

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδάστρια : ΑΙΑΝΟΥ ΣΟΦΙΑ

Υπεύθυνος Καθηγητής
Νικόλαος Κούνης



Πτυχιακή εργασία για την λήψη του


Πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

796

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ θερμά τον Ιατρό Κ.Κούνη  οποίος δέχτηκε την επίβλεψη της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την προϊσταμένη της νεφρολογικής κλινικής του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" η οποία με βοήθησε για την λήψη των ιστορικών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

1

ΜΕΡΟΣ I ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

4

Νεφρού

4

Νεφρικοί κάλυκες και νεφρική πύελος

6

Ουρητήρας

7

Ουροδόχος κύστη

7

Ουρήθρα

8

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

9

Νεφρική κυκλοφορία

9

Μηχανισμός παραγωγής ούρων

9

Λειτουργίες του ουροφόρου σωληναρίου

10

Σχέση ουροφόρου σωληναρίου και ηλεκτρολυτών

11

Αποβολή αζωτούχων ουσιών

12

ΟΥΡΗΣΗ

13

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

14

Ορισμοί - ταξινόμηση

14

Επιδημολογία

16

Αίτια και προδιθεσικοί παράγοντες για την
εμφάνιση ουρολοιμώξεων

17

Είδη μικροβίων

20

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

21

Οξεία κυστίτιδα

21

Χρόνια κυστίτιδα

22

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

25

Οξεία ουρηθρήτιδα

25

Χρόνια ουρηθρήτιδα

26

<u>ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΝΕΦΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΕΦΡΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ</u>	26
<u>ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ</u>	26
Οξεία πυελονεφρίτιδα	27
Χρόνια πυελονεφρίτιδα	31
Νεκρωτική θηλήτιδα	35
Πυονέφρωση	36
Περινεφρικό απόστημα	37
Απόστημα και ψευδάνθρακας νεφρού	38
<u>ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ</u>	39
Οξεία προστατίτιδα	39
Χρόνια προστατίτιδα	41
Λοιμώξεις ουροποιητικού σχετιζόμενες με καθετήρα	42
<u>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΕΩΝ</u>	44
<u>ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</u>	46

ΜΕΡΟΣ ΙΙ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20

<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΕΙΣ</u>	49
Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	49
Συνηθισμένα κλινικά συμπτώματα και νοσηλευτική φροντίδα	59
Νοσηλευτική φροντίδα Πυελονεφρίτιδας	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30

<u>ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΗ</u>	67
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	83
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	84

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική όπως και η θεραπευτική και η ιατρική όλη έχει την αρχή της στην παρατήρηση, χάρη στην οποία απέκτησε την διαρκώς αυξανόμενη παύρα. Με τον χρόνο όμως η απλή εμπειρία, όσοδήποτε πλούσια και αν είναι έπαυσε να είναι επαρκής. Η γνώση της ιατρικής η οποία έχει εξελιχθεί σε ευρύτατη πολύκλαδη επιστήμη επηρέασε σημαντικότερα το περιεχόμενο της νοσηλευτικής, η οποία βρίσκεται υπό άμεση εξάρτηση και καθοδήγηση των διαρκώς αυξανόμενων κατακτήσεων της ιατρικής επιστήμης σε όλους τους τομείς.

Η εργασία αυτή γράφτηκε μετά από την μελέτη ορισμένων συγγραμμάτων και σαν σκοπό έχει να παρουσιάσει ορισμένα στοιχεία για τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος αλλά κυρίως να μας ευαισθητοποιήσει όλους μας πάνω στο θέμα αυτό.

Με τον όρο ουρολοιμώξη εννοούμε την είσοδο και την ανάπτυξη μικροβίων σ' ένα σημείο του ουροποιητικού συστήματος.

Οι φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν ένα από τα βασικότερα κεφάλαια της ουρολογίας. Δύο παράγοντες κυρίως συντελούν σε αυτό. Πρώτον, η μεγάλη συχνότητα των ουρολοιμώξεων, πρωτοπαθών και δευτεροπαθών, από τις οποίες οι δεύτερες παρουσιάζονται σαν επιπλοκές, όχι μόνο τοπικών διαταραχών του συστήματος, αλλά και γενικότερων συστηματικών παθήσεων που υπόγονται σε άλλες ειδικότητες και δεύτερον, όχι σπάνια οι ουρολοιμώξεις παρουσιάζουν μόνο γενικές εκδηλώσεις, που εξ αιτίας της φύσης τους συχνά οδηγούν τον άρρωστο στον γενικό γιατρό και όχι στον ουρολόγο. Το ενδιαφέρον των φλεγμονών αυτών είναι γενικότερο, κι αυτό υποχρεώνει τόσο κάθε γιατρό αλλά και κάθε νοσηλεύτρια να αποκτήσουν τις γνώσεις εκείνες που θα επιτρέψουν να

αντιμετωπισθεί σωστά κάθε περίπτωση ουρολοιμώξεως.

Στην εργασία μου αυτή ασχολήθηκα με την παρουσίαση των πιο πιθανών λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος καθώς και με την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτούν οι άρρωστοι αυτοί.

Έτσι, για την διεκπεραίωση του θέματος "Ουρολοίμωξη" αρχίζω με την παρουσίαση ορισμένων βασικών στοιχείων ανατομίας και φυσιολογίας του ουροποιητικού συστήματος, έπειτα ακολουθεί η ανάπτυξη του κυρίως θέματος και η νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων αυτών. Τέλος γίνεται παράθεση δύο περιπτώσεων ασθενών με ουρολοίμωξη οι οποίες νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο "Ευαγγελισμός" όπου και παρακολούθησα και κατέγραψα την φροντίδα τους.

Ο σκοπός της συγγραφής αυτής της εργασίας είναι η λήψη του πτυχίου νοσηλευτικής, και σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ζητήσω τη ευγενική κρίση σας για τυχόν ατέλειες ή ελλείψεις και ιδιαίτερα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής μου με βοήθησαν με τις γνώσεις τους και την εμπειρία τους να φτάσω σε αυτό το σημείο.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από τους δύο νεφρούς που αποτελούν την εκκριτική μέρη του συστήματος και από α) τους νεφρικούς κάλυκες, β) την νεφρική πυέλο, γ) τον ουρητήρα, δ) την ουροδόχο κύστη και ε) την ουρήθρα, που αποτελούν την αποχρευστική μέρη του ουροποιητικού συστήματος.

Νεφροί

Βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης. Εκτείνονται από τον 12ο θωρακικό μέχρι τον 3ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Ο δεξιός βρίσκεται λίγο χαμηλότερα από ότι ο αριστερός εξ αιτίας της μεγάλης μάζας του δεξιού λοβού του ήπατος.

Οι νεφροί έχουν σχήμα φασολιού, εμφανίζουν δύο επιφάνειες, την πρόσθια και τη οπίσθια, δύο χείλη το έσω και έξω, και δύο πόλους, τον άνω και τον κάτω. Κάθε επινεφρίδιο επικάθεται στον άνω πόλο του του σύστοιχου νεφρού.

Οι νεφροί περιβάλλονται από τον ινώδη χιτώνα δηλ. μια κάψα από συνδετικό ιστό, η οποία είναι στενά προσκολλημένη πάνω στο νεφρικό παρέγχυμα, και η οποία αποκολλάται εύκολα από το

φυσιολογικό νεφρό.

Εξω από τον ενώδη χιτώνα υπάρχει ένα επένδυμα από λίπος που λέγεται περινεφρικό λίπος.

Η περινεφρική περιτονία περιβάλλει το περινεφρικό λίπος και περικλείει τους νεφρούς και τα επινεφρίδια.

Το περιτόναιο καλύπτει μόνο την πρόσθια επιφάνεια των νεφρών.

Η διαίρεση του νεφρού σε φλοιώδη και μυελώδη ζώνη φαίνεται και στην κατά μέτωπο και στην εγκάρσια διατομή του νεφρού.

Η μυελώδης ζώνη αποτελείται από 11 - 12 μεγάλες πυραμίδες των οποίων οι κορυφές και οι θηλές στρέφονται προς την νεφρική κοιλία. Μεταξύ των πυραμίδων της μυελώδους ζώνης εκπέμπονται προσεκβολές της φλοιώδους ζώνης μέχρι την νεφρική κοιλία (οι νεφρικοί στύλοι του Bertini). Η όψη της μυελώδους ουσίας είναι γραμμωτή, ενώ της φλοιώδους ουσίας είναι κοκκώδης.

Μέσα σε κάθε νεφρό υπάρχουν 1.300.000 ουροφόρα σωληνάρια που αρχίζουν από το έλυτρο του BOWMAN. Το έλυτρο του BOWMAN και το σχημάτωδες σπείραμα σχηματίζουν το νεφρικό σωματίο.

Το πρώτο τμήμα του ουροφόρου λέγεται εγχύς εσπειραμένο σωληνάριο και μεταπίπτει στην αγκύλη του HENLE. Η αγκύλη του HENLE μεταπίπτει στο άπω εσπειραμένο σωληνάριο.

Το νεφρικό σωματίο και τα ουροφόρα σωληνάρια αποτελούν ένα νεφρώνα. Ο νεφρώνας αποτελεί την λειτουργική και την ανατομική μονάδα του νεφρού. Ο κάθε νεφρός αποτελείται από 1.300.000 νεφρώνες.

Αιμάτωση νεφρών : Η νεφρική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αορτής και συνήθως διαιρείται σε πέντε κλάδους. Κάθε κλάδος εισέρχεται στο παρέγχυμα και υποδιαιρείται στους

ακόλουθους κατά σειρά κλάδους. Τις μεσολόβιες αρτηρίες, που πορεύονται στη μυελώδη ουσία, και ύστερα ως τοξοειδείς αρτηρίες που φέρονται τοξοειδώς. Από τις τοξοειδείς αρτηρίες εκπορεύονται οι μεσολοβίδιες αρτηρίες, που κατά την πορεία τους σε κανονικά διαστήματα χορηγούν τα προσαγωγά αρτηρίδια που εισέρχονται στο έλυτρο του Bowman, και σχηματίζουν τα τριχοειδή του αγγειώδους σπειράματος. Από το αγγειώδες σπείραμα ακολουθούν τα απαγωγά αρτηρίδια που μεταπίπτουν στο τριχοειδικό δίκτυο του φλοιού. Από τα τριχοειδή αυτά αρχίζουν οι μεσολοβίδιες φλέβες, μετά έχουμε τις τοξοειδείς φλέβες, και τις μεσολόβιες φλέβες. Στην μυελώδη ουσία έχουμε τα ευθέα αρτηρίδια τα οποία ξεκινούν, ή από την τοξοειδή αρτηρία, ή από τα απαγωγά αρτηρίδια. Το αίμα από τα τριχοειδή φέρεται στα ευθέα φλεβίδια, και από εκεί στις τοξοειδείς και μεσολόβιες φλέβες οι οποίες τελικά εκβάλλουν στην νεφρική φλέβα.

Νεύρα : Τα νεύρα του νεφρού προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Νεφρικοί κάλυκες και νεφρική πύελος

Οι νεφρικοί κάλυκες διακρίνονται σε ελάσσονες και μείζονες. Οι μείζονες εκβάλλουν στην νεφρική πύελο. Η νεφρική πύελος μοιάζει σαν αποπλατισμένο χωνί και εμφανίζεται δύο μοίρες, μια ενδονεφρική και μια έξω νεφρική μοίρα η οποία βρίσκεται στις πύλες του νεφρού και μεταπίπτει στον ουρητήρα. Η μέση χωρητικότητα της νεφρικής πύελου είναι 3 - 8 cm³.

Η νεφρική πύελος είναι λεπτότοιχη και επανδύεται από μεταβατικό επιθήλιο που μεταβαίνει σε πολυγωνικό κυλινδρικό επιθήλιο. Το τοίχωμα έχει επίσης δίκτυο λείων μυϊκών ινών.

Αγγεία και νεύρα : Τα αγγεία της νεφρικής πύελου είναι

κλάδος των νεφρικών αγγείων, αλλά η κυκλοφορία μέσα στα αγγεία της νεφρικής πυέλου είναι ανεξάρτητη από τη νεφρική κυκλοφορία. Η νεφρική πυέλος έχει αισθητική νεύρωση και η διάταξή της είναι πολύ επώδυνη.

Ουρητήρας

Ο ουρητήρας είναι ένας ινομυώδης σωλήνας διαμέτρου 4 - 7 mm. Ο ουρητήρας αρχίζει από την νεφρική πυέλο και καταλήγει στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης. Αυτός πορεύεται σπασμοπεριτοναϊκώς. Διακρίνεται σε τρεις μοίρες : Την κοιλιακή, την πνευλική και την ενδοτοιχωματική.

Επίσης ο ουρητήρας παρουσιάζει τρία φυσιολογικά στενώματα α) στην θέση που η νεφρική πυέλος μεταβαίνει στον ουρητήρα, β) στο άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου και γ) κατά την είσοδό του στην ουροδόχο κύστη.

Ο βλεννογόμος έχει μεταβατικό επιθήλιο του οποίου το χόριο επιρέπει περιορισμένη κινητικότητα του βλενογόνου. Ο μυϊκός χιτώνας διαπλέκεται με ίνες συνδετικού ιστού.

Αγγεία και νεύρα : Η αρτηριακή αγγείωση του ουρητήρα προέρχεται 1) από την νεφρική αρτηρία, 2) από την αρχική αρτηρία και 3) από την άνω κυστική αρτηρία. Το φλεβικό αίμα αβροΐζεται από τις αντίστοιχες φλέβες.

Ο ουρητήρας έχει αισθητική νεύρωση από το νεφρικό, έσω σπερματικό και υποχάστριο πλέγμα.

Ουροδόχος κύστη

Η ουροδόχος κύστη του ενήλικου βρίσκεται στον υποπεριτοναϊκό χώρο της ελάσσονος πυέλου, πίσω από την ηβική σύμφυση.

Είναι ένα κοίλωμα όργανο που χρησιμεύει να υποδέχεται το ούρο από τους ουρητήρες και να το εξωθεί διαμέσου της ουρήθρας.

Στην ουροδόχο κύστη διακρίνουμε κορυφή, σώμα και πυθμένα. Το σώμα συγκλίνει προς τα άνω και εμπρός όπου σχηματίζεται η κορυφή, ενώ ο πυθμένας φέρεται προς τα κάτω και πίσω. Οριο μεταξύ σώματος και κορυφής δεν υπάρχει, ενώ το σώμα χωρίζεται από τον πυθμένα με μια νοητή γραμμή που ενώνει τις εισόδους των δύο ουρητήρων στην κύστη.

Η άδεια ουροδόχος κύστη έχει σχήμα πυραμίδας, ενώ όταν αυτή είναι γεμάτη έχει σχήμα ωοειδές. Η μέση χωρητικότητά της είναι περίπου 400 - 500 κυβ. εκατοστά. Η επιθυμία για ούρηση έρχεται όταν η κύστη έχει 300 - 400 κυβ. εκατοστά ούρου.

Το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης αποτελείται από μυικό χιτώνα σε τρεις στιβάδες (έξω επιμήκη, μέση κυκλωτερή και έσω πλεγματοειδή) με εσωτερική επένδυση από βλεννογόνο χωρίς αδένες.

Το περιτόναιο καλύπτει την ουροδόχο κύστη από την κορυφή μέχρι τις εισόδους των ουρητήρων.

Αιμάτωση κύστεως : Αποτελείται από τις αρτηρίες α) ομφαλική αρτηρία, β) κάτω κυστική αρτηρία και γ) έσω γαιδοεική αρτηρία.

Ουρήθρα

Α) Η γυναικεία ουρήθρα : Έχει μήκος 3 - 4 εκ. Είναι ουροσωλήνας και χρησιμεύει για την αποχέτευση του ούρου. Το τοίχωμά της αποτελείται από μυικό χιτώνα που διακρίνεται στο έξω ή γραμμωτό και στον έσω ή λείο μυικό χιτώνα και εσωτερικά από βλεννογόνο.

Β) Η ανδρική ουρήθρα : Είναι ένας ουρογεννητικός σωλήνας. Αρχίζει από το έσω στόμιο και εκβάλλει στην κορυφή της βαλάνου του πέους. Έχει τρεις μοίρες, την προστατική, την υμενώδη και την συραγχώδη.

Το τοίχωμα της ανδρικής ουρήθρας αποτελείται εσωτερικά από βλεννογόνο και εξωτερικά από μυικό χιτώνα και από στυτικό ιστό. Ο μυικός χιτώνας διακρίνεται στον έξω ή γραμμωτό και στον έσω ή λείο μυικό χιτώνα.

Αιμάτωση ουρήθρας : Οι αρτηρίες είναι αποβλαστήματα της έσω αιδοϊκής αρτηρίας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Νεφρική κυκλοφορία : Το 20 % περίπου του κατά λεπτό όγκου αίματος περνάει από τους νεφρούς. Η μεγάλη αυτή αιμάτωση επιτρέπει τον σχηματισμό μεγάλου όγκου προσούρου. Ακόμη έχει σαν επακόλουθο η αρτηριοφλεβώδης διαφορά του νεφρικού αίματος να είναι μικρή παρ'ότι η κατανάλωση οξυγόνου από το νεφρικό παρέγχυμα είναι μεγάλη.

Μείωση της αιματώσεως των νεφρών, και του ποσού των ούρων έχουμε : α) σε μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης, β) σε περιπτώσεις έντονου πόνου.

Μηχανισμός παραγωγής ούρων : Λειτουργία των μαλλιχιανών σωμάτων : Στην βωμάνειο κάψα του μαλλιχιανού σωματίου γίνεται η διήθηση του πλάσματος από τα τριχοειδή του σχειώδους σπειράματος μέσω νεφρικής μεμβράνης.

Το νερό και οι διάφορες ουσίες του αίματος περνούν από την μεμβράνη σχηματίζοντας το προσούρο.

Λειτουργίες του ουροφόρου σωληναρίου :

1) Λειτουργίες του εσπειραμένου 1ης τάξης.

α) Επαναρρόφηση γλυκόζης : Το ποσό της γλυκόζης που διηθείται από το πλάσμα στην ουροφόρα κοιλότητα επαναρροφάται. Η επαναρρόφηση δεν γίνεται απεριόριστα. Υπάρχει ένα TRANSPORT MAXIMUM. Το T.M. της γλυκόζης είναι : 375 mg/min στους άνδρες και 303 mg/min στις γυναίκες.

Αν η γλυκόζη του πλάσματος αυξηθεί τόσο ώστε το ποσό της ουσίας αυτής στο προσύρο /min, να υπερβεί το T.M. γλυκόζης /min, τότε εμφανίζεται γλυκόζη στα ούρα. Γλυκόζουρία μπορεί να έχουμε και χωρίς να αυξηθεί η γλυκόζη στο αίμα. Αυτό παρατηρείται αν από παθολογικά αίτια ελαττωθεί το T.M. - γλυκόζης.

β) Επαναρρόφηση αμινοξέων.

γ) Επαναρρόφηση φωσφορικών και βελικών ανιόντων.

δ) Επαναρρόφηση των διηθηθέντων λευκωμάτων. Η παρουσία λευκώματος στα ούρα μπορεί να οφείλεται :

- I. Στην αυξημένη διαβατότητα της νεφρικής μεμβράνης
- II. Στην μείωση της T.M.-λευκώματος
- III. Στην βλάβη των κυτάρων των ουροφόρων σωληναρίων.

2) Απέκκριση ουσιών στο εσπειραμένο 1ης τάξης :

Μερικές ουσίες, που διηθούνται από το πλάσμα στο προσύρο, απεκρίνονται και ενεργητικά στο προσύρο του εσπειραμένου 1ης τάξης με την βοήθεια δύο ειδικών ενδυματικών φορέων. Τέτοιες ουσίες είναι : ΡΑΗ = Παρα-αμινο-ιππουρικό οξύ, πενικιλίνη, σουλφοναμίδες, διοδρόση, ερυθρό της φαινόλης, κλπ.

Η επαναρρόφηση του Na⁺ στο εσπειραμένο 2ης τάξης και στο αθροιστικό σωληνάριο είναι ανάλογη με τις ανάγκες του

οργανισμού και ρυθμίζεται από την ορμόνη αλδοστερόνη του φλοιού των επινεφριδίων. Η αλδοστερόνη αυξάνει την επαναρρόφηση Na και στα δύο τμήματα του εσπειραμένου σωληναρίου.

Η επαναρρόφηση νερού γίνεται :

- I. Στο εσπειραμένο 1ης τάξης 80 %
- II. Στο κατιόν σκέλος της σγκύλης του HENLE
- III. Στο εσπειραμένο 2ης τάξης.

Η επαναρρόφηση του νερού ρυθμίζεται από την αντιδιουρητική ορμόνη (ADH). Η ADH παράγεται στην υπόφυση και δρά στο εσπειραμένο 2ης τάξης διευκολύνοντας την επαναρρόφηση H_2O . Σε έλλειψη της ADH έχουμε τον άπιο διαβήτη.

Ρόλος του νεφρού στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας : Ο νεφρός συμβάλλει στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας με τους εξής μηχανισμούς.

1. Αποβολή ιόντων υδροχόνου. Τα ιόντα υδροχόνου αποβάλλονται με τον μηχανισμό ανταλλαγής ιόντων. Η έξοδός τους συνοδεύεται με την είσοδο ιόντων νατρίου.
2. Επαναρρόφηση διττανθρακικών. Γίνεται στο εσχός εσπειραμένο σωληνάριο. Επηρεάζεται από :
 - α) Υπερκαλιαιμία. Αυτή ελαττώνει την επαναρρόφηση και αυξάνει την αποβολή διττανθρακικών με αποτέλεσμα την οξέωση.
 - β) Υπερχλωραιμία και την υποσβεσταιμία που αυξάνουν την επαναρρόφηση.
 - γ) Η μερική τάση του CO_2 στο αίμα που αυξάνει την επαναρρόφηση.
3. Αποβολή της αμμωνίας.
4. Τιτλοποιημένη οξύτητα. Είναι το ποσό των βάσεων που πρέπει να προστεθεί στα ούρα για να φθάσει το pH των ούρων το pH του αίματος που είναι 7,35 - 7,45.

Σχέση ουροφόρου σωληναρίου και ηλεκτρολυτών.

Κάλιο : Όλο το κάλιο του πλάσματος που διηθείται στο σπείραμα επαναρροφάται από το εγχύς εσπειραμένο σωληνάριο. Η απέκκριση επηρεάζεται από τα ιόντα υδροχόου. Στην απέκκριση βασικό ρόλο παίζει η αλδοστερόνη. Σε υπεραλδοστερινισμό υπάρχει μεγάλη απώλεια καλίου στα ούρα, με αποτέλεσμα την υποκαλιαιμία. Το ουροφόρο σωληνάριο με το σύστημα επαναρρόφησης - απέκκρισης συμβάλει σημαντικά στο να είναι σταθερό το κάλιο στο αίμα. Η τιμή του καλίου στο πλάσμα είναι 3,5 - 5,5 ΜΕΡ/L.

Ασβέστιο : Η πυκνότητα του ασβεστίου στο αίμα είναι φυσιολογικά 4,5 - 5,5 ΜΕΡ/L. Το 98 % των διηθουμένων ιόντων ασβεστίου επαναρροφάται στο εγχύς εσπειραμένο σωληνάριο. Η επαναρρόφηση είναι ενεργητική και επηρεάζεται από την παραθορμόνη.

Φωσφορικά : Στο αίμα ο φώσφορος βρίσκεται με την μορφή των φωσφορικών. Οι φυσιολογικές τιμές είναι 3 - 4,5 % για τους ενήλικους και 4 - 5,5 % για τα παιδιά. Το 80 % των φωσφορικών επαναρροφούνται στο εγχύς εσπειραμένο σωληνάριο. Η επαναρρόφηση επηρεάζεται από την παραθορμόνη.

Αποβολή αζωτούχων ουσιών

Αμινοξέα : Διηθούνται στο 'μαλπιγχιανό σωματίο και επαναρροφούνται στο εγχύς εσπειραμένο σωληνάριο.

Ουρικό οξύ : Η αποβολή του περνάει τρία στάδια : την διήθηση, την επαναρρόφηση και την απέκκριση. Όλο το ουρικό οξύ διηθείται, επαναρροφάται το 98 % στο εγχύς εσπειραμένο σωληνάριο. Στο άνω εσπειραμένο γίνεται απέκκριση μέρους του ουρικού οξέος.

Ουρία : Η επαναρρόφησή της είναι παθητική. Ένα μέρος επαναρροφάται και το υπόλοιπο αποβάλλεται στα ούρα. Η ουσία

που αποβάλλεται εξαρτάται από την διούρηση. Η πλάσματοκόθαρση της ούριας είναι 60 - 70 ML/MIN.

Κρεατινίνη : Η μέτρησή του στον ορό του αίματος μας δίνει την εικόνα της νεφρικής λειτουργίας. Φυσιολογική της τιμή είναι 0,5 - 1,40 MG %.

Συμπερασματικά, οι βασικές λειτουργίες των νεφρών είναι :

- 1) Η ρύθμιση της υδροηλεκτρικής ισορροπίας.
- 2) Η συμβολή στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας.
- 3) Η αποβολή προϊόντων του μεταβολισμού.
- 4) Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης με το σύστημα ρενίνη - αγγειοτασίνη - αλδοστερόνη και προσταγλανδινών.
- 5) Η συμβολή στην ερυθροποίηση μέσω της ερυθροποιητίνης.

Το ποσοστό των τελικών ούρων / 24 ώρου εξαρτάται από την λειτουργικότητα των νεφρών και από την ποσότητα των ουσιών που πρέπει να αποβληθούν από τον οργανισμό.

Συστατικά των ούρων :

- 1) Ανόργανα : Νάτριο - Κάλιο - Χλώριο - Ασβέστιο, μαγνήσιο - Αμμωνία - Θείο.
- 2) Οργανικά : Ουρία - Κρεατινίνη - Ασθενή οξέα - Αμινοξέα και Λεύκωμα σε ελάχιστη ίχνη - Ινδινόνη.

ΟΥΡΗΣΗ

Η ούρηση είναι βασικά ένα αντανακλαστικό του νωτιαίου μυελού που διευκολύνεται και αναστέλεται από υψηλότερα εγκεφαλικά κέντρα. Τα ούρα εισέρχονται στην ουροδόχο κύστη χωρίς να προκαλούν ιδιαίτερη αύξηση της ενδοκυστικής πίεσης μέχρις ότου η κύστη γεμίσει καλά. Επιπλέον οι μυϊκές ίνες της κύστης έχουν την ιδιότητα της πλαστικότητας. Όταν δηλαδή διατείνονται, η τάση που παράγεται αρχικά δεν διατηρείται.

Η καμπύλη της ενδοκυστικής πίεσης σε σχέση με τον όγκο του υγρού στην κύστη ονομάζεται κυστεογράφημα.

Η αρχική ένδειξη για ούρηση γίνεται αισθητή όταν ο όγκος της κύστεως είναι 150 ml περίπου και το αίσθημα πληρότητας όταν ο όγκος φθάσει τα 400 ml περίπου.

Κατά την ούρηση οι μύς του περινέου και ο εξωστήρας μύς συσπώνονται και τα ούρα εξέρχονται διαμέσου της ουρήθρας.

Ο μηχανισμός που προκαλεί την έναρξη της ακούσιας ούρησης δεν έχει διευκρινισθεί. Ένα από τα αρχικά γεγονότα είναι η χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μια ικανή έλξη προς τα κάτω του εξωστήρα μύος για να αρχίσει την συστολή του. Οι μύς του περινέου και ο έξω σφικτήρας μπορούν να συσπασθούν θεληματικά εμποδίζοντας τα ούρα να περάσουν την ουρήθρα, ή διακόπτοντας την ροή των ούρων ενώ έχει αρχίσει η ούρηση. Η ικανότητα των ενηλίκων να καθυστερούν την ούρηση ώσπου να βρεθεί η κατάλληλη ευκαιρία, οφείλεται στο ότι μαθαίνουν να διατηρούν τον έξω σφικτήρα συσπασμένο. Μετά την ούρηση η γυναικεία ουρήθρα αδειάζει με την βουή. Τα ούρα που παραμένουν στην ουρήθρα του άνδρα αποβάλλονται με σειρά συσπάσεων του βολβοσφραγζώδους μύος.

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ορισμοί - ταξινόμηση : Οι φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος διακρίνονται σε ειδικές και κοινές. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση ειδικών παθολογοανατομικών αλλοιώσεων που διαφέρουν από εκείνες των συνηθισμένων φλεγμονών.

Οι κοινές φλεγμονές είναι αυτές που προκαλούνται από

συνηθισμένα μικρόβια και παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί είναι συχνές και γιατί όχι σπάνια έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην νεφρική λειτουργία.

Οι φλεγμονές αυτές αναφέρονται πιά συχνά ως ουρολοιμώξεις, όρος που σημαίνει την είσοδο και ανάπτυξη κοινών μικροβίων σε ένα οποιοδήποτε σημείο του ουροποιητικού συστήματος.

Οι ουρολοιμώξεις είναι δυνατόν να εντοπίζονται στο ανώτερο ή στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα, αλλά πάντοτε όμως υπάρχει ο κίνδυνος επέκτασης της φλεγμονής σε ολόκληρο το σύστημα.

Μια άλλη διαίρεση των ουρολοιμώξεων είναι σε σπλές και επιπλεκόμενες. Απλές χαρακτηρίζονται εκείνες που παρουσιάζονται για πρώτη φορά σε αρρώστους με απόλυτα φυσιολογικό ουροποιητικό σύστημα. Αντίθετα, επιπλεκόμενες ονομάζονται οι ουρολοιμώξεις που υποτροπιάζουν συχνά, ή που προκαλούν χρόνιες παρεγχυματικές βλάβες ή που προσβάλλουν αρρώστους των οποίων το ουροποιητικό σύστημα πάσχει από άλλη πάθηση.

Ανάλογα με το αν εμφανίσουν συμπτώματα ή όχι, διαιρούνται σε συμπτωματικές και ασυμπτωματικές ουρολοιμώξεις.

Οι συμπτωματικές είναι δυνατόν να διακριθούν στις :

- Ουρολοιμώξεις που εκδηλώνονται με τυπικά συμπτώματα από τα οποία εύκολα αναγνωρίζεται η παρουσία φλεγμονής.
- Ουρολοιμώξεις που παρουσιάζουν μόνον πυρετό χωρίς να συνοδεύονται από άλλα τοπικά συμπτώματα.
- Ουρολοιμώξεις των οποίων τα συμπτώματα είναι τελείως άτυπα σε βαθμό που να μην θυμίζουν καθόλου πάθηση ουροποιητικού. Στις χρόνιες ουρολοιμώξεις τα συμπτώματα πολύ συχνά είναι ελαφρά και ασαφή.
- Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση άλλοτε συχνότερων και άλλοτε αραιότερων προσβολών.

Στις περιπτώσεις αυτές η επανάληψη της ουρολοίμωξης είναι δυνατόν να προέρχεται είτε από υποτροπή είτε από αναμόλυνση.

Οι ασυμπτωματικές λοιμώξεις αποτελούν ίσως τη σοβαρότερη κατηγορία φλεγμονών του ουροποιητικού, αφού εξαιτίας της έλλειψης συμπτωμάτων, οι άρρωστοι δεν ζητούν έγκαιρη ιατρική εξέταση. Έτσι, η αναγνώριση γίνεται τυχαία, ή στο στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Επιδημιολογία : Οι ουρολοιμώξεις αποτελούν σήμερα ένα μεγάλο πρόβλημα. Από διάφορες στατιστικές 2 - 4 % όλου του πληθυσμού πάσχουν από ουρολοίμωξη. Οι οξείες λοιμώξεις του ουροποιητικού είναι πολύ συνηθισμένες και προσβάλλουν τουλάχιστον το 15 % του συνόλου των γυναικών.

Οι άνδρες σπάνια εμφανίζουν ασυμπτωματικές λοιμώξεις του ουροποιητικού μέχρι την ηλικία των 45 ετών, εκτός αν υπάρχουν ουρολογικές ανωμαλίες.

Το ποσοστό εμφάνισης λοίμωξης του ουροποιητικού στις γυναίκες αυξάνεται κατά την περίοδο της τεκνοποιίας, την κύηση, αλλά και περισσότερο στις ηλικιωμένες γυναίκες.

Τρόποι με τους οποίους μολύνεται το ουροποιητικό : Δεν είναι εύκολο πάντα να καθορισθεί ο τρόπος με τον οποίο τα μικρόβια μπήκαν στο ουροποιητικό σύστημα. Βασικά όμως είναι τέσσερις οι σπουδαιότεροι τρόποι.

1. Ανιούσα μόλυνση : Είναι ο σπουδαιότερος και ο πιο συχνός τρόπος μόλυνσης του ουροποιητικού. Οι μικροοργανισμοί από την ουρήθρα μολύνουν την κύστη και στην συνέχεια είναι δυνατόν αν υπάρχει κυστεοουρηθική παλινδρόμηση να μολύνουν τους νεφρούς.

Με την ίδια οδό μολύνεται το ουροποιητικό σύστημα όταν για λόγους διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς γίνεται χρήση διαφόρων ουρολογικών εργαλείων.

2. Αιματογενής μόλυνση : Αυτός ο τρόπος μόλυνσης του ουροποιητικού δεν είναι συχνός και αφορά κυρίως τους νεφρούς, τον προστάτη και τους όρχεις.

Σε κάθε μικροβιαμία τα μικρόβια αποβάλλονται από το ουροποιητικό, σπάνια όμως μπορούν να εγκατασταθούν σ' αυτό. Κυρίως δημιουργείται λοίμωξη όταν συνυπάρχουν ορισμένοι διαθεσικοί παράγοντες.

3. Λεμφική μόλυνση : Οι μικροοργανισμοί είναι δυνατόν να μπουν στο ουροποιητικό από τα λεμφικά αγγεία, αυτό δεν συμβαίνει πολύ συχνά.

4. Απ'ευθείας μόλυνση : Μετάδοση των μικροβίων στο ουροποιητικό μπορεί να γίνει κατά συνέχεια ιστού από χειτονικά όργανα που γλεχμαίνουν.

Αίτια και προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση ουρολοιμώξεων.

Οι ουροφόρες οδοί είναι στείρες από μικρόβια με εξαίρεση το εξωτερικό άκρο της ουρήθρας, όπου είναι δυνατό να εγκατασταθεί η συνηθισμένη μικροβιακή χλωρίδα του δέρματος. Οι ουροφόροι οδοί διαθέτουν δύο σημαντικούς αμυντικούς μηχανισμούς, την φυσιολογική ροή των ούρων και την φυσιολογική σύσταση των ούρων. Τα εν στάσει όμως ούρα αποτελούν κατάλληλο υπόστρωμα μικροβιακής καλλιέργειας. Η απόφραξη σε οποιοδήποτε σημείο του ουροποιητικού προκαλεί στάση και λύμναση ούρων με αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό και την αδύνατη απομάκρυνση των μικροβίων.

Η παρουσία ξένων σωμάτων και κυρίως λίθων μέσα στο ουροποιητικό σύστημα που εκτός από την απόφραξη που προκαλούν οι ίδιοι, είναι εστία μόλυνσης επειδή στο εσωτερικό τους βρίσκονται μικρόβια που είναι υπεύθυνα για την συντήρηση της ουρολοίμωξης.

Μιά άλλη αιτία που συμβάλλει στην εμφάνιση των φλεγμονών του ουροποιητικού είναι η κάκωση του επιθηλίου, η ακεραιότητα του οποίου εμποδίζει την εισαγωγή μικροβίων. Τέτοιες κακώσεις συμβαίνουν κυρίως κατά την εισαγωγή ουρολογικών εργαλείων στην ουρήθρα, ή στην κύηση.

Ηλικία και φύλο : Αν αφαιρέσει κανείς τις αποφρακτικές φλεγμονές, οι υπόλοιπες ουρολοιμώξεις είναι πολύ πιο συχνές στις γυναίκες. Το μικρό μήκος της γυναικείας ουρήθρας εξηγεί την διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ουρολοιμώξεων είναι ανιούσες. Στους ενήλικους άνδρες, συχνή αιτία είναι η χρόνια φλεγμονή του προστάτη.

Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, ο γάμος και η κύηση αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ουρολοιμώξεων που εμφανίζονται σε γυναίκες που δεν έχουν ιστορικό λοιμώξεως.

Κύηση : Ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ουρολοιμώξεις διαπιστώνονται σε 2 - 8 % των εγκύων γυναικών. Συνηθέστερα, κατά την κύηση εμφανίζονται συμπτωματικές λοιμώξεις, ενώ το 20 - 40 % που εμφανίζουν ασυμπτωματικές λοιμώξεις, βακτηριουρία, αναπτύσσουν στην συνέχεια πυελονεφρίτιδα. Ο καθητηριασμός της κύστεως κατά ή μετά τον τοκετό προκαλεί πρόσθετες λοιμώξεις. Αυξημένη προωρότητα και θνησιμότητα των νεογνών μπορεί να είναι αποτέλεσμα ουρολοιμώξεως κατά την κύηση.

Αποφρακτική ουροπάθεια : Οποιοδήποτε εμπόδιο στην ελεύθερη ροή των ούρων έχει σαν αποτέλεσμα υδρονέφρωση και πολύ αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων του ουροποιητικού. Η λοίμωξη σε έδαφος αποφράξεως του ουροποιητικού μπορεί να οδηγήσει σε χρήσθη καταστροφή του νεφρικού ιστού. Έχει επομένως μεγάλη σημασία όταν υπάρχει λοίμωξη να επιδιορθώνονται οι αποφρακτικές βλάβες.

Νευρογενής δυσλειτουργία της κύστεως : Ο επηρεασμός της

νευρώσεως της κύστεως μπορεί να σχετίζεται με λοίμωξη του ουροποιητικού. Η λοίμωξη μπορεί να προκληθεί από την τοποθέτηση καθετήρων για την παραχέτευση της κύστεως και ευνοείται από την παρατεταμένη παραμονή των ούρων στην κύστη. Ένας επιπρόσθετος παράγοντας είναι η σφάλλωση των οστών που προκαλεί υπερασβεστιουρία, σχηματισμό λίθων και αποφρακτική ουροπάθεια.

Κυστοουρητηρική παλινδρόμηση : Αυτή η πάθηση ορίζεται ως παλινδρόμηση των ούρων από την κυστική κοιλότητα προς τα άνω στους ουρητήρες και μερικές φορές στην νεφρική πύελο. Είναι συνηθισμένη σε παιδιά με ανατομικές ανωμαλίες του ουροποιητικού και σε παιδιά με ανατομικώς φυσιολογικές αλλά μολυσμένες ουροποιητικές οδούς.

Νεφροπάθεια και υπέρταση : Πειραματικές και κλινικές ενδείξεις ενισχύουν την άποψη ότι διάφορες νεφρικές νόσοι μπορούν να αυξήσουν την ευπάθεια του νεφρού σε λοιμώξεις. Σε έρευνες μη νοσοκομειακών πληθυσμών, τα μέσα επίπεδα πίεσεως του αίματος μπορεί να είναι λίγο υψηλότερα σε γυναίκες με ουρολοιμώξεις, παρά σε εκείνες που δεν έχουν λοίμωξη. Επειδή άτομα με παθολογικά ευρήματα στα ούρα, ή υπέρταση, υποβάλλονται συχνά σε τοποθέτηση οργάνων που παρέχουν προσπέλαση στην ουροποιητική οδό στα βακτήρια, είναι πιθανόν ότι μάλλον οι επαναλαμβανόμενοι καθετηριασμοί παρά η υποκείμενη νεφρική νόσος προδιαθέτουν στην λοίμωξη.

Σακχαρώδης διαβήτης : Η πνευμονοφρίτιδα είναι συχνή στον διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει τους αντιμικροβιακούς αμυντικούς μηχανισμούς. Οι διαβητικοί υποβάλλονται συχνά σε καθετηριασμό για την αντιμετώπιση της διαβητικής οξέωσης. Όταν οι διαβητική νεφροπάθεια έχει επηρεάσει την φυσιολογική λειτουργία της κύστεως, οι εμμένουσες ουρολοιμώξεις είναι συχνές. Επίσης, τα άτομα αυτά μπορούν να αναπτύξουν μια ειδική λοίμωξη, την γνωστή νεκρωτική θηλίτιδα.

Είδη μικροβίων

Κοινά μικρόβια : Οι ουρολοιμώξεις προκαλούνται συνήθως από τα αρνητικά κατά Gram μικρόβια, όπως είναι τα κολοβακτηρίδια, η κλεμπσιέλλα, το enterobacter, ο πρωτέας ή ψευδομονάδα, κ.ά. Από τα θετικά κατά Gram, μόνον ο εντερόκοκκος βρίσκεται συχνά στα ούρα πασχόντων. Το αντίθετο συμβαίνει στις αιματογενείς ουρολοιμώξεις, στις οποίες συχνότερα μικρόβια είναι τα θετικά κατά Gram. Από όλα τα είδη των μικροβίων που αναφέρονται, πρώτο σε συχνότητα έρχεται το κολοβακτηρίδιο, το οποίο ευθύνεται για τις πιο πολλές από τις απλές, αλλά και για αρκετές από τις επιπλεκόμενες ουρολοιμώξεις. Τα άλλα είδη μικροβίων βρίσκονται συχνά σε αρρώστους που έχουν πάρει προηγουμένως αντιβιοτικά, ή σε εκείνους που έχουν κάποια απόφραξη.

Μύκητες : Εκτός από τις ουρολοιμώξεις που οφείλονται στα κοινά μικρόβια, σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκληθούν φλεγμονές του ουροποιητικού και από διάφορους μύκητες, με πιο συχνό εκπρόσωπο την Candida. Εντονες φλεγμονές του ουροποιητικού από Candida είναι δυνατόν να παρουσιαστούν σε αρρώστους με μόνιμο καθετήρα, σε ηλικιωμένα ή εξαντλημένα άτομα. Σε γενικευμένες μυκητιάσεις είναι δυνατό να εγκατασταθούν μύκητες με την αιματογενή οδό στο νεφρό και να προκαλέσουν βαριές πυελονεφρικές αλλοιώσεις ή ακόμη και καταστροφή του νεφρού.

Ιοί : Εδώ και αρκετά χρόνια, σαν αιτία ουρολοιμώξεων συγκαταλέγονται και διάφοροι ιοί, η απομάκρυνσή τους από τα ούρα είναι πολύ δύσκολη.

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Θεαία κυστίτιδα

Όταν λέμε κυστίτιδα εννοούμε τη φλεγμονή του βλενοχόνου της κύστης.

Αιτιολογία : Είναι μια πολύ συχνή πάθηση και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Η κυστίτιδα στις γυναίκες είναι σχεδόν πρωτοπαθής και τις περισσότερες φορές η μόλυνση γίνεται από την ουρήθρα λόγω του μικρού μήκους της.

Σπανιότερα μπορεί να έχουμε μόλυνση της κύστης από τα ούρα που κατεβαίνουν από ένα μολυσμένο νεφρό.

Στους άνδρες η οξεία κυστίτιδα προκαλείται συνήθως είτε από φλεγμονή του προστάτη, είτε από άλλες παθήσεις, ή αιτίες που υποβοηθούν την ανάπτυξη της φλεγμονής.

Παθολογική ανατομία : Στην κυστίτιδα ο βλενοχόνος της κύστης είναι υπεραιμικός και οιδηματώδης, μπορεί να υπάρχουν ακόμη διάσπαρτες αιμοραχίες και σε προχωρημένες καταστάσεις δημιουργούνται εξελκώσεις.

Συμπτώματα : Κλινικά, η οξεία κυστίτιδα εκδηλώνεται με μέτρια συμπτώματα : συχνουρία, κάψιμο ή πόνο στην ούρηση και θαλά ούρα (πυουρία). Ορισμένες φορές και ιδιαίτερα σε βαριές φλεγμονές παρουσιάζεται και αιματοουρία και η συχνουρία γίνεται τόσο έντονη, ώστε φθάνει στο σημείο να μοιάζει με ακράτεια ούρων. Η παρουσία αιματοουρίας και πυουρίας συμπληρώνουν την κλινική εικόνα της κυστίτιδας, ενώ ο πυρετός σπάνια συνυπάρχει όταν οι φλεγμονές περιορίζονται μόνον στην κύστη. Τυχόν αύξηση του πυρετού μόλις επισημαίνεται γιατί εισβάλλει με ρίγους και επαναλαμβάνεται.

Εργαστηριακά ευρήματα : Με την εξέταση των ούρων θα βρούμε πυοσφαίρια και πολλές φορές διαφόρου βαθμού μικροσκοπική αιματοουρία. Ακτινολογικός έλεγχος πρέπει να γίνεται μόνον όταν η λοίμωξη υποτροπιάζει. Η κυστεοσκόπηση βοηθά σε πολλές περιπτώσεις, δεν πρέπει να γίνεται όμως σε οξεία φάση.

Διάγνωση : Η διάγνωση της οξείας κυστίτιδας δεν παρουσιάζει δυσκολίες και στηρίζεται κυρίως στα τυπικά συμπτώματα και στην θετική ουροκαλλιέργεια. Με την ψηλάφηση μπορεί να διαπιστωθεί ευαισθησία στην υπερηβική χώρα, αν συνυπάρχει πυελονεφρίτιδα ο νεφρός θα είναι επώδυνος. Στις γυναίκες, ίδια περίπου συμπτώματα παρουσιάζει το σμηθρικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από το ότι στην ουροκαλλιέργεια δεν βρίσκονται καθόλου μικρόβια. Στους άνδρες πρέπει να εξετάζεται ο προστάτης για να διαπιστωθεί μήπως υπάρχει προστατίτιδα και στην μεγάλη ηλικία προστατικό αδένωμα.

Θεραπεία : Η θεραπεία της κυστίτιδας είναι εύκολη, κυρίως στις γυναίκες στις οποίες πολλές κυστίτιδες υποχωρούν χωρίς καμία θεραπευτική αγωγή. Πιο δύσκολη είναι η αντιμετώπιση όταν συνυπάρχει και άλλη πάθηση του ουροποιητικού. Στις περιπτώσεις αυτές, η φλεγμονή δεν υποχωρεί ή πολύ χρήγορα υποτροπιάζει αν δεν αντιμετωπισθεί το αρχικό αίτιο.

Χρόνια κυστίτιδα

Η χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου της κύστης μπορεί να οφείλεται σε μια ατελή θεραπεία μιας οξείας κυστίτιδας, πολύ συχνά όμως οφείλεται στην συνύπαρξη μιας άλλης πάθησης. Τα συνηθέστερα αίτια της είναι η χρόνια πυελονεφρίτιδα, ή λιθίαση της κύστης, ή νευρογενής κύστη.

Παθολογική ανατομία : Στις χρόνιες φλεγμονές της κύστης ο βλεννογόνος παρουσιάζεται ωχρός και λεπτυσμένος με διάχυτες εξελκώσεις, από τις οποίες δημιουργούνται ουλές. Σε ορισμένες

περιπτώσεις δημιουργείται και περικυστική ένωση.

Συμπτώματα : Γενικά τα συμπτώματα είναι ήπια και παροδικά. Συνήθως υπάρχει συχνουρία και καύσος κατά την ούρηση. Σε προχωρημένες καταστάσεις τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να γίνουν έντονα και βασανιστικά, γιατί με την ελάττωση της χωρητικότητας της κύστης ο ασθενής έχει συνεχώς έπαιξη προς ούρηση.

Διάγνωση : Η διάγνωση της χρόνιας κυστίτιδας δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες μια και τα κυστικά ενοχλήματα μαζί με την ανεύρεση πυοσφαιρίων στα ούρα και την θετική ουροκαλλιέργεια, οδηγούν μόνες τους στην διάγνωση. Παράλληλα με αυτά, η κυστεοσκόπηση δείχνει την φλεγμονή του βλεννοχόνου της κύστης που συνήθως είναι διάχυτη, ενώ πιά σπάνια και ιδίως στις γυναίκες περιορίζεται μόνο στο κυστικό τρίγωνο.

Σε κάθε χρόνια ή υποτροπιάζουσα κυστίτιδα θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής ακτινολογικός έλεγχος για την αποκάλυψη πιθανής πάθησης στην οποία οφείλεται η κυστίτιδα. Μεγάλη σημασία στην χρόνια κυστίτιδα έχει κυρίως η διαφορική της διάγνωση από άλλες χρόνιες φλεγμονές, ή άλλες παθολογικές καταστάσεις της ουροδόχου κύστης που εκδηλώνονται το ίδιο με επίμονα κυστικά ενοχλήματα. Έτσι, σε κάθε εμφάνιση τέτοιων χρόνιων συμπτωμάτων, και πριν αυτά αποδοθούν σε απλή κυστίτιδα, θα πρέπει να γίνουν ενδοφλέβια ουρογραφία, κυστεοσκόπηση και βιοψία από την περιοχή, καθώς και άλλες ειδικές εξετάσεις των ούρων.

Θεραπεία : Στην θεραπεία της χρόνιας κυστίτιδας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η πάθηση σε μεγάλο βαθμό είναι δευτεροπαθής. Επομένως δεν θα πρέπει να αναμένεται υποχώρηση της φλεγμονής μόνον με την χρήση αντιβιοτικών αν ταυτόχρονα δεν αντιμετωπίζεται ριζικά το αρχικό αίτιο ή η πάθηση που το προκαλεί. Εκεί που αυτό δεν είναι δυνατόν εξαιτίας της φύσης της αρχικής πάθησης ή λόγω της κατάστασης

Ηωσινοφιλική κυστίτιδα : Αγνώστου αιτιολογίας, χαρακτηρίζεται από έντονη διήθηση του βλεννογόνου με ηωσινόφιλα.

Αδενική κυστίτιδα : Παρατηρείται σε χρόνιους ερεθισμούς της κύστης και ιστολογικά παρουσιάζει καταδύσεις του επιθηλίου που πολλές φορές μεταλλάσσεται και γίνεται αδενικό.

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

Θεαία ουρηθρήτιδα

Είναι συνήθως ανιούσα λοίμωξη, μπορεί όμως να προέρχεται και από φλεγμονές άλλων οργάνων. Πολλές φορές στο έκκριμα δεν βρίσκονται μικρόβια, άλλοτε απομονώνονται αρνητικοί και θετικοί κατά Gram κόκκοι. Τελευταία έχουν ενοχοποιηθεί το T. μικρόπλασμα και τα χλαμύδια, ακόμη μπορεί να προκαλέσουν ουρηθρήτιδα οι τριχομονάδες και οι μύκητες.

Το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η εμφάνιση εκκρίματος στην ουρήθρα. Το έκκριμα είναι πυώδες, παχύρευστο ή λεπτόρευστο και συνοδεύεται από αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.

Η μικροβιακή εξέταση θα πρέπει να γίνεται πριν αρχίσει η θεραπεία. Η δακτυλική εξέταση του προστάτη στους άντρες είναι απαραίτητη για να διαπιστώσουμε αν αυτός φλεγμαίνει, γιατί σε ορισμένες περιπτώσεις η φλεγμονή επεκτείνεται από την ουρήθρα στον προστάτη.

Η θεραπεία είναι θεαματική με τον συνδυασμό τετρακυλλίνης ή ερυθρομυκίνης και σουλφοναμιδών.

του αρώστου, δεν επιτρέπεται μια χειρουργική επέμβαση, είναι δυνατόν να μετριαστούν τα συμπτώματα με την μακροχρόνια χορήγηση αντισηπτικών των ούρων σε μικρές δόσεις.

Τέλος, στην όλη αντιμετώπιση της πάθησης, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι εκτός από την τυπική χρόνια κυστίτιδα υπάρχει και μια ομάδα από σπάνιες, ιδιαίτερες μορφές χρόνιας φλεγμονής του τοιχώματος της κύστης στην οποία ανήκουν :

Διάμεση κυστίτιδα : Αγνωστης αιτιολογίας, χαρακτηρίζεται από πολύ έντονα κυστικά ενοχλήματα, ενώ οι ουροκαλλιέργειες είναι αρνητικές. Στην κυστεοσκόπηση φαίνονται μια ή περισσότερες εξελκώσεις στον βλεννογόνο της κύστης. Η θεραπεία είναι πολύ δύσκολη και όποια θεραπευτική αγωγή καταλήγει σχεδόν σε υποτροπή της πάθησης.

Τιτανωτική κυστίτιδα : Παρατηρείται σπάνια σε επίμονες φλεγμονές της κύστης, από μικρόβια που προκαλούν διάσπαση της αμμωνίας και αλκαλοποίηση των ούρων. Αυτό συνεπάγεται εναπόθεση αλάτων ασβεστίου με την μορφή πλακών στο τοίχωμα της κύστης και έντονο ερεθισμό του βλεννογόνου που εκδηλώνεται με κυστικά ενοχλήματα και επίμονες αιματοουρίες.

Η οξίνωση των ούρων και η αντιμικροβιακή θεραπεία παράλληλα με την αφαίρεση των πλακών είναι η θεραπεία της, όχι πάντοτε επιτυχής.

Ακτινική κυστίτιδα : Είναι επιληκκή της θεραπείας των νεοπλασμάτων με ακτινοβολία και χαρακτηρίζεται από βαριές φλεγμονώδεις βλάβες του τοιχώματος της κύστης που τελικά οδηγούν σε σημαντική ελάττωση της χωρητικότητάς της. Τα συμπτώματα είναι έντονα με επίμονες και μεγάλες αιματοουρίες που δεν υποχωρούν σε οποιαδήποτε θεραπεία.

Κυστική κυστίτιδα : Χαρακτηρίζεται από την παρουσία μικρών κύστεων ορατές με το κυστεοσκόπιο.

Χρόνια ουρηθρίτιδα

Συνήθως αποτελεί την συνέχεια μιας οξείας ουρηθρίτιδας που δεν θεραπεύτηκε καλά. Μπορεί όμως να προέρχεται από την επέκταση μιας χρόνιας προστατίτιδας ή να έχει αναπτυχθεί στο στενωμένο σημείο της ουρήθρας.

Με την μικροβιολογική εξέταση του εκκρίματος συνήθως βρίσκονται ένας ή περισσότεροι παθολογικοί παράγοντες.

Το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα είναι το έκκριμα της ουρήθρας το πρωί, που γίνεται αντιληπτό πριν την πρώτη ούρηση. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει και λίγος καύσος κατά την ούρηση. Το στόμιο της ουρήθρας παρουσιάζεται συνήθως ωχρό ή και λίγο ερυθρό. Ο προστάτης πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά, γιατί οι χρόνιες προστατίτιδες μπορεί να προκαλέσουν δευτερογενείς χρόνιες ουρηθρίτιδες.

Η άμεση εξέταση του εκκρίματος είναι απαραίτητη γιατί μας βοηθάει να κάνουμε την διάγνωση αλλά και την διαφορική διάγνωση από την γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, η οποία παρουσιάζεται συνήθως 2 - 5 μέρες μετά την επαφή. Θεραπευτικά δίνουμε τετρακυκλίνη ή ερυθρομυκίνη μαζί με σουλφοναμίδες. Πολλές φορές η νόσος επιμένει παρά τη θεραπεία, κυρίως όταν συνυπάρχει χρόνια προστατίτιδα.

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΡΑΝΕΦΡΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Ορισμός : Πυελονεφρίτιδα ονομάζουμε την πυώδη ή μη φλεγμονή της νεφρικής πυέλου και του νεφρικού παρεγχύματος.

Διακρίνεται στην οξεία και στην χρόνια πυελονεφρίτιδα.

Οξεία πυελονεφρίτιδα

Είναι η οξεία φλεγμονή της αποχρεωτικής μοίρας του νεφρού και του νεφρικού παρέγχυματος.

Αιτιολογία : Η οξεία πυελονεφρίτιδα μπορεί να παρατηρηθεί :

1. Χωρίς άλλες ενδείξεις βλάβης των ουροφόρων οδών, . Με μια βλάβη που αποφράσει την ροή των ούρων ή με άλλες ανατομικές ανωμαλίες των ουροφόρων οδών και . Σαν επίπτωση της πορείας μιας βαριάς χρόνιας νεφρικής νόσου.

Στην οξεία πυελονεφρίτιδα το κολοβακτηρίδιο είναι το πό συχνό μικρόβιο που προκαλεί την βλάβη. Επίσης, μικτές λοιμώξεις με κλεμυσιέλλα, σεροβακτηρίδιο, πρωτέα και σεράτια παρατηρούνται ειδικότερα μετά από ανεπιτυχή θεραπεία με αντιβιοτικά, εφαρμογή καθετήρων καθώς και άλλων χειρισμών στο ουροποιητικό σύστημα. Ο αρνητικός στην πηκτινάση σταφυλόκοκκος αναγνωρίζεται τώρα σαν αιτία λοιμώξεως των ουροφόρων οδών. Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και το κολοβακτηρίδιο ευθύνονται για το 70 - 30 % των περιπτώσεων.

Η οξεία πυελονεφρίτιδα συνήθως προκαλείται με την ανιούσα οδό και σπανιότερα με την αιματογενή. Στην ανιούσα πυελονεφρίτιδα η φλεγμονή εντοπίζεται πρώτα στην πυελο και τους κάλυκες και αμέσως μετά στο παρέγχυμα, όπου οι βλάβες περιορίζονται κυρίως στον μυελό. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις δημιουργούνται σε μια συνήθως περιοχή. Πιο σπάνια είναι δυνατόν να προσβληθούν περισσότερες περιοχές, σχεδόν όμως πάντοτε μεταξύ τους παραμένει υγιές παρέγχυμα.

Η φλεγμονή αφορά κυρίως τον διάμεσο ιστό ο οποίος παρουσιάζει οίδημα και διήθηση από πολυμορφολύρηνα και λιγότερο από άλλα κύτταρα. Τα ουροφόρα σωληνάκια στην αντίστοιχη περιοχή παρουσιάζουν αρκετές βλάβες. Πολλές φορές οι αλλοιώσεις αυτές καταλήγουν σε σχηματισμό μικροαποστημάτων. Τέλος,

φλεγμονώδεις βλάβες και διήθηση από πολυμορφοπύρρα εμφανίζονται και στο τοίχωμα της νεφρικής πυέλου και των καλύκων.

Η αιματογενής μόλυνση του νεφρού συμβαίνει κυρίως όταν υπάρχουν φλεγμονώδεις εστίες που εντοπίζονται σε περιοχές έξω από το ουροποιητικό σύστημα από τις οποίες τα μικρόβια με την κυκλοφορία του αίματος φθάνουν στο νεφρικό παρέγχυμα. Οι βλάβες είναι πιά διάχυτες και αφορούν κυρίως τον φλοιό όπου εμφανίζονται πολλαπλά αποστήματα.

Παθολοανατομική εικόνα : Ο νεφρός στην πυελονεφρίτιδα είναι διογκωμένος από το οίδημα που υπάρχει και ο διαχωρισμός μεταξύ φλοιώδους και μυελώδους ουσίας γίνεται ασσφής. Συχνά υπάρχουν πολλά μικρά αποστήματα στο παρέγχυμα και οίδημα στον θλαγγόχονο της πυέλου. Με το μικροσκόπιο παρατηρείται λευκοκυτταρική διήθηση, οίδημα και διάσπαρτες αιμοραγικές περιοχές.

Κλινική εικόνα : Η οξεία πυελονεφρίτιδα συνοδεύεται με συμπτώματα που αναφέρονται στο κατώτερο ουροποιητικό, δυσουρία, συχνουρία, περινεϊκή και υπερηβική ενόχληση, καθώς και με εκδηλώσεις από το ανώτερο ουροποιητικό, ρίγος, πυρετός και ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος οσφυϊκός πόνος. Μερικές φορές η εκδήλωσή της είναι λιγότερο τυπική. Είναι δυνατό να υπάρχει μόνο μακροσκοπική αιματοουρία ή οξείς εμετοί, ναυτία και κοιλιακός πόνος με ειλεό, ή ετερόπλευρη πλευριτική συλλογή, ή πυρετός και ρίγος χωρίς κανένα σημείο χαρακτηριστικό τοπικής εντοπίσεως. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους η οξεία πυελονεφρίτιδα, συνήθως δευτεροπαθής, μπορεί να παρατηρείται χωρίς τοπικά συμπτώματα ή λευκοκυττάρωση. Συχνά η οξεία πυελονεφρίτιδα χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια αύξηση του πυρετού που σχεδόν κατά κανόνα αρχίζει με έντονο ρίγος.

Στη φυσική εξέταση η ευαισθησία εντοπίζεται συχνά στην

πλευροσπονδυλική γωνία αλλά μπορεί να εντοπίζεται και σε οποιαδήποτε σημείο του ανώτερου ή κατώτερου υποχάστριου προκαλώντας σύγχυση με μια οξεία ενδοπεριτοναϊκή πάθηση. Η εργαστηριακή εξέταση μπορεί να αποκαλύψει αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων. Τα ούρα μπορεί να είναι ή να μην είναι συμπυκνωμένα. Κατά κανόνα τα ούρα θα περιέχουν λευκά αιμοσφαίρια και κυλίνδρους λευκών αιμοσφαιρίων.

Διάγνωση : Γίνεται από τα συμπτώματα, την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στη ψηλάφηση η νεφρική χώρα είναι επώδυνη και η κοιλία λίγο μετωρισμένη, ο άρρωστος έχει τη όψη ανθρώπου που υποφέρει πολύ.

Εργαστηριακές εξετάσεις :

1. Εξέταση πρόσφατου δείγματος ούρων για την ανεύρεση πυοσφαιρίων, αν και η απουσία τους δεν αποκλείει βακτηριουρία σε σημαντικό βαθμό.

2. Λήψη με μεγάλη προσοχή, μετά από εξωτερική πλύση, κατά το μέσο της ούρησης δείγματος ούρων για ουροκαλλιέργεια, με τις οποίες καθορίζεται ο μικροοργανισμός αλλά και η ευαισθησία του στα αντιβιοτικά.

3. Στους ασθενείς με επαναλαμβανόμενες προσβολές από πυελονεφρίτιδα, πρέπει να εκτελείται ενδοφλέβια πυελογραφία για την αποκάλυψη ανατομικών ανωμαλιών, καθώς και κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης. Στις περιπτώσεις που η ενδοφλέβια πυελογραφία δεν λύνει το πρόβλημα, αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο κυστεοσκοπήσεως και ανιούσης πυελογραφίας.

Η ακτινολογική έρευνα επίσης μπορεί να αποκαλύψει τον παράγοντα που βοήθησε στην εγκατάσταση της λοίμωξης.

Η διάγνωση είναι εύκολη όταν η οξεία πυελονεφρίτιδα παρουσιάζεται σαν επακόλουθο μιας άλλης ουρολογικής πάθησης όπως λιθίαση κλπ. Αλλά και στις υπόλοιπες περιπτώσεις η παρουσία των πιο πάνω συμπτωμάτων και η ανεύρεση στα ούρα πυοσφαιρίων και θετικής ουροκαλλιέργειας δείχνουν ότι υπάρχει

πυελονεφρίτιδα.

Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από την παγκρεατίτιδα, την οξεία σκωληκοειδίτιδα, την οξεία χολοκυστίτιδα και τον έρπητα ζωστήρα.

Θεραπεία : Μεγάλη σημασία στην οξεία πυελονεφρίτιδα έχει η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας πριν αρχίσουν οι νεκρώσεις του παρεγχύματος, που αναγκαστικά καταλήχουν στον σχηματισμό ουλών. Η θεραπεία περιλαμβάνει την χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού, τη λήψη άφθονων υγρών, την κατάκλιση και την υπόλοιπη συμπτωματική αγωγή. Μολονότι με την αντιμετώπιση αυτή ο πυρετός και τα άλλα συμπτώματα είναι δυνατόν να υποχωρήσουν γρήγορα, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται για 10 - 15 μέρες ώστε να λείψει ο κίνδυνος υποτροπής ή μετάπτωσης της φλεγμονής σε χρόνια.

Από την άλλη πλευρά, σε κάθε παράταση του πυρετού παρά την χορήγηση κατάλληλου αντιβιοτικού, επιβάλλει τη εκτέλεση μιας ενδοφλέβιας σуроχραφίας για την αναζήτηση άλλων αιτιών που συντελούν στην διαίωνιση της φλεγμονής.

Πορεία - Πρόγνωση : Σε άρρωστο με απόφραξη, ακόμη και αν η κατάλληλη θεραπεία προκαλέσει την υποχώρηση της οξείας λοίμωξης, είναι πιθανές οι υποτροπές, επανεμφάνιση χρόνιας νόσου και μείωση της νεφρικής λειτουργίας, αν δεν γίνει θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Γι' αυτό πιστεύεται ότι όλοι οι άρρωστοι, ανεξάρτητα από φύλο και ηλικία θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοφλέβια πυελοχραφία μετά το πρώτο επεισόδιο πυελονεφρίτιδας.

