

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΕΥΠ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΤΡΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΝΗΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ
ΒΑΡΒΑΣΑΙΝΙΤΗ
ΣΟΦΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	302 B
----------------------	-------

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ
ΤΜΗΜΑ Α

ΣΥΡΡΕ ΑΠΕΛΕΥΣΗ

Την εργασία μου την αφιερώνω:

- Στους γονείς μου που με την συμπαράσταση τους και την αγάπη τους με βοήθησαν να τελειώσω την Σχολή μου
- Στα αγαπητά μου αδέρφια
- Στους φίλους και φίλες μου
- Στους Καθηγητές της Σχολής μου, που με βοήθησαν σημαντικά
- Στον υπεύθυνο Καθηγητή της εργασίας μου τον κ. Κούνη που με τις συμβουλές και τις οδηγίες του με βοήθησε στην σύνταξη αυτή της εργασίας
- Στην Βιβλιοθήκη Πατρών και τους γιατρούς που μου έδωσαν βιβλία και οδηγίες για την εργασία μου.

Με τιμή,

Η σπουδάστρια της Σχολής ΣΕΥΠ
του Τμήματος Νοσηλευτικής
του Τ.Ε.Ι. Πάτρας
ΒΑΡΒΑΣΑΙΝΙΤΗ ΣΟΦΙΑ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛΙΔΕΣ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-2
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3-8
3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	6-10
α. Μεγάλοι χοληφόροι πόροι	
β. Χοληδόχος κύστη	
4. ΧΗΜΕΙΑ ΧΟΛΗΣ	12-13
5. ΣΥΝΘΕΣΗ ΧΟΛΗΣ	14-15
6. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	16-19
7. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	20-25
8. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	26-30
9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	30-31
10. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΟΛΟΛΙΘ/ΣΗΣ	31-35
α. Απλή ακτινογραφία	
β. Από του στόματος χολοκυστογραφία	
γ. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία	
δ. Υπερηχογράφημα	
ε. Αξονική τομογραφία	
11. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	41-46
α. Οξεία χολοκυστίτιδα	
β. Χρόνια χολοκυστίτιδα	
γ. Χοληδοχολιθίαση	
δ. Ειλεός από χολολίθους	
ε. Υδρωψ. Εμπύημα-Απόστημα	
στ. Χολική Κύρωση	

12. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Σελ. 47-73

I. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- α. Δίαιτα
- β. Φαρμακευτικές ουσίες
- γ. Χορήγηση χολικών οξέων και συστατικών χολής.

II. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- α. Εργαστηριακές παράμετροι αξιολόγησης ασθενούς προς επέμβαση.
- β. Εγχειρητική τομή
- γ. Το είδος της επέμβασης
 - 1. ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ
 - 2. ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ
 - 3. ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑ

13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

74-103

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- α. Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία
Νοσηλευτικές δραστηριότητες πριν και κατά τις δοκιμαστικές εξετάσεις
- β. Μετεγχειρητική φροντίδα
 - 1. Μεταφορά του αρρώστου στη χειρουργ. κλινική
 - 2. Νοσηλευτικές δραστηριότητες α' 24ώρου - πρόληψη επιπλοκών.
 - 3. Νοσηλευτικές δραστηριότητες β' 24ώρου
 - 4. Νοσηλευτικές δραστηριότητες γ' 24ώρου
 - 5. Νοσηλευτικές δραστηριότητες δ' 24ώρου
 - 6. Νοσηλευτικές δραστηριότητες ε', στ, ζ' 24ώρου
 - 7. Νοσηλευτικές δραστηριότητες η. εικοσιτετραώρου

8. Νοσηλευτικές δραστηριότητες θ' 24ώρου.

14.	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	104-105
15.	ΕΠΙΛΟΓΩΣ	106-107
16.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112-113

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Χ ο λ ο λ ι θ ί α σ η : Ένα πρόβλημα το οποίο προβληματίζει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού το οποίο το αντιμετωπίζει.

Μια ασθένεια που βρίσκει Ιατρικό και Νοσηλευτικό κόσμο σε διαρκή κινητικότητα και δραστηριότητα στην προσπάθεια για την επίλυση των αντιδράσεων που εμφανίζει στον άρρωστο, στο σύνολο.

Η Ιατρική με κάθε μέσο που έχει στα χέρια της προσπαθεί στην επίλυση της εμφάνισης της χολολιθίασης. Κάθε χρόνο τεράστια ποσά δαπανώνται στα εργαστήρια των Ιατρικών Κέντρων για τον προσδιορισμό της αιτίας της εμφάνισης της ασθένειας, της αντιμετώπισής της, της θεραπείας της. Κάθε χρόνο όμως, πολλά ερωτηματικά μένουν αναπάντητα και ζητούν απάντηση και λύση.

Η Νοσηλευτική προσπαθεί να βρεί μέσα από τις ενέργειες που είναι κατοχυρωμένη να κάνει τη λύση στον ανθρώπινο πόνο και προβληματισμό. Προσπαθεί να βοηθήσει τον άρρωστο με όσα μέσα έχει στα χέρια της να αντιμετωπίσει όλες τις ενέργειες που χρειάζονται να γίνουν για να αντιμετωπιστεί η αρρώστεια αυτή, βρίσκουν κάποια θέση στην πτυχιακή αυτή εργασία. Αναλύονται στοιχεία, παραβάλλονται σκέψεις, αναπτύσσονται ιδέες και απόψεις, αναφέρονται όλοι οι παράμετροι που συνοδεύουν τη χολολιθίαση από την εμφάνισή της μέχρι την αποδρομή της. Για να γίνει αυτό απαιτείται κοινός προσδιορισμός, κοινός στόχος στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όλο το θέμα αναπτύσσεται έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι εκείνο που προέχει είναι η συνεργασία του Υγειονομικού συνόλου. Η χολολιθίαση είναι ένας σταθμός όπου πρέπει να βρούν τέλος όλες

οι προσπάθειες και ενέργειες που θα γίνουν. Ο αυτοσκοπός κάθε υγειονομικής μονάδας διέπεται από πνεύμα υπευθυνότητας, ωριμότητας, σωστής πράξης και κρίσης, απέναντι στον άρρωστο. Μπορεί ο σκοπός που έγινε αυτή η πτυχιακή να είναι η γνώση του θέματος και εμπειρία και η μάθηση στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Εκείνο όμως που δεν φαίνεται πουθενά, αλλά αφήνεται στην κρίση του καθένα, είναι: τέτοιες εργασίες βοηθούν σημαντικά να κατανοήσει ο κάθε υπεύθυνός λειτουργός ποιός είναι ο σκοπός του.

Η υγεία .

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η χολολιθίαση ήταν άγνωστη την περίοδο του Ιπποκράτη και του Γαληνού μιας και καμιά μνεία ή αναφορά δεν γίνεται για τη νόσο σε κανένα σύγγραμμα της περιόδου αυτής.

Αναφέρεται για πρώτη φορά στον άνθρωπο τον 14ο αιώνα από τον DE FOLIGNO καθηγητή στο Πανεπιστήμιο της Πάδουας και βρέθηκε σε νεκροτομικό υλικό.

Η ύπαρξη χολολίθων ήταν γνωστή από τον 6ο μ.Χ. αιώνα με την ανεύρεση χολολίθων σε βοοειδή από τον Αλέξανδρο Τραύλιανό. Τρεις αιώνες αργότερα Πέρσης γιατρός περιγράφει χολολίθους επίσης σε βοοειδή και αναφέρει: "σκληρή σαν λίθος ουσία που βρίσκεται στη χολή ζώων, συνίσταται θεραπευτικώς στην επιληψία και στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας".

Ο Ανδρέας VESALIUS το 1543 υπήρξε ο πρώτος που αναγνωρίζει και περιγράφει την χολολιθίαση σαν νόσο.

Αντιθέτως η ύπαρξη του ήπατος, της χοληδόχου κύστης και των χοληφόρων ήταν γνωστά από την εποχή των Βαβυλωνίων, όπως μαρτυρούν ομοιώματα από άργιλο και φαίνεται ότι τους απέδιδαν ιδιότητες πνευμάτων που προβλέπανε το μέλλον, χωρίς να έχουν καμιά σχέση με την ιατρική επιστήμη.

Η ανατομική ανωμαλία της χοληδόχου κύστεως, ύπαρξη διπλής, είναι γνωστή από το 31 π.χ.

Μετά τον DE FOLIGNO αναφέρεται από τον BENEVIENI 1507, FERNEL 1554, VIENTMANN 1565, PLATER 1624, GLISSON 1654, αλλά μελέτη της χολολιθίασης αρχίζει τον 18ο αιώνα με πρώτους τους HOFMANN 1733, HADLER 1753.

Τον 19ο αιώνα διατυπώνεται η θεωρία περί φλεγμονώδους αιτιολογίας της χολολιθίασης και η ύπαρξη φλεγμονής στην χοληδόχο κύστη ευνοεί τον σχηματισμό των λίθων.

Τον τελευταίο αιώνα 1906 χάρη στις αρχαιολογικές μελέτες που έγιναν σε Αιγυπτιακές μούμιες με την ανεύρεση χολολίθων σε μια απ' αυτές, γνωρίζουμε πλέον ότι οι άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση τουλάχιστον πριν 3000 χρόνια.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι πρόκειται για νόσο αρκετά συχνή με σημαντικές όμως διαφορές κατά γεωγραφικές περιοχές. Γενικά πιστεύεται ότι το 10 ο/ο των κατοίκων της γής πάσχουν από χολολιθίαση δηλ. 300.000.000 άνθρωποι.

Σε παρατηρήσεις που έγιναν από τους CAROLI NAJMAN το 1967 επί 40.000 νεκροτομών βεβαιώνεται η χολολιθίαση σε αναλογία 9-11 ο/ο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό χολολιθίασης παρουσιάζουν οι Ινδιάνοι της Αμερικής και του Μεξικού καθώς και οι Εσκιμώοι (70 ο/ο) ενώ η νόσος είναι άγνωστη στους Μασάϊ, μια νομαδική φυλή της Ανατολικής Αφρικής (0 ο/ο). Ενδιάμεσα ποσοστά παρουσιάζουν οι κάτοικοι της Χιλής 36 ο/ο, οι Σουηδοί 25 ο/ο, οι λευκοί της Αμερικής 10 ο/ο, οι Ιάπωνες 5 ο/ο, οι Άγγλοι 5,5 ο/ο-7 ο/ο. Όσον αφορά το ποσοστό στην Ελλάδα αν και δεν έχει πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη μελέτη, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι προσεγγίζει εκείνο των λευκών της Αμερικής.

Για τους Ιάπωνες και τους υπόλοιπους λαούς της Άπω Ανατολής είναι ενδιαφέρον το ότι για διαιτητικούς λόγους παρουσιάζουν χαμηλή συχνότητα χολολιθίασης και συνάμα έχει παρατηρηθεί

ότι όσοι κάτοικοι των περιοχών αυτών μεταναστεύουν στη Δύση, το ποσοστό των χολιστερικών χολολίθων αυξάνει και γίνεται ίδιο με αυτό των κατοίκων της περιοχής, όπως της Χαβάης, της Καλιφόρνιας όπου μετανάστευσαν. Οι παρατηρήσεις αυτές, όπως είναι φυσικό έχουν προκαλέσει πολλές συζητήσεις γύρω από την παθογένεια της χολολιθίασης και ιδιαίτερα τη σημασία της δίαιτας και των άλλων παραγόντων.

Σε νεκροτομές γερόντων η λίθιαση ανέρχεται σε 78 ο/ο ποσοστό. Τα προβλήματα από μια τόσο συχνή νόσο και με τόσο πολλές, όπως γνωρίζουμε, επιπλοκές, είναι φανερό ότι είναι πολλά.

Φτάνει να αναφερθεί ότι στις Η.Π.Α. περίπου 20 εκατ. άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση. Κάθε χρόνο γίνονται 500.000 χολοκυστοτομές, ενώ 10.0000 άνθρωποι πεθαίνουν επί επιπλοκές της νόσου. Υπολογίζεται ότι οι ετήσιες δαπάνες που οφείλονται στη νόσο αυτή ξεπερνούν το 1 δις δολάρια κατά πολύ.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η χολή μέσω των μεγάλων χοληφόρων πόρων φτάνει από το ήπαρ στο δωδεκαδάκτυλο. Με τους χοληφόρους πόρους συνάπτεται σαν προσάρτημα για αποθήκευση η χοληδόχος κύστη. Όταν δεν γίνεται πέψη, η εκβολή προς το δωδεκαδάκτυλο είναι κλειστή. Η "ηπατική χολή" (2-4 ο/ο ατερεά συστατικά) συγκεντρώνονται στη χοληδόχο κύστη όπου συμπυκνώνεται σε κυστική χολή (10-12 ο/ο στερεά συστατικά) και είναι έτοιμη να χρησιμοποιηθεί.

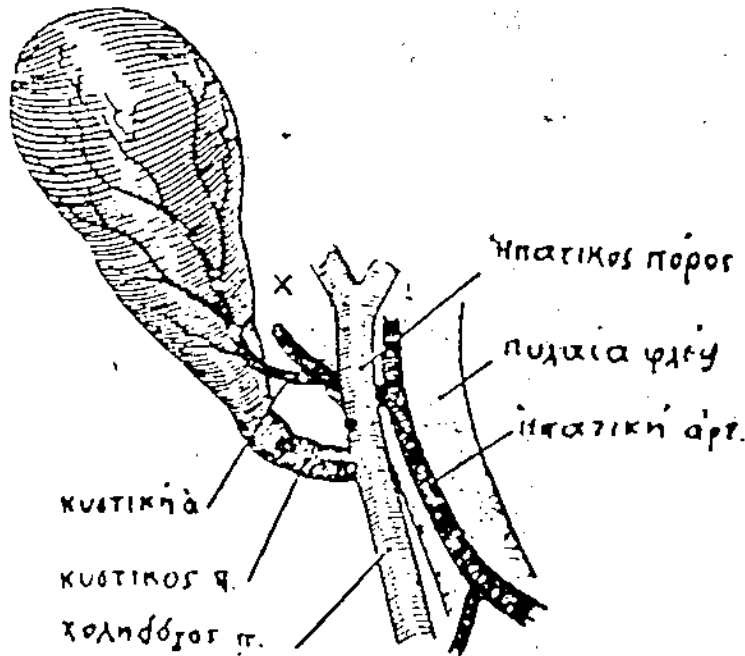
α. Μ ε γ ά λ ο ι χ ο λ η φ ό ρ ο ι π ό ρ ο ι :

Οι μεγάλοι χοληφόροι πόροι έχουν την διάμετρο περίπου ενός μολυβιού και κεντρικά μεν από την έκφυση του κυστικού πόρου, που οδηγεί στη χοληδόχο κύστη, λέγονται κοινός ηπατικός πόρος, περιφερικά δε χοληδόχος πόρος.

Ο κοινός ηπατικός πόρος σχηματίζεται στην πύλη του ήπατος από την ένωση του αριστερού και δεξιού ηπατικού πόρου, έχει μήκος 4-6 εκ. και προχωρεί μέσα στον ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο δεξιά από την πυλαία φλέβα.

Ο χοληδόχος πόρος έχει μήκος 6-8 εκ. και αρχικά φέρεται στο ελεύθερο χείλος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, πάνω από τον δωδεκαδάκτυλο, ύστερα δε διασταυρώνεται με το πίσω μέρος της άνω μοίρας του δωδεκαδάκτυλου. Ο χοληδόχος πόρος πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος ή μέσα από το παρέγχυμα του αδένου, φτάνει στην πίσω και έσω πλευρά της κατιούσας μοίρας του δωδεκαδάκτυλου και μπαίνει στο τοίχωμά του. Εδώ ο χοληδόχος πόρος δημιουργεί στο βλενογόνο του δωδεκαδάκτυλου την επιμήκη πτυχή, εκβάλλει δε σε μια υπέγερση στο κάτω άκρο της πτυχής αυτής, την μείζονα θηλή.

Σε περισσότερο από 50 ο/ο των περιπτώσεων τα άκρα των δύο πόρων ενώνονται με κοινή διευρυσμένη εκβολή την ηπατοπαγκρεατική λήκυθο.



Εικ. Ανατομικά στοιχεία χοληφόρου συστήματος

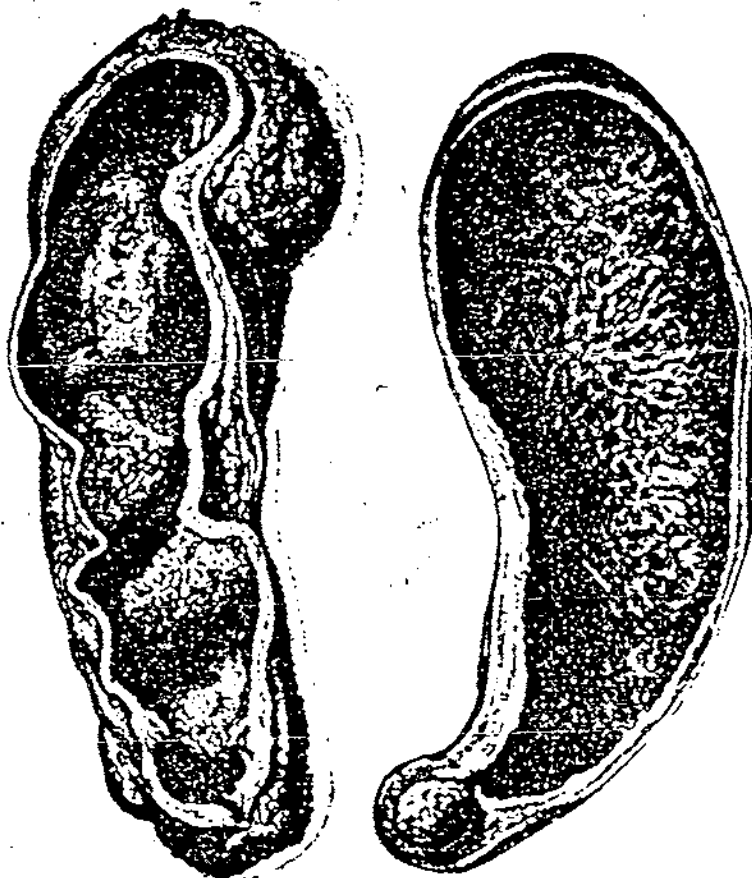
Σύμφωνα όμως με ακτινολογικές παρατηρήσεις σε ζωντανούς ο χοληδόχος πόρος και ο παγκρεατικός πόρος εκβάλλεται στον δωδεκαδάκτυλο στις περισσότερες περιπτώσεις χωριστά.

Ο βλενογόνος των μεγάλων χοληφόρων οδών αποτελείται από μια στιβάδα ψηλών, πρισματικών, επιθηλιακών κυττάρων και παχύ χόριο από δεσμίδες κολλαγόνων ινών, που είναι πλούσιες σε ελαστικά δίκτυα, περιέχει όμως μόνο μεμονωμένες δεσμίδες λείου μυϊκού ιστού. Στο βλενογόνο βρίσκονται πολυάριθμοι βλενογόνοι αδένες. Μόνο σε μήκος 5 MM περίπου, στην εκβολή του χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο υπάρχει μια κλειστή, σπειροειδής και κυκλωτε-

ρής στιβάδα με τη μορφή του σφιγκτήρα μύος του χοληδόχου πόρου. Επίσης και η εκβολή του παγκρεατικού πόρου περιβάλλεται από κυκλοτερείς μυικές δεσμίδες. Αν υπάρχει ανεπτυγμένη ηπατοπαγκρεατική λήκυθος, οι κυκλοτερείς μυικές δεσμίδες σχηματίζουν στην εκβολή της ένα σφιγκτήρα με τη της ηπατοπαγκρεατικής ληκύθου.

Όταν δεν γίνεται πέψη, ο σφιγκτήρας του χοληδόχου πόρου είναι συνεσπασμένος, η ροή της χολής σταματάει και έτσι αυτή φτάνει μέσω του κυστικού πόρου στη χοληδόχο κύστη. Λίγο μετά τη λήψη τροφής, ανοίγει η εκβολή του χοληδόχου πόρου. Οι σφιγκτήρες και οι πτυχές του βλενογόνου της περιοχής της εκβολής εμποδίζουν κατά κανόνα, την είσοδο εντερικού περιεχομένου στους εκφορητικούς πόρους και χολής στον παγκρεατικό πόρο.

Δίοδος χολής προς τον παγκρεατικό πόρο προκαλεί ενεργοποίηση των παγκρεατικών ενζύμων με επακόλουθες βαριές βλάβες του παγκρέατος.



Εικ. Χολολιθίωση. Στην α' εικόνα η χοληδόχος χεμα τη λίθος. Στην β' εικόνα ο χολολίθος έχει ενοφηνώθει στον κυστικό πόρο.

β. Χοληδόχος κύστη :

Η χοληδόχος κύστη έχει μορφή αχλαδιού, μήκος 8-12 CM, πλάτος 4-5 CM χωράει δε 30-80 ML υγρού. Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται επάνω στην σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος στο πρόσθιο μέρος της δεξιάς οβελιαίας σχισμής. Με την μεγάλη χοληφόρο οδό η χοληδόχος κύστη συνδέεται μέσω του κυστικού πόρου.

Στη χοληδόχο κύστη διακρίνουμε πυθμένα, σώμα και αυχένα. Ο πυθμένας (το τυφλό άκρο) κατευθύνεται προς τα εμπρός και κάτω και περιβάλλεται από όλες τις πλευρές από περιτόναιο, όταν δε η κύστη είναι πολύ γεμάτη προβάλλει από το κάτω χείλος του ήπατος κατά 1-1,5 CM και ακουμπάει κατευθείαν στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Το σώμα συμφύεται σε μεγαλύτερη ή μικρότερη έκταση με την κάτω επιφάνεια του ήπατος μέσα στον κυστικό βόθρο, η δε ελεύθερη επιφάνεια του καλύπτεται από περιτόναιο και ακουμπάει στην δεξιά κοιλική καμπή. Αν το περιτόναιο μπαίνει βαθιά από τις δύο πλευρές μεταξύ χοληδόχου κύστης και ήπατος τότε παραμένει μεταξύ τους μια σύνδεση που είναι αναδίπλωση του περιτόναιου σαν μεσογέριο. Το σώμα στενεύει προς τον αυχένα της χοληδόχου κύστεως που κατευθύνεται προς τα πίσω και πάνω, προς την πύλη του ήπατος και χωρίς σαφές όριο μεταβαίνει τοξοειδώς προς τον κυστικό πόρο.

Το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως έχει πάχος μόνο 1-2 MM και αποτελείται από βλενογόνο και μια λεπτή μυϊκή στιβάδα.

Η επιφάνεια του βλενογόνου μεγαλώνει από πτυχές που διαπλέκονται δικτυωτά και μεταξύ τους βρίσκονται πολυάριθμες μικρές εμβυθύνσεις. Το μονόστιβο, πρισματικό, ψηλό επιθήλιο παράγει βλένα. Στον αυχένα της χοληδόχου κύστεως απαντώνται οι πρώτοι βλενογόνοι αδένες, ο δε βλενογόνος του κυστικού πόρου περιέχει - όπως

και μεγάλοι χοληφόροι πόροι - βλενογόνους αδένες.

Η λεπτή μυική στιβάδα της χοληδόχου κύστεως είναι τροποποιημένη βλενογόνια μυική στιβάδα και αποτελείται από δικτυωτά τοποθετημένες μυικές σπείρες καθώς και από κυκλικές δεσμίδες λείων μυικών ινών που περιβάλλουν τον πυθμένα.

Ο αυλός του αυχένα της χοληδόχου κύστεως και του γειτονικού τμήματος του κυστικού πόρου διαιρείται ατελώς από ελικώδεις πτυχές που στο σύνολό τους ονομάζονται ελικώδεις πτυχές. Ο τόνος του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως προσαρμόζεται στο βαθμό πληρώσεώς της. Όταν αυξάνεται απότομα η ψευδοκοιλιακή πίεση π.χ. βήχας, οι πτυχές της ελικοειδούς βαλβίδας έρχονται η μία επάνω στην άλλη και εμποδίζουν την κένωση της χολ. κύστεως. Όταν εισχωρήσει όξινο γαστρικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο παράγεται από το βλενογόνο του λεπτού εντέρου η ορμόνη χολοκυστοκινίνη που προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστεως. Έτσι η χολή προωθείται μέσα από το ήδη ανοιχτό στόμιο του χοληδόχου πόρου προς το δωδεκαδάκτυλο.

Όταν προηγούμενες φλεγμονές έχουν προκαλέσει συγκόλληση ή σύμφυση της χοληδόχου κύστεως με τα γειτονικά τμήματα του δωδεκαδάκτυλου ή την δεξιά κοιλική καμπή είναι δυνατόν να γίνει διάτρηση των κολλημένων τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστεως και του εντέρου και να περάσουν χολολίθοι προς το δωδεκαδάκτυλο ή το παχύ έντερο.

Αγγείωση της χοληδόχου : Η κυστική αρτηρία είναι κλάδος του δεξιού κλάδου της ιδίως ηπατικής αρτηρίας και διαιρείται σε πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο για το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως.

Η κυστική φλέβα εκβάλλει κατευθείαν στο δεξιό κλάδο της πυλαίας φλέβας.

Τα λεμφαγγεία φέρονται στους ηπατικούς λεμφαδένες κοντά στην πύλη του ήπατος.

Τα νεύρα έρχονται στη χοληδόχο κύστη με το ηπατικό πλέγμα που είναι προέκταση του κοιλιακού πλέγματος, από την ιδίως ηπατική αρτηρία.

Χ Η Μ Ε Ι Α Τ Η Σ Χ Ο Λ Η Σ

Η χολή αποτελείται από 97 ο/ο H_2O και μόνο κατά 3 ο/ο από διαλυμένα συστατικά που ανήκουν σε 3 ομάδες λιπιδίων:

1. Χολικά άλατα
2. Φωσφολιπίδια
3. Χοληστερίνη

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τα χολικά οξέα μαζί με τα φωσφολιπίδια διατηρούν την χολή σε μια κατάσταση ακόρεστου διαλύματος. Αυτό επιτρέπει την εναιώρηση της χοληστερίνης εμποδίζοντας έτσι την καθίζηση της και το σχηματισμό λίθων χοληστερίνης.

Τα δύο χολικά οξέα που είναι το χολικό και το χηνοδεοξύ χολικό σχηματίζονται στα μικροσώμια των ηπατικών κυττάρων από ταυδροξυλίωση της χοληστερίνης. Αυτά πριν απεκκριθούν στη χολή συνδέονται με γλυκίνη ή ταυρίνη. Τα χολικά άλατα επαναρροφώνται ενεργητικά, σε αναλογία 80 ο/ο στο τελικό τμήμα του ειλεού. Τα υπόλοιπα 20 ο/ο διασπώνται από βακτηρίδια του ειλεού και του παχέως εντέρου σε χολικά οξέα και ταυρίνη ή γλυκίνη. Μέρος των διασπασμένων χολικών αλάτων επαναρροφάται και μέρος αποϋδροξυλιώνεται σε δευτερογενή χολικά οξέα. Έτσι από το χολικό οξύ παράγεται το δεοξοχολικό οξύ και από το χηνοδεοξυχολικό το λιθοχολικό. Τα δευτερογενή αυτά χολικά οξέα επαναρροφώνται σε αναλογία περίπου 25 ο/ο. Το λιθοχολικό συνδέεται στη συνέχεια στο ήπαρ με ταυρίνη-γλυκίνη ή με θειικές ομάδες, ενώ το δεξυχολικό ξαναμετατρέπεται στο ήπαρ στο αντίστοιχο πρωτογενές οξύ, δηλ. σε χολικό οξύ.

Η εντεροηπατική ανακύκλωση στη κυκλοφορία των χολικών αλάτων γίνεται με αρκετή αποτελεσματικότητα ώστε στο σύνολο οι απώλειες

απ' αυτόν τον κύκλο να μην ξεπερνούν το 2-5 ο/ο.

Κάτω από σταθερές συνθήκες το ποσό των χολικών αλάτων που συντίθεται στο ήπαρ είναι ίσο με τις απώλειες και ρυθμίζεται μ' έναν αρνητικό ανατροφοδοτικό μηχανισμό που ασκεί η εντεροηπατική κυκλοφορία των χολικών οξέων πάνω στο ένζυμο χοληστερινική -7α- υδροξυλάση του ήπατος.

Η λεκιθίνη που αποτελεί πάνω από 90 ο/ο του συνόλου φωσφολιπιδίων της χολής, συντίθεται και αυτή κυρίως στο ήπαρ. Στο έντερο μετατρέπεται σε λυσολεκιθίνη και αφού επαναρροφηθεί εισέρχεται στα λεμφαγγεία με την μορφή χυλομικρών. Μικρότατο ποσό λεκιθίνης ακολουθεί την εντεροηπατική κυκλοφορία.

Η Χοληστερίνη συντίθεται στο ήπαρ και στο έντερο. Οι κύριοι τρόποι με τους οποίους απομακρύνεται η χοληστερίνη του σώματος είναι:

- α. η έκκρισή της στην χολή της μη εστεροποιημένης μορφής χοληστερίνης και στη συνέχεια η αποβολή της στο έντερο, κόπρανα.
 - β. η μετατροπή της σε χολικά οξέα.
-

ΣΥΝΘΕΣΗ ΧΟΛΗΣ

Ο σχηματισμός της χολής αρχίζει στη μικρολακκική μεμβράνη των χοληφόρων τριχοειδών που σχηματίζονται από τις κυτταρικές μεμβράνες δυο ηπατοκυττάρων που βρίσκονται το ένα αντίκρυ στο άλλο. Οι μεμβράνες αυτές των χοληφόρων τριχοειδών περιέχουν ενσωματωμένα τέσσερα συστήματα μεταφοράς ιόντων: ένα που μεταφέρει συνεζευγμένα χολικά άλατα, ένα άλλο που εκκρίνει διάφορα οργανικά ιόντα (συνεζευγμένη χολερυθρίνη), ένα τρίτο που εκκρίνει οργανικά κατιόντα και ένα τέταρτο που εκκρίνει ιόντα Νατρίου.

Το νερό ακολουθεί των ωσμωτική κλίση που δημιουργείται από τις διαλυμένες αυτές ουσίες. Όταν η έκκριση των χολικών αλάτων αυξάνει γραμμικά, τα φωσφολιπίδια (άνω του 95 ο/ο λεκιθίνη) και η έκκριση της χοληστερόλης αυξάνουν κατά την υπερβολική καμπύλη. Όταν η απέκκριση των χολικών αλάτων είναι μεγαλύτερη από 15/MOL/KG/H δεν παρατηρείται σχεδόν καμμία αύξηση στο λόγο φωσφολιπίδιου χοληστερόλης. Κάτω από αυτή την τιμή η παραγωγή φωσφολιπίδιου ελαττώνεται και τείνει προς το μηδέν γρηγορότερα από τη χοληστερόλη. Σε άτομο που τρώει τρία γεύματα την ημέρα, η έκκριση χολικών αλάτων αντιστοιχεί στο ένα τρίτο της παραγόμενης χολής, η έκκριση χλωριούχου Νατρίου από τα χολικά τριχοειδή στο ένα τρίτο και η έκκριση χλωριούχου Νατρίου και διττανθρακικού από τα κύτταρα των πόρων στο ένα τρίτο του ποσού της χολής που παράγεται ανά 24ωρο (600-1200 MIL.) Τα κύτταρα των πόρων μπορούν επίσης να επαναροφήσουν νάτριο ή νερό.

Στο νηστικό άνθρωπο ο σφιγκτήρας του ODDI μένει κλειστός και το μεγαλύτερο μέρος της ηπατικής χολής ρέει δια μέσου του κυ-

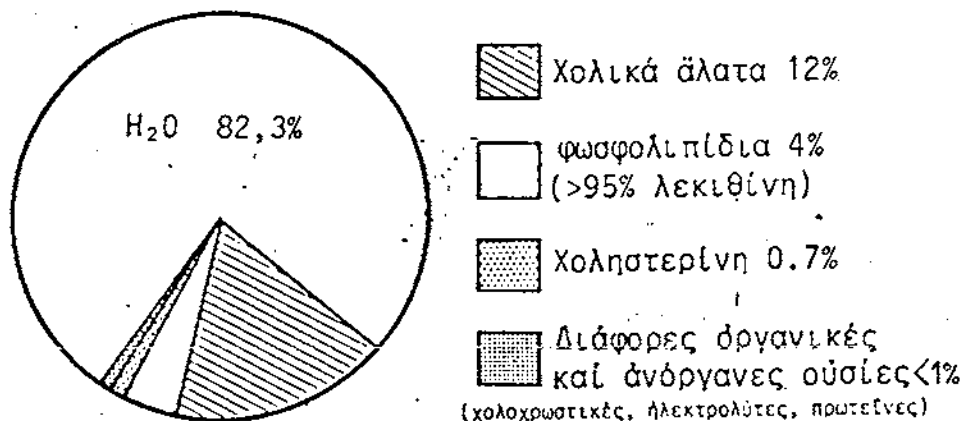
στικού πόρου προς τη χοληδόχο κύστη. Εκεί η ηπατική χολή συμπυκνώνεται με την ενεργητική απορρόφηση Νατρίου, με ιόντα χλωρίου και διττανθρακικού, που ακολουθούν την ηλεκτρική κλίση και νερό που ακολουθεί την ωσμωτική πίεση. Η διεργασία αυτή έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ο όγκος της χοληδόχου κύστης κατά την διάρκεια της νύχτας σε 50 MIL., τα στερεά συστατικά της από 3 ο/ο σε 16 ο/ο, να μεινεται το pH από 7,6 σε 6,5 τα δέ μέσα μοριακά ποσοστά των λιπιδίων της να διαμορφώνονται ως εξής : χολικά άλατα $73 \pm 3,9$, φωσφολιπίδια $20,4 \pm 3,6$ και χοληστερόλη $6,0 \pm 1,3$.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Χ Ο Λ Η Φ Ο Ρ Ω Ν

Η χολή αποτελείται από χολικά άλατα, χολοχρωστικές και άλλες ουσίες διαλυμένες σε ένα αλκαλικό διάλυμα ηλεκτρολυτών που μοιάζει με το παγκρεατικό υγρό. Περίπου 500 ΜΙΛ εκκρίνονται κάθε μέρα. Ένα μέρος των συστατικών της χολής επαναρροφάται στο έντερο και κατόπιν εκκρίνεται και πάλι από το ήπαρ (εντεροηπατική κυκλοφορία). Τα γλυκουρονίδια των χολοχρωστικών, ή χολοπράσινη και η χολερυθρίνη είναι υπεύθυνα για το χρυσοκίτρινο χρώμα της χολής.

Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η χολή εκκρίνεται μέσα στα μικροσκοπικά χοληφόρα σωληνάκια, τα οποία βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα των ηπατικών δίσκων.

- Σύσταση φυσιολογικής χολής
χοληδόχου κύστεως (βάρος %)



Τα χοληφόρα σωληνάρια μέσα στα οποία ρέει η χολή φέρονται προς την περιφέρεια, στα μεσολόβια διαφράγματα, όπου εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους από τους οποίους η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς και τελικά φτάνει στον ηπατικό πόρο και το κοινό χοληδόχο πόρο από τον οποίο είτε ρέει απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο είτε εκτρέπεται προς τη χοληδόχο κύστη. Στα φυσιολογικά άτομα η χολή ρέει στη χοληδόχο κύστη όταν ο σφιγκτήρας του ODDI είναι κλειστός. Στην χοληδόχο κύστη η χολή συγκεντρώνεται με απορρόφηση νερού.

Όταν ο χοληφόρος πόρος και ο κυστικός πόρος συσφιχτούν η πίεση μέσα στους χοληφόρους αυξάνει σε περίπου 320 MM χολής σε 30 λεπτά και διακόπτεται η έκκριση της χολής.

Όταν ο χοληφόρος πόρος έχει συσφιχθεί και ο κυστικός πόρος έχει μείνει ανοιχτός, επανααρροφάται νερό στη χοληδόχο κύστη και η πίεση μέσα στους χοληφόρους αυξάνεται σε περίπου 100 MM χολής σε μερικές ώρες.

Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα αλλά φυσιολογικά εναποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειαστεί στο δωδεκαδάκτυλο. Το ποσό της εκκρινόμενης καθημερινά χολής είναι κατά μέσο όρο 600-700 MIL ενώ η μέγιστη χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι 30-80 MIL. Ωστόσο μπορεί να εναποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται σε 12 ώρες γιατί το νερό, Νάτριο, χλώριο και οι περισσότεροι από τους άλλους μικρομοριακούς ηλεκτρολύτες της απορροφούνται συνεχώς από το βλενογόνο της χοληδόχου κύστεως με αποτέλεσμα την συμπύκνωση των άλλων συστατικών της, όπως των χολικών αλάτων, της χοληστερόλης και της χολερυθρίνης. Φυσιολογικά η χολή συμπυκνώνεται 5 φορές αλλά η μέγιστη συμπύκνωση της μπορεί να φτάσει στις 10-12 φορές. Για να κενωθεί η χολη-

δόχος κύστη είναι απαραίτητες δύο βασικές προϋποθέσεις: (1) η χάλαση του σφιγκτήρα του ODDI που θα επιτρέψει τη ροή της χολής δια του κοινού χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο και (2) η σύσπαση της ίδιας της χοληδόχου κύστης που θα εξασφαλίσει την απαιτούμενη δύναμη για την προώθηση της χολής στον κοινό χοληδόχο πόρο. Μετά τη λήψη της τροφής, ιδιαίτερα πλούσιας σε λίπος συμβαίνουν τα δύο αναφερθέντα γεγονότα με τον εξής τρόπο.

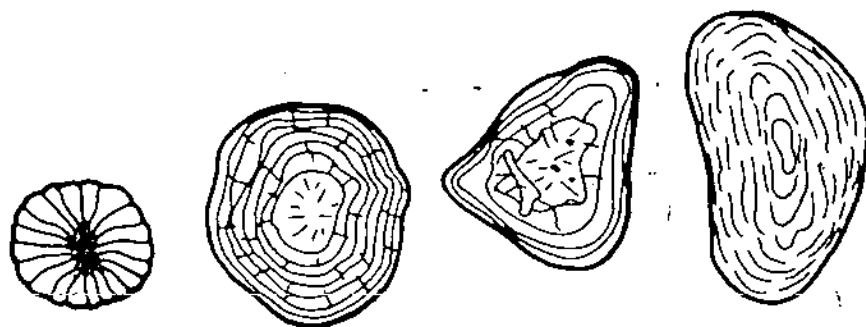
1. Όταν το λίπος (και σε μικρότερο βαθμό οι πρωτεΐνες) της τροφής μπαίνει στο λεπτό έντερο προκαλεί απελευθέρωση χολοκυστοκινίνης από τον εντερικό βλενογόνο. Η χολοκυστοκινίνη εισέρχεται στην συστηματική κυκλοφορία και περνώντας από την χοληδόχο κύστη προκαλεί σύστολή ειδικά του μυϊκού χιτώνα της. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η απαιτούμενη ενέργεια για την προώθηση της χολής προς τον δωδεκαδάκτυλο.
2. Όταν συσπάται η χοληδόχος κύστη προκαλείται μερική χάλαση (τουλάχιστον) του σφιγκτήρα του ODDI ως αποτέλεσμα ενός νευρογενούς ή μυογενούς αντανακλαστικού από την κύστη προς τον σφιγκτήρα. Η χάλαση αυτή μπορεί επίσης ως ένα βαθμό να είναι αποτέλεσμα άμεσης ανασταλτικής επίδρασης της χολοκυστοκινίνης στο σφιγκτήρα του ODDI.
3. Η παρουσία τροφής στο δωδεκαδάκτυλο αυξάνει τον περισταλτισμό του τοιχώματός του. Με κάθε περισταλτικό κύμα που φτάνει στο σφιγκτήρα του ODDI ο τελευταίος, μαζί με το γύρω εντερικό τοίχωμα χαλαρώνει για μια στιγμή εξ αιτίας του φαινομένου "της χάλασης πριν από τη σύσπαση" που προηγείται του περισταλτικού κύματος. Αν η χολή που περιέχει ο κοινός χοληδόχος πόρος βρίσκεται κάτω από αρκετή πίεση, με κάθε περισταλτικό κύμα μια μικρή ποσότητα της εκτοξεύεται μέσα στο δωδεκαδάκτυλο.

Συνοπτικά η χοληδόχος κύστη αδειάζει το απόθεμα συμπυκνωμένης χολής που περιέχει, μέσα στο δωδεκαδάκτυλο αντιδρώντας κυρίως στο ερέθισμα της χολοκυστοκινίνης. Όταν η τροφή δεν περιέχει λίπος, η χοληδόχος δεν αδειάζει καλά, όταν όμως η ποσότητα του λίπους είναι αρκετή, η κύστη αδειάζει σχεδόν τελείως περίπου σε μια ώρα.

ΠΑΘΟΓΕΝΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ✓

Ο πρώτος ο οποίος ασχολήθηκε με την παθογένεια της χολολιθίασης είναι ο Παράκελσος το 1500 μ.χ. ο οποίος εξέφρασε την άποψη ότι ο σχηματισμός των χολολίθων οφείλεται σε διαταραχή χημικών οργανικών ουσιών στα χοληφόρα. Η άποψη αυτή πλησιάζει στα σημερινά δεδομένα.

Όπως είναι γνωστό η χολή που απεκκρίνεται από το ήπαρ είναι υδατικό διάλυμα στο οποίο βρίσκονται εν διαλύσει διάφορες οργανικές ή ανόργανες ουσίες. Όμως τα κύρια συστατικά της χολής είναι τα χολικά άλατα, τα φωσφολιπίδια και η χοληστερίνη τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία στο σχηματισμό χολολίθων. Η μεταξύ τους φυσιολογική σχέση είναι χολικά άλατα 72 ο/ο. Φωσφολιπίδια 24 ο/ο και χοληστερίνη 4 ο/ο .



— Εικ. Σχηματική παραγωγή διαφόρων ειδών χολολίθων

Οι χολολίθοι σχηματίζονται από τα παραπάνω συστατικά της χολής. Βασικά διακρίνουμε 3 τύπους χολολίθων και συγκεκριμένα τους λίθους από χοληστερίνη, τους λίθους από χολοχρωστίνες και τους μικτούς με κύρια διαφορά μεταξύ των στην περιεκτικότητά τους σε χοληστερίνη.

ληστερίνη, χολοχρωστικές και ασβέστιο. Επειδή το ποσοστό στο οποίο απαντούν οι χολόλιθοι από χοληστερίνη είναι πολύ υψηλό, για τις Δυτικές χώρες το ποσοστό της χοληστερινικής χολολιθίασης αναβιβάζεται στο 80 ο/ο, η παθογένεια είναι λογικό να συγκεντρώνεται στην επίλυση της αιτιολογίας αυτής της παθογένειας. Η βασική διαταραχή, η προϋπόθεση για το σχηματισμό χοληστερινικών χολολίθων είναι η μεταβολή στη χολή των φυσιολογιών σχέσεων μεταξύ χοληστερίνης, φωσφολιπιδίων και χολικών αλάτων, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε στη χολή να υπάρξει περίσσεια χοληστερίνης. Έτσι η χολή μετατρέπεται από ακόρεστο σε χοληστερίνη διάλυμα σε διάλυμα υπερκορεσμένο σε χοληστερίνη ή όπως αλλιώς ονομάζεται, μετατροπή σε λιθογόνο διάλυμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χοληστερίνη, όπως και τα φωσφολιπίδια είναι ουσίες αδιάλυτες στο νερό, η διατήρησή τους δε σε διάλυση σε υδατικό διάλυμα, όπως είναι η χολή, επιτυγχάνεται με το σχηματισμό συμπλεγμάτων, των γνωστών μυκιλίων. Ο σχηματισμός των μυκιλίων γίνεται δυνατός, χάρις στις ιδιότητες των χολικών αλάτων και κυρίως χάρις στις υδρόφιλες και υδρόφοβες ομάδες τις οποίες διαθέτουν.

Από τη στιγμή που θα διατηρηθεί η σχέση των συστατικών της χολής ο σχηματισμός χολολίθων είναι μια διαδικασία που απαιτεί την επίδραση και άλλων παραγόντων όπως την ύπαρξη πυρήνα από βλενωδείς και άλλες ουσίες. Για να αναπτυχθεί ο λίθος χρειάζεται ένας πυρήνας γύρω από τον οποίο θα συγκεντρωθούν οι κρύσταλλοι της χοληστερόλης.

Όταν υπάρχει μεγάλος κορεσμός της χολής σε χοληστερόλη, τότε τα ίδια μόρια της χοληστερόλης μπορούν να αποτελέσουν τον λιθογόνο πυρήνα, αλλιώς χρειάζεται ένας άλλος λιθογόνος πυρήνας που μπορεί να προέρχεται από διάφορες πηγές.

Έτσι στο κέντρο των χολολίθων (πυρήνας) έχει βρεθεί ότι μπορεί να είναι μόρια χολερουθρίνης, λιπαρών οξέων, ασβέστιου, λευκωμάτων και βέβαια ξένα σώματα.

Συζητείται ιδιαίτερα η συμβολή της βλένης που εκκρίνεται από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης στη λιθογένεση. Αυτή η βλένη μπορεί να χρησιμεύσει είτε σα λιθογόνος πυρήνας, είτε σαν υποδοχή κρυστάλλων χοληστερόλης. Αυτό ενισχύεται και από τα γεγονότα.

α. Ο τύπος σχηματισμού των χολολίθων είναι συνήθως η χοληδόχος κύστη.

β. Από ότι αποδεικνύεται πειραματικά στη χολολιθίαση υπάρχει αυξημένη έκκριση βλένης από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως, πριν τον σχηματισμό χολολίθων.

Η συμμετοχή όμως της χοληδόχου κύστεως στη λιθογένεση δεν είναι μόνο η έκκριση της βλένης. Η φλεγμονή του τοιχώματος του οργάνου φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για το σχηματισμό των χολολίθων. Συγκεκριμένα: Είναι γνωστό ότι ο φυσιολογικός βλενογόνος της χοληδόχου δεν απορροφά χολικά άλατα, η απορρόφηση των οποίων είναι δυνατή δια του φλεγμαίνοντος βλεννογόνου. Το δίλημμα όμως είναι αν η φλεγμονή του τοιχώματος της κύστεως προηγείται της χολολιθίασης ή ακολουθεί μετά από αυτή. Επι πλέον η κλινική εμπειρία αποδεικνύει την ύπαρξη των χολολιθιασικών χολοκυστίτιδων. Ακόμη η χολ. κύστη είναι η εστία παραγωγής των περισσότερων λιθογόνων πυρήνων δηλ. τοιχωματικών κυττάρων, βακτηριδίων, χολοχρωστικών. Τέλος η στάση της χολής που μπορεί σε μερικές φορές ατονίας κυρίως να υπάρξει μέσα στην κύστη ενδέχεται να συμβάλλει στην πρόκληση φλεγμονής και κατ'επέκταση λιθογένεσης.

Για τους χολολίθους από χολοχρωστικές ο μηχανισμός δημιουργίας είναι τελείως διαφορετικός. Σ' αυτούς τους χολολίθους το κύ-

ριο συστατικό είναι το άλας ασβεστίου της μη συνδεδεμένης χολερυθρίνης και συνεπώς για το σχηματισμό τους απαιτείται χολή υπερκορεσμένη σε έμμεση χολερυθρίνη. Για να γίνει αυτό πρέπει είτε :

- α. Να εκκρίνεται από το ήπαρ προς τη χολή μεγάλη ποσότητα έμμεσης χολερυθρίνης, όπως συμβαίνει στις αιμολυτικές αναιμίες.
- β. Να υπάρχει λοίμωξη της χοληδόχου κύστεως με μικροοργανισμούς στους οποίους απαντάται το ένζυμο Β-γλυκουρονιδάση που αποσυνδέει τη διαλυτή στο νερό άμεση χολερυθρίνη, οπότε παράγεται η αδιάλυτη στο νερό έμμεση χολερυθρίνη η οποία κατακρίμνίζεται, μαζί με το ασβέστιο, και σχηματίζεται ο χολολίθος.

Οι λίθοι από χολοχρωστικές είναι κατά συνέπεια στην πλειονότητά τους ακτινοσκιερού, λόγω της απαραίτητης προς τούτο περιεκτικότητας σε ασβέστιο.

Οι αιτίες μεταβολής της χολής σε λιθογόνο είναι πολυάριθμες γενικά όμως μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες;

- 1.- Σε αιτίες που έχουν σαν επακόλουθο τη διαταραχή του μεταβολισμού ή της έκφυσης της χοληστερίνης ή των χολικών αλάτων ή των φωσφολιπιδίων και ξεχωριστά ή σε συνδιασμό.
2. Σε αιτίες που προκαλούν διαταραχή στη διακίνηση της χολής και ιδιαίτερα στον ενδοηπατικό κύκλο των χολικών αλάτων.

Αυτές οι καταστάσεις μπορούν να προκληθούν από παθήσεις του ήπατος, των εξωηπατικών χοληφόρων οδών ή του εντέρου.

Στην πρώτη κατηγορία αιτιών υπάγονται περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ελάττωση των φωσφολιπιδίων και των χολικών αλάτων της χολής, δηλ. ελαττωμένη έκκριση ουσιών που είναι απαραίτητες για την διατήρηση της χοληστερίνης εν διαλύσει ή αυξημένη έκκριση χοληστερίνης. Είναι δυνατή επίσης η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών, όπως αυτό πιστεύεται ότι συμβαίνει στους Ινδιάνους της

Αμερικής, στους οποίους, όπως αναφέρθηκε, το ποσοστό χολολιθίασης είναι πολύ υψηλό.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αφορούν σε περισσότερο γνωστές μας νοσολογικές οντότητες εμφανίζουν οι αιτίες που μπορούν να επιφέρουν διαταραχή στην εντεροηπατική κυκλοφορία των χολικών αλάτων και επομένως να ευνοήσουν το σχηματισμό χολολίθων, όπως επίσης οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη ηπατική έκκριση χοληστερίνης και ακόμη οι παθήσεις της χοληδόχου κύστης που μπορούν να επηρεάσουν τη σύσταση της χολής.

Η σημαντικότερη πρόοδος των τελευταίων χρόνων, όσο αφορά τη χολολιθίαση είναι ότι μετά από πολυάριθμες μελέτες και καλύτερη κατανόηση των φυσικοχημικών ιδιοτήτων της χολής, θεωρείται πια αποδεδειγμένο ότι βασική προϋπόθεση για το σχηματισμό χολολίθων είναι η διαταραχή των σχέσεων : χολικά άλατα + φωσφολιπίδια προς χοληστερίνη στη χολή με την έννοια της περίσσειας σε χοληστερίνη.

Η εδραίωση της γνώσης αυτής απετέλεσε και την αφετηρία των πρόσφατων προσπαθειών για την συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης.

Προδιαθεσικοί παράγοντες :

Λίθοι χοληστερόλης : -χοληστερίνη

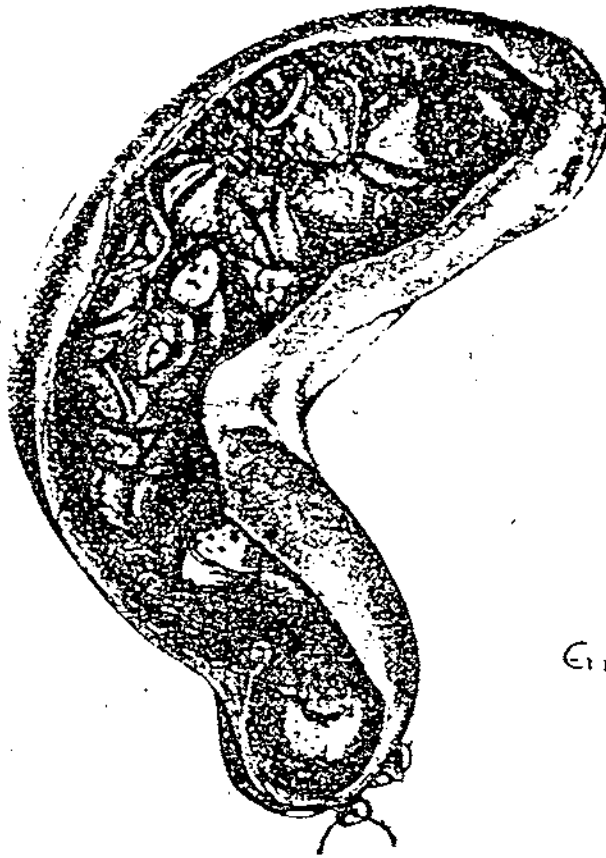
1. Ηλικία - φύλο - φυλή . Η παρουσία χολολίθων είναι συχνότερη στις γυναίκες (3:1) στους ηλικιωμένους (περίπου 5 μέχρι 10% του πληθυσμού πάνω από 50 ετών) και στις πολιτείες. Επίσης υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις διάφορες φυλές.
2. Παχυσαρκία. Συνδέεται με αυξημένη σύνθεση και έκκριση χοληστερόλης.

3. Φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως . Δημιουργεί εστίες από κατεστραμμένα επιθηλιακά κύτταρα γύρω από τα οποία μπορεί να δημιουργηθούν λίθοι.
4. Κίρρωση του ήπατος. Περίπου 30 ο/ο των πασχόντων από κίρρωση συμπεριλαμβανομένης και της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης πάσχουν από χολολιθίαση.
5. Εκτομή ειλεού. Λόγω διακοπής της εντεροηπατικής κυκλοφορίας τα βολικά χολικά άλατα ελαττώνονται.
6. Φάρμακα.
 - α. Μακρόχρονη θεραπεία με χολεστυραμίνη
 - β. Χορήγηση αντισυλληπτικών
 - γ. Χορήγηση CLOFIBRATE
7. Καρκίνος χοληδόχου κύστεως
8. Ολική εκτομή των πνευμονογαστρικών
9. Σακχαρώδης διαβήτης
10. Υπερλιπιδαιμία.

Λίθοι χολερυθρίνης :

Αποτελούν περίπου το 27 ο/ο των αφαιρουμένων με χολοκυστεκτομή χολολίθων. Δεν διαλύονται συντηρητικά. Παρατηρούνται πιο συχνά από τους λίθους χοληστερόλης στις παρακάτω καταστάσεις.

1. Αιμόλυση : (δρεπανοκυτταρική αναιμία-κληρονομική σφαιροκυττάρωση, μηχανική καταστροφή ερυθροκυττάρων, όπως στην μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία.
2. Κίρρωση ήπατος
3. Φλεγμονές χοληφόρων οδών
4. Απόφραξη ή ανωμαλίες των χοληφόρων οδών.



Εικ. Η χοληδοκος κυστη γεωγη κολο
λιθους.
Σε τετοιες περιπτωσεις η κλινικη
εικονα μπορεί να είναι εντονη ή
ανυπαρκτη

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ :

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου όταν αυτή χαρακτηρίζεται απλώς από την ύπαρξη λίθων και δεν έχει επίπλακεί με χολοκυστίτιδα ή παγκρεατίτιδα κ.τ.λ. μπορεί να είναι από έντονη έως ανύπαρκτη.

Ήπια κολικοειδή άλγη κατά καιρούς στην περιοχή του δεξιού υποχόνδριου ή ακόμη εντονώτερη συμπτωματολογία πόνου (κωλικός) ύστερα από την λήψη πλουσίων σε λίπος γευμάτων είναι ενδεικτικά υπάρξεως χολολιθίασης.

Η αιφνίδια απόφραξη του κυστικού πόρου ή του κοινού ηπατικού πόρου από λίθους οδηγεί σε πόνο, που ονομάζεται παραδοσιακά

"κωλικός" του ήπατος. Το πρότυπο του κωλικού του ήπατος διαφέρει από τους παροξυσμούς πόνου που προκαλούνται από βίαιη περίσπαση του εντέρου. Ο κωλικός από το έντερο φτάνει σε εναγώνια κορύφωση και στη συνέχεια η ένταση του μειώνεται, για να επανέλθει μέσα σε χρονικό διάστημα 5-10 λεπτών. Αντίθετα, ο κωλικός του ήπατος αρχίζει απότομα και φτάνει σε επίπεδο μέγιστης έντασης που μπορεί να διαρκέσει ώρες. Αν ένας λίθος του κυστικού πόρου επανέλθει στη χοληδόχο κύστη ή ένας αποφρακτικός λίθος περάσει, η κρίση μειώνεται τόσο ξαφνικά όσο άρχισε, αφήνοντας υπολειμματικό πόνο. Ο πόνος δεν εντείνεται από την κίνηση.

Το συνηθέστερο αίτιο του κωλικού του ήπατος είναι χολολίθος που ενσφηνώνεται ξαφνικά στον κυστικό πόρο. Ο πόνος περιγράφεται σαν βαρύ αλγεινό αίσθημα πύσεως που εντοπίζεται αρχικά στο επιγάστριο ή στο δεξιό υποχόνδριο. Μπορεί να αντανακλάται στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο στο κάτω άκρο της δεξιάς ωμοπλάτης στη μέση της ράχης ή στην κορυφή του δεξιού ώμου δια μέσου του φρενικού νεύρου. Έμετος εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό κρίσεων. Ο πόνος σπάνια μπορεί να αρχίσει υποστερνικά έτσι που να μοιάζει με πόνο από το μυοκάρδιο. Πολλές φορές παρατηρούνται και Η.Κ.Γ. διαταραχές λόγω του αντανακλαστικού σπασμού των στεφανιαίων αγγείων οπότε τίθεται πρόβλημα διαφοροδιάγνωσης από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η απόλυτα ασυμπτωματική χολολιθίαση είναι πράγματι σπάνιο φαινόμενο και αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα κατά την διάρκεια διαγνωστικής διερεύνησης του ασθενή για κάποιο άλλο λόγο. Πάντως είναι αρκετό υπολογίσιμο το ποσοστό (= 20 ο/ο) των ασθενών με πολύ ήπια σημειολογία, η οποία πολλές φορές και δεν εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο αλλά στο επιγάστριο ή στην οσφή ή είναι

αρκετά ασαφής όπως μόνο έμετοι κατά καιρούς, ή καυστικό αίθημα στο επιγάστριο. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που με βάση την σημειολογία αυτή "θεραπεύονται" ασθενείς, για χρόνια, για γαστρίτιδα ή για κολίτιδα ώσπου μια επιπλοκή (χολοκυστίτιδα) ή ένας κολικός θα δώσει την πρώτη διαγνωστική κατεύθυνση προς την χολολιθίαση.

Εξ άλλου η χολολιθίαση είναι δυνατό να συνυπάρχει και με άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η διαφραγματοκήλη, εκκολπώματωση του παχέως εντέρου, έλκος του 12δακτύλου, νεοπλάσματα του πεπτικού σωλήνα, διάφορες παθήσεις του ήπατος και του πάγκρεας με εντονώτερη σημειολογία, η οποία και έλκει το ενδιαφέρον του γιατρού με αποτέλεσμα να παραβλέπεται η χολολιθίαση. Σύμφωνα με εμπειρία του κ. Φωτόπουλου από το Αρεταίειο στο 1 ο/ο των περιπτώσεων των λαπαροτομιών για κάποιο άλλο συγκεκριμένο λόγο, αποτελεί εγχειρητικό συνεύρημα η χολολιθίαση χωρίς να υπάρχει προεγχειρητικά κάποια ένδειξη ή κάποιο διαγνωστικό εύρημα με βάση το οποίο θα μπορούσε ο γιατρός να υποπτευθεί χολολιθίαση.

Συνοψίζοντας για την κλινική εικόνα της χολολιθίασης αναφέρονται τα παρακάτω συμπτώματα:

- α. Ήπιος κατά καιρούς πόνος στο δεξιό υποχόνδριο ✓
- β. Νιγμώδη άλγη στο δεξιό υποχόνδριο ✓
- γ. Κωλικός του δεξιού υποχόνδριου ✓
- δ. Βάρος στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο, ή στην οσφύ.
- ε. Τάση για έμετο ή και έμετοι. ✓
- στ. Καύσος στο επιγάστριο
- ζ. Δυσκοιλιότητα
- η. Ρεψίματα
- θ. Ανύπαρκτη συμπτωματολογία.

Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης των χολολιθιασικών ασθενών εξαρτώνται από το βαθμό των ενοχλημάτων και από την συνύπαρξη επιπλοκών ή άλλης ενδοπεριτοναϊκής πάθησης.

Το κλασσικό σημείο MURPHY. (πρόκληση πόνου κάτω από την μεσότητα του δεξιού πλευρικού τόξου και σταμάτημα της αναπνοής όταν ο γιατρός πιέσει με τις ράγες των δακτύλων του ενός χεριού του στο σημείο αυτό και ταυτόχρονα να παραγγείλει στον άρρωστο να πάρει βαθειά εισπνοή) υπάρχει και στην χολολιθίαση ενώ είναι πιο έντονο όταν έχουμε οξεία χολοκυστίτιδα.

Σε μερικές περιπτώσεις, εφ' όσον η χοληδόχος κύστη έχει διαταθεί, είναι δυνατόν αυτή να ψηλαφείται, οπότε αυτό αποτελεί παθολόγο εύρημα που χρειάζεται διερεύνηση. Είναι δυνατόν εξάλλου σε υπάρχουσα χολολιθίαση να υπάρχει διόγκωση του ήπατος ψηλαφούμενη που μπορεί να έχει σχέση ή όχι με την χολολιθίαση, οπότε δεν έχει διαγνωστική αξία γι' αυτή τη νόσο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ :

Η διαγνωστική τεκμηρίωση της χολολιθίασης γίνεται κατά πρώτο λόγο με το υπερηχογράφημα και κατά δεύτερο λόγο με την διαστοματική ή ενδοφλέβια χολοκυστογραφία. Η ακρίβεια της ηλεκτρονικής-υπολογιστικής τομογραφίας στη διάγνωση της χολολιθίασης υπολείπεται εκείνης του υπερηχογραφήματος, πολλές φορές όμως με την εξέταση αυτή που θα γίνει για κάποιο άλλο λόγο, αποδεικνύεται σαν παρεύρημα η χολολιθίαση.

Ο βιοχημικός έλεγχος αίματος ούρων-κοπράνων δεν παρέχει παθολογικά, κατατοπιστικά στοιχεία για την διάγνωση της απλής χολολιθίασης είναι όμως απαραίτητος για την γενική εκτίμηση της κα-

τάστασης των ασθενών και την πιθανή αναζήτηση άλλων παθήσεων.

Σ'ένα ποσοστό 2-3 ο/ο αυτών που έχουν τυπική σημειολογία από το δεξιό υποχόνδριο με επεισόδια κωλικών και ενδεχομένως ικτερίων ή υποικτερίων και που η συνήθης διαγνωστική μελέτη δεν μπορεί να αποδείξει την ύπαρξη χολολιθιάσεως, αλλά, αντίθετα, αρκετά συχνά, αποδεικνύονται με το υπερηχογράφημα ή την χολοκυστογραφία, φυσιολογικά εξωηπατικά χοληφόρα (κύστις, πόρος) .

Ένα TEST που μπορεί να γίνει στις περιπτώσεις αυτές είναι η αναζήτηση μικροσκοπικά κρυστάλλων χοληστερόλης σε δείγμα χολής που μπορεί να ληφθεί με ρινο-γαστρικό-δωδεκαδακτυλικό καθετήρα από την δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου. Η ύπαρξη κρυστάλλων χοληστερόλης στη χολή αποτελεί ένδειξη υπάρξεως λιθογόνου χολής και το γεγονός αυτό, όταν συνδιαστεί με την έντονη συνήθως κλινική εικόνα ενισχύει την πιθανότητα υπάρξεως χολοκυστοπάθειας και μικρών λίθων στους οποίους οφείλεται η σημειολογία.

Η έκκριση λιθογόνου χολής δεν σημαίνει απαραίτητα και το σχηματισμό χολολίθων, η τυπική όμως κλινική εικόνα αφού βέβαια έχουν αποκλεισθεί οι άλλες παθήσεις με σημειολογία από το δεξιό υποχόνδριο είναι που μπορεί να δώσει σημασία στο γεγονός.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΟΛ/ΑΣΗΣ :

Η ακτινολογία με το σημερινό φάσμα των δυνατοτήτων της, φέρει το κύριο βάρος της μελέτης των παθήσεων των χοληφόρων και συμβάλλει τόσο στην προεγχειρητική διάγνωση όσο και στην διεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση της κατάστασης.

α. απλή ακτινογραφία:

Είναι γνωστό ότι η πρώτη ακτινολογική εξέταση, η οποία πρέπει να γίνει σε κάθε οξύ κοιλιακό σύνδρομο είναι η απλή ακτινο-

γραφία κοιλίας, η οποία στην περίπτωση οξείας σημειολογίας από το δεξιό υποχόνδριο, πρέπει να είναι απλή ακτινογραφία της περιοχής.



Εικ. Απλή ακτινογραφία
Στην χοληδόχο κύστη είνε
νιούνται πολλαπλοί μικροί
ακτινοσκιεροί χολαλίδοι

Σε ποσοστό 15 ο/ο των χολολιθιάσεων η απλή ακτινογραφία μπορεί να αποδείξει την ύπαρξη ακτινοσκιερών λίθων. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι η απλή ακτινογραφία είναι εξέταση απλή, αναίμακτη, τελείως ακίνδυνη και επιπλέον ότι αξιολογώντας τα θετικά σημεία της χολολιθιάσης έχεις εντοπίσει την νόσο, ενώ σε περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα της ακτινογραφίας είναι αρνητικά συνεχίζεται ο έλεγχος με άλλες εξετάσεις.

β. Από το στόμα Χολοκυστογραφία.

Κατά την εξέταση αυτή αποσκοπείται η διάγνωση της χολολιθιάσης με την σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστεως με ειδική ακτινοσκιερή ουσία η οποία χορηγείται από το στόμα. Συγκεκριμένα χορηγείται από το στόμα μια ποσότητα IOPANOIC ACID ή SODIUM PODATE με

τη μορφή διοκίων η οποία στη συνέχεια απορροφάται από το λεπτό και παχύ έντερο. Η ουσία μπαίνει στην κυκλοφορία, συνδέεται με την λευκωματίνη του ορού, προσλαμβάνεται από το ήπαρ και αποβάλλεται με τη χολή με αποτέλεσμα να συγκεντρώνεται στη χοληδόχο κύστη όπου συμπυκνώνεται με την απορρόφηση ύδατος από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως και δίνει σκιαγράφηση του οργάνου.

Για τη λήψη των ακτινολογικών απεικονίσεων της σκιαγραφημένης χοληδόχου κύστεως λαμβάνονται ακτινογραφίες του δεξιού υποχονδρίου 12 ώρες μετά τη λήψη του σκιαγραφικού υλικού από του στόματος.

Μη σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστεως με την μέθοδο αυτή μπορεί να σημαίνει:

1. απόφραξη του κυστικού πόρου και συνεπώς χειρουργική πάθηση της χοληδόχου.
2. Διαταραχή στην απορρόφηση από το έντερο της σκληρής ουσίας. (συχνά εντοπίζονται στο έντερο τα ακτινοσκιερά δίσκία).
3. Διαταραχή της απέκκρισης της σκληρής ουσίας από το ήπαρ.
4. Διαταραχίστην απορρόφηση του ύδατος από το τοίχωμα της κύστης και συνεπώς στη μη συμπύκνωση της σκληρής ουσίας μέσα σ' αυτή.

Η μέθοδος αυτή είναι εύκολη και σχετικά ακριβής, φαίνεται ότι συνοδεύεται από αρκετά αμφιλεγόμενα σημεία και ερωτηματικά που έχουν αντίκτυπο στην αξιοπιστία της. Τα αδιευκρίνιστα θέματα σχετίζονται α) με την μεθόδευση της λήψης του ακτινοσκιερού υλικού, β) με το χρονικό διάστημα που πρέπει να μεσολαβήσει από της διαδοματικής λήψεως των ακτινοσκιερών δίσκίων μέχρι της λήψης των ακτινογραφιών, γ) με τη λήψη πλούσιας ή φτωχής σε λίπος δίαιτας κατά την διάρκεια της εξέτασης για την αξιολόγηση

της σύσπασης της χοληδόχου κύστης. Διαφωνία υπάρχει ακόμη και ως προς την ευαισθησία της μεθόδου στην ανάδειξη της χολολιθίασης. Έτσι κατ' άλλους η χολολιθίαση αποκαλύπτεται με την PEROS χολοκυστογραφία στο 98 ο/ο των περιπτώσεων ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι θετικά αποτελέσματα έχουμε μόνο στο 85-90 ο/ο των περιπτώσεων.

Στα προβλήματα αξιοπιστίας και τεχνικών δυσχερειών της μεθόδου προστίθενται και η αδυναμία χρησιμοποίησης της σε οξείες περιπτώσεις καθώς και σε κάθε επείγουσα κατάσταση που χρειάζεται να ξέρουμε επειγόντως αν πρόκειται για χολολιθίαση ή όχι.

Εικ. peros χολοκυστογραφία. Η χοληδόχος κύστη απεικονίζεται με διαύραση που συνοδεύεται με σκιά στο βίλος. Έτσι απεικονίζεται ο χολολίθος με χαρακτηριστική σκία ή εδιάκριτο διαύραση ελλείμμα.



Επί υπάρξεως χολολιθίασης και κανονικής σκιαγράφησης με τη μέθοδο αυτή της χοληδόχου κύστεως κολολίθου φαίνονται μέσα στη χοληδόχο σαν σκιαγραφικά ελλείματα και βεβαίως η μέθοδος όταν είναι θετική αποτελεί μια σοβαρή τεκμηρίωση της πάθησης. Η σκιαγράφηση του χοληδόχου πόρου με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατή αλλά σπάνια και επιτυγχάνεται στη β' φάση της εξέτασης όπου με λήψη χοληστερηνικού γεύματος (αυγά) ή την χορήγηση χολοκυστοκινίνης προκαλείται σύσπαση της χοληδόχου κύστης και προώθηση της σκιερούς ουσίας προς το χοληδόχο πόρο και το 12δάκτυλο.

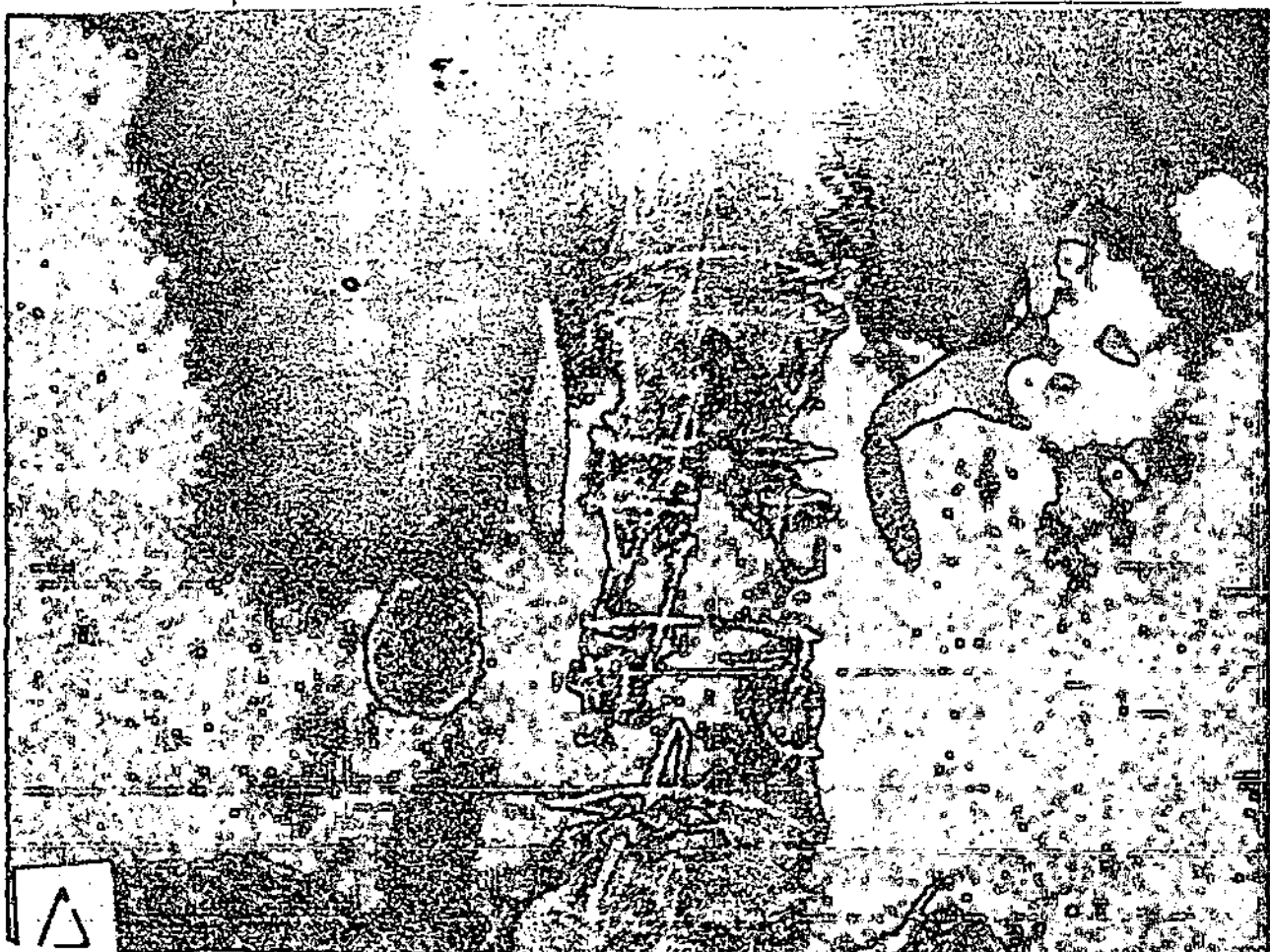
γ. ενδοφλέβια χολαγγειογραφία ή χολαγγειακυστογραφία:

Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία παριστά την μέθοδο της σκιαγραφικής απεικόνισης των εξωηπατικών χοληφόρων ύστερα από ενδοφλέβια χορήγηση της σκιερούς ουσίας. Το ενδοφλεβίως χορηγούμενο σκιερό υλικό προσλαμβάνεται από το ήπαρ, απόβάλλεται από τα χοληφόρα και δίνει σε χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 15 λεπτά μέχρι 2 ώρες, σκιαγράφηση του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος και, ίσως καλύτερα των χολαγγείων και της χοληδόχου κύστης.

Οι λήψεις αρχίζουν με την ολοκλήρωση της έγχυσης του φαρμάκου και επαναλαμβάνονται ανά 10-15' σε θέση πρηνή και οπισθοπρόσθια φορά της ακτινικής δέσμης. Συχνά απαιτούνται τομογραφίες για καλύτερη διερεύνηση των πόρων και για απόφυγή συμπίεσης με άλλα μόρια, όπως το περιεχόμενο του εντέρου. Για την απεικόνιση της χοληδόχου κύστης χρειάζονται καθυστερημένες λήψεις 1-3 ώρες μετά την έγχυση του σκιαγραφικού.

Κατά την διάρκεια της χολοκυστεκτομής συχνά χρειάζεται διερεύνηση των κύριων πόρων, ώστε ο χειρουργός να είναι βέβαιος ότι κλείνοντας την τομή του δεν αφήνει λίθους μέσα στους πόρους. Η

ακτινολογική αυτή εξέταση γίνεται στο χειρουργικό τραπέζι με εισαγωγή σκιεράς ουσίας που γίνεται από σωλήνα που τοποθετείται γι' αυτό το σκοπό και ονομάζεται εγχειρητική χολαγγειογραφία.



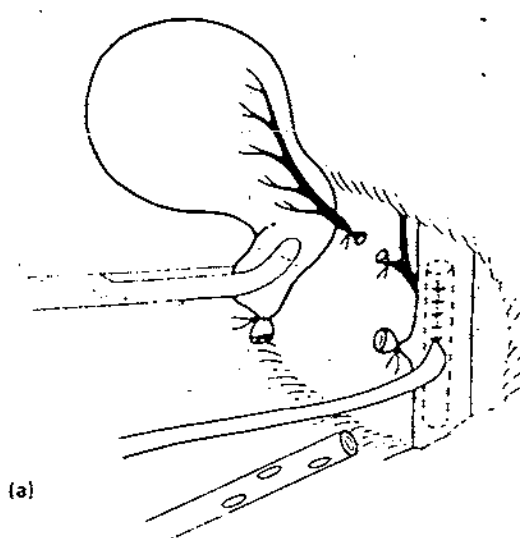
Εικ. Ενδοσπλεβια χολοκυστεογραφία. Διακρίνεται εσθάρα ευμεγέθους χολολίθου

Μετά την χολακυστεκτομή στις περιπτώσεις που υπάρχει διασωλήνωση του ηπατικού και του χοληδόχου πόρου με σωλήνα KEHR. (T-TUBE) συχνά εκτελείται άμεση χολαγγειογραφία. Η εισαγωγή της σκιεράς ουσίας γίνεται από τον σωλήνα, οπότε σκιαγράφονται καλά οι πόροι, ακόμη και οι μικρότεροι ενδοηπατικοί κλάδοι και διαπιστώνεται η καλή ή όχι μορφολογία και τοπογραφία τους και η ελεύθερη διαβατότητα τους.

Σοβαρό μειονέκτημα της ενδοσπλεβιας χολαγγειογραφίας είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις που μπορεί να προκαλέσει και οι οποίες

σχετίζονται οπωσδήποτε με μια υπολογίσιμη νοσηρότητα και ίσως θνητότητα που καθιστά την μέθοδο όχι άμοιρη κινδύνων. Σε στατιστική του Αρεταλείου Νοσοκομείου Αθηνών (1982, Νικολαΐδης) από 200 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια χολαγγειογραφία κατά την τελευταία τριετία παρουσίασαν κάποια μικρή (αίσθημα θερμότητας, τάση για εμερό-φτέρνισμα, κνησμό, εξάνθημα) ή μεγάλη (βρογχόσπασμο, δύσπνοια, καρδιακή ανακοπή) αλλεργική αντίδραση 21 συνολικά ασθενείς με μηδενική θνησιμότητα. Η πιθανότητα για ανάπτυξη αλλεργικής αντίδρασης είναι σαφέστατα μικρότερη, όταν το σκιαγραφικό υλικό χορηγείται σε αργή συνεχή-στάγδην έγχυση.

Τονίζεται ότι τόσο η PEROS όσο και η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία παριστούν μεθόδους μελέτης ανικτερικού ασθενή και είναι γεγονός ότι με τις μεθόδους αυτές είναι αδύνατη η διάγνωστική σκιαγράφηση του χοληφόρου συστήματος όταν η ολική χολερυθρίνη στον όρο του πύσχοντος είναι μεγαλύτερη των 5.5 ως 9 ο/ο. Αναφορικά με το θέμα επιλογής μεταξύ της PEROS χολοκυστογραφίας και της ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας πιστεύεται ότι:



ΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕ ΚΤΟΜΗΣ. Ο ΧΟΛΥΔΟΚΟΣ ΠΟΡΟΣ ΠΡΟΨΑΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΔΙΕΓΧΕΥΜΑΤΙΚΗ ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ.

- I. Η από του στόματος χολοκυστογραφία απεικονίζει καλύτερα την χοληδόχο κύστη, ενώ η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία του χοληδόχου πόρου
- II. Η από του στόματος χολοκυστογραφία είναι απλούστερη και με λιγότερες επιπλοκές.
- III. Οι δύο εξετάσεις θεωρούνται ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη όταν το αποκτούν οι κλινικές ενδείξεις.

δ. Υπερηχογράφημα :

Η απεικόνιση ηχητικών αντανακλάσεων των διαφόρων οργάνων και των παθολογικών τους εξεργασιών και ειδικά για τα χοληφόρα έχει υψηλή διαγνωστική αξία.

Το υπερηχογράφημα αποτελεί την εξέταση πρώτης εκλογής για τις περιπτώσεις της λιθίασης της χοληδόχου κύστης.

Η φυσιολογική χοληδόχος κύστη απεικονίζεται σαν μια "διαυγαστική περιοχή" πίσω από την σκιά του δεξιού λοβού του ήπατος. Η φυσιολογική χοληδόχος κύστη είναι δυνατόν να απεικονισθεί στο 95 ο/ο των νηστικών ατόμων.

Βασικές προϋποθέσεις για την διαγνωστική αξιοπιστία του υπερηχογραφήματος είναι η ύπαρξη καλού υπερηχογράφου και ειδικευμένου γιατρού στο χειρισμό του μηχανήματος και στην ερμηνεία των εικόνων που λαμβάνονται. Η υπερηχογραφική εξέταση δεν είναι δυνατή σε πεδία με πρόσφατο εγχειρητικό τραύμα καθώς και όπου υπάρχουν μεταλλικά CLIPS λόγω των ισχυρών ηχητικών αντανακλάσεων που προκαλούνται.

Στη χολολιθίαση η μέθοδος τεκμηριώνει με επιτυχία την νόσο στο 92-96 ο/ο των περιπτώσεων, εφόσον η διάμετρος των λίθων είναι μεγαλύτερη των 3 MM. Η εικόνα του υπερηχογραφήματος στη χολο-

λολιθίαση είναι σαφής. Απεικονίζεται η χοληδόχος κύστη και μέσα σ' αυτή οι λίθοι ως σωματίδια που αντανακλούν τον ήχο.



ΣΤΟ ΠΕΛΟΣ ΕΙΝΑΙ ΚΟΛΟΛΙΘΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΥΠΙΚΗ ΤΡΙΧΩΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.
ΑΥΤΗ ΕΙΝΑΙ Μ ΤΥΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΧΡΟΝΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.

Σε σύγκριση με την από του στόματος χολοκυστογραφία το υπερηχογράφημα εκτός από την μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια έχει και άλλα πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα, το υπερηχογράφημα δεν χρειάζεται προετοιμασία, χρειάζεται λιγότερο χρόνο για να γίνει, ο ασθενής δεν εκτίθεται στην ακτινοβολία της χολοκυστογραφίας καθώς και στους κινδύνους των αλλεργικών αντιδράσεων, μπορεί να γίνει σε επείγουσες περιπτώσεις και δεν εξαρτάται από απορροφήσεις φαρμάκων, επίπεδο χολερυθρίνης, ηπατική λειτουργία κλπ., ενώ ταυτόχρονα μπορεί να ελέγξει και τα παρακείμενα όργανα ήπαρ και πάγκρεας. Για τους λόγους αυτούς σε ορισμένα νοσοκομεία τείνει να καταργηθεί η από του στόματος χολοκυστογραφία για την διαγνωστική διερεύνηση της χολολιθίασης.

ε. Αξονική τομογραφία - Υπολογιστική

Η ηλεκτρονική υπολογιστική αξονική τοπογραφία αποτελεί την επανάσταση στην ακτινολογία της τελευταίας 10ετίας και οπωσδήποτε έχει την εφαρμογή της και στην περιοχή των χοληφόρων. Η κύρια ένδειξη της στα χοληφόρα είναι ο ίκτερος και η διαγνωστική διερεύνηση του όπου η συμβατική ακτινολογία ανεπαρκεί.

Στη λιθίαση της χοληδόχου κύστης η αξονική τομογραφία υστερεί σε ακρίβεια σε σύγκριση με το υπερηχογράφημα και συνυπολογίζοντας το κόστος της εξέτασης πρέπει να πούμε ότι η χρησιμότητα της αξονικής τομογραφίας για την διάγνωση της χολολιθίασης είναι περιορισμένη σε αντίθεση με την χοληδοχολιθίαση όπου το υπερηχογράφημα κρίνεται ανεπαρκές ως προς την αξονική τομογραφία, η οποία αποδεικνύει την ύπαρξη των χοληδοχολιθίων στο 50 ο/ο των περιπτώσεων.

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ :

Οι σημαντικότερες επιπλοκές των χολολίθων είναι οξεία και χρόνια χολοκυστίτιδα, χοληδοχολιθίαση, παγκρεατίτιδα. Λιγότερο συνηθισμένες επιπλοκές είναι η χολαγγειίτιδα, τα ηπατικά αποστήματα, η χολική κίρρωση, το εμπύημα, τα συρίγγια προς τα γειτονικά σπλάχνα και ο ειλεός από χολολίθους.

α. Ο ξ ε ί α χ ο λ ο κ υ σ τ ί τ ι δ α :

Συσχετίζεται με ενσφήνωση χολολίθου στον κυστικό πόρο σε ποσοστό 90 ο/ο με 95 ο/ο των περιπτώσεων. Η ξαφνική διάταση της χοληδόχου κύστεως περιορίζει την αιμάτωση και την αποχέτευση της λέμφου και τα βακτηρίδια που βρίσκονται κανονικά μέσα στην χοληδόχο κύστη που περιέχει λίθους πολλαπλασιάζονται. Ποσοστό 5 ο/ο του συνόλου των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας δεν συσχετίζονται με την παρουσία χολολίθων.

Σ υ μ π τ ώ μ α τ α : Ο έντονος πόνος στο άνω δεξιό τεταρτημόριο, η ναυτία, ο εμετός, ο πυρετός και ελάχιστος ίκτερος, είναι ενδείξεις για την διάγνωση. Εν τούτοις ο πόνος μπορεί να είναι πιο ήπιος, αισθητός μόνο σαν επιγαστρική δυσφορία και συχνά ανακουφίζεται με τον εμετό. Αν ο πόνος επεκτείνεται στον ώμο και την περιοχή κάτω από την ωμοπλάτη η διάγνωση ενισχύεται. Πυρετός παρατηρείται σε περισσότερους από τα δύο τρίτα των ασθενών. Στα τοπικά σημεία περιλαμβάνονται μυική προφύλαξη ή ευαισθησία στην περιοχή της χοληδόχου κύστεως, με δυσφορία κατά την πρώτη επίκρουση πάνω από το ήπαρ. Ευαίσθητη μάζα, που περιλαμβάνει την εξοιδημένη χοληδόχο κύστη και το προσκολλημένο επίπλουν ψηλαφείται σε ποσοστό περίπου 50 ο/ο των περιπτώσεων.

Εργαστηριακά - ακτινογραφίες :

Ο αριθμός των λευκοκυττάρων είναι αυξημένος σε ευρύ πλαίσιο, ανάλογα με την φλεγμονώδη αντίδραση. Συχνά ανευρίσκεται υ-

περχολερουθριναιμία, αυξημένη δραστηριότητα της αλκαλικής φωσφατάσης του όρου και κατακράτηση της BSP. Η γλουταμινίνη τρανσαμινάση και η δραστηριότητα της γαλακτικής δενδρογενάσης του όρου είναι μερικές φορές αυξημένες. Εκσεσημασμένη παροδική αύξηση και των δύο ενζύμων παρέχει την ένδειξη για την παρουσία λίθων μέσα στον κοινό ηπατικό πόρο. Η χολοκυστογραφία PEROS έχει ελάχιστη διαγνωστική αξία κατά τη διάρκεια της οξείας κρίσεως. Η ενδοφλέβια χολοαγγειογραφία έχει χρησιμοποιηθεί για τη διαφοροποίηση μεταξύ της οξείας χολοκυστίτιδας και της παγκρεατίτιδας.

Π ο ρ ε ί α : Ποσοστό περίπου 75 ο/ο από τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα εμφανίζουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε μια ως τέσσερες μέρες με συντηρητική θεραπεία. Ασθενείς με μόνο τοπική ένδειξη χολοκυστίτιδας μπορεί να νοσηλευτούν στο σπίτι, με κατάκλιση και κατάλληλα αναλγητικά, περιμένοντας την ακτινολογική εξέταση των χοληφόρων και της γαστρεντερικής οδού. Για εκείνους που εμφανίζουν σημεία συστηματικής τοξικότητας θα απαιτηθεί νοσηλεία σε νοσοκομείο και εντατική θεραπεία με υγρά και αντιβιοτικά. Σε ποσοστό 25 ο/ο η τοξιναιμία είναι παρούσα, απαιτείται δε επείγουσα χειρουργική επέμβαση για την πρόληψη μοιραίων επιπλοκών (γάγγραινας, διατρήσεως, εμπύματος, παγκρεατίτιδας και χολαγγειίτιδας). Στον ηλικιωμένο ασθενή η χολοκυστίτιδα είναι εξαιρετικά επικίνδυνη νόσος, γιατί πυρετός και λευκοκυττάρωση μπορεί να εμφανισθούν με ελάχιστες κλινικές ή χημικές ενδείξεις νόσου της χοληδόχου κύστεως.

β. Χ ρ ό ν ι α χ ο λ ο κ υ σ τ ί τ ι δ α :

Επανελημμένες κρίσεις ελαφράς μέχρι και βαρείας οξείας χολοκυστίτιδας αξίζει να διαγνωσθούν κλινικά ως χρόνια χολοκυστί-

τιδα. Παθολογοανατομικά ο βλενογόνοσ και οι λείες μυικές ίνες της χοληδόχου κύστησ αντικαθίστανται εν μέρει από ινώδη ιστό, βιοχημικά δε η ικανότητα συμπυκνώσεωσ της χολήσ είναι ελαττωματική. Τα συμπτώματα μοιάζουν με την οξεία μορφή και κυμαίνονται από κωλικό του ήπατοσ μέχρι λανθανοντα πόνο στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίασ και το υπογάστρο. Χαμηλόσ πυρετόσ και υπερχολερυθριναιμία είναι συνηθισμένα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την αποτυχία ωσ χοληδόχου κύστησ, να αδιαφανοποιηθεί μετά από δύο δόσεισ ακτινοσκιερχήσ ουσίασ. Κατά την εγχείρηση ποσοστό 95 ο/ο αυτών των χοληδόχων κύστεων ανευρίσκονται σκληρωτικέσ και περιέχουν λίθουσ. Η χολοκυστεκτομή θα επιφέρει ίαση στοσ 9 από τουσ 10 ασθενείσ με την κλινική αυτή εικόνα. Ασθενείσ με χρόνιο, άοριστο, κοιλιακό πόνο και δυσπεπτικά συμπτώματα, συχνά πιστεύεται ότι έχουν χρόνια χολοκυστιτίδα παρά τισ ακτινογραφικέσ ενδείξεισ φυσιολογικήσ λειτουργίασ της χοληδόχου κύστησ. Τα δείγματα που λαμβάνονται με την εγχείρηση μπορεί να εμφανίσουσ ελάχιστεσ ανωμαλίεσ του βλενογόνου οι ασθενείσ όμως δεν ανακουφίζονται συνήθωσ από τα συμπτώματά τουσ.

γ. Χ ο λ η δ ο λ ι θ ί α σ η :

Οι λίθοι φθάνουν συνήθωσ στοσ χοληφόρουσ πόρουσ με εκβολή από τη χοληδόχο κύστη. Το όργανο αυτό μπορεί να αναπτύξει εντυπωσιακή ισχύ ακόμα και σε παρουσία νόσου. Έτσι λίθοι που έχει δειχθεί ακτινογραφικά ότι γεμίζουν την χοληδόχο κύστη, τον κυστικό και τον κοινό ηπατικό πόρο έχει καταδειχθεί ότι είναι εντελώς μετατοπισμένοι από το χοληφόρο δέντρο μετά τυπική προσβολή κωλικού ύπατοσ. Η συχνότητα ανεύρεσησ λίθων στον κοινό ηπατικό πόρο κατά τη συνήθη χολοκυστεκτομή χωρίς να υπήρχε νωρίτερα υπόνοια για την παρουσία τουσ είναι 6-26 ο/ο το ποσοστό δε αυτό αυ-

τό αυξάνεται με την ηλικία . Λίθοι του κοινού ηπατικού πόρου μπορεί να εμφανισθούν χωρίς να υπάρχουν συγχρόνως λίθοι στη χοληδόχο κύστη ή μπορεί να εμφανισθούν χρόνια μετά την χολοκυστεκτομή. Οι λίθοι αυτοί εμφανίζονται εξαιτίας στάσεως ή λοιμώξεως και μπορεί να σχηματισθούν στους ηπατικούς πόρους.

Συμπτώματα : Τα συμπτώματα της χοληδοχολιθίασης είναι πόνος, ίκτερος, πυρετός και ρίγη. Ο πόνος είναι σταθερός, εντοπίζεται στο επιγάστριο, συχνά επεκτείνεται στη ράχη και στο δεξιό υποχόνδριο και συνεχίζεται με εμετό . Λίθοι του κοινού ηπατικού πόρου σπάνια προκαλούν επίμονη απόφραξη ο ίκτερος είναι συνήθως παροδικός και ελαφρός και συχνά δεν εμφανίζεται. Τόσο στο 20 ο/ο των ασθενών με χοληδοχολιθίαση δεν έχουν πόνο και 25ο/ο δεν έχουν σημεία ίκτερου. Πυρετοί με εξάρσεις υποδηλώνουν την παρουσία χολαγγειίτιδος.

δ. Ειλεός από χολολίθους :

Η απόφραξη του εντέρου από χολολίθο αποτελεί σπάνια επιπλοκή της χολολιθιάσεως και αντιστοιχεί σε ποσοστό 2 ο/ο του συνόλου των απφράξεων του λεπτού εντέρου. Ο λίθος βρίσκεται συνήθως στο κάτω άκρο του ειλεού, που αποτελεί το στενότερο τμήμα του φυσιολογικού εντέρου, λίθοι όμως μπορούν να ενσφηνωθούν στον πυλωρό, στο δωδεκαδάκτυλο, στη νησιίδα ή στο παχύ έντερο. Η παθοφυσιολογία στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνει επανειλημμένα επεισόδια οξείας χολοκυστίτιδας, δημιουργία συμφύσεων με προσκείμενα κοίλα σπλάχνα και το άνοιγμα του χολοκυστοεντερικού συρίγγιου. Τα περισσότερα συρίγγια εμφανίζονται μεταξύ της χοληδόχου κύστεως και του δωδεκαδακτύλου, επικοινωνίες όμως μπορεί να εμφανιστούν και προς το στόμαχο και το παχύ έντερο. Λίθοι διαμέτρου κάτω των 3 εκ. συνήθως διέρχονται αυτόματα από το έντερο.

Ο Ειλεός από χολολίθους είναι νόσος των ηλικιωμένων.

Τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να είναι αόριστα και παροδικά εξαιτίας της διαλείπουσας αποφράξεως, συχνά υπάρχει καθυστέρηση πριν εκτιμηθεί το επείγον της κατάστασης. Η μέση θνησιμότητα είναι 30 ο/ο. Χρήσιμο για την διάγνωση του ειλεού από χολολίθους είναι ιστορικό χολοκυστίτιδας, ανωμάτων ακτινογραφιών που δείχνουν εντερική απόφραξη με ακτινοορατή πύκνωση στην κάτω κοιλία ή ακτινογραφική ένδειξη για μεταβαλλόμενο επίπεδο αποφράξεως. Η σκιαγράφηση του χοληφόρου δέντρου με αέρα, σε απουσία προηγούμενης χειρουργικής θεραπείας των χοληφόρων, είναι σχεδόν παθολογική του χολοκυστοεντερικού συριγγίου. Η προσεκτική χειρουργική διερεύνηση είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό της παρουσίας πρόσθετων λίθων. Το ποσοστό υποτροπής ειλεού από χολολίθους είναι 10-15 ο/ο.



Υδρωψ . . . Εμπύημα - Απόστημα .

Η ενσφήνωση χολολίθου στον κυστικό πόρο θα προκαλέσει ύδρωπα ή εμπύημα σε ποσοστό περίπου 15 ο/ο των περιπτώσεων. Και στις δύο περιπτώσεις η χοληδόχος κύστη διατείνεται και αποκτά όγκο αρκετές φορές μεγαλύτερο από τον κανονικό. Η παγιδευμένη χολή είναι στείρα στην περίπτωση του ύδρωπα και μολυσμένη στο εμπύημα. Παράξενο και σπάνιο φαινόμενο επακόλουθο της αποφράξεως του κυστικού πόρου είναι η απόθεση γάλακτος ασβεστούχου χολής μέσα στη χοληδόχο κύστη. Αυτό έχει κλινική σημασία γιατί ομοιογενής κατανομή των αλάτων του ασβεστίου προκαλεί σκιά που μοιάζει με την φυσιολογική χοληδόχο κύστη όταν γεμίζει με σκιαγραφική ουσία.

Η διάτρηση της χοληδόχου κύστεως που προκαλεί γενικευμένη περιτονίτιδα, εμφανίζεται σε ποσοστό κάτω του 1 ο/ο από τους ασθενείς.

νείς με οξεία χολοκυστίτιδα. Το επίπλουν και ο ορογόνος των προσκείμενων σπλάχνων περιορίζουν εγκαίρως τη διατήρηση και συχνά σχηματίζουν ψηλαφήσιμη μάζα και τριβή. Η χολοκυστομία ή η χολοκυστεκτομή ενδείκνυνται, ανάλογα με την κλινική κατάσταση.

η. Χολιγική κίρρωση:

Οφείλεται σε χρόνια χοληδοχολιθίαση ή λιθίαση του χοληδόχου πόρου, αποτελεί καταστρεπτική επιπλοκή των χολολίθων, που προέρχεται συνήθως από τέλεια έλειψη αναγνώρισεως είτε απο ατυχία θεραπείας από το γιατρό είτε από αμέλεια εκ μέρους του αρρώστου. Ενώ η ίνωση του ήπατος εμφανίζεται μέσα και σε 2 μήνες ακόμα μετά την πλήρη απόφραξη, ακόμα και απουσία σημαντικής λοίμωξης, η πρόοδος της μπορεί γενικά να ανακοπεί και να αναστραφεί με την αναγνώριση της αποφράξεως σ' αυτό το αρχικό στάδιο. Με συνεχιζόμενη απόφραξη και ιδιαίτερα με παράλληλη λοίμωξη ο ασθενής προσβάλλεται προοδευτικά από κνησμό στεατόρροια και πυλαία υπέρταση. Η θεραπεία του κνησμού είναι δύσκολη. Αντιισταμινικές ουσίες ωφελούν μερικά τους ασθενείς.

A. Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α .

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Οι προσπάθειες για συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης είναι πολύ παλιές και ασφαλώς θα ήταν πολύ περισσότερες αν έλειπε ο αναμφισβήτητος ανασταλτικός ρόλος που έπαιξαν στο σημείο αυτό οι μεγάλες επιτυχίες της χειρουργικής. Εντούτοις παρά τις επιτυχίες των χειρουργών έστω και υποτονικά ποτέ δεν σταμάτησαν οι προσπάθειες συντηρητικής θεραπείας. Οι περισσότερο σημαντικές από αυτές έχουν γίνει με βάση τη δίαιτα, τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών και την προσπάθεια αλλαγής της συστάσεως της χολής με την συστηματική PEROS χορήγηση χηνοδεοξοχολικού οξέως.

1. Δ ί α ι τ α : Η συσχέτιση δίαιτας με την χολολιθίαση είναι πολύ παλιά, συστηματικές όμως μελέτες συγκεκριμένων τύπων δίαιτας και χολολιθίασης έχουν γίνει τα τελευταία μόνο χρόνια. Οι μελέτες αυτές πάνω σε πειραματόζωα έδειξαν ότι τα πλούσια σε υδατάνθρακες και ελεύθερα λιπών ή κυτταρίνης προκαλούν ελάττωση των χολικών αλάτων της χολής μετατρέποντας την σε λιθόγονο με επακόλουθο έτσι το σχηματισμό χολολίθων.

Με βάση αυτά τα πειραματικά δεδομένα χορηγήθηκε σε ανθρώπους δίαιτα πλούσια σε κυτταρίνη και παρατηρήθηκε αύξηση της διαλυτότητας της χοληστερίνης στη χολή. Επίσης η χορήγηση σε χολολιθιακούς ασθενείς μεγάλων δόσεων κυτταρίνης (54 γρ.) ημερησίως έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση του κορεσμού της χολής σε χοληστερίνη.

Από τα στοιχεία αυτά είναι φανερό ότι η δίαιτα ασφαλώς έχει ιδιαίτερη σημασία στο σχηματισμό χολολίθων, οι προσπάθειες όμως θεραπείας της χολολιθίασης μόνο με τροποποίηση της δίαιτας του

ασθενούς δεν έχουν στεφθεί με επιτυχία.

2. Φαρμακευτικές Ουσίες: Στη συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φάρμακα. Έτσι έχει χορηγηθεί χολεστυραμίνη και κλοφιβράτη χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Αντίθετα οι ουσίες αυτές και ιδιαίτερα η κλοφιβράτη μετατρέπουν τη φυσιολογική χολή σε λιθογόνο και ευνοούν επομένως τον σχηματισμό χολολίθων. Άλλες ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν είναι η φαινοβαρβιτάλη και η σιτοστερόλη είτε μόνες είτε σε συνδυασμό με χολικό οξύ χωρίς όμως και οι ουσίες αυτές να προκαλούν, όταν χορηγούνται μεμονωμένα, διάλυση των χολολίθων. Φαίνεται ότι η Φαινοβαρβιτάλη καθώς και η σιτοστερόλη, που και οι δύο μειώνουν τον κορεσμό της χολής σε χοληστερίνη, δρουν ευνοϊκά πριν ακόμα σχηματισθούν κρύσταλλοι χοληστερίνης. Έχει όμως υποστηριχθεί και η άποψη ότι η Φαινοβαρβιτάλη εάν χορηγηθεί με χηνοδεοξυχολικό οξύ αναστέλλει την δράση του. Αντίθετα η σιτοστερόλη σε συνδυασμό με το ίδιο οξύ επιτυγχάνει διάλυση των χολολίθων. Ικανοποιητικά εξάλλου αποτελέσματα φαίνεται να επιτυγχάνονται με τη χορήγηση φυτικών ελαίων.

3. Με την χορήγηση χολικών οξέων και συστατικών χολής:

Αριθμός κλινικών δοκιμών έχει δείξει ότι το χηνοδεοξυχολικό οξύ από το στόμα διαλύει τους χολολίθους από χοληστερόλη στα δύο τρίτα των ασθενών. Η άριστη δόση είναι 5-10 MG/KG/ημέρα, η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 6 έως 30 μήνες. Λίγους μήνες μετά τη διακοπή της θεραπείας η χολή γίνεται και πάλι κορεσμένη και εμφανίζονται χολόλιθοι σε ποσοστό 10 ο/ο των ασθενών μέσα σε 1 χρόνο. Έτσι η παρατεταμένη θεραπεία φαίνεται απαραίτητη. Η διάρροια δεν παρατηρείται με δόσεις κάτω του 1 GR την ημέρα.

Δεν έχει αναφερθεί ηπατοτοξικότητα σε ανθρώπους μέχρι σήμερα ακόμα και σε βιοψίες ήπατος. Παροδική αύξηση της τρανσαμινάσης σε χαμηλά επίπεδα παρατηρείται στο 1/3 των ασθενών. Δεν έχουν ανιχνευθεί μεταβολές στα λιπίδια του όρου ή στο απόθεμα χοληστερόλης του σώματος.

Ο τρόπος δράσης των ουσιών αυτών χηνοδεοξυχολικό οξύ, Ακτοδεοξυχολικό οξύ και φυτικά έλαια αφορά στην ανασταλτική δράση στο αναγωγικό ένζυμο υδροξυ-μεθυλ-γλουταρυλ-συνένζυμο Α το οποίο μετατρέπει το οξεικό σε χοληστερίνη και κατά δεύτερο λόγο στο ένζυμο 7α-υδροξυλάση που έχει σημασία για την παραγωγή χολικών αλάτων από την χοληστερίνη.

Με τον μηχανισμό αυτό ελαττώνεται η πυκνότητα της χοληστερίνης στη χολή και η λιθογόνος χολή μετατρέπεται σε ακόρεστη. Είναι ενδιαφέρον ότι η μετατροπή αυτή της χαλής γίνεται 4-6 εβδομάδες ή και μεγαλύτερο χρόνο επί χορηγήσεως CDCA ενώ επί χορηγήσεως UDCA γίνεται μετά 1-4 εβδομάδες ή επί χορηγήσεως φυτικών ελαίων μετά 48ωρο.

Ωποσδήποτε δεν είναι κατάλληλοι όλοι οι χολολιθιασικοί ασθενείς για να υποβληθούν σε θεραπεία διάλυσης των χολολίθων. Η θεραπεία χορηγείται σε ασθενείς οι οποίοι επιλέγονται βάση συγκεκριμένων κριτηρίων, όπως τύπος χολολίθου, λειτουργικότητα χοληδόχου κύστης, συμπτωματολογία, ηλικία, φύλο, υψηλός κίνδυνος ή άρνηση χειρουργικής επέμβασης και ακόμα βάση των δυνατοτήτων συνεργασίας.

Όσον αφορά τον τύπο του χοληδόχου επιλέγονται μόνο οι αμιγώς χοληστερινικοί χολόλιθοι. Οι μικτοί και οι από χολοχρωστικές είναι κατάλληλοι για θεραπεία. Η χοληστερινική φύση των χολολίθων διαπιστώνεται καλύτερα με την μελέτη της σύστασης της

χολής που αν βρεθεί ότι είναι λιθογόνος και βρεθούν κρύσταλλοι μονουδρικής χοληστερίνης τότε οι ακτιδιαφανείς χολολίθοι είναι χοληστερινικοί. Σημειώνεται επίσης ότι χοληστερινικοί χολολίθοι είναι συνήθως μικροί, πολλαπλοί και σφαιρικοί.

Εκτός της ακτινοδιαφάνειας της λίθου, της λιθογόνου χολής και των κρυστάλλων, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η καλή λειτουργικότητα της χοληδόχου κύστεως, η οποία μπορεί να σκιαγραφείται και να συσπάται ικανοποιητικά μετά από λιπαρό γεύμα.

Αρχικά χορηγούνταν θεραπεία διάλυσης χολολίθων μόνο σε εκείνους που δεν παρουσίαζαν συμπτωματολογία. Σήμερα χορηγείται και σε ασθενείς που παρουσίασαν ή παρουσιάζουν στο ιστορικό τους κωλικούς χοληδόχου κύστης και ακόμη σε εκείνους που είχαν ένα ή δύο το πολύ επεισόδια χολαγγειίτιδος αλλά μετά τρίμηνη παρέλευση από το επεισόδιο.

Είναι πλέον βέβαιο ότι οι ασθενείς, ο οποίοι πριν από την έναρξη της θεραπείας υπέφεραν από κωλικούς, μετά την έναρξη της θεραπείας τα επεισόδια αυτά γίνονται αραιότερα και μικρότερης εντάσεως έως ότου υποχωρούν τελείως και αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον συμπτωματικό ασθενή. Όσοι από τους ασθενείς αναφέρουν στο ιστορικό τους επιπλοκές όπως χολοκυστίτιδα, αποφρακτικό ίκτερο, παγκρεατίτιδα, θεωρούνται ακατάλληλοι για θεραπεία, γιατί στις περιπτώσεις αυτές συνήθως υπάρχει αποκλεισμός της χοληδόχου κύστης.

Σαν κριτήριο επιλογής λαμβάνεται υπόψη και η ηλικία του ασθενούς. Έχει διαπιστωθεί ότι μετά την διάλυση των χολολίθων αν η θεραπεία διακόπτεται, σε ποσοστό περίπου 50 ο/ο η χολή γίνεται λιθογόνος μετά από χρονικό διάστημα που ποικίλλει από μια εβδομάδα ή μερικούς μήνες, έως και μερικά χρόνια. Γι' αυτό το λόγο είναι

αναγκαίο η θεραπεία να συνεχίζεται με διάφορους τρόπους και μετά την διάλυση των λίθων.

Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι για νέα άτομα η πολύχρονη θεραπεία είναι λογικό να αποφεύγεται όταν μάλιστα σαν εναλλακτική λύση υπάρχει μια ακίνδυνη χειρουργική επέμβαση και να χορηγείται μόνο σε άτομα ηλικίας πάνω από 60 χρόνων. Η συντηρητική θεραπεία εξάλλου αποφεύγεται και σε νέες γυναίκες σε ηλικία αναπαραγωγής γιατί έχει αποδειχθεί ότι το CDCA σε πειραματόζωα περνάει τον πλακούντα και προκαλεί βλάβες στο ήπαρ του εμβρύου. Αντίθετα το ήπαρ του ενήλικα δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το CDCA ή το βακτηριδιακό μεταβολή του, το λιθοχολικό οξύ, που αδρανοποιείται.

Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα από τη χορήγηση των χολικών αλάτων CDCA, UDCA είναι πάρα πολύ ικανοποιητικά. Το ψηλότερο ποσοστό διαλύσεως χολολίθων με CDCA ανέρχεται στο 94 ο/ο. Η θεραπεία με UDCA σύμφωνα με μετρήσεις που έχουν γίνει είναι ανάλογη της δόσης με την οποία γίνεται η θεραπεία.

Η θεραπεία με φυτικά έλαια είναι βέβαιο ότι διαλύει τους χολολίθους μετατρέποντας την λιθογόνο χολή σε φυσιολογική. Όμως ο αριθμός των ασθενών που έχουν χορηγηθεί δεν είναι μεγάλος και δεν μπορούν να αναφερθούν ποσοστά.

Ο απαιτούμενος χρόνος για την πλήρη διάλυση των χολολίθων εκτός από την χορηγούμενη ημερήσια δόση είναι σε εξάρτηση και με την διάμετρο του χολολίθου. Μικροί χολολίθοι κάτω από 15 χιλ. διαμέτρου διαλύονται σε χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 6-12 μήνες. Μεγαλύτεροι χολολίθοι απαιτούν πολύ περισσότερο χρόνο. Είναι από όλους παραδεκτό ότι χολολίθοι πρόσφατα σχηματισθέντες

διαλύονται σε πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα από εκείνους που χρονολογούνται από πολλού, η διάκριση όμως μεταξύ αυτών είναι μάλλον αδύνατη.

Η θεραπεία διαλύσεως των χολολίθων κύρια με CDCA δεν πρέπει να θεωρείται σαν ένα υποκατάστατο της χειρουργικής θεραπείας της χολολιθίασης. Αυτό δεν αποκλείεται να συμβεί στο μέλλον. Η θέση αυτή είναι σήμερα εύλογη απόλυτα αφού η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας περιορίζεται σε ένα ποσοστό μόνο των περιπτώσεων που έχουν τις προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν και που το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 70 ο/ο. Και σ' αυτές τις περιπτώσεις όμως ακόμα μετά τη διακοπή της θεραπείας είναι δυνατόν η χολολιθίαση να υποτροπιάσει. Γι' αυτό συστήνεται μια προφυλακτική θεραπεία με μικρές δόσεις (250 MG το 24ωρο) με CDCA για αρκετό διάστημα μετά την διάλυση των χολολίθων. Γενικά συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης ενδείκνυται:

1. Όταν οι χοληστερηνικοί χολολίθοι είναι πολύ μικροί, οπότε συνήθως διαλύονται μέσα σε 6-12 μήνες.
2. Ανεξάρτητα από το μέγεθος των χολολίθων υπάρχει σχετική ή απόλυτη αντένδειξη για χειρουργική θεραπεία (ηλικιωμένα άτομα με άλλες σοβαρές παθήσεις) κ.λ.π.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ :

Η χειρουργική θεραπεία της χολολιθίασης αποτελεί σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα την μέθοδο εκλογής για την περίπτωση και η διάγνωση της νόσου θέτει ταυτόχρονα και την ένδειξη για εγχείρηση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΕΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗ.

Πριν την είσοδο του αρρώστου στο χειρουργείο ο διαγνωστικός έλεγχος ολοκληρώνεται με τις επόμενες εργαστηριακές εξετάσεις

απεικονίζοντας έτσι την πραγματική εικόνα στην οποία βρίσκονται διάφορα όργανα και αποκαλύπτονται οι λειτουργίες τις οποίες επιτελούν και εάν αυτές οι λειτουργίες και τα αποτελέσματα των είναι φυσιολογικά ή όχι :

- α. Γενική αίματος
- β. Γενική ούρων
- γ. Σάκχαρο αίματος
- δ. Ουρία αίματος
- ε. Κρεατίνη ορού αίματος
- στ. Εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας:
 - Χολερυθρίνη
 - Τρανσαμινάσες
 - Χρόνος προθρομβίνης
 - Λευκοματίνες αίματος (σφαιρίνες)
 - Αλκαλική φωσφάταση
- ζ. Εξετάσεις ελέγχου ανοσιολογικής καταστάσεως
 - Τ. λεμφοκύτταρα
 - β. λεμφοκύτταρα
 - Ανοσοσφαιρίνες
 - Δερματικά τεστ
- η. Εξετάσεις ασβεστίου - Φωσφόρου - Μαγνησίου - αίματος.
- θ. Ηλεκτρολύτες αίματος
- ι. Πλήρης έλεγχος πυκνικότητα
- ια. Ακτινογραφία θώρακος
- ιβ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- ιγ. Σπειρομέτρηση
- ιδ. Μέτρηση αερίων και οξεοβασικής ισορροπίας στο αρτηριακό αίμα.

Α. Η εγχειρητική τομή :

Η προσπέλαση του οργάνου-στόχος, αποτελεί οπωσδήποτε ένα σοβαρό θέμα στην εγχείρηση. Η χειρουργική τομή των διαφόρων στρωμάτων μέχρι την περιοχή που κατά κύριο λόγο θα απασχολήσει το χειρουργό πρέπει να εξασφαλίζει ορισμένες προϋποθέσεις-προδιαγραφές :

- α. Εξασφάλιση ευρέως και άνετου εγχειρητικού πεδίου.
- β. Δυνατότητα εκεκτάσεως.
- γ. Στις επείγουσες περιπτώσεις να μπορεί να γίνει γρήγορα.
- δ. "Σεβασμός" στην αιμάτωση και στη νεύρωση των ιστών.
- ε. Εξασφάλιση δυνατοτήτων καλής και ασφαλούς σύγκλησης της τομής.
- στ. Εξασφάλιση κατά το δυνατόν ηλιότερου μετεγχειρητικού πόνου.
- ζ. Μικρότερη δυνατή λειτουργική επιβάρυνση του οργανισμού.
- η. Καλή απώτερη μετεγχειρητική εμφάνιση της ουλής που θα γίνει.

Η τομή, από τις τρεις που έχει να εκλέξει ο χειρουργός, εξαρτάται με την περίπτωση και την/των ασθενή.

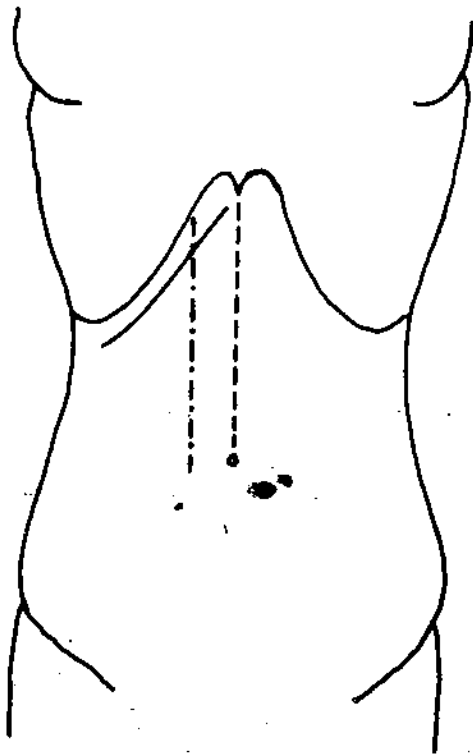
- ι) Η μέση υπερομφάλια τομή, από την ξιφοειδή απόφυση μέχρι τον ομφαλό με επέκταση, αν χρειαστεί, προς τα κάτω, αριστερά του ομφαλού. Αυτή η τομή μπορεί να γίνει γρήγορα, άνετα αναίμακτα και προτιμάται σε ασθενείς με μικρό εύρος κοιλιακού τοιχώματος και μεγάλη, σχετικά, απόσταση μεταξύ ξιφοειδούς απόφυσης και ομφαλού. Επί πλέον, αυτή η τομή εξασφαλίζει προσπέλαση σε όλα τα όργανα της άνω κοιλίας και συνεπώς προσφέρεται για συνδυασμένες εγχειρήσεις. Πλεονεκτήματα έχει και στη σύγκλιση αυτή η τομή, διότι μπορεί να κλεισθεί γρήγορα και χωρίς "νεκρούς χώρους". Ωστόσο η μέση γραμμή στην κοιλιά αποτελεί την κατ'εξοχή εστία ασκήσεως των πιέσεων του κοιλιακού τοιχώματος και συνεπώς η αυτο-

χρή αυτής της τομής και αργότερα της ουλής, δοκιμάζεται συνεχώς μετεγχειρητικά. Έτσι η μέση τομή παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα των άμεσων (εκσπλάχνωση) και απώτερων (μετεγχειρητική κήλη) μετεγχειρητικών διασπάσεων.

li) Η δεξιά παράμεσος τομή, παραορθική ή διαορθική (προτιμάται η διαορθική) που προσφέρει, ελαφρώς, καλύτερη προσπέλαση προς την ηπατική περιοχή, απ'ότι η μέση τομή και προτιμάται αυτής, ιδίως σε άτομα με "στενό" θώρακα και κοιλία. Υστερεί της μέσης τομής κατά το ότι χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να γίνει και να κλεισθεί, είναι πιο αιματηρή και παρέχει περιορισμένη δυνατότητα προσπελάσεως άλλων σπλάχνων, που βρίσκονται αριστερά της μέσης γραμμής. Ωστόσο οι πιέσεις που ασκούνται σ'αυτήν είναι μικρότερες εκείνης που ασκούνται στη μέση γραμμή και συνεπώς οι μετεγχειρητικές διασπάσεις είναι σπανιότερες.

lii) Η δεξιά υποχόνδριος τομή (KOCHER) προσφέρει εξαιρετική ορατότητα στην περιοχή των χοληφόρων και αποτελεί την τομή εκλογής σε παχύσαρκα ιδίως άτομα, με ευρύ κοιλιακό τοίχωμα. Πλεονεκτήματά της, εκτός από την εξασφάλιση του άνετου χειρουργικού πεδίου, είναι η μικρότερη λειτουργική επιβάρυνση του οργανισμού, ο ηλιότερος μετεγχειρητικός πόνος και η μικρότερη συχνότητα μετεγχειρητικών διασπάσεων του τραύματος, σαν αποτέλεσμα των μικρότερων πιέσεων που ασκούνται σ'αυτή. Ωστόσο διαθέτει και αρκετά μειονεκτήματα, όπως, ο χρόνος που χρειάζεται για να γίνει και να κλεισθεί, η καταστροφή της νευρώσεως και, εν μέρει, της αιματώσεως του δεξιού πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος που έχει σαν αποτέλεσμα μετεγχειρητικές μυϊκές ατροφίες σ'αυτό το σημείο και βέβαια το γεγονός, ότι είναι πιο αιματηρή τομή από τις άλλες.

Πάντως στα παχύσαρκα άτομα συνιστάται ανεπιφύλακτα κυρίως λόγω του εγχειρητικού πεδίου που εξασφαλίζει και της μικρότερης λειτουργικής επιβάρυνσης στο αναπνευστικό. Αν χρειασθεί μπορεί να επεκταθεί προς τα αριστερά σαν "αριστερά υποχόνδριος". Οι τομές αυτές βρίσκονται στην πρώτη σειρά εκλογής και ο χειρουργός θα διαλέξει, κατά κρίση, αυτή που χρειάζεται για την περίπτωση.



Εικόνα Σχηματική παράσταση των κυρίων εγχειρητικών τομών, που αποτελούν την πρώτη εκλογή για τις εγχειρήσεις στα χοληφόρα. —: Μέση τομή, - - - - -: Παράμεση τομή,: Δεξιά υποχόνδριος τομή (Kocher).

ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ :

Η χολοκυστεκτομή αποτελεί την εγχείρηση της χοληδόχου κύστης στις συνηθέστερες παθήσεις που συμβαίνουν σ' αυτή. Η πρώτη χολοκυστεκτομή έγινε το 1882 από το LANGENBUCH και από τότε χρησιμοποιείται για την χειρουργική αντιμετώπιση είτε χολολιθιάσεως εί-

τε άλλων παθήσεων του χοληφόρου δέντρου. Για ένα μεγάλο διάστημα η χολοκυστεκτομή ήταν μέθοδος εκλογής για αντιμετώπιση χολολιθίασης διότι χρησιμοποιούνταν σαν επεμβάσεις και η χολοκυστοτομία.

Σήμερα η χολοκυστοτομία έχει καταργηθεί και αναφέρεται στην εργασία ως προϊόν γνώσεως και σαν μόνη επέμβαση στην χολολιθίαση της χοληδόχου κύστεως αποτελεί η χολοκυστεκτομή η οποία συνοδεύεται με πλήρη έρευνα της κύστεως, του κυστικού και του χοληδόχου πόρου.

A. ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ :

Οι ενδείξεις της χολοκυστεκτομής είναι :

- α. Οξεία χολοκυστίτιδα
- β. Χρόνια χολοκυστίτιδα λιθιασική
- γ. Χολολιθίαση της κύστεως, του κυστικού και του χοληδόχου πόρου.
- δ. Τραυματικές ρήξεις της χοληδόχου κύστεως
- ε. Υδρόπνοος ή εμπύημα κύστεως
- στ. Γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα
- ζ. Καρκίνος της χοληδόχου κύστης.
- η. Εσωτερικά ή εξωτερικά χοληφόρα συρίγγια.

Η προπαρασκευή αποβλέπει στην προ της επέμβασης ανόρθωση του οργανισμού όσον αφορά τα υγρά, τους ηλεκτρολύτες, τις πρωτεΐνες, την χορήγηση βιταμίνης Κ, την βελτίωση της καρδιακής και ηπατικής λειτουργίας.

Η αναισθησία που χρησιμοποιείται είναι γενική με ενδοτραχειακό σωλήνα.

Η τομή που χρησιμοποιείται είναι στην κρίση του κάθε χειρούργου. Κυρίως σε παχιά κοιλιακά τοιχώματα γίνεται τομή παράλληλη προς το δεξιό πλευρικό τόξο. Σε χαλαρά κοιλιακά τοιχώματα προτι-

μάται υπερομφάλειος μέση τομή. Μπορεί εξάλλου να γίνει παραορθική τομή με ανέλκυση του ήπατος για καλύτερο οπτικό πεδίο με μικρό μαξιλάρι.

Η τεχνική της χολοκυστεκτομής :

Μετά τη διάνοιξη του περιτοναίου, την ανέλκυση του ήπατος, την αναζήτηση της χοληδόχου κύστεως στην κάτω επιφάνεια του ήπατος δεξιά του στρογγυλού συνδέσμου η χολοκυστεκτομή συνεχίζεται ως εξής: είτε με χολοκυστεκτομή από τον κυστικό πόρο προς τον πυθμένα, είτε από τον πυθμένα προς τον κυστικό πόρο.

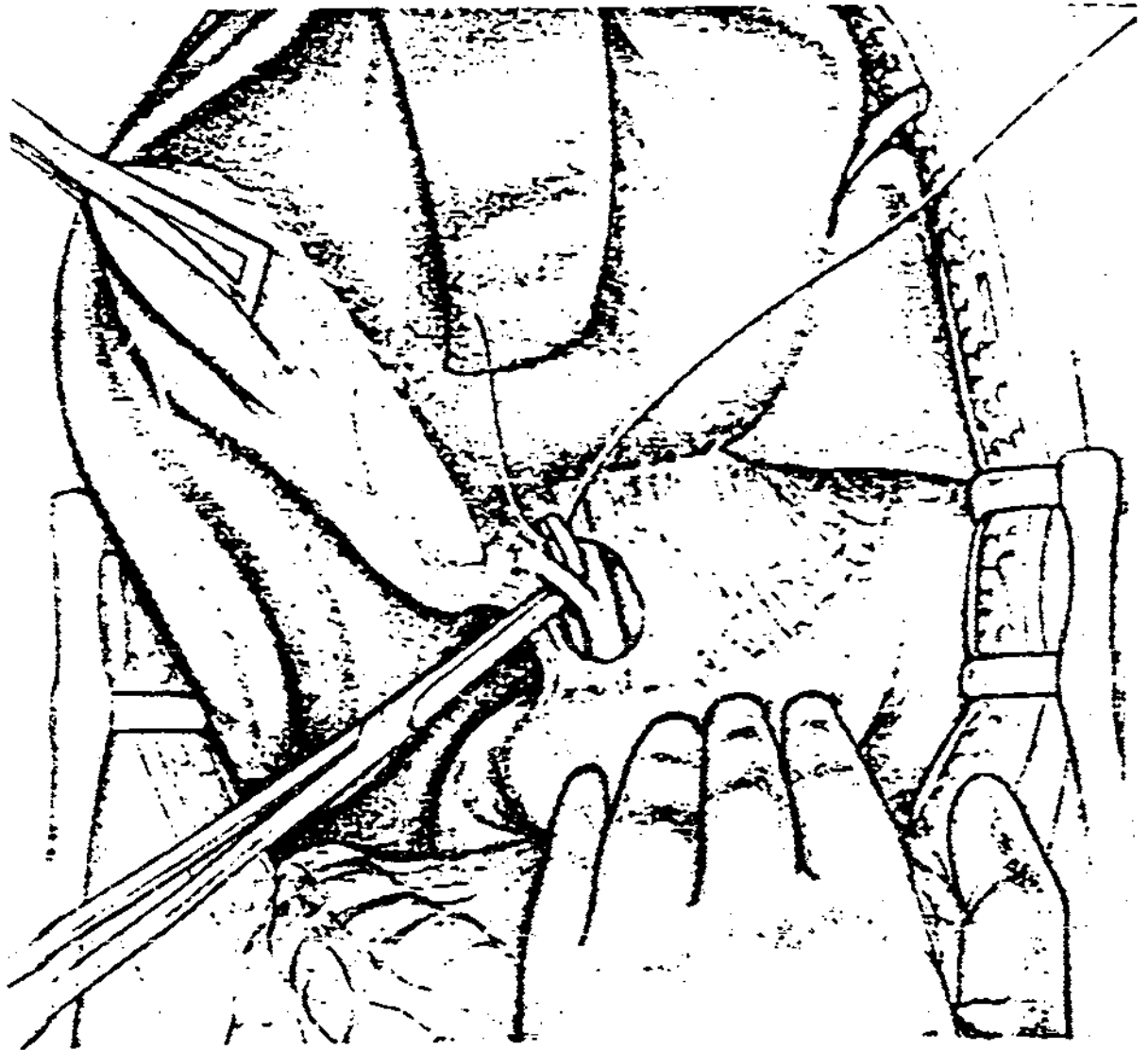
Η πρώτη τεχνική εκτελείται κατά προτίμηση όταν δεν υπάρχει διήθηση που να εμποδίζει την ανατομική παρασκευή του κυστικού πόρου και της κυστικής αρτηρίας. Η τεχνική αυτή είναι συνήθως αναίμακτη γιατί έχουν απολινωθεί τα αγγεία προ των αποκολλήσεων.

Τα σημεία της τεχνικής αυτής είναι :

1. Διαιρείται ο ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος κατά μήκος για αποκάλυψη του αγγειακού μίσχου.
2. Αναζητείται ο κυστικός πόρος κοντά στην έκφυση του και όταν βεβαιωθεί διαιρείται με 2 κυρτές αιμοστατικές λαβίδες.
3. Αποσιλνώνεται ο κυστικός πόρος μέχρι τον αυχένα της κύστης, όπου αναδύεται η κυστική αρτηρία η οποία προχωρεί στο πρόσθιο κυστικό τοίχωμα. Παρασκευάζεται και απολινώνεται κοντά στην κύστη και μακριά από τον δεξιό κλάδο της ηπατικής αρτηρίας, από εκεί δηλ. όπου εκφύεται.
4. Ακολουθεί η αποκόλληση της χοληδόχου κύστεως από τον κυστικό βόθρο. Με ψαλίδι διαιρείται το κυστικό περιτόναιο και ενεργείται στη συνέχεια η αποκόλληση της κύστεως από το ήπαρ, η οποία έλκεται από τον κυστικό πόρο. Εφ' όσον η κύστη αποκολλάται, γίνεται κάλυψη της κενής πλέον τραυματικής επιφάνειας

με το κυστικό περιτόναιο με διακεκομμένες ραφές CAT-GUT.

5. Η διασωλήνωση της περιοχής εξαρτάται από την ύπαρξη αιμορραγίας ή φλεγμονής και της καλής επικάλυψης του περιτονοίου με τον κυστικό βόθρο.



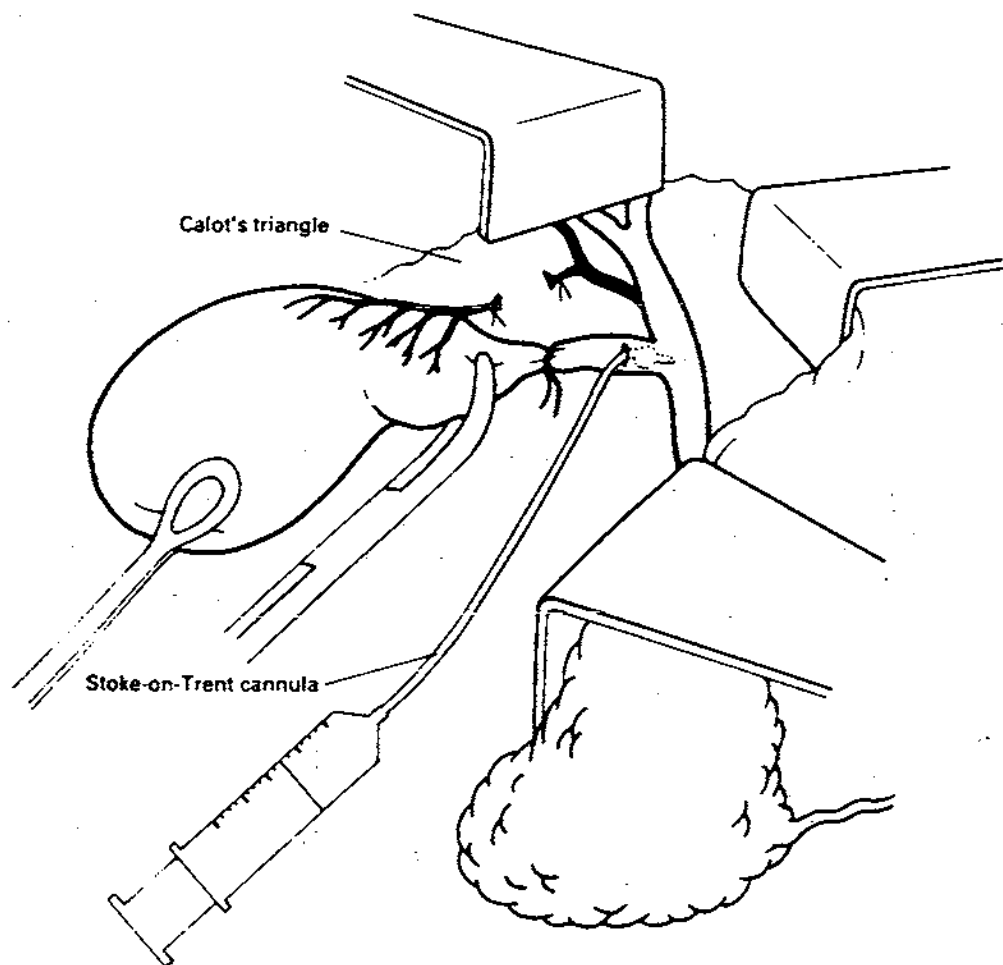
Εικ. Χολοκυστεκτομή. Αναζήτηση του κυστικού πορου εντος του γαστρομπατικού συνδεσμου

Εάν η χολοκυστεκτομή η οποία γίνεται χωρίς φλεγμονή και αιμορραγία κλείνεται η κοιλία τις πιο πολλές φορές, ενώ μπορεί να τοποθετηθεί λεπτός σωλήνας στην περιοχή της επέμβασης για χρονικό διάστημα το οποίο εξαρτάται από το αν θα παροχετεύει ή όχι. Ο σωλήνας αυτός συνήθως τοποθετείται έτσι ώστε να μην κάμπτεται και εκβάλλεται από μια μικρή τομή που γίνεται δίπλα από την τομή της επέμβασης. Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία διενεργείται όταν πλέον έχει τερματισθεί η χολοκυστεκτομή από τον κυστικό πόρο, με παρακέντηση του χοληδόχου πόρου. Γίνεται έγχυση 4-6 εκατοστά σκιαγραφικής ουσίας και λαμβάνεται η α' εικόνα, ενώ πολλές φορές γίνεται και δεύτερη έγχυση αυξημένης ποσότητας αυτή τη φορά σκιαγραφικού υλικού περίπου 8-10 εκ. Με τις εγχύσεις αυτές και τις χολαγγειογραφίες που λαμβάνονται ελέγχεται η διαβατότητα του χοληδόχου πόρου από το ήπαρ μέχρι το έντερο στο σημείο που εκβάλλει αυτός στο 12δάκτυλο.

Τα σημεία της τεχνικής από τον πυθμένα προς τον κυστικό πόρο είναι :

1. Γίνεται παρακέντηση της κύστης για βεβαίωση της παρουσίας της σε περιπτώσεις που υπάρχουν κολλές συμφύσεις της κύστης με το επιπλόουν και τον πυλωρό. Γίνεται λαβή του πυθμένα με ελαφρά έλξη προς τα έξω και πάνω.
2. Γίνεται καθαρισμός της χοληδόχου με τολύπια από υπάρχουσες προσφύσεις με το επιπλόουν, τον πυλωρό, τον 12δάκτυλο.
3. Αποκολλάται ο ορογόνος χιτώνας της κύστης από τον πυθμένα της μέχρι τον κυστικό πόρο. Στην φάση αυτή γίνονται κινήσεις που δεν επιτρέπουν την καταστροφή του κυστικού περιτόναιου το οποίο θα καλύψει μετά την τραυματική επιφάνεια.

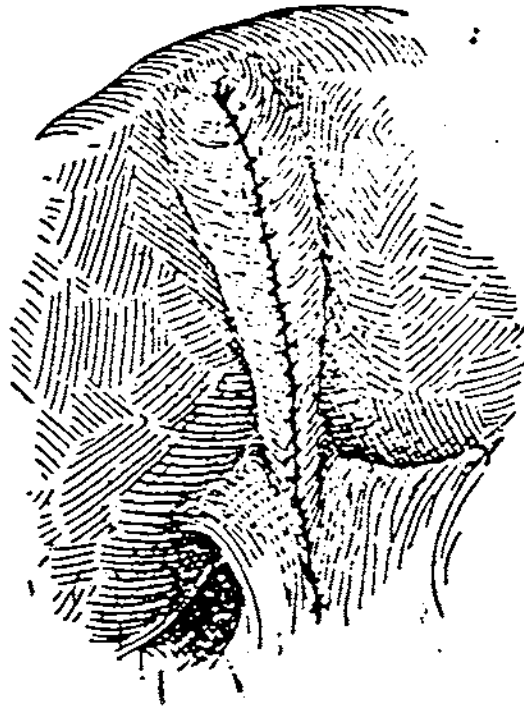
4. Γίνεται καθαρισμός της κύστεως από το ηπατικό παρέγχυμα. Γίνεται έλξη του πυθμένα της κύστης, απομακρύνοντας αυτή από το ηπατικό χείλος του οποίου το περιτόναιο έχει διαχωρισθεί. Με τη βοήθεια της ανατομικής λαβίδος και τολυπίων αποκολλάται η κύστη από το ηπατικό παρέγχυμα. Η αποκόλληση αυτή είναι εύκολη αν δεν υπάρχει ισχυρή φλεγμονή η οποία να έχει καθλώσει την κύστη πάνω στο ήπαρ. Όταν υπάρχουν συμφύσεις, κατά την αποκόλληση προκαλούνται ρήξεις του ηπατικού παρεγχύματος, αιμορραγία και χολορροια. Η αποκόλληση μπορεί να γίνει πιο εύκολα, αν έχει προηγηθεί κένωση της κύστης από το περιεχόμενό της.



Εικ. Τελικό στάδιο χολοκυστεκτομής. Έγχυση αιμορροειδούς ουσίας για διαπίστωση χοληδόχολιθου. Απολυνωμένη η κυστική φαστιρία β ετοιμότητα αφαιρέσει η χοληδόχος κύστη

5. Όταν η αποκόλληση της κύστης προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό (παραπάνω από μισό) διακρίνεται στον αυχένα της χοληδόχου η κυστική αρτηρία η οποία προχωράει στην πρόσθια επιφάνεια της χοληδόχου κύστης. Συνήθως η κυστική αρτηρία φέρεται πίσω από τον κοινό ηπατικό πόρο, αλλά και μπροστά απ' αυτόν, ενώ υπάρχει πιθανότητα σε αναλογία 8 ο/ο η κυστική αρτηρία να είναι διπλή. Αφού γίνει παρασκευή του αγγείου συλλαμβάνεται η αρτηρία όσο το δυνατόν πιο κοντά στην κύστη και απολιώνεται. Βέβαιώνεται αν το αγγείο που απολιθώθηκε είναι η κυστική αρτηρία και όχι ο δεξιός κλάδος της ηπατικής αρτηρίας ή ο κοινός ηπατικός πόρος.
6. Καθαρισμός και παρασκευή του κυστικού πόρου μέχρι την έκφυσή του από τον χοληδόχο πόρο.
7. Απολίπωση του κυστικού πόρου: Γίνεται κοντά στην έκφυσή του με μετάξι. Συχνά δε γίνεται καθαρισμός του πόρου μέχρι την έκφυση του και η απολίπωση δεν γίνεται κοντά στην έκφυσή του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα: (1) Λειτουργικές μετεγχειρητικές διαταραχές γιατί αποτελεί χώρο αντανάκλασης που επηρεάζει το χοληφόρο δέντρο και ιδίως τον σφιγκτήρα του ODDI, (2) Γίνεται λιθίαση του κολοβώματος του κυστικού πόρου με υποτροπή των ενοχλημάτων της χολολιθιάσεως. (3) Αναπτύσσεται φλεγμονή του κολοβώματος του κυστικού πόρου και των γειτονικών οργάνων κύρια του παγκρέατος και του χοληφόρου πόρου.
8. Γίνεται η διεγχειρητική χολαγγειογραφία με την έγχυση του σκιαγραφικού υλικού στο χοληδόχο πόρο. Μετά από αυτή ακολουθεί διερεύνηση των γειτονικών οργάνων.
9. Γίνεται κάλυψη του κυστικού βόθρου του ήπατος με το περιτόναιο της χοληδόχου κύστης. Με λεπτό CAT-GUT κλείνεται το κε-

ριτοναϊκό άνοιγμα του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου και τη συνέχεια ο κυστικός βόθρος από το διατηρημένο περιτόναιο της κύστης.



Εικ. Καλυψη της κοιτης της χοληδοκου ωστεως μετα απο χολοκυστεκτομη.

10. Τοποθέτηση στην περιοχή της εκέμβασης (υπαπατική περιοχή) λεπτού σωλήνα. Εάν ο βόθρος αιμορραγεί σε σπάνιες περιπτώσεις αφού έχει προηγηθεί αιμόσταση κατά την εκέμβαση, της περιοχής του κυστικού βόθρου ο λεπτός σωλήνας συγκεντρώνει τα αποτελέσματα της αιμορραγίας αυτής αλλά και των προϊόντων των χειρουργικών διεργασιών που έγιναν στην εκέμβαση. Η παραμονή του σωλήνα στην περιοχή αυτή γίνεται μέχρι να σταματήσει η παροχέτευση του υπάρχοντος υλικού της εκέμβασης.

11. Ραφή κοιλιακών τοιχωμάτων: Συνήθως χρησιμοποιείται CAT-GUT CHROMIC No 1 για το περιτόναιο και No 3 για τους μυς και τις απονευρώσεις. Στη ραφή του λίπους και του δέρματος χρησιμοποιούνται ράμματα από μετάξι για ασφάλεια, και προφύλαξη από πιθανή εκσπλάχνωση.

ΔΥΣΑΡΘΕΣΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΣΤΗΝ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ :

1. Αιμορραγία διάχυτη κατά την αποκόλληση της χοληδόχου κύστης από το ήπαρ. Η αιμορραγία αυτή αντιμετωπίζεται με την ανεύρεση του κύριου αιμορραγούντος αγγείου και την θρόμβωσή του με ηλεκτροπληξία.
2. Διάνοιξη της χοληδόχου κύστης. Το επεισόδιο είναι άνευ σημασίας αφού αντιμετωπίζεται με αναρρόφηση του κυστικού περιεχομένου, εάν αυτό έχει διαχυθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
3. Τρώση του δωδεκαδακτύλου.
4. Τρώση του δεξιού κλάδου της ηπατικής αρτηρίας κατά την απολίνωση της κυστικής αρτηρίας επειδή θεωρήθηκε ότι είναι η κυστική. Οι συνέπειες της τρώσης αυτής γίνονται εμφανείς μετά από μέρες και είναι καρδιακή ή ηπατική ανεπάρκεια εξαιτίας νεκρώσεως του ήπατος.
5. Τρώση της κυλαίας φλέβας. Η μόνη σωτηρία είναι η αγγειοραφή.
6. Τρώση των κυρίων ηπατικών πόρων. Η απολίνωση, ο τραυματισμός η διαίρεση των πόρων αποτελούν βαριά επιπλοκή που μπορεί να αντιμετωπισθεί αν γίνουν αντιληπτά.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ :

Οι επιπλοκές της χολοκυστεκτομής μπορεί να είναι άμεσες αλλά και αψώτερες:

1. Αιμορραγία : Η αιμορραγία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ρήξης του ήπατος από άγγιστρο, από την κοίτη της κύστης, από διαφυγή της κυστικής αρτηρίας, από την αποκόλληση του επίπλου από την κύστη, από προϋπάρχουσα κίρρωση, εξαιτίας θρόμβωσης της πυλαίας, εξαιτίας προϋπάρχοντος έλκους. Εάν υπάρχει παροχέτευση το αίμα διαβρέχει την επίδεση του χειρουργικού τραύματος. Όταν δεν υπάρχει σχηματίζεται αιμοπεριτόναιο το οποίο εκδηλώνεται είτε με συσπάσεις της κοιλίας, είτε με μετεωρισμό και φαινόμενα εσωτερικής αιμορραγίας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις απαιτείται άμεση επανεπέμβαση εκτός και εάν έχει διαφύγει η κυστική αρτηρία η οποία στη διάρκεια της επέμβασης δεν έδινε αίμα. Στην εκ νέου διάνοιξη βρισκόμαστε μπροστά σε ένα τεράστιο αιμάτωμα, το οποίο καθιστά δύσκολη την ανεύρεση του αιμορραγούντος αγγείου. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αναζητηθεί και εδώ είναι ο κίνδυνος για τραυματισμό της ηπατικής αρτηρίας ή του πόρου.

2. Ινωδόλυση : Αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις αίματος, ✓ χορήγηση ινωδογόνου, όταν αυτό βρίσκεται σε αναλογία 0,1 γρά/ο με χορήγηση ανασταλτικών της ινωδόλυσης π.χ. κορτικοειδή. Η έγκαιρη χορήγηση των φαρμάκων αυτών φέρνει την αντιμετώπιση του προβλήματος.

3. Χολόρροια : (α) Χολόρροια από την κοίτη της κύστης. μικρή ή μεγάλη οπότε χρωματίζονται οι γάζες επιδέσεως, (β) εξαιτίας της λύσης της απολίνωσης του κυστικού πόρου πρώιμα ή αργότερα, εντός 8-10 ημέρες, (γ) Εξαιτίας ανώμαλης επικοινωνίας της κύστης με ενδοηπατικό χολαγγείο (σπάνια και ιδιόμορφη περίπτωση). Το μέγεθος της χολόρροιας και η διάρκεια της ποικίλλουν και εξαρτώνται από την φυσιολογική ή μη κατάσταση του χοληδόχου

πόρου ή του σφιγκτήρα του ODDI. Συνήθως σταματάει μόνη της εντός 1 ή 2 εβδομάδων, εάν ο χοληδόχος πόρος δεν παρουσιάσει κώλυμα εξαιτίας λίθου ή νεοπλάσματος.

4. **Ι κ τ ε ρ ο ς** : Ο άμεσος ίκτερος που οφείλεται (α) Σε κάποιο βαθμός ηπατικής ανεπάρκειας. Στην περίπτωση αυτή ο ίκτερος είναι ελαφρός, παροδικός, διάρκειας λίγων ημερών, (β) Σε φλεγμονή. Είναι εμπύρετος ίκτερος που οφείλεται σε προϋπάρχουσα χολαγγειίτιδα. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αντιβιοτικών και σπάνια απαιτεί διασωλήνωση του χοληδόχου πόρου, (γ) Μηχανικό κύκλωμα. Κάκωση του χοληδόχου πόρου στην επέμβαση. Συνηθέστερα πρόκειται για στένωση του χοληδόχου πόρου από κακή απολίπωση του κυστικού ή σε διαίρεση του πόρου επειδή θεωρήθηκε ως ο κυστικός, σε συγγενή έλλειψη αυτού ή βραχέος κυστικού ο οποίος φέρει λίθο στην έκφυση του. Ο μετεγχειρητικός ίκτερος ανευ φλεγμονής απαιτεί πολλές φορές νέα επέμβαση προς άρση του αίτιου που τον προκάλεσε.

5. **Η π α τ ι κ ή α ν ε π ά ρ κ ε ι α** : Πρόκειται για σπάνια αλλά βαρειά επιπλοκή . Πρόκειται περί τοξικού συνδρόμου όπου το ήπαρ δεν είναι μόνο το πάσχον όργανο. Συμπάσχουν το πάγκρεας οι νεφροί, η καρδιά και το αγγειακό σύστημα.

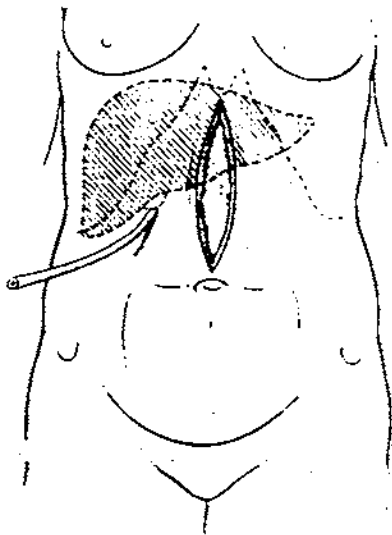
6. **Ο ξ έ ω σ η** : Η αιτία της εξέωσης είναι η παρατεταμένη νηστεία του πάσχοντος που αρχίζει προ της επέμβασης και καρατείνεται πολλές μέρες μετά. Εκδηλώνεται με νυστία, εμέτους, παρεση της κοιλίας και κώμα. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αλκαλικών διαλυμάτων σακχάρου, ινσουλίνης και πλάσματος. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται έλεγχος του σακχάρου του αίματος.

7. **Ο ξ ε ί α δ ι ά τ α σ η** του στομάχου και δωδεκαδακτύλου: Παρατηρείται σε αναλογία 2-10 ο/ο των χολοκυστεκτομών κυρίως στις γυναίκες. Η άμεση ιατρική επέμβαση είναι εκείνη που δι-

νει καλή έκβαση στην επιπλοκή. Διενεργείται καθετηριασμός του στομάχου με χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών και επιπλέον ανορθώνεται το περιφερικόκυκλοφορικό σύστημα.

8. Ο ξύκαρδιαγγειακό COLLAPSUS: Εμφανίζεται συχνά σε ικτερικούς χειρουργημένους ασθενείς. Η κλινική του εικόνα είναι ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, υποθερμία, ψυχρός ιδρώτας. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποδίδονται είτε σε αθροισή χολής στην υπηπατική χώρα όπου γίνεται παροχέτευση χωρίς θετικά αποτελέσματα, είτε γιατί προϋπάρχει μυοκαρδίτιδα.

9. Πνευμονικές επιπλοκές



Εικ. Μέση τομή. Παροχέτευση της υπηπατικής χώρας σε χολοκυστεκτομή

ΑΠΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗΣ :

Η χολοκυστεκτομή δίνει άριστα αποτελέσματα όταν οι ενδείξεις της εγχείρησης ήταν σωστές και η εκτέλεση της επέμβασης ήταν επιβεβλημένη. Η αποτυχία της εγχείρησης συνίσταται στην α-

φαίρεση κύστης χωρίς ενοχλήματα η αιτία των οποιών είναι άλλη.

Γενικά τα μετά χολοκυστεκτομή συμπτώματα οφείλονται:

- α. Στην συνύπαρξη άλλων παθήσεων, όπως γαστροδωδεκαδάκτυλικό έλκος, σκωληκοειδίτιδα, παγκρεατίτιδα, εχινόκοκος ήπατος, όγκος ήπατος, διαφραγματοκοίλη, ηπατίτιδα, κίρρωση, καρκίνος κεφ. παγκρέατος.
- β. Σε τεχνικά λάθη, όπως μακρύ κολόβωμα του κυστικού πόρου, νεοκυστίτιδα, στελέχωση του χοληδόχου πόρου, ύπαρξη λίθων στον ηπατικό πόρο.
- γ. Στη συνεχιζόμενη πάθηση κατά την οποία, παρά την ένδειξη για επέμβαση και παρά την τέλεια εκτέλεση της επέμβασης ο ασθενής δεν θεραπεύεται αλλά παρουσιάζει διαταραχές και ενοχλήματα η αιτία των οποίων είναι :
 - ι. Παραγωγική φλεγμονή του αγγειακού ηπατικού μίσχου,
 - ιι. Μετεγχειρητικές συμφύσεις ,
 - ιιι. Λειτουργικές διαταραχές του σφιγκτήρα του ODDI, όπως: υποτονία, υπερτονία, που οφείλονται στην αντανακλαστική ζώνη του κολοβώματος του κυστικού πόρου,
 - ιιιι. Στη λιθίαση των ενδοηπατικών πόρων.

Β. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ - ΣΩΛΗΝΑΣ ΚΕΗΡ

Ο έλεγχος του χοληδόχου πόρου κατά την διάρκεια μιας χολοκυστεκτομής αποτελεί απαραίτητο εγχειρητικό χειρισμό και διαδικασία.

Αφού παρασκευαστεί καλά η συμβολή του κυστικού και του κοινού ηπατικού αποκαλύπτεται ο χοληδόχος πόρος και ελέγχεται οπτικά το εύρος του το οποίο κυμαίνεται από 8-1,2 χιλιοστά/εκαστοστά

Ακολουθεί στη συνέχεια σχολαστική ψηλάφηση του χοληδόχου πόρου καθ' όλο του το μήκος, καθώς και του κοινού ηπατικού, με σκοπό την ψηλάφηση τυχόν υπάρξεως λίθων μέσα σ' αυτόν.

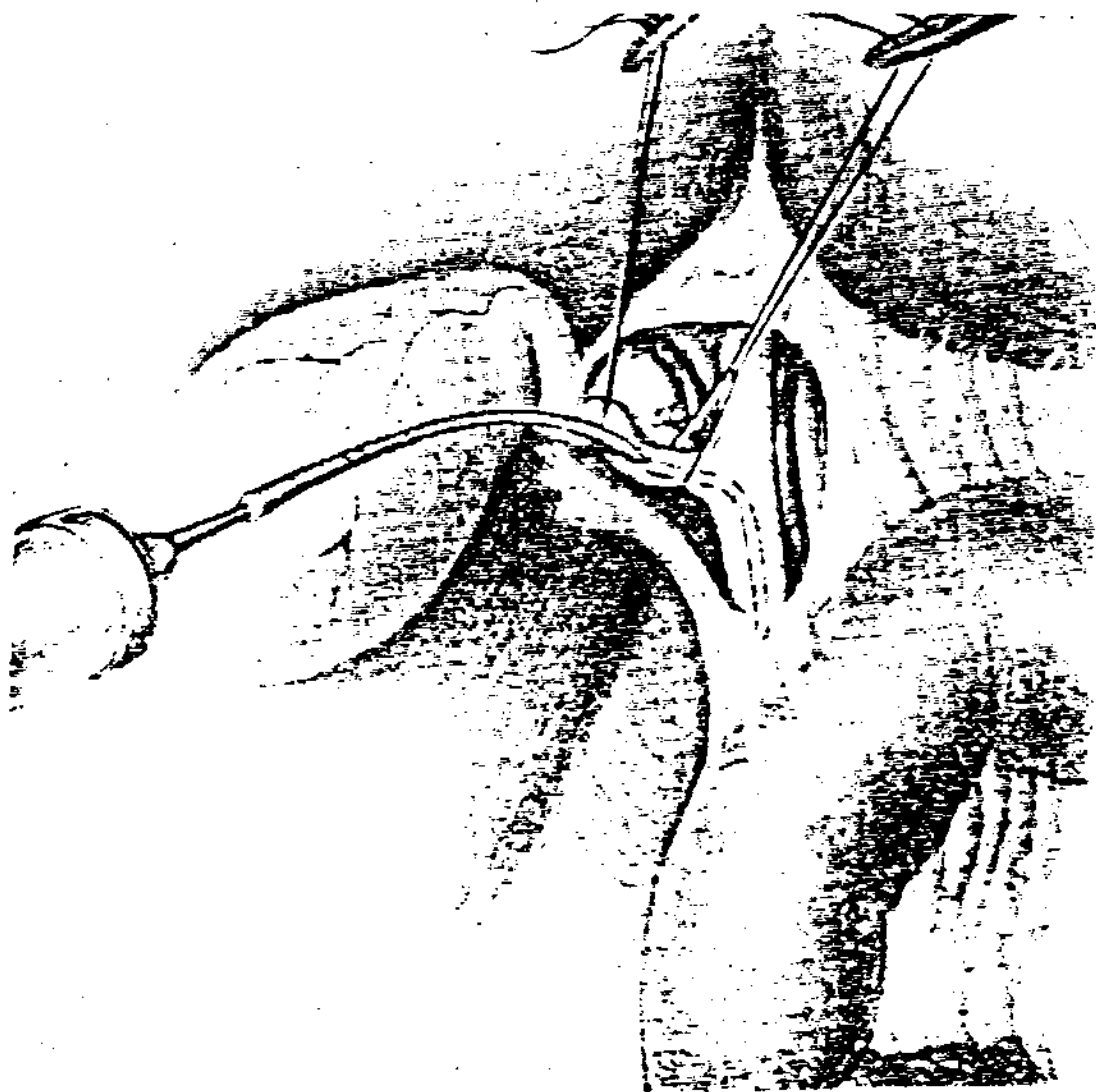
Επί υπάρξεως της σχετικής ενδείξεως προχωρούμε στην ανοικτή διερεύνηση του χοληδόχου πόρου. Στην αρχή περίπου του χοληδόχου πόρου το πρόσθιο τοίχωμα του αμέσως κάτω από την συμβολή κυστικού και κοινού ηπατικού πόρου, τοποθετούνται δύο ράμματα οδηγία και μεταξύ αυτών γίνεται επιμήκης τομή 1 CM. η οποία κατευθύνεται προς τον δωδεκαδάκτυλο. Αφού αναρροφηθεί με προσοχή η χολή που εξέρχεται από την τομή, γίνεται προσπάθεια με την βοήθεια λαβίδας να αφαιρεθούν οι λίθοι που υπάρχουν μέσα σ' αυτόν. Κατόπιν γίνεται έκπλυση του χοληδόχου πόρου με ειδικό καθετήρα, ο οποίος έχει εισαχθεί μέσα σ' αυτόν δια της χοληδοτομής. Η έκπλυση αυτή γίνεται και προς το δωδεκαδάκτυλο και προς τους ηπατικούς πόρους.

Μετά την έκπλυση αυτή εισάγεται μέσα στον χοληδόχο πόρο, από το άνοιγμα ένας καθετήρας FOGARTY ο οποίος κατ' αρχή διεκβάλλεται μέσω του σφιγκτήρα το ODDI προς το δωδεκαδάκτυλο και κατόπιν με φουσκωμένο το "μπαλονάκι" έλκεται προς τα πάνω με σκοπό να συμπαρασύρει τυχόν υπάρχοντες λίθους στο περιφερικό κολόβωμα του χοληδόχου πόρου.

Μετά την αφαίρεση των υπολειματικών λίθων μ' αυτό τον τρόπο γίνεται νέα έκπλυση στο χοληδόχο πόρο.

Κατόπιν τοποθετείται ο Σωλήνας του KEHR μέσα στο χοληδόχο πόρο από το άνοιγμα της χοληδοχοτομής. Γύρω από τον KEHR συγκλείεται σε ένα στρώμα με λεπτές μεμονωμένες ραφές- ή συνεχόμενη ραφή με απορροφήσιμα ράμματα DEXON 4/0 ή 5/0 το πραγματοποιηθέν άνοιγμα του χοληδόχου πόρου. Μετά την τοποθέτηση του KEHR πραγματοποιείται νέα χολαγγειογραφία δι' αυτού με σκοπό την ακτινολογική τεκ-

μηρίωση της αφαιρέσεως όλων των λίθων από τα εξωηπατικά χοληφόρα.
Εδώ πρέπει να γίνει μια αναφορά στον σωλήνα του ΚΕΗΡ.



ΕΙΕ. Διεγχειρητική χολαγγειογραφία

Ο Σωλήνας του ΚΕΗΡ έχει σχήμα T και προορίζεται να τοποθετείται στο χοληδόχο πόρο μετά από διερεύνηση και χοληδοχοτομή. Η τοποθέτησή του αποσκοπεί: (1) στην διενέργεια μετεγχειρητικά δια του ΚΕΗΡ χολαγγειογραφίας για την τυχόν ανακάλυψη υπολειμματικών

λίθων , (2) στην αποσυμπίεση του χοληδόχου πόρου μετεγχειρητικά, οπότε μπορεί, προφανώς από σπασμό ή οίδημα του σφιγκτήρα του ODDI να ανέβη η πίεση μέσα στο χοληδόχο πόρο, οπότε να δοκιμαστεί επικίνδυνα η στεγανότητα της ραφής της χοληδοχοτομίας.

Ο Σωλήνας του KEHR είναι κατασκευασμένος από λάστιχο με προεθγήκη σιλικόνης. Η κατασκευή αυτή προκαλεί την ταχύτερη και έντονώτερη αντίδραση των ιστών, ώστε να σχηματίζεται γρήγορα ένας καλός ιστικός αυλός γύρω από αυτόν στεγανός στα υγρά.

Ο Σωλήνας του KEHR συνιστάται να βγαίνει από την κοιλιά από διαφορετικό αντιστόμιο από την εγχειρητική τομή και την υψηπατική παροχέτευση.

Η τήρηση της αρχής της συντομώτερης εξόδου έχει ιδιαίτερη σημασία για το σχηματισμό του περιιστικού αυλού και της διατήρησης της συνοχής του κατά την αφαίρεση του σωλήνα.

Καλό είναι να μη βγαίνουν ποτέ μαζί από το ίδιο αντιστόμιο η υψηπατική παροχέτευση και ο σωλήνας του KEHR διότι είναι δυνατόν, όταν αφαιρεθεί η παροχέτευση να τραβηχτεί μαζί της και ο σωλήνας του KEHR σε ανεπιθύμητη χρονική στιγμή.

Γ. ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑ :

Σκοπός της χολοκυστοστομίας είναι η παροχέτευση της χοληδόχου κύστεως, και η παροχέτευση των ενδοηπατικών χοληφόρων στην περίπτωση που ο κυστικός πόρος και η εξηπατική χοληφόρος οδός έχουν απρόσκοπτη βατότητα.

Η εκτέλεση της επέμβασης γίνεται ως εξής :

Υπό τοπική αναισθησία γίνεται μια μικρή (μήκος 3-5 CM.) τομή ακριβώς πάνω από την χοληδόχο κύστη, που ψηλαφείται να κλυδάζει, και αποκαλύπτεται αμέσως ο πυθμένας της, ο οποίος απομονώνεται

από την υπόλοιπη κοιλιά και το τραύμα με γάζες. Στη συνέχεια γίνεται μια περίπαση στον πυθμένα της κύστης. Κατόπιν στο κέντρο της περίπασης, παρακεντάται η χοληδόχος κύστη, με ένα TROCAR και αναρροφάται το περιεχόμενό της. Μετά την αναρρόφηση του υδαρούς περιεχομένου της χολ. κύστης, αφαιρείται το TROCAR και από το ίδιο άνοιγμα αφαιρούνται οι λίθοι που υπάρχουν μέσα στην κύστη με την βοήθεια μιας λαβίδας με καρδιόσχημα άκρα. Αφού αφαιρεθούν οι λίθοι τοποθετείται μέσα στη χοληδόχο κύστη ένας σωλήνας για την διαρκή παροχέτευση της. Μετά την τοποθέτηση του σωλήνα μέσα στη χοληδόχο κύστη δένεται η περίσπαση γύρω απ' αυτόν, ο σωλήνας συνίσταται να βγαίνει από την κοιλιά από αντιστόμιο, Το αρχικό χειρουργικό τραύμα ράβεται κατά στρώματα.

Μετά την πραγματοποίηση της χολοκυστοστομίας, ο σωλήνας της συνδέεται απλώς με έναν ουροσυλλέκτη για τη συλλογή του υγρού, του υγρού υλικού που καταλήγει στη χολ. κύστη, χωρίς να χρειάζεται προς τούτο συσκευή αναρροφήσεως. Ο σωλήνας αυτός μένει σε λειτουργία τουλάχιστον 15 ημέρες. Στο διάστημα αυτό διεξάγεται μια χολοκυστογραφία δια του σωλήνα για έλεγχο της τοπικής καταστάσεως. Η διατήρηση σε λειτουργία του σωλήνα της χολοκυστοστομίας θα εξαρτηθεί από το είδος και την ποσότητα της παροχής του. Όταν "δίνει" πύον τον αφήνουμε να παροχετεύει όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται για να καθαρίσει τελείως η κύστη, όταν όμως παροχετεύει χολή τα πράγματα είναι διαφορετικά. Στην δεύτερη αυτή περίπτωση έχουμε ένα εγκατεστημένο εξωτερικό χοληφόρο συρίγγιο και εφόσον διατηρείται δυνατότητα διαβάσεως της χολής δια κανονικής οδού, προς το έντερο αρχίζει η προοδευτική σύγκληση του σωλήνα.

Η αφαίρεση του σωλήνα γίνεται με διατομή του τραύματος που τον συγκρατεί στο εξωτερικό κοιλιακό τοίχωμα και απλή έλξη του

σωλήνα προς τα έξω.

Η χολοκυστοστομία και η αφαίρεση λίθων από το άνοιγμα της χοληδόχου κύστεως δεν συνεπάγεται ίαση της/του ασθενούς από την νόσο. Μετά την αφαίρεση του σωλήνα χολοκυστοστομίας εγκαταλείπεται μέσα στην κοιλιά μια παθολογική χοληδόχος κύστη ευαίσθητη σε φλεγμονές και σε σχηματισμό νέων λίθων.

Στο 50 ο/ο των ασθενών που υποβάλλονται σε αφαίρεση λίθων από τη χοληδόχο κύστη με χολοκυστοστομία επανασχηματίζονται χολολίθοι μέσα σ'ένα χρονικό διάστημα 2 ετών.

Η εκτέλεση χολοκυστεκτομής μετά από χολοκυστοστομία συνιστάται να γίνεται ανάλογα με την κάθε περίπτωση και όπως κρίνει ο χειρουργός.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όπως σε κάθε ασθενή ο οποίος πρόκειται να υποβληθεί σε οποιαδήποτε επέμβαση, η Νοσηλευτική προσφέρει τα πάντα στο τομέα της έτσι και τώρα στο χολολιθιασικό χειρουργούμενο έχει την δυνατότητα να προσφέρει πολλά. Την δυνατότητα αυτή την προσφέρουν οι Επιστημονικές γνώσεις, η άριστη τεχνική που απαιτείται, αλλά και η διάθεση των Νοσηλευτών-τριών που βλέπουν τον άρρωστο σαν κάτι το οικείο, κάτι το δικό τους, και όχι κάτι που επιβάλλεται.

Οι όποιες ενέργειες γίνονται, έρχονται να συμπληρώσουν τις ιατρικές πράξεις οι οποίες στηρίζονται στην χειρουργική εξέλιξη.

Η χειρουργική παρουσίασε αλματώδη πρόοδο τις τελευταίες δεκαετίες. Οι παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτήν είναι πολλοί:

1. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων.
2. Αναγνωρίσθηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρικής οξεο-βασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου.
3. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.
4. Προόδευσε η αναισθησιολογία.
5. Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις.
6. Συμπληρώθηκε η χειρουργική και με άλλες θεραπείες, όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.
7. Βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου με διάφορα τεχνητά μέλη του σώματος.
8. Άλλαξε το πρίσμα μέσα από το οποίο η υγειονομική ομάδα βλέπει το χειρουργημένο άρρωστο.

Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του χειρουργημένου αρρώστου επικεντρώνεται σήμερα στην πλήρη αποκατάστασή του και την επιστροφή του στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον.

Στο πλαίσιο αυτό της ανάπτυξης και προόδου της χειρουργικής εντάσσεται και η όσο το δυνατόν καλύτερη και ανώτερη Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με χολολιθίαση ως αποτέλεσμα χρόνιας και οξείας χολοκυστίτιδας. Η παρουσία κάθε ασθενούς, ο οποίος θα υποβληθεί σε θεραπεία χειρουργική για αντιμετώπιση των χολολίθων, συνοδεύεται από άμεση Νοσηλευτική εγρήγορση. Σκοπός η αποτελεσματικότερη, η πιο σίγουρη και σύντομη παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η απόδοσή του στο κοινωνικό σύνολο ως ένα υγιές μέλος του.

Η βάση στη σωστή αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου είναι η προσεκτική προεγχειρητική κατάστασή του. Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του νοσηλευτή. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία για την επέμβαση κατά την προεγχειρητική περίοδο συμβάλλει στην έναρξη STRESS. Ο Νοσηλευτής με τον ειδικό μοναδικό του τρόπο έχει την ευκαιρία να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιτυγχάνει την ανάρρωσή του.

Βασικοί παράμετροι σε αυτό αποτελούν:

- η ψυχολογική προετοιμασία
- η φυσική προετοιμασία
- οι ειδικές εξετάσεις

- η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου
- η άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

Στην ψυχολογική προετοιμασία η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία προβλήματα του.

Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από κάθε ενέργεια είτε ιατρική είτε Νοσηλευτική ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των Νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιολογία και αυτοκεποίθηση.

Η προθυμία του Νοσηλευτή να ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο Νοσηλευτικό προσωπικό από ότι στους συγγενείς τους.

Στην φυσική προετοιμασία η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την κλημελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Οι ειδικές εξετάσεις οι οποίες γίνονται σε περιπτώσεις εγχειρήσεως για αντιμετώπιση χολολιθίασης είναι :

- α. Χολοκυστογραφία PEROS
- β. Χολοκυστογραφία IV όχι πάντοτε.
- γ. Διαδερμική χολλαγγειογραφία
- δ. Υπερηχογράφημα
- ε. Ενδοσκοπική καλινδρόμη χολλαγγειοπαγκρεατογραφία με την οποία είναι δυνατόν να φανεί απόφραξη στο φύμα του VATER και στον χοληδόχο πόρο.

στ. Εργαστηριακά :

1. Λευκά αιμοσφαίρια
2. Χολερυθρίνη όρου
- ε. Αλκαλική φωσφατάση
4. Γλουταμινική οξαλική τρανσαμινάση SCOT/γαλακτική δενδρογενάση LDH.
5. Χολερυθρίνη ούρων.
6. Ουροχολινογόνο κοπράνων

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΟΚΙΜΑΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πριν ο κάθε ασθενής υποβληθεί σε δοκιμαστικές εξετάσεις της χοληδόχου κύστης το Νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποχρέωση να υποδείξει στον άρρωστο τι πρέπει να κάνει. Οι οδηγίες αυτές είναι:

Την προηγούμενη μέρα της εξέτασης γύρω στην μια ώρα μετά το δείπνο και 10 ώρες πριν της ακτινογραφίας ο ασθενής παίρνει από το στόμα 6 δισκία του ακτινοσκοπιού υλικού. Τα δισκία αυτά πέρνονται σε μεσοδιαστήματα 2 έως 5 λεπτά.

Ο άρρωστος από εκεί και πέρα αποφεύγει την λήψη οποιασδήποτε τροφής , εκτός από νερό, μέχρι την ώρα του ύπνου.

Από εκεί και πέρα μέχρι την ακτινολογική εξέταση δεν επιτρέπεται η λήψη καμμιός τροφής ή νερού από τον άρρωστο. Αν κατά την στιγμή αυτή ο άρρωστος εμφανίσει ναυτία στην χρωστική που έχει πάρει διακόπτεται η προετοιμασία της εξέτασης και αναβάλλεται αυτή.

Δεν κρίνεται σκόπιμο να χορηγηθούν καθαρτικά κατά την διάρκεια της προετοιμασίας.

Το πρωί της εξέτασης διενεργείται υποκλισμός του εντέρου με

φυσιολογικό όρο και ο άρρωστος οδηγείται στο χώρο όπου θα γίνει η εξέταση (χολοκυστογραφία ή χολαγγειογραφία).

Αν χολοκυστογραφία είναι ενδοφλέβια τότε ακολουθείται η ίδια διαδικασία. Βέβαια ο άρρωστος δεν παίρνει χρωστική το βράδυ. Το ιωδιούχο σκένυασμα χορηγείται ενδοφλέβιο 10 λεπτά προ του ελέγχου. Κατά το διάστημα μεταξύ της λήψης του ιωδιούχου σκευάσματος μέχρι του ακτινολογικού ελέγχου ο άρρωστος παραμένει νηστεκός γιατί με την τροφή ερεθίζεται και συσπάται η χοληδόχος κύστη με αποτέλεσμα την κένωση της από το ακτινοσκοπικό περιεχόμενό της.

Στην συνέχεια γίνεται η ακτινογράφιση στο δεξιό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο. Αν η χοληδόχος κύστη είναι γεμάτη και η χρωστική ή το ιωδιούχο σκευάσμα έχει συμπυκνωθεί σ' αυτή τότε η χοληδόχος κύστη φυσιολογικά φαίνεται σαν απιδοειδή σκίαση μεγέθους 5-8 CM. κάτω από το δεξιό πλευρικό τόξο. Αν υπάρχουν χολολίθοι διακρίνονται διαυγασίες μέσα στη σκιά. Στην συνέχεια για έλεγχο της συσταλτικότητας της χοληδόχου κύστης χορηγείται στον ασθενή ένα λιπαρό γεύμα, κρέμα, βούτυρο ή δυο αυγά και επαναλαμβάνεται η χολοκυστογραφία κατά διαστήματα μέχρι να κενωθεί η χοληδόχος κύστη και να γίνει άδρατη.

Ο άρρωστος οδηγούμενος και πάλι στην κλινική επιτρέπεται να πάρει από το στόμα ότι επιθυμεί εκτός βέβαια τροφών που είναι πλούσιες σε λίπος.

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν την γενική αναισθησία. Σε ιστορικό αιμορραγίας και θρομβώσεως ελέγχεται η πυκνότητα του αίματος-ψευδοχολινεστεράση.

Σε πολλά νοσοκομεία η ακτινογραφία θώρακα και ΗΚΓ είναι τυπικές εξετάσεις.

Ελέγχεται η ομάδα αίματος του αρρώστου, γίνεται διασταύρωση

και εξασφαλίζεται η παρουσία μιας ποσότητας αίματος στην τράπεζα αίματος για την επέμβαση.

Η προετοιμασία του προεγχειρητικού πεδίου. Σκοπός της προετοιμασίας είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης της συνεχείας του δέρματος. Το χειρουργικό πεδίο στην συγκεκριμένη περίπτωση περιλαμβάνει την δεξιά πλευρά της άνω μοίρας της κοιλίας και μια ευρεία περιφέρεια γύρω από αυτή. Η προετοιμασία γίνεται με αντισηπτικό καθαρισμό και ξύρισμα του χώρου που προαναφέρθηκε.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία:

Το βράδυ της προηγούμενης της ημέρας της επέμβασης επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με ή όχι χορήγηση κατευναστικού. Αν η εγχείρηση γίνεται το πρωί της επομένης το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν την επέμβαση. Μέχρι τη μεταφορά στο χειρουργείο διεξάγονται από Νοσηλεύτη οι παρακάτω ενέργειες:

1. Ντύνει τον άρρωστο με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου.
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη
3. Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. χορηγεί προνάρκωση πριν την εγχείρηση περίπου μισή ώρα ή αμέσως μετά από εντολή αναισθησιολόγου, Τα φάρμακα εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο. Συνήθως χρησιμοποιούνται οπιούχα, παράγωγα μελλαντόνας-βαρβιτουρικά.
6. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέ-

ως. Επίσης αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μέτρά την αρτηρ. πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί προ και μετά την προνάρκωση.

7. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και παραμένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ :

Αμέσως μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρεται στο χώρο ανάνηψης. Ο χώρος αυτός αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένους Νοσηλευτές και άλλο βοηθητικό προσωπικό. Η χρησιμοποίηση του έχει πρακτικά εξαφανίσει τους άμεσους κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι ασθενείς βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Ο αρρώστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει δηλ. Αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα του Νοσηλευτικού προσωπικού μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι :

- α. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο κλάϊ.
- β. Λήψη αμέσως και σε συχνά χρονικά διαστήματα των ζωτικών σημείων κατόπιν.

- γ. Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- δ. Εκτέλεση των οδηγιών μιας φορές
- ε. Παρακολούθηση του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας
- στ. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
- ζ. Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Εξ αιτίας μετεγχειρητικού STRESS ο όγκος των ούρων, ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο είναι μικρό. Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες τα ούρα του 24ώρου είναι μόνο 600-700 MIL και με υψηλό ειδικό βάρος.

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ :

Ο χρόνος παραμονής του αρρώστου στο χώρο ανάνηψης εξαρτάται από την αντίδραση του ίδιου του αρρώστου στην αναισθησία, το δείκτη επικοινωνίας που έχει, τις ανάγκες οι οποίες παρουσιάζονται. Αν οι παράμετροι οι οποίοι αξιολογούνται για την παραμονή του αρρώστου στην ανάνηψη σταθεροποιηθούν, ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο στη χειρουργική κλινική. Κατά το χρονικό διάστημα της μεταφοράς ελέγχονται οι σωλήνες παροχέτευσης αν παροχετεύουν, παρατηρούνται τα χαρακτηριστικά του αρρώστου και ανά πάσα στιγμή είναι έτοιμη η χορήγηση O_2 για την αντιμετώπιση δυσαρέστων συμβαμάτων.

Αν ο άρρωστος μεταφερθεί χωρίς κανένα πρόοπτο τότε τοποθετείται στο θάλαμο του, ενημερώνεται το διάγραμμά του για την επέμβαση που έγινε, σημειώνονται στα επί μέρους διαγράμματα οι ποσότητες των παροχετεύσεων, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία και παραλαμβάνεται από το Νοσηλευτικό προσωπικό της Κλινικής για την μετεγχειρητική πληρέστερη και σαφέστερη αντιμετώπισή του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ α ΞΙΚΟΣΙΤΕΤΡΩΡΟΥ :

Η παραλαβή του χειρουργημένου ασθενούς και η τοποθέτηση του στο θάλαμο είναι η πρώτη νοσηλευτική δραστηριότητα. Ταυτόχρονα με αυτή επιτελούνται και άλλες. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές είναι κύρια αναπνευστικές επιπλοκές, όπως η Αναπνευστική οξέωση. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στο σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικός. Μπορεί να προλάβει την εμφάνιση της αν ενθαρρύνει τον άρρωστο να βήχει και να αναπνέει σε κανονικά χρονικά διαστήματα, όπως και να παίρνει βαθιές αναπνοές. Επίσης η συχνή αλλαγή θέσης στον χειρουργημένο βοηθάει πρώτα στην ανακούφιση του ασθενή και δεύτερον στην πρόληψη πνευμονίας ατελεκτασίας και επομένως της πνευμονικής οξέωσης.

Η θέση του αρρώστου στο κρεβάτι είναι η χαμηλή θέση FOWLER . Είναι η πιο συνηθισμένη θέση στην οποία τοποθετούνται οι χειρουργημένοι, αλλά και η θέση στην οποία δεν μπορεί να διατηρηθεί ο άρρωστος. Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60° με 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Στην θέση αυτή συνήθως ο άρρωστος παραπονείται για ζάλη. Εάν συμβεί κάτι τέτοιο τοποθετείται σε θέση ύπτια και μετά από ένα διάστημα 2 ωρών τοποθετείται και πάλι σε θέση FOWLER. Για να διατηρηθεί στη θέση αυτή ο άρρωστος κάτω από τα πέλματα τοποθετούνται υποστηρίγματα.

Μπορεί εξάλλου ο άρρωστος να τοποθετηθεί και σε θέση ημι-FOWLER . Το κεφάλι ανυψώνεται 30-32 CM, και τα γόνατα κάμπτονται.

Με την τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι ελέγχονται οι παροχετεύσεις που μπορεί να έχει. Οι παροχετεύσεις αυτές είναι :
α. Ρινογαστρικός σωλήνας ή σωλήνας LEVIN. Η τοποθέτηση του είναι

τις περισσότερες φορές αιτία διαμάχης των χειρουργών. Οι περισσότεροι πάντως τοποθετούν LEVIN για να κενωθεί ο στομάχος από βλέννες και σίελο.

Β.) Παροχέτευση του σωλήνα που έχει τοποθετηθεί υπηπατικά.

Η ύπαρξη του σωλήνα αυτού κρίνεται απαραίτητη από το χειρουργό αν στην διάρκεια της χολοκυστεκτομής διαπιστώσει φλεγμονή ή εμπύημα. Στις απλές χολοκυστεκτομές συνήθως ο σωλήνας αυτός δεν υπάρχει. Πάντως η μη παρουσία της παροχέτευσης αυτής μπορεί να τεθεί σε σοβαρή βάση, διότι είναι δυνατόν πολλές φορές να υπάρχουν επικουρικοί χοληφόροι οδοί, που συνδέουν την χοληδόχο με το ήπαρ και να έχουν διανοιχθεί κατά την επέμβαση με αποτέλεσμα μια μετεγχειρητική χολόρροια η οποία θα ήταν καλό να παροχετεύεται προς τα έξω. Αυτό βέβαια εξαρτάται κατά πρώτο λόγο από τον χειρουργό ο οποίος μπορεί να αποφασίσει την τοποθέτηση του ή όχι. Αφού πάντως είναι τοποθετημένος, ο Νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να ελέγξει την τυχόν χολόρροια όσο και την έξοδο των αχρήστων αποτελεσμάτων της επέμβασης, όπως: αιματώδη πήγματα, λίπη, μύς κ.λ.π. από την παροχέτευση αυτή. Αν κατά την διάρκεια του α' 24ώρου ο σωλήνας δεν παροχετεύει άχρηστα υπολλείματα της επέμβασης και χολή, έτσι συμβαίνει τις πιο πολλές φορές, αφαιρείται.

γ. Σωλήνας του KEHR ή σωλήνας T: Παροχετεύει χολή σχεδόν αμέσως μετά την εγχείρηση. Η χροιά του παροχετεύοντος υλικού δεν είναι καθαρή κίτρινη αλλά μπορεί η χρώση του να είναι πυώδης κ.λ.π. Η Νοσηλευτική παρατήρηση σ' αυτό το σημείο έχει σα σκοπό. Να παρατηρεί τη χροιά του παροχετεύοντος υλικού και την ποσότητά του. Εξάλλου η παρατήρηση των γαζών του χειρουργικού τραύματος μας δίνει πληροφορίες για το αν διαφεύγει κάποια ποσότητα χολής. Εάν έχουν βρεχτεί οι γάζες προβαίνουμε σε αλλαγή των γαζών του

τραύματος κάτω από άσηπτες συνθήκες. Εάν δεν υπάρχει διαφυγή, το τραύμα παραμένει καθαρό. Η ποσότητα της χολής που παροχετεύεται το πρώτο 24ωρο ανέρχεται στα 500 κ.εκ. Την πρώτη ημέρα συνιστάται η πλούσια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, η παρατήρηση του χειρουργικού τραύματος για τυχόν διαφυγή και η παρατήρηση της παροχέτευσης για το αν παροχετεύει. Εάν η ποσότητα που παροχετεύεται παρουσιάζει αύξηση της χολής στα 1000 κ.εκ. αυτό σημαίνει ότι έχει αποφραχτεί το άκρο του σωλήνα KEHR προς το δωδεκαδάκτυλο. Εάν η ποσότητα της χολής που παροχετεύεται την πρώτη ημέρα είναι σημαντικά ελαττωμένη τότε αυτό αποτελεί ένδειξη ηπατικών αλλοιώσεων.

Εάν κατά την παρατήρηση της παροχέτευσης διαπιστωθεί ότι ο σωλήνας δεν παροχετεύει χολή τότε γίνεται αναρρόφηση και πλύση με φυσιολογικό ορό του σωλήνα ώσπου να αποκατασταθεί η λειτουργία του.

δ. Καθετήρα ουροδόχου κύστεως. Οι πιο πολλοί χειρουργημένοι έχουν καθετήρα ουροδόχου κύστεως έτσι ώστε τις δύσκολες πρώτες μετεγχειρητικές ώρες να αποφευχθούν δυσάρεστα συμβάματα για τον ίδιο τον άρρωστο, όπως η διαφυγή των ούρων, αλλά και γιατί μπορεί να γίνει μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Μετά τον έλεγχο των παροχέτεύσεων γίνεται μέτρηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου. Η μέτρηση της θερμοκρασίας, της αρτηριακής ή φλεβικής πίεσης, των σφυγμών και των αναπνοών βοηθά στο πρώτο 24ωρο στην πρόληψη και αποφυγή εμφάνισης καπλού SHOCK ή κάποιας αιμορραγίας. Η τακτή μέτρησή τους και η γνώση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την εμφάνιση των καταστάσεων που αναφέρθηκαν είναι εκείνο που σώζει τον άρρωστο. Η παρατήρηση του αρρώστου είναι μια σημαντική παράμετρος των Νοσηλευτικών ενεργειών.

Εάν διαπιστώσει ότι ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος, το δέρμα του είναι κρύο και ωχροό, ο σφυγμός συχνός και ταχύς, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές συχνές και βαθιές, τα χείλη και οι επιφυκότες είναι ωχρού, έχει καθήκον σαν υπεύθυνος λειτουργός υγείας να κάνει κάθε τι το οποίο θα είναι υπέρ της υγείας του ανθρώπου, της καλής μετεγχειρητικής εξέλιξης της υγείας του.

Αφού εκτιμηθεί από την υγειονομική μονάδα η κατάσταση του αρρώστου πρέπει να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής όπως : Άνοξία ιστών, Απαρρύθμιση κυκλοφορίας. Διαταραχές ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας, διαταραχή θερμικής ισορροπίας, συγκινησιακές διαταραχές, με φροντίδα που σκοπός της θα είναι, η αποκατάσταση της ιστικής άρδευσης, η επαρκής οξυγόνωση των ιστών, η αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας, η αποκατάσταση της ενεργειακής ισορροπίας, η συγκινησιακή υποστήριξη.

Η σίτιση του χειρουργημένου είναι ένα άλλο σημαντικό τμήμα των Νοσηλευτικών διαδικασιών του α'24ώρου.

Εάν ο ασθενής έχει σωλήνα LBVIN τότε δεν τον εγκαταλείπει ένα αίσθημα ναυτίας. Από το στόμα δεν επιτρέπεται να πάρει τίποτε. Ο άρρωστος σιτίζεται ενδοφλέβια με τη λήψη υγρών. Τα υγρά που λαμβάνει ο άρρωστος είναι πλούσια σε Να και η ποσότητά τους το πρώτο 24ωρο είναι γύρω στα 3 λίτρα. Βασική προϋπόθεση σ' αυτό είναι ο ασθενής να μην έχει παθολογικές απώλειες γιατί τότε τα διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που πρέπει να πάρει είναι πολύ περισσότερα. Για να φεύγει το αίσθημα της δίψας επιτρέπεται το βρέξιμο των χείλων του αρρώστου με σπάτουλα με βαμβάκι εμποτισμένο σε νερό.

Η έγερση του αρρώστου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της επα-

νόδου του στην φυσιολογική δραστηριότητα. Λόγω της θέσεως της τομής στον ασθενή προκαλείται υποσυνείδητα η τάση ακινητοποίησης του χειρουργικού πεδίου και έτσι αρνούνται να σηκωθούν από το κρεβάτι τους. Στο σημείο αυτό χρειάζεται η Νοσηλευτική υποστήριξη έτσι ώστε ο άρρωστος να δεχθεί να σηκωθεί από το κρεβάτι. Η προειδοποίηση, η ενημέρωση και όχι ο εκφοβισμός για τα αποτελέσματα της μη έγκαιρης έγερσης ωθεί τον χειρουργημένο στην κινητοποίηση.

Οι λόγοι που επιβάλλουν την έγερση είναι :

- α. Η πρόληψη πνευμονικών-αγγειακών επιπλοκών. Ανά πάσα στιγμή παραμονεύει ο κίνδυνος της θρόμβωσης αγγείων των κάτω άκρων και η εμφάνιση επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.
- β. Η επιτάχυνση εκούλωσης του τραύματος.
- γ. Η μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- δ. Η συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη δίαιτα. Όσο νωρίτερα άρχισε η κινητοποίηση του αρρώστου, τόσο πιο νωρίς αρχίζει η ενεργαποίηση του εντέρου και έτσι ο άρρωστος είναι πλέον έτοιμος να αρχίσει διατροφή από το στόμα.
- ε. Συντόμευση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο Νοσοκομείο.

Κατά την έγερση του αρρώστου χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Πρώτα ο χειρουργημένος τοποθετείται σε ανάρροπη θέση ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη. Κατόπιν τοποθετείται στην καθιστή θέση με τα πόδια κρεμασμένα. Οι κινήσεις αυτές είναι επικίνδυνες για τον χειρουργημένο και μόνο με την άμεση συμβολή και υποστήριξη Νοσηλευτή μπορούν να εκτελεσθούν από τον άρρωστο. Στο τέλος ο άρρωστος σηκώνεται υποβασταζόμενος. Ο χρόνος ο οποίος απαιτείται και επιβάλλεται να βηματίσει ο άρρωστος εξαρτάται από την γενική κατάσταση του και την ηλικία του.

Εάν ο χειρουργημένος είναι υπερήλικας και δεν είναι δυνατή η έγερση μέσα στο πρώτο 24ωρο ή ο άρρωστος εμμένει λόγω φόβου, να σηκωθεί από το κρεβάτι τότε κρίνεται σκόπιμο να εκτελεσθούν διάφορες ασκήσεις από τον χειρουργημένο με την άμεση εποπτεία Νοσηλευτή και Φυσικοθεραπευτή. Οι ασκήσεις αυτές βέβαια δεν αναπληρούν την έγερση αλλά προσφέρουν μια σημαντική βοήθεια στον άρρωστο.

Οι ασκήσεις που ενδείκνυνται είναι :

- α. Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων.
- β. Ασκήσεις βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ'ώμον άρθρωση.
- γ. Ασκήσεις άκρων χεριών
- δ. Ασκήσεις άκρων ποδιών
- ε. Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για έγερση από το κρεβάτι.
- στ. Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών.

Επειδή κύρια είναι απαραίτητος ο πνευμονικός αερισμός για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών, αλλά και εξαιτίας της θέσεως του χειρουργικού τραύματος μπορεί να χορηγηθούν αναλγητικά και να ενθαρύνεται ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και να κινείται έστω και πάνω στο κρεβάτι όσο μπορεί.

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ω Ν

Σ' αυτό το κρίσιμο εικοσιτετράωρο για την όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και σίγουρη εξέλιξη της υγείας του χειρουργημένου πρέπει να αντιμετωπισθούν όλες οι ανάγκες οι οποίες θα παρουσιασθούν και να λυθούν όλα τα προβλήματα τα οποία θα δημιουργηθούν.

Η εκτέλεση της νοσηλείας του χειρουργημένου βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Ο άρρωστος πρέπει να καλυφθεί με αντιβίωση για την προληπτική αντιμετώπιση μολύνσεων από μικρόβια του περιβάλλοντος είτε του χειρουργείου π.χ. ψευδομονάδα ή του χώρου της κλινικής.

Η παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος έρχεται να συμπληρώσει την εκτέλεση της νοσηλείας του χειρουργημένου. Το χειρουργικό τραύμα σχεδόν πάντοτε είναι καλυμένο με αποστειρωμένο υλικό με σκοπό:

- α. Την απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα.
- β. Την ακινητοποίηση της περιοχής του τραύματος.
- γ. Την προστασία του τραύματος από μηχανική κάκωση.
- δ. Την αιμόσταση.
- ε. Την προφύλαξη από μόλυνση
- στ. Την άνεση του αρρώστου και ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας.

Άλλοτε πάλι μετά το αρχικό δέσιμο στο χειρουργείο αφαιρείται το επιδεσμικό υλικό και μένει το τραύμα ανοιχτό. Η τεχνική αυτή έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- α. Παρεμπόδιση δημιουργίας θερμότητας, υγρασίας, σκοταδιού, που είναι παράγοντες απαραίτητοι για την ανάπτυξη μικροβίων.
- β. Εύκολη παρακολούθηση του τραύματος.
- γ. Απλοποίηση της μετεγχειρητικής φροντίδας.

- δ. Αποφυγή δερματικών αντιδράσεων από το επιδεσμικό υλικό.
- ε. Διευκόλυνση δραστηριοτήτων του αρρώστου.
- στ. Οικονομία.

Η παρακολούθηση του τραύματος έχει σαν σκοπό να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές από το τραύμα, όπως :

- α. Αιμάτωμα : Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο, μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την εκούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα.
- β. Ρήξη ραμμάτων : Εκσπλάχνωση. Οφείλεται η εκσπλάχνωση στη ρήξη των ραμμάτων- στο βήχα-στην κοιλιακή διάταση και είναι μεγάλο πρόβλημα και για τον άρρωστο και για την Υγειονομική μονάδα. Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά με έξοδο των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο που συνήθως συνδέζεται με εμετό. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να βγούν από το τραύμα, ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού που θα βρεθεί μπροστά σε μια τέτοια κατάσταση είναι κύριος. Πρέπει να σκεπάσει με αποστειρωμένο τετράγωνο ότι έχει εμφανιστεί, να ειδοποιήσει τον γιατρό αμέσως και να συμπαρασταθεί στο χειρουργημένο με κάθε τρόπο και μέσο.

Ο άρρωστος εισέρχεται και πάλι στο χειρουργείο και υπόκειται σε μια νέα δοκιμασία υπό γενική αναισθησία για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Για την πρόληψη της ρήξης χρησιμο-

ποιείται ειδικός επίδεσμος.

Η εκσπλάχνωση είναι συχνότερη σε ηλικιωμένους αρρώστους, καχεκτικούς, παχύσαρκους που μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν βήχα, εμέτους και είναι ασυμβίβαστοι με την θέση στην οποία βρίσκονται.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος το πρώτο μετεγχειρητικό εικοσιτετράωρο είναι :

1/ Ο κόνος : Είναι χαρακτηριστικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο

άρρωστος το πρώτο 24ωρο . Ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, το περιτόναιο, τα σπλάχνα. Οφείλεται στο τραύμα (τομή απαγωγή συρραφή ιστών). Ο ισχυρότερος κόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-13 ώρες.

Όταν ο άρρωστος πονά ο Νοσηλευτής οφείλει:

- α. Να εντοπίζει τον κόνο.
- β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ. Να διαπιστώνει την έκτασή του.
- δ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις αναφέρει στο γιατρό.

Το αίσθημα του κόνου όπως εμφανίζεται στον χειρουργημένο με χολοκυστεκτομή επιδεινώνεται με κάθε αναπνευστική κίνηση. Επίσης ο κόνος το πρώτο 24ωρο μπορεί να οφείλεται στην υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον κόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του κόνου δεν χορηγούνται ελεύθερα. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Χορηγούνται κατόπιν εντολής του γιατρού ισχυρά αναλγητικά, λ.χ. MORPHINE, PETHIDINE, ALGAFAN , ROMIDON για την άμεση καταστολή του.

Αν και ο κόνος των πρώτων 24ώρων οφείλεται στην εγχείρηση, ο Νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διακρίσιση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον κόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι σωλήνες παροχέτευσης, σφίκτες επιδέσεις. Τα πιο βαριά ναρκωτικά πρέπει μέσα στο 24ωρο να αντικαθίστανται με ελαφρότερης δράσης.

2/ Ο έμετος. Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται:

- α. Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.
- β. Στον έμετο που διαρκεί το πρώτο 24ωρο.
- γ. Στον έμετο που συνεχίζεται.

Ο έμετος ο οποίος εμφανίζεται καθώς παρέρχεται η δράση του αναισθητικού εκδηλώνεται η διάρκειά της 2-8 πρώτες ώρες μετά την εκέμβαση. Στη φάση αυτή το στομάχι αδειάζει από βλέννη και σίελο. Αντιμετωπίζεται με πλύση του στόματος με διάλυμα σόδας. Αυτά όταν δεν έχει τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας στον άρρωστο στο χειρουργείο.

Ο έμετος που διαρκεί το πρώτο 24ωρο οφείλεται στα παρακάτω αίτια :

- α. Παρενέργειες από την αναισθησία.

- β. Βυαισθησία σε φάρμακα οπότε και παρουσιάζεται μετά τη χορήγησή τους π.χ. μορφίνη.
- γ. Παράλυση της εντερικής λειτουργίας εξαιτίας βλάβης των κοιλιακών οργάνων στην διάρκεια της εκέμβασης.

Και για τους τρεις παράγοντες η μόνη λύση είναι η εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα και εδώ είναι η διαμάχη των χειρουργών για το αν θα εφαρμόσουν σωλήνα LEVIN την ώρα της επέμβασης ή τώρα και να υποβληθεί ο άρρωστος σε νέα δοκιμασία, τη δεύτερη σε μικρό χρονικό διάστημα.

Ο έμετος που συνεχίζεται θα αναφερθεί παρακάτω.

3/ Διάταση Κύστης: Εάν δεν έχει τοποθετηθεί καθετήρας στο χειρουργείο, τότε τις περισσότερες φορές, μέσα στο πρώτο 24ωρο είμαστε υποχρεωμένοι εξαιτίας της κατακράτησης των ούρων να προβούμε σε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης του χειρουργημένου. Η κατακράτηση των ούρων οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα της κύστης.

4/ Ανησυχία-δυσφορία : Οι αιτίες που δημιουργούν την ανησυχία και δυσφορία είναι :

- α. Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος.
- β. Επίσχεση ούρων.
- γ. Μετεωρισμός ή λόξυγκας.
- δ. Αϋπνία.

Για κάθε μια από τις παραμέτρους ο Νοσηλευτής προβαίνει: Εάν είναι βρεγμένο το επιδεσμικό υλικό προβαίνει σε αντικατάστασή του με ταυτόχρονη ενημέρωση του γιατρού για το είδος και την χρονιά που είχε πάρει το υλικό που απομάκρυνε.

Για την επίσχεση ούρων προβαίνει σε καθαρισμό της περιγεννητικής περιοχής του χειρουργημένου όπως και σε αντικατάσταση των λευχυμάτων του αρρώστου.

Τον βοηθά να ανταπεξέλθει τον λόξυγκα.

Για την αϋπνία του αρρώστου οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις. Σε αυτό το πρώτο 24ωρο ο χειρουργημένος βρίσκεται κάτω από διαρκή παρακολούθηση. Αυτές τις ώρες χρειάζεται ηρεμία-ανησυχία. Ο συνοδός στη φάση αυτή δημιουργεί μόνο προβλήματα. Γι' αυτό είναι αναγκαίο και επιβεβλημένο να μην βρίσκεται δίπλα στο χειρουργημένο. Αυτές οι πρώτες ώρες είναι της επιστήμης της ζωής της θέλησης. Ο συνοδός δεν μπορεί να έχει τη δυνατότητα να βοη-

θήσει. Μόνο η Υγειονομική μονάδα προσφέρει. Κλείνοντας το πρώτο αυτό 24ωρο ο Νοσηλευτής θα σταθεί δίπλα στο χειρουργημένο. Προσπαθεί με κάθε τρόπο ο ύπνος του να είναι ήρεμος, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Ο άρρωστος θα κοιμηθεί. Ο νοσηλευτής όμως αγρυπνά. Την ώρα του ύπνου παρακολουθεί τον άρρωστο. Βλέγχει τα πάντα. Η πιστή τήρηση της δεοντολογίας, της Νοσηλευτικής επιστήμης αυτο προστάζει. Παρακολούθηση του αρρώστου μέχρι την ώρα που θα αφήσει το Νοσοκομιακό κρεβάτι και θα επιστρέψει στο κοινωνικό σύνολο ως υγιής μονάδα.

Την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα ο άρρωστος συνήθως βρίσκεται στην ίδια κατάσταση που βρίσκονταν και την πρώτη ημέρα. Μπορεί βέβαια να έχουν μειωθεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αλλά οι Νοσηλευτικές δραστηριότητες παραμένουν οι ίδιες και συμπληρώνονται από νέες που πρέπει να γίνουν αυτό το 24ωρο αλλά και ελαττώνονται αν η γενική κατάσταση του αρρώστου είναι καλή.

Το πρωί της δεύτερης μετεγχειρητικής ημέρας ο ασθενής σηκώνεται και πάλι από το κρεβάτι του και κάνει υποβασταζόμενος πάντοτε, βηματισμούς για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις ενδεχόμενες επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Την ίδια στιγμή το Νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή κίνηση. Βλέγχονται οι παροχετεύσεις του αρρώστου, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία, εκτελείται η Νοσηλεία του, γίνεται η χορήγηση υγρών παρεντερικά, ταυτόχρονα γίνεται και χορήγηση Na, K. και άλλων ηλεκτρολυτών, γίνεται πρώιμη περιποίηση του αρρώστου και του δωματίου. Η περιποίηση του προσώπου, του στόματος είναι οι πρώτες ενέργειες. Μετά την τακτοποίηση του θαλάμου, ο άρρωστος ελέγχεται για σφύξεις, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, αναπνοές. Η επανάληψη των μετρήσεων αυτών σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα

προσφέρει στον άρρωστο την ασφάλεια και ικανοποίηση για το ενδιαφέρον που δείχνει η Υγειονομική μονάδα σε αυτόν, αλλά ταυτόχρονα με την ικανοποίηση του ίδιου του ατόμου, προσφέρεται και έλεγχος των διαφόρων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού και έτσι ελέγχονται αποκλίσεις και μεταβολές που σημειώνονται.

Γίνεται καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ο άρρωστος συνεχίζει να παίρνει υγρά παρεντερικά. Οι οροί που χορηγούνται είναι εμπλουτισμένοι με στοιχεία Na, K και βιταμίνες που βοηθούν τον οργανισμό να ανταπεξέλθει στο STRESS της επέμβασης. Η νοσηλεία του αρρώστου περιλαμβάνει χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη ενδεχομένης μόλυνσης-λοιμώξης.

Η παρακολούθηση των παροχετεύσεων περιλαμβάνει σ' αυτό το 24ωρο μόνο -τις περισσότερες φορές- τον καθετήρα της ουροδόχου κύστεως, από τον οποίο καταγράφεται το ποσό των αποβαλλομένων ούρων και σημειώνεται στο διάγραμμα που υπάρχει γι' αυτό το λόγο.

Εάν δεν έχει αφαιρεθεί ο σωλήνας παροχέτευσης του τραύματος - αν δεν έχει αφαιρεθεί την 1η μετεγχειρητική ημέρα- που συμβαίνει σε σπάνιες περιπτώσεις- αφαιρείται την 4η μετεγχειρητική- τότε γίνεται μέτρηση της ποσότητας των αποβαλλομένων υγρών και εάν ο σάκκος συλλογής έχει γεμίσει, αφού έγινε η καταγραφή της ποσότητας- γίνεται αντικατάστασή του.

Το LBVIN έχει αφαιρεθεί - ή αφαιρείται αυτή την ημέρα και ο άρρωστος μπορεί πλέον να αρχίσει να παίρνει υγρά και από το στόμα. Εάν ο άρρωστος έχει εμετό τότε το LBVIN παραμένει και στον ασθενή χορηγούνται αντιεμετικά. Ελέγχεται αν ο σωλήνας KEHR παροχετεύει χολή. Το ποσό της χολής που παροχετεύεται σ' αυτό το δεύτερο 24ωρο είναι μικρότερο της ποσότητας του α' 24ώρου.

Όλες αυτές οι δραστηριότητες έχουν σαν σκοπό την ανακούφιση του ίδιου του αρρώστου και την ετοιμασία όλου του τμήματος σε ότι αφορά τον άρρωστο έτσι ώστε στη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, ο Νοσηλευτής θα μπορέσει να εκφέρει τη γνώμη του για την γενική κατάσταση του αρρώστου, τις αντιδράσεις του, τα προβλήματά του. Στην διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης γίνεται από όλο το ιατρικό τμήμα της κλινικής η εκτίμηση της κατάστασης και της πορείας του χειρουργημένου. Σ' αυτή τη φάση το άγρυκνο μάτι του νοσηλευτή παρακολουθεί και τυπώνει κάθε τι που αφορά το συγκεκριμένο άρρωστο. Συνήθως και αυτό συμβαίνει στα περισσότερα Νοσηλευτικά Ιδρύματα η ιατρική επίσκεψη συνοδεύεται από την αλλαγή του χειρουργικού τραύματος. Την στιγμή της αλλαγής ελέγχεται η εκούλωση του χειρουργικού τραύματος και το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος. Για την αλλαγή προετοιμάζεται ο άρρωστος με ενημέρωση. Αφαιρείται το εκιδεσμικό υλικό που τοποθετήθηκε στο χειρουργείο και αντικαθίσταται από άλλο. Κάτω από άσηπτες συνθήκες παρατηρείται το τραύμα, ελέγχεται η ανάπτυξη οιδήματος ή φλεγμονής και η συρραφή των χειλέων του τραύματος. Εάν ο σωλήνας καροχέτευσης είναι ακόμη σε λειτουργία, ελέγχεται η λειτουργικότητά του, όπως και η λειτουργικότητα του σωλήνα XEHR, αν υπάρχει,. Αν έχει αφαιρεθεί γίνεται καθαρισμός με ιωδιούχα σκέυασμα και αντισηπτικές ουσίες. Η νέα επίδεση του χειρουργικού πεδίου είναι ανάλογη με την φύση του χειρουργικού τραύματος. Αν έχει ερεθιστεί η περιοχή τοποθετούνται βαζελινούχες αλοιφές, όπως και αντισηπτικά σκευάσματα για την προστασία του δέρματος από το εκιδεσμικό υλικό. Εάν το τραύμα δεν έχει παρουσιάσει καμμιά επικλοκή, γίνεται νέα κλειστή επίδεση με αποστειρωμένο υλικό. Μπορεί εξάλλου ανάλογα με την φύση λειτουργίας

του κάθε Νοσοκομείου τα τραύμα να μην κλεισθεί για τους λόγους που έχω αναφέρει, αλλά μόνο με τον ψεκασμό NEBACETINE SPRAY να αφαιρεθεί ελεύθερο. Η θέση Νοσηλευτικού προσωπικού κατά την αλλαγή του χειρουργικού τραύματος έχει σαν σκοπό:

- α. Να καταγράψει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού, τυχόν διαφυγή χολής από τον ΚΕΗΡ, όπως και το ποσό της παροχέτευσης ΚΕΗΡ, εάν είναι τοποθετημένος.
- β. Με την παρακολούθηση της κατάστασης του αρρώστου μπορεί να δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.
- γ. Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα.
- δ. Παρακολουθεί την εκτέλεση της αλλαγής από τον γιατρό έτσι ώστε να μπορέσει να αναλάβει την εκτέλεση των επόμενων.
- ε. Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες, όπως και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.

Τα προβλήματα του αρρώστου σ' αυτό το χρονικό διάστημα παραμένουν τα ίδια. Ο πόνος είτε σαν υποκειμενικό πρόβλημα του ίδιου του αρρώστου, είτε σαν αντικείμενικό γνώρισμα της μετεγχειρητικής εξέλιξης της επέμβασης παραμένει. Για την αντιμετώπισή του χορηγούνται σταδιακά και ανάλογα με την οξύτητα του πόνου αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής, τα αναλγητικά αυτά χορηγούνται σε καθορισμένο χρόνο και δόση. Οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο, με αποτέλεσμα πνευμονικές επιπλοκές. Συνάμα η χορήγηση των αναλγητικών πρέπει να συνδυάζεται με την κατάσταση του αρρώστου. Τις παραμέτρους αξιολόγησης της. Στη λ.χ. χαμηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση η χορήγηση της μορφίνης γιατί

μπορεί να προκαλέσει SHOCK . Η δίψα, αφού πλέον έχει αφαιρεθεί ο LEVIN αντιμετωπίζεται με την χορήγηση υγρών από το στόμα.

Η ανησυχία και η δυσφορία παραμένουν αφού αποτελούν τη χαρακτηριστική στάση του χειρουργημένου στα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Μαζί με όλες τις άλλες δραστηριότητες ο Νοσηλευτής σ' αυτό το στάδιο προσπαθεί στην μείωση των παραγόντων που δημιουργούν το βάρος αυτό στο χειρουργημένο και συμβάλλει με ότι τρόπο πιστεύει ότι θα βοηθήσει στην καλύτερη νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου.

Η τρίτη μετεγχειρητική ημέρα βρίσκει σε καλύτερη κατάσταση τον άρρωστο. Η μετεγχειρητική κατάστασή του εξελίσσεται ομαλά, αν βέβαια δεν υπάρχουν παράμετροι που να δείχνουν την παραμικρή απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια. Γι αυτό το τρίτο 24ωρο συνεχίζεται η εντατική παρακολούθηση που αφορά στον τακτό χρονικό προσδιορισμό των ζωτικών σημείων του αρρώστου, στην τακτή χρονικά στιγμή εκτέλεση της νοσηλείας του αρρώστου, στην ικανοποίηση των φυσικών αναγκών του ασθενή, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που πιθανόν συνεχίζουν να προβληματίζουν τον άρρωστο. Έτσι ο πόνος, η δίψα, η δυσφορία κρέπει να βρίσκουν τη λύση όσο το δυνατόν συντομότερα. Η κινητοποίηση του αρρώστου εξακολουθεί να αποτελεί το πρώτιστο μέλημα. Ήδη τώρα ο άρρωστος απαλλαγμένος από τις διάφορες παροχετεύσεις και με τον πόνο να έχει μειωθεί εκτελεί περισσότερες ασκήσεις και είναι πιο κινητικός. Η λήψη των υγρών παρεντερικά συνεχίζεται αλλά τώρα ο άρρωστος έχει τη δυνατότητα να παίρνει και υγρά σε μεγάλες ποσότητες από το στόμα. Η λήψη υγρών από το στόμα προϋποθέτει την ελάττωση της διάτασης του εντέρου που αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια που παραμένει τις

δύο πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί τον περισταλτισμό του εντέρου. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Η κινητοποίηση του αρρώστου και ο χαμηλός υποκλισημός ή ο σωλήνας αερίων που εφαρμόζεται βοηθούν στην έξοδο των αερίων και την ανακούφιση του αρρώστου.

Το τρίτο αυτό 24ωρο αρχίζει ο άρρωστος να σιτίζεται από το στόμα. Η δίαιτα του αρρώστου είναι χαμηλή στην χορήγηση λιπών και πλούσια στη χορήγηση υδατανθράκων και πρωτεϊνών. Τις περισσότερες φορές οι ίδιοι οι άρρωστοι αποφεύγουν ή αρνούνται να τρώγουν λιπαρές τροφές διότι επακολουθεί Ναυτία. Επίσης μπορεί να χορηγηθεί και από το στόμα βιταμίνη Κ.

Αυτό το χρονικό διάστημα αποστέλλονται στο εργαστήριο δείγματα ούρων και κοπράνων προς εξέταση των χολοχρωστικών. Με αυτό τον τρόπο ο χειρουργός έχει την δυνατότητα να πεί αν οι χολοχρωστικές εξαφανίστηκαν από το αίμα, που αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η χολή άρχισε να ρέει κανονικά στο δωδεκαδάκτυλο.

Η εκριβευαίωση αυτή γίνεται με την επισκόπηση του δέρματος και του χειρουργικού πεδίου όπως και με την επισκόπηση του σκληρού χιτώνα.

Εξακολουθεί να παρατηρείται το χειρουργικό τραύμα για διαπίστωση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται όπως και να λαμβάνονται μέτρα για την προστασία του δέρματος γύρω από την τομή από τη δράση της χολής. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι:

α. συχνή αλλαγή γαζών,

β. Εφαρμογή προστατευτικών αλοιφών. Εάν έχει εφαρμοσθεί δωλήνας

KEHR τότε με την κινητοποίηση του εντέρου τα δωδεκαδακτυλικά

υγρά φεύγουν στο έντερο και έτσι μειώνεται η κοσότητα τους στη χολή. Η κοσότητα που παροχετεύεται τώρα είναι περίπου 350 ΚΒ το 24ωρο.

Την 4η μετεγχειρητική ημέρα συνεχίζονται όλες οι νοσηλευτικές διαδικασίες των προηγούμενων ημερών. Οι παράμετροι τώρα αξιολογούνται πιο σταθερά από ότι τις πρώτες ημέρες διότι ο άρρωστος έχει επανέλθει από το ψυχολογικό βάρος του χειρουργείου.

Η ικανοποίηση των αναγκών του, η παρακολούθηση της κατάστασής του, η κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του, η ενυδάτωσή του και η νοσηλεία τουο έλεγχος για διαπίστωση κανονικής ροής της χολής στο δωδεκαδάκτυλο, η προστασία του αρρώστου από κάθε είδους προβλήματα εξακολουθούν να παραμένουν.

Η εκτέλεση της αλλαγής επιβεβαιώνει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το τραύμα.

Το μοναδικό πρόβλημα το οποίο δημιουργείται είναι ο έμετος, ο οποίος μπορεί να εξακολουθεί να παραμένει στον χειρουργημένο από το μετεγχειρητικό 24ωρο.

Η ύπαρξη του εμέτου αυτού οφείλεται:

- α. Σε εντερική απόφραξη.
- β. Σε οξεία διάταση του στομάχου.
- γ. Σε ουραιμία ή νεφρική ανεπάρκεια.
- δ. Σε περιτονίτιδα.

Η αντιμετώπιση ενός τέτοιου εμέτου προϋποθέτει τον έλεγχο της αιτίας που εμφανίζεται. Η χρήση ρινογαστρικού σωλήνα LEVIN η χορήγηση αντιεμετικών, η αντιμετώπιση της διατάσης του εντέρου με συνεχείς υποκλισμούς, όσο και η αντιμετώπιση με διουρητικά της νεφρικής ανεπάρκειας ή ουραιμίας με τη χορήγηση ορών πλου-

σίων σε Να είναι οι ενέργειες οι οποίες ενδείκνυνται σε μια τέτοια κατάσταση.

Η 5,6,7η μετεγχειρητικές ημέρες είναι οι ημέρες στις οποίες ολοκληρώνονται όλες οι ενέργειες που έχουν γίνει τα προηγούμενα είκοσιτετράωρα. Ο άρρωστος παρακολουθείται αλλά ταυτόχρονα αρχίζουν σιγά-σιγά να διακόπτονται οι οροί, η Νοσηλεία, η συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων και ο άρρωστος να παραμένει υπό έλεγχο με βάση τα υποκείμενα συμπτώματα που ο ίδιος εκφράζει, αλλά και που διαπιστώνονται με την απλή παρακολούθηση του αρρώστου, όσο και με τον εργαστηριακό έλεγχο αίματος και ούρων.

Οι αλλαγές του τραύματος εξακολουθούν να εκτελούνται τώρα πλέον από Νοσηλεύτη, ο οποίος με υπέρμετρη υπευθυνότητα παρακολουθεί το χειρουργικό τραύμα και ελέγχει τις αντιδράσεις του χειρουργημένου σε κάθε προσπάθεια για συμπίεση των χειλέων του τραύματος, ή απόθεση. Ο χειρουργημένος τώρα είναι σε συνεχή έγερση. Μοναδικό πρόβλημά του κάποιες μικροενοχλήσεις από τα ράμματα όσο και από την αποκατάσταση των ιστικών βλαβών που γίνονται, αυτό το χρονικό διάστημα.

Εάν ο ασθενής δεν αντιμετωπίζει προβλήματα στη λήξη της υπολοίπου τροφής, τότε η διαίτά του συνεχίζεται με τη χορήγηση πρωτεϊνών, υδατανθράκων, Να. Κ. Η θρέψη του χειρουργημένου αρρώστου αυτά τα είκοσιτετράωρα είναι ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που αξιολογούνται γιατί ο άρρωστος υποβλήθηκε σε μια επέμβαση στην οποία μπορεί, όχι πάντα, να ενοχοποιηθεί ως παράγοντας που βοήθησε σ' αυτό η σίτισή του.

Σ' αυτές τις μετεγχειρητικές μέρες εάν ο ασθενής φέρει σωλήνα ΚΕΗΡ τότε γίνονται επιπλέον ενέργειες και διαγνωστικός έλεγχος

των εξωηπατικών χοληφόρων μέσω του σωλήνα T.

Την 5η μετεγχειρητική ημέρα ο άρρωστος υποβάλλεται μέσω του ΚΒΗΡ σε χολαγγειογραφία με σκοπό την εκ νέου επιβεβαίωση της μη ύπαρξης λίθων στα εξωηπατικά χοληφόρα και την ομαλή ροή της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο.

Την 6ην μετεγχειρητική ημέρα και αφού η ποσότητα της χολής που παροχετεύεται έχει σταθεροποιηθεί στα 100-200 κ.ε. η γενική κατάσταση του αρρώστου είναι καλή, Είναι ακύρετος, η χρώση κοπράνων και ούρων φυσιολογική, η χροιά του παροχετεύοντος υλικού είναι διαυγής κίτρινη, ο σωλήνας του ΚΒΗΡ κλίνει σταδιακά και δοκιμαστικά. Το χρονικό διάστημα που κλείνεται ο ΚΒΗΡ συνεχώς μεγαλώνει αν βέβαια ο άρρωστος δεν παρουσιάσει πόνο και ίκτερο.

Την 7ην μετεγχειρητική ημέρα συνεχίζεται η γυμναστική αυτή στη λειτουργικότητα του σωλήνα ΚΒΗΡ.

Η ογδόη μετεγχειρητική ημέρα για τον άρρωστο αποτελεί κάπου ένα τέρμα στη δοκιμασία της χειρουργικής αντιμετώπισης της πάθησής του. Αν η γενική του κατάσταση έχει σταθεροποιηθεί και εξελίσσεται ομαλά, αφαιρούνται τα ράμματα του τραύματος και ελέγχεται η εκούλωσή που έχει εκέλθει. Αν φέρει σωλήνα ΚΒΗΡ συνεχίζεται η γυμναστική στην λειτουργικότητα του. Ο άρρωστος σιτίζεται με υκολιπούχα τροφή.

Την ένατη μετεγχειρητική ημέρα ο άρρωστος υπόκειται στην τελευταία δοκιμασία, αν φέρει σωλήνα ΚΒΗΡ, γιατί γίνεται η αφαίρεσή του, αν όλα είναι φυσιολογικά. Ο σωλήνας αφαιρείται με την εξής τεχνική:

Απαιτούνται 2 λαβίδες και 1 AMP.PBTHIDINE. Ο σωλήνας αφαιρείται συνέχεια και με ήπιες έλξεις. Βίαιες κινήσεις στην αφάι-

ρεση του σωλήνα μπορεί να προκαλέσουν:

- α. Ρήξη του χοληδόχου κόρου με φαινόμενα αιμορραγίας και απώτερα φαινόμενα στένωσης.
- β. Ρήξη του σωλήνα ΚΒΗΡ οότε το κάθετο τμήμα παραμένει μέσα στο χοληδόχο κόρο. Εάν συμβεί αυτό τότε απαιτείται νέα εκέμ-βαση. Σπανιώτατα συμβαίνει το κάθετο τμήμα να εξωθείται από το δωδεκαδάκτυλο εντός λίγων ημερών.

Μετά την αφαίρεση του σωλήνα είναι δυνατόν χολή να ρέει από το σημείο της παροχέτευσης. Την διάρκεια που ρέει η χολή προς τα έξω απαιτείται επιμελημένη η φροντίδα και ο καθαρισμός της περιτοχής για την πρόληψη εμφάνισης εγκαυμάτων από τη δράση της χολής στο δέρμα με αντισηπτικά και βαζελινούχες αλοιφές.

Η ροή σιγά-σιγά σταματάει το αργότερο σε 2 μέρες, από την ημέρα αφαίρεσης του σωλήνα. Το επιδερμικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε αλλάζεται με άλλο αποστειρωμένο.

Την ίδια μέρα ο ασθενής φεύγει από το Νοσοκομείο. Έχει παραμείνει μια ημέρα παραπάνω από τότε που αφαιρέθηκαν τα ράμματα για παρακολούθηση, όποιος δεν έχει ΚΒΗΡ, όπως και αυτός που είχε ΚΒΗΡ απαλλαγμένος από την ύπαρξη της παροχέτευσης.

Α Π Ο Κ Α Τ Α Σ Τ Α Σ Η

Την 9η μετεγχειρητική ημέρα που αποτελεί την ημέρα της εξόδου του αρρώστου από το νοσοκομείο αξιολογούνται τα θετικά και αρνητικά σημεία της Νοσηλευτικής αντιμετώπισης του αρρώστου. Οι όποιες ενέργειες έγιναν το 10ήμερο αυτό που βρίσκονταν στο Νοσοκομείο ο άρρωστος πρέπει να τον βρουν σε πλήρη αποκατάσταση.

Τόσο από την πλευρά της ίασης, όσο και την ψυχολογική και ηθική. Αξιολογείται η λειτουργική αποκατάσταση του αρρώστου και διδάσκεται τι πρέπει να κάνει από εδώ και εμπρός.

Η πλήρης λειτουργική αποκατάσταση επέρχεται στο βήμα από την επέμβαση. Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη είναι αυτή που πρέπει να αποκατασταθεί. Οι φόβοι και οι ευθύνες που καλλιεργήθηκαν πρέπει να σβύσουν. Ταυτόχρονα όμως απαιτείται και εκ μέρους του ασθενή η τήρηση μερικών αρχών που θα οδηγήσουν στην πλήρη ίαση και επαναφορά του αρρώστου στο σύνολο ως υγιούς μέλους.

Οι αρχές αυτές συγκεντρώνονται:

Στην λήψη θρεπτικής τροφής υπολιπούχας τις πρώτες ημέρες.

Μια υποδειγματική δίαιτα αναφέρεται παρακάτω:

Π ρ ω ῖ ν ό : 1 φλιντζάνι τσάϊ-φρυγανιά-Μαρμελάδα.

Γ ε ύ μ α : Κρέας (μπιφτέκι), κομπόστα-πατάτες-ψωμί.

Α π ό γ ε υ μ α : Ζελέ

Δ ε ί π ν ο : Ζυμαρικά (χωρίς τυρί) κομπόστα, ψωμί.

Μετά το πέραςμα του εξαμήνου η δίαιτα εξακολουθεί να παραμένει, αλλά ο άρρωστος μπορεί να τρώει τροφές που περιέχουν λίπος. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να τρώσει ανεξέλεγκτα λιπαρές τροφές. Τα πολλά λίπη είναι σκόκιμο να αποφεύγονται

Μετά τη Νοσοκομειακή αγωγή, ενδείκνυται η επίσκεψη στο σπίτι του οικογενειακού γιατρού ο οποίος θα δίνει απαντήσεις στις ερωτήσεις του αρρώστου, αλλά θα έχει επι πλέον την δυνατότητα να παρατηρεί την πρόοδο που έχει επιτελέσει.

Β Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κλείνοντας το θέμα τούτο θεωρώ αναγκαίο να εκσημάνω ότι : Η ασθένεια που αναφέρθηκε δεν είναι από τις αρρώστιες οι οποίες θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο την ζωή του ανθρώπου. Την διακρίτωση αυτή την γνώρίζουν όλοι όσοι ασχολούνται με τον άρρωστο εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο.

Είναι απαραίτητη λοιπόν η ενημέρωση του ασθενή πάνω σε ορισμένα θέματα που σχετίζονται με την αρρώστεια και την θεραπεία της. Ο άνθρωπος από τη στιγμή που ξέρει ότι πάσχει γκρεμίζεται ψυχολογικά. Την όποια ενέργεια γίνεται στο πρόσωπό του την θεωρεί σαν μείωση της αξιοπρέπειάς, του σεβασμού του. Είναι αντιδραστικός σε όποιες ενέργειες γίνονται γι' αυτόν. Ο άρρωστος απαιτεί σεβασσιά, φροντίδα, υποστήριξη, συμπάθεια. Το υγειονομικό σύνολο πρέπει να γίνει αρωγός του.

Η προσφερόμενη φροντίδα έγκειται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στη θεραπεία συντηρητική ή χειρουργική και στην μετανοσοκομειακή αγωγή. Στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων βρίσκουν θέση όλες οι ενέργειες που θα ανακουφίσουν τον ασθενή, είτε αυτές είναι Ιατρικές πράξεις είτε Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες. Στη θεραπεία, εάν αυτή είναι συντηρητική ο άρρωστος εξαιτίας της φύσης της θεραπείας αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής στη θεραπεία και στο χρόνο διάρκειάς της. Σ' αυτή τη φάση απαιτείται η όσο το δυνατόν γρηγορότερη προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή την κατάσταση γιατί ο άρρωστος διαφορετικά βλέπει την κάθε ενέργεια σαν παρέμβαση στη ζωή του, σαν μείωση της δικής του προσωπικότητας σε παθητικό ρόλο.

Στην χειρουργική θεραπεία ο άρρωστος πλέον αποτελεί άβουλο ον το οποίο δέχεται κάθε ενέργεια. Η Ιατρική με καθαρούς σκοπούς που απορρέουν από τις αρχές της επιστήμης οδηγεί τον ασθενή στην Ιαση με τους τρόπους και χειρισμούς που αυτή ξέρει.

Η Νοσηλευτική ως επιστήμη και όχι μόνο Επιστήμη αλλά και σαν τέχνη μετεγχειρητικά έχει σαν σκοπό την παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλείας στον άρρωστο που πάσχει. Φροντίζοντας υπέρ του δέοντος συνάμα στην προστασία της αξιοπρέπειας του χειρουργημένου.

Έχοντας πλέον ο άρρωστος φύγει από το νοσοκομειακό χώρο χρειάζεται τις συμβουλές, τις οδηγίες που θα τον βοηθήσουν να ξαναγυρίσει νωρίτερα στην δραστηριότητα. Ίσως αυτό να είναι το σημαντικότερο στοιχείο σ' όλο το θέμα. Η προσαρμογή του αρρώστου-γιού μέλους της κοινωνίας πλέον στις νέες συνθήκες. Οι υγειονομιαστικές συνήθειες και η σταδιακή επαναφορά στην πλήρη δραστηριότητα, είναι σημαντικά βήματα, που πρέπει να κάνει ο άρρωστος.

Έχοντας ολοκληρώσει κάθε ενέργεια στον άρρωστο, στην αρρώστεια το Υγειονομικό σύνολο αξιολογεί τα αποτελέσματα. Λιθαίνεται ευτυχία γιατί κάποιος άνθρωπος ξαναβρήκε την υγεία του.

Ένας άνθρωπος από το σύνολο που αντιμετωπίζεται κάθε μέρα, κάθε ώρα, κάθε λεπτό σε κάθε υγειονομικό σταθμό, σε κάθε χώρο όπου ο ανθρώπινος κόπος αξιολογείται σαν δύσκολη αποστολή στο λειτούργημα κάθε υγειονομικού φορέα.

ΦΥΛΛΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΤΕΙΝΙΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : ΚΩΝ/ΝΟΣ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ : ΕΛΕΝΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΡΟΔΟΥ 51
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΚΡΕΟΠΩΛΗΣ
ΗΛΙΚΙΑ : 52 ετών
ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ : ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Ο ασθενής πήγε στα Ε.Ι. της Χειρουργικής Κλινικής στις 3.2.1990. Στον γιατρό που τον εξέτασε, παραπονέθηκε ότι εδώ και δύο εβδομάδες νοιώθει πόνους όχι πολύ έντονους στο δεξιό υποχόνδριο, και ότι έχει και τάση για έμμετο. Ο γιατρός τον εξέτασε πιέζοντας με τις ράγες των δακτύλων του ενός χεριού του κάτω από την μεσότητα του δεξιού πλευρικού τόξου, λέγοντας στον ασθενή να πάρει βαθειά εισπνοή. Στην συνέχεια πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία, $\theta = 37,2^{\circ}\text{C}$, ΣΦ. = 86/1 min, Α.Π. = 135/65 mmHg.

Στην συνέχεια ο ασθενής οδηγήθηκε στην Π.Χ. Την άλλη ημέρα πάρθηκαν ούρα και κόπρανα για να γίνει βιοχημικός έλεγχος. Στην συνέχεια του έγινε υπερηχογράφημα, το οποίο έδειξε ότι ο ασθενής έχει χολολιθίαση. Μετά από 4 ημέρες ο ασθενής θα πάει χειρουργείο.

Του έγιναν οι παρακάτω εξετάσεις:

- Γενική αίματος - Σάκχαρο αίματος
- Γενική ούρων - Εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας
- Εξετάσεις ελέγχου ανοσοβιολογικής κατάστασης
- Εξετάσεις ασβεστίου - φωσφόρου
- Μαγνησίου - α/α θώρακος Η.Κ.Γ.
- Μέτρηση αερίων αίματος

Από νοσηλευτικής πλευράς του έγινε προεγχειρητική ετοιμασία, ξύρισμα και υποκλισμός.

Ο ασθενής πήγε χειρουργείο στις 10.2.1990 στις 8.30 πμ. Κατέβηκε από το χειρουργείο 1 μμ. τέθηκε σε τριώρη παρακολούθηση 2 Σ. Ο ασθενής φέρει σωλήνα Levin, σωλήνα του Kehr, ουροκαθετήρα, ορρούς. Χορηγήθηκαν υγρά παρεντερικά Κα,Ν, και ηλεκτρολύτες.

Την 2η μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής, βοηθούμενος σηκώθηκε από το κρεβάτι. Την ίδια ημέρα γίνεται αλλαγή τραύματος. Για τον πόνο ο ασθενής έπαιρνε διάφορα αναλγητικά χάπια.

Την 3η μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής έπαιρνε τροφή από το στόμα, αφού αφαιρέθηκε ο σωλήνας Levin. Του έγινε πάλι αλλαγή τραύματος.

Την έκτη ημέρα έγινε διακοπή των ορρών, και πάρθηκε αίμα και ούρα για έλεγχο. Όλες αυτές τις μέρες ο ασθενής ήταν απύρετος και γενικά σε καλή κατάσταση.

Την δέκατη ημέρα έγινε αφαίρεση του σωλήνα του Kehr, και κοπή ραμμάτων. Το απόγευμα της ίδιας ημέρας ο ασθενής φεύγει από την Π.Χ. παίρνοντας τις σχετικές οδηγίες από τον γιατρό.

ΦΥΛΛΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΜΑΙΖΩΝΟΣ 154
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΕΜΠΟΡΟΣ
ΗΛΙΚΙΑ : 65 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Ο ασθενής επισκέφθηκε τα Ε.Ι. της Π.Χ. του Π.Π.Ν.Π. στις 13.7.1990.
Τα συμπτώματα που ανέφερε στον γιατρό είναι τα εξής:

- α. Έντονο πόνο κατά διαστήματα στο δεξιό υποχόνδριο
- β. Έμμετοι και τάση για έμμετο.
- γ. Εμφάνιση δυσκοιλιότητας

Αφού έγινε η εξέταση από τον χειρουργό και πάρθηκαν εργαστηριακά, έγινε η εισαγωγή αρρώστου στην Π.Χ. με πιθανή διάγνωση της χολολιθίασης. Ο ασθενής είχε στο ιστορικό του μακρόχρονη θεραπεία με χολυστυραμίνη, καθώς και σακχαρώδη διαβήτη.

Ο ασθενής στις επόμενες ημέρες έκανε τις παρακάτω εξετάσεις:

- α. Υπερηχογράφημα
- β. Ενδοφλέβια χολοκυστογραφία
- γ. Αξονική τομογραφία
- δ. Βιοχημικό έλεγχο ούρων - κοπράνων
- ε. Εργαστηριακές εξετάσεις

- 1. Γενική ούρων
- 2. Σάκχαρο αίματος
- 3. Γενική αίματος
- 4. Ουρία αίματος

- στ. Εξετάσεις ανοσοβιολογικής καταστάσεως
- ζ. Εξετάσεις φωσφόρου - μαγνησίου - ασβεστίου αίματος
- η. α/α θώρακος
- θ. Η.Κ.Γ.
- ι. Μέτρηση αερίων αίματος.

Όταν βγήκαν όλες οι εξετάσεις η διάγνωση που έδωσαν οι γιατροί

ήταν χολολιθίαση. Ο ασθενής θα έπρεπε να εγχειρισθεί. Του έγινε προεγχειρητική ετοιμασία και ο ασθενής ορίστηκε να πάει χειρουργείο στις 20.7.1990. Ανέβηκε χειρουργείο στις 10 πμ. Η αναισθησία που του έγινε ήταν γενική με ενδοτραχειακό σωλήνα. Του έγινε τομή στα κοιλιακά τοιχώματα παράλληλη προς το δεξιό πλευρικό τόξο. Τέθηκε σωλήνας του Kehr, σωλήνας Levin, και καθετήρας κύστεως.

Ο ασθενής κατέβηκε από το χειρουργείο στις 2.30 μμ. εφόσον είχε παραμείνει πριν στο χώρο της ανάνηψης για να παρακολουθήσουν την γενική κατάσταση του ασθενούς. Τοποθετήθηκε στο κρεβάτι σε οριζόντια θέση με ψηλά το κεφάλι.

Γινόταν λήψη ζωτικών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Σύνδεση των παροχετεύσεων και συχνή παρακολούθηση. Γινόταν παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν αιμορραγία. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ενημερώθηκε το διάγραμμα για το είδος της επέμβασης που του έγινε. Λίγες ώρες αφού ο ασθενής είχε κατέβει στο θάλαμο, παρουσίασε έμετο, ο οποίος αποδόθηκε στην αποδρομή της δράσης του αναισθητικού. Αργά το βράδυ παραπονέθηκε ότι πονούσε όπου του έγινε 1 amp Algaphan IM και για αϋπνία.

Την δεύτερη ημέρα ο ασθενής ένοιωθε καλύτερα. Έγινε χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων για την πρόληψη λοιμώξεων. Αφαιρέθηκε η παροχέτευση του τραύματος και το απόγευμα αφαιρέθηκε ο σωλήνας Levin.

Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής σιτιζόταν από το στόμα, όπου γινόταν στην περιοχή καθαρισμός με αντισηπτικές ουσίες. Επίσης έγινε αλλαγή του τραύματος.

Την έβδομη ημέρα έγινε διακοπή των ορρών και έπαιρνε τροφή Na, K, πρωτεϊνών και υδατανθράκων.

Την ένατη μέτρα έγινε αφαίρεση του σωλήνα του Kehr και του καθετήρα κύστεως. Το απόγευμα έγινε κοπή ραμμάτων.

Την 10η ημέρα δίνεται εξιτήριο στον ασθενή με πληροφοριακό σημείωμα από τον γιατρό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✓ 1. ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞ. : "Παθήσεις των χοληφόρων " ~~Σελ. 35-302~~
Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ - Αθήνα 1984.
2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: "Μετεκπαιδευτικά μάθημα
γαστρεντερολογίας - Σειρά Α', Τόμοι Α - Β .
~~Σελίδες 207-221, 376-384.~~
Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ - Αθήνα 1982.
3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡ/ΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ : Μετεκπαιδευτικά μάθημα γαστρεν-
τερολογίας, Τόμος Γ', Σειρά Β. Σελ.98-99
Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ , Αθήνα 1982.
- ✓ 4. HARRISON) ^{Ουφ}: "Εσωτερική Παθολογία", Έκδοση 8η, Τόμος 3ος,
~~Σελίδες 1987-1999.~~ Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
Αθήνα 1985.
- ✓ 5. WILLIAM F. CANOUG : " Ιατρική Φυσιολογία" Έκδοση 11η,
Τόμος 2ος , ~~Σελ. 508-513,~~ Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
Αθήνα 1985.
- ✓ 6. GAYTON ^{Ουφ} : " Φυσιολογία GAYTON", ~~Σελίδες 579-683,~~ Εκδόσεις
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ . Αθήνα 1985.
- ✓ 7. ^{-H)} FRICK- ^DLEONHARDT- ^DSTARCT, : " Γενική και Ειδική Ανατο-
μία", ~~Σελίδες 394-397.~~ Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
Αθήνα 1985.
- ✓ 8. ΜΜΕΝΑΚΗΣ ^D: "Εισαγωγή στην Ακτινοδιαγνωστική",
~~Σελίδες 434-440,~~ Αθήνα 1983 Ο.Ε.Δ.Β.

✓ 1. . Ο. ΜΟΥΓΙΑΣ ^Α : " Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος"
Εκδοση 2η, Κεφ. 8ο, Σελίδες ~~657-716~~,

Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ , Αθήνα 1971.

✓ 2. ^{Σωτηρία Καφδαρά, Παν. Μαρ.} ΠΑΝΟΥ - ΣΑΧΙΝΗ : "Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική"
Τόμος 2ος, Σελ. ~~517-521~~, Εκδόσεις ΑΛΦΑ-ΒΗΤΑ,
Αθήνα 1985.

^{Ορφαντα} 3. BRYNNER-EMERSON-FERGYSOΝ : " Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 3, ^{Μαργαροβου} Σελ. ~~144-151~~, ΣΧΟΛΗ ΑΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ, Αθήνα 1978.

~~4. ΠΑΝΟΥ - ΣΑΧΙΝΗ : " Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική"
Τόμος 1ος, Σελ. 63-87, Εκδόσεις ΑΛΦΑ-ΒΗΤΑ.
Αθήνα 1985.~~

