

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς
με χολολιθίαση

Πτυχιακή εργασία

Της σπουδάστριας: Μανασσή Αλεξάνδρας

Υπεύθυνος Καθηγητής

Δημητρίου Μιχαήλ



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ 13/9/1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	320
----------------------	-----



Αφιερωμένη στους γονείς μου

Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν στη συγγραφή αυτής της εργασίας.

Τον υπεύθυνο καθηγητή μου: Δημητρίου Μιαχαήλ και μερικούς ειδικευόμενους γιατρούς του γενικού νοσοκομείου Κατερίνης.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου στη Νοσηλευτική Σχολή των Τ.Ε.Ι. Πατρών, για τα πολύτιμα πράγματα που μου διδάξανε.

Τέλος, θεωρώ χρέος μου να ζητήσω την επεικερή κρίση και συμπάθεια της εξεταστικής επιτροπής καθώς επίσης και των αναγνωστών αυτής της εργασίας -αν υπάρξουν.

Η σπουδάστρια

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	
Ανατομία του ήπατος.....	1
Ανατομιάτων χοληφόρων.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	
Φυσιολογία.....	5
Φυσιολογία της παραγωγής της χολής.....	6
Λειτουργικότητα της χοληδόχου κύστεως.....	9
Παθολογική φυσιολογία της χολής και των χοληφόρων-Σχη- ματισμός χολολίθων.....	9
Διαταραχή της κινητικότητας των χοληφόρων.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Διαγνωστική μελέτη της χολολιθιάσεως.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ	
Χολολιθίαση.....	22
Κλινική εικόνα.....	22
Αποφρακτικός ίκτερος-Χολόσταση.....	24
Εκτίμηση της κατάστασης του αρ. ώστου.....	25
Επιπλοές χολολιθιάσεως.....	27
Θεραπεία.....	32
Χοληδοχολιθίαση.....	42
Ενδοηπατική λιθίαση.....	45
Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Νοσηλευτική φροντίδα.....	51
Νοσηλευτική διεργασία.....	68
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σ'αυτή την εργασία θα γίνει ανάπτυξη του θέματος: <<Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με χολολιθίαση>>.

Καταρχήν, ο όρος χολολιθίαση -αν και είναι γνωστό από την ίδια τη λέξη- σημαίνει, λιθίαση της χοληδόχου κύστεως. Εκτός όμως από την ύπαρξη λίθων στη χοληδόχο κύστη, μπορεί να υπάρχουν λίθοι και στα ενδοηπατικά χοληφόρα, καθώς επίσης και στα εξωηπατικά χοληφόρα.

Η χολολιθίαση είναι μία πολύ συχνή πάθηση, αλλά που έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή εξαιτίας της μπορεί να ξεκινήσουν πολλές περιπέτειες και να βασανίζουν τον ασθενή. Υπολογίζεται ότι το 15-20% των ενηλίκων παρουσιάζουν χολολιθίαση. Ενώ στις Σκανδιναυικές χώρες υπολογίζεται ότι 1 στους 3 σε άτομα πάνω από 75 ετών πάσχει από χολολιθίαση.

Σ'αυτή την εργασία θ'αναφερθεί η ανατομία των χοληφόρων, η φυσιολογία της χολής, η κλινική συμπτωματολογία της χολολιθιάσεως, η εργαστηριακή έρευνα, η θεραπεία και οι επιπλοκές. Αναφέρονται τα ιστορικά τριών ατόμων με χολολιθίαση καθώς επίσης και η νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με χολολιθίαση.

Πρέπει να τονιστεί ότι η σημασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πολύ μεγάλη -σίγουρα δε λείπει από την εργασία αυτή- και πρέπει ν'αρχίσει να εφαρμόζεται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος. Ζυγίζει 1.400 - 1800 GR. Βρίσκεται στο δεξιό υποχόνδριο κάτω από το δεξιό ημιδιάφραγμα. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες το ήπαρ δεν ψηλαφάται στη φυσική εξέταση. Σχεδόν όλο το ήπαρ, εκτός από ένα μικρό μέρος της πίσω επιφάνειάς του, καλύπτεται από περιτόναιο.

Σχηματίζεται από την τρίτη εμβρυολογική εβδομάδα, έχει σχήμα πυραμίδας με τρεις επιφάνειες: πρόσθια, οπίσθια και κάτω και στηρίζεται με τους παρακάτω συνδέσμους: α) Τον στεφανιαίο, β) Το δρεπανοειδή και γ) Τον γαστροηπατικό.

Το ήπαρ έχει δύο λοβούς, που υποδιαιρούνται σε λόβια. Το λόβιο είναι η βασική λειτουργική και ανατομική μονάδα του ήπατος. Κάθε ένα από τα 50.000 - 100.000 ξεχωριστά λόβια δομείται γύρω από μια κεντρική φλέβα, που δέχεται το αίμα της πυλαίας και αδειάζει μέσα στην υπολόβια φλέβα. Το λόβιο αποτελείται από κηκλιδωτές ίνες που σχηματίζουν δίκτυο, μέσα στο οποίο βρίσκονται ηπατικά κύτταρα, κολποειδή πυλαία τριχοειδή, τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας και χοληφόρα σωληνάρια.

Τα ηπατικά κύτταρα έχουν μικρή αναπλαστική ικανότητα. Στις επιφάνειές τους φέρουν ένα αυλάκι που συνενώνεται με το αντίστοιχο παρακείμενο και υποκείμενο και σχηματίζει το χοληφόρο τριχοειδές.

Τα χοληφόρα τριχοειδή ενώνονται και σχηματίζουν τους

μεσολόβλους χοληφόρους πόρους, οι οποίοι στις πύλες του ήπατος ενώνονται και δίνουν τον αριστερό και δεξιό ηπατικό πόρο. Η διάμετρος των δύο ηπατικών πόρων είναι 3 χιλιοστά περίπου, ενώ το μήκος του αριστερού είναι 1,5-2 εκατοστά και του δεξιού 1 εκατοστό.

Η αιμάτωση του ήπατος γίνεται με: α) την ηπατική αρτηρία, η οποία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας. Μπαίνοντας στο ήπαρ η ηπατική αρτηρία διαιρείται σε δύο κλάδους, τον αριστερό και το δεξιό και β) την πυλαία φλέβα.

Η νεύρωση του ήπατος γίνεται με το πνευμονογαστρικό και το φρενικό νεύρο.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Κατά την 3η εμβρυολογική εβδομάδα εμφανίζεται ένα εκκόλπωμα που αποτελεί την αρχή του ήπατος και των χοληφόρων. Η χολική χρωστική αρχίζει να σχηματίζεται την 13η-16η εβδομάδα και, όταν αποβάλλεται στο δωδεκαδάκτυλο δίνει ένα χαρακτηριστικά σκουτενοπράσινο χρώμα στο μυκόνιο.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στις πύλες του ήπατος υπάρχουν ο αριστερός και δεξιός ηπατικός πόρος, οι οποίοι ενώνονται και σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο, ο οποίος έχει μήκος 3-4 εκατοστά και στη συνέχεια ενώνεται με τον κυστικό πόρο και σχηματίζει τον χοληδόχο πόρο.

