

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΠΟΝΟ

ΑΜΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ)

- Εκτέλεση σύντομης εξέτασης.** Συμπληρώνουμε πλήρως τα ζωτικά σημεία όπως ΑΠ, σφύξεις, με τον άρρωστο σε κατακεκλιμένη και όρθια θέση, εφ' όσον η ΑΠ του αρρώστου σε ύπτια θέση είναι φυσιολογική. Εκτιμούμε την περιφερική αιμάτωση (εξετάζουμε την θερμοκρασία του δέρματος, εάν υπάρχει υγρό και κολλώδες δέρμα,) και προχωρούμε σε προσεκτική εξέταση της κοιλιάς και των άλλων συστημάτων στη συνέχεια. Προσπαθούμε να εντοπίσουμε ή να αποκλείσουμε κλινικά σημεία ενός έκδηλου κοιλιακού ανευρύσματος της αορτής, ή σημείων οξείας χειρουργικής κοιλιάς, ή αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα. Πρέπει να γίνεται εξέταση του ορθού και έλεγχος των κοπράνων για αίμα. Σε περίπτωση τραύματος κοιλιακού λαμβάνεται το ιστορικό του τραυματισμού. Προσοχή χρειάζεται στη διαφορική διάγνωση από αντανakλαστικούς πόνους και ιδιαίτερα στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που μπορεί να παρουσιάζεται με επιγαστρικό πόνο που αντανακλά στη πλάτη. Στις περιπτώσεις αυτές βοηθά το ιστορικό, το ΗΚΓ και τα εργαστηριακά ευρήματα.
- Αναγνώριση του υποψήφιου για επείγουσα χειρουργική επέμβαση.** Εάν υπάρχει υπόταση σε όρθια θέση χωρίς αιμορραγία από το γαστρεντερικό και εμφανή άλλη απώλεια όγκου αίματος τότε πρέπει να σκεπτόμεθα ότι υπάρχει ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής που πιθανόν έχει επιπλακεί. Στη περίπτωση σανιδώδους σύσπασης των κοιλιακών τοιχωμάτων, ή σε ύπαρξη σημείων περιτονίτιδας, ή ειλεού που προκαλεί στραγγαλισμό των αγγείων πρέπει να προετοιμάζεται άμεσα ο άρρωστος για χειρουργική επέμβαση. Επίσης shock που ανθίσταται στη ταχεία χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως, και συνοδεύεται από οξύ κοιλιακό πόνο χρειάζεται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση (ερευνητική λαπαροτομία).
- Θεραπεία του shock.** Προσοχή πρέπει να διαχωρίζουμε την υπόταση από το αληθινό shock. Στη δεύτερη περίπτωση χρειάζεται:
 - Τοποθέτηση δύο ευρέων φλεβικών γραμμών. Η μία τοποθετείται σε κεντρική φλέβα για λήψη της ΚΦΠ.
 - Λαμβάνεται αίμα για Ηt, λευκά τύπο, ηλεκτρολύτες, προσδιορισμό της αμυλάσης, σακχάρου, ουρίας, κρεατινίνης, και για διασταύρωση αίματος.
 - Προχωρούμε στην άμεση έγχυση κρυσταλοειδών διαλυμάτων με βάση την ΑΠ, την ωριαία αποβολή ούρων, και τη ΚΦΠ. Αρχικά χορηγούμε σε ενήλικες, 1 lt μέσα σε 10-20 min.
 - Χορηγούμε O₂ (5-10 lt/min) με ρινικό καθετήρα ή με μάσκα.
 - Τοποθετούμε ουροκαθετήρα Folley, και στέλνομε ούρα για εξέταση.
 - Εξετάζουμε τα αέρια του αρτηριακού αίματος και το pH.
 - Τοποθετούμε ρινογαστρικό καθετήρα (Levin) ιδιαίτερα εάν υπάρχει περιτονίτιδα, ειλεός, γαστρεντερική αιμορραγία ή εμετοί.
 - Λαμβάνεται ΗΚΓ 12 γραμμών και αρχίζομε συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση.
 - Αρχίζομε αντιβίωση εάν υπάρχει υποψία βακτηριακής λοίμωξης. Χορηγούμε συνδυασμό αντιβιοτικών όπως: κλινταμυκίνη ή κεφαλοσπορίνη α' ή β' γενιάς, με μια αμινογλυκοσίδη. Σε περίπτωση που υπάρχει και εντερόκοκκος μπορούμε να δώσομε και πενικιλίνη. Αντί της κλινταμυκίνης μπορούμε να δώσομε μετρονιδαζόλη.

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΠΟΝΟ

Όταν τα ζωτικά σημεία σταθεροποιηθούν στο φυσιολογικό ο άρρωστος ελέγχεται για διάφορες παθήσεις που χρειάζονται άμεση χειρουργική θεραπεία (πίνακας 7-2 σελίδας 110). Ο πόνος είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα σε οξεία ενδοκοιλιακή πάθηση. Η διάγνωση εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από το ιστορικό και τη καλή κλινική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις συνήθως επιβεβαιώνουν τη

διάγνωση. Γενικά η διάγνωση στο 85-90% μπορεί να έχει βάση μόνο το ιστορικό και τη κλινική εξέταση.

A) Ιστορικό

Εάν υπάρχει ιστορικό κοιλιακού τραύματος η διαγνωστική προσπέλαση είναι διαφορετική. (Κεφάλαιο 19). Πόνος στη πύελο στις γυναίκες περιγράφεται στο κεφάλαιο 30. Ανάλογα με την μορφή και την εμφάνιση του κοιλιακού πόνου μπορούμε να οδηγηθούμε στη διάγνωση:

- *Απότομη (Ξαφνική) έναρξη.* Εάν ο άρρωστος ήταν καλά και ξαφνικά παρουσιάζεται δυνατός πόνος στη κοιλιά και αγωνία η πιο πιθανή διάγνωση είναι ρήξη κοίλου σπλάχνου ή αγγειακό επεισόδιο όπως ρήξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Την στιγμή της ρήξης ο πόνος είναι πιο δυνατός και έχει τη μέγιστη ένταση (αναφέρεται από τον άρρωστο σαν μαχαιριά) ή γρήγορα φθάνει στο μέγιστο της έντασης του. Ο νεφρικός κωλικός ή κωλικός των χοληφόρων είναι ξαφνικός αλλά η ένταση του παρουσιάζει αυξομειώσεις. Πόνος που αρχίζει ξαφνικά την αρχή ελαφρά και σε μικρό χρονικό διάστημα γίνεται πολύ δυνατός πρέπει να μας βάζει την υποψία ότι οφείλεται σε θρόμβωση των μεσεντερίων αγγείων ή είναι οξεία παγκρεατίτιδα ή στραγγαλισμός του εντέρου. Εάν ο πόνος εντοπίζεται στη πύελο σε γυναίκες πρέπει να σκεπτόμεθα τη ρήξη της εξωμήτριας κύησης ή συστροφή κύστης της ωοθήκης.
- *Βαθμιαία έναρξη του πόνου.* Βαθμιαία επιδείνωση του πόνου χαρακτηρίζει τις περιτοναϊκές φλεγμονές και τα αποστήματα. Σκωληκοειδίτιδα και εκκολπωματίτιδα είναι πιο συνήθεις αιτίες της κατάστασης αυτής.

Χαρακτήρες του πόνου (ιδέ εικόνα 7-1)

α) Έντονος - ανυπόφορος πόνος. Συνήθως δεν ανακουφίζεται ο πάσχων από τη συνήθη δόση ναρκωτικών. Οι πιο συχνές παθήσεις που προκαλούν τέτοιο πόνο είναι οι αγγειακές βλάβες (έμφραγμα του μυοκαρδίου, ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής στραγγαλισμός αγγείων του εντέρου) ή η ρήξη κοίλου σπλάχνου. Ο κωλικός του ήπατος ή του νεφρού σπάνια εμφανίζονται με τέτοιο ανυπόφορο πόνο.

β) Σοβαρός πόνος. Έντονος πόνος που όμως βελτιώνεται με ισχυρά παυσίπονα είναι της οξείας παγκρεατίτιδας, της περιτονίτιδας, και της θρόμβωσης των άνω μεσεντερίων αγγείων.

γ) Πόνος αμβλύς. Αμβλύς πόνος διάχυτος που δεν περνά με τα αναλγητικά μπορεί να έχει και σταδιακή εμφάνιση συνήθως παρουσιάζεται σε κοιλιακές φλεγμονές και κοιλιακά αποστήματα. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα και η εκκολπωματίτιδα είναι οι πιο συχνές αιτίες του πόνου αυτού.

δ) Διαλείπων πόνος. Είναι πόνος που έρχεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και προοδευτικά αυξάνει και στη συνέχεια δεν υπάρχει μέχρι το επόμενο επεισόδιο. Εμφανίζεται κύρια στην εντερική απόφραξη και το κωλικό του ήπατος και του νεφρού και συνήθως συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα όπως ταχυκαρδία εφίδρωση, ανησυχία τάση προ εμετό ή και εμετό. Σπάνια ο τύπος αυτός μπορεί να εμφανισθεί στην υποξεία παγκρεατίτιδα. Πολλές φορές αν ακροασθούμε τη κοιλιά θα παρατηρήσουμε ότι ο πόνος είναι σύγχρονος του εντερικού περισταλτισμού.

- *Απουσία πόνου.* Σπάνια μπορεί να μην υπάρχει πόνος σε μια κοιλιακή πάθηση, αλλά να παρουσιάζεται ως έντονος περισταλτισμός που κυρίως οφείλεται σε καθαρτικά φάρμακα, υποκλυσμούς, καθώς και στην οπισθοτυφλική οξεία σκωληκοειδίτιδα και καλείται σημείο στάσης αερίων (gas stopping sings). Το σημείο αυτό είναι θετικό σε φλεγμονές που δεν επηρεάζουν τη περιτοναϊκή κοιλότητα.
- *Τοποθεσία του πόνου.* Έχει μεγάλη σημασία για τη διάγνωση της νόσου η τοποθεσία του πόνου καθώς και οι επεκτάσεις αυτού και οι αντανάκλασεις του. Γενικά πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι εκεί που εντοπίζεται από τον άρρωστο ο πόνος πρέπει να σκεφτούμε για τη διαφορετική διάγνωση παθήσεις που τον προκαλούν από τα υποκείμενα όργανα, από αντανάκλαστικούς πόνους που εντοπίζονται στη περιοχή και τέλος από συστηματικές παθήσεις που προκαλούν κοιλιακό πόνο. Οι νευρικές ίνες του πόνου που πηγαίνουν στη κοιλιά νευρώνουν το τοιχωματικό περιτόναιο, το περισπλάχνιο περιτόναιο και κατά μήκος των αγγείων. Το τοιχωματικό περιτόναιο νευρούται από σω-

ματικές νευρικές ίνες και γι' αυτό ο πόνος εμφανίζεται εντοπισμένος. Αντίθετα ο πόνος που οφείλεται σε ερεθισμό του περισπλάχνιου πετάλου του περιτοναίου παρουσιάζεται διάχυτος και με χωρίς σαφή εντόπιση. Στις περιπτώσεις που δεν συμμετέχει το τοιχωματικό περιτόναιο, η πιο συχνή πηγή πόνου είναι από την διάταση των σπλάχνων ή από την ισχαιμία των. Αυτές οι γενικές γραμμές που προαναφέραμε είναι ένας χρήσιμος οδηγός για την συστηματική εκτίμηση των περιπτώσεων του κοιλιακού πόνου. Γενικά όταν ο κοιλιακός πόνος αρχίζει εντετοπισμένα, πρέπει να οφείλεται συνήθως σε γειτονικά προ το σημείο εντόπισης του πόνου όργανα. (πδχ. Επιγαστρικός πόνος πρέπει να σκεπτόμεθα για διαφορική διάγνωση παθήσεις του στομάχου του παγκρέατος του εγκάρσιου μεσόκολου, της αορτής και του αριστερού λοβού του ήπατος.) Πολλές φορές όμως πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας τις διάφορες ανατομικές ποικιλίες (όπως πδχ. οπισθοφυλική φλεγμίνουσα σκωληκοειδής προκαλεί πόνο στην οσφύ και μπορεί να μην παρουσιάζεται ως τοπική εντόπιση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο). Πόνος στον ώμο μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό του διαφράγματος από αέρα αίμα ή από υποδιαφραγματικό απόστημα, ή γενικευμένη περιτονίτιδα. Η οξεία χολοκυστίτιδα συνοδεύεται από πόνο στο δεξιό υποχόνδριο που αντανακλά προς την δεξιά οσφυϊκή χώρα και την δεξιά ωμοπλάτη, ή υποκρίνεται στηθάγχη. Διάχυτος περιομφαλικός πόνος ή επιγαστρικός πόνος που σιγά -σιγά εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο είναι κλασικό σημείο οξείας σκωληκοειδίτιδας. Στη πρώιμη φάση ο πόνος είναι διάχυτος διότι στη φλεγμονή συμμετέχει και το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου, ενώ όταν η φλεγμονή προσβάλλει και το τοιχωματικό περιτόναιο τότε ο πόνος εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Εάν είναι οπισθοφυλική (15%) ο άρρωστος αναφέρει ελαφρό ή καθόλου πόνο διότι δεν υπάρχει περιτοναϊκός ερεθισμός. Ο πόνος που εντοπίζεται στην οσφύ και αντανακλά κατά μήκος του ουρητήρα στα έξω γεννητικά όργανα υποδηλώνει κωλικό του νεφρού.

