

Συνήθως επαρκεί η απλή διαστολή (υπό νάρκωση τοπική ή καλύτερα γενική) του σφιγκτήρα. Σε πιο προχωρημένες περιπτώσεις θα χρειασθεί καυτηρίαση ή καί η σφηνοειδής εξαίρεση της εξέλκωσης σε βάθος και έκταση.

Καλά αποτελέσματα έδωσε η μερική σφικτηροτομή (τομή της έσω μοίρας του σφικτήρα).²⁶

8.15 ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ (ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ)

Η βασική ενέργεια για τον έλεγχο μιας αιμορραγίας είναι να εφαρμόσετε άμεση πίεση πάνω στο τραύμα. Αν μια σοβαρή αιμορραγία δεν σταματά με την πίεση εφαρμόζεται αιμοστατική περιδέση (Τουρνικέ). Αφού θέσετε υπό έλεγχο την αιμορραγία, περιποιηθείτε το ακρωτηριασμένο μέρος.⁷

Άμεση πίεση.

1. Πρώτον, καλύψτε ολόκληρο το τραύμα με ένα χοντρό, καθαρό πάνινο επίδεσμο. Χρησιμοποιήστε γάζα, πετσέτα, ύφασμα ή τα χέρια σας γυμνά αν είναι ανάγκη.
2. Έπειτα, πιέστε σταθερά επάνω σ' όλη την πληγή.
3. Καθώς θα πιέζετε, σηκώστε το τραυματισμένο μέλος υψηλότερα από το επίπεδο της καρδιάς του ανθρώπου.
4. Όταν σταματήσει η αιμορραγία, στερεώστε καλά τον επίδεσμο.
5. Βρείτε ένα ύφασμα πλάτους τουλάχιστον πέντε εκατοστών (μαντίλι του λαιμού, λωρίδα από στεντόνι ή άλλο πανί κ.λ.π.). Μη χρησιμοποιείτε ποτέ λεπτή ταινία υφάσματος, ζώνη, κορδόνι ή σύρμα ως τουρνικέ. Το ύφασμα πρέπει να είναι αρκετά μακρύ για να περιτυλίξετε το μέλος 3 φορές. Τοποθετήστε το τουρνικέ πάνω από την πληγή, αλλά μην την εγγίσετε. Αν μεσολαβεί άρθρωση ή κάταγμα, τοποθετήστε το τουρνικέ ψηλότερα απ' αυτό. Κρατήστε το πανί απλωτό και διπλώστε το σφιχτά δύο φορές γύρω από το μέλος.
6. Δέστε κόμπο με τις δύο άκρες του υφάσματος.
7. Τοποθετήστε ένα γερό και ίσιο ραβδάκι επάνω στον κόμπο. Μπορείτε, όμως, να χρησιμοποιήσετε και κουτάλι ή πιρούνι, μικρό πάσσαλο σκηνής, μεγάλο μολύβι κ.λ.π. μήκους 15-25εκ.
8. Δέστε έπειτα διπλό κόμπο πάνω από το ραβδάκι.
9. Στρίψτε το ραβδάκι, για να σφίξει ο επίδεσμος. Όταν σταματήσει η αιμορραγία, μη συνεχίζετε το σφίξιμο. Δέστε το ραβδάκι σταθερά στη θέση του με τις ελεύθερες άκρες του περιδέματος ή μ' ένα δεύτερο επίδεσμο.
10. Γράψτε επάνω σε χαρτί ή ύφασμα τη λέξη «τουρνικέ» και το χρόνο που

εφαρμόστηκε, καρφισώστε το στα ρούχα του τραυματία. Ή χρησιμοποιήστε κραγιόνι των χειλιών και γράψτε στο μέτωπο του ανθρώπου «TK» και την ώρα.

11. Μην αφαιρείται ούτε να σκεπάζετε το τουρνικέ.

12. Χρησιμοποιήστε τουρνικέ μόνο στην έσχατη ανάγκη, για να σταματήσει μια απειλητική για τη ζωή αιμορραγία. Χρησιμοποιήστε το μόνο σε χέρι ή σε πόδι.

13. Τυλίξτε το κομμάτι (το τμήμα) που αποκόπηκε με κρύο, υγρό πανί, αλλά μην το βάλετε στο νερό.