Η χοληδόχος κύστη ανήκει στα εξωηπατικά χοληφόρα, βρίσκεται προσαρτημένη στην κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, καταλήγει στον κυστικό πόρο και παροχετεύει το περιεχόμενό της προς το χοληδόχο πόρο. Η χοληδόχος κύστη μοιάζει με αχλάδι χωρητικότητας 50 ML περίπου και αποτελείται

από του πυθμένα, το σώμα, το θύλακο του HARTMAN και τον αυχένα.

Από ιστολογικής απόψεως, το όργανο αυτό (η χοληδόχος κύστη), αποτελείται από ορογόνο, μυϊκό και βλεννογόνο χιτώνα. Ο μυϊκός χιτώνας είναι πλούσιος σε βλεννοεκκριτικούς αδένες, ενώ ο βλεννογόνος επενδύεται από κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει χοληστερόλη και σταγονίδια λίπους. Ο βλεννογόνος του κυστικού πόρου σχηματίζει πτυχές που δημιουργούν έναν σπειροειδή αυλό στον πόρο και αποκαλούνται <<βαλβίδα του HEISTER>>.

Η αιμάτωση της χοληδόχου κύστεως προέρχεται από την κυστική αρτηρία, κλάδο της δεξιάς ηπατικής. Η φλεβική αποχέτευση του αίματος γίνεται κυρίως δια μέσου μικρών φλεβών, οι οποίες εισέρχονται στο ήπαρ, προς τους εκεί κλάδους των ηπατικών φλεβών. Την ίδια πορεία έχουν και τα λεμφικά αγγεία.

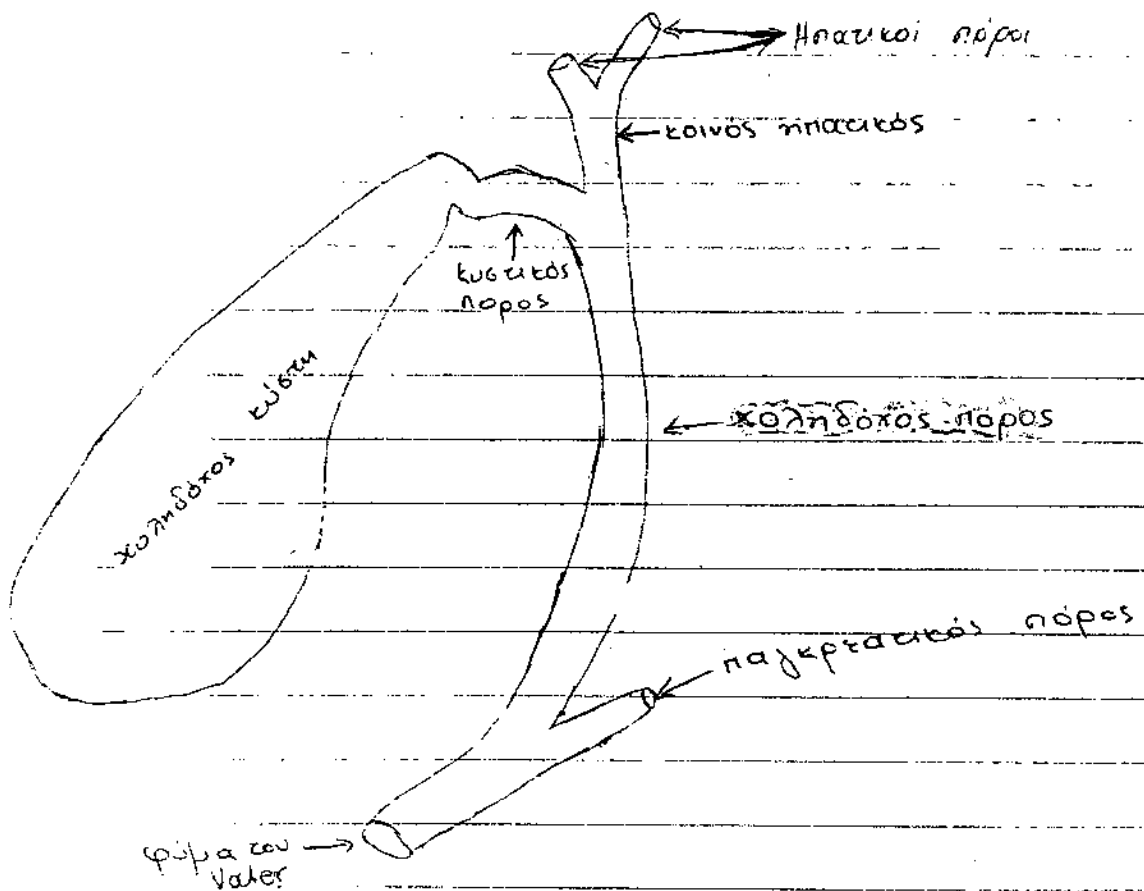
Η νεύρωση της χοληδόχου κύστεως είναι κυρίως συμπαθητική, προέρχεται από το κοιλιακό πλέγμα και ακολουθεί τους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας.

Ο χοληδόχος πόρος έχει μήκος 8 εκατοστά και η διάμετρός του κυμαίνεται από 6 χιλιοστά έως 1,2 εκατοστά στα πρώτα 6-7 CM ενώ στα κατώτερα 1-2 CM το εύρος κυμαίνεται από 2-3MM. Τα δύο πάνω τριτημόρια του χοληδόχου πόρου πορεύονται στο δεξιό χείλος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, ενώ το κάτω τριτημόριο, πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος και καταλήγει σε μία μικρή ενδοδωδεκαδακτυλική μοίρα που βασικά περιβρογχίζεται από τον σφιγκτήρα του ODDI, ο οποίος ελέγχει τη ροή της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο. Προς τα κάτω ο χοληδόχος πόρος συνενώνεται με τον παγκρεατικό πόρο και κατα-

λήγει στο <<φύμα του VATER>>.

Η αιμάτωση του χοληδόχου πόρου είναι αρκετά πλούσια. Προέρχεται από κλάδους της οπίσθιας δωδεκαδακτυλικής και της παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Η αιμάτωση είναι πιο πλούσια στο κατώτερο τριτημόριο του πόρου και γι' αυτό οι εγχειρητικοί χειρισμοί στην περιοχή αυτή απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή αφού ο κίνδυνος για πρόκληση αιμορραγίας είναι μεγαλύτερος.

Υπάρχουν σοβαρές ανατομικές ανωμαλίες οι οποίες αφορούν τη χοληδόχο κύστη και την αιμάτωση της. Οι KOURIAS (1969) σε 3.843 εγχειρήσεις τους στα χοληφόρα, βρήκαν 190 περιπτώσεις παραλλαγών και ανωμαλιών των εξωηπατικών χοληφόρων πόρων από τις οποίες οι συχνότερες αφορούσαν τον κυστικό πόρο.