- *Ανορεξία, ναυτία, εμετός.* Παρουσιάζονται συνήθως σε παθήσεις της άνω κοιλίας, ωστόσο μπορεί να παρουσιασθεί προχωρημένη ενδοκοιλιακή νόσος χωρίς τα συμπτώματα αυτά. Εάν η ναυτία και ο εμετός προηγούνται του πόνου είναι απίθανο να χρειασθεί επείγουσα κοιλιακή επέμβαση. Η πιο πιθανή διάγνωση είναι η γαστρεντερίτιδα, οξεία γαστρίτιδα, τροφική δηλητηρίαση, οξεία παγκρεατίτιδα και πολύ σπάνια να είναι πέτρα στο χοληδόχο πόρο ή υψηλή εντερική απόφραξη. Στις χειρουργικές παθήσεις η ναυτία και ο εμετός δεν αποτελούν συνήθως πρώιμα συμπτώματα αλλά είναι παρόντα στις μη χειρουργικές παθήσεις. Μεγάλοι και έντονοι εμετοί μετά από διαιτητική παρεκτροπή ή αλκοολισμό που ακολουθούνται από έντονο κοιλιακό πόνο με ή χωρίς αιματέμεση πρέπει να υποψιαζόμαστε βλάβη του βλεννογόνου του οισοφάγου, όπως σύνδρομο Mallory-Weiss, ή διάτρηση του οισοφάγου (σύνδρομο Boerhaave's). Μαζική αιματέμεση ή έντονος πόνος που αντανακλά στο θώρακα και στην αριστερή ωμοπλάτη με έντονο εμετό και με σύσπαση είναι η κλασική σημειολογία του συνδρόμου Boerhaave's. Την διάγνωση επιβεβαιώνει η ύπαρξη υγρού στο αριστερό ημιθώρακιο.
- *Πυρετός και ρίγος.* Πυρετός είναι συνήθης στις περισσότερες ενδοκοιλιακές παθήσεις με οξύ κοιλιακό πόνο. Στη σκωληκοειδίτιδα ο πυρετός είναι συνήθως χαμηλός (πυρετός < 38° C) και το ρίγος είναι ασύνθηες. Όταν στη σκωληκοειδίτιδα υπάρχει υψηλός πυρετός και ρίγος πρέπει να σκεφθούμε ότι έχει επιπλακεί με περιτονίτιδα, ή πυλαιοφλεβίτιδα ή πυελονεφρίτιδα. Υψηλός πυρετός με περιτοναϊκά σημεία (αναπηδώσα ευαισθησία, σημείο του βηχός θετικό, θετικό σημείο σείσεως του κρεβατιού, κατάργηση της διαφραγματικής αναπνοής, επώδυνος δουγλάσσειος) είναι χαρακτηριστικά της γενικευμένης περιτονίτιδας και της πυελοπεριτονίτιδας από σαλπγγίτιδα. Επεισόδια με πυρετό και ρίγος και ίκτερο ή υπίκτερο και με υπόταση πολλές φορές, υποδηλώνουν πυώδη χολαγγειίτιδα και χρειάζεται πολλές φορές επείγουσα χειρουργική επέμβαση.
- *Διάρροια.* Μπορεί να παρουσιασθεί στην οξεία κοιλία αλλά δεν είναι υψηλής διαγνωστικής αξίας σημείο στην οξεία κοιλιακή πάθηση που θεραπεύεται χειρουργικά. Κολίτιδες (αγγειακές ή άλλης αιτιολογίας) συνοδεύονται στα πρώιμα στάδια της νόσου από σοβαρή διάρροια. Η διάρροια αποτελεί διαγνωστικό στοιχείο στη περιτονίτιδα και το πυελικό απόστημα.

B) Κλινική εξέταση

Βασικό βήμα στην εξέταση του αρρώστου που υποψιαζόμεθα ότι πάσχει από οξεία κοιλία είναι η σειρά της κλινικής εξέτασης που πρέπει να ακολουθήσουμε και η οποία φαίνεται στον πίνακα 7-3 (σε-

λίδα 113). Πρέπει ακόμη να ενθυμούμεθα ότι στην αξιολόγηση των κλινικών ευρημάτων μας πρέπει να λαμβάνομε υπόψη διάφορους παράγοντες όπως την ηλικία και την ύπαρξη ανοσοκαταστολής.

Επισκόπηση

Πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να σημειώνομε όλα τα σημεία που παρατηρούμε. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδομε στην ύπαρξη ή όχι σκαφοειδούς κοιλίας, μετεωρισμού, ορατού περισταλισμού των εντερικών ελίκων, για τυχόν διογκώσεις, επίπλεβο ή για άλλες παθολογικές καταστάσεις.

Πίνακας 7-3: Σειρά φυσικής εξέτασης για οξεία κοιλία

1. **Επισκόπηση**
2. **Ακρόαση**
3. **Επίκρουση**
4. **Ψηλάφηση**
5. **Εδικές εξετάσεις**
 - Εξέταση για κήλη και έξω γεννητικά όργανα
 - Δοκιμασία του βήχα
 - Εξέταση του ορθού, δουγλασσειού και προστάτου
 - Αναζήτηση ειδικών σημείων (Mc Burney, Lantz, Rosving, τρίγωνο του Sherren, Marphy, Gullin- Bare, Turner, κτλ.)
 - Εν τω βάθει ψηλάφηση
 - Ψηλάφηση με ένα δάκτυλο

Ακρόαση

Πρέπει να γίνεται αμέσως μετά την επισκόπηση της κοιλίας για να μην αλλοιωθούν τα ευρήματα από την επίκρουση και τη ψηλάφηση. Απουσία πλήρης εντερικών ήχων (σιγή τάφου των παλαιών κλινικών) σημαίνει διάχυτη περιτονίτιδα. Ελάττωση των εντερικών ήχων μπορεί να έχουμε στα αρχικά στάδια της περιτονίτιδας. Προσοχή εδώ πρέπει να διακρίνομε τους ψευδείς εντερικούς αποκαλούμενους ήχους που προέρχονται από τη κίνηση του διαφράγματος και έχουν το χαρακτηριστικό γνώρισμα ότι είναι βραχείς και ακούονται μόνο κατά την εισπνοή και εκπνοή του αρρώστου. Αυξημένους εντερικούς ήχους και με απότομη διακοπή και μεταλλική απήχηση βρίσκομε στον αποφρακτικό (μηχανικό) ειλεό στα αρχικά στάδια. Για να σχολιάσομε τους εντερικούς ήχους πρέπει να ακροούμεθα τη κοιλιά για τουλάχιστο 2-3 min. Ελάττωση του περισταλισμού παρατηρείται επίσης στη παγκρεατίτιδα. Στη γαστρεντερίτιδα, την ελκώδη κολίτιδα, υπάρχει αυξημένος περισταλισμός και διάχυτος κοιλιακός πόνος που δεν είναι σύγχρονος με το επεισόδιο του πόνου.

Ψηλάφηση

Γίνεται με προσοχή για να μη πονέσομε τον άρρωστο και αρχίζομε πάντα από την περιοχή που ο άρρωστος αναφέρει ότι δεν πονά, για να αποφύγομε την αμυντική σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων του αρρώστου. Εντοπίζομε τα επώδυνα σημεία της κοιλίας καθώς και τυχόν διογκώσεις και σημειώνομε τους χαρακτήρες της διόγκωσης (επώδυνη - ανώδυνη, σκληρή - μαλακή, ομαλή - ανώμαλη, κινητή - ακίνητη, ή συμφυόμενη με τους πέριξ ιστούς, και τέλος εξετάζομε εάν υπάρχουν σφύξεις ή όχι στη μάζα). Εξετάζομε για ύπαρξη σύσπασης των κοιλιακών τοιχωμάτων ή ακόμη και αντίστασης και προσδιορίζομε εάν είναι ακούσιος ή εκούσιος η σύσπαση αυτή. Εξετάζομε ακόμη τη κατάσταση των μυϊκών μαζών κατά τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις. Εάν υπάρχει σύσπασης αληθής (σανιδώδης σύσπαση) αυτή οφείλεται κύρια στην περιτονίτιδα και σπανιότατα οφείλεται σε νευρολογικές παθήσεις.

Ειδικές εξετάσεις

Αναζητούμε ειδικά σημεία που χαρακτηρίζουν ορισμένες παθήσεις της κοιλιάς όπως:

- *Εξέταση ευενδότων κοιλιακών σημείων για κήλη.* Ιδιαίτερα ελέγχουμε τον βουβωνικό πόρο, το μηριαίο δακτύλιο, τον ομφαλό, την λευκή γραμμή, και κάθε παλαιά εγχειρητική ουλή για κήλη. Την εξέταση πρέπει να συμπληρώνουμε με βήξιμο του αρρώστου κατά την εξέταση των ευενδότων σημείων.
- *Δοκιμασία του βήχα.* Στις οξείες φλεγμονές της κοιλιάς με το βήχα εκδηλώνεται πόνος στη περιοχή της φλεγμονής και είναι ένα καλό κλινικό σημείο που πρέπει να το ζητάμε πάντα στην εξέταση της κοιλιάς. Ο άρρωστος συνήθως δείχνει με το δάκτυλο το σημείο της κοιλιάς που εντοπίζει το πόνο. Συνήθως πρέπει να το ζητούμε πριν τη ψηλάφηση για να αρχίζουμε από την αντίθετη περιοχή του πόνου όπως προαναφέραμε.
- *Εκτελούμε ψηλάφηση με το ένα δάκτυλο.* Κοιλιακή ευαισθησία μπορεί να ανευρεθεί με τη ψηλάφηση με ένα δάκτυλο και μπορεί να βοηθήσει στην ανεύρεση καμία φορά της περιτοναϊκής φλεγμονής. Ιδιαίτερη αξία έχει η ανεύρεση αναπηδώσας ευαισθησίας (rebound tenderness) η οποία είναι άλλο ένα χαρακτηριστικό σημείο της περιτοναϊκής φλεγμονής.
- *Σημείο Boas.* Ευαισθησία στην οσφυοπλευρική περιοχή δεξιά στην περίπτωση οξείας χολοκυστίτιδας ή πυελονεφρίτιδας. Στην περίπτωση της πυελονεφρίτιδας εντοπίζεται και αριστερά και έχουμε θετική την οσφυϊκή πλήξη (σημείο Giordano θετικό). Επίσης σπανιότερα μπορεί να έχουμε ευαισθησία στο πλευροσπονδυλικό τρίγωνο σε οπισθοτυφλική σκωληκοειδίτιδα και σε οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα.
- *Σημείο του λαγονογοϊτου.* Πιέζουμε στον δεξιό λαγόνιο βόθρο ενώ σηκώνουμε το δεξιό πόδι τεταμένο. Είναι θετικό όταν ο άρρωστος αναφέρει πόνο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και υποδηλώνει οπισθοτυφλική οξεία σκωληκοειδίτιδα.
- *Σημείο Lanz.* Πιέζουμε στο 1/3 της απόστασης μεταξύ των δύο προσθίων λαγόνιων ακανθών και προ τα δεξιά. Είναι θετικό σε περίπτωση πυελικής μορφής οξείας σκωληκοειδίτιδας και σε φλεγμονή της μεκελείου αποφύσεως.
- *Σημείο Rosving.* Είναι θετικό όταν πιέζοντας στον αριστερό λαγόνιο βόθρο ο άρρωστος αναφέρει πόνο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Οφείλεται σε διάταση του τυφλού από τη πίεση των αερίων του παχέος εντέρου που μετατοπίζονται με τη πίεση στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Είναι θετικό σε οξεία σκωληκοειδίτιδα.
- *Σημείο Marphy.* Ανακοπή της εισπνοής όταν πιέζουμε στο δεξιό υποχόνδριο και στο έξω χέιλος του δεξιού ορθού κοιλιακού μυός. Υποδηλώνει όταν είναι θετικό οξεία χολοκυστίτιδα.
- *Σημείο Courvoisier.* Αποτελείται από μια τριάδα: ψηλαφητή ανώδυνη χοληδόχος κύστης, ηπατομεγαλία και ίκτερος και χαρακτηρίζει κύρια το καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος.
- *Εξαφάνιση της τυμπανικότητας του χώρου του Traube.* Συνήθως οφείλεται σε σπληνομεγαλία, όγκους του θόλου του στομάχου, ή διόγκωση του αριστερού λοβού του ήπατος.
- *Εκτέλεση εν τω βάθει ψηλάφησης.* Όταν δεν υπάρχει μυϊκή σύσπαση και έχουμε τελειώσει την ψηλάφηση για ευαισθησία σε κάποιο σημείο της κοιλιάς προσπαθούμε να ψηλαφίσουμε τα εν τω βάθει όργανα εάν είναι δυνατό.
- *Εξέταση πυέλου και ορθού.* Κάθε εξέταση της κοιλιάς πρέπει να συμπληρώνεται με δακτυλική εξέταση του ορθού και των έξω γεννητικών οργάνων. Πολλές φορές μας δίδουν χρήσιμες πληροφορίες. Επίσης πρέπει να εξετάζονται τα κόπρανα για μικροσκοπική αιμορραγία.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Ο Ηt τα λευκά και ο τύπος, η αμυλάση και η γενική ούρων, ουρία το σάκχαρο πρέπει να γίνονται σε όλους τους αρρώστους. Ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης πρέπει να λαμβάνονται σε όλους τους αρρώστους με διαρροϊκά σύνδρομα, σε υπόταση, ή σε shock, ή όταν υπάρχει υποψία για χειρουργική επέμβαση. Το test εγκυμοσύνης, κατά προτίμηση από τον ορό του αίματος, πρέπει να γίνεται σε γυναίκες σε ηλικία αναπαραγωγής με φυσιολογική λειτουργία των γεννητικών οργάνων και που υποψιαζόμαστε πυελική πάθηση. Επίσης το ΗΚΓ των 12 απαγωγών πρέπει να γίνεται σε επιγαστρικό πόνο ή γενικά σε πόνο της άνω κοιλιάς. Μια κύρια εξέταση που πρέπει να γίνεται όταν

υπάρχει υποψία ενδοκοιλιακής αιμορραγίας ιδίως είναι η παρακέντηση της κοιλιάς και η πλύση με φυσιολογικό ορό (N/S 0,9%).

Ακτινολογικός έλεγχος

Η ακτινολογική διερεύνηση βοηθά αρκετά στην διάγνωση της οξείας κοιλιάς, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος συνεργάζεται με τον ακτινολόγο. Πρέπει να τονίσουμε ότι *α/α* απλή κοιλιάς σε όρθια θέση και κατακεκλιμένη πρέπει να γίνεται σε όλους τους αρρώστους με υποψία οξείας χειρουργικής κοιλιάς. Εάν ο άρρωστος αδυνατεί να σταθεί όρθιος μπορούμε να την αντικαταστήσουμε με αριστερά ή σπανιότερα με δεξιά πλαγία *α/α* κοιλιάς. Εξετάζοντας τις ακτινογραφίες κοιλιάς, προσπαθούμε να απαντήσουμε στα παρακάτω ερωτήματα:

- Είναι φυσιολογικά τα αέρια στο στομάχι και στο λεπτό και παχύ έντερο;
 - Υπάρχουν παθολογικά σημεία ύπαρξης αέρα στο διάφραγμα και το έντερο;
 - Είναι το περίγραμμα του ήπατος, του σπλήνα, των νεφρών και των ψοϊτών σαφώς καθορισμένο;
 - Υπάρχει αέρας στα χοληφόρα ή την πυλαία φλέβα;
 - Υπάρχουν ορατές ανωμαλίες όπως πέτρες στα νεφρά, κόπρανα, αποτιτανώσεις λεμφαδένων, πέτρες στο πάγκρεας, αποτιτανώσεις ή διεύρυνση της αορτής, ή άλλη μάζα μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα;
 - Υπάρχει ανύψωση ή ύβωση του διαφράγματος ή υποδιαφραγματική συλλογή;
Με βάση τις παραπάνω ερωτήσεις μπορεί να έχουμε:
1. **Ασάφεια στο περίγραμμα του ψοϊτη.** Εάν είναι αμφοτερόπλευρος η ασάφεια της σκιάς του λαγονοψοϊτη μύ συνήθως υποδηλώνει παγκρεατίτιδα, οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, ή σπανιότερα απόστημα. Ετερόπλευρος εξαφάνιση της σκιάς του ψοϊτου συνήθως υποδηλώνει οπισθοπεριτοναϊκό όγκο ή απόστημα και σπανιότερα παγκρεατίτιδα ή οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα.
 2. **Μεταβολές του νεφρικού περιγράμματος.** Διεύρυνση ή σμίκρυνση της νεφρικής σκιάς μπορεί να υποδηλώνει ουρολογική βλάβη που προκάλεσε την οξεία κοιλία.
 3. **Μεταβολές του σπληνικού περιγράμματος.** Συνήθως υπάρχει αύξηση της σπληνικής σκιάς με απώθηση του αεροθαλάμου του στομάχου και της αριστεράς κολικής καμπής. Συνήθως οφείλεται σε σπληνομεγαλία ή σε υποκάψιο αιμάτωμα του σπληνός. Εάν υπάρχει εξαφάνιση του αεροθαλάμου του στομάχου και απώθηση της αριστεράς κολικής καμπής αλλά το περίγραμμα του σπληνός δεν διαγράφεται ή είναι ασαφές τότε πρέπει να σκεφτούμε ότι υπάρχει διόγκωση του αριστερού λοβού του ήπατος, ή όγκος του θόλου του στομάχου, ή ρήξη με περισπληνικό αιμάτωμα οπότε και το σημείο Kehr είναι σχεδόν πάντα θετικό στην περίπτωση αυτή.
 4. **Ανεύρεση αέρα στην *α/α* κοιλιάς σε όρθια θέση.** Φυσιολογικά αέρα βρίσκουμε στην *α/α* κοιλιάς σε όρθια θέση στον αεροθάλαμο του στομάχου, στις δύο κολικές καμπές και το τυφλό, όπου μπορεί να υπάρχει και μικρό υδραερικό επίπεδο που δεν αξιολογείται μόνο του συνήθως ως παθολογικό εύρημα. Στο λεπτό έντερο φυσιολογικά δεν βρίσκεται αέρας πέραν της πρώτης μοίρας του 12δακτύλου. Η ανεύρεση αέρα στο λεπτό έντερο υποδηλώνει παθολογική κατάσταση. Φυσιολογικά αέρα μπορούμε να βρούμε και στο παχύ έντερο αλλά χωρίς υδραερικά επίπεδα εκτός από αυτά που περιγράψαμε. Η ανεύρεση υδραερικού επιπέδου στο στομάχι μόνο πιθανότατα υποδηλώνει πυλωρική στένωση. Υδραερικά επίπεδα στο έντερο (λεπτό και παχύ) είναι ενδεικτικό αποφρακτικού ειλεού. Εάν υπάρχει έντονη αεροπλήθια στο λεπτό και παχύ έντερο και λίγα υδραερικά επίπεδα συνήθως υποδηλώνει παραλυτικό ειλεό από περιτονίτιδα. Σε περίπτωση που βρίσκεται διατεταμένη η πρώτη έλικα της νήστιδας πρέπει να υποψιαζόμεθα την οξεία παγκρεατίτιδα (συνοδός έλικα ή sentinan loop). Επίσης πρέπει να υποψιαζόμεθα την οξεία παγκρεατίτιδα όταν βρίσκουμε τη λεγόμενη «φρουρό έλικα» δηλαδή διάταση με αέρα του εγκαρσίου κόλου χωρίς να υπάρχει διάταση των άλλων τμημάτων του παχέος εντέρου. Η επισήμανση της θέσης του τυφλού μπορεί να εντοπισθεί και από αυτή να συμπεράνουμε τη θέση περίπου της σκωληκοειδούς. Διάταση του τυφλού ή του σιγμοειδούς μόνο υποδηλώνει συστροφή αυτών, στα αρχικά στάδια. Αργότερα μπορεί να προστεθούν και σημεία ειλεού.
 5. **Διάταση παχέος εντέρου.** Παρατηρείται μερική διάταση του σε απόφραξη του παχέος εντέρου (όγκοι, συμφύσεις, περίσφιξη κήλης κτλ.) Μπορεί να αφορά μόνο το παχύ έντερο όταν είναι ακέραια

η ειλεοτυφλική βαλβίδα, ή μπορεί να υπάρχει διάταση και στάση και στο λεπτό έντερο όταν διαταραχθεί η λειτουργία της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Μαζική διάταση κατ' εξοχή του παχέος εντέρου έχουμε στο τοξικό megacolon που συνοδεύεται από σημεία τοξιναιμίας του αρρώστου. Έκδηλη διάταση του λεπτού και του παχέος εντέρου έχουμε στον ειλέο του παχέος εντέρου και στη γενικευμένη περιτονίτιδα.

