



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ,
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΚΑΣΚΟΥΤΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΛΑΣΚΑΡΗ ΖΑΧΑΡΩ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΠΑΤΡΑ- 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κοιλιακό άλγος είναι ένα σύμπτωμα και όχι μια πάθηση. Σχεδόν όλοι κάποια στιγμή θα βιώσουν έναν τέτοιο πόνο. Οι περισσότερες αιτίες κοιλιακού άλγους δεν είναι σοβαρές και μπορούν να διαγνωσθούν και να αντιμετωπιστούν εύκολα και γρήγορα. Ωστόσο, ο κοιλιακός πόνος μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι το σημάδι μιας σοβαρής ασθένειας. Ο κοιλιακός πόνος διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Είτε πρόκειται για ήπιο πόνο, οξύ πόνο ή κράμπες, ο κοιλιακός πόνος έχει πολλές πιθανές αιτίες και κοινή συμπτωματολογία και για αυτό είναι προτιμότερο να απευθυνόμαστε στον γιατρό.

Η παρούσα εργασία συντάχθηκε με σκοπό την διερεύνηση των πτυχών αυτών των παθήσεων, τον τρόπο αντιμετώπισής τους και δίνοντας έμφαση στον ρόλο της νοσηλευτικής επιστήμης σε αυτό.

Η εργασία υλοποιήθηκε με ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Heal-Link καθώς και σε επίσημες ιστοσελίδες υπουργείων υγείας, φορέων και ιδρυμάτων σχετιζόμενων με παθήσεις που αφορούν το κοιλιακό άλγος. Υλικό μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα ηλεκτρονικά και έντυπα βιβλία, άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Τέθηκαν περιορισμοί όσον αφορά τη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλιογραφιών και χρησιμοποιήθηκε μόνο βιβλιογραφία σε Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική ευθύνεται τόσο για τη φροντίδα του ασθενή με κοιλιακό άλγος όσο και για την ορθή και σφαιρική πληροφόρησή του σχετικά με την πάθηση από την οποία προκλείεται.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: κοιλιακό άλγος, πόνος, οξύς πόνος, χρόνιος πόνος, παθήσεις κοιλιακής χώρας, αντιμετώπιση πόνου, νοσηλευτική φροντίδα.

SUMMARY

The abdominal pain is a symptom and not a condition. Almost all of us will at some point experience such pain. Most causes of abdominal pain are not serious and can be diagnosed and treated easily and quickly. However, abdominal pain can in some cases be a sign of a serious illness. Abdominal pain is divided into acute and chronic. Whether it is mild pain, acute pain or cramps, abdominal pain has many possible causes and common symptoms and that is why it is best to consult a doctor.

This paper was prepared to investigate the aspects of these diseases, how to treat them and emphasizing the role of nursing science in it.

The paper was implement by reviewing Greek and foreign language literature in the electronic databases PubMed, Google Scholar, Heal-Link as well as on official websites of ministries of health, agencies and institutions related to diseases related to abdominal pain. Study material consisted of selected electronic and printed books, articles, reviews and systematic studies. Restrictions were placed on the language of publication of the bibliographies and only bibliography in Greek and English was used.

A perioperative nursing is responsible both for the care of the patient with abdominal pain and for the correct and comprehensive information about the disease from which it is caused.

Keywords used: abdominal pain, pain, acute pain, chronic pain, abdominal diseases, pain management, nursing care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ.....	9
1.2 ΟΡΓΑΝΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ.....	10
1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ.....	13
1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ.....	15
1.5 ΜΥΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΠΟΝΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ.....	17
2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ.....	18
2.2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ.....	19
2.2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	19
2.2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ.....	20
2.2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ.....	20
2.2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-11.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	25
3.2 ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	25
3.3 ΤΥΠΟΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	26
3.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΠΟΝΟ

4.1	ΟΕΥΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	28
4.1.1	ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ.....	30
4.1.2	ΚΟΛΙΚΟΣ ΝΕΦΡΟΥ	31
4.1.3	ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	33
4.1.4	ΔΙΑΦΟΡΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	33
4.2	ΧΡΟΝΙΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	34
4.2.1	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ.....	35
4.2.2	ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΕΝΤΕΡΟ.....	36
4.2.3	ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Crohn.....	37
4.2.4	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο :ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1	ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	40
5.2	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	41
5.3	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

6.1	ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ.....	44
6.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	45
6.3	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	46
6.3.1	ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	46
6.3.2	ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	47
6.4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	48

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.....	50
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.....	54

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	
--------------------------	--

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κοιλιακός πόνος έχει πολλές αιτίες, από απλές έως πολύπλοκες παρουσιάσεις. Οι ασθενείς με κοιλιακό άλγος μπορεί να έχουν ορισμένες φυσιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες¹. Ο χρόνιος κοιλιακός πόνος χωρίζεται σε οργανικές και λειτουργικές αιτιολογίες. Οι οργανικές αιτιολογίες έχουν σαφή ανατομική, φυσιολογική ή μεταβολική αιτία. Ο χρόνιος κοιλιακός πόνος χωρίς σαφή πηγή, παρά τη διεξοδική διαγνωστική αξιολόγηση, συνήθως ονομάζεται λειτουργική διαταραχή. Ο λειτουργικός κοιλιακός πόνος πιστεύεται ότι προκύπτει από πολυπαραγοντική σπλαχνική υπερευαισθησία και δυσκινησία και από αλλοιωμένη λειτουργία του άξονα εγκεφάλου – εντέρου². Ο χρόνιος κοιλιακός πόνος είναι λιγότερο πιθανό από τον οξύ κοιλιακό πόνο να αποκαλύψει την υποκείμενη οργανική παθολογία. Ο οξύς κοιλιακός πόνος υποδηλώνει συχνά μια ξαφνική ανατομική αλλαγή όπως ένα αποφρακτό ή διάτρητο όργανο, μόλυνση, φλεγμονή ή ξαφνικό ισχαιμικό συμβάν².

Ο χρόνιος κοιλιακός πόνος είναι ένα συνηθισμένο παράπονο στις δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η συχνότητα εμφάνισης μη καθορισμένου κοιλιακού πόνου είναι 22,3 ανά 1000 άτομα πληθυσμού ανά έτος³. Ο επιπολασμός που αναφέρθηκε κυμαίνεται από 8% έως 54% . Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να αναφέρουν χρόνιο κοιλιακό άλγος . Ο επιπολασμός του παιδιατρικού λειτουργικού κοιλιακού πόνου είναι 13,5%³.

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιο κοιλιακό άλγος είναι συχνά δύσκολη και μπορεί να είναι μια απογοητευτική εμπειρία τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς⁴. Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό περιλαμβάνουν την αναφορά ευαισθησίας στο ιστορικό του ασθενούς, την κακή ευαισθησία κατά την φυσική εξέταση, μια ευρεία διαφορική διάγνωση που περιλαμβάνει αρκετές ειδικότητες και μια συχνά αρνητική διαγνωστική επεξεργασία⁴. Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών με χρόνιο κοιλιακό άλγος έχουν λειτουργικές διαταραχές του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως

σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ή λειτουργική δυσπεψία⁵. Ωστόσο, ο πόνος που σχετίζεται με αυτές τις διαταραχές είναι μη ειδικός και μπορεί να μοιάζει ή να συνυπάρχει με οργανικές διαταραχές. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αξιολόγηση ασθενών, στη λήψη ιστορικού και στη διαχείριση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

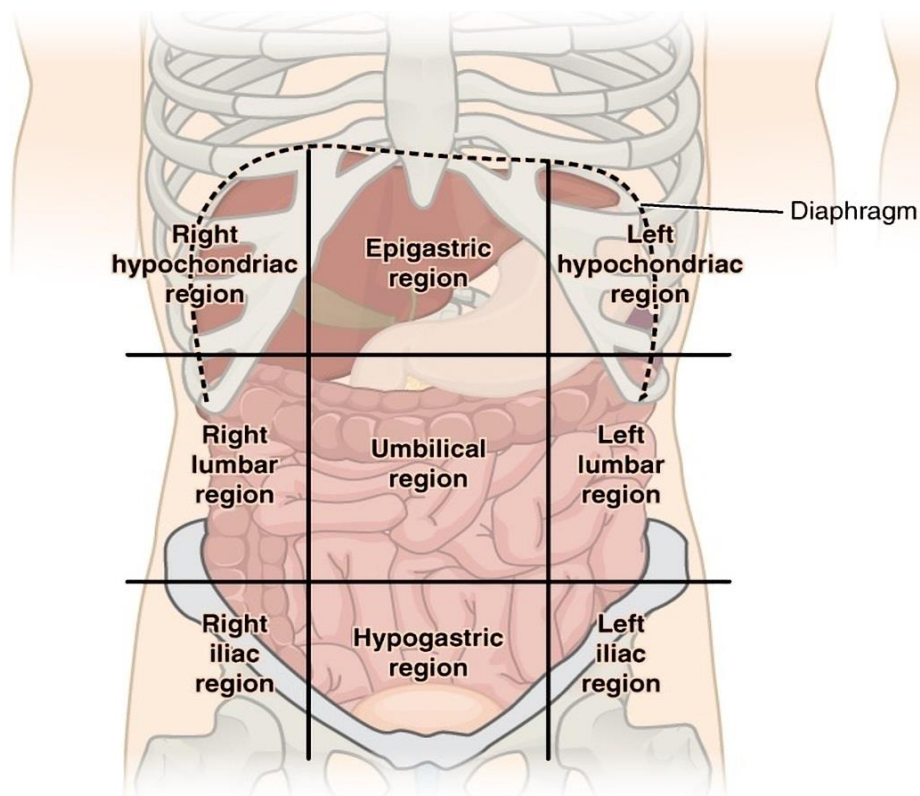
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ:

Η κοιλιακή χώρα (γνωστή ως κοιλιά) είναι το μέρος του σώματος το οποίο βρίσκεται μεταξύ θώρακα (στήθους) και της πυέλου (λεκάνης). Η άνω επιφάνεια της κοιλίας σχηματίζεται από το διάφραγμα , ενώ στο επίπεδο των πυελικών οστών, η κοιλιά τελειώνει και ξεκινά η λεκάνη⁶.

Στην κοιλιακή χώρα περιέχονται όλα τα πεπτικά όργανα, μεταξύ άλλων :

- Το στομάχι
- Το λεπτό έντερο
- Το παχύ έντερο
- Το πάγκρεας
- Το ήπαρ
- Τη χοληδόχο κύστη

Αυτά τα όργανα συγκρατούνται χαλαρά από συνδετικό ιστό (μεσεντέριο) που τους επιτρέπει να επεκτείνονται και να ολισθαίνουν το ένα έναντι του άλλου. Η κοιλιά περιέχει επίσης τα νεφρά και τον σπλήνα. Πολλά σημαντικά αιμοφόρα αγγεία διαπερνούν την κοιλιακή χώρα, συμπεριλαμβανομένης της αορτής, της κάτω κοίλης φλέβας, και δεκάδων από τα μικρότερα παρακλάδια τους⁶ .



(a) Abdominopelvic regions

Εικόνα 1: Διαμερισματοποίηση της κοιλιακής χώρας

1.2 ΟΡΓΑΝΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Στομάχι

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνες: τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, τον μυϊκό και τον ορογόνο. Ο βλεννογόνος, καλύπτει όλο τον αυλό του στομάχου είναι παχύς και αγγειοβριθής και υπό φυσιολογικές συνθήκες έχει απαλή βελούδινη εμφάνιση και ροζ χρώμα. Στο χόριο επίσης ανευρίσκονται αδενικά εκκριτικά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν τις διάφορες ουσίες (π.χ. υδροχλωρικό οξύ από τα τοιχωματικά κύτταρα, πεψίνη από τα θεμέλια κύτταρα). Τέλος στον βλεννογόνο ανήκει και η βλεννογόνιος μυϊκή στιβάδα (*muscularis propria*), η οποία αποτελείται από μια λεπτή στιβάδα λείων μυϊκών ινών, με κυκλοτερή διάταξη προς τα έσω και επιμήκη διάταξη προς τα έξω. Ο υποβλεννογόνιος αποτελείται από ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού, αμέσως κάτω από τον βλεννογόνο, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία μεγαλύτερου μεγέθους από όα αυτά του

βλεννογόνου. Στον υποβλεννογόνιο βρίσκεται επίσης και το νευρικό πλέγμα του Meissner. Θεωρείται ότι αυτό ελέγχει την εκκριτική λειτουργία του στομάχου. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και είναι υπεύθυνος για την κινητικότητα του στομάχου. Διακρίνονται δύο στιβάδες μυϊκών ινών: μια κυκλοτερής έσω στιβάδα και μία επιμήκης έξω στιβάδα. Μεταξύ των δύο αυτών στιβάδων βρίσκεται το μυεντερικό πλέγμα του Auerbach, το οποίο συμβάλλει στην κινητικότητα του στομάχου. Ο ορογόνος είναι η τελευταία προς τα έξω στιβάδα και αποτελείται από ένα στρώμα συνδετικού και λιπώδους ιστού μέσα από το οποίο διέρχονται διάφορα αιμοφόρα αγγεία και νεύρα⁷.