Εικόνα 1: Διάγραμμα των χοληφόρων οδών και της χοληδόχου κύστεως

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το ήπαρ είναι ο τόπος όπου γίνονται όλες οι χημικές μετατροπές τις οποίες εκτελεί ο οργανισμός στις τροφές ή στα προϊόντα διασπάσεώς τους (των τροφών).

Το ήπαρ όμως, εκτός από το ρόλο που παίζει ως κεντρικό βιοχημικό εργαστήριο, αποτελεί και τη σπουδαιότερη πηγή ενέργειας για τον οργανισμό, διότι αποθηκεύει γλυκογόνο, λευκώματα, λίπη και βιταμίνες. Το ήπαρ δίνει στο αίμα γλυκογόνο για τη διατήρηση της στάθμης του σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα.

Τα ηπατικά κύτταρα σχηματίζουν τις περισσότερες από τις πρωτεΐνες. Επίσης τα ηπατικά κύτταρα με διάφορες αποτοξινωτικές επεξεργασίες, εξουδετερώνουν διάφορες τοξικές για τον οργανισμό ουσίες. Ακόμη παράγουν χολή σε ποσότητα 500-1200

CM³/24ωρο. Αυτή αποτελείται κατά 97% από νερό και 3% από στερεές ουσίες όπως: βλέννη, χολοχρωστικές, χολικά άλατα χοληστερίνη κ.λ.π.

Τα χολικά άλατα είναι πολύ σπουδαία επειδή:

- α) Συμβάλλουν στη διάσπαση και απορρόφηση των λιπών και των λιποδιαλυτών βιταμινών (A, D, E, K)
- β) Έχουν αντισηπτική ενέργεια και
- γ) Συμβάλλουν στην απορρόφηση Fe⁺⁺ και Ca⁺⁺.

Κατά τα μεσοδιαστήματα των γευμάτων, η χολή αποθηκεύεται ενός της χοληδόχου κύστεως. Κατά την είσοδο όμως της τροφής στο δωδεκαδάκτυλο εκκρίνεται χολοκυστοκινίνη με την οποία επιτελείται σύσπαση της χοληδόχου κύστεως. χολήρωση

του σφιγκτήρα του ODDI και παροχέτευση της χολής προς το 12δάκτυλο.

Φυσιολογία της παραγωγής της χολής

Αρχικά παράγεται χολή από τα ηπατικά κύτταρα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η οποία προωθείται μέσω των χοληφόρων τριχοειδών προς το χοληφόρο σύστημα, όπου και αναμιγνύεται με τη χολή η οποία παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα των χοληφόρων οδών. Η χολή που προκύπτει από την ανάμιξη αυτή και που προωθείται στη συνέχεια προς τα κάτω έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε νερό και περιέχει, όπως άλλωστε αναφέρθηκε, οργανικά (χολικά οξέα, φωσφολιπίδια, χοληστερίνη) και ανόργανα (κυρίως νάτριο) στοιχεία.

Η χολερυθρίνη, μεταβολικό προϊόν της αιμοσφαιρίνης, η οποία όπως είναι γνωστό είναι κατά ένα μέρος υπεύθυνη για το χρώμα της χολής, περιέχεται μέσα σ'αυτήν σε πολύ μικρή ποσότητα.

Η έκκριση της χολής έχει αποδειχθεί, ότι είναι ενεργητικό φαινόμενο, για το οποίο βέβαια απαιτείται κατανάλωση ενέργειας. Η έκκρισή της εξαρτάται από την αιματική ροή του ήπατος και την προσφορά οξυγόνου στο ηπατικό κύτταρο και ακόμη, η έκκριση και η ροή της χολής μέσα στο χοληφόρο δέντρο, εξαρτάται και από την πίεση μέσα σ'αυτό. Επίσης η έκκρισή της χολής επηρεάζεται από την χολοκυστοκινίνη, ένα πολυπεπίδιο 33 αμινοξέων, που παράγεται στα κύτταρα του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου και της νήστιδας. Η ορμόνη αυτή έχει σημαντική επίδραση στο ήπαρ και στα χοληφόρα, όπου προκαλεί:

α) Σύσπαση της χοληδόχου κύστεως και ταυτόχρονη χάλαση του

σφιγνιτήρα του ODDI

- β) Ερεθισμό του ήπατος για την παραγωγή της χολής και
- γ) Ενισχύει τη δράση της σεκρετίνης στην αύξηση της παραγωγής και ροής της χολής.

Τα φωσφολιπίδια και ειδικότερα η λεκιθίνη, που αποτελεί το 90% των φωσφολιπιδίων της χολής, παράγονται κατά κύριο λόγο στο ήπαρ, ενώ μια σημαντική ποσότητα προσλαμβάνεται με τις τροφές. Η σύνθεση και ο γενικότερος μεταβολισμός της λεκιθίνης παραμένουν ακόμη με μερικά ερωτηματικά.

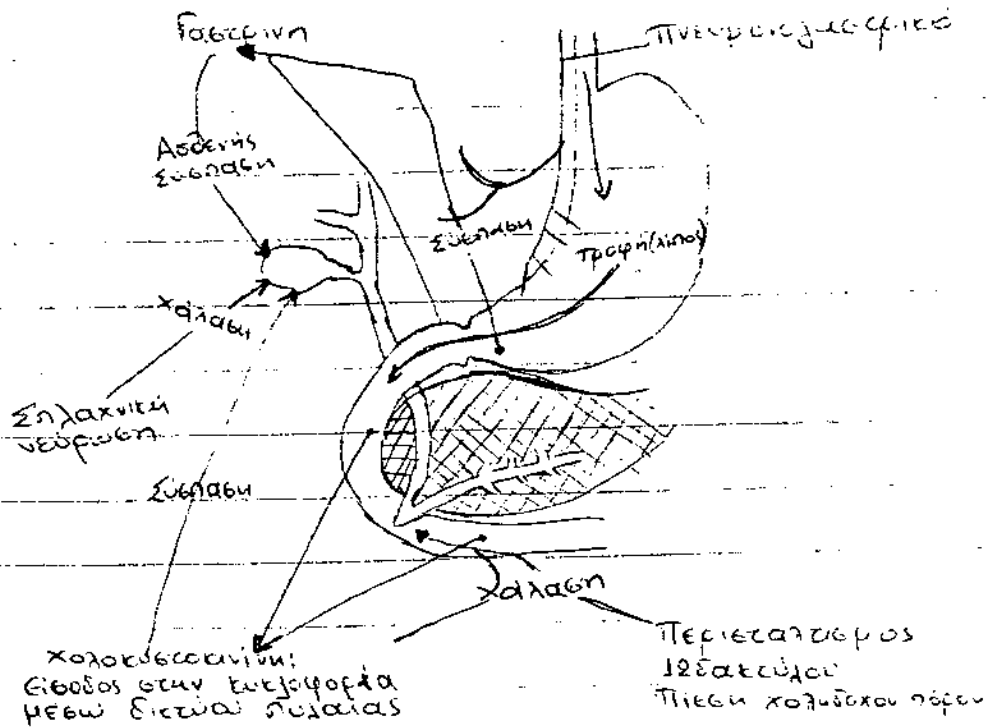
Η χοληστερόλη είναι το τρίτο λιπίδιο της χολής, απαντάται στον ογανισμό σε απλή και εστεροποιημένη μορφή και προέρχεται από τρεις κυρίως πηγές: α) Από το ήπαρ, όπου συντίθεται, β) από τις τροφές, απ' όπου απορροφάται από τον βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου και της νήστιδος, και γ) από τα αποφολιδωθέντα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου.