6. **Ανεύρεση αέρα σε ανώμαλες θέσεις.** Α) Η ύπαρξη ελεύθερου αέρα κάτω από το διάφραγμα υποδηλώνει διάτρηση κατά κύριο λόγο κοίλου σπλάγχνου με πιο συχνές το έλκος του 12/δακτύλου και την διάτρηση του παχέος εντέρου στη συνέχεια. (εικόνα 7-7 σελίδας 117). Προσοχή μετά από ερευνητική λαπαροτομία μπορεί να βρίσκεται τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες αέρας ελεύθερος κάτω από το διάφραγμα και δεν προκαλεί ανησυχία διότι είναι φυσιολογικό επακόλουθο. Μεγάλη ποσότητα αέρα κάτω από το διάφραγμα που συνοδεύεται και από σηπτικά συμπτώματα (υψηλός πυρετός, πτώση της πίεσης, κτλ.) υποδηλώνει διάτρηση παχέος εντέρου. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διακρίνομε και εγκεκυστωμένο εξωαυλικό αέρα που υποδεικνύει το σημείο της διάτρησης του εντέρου ή του στομάχου στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο. Β) Αέρας στα χοληφόρα υποδηλώνει ελεύθερη επικοινωνία μεταξύ αυτού και του γαστρεντερικού σωλήνα δηλαδή εντεροχοληφόρο συρίγγιο. Εάν συνυπάρχει με σημεία ειλεού τότε ο ειλέος οφείλεται σε απόφραξη του τελικού τμήματος του ειλεού από χολόλιθο. Γ) Αέρας στην πυλαία φλέβα υποδηλώνει πυελοφλεβίτιδα ή εμβολή άνω μεσεντερίου οπότε έχουμε και μεγάλη μεταβολική οξέωση, ή πνευμάτωση του εντέρου. Δ) Ανεύρεση υδραερικού επίπεδου εκτός του εντερικού αυλού μας οδηγεί στην διάγνωση ενδοκοιλιακού αποστήματος. Ε) Σπάνια ελεύθερος αέρας στο περιτόναιο έχει παρατηρηθεί σε γυναικολογικές εξετάσεις και συνήθως τα συμπτώματα είναι ελάχιστα και οφείλεται στην είσοδο του αέρα από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας.
7. **Αποτιτανώσεις ή ασβετώσεις ή πέτρες στην α/α κοιλιάς.** Στην ακτινογραφία κοιλιάς μπορεί να βρεθούν πέτρες στον ουρητήρα, στο πάγκρεας, το νεφρό, και σπανιότερα στα χοληφόρα, ή το έντερο (ειλεός εκ χολολίθου). Επίσης μπορεί να βρεθούν αποτιτανώσεις στα αγγεία της κοιλιάς και ιδιαίτερα της αορτής, της σπληνικής ή και των λαγόνιων, ή στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, το ήπαρ ή και το σπλήνα. Πρέπει να θυμόμαστε ότι στρογγυλές αποτιτανώσεις ως από διαβήτου δίδει η χι-νόκοκκος κύστης που εντοπίζεται στο ήπαρ ή τον σπλήνα ή και γενικά στη κοιλιακή χώρα.
8. **Ειδικές εξετάσεις.** (ιδέ πίνακα 7-4 σελίδα 118) Για τη διάγνωση της οξείας κοιλιάς συνήθως χρησιμοποιούμε διάφορες ειδικές εξετάσεις όπως:
 - **Παρακέντηση και πλύση της κοιλιάς:** Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τις περιπτώσεις που υποψιαζόμεθα ρήξη ενός συμπαγούς οργάνου (όπως ήπατος ή σπληνός), καθώς και σε άλλες περιπτώσεις (όπως ρήξης εξωμήτριας κύησης, οξείας παγκρεατίτιδας κτλ.). Συνήθως η παρακέντηση γίνεται στο δεξιό ή αριστερό λαγόνιο βόθρο και μακριά από εγχειρητική ουλή της κοιλιάς. Εάν κατά την αναρρόφηση την ώρα της παρακέντησης δεν ληφθεί κανένα υγρό τότε προχωρούμε σε πλύση της κοιλιάς και εξέταση του υγρού πλύσης για αίμα και ένζυμα όπως διαστάσεις κτλ.. Στην περίπτωση πάλι που αναρροφήσομε υγρό κατά τη παρακέντηση το στέλλομε για μικροβιολογικές και κυτταρολογικές εξετάσεις καθώς και για καλλιέργεια και άμεσο παρασκεύασμα κατά Gram εάν υποπτευόμεθα φλεγμονή περιτοναϊκή.
 - **Γεύμα με γαστρογραφίνη.** Χορηγείται για τον προσδιορισμό του σημείου απόφραξης στον υψηλό ειλέο, ή την διαπίστωση διάτρησης του γαστρεντερικού σωλήνα και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις συγκεκριμένης διάτρησης έλκους του στομάχου ή του 12/δακτύλου. Πολλές φορές σε συμφυτικό ειλέο μπορεί να λυθεί με τη χορήγηση της γαστρογραφίνης λόγω του υπερπερισταλισμού που προκαλεί και να δράση και θεραπευτικά. Προσοχή χρειάζεται όταν χορηγείται σε παραμελημένους ειλεούς που υπάρχει κίνδυνος ρήξης του εντέρου.
 - **Υποκλυσμός με γαστρογραφίνη.** Ο βαριούχος υποκλυσμός πρέπει να αποφεύγεται στην οξεία φάση διότι εάν υπάρξει ρήξη του εντέρου η περιτονίτιδα που προκαλείται από το βάριο είναι πολύ βαριά και συνήθως θανατηφόρος. Για τους λόγους αυτούς κάνομε τον υποκλυσμό με γαστρογραφίνη. Συνήθως βοηθά στην διάγνωση και καμία φορά την ανάταξη της συστροφής του σιγμοειδούς, του τυφλού, στον εγκολεασμό και την εκκολπωματίτιδα, ή την απόφραξη του παχέος εντέρου από διάφορες αιτίες.

- *Υπερηχογράφημα κοιλιάς.* Είναι πολύ χρήσιμη και εύκολη και γρήγορη εξέταση με χαμηλό κόστος και βοηθά πολύ στην διάγνωση της οξείας κοιλιάς. Συνήθως έχει μεγάλη διαγνωστική αξία στις λιθιάσεις των χοληφόρων, του νεφρού καθώς και για τον έλεγχο των συμπαγών οργάνων της κοιλιάς. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι η αδυναμία καλής διερεύνησης των συμπαγών σπλάχνων και ιδιαίτερα του παγκρέατος όταν υπάρχουν διατεταμένες έλικες του εντέρου από αέρα.
- *Αξονική τομογραφία κοιλιάς.* Σε πολλές περιπτώσεις βάζει τη διάγνωση και αποτελεί μέθοδο εκλογής σε μη διαγνωστικούς πόνους της κοιλιάς, ή στη διάγνωση ψηλαφητής μάζας. Βοηθά στη διάγνωση παθήσεων συμπαγών οργάνων, του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, αλλά σπάνια δίδει πληροφορίες αρκετά διαγνωστικές για τα όργανα του γαστρεντερικού σωλήνα (κοίλα σπλάχνα). Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι το υψηλό κόστος, η ακτινοβολία, και ο μακρός χρόνος εκτέλεσης της.
- *Αγγειογραφία.* Σήμερα έχει περιοριστεί αρκετά η χρήση της από την αξονική τομογραφία και την μαγνητική τομογραφία. Συνήθως απόλυτη ένδειξη έχει σε εντερορραγία για το προσδιορισμό του σημείου της αιμορραγία κάνομε αγγειογραφία εκλεκτική της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η αιμορραγία για να καταγραφεί πρέπει να είναι μεγαλύτερη του 0,5 ml /min. Για την επιβεβαίωση μικρότερης αιμορραγίας διαγνωστικά αποτελέσματα δίδει το σπινθηρογράφημα μετά από χορήγηση ραδιενεργά σεσημασμένα ερυθρά. Η αορτογραφία βοηθά στην διαφορική διάγνωση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής και της ελικώσης αορτής.

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Στις περιπτώσεις που η διάγνωση είναι αμφίβολη και ο άρρωστος δεν βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, πρέπει να παρακολουθείται στενά. Συχνές ερωτήσεις για τη πρόοδο ή τη μεταβολή των συμπτωμάτων συνοδευόμενες από την επανεξέταση της κοιλιάς και σπάνια επανάληψη των εργαστηριακών εξετάσεων, μπορούν να μας βοηθήσουν να αποφύγουμε μερικές μη απαραίτητες εγχειρήσεις, χωρίς να υπάρξει ο κίνδυνος της καθυστέρησης. Εάν τα φυσικά σημεία και η διάγνωση, δεν μπορέσουν να γίνουν μέσα σε 6 -12 ώρες, ο άρρωστος πρέπει να νοσηλευθεί για παρακολούθηση. Στη μονάδα επειγόντων περιστατικών πέραν των 4-6 ωρών είναι αδικαιολόγητος για το λόγο της άνεσης του αρρώστου, της ποιότητας της θεραπείας, και του κόστους αυτής. Στις περιπτώσεις που τεθεί μια προσωρινή διάγνωση ενδείκνυται η νοσηλεία του αρρώστου. Συνήθως στη πλειονότητα των περιπτώσεων ο συνδυασμός του ιστορικού της φυσικής εξέτασης και των μικροβιολογικών και παρακλινικών εξετάσεων μας βάζει τη διάγνωση.

Αναλγητικά.

Συνήθως μέχρι να τεθεί η διάγνωση της νόσου που προκάλεσε την οξεία κοιλία πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση αναλγητικών παρεντερικά για το φόβο της συγκάλυψης της κλινικής εικόνας. Πολλοί σήμερα προτείνουν χορήγηση αναλγητικών παρεντερικά με το αιτιολογικό ότι με την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο μπορεί να γίνει καλύτερη επανεκτίμηση της οξείας κοιλιακής πάθησης, αφού ο άρρωστος μπορεί να συνεργασθεί καλύτερα μετά από την ανακούφιση από το πόνο. Οι υποστηρικτές της χορήγησης αναλγητικών, υποστηρίζουν ότι η κοιλιακή μάζα συχνά δεν μπορεί να τη διαπιστώσουμε λόγω σύσπασης των κοιλιακών τοιχωμάτων από τον πόνο, ενώ μετά από την χορήγηση αναλγητικού μπορούμε πιο εύκολα να την εντοπίσουμε. Πάντως όλοι συμφωνούν, ότι χορήγηση αναλγητικών εάν δεν έχει τεθεί η διάγνωση, πρέπει να γίνει μόνο όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται.

Αντιβιοτικά.

Τα αντιβιοτικά πρέπει να χορηγούνται μόλις τεθεί η διάγνωση, εκτός εάν υπάρχουν σημεία για συστηματική λοίμωξη (υψηλός πυρετός, ρίγος, υπόταση κτλ.) που χορηγούνται αμέσως. Σε αδιάγνωστες περιπτώσεις η χορήγηση αντιβίωσης μπορεί να ξεγελάσει στην εξέλιξη της νόσου και να παρουσιασθούν σοβαρές επιπλοκές και αύξηση της νοσηρότητας (όπως για παράδειγμα στην οξεία σκωληκοειδίτιδα). Ο άρρωστος με οξεία κοιλιακή νόσο πρέπει να εξετάζεται αμέσως από το χειρουργό και

να παρακολουθείται από τον ίδιο χειρουργό ώστε να μπορεί να εκτιμήσει και μικρές μεταβολές στην εξέλιξη της νόσου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

A) Εντερικές παθήσεις.

