

Πρόληψη της νόσου και προώθηση της υγείας

Michael Pignone, MD, MPH, και René Salazar, MD

1

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η λήψη ιστορικού εξυπηρετεί διάφορες λειτουργίες. Χρησιμεύει στη συγκέντρωση πληροφοριών που θα βοηθήσουν στη διάγνωση (ιστορικό παρούσας νόσου), στην εκτίμηση και παρουσίαση της πρόγνωσης, στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και στην εξασφάλιση της συγκατάθεσης του ασθενούς σε ό,τι αφορά τις μετέπειτα διαγνωστικές διαδικασίες και τις θεραπευτικές επιλογές. Επίσης, αποτελεί μια ευκαιρία να επηρεάσει κανείς τη συμπεριφορά του ασθενούς, όπως συμβαίνει σε συζητήσεις ενθάρρυνσης για τη διακοπή του καπνίσματος, ή τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Οι τεχνικές διεξαγωγής της λήψης ιστορικού που αποφεύγουν την κυριαρχία του ιατρού αυξάνουν τόσο την εμπλοκή του ασθενούς στη φροντίδα του όσο και στην ικανοποίησή του. Η αποτελεσματική επικοινωνία του ασθενούς με τον ιατρό και η αυξημένη εμπλοκή του ασθενούς μπορούν να βελτιώσουν τα ιατρικά αποτελέσματα.

► Συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία

Σε πολλές ασθένειες η θεραπεία εξαρτάται από δύσκολες και θεμελιώδεις μεταβολές της συμπεριφοράς του ασθενούς, που περιλαμβάνουν τροποποίηση της διατροφής, φυσική άσκηση, διακοπή του καπνίσματος, περιορισμό της κατανάλωσης οινοπνεύματος και συμμόρφωση με τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία συχνά είναι περίπλοκα. Η συμμόρφωση αποτελεί πρόβλημα σε κάθε πρακτική· έως και 50% των ασθενών αποτυγχάνουν να συμμορφωθούν πλήρως, και το ένα- τρίτο αυτών δεν λαμβάνει ποτέ τα φάρμακά του. Πολλοί ασθενείς με προβλήματα υγείας, ακόμη και εκείνοι με πρόσβαση στην παροχή φροντίδας, δεν αναζητούν την κατάλληλη φροντίδα ή μπορεί να εγκαταλείψουν τη φροντίδα πρόωρα. Τα ποσοστά συμμόρφωσης για βραχυπρόθεσμες, αυτοχορηγούμενες θεραπείες είναι υψηλότερα σε σχέση με τις μακροπρόθεσμες θεραπείες και είναι αντιστρόφως ανάλογα με τον αριθμό των παρεμβάσεων, την πολυπλοκότητα και το κόστος τους, καθώς και την αντίληψη του ασθενούς για την πολυφαρμακία.

Ως ένα παράδειγμα, σε φορείς του HIV, η συμμόρφωση των ασθενών στην αντιρροτρική θεραπεία είναι ένας κρίσιμος, καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία της θεραπείας. Μελέτες έχουν ομόφωνα αναδείξει μία στενή σχέση ανάμεσα στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία και στα επίπεδα του HIV RNA στο πλάσμα, στον αριθμό των CD4 κυττάρων και στη θνησιμότητα. Για τη διατήρηση του ιού σε καταστολή απαιτούνται επίπεδα συμμόρφωσης πάνω από 95%. Παρ' όλα αυτά, οι μελέτες δείχνουν ότι πάνω από το 60% των ασθενών παρουσιάζει συμμόρφωση στη θεραπεία μικρότερη από 90% και ότι η συμμόρφωση τείνει να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Οι αιτίες για τις οποίες οι ασθενείς δεν συμμορφώνονται είναι ότι απλώς ξεχνούν τη θεραπεία, η απουσία τους από το σπίτι, το ότι είναι πολύ απασχολημένοι και οι μεταβολές στην καθημερινότητά τους. Άλ-

λες αιτίες περιλαμβάνουν ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη ή χρήση ουσιών), αβεβαιότητα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, την έλλειψη γνώσης σχετικά με τις συνέπειες της φτώχης συμμόρφωσης, την περιπλοκότητα των σκευασμάτων και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Οι ασθενείς φαίνεται ότι είναι περισσότερο ικανοί να λάβουν συνταγογραφούμενα φάρμακα παρά να συμμορφωθούν με μεταβολές στη διατροφή τους, στις συνήθειες άσκησης ή στην κατανάλωση οινοπνεύματος ή με τη διενέργεια διαφόρων δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας (όπως η παρακολούθηση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος στο σπίτι). Το 2008 μια ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή έδειξε ότι για βραχυπρόθεσμα σχήματα, η συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να βελτιωθεί με ξεκάθαρες οδηγίες. Οι γραπτές οδηγίες στους ασθενείς, που περιλαμβάνουν και τις μεταβολές στη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να είναι βοηθητικές. Επειδή η χαμηλή λειτουργική μορφή σχετικά με την υγεία είναι συχνή (σχεδόν οι μισοί ασθενείς των Η.Π.Α. που μιλούν Αγγλικά δεν μπορούν να διαβάσουν και να κατανοήσουν κλασικό υλικό εκπαίδευσης υγείας), άλλες μορφές επικοινωνίας – όπως εικοονογραφημένο απλό κείμενο, βιντεοκασέτες ή προφορικές οδηγίες – μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές. Όσον αφορά στους ασθενείς που δεν μιλούν αγγλικά, οι κλινικοί ιατροί και τα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας μπορούν να εργαστούν με σκοπό την παροχή των κατάλληλων, γλωσσικά και πολιτιστικά, υπηρεσιών υγείας.

Προκειμένου να βελτιωθεί η συμμόρφωση σε σχήματα μακράς διάρκειας, οι κλινικοί ιατροί μπορούν να συνεργαστούν με τους ασθενείς, ώστε να συμφωνήσουν σε ό,τι αφορά τους στόχους θεραπείας, να παράσχουν κάθε σχετική με το σχήμα πληροφορία, να εξασφαλίσουν την κατανόηση χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της επανάληψης, να συμβουλευτούν σχετικά με τη σημασία της συμμόρφωσης με την αγωγή και με τον τρόπο οργάνωσης της λήψης των φαρμάκων, να ενισχύσουν την αυτοπαρακολούθηση, να παράσχουν πιο άνετη φροντίδα, να συνταγογραφήσουν ένα σχήμα μονήρους δόσης για όλα τα φάρμακα (κατά προτίμηση μία ή δύο δόσεις ημερησίως), να συστήσουν τρόπους υπενθύμισης των δόσεων (την ώρα της ημέρας, τη λήψη με το φαγητό, τη χρήση ειδοποιήσεων), να διατηρούν συνεδρίες και να παρέχουν τρόπους για την απλοποίηση των δόσεων (θήκες φαρμάκων). Οι δόσεις ενός ασθενούς που λαμβάνονται μέσα σε περιτύλιξη αλουμινοχάρτου μπορεί να αυξήσουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία, αλλά θα πρέπει να αποφεύγονται για όσους δυσκολεύονται να τα ανοίξουν. Οι θήκες φαρμάκων με διαμερίσματα (π.χ. Medisets) που πληρούνται εβδομαδιαίως είναι χρήσιμες. Οι μικροηλεκτρονικές συσκευές μπορούν να παράσχουν πληροφορίες που δείχνουν στους ασθενείς εάν έχουν λάβει τις δόσεις σύμφωνα με το πρόγραμμα ή ειδοποιούν τον ασθενή εντός της ημέρας σε περίπτωση που κάποια δόση δεν έχει ληφθεί. Οι υπενθυμίσεις, μεταξύ των οποίων και τα μηνύματα μέσω κινητών τη-

λεφώνων, αποτελούν ένα ακόμα αποτελεσματικό μέσο ενθάρρυνσης της συμμόρφωσης. Ο κλινικός ιατρός μπορεί επίσης να ενσωματώσει την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους του ασθενούς, να χρησιμοποιήσει ένα σύστημα παρακολούθησης της συμμόρφωσης, να παράσχει ένα περισσότερο άνετο περιβάλλον φροντίδας και να προσφέρει ανταμοιβή και αναγνώριση για τις προσπάθειες του ασθενούς, ώστε να ακολουθεί το σχήμα. Τα προγράμματα συνεργασίας που αξιοποιούν τους φαρμακοποιούς προκειμένου να διασφαλιστεί η συμμόρφωση έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικά.

Η συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία βελτιώνεται επίσης, όταν έχει διαμορφωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς-ιατρού, και όταν οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους. Οι θεράποντες ιατροί μπορούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωση του ασθενούς διερευνώντας ιδιαίτερα τις εν λόγω συμπεριφορές. Όταν ερωτηθούν, πολλοί ασθενείς παραδέχονται ότι δεν συμμορφώνονται πλήρως με τα θεραπευτικά σχήματα, με τη συμβουλή για διακοπή το καπνίσματος ή με το να συμμετέχουν σε πρακτικές «ασφαλέστερης συνουσίας». Παρόλο που είναι δύσκολο, πρέπει να εξασφαλίζεται ο απαραίτητος χρόνος για τη συζήτηση μηνυμάτων υγείας.

Η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να αξιολογηθεί γενικά με μία απλή ερώτηση: «Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά πήρατε τα φάρμακά σας όπως σας τα συνταγογράφησε ο ιατρός σας;» Άλλοι τρόποι αξιολόγησης της συμμόρφωσης του ασθενούς με τη θεραπεία περιλαμβάνουν το μέτρηση των χαπιών και την καταγραφή των φαρμακευτικών ανεφοδιασμών, την παρακολούθηση των επιπέδων των φαρμάκων και των μεταβολιτών τους στο αίμα, στα ούρα ή στον σίελο, στον έλεγχο της απουσίας από τις συνεδρίες και της μη ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία και την εκτίμηση αναμενόμενων παρενεργειών των φαρμάκων, όπως είναι οι αλλαγές του σωματικού βάρους με τη λήψη διουρητικών ή η βραδυκαρδία με τη λήψη β-αναστολέων. Σε ορισμένες καταστάσεις, ακόμα και η μερική συμμόρφωση, όπως με τη φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης και του σακχαρώδους διαβήτη, βελτιώνει τα αποτελέσματα σε σύγκριση με τη μη συμμόρφωση. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως στην αντιρροτρική θεραπεία του HIV ή στη θεραπεία της ψυατίωσης, η μερική συμμόρφωση μπορεί να αποδειχθεί χειρότερη από την πλήρη μη συμμόρφωση.

► Βασικές οδηγίες φροντίδας

Οι ηθικές αποφάσεις είναι συχνές στην ιατρική πρακτική, τόσο σε «μικροσκοπικό» επίπεδο της σχέσης ασθενούς-ιατρού όσο και στο «μακροσκοπικό» επίπεδο της κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Οι ηθικές αρχές, που οδηγούν στην επιτυχή προσέγγιση της διάγνωσης και της θεραπείας, είναι η ειλικρίνεια, η ωφελιμότητα, η δικαιοσύνη, η αποφυγή της σύγκρουσης συμφερόντων και η υπόσχεση να μην βλαφθεί κανείς. Όλο και περισσότερο, η δυτική ιατρική εμπλέκει τους ασθενείς στη λήψη σημαντικών αποφάσεων σχετικά με την ιατρική φροντίδα, περιλαμβάνοντας τον βαθμό στον οποίο θα συνεχιστεί η θεραπεία των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο νόσων (βλ. Κεφάλαιο 5).

Ο ρόλος του κλινικού ιατρού δεν περιορίζεται στη διάγνωση και στη θεραπεία. Η σημασία του ιατρού που συμπαραστέκεται στους ασθενείς και στους συγγενείς τους ώστε να σηκώσουν το φορτίο μιας σοβαρής νόσου ή του θανάτου, δεν μπορεί παρά να εκτιμηθεί. «Να θεραπεύεις κάποιες φορές, να ανακουφίζεις συχνά και να δίνεις κουράγιο πάντα» είναι ένα γαλλικό ρητό, επίκαιρο σήμερα όσο και πριν από εννέα αιώνες—όπως και η νοουθεσία του Francis Peabody: «Το μυστικό στη φροντίδα του ασθενούς είναι να νοιάζεσαι για τον ασθενή». Η εκπαίδευση, ώστε να βελτιωθεί η προσοχή και να ενισχυθεί η επικεντρωμένη στον ασθενή επικοινωνία, αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς και μπορεί επίσης να βελτιώσει την ικανοποίηση του κλινικού ιατρού.

Haynes RB et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD000011. [PMID: 18425859]

Krasner MS et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009 Sep 23; 302(12):1284–93. [PMID: 19773563]

Lester RT et al. Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *Lancet.* 2010 Nov 27;376(9755): 1838–45. [PMID: 21071074]

Weber CA et al. Pharmacist-physician co-management of hypertension and reduction in 24-hour ambulatory blood pressures. *Arch Intern Med.* 2010 Oct 11;170(18):1634–9. [PMID: 20937921]

† ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Η προληπτική ιατρική μπορεί να ταξινομηθεί σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην εξάλειψη ή στη μείωση των παραγόντων κινδύνου (π.χ. ανοσοποίηση, διακοπή ή αποφυγή του καπνίσματος). Οι τεχνικές της δευτερογενούς πρόληψης προωθούν την πρώιμη διάγνωση μιας νόσου ή των πρόδρομων σταδίων αυτής (π.χ. τακτικός τραχηλικός έλεγχος κατά Παπανικολάου για την ανίχνευση του καρκινώματος ή δυσπλασίας του τραχήλου της μήτρας). Τα μέτρα της τριτογενούς πρόληψης στοχεύουν στη μείωση των επιπτώσεων μιας εγκατεστημένης νόσου (π.χ. μερική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία για την αφαίρεση και τον έλεγχο του εντοπισμένου καρκίνου του μαστού). Οι Πίνακες 1-1 και 1-2 παρουσιάζουν τις πρώτες αιτίες θανάτου στις Η.Π.Α. και τους υπολογισμούς των θανάτων από προβλέψιμα αίτια.

Πολλές αποτελεσματικές υπηρεσίες πρόληψης δεν αξιοποιούνται και λίγοι ενήλικοι λαμβάνουν όλες από τις ισχυρότερα συνιστώμενες υπηρεσίες. Οι τρεις υψηλότερα βαθμολογημένες υπηρεσίες, όσον αφορά σε πιθανά οφέλη υγείας και αποτελεσματικότητα κόστους, περιλαμβάνουν τη συζήτηση της χρήσης ασπιρίνης με ασθενείς υψηλού κινδύνου, την παρακολούθηση της χρήσης του καπνού και σύντομων παρεμβάσεων και τον εμβολιασμό των παιδιών. Άλλες υψηλά βαθμολογημένες υπηρεσίες με στοιχεία με σημαντικά περιθώρια για περαιτέρω αξιοποίηση παρακολουθούν τους ενηλίκους ηλικίας 50 ετών και πάνω για καρκίνο του παχέος εντέρου, ανοσοποιούν ενηλίκους ηλικίας 65 ετών και πάνω ενάντια στην πνευμονιοκοκκική νόσο και παρακολουθούν τις νεαρές γυναίκες για *Chlamydia*.

Αρκετές μέθοδοι, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης παροχέα ή συστημάτων υπενθύμισης των ασθενών, της αναδιοργάνωσης των περιβαλλόντων φροντίδας, και πιθανώς της παράθεσης οικονομικών κινήτρων, μπορεί να αυξήσουν την αξιοποίηση υπηρεσιών πρόληψης, αλλά τέτοιες μέθοδοι δεν έχουν υιοθετηθεί ευρέως.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ

Η μείωση της συχνότητας και των ποσοστών θνητότητας των λοιμωδών νόσων οφείλεται κατά πολύ στα μέτρα για τη δημόσια υγεία – ιδιαίτερος στην ανοσοποίηση, στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση και στη βελτιωμένη διατροφή.

Η **ανοσοποίηση** παραμένει ο καλύτερος τρόπος πρόληψης πολλών λοιμωδών νόσων. Τα συνιστώμενα προγράμματα ανοσοποίησης παιδιών και εφήβων βρίσκονται στο διαδίκτυο στη διεύθυνση www.cdc.gov/vaccines/rec/schedules και το πρόγραμμα ενηλίκων σκιαγραφείται στον Πίνακα 30-12. Το ελεύθερο θιμεροσάλης εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β είναι διαθέσιμο για νεογέννητα και βρέφη και παρά τη διαφυσθεσία σχέση μεταξύ των εμβολίων και του αυτισμού, ελεύθερα θιμεροσάλης εμβόλια είναι διαθέσιμα για εγκύους. Παρ' όλα αυτά, μεταξύ των ενηλίκων παραμένει σημαντική η προληψθείσα με εμβολιασμό θνησιμότητα και θνητότητα νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό, όπως η ηπατίτιδα Α, η ηπατίτιδα Β, η γρίπη και οι πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. 50.000-70.000 ενήλικοι υπολογίζονται ότι πεθαίνουν ετησίως από γρίπη, ηπατίτιδα Β και διηθητική πνευμονιοκοκκική νόσο. Οι στρατηγικές για τη βελτίωση των εμβολιασμών περιλαμβάνουν την αυξημένη απαίτηση των κοινοτήτων για εμβολιασμούς, τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες εμβολιασμών και τις παρεμβάσεις που βασίζονται στον παροχέα ή στο σύστημα, όπως τα συστήματα υπενθύμισης.

Πίνακας 1-1. Κυρίαρχες αιτίες θανάτου στις Η.Π.Α., 2008.

Κατηγορία	Υπολογισμός
Όλες οι αιτίες	2.472.699
1. Καρδιακές νόσοι	617.527
2. Κακοήθη νεοπλασμάτα	566.137
3. Χρόνιες παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού	141.075
4. Εγκεφαλικές αγγειακές νόσοι	133.750
5. Ατυχήματα (μη ηθελημένες κακώσεις)	121.207
6. Νόσος Alzheimer	82.476
7. Σακχαρώδης διαβήτης	70.601
8. Γρίπη και πνευμονία	56.335
9. Νεφρίτιδα, νεφρωτικό σύνδρομο και νέφρωση	48.283
10. Σηψαιμία	35.961

Πηγή: Εθνικό Κέντρο Στατιστικής Υγείας, 2010

Στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο ετήσιος **εμβολιασμός έναντι της γρίπης** είναι ασφαλής και αποτελεσματικός με πιθανά όφελι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και η Συμβουλευτική επιτροπή για τις πρακτικές ανοσοποίησης (ACIP) συστήνει εμβολιασμό ρουτίνας σε όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 6 μηνών γεγονός που αποτελεί επέκταση της προηγούμενης σύστασης για ετήσιο εμβολιασμό όλων των ενηλίκων ηλικίας 19-49 ετών. Όταν το απόθεμα εμβολίων είναι περιορισμένο, θα πρέπει να δίδεται προτεραιότητα σε συγκεκριμένες ομάδες, όπως είναι οι ενήλικοι ηλικίας άνω των 50 ετών, τα άτομα με χρόνια νοσήματα ή ανοσοκαταστολή και οι έγκυοι γυναίκες. Ένα εναλλακτικό υψηλής δόσης ανενεργό εμβόλιο για ενηλίκους ηλικίας 65 ετών και άνω είναι διαθέσιμο. Αυτό το ανενεργό τριθενές εμβόλιο περιέχει 60 mcg αντιγόνου αιμοσυγκολλητίνης ανά στέλεχος ιού του εμβολίου (Fluzone High-Dose [Sanofi-Pasteur]). Οι ενήλικους ηλικίας 65 και άνω μπορούν να λάβουν είτε το εμβόλιο κλασικής δόσης είτε το εμβόλιο αυξημένης δόσης, ενώ οι κάτω των 65 ετών πρέπει να λαμβάνουν το σκεύασμα της κλασικής δόσης.