Εκτός από τη χολερυθρίνη που, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα ευθύνεται κατά ένα μέρος για το χρώμα της χολής, απεικρίνονται από το ήπαρ και άλλες χρωστικές, όπως η βρωμοσουλφοφθαλεΐνη, το πράσινο της ενδοκυανίνης και το ερυθρό της Βεγγάλης και όλες μαζί ευθύνονται για το χρώμα της χολής.

Η παραχθείσα τελικά χολή, προωθείται προς τα κάτω και ένα μέρος της μπαίνει μέσα στη χοληδόχο κύστη ενώ το υπόλοιπο προωθείται με τον τελικό χοληδόχο προς το δωδεκαδάκτυλο.

Στη χοληδόχο κύστη, η χολή υφίσταται κάποια σχετική επεξεργασία και συγκεκριμένα απορροφάται νερό και ανόργανοι ηλεκτρολύτες με αποτέλεσμα τη συμπύκνωσή της.

Η χολή της χοληδόχου κύστεως προωθείται ανάλογα με τη λειτουργικότητα του οργάνου προς το χοληδόχο πόρο, όπου και



Εικόνα 2. Σχηματική παράσταση του μηχανισμού της λειτουργικής προώθη-
σεως της χολής προς το 12δακτύλιο. Ο μηχανισμός τίθεται σε
λειτουργία από την παρουσία τροφής (λίπους) στο 12δακτύλιο,
οπότε παράγεται χολοκυστοκινίνη, η οποία μπαίνει στην κυκλο-
φορία και προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστεως και χάλαση
του σφιγκτήρα του ODDI. Στον κύριο αυτό μηχανισμό υπάρχουν
και υποβοηθητικοί μηχανισμοί με τους οποίους επιτυγχάνεται
το ίδιο ακριβώς πράγμα.

αναμιγνύεται με την υπάρχουσα εκεί χολή, για να προκύ-
ψει τελικά η χολή, η οποία θα φτάσει στο δωδεκαδάκτυλο και,
η οποία είναι ισοοσμωτική με το πλάσμα και έχει την ίδια μ'
αυτό περιεκτικότητα σε ηλεκτρολύτες.

Το pH της χολής, το οποίο εξαρτάται από τα διάφορα εί-
δη δίαιτας, κυμαίνεται από 5,7-8,6 και τείνει να είναι αλκα-
λικό.

Λειτουργικότητα της χοληδόχου κύστεως

Ο βλεννογόνος της χοληδόχου κύστεως έχει τη μεγαλύτερη ικανότητα απορρόφησης από οποιαδήποτε άλλη επιφάνεια στο ανθρώπινο σώμα. Το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως εκτός από την απορροφητική έχει και εκκριτική ικανότητα, δηλαδή εκκρίνει βλέννη περίπου 20 ML/24ωρο, που έχει σκοπό να προστατεύει το βλεννογόνο του οργάνου από τη λυτική δράση της χολής.

Η κινητικότητα της χοληδόχου κύστεως, η λειτουργική σύσπασή της και η προώθηση χολής είναι αποτέλεσμα ενδοκρινών, νευρικών και μηχανικών παραγόντων. Ακόμη και η απλή ύπαρξη περισταλτικών κινήσεων στο 12δάκτυλο, έχει σαν αποτέλεσμα τη χάλαση του σφιγκτήρα του ODDI, οπότε η χολή που υπάρχει μέσα στο εξωηπατικό χοληφόρο σύστημα προωθείται προς το δωδεκαδάκτυλο. Στη νηστεία, ο σφιγκτήρας του ODDI, παρέχει αυξημένη αντίσταση στη ροή της χολής από το χοληδόχο πόρο προς το δωδεκαδάκτυλο.

Παθολογική φυσιολογία της χολής και των χοληφόρων

Σχηματισμός χολολίθων

Οι χολόλιθοι είναι αρκετά συχνόι στις περισσότερες δυτικές χώρες. Οι χολόλιθοι είναι κρυσταλλικοί σχηματισμοί, που σχηματίζονται από συσσώρευση φυσιολογικών ή παθολογικών συστατικών της χολής. Οι λίθοι αυτοί διακρίνονται σε τρεις κύριους τύπους: α) οι χοληστερολικοί, β) οι μικτοί και γ) οι λίθοι χρωστικής. Οι δύο πρώτοι τύποι αποτελούν το 80% των λίθων ενώ οι λίθοι χρωστικής το 20%.

Χοληστερολικοί και μικτοί λίθοι: Ο σημαντικότερος μηχανισμός στο σχηματισμό της λιθογόνου χολής, είναι η αυξημένη χολική έκκριση χοληστερόλης. Αυτό μπορεί να προκύψει σε συν-

δυσασμό με παχυσαρκία, υψηλές θερμιδικές δίαιτες ή φάρμακα. Οι χολόλιθοι αυτοί είναι, στη μεγαλύτερη αναλογία τους ακτινοδιαβατοί, σπανιότατα έχουν διάμετρο πάνω από 2 CM, και συνήθως είναι πολλαπλοί. Οι αμιγείς χοληστερολικοί (περιεκτικότητα σε χοληστερόλη > 95%) είναι πολύ σπάνιοι. Οι χοληστερολικοί λίθοι συνοδεύουν συνήθως αιμολυτικές καταστάσεις ή χολοκυστίτιδες.

Όταν η χολή είναι υπερκορεσμένη σε χοληστερόλη, τότε σχηματίζονται μικροσκοπικοί κρύσταλλοι που συσσωρεύονται και έτσι δημιουργούνται μακροσκοπικοί κρύσταλλοι. Για να σχηματισθεί ο λίθος, χρειάζεται ένας πυρήνας γύρω από τον οποίο θα συγκεντρωθούν οι κρύσταλλοι της χοληστερόλης. Ο πυρήνας αυτός μπορεί να αποτελείται από χοληστερόλη -αν φυσικά υπάρχει μεγάλος κορεσμός της χολής σε χοληστερόλη-, ή να προέρχεται από άλλες πηγές όπως: μόρια χολερυθρίνης, λιπαρών οξέων, ασβεστίου, λευκωμάτων και ξένα σώματα.