- 1. Οξεία σκωληκοειδίτιδα.** Τα αρχικά συμπτώματα είναι πτωχά. Συνήθως αρχίζει με περιομφαλικά άλγη ή σαν μια τάση για τράβηγμα των σπλάχνων. Ο άρρωστος περιγράφει ότι αισθάνεται ένα χαίρι να του τραβά όλα τα έντερα. Πολλές φορές αναφέρει ότι με το παραπάνω αίσθημα υπάρχει ανορεξία και λιγότερο τάση για εμετό. Αργότερα ο πόνος μεταφέρεται από την περιομφαλική χώρα και εντοπίζεται στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Τα φαινόμενα της ναυτίας, ανορεξίας και ο εμετός συνοδεύουν συνήθως τον άρρωστο τη χρονική αυτή περίοδο. Από τη κλινική εξέταση της κοιλίας βρίσκεται θετικό το σημείο Mc Burney. Εναλλακτικά μπορεί να έχουμε θετικά τα σημεία Lantz, Rovsing, ή του λαγονοψοίτου. Παρουσιάζεται πυρετός μέχρι 38° C, λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Πρέπει να είμεθα προσεκτική στη διάγνωση για πιθανή οξεία σκωληκοειδίτιδα, διότι υπάρχουν πολλές ποικιλίες της κλασικής εικόνας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη διάγνωση της οπισθοτυφλικής οξεία σκωληκοειδίτιδας που παρουσιάζει όχι εντετοπισμένα (διάχυτα) κοιλιακά συμπτώματα. Συνήθως στις περιπτώσεις αυτές το σημείο του ψοίτου είναι θετικό. Στη πυελική μορφή της οξείας σκωληκοειδίτιδας, η διάγνωση ιδιαίτερα στις γυναίκες, επιπλέκεται με γυναικολογικά προβλήματα. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Οι άρρωστοι πρέπει να οδηγούνται στο χειρουργείο μέσα σε λίγες ώρες, αφού ολοκληρωθεί ο παρακλινικός έλεγχος. Επίσης χορηγούμε ενδοφλέβια κρυσταλοειδή διαλύματα για αποκατάση του ενδαγγειακού χώρου από τους εμετούς και τοποθετούμε ρινογαστρικό σωλήνα για τη κένωση του στομάχου. Αντιβιοτικά δεν πρέπει να χορηγούμε μέχρι τη σταθεροποίηση της διάγνωσης.
- 2. Εντερική απόφραξη.** Οι άρρωστοι συνήθως παραπονούνται για κωλικοειδή πόνο που προοδευτικά δυναμώνει. Οι εμετοί έρχονται αργότερα και έχουν το χαρακτηριστικό ότι δεν ανακουφίζουν παρά μόνο προσωρινά τον άρρωστο. Οι εμετοί παρουσιάζονται γρηγορότερα στην υψηλή και αργότερα στη χαμηλή εντερική απόφραξη. Στην αρχή είναι τροφώδεις, στη συνέχεια περιέχουν εντερικό περιεχόμενο και στη συνέχεια γίνονται κοπρανώδεις. Ο άρρωστος αναφέρει μετεωρισμό της κοιλιάς και αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων. Σε ηλικιωμένα άτομα και αδύνατα μπορεί να φανούν στο κοιλιακό τοίχωμα οι κινήσεις του εντέρου. Ελέγχουμε με την επισκόπηση και τη ψηλάφηση της κοιλιάς, για περιεσφυγμένη κήλη ή για ύπαρξη μετεγχειρητικών ουλών (μας βοηθούν για την υποψία του συμφυτικού ειλεού). Στην ακρόαση της κοιλιάς έχουμε τους χαρακτηριστικούς μεταλλικούς ήχους της εντερικής απόφραξης. Είναι εντερικοί ήχοι συχνοί, έντονοι, που απότομα διακόπτονται. Στο τέλος ο εντερικός ήχος αυτός είναι έντονος και με μεταλλική απήχηση όπως όταν ρίχνουμε ένα δίφραγγο σε ένα ποτήρι νερό. Ένα άλλο χαρακτηριστικό τους είναι ότι είναι σύγχρονοι με το κωλικοειδές άλγος που αναφέρει ο άρρωστος. Προσοχή σε περιπτώσεις που υπάρχει ειλεός και συνυπάρχει και συνεχές άλγος που συνήθως δεν ανακουφίζεται με τα παυσίπονα σημαίνει ότι μαζί με τον ειλεό υπάρχει περιτονίτιδα ή στραγγαλισμός με αγγειακή απόφραξη εντέρου λόγω αγγειακών παθήσεων ή περιεσφυγμένης κήλης. Στην επίκρουση της κοιλιάς βρίσκομε τυμπανικότητα σε όλη την κοιλιά, αλλά παραμένει η ηπατική αμβλύτητα. Σε περιπτώσεις ειλεού με εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας υποδηλώνει διάτρηση κοίλου σπλάχνου παραμελημένη. Στην α/α κοιλιάς σε όρθια θέση ή σε περίπτωση αδυναμίας του αρρώστου να σταθεί όρθιος σε αριστερά ή δεξιά πλαγία θέση βρίσκομε τα χαρακτηριστικά υδραερικά επίπεδα. Η λήψη από το στόμα ή με υποκλυσμό γαστρογραφίνης, βοηθά περισσότερο στη διάγνωση του αιτίου του ειλεού παρά στη διάγνωση της νόσου του ειλεού. Η α/α κοιλιάς σε όρθια θέση μπορεί ακόμη να βοηθήσει στη διάγνωση της πάθησης που προκάλεσε τον ειλεό (πδχ αέρας στα χοληφόρα ή απεικόνιση του χολολίθου, αέρας στη πυλαία, συστροφή τυφλού ή σιγμοειδούς κτλ.). Η αξονική και ο υπέρηχος της κοιλιάς ελάχιστα βοηθά στη διάγνωση του ειλεού. Η θεραπεία εξαρτάται από την αιτία που προκάλεσε τον ειλεό.

Σε μερικές περιπτώσεις ο ειλεός μπορεί να λυθεί με τη συντηρητική αγωγή χωρίς χειρουργική επέμβαση. Η συντηρητική αγωγή συνίσταται :

- Τοποθετούμε σωλήνα ρινογαστρικό (Levin) και κάνουμε συχνές αναρροφήσεις απ' αυτόν.
 - Τοποθετούμε φλεβοκαθετήρα και αναπληρώνουμε τις απώλειες των υγρών και των ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις, την ΚΦΠ και την ωριαία αποβολή των ούρων.
 - Απαγορεύεται η χορήγηση υπακτικών και ουσίων που προκαλούν έντονο περισταλισμό του εντέρου.
 - Ο άρρωστος με ειλεό πρέπει να χειρουργείται το ταχύτερο δυνατό όταν ο ειλεός οφείλεται σε περιτονίτιδα, ή ο μηχανικός ειλεός έχει μεταπέσει σε αδυναμικό, ή όταν υπάρχει υποψία στραγγαλισμού ή νέκρωση εντέρου.

3. **Διάτρηση έλκους (στομάχου ή 12/δακτύλου)**. Εκδηλώνεται με ξαφνικό και έντονο πόνο στο επιγάστριο που ο άρρωστος το περιγράφει σαν μαχαιριά. Ο πόνος μετ' ολίγο ελαττώνεται αλλά παρουσιάζεται σανιδώδης σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, όταν το περιεχόμενο του στομάχου διαχυθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ακολουθεί προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του αρρώστου. Σπάνια μπορεί ο άρρωστος να αναφέρει πόνο στην ωμοπλάτη λόγω ερεθισμού του διαφράγματος. Στην αντικειμενική εξέταση του αρρώστου βρίσκουμε σανιδώδη σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, κατάργηση της διαφραγματικής αναπνοής, καθώς και τα άλλα σημεία της περιτονίτιδας (σημείο βηχός, αναπηδώσα ευαισθησία, σημείο σείσεως του κρεβατιού, επώδυνος δούγλασσειος, κτλ.), εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας, ελάττωση ή και εξαφάνιση των εντερικών ήχων. Στην α/α κοιλίας σε όρθια θέση υπάρχει υποδιαφραγματικά ελεύθερος αέρας. Στις περιπτώσεις συγκεκριμένης διάτρησης υπάρχει ο ξαφνικός έντονος διαξιφιστικός πόνος χωρίς να ακολουθούν τα σημεία της γενικευμένης περιτονίτιδας, δεν υπάρχει συνήθως εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας, και η διάγνωση της μπαίνει με τη χορήγηση γαστρογραφίνης από το στόμα. Η θεραπεία της συγκεκριμένης διάτρησης συνήθως είναι συντηρητική, αν και πολλοί προτείνουν τη χειρουργική θεραπεία και σε αυτή. Η χειρουργική θεραπεία είναι συρραφή και θεραπεία του έλκους (διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων), ή γαστρεκτομή σπανιότερα, εφ' όσον επιτρέπουν οι τοπικές συνθήκες και η γενική κατάσταση του αρρώστου, ή απλή συρραφή του έλκους. Μέχρι να ετοιμασθεί ο άρρωστος για χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνονται τα παρακάτω:

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) και εάν είναι δυνατό σύνδεση του με ήπια αναρρόφηση.
- Χορήγηση παυσίπονων για την καταστολή του πόνου.
- Χορήγηση κρυσταλοειδών διαλυμάτων ενδοφλέβια για την αντικατάσταση του ενδαγγειακού όγκου των υγρών.
- Χορήγηση αντιβίωσης.

4. **Διάτρηση του εντέρου**. Συνήθως συμβαίνει σε άτομα που πάσχουν από εκκολπώματα του παχέος εντέρου. Σπανιότερα μπορεί να συμβεί σε αρρώστους που πάσχουν από τύφο ή άλλες παθήσεις του εντέρου. Συνοδεύεται από έντονο πόνο στη κοιλιά με τάση προς εμετό, και στη συνέχεια από εμετούς. Στην αρχή βρίσκουμε σανιδώδη σύσπαση της κοιλιάς. Η θερμοκρασία είναι αυξημένη κατά πολύ και υπάρχει μεγάλη λευκοκυττάρωση. Πολύ συχνά εγκαθίσταται σε μικρό χρονικό διάστημα σηπτικό shock. Υπάρχει ιστορικό κάποιας πάθησης του εντέρου. Η θεραπεία πρέπει να έχει τα παρακάτω:

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και συνεχής ήπια αναρρόφηση.
- Λαμβάνονται αίμα και ούρα για μικροβιολογική εξέταση και καλλιέργεια.
- Χορήγηση αντιβιοτικών όπως έχουμε προαναφέρει.
- Θεραπεία του shock με χορήγηση ενδοφλεβίως κρυσταλοειδών διαλυμάτων.
- Προετοιμασία του αρρώστου για το χειρουργείο μέσα σε 1-2 ώρες.

5. **Εκκολπωματίτιδα**. Συνοδεύεται από πόνο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και το υπογάστριο που προοδευτικά αυξάνεται. Υπάρχει συνήθως ιστορικό εκκολπωμάτων του παχέος εντέρου. Πυρετός και λευκοκυττάρωση υπάρχουν επίσης καθώς και βαριά γενική κατάσταση του αρρώστου. Πολλές φορές ψηλαφάτε μάζα κατά τον αριστερό λαγόνιο βόθρο (plastron), και υπάρχουν όλα τα σημεία

της τοπικής περιτονίτιδας. Συχνά συνοδεύεται και από διαρροϊκό σύνδρομο, ενώ πριν από το οξύ επεισόδιο ο άρρωστος ήταν συνήθως δυσκοίλιος.

Η θεραπεία είναι κατ' αρχάς συντηρητική και επί αποτυχίας ή επί επιδεινώσεως του αρρώστου προχωρούμε σε χειρουργική θεραπεία. Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται:

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και διακοπή της σίτισης του αρρώστου από το στόμα.
- Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και λήψη αίματος για τις απαραίτητες εξετάσεις και για τη χορήγηση στη συνέχεια κρυσταλοειδών ουσιών και αντιβίωσης που θα καλύπτει τον άρρωστο και από τα αερόβια και αναερόβια μικρόβια του εντερικού περιεχομένου.
- Παρακολούθηση του αρρώστου και απαγορεύεται η χρήση υποκλυσμών του εντέρου.
- Η χειρουργική θεραπεία εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του αρρώστου, από τις τοπικές συνθήκες της φλεγμονής και από τις συμπαραμαρτούσες νόσους. Στις περισσότερες φορές γίνεται μια εγκαρσιοστομία και παροχέτευση της περκολικής περιοχής του *plastron*. Στις περιπτώσεις που μπορούμε να κάνουμε ριζικότερη επέμβαση προχωρούμε σε εκτομή του σιγμοειδούς και τελικοτελική αναστόμωση, ή σε πρώτο χρόνο Hartman και μετά 3-6 μήνες αποκατάσταση, ή τέλος τελικο-τελική αναστόμωση και μια εγκαρσιοστομία.

6. **Στραγγαλισμός του εντέρου.** Συμβαίνει συχνότερα στη συστροφή του εντέρου και στη περιεσφυγμένη κήλη. Παρουσιάζεται ως οξύ επεισόδιο πόνου που συνήθως επιδεινώνεται γρήγορα. Ο πόνος είναι έντονος συνεχής και ελάχιστα ανακουφίζεται από τη λήψη αναλγητικών, και συνήθως συνυπάρχει και με κωλικοειδή άλγη του εντέρου. Υπάρχουν σημεία μετεωρισμού και αποφρακτικού ειλεού και συγχρόνως βρίσκουμε και σημεία περιτονίτιδας και μάλιστα στην αρχή αναπηδώσα ευαισθησία σε μια περιοχή της κοιλιάς. Επίσης γρήγορα σχετικά εμφανίζεται shock, και υψηλός πυρετός με λευκοκυττάρωση και στροφή του τύπου προς τα αριστερά. Συνυπάρχει και ναυτία και εμετός. Στη περίπτωση της συστροφής βρίσκουμε τα ακτινολογικά ευρήματα που περιγράψαμε παραπάνω. Στη περίπτωση της περιεσφυγμένης κήλης στην εξέταση της κοιλιάς θα βρούμε διόγκωση, σε ένα ευένδοτο σημείο του κοιλιακού τοιχώματος, που είναι σκληρή επώδυνη μη ανατασώμενη και μη αυξάνουσα με το βήχα. Η θεραπεία είναι χειρουργική. Γίνεται ανάταξη της συστροφής και εφ' όσον το έντερο είναι βιώσιμο κατηλώνεται στο κοιλιακό τοίχωμα με μια δυο βελονιές. Στη περιεσφυγμένη κήλη γίνεται διάνοιξη του δακτυλίου και εάν το έντερο είναι βιώσιμο προχωρούμε στη διόρθωση της κήλης, άλλως εάν είναι νεκρωμένο προχωρούμε σε εντερεκτομή. Σημεία βιωσιμότητας του εντέρου είναι:

- Αποκατάσταση του χρώματος και του περισταλισμού του εντέρου μετά τη λύση της περισφιγξης. Περιτυλίγουμε το περισφιγμένο τμήμα με κομπρέσες που έχουν εμποτιστεί με ζεστό φυσιολογικό ορό και περιμένουμε για 15-30 λεπτά. Συνήθως μέσα σε 10 λεπτά επανέρχεται το χρώμα του εντέρου, εάν δεν έχει νεκρωθεί.
- Ανεύρεση ψηλαφητών σφύξεων στα επιχώρια αγγεία.
- Πριν αποφανθούμε ότι η αρτηρία δεν έχει σφύξεις και πρέπει να αφαιρεθεί το αντίστοιχο τμήμα του εντέρου, πρέπει να επιχειρούμε να κάνουμε έγχυση νοβοκαΐνης στη ρίζα του μεσεντερίου για να αποκλείσουμε τυχών υπάρχοντα σπασμό της αρτηρίας.

7. **Γαστρεντερίτιδα.** Συνήθως παρουσιάζεται με οξύ κοιλιακό πόνο κωλικοειδή που με τη πάροδο της ώρας επιδεινώνεται και συνοδεύεται από ναυτία, εμετό, και διάρροια. Είναι πιο συχνή κατά τους θερινούς μήνες. Συνήθως εμφανίζεται ο πόνος και μέσα σε λίγη ώρα (σχεδόν συγχρόνως) και τα υπόλοιπα συμπτώματα, αντίθετα προς τις παθήσεις που χρειάζονται χειρουργείο (περιτονίτιδα, σκωληκοειδίτιδα κτλ.) που ο πόνος προηγείται των άλλων συμπτωμάτων. Στη κλινική εξέταση υπάρχει διάσπαρτη ευαισθησία στη κοιλιά χωρίς κάποια ευαισθησία σε μια περιοχή. Δεν υπάρχουν επίσης έντονα περιτοναϊκά σημεία που έχουμε περιγράψει παραπάνω. Μπορεί να βρεθεί πυρέτιο αλλά συνήθως ο άρρωστος είναι απύρετος και δεν έχει μεγάλη λευκοκυττάρωση, με εξαίρεση την συγγέλωση που παρουσιάζει πυρετό και ρίγος αλλά όχι λευκοκυττάρωση έντονη. Οι άρρωστοι παρουσιάζουν αφυδάτωση λόγω των διαρροιών και των εμετών. Πρέπει να γίνεται test στα κόπρανα για αίμα και μικροσκοπική εξέταση κοπράνων για λευκοκυττάρωση που χαρακτηρίζει τις φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου. Επίσης πρέπει να γίνεται καλλιέργεια κοπράνων. Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για ενυδάτωση. Χορηγείται αντιβίωση και βισμού-

θιο για την συμπτωματική ανακούφιση του αρρώστου. Οποίχα χορηγούνται μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις. Προσοχή δεν πρέπει να χορηγούνται σε μικροβιακές γαστρεντερίτιδες.

8. **Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.** Παρουσιάζουν συνήθως οι πάσχοντες από τις νόσους αυτές κοιλιακούς πόνους κωλικοειδείς, με διάρροια, με αίμα και λευκά στα κόπρανα. Στο ιστορικό τους αναφέρουν επανειλημμένα επεισόδια στο παρελθόν. Επίσης μπορεί πολλοί από αυτούς να έχουν ήδη διαγνωσθεί στο παρελθόν. Πρέπει να αποκλεισθούν οι περιπτώσεις της μικροβιακής κωλίτιδος (όπως σιγγέλλα, κλωστηρίδιο *difficile*, *cambylobacter*, αμοιβάδα ιστολυτική). Η θεραπεία εάν δεν είναι γνωστή αρχίζουμε την χορήγηση υγρών και ιδιαίτερα κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, απαγορεύουμε την λήψη τροφών από το στόμα, τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. Όταν τεθεί η διάγνωση χορηγούμε sulfasalazine (Azaline, azulfidine, sas 500) σε δόση 1 grX4 ημερησίως, χορηγούμε υποκλυσμούς κορτιζόνης.

B) ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

1. **Ηπατικός κωλικός.** Είναι πόνος κωλικοειδής με συνωδά συμπτώματα εμετό και ναυτία. Ο πόνος εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο και αντανακλά στη δεξιά οσφυϊκή χώρα και τη δεξιά ωμοπλάτη. Το σημείο Marphy μπορεί να είναι θετικό ή αρνητικό. Την μεγαλύτερη διαγνωστική αξία έχει το υπέρηχο ήπατος χοληφόρων για την ανεύρεση χολόλιθων. Παλαιότερα χρησιμοποιούσαμε την χολοκυστογραφία, την χολαγγειογραφία και το σπινθηρογράφημα με ραδιενεργό DISIDA. Η θεραπεία είναι συντηρητική πάντα εφ' όσον δεν υπάρχει οξεία χολοκυστίτιδα και συνίσταται σε σπασμολυτικά και παυσίπονα σε συνδυασμό με ελαφρά διατροφή από το στόμα. Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει και οξεία χολοκυστίτιδα ακολουθούμε την παρακάτω περιγραφόμενη αγωγή.
2. **Οξεία χολοκυστίτιδα.** Χαρακτηρίζεται από οξύ πόνο στο δεξιό υποχόνδριο, που αντανακλά στη δεξιά οσφυϊκή χώρα και στη δεξιά ωμοπλάτη. Στο ιστορικό του ασθενούς πιθανόν να αναφέρονται και άλλα παρόμοια επεισόδια. Το σημείο Marphy είναι θετικό. Υπάρχει ακόμη πυρετός ρίγος ναυτία και εμετοί. Πολλές φορές υπάρχει έντονη λευκοκυττάρωση και υπίκτηρος. Σπάνια μπορεί να ψηλαφάτε η χοληδόχος κύστης. Το υπέρηχο συνήθως δείχνει πέτρες και διάταση ή πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης. Το σπινθηρογράφημα των χοληφόρων με ραδιενεργό DISIDA βοηθά στην διάγνωση ιδίως όταν υπάρχει και ίκτηρος. Η θεραπεία συνίσταται σε:
 - Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα (Levin) και σύνδεση του σε συνεχή ήπια αναρρόφηση.
 - Χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων ενδοφλεβίως εάν ο άρρωστος είναι αφυδατωμένος, και διακοπή της χορήγησης τροφής από το στόμα.
 - Χορήγηση αντιβίωσης παρεντερικά.
 - Χορήγηση pentazocine ενδομυϊκά 30-60 mg για την ανακούφιση από τον πόνο, ή μεπεριδίνη 50-100 mg ενδομυϊκά.
 - Σε περίπτωση επιλοκής σε πύλη ή γαγγραινώδη προχωρούμε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση εάν χρειασθεί.
3. **Οξεία πύλης χολαγγειίτιδα.** Είναι συνήθως επείγουσα χειρουργική πάθηση που συχνά συνοδεύεται από βακτηριαιμία και σηπτικό shock. Τα κλινικά συμπτώματα είναι κοιλιακός πόνος στο δεξιό υποχόνδριο που αντανακλά και στη δεξιά ωμοπλάτη και τη δεξιά οσφυϊκή χώρα στην αρχή κωλικοειδής και στη συνέχεια συνεχής προοδευτικά αυξανόμενος, ίκτηρος, πυρετός με ρίγος, διανοητική σύγχυση και σηπτικό συνήθως shock. Τό υπέρηχογράφημα παρουσιάζει διάταση των χοληφόρων και απόφραξη των ενδοηπατικών χοληφόρων. Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση του shock, την ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, αντιβιοτικών (αμπικιλίνη 200mg/Kgr/day ενδοφλέβια σε 4-6 διηρημένες δόσεις μαζί με αμινογλυκοσίδη όπως tobramycin 1,7 mg/Kgr/ κάθε 8 ώρες ενδοφλέβια), τη τοποθέτηση καθετήρα ρινογαστρικό και Folley, και προετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση (χολοκυστεκτομή ή χολοκυστοστομία και παροχέτευση του χοληδόχου πόρου).
4. **Ηπατικό απόστημα.** Είναι συνήθως αποτέλεσμα μιας ενδοκοιλιακής φλεγμονής μεγάλης τοξικότητας. Παρουσιάζεται με πυρετό και ίκτηρο και επιδείνωση της κλινικής εικόνας της κοιλιακής φλεγμονής. Επίσης υπάρχει πόνος στο δεξιό υποχόνδριο που εμφανίζεται συνήθως σαν βάρος και αδυναμία του αρρώστου να πάρει βαθιά εισπνοή λόγω του πόνου. Ο πυρετός είναι διαλείπων και

υπάρχει και λευκοκυττάρωση. Το ήπαρ εμφανίζεται διογκωμένο και ευαίσθητο στη ψηλάφηση. Το υπέρηχο ήπατος καθώς και η αξονική και το σπινθηρογράφημα του ήπατος με ραδιενεργό γάλλιο, βοηθούν στη διάγνωση. Όταν υποψιαζόμεθα ηπατικό απόστημα παίρνομε αίμα για αιμοκαλλιέργεια και ειδικά αμοιβαδικά test. Πρέπει να σημειωθεί ότι πολλοί άρρωστοι με αμοιβαδικό απόστημα στο ήπαρ δεν έχουν αμοιβάδωση στο έντερο και έτσι η εξέταση των κοπράνων για παράσιτα πολλές φορές δεν βοηθά. Η θεραπεία είναι χειρουργική παροχέτευση του αποστήματος και χορήγηση αντιβιοτικών (συνήθως δίδομε metronidazole 750 mgX3 ημερησίως ενδοφλέβια ή από το στόμα μαζί με μια κεφαλοσπορίνη σε δόση 2 gr κάθε 6 ώρες). Στη περίπτωση του αμοιβαδικού αποστήματος χορηγούμε αντιαμοιβαδικά φάρμακα.

5. **Ηπατίδα.** Χαρακτηρίζεται από ένα στάδιο 15-30 ημερών που οι άρρωστοι αναφέρουν ένα βάρος στο δεξιό υποχόνδριο και έχουν ανορεξία, κακουχία, ναυτία και εμετό, ή συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού. Μετά προστίθενται ο πυρετός ίκτερος, και ηπατομεγαλία. Τα λευκά δεν επηρεάζονται συνήθως, αλλά έχουμε μεγάλη αύξηση των ηπατικών ενζύμων (τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση). Η αύξηση του χρόνου προθρομβίνης αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο όταν βρεθεί και υποδηλώνει οξεία κιτρίνη ατροφία του ήπατος. Η συχνότερη αιτία είναι η ιογενής φλεγμονή, ο κίτρινος πυρετός, ιογενείς λοιμώξεις (μεγαλοκυτταροϊός, ιός Epstein-Barr) και το αλκοόλ. Η αλκοολική διαφοροδιαγιγνώσκεται από την ιογενή από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και από τα επίπεδα των τρανσαμινάσων που είναι στην αλκοολική <1000 UI/dl, ενώ στην ιογενή είναι πολύ πιο αυξημένα. Οι άρρωστοι πρέπει να νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο ιδιαίτερα όταν υπάρχει διαταραχή της πηκτικότητας, ή σημεία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, ή αφυδάτωση. Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση διαλυμάτων γλυκόζης 5% για την ενυδάτωση του αρρώστου, ελαφρά και αυστηρά υγιεινή διατροφή και αποφυγή λήψης ηπατοτοξικών ουσιών (αλκοόλ). Οι άρρωστοι με ιογενή ηπατίτιδα πρέπει να νοσηλεύονται με προσοχή για το κίνδυνο της διάδοσης της νόσου σε υγιή άτομα, και πρέπει να αποφεύγονται οι οικογενειακές επαφές.

Γ) ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. **Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.** Η ρήξη του κοιλιακού ανευρύσματος συνοδεύεται από έντονο ξαφνικό πόνο στη κοιλιά και ιδιαίτερα προς την οσφυϊκή χώρα που ίσως να αντανακλά και στη πλάτη. Συνήθως οι άρρωστοι αναφέρουν μικροπονάκια στο ιστορικό τους μια με δύο μέρες πριν από τη ρήξη. Πολλές φορές ο πόνος συνοδεύεται από απώλεια συνείδησης, ή και λιποθυμία ή και ορθοστατική υπόταση ως αποτέλεσμα της απώλειας αίματος. Μετά τη πρώτη αιμορραγία, ο πόνος μπορεί να ελαττωθεί και η λιποθυμία μπορεί να εξαφανισθεί, αλλά αυτά τα σημεία υποτροπιάζουν και καταλήγουν προοδευτικά σε ολιγαιμικό shock. Όταν το ανεύρυσμα είναι διαχωριστικό είναι δύσκολη η ψηλάφηση των σφύξεων περιφερικότερα του ανευρύσματος. Αυτό όμως μπορεί να συμβεί και στη ρήξη όπου έχουμε ελάττωση ή και εξαφάνιση των σφύξεων περιφερικά του ανευρύσματος. Επίσης μπορεί να έχουμε ψηλαφητή σφύζουσα μάζα στο επιγάστριο που χαρακτηριστικό έχει ότι ψηλαφώνται σφύξεις κατά το πρόσθιο-οπίσθιο και κατά τον πλάγιο-πλάγιο άξονα. Αντίθετα εάν υπάρχουν σφύξεις μόνο κατά τον πρόσθιο-οπίσθιο άξονα μπορεί να είναι επέκταση των σφύξεων της αορτής από μια διάγκωση μπροστά από αυτή (όγκος στομάχου, εγκαρσίου κόλου, παγκρέατος κτλ.). Κατά την ακρόαση της κοιλιακής αορτής (στην λευκή γραμμή και δύο δάκτυλα άνωθεν του ομφαλού) ακούμε φύσημα. Όταν η ρήξη του ανευρύσματος είναι στην οπισθοπεριτοναϊκή χώρα, ή έλευση του shock έρχεται βραδύτερο και τα κοιλιακά συμπτώματα μπορεί να είναι πολύ λιγότερα. Τη διάγνωση βοηθούν η α/α κοιλίας σε ξαπλωμένη θέση και όρθια, το υπερηχογράφημα, και η αξονική τομογραφία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την επείγουσα αορτογραφία. Η θεραπεία είναι άμεσα χειρουργική. Μέχρι να μεταβεί ο άρρωστος στο χειρουργείο τοποθετούνται δύο φλεβικές γραμμές ευρείες και μάλιστα η μια από κεντρική φλέβα για να μπορούμε να μετρούμε την κεντρική φλεβική πίεση, γίνεται λήψη αίματος για διασταύρωση με 10 μονάδες αίματος και για εργαστηριακές εξετάσεις, και χορηγούμε κρυσταλοειδή διαλύματα και υποκατάστατα αίματος για διατήρηση καλή αρτηριακής πίεσης. Η θνησιμότητα όμως φθάνει περίπου το 100%.
2. **Ισχαιμική κολίτιδα.** Συνήθως υπάρχει ιστορικό κοιλιακής και είναι πρόδηλη η αγγειακή νόσος. Συχνά αναφέρονται παρ' όμοια επεισόδια με απότομη έναρξη και ποικίλου βαθμού βαρύτητα. Ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται οπουδήποτε στη κοιλιά, ή μπορεί να είναι διάχυτος. Σοβαρή κολίτιδα

συνήθως συνοδεύεται από αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις. Η ισχαιμική περιοχή μπορεί να προχωρήσει στην γάγγραινα εάν η ισχαιμία είναι μεγάλη και επιβαρυνθεί από την αιμορραγία. Εάν η ισχαιμία είναι μικρή μπορεί να θεραπευθεί με ενδοσκοπική καυτηρίαση (Laser). Τα εργαστηριακά test μπορεί να μη δείχνουν ειδικές ανωμαλίες αν και αιμοσυμπύκνωση, και αξωθαιμία είναι αρκετά συχνή εκδήλωση. Το test που επιβεβαιώνει την διάγνωση, της ισχαιμικής κολίτιδας είναι η ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή η κολονοσκόπηση. Βοηθούν ακόμη ο βαριούχος υποκλυσμός, και η εκλεκτική αγγειογραφία της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Η θεραπεία συνίσταται σε αντιμετώπιση του ολιγαϊμικού shock, με τη χορήγηση κρυσταλοειδών και άλλων διαλυμάτων, αίματος και τη χορήγηση αντιβιοτικών. Σπάνια χρειάζεται να γίνει επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

3. **Θρόμβωση μεσεντερίων αγγείων.** Οι άρρωστοι συνήθως παραπονούνται από ξαφνικό πόνο οξύ και έντονο που είναι διάχυτος στη κοιλιά, ή εντοπίζεται περιομφαλικά και στο υπογάστριο. Συνήθως δύσκολα μπορεί να εντοπισθεί η θέση του πόνου από τον άρρωστο και συχνά δεν ανακουφίζεται από τη χρήση παυσίπων, ακόμη και ναρκωτικών αναλγητικών. Είναι πόνος συνεχής και σπάνια εκδηλώνεται και ως κωλικός. Μπορεί να υπάρχει ναυτία, εμετός, και διαρροϊκές κενώσεις με αποβολή αίματος από τα κόπρανα. Στην αρχή δεν υπάρχουν φυσικά σημεία. Με τη πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται κοιλιακή διάταση, κοιλιακή ευαισθησία, και shock. Επίσης υπάρχει λευκοκυττάρωση, αιμοσυμπύκνωση, αξωθαιμία. Η μεταβολική οξέωση είναι συχνή και συνοδεύει τη μεσεντέριο θρόμβωση περισσότερο. Στην α/α κοιλίας σε όρθια θέση περιγράφεται αέρας στη πυλαία φλέβα που είναι κατά τους συγγραφείς χαρακτηριστικό διαγνωστικό σημείο. Η θεραπεία είναι η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. Γίνεται όμως μέχρι τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για την αποκατάσταση του ενδοαγγειακού χώρου καθώς και αντιβιοτικών.
4. **Ρήξη σπληνός.** Η ρήξη του σπληνός συνήθως γίνεται μετά τραυματισμό στο κατώτερο ημιθώρακιο άσχετα εάν έχει γίνει κάταγμα ή όχι των κατώτερων πλευρών. Σπάνια ο σπλήνας μπορεί να ραγεί μετά από ασήμαντη ή παραβλεφθείσα κάκωση και γίνεται πιο συχνά όταν έχει διογκωθεί από κάποια παθολογική αιτία (όπως λευχαιμία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, AIDS, λείσμανίαση κτλ.). Η σπληνική βλάβη μπορεί να εκδηλωθεί αρκετές μέρες μετά από την αρχική βλάβη που την προκάλεσε. Η διαφυγή αίματος στη περιτοναϊκή κοιλότητα είναι αιτία κοιλιακού πόνου και ευαισθησίας κοιλιακής και πολλές φορές αντανάκλα στην αριστερά ωμοπλάτη (σημείο του Kehr). Ταχυκαρδία υπόταση και πτώση του αιματοκρίτη είναι πολύ συχνά φαινόμενα και πολλές φορές μπορεί να φθάσει μέχρι ολιγαϊμικό shock. Σπάνια οι άρρωστοι παρουσιάζουν λιποθυμικά επεισόδια και shock χωρίς να υπάρχουν κοιλιακά συμπτώματα. Στη κλινική εξέταση βρίσκομε συνήθως ευαισθησία στο αριστερό υποχόνδριο κατά τη ψηλάφηση και αντίσταση ή σύσπαση των κοιλιακών μυών αριστερά, ή και διάταση των εντερικών ελίκων. Τη διάγνωση βοηθά πολύ η ανεύρεση ευαισθησίας πάνω από την 9η ή τη 10η πλευρά, ή εξαφάνιση του χώρου του Traube επικρουστικά. Τη διάγνωση επίσης βοηθούν η αξονική τομογραφία, το υπέρηχο του σπληνός, και η πλύση της κοιλιάς ιδιαίτερα όταν δεν βρεθεί αίμα κατά τη παρακέντηση. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση ή συρραφή του σπλήνα ανάλογα με την βλάβη, την εμπειρία του χειρουργού και την ηλικία του ασθενούς. Μέχρι να μεταφερθεί στο χειρουργείο χρειάζεται να τοποθετηθούν δύο μεγάλες φλεβικές γραμμές η μια κατά προτίμηση σε κεντρική φλέβα για τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (ΚΦΠ). Λαμβάνεται αίμα για εξετάσεις και διασταύρωση 4-8 φιαλών αίματος, και χορήγηση υγρών και υποκατάστατα αίματος για αναπλήρωση του όγκου του αίματος.
5. **Έμφραγμα του σπληνός.** Συνήθως συμβαίνει σε αρρώστους με παθολογικές παθήσεις, κύρια αιματολογικές (όπως αιμοσφαιρινοπάθειες, κτλ.). Σπάνια μπορεί να είναι αιτία μιας σηπτικής ενδοκαρδίτιδας ή κάποιας άλλης εμβολής. Υπάρχει πόνος στο αριστερό υποχόνδριο και σπάνια αντανάκλα στην αριστερή ωμοπλάτη. Δεν υπάρχουν τα σημεία της καταπληξίας που βρίσκομε συχνά στη ρήξη του σπλήνα και υπάρχει σπληνομεγαλία με ψηλαφητό συνήθως τον σπλήνα και ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση. Η αξονική τομογραφία και το υπέρηχο του σπληνός βοηθούν συχνά πολύ τη διάγνωση. Η θεραπεία είναι ειδική της αιτίας που τη προκάλεσε και συμπληρωματικά χορηγούνται παυσίπονα και αντιβίωση. Σε περίπτωση ρήξης προχωρούμε σε σπληνεκτομή. Επί αποστήματος σε παροχέτευση αυτού ή εάν είναι δυνατή η σπληνεκτομή με συναφαίρεση του αποστήματος.

Δ) ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΦΟΡΩΝ

1. **Κωλικός του νεφρού.** Εμφανίζεται με ξαφνικό δυνατό πόνο στην οσφυϊκή χώρα, κωλικοειδή, που ακολουθείται από αιματουρία και αντανάκλα κατά μήκος του ουρητήρα. Ο άρρωστος κατά το κωλικό περιστρέφεται στο κρεβάτι και προσπαθεί να βρει μια θέση για να ανακουφισθεί από το πόνο, σε αντίθεση προς τον άρρωστο με περιτονίτιδα που παραμένει ακίνητος στο κρεβάτι του. Πολλές φορές ο άρρωστος αναφέρει παρόμοια επεισόδια κωλικών στο παρελθόν. Η πλήξη στην οσφυϊκή χώρα είναι πολύ επώδυνος και στην α/α NOK (νεφρών ουρητήρων κύστεως) η πέτρα είναι ορατή στο 90% των περιπτώσεων. Στη διάγνωση πολύ βοηθά και το υπέρηχο των νεφρών. Η ενδοφλέβια πυελογραφία επιβεβαιώνει τη διάγνωση αλλά πρέπει να γίνεται μετά τη πάροδο του κωλικού 10-15 ημέρες. Μπορεί να συνυπάρχει φλεγμονή της ουροφόρου οδού γι αυτό πρέπει να γίνεται καλλιέργεια ούρων πάντα. Η θεραπεία είναι κυρίως συντηρητική και συνίσταται κυρίως σε χορήγηση σπασμολυτικών, και παυσίπων, αντιβίωσης και λήψη άφθονων υγρών.
2. **Πυελονεφρίτιδα.** Οι άρρωστοι παρουσιάζουν δυσουρία, συχνουρία, πυρετό και ρίγος, και πόνο στην οσφύ και στη πλάγια κοιλιακή χώρα σπανιότερα. Έχουν σημείο Giordano θετικό, κακουχία, ναυτία και εμετό, και στη καλλιέργεια και στο άμεσο παρασκεύασμα των ούρων ανευρίσκονται μικρόβια και λευκοκύτταρα. Η θεραπεία συνίσταται σε ενυδάτωση, χορήγηση καταλλήλων αντιβιοτικών και παυσίπων. Πρέπει να γίνεται πάντα καλλιέργεια ούρων πριν την χορήγηση αντιβίωσης.
3. **Έμφρακτο του νεφρού.** Συνήθως οφείλεται σε αρτηριακή εμβολή από ενδοκαρδίτιδα. Ανευρίσκουμε πόνο στην οσφύ με αιματουρία, και νεφρική ευαισθησία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την αξονική τομογραφία, τη νεφρική αγγειογραφία, το υπέρηχο του νεφρού και το σπινθηρογράφημα του νεφρού. Η θεραπεία είναι μη ειδική. Συνήθως αντιμετωπίζεται η ενδοκαρδίτιδα και χορηγούμε αντιπηκτική αγωγή εάν δεν έχει προστεθεί.

E) ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. **Οξεία παγκρεατίτιδα.** Χαρακτηρίζεται από έντονο και σοβαρό επεισόδιο πόνου στο επιγάστριο που αντανάκλα ζωστροειδώς προς την αριστερή οσφυϊκή χώρα και συχνά συνοδεύεται από ναυτία και εμετό. Η κλινική εικόνα του αρρώστου στις πρώτες 6 ώρες μοιάζει με κωλικό του ήπατος, στη συνέχεια τις επόμενες 12-16 ώρες μοιάζει με διάτρηση έλκους και μετά το πρώτο 24ωρο ομοιάζει με του ειλεού. Ο άρρωστος έχει ταχυκαρδία πτώση της πίεσης και μπορεί να παρουσιάσει και πραγματικό shock. Στη κλινική εξέταση υπάρχει ευαισθησία στο επιγάστριο κατά τη ψηλάφηση κατά μήκος του παγκρέατος, και υπάρχει δυσαναλογία των υποκειμενικών ενοχλημάτων του αρρώστου με τα ευρισκόμενα αντικειμενικά ευρήματα από τη κλινική εξέταση που είναι και χαρακτηριστικό γνώρισμα της πάθησης. Επίσης μπορεί να υπάρχει ελάττωση των εντερικών ήχων στην ακρόαση και ταχύπνοια και συγχυτικά φαινόμενα σε βαριές καταστάσεις. Σπάνια μπορούμε να ψηλαφίσουμε κοιλιακή μάζα στο επιγάστριο. Στη διάγνωση βοηθούν η μεγάλη αύξηση της αμυλάσης του αίματος και των ούρων, της λιπάσης του ορού, η λευκοκυττάρωση και η αιμοσυμπύκνωση, η πτώση του ασβεστίου του αίματος. Στις περιπτώσεις που συμμετέχουν και φλεγμονές των σιελολόγων αδένων η αναζήτηση του παγκρεατικού ισοένζυμου της αμυλάσης είναι χρήσιμος για την διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας. Εάν υπάρχει shock και oligουρία πιο διαγνωστική από την αμυλάση αίματος και ούρων είναι ο λόγος της κάθαρσης της αμυλάσης προς τη κάθαρση της κρεατινίνης. Στη διάγνωση βοηθούν και η μέτρηση της αμυλάσης του περιτοναϊκού υγρού, ή και του θωρακικού υγρού ιδίως αριστερά. Για την έγκαιρη αντιμετώπιση των αναπνευστικών επιπλοκών της οξείας παγκρεατίτιδας καλό είναι να παίρνονται κατά την είσοδο του αρρώστου και αέρια αρτηριακού αίματος. Στην α/α κοιλίας σε όρθια θέση μπορεί να βρούμε τη συνοδό έλικα ή τη φρουρό έλικα, στη NOK εξαφάνιση της σκιάς των λαγονοψοϊτών και στην α/α θώρακος πλευριτικό υγρό ιδίως αριστερά. Η αξονική τομογραφία και το υπέρηχο του παγκρέατος βοηθούν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ο άρρωστος από το ιστορικό του μπορεί να αναφέρει και άλλα επεισόδια ή χολολιθίαση, ή χρόνια λήψη αλκοόλ. Η θεραπεία στην αρχή είναι συντηρητική και συνίσταται:
 - Στην τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα για λήψη εργαστηριακών εξετάσεων και στην συνέχεια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ανάλογα με τα ελλείμματα.

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και διακοπή της σίτισης του αρρώστου από το στόμα. Χορήγηση ισχυρών αναλγητικών που δεν επηρεάζουν τον σφιγκτήρα του Oddi, όπως πεθιδίνη κτλ. (Αποφεύγουμε την χορήγηση μορφίνης που προκαλεί σπασμό στον σφιγκτήρα του Oddi).
- Χορήγηση αντιοξίνων φαρμάκων, και αναστολέων των H₂ υποδοχέων για την ελάττωση της γαστρικής οξύτητας του στομάχου.
- Χορήγηση σωματοστατίνης για την καταστολή της παγκρεατικής έκκρισης.
- Αντιμετώπιση του υπάρχοντος shock.

Χορήγηση αμφιλεγόμενων φαρμάκων όπως κορτιζόνης εάν χρειάζεται, trazylol πρέπει να γίνεται μόνο στις 48 πρώτες ώρες αν και αμφισβητείται η αποτελεσματικότητά τους από πολλούς.

Την οξεία παγκρεατίτιδα την χειρουργούμε όταν:

- Σε περιπτώσεις αδυναμίας να τεθεί η διάγνωση (περίπου στο 5% των παγκρεατιτίδων).
- Σε παρουσία τοπικών επιπλοκών της νόσου (αιμορραγία από διάβρωση αγγείου, ψευδοκύστες, αποστήματα).
- Στις περιπτώσεις χολολιθιασικής παγκρεατίτιδας τα δύο πρώτα 24ωρα από την έναρξη της.
- Σε περίπτωση επιδείνωσης του αρρώστου παρά την συντηρητική αγωγή

Στ) ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. **Εξωμήτριος κύηση.** Παρουσιάζεται με ξαφνικό πόνο στο υπογάστριο και τη πλάγια κοιλιακή χώρα. Η ασθενής παρουσιάζει καθυστέρηση της περιόδου και το test κύησης είναι θετικό. Στη παρακέντηση κοιλιάς βρίσκεται αίμα. Η ασθενής αναφέρει μικροενοχλήματα προ της ρήξης. Επίσης αναφέρει ναυτία και εμετό χωρίς όμως πυρετό. Κατά την αντικειμενική εξέταση βρίσκουμε ορθοστατική υπόταση και title test θετικό. Στη γυναικολογική εξέταση βρίσκουμε ευαισθησία στη κινητικότητα της μήτρας και φλεγμονώδη μάζα πιθανόν στο εξάρτημα. Το υπερηχογράφημα της κάτω κοιλιάς αποκαλύπτει αίμα στη κοιλιά και μάζα στη σάλπιγγα. Το test εγκυμοσύνης στο αίμα είναι θετικό ενώ αντίθετα στα ούρα μπορεί να είναι και αρνητικό. Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση της αρρώστου με εγχείρηση, το ταχύτερο δυνατό. Μέχρι τη μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο χορηγούμε υγρά και αίμα για την αποκατάσταση των απωλειών.
2. **Οξεία σαλπιγγίτιδα.** Ο πόνος αυξάνεται προοδευτικά και εντοπίζεται στη πύελο και τη κάτω κοιλιά και αντανακλά μέχρι την οσφύ. Μπορεί να υπάρχει πονοκέφαλος, υψηλός πυρετός, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετός. Οι άρρωστες παρουσιάζουν έντονο πόνο κατά τη γυναικολογική εξέταση στη κίνηση της μήτρας από το τράχηλο και λευκοκυττάρωση. Μερικές φορές μπορεί να ψηλαφίσουμε φλεγμονώδη μάζα στο εξάρτημα. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αντιβίωσης.
3. **Ρήξη κύστης της ωοθήκης.** Παρουσιάζεται με ξαφνικό οξύ πόνο στην κάτω κοιλιά και τη πύελο. Συνήθως δεν υπάρχουν γαστρεντερικά συμπτώματα και δεν υπάρχει λευκοκυττάρωση, και η εξέταση για εγκυμοσύνη είναι αρνητική. Η θεραπεία είναι συντηρητική, αλλά η άρρωστη παραμένει απαραίτητα στο Νοσοκομείο για παρακολούθηση.
4. **Συστροφή κύστης ή άλλου όγκου της ωοθήκης.** Χαρακτηρίζεται από ξαφνικό ετερόπλευρο πόνο στη κάτω κοιλιά ή τη πύελο που κύρια αλλάζει σε διάφορες θέσεις. Δεν υπάρχει θετικό test εγκυμοσύνης, ή συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Η θεραπεία είναι χειρουργική.
5. **Ενδομητρίωση.** Συνήθως έχουν ιστορικό στειρότητας, δυσμηνόρροιας, και προηγούμενα επεισόδια ή κωλικοί στη κάτω κοιλιά και με αντανάκλαση στην οσφύ. Ο πόνος επιδεινώνεται κατά την εμμηνορροσία. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται σταδιακά ή και ξαφνικά εάν υπάρχει και συνοδός ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Πολλές φορές αναφέρεται επώδυνος συνουσία. Από τη γυναικολογική εξέταση μπορεί να βρούμε ευαισθησία στη γυναικολογική εξέταση και τη κινητικότητα της μήτρας. Η θεραπεία είναι συντηρητική με χορήγηση παυσίπων και ορμόνες (danatrol). Σπάνια χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση ιδίως όταν υπάρχει ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Ζ) ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ

1. **Πρωτοπαθής περιτονίτιδα.** Εμφανίζεται κύρια σε αρρώστους με προϋπάρχοντα ασκίτη και με κίρρωση του ήπατος ή νεφρωσικό σύνδρομο. Τα συμπτώματα ποικίλουν, αλλά συνήθως υπάρχουν

πυρετός, κοιλιακός πόνος και κοιλιακή ευαισθησία. Τα πιο διαγνωστικά test είναι η καλλιέργεια αίματος, και του περιτοναϊκού υγρού, η λευκοκυττάρωση και η ανεύρεση βακτηριδίων στο ασκητικό υγρό. Η μεσογειακή αναιμία προκαλεί στείρα περιτονίτιδα στην οποία δύσκολα βρίσκουμε βακτηρίδια στο περιτοναϊκό υγρό. Η θεραπεία συνίσταται στη λήψη καλλιεργιών αίματος και περιτοναϊκού υγρού (ακόμη και για το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης), στη θεραπεία του shock, εάν υπάρχει, χορηγούμε κρυσταλοειδή διαλύματα και αντιβιοτικά όπως κεφαλοσπορίνες σε μεγάλες δόσεις και προσαρμόζεται ανάλογα με τα αποτελέσματα της καλλιέργειας.

H) ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. ***Οπισθοπεριτοναϊκή αιμορραγία.*** Είναι σπάνια πάθηση και μπορεί να προκληθεί δευτεροπαθώς από τραύμα ή ιδιοπαθώς από διαταραχές της πήκτικότητας από φάρμακα ή από διάφορες παθήσεις. Ο πόνος στη ράχη και κοιλιακός πόνος είναι παρόντα. Επίσης είναι θετικό το σημείο του ψοΐτου. Η αξονική τομογραφία δείχνει τη θέση της αιμορραγίας στις περισσότερες περιπτώσεις. Η θεραπεία του shock με ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλοειδών διαλυμάτων και υποκατάστατα αίματος, και στέλνουμε για διασταύρωση αίμα. Διορθώνουμε τη πήκτικότητα με μεταγγίσεις αιμοπεταλίων και παραγόντων πήξεως.

Θ) ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Υπάρχει μια ομάδα παθήσεων που παρουσιάζουν οξύ κοιλιακό πόνο που μοιάζει με οξεία κοιλία αλλά δεν χρειάζονται χειρουργική θεραπεία. Οι κυριότερες είναι: η πυελονεφρίτιδα, η σαλπινγίτιδα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η λοβώδης πνευμονία, η διαβητική ή η ουραιμική οξέωση, κατά πλάκας σκλήρυνση, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η πορφυρία κτλ. Γενικά θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας όταν προχωρούμε στην διαφορική διάγνωση μια κατάστασης που μοιάζει με οξεία κοιλία ότι αυτή μπορεί να οφείλεται:

- Σε παθήσεις των οργάνων της περιοχής που εντοπίζεται ο οξύς κοιλιακός πόνος
- Σε παθήσεις που δίδουν αντανάκλαση στη κοιλία (όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, λοβώδης πνευμονία, κτλ.)
- Σε γενικές (συστηματικές) παθήσεις που παρουσιάζουν οξύ κοιλιακό πόνο(μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, πορφυρία, οξέωσεις, τραύματα σπονδυλικής στήλης, νωτιάδα φθίση, δηλητηριάσεις από βαρέα μέταλλα όπως ψευδάργυρο, μόλυβδο κτλ)