Λεπτό έντερο

Το λεπτό έντερο, που αποτελεί τη συνέχεια του στομάχου, εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι το παχύ έντερο. Παρουσιάζει τρεις μοίρες: το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλέο. Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί την πρώτη, σχετικά ακίνητη, μοίρα του λεπτού εντέρου. Οφείλει το όνομά του στο γεγονός ότι το μήκος του είναι περίπου ίσο με το εύρος δώδεκα δακτύλων. Συνδέει το στομάχι με τη νήστιδα. Το δωδεκαδάκτυλο είναι όργανο οπισθοπεριτοναϊκό, και μόνο τμηματικά καλύπτεται από περιτόναιο. Σχηματίζει μια αγκύλη, σαν το λατινικό γράμμα C, μέσα στην οποία φιλοξενεί την κεφαλή του παγκρέατος. Διακρίνουμε τέσσερις μοίρες στο δωδεκαδάκτυλο. Η πρώτη μοίρα, η ανώτερη ή βολβός, είναι η συνηθέστερη θέση εντόπισης του έλκους του δωδεκαδακτύλου. Η δεύτερη μοίρα (νεφρική) έχει κατιούσα φορά και σε αυτήν εκβάλλει ο χοληδόχος και ο μείζων παγκρεατικός πόρος, με κοινή εκβολή, σε μια περιοχή που ονομάζεται φύμα του Vater. Λίγο πιο ψηλά εντοπίζεται το σημείο εκβολής του επικουρικού ή δευτερεύοντος παγκρεατικού πόρου. Η τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου (προαορτική) έχει κατεύθυνση από δεξιά προς τα αριστερά. Η τέταρτη μοίρα έχει ανιούσα φορά. Στο τέλος της ανιούσας μοίρας παρουσιάζεται μια απότομη αλλαγή στη φορά και δημιουργείται η νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή. Μετά την καμπή αυτή το δωδεκαδάκτυλο μεταπίπτει στη νήστιδα. Η καμπή αυτή οφείλεται στην πρόσφυση ενός συνδέσμου πάνω στο τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου, του συνδέσμου του Treitz, με ρόλο υποστηρικτικό. Η νήστιδα έχει μήκος 2.5 μέτρα περίπου και ο ειλέος έχει μήκος 4 μέτρα περίπου. Αδρά, οι έλικες της νήστιδας καταλαμβάνουν το άνω και αριστερό μέρος της κοιλιάς, ενώ οι έλικες του ειλεού καταλαμβάνουν το κάτω και δεξιό μέρος

της κοιλιάς. Οι εντερικές έλικες είναι εξαιρετικά ευκίνητες, διότι κρέμονται από μια πτυχή του περιτοναίου που ονομάζεται μεσεντέριο. Μπορούμε να φανταστούμε το μεσεντέριο σαν μια βεντάλια που εξορμάται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα (ρίζα του μεσεντερίου) και περικλείει με πτυχώσεις κάθε εντερική έλικα. Στο μέσο του λεπτού εντέρου και πλησίον του ομφαλού, μπορεί να παρουσιαστεί μια τυφλή προσεκβολή του τοιχώματος του λεπτού εντέρου, η απόφυση του Meckel. Πρόκειται για εμβρυογενετικό κατάλοιπο, κατά τη διαδικασία σχηματισμού του λεπτού εντέρου. Στο τέλος του ειλεού υπάρχει μια βαλβίδα, η ειλεοκολική βαλβίδα, μέσω της οποίας το εντερικό περιεχόμενο προωθείται στο τυφλό, την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου.⁷

Παχύ έντερο

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5 μέτρο και η διάμετρός του μειώνεται από το τυφλό προς το ορθό. Διακρίνεται σε τυφλό και κόλον. Το κόλον αποτελεί την δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και διακρίνεται σε ,ανιόν κόλον , εγκάρσιο κόλον, κατιόν κόλον, σιγμοειδές και ορθό. Στο παχύ έντερο αποθηκεύεται προσωρινά το υλικό που δεν έχει υποστεί πέψη μέχρι να αποβληθεί. Στο διάστημα αυτό γίνεται απορρόφηση νερού, αλάτων και ορισμένων βιταμινών, κυρίως της βιταμίνης Κ, που συμμετέχει στην πήξη του αίματος.⁷

Πάγκρεας

Το πάγκρεας βρίσκεται μπροστά από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, πίσω από το στομάχι. Έχει μήκος 10-15 cm, παρουσιάζει σχήμα σφηνοειδές και διακρίνεται σε κεφαλή, σώμα και ουρά. Το πάγκρεας αποτελεί αδένα με εξωκρινή και ενδοκρινή μοίρα. Η εξωκρινής μοίρα παράγει το σπυδαϊότερο από τα πεπτικά υγρά, το παγκρεατικό υγρό, ενώ η ενδοκρινής μοίρα παράγει την ινσουλίνη, η οποία ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων στον οργανισμό, καθώς και άλλες ορμόνες.⁷

Ήπαρ

Το ήπαρ αποτελεί τον μεγαλύτερο αδένιο του σώματος και βρίσκεται στο πάνω τμήμα της κοιλιακής κοιλότητας, κάτω από το διάφραγμα, καταλαμβάνοντας το δεξιό υποχόνδριο. Το βάρος του στους άνδρες κυμαίνεται μεταξύ 1400-1800gr και στις γυναίκες μεταξύ 1200-1400gr. Το ήπαρ διακρίνεται σε δύο λοβούς, τον δεξιό, που αποτελεί πάνω από το 75% και τον αριστερό, που αποτελεί το 25% της επιφάνειας του ήπατος. Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής, η οποία ρέει προς το δωδεκαδάκτυλο ή προς τη χοληδόχο κύστη, όπου και αποθηκεύεται. Στο ήπαρ προσέρχεται αίμα από την ηπατική αρτηρία, η οποία επιτελεί τη θρέψη του, και από την πυλαία φλέβα, η οποία μεταφέρει στο ήπαρ χρήσιμα συστατικά, από τα οποία το ήπαρ παρασκευάζει τα προϊόντα τα οποία εκκρίνει, όπως η ουρία, το ινωδογόνο, η προθρομβίνη και άλλες ουσίες. Στο ήπαρ επίσης γίνεται η αποδόμηση του γλυκογόνου.⁷

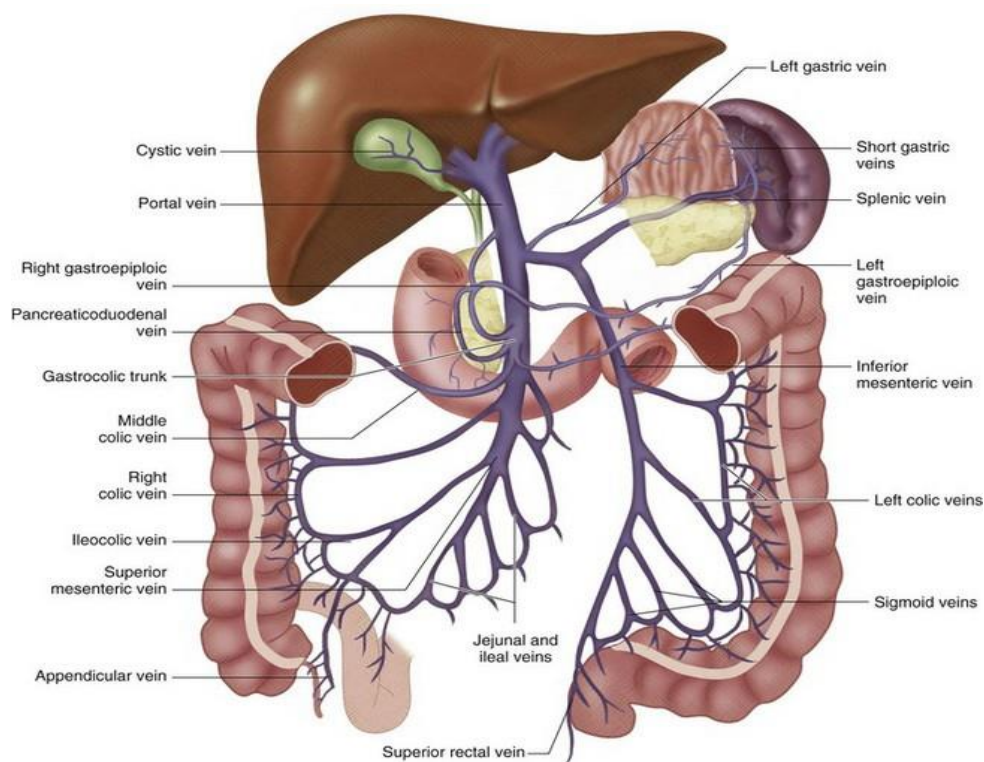
Χοληδόχος κύστη

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος και έχει σχήμα αχλαδιού. Το μήκος της είναι 8-10 cm και η χωρητικότητά της 30-50 cm³. Η χοληδόχος κύστη χρησιμεύει για την αποθήκευση της χολής που παράγεται από το ήπαρ, η οποία, μέσω του χοληδόχου πόρου, ρέει στο δωδεκαδάκτυλο κατά την πέψη της τροφής.⁷

1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Το κεντρικό κοιλιακό τοίχωμα διαποτίζεται από την ανώτερη επιγαστρική αρτηρία (κλάδος της εσωτερικής θωρακικής αρτηρίας) πάνω από τον ομφαλό και την κατώτερη επιγαστρική αρτηρία (κλάδος της εξωτερικής λαγόνιας αρτηρίας) κάτω από τον ομφαλό². Η φλεβική παροχέτευση επιτυγχάνεται μέσω των εσωτερικών και πλευρικών θωρακικών φλεβών ανώτερα, της επιφανειακής επιγαστρικής (κλάδος της μηριαίας φλέβας) και της κατώτερης επιγαστρικής (κλάδος εξωτερικού λαγόνου)

φλεβών κατώτερα. Η λεμφική αποστράγγιση πάνω από τον ομφάλιο λώρο επιτυγχάνεται κυρίως μέσω των μασχαλιαίων λεμφαδένων, αλλά αποστραγγίζει μικρές ποσότητες στους παρασπληνικούς λεμφαδένες. Κάτω από τον ομφαλό, η λεμφαδένας αποστραγγίζεται στους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες⁷.



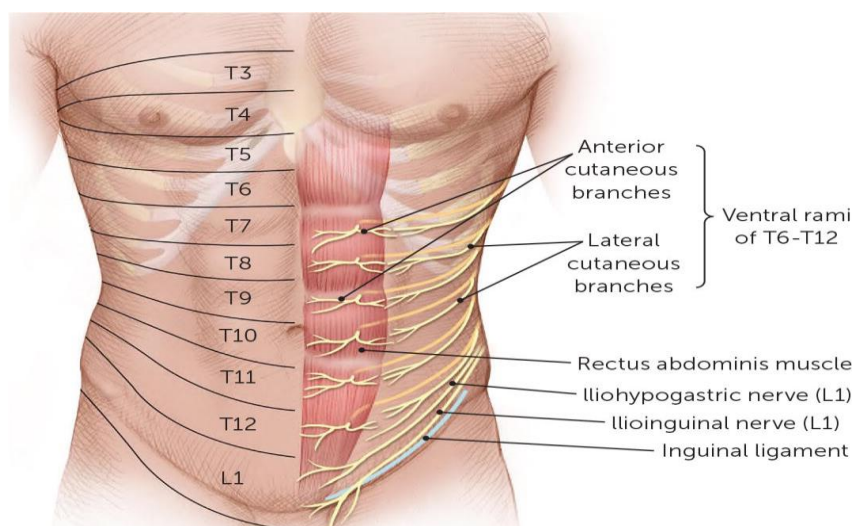
Εικόνα 2: Αρτηρίες της κοιλιακής χώρας

Εσωτερικά, η κοιλιά περιέχει δύο κύρια αιμοφόρα αγγεία - την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα. Η αορτή έχει τρεις κύριους κλάδους που χρησιμεύουν για την τροφοδότηση των οργάνων της γαστρεντερικής οδού, η οποία περιλαμβάνει την κοιλιακή, τις άνω και κάτω μεσεντέριες αρτηρίες. Αυτές οι αρτηρίες διακλαδίζονται από την αορτή πρόσθια, ενώ οι αρτηρίες που τροφοδοτούν τις δομές της οδού εκτός της γαστρεντερικής οδού, διακλαδίζονται πλευρικά ή οπίσθια. Παραδείγματα τέτοιων περιλαμβάνουν τις νεφρικές ή τις γοναδικές αρτηρίες. Η παροχή αίματος του γαστρεντερικού σωλήνα ακολουθεί τις περιοχές του εμβρυϊκού εντέρου, δηλαδή η κοιλιακή αρτηρία αιματώνει το εμπρόσθιο έντερο, η ανώτερη μεσεντερική αρτηρία τροφοδοτεί το μεσεντέριο και η κατώτερη μεσεντερική αρτηρία τροφοδοτεί το επιγάστριο⁷.

Η φλεβική αποστράγγιση από τα όργανα της πέψης συμβαίνει μέσω του πυλαίου συστήματος, ενώ η φλεβική αποστράγγιση της υπόλοιπης κοιλιακής χώρας πραγματοποιείται μέσω της της κάτω κοίλης φλέβας και των παρακλαδιών της. Το πυλαίο φλεβικό σύστημα αποτελείται από την ανώτερη μεσεντερική φλέβα, την κατώτερη μεσεντερική φλέβα (μαζί με την ανώτερη ορθική φλέβα), και τη σπληνική φλέβα και τα παρακλάδια της, οι οποίες ενώνονται για να σχηματίσουν την πύλη φλέβα. Ο στρογγυλός σύνδεσμος, το οποίο περιέχει το υπόλοιπο της ομφαλικής φλέβας⁷.

1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Το δέρμα και οι μύες του κοιλιακού τοιχώματος νευρώνονται από τους πρόσθιους και πλευρικούς δερματικούς κλάδους των θωρακοκοιλιακών νεύρων (T7-T11), το υποκοστιακό νεύρο (T12), το λαγονουπογάστριο νεύρο (L1, αίσθηση στην υπερηβική περιοχή) και λαγονοβουβωνικό νεύρο (L1, αίσθηση στον ομόπλευρο μεσαίο μηρό και όσχεο)⁷. Εντοσθιακά, το κοιλιακό νεύρο εξυπηρετεί παρασυμπαθητικά νευρώνοντας τη συντριπτική πλειοψηφία του γαστρεντερικού σωλήνα για να συμπεριλάβει το εμπρόσθιο και το μεσαίο έντερο.



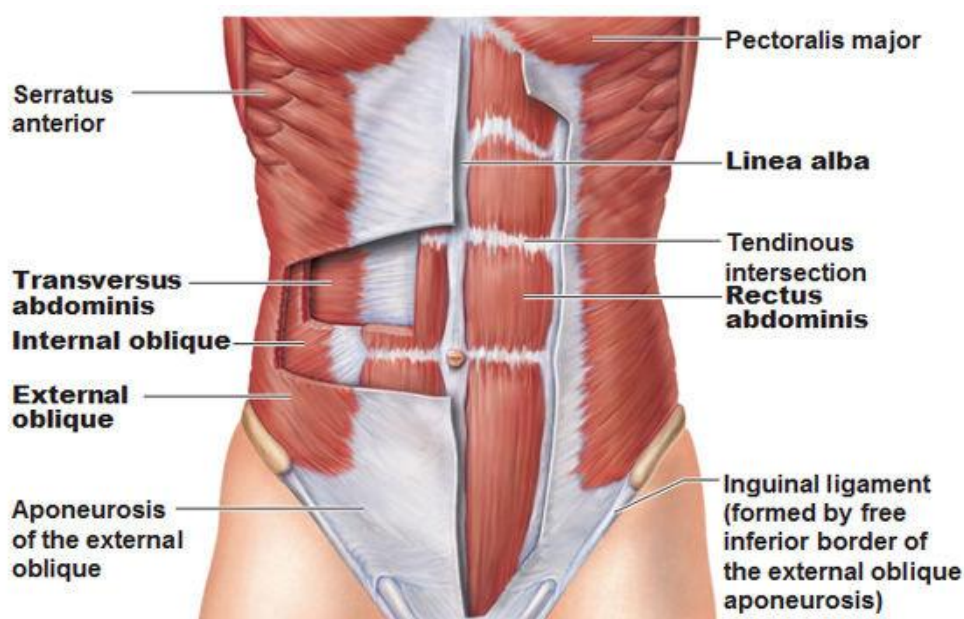
Εικόνα 3: Τα νεύρα της κοιλιακής χώρας

Το επιγάστριο λαμβάνει παρασυμπαθητική είσοδο από τις ιερές ρίζες S2, S3 και S4. Το εμπρόσθιο έντερο λαμβάνει συμπαθητική νεύρωση από το μεγαλύτερο θωρακικό σπλαχνικό νεύρο, το μεσεντέριο λαμβάνει συμπαθητική νεύρωση από το μικρότερο θωρακικό σπλαχνικό νεύρο και το επιγάστριο δέχεται συμπαθητική νεύρωση από τα οσφυϊκά σπλαχνικά νεύρα⁷.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το σπλαχνικό περιτόναιο και τα υποκείμενα όργανα δεν είναι ευαίσθητα στην αφή, τη θερμοκρασία ή τον ρήξη, αλλά αντιλαμβάνονται μάλλον τον πόνο μέσω των τεντωμάτων και των χημικών υποδοχέων⁷. Λόγω της νεύρωσης των οργάνων, ο πόνος εντοπίζεται ελάχιστα και αφορά τα δερματώματα από τα νωτιαία γάγγλια που παρέχουν τις αισθητηριακές ίνες. Κατά συνέπεια, ο πόνος στο εμπρόσθιο έντερο εντοπίζεται συνήθως στο επιγάστριο, στο μέσον του ομφάλιου λώρου και στο πίσω μέρος της ηβικής περιοχής .