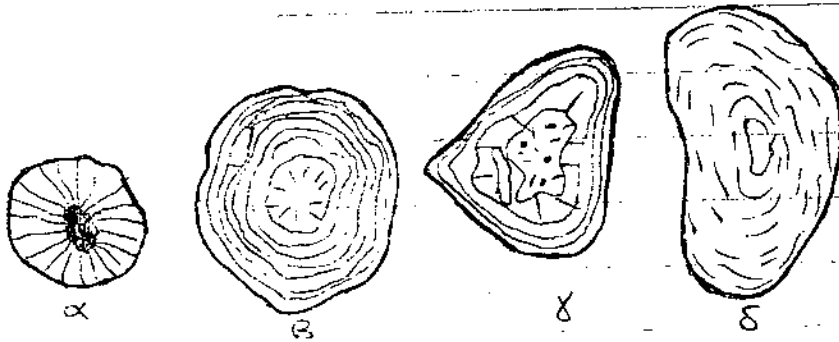
Λίθοι από χρωστικές: Οι λίθοι του είδους αυτού αποτελούνται κύρια από χολερυθρινικό ασβέστιο και είναι συχνότεροι στις Ανατολικές απ'ότι στις Δυτικές χώρες.

Για τους χολόλιθους από χολοχρωστικές, ο μηχανισμός δημιουργίας είναι τελείως διαφορετικός. Σ'αυτούς τους χολόλιθους το κύριο συστατικό είναι το άλας ασβεστίου της μη συνδεδεμένης χολερυθρίνης (έμμεσης χολερυθρίνης) και συνεπώς για το σχηματισμό τους απαιτείται χολή υπερκορεσμένη σε έμμεση χολερυθρίνη.

Η ύπαρξη λοιπόν, αυξημένης ποσότητας αδιάλυτης χολερυθρίνης στη χολή, οδηγεί στην κρυστάλλωση της χολερυθρίνης που συσσωρεύεται προς σχηματισμό λίθων χρωστικής.

Για να σχηματισθεί ο λίθος τρεις είναι οι κύριοι παράγοντες:

- α) Η μεταβολική αύξηση της χοληστερίνης και χολερυθρίνης
- β) Η στάση της χολής στην χοληδόχο κύστη, και
- γ) Η χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως



Εικόνα 3: Σχηματική παράσταση διατομής διαφόρων ειδών χολολίθων.
α) αμυγής λίθος χοληστερόλης, β) και γ) μικτοί λίθοι χοληστερόλης και δ) λίθοι από χολοχρωστικές

Οι χοληστερινικοί λίθοι έχουν χρώμα λευκοκίτρινο, σχήμα στρογγυλό, επιφάνεια λεία και είναι διαπερατοί σε ακτίνες. Οι λίθοι χολερυθρινικού ασβεστίου έχουν χρώμα σκούρο, σχήμα ακανόνιστο και είναι αδιαπέραστοι στις ακτίνες. Ενώ οι λίθοι από ανθρακικό ασβέστιο έχουν χρώμα λευκόφαιο και σχήμα ακανόνιστο.

Στους μηχανισμούς λιθογένεσης που περιγράφηκαν παραπάνω, πρέπει να προστεθούν και διάφοροι υποβοηθητικοί -προδιαθεσικοί παράγοντες, που επιταχύνουν ή υποκινούν τη λιθογένεση. Αναφέρθηκαν ήδη σαν τέτοιοι, η παχυσαρκία, η υπερθερμιδική δίαιτα, η έλλειψη ή λειτουργική αδράνεια του τελικού ειλεού, οι χολοκυστίτιδες και οι αιμολυτικές αναιμίες.

Ακόμη έχει ενοχοποιηθεί η αναγωγή παγκρεατικού υγρού από το χοληδόχο πόρο προς τη χοληδόχο κύστη. Ορμονικοί παράγοντες επίσης φαίνεται να έχουν σχέση με το σχηματισμό χολολιθίων, εφόσον είναι γνωστή η ύπαρξη της νόσου σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό ή γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, οπότε μετά τον 4ο μήνα της κυήσεως, πιέζεται η χοληδόχος κύστη και εμποδίζεται η κανονική εκκένωσή της. Τα αντιουλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα και η γρήγορη απώλεια βάρους προδιαθέτουν στη χολολιθίαση. Τέλος έχει παρατηρηθεί κάποια αύξηση στη συχνότητα της χολολιθίασης μετά από ολική ή μερική γαστρεκτομή, καθώς και μετά από διατομές των πνευμονογαστρικών.

Ο τόπος που σχηματίζονται οι χολόλιθοι είναι η χοληδόχος κύστη, γιατί μέσα σ' αυτή συμβαίνουν οι διαταραχές διαλυτότητας χοληστερόλης, φωσφολιπιδίων και χολικών αλάτων και είναι τόπος παραγωγής λιθογόνων πυρήνων.

Ενώ η λιθίαση στους χοληφόρους πόρους είναι σπάνια και δημιουργείται όταν υπάρχουν ειδικές καταστάσεις όπως παρασιτικές ασθένειες.

Διαταραχή της κινητικότητας των χοληφόρων

Η διαταραχή της κινητικότητας των χοληφόρων και συγκεκριμένα της χοληδόχου κύστεως είναι κάτι το οποίο μπορεί να συμβεί όπως ακριβώς συμβαίνει και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα. Η οντότητα αυτή, που μπορεί να εκφράζεται με υπερτονία ή υποτονία της χοληδόχου κύστεως, αντιπροσωπεύει την κατάσταση εκείνη που μπορεί να προέρχεται από χολοκυστοπάθεια στο δεξιό υποχόνδριο, κατά

την έρευνα όμως δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί η ύπαρξη χολολίθων στη χοληδόχο κύστη ή το χοληδόχο πόρο. Πολύ πιθανό είναι να υπάρχουν πολύ μικροί λίθοι μέσα στη χοληδόχο κύστη. Εκτός από την ύπαρξη χολολίθων, η διαταραχή της κινητικότητας των χοληφόρων μπορεί να οφείλεται στη μη ταυτόχρονη χαλαση του σφιγκτήρα του ODDI με τη σύσπαση της χοληδόχου κύστεως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΕΩΣ

I) Ακτινολογική μελέτη. Η ακτινολογία σήμερα φέρει το κύριο βάρος της μελέτης των παθήσεων των χοληφόρων χάρη στα διαγνωστικά μηχανήματα και συμβάλλει τόσο στην προεγχειρητική διάγνωση όσο και στη διεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση της κατάστασεως. Για τα χοληφόρα, υπάρχουν πολλές ειδικές ακτινολογικές εξετάσεις και συχνά αντιμετωπίζεται θέμα ιεραρχήσεως αυτών των εξετάσεων, που όμως σχετίζεται άμεσα και με τις δυνατότητες των νοσηλευτικών συνθηκών, υπό τις οποίες βρίσκεται ο ασθενής.

Ετο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει μια ανάλυση των διαφόρων μεθόδων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ακτινολογική διερεύνηση των χοληφόρων. Αυτές λοιπόν οι μέθοδοι είναι οι ακόλουθες:

1. Η απλή ακτινογραφία

Σε κάθε κοιλιακό πόνο, η πρώτη ακτινολογική εξέταση που πρέπει να γίνει είναι η απλή ακτινογραφία. Η εξέταση αυτή είναι απλή, αναίμακτη, τελείως ακίνδυνη και μπορεί σε συχνότητα 15% των περιπτώσεων χολολιθιάσεως να αποδείξει την ύπαρξη ακτινοσκοπικών λίθων.

2. Η από το στόμα χολοκυστογραφία

Η εξέταση αυτή αποσκοπεί στη διάγνωση της χολολιθιάσεως με τη σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστεως με ειδική ακτινοσκοπική ουσία η οποία χορηγείται από το στόμα. Η ουσία

αυτή βρίσκεται σε μορφή ταBL και είναι τα TELEPAQUE και τα BILOPTIN, χορηγείται στον ασθενή από το στόμα το βράδυ της προηγούμενης ημέρας από την εξέταση, σε μια ορισμένη ποσότητα (6-8 TABL) και στη συνέχεια απορροφάται από το λεπτό και το παχύ έντερο.

Η ουσία μπαίνει στην κυκλοφορία, συνδέεται με τη λευκωματίνη της ορού, προσλαμβάνεται από το ήπαρ και αποβάλλεται δια της χολής με αποτέλεσμα να συγκεντρώνεται μέσα στη χοληδόχο κύστη όπου συμπυκνώνεται -με την απορρόφηση ύδατος από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως- και δίνει σκιαγρά_ψηση του οργάνου. Οι ακτινογραφίες λαμβάνονται 12 ώρες μετά τη λήψη του σκιαγραφικού υλικού.

Για διάφορους λόγους μπορεί να μη γίνει σκιαγρά_ψηση της χοληδόχου κύστεως. Η μέθοδος αυτή είναι εύκολη και σχετικά ακριβής.

Σε ύπαρξη χολολιθιάσεως και κανονικής σκιαγραφίσεως, με τη μέθοδο αυτή, της χοληδόχου κύστεως, οι χολόλιθοι φαίνονται μέσα στη χοληδόχο κύστη **β**αν σκιαγραφικά ελλείμματα. Η σκιαγρά_ψηση του χοληδόχου πόρου με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατή αλλά σπάνια και επιτυγχάνεται κυρίως στη δεύτερη φάση της εξετάσεως, όπου με τη λήψη χοληστερινικού γεύματος (αυγά) ή τη χορήγηση χολοκυστοκινίνης προκαλείται σύσπαση της χοληδόχου κύστεως και προώθηση της σκιερής ουσίας προς το χοληδόχο πόρο και το δωδεκαδάκτυλο.

3. Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία

η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση σκιερής ουσίας που είναι το BILIGRAFIN ή BILIGRAM ή BILISCOPIN. Η ουσία αυτή προσλαμβάνεται από το ήπαρ, απο-

βάλλεται δια των χοληφόρων και δίνει -σε διάστημα 15' έως 2 ώρες- σκιαγράφηση του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος.

Έχει αποδειχθεί πειραματικά σε κουνέλια, ότι το 90% της χορηγούμενης ποσότητας του φαρμάκου, αποβάλλεται από τα κόπρανα και μόνο το 10% αποβάλλεται με τα ούρα.

Πρόσφατα αμφισβητήθηκε η αξία της μεθόδου στο 50% (μη διαγνωστικά ή χαμηλής ποιότητας αποτελέσματα).

Σοβαρό μειονέκτημα της ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις. Σε στατιστική που έγινε το 1982 στο Αρεταίειο νοσοκομείο σε 200 ασθενείς, οι 21 παρουσίασαν κάποια μικρή ή μεγάλη αλλεργική αντίδραση (βρογχόσπασμο, δύσπνοια, κνησμό, εξάνθημα, τάση για εμετό).

Με τη μέθοδο αυτή, δε γίνεται διαγνωστική διαγράφηση σε αρρώστους ικτερικούς, με χολερυθρίνη > 3,5 MG%, ενώ σπάνια γίνεται σε αρρώστους που η ολική χολερυθρίνη στο αίμα είναι 2-3,5 MG%.

Σχετικά με το θέμα της επιλογής μεταξύ της από το στόμα χολοκυστογραφίας και της ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας πιστεύεται ότι:

- 1) Η από το στόμα χολοκυστογραφία απεικονίζει καλύτερα τη χοληδόχο κύστη, ενώ η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία το χοληδόχο πόρο
- 2) Η από το στόμα χολοκυστογραφία είναι απλούστερη και με λιγότερες επιπλοκές
- 3) Οι δύο εξετάσεις θεωρούνται ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη όταν το απαιτούν οι κλινικές ενδείξεις.
4. Η διαδερμική-διηπατική χολαγγειογραφία

Η μέθοδος αυτή είναι σχετικά παλιά και, γίνεται κυρίως

σε ασθενείς με αποφρακτικό ίκτερο και διατεταμένο χοληφόρο δέντρο, επειδή σ' αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται να έχει σχεδόν 100% διαγνωστική επιτυχία.

Η κύρια ένδειξη για τη διαδερμική-διηπατική χολαγγειογραφία είναι η κάθε είδους χολόσταση, η οποία εκδράζεται κλινικά (χολαγγειακές κρίσεις) ή εργαστηριακά (↑ χολερυθρίνης). Πριν από αυτή την εξέταση πρέπει να γίνεται ένα υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων για τη διερεύνηση της αιτίας της χολοστάσεως και για την ανακάλυψη του επιπέδου της αποφράξεως ή της στενώσεως.

Στην Ελλάδα, που ο κυστικός εχινόκοκος του ήπατος είναι αρκετά υπολογίσιμος το υπερηχογράφημα πρέπει να προηγείται της διαδερμικής-διηπατικής χολαγγειογραφίας διότι αν υπάρχει ένας εχινόκοκος του ήπατος αντενδείκνυται κάθε παρακέντηση αυτού του οργάνου (υπάρχει κίνδυνος παρακεντήσεως της υδατικής κύστεως και της διαφυγής εχινοκοκκικού περιεχομένου στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα). Επίσης αντένδειξη για τη διενέργεια διαδερμικής - διηπατικής χολαγγειογραφίας αποτελούν οι διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος.

Η συχνότητα των επιπλοκών αυτής της εξέτασης φτάνει στο 3,4%. Θα πρέπει η εξέταση να γίνεται με άσηπτη τεχνική για αποφυγή επιπλοκών. Επίσης θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται για αιμορραγία ή διαφυγή της χολής. Με τη μέθοδο αυτή, με βελόνη γίνεται παρακέντηση των ενδοηπατικών χολαγγείων και έγχυση σκιεράς ουσίας με την οποία σκιαγραφούνται τα ενδοηπατικά χοληφόρα και προωθείται δια της βελόνης προς τον δεξιό ηπατικό και από κει στο χοληδόχο πόρο ή στον κοινό ηπατικό, ο ειδικός αυτός συρμάτινος οδηγός, με το εύκαμπτο άκρο. Γίνεται προσπάθεια να βρεθεί το κίβητο και να παραβια-

σθεί από το <<σύρμα>> αν είναι δυνατόν, αν όχι σταματάει πριν το κώλυμα.

5. Το σπινθηρογράφημα των χοληφόρων

Το σπινθηρογράφημα γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση ραδιενεργού υλικού, την τοποθέτηση του ασθενή κάτω από την <<γάμμα κάμερα>> και παρακολούθηση της απέκκρισης του ραδιοφαρμάκου δύο του χοληφόρου συστήματος.

Η εικονογράφιση αποτυπώνεται σε ειδική μαγνητοταινία, από την οποία στη συνέχεια μπορεί να ληφθούν οι φωτογραφίες που έχουν ενδιαφέρον.

Η μέθοδος έχει διαγνωστική αξία ακόμα και σε περιπτώσεις ικτερικών ασθενών με αρκετά υψηλό επίπεδο χολερυθρίνης στον ορό.

Η ένδειξη για τη ραδιοϊσοτοπική μελέτη του χοληφόρου συστήματος είναι βασικά η μελέτη της δυναμικής της ροής της χολής προς το έντερο και η ανίχνευση διαφυγής χολής μέσα στην ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα και δεν είναι δυνατό να ανιχνευθούν με τις άλλες διαγνωστικές εξετάσεις των χοληφόρων.

6. Το υπερηχογράφημα των χοληφόρων

Με το υπερηχογράφημα γίνεται απεικόνιση των ηχητικών αντανάκλασεων των διαφόρων οργάνων και των παθολογικών τους εξεργασιών. Στη διάγνωση των παθήσεων των χοληφόρων το υπερηχογράφημα έχει μεγάλη εφαρμογή, δεν χρειάζεται καμία προετοιμασία ο ασθενής, δεν εκτίθεται σε ακτινοβολία και σε κίνδυνο για αλλεργικές αντιδράσεις.

Το υπερηχογράφημα έχει μεγάλη εφαρμογή στη χολολιθίαση καθώς και στις φλεγμονές της χοληδόχου κύστεως και στον αποφρακτικό ίκτερο.

Το υπερηχογράφημα δεν γίνεται σε ασθενείς με πρόσφατο τραύμα εγχειρητικό και όπου υπάρχουν μεταλλικά κλιπς λόγω των ισχυρών ηχητικών αντανακλάσεων.

7. Η αξονική τομογραφία

Η κύρια ένδειξη για την εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας στα χοληφόρα είναι ο ίκτερος και η διαγνωστική διερεύνησή του -όπου η ακτινολογία ανεπαρκεί- καθώς και η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στον αποφρακτικό και στον ηπατοκυτταρικό ίκτερο. Η αξονική τομογραφία μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση του επιπέδου της απόφραξης.

8. Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία

Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία πραγματοποιείται την ώρα του χειρουργείου με έγχυση σκιεράς ουσίας στο χοληδόχο πόρο, δια μέσου ενός καθετήρα, ο οποίος τοποθετείται στον κυστικό πόρο. Η μέθοδος αποσκοπεί στο να διερευνήσει κατά την ώρα της εγχειρήσεως την ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο.

Για την σκιαγράφιση του χοληδόχου πόρου 10-15 ML διαλύματος σκιεράς ουσίας 50% διαλύονται σε 15 ML φυσιολογικού ορού ώστε να σχηματισθεί ένα διάλυμα 25%. Το σύστημα της έγχυσης του σκιερού υλικού δεν πρέπει να περιέχει αέρα γιατί οι φυσαλίδες μπορεί να ληφθούν σαν λίθοι. Ο ρυθμός της έγχυσης της σκιεράς ουσίας θα πρέπει να είναι πολύ αργός, γιατί μπορεί να πέσει μέσα στον παγκρεατικό πόρο και να κάνει οξεία παγκρεατίτιδα.

II) Η χοληδοσκόπηση

Η χοληδοσκόπηση γίνεται την ώρα του χειρουργείου κατά την οποία ο χειρουργός με το χοληδοσκόπιο διερευνεί την ύπαρξη λίθων στο εξωηπατικό χοληφόρο δέντρο.

Το αν θα πρέπει ή όχι να γίνει χοληδοσκοπηση αυτό εξαρτάται από την εγχείρηση. Αν υπάρχει η παραμικρή υποψία για κάτι παθολογικό πρέπει να γίνεται.

Υπάρχουν δύο ειδών χοληδοσκοπια, το εύκαμπτο και το άκαμπτο. Το πρώτο ερευνά καλύτερα το χοληδόχο πόρο ενώ το δεύτερο τη χοληδόχο κύστη. Το χοληδοχοσκοπιο μπαίνει στο χοληδόχο πόρο διαμέσου χοληδοχοτομής και συνδέεται με σύστημα ορού με το οποίο πλένεται και ταυτόχρονα διαστέλλεται το τμήμα του πόρου που εξετάζεται.

III) Η χημική και μικροβιολογική εξέταση της χολής

Η λήψη δειγμάτων χολής επιτυγχάνεται δια 12δακτυλικού καθετηριασμού και συμβάλλει στη διάγνωση χρονίας χολοκυστίτιδας. Χρησιμοποιείται ευρέως σε διαγνωστικές αμφιβολίες όπως για παράδειγμα σε περίπτωση μη σκιαγραφήσεως των χοληφόρων. Η ανεύρεση κρυστάλλων χολερυθρινικού ασβεστίου ή χοληστερόλης στην από τη χοληδόχο κύστη προερχόμενη χολή αποτελεί σαφή ένδειξη ότι πρόκειται για χολολιθίαση.

Η καλλιέργεια της χολής πάλι, όταν είναι θετική, ενισχύει τη διάγνωση περαιτέρω και προσδιορίζει το μικροβιακό παράγοντα.

IV) Εργαστηριακές εξετάσεις

- Λευκά αιμοσφαίρια, που συνήθως είναι ανεβασμένα και αντανακλούν τη φλεγμονή
- Χολερυθρίνη ορού, που μπορεί να είναι ελαφρά υψηλή
- Αλκαλική φωσφατάση ορού, που είναι υψηλή
- Γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) και γαλακτινική

δεϋδρογενάση (LDH), που είναι επίσης σε ψηλά επίπεδα

- Χολερυθρίνη ούρων, που είναι υψηλή
- Ουροχολινογόνο κοπράνων, που είναι χαμηλό
- Γενική αίματος και ούρων
- Σάκχαρο αίματος και ουρία αίματος
- Χρόνος προθρομβίνης
- Τρανσαμινάσες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η χολολιθίαση αποτελεί μια από τις συχνότερες παθήσεις του σύγχρονου κόσμου και οπωσδήποτε την κύρια πάθηση των χοληφόρων, από την οποία μπορούν να ξεκινήσουν πολλά και δύσκολα προβλήματα, τόσο για τον άρρωστο, όσο και για το γιατρό.

Σε προηγούμενα κεφάλαια, περιγράφηκε λεπτομεριακά ο μηχανισμός σχηματισμού των χολολίθων και τα διάφορα είδη που απαντώνται στους ασθενείς. Συμπληρωματικά, αξίζει να αναφερθεί, ότι η νόσος απαντάται στις γυναίκες σε διπλάσια αναλογία απ'ότι στους άνδρες και η συνηθέστερη ηλικία, στην οποία αυτή κάνει συχνότερα την εμφάνισή της, κυμαίνεται μεταξύ 45 και 75 χρονών.

Ο τόπος στον οποίο σχηματίζονται οι χολόλιθοι είναι κατ' αποκλειστικότητα σχεδόν η χοληδόχος κύστη, ενώ υπάρχουν και μερικές περιπτώσεις πρωτογενούς σχηματισμού χολολίθων μέσα στο χοληδόχο πόρο.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι χολόλιθοι συνήθως προκαλούν συμπτώματα είτε από πρόκληση φλεγμονής είτε αποφράσσοντας τον κυστικό πόρο ή το χοληδόχο πόρο. Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου, όταν αυτή χαρακτηρίζεται απλώς από την ύπαρξη λίθων και δεν έχει επιπλαιεί (π.χ, με χολοκυστίτιδα ή παγκρεατίτιδα κλπ) μπορεί να είναι από έντονη έως ανύπαρκτη.

Το πιο ειδικό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα της χολολιθί-
άσεως είναι ο κωλικός του ήπατος. Ο κωλικός προκαλείται όταν
γίνει απόφραξη του κυστικού πόρου ή του χοληδόχου πόρου από
λίθο. Με την απόφραξη έχουμε αύξηση των ενδοαυλικών πιέσεων
και διάταση του οργάνου. Ο κωλικός αρχίζει αρκετά αιφνίδια
και μπορεί να παραμείνει με σοβαρή ένταση για 1-4 ημέρες. Βαθ-
μιαία υποχωρεί και μπορεί να ακολουθείται από ήπιο πόνο. Συ-
νήθως αρχίζει ένας κωλικός μετά τη λήψη πλούσιων σε λίπος γευ-
μάτων. Αντί, όμως για κωλικό, μπορεί να υπάρχει ένας ήπιος,
βαθύς, κατά καιρούς πόνος στο δεξιό υποχόνδριο.

Η απόλυτα ασυμπτωματική χολολιθίαση είναι πράγματι σπά-
νια και αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια δια-
γνωστικής διερευνήσεως του ασθενή για κάποιο άλλο λόγο.

Πάντως, είναι αρκετά υπολογίσιμο το ποσοστό (γύρω στο
20% από μία στατιστική) των ασθενών με πολύ ήπια σημειολογία
η οποία πολλές φορές και δεν εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο
(αλλά π.χ. στο επιγάστριο) ή είναι αρκετά ασαφής (π.χ. μόνο
έμετοι κατά καιρούς ή <<καυστικό>> αίσθημα στο επιγάστριο).
Μάλιστα πολλές είναι οι περιπτώσεις που θεραπεύονται ασθε-
νείς για γαστρίτιδα ή για κολίτιδα, ώσπου μια επιπλοκή (χολο-
κυστίτιδα) ή ένας κωλικός, θα δώσει την πρώτη διαγνωστική
κατεύθυνση προς τη χολολιθίαση.

Η ναυτία και ο έμετος συχνά συνοδεύουν τη χολολιθίαση.
Ο επίμονος ίκτερος (κίτρινη χροιά του δέρματος και των επι-
πεφυκότων) ή τα υψηλά επίπεδα χολερυθρίνης υποδηλώνουν την
ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο. Ομπυρετός και το ρίγος με
κωλικό των χοληφόρων, σημαίνει ότι υπάρχει κάποια λοίμωξη
όπως χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτιδα ή χολαγγειίτιδα. Ακόμη

μπορεί να υπάρχουν: καύσος στο επιγάστριο, δυσκοιλιότητα, ρεψίματα και μετεωρισμός.

Γενικά, στην απλή χολολιθίαση δεν υπάρχουν ιδιαίτερα σημαντικά κλινικά ευρήματα, τουλάχιστον στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Τέλος, θα αναφερθεί η κλασική άποψη των παλιών Άγγλων κλινικών ότι τα περισσότερα περιστατικά βρίσκονται στις παχιές γυναίκες άνω των 40 ετών.

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ - ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ

Σαν ίκτερος χαρακτηρίζεται η κλινική εκείνη κατάσταση, κατά την οποία οι ιστοί του σώματος προσλαμβάνουν μια κίτρινη χροιά, γεγονός που οφείλεται στην εναπόθεση, σ' αυτούς χολοχρωστικών και συγκεκριμένα χολερυθρίνης.

Η χολερυθρίνη αποτελεί το τελικό προϊόν της αποικοδομησης της αίμης και προέρχεται από την αιμοσφαιρίνη, τη μυοσφαιρίνη, διάφορα ένζυμα του αναπνευστικού συμπεριλαμβανομένων και των κυτοχρωμάτων και συντίθεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα, στο σπλήνα και στο ήπαρ, σε μια συνολική ποσότητα 30 MG ημερησίως. Μετά την παραγωγή της η χολερυθρίνη μπαίνει στην κυκλοφορία, όπου δεσμεύεται <<χαλαρά>> από τη λευκωματίνη του ορού και μεταφέρεται στο ήπαρ, όπου και αποδεσμεύεται από τη λευκωματίνη πριν προσληφθεί από το ηπατικό κύτταρο. Στο ηπατικό κύτταρο, η χολερυθρίνη συνδέεται με γλουκουρονικό οξύ και σχηματίζεται ένα διγλουκουρονίδιο, το οποίο απεκκρίνεται προς τη χολή και τα χοληφόρα. Η χολερυθρίνη, που έχει περάσει από το υγιές ηπατικό κύτταρο, ονομάζεται άμεση χολερυθρίνη.

Η χολερυθρίνη, που εναποτίθεται στους ιστούς, σε περιπτώσεις ίκτερου, μπορεί να προέρχεται από τέσσερις διαφορετικές πηγές:

1. Είναι δυνατό να υπάρχει μεγάλη προσφορά χολερυθρίνης προς το ηπατικό κύτταρο
2. