
I. Προβλήματα στην εφημερία

1. ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣ ΟΥΡΗΣΗ (ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ)

- I. **Πρόβλημα.** Ένας 66χρονος ασθενής με σοβαρό υπερηβικό άλγος προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων λόγω αδυναμίας να ουρήσει για σχεδόν 24 ώρες.

II. Άμεσα ερωτήματα

- A. **Πώς είναι τα ζωτικά σημεία του ασθενούς;** Πυρετός και ταχυκαρδία μπορεί να είναι σημεία οξείας βακτηριακής προστατίτιδας.
- B. **Τι φάρμακα λαμβάνει ο ασθενής;** Οι φαρμακολογικές αιτίες της οξείας επίσχεσης ούρων είναι κοινές και συζητούνται περαιτέρω παρακάτω.
- Γ. **Υπάρχει ιστορικό προβλημάτων ούρησης, όπως υστέρηση, έπειξη, συχνουρία ή νυκτουρία;** Αυτά τα συμπτώματα υποδηλώνουν απόφραξη της εξόδου της κύστεως σε άρρην ασθενείς (υπερτροφία προστάτη, στένωση). Αδρή αιματοουρία μπορεί να υποδηλώνει επίσχεση λόγω πήγματος αίματος.
- Δ. **Υπεβλήθη πρόσφατα σε επέμβαση ο ασθενής;** Ασθενείς με πρόσφατη επέμβαση στον προστάτη ή στην κύστη μπορεί να επαναιμορραγήσουν και να αναπτύξουν επίσχεση λόγω πήγματος ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή μπορεί να αναπτύξουν νευρογενή κύστη. Γενικά, μετά από κάθε χειρουργική επέμβαση ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει επίσχεση λόγω άλγους και αυξημένη συμπαθητική εκροή (κλείνει τον αυχένα της κύστης) κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- E. **Υπάρχει ιστορικό νευρολογικών προβλημάτων;** Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, τραυματισμός του νωπαιού μυελού και εγκεφαλικό μπορεί να επηρεάσουν την λειτουργία της κύστης.

III. Διαφορική διάγνωση

- A. **Φαρμακολογική.** Ηρεμιστικά (φαινοθειαζίνη), αντιυπερτασικά (γαγγλιονικοί αναστολείς, μεθυλντόπα), αντιχολινεργικοί παράγοντες (ψυχρή προετοιμασία) και ναρκωτικά μπορεί να προκαλέσουν επίσχεση ούρων.
- B. **Νευρολογική.** Τραυματισμός της πυέλου ή της οσφυϊκής μίσρας της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσουν σε επίσχεση ούρων (η σύσπαση του εξωστήρα μυ είναι δυσλειτουργική και η αισθητικότητα της κύστης είναι άθικτη). Επέμβαση στην πύελο, κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και νευρομυϊκές παθήσεις προκαλούν συχνά επίσχεση ούρων και συνήθως λύεται με

την πάροδο του χρόνου. Προσωρινή οξεία επίσχεση ούρων απαντάται επίσης μετά από νωπία αναισθησία και μετά από εγχειρητικές επεμβάσεις που διενεργούνται στη βουβωνική ή στη γεννητική χώρα.

- Γ. Ανατομική.** Σε ηλικιωμένο άνδρα με οξεία επίσχεση, πρέπει να λαμβάνεται άμεσα υπ' όψιν η πιθανότητα διόγκωσης του προστάτη, είτε καλοήθους ή κακοήθους. Άλλες ανατομικές αιτίες περιλαμβάνουν την οξεία προστατίτιδα (λάβετε ιστορικό για περινεϊκό άλγος και πυρετό) και την στένωση της ουρήθρας (ιστορικό επεισοδίων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή χρήσης οργάνων) ειδικά σε νέους ασθενείς. Ένας ψυχιατρικός ασθενής μπορεί να προσέρχεται με απόφραξη λόγω ξένου σώματος. Επί ιστορικού συμβατού με ουρολιθίαση (άλγος στην πλάγια κοιλία που επεκτείνεται προς τη βουβωνική χώρα, ναυτία και έμετοι), λάβετε υπ' όψιν την πιθανότητα ύπαρξης λίθου που αποφράσσει τον αυχένα της κύστης. Αδρή αιμορραγία μπορεί να οδηγήσει σε επίσχεση λόγω πήγματος. Η ρήξη της ουρήθρας (π.χ. αίμα στο στόμιο, προστάτης που «επιπλέει») μπορεί να προκαλέσει επίσχεση σε τραυματία.

IV. Βάση δεδομένων. Το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει φάρμακα, λοιμώξεις, προηγούμενη εγχείρηση και ουρολογικές επεμβάσεις, ψυχιατρικό ιστορικό και πρόσφατο τραυματισμό.

A. Σημεία-κλειδιά στη φυσική εξέταση

- 1. Εξέταση του ορθού.** Ειδικότερα διευκρινίστε την παρουσία εσπιακής ή γενικευμένης διόγκωσης του προστάτη. Ευαισθησία μπορεί να αποτελεί ένδειξη προστατίτιδας. Σημειώστε την ποιότητα του τόνου του πρωκτικού σφιγκτήρα ως ένδειξη της λειτουργίας των πυελικών νεύρων. Ένας «επιπλέων» προστάτης σε υψηλή θέση μπορεί να αποτελεί ένδειξη ρήξης της ουρήθρας.
- 2. Εξέταση των γεννητικών οργάνων.** Κοιτάξτε για πυώδες (λοιμώδες) ή αιματηρό (τραυματικό) έκκριμα από το στόμιο.
- 3. Κοιλία.** Ήπια ψηλάφηση και επίκρουση της κατώτερης κοιλίας θα αναδείξει διάταση της κύστης.
- 4. Νευρολογικά.** Διευκρινίστε την παρουσία φυσιολογικών εν τω βάθει τενόντιων αντανακλαστικών, αντανακλαστικού του κρεμαστήρα μυ, φυσιολογική τοπική αισθητικότητα και παρουσία του βαλανο-πρωκτικού αντανακλαστικού (συμπίεση της βαλάνου του πέους θα οδηγήσει σε ακούσια σύσπασση του πρωκτικού σφιγκτήρα, παρέχοντας ένδειξη πως η αγκύλη των πυελικών αντανακλαστικών είναι άθικτη).

B. Εργαστηριακά δεδομένα

- 1. Αιμοδιάγραμμα.** Υψηλός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να αποτελεί ένδειξη λοίμωξης (προστατίτιδα).

2. Ηλεκτρολύτες ορού, άζωτο ουρίας αίματος, κρεατινίνη. Οξεία επίσχεση για μεγάλο διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική δυσλειτουργία.

3. Εξέταση ούρων και καλλιέργεια ούρων. Σημειώστε την παρουσία αίματος ή κρυστάλλων. Θετική καλλιέργεια ούρων απαντάται σχεδόν πάντα σε οξεία βακτηριακή προστατίτιδα.

4. Καλλιέργεια του ουρηθρικού εκκρίματος.

Γ. Ακτινολογικές και άλλες μελέτες

1. Απεκκριτική ουρογραφία/κυστεο-ουρηθρογραφία απεκκρίσεως. Ειδικά εάν ανευρίσκεται αίμα στην εξέταση ούρων ή εάν υπάρχει υποψία ουρολιθίασης. Εάν τα επίπεδα της κρεατινίνης είναι υψηλά, η υπερηχοτομογραφία είναι καλύτερη μέθοδος για να εκτιμηθεί πιθανή απόφραξη του ανώτερου ουροποιητικού.

2. Παλίνδρομη ουρηθρογραφία. Ενδείκνυται για την εκτίμηση στένωσης ή ρήξης της ουρήθρας.

3. Κυστεοσκόπηση. Ενδείκνυται στους περισσότερους ασθενείς με ανατομικές και νευρολογικές αιτίες επίσχεσης. Συνήθως διενεργείται μετά από αποσυμφόρηση με καθετήρα *Foley*.

V. Σχεδιασμός

A. Καθετηριασμός (βλέπε σελ. 395). Καταρχήν, προσπαθήστε να αποσυμφορήσετε περνώντας ήπια έναν καθετήρα *Foley* 16-18F. Εάν αυτό αποτύχει, ένας καθετήρας με κεκαμένο άκρο μερικές φορές περνάει πιο εύκολα στους άντρες. Έγχυση 30 mL υδατοδιαλυτής γέλης εντός της ουρήθρας μπορεί επίσης να βοηθήσει στην εισαγωγή του καθετήρα. Νηματοειδείς οδηγοί και πρόσθετα ή υπερηβική κυστεοστομή χρειάζονται σπάνια. Η πλήρης αποσυμφόρηση πρέπει να λαμβάνει χώρα σταδιακά. Καθετηριασμός δεν πρέπει να επιχειρείται σε τραυματίες εκτός εάν έχει αποκλειστεί πιθανή ρήξη της ουρήθρας δια παλίνδρομης ουρηθρογραφίας.

B. Αντιβιοτικά. Οι λοιμώξεις ή η σήψη του ουροποιητικού και η οξεία προστατίτιδα θα απαιτήσουν θεραπεία με κατάλληλα αντιβιοτικά. Πριν την έναρξη της θεραπείας πρέπει να λαμβάνονται καλλιέργειες. Προσφάτως, ως εμπειρική θεραπεία ουρολοιμώξεων έχουν προταθεί οι φθοριοκινολόνες.

Γ. Διαχείριση υγρών και ηλεκτρολυτών. Πρέπει να ληφθεί μέριμνα για την παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών του ορού, ειδικά εάν μετα-αποφρακτική διούρηση ακολουθεί αποσυμφόρηση απόφραξης του ουροποιητικού. Αυτό αντιμετωπίζεται συχνά σε περιπτώσεις χρόνιας απόφραξης λόγω υπερτροφίας του προστάτη. Ασθενείς με υψηλά επίπεδα αζώτου ουρίας αίματος και κρεατινίνης είναι πιο επιρρεπείς σ' αυτό το πρόβλημα. Η διούρηση οφείλεται σε διαταραχή της ικανότητας συμπίκνωσης των χρονίως αποφραγμένων νεφρών

και σε οσμωτική διούρηση λόγω χρόνιας επίσχεσης των αποβαλλόμενων ουσιών. Μη ελεγχόμενη μετα-αποφρακτική διούρηση μπορεί να οδηγήσει σε αγγειακή κατάρριψη λόγω υπογκαιμίας. Αφού αποσυμφορηθεί η κύστη, παρακολουθήστε στενά την αποβολή ούρων και τα ζωπικά σημεία. Αρχικά, χορηγήστε αγωγή συντήρησης με ενδοφλέβια υγρά χωρίς κάλιο. Η φυσιολογική διούρηση είναι κοινή, αλλά σημαντική αποβολή ούρων που συνοδεύεται από υπόταση υποδηλώνει μετα-αποφρακτικό πρόβλημα. Ελέγξτε τους ηλεκτρολύτες και αντικαταστήστε mL προς mL με ενδοφλέβια υγρά ανάλογης ηλεκτρολυτικής σύστασης με αυτή των ούρων. Κατόπιν, συνεχίστε με αντικατάσταση μισού mL προς mL και από εκεί και πέρα χορηγήστε ενδοφλέβια υγρά στάγδην.

- Δ. Μετεγχειρητικά.** Εφόσον κινητοποιηθούν, πολλοί ασθενείς θα μπορούν να ουρήσουν χωρίς δυσκολία. Βοηθητικά μπορεί να φανούν φάρμακα για περιορισμό του άλγους. Οι α-αναστολείς (τεραζοσίνη, δοξαζοσίνη) μπορεί να βοηθήσουν στην χαλάρωση του αυχένα της κύστης και στην επαναφορά της φυσιολογικής διούρησης.
- Ε. Κυστεοσκόπηση.** Κυστεοσκοπικές και ουροδυναμικές μελέτες χρησιμοποιούνται συχνά σ' αυτές τις περιπτώσεις αλλά σπάνια είναι απαραίτητες σε οξείες καταστάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Curtis LA, et al. Acute urinary retention and urinary incontinence. *Emerg Med Clin North Am* 19:591-619, 2001.
- Rosenstein D, McAninch JW. Urologic emergencies. *Med Clin North Am* 88:495-518, 2004.
- Thomas K, Chow K, Kirby RS. Acute urinary retention: a review of the aetiology and management. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2004;7:32-7.

2. ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ

Ανημετώπιστε αυτούς τους ασθενείς σαν τραυματίες!

Άμεσες ενέργειες

1. Εκπμήστε τον αεραγωγό, την αναπνοή και την κυκλοφορία.
2. Ελέγξτε τα ζωπικά σημεία.
3. Διασωληνώστε εάν είναι απαραίτητο.
4. Εξασφαλίστε ενδοφλέβια πρόσβαση με ευρύ αυλό και ξεκινήστε ανάνηψη με ενδοφλέβια υγρά ή αίμα. Στείλτε δείγμα για τύπο και διασταύρωση.
5. Τοποθετήστε ρινογαστρικό σωλήνα.

I. **Πρόβλημα.** Ένας ασθενής που έχει εισαχθεί για προγραμματισμένη επέμβαση παράκαμψης τύπου *LeVeen* εμφανίζει αιφνιδίως αιματέμεση.

II. Άμεσα ερωτήματα

A. **Ποια είναι η τιμή της πίεσης του αίματος, και παρατηρούνται ορθοστατικά σημεία;** Η αρχική αντιμετώπιση εσπάζει στη διατήρηση του ενδαγγειακού όγκου και της πίεσης αρδεύσεως.

B. **Υπάρχει επιρρέπεια για αιμορραγία;** Ανασκοπήστε το διαθέσιμο ιστορικό, φυσική εξέταση και εργαστηριακά δεδομένα σχετικά με οποιαδήποτε διορθώσιμη διαταραχή της πήκτικότητας (χρόνος προθρομβίνης, χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης, αριθμός αιμοπεταλίων).

Γ. **Υπάρχουν χαρακτηριστικά σημεία ηπατικής νόσου;** Επισκοπήστε για ασκίτη και σημεία πυλαίας υπέρτασης (κεφαλή μέδουσας κ.λπ.).

Δ. **Είχε ο ασθενής ναυτία ή έμετο πριν την αιματέμεση;** Η ρήξη *Mallory-Weiss* είναι η τέταρτη συχνότερη αιτία αιματέμεσης και συνοδεύεται από σοβαρό υποστερνικό άλγος μετά από επεισόδιο βίαιου εμέτου.

Ε. **Έχει ο ασθενής ιστορικό αορτικής νόσου ή προηγούμενη αγγειακή επέμβαση στην αορτή;** Παρότι σπάνιο, ένα αορτοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο πρέπει πάντα να περιλαμβάνεται στην αρχική διαφορική διάγνωση αιμορραγίας από το ανώτερο γαστρεντερικό, ειδικά εάν ο ασθενής έχει ιστορικό επέμβασης στην αορτή. Τα αορτοδωδεκαδακτυλικά συρίγγια είναι ιδιαίτερα σπάνια επί απουσίας προηγούμενης επέμβασης στην αορτή.

III. **Διαφορική διάγνωση.** Η αιματέμεση σχετίζεται πρακτικά πάντα με αιμορραγία από σημείο εγγύτερα του συνδέσμου του *Treitz*. Η ελκοπάθεια, η γαστρίτιδα, οι κίρσοι του οισοφάγου και η ρήξη *Mallory-Weiss* ευθύνονται για το 90-95% των επεισοδίων αιματέμεσης. Οι κίρσοι του οισοφάγου είναι η πιο κοινή αιτία αιμορραγίας από το ανώτερο γαστρεντερικό.

A. Οισοφάγος

1. **Κίρσοι οισοφάγου.** Σχετίζονται με κίρρωση και πυλαία υπέρταση.

2. **Ρήξη *Mallory-Weiss*.** Συνήθως ρήξη του βλεννογόνου στο σημείο της γαστροοισοφαγικής συμβολής που σχετίζεται με σοβαρή ναυτία με ή χωρίς έμετο.

3. **Οισοφαγίτιδα.** Τυπικό ιστορικό οπισθοστερνικής καυσαλγίας, που αφυπνίζει τον ασθενή με όξινη γεύση ή τροφή στο στόμα, και επίταση των συμπτωμάτων με την κατάκλιση.

4. **Οισοφαγικοί όγκοι.** Καρκινώματα από πλακώδη κύτταρα ή αδenoκαρκινώματα παρουσιάζονται περιστασιακά με αιμορραγία.