Οι αυξημένες αναφορές **κοκκύτη** σε εφήβους, ενηλίκους και νεογνά στις Η.Π.Α. έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη εμβολίου για μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Το 2010, αρκετές πολιτείες ανέφεραν αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων κοκκύτη, περιλαμβανομένης της Καλιφόρνια στην οποία αναφέρθηκαν πάνω από 7000 περιπτώσεις. Ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο τετάνου-διφθερίτιδας-ακυτταρικού κοκκύτη με 5 συστατικά (Tdap) είναι πλέον διαθέσιμο για τον εμβολιασμό εφήβων και ενηλίκων κάτω από την ηλικία των 65 ετών. Σε σύγκριση με το DTaP, που χρησιμοποιείται σε παιδιά κάτω των 7 ετών, το Tdap έχει μία λιγότερη δόση των εμβολίων διφθερίτιδας και κοκκύτη. Η ACIP προτείνει τη χρήση ρουτίνας μίας μόνο δόσης του Tdap για ενηλίκους ηλικίας 19-64 ετών, για να αντικαταστήσει την επόμενη ενισχυτική δόση του εμβολίου με τοξοειδή τετάνου και διφθερίτιδας (Td). Λόγω των αυξανόμενων αναφορών κοκκύτη στις Η.Π.Α., οι κλινικοί ιατροί μπορεί να επιλέξουν τη χορήγηση Tdap σε άτομα 65 ετών και άνω παρά τα περιορισμένα δημοσιευθέντα στοιχεία όσον αφορά στην ασφάλεια και στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα.

Και το **εμβόλιο** και η ανοσοσφαιρίνη κατά της **ηπατίτιδας Α** προσφέρουν προστασία κατά της ηπατίτιδας Α. Ωστόσο, η χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης μπορεί να προσφέρει ένα μέτριο όφελος σε σχέση με τον εμβολιασμό υπό κάποιες συνθήκες. Έχει αναπτυχθεί ένα **εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Ε** με ανασυνδυασμένη πρωτεΐνη, το οποίο έχει αποδειχθεί ασφαλές και αποτελεσματικό στην πρόληψη της ηπατίτιδας Ε μεταξύ των πληθυσμών υψηλού κινδύνου (όπως εκείνοι στο Νεπάλ).

Τα εμβόλια κατά του ιού των θηλωμάτων (HPV) με σωματίδια παρόμοια με τον ιό (VLP) έχουν δείξει αποτελεσματικότητα στην πρόληψη των εμμενουσών λοιμώξεων από HPV, και έτσι μπορεί να επηρεάσουν το ποσοστό της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) II-III. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Κοινότητα και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP) προτείνουν τον τακτικό εμβολιασμό κατά του HPV για κορίτσια ηλικίας 11-12 ετών. Η AAP επίσης προτείνει όλα τα μη εμβολιασμένα κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 13-26 ετών να εμβολιαστούν κατά του HPV. Οι έρευνες υποδηλώνουν αποτελεσματικότητα του δισθενούς HPV (16/18) ή του τετραθενούς HPV (6/11/16/18) L1 εμβολίου με σωματίδια παρόμοια με τον ιό στην πρόληψη νέας λοί-

Πίνακας 1-2. Θάνατοι από όλες τις αιτίες που αποδίδονται σε προληψίμους παράγοντες κινδύνου (οι αριθμοί δίδονται σε χιλιάδες).

Παράγοντας κινδύνου	Άνδρες (95% CI)	Γυναίκες (95% CI)	Αμφότερα τα φύλα (95% CI)
Κάπνισμα	248 (226–269)	219 (196–244)	467 (436–500)
Υψηλή αρτηριακή πίεση	164 (153–175)	231 (213–249)	395 (372–414)
Υπερβολικό βάρος – παχυσαρκία (υψηλός BMI)	114 (95–128)	102 (80–119)	216 (188–237)
Φυσική αδράνεια	88 (72–105)	103 (80–128)	191 (164–222)
Υψηλή γλυκόζη αίματος	102 (80–122)	89 (69–108)	190 (163–217)
Υψηλή LDL χοληστερόλη	60 (42–70)	53 (44–59)	113 (94–124)
Υψηλή πρόσληψη αλάτος στη διατροφή (νάτριο)	49 (46–51)	54 (50–57)	102 (97–107)
Χαμηλά ωμέγα-3 λιπαρά οξέα στη διατροφή (θαλασσινά)	45 (37–52)	39 (31–47)	84 (72–96)
Υψηλά trans λιπαρά οξέα στη διατροφή	46 (33–58)	35 (23–46)	82 (63–97)
Κατανάλωση αλκοόλ	45 (32–49)	20 (17–22)	64 (51–69)
Χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών	33 (23–45)	24 (15–36)	58 (44–74)
Χαμηλά πολυακόρεστα λιπαρά οξέα στη διατροφή (σε αντικατάσταση των κορεσμένων λιπαρών οξέων)	9 (6–12)	6 (3–9)	15 (11–20)

BMI, δείκτης μάζας σώματος; CI, περιθώριο εμπιστοσύνης; LDL, χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη.

Σημειώστε: Οι αριθμοί των θανάτων δεν μπορούν να περιληφθούν μέσα σε κατηγορίες.

Χρησιμοποιήθηκε με άδεια από Danaei G et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. PLoS Med. 2009 Apr 28;6(4):e1000058.

ρήγηση εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής. Άμεση, ευρέως φάσματος αντιμικροβιακή αγωγή ενδείκνυται επίσης σε πυρετικούς ασθενείς που είναι κλινικά ασταθείς, ακόμη και πριν την οριστική διάγνωση της λοίμωξης. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι ασθενείς με αιμοδυναμική αστάθεια, οι ουδετεροπενικοί (ουδετερόφιλα λιγότερα από 500/mcl), οι ασθενείς με ασπληνία (χειρουργική ή δευτεροπαθή λόγω δρεπανοκυτταρικής νόσου), οι ανοσοκατασταλμένοι (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που λαμβάνουν συστηματικά κορτικοστεροειδή, αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη ή άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα) (Πίνακες 30-4 και 30-9), και ασθενών που έχουν μολυνθεί από τον HIV (βλ. Κεφάλαιο 31). Για τη θεραπεία του πυρετού επί ουδετεροπενίας μετά από χημειοθεραπεία, μπορεί να χορηγηθεί σε εξωτερικούς ασθενείς παρεντερική αντιμικροβιακή μονοθεραπεία, όπως η κεφτριαξόνη, με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Αν υπάρχει υποψία μυκητιασικής λοίμωξης σε ασθενείς με παρατεταμένο εμπύρετο και ουδετεροπενία, η φλουκοναζόλη αποτελεί εξίσου αποτελεσματική αλλά λιγότερο τοξική εναλλακτική θεραπεία σε σχέση με την αμφοτερικίνη Β.

► Παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό

Μόλις τεθεί η διάγνωση του ΠΑΑ, μπορεί να είναι κατάλληλη η παραπομπή σε κάποιον ειδικό στα λοιμώδη νοσήματα ή σε έναν ρευματολόγο, για να καθοδηγήσουν τον ασθενή όσον αφορά σε ειδικές επιπρόσθετες εξετάσεις.

► Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο

- Κακοήθης υπερθερμία.
- Θερμοπληξία.
- Για μέτρα ελέγχου της θερμοκρασίας όταν είναι $>41^{\circ}\text{C}$ ή όταν σχετίζεται με επιληπτική κρίση ή με άλλες μεταβολές του επιπέδου συνείδησης.

Bleeker-Rovers CP et al. Fever of unknown origin. *Semin Nucl Med.* 2009 Mar;39(2):81-7. [PMID: 19187801]

Bottieau E et al. Fever after a stay in the tropics: diagnostic predictors of the leading tropical conditions. *Medicine (Baltimore).* 2007 Jan;86(1):18-25. [PMID: 17220752]

Norman DC et al. Fever of unknown origin in older persons. *Infect Dis Clin North Am.* 2007 Dec;21(4):937-45. [PMID: 18061083]

Rusyniak DE et al. Toxin-induced hyperthermic syndromes. *Med Clin North Am.* 2005 Nov;89(6):1277-96. [PMID: 16227063]

ΑΚΟΥΣΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ



ΒΑΣΙΚΑ ΖΗΤΟΥΜΕΝΑ

- Ηλικία.
- Θερμидική πρόσληψη.
- Πυρετός.
- Αλλαγή των εντερικών συνθηκών.
- Εμμεσες ενδείξεις (π.χ. αλλαγές στο μέγεθος ρούχων).
- Χρήση ουσιών.
- Ιστορικό προσυμπτωματικού ελέγχου για κακοήθεια σχετική με την ηλικία του ασθενούς.

► Γενικές εκτιμήσεις

Το βάρος του σώματος καθορίζεται από τη θερμидική πρόσληψη ενός ατόμου, την απορροφητική του ικανότητα, τους μεταβολικούς του ρυθμούς και τις απώλειες ενέργειας. Ο μεταβολικός ρυθμός μπορεί να επηρεαστεί από ποικιλία ιατρικών καταστάσεων μέσω της απελευθέρωσης ποικίλων κυτοκινών, όπως η καχεκτίνη και οι ιντερλευκίνες. Το βάρος του σώματος φυσιολογικά κορυφώνεται στην πέμπτη με έκτη δεκαετία της ζωής και κατόπιν σταδιακά φθίνει με ρυθμό 1-2 κιλών ανά δεκαετία. Στη μελέτη NHANES II, μια εθνική μελέτη ηλικιωμένων (ηλικίας 50-80 ετών) που δεν νοσηλεύονταν, αποδείχθηκε ότι στο 7% των συμμετεχόντων υπήρχε πρόσφατη ακούσια απώλεια βάρους ($>5\%$

του συνολικού σωματικού βάρους), και αυτό το γεγονός σχετιζόταν με 24% υψηλότερη θνησιμότητα.

► Αιτιολογία

Η ακούσια απώλεια βάρους θεωρείται κλινικά σημαντική όταν υπερβαίνει το 5% ή περισσότερο του συνήθους βάρους σώματος, έχει επιτελεστεί σε μια περίοδο άνω των 6 με 12 μηνών και συχνά υποδεικνύει σοβαρή οργανική ή ψυχιατρική νόσο. Τα οργανικά αίτια είναι συνήθως εμφανή κατά την αρχική εκτίμηση. Η κακοήθεια (περίπου 30%), οι γαστρεντερικές διαταραχές (περίπου 15%) και η άνοια ή κατάθλιψη (περίπου 15%) αποτελούν τα πιο συνήθη αίτια. Όταν ένα άτομο που φαίνεται να τρέφεται επαρκώς αναφέρει απώλεια βάρους, θα πρέπει να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με τις ακριβείς μεταβολές του βάρους του (με ημερομηνίες κατά προσέγγιση) και τις αλλαγές στο μέγεθος των ρούχων του. Τα άτομα της οικογενείας καθώς και παλαιότερες καταγεγραμμένες μετρήσεις, όπως το δίπλωμα οδήγησης, μπορούν να επιβεβαιώσουν την απώλεια βάρους. Μία ήπια, σταδιακή απώλεια βάρους συμβαίνει σε κάποια γηραιότερα άτομα. Οφείλεται σε μεταβολές στη σύσταση του σώματος, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας ύψους και της καθαρής μάζας σώματος και του χαμηλότερου μεταβολικού ρυθμού, που οδηγούν σε μειωμένες απαιτήσεις ενέργειας. Όμως, η απότομη ακούσια απώλεια βάρους είναι προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας και θνητότητας σε κάθε πληθυσμό. Επιπροσθέτως των διαφόρων ποσοστών νοσηρότητας, οι αιτίες στους γηραιότερους περιλαμβάνουν την απώλεια οδόντων και τη συνεπακόλουθη δυσκολία με τη μάσηση, τον αλκοολισμό και την κοινωνική απομόνωση.

► Κλινικά ευρήματα

Όταν επιβεβαιωθεί η απώλεια βάρους, το ιστορικό, η λήψη φαρμάκων, η κλινική εξέταση και οι συνήθεις εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις (όπως η γενική αίματος, οι ορολογικές εξετάσεις συμπεριλαμβανομένου του HIV, τα επίπεδα της θυροειδοτρόπου ορμόνης (TSH), η γενική ούρων, η εξέταση κοπράνων για την ανίχνευση μικροσκοπικής απώλειας αίματος, η ακτινογραφία θώρακα και η διερεύνηση του ανωτέρου γαστρεντερικού) αποκαλύπτουν συνήθως το αίτιο. Όταν αυτές οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές, η δεύτερη φάση της διερεύνησης θα πρέπει να εστιάζει σε πιο συγκεκριμένες εξετάσεις στο γαστρεντερικό σύστημα (π.χ. εξετάσεις για δυσαπορρόφηση-ενδοσκόπηση) και έλεγχο για κακοήθεια (π.χ. επίχρισμα Παπανικολάου, μαστογραφία, ειδικό προστατικό αντιγόνο [PSA]).

Αν η αρχική διερεύνηση δεν αποκαλύψει το αίτιο, προτιμάται η παρακολούθηση με περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις. Ο θάνατος κατά τη διατήρηση παρακολούθηση δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλός σε ασθενείς με ανεξήγητη ακούσια απώλεια βάρους (8%) όσο σε ασθενείς με απώλεια βάρους η οποία οφειλόταν σε κακοήθεια (79%) και εξακριβωμένα μη κακοήθη νοσήματα (19%). Θα πρέπει να συνιστάται ψυχιατρική εξέταση όταν υπάρχουν ενδείξεις κατάθλιψης, άνοιας, ψυχογενούς ανορεξίας ή άλλων συναισθηματικών προβλημάτων. Τελικώς, σχεδόν στο 15-25% των περιπτώσεων δεν αποκαλύπτεται κανένα αίτιο της απώλειας βάρους.

► Διαφορική διάγνωση

Η κακοήθεια, οι γαστρεντερικές διαταραχές (π.χ. δυσαπορρόφηση, παγκρεατική ανεπάρκεια), η άνοια, η κατάθλιψη, η νευρική ανορεξία, ο υπερθυροειδισμός, ο αλκοολισμός και η κοινωνική απομόνωση αποτελούν όλα αναγνωρισμένα αίτια. «Meals on Wheels» είναι ένας χρησιμικός μημονικός κανόνας, για να θυμόμαστε τις συνήθεις θεραπεύσιμες αιτίες ακούσιας απώλειας βάρους στους γηραιότερους (βλέπε το πλαίσιο παρακάτω).

► Θεραπεία

Στην πλειοψηφία των επιζώντων ασθενών παρατηρείται σταθεροποίηση του βάρους τόσο με εξακριβωμένα όσο και με άγνωστα αίτια απώλειας

MEALS ON WHEELS: A Mnemonic for Common Treatable Causes of Unintentional Weight Loss in the Elderly

Medical effects (Επιδράσεις φαρμάκων)
Emotional problems, especially depression (Συναισθηματικά προβλήματα, ιδιαίτερα η κατάθλιψη)
Anorexia tardive (nervosa), alcoholism (Νευρική ανορεξία, αλκοολισμός)
Late-life paranoia (Παράνοια της γηραιάς ηλικίας)
Swallowing disorders (Διαταραχές κατάποσης)
Oral factors (eg, poorly fitting dentures, cavities) (Στοματικοί παράγοντες [π.χ. πτωχά εφάρμοσιμες οδοντοστοιχίες, πλάκα οδόντων])
No money (Καθόλου χρήματα)
Wandering and other dementia-related behaviors (Άσκοπες περιπλανήσεις και άλλες σχετικές με άνοια συμπεριφορές)
Hyperthyroidism, hypothyroidism, hyperparathyroidism, hypoadrenalism (Υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, υπεραδρεναλισμός)
Enteric problems (eg, malabsorption) (Εντερικά προβλήματα [π.χ. δυσασπορόφηση])
Eating problems (eg, inability to feed self) (Προβλήματα σίτισης [π.χ. αδυναμία να σιτιστεί κάποιος μόνος του])
Low-salt, low-cholesterol diets (Διατροφή χαμηλή σε αλάτι και χαμηλή σε χοληστερόλη)
Social problems (eg, isolation, inability to obtain preferred foods), gallstones (Κοινωνικά προβλήματα [π.χ. απομόνωση, αδυναμία να αποκτήσει κανείς προτιμητέα τρόφιμα] χολολιθίαση)

Υιοθετημένο με άδεια, από Morley JE et al. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med.* 1995 Dec 1; 123(11):850-9.

βάρους μέσω της αντιμετώπισης της υποκείμενης διαταραχής και της θερμιδικής υποκατάστασης. Οι στόχοι ως προς τις προσλαμβανόμενες θρεπτικές ουσίες καθορίζονται ανάλογα με τη βαρύτητα της απώλειας βάρους και κυμαίνονται σε γενικές γραμμές από 30 μέχρι 40 kcal/kg/ημέρα. Κατά σειρά προτίμησης, στις επιλογές για τις οδούς χορήγησης των θρεπτικών ουσιών περιλαμβάνονται η από του στόματος χορήγηση, ο προσωρινός ρινονησιδικός σωλήνας ή διαδερμικός γαστρικός ή νησιδικός σωλήνας. Η παρεντερική διατροφή διατηρείται για ασθενείς με σοβαρά συνυπάρχοντα προβλήματα. Μια ποικιλία φαρμακευτικών παραγόντων έχει προταθεί για την αντιμετώπιση της απώλειας βάρους. Μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε διεγέρτες της όρεξης (κορτικοστεροειδή, προγεστερινοειδείς παράγοντες, δροναμινόλη και ανταγωνιστές της σεροτονίνης), αναβολικούς παράγοντες (αυξητική ορμόνη και παράγωγα της τεστοστερόνης) και αντικαταβολικούς παράγοντες (ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, πεντοξυφυλλίνη, θειική υδραζίνη και θαλιδομίδη).

► Παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό

- Απώλεια βάρους οφειλόμενη σε δυσασπορόφηση.
- Εμμένοντα διατροφικά ελλείμματα παρά την επαρκή υποκατάσταση.
- Απώλεια βάρους ως αποτέλεσμα ανορεξίας ή βουλιμίας.

► Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο

- Σοβαρός υποσιτισμός πρωτεϊνικής ενέργειας, συμπεριλαμβανόμενων των συνδρόμων kwashiorkor και του μαρασμού.
- Σύνδρομο ανεπάρκειας βιταμινών.
- Καχεξία με αναμενόμενη προοδευτική απώλεια βάρους που οφείλεται σε μη διαχειρίσιμη ψυχιατρική πάθηση.
- Για την προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτών και την αντικατάσταση υγρών σε υποσιτισμό πρωτεϊνικής ενέργειας και για την αποφυγή του συνδρόμου «επανασίτισης».

Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. *Med Clin North Am.* 2006 Sep;90(5):887-907. [PMID: 16962848]

Hopkinson JB et al. Management of weight loss and anorexia. *Ann Oncol.* 2008 Sep;19(Suppl 7):vii289-93. [PMID: 18790968]

Jatoi A. Pharmacologic therapy for the cancer anorexia/weight loss syndrome: A data-driven, practical approach. *J Support Oncol.* 2006 Nov-Dec;4(10):499-502. [PMID: 17136864]

Metalidis C et al. Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance? *Eur J Intern Med.* 2008 Jul;19(5):345-9. [PMID: 18549937]

Morley JE. Weight loss in older persons: new therapeutic approaches. *Curr Pharm Des.* 2007;13(35):3637-47. [PMID: 18220800]

Visvanathan R et al. Undernutrition and anorexia in the older person. *Gastroenterol Clin North Am.* 2009 Sep;38(3):393-409. [PMID: 19699404]

ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

ΒΑΣΙΚΑ ΖΗΤΟΥΜΕΝΑ

- Απώλεια βάρους.
- Πυρετός.
- Διαταραχές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Φάρμακα.
- Χρήση ουσιών.

