



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η αντιμετώπιση του άλγους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών τριτοβάθμιου νοσοκομείου

Σπουδαστής:

Γώτης Κωνσταντίνος, Ιατρός (Α.Μ. 62)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2011

Πρόλογος

Κατά την διάρκεια της φοίτησης μου στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με θέμα την « Αντιμετώπιση του Πόνου », συχνά αναρωτήθηκα τον τρόπο που θα ήταν δυνατόν να γεφυρωθεί το κενό που είχα τη εντύπωση πως υπήρχε, ανάμεσα στο θεωρητικό υπόβαθρο της διδακτέας ύλης, στην διεύρυνση των ορίων της σκέψης, που συχνά είχα την αίσθηση ότι ήταν ένας από τους στόχους των ακαδημαϊκών δασκάλων, και το τελικό ερώτημα, πώς θα αποκτήσω εκείνες τις γνώσεις ούτως ώστε να καταφέρω ως ιατρός να αντιμετωπίσω αποτελεσματικότερα τον πόνο. Τελικά μέσα από την προετοιμασία αυτής της εργασίας, συνειδητοποίησα ότι αφενός δεν υπήρχε κενό ανάμεσα στους παραπάνω στόχους, αφετέρου, υπήρχε και κάτι ακόμη το οποίο μου διέφευγε. Η κατά το δυνατόν, ευαισθητοποίηση σε όλες τις μορφές του πόνου, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής και κοινωνικής υπόστασης του, που συχνά αγνοεί ή δεν εκπαιδεύτηκε ή δεν ενδιαφέρθηκε να γνωρίσει ένας κλινικός ιατρός, η δημιουργία μιας ομάδας με διαφορετικής ειδικότητας και ιδιότητας μέλη και τέλος, όχι η απόλυτη γνώση, αυτή καθ' εαυτή σε ένα αντικείμενο, αλλά η ευκαιρία ορθής αναζήτησης των εκάστοτε ζητούμενων στοιχείων σε σύγχρονες βάσεις δεδομένων, για την αντιμετώπιση του πόνου ως συνόλου διαφορετικών παραμέτρων και η διεύρυνση του πεδίου της σκέψης.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη πόνος ετυμολογικά, προέρχεται από το ρήμα *πένομαι*, που σημαίνει μοχθώ, κοπιάζω, άρα πόνος σημαίνει σκληρή εργασία, μόχθος. Η λέξη άλγος προέρχεται από το ρήμα *αλέγω* που σημαίνει μεριμνώ, φροντίζω και έτσι το «άλγος» δηλώνει σωματικό ή ψυχικό πόνο, δοκιμασία.¹ Η διεθνής εταιρεία μελέτης του πόνου - I.A.S.P. (International Association of Study of Pain), δηλώνει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητική, συναισθηματική και συγκινησιακή υποκειμενική εμπειρία. Ο πόνος είναι οτιδήποτε χαρακτηρίζεται ως «πόνος» από το πρόσωπο που έχει ή είχε την εμπειρία του. ***Είναι ότι ο πάσχον περιγράφει ως δυσάρεστο συναίσθημα και όχι ότι οι άλλοι πιστεύουν ή ερμηνεύουν. Πόνος υπάρχει όταν ο πάσχον αναφέρει ότι υπάρχει*** και σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών. Η ανικανότητα ενός ατόμου να επικοινωνήσει προφορικά δεν αναιρεί τη δυνατότητα να βιώνει πόνο και να χρειάζεται κατάλληλη θεραπεία.² Ο πόνος υποβαθμίζει την ζωή αυτού που πονάει, αλλά και την ζωή όσων τον φροντίζουν. Είναι μια πανανθρώπινη, υποκειμενική και πολυδιάστατη εμπειρία. Κατά συνέπεια πολυδύναμη πρέπει να είναι και η αντιμετώπιση του.^{2,3}

Οξύς πόνος ορίζεται ως ο πόνος πρόσφατης εμφάνισης και πιθανής περιορισμένης διάρκειας. Συνήθως έχει μια αναγνωρίσιμη χρονική και αιτιολογική σχέση με τραυματισμό ή ασθένεια. Ο χρόνιος πόνος επιμένει συνήθως πέραν του χρόνου της επούλωσης του τραύματος και συχνά μπορεί να μην υπάρχει κάποια σαφώς αναγνωρίσιμη αιτία. Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι ο οξύς και ο χρόνιος πόνος μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια συνέχεια και όχι ξεχωριστές οντότητες και ότι τα χαρακτηριστικά της φλεγμονής, του σπλαχνικού, του νευροπαθητικού ή του πόνου του καρκίνου, μπορεί να είναι συστατικά πόνου ποικίλης διάρκειας.⁴

Επείγον χαρακτηρίζεται το περιστατικό στο οποίο απειλείται η ζωή του πάσχοντος, ή η ακεραιότητα του σώματος του. Μία απειλητική για την ζωή κατάσταση μπορεί να συμβεί αιφνιδίως, παντού και υπό οποιοσδήποτε

συνθήκες. Η Επείγουσα Ιατρική προνοσοκομειακά (ΕΠΙ) έχει στόχο τη σταθεροποίηση του πάσχοντος και την ασφαλή μεταφορά του, στην κατάλληλη για την αντιμετώπιση του νοσοκομειακή δομή, ενώ σε νοσοκομειακό επίπεδο αντιμετώπισης, ο στόχος είναι η σταθεροποίηση του αρρώστου και η εξάλειψη κάθε απειλής κατά της ζωής, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο τελικός στόχος που είναι η τελική θεραπεία. Σε νοσοκομειακό επίπεδο, είναι ευνόητο ότι ο ασθενής τυγχάνει ιατρικής αντιμετώπισης, η οποία ποικίλει ανάλογα με τις δυνατότητες του κάθε νοσοκομείου από πλευράς στελέχωσης σε ιατρικές ειδικότητες και παρακλινικές δυνατότητες. Υπάρχουν λοιπόν διαφορετικά νοσοκομεία με ποικίλους συνδυασμούς ιατρικών ειδικοτήτων, που αντιμετωπίζουν χιλιάδες ασθενείς, οι οποίοι όμως έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό : τον πόνο. Τόσο ο οξύς, όσο και ο χρόνιος πόνος, αποτελούν συχνή αιτία προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Αποτελεί κοινό σύμπτωμα πλειάδας ασθενειών και τραύματος.^{5,6,7,8} Ενώ η αναγνώριση και ανακούφιση του πόνου θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα κατά την θεραπεία ασθενών και τραυματιών, συχνά η θεραπεία του πόνου καθυστερεί.^{9,10}

Ακόμη, το χρόνιο άλγος είναι και αυτό αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ και φαίνεται να μην είναι επαρκώς κατανοητό και να υποθεραπεύεται. Πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι στην επείγουσα ιατρική δεν υπάρχουν μοντέλα διαχείρισης για τον χρόνιο πόνο.^{8,11} Η αντιμετώπιση του οφείλει να είναι πολυπαραγοντική με φαρμακολογικές τεχνικές και γνωσιακές και συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις¹¹, οι οποίες είναι άγνωστες στην καθημέρα κλινική πρακτική της διαχείρισης του πόνου.

Η προηγούμενη εμπειρία πόνου, το άγχος και ο φόβος, το πολιτισμικό υπόβαθρο και η κοινωνική κατάσταση αποτελούν μέρος των παραγόντων η αλληλεπίδραση των οποίων έχει σαν αποτέλεσμα την απόκλιση της αντίληψης του πόνου, καθώς και της διαφορετικής απάντησης των ασθενών στον πόνο.^{8,12} Οι γονιδιακές παραλλαγές επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου καθώς επίσης και την απάντηση στην φαρμακοθεραπεία.¹³

Σε δύο ελληνικές μελέτες φαίνεται ότι το ποσοστό των πασχόντων που προσέρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) με πόνο,

κυμαίνεται από 30 έως 34% του συνόλου των ασθενών.^{14,15} Αν αναλογισθεί κανείς ότι και οι δυο μελέτες κατέγραφαν μόνο το κύριο σύμπτωμα που ανέφεραν οι ασθενείς, τότε ίσως το συνολικό ποσοστό του πόνου ως σύμπτωμα είναι μεγαλύτερο. Στην εργασία « Ανάλυση αιτιών προσέλευσης στο ΤΕΠ», της Ε. Ιωαννίδου και συνεργατών, που έγινε την διετία 2007 – 2008 στο Ρέθυμνο, στην οποία μελετήθηκαν 37.361 ασθενείς, το άλγος καταγράφηκε ως η κυριότερη αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ με ποσοστό 34%. Οι συχνότερες εντοπίσεις του ήταν : πλευριτικό άλγος 24%, οσφυαλγία – ισχιαλγία 14,4%, άλγος επιγαστρίου 10,96%, κοιλιακό άλγος 10,15%, κεφαλαλγία 9%, άλγος νεφρικής χώρας 6,9%, προκάρδιο άλγος 6,66%, αυχενάλγία 2%, ωταλγία 2%, κ.α.¹⁴ Στην εργασία « Μελέτη της συχνότητας των κυριότερων συμπτωμάτων που οδηγούν τους ασθενείς στο παθολογικό ιατρείο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Ηπείρου», του Γώπη και συνεργατών, που έγινε το 2008 στα Ιωάννινα, στην οποία μελετήθηκαν 4,285 ασθενείς οι οποίοι επισκέφτηκαν το παθολογικό ιατρείο ΤΕΠ του νοσοκομείου, το άλγος καταγράφηκε ως η κυριότερη αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ με ποσοστό 30%. Οι συχνότερες εντοπίσεις του ήταν : κοιλιακό άλγος 17,6%, κεφαλαλγία 3,9%, Θωρακικό άλγος 2,9%, προκάρδιο – οπισθοστερνικό άλγος 2,7%, αρθραλγίες – μυαλγίες 2,7%, κ.α.¹⁵

Στην διεθνή βιβλιογραφία, γίνεται εκτεταμένη συζήτηση για την διαχείριση του πόνου στο ΤΕΠ, τα προβλήματα και τα εμπόδια που οδηγούν σε καθυστερημένη αναλγησία ή σε ολιγοαναλγησία.⁵

Η διπλωματική εργασία με τίτλο « Η αντιμετώπιση του άλγους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών τριτοβάθμιου νοσοκομείου» έχει ως στόχο την διερεύνηση της αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών αστικών περιοχών, που αναζητούν άμεση βοήθεια για πόνο και η αντιμετώπιση του σε οργανωμένη τριτοβάθμια νοσοκομειακή δομή. Ο σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή και διερεύνηση της αντιμετώπισης των περιστατικών που έχουν κυρίαρχο σύμπτωμα τον πόνο, για να συγκρίνει μέρος της ελληνικής πραγματικότητας με την διεθνή βιβλιογραφία, με τελικό στόχο την βελτίωση της παρεχόμενης βοήθειας στους ασθενείς.

2. ΟΞΥΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ. ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ο οξύς πόνος συνοδεύεται από ιστική βλάβη και αρχικά προσανατολίζει στην διάγνωση προσδιορίζοντας τοπογραφικά την βλάβη η οποία μπορεί να είναι σωματική ή σπλαχνική. Έχει προσαρμοστική λειτουργία σαν ένα είδος συναγερμού, αποτρέποντας αφενός μεγαλύτερη βλάβη όπως σε έναν τραυματισμό, αφετέρου ενεργοποιώντας τον πάσχοντα για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Επιπλέον όμως, οδηγεί σε νευροορμονικές απαντήσεις ενισχύοντας την απάντηση του stress, με δυνητικά άμεσα δυσμενή αποτελέσματα^{7,16,17}. Συνήθως υποχωρεί κατά την επούλωση. Δεν θεραπεύεται μόνο με ανθρωπιστικά κριτήρια, αλλά και προκειμένου την ελάττωση των επιπλοκών του πόνου¹⁸.

2.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Οι επιπτώσεις του οξέος πόνου κατά συστήματα είναι οι παρακάτω : Στο **καρδιαγγειακό σύστημα** προκαλεί ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης λόγω της αύξησης των περιφερειακών αντιστάσεων και αύξηση της κατανάλωσης οξυγόνου στο μυοκάρδιο, με πιθανό αποτέλεσμα την ισχαιμία. Σε ακραίες καταστάσεις μπορεί να παρατηρηθούν φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή. Στο **αναπνευστικό σύστημα** μπορεί να προκαλέσει ελάττωση των πνευμονικών όγκων, μείωση του εύρους των αναπνευστικών κινήσεων με αποτέλεσμα υποξαιμία και ελάττωση του βήχα με αποτέλεσμα την μείωση της απόχρεμψης, πνευμονική λοίμωξη και εμφάνιση ατελεκτασιών. Στο **γαστρεντερικό**, προκαλεί μείωση της κινητικότητας του στομάχου και του εντέρου, ενώ στο **ουροποιητικό σύστημα**, κατακράτηση ούρων. Ο οξύς πόνος δύναται να προκαλέσει **νευροορμονικές μεταβολές** οι οποίες είναι : αύξηση του γλυκογόνου, της αυξητικής ορμόνης, της νοραδρεναλίνης, της αλδοστερόνης της ρενίνης και της αγγειοτασίνης. Ακόμη προκαλεί ελάττωση της έκκρισης της ινσουλίνης και της τεστοστερόνης, υπεργλυκαιμία, αύξηση της αποδόμησης των πρωτεϊνών, αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και τελικά, επιβάρυνση στην επούλωση και καταβολισμό των μυϊκών

μαζών. Επιπλέον, στο **μυϊκό σύστημα** προκαλείται μυϊκός σπασμός και μυϊκή αδυναμία, που οδηγούν σε καθυστέρηση της λειτουργικής αποκατάστασης και αυξημένο κίνδυνο φλεβοθρόμβωσης. Οι **ψυχολογικές επιπτώσεις** είναι το άγχος, ο φόβος, η ανικανότητα και διαταραχές του ύπνου.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ανάγκη της ορθής αντιμετώπισης του οξέως πόνου δεν προκύπτει μόνο για ανθρωπιστικούς λόγους ή για την ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά για την αποφυγή των επιπλοκών του πόνου με τον καταρράκτη της απάντησης στο stress, την δυνατότητα καλύτερης πρόγνωσης και την γρηγορότερη λειτουργική αποκατάσταση^{19,20,21}.

Η κεντρική ευαισθητοποίηση στο ΚΝΣ που προκαλείται από τον οξύ πόνο, μπορεί να οδηγήσει σε μετάπτωση σε χρόνια πόνο. Ο χρόνιος πόνος υπάρχει και μετά την περίοδο επούλωσης. Συνήθως, ο βαθμός της υποκείμενης παθολογίας, δεν δικαιολογεί την παρουσία ή την ένταση του αναφερόμενου πόνου. Μπορεί να συνυπάρχουν διαταραχές ύπνου ή και καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία συχνά είναι απόρροια της διάρκειας του πόνου.

2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος για ένα άτομο είναι, μια εμπειρία που επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων όπως ο πολιτισμικός, οι προηγούμενες εμπειρίες πόνου, οι πεποιθήσεις του ατόμου για τον πόνο, η διάθεση και η ικανότητα που έχει ο πάσχων να αντεπεξέλθει στην αλγογόνο κατάσταση²². Ο βαθμός της δυσχέρειας που προκαλείται σε σχέση με την εμπειρία του πόνου ποικίλλει. Ομοίως, υπάρχει διακύμανση από άτομο σε άτομο στην απάντηση του στις διάφορες μεθόδους ανακούφισης του πόνου²³.

Ο πόνος δεν είναι άμεσα μετρήσιμο φαινόμενο, αλλά μια υποκειμενική εμπειρία με αισθητικά και συναισθηματικά στοιχεία, το οποίο έχει μεταβλητή σχέση με την βλάβη των ιστών².

Με αυτή την έννοια, ο πόνος είναι ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Το έργο των ερευνητών και των κλινικών ιατρών είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στον πόνο ως εμπειρία. Αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν σωματικές και ψυχολογικές διεργασίες. Από τη σκοπιά του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της νόσου, η εμπειρία του πόνου μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχολογικών, κοινωνικών και παθοφυσιολογικών μεταβλητών. Αυτό το μοντέλο του πόνου, που εκπονήθηκε από τον Turk το 1995, προτείνει ότι βιολογικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τις φυσιολογικές αλλαγές και ότι οι ψυχολογικές μεταβλητές αντικατοπτρίζονται στην εκτίμηση και την αντίληψη των εσωτερικών φυσιολογικών φαινομένων. Οι εν λόγω αξιολογήσεις και αποκρίσεις της συμπεριφοράς επηρεάζονται, με τη σειρά τους, από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ταυτόχρονα, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν βιολογικές μεταβλητές, όπως η παραγωγή ορμονών και η δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος²⁴.

Στην ψυχολογική συνιστώσα, η εμπειρία του πόνου περιλαμβάνει και άλλες γνωστικές διεργασίες, όπως η προσοχή, η μνήμη, η μάθηση, οι πεπιοθήσεις, η διάθεση και οι αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον. Η προσοχή είναι μια ενεργός διαδικασία και ο κύριος μηχανισμός με τον οποίο η νοσογόνος κατάσταση διαταράσσει την τρέχουσα δραστηριότητα. Ο βαθμός στον οποίο η προσοχή διακόπτει τον πόνο, εξαρτάται από παράγοντες όπως: η ένταση του, το απρόβλεπτο που γεννά η εμφάνιση του και η συναισθηματική σημασία του ερεθίσματος του πόνου. Επίσης, στα παραπάνω πρέπει να προστεθούν ο βαθμός της συνειδητοποίησης των σωματικών πληροφοριών, και οι τρέχουσες περιβαλλοντικές απαιτήσεις²⁵. Όσο αφορά την μάθηση και την μνήμη, ο ρόλος τους έχει μελετηθεί κυρίως με πόνο προκαλούμενο πειραματικά²⁴. Στο σύνολό τους, αυτές μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η εμπειρία του πόνου δεν οφείλεται αποκλειστικά σε επιβλαβή ερεθίσματα, αλλά μπορούν επίσης να συμβάλλουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Ο φόβος και η αγωνία μπορεί επίσης να επηρεάσουν την εμπειρία του πόνου. Ο φόβος του πόνου συμβάλει στην ανάπτυξη της αποφυγής συμπεριφορών που τελικά οδηγούν σε αναπηρία πολλούς ανθρώπους που εξακολουθούν να νοιώθουν πόνο. Η αύξηση της μυϊκής αντίδρασης λόγω του φόβου μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα του πόνου ²⁶.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του οξέος πόνου μπορεί να είναι λιγότερο προφανείς, αλλά είναι εξίσου επιβλαβείς με τις σωματικές. Αλληλεπιδρούν με τις φυσικές αλλαγές και συχνά αποτελούν μέρος ενός φαύλου κύκλου ²⁷. Οι ψυχολογικές μεταβολές που σχετίζονται με τον οξύ πόνο, έτυχαν μικρότερης προσοχής από εκείνες που συνδέονται με τον χρόνιο πόνο, αυτό όμως δεν τις κάνει λιγότερο σημαντικές. Τα ανθεκτικά ερεθίσματα πόνου, όπως συμβαίνει μετά από μια χειρουργική επέμβαση, τραύμα ή έγκαυμα, μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχική λειτουργία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να μεταβάλλει την αντίληψη του πόνου. Αποτυχία στην ανακούφιση του οξέος πόνου μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του άγχους, αδυναμία για ύπνο, αποθάρρυνση, αίσθημα αδυναμίας, απώλεια του ελέγχου και αδυναμία του ατόμου να σκεφτεί και να αλληλεπιδράσει με άλλους. Σε ακραίες περιπτώσεις, οι ασθενείς δεν μπορούν πλέον να επικοινωνήσουν και ουσιαστικά χάνουν την αυτονομία τους. Σε ορισμένες μορφές του οξέος πόνου, όπως στην οσφυαλγία, οι ψυχολογικές και οι περιβαλλοντικές απαντήσεις στην οξεία φάση μπορεί να είναι μεγάλες και να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της εξέλιξης σε χρόνιο πόνο.

3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ – ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΝΟΥ

Η αξιολόγηση του πόνου βοηθά όχι μόνον στην εκτίμηση της βαρύτητας του, αλλά επιτρέπει και την αξιολόγηση της επιτυχίας της θεραπείας του. Οι ασθενείς περιγράφουν με υποκειμενικό τρόπο την ένταση του πόνου που νοιώθουν. Αυτό οδήγησε στην δημιουργία κλιμάκων μέτρησης πόνου, με σκοπό την όσο είναι δυνατό πιο αντικειμενική ποσοτική μέτρηση

του άλγους, με σκοπό αφενός την κατανόηση από τον ιατρό της σοβαρότητας του πόνου που αναφέρει ο πάσχων και αφετέρου την αξιολόγηση της θεραπείας που του προσφέρεται. Η αξιολόγηση των θεραπειών σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και η εφαρμογή και η αξιολόγηση των παρεμβάσεων στην κλινική φροντίδα των ασθενών, απαιτεί μια ακριβή αντίληψη του πόνου. Η υποκειμενική ένταση του πόνου θα έπρεπε ίσως να είναι το πιο συχνά μετρούμενο στοιχείο στην κλινική πράξη και την θεραπεία, και διάφορες κλίμακες που είναι γρήγορο και εύκολο να γίνουν κατανοητές από τους ασθενείς, έχουν αναπτυχθεί για να ποσοτικοποιηθεί η ένταση του πόνου ²⁸. Η κλίμακα πόνου θα πληροφορήσει τον θεράποντα ιατρό για την επάρκεια ή μη της αναλγησίας και έτσι θα γίνει εφικτή η τιτλοποίηση της απαιτούμενης αγωγής ή ακόμα και η διαφοροποίηση της σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή ²⁹.

Επιπλέον, η ένταση του πόνου θα πρέπει να θεωρείται ως ζωτικό σημείο και να καταγράφεται μαζί με την ανταπόκριση στην αναλγητική αγωγή και τις όποιες ανεπιθύμητες ενέργειες, τόσο συχνά όσο και τα λοιπά ζωτικά σημεία, όπως η αρτηριακή πίεση και οι σφίξεις ³⁰.

Οι ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες έντασης πόνου είναι η Αριθμητική Κλίμακα, η Λεκτική Αναλογική Κλίμακα, η Οπτική Αναλογική Κλίμακα και στα παιδιά η Κλίμακα Διαβάθμισης Προσώπων. Σε ηλικιωμένους, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το Θερμόμετρο Πόνου της Iowa.

- **NRS** numeric rating scale – αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης.

Ζητείται από τον ασθενή να εκτιμήσει την βαρύτητα του πόνου χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 0 έως το 10. Ο βαθμός 0 αντιστοιχεί στην απουσία πόνου, ενώ το 10 αντιστοιχεί στον περισσότερο βασανιστικό πόνο που μπορεί να φαντασθεί ο ασθενής ^{31,32}. **Εικόνες 1,2.**

- **VRS** verbal analogue scale – λεκτική αναλογική κλίμακα.

Ο ασθενής επιλέγει μια από τις λέξεις κλίμακας 5 βαθμίδων : Καθόλου, Λίγο, Μέτριος, Πολύς και Ανυπόφορος.

- **VAS** visual analogue scale – οπτική αναλογική κλίμακα.

Ζητείται από τον ασθενή να υποδείξει την βαρύτητα του άλγους που αισθάνεται ζωγραφίζοντας ένα σταυρό ή κάνοντας ένα σημάδι πάνω σε μια

γραμμή που ενώνει την «απουσία άλγους» με τον «χειρότερο πόνο που μπορεί να φαντασθεί». Αυτή η απόσταση μετρείται και βαθμονομείται από τον αξιολογητή σε αριθμητική κλίμακα από το 0 έως το 100. **Εικόνα 3.**

- **FPS** faces pain scale – κλίμακα προσώπων πόνου.

Επειδή τα παιδιά μπορεί να μην είναι ικανά να αντιληφθούν την έννοια των αριθμών και πώς μπορεί να σχετίζονται με τον πόνο ή ακόμη να μην είναι δυνατόν να εκφράσουν λεκτικά το επίπεδο του πόνου που νοιώθουν, χρησιμοποιείται «παιδιατρική» κλίμακα πόνου. Αυτή η κλίμακα περιέχει τις εκφράσεις του προσώπου τους. Συνήθως παρουσιάζονται στο παιδί έξι πρόσωπα εκ των οποίων το πρώτο πρόσωπο αντιπροσωπεύει την χαρούμενη έκφραση και το 6 ο πρόσωπο περιγράφει ένα πρόσωπο που κάνει μορφασμούς από τον ανυπόφορο πόνο. **Εικόνα 4.**

- **IPT** Iowa Pain Thermometer - θερμόμετρο πόνου της Iowa.

Πρόκειται για μια τροποποιημένη λεκτική αναλογική κλίμακα, που αποτελείται από επτά περιγραφές που αναφέρουν διαφορετικά επίπεδα έντασης του πόνου (απουσία πόνου, ελαφρύ πόνο, ήπιο πόνο, μέτριο πόνο, έντονο πόνο, πολύ έντονο πόνο, και τον πιο έντονο πόνο μπορεί να φανταστεί κανείς), καθώς και επιλογές αντιμετώπισης μεταξύ των λέξεων (βαθμολογία από 0 μέχρι 12). Συνιστάται η χρησιμοποίησή του σε μεγαλύτερες ηλικίες. **Εικόνα 5.**

Τόσο η κλίμακα των ενηλίκων όσο και η παιδιατρική κλίμακα πόνου τοποθετούνται μπροστά στον ασθενή και του ζητείται να δείξει ή να δηλώσει το επίπεδο του πόνου το οποίο περιγράφει όσο καλύτερα γίνεται. Οι κλίμακες πόνου είναι χρήσιμα εργαλεία που δεν αντικαθιστούν αλλά συμπληρώνουν την λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση, βάση των οποίων θα ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις από τον θεράποντα τόσο για την χορήγηση αναλγησίας, όσο και για την αξιολόγηση της, με αρωγό τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του ³³⁻³⁶.

Οι Thomas και Andruszkiewicz, του πανεπιστημίου της Μασαχουσέτης, το 2004, δημοσίευσαν μελέτη με θέμα την απεικόνιση της οπτικής αναλογικής κλίμακας σε τμήμα επειγόντων περιστατικών. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα δύο μεθόδων απεικόνισης της οπτικής αναλογικής κλίμακας σε ασθενείς τμήματος επειγόντων περιστατικών. Σε μία ομάδα ασθενών εφαρμόστηκε συνεχής

καταγραφή των δεδομένων σε γράφημα του φύλλου νοσηλείας των ασθενών (11 φορές σε διάστημα δύο ωρών), και στην δεύτερη ομάδα έγινε απεικόνιση των πληροφοριών της κλίμακας σε διάγραμμα στην κεφαλή του κρεβατιού του ασθενή. Στην ομάδα των διαγραμμάτων, οι θεράποντες ιατροί γνώριζαν την αρχική και την τελική βαθμολογία VAS, χορηγήθηκε νωρίτερα αναλγησία και οι ασθενείς είχαν την αντίληψη ότι η φροντίδα του πόνου τους ήταν επαρκής ($p < 0,05$). Οι ερευνητές καταλήγουν ότι τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την περαιτέρω διερεύνηση της απεικόνισης της κλίμακας VAS, ως μέσο για τη βελτίωση της εκτίμησης του πόνου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Φαίνεται όμως, ότι η οπτική σύνδεση της βαθμολογίας της κλίμακας VAS με τον ίδιο τον ασθενή, αυξάνει την ευαισθησία του θεράποντος στην αντιμετώπιση του πόνου ³⁷.

Τα τελευταία χρόνια, ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει ξεκινήσει για την αντιμετώπιση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των διαφόρων κλιμάκων αξιολόγησης της έντασης του πόνου σε μεγάλους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων της οπτικής, της αριθμητικής, της λεκτικής, καθώς και της κλίμακας προσώπου ³⁸. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι η Numeric Rating Scale (NRS), η Verbal Descriptor Scale (VDS, που ονομάζεται Verbal Rating Scale [VRS], η Faces Pain Scale (FPS), καθώς και η Visual Analogue Scale (VAS), προτιμούνται για ηλικιωμένους, ενώ η VAS φαίνεται να έχει τα υψηλότερα ποσοστά σφάλματος, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με ήπια έως μέτρια νοητική εξασθένηση ^{33,34,38-41}. Επιπλέον, το θερμόμετρο του πόνου – Pain Thermometer (PT), που είναι μια τροποποιημένη κάθετη VDS, παράλληλα με ένα γραφικό θερμόμετρο, έχει επίσης επικυρωθεί ως κλίμακα μέτρησης πόνου σε μεγαλύτερους ενήλικες ^{35,42,43}.

4. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΤΕΠ

Ο οξύς πόνος είναι ένα σύμπτωμα που σηματοδοτεί πραγματική ή επικείμενη βλάβη των ιστών ⁴. Η αποτελεσματική διαχείριση του οξέος πόνου δεν πρέπει να γίνεται μόνο για ηθικούς λόγους, αλλά απαιτείται για να

τροποποιήσει την απάντηση σε τραυματισμό^{44,45}. Το μέγεθος της απάντησης του οργανισμού στην βλάβη, επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και είναι ανάλογο με το βαθμό της αλλοίωσης των ιστών^{46,47}. Αυτή η απάντηση με τη σειρά της, οδηγεί σε πλήθος φυσιολογικών αλλαγών που αυξάνουν τον καταβολισμό, αυξάνουν την δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, προκαλούν ανοσοκαταστολή και άλλες επιπλοκές. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του οξέος πόνου είναι εξίσου επιβλαβείς και αλληλεπιδρούν με τις φυσικές αλλαγές αποτελώντας συχνά μέρος ενός φαύλου κύκλου^{48,49}.

Στην αντιμετώπιση του ασθενή που προσέρχεται για πόνο υπάρχουν δύο κεντρικά σημεία που απασχολούν τον θεράποντα. Η αναγνώριση της αιτίας του πόνου και η εφαρμογή της βέλτιστης θεραπείας. Στην αναγνώριση της αιτιολογίας του πόνου εμπλέκεται η υποκείμενη παθολογία, η αναζήτηση της οποίας ξεκινά με την λήψη του ιστορικού στο οποίο αναζητούνται η αρχική εντόπιση και πιθανές αντανάκλασεις, ο χρόνος έναρξης και οι συνθήκες που σχετίζονται με την έναρξη του άλγους. Σημαντικά στοιχεία του ιστορικού είναι ο χαρακτήρας (διαξιφιστικός, βύθιος, κολικοειδής ή καυστικός), η ένταση του πόνου και η εμφάνιση του σε ηρεμία ή κίνηση, καθώς και ενισχυτικοί ή ανακουφιστικοί παράγοντες. Αναζητούνται συνοδά συμπτώματα όπως η ναυτία, ο έμετος, ο πυρετός και η εφίδρωση, καθώς επίσης και η επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες του ατόμου (κινητικότητα, ύπνος κ.λ.π). Η προηγούμενη λήψη αναλγητικών από τον ασθενή έχει σημασία στην διαφορική διάγνωση καθώς επίσης και τα φάρμακα που λαμβάνει σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό του. Τέλος, δεν θα πρέπει να υποβαθμίζονται τα πιθανά συνυπάρχοντα ψυχικά νοσήματα. Οι πεποιθήσεις του ασθενή σχετικά με το αίτιο του πόνου για τον οποίο επισκέπτεται το ΤΕΠ θα πρέπει να ερωτώνται και να λαμβάνονται υπ' όψιν χωρίς όμως καθοδηγητικό χαρακτήρα ως προς την διάγνωση και ειδικά ως προς την θεραπεία.

4.1 Πρότυπα εφαρμογής αναλγησίας

Η διαδικασία της αντιμετώπισης του πόνου θα πρέπει να ξεκινά κατά την διαλογή των ασθενών. Οι πάσχοντες θα πρέπει να παρακολουθούνται κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στα τμήματα επειγόντων περιστατικών

και τέλος, κατά την έξοδο, να εξασφαλίζεται επαρκής αναλγησίας, αν αυτό κρίνεται σκόπιμο⁹. Η επιτροπή κλινικής αποτελεσματικότητας του Βρετανικού κολεγίου επείγουσας ιατρικής (CEM – The college of emergency medicine, clinical effectiveness committee) προτείνει την εφαρμογή προτύπου αναλγησίας εντός 20 λεπτών από την άφιξη στο ΤΕΠ για μέτριο και σοβαρό πόνο, σε κάθε τμήμα επειγόντων. Ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας αυτού του πρότυπου διαχείρισης πόνου θα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο. Η κατάρτιση και η εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού που συμμετέχει στην περίθαλψη των ασθενών, είναι σημαντική για να διασφαλιστεί η ποιότητα και η έγκαιρη διαχείριση του άλγους. Σύμφωνα με το προτεινόμενο πρότυπο, οι ασθενείς με έντονο πόνο θα πρέπει να μεταφερθούν σε ένα χώρο όπου μπορούν να λάβουν την ενδεικνυόμενη ενδοφλέβια (iv) ή από του ορθού αναλγησία (per rectal) εντός 20 λεπτών από την άφιξη τους στο ΤΕΠ. Οι ασθενείς με έντονο πόνο θα πρέπει να επαναξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητα της αναλγησίας, εντός 30 λεπτών από την χορήγηση της πρώτης δόσης αναλγητικού. Σε ασθενείς με μέτριο πόνο θα πρέπει να παρέχεται αναλγησία από του στόματος (per os) κατά την αρχική αξιολόγηση τους στην διαδικασία διαλογής και θα πρέπει να επανεκτιμάται η αποτελεσματικότητα της αναλγησίας εντός 60 λεπτών από την αρχική χορήγηση αναλγητικού. Η τεκμηρίωση των ανωτέρω επί της κάρτας νοσηλείας του ασθενούς ΤΕΠ είναι απαραίτητη⁹.

Το αμερικανικό κολέγιο ιατρών επειγόντων περιστατικών (American College of Emergency Physicians – ACEP), αναγνώρισε τον Μάρτιο του 2004 τη σημασία της αποτελεσματικής διαχείρισης των ασθενών που προσέρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών αναφέροντας πόνο και υποστηρίζει τις ακόλουθες αρχές: Οι ασθενείς των ΤΕΠ πρέπει να λαμβάνουν ταχεία αντιμετώπιση του πόνου και να αποφεύγονται καθυστερήσεις όπως εκείνες που σχετίζονται με διαγνωστικές εξετάσεις, δοκιμές και διαβουλεύσεις μεταξύ διαφόρων ειδικοτήτων. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές με σκοπό να βελτιστοποιήσουν το αίσθημα πόνου των ασθενών των ΤΕΠ με χρήση τόσο ναρκωτικών όσο και μη ναρκωτικών φαρμακευτικών ουσιών. Θα πρέπει να καταρτιστούν πρωτόκολλα ασφαλούς χορήγησης και συνταγογράφησης των αναλγητικών φαρμάκων για τους ασθενείς των ΤΕΠ.

Τέλος, ενθαρρύνει την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων αντιμετώπισης του πόνου καθώς και την συνέχιση της έρευνας στον τομέα της διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς επειγόντων περιστατικών⁵⁰.

4.2 ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Οι οδηγίες για τη θεραπεία του οξέος πόνου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, στην Βρετανία, στην Αμερική και την Αυστραλία, φαίνεται πως δεν απέχουν από τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) που ανακοινώθηκαν το 1996. Αδρά, η οδηγία του Π.Ο.Υ. αναφέρει την χορήγηση Παρακεταμόλης σε ελαφρύ πόνο. Σε ήπιο έως μέτριο πόνο, συστήνεται ο συνδυασμός Παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ, ενώ σε μέτριο έως δυνατό πόνο, στον παραπάνω συνδυασμό προστίθεται Κωδεΐνη. Αντί κωδεΐνης, σε σοβαρό πόνο, συστήνεται η χορήγηση Μορφίνης.

4.2.1 Προτεινόμενος αλγόριθμος για τη θεραπεία του οξέος πόνου στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών, από το Βρετανικό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του 2005, αλλά και στην τελευταία αναθεώρηση το 2010⁹, αρχικά εκτιμάται η σοβαρότητα του πόνου. Σε αυτό το στάδιο χρησιμοποιούνται τα μη φαρμακευτικά μέσα όπου χρειάζεται, όπως στο τραύμα, με χρήση ναρθήκων, αορτήρων, επιδέσμων κ.λ.π. . Θα πρέπει να εκτιμηθεί η δυνατότητα αναλγησίας με περιφερειακά μπλοκ και ακόμη να εκτιμηθούν και άλλα αίτια του φόβου και της αγωνίας του ασθενή όπως είναι ο φόβος που προκαλείται σε άγνωστο περιβάλλον, ο φόβος της βελόνας, και η αγωνία της σοβαρότητας της κατάστασης που βιώνει ο πάσχων.

Σε ήπιο πόνο (1-3), χορηγείται από του στόματος Παρακεταμόλη ή Ιβουπροφαίνη. Σε μέτριας έντασης πόνο (4-6), μπορεί να προστεθεί Δικλοφαινάκη ή Κωδΐνη από του στόματος. Η Δικλοφαινάκη δεν θα πρέπει να χορηγείται εάν προηγουμένως έχει χορηγηθεί Ιβουπροφαίνη. Επίσης προσοχή απαιτείται στην χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών σε

ασθενείς με μέτριο ή σοβαρό Βρογχικό Άσθμα. Σε σοβαρό πόνο (7-10), συστήνεται η χρήση Entonox με μάσκα (πρόκειται για μείγμα οξυγόνου και αζώτου), Διαμορφίνης ή Μορφίνης 0,1 – 0,2 mg/kg iv, ή συνδυασμός από του στόματος και από του ορθού, μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους. Η χορήγηση Μορφίνης iv, θα πρέπει να γίνεται με προσοχή λόγω του δυνητικού κινδύνου αναπνευστικής καταστολής και υπότασης που μπορεί να έχει ως επιπλοκές, αν και αυτές είναι σπάνιες. Επιπλέον, η φαρμακοκινητική στους ασθενείς που προσέρχονται για επείγον περιστατικό, διαφέρει. Για τους παραπάνω λόγους συστήνεται να μην χρησιμοποιούνται σταθερά δοσολογικά σχήματα, αλλά τιτλοποίηση της δοσολογίας σύμφωνα με τις απαιτήσεις του κάθε ασθενή. Επιπλέον, ένας ακόμη λόγος που χρειάζεται τιτλοποίηση στην αναλγησία με οποιοσδήποτε για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, είναι οι διαφορετικές ανάγκες του κάθε ασθενή και προτείνεται ως αρχικός στόχος η μείωση κατά 50% του πόνου που νοιώθει ο πάσχων, χρησιμοποιώντας μία λεκτική ή μια οπτική αναλογική κλίμακα πόνου.

4.2.2 Αμερικανικές οδηγίες αντιμετώπισης πόνου

Η εθνική επιτροπή κατευθυντήριων οδηγιών (The National Guideline Clearinghouse) του υπουργείου υγείας των Η.Π.Α, στις ισχύουσες οδηγίες⁵¹ συστήνεται η χρήση και καταγραφή κλιμάκων πόνου κατά την προσέλευση του ασθενή, κατά την εισαγωγή του και κατά την έξοδο. Επιπλέον σε κάθε αναφερόμενη αλλαγή της έντασης του πόνου καθώς και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σε οποιαδήποτε περίπτωση που ο πόνος λαμβάνει βαθμό μεγαλύτερο του μηδενός, συστήνεται πλήρης εκτίμηση και αξιολόγηση του πόνου.

Στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις αναφέρονται τα μη οποιοσδήποτε αναλγητικά όπως η Ακεταμινοφαίνη (Παρακεταμόλη), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη cox-2 (cyclooxygenase-2 inhibitors) και η Τραμανδόλη. Αναφέρονται, αλλά δεν συστήνονται: η Ινδομεθακίνη, η Πυροξικάμη, η Τολμεθίνη (Tolmetin), και η Μεκλοφενάμη. Στα οποιοσδήποτε αναφέρονται η Οξυκωδόνη, η Μορφίνη, η Φεντανύλη (σε διαδερμική χορήγηση), η Μεθαδόνη, καθώς και έτοιμοι συνδυασμοί αναλγητικών που περιέχουν

Κωδεΐνη ή Υδροκωδώνη ή οξυκωδώνη. Γίνεται αναφορά στα κορτικοστεροειδή, αντιεπιληπτικά και τοπικά αναλγητικά. Προσοχή συστήνεται στις παρενέργειες και επιπλοκές των σκευασμάτων.

Στις βασικές αρχές αντιμετώπισης, συστήνεται το ABCDE του πόνου ως εξής

- Ask about pain regularly
(Ρώτησε για τον πόνο)
- Believe the patient's and family's reports of pain and what relieves it
(Πίστεψε όσα αναφέρουν για τον πόνο ο ασθενής και οι συγγενείς του)
- Choose appropriate pain control options
(Κάνε τις κατάλληλες επιλογές ελέγχου του πόνου)
- Deliver interventions in a timely, logical, and coordinated fashion
(Χορήγησε με λογική, συνδυασμένα και οργανωμένα τις παρεμβάσεις που θα κάνεις)
- Empower patients and their families
(Στήριξε ψυχολογικά τους ασθενείς και την οικογένεια τους)

Από το Ινστιτούτο βελτίωσης κλινικών συστημάτων (ICS - Institute for clinical systems improvement) , το 2008 προτάθηκε ο παρακάτω αλγόριθμος αντιμετώπισης οξέος άλγους⁵² . Αρχικά συστήνεται λεπτομερής λήψη κλινικού ιστορικού καθώς και στοχευμένη αντικειμενική εξέταση. Ακολουθεί εκτίμηση του άλγους και συστήνεται ως πρώτη προτεραιότητα η θεραπεία αναγνωρίσιμης αιτίας πόνου. Συστήνεται ο καθορισμός του τύπου του πόνου σε τρεις κύριες κατηγορίες, τον σωματικό, τον σπλαχνικό και τον νευροπαθητικό πόνο. Για τον σωματικό πόνο συστήνονται Ακεταμινοφαίνη, ψυχρά επιθέματα, κορτικοστεροειδή, τοπικά αναισθητικά, ΜΣΑΦ και οπιοειδή. Για την θεραπεία του σπλαχνικού πόνου συστήνονται κορτικοστεροειδή, ενδοραχιαία χορήγηση αναισθητικών παραγόντων, ΜΣΑΦ και οπιοειδή. Για τον νευροπαθητικό πόνο συστήνονται αντιεπιληπτικά, κορτικοστεροειδή, νευρικοί αποκλεισμοί, ΜΣΑΦ, οπιοειδή και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

4.2.3 Οδηγίες αντιμετώπισης πόνου στην Αυστραλία και νέα Ζηλανδία

Η καλή προσπάθεια της εταιρείας αναισθησιολόγων της Αυστραλίας και νέας Ζηλανδίας το 2007, αναβαθμίστηκε με τις νέες οδηγίες του 2010 σε μια έκδοση 500 σελίδων ⁶. Σε αυτές τις οδηγίες προτείνεται, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, η αναλγησία να είναι απλή στη χορήγηση, σύμφωνη με τις εκάστοτε συνθήκες και όπου είναι δυνατόν να μην χορηγείται συστηματικά αλλά τοπικά. Θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για να εξασφαλίζεται η ικανοποιητική εκτίμηση του πόνου, η έγκαιρη και κατάλληλη αναλγησία και η συχνή παρακολούθηση και επανεκτίμηση των ασθενών. Η τιτλοποίηση των δόσεων των αναλγητικών θεωρείται σημαντική και προτείνεται η εισαγωγή θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Τα ΜΣΑΦ προτείνονται για τη θεραπεία ήπιου έως μέτριου πόνου στο τραύμα, τον μυοσκελετικό πόνο, τον κολικό νεφρού και χοληφόρων καθώς και σε έντονη κεφαλαλγία. Τα οποιοειδή χορηγούνται σε ισχυρό πόνο σε τιτλοποιημένες δόσεις σύμφωνα με την ηλικία και το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Η τιτλοποίηση μεγάλων δόσεων οποιοειδών φαίνεται, σύμφωνα με τους αυστραλούς, να παρέχει ταχύτερα αποτελέσματα, αλλά δεν υπερτερεί μετά από χρόνο μισής ώρας, σε σχέση με την αρχική χορήγηση μικρότερων δόσεων. Ο συνδυασμός Κεταμίνης - Μιδαζολάμης φαίνεται χρήσιμος στην αντιμετώπιση άλγους από κατάγματα οστών. Τα εισπνεόμενα αναλγητικά, όπως το μονοξειδίο του αζώτου, συστήνονται για την αναλγητική και αγχολυτική τους δράση, τόσο σε παιδιά, όσο και σε ενήλικες, ειδικά πριν από επεμβατικές μεθόδους. Προνοσοκομειακά, το Μεθοξυφλουράνιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για επαρκή χορήγηση αναλγησίας.

5. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Το πιο συχνό και επίμονο πρόβλημα στην αντιμετώπιση του πόνου στα ΤΕΠ είναι η υποθεραπεία του πόνου – ολιγοαναλγησία. Τα συνηθέστερα αίτια φαίνεται να είναι :

1. Η αποτυχία στην αναγνώριση του πόνου
2. Η αποτυχία να αξιολογηθεί ο αρχικός πόνος
3. Η αποτυχία να υπάρξουν κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης του πόνου σε τμήματα επειγόντων περιστατικών
4. Η αποτυχία στην τεκμηρίωση του πόνου και στην αξιολόγηση της επάρκειας της θεραπείας
5. Η αποτυχία στην ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενή σχετικά με τη διαχείριση πόνου του.
6. Η προκατάληψη ως προς το φύλο
7. Η προκατάληψη ως προς την ηλικία
8. Η έλλειψη επαρκούς γνώσης και η απουσία επίσημου προγράμματος εκπαίδευσης των ιατρών των ΤΕΠ στην διαχείριση του οξέος πόνου
9. Ο φόβος της χορήγησης οπιοειδών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών

5.1 Η αποτυχία στην αναγνώριση του πόνου

Η πρώτη μελέτη στην οποία περιγράφεται η « ολιγοαναλγησία » στα τμήματα επειγόντων ήταν μια αναδρομική ανάλυση διαγραμμάτων ασθενών από τους Wilson και Pendleton το 1989 ⁵³ . Από τους 198 ασθενείς που αξιολογήθηκαν στη μελέτη, 56% των ασθενών δεν έλαβε κανένα αναλγητικό φάρμακο, ενώ από αυτούς που έλαβαν αναλγησία, το 69% είχε αναμονή στο τμήμα επειγόντων περισσότερο από μια ώρα πριν λάβει την αναλγησία, και 42% περίμενε περισσότερο από δύο ώρες. Από εκείνους που έλαβαν αναλγητικά, 32% έλαβαν μικρότερες από τις βέλτιστες δραστικές δόσεις.

Πέντε έτη αργότερα, ο Lewis και συνεργάτες δημοσίευσαν μια αναδρομική μελέτη 401 ασθενών που αντιμετωπίστηκαν για κατάγματα σε οκτώ τμήματα εκτάκτων περιστατικών και κατέδειξαν ότι μόνο 121 (30%) ασθενείς έλαβαν αναλγησία και καθώς επίσης, έδειξαν ότι οι ιατροί των ΤΕΠ δεν αναγνώριζαν και δεν διαχειρίζονταν επαρκώς τον πόνο των ασθενών ⁵⁴ .

Πολλαπλές δημοσιεύσεις στη Βόρεια Αμερική έχουν εξετάσει την ανεπαρκή αναγνώριση, την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του πόνου στα ΤΕΠ ¹⁸ . Παρά τον όγκο της βιβλιογραφίας, οι πρόσφατες δημοσιεύσεις προτείνουν ότι οι ιατροί εκτάκτων περιστατικών δεν έχουν βελτιώσει τις πρακτικές τους στην αναλγησία. Το 2007, στην μελέτη PEMI, αξιολογήθηκε η τρέχουσα κατάσταση των πρακτικών διαχείρισης πόνου των ΤΕΠ με την εγγραφή 842 ασθενών σε 20 νοσοκομεία των ΗΠΑ και Καναδά. Το 80% των ασθενών προσήλθε στο ΤΕΠ αναφέροντας πόνο. Από αυτούς, ποσοστό 60% έλαβε αναλγησία , ενώ υπήρξε ύφεση του πόνου στο 50 % κατά 2 βαθμούς, μετά από τις μεγάλες καθυστερήσεις με μέσο χρόνο αναμονής 90 λεπτά. Σε ποσοστό 41% των ασθενών δεν άλλαξε ο πόνος που ανέφεραν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο ΤΕΠ. Κατά την έξοδο τους, το 45% των ασθενών είχε μέτριο πόνο, ενώ σε ποσοστό που φτάνει το 29%, ο πόνος ήταν σοβαρός. Η αναλγητική αγωγή που δόθηκε στις οδηγίες κατά την έξοδο δεν ξεπερνούσε σε διάρκεια τις 3-5 ημέρες θεραπείας.

5.2 Αποτυχία στην αξιολόγηση του αρχικού πόνου

Η αξιολόγηση του πόνου στα ΤΕΠ είναι φτωχή παρά τις πολλαπλές μελέτες για την εφαρμογή των διάφορων κλιμάκων αξιολόγησης του πόνου. Το 2000, μια μελέτη των Guru και Dubinsky που αξιολογήσε την αντίληψη για τον πόνο στα ΤΕΠ, έδειξε ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές έδωσαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερες εκτιμήσεις για τον πόνο από τους ασθενείς και καμία αξιολόγηση της κλίμακας πόνου δεν υιοθετήθηκε προς διόρθωση του διαγράμματος των ασθενών ⁵⁵ .

Πρόσφατες οδηγίες, συμπεριλαμβανομένων και των JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, 2000) και ACEP κλινικών οδηγιών για την αντιμετώπιση του πόνου, προτείνουν την αξιολόγηση του πόνου για όλους τους ασθενείς που παρουσιάζονται στα ΤΕΠ και την καταγραφή του με τη χρησιμοποίηση μιας κλίμακας πόνου ³⁰. Το 2004, ο Nelson και συνεργάτες αξιολόγησαν το όφελος από την χρήση των κλιμάκων πόνου στα ΤΕΠ για την χορήγηση αναλγητικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση αναλγητικών αυξήθηκε από 25% σε 36%, και τα αναλγητικά χορηγήθηκαν ταχύτερα μετά την εφαρμογή της κλίμακας πόνου (113 λεπτά αντί 152 λεπτών) ⁵⁶. Το 2007, ο Baumann και συνεργάτες, έδειξε ότι με την εισαγωγή μιας κλίμακας πόνου στο φύλο ιατρικής αξιολόγησης, το ποσοστό των ασθενών στους οποίους καταγράφηκε πόνος αυξήθηκε από 41% σε 57% ⁵⁷.

Η εκτίμηση της έντασης του άλγους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, διαφέρει ανάμεσα σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος και γιατρούς. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα VAS, οι εκτίμηση των θεραπόντων ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την αναφορά των ασθενών. Το 60% των ασθενών που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κοιλιακό άλγος, ήταν ικανοποιημένοι με την αναλγησία τους, όπως φάνηκε στην μελέτη του Marinsek και συνεργατών το 2007 ⁵⁸.

5.3 Αποτυχία εφαρμογής πρωτοκόλλων διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ

Το 1996, οι Goodacre και Roden έδειξαν ότι η εισαγωγή των πρωτοκόλλων πόνου στα ΤΕΠ μείωσε το ποσοστό των ασθενών που ελάμβαναν ανεπαρκή αναλγησία από 91% σε 69% και αύξησε τη χρήση της ενδοφλέβιας αναλγησίας, από 9% σε 37% ⁵⁹. Μια αναδρομική ανάλυση φύλων νοσηλείας από τον Somers και συνεργάτες, αξιολόγησε 262 παιδιά και έδειξε ότι η εφαρμογή ενός πρωτοκόλλου πόνου βελτίωσε τον αριθμό των παιδιών που έλαβαν αναλγησία μέσα σε 30 λεπτά ⁶⁰. Μελέτη του Curtis και συνεργατών ερευνήσε την επίδραση έγκαιρης εφαρμογής πρωτόκολλου αντιμετώπισης πόνου που αφορούσε την χορήγηση αναλγησίας σε ασθενείς

με τραύμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εισαγωγή του πρωτοκόλλου οδήγησε σε μια μείωση στο χρόνο έναρξης της χορήγησης αναλγησίας από 53 λεπτά σε 27 λεπτά ⁶¹ .

5.4 Αποτυχία στην καταγραφή του πόνου

Στην μελέτη του Eder και συνεργατών το 2003, μελετήθηκαν 261 φύλα νοσηλείας ασθενών που επισκέφθηκαν τμήμα επειγόντων περιστατικών. Αρχικά, γινόταν αναφορά σε πόνο στο 94% των περιστατικών, αλλά κλίμακες πόνου χρησιμοποιήθηκαν μόνο στο 23% των ασθενών. Το 39% των ασθενών έλαβε αναλγητικά και από αυτούς μόνο σε ποσοστό 19% χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες πόνου. Μετά την θεραπεία, οι νοσηλευτές ήταν δύο φορές πιο συνεπείς από τους ιατρούς στην καταγραφή του πόνου, σε ποσοστό 30% έναντι 16% ⁶² .

5.5 Αποτυχία να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών

Ένας από τους κρίσιμους παράγοντες στη διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ είναι να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του ασθενή και να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες του. Οι ασθενείς των ΤΕΠ έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες για την ανακούφιση από τον πόνο, πολύ υψηλότερος από εκείνους με μετεγχειρητικό πόνο.

Ο Fosnocht και συνεργάτες διαπίστωσε ότι οι περισσότεροι ασθενείς των ΤΕΠ αναμένουν μια μέση ανακούφιση πόνου σε ποσοστό 72%,ενώ το 18% των ασθενών αναμένουν πλήρη ανακούφιση από τον πόνο . Οι ασθενείς ανέμειναν ανακούφιση από τον πόνο το συντομότερο δυνατόν μετά από την άφιξη τους στο ΤΕΠ. Η μέση προσδοκία για το χρόνο στην αναλγητική χορήγηση για τους ασθενείς των ΤΕΠ ήταν 23 λεπτά, έναντι του πραγματικού μέσου χρόνου στην χορήγηση αναλγησίας που έφτασε τα 78 λεπτά ⁶³ . Διαφορετικά όμως είναι τα αποτελέσματα της μελέτης των Stalnikowicz και συνεργατών, το 2005 όπου καταγράφηκαν οι απόψεις των ασθενών που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Ιερουσαλήμ⁶⁴. Σύμφωνα με την καταγραφή, το 42% έχει την αντίληψη ότι είναι προτιμότερο

να υποφέρει κάποιος από τον πόνο παρά από τις παρενέργειες των αναλγητικών και σε ποσοστό 66%, υπάρχει η αντίληψη ότι αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται μόνον όταν ο πόνος είναι αβάσταχτος. Το 37% των ασθενών θεωρεί ότι τα αναλγητικά δεν επηρεάζουν τον πόνο. Το 42% θεωρεί ότι είναι δημιουργείται εθισμός στην χρήση των αναλγητικών, 32% θεωρούν ότι «ο καλός ασθενής» δεν αναφέρει τον πόνο του στον ιατρό, ενώ το 30% πιστεύει ότι η αναφορά στον πόνο που νοιώθει θα αποσπάσει την προσοχή του ιατρού από το κύριο αίτιο της ασθένειας. Σε μια μελέτη πόνου για 68 ασθενείς από τον Blank και συνεργάτες το 2001, φάνηκε ότι το 60% των ασθενών επέστρεψε στο σπίτι με περισσότερο πόνο από αυτόν που ήταν πρόθυμοι να δεχθούν. Στο 51% των ασθενών χορηγήθηκε αναλγησία, εντούτοις, μόνο οι μισοί από τους ανέφεραν μερική ανακούφιση από τον πόνο ⁶⁵. Σε μελέτη των Nicol και Ashton-Cleary φάνηκε ότι ο πιο κοινός λόγος που οι ασθενείς δεν παίρνουν παυσίπονα πριν από την άφιξη στους στα ΤΕΠ, ήταν ότι οι ασθενείς δεν επιθυμούσαν φάρμακα με την μορφή δισκίων ⁶⁶.

5.6 Προκατάληψη ως προς το φύλο

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που έχει επιπτώσεις στην επαρκή αντιμετώπιση του πόνου στα ΤΕΠ είναι η χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με το φύλο του ασθενή. Υπάρχουν διάφορες μελέτες που έχουν αξιολογήσει τα αποτελέσματα της προκατάληψης όσο αφορά το φύλο στη χορήγηση της κατάλληλης αναλγησίας στα ΤΕΠ. Ο Raftery και συνεργάτες κατέδειξε ότι οι γυναίκες ασθενείς φάνηκε να αναφέρουν μεγαλύτερο πόνο από ότι οι άρρενες ασθενείς καθώς και ότι οι ιατροί και νοσηλευτές των ΤΕΠ αντιλαμβάνονται πως οι γυναίκες νοιώθουν περισσότερο πόνο. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι οι γυναίκες ασθενείς έλαβαν περισσότερα και ισχυρότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου τους ⁶⁷.

5.7 Προκατάληψη ως προς την ηλικία

Οι διαφορές στην παροχή επαρκούς αναλγησίας στα ΤΕΠ και υπάρχουν μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, ιδιαίτερα, μεταξύ των ηλικιωμένων. Το 1996, ο Jones και συνεργάτες πρότεινε ότι η ηλικία θα

μπορούσε να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την χορήγηση ανεπαρκούς αναλγησίας στα ΤΕΠ. Σε αναδρομική μελέτη 231 ασθενών διαπίστωσε ότι ποσοστό 66% ηλικιωμένων ασθενών έλαβε αναλγησία έναντι 80% νεώτερων αντίστοιχων ασθενών. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν έναν πιά παρατεταμένο χρόνο αναμονής όσο αφορά την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων και έλαβαν λιγότερα οπιούχα αναλγητικά ⁶⁸.

5.8 Ανεπαρκής γνώση και απουσία επίσημου προγράμματος εκπαίδευσης των ιατρών των ΤΕΠ στην διαχείριση του οξέος πόνου

Οι πιθανές αιτίες του χάσματος στην κλινική γνώση των ιατρών τμημάτων επειγόντων περιστατικών στην διαχείριση του πόνου περιλαμβάνουν :

- Την έλλειψη επίσημης διδασκαλίας της διαχείρισης του πόνου στις Ιατρικές Σχολές,
- Την απροθυμία των παλαιότερων ιατρών αλλάξουν την πρακτική της άσκησης τους και
- Την προκατάληψη προς τη χρήση των αναλγητικών οπιούχων στα ΤΕΠ.

Η διαχείριση του πόνου είναι ένα αντικείμενο που δεν διδάσκεται στα πλαίσια των περισσότερων προγραμμάτων Ιατρικών Σχολών. Μελέτη του Weinstein και συνεργατών, ερεύνησε σπουδαστές ιατρικής από την αρχή του πρώτου έτους σπουδών έως την αποφοίτηση, με ερωτήσεις σχετικές για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου καθώς και την χρήση των οπιούχων αναλγητικών. Διαπιστώθηκε ότι η προκατάληψη προς τη χρήση των οπιούχων είχε αυξηθεί κατά τη διάρκεια του τέταρτου έτους φοίτησης και οι απόψεις για την ανακούφιση από τον πόνο έγιναν πιά συντηρητικές κατά το τέλος της διάρκειας φοίτησης ⁶⁹. Το 1999, μια μελέτη από τον Jones έδειξε ότι η εισαγωγή ενός προγράμματος τεσσάρων ωρών στην αντιμετώπιση του πόνου σε ιατρούς εκτάκτων περιστατικών, οδήγησε σε βελτίωση του score του πόνου στα πρώτα 30 λεπτά από 65% πρό της εκπαίδευσεως σε 92% μετά την εκπαίδευση ⁷⁰.

Σε μελέτη των Stalnikowicz και συνεργατών, το 2005, μελετήθηκαν η αξιολόγηση και η βελτίωση της αντιμετώπισης του πόνου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Hadassah Mount Scopus της Ιερουσαλήμ⁶⁴. Οι νοσηλευτές, οι γιατροί και οι ασθενείς κλήθηκαν να βαθμολογήσουν την αρχική ένταση του πόνου σε μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS). Καταγράφηκε ο χρόνος και το είδος της αναλγησίας που χορηγήθηκε και στη συνέχεια καταγράφηκε εκ νέου ο πόνος με κλίμακα VAS. Ακολούθως, το προσωπικό παρακολούθησε εκπαιδευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου και μελετήθηκαν 140 ασθενείς που προσήλθαν για οξύ άλγος που σχετίζονται με ορθοπεδικούς τραυματισμούς. Μελετήθηκε η διαφορά μεταξύ της VAS που εκφράστηκε από τους ασθενείς και εκτιμήθηκε από το προσωπικό, το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν αναλγησία και το χρονικό διάστημα μεταξύ της εισαγωγής και της πιθανής καθυστέρησης της χορήγησης αναλγητικής αγωγής. Μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος, η διαφορά στις μετρήσεις της κλίμακας VAS μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών μειώθηκαν σημαντικά από $1,91 \pm 2,04$ σε $1,03 \pm 1,97$ ($P = 0,01$). Το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν αναλγητικά αυξήθηκε από 70 σε 82% μετά την παρέμβαση. Ο χρόνος από την προσέλευση έως της χορήγησης αναλγησίας μειώθηκε από 80 ± 68 λεπτά πριν από την παρέμβαση, στο 58 ± 37 λεπτά μετά την παρέμβαση ($P = 0,05$). Συμπερασματικά, οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου στο ΤΕΠ φαίνεται να σχετίζεται με την κακή αξιολόγηση του πόνου από το προσωπικό και μπορεί να βελτιωθεί με την εφαρμογή της καταγραφής του πόνου με την χρήση κλίμακας μέτρησης του με βάση εφαρμοσμένο πρωτόκολλο.

5.9 Ο φόβος της χορήγησης οπιοειδών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών

«Οπιοφοβία» είναι η προκατάληψη στη συνταγογράφηση και χορήγηση των οπιούχων αναλγητικών. Το αποτέλεσμα της είναι ότι οι ασθενείς δεν λαμβάνουν τα κατάλληλα αναλγητικά, ή τα λαμβάνουν σε ανεπαρκείς δόσεις. Πολλοί ιατροί εκτάκτων περιστατικών αναφέρουν έλλειψη

κατάλληλης γνώσης στα οπιούχα αναλγητικά και έχουν συχνά αρνητικές απόψεις για τους ασθενείς που ζητούν οπιούχα. Οι συχνότερες αιτίες περιλαμβάνουν : την ανησυχία για εθισμό ή εξάρτηση και τον φόβο για συγκάλυψη των συμπτώματα μιας οξείας ασθένειας. Οι περισσότεροι ιατροί τμημάτων επειγόντων περιστατικών δεν έχουν κατανοήσει την μεγάλη διακύμανση μεταξύ των ασθενών στην χορήγηση οπιοειδών, και την ανάγκη τιτλοποίησης των οπιοειδών σύμφωνα με το επίπεδο του πόνου που αναφέρει ο κάθε ασθενής. Ακόμη, υπάρχει φόβος για πιθανή αποτυχία επικοινωνίας, λόγω της καταστολής. Το 2003, ο Neighbor και συνεργάτες, σε μια αναδρομική μελέτη 540 ιατρικών φακέλων σε κέντρο τραύματος, έδειξε ότι συνολικά 258 (47.8%) ασθενείς έλαβαν ενδοφλέβια χορήγηση αναλγησίας με οπιούχα μέσα σε τρεις ώρες από την άφιξη τους στο νοσοκομείο ⁷¹ . Ο Kelly και συνεργάτες σε μια άλλη μελέτη έδειξε ότι όταν νοσηλευτές άρχισαν την χορήγηση αναλγησίας με οπιούχα πριν από την ιατρική αξιολόγηση σε επιλεγμένους ασθενείς, ο μεσαίος χρόνος στην χορήγηση αναλγησίας μειώθηκε από 57 σε 31 λεπτά ⁷² . Σε μια αναδρομική μελέτη διαγραμμάτων 582 παιδιών, ο Goldman και συνεργάτες έδειξε ότι 77% της δόσης των οπιούχων που χορηγήθηκαν ήταν κάτω από την συνιστώμενη ⁷³ .

Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα αντιπαράθεσης στην χρήση οπιούχων στα ΤΕΠ, είναι η χορήγηση τους σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις πιθανής οξείας σκληροκοιτίτιδας. Το 2002, ο Kim και συνεργάτες πραγματοποίησε μια διπλή-τυφλή τυχαίοποιημένη μελέτη με εικονικό φάρμακο, η οποία είχε σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης της ενδοφλέβιας χορήγησης μορφίνης στην μείωση του πόνου, την επίδραση της στην αντικειμενική εξέταση, και στην ακρίβεια της διάγνωσης στα παιδιά που παρουσιάζονται με οξύ κοιλιακό άλγος⁷⁴. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μείωση στα score του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων χωρίς κλινικά σημαντικές αλλαγές στη διαγνωστική ακρίβεια. Τα παιδιά με οξεία κοιλία συνέχισαν να έχουν επίμονη ευαισθησία στην ψηλάφηση και την επίκρουση. Ο Gallagher και συνεργάτες έδειξε ότι η παρεντερική χορήγηση αναλγησίας μείωσε πολύ τον πόνο χωρίς διαφορά στην διαγνωστική ακρίβεια, η οποία ήταν περίπου 85% και στη ομάδα της μορφίνης και σε αυτή με το εικονικό φάρμακο ⁷⁵ .

Συνοψίζοντας, υπάρχει η πεποίθηση ότι ο πόνος δεν είναι βλαπτικός, αλλά αποτελεί ένα επακόλουθο το οποίο θα πρέπει να υπομένει ο ασθενής. Ακόμη, υπάρχουν ανησυχίες για την κάλυψη της χειρουργικής διάγνωσης, σημείων ή επιπλοκών σε οξεία κοιλία. Άλλο πρόβλημα στην διαχείριση του πόνου είναι η μη εφαρμογή συστηματικής εκτίμησης του πόνου, καθώς και η μη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της χορηγούμενης αναλγησίας. Υπάρχουν αυξημένες ανησυχίες για επιπλοκές από την χρήση των οποιοειδών αναλγητικών, όπως η αναπνευστική καταστολή και η υπόταση.

6. Γνωριμία με τις κυριότερες εντοπίσεις του άλγους στο ΤΕΠ

6.1 ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

6.1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Το θωρακικό άλγος αποτελεί μια από τις συνηθέστερες αιτίες προσέλευσης των ασθενών σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και σε πρωτοβάθμιες δομές φροντίδας υγείας εν γένει. Το 25% του γενικού πληθυσμού θα έχει τουλάχιστον ένα επεισόδιο θωρακικού πόνου κατά την διάρκεια της ζωής του ⁷⁶. Περισσότεροι από 6 εκατομμύρια ασθενείς στις Η.Π.Α. προσέρχονται στα ΤΕΠ κάθε χρόνο με θωρακικό άλγος ⁷⁷. Από αυτούς, το 20% εισάγονται στο νοσοκομείο. Το 15% των εισαχθέντων έχει οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ το 30-35% πάσχει από ασταθή στηθάγχη.

Η διαφορική διάγνωση του θωρακικού άλγους καλύπτει μεγάλο φάσμα, από τις οξείες απειλητικές για την ζωή καταστάσεις, έως σωματοποιημένα αισθήματα και ανησυχίες. Η οξεία καρδιακή ισχαιμία είναι η πρώτη κλινική οντότητα που διαφοροδιαγιγνώσκεται πάντοτε, λόγω των δυσμενών και συχνά ολέθριων επιπτώσεων που συνεπάγεται για τον ασθενή. Το ποσοστό εμφάνισης της σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι χαμηλό, αλλά αυξάνει σημαντικά στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Εκτός από την καρδιακή νόσο, υπάρχουν και άλλες κλινικές οντότητες που είναι επίσης

απειλητικές για την ζωή και προκαλούν πόνο, όπως η πνευμονική εμβολή, ο διαχωρισμός της θωρακικής αορτής, ο αυτόματος πνευμοθώρακας και άλλες. Η πλειοψηφία των παθολογικών αυτών καταστάσεων λαμβάνει χώρα σε ασθενείς με συγκριμένους παράγοντες κινδύνου που όταν είναι γνωστοί, κατευθύνουν την διαφορική διάγνωση προς την λαμβάνουσα χώρα νοσολογία.

6.1.2 Αιτιολογία θωρακικού άλγους

Το θωρακικό άλγος μπορεί να προέρχεται από όλες τις δομές του θωρακικού τοιχώματος καθώς επίσης μπορεί να γίνεται αντιληπτό λόγω αντανάκλασης από εξωθωρακικές δομές ή ακόμη να έχει ψυχολογικά αίτια. Προέρχεται από την καρδιά, τα μεγάλα θωρακικά αγγεία, τους πνεύμονες, τον υπεζωκότα, τις πλευρές, τους μεσοπλευρίους μύες, τον οισοφάγο, καθώς και από όργανα της άνω κοιλίας όπως ο στόμαχος, η χοληδόχος κύστη και ο σπλήν. Πόνος στους μαστούς και δερματικές κύστες μπορούν να αποτελούν αίτιο πόνου στον θώρακα. Οι κρίσεις πανικού είναι μια συνήθης ψυχολογική οντότητα που ευθύνεται για θωρακικό άλγος που μιμείται άριστα τους χαρακτήρες της καρδιακής ισχαιμίας σε νέους και προκαλεί σημαντική νοσηρότητα που συχνά δεν αναγνωρίζεται επαρκώς.

Τα σημαντικότερα αίτια θωρακικού άλγους είναι :

1. Οξεία καρδιακή ισχαιμία
2. Σταθερή στηθάγχη
3. Διαταραχή πανικού
4. Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)
5. Σπασμός του οισοφάγου
6. Μυοσκελετικός πόνος
7. Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας
8. Πλευριτικός πόνος
9. Πνευμονική εμβολή
10. Πνευμονικό έμφρακτο
11. Πνευμοθώρακας

Σε εργασία του Klinkman και συνεργατών, η συχνότητα των διαγνώσεων για θωρακικό πόνο σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν 36% για τον μυοσκελετικό πόνο, 19% για την ΓΟΠΝ, 16% για κρίσεις πανικού και 11% για την σταθερή στηθάγχη⁷⁸. Από τους ασθενείς που εμφανίζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με οξύ θωρακικό πόνο, το 15% έχει οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και 30 έως 35% ασταθή στηθάγχη. Σπανιότερα, το θωρακικό άλγος μπορεί να προέρχεται από διαχωρισμό της θωρακικής αορτής σε υπερτασικούς ασθενείς, σύνδρομο Marfan, σύφιλη, σπονδυλικές ή πλευριτικές μεταστάσεις, όζους του μεσοθωρακίου που προέρχονται από λέμφωμα, νόσος του κολλαγόνου και σαρκοείδωση.

Ο μυοσκελετικός πόνος που οφείλεται στους αυχενικούς ή θωρακικούς σπονδύλους ή σε παθήσεις των αρθρώσεων συγχέεται εύκολα με τον καρδιακό. Ο πόνος των νωτιαίων ριζών είναι συνήθως πιεστικός και συσφυκτικός και προκαλεί αίσθημα συμπίεσης. Συνδέεται συχνά με τοπική ευαισθησία πράγμα που δε συμβαίνει στη στηθάγχη. Η παρουσία εκφυλιστικών αλλοιώσεων στην ακτινογραφία των σπονδύλων δεν αποτελεί θετική απόδειξη της μυοσκελετικής προέλευσης του πόνου, όπως άλλωστε και οι μεταβολές του ST και T του ηλεκτροκαρδιογραφήματος για την καρδιακή του προέλευση. Όταν ο πόνος προκαλείται με μια κίνηση, ένα κτύπημα, το βήχα ή το φτάρνισμα και ανακουφίζεται μετά από μασάζ, ζεστά επιθέματα και διάφορους χειρισμούς, συνηγορεί για μυοσκελετική προέλευση.

Στα αίτια του θωρακικού άλγους εντάσσεται και το ψυχογενές άλγος το οποίο έχει συχνά την ίδια εντόπιση και αντανάκλαση με την στηθάγχη και παρουσιάζεται σε άτομα με συνυπάρχουσα κατάθλιψη ή και αγχώδη διαταραχή. Τέλος, ο έρπηξ ζωστήρ που είναι σχετικά συχνός σε ηλικιωμένους και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, δίνει πόνο με χαρακτήρα καυσαλγίας σε κατανομή νευροτομίου. Όταν δε ο πόνος εμφανίζεται πριν το εξάνθημα, τότε δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα.

6.1.3 Διερεύνηση θωρακικού άλγος στο ΤΕΠ

Η γενική προσέγγιση του ασθενούς με θωρακικό άλγος είναι η ταχεία εκτίμηση της πιθανότητας στεφανιαίου επεισοδίου ή άλλης απειλητικής για την ζωή κατάστασης, με άμεση θεραπεία αν αυτή η πιθανότητα είναι σημαντική ή αν δεν είναι, προσεκτική εκτίμηση για τις άλλες αιτίες. Στην περίπτωση του καρδιακού θωρακικού πόνου, η λεπτομερής εκτίμηση χρησιμοποιώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θα επιτρέψει να διαγνωστούν και να βοηθηθούν οι περισσότεροι ασθενείς. Στα πλαίσια της διερεύνησής του θα πρέπει να διευκρινισθούν τα παρακάτω : η έντασή του, η εντόπισή του, η έκτασή του, η διάρκειά του, αν εγκαταστάθηκε βαθμιαία ή απότομα και αν έχει σχέση με τις αναπνευστικές κινήσεις, τις κινήσεις του κορμού και των άκρων, τον βήχα, και την μέγιστη εισπνοή, καθώς και παράγοντες που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν. Συμπτώματα και σημεία που υποδεικνύουν μεγάλη πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου είναι : θωρακικός πόνος με χαρακτήρα σφιξίματος ή βάρους, ιστορικό παλαιού εμφράγματος μυοκαρδίου, αντανάκλαση του πόνου στον αριστερό βραχίονα ή τον τράχηλο και διάρκεια του πόνου περισσότερο από μία ώρα. Συμπτώματα και σημεία που υποδεικνύουν χαμηλή πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου είναι η εστιασμένη εντόπιση του πόνου, η διάρκεια του περισσότερο από 48 ώρες και η πλήρης αναπαραγωγή του με την ψηλάφηση.

Σημαντική πτυχή της αξιολόγησης των ασθενών με θωρακικό πόνο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι ο προσδιορισμός της παρουσίας ή απουσίας ενός οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, διότι το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο μπορεί να εκφράζεται κλινικά με ποικίλες άτυπες κλινικές μορφές και επίσης, η εσφαλμένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφικές συνέπειες για τον ασθενή. Από τη μια πλευρά η επιθυμία των ιατρών των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών να τεκμηριώσουν γρήγορα και ορθά μια διάγνωση στους ασθενείς με θωρακικό πόνο, και από την άλλη η αυξανόμενη πίεση για μείωση τους κόστους διερεύνησης τους, οδήγησαν στη δημιουργία των **μονάδων θωρακικού πόνου**, ο αριθμός των οποίων αυξάνει γρήγορα, ιδιαίτερα, στις ΗΠΑ. Στις μονάδες αυτές ο ασθενής εκτιμάται βάσει ειδικών αλγορίθμων, που περιλαμβάνουν μια προκαθορισμένη περίοδο

παρατήρησης και μια σειρά διαγνωστικών δοκιμασιών με σκοπό τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου.^{79, 80}

Αν και τα χρησιμοποιούμενα πρωτόκολλα και διαγνωστικές δοκιμασίες ποικίλλουν οι βασικοί στόχοι και αρχές είναι κοινοί. Σκοπός των μονάδων θωρακικού πόνου είναι η γρήγορη διαστρωμάτωση των ασθενών με θωρακικό πόνο, σε εκείνους που έχουν χαμηλή πιθανότητα σοβαρών καρδιακών επεισοδίων και μπορούν να εξέλθουν με ασφάλεια από το τμήμα επειγόντων περιστατικών και να συνεχίσουν, αν χρειάζεται, τον έλεγχό τους σαν εξωτερικοί ασθενείς, και σε εκείνους που πάσχουν από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και έχουν αυξημένο κίνδυνο αρνητικών καρδιακών εκβάσεων και χρειάζονται νοσηλεία για περαιτέρω εκτίμηση και θεραπεία. Έτσι ο αρχικός στόχος των μονάδων θωρακικού πόνου είναι να εκτιμηθεί ο βραχυπρόθεσμος κίνδυνος για θάνατο ή άλλη για τη ζωή απειλητική επιπλοκή. Οι μονάδες θωρακικού πόνου εξασφαλίζουν την ταχεία θεραπεία των ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου αλλά ταυτόχρονα προάγουν και την επιθετικότερη θεραπεία της ασταθούς στηθάγχης.⁸²

6.2 ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

6.2.1 Εισαγωγή

Ο κλινικός ιατρός και ειδικά ο ιατρός τμήματος επειγόντων περιστατικών, καλείται συχνά να αντιμετωπίσει παθήσεις που εκδηλώνονται με κοιλιακό άλγος, η διαφορική διάγνωση του οποίου στις περισσότερες περιπτώσεις συνιστά πρόβλημα λόγω της πολυπλοκότητας των αιτιών του άλγους, του χρόνου που απαιτείται για την ολοκλήρωση του παρακλινικού ελέγχου και τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούν στα ΤΕΠ και αφορούν τόσο τον φόρτο των περιστατικών, όσο και τα λειτουργικά προβλήματα που προκύπτουν. Το πρόβλημα της διαφορικής διάγνωσης του οξέος κοιλιακού άλγους έχει συνέπεια στην έγκαιρη και ασφαλή διάγνωση, από την οποία εξαρτάται συχνά τόσο η ζωή του ασθενή, όσο και η ανακούφιση των συμπτωμάτων του και εν προκειμένω, του πόνου. Αβέβαιη παραμένει η διάγνωση αιτιών κοιλιακού άλγους σε ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ

σε ποσοστό που φτάνει το 40%, ενώ σε ποσοστό κοντά στο 30%, η διάγνωση μπορεί να είναι λανθασμένη.

Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να προέρχεται από παθήσεις ενδοκοιλιακών σπλάχνων και αγγείων. Μπορεί να έχει θωρακικά αίτια σε παθήσεις του πνεύμονα, του υπεζωκότα, της καρδιάς, του θωρακικού τοιχώματος και της σπονδυλικής στήλης. Ακόμη, να αποτελεί εκδήλωση παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος, τοξικών διαταραχών και ενδοκρινολογικών νοσημάτων και τέλος, πρόκληση αποτελεί η σωματοποίηση των ψυχολογικών νοσημάτων που αναφέρονται στην κοινότητα των γενικών ιατρών ως παθήσεις «χαμαιλέοντες»

Το σύνολο των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν επείγουσες παθολογικές καταστάσεις που προέρχονται από τη κοιλιά κα χρήζουν άμεση φροντίδα, παρακολούθηση και αντιμετώπιση, εκφράζονται με τον όρο « Οξεία κοιλία ». Οι ιατροί των επειγόντων περιστατικών, καλούνται συχνά να διαφοροδιαγνώσουν μετά από μια σύντομη κλινική εξέταση εάν το αίτιο του πόνου και της γενικής κατάστασης με το οποίο παρουσιάζεται ο ασθενής είναι χειρουργικό ή παθολογικό. Εφόσον είναι χειρουργικό, όπως για παράδειγμα μια οξεία εντερική απόφραξη ή διάτρηση σπλάχνου, τότε χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση, ενώ εάν είναι παθολογικό, όπως μια οξεία χολοκυστίτιδα, τότε η χειρουργική επέμβαση έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ασθενή.

6.2.2 Φυσιολογία του κοιλιακού πόνου

Μια από τις αιτίες που καθιστούν δύσκολη την διαφορική διάγνωση του κοιλιακού άλγους είναι ο μηχανισμός αντίληψης του πόνου που προέρχεται από τα σπλάχνα. Οι εν τω βάθη ιστοί της κοιλίας αντιπροσωπεύονται στον εγκεφαλικό φλοιό σε αόριστες περιοχές, υπό την έννοια ότι δεν υπάρχει ακριβής περιοχή για το κάθε κοιλιακό όργανο, όπως υπάρχει για παράδειγμα για την γλώσσα, ή τα άκρα. Ο σπλαχνικός πόνος αναγνωρίζεται από τον φλοιό του εγκεφάλου ως προερχόμενος από μία ή περισσότερες περιοχές που νευρώνονται από το μυελοτόμιο όπου καταλήγουν οι κεντρομόλες νευρικές ίνες που προέρχονται από το όργανο που πάσχει.

Ο κοιλιακός πόνος ανάλογα με την προέλευση του μπορεί να ταξινομηθεί σε σπλαχνικό, τοιχωματικό και αντανακλώμενο πόνο. Ο σπλαχνικός πόνος είναι αμβλύς και εν τω βάθει. Συχνά χαρακτηρίζεται από περιοδικότητα (κολικοειδής πόνος) και εντοπίζεται ασαφώς τόσο από τον ιατρό, όσο και από τον ασθενή. Προκαλείται συνήθως από τοιχωματική διάταση ενός κοίλου σπλάχνου ή εκφορητικού πόρου. Οδεύεται κυρίως από λεπτές αμύελες νευρικές ίνες c, προερχόμενες από το τοίχωμα κοίλων σπλάχνων, όπως το έντερο, ή την κάψα συμπαγών οργάνων, όπως το ήπαρ. Ο τοιχωματικός πόνος, είναι εντονότερος και πιο εντοπισμένος από τον σπλαχνικό. Προκαλείται από ερεθισμό των νευρικών απολήξεων των κεντρομόλων νευρικών ινών α και c στο περιτόναιο. Ένας σπλαχνικός πόνος μπορεί να εξελιχθεί σε τοιχωματικό ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου, όπως για παράδειγμα σε μια οξεία σκωληκοειδίτιδα όπου το άλγος από περιομφαλικό (σπλαχνικός πόνος), μεταπίπτει σε άλγος του δεξιού κάτω τοιχώματος της κοιλίας (τοιχωματικός πόνος) . Τέλος, ο αντανακλώμενος πόνος γίνεται αντιληπτός μακριά από το όργανο που προσβάλλεται. Για παράδειγμα, άλγος άνω επιφανείας δεξιάς ωμικής ζώνης ή δεξιού υποκλειδίου χώρου σε ερεθισμό του διαφράγματος, σε υποδιαφραγματική συλλογή με αιτιολογία από το ήπαρ, ή άλγος από έμφραγμα του μυοκαρδίου που αντανακλά στο επιγάστριο.

6.2.3 Χαρακτήρες κοιλιακού πόνου

Η λεπτομερής και πλήρης λήψη ενός καλού ιστορικού αποτελεί αναμφισβήτητα τον θεμέλιο λίθο της ορθής διάγνωσης. Οι χαρακτήρες του πόνου που πρέπει να αποσαφηνιστούν είναι οι παρακάτω :

1. Η εντόπιση
2. Οι αντανακλάσεις
3. Η ένταση
4. Ο χρόνος έναρξης
5. Ο τρόπος έναρξης
6. Η ποιότητα του
7. Η ύπαρξη ή μη περιοδικότητας

8. Οι πιθανοί εγκλιτικοί παράγοντες

9. Τα συνοδά συμπτώματα

Το ακριβές ιστορικό του πόνου σε συνδυασμό με παρακλινικές πληροφορίες δίνουν διαγνωστική ακρίβεια μεγαλύτερη από 80%. Σε οξύ κοιλιακό άλγος, όπου ο παρακλινικός έλεγχος μπορεί να είναι χρονοβόρος ή μη άμεσα διαθέσιμος, οι απαντήσεις του ασθενή προσανατολίζουν τον ιατρό που καλείται να αποφασίσει για την περαιτέρω αντιμετώπιση. Αυτό δεν είναι ούτε απλό, ούτε και εύκολο να γίνει σε συνθήκες πίεσης χρόνου, πίεσης περιστατικών, φασαρίας και συνθηκών απόσπασης της προσοχής και όταν ο ασθενής ζητά επίμονα την άμεση ανακούφιση του, δυσανασχετώντας στις ερωτήσεις του εξετάζοντος και όχι σπάνια αποκρύπτοντας σημαντικές πληροφορίες σκόπιμα. Δηλαδή, στις συνήθεις συνθήκες που επικρατούν στα περισσότερα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

6.2.4 Αιτία κοιλιακού πόνου

Σύμφωνα με την εντόπιση του πόνου, τα όργανα που προκαλούν συχνότερα κοιλιακό άλγος είναι : Στο επιγάστριο ο στόμαχος, η χοληδόχος κύστη, το πάγκρεας, το έντερο, η καρδιά και ο οισοφάγος. Στο δεξιό άνω τεταρτημόριο, η χοληδόχος κύστη, το ήπαρ, ο στόμαχος , το δωδεκαδάκτυλο, το πάγκρεας, η σκωληκοειδής απόφυση (σε οπισθοκυφλική θ και ο δεξιός νεφρός. Στο αριστερό άνω τεταρτημόριο, ο σπλήν, ο στόμαχος και ο αριστερός νεφρός. Στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο, ο ειλεός, η σκωληκοειδής απόφυση, η ειλεοκυφλική βαλβίδα και ο δεξιός ουρητήρας. Στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο, το σιγμοειδές κόλον, η αριστερή ωθήκη και ο αριστερός ουρητήρας. Περιομφαλικά, το αίτιο μπορεί να εντοπίζεται στην νήστιδα, στον ειλεό, στην ειλεοκυφλική βαλβίδα, στην σκωληκοειδή απόφυση και στο δεξιό κόλον. Τέλος στην περιοχή του υπογαστρίου, το άλγος μπορεί να προέρχεται από την ουροδόχο κύστη, την ουρήθρα και το σιγμοειδές.

Υπάρχει πληθώρα παθολογικών αιτιών που προκαλούν κοιλιακό άλγος. Τα πιο συχνά αίτια που οδηγούν τους ασθενείς με κοιλιακό άλγος σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι

1. η οξεία γαστρεντερίτιδα,
2. η λοίμωξη ουροποιητικού,
3. το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου,
4. η λοιμώδης διάρροια,
5. η γαστρίτιδα,
6. η μυϊκή τάση,
7. οι κύστεις ωοθηκών και
8. το πεπτικό έλκος

Ενώ τα συνηθέστερα αίτια οξείας κοιλίας στα ΤΕΠ είναι :

1. ο κωλικός των χοληφόρων,
2. η διάτρηση πεπτικού έλκους,
3. η οξεία παγκρεατίτιδα,
4. η οξεία εντερική απόφραξη,
5. η οξεία εκκολπωματίτιδα,
6. η οξεία σκωλικοειδίτιδα,
7. η ρήξη κύστεως ωοθήκης,
8. η συστροφή ωοθήκης,
9. η οξεία σαλπινγίτιδα,
10. η έκτοπη κύηση και
11. η συστροφή όρχεος.

6.3 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

6.3.1 Ταξινόμηση της κεφαλαλγίας

Η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας (International Headache Society - HIS), είναι μια διεθνής ομάδα αποτελούμενη από ειδικούς στην κεφαλαλγία. Το 1988 η HIS καθιέρωσε ένα σύστημα ταξινόμησης για τις κεφαλαλγικές διαταραχές που καθιερώθηκε παγκοσμίως στην κλινική έρευνα και την διάγνωση της κεφαλαλγίας. Το 2003, αναθεωρήθηκαν τα κριτήρια

ταξινόμησης σε τρεις κατηγορίες^{82,83}. Στις πρωτογενείς ή πρωτοπαθείς, τις δευτερογενείς ή δευτεροπαθείς κεφαλαλγικές διαταραχές και τις κρανιακές νευραλγίες, κεντρικές και πρωτογενείς προσωπαλγίες και άλλες κεφαλαλγίες.

Σύμφωνα με την ισχύουσα ταξινόμηση της διεθνούς εταιρείας κεφαλαλγίας, στις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες ανήκουν οι παρακάτω :

1. Η ημικρανία
2. Η κεφαλαλγία τάσεως
3. Η αθροιστική κεφαλαλγία και άλλες αυτόνομες τριδυμικές κεφαλαλγίες
4. Άλλες πρωτογενείς κεφαλαλγίες

Στις δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες ανήκουν :

1. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε τραυματισμό της κεφαλής και ή του αυχένα
2. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε διαταραχές των ενδοκρανιακών ή τραχηλικών αγγείων
3. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε μη αγγειακή ενδοκρανιακή διαταραχή
4. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε κάποια ουσία ή στην αποχή από τη λήψη της ουσίας αυτής
5. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε λοίμωξη
6. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε διαταραχή της ομοιόστασης
7. Η κεφαλαλγία ή προσωπαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή του κρανίου, του αυχένα, των οφθαλμών, των αυτιών, της μύτης, των δοντιών, του στόματος ή άλλης δομής του προσώπου ή του κρανίου
8. Η κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε ψυχιατρική διαταραχή

Στο τρίτο μέρος, τις κρανιακές νευραλγίες, τις κεντρικές και πρωτογενείς προσωπαλγίες και τις άλλες κεφαλαλγίες, ανήκουν :

1. Οι κρανιακές νευραλγίες και οι κεντρικές αιτίες πόνου στο πρόσωπο
2. Άλλες κεφαλαλγίες, κρανιακές νευραλγίες, κεντρικός ή πρωτογενής πόνος στο πρόσωπο.

6.3.2 Διαγνωστική προσέγγιση

Βασική είναι η λήψη του ιστορικού του κεφαλαλγικού ασθενούς στο ΤΕΠ, γιατί σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90%, ένα λεπτομερές ιστορικό μπορεί να θέσει την διάγνωση πριν αυτή τεκμηριωθεί από την εξειδικευμένη νευρολογική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο. Τα στοιχεία του ιστορικού περιλαμβάνουν : την έναρξη, την συχνότητα και την διάρκεια των κεφαλαλγιών που αναφέρει ο ασθενής. Τα πρόδρομα συμπτώματα, δηλαδή τα συμπτώματα εκείνα που αισθάνεται ο ασθενής πριν την έναρξη της κεφαλαλγίας, την ένταση, τον χαρακτήρα και την εντόπιση και αντανάκλαση του πόνου. Τα πιθανά συνοδά συμπτώματα όπως ναυτία, έμετος, ηχοφοβία, φωτοφοβία ή οσμοφοβία. Τους εκλυτικούς παράγοντες καθώς και εκείνους που επηρεάζουν την κεφαλαλγία, όπως για παράδειγμα η διαίτα και ο τρόπος ζωής. Τον βαθμό που επηρεάζεται η δραστηριότητα του κατά την κρίση καθώς και την κατάσταση που βρίσκεται μεταξύ των κρίσεων. Ενδιαφέρει ακόμη η πιθανή συννοσηρότητα με άλλες καταστάσεις και τέλος, ο τρόπος ή το φάρμακο με το οποίο αντιμετωπίζει την κεφαλαλγία.

Η κλινική εξέταση έχει διαφοροδιαγνωστικό χαρακτήρα με σκοπό αρχικά να αποκλείσει δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες με οξεία έναρξη όπως η κεφαλαλγία της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, της μηνιγγίτιδας και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς και κεφαλαλγίες με υποξεία έναρξη ή ακόμη και χρόνια χαρακτήρα, όπως η κεφαλαλγία από καρκινική μάζα εγκεφάλου. Τα παθολογικά ευρήματα σε αυτήν την φάση θέτουν την υποψία της υποκείμενης παθολογικής κατάστασης και υπαγορεύουν άμεσο περαιτέρω έλεγχο για την προστασία της ζωής και της ποιότητας ζωής του ασθενή.

6.3.3 Διαφορική διάγνωση κεφαλαλγίας

Η διαφορική διάγνωση των συχνότερων σε συχνότητα κεφαλαλγιών περιλαμβάνει :

I. Ημικρανία.

Εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές γυναίκες. Πρόκειται για ετερόπλευρη, σφύζουσα, μέτριας έως μεγάλης έντασης κεφαλαλγία, με διάρκεια 4 έως 72 ώρες. Συχνά συνυπάρχουν ναυτία, έμετος και ηχοφοβία. Ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων μεταξύ των κρίσεων. Σε μεγαλύτερες ηλικίες και στο αντρικό φύλο, μπορεί να συνυπάρχει αύρα.

II. Κεφαλαλγία τύπου τάσεως.

Παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Πρόκειται για αμφοτερόπλευρη κεφαλαλγία ήπιας έως μέτριας έντασης με συνοδά συμπτώματα την φωτοφοβία ή την ηχοφοβία, αλλά σε αντίθεση με την ημικρανία, απουσιάζουν η ναυτία και ο έμετος.

III. Αθροιστική κεφαλαλγία.

Πρόκειται για μια έντονη ετερόπλευρη κεφαλαλγία διάρκειας 15 λεπτών έως 3 ωρών με πολλαπλές ημερήσιες βασανιστικές κρίσεις στην πλειονότητα των πασχόντων στους οποίους υπερέχει το ανδρικό φύλο. Στις κρίσεις συχνά συνυπάρχουν σύστοιχη ερυθρότητα οφθαλμού, δακρύρροια και ρινική συμφόρηση.

IV. Κεφαλαλγίες προερχόμενες από τους παραρρινίους κόλπους.

Ο ασθενής παρουσιάζει οξεία εμπύρετο λοίμωξη και ευαισθησία στην ψηλάφηση του πάσχοντος παραρρινίου κόλπου. Η ένταση της αυξάνεται χαρακτηριστικά με την κατάκλιση ή την πρόσθια κλίση της κεφαλής και μπορεί να συνυπάρχουν μείωση της όσφρησης και δύσοσμες ρινικές εκκρίσεις.

V. Νευραλγία τριδύμου.

Προκαλείται από συνήθεις δραστηριότητες όπως το βούρτσισμα των δοντιών ή η ομιλία. Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς και έχει χαρακτήρα έντονου ετερόπλευρου παροξυσμικού διαξιφιστικού ή καυστικού άλγους διάρκειας λίγων δευτερολέπτων. Εμφανίζεται στις σιαγόνες, στο μέτωπο ή περιοφθαλμικά.

VI. Κεφαλαλγίες που οφείλονται σε σοβαρό υποκείμενο νόσημα.

Πρόκειται για κεφαλαλγίες που σχετίζονται με πυρετό, και ευρύ φάσμα νευρολογικών συμπτωμάτων. Εμφανίζονται αιφνιδίως σε όλες τις ηλικίες και μπορεί να σχετίζονται με τραύμα κεφαλής, υπέρταση ή λοίμωξη. Ακόμα, υποψία εγείρει η ξαφνική αλλαγή των χαρακτήρων μιας συνήθους κεφαλαλγίας ή η έναρξη κεφαλαλγίας σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών. Μπορεί να συνυπάρχει διαταραχή του επιπέδου συνείδησης ή να εκλύεται με τον βήχα ή την καταβολή προσπάθειας. Η κλινική εξέταση στο ΤΕΠ και ο παρακλινικός έλεγχος παρουσιάζουν αντίστοιχα παθολογικά ευρήματα με την αιτιολογία τους.

6.4 Μυοσκελετικό άλγος

6.4.1 Αυχεναλγία

Τα συχνότερα αίτια που προκαλούν αυχεναλγία κατατάσσονται αδρά σε μηχανικά και μη μηχανικά. Στα μηχανικά αίτια ανήκουν οι καταπονήσεις, η αυχεναλγία τάσεως, θέσεως, το επίκτητο ραιβόκρανο, η αυχενική σπονδύλωση ή αλλιώς εκφυλιστική σπονδυλίτιδα, προκαλούσα μυελοπάθεια και μυελικά κατάγματα, καθώς επίσης και τραυματικά αίτια όπως η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, τα αυχενικά κατάγματα, διαστρέμματα και τα σύνδρομα κακώσεως δίκην μαστιγίου. Στα μη μηχανικά αίτια περιλαμβάνονται τα ρευματικά νοσήματα (ρευματοειδής αρθρίτις, αγκυλοποιητική αρθρίτις, ινομυαλγία κ.α.), τα νεοπλασμάτα αυχένα, λοιμώδη αίτια, όπως οστεομυελίτιδα, έρπηος ζωστήρ κ.α., νευρολογικά αίτια, π.χ. παγίδευση νεύρου, η αντανεκλαστική συμπαθητική δυστροφία και το αντανεκλώμενο άλγος από οισοφαγίτιδα, στηθάγχη, νόσο Pancoast κ.α. . Βασικό σημείο της κλινικής εξέτασης στην διαφορική διάγνωση της αυχεναλγίας είναι η νευρολογική σημειολογία που συνηθέστερα εκδηλώνεται με ριζοπάθεια και νευρολογική έκπτωση.

Η θεραπεία της αυχεναλγίας μηχανικής αιτιολογίας χωρίς νευρολογική έκπτωση στην οξεία φάση, περιλαμβάνει ΜΣΑΦ, μυοχαλαρωτικά, ακινητοποίηση αυχένα με αυχενικό κηδεμόνα και θερμά ή ψυχρά επιθέματα.

Σε μηχανική αυχεναλγία με ριζοπάθεια συστήνονται ΜΣΑΦ, επισκληρίδια έγχυση κορτικοστεροειδών και χειρουργική θεραπεία. Σε μηχανικές διαταραχές αυχένα, χορηγείται συμπτωματική θεραπεία με συνδυασμό με μηχανικούς χειρισμούς.

6.4.2 Άλγος ώμου και άνω άκρου

Το άλγος στον ώμο και στο άνω άκρο κατατάσσεται αδρά σε ενδοαρθρικό και έξωαρθρικό. Το ένδοαρθρικό, συνήθως αφορά οστεοαρθρίτιδα, προστριβή ή κακώσεις χόνδρων, θυλακικών και τενόντιων στοιχείων. Το έξωαρθρικό άλγος μαλακών μορίων προκαλείται συνήθως από κακώσεις μυοτενοντίων πετάλων (τενοντίτιδες, ρήξεις), διαστρέματα θυλάκου και κάκωση μυών, νευροπάθεια και αγγειίτιδες ή θρομβώσεις αγγειακών δομών. Επίσης το άλγος στον ώμο και το άνω άκρο μπορεί να είναι αντανακλώμενο ως αποτέλεσμα μιας αυχενικής κάκωσης ή χρόνιας διεργασίας στους αυχενικούς σπονδύλους. Είναι πιθανό, όταν συνδυάζεται με δύσπνοια, εφίδρωση και ναυτία, να οφείλεται σε καρδιακή νόσο (Ο.Ε.Μ.). Μπορεί επίσης να προέρχεται από τον θώρακα, όταν εκδηλώνεται με συνοδό δύσπνοια και αιφνίδια έναρξη, δηλώνοντας αυτόματο πνευμοθώρακα. Ο πυρετός δηλώνει συνήθως σηπτική αρθρίτιδα, ενώ, συνύπαρξη άλγους, πυρετού και απώλειας βάρους, υποκρύπτουν κακοήθεια.

Η γενική αντιμετώπιση του άλγους ώμου και άνω άκρου περιλαμβάνει ακινητοποίηση, χρήση ψυχρών επιθεμάτων και ΜΣΑΦ.

6.4.3 Άλγος ράχης

Το άλγος της ράχης κατατάσσεται αδρά σε τέσσερις κύριες κατηγορίες. (1) Το μη επιπλεγμένο άλγος κατώτερης μοίρας ράχης (Ο.Μ.Σ.Σ.), το οποίο προκαλείται συνήθως από δομικά προβλήματα όπως τραυματισμός μυών και συνδέσμων, εκφυλιστική αρθροπάθεια, εκφυλιστική νόσος μεσοσπονδυλίου δίσκου, κακή ευθυγράμμιση, κατάγματα και σύνδρομο μυϊκών ινών (ινομυαλγία). (2) Το επιπλεγμένο άλγος ράχης, όπου τα δομικά προβλήματα συνδυάζονται με συμπτώματα συμπίεσης νευρικής ρίζας

νωτιαίου μυελού, με εμφάνιση άλγους, αιμωδίας, παραισθησίας και μυϊκή αδυναμία. (3) Συστηματικές νόσοι που προσβάλλουν την σπονδυλική στήλη, όπως φλεγμονώδης αρθρίτιδα, λοίμωξη, νόσος του Paget κ.α.. (4) Άλγος από κοιλιακή ή πνευλική αιτιολογία, όπως η παγκρεατίτιδα, η νεφρολιθίαση, η φλεγμονώδης νόσος της πύελου και η δυσμηνόρροια.

Στην θεραπεία του οξέως άλγους ράχης περιλαμβάνονται τα ΜΣΑΦ, τα μυοχαλαρωτικά, τα οπιοειδή αναλγητικά, ολιγοήμερη ανάπαυση και η χειρουργική αντιμετώπιση βάση ενδείξεων.

6.4.4 Άλγος κάτω άκρου

Το άλγος κάτω άκρου, αδρά, μπορεί να οφείλεται σε χαλάρωση ή διάταση των συνδέσμων, τραυματική αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, κακώσεις οστών, συνδέσμων, τενόντων ή μυών, αγγειακές διαταραχές, λοιμώξεις, ρευματικά νοσήματα και νεοπλάσματα. Μπορεί ακόμη να αντανάκλαται από την ράχη ή τη πύελο. Η συλλογή υγρού ενδοαρθρικά, η βιάση και το εύρος των κινήσεων των αρθρώσεων, η νευρολογική έκπτωση και η μυϊκή αδυναμία, αποτελούν βασικά σημεία της κλινικής εκτίμησης προς αναζήτηση του αιτίου. Μνημοτεχνικός κανόνας στην αντιμετώπιση του άλγους προκαλούμενου από κάκωση, είναι το «RICE» Rest – ανάπαυση, Ice – πάγος, Compression – σταθεροποίηση, Elevation – ανύψωση. Συστήνονται επαρκής ακινητοποίηση και χορήγηση παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ.

B. ΜΕΡΟΣ

« Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ »

7.1 Εισαγωγή

Σε νοσοκομειακό επίπεδο, είναι ευνόητο ότι ο ασθενής τυγχάνει ιατρικής αντιμετώπισης, η οποία ποικίλει ανάλογα με τις δυνατότητες του κάθε νοσοκομείου από πλευράς στελέχωσης σε ιατρικές ειδικότητες και παρακλινικών δυνατοτήτων. Υπάρχουν λοιπόν διαφορετικά νοσοκομεία με ποικίλους συνδυασμούς ιατρικών ειδικοτήτων, που αντιμετωπίζουν χιλιάδες ασθενείς, οι οποίοι όμως έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό : τον πόνο. Ο πόνος αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία που οδηγεί τους ασθενείς να αναζητήσουν φροντίδα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ⁴. Αποτελεί κοινό σύμπτωμα πλειάδας ασθενειών και τραύματος. Τόσο ο οξύς, όσο και ο χρόνιος πόνος, αποτελούν συχνή αιτία προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. ⁵ Η διαχείριση του πόνου αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σημεία στην αντιμετώπιση των ασθενών. Ενώ η αναγνώριση και ανακούφιση του πόνου θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα κατά την θεραπεία ασθενών και τραυματιών, συχνά η θεραπεία του πόνου καθυστερεί.^{8,9} Πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι στην επείγουσα ιατρική δεν υπάρχουν μοντέλα διαχείρισης για τον χρόνιο πόνο.^{5,9}

Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών αστικών περιοχών, που αναζητούν άμεση βοήθεια με πρωταρχικό σύμπτωμα το άλγος, σε οργανωμένη τριτοβάθμια νοσοκομειακή δομή στην Ελλάδα, στη περιοχή της Ηπείρου, όπου δεν έχει γίνει στο παρελθόν παρόμοια έρευνα. Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης που έχει ως θέμα την καταγραφή και ταξινόμηση των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ, καθώς και την αντιμετώπιση του πόνου που πιθανώς έχουν λάβει με φαρμακευτικά ή μη φαρμακευτικά μέσα.

Η μελέτη αφορά ασθενείς που προσήλθαν στο παθολογικό και ορθοπαιδικό ιατρείο του τμήματος επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού

Νοσοκομείου Ιωαννίνων καθώς και τους ασθενείς εκείνους οι οποίοι εισήχθησαν στις αντίστοιχες κλινικές από το ΤΕΠ, σε περίοδο δύο μηνών το 2009. Οι ασθενείς κατεγράφησαν σύμφωνα με τα τηρούμενα βιβλία περιστατικών του ΤΕΠ και στην συνέχεια μελετήθηκαν ως προς τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

- 1) Ηλικία,
- 2) το κύριο σύμπτωμα το οποίο ανέφεραν,
- 3) συνοδά συμπτώματα,
- 4) χρόνος έναρξης του άλγους,
- 5) ιστορικό,
- 6) κλινικές πληροφορίες και ζωτικά σημεία,
- 7) διάγνωση στο ΤΕΠ,
- 8) φαρμακευτική αγωγή πριν την προσέλευση στο νοσοκομείο,
- 9) φαρμακευτική αγωγή στο ΤΕΠ,
- 10) άλλη μέθοδος αναλγησίας και
- 11) έκβαση.

Στους ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική, κατεγράφησαν από τον φάκελο νοσηλείας τους επιπλέον :

- 12) η διάγνωση εξόδου, και
- 13) η φαρμακευτική αγωγή που έλαβαν κατά το πρώτο 24ωρο.

Σε κάθε στάδιο της μελέτης διασφαλίστηκε η ανωνυμία των ασθενών και δεν δημοσιοποιήθηκε η ταυτότητα τους.

7.2 Αποτελέσματα Παθολογικού Ιατρείου του ΤΕΠ

Το σύνολο των καταγράφων που μελετήθηκαν ήταν 521. Από αυτές, 224 αφορούσαν άντρες και 297 γυναίκες. Εξαιρέθηκαν 34 περιστατικά λόγω δυσανάγνωστων στοιχείων και εξόδου του ασθενούς από το ΤΕΠ πριν το πέρας του διαγνωστικού ελέγχου. Έτσι, τα περιστατικά που περιλαμβάνονται στην μελέτη είναι 487 τα οποία παρουσίασαν τις παρακάτω εντοπίσεις άλγους :

1. ΑΛΓΟΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ / ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ 35
2. ΑΡΘΡΑΛΓΙΑ 12,

3. ΔΗΓΜΑ ΣΚΟΡΠΙΟΥ 01,
4. ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ 26,
5. ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ 07,
6. ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ 19,
7. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ 81,
8. ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ 241,
9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ 40,
10. ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ 01,
11. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ 07,
12. ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ 16 και
13. ΩΤΑΛΓΙΑ 01.

Πίνακας 1

Τα περιστατικά που παραπέμφθηκαν από το παθολογικό ιατρείο του ΤΕΠ σε ιατρείο άλλης ειδικότητας και διεκπεραιώθηκαν από την άλλη ειδικότητα, είναι 203 και αναφέρονται στον **πίνακα 2**.

Η εντόπιση του άλγους στα 203 περιστατικά που παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν από άλλο ιατρείο, παρουσιάζονται στον **πίνακα 3**.

Στο ΩΡΛ ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 11 περιστατικά με μέση ηλικία τα 41 έτη (16 – 75), από αυτά Θηλή (Θ) : 9, άρρενες (Α) : 2. Οι αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν Κεφαλαλγία 4, Άλγος φάρυγγα 4, Ωταλγία 1 και Δυσκαταποσία 2. Έγινε 1 εισαγωγή με αιτία προσέλευσης Κεφαλαλγία και ωταλγία και σύνοδες εμβοές.

Στο Ογκολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκε και διεκπεραιώθηκε 1 περιστατικό. Πρόκειται για ασθενή με καρκίνο ωοθηκών που προσήλθε με κοιλιακό άλγος.

Στο Χειρουργικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 44 περιστατικά με μέση ηλικία τα 48 έτη.(17 – 87). Από αυτά Θ : 25, Α : 19. Οι αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν Άλγος οσφυϊκής χώρας 1, Άλγος ωμοπλατιαίας χώρας 1, Θωρακικό άλγος 3 και Κοιλιακό άλγος 39. Έγιναν 17 εισαγωγές που αφορούσαν κοιλιακό άλγος με διάγνωση εξόδου 5 οξεία σκληροκοιτίτις, 4 ειλεός, 4 κολικός χοληφόρων, 1 γαγγραινώδης χολοκυστίτις,

1 οξεία χολοκυστίτις, 1 περισφιγμένη οσχεοκήλη και 1 ρήξη κοιλιακού ανευρύσματος.

Στο Ρευματολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 5 περιστατικά αρθραλγίας με μέση ηλικία τα 65 έτη (52 – 79), από αυτά Θ :1, Α : 4.

Στο ορθοπεδικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 13 περιστατικά με μέση ηλικία τα 58 έτη(16 – 90), Θ:6, Α:7. Οι αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν 3 Άλγος άνω άκρου, 2 Άλγος θώρακα, το 1 με συνοδό άλγος αυχένα, 1 Κοιλιακό άλγος (θλάση ορθού κοιλιακού), 2 Άλγος ωμοπλατιαίας χώρας, 2 Άλγος ράχης και 3 Οσφυαλγία.

Στο Καρδιολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 35 περιστατικά με μέση ηλικία τα 61 έτη (21-91), Θ:11, Α:22. Οι αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν 18 Προκάρδιο άλγος, 6 Οπισθοστερνικό άλγος, 1 Επιγαστραλγία, 1 Άλγος άνω άκρου, 3 Άλγος ράχης, και 6 Άλγος θώρακα. Έγιναν 13 εισαγωγές που αφορούσαν οξύ στεφανιαίο σύμβαμα.

Στο Ουρολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 41 περιστατικά με μέση ηλικία τα 57 έτη (18 – 83), Θ:21, Α:20. Οι αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν 14 Κοιλιακό άλγος και 27 Άλγος οσφυϊκής χώρας. Έγιναν 4 εισαγωγές που αφορούσαν 1 Έμφρακτο νεφρικής αρτηρίας, 2 Λοίμωξη ουροποιητικού και 1 Νεφρολιθίαση.

Στο Νευρολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 32 περιστατικά με μέση ηλικία τα 46 έτη (16 – 80), Θ:20, Α:12. Οι αιτίες προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν 30 Κεφαλαλγία, 1 Άλγος ημιμορίου προσώπου και 1 Αιμωδία άνω άκρου. Έγιναν 2 εισαγωγές που αφορούσαν 1 Μηνιγγίτιδα και 1 Α.Ε.Ε.

Στο Γυναικολογικό / Μαιευτικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 12 περιστατικά με ηλικία τα 36 έτη (16 – 66). Η αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν το κοιλιακό άλγος. Έγιναν 3 εισαγωγές.

Στο Πνευμονολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 5 περιστατικά με μέση ηλικία τα 50 έτη (28 – 69), Θ : 3, Α : 2. Η αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν 4 Άλγος θώρακα και 1 Κοιλιακό άλγος (άλγος υποχονδρίου). Έγιναν 2 εισαγωγές που αφορούσαν λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού.

Στο Νεφρολογικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν 3 περιστατικά με ηλικία τα 73 έτη (55 - 96), Θ : 2, Α : 1. Η αιτία προσέλευσης στο ΤΕΠ ήταν κοιλιακό άλγος. Έγιναν 3 εισαγωγές που αφορούσαν 2 Χ.Ν.Α. και 1 Οξεία πυελονεφρίτιδα.

Στο Νευροχειρουργικό ιατρείο, παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκε ένα περιστατικά περιστατικό ανδρός 42 των που προσήλθε λόγω κεφαλαλγίας και εισήχθη στην νευροχειρουργική κλινική.

Συνολικά από τα περιστατικά που διεκπεραιώθηκαν στο ΤΕΠ π/θ και εξήλθαν με οδηγίες ή εισήχθησαν στην π/θ κλινική, έλαβαν αγωγή στο ΤΕΠ : 67 περιστατικά. Από αυτά 5 αφορούν εισαγωγές στην παθολογική κλινική (πίνακας 4) και 62 εξήλθαν του ΤΕΠ με οδηγίες.

Εξήλθαν του ΤΕΠ με οδηγίες 62 περιστατικά. Με βάση τις πληροφορίες από το ιστορικό, την καταγεγραμμένη κλινική εξέταση και την αναφορά των ασθενών, παρουσίασαν Ήπιο άλγος 41, Μέτριο άλγος 19 και Βαρύ άλγος 2 περιστατικά. Στα περιστατικά που με ήπιο άλγος, χρησιμοποιήθηκε κυρίως υποστηρικτική θεραπεία με πιθανό στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών σε ποσοστό 78%, ακολούθησε η θεραπεία του αιτίου που ευθύνεται για τον πόνο σε ποσοστό 12,2% και αναλγητικά (Παρακεταμόλη) χορηγήθηκαν στο 7,3% των ασθενών. Στα περιστατικά με μέτριο άλγος, έλαβαν αγωγή με στόχο την αιτία που προκάλεσε το άλγος το 37,5% των ασθενών, 28,5% έλαβε Παρακεταμόλη, 35,7% έλαβε Δικλοφαινάκη και 28,5% έλαβε Κωδεΐνη σε συνδυασμό με Παρακεταμόλη. Στα περιστατικά με βαρύ πόνο, χρησιμοποιήθηκαν Δεξτροπροποξυφαΐνη και Κωδεΐνη με παρακεταμόλη.

Πιο συγκεκριμένα, από τα περιστατικά με ήπιο άλγος (41), η κύρια εντόπιση και αντιμετώπιση του άλγους ήταν : Άλγος οσφυϊκής χώρας 3

περιστατικά, τα οποία έλαβαν τα δύο παρακεταμόλη και ένα έλαβε θεραπεία αιτίου (μυϊκό αίτιο – μυοχαλαρωτικό). Θωρακικό άλγος ένα περιστατικό το οποίο έλαβε θεραπεία αιτίου (μυϊκό – μυοχαλαρωτικό). Τέσσερα περιστατικά αφορούσαν κεφαλαλγία. Το ένα έλαβε παρακεταμόλη, δύο θεραπεία αιτίας (Α.Υ. – αντιϋπερτασική αγωγή – ύφεση) και ένα δεν έλαβε αγωγή. Πρόκειται για κεφαλαλγία χωρίς ευρήματα από την κλινική εξέταση και με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο. 31 περιστατικά αφορούν κοιλιακό άλγος και όλα έλαβαν συμπτωματική / υποστηρικτική θεραπεία. Μία ουρική αρθρίτις από 15θήμερου έλαβε αποιδηματική αγωγή με Υδροκορτηζόνη 125 mg και ένα περιστατικό με άλγος μεσοπλατειαίας χώρας έλαβε θεραπεία αιτίου με μυοχαλαρωτικό (μυϊκό άλγος). Από τα περιστατικά με μέτριο άλγος (19), η κύρια εντόπιση και αντιμετώπιση του άλγους ήταν : 10 περιστατικά με κεφαλαλγία από τα οποία τα 7 έλαβαν αναλγητικό (4 παρακεταμόλη, 2 ΜΣΑΦ, 1 Lonarid) και τρία αφορούσαν αρτηριακή υπέρταση και έλαβαν αντιϋπερτασικό ως θεραπεία αιτίου. Έξη περιστατικά αφορούσαν Θωρακικό άλγος και έλαβαν αναλγητικά τα τέσσερα από αυτά (1 ΜΣΑΦ, 3 Παρακεταμόλη με κωδεΐνη), ενώ δύο περιστατικά έλαβαν θεραπεία αιτίου (ΝΦΔ – Βρωμαζεπάμη). Ακόμη, καταγράφησαν μία αρθραλγία στην οποία χορηγήθηκε Βηταμεθαζ, ένα κοιλιακό άλγος (δυσμηνόρροια) στο οποίο χορηγήθηκε ΜΣΑΦ και μία οσφυαλγία που έλαβε ΜΣΑΦ σε συνδυασμό με μυοχαλαρωτικό i.m. .

Τα περιστατικά με βαρύ άλγος ήταν δύο κεφαλαλγίες στις οποίες χορηγήθηκαν δεξτροπροποξυφαΐνη και παρακεταμόλη με κωδεΐνη. **Πίνακας 5**

Είχαν λάβει αναλγητική αγωγή πριν την προσέλευση τους στο ΤΕΠ 12 ασθενείς. Τρεις είχαν λάβει παρακεταμόλη, ένας παρακεταμόλη με κωδεΐνη, τρεις μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες και πέντε ασθενείς αγωγή κατά του πιθανού αιτίου.

Έγιναν 58 εισαγωγές στην παθολογική κλινική, με μέση ηλικία ασθενών τα 65 έτη (19 – 100). Ανεβρέθηκαν 28 πλήρεις φάκελοι, δεν βρέθηκαν 23 φάκελοι νοσοκομείου στο μητρώο και στην παθολογική κλινική και βρέθηκαν 7 φάκελοι στους οποίους απουσιάζει το φύλλο νοσηλείας της εισαγωγής που μελετάται. Συνεπώς υπάρχουν ελλιπή δεδομένα για 30 εισαγωγές. Από τις 28 με πλήρη φάκελο, η μέση ηλικία ήταν τα 72 έτη (31-87). Βρέθηκαν 6 χωρίς

αγωγή, από τα οποία τα 3 παρουσίασαν αυτόματη βελτίωση του άλγους κατά το πρώτο 24ωρο και 22 περιστατικά έλαβαν αγωγή. Τα περιστατικά αφορούσαν κοιλιακό άλγος 18, κεφαλαλγία 2, άλγος γαστροκνημίας 1 και αρθραλγία 1. Συνολικά έλαβαν αναλγητικά κατά το πρώτο 24ωρο 9 περιστατικά. 4 παρακεταμόλη i.v. bolus εφ' άπαξ, 4 Δεξτροπροποξυφαίνη i.m. εφ' άπαξ και 1 Κωδεΐνη 10mg σε συνδυασμό με παρακεταμόλη, συστηματικά p.o.(1x3) πίνακας χ. Στα περιστατικά λοιμώξεων κυρίως χορηγείται αντιβιοτική θεραπεία χωρίς αναλγητικό, και παρατηρείται ύφεση του άλγους κατά το δεύτερο με τρίτο 24ωρο. **Πίνακας 6**

7.3 Αποτελέσματα Ορθοπεδικού Ιατρείου του ΤΕΠ

Μελετήθηκαν 484 καταγεγραμμένα περιστατικά. 289 αφορούσαν άνδρες και 195 γυναίκες. Εξαιρέθηκαν 68 περιστατικά λόγω :

Χωρίς αιτία προσέλευσης άλγος : 02 (1 γάγγλιο, 1 οίδημα κάτω άκρων)

Δυσανάγνωστα : 20

Χωρίς κλινικές πληροφορίες : 40

Τακτικά περιστατικά : 03

Εξήλθαν με δική τους βούληση : 03

Μελετήθηκαν 416 περιστατικά. **Πίνακας 7 και 8**

Σε 151 περιστατικά αναφέρεται ως αιτία προσέλευσης το μυοσκελετικό άλγος, ενώ σε 265 περιστατικά αναφέρεται ως αιτία προσέλευσης άλγος λόγω ατυχηματικής κάκωσης **Πίνακας 10 και 11**

Παραπέμφθηκαν για εξέταση σε άλλο ιατρείο 16 ασθενείς και διεκπεραιώθηκαν εκεί οι 12 από αυτούς. **Πίνακας 12**

Έγιναν 16 εισαγωγές στην Ορθοπεδική κλινική. Από τις εισαγωγές στην ορθοπεδική κλινική, στο μητρώο του νοσοκομείου και στην ορθοπεδική κλινική, ανευρέθηκαν 7 φάκελοι ασθενών. Από αυτούς, Παρακεταμόλη i.v. έλαβαν σε συστηματική χορήγηση (1x3 ή 1x4) 4 περιστατικά, από τα οποία τα 2 ελάμβαναν και Πεθιδίνη κατ' επίκληση. 1 περιστατικό έλαβε NSAID i.m. συστηματικά (1x2), συνδυασμό με Πεθιδίνη κατ' επίκληση και 2 περιστατικά

έλαβαν Πεθιδίνη συστηματικά. Το ένα με αντλία χορήγησης, ενώ το δεύτερο σε συνδυασμό με Παρακεταμόλη κατ' επίκληση. **Πίνακας 13**

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι κατά την νοσηλεία των ασθενών στην ορθοπεδική κλινική, ο πόνος αντιμετωπίστηκε με συστηματική χορήγηση αναλγητικού και επιπλέον κατ' επίκληση χορήγηση δευτέρου αναλγητικού σύμφωνα με το άλγος που ανέφερε ο ασθενής. Ενώ φαίνεται να δίνεται σημασία στην ένταση του άλγους, δεν καταγράφεται η μέθοδος μέτρησης του, καθώς και το αποτέλεσμα της χορήγησης.

Επιπλέον φαίνεται να αποτελεί πρακτική της κλινικής η αντιμετώπιση του άλγους και κατά την υποκειμενική αναφορά του από τους ασθενείς, αφού η συστηματική χορήγηση αναλγητικού συνδυάζεται με κατ' επίκληση του ασθενούς χορήγηση δεύτερης αναλγητικής ουσίας.

Συνεπώς 388 περιστατικά διεκπαιρεύθηκαν στο ορθοπεδικό ιατρείο και εξήλθαν. Από αυτά, τα 141 ανέφεραν μυοσκελετικό άλγος ως αιτία προσέλευσης και 247 προσήλθαν λόγω ατυχηματικής κάκωσης.

Από τα περιστατικά με μυοσκελετικό άλγος(141), σύμφωνα με την καταγραφείσα αναφορά από τους ασθενείς, το ιστορικό, την κλινική εξέταση και την καταγραφείσα διάγνωση, 76 ασθενείς παρουσίασαν ήπιο άλγος, 61 ασθενείς παρουσίασαν μέτριο άλγος και 4 ασθενείς προσήλθαν με μέτριο προς βαρύ άλγος. **Πίνακας 14 και 15**

Συνολικά, με αναλγητικά και άλλες μεθόδους, αντιμετωπίστηκαν 54 ασθενείς. Αναλγητικά έλαβαν 17 περιστατικά, από τα οποία στα 15 χορηγήθηκαν ΜΣΑΦ i.m.(στα 8 από αυτά σε συνδυασμό με μυοχαλαρωτικό), ενώ σε ένα που αφορούσε νυγμό σκορπιού, έγινε τοπική διήθηση ξυλοκαΐνης και σε ένα που αφορούσε πιθανώς αρθρίτιδα ώμου, έγινε τοπική διήθηση κορτικοστεροειδούς. Άλλες μέθοδοι αναλγησίας χρησιμοποιήθηκαν σε 39 ασθενείς. (Ακινητοποίηση σε 27 περιστατικά, επεμβατικοί χειρισμοί, δηλαδή εκκενωτική παρακέντηση, παροχέτευση, καθαρισμός ή αφαίρεση ξένου σώματος, σε 12 ασθενείς).

Συνταγογράφηση έγινε σε συνολικά 72 περιστατικά, χωρίς να αναφέρεται η αγωγή, 2 από τα οποία είχαν λάβει αγωγή στο ΤΕΠ με ΜΣΑΦ και 15 είχαν αντιμετωπισθεί με ακινητοποίηση ή επεμβατικούς χειρισμούς.

Σε 29 που εξήλθαν χωρίς παρέμβαση στο ΤΕΠ, συνεστήθη περαιτέρω έλεγχος.

Χωρίς να έχει καταγραφεί η χορήγηση αναλγησίας, ακινητοποίηση ή επεμβατικός χειρισμός και χωρίς την καταγραφή χορήγησης συνταγογραφούμενης αγωγής, υπάρχουν 37 ασθενείς που εξήλθαν (9,5%).

Πίνακας 16. Από τους ασθενείς αυτούς, 3 παραπέμφθηκαν στο τακτικό ορθοπαιδικό εξωτερικό ιατρείο (Τ.Ε.Ι.), 4 παραπέμφθηκαν για περαιτέρω ακτινολογικό έλεγχο λόγω του αναφερόμενου ιστορικού, ενώ οι υπόλοιποι 30 ασθενείς (81%) εξήλθαν με οδηγίες και επί εμμονής του άλγους, ζητήθηκε επανέλεγχος. Σε 3 από αυτά τα περιστατικά (οσφυαλγία), καταγράφεται η χορήγηση αναρρωτικής αδείας. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι απουσία ευρημάτων από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, δεν φαίνεται να λαμβάνεται υπ' όψιν το άλγος που αναφέρει ο ασθενής και δεν φαίνεται να αντιμετωπίζεται.

Από τα περιστατικά με άλγος λόγω κάκωσης (247), σύμφωνα με την καταγραφείσα αναφορά από τους ασθενείς, το ιστορικό, την κλινική εξέταση και την καταγραφείσα διάγνωση, 4 ασθενείς δεν παρουσίασαν άλγος κατά την εξέταση, ενώ 156 προσήλθαν με ήπιο άλγος, 83 με μέτριο άλγος και 4 ασθενείς με βαρύ άλγος. **Πίνακας 17**

Σε κανένα άλγος από τραυματισμό δεν αναφέρεται η χορήγηση αναλγητικών στο ΤΕΠ. Ακινητοποίηση έγινε σε όλα τα κατάγματα καθώς και σε περιστατικά με ή με υποψία συνδεσμικής κάκωσης. Σε 56 περιστατικά αναφέρεται συνταγογράφηση αγωγής, η οποία όμως δεν καταγράφεται. Χωρίς κλινικά ευρήματα ή με ακτινογραφικό έλεγχο αρνητικό για κάταγμα εμφανίζονται 62 περιστατικά. **Πίνακας 19**

7.4 Συμπεράσματα

Ο πόνος αποτελεί υποκειμενική εμπειρία και η αναφορά του πόνου από τον ασθενή είναι σημαντικό στοιχείο της συστηματικής αντιμετώπισης του^{19,84}. Επίσης, η επαρκής αντιμετώπιση του άλγους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι σημαντική για την πρόληψη και αντιμετώπιση των διαφόρων επιπλοκών του οξέος άλγους που αφορούν την απάντηση του οργανισμού στο στρές καθώς και τις επιπλοκές σε ψυχικό επίπεδο^{19,85,86}. Ενώ η αναγνώριση και ανακούφιση του πόνου θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα στην θεραπεία της ασθένειας και του τραύματος, συχνά καθυστερεί ή υποθεραπεύεται^{18,87}.

Περίληπτικά, οι κατευθυντήριες οδηγίες της αντιμετώπισης του πόνου, έχουν τα παρακάτω κοινά σημεία :

- Η διατήρηση ορθών ιατρικών αρχείων θεωρείται σημαντική για την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας.
- Συστήνεται η άμεση έναρξη της αναλγητικής θεραπείας όταν αυτή ενδείκνυται και η χορήγηση αναλγησίας δεν θα πρέπει να καθυστερείται έως την τελική διάγνωση.
- Η αναφορά του ασθενή για τον πόνο αποτελεί βασικό παράγοντα της εμπειριστατωμένης αντιμετώπισης του άλγους, η οποία εμπεριέχει την λήψη ατομικού αναμνηστικού, την κλινική αξιολόγηση και την θεραπεία.
- Επιπλέον, η ανακούφιση του πόνου θα πρέπει να γίνεται με την χορήγηση της κατάλληλης αναλγητικής αγωγής ή την χρήση μη φαρμακευτικών μεθόδων, όπου ενδείκνυται.
- Η θεραπεία μιας αναγνωρίσιμης αιτίας πόνου θα πρέπει να αποτελεί άμεση προτεραιότητα.
- Στο ελαφρύ άλγος συστήνεται η χορήγηση παρακεταμόλη σε συνδυασμό ή μη με ΜΣΑΦ. Στον μέτριο πόνο συστήνεται η χορήγηση ΜΣΑΦ σε συνδυασμό ή μη με ήπιας δράσης οπιοειδές, όπως η κωδεΐνη. Στο βαρύ άλγος συστήνονται οπιοειδή σε συνδυασμό ή μη με ΜΣΑΦ.

Κατά την συλλογή των στοιχείων από το βιβλίο ασθενών, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει ελλιπής καταγραφή του χρόνου έναρξης του αναφερόμενου άλγους και της πιθανούς αγωγής που έλαβαν οι ασθενείς πριν την άφιξη τους στο ΤΕΠ. Συνεπώς υπάρχει κενό κατά την λήψη του ιστορικού, το οποίο επηρεάζει την αντικειμενική αντίληψη της κατάστασης του ασθενούς κατά την άφιξη του.

Δεν καταγράφεται η χρήση βαθμονομημένων κλιμάκων μέτρησης πόνου, τόσο κατά την είσοδο των ασθενών, όσο και μετά από παρεμβάσεις ή χορήγηση αγωγής, καθώς και κατά την έξοδο τους από το ΤΕΠ, ενώ η χρήση κλιμάκων μέτρησης του πόνου αποδεικνύεται σε πλήθος εργασιών ότι σχετίζεται με γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση του άλγους. Η ελλιπής καταγραφή των παραπάνω, οδηγεί συχνά σε αποτυχία της αξιολόγησης του πόνου και καθυστέρηση στην χορήγηση αναλγησίας^{62,88,89}.

Υπάρχουν κενά στην καταγραφή της συνταγογραφούμενης αγωγής και των οδηγιών εξόδου. Πιθανώς να οφείλεται στα γενικότερα πλαίσια της μη καταγραφής στοιχείων που σχετίζονται με τον πόνο, αφού καταγράφονται από τους περισσότερους ιατρούς του ΤΕΠ μόνον τα παθολογικά ευρήματα της αντικειμενικής εξέτασης και του εργαστηριακού ελέγχου. Φαίνεται πως οι ιατροί του ΤΕΠ βασίζονται περισσότερο στην κρίση τους κατά την εξέταση και σε ποσοτικές μετρήσεις από το εργαστήριο, παρά στην αναφορά των ασθενών σχετικά με τον πόνο, ο οποίος δεν αντιμετωπίζεται ως συνισταμένη της πάθησης η οποία ευθύνεται για την προσέλευση του ασθενούς και για αυτόν τον λόγο ίσως δεν αντιμετωπίζεται ο πόνος ως ξεχωριστή οντότητα, πριν την τελική διάγνωση, όπως προτείνεται σε εργασίες και κατευθυντήριες οδηγίες^{89,90,91}.

Η αντιμετώπιση του ήπιου άλγους των ασθενών στο παθολογικό ιατρείο του ΤΕΠ, φαίνεται να έχει περισσότερο σαν στόχο την ανακούφιση τους με συντηρητικά μέσα (78%) έως την αποσαφήνιση της αιτίας που προκάλεσε τον πόνο.

Αναλγητικά (παρακεταμόλη) χρησιμοποιούνται σε μικρότερο ποσοστό (7,3%), μάλλον σε ασθενείς που δείχνουν να έχουν ήπιο προς μέτριο πόνο. Ο

μέτριος πόνος φαίνεται να υποθεραπεύεται αφού μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έλαβε το 35,7% των ασθενών, ενώ κωδεΐνη χορηγήθηκε στο 28,5% με μέτριο πόνο. Σε βαρύ άλγος χρησιμοποιήθηκαν δεξτροπροποξυφαΐνη και κωδεΐνη με παρακεταμόλη.

Παρόμοια εικόνα αντιμετώπισης φαίνεται και στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν. Οι ασθενείς με ήπιο άλγος δεν έλαβαν αναλγητικό. Από αυτούς με μέτριο άλγος έλαβε κωδεΐνη το 9% και οι ασθενείς με βαρύ άλγος έλαβαν δεξτροπροποξυφαΐνη σε μικρή ποσότητα (37,5mg i.m.). μορφίνη ή άλλο μείζον οπιοειδές αναλγητικό δεν χορηγήθηκε στο ΤΕΠ ή την παθολογική κλινική, αντανακλώντας πιθανώς τον φόβο χρήσης οπιοειδών στην αντιμετώπιση του άλγους.

Στο ορθοπεδικό ιατρείο του ΤΕΠ, δεν υπάρχει καταγραφή χορήγησης αναλγησίας στην αντιμετώπιση των καταγμάτων. Η πρακτική αντιμετώπισης ασθενών με κατάγματα αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία, πιθανώς επειδή η ανάταξη και ακινητοποίηση του κατάγματος ελαττώνει τον βαθμό του πόνου και εντάσσεται στα μη φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης.

Στην ομάδα των ασθενών με άλγος οφειλόμενο σε κάκωση, δε υπάρχει καταγραφή χορήγησης αναλγησίας πριν από την εφαρμογή επεμβατικών θεραπευτικών παρεμβάσεων αντιμετώπισης, όπως η χειρουργική παροχέτευση και η συρραφή. Παρά την γενική πρακτική των ιατρών του ορθοπεδικού ιατρείου του ΤΕΠ του νοσοκομείου, που αφορά την διήθηση με τοπικό αναισθητικό παράγοντα (ξυλοκαΐνη) στα τραύματα προκειμένου την συρραφή τους, δεν γίνεται η καταγραφή αυτής της χορήγησης αναλγητικού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία από το βιβλίο ασθενών του ορθοπεδικού ιατρείου, σε ποσοστό 29,9% των ασθενών που παρουσίασαν ελαφρύ άλγος και στο 4,8% από αυτούς με μέτριο άλγος, δεν χορηγήθηκε αναλγητική θεραπεία, δεν εφαρμόστηκε μη φαρμακευτική μέθοδος αναλγησίας, δεν συνταγογραφήθηκε αγωγή και δεν ζητήθηκε περεταίρω έλεγχος ή επανέλεγχος. Φαίνεται πως και οι ορθοπεδικοί βασίζονται περισσότερο στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και σε ποσοτικοποιημένες μετρήσεις εργαστηριακών παραμέτρων, παρά στην αυτοαξιολόγηση του ασθενούς (self-report) και την αναφορά του στο άλγους.

Μια μικρή μερίδα ασθενών με μέτριο μυοσκελετικό άλγος (21,3%) έλαβε αναλγητικά στο ορθοπεδικό ΤΕΠ. Επεμβατικές μέθοδοι και ακινητοποίηση εφαρμόστηκαν σε ποσοστό 50,6% των ασθενών με ελαφρύ άλγος και στο 66,6% αυτών με μέτριο άλγος. Όλοι οι ασθενείς με βαρύ άλγος αντιμετωπίστηκαν με επεμβατικές μεθόδους αναλγησίας.

7.5 Τελικά αποτελέσματα εργασίας

Σύμφωνα με τα καταγεγραμμένα στοιχεία από το βιβλίο ασθενών του ΤΕΠ, σύμφωνα με τα τηρούμενα αρχεία φακέλων ασθενών στο μητρώο του νοσοκομείου, σύμφωνα με τους τηρούμενους φακέλους ασθενών στην Α' και Β' παθολογική καθώς και στην ορθοπεδική κλινική, σύμφωνα με τις διεθνής κατευθυντήριες οδηγίες

1. Υπάρχει ελλιπής καταγραφή των οδηγιών προς τους ασθενείς που εξέρχονται.
2. Υπάρχει ελλιπής καταγραφή της αναφερόμενης συνταγογραφούμενης αγωγής.
3. Δεν ανευρέθησαν φάκελοι ασθενών τόσο στο μητρώο του νοσοκομείου, όσο και στις κλινικές όπου έγινε εισαγωγή ασθενών.
4. Δεν γίνεται σαφής καταγραφή του πόνου των ασθενών και συχνά πιθανώς υποεκτιμάται.
5. Δεν χρησιμοποιούνται κλίμακες πόνου για την αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου.
6. Υπάρχει καθυστέρηση στην αντιμετώπιση του πόνου, ο οποίος δεν αντιμετωπίζεται στην πλειονότητα των ασθενών πριν την τελική διάγνωση.
7. Οι περισσότεροι ιατροί του ΤΕΠ βασίζονται στα κλινικά ευρήματα και τον εργαστηριακό έλεγχο και υποεκτιμούν την αυτοαξιολόγηση του πόνου από τον ασθενή.
8. Αναλγητικά χρησιμοποιούνται σε μικρό ποσοστό ασθενών στο ΤΕΠ
 - Στο παθολογικό ιατρείο, σε ποσοστό 7,3% των ασθενών με ήπιο προς μέτριο άλγος. Από τους ασθενείς με μέτριο άλγος έλαβαν μη

στεροειδή αντιφλεγμονώδη το 35,7% και κωδεΐνη χορηγήθηκε στο 28,5% των ασθενών. Σε βαρύ άλγος χρησιμοποιήθηκαν δεξτροπροποξυφαΐνη και κωδεΐνη με παρακεταμόλη.

- Στο ορθοπεδικό ιατρείο, δεν αναφέρεται η χορήγηση αναλγητικών σε άλγος από τραυματισμό. Στην ομάδα των ασθενών με μυοσκελετικό άλγος, καταγράφεται θεραπεία σε ποσοστό 38,29% των ασθενών και από αυτούς αναλγητική αγωγή έλαβε το 31,48%. ΜΣΑΦ χορηγήθηκαν σε αυτήν την ομάδα, πλην δύο περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν με τοπική διήθηση τοπικού αναισθητικού και κορτικοστεροειδή.
9. Στην ορθοπεδική κλινική, κατά το πρώτο 24ωρο νοσηλείας, ο πόνος αντιμετωπίστηκε με συστηματική χορήγηση αναλγητικού και επιπλέον κατ'επίκληση χορήγηση δεύτερου αναλγητικού σύμφωνα με το άλγος που ανέφερε ο ασθενής. Επιπλέον φαίνεται να αποτελεί πρακτική της κλινικής η αντιμετώπιση του άλγους και κατά την υποκειμενική αναφορά του από τους ασθενείς, αφού η συστηματική χορήγηση αναλγητικού συνδυάζεται με κατ'επίκληση του ασθενούς χορήγηση δεύτερης αναλγητικής ουσίας.

Βιβλιογραφία

1. Γ. Μπαμπινιώτης, «Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας» 1998, σ.117,1468
2. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain
3. Μ. Μπάκα, Δ. Δογάνης, Ε. Κοσμίδη, Ο πόνος στο παιδί με καρκίνο και εφαρμογή ειδικών γνώσεων στην γενική παιδιατρική. 2006 σ.8
4. Ready LB & Edwards WT (1992) Management of Acute Pain: A Practical Guide. Taskforce on Acute Pain. Seattle: IASP Publications.
5. S. Motov, A. Khan, Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better?, Journal of Pain Research 2009:2; 5–11
6. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence, 3rd Edn. 2010, available at : <http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acutepain.pdf>
7. Kelly A & Gunn B. Acute pain management in the emergency department. In: Clinical Pain Management: Acute Pain 2nd edn. Macintyre PE, Walker SM and Rowbotham DJ (eds). London, Hodder Arnold. 360–73.
8. Χατζή Χρ. «Η διαχείριση του οξέος πόνου στο ΤΕΠ», 2008, διαθέσιμο στην :<http://www.anaesthesiology.gr/pages/TRIKALA08/deiaxeirisi.pdf>
9. The College of Emergency Medicine, CLINICAL EFFECTIVENESS COMMITTEE, Guideline for the management of pain in adults, 2010, Available at : www.collemergencymed.ac.uk

10. E Evans, N Turley, N Robinson, M Clancy, Randomised controlled trial of patient controlled analgesia compared with nurse delivered analgesia in an emergency department, *Emerg Med J* 2005;22:25–29
11. Chronic pain syndromes in the emergency department: Identifying guidelines for management. *Emerg Med Australia* 2005 17(1):57-64
12. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain medicine*. 2003;4:277-94.)
13. How to use drugs for pain management: from pharmacokinetics to pharmacogenomics. *European Journal of Pain Supplements Volume 2, Issue 1, October 2008, Pages 25-30*
14. Ε. Ιωαννίδου, Ζ. Ζαφειρίου, Κ. Κανατσούλη, Ν. Μπαρμπαντωνάκης, Μ. Κιουρτζέλη, Κ. Μαλλάς, Ανάλυση αιτιών προσέλευσης στο ΤΕΠ, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008,25;35
15. Κ. Γώτης, Μ. Τζομάκας, Γ. Φίλη, Δ. Δημητρούλα, Χ. Κουμπανιού, Μελέτη της συχνότητας των κυριότερων συμπτωμάτων που οδηγούν τους ασθενείς στο παθολογικό ιατρείο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Ηπείρου, Ανακοινώθηκε στο 20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής στις 02/05/2008 με αύξοντα αριθμό στον τόμο περιλήψεων:357
16. Menno I. Gaakeera, Joris M. van Lieshoutb and Joost J.L.M. Bierensc, Pain management in emergency departments: a review of present protocols in The Netherlands, *European Journal of Emergency Medicine* 2010, 17:286–289
17. Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, Quebbeman EJ. Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51:1539–1554

18. Todd KH, Ducharme J, Choiniere Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007; 8(6): 460–666

19. Optimizing the Treatment of Pain in Patients with Acute Presentations
 Joint Statement by the American College of Emergency Physicians, American Pain Society, American Society for Pain Management Nursing, and the Emergency Nurses Association. 2009, available at :
<http://www.acep.org/Content.aspx?id=48089&terms=pain%20management>

20. Menno I. Gaakeera, Joris M. van Lieshoutb and Joost J.L.M. Bierencs, Pain management in emergency departments: a review of present protocols in The Netherlands, *European Journal of Emergency Medicine* 2010, 17:286–289

21. Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, Quebbeman EJ. Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51:1539–1554

22. Preble LM, Guveyan JA, Sinatra RS. Patient characteristics influencing postoperative pain management. In: Sinatra RS, Hord AH, Ginsberg B, Preble LM, eds. *Acute Pain: Mechanisms & Management*. 10th ed. St. Louis, MO: Mosby-Year Book; 1992:140-150.

23. C. Eccleston *Role of psychology in pain management, Br J Anaesth* 2001;87: 144–152

24. Flor H. Cortical reorganisation and chronic pain: implications for rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2003 May;(41 Suppl):66-72.

25. Eccleston, Chris, Crombez, Geert, Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, Vol 125(3), May 1999, 356-366.

26. Vlaeyen JW, Linton SJ Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000 Apr;85(3):317-32.
27. Acute Pain Management by Michael J. Cousins (Author), Garry D. Phillips (Editor), 1986
28. Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *J Pain*. 2003;4:2–21
29. Gould TH, Crosby DL, Harmer M et al (1992) Policy for controlling pain after surgery: effect of sequential changes in management. *BMJ* 305(6863): 1187–93
30. JCAHO & NPC (2001) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations and the National Pharmaceutical Council, Inc Pain: Current Understanding of Assessment, Management and Treatments. Available at :
www.jcaho.org/news+room/health+care+issues/pm+monographs.htm
31. Scott DA & McDonald WM (2008) Assessment, Measurement and History. In: Textbook of Clinical Pain Management 2E edn. Macintyre PE, Rowbotham D and Walker S (eds). Acute Pain.
32. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM et al (2008) Assessment of pain. *Br J Anaesth* 101(1): 17–24.
33. Taylor LJ, Harris J, Epps CD, Herr K. Psychometric evaluation of selected pain intensity scales for use with cognitively impaired and cognitively intact older adults. *Rehabil Nurs*. 2005;30:55–61.
34. Taylor LJ, Herr K. Pain intensity assessment: A comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African American older adults. *Pain Manag Nurs*. 2003;4:87–95.

35. Weiner DK, Peterson BL, Logue P, Keefe FJ. Predictors of pain self-report in nursing home residents. *Aging (Milano)*. 1998;10:411–20.
36. Herr K, Spratt KF, Garand L, Li L Evaluation of the Iowa pain thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain: a preliminary study.. *Pain Med*. 2007 Oct-Nov;8(7):585-600.
37. Thomas SH, Andruszkiewicz LM Ongoing visual analog score display improves Emergency Department pain care. *J Emerg Med*. 2004 May;26(4):389-94.
38. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2001;17:457–78
39. Gagliese L, Weizblit N, Ellis W, Chan VW. The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*. 2005;117:412–20.
40. Herr KA, Mobily PR. Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. *Appl Nurs Res*. 1993;6:39–46
41. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain*. 2004;20:207–19
42. Miro J, Huguet A, Nieto R, Paredes S, Baos J. Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. *J Pain*. 2005;6:727–35
43. Benesh LR, Szigeti E, Ferraro FR, Gullicks JN. Tools for assessing chronic pain in rural elderly women. *Home Healthc Nurse*. 1997;15:207–11.
44. Cousins MJ, Power I, Smith G (2000) 1996 Labat lecture: pain — a persistent problem. *Reg Anesth Pain Med* 25: 6–21.

45. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB (2004) Editorial. Pain relief: a universal human right. *Pain* 112: 1–4.
46. Chernow B (1987) Hormonal responses to a graded surgical stress. *Arch Int Med* 147: 1273–78.
47. Cousins MJ (1989) J.J. Bonica Lecture. Acute pain and the injury response: immediate and prolonged effects. *Reg Anesth Pain Med* 14: 162–78.
48. Dinarello C (1984) Interleukin-I. *Rev Infect Dis* 6: 51–95
49. Cousins MJ & Phillips GD (1986) Acute Pain Management. Clinics in Critical Care Medicine. New York: Churchill Livingstone, p8.
50. Pain management in the emergency department approved by the ACEP board of directors March 2004, available at :
<http://www.acep.org/content.aspx?id=24220>
51. U.S. Department of Health and Human services, The National Guideline Clearinghouse (NGC), Pain management guideline, 2005 available at : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id =9744&search=pain>
2006 available at :[http://improvingpainmanagement.wikispaces.com/file/view/Pain +Management+Guidelines+NJ.pdf](http://improvingpainmanagement.wikispaces.com/file/view/Pain+Management+Guidelines+NJ.pdf)
52. Institute for clinical systems improvement, Assessment and Management of Acute Pain, Sixth Edition March 2008, available at :
http://www.icsi.org/pain_acute/pain__acute__assessment_and_management_of__3.html
53. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 1989;7:620–623.
54. Lewis LM, Lasater LC, Brooks CB. Are emergency physicians too stingy with analgesics? *South Med J*. 1994;87:7

55. Guru V, Dubinsky I. The patient vs caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med.* 2000;18:7–12.
56. Nelson BP, Cohen D, Lander O, Crawford N, Viccellio AW, Singer AJ. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med.* 2004;22:582–585.
57. Baumann BM, Holmes JH, Chansky ME, Levey H, Kulkarni M, Boudreaux ED. Pain assessments and the provision of analgesia: the effects of a templated chart. *Acad Emerg Med.* 2007;14:47–52.
58. Marinsek M, Kovacic D, Versnik D et al (2007) Analgesic treatment and predictors of satisfaction with analgesia in patients with acute undifferentiated abdominal pain. *Eur J Pain* 11(7): 773–8.
59. Goodacre SW, Roden RK. A protocol to improve analgesia use in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med.* 1996 May;13(3):177-9.
60. Somers LJ, Beckett MW, Sedgwick PM, Hulbert DC. Improving the delivery of analgesia to children in pain. *Emerg Med J.* 2001 May;18(3):159-61.
61. Curtis KM, Henriques HF, Fanciullo G, Reynolds CM, Suber F. A fentanyl-based pain management protocol provides early analgesia for adult trauma patients. *J Trauma.* 2007 Oct;63(4):819-26.
62. Eder SC, Sloan EP, Todd K. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *Am J Emerg Med.* 2003 Jul;21(4):253-7
63. Fosnocht DE, Heaps ND, Swanson ER. Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med.* 2004 Jul;22(4):286-8.
64. Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *Int J Qual Health Care.* 2005 Apr;17(2):173-6. Epub 2005 Feb 21.

65. Blank FS, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D. Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. *J Emerg Nurs*. 2001 Aug;27(4):327-34.
66. M Nicol and D Ashton-Cleary. "Why haven't you taken any pain killers?" A patient focused study of the walking wounded in an urban emergency department" *Emerg Med J*. 2003 May; 20(3): 228–229
67. Raftery KA, Smith-Coggins R, Chen AH. Gender-associated differences in emergency department pain management. *Ann Emerg Med*. 1995 Oct;26(4):414-21.
68. Jones JS, Johnson K, McNinch M. Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Am J Emerg Med*. 1996 Mar;14(2):157-60.
69. Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill CS Jr, Thorpe DM, Merrill JM. Medical students' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: implications for changing medical school curriculum. *South Med J*. 2000 May;93(5):472-8.
70. Jones JB. Assessment of pain management skills in emergency medicine residents: the role of a pain education program. *J Emerg Med*. 1999 Mar-Apr;17(2):349-54.
71. Neighbor ML, Honner S, Kohn MA. Factors affecting emergency department opioid administration to severely injured patients. *Acad Emerg Med*. 2004 Dec;11(12):1290-6.
72. Kelly AM, Brumby C, Barnes C. Nurse-initiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. *CJEM*. 2005 May;7(3):149-54.
73. Goldman RD, Narula N, Klein-Kremer A, Finkelstein Y, Rogovik AL. Predictors for opioid analgesia administration in children with abdominal pain presenting to the emergency department. *Clin J Pain*. 2008 Jan;24(1):11-5.

74. Kim MK, Strait RT, Sato TT, Hennes HM. A randomized clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med*. 2002 Apr;9(4):281-7.
75. Gallagher EJ, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur PE. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med*. 2006 Aug;48(2):150-60, 160.e1-4.
76. Fass R, Dickman R. Non-cardiac chest pain: an update *Neurogastroenterol Motil*. 2006 ;18(6):408-17
77. Μητσέλου Μ. «Η άσκηση της επείγουσας ιατρικής στο σύγχρονο τμήμα επειγόντων περιστατικών.» διαθέσιμο στην : <http://www.anaesthesiology.gr/pages/TRIKALA08/THORAKIKO.pdf>
78. Klinkman M, Stevens D, Gorenfo D. Episodes of care for chest pain. *J Fam Pract*. 1994;38:344-352
79. Goldman L, Cook EF, Brand DA, et al. A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J. Med* 1988;318:797-803.
80. Braunwald E, Mark DB, Jones RH, et al. Unstable angina: diagnosis and management. Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute, US Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 1994; AHCPR Publication No. 94-0602
81. Κ.Π.Πουλόπουλος Εκτίμηση των ατόμων με θωρακικό πόνο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών <http://www.oikogeneiakoi-iatroi.gr/thoralgos.htm>
82. International Classification of Headache Disorders-II, available at : http://ihs-classification.org/en/01_einleitung/02_einleitung/
83. Η διεθνής ταξινόμηση των διαταραχών κεφαλαλγίας, Cephalalgia, 24;2004 διαθέσιμο στην : <http://www.kefalalgia.gr/el/taxinomisi.pdf>

84. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and Management of Acute Pain *Sixth Edition/March 2008*, Available at: www.icsi.org
85. Menno I. Gaakeera, Joris M. van Lieshoutb and Joost J.L.M. Bierenc, Pain management in emergency departments: a review of present protocols in The Netherlands, *European Journal of Emergency Medicine* 2010, 17:286–289
86. Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, Quebbeman EJ. Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51:1539–1554
87. The College of Emergency Medicine, CLINICAL EFFECTIVENESS COMMITTEE, Guideline for the management of pain in adults, 2010, Available at : www.collemergencymed.ac.uk
88. Chisholm CD, Weaver CS, Whenmouth LF, Giles B, Brizendine EJ. A comparison of observed versus documented physician assessment and treatment of pain: the physician record does not reflect the reality. *Ann Emerg Med*. 2008 Oct;52(4):390-1.
89. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. CAMH Revised Pain Management Standards. 2000. Cited on Jul 20, 2001. Available from <http://www.jcaho.org/standard/pmhap.html>
90. Guru V, Dubinsky I. The patient vs caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med*. 2000;18:7–12
91. The College of Emergency Medicine, CLINICAL EFFECTIVENESS COMMITTEE, Guideline for the management of pain in adults, 2010, Available at : www.collemergencymed.ac.uk
92. Αλ. Σωτηρόπουλος, Ευστ. Σκληρός, Χ. Τούντας. Αντιμετώπιση συνηθών παθήσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Εκδόσεις 'Σελίδα' 2008, σελ.321-330, 646-648

93. P. Sloan, L. Slatt, M. Edell, L. Jacques, Essentials of family medicine, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2008, σελ. 265-267, 435-439
94. Θ. Μουντοκαλάκης, Διαφορική διάγνωση, Επιστ. Εκδ. Παρισιανού 2002, σελ. 131-138

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1

Εντοπίσεις άλγους

1. ΑΛΓΟΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ / ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ	: 36	7,3%
2. ΑΡΘΡΑΛΓΙΑ	: 12	2,4%
3. ΔΗΓΜΑ ΣΚΟΡΠΙΟΥ	: 01	0,2%
4. ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	: 26	5,3%
5. ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	: 07	1,4%
6. ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ	: 19	3,8%
7. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	: 81	16,5%
8. ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	: 242	49,4%
9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	: 40	8,1%
10. ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	: 01	0,2%
11. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	: 07	1,4%
12. ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ	: 16	3,2%
13. ΩΤΑΛΓΙΑ	: 01	0,2%

Πίνακας 2

Περιστατικά που παραπέμφθηκαν από το παθολογικό ιατρείο του ΤΕΠ σε ιατρείο άλλης ειδικότητας και διεκπεραιώθηκαν από την άλλη ειδικότητα.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΛΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΑΠΟ ΕΙΔ. ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΑΠΟ Π/Θ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΠΘ
ΩΡΛ	11	1	10	0	0
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1	0	1	0	0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	49	17	27	5	0
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	5	0	4	1	0
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	16	0	12	4	0
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	39	15	20	4	0
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	41	3	38	0	0
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	40	2	30	7	1
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ/ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	7	1	1
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	5	2	3	0	0
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	3	3	0	0	0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1	1	0	0	0

ΕΙΔ. : Ειδικότητα

Π/Θ : Παθολογικό

Πίνακας 3

Η εντόπιση του άλγους στα περιστατικά που παραπέμφθηκαν και διεκπεραιώθηκαν από ιατρείο άλλης ειδικότητας.

Εντόπιση άλγους	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό της εντόπισης	Ποσοστό του συνόλου των περιστατικών
ΑΛΓΟΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ / ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ	28	77,7%	5,7%
ΑΡΘΡΑΛΓΙΑ	05	41,6%	1,0%
ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	15	57,7%	3,0%
ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	06	85,7%	1,2%
ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ	18	94,7%	3,7%
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	36	44,4%	7,3
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	72	29,7%	14,7%
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	13	32,5%	2,6%
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	03	42,8	0,6
ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ	06	37,5%	1,2%
ΩΤΑΛΓΙΑ	01	100%	0,2%
Σύνολο	203		41,5%

Πίνακας 4

Περιστατικά που εισήχθησαν στην παθολογική κλινική, αφού προηγουμένως είχαν λάβει αγωγή στο ΤΕΠ

Εντόπιση άλγους		Αγωγή στο ΤΕΠ για πόνο	Αγωγή στο ΤΕΠ για άλλη αιτία	Αγωγή στην κλινική για πόνο
2 κεφαλαλγία		1 παρακεταμόλη i.v.		1 Δεξτροπροποξυφαίνη
		1 παρακεταμόλη i.v.		
3 κοιλιακό άλγος	Επιγαστραλγία	P.P.I.		
	Κολικός χοληφόρων	P.P.I.		1 Δεξτροπροποξυφαίνη
	Διάχυτο	Παρακεταμόλη		
ΣΥΝΟΛΙΚΑ 6		5 Από τα οποία : 3 παρακεταμόλη 2 Συμπτωματική θεραπεία πιθανούς αιτίας προκαλούσας το άλγος		2

P.P.I. : Αναστολέας αντλίας πρωτονίων

Πίνακας 5

Περιστατικά που εξήλθαν του ΤΕΠ

ΗΠΙΟ(1-3)	ΜΕΤΡΙΟ (4-6)	ΒΑΡΥ (7-10)
1 Χωρίς θεραπεία	5 Θεραπεία αιτίου	1 Κωδεΐνη
32 Υποστηρικτική θεραπεία *	1 Υποστηρικτική θεραπεία	1 Δεξτροπροποξυφαΐνη
5 Θεραπεία αιτίου	4 Παρακεταμόλη	
3 Παρακεταμόλη	5 Δικλοφαινάκη	
	4 Κωδεΐνη + Παρακεταμόλη	

- * - i.v. ενυδάτωση και ή αναστολέας αντλίας πρωτονίων και ή μετοκλοπραμίδη
- Υδροκορτιζόνη (ως αποιδηματικό)

Πίνακας 6

Αγωγή στην παθολογική κλινική

ΗΠΙΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΒΑΡΥ
2 Χωρίς αγωγή	6 Συντηρητική αγωγή / αιτίου **	4 Δεξτροπροποξυφαίνη
3 Συντηρητική αγωγή *	4 Παρακεταμόλη	
2 Αγωγή αιτίου	1 Κωδεΐνη + Παρακεταμόλη	

* 1 Λοίμωξη ουροποιητικού, 92 ετών : χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής

1 Χολοκυστίτιδα, 87 ετών : αντιβιοτικής αγωγής

** 2 Χολοκυστίτιδα, 94 και 70 ετών : Αντιβιοτική αγωγή

1 είχε λάβει κατ' οίκον Παρακεταμόλη

1 Εγκολπωματίτιδα, 67 ετών : 1 Αντιβιοτική αγωγή

1 Χωρίς τελική διάγνωση – οδηγία για ορθοσιγμοειδοσκόπηση, 72 ετών : Librex

1 Χολολιθίαση, 82 ετών : Σπασμολυτικό

1 Ουρική αρθρίτιδα, 78 ετών : Κολχικίνη

Πίνακας 7

Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που περιλήφθηκαν στην μελέτη, σύμφωνα με αδρή εντόπιση του πόνου

Εντόπιση πόνου	Σύνολο	Μέση ηλικία	Γυναίκες	Άνδρες
Αυχέννας	19	41 AY [†] (17-67) Y [‡]	12 N* 44 AY (28-67) Y	7 N 37.2 AY (17-58) Y
Άνω άκρο	172	42.3 AY (10-90) Y	57 N 48.5 AY (10-90) Y	115 N 38.2 AY (11-81) Y
Κάτω άκρο	145	41.2 AY (9-92) Y	62 N 46.4 AY (9-82) Y	83 N 36.9 AY (10-92) Y
Σπονδυλική στήλη	61	50.7 AY (19-84) Y	26 N 51.3 AY (19-80) Y	35 N 50.3 AY (23-84) Y
Πύελος	3	32.3 AY (20-50) Y	0	3 N 32.3 AY (20-50) Y
Συνδυασμός τραυμάτων	16	32 AY (14-58) Y	7 N 26.8 AY (14-50) Y	9 N 36.3 AY (19-58) Y

* Αριθμός ασθενών

[†] Μέση ηλικία σε έτη

[‡] Διακύμανση ηλικίας ασθενών σε έτη

Πίνακας 8

Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που περιλήφθηκαν στην μελέτη, σύμφωνα με την εντόπιση του πόνου

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΑΛΓΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	2	22,5 (από 17 έως 28)	1 28 ετών	1 17 ετών
ΑΛΓΟΣ ΑΥΧΕΝΑ	13	53,6 (από 30 έως 67)	9 60 (από 46 έως 67)	4 44 (από 30 έως 58)
ΑΛΓΟΣ ΩΜΙΚΗΣ ΖΩΝΗΣ	24	58,7 (από 19 έως 85)	12 57,8 (από 19 έως 75)	12 59,6 (από 21 έως 85)
ΑΛΓΟΣ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ	11	45,7 (από 26 έως 90)	1 90	10 38,3 (από 26 έως 52)
ΑΛΓΟΣ ΑΓΚΩΝΟΣ	14	41,1 (από 15 έως 69)	3 42 (από 15 έως 69)	11 40,8 (από 23 έως 60)
ΑΛΓΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ	5	45 (από 21 έως 44)	0	5 45 (από 21 έως 44)
ΑΛΓΟΣ ΠΧΚ	35	39,7 (από 11 έως 79)	16 51,6 (από 19 έως 79)	19 29,8 (από 11 έως 73)
ΑΛΓΟΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ	78	35,5 (από 9 έως 84)	24 38,5 (από 15 έως 68)	54 33,6 (από 9 έως 84)
ΑΛΓΟΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ	1	44	1 44 ετών	0
ΑΛΓΟΣ ΡΑΧΗΣ	2	41 (από 37 έως 41)	0	2 41 (από 37 έως 41)
ΑΛΓΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ	1	58	0	1 58 ετών
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	1	31	0	1 31 ετών
ΑΛΓΟΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΧΩΡΑΣ	2	27	0	2 25,5 (από 24 έως 27)
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	57	51,4 (από 19 έως 84)	24 49,5 (από 19 έως 80)	33 52,6 (από 23 έως 84)
ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ	1	79	1 79 ετών	0
ΑΛΓΟΣ ΙΣΧΙΟΥ	8	81,6 (από 73 έως 92)	3 77,6 (από 73 έως 82)	5 87,5 (από 83 έως 92)

ΑΛΓΟΣ ΜΗΡΟΥ	5	34,5 (από 10 έως 75)	1	4
			10 ετών	39,5 (από 27 έως 75)
ΑΛΓΟΣ ΓΟΝΑΤΟΣ	43	35,5 (από 13 έως 85)	15	28
			40,9 (από 18 έως 76)	32,2 (από 13 έως 85)
ΑΛΓΟΣ ΚΝΗΜΗΣ	15	46,6 (από 13 έως 73)	6	9
			57,6 (από 53 έως 60)	41,5 (από 13 έως 73)
ΑΛΓΟΣ ΠΔΚ	44	33,2 (από 9 έως 76)	27	17
			37,5 (από 9 έως 76)	26,1 (από 10 έως 72)
ΑΛΓΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ	23	41,4 (από 10 έως 72)	8	15
			53,4 (από 30 έως 70)	35,5 (από 10 έως 72)
ΠΤΩΣΗ (>1 Κακώσεις)	3	30 (από 20 έως 50)	3	0
			30 (από 20 έως 50)	
ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (>1 Κακώσεις)	28	37,9 (από 14 έως 89)	8	20
			39,6 (από 14 έως 89)	37,3 (από 20 έως 63)
ΣΥΝΟΛΟ	416	40 (από 9 έως 92)	164	252
			46,8 (από 9 έως 89)	39,1 (από 11 έως 92)

Πίνακας 10

Table 10.

Demographic data of the patients' studied after pain location and cause of pain.

Pain location	Total	Cause of pain	cases	Mean age	Women	Men
Neck	19	Caused by injury	6	32.6 AY [†] (17-49)Y [‡]	3 N [*] 31.3 AY (28-33)Y	3 N 32.6 AY (17-49)Y
		Musculoskeletal	13	50 AY (30-67)Y	9 N 53.5 AY (34-67)Y	4 N 44 AY (30-58)Y
Upper limb	172	Caused by injury	128	38.3 AY (9-90)Y	37 N 47.8 AY (10-90)Y	91 N 37.1 AY (9-81)Y
		Musculoskeletal	44	51.1 AY (21-84)Y	20 N 49.5 AY (21-81)Y	24 N 52.7 AY (23-84)Y
Lower limb	145	Caused by injury	113	38.2 AY (9-92)Y	44 N 43.1 AY (9-82)Y	69 N 34.8 AY (10-92)Y
		Musculoskeletal	32	49.6 AY (13-79)Y	18 N 53.6 AY (18-79)Y	14 N 44.7 AY (13-75)Y
Spine	61	Caused by injury	4	53 AY (29-74)Y	3 N 61 AY (48-74)Y	1 N 29 Y
		Musculoskeletal	57	51.4 AY (19-88)Y	23 N 51.5 AY (19-80)Y	34 N 51.3 AY (23-88)Y
Pelvis	3	Caused by injury	1	20Y	0 N	1 N 20 Y
		Musculoskeletal	2	38.5 AY (27-50)Y	0 N	2 N 38.5 AY (27-50)Y
Combined areas	16	Caused by injury	16	32 AY (14-58)Y	7 N 26.8 AY (14-50)Y	9 N 36.3 AY (20-58)Y
		Musculoskeletal	0	0 Y	0 N	0 N

*Patients number

†Patients average years

‡Fluctuation of patients Years

Πίνακας 11

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΑΛΓΟΥΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΑΛΓΟΣ / ΚΑΚΩΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	2	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	17	0	1 17 ΕΤΩΝ
		ΚΑΚΩΣΗ	1	28	1 28 ΕΤΩΝ	0
ΑΛΓΟΣ ΑΥΧΕΝΑ	13	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	12	53,6 (από 30 έως 67)	8 60 (από 46 έως 67)	4 44 (από 30 έως 58)
		ΚΑΚΩΣΗ	1	34	1 34 ΕΤΩΝ	0
ΑΛΓΟΣ ΩΜΙΚΗΣ ΖΩΝΗΣ	24	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	15	53,7 21-81	8	4
					46,8 21-81	60,5 51-75
		ΚΑΚΩΣΗ	9	67,5 19-85	4	5
					82 75-85	53 19-71
ΑΛΓΟΣ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ	11	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	2	71 52-90	1	1
					90	52
		ΚΑΚΩΣΗ	9	35,6 26-42	0	9 35,6 26-42
ΑΛΓΟΣ ΑΓΚΩΝΟΣ	14	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	2	29 (από 23 έως 35)	1	1
					35	23
		ΚΑΚΩΣΗ	12	44,1 (από 15 έως 69)	2	10
					42 (από 15 έως 69)	45,2 (από 23 έως 60)
ΑΛΓΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ	5	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	64	0	1 64
					0	4
		ΚΑΚΩΣΗ	4	35,5 (από 21 έως 64)	0	35,5 (από 21 έως 64)

ΑΛΓΟΣ ΠΧΚ	35	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	5	51,4 (από 32 έως 73)	3 51 (από 32 έως 67)	2 52 (από 31 έως 73)
		ΚΑΚΩΣΗ	30	24,5 (από 11 έως 66)	13 51,6 (από 19 έως 79)	17 24,5 (από 11 έως 66)
ΑΛΓΟΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ	78	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	19	51,2 (από 19 έως 84)	7 56,4 (από 42 έως 68)	12 47 (από 19 έως 84)
		ΚΑΚΩΣΗ	59	30,4 (από 9 έως 81)	17 31,1 (από 15 έως 63)	42 30 (από 9 έως 81)
ΑΛΓΟΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ	1	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	44	1 44 ΕΤΩΝ	0
		ΚΑΚΩΣΗ	0	0	0	0
ΑΛΓΟΣ ΡΑΧΗΣ	2	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	2	41 (από 37 έως 41)	0	2 41 (από 37 έως 41)
		ΚΑΚΩΣΗ	0	0	0	0
ΑΛΓΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ	1	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	0	0	0	0
		ΚΑΚΩΣΗ	1	58	0	1 58 ΕΤΩΝ
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	1	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	31	0	1 31 ΕΤΩΝ
		ΚΑΚΩΣΗ	0	0	0	0
ΑΛΓΟΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΧΩΡΑΣ	2	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	27	0	1 27 ΕΤΩΝ
		ΚΑΚΩΣΗ	1	24	0	1 24 ΕΤΩΝ
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	57	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	56	51,4 (από 19 έως 84)	24 49,5 (από 19 έως 80)	32 52,7 (από 23 έως 84)
		ΚΑΚΩΣΗ	1	29	0	1 29

ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ	1	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	79	1 79 ΕΤΩΝ	0	
		ΚΑΚΩΣΗ	0	0	0	0	
ΑΛΓΟΣ ΙΣΧΙΟΥ	8	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	81,6 (από 73 έως 92)	5	77,6 (από 73 έως 82)	87,5 (από 83 έως 92)
					3	4	
		ΚΑΚΩΣΗ	7	81,2 (από 73 έως 92)	77,6 (από 73 έως 82)	89,7 (από 83 έως 92)	
					10 ΕΤΩΝ	27,6 (από 27 έως 29)	
ΑΛΓΟΣ ΜΗΡΟΥ	5	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	1	75	0	1 75	
					1	3	
		ΚΑΚΩΣΗ	4	23,2	10 ΕΤΩΝ	27,6 (από 27 έως 29)	
					7	7	
ΑΛΓΟΣ ΓΟΝΑΤΟΣ	43	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	14	42 (από 13 έως 85)	46,4 (από 18 έως 76)	38,5 (από 13 έως 85)	
					8	21	
		ΚΑΚΩΣΗ	29	32,4 (από 10 έως 60)	37,5 (από 19 έως 60)	29,8 (από 10 έως 53)	
					3	1	
ΑΛΓΟΣ ΚΝΗΜΗΣ	15	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	4	54,2 (από 27 έως 73)	48 (από 27 έως 64)	73 ΕΤΩΝ	
					3	8	
		ΚΑΚΩΣΗ	11	42,2 (από 13 έως 60)	55,6 (από 47 έως 60)	36,3 (από 13 έως 58)	
					2	4	
ΑΛΓΟΣ ΠΔΚ	44	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	6	33,5 (από 23 έως 52)	53 (από 52 έως 54)	30 (από 23 έως 43)	
					25	13	
		ΚΑΚΩΣΗ	38	32,56	35,7 (από 9 έως 76)	26,8 (από 10 έως 72)	

ΑΛΓΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ	23	ΑΥΤ. ΑΛΓΟΣ	5	59,4 (από 50 έως 70)	5 59,4 (από 50 έως 70)	0
		ΚΑΚΩΣΗ	18	38,6 (από 10 έως 72)	3 49 (από 30 έως 62)	15 35,5 (από 10 έως 72)
ΠΤΩΣΗ	3	ΚΑΚΩΣΗ	3	30 (από 20 έως 50)	3 30 (από 20 έως 50)	0
ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	28	ΚΑΚΩΣΗ	28		8	20
					39,6 (από 14 έως 89)	37,3 (από 20 έως 63)

Πίνακας 12

Ιατρείο	Σύνολο	Εξήλθαν με οδηγίες από το ιατρείο παραπομπής	Εισαγωγή στην κλινική παραπομπής	Επέστρεψαν και Ε.Ο. από Ορθοπαιδικό Ιατρείο
Χειρουργικό	5	1	4	0
Νευροχειρουργικό	2	0	2	0
Παιδιατρικό	1	1	0	0
Νευρολογικό	1	1	0	0
Παθολογικό	4	2	0	2
Δερματολογικό	1	1	0	0
Καρδιολογικό	2	0	0	2
Σύνολο	16	6	6	4

Πίνακας 13

A/Θ	Ηλικία	Διάγνωση εξόδου	Αναλγητική αγωγή στο 1 ^ο 24ωρο
A	78	χ/θεν διατροχαντήριο #	Παρακεταμόλη amp 1X3 i.v., Πεθιδίνη κατ' επίκληση i.m.
A	24	χ/θεν # ΠΧΚ	Παρακεταμόλη amp 1X3 i.v., Πεθιδίνη κατ' επίκληση i.m.
Θ	59	Διατομή εκτινόντων αντίχειρα, αποκατάσταση	χ/κή Παρακεταμόλη amp 1X 4 i.v.
Θ	78	Ημιολική αρθροπλαστική ισχίου	Παρακεταμόλη amp 1X 4 i.v.
A	50	Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου 05-11	Σελεκοξίμητη amp 1 X 2 i.m., Πεθιδίνη κατ' επίκληση i.m.
A	27	# Μηριαίου, εξωτερική οστεοσύνθεση	Αντλία Πεθιδίνης 10mg/h
Θ	48	# O2	Πεθιδίνη amp 1 X 4 i.m., Παρακεταμόλη κατ' επίκληση

Πίνακας 14

Ασθενείς με μυοσκελετικό άλγος, οι οποίοι εξήλθαν

Ένταση		Αγωγή για τον πόνο	Αναλγητική αγωγή	Άλλη παρέμβαση	Rp*	Ζητήθηκε επανέλεγχος	Χωρίς θεραπεία / Rp / Επανέλεγχο
Ελαφρύς	76	19 (25%)	0	19 (25%)	39 (51.3%)	13 (17.1%)	23 (30.2%)
Μέτριος	61	31(50.8%)	13 (21.3%)	18 (29.5%)	33 (54%)	16 (26.2%)	6 (9.8%)
Μέτριος προς βαρύ	4	4	4	2	0	0	0
Βαρύς	0	0	0	0	0	0	0

*Συνταγογράφηση αγωγής

Πίνακας 15

Περιστατικά με μυοσκελετικό άλγος που εξήλθαν

ΕΝΤΑΣΗ ΑΛΓΟΥΣ		ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΤΕΠ	ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ	ΆΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	ΕΛΑΒΑΝ Rp	ΖΗΤΗΘΗΚΕ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ
ΕΛΑΦΡΥ	30	3	0	3	13	4
ΗΠΙΟ	45	16	0	16	26	9
ΜΕΤΡΙΟ	61	31	13	18	33	16
			12 NSAID			
			01 CELESTON CR. i.a. (Ο.Α. γόνατος)			
ΜΕΤΡΙΟ / ΒΑΡΥ	4	4	4	2	0	0
			1 Διήθηση με Ξυλοκαΐνη (Δήγμα σκορπιού)			
			1 NSAID i.m. + Διήθηση με Ξυλοκαΐνη (Τροχαντηρίτιδα)			
			2 NSAID i.m. (Άλγος ώμου με Ro (-))			
ΒΑΡΥ	0	0	0	0	0	0

Πίνακας 16

ΕΝΤΑΣΗ ΑΛΓΟΥΣ	ΣΥΝΟΛΟ			ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΟ (CT/ MRI)	ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟ Τ.Ε.Ι.	Ε.Ο. ΚΑΙ ΕΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙ ΕΜΜΟΝΗΣ
ΕΛΑΦΡΥ	15	ΧΩΡΙΣ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ Α.Ε. ΚΑΙ R ₀	10	0	0	10
		ΜΕ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	5 (Ο.Α.)	0	0	5
ΗΠΙΟ	14	ΧΩΡΙΣ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ Α.Ε. ΚΑΙ R ₀	7	1	2	4
		ΜΕ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	7	1	1	5
ΜΕΤΡΙΟ	8	ΧΩΡΙΣ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ Α.Ε. ΚΑΙ R ₀	3	0	0	3
		ΜΕ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	5	2	0	3
ΜΕΤΡΙΟ / ΒΑΡΥ	0		0	0	0	0
ΒΑΡΥ	0		0	0	0	0

Πίνακας 17

Table 17.

Ασθενείς με άλγος προκαλούμενο από κάκωση, οι οποίοι εξήλθαν

Ένταση άλγους		Θεραπεία στο ΤΕΠ	Χορήγηση αναλγησίας	Άλλη μέθοδος θεραπείας	Rp*	Επανελέγχος σε τακτικό ιατρείο	Χωρίς θεραπεία / Rp / επανελέγχο
Χωρίς εμφανές άλγος	4	1	0	1	0	0	3
Ελαφρύ	156	96 (61.5%)	0	96 (61.5%)	43 (27.5%)	21 (13.4%)	45 (28.8%)
Μέτριο	83	78 (93.9%)	0	78 (93.9%)	9 (10.8%)	31 (37.3%)	1 (1.2%)
Βαρύ	4	4 (100%)	0	4 (100%)	4(100%)	2 (50%)	0

* Συνταγογράφηση αγωγής

Πίνακας 18

Πίνακας 18

Περισσότερα με ατυχηματικό άλγος (κάκωση) που εξήλθαν

ΕΝΤΑΣΗ ΑΛΓΟΥΣ		ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΤΕΠ	ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ	ΆΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	ΕΛΑΒΑΝ Rp	ΖΗΤΗΘΗΚΕ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ
ΑΠΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ	4	1	0	1	0	0
ΕΛΑΦΡΥ	78	38	0	38	12	3
ΗΠΙΟ	78	58	0	58	31	18
ΜΕΤΡΙΟ	86	78	0	78	9	31
ΜΕΤΡΙΟ / ΒΑΡΥ	0	0	0	0	0	0
ΒΑΡΥ	1	1	0	1	1	1

Πίνακας 19

Περιστατικά χωρίς κλινικά ευρήματα / Ro αρνητική για κάταγμα

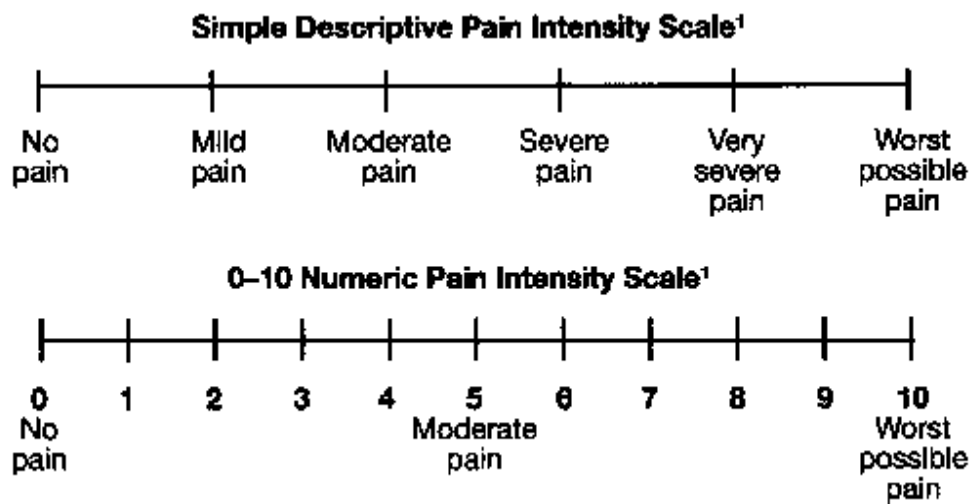
ΕΝΤΑΣΗ ΑΛΓΟΥΣ		ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΟ / ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ / Rp
ΑΠΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ	4	0	1
ΕΛΑΦΡΥ	35	0	3
ΗΠΙΟ	14	4	14
ΜΕΤΡΙΟ	11	0	10
ΒΑΡΥ	0	0	0

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΙΚΟΝΕΣ

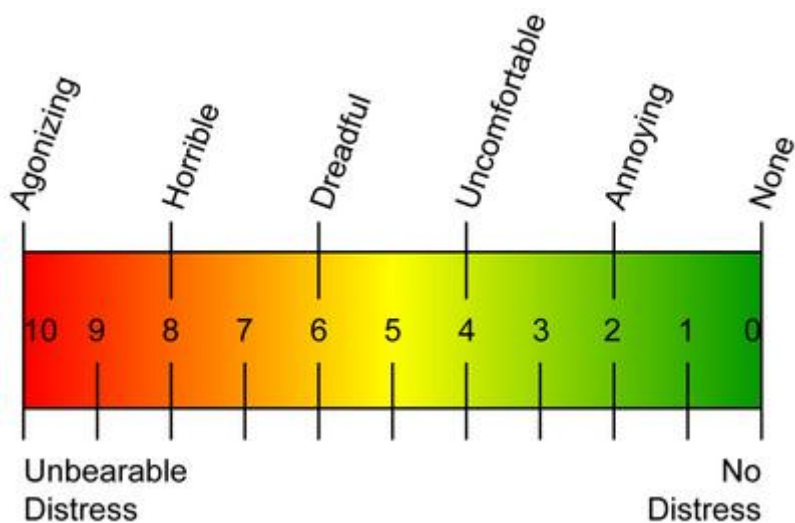
Εικόνα 1

Numeric rating pain scale



Εικόνα 2

Numeric rating pain scale



Εικόνα 3

Visual analog scale



Εικόνα 4

Face pain scale

The face pain scale consists of six photographs of a baby's face showing different expressions of pain, from happy to crying. Below the photographs are six line drawings of faces with corresponding expressions. The scale is numbered 0 to 10 in increments of 2, with descriptive text for each level.

0	2	4	6	8	10
Very happy, no hurt	Hurts just a little bit	Hurts a little more	Hurts even more	Hurts a whole lot	Hurts as much as you can imagine (don't have to be crying to feel this much pain)

Εικόνα 5

lowa pain thermometer