1.5 ΜΥΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Οι κοιλιακοί μύες βοηθούν στη διαδικασία αναπνοής, προστατεύουν τα εσωτερικά όργανα, παρέχουν ορθοστατική στήριξη και χρησιμεύουν στην κάμψη, την έκταση και την περιστροφή του κορμού του σώματος⁸. Οι τέσσερις κύριες ομάδες κοιλιακών μυών, από τον εσωτερικό έως τον εξωτερικό είναι εγκάρσιος κοιλιακός, εσωτερικός πλάγιος, ορθός κοιλιακός και εξωτερικός πλάγιος. Οι εξωτερικές και εσωτερικές πλάγιες κινούνται διαγώνια και κάθετα μεταξύ τους.



Εικόνα 4: Οι Κοιλιακοί Μύες

Στη μέση γραμμή της κοιλιάς, η λευκή γραμμή, σχηματίζεται από την συνένωση των απονευρώσεων της εξωτερικής πλάγιας, εσωτερικής πλάγιας και εγκάρσιας κοιλιάς⁸. Η απονεύρωση του εσωτερικού πλάγιου μυός χωρίζεται για να ενθυλακώσει τους ορθούς κοιλιακούς μυς πάνω από την τοξοειδή γραμμή, ωστόσο, κάτω από την τοξοειδής γραμμή, τόσο η απονεύρωση της εσωτερικής πλάγιας όσο και η εγκάρσια κοιλιακή χώρα είναι πρόσθια προς τον ορθό κοιλιακό⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΟΝΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain IASP) ο πόνος ορίζεται ως «Μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία συσχετιζόμενη με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγραφόμενη με όρους μιας τέτοιας βλάβης»⁴. Σε μια πρόσφατη αναθεώρηση του ορισμού του πόνου η IASP επέκτεινε τον ορισμό με την προσθήκη έξι βασικών σημειώσεων, συμπεριλαμβανομένης και της ετυμολογίας της λέξης «πόνος» για περαιτέρω κατανόηση των επαγγελματιών υγείας αλλά και του κοινού. Οι πρόσφατες προσθήκες αναφέρουν ότι:

- Ο πόνος είναι πάντα μια προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται σε διάφορους βαθμούς από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες⁹.
- Ο πόνος και η αλγαισθησία είναι δύο διαφορετικά φαινόμενα. Ο πόνος δεν μπορεί να συναχθεί μόνο από τη δραστηριότητα στους αισθητήριους νευρώνες.
- Μέσα από τις εμπειρίες της ζωής τους, τα άτομα μαθαίνουν την έννοια του πόνου.
- Η αναφορά ενός ατόμου για μια εμπειρία ως πόνος πρέπει να γίνεται σεβαστή.
- Αν και ο πόνος συνήθως εξυπηρετεί έναν προσαρμοστικό ρόλο, μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργία και την κοινωνική και ψυχολογική ευημερία.

- Η λεκτική περιγραφή είναι μόνο μία από τις πολλές συμπεριφορές που εκφράζουν πόνο, η αδυναμία επικοινωνίας δεν αναιρεί την πιθανότητα ότι ένας άνθρωπος ή ένα μη ανθρώπινο ζώο βιώνει πόνο⁹.

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Παρόλο που η εμπειρία του πόνου ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο, είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν οι διαφορετικοί τύποι πόνου. Οι ταξινομήσεις πόνου είναι χρήσιμα εργαλεία για την αξιολόγηση και τη διάγνωση ασθενών με πόνο και μπορούν επίσης να καθοδηγήσουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων όταν οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διαπιστώνουν το καταλληλότερο σχέδιο θεραπείας¹⁰.

Υπάρχουν μερικά προβλήματα με την κατάλληλη αναγνώριση και θεραπεία του πόνου. Για παράδειγμα, υπάρχει πόνος όπου η αιτία είναι γνωστή, αλλά η θεραπεία είναι ανεπαρκής, όπως με διαταραχές των περιφερικών νεύρων, διαταραχές του ομφάλιου λώρου και διαταραχές του βαθιού ιστού, ή υπάρχει πόνος όπου η αιτία δεν είναι γνωστή αλλά η θεραπεία είναι αποτελεσματική, όπως ο πονοκέφαλος μέτριας ή υψηλής έντασης και η νευραλγία τριδύμου ή υπάρχει πόνος όπου η αιτία είναι άγνωστη και η θεραπεία είναι κακή ή ανεπαρκής, όπως παρατηρείται σε πονοκεφάλους ημικρανίας, πόνο στην πλάτη και μη ειδικό πυελικό ή κοιλιακό άλγος. Λόγω αυτών των ζητημάτων, εντοπίστηκε απλός και πιο περίπλοκος τρόπος για την ταξινόμηση του πόνου σύμφωνα με διάφορες παραμέτρους^{9,10}.

Ο πόνος καθορίζεται κυρίως σύμφωνα με τη διάρκεια (χρόνιος ή οξύς), αλλά μπορεί να ταξινομηθεί περαιτέρω ανά ανατομική περιοχή, αιτιολογία, ένταση και παθοφυσιολογία. Είναι συχνά απαραίτητο να συνδυαστούν πολλαπλές ταξινομήσεις πόνου για να εκτιμηθεί ο πόνος του ασθενούς. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι αυτές οι διαφορετικές ταξινομήσεις είναι μονοδιάστατες. Για την παροχή της βέλτιστης φροντίδας που περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση, ενδέχεται να πρέπει να εξεταστούν ταυτόχρονα πολλαπλές ταξινομήσεις πόνου¹⁰.

2.2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Ο πόνος μπορεί να περιγραφεί ως οξύς ή χρόνιος, ανάλογα με τη διάρκεια του χρόνου που ο ασθενής βιώνει πόνο. Ο οξύς πόνος είναι βραχυπρόθεσμος και υποχωρεί εντός 3-6 μηνών. Είναι η αντίδραση του σώματος σε έναν συγκεκριμένο τραυματισμό ή τραύμα και εξυπηρετεί βιολογικό σκοπό. Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό του οξέος πόνου είναι ότι είναι αυτοπεριοριζόμενος και αυτό το είδος πόνου υπαναχωρεί με την επούλωση ή επιδιόρθωση των εμπλεκόμενων ιστών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, ο οξύς πόνος μπορεί να μετατραπεί σε χρόνια πόνο, ο οποίος ορίζεται ως πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες, επιμένοντας πέρα από τον κανονικό χρόνο θεραπείας και που δεν εξυπηρετεί κανένα βιολογικό σκοπό¹⁰.

2.2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο πόνος μπορεί να ταξινομηθεί ως μη αλγαισθητικός, νευροπαθητικός ή, μόνο στην περίπτωση του χρόνιου πόνου, κεντρική ευαισθητοποίηση, ανάλογα με τον τύπο του τραυματισμού / προσβολής και την παθοφυσιολογική οδό που οδηγεί στην αντίληψη του πόνου^{10,11}. Ο αλγαισθητικός πόνος περιγράφει μια φυσιολογική απόκριση σε βλάβη των ιστών που προκύπτει από τραύμα, μη θεραπεύσιμο τραυματισμό ή φλεγμονώδεις διεργασίες^{10,12}. Η IASP ορίζει τον αλγαισθητικό πόνο ως «πόνος που προκύπτει από πραγματική ή απειλητική βλάβη σε μη νευρικό ιστό και οφείλεται στην ενεργοποίηση των αλγοϋποδοχέων»¹³. Υπάρχουν δύο κατηγορίες αλγαισθητικού πόνου: ο σωματικός πόνος που αναφέρεται σε τραυματισμούς του μυοσκελετικού συστήματος και ο σπλαχνικός πόνος που αναφέρεται σε τραυματισμούς των εσωτερικών οργάνων και συχνά γίνεται έμμεσα αισθητός¹⁰.

Ο νευροπαθητικός πόνος ορίζεται ως πόνος που προκαλείται από βλάβη ή ασθένεια του σωματοαισθητηριακού νευρικού συστήματος και εμφανίζεται ως αποτέλεσμα ανώμαλης νευρικής δραστηριότητας^{10,11}. Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να περιγραφεί ως κεντρικός ή περιφερειακός, ανάλογα με το εάν η βλάβη βρίσκεται στο περιφερικό ή κεντρικό νευρικό σύστημα¹¹. Η κεντρική ευαισθητοποίηση (επίσης γνωστή ως νεοπλασματικός πόνος) ορίζεται ως πόνος που προκύπτει από αλλοιωμένο αλγαισθησία παρά την έλλειψη σαφών ενδείξεων για πραγματική ή απειλούμενη βλάβη των ιστών που προκαλεί την ενεργοποίηση των περιφερειακών

αλγοϋποδοχέων, ούτε στοιχεία για ασθένεια ή βλάβες στο σωματοαισθητηριακό σύστημα που προκαλεί τον πόνο^{10,11,12}.

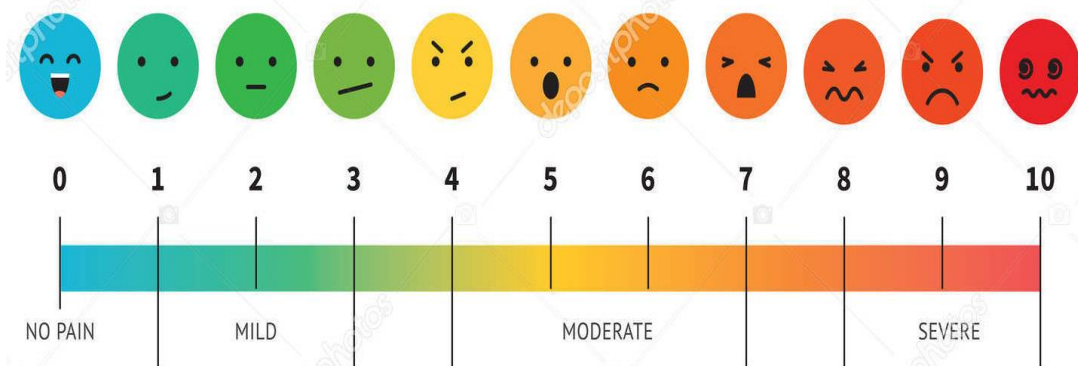
2.2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ

Η ταξινόμηση του ανατομικού πόνου χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του μέρους ή των μερών του σώματος που ο ασθενής βιώνει πόνο. Είναι συχνά το πρώτο βήμα κατά τη διάρκεια των εκτιμήσεων πόνου¹⁰. Ο σωματικός πόνος είναι συγκεκριμένος για τη θέση του τραυματισμού και προκύπτει από τους υποδοχείς πόνου που ενεργοποιούνται στα οστά, στους μύες, στο δέρμα, στις αρθρώσεις, στους συνδέσμους, στους τένοντες και στο συνδετικό ιστό¹⁴. Αντίθετα, ο σπλαχνικός πόνος προκύπτει στα εσωτερικά όργανα, αλλά ο πόνος που σχετίζεται με έναν εσωτερικό τραυματισμό είναι δύσκολο να εντοπιστεί λόγω της χαμηλής πυκνότητας των αλγοϋποδοχέων στα σπλάχνα και του γεγονότος ότι οι σπλαγχοδεκτικές ίνες (ή σπλαγχοαισθητικές) αντιπροσωπεύονται λιγότερο καλά στον φλοιό¹⁵. Χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο οξύς πόνος, οι πιο συχνές περιοχές χρόνιου πόνου είναι η πλάτη και οι αρθρώσεις, ακολουθούμενες στενά από πόνο που σχετίζεται με το λαιμό και τον πονοκέφαλο, σύμφωνα με μια ευρωπαϊκή έρευνα¹⁶.

2.2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ

Η ένταση του πόνου ορίζεται ως το μέγεθος του πόνου που βιώθηκε¹⁷. Υπάρχουν διάφορα εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της έντασης του πόνου, όπως η οπτική αναλογική κλίμακα (visualanalogical scale ή VAS), η λεκτική και η μη λεκτική αξιολόγηση του πόνου, η αριθμητική κλίμακα (Numeric scale ή NRS) και οι γραφικές κλίμακες πόνου^{10,17} (εικόνα 5). Αυτά τα εργαλεία αξιολόγησης απαιτούν ο ασθενής να είναι σε θέση να υπολογίσει υποκειμενικά το μέγεθος του πόνου του βάσει αριθμητικών ή λεκτικών περιγραφών¹⁷.

PAIN MEASUREMENT SCALE



Εικόνα 5: παράδειγμα γραφικής κλίμακας αξιολόγησης πόνου

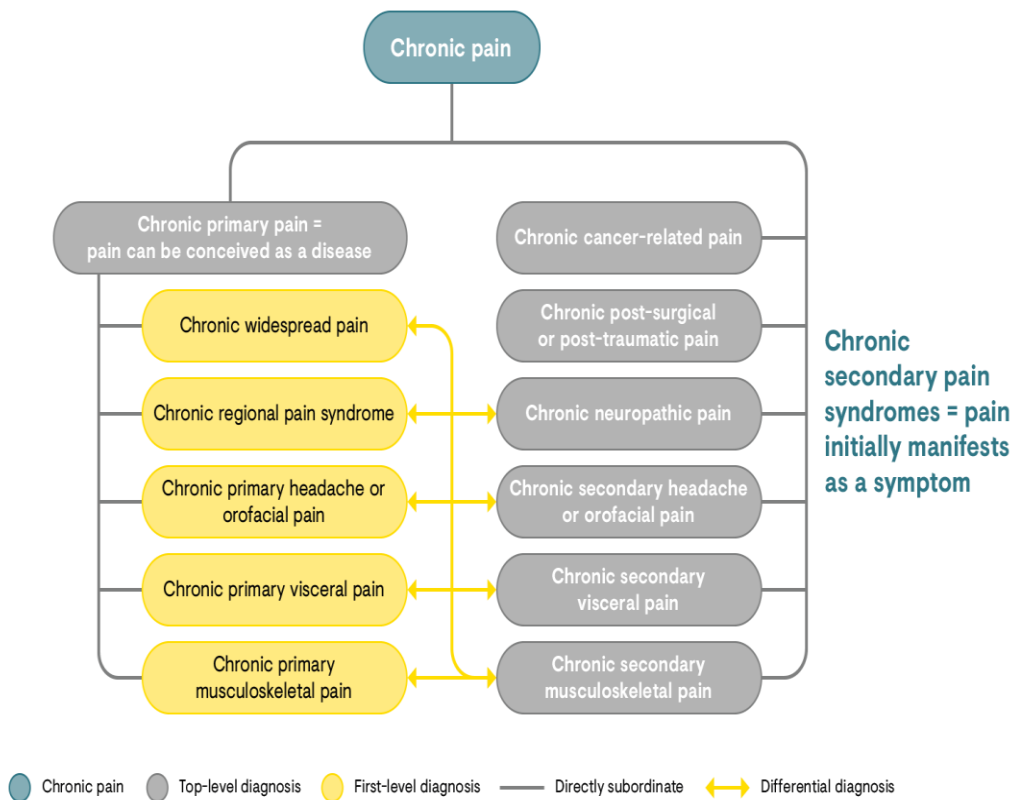
Υπάρχουν επίσης εργαλεία, όπως η κλίμακα συμπεριφοράς FLACC (πρόσωπο, πόδια, δραστηριότητα, κλάμα, παρηγοριά)(εικόνα 6), που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση του πόνου σε ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν επαρκώς τον πόνο τους λεκτικά.

FLACC Scale ²		0	1	2
1	Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested.	Frequent to constant frown, clenched jaw, quivering chin.
2	Legs	Normal position or relaxed.	Uneasy, restless, tense.	Kicking, or legs drawn up.
3	Activity	Lying quietly, normal position, moves easily.	Squirming, shifting back and forth, tense.	Arched, rigid or jerking.
4	Cry	No crying (awake or asleep).	Moans or whimpers; occasional complaint.	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints.
5	Consolability	Content, relaxed.	Reassured by occasional touching, hugging or being talked to, distractible.	Difficult to console or comfort.

Εικόνα 6: κλίμακα συμπεριφοράς FLACC (πρόσωπο, πόδια, δραστηριότητα, κλάμα, παρηγοριά)

2.2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-11

Η 11η αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-11) περιγράφει επτά διαφορετικές κατηγορίες για τη διάγνωση του χρόνιου πόνου (διάγραμμα 1)¹⁸. Ο χρόνιος πρωτοπαθής πόνος (MG30.0) είναι η πρώτη υποκατηγορία του χρόνιου πόνου και αναφέρεται σε επίμονο πόνο που σχετίζεται με σημαντική συναισθηματική δυσφορία ή λειτουργική αναπηρία (π.χ. ο πόνος μπορεί να εκληφθεί ως ασθένεια από μόνος του)¹⁸. Στις υπόλοιπες έξι υποομάδες (MG30.1 έως MG30.6) ο πόνος είναι δευτερογενής μιας υποκείμενης πάθησης ή ασθένειας και αυτές συνοψίζονται ως «χρόνιος» δευτεροπαθής πόνος όπου ο πόνος μπορεί τουλάχιστον αρχικά να εκληφθεί ως σύμπτωμα¹⁸.



Διάγραμμα 1: Δομή της ταξινόμησης IASP του χρόνιου πόνου.

Ο χρόνιος δευτερογενής πόνος οργανώνεται στις ακόλουθες έξι κατηγορίες^{19,20,21} :

- 1.** Ο χρόνιος πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο, είναι ο χρόνιος πόνος που οφείλεται σε κάποια μορφή καρκίνου ή ο πόνος που προκαλείται ως αποτέλεσμα της αντικαρκινικής θεραπείας, όπως η χημειοθεραπεία^{19,20,21} .
- 2.** Ο χρόνιος μετεγχειρητικός ή μετατραυματικός πόνος, είναι ο χρόνιος πόνος που αναπτύσσεται ή αυξάνεται σε ένταση μετά από ένα τραύμα ιστού (χειρουργικό ή τυχαίο) και επιμένει πέραν των τριών μηνών^{19,20,21} .
- 3.** Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος, είναι ο χρόνιος πόνος που προκαλείται από μια βλάβη ή ασθένεια του σωματοαισθητηριακού νευρικού συστήματος. Περιφερικός και κεντρικός νευροπαθητικός πόνος ταξινομούνται εδώ^{19,20,21} .
- 4.** Ο χρόνιος δευτερογενής πονοκέφαλος ή ο στοματικός πόνος, περιέχει τις χρόνιες μορφές συμπτωματικών πονοκεφάλων (αυτοί που ονομάζονται πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι στο ICHD-3 αποτελούν μέρος του χρόνιου πρωτοπαθούς πόνου) και ακολουθεί στενά την ταξινόμηση ICHD-3. Ο χρόνιος δευτερογενής πόνος στο στόμα, όπως ο χρόνιος οδοντικός πόνος, συμπληρώνει αυτήν την ενότητα^{19,20,21} .
- 5.** Ο χρόνιος δευτερογενής σπλαχνικός πόνος είναι ο χρόνιος πόνος που οφείλεται σε μια υποκείμενη κατάσταση που προέρχεται από εσωτερικά όργανα της περιοχής της κεφαλής ή του λαιμού ή των θωρακικών, κοιλιακών ή πυελικών περιοχών. Μπορεί να προκληθεί από επίμονη φλεγμονή, αγγειακούς μηχανισμούς ή μηχανικούς παράγοντες^{19,20,21} .
- 6.** Ο χρόνιος δευτερογενής μυοσκελετικός πόνος είναι ο χρόνιος πόνος στα οστά, στις αρθρώσεις και στους τένοντες που προκύπτουν από μια υποκείμενη ασθένεια που ταξινομείται αλλού. Μπορεί να οφείλεται σε επίμονη φλεγμονή, που σχετίζεται με δομικές αλλαγές ή προκαλείται από αλλοιωμένη βιομηχανική λειτουργία λόγω ασθενειών του νευρικού συστήματος^{19,20,21} .

Η εφαρμογή των κωδικών χρόνιου πόνου σύμφωνα με το ICD-11 στην κλινική πρακτική, σκοπεύει στην βελτίωση της ταξινόμησης και της διαγνωστικής κωδικοποίησης των παθολογιών.

Η ακριβής ταξινόμηση των χρόνιων παθήσεων του πόνου απαιτεί αξιόπιστη και έγκυρη αξιολόγηση του πόνου. Επιπλέον, η εκτίμηση του πόνου εξυπηρετεί πολλές πρόσθετες λειτουργίες, όπως τεκμηρίωση της σοβαρότητας της κατάστασης του πόνου, παρακολούθηση της διαμήκουσ πορείας του πόνου και παροχή μηχανιστικών πληροφοριών²². Η διεξοδική αξιολόγηση του πόνου πρέπει να αφορά πολλούς τομείς του πόνου, συμπεριλαμβανομένων των αισθητηριακών και συναισθηματικών ιδιοτήτων του πόνου, των χρονικών διαστάσεων του πόνου και της θέσης και της σωματικής κατανομής του πόνου. Όπου είναι δυνατόν, η εκτίμηση του πόνου θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει μεθόδους για τον εντοπισμό παθοφυσιολογικών μηχανισμών που διέπουν τον πόνο²².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο κοιλιακός πόνος (άλγος) είναι πόνος που εμφανίζεται μεταξύ των θωρακικών και πυελικών περιοχών²³. Το κοιλιακό άλγος μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα φάσμα καταστάσεων από καλοήθεις και αυτοπεριορισμένες ασθένειες έως χειρουργικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Η φλεγμονή ή οι ασθένειες που επηρεάζουν τα όργανα της κοιλιάς μπορούν να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος. Ιογενείς, βακτηριακές ή παρασιτικές λοιμώξεις που επηρεάζουν το στομάχι και τα έντερα μπορεί επίσης να προκαλέσουν σημαντικό κοιλιακό άλγος²⁴.

3.2 ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σχεδόν όλοι κάποια στιγμή θα βιώσουμε κοιλιακό πόνο. Οι περισσότερες αιτίες κοιλιακού πόνου μπορούν εύκολα να διαγνωσθούν και να αντιμετωπιστούν. Ο κοιλιακός πόνος ωστόσο, μπορεί να είναι σημάδι μιας σοβαρής ασθένειας. Είτε πρόκειται για ήπιο πόνο, οξύ πόνο ή κράμπες, ο κοιλιακός πόνος έχει πολλές αιτίες²⁵. Αυτά περιλαμβάνουν:

- Δυσπεψία
- Δυσκοιλιότητα
- Γαστρεντερίτιδα
- Τροφική δηλητηρίαση
- Τροφικές αλλεργίες
- Φούσκωμα-Μετεωρισμός
- Δυσανεξία στη λακτόζη
- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- Κήλη
- Πέτρες στα νεφρά
- Ενδομητρίωση
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
- Έλκος
- Την νόσο του Crohn

3.3. ΤΥΠΟΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να περιγραφεί ως εντοπισμένος, κράμπες ή κολικούς.

- Ο εντοπισμένος πόνος περιορίζεται σε μία περιοχή της κοιλιάς. Αυτός ο τύπος πόνου προκαλείται συχνά από προβλήματα σε ένα συγκεκριμένο όργανο. Η πιο συνηθισμένη αιτία εντοπισμένου πόνου είναι έλκη στομάχους (ανοιχτές πληγές στην εσωτερική επένδυση του στομάχου)²⁶.
- Οι κοιλιακές κράμπες μπορεί να σχετίζονται με διάρροια, δυσκοιλιότητα, φούσκωμα ή μετεωρισμό. Στις γυναίκες, μπορεί να σχετίζεται με εμμηνόρροια, αποβολή ή αναπαραγωγικές επιπλοκές. Αυτός ο πόνος μπορεί να είναι παροδικός ή περιστασιακός, μικρής ή μεγάλης έντασης και μπορεί να θεραπευτεί μόνος του χωρίς θεραπεία²⁴. Ο κολικός πόνος είναι ένα σύμπτωμα πιο σοβαρών καταστάσεων, όπως οι χολόλιθοι ή οι πέτρες στα νεφρά. Αυτός ο πόνος εμφανίζεται ξαφνικά και μπορεί να γίνει αισθητός ως επίπονος μυϊκός σπασμός²⁵.

3.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αξιολόγηση του κοιλιακού πόνου απαιτεί μια προσέγγιση που εξαρτάται από την πιθανότητα ασθένειας, το ιστορικό του ασθενούς, τη φυσική εξέταση, τις εργαστηριακές εξετάσεις και τα απεικονιστικά ευρήματα²⁷. Η θέση του πόνου είναι ένα χρήσιμο σημείο εκκίνησης και θα καθοδηγήσει την περαιτέρω αξιολόγηση. Για παράδειγμα, ο πόνος στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο υποδηλώνει έντονα σκωληκοειδίτιδα.

Το πρώτο βήμα για την διάγνωση της αιτίας του κοιλιακού άλγους είναι η λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση της περιοχής στην οποία ο ασθενής αναφέρει την αίσθηση πόνου. Ορισμένα στοιχεία του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης είναι χρήσιμα (π.χ. η δυσκοιλιότητα και η κοιλιακή διάσταση υποδηλώνουν έντονα την απόφραξη του εντέρου), ενώ άλλα έχουν μικρή αξία (π.χ., η ανορεξία έχει μικρή προγνωστική αξία για σκωληκοειδίτιδα)²⁸.

Για την ακριβέστερη διάγνωση του κοιλιακού πόνου, χρησιμοποιούνται απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις, όπως μαγνητική τομογραφία, υπερήχοι και ακτίνες X, για την λεπτομερή προβολή οργάνων, ιστών και άλλων δομών στην

κοιλιά. Αυτές οι εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση όγκων, καταγμάτων, ρήξεων και φλεγμονών²⁸. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας συνέστησε διαφορετικές απεικονιστικές εξετάσεις για την αξιολόγηση του κοιλιακού άλγους με βάση την τοποθεσία του πόνου. Συνιστάται υπερηχογραφία για την εκτίμηση του πόνου του δεξιού άνω τεταρτημορίου και συνιστάται αξονική τομογραφία για πόνο δεξιού και αριστερού κάτω τεταρτημορίου²⁹. Είναι επίσης σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι ειδικοί πληθυσμοί, όπως οι γυναίκες, που διατρέχουν κίνδυνο ουρογεννητικής νόσου, που μπορεί να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος. Και τους ηλικιωμένους, που μπορεί να παρουσιάζουν άτυπα συμπτώματα μιας ασθένειας²⁹. Άλλες δοκιμές περιλαμβάνουν κολonosκόπηση (για την εξέταση του παχέος εντέρου από το χαμηλότερο τμήμα, τον ορθό, μέχρι το χαμηλότερο τμήμα του λεπτού εντέρου), ενδοσκόπηση (για την ανίχνευση φλεγμονών και ανωμαλιών στον οισοφάγο και στο στομάχι), εξετάσεις με ακτίνες X της γαστρεντερικής (GI) οδού (μια ειδική δοκιμασία ακτίνων X που χρησιμοποιεί σκιαγραφική ουσία για να ελέγξει την παρουσία αναπτύξεων, ελκών, φλεγμονών, αποφράξεων και άλλων ανωμαλιών στο στομάχι)³⁰.

Δείγματα αίματος, ούρων και κοπράνων μπορούν επίσης να συλλεχθούν για να αναζητηθούν στοιχεία για βακτηριακές, ιογενείς και παρασιτικές λοιμώξεις³¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΠΟΝΟ

4.1 ΟΞΥΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Με τον όρο «οξύ κοιλιακό άλγος» θεωρούμε κάθε πόνο που εντοπίζεται στην κοιλιά και αναγκάζει τον πάσχοντα να ζητήσει επείγουσα ιατρική βοήθεια³².

Οι τύποι του οξέος κοιλιακού πόνου διακρίνονται σε σπλαχνικό, σωματικό ή τοιχωματικό και αντανακλαστικό ανάλογα με την προέλευση και τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό³².

