

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Προσέγγιση οξέως πάσχοντος ασθενούς

Σε οξέα περιστατικά, η προσέγγιση ενός ασθενούς στο τμήμα επειγόντων ή στην κλινική είναι διαφορετική από τη συνηθισμένη λήψη ιστορικού που πραγματοποιείται στο περιβάλλον του θαλάμου ή του εξωτερικού ιατρείου. Η ειδοποιός διαφορά έγκειται στην έλλειψη χρόνου και στην ανάγκη αποτελεσματικής παρέμβασης. Συνεπώς, ακολουθείται ένας συνδυασμός διαγνωστικού και θεραπευτικού αλγόριθμου, που εκτελείται σε αυστηρώς καθορισμένα βήματα. Η μη εξασφάλιση σταθερότητας σε οποιοδήποτε από τα βήματα αυτά δεν μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στο επόμενο. Ο αλγόριθμος είναι ο εξής:

A (airway)

Άμεση εκτίμηση, π.χ. μιλάει, αναπνέει ήσυχα;

Βατός

Σε αποφραγμένο αεραγωγό

(ήχος «ροχαλίτου» ή πνιγμονής ή σιγή)

Αεραγωγός Guedel

Μη θετικόν των συμπτωμάτων

Κλήση ειδικού

Σε μάσκα επανεισπνοής στα 15 L/min με στόχο SO_2 : 94–98% εκτός από ΧΑΠ: 88–92%

B (breathing)

Εξέταση: κυάνωση, επικουρικοί μύες, κοιλιακή αναπνοή

Κορεομός (εάν είναι μειωμένος)

Μάσκα μη επανεισπνοής στα 10 L/min

Μέτρηση αναπνευστικής συχνότητας

και σε ΧΑΠ: Venturi 4 L/min 24 ή 28%

(κφ, 12–20/min)

Ακρόση πνευμόνων – εκτίμηση αναπνευστικής προσπάθειας

Εκτίμηση αερίων αίματος

Στόχος ΣΑΠ >100 mm Hg

C (circulation)

Ακρόση καρδιάς – εκτίμηση καρδιακής συχνότητας

Μέτρηση ΑΠ, και σε υπόταση i.v. γραμμή και χορήγηση υγρών (500 ml σε νορμοτασικούς, 1.000 ml σε υποτασικούς, 250 ml σε καρδιακή ανεπάρκεια)

Καρδιογράφημα

(διάλιμψη NaCl 0,9% ή Lactated Ringer's)

Χρόνος επαναπλήρωσης τριχοειδών

Στόχος ΣΑΠ >100 mm Hg

(φυσιολογικά <2 sec)

Γίνονται οι απαραίτητες αιμοδημψίες

Καθετήρας foley, παρακολούθηση διούρωσης

D (disability)

Νευρολογική εξέταση (οπωσδήποτε εξέταση κορών)

Έλεγχος γηινοκόζης αίματος

Υπογήινουμα: 50 ml διάλιμψη γηινοκόζης 10% (μέχρι και 5 φορές)

E (exposure)

Πλήρης κλινική εξέταση – ξεντύνουμε τον ασθενή

Δακτυλική εξέταση εάν είναι απαραίτητο

Μέτρηση θερμοκρασίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αιμορραγία πεπτικού συστήματος

Ορισμός

Η αιμορραγία πεπτικού περιλαμβάνει κάθε μορφή αιμορραγίας (απώλεια αίματος) του γαστρεντερικού σωλήνα, από τον φάρυγγα έως τον πρωκτό. Η σοβαρότητά της ποικίλλει από υποκλινική έως οξεία, μαζική, ή ακόμα και απειλητική για τη ζωή.

Αιτιολογία

Κυριότερες αιτίες αιμορραγίας από το πεπτικό:

Ανώτερο

- Πεπτικό έλκος
- Αιμορραγική γαστρίτιδα (stress – ΜΣΑΦ)
- Σύνδρομο Mallory–Weiss
- Οισοφαγικοί–γαστρικοί κιρσοί
- Οισοφαγίτιδα
- Διαφραγματοκήλη

Κατώτερο

- Αιμορροΐδες
- Εκκολπωμάτωση
- Καρκίνος–πολύποδες
- Φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου
- Ραγάδα πρωκτού
- Αγγειοδυσπλασία

Κλινική εικόνα

Η αιμορραγία πεπτικού μπορεί να είναι:

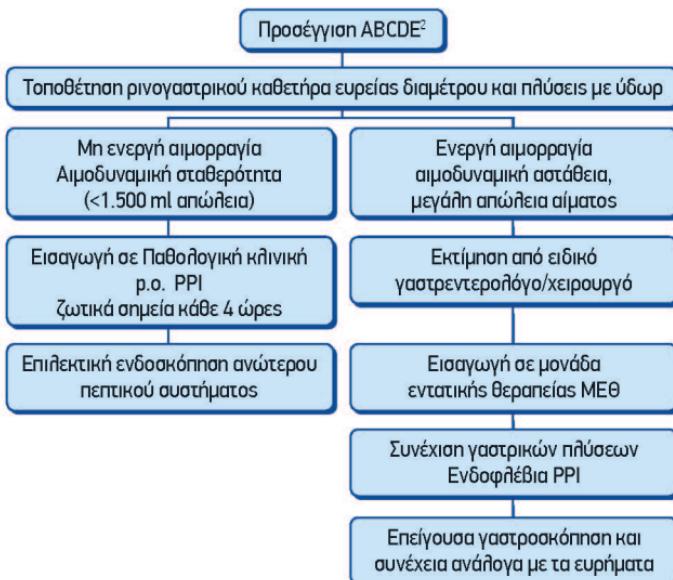
- μικροσκοπική, οπότε και διαγνώσκεται μόνο με εργαστηριακές εξετάσεις
- μετρίου βαθμού, που εκδηλώνεται με μέλαινες κενώσεις, αιματοχεισία ή έμετο καφεοειδούς χρώματος, αλλά χωρίς αιμοδυναμική αστάθεια
- μαζική, όπου παρατηρείται απώλεια αίματος ζωηρού ερυθρού χρώματος, με συνοδό υπόταση, ακόμα και shock.

Διάγνωση και θεραπεία

Στη διαγνωστική προσέγγιση πρέπει να γίνει ένας αδρός διαχωρισμός ως προς το εάν η αιμορραγία προέρχεται από το ανώτερο ή το κατώτερο πεπτικό (ως όριο ανάμεσα στο ανώτερο και το κατώτερο πεπτικό σύστημα θεωρείται ο σύνδεσμος του Treitz)¹:

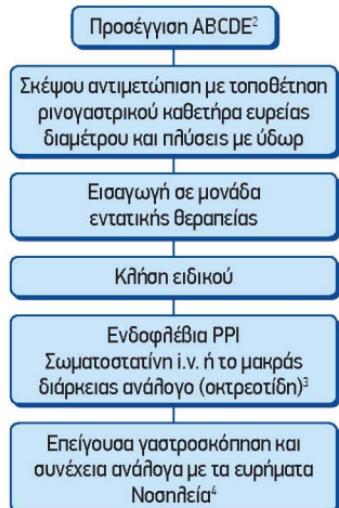
- **Ανώτερο πεπτικό σύστημα:** αιματέμεση (κόκκινος ή καφεοειδής έμετος λόγω επίδρασης γαστρικών εκκρίσεων) και μέλαινα (αποδόμηση αιμοσφαιρίνης σε αιματίνη – απαιτεί 100 ml αίματος)
- **Κατώτερο πεπτικό σύστημα:** αιματοχεσία

Επίσης, ένα καλό ιστορικό και μία ενδελεχής κλινική εξέταση μας αποκαλύπτουν την πιθανότητα ηπατικής νόσου-κίρρωσης, εύρημα που μεταβάλλει τη διαγνωστική σκέψη και τη θεραπευτική τακτική.



Σχήμα 2.1 Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού χωρίς ηπατική νόσο (δίχως υπόνοια κιρσών οισοφάγου).

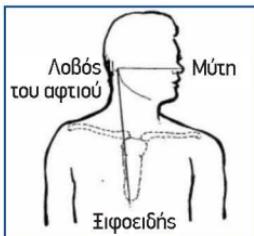
¹ Ο ανωτέρω διαχωρισμός δεν είναι ποτέ απόλυτος και ασφαλής, διότι η αθρόα αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα μπορεί να εκδηλωθεί ακόμη και με αιματοχεσία, καθώς το αίμα δεν προθιασίνει να αποδομηθεί.



Σχήμα 2.2 Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού σε ασθενή με ηπατική νόσο.

Σημειώσεις

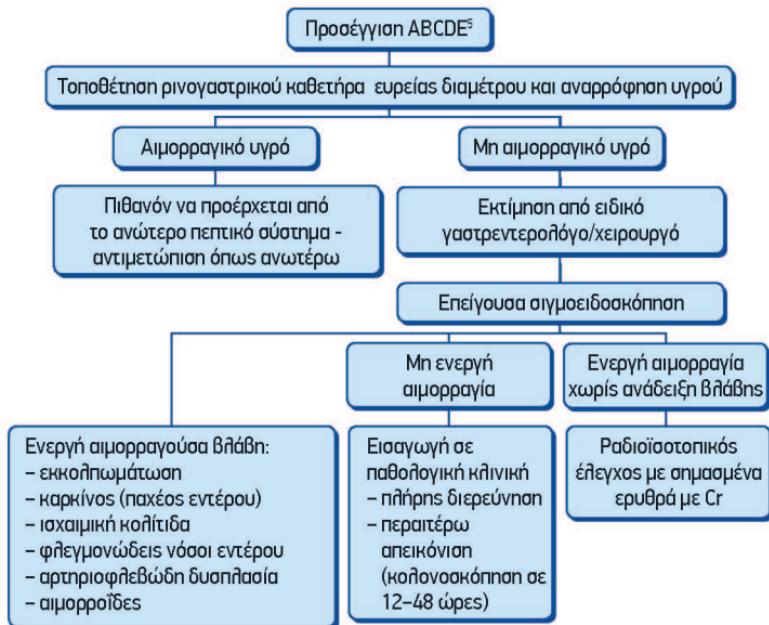
- Ρινογαστρικός καθετήρας: εκτίμηση μήκους μέσω της απόστασης ακρορρινίου-λοβού, αφτιού-ξιφοειδούς απόφυσης. Μεγέθη: 12, 14, 16 και 18 Fr
- Ομεπραζόλη: 20 mg/12 ώρες, εσομεπραζόλη 20 mg/12 ώρες
- ενδοφλεβίως προτιμώνται οι PPI:
 - Παντοπραζόλη, 80 mg bolus και κατόπιν 8 mg/ώρα
 - Ομεπραζόλη (κυκλοφορούν vials των 40 mg) ή εσομεπραζόλη (κυκλοφορούν vials των 40 mg), 80 mg bolus και μετά 5 amp σε 1.000 ml διαλύματος NaCl 0,9% για 24 ώρες. Η έγχυση συνεχίζεται για 72 ώρες. Εάν δεν υπάρχει υποτροπή, τότε συστήνεται αλλαγή σε παντοπραζόλη 40 mg/12 ώρες ή ομεπραζόλη 20 mg/ημέρα



² C: Οπωδόνηστε έλεγχος πίνηκς, ουρίας, ομάδας αίματος και διασταύρωση, τοποθέτηση foley (διούρηση), E: διακτυλική εξέταση

³ Οκτρεοτίδη: bolus 20-50 mcg και κατόπιν 25-50 mcg/ώρα [π.χ. διάλυση amp (500 mcg/ml) σε 250 ml διαλύματος γλικού 5% και χορήγηση με ρυθμό 50-100 ml/ώρα]

⁴ Αντιβιοτική κάλψη: κεφτεριαξόνη 1 g/ημέρα για 1 εβδομάδα



Σχήμα 2.3 Ασθενής με μαζική αιμορραγία από το ορθό ($>1.500 \text{ ml}/24\text{ωρο}$).

Σημειώσεις

- Με εξαίρεση την ισχαιμική κολίτιδα, οι εντερικοί ήχοι είναι συνήθως αυξημένοι (το αίμα δρα ως καθαρικό)
- Αναπλήρωση όγκου με διάλυμα NaCl 0,9% ή Lactated Ringer's Μετάγγιση μόνο σε περιστατικά shock, πολύ χαμηλού αιματοκρίτη ($<21\%$) και στηθάγχης
 - 1-2 L διαλύματος NaCl 0,9% σε επηρεασμένη αιμοδυναμική κατάσταση κρουνιδόν
 - Προσοχή σε καρδιακή ανεπάρκεια, αν και προέχει η αναπλήρωση όγκου! Έλεγχος ανταπόκρισης ασθενούς με μέτρηση της ΣΑΠ και επαναφορά της διούρησης ($>0,5 \text{ ml/kg}/\text{ώρα}$ ή $>30 \text{ ml}/\text{ώρα}$).
 - Τα επόμενα βήματα εξαρτώνται από την αιμοδυναμική κατάσταση.
- Μετάγγιση αιμοπεταλίων σε ενεργή αιμορραγία και με αριθμό αιμοπεταλίων $<50.000/\mu\text{l}$
- Φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα σε τιμές ινωδογόνου $<1 \text{ g/L}$ ή INR $>1,5$ (εξαιρούνται οι ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή)

⁵ C: οπωσδήποτε έλεγχος πήκης, ουρίας, ομάδας αίματος και διασταύρωση, τοποθέτηση foley (διούρηση), E: διακτυηλική εξέταση, αποκλεισμός περιορθικής βλάβης