

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΕΚΘΑΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΛΙΔΑ ΚΩΝ/ΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΑΔΙΒΙΖΑΤΟΣ-ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1.
- 2.
- 3.

ΠΑΤΡΑ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	227
----------------------	-----

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ. 1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	σελ. 2
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ " "	σελ. 4
αιτιοπαθογενεια - προδιαθεσιακοί παραγοντες	σελ. 8
Ιστοπαθολογία	σελ. 9
Διάγνωση	σελ.10
Σταδιοποιηση-πορεία νόσου	σελ.11
Κλινική εικόνα	σελ.13
Θεραπεία	σελ.17

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Ca χοληδόχου κύστεως	σελ.21
Ο πόνος και νοσηλευτ. παρέμβαση	σελ.22
Διαταραχές θρέψης νοσηλευτ.παρέμβαση	σελ.24
Ολική παρεντερική διατροφή	σελ.27
Ο ίκτερος και νοσηλευτική παρέμβαση	σελ.31
Ο ασκίτης " " "	σελ.33
Λοιμώξεις " " "	σελ.37
Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς	σελ.38

Γ' ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική διέργασία	σελ.41
Παρουσίαση περιστατικών	σελ.42

ΕΠΙΛΟΓΟΣ σελ 52

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ο καρκίνος της χοληδόχου
κύστεως

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το πρωτοπαθές καρκίνωμα της χοληδόχου κύστης είναι ένας σπάνιος όγκος ο οποίος χαρακτηρίζεται απο καθυστερημένη διάγνωση και κακή πρόγνωση.

Είναι αιτία θανάτου 6.500 ατόμων στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο, ενώ για την Ελλάδα δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία.

Με ποσοστό που μόλις φθάνει το 4ο|ο των καρκίνων του γαστροεντερικού σωλήνα καταλαμβάνει τη πέμπτη θέση μεταξύ όλων των καρκίνων του πεπτικού, αποτελεί ακόμα το πρώτο σε συχνότητα καρκίνωμα του χοληφόρου δένδρου.

Η διάγνωση τίθεται πολύ σπάνια προεγχειρητικά, ο καρκίνος της χοληδόχου είναι συνήθως τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια χολοκυστεκτομών. Η συχνότητα φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 1-2ο|ο, στο σύνολο των χολοκυστεκτομών που διενεργούνται συχνότητα, που είναι συγκρισιμη με τον ελληνικό χώρο.

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α

Η χοληδόχος κύστη αποτελεί ανευρυσμα της εκφορητικής οδού του ήπατος και βρίσκεται στη κάτω επιφάνεια του δεξιού λόβου του ήπατος, εντός του κυστικού βόθρου έχει μήκος 8-10 εκατοστά, πλάτος 3 εκατοστά και η χωρητικότητά της ανέρχεται σε 30-50 κυβικά εκατοστά.

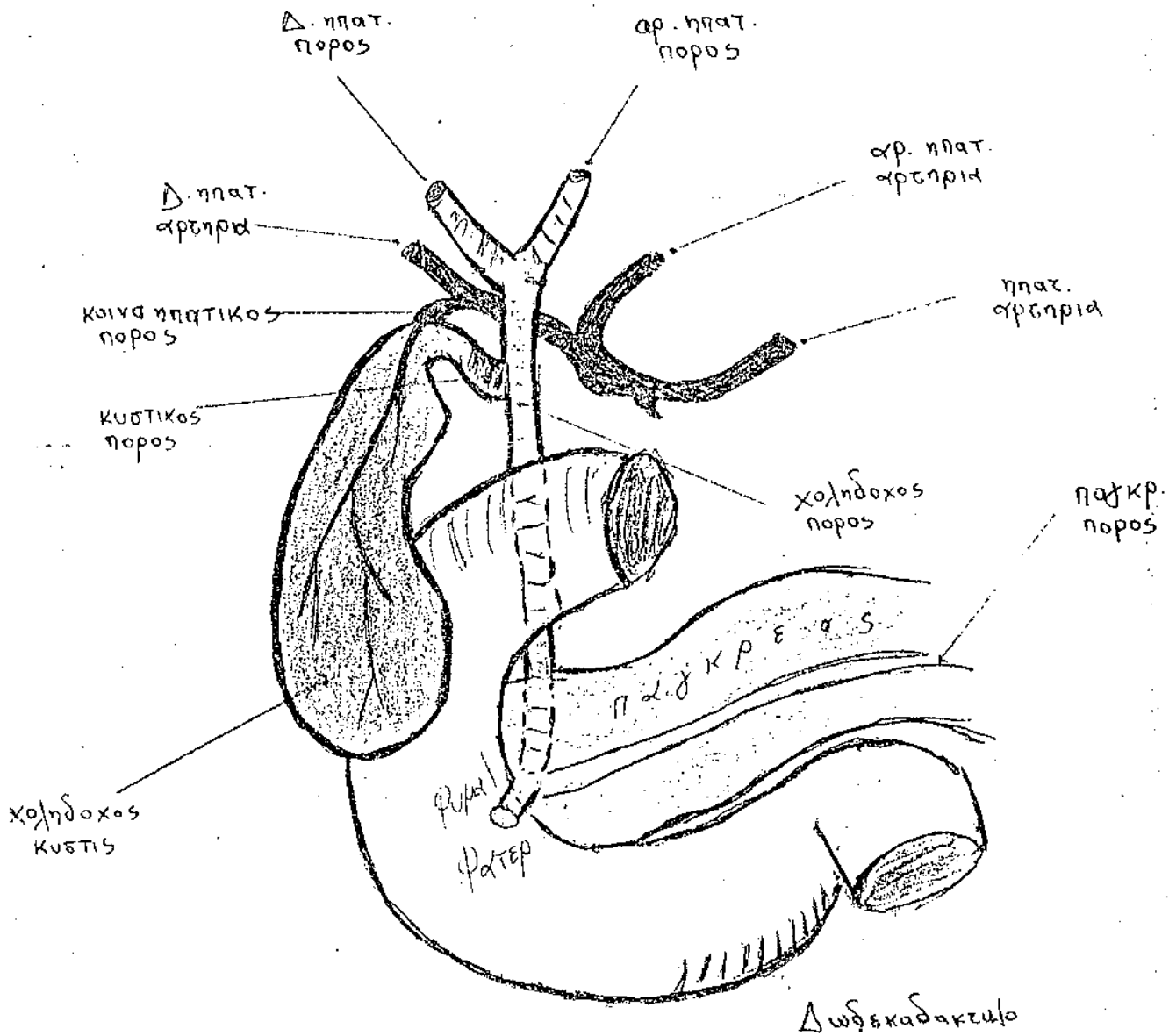
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ

Έχει σχήμα αχλαδιού, αποπλατυσμένη από εμπρός προς τα πίσω, έχει δύο επιφάνειες, τη πρόσθια και την οπίσθια. Η πρόσθια (άνω) επιφάνεια συναπτεται με συνδετικό ιστό με το κυστικό βόθρο και με φλέβες, οι οποίες εισχωρούν από το τοίχωμα της κύστης εντός της ηπατικής ουσίας ενώ η οπίσθια (κάτω επιφάνεια), καλυμμένη με ολόκληρο το πυθμένα της κύστης με περιτοναίο, επικοινωνεί με το εγκάρσιο κόλον και την πρώτη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου.

Αποτελείται από τρία μέρη: το πυθμένα, το σώμα και τον αυχένα. Ο πυθμένας, περιβάλλεται ολόκληρος από περιτοναίο, εξέχει του πρόσθιου χείλους του ήπατος και βρίσκεται αντίστοιχα στο πρόσθιο άκρο του χόνδρου της 9ης ή 10ης πλευράς, στη θέση όπου το δεξιό πλευρικό τόξο χιαζεται με το έξω χείλος του ορθού κοιλιακού μυός. Το σώμα, καλύπτεται στο οπίσθιο μέρος από περιτοναίο, ενώ το τμήμα προς στον αυχένα στενεύει χωνοειδώς και καλείται χώνη. Ο αυχέννας από τον οποίο κρέμεται η κύστη, έχει σχήμα S ενώ το άκρο του στενεύει προς τα κάτω και σχηματίζει το κυστικό πόρο, ο οποίος πορεύεται προς τα πίσω και εσω, όπου μαζί με τον κοινό ηπατικό σχηματίζουν το χοληδόχο πόρο.

Ο δεξιός και αριστερός ηπατικός πόρος, εξέρχονται από το ήπαρ στη πύλη και σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο, ο οποίος χαμηλότερα συμβάλλει με το κυστικό πόρο και σχηματίζει το χοληδόχο πόρο. Ο τελευταίος είναι μήκους 10 εκατοστών περίπου, πορεύεται

προς τα κάτω και πίσω της πρώτης μοίρας του δωδεκαδάκτυλου και καταλήγει στη δεύτερη μοίρα αυτού, στο φύμα του Φάτερ από κοινού με τον παγκρεατικό πόρο.



ΥΦΗ: Το τοίχωμα της χοληδοχού κύστης αποτελείται από έξω προς τα έσω από: α) ατελή ορογόνο υμένα β) ινομυώδη χιτώνα και γ) από βλενογόνο. Ο βλενογόννος της κύστης εμφανίζει πολλαπλές

πτυχές, που δίνουν σ' αυτόν όψη δικτυωτή. Οι περισσότερες από τις πτυχές αυτές εξαφανίζονται, όταν γεμίσει η κύστη, μερικές φορές όμως αυτές ιδίως στον αυχένα είναι μόνιμες και σχηματίζουν την ελικοειδή βαλβίδα του κυστικού πόρου, επενδύεται από κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει χοληστερόλη και σταγονίδια λίπους.

Αγγειωση-Νευρωση: Η χοληδόχος κύστη αγγειώνεται από την χολοκυστική, που είναι κλάδος της δεξιάς ηπατικής. Νευρώνεται από το ηπατικό πλέγμα, που είναι κλάδος του κοιλιακού, με ίνες του συμπαθητικού συστήματος. Οι φλέβες της χοληδόχου, διακρίνονται σε επιπολής μείζονες και εν τω βάθει ελασσονες. Οι επιπολής, εκβάλλουν κοντά στις πύλες, στο δεξιό κλάδο της πυλαίας φλέβας ενώ οι εν τω βάθει εισχωρούν εντός του ήπατος, από τη πρόσθια επιφάνεια της χοληδόχου και διακλαδίζονται σε τριχοειδή.

Η ανατομική αυτή σχέση του ήπατος με τις φλέβες της χοληδόχου, ερμηνεύει την επέκταση των φλεγμονών της χοληδόχου κύστεως στο ηπατικό παρεγχύμα. Την ίδια πορεία με τις φλέβες έχουν και τα λεμφικά αγγεία.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ: Αποθηκεύει τη χολή που εκκρίνουν συνεχώς τα ηπατικά κύτταρα, μέχρις ότου χρειαστεί στο δωδεκαδάκτυλο. Η χολή, περιέχει ουσίες όπως τα χολικά άλατα και τα χολικά οξέα, που η παρουσία τους είναι απαραίτητη, για την πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών από το έντερο. Επίσης περιέχει χοληστερόλη, χολερυθρίνη, φωσφολιπίδια μικρές ποσότητες πρωτεΐνης ηλεκτρολύτες και νερό.

Τα χολικά άλατα γαλακτωματοποιούν τα λίπη, σχηματίζοντας συμπλοκο με τα μονο δι γλυκερίδια και τα ανώτερα λιπαρά οξέα και μ' αυτό το τρόπο γίνεται η απορρόφηση τους. Μέσα στο βλενογόνο του εντέρου το συμπλοκο αυτό διασπάται και τα χολικά άλατα,

μέσω του φλεβικού αίματος επανέρχονται πάλι στο ήπαρ και απο-
κει στη χολή. Η ανακύκλωση αυτή των χολικών αλάτων, είναι γνω-
στή σαν εντεροηπατικός κύκλος.

Χωρίς τη παρουσία χολής στο δωδεκαδάκτυλο, το λίπος δεν πε-
πτεται αλλά αποβάλλεται με τα κόπρανα (στεατιορροια), επι πλέον
το απεπτο λίπος καλύπτει τα τεμάχια της τροφής, με τρόπο ώστε να
μην μπορούν να δράσουν τα ένζυμα, για την πέψη και των λευκωμάτων
και των υδατανθράκων.

Άλλο πρόβλημα αποτελεί, εξ ίσου σημαντικό, η αδυναμία απορρο-
φησης από τον βλεννογόνο του εντέρου, των λιποδιαλυτών Βιταμινών
Α, Β, Ε, Κ, και ιδίως της βιταμίνης Κ, γιατί εγκαθιστάται στον ορ-
γανισμό υποθρομβιναιμία, με συνέπεια υποδοριες αιμορραγίες.

Το συνολικό ποσό της χολής, που εκκρίνεται καθημερινά είναι
κατά μέσο όρο 600-700 ML, ενώ η μεγαλύτερη δυνατή χωρητικότητα
της χοληδόχου κύστεως, είναι 40-70 ML. Ωστόσο, μπορεί η χοληδο-
χος κύστη να αποθηκεύσει το ποσό της χολής, που εκκρίνεται σε 12
ώρες, γιατί το νερό, το νάτριο, το χλώριο και οι περισσότεροι από
τους άλλους μικρομοριακούς ηλεκτρολύτες, απορροφούνται συνεχώς
από το βλεννογόνο της κύστης, με αποτέλεσμα την συμπύκνωση των
άλλων συστατικών της άπως των χολικών αλάτων, της χοληστερόλης,
και της χολερυθρίνης. Φυσιολογικά η χολή, συμπυκνώνεται 5 φορές,
αλλά η μεγαλύτερη συμπύκνωση της φθάνει στις 10-12 φορές. Εκτός
από την απορροφητική αυτή ικανότητα, έχει σκοπό να προστα-
τεύσει τη κύστη από τη λυτική δράση της χολής.

Κένωση χοληδόχου: Για να κενωθεί η χοληδόχος είναι απαραίτητες
δύο προϋποθέσεις: α) χάλαση του σφιγκτήρα του ODDI, που θα επιτρέ-
ψει τη ροή της χολής μέσω του χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο,
και, β) η σύσπαση της ίδιας της χοληδόχου, που θα εξασφαλίσει την

απαιτούμενη δύναμη, για την προώθηση της χολής στο χοληδοχο πόρο.

Μετά τη λήψη τροφής ιδιαίτερα τροφής πλούσιας σε λίπος συμβαίνουν τα εξής γεγονότα:

1.- Όταν το λίπος (και σε μικροτερο βαθμό οι πρωτεΐνες της τροφής) μπαίνει στο λεπτό εντερο, προκαλεί απελευθέρωση χολοκυστοκινίνης απο τον εντερικό βλεννογόνο, η οποία εισέρχεται στη συστηματική κυκλοφορία και περνώντας απο τη χοληδοχο κύστη, προκαλεί συστολή ειδικά του μυϊκού χιτώνα της. Με αυτό το τρόπο εξασφαλίζεται η απαιτούμενη ενέργεια, για τη προώθηση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο.

2.- Όταν συσπάται η κύστη, προκαλείται (τουλάχιστον μερική) χαλαση του σφιγκτήρα του ODDI, σαν αποτέλεσμα ενός νευρογενοϋς ή μυογενοϋς αντανικλαστικού απο την κύστη προς το σφιγκτήρα. Η χάλαση αυτή μπορεί να είναι, ως ένα βαθμό αποτέλεσμα άμεσης ανασταλτικής επίδρασης της χολοκυστοκινίνης στο σφιγκτήρα του ODDI.

3.- Η παρουσία χολής στο δωδεκαδάκτυλο αυξάνει τον περισταλτισμό του τοιχώματος του. Με κάθε περισταλτικό κύμα που φθάνει στο σφιγκτήρα του ODDI, ο τελευταίος μαζί με το γύρω εντερικό τοίχωμα χαλαρώνει για μια στιγμή, εξ' αιτίας του φαινομένου "χάλαση πριν απο τη σύσπαση", που προηγείται του περισταλτικού κύματος. Αν η χολή, που περιέχει ο κοινός χοληδοχος πόρος, βρίσκεται κάτω απο αρκετή πίεση, με κάθε περισταλτικό κύμα μια μικρή ποσότητα της εκτοξεύεται μέσα στο δωδεκαδάκτυλο.

Συνοπτικά, η χοληδόχος αδειάζει το απόθεμα της αποθηκευμένης συμπυκνωμένης χολής που περιέχει στο δωδεκαδάκτυλο, αντιδρώντας στο ερέθισμα της χολοκυστοκινίνης. Όταν η τροφή δεν περιέχει λίπος, η χοληδοχος κύστη δεν αδειάζει καλά. Όταν όμως η ποσότητα του λίπους είναι αρκετή, η κύστη αδειάζει καλά. Όταν όμως,

η ποσότητα του λίπους είναι αραιή, η κύστη αδειάζει σχεδόν τελείως περίπου σε μία ώρα.

ΑΙ ΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η σχέση μεταξύ χολολιθίασης και καρκινώματος της χοληδόχου κύστης, έχει τονιστεί από πολλά χρόνια και από το 1931 ο GRAHAM πρότεινε χολοκυστεκτομή, σε κάθε αρρώστο με ασυμπτωματική χολολιθίαση για τον κίνδυνο του καρκινώματος.

Από μεγάλο αριθμό αρρώστων με καρκίνο της χοληδόχου κύστης, έχει αποδειχθεί, ότι η σχέση αυτών είναι απόλυτη, καθώς 95-100% των αρρώστων με καρκίνο στη χοληδόχο, είχαν χολολιθίαση. Ο μηχάνισμός και η χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου μπορεί να προκαλέσουν μεταπλασία του βλεννογόνου, δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον κατάλληλο, για την εμφάνιση διαφοροποιημένου καρκίνου στη χοληδόχο κύστη. Σαν ενίσχυση αυτής της υπόθεσης, αναφέρεται η ανάπτυξη καρκινώματος σε παρματόζωα, στη χοληδόχο κύστη των οποίων έχουν τοποθετηθεί χοληστερινικοί λίθοι, με ταυτόχρονη χορήγηση νιτροσαμινών.

Επίσης πολλοί επιστήμονες συνηγορούν, ότι η είσοδος παγνεάτικου υγρού στη χοληδόχο κύστη, μπορεί να προκαλέσει χρόνια χολοκυστίτιδα και μ' αυτόν το τρόπο μια μεταπλασία του βλεννογόνου, η οποία είναι δυνητικά προκαρκινωματώδη κατάσταση και μπορεί να οδηγήσει σε διαφοροποιημένο καρκίνωμα.

Η ασθένεια επίσης εμφανίζεται σε ηλικιωμένα άτομα, πάνω από 55 χρονών και έχει ιδιαίτερη προτίμηση στο γυναικείο φύλο, με αναλογία 3:1 (γυναίκες:άνδρες 3:1).

Η παχυσαρκία, είναι ένας προδιαθεσιακός παράγων, στην ανάπτυξη του όγκου της χοληδόχου.

Επιδημιολογικές μελέτες τέλος, έδειξαν χαμηλά ποσοστά καρκινώματος σε λαούς, που παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά χολολιθίασης, (φύλη Μπαντού), ενώ αυξημένο ποσοστό εμφανίζει στους Ινδιανούς της Λατινικής Αμερικής, όπου το ποσοστό χολολιθίασης είναι επίσης

υψηλό.

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η νεοπλασία εμφανίζεται 55ο|ο στο πυθμένα της χοληδόχου, 30ο|ο στο σώμα και 15ο|ο στον αυχένα.

Μακροσκοπικά παρουσιάζεται σαν σκίρρος καρκίνος και πιο σπάνια ανθοκραμβοειδής.

Το αδενοκαρκίνωμα αποτελεί το 80ο|ο και πλέον των περιπτώσεων, (70ο|ο σκίρρωδες, 20ο|ο, θηλώδες, 10ο|ο μυελοειδές), ενώ το υπόλοιπο 20ο|ο αποτελούν το αναπλαστικό καρκίνωμα το επιδερμοειδές και το αδενοκάνθωμα πολύ σπάνια λεμφωμα, βασικοκυτταρικό, σαρκωμα και καρκινοειδές, μπορεί να αποκαλυφθούν στη χοληδόχο κύστη.

Σαν προκαρκινωματώδης κατάσταση θεωρείται το αδένωμα και το θήλωμα.

Ο καρκίνος μπορεί να συνοδεύεται από ασβεστωση του τοιχώματος (πορσελανοειδής κύστη), σε ποσοστό 22ο|ο περίπου. Ιστολογικά η ασβεστωση μπορεί να περιλαμβάνει, ολόκληρη τη μυϊκή στιβάδα, η να εντοπίζεται μόνο στον αδένα του βλεννογόνου.

Η σχέση πάντως του ιστολογικού τύπου με την κλινική εικόνα δεν έχει δώσει σαφή συμπεράσματα.



... Απλή ακτινογραφία κοιλίας σε γυναίκα 69 ετών με γνωστή χολολιθίαση από δεξιάς, που εμφάνισε αύξηση του αριθμού των κολικών της : εκτεταμένη ασβεστοποίηση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης (πορσελανοειδής χοληδόχος κύστη).

ΔΙΑ ΓΝΩΣΗ

Δυστυχώς η διάγνωση της ασθένειας προεγχειρητικά, είναι πολύ δύσκολη και τίθεται μόνο σε ποσοστό 0-50% των ασθενών. Ενώ η τελική διάγνωση, τίθεται στο χειρουργείο και αποτελεί τυχαίο εύρημα σε επεμβασεις χολοκυστεκτομων και τότε το καρκίνωμα είναι συνήθως προχωρημένο.

Ο ακτινολογικός έλεγχος, έχει περιορισμένη αξία στη διάγνωση. Η απλή ακτινογραφια κοιλιάς, μπορεί να αποκαλύψει μια μάζα στο δεξιο υποχονδριο, ή παρουσία εγκυστωμένου αέρα. Ακτινοσκοπιοι λίθοι, ή ασβεστοποίηση του τοιχώματος της χοληδόχου, αποτελούν ενδειξεις καρκινώματος.

Η απο το στόμα χολοκυστογραφία δεν βοηθά, επειδή συνήθως ο καρκίνος συνοδεύεται με χολολιθιαση, χολοσταση και αποφραξη του χοληδόχου πόρου, η διαδερμική διηπατική χολλαγγειογραφία έχει καλύτερα αποτελέσματα και είναι εξέταση εκλογής σε άρρωστους με ίκτερο απο καρκίνο της χοληδόχου.

Οι υπερηχοι, μπορεί να δώσουν μία εικόνα του πλάγιου τοιχώματος (PROFIL) της κύστης και του περιεχομένου της, αλλά απαιτεί εμπειρους εξεταστές.

Η απόφραξη των χοληφόρων, μπορεί να αναγνωρισθεί με επιτυχία στο 85-90% των περιπτώσεων με υπερήχους, ή αξονική τομογραφία και οι δύο τεχνικές μπορεί να δείξουν μια μάζα, ή απόφραξη του χοληδόχου πόρου, χωρίς όμως να είναι αποκαλυπτικές πριν ο καρκίνος επεκταθεί.

Το σπινθηρογραφημα ήπατος, μπορεί να αποκαλύψει διατεταμένους ενδοπατικούς πόρους, ή τοπική διήθηση, αλλά μόνο σε προχωρημένες περιπτώσεις.

Η εκλεκτική αρτηριογραφία της κοιλιακής αρτηρίας, ή της άνω μεσεντερίας, δείχνει χαρακτηριστικες αλλαγές, αλλά οπωσδήποτε η

διάγνωση και εδώ είναι σπάνια, πριν η νόσος φθάσει σε ανεγχείρητο στάδιο.

Το πιο σημαντικό εργαστηριακό εύρημα και κυρίως σε ανικτε-
ρικούς ασθενείς, που ισώς θέτει την υποψία καρκίνου, είναι η αύξη-
ση της αλκαλικής φωσφατασης, που μπορεί να συνδέεται με αύξηση,
ή όχι, των ηπατικών ενζύμων και της χολερυθρίνης.

Συμπερασματικά, η αποκάλυψη του καρκίνου σε πρώιμα στάδια,
είναι πολύ δύσκολη, επειδή οι άρρωστοι είναι ασυμπτωματικοί και
μόνο μετά τη διασπορά του όγκου πέρα από τη χοληδόχο, εμφανίζουν
συμπτώματα.

Ένα στοιχείο που μπορεί να θέσει την υποψία για καρκίνο, σ'
ένα ηλικιωμένο άτομο, με μακρύ ιστορικό από ενοχληματα του χολη-
ληφόρου συστήματος, είναι η παρουσίαση στον ασθενή νέων συμπτω-
μάτων, που διαφέρουν σε ένταση και συχνότητα.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος, ανάλογα με τη διήθηση της χοληδόχου κύστης, δια-
κρίνεται σε πέντε στάδια.

στάδιο I: προσβολή του βλεννογόνου

στάδιο II: διήθηση της υποβλεννογονίας, μυικής, στιβάδος

στάδιο III: διήθηση και του ορογονου χιτώνα

στάδιο IV: προσβολή των κυστικών λεμφαδένων

στάδιο V: διήθηση του όγκου προς άλλους παρακείμενους ιστούς
και όργανα..

Η σταδιοποίηση αυτή είναι πρακτικά χωρίς σπουδαίο όφελος,
γιατί όταν ανευρίσκεται ο καρκίνος, είναι σε προχωρημένο στάδιο,
έχοντας δώσει μεταστάσεις, κατά συνέχεια, ιστών στο ήπαρ, ή στους
γύρω λεμφαδένες.

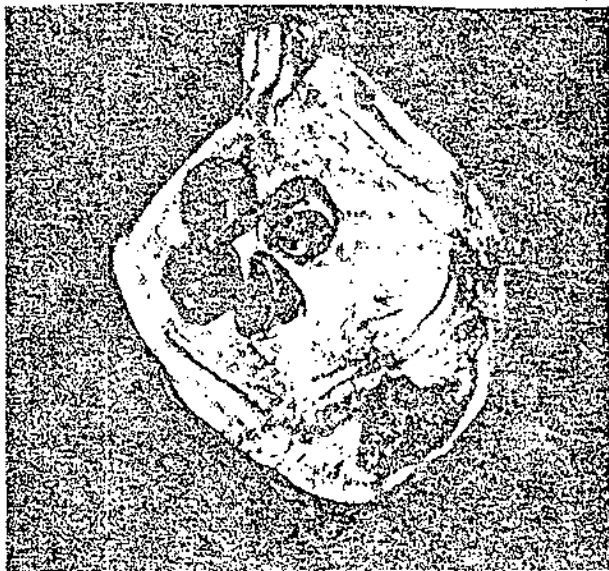
Η μετασταση γίνεται με τον ίδιο τρόπο, όπως με όλες τις άλ-
λες νεοπλασίες, δηλαδή με διήθηση του όγκου στους γύρω ιστούς,

λεμφογενώς και μακρινές μεταστάσεις, με αιματογενή διασπορά. Η κατά συνέχεια ιστούς μεταστάση στο ήπαρ είναι η πιο συνηθισμένη (65ο% των περιπτώσεων). Κατά σειρά και με μεγαλύτερη συχνότητα προσβαλλονται :

- α) ήπαρ
- β) κυστικός πόρος
- γ) χοληδοχος πόρος
- δ) στομάχι
- ε) δωδεκαδάκτυλο
- στ) λεπτό έντερο
- ζ) παχύ έντερο

Απο τη λεμφική οδό, η νεοπλασία δίνει μεταστάσεις στους ηπατοδωδεκαδάκτυλικούς και οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες.

Η αιματογενή διασπορά δια μέσου των ηπατικών φλεβών, ευθύνεται για μακρινές μεταστάσεις, (πνευμονα, οστά, επινεφρίδια) φαινόμενο πιο σπάνιο.



Εικόνα 2. Φηλάδες αδενοκαρκίνωμα της χοληδόχου κύστης που συνοδεύεται με χολολιθίαση σε άρρωστη ηλικίας 71 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα του καρκινώματος της χοληδόχου, δεν είναι όπως ήδη έχουμε αναφέρει χαρακτηριστική συνήθως η συμπτωματολογία είναι όμοια με της χολολιθίασης και των επιπλοκών της. Μπορεί όμως να εμφανιστεί η ασθένεια με μη ειδικά συμπτώματα όπως ανορεξία, ναυτία, καταβολή δυνάμεων, απώλεια βάρους κλπ.

1. Ο πόνος: είναι το συχνότερο σύμπτωμα, που απαντάται στο 75-90% των αρρώστων και καταλαμβάνει το δεξιό υποχόνδριο και το κυρίως επιγαστριο, είναι σταθερός, ήπιος, ή συνεχής και επιδεινώνεται τη νύχτα και μετά τη λήψη λιπαρών τροφών, λόγω της εντονής συσπασσης της χοληδόχου, για να προωθήσει τη χολή στο δωδεκαδάκτυλο.

Χαρακτηριστικό και σημαντικής αξίας για τη διάγνωση της νόσου, είναι η μεταβολή του χαρακτήρα του πόνου που αναφέρει ο ασθενής, ότι δηλαδή τις τελευταίες βδομάδες, ή μήνες, τους προηγούμενους κωλικούς διαδέχεται πόνος ήπιος, συνεχής, στο δεξιό επιγαστριο.

2. Ο ίκτερος: είναι η κιτρινη χροιά του δέρματος και των βλενογόνων ή οφείλεται στην εναπόθεση χολερυθρίνης στους ιστούς

Εμφανίζεται στο 60% των περιπτώσεων και σχεδόν πάντα συνοδεύεται απο φαγούρα. Η εμφάνιση εξελισσόμενου ίκτερου χωρίς πυρετό, συνηγορεί υπέρ της πίεσεως των χοληφόρων απο καρκινωματώδης μάζες. Η φαγούρα, εντοπίζεται στα άκρα και μερικές φορές στη πλατή και τη κοιλιά, είναι ιδιαίτερα ενοχλητική και εμποδίζει τον ύπνο τον άρρωστον, ο οποίος ανακουφίζεται ξυνοντας το δέρμα με τα νύχια, δημιουργώντας εκδορες, δρυφαδες. Αιτία της φαγούρας αυτής είναι η παρουσία στο αίμα χολικών αλάτων, που επί πλέον έχουν τοξική επίδραση στο φλεβόκομβο και σ' αυτό αποδίδεται, η συχνά παρατηρούμενη σε αποφρακτικό ίκτερο, βραδυκαρδία (60 ή και

λιγότερες σφύξεις|MIN).

Εκτός απο την αύξηση της χολερυθρίνης, αυξάνει και το ποσό της ολικής χοληστερίνης στο αίμα, αύξηση της αλκαλικής φωσφατασης και των ηπατικών ενζύμων. Λόγω της κακοήθειας, ή της φλεγμονοδους επεξεργασίας, αυξάνει σημαντικά και η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (Τ.Κ.Ε.).

Σε αποφρακτικό ίκτερο, έχουμε πλημμελή απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και κυρίως των λιπών (στεατιόρροια) και δυσάποροφηση των λιποδιαλυτων βιταμίνων και κυρίως της βιταμίνης Κ, με αποτέλεσμα την υποθρομβιναιμία και ροπή του αρρώστου για αιμορραγίες.

Τα ούρα των ικτερικών ασθενών είναι σκοτεινά και μεγάλης περιεκτικότητας σε χολερυθρίνη, ενώ τα κόπρανα λόγω έλλειψης χολής στο έντερο, είναι ανοικτού χρώματος και σε πλήρη απόφραξη αργιλώδη ή αχολικά κόπρανα.

Χαρακτηριστικό του ίκτερου απο λίθο είναι, ότι επιτείνεται μετά απο κάθε προσβολή πόνου, ενώ οίκτηρος απο όγκο δεν επηρεάζεται απο τον πόνο.

3. Η πατομεγαλία: δεν είναι σταθερό εύρημα, παρουσιάζεται σε 20-60ο|ο των περιπτώσεων, το ήπαρ παρουσιάζει διογκωση, επι μεταστατικού καρκίνου με σκληρότητα, χωρίς ιδιαίτερο πόνο στην πίεση. Αντίθετα στα 2|3 των αρρώστων υπάρχει ψηλαφητή μαζα στο δεξιό υποχόνδριο. Η χοληδόχος κύστη είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην ψηλάφηση, γιατί συχνά η πάθηση συνοδεύεται με χολοκυστιτιδα.

4. Ασκίτης: εμφανίζεται σε προχωρημένες καταστάσεις (20ο|ο), είτε συνέπεια πίεσης της πυλαίας απο τον όγκο, στις πύλες του ήπατος, είτε λόγω καρκινωματούσεως του περιτοναίου. Ο ασκίτης, είναι επακόλουθο και άλλων παθήσεων του ήπατος όπως θρόμβωση πυλαίας, κίρρωση κλπ.

Το υγρό έχει χαρακτήρα διϊδρωματος, η εξιδρωμάτος, πολλές φορές είναι αιμορραγικό, περιέχει καρκινωματώδη κύτταρα και είναι στείρο μικρόβιων.

Σπανιότερα το ασκίτικό υγρό μπορεί να είναι χυλώδες (λόγω ρήξεως κάποιου λεμφαγγείου), ή χυλόμορφο (ψευδεοχυλώδης ασκίτης), που οφείλει τη γαλακτόχρουν θολωσή του σε μεταβολές των λευκωμάτων που περιέχονται μέσα σ' αυτό.

Η ύπαρξη ασκίτικού υγρού στην κοιλιακή κοιλότητα διαπιστώνεται με την επίκρουση: μικρά ποσά διϊδρωματος βρίσκονται, είτε με την επίκρουση της κοιλιάς και ο ασθενής ευρίσκεται σε γοναταγκωνιαία θέση, είτε σε ορθία στάση μετά απο κένωση της ουροδόχου κύστης. Στη δεύτερη περίπτωση, ανευρίσκεται ημισελήνοειδής αμβλυτης στο υπογαστρίο, αντιληπτό επίσης γίνεται με την δακτυλική εξέταση απο το ορθό και τον ασθενή σε όρθια στάση, οπότε ο δουλασειος χώρος είναι απωθημένος προς τα κάτω.

Υπερμετρος αύξηση του ασκίτικού υγρού έχει σαν συνέπεια την ατροφία και λέπτυνση του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος, την πρόπτωση του ομφαλού και τη διάταση των ορθών κοιλιακών μυών.

Σε μέτρια αθροιση του υγρού και κατά τη κατακλιση του ασθενούς, η κοιλιά προσλαμβάνει στη μεσότητα αυτής μάλλον επίπεδοσχήμα, ενώ τα πλαγία κοιλιακά τοιχώματα φαίνονται να προέχουν (βατραχοειδής κοιλιά). Υγρό κάτω των 500 ML είναι πολύ δύσκολο να διαγωστεί, επι υπονομιας στάσεως στη πυλαία αναζητείται ασκίτικό υγρό με δοκιμαστική παρακέντησή.

Συχνές παρακεντησεις βοηθούν τα πάσχοντα, προκαλούν όμως την ταχεία αναπαραγωγή του ασκίτικού υγρού και την ταχεία κατάρρευση των δυνάμεων του, λόγω της απώλειας μεγάλης ποσότητας λευκωματος.

Αλλα συμπτώματα: τάση προς έμμετο και έμμετος 40ο|ο, απώλεια βάρους 60ο|ο, δυσπεπτικά ενοχλήματα, μετεωρισμός κοιλιάς, δυσκοιλιότητα σε διάφορη συχνότητα.

Τέλος αναιμία, υπάρχει στο 5ο|ο των περιπτώσεων και οφείλεται σε χρόνια αιμοχολία και λευκοκυτταρώσεις επί συνυπαρξέως φλεγμονής. Σπανιότερα εμφανίζονται μελαινα κενωση. Εικόνα που μοιάζει με εμπύημα της χοληδόχου, είναι συχνή και οφείλεται σε απόφραξη του κυστικού πόρου απο τον όγκο.

Συνοπτικά οι πιο συχνές επιπλοκές της νόσου είναι:

- α) οξεία χολοκυστίτις: φλεγμονή της χοληδόχου
- β) υδρωπας χοληδόχου: λόγω στάσεως της χολής απο απόφραξη του κυστικού πόρου
- γ) εμπύημα: δημιουργία η στάση στη κύστη πυώδου εξιδρωματος
- δ) αιμορραγία: μεσα στη χοληδόχο κύστη
- ε) δημιουργία συρριγγίου χοληδοχογαστρικού και χοληδοχο δωδεκαδακτυλικού σε μία προσπάθεια του οργανισμού να παρακαμφει το κώλυμα, που εμποδίζει τη ροή της χολής προς το έντερο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία είναι η χειρουργική αντιμετώπιση αν $\frac{1}{2}$ πάνω από 70% των περιπτώσεων, ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο και η επέμβαση είναι χωρίς αποτέλεσμα. Ένα μικρό ποσοστό με καρκίνο της χοληδόχου που αποκαλύπτεται διεγχειρητικά, έχει ριζική χειρουργική εκτομή, ενώ στη πλειονότητα είτε δεν θεραπεύεται, είτε γίνονται ανακουφιστικές επεμβάσεις.

Η προφυλακτική πάντως χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με λιθίαση, δεν θα πρέπει να συνιστάται μόνο για πιθανή ανάπτυξη καρκινώματος αλλά και για την αποφυγή άλλων πιο συχνών επιπλοκών της λιθίασης. Δεδομένου ότι η προεγχειρητική διάγνωση του όγκου, είναι αδύνατη σχεδόν, συνιστάται η μακροσκοπική εξέταση του παρασκευασματος, την ώρα της επέμβασης, σε κάθε περίπτωση χολοκυστεκτομής και η διενέργεια ταχείας βιοψίας, από κάθε μακροσκοπικά υποπιτη περιοχή της κύστης. Με αυτό το τρόπο είναι δυνατή η έγκαιρη τροποποίηση και επέκταση της χειρουργικής επέμβασης, με σκοπό τη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών, για περιπτώσεις που η νόσος βρίσκεται στα αρχικά στάδια. Εδώ θα πρέπει να αναφεθρούμε, ότι μόνο στο 10% περίπου των ασθενών συμβαίνει αυτό, ενώ στο 15% υπάρχουν ήδη αρχόμενες διηθητικές αλλοιώσεις και στο 75% των ασθενών η νόσος είναι ήδη αρκετά προχωρημένη.

Έτσι για το στάδιο I της νόσου που σπάνια συναντάται η απλή χολοκυστεκτομή θεωρείται αρκετή και η επιβίωση των ασθενών φυσιολογική.

Ασθενείς στο στάδιο II, με διήθηση της υποβλεννογονίας μυικής στιβάδας, δεν παρουσιάζουν την ίδια ικανοποιητική επιβίωση, αναφέρεται πενταετής επιβίωση μόνο στο 20%, μετά από απλή χολοκυστεκτομή. Η συμπληρωματική χειρουργική επέμβαση που συνιστάται από πολλούς στο στάδιο αυτό, με σκοπό τη βελτίωση της επιβίωσης, περι-

λαμβάνει σφηνοειδή εκτομή του ηπατικού παρεγχυματος στη κοίτη της χοληδόχου και συστοιχο καθαρισμό των λεμφαδένων της περιοχής.

Στα σταδια III, IV και V, η νόσος θεωρείται προχωρημένη και στις περισσότερες περιπτώσεις, η χειρουργική επέμβαση αποσκοπεί μόνο σε παρηγορική θεραπεία, παράλληλα γίνεται προσπάθεια να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τα συμπτώματα της νόσου, όσο αυτό είναι δυνατό.

Παλαιότερα, για τις προχωρημένες αυτές περιπτώσεις είχαν προταθεί από μερικούς επιστήμονες, διάφορες εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, με σκοπό τη παράταση της επιβίωσης των ασθενών. Η σκοπιμότητα πάντως αυτών έχει αμφισβητηθεί από πολλούς.

Η παρηγορική χειρουργική θεραπεία, στα προχωρημένα στάδια της νόσου περιλαμβάνει, είτε τοποθέτηση σωλήνα T στο χοληδόχο πόρο, ή διηπατικών καθετήρων, είτε τη δημιουργία χολοπεπτικής αναστομωσης, που έχει σα σκοπό την αποσυμφορηση του χοληφόρου δένδρου και τη παροχέτευση της χολής.

Περιγράφεται ότι, ασθενείς που υποβάλλονται σε εσωτερική παρηγορική παροχέτευση, έχουν καλλίτερη πρόγνωση, από αυτούς που τοποθετούνται καθετήρες για εξωτερική παροχέτευση.

Θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι, ασθενείς με προχωρημένο στάδιο, που παρουσίαζαν ίκτερο και είχαν υποβληθεί σε εσωτερική, ή εξωτερική παροχέτευση, κατέληξαν με ίκτερο.

Επίσης θα πρέπει να τονισθεί, η εξαιρετικά υψηλή εγχειρητική θνητότητα, για ασθενείς του σταδίου V, που φθάνει στο 35%.

Η χημειοθεραπεία, δεν έχει αποδειχθεί ότι τροποποιεί σημαντικά την πρόγνωση της νόσου, αλλά προτείνεται από μερικούς η χρησιμοποίηση της για παρηγορική θεραπεία. Αναφέρεται κάποια μικρή παράταση στην επιβίωση των ασθενών με προχωρημένη νόσο, που έλαβαν συμπληρωματική χημειοθεραπεία, μετά από εκτεταμένη εκτομή του όγκου. Έχει ακόμα χρησιμοποιηθεί και η περιοχική χη-

μειοθεραπεία, δια μέσου της ηπατικής αρτηρίας με αναλογα αποτελεσματα.

Η χορήγηση τοπικής ακτινοθεραπείας έχει χρησιμοποιηθεί με σκοπό, την ελαττωση της νεοπλασματικής μάζας, του πόνου και του ίκτερου.

Αναφέρεται, η μείωση της νεοπλασματικής μάζας σε μικρό αριθμό ασθενών, στους οποίους χορηγήθηκε διεγχειρητικά ακτινοβολία.

Συνοπτικά, η προγνωση είναι θανατηφόρα, η διαγνωση δυσκολη και η εξέλιξη της νόσου πολύ γρήγορη.

Η επιβίωση στα πέντε χρόνια, ανέρχεται μόνοσ το 5ο|ο των ασθενών ποσοστό, που δεν φαίνεται να έχει τροποποιηθεί μέχρι σήμερα, ενώ το 90ο|ο των αρρώστων πεθαίνουν σε λιγότερο απο ένα χρόνο και το 50ο|ο εξ αυτών σε τρείς μήνες.

Η επιβίωση τροποποιείται σημαντικά για τα αρχικά στάδια της νόσου, στα οποία όμως η διάγνωση είναι κατά κανόνα αδύνατη.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου στα αρχικά σταδια, παραμένει πρωταρχικής σημασίας ενέργειας για τη θεραπεία της νόσου.



Τερασία βιοψιών της κοιλιάς κατάρτις από αδένωμα (χειρουργικό παρασκεύασμα)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

"Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Ca χοληδόχου κύστεως"

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με Ca χοληδόχου κύστεως εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς, το κοινωνικομορφωτικό του επίπεδο, το βαθμός επίγνωσης της νόσου, το στάδιο, την αναμενόμενη πορεία της νόσου, τις προσδοκίες του αρρώστου και την πιθανή συνεργασία με την οικογένεια του. Λαμβανοντας επι πλείον υπ' όψιν, την μοναδικότητα κάθε ανθρώπου λέμε ότι, δεν υπάρχει καθορισμένος τύπος-μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά αυτή αλλάζει και προσαρμόζεται κάθε φορά μέσα από μία δυναμική αλληλεπίδραση αρρώστου-ασθενείας-υγειονομικής ομάδας και οικογένειας.

Επίσης πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν, ότι ασχολούμαστε με μια ασθένεια, η οποία παρουσιάζει ανάλογα με το στάδιο, πληθώρα συμπτωμάτων, διάφορη κλινική εικόνα και διάφορη εξέλιξη και πορεία. Υπάρχουν άτομα, στα οποία η διάγνωση τυχαία έγινε στα πρώτα στάδια της νόσου και τα άτομα αυτά θεραπεύτηκαν με μια απλή χολοκυστεκτομή και μετά από οκτώ ημέρες παραμονής στο Νοσοκομείο, πήγαν σπίτι τους και είχαν μια πολύ καλή εξέλιξη και καλή ποιότητα ζωής.

Αντίθετα σε προχωρημένα στάδια, οι ασθενείς που φθάναν στο νοσοκομείο θεωρήθηκαν ανεγχείρητοι, ή έγιναν ανακουφιστικές επεμβάσεις και το μέλημα της υγειονομικής ομάδας ήταν η ανακούφιση από τα προβλήματα του αρρώστου, η καταπολέμηση του πόνου και έπειτα η εξασφάλιση μιας ποιότητας θανάτου, με ηρεμία και αξιοπρέπεια.

Ο χειρουργικός και συγχρόνως καρικινοπαθής άρρωστος, ανήκει συχνά σε κατηγορία ασθενούς υψηλού κινδύνου, με πολλά προβλήματα που συνυπάρχουν όπως: ελείμματα διατροφής, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, θρομβοεμβολικές καταστάσεις, μειωμένη αμυ-

ντική ικανότητα, χρόνιες παθήσεις, μεγάλη ηλικία, ψυχικές διαταραχές κλπ.

Παρακάτω θ' αναλύσουμε βασικά προβλήματα του ασθενή με Ca χοληδόχου κύστεως και τις αρχές που θα εφαρμόσει η νοσηλεύτρια, για την αντιμετώπιση τους, ανεξάρτητα από τον τύπο του όγκου και το μεγάλο αριθμό των ασθενών, που θα κληθεί ν' αντιμετωπίσει.

1. Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Το πρόβλημα του χρόνιου άλγους σε ασθενή με Ca χοληδόχου κύστεως, όπως και σε όλους τους καρικονπαθείς, είναι ένα από τα πιο σοβαρά θέματα, που μέχρι σήμερα αντιμετωπίζεται επιφανειακά.

Περισσότεροι από 2/3 των ασθενών με την εξέλιξη της νόσου, βασανίζονται από χρόνια άλγος. Οι γιατροί χορηγούν διάφορα σκευάσματα, χωρίς συνήθως να γνωρίζουν τη φαρμακοκινητική, τις ενδείξεις και τις παρενέργειες τους. Οι δόσεις που χορηγούνται, είναι συνήθως μικρότερες των επιθυμητών, για ικανοποιητική αναλγητική αγωγή και συχνά δεν χορηγούνται όπως θα έπρεπε, αλλά με τη σύσταση να τα παίρνει ο ασθενής όταν πονάει.

Με τη χρήση των ναρκωτικών φαρμάκων υπάρχει συχνά υπερβολικός φόβος και από μέρους του νοσηλευτικού αλλά και των συγγενών του ασθενούς, ν' αποκτήσει ο ασθενής εξάρτηση. Έτσι αποφεύγουμε να το χορηγούμε, παρ'όλο ότι ο ασθενής μας δεν βρίσκει ανακούφιση από τα μη ναρκωτικά φάρμακα. Σε ασθενείς που ο χρόνος ζωής είναι μικρός, ο περιορισμός των ναρκωτικών φαρμάκων για τον κίνδυνο του εθισμού είναι συχνά εγκληματικός.

Συχνά έχει παρατηρηθεί, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν διαθέτει τον απαιτούμενο χρόνο, ν'ασχοληθεί με τον άρρωστο και να εκτιμήσει το αποτέλεσμα της αναλγητικής θεραπείας. Να βεβαιωθεί δηλαδή, ότι ο ασθενής μας ακολουθησε πιστά τις οδηγίες και δεν ανακούφιστηκε απο τον πόνο. Να καταγράψει τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, να εκτιμήσει την ένταση των ενοχλημάτων του ασθενή. Συνήθως υποεκτιμά την ανάγκη για αναλγητική αγωγή.

Οι συγγενείς επίσης είναι κακοί σύμβουλοι του ασθενούς και τον παροτρύνουν να υπομείνει τον πόνο. Οι ίδιοι οι ασθενείς πολλές φορές, δεν παίρνουν στην ώρα τους τα παυσίπονα τους, με την αστηριχτη σκεψη, πως θα πάνουν να τους βοηθούν στο μέλλον. Κάνουν δηλαδή, το αντίθετο απο αυτό που πρέπει και αφήνουν τον πόνο ν'αυξηθεί σε ένταση, προτού πάρουν το παυσίπονό τους.

Τέλος απ μην ξεχναμε εμείς σαν νοσηλεύτριες, πως ο πόνος σε ασθενή με καρκίνο είναι στη πραγματικότητα μια ψυχοσωματική εμπειρία και παράλληλα με την κατάλληλη αναλγητική αγωγή, απαιτείται και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς που τουλάχιστον πρέπει να ξεκινά, απο την κατανόηση, τη συζήτηση των προβλημάτων και την εξήγηση στο μέτρο του δυνατού, της φύσης των ενοχλημάτων και στη προσπάθεια που θα καταβληθεί, για ν'απαλλαγεί απο τους πόνους του. Γιατί ανεξάρτητα απο το αν γνωρίζει ο ασθενής, όλη την αλήθεια γύρω απο τη παθηση του, ολόκληρη η πορεία της νόσου, με τις δυσάρεστες συνέπειες, (ανορεξία, απώλεια βάρους, συχνές επισκέψεις στο Νοσοκομείο, αδυναμία να συνεχίσει τη δουλειά του, καινούρια συμπτώματα κλπ) του μετατρέπει τη ψυχική διάθεση, να δεχτεί τον πόνο σαν

ένδειξη, ότι η κατάσταση του έχει επιδεινωθεί και πως θα υποφέρει πιο πολύ. Αυτή η αρνητική σημασία του πόνου, σε αντίθεση με οποιοδήποτε άλλο οξυ άλγος αλλης αιτιολογίας, έχει σαν αποτέλεσμα, να μειώνεται η αντοχή στον πόνο.

Συνοπτικά, για να έχει ο ασθενής σωστή αναλγησία, πρέπει η νοσηλεύτρια να φροντίζει ώστε:

- Ο ασθενής να μην περιμένει ν' αυξηθεί η ένταση του πόνου, προτού πάρει το παυσίπονό του.

- Εφ' όσον εκτιμηθεί πως υπάρχει ανάγκη αναλγητικής αγωγής, στη διάρκεια του εικοσιτετραώρου να παίρνει προγραμματισμένα, τα παυσίπονα π.χ. ανα 4 ή 6 ώρες

- Πρέπει κανείς να αρχίσει με τη χρησιμοποίηση των μη ναρκωτικών φαρμάκων, σε σωστές δόσεις και εφ' όσον υπάρχει ένδειξη, σε συνδυασμό με αντιφλεγμονώδη, ηρεμιστικά, κορτικοστεροειδή κλπ. Αν το άλγος δεν ελεγχεται, μεταβαίνει κανείς στα ήπια ναρκωτικά και αν πάλι η ένταση του πόνου παραμένει σημαντική, γίνεται χρήση ναρκωτικών.

- Οι ασθενείς πρέπει να διατηρούν ανέπαφο το επίπεδο συνείδησης και να μην τους υποχρεώνουμε, να βυθίζονται σε παρατεταμένο ύπνο. Τέτοια λογική είναι αντιδεολογική.

- Σε κάθε περίπτωση χρόνιου άλγους, όταν δεν είναι ικανοποιητικό το αποτέλεσμα της θεραπείας, σκόπιμο είναι η δυνατότητα συνεργασίας με άλλους ειδικούς π.χ. νευροχειρουργούς, ψυχιατρούς, αναισθησιολόγους.

2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Αν και η παχυσαρκία θεωρείται σαν βασικός προδιαθεσιακός

παράγοντας, στην ανάπτυξη του καρκίνου της χοληδόχου εκ τούτοις, με την παροδο του χρόνου και σε προχωρημένο στάδιο, η απώλεια βάρους είναι απο τα πιο συνηθισμένα προβλήματα του ασθενούς.

Οι αιτίες είναι πολλές και συχνά συντρέχουν στον ίδιο ασθενή περισσότερες απο μία. Σκοπιμο είναι να ερευνάται κάθε περίπτωση διεξοδικά, για την ακριβή εκτίμηση της απώλειας του σωματικού βάρους και των πιθανών αιτιών, που την προκαλούν, γιατί έτσι μπορεί να καταβληθεί προσπάθεια, για τη διόρθωση των ελλειμμάτων.

Η απώλεια σωματικού βάρους μπορεί να οφείλεται: α) σε ανεπαρκή πρόσληψη τροφής λόγω ανορεξίας, ναυτίας, εμετων, μετεωρισμού της κοιλιάς, αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, συμπτώματα που συχνά παρουσιάζονται στον ασθενή μας.

β) σε αλλαγές του μεταβολισμού, λόγω του ιδιου του ογκου και ιδιαίτερα αυξημένος βασικός μεταβολισμός αυξημένη λιπόλυση αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και δυσανεξία στη γλυκόζη.

γ) Δυσασπορρόφηση θρεπτικών ουσιών και σύμφωνα κυρίως στη δυσασπορρόφηση των λιπών, λόγω ελλείψεως χολής στο έντερο, ή σε συρρίγγιο ή εντερική απόφραξη.

δ) Μεγάλες απώλειες, που οφείλονται σε διαφροίες, εμετους αιμορρογίες.

Σε προχωρημένες καταστάσεις, παρατηρείται μείωση των πρωτεϊνών του ορρου, αναιμίες και προοδευτική μείωση της κυτταρικής ανοσίας. Προοδευτικά ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντοχή στην εργασία, ελαττωση της αναπνευστικής λειτουργίας και μετατρέπεται σε ασθενη μόνιμο κατακεκλιμένο, με απώλεια των μαλλιών του, ξηρότητα του δέρματος και ανάπτυξη της εικόνας της καρκινικής καχεξίας.

Η αντιμετώπιση των ελλειμάτων θρέψης, συχνά επιβάλλει την χορήγηση πολύ πιο πολλών θερμίδων και πρωτεϊνών, για να επιτευχθεί θετικό ισοζύγιο αζώτου. Πρέπει όμως να τονισθεί, ότι ο συγκεκριμένος ασθενής βρίσκεται ή προκειται να βρεθεί, σε υπερκαταβολική κατάσταση π.χ. πυρέσσει, ή προκειται να χειρουργηθεί και δεν είναι σε θέση να κάνει χρήση των επιπλέον θερμίδων. Η διόρθωση των ελλειμάτων θρέψης υποστηρίζεται, πως αποκαθιστά σε σημαντικό βαθμό την ανοσολογική απάντηση του ασθενούς, η μειώνει το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Επίσης η αντοχή του σε άλλες μορφές θεραπείας π.χ. χημειοθεραπεία, είναι καλλίτερη.

Απο τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως η διατροφή καταλαμβάνει ουσιώδη ρόλο, στη συνολική θεραπεία του ασθενούς. Η υποθρεψία αντιμετωπίζεται με διάφορες μορφές σίτισης. Σε ευρεία βάση χρησιμοποιούνται η εντερική και κυρίως η παρεντερική διατροφή. Βασικοί κανόνες που διέπουν τις δύο αυτές μορφές σίτισης, είναι ότι χρησιμοποιούνται, εφόσον έχουμε να προσφέρουμε στον ασθενή κάποια αποτελεσματική θεραπεία, με σκοπό την ίαση ή την σημαντική του ανακούφιση καθώς και στον ασθενή που προκειται να υποβληθεί, σε μεγάλη επέμβαση και θ'αργήσει να σιτισθεί μετά.

Ενώ η διόρθωση των ελλειμάτων θρέψης στις πιο πάνω κατηγορίες των ασθενών, αποτελεί ιδιαίτερη απαιτητική θεραπευτική πράξη, η καθημερινή μας επαφή με ασθενή που βρίσκεται στα τελευταία στάδια της νόσου, επιβάλλει διαφορετική αντιμετώπιση. Η φροντίδα της νοσηλευτριας για τα ζητήματα διατροφής, παίρνουν και πρέπει να παίρνουν χαρακτήρα πιο πολύ ψυχολογικής υποστήριξης και προσπάθειας να αισθάνεται ο ασθενής, όσο γί-

νεται καλλίτερα. Όσο κι ανα γνωρίζουμε, πως η φροντίδα για τη διατροφή δεν μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της νόσου, η ενασχολησή του με αυτά τα ζητήματα, αποδεικνύει την ολοκληρωμένη προσωπικότητα της νοσηλεύτριας και επιδρά θετικά στη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Ο ρόλος τού διαιτολογίου είναι επίσης σημαντικός. Η παρότρυνση για ενεργό συμμετοχή των στενών συγγενών του ασθενούς, στη σωστή περιποίηση του, διαμορφώνει ένα πλαίσιο φροντίδας, που τόση σημασία αποκτά σε τέτοια στάδια εξέλιξης της νόσου.

Απλές συμβουλές που μπορούν να δοθούν στον ασθενή και στην οικογενειά του είναι:

- να τρώει λίγο και πολλές φορές
- να αποφεύγει τις οσμές μαγειρευμένων φαγητών
- να προσπαθεί να προσθέτει κάτι επιπλέον, πέρα των κυριων γευμάτων π.χ. παγωτό φρούτο ζελέ κρέμα κλπ.
- να αποφεύγει να στηρίζεται σε κάποιες ειδικές τροφές, ή να παίρνει βιταμίνες χωρίς έλεγχο.
- να αποφεύγει να παίρνει φάρμακα, που μπορούν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα του όπως ναυτία, εμμετοι.
- να μην επιμένουμε για τη διατροφή του ασθενούς που πεθαίνει. Δεν έχει κανένα νόημα. Απλά τον ταλαιπωρούμε. Ίσως ένας ορρός για να μη διψάει, είναι το περισσότερο που μπορούμε να του προσφέρουμε και η εξασφάλιση ηρεμίας, σ' ένα φιλικό και ησυχό περιβάλλον.

Ολική παρεντερική διατροφή και νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Ο.Π.Δ.

Είναι μορφή σίτισης, που χρησιμοποιούνται σε ευρεία βάση σε καρκινοπαθείς, σε αρρώστους που έχουν κακή θρέψη, που προ-

κείται να υποβληθούν σε μεγάλες επεμβάσεις και που θα αργήσουν να σιτιστούν από το στόμα.

Παρεντερική διατροφή, είναι η ενδοφλέβια χορήγηση όλων των θρεπτικών συστατικών, που απαιτούνται για να καλυφθούν οι ανάγκες ενός οργανισμού, σε ενέργεια και πρωτεΐνη.

Τα διαλύματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο και χρησιμοποιούνται στη παρεντερική διατροφή, είναι διαλύματα αμινοξέων, σε περιεκτικότητα 5% και 10% (L-5 και L-10), διαλύματα γλυκόζης, 10% 37,5% και 40% και τέλος διαλύματα λίπους 10% και 20% (LIPOFUDIN 10% και LIPOFUDIN 20%). Βασική αρχή για την επιτυχία της πρωτεϊνοσύνθεσης και θετικού ισοζυγίου αζώτου, είναι η ταυτόχρονη χορήγηση των αναγκαίων θρεπτικών συστατικών, (υδατανθρακες, λευκωματα, λίπη βιταμίνες, ηλεκτρολύτες, ιχνοστοιχεία) στη φλεβική κυκλοφορία. Αφού υπολογιστούν οι ημερησιες ανάγκες του κάθε ασθενούς, γίνεται αναμείξη των θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται, σε ειδικά κατασκευασμένο σάκκο.

Η χορήγηση του διαλύματος της Ο.Π.Δ., γίνεται κατά προτίμηση από την υποκλειδίο φλέβα, ή την έσω σφαγίτιδα, με τη βαρύτητα, ή με αντλία συνεχούς εγχύσης, που επιτυγχάνει ομοιομορφη κατανομή στο χώρο και μειώνει την νοσηλευτική φροντίδα. Η τοποθέτηση του καθετήρα Ο.Π.Δ. γίνεται με ασηπτες συνθήκες από το ιατρικό προσωπικό, ενώ η παρασκευή του διαλύματος, η σύνδεση του με τον ασθενή και η παρακολούθηση αυτού είναι φροντίδα της νοσηλευτριας. Η παρασκευή του διαλύματος, γίνεται σε ειδικό χώρο με ασηπτες συνθήκες από τη νοσηλευτρια, μισή έως δύο ώρες πριν τη σύνδεση του με τον άρρωστο.

Ο ασθενής στον οποίο χορηγείται ολική παρεντερική διατροφή, χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση και τούτο διότι το διαλύμα της Ο.Π.Δ., λόγω της υπερωσμωτικότητας τους, όταν η ροή έγχυσης είναι μεγάλη, μπορεί να δημιουργηθεί υπερφόρτωση της κυκλοφορίας και διαταραχές στη καρδιακή λειτουργία. Γι'αυτό είναι απαραίτητη η παρακολούθηση της ροής, σε τακτά χρονικά διαστήματα από τη νοσηλεύτρια, η τήρηση ισοζυγίου εισερχομένων εξερχομένων, καθώς και ο έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας, (λήψη Α.Π., σφύξεων, ΚΦΠ όπου χρειάζεται, μέτρηση βάρους σώματος κάθε μέρα).

Επί πλέον η Ο.Π.Δ., δυνατόν να δημιουργήσει διαταραχές της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας λόγω της τοξικότητας των διαλυμάτων, αφ'ενός του λίπους και της γλυκόζης που επιβαρύνουν την ηπατική λειτουργία και της πρωτεΐνης και των ηλεκτρολυτών αφ'ετέρου, που επηρεάζουν την νεφρική λειτουργία. Γι' αυτό πριν την έναρξη αλλά και κατά τη χορήγηση της Ο.Π.Δ. σε τακτά χρονικά διαστήματα, γίνεται έλεγχος της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, με εξετάσεις αιματος για ουρία, κρεατινίνη, χολερυθρίνη, ηπατικά ένζυμα κλπ).

Επίσης η νοσηλεύτρια φροντίζει 2 φορές την εβδομάδα, να στέλνεται συλλογή ούρων 24 ωρου για άζωτο, για να εκτιμηθεί το ισοζύγιο αζώτου, η κατάσταση θρέψης του ασθενή και να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ακόμα άλλες παραμετροί, που ελεγχονται για τον ίδιο σκοπό είναι εξέταση λευκωματίνης, τραυσεφρίνης και δερματικές δοκιμασίες από το γιατρό.

Επειδή το διάλυμα της Ο.Π.Δ. περιέχει μεγάλη ποσότητα υδατανθράκων, κακή ανοχή του οργανισμού στη γλυκόζη, εκδηλώ-

νεται με υπεργλυκαιμία και αύξηση της μερικής πίεσης του CO₂ στο αρτηριακό αίμα. Για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια ελέγχει κάθε 6 ώρες το σακχαρο και τη κετόνη στα ούρα του ασθενούς, με STICK ούρων, ενώ στέλνεται σακχαρο αίματος στο εργαστήριο απο τον ιατρό, καθώς και αερια αίματος όπου και όταν χρειάζεται.

Καθώς τα θρεπτικά συστατικά χρησιμοποιούνται για παραγωγή ενέργειας και πρωτεϊνσυνθεση, η οξεοβασική και ηλεκτρολυτική ισορροπία εύκολα διαταράσσεται. Ηλεκτρολύτες όπως το K, Mg, P μεταφέρονται ενδοκυτταρια και συμμετέχουν στον αναβολισμό και άλλοι όπως H₂, παράγονται και μεταφέρονται στον εξωκυτταριο χώρο. Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών επομένως είναι απαραίτητος.

Τέλος η νοσηλεύτρια ελέγχει και περιποιείται κάθε μέρα το σημείο εισόδου του καθετήρα, για να προλάβει την εμφάνιση λοίμωξης. Γίνεται καθαρισμός του δέρματος στο σημείο εισόδου με αντισηπτικό, τοποθετείται BETADINE αλοιφή και καλύπτεται ο καθετήρας με ειδικό αποστειρωμένο διαφανές και στεγνό κάλυμμα (ορ- site). Η ευθύνη αλλαγής του καθετήρα, σε αρρώστους που παρουσιάζουν πρόβλημα, (φράξιμο καταστροφή του καθετήρα, πυρετική κίνηση που αποδίδεται στη χορήγηση ΟΠΔ επί μακρό χρονικό διάστημα) ανήκει στο γιατρό. Μετά την έξοδο του καθετήρα απο τη φλέβα, για οποιοδήποτε απο τους πιο πάνω λόγους, η νοσηλεύτρια στέλνει το άκρο του καθετήρα για καλλιέργεια στο εργαστήριο.

Η νοσηλεύτρια ακόμα παρακολουθεί τον άρρωστο, για την αναγνώριση και αντιμετώπιση σηπτικής επιπλοκής απο το καθετήρα της Ο.Π.Δ., μετρώντας κάθε τρεις ώρες τη θερμοκρασία και τα ζωτικά σημεία και ελεγχοντα, το κεντρικό καθετήρα, για σημεία

λοιμώξης. Επίσης φροντίζει τη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, με συχνές πλύσεις, διότι λόγω του ότι οι ασθενείς αυτοί δεν λαμβάνουν τίποτα από του στόματος, δημιουργούνται στοματίτιδες.

Συνοπτικά η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Ο.Π.Δ. περιλαμβάνει

1. Δήψη ζωτικών σημείων ανα 3ωρο
2. αυστηρή καταγραφή εισερχόμενων και εξερχομένων υγρών
3. έλεγχος σακχάρου στο αίμα και στα ούρα ανα 6ωρό
4. έλεγχος βάρους σώματος καθημερινά
5. συλλογή ούρων 24ωρου για N2 2 φορές την εβδομάδα
6. καθημερινή πλύσης στοματικής κοιλότητας
7. καθημερινή περιποίηση στο σημείο εισόδου του καθετήρα

Ο ΙΚΤΕΡΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Στον αποφρακτικό ίκτερο, ή χολοστατικό, το πρώτο πράγμα που ενδιαφέρει τους θεραπευτές ιατρούς, ή νοσηλευτές, είναι να τεθεί η σωστή διάγνωση, δηλαδή να καθοριστεί το σημείο που έχει γίνει η απόφραξη, καθώς και η αιτία που την προκάλεσε. Ο ίκτερος αυτός καθεαυτός σαν σύμπτωμα, είναι δευτερευούσης σημασίας.

Η εμφάνιση του ικτέρου μπορεί να είναι απότομη, η βαθμιαία, τέλεια, ή μερική, ανάλογα αν το κωλυμμα αποφράσσει τμήμα των χοληφόρων, ή όλο τον εκφορητικό πόρο.

Η νοσηλεύτρια με την πείρα που διαθέτει και την παρατηρητικότητα της, παρακολουθεί τον άρρωστο, την εξέλιξη του ικτέρου, βοηθώντας έτσι στη διάγνωση και στη παρακολούθηση της πορείας του.

Ο άρρωστος εξετάζεται την ημέρα σε απλετο φως παρατηρώντας καθημερινά το δέρμα και τούς βλενογόννους και κυρίως των οφθαλμών λαμβάνοντας καθημερινά εργαστηριακές εξετάσεις ιδίως της χολερυθρίνης που παρακολουθείται η εξέλιξη της καθώς και των ηπατικών ενζύμων. Επι πλήρους αποφράξεως το ποσό της χολερυθρίνης φθάνει 20-30 MG% ενώ τα ένζυμα και κυρίως η αλκαλική φωσφαταση είναι έντονα αυξημένα.

Τα ούρα του ασθενή εξετάζονται καθημερινά, η ποσότητα, το χρώμα και ανιχνεύονται χολερυθρίνη και χολοχρωστικές ουσίες. Λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας των ούρων σε χολερυθρίνη, έχουν χροιά καστανευθρο και κατά την αναταραξη σχηματίζεται αφρός, χροιάς λεμονιού. Επίθετικής αντιδράσεως χολερυθρίνης στα ούρα και ελλείψεως ουροχολινογόνου και ουροχολίνης, συνηγορεί για πλήρη απόφραξη των εκφορητικών χοληφόρων οδών, ενώ η ανεύρεση και ουροχολοιγόνου ή ουροχολίνη στα ούρα, δηλώνει ηπατική βλάβη.

Τα κόπρανα, λόγω αποκλεισμού της χολής στο έντερο, είναι ανοικτοχροα και σε πλήρη απόφραξη αργιλοχροα, ή αχολικά. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τις κενώσεις του ασθενή, γιατί όταν το κόλλυμμα προσπεραστεί και περάσει η χολή προς το έντερο, τα κόπρανα καθιστούνται φυσιολογικά.

Επι πλέον λόγω ελλείψεως χολής στο έντερο, γίνεται πλημελής απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών και κύρια των λιπών. Για τις διαταραχές της θρέψης μιλήσαμε σε προηγούμενη παράγραφο.

Ακόμα λόγω πλημελούς απορρόφησης της βιταμίνης και των άλλων λιποδιάλυτων βιταμινών, προσέχουμε τον ασθενή, γιατί αυτός είναι επιρρεπής σε αιμορραγίες. Η βιταμίνη K, χορηγείται συνήθως παρεντερικά στους ασθενείς με ίκτερο και όταν ο

χρόνος προθρομβίνης είναι μειωμένος.

Άλλο πρόβλημα που συμβαίνει στον άρρωστο μας, είναι ο κνησμός. Η νοσηλεύτρια φροντίζει ν'ανακουφίσει τον ασθενή απο το κνησμό, καθημερινά φροντίζει την καθαριότητα του δέρματος (λουτρό) και επίθεση στο δέρμα μινθολούχου αλκοόλης (SOVENTOL GELEE) καθώς και χορήγηση αντισταμικών φαρμάκων.

Εξ αιτίας του λιτέρου και του κνησμού, η ρήξη του δέρματος αποτελεί δυνητικό πρόβλημα. Για τον έλεγχο του κνησμού δίδεται χολεστυραμίνη (QUESTRAN), που χορηγείται συνήθως με χυμούς φρούτων.

Άλλες νοσηλευτικές διαδικασίες περιλαμβάνουν, την μείωση της υποξίας των ιστών, διορθωση της αναιμίας, η οποία αυξάνει τον κνησμό ελαχιστοποίηση της εφιδρωσης, μείωση της αγωνίας και του συγκληνισιακού STRESS , αποφυγή και ελαχιστοποίηση της τριβής και αποφυγή της ξηρότητας του δέρματος.

Η κατάσταση του δέρματος πρέπει να ελέγχεται καθημερινά, ο άρρωστος να γυρίζει και να αλλάζει θέσεις, ενώ πρέπει να γίνονται τακτικά πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία πίεσης. Τα νύχια επίσης πρέπει να κόβονται, για την πρόληψη της λύσης της συνεχείας του δέρματος.

Ο ΑΣΚΙΤΗΣ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΑΒΑΣΗ

Η καταπολέμηση του ασκίτη συχνά παρουσιάζει πολλές δυσκολίες. Αιτιολογική θεραπεία αποτελεί η αύξηση της ενδοαγγειακής κολλοειδωσμητικής πίεσης, με ενδοφλεβιες εγχύσεις πλάσματος ή HUMAN ALBUMIN

Το ίδιο νόημα έχει και η απο του στόματος χορήγηση, αν αυτό είναι δυνατό, λευκωματούχων τροφών καθώς και ο περιορισμός του άλατος κάτω απο 1 GR την ημέρα. Έτσι μειώνεται η κατακράτηση του ύδατος απο τον οργανισμό.

Αν παρόλα αυτό η δίαιτα και η χορήγηση πλάσματος αποτύχει, χορηγούνται διουρητικά απο το στόμα, ή ενδοφλεβια, ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου.

Με όλα αυτά όμως τα συντηρητικά μέτρα, δύσκολα αντιμετωπίζεται ο ασκιτικός. Η συγκεντρωση μεγάλης ποσότητας υγρού, κάνει αναγκαία την παρακέντηση. Αυτή όμως πρέπει να αποτελεί το τελευταίο θεραπευτικό μέσο, όταν το μεγάλο ποσό του υγρού προκαλεί στον άρρωστο, λόγω ανυψωσης του διαφράγματος, δύσπνοια και διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας.

Με την παρακέντηση η υποκειμενική κατάσταση του ασθενούς βελτιώνεται σημαντικά. Η βελτίωση όμως αυτή δεν διαρκεί πολύ, γιατί το υγρό συγκεντρώνεται εκ νέου και περισσότερο. Όσο συχνότερες είναι οι παρακεντήσεις, τόσο ταχύτερα αναπαράγεται. Γι' αυτό τόσο η πρώτη, όσο και οι επόμενες παρακεντήσεις, πρέπει να αναβαλλονται, όσο το δυνατό για μακρότερο χρονικό διάστημα. Λόγω δε των συχνών παρακεντήσεων, η απώλεια λευκωμάτων οδηγεί τον οργανισμό, σε απισχνωση και εξασθένηση της αντιστασης του σε διάφορες λοιμώξεις.

Η παροχέτευση του ασκιτικού υγρού πρέπει να είναι αργή, όχι πιο γρήγορα απο 3-6 ώρες και ούτε μπορούμε να αφαιρέσουμε αποτομα μεγάλες ποσότητες. Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή στη παρακολούθηση του ασθενή, γιατί μπορεί να παρουσιάσει υποβολαιμία και διαταραχές στη νεφρική και καρδιακή λειτουργία.

Δίνει οδηγίες στον ασθενή να μετακινείται στο ένα και μετα στο άλλο πλάι, για να διευκολύνει την έξοδο του υγρού. Μετριέται σε τακτά χρονικά διαστήματα, η ποσότητα του εξερχόμενου υγρού. Όταν αυτή είναι άφθονη το πρώτο είκοσιτετράωρο, προτιμάται η διακοπή της παροχέτευσης. Υπάρχει κίνδυνος λόγω της ταχείας αναπαραγωγής του υγρού να παρουσιάσει ο ασθενής υποβολαιμία και υποπρωτεϊναιμία. Αυτή εκδηλώνεται με πτώση της αρτηριακής πίεσεως, ταχυσφυγμία, οιδήματα στα άκρα και έπειτα οίδημα στο σώμα και ολιγουρία και τέλος ανουρία.

Η χορήγηση διουρητικών, σε συνδυασμό με παροχέτευση του ασκίτικού υγρού, βοηθούν σημαντικά τον ασκίτη απο ηπατική ανεπάρκεια και υποπρωτεϊναιμία και πολύ λιγότερο τον κακοήθη ασκίτη.

Οι μεγάλες δόσεις διουρητικών, μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας, ιδιαίτερα τα υδραργυρούχα διουρητικά. Η χρήση των αλατοδιουρητικών (παραγωγα της χλωροθειαζιδης), παράλληλα με την αποβολή του νατρίου προκαλούν αποβολή και καλίου, το οποίο πρέπει να συμπληρώνεται με ενδοφλέβια χορήγηση, σε αντίθεση με τα ανταγωνιστικά της αλδοστερονης που προκαλούν υπερκαλιαιμία (κατακράτηση καλίου).

Ο περιτοναϊκός καθετήρας σε μεγάλη παραμονή, μπορεί να μόλυνει την περιτοναϊκή κοιλότητα, για αυτό λαμβάνονται καθημερινά μέτρα αντισηψίας του καθετήρα. Επί πλέον αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για τη χορήγηση διαλύματος χημειοθεραπευτικών ουσιών, που προκαλούν ερεθισμό του περιτοναίου και τοπική κυτταροκτόνο δράση.

Ο ασθενής με ασκίτη, χρειάζεται επισταμένη νοσηλευτική φροντίδα. Παρουσιάζει πολλά προβλήματα και διαταραχές απο βασικά

συστήματα του οργανισμού και η ίδια η ζωή βρίσκεται σε κίνδυνο.

Η νοσηλεύτρια προσέχει τη παροχέτευση του υγρού, για το κίνδυνο της υποπρωτεϊναιμίας και υποβολαιμίας και φροντίζει να μην μολυνθεί ο καθετήρας. Μέτρα σε τακτικά χρονικά διαστήματα τη ποσότητα των εξερχομένων υγρών, από το περιτοναϊκό καθετήρα καθώς και τη διούρηση. Λόγω της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης, ο αρρωστος δεν μπορεί να τραφεί από στόμα, γι αυτό χορηγούνται υγρά παρεντερικώς, με φειδώ, 600-800 ML την ημέρα, με σκοπό να απορροφηθεί το εξωκυτταριο υγρό και να μειωθούν τα οιδήματα.

Επίσης φροντίζουμε για την αποκατάσταση της διαταραχής των ηλεκτρολυτών και κύρια του καλίου, που δημιουργείται από την χορήγηση μεγάλων δόσεων διουρητικών, ενώ αντίθετα φροντίζουμε το χορηγούμενο νάτριο να είναι ελαχιστο, για να εμποδίζεται η κατακράτηση ύδατος από τους ιστούς.

Η τήρηση αυστηρού ισοζυγίου εισερχομενων εξερχόμενων, έχει μεγάλη σημασία για τον άρρωστο και την εξέλιξη της κατάστασής του.

Όταν η ποσότης του ασκητικού υγρού είναι μεγάλη, ο ασθενής παρουσιάζει αναπνευστική δυσχέρεια, μέχρι και δύσπνοια. Για την ανακούφιση του, η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον ασθενή σε αναρροπο θέση και σε γωνία 45°. Έτσι κατεβαίνει το διάφραγμα και επιτυγχάνεται μεγαλύτερη εκπτυξη των πνευμόνων. Επίσης χορηγούμε βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, κατόπιν εντολής του ιατρού, (AMINOPHYLLINE) και δίνουμε οξυγόνο όπου χρειάζεται, παροτρύνουμε τον ασθενή να παίρνει βαθιές ανάσες και τον βοηθούμε να ηρεμήσει. Ακτινολογικός έλεγχος των πνευ-

μόνων είναι απαραίτητος, για το φόβο της κυκλοφορικής συμφο-
ρήσεως, στα πνευμονικά τριχοειδή (πνευμονικό οίδημα)

Στα τελευταία στάδια της νόσου, όπου το ασκίτικό υγρό ανα-
παράγεται πολύ γρήγορα, η παροχέτευση του δεν έχει πια κανένα
νόημα. Οι συχνές παρακεντήσεις ελαφρύνουν υποκειμενικώς τον
ασθενή, προκαλούν όμως ταχεία κατάρρευση των δυνάμεων του και
καχεξία λόγω της μεγάλης απώλειας λευκωμάτων. Γρήγορα διατα-
ράσσεται η νεφρική και μετά η καρδιακή λειτουργία. Η προσοχή
και η προσπάθεια διατηρήσεως σταθερού ισοζυγίου του ύδατος
και η αποκατάσταση των διαταραχών που συμβαίνουν, είναι χωρίς
αποτέλεσμα και ο άρρωστος καταλήγει.

Συνοπτικά η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα :

- μείωση στο ελάχιστο των εισερχομένων εν υγρών (600-800 ML)
- ανά ώρα μέτρηση της διούρησης (> 30 ML την ώρα)
- ανά ώρα μέτρηση της παροχέτευσης του ασκίτικού υγρού
- χορήγηση πλάσματος ή HUMAN ALBIUM
- Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών, KCL και NaCL
- Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσεως
- μέτρηση Κ.Φ.Π.
- Χορήγηση διουρητικών IV, επί αυξήσεως της ΚΦΠ : (διατήρηση
αυξημένης διούρησης.)
- Υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας
- Καρδιοτόνωση όπου χρειάζεται

ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, η ευρεία χρησιμοποίηση
καθετήρων και γενικά ξένων σωμάτων, ή χημειοθεραπεία, ή παρεν-

τερική διατροφή, κλπ, αποτελούν καθημερινές δραστηριότητες, στην αντιμετώπιση ασθενούς με Ca χοληδόχου κύστεως. Ένα δυσάρεστο επακόλουθο αυτών των εξελίξεων, είναι ότι συχνά επιδρούν βλαπτικά στους φυσικούς αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Αν μάλιστα λάβει κανείς υπόψιν, ότι οι επιδράσεις αυτές εξασκούνται σ'έναν οργανισμό, που φιλοξενεί ένα κακοήγη όγκο, που έχει ποικιλοτρόπως επηρεαστεί το αμυντικό του σύστημα, αντιλαμβάνεται κανείς, γιατί οι λοιμώξεις αποτελούν, ένα απο τα πιο δύσκολα ν'αντιμετωπιστούν προβλήματα.

Οι λοιμώξεις, αποτελούν την πιο συχνή θανατηφόρο επιπλοκή, τη πρώτη αιτία θανάτου, σε ποσοστό 47% των ογκολογικών ασθενών

Απαραίτητα μέτρα, που πρέπει να τηρούνται απο τη νοσηλεύτρια, για τη προστασία του ασθενούς, είναι τα συνηθισμένα μέτρα καλής υγιεινής, η ατομική καθαριότητα του ασθενούς και του θαλάμου.

Επίσης αποφεύγουμε τους μικροτραυματισμούς του ασθενή, κατά τη διάρκεια ιατρικών χειρισμών. Αποφεύγουμε ασκοπυλικά τριτικούς χειρισμούς (τοποθέτηση καθετήρων).

Η καλή αντισηψία των χεριών της νοσηλεύτριας, συμβάλλει στη πρόληψη των μολύνσεων και τέλος η μείωση όσο το δυνατόν, του χρόνου παραμονής στο Νοσοκομείο (ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Το άτομο που έχει καρκίνο, βρίσκεται σε μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις επεκτείνονται πολύ περισσότερο απο τη φυσική βλάβη, που προκαλείται στο σώμα,

κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με εντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη, ή παθητική αντιμετώπιση της οικογένειας. Παράλληλα το άτομο δοκιμάζεται από αισθήματα μελαγχολίας, θυμού, μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας εμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος, που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο, προσφέρει τον εαυτό της με υπομονή, ευαισθησία, ανθρωπιά, εξοπλισμένη με γνώσεις, ψυχική δύναμη, θα επιτύχει τη συνεργασία με τον ασθενή, ώστε ν'αποδεχτεί τη νέα του κατάσταση, θα εξαλείψει τους φόβους και τις αγωνίες του, θα προσπαθήσει να αποδεχτεί ο άρρωστος τη νέα εικόνα του σωματός του, θα τον εξοπλίσει με θάρρος και δύναμη να αντιμετωπίσει τη νόσο του. να αποκτήσει την ανεξαρτησία του και ν'αγωνιστεί για τη ζωή του ισχυροποιώντας τις προσωπικές του δυνάμεις. Θα ενισχύσει τη θέληση και την ελπίδα για ζωή.

Στο σπουδαίο αυτό έργο της, θα χρειαστεί να αποκτήσει την πλήρη εμπιστοσύνη του αρρώστου, της καθώς και τη βοήθεια της οικογένειας του, που θα εξοπλιστεί με τη δύναμη που χρειάζεται, για να συμπαρασταθεί στον άρρωστο.

Η οικογένεια και οι φίλοι συνήθως αντιμετωπίζουν αρνητικά την ίδια την αρρώστια, πράγμα που το διαισθάνεται αμέσως ο άρρωστος και αυξάνει η θλίψη του και η αβεβαιότητα για τον εαυτό του. Μερικές φορές ο επηρεασμός αυτός είναι τόσο φανερός και μεγάλος, που ο άρρωστος προτιμά τον θάνατο να έλθει, όσο γίνεται πιο γρήγορα, για να μη νοιώθει τον οίκτο των άλλων και την ταπείνωση του εαυτού του.

Είναι πολύ μεγάλης σημασίας για τον άρρωστο να διατηρήσει την ακεραιότητα του, την ανεξαρτησία του, την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του μέχρι το τέλος της ζωής του. Φοβάται πολύ όταν με την εξέλιξη της αρρώστιας δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, όταν αλλάζει συνεχώς η εικόνα του εαυτού του. (παροχετεύσεις Kehr, χολοκυστεκτομίες συρρίγγια κλπ). Αν προσθεσώμε τη καχεξία, τη δυσμορφία του σώματος, την αλωπεκία, τη κακοσμία από τον ίδιο τον όγκο, μπορούμε ίσως να πλησιάσουμε την απογοήτευση, την επιθυμία του αρρώστου για εγκατάλειψη και για θάνατο.

Και σ' αυτό το σημείο, πρέπει να τονιστεί η ανάγκη ευαση-τοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, να μην προβαίνουν σ' άσκοπες ενέργειες, στον ασθενή που βρίσκεται σε τελικά στάδια, μόνο και μόνο για να παρατείνουν τη ζωή λίγες μέρες ή ώρες, (εκτεταμένες εγχειρήσεις σε άτομα που ο όγκος θεωρείται ανεγχείρητος, καθητηρισμοί κλπ).

Ταλαιπωρούν και επιδεινώνουν τη κατάσταση του ασθενούς, που αισθάνεται σαν πειράματόζωο.

Η ζωή είναι μέγιστο αγαθό και οι προσπάθειες διαφύλαξης της είναι ιερές πέρα όμως από την καλή ποιότητα ζωής που σαν υπηρέτες της υγείας προσπαθούμε να προσφέρουμε στον άνθρωπο, πρέπει κάποτε να ενδιαφερθούμε για την ποιότητα του θανάτου.

Ο άνθρωπος έχει δικαίωμα να ζήσει καλά, αλλά εξ ίσου έχει δικαίωμα να πεθάνει, διατηρώντας το σεβασμό και την αξιοπρέπεια του εαυτού του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας, αναδεικνύεται στη θέση που πραγματικά αξίζει να είναι, ανάμεσα στα επαγγέλματα υγείας, αφού ο ρόλος αυτός είναι η συνισταμένη δύο κυρίως στοιχείων. α) της καλλίτερης δυνατών γνώσεις και β) της τεχνικής κατάρτισης και επιδεξιότητας.

Ένα επι πλεον στοιχείο ζωτικής σημασίας που δίνει ιδιομορφία στο ρόλο της νοσηλεύτριας, είναι η ικανότητα να συλλαμβάνει, να κατανοεί και ν'αντιμετωπίζει όλα εκείνα τα σημεία συμπεριφοράς, που δείχνουν την κατάσταση του αρρώστου, που είναι η κύρια μονάδα ανάλυσης και αντιμετώπιζεται σαν ενοποιημένη ολότητα. Με βάση αυτή τη "φυσική" απαίτηση, που πηγάζει αυτοφύως από τον ίδιο το ρόλο μας, αντικειμενικά υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης και καταγραφής μοντέλων σκοπών και φάσεων της Νοσ. Διεργασίας.

Περιγραφικά το μοντέλο της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

- α) συλλογή δεδομένων, (υποκειμενικών και αντικειμενικών) από τη λήψη ιστορικού, τη φυσική κλινική εξέταση και εργαστηριακά.
- β) Διαπίστωση και καθορισμός του προβλήματος.
- γ) σχεδιασμός της νοσηλευτικής παρέμβασης. Διατύπωση αντικειμενικών σκοπών κατά προτεραιότητα.
- δ) παρέμβαση, εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας.
- ε) αξιολόγηση επιστημονική των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής παρέμβασης (πιθανή αναθεώρηση του σχεδιασμού).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ Α ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α.

Περιγράφεται περίπτωση αρρωστης, ηλικίας 76 χρόνων, με θηλωδες αδеноκαρκίνωμα της χοληδόχου κύστης, που αναπτύχθηκε 20 χρόνια και πλέον, μετά την επιβεβαίωση χολολιθίασης στην άρρωστη, με ιδιοτυπη κλινική εικόνα. Υπήρχε συγχρόνως κλινική και εργαστηριακή εικόνα εμπνήματος, της χοληδόχου κύστεως και ψευδοσιξωματώδης ασκίτης.

Ασθενής Μ.Α. ηλικίας 76 χρονων, που απο 20 χρόνια περίπου παρουσίαζε κωλικούς δεξιού υποχόνδριου απο χολολιθίαση, που διαπιστώθηκε πριν 8 χρόνια με χολοκυστογραφία, μπήκε στη κλινική γιατί απο τετραήμερον παρουσίασε πυρετό, 39^ο C και συνεχείς πόνους στο δεξιό υποχόνδριο και επιγαστριο που συνοδευόταν με τάση για έμμετο. Στο μακροχρόνιο ιστορικό της αρρωστου δεν αναφέρονταν πυρετός ή ύκτερος, στα προηγούμενα επεισόδια απο το δεξιό υποχόνδριο.

Η αντικειμενική εξέταση κατά συστήματα έδειξε τα εξής: ευασθησία, με μέτρια μυική αντίσταση στο δεξιό υποχόνδριο, όπου ψηλαφόταν μόρφωμα σε μέγεθος πορτοκαλλιου, που ακολουθούσε τις αναπνευστικές κινήσεις και είχε ομαλά όρια. Η κοιλια ακόμα, παρουσίαζε θετικά τα κλινικά σημεία υπαρξης ασκιτικού υγρού σε σημαντική ποσότητα. Η εξέταση στα προηγούμενα συστήματα, δεν παρουσίασε κάτι το ιδιαίτερο.

Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν:

ΗΤ= 27%

Λευκά= 25.000

Τ.Κ.Ε. = 133 χιλμ. 1η ώρα

ουρία = 35%

σακχαρο = 74%

Ολικά λευκώματα = 6,3

Ολ.χολερυθρίνη= 1,13

Αλκαλική φωσφαταση= 85 Δ.Μ. (φυσιολ. τιμές μέχρι 90)

Τραυσαμιναςες:SGOT= 45 SGPT=32

Ηλεκτρολύτες Κ,Να,Са,Сl σε φυσιολογικές τιμές γενική ούρων και του θώρακος κ.φ.

ΗΚΦ = Κ.Φ.

Ενώ όταν έγινε χολοκυστο-χολαγγειογραφία δεν απεικονίσθη η χοληδόχος κύστη,ενώ ο χοληδόχος πόρος είχε φυσιολογικό εύρος. Υγρό που πάρθηκε απο παρακεντηση κοιλιάς, ήταν αχρωμο, στεερο μικροβίων, εξίδρωμα, ενώ απουσίαζαν τα καρκινωματωδη κύτταρα στην κυτταρολογική εξέταση.

Η άρρωστη ετεθη σε αγωγή με αντιβιωτικά, αμπικιλίνη (AMPICILLINE 1g 4x4) και τομπραμυκίνη (NEBCIN amp 1x3) και χορηγήθηκαν υγρά παρουντερικά, ενώ χορηγήθηκαν και 2 μονάδες αίμα για διόρθωση της αναιμίας της.

Μετά απο πέντε μέρες, η άρρωστη βρισκόταν στην ίδια περίπου κατάσταση, με μικρή μόνο υποχώρηση του πυρέτου. Με τη διάγνωση εμπυήματος στη χοληδόχο κύστη και την υποψία ότι συνηπάρχει ηπάτωμα στην άρρωστη, απεφασίσθη να γίνει ερευνητική λαπαροτομία.

Κατά την εγχείρηση με το ανοίγμα της κοιλιάς, αναρροφηθηκαν 5 LT ασκιτικού ύγρου με ζελατινοειδή σύσταση.

Στη συνέχεια διαπιστώνεται τεράστια διόγκωση της χοληδόχου κύστης, μεγέθους 15-18 CM, χωρίς να υπάρχει φανερή ρήξη του τοιχώματος της. Επίσης υπάρχουν ζελατινοειδής μάζες στο τοιχωματικό περιτοναίο, το παχύ έντερο και το επιπλουν. Μια γρήγορη βιοψία από τις πιο πάνω μάζες, απέδειξε ότι ήταν θετική για κακοηθεία. Γίνεται χολοκυστεκτομή. Η χοληδόχος κύστη ξεκολλά εύκολα από τη κοίτη της, χωρίς να υπάρχει φανερή διήθηση μαζών από την περιτοναϊκή κοιλότητα. τοποθετείται υψηλική παροχέτευση και γίνεται σύγκλιση του τραύματος κατά την ανατομική τάξη.

Η ιστορική εξέταση έδειξε: θηλωδες καλά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα της χοληδόχου κύστης που προσβαλε το τοίχωμα του οργάνου καθολικά.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Η παροχέτευση αφαιρέθη τη 2η μετεγχειρητική μέρα και η άρρωστη βγήκε από την κλινική 10 μέρες μετά το χειρουργείο. Η μετεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία ακολουθεί παρακάτω:

Τις επόμενες μετεγχειρητικές μέρες ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Τρώει ελαφρά και ενεργείται καθημερινώς. Η θερμοκρασία είναι σε φυσιολογικά επίπεδα και το τραύμα σε καλή κατάσταση.

Την 8η μετεγχειρητική αφαιρούνται τα ράμματα και την επομένη μέρα εξέρχεται του Νοσοκομείου αφού γίνει ενημέρωση των οικείων της κατάστασής της άρρωστου. Δίδονται οδηγίες για άλιπο δίαιτα, αποφυγή άρσης βαρών και κλείνεται ραντεβού για επανέλεγχο.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Ασθενής Κ.Ν. ετών 68 με διαγνωσμένο απο U/S εικόνα πολυποδος της χοληδόχου κύστεως, προσέρχεται στην κλινική μας για αντιμετώπιση.

Παρούσα κατάσταση.

Απο καιρό αναφερόμενος μετεωρισμός και δυσπεψία αισθηση πληρότητας βάρους και αλγικά ενοχλήματα μικρής εντασεως στο δεξιό υποχόνδριο κυρίως μετά τη λήψη τροφής, χωρίς να συνοδεύονται με έμμετο ή ναυτία.

Ατομικό αναμνηστικό.

- Νεφρολιθίαση αμφω απο 15 ετίας.
- Υπερουριχαιμία (είναι σε αγωγή / ZYLORIC 300 MG ημερησίως)
- BY PASS (4 στεφανιαίων) πριν 8 μήνες.
- Υπερτασικός (είναι σε αγωγή με MODURETIC IXI ημερησίως)
- καπνιστής χρόνιος.

Στη κλινική εξέταση κατά τη βαθειά εισπνοή ψιλαφάται ήπαρ 2-3 CM κάτω απο το δεξιό πλευρικό τόξο.

Στέλνεται εργαστηριακός έλεγχος αναισθησιολογικός και καρδιολογική εκτίμηση και ο ασθενής προγραμματίζεται για χειρουργείο.

Το ΗΚΦ: έδειξε φελβοκομβικό ρυθμό όχι σημείο υπερτροφίας. Η καρδιά είχε φυσιολογικά όρια, πνεύμονες καθαροί, ήχοι φυσιολογικοί. Δεν υπάρχει αντενδειξη για χειρουργείο. Ο ασθενής δεν έχει στηθαγχη, ούτε δύσπνοια στη κόπωση. Δεν χρειάζεται καμμία ειδική προε-

γχειρητική φροντίδα.

Πρακτικό εγχειρήσεως.

Τομή ΚΟΗΕΡ.

Ανευρίσκεται διατεταμένη χοληδόχος κύστη. Παρακέντηση με περιεχόμενο λευκής χολής. Κατά τη ψηλάφηση του ήπατος ανεύρισκονται οζοι απο μεταστατικό Ca. ψηλαφητικά το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως εμφανίζει κατά τόπους σκληρία και διήθηση ενώ διήθησεις παρατηρούνται στον ηπατοδωδεκαδακτυλικόν *λεμφαδικόν* στένον ορογόνο του εγκασίου και δεξιάς κολικής καμπής.

Αδύω ταχείας βιοψίας απο τον ορογόνο του εγκασίου, που είναι θετικό για κακοηθεια, κρίνεται ως ανεγχειρητο Ca με μεταστάσεις στους γύρω ιστούς.

Αποφασίζεται και εκτιμείται χολ/τομή εργωδης ενώ ο κυστικός πόρος εμφανίζει διήθηση απο τον όγκο.

Αιμοσταση-REDOVAC

συγκλιση κατά στρώματα

Η μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου ήταν ομαλή τη πρώτη μετεγχειρητική αφαιρείται το REDOVA.

2η μετεγχειρητική: απύρετος ακρωονται εντερικοί ήχοι.

... αρχίζει υδρική δίαιτα.

3η μετεγχειρητική μέρα:

Το τραύμα καθαρό η κοιλιά μαλακή ευπίευστη

5η μετεγχειρητική μέρα: απύρετος δίαιτα ελαφρά

8η μετεγχειρητική μέρα: κόβονται τα ράμματα ή εξερχεται του Νοσοκομείου.

ΠΡΟΕΡΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
κωλιγός δεξιού υποχό- νδριου	ανακούφιση απο τον πόνο	<ul style="list-style-type: none"> - να ενθαρύνουμε τον άρρωστο να χαλαρώσει. - να αποφεύγει τη λήψη απο του στόματος τροφής και φαρμάκων. - χορήγηση σπασμολυτικών και παυσίπνων κατόπιν εντολής ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - βοηθάμε τον άρρωστο να χαλαρώσει. - Δεν δίδεται τίποτα p. os χορηγούνται IV ορροί τίθενται BUSCOPAN AMP στους ορρούς (1X3) και παυσίπινα PETHIDIME AMP 0,05 MG ανά σωρό. 	Ο ασθενής ανακουφίζεται μόνο μετά τη χορήγηση παυσίπνου.
Ενεργειακό ανισοζύγιο, υδατοηλεκτρο- υδατοηλεκτρο- λυτικές δια- ταραχές	Διόρθωση υδατοηλεκτρο- λυτικών διατα- ραχών.	<ul style="list-style-type: none"> - Να ενυδατωθεί ο άρρωστος με ορούς εμπλουτισμένους με ηλεκτρολύτες. - Να ληφθεί αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις KCL και NaCL. 	<p>Χορηγούνται 3LT οροί το 24ώρο εμπλουτισμένοι με KCL και NaCL ως εξής</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DW 5% 1000 " +2KCL +2NaCL 2.N/S 1000 +2KCL 3.DW S/1000 +2KCL +2NaCL 	Ο ασθενής έχει θετικό ισοζύγιο ύδατος οι βλεννογόνοι είναι υγροί έχει καλή διούρηση και τα εργαστηριακά του είναι φυσιολογικά.
Πυρετός 39°C	αντιμετώπιση του πυρετού ανέυρεση και καταπολέμηση του αιτίου που τον προκαλεί.	<p>Τρίωρη θέρ/ση του αρρώστου χορήγηση αντιπυρετικού. Αύξηση χορήγησης υγρών IV.</p> <p>Χορήγηση αντιβιοτικών κατόπιν εντολής ιατρού</p>	<p>Ο άρρωστος τίθεται σε τρίωρη θερμομέτρηση.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται ενυδάτωση του αρρώστου - χορήγηση αντιβίωσης AMPIGLLINE 1 GRX4 και NEBCIN 1X3 - γίνεται ενδομνική ένεση αντιπυρετική APOTEL AMP. 	Η θερμοκρασία κατερχεται σε φυσιολογικά επίπεδα για τις επόμενες τρεις ώρες μετά την αντιπυρετική ένεση και ανέρχεται εκ νέου.

τάση για έμε- αντιμετώπιση της
το ναυτία ναυτίας

αποφυγή λήψης τροφής απο το
στόμα.
χορήγηση αντιεμετικών φαρ-
μάκων.

πτωξη Η†

Ο ασθενής είναι σε χεν-
δοφλεβια χορήγηση υγρών
κατόπιν εντολής ιατρού
γίνονται αντιεμετικά
φάρμακα συστηματικά
(PRIMPERAN AMP 1X3) IV.

τα συμπτώματα σιγά
σιγά υποχωρούν.

Χορήγηση 2 μονάδες αίμα-
τος κατόπιν εντολής ιατρού.

Ο Η† ανήλθε στο 30%

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΜΕΤΑΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟ- ΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πόνος	ανακούφιση απο τον πόνο	να τοποθετηθεί ο ασθενής στην κατάλληλη θέση. να εξασφαλιστεί ήρεμο και φιλικό περιβάλλον. να γίνει ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. να χορηγηθεί αναλγητικό κατόπιν εντολής ιατρού.	Τοποθετούμε τον ασθενή με τα πόδια κεκκαμένα προς την κοιλιά για να μειωθεί η διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Κατά διαστήματα γυρίζουμε στο πλαϊ τον ασθενή (εν-τριβή). Απομακρύνουμε τους επισκέπτες απο το δωμάτιο. Βοηθάμε τον ασθενή να χαλαρώσει και να είναι ήρεμος. Τίθεται συστηματική ανα- λγητική αγωγή απο τον θε- ραποντα ιατρό (PETHIDINE AMP 1X4 I.M.)	Ο ασθενής μετά την παυσίπονη ένεση ανακουφίζεται και ηρεμεί.
Πλημμελής οξυγόνωση των ιστών, αναπνευστική δυσχέρεια	Προληψη επιπλοκών απο το αναπνευστικό σύστημα.	Να βοηθηθεί να παίρνει βαθιές ανάσες. Να τέθει σε σωστή θέση για καλλίτερη εκπτυξη των πνευμόνων. Να αλλάζει συχνά θέση και να βήχει για ν'αποβάλλει τις εκκρίσεις.	Τοποθετείται ο ασθενής σε ανάρροπο θέση 45°. Ενταρύνεται να παίρνει βαθιές ανάσες και να βήχει κρατώντας με τη παλάμη το μέρας της τομής. χορηγούνται αποχρεμπτικά	Ο ασθενής έχει αποβάλλει τις εκκρίσεις αναπνέει καλά. Έχει καλά αέρια αίματος.

υδατοηλεκτρι-
κό ανισοζύ-
γιο.

να καλυφθούν το
υδατοηλεκτρικό
ισοζύγιο και το
θρεπτικό

Να χορηγηθούν 1V ορροί καθ'
όλο το 24ωρο εμπλουτισμένοι
με τους απαραίτητους ηλεκτρο-
λύτες.

μετεωρισμός
κοιλιάς
κοιλιακά
άλγη.

κινητοποίηση
του εντέρου

Να ενθαρυνθεί ο ασθενής να
περπατά.

Να τεθεί SUP γλυκερίνης
Να γίνει χαμηλός υποκλιση

Πυρετός
38°C

ανεύρεση
και άρση
του αιτίου
πτώση του
πυρετού.

- να τεθή τρίτη θερμομέτρηση
- να σταλεί γεν. ούρων
- να γίνει α/α θώρακος
- να ελεγχθεί το σημείο
εισόδου του φλεβοκαθετήρα.
- να δοθεί αντιπυρετικό κα-
τόπιν εντολής Ιατρού.

εντολής Ιατρού BISOLVON
AMP 1X3.

Χορηγούνται ορροί 3LT με
6AMP KCL ως εξής:

1. DW 5% 1000 CC + 2KCL
2. N/S 0,9% 1000 CC+2KCL
3. DW 5% 1000CC+2KCL

- Κινητοποιούμε τον ασ-
θενή
- τίθεται SUP γλυκερίνης

Ο άρρωστος τίθεται σε
ζώνη θερμομέτρηση στέ-
λνεται γενική ούρων και
γίνεται α/αθώρακος.
Δεν παρουσιάζει σημεία
θρόμβοφλεβιτιδός.
Γίνεται αντιπυρετική έ-
νεση APOTEL AMP IM.

Ο ασθενής δεν αισθάνεται
δίψα έχει καλή διούρη-
ση θετικό ισοζύγιο προ-
σλαμβάνομενο και απο-
βαλλόμενων και εργαστη-
ριακές εξετάσεις σε φυ-
σιολογικά επίπεδα.

Ο ασθενής ενεργήθηκε
ανακουφίστηκε απο τα
ενοχλήματα
Προχώρησε σε υδρική δί-
αιτα και ισύπα.

H_{RO} θώρακος
και η γενική ούρων είναι
φυσιολογική. Η θερμοκρα-
σία κατέρχεται σε φυσιολο-
γικά επίπεδα
μετά απο μισή περίπου
ώρα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο ρυθμός της ζωής μας σήμερα γρηγορός, αγχώδης και βασανιστικός για τον άνθρωπο των μεγαλουπόλεων κυρίως, κάνουν την υγεία περισσότερο επισφαλή απ'ότι άλλοτε, με αποτέλεσμα η διάρκης επαγρυπνιση και η σταθερή προσπάθεια να είναι το τίμημα της αποκτησης της, ή της διατήρησης της.

Ο καρκίνος, γέννημα της εποχής μας, αποτέλεσμα της βιομηχανικής ανάπτυξης της κοινωνίας, δεν θεραπεύεται αλλά μπορεί να προληφθεί. Το κύριο βάρος για αυτό επωμίζονται όσοι ασχολούνται με την υγεία και μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος με ενημέρωση διαφώτιση του κοινού, και με την ενεργό συμμετοχή του σε κοινωνικούς αγώνες. Για να σταματήσουν τα αιτία που δημιουργούν τον καρκίνο δηλ. η εκμεταλευση ανθρώπου απο άνθρωπο και η λεηλασία του φυσικού περιβάλλοντος.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν. ΣΥΚΙΩΤΗ Κ.: "Πρωτοπαθής καρκίνος της χοληδόχου κύστεως". Ιατρικά χρονικά, τόμος 4, τεύχος 2, 11ος σελ. 835-838 1981.
- ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Π. "Αρχές και προβλήματα στην ογκολογία" εκδόσεις Πασχαλίσσης Αθήνα 1989
- BONADONNA G. ROBUSTELLI G. DELLA CUNA, "MANUALE DI ONCOLOGIA MEDICA" II EDIZIONE, MASSON ITALIA EDIZIONI MILANO 1983.
- ΚΑΛΦΑΡΕΝΤΖΟΣ Φ. "Τεχνητή Διατροφή" εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1981
- ΚΑΣΠΙΡΗ Ε. "Μαθήματα Ανατομίας του Ανθρώπου, σπλαχνολογίας κυκλοφορικού συστήματος, καρδιάς". Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1979.
- ΚΟΥΡΑΚΗΣ Γ. ΚΑΡΑΤΖΑΣ Γ. ΣΚΑΛΕΑΣ Γ. "Πρωτοπαθής καρκίνος της χοληδόχου κύστεως. Αιτιοπαθογένεια και θεραπεία" Ελληνική Χειρουργική Τόμος 59 τεύχος 2 11ος σελ. 64-68 1987.
- ΜΑΥΡΟΜΑΤΗΣ Θ. ΜΠΟΥΡΣΕ Η., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Ε., ΚΛΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Σ., ΚΑΤΣΑΣ Α., ΚΙΤΖΟΝΙΔΗΣ Δ.: "Καρκίνωμα χοληδόχου κύστεως. Ένα συνεχιζόμενο διαγνωστικό ή θεραπευτικό πρόβλημα". Νοσοκομειακά χρονικά τόμος 49 τεύχος 2 4ος σελ. 191-195, 1987.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ. "Γενικές Αρχές Χειρουργικής" Τόμος Β. Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1989.
- ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Δ.Γ. "Νοσολογία και Θεραπευτική των παθήσεων του ήπατος και των χοληφόρων" εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1963.