Οι αιτίες κοιλιακού άλγους (πίνακας 1) κυμαίνονται από καταστάσεις που επιλύονται χωρίς καμία θεραπεία έως σοβαρές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ	
Καρδιαγγειακή αιτία	Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής Έμφραγμα Περικαρδίτιδα (φλεγμονή του ιστού γύρω από την καρδιά)
Ηπατική αιτία	Χολοκυστίτιδα Χολαγγίτιδα (φλεγμονή των χοληφόρων) Διαβητική κετοξέωση Απόστημα ήπατος (κύστη γεμάτη με πύον στο ήπαρ)
Βλάβες του παχέος εντέρου	Εκκολπωματίτιδα Ενσφήνωση κοπράνων (σκληρυσμένα κόπρανα που δεν μπορούν να αποβληθούν) Εντερική απόφραξη Εγκολεασμός του εντέρου (συχνότερο στα παιδιά) Ρωγμές του παχέος εντέρου (π.χ. ελκώδης κολίτιδα)
Βλάβες του λεπτού εντέρου	Δωδεκαδακτυλίτιδα (φλεγμονή στο πρώτο μέρος του λεπτού εντέρου) Σκωληκοειδίτιδα
Βλάβες του ουροποιητικού	Κυστίτιδα (φλεγμονή της ουροδόχου κύστης) Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος (UTI)

Βλάβες του γυναικειού αναπαραγωγικού συστήματος	Εκτοπική εγκυμοσύνη (στην οποία το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται και μεγαλώνει έξω από τη μήτρα, όπως σε σάλπιγγα) Σαλπινγίτιδα (φλεγμονή των σαλπίγγων)
Βλάβες στους πνεύμονες.	Πλευρίτιδα (φλεγμονή της μεμβράνης που περιβάλλει τους πνεύμονες) Πνευμονία Πνευμονικό έμφραγμα (απώλεια ροής αίματος στους πνεύμονες)
Βλάβες του Παγκρέατος	Παγκρεατίτιδα (φλεγμονή του παγκρέατος)
Βλάβες των νεφρών	Λοίμωξη των νεφρών (πυελονεφρίτιδα) Πέτρες στα νεφρά
Βλάβη στο περιτοναίου	Περιτονίτιδα (λοίμωξη της κοιλιακής επένδυσης)
Βλάβες του σπλήνα	Ρήξη σπλήνα Σπλήνιο απόστημα (τσέπη γεμάτη με πύον στον σπλήνα) Λοίμωξη σπλήνα
Μικροβιακές λοιμώξεις	Ερπης Ιική γαστρεντερίτιδα (γρίπη του στομάχου)
Βλάβες του μεσεντερίου	Μεσεντερική λεμφαδενίτιδα (πρησμένοι λεμφαδένες στις πτυχές της μεμβράνης που συγκρατούν τα κοιλιακά όργανα στη θέση τους) Μεσεντερική θρόμβωση (θρόμβος αίματος σε φλέβα που μεταφέρει αίμα από τα έντερα) Σκληρυντική μεσεντερίτιδα Μεσεντερική ισχαιμία (μειωμένη ροή αίματος προς τα έντερα)
Άλλοι παράγοντες	Τραυματισμός των εσωτερικών οργάνων από χειρουργική επέμβαση ή πρόσκρουση (τραύμα)
(πηγή Mayo Clinic, 2019) ³³	

4.1.1 ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, η οποία βρίσκεται στο δεξί τμήμα της κοιλιάς (αποτελεί μέρος του παχέος εντέρου)³⁴.

Σε μικρές ηλικίες ή σε άτομα άνω των 65 ετών, τα συμπτώματα είναι ήπια.

Σε άλλες περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να είναι:

- Ξαφνικός, έντονος και επίμονος κοιλιακός πόνος
- Πόνος ο οποίος επιδεινώνεται κατά την κίνηση, με τη βαθιά αναπνοή, το βήχα, το φτέρνισμα
- Δυσκοιλιότητα και αδυναμία απελευθέρωσης αερίων
- Πυρετικά δέκατα
- Ταχυκαρδία
- Πρήξιμο στην κοιλιακή χώρα
- Ναυτία- εμετός
- Επώδυνη συχνουρία

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα προκαλείται συνήθως από:

- Συγκέντρωση περιττωμάτων, αλάτων, ασβεστίου και κοπράνων
- Υπολείμματα τροφίμων (φρούτα, λαχανικά)
- Ιογενή λοίμωξη
- Εντεροκολίτιδα

Η διάγνωση για την οξεία σκωληκοειδίτιδα γίνεται από γενικό χειρουργό, με λήψη ιατρικού ιστορικού και φυσική εξέταση. Η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση για την αποφυγή ρήξης της σκωληκοειδούς απόφυσης (περιτονίτιδα). Σε περίπτωση αποστήματος, μπορεί να χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή με αντιβιοτικά και προγραμματισμός χειρουργικής επέμβασης³⁵.

4.1.2 ΚΟΛΙΚΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

Ο κολικός του νεφρού είναι μία εξαιρετικά επώδυνη κατάσταση, η οποία ξεκινά από την περιοχή του νεφρού και συνήθως κατέρχεται προς το πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα και μπορεί να καταλήγει στα έξω γεννητικά όργανα του ασθενούς. Συνήθως χαρακτηρίζεται από απότομη έναρξη, προοδευτικά αυξανόμενη ένταση και κατόπιν απότομη ύφεση. Ο κολικός νεφρού χαρακτηρίζεται ως μια από τις πιο επώδυνες εμπειρίες, παρόμοια με αυτή του τοκετού³⁶.

Τα συμπτώματα του κολικού είναι συνήθως:

- Οξύς κοιλιακός πόνος
- Ναυτία- Εμετός
- Αίμα στα ούρα
- Επώδυνη ούρηση
- Πυρετός

Η εμφάνιση του εξαρτάται τόσο από περιβαλλοντικούς, όσο και από κληρονομικούς παράγοντες³⁶.

- Η νόσος προσβάλλει και τα δύο φύλλα αλλά στους άνδρες είναι 2,5 φορές συχνότερη από ότι στις γυναίκες.
- Ένα ποσοστό 25% των ασθενών αναφέρει θετικό οικογενειακό ιστορικό
- Συνήθως εμφανίζεται σε ηλικίες μεταξύ 30 και 50 ετών
- Μελέτες έχουν δείξει ότι εμφανίζεται κυρίως καλοκαιρινούς και φθινοπωρινούς μήνες, πιθανόν λόγω της αυξημένης θερμοκρασίας και της επακόλουθης αφυδάτωσης

Η πλειοψηφία των λίθων μπορεί να αντιμετωπιστεί με παρακολούθηση και αναμονή αυτόματης αποβολής. Οι ουρητηρικοί λίθοι με διάμετρο 5mm θα διέλθουν μέχρι και στο 70% των περιπτώσεων. Ωστόσο, για λίθους μεγαλύτερης διαμέτρου οι συνολικές πιθανότητες αυτόματης αποβολής είναι μικρότερες³⁶.

Η διάρκεια της αυτόματης αποβολής δεν πρέπει να υπερβεί τις 4 με 6 εβδομάδες διότι υπάρχει κίνδυνος νεφρικής βλάβης³⁶.

4.1.3 ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι ουσιαστικά η οξεία φλεγμονή του παγκρέατος (ταυτόχρονα εξωκρινής και ενδοκρινής αδένος του σώματος). Πρόκειται για μια πολύ σοβαρή πάθηση, η οποία μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές τόσο στο πάγκρεας, όσο και σε άλλα όργανα του σώματος³⁷.

Τα πιο κοινά συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι:

- Έντονος πόνος
- Εμετός
- Πυρετός
- Φούσκωμα στην κοιλιά

Σε πιο βαριά μορφή παγκρεατίτιδας τα συμπτώματα μπορεί επίσης να είναι:

- Καταπληξία (ΣΟΚ)
- Ισχαιμία και νέκρωση του παγκρέατος
- Ίκτερος
- Παραλυτικός ειλεός

Τα αίτια που συνήθως προκαλούν οξεία παγκρεατίτιδα είναι:

- Οι χολόλιθοι
- Μετεγχειρητικά σε επεμβάσεις κοιλιάς και θώρακα (Μετεγχειρητική οξεία παγκρεατίτιδα)

- Μετά από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Οξεία αλκοολική παγκρεατίτιδα)
- Ιογενείς λοιμώξεις (παρωτίτιδα) και παράσιτα (ασκαρίδες)
- Τραυματισμό του παγκρέατος (π.χ. μετά από τροχαίο)
- Φάρμακα (π.χ. οιστρογόνα)

Η διάγνωση γίνεται από τον γιατρό με λήψη ιατρικού ιστορικού και φυσική εξέταση. Παράλληλα, ακολουθούμε μια σειρά από εργαστηριακές εξετάσεις όπως αμυλάση ούρων, αμυλάση αίματος, λίπαση αίματος, καθώς και απεικονιστικές εξετάσεις όπως υπερηχογράφημα.³⁷.

Η θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας είναι κυρίως συντηρητική. Περιλαμβάνει παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, αναλγητική και αντιπυρετική θεραπεία και τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. Επίσης χορηγούνται φάρμακα, που μειώνουν τη γαστρική και παγκρεατική έκκριση (σωματοστατίνη)³⁷.

4.1.4 ΔΙΑΦΟΡΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- **Έμμηνος ρύση:** ο πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή προσταγλανδινών, ουσιών που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας. Εκδηλώνεται χαμηλά στην κοιλιά και πολλές φορές αντανακλά στη μέση, τα πόδια, την πλάτη ή το στομάχι. Εάν ο πόνος δεν υποχωρεί με τα παυσίπονα, πιθανώς σχετίζεται με σοβαρότερες γυναικολογικές αιτίες³⁸.
- **Κύστη στις ωοθήκες:** η μάζα που υπάρχει στις ωοθήκες δημιουργεί ευαισθησία προκαλώντας πόνο χαμηλά στην κοιλιά³⁸.
- **Προβλήματα των σαλπίνγων:** υδρόσάλπιγγα και πυοσάλπιγγα, που προκαλούν διόγκωση και πόνο στο κατώτερο μέρος της κοιλιάς, ή ακόμα και εξωμήτρια κύηση στις σάλπιγγες³⁸.

- **Γυναικολογικές λοιμώξεις:** λοιμώξεις όπως, ενδομητρίτιδα και χλαμύδια μπορούν να προκαλέσουν πόνο χαμηλά στην κοιλιά λόγω της φλεγμονής που υπάρχει³⁸.
- **Ενδομητρίωση :** τα κύτταρα του εσωτερικού της μήτρας –ενδομήτριο-, «μεταναστεύουν» από τη μήτρα σε άλλα όργανα του σώματος, κυρίως σε αυτά που βρίσκονται στην κοιλιά. Τα κύτταρα αυτά αντιδρούν στις ορμόνες κάθε μήνα με την περίοδο, με αποτέλεσμα να προκαλείται πόνος στην κοιλιά που συχνά συνοδεύεται και από πόνο κατά την αφόδευση ή την ούρηση³⁸.
- **Ινομυώματα:** πρόκειται για μικρά καλοήγη ογκίδια στη μήτρα που σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται να προκαλέσουν κοιλιακό πόνο³⁸.

4.2 ΧΡΟΝΙΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Χρόνιος, συνεχής ή υποτροπιάζων κοιλιακός πόνος είναι κάθε πόνος που εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα και διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες. Πολλά από τα νοσήματα που προκαλούν οξύ κοιλιακό πόνο μπορούν να εκδηλώνονται με χρόνια κοιλιακό πόνο πριν εκδηλωθούν με οξύ κοιλιακό επεισόδιο.

Οι αιτίες χρόνιου κοιλιακού πόνου παρουσιάζονται παρακάτω (πίνακας 2) :

Πίνακας 2: Αιτίες πρόκλησης χρόνιου κοιλιακού πόνου	
Καρκίνος	Καρκίνος της χοληδόχου κύστης Καρκίνος των νεφρών Καρκίνος στο συκώτι Καρκίνος στο πάγκρεας Καρκίνος στομάχου
φλεγμονώδους νόσου του εντέρου	Νόσος του Crohn Ελκώδης κολίτιδα
Παθολογία στον σπλήνα	Διευρυμένη σπλήνα (σπληνομεγαλία)

Παθολογία στο ήπαρ	Ηπατίτιδα
Παθολογία του αναπαραγωγικού συστήματος	Σαλπινγοθητικό απόστημα (κύστη γεμάτη με πύον που εντοπίζεται στην σάλπιγγα ή/και στην ωοθήκη) Πυελική περιτονίτιδα
Παθολογία του αιμοποιητικού	Ουραιμία (συσσώρευση απορριμμάτων στο αίμα)
Εξωγενείς παράγοντες	Δηλητηρίαση από μόλυβδο
(πηγή MayoClinic, 2019) ³⁴	

4.2.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ

Η λειτουργική δυσπεψία χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν ανακάτεμα στο στομάχι, έντονο πόνο ή δυσφορία στην κοιλιά, κάτω από τον θώρακα, και πρόωρο κορεσμό με τη λήψη τροφής. Η λειτουργική δυσπεψία συχνά υποτροπιάζει με την πάροδο του χρόνου και διαρκεί τουλάχιστον 3 μήνες³⁹.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα της λειτουργικής δυσπεψίας είναι:

- Δυσφορία ή έντονο πόνο στην κοιλιά
- Ανακάτεμα στο στομάχι
- Φούσκωμα στην κοιλιά
- Ανορεξία
- Ναυτία- Εμετό
- Απώλεια βάρους

Πιθανά αίτια πρόκλησης λειτουργικής δυσπεψίας είναι:

- Νευρολογικά αίτια (προκαλούν καθυστέρηση στην κένωση του στομάχου)
- Λοίμωξη από το *Helicobacter pylori*
- Ψυχογενή αίτια (άγχος, κατάθλιψη)

Για την διάγνωση και κατ' επέκταση την αντιμετώπιση της λειτουργικής δυσπεψίας οι πάσχοντες θα πρέπει να συμβουλευτούν τον γαστρεντερολόγο. Ο γαστρεντερολόγος πιθανόν προτείνει έλεγχο για το *Helicobacter pylori* για έλεγχο λοιμώξεων ή/και γαστροσκόπηση για αποκλεισμό άλλων σοβαρότερων παθήσεων⁴⁰.

Σε περίπτωση που τα αίτια που την προκαλούν είναι ψυχογενή, οι πάσχοντες θα πρέπει να απευθυνθούν σε έναν ψυχολόγο έτσι ώστε να επιλυθούν τα ψυχολογικά προβλήματα και κατ' επέκταση και τα συμπτώματα της λειτουργικής δυσπεψίας⁴⁰.

4.2.2 ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου ή σπαστική κολίτιδα είναι μία από τις πιο συχνές καταστάσεις για την οποία οι άνθρωποι επισκέπτονται το γιατρό. Περίπου 1 στους 6 σήμερα, υποφέρει από αυτή τη διαταραχή στην λειτουργία του παχέος εντέρου^{35,39}.

Πρόκειται για μια χρόνια υποτροπιάζουσα πάθηση, η οποία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων που την εμφανίζουν, ωστόσο δεν είναι απειλητική για την ζωή³⁹.

Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι:

- Κοιλιακός πόνος
- Φούσκωμα- Τυμπανισμός
- Αέρια
- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια
- Βλέννα στα κόπρανα

Οι βασικοί παράγοντες που συμμετέχουν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων του ευερέθιστου εντέρου είναι:

- Κατανάλωση τροφών που προκαλούν ζυμώσεις και αυξημένη παραγωγή αερίων.
- Ανάπτυξη τοπικής φλεγμονής στο εντερικό τοίχωμα.

- Διαταραχή της φυσιολογικής κινητικότητας του εντέρου με εμφάνιση συσπάσεων, διάρροιας ή δυσκοιλιότητας, κοιλιακής διάτασης και πόνου

Τα άτομα που εμφανίζουν τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να υποβληθούν σε διαγνωστικό έλεγχο, ώστε να αποκλειστούν άλλες πιθανόν πιο σοβαρές παθήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συμπτώματα αυτά αντιμετωπίζονται με την ιατρική παρέμβαση στην διατροφή και τον τρόπο ζωής του πάσχοντα. Σε σπάνιες περιπτώσεις που εμφανίζονται πιο έντονα συμπτώματα μπορεί να χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση των συμπτωμάτων³⁹.