14. Τοποθετήστε το τυλιγμένο τμήμα σε πλαστική σακούλα, αν υπάρχει, κλείστε την και βάλτε την σε ξεχωριστό δοχείο γεμάτο πάγο. Αποφύγετε την άμεση επαφή του πάγου με το αποκομμένο τμήμα.^{23,25}

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή έγινε προσπάθεια να περιγραφεί, μια από τις συνηθέστερες αιτίες εισαγωγής στους νοσοκομειακούς χώρους, η παρουσία αιμορραγικών καταστάσεων στα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού.

Αναφέρθηκε ξεχωριστά η αιμορραγική προδιάθεση και η αιμορραγική παρουσία σε κληρονομικές νόσους καθώς επίσης και οι αιμορραγίες που εμφανίζονται ξεχωριστά σε κάθε σύστημα, οφειλόμενες σε παθολογικές καταστάσεις. Είναι απαραίτητο κάθε ένας από εμάς να γνωρίζει τη σπουδαιότητα και τη σοβαρότητα μιας αιμορραγικής παθήσεως καθώς επίσης και τους στοιχειώδους τρόπους αντιμετώπισης, γιατί δεν είναι λίγες οι φορές που θρηνούμε άτομα λόγω υπερβολικής απώλειας αίματος.

Έγινε κατανοητό και σαφές ,επίσης, ότι το έργο της νοσηλεύτριας-τη είναι η επίβλεψη, φροντίδα και συμβουλή στα πάσχοντα άτομα, καθώς και στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η νοσηλεύτρια-της σαν βασικό στέλεχος της ομάδας των επαγγελματιών υγείας έχει ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και στην διαφώτιση πρόληψης αιμορραγικών καταστάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Σαχίνη - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία* «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες». Τόμος 1^{ος}, Έκδοση Β, Ιατρικές εκδόσεις μονοπρόσωπη 'Βήτα', Αθήνα 1997.
2. *Παπανικολάου Α. Νικόλαος, Παπανικολάου Ν. Αλέξιος* «Γυναικολογία» Έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος και Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994.
3. *Παπανικολάου Α. Νικόλαος, Παπανικολάου Ν. Αλέξιος* «Μαιευτική» Έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994
4. *Μαλγαρινού Α. Μ. - Κωνσταντινίδου Φ. Σ.*, «Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική» Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 19^η, Εκδόσεις 'Η Ταβιθά', Αθήνα 1995.
5. *Μαλγαρινού Α. Μ. - Κωνσταντινίδου Φ. Σ.*, «Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική» Τόμος 2^{ος}, Μέρος 1^ο, Έκδοση 18^η, Εκδόσεις ' Η Ταβιθά', Αθήνα 1995.
6. *Μουτσόπουλος Μ. Χαράλαμπος, Εμμανουήλ Σ. Δημήτριος*, «Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας», Ιατρικές εκδόσεις 'Λίτσα', Αθήνα 1991.
7. *Πετρίδης Π. Αγάπιος*, «Εγχειρίδιο χειρουργικής», Έκδοση 2^η ανανεωμένη, Εκδόσεις 'Έλλην', Αθήνα 1998.
8. *Παπαδημητρίου Δ. Ιωάννης - Ανδρουλάκης Α. Γεώργιος*, «Αρχές γενικής χειρουργικής», Τόμος 1^{ος}, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989.
9. *Μαλγαρινού Α. Μ. - Κωνσταντινίδου Φ. Σ.*, «Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική», Τόμος 2^{ος}, Μέρος 2^ο, Έκδοση 18^η, Αθήνα 1997.

10. *Γαρδίκας Δ. Κ.*, «Ειδική νοσολογία», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 4^η, Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Κ. Παρισιάνου' Αθήνα 1984.
11. *Γαρδίκας Δ. Κ.*, «Αιματολογία», Έκδοση 5^η, Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Κ. Παρισιάνου', Αθήνα 1989.
12. *Γαρδίκας Δ. Κ.*, «Ειδική νοσολογία», Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 4^η, Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Κ. Παρισιάνου', Αθήνα 1984.
13. *Μαλγαρινού Α. Μ. – Κωνσταντινίδου Φ. Σ.*, «Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 9^η, Εκδόσεις 'Η Ταβιθά', Αθήνα 1986.
14. *Μαλγαρινού Α. Μ. – Κωνσταντινίδου Φ. Σ.*, «Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική», Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 9^η, Εκδόσεις 'Η Ταβιθά', Αθήνα 1985.
15. *Μουντουκαλάκης Δ. Θεόδωρος*, «Διαφορική διάγνωση», Έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Κ. Παρισιάνου – Μ. Γρ. Παρισιάνου', Αθήνα.
16. *Harrison*, «Εσωτερική παθολογία», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 10^η, Μετάφραση: Κρικέλης Ι., Μαρκέτος Σ., Μουντουκαλάκης Θ., Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Κ. Παρισιάνου', Αθήνα 1986.
17. *Andreoli E. Thomas, M. D. – Carpenter C. J. Charles M. D. – Plum Fred M. D.*, «Cecil Παθολογία», Μετάφραση – Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις 'Λίτσα', Αθήνα 1989.
18. *Μουτσανιώτης Σ. Νικόλαος – Καρπάθιος Ε. Θεμιστοκλής – Νικολαΐδου Ν. Πολυξένη – Ψύχου Φωτεινή – Γαρούφη Αναστασία*, «Παιδιατρική», Τόμος 2^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις 'Λίτσα', Αθήνα 1999.
19. *Καρπάθιος Ε. Σ.*, «Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική», Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις 'Βήτα', Αθήνα 1999.