► Γενικές εκτιμήσεις

Ως μεμονωμένο σύμπτωμα, η κόπωση ευθύνεται για το 1-3% των επισκέψεων στον γενικό ιατρό. Το σύμπτωμα της κόπωσης ενδέχεται να μην μπορεί να καθοριστεί ή να περιγραφεί από τους ασθενείς το ίδιο με σύγκριση με συμπτώματα που σχετίζονται με συγκεκριμένη δυσλειτουργία οργανικών συστημάτων. Η κόπωση ή ατονία και το συνυπάρχον αίσθημα αδυναμίας, η εξάντληση και ο λήθαργος συχνά αποδίδονται σε υπερκόπωση, κακή φυσική κατάσταση, διαταραχές του ύπνου, παχυσαρκία, υποθρεψία και συναισθηματικά προβλήματα. Το ιστορικό των καθημερινών συνθηκών του ασθενούς και των εργασιακών του υποχρεώσεων ενδέχεται να καταστήσουν περιττή την αναγκαιότητα για εκτεταμένες και αντιπαραγωγικές διαγνωστικές εξετάσεις.

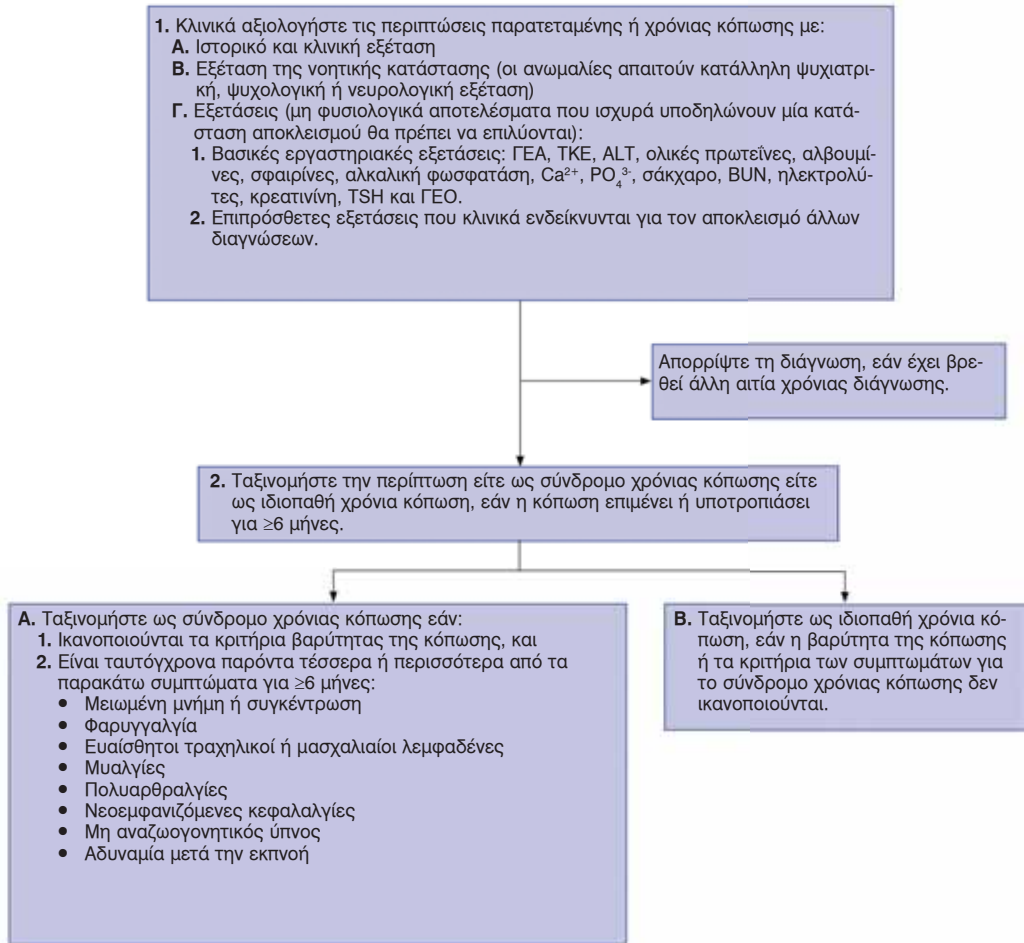
► Κλινικά ευρήματα

A. Κόπωση

Η κλινικά σημαντική κόπωση συνίσταται σε τρία κύρια στοιχεία: γενικευμένη αδυναμία (δυσκολία στην έναρξη δραστηριοτήτων), εύκολη κόπωση (δυσκολία στην εκπλήρωση δραστηριοτήτων) και νοητική κόπωση (δυσκολία στη συγκέντρωση και στη μνήμη). Σημαντικές ασθένειες που μπορούν να προκαλέσουν κόπωση είναι ο υπερθυρεοειδισμός και ο υποθυρεοειδισμός, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ορισμένες λοιμώξεις (ενδοκαρδίτιδα, ηπατίτιδα), η ΧΑΠ, η άπνοια ύπνου, η αναιμία, τα αυτοάνοσα νοσήματα, το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου και η ύπαρξη κακοήθειας. Ο αλκοολισμός, οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων όπως τα ηρεμιστικά, και οι β-αποκλειστές μπορεί να είναι η αιτία. Ψυχολογικές καταστάσεις, όπως η αϋπνία, η κατάθλιψη, το άγχος, οι κρίσεις πανικού, η δυσθυμία και οι σωματοποιημένες διαταραχές, μπορεί να προκαλέσουν κόπωση. Συχνές εξωτερικές λοιμώδεις αιτίες περιλαμβάνουν τη μονοπυρήνωση και την παραρρινοκολπίτιδα. Αυτές οι καταστάσεις συχνά σχετίζονται με άλλα χαρακτηριστικά σημεία, αλλά οι ασθενείς μπορεί να τονίζουν την κόπωση και να μην αποκαλύπτουν τα υπόλοιπα συμπτώματα, εκτός εάν ερωτηθούν άμεσα. Ο επιπολασμός της σημαντικού βαθμού κόπωσης (που υφίσταται για τουλάχιστον 2 εβδομάδες) καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής είναι περίπου 25%. Η συχνότητα της κόπωσης αγνώστου αιτιολογίας ή της σχετιζόμενης με ψυχιατρική νόσο υπερβαίνει την αντίστοιχη λόγω οργανικής νόσου, κάπωσης, φαρμάκων, ναρκωτικών ή αλκοόλ.

B. Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης

Ο ορισμός που στηρίζεται σε βάσιμες υποθέσεις σχετικά με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης δείχνει ότι δεν πρόκειται για ομογενή διαταραχή και δεν υφίσταται συγκεκριμένος παθογενετικός μηχανισμός (Εικόνα 2-2). Δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένα φυσικά ευρή-



S Εικόνα 2-2. Αξιολόγηση και ταξινόμηση της αδικαιολόγητης χρόνιας κόπωσης. (ΓΕΑ, γενική εξέταση αίματος, ΤΚΕ, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, ALT, αλανινική αμινοτρανσφεράση, Ca^{2+} , ασβέστιο, PO_4^{3-} , φωσφόρος, BUN, άζωτο ουρίας αίματος, TSH, θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, ΓΕΟ, Γενική εξέταση ούρων). (Τροποποιημένο και αναπαραγμένο, από Fukuda K et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med.* 1994 Dec 15; 121(12):953-9.)

ματα ή εργαστηριακές εξετάσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης αυτής της διαταραχής.

Ως προς την παθοφυσιολογία, οι αρχικές θεωρίες περιλαμβάνουν έναν λοιμώδη ή ανοσολογικό απορρυθμιστικό μηχανισμό ή και τα δύο. Άτομα με επιβεβαιωμένο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης αναφέρουν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα τραυματισμού στην παιδική ηλικία και ψυχοπαθολογίας και εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής αστάθειας και αυτοαναφερόμενου στρες σε σχέση με τα άτομα χωρίς κόπωση. Οι νευροψυχολογικές, νευροενδοκρινικές και απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου έχουν επιβεβαιώσει την ύπαρξη νευροβιολογικών διαταραχών στους περισσότερους ασθενείς. Διαταραχές του ύπνου έχουν αναφερθεί στο 40-80% των ασθενών με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, αλλά η αντιμετώπισή τους παρείχε λίγα μόνο οφέλη, υποδηλώνοντας ότι αποτελούν συνέπεια και όχι αίτιο της κόπωσης. Η μαγνητική τομογραφία ενδεχομένως να αναδείξει ανωμαλίες στον εγκέφαλο στην T_2 ακολουθία –κυρίως μικρά, στικτά, υποφλοιώδη, αυξημένης έντασης σήματα στη λευκή ουσία, με υπεροχή στους μετωπιαίους λοβούς. Οι βετεράνοι του Πολέμου του Κόλπου εμφανίζουν δεκαπλάσια επίπτωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης σε σχέση με τους στρατιωτικούς που δεν έλαβαν μέρος στον πόλεμο.

Στην αξιολόγηση της χρόνιας κόπωσης, όταν ολοκληρωθεί η λήψη

ιστορικού και η κλινική εξέταση, η τυπική προσέγγιση περιλαμβάνει πλήρη αιματολογικό έλεγχο, μέτρηση ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, βιοχημικό έλεγχο ορού –ουρία αίματος, ηλεκτρολύτες, γλυκόζη, κρεατινίνη και ασβέστιο· ηπατικές και θυρεοειδικές λειτουργικές δοκιμασίες– αντιπυρηνικά αντισώματα, ανάλυση ούρων, και δοκιμασία Mantoux· επίσης ερωτηματολόγια για ψυχιατρικές διαταραχές. Άλλες δοκιμασίες που ενδείκνυται είναι η μέτρηση της κορτιζόλης ορού, ο ρευματοειδής παράγοντας, τα επίπεδα ανοσοσφαιρινών, ο ορολογικός έλεγχος για νόσο του Lyme στις ενδημικές περιοχές, καθώς και η μέτρηση τίτλων αντισωμάτων για τον HIV. Ο περισσότερο εκτεταμένος έλεγχος συνήθως δεν είναι βοηθητικός, συμπεριλαμβανόμενου του ελέγχου για τον ιό Epstein-Barr. Πιθανώς να εμφανίζεται υψηλή συχνότητα ορθοστατικής υπότασης· μερικοί από αυτούς τους ασθενείς αναφέρουν βελτίωση με την αύξηση της κατανάλωσης νατρίου στη διατροφή τους, καθώς και με τη χρήση αντι-υποτασικών παραγόντων, όπως η φθοριούδοροκτιζίνη, σε δόση 0,1 mg/d.

► Θεραπεία

A. Κόπωση

Η αντιμετώπιση της κόπωσης περιλαμβάνει την αναγνώριση και τη θεραπεία των συνθηκών που συμβάλλουν στην κόπωση, όπως ο καρκί-

νος, το άλγος, η κατάθλιψη, ο διαταραγμένος ύπνος, η απώλεια βάρους και η αναιμία. Η άθληση με αντίσταση και η αερόβιος άσκηση μειώνουν την κόπωση και βελτιώνουν την απόδοση για έναν αριθμό χρόνιων καταστάσεων, που σχετίζονται με υψηλό επιπολασμό κόπωσης, συμπεριλαμβανομένων της ΣΚΑ, της ΧΑΠ, της αρθρίτιδας και του καρκίνου. Η συνεχής θετική πίεση αέρος είναι μία αποτελεσματική μέθοδος για την αποφρακτική άπνοια του ύπνου. Ψυχοδιεγερτικά όπως η μεθυλφαινιδάτη έχουν δείξει ασταθή αποτελέσματα σε τυχαίοποιημένες μελέτες θεραπείας για τη σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση.

Β. Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης

Στη θεραπεία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης έχουν δοκιμασθεί μια σειρά από παράγοντες και δυνατότητες. Η ακυκλοβίρη, η ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, η νυστατίνη και οι χαμηλές δόσεις υδροκορτιζόνης/φθοριοϋδροκορτιζόνης δεν βελτιώνουν τα συμπτώματα. Υπάρχει ένας μεγαλύτερος επιπολασμός παλαιότερων και σύγχρονων ψυχιατρικών διαγνώσεων σε ασθενείς που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο. Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι ιδιαίτερες συχνές, αλλά η φλουοξετίνη ως μονοθεραπεία στα 20 mg ημερησίως δεν αποδείχθηκε ωφέλιμη. Οι ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης έχουν ωφεληθεί από την οργανωμένη παρέμβαση πολλαπλών ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής, φαρμακευτικής αντιμετώπισης τυχόν υπάρχουσας αγχώδους διαταραχής ή διαταραχής του συναισθήματος και εφαρμογής ενός προγράμματος συστηματικής γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Η **γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία**, μια μορφή μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης που δίνει έμφαση στην αυτο-βοήθεια και στοχεύει στην αλλαγή αντιλήψεων και συμπεριφορών που ενδεχομένως διαιωνίζουν τα συμπτώματα και την αναπηρία, είναι επιβοηθητική. Παρόλο που λίγοι ασθενείς θεραπεύονται, η επίδραση της θεραπείας είναι σημαντική. Η ανταπόκριση στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία δεν μπορεί να προβλεφθεί βάσει της σοβαρότητας ή της διάρκειας του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης, παρόλο που οι ασθενείς με μικρό ενδιαφέρον για την ψυχοθεραπεία σπάνια ωφελούνται. Η διαβαθμισμένη άσκηση έχει δείξει ότι βελτιώνει τη λειτουργική εργασιακή ικανότητα και τη φυσική λειτουργία. Προς το παρόν, η εντατική ατομική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία που παρέχεται από εκπαιδευμένο θεραπευτή και η βαθμιαία εντεινόμενη άσκηση αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

Επιπροσθέτως, η συγκαταβατική στάση του κλινικού ιατρού στη συνομιλία του με τον ασθενή και οι επεξηγηματικές απαντήσεις του μπορούν να βοηθήσουν στην υπερίκηση της απογοήτευσης και της αδυναμίας του ασθενούς που οφείλονται σε αυτήν τη μυστηριώδη ακόμη ασθένεια. Όλοι αυτοί οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται στην ενασχόληση με φυσικές δραστηριότητες στον βαθμό που μπορούν και θα πρέπει να καθιστούνται ότι η πλήρης ανάρρωση είναι τελικά πιθανή στις περισσότερες περιπτώσεις.

► Παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό

- Λοιμώξεις που δεν αναταποκρίνονται στην κλασική θεραπεία.
- Δυσκολία ελέγχου του υπερθυρεοειδισμού και του υποθυρεοειδισμού.
- Σοβαρή ψυχολογική νόσος.
- Κακοήθεια.

► Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο

- Αποτυχία ανάκαμψης.
- Κόπωση αρκετά σοβαρή, ώστε να εμποδίζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητας.
- Κόπωση σε συνδυασμό με ελλιπή κοινωνική υποστήριξη που καθιστά άπιθανη τη συμμόρφωση του ασθενούς με τη φαρμακευτική θεραπεία ή την αξιόπιστη επιστροφή του στις μελλοντικές συνεννοήσεις παρακολούθησης.

- de Lange FP et al. Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Brain*. 2008 Aug;131(Pt 8):2172–80. [PMID: 18587150]
- Evans WJ et al. Physiological basis of fatigue. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007 Jan;86(1 Suppl):S29–46. [PMID: 17370370]
- Häuser W et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*. 2009 Jan 14;301(2):198–209. [PMID: 19141768]
- Heim C et al. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Nov;63(11):1258–66. [PMID: 17088506]
- Kato K et al. Premorbid predictors of chronic fatigue. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Nov;63(11):1267–72. [PMID: 17088507]
- Knoop H et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: long-term follow-up of a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008 Mar;121(3): e619–25. [PMID: 18310181]
- Lo SC et al. Detection of MLV-related virus gene sequences in blood of patients with chronic fatigue syndrome and healthy blood donors. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010 Sep 7;107(36): 15874–9. [PMID: 20798047]
- Mikovits JA et al. Detection of an infectious retrovirus, XMRV, in blood cells of patients with chronic fatigue syndrome. *Virulence*. 2010 Dec 22;1(5):386–90. [PMID: 21178474]
- Nijrolder I et al. Prognosis of fatigue and functioning in primary care: a 1-year follow-up study. *Ann Fam Med*. 2008 Nov–Dec;6(6):519–27. [PMID: 19001304]
- Prins JB et al. Chronic fatigue syndrome. *Lancet*. 2006 Jan 28;367(9507):346–55. [PMID: 16443043]
- Viner Retal. Fatigue and somatic symptoms. *BMJ*. 2005 Apr 30;330(7498):1012–5. [PMID: 15860829]
- Whiting P et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA*. 2001 Sep 19;286(11):1360–8. [PMID: 11560542]
- Wolkove N et al. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ*. 2007 May 8;176(10):1449–54. [PMID: 17485699]

ΟΞΕΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

ΒΑΣΙΚΑ ΖΗΤΟΥΜΕΝΑ

- Ηλικία >50 ετών.
- Ταχεία εισβολή και μεγάλη ένταση (π.χ. κεφαλαλγία δίκην «χτυπήματος κεραυνού»).
- Πυρετός.
- Τραύμα.
- Αλλαγές στην όραση.
- HIV λοίμωξη.
- Τρέχον ή προηγούμενο ιστορικό υπέρτασης.
- Νευρολογικά ευρήματα (αλλαγές στη διανοητική κατάσταση, κινητικές ή αισθητικές ανεπάρκειες).

► Γενικές εκτιμήσεις

Η κεφαλαλγία αποτελεί ένα συνηθισμένο λόγο για τον οποίο οι ενήλικοι αναζητούν ιατρική φροντίδα, ενώ ευθύνεται για περίπου 13 εκατομμύρια επισκέψεις ανά έτος στις Η.Π.Α. σε ιατρεία, σε κλινικές επείγουσας φροντίδας και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Η κεφαλαλγία μπορεί να προκληθεί από ένα ευρύ φάσμα διαταραχών. Σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε μόνο με την προσέγγιση μιας νεοεμφανιζόμενης οξείας κεφαλαλγίας που δεν οφείλεται σε τραυματισμό, σε εφήβους και ενήλικους. Η πρόκληση κατά την αρχική αξιολόγηση της οξείας κεφαλαλγίας είναι η αναγνώριση των ασθενών εκείνων που παρουσιάζονται με μία ασυνήθη αλλά απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, σχεδόν το 1% των ασθενών που προσέρχονται με οξεία κεφαλαλγία πάσχει από μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση, ενώ ο επιπολασμός των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων στο περιβάλλον του εξωτερικού ιατρείου είναι σημαντικά χαμηλότερος.

Ανεξάρτητα από την υποκείμενη νόσο, η κεφαλαλγία θεωρείται σήμερα το αποτέλεσμα της απελευθέρωσης νευροπεπτιδίων από τις απολήξεις του τριδύου νεύρου που περικλείουν τα αιμοφόρα αγγεία της χοριοειδούς και σκληράς μήνιγγας, οδηγώντας σε νευρογενή φλεγμονή.

Επειδή αυτό συνιστά μια τελική κοινή οδό για πολλές αιτίες, η ελάττωση της κεφαλαλγίας μετά από συνήθεις θεραπείες ημικρανίας (όπως οι ανταγωνιστές των υποδοχέων σεροτονίνης ή η κετορολόκη) δεν αποκλείει την εκδήλωση κρίσιμων καταστάσεων όπως η υπαραχνοειδής αιμορραγία ή η μηνιγγίτιδα ως υποκείμενα αίτια.

► Κλινικά ευρήματα

A. Συμπτώματα

Η προσεκτική λήψη ιστορικού και η κλινική εξέταση θα πρέπει να στοχεύουν στον εντοπισμό των αιτιών της οξείας εισβολής της κεφαλαλγίας που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Αυτά τα αίτια μπορούν να ταξινομηθούν αδρά ως επικείμενα ή εγκατεστημένα **αγγειακά επεισόδια** (ενδοκρανική αιμορραγία, θρόμβωση, αγγειίτιδα, κακοήθης υπέρταση, αρτηριακός διαχωρισμός ή ανεύρυσμα), **λοιμώξεις** (απόστημα, γκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα), **ενδοκρανιακές μάζες** που προκαλούν ενδοκράνια υπέρταση, **προεκλαμψία**, και **δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα**. Το να περιγράψει ο ασθενής προσεκτικά την έναρξη της κεφαλαλγίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στη διάγνωση μίας σοβαρής αιτίας. Αναφερόμενη αιφνίδια έναρξη κεφαλαλγίας που φθάνει στο μέγιστο της βαρύτητας και της έντασης εντός δευτερολέπτων ή λίγων λεπτών είναι η κλασική περιγραφή μιας «κεραυνοβόλου κεφαλαλγίας» και θα πρέπει να επισπεύσει τη διερεύνηση για υπαραχνοειδή αιμορραγία, μια και ο υπολογιζόμενος επιπολασμός της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας στα πλαίσια κεραυνοβόλου κεφαλαλγίας είναι 43%.

Το γενικό ιατρικό ιστορικό μπορεί επίσης να καθοδηγήσει την ανάγκη για επιπρόσθετο έλεγχο. Μια νεοεμφανιζόμενη κεφαλαλγία σε ασθενή ηλικίας άνω των 50 ετών ή με ιστορικό HIV νόσου στις περισσότερες περιπτώσεις (ακόμη και μετά από φυσιολογική νευρολογική εξέταση) απαιτεί την άμεση νευροαπεικόνιση (Πίνακας 2-8). Όταν ο ασθενής έχει ιστορικό υπέρτασης – και ειδικά αρρύθμιστης υπέρτασης – απαιτείται πλήρης διερεύνηση των κριτηρίων που ικανοποιούν τη διάγνωση της «κακοήθους υπέρτασης», ώστε να καθορίζεται το κατάλληλο επίπεδο ετοιμότητας για την επείγουσα αντιμετώπιση της (βλέπε Κεφάλαιο 11). Η κεφαλαλγία και η υπέρταση που σχετίζονται με την κύηση ενδέχεται να οφείλονται σε προεκλαμψία. Οι επεισοδιακές εισβολές κεφαλαλγίας που σχετίζονται με την τριάδα υπέρταση-αίσθημα προκάρδιων παλμών-εφίδρωση θα πρέπει να εγείρουν την υποψία φαιοχρωμοκυτώματος. Επί απουσίας κεραυνοβόλου κεφαλαλγίας, προχωρημένης ηλικίας και HIV νόσου, μία προσεκτική κλινική εξέταση και μία λεπτομερής νευρολογική εξέταση θα καθορίσουν συνήθως την ταχύτητα και την ανάγκη για περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις.

Τα συμπτώματα του ασθενούς μπορεί επίσης να χρησιμεύσουν για τη διάγνωση της ημικρανίας επί απουσίας του «κλασικού» φάσματος ημικρανίας, συμπεριλαμβανομένων των σπινθηροβόλων σκοτωμάτων ακολουθούμενων από μονόπλευρη κεφαλαλγία, φωτοφοβία, ναυτία και εμέτους (Πίνακας 2-9). Η παρουσία τριών ή περισσότερων από αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να θέσει τη διάγνωση της ημικρανίας (επί απουσίας άλλων κλινικών χαρακτηριστικών που απαιτούν εξέταση νευροαπεικόνισης), και η παρουσία κανενός ή ενός από αυτά τα χαρακτηριστικά (δεδομένου ότι δεν είναι ναυτία) μπορεί να βοηθήσει στον αποκλεισμό της ημικρανίας.

B. Κλινική εξέταση

Στα κρίσιμα σημεία της φυσικής εξέτασης του ασθενούς με οξεία κεφαλαλγία περιλαμβάνονται η μέτρηση ζωτικών σημείων, η νευρολογική εξέταση, ο έλεγχος της όρασης με βυθοσκόπηση. Το εύρημα του πυρετού στην οξεία κεφαλαλγία θα πρέπει να οδηγήσει σε πρόσθετους χειρισμούς για την ανάδειξη στοιχείων φλεγμονής των μηνίγγων, όπως τα σημεία Kernig και Brudzinski. Εκτός από την κακοήθη υπέρταση, η σοβαρό βαθμού υπέρταση μπορεί επίσης να αποτελεί σημείο ενδοκράνιας αιμορραγίας, προεκλαμψίας και φαιοχρωμοκυτώματος. Ασθενείς άνω των 60 ετών θα πρέπει να εξετάζονται για ευαισθησία στο τριχωτό της κεφαλής ή στην κροταφική αρτηρία.

Πίνακας 2-8. Κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με οξεία κεφαλαλγία η οποία απαιτεί άμεση ή επείγουσα νευροαπεικόνιση.

Πριν από την οσφυνωτιαία παρακέντηση

Μη φυσιολογική νευρολογική εξέταση
Μη φυσιολογική νοητική κατάσταση
Μη φυσιολογική βυθοσκόπηση (οίδημα οπτικής θηλής, απώλεια φλεβικών σφίξεων)
Σημεία μηνιγγίτιδος

Επείγουσα (διεξάγεται πριν από την έξοδο από το ιατρείο ή το τμήμα επειγόντων)

Μη φυσιολογική νευρολογική εξέταση
Μη φυσιολογική νοητική κατάσταση
Κεραυνοβόλος κεφαλαλγία

Άμεση (προγραμματισμένη πριν από την έξοδο από το ιατρείο ή το τμήμα επειγόντων)

Ασθενής θετικός για HIV¹
Ηλικία >50 ετών (φυσιολογική νευρολογική εξέταση)

¹Χρησιμοποιήστε CT με ή χωρίς σκιαγραφικό ή MRI, εάν είναι θετικός για HIV.

Πηγή: American College of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. Ann Emerg Med. 2002 Jan;39(1):108–22.

Η προσεκτική αξιολόγηση της οπτικής οξύτητας, της οφθαλμοκινητικότητας, των οπτικών πεδίων, των διαταραχών των κορών, της οπτικής θηλής και των σφύξεων της αμφιβλητροειδικής φλέβας είναι σημαντική. Η μείωση της οπτικής οξύτητας εγείρει την υποψία γλαυκώματος, κροταφικής αρτηρίτιδας ή οπτικής νευρίτιδας. Η οφθαλμοπληγία ή τα ελλείμματα των οπτικών πεδίων ενδέχεται να αποτελούν σημεία θρόμβωσης φλεβώδους κόλπου, όγκου ή ανευρύσματος. Μια διαταραχή στην κεντρομόλο οδό της οπτικής θηλής μπορεί να οφείλεται σε ενδοκράνιας μάζες ή οπτική νευρίτιδα. Η ομόπλευρη πτώση και μύση εγείρουν την υποψία συνδρόμου Horner και όταν συνυπάρχουν με την κεφαλαλγία ενδέχεται να σημαίνουν διαχωρισμό κροταφικής αρτηρίας. Τελικώς, το οίδημα της οπτικής θηλής ή η απουσία σφύξεων της αμφιβλητροειδικής φλέβας αποτελούν σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης – ευρήματα που πρέπει να ακολουθούνται από νευροαπεικόνιση πριν την εκτέλεση οσφυνωτιαίας παρακέντησης (Πίνακας 2-8).

Η νοητική κατάσταση και η πλήρης νευρολογική εκτίμηση είναι επίσης κρίσιμες και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την αξιολόγηση του κινητικού και αισθητικού συστήματος, των αντανακλαστικών, της βάδισης, της παρεγκεφαλιδικής λειτουργίας και της απόκλισης. Οποιαδήποτε ανωμαλία στη νοητική κατάσταση ή στη νευρολογική εξέταση απαιτεί επείγουσα νευροαπεικόνιση (Πίνακας 2-8).

G. Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι οδηγίες για το πότε πρέπει να διεξάγεται νευροαπεικόνιση περιλαμβάνονται στον Πίνακα 2-8. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μια CT κεφαλής χωρίς σκιαγραφικό είναι επαρκής για τον αποκλεισμό ενδοκράνιας υπέρτασης με επαπειλούμενο εγκελοαστό, ενδοκράνιας αιμορραγίας και διαφόρων τύπων ενδοκράνιων μαζών (στις αξιωματικές εξαιρέσεις περιλαμβάνονται το λέμφωμα και η τοξοπλάσμωση σε HIV θετικούς ασθενείς, η γκεφαλίτιδα από απλό έρπητα και το γκεφαλικό απόστημα). Όταν κριθεί σκόπιμο, μπορεί να διεξαχθεί

Πίνακας 2-9. Ποσοστά πιθανότητας (LR) για το κάθε κλινικό χαρακτηριστικό ξεχωριστά σχετιζόμενα με διάγνωση ημικρανίας.

Κλινικό χαρακτηριστικό	LR+ (95% CI)	LR- (95% CI)
Ναυτία	19 (15–25)	0,19 (0,18–0,20)
Φωτοφοβία	5,8 (5,1–6,6)	0,24 (0,23–0,26)
Φωνοφοβία	5,2 (4,5–5,9)	0,38 (0,36–0,40)
Επιδείνωση με τη φυσική άσκηση	3,7 (3,4–4,0)	0,24 (0,23–0,26)

4

Γηριατρική

C. Bree Johnston, MD, MPH,
G. Michael Harper, MD,
& C. Seth Landefeld, MD

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Κατά τη φροντίδα των ηλικιωμένων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθες αρχές:

- Πολλά νοσήματα είναι εκ φύσεως πολυπαραγοντικά και η διαχείρισή τους επιτυγχάνεται διά μέσου πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων.
- Τα νοσήματα παρουσιάζονται συχνά με άτυπη κλινική εικόνα.
- Δεν απαιτείται αξιολόγηση και θεραπεία για όλες τις διαταραχές.
- Η πολύπλοκη φαρμακευτική αγωγή, τα προβλήματα συμμόρφωσης και η πολυφαρμακία είναι συχνές προκλήσεις.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Επιπροσθέτως της συμβατικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων και των νοσημάτων των ηλικιωμένων, για την ευρύτερη αξιολόγηση των ηλικιωμένων απαιτούνται τρεις: η πρόγνωση, οι αξίες και οι προτιμήσεις και η ικανότητα ανεξάρτητης λειτουργικότητας. Η ευρύτερη αξιολόγηση πρέπει να γίνεται πριν τη λήψη μειζόνων κλινικών αποφάσεων (π.χ. εάν κάποιος ασθενής πρέπει να υποστεί μια μείζονα χειρουργική επέμβαση ή εάν πρέπει να λάβει νοσοκομειακή ή κατ'οίκον αγωγή για πνευμονία) και κάθε αξίζει μιας σύντομης θεώρησης πριν τη λήψη μιας κλινικής απόφασης.

► Αξιολόγηση της πρόγνωσης

Όταν το προσδόκιμο επιβίωσης ενός ηλικιωμένου ξεπερνά τη 10ετία (δηλ. τουλάχιστον 50% παρόμοιων ασθενών θα ζήσουν για μια δεκαετία) είναι λογική η θεώρηση αποτελεσματικών δοκιμασιών και θεραπειών όπως αυτές εφαρμόζονται σε νεότερα άτομα. Όταν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρότερο της 10ετίας (ιδιαίτερα όταν είναι πολύ μικρότερο), οι επιλογές δοκιμασιών και θεραπειών πρέπει να γίνονται στη βάση της ικανότητας βελτίωσης της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Τα σχετικά οφέλη και οι βλάβες από τις δοκιμασίες και τις εξετάσεις συχνά μεταβάλλονται με την επιδείνωση της πρόγνωσης.

Όταν η κλινική εικόνα ενός ηλικιωμένου ασθενούς καθορίζεται από μια μονήρη νοσογόνο διαδικασία (π.χ. μετάσταση στον εγκέφαλο από καρκίνο του πνεύμονα), η πρόγνωση μπορεί να εκτιμάται σωστά με ένα συγκεκριμένο για τη νόσο όργανο. Ακόμη και σε αυτήν την κατάσταση, εντούτοις, η πρόγνωση γενικά επιδεινώνεται με την ηλικία (ιδιαίτερα σε ηλικία >90 ετών) και κυρίως με την παρουσία σοβαρών καταστάσεων, όπως την άνοια, την υποθρεψία και τη διαταραχή στην ικανότητα βάδισης.

Όταν η κλινική εικόνα ενός ηλικιωμένου δεν επισκιαζεται από μια νοσογόνο διαδικασία, η πρόγνωση μπορεί να εκτιμηθεί αρχικά με τη θεώρηση της ηλικίας, του φύλου και της γενικής κατάστασης υγείας του ηλικιωμένου (Πίνακας 4.1). Για παράδειγμα, <25% των ανδρών ηλικίας 75 ετών θα ζήσουν 5 έτη, ενώ σχεδόν 75% των γυναικών ηλικίας 70 ετών θα ζήσουν 10 έτη.

Η πρόγνωση των ατόμων που ζουν κατ'οίκον μπορεί να εκτιμηθεί με τη συνεκτίμηση της ηλικίας, του φύλου, της συννοσηρότητας και

της λειτουργικότητας (Πίνακας 4.1). Η πρόγνωση των ηλικιωμένων που εξέρχονται του νοσοκομείου είναι χειρότερη από αυτούς που ζουν κατ'οίκον και μπορεί να εκτιμηθεί από τη θεώρηση του φύλου, της συννοσηρότητας και της λειτουργικότητας (Πίνακας 4.2). Το άθροισμα

Πίνακας 4-1. Προγνωστικοί παράγοντες, «βαθμοί κινδύνου» και 4ετή ποσοστά θνησιμότητας για ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στην οικία τους.

Προγνωστικός παράγοντας	Βαθμοί κινδύνου
Ηλικία	
60–64 έτη	1
64–69 έτη	2
70–74 έτη	3
74–79 έτη	4
80–84 έτη	5
85 έτη και περισσότερο	7
Ανδρικό φύλο	
Συννοσηρές καταστάσεις που αναφέρονται από τους ασθενείς	2
Σακχαρώδης διαβήτης	1
Καρκίνος	2
Πνευμονική νόσος	2
Καρδιακή ανεπάρκεια	2
Δείκτης μάζας σώματος <25	1
Νυν καπνιστής	2
Λειτουργικότητα	
Δυσκολία στο μπάνιο	2
Δυσκολία στη διαχείριση των οικονομικών	2
Δυσκολία στο περπάτημα αρκετών οικοδομικών τετραγώνων	2
Άθροισμα βαθμών κινδύνου	4ετή ποσοστά θνησιμότητας
1–2	2%
3–6	7%
7–10	19%
>10	53%

σμα των σημείων κινδύνου υποδηλώνει το ποσοστό θνησιμότητας για παρόμοιους ασθενείς.

► Αξιολόγηση των αξιών και των προτιμήσεων

Οι αξίες και οι προτιμήσεις καθορίζονται από την απευθείας συνομιλία με έναν ασθενή ή, όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει τις προτιμήσεις του αξιόπιστα, κατά τη συνομιλία με το συγγέρο του ασθενούς. Οι αξίες και οι προτιμήσεις μπορούν να αξιολογηθούν πιο αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης ιατρικής απόφασης. Για παράδειγμα, ο κλινικός ιατρός μπορεί να ρωτήσει τον ασθενή τη γνώμη για την επέμβαση αντικατάστασης του ισχίου.

Κατά την αξιολόγηση των αξιών και των προτιμήσεων, είναι σημαντικό να θυμόμαστε τα ακόλουθα:

1. Οι ασθενείς είναι ειδικόι σε σχέση με τις προτιμήσεις τους για την έκβαση και την εμπειρία τους. εντούτοις, συχνά δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση για να εκφράσουν την αιτιολογημένη προτίμησή τους για συγκεκριμένες δοκιμασίες και θεραπείες.
2. Οι προτιμήσεις των ασθενών συχνά μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου. Για παράδειγμα, κάποιοι ασθενείς θεωρούν περισσότερο αποδεκτή την επιβίωση με κάποιου βαθμού αναπηρία συγκριτικά με ο,τι πίστευαν πριν βιώσουν την αναπηρία.

► Αξιολόγηση της λειτουργικότητας

Οι άνθρωποι συχνά χάνουν τη λειτουργικότητά τους σε πολλαπλούς τομείς με την έλευση του γήρατος, με συνέπεια να μην έχουν την ικανότητα να προβούν σε δραστηριότητες τόσο γρήγορα ή άνετα ή να χρειάζονται βοήθεια για άλλες δραστηριότητες. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση στην πρόγνωση. Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας είναι σημαντική στον καθορισμό

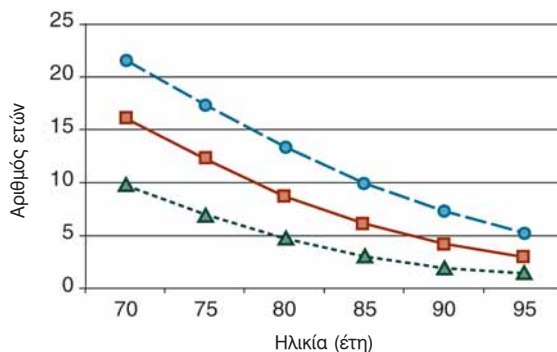
Πίνακας 4-2. Προγνωστικοί παράγοντες, «βαθμοί κινδύνου» και ποσοστά θνησιμότητας σε 1-έτος για ασθενείς που λαμβάνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά από οξεία ιατρική νόσο.

Προγνωστικός παράγοντας	Βαθμοί κινδύνου
Ανδρικό φύλο	1
Συννοσηρές καταστάσεις που αναφέρονται από τους ασθενείς	
Καρκίνος, μεταστατικός	8
Καρκίνος, μη μεταστατικός	3
Κρεατινίνη ορού >3 mg/dl	2
Αλβουμίνη <3 mg/dl	2
Αλβουμίνη 3,0-3,4 mg/dl	1
Λειτουργικότητα	
Εξαρτώμενοι σε 1-4 ADL ¹	2
Εξαρτώμενοι σε 5 ADL	5
Άθροισμα βαθμών κινδύνου	Θνησιμότητα 1-έτος
0-1	4%
2-3	19%
4-6	34%
>6	64%

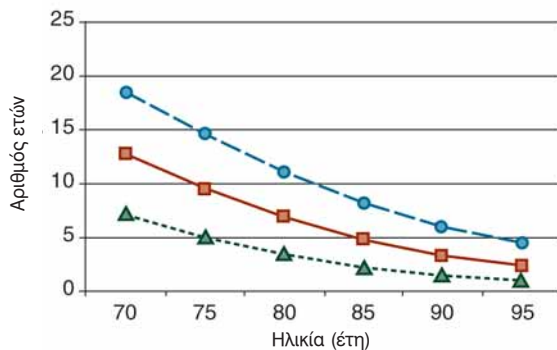
¹ADL: αναφέρεται σε πέντε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής: μπάνιο, ντύσιμο, μεταφορά, χρήση τουαλέτας, σίτιση.

Επανάτυψη με άδεια από Walter LC et al. Ανάπτυξη και εκτίμηση προγνωστικού δείκτη για θνησιμότητα σε 1-έτος σε ηλικιωμένους ενηλικούς μετά από νοσηλεία. JAMA 2001 Jun 20;285(23):2987-94 Copyright ©2006 American Medical Association. All Rights Reserved.

Γυναίκες



Άνδρες



—●— Κορυφαία 25η ποσόστωση
—■— 50ή ποσόστωση
—▲— Κατώτερη 25η ποσόστωση

Σ Εικόνα 4-1. Μέσο προσδόκιμο επιβίωσης των ηλικιωμένων γυναικών και ανδρών. (Προσαρμόστηκε από τους Walter LC et al. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. Am J Med. 2005 Oct;118(10):1078-86.) Copyright © Elsevier

των ατομικών αναγκών στο πλαίσιο των αξιών και προτιμήσεων των ηλικιωμένων και των πιθανών αποτελεσμάτων της συνταγογραφούμενης αγωγής.