4.2.3 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Crohn

Η νόσος του Crohn είναι μία χρόνια φλεγμονώδης πάθηση που μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε σημείο της γαστρεντερικής οδού, από το στόμα μέχρι και τον πρωκτό, συνήθως όμως, περιορίζεται σε μία περιοχή του εντέρου. Η νόσος παρατηρείται συχνότερα στον τελικό ειλεό (τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου) και το δεξί τμήμα του παχέος εντέρου. Είναι μια χρόνια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από χρονικά διαστήματα εξάρσεων και υφέσεων^{34,39}.

Τα πιο κοινά συμπτώματα της νόσου του Crohn είναι:

- Κοιλιακό άλγος
- Διάρροια
- Αιμορραγία από τον ορθό
- Πνευματουρία (αέρια κατά την ούρηση)
- Διάρροια- ακράτεια κοπράνων
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους

Τα αίτια εμφάνισης της νόσου Crohn είναι αλληλεπίδραση μεταξύ περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν επίσης

δείξει μια οικογενειακή προδιάθεση της νόσου, καθώς μέχρι και 22% των ασθενών έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου^{34,39}.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας βοήθησε στην απεικόνιση της νόσου με ακρίβεια. Το λεπτό έντερο απεικονίζεται είτε με μαγνητική, είτε με αξονική εντερογραφία.

4.2.4 ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- **Καρκίνος της χοληδόχου κύστης:** πρόκειται για μια ιδιαίτερα επιθετική μορφή κακοήθειας, με πολύ μικρές πιθανότητες ίασης. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι άλγος στο δεξιό υποχόνδριο, ανορεξία και απώλεια βάρους³⁴.
- **Καρκίνος του ήπατος:** θεωρείται η 3^η αιτία θανάτου καρκίνου στον κόσμο. Συνήθως εκδηλώνεται με ίκτερο, πρήξιμο στην κοιλιά, έντονο πόνο στο επάνω μέρος της κοιλιάς, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί και διόγκωση του ήπατος³⁴.
- **Καρκίνος στο πάγκρεας:** είναι για μεγάλο χρονικό διάστημα ασυμπτωματικός, ενώ τα πρώτα συμπτώματα είναι ήπια. Κυρίως εκδηλώνεται με πόνο στο άνω μέρος της κοιλιάς, στην μέση και το κάτω μέρος της πλάτης, με ανορεξία, φούσκωμα της κοιλιάς, δυσκολία στην πέψη των φαγητών κ.α³⁴
- **Καρκίνος στομάχου:** τα καρκινικά κύτταρα δημιουργούνται συνήθως στην εσωτερική επένδυση των τοιχωμάτων του στομάχου και στη συνέχεια διεισδύουν βαθύτερα στα τοιχώματα του στομάχου καθώς ο καρκίνος εξελίσσεται. Ο όγκος μπορεί να αναπτυχθεί για να προσβάλει περιβάλλοντα όργανα όπως το ήπαρ και το πάγκρεας. Εκδηλώνεται συνήθως με ναυτία και εμετό, δυσκολία στην κατάποση, φούσκωμα και πόνο στην κοιλιακή χώρα³⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο οξύς κοιλιακός πόνος είναι μια κατάσταση που απαιτεί επείγουσα προσοχή και θεραπεία. Δεν υπάρχουν ακριβείς αριθμοί, αλλά μεταξύ 7% και 10% των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) αφορούν κοιλιακό άλγος⁴¹. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), χρησιμοποιώντας δεδομένα από το 1999 έως 2008 στην έρευνα National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, ανέφεραν ότι στις ΗΠΑ, 11% των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών το 2008 αφορούσαν κοιλιακό άλγος και ότι ο κοιλιακός πόνος αντιστοιχούσε στο 12,5% των ασθενών που απαιτούσαν επείγουσα χειρουργική παρέμβαση. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με κοιλιακό άλγος διαγιγνώσκονται με μη ειδικό κοιλιακό άλγος ενώ 30% έχουν οξύ κολικό του νεφρού⁴¹.

Όπως προαναφέρθηκε, ο οξύς κοιλιακός πόνος μπορεί να προκληθεί από λοίμωξη, φλεγμονή, αγγειακή στένωση ή απόφραξη ή από τραυματισμό των εσωτερικών οργάνων. Ο ασθενής συνήθως εμφανίζεται με ξαφνική έναρξη κοιλιακού πόνου με σχετική ναυτία ή έμετο. Το ιστορικό και η φυσική εξέταση χρησιμεύουν για να εξαλείψουν ορισμένες παθολογίες και να καθοδηγήσουν στην διάγνωση άλλων⁴¹.

Γενικά, η παρουσία οξύ κοιλιακού πόνου είναι ενδεικτική ενός χειρουργικού προβλήματος και στο παρελθόν, ο ασθενής μεταφέρονταν απευθείας στο χειρουργείο.

Σήμερα, οι υπερηχογραφήσεις και / ή οι αξονικές τομογραφίες χρησιμοποιούνται ευρέως για τον προσδιορισμό της αιτίας του οξύ κοιλιακού πόνου, έτσι ώστε να αξιολογείται από νωρίς η ανάγκη άμεσης χειρουργικής παρέμβασης αλλά και ο χειρουργός να γνωρίζει εκ των προτέρων τι να περιμένει κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης⁴².

Η απεικονιστική διάγνωση επίσης μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή περιττών χειρουργικών επεμβάσεων σε ασθενείς με ιατρικές αιτίες οξέος κοιλιακού πόνου.

Παρόλα αυτά σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν οξύ κοιλιακό άλγος πρέπει να υποβάλλονται σε χειρουργική αξιολόγηση. Εάν ο ασθενής είναι σταθερός, μπορούν να διενεργηθούν απεικονιστικές εξετάσεις. Εάν ο ασθενής είναι ασταθής, μπορεί να

χρειαστεί άμεση χειρουργική επέμβαση. Η πρόγνωση των ασθενών εξαρτάται από την αιτία πρόκλησης του πόνου⁴².

Η θεραπεία εξαρτάται από την αιτία πρόκλησης. Ανάλογα με την αιτία πόνου, η καλύτερη πορεία θεραπείας μπορεί να περιλαμβάνει μέτρα αυτό-φροντίδας, φάρμακα με ή χωρίς ιατρικής συνταγής ή πιο παρεμβατικές διαδικασίες όπως ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων ή χειρουργική επέμβαση⁴².

5.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αδρή κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση του ασθενούς αρχίζει από την είσοδο του στα Τ.ΕΠ. και με την λήψη του ιστορικού. Η πρώτη εντύπωση από την στάση, την συμπεριφορά, την ανησυχία, την έκφραση του προσώπου, του αριθμού των αναπνοών, του χρώματος του δέρματος, και των ζωτικών σημείων του αρρώστου, η επικοινωνία του ή όχι με το περιβάλλον και πολλοί άλλοι παράγοντες, βοηθούν στη διάγνωση και καθορίζουν την σοβαρότητα της κατάστασης του⁴³.

Η κλινική κατάσταση του ασθενή ελέγχεται ,ακολουθώντας συγκεκριμένα βήματα:

- Με την επισκόπηση διευκρινίζεται εάν ο ασθενής εμφανίζει όψη πάσχοντος.
- Γίνεται εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης χρησιμοποιώντας την κλίμακα Γλασκώβης.
- Εκτίμηση της βατότητας του ανώτερου αεραγωγού, της επάρκειας του αερισμού και της κατάστασης της αιμοδυναμικής ισορροπίας.
- Καταγραφή των ζωτικών σημείων (σφύξεων, αρτηριακής πίεσης, αριθμός αναπνοών και θερμοκρασίας).
- Η λήψη και καταγραφή κατά τακτά χρονικά διαστήματα των ζωτικών σημείων είναι αναγκαία για την παρακολούθηση του αρρώστου. Σημαντική αύξηση των αναπνοών υποδηλώνει συχνότερα πνευμονική νόσο παρά κοιλιακή πάθηση. Επιμένουσα αύξηση των σφύξεων με σύγχρονη πτώση της αρτηριακής πίεσης, υποδηλώνει συνήθως απώλεια αίματος και πρέπει να αναζητηθεί η πάθηση που την προκάλεσε.

- Με ήπιες κινήσεις θα πρέπει να εξετασθεί η κοιλιακή χώρα προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη αορτικού ανευρύσματος (ψηλαφητή σφύζουσα μάζα) ή οξείας κοιλίας (αναπηδώσα ευαισθησία, σύσπαση).

Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και διακοπή σίτισης

Στους περισσότερους ασθενείς με κοιλιακό άλγος, ενδείκνυται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με στόχο την αποκατάσταση του ελλείμματος του ενδαγγειακού όγκου και της απώλειας από το γαστρεντερικό σωλήνα ή τον ενδαγγειακό χώρο. Επίσης, σε όλους τους ασθενείς πρέπει να διακόπτεται προσωρινά η σίτιση από το στόμα⁴³.

Έλεγχος γαστρικού περιεχομένου

Ενδοφλέβια θα πρέπει να χορηγηθεί στον πάσχοντα και αντιεμετική αγωγή προκειμένου να γίνει έλεγχος του γαστρικού περιεχομένου⁴³.

Χειρουργική εκτίμηση

Η πρώιμη αναζήτηση χειρουργικής εκτίμησης από τον ιατρό του Τμήματος Πειγόντων Περιστατικών ωφελεί τον ασθενή. Ο χειρουργός βασίζεται στη συχνή κλινική επανεξέταση του ασθενή προτού καταλήξει στην οριστική διάγνωση. Αναμφισβήτητα λοιπόν η πρώιμη αναζήτηση χειρουργικής εκτίμησης συνδυάζεται με ταχεία και αποτελεσματικότερη διάγνωση. Αντίθετα η καθυστέρηση στην αναζήτηση χειρουργικής εκτίμησης, μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του ασθενή με πιθανά επιζήμια αποτελέσματα⁴³.

5.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ανάλογα με την αιτία πρόκλησης του κοιλιακού πόνου και τις υποκείμενες συνοσηρότητες μπορεί να εφαρμοστεί η κατάλληλη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Η συνηθέστερη φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει χορήγηση φαρμάκων για τη θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, αντιβιοτικά για τη θεραπεία της λοίμωξης, αντιφλεγμονώδεις φάρμακα για τη μείωση της φλεγμονής, στοχευμένες θεραπείες για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου⁴⁴. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις, όπως

σε ασθενείς με πόνο που προέρχεται από το κοιλιακό τοίχος, ενδέχεται να χορηγηθούν ενέσεις τοπικής ή στοχευμένης αναισθησίας (π.χ. λιδοκαΐνη 1%)⁴⁵.

5.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ορισμένες κοιλιακές παθήσεις που αρχικά ήταν κατάλληλες για ιατρική θεραπεία μπορεί να απαιτούν χειρουργική θεραπεία επειδή επιδεινώνεται η κλινική κατάσταση του ασθενούς ή αναπτύσσονται δευτερογενείς επιπλοκές. Κλινικά σημεία επιπλοκών που μπορεί να απαιτούν χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με οξεία κοιλιακή χώρα περιλαμβάνουν επίμονη υποθερμία ή πυρετό, υπογλυκαιμία, παρατεταμένο εμετό που δεν ανταποκρίνεται στην αντιεμετική θεραπεία, σοβαρό κοιλιακό άλγος που δεν υποχωρεί και συνεπή λευκοπενία^{32,45}.

Η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης είναι εμφανής όταν η διάγνωση είναι βέβαιη, αλλά μερικές φορές πρέπει να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση πριν επιτευχθεί ακριβής διάγνωση. Ο Πίνακας 3 παραθέτει μερικές ενδείξεις για επείγουσα λαπαροτομία ή λαπαροσκόπηση. Μεταξύ των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος, εκείνοι άνω των 65 ετών χρειάζονται συχνότερα χειρουργική επέμβαση (33%) από ό, τι οι νεότεροι ασθενείς (15%)^{32,45}.

Πίνακας 3. Ενδείξεις για επείγουσα χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό πόνο.

Φυσικά ευρήματα

Ακούσια ακαμψία και προστασία του σημείου του σημείου του πόνου, ειδικά όταν ο ασθενείς προσπαθεί να τεντώσει το σώμα του.

Υψηλή ένταση πόνου ή προοδευτική κλιμάκωση του πόνου.

Τρυφερή κοιλιακή ή ορθική (πρωκτική) μάζα με υψηλό πυρετό ή υπόταση
Πρωκτική αιμορραγία με σοκ ή οξέωση
Αναμφίβολα κοιλιακά ευρήματα μαζί με σηψαιμία (υψηλός πυρετός, έντονη ή αυξανόμενη λευκοκυττάρωση, διανοητικές αλλαγές ή αύξηση της δυσανεξίας στη γλυκόζη σε έναν διαβητικό ασθενή)
Αιμορραγία (ανεξήγητο σοκ ή οξέωση, αιματοκρίτης που πέφτει)
Υποψία ισχαιμίας (οξέωση, πυρετός, ταχυκαρδία)
Επιδείνωση της συντηρητικής θεραπείας
Ακτινολογικά ευρήματα
Πνευμοπεριτόναιο
Μεικτή ή προοδευτική διάταση του εντέρου
Ελεύθερη εξαγγείωση υλικού αντίθεσης, που μαρτυρά ρήξη
Βλάβη που καταλαμβάνει μεγάλο χώρο στο περιτόναιο σε απεικονιστικές εξετάσεις, με πυρετό
Μεσεντερική απόφραξη στην αγγειογραφία
Ενδοσκοπικά ευρήματα
Διάτρητη ή ανεξέλεγκτη αιμορραγική αλλοίωση
Πίνακας διαμορφώθηκε βάση των πληροφοριών στο βιβλίο Silen & Core, 2010 ³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Επειδή υπάρχουν πολλές αιτίες οξέος κοιλιακού άλγους, είναι απαραίτητη η συστηματική προσέγγιση από τον ιατρό που κάνει την αξιολόγηση για να περιορίσει τη διαφορική διάγνωση. Είναι ζωτικής σημασίας ο ιατρός να κατανοεί τους μηχανισμούς δημιουργίας του πόνου και να είναι εξοικειωμένος με τις παρουσιάσεις κοινών ασθενειών που προκαλούν κοιλιακό άλγος. Η αναγνώριση των κόκκινων σημαιών στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τα αρχικά απεικονιστικά και εργαστηριακά ευρήματα συμβάλλει στον προσδιορισμό των ασθενών που μπορεί να έχουν σοβαρή υποκείμενη νοσολογική διαδικασία και, ως εκ τούτου, δικαιολογούν ταχύτερη αξιολόγηση και θεραπεία⁴⁶.

Ο κοιλιακός πόνος έχει πολλές αιτίες, από απλές έως πολύπλοκες παρουσιάσεις. Οι ασθενείς με κοιλιακό πόνο μπορεί να έχουν διάφορες φυσιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αξιολόγηση, τη λήψη ιστορικού και τη διαχείριση των ασθενών⁴⁶.

6.1 ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου είναι ένας άπιαστο στόχος. Οι ασθενείς παραμένουν υποθεραπευόμενοι για ορισμένους λόγους, όπως η έλλειψη ιατρικών συνταγών και γνώσεων των νοσηλευτών για τον πόνο αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία για τον πόνο τους, ακόμη και μετά τη φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση του πόνου, εξακολουθούν να βιώνουν μέτριο πόνο. Έχουν εφαρμοστεί εκπαιδευτικές στρατηγικές για την αύξηση των γνώσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αλλά ορισμένα άλλα εμπόδια παραμένουν σε γραμμές, όπως η μη διευκολυντική στάση, η έλλειψη διεπαγγελματικών δεξιοτήτων, η κακή ομαδική εργασία, η ανεπαρκής ηγεσία και έλλειψη πόρων⁴⁷. Μια μελέτη έδειξε ότι υπάρχει σοβαρό έλλειμμα νοσηλευτών, με μόνο 50 νοσηλευτές ανά 100.000 ασθενείς. Το πέντε τοις εκατό των από αυτούς έχουν σπουδάσει μέχρι το πτυχίο Bachelor, το 60% φτάνει μόνο μέχρι το δίπλωμα και το 35% που απομένει έχει μόνο λυκειακή εκπαίδευση. Αυτοί είναι οι λόγοι για τους οποίους η αποτελεσματική αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου εξακολουθεί να

εκτός της εμβέλειάς μας, καθώς οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ακρογωνιαίο λίθο σε αυτή την υγειονομική περίθαλψη πρόγραμμα. Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τον πόνο αξιολόγηση του πόνου. Οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν πώς αξιολογούν τον πόνο. Οι ίδιοι ανέφεραν παρατηρώντας τη συμπεριφορά των παιδιών, όπως το ανεξέλεγκτο κλάμα, τη χειρονομία και την έκφραση του προσώπου. Άλλοι αξιολογούσαν τον πόνο ρωτώντας απευθείας τα παιδιά που μπορούν να μιλήσουν ή να ρωτήσουν τον κηδεμόνα τους. Ορισμένοι νοσηλευτές γνωρίζουν ότι ο ασθενής πονάει από τη διάγνωση ή τη χειρουργική του επέμβαση. Κανένας από αυτούς δεν απάντησε αντικειμενικά χρησιμοποιώντας ένα ζωτικό σημείο ή φυσιολογικές μετρήσεις για να αξιολογήσει τον πόνο⁴⁸.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η ανάλυση, η λύση των προβλημάτων και οι ανάγκες του ασθενούς είναι απαραίτητη η χρήση επιστημονικών μεθόδων. Αυτό επιτυγχάνεται με την επικοινωνία του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνδυασμό με την λήψη σωστών αποφάσεων και την άρτια εφαρμογή τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Αυτό είναι εφικτό μέσω της αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενούς και της σωστής εκτίμησης των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν⁴⁹.

Η νοσηλευτική διεργασία έχει ως σκοπό την ανάπτυξη της υγείας του ατόμου, την πρόληψη της νόσου, την φροντίδα για την ανάρρωση (σε περίπτωση νόσησης) και την αποκατάσταση του ασθενούς στην κοινότητα.

Η νοσηλευτική διεργασία, για την λύση των προβλημάτων, ακολουθεί τα εξής βήματα:

- Εκτίμηση προβλημάτων
- Να υπάρχουν αντικειμενικοί σκοποί
- Πρόγραμμα επίλυσής τους
- Επίλυση
- Αξιολόγηση αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας

Όταν συλλέγονται τα στοιχεία που ορίζουν το πρόβλημα, τότε πραγματοποιείται η διεκπερέωση της αξιολόγησης των αναγκών του ασθενούς. Συγκεκριμένα του ατομικού ιστορικού του ασθενούς αλλά και η επίδραση του περιβάλλοντος πάνω σε αυτόν. Οι πληροφορίες λαμβάνονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό και την φυσική εξέταση⁴⁹.

6.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

6.3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η λήψη ιστορικού είναι κύριο στοιχείο της αξιολόγησης του ασθενή με κοιλιακό άλγος, με αποτέλεσμα να επιτρέπεται η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Ο PCUK το 2016 είχε αναφέρει ότι ‘Πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της λήψης ιστορικού, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η συναίνεση από τον ασθενή. Μπορεί να ληφθεί χρησιμοποιώντας ποικίλες μεθόδους. Η ικανότητα του ασθενούς να δώσει τη συγκατάθεσή του για τη λήψη ιστορικού είναι σημαντική. Για αρχή είναι απαραίτητη η προετοιμασία του περιβάλλοντος από τον νοσηλευτή. Πρέπει να είναι εύκολη η πρόσβαση στο περιβάλλον, να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός, να μην υπάρχουν διαταραχές και να εξασφαλίζεται η ασφάλεια του ασθενή αλλά και του νοσηλευτή. Είναι επίσης αρκετά σημαντικό να δοθεί επαρκής χρόνος για την λήψη του ιστορικού ώστε να αποφευχθούν οι ελλιπείς πληροφορίες, οι οποίες είναι πιθανό να επιφέρουν επιπτώσεις στην φροντίδα του ασθενούς⁵⁰.

Είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό ιστορικό να περιλαμβάνει:

- Το κύριο πρόβλημα του ασθενούς
- Το ιστορικό της υγείας του
- Το οικογενειακό του ιστορικό
- Την εκτίμηση των συστημάτων του οργανισμού του ασθενούς

Η βασική διαφορά μεταξύ του ιατρικού ιστορικού με το νοσηλευτικό είναι ότι το νοσηλευτικό ιστορικό περιγράφει κυρίως τις φυσικές, διανοητικές και

συναισθηματικές αντιφάσεις του αρρώστου απέναντι στην νόσο που τον καταβάλλει.

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι εκείνο, κατά κύριο λόγο, που εκτιμά το τρόπο αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς. Είναι επίσης η βασική πηγή άντλησης πληροφοριών, η επικοινωνιακή βάση, η έκφραση συναισθημάτων του και η καταγραφή λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο διαθέτεται ένας γραπτός οδηγός ο οποίος είναι σημείο αναφοράς για να αξιολογηθεί η κατάστασή του κατά τον χρόνο παραμονής του στον νοσοκομειακό χώρο⁴⁷.

Η μορφή που θα μπορούσε να χαρακτηρίσει το νοσηλευτικό ιστορικό είναι το ερωτηματολόγιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ταχύρυθμη λήψη ιστορικού και μία πιο λεπτομερή εικόνα του ασθενούς, αλλά είναι λίγο χρονοβόρο.

Συγκριτικά με το νοσηλευτικό, το ιατρικό ιστορικό επικεντρώνεται κυρίως στα συμπτώματα που έχει ο ασθενής, την παθολογία και την εξέλιξη της ασθένειάς του.

6.3.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η συστηματική και συνεχή συλλογή δεδομένων, η ανάλυση και η οργάνωση των δεδομένων που λαμβάνονται από το ιστορικό του ασθενούς περιλαμβάνονται στην φυσική εξέταση του ασθενούς από τον νοσηλευτή. Η εφαρμογή της κριτικής σκέψης όσο πραγματοποιείται η φυσική εξέταση προσφέρει ένα πλάνο περίθαλψης για τον πάσχοντα, το οποίο σχέδιο περιλαμβάνει έννοιες πρακτικής που στηρίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία⁵¹.

Οι νοσηλευτές λαμβάνουν τα ζωτικά σημεία των ασθενών, δηλαδή την θερμοκρασία, τον αναπνευστικό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση και το επίπεδο πόνου με την χρήση μίας κλίμακας ηλικίας ή κλίμακας πόνου. Έτσι οι νοσηλευτές σχηματίζουν μία διάγνωση και εντοπίζουν τις

τρέχουσες και τις μελλοντικές ανάγκες φροντίδας του ασθενούς. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει την φυσιολογία του ασθενούς και βοηθά στην παροχή προτεραιότητας στις παρεμβάσεις και τη φροντίδα⁵¹.

6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Είναι απαραίτητη η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με κοιλιακό άλγος. Για αυτό πρέπει να δημιουργηθεί μία θεραπευτική σχέση μεταξύ των αρρώστων και του νοσηλευτικού προσωπικού η οποία θα εξασφαλίζει την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την φροντίδα ώστε να διατηρείται η σωματική αλλά και η ψυχική βελτίωση, ο σεβασμός και η σταθερότητα του αρρώστου. Ο στόχος των νοσηλευτών οφείλει να είναι η καλή υγεία των ασθενών. Με την πληθώρα των γνώσεων και των δεξιοτήτων, οι νοσηλευτές, προσεγγίζουν τους ασθενείς. Με τη θετική νοσηλευτική αντιμετώπιση, την ανάπτυξη της σωστής επικοινωνίας, την εμπιστοσύνη και την ψυχολογική παρέμβαση βοηθούν στην έγκαιρη αποκατάσταση του ασθενούς⁴¹. Ο κυρίαρχος ρόλος των νοσηλευτών είναι η φροντίδα των αρρώστων σε όλα τα στάδια της ασθένειας, με αρχή την διάγνωση και την σωστή διαχείριση της ασθένειας οδεύοντας προς την θεραπεία. Το αίσθημα που πρέπει να έχουν οι ασθενείς είναι εμπιστοσύνη, η οποία έχει θετική επίδραση στην ψυχολογία τους, άρα και στην πορεία της ασθένειας του με κατάληξη την ελάττωση άγχους. Οι νοσηλευτές επιπλέον είναι εκείνοι που γνωρίζουν απόλυτα την κατάσταση αλλά και την ανασφάλεια που δημιουργείται στον ασθενή. Για αυτό οφείλουν να δημιουργήσει κλίμα ασφάλειας με σκοπό την έμπνευση σεβασμού και εκτίμησης τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Αυτό που πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη είναι η ύπαρξη πόνου και πιο ιδανικά πριν την επιδείνωσή του με στόχο την αποφυγή επιπλέον αγωγής (από αυτήν που ήδη λαμβάνει ο ασθενής). Σε περίπτωση που ασθενής πρέπει να λάβει επιπλέον αγωγή για την καταπολέμηση του πόνου, υπεύθυνος είναι ο γιατρός⁵². Οποιαδήποτε επιθετική συμπεριφορά, του ασθενούς, θα πρέπει να γίνεται κατανοητή από το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς δικαιολογείται επειδή οφείλεται στην νόσο από την οποία πάσχει. Ο νοσηλευτής είναι ο επιστήμονας υγείας ο οποίος αρχικά θα προσεγγίζει τον ασθενή κατανοώντας τη συμπεριφορά του

και κάνει αξιολόγηση επιπέδου συνείδησης του αρρώστου, με σκοπό τον σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας που πρέπει να ακολουθηθεί. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, για του ασθενείς, η διατροφή για την οποία θα πρέπει να είναι ενήμεροι όχι μόνο οι ίδιοι αλλά και η οικογένειά τους⁵¹. Ένα κατάλληλο διατροφικό πλάνο είναι εύκολο να επιτευχθεί με την συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού υγείας με τους διαιτολόγους, το οποίο εννοείται θα βασίζεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς με κοιλιακό άλγος.

Ο πόνος είναι κάτι που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποκλειστικά- χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση και διαχείριση για να έχει βέλτιστο αποτέλεσμα. Όχι μόνο οι γιατροί, αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, όπως όπως νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.λπ. για να αποκτήσουν σημαντικό αντίκτυπο στη διαχείριση του πόνου, ιδίως σε παιδιά. Εκτός από τους ιατρούς, οι νοσηλευτές έχουν ένα ουσιαστικό ρόλο στη διαχείριση του πόνου, καθώς είναι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται συχνότερα σε επαφή με τους ασθενείς. Επιπλέον, ο πόνος στα παιδιά παραμένει προκλητικός, καθώς συνήθως υποθεραπεύεται. Η τακτική αξιολόγηση και επαναξιολόγηση του παιδιατρικού πόνου των συμπτωμάτων μπορεί να επιτύχει το καλύτερο αποτέλεσμα στη διαχείριση του πόνου. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου και να διατηρούν κίνητρα για να εκπαιδεύονται σχετικά με αυτό⁵².

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 1:

Στοιχεία ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Γ.Π

Πατρώνυμο: Γ.Κ

Ηλικία: 67 ετών

Τόπος γέννησης: Αθήνα

Επάγγελμα: Συνταξιούχος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Ο ασθενής Γ.Π. προσήλθε στο τμήμα επειγόντων της Γενικής Κλινικής ο Ιπποκράτης στις 13/07/2021 με την συνοδεία της συζύγου του. Ο ασθενής εμφάνιζε αφόρητο πόνο στην περιοχή της κοιλιάς, μετεωρισμό (φούσκωμα) στην κοιλιά και ανέφερε πως είχε τάση προς έμετο. Ο εφημερεύον ιατρός πραγματοποίησε εξέταση συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών εξετάσεων και ατομικού ιστορικού.

Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς: Ο ασθενής πριν μερικά χρόνια είχε ένα εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο και έκτοτε λαμβάνει αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με θειαζιδικά διουρητικά.

Ευρήματα λήψης ζωτικών σημείων:

Θερμοκρασία: 38,4° C

Αρτηριακή Πίεση: 152/86mm/Hg

Σφίξεις: 87/min

Αναπνοές: 18/min

SpO₂: 96%

Εργαστηριακές εξετάσεις: Στον ασθενή πραγματοποιήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος, γενική ούρων καθώς και αμυλάση αίματος και αμυλάση ούρων. Οι αυξημένες κατά πολύ τιμές των τελευταίων είναι όψιμος δείκτης παγκρεατίτιδας.

Απεικονιστικές Εξετάσεις: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα κοιλιάς και στην συνέχεια σε αξονική τομογραφία άνω κοιλιάς με per os (από το στόμα) σκιαγραφικό. Οι εξετάσεις του έδειξαν οίδημα στην περιοχή του παγκρέατος.

Ιατρική Εξέταση: Ο εφημερεύον ιατρός πραγματοποίησε φυσική εξέταση η οποία περιλάμβανε επισκόπηση, ψηλάφηση, επίκρουση και ακρόαση της κοιλιακής χώρας σε ύπτια θέση όμως ο ασθενής διαμαρτύρονταν για έντονο κοιλιακό πόνο.

Μετά το πέρας των εξετάσεων ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική πτέρυγα της κλινικής όπου και παρέμεινε για έξι ημέρες. Ο ασθενής τις πρώτες ημέρες ήταν ιδιαίτερα ανήσυχος καθώς παρότι λάμβανε αναλγητική θεραπεία ο πόνος εξακολουθούσε να υφίσταται. Επίσης, παρότι είχε διακοπεί η per os σίτιση και ο ασθενής λάμβανε μόνο παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, οι ναυτίες και η τάση για έμετο συχνά εμφανίζονταν μέσα στην ημέρα. Η μέτρηση ζωτικών σημείων στον ασθενή γίνονταν ανά 4 ώρες καθώς λάμβανε αντιυπερτασική αγωγή αλλά και διότι τις 2 πρώτες ημέρες της εισαγωγής του είχε υψηλό πυρετό ο οποίος όμως αντιμετωπίστηκε με αντιπυρετική αγωγή.

Ο ασθενής κατά την παραμονή του στην κλινική έπρεπε να υποβάλλεται σε συχνούς εργαστηριακούς ελέγχους (αμυλάση ούρων και αίματος) προκειμένου να ελέγχει ο γιατρός την μείωση ή αύξηση των τιμών, πράγμα που προκαλούσε άγχος στον ασθενή και τον έκανε ιδιαίτερα νευρικό και οξύθυμο.

Νοσηλευτική διεργασία :

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1. Ανησυχία του ασθενούς λόγω κοιλιακού άλγους	Άμεση καταπολέμηση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, επομένως δεν ήταν πλέον ανήσυχος.
2. Ναυτία-Εμετός	Άμεση καταπολέμηση της ναυτίας και του εμετού.	1.Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 2. Χορήγηση περισσότερων υγρών ενδοφλέβια για την αποφυγή αφυδάτωσης. 3. Μέτρηση ισοζυγίου υγρών του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα	1.Ο ασθενής δεν έχει πλέον ναυτίες και τάση προς εμετό. 2.Ο οργανισμός του ασθενούς ενυδατώνεται σωστά.

3. Πυρετός	Άμεση αντιμετώπιση του πυρετού.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.	Η θερμοκρασία σώματος του ασθενούς είναι και πάλι φυσιολογική.
4. Άγχος λόγω εργαστηριακών εξετάσεων.	Άμεση αντιμετώπιση του άγχους.	1.Επικοινωνία με τον ασθενή. 2.Ενημέρωση του ασθενούς για την σημασία αυτών των εξετάσεων. 3.Πληροφόρηση του ασθενούς για το τι ακριβώς είναι αυτές οι εξετάσεις και που αποσκοπούν.	Ο ασθενής ενημερώθηκε και συμφώνησε να συνεργαστεί.

Ο νοσηλευτής μέσα από την παρατήρηση και την επικοινωνία με τον ασθενή εντόπισε σωματικά και ψυχικά ευρήματα που δυσχέραιναν την υγεία του και την παραμονή του στην κλινική. Με κριτική σκέψη δόμησε με σειρά προτεραιότητας τα ευρήματα, έθεσε στόχους για την αντιμετώπισή τους, πραγματοποίησε τις κατάλληλες παρεμβάσεις και αξιολόγησε το τελικό αποτέλεσμα. Η διαδικασία αυτή ορίζεται ως νοσηλευτική διεργασία. Μέσα από την παρατήρηση και την δομημένη σκέψη ο νοσηλευτής θέτει σε σειρά τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα που εντοπίζει, από το πιο απειλητικό για τη ζωή του ασθενούς έως το λιγότερο απειλητικό και μέσα από κατάλληλους χειρισμούς που ο ίδιος αποφασίζει, μπορεί να επιλύσει κάθε πρόβλημα. Στο τέλος αξιολογεί τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών του και σε περίπτωση που κάποιο πρόβλημα δεν έχει επιλυθεί ξεκινά τη νοσηλευτική διεργασία από την αρχή^{53,54}.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 2:

Στοιχεία ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Δ.Γ.

Πατρώνυμο: Δ.Π.

Ηλικία: 13 ετών

Τόπος γέννησης: Αθήνα

Επάγγελμα: Μαθήτρια

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Η ασθενής Δ.Γ. προσήλθε μαζί με τους γονείς της στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της Γενικής κλινικής ο Ιπποκράτης στις 9/9/2021 στις 20:15 με επίμονο και αφόρητο πόνο στην κάτω δεξιά περιοχή της κοιλιάς. Η μητέρα της ενημέρωσε τον εφημερεύον ιατρό πως ο πόνος ξεκίνησε πιο ήπια το απόγευμα και επιδεινώθηκε την τελευταία ώρα, ενώ το παιδί έκανε και πυρετό στο σπίτι. Με τη βοήθεια της μητέρας, ο εφημερεύον ιατρός πραγματοποίησε λήψη ατομικού ιστορικού της ασθενούς.

Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς: Ο εφημερεύον ιατρός με την βοήθεια της μητέρας του παιδιού συμπλήρωσε το ατομικό ιστορικό του παιδιού από το οποίο όμως δεν προέκυψε κάτι.

Ευρήματα λήψης ζωτικών σημείων:

Θερμοκρασία: 38,7° C

Αρτηριακή Πίεση: 114/68mm/Hg

Σφίξεις: 73/min

Αναπνοές: 22/min

SpO₂: 98%

Εργαστηριακές εξετάσεις: Από την ασθενή πάρθηκε δείγμα για αιματολογικές εξετάσεις.

Απεικονιστικές Εξετάσεις: Η ασθενής πραγματοποίησε απεικονιστικές εξετάσεις όπως υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας από το οποίο προέκυψε ότι υπάρχει απόφραξη της απόφυσης (απόφραξη από κόπρανα, στερεά κατάλοιπα τροφής) και επομένως πρόκειται για οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Ιατρική Εξέταση: Ο εφημερεύον ιατρός εξέτασε την κοιλιακή χώρα της ασθενούς και εντόπισε το ακριβές σημείο του πόνου.

Μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων, η ασθενής εισήλθε στην Χειρουργική πτέρυγα της κλινικής όπου προγραμματίστηκε η χειρουργική επέμβαση της σκωληκοειδίτιδας για το πρωί της επομένης.

Κατά την παραμονή του στην κλινική, το βράδυ πριν την επέμβαση, το παιδί ήταν ιδιαίτερα ανήσυχο και τρομαγμένο για την επέμβαση. Παραπονιόταν για αόρητο πόνο δεξιά στην κοιλιά και είχε εφίδρωση λόγω πυρετού.

Μία ημέρα μετά την επέμβαση και ενώ το παιδί έχει συνέλθει πλήρως από την νάρκωση, το παιδί είναι εμφανώς καλύτερα. Σιτίστηκε ελαφρά με υγρά και κινητοποιήθηκε με την βοήθεια της μητέρας του και του νοσηλευτικού προσωπικού. Την επομένη, και ενώ το παιδί είχε μία κένωση μπόρεσε να πάρει εξιτήριο από τη κλινική.

Νοσηλευτική διεργασία:

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1.Εφίδρωση λόγω πυρετού.	Άμεση αντιμετώπιση του πυρετού.	Χορήγηση ενδοφλέβιας αντιπυρετικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Η θερμοκρασία σώματος της ασθενούς είναι φυσιολογική.

2.Κοιλιακό άλγος.	Άμεση αντιμετώπιση του κοιλιακού πόνου.	Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Ανακούφιση της ασθενούς από τον κοιλιακό πόνο.
4.Φόβος λόγω άγνοιας σχετικά με την επέμβαση.	1.Εξάλειψη φόβου. 2.Ανάγκη ενημέρωσης της ασθενούς	1.Επικοινωνία, επίλυση αποριών και παρηγορητική φροντίδα στην ασθενή 2.Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης.	1.Η ασθενής αισθάνεται πιο ήρεμη. 2.Η ασθενής είναι δεκτική στην πραγματοποίηση της επέμβασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cole E, Lynch A, Cugnoni H. Assessment of the patient with acute abdominal pain. *Nursing Standard*. 2006 May 31;20(38):56–64.
2. Korterink J, Devanarayana NM, Rajindrajith S, Vlieger A, Benninga MA. Childhood functional abdominal pain: mechanisms and management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2015 Feb 10;12(3):159–71.
3. Grundmann R, Petersen M, Lippert H, Meyer F. Das akute (chirurgische) Abdomen – Epidemiologie, Diagnostik und allgemeine Prinzipien des Managements. *Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2010 Jun;48(06):696–706.
4. Frei P. Differenzialdiagnostik abdomineller Schmerzen. *Praxis*. 2015 Jan;104(18):959–65.
5. Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, Simrén M, Tillisch K, Olden K, et al. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1408–19.
6. Lange JF, Kleinrensink GJ, Lange M. *Surgical anatomy of the abdomen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2020.
7. .Care.gr. Όργανα του θώρακα και της κοιλιάς.[cited 2018 August 23
8. Tsai H-C, Yoshida T, Chuang T-Y, Yang S-F, Chang C-C, Yao H-Y, et al. Transversus Abdominis Plane Block: An Updated Review of Anatomy and Techniques. *BioMed Research International [Internet]*. 2017;2017
9. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN [Internet]*. 2020 Aug 5;Articles in Press(9).
10. Orr PM, Shank BC, Black AC. The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Critical Care Nursing Clinics of North America [Internet]*. 2017 Dec 1;29(4):407–18.
11. Clauw DJ, Essex MN, Pitman V, Jones KD. Reframing chronic pain as a disease,

- not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgraduate Medicine* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Feb 2];131(3):185–98.
12. Stanos S, Brodsky M, Argoff C, Clauw DJ, D’Arcy Y, Donevan S, et al. Rethinking chronic pain in a primary care setting. *Postgraduate Medicine*. 2016 May 27;128(5):502–15.
13. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology - IASP [Internet]. www.iasp-pain.org. 2017 [cited 2021 May 24]
14. Gebhart GF, Schmidt RF. *Encyclopedia of Pain*. 7th ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013.
15. Steeds CE. The anatomy and physiology of pain. *Surgery (Oxford)*. 2013 Feb;31(2):49–53.
16. Breivik H, Eisenberg E, O’Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec;13(1).
17. Cook KF, Dunn W, Griffith JW, Morrison MT, Tanquary J, Sabata D, et al. Pain assessment using the NIH Toolbox. *Neurology* [Internet]. 2013 Mar 11 [cited 2019 Apr 30];80(Issue 11, Supplement 3):S49–53.
18. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease. *PAIN*. 2019 Jan;160(1):19–27.
19. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN*. 2019 Jan;160(1):83–7.
20. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN* [Internet]. 2015 Mar;156(6):1.
21. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN* [Internet]. 2015 Mar;156(6):1.
22. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The journal of pain : official journal of the*

- American Pain Society [Internet]. 2016 Sep 1;17(9 Suppl):T10–20.
23. McNamara R, Dean AJ. Approach to Acute Abdominal Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011 May;29(2):159–73
24. Kapural L, Springerlink (Online Service. *Chronic Abdominal Pain : An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management*. 5th ed. New York, Ny: Springer New York; 2015.
25. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology - IASP [Internet]. www.iasp-pain.org. 2017 [cited 2021 May 24].
26. Gebhart GF, Schmidt RF. *Encyclopedia of Pain*. 7th ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013.
27. R, Dean AJ. Approach to Acute Abdominal Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011 May;29(2):159–73.
28. Bates CM, Plevris JN. Clinical evaluation of abdominal pain in adults. *Medicine* [Internet]. 2013 Feb;41(2):81–6.
29. Scheirey CD, Fowler KJ, Therrien JA, Kim DH, Al-Refaie WB, Camacho MA, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Nonlocalized Abdominal Pain. *Journal of the American College of Radiology*. 2018 Nov;15(11):S217–31
30. Cartwright, SL, Knudson, MP. Diagnostic imaging of acute abdominal pain in adults. *American family physician*. 2015;91(7):452–9.
31. Yamashita S, Tago M, Katsuki NE, Nishi TM, Yamashita S. Relationships between sites of abdominal pain and the organs involved: a prospective observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Jan 20];10(6):e034446.
32. Mick G, Baron R, Finnerup NB, Hans G, Kern K-U, Brett B, et al. What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used

term. Pain Management. 2012 Jan;2(1):71–7.

33. Silen W, Cope Z. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. Oxford: Oxford University Press; 2010.

34. Mayo Clinic. Abdominal pain Causes [Internet]. Mayo Clinic. ; 2019 [cited 2021 Jun 13].

35. Irritable Bowel Syndrome (IBS) Medscape, updated: Dec 11, 2019, Jenifer K Lehrer, MD; Chief Editor: Anand, MD

36. Bioclinic. An unbearable pain: renal colic [Internet] Available from: <https://www.bioclinic.gr/kwlikos-nefrou/>

37. George Sambalis Acute Pancreatitis [Internet] Available from: <https://www.sambalis.gr/pathiseis/chole/acute-pancreatitis/>.

38. Haris Hiniadis Stomach ache [Internet] Available from: <https://www.hiniadis.com/ponos-sti-koilia.html>

39. Irritable Bowel Syndrome. Symptoms & causes, Mayo Clinic, July 2020,

40. Chris Zavos Functional indigestion, updated Jun 6, 2019 [Internet] Available from: <https://www.peptiko.gr/leitourgiko-dyspepsia/>

41. Burlet, K, Lam, A, Larsen, P, Dennett, E. Acute abdominal pain-changes in the way we assess it over a decade. The New Zealand medical journal,. 2017;130(1463):39–44.

42. Patterson J, Kashyap S, Dominique E. Acute Abdomen.In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 [cited 2021 Jun 15].

43. C.Keith Stone, Roger L.Humphries, Γεώργιος Μπαλτόπουλος. Σύγχρονη Επειγοντολογία Διάγνωση και Θεραπεία. Έκτη έκδοση. Αθήνα. Ελληνική έκδοση Π.Χ. Πασχαλίδης;2012.

44. Rehman M, Cancarevic I, Iskander B, Lalani S, Malik BH. Biologics Targeting in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Conundrum. *Cureus*. 2020 Sep 23;
45. Koop H, Koprdoва S, Schürmann C. Chronic Abdominal Wall Pain: A Poorly Recognized Clinical Problem. *Deutsches Aerzteblatt Online*. 2016 Jan 29;
46. Kholowa ET, Chimwaza AF, Majamanda MD, Maluwa AO. Nurses' Knowledge and Attitudes towards Pain Management in Children Admitted in the Paediatric Department of Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. *J Biosci Med*. 2017;5(06):46.
47. Μπολοβίνου Ε., Ρουμπέκα Χ. Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με οξεία χολοκυστίτιδα. Πάτρα : ΤΕΙ Δυτικής – Πτυχιακή Εργασία.
48. Mediani HS, Duggan R, Chapman R, Hutton A, Shields L. An exploration of Indonesian nurses' perceptions of barriers to paediatric pain management. *J Child Health Care*. 2017;21(3):273–282.
49. Παπαδόπουλος Σ.,. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη, αντιμετώπιση και αποκατάσταση. Πάτρα : ΤΕΙ Δυτικής- Πτυχιακή Εργασία, 2015.
50. Ladak SS, McPhee C, Muscat M, Robinson S, Kastanias P, Snaith K, et al. The journey of the pain resource nurse in improving pain management practices: understanding role implementation. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(2):68–73.
51. Sally M. Johnstone. *The Journal of Competency- Based Education*. Publishing Jan 7, 2019.
52. Lunsford L. Knowledge and attitudes regarding pediatric pain in Mongolian nurses. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(3):346–353.
53. Lynn P. Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες & Νοσηλευτική Διεργασία. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2011.

54. Vissers M.M, Busmann J.B.J, Groot I.B , Verhaar y J.A.N, Reijman M. Walking and chair rising performed in the daily life situation before and after total hip arthroplasty. *Osteoarthritis and Cartilage, Journal.* 2011, 19: 1102-1107.