Σε μερικούς αρρώστους, παρά το ότι γίνονται ασυμπτωματικοί, η μικροβιοσυρρία επιμένει ή η οξεία φάση υποτροπιάζει με την εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαραίτητως θα πρέπει να γίνονται καλλιέργειες ούρων. Τα συμπτώματα και η απλή ανάλυση των ούρων δεν είναι αρκετά. Όταν τα ούρα είναι στείρα η θεραπεία διακόπτεται και η

καλλιέργεια των ούρων επιβάλλεται δύο εβδομάδες αργότερα και μετά κάθε μήνα για 3 - 4 μήνες περίπου.

Είναι φανερό ότι λίγοι άρρωστοι, χωρίς ανατομικές βλάβες, εμφανίζουν χρόνια πυελονεφρίτιδα τέτοιου βαθμού που να προκαλέσει χρόνια νεφρική βλάβη.

Χρόνια πυελονεφρίτιδα

Ορισμός : Ο όρος "χρόνια πυελονεφρίτιδα" χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα νεφροπαθειών που έχουν σαν κοινό στοιχείο την εμφάνιση χρόνιων εξελικτικών βλαβών στο διάμεσο κυρίως ιστό του νεφρού αλλά και στο υπόλοιπο νεφρικό παρέγχυμα.

Τα αίτια της χρόνιας πυελονεφρίτιδας είναι δυνατόν να είναι μικροβιακά ή μη μικροβιακά, στα τελευταία υπάρχουν παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η κατάχρηση αναλγητικών, κλπ.

Η χρόνια μικροβιακή πυελονεφρίτιδα παρουσιάζεται ως συνέχεια της οξείας, ενώ σε άλλες περιπτώσεις εμφανίζεται από την αρχή ως χρόνια, χωρίς να προηγηθεί κλινικά τουλάχιστο φανερή οξεία φάση. Τα σπουδαιότερα αίτια που ευθύνονται για την μετάπτωση της οξείας σε χρόνια είναι :

- Η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας της οξείας φάσης, που επιτρέπει την ανάπτυξη νεκρωτικών βλαβών στην φλεγμαίνουσα περιοχή του νεφρικού παρέγχυματος.
- Η ατελής θεραπεία της οξείας πυελονεφρίτιδας είναι ένας λόγος εμφάνισης χρόνιων βλαβών η οποία είναι δυνατόν να οφείλεται : α) σε ανεπαρκή χορήγηση αντιβιοτικών, β) σε ύπαρξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών και γ) σε δημιουργία μικροαποφράξεων στην περιοχή των βλαβών που συναπάχεται εστία μόλυνσης.

Παθολογοανατομική εικόνα : Χαρακτηριστικά οι νεφροί είναι

ασύμμετροι σε μέγεθος, με ουλές και ακανόνιστη κοίλαση στην επιφάνεια. Η χρόνια πυελονεφρίτιδα χαρακτηρίζεται από τα εξής στοιχεία :

- Οι βλάβες παρουσιάζονται σε ορισμένες περιοχές του νεφρού.
- Η κύρια βλάβη είναι η χρόνια φλεγμονή του διάμεσου ιστού ο οποίος διηθείται κυρίως από λεμφοκύτταρα και πλάσματοκύτταρα.
- Η φλεγμονή αυτή συνοδεύεται από τη ανάπτυξη ινώδους ιστού που προσδευτικά δημιουργούνται νεφρικές ουλές.
- Τα ουροφόρα σωληνάκια στις αντίστοιχες περιοχές παρουσιάζουν σημαντικές αλλοιώσεις και πολλά από αυτά καταστρέφονται.
- Το τοίχωμα της πυέλου και των καλύκων παχύνεται και διηθείται από πολυμορφοπύρρηνα, λεμφοκύτταρα και πλάσματοκύτταρα.

Η επέκταση των νεφρικών βλαβών σε μεγάλες περιοχές του παρεγχύματος και η συρρίκνωση του ινώδους ιστού σε αυτές, οδηγεί στο τέλος στη σμίκρυνση όλου του νεφρού.

Κλινική εικόνα : Συνήθως τα συμπτώματα είναι ήπια, πολλές φορές ακαθόριστα, ή είναι δυνατόν να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα. Μπορεί να υπάρχει ένας ελαφρός πόνος στο νεφρό, απογευματινός πυρετός, αδυναμία, καταβολή των δυνάμεων και μερικές φορές αμβληχρά κυστικά ενοχλήματα, ενώ μερικοί ασθενείς παραπονούνται για πολυδιψία και πολυουρία, αποτέλεσμα αδυναμίας του νεφρού συμπυκνώσεως των ούρων λόγω βλάβης των ουροφόρων σωληναρίων και της μυελώδους μοίρας. Η χρόνια πυελονεφρίτιδα τις περισσότερες φορές είναι άτυπη και ασαφής, παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα λανθάνουσα. Τα συμπτώματα είναι ελάχιστα ή και λείπουν εντελώς μολονότι η εξέλιξη των νεφρικών βλαβών συνεχίζεται. Η πιο πρώιμη εκδήλωση στις περιπτώσεις αυτές είναι η υπέρταση, που συνήθως δίνει και τη αφορμή για την ανακάλυψη της νόσου. Σε άλλες περιπτώσεις η χρόνια εξέλιξη διακόπτεται από την εμφάνιση παροξυσμών με τα χαρακτηριστικά της οξείας πυελονεφρίτιδας. Τέλος, στις προχωρημένες μορφές, οι συνηθισμένες εκδηλώσεις

είναι αυτές της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Διάγνωση : Συχνά η διάγνωση της χρόνιας πυελονεφρίτιδας είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν η πάθηση βρίσκεται στα αρχικά στάδια. Αυτό οφείλεται στην απουσία τυπικών συμπτωμάτων και στην έλλειψη ευρημάτων στην κλινική εξέταση. Αλλά και στον εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο, πολλά ευρήματα δεν βρίσκονται πάντοτε σταθερά σε όλες τις περιπτώσεις, ή όταν υπάρχουν αντιπροσωπεύουν πάντα μια μικροβιακή πυελονεφρίτιδα. Μόνο ο πλήρης έλεγχος και η συσχέτιση όλων των ευρημάτων μεταξύ τους μπορούν να οδηγήσουν σε σωστά συμπεράσματα.

Στον έλεγχο αυτό η χρόνια πυελονεφρίτιδα μπορεί να δώσει τα εξής ευρήματα :

- Πολλά πυοσφαίρια στην εξέταση των ούρων, των οποίων η νεφρική προέλευση θεωρείται πιο πιθανή όταν συνυπάρχουν και πυώδεις κύλινδροι.

- Ανεύρεση μικροβίων στην ουροκαλλιέργεια, εφόσον αποκλειστεί η προέλευσή τους από το κατώτερο ουροποιητικό.

- Μειωμένη τη μέγιστη συμπυκνωτική ικανότητα των νεφρών.

- Στο αίμα μπορούμε να βρούμε μία μικρή αναιμία και στην παράξευση της νόσου αυξημένα λευκά, σε πολύ προχωρημένες καταστάσεις και αυξημένα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης.

- Ακτινολογικά ευρήματα, τα σπουδαιότερα είναι :

α) Η παραμόρφωση ενός ή περισσότερων καλύκων

β) Παραμόρφωση του νεφρικού παρεγχύματος όπου στα σημεία της ανάπτυξης ουλών αρχίζει να παρουσιάζει εντομές

γ) Ελάττωση του μεγέθους του νεφρού

- Η ενδοφλέβια πυελογραφία αποκαλύπτει λέπτυνση της φλοιώδους μαίρας και παραμόρφωση των καλύκων.

- Βιοψία νεφρού εκτελείται όταν υπάρχει δυσχέρεια στην διάγνωση αν και οι κατα τόπους βλάβες περιορίζουν την αξία της μεθόδου.

Επιπλοκές : Σε προχωρημένα στάδια η χρόνια πυελονεφρίτιδα προκαλεί ατροφία των νεφρών, υπέρταση και τελικά νεφρική ανεπάρκεια. Σε περιπτώσεις που η λοίμωξη οφείλεται σε μικρόβια που διασπών την ουρία και δημιουργούν αλκαλικά ούρα σχηματίζονται ασβεστούχοι λίθοι. (6)

Θεραπεία : Στις χρόνιες πυελονεφρίτιδες η θεραπεία πάντα πρέπει να γίνεται με βάση επανειλημμένες καλλιέργειες για τη απομόνωση του μικροοργανισμού και είναι μεγάλης διάρκειας για πολλές εβδομάδες ή ακόμη και μήνες. Μπορεί να συνεχιστεί κατασταλτική θεραπεία και για χρόνια.

Βασικό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της χρόνιας πυελονεφρίτιδας είναι η χειρουργική διόρθωση κάθε αποφρακτικού αιτίου που τυχόν υπάρχει και η αφαίρεση των λίθων, αν έχουν δημιουργηθεί. Σε περίπτωση κυστεοουρητικής παλινδρόμησης επιβάλλεται χειρουργική αποκατάσταση. Αν ένας από τους δύο νεφρούς έχει βαριές βλάβες ή έχει προκληθεί υπέρταση από την καταστροφή του, η νεφρεκτομή επιβάλλεται.

Πρόγνωση : Η πορεία της χρόνιας πυελονεφρίτιδας μπορεί να είναι παρατεταμένη και συμβατή με άνετη ζωή ακόμη και μετά από σημαντική βλάβη της νεφρικής λειτουργίας. Η συνυπάρχουσα υπέρταση επιδυνώνει την πρόγνωση. Κατά την διάρκεια οξείων λοιμώξεων, ή επεισοδίων αφυδατώσεως, ή έλλειψη αντισταθμίσεως, μπορεί να προχωρήσει μέχρι το στάδιο της προχωρημένης ουραιμίας, αλλά ο ασθενής μπορεί να αναρώσει και να ανακτήσει επαρκή νεφρική λειτουργία επί χρόνια. Η διόρθωση των αποφρακτικών βλαβών μπορεί να εμποδίσει την πρόοδο της νόσου.

Η πορεία και η πρόγνωση της χρόνιας πυελονεφρίτιδας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, τον επικείμενο προδιαθεσικό

παράγοντα και την επιτυχή θεραπευτική αγωγή.

Νεκρωτική θηλίτιδα

Είναι κι αυτή μια μορφή πυελοναφρίτιδας στην οποία όμως οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στις θηλές των πυραμίδων που τελικά νεκρώνονται και πέφτουν μέσα στην αποχρευματική μούρα.

Κλινική εικόνα : Εκδηλώνεται με ρίγη και υψηλό πυρετό, καθώς και με αιματοουρία που προέρχεται από την απόσπασση των θηλών.

Η νεκρωτική θηλίτιδα με την μορφή της οξείας φλεγμονής παρατηρείται κυρίως σε διαβητικά άτομα, υπάρχουν όμως και άλλα αίτια που προκαλούν νέκρωση των θηλών με μια πιο ήπια κλινική εικόνα.

Τέτοια αίτια είναι η κατάχρηση αναλγητικών, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, αλλά και αυτός ο σακχαρώδης διαβήτης που είναι δυνατό να οδηγήσει σε νεκρωτική θηλίτιδα χωρίς παρουσία φλεγμονής. Το κύριο σύμπτωμα στις καταστάσεις αυτές είναι η αιματοουρία. Πιο σπάνια είναι δυνατόν η νεκρωμένη θηλή καθώς πέφτει μέσα στην αποχρευματική οδό να προκαλέσει απόφραξη του ουρητήρα με κωλικό ή και αγουρία.

Διάγνωση : Αυτή γίνεται καμιά φορά από τη τυχαία παρουσία στα ούρα μιας ή περισσότερων νεκρωμένων θηλών, σαν κύριο όμως διαγνωστικό μέσο χρησιμοποιείται η ενδόφλεβια ουρογραφία.

Θεραπεία : Η θεραπεία της νεκρωτικής θηλίτιδας γίνεται με την χορήγηση αντιβιοτικών και κυρίως με τη συμπτωματική ή ριζική αντιμετώπιση όπου είναι δυνατή, της αρχικής αιτίας που προκάλεσε την πάθηση.

Πυονέφρωση

Στην απόφραξη της αποχετευτικής μούρας του νεφρού, τα ούρα που βρίσκονται μέσα στο διατεταμένο σύστημα συχνά παραμένουν στείρα από μικρόβια για μεγάλο χρονικό διάστημα. Από την στιγμή όμως που θα γίνει η μόλυνση, η στάση των ούρων δημιουργεί κατάλληλες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη φλεγμονής που αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, είναι δυνατόν να καταλήξει σε πυονέφρωση. Στην περίπτωση αυτή όλο το περιεχόμενο μετατρέπεται σε πύο, ενώ η φλεγμονή επεκτείνεται βαθιά μέσα στο παρέγχυμα όπου προκαλεί σημαντικές βλάβες.

Η μόλυνση στη απόφραξη είναι δυνατόν να συμβεί είτε αυτόματα είτε μετά από καθητηριασμό του ουρητήρα.

Σε κάθε πυονέφρωση, η φλεγμονή σχεδόν πάντα επεκτείνεται και στα περιβλήματα του νεφρού (περινεφρίτιδα).

Κλινική εικόνα : Η πυονέφρωση χαρακτηρίζεται συνήθως από βαριά γενική κατάσταση με ρίγους και υψηλό πυρετό που συνοδεύεται από έντονο πόνο με μεγάλη διόγκωση του νεφρού. Όχι σπάνια η κατάσταση αυτή είναι τόσο τοξική ώστε να εμφανίζεται η τυπική εικόνα της σπητικής καταπληξίας. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα δεν είναι τόσο έντονα και η όλη εξέλιξη παίρνει μια πιο χρόνια μορφή.

Και στις δύο περιπτώσεις αυτές μολονότι τα συμπτώματα υποχωρούν, οι παθολογοανατομικές βλάβες εξακολουθούν να εξελίσσονται έτσι που τελικά ο νεφρός μετατρέπεται σε μια φλεγμονώδη μάζα.

Διάγνωση : Η διάγνωση της πυονέφρωσης στηρίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα, στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και στον ακτινολογικό έλεγχο. Στην περίπτωση όπου τα συμπτώματα δεν είναι τυπικά και τα τοπικά σημεία είναι ασαφή, η διάγνωση γίνεται κυρίως με τη ενδοφλέβια ουρογραφία και την αλιούσα

πυελογραφία.

Θεραπεία : Η χειρουργική σφαίραση του νεφρού αποτελεί την μόνη θεραπεία. Σε πολύ βαριές καταστάσεις μπορούμε σε πρώτη φάση να παροχετεύσουμε το νεφρό και όταν περάσουν τα βαριά φαινόμενα και αποσυμφορηθεί ο νεφρός, να κάνουμε στην συνέχεια την νεφρεκτομή.

Απαραίτητη είναι η κάλυψη του αρρώστου με ισχυρά αντιβιοτικά, για να αντιμετωπισθεί η ενδεχόμενη διασπορά και είσοδος των μικροβίων στην κυκλοφορία του αίματος.

Περινεφρικό απόστημα

Κάθε φλεγμονή του νεφρού έχει την πιθανότητα να επεκταθεί προς τα περιβλήματά του και να προκαλέσει την καλούμενη περινεφρίτιδα.

Είναι πυώδης συλλογή στον περινεφρικό χώρο συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του νεφρού. Συνήθως είναι δευτεροπαθής εντόπιση μετά από σταφυλοκοκκική λοίμωξη του δέρματος ή του νεφρού, σήμερα όμως τις περισσότερες φορές είναι επιπλοκή προχωρημένης νεφρικής λοίμωξης. Ο άρρωστος παρουσιάζει υψηλό πυρετό, προοδευτική καταβολή των δυνάμεων και αναιμία.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την λοιμογόνο δύναμη του μικροοργανισμού. Κατά την ψηλάφηση υπάρχει μεγάλη ευαισθησία στην νεφρική χώρα η οποία μπορεί ακόμα να παρουσιάζει μεγάλη μάσα και οίδημα του δέρματος.

Εργαστηριακά μπορεί να βρεθεί αναιμία, ενώ τα λευκά μπορεί να είναι αυξημένα. Η Τ.Κ.Ε. συνήθως είναι αυξημένη. Στα ούρα δεν βρίσκονται συνήθως παθολογικά στοιχεία.

Ο ακτινολογικός έλεγχος είναι δυνατόν να δώσει ενδεικτικά

στοιχεία, όπως είναι η εξαφάνιση της γραμμής του ψούτη μυ, η σκωλίωση της σπονδυλικής στήλης με το κοίλο προς την πλευρά που πάσχει και ακόμα η ανεύρεση λιθίαςης, ή άλλης αιτίας που να δικαιολογεί το σχηματισμό του αποστήματος.

Θεραπεία : Στα αρχικά στάδια το περινεφρικό απόστημα μπορεί να αντιμετωπισθεί με αντιβιοτικά. Συνήθως όμως η διάγνωση γίνεται όταν δημιουργηθεί συλλογή πύου, για αυτό χρειάζεται χειρουργική παραχέτευση.

Απόστημα και ψευδάνθρακας του νεφρού.

Οι δύο αυτές φλεγμονές του νεφρικού παρεγχύματος είναι αρκετά σπάνιες, προκαλούνται σχεδόν πάντοτε με την αιματογενή οδό. Κύριο μικρόβιο είναι ο σταφυλόκοκκος.

Τα αποστήματα αυτά, ορισμένες φορές συνενώνονται μεταξύ τους και περιχαράκωνονται σχηματίζοντας με αυτόν τον τρόπο ένα μεγαλύτερο απόστημα.

Σε άλλες περιπτώσεις, η πυώδης συλλογή δεν περιχαράκωνεται, παίρνοντας έτσι μια πιο διάχυτη μορφή που χαρακτηρίζει τον ψευδάνθρακα του νεφρού. Συχνά, τόσο στο απόστημα, όσο και στον ψευδάνθρακα του νεφρού, η φλεγμονή επεκτείνεται προς τα περιβλήματά του (περινεφρίτιδα).

Κλινική εικόνα : Ο υψηλός πυρετός αποτελεί την πιο συνηθισμένη εκδήλωση και συνήθως συνοδεύεται από πόνο και διόγκωση του νεφρού. Η θεραπεία τόσο στο απόστημα όσο και στον ψευδάνθρακα του νεφρού αρχίζει πάντα με την χορήγηση αντιβιοτικών. Αν η φλεγμονή δεν υποχωρεί είναι δυνατόν να επιχειρηθεί χειρουργική παραχέτευση της πυώδους συλλογής, εκτός και αν οι βλάβες του νεφρού είναι εκτεταμένες οπότε απαιτείται νεφρεκτομή.

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Οξεία προστατίτιδα

Ο όρος προστατίτιδα περιγράφει διάφορες παθήσεις που προσβάλλουν τον προστάτη, περιλαμβανομένων των οξείων και χρόνιων λοιμώξεων από ειδικά βακτηρίδια και συνηθέστερα περιπτώσεις στις οποίες υπάρχουν σημεία και συμπτώματα φλεγμονής του προστάτη αλλά δεν μπορούν να ανιχνευθούν ειδικοί μικροοργανισμοί. Προσβάλλει κυρίως τους νέους άνδρες μεταξύ 20 - 40 χρόνων.

Παθογένεια : Σε αντίθεση με την κύστη, ο προστάτης κυρίως μολύνεται αιματογενώς από κάθε μικροβιαϊμία. Συχνά όμως ο προστάτης μολύνεται από την ουρήθρα. Παλαιότερα οι προστατίτιδες είχαν σαν αιτία τους μια γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η προστατίτιδα μπορεί να είναι συνέπεια μιας πυελονεφρίτιδας ή να προέρχεται από επιδιδυμίτιδα.

Η λοίμωξη οφείλεται συνήθως σε έναν από τα κοινά Gram - αρνητικά παθογόνα μικρόβια του ουροποιητικού.

Η οξεία προστατίτιδα μπορεί να παρουσιασθεί μετά από ένα ενδοουρηθρικό χειρισμό, αλλά μπορεί να ακολουθεί μια οξεία φλεγμονή.

Παθολογική ανατομία : Στην αρχή τα μικρόβια συγκεντρώνονται μέσα στους προστατικούς πόρους και καταβαίνουν από εκεί στις κυψελίδες. Σ'ένα πιο προχωρημένο στάδιο, η κατάληψη πολλών κυψελίδων δημιουργεί μικρά αποστήματα στον προστάτη. Τα αποστήματα αυτά στις περισσότερες περιπτώσεις ουλοποιούνται, σε άλλες πάλι είναι δυνατόν συνεννωθούν πολλά μαζί και να σχηματίσουν ένα μεγάλο προστατικό απόστημα. Η φλεγμονή του προστάτη σχεδόν πάντα καταλαμβάνει τις σπερματοδόχες κύστεις.

Κλινική εικόνα : Συνήθως η οξεία προστατίτιδα εισβάλλει απότομα με υψηλό πυρετό, με ρίγος και υψηλό πόνο στο περίνεο, που μπορεί να αντανακλάται και υπερηβικά. Συνήθως υπάρχει έκκριμα στην ουρήθρα, έντονη έπειξη για ούρηση και συχνουρία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει αιματοουρία από ρήξη ενός αγγείου του βλεννοχόου της προστατικής ουρήθρας. Η δυσουρία που συνοδεύει τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να φθάσει μέχρι τέλεια επίσχεση των ούρων.

Εργαστηριακά, στα ούρα συνήθως υπάρχουν πυοσφαίρια και μικροοργανισμοί ενώ τα λευκά αιμοσφαίρια στο αίμα μπορούν να φθάσουν μέχρι 20.000 κ.ε.

Διάγνωση : Στην διάγνωση θα μας βοηθήσει η κλινική εικόνα του αρρώστου, αλλά κυρίως η δακτυλική εξέταση του προστάτη. Ο προστάτης παρουσιάζεται διογκωμένος περιγραμμένος, με τάση, θερμός και πάρα πολύ επώδυνος. Ποτέ δεν κάνουμε εξέταση του αρρώστου με όργανα στην οξεία φάση.

Επιπλοκές : Η επίσχεση των ούρων είναι συχνή λόγω της διόγκωσης του προστάτη από την φλεγμονή, ή επιδιδυμίτιδα είναι ένα συχνό γεγονός κατά την διάρκεια της νόσου και ακόμη μπορεί να εκδηλωθεί και πυελονεφρίτιδα.

Θεραπεία : Η αντιμετώπιση της οξείας προστατίτιδας πρέπει να γίνεται με την χορήγηση αντιβιοτικών. Η θεραπεία θα πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον 15 μέρες και να γίνεται συνδυασμός με αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης θα πρέπει να ακολουθήσει ένα δεύτερο στάδιο αντισηψίας για να μπορέσουμε να επιτύχουμε την αποστείρωση του προστάτη και την αποφυγή των υποτροπιών.

Μετά το τέλος της θεραπείας πρέπει τουλάχιστον δύο

καλλιέρχαιες προστατικού υγρού να είναι στείρες. Σε περίπτωση που υπάρχει επίσχεση των ούρων πρέπει να τοποθετήσουμε με πάρα πολύ μεγάλη προσοχή ένα πολύ λεπτό καθετήρα για να παροχετεύουμε την κύστη.

Χρόνια προστατίτιδα

Η χρόνια προστατίτιδα είναι πολύ συχνή νόσος κυρίως στην μέση ηλικία. Προέρχεται από την είσοδο μικροβίων στον προστάτη από την ουρήθρα. Τις πιο πολλές φορές όμως ξεκινά από μια μη καλά θεραπευμένη οξεία προστατίτιδα. Υπάρχουν όμως αρκετές περιπτώσεις που η μόλυνση γίνεται αιματογενώς. Είναι δυνατόν ακόμα να αναπτυχθεί δευτεροπαθώς μετά από κυστίτιδα ή πυελονεφρίτιδα.

Κλινική εικόνα : Τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα είναι ήπια και περιοδικά. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η συχνουρία που συνοδεύεται από μικρό καύσος κατά την ούρηση, αίσθημα τάσης και βάρους στο περίνεο και υπερηβικά, μυρμηκιάσεις στην εσωτερική επιφάνεια των μικρών και στο όσχεο, ακόμα και παροδικούς νυχμούς στην ουρήθρα. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται λεπτόρευστο έκκριμα στην ουρήθρα.

Διάγνωση : Η διάγνωση θα γίνει από την συμπτωματολογία του αρρώστου, κυρίως όμως από την κλινική εξέταση. Η διαπίστωση επιδιδυμίτιδας θα μας οδηγήσει στη σκέψη της χρόνιας προστατίτιδας. Με την δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται ο προστάτης να προβάλλει περιγραμμένος στην επιφάνειά του, μάλιστα διαπιστώνουμε συμπαχείς και μαλακές περιοχές. Με την πίεση είναι επώδυνος και προκαλείται έντονα το αίσθημα της επώδυνης έπλειξης για ούρηση.

Εργαστηριακά ευρήματα : Στα ούρα περιοδικά υπάρχουν λίγα πυοσφαίρια, λίγα αιμοσφαίρια και μικρόβια. Οι εξετάσεις του

αίματος συνήθως είναι φυσιολογικές εκτός αν συνυπάρχει επιδιδυμίτιδα σαν επιπλοκή. Η εξέταση του προστατικού υγρού μετά την μάλαξη μας βοηθάει στην διάγνωση, μας επιτρέπει ακόμη και την απομόνωση του μικροβιακού παράγοντα.

Επιπλοκές : Η χρόνια προστατίτιδα μπορεί να παροξυνθεί και να προκαλέσει οξεία φαινόμενα. Μετά από μια μάλαξη του προστάτη μπορεί να προκληθεί επιδιδυμίτιδα. Πολλές φορές η επέκταση της φλεγμονής μπορεί να προκαλέσει μια οξεία ή χρόνια κυστίτιδα, ακόμη και πυελονεφρίτιδα. Η παραμόρφωση των ανατομικών στοιχείων του αδένου προστάτη και η επέκταση της φλεγμονής στις σπερματοδόχες κύστεις γίνονται αφορμή στειρότητας.

Θεραπεία : Η θεραπεία της χρόνιας προστατίτιδας είναι δύσκολη. Δυστυχώς, ορισμένα μόνον φάρμακα έχουν τη δυνατότητα να διεισδύσουν στον προστατικό ιστό και να συγκεντρώνονται σε υψηλά θεραπευτικά επίπεδα. Η καλλιέργεια του προστατευτικού υγρού πολλές φορές μας δίνει λανθασμένα τον υπεύθυνο μικροοργανισμό, γιατί συμπαρασύρονται από την ουρήθρα σαπροφυτικά μικρόβια. Γι αυτό πρέπει να χορηγήσουμε κυρίως φάρμακα που διεισδύουν στον προστατευτικό ιστό. Πρέπει να χορηγούνται για μακρό χρονικό διάστημα, δύο ως τρεις μήνες. Πολλές φορές πρέπει να συνεχιστεί η θεραπεία καταστολής μέχρι 6 μήνες ή ένα χρόνο και περισσότερο.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας κάθε 10 ως 30 μέρες θα πρέπει να γίνονται μαλάξεις για την παροχέτευση του πύου και του προστατευτικού υγρού, ακόμη και για την διάλυση των προστατευτικών πόρων. Η αποτυχία της θεραπείας οφείλεται στην μη σωστή και επαρκή θεραπεία.

Λοιμώξεις του ουροποιητικού σχετιζόμενες με καθητήρα

Βακτηριουρία απαντάται συχνά σε νοσοκομειακούς ασθενείς με

μόνιμους ουρηθρικούς καθετήρες.

Η λοίμωξη λαμβάνει χώρα όταν τα βακτήρια φθάνουν στην κύστη με μετακίνηση διαμέσου της στήλης των ούρων στον αυλό του καθετήρα, ή ανεβαίνοντας το βλεννώδες έλυτρο έξω από τον καθετήρα. Τα νοσοκομειακής κτήσεως παθογόνα μικρόβια φθάνουν στον καθετήρα ή στο σύστημα συλλογής ούρων του ασθενούς, στα χέρια του προσωπικού του νοσοκομείου, σε μολυσμένα διαλύματα ή διαβρεκτικά και μέσω μολυσμένων οργάνων ή απολυμαντικών. Επίσης, η εντερική χλωρίδα του ίδιου του ασθενούς μετακινείται συχνά στο δέρμα του περινέου και την περιουθρική περιοχή και φτάνει στην κύστη μέσω του αγωγού που παρέχει ο καθετήρας. Οι περισσότερες λοιμώξεις που σχετίζονται με τον καθετήρα είναι καλοήθειες. Προκαλούν ελάχιστα συμπτώματα και συχνά παρέχονται με την απομάκρυνση του καθετήρα.

Αυτές οι λοιμώξεις μπορούν να προληφθούν εν μέρει σε ασθενείς καθετηριασμένους λιγότερο από δύο βδομάδες με την χρήση αποστειρωμένου κλειστού συστήματος συλλογής, με προσοχή στην τεχνική ασηψία κατά την τοποθέτηση και την φροντίδα του καθετήρα και με μέτρα για την ελαχιστοποίηση της μόλυνσεως. Παρά την λείψη αυτών των προφυλάξεων, η πλειονότητα των ασθενών που έχουν καθετηριαστεί περισσότερο από δύο βδομάδες, αναπτύσσουν βακτηριουρία. Η άριστη θεραπεία για αυτούς τους ασθενείς δεν έχει εξακριβωθεί. Η απομάκρυνση του καθετήρα και μια βραχεία αγωγή με αντιβιοτικά στα οπία είναι ευαίσθητος ο μικροοργανισμός, είναι ίσως η καλύτερη αγωγή. Αν ο καθετήρας δεν μπορεί να βγει, η θεραπεία με αντιβιοτικά αποδεικνύεται συνήθως ανεπιτυχής και μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα λοίμωξη από ανθεκτικότερο στέλεχος. Σ' αυτή την περίπτωση η βακτηριουρία πρέπει να αγνοείται, εκτός αν ο ασθενής αναπτύξει συμπτώματα, ή διατρέχει κίνδυνο αναπτύξεως βακτηριαιμίας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Η αντιμετώπιση γενικά των ουρολοιμώξεων, από την πλευρά της διάγνωσης και της θεραπείας δεν είναι πάντοτε τόσο απλή όσο φαίνεται από πρώτη όψη. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι υπάρχουν πολυάριθμοι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο τα ευρήματα των εξετάσεων όσο και τα αποτελέσματα της θεραπείας έτσι ώστε να μην είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι υπάρχουν γενικοί κανόνες που ισχύουν για όλες τις περιπτώσεις. Παρ'όλα αυτά υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές, διαγνωστικές και θεραπευτικές, που πρέπει να ακολουθούνται σε κάθε άρρωστο που παρουσιάζει σημεία ή συμπτώματα ύποπτα για ουρολοίμωξη.

Διάγνωση : Σε κάθε άρρωστο μετά την λήψη ιστορικού γίνεται μια πλήρης κλινική εξέταση που θα πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε και το γεννητικό σύστημα.

Οι πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις που χρειάζονται στην συνέχεια σ'έναν τέτοιο άρρωστο είναι η εξέταση των ούρων που συλλέγονται από το μέσο της ούρησης και μετά η ουροκαλλιέργεια.

Μετά την εργαστηριακή διάγνωση επιβάλλεται η αναζήτηση των πιθανών αιτιών που προδιαθέτουν σε φλεγμονές του ουροποιητικού. Για τον σκοπό αυτό, σαν πρώτο βήμα γίνεται μια ενδοφλέβια ουρογραφία και μετά συμπληρώνεται με ανιούσα κυστεογραφία και με ουρηθροκυστεοσκόπηση.

Ιδιαίτερη επίσης σημασία στην εξέταση του αρρώστου που παρουσιάζει υποτροπές ουρολοιμώξεων έχει η αναζήτηση της εντόπισης της φλεγμονής στο ανώτερο ή κατώτερο ουροποιητικό σύστημα. Αυτό στην πράξη είναι αρκετά δύσκολο μολονότι για τον σκοπό αυτό έχουν επινοηθεί αρκετές εξετάσεις. Μερικές από αυτές είναι :

- Η ενδοφλέβια ουρογραφία.
- Η μέτρηση της μέγιστης συμπυκνωτικής ικανότητας των ούρων.
- Η καλλιέργεια ούρων που παίρνονται απ'ευθείας από τις νεφρικές πυέλους με καθητηριασμό των ουρητήρων.
- Η καλλιέργεια ούρων που παίρνονται με καθητηριασμό από την κύστη αφού προηγηθεί πλύση με διάλυμα αντιβιοτικών.
- Η ανεύρεση υψηλών τίτλων αντισωμάτων στον ορό του αίματος.
- Η ανεύρεση στα ούρα μικροβίων που καλύπτονται από αντισώματα.

Θεραπεία : Μερικές θεραπευτικές αρχές πρέπει να λαμβάνονται υπ'όψη στην θεραπεία των λοιμώξεων του ουροποιητικού.

1. Πρέπει να λαμβάνονται ποσοτικές καλλιέργειες ούρων
2. Οι δοκιμασίες αντιμικροβιακής ευαισθησίας πρέπει να κατευθύνουν την θεραπεία.
3. Παράγοντες που προδιαθέτουν σε λοίμωξη, πρέπει να διαπιστώνονται και να διορθώνονται αν είναι δυνατόν.
4. Η υποχώρηση των κλινικών συμπτωμάτων δεν σημαίνει και μικροβιολογική ίαση γι αυτό πρέπει να λαμβάνονται καλλιέργειες παρακολούθησης και μετά από την θεραπεία.
5. Οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις πρέπει να ταξινομούνται ως υποτροπές ή επιμολύνσεις.
6. Γενικά, οι ανεπίπλοκες λοιμώξεις περιορίζονται στο κατώτερο ουροποιητικό. Οι υποτροπές δείχνουν εστία λοίμωξης στο ανώτερο ουροποιητικό, ενώ η επαναμόλυνση δείχνει συχνότερα λοίμωξη του κατώτερου ουροποιητικού.
7. Οι αρχικές λοιμώξεις οφείλονται συνήθως σε στελέχη ευαίσθητα στα αντιβιοτικά.
8. Οι ασθενείς με επανηλλειμένες λοιμώξεις, τοποθέτηση οργάνων, ή πρόσφατη νοσηλεία στο νοσοκομείο, πρέπει να είναι ύποπτοι ως ξενιστές ανθεκτικών στελεχών.

Εκτός από τις ασυμπτωματικές και τις χρόνιες ουρολοιμώξεις, στις υπόλοιπες περιπτώσεις η παρουσία συμπτωμάτων αναγκάζει πολλές φορές την έναρξη της θεραπείας πριν συμπληρωθεί όλος ο

εργαστηριακός έλεγχος. Η θεραπεία αυτή συνίσταται στην χορήγηση άγθωνων υγρών και κυρίως αντιμικροβιακών φαρμάκων και στην συνέχεια συμπληρώνεται με οποιαδήποτε άλλη θεραπεία ή εγχείρηση αν διαπιστωθεί αρχότερα κάποια ουρολογική πάθηση.

Τα αντιμικροβιακά φάρμακα που χορηγούνται στις ουρολοιμώξεις διακρίνονται βασικά σε δύο κατηγορίες, στα αντιβιοτικά και στα αντισηπτικά των ούρων. Η κύρια διαφορά μεταξύ των δύο είναι ότι τα πρώτα συγκεντρώνονται σε μεγάλες πυκνότητες στους ιστούς και στα ούρα, ενώ τα δεύτερα συγκεντρώνονται σε μεγάλες πυκνότητες στα ούρα, ιδιότητα που επιτρέπει την χρησιμοποίησή τους σε ελαφρές ουρολοιμώξεις ή σε ορισμένες περιπτώσεις όπου υπάρχει ανάγκη μακροχρόνιας θεραπείας.

Πρόληψη : Οι ασθενείς με συχνές συμπτωματικές λοιμώξεις μπορεί να ωφεληθούν από την μακροχρόνια θεραπεία με χαμηλές δόσεις αντιβιοτικών που στοχεύουν στην πρόληψη των υποτροπών. Η θεραπεία αυτή πρέπει να αρχίζει μόνο μετά από την εκκρίσιση της βακτηριουρίας με πλήρους δόσεως θεραπευτική αγωγή. Οι γυναίκες που έχουν περισσότερες από δύο λοιμώξεις, κάθε έξη μήνες πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη για προληπτική αγωγή. Οι χαμηλές δόσεις αντιβιοτικών μετά από την συνουσία μπορεί επίσης να είναι ωφέλιμες στην πρόληψη των επεισοδίων συμπτωματικών λοιμώξεων. Άλλες καταστάσεις στις οποίες η προφύλαξη φαίνεται ότι έχει κάποιο αξία, περιλαμβάνουν τους άνδρες με χρόνια προστατίτιδα, τους ασθενείς που υποβάλλονται σε προστατεκτομή και τις έγκυους γυναίκες με ασυμπτωματική βακτηριουρία.

ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Στα παιδιά οι ουρολοιμώξεις αποκτούν ιδιαίτερη σημασία γιατί :

- Είναι αρκετά συχνές κυρίως στα κορίτσια.
- Είναι συχνή η επέκταση των φλεγμονών στους νεφρούς.

- Οι ουρολοιμώξεις στα παιδιά, ιδίως στα 2 - 3 πρώτα χρόνια της ζωής, πολλές φορές εκδηλώνονται με συμπτώματα τελείως άσχετα από το ουροποιητικό.
- Σε πολλά παιδιά με ουρολοιμώξεις διαπιστώνεται η παρουσία συγγενών ουρολογικών παθήσεων που συμβάλλουν όχι μόνο στην εμφάνιση αλλά και στην διαίωνιση της φλεγμονής.
- Η λήψη ούρων για καλλιέργεια στα παιδιά στα οποία δεν έχει εδραιωθεί ακόμη ο έλεγχος της ούρησης, γίνεται με ένα αποστειρωμένο πλαστικό σάκκο που εφαρμόζει σταγανά γύρω από την περιοχή των γεννητικών οργάνων, αφού προηγηθεί προσεκτικός καθαρισμός τους. Πα'όλ'αυτά, λήψη με αυτόν τον τρόπο ούρων απαλλαγμένων από επιμόλυνση, είναι αρκετά δύσκολη, γεγονός που πολλές φορές αναγκάζει επανάληψη της ουροκαλλιέργειας. Αυτά τα αποτελέσματα των ουροκαλλιιεργειών δεν συμφωνούν μεταξύ τους, τότε σα λύση παραμένει η καλλιέργεια ούρων που παίρνονται με υπερηβική παρακέντηση της κύστης.
- Τέλος, η φαρμακευτική θεραπεία των ουρολοιμώξεων στα παιδιά απαιτεί όχι μόνον την προσαρμογή της δόσης, ανάλογα με το βάρος του παιδιού και την νεφρική λειτουργία, αλλά και την αποφυγή των αντιβιοτικών που παρουσιάζουν ειδικές για την παιδική ηλικία ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΜΕΡΟΣ Ι Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΗ

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου που πάσχει από μια συγκεκριμένη λοίμωξη του ουροποιητικού, εξαρτάται από την εκτίμηση της κατάστασής του αρρώστου.

Η αξιολόγηση αυτή στηρίζεται στις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει από διάφορες πηγές και στην συνθετική ικανότητα που έχει για αξιοποίηση των πληροφοριών αυτών, σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα του αρρώστου.

Πηγές πληροφοριών για την νοσηλευτική εκτίμηση της κατάστασής του αρρώστου είναι :

- Ο ίδιος ο άρρωστος με τον οποίο η νοσηλεύτρια έρχεται σε επαφή.
- Τα μέλη της οικογένειάς του ή άλλα γνωστά άτομα.
- Ο ιατρικός φάκελλος σε περίπτωση που ο άρρωστος αναφέρει προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο ή ο νοσηλευτικός φάκελλος.
- Οι διάφορες άλλες πηγές, πληροφορίες που θα συγκεντρώσει η νοσηλεύτρια, θα αναφέρονται :

Α) Στο ατομικό ιστορικό του αρρώστου.

- Ηλικία, βάρος, ύψος.
- Εθνικότητα, θρήσκευμα.
- Εργασμος, άγασμος.
- Επάγγελμα.
- Γραμματικές γνώσεις και μορφωτικό επίπεδο.
- Τρόποι ζωής (επαγγελματικές δραστηριότητες ή άλλες δραστηριότητες, διαιτητικές συνήθειες, ενδιαφέροντα και προσωπικές προτιμήσεις, συνήθειες ύπνου, αναπαύσεως, ψυχαγωγία, κλπ.).
- Παιδικά νοσήματα που ο άρρωστος τυχόν έχει περάσει.
- Άλλα νοσήματα από τα οποία στο παρελθόν έχει αρρωστήσει, όπως σακχαρώδης διαβήτης, σταφυλοκοκκική φαρυγγίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, λοίμωξη με β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο κλπ.
- Προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο, αίτια εισαγωγής, διάρκεια νοσηλείας, εμπειρίες από την παραμονή του στο νοσοκομείο και από την νοσηλευτική του φροντίδα, τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις που έκανε, ακτινοθεραπεία, χημιοθεραπεία, κλπ.
- Εάν είναι αλλεργικό άτομο και σε τι είναι ευαίσθητο.
- Καταστάσεις στο παρελθόν που προδιέθεσαν σε στάση ούρων όπως μακρές περιόδου ακινησίας λοιμώξεις κλπ.
- Παρελθούσες λιθιάσεις και είδος θεραπείας.

Β) Στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου.

- Δομή οικογενείας του.
- Συνθήκες διαβιώσεως (περιβάλλον σπιτιού, εργασίας).
- Πληροφορίες σχετικά με τυχόν νεφρικές παθήσεις μελών της οικογενείας του.
- Θάνατοι μελών οικογενείας, καθώς και αίτια αυτών.

Γ) Στην παρούσα κατάσταση της υγείας του αρρώστου.

1. Ιστορικό υγείας.

- Παρακώληση της ελεύθερης ροής των ούρων
- Πρώτη εμφάνιση συμπτωμάτων, τυχόν θεραπεία

- Παρουσία, εντόπιση, ένταση, ποιότητα πόνου και παράγοντες που τον προκαλούν ή τον επιταίνουν.
- Σχήματα ούρησης και χαρακτηριστικά, ειδικότερα συχνότητα, ανάγκη για ούρηση, νυκτερινή ούρηση, δυσουρία και αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.
- Περιγραφή χαρακτηριστικών των ούρων (ειδικά δύσοσμα θολερά, αιματουρία).

2. Φυσική εξέταση.

- Ανυψωμένη θερμοκρασία σώματος
- Ευαισθησία της πάσχουσας πλευράς
- Διογκωμένοι νεφροί που μπορούν να ψηλαφούνται
- Ελαφρά συσπασμένη κοιλία
- Αήθαρχος και κακουχία

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

Εκτός από την φυσική εξέταση και την παρουσίαση των συμπτωμάτων από τον ασθενή, αν υπάρχουν, για την διάγνωση τόσο της λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος, όσο και των αιτιών που τη προκάλεσαν γίνονται ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Ορισμένες από αυτές δεν πρέπει να γίνονται στις οξείες φάσεις της λοίμωξης.

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε τόσο στις εξετάσεις που μπορούν να γίνουν, αλλά κυρίως στον ρόλο που έχει η νοσηλεύτρια για την ενημέρωση και την προετοιμασία του αρρώστου για την εξέταση :

1. Απλή ακτινογραφία :

Αυτή πληροφορεί για την θέση, το σχήμα και το μέγεθος των νεφρών, για την ύπαρξη σκιάς πέτρας στον νεφρό, τον ουρητήρα, την κύστη ή τον προστάτη, καθώς και για την ύπαρξη αμφοτερόπλευρης λιθιάσεως.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπ'όψη της ότι η προετοιμασία του αρρώστου για απλή ακτινογραφία των νεφρών ποικίλλει

αναφορικά με την κένωση του εντερικού σωλήνα, που πρέπει να απαλλαχθεί όσο γίνεται περισσότερο από τα αέρια. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι η χορήγηση ελαιούχου καθαρτικού από το στόμα. Αυτό όμως έχει μερικές φορές δυσμενείς επιπτώσεις στους άρρωστους και πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να το πάρουν. Παράλληλα συνιστάται στον άρρωστο να περιορίσει το δείπνο που επακολουθεί, σε ρόφημα με μια ή δύο φρυγανιές. Ακόμη, να αποφεύγει σε περίπτωση δίψας τα σαχαρούχα ποτά, επειδή αυτά συμβάλλουν στην δημιουργία αερίων. Το πρωί της εκτελέσεως της ακτινογραφίας, ο άρρωστος πηγαίνει στο ακτινολογικό εργαστήριο νηστικός.

2. Ενδοφλέβια ουρογραφία :

Αποτελεί την βασική εξέταση του ουροποιητικού συστήματος και προϋποθέτει πάντοτε την λήψη απλής ακτινογραφίας.

Μετά την ενδοφλέβια χορήγηση ακτινοσκιερής ουσίας, που αποβάλλεται από τους νεφρούς, γίνεται ακτινογραφία του νεφρού, ουρητήρα, κύστης. Με την ουρογραφία μπορούν να διαγνωστούν λίθοι, διαστολή νεφρικών πυέλων, ή άλλες αλλοιώσεις του ουροποιητικού συστήματος. Ο άρρωστος δεν πρέπει να πάρει πολλά υγρά για την αποφυγή αραίωσης της σκιερής ουσίας. Το βράδυ της προηγούμενης μέρας δίνεται στον άρρωστο ελαφρό δείπνο. Μετά το δείπνο και μέχρι την ώρα της εξέτασης ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτε από το στόμα και μένει στο κρεβάτι.

Σε ηλικιωμένα όμως άτομα και σε εκείνα που δεν ανέχονται καταστάσεις αφυδάτωσης, πρέπει να τους χορηγείται νερό.

Επειδή πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν αλλεργική αντίδραση στο φάρμακο, χορηγείται με μεγάλη προσοχή και αφού προηγουμένως γίνει test ευαισθησίας. Πρέπει η νοσηλεύτρια επίσης να έχει έτοιμα φάρμακα επείγουσας ανάγκης, οξυγόνο και μέσα για τραχειοτομία, για την έγκαιρη αντιμετώπιση

μιας επιπλοκής.

3. Ανιούσα πνευμογραφία :

Στην ανιούσα πνευμογραφία το σκληρό φάρμακο εγχέεται μέσα στο αποχετευτικό σύστημα απ'ευθείας με ουρητηροκαθετήρα ο οποίος εισάγεται με κυστεοσκόπιο. Η τεχνική αυτή δίνει καλύτερη απεικόνιση της θέσης, του μεγέθους και του σχήματος των νεφρών και της μορφολογίας του αποχετευτικού τμήματος. Την νύχτα, πριν την εξέταση, χορηγείται υπακτικό και μια μέρα πριν από την εξέταση δίαιτα μικρού υπολαίμματος.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπ'όψη της όσα έχουν σχέση με την απλή ακτινογραφία των νεφρών και επιπρόσθετα ότι πρόκειμένου να εισαχθεί ο ουρητηροκαθετήρας στο στόμιο του ουρητήρα γίνεται κυστεοσκόπηση στον άρρωστο, οπότε πρέπει να γνωρίζει και τα σχετικά με την κυστεοσκόπηση. Επίσης να έχει εξηγηθεί στον άρρωστο πώς θα πρέπει να συνεργαστεί με τον γιατρό.

Επειδή όμως η εισαγωγή του ουρητηρικού καθετήρα θα γίνει διαμέσου κυστεοσκοπήσεως, η νοσηλεύτρια οφείλει να τηρεί αρχές χειρουργικής ασηψίας κατά την διάρκεια αυτής της εξετάσεως.

4. Νεφρική αρτηριογραφία :

Με αυτήν πραγματοποιείται η μελέτη της διαμέτρου των νεφρικών αρτηριών, η μορφολογία τους, ο αριθμός και η θέση τους. Επομένως, γίνεται πλήρης έλεγχος της νεφρικής αγγειώσεως. Σχετικά με την μέθοδο εκτελέσεως της εξετάσεως δύο τρόποι χρησιμοποιούνται σήμερα ως πιά ενδεδειχμένοι. Ο πρώτος συνίσταται στην άμεση παρακέντηση της κοιλιακής αορτής δια της αριστερής οσφυϊκής χώρας και ο δεύτερος τρόπος συνίσταται στην παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας με ειδικό trocar και με αντίθετη φορά προς την ροή του αίματος, και την προώθηση δι' αυτού ειδικού καθετήρα στην

κοιλιακή σορτή μέχρι το ύψος των νεφρικών αρτηριών.

Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο τι περιμένουμε από εκείνον και τι πρέπει να περιμένει αυτός από εμάς.

Το set για την παρακέντηση πρέπει να έχει ελεγχθεί προηγουμένως, να είναι πλήρες και καλά αποστειρωμένο. Η σκιαγραφική ουσία που θα χρησιμοποιηθεί να έχει έγκαιρα προμηθευτεί και κατάλληλα φυλαχτεί. Ο άρρωστος να παρακολουθείται μετά την εκτέλεση της αρτηριογραφίας για εμφάνιση τυχόν αντιδράσεων και ανεπιθύμητων ενεργειών από το φάρμακο.

5. Νεφροτομογραφία :

Αυτή συνίσταται στη λήψη ακτινογραφικών τομών των κοιλοτήτων του νεφρού, του νεφρικού παρεγχύματος και του ουρητήρα κατά την διάρκεια της ενδοφλέβιας πνευμογραφίας, της ανιούσας πνευμογραφίας, της ανιούσας ουρητηροπνευμογραφίας κλπ. Οι πληροφορίες που προσφέρει αφορούν την πληρέστερη και ακριβέστερη ανατομική και μορφολογική μελέτη του νεφρικού παρεγχύματος καθώς και την ακριβή εντόπιση ενδονεφρικών αλλοιώσεων, όπως σε όγκους και κύστεις του νεφρικού παρεγχύματος σε χρόνια πνευλονεφρίτιδα, σε νεφρική ανεπάρκεια κλπ.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της ότι γίνεται προετοιμασία του εντερικού σωλήνα όπως και στην απλή ακτινογραφία των νεφρών, και έχουν δοθεί στον άρρωστο οι απαραίτητες πληροφορίες. Παρακολουθείται αυτός μετά την εκτέλεση της τομογραφίας.

6. Κυστεογραφία :

Αυτή συνίσταται στην εισαγωγή σκιαγραφικής ουσίας στην ουροδόχο κύστη για την λήψη ακτινογραφικών με γεμάτη την κύστη και στην συνέχεια με άδεια την κύστη. Γίνεται έτσι δυνατή η διαπίστωση κυστεοουρητηρικής παλινδρομίσσεως,

υπερτροφίας του αυχένα της ουροδόχου κύστεως ή ενδοκυστικών όγκων.

7. Ραδιενεργό νεφρόγραμμα :

Αυτό συνίσταται σε ενδοφλέβια έγχυση κυρίως ιλλουράνης με I^{131} ή με I^{125} , η οποία έχει την δυνατότητα να απεκκρίνεται σε μεγάλο ποσοστό από τα κύτταρα των ουροφόρων σωληναρίων. Κατά την απέκκριση αυτής της ουσίας δια των νεφρών που διαρκεί 15 - 20 λεπτά, γίνεται καταμέτρηση της ραδιενέργειας που εκπέμπεται από κάθε νεφρό και καταγραφή της με μορφή καμπύλη. Στους φυσιολογικούς νεφρούς και οι δύο καμπύλες παρουσιάζουν την ίδια μορφολογική εικόνα. Με το ραδιενεργό νεφρόγραμμα μπορεί να γίνει η διάγνωση διαταραχών της αιματώσεως και της λειτουργίας των νεφρών, όπως και της αποφράξεως της αποχρεωτικής μούρας.

Η εξέταση χρησιμοποιείται κυρίως στην διάγνωση της νεφρογενούς υπερτάσεως και στην εκτίμηση της λειτουργικής καταστάσεως των νεφρών, ενώ συγχρόνως παρουσιάζει το πλεονέκτημα της δυνατότητας μελέτης κάθε νεφρού χωριστά.

8. Σπινθηρογράφημα νεφρών :

Κατά την εξέταση αυτή γίνεται ενδοφλέβια έγχυση ραδιοφαρμάκου το οποίο απορροφάται εκλεκτικά από τα κύτταρα των ουροφόρων σωληναρίων και η ακτινοβολία που εκπέμπεται από το ραδιοφάρμακο πέφτει πάνω σε ειδικό φιλμ, που δίνει μετά την εμφάνιση το σχήμα του οργάνου που εξετάζεται. Καθώς η ουσία παραμένει μέσα στα κύτταρα, εκπέμπει ραδιενέργεια της οποίας οι κρούσεις καταγράφονται με ειδική συσκευή και με τέτοιο τρόπο, ώστε τελικά απεικονίζεται το σχήμα των νεφρών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει καλά τόσο τον σκοπό που επιδιώκεται με τις εξετάσεις αυτές, όσο και την τεχνική της εκτελέσεώς τους. Να εξηγήσει με λεπτομέρειες στον

άρρωστο την τεχνική τους, επειδή και μόνο η παρουσία τόσων άγνωστων και ποικίλων μηχανημάτων δημιουργεί σ'αυτόν αίσθημα φόβου και αγωνίας. Να παραμένει, αν είναι δυνατόν, κοντά του στην διάρκεια της εκτέλεσεως των εξετάσεων και να παρακολουθεί αυτόν, μετά το τέλος των εξετάσεων για πρόληψη ή βοήθεια σε τυχόν εμφανιζόμενες αντιδράσεις (εμμετοί, ναυτία).

9. Ηχοτομογραφία των νεφρών :

Η εξέταση στηρίζεται στο γνωστό φαινόμενο της αντανάκλασης των ηχητικών κυμάτων που συμβαίνει όταν ο ήχος που εκπέμπεται σε μια ορισμένη κατεύθυνση συναντήσει στην διαδρομή του κάποιο αντικείμενο. Η διαφορά είναι ότι στην ηχοτομογραφία χρησιμοποιούνται υπερηχητικά κύματα που έχουν δηλαδή τόσο υψηλή συχνότητα, ώστε να μην γίνονται αντιληπτά με την ακοή.

Προκειμένου να γίνει η εξέταση, οι υπέρηχοι παράγονται από ειδική συσκευή και εκπέμπονται προς την κατεύθυνση του νεφρού. Ένα μέρος αυτών, από την αντανάκλαση πάνω στην επιφάνεια του οργάνου, νεφρού, θα επιστρέψει προς την συσκευή που παίζει ρόλο και ανιχνευτή και έχει την δυνατότητα μετατροπής των υπερηχητικών κυμάτων σε ηλεκτρική ενέργεια. Η ένταση αυτής θα είναι ανάλογη προς την ποσότητα των υπέρηχων που γυρίζουν πίσω, που πάλι εξαρτάται από το είδος της μάζας πάνω στην οποία γίνεται η πρόσκρουση. Ταλικά η ηλεκτρική ενέργεια με την βοήθεια ηλεκτρονικών μετατροπών σχηματίζει πάνω σε ειδική οθόνη το είδωλο του νεφρού.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι η εξέταση είναι απλή και τελείως ακίνδυνη, δεν χρειάζεται καμία προετοιμασία και μπορεί να γίνει ακόμη και στο κρεβάτι του αρρώστου.

10. Κυστεοσκόπηση :

Είναι η άμεση επισκόπηση της ουροδόχου κύστης που γίνεται

με το κυστεοσκόπιο.

Όπως για κάθε διαγνωστική εξέταση, γίνεται προετοιμασία του αρρώστου, ενημέρωση για το τι θα του γίνει και τι να περιμένει, είναι απαραίτητη για την ελάττωση του φόβου και την εξασφάλιση της συνεργασίας του. Του χορηγούνται ένα ή δύο ποτήρια νερό πριν από την εξέταση. Ενώ η χορήγηση κατευναστικού και η ενστάλλαξη τοπικού αναισθητικού μπορεί να είναι αρκετή, συχνά είναι αναγκαία η γενική ή οσφυονωτιαία αναισθησία.

Η όλη διεργασία γίνεται με αυστηρά άσηπτες συνθήκες, γιατί η κυστεοσκόπηση ενέχει κινδύνους μόλυνσης του ουροποιητικού συστήματος, όμοιες μ' αυτές που ακολουθούνται στην εκτέλεση μιας εγχειρήσεως. Χρησιμοποιείται αποστειρωμένο υλικό, όπως μπλούζες, μάσκες, γάντια, καθώς και ιματισμός. Λαμβάνονται μέτρα ώσπου η εξέταση να γίνει σε ειδικό θάλαμο, ώστε ο άρρωστος να μην εκτίθεται. Σήμερα ο ενδοσκοπικός θάλαμος είναι τοποθετημένος στην πτέρυγα του χειρουργείου όπου το περιβάλλον είναι περισσότερο άσηπτο.

Προ της εξέτασης η κύστη γεμίζει με αποστειρωμένο νερό ή φυσιολογικό ορό. Αυτό βοηθάει να διαταθούν τα τοιχώματα της κύστης και να εξαφανιστούν οι πτυχές του βλεννοχόνου που διαφορετικά θα καλύψουν την οπή του κυστεοσκοπίου και θα εμποδίσουν την εξέταση.

Μετά την εξέταση, ο άρρωστος μένει στο κρεβάτι. Για τον πόνο του χορηγούνται καταπραυντικά. Πολύ βοηθούν στην ανακούφιση του πόνου και η εφαρμογή θερμότητας στο υπογάστριο και η χορήγηση μυοχαλαρωτικών. Ο άρρωστος παίρνει ελεύθερα υγρά.

11. Βιοψία νεφρού :

Αυτή συνίσταται στην λήψη ενός πολύ μικρού τμήματος νεφρού

για ιστολογική εξέταση.

Πριν από την βιοψία γίνεται ενδοφλέβια ουρογραφία. Στον άρρωστο χορηγείται ηρεμιστικό και στην συνέχεια τοποθετείται σε υπτία θέση.

Μετά την βιοψία ο άρρωστος πρέπει να μείνει στο κρεβάτι ένα 24ωρο και εφαρμόζεται πίεση στο σημείο της παρακέντησης. Παρακολουθείται για αιματουρία που μπορεί να εμφανισθεί πρώιμα αλλά και αρκετές μέρες μετά την βιοψία. Αιμορραγία μπορεί να συμβεί και στο περινεφρικό χώρο, που κατά κανόνα σταματά μόνη της. Είναι όμως δυνατόν να είναι μεγάλη με αποτέλεσμα αγγειακό Collapsus. Η οπισθοπεριτοναϊκή αιμορραγία εξάλλου αποτελεί ερέθισμα στο περιτόναιο της σύστοιχης περιοχής με αποτέλεσμα πόνο, διάταση, ναυτία, εμετό.

12. Μικροβιολογικές εξετάσεις ούρων :

Αυτές αποβλέπουν στην αναζήτηση παθογόνων μικροοργανισμών στα ούρα και στον καθορισμό του είδους τους.

Καλλιέργεια ούρων : Με αυτήν διαπιστώνεται η παρουσία των παθογόνων μικροοργανισμών και καθορίζεται η ευαισθησία τους στα διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι η βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της καλλιέργειας αποτελεί η άσηπτη λήψη των ούρων. Πρέπει να αποφεύγεται όσο είναι δυνατόν ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως. Η καταλληλότερη μέθοδος είναι η συγκέντρωση δείγματος ούρων κατά την διάρκεια της ουρήσεως και κυρίως στη μέση της ουρήσεως. Ο τρόπος αυτός προϋποθέτει προσεκτικό πλύσιμο της περιοχής των έξω γεννητικών οργάνων με απλό σαπούνι και νερό. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί ώστε τα ούρα να μην έλθουν σε επαφή με το δέρμα της ακροποσθίας ή των χειλών του αιδοίου, απ' όπου είναι δυνατόν να πάρουν μικρόβια

άσχετα με την μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος. Εάν μολοταύτα είναι αναγκαίος ο καθητηριασμός, θα πρέπει να γίνει με άσηπτες συνθήκες. Το δείγμα των ούρων που συγκεντρώθηκε με αυτόν τον τρόπο αποστέλλεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο για καλλιέργεια.

13. Οπτική επισκόπηση διαφόρων τυχαίων δειγμάτων ούρων σε χυάλινα δοχεία.

Τα ούρα μπορεί να περιέχουν ίζημα ή και αλλαγή του χρώματός τους.

Εκτός από αυτές τις εξετάσεις γίνονται εξετάσεις ούρων και αίματος.

Συνηθισμένα κλινικά συμπτώματα - Νοσηλευτική φροντίδα

Δεν μπορεί κανείς να βασισθεί στα κλινικά σημεία και συμπτώματα για να διαγνώσει σωστά τις λοιμώξεις του ουροποιητικού. Περίπου οι μισοί ασθενείς με σημαντική βακτηριουρία δεν έχουν καθόλου συμπτώματα.

- Πόνος νεφρικός, ουρητηρικός, ή κυστικός : Η νοσηλεύτρια θα ζητήσει να μάθει το χρόνο εμφάνισης του πόνου, διάρκειά του, έντασή του, συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώθηκε, τόπος εντοπίσεως και διαδρομή, συχνότητα εμφάνισης, παράγοντες που τον αυξάνουν ή τον ελαττώνουν. Η επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να συμβάλλει στην ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα. Η χρήση θερμών επιθεμάτων μπορεί να περιορίσει τον πόνο. Μετά από εντολή γιατρού χορηγούνται στον άρρωστο ηρεμιστικά και κατευναστικά φάρμακα για την μείωση της νευρικής υπερεντάσεως και κατά συνέπεια χαλάρωση των σπασμένων λείων μυϊκών ινών.

Η δυσουρία ως σύμπτωμα κυστικού πόνου θα υποχωρήσει μόνον

όταν εξαλειφθούν τα αίτια που την προκαλούν.

Η στραγγουρία, δηλαδή η συχνή και επώδυνη τάση για ούρηση, είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα του κυστικού πόνου. Ο άρρωστος αισθάνεται την ανάγκη να ουρήσει βγάζει όμως κάθε φορά λίγες σταγόνες ούρων χωρίς να ανακουφίζεται. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπ'όψη της, ότι η στραγγουρία επειδή οφείλεται συνήθως σε φλεγμονή ή τραυματική βλάβη, δεν ανακουφίζεται παρά μόνον όταν φύγει το αίτιο. Η ακριβής τήρηση και εφαρμογή της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής που καθορίστηκε από τον γιατρό συμβάλλει αποφασιστικά στον περιορισμό ή ακόμη στην εξάλειψη του συμπτώματος.

Ο πόνος και το αίσθημα καύσεως κατά την ούρηση, το οποίο παρατηρείται συνήθως στις φλεγμονές της ουροδόχου κύστεως ή ουρήθρας, περιορίζεται ή εξαλείφεται όταν φύγει το αίτιο. Επομένως, η νοσηλεύτρια οφείλει να τηρεί ακριβώς και να εφαρμόσει την θεραπευτική αγωγή που καθόρισε ο γιατρός.

- Συχνουρία, δυσουρία : Είναι η συχνή και επώδυνη ούρηση. Οι κυριότερες αιτίες συχνουρίας και δυσουρίας είναι οι ουρολοιμώξεις. Ο άρρωστος παραπονιάζεται για συχνή ούρηση που συνοδεύεται από αίσθημα καύσου. Για να βοηθήσει τον γιατρό να βρει τα αίτια και να καταπολεμήσει την λοίμωξη, η νοσηλεύτρια πρέπει να εξακριβώσει τον ακριβή χρόνο που ο άρρωστος αισθάνεται τα συμπτώματα. Πότε αρχίζει το αίσθημα του καύσου; Πριν από την ούρηση; Κατά την διάρκειά της; Ή μετά από αυτήν; Δυσουρία η οποία συνοδεύεται από πυρετό σημαίνει προστατίτιδα ή φλεγμονή των ανωτέρων ουροφόρων οδών.

Η ανακούφιση του αρρώστου από την συχνουρία είναι συνάρτηση της θεραπείας του αιτίου που τη προκαλεί. Ο άρρωστος πρέπει να ενισχύεται να παίρνει άφθονα υγρά, επειδή εξ'αιτίας της συχνουρίας έχει την τάση να τα μειώνει. Η νοσηλεύτρια τηρεί διάγραμμα των υγρών που παίρνει και αποβάλλει ο άρρωστος και αναφέρει τον αριθμό των ουρήσεων, καθώς και το ποσό κάθε

ουρήσεως.

- Ακράτεια ούρων : Η ακράτεια δημιουργεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα. Μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή, οπότε είναι και παραδίκη.

- Επίσης, κάθε νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα ούρα έχουν όψη διαυγή, η οσμή των πρόσφατων φυσιολογικών ούρων είναι ιδιόσμοδα και η χροιά τους είναι ηλεκρόχρωμη ή κιτρινέρυθρη. Έτσι θα μπορέσει να διακρίνει τα παθολογικά ούρα και να ενημερώσει εγκαίρως τον γιατρό.

- Πυρετός : Η εμφάνιση ρίγους και πυρετού σε μια ουρολογική πάθηση σημαίνει βασικά ουρολοίμωξη. Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του πυρετού είναι συνάρτηση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν τον πυρετό. Γίνεται ακριβής λήψη και καταγραφή του πυρετού σε διάγραμμα ανά τρίωρο. Εάν υπάρχει ρίγος, προστατεύεται ο άρρωστος για να μην κρυώνει με επιπρόσθετα μάλλινα κλινοσκεπάσματα, ή με την τοποθέτηση θερμοφόρας, πάντοτε με προσοχή και παρακολούθηση για την αποφυγή εγκαύματος. Γίνεται ακριβής χορήγηση των αντιβιοτικών και των άλλων φαρμάκων. Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει υγρά για την αποφυγή της αφυδάτωσης, εξ αιτίας των εφιδρώσεων και των αυξημένων καύσεων. Επίσης γίνεται προσπάθεια να διατηρούνται στεγνά τα εσώρουχα και τα κλινοσκεπάσματα του αρρώστου με την συχνή αλλαγή. Ενισχύεται η διατροφή του αρρώστου στο διάστημα που ο πυρετός πέφτει, ώστε να διατηρείται η άμυνα του οργανισμού.

Ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα στην φροντίδα του αρρώστου με παθήσεις των νεφρών είναι η διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών, αυτό πρέπει να κατανοηθεί καλά από το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο είναι υπεύθυνο για την σωστή και ακριβή χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.

Όταν στον ασθενή μας έχει εφαρμοσθεί καθετήρας, θα πρέπει τα

μέτρα ασηψίας και αντισηψίας να εφαρμόζονται σχολαστικά, γιατί σήμερα οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι πολύ εκτεταμένες. Η περιοχή γύρω από το στόμιο της ουρήθρας θα πρέπει να καθαρίζεται συχνά με νερό και σαπούνι. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πολλά υγρά για την μηχανική έκπλυση του καθετήρα και διάλυση των ουσιών που σχηματίζουν πήγματα.

Για την αποφυγή του κινδύνου μόλυνσης κατά την εφαρμογή του καθετήρα, είναι απαραίτητες οι ακόλουθες προφυλάξεις :

- Αυστηρή ασηψία
- Καθετήρας μικρότερης διαμέτρου από εκείνης της ουρήθρας για την αποφυγή τραυματισμού της
- Τοποθέτηση στον καθετήρα αποστειρωμένης λιπαντικής ουσίας για την μείωση της τριβής
- Εισαγωγή του καθετήρα με ήπιους χειρισμούς

Επίσης τα μέτρα ατομικής υγιεινής θα πρέπει να εφαρμόζονται με μεγάλη σχολαστικότητα για να μην έχουμε χωρίς λόγο παράταση της νόσου. Η λήψη μέτρων για την μετάδοση των μικροβίων επειδή πρόκειται για λοίμωξη, δεν είναι πάντοτε απαραίτητα.

Μεγάλη σημασία έχει η φροντίδα για την πρόληψη των επιπλοκών επειδή οι επιπλοκές είναι πολύ συνηθισμένες σε παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος. Έχει μεγάλη σημασία η βοήθεια από την νοσηλεύτρια για την έγκαιρη διάγνωση της πάθησης αλλά και η σωστή εφαρμογή των ιατρικών εντολών.

θα εξασφαλίσουμε ένα ήρεμο ασφαλές περιβάλλον. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης αρρώστου - νοσηλεύτριας. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει τους φόβους του, ανησυχίες του, αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικά με την πορεία της αρρώστιας και γενικά την συναισθηματική και ψυχολογική διάγερση ή ένταση.

Εξασφάλιση εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση κατανόησης των αναγκών του, έκδηλη αγάπη

και προστασία.

Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται, όταν μπαίνει στο νοσοκομείο, σίγουρα ότι αν δεν αποκατασταθεί τελείως η υγεία του, σίγουρα θα βελτιωθεί πάρα πολύ με τις διάφορες επιστημονικές μεθόδους που υπάρχουν σήμερα. Θα πρέπει να του εξηγηθεί ότι η πληθώρα των αντιβιοτικών που υπάρχουν σήμερα, καθώς και των άλλων φαρμάκων είναι στην διάθεσή μας και μπορούν να του προσφέρουν μια σίγουρη αποκατάσταση της υγείας του.

Όταν βλέπουμε ότι ο άρρωστος μας είναι συναισθηματικά χάλια, είναι απαραίτητο να τον ενθαρρύνουμε λέγοντάς του ότι σήμερα ο άνθρωπος είναι δυνατόν να ζήσει και με μισό νεφρό αρκεί να είναι πολύ προσεκτικός και σχολαστικός στις οδηγίες που θα του δώσουν, μόνον έτσι θα πάει καλά, διαφορετικά η νόσος του θα παραταθεί για αρκετό χρονικό διάστημα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΟΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην νοσηλευτική φροντίδα που απαιτούν οι άρρωστοι με πυελονεφρίτιδα. Είναι η κυριότερη λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος. Το κύριο πρόβλημα με την πυελονεφρίτιδα είναι η πιθανή υποχώρηση των συμπτωμάτων και η επιμονή ασυμπτωματικής λοίμωξης που τελικά εξελίσσεται σε καταστροφή του νεφρού. Γι αυτό έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπείας πριν ακόμη αρχίσουν οι νεκρώσεις του παρεγχύματος.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι η οξεία πυελονεφρίτιδα εισβάλλει με ρίγος, υψηλό πυρετό, πόνο στην περιοχή των νεφρών, αίσθημα κακουχίας και συχνά με ναυτία, εμετούς, αυχουρία, δυσουρία, κάψιμο κατά την ούρηση, κλπ.

Η βάση της θεραπείας της πυελονεφρίτιδας εξαρτάται από το αίτιο που την προκαλεί. Οποιοδήποτε κώλυμα ή απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος πρέπει να απομακρύνεται, διαφορετικά η αρρώστια σε μεγάλο βαθμό υποτροπιάζει.

Με γνώμονα την γνώση και την εμπειρία θα πρέπει να εκτιμήσουμε τα προβλήματα του αρρώστου και να προγραμματίσουμε τον τρόπο με τον οποίο θα παρέμβουμε για να τον βοηθήσουμε.

Προβλήματα αρρώστου :

- Μεταβολές στην άγωση (πόνος, μεταβολές στο σχήμα ούρησης)
- Ενεργειακό ανισοζύγιο (πόνος, πυρετός)
- Διαταραχές νερού οξοοξασικής ισορροπίας
- Επιπλοκές από την στάση των ούρων
- Δυσνητικά προβλήματα νεφρικής ανεπάρκειας
- Ψυχικά προβλήματα

Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας

1) Άμεσοι :

- Μείωση του πόνου και της δυσχέρειας
- Μόνιμη εκρίζωση της υπάρχουσας λοίμωξης
- Πρόληψη μετάδοσης του αιτιολογικού παράγοντα
- Ανάταξη απόφραξης στην ροή των ούρων (αν υπάρχει)
- Διατήρηση αποβαλλομένων ούρων τουλάχιστον 1500 ml /24ωρο
- Ελάττωση της θερμοκρασίας του σώματος
- Πρόληψη μόλυνσης του στομίου της ουρήθρας από το ορθό
- Μείωση αγωνίας, φόβου

2) Μακροπρόθεσμοι :

- Πρόληψη μόνιμης βλάβης των νεφρών
- Πρόληψη υποτροπής μέσω διδασκαλίας του αρρώστου

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Λήψη μέτρων για πρόληψη της μετάδοσης των μικροβίων (όχι σε όλες τις περιπτώσεις)
- Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού ή

Χρησιμοποίηση άλλων μέσων για την απαλλαγή από τον πόνο. Μετά από τις ενέργειες αυτές η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την ανταπόκριση του αρρώστου στα μέτρα μείωσης του πόνου. Μπορεί να είναι απαραίτητο να παρθούν πιο δραστικά νοσηλευτικά και ιατρικά μέτρα.

- Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Η εκλογή γίνεται με βάση τα αποτελέσματα της καλλιέργειας και την ευαισθησία του μικροβίου. Η καλλιέργεια των ούρων είναι η πιο συνηθισμένη και επαναλαμβανόμενη εργαστηριακή εξέταση.
- Εκτίμηση απόκρισης στην αντιβίωση και νέες καλλιέργειες ούρων μετά την διακοπή της θεραπείας.
- Ενθάρρυνση για την λήψη υγρών, τουλάχιστον 3000 ml / 24ωρο, για πρόληψη στάσης ούρων και μείωση υπολλειματικών ούρων (εκτός και αν αντενδείκνυται).
- Παρακαλούθηση και εκτίμηση σχέσης προσλαμβανομένων - αποβαλλομένων υγρών κάθε 4 ώρες. Τα αποβαλλόμενα ούρα πρέπει να διατηρούνται σε ποσότητα πάνω από 30 ml την ώρα.
- Μέτρηση ειδικού βάρους ούρων, εξέταση για λεύκωμα, PH και ερυθροκύτταρα κάθε 2 ώρες.
- Παρακολούθηση για σημεία απόφραξης. Μπορεί να είναι απαραίτητη η παροχέτευση των ούρων.
Εξασφάλιση ακώλυτης ροής των ούρων μέσω συστημάτων παροχέτευσης για πρόληψη παλινδρόμησής τους στην κύστη, ή στάση τους. Επίσης θα πρέπει να γίνεται σχολαστική φροντίδα του καθετήρα.
- Παρακολούθηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων, ειδικά της θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες ή συχνότερα. Λήψη μέτρων άνεσης κατά τις περιόδους της υπερπυρεξίας. Χορήγηση αντιπυρετικών και εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου στις παρεμβάσεις.
- Τήρηση αυστηρής θεραπευτικής ανάπαυσης κατά την οξεία φάση, όμως αποφυγή της ακινησίας για την πρόληψη της στάσης των ούρων.
- Καθημερινή Σύζηση του αρρώστου.
- Παρακολούθηση και εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας και των ηλεκτρολυτών, ουρίας και κρεατινίνης του ορού του αίματος.

- Βοήθεια του αρρώστου να εντοπίσει πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.
- Εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης αρρώστου - νοσηλεύτριας που ενθαρρύνει την συζήτηση των φόβων και των προβληματισμών που απασχολούν τον άρρωστο και που αφορούν τις διαγνωστικές εξετάσεις και το θεραπευτικό σχήμα.
- Εξασφάλιση περιβάλλοντος που ενισχύει τα αισθήματα της μέγιστης δυνατής αυτοεκτίμησης και δραστηριότητας αυτοφροντίδας παρά τους αρχικούς περιορισμούς.
- Εναρξη διδασκαλίας.

Υστερα από αυτά θα πρέπει να γίνεται πάντα μια αξιολόγηση η οποία θα αναφέρεται στην θετική ή αρνητική απόκριση του αρρώστου στην θεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ου

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΗ

Α. Ο ασθενής Ζ.Γ. ηλικίας 55 ετών εισήλθε στην νεφρολογική κλινική του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" στις 15/3/90 και εξήλθε από το νοσοκομείο στις 21/3/90.

Τόπος γέννησης : Ιεράπετρα Κρήτης
Τόπος κατοικίας : Αθήνα, Ν. Λιόσια
Επάγγελμα : Οικιακά
Οικογενειακή κατάσταση : Είναι έγγαμος με δύο παιδιά

Ατομικό ιστορικό :

Δεν καπνίζει και δεν καταναλώνει ποτά.

Προ 20 ετών αφαίρεση αριστερού νεφρού (πιθανώς πυόνεφος).

Προ 7ετίας διατομή βαρβολίνιου αδένος.

Προ δετίας αφαίρεση χοληδόχου κύστεως και συγχρόνως σκωληκοειδεκτομή.

Αναφέρει δύο φυσιολογικούς τοκετούς και βρίσκεται σε εμμηνόπαυση από 2 έτη.

Δεν λαμβάνει συστηματικά φάρμακα.

Οικογενειακό ιστορικό : Ελεύθερο.

Ομάδα αίματος : O, RH : θετικό (O⁺).

Παρούσα νόσος

Η ασθενής αναφέρει ότι έξη ημέρες πριν από την εισαγωγή της

ήταν σχετικά καλά και εμφάνισε υψηλό πυρετό με ρίχος 39-40° C, άλγος στην οσφή το οποίο επεκτείνεται κατά μήκος του δεξιού ουρητήρος και συχνουρία. Προ 2 ημερών προστέθη και οξηρός βήχας. Μετά την νεφρεκτομή που υπέστη δεν είχε ποτέ κανένα πρόβλημα από το ουροποιητικό. Πριν από έξη μήνες άρχισε να παρουσιάζει ήπια άλγη στην οσφή, μέχρι που πριν από έξη μέρες όπου και ο πυρετός με ρίχος. Έλαβε από τον θεράποντα ιατρό την αντιβίωση και επειδή η συμπτωματολογία δεν υποχωρούσε, εισάγεται στο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία.

Κατά την εισαγωγή της αναφέρει πυρετό με ρίχος 39-40° C, κεφαλαλγία και ελάχιστες βλεννώδεις αποχρήμες. Επίσης αναφέρει άλγος κατά μήκος του δεξιού ουρητήρα και συχνουρία (ούρηση ανά 1/2 ώρα περίπου).

Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε άλγος στην δεξιά οσφή και κατά μήκος του δεξιού ουρητήρος. Επίσης από το αναπνευστικό υγρά ρόχχοι της δεξιάς βάσεως.

Την πρώτη ημέρα που ήλθε στο νοσοκομείο του έγινε τοπική καθαριότητα για να μην μολυνθούν τα ούρα και πάρθηκαν ούρα για γενική ούρων καθώς και για καλλιέργεια. Τα ούρα που πήραμε, παρατηρούμε ότι έχουν όψη θολή. Η γενική αίματος έδειξε πυροσφαίρια άφθονα και άφθονη μικροβιακή χλωρίδα. Ελήφθη σε γενική αίματος.

Ο ασθενής αρχίζει με septrin. Όταν ο πυρετός είναι υψηλός, χορήγηση Aspirine. Συστήνουμε στον ασθενή να παίρνει πολλά υγρά. Η διαίτά του θα πρέπει να είναι ελαφριά και εύπεπτη. Η θερμοκρασία του θα μετριέται κάθε 3 ώρες. Παρακολουθώντας τα ζωτικά του σημεία βλέπουμε ότι έχει θερμοκρασία 39,5° C, αρτηριακή πίεση 150/90 και σφύξεις 92/min. Επειδή η ασθενής έχει υψηλή θερμοκρασία και ρίχος, προσθέτουμε κι άλλα κλινοσκεπάσματα, το δωμάτιο πρέπει να αερίζεται καλά και του συνιστούμε να παίρνει πολλούς χυμούς και νερό. Έχει όψη πάσχοντος με γενική κακουχία και μεγάλη ανησυχία, ειδικά σε

περιόδους υπερπυρεξίας. Επίσης τον ενημερώνουμε ότι αύριο θα είναι γήατης το πρωί για πλήρη εργαστηριακό έλεγχο. Γίνεται μέτρηση ούρων 24 ώρου.

Την δεύτερη μέρα η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι η ίδια. Η όψη του δεν είναι καλή, στο πρόσωπό του φαίνονται φόβοι και ανησυχίες. Γίνεται πλήρης πρωινή φροντίδα του ασθενή. Ο ασθενής δεν λαμβάνει το πρωινό πριν από την λήψη αίματος για πλήρη εργαστηριακό έλεγχο. Γίνεται λήψη 5ωτικών σημείων τα οποία είναι Α.Π. 190/90 ΜΜ.ΗΓ., θερμοκρασία 38,5° C και 85/λεπτό σφύξεις. Δίνουμε στον ασθενή την ίδια θεραπευτική αγωγή. Τα ούρα 24 ώρου είναι 2300 cc.

Την τρίτη μέρα ο ασθενής παρουσιάζει ελαφρά βελτίωση. Παρατηρείται μείωση του πυρετού 38° C. Η καλλιέργεια ούρων έδειξε κολοβακτηρίδιο 100.000 mm³. Ο ασθενής συνεχίζει τη ίδια θεραπευτική αγωγή. Παρατηρείται ελάττωση της συχνής ούρησης.

Την τέταρτη μέρα η γενική κατάσταση του ασθενή ήταν καλή. Η όψη του είναι καλή. Ο πυρετός βρίσκεται σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα 37° C περίπου. Πήραμε γενικές εξετάσεις ούρων και αίματος και έγινε μια απλή ακτινογραφία νεφρών.

Την πέμπτη μέρα ο ασθενής ήταν αρκετά καλά. Η όψη του ήταν καλή και είναι χαρούμενη αφού τα συμπτώματα υποχωρούν. Στα αποτελέσματα των γενικών εξετάσεων βλέπουμε φυσιολογικά αποτελέσματα.

Η ασθενής βγαίνει από το νοσοκομείο με οδηγίες :

- Λήψη άφθονων υγρών για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Ατομικά μέτρα υγιεινής
- Με την εξής θεραπευτική αγωγή (septrin tabl) για πέντε μέρες ακόμη

- Μετά από 10 ημέρες συστήνεται εργαστηριακή και κλινική εξέταση και νέα ουροκαλλιέργεια
- Μετά από 25 ημέρες συνιστούμε ενδοφλέβια πνευμογραφία
- Οτιδήποτε χρειαστεί να επικοινωνείται τον οικογενειακό γιατρό
- Να παίρνει τα φάρμακά του κανονικά για να αποκατασταθεί γρήγορα η υγεία του

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όνομα : Ζ.Γ.

Ηλικία : 55 ετών

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτέλεση νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση αποτελεσμάτων και επιοτημονική αξιολόγηση.
---------------------	-----------------------	--	---------------------------------	---

1η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Λήψη ούρων	Ανεύρεση του μικροβίου που προκάλεσε την λοίμωξη.	<ul style="list-style-type: none"> - Ετοιμασία του υλικού που θα χρησιμοποιήσουμε. - Ενημέρωση του ασθενούς. - Τυπική καθαριότητα. - Λήψη ούρων για την εκτέλεση γενικής ούρων και ουροκαλλιέργειας. 	Ετοιμάσαμε τα απαραίτητα υλικά, έπειτα επισκεφθήκαμε τον ασθενή και απομακρύναμε τους συγγενείς. Τον ενημερώσαμε για την διαδικασία της νοσηλευτικής ενέργειας και πώς θα μπορούσε να μας βοηθήσει στην εκτέλεσή της. Έτσι, μετά την τοπική καθαριότητα έγινε η λήψη των ούρων κατά το μέσον της ούρησης. Παρατηρήσαμε ότι τα ούρα ήταν θολά στην όψη τους και ενημερώσαμε τον υπεύθυνο γιατρό.	Έγινε άσηπτη λήψη ούρων και εκτέλεση των προγραμματισμένων εξετάσεων. Η ουροκαλλιέργεια έδειξε κολοβακτηρίδια. Η γενική ούρων έδειξε άφθονα πυσσαίρια.
Πυρετός, ρίχος	Μείωση του πυρετού και ανακούφιση του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> - Ακριβής μέτρηση ανά 3ωρο της θερμοκρασίας του. - Χορήγηση αντιπυρετικών (aspirine). - Λήψη υγρών. - Προσθήκη μάλλινων κουβερτών. 	Γίνεται ακριβής λήψη του πυρετού κάθε τρεις ώρες και αναγράφεται στο θερμομετρικό διάγραμμα του ασθενούς. Όταν ο πυρετός είναι υψηλός, χορηγούμε αντιπυρετικό (aspirine). Συνιστούμε στον άρρωστο να παίρνει πολλά υγρά. Επειδή ο άρρωστος μας	Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό με την χορήγηση των αντιπυρετικών φαρμάκων.

121

Πόνος	Καταστολή του πόνου	Χορήγηση αναλγητικού (dêron).	είχε ρίγος και παραπονιόταν πως κρύωνε, προσθέσαμε περισσότερα κλινοσκεπάσματα και έγινε χρήση θερμοφώρας. Ο θάλαμος μας αεριζόταν καλά, χωρίς να γίνονται ρεύματα.	Εξάλειψη του πόνου, μετά τη χορήγηση αναλγητικού.
Συχνουρία	Πρόληψη αφυδάτωσης.	- Διάγραμμα προσβαλλομένων και αποβαλλομένων υγρών. - Λήψη υγρών.	Χορηγήθηκε στον άρρωστο για την αντιμετώπιση του πόνου του μετά την εντολή του γιατρού, αναλγητικό (dêron).	Ο άρρωστος πήρε αρκετά υγρά. Διατήρηση ισοδύοιου υγρών και ηλεκτρολυτών. Στην περίπτωση έλλειψης υγρών έχουμε αφυδάτωση του αρρώστου.
Κεφαλαργία, πυρετός	Αντιμετώπιση της κεφαλαργίας και πυρεμίας του αρρώστου.	- Χορήγηση αναλγητικού - αντιπυρετικού φαρμάκου (dêron). - Εφαρμογή κρύων κομπρεσών.	Ο ασθενής παραπονέθηκε για πονοκέφαλο και του χορηγήθηκε το κατάλληλο φάρμακο. Έγινε τοποθέτηση κρύων κομπρεσών για την ανακούφισή του από τον πυρετό.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε. Η κεφαλαργία είναι συνέπεια της αύξησης του πυρετού
Φαρμακευτική αγωγή	Καταπολέμηση της λοίμωξης	- Χορήγηση αντιβιοτικού (septrin)	Χορηγείται φαρμακευτική αγωγή που ορίστηκε από τον γιατρό.	Ο ασθενής είχε μια σωστή φαρμακευτική αγωγή. Τα συμπτώματα άρχισαν να υποχωρούν.

2η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Πρωινή φροντίδα του ασθενούς.

Ευεξία και ηρεμία του αρρώστου. Απομάκρυνση των μικροβίων, καθαριότητα του δέρματος, απελευθέρωση των πόρων από τα μικρόβια και καλύτερη λειτουργία της άδηλης αναπνοής.

- Αερισμός θαλάμου.
- Νύχιμο, χτένισμα, μπάνιο ασθενούς.
- Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.
- Στρώσιμο κρεβατιού.

Καλημερίσαμε τον άρρωστο και απομακρύναμε τους συγγενείς από τον θάλαμο. Ανοίξαμε το παράθυρο για να αεριστεί ο θάλαμος. Βοηθήσαμε τον ασθενή να σηκωθεί από το κρεβάτι του. Με τη βοήθειά μας πλύθηκε, χτενίστηκε και περιποιήθηκε την στοματική του κοιλότητα. Υστερα στρώθηκε το κρεβάτι του και απομακρυνθήκαμε από τον θάλαμο.

Ο άρρωστος κάτω από ένα ευχάριστο ξύπνημα και μια επιμελημένη και προσεκτική φροντίδα αισθάνθηκε ευχάριστα και άνετα. Η πρωινή φροντίδα γίνεται για την απομάκρυνση των μικροβίων και άλλων μικροοργανισμών.

Επίσης γίνεται απελευθέρωση του δέρματος από τα μικρόβια και καλύτερη λειτουργία της άδηλης αναπνοής.

Λήψη 5ωτικών σημείων.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

-Λήψη 5ωτικών σημείων ανά 3ωρο.

Παίρονται τα 5ωτικά σημεία και αναγράφονται στο διάγραμμα του ασθενούς.

Ο ασθενής εξακολουθεί να έχει υψηλή θερμοκρασία.

Εργαστηριακός έλεγχος

Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος για την ανεύρεση αιτιών της λοίμωξης.

-Να είναι ο άρρωστος νηστικός το πρωί για την λήψη των δειγμάτων.
- Βοήθεια για την λήψη δειγμάτων αίματος.

Αφού ενημερώθηκε ο άρρωστος ήταν νηστικός. Με την βοήθειά μας έγινε η λήψη των απαραίτητων δειγμάτων για τον εργαστηριακό έλεγχο. Έπειτα ο άρρωστος πήρε το πρωινό του.

Έγινε εργαστηριακός έλεγχος. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κανένα παθολογικό στοιχείο.

Διαιτητική
αγωγή

Να τονωθεί ο
οργανισμός
του αρρώστου

- Δίαιτα ελαφριά
και εύλεπτη.
- Καταπολέμηση
ανορεξίας.

Ο ασθενής πήρε την διατροφή
που καθόρισε ο διαιτολόγος
του τμήματος (πολλούς χυμούς,
σούπα).

Το γεύμα της ήταν περιποιημέ-
νο και προσεχμένο.

Εξηγήθηκε στον ασθενή η αξία
της σωστής διατροφής για την
γρήγορη ανάρρωσή του.

Ο ασθενής είχε μια
σωστή διατροφή
παίρνοντας αρκετά
υγρά που του είναι
απαραίτητα.

3η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Έγινε επανάληψη των νοσηλευτικών ενεργειών των προηγούμενων ημερών.

4η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Επανάληψη των νοσηλευτικών ενεργειών των προηγούμενων ημερών
και επιπλέον εκτέλεση απλής ακτινογραφίας των νεφρών.

Ακτινογραφία
νεφρών

Διάγνωση αι-
τιών λοίμω-
ξης.

- Απαλλαγή του
εντερικού σωλήνα
από τα αέρια.
- Χορήγηση ελαι-
ούχου καθαρτικού.
- Εκτέλεση ακτι-
νογραφίας.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο να
αποφύγει σε περίπτωση δίψας
τα ζαχαρούχα ποτά επειδή συμ-
βάλλουν στη δημόυργία αερίων
Το δείπνο του ήταν ελαφρύ,
περιλαμβάνοντας τσάι και 1-2
φρυγανιές.

Έγινε χορήγηση ελαιούχου κα-
θαρτικού από το στόμα για την
εκκένωση του εντέρου.

Ο ασθενής δεν πήρε πρωινό
πριν από την εκτέλεση της
ακτινογραφίας.

Εκτελέστηκε η ακτι-
νογραφία, δεν βρέ-
θηκαν παθολογικά
στοιχεία για τον
εντοπισμό των αιτί-
ων που προκάλεσαν
την λοίμωξη.

5η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Επανάληψη της νοσηλευτικής φροντίδας.
Ο ασθενής ήταν αρκετά καλά και προγραμματίσθηκε η έξοδός του.

6η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Εξοδος.
Αφού δόθηκαν οι απαραίτητες συμβουλές για την περαιτέρω αντιμετώπιση της ασθένειάς του, έγινε η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο.
Φεύγοντας ο ασθενής μας ευχαρίστησε για την φροντίδα που του παρείχαμε και μας χάρισε λουλούδια.

B - Ο ασθενής Κ.Α. ηλικίας 50 ετών εισήλθε στην νεφρολογική κλινική του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" στις 16/3/90 και εξήλθε από το νοσοκομείο στις 22/3/90.

Τόπος γέννησης : Αθήνα
Τόπος κατοικίας : Χολαργός, Αθήνα
Επάγγελμα : Ιδιωτικός υπάλληλος
Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμη με τρία παιδιά

Ατομικό ιστορικό :

Δεν καπνίζει και δεν πίνει ποτό
Αναφέρει κεφαλαλγίες από 20 ετών
Ψυχρός όξος από 4ετίας. Λαμβάνει θεραπεία.
Έλκος 12δάκτυλου από 17 ετών
Σκωληκοειδακτομή

Προ 10 χρόνων επεισόδιο κωλικού. Πιθανή νεφρολιθίαση αριστερού νεφρού. Κυρίως την χειμερινή περίοδο τα τελευταία χρόνια αναφέρει επεισόδια κωλικών τα οποία ανακουφίζονται με θερμά επιθέματα.

Οικογενειακό ιστορικό :

Μητέρα : Υπέρτασική, έμφραγμα
Πατέρας : Νεφρική ανεπάρκεια

Παρούσα νόσος :

Ερχεται στο νοσοκομείο γιατί αισθάνθηκε έντονο πόνο στην αριστερή νεφρική χώρα. Είχε υψηλό πυρετό 39°C, τάση για εμετό, κακουχία, ανορεξία.

Η απλή ακτινογραφία των νεφρών που του έγινε έδειξε εικόνα λίθου στην περιοχή της αριστερής νεφρικής πυέλου.

Αφού ο ασθενής τακτοποιήθηκε στον θάλαμο έγινε λήψη ούρων για γενική εξέταση και ουροκαλλιέργεια αφού πριν έγινε τοπική

καθαριότητα των έξω γεννητικών οργάνων του.

Τα ζωτικά του σημεία που πήραμε είναι : θερμοκρασία 39°C, πίεση 120/90 mm Hg και σφύξεις 82/λεπτό.

Στον ασθενή δόθηκε θεραπευτική αγωγή η οποία αποτελείται από αμπικιλλίνη και Buscopan. Επίσης ο άρρωστος έχει ορό, θα παίρνει 2 LIT ημερησίως γλυκοσέ 5%. Σε περίπτωση δυνατόν θα γίνονται ενέσεις Voltazen και σε αποτυχία της αναλγητικής αγωγής, ενέσεις Pethidine.

Μέτρηση ούρων 24ώρου. Αύριο νήστης για αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο.

Την δεύτερη μέρα νοσηλείας, ο ασθενής συνεχίζει να παρουσιάζει υψηλό πυρετό. Έχινε η πρωινή νοσηλευτική φροντίδα. Πήραμε αίμα για εργαστηριακό έλεγχο και ύστερα πήρε το πρωινό του. Η δίαιτά του είναι ελαφρά και συνιστάται η λήψη άφθονων υγρών.

Συνεχίζει να έχει όψη πάσχοντος, κακουχία, ανησυχία και τάση για εμετό, καθώς και πυρετό. Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων του συχνά και μέτρηση της θερμοκρασίας του κάθε τρεις ώρες.

Την τρίτη μέρα ο ασθενής εξακολουθεί να έχει υψηλό πυρετό. Φροντίζουμε να παίρνει πολλά υγρά, εφαρμόζουμε ψυχρά περιτυλίγματα για να αισθάνεται καλά, μειώνουμε την θερμοκρασία του δωματίου του. Παίρνουμε συχνά την θερμοκρασία του και φροντίζουμε να αλλάξουμε τα σεντόνια και τις πυξάμες του όταν ιδρώνει. Όταν έχει ρίγος προσθέτουμε ακόμη ένα κλινοσκεπάσμα. Όταν κάνει εμετό θα πρέπει να περιποιηθούμε την στοματική κοιλότητα. Παρακολουθούμε τα ούρα που αποβάλλει και αυξάνουμε την χορήγηση ορών εφ'όσον ο άρρωστος δεν λαμβάνει υγρά από το στόμα.

Τα αποτελέσματα της ουροκαλλιέργειας έδειξαν ότι το ουροποιητικό σύστημα έχει μολυνθεί από πρωτέα. Γίνεται προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με το αντιβιογράμμα και το test ευαισθησίας.

Την νύχτα ο ασθενής παρουσίασε ένα νέο επεισόδιο κωλικού του αριστερού νεφρού. Αφού ειδοποιήθηκε ο γιατρός χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα μετά την εντολή του (Pethidine 1amp). Ο άρρωστος ανακουφίστηκε από τον πόνο αλλά ήταν ανήσυχος και φοβόταν.

Την τέταρτη μέρα ο άρρωστος άρχισε να αισθάνεται καλύτερα, η όψη του άρχισε σιγά-σιγά να αλλάζει, ήταν πιο ομιλητικός. Ο πυρετός είχε αρχίσει να πέφτει σταδιακά. Παρακολουθώντας τα ζωτικά του σημεία είδαμε ότι αυτά ήταν περίπου σε φυσιολογικά επίπεδα : θερμοκρασία 37,2°C, πίεση 120/90mm Hg, σφύξεις 78 /min.

Την πέμπτη μέρα ο άρρωστος ήταν τελείως καλά, χαρούμενος, ομιλητικός, βλέποντας πως τα συμπτώματά είχαν υποχωρήσει. Έγινε σφαίρεση του ορού και η δίαιτά του είναι ελεύθερη, λαμβάνοντας υπ'όψη μας τις προτιμήσεις του.

Την έκτη μέρα ο ασθενής βγαίνει από το νοσοκομείο. Η διάγνωση της εξόδου ήταν πυελονεφρίτιδα, λιθίαση αριστερού νεφρού. Οι οδηγίες που δίνουμε κατά την έξοδό του είναι :

- Να πίνει πολλά υγρά
- Να τηρεί πλήρως την θεραπευτική αγωγή που καθορίστηκε από τον γιατρό, χωρίς αποκλίσεις
- Μετά από 7 ημέρες να έρβει να κάνει νέα ουροκαλλιέργεια
- Μετά από 15 μέρες να έρβει πάλι στο νοσοκομείο για ενδοφλέβια πυελογραφία και επανεξέταση
- Να τηρεί μέτρα ατομικής υγιεινής
- Για οτιδήποτε χρειαστεί να μην διστάσει να επισκεφθεί τον γιατρό και να ζητήσει την βοήθειά του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΜΕΘΟΔΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όνομα : Κ.Α.

Ηλικία : 50 ετών

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτέλεση νοσηλευτικών ενεργειών	Εκτίμηση αποτελεσμάτων και επιστημονική εξήγηση.
---------------------	-----------------------	--	---------------------------------	--

1η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Λήψη ζωτικών σημείων.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Μέτρηση θερμοκρασίας, πίεσης και σφύξεων.

Έχισε μέτρηση της θερμοκρασίας, της πίεσης και των σφύξεων του αρρώστου και αναγραφή στο θερμομετρικό του διάγραμμα.

Ο ασθενής είχε υψηλό πυρετό. Σύγκριση των ζωτικών σημείων με τα φυσιολογικά επίπεδα και εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

Λήψη ούρων για καλλιέργεια και γενική εξέταση ούρων.

Αναύρεση του μικροβίου.

- Ετοιμασία υλικού.
- Ενημέρωση του αρρώστου για την διαδικασία.
- Τοπική καθαριότητα.
- Λήψη όσο το δυνατόν άσηπτων ούρων.

Η νοσηλεύτρια αφού ετοιμάσει το κατάλληλο υλικό, πηγαίνει στον άρρωστο, απομακρύνει τους συγγενείς και ενημερώνει τον άρρωστο για τη νοσηλευτική παρέμβαση και τον τρόπο με τον οποίο αυτός θα συνεργαστεί για να μας βοηθήσει. Αφού έχισε τοπική καθαριότητα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, πήραμε ούρα για γενική αίματος και ουροκαλλιέργεια τρία δείγματα.

Έχισε η σωστή λήψη ούρων για την αναύρεση του μικροβίου που προκάλεσε την λοίμωξη. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν ότι το ουροποιητικό σύστημα έχει μολυνθεί από το μικρόβιο του πρωτέα. Καθορίσθηκε η θεραπευτική αγωγή σύμφωνα με το αντιβιογράμμα ευαισθησίας του.

Πυρετός.

Μείωση του πυρετού και ανακούφιση του αρρώστου

- Ακριβής λήψη της θερμοκρασίας ανά 3ωρο.
- Χορήγηση αντιπυρετικών (depon)
- Εφαρμογή ψυχρών περιτυλίξεων και μπάνιου.
- Λήψη υγρών.
- Αλλαγή λευχιμάτων.

Γίνεται ακριβής μέτρηση του πυρετού ανά 3ωρο και καταγραφή του στο θερμομετρικό διάγραμμα.

Η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα. Εφαρμόζονται αντιπυρετικά μέτρα όπως ψυχρές περιτυλίξεις, κρύο μπάνιο με σκοπό την ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα.

Συνιστούμε στον άρρωστο να παίρνει αρκετά υγρά. Συχνή αλλαγή σεντονιών και πιεσμών του αρρώστου.

Η θερμοκρασία του θαλάμου είναι χαμηλή και ο θάλαμος πρέπει να αερίζεται καλά, χωρίς να δημιουργούνται ρεύματα.

Σταδιακή μείωση του πυρετού μετά την χορήγηση Depon. Ο πυρετός οφείλεται στην ύπαρξη λοίμωξης.

Τάση για εμμετό.

Πρόληψη επιπλοκών.

- Ενημέρωση του αρρώστου.
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο σχετικά με το τι θα πρέπει να κάνει σε περίπτωση εμμετού. Αν χρειαστεί, χορηγούμε αντιεμμητικό φάρμακο. Μετά από κάθε εμμετό γίνεται μια επιμελημένη περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.

Περιγραφή του εμμετού.

Αποφυγή των επιπλοκών από τον εμμετό.

Χορήγηση φαρμάκων.

Καταπολέμηση της λοίμωξης

Χορήγηση των φαρμάκων στη σωστή δόση και στη συχνεκκριμένη ώρα (αμπικιλίνη, Βu - scoran).

Ο ασθενής πήρε τα κατάλληλα φάρμακα και την σωστή δόση στην καθορισμένη ώρα.

Σωστή φαρμακευτική αγωγή και καταπολέμηση μικροβίου.

Λήψη υγρών.

Ισοδύγιο νε-
ρου και η-
λεκτρολυτών.

Χορήγηση υγρών.

Συστάθηκε στον ασθενή να λαμβάνει υγρά από το στόμα. Λόγω μη λήψης των απαραίτητων ποσοτήτων υγρών που έπρεπε να παίρνει ο ασθενής, εφαρμόσθηκε παρεντερική χορήγηση υγρών.

Ο ασθενής πήρε τα απαραίτητα υγρά. Η λήψη ανεπαρκούς ποσότητας υγρών μπορεί να οδηγήσει στην αφυδάτωση του αρρώστου και σ' αυτό συντελούν οι εμμε-
τοί και ο πυρετός.

2η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Πρωινή φρον-
τίδα του αρ-
ρώστου.

- Υγιεινή φροντίδα του δέρματος.
-Απομάκρυνση των μικροβί-
ων.
-Απελευθέρω-
ση των πόρων του δέρματος από τα μικρό-
βια, καλύτερη λειτουρ-
γία της άδη-
λης αναπνοής.
Ευεξία, πρε-
μία του αρ-
ρώστου.

-Αερισμός θαλάμου
-Νύψιμο, χτένισμα
-Περιποίηση στο-
ματικής κοιλότη-
τας, στρώσιμο
κρεβατιού.

Καλημερίσαμε τον ασθενή, απομακρύναμε τους συγγενείς και ανοίξαμε τα παράθυρα για τον αερισμό του θαλάμου. Έπειτα πλύναμε, νίψαμε και χτένισαμε τον άρρωστο. Περιποιηθήκαμε τη στοματική κοιλότητα. Τέλος, στρώσαμε το κρεβάτι του αρρώστου.

Ο ασθενής είχε ένα ευχάριστο ξύπνημα και μια επιμελημένη νοσηλευτική φροντί-
δα. Η πρωινή φρον-
τίδα έχει σαν σκοπό την απομάκρυνση των μικροβίων και των άλλων μικροοργανι-
σμών από το δέρμα του αρρώστου και την καλύτερη λει-
τουργία της άδηλης αναπνοής.

Ανησυχία, φό-
βος.

Εξασφάλιση ηρεμίας και ασφαλούς περιβάλλοντος.

Συζήτηση και πα-
ροχή ευκαιριών στον άρρωστο για να εκφράσει τα προβλήματά του, τους φόβους του και τις ανησυχίες του.

Πλησιάσαμε τον άρρωστο, συ-
ζητήσαμε μαζί του αποσκο-
πώντας να ανακαλύψουμε τους φόβους του, τις ανησυχίες του, τα ερωτηματικά του και τις απορίες του.
Δείξαμε έμπρακτη κατανόηση στα προβλήματά του και προ-
σαβήσαμε μαζί να βρούμε

Ο ασθενής πρέμισε και προσαρμόσθηκε στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

λύση.

Έγινε προσπάθεια για να μειωθεί στο ελάχιστο ο θόρυβος, διατηρώντας έτσι μια ήρεμη ατμόσφαιρα.

Διαιτητική
αγωγή.

Λήψη ελαφρι-
άς δίαιτας.

Διαιτολόγιο αρρώ-
στου.

Ο ασθενής πήρε ελαφριά δί-
αιτα (σούπα και χυμούς). Το
φαγητό του ήταν καλοσερβι-
ρισμένο.

Ο ασθενής είχε μια
σωστή διατροφή. Ο
πόνος, η κόπωση προ-
καλούν συσπάσεις
του πεπτικού συστή-
ματος μ'αποτέλεσμα
την δυσχέρεια μετά
τη λήψη πλήρους
διατροφής.

3η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Επανάληψη των νοσηλευτικών φροντίδων
της προηγούμενης μέρας και επιπλέον:

Έντονος πόνος
(κολικός).

Αντιμετώπιση
του πόνου.

Χορήγηση Pethidi-
ne 10mg

Ο ασθενής παραπονέθηκε για
έντονο πόνο στο αριστερό
νεφρό.
Χορήγηση ενδομυϊκώς Pethi-
dine μετά από εντολή του
γιατρού.
Επίσης εφαρμόσθηκαν θερμά
επιθέματα.

Καταστολή του πόνου
Ο κολικός του νε-
φρού μπορεί να προ-
καλέσει καταπληξία
ή καρδιακή προσβολή
λόγω του ότι ο πό-
νος του νεφρού εί-
ναι πολύ δυνατός.

1
α
β
1

4η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Επανάληψη των ίδιων νοσηλευτικών φροντίδων
που εφαρμόστηκαν τις προηγούμενες ημέρες.

5η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Επανάληψη της νοσηλευτικής φροντίδας των προηγούμενων ημερών
και επιπλέον αφαίρεση του ορού.

6η ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Εξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο.

Επίλογος

Οι φλεγμαρές αυτές που αναφέρονται συχνά σαν ουρολοιμώξεις είναι δυνατόν να εντοπίζονται στο ανώτερο ή κατώτερο ουροποιητικό σύστημα.

Αν αφαιρέσει κανείς τις αποφρακτικές φλεγμαρές, οι υπόλοιπες ουρολοιμώξεις είναι πολύ πιο συχνές στο θήλυ φύλο από ότι στο άρρεν όταν βέβαια η σύγκριση γίνεται σε άτομα ίδιας ηλικίας.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό στον ψυχικό παράγοντα του αρρώστου. Οι φλεγμαρές αυτές ευαισθητοποιούν το άτομο και διεγείρουν το νευρικό σύστημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ.Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία" Επίτομος 3^η έκδοση
εκδόσεις Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1981
- ΔΗΜΑΠΟΥΠΟΣ.Κ.Α. "Ουρολογία" Τόμος 3^η έκδοση
εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης Αθήνα 1986
- HARRISON.Τ. "Εσωτερική Παθολογία" Τόμος Α' 11^η έκδοση
εκδόσεις Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1986
- ΚΑΗΛΕ.Ψ. - LEONHARDT.Η.ΡΙΑΤΖΕΝ. "Εγχειρίδιο ανατομικής του
ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα" Τόμος Β' 1^η έκδοση
εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1981
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ.Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ "Νοσηλευτική" Τόμος Β'
2^η έκδοση εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών
Νοσοκόμων "ΗΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1986
- ΜΠΑΚΑΛΟΥ.Δ. "Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική" Τόμος Α'
3^η έκδοση εκδόσεις Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1986
- PAPPER SOIOMON "Κλινική Νεφρολογία" Τόμος Α' έκδοση 1^η
εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1981.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ.Α - ΠΑΝΟΥ.Μ. "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική" Τόμος Α' επανέκδοση
εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 1985
- WILLIAN.F.CANONG. "Ιατρική φυσιολογία" Τόμος Β έκδοση 1^η
εκδόσεις Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1985
- ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΣ.Γ.Δ. "Ουρολογία" Τόμος Α' 1^η έκδοση
εκδόσεις Τριανταφύλλου Θεσσαλονίκη 1984