Περίπου το ένα-τέταρτο των ασθενών άνω των 65 ετών εμφανίζουν διαταραχές στις οργανικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ΟΔΚΖ): μετακινήσεις, ψώνια, προετοιμασία γευμάτων, χρήση τηλεφώνου, διαχείριση οικονομικών, λήψη φαρμάκων, καθάρισμα του σπιτιού, πλύσιμο ρούχων) ή στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ΒΔΚΖ): μπάνιο, ντύσιμο, διατροφή, μετακίνηση από την καρέκλα στο κρεβάτι, διουρηση. Τα μισά από τα άτομα άνω των 85 ετών εμφανίζουν δυσχέρειες στις προαναφερθείσες δραστηριότητες.

Γενικά, τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια με τις ΟΔΚΖ μπορούν να ζουν ανεξάρτητα με μικρή υποστήριξη, όπως την οικονομική ενίσχυση ή την παρουσία ενός οικιακού βοηθού. Εάν είναι αναγκαία η ιδρυματικού τύπου υποστήριξη, η φροντίδα κατ' οίκον, ή η υποβοήθηση στην επιβίωση είναι συνήθως επαρκή. Ενώ διάφορα άτομα που χρειάζονται βοήθεια με τις ΟΔΚΖ ίσως χρειάζονται επίσης ένα υψηλό επίπεδο κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, οι περισσότεροι επιβιώνουν κατ' οίκον με φροντιστές υγείας και λοιπές κοινοτικές υπηρεσίες (π.χ. μονάδες φροντίδας υγείας μίας ημέρας).

► Θέματα φροντιστών υγείας

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι με λειτουργικές διαταραχές ζουν στην κοινότητα με τη βοήθεια ενός «άτυπου» φροντιστή υγείας, πιο συχνά με

τη βοήθεια του σύζυγου ή της κόρης. Η υγεία και ευημερία του ασθενή και του φροντιστή υγείας είναι στενά συνδεδεμένα. Τα υψηλά επίπεδα της λειτουργικής εξάρτησης θέτουν ένα υψηλό αίσθημα ευθύνης στον φροντιστή υγείας και ίσως οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση (burn out), κατάθλιψη, αυξημένη νοσηρότητα και πιθανώς αυξημένη θνησιμότητα.

Η ανάγκη ενός ηλικιωμένου για φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα είναι συχνά αποτέλεσμα της εκτίμησης των χαρακτηριστικών και του στρες του φροντιστή υγείας, και όχι τόσο της σοβαρότητας της νόσου του ασθενούς. Εντούτοις, μέρος της φροντίδας ενός ανάπηρου ηλικιωμένου αποτελεί και η μέριμνα για την καλή κατάσταση του φροντιστή του. Ο ηλικιωμένος ο οποίος είναι επίσης φροντιστής υγείας διατρέχει αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και πρέπει να παρακολουθείται για αυτή. Για τον αγχωμένο φροντιστή υγείας, ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει στην ανεύρεση προγραμμάτων όπως προγράμματα υποστήριξης φροντιστών υγείας, προγράμματα ανάπαυλας, μονοήμερη φροντίδα υγείας ενηλίκων, ή κατ'οίκον βοήθεια υγείας.

► Εργαλεία παρακολούθησης λειτουργικότητας

Στην παρακολούθηση της λειτουργικότητας συμπεριλαμβάνεται η εκτίμηση των ΒΑΚΖ και των ΟΚΔΖ με αντίστοιχες ερωτήσεις ανίχνευσης απώλειας βάρους, πτώσεων, ακράτειας, καταθλιπτικής διάθεσης, αυτό-παραμέλησης, φόβου για την προσωπική ασφάλεια και συχνών σοβαρών διαταραχών (π.χ. ακοή, όραση, γνωσιακή λειτουργία και κινητικότητα). Τα μόνιμα εργαλεία μέτρησης της λειτουργικότητας ίσως δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την ανίχνευση ανεπαίσθητων διαταραχών σε ηλικιωμένους με υψηλό επίπεδο λειτουργικής ανεξαρτησίας. Μια τεχνική για αυτούς τους ασθενείς είναι η ανίχνευση και η τακτική αναζήτηση σε σχέση με μια στοχευμένη δραστηριότητα, π.χ. το bowling ή την κηπουρική. Εάν ο ασθενής αρχίσει να μπερδεύεται ή σταματά μια τέτοιου τύπου δραστηριότητα, την οποία θεωρεί «προχωρημένη για την καθημερινότητά του», ίσως αυτά υποδεικνύουν μια πρόωμη διαταραχή όπως άνοια, ακράτεια ούρων ή επιδείνωση της ακουστικής λειτουργίας, η οποία μπορεί να αποκαλυφθεί με επιπρόσθετες διακριτικές ερωτήσεις.

Οι πολυάσχολοι φροντιστές υγείας ίσως βρίσκουν πιο εφικτή την αξιολόγηση της γηριατρικής λειτουργικότητας μέσω τριών ή τεσσάρων επισκέψεων ή μέσω της εκπαίδευσης του προσωπικού στην αξιολόγηση της γηριατρικής λειτουργικότητας.

Chang HJ et al. JAMA patient page. Preventive care for older adults. JAMA. 2009 Dec 23;302(24):2722. [PMID: 20040564]

Kane RL. Finding the right level of care: "We didn't realize that there was any other option for him." JAMA. 2011 Jan 19; 305(3):284-93. [PMID: 21245184]

Reuben DB. Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years". JAMA. 2009 Dec 23;302(24): 2686-94. [PMID: 20040557]

Studenski S et al. Gait speed and survival in older adults. JAMA. 2011 Jan 5;305(1):50-8. [PMID: 21205966]

Sudore RL et al. Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. Ann Intern Med. 2010 Aug 17;153(4):256-261. [PMID: 20713793]

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΟΙΝΩΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

1. Άνοια

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- Προοδευτική απώλεια της διανοητικής λειτουργίας.
- Απώλεια της μνήμης βραχείας διάρκειας με συνοδό γνωσιακό έλλειμμα.
- Έλλειμμα αρκετά σοβαρό ώστε να προκληθεί λειτουργική διαταραχή.
- Απουσία παραληρήματος.

► Γενική θεώρηση

Η άνοια είναι μια επίκτητη εμμένουσα και προοδευτική διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας, με πτώση της γνωσιακής λειτουργίας και τουλάχιστον ένα επιπλέον γνωσιακού τύπου έλλειμμα, όπως αφασία (τυπικά, η αδυναμία εύρεσης των κατάλληλων λέξεων), απραξία (αδυναμία εκτέλεσης κινητικών δραστηριοτήτων, όπως π.χ. το κόψιμο μιας φέτας ψωμιού, ανεξάρτητα από την τακτική κινητική δραστηριότητα), αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης αντικειμένων) και διαταραχή στη λειτουργικότητα (ελλιπής συγκέντρωση, χαμηλή διανοητική ευελιξία, χαμηλή δυνατότητα σχεδιασμού και κριτικής ικανότητας). Για τη διάγνωση της άνοιας απαιτείται μια σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ιδιαίτερα αισθητή στην εκτέλεση της εργασίας και στην κοινωνική ζωή.

Ο επιπολασμός της άνοιας διπλασιάζεται κάθε πενταετία στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, με ποσοστό 30-50% στην ηλικία των 85 ετών. Οι γυναίκες υποφέρουν δυσανάλογα, τόσο ως ασθενείς όσο και ως φροντιστές υγείας. Η νόσος Alzheimer αφορά περίπου στα δύο τρίτα των περιπτώσεων άνοιας στις Η.Π.Α., με την άνοια αγγειακού τύπου (μόνη ή συνδυασμένη με νόσο Alzheimer) και την άνοια των σωματιών Lewis να αφορά στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου για τη νόσο Alzheimer είναι η προχωρημένη ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το θήλυ φύλο. Η μόρφωση, οι γνωσιακού τύπου «ασκήσεις» και η κοινωνική υποστήριξη μπορούν να είναι προστατευτικοί παράγοντες. Οι παράγοντες κινδύνου για την άνοια αγγειακού τύπου είναι οι ίδιοι με του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, δηλαδή η προχωρημένη ηλικία, η υπέρταση, το κάπνισμα, η κολπική μαρμαρυγή, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία.

Η κατάθλιψη και το παραλήρημα είναι επίσης κοινά στους ηλικιωμένους, συνυπάρχουν με την άνοια και μπορούν επίσης να παρουσιαστούν με γνωσιακή έκπτωση. Η κατάθλιψη είναι συχνό συνοδό νόσημα της πρόωμης άνοιας. Ένας ασθενής με γνωσιακή διαταραχή του οποίου οι διανοητικές λειτουργίες βελτιώνονται με τη θεραπεία των διαταραχών συναισθήματος εμφανίζει πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από μη αντιστρεπτή άνοια στα όψιμα στάδια της ζωής. Το παραλήρημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από όξεια σύγχυση, είναι συχνότερο στους ασθενείς με υποκείμενη άνοια.

► Κλινικά ευρήματα

A. Παρακολούθηση

1. Γνωσιακή διαταραχή—Παρότι δεν υπάρχει επί του παρόντος κοινή συμφωνία για την παρακολούθηση των ηλικιωμένων με άνοια, στα όψιμα της πρόωμης άνοιας συμπεριλαμβάνονται η αναγνώριση των δυνητικά αντιστρέψιμων αιτιών, ο μελλοντικός σχεδιασμός (στον οποίο συμπεριλαμβάνονται οι αξίες και η συμπλήρωση οδηγιών προχωρημένης φροντίδας) και η παροχή υποστήριξης και συμβουλευτικής για τον φροντιστή υγείας.

Ο συνδυασμός της δοκιμασίας σχεδιασμού ενός ρολογιού με την ανάκληση τριών αντικειμένων (γνωστή ως «mini-cog») είναι μια απλή και γρήγορη δοκιμασία παρακολούθησης. Παρότι έχει περιγραφεί ένας αριθμός διαφορετικών μεθόδων για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της δοκιμασίας σχεδιασμού ενός ρολογιού, οι συγγραφείς αυτού του κεφαλαίου τάσσονται υπέρ της προσχεδίασης ενός κύκλου σε μια σελίδα και της πρόσκλησης του ασθενούς να χαράξει συγκεκριμένες ώρες δικήν ρολογιού επάνω στον εν λόγω κύκλο. Τα σκορ ταξινομούνται ως φυσιολογικά, σχεδόν φυσιολογικά ή παθολογικά. Όταν ο ασθενής είναι ικανός να σχεδιάσει ένα ρολόι φυσιολογικά και μπορεί να θυμηθεί τρία αντικείμενα, υπάρχει μικρή πιθανότητα άνοιας. Όταν ο ασθενής αποτυγχάνει σε αυτήν την απλή δοκιμασία, απαιτείται επιπλέον γνωσιακή αξιολόγηση με το ερωτηματολόγιο MMSE (Folstein Mini Mental State Exam) ή άλλο εργαλείο αξιολόγησης.

2. Ικανότητα λήψης αποφάσεων—Είναι συχνό για έναν γνωσιακά διαταραγμένο ηλικιωμένο να καλείται για τη λήψη μιας σοβαρής ιατρικής

απόφασης και για τους κλινικούς ιατρούς που τον φροντίζουν να επιβεβαιώσουν την ικανότητα λήψης αυτής της απόφασης. Παρόλο που δεν υπάρχει μία μοναδική δοκιμασία για την ικανότητα, τα παρακάτω πέντε στοιχεία πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν 1) η ικανότητα έκφρασης μιας επιλογής, 2) η κατανόηση πληροφοριών σχετικών με τους κινδύνους και τα οφέλη μιας σχεδιασμένης θεραπείας και των εναλλακτικών θεραπειών, στο πλαίσιο των προσωπικών αξιών, 3) η κατανόηση του προβλήματος και των συνεπειών του, 4) η ικανότητα αιτιολόγησης και 5) η συνέπεια. Η επιλογή του ασθενούς πρέπει να έπεται λογικά της κατανόησης των συνεπειών.

Η πολιτισμική ευαισθησία πρέπει να χρησιμοποιείται στην εφαρμογή των ανωτέρων πέντε συστατικών για άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Η ικανότητα λήψης αποφάσεων μεταβάλλεται με τον χρόνο: Ένας ασθενής σε παραλήρημα μπορεί να επανακτήσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων μετά τη θεραπεία μιας λοίμωξης, έτσι ώστε η επαναξιολόγηση δεν είναι αναγκαία. Επιπλέον, η ικανότητα λήψης απόφασης είναι συνάρτηση της υπό έλεγχο λειτουργίας. Μια γυναίκα με ήπια άνοια μπορεί να χάσει την ικανότητα συγκατάθεσης σε μια επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, αλλά μπορεί να επανακτήσει την ικανότητα να υποδείξει τη λήψη μιας άλλου τύπου απόφασης.

B. Συμπτώματα και σημεία

Ο κλινικός ιατρός μπορεί να συλλέξει σημαντικές πληροφορίες σε σχέση με τον τύπο της άνοιας ρωτώντας: 1) το ρυθμό επιδείνωσης των ελλειμμάτων όπως επίσης τη φύση τους (συμπεριλαμβανομένων των μεταβολών προσωπικότητας και συμπεριφορικών μεταβολών) 2) την παρουσία λοιπών νευρολογικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερος κινητικών προβλημάτων, 3) παράγοντες κινδύνου για HIV, 4) οικογενειακό ιστορικό άνοιας και 5) φάρμακα, με ιδιαίτερη προσοχή σε πρόσφατες μεταβολές.

Η διερεύνηση καθοδηγείται από την ανίχνευση δυνητικά αντι-τρέψιμων αιτιών άνοιας. Εντούτοις, τέτοιες περιπτώσεις είναι μάλλον σπάνιες. Για μια αναλυτική περιγραφή των διαφορετικών τύπων άνοιας βλέπε Κεφάλαιο 24.

Η νόσος Alzheimer τυπικά παρουσιάζεται με πρώιμα προβλήματα στη μνήμη και οπτικοχωρικές δυνατότητες (π.χ., ο ηλικιωμένος «χάνεται» στο οικογενειακό περιβάλλον, εμφανίζει αδυναμία στον σχεδιασμό ενός γεωμετρικού σχήματος σε χαρτί), εντούτοις η κοινωνικότητα μπορεί να διατηρείται παρά την προχωρημένη γνωσιακή απώλεια. Μεταβολές στην προσωπικότητα και συμπεριφορικές δυσχέρειες (περιπλάνηση, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, επιθετικότητα) μπορούν να εμφανιστούν με την πρόοδο της νόσου. Παισιωδίες, ψευδαισθήσεις και συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονται με την πρόοδο της νόσου. Η νόσος τελικού σταδίου χαρακτηρίζεται από αδυναμία στήριξης κορμού, κεφαλής ή οπτικής ανίχνευσης αντικειμένων, δυσχέρεια στην τροφή και κατάποση, απώλεια βάρους, ακράτεια ούρων και κοπράνων και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού.

Οι «υποφλοιώδεις» άνοιες (π.χ. η άνοια της νόσου Parkinson και κάποιες περιπτώσεις αγγειακής άνοιας) χαρακτηρίζονται από ψυχοκοινωνικής επιβράδυνση, μειωμένη προσοχή, πρώιμη απώλεια λειτουργικότητας και μεταβολές προσωπικότητας.

Η **άνοια των σωματίων Lewy** μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ως παραλήρημα, δεδομένης της συχνής διακύμανσης στη γνωσιακή λειτουργία. Η δυσκαμψία και η βραδυκίνησια είναι τα πρωταρχικά σημεία, ενώ ο τρόμος είναι σπάνιος. Η ανταπόκριση στη θεραπεία με ντοπαμινεργικούς αγωνιστές είναι χαμηλή. Σύνθετες οπτικές ψευδαισθήσεις –με εικόνες ανθρώπων ή ζώων– μπορεί να αποτελέσει ένα πρώιμο χαρακτηριστικό διάκρισης της άνοιας των σωματίων Lewis από τη νόσο Alzheimer. Αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν υπερευαίσθησία στη θεραπεία με νευροληπτικά και οι προσπάθειες θεραπείας των ψευδαισθήσεων μπορούν να οδηγήσουν σε αξιοσημείωτη αύξηση των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων.

Οι **μετωποκορτικικές άνοιες** είναι μια ομάδα νοσημάτων στην

οποία συμπεριλαμβάνονται η νόσος Pick, η άνοια λόγω πλαγίας αμυροτροφικής σκλήρυνσης και άλλες. Οι ασθενείς εκδηλώνουν μεταβολές προσωπικότητας (ευφορία, έλλειψη αναστολών, απάθεια) και καταναγκαστικές συμπεριφορές (ιδιαίτερος ιδιόρρυθμος διατροφικές συνήθειες). Αντίθετα με τη νόσο Alzheimer, η χωροτακτική λειτουργία είναι σχετικά προστατευμένη.

Η **άνοια σε συσχέτιση με κινητικά ευρήματα**, όπως εξωπυραμιδικά ευρήματα ή αταξία, μπορεί να αντιπροσωπεύει μια λιγότερο συχνή διαταραχή (π.χ. προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση, φλοιοβασική γαγγλιονική εκφύλιση, ελαιογεφυροπαρεγκεφαλική ατροφία).

Γ. Κλινική εξέταση

Κατά τη νευρολογική εξέταση δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση της διανοητικής κατάστασης, αλλά πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνεται η εκτίμηση των αισθητηριακών ελλειμμάτων, πιθανών προηγούμενων εμφράκτων, παρκινσονισμού ή περιφερικής νευροπάθειας. Υπενθυμίζεται ότι η κλινική εξέταση θα πρέπει να εστιάζεται στην ανίχνευση συννοσηρότητας που μπορεί να επιδεινώσει την ανικανότητα του ατόμου.

Δ. Εργαστηριακές εξετάσεις

Στις εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει να συμπεριλαμβάνονται η γενική αίματος, οι ηλεκτρολύτες, το ασβέστιο, η κρεατινίνη, η γλυκόζη, τα επίπεδα TSH και βιταμίνης B₁₂, ο έλεγχος για HIV, η δοκιμασία RPR και οι βιοχημικές εξετάσεις ήπατος. Μέσω αυτών των εξετάσεων μπορούν να ληφθούν πληροφορίες για συγκεκριμένους ασθενείς αλλά δεν πρέπει να θεωρούνται μέρος του ελέγχου ρουτίνας.

Ε. Απεικονιστικός έλεγχος

Οι περισσότεροι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε απεικονιστικό έλεγχο ως μέρος της διαγνωστικής προσέγγισης ώστε να αποκλεισθεί υποσκληρίδιο αιμάτωμα, όγκος, προηγμένη έμφρακτο και υδροκέφαλος (συνήθως φυσιολογικής ενδοκράνιας πίεσης). Οι νεότεροι ασθενείς και αυτοί που εμφανίζουν εστιακά νευρολογικά συμπτώματα ή σημεία, επιληπτικές κρίσεις, και διαταραχές στη βάδιση οξείας ή υποξείας έναρξης είναι πιθανότερο να αναδείξουν θετικά ευρήματα και να ωφεληθούν περισσότερο από την απεικόνιση με MRI εγκεφάλου. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με μια περισσότερο κλασική κλινική εικόνα νόσου Alzheimer για τους οποίους απαιτούνται νευροαπεικονιστικές μελέτες, μια CT εγκεφάλου χωρίς της χρήση σκιαγραφικού μέσου είναι συνήθως επαρκής.

