

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: " ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ
ΣΚΛΗΡΟΕΙΔΙΤΙΔΑ "



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΤΗΣ ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ
ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΥΣΥΜΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	313
----------------------	-----

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η οξεία σκωληκοειδίτις και η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με σκωληκοειδεκτομή και PLASTRON σκωληκοειδούς είναι τα αντικείμενα της εργασίας που ανέλαβα στα πλαίσια της Πτυχιακής εργασίας μου.

Με την πεποίθηση ότι η υγεία είναι το ύψιστο για τον άνθρωπο αγαθό και το βασικό μέσο προστασίας της ζωής και των επιδιώξεών μας, οφείλουμε να συγκεντρώσουμε την προσοχή μας σ' αυτήν να ενημερωνόμαστε από ειδικευμένα άτομα για τα ιατρικά θέματα που μας απασχολούν και να δίνουμε μεγάλη σημασία στην πρόληψη των ασθενειών και όχι μόνο στην θεραπεία τους.

Η επιστήμη προσπαθεί καθημερινά , να βρει αποτελεσματικές λύσεις στα προβλήματα υγείας.

Συνεχείς έρευνες, νέοι μέθοδοι, σεμινάρια, διαφώτιση του κοινού, είναι τα όπλα της στην μάχη αυτή.

Η Νοσηλευτική έχει και αυτή το μερίδιό της στην προσπάθεια.

Με σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου, ευαισθησία στον πόνο και τη δυστυχία, ο Νοσηλεύτης εκτελεί το έργο του : εκτιμά τις ανάγκες του ασθενή, προγραμματίζει τις ενέργειές του και προσπαθεί για τα καλύτερα αποτελέσματα αυτών.

Στην όλη προσπάθεια για την συγγραφή αυτής της εργασίας, η συμβολή της ιατρού Πέζου Θεοδώρας και του ιατρού Τσορμκατζόγλου Θεόφιλου, ήταν πολύτιμη.

Γι' αυτό τους ευχαριστώ πολύ.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τη Σχολή μου και όλους τους καθηγητές μου για όσα με δίδαξαν.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τη δεσποινίδα Παπαδημητρίου Μαρία για την βοήθειά της στην εργασία μου και περισσότερο, γιατί ενίσχυσε την αγάπη μου προς τον άνθρωπο και με δίδαξε ότι η αγάπη αυτή ενισχύεται περισσότερο μόνο όταν αγαπάς και πιστεύεις σ' αυτόν που δίδαξε την αληθινή και μοναδική Α Γ Α Π Η .

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ανατομία-Φυσιολογία Εντέρου	3
Ανατομία-Φυσιολογία Σκωληκοειδούς	6
Υφή Σκωληκοειδούς	8
Θέση Σκωληκοειδούς	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ	
Επιδημιολογία και επίπτωση	11
Αιτιολογία-Παθογένεια	12
Κλινική εικόνα	15
Κλινικά Ευρήματα	17
Παράγοντες που προκαλούν παρεκλίσεις από την κλασική κλινική εικόνα	23
Διαφορική Διάγνωση	27
Επικλοές της Οξείας Σκωληκοειδίτιδος	38
Θεραπεία	41
Υποξεία Σκωληκοειδίτις	42

Χρόνια ή Υποτροπιάζουσα Σκωληκοειδίτις	43
Όγκοι της Σκωληκοειδούς	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	48
Γενική Προεγχειρητική Προετοιμασία	50
Τοπική Προεγχειρητική Προετοιμασία	53
Τελική Προεγχειρητική Προετοιμασία	53
Προετοιμασία Κλινής και Θαλάμου του ασθενούς	55
Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	57
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	62
Μετεγχειρητικές Επιπλοκές	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Εξατομικευμένη και Ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Σκωληκοειδεκτομή Εφαρμόζοντας την μέθο- δο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	69
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Εξατομικευμένη και Ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με PLASTRON Σκωληκοειδούς. Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	87
---	----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106

Στον πατέρα μου ΑΘΑΝΑΣΙΟ

Γιὰ τις αστείρευτες θυσίες του , και την αγάπη του που με βοήθησαν να αποκτήσω αυτό το ανθρώπινο γεμάτο αγάπη προς τον άνθρωπο, επάγγελμα και λειτούργημα μαζί.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Η χειρουργική στη στοιχειώδη της μορφή είναι καλιά κατάκτηση του ανθρώπου. Η ιατρική τα πολύ καλιά χρόνια ήταν αποκλειστικά ή σχεδόν αποκλειστικά χειρουργική, αφού περιοριζόταν στην αντιμετώπιση χειρουργικών νόσων, όπως τα εγκαύματα, τα τραύματα και τα κατάγματα.

Σήμερα η χειρουργική έχει φτάσει σε τόσο προχωρημένο στάδιο ώστε να κάνει όπως αποκαλούν πολλοί, θαύματα.

Η συμβολή της νοσηλευτικής στην φροντίδα και νοσηλεία του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού αρρώστου είναι πολύ μεγάλη.

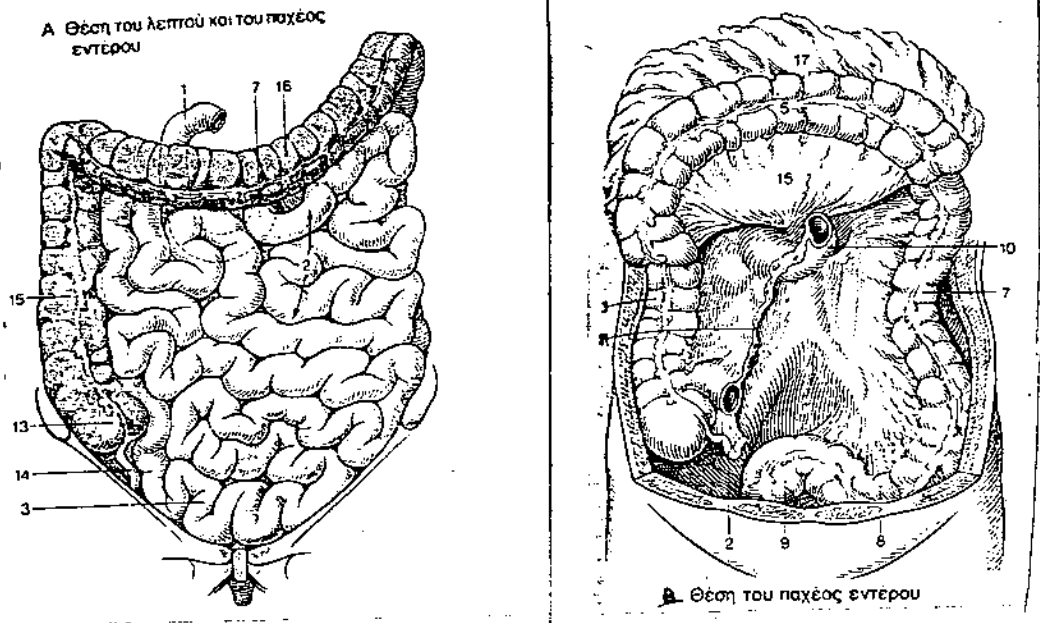
Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη ξεχωριστή από την ιατρική με δική της ταυτότητα, δικό της αντικείμενο και δική της μεθοδολογία, που βοηθά τον άρρωστο από άλλες πηγές γνώσης από εκκίνησης της ιατρικής. Η κύρια μονάδα ανάλυσης της Νοσηλεύσεως είναι ο άνθρωπος ως ενοποιημένη ολότητα.

Ο άνθρωπος δεν είναι δυνατό να κατανοηθεί έξω από το πλαίσιο συστημάτων από τα οποία αποτελείται (κύτταρα, όργανα και συστήματα) ή συστημάτων μέσα στα οποία ζει και υπάρχει (οικογένεια , κοινότητα και κοινωνία).

Η νοσηλευτική φροντίδα έχει αφηγηθεί όλες ανεξαιρέτως τις ανάγκες του ασθενούς, την εκτίμησή τους, και θα υποδείξει τον προγραμματισμό των νοσηλευτικών ενεργειών και θα καταλήξει στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων αυτών των ενεργειών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α - Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α



Α.- ΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Παριστάνει συνέχεια του στομάχου και εκτείνεται από τον κυλωρό μέχρι το καχύ έντερο (ειλεοκολική βαλβίδα).

Βρίσκεται κατά το μεγαλύτερο μέρος του μέσα στην κάτω κοιλία, και περιβάλλεται από το καχύ έντερο με τη μορφή ατελούς στεφάνης.

Το λεπτό έντερο διαιρείται σε δύο μέρη, δηλαδή:

α) Το δωδεκαδάκτυλο Α1 και β) Το ελικώδες έντερο, το οποίο διαιρείται στη νήστιδα Α2 προς τα άνω και τον ειλέο Α3 προς τα κάτω

και κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μια μακριά περιτοναϊκή πτυχή, το **μεσεντέριο**.

Μέσα στο λεπτό έντερο, που έχει μήκος 6,5 Μ και πλάτος 3-5CM συντελείται η πέψη των τροφών με τη δράση του εντερικού υγρού, της χολής και του παγκρεατικού υγρού, διά μέσου δε του βλεννογόνου αυτού γίνεται η απομύζηση των προϊόντων της πέψης.

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί συνέχεια του στομάχου και έχει μήκος 25-30 CM. Αρχίζει από τον πυλωρό και τελειώνει στην τελική ή νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή A7 B10 όπου μετακίπτε στη νηστιδα. Κατά την πορεία του το I2/δάκτυλο έχει σχήμα αγκύλης ή ατελούς κρίκου στο κοίλο του οποίου υπάρχει η κεφαλή του παγκρέατος. Εμφανίζει λόγω της πορείας του 4 μέρη: το άνω, το κατιόν, το κάτω και το ανιόν. Στο εσωτερικό της κατιούσας μοίρας του I2/δακτύλου υπάρχουν τα φώματα του VATER και του SANTORINI, όπου και οι εκβολές του χοληδόχου και παγκρεατικού πόρου (ήπατος και παγκρέατος).

Το ελινώδες έντερο έχει μήκος 6-7 Μ και αποτελεί συνέχεια του I2/δακτύλου, δηλαδή αποτελεί το υπόλοιπο τμήμα του λεπτού εντέρου. Αρχίζει συνεπώς από το τέλος της ανιούσας μοίρας του I2/δακτύλου (νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή) και τελειώνει στην ειλεοκολική βαλβίδα, όπου στη θέση αυτή μετακίπτε στο καχύ έντερο.

B.- ΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

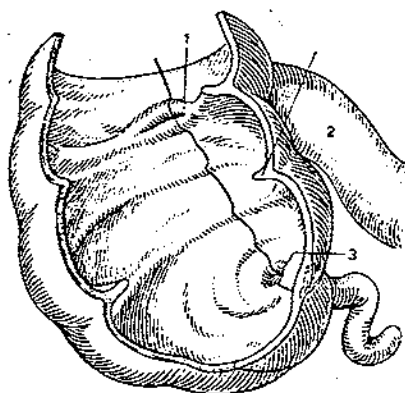
Το παχύ έντερο έχει μήκος 1,3 M και πλάτος 3-8 CM και αποτελεί συνέχεια του λεπτού εντέρου. Αρχίζει από την ειλεοκολική βαλβίδα και καταλήγει στον πρωκτό. Κατά την πορεία του περιγράφει ατελή στεφάνη, γύρω από τις έλικες του ελικοδούλου εντέρου.

Μέσα στο παχύ έντερο υπάρχουν πολλά μικρόβια, αλλά το σπουδαιότερο από αυτά είναι το κολοβακτηρίδιο. Το έντερο αυτό δεχόμενο το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου, χρησιμεύει για να τελειώσει η πέψη, κυρίως όμως για να σχηματισθούν τα κόπρανα, τα οποία προωθούνται με τις περισταλτικές και αντιπερισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα του τοιχώματος του και αποβάλλονται προς τα έξω (από τον πρωκτό).

Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέως εντέρου υπάρχουν χαρακτηριστικά γνωρίσματα, με τα οποία διακρίνεται το παχύ από το λεπτό έντερο. Αυτά είναι: α) Το μεγάλο εύρος β) Οι τρεις κολικές ταινίες οι οποίες οφείλονται σε πάχυνση της επιμήκους μυϊκής στήβας γ) Τα εκκολπάματα του τοιχώματος του, που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις και δ) Οι επικλοϊκές αποφύσεις οι οποίες είναι προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα γεμάτες λίπος.

Το παχύ έντερο διακρίνεται σε τρία μέρη: α) Το τυφλό A3 έντερο μαζί με τη σκωληκοειδή απόφυση A14 B2 γ) Το κόλο που υποδιαιρείται σε 4 μικρότερα μέρη το ανίδν A15 B3, το εγκάρσιο A16, B5, το κατιδόν B7 και το σιγμοειδές B8 και γ) το απευθυμένο B9 B11 Ρίζα του μεσεντερίου.

Το τυφλό έντερο.



β Τυφλό διανοιγμένο. Φαίνονται η ειλεοκολική βαλβίδα και το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης

Είναι η πρώτη μοίρα του καχέος εντέρου που βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Έχει μορφή θύλακα μήκος 6-7 CM και πλάτος 7,5CM. Από το άνω μέρος του αρχίζει το ανιόν κόλο και σε αυτό εκβάλλει το τέλος του λεπτού εντέρου (ειλεός) Β2 όπου υπάρχει η ειλεοκολική ή ειλεοτυφλική ΒΙ βαλβίδα.

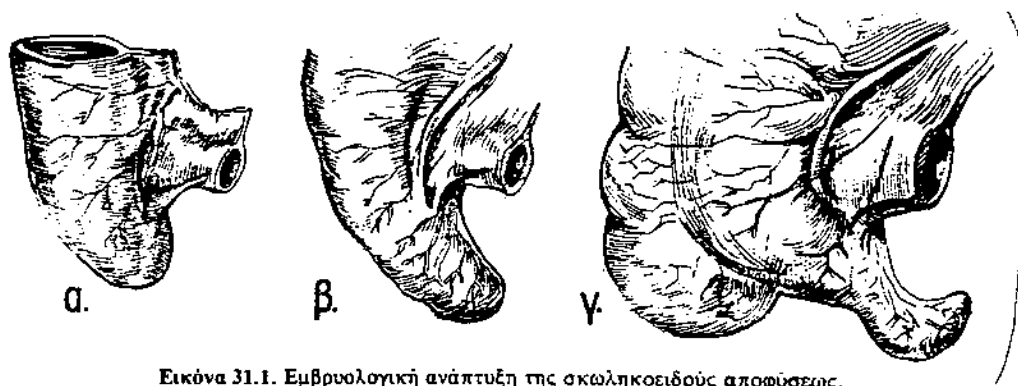
Στην εξωτερική επιφάνεια του τυφλού υπάρχει η έκφυση της σκωληκοειδούς αποφύσεως Β3.

Η σκωληκοειδής αποφυση αναπτύσσεται σαν ένα κωνοειδές εκκώλωμα στον κάτω πόλο του τυφλού. Κατά την ανάπτυξη του εμβρύου γίνεται δυσανάλογη αύξηση του τυφλού σε σχέση με τη σκωληκοειδή απόφυση, με αποτέλεσμα αυτή να μετατοπίζεται προς την έσω και οπίσθια πλευρά του τυφλού (εικόνα 3I,1)

Κατά κανόνα στον ενήλικο, το στόμιο της κατά το έσω τοίχωμα του τυφλού είναι αρκετά στενό. Παρ'όλα αυτά όμως είναι δυνατόν εντερικό περιεχόμενο να μπει στον αυλό της σκωληκοειδούς. Το μήκος της σκωληκοειδούς απόφυσης κυμαίνεται από 2 μέχρι 20 CM και η διάμετρος της μεταξύ 0,5-1 CM.

Το τοίχωμά της αποτελείται από την έσω κυκλωτερή μυϊκή στρώση, συνέχεια αυτής του τυφλού, και την έξω επιμήκη, που σχηματίζεται από τις μυϊκές ίνες των κολικών ταινιών του παχέος. Οι τρεις κολικές ταινίες του παχέος εντέρου Α2, Α3 και Α4 συναντώνται ακριβώς στην επίφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Ακολουθώντας την πορεία μίας ή δύο κολικών ταινιών ο χειρουργός μπορεί να εντοπίσει την επίφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Το μεσεντερίδιο της σκωληκοειδούς Α5 αποτελεί συνέχεια του



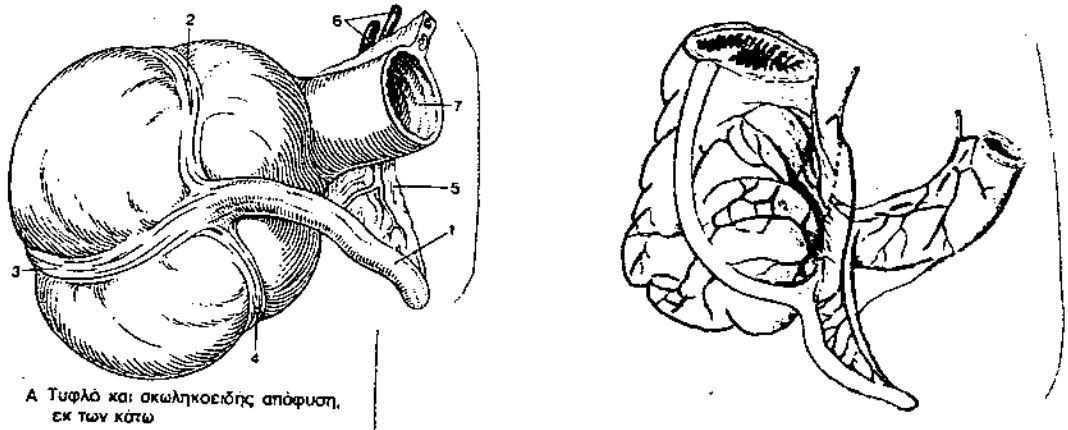
Εικόνα 31.1. Εμβρυολογική ανάπτυξη της σκωληκοειδούς απόφυσεως.

μεσεντέριου του λεπτού εντέρου και περιέχει την αρτηρία και τη φλέβα της σκωληκοειδούς Α6 που πορεύονται πίσω από το πέρας του ειλεού Α7.

Μερικές φορές υπάρχει και δεύτερη σκωληκοειδική αρτηρία από

την οπίσθια τυφλική που αιματώνει τη βάση της, δηλαδή το σημείο συνένωσης με το τυφλό.

Αγγείωση της σκωληκοειδούς αποφύσεως από την αρτηρία της



σκωληκοειδούς αποφύσεως που δεν παρουσιάζει τόξα. Η περιοχή της εισόδου τροφοδοτείται από κλάδο της ειλεοκολικής αρτηρίας (κατά F. STELZNER UND W. LIERSE, LANGENBECS ARCH, CHIR 330, 1979)

Ύφή της σκωληκοειδούς.

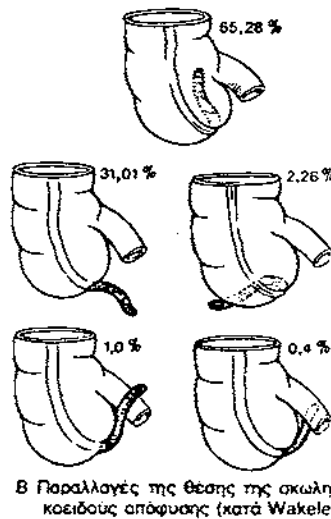
Ο βλεννογόνος της σκωληκοειδούς εμφανίζει κρύπτες, όχι όμως και λάχυνες. Στόν άνθρωπο η σκωληκοειδής δεν χρησιμεύει ούτε για την πέψη ούτε για την απορρόφηση της τροφής. Ποιά η ακριβής λειτουργία της σκωληκοειδούς παραμένει άγνωστη. Αποτελεί μέρος του ανοσολογικού συστήματος. Μερικές φορές αποκαλείται η "αμυγδαλή της κοιλιάς".

Ο βλεννογόνος είναι γεμάτος λεμφοζύδια τα οποία φτάνουν και στον υποβλεννογόνο.

Σαν όργανο αμυντικών μηχανισμών κατά της φλεγμονής, η σκωληκοειδής απόφυση αντιδρά πολλές φορές υπερβολικά και βίαια με κίνδυνο διακύησης και ρήξης του τοιχώματός της. Σε αναλογία

250/ε ο αυλός της είναι μερικώς αποκλεισμένος. Η στένωση του αυλού οφείλεται σε υπερτροφία των λεμφοζιδίων. Στον αυλό της σκωληκοειδούς βρίσκονται συχνά κυτταρικά υκολείματα και υκολείματα του περιεχομένου του εντέρου.

θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης



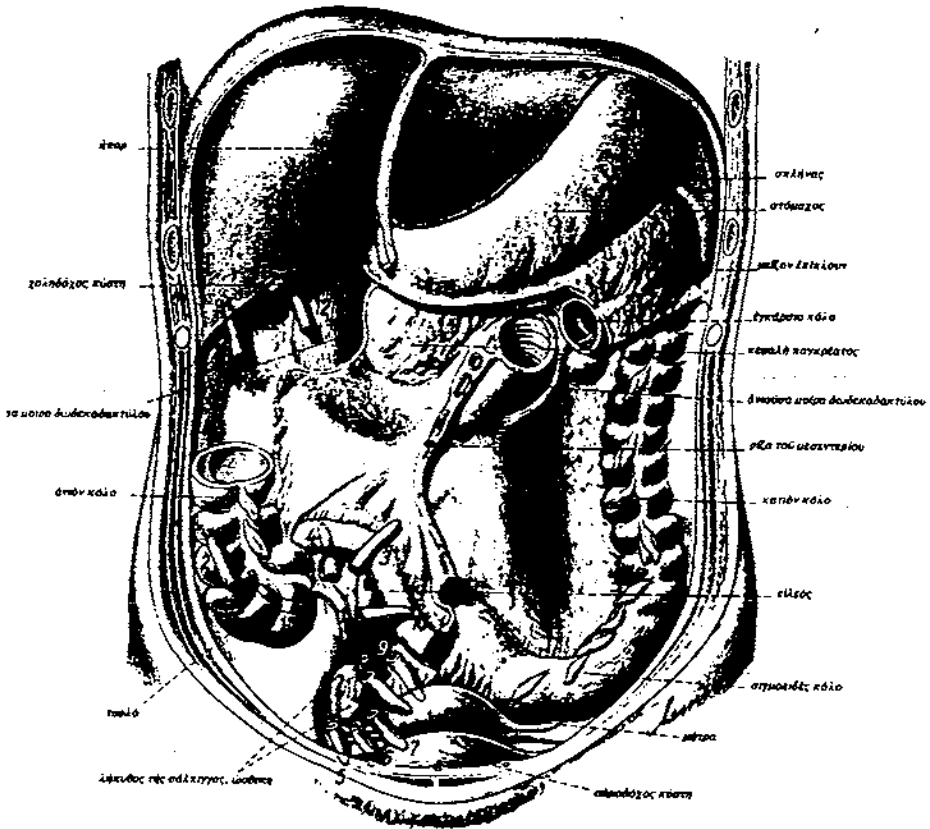
Η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης σε σχέση με την κύελο το έντερο και το περιτόναιο εμφανίζει πολλές παραλλαγές, ώστε δύσκολα θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για " φυσιολογική " θέση της σκωληκοειδούς. Σε αναλογία 650/ε η σκωληκοειδής φέρεται προς τα άνω, πίσω από το τυφλό, " οπισθοτυφλική θέση ", σε αναλογία 310/ε φέρεται προς την ελάσσονα κύελο, " λαγονοκυελική θέση " σε αναλογία πάνω από 20/ε φέρεται οριζόντια πίσω από το τυφλό, " παρακολική θέση " σε αναλογία 10/ε φέρεται μπροστά και σε λιγότερο από 10/ε πίσω από το πέρας του ειλεού.

Για τη διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τη θέση της σκωληκοειδούς σε σχέση με το κοιλιακό

τοιχώμα (κόνος με την πίεση ή μυική σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος).

Σε φυσιολογική θέση του τυφλού, η έκφυση της σκωληκοειδούς προβάλλεται στο μέσο γραμμής που φέρεται μεταξύ της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και του ομφαλού (σημείο MC BURNEY) .

Σε λαγονοκυελική θέση η κορυφή της σκωληκοειδούς προβάλλεται περίπου στο όριο μεταξύ μέσου και δεξιού τριτημορίου γραμμής που ενώνει τις δύο πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες (σημείο LANZ) .



- | | | |
|---|----|----|
| 1 | 10 | 19 |
| 2 | 11 | 20 |
| 3 | 12 | 21 |
| 4 | 13 | 22 |
| 5 | | 23 |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |

Εικ. 220. Παράλληλες θέσεις της σκωληκοειδούς άποφυής. Προτιμάται για προεκκρίσεις μεγαλύτερου βαθμού από τη φυσιολογική θέση είναι το υψος π: σκωληκοειδούς άποφυής και ή κινητικότητα του τυφλού (κινητό τυφλό).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ο Ξ Ε Ι Α Ε Κ Ω Λ Η Κ Ο Ε Ι Δ Ι Τ Ι Δ Α

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΗΤΩΣΗ

Η μέγιστη επίπτωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας απαντά στη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής. Αν και η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής, είναι σχετικά σπάνια στις ακραίες ηλικίες. Οι άνδρες και οι γυναίκες προσβάλλονται εξίσου, εκτός μεταξύ της ήβης και της ηλικίας των 25 ετών, όπου οι άνδρες υπερέχουν σε σχέση 3:2.

Η διάτρηση είναι σχετικά κίβ συνηθισμένη στην παιδική ηλικία και στους ηλικιωμένους, όπου και η θνητότητα είναι υψηλότερη. Η θνησιμότητα μειώθηκε σταθερά στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. από 8,1 στις 100.000 το 1941 σε λιγότερο από 1 στις 100.000 το 1970.

Η απόλυτη επίπτωση της νόσου μειώθηκε κατά 40ο/ο περίπου μεταξύ των ετών 1940-1960 , αλλά έκτοτε παρέμεινε αναλλοίωτη. Παρ'όλο που διάφοροι παράγοντες, όπως η αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών, η μεταβολή της εντερικής χλωρίδας, η καλύτερη διατροφή και η πρόσληψη βιταμινών, έχουν προτεθεί για την ερμηνεία της μείωσης αυτής, οι ακριβείς λόγοι δεν έχουν διευκρινισθεί.

Μεγάλου ενδιαφέροντος είναι το γεγονός ότι η γενική επίπτωση σκωληκοειδίτιδας είναι πολύ χαμηλότερη στις υπανάπτυκτες χώρες, ιδιαίτερα σε περιοχές της Αφρικής και σε χαμηλές κοινωνι-

κοινωνομικές ομάδες. Έχει δειχθεί ότι η πάθηση σχετίζεται άμεσα με την πρόσληψη τροφής χαμηλής περιεκτικότητας σε σελουλόζη και υψηλής περιεκτικότητας σε κρέας και ζάχαρι.

Η ελάττωση της θνητότητας αφεύλεται στα εξής:

1.- Καλύτερη γνώση της νόσου από όλους τους γιατρούς και όχι μόνο από τους χειρουργούς.

2.- Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

3.- Καλή και ακίνδυνη νάρκωση

4.- Ευρεία χρήση των αντιβιοτικών και χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

5.- Ενημέρωση του πληθυσμού για τον σοβαρότατο κίνδυνο που προκαλεί ο " απλός κοιλόπονος " και αποφυγή καθαρτικών φαρμάκων ή εφαρμογής θερμών επιθεμάτων στην κοιλιά, τις παραδοσιακές δηλαδή οικογενειακές μεθόδους αντιμετώπισης αναλόγων καταστάσεων.

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α - Π Α Θ Ο Γ Ε Ν Ε Ι Α

Η καθογένεια της νόσου είναι σκοτεινή και ίσως να οφείλεται σε μόλυνση της σκωληκοειδούς αποφύσεως από το αίμα.

Για άλλους η σκωληκοειδίτιδα εμφανίζεται με οξεία και χρόνια μορφή, για άλλους όμως μόνο με τη μορφή της οξείας. Η φλεγμονή δύναται να γίνει και αιματογενώς και τούτο προκύπτει από το γεγονός ότι εμφανίζεται οξεία σκωληκοειδίτιδα κατά τη διάρκεια ιλαράς ή οξείας κυνάγχης.

Το κύριο όμως καθογενετικό στοιχείο πιστεύεται, ότι είναι πάντοτε η απόφραξη του αυλού.

Ενώ η απόφραξη μπορεί να διαπιστωθεί με την προσεκτική εξέταση στα 30-40% των περιπτώσεων, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η εξέλιξη του βλεννογόνου είναι το αρχικό συμβάν στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Το αίτιο της εξελκώσεως είναι άγνωστο, αν και η ιογενής αιτιολογία θεωρείται πιθανή. Το εάν η φλεγμονώδης αντίδραση σε συνδυασμό με την εξέλιξη επαρκούν να αποφράξουν το λεπτό αυλό της σκωληκοειδούς, έστω και παροδικά, δεν έχει επίσης αποσαφηνισθεί.

Η απόφραξη, όταν υπάρχει, προκαλείται συχνότερα από κοπρόλιθο, που δημιουργείται από συσσώρευση κοπρανώδους υλικού γύρω από φυτικές ίνες. Διογκωμένα λεμφοζήδια που συνοδεύουν ιογενείς λοιμώξεις (π.χ. παρωτίτιδα), συσσώρευση βαρίου, σκώληκες (π.χ. ασκαρίδες, ταινίες) και όγκοι (π.χ. καρκινοειδές ή καρκίνωμα) μπορεί επίσης να αποφράξουν τον αυλό.

Η διεργασία που αναπτύσσεται μετά την απόφραξη του αυλού είναι η ακόλουθη:

Η εκκριτική ικανότητα του βλεννογόνου συνεχίζεται με επακόλουθο διάταση του αυλού, ενώ παράλληλα αρχίζει ο πολλαπλασιασμός των μικροβίων με αποτέλεσμα να προστεθεί και ο παράγοντας φλεγμονή στην απόφραξη. Κλινικώς αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από το διάχυτο πόνο, την ανορεξία τη ναυτία και τους εμέτους.

Στη συνέχεια φλεγμονή επεκτείνεται σ' όλο το τοίχωμα της σκωληκοειδούς, πράγμα που προκαλεί ερεθισμό του περισπλάχνου περιτοναίου καθώς και των παρακείμενων οργάνων. Κλινικώς εκδηλώνεται με τον πόνο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Με την εξέλιξη της φλεγμονής γίνεται είσοδος μικροβίων και τοξι-

νών στην κυκλοφορία. Κλινικώς έχουμε την εμφάνιση πυρετού, ταχυκαρδίας και εργαστηριακώς έχουμε την αύξηση των λευκών. Αν συνεχίσει να υφίσταται το κώλυμα, τότε επηρεάζεται πρώτα η φλεβική και μετά η αρτηριακή κυκλοφορία, με αποτέλεσμα νέκρωση και ρήξη της σκωληκοειδούς. Κλινικώς αυτό εκδηλώνεται με πρόσκαιρη ύφεση του πόνου, αλλά με επίταση των γενικών φαινομένων, όπως ταχυκαρδία και πυρετό.

Αν η διαδικασία αυτή εξελίσσεται βραδέως, τα παρακείμενα όργανα, όπως ο τελικός ειλεός, το τυφλό και το επίκλουν, μπορεί να εγκυστώσουν τη σκωληκοειδή περιοχή, ώστε να αναπτυχθεί ένα εντοπισμένο απόστημα, ενώ η ταχεία εξέλιξη με διαταραχή της αιμάτωσης μπορεί να προκαλέσει διάτρηση στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η ρήξη των πρωτοπαθών σκωληκοειδικών αποστημάτων μπορεί να προκαλέσει συνίγγια μεταξύ σκωληκοειδούς και ουροδόχου κύστεως, λεπτού εντέρου, σιγμοειδούς ή τυφλού.

Μερικές φορές η οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου του CROHN. Αν και μπορεί να υπάρχει χρόνια λοίμωξη της σκωληκοειδούς από φυματίωση, αμοιβάδωση και ακτινομύκωση ένας χρήσιμος κλινικός αφορισμός αναφέρει, ότι η χρόνια φλεγμονή της σκωληκοειδούς δεν αποτελεί σύνηθες αίτιο κοιλιακού πόνου εβδομάδων ή μηνών. Αντίθετα είναι σαφές, ότι μπορεί να υπάρχει υποτροπιάζουσα οξεία σκωληκοειδίτιδα, συχνά με πλήρη υποχώρηση της φλεγμονής και των συμπτωμάτων μεταξύ των προσβολών. Η υποτροπιάζουσα οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να καταστεί συχνότερη, καθώς τα αντιβιοτικά χορηγούνται περισσότερο συχνά.

Παθολογική ανατομική

Η σκωληκοειδής απόφυση, όταν φλεγμαίνει, εμφανίζει όλες τις διαβαθμίσεις της φλεγμονής όπως:

1.- Ορθής φλεγμονή με οίδημα, διεύρυνση των αγγείων και ερυθρότητα.

2.- Πρώτης φλεγμονή με επίταση του οιδήματος, συλλογή πύου και κίτρινη χροιά, και

3.- Γαγγραινώδης φλεγμονή με νέκρωση, διάτρηση του τοιχώματος και μελανή χροιά.

Κλινική εικόνα

Μεγάλη σημασία στην κλινική εικόνα της οξείας σκωληκοειδίτιδας έχει η ανατομική θέση της σκωληκοειδούς.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων εμφανίζει την τυπική εικόνα που θα περιγραφεί παρακάτω, αλλά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου παρουσιάζει ατυχή συμπτωματολογία και τότε η διάγνωση έγκειται στην κλινική εμπειρία του γιατρού.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι ο πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, η ανορεξία και η ναυτία με τον έμετο.

Πόνος : Στην αρχή ο πόνος είναι διάχυτος με κύρια εντόπιση γύρω από τον ομφαλό ή στο επιγάστριο, ήπιος σε ένταση και έχει σπλαχνικό χαρακτήρα.

Ο σπλαχνικός πόνος είναι ήπιος, συχνά κωλικοειδής και σπάνια πολύ έντονος, συνήθως παραμένει επί 4-6 ώρες, δεν αναφέρεται όμως από άτομα που αντέχουν τον πόνο ή από μερικούς ασθενείς κατά

κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Στη συνέχεια εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, είναι πιο έντονος, σταθερός και πλέον σοβαρός, επιδεινούμενος από την κίνηση και το βήχα και αποκτά σωματικό χαρακτήρα. Αυτή είναι η τυπική εικόνα του κόπου και εμφανίζεται σ' ένα 55ο/ο των περιπτώσεων.

Στο υπόλοιπο κοσσοτό ο κόπος εμφανίζει άτυπη εικόνα και δυνατόν να ξεκινά σαν σωματικός από την αρχή ή να παραμένει σπλαχνικός χωρίς την κλασική συνέχεια σπλαχνικός- σωματικός κόπος.

Αν τώρα η ανατομική θέση της σκληροκοειδούς δεν είναι η συνηθισμένη, τότε ο κόπος μπορεί να εντοπίζεται στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, στο υπογάστριο ή να προκαλεί σημεία τεινεσμού του εντέρου. Σε σπάνιες περιπτώσεις που η σκληροκοειδής έχει κατεύθυνση προς τον αριστερό λαγόνιο βόθρο ή σε αναστροφή των σπλάχνων μπορεί ο κόπος να εντοπίζεται αριστερά.

Σε περίπτωση διάτωσης της σκληροκοειδούς ο κόπος υφίσταται προσκαιρώς, γιατί αμέσως μετά εμφανίζονται τα συμπτώματα της τοπικής ή γενικευμένης περιτονίτιδος και η κατάσταση του αρρώστου επιβαρύνεται.

Ανορεξία: Μετά τον κόπο, η ανορεξία είναι το πιο συχνό σύμπτωμα, ιδιαίτερα στους ενήλικες και είναι δείγμα ότι πάσχει το γαστρεντερικό σύστημα σε κάποιο σημείο.

Από στατιστικές μελέτες βρέθηκε ότι η ανορεξία υπάρχει στο 95ο/ο των περιπτώσεων της πάθησης στους ενήλικες. Στα παιδιά φαίνεται ότι είναι λιγότερο συχνή. Ορισμένοι συγγραφείς τη θεωρούν τόσο σταθερό σύμπτωμα που θέτουν ερωτηματικό στη διάγνωση της όταν δεν υπάρχει.

Ναυτία και έμετος : Δεν είναι ειδικά συμπτώματα για την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Απαντούν στα 50-60% των περιπτώσεων, ο έμετος όμως σπάνια είναι έντονος και παρατεταμένος. Η ναυτία είναι πιο συχνή από τον έμετο, που υπάρχει κυρίως στα παιδιά και στις νεαρές ηλικίες, ενώ στους ενήλικες δεν είναι συχνός. Ο έμετος συνήθως ακολουθεί την ανορεξία και τον πόνο. Η εμφάνιση ναυτίας και εμέτου πριν από τον πόνο είναι εξαιρετικά σπάνια.

Αν δεν συμβαίνει αυτό, τότε η διάγνωση θα πρέπει να αναθεωρηθεί.

Δυσκοιλιότητα- Διάρροια : Η μεταβολή της συνήθειας του εντέρου αποτελεί και αυτό ένα μη ειδικό σύμπτωμα.

Η δυσκοιλιότητα απαντά κυρίως στους ενήλικους, οι οποίοι χαρακτηριστικά αναφέρουν πρόσκαιρη ύφεση του πόνου μετά από κένωση.

Η διάρροια κυρίως παρουσιάζεται στα παιδιά.

Συχνουρία- Δυσουρία παρατηρούνται, όταν η σκωληκοειδής απόφυση ευρίσκεται κοντά στην κύστη.

Κ λ ι ν ι κ ά Ε υ ρ ή μ α τ α

Όπως η κλινική εικόνα, έτσι και τα κλινικά ευρήματα σχετίζονται άμεσα με την ανατομική θέση της σκωληκοειδούς, από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εξέλιξη της φλεγμονής της σκωληκοειδούς κατά την ώρα της εξέτασης καθώς και την ηλικία του ασθενούς.

Πυρετός - Ταχυκαρδία : Δεν αποτελούν ιδιαίτερα σημεία της οξείας σκωληκοειδίτιδος. Στα αρχικά στάδια η θερμοκρασία δεν μεταβάλλεται, αργότερα μπορεί να αυξηθεί μέχρι και ένα βαθμό, ενώ

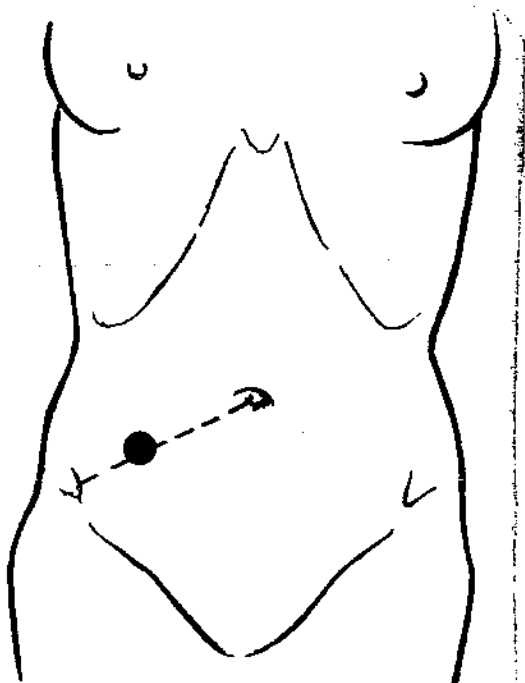
ο σφυγμός δεν επηρεάζεται όταν δεν υπάρχει επιπλοκή.

Ελάττωση κινητικότητας του κοιλιακού τοιχώματος

Αυτή παρατηρείται σε προχωρημένο στάδιο της σκωληκοειδίτιδας, όταν η φλεγμονή του οργάνου έχει επεκταθεί στο τοιχωματικό περιτόναιο. Γίνεται αντιληπτό όταν ζητηθεί από τον άρρωστο να πάρει βαθιά ανάσα, οπότε κόβεται απότομα ή όταν του ζητηθεί να σηκωθεί από το εξεταστικό κρεβάτι οπότε πάλι πονά περισσότερο.

Άλγος κατά την πίεση του δεξιού λαγονίου βόθρου

Κατά την "εν τω βάθει ψηλάφηση" στο σημείο MC BURNEY, που



Εικ. 31.1. Σημείο Mc Burney.

είναι το όριο έσω- εξω τριτημορίου της νοσητής γραμμής μεταξύ άνω λαγονίου ακρολοφίας και ομφαλού, ο άρρωστος πονάει. Αυτό συμβαίνει όταν η σκωληκοειδής έχει την τυπική της θέση και

φλεγμαίνει (εικόνα 31.1).

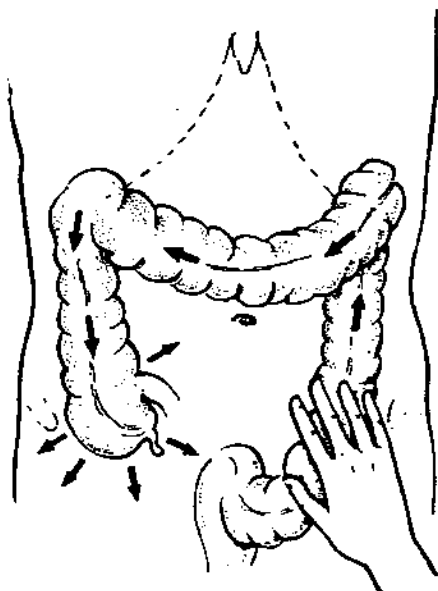
Αναπηδῶσα ευαισθησία

Προκαλείται με την αιφνίδια ἄρση της εφαρμοζόμενης πίεσης στο κοιλιακό τοίχωμα και οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής στο τοιχωματικό περιτόναιο. Αποτελεί σημαντικό κλινικό εύρημα και η παρουσία του βοηθά στις περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία στη διάγνωση.

Δερματική υπερευαισθησία

Είναι συχνό μα όχι σταθερό κλινικό σημείο. Μερικές φορές όμως αποτελεί το πρώτο κλινικό εύρημα στα αρχικά στάδια της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Προκαλείται με την εφαρμογή ηπίου ερεθίσματος στο δέρμα του δεξιού λαγονίου βόθρου, το οποίο φυσιολογικώς δεν προκαλεί πόνο, όμως ο ἄρρωστος πονεί έντονα.

Σημείο ROVSING



Εικ. 31.2. Σημείο Rovsing.

Με την εφαρμογή πίεσης στον αριστερό λαγόνιο βόθρο εκλύεται ο πόνος αντιστοίχως δεξιά. Οφείλεται στη μετακίνηση των αερίων του παχέος από αριστερά προς τα δεξιά με αποτέλεσμα διάταση του τυφλού.

Μυϊκή σύσπαση

Δείχνει τη σοβαρότητα της κατάστασης όπου η φλεγμονή έχει επεκταθεί στο τοιχωματικό περιτόναιο και ο υπερκείμενος μύς λόγω του ερεθισμού κάνει σπασμό. Θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός του αληθινού μυϊκού σπασμού από τον προφυλακτικό που προκαλείται αντανακλαστικώς από τον άρρωστο, προκειμένου να μην πονέσει. Αυτό μπορεί να γίνει κατά την εκπνοή όπου ο πραγματικός σπασμός δεν υποχωρεί.

Σημεία φοίτου και θυροειδούς

Η πρόκληση αυτών των σημείων εξαρτάται απολύτως από τη θέση της σκωληκοειδούς. Το σημείο του φοίτου εκλύεται όταν ο άρρωστος είναι στραμμένος στην αριστερή πλάγια θέση και εκτείνει το δεξιό σκέλος, οπότε συσπάται ο λαγονοφοίτης, πιέζει τη φλεγμαίνουσα σκωληκοειδή και ο άρρωστος πονεί. Το σημείο του θυροειδούς εκλύεται όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε ύπτια θέση και γίνεται παθητική εσω στροφή του δεξιού σκέλους, οπότε προκαλείται πόνος στο υπογάστριο από σύσπαση του έσω θυροειδούς μυός.

Δακτυλική εξέταση από το ορθό

Στά αρχικά στάδια της πάθησης δεν υπάρχουν ευρήματα από το ορθό παρά μόνο στην περίπτωση που η σκωληκοειδής έχει ενδοπυελική

θέση, οπότε κατά τη δακτυλική με τη ψηλάφηση του δουγλάσσειου, ο άρρωστος πονεί στο υπογάστριο. Χρησιμεύει επίσης για τη διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδος από άλλες παθήσεις.

Ψηλάφηση μάζας

Σε προχωρημένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να ψηλαφάται μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ή στην ελάσσονα πύελο. Αυτή οφείλεται σε περιχαράκωση της φλεγμονής από το επίπλουν και τα παρακείμενα όργανα.

Εργαστηριακά Ευρήματα

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας γίνεται με την κλινική εξέταση.

Τα εργαστηριακά ευρήματα ερχονται απλώς να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση ή σε αμφίβολες περιπτώσεις να τη βοηθήσουν.

Αιματολογικές εξετάσεις

Από αυτές σημασία έχει ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων στη γενική αίματος. Στην οξεία σκωληκοειδίτιδα παρατηρείται μια αύξηση των λευκών από 10.000 μέχρι 15.000 ανά κυβικό χιλιοστό, με παράλληλη αύξηση των πολυμορφοκυττάρων.

Ο συνολικός αριθμός των λευκών, καθώς και ο αριθμός των πολυμορφοκυττάρων, δεν αντικατοπτρίζουν και τη σοβαρότητα της φλεγμονής. Στο 1/3 των περιπτώσεων της πάθησης ο αριθμός των λευκών είναι φυσιολογικός, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς παρουσιάζουν αύξηση των πολυμορφοκυττάρων.

Λευκοκυττάρωση μεγαλύτερη από 20.000/ΜΜ³ θα πρέπει να εγείρει υποψία διατρήσεως.

Η αναιμία και το αίμα στα κόπρανα εγείρουν υποψία καρκίνου στο τυφλό, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Γενική Ούρων

Ευνήθως είναι φυσιολογική. Όταν η θέση της σκωληκοειδούς είναι τέτοια ώστε να έρχεται σ'επαφή με τον ουρητήρα ή την ουροδόχο κύστη, τότε πιθανόν να υπάρχουν λίγα ερυθρά ή λευκά κατά οπτικό πεδίο.

Χρησιμεύει για τη διαφορική διάγνωση από τις παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος.

Ακτινολογικές Εξετάσεις

Δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στην οξεία σκωληκοειδίτιδα. Χρησιμεύουν όμως για τη διαφορική διάγνωση από άλλες παθήσεις. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας πιθανόν να δείξει 1 ή 2 υδρατρικά επίπεδα γύρω από το τυφλό και σ'ένα ΙΟθ/θ μπορεί να φανεί ακτινοσκιερός κοπρόλιθος στη σκωληκοειδή. Ο αέρας κάτω από το διάφραγμα θα βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση από μια διάτρηση έλκους Ι2/δακτύλου ενώ φυσαλλίδες αέρος γύρω από το τυφλό υποδηλώνουν ρήξη της σκωληκοειδούς.

Η ακτινογραφία θώρακος θα βοηθήσει να γίνει η διαφορική διάγνωση από μια πνευμονία των βάσεων.

Παράγοντες που προκαλούν παρεκκλίσεις από την " κλασική" κλινική

εικόνα

Σε ορισμένες περιπτώσεις η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας απαιτεί μεγάλη προσοχή και ιδιαίτερες γνώσεις για να τεθεί και η αποτυχία της δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στον άρρωστο. Αυτές οι περιπτώσεις που εξετάζονται παρακάτω είναι:

A.- Ανατορική εντόπιση της σκωληκοειδούς

Τα ευρήματα από την κοιλία είναι σταθερά όταν η σκωληκοειδής απόφυση βρίσκεται στο λαγόνιο βόθρο ή κοντά στο κοιλιακό τοίχωμα. Όταν η απόφυση εκτείνεται προς τα κάτω πέρα από τη λαγόνια ακρολοφία, τα κοιλιακά συμπτώματα είναι ελάχιστα και η μεγαλύτερη ευαισθησία ανευρίσκεται με τη δακτυλική εξέταση από το ορθό.

Στην οπισθοτυφλική ή οπισθοεπιδερμική σκωληκοειδίτιδα η ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο αργεί να εμφανισθεί και δεν εντοπίζεται σαφώς. Όταν γίνει φλεγμονή θιάς αποφύσεως που βρίσκεται ψηλά η ευαισθησία εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο και στον αριστερό λαγόνιο βόθρο όταν υπάρχει αντιστροφή των σπλάχνων.

Σε σπάνιες περιπτώσεις κινητού τυφλού ή μη κατελθόντος τυφλού διαπιστώνονται παράδοξες εντοπίσεις της σκωληκοειδούς αποφύσεως. Στις περιπτώσεις αυτές τα συμπτώματα και σημεία εντοπίζονται συνήθως στο άνω δεξιό ή το κάτω αριστερό τεταρτημόριο.

B.- Ηλικία

I.- Νηπιακή και παιδική

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα στην παιδική ηλικία είναι σπάνια,

όταν όμως συμβεί έχει υψηλό ποσοστό ρήξης της σκωληκοειδούς, με αποτέλεσμα υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Τα 70-80o/o της διατρήσεως και της γενικευμένης περιτονίτιδας σε παιδιά κάτω των 2 ετών είναι μια δραματική απόδειξη της σημασίας του ιστορικού και της πρώιμης διαγνώσεως της νόσου.

Κάθε νήπιο ή παιδί με διάρροια έμετο και κοιλιακό πόνο είναι ιδιαίτερα ύποπτο. Ο πυρετός είναι πολύ συχνότερος στην ηλικία αυτή και η κοιλιακή διάταση είναι συνήθως το μόνο αντικειμενικό εύρημα.

Η σπανιότητα της πάθησης, η αδυναμία του παιδιού να δώσει περισσότερες πληροφορίες και η άτυπη κλινική εικόνα είναι οι αιτίες της υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Επιπλέον συγκριτικώς με τους ενηλίκους έχει ταχύτερη εξέλιξη με αποτέλεσμα το ποσοστό ρήξεων να κυμαίνεται από 15 σε 50o/o σε διάφορες σειρές. Πολλές φορές μάλιστα κατά την πρώτη εξέταση του παιδιού υπάρχει ήδη ρήξη, ως αποτέλεσμα καθυστέρησης εκ μέρους των γονέων που πιστεύουν ότι πρόκειται για γαστρεντερίτιδα. Μετά τη ρήξη ακολουθεί γενικευμένη περιτονίτις γιατί, όπως προαναφέρθηκε γίνεται ταχύτατη εξέλιξη της φλεγμονής και δεν προλαβαίνει ο οργανισμός να την περιχαρμάσει, αφ'ετέρου το επίπλουον δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί πλήρως ώστε να βοηθήσει στην αντιμετώπισή της.

2.- Μεγάλη Ηλικία

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι εξίσου σοβαρή πάθηση στους ηλικιωμένους όπως και στα παιδιά.

Σε αντίθεση με αυτά, πάνω από την ηλικία των 60, η

συχνότητα της είναι πέντε φορές μεγαλύτερη και η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν είναι ήπια. Ο πόνος είναι ήπιος και δεν προκαλεί ανησυχία, τα δε κλινικά ευρήματα εκτός από την αναπηδώσα ευαισθησία είναι πτωχά.

Ο πυρετός και τα λευκά είναι σε φυσιολογικά επίπεδα.

Οι ηλικιωμένοι αυτοί ασθενείς συχνά παρουσιάζονται αρχικά με ελαφρά επώδυνη μάζα (πρωτοπαθές σκωληκοειδικό απόστημα) ή μερικές φορές εμφανίζονται με εντερική απόφραξη εκ περισφίξεως 5-6 ημέρες από προηγούμενη μη διαπιστωθείσα διατηρηθείσα σκωληκοειδίη.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το 67ο/ο να χειρουργείται με ρήξη.

Επιπλέον, αυτοί οι άρρωστοι παρουσιάζουν και άλλα προβλήματα, όπως καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες, διαβήτη κλπ. που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού, πράγμα που επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση τους.

Γ.- Παχυσαρκία

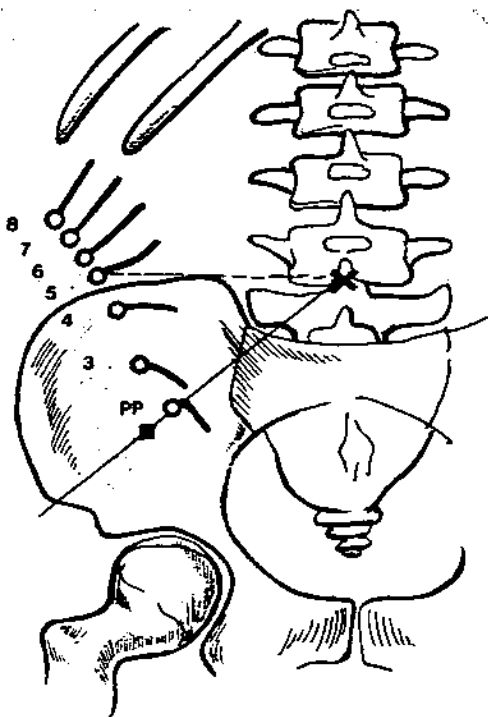
Η παχυσαρκία εμποδίζει συχνά την αξιολόγηση των ευρημάτων γιατί καθυστερεί την εμφάνιση των κοιλιακών σημείων και εμποδίζει την ακριβή εντόπισή τους.

Δ.- Εγκυμοσύνη

Η έγκυος γυναίκα παρουσιάζει οξεία σκωληκοειδίτιδα στην ίδια συχνότητα που παρουσιάζουν οι μη έγκυες γυναίκες.

Συμβαίνει σε κάθε 1 : 2.000 εγκυμοσύνες. Η διάγνωση είναι δύσκολη, γιατί η κλινική εικόνα είναι συνηθισμένη στις έγκυες γυναίκες.

Ο πόνος και η ναυτία είναι πολύ συχνά συμπτώματα κατά την εγκυμοσύνη. Επίσης με την αύξηση του μεγέθους της μήτρας, μεταβάλλεται η θέση της σκωληκοειδούς (εικόνα 31.3), με αποτέλεσμα



Εικ. 31.3. Η μεταβολή της ανατομικής θέσεως της σκωληκοειδούς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

κατά την ψηλάφηση τα σημεία ευαισθησίας να βρίσκονται ψηλότερα και προς τα έξω, πέρα από το σημείο MC BURNEY, συνήθως δε δεν παρατηρείται εντόπιση του πόνου και της λοιμώξεως.

Επίσης τα λευκά αιμοσφαίρια λόγω της εγκυμοσύνης είναι αυξημένα μέχρι και 15.000/ΜΜ³.

Η διατεταμένη μήτρα αποθεί το παχύ και λεπτό έντερο. Οι συσπάσεις της μήτρας εμποδίζουν το σχηματισμό αποστήματος και την περιχαράκωσή του, οι δε σχέσεις του εντέρου με τα γύρω όργανα διαταράσσονται.

Η στροφή του τύπου προς τα αριστερά ίσως βοηθήσει τη διάγνωση.

Ο κίνδυνος για τη μητέρα και το παιδί είναι αρκετά μεγάλος και προέρχεται από την περιτονίτιδα που μπορεί να αναπτυχθεί.

Η εμβρυϊκή θνητότητα φτάνει το 30/ο σε μη ραγείσα σκωληκοειδή, ενώ μετά από ρήξη το 30ο/ο.

Σε ποσοστό 20ο/ο τουλάχιστον από τις έγκυες η ορθή διάγνωση καθυστερεί μέχρι που να διαρραγεί η σκωληκοειδής απόφυση και να εγκατασταθεί περιτονίτιδα. Η καθυστέρηση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό είτε σε αποβολή.

Ενδείκνυται η έγκαιρη σκωληκοειδεκτομή. Σε περίπτωση που η διάγνωση τεθεί μετά από την έναρξη των πόνων του τοκετού ή λίγο πριν απ'αυτή, εκτελείται εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή και σκωληκοειδεκτομή για τον περιορισμό της περιτονίτιδας. Θεραπευτική έκτρωση ουδέποτε ενδείκνυται σε περίπτωση σκωληκοειδίτιδας. Εάν απαιτηθεί παροχέτευση αυτή πρέπει να εκτελεσθεί διακοιλιακώς και όχι από τον κόλπο.

Με την έγκαιρη διάγνωση και τη σκωληκοειδεκτομή η πρόγνωση είναι καλή τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό.

Δ ι α φ ο ρ ι κ ή Δ ι ά γ ν ω σ η

Τα νοσήματα που μπορούν να διαφοροδιαγνωσθούν από την οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι τόσα πολλά ώστε θα μπορούσε να καταρτισθεί ένας εγκυκλοπαιδικός τόμος όλων των καταστάσεων που προκαλούν κοιλιακό άλγος, επειδή η σκωληκοειδίτιδα μπορεί να μοιάζει με οποιοδήποτε.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας αποτελεί βασικώς την διάγνωση της οξείας κοιλίας.

Αυτό συμβαίνει γιατί η κλινική εκδήλωση δεν είναι ειδική για μια δεδομένη πάθηση, αλλά ειδική διαταραχή μιας φυσιολογικής λειτουργίας.

Έτσι ένας μεγάλος αριθμός οξείων παθήσεων μέσα ή κοντά στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να προκαλέσει την ίδια κλινική εικόνα (Πίνακας Ι).

Θα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του ότι οι περισσότερες παθήσεις στη διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδος χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση ή τουλάχιστον δεν γίνονται χειρότερα με μια χειρουργική επέμβαση.

Λίγες είναι οι παθήσεις που θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν οπωσδήποτε γιατί επιβαρύνεται η κατάσταση, όπως για παράδειγμα μια πνευμονία των βάσεων, έμφραγμα του μυοκαρδίου η παγκρεατίτιδα κλπ.

Από μελέτες που έχουν γίνει, η ακρίβεια της διάγνωσης μπορεί να φθάσει το 85ο/ο όμως παρά τις προσπάθειες το ποσοστό των ρήξεων της σκωληκοειδούς παραμένει αρκετά υψηλό (26,7 ο/ο).

Είναι πιθανώς λοιπόν καλύτερο να στρέφεται κανείς στην κατεύθυνση της " υπερδιαγνώσεως " επειδή η καθυστέρηση συνοδεύεται από διάτρηση και αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα.

Στη μη διατρηθείσα σκωληκοειδίτιδα η θνητότητα είναι 0,1ο/ο λίγο περισσότερη από εκείνη της γενικής αναισθησίας.

Για τη διατρηθείσα σκωληκοειδίτιδα συνολική θνητότητα 3ο/ο με αύξηση στα 15ο/ο στους ηλικιωμένους.

Τέσσερις έως έξι ώρες παρατηρήσεως σε αμφίβολες περιπτώσεις

είναι περισσότερο επωφελής από ότι επικίνδυνη.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας σκληροειδίτιδας θα στηριχθεί σε τρεις κυρίως παράγοντες: το στάδιο της διεργασίας κατά την πρώτη κλινική εξέταση και την ηλικία με το φύλο.

Π ί θ α κ α ς Ι : Διαφορική διάγνωση

Χειρουργικές παθήσεις.

- 1.- Οξεία σκωληκοειδίτις
- 2.- Συστροφή κύστεως ωοθήκης
- 3.- Ρήξη ωοθυλακίου
- 4.- Οξεία φλεγμονή Μεκελείου αποφύσεως
- 5.- Ρήξη εξωμητρίου κυήσεως
- 6.- Ca τυφλού
- 7.- Διάτρηση έλκους Ι2/δακτύλου-στομάχου
- 8.- Οξεία χολοκυστίτις
- 9.- Έκτοπη κύηση
- 10.- Θρομβώση μεσεντερικών αγγείων
- 11.- Αποφρακτικός ειλεός
- 12.- Εγκολεασμός
- 13.- Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

Ειδικές Παθήσεις

- 1.- Αλλεργική πορφύρα
- 2.- Διαβητική Οξέωση
- 3.- Κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας
- 4.- Ακτινομυκητίαση δεξιού λαγονίου βόθρου
- 5.- Φυματίωση τυφλού
- 6.- Κατά τόπους εντερίτις (νόσος του CROHN)

Μη χειρουργικές Παθήσεις

- 1.- Κωλικός δεξιού ουρητήρος
- 2.- Μεσεντέριος λεμφαδενίτις
- 3.- Οξεία εξαρτηματίτις- παραμητρίτις
- 4.- Παγκρεατίτις
- 5.- Πνευμονία- πλευρίτις
- 6.- Οξεία πυελονεφρίτις δεξιά
- 7.- Γαστρεντερίτις

Νευρολογικές Παθήσεις

- 1.- Ερπης ζωστήρας
- 2.- Ριζίτις κατωτέρων θωρακικών νεύρων
- 3.- Νοσήματα σπονδυλικής στήλης και διάφορες νευρολογικές συνδρομές.

Μεσεντέριος Λεμφαδενίτιδα

Είναι η ονομασία που συνήθως δίνεται, όταν κατά την επέμβαση διαπιστώνεται φυσιολογική σκωληκοειδής και διογκωμένος, ελαφρά εξέρυθρος λεμφαδένας στη ρίζα του μεσεντερίου. Το κατά πόσο είναι απλή ξεχωριστή νοσολογική οντότητα δεν είναι σαφές, αφού δεν υπάρχει γνωστός αιτιολογικός παράγοντας.

Η μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα και σημεία όμοια με εκείνα της σκωληκοειδίτιδας.

Παρά ταύτα υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά σημεία που βοηθούν τη διάγνωση. Η μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα έχει περιδεδότερες πιθανότητες να εμφανισθεί σε παιδιά ή εφήβους. Στο αναμνηστικό υπάρχει συχνά αναπνευστική λοίμωξη. Η κλινική εξέταση όπου θα ανακαλυφθούν φηλαφητοί λεμφαδένες μπορεί να βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση. Η εντόπιση στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο είναι λιγότερο ακριβής και λιγότερο σταθερή. Δεν υπάρχει συνήθως γνήσιος μυϊκός σπασμός.

Μικρή βοήθεια μπορούν να προσφέρουν οι εργαστηριακές εξετάσεις εκτός αν υπάρχει αύξηση των λεμφοκυττάρων.

Σε αμφιβολία, η παρακολούθηση του αρρώστου για λίγες ώρες βοηθά, γιατί αν πρόκειται για μεσεντέρια λεμφαδενίτιδα ο πόνος υποχωρεί αυτομάτως. Αν παραμένει όμως η αμφιβολία, τότε η χειρουργική θεραπεία αποτελεί τη μόνη ασφαλή ενέργεια για τον άρρωστο.

Οξεία Γαστρεντερίτις

Είναι πιο συχνή στην παιδική ηλικία και η διαφορική διάγνωση

μπορεί να γίνει σχετικώς εύκολα. Οφείλεται σε:

1.- **Ι ο ύ ς** : Χαρακτηρίζεται από μεγάλες διαρροϊκές κανώσεις, ναυτία έμετο και κωλικοειδή άλγη στην κοιλιά. Στα μεσοδιαστήματα η κοιλιά είναι μαλακή, ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα.

2.- **Σ α λ μ ο ν έ λ λ α** : Η κλινική εικόνα είναι όμοια με την ιογενή , αλλά με πίο εντονα συμπτώματα. Ο κόνος συνήθως είναι εντοπισμένος και στην κλινική εξέταση ανευρίσκεται ευαισθησία και αναπιδώσα ευαισθησία. Συνυπάρχει πυρετός με ρίγος. Εργαστηριακώς τα λευκά είναι φυσιολογικά, ενώ μπορεί να απομονωθεί η σαλμονέλλα στα κόπρανα αλλά αυτό είναι κάτι που καθυστερεί. Η ύπαρξη και άλλων ατόμων στο περιβάλλον του αρρώστου με τα ίδια συμπτώματα, που να έχουν φάει την ίδια μολυσμένη τροφή, πιθανόν να βοηθήσει τη διάγνωση.

3.- **Τ υ φ ο ε ι θ ή Π υ ρ ε τ ό** : Άρκετά σπάνια για την εποχή μας παθηση, γι' αυτό και σπάνια κανείς τη σκέφτεται στη διαφορική διάγνωση. Έχει πίο ήπια συμπτώματα και χαρακτηρίζεται από εντονη αδυναμία του αρρώστου, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, βραδυκαρδία και λευκοπενία.

Σε Ιο/ο των περιπτώσεων μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του τελικού ειλεού και να χρειασθεί χειρουργική θεραπεία.

4.- **Y E R N I O S I S** : Οφείλεται στην **Y E R S I N I A E N T E R O C O L I T I C A** ή **Y . P S E U D O T U B E R C U L O S I S** και είναι πίο συχνή στην Ευρώπη.

Η μετάδοσή της γίνεται με επιμόλυνση των τροφών.

Η κλινική εικόνα είναι ανάλογη με την εντόπιση της φλεγμονής

και μπορεί να εκδηλωθεί σαν μεσεντέριος λεμφαδενίτις, ειλεΐτις, κολίτις η οξεία σκωληκοειδίτις.

Η θεραπεία είναι συντηρητική κυρίως με τετρακυκλίνη στρεπτομυκίνη, αμπικιλίνη και καναμυκίνη. Ευνόητο είναι ότι όταν εκδηλώνεται σαν οξεία σκωληκοειδίτις, η σωστότερη θεραπεία είναι η χειρουργική.

ΕΥΚΟΛΕΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥΣ

Μεγάλη σημασία έχει η διαφορική διάγνωση, γιατί η θεραπεία είναι εκ διαμέτρου αντίθετη. Η ηλικία του αρρώστου αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Ο ιδιοπαθής εγκολεασμός συμβαίνει κάτω από την ηλικία των 2 ετών όπου η οξεία σκωληκοειδίτις είναι αρκετά σπάνια. Η κλινική εικόνα αρχίζει αιφνιδίως με κωλικοειδές άλγος στην κοιλιά έντονο, στα μεσοδιαστήματα του οποίου το παιδί είναι ήσυχο, χωρίς κλινικά ευρήματα. Αργότερα μπορεί να παρουσιασθεί αίμα στα κόπρανα. Επίσης στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς μπορεί να ψηλαφάται μαλακή ευπίεστη μάζα. Αν είναι πρόσφατος ο εγκολεασμός και δεν υπάρχει κίνδυνος περιτονίτιδος, η διάγνωση και η θεραπεία γίνεται με το βαριούχο υποκλύσμο.

ΤΡΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ (νόσος του CROHN)

Συνήθως συνοδεύεται από πιδ παρατεταμένο ιστορικό, συχνά με προηγούμενες εξάρσεις, που θεωρήθηκαν από τον ασθενή η τον γιατρό σαν επεισόδια γαστρεντερίτιδας, εκτός αν η διάγνωση έχει τεθεί ενωρίτερα.

ΕΚΚΟΛΗΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΜΕΣΚΕΛ ή Μεκέλειος απόφυση

Η εκκολπωματίτιδα του MECKEL μπορεί να υποδυθεί τη σκωληκοειδίτιδα. Η εντόπιση της εναισθησίας είναι πιο κεντρική, αυτό όμως δεν αποτελεί απόλυτο διαγνωστικό κριτήριο. Δεδομένου ότι και στις δύο περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική επέμβαση η διαφορική διάγνωση δεν είναι σημαντική. Αν η προεγχειρητική διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας αποδειχθεί λανθασμένη θα πρέπει να εξετασθούν τα τελικά 150 εκ. του ειλεού για εκκολπωματίτιδα του MECKEL και μεσεντέρια λεμφαδενίτιδα.

ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Μια οπισθοτυφλική ανιούσα σκωληκοειδής προξενεί συγχυση. Προηγούμενο ιστορικό χολοκυστοπάθειας καθώς και διάφορες επείγουσες εξετάσεις όπως υπερηχογράφημα, επείγουσα χολαγγειογραφία, χολοχρωστικές ούρων κλπ μας κατευθύνουν στη διάγνωση.

Διάρρηση Ιζκου έλκους

Η ακτινογραφία ημιδιαφραγμάτων και η ανεύρεση ελεύθερου αέρα καθώς και το καλό ιστορικό, μας βοηθούν στη διάγνωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που βρίσκεται πύον στο δεξιό λαγόνιο βόθρο χωρίς να υπάρχουν στοιχεία από τη σκωληκοειδή. Τότε η διάτρηση ενός Ιζλικού έλκους είναι αρκετά προφανής και χρειάζεται λαπαροτομία για διερεύνηση και θεραπεία.

Γυναικολογικές Παθήσεις

Ιδιαίτερως στις νεαρές ηλικίες οι γυναικολογικές παθήσεις αποτελούν τις πιο συχνές από τις οποίες θα πρέπει να διαφοροδια-

γνωστεί η οξεία σκωληκοειδίτις. Στη σειρά συχνότητας είναι:

1.- **Ε ξ α ρ τ η μ α τ ί τ ς** : Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη. Όταν εντοπίζεται δεξιά μοιάζει με την κλινική εικόνα της οξείας σκωληκοειδίτιδας αν και τα κλινικά ευρήματα εντοπίζονται χαμηλότερα και ο πυρετός είναι μεγαλύτερος από 38° C.

Η μεγάλη ευαισθησία του τραχήλου της μήτρας κατά την ψηλάφηση και η ανεύρεση του διπλοκόκκου στα υγρά του κόλπου βοηθούν στη διάγνωση.

2.- **Ρ ή ζ η μ ο θ η λ α κ ί ο υ** : Ορισμένες φορές κατά την ωορρηξία παρατηρείται ήπιος πόνος στο υπογάστριο, αποτέλεσμα ερεθισμού του περιτόναιου από τα υγρά του ωοθυλακίου ή το αίμα που εξαγγειώνεται κατά τη ρήξη. Αν λοιπόν η ωορρηξία εντοπίζεται δεξιά και τα κλινικά σημεία είναι εντονότερα μπορεί να δημιουργηθεί διαγνωστικό πρόβλημα. Ένα προσεκτικό γυναικολογικό ιστορικό όπου διαπιστώνει κανείς ότι η άρρωστη βρίσκεται στη μέση του κύκλου της λευκοκυττάρωση και ο πυρετός που δεν υπάρχουν μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση. Σπανίως βέβαια η αιμορραγία από την ωορρηξία μπορεί να είναι τέτοια ώστε να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση.

3.- **Ρ ή ζ η ε ζ μ η τ ρ ί ο υ κ ύ η σ η** : Μαζί με τον πόνο συνυπάρχει υποβολαιμία (σοκ) και στην κλινική εξέταση μπορεί να ψηλαφηθεί η μάζα. Ορισμένες φορές η διαφορική διάγνωση είναι αρκετά δύσκολη. Αν υπάρχει υποφία, η χειρουργική επέμβαση έχει απόλυτη ένδειξη.

Παθήσεις του Ουροκοιογεννητικού συστήματος

Από αυτές κατά σειρά συχνότητας στη διαφορική διάγνωση είναι:

1.- Λίθος στο δεξιά ουρητήρα: Αν ο λίθος εντοπίζεται στην μεσότητα του ουρητήρα είναι πιθανό η συμπτωματολογία να είναι όμοια με οξεία σκωληκοειδίτιδα ιδιαιτέρως οπισθοτυφλική.

Η αντανάκλαση του πόνου στο πέος και το όσχεο, η υπαρκτή αιματουρία και η απουσία πυρετού και λευκοκυττάρωσης βοηθά τη διάγνωση. Η ενδοφλέβιος πυελογραφία θα την επιβεβαιώσει.

2.- Πυελονεφρίτις δεξιά: Πυρετός με ρίγος, ευαισθησία "τη πλήξει" στη σύστοιχη οσφυϊκή χώρα και η γενική ουρων θα βοηθήσουν τη διάγνωση.

3.- Ενστροφή ορχεως- επιδιδυμίτιδα: Στα αρχικά στάδια είναι πιθανόν η πρώτη κλινική εκδήλωση να είναι πόνος στο επιγάστριο και να επικαλύπτονται τα τοπικά σημεία. Κατά την κλινική εξέταση η επισκόπηση των γεννητικών οργάνων βοηθά τη διάγνωση.

Ρευματική Πορφύρα: (HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURA):

Από το ιστορικό πληροφορείται κανείς ότι έχει προηγηθεί στρεπτοκοκκική λοίμωξη πριν από 2-3 εβδομάδες. Εκτός από τον πόνο στην κοιλιά συνυπάρχουν πόνος στις αρθρώσεις, εξάνθημα και νεφρίτιδα.

Διάφορες άλλες παθήσεις: Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται όλες οι παθήσεις χειρουργικές και μη που δίνουν την εικόνα της οξείας κοιλίας (Πίνακας I) και ιδιαιτέρως θα πρέπει να αποκλεισθούν παθήσεις όπου μια χειρουργική επέμβαση θα επιβαρύνει σημαντικώς τον άρρωστο, όπως ένα εμφραγμα του μυοκαρδιου, πνευμονία των βάσεων, διαβητική οξέωση κλπ.

Επιπλοκές της Οξείας σκωληκοειδίτιδος

Η σωστή και γρήγορη αντιμετώπισή της έχει ελαττώσει σημαντικώς τις επιπλοκές της. Εμφανίζονται κυρίως σε αμφίβολες περιπτώσεις, που μαζί με τη διστακτικότητα του θεράποντα γιατρού καθυστερούν την εγχείρηση. Αυτές μπορεί να είναι:

1.- Διάτρηση της σκωληκοειδούς: Είναι ασυνήθιστη κατά το πρώτο 12ωρο μιάς οξείας φλεγμονής όπου καθαρτικά ή υποκλυσμοί αποτελούν την αιτία της διάτρησης σ' αυτό το πρώτο στάδιο. Χαρακτηριστικό είναι ότι με τη διάτρηση υπάρχει παροδική ανακούφιση από τον πόνο, σκοποίος εμφανίζεται μετά την εγκατάσταση της περιτονίτιδας.

2.- Περιτονίτιδα : Προκαλείται από έγχυση του πυώδους περιεχομένου μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η διάτρηση της σκωληκοειδούς μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε σημείο. Σηνήθως όμως συμβαίνει στο αντιμεσεντερικό χείλος ο δε χώρος που εντοπίζεται το απόστημα κατά σειρά συχνότητας είναι:

- α) δεξιός λαγόνιος βόθρος
- β) Δουγλάσειο στην ελάσσονα πύελο
- γ) υποδιαφραγματική ή υπηπατική περιοχή

Σε γενικευμένη περιτονίτιδα πύον ανευρίσκεται παντού. Το γενικευμένο ή μη μιας περιτονίτιδας οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία του αρρώστου η ταχύτητα με την οποία εξελίχθηκε η φλεγμονή, η θέση της σκωληκοειδούς, το είδος των μικροβίων που υπάρχουν, η θεραπευτική αγωγή.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου σε διάτρηση της σκωληκοειδούς ο

οργανισμός για περιχαράκωση της φλεγμονής και του αποστήματος δημιουργεί με το μείζον επίπλουον και τις εντερικές έλικες μια μεγάλη φλεγμονώδη μάζα το σκωληκοειδικό πλακούντα η PLASTRON.

Μερικές φορές τα πυελικά αποστήματα μπορεί να πιέζουν το ορθό, τον κόλλο, ή την ουροδόχο κύστη, οπότε γίνονται και δακτυλικά ψηλαφητά και είναι δυνατόν να ραγούν αυτόματα προς τα κοίλα αυτά όργανα με αποτέλεσμα αυτόματη ίαση.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α : Η θεραπεία της περιτονίτιδας είναι χειρουργική. Απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση που σκοπό έχει να κάνει την τυπική σκωληκοειδεκτομή και τον καθαρισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας από την επιμόλυνση που υπέστη. Με την υποψία ή τη διάγνωση της περιτονίτιδας τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN) και χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά και ηλεκτρολύτες με γνώμονα τη διούρηση (απαραίτητος καθετήρας κύστεως).

Η χορήγηση αντιβιοτικών αρχίζει πάντα πριν από την εγχείρηση και θα διαρκέσει 5-10 ημέρες. Δίνεται συνδυασμός αντιβιοτικών που να καλύπτουν όλα τα πιθανά μικρόβια.

Μεγάλη συζήτηση γίνεται αν πρέπει να παροχετευθεί η περιτοναϊκή κοιλότητα ή όχι. Σ'αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει αυξημένη πιθανότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Γ.- Περισκωληκοειδικό Απόστημα

Στις περιπτώσεις που δεν γίνεται διάτρηση της σκωληκοειδούς στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, δημιουργείται το περισκωληκοειδικό απόστημα.

Ο αρρώστος παρουσιάζεται με πυρετό και ψηλαφητή ευαίσθητη μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ή στην κύελο, πράγμα που οφείλεται στην περιχαράκωση της φλεγμονής και στη συνέχεια τη δημιουργία του αποστήματος από το επίπλου και τα παρακείμενα όργανα. Η γενική όμως κατάσταση του αρρώστου παραμένει καλή. Η χειρουργική αντιμετώπιση σκοπό έχει να παροχετεύσει το απόστημα και να κάνει τη σκωληκοειδεκτομή, χωρίς να προκαλέσει επινέμηση της φλεγμονής.

Σε μερικές περιπτώσεις που είναι δύσκολη η σκωληκοειδεκτομή, γίνεται παροχέτευση μόνο του αποστήματος και η σκωληκοειδής αφαιρείται σε δεύτερο χρόνο μετά την ύφεση της φλεγμονής. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις που καθυστερεί η προσέλευση του αρρώστου στο γιατρό και η ψηλαφητή μάζα δεν παρουσιάζει μεγάλη ευαισθησία και ο πυρετός υποχωρεί μπορεί να γίνει συντηρητική αγωγή μέχρι να εξαφανισθεί η μάζα και σε δεύτερο χρόνο να γίνει η σκωληκοειδεκτομή.

Αν κατά τη διάρκεια της συντηρητικής αγωγής η πάθηση υποτροπιάσει, τότε η εγχείρηση είναι επιβεβλημένη. Επίσης η συντηρητική θεραπεία δεν θα πρέπει να γίνεται σε παιδιά, ηλικιωμένους και έγκυες γυναίκες.

Δ.- Πυλαϊοφλεβίτις

Αποτελεί στη σημερινή εποχή σπάνια επιπλοκή, αλλά θανατηφόρο επιπλοκή και οφείλεται σε θρόμβωση της πυλαίας, αποτέλεσμα της φλεγμονής της σκωληκοειδούς και επέκταση των σηπτικών εμβολών στην πυλαία.

Η παρουσία της είναι θρομβώδης με ρίγος, πυρετό σηπτικού τύπου

διόγκωση ήπατος, και εμφάνιση ικτέρου καθώς και ανάπτυξη ηπατικού αποστήματος. Θα πρέπει να την υποπτεύεται κανείς σε ασθενείς με γαγγραινώδη σκωληκοειδίτιδα.

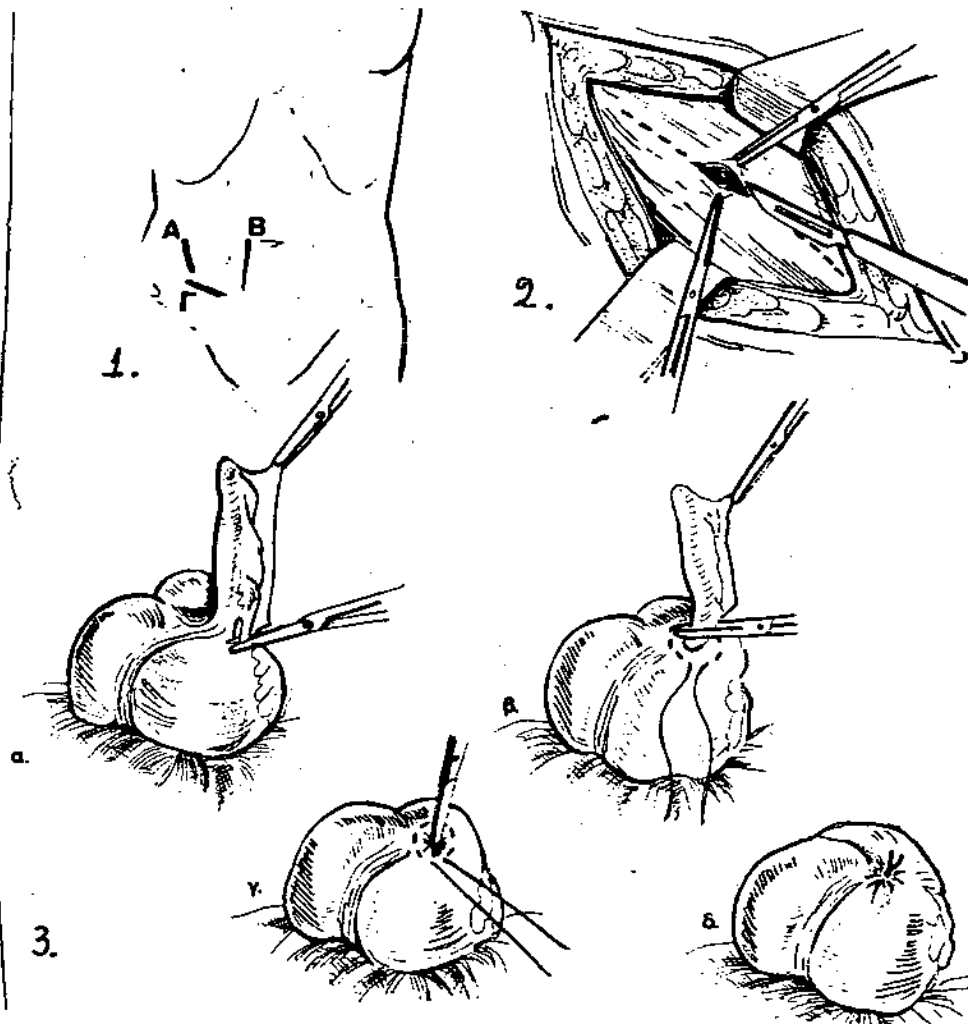
Ο άρρωστος είναι σε βαριά κατάσταση και η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών, σκωληκοειδεκτομή και χειρουργική παροχέτευση του αποστήματος μετά από διάτρηση της σκωληκοειδούς.

Ε.- Άλλες Επικλοές

Σ' αυτές περιλαμβάνονται το υποδιαφραγματικό απόστημα και άλλες ενδοκοιλιακές σηπτικές εστίες. Απόφραξη του εντέρου μπορεί να εμφανισθεί λόγω συμφύσεων.

Ε γ χ ε ί ρ η σ η

Τεχνική της σκωληκοειδεκτομής



I.- Οι διάφορες χειρουργικές τομές (Α,Β,Γ)

Η χειρουργική προσπέλαση γίνεται συνήθως με τομή λοξή στο σημείο MC BURNEY (τομή MC BURNEY CRIDIRON).

Υπάρχουν και άλλες οδοί προσπέλασης, όπως η εγκάρσια στο δεξιό λαγόνιο βόθρο 3CM χαμηλότερα από τον ομφαλό (DAVIS-ROCKEY) προτιμάται για αισθητικούς λόγους και η δεξιά παράμεσος που χρησιμοποιείται όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη. Οι δύο πρώτες έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι ακριβώς πάνω από το τυφλό.

2.- Διάνοιξη δέρματος και υποκειμένων μυών.

3.- Διάφοροι χρόνοι της σκωληκοειδεκτομής. α.- απολίνωση μεσεντερίου β.- απολίνωση σκωληκοειδούς γ.- ενταφιασμός κολοβώματος σκωληκοειδούς δ.- περίπαρση.

Μετά την αιμόσταση, ο χειρουργός αφαιρεί την φλεγμαίνουσα σκωληκοειδή απόφυση και κλείνει την τομή με μια ραφή που ονομάζεται " σακίδιο καπνός" (ξένη βιβλιογραφία " a BORSA DI TABACCO".

Υποξεία Σκωληκοειδίτις

Μετά πάροδο 36 έως 48 ωρών από την έναρξη της φλεγμονής, θεωρείται ότι μεταπίπτει εις το υποξύ στάδιο. Γύρω από την απόφυση δημιουργούνται συμφύσεις από τα γύρω όργανα, που αποτελούνται από ινική και άλλα εξιδρωματικά στοιχεία, και η φλεγμονή απομονώνεται έτσι από την υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα εξιδρώματα αυτά πιθανόν να απορροφηθούν πλήρως και να επέλθη αυτόμαος ίασις ή να σχηματισθεί φλεγμονώδης όγκος (PLASTRON). Με τη βοήθεια της αντιβιοτικής αγωγής ο όγκος αυτός συνήθως απορ-

ροφείται και εξαφανίζεται, άλλες όμως φορές παρατηρείται διαπύση στο κέντρο αυτού και σχηματισμός αποστήματος. Αυτό εκδηλώνεται με αλλοίωση του τύπου του πυρετού, ο οποίος από συνεχής καθίσταται σπαιμικός με βραδυνές εξάρσεις και πρωϊνές υφέσεις, ενώ η γενική κατάσταση του ασθενούς επιβαρύνεται και η λευκοκυττάρωση καθίσταται πλέον εκσεσημασμένη.

Η θεραπεία της υποξείας σκωληκοειδίτιδας είναι κατά κανόνα συντηρητική, εκτός αν δημιουργηθεί απόστημα οπότε ενδείκνυται η παροχέτευση αυτού, προς αποφυγή ρήξεως και δημιουργίας καθολικής περιτονίτιδας και αν είναι δυνατό και η ταυτόχρονη σκωληκοειδεκτομή.

ΧΡΟΝΙΑ Η ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΣ

Ορισμένοι άρρωστοι μετά από ένα επεισόδιο οξείας σκωληκοειδίτιδος δυνατόν να παρουσιάσουν αυτόματη ύφεση. Αυτοί έχουν πιθανότητα 30%/ο να παρουσιάσουν νέο επεισόδιο οξείας σκωληκοειδίτιδος, γι' αυτό και συνιστάται μέσα σε 6 έως 8 εβδομάδες να χειρουργηθούν εκλεκτικώς. Αν δεν συμβεί αυτό, είναι δυνατόν αυτοί οι άρρωστοι να μεταπέσουν σε μια χρονιότητα με υποτροπιάζοντα επεισόδια σκωληκοειδίτιδος, τα οποία χαρακτηρίζονται ηπιότερα σε ένταση και στα μεσοδιαστήματα είναι τελείως ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Στον εργαστηριακό τους έλεγχο δυνατόν να βρεθεί κοπρόλιθος στην απλή ακτινογραφία της κοιλίας η μη σκιαγράφηση της σκωληκοειδούς στο βαριούχο υποκλυσμό. Παθολογοανατομικώς, αυτή η σκωληκοειδής παρουσιάζει ένωση του τοιχώματος με πλήρη ή ατελή απόφραξη του αυλού με στοιχεία παλαιάς εξέλκωσης του βλεννογόνου και διή-

θηση του τοιχώματος από φλεγμονώδη κύτταρα.

Ο αριθμός των σκωληκοειδεκτομών οι οποίες εκτελούνται με τη διάγνωση της χρόνιας σκωληκοειδίτιδος είναι τεράστιος, οι περισσότερες δε από τις περιπτώσεις αφορούν εις άτομα δυσπεκτικά ενοχλήματα και παροδικά άλγη στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, τα οποία αλλοτε μιν οφείλονται σε μεσεντερική αδενίτιδα, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, αλλοτε σε λειτουργικές ανωμαλίες του στομάχου των χοληφόρων οδών ή του εντέρου χωρίς εμφανή άλλη οργανική αιτία. Πάντως οι περισσότεροι από τους ασθενείς ανακουφίζονται μόνιμως μετά την επέμβαση, γεγονός το οποίο ίσως δικαιολογεί την εκτέλεση τουλάχιστον μερικού αριθμού από τις επεμβάσεις αυτές.

Πολλοί συγγραφείς όμως αμφισβητούν και αυτή ακόμη την ύπαρξη χρόνιας φλεγμονής της σκωληκοειδούς αποφύσεως και καταδικάζουν ως άσκοπη κάθε σκωληκοειδεκτομή που γίνεται εν ψυχρώ.

ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ

Οι όγκοι της σκωληκοειδούς είναι αρκετά σπάνιοι και συνήθως ανακαλύπτονται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ή της νεκροτομής.

- α) Το καρκινοειδές
- β) Το αδενοκαρκίνωμα και
- γ) Την κακοήθη βλεννογονοκήλη της σκωληκοειδούς

Α.- ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκινοειδούς της σκωληκοειδούς φτάνει το 0,50/o. Η συχνότητα εντόπισης του καρκινοειδούς στη

σκωληκοειδή από τον υπόλοιπο γαστρεντερικό σωλήνα φθάνει το 450/ο. Αν και είναι κακοήθης όγκος μόνο το 2,60/ο των καρκινοειδών της σκωληκοειδούς δίνει μεταστάσεις και ακόμη πιδ σπάνια θα εμφανίσει το κλινικό σύνδρομο του καρκινοειδούς.

Πρόκειται για μικρό περιγεγραμμένο κιτρονόφαιο όγκο που κατά τα 3/4 εντοπίζεται στην κορυφή της σκωληκοειδούς και το υπόλοιπο στη βάση της. Συνήθως αποτελεί τυχαίο εύρημα.

Τις περισσότερες φορές η απλή σκωληκοειδεκτομή είναι αρκετή ως θεραπεία. Αν υπάρχει επέκταση πέρα της βάσης της σκωληκοειδούς συνιστάται η δεξιά κολεκτομή.

Β.- ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ

Η συχνότητα ανέρχεται σε 0,080/ο και αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα. Συμπεριφέρεται όπως ο καρκίνος του τυφλού και η θεραπεία είναι παρόμοια, δηλαδή δεξιά κολεκτομή με συναφαίρεση των μεσεντερικών λεμφαδένων.

Γ.- ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΚΛΙΑ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ

Η συχνότητα ανέρχεται σε 0,20/ο και συνιστάται σε κυστική διάταση της σκωληκοειδούς με βλεννώδες περιεχόμενο.

Διακρίνουμε δύο τύπους : Τον καλοήθη που δημιουργείται από μια μη φλεγμονώδη απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς και τον κακοήθη τύπο, που αποτελεί στάδιο I βλεννώδους αδενοκαρκινώματος.

Η σκωληκοειδεκτομή είναι αρκετή ως θεραπεία, αλλά θα πρέπει να γίνει χωρίς να ραγεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα, γιατί έχουν

αναφερθεί περιπτώσεις ανάπτυξης ψευδομυζώματος του περιτοναίου
μετά από ρήξη και μόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας από το πε-
ριεχόμενο της σκωληκοειδούς.

Π ρ ο ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή και Μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή

Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς

με οξεία σκωληκοειδίτιδα

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτός όμως που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα.

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της νοσοκόμου.

Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλει στην έναρξη της φάσης STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

*Άλλοι παράγοντες, εκτός από τη χειρουργική επέμβαση που μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι: το άγνωστο, η αναισθησία, η προκατάληψη, η παρανόηση, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Η νοσοκόμος με τον μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα και ασφάλεια.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου.

Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσοκόμου 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 στη νοσοκόμο από ότι στους συγγενείς τους.

Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους των ασθενών. Η νοσοκόμος περιοριζόμενη στην κύκλο των αρμοδιοτήτων της οφείλει να πλησιάσει του οικείου του ασθενούς, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

Προκειμένου να γίνει μια χειρουργική επέμβαση πρέπει απαραίτητα να υπάρχει η γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς ή των οικείων του για να μην προκύψουν αργότερα νομικά προβλήματα. Αν ο ασθενής δεν συνοδεύεται από τους οικείους του, αυτούς ειδοποιεί απαραίτητα η αδελφή.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- 1.- Γενική Προεγχειρητική ετοιμασία
- 2.- Τοπική Προεγχειρητική ετοιμασία
- 3.- Τελική Προεγχειρητική ετοιμασία

I.- ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

A.- Τόνωση του ηθικού: Όπως ήδη έχει αναφερθεί, πολλοί ασθενείς έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες που τους δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως και είναι εύκολο έτσι να πάθουν κάποια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή, όπως SHOCK κ.α.

Η τόνωση του ηθικού γίνεται με τις προσπάθειες της αδελφής να καταλάβει τις ανάγκες του αρρώστου και να τις ικανοποιήσει και να συμμεριστεί τη θέση του.

B.- Τόνωση σωματική : Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά, με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών, όπως SHOCK, ναυτία, δίψα, κ.α.

Στην περίπτωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας ο άρρωστος αφού ενυδατωθεί και αναταχθεί τις επόμενες 3-4 ώρες χειρουργείται. Ο ασθενής κατακλίνεται και δεν λαμβάνει τροφή. Άλλη ιδιαίτερη μέριμνα δεν χρειάζεται. Η χορήγηση καθαρτικών και υποκλυσμών θα πρέπει να αποφεύγεται όταν υπάρχει υποφία σκωληκοειδίτιδας.

Η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών με την έννοια δύο ώρες πριν από την εγχείρηση ή με την έναρξη της εγχείρησης και στη συνέχεια άλλες δύο δόσεις αποτελεί θέμα για συζήτηση. Στα αρχικά στάδια της φλεγμονής όπου τα μικρόβια δεν έχουν διαπεράσει το τοίχωμα της σκωληκοειδούς δεν χρειάζεται αντιβίωση, σε αντίθεση

με τη γαγγραινώδη όπου είναι απαραίτητη. Βεβαίως προεγχειρητικώς δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει σε ποιο στάδιο της φλεγμονής βρίσκεται η σκωληκοειδής.

Η τακτική που ακολουθείται από τα περισσότερα κέντρα στον κόσμο είναι η χορήγηση μιας δόσης προεγχειρητικώς, δηλαδή, με την έναρξη της εγχείρησης και αναλόγως με τα εμρήματα σταματάμε ή χορηγούμε άλλες δύο δόσεις ή δίνεται για 3-5 μέρες σε τοπική η γενικευμένη περιτονίτιδα.

Το αντιβιοτικό που χορηγείται πρέπει να καλύπτει τη χλωρίδα της σκωληκοειδούς που είναι όμοια μ' αυτή του τυφλού και επικρατούν τα αναερόβια σε σχέση με τα αερόβια και από αυτά, ιδιαίτερα το **BACTEROIDES FRAGILIS**.

Τα ναρκωτικά φάρμακα θα πρέπει να αποφεύγονται αν είναι δυνατόν, δεν αντενδείκνυται όμως η καταπράϋνση με ηρεμιστικά.

Η μόνη περίπτωση όπου η επέμβαση δεν έχει ενδειξη είναι η ύπαρξη φηλαφητής μάζας 3-5 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Αν η επέμβαση γίνει στην περίπτωση αυτή θα ανευρεθεί ένας φλέγμονας μάλλον, παρά ένα σχηματισμένο απόστημα και οι επιπλοκές από την αφαίρεση του φλέγμονα αυτού είναι συχνές.

Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, υγρά παρεντερικά και κατάκλιση. Η ύφεση των συμπτωμάτων και η υποχώρηση της μάζας επιτυγχάνονται σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η σκωληκοειδεκτομή μπορεί να γίνει με ασφάλεια τρεις μήνες αργότερα.

Όταν η μάζα αυξάνει και ο ασθενής γίνεται τοξικότερος, η παροχέτευση του αποστήματος είναι απαραίτητη.

Γ.- Ειδικές Εξετάσεις: Επαναλαμβάνονται κατά τακτικά διαστήματα η εξέταση της κοιλιάς και του ορθού, η μέτρηση των λευκών αιμοσφαιρίων και ο προσδιορισμός του λευκοκυτταρικού τύπου. Θα γίνουν μια απλή ακτινογραφία κοιλιάς και μια ακτινογραφία θώρακος σε ορθία θέση στα πλαίσια της μελέτης κάθε δύσκολου διαγνωστικού προβλήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις σκληροειδίτιδας η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την εντόπιση των τοπικών σημείων στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο μέσα σε 12 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.

Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κλπ) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Δ.- Ετοιμασία και Εκπαίδευση:ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κλπ.

2.- ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Αυτή περιλαμβάνει καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος σε μια μεγάλη περιοχή γύρω από το σημείο της τομής ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφαλός, τα νύχια και τα μαλλιά.

Αν κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.

3.- ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Έλεγχο και καταγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μέτρηση πίεσης πριν και μετά την προνάρκωση για τυχόν παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια.

β) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς για παράδειγμα τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος κλπ. Πρέπει όλες οι παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον ιατρό του τμήματος.

γ) Πριν από την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η νοσοκόμος:

- 1.- Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.
- 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.- Ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.
- 6.- Υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις τις αναπνευστικές καθώς και των άκρων.

δ) Προνάρκωση

Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο πιδ συχνά χρησιμοποιούνται.

- α) Οπιούχα
- β) Παράγωγα της μελλαντόνας
- γ) Βαρβιτουρικά

Η προνάρκωση αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος, και την πρόκληση υπηλίας.

Αν για οποιαδήποτε αιτία η προνάρκωση δεν γίνει στην κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Δεν επιτρέπονται επισκέπτες.

στο δωμάτιο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Η αδελφή ενημερώνει και καθησυχάζει του συγγενείς του αρρώστου για την πορεία της εγχείρησης, ελαττώνοντας έτσι την αγωνία τους και την ένταση που νοιώθουν.

Η αδελφή τέλος καταγράφει όλες τις νοσηλευτικές ενέργειες στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοβοσία της Νοσηλευτικής μονάδας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το κρεβάτι που θα δεχθεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει :

1.- Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από φήξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Τους χειμερινούς μήνες η προσθήκη θερμοφόρας εξυπηρετεί πολύ.

2.- Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

3.- Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω μέρος του κρεβατιού για να μη χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4.- Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο.

5.- Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου

και αδιάβροχου κεφαλής. Τοποθετούμε επίσης και μια χάρτινη σακκούλα στο επάνω πλάγιο του στρώματος.

ΣΤΟ ΚΟΜΟΔΙΝΟ τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, ποτήρι με δροσερό νερό, PORT COTTON, νεφροειδές και κάφα με κομματια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι για τις ανάγκες του αρρώστου κατά την απονάρκωση.

Ο ΘΑΛΑΜΟΣ καθαρίζεται καλά , ένα παράθυρο μένει πάντα ανοιχτό για τον συνεχή αερισμό του και κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί μια σοβαρή φροντίδα της αδελφής γι' αυτό χρειάζεται να έχει γνώσεις στις οποίες θα στηρίζει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς. Η μετεγχειρητική φροντίδα θα συντελέσει

1.- Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.

2.- Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξεως

3.- Στην ανακούφιση του από ενοχλήματα

4.- Στην πρόληψη επιπλοκών και

5.- Στην βοήθεια του ασθενούς για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής επιστρέφει από το χειρουργείο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

1.- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

2.- Την κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η συνήθης θέση του ασθενούς μετά την εγχείρηση είναι η " ύπτια " με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως, αργότερα τοποθετείται σε " ανάρροπη " θέση.

Η ύπτια θέση χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών.

3.- Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.

4.- Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνησή του και προφύλαξη από τις διεγέρσεις.

5.- Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

6.- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

7.- Τη φροντίδα του τραύματος.

8.- Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς. Συνίσταται λοιπρό καθαριότητας, πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, που ανακουφίζουν και προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

Θ Ρ Ε Ψ Η

Έναν χειρουργημένο άρρωστο δεν επιτρέπεται η λήψη τροφής και υγρών από το στόμα γι αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια.

Στη μη επιπελεγμένη σκληροειδίτιδα η μετεγχειρητική γαστρική αναρρόφηση δεν είναι συνήθως αναγκαία.

Η δίαιτα πλουτίζεται προοδευτικά από την υδρική προς την ελαφρά στερεή, κατά τη διάρκεια της 2ης-5ης μετεγχειρητικής ημέρας, ανάλογα με την ταχύτητα με την οποία επανέρχεται η περισταλτικότητα και η γαστρεντερική λειτουργία. Ανάλογα με τις ανάγκες χορηγούνται παρεντερικά διάφορες συμπληρωματικές ουσίες. Αντενδείκνυνται οι υποκλυσμοί. Μπορεί να δοθούν, από την 3η

μετεγχειρητική ημέρα και στη συνέχεια -αν είναι ανάγκη- παραφινέλαιο, γάλα μαγνησίας ή άλλο γαλακώδες καθαρτικό από το στόμα πριν από τον ύπνο. Η θεραπεία με αντιβιοτικά (πχ πενικιλίνη και γενταμικίνη ή κλινδαμικίνη) συνίσταται για τις πρώτες 5-7 ημέρες ή και αργότερα αν το υγρό της κοιλιάς βρέθηκε στην εγχείρηση να είναι πυώδες ή δύσοσμο, αν η καλλιέργεια ήταν θετική ή αν η σκοληκοειδίτιδα ήταν γαγγραινώδης.

Ε Γ Ε Ρ Σ Η

Η έγερση του αρρώστου αρχίζει την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:

- 1.- Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών
- 2.- Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος
- 3.- Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου
- 4.- Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα
- 5.- Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Η επούλωση της τομής κατά πρώτο σκοπό αποτελεί τον κανόνα, η δε περίοδος της νοσοκομειακής περιθάλψεως είναι συνήθως μια εβδομάδα ή και λιγότερο. Η συνηθισμένη δραστηριότητα του ασθενούς μπορεί να αρχίσει 2-3 εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση σε μη επιπλεγμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα αν έχει αφαρμοσθεί τομή τύπου MC BURNEY.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Τραύμα είναι η λύση της συνέχειας του δέρματος η οποία

μπορεί να συνυπάρχει και με λύση της συνέχειας μυών ή άλλων οργάνων.

Η περιποίηση του χειρουργικού τραύματος περιλαμβάνει:

1.- Φροντίδα τραυματικής χώρας

2.- Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα και

3.- Επίδεση του τραύματος.

Α.- ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα του τραύματος κατά την οποία απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί, συγκέντρωση πύου ή άλλων υγρών από το τραύμα και καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό ή άλλα υγρά μέσα.

Η απολύμανση της τραυματικής χώρας γίνεται με επάλειψη της με αντισηπτικό διάλυμα.

Β.- ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ-ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

Γίνεται με καθαρισμό του δέρματος γύρω από αυτό με βενζίνη ή αιθέρα με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανσή του.

Γ.- ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

αποσκοπεί:

1.- Στην προφύλαξη του τραύματος από μολύνσεις

2.- Στην απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα.

3.- Στον περιορισμό των κινήσεων, οι οποίες αναστέλουν την επόλωση του τραύματος.

4.- Στην αιμόσταση όταν η επίδεση είναι πιεστική και

5.- Στην κάλυψη του αντιαισθητικού τραύματος

Πολλοί χειρουργοί προτιμούν την εφαρμογή μιας επίδεσης στο χειρουργείο αμέσως μετά την επέμβαση και μιας αλλαγής 4-5 ημέρες αργότερα. Αν το τραύμα είναι ξηρό και καθαρό αφαιρούν το αρχικό επιδεσμικό υλικό και αφήνουν το τραύμα ανοικτό. Στην ανοικτή μέθοδο χρησιμοποιούνται πλαστικές ουσίες που εφαρμόζονται με φεκασμό. Αφαιρούνται μετά 5-7 ημέρες.

Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής μη επίδεσης του τραύματος είναι:

1.- Παρεμπόδιση δημιουργίας θερμότητας, υγρασίας, σκοταδιού, που είναι παράγοντες απαραίτητοι για την ανάπτυξη μικροβίων.

2.- Εύκολη παρακολούθηση του τραύματος.

3.- Ο άρρωστος μπορεί εύκολα να κάνει μπάνιο

4.- Απλοποίηση της μετεγχειρητικής φροντίδας

5.- Αποφυγή δερματικής αντίδρασης από λευκοκλάστη

6.- Διευκόλυνση δραστηριοτήτων του αρρώστου

7.- Οικονομία

ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΗΝΣΕΩΝ

Βασικό καθήκον της αδελφής είναι η επιτέλεση μιας άσηπτης, κατά το δυνατόν περιποίησης τραύματος.

Η μόλυνση ενός τραύματος μπορεί να προκληθεί από τις ακόλουθες πηγές:

1.- Από τη σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί μέσα στους θαλάμους των ασθενών, γι' αυτό πρέπει οι θάλαμοι να καθαρίζονται και να αερίζονται πολύ καλά.

2.- Από μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα και τη μύτη του ιατρού και της αδελφής και φτάνουν στο τραύμα. Για το λόγο αυτό απαγορεύονται οι συζητήσεις κατά την διάρκεια περιποίησης του τραύματος ή για καλύτερα αποτελέσματα μπορούμε να χρησιμοποιούμε μάσκα.

3.- Από τα χέρια του ιατρού που βοηθεί και της αδελφής, όταν δεν είναι απόλυτα καθαρά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται καλό πλύσιμο των χεριών, απαραίτητα κομμένα νύχια και να μην έρχονται τα χέρια σε επαφή με το τραύμα.

4.- Από τη χρησιμοποίηση ακαθάρτων ή μολυσμένων αντικειμένων όπως νεφροειδών κλπ. Συνίσταται σωστή και καλή αποστείρωση εργαλείων και γνώση των κανόνων που αφορούν το χειρισμό αποστειρωμένων δοχείων και εργαλείων.

5.- Από άλλα μολυσμένα τραύματα. Για το λόγο αυτό γίνεται όσο το δυνατόν απομάκρυνση του αρρώστου από θάλαμο όπου υπάρχουν ασθενείς με μολυσμένα τραύματα, και

6.- Από επισκέπτες μικροβιοφορείς. Απαγορεύεται γι' αυτό η παρουσία επισκεπτών κατά τη διάρκεια περιποίησης του τραύματος αλλά και γενικά αν ανακαλυφθεί ότι είναι φορέας μικροβίων.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Αυτές είναι:

I.- Π ο ν ο ς : Ο πόνος είναι μια από τις πέντε πρώτες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24ώρων οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών) γι' αυτό χορηγούμε με ιατρική εντολή, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Οι μετεγχειρητικοί πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ότι στους μεσήλικες και νέους αρρώστους.

Όταν ο άρρωστος πονά η αδελφή οφείλει:

- α) Να εντοπίζει τον πόνο
- β) Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ) Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα που, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ) Να καταγράφει τις διαπιστώσεις της και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Η αδελφή πέρα από τα αναλγητικά φάρμακα που χορηγεί για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίδει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους τα οποία επιδεινώνουν τον πόνο, εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο όπως σφικτή περιέδεση κλπ και τέλος πρέπει να αρχίσει να αντικαθιστά όσο πιο γρήγορα γίνεται τη μορφίνη με κωδεΐνη ασπιρίνη κλπ. Εξάλλου χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση

γιά χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη γιατί μπορεί να προκαλέσει SHOCK.

2.- Έμετος

Πρίν από χρόνια ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνισή του.

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παύεται, απλά εδειάζει το στομάχι από βλέννη και σίελο και απανία διαρκεί πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενή.

Η αδελφή προμηθεύει το νεφροειδές το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο και διατηρεί καθαρά τα κλινοσκεπάσματα, το στόμα του αρρώστου μετά από κάθε έμετο πρέπει να πλένεται με νερό.

Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα LEVIN

Η αδελφή πρέπει να αναγράφει στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς τα σχετικά με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα χαρακτήρας εμεσμάτων κλπ) .

3.- Δίψα

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά

την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, εμετοι).

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και τοποθέτηση υγρής μάζας στο στόμα η οποία βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεομένου αέρα.

4.- Α ν η - σ υ χ ί α - Δ υ σ φ ο ρ ί α

Αιτίες που προκαλούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι:

- α.- βρεγμένο επιθεσμικό υλικό του τραύματος
- β.- Επίσχεση ούρων
- γ.- ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ και λδξιγκας
- δ.- Αϋπνία

Η νοσοκόμος οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει στον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Με την εφαρμογή της σωστής εγχειρητικής τεχνικής οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Αυτές μπορεί να είναι:

1.- Ενδοκοιλιακή αιμορραγία: την άμεση μετεγχειρητική περίοδο οφειλόμενη σε μετατόπιση της απολίνωσης του μεσεντεριδίου, ή σπανίως ως αποτέλεσμα κακής τεχνικής, πράγμα που απαιτεί άμεση εγχειρητική επέμβαση.

2.- Φλεγμονή του τοιχώματος: Είναι αρκετά συχνή επιπλοκή σε περιπτώσεις γαγγραινώδους ή ρήξης της σκωληκοειδούς. Η σωστή τεχνική, όπως η αλλαγή των γαντιών η εκπύση του τραύματος και η χρησιμοποίηση της προφυλακτικής αντιβίωσης, βοηθούν στη μείωση αυτής της επιπλοκής. Σε περιπτώσεις περιτονίτιδος είναι δυνατό το δέρμα να παραμείνει ανοικτό για 3-4 ημέρες και στη συνέχεια να γίνει συμπληρωσής του με αυτοκόλλητες ταινίες ή ράμμα με ασφάλεια.

3.- Ενδοπεριτοναϊκό απόστημα: Αυτό παρατηρείται σε περιπτώσεις ρήξης της σκωληκοειδούς και γενικευμένης περιτονίτιδος. Συνήθως εμφανίζεται μερικές μέρες μετά την εγχείρηση και χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό και γενική κακουχία. Αρκετά συχνά εντοπίζεται στην πύελο, οπότε μπορεί να συνυπάρχει διάρροια και ευαισθησία χαμηλά. Αν προβάλλει στο δουλάσειο μπορεί να γίνει παροχέτευση από εκεί.

Η εντόπισή του μπορεί να γίνει με την υπολογιστική τομογραφία και αν προσφέρεται να παροχέτευθεί διαδερμικώς με τη βοήθεια της υπολογιστικής. Αν όχι τότε απαιτείται νέα χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να παροχέτευθεί το απόστημα.

4.- Κοκροχδο συρίγγιο : Αυτό σπάνια συμβαίνει και είναι αποτέλεσμα διαφυγής από το κολόβωμα της σκωληκοειδούς. Μπορεί να δημιουργήσει γενικευμένη περιτονίτιδα, πράγμα που απαιτεί άμεση επέμβαση ή να εξωτερικευθεί διαμέσου του τραύματος και δημιουργήσει συρίγγιο. Αυτό συνήθως κλείνει αυτόματα. Αν επιμένει θα πρέπει κανείς να υποπτευθεί και άλλες παθήσεις, όπως CROHN, ακτινομηκυτίαση, φυματίωση κλπ.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα

1.- Μόλυνση του τραύματος: Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσεως είναι: αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα της είναι: Πυρετός, ρίφος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Γιὰ την πρόληψη της μόλυνσεως του τραύματος γίνονται όλα όσα έχουν αναφερθεί.

2.- Ρήξη τραύματος

Αυτό συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν.

1.- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης

2.- Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας

3.- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος βγει έξω τμήμα του εντέρου ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός, ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστερωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο άρρωστος .

Η αδελφή προσπαθεί να καθησυχάσει τον ασθενή ώστε να μην πανικοβληθεί. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

3.- Μετεγχειρητική φύκωση

Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι: η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε τέτοιες περιπτώσεις μετεγχειρητικής φύκωσης πρέπει ναληφθούν μέτρα προφύλαξης του ιδίου του ασθενούς και του περιβάλλοντός του.

Συνίσταται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο.

Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση, προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

Εξ απομυκρωμένη και ολοκληρωμένη

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς

με σκληροειδεκτομή

Εφαρμόζοντας την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Νοσηλευτικό ιστορικό : Στις 29.10.90 και ώρα 13.30'μμ προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία ασθενής με κοιλιακό πόνο. Ο ασθενής ονομάζεται Ανάρ- Αχμέτ είναι αλλοδαπός και είναι 30 ετών.

Εργάζεται στο Ναύπλιο ως ελαιοχρωματιστής και είναι άγαμος. Το κύριο σύμπτωμα πάλι τον οδήγησε στο Νοσοκομείο είναι ο από 24/ώρου πόνος στην κοιλιά. Αναφέρει ακόμα, ανορεξία, ναυτία και έμετο που όμως δεν ανακουφίζει τον πόνο.

Παρουσιάζει μια μικρή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος γύρω στους 37,5°C, ΑΠ 100 ΜΜ ΗΓ και σφυγμό 72 το λεπτό.

Ατομικό αναμνηστικό: Δεν αναφέρονται προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις ή παθήσεις.

Κλινική Εξέταση:

ΠΡΟΣΩΠΟ: Ερυθρότητα προσώπου και υπέρση γενικής ανησυχίας

ΣΤΟΜΑ-ΛΑΙΜΟΣ: Δεν υπάρχουν ενδείξεις αμυγδαλίτιδας, φαρυγγίτιδας ή διογκωμένων λεμφαδένων.

ΘΩΡΑΚΑΣ: Συμμετρικός, εκπτυξη θωρακικού τοιχώματος ομοιόμορφα συμμετρική.

ΚΟΙΛΙΑ : Έντοπισμένη ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, παρουσία τοπικής μυϊκής συσπάσεως και αναπηδώσεως ευαισθησίας, που συνοδεύεται από πόνο

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- 1) αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων
- 2) απλή ακτινογραφία κοιλίας
- 3) γενική ούρων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ

ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1η ημέρα νοσηλείας

Εξασφάλιση φλέβας για χορήγηση
ορών και αντιβίωσης

Τοποθετείται φυσιολογικός
ορός

NORMAL 0,5% 1000 CC

Έχουμε εξασφαλίσει φλέβα για
την κλάυφη υγρών του αρρώστου
στο Χειρουργείο και μετά από
αυτό.

Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών

Έγιναν 2 GR STOPAREN IV
και 1 FL FLAGYL IV

Με την αντιβίωση αυτή έχουμε
καλύψει τη χλωρίδα, της σκωλη-
κοειδούς που είναι όμοια με αυ-
τή του τυφλού και επικρατούν
τα αναερόβια σε σχέση με τα αε-
ρόβια και απ' αυτά ιδιαίτερα το
BACTEROIDES FRAGILIS.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΨΟΝΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ανάγκη άμμεση για λήψη καρδιογρα- Έγινε λήψη α/α θώρακος ΗΚΓ και Εκ της ακροάσεως καρδιάς και πνευ- φήματος ακρινογραφίας θώρακος καρδιολογική εξέταση για τυχόν καρδιολογική εξέταση δεν φαίνεται ο ασθενής και καρδιολογικής εξέτασης καρδιολογικό πρόβλημα του αρ- ρώστου. να έχει καρδιολογικό πρόβλημα

ΗΚΓ Ε.Φ.Ο. α/α θώρακος Ε.Φ.Ο.

Ανάγκη να τεθεί ο άρρωστος σε τρίωρη μέτρηση ζωτικών σημείων ως- φφυγμών και θερμοκρασίας του αρρώστου.

Έγινε μέτρηση Αρτηριακής πίεσε- Α.Π. 100 ΜΜΗΓ

θερμ. 36,3 °C

Εντολή να γίνει ευπρεπισμός και προεγχειρητική ετοιμασία

Έγινε λουτρό καθαριότητας με ιδιαίτερη προσοχή στον ομφαλό νύχια μαλλιά. Προσεκτική και εκτε- νη αίσθηση της καθαριότητας ανα- νει να νοιώθει πιδ άνετα.

ταμένη αποτρίχωση εγχειρητικού πεδίου και καλή αντισηψία ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύν- σεις.

///.

Φόβος και ανησυχία του αρρώστου για την επέμβαση

Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Οι λογικές εξηγήσεις και πληρο-φορίες ελλείψαν το αίσθημα του φόβου του αρρώστου. Η έκφραση συμπαράστασης στις ανη-

Ο αδικαιολόγητος φόβος και η ανησυχία του και η αγάπη εκ μέρους του αρρώστου για την επέμβαση του προσωπικού του τόνωσαν το στήθος η ανησυχία και η ανησυχία στην έναρξη ηθικό.

STRESS από την προσγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοληκτικές διαταραχές.

Δόθηκαν στον άρρωστο λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες με απλά και κατανοητά λόγια

Αίσθημα μοναξιάς, αγωνίας και απομόνωσης σε μια ξένη χώρα

Τοποθέτηση του αρρώστου σε θάλαμο με άλλους ασθενείς συχνές επισκέψεις και συνομιλίες μαζί του περισσότερο από παρηγορητική.

• Ενημέρωση τηλεφωνικώς των συγγενών. Έδωσε μεγάλη χαρά και κουράγιο και φίλων του και προτροπή αυτών στον ασθενή. Ψυχολογικά πλεον να επικοινωνήσουν με τον ασθενή. είναι έτοιμος για την επέμβαση

Ανάγκη να σταλεί επείγον

Έγινε επείγον η γενική εξέταση

Γενική ούρων φυσιολογική

Γενική αιμάτος και γενική

αιμάτος και η γενική ούρων

ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΑΤΟΣ $12,8 \times 10^3/\text{MM}^3$

ούρων

ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΥΡΗΝΑ 86,30/o.

Τελική προεγχειρητική ετοιμα-

Ο άρρωστος ντύνεται με τα ειδικά

Ο ασθενής είναι έτοιμος

σία αρρώστου

για το χειρουργείο ρούχα. Αφαιρούν-

για την επέμβαση.

ται κοσμήματα. Γίνεται κένωση της

ουροδόχου κύστεως.

Προφυλακτική χορήγηση αντι-

Χορηγήθηκε στις 6.30μμ I GR

Ο ασθενής είναι καλυμμένος

βιοτικού

STOPAREN IV.

με αντιβίωση.

///.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΟΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Προνάρκωση

Χρησιμοποιείται η προνάρκωση μισή ώρα πριν την επέμβαση.

Τα φάρμακα της προνάρκωσης μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη γιά την αναισθησία δόση του ναρκωτικού. Απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία

Ανάγκη λήψης ζωτικών σημείων πριν και μετά την προνάρκωση γιά τυχόν παρεκκλίσεις από τα φυσιολογικά όρια

Έγινε λήψη ΑΠ-Σφυγμοβ-θερμοκρασίας

ΑΠ 100 MMHG

ΣΦ. 68 ανά λεπτό

θερμ. 36,3.°C

Ζωτικά σημεία φυσιολογικά

Χ Η Ι Ρ Ο Υ Ρ Γ Ε Ι Ο

Απόλεια υγρών κατά τη διάρκεια Πήρε μέσα στο χείρουργείο 1000CC RINGER'S και 500 CC DEXTROZE 5e/o της επέμβασης

Έγινε κάλυψη του αρρώστου σε υψώ που χάθηκαν στην χειρουργική επέμβαση

Να γίνει προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς

Έγινε αερισμός θαλάμου και στρώσι-
μο χειρουργικού κρεβατιού, ανοικτό
από όλες τις πλευρές, χωρίς μαξιλάρι
τοποθέτηση αδιαβρόχου κεφαλής και
θερμοφώρας για να διατηρείται ζεστό

Τοποθετήθηκε τετραγωνο αλλαγών στο

Το υλικό που τοποθετήθηκε

κομοδίνο, ποτήρι με δροσερό νερό,

στο κομοδίνο θα μας χρηση-

PORT COTTON, νεφροειδές και κάφα

μεύσει για τις πρώτες ανάγκες

με κομμάτια χαρτοβάμβακα και το-

του αρρώστου στη φάση της

λβπια βαμβάκι

απονόηκωσης όπως διφα έμμετος

κλπ.

κλπ.

Μεταφορά αρρώστου από το
Χειρουργείο στο θαλαμό του

Γίνεται γρήγορη προσεκτική μεταφορά
του αρρώστου στον θάλαμό του.

Προφυλάσσεται έτσι από βεύμα-
τα αέρα κατά τη μεταφορά του.

θέση του αρρώστου στο κρε-
βάτι.

Ο ασθενής τοποθετείται σε " Ύπτια
θέση" με το κεφάλι στραμμένο πλα-

Μ ύπτια θέση βοηθά στη διευκό-
λυση αποβολής των εκκρίσεων

γίως. Λόγω ζάλης του αρρώστου τοπο-
θετήθηκε στη θέση FOWLER μετά 2 ώρες

της στοματικής κοιλότητας και
την απελευθέρωση των αεραγωγών

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η θέση FOWLER είναι η ανειτη και θιστή θέση.

Παρακολούθηση ζωτικών σημείων Γίνεται μέτρηση Αρτηριακής πίεσεως Σφυγμών και θερμοκρασίας.

ΑΠ. 80 MMHG

ΣΦ. 64 ανά λεπτό

θερμ. 36,5°C

Παρατηρούμε μικρή πτώση πίεσεως και σφυγμών.

Σταθερή θερμοκρασία.

Να γίνει έλεγχος καταστάσεως τραύματος

Γίνεται έλεγχος και παρακολούθηση των γαζών για διαπίστωση αιμορραγίας.

Δεν υπάρχει κανένα ανησυχητικό σημείο από την περιοχή του τραύματος.

Παρακολούθηση ψυχικής κατάστασης του αρρώστου. Φόβος αγωνία.

Γίνεται παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου. καθσύχηση του αρρώστου ενημέρωσή του για την καλή πορεία και το τέλος της επέμβασης.

Ο ασθενής νοιώθει ανακούφιση για το τέλος της επέμβασης και ασφάλεια η οποία ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών

Εν αρδαστη και διαβεβαίωση γιὰ το ότι γίνεται με δεξιοτεχνία και όλα πήγαν καλά και ότι δεν είναι μόνος. αυτοπεποθήση.

Αγωγή αρρώστου μετά το

θα παίρνει D/W 50/ο 1000 CC

Γίνεται κάλυψη αρρώστου σε

Χειρουργείο.

STOPAREN 2GR X 3

υγρά και αντιβίωση.

FLAGYL FL I X 3

ROMIDON AMP. επί πόνου

Εμφάνιση πυρετού στις 12.00 μμ

Εδόθη I AMP ΑΡΟΤΕL επί πυρετού

Πτώση θερμοκρασίας σώματος

38,2° C.

μετά λίγη ώρα θ= 37,4° C.

Παρακολούθηση λοιπών

Έγινε μέτρηση ΑΠ= και σφυγμού

ΑΠ= 80 MMHG

ζωτικών σημείων

Σφ= 68 / λεπτό

Τα ζωτικά σημεία βρισκονται στα ίδια επίπεδα.

Δίφα

Γίνονται συνεχώς πλύσεις της στο-

Το αίσθημα της δίφας

ματικής κοιλότητας και ύγραση

ελαττώθηκε .

των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ποτισμένη με κρύο νερό.

Σ' αυτό βοήθησε και η πτώση της θερμοκρασίας του σώματος.

Πόθος

Έγινε I AMP ZIDERON επί πόνου. Εδόθη ανακουφιστική δόση του αρρώστου στο κρεβάτι για χαλάρωση μυών σκυμμένο το σώμα προς τα εμπρός και οι μηροί προς την κοιλιά.

Μείωση του πόνου και ανακούφιση του αρρώστου με αποτέλεσμα να κοιμηθεί.

2η ημέρα νοσηλείας 1η μετεγχειρητική

Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών

Θα παίρνει όλη την ημέρα 3 κιλά ορούς. Εξασφαλίζεται έτσι η χορήγηση D/W 50/ο ΙΟΟΟ CC I X 2 μαζί με 2 K CL υγρών και ηλεκτρολυτών του και I NaCl και NORMAL 0,90/ο ΙΟΟΟCC ασθενή. Παραμένει νηστικός.

I X I

././.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο ασθενής αναφέρει ότι πονά
πόνου.

Γίνεται 1 AMP ZIDERON επί εντόνου

Ο πόνος υποχωρεί και ο ασθενής
παραμένει ησυχός.

Παρακολούθηση ζωτικών
σημείων.

Γίνεται η νοσηλεία του ασθενή και
μέτρηση ζωτικών σημείων. Επί πυ-
ρετού 38°C τοποθετούνται ψυχρά
επιθέματα και συχνές πλύσεις στο-
ματικής κοιλότητας.

ΑΠ 90 MM HG

ΣΦ 68/λεπτό

Θ 38°C

Ο ασθενής ανακουφίζεται λίγο
από τον πυρετό με τα ψυχρά
επιθέματα και τις πλύσεις
του στόματος.

Έλεγχος εργαστηριακών
εξετάσεων.

Γίνονται νέες εξετάσεις αίματος
και ούρων.

ΛΕΥΚΑ 11,9 x 10³/MM³

ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΥΡΡΙΝΑ 80%/ο

Εξέταση ούρων φυσιο-
λογική.

././.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ανάγκη γιὰ έγερση του αρρώστου.

Ο ασθενής με προσοχή και σιγά σιγά γιὰ να μην ζαλιστεί σηκώθηκε από το κρεβάτι του γιὰ αρκετή ώρα.

Με την έγκαιρη έγερση του αρρώστου έχουμε μείωση του πόνου επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος. Πρόληψη επιπλοκών, και μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

3η ημέρα νοσηλείας 2η μεταχειρητική

Εμφάνιση δυσφορίας και βήχα.

Έγινε η νοσηλεία του και προστέθηκε σε κάθε ορρό I AMP BISOLVON.

Επιτυχάνουμε έτσι να βοηθήσουμε το αναπνευστικό σύστημα του αρρώστου.

Πόνος

Έγινε I AMP ZIDERON

Μείωση του πόνου.

././.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΚΟΣΜΗΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΡΙΕΙΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

έλεγχος ζωτικών σημείων

Γίνεται μέτρηση ΑΠ σφυγμών και θερμοκρασίας

ΑΠ = 90 ΜΜ ΗΩ

ΣΦ = 68/λεπτό Θ = 37°C

Έλεγχος χειρουργικού τραύ-

ματος. Έγινε έλεγχος του τραύματος

Επιτυχάνουμε αποφυγή μόλυνσης και γρήγορη επούλωση.

Περιποίηση και αλλαγή τραύματος

4η ημέρα νοσηλείας 3η μετεγχειρητική

Ανάγκη να αρχίσει ο ασθενής να παίρνει υγρά από το στόμα

Γίνεται διακοπή ορρών και αντιβίωσης.

Ο ασθενής νοιώθει πολύ καλά ψυχολογικά λόγω της απαλλαγής

Επιβάλλουμε και προτρέπουμε συγχρόνως τον ασθενή να πίνει νερό άφθονο και τσάι.

του από τους ορρούς και συνεχώς γάζεται με χαρά στο να πίνει άφθονα υγρά.

Έλεγχος ζωτικών σημείων

Γίνεται μέτρηση ΑΠ σφυγμών και θερμοκρασίας.

Ο ασθενής είναι απόλυτος Θ = 36,5°C

ΑΠ = 100 ΜΜΗΩ

ΣΦ = 72/λεπτό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΘΡΟΥ

ΜΟΣΧΑΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ανυπομονησία του ασθενή για την έξοδό του από το Νοσοκομείο.

Προτροπή του ασθενή τώρα που είναι καλύτερα να γνωριστεί και να συμπαρασταθεί στους υπόλοιπους ώστε να περνά ευχάριστα τις ώρες του.

Ο ασθενής είναι αποκτά καλή διάθεση και υπομονή μέχρι την έξοδό του.

5η ημέρα νοσηλείας 4η μετεγχειρητική

Ανάγκη σίτισης του ασθενή.

Αρχίζει η σίτιση του ασθενή με γάλα πουρέ νερόστυπα.

Η σίτιση του ασθενή πρέπει να γίνεται σταδιακά για την αποφυγή επιπλοκών.

Έλεγχος χειρουργικού τραύματος.

Γίνεται έλεγχος και περιποίηση τραύματος.

Δεν υπάρχει πλέον κίνδυνος μόλυνσης και ο ασθενής νοιώθει μεγαλύτερη άνεση και σιγουριά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων. Γίνεται γενική εξέταση αίματος.

ΛΕΥΚΑ = $6,5 \times 10^3 / \text{MM}^3$

ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΥΡΗΝΑ 77%ο

Έλεγχος ζωτικών σημείων.

Γίνεται μέτρηση ΑΠ σφυγμών και θερμοκρασίας.

ΑΠ = 110 ΜΜ ΗΓ

ΣΦ = 78/λεπτό

θερμ. 36,5°C

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα

-84-

6η ημέρα νοσηλείας 5η μετεγχειρητική

Ανάγκη να κλιντιστεί η διάτα του ασθενή.

Η διάτα του ασθενή από υδρική πλουτίζεται σε ελαφρά στερεή.

Αρχίζει η λειτουργία του

εντέρου και ενισχύεται ακόμα περισσότερο η ψυχολογική διάθεση του ασθενή.

///.

7η ημέρα νοσηλείας 6η μετεγχειρητική

Ανάγκη να αιταστεί κανονικά ο ασθενής.
νικά ο ασθενής.

Ο ασθενής τρώει πλέον κανονικά

Επανέρχεται ο οργανισμός και η λειτουργία του εντέρου.

Έλεγχος ζωτικών σημείων.

Γίνεται μέτρηση ΑΠ σφυγμών και θερμοκρασίας.

ΑΠ= 110 MM HG

ΣΦ= 78/λεπτό

Θ= 36,5°C

Ενημέρωση του αρρώστου για την ημερομηνία εξόδου του.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι μπορεί να φύγει την άλλη μέρα, ώστε να τακτοποιήσει τις δουλειές του.

Ο ασθενής αισθάνεται ευτυχής για την έξοδό του.

..//.

Η ημέρα της εξόδου από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του.

Έτσι ο ασθενής έχει όλο το χρόνο να σκεφτεί και να εκφράσει τυχόν απορίες του σχετικά με τη νόσο και τυχόν ανησυχίες του για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Η αδελφή και ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να δώσουν όλες τις απαραίτητες εξηγήσεις και οδηγίες στον ασθενή ώστε να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς την παραμικρή αμφιβολία και απορία.

Ετοιμάζουμε το εξιτήριο του αρρώστου και τον ενημερώνουμε για τη διαδικασία παραλαβής αυτού.

Ενημερώνουμε τέλος τον άρρωστο ότι μετά την πάροδο 2 ημερών πρέπει να προσέλθει στο Νοσοκομείο για την κοπή των ραμμάτων, και ότι θα πρέπει να επιστρέφει στην εργασία του μετά 3 εβδομάδες από την επέμβαση.

Αποχαιρετούμε με αγάπη τον ασθενή και του ευχόμαστε να είναι πάντα υγιής.

Εξ ατομικευμένη και ολοκληρωμένη

Πόσηλευτική φροντίδα ασθενούς

με PLASTRON σκληροειδούς

Εφαρμόζοντας την μέθοδο της Πόσηλευτικής Διεργασίας.

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Προηλευτικό Ιστορικό: Στις 28.II.90 και ώρα 12.30 μμ προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία ασθενής με κοιλιακό πόνο.

Ο ασθενής ονομάζεται Δανόπουλος Χαράλαμπος, κατάγεται από το Γαλατά Τροιζηνίας και είναι 50 ετών.

Εργάζεται ως Δημόσιος Υπάλληλος είναι παντρεμένος και έχει μια κόρη 15 ετών και έναν γιό 18 ετών.

Οδηγήθηκε στο Νοσοκομείο 3 ημέρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων. Παρουσιάζει πόνο εντοπισμένο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο δεκατική πυρετική κίνηση, ανορεξία και καταβολή δυνάμεων. Από τα ζωτικά σημεία που του πάρθηκαν παρουσιάζει θερμοκρασία 37,4^ο C, ΑΠ 110 ΜΜΗΓ ΣΦ.96/λεπτό.

Ατομικό αναμνηστικό: Είναι καπνιστής. Καπνίζει 40-50 τσιγάρα ημερησίως και είναι Διαβητικός.

Κλινική εξέταση

ΠΡΟΣΩΠΟ: Ερυθρότητα προσώπου και ύπαρξη γενικής ανησυχίας

ΣΤΟΜΑ-ΛΑΙΜΟΣ : Δεν υπάρχουν ενδείξεις αμυγδαλίτιδας, φαρυγγίτιδας ή διογκωμένων λεμφαδένων.

ΘΩΡΑΚΑΣ : Συμμετρικός , εκπτυξη θωρακικού τοιχώματος ομοιόμορφα συμμετρική.

ΚΟΙΛΙΑ: Εντοπισμένη ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και πόνος ο οποίος επιδεινώνεται με την κίνηση και τον βήχα.

Εντοπίζεται η ύπαρξη ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- 1) Γενική αιματος-ούρων και βιοχημικές εξετάσεις αίματος
- 2) α/α θώρακος και κοιλίας
- 3) Υπερηχογράφημα κοιλίας

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1η ημέρα νοσηλείας

Παραλαβή και τακτοποίηση του αρρώστου.

Έγινε στρώσιμο κρεβατιού ντύσιμο και τακτοποίηση του αρρώστου στο κρεβάτι με τοχώρο του νοσοκομείου του τοποθέτηση διαγραμμάτων και τριμ. είναι κάτι περισσότερο από ώρων μητρήσεων ζωτικών σημείων. σπουδαία. Η τακτοποίηση σε

Με φίλινκ και εγκάρδιο τρόπο δόθη- καθαρό και ηρεμο δωμάτιο καν εξηγήσεις στον ασθενή και τους ζεκουράζει και ηρεμεί τον συγγενείς του για τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου και τους κανόνες του.

Εξασφάλιση φλέβας για χορήγηση ορών και αντιβίωσης.

Επιτυγχάνεται η κάλυψη του αρρώστου σε υγρό και αντιβίωση και η έναρξη

././.

VIFAZOLIN FL I X 3 IV της θεραπείας του
 FLAGIL FL I X 3 IV
 BRILIN FL I X 2 IM
 STICK ούρων I X 4

Έλεγχος ζωτικών σημείων.

Γίνεται μέτρηση ΑΠ σφυγμών και θερμοκρασίας.

ΑΠ = 110 MM HG
 ΣΦ = 96/λεπτό
 Θ = 37,1^oC

Ανάγκη να γίνουν οι εξετάσεις εισαγωγής.

Έγινε α/α θώρακος σε(ο) θέση α/α κοιλίας
 Γενική αίματος- ούρων
 Βιοχημικές εξετάσεις και υπερηχογράφημα κοιλίας.

Ακτινογραφικά ευρήματα α/α θώρακος: δεν ελέγχεται πάθση σε ενέργεια.
 α/α Κοιλίας τάση σχηματισμού υδραερικών επιπέδων στο τυφλό

ΛΕΥΚΑ: 12.900

ΠΩΛΥΜΟΡΦ: 88,50/o

ΣΑΚΧΑΡΟ: 181 MG/DL

ΟΥΡΑ σακχαρο (+)

Λεύκωμα (+)

///.

2η ημέρα νοσηλείας

Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και ρύθμιση σακχάρου
 Προστέθηκε στους ορούς DEXTROSE 50/ο
 1000 CC X 2 και 2 KCL και 1 NaCL
 και 10 μονάδες ACTRAPID.

Εξασφαλίζουμε την κάλυψη του αρρώστου σε υγρά και ηλεκτρολύτες. Φροντίζουμε για τη ρύθμιση του σακχάρου.

Έλεγχος ζωτικών σημείων εκτέλεση νοσηλείας.

Γίνεται η νοσηλεία του αρρώστου και το STICK ούρων.
 Γίνεται μέτρηση ΑΠ σφυγμού και θερμοκρασίας.

STICK ούρων
 GLUCOSE (+)
 BLOOD (+)
 ΑΠ 100 MMHG
 ΣΦ 96/λεπτό
 Θ 38°C

Εμφάνιση πυρετού.

Επί πυρετού 38°C δεν δίνονται αντιπυρετικά. Ανακουφίζουμε τον ασθενή ο οργανισμός ρυθμίζει μόνος

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΡΙΕΙΣ

ΕΚΤΙΜΕΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

με φυχρά επιθέματα και συχνό βρέξιμο του τη θερμοκρασία. Αν όχι των χειλέων και πλύσιμο του ιστίου θα χορηγήσουμε αντικυρρετικό.

Αυστηρή μέτρηση ούρων 24/ώρου.

Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου για Ελέγχεται έτσι το ισοζύγιο υγρών.

τον τρόπο συλλογής των ούρων και γίνεται η μέτρηση αυτών από την αδελφή κάθε φορά που γεμίζει το δοχείο.

Έλεγχος ζωτικών σημείων.

Σακχ. αίματος 171 MG/ο

Έλεγχος σακχάρου και μέτρηση ούρων,

Ούρα 24/ώρου 1200CC

τικά σημεία.

ΑΠ 120 MMHG

ΣΦ 96/λεπτό

Θ 37°C

././.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3η ημέρα νοσηλείας

Ρύθμιση σακχάρου, εκτέλεση

Διακοπή στις 10 μον ACTRAPID.

Συνεχίζεται η θεραπεία του

νοσηλείας

θα παύσει στους ορρούς 15 μον

απώστου και η προσπάθεια

ACTRAPID. Έγινε η νοσηλεία

ρύθμισης του σακχάρου.

STICK ούρων αρνητικό.

Έλεγχος ζωτικών σημείων

Γίνεται μέτρηση των ούρων μέ-

ΟΥΡΑ: 24ώρου 1350cc

μέτρηση ούρων και νέος

τρηση ΑΠ σφυγμών και θερμοκρασίας

ΑΠ 120 MMHG

έλεγχος σακχάρου.

Εστάλη σακχαρο αίματος.

ΣΦ 92/λεπτό

Θ 37,5° C

Σάκχαρο αίματος

218 MG%o

Παρατηρούμε δεκατική πυρε-

τική κίνηση και αύξηση

σακχάρου.

Εντολή να γίνει γενική αίματος και ούρων.

Έγινε γενική εξέταση αίματος και ούρων.

ΛΕΥΚΑ 8.800

ΗΟΛΥΜ: 840/ο

Σακχ.ούρων (+)

Λεύκωμα ούρων (+)

Ανησυχία και νευρικότητα του αρρώστου.

Γίνεται συζήτηση με τον άρρωστο γιὰ τα αίτια της νευρικότητας και της ανησυχίας του. Το βασικότερο από αυτά είναι η ακινητοποίηση του στο κρεβάτι και η έλλειψη του τσιγάρου.

Είναι γεγονός πως η στέρωση του τσιγάρου είναι δύσκολη

Προτρέπουμε τον άρρωστο να διαβάσει ένα καλό βιβλίο να συζητήσει με τους γύρω του και να προσπαθεί να ξεχνά έτσι το κάπνισμα.

Υπάρχει όμως καλή συμπεριφορά με τη σύζυγο του αρρώστου και η βοήθειά της είναι σημαντική ώστε ο ασθενής να ξεχνιέται αρκετά και να μην του γίνεται εμμονη ιδέα το κάπνισμα.

4η ημέρα νοσηλείας

Ρύθμιση σακχάρου εκτέλεση νοσηλείας και λήψη ζωτικών σημείων.

Έγινε η νοσηλεία του αρρώστου και διακοπή στις 15 μον. ACTRAPID. Θα καθάρνει σε κάθε ορμό DEXTROZE 20 μον. ACTRAPID.

ΑΠ ΙΙΙΟ ΜΜΗΓ
ΣΦ 92/λεπτό
Θ 37,7°C

Εξακολουθεί η δεκαδική πυρετική κίνηση.

Έγινε μέτρηση ζωτικών σημείων.

STICK ούρων σάκχαρο (- ΙΧΝΗ)

Απόπειρα του αρρώστου να καθίσει.

Γίνεται υπενθύμιση στον άρρωστο των κινδύνων και των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος. Τονίζεται επίσης ιδιαίτερα ότι είναι μια ευκαιρία να ελλαττώσει ή και να κόψει το κάπνισμα.

Έχουν γίνει στο παρελθόν πολλές αποτυχημένες προσπάθειες από τον ασθενή γιὰ να κόψει το κάπνισμα. Το ότι αυτή ίσως είναι μια καλή ευκαιρία να επιτύχει την προσπάθειά του του δίνει κουράγιο και υπομονή.

././.

6η ημέρα νοσηλείας

Μέτρηση ζωτικών σημείων
εκτέλεση νοσηλείας.

Έγινε η νοσηλεία του αρρώστου
Έγινε διακοπή στο BRILLIN και
διακοπή στις 20 μον ACTRAPID.
Θα παίρνει στους D/W 50/ο 1000CC
15 μον. ACTRAPID. Έγινε μέτρηση
ζωτικών σημείων.

Συνεχίζεται η συντηρητική
αγωγή του αρρώστου και η ρύθμιση
του σακχάρου.

ΑΠ 120 MMHG

ΣΦ 80

Θ 37,2°C

Έλεγχος σακχάρου αίματος
και μέτρηση ούρων.

Έγινε μέτρηση τιμής σακχάρου με-
σημέρι. Απόγευμα και μέτρηση ούρων.

Μεσημέρι 129 MGo/o
Απόγευμα 96 MG o/o
ΟΥΡΑ 24ώρου 1350 CC

Εντολή να δοθούν υγρά από το
στόμα.

Εβδοη όλη ημέρα Ι ποτήρι τσάι
αργά και σταδιακά.

././.

7η ημέρα νοσηλείας

Μέτρηση ζωτικών σημείων
Εκτέλεση νοσηλείας.

Έγινε η νοσηλεία του αρρώστου
Το STICK ούρων και η μέτρηση
ΑΠ σφυγμού και θερμοκρασίας

Ευνοχίζεται η θεραπεία του
αρρώστου.

STICK ούρων αρνητικό

ΑΠ 110/ΜΜΗΓ

ΣΦ 92/λεπτό

Θ 36,8° C

Απύρετος.

Έλεγχος τιμής σακχάρου
αίματος.

Έγινε εξέταση της τιμής του
σακχάρου Μεσημέρι και βράδυ.

Μεσημέρι ΙΙΙ ΜGο/ο

Βράδυ 96 ΜG ο/ο

Το σάκχαρο του αρρώστου
έχει ρυθμιστεί.

εκανοποιητικά.

././.

Εντολή να δοθούν υγρά από το Δίνονται ελεύθερα πλέον από το στόμα Η ιδέα ότι πίνοντας υγρά θα στόμα ελεύθερα και μέτρηση ούρων 24ώρου. αφθονα υγρά (νερό τσάι), επιβάλλουμε και μπορούμε να απαλλαγεί από τους προτρέπουμε τον άρρωστο να πίνει υγρά ορρούς κάνει τον ασθενή συννε-

δσο γίνεται περισσότερο για να μπορέ- γάσιμο και πρόθυμο να κάνει αυ-
σομε να μειώσουμε σταδιακά τους ορρούς τό που του λέμε.

Γίνεται μέτρηση ούρων 24ώρου. ΟΥΡΑ 24ώρου 1950 CC

8η ημέρα νοσηλείας

Μέτρηση ζωτικών σημείων-
εκτέλεση νοσηλείας.

Έγινε η νοσηλεία του αρρώστου. Έγινε Συνεχίζεται η θεραπεία του αρρώστου
διακοπή στον φυσ. ορρό N/S. Έγινε STICK ούρων αρνητικό
το STICK ούρων και η μέτρηση ΑΠ ΑΠ 120 MMHG
σφυγμού και θερμοκρασίας. ΣΦ 98/λεπτό

● 36,6°C

Απύρετος.

///.

Στίσιση του αρρώστου και Αρχίζει σταδιακά η στίσιση του
μέτρηση των Ούρων. αρρώστου
ΟΥΡΑ 24ώρου 1800CC

Προστίθεται στην υδρική διάτα του
αρρώστου κοτόσουπα και κρεατόσουπα
Γίνεται η μέτρηση των ούρων 24ώρου.

9η ημέρα νοσηλείας

Μέτρηση ζωτικών σημείων
Εκτέλεση νοσηλείας.

Γίνεται διακοπή φαρμών και αντιβίωσης

Γίνεται το STICK ούρων και η μέτρηση

ΑΠ, σφυγμού και θερμοκρασίας.

Έχει γίνει πλήρη κάλυψη του
αρρώστου σε αντιβίωση και έτσι

γίνεται διακοπή αυτής

STICK Ούρων αρνητικό

ΑΠ 110 ΜΜΗΓ

ΣΦ 88/λεπτό

Θ 36,5°C

Ανάγκη να ενισχυθεί η διαίτα
του αρρώστου.

Η διαίτα του αρρώστου γίνεται ελα-

φρά διαβητικού χωρίς υπόλειμμα και

δίνονται άφθονα υγρά.

Η απαλλαγή από τους ορρούς και
η στίσιση του αρρώστου ενισχύουν

την πίστη του γιὰ την καλή πο-

ρεία της ασθένειάς του και το-

νώνουν το ηθικό του.

././.

Εντολή να γίνει γεν.αίματος.

Γίνεται μια τελευταία εξέταση αίματος

ΛΕΥΚΑ: 8.700

του ασθενούς.

ΠΟΛΥΜ: 76,60/ο

10η ημέρα νοσηλείας

Μέτρηση ζωτικών σημείων

Γίνεται μέτρηση ΑΠ Φφυγιού και θερμο-

ΑΠ. 120 MMHG

έλεγχος τιμής σακχάρου και

κραςίας. Ελέγχεται η τιμή του σακχάρου ΣΦ 96 /λεπτό

υπερηχογράφημα κοιλίας.

και γίνεται υπερηχογράφημα άνω κάτω

θ 36,2(Ατύρετος

κοιλίας.

Σακχαρο αίματος 130 MGο/ο

Το υπερηχογράφημα επιβεβαιώ-

νει την υποχώρηση της φλεγμο-

νής.

Ανυπομονησία του αρρώστου

Ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι μπορεί

Ο ασθενής είναι προετοιμασμέ-

γιά την έξοδό του από το

να φύγει την άλλη μέρα, του λέμε να

νος γιά την απαχώρησή του.

Ποσοκομείο.

κάνει υπομονή γιά μια μέρα ακόμη

και τον βοηθάμε στην προετοιμασία

του.

././.

Εκδηλώσεις άγχους και νευρικής τάσης του αρρώστου.

Μετά την πάροδο τώσων ημερών στο νοσοκομείο προσπαθούμε να ηρεμήσουμε τον ασθενή λέγοντάς του ότι το διάστημα των 3 μηνών για την σκληροκοιλιότητα κάνει τον ασθενή να είναι μεγάλο ώστε να ξεχάσει την σκληροκοιλιότητα και αγχώδη. Εκφράζει την επιθυμία να τελειώσει μία και με νέο κουράγιο και θάρρος καλή κάνοντας στη συνέχεια την επέμβαση χωρίς να βγει από το νοσοκομείο. Ο ασθενής με τη συζήτηση και την ενθάρρυνση αρχίζει να εκπνέει και να ευχεται ότι έτσι θα είναι καλύτερα.

Όταν κριθεί από τον ιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών.

Ετοιμάζεται το εξιτήριο του και ενημερώνεται για τον τρόπο παραλαβής του.

Τα αισθήματα που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι δυσταχτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει πολλές φορές για την αποκατάσταση της υγείας του, χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση.

Η αδελφή δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους και ανησυχίες του να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του.

Καθησυχάζουμε τον ασθενή για την πορεία και την εξέλιξη της κατάστασής του και τον ενημερώνουμε ότι μπορεί με απόλυτη ασφάλεια μετά 3 μήνες να επανέλθει για τη σκωληκοειδεκτομή.

Αποχαιρετούμε τον ασθενή εύχοντάς του πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Είναι σίγουρο ότι η εργασία αυτή δεν μπορεί να καλύψει το τεράστιο έργο της Νοσηλευτικής και την ατελείωτη προσφορά της στον άνθρωπο.

Είναι πολύ σπουδαίο να γίνει ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω στον τομέα αυτό, να δούν με αγάπη την νοσηλευτική να εκτιμήσουν το έργο της και να ακολουθήσουν το δρόμο της και τον αγώνα της.

Η επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύω θα λύσει πολλά από τα προβλήματα που ήδη υπάρχουν κυρίως λόγω της έλλειψης αυτού του προσωπικού.

Ο αγώνας για την κατάκτηση όσο το δυνατόν περισσότερων γνώσεων, η ευσυνείδητη και στενή παρακολούθηση του αρρώστου από το νοσηλευτικό προσωπικό που παραμένει δίπλα στον ασθενή τις περισσότερες ώρες μπορεί πολλές φορές να συμβάλει στη διάσωσή του.

Ζητώντας την επιεική κρίση και συμπάθεια των αναγνωστών για τις γραφικές ατέλειες και ελλείψεις τρέφω τουλάχιστον την ελπίδα για ευαισθητοποίηση των μελλοντικών νοσηλευτών ώστε να αντιμετωπίσουν ασθενείς με παρόμοια προβλήματα, με ευγένεια, κατανόηση και υπομονή στους χώρους δουλειάς.

Με εκτίμηση

Τεγονίκου Ευθυμία

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΒΑΣΩΝΗ Δ : Επίτομη Χειρουργική και Ορθοπαιδικός
5η έκδοση, εκδόσεις " Γ.Τσιβεριώτης ΕΠΕ "
Αθήνα 1987

BERGAMASCHI V- MONCALVI G κ.α. : Σωληνοειδίτιδα
Εγκυκλοπαίδεια " ΥΓΕΙΑ " Έκδοση 1η Τόμος 6ος
σελ 1001-1002 Εκδόσεις "ΔΟΜΙΚΗ" Ο.Ε.
Γκούμας- Κωτσιδπουλος Αθήνα 1989

DOMBAL F.T : Διάγνωση του οξέος κοιλιακού πόνου
έκδοση 1η Επιστημονικές εκδόσεις ΓΡ.Κ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
Αθήνα 1985

ΓΟΛΕΜΑΤΗ Β.Χ. : Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας
Έκδοση 2η Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδη
Αθήνα 1987

HARRISON T : Εσωτερική Παθολογία έκδοση 10η
Τόμος 3ος ,επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιανός
Αθήνα 1988

ΚΑΤΡΙΤΣΗ Ε.Α- ΚΕΛΕΚΗ Δ : Στοιχεία περιγραφικής Ανατομικής
Έκδοση 1η ,Εκδόσεις Ιδρύματος Ευγενίδου
Αθήνα 1984

ΚΑΤΡΙΤΣΗ Ε.Α : Μαθήματα Ανατομικής του Ανθρώπου
Σπλαχνολογίας,κυκλοφορικού συστήματος,καρδιας
τόμος 1ος έκδοση 1η ιατρικές εκδόσεις Λίτσας-Αθήνα 1982

- KAHLE W -LEONHARDT H-PLATZER W : Εγχειρίδιο Ανατομικής του
Ανθρώπου με έγχρωμο Ατλαντα Τόμος 2ος έκδοση 1η Εσωτερικά
όργανα HELMUT LEONHARDT Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1984
- KRUPP SMATTON : Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική
Τόμος 1ος έκδοση 3η Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιανός
Αθήνα 1985
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. Νοσηλευτική Γενική-Παθολογική
Χειρουργική Τόμος 1ος Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής ενώ-
σεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1986.
- ΜΠΑΛΑΣ Π : Χειρουργική Τόμος 2ος έκδοση 1η Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.
Πασχαλίδης Αθήνα 1987
- ΠΑΠΑΔΕΜΗΤΡΙΟΥ Ι.Δ.-ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α. Αρχές Γενικής Χειρουργικής
Τόμος 2ος, έκδοση 1η Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιανός
Αθήνα 1989
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α-ΠΑΝΟΥ Μ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-
Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 1ος ,2η επανέκδοση Εκδόσεις
"ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α-ΠΑΝΟΥ Μ :Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική
Νοσηλευτικές Διαδικασίες τόμος 2ος/ Μέρος 2ο ,2η επανέκδοση
Εκδόσεις " ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS, Αθήνα 1988
- SOBOTTA : Ατλας Ανατομικής του ανθρώπου
Τόμος 2ος Θώρακας, Κοιλιά, Πύελος, Κάτω άκρα, Δέρμα, 2η Ελληνική
έκδοση Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιανός Αθήνα 1983

ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι : Επίτομος Χειρουργική Τόμος 3ος, Έκδοση 1η.
Επιστημονικά εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιανός Αθήναι 1981.