20. **Καρπάθιος Ε. Σ.**, «Γυναικολογία», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις 'Βήτα', Αθήνα 1999.
21. **Σέγκος Γ. Χριστόδουλος**, Ενημερωτικό φυλλάδιο «Δυσλειτουργικές αιμορραγίες της μήτρας – Υπερπλασίες – Τα ανάλογα της GnRH – Οι αυξητικοί παράγοντες στη γεννητική λειτουργία», Ελληνική εταιρία γυναικολογικής ενδοκρινολογίας, Αθήνα Φεβρουάριος 1998.
22. **Κασκαρέλης Β. Διονύσιος**, «Μαιευτική – Γυναικολογία», Έκδοση 3^η, Εκδόσεις 'Κασδαγλή', Αθήνα 1983.
23. **St. John Ambulance – St. Andrews Ambulance Association**, Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού, «Πρώτες βοήθειες», Ιατρικές εκδόσεις 'Λίτσα', Αθήνα 1987.
24. **Τσόχας Κωνσταντίνος – Πετρίδης Αγάπιος**, «Πρώτες βοήθειες», Εκδόσεις 'Λύχνος', Αθήνα 2000.
25. **Rosenberg N. Stephen M. D.**, «Πρώτες βοήθειες», Εκδόσεις 'Φυτράκη / Τύπος Α.Ε.', Αθήνα 1985.
26. **Τούντας Κ.**, «Πρώτες βοήθειες, επείγουσα διαγνωστική θεραπευτική», Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Παρισιάνου', Αθήνα 1983.
27. **Μπαρμπαλιάς Α. Γ.**, «Ουρολογία», Εκδόσεις 'Τυρογαμα', Πάτρα 1998.
28. **Schroeder A. Steven - Tierney M. Lawrence – Papadakis A. Maxime – Krupp A. Marcus**, «Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική», Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρ. Παρισιάνου', Αθήνα 1993.
29. **Μακρής Νικόλαος**, «Σημειώσεις Νευρολογίας», Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1998.
30. **ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ**, «Αιμορραγικά σύνδρομα – σύγχρονη αντιμετώπιση», Τόμος 12^{ος}, Τεύχος 4^ο, Εκδόσεις 'Μανδαλάκη-Γιαννιτσιώτη' Αθήνα 2000.

31. **ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙ**, «Διαταραχές αιμόστασης στην κλινική πράξη», Τόμος 5^{ος}, Τεύχος 1^ο, Εκδόσεις 'Μανδαλάκη, Παπαγιάννης' Αθήνα 1993.
32. **Εγκυκλοπαίδεια Υγεία**, «Γενική Ιατρική και Χειρουργική», Τόμος 6^{ος}, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1991.
33. **Εγκυκλοπαίδεια Υγεία**, «Πρώτες βοήθειες», Τόμος 9^{ος}, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1991.
34. **Εγκυκλοπαίδεια Υγεία**, «Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας», Τόμος 5^{ος}, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1991.
35. **Φραγκίδης Χρήστος**, «Αιμορραγίες πεπτικού συστήματος», Εργασία 27^{ου} Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα 2001.
36. **Harvey L. – Champe M.**, «Φαρμακολογία», Εκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις 'Γρ.Παρισιάνος', Αθήνα 1997.
37. **Γαρουφαλίδης Ι.**, «Χειρουργική», Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις 'Γρ.Παρισιάνος', Αθήνα 1989.
38. **Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ.**, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος Β', Εκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις 'Βήτα', Αθήνα 1997.
39. **Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ.**, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος Γ', Εκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις 'Βήτα', Αθήνα 1997.