► Διαφορική διάγνωση

Οι ηλικιωμένοι βιώνουν περιστασιακά δυσχέρεια στην ανάκληση αντικειμένων από τη μνήμη (συνήθως εκδηλώνεται ως αδυναμία ανάκλησης των λέξεων) και βιώνουν μια επιβράδυνση στον ρυθμό λήψης πληροφοριών. Η **ήπια γνωσιακή διαταραχή** είναι μια ευρέως αναγνωρισμένη κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής παραπονείται για προβλήματα μνήμης, εκδηλώνει ήπιες διαταραχές (συχνότερα στη μνήμη βραχείας διάρκειας) κατά τον τακτικό έλεγχο, αλλά δεν ικανοποιεί τα κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας. Η άνοια θα αναπτυχθεί σε περισσότερο από τον μισό πληθυσμό των ατόμων με ήπια γνωσιακή διαταραχή εντός 5 ετών. Δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς ότι οι αναστολές ακετυλχολινεστεράσης συμβάλλουν στην καθυστέρηση της εξέλιξης της ήπιας γνωσιακής διαταραχής σε νόσο Alzheimer. Ένας ηλικιωμένος ασθενής με σταθερή γνωσιακή κατάσταση αλλά με σοβαρές διαταραχές στην όραση ή στην ακοή συχνά γίνεται συγχυτικός σε ένα ανοίκειο ιατρικό περιβάλλον, με συνέπεια να θεωρείται εσφαλμένα ως ανοίκειος. Η γνωσιακή εξέταση εκτελείται καλύτερα μετά τη μέγιστη διόρθωση των αισθητηριακών διαταραχών.

Το παραλήρημα μπορεί να διακριθεί από την άνοια από την οξεία έναρξη, τη διακύμανση στην κλινική πορεία και από τα ελλείμματα προσοχής σε σχέση με τα αντίστοιχα ελλείμματα μνήμης. Δεδομένου ότι το παραλήρημα και η άνοια συχνά συνυπάρχουν, δεν είναι ίσως ερι-

Πίνακας 10-5. Σύνοψη των ισχυουσών κατευθυντήριων οδηγιών της ACC/AHA για φαρμακευτική αντιμετώπιση του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ) και του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ).¹

Φάρμακο	Θεραπεία ΟΣΣ στην οξεία φάση	Θεραπεία ΟΕΜ στην οξεία φάση	Θεραπεία στην έξοδο από το νοσοκομείο
Ασπιρίνη	IA	IA	IA
Κλοπιδογρέλη σε ασθενείς με αλλεργία στην ασπιρίνη	IA	IC	IA
Κλοπιδογρέλη	IA	—	IA
Κλοπιδογρέλη, σε συνδυασμό με πρώιμο καθετηριασμό και PCI	IA (πριν από ή τη στιγμή της PCI)	IB	IA
Πρασουγρέλη (ως εναλλακτική της κλοπιδογρέλης) για ασταθή στηθάγχη/μη-STEMI ασθενείς που υποβάλλονται σε PCI και για πρωτογενή PCI σε STEMI)	IB ²	IB ²	
Ηπαρίνη (μη κλασματοποιημένη ή χαμηλού μοριακού βάρους)	IA	IC ³	—
Fondaparinux	IB	IC	
Βιβαλιρουδίνη	IB	IB ⁴	
Προσθήκη Gb IIb/IIIa αναστολέων στην κλοπιδογρέλη για ασθενείς υψηλού κινδύνου χωρίς προβλεπόμενη πρώιμη PCI			
Επτιφιβατίδη/τιροφιβάνη	IIbB	—	—
Abciximab	IIIA	—	—
β-αποκλειστές (από του στόματος)	IB	IA	IB
β-αποκλειστές (ενδοφλεβίως) ⁵	IIaB ⁵	IIaB ⁵	
Αποκλειστές μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	IB ⁵	IA/IIaB ⁶	IA/IIaB ⁷
GP IIb/IIIa αναστολείς σε πρώιμη PCI			
Επτιφιβατίδη/τιροφιβάνη	IA	IIaB	—
Abciximab	IA	IIaA	—
Υπολιπιδαιμικοί παράγοντες ⁸	—	—	IA
Συμβουλή για διακοπή του καπνίσματος	—	—	IB
Μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες (εκτός από ασπιρίνη)	IIIC	IIIC	—

¹Η κατηγορία I υποδηλώνει ότι η θεραπεία είναι χρήσιμη και αποτελεσματική, η II υποδηλώνει ότι το βάρος των δεδομένων κλίνει προς την χρησιμότητα/αποτελεσματικότητα, η τάξη IIb υποδηλώνει ότι το βάρος των ενδείξεων δεν είναι σαφώς προσδιορισμένο, και η τάξη III υποδηλώνει ότι η παρέμβαση δεν είναι χρήσιμη/αποτελεσματική και μπορεί να είναι επιβλαβής. Οι συστάσεις επιπέδου A προκύπτουν από τυχαιοποιημένες μελέτες ευρείας κλίμακας, και οι συστάσεις τύπου B από μικρότερες τυχαιοποιημένες μελέτες ή προσεκτικά οργανωμένες αναλύσεις παρατήρησης. ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association—Αμερικανικό Κολλέγιο Καρδιολογίας/Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία.

²Σε ασθενείς STEMI (έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάρπαση του διαστήματος ST) με προηγούμενο ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου και παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου για τους οποίους έχει προγραμματιστεί PCI, η πρασουγρέλη δεν ενδείκνυται ως μέρος του διπλού αντιαιμοπεταλιακού θεραπευτικού σχήματος. (Τάξη III, Επίπεδο ένδειξης: C).

³Η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, η ενδοκαπρίνη ή το fondaparinux έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται (IC) για ένα ελάχιστο διάστημα 48 ωρών, και κατά προτίμηση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, μέχρι και για 8 ημέρες. Η ενδοκαπρίνη ή το fondaparinux προτιμώνται, αν η θεραπεία χορηγείται για περισσότερο από 48 ώρες λόγω του κινδύνου θρομβοκυτταροπενίας που προκαλείται από την ηπαρίνη (IA). Λόγω του κινδύνου θρόμβωσης του καθετήρα, το fondaparinux δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως μοναδικό αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο στην PCI.

⁴Με πρωτογενή PCI, με ή χωρίς προηγηθείσα bolus έγχυση ηπαρίνης.

⁵Για ασθενείς με υπέρταση και χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια, χαμηλή καρδιακή παροχή, αυξημένο κίνδυνο καταπληξίας ή σε αντένδειξη για τη χρήση β αναστολέων.

⁶Για ασθενείς με επίμονη υπέρταση παρά τη χορήγηση θεραπείας, σακχαρώδη διαβήτη, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή οποιαδήποτε δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας.

⁷Για ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή κλάσμα εξώθησης <0,40, Ια για άλλους ασθενείς, επί απουσίας υπότασης (συστολική αρτηριακή πίεση <100 mm Hg). Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτασίνης (βαλαρτάνη ή καντεσартάνη) για ασθενείς με δυσανεξία στους αΜΕΑ.

⁸Για ασθενείς με επίπεδα χοληστερόλης LDL (λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας) >70 mg/dl.

κινδύνου για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο δεν διαπίστωσε όφελος από την έναρξη της επτιφιβατίδης κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, σε σύγκριση με την έναρξη χορήγησης της ίδιας ουσίας κατά τη στιγμή της επεμβατικής στεφανιαίας αγγειογραφίας, με ταυτόχρονα υψηλότερα ποσοστά αιμορραγίας. Επομένως, οι αναστολείς του υποδοχέα της γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa δεν χρειάζεται να χορηγούνται προληπτικά, παρά μόνο κατά τη διάρκεια και ανάλογα με τα ευρήματα της επεμβατικής στεφανιογραφίας.

Η ινωδολυτική θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς χωρίς ανάρπαση του τμήματος ST εφόσον διαθέτουν μία βατή αρτηρία και από τη στιγμή που ο κίνδυνος από την εφαρμογή αυτής της θεραπείας φαίνεται να υπερσκελίζει το όφελος.

Δ. Νιτρογλυκερίνη

Τα νιτρόδη αποτελούν αντισπασμικά φάρμακα πρώτης γραμμής στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα. Η μη παρεντερική χορήγηση με υπογλώσσια σκευάσματα ή δισκία που λαμβάνονται από του στόματος ή ακόμη και η αλοιφή νιτρογλυκερίνης είναι συνήθως επαρκής. Εάν ο πόνος επιμένει ή υποτροπιάσει, θα πρέπει να ξεκινά η ενδοφλεβίως χορήγηση νιτρογλυκερίνης. Η συνήθης αρχική δόση είναι τα 10 mcg/min. Η δοσολογία πρέπει να αυξάνεται κατά 10-20 mcg/min (με μέγιστη δόση τα 200 mcg/min) μέχρι να υποχωρήσει η στηθάγχη ή να μειωθεί η μέση αρτηριακή πίεση κατά 10%. Όταν γίνεται ενδοφλεβίως χορήγηση νιτρογλυκερίνης, απαιτείται προσεκτική — συνήθως συνεχής — κατα-

γραφή της αρτηριακής πίεσης. Θα πρέπει να αποφεύγεται η υπόταση (συστολική ΑΠ <100 mm Hg). Η ανάπτυξη αντοχής στη συνεχή έγχυση νιτρογών είναι συνήθης.

Ε. β-Αποκλειστες

Αυτά τα φάρμακα αποτελούν επίσης μέρος της αρχικής θεραπείας της ασταθούς στηθάγχης, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη στη χορήγησή τους. Οι φαρμακολογικές δράσεις των φαρμάκων αυτής της κατηγορίας εξετάζονται στο Κεφάλαιο 11 και συνοψίζονται στον Πίνακα 11-7. Σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση φαρμάκων με ενδογενή συμπαθητικομιμητική δράση. Τα σκευάσματα που λαμβάνονται από του στόματος είναι επαρκή στους περισσότερους ασθενείς, αλλά με την ενδοφλεβίως χορήγηση μετοπρολόλης που γίνεται σε τρεις δόσεις των 5 mg με μεσοδιαστήματα 5 λεπτών μεταξύ τους επιτυγχάνεται ταχύτερο αποτέλεσμα. Η θεραπεία που χορηγείται από του στόματος πρέπει να αυξάνεται επιθετικά όσο επιτρέπουν τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης.

Ε. Ανταγωνιστές των διαύλων ασβεστίου

Δεν έχει παρατηρηθεί ευνοϊκή επίδραση των ανταγωνιστών των διαύλων ασβεστίου στην έκβαση της ασταθούς στηθάγχης, και γι' αυτό η κατηγορία αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται κυρίως ως επιλογή τρίτης γραμμής σε ασθενείς που εξακολουθούν να παρουσιάζουν συμπτώματα παρά τη λήψη νιτρογών και β-αποκλειστών ή σε ασθενείς στους οποίους αντενδείκνυται η χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων. Αν χορηγούνται νιτρογών αλλά όχι β-αποκλειστές, προτιμάται η διλτιαζέμη ή η βεραπαμίλη, καθώς η νιφεδιπίνη και οι άλλες διυδροπυριδίνες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν ανταντακλαστική ταχυκαρδία ή υπόταση. Η αρχική δοσολογία πρέπει να είναι χαμηλή, αλλά η αύξηση της δόσης για τιτλοποίηση πρέπει να προχωρήσει γρήγορα (Πίνακας 11-9).

ΣΤ. Στατίνες

Η κλινική μελέτη PROVE-IT παρέχει στοιχεία που υποστηρίζουν την έναρξη της χορήγησης μίας στατίνης τις πρώτες ημέρες μετά από ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Σε αυτήν την κλινική μελέτη, η πιο εντατική θεραπεία με ατορβαστατίνη σε δόση 80 mg ημερησίως, ανεξάρτητα από τα επίπεδα της ολικής ή της LDL χοληστερόλης, βελτίωσε την έκβαση συγκριτικά με τη χορήγηση παραβαστατίνης σε δόση 40 mg ημερησίως, με τις καμπύλες θανάτου ή εμφάνισης μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος να διαχωρίζονται ήδη από τον 3 μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας.

► Ενδείξεις για στεφανιαία αγγειογραφία

Για ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς ανόσπασση του ST, η διαστρωμάτωση του κινδύνου είναι σημαντική για τον προσδιορισμό της έντασης της περίθαλψης. Ορισμένες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης αναστολέων γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa, ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους και πρώιμου επεμβατικού καθετηριασμού, έχει φανερό ότι έχουν το μεγαλύτερο όφελος σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Όπως υπογραμμίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες της ACC/AHA, οι ασθενείς με οποιαδήποτε χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου (Πίνακας 10-6) χρειάζονται σε γενικές γραμμές μια πρώιμη επεμβατική προσέγγιση με καθετηριασμό και επαναγγείωση. Για ασθενείς χωρίς χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου κατά την εισαγωγή ή από το ιστορικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια επεμβατική ή μη προσέγγιση ανάλογα με τα αποτελέσματα της δοκιμασίας κόπωσης (ή φαρμακευτικού stress για ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε αυτή τη διαδικασία) για την αναγνώριση ασθενών με υπολειπόμενη ισχαιμία ή/και υψηλού κινδύνου.

Δύο εργαλεία διαστρωμάτωσης του κινδύνου είναι διαθέσιμα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν παρά την κλίση του ασθενούς, η κλίμακα

κινδύνου TIMI και η κλίμακα κινδύνου GRACE. Η κλίμακα TIMI περιλαμβάνει 9 παραμέτρους: ηλικία ≥ 65 έτη, τρεις ή περισσότεροι καρδιακοί παράγοντες κινδύνου, προηγούμενη στένωση των στεφανιαίων $\geq 50\%$, κατάσπαση του διαστήματος ST, δύο επεισόδια στηθάγχης τις προηγούμενες 24 ώρες, λήψη ακετυλοσαλικυλικού οξέος τις τελευταίες 7 ημέρες, και αυξημένος καρδιακός δείκτης. Η κλίμακα κινδύνου GRACE, η οποία απευθύνεται σε ασθενείς με ή χωρίς ανόσπασση του ST, περιλαμβάνει την τάξη Killip, την ΑΠ, την απόκλιση του ST, την καρδιακή ανακοπή κατά την προσέλευση στο νοσοκομείο, την κρεατινίνη ορού, την αυξημένη (CK)-MB ή την τροπονίνη και τον καρδιακό ρυθμό. Η κλίμακα TIMI είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα <http://www.timis.org> και η GRACE στην ιστοσελίδα http://www.outcomes-umassmed.org/GRACE/acs_risk.cfm.

► Παραπομπή του ασθενούς σε ειδικό

Όλοι οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου πρέπει να παραπέμπονται σε καρδιολόγο.

Anderson JL et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons; endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *Circulation*. 2007 Aug 14;116(7):e148-304. [PMID: 17679616]

Boersma E et al. Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in acute coronary syndromes: a meta-analysis of all major randomised clinical trials. *Lancet*. 2002 Jan 19;359(9302):189-98. [PMID: 11812552]

FUTURA/OASIS-8 Trial Group; Steg PG et al. Low-dose vs standard-dose unfractionated heparin for percutaneous coronary intervention in acute coronary syndromes treated with fondaparinux: the FUTURA/OASIS-8 randomized trial. *JAMA*. 2010 Sep 22;304(12):1339-49. [PMID: 20805623]

Granger CB et al; Global Registry of Acute Coronary Events Investigators. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2003 Oct 27;163(19):2345-53. [PMID: 14581255]

Greenhalgh J et al. Drug-eluting stents versus bare metal stents for angina or acute coronary syndromes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 May 12;5:CD004587. [PMID: 20464732]

Hirsch A et al; Invasive versus Conservative Treatment in Unstable coronary Syndromes (ICTUS) investigators. Long-term outcome after an early invasive versus selective invasive treatment strategy in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome and elevated cardiac troponin T (the ICTUS trial): a follow-up study. *Lancet*. 2007 Mar 10;369(9564):827-35. [PMID: 17350451]

Hoenig MR et al. Early invasive versus conservative strategies for unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction in the stent era. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD004815. [PMID: 20238333]

Mehta SR et al; TIMACS Investigators. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2009 May 21;360(21):2165-75. [PMID: 19458363]

Task Force for Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of European Society of Cardiology; Bassand JP et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2007 Jul;28(13):1598-660. [PMID: 17569677]

Thygesen K et al; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2007 Oct;28(20):2525-38. [PMID: 17951287]

Wiviott SD et al; TITRON-TIMI 38 Investigators. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2007 Nov 15;357(20):2001-15. [PMID: 17982182]

Yusuf S et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med*. 2001 Aug 16;345(7):494-502. [PMID: 11519503]

Yusuf S et al; Fifth Organization to Assess Strategies in Acute Ischemic Syndromes Investigators. Comparison of fondaparinux and enoxaparin in acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2006 Apr 6;354(14):1464-76. [PMID: 16537663]

Πίνακας 10-6. Ενδείξεις για καθετηριασμό και διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση.¹

Οξεία στεφανιαία σύνδρομα (ασταθής στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση ST)	
Κατηγορία I	Πρώιμη επεμβατική προσέγγιση για οποιονδήποτε από τους παρακάτω δείκτες υψηλού κινδύνου:
	Υποτροπιάζουσα στηθάγχη/ισχαιμία στην ηρεμία ή με μικρή δραστηριότητα
	Αυξημένη τροπονίνη
	Κατάσπαση ST
	Υποτροπιάζουσα ισχαιμία με ενδείξεις συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας
	Κλάσμα εξώθησης <40%
	Αιμοδυναμική αστάθεια
	Επίμονη κοιλιακή ταχυκαρδία
	PCI εντός των τελευταίων 6 μηνών
	Προηγηθείσα CABG
	Αποτέλεσμα δοκιμασίας κόπωσης που υποδηλώνει υψηλό κίνδυνο
	Επί απουσίας αυτών των ευρημάτων, είτε πρώιμη συντηρητική είτε πρώιμη επεμβατική προσέγγιση
Κατηγορία IIa	Πρώιμη επεμβατική προσέγγιση για ασθενείς με επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξέων στεφανιαίων συνδρόμων παρά τη χορήγηση θεραπείας
Κατηγορία III	Εκτεταμένη συννοσηρότητα σε ασθενείς όπου το όφελος της επαναγγείωσης δεν είναι πιθανόν να υπερσκελίσει τους κινδύνους
	Οξύ θωρακικό άλγος με χαμηλή πιθανότητα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου
Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μετά από ινωδολυτική θεραπεία (2009 ACC/AHA Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου — Ενημέρωση Κατευθυντήριων οδηγιών)	
Κατηγορία I	Υποτροπιάζουσα ισχαιμία (αυτόματη ή προκλητή)
	Υποτροπιάζον έμφραγμα μυοκαρδίου
	Καρδιογενής καταπληξία ή αιμοδυναμική αστάθεια
Κατηγορία IIa	Λογική η μεταφορά ασθενών υψηλού κινδύνου που αντιμετωπίζονται με ινωδολυτική θεραπεία σε κέντρο για PCI το συντομότερο δυνατόν, ώστε να γίνει εγκαίρως διαγνωστική αγγειογραφία και επαναγγείωση (επίπεδο ένδειξης: Β)
Κατηγορία IIb	Εξέταση του ενδεχομένου για μεταφορά ασθενών μη υψηλού κινδύνου που αντιμετωπίζονται με ινωδολυτική θεραπεία σε PCI κέντρο, ιδιαίτερα αν τα ισχαιμικά συμπτώματα επιμένουν και υπάρχει υποψία αποτυχίας στην επαναμείωση.

¹ Η τάξη I υποδηλώνει ότι η θεραπεία είναι χρήσιμη και αποτελεσματική, η IIa υποδηλώνει ότι το βάρος των δεδομένων κλίνει προς τη χρησιμότητα/αποτελεσματικότητα, η τάξη IIb υποδηλώνει ότι το βάρος των ενδείξεων δεν είναι σαφώς προσδιορισμένο, και η τάξη III υποδηλώνει ότι η παρέμβαση δεν είναι χρήσιμη/αποτελεσματική και μπορεί να είναι επιβλαβής. Οι συστάσεις επιπέδου ένδειξης A προέρχονται από τυχαίοποιημένες μελέτες μεγάλης κλίμακας και οι συστάσεις επιπέδου Β από προσεκτικά διεξαχθείσες αναλύσεις που στηρίζονται σε παρατήρησηση. ACC/AHA: Αμερικανικό Κολέγιο Καρδιολογίας (American College of Cardiology)/Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association), CABG: Αορτοστεφανιαία παράκαμψη — (coronary artery bypass grafting), PCI: διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (percutaneous coronary intervention).

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- ▶ Αιφνίδια αλλά όχι στιγμιαία εμφάνιση παρατεταμένης (διάρκειας >30 λεπτά) δυσφορίας στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα (πολλές φορές αναφέρεται ως «φούσκωμα» ή συσφιγκτικό αίσθημα) που μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες, υπόταση, καταπληξία ή καρδιακή ανεπάρκεια.
- ▶ Μερικές φορές είναι ανώδυνο και εκδηλώνεται συγκαλυμμένα ως ΣΚΑ, συγκοπή, εγκεφαλικό επεισόδιο ή καταπληξία.
- ▶ ΗΚΓ: Ανάσπαση του ST ή αποκλεισμός αριστερού σκέλους.
- ▶ Απαιτείται άμεση θεραπεία επαναμείωσης.
- ▶ Η αρχική διαδερμική παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία μέσα σε 90 λεπτά από την πρώτη επαφή με ιατρό αποτελεί το στόχο και είναι ανώτερη της ινωδολυσης.
- ▶ Η ινωδολυση μέσα σε 30 λεπτά από την προσέλευση στο νοσοκομείο και μέσα σε 6-12 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων ελαττώνει τη θνητότητα.

► Γενικές εκτιμήσεις

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST προκύπτει, στις περισσότερες περιπτώσεις από την απόφραξη στεφανιαίου αγγείου από θρόμβο, στο σημείο που προϋπήρχε (χωρίς απαραίτητα σοβαρή στένωση) αθηροσκληρωτική πλάκα. Σπανιότερα, το έμφρακτο μπορεί να προκύψει από παρατεταμένο αγγειοσπασμο, ανεπαρκή αιματική ροή (π.χ. υπόταση), ή υπερβολικές μεταβολικές απαιτήσεις. Πολύ σπάνια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να προκληθεί από εμβολική απόφραξη, αγγειίτιδα, διαχωρισμό αορτικής ρίζας ή στεφανιαίου αγγείου ή αορτίτιδα. Η κοκαΐνη αποτελεί αίτιο εμφράγματος, που θα πρέπει να εξετάζεται σε νεαρά άτομα χωρίς παράγοντες κινδύνου. Μία κατάσταση που μπορεί να μιμηθεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST είναι η μυοκαρδιοπάθεια από στρες (αναφέρεται επίσης ως Tako-Tsubo) (βλέπε παρακάτω).

Η ανάσπαση του ST υποδηλώνει την ύπαρξη οξείας απόφραξης των στεφανιαίων και για τον λόγο αυτό απαιτεί άμεση θεραπεία επαναμείωσης.

► Κλινικά ευρήματα

A. Συμπτώματα

1. Προειδοποιητικός πόνος—Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ιστορικό μεταβολής των χαρακτήρων της στηθάγχης πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων του εμφράγματος του μυοκαρδίου, με κλασική μεταβολή την εμφάνιση στηθάγχης σε συνθήκες ελάχιστης κόπωσης ή σε συνθήκες ηρεμίας.

2. Πόνος του εμφράγματος—Σε αντίθεση με τα επεισόδια στηθάγχης, τα περισσότερα εμφράγματα συμβαίνουν εν ηρεμία και συνηθέστερα χωρίς το πρωί. Ο πόνος είναι παρόμοιος με τη στηθάγχη ως προς την εντόπιση και την ακτινοβολία, αλλά μπορεί να είναι πιο δυνατός και εντείνεται γρήγορα ή κατά κύματα φτάνοντας σε μέγιστη ένταση σε διάστημα λίγων λεπτών ή και περισσότερο. Η νιτρογλυκερίνη δεν είναι αποτελεσματική. Ακόμη και τα οπιοειδή μπορεί να μην ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο.

3. Συνοδά συμπτώματα—Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν εφίδρωση, αίσθημα αδυναμίας, ανησυχία και αλλάζουν θέση, προκειμένου να βρουν μια στάση που τους ανακουφίζει. Δεν προτιμούν να καθίσουν ήρεμα σε μια θέση. Ακόμα, είναι πιθανόν να εμφανίσουν ζάλη, συγκοπή, δύσπνοια, ορθόπνοια, βήχα, ναυτία και έμετο ή μετεωρισμό κοιλίας, μεμονωμένα ή σε διαφόρους συνδυασμούς.

4. Ανώδυνο έμφραγμα—Το ένα-τρίτο των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν παρουσιάζει θωρακικό πόνο και, επομένως,

Πίνακας 15-1. Αίτια ναυτίας και εμέτου.

Σπλαγχνική προσαγωγός διέγερση	<p>Λοιμώξεις Μηχανική απόφραξη Απόφραξη γαστρικής εξόδου: πεπτικό έλκος, κακοήθεια, γαστρική συστροφή Απόφραξη λεπτού εντέρου: συμφύσεις, κήλες, συστροφή, νόσος Crohn, καρκινωμάτων</p> <p>Διαταραχές κινητικότητας Γαστροπάρεση: διαβητική, φαρμακευτική, μετά από ιογενείς λοιμώξεις, μετά από βαγοτομή Λεπτό έντερο: σκληροδερμία, αμυλοείδωση, χρόνια εντερική ψευδοαπόφραξη, οικογενείς μυονευροπάθειες</p> <p>Περιτοναϊκός ερεθισμός Περιτονίτιδα: διατήρηση σπλάγχνου, σκωληκοειδίτιδα, αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα Ιογενής γαστρεντερίτιδα: Ιοί Norwalk, ροταϊοί «Φαρμακευτική δηλητηρίαση»: τοξίνες των <i>Bacillus cereus</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Clostridium perfringens</i> Ηπατίτιδα Α ή Β Οξείες συστηματικές λοιμώξεις</p> <p>Παθήσεις ήπατος – χοληφόρων ή παγκρέατος Οξεία παγκρεατίτιδα Χολοκυστίτιδα ή χοληδοχολιθίαση</p> <p>Τοπικοί ερεθιστικοί παράγοντες γαστρεντερικού σωλήνα Αλκοόλ, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, χορηγούμενα αντιβιοτικά από του στόματος</p> <p>Μετεγχειρητικά Άλλα αίτια Καρδιακή νόσος: οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια Ουρολογική νόσος: λίθοι, πυελονεφρίτιδα</p>
Διαταραχές κεντρικού νευρικού συστήματος	<p>Διαταραχές λαβυρίνθου Λαβυρινθίτιδα, σύνδρομο Meniere, ναυτία ταξιδιού, ημικρανία</p> <p>Αυξημένη ενδοκράνια πίεση Όγκοι κεντρικού νευρικού συστήματος, υποσκληρίδια ή υπαραχνοειδής αιμορραγία</p>
Ημικρανία	<p>Λοιμώξεις Μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα</p> <p>Ψυχογενείς Προκαταβολικός έμετος, βουλιμία, ψυχιατρικές διαταραχές</p>
Ερεθισμός της ζώνης διέγερσης των χημειούποδοχών	<p>Χημειοθεραπεία κατά των όγκων Ουσίες και φάρμακα Αναστολείς διαύλων ασβεστίου Οπισοειδή Αντιεπιληπτικά Αντιπαρκινσονικά φάρμακα β-αναστολείς, αντιαρρυθμικά, διγοξίνη Νικοτίνη</p> <p>Ακτινοθεραπεία Συστηματικές διαταραχές Διαβητική κετοξέωση Ουραιμία Φλοιοεπινεφριδική κρίση Νόσος παραθυρεοειδών αδένων Υποθυρεοειδισμός Εγκυμοσύνη Παρανεοπλασματικά σύνδρομα</p>

κοιλίας ή με CT κοιλίας. Τα πιθανά αίτια που προέρχονται από διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος διερευνώνται καλύτερα με CT εγκεφάλου ή μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου.

► Επιπλοκές

Οι επιπλοκές του εμέτου περιλαμβάνουν την αφυδάτωση, την υποκαλιαιμία, τη μεταβολική αλκάλωση, την εισρόφηση, τη ρήξη του οισοφάγου (σύνδρομο Boerhaave) και την αιμορραγία η οποία οφείλεται σε ρήξη του βλεννογόνου στην καρδιοοισοφαγική συμβολή (σύνδρομο Mallory-Weiss).

► Θεραπεία

A. Γενικά μέτρα

Οι περισσότερες αιτίες οξείας έμεσης είναι ήπιες και αυτοπεριοριζόμενες και δεν χρήζουν ειδικής θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να λαμβά-

νουν καθαρά υγρά (ζωμούς, τσάι, σούπες, ανθρακούχα αναψυκτικά) και μικρές ποσότητες ξηρής τροφής (κράκερ). Για τις περιπτώσεις σοβαρότερων εμέτων, μπορεί να απαιτηθεί η νοσηλεία του ασθενούς. Οι ασθενείς με αδυναμία λήψης τροφής και με απώλεια γαστρικών υγρών μπορεί να αφυδατωθούν και να εμφανίσουν υποκαλιαιμία με μεταβολική αλκάλωση. Η ενδοφλεβίως χορήγηση διαλύματος 0,45% χλωριούχου νατρίου με προσθήκη χλωριούχου καλίου σε περιεκτικότητα 20 mEq/L εφαρμόζεται στις περισσότερες περιπτώσεις για την ενυδάτωση των ασθενών. Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα στην περίπτωση μηχανικής απόφραξης του στομάχου ή του λεπτού εντέρου ανακουφίζει τον ασθενή και επιτρέπει την καταγραφή της απώλειας υγρών.

B. Αντιεμετικά φάρμακα

Φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν είτε για να προλάβουν είτε για να αντιμετωπίσουν τον έμετο (βλέπε πιο πάνω). Οι συνδυασμοί φαρμά-

Πίνακας 15-2. Συνήθη αντιεμετικά δοσολογικά σχήματα.

	Δοσολογία	Οδός
Ανταγωνιστές 5-HT₃ σεροτονίνης		
Ονδανσετρόνη	4-8 mg δύο φορές ημερησίως για μετεγχειρητική ναυτία και εμετό	IV, PO
	8 mg δύο φορές ημερησίως για μετρίου βαθμού εμετογόνο χημειοθεραπεία	IV, PO
	24 mg για σοβαρού βαθμού εμετογόνο χημειοθεραπεία	IV, PO
Γκρανισετρόνη	1 mg μία φορά ημερησίως	IV
	1-2 mg μία φορά ημερησίως	PO
Δολασετρόνη	100 mg μία φορά ημερησίως	PO
	12,5 mg μετεγχειρητικώς	IV
Παλονοσετρόνη	0,25 mg εφάπαξ σε μία δόση 30 λεπτά πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας	IV
	0,5 mg εφάπαξ σε μία δόση	PO
Κορτικοστεροειδή		
Δεξαμεθαζόνη	4 mg μία φορά ημερησίως προ ναρκώσεως για την πρόληψη μετεγχειρητικής ναυτίας και έμετου	IV, PO
	8 mg μία φορά ημερησίως επί χημειοθεραπείας	IV, PO
Μεθυλπρεδνιζολόνη	40-100 mg μία φορά ημερησίως	PO, IM, IV
Ανταγωνιστές υποδοχέων ντοπαμίνης		
Μετοκλοπραμίδη	10-20 mg ή 0,5 mg/kg κάθε 6-8 ώρες	IV
	10-20 mg κάθε 6-8 ώρες	PO
Προχλωροπεραζίνη	5-10 mg κάθε 4-6 ώρες	PO, IM, IV
	25 mg υπόθετο κάθε 6 ώρες	PR
Προμεθαζίνη	12,5-25 mg κάθε 6-8 ώρες	PO, IV
	25 mg κάθε 6-8 ώρες	PR
Τριμεθοβενζαμίδη	250 mg κάθε 6-8 ώρες	PO
	200 mg κάθε 6-8 ώρες	IM
Ηρεμιστικά		
Διαζεπάμη	2-5 mg κάθε 4-6 ώρες	PO, IV
Λοραζεπάμη	1-2 mg κάθε 4-6 ώρες	PO, IV
Ανταγωνιστές υποδοχέων νευροκινίνης¹		
Απρεπιτάντη	125 mg μία φορά πριν από τη χημειοθεραπεία, στη συνέχεια 80 mg την ημέρα 1 και 2 μετά τη χημειοθεραπεία	PO
Φοζαπρεπιτάντη	115 mg μία φορά 30 λεπτά πριν από τη χημειοθεραπεία	IV

IV=ενδοφλεβίως, PO=από του στόματος, IM=ενδομυϊκώς, PR=από του ορθού. Οι ανταγωνιστές υποδοχέων νευροκινίνης χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για πολύ εμετογενικά σχήματα σε συνδυασμό με ανταγωνιστές 5-HT₃ ή με δεξαμεθαζόνη ή και με τα δύο.

κων διαφορετικών κατηγοριών μπορούν να πετύχουν μεγαλύτερη ανακούφιση των συμπτωμάτων με μικρότερη συνολικά τοξικότητα σε ορισμένους ασθενείς. Ο Πίνακας 15-2 περιγράφει τα συχνότερα δοσολογικά σχήματα αντιεμετικών.

1. Ανταγωνιστές των υποδοχέων σεροτονίνης 5-HT₃—Οι ουσίες ονδανσετρόνη, γκρανισετρόνη, δολασετρόνη και παλονοσετρόνη, όταν χορηγούνται πριν τη θεραπεία, είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη των εμέτων που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Παρ' όλο που οι ανταγωνιστές των 5-HT₃ υποδοχέων είναι αποτελεσματικοί ως μονοθεραπεία για τη πρόληψη της ναυτίας και των εμέτων που προκαλούνται από χημειοθεραπεία, η αποτελεσματικότητά τους ενισχύεται από το συνδυασμό τους με ένα κορτικοστεροειδές (δεξαμεθαζόνη) και ανταγωνιστές NK₁-υποδοχέων (βλέπε παρακάτω). Οι ανταγωνιστές σεροτονίνης χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για τη πρόληψη της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτων λόγω των αυξανόμενων περιορισμών της χρήσης άλλων αντιεμετικών παραγόντων (όπως η δροπεριδόλη).

2. Κορτικοστεροειδή—Τα κορτικοστεροειδή (λ.χ. δεξαμεθαζόνη) έχουν αντιεμετικές ιδιότητες, αλλά ο μηχανισμός για τις δράσεις αυτές είναι άγνωστος. Οι παράγοντες αυτοί ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των ανταγωνιστών των υποδοχέων της σεροτονίνης στην πρόληψη της οξείας και όψιμης ναυτίας και εμέτου, σε ασθενείς που λαμβάνουν μετρίως έως ισχυρά εμετογενή χημειοθεραπευτικά σχήματα.

3. Ανταγωνιστές των υποδοχέων της νευροκινίνης—Η απρεπιτάντη και η φοζαπρεπιτάντη είναι εξαιρετικά εκλεκτικοί ανταγωνιστές των NK₁ υποδοχέων στην έσχατη πτέρυγα. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδή και ανταγωνιστές της σεροτονίνης για την πρόληψη της οξείας και όψιμης ναυτίας και εμέτου, που προκαλείται από ισχυρά εμετογενή χημειοθεραπευτικά σχήματα. Η συνδυαστική θεραπεία με ανταγωνιστή υποδοχέα νευροκινίνης 1 προλαμβάνει την οξεία έμεση σε ποσοστό 80-90% και την όψιμη έμεση σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% των ασθενών, στους οποίους εφαρμόζονται ισχυρές εμετογενείς αγωγές.

4. Ανταγωνιστές ντοπαμίνης—Οι φαινοθειαζίνες, οι βουτυροφαίνονες και οι υποκατεστημένες βενζαμίδες έχουν αντιεμετικές ιδιότητες λόγω ντοπαμινεργικού αποκλεισμού και ηρεμιστικής δράσης. Οι μεγάλες δόσεις αυτών των ουσιών συνοδεύονται από αντιντοπαμινεργικές παρενέργειες στις οποίες περιλαμβάνονται εξωπυραμιδικές αντιδράσεις και κατάθλιψη. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται σε διάφορες καταστάσεις. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις παράτασης του QT που οδηγεί σε κοιλιακή ταχυκαρδία (torsades de pointes) σε πολλούς ασθενείς που λαμβάνουν δροπεριδόλη και γι' αυτό δεν συστήνεται πλέον ως αντιεμετικός παράγοντας.

5. Αντιισταμινικά και αντιχολινεργικά—Τα φάρμακα αυτά (π.χ. μεκλιζίνη, διμενυδρινάτη, διαδερμική σκοπολαμίνη) μπορεί να φανούν χρήσιμα στην πρόληψη του εμέτου που οφείλεται στη διέγερση του λαβυρίνθου, δηλ. νόσος του ταξιδιού, ίλιγγος και ημικρανίες. Μπορεί να προκαλέσουν υπνηλία. Ο συνδυασμός από του στόματος βιταμίνης Β6 και δοξυλαμίνης προτείνεται από το American College of Obstetricians and Gynecologists ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη ναυτία και τους εμέτους κατά τη διάρκεια της κύησης.

6. Ηρεμιστικά φάρμακα—Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του ψυχογενούς εμέτου και για την αναστολή επίκειμένου εμέτου.

7. Κανναβινοειδή—Η μαριχουάνα έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως ορεξιογόνο και αντιεμετικό. Η καθαρή Δ⁹-τετραυδροκανναβινόλη (THC) αποτελεί το κύριο δραστικό συστατικό στη μαριχουάνα και είναι διαθέσιμο με ιατρική συνταγή ως δροναβινόλη. Σε δόσεις 5-15 mg/m², η δροναβινόλη από του στόματος είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ναυτίας από χημειοθεραπεία, αλλά στους περισσότερους ασθενείς συνοδεύεται από παρενέργειες από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

- Le TP et al. Update on the management of postoperative nausea and vomiting and postdischarge nausea and vomiting in ambulatory surgery. *Anesthesiol Clin*. 2010 Jun;28(2):225-49. [PMID: 20488392]
- Niebyl JR. Clinical Practice. Nausea and vomiting in pregnancy. *N Engl J Med*. 2010 Oct 15;363(16):1544-50. [PMID: 20942670]
- Roila F et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. *Ann Oncol*. 2010 May;21(Suppl 5):v232-43. [PMID: 20555089]

ΛΟΞΥΓΚΑΣ

Αν και συνήθως αποτελεί καλοήγη και αυτοπεριοριζόμενη ενόχληση, ο λόξυγκας μπορεί να είναι επίμονος και να αποτελεί σημείο υποκείμενης σοβαρής νόσου. Σε ασθενείς σε μηχανικό αερισμό, ο λόξυγκας μπορεί να πυροδοτήσει έναν πλήρη αναπνευστικό κύκλο και να οδηγήσει σε αναπνευστική αλκάλωση.

Τα αίτια του καλοήθους αυτοπεριοριζόμενου λόξυγκας περιλαμβάνουν τη γαστρική διάταση (ανθρακούχα αναψυκτικά, κατάποση αέρα, λήψη μεγάλης ποσότητας τροφής), ξαφνικές αλλαγές της θερμοκρασίας (ζεστά και στη συνέχεια κρύα ποτά, ζεστό και μετά κρύο μπάνιο), λήψη αλκοόλ και καταστάσεις αυξημένης συγκίνησης (ενθουσιασμός, άγχος, γέλιο). Υπάρχουν πάνω από 100 αίτια του επίμονου ή υποτροπιάζοντος λόξυγκας, τα οποία διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

Αίτια από το κεντρικό νευρικό σύστημα: Νεοπλασμάτα, λοιμώξεις, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τραύμα.

Μεταβολικά αίτια: Ουραμία, υποκαπνία (υπεραερισμός).

Ερεθισμός του πνευμονογαστρικού ή φρενικού νεύρου: (1) Κεφαλή, τράχηλος: Ξένο σώμα στο αφτί, βρογχικήλη, νεοπλασμάτα. (2) Θώρακας: Πνευμονία, εμπύημα, νεοπλασμάτα, έμφραγμα μυοκαρδίου, περικαρδίτιδα, ανεύρυσμα, απόφραξη οισοφάγου, οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση. (3) Κοιλιά: Υποδιαφραγματικό απόστημα, ηπατομεγαλία, ηπατίτιδα, χολοκυστίτιδα, γαστρική διάταση, γαστρικό νεόπλασμα, παγκρεατίτιδα ή παγκρεατική κακοήθεια.

Χειρουργικά αίτια: Γενική αναισθησία, μετεγχειρητικά.

Ψυχογενή και ιδιοπαθή αίτια.

► Κλινικά ευρήματα

Η εκτίμηση του ασθενούς με επίμονο λόξυγκας περιλαμβάνει μια λεπτομερή νευρολογική εξέταση, κρεατινίνη ορού, ηπατικές βιοχημικές δοκιμασίες και ακτινογραφία θώρακα. Όταν το αίτιο παραμένει αδιευκρίνιστο, η αξονική τομογραφία κεφαλής, θώρακα και κοιλιάς, το υπερηχογράφημα καρδιάς, η βρογχοσκόπηση και η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος μπορεί να αποδειχθούν βοηθητικές. Κατά περίπτωση, ο λόξυγκας μπορεί να είναι ετερόπλευρος. Σε αυτήν την περίπτωση η ακτινοσκόπηση του θώρακα θα θέσει τη διάγνωση.

► Θεραπεία

Μια σειρά απλών μέτρων μπορεί να είναι χρήσιμη σε ασθενείς με οξύ καλοήγη λόξυγκας. (1) Ερεθισμός του ρινοφάρυγγα με έλξη της γλώσσας, άρση της σταφυλής με ένα κουτάλι, ερεθισμός του ρινοφάρυγγα με καθετήρα ή λήψη 1 κουταλιού ξηρής ζάχαρης σε μορφή κόκκων. (2) Διακοπή του αναπνευστικού κύκλου με συγκράτηση της αναπνοής, χειρισμό του Valsalva, πταρμό, κραυγή (πρόκληση φόβου) ή αναπνέοντας μέσα σε μια σακούλα. (3) Ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου, μάλαξη καρωτικού κόλπου. (4) Ερεθισμός του διαφράγματος πλησιάζοντας και συγκρατώντας τα γόνατα στον θώρακα ή με συνεχή θετική εκπνευστική πίεση κατά τη διάρκεια του μηχανικού ερεθισμού. (5) Ανακούφιση της γαστρικής διάτασης με ερυγές ή εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.

Διάφορα φάρμακα έχουν προταθεί ως αποτελεσματικά για τη θεραπεία του λόξυγκας. Η χλωροπρομαζίνη σε δόση 25-50 mg από του στόματος ή ενδομυϊκώς είναι το συχνότερα χορηγούμενο. Άλλα φάρμακα που έχουν αναφερθεί ως αποτελεσματικά περιλαμβάνουν τα αντιεπιληπτικά (φαινοτοΐνη, καρβαμαζεπίνη), τις βενζοδιαζεπίνες

(λοραζεπάμη, διαζεπάμη), τη μετοκλοπραμίδη, τη βακλοφαίνη, την γκαμπαπεντίνη και σπανίως τη γενική αναισθησία.

- Pechlivanis I et al. A healthy man with intractable hiccups. *J Clin Neurosci*. 2010 Jun;17(6):781-3. [PMID: 20359895]
- Turkylmaz A et al. Use of baclofen in the treatment of esophageal stent-related hiccups. *Ann Thorac Surg*. 2008 Jan;85(1):328-30. [PMID: 18154840]

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Δυσκοιλιότητα παρουσιάζεται στο 10-15% των ενηλίκων και αποτελεί συχνή αιτία επίσκεψης ιατρικής εκτίμησης. Παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες. Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν προδιάθεση λόγω συννοσηρών καταστάσεων, λήψης φαρμάκων, άσχημων διατροφικών συνηθειών, μειωμένης κινητικότητας και σε μερικές περιπτώσεις λόγω αδυναμίας να κάτσουν σε τουαλέτα (κλινήρεις ασθενείς). Το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση του ασθενούς είναι να διευκρινισθεί τι σημαίνει «δυσκοιλιότητα». Οι ασθενείς μπορεί να ορίζουν τη δυσκοιλιότητα ως αραιές κενώσεις (λιγότερες από τρεις την εβδομάδα), ως σκληρά κόπρανα, ως υπερβολική προσπάθεια για την αφόδευση ή ως αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου. Ο Πίνακας 15-3 συνοψίζει τα ποικίλα αίτια δυσκοιλιότητας που παρουσιάζονται παρακάτω.

► Αιτιολογία

A. Πρωτοπαθής δυσκοιλιότητα

Η πλειοψηφία των ασθενών με δυσκοιλιότητα παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν μπορούν να αποδοθούν σε καμία δομική ανωμαλία ή

Πίνακας 15-3. Αίτια δυσκοιλιότητας στους ενήλικες.

Πλέον συνήθη

Ανεπαρκής λήψη φυτικών ινών ή υγρών
Κακές εντερικές συνήθειες

Συστηματική πάθηση

Ενδοκρινική: υποθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης
Μεταβολική: υποκαλιαιμία, υπερασβεταϊμία, ουραμία, πορφυρία
Νευρολογική: Νόσος Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβη ιερού νεύρου (προηγούμενο χειρουργείο στην πύελο, όγκος), παραπληγία, αυτόνομη νευροπάθεια

Φάρμακα

Ναρκωτικά
Διουρητικά
Αναστολείς διαύλων αβσετίου
Αντιχολινεργικά
Ψυχοτρόπα
Συμπληρώματα ασβετίου και σιδήρου
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
Κλονιδίνη
Σουκραλφάτη
Χολεστυραμίνη

Δομικές ανωμαλίες

Ορθοπρωκτικές: πρόπτωση ορθού, ορθοκίλη, εγκολεασμός ορθού, ορθοπρωκτική στένωση, ραγάδα πρωκτού, σύνδρομο μονήρους έλκους ορθού
Πτώση περινέου
Μάζα παχέος εντέρου με απόφραξη: αδενοκαρκίνωμα
Στένωση παχέος εντέρου: ακτινοβολία, ισχαιμία, εκκολπώματωση
Νόσος του Hirschprung
Ιδιοπαθές μεγαορθό

Βραδεία εντερική διέλευση

Ιδιοπαθής: περιοριζόμενη στο κόλον μόνο
Ψυχογενής
Διαταραχές λήψης τροφής
Χρόνια εντερική ψευδο-απόφραξη

Δυσλειτουργία πευλικού εδάφους Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

20

Μυοσκελετικές και ανοσολογικές παθήσεις

David B. Hellmann, MD, MACP, John B. Imboden Jr., MD

► Διάγνωση και αξιολόγηση

Α. Εξέταση του ασθενούς

Στον ασθενή με αρθρίτιδα, τα δύο κλινικά στοιχεία που είναι πιο χρήσιμα για τη διάγνωση είναι ο **τύπος της αρθρικής προσβολής** και η **παρουσία ή η απουσία εξωαρθρικών εκδηλώσεων**. Ο τύπος της αρθρικής προσβολής καθορίζεται από τις απαντήσεις σε τρεις ερωτήσεις: (1) Υπάρχει φλεγμονή; (2) Πόσες αρθρώσεις πάσχουν; (3) Ποιες αρθρώσεις προσβάλλονται; Η φλεγμονή της άρθρωσης εκδηλώνεται με ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πρωινή δυσκαμψία διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών. Τόσο ο αριθμός των προσβεβλημένων αρθρώσεων όσο και τα συγκεκριμένα σημεία προσβολής επηρεάζουν τη διαφορική διάγνωση (Πίνακας 20-1). Μερικές ασθένειες — η ουρική αρθρίτιδα για παράδειγμα — είναι χαρακτηριστικά μονοαρθρικές, ενώ άλλες ασθένειες, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, είναι κυρίως πολυαρθρικές. Η θέση της προσβεβλημένης άρθρωσης μπορεί επίσης να είναι χαρακτηριστική. Μόνο δύο παθήσεις προκαλούν συχνά σημαντική προσβολή των άνω μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων (DIP): η οστεοαρθρίτιδα και η ψωριασική αρθρίτιδα. Οι εξωαρθρικές εκδηλώσεις όπως ο πυρετός (π.χ. ουρική αρθρίτιδα, νόσος του Still, ενδοκαρδίτιδα), το εξάνθημα (π.χ. συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ψωριασική αρθρίτιδα, νόσος του Still), τα οζίδια (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα), ή η νευροπάθεια (π.χ. οζώδης πολυαρθρίτιδα, κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα — πρώην κοκκιωμάτωση Wegener), περιορίζουν περαιτέρω τη διαφορική διάγνωση.

Β. Παρακέντηση και εξέταση του αρθρικού υγρού

Όταν η διάγνωση δεν είναι βέβαιη, πρέπει να εξετάζεται το αρθρικό υγρό της άρθρωσης, όπου αυτό είναι εφικτό (Πίνακας 20-2). Οι περισσότερες μεγάλες αρθρώσεις παρακεντούνται εύκολα, και οι αντενδείξεις στην παρακέντηση των αρθρώσεων είναι ελάχιστες. Η βελόνη της παρακέντησης δεν πρέπει να περάσει από περιοχές με υποκείμενη κυτταρίτιδα ή με ψωριασική πλάκα λόγω του κινδύνου μόλυνσης. Για τους ασθενείς που λαμβάνουν μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή με βαρφαρίνη, οι αρθρώσεις μπορούν να παρεκεντηθούν με βελόνη μικρής διαμέτρου (π.χ. 22F) εάν το INR είναι <3,0.

1. Τύποι εξετάσεων

Α. ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ—Η διαύγεια του υγρού είναι ένας δείκτης του βαθμού φλεγμονής. Το μη φλεγμονώδες υγρό είναι διάφανο, ή ήπια φλεγμονή παράγει ημιδιάφανο υγρό και οι πυώδεις συλλογές είναι αδιαφανείς. Οι αιμορραγικές διαταραχές, το τραύμα και οι τραυματικές παρακεντήσεις είναι οι συνηθέστερες αιτίες αιματηρών συλλογών.

Β. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ—Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων στο αρθρικό υγρό διακρίνει τις **μη φλεγμονώδεις** (<2.000 λευκοκύτταρα/mcL), τις **φλεγμονώδεις** (2.000–75.000 λευκοκύτταρα/mcL), και τις **πυώδεις** (>100.000 λευκοκύτταρα/mcL) αρθρικές συλλογές. Τα επίπε-

Πίνακας 20-1. Η διαγνωστική αξία της εικόνας της άρθρωσης.

Χαρακτηριστικό	Κατάσταση	Αντιπροσωπευτική πάθηση
Φλεγμονή	Παρούσα	Ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ουρική αρθρίτιδα
	Απουσία	Οστεοαρθρίτιδα
Αριθμός προσβεβλημένων αρθρώσεων	Μονοαρθρική	Ουρική αρθρίτιδα, τραύμα, σηπτική αρθρίτιδα, νόσος Lyme, οστεοαρθρίτιδα
	Ολιγοαρθρική (2–4 αρθρώσεις)	Αντιδραστική αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
	Πολυαρθρική (≥5 αρθρώσεις)	Ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
Προσβεβλημένη άρθρωση	Άνω μεσοφαλαγγικές	Οστεοαρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, (όχι ρευματοειδής αρθρίτιδα)
	Μετακαρποφαλαγγικές, καρποί	Ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, νόσος εναπόθεσης πυροφωσφορικού ασβεστίου (όχι οστεοαρθρίτιδα)
	Πρώτες μεταταρσιοφαλαγγικές	Ουρική αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα

δα της γλυκόζης και των πρωτεϊνών στο αρθρικό υγρό προσθέτουν λίγες πληροφορίες και δεν χρειάζεται να παραγγέλλονται.

Γ. ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ—Η μικροσκόπηση πολωμένου φωτός αναγνωρίζει και διαχωρίζει τους κρυστάλλους ουρικού οξέος (ουρική αρθρίτιδα, με αρνητική διπλοθλαστικότητα) και πυροφωσφορικού ασβεστίου (ψευδοουρική αρθρίτιδα, με θετική διπλοθλαστικότητα). Η χρώση κατά Gram παρουσιάζει αυξημένη ειδικότητα αλλά περιορισμένη ευαισθησία (50%) για τη σηπτική αρθρίτιδα.

Δ. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ—Οι βακτηριακές καλλιέργειες καθώς και οι ειδικές εξετάσεις για γονόκοκκους, μυκοβακτηρίδια φυματίωσης ή μύκητες παραγγέλλονται κατά τις ενδείξεις.

2. Ερμηνεία—Η ανάλυση του αρθρικού υγρού είναι διαγνωστική στις λοιμώδεις ή κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες. Παρότι η σοβαρότητα της φλεγμονής στο αρθρικό υγρό παρουσιάζει αλληλεπικάλυψη μεταξύ διαφορετικών παθήσεων, ο λευκοκυτταρικός τύπος του αρθρικού υγρού είναι ένας πολύ χρήσιμος οδηγός για τη διάγνωση (Πίνακας 20-3).

Πίνακας 20-2. Εξέταση του αρθρικού υγρού.

Μέτρηση	(Φυσιολογικό)	Ομάδα I (Μη φλεγμονώδες)	Ομάδα II (Φλεγμονώδες)	Ομάδα III (Πυώδες)
Όγκος (mL) (γόνατο)	<3,5	Συχνά >3,5	Συχνά >3,5	Συχνά >3,5
Ώση	Διαυγής	Διαυγής	Ημιδιαφανής έως αδιαφανής	Αδιαφανής
Χρώμα	Καθαρό	Κίτρινο	Κίτρινο ως ιριδίζον	Κίτρινο ως πράσινο
WBC (ανά mL)	<200	<2.000	2.000–75.000 ¹	>100.000 ²
Πολυμορφοπύρρηνα Λευκοκύτταρα	<25%	<25%	50% ή περισσότερο	75% ή περισσότερα ¹
Καλλιέργεια	Αρνητική	Αρνητική	Αρνητική	Συνήθως θετική ²

¹Ουρική αρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, και άλλες φλεγμονώδεις νόσοι συνήθως εμφανίζουν αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων στο αρθρικό υγρό >75.000/mcL, αλλά σπανίως >100.000/mcL.

²Οι περισσότερες πυώδεις συλλογές οφείλονται στη σηπτική αρθρίτιδα. Η σηπτική αρθρίτιδα, παρ' όλα αυτά, μπορεί να παρουσιάσει αρθρικό υγρό της ομάδας II, ιδίως αν η λοίμωξη οφείλεται σε οργανισμούς χαμηλής τοξικότητας (π.χ. γονόρροια *Neisseria*) ή αν έχει ξεκινήσει θεραπεία με αντιβιοτικά. WBC, αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων.

† ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ

ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (Οστεοαρθρίτιδα)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- ▶ Μία εκφυλιστική διαταραχή με ελάχιστη αρθρική φλεγμονή.
- ▶ Χωρίς συστηματικές εκδηλώσεις.
- ▶ Ο πόνος ανακουφίζεται με την ανάπαυση. Η πρωινή δυσκαμψία είναι σύντομης διάρκειας.
- ▶ Ακτινολογικά ευρήματα: στένωση αρθρικού διαστήματος, οστεόφυτα, αυξημένη πυκνότητα υποχόνδριου οστού, οστικές κύστες.

▶ Γενικές εκτιμήσεις

Η οστεοαρθρίτιδα, η πιο συχνή μορφή αρθρικής νόσου, είναι κυρίως νόσος της μεγάλης ηλικίας. Το 90% όλων των ατόμων εμφανίζουν ακτινολογικά χαρακτηριστικά της οστεοαρθρίτιδας στις φορτιζόμενες αρθρώσεις από την ηλικία των 40 ετών. Η συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα αυξάνει με την ηλικία.

Αυτή η αρθροπάθεια χαρακτηρίζεται από εκφύλιση του χόνδρου και από υπερτροφία του οστού στις αρθρικές παρυφές. Η φλεγμονή είναι συνήθως ελάχιστη. Κληρονομικοί και μηχανικοί παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με την παθογένεση.

Η παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο και πιθανώς στο ισχίο. Το ψυχαγωγικό τρέξιμο δεν αυξάνει την επίπτωση της οστεοαρθρίτιδας, αλλά η συμμετοχή σε ανταγωνιστικά αθλήματα επαφής την αυξάνει. Οι δουλειές που απαιτούν συχνό σκύψιμο και μεταφορά βάρους αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο.

▶ Κλινικά ευρήματα

A. Συμπτώματα και σημεία

Οι εκφυλιστικές αρθροπάθειες διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες: (1) τις πρωτοπαθείς, που συνηθέστερα επηρεάζουν μερικές ή όλες από τις παρακάτω: τις άνω μεσοφαλαγγικές (DIP) και τις εγγύς μεσοφαλαγγικές (PIP) αρθρώσεις των δακτύλων, την καρπομετακάρπια άρθρωση του αντίχειρα, το ισχίο, το γόνατο, τη μεταταρσιοφαλαγγική (ΜΤΦ) άρθρωση του μεγάλου δακτύλου και την αυχενική και οσφυϊκή μούρα της σπονδυλικής στήλης, και (2) τις δευτεροπαθείς, που μπορεί να συμβούν σε οποιαδήποτε άρθρωση ως επακόλουθο αρθρικής βλάβης που οφείλεται είτε σε ενδοαρθρικά (συμπεριλαμβανομένης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας) είτε σε εξωαρθρικά αίτια. Η βλάβη μπορεί να είναι οξεία, όπως σε ένα κατάγμα, ή χρόνια, όπως όταν οφείλεται στην επαγγελματική υπέρχρηση μιας άρθρωσης, σε μεταβολική νόσο (π.χ. υπερπαραθυρεοειδισμός, αιμοχρωμάτωση, ωχρονοσία) ή σε νευρολογικές διαταραχές (συριγγομυελία, βλέπε παρακάτω).

Η έναρξη είναι ύπουλη. Αρχικά υπάρχει αρθρική δυσκαμψία, που σπάνια διαρκεί περισσότερο από 15 λεπτά. Αυτή εξελίσσεται αργότερα σε πόνο κατά την κίνηση της προσβεβλημένης άρθρωσης, επιδεινώ-

Πίνακας 20-3. Διαφορική διάγνωση κατά ομάδες αρθρικού υγρού.

Ομάδα I (Μη φλεγμονώδες) (< 2.000 λευκοκύτταρα/mcL)	Ομάδα II (Φλεγμονώδες) (2.000–75.000 λευκοκύτταρα/mcL)	Ομάδα III (Πυώδες) (>100.000 λευκοκύτταρα/mcL)	Αιμορραγικό
Εκφυλιστική αρθρική νόσος Τραύμα ¹ Οστεοχόνδριτιδα διαχωριστική Οστεοχόνδρωμάτωση Νευροπαθητική αρθροπάθεια ¹ Αρχόμενη ή σε ύφεση φλεγμονή Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια ² Μελαγχρωματική λαχνοοζώδης μενίτιδα ¹	Ρευματοειδής αρθρίτιδα Οξεία κρυσταλλική μενίτιδα (ουρική και ψευδοουρική) Αντιδραστική αρθρίτιδα Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα Ψωριασική αρθρίτιδα Ρευματικός πυρετός ² Φυματίωση	Πυογόνες βακτηριακές λοιμώξεις	Αιμορροφιλία ή άλλη αιμορραγική διάθεση Τραύμα με ή χωρίς κατάγμα Νευροπαθητική αρθροπάθεια Μελαγχρωματική λαχνοοζώδης μενίτιδα Ορογονίωμα Αιμαγγείωμα και άλλα καλοήγη νεοπλα- σματα

¹Μπορεί να είναι αιμορραγικό.

²Μη φλεγμονώδης ή φλεγμονώδης ομάδα.

Αναπαραγωγή από τον Rodnan GP. Primer on the rheumatic diseases, 7η έκδοση. JAMA 1973;224 (suppl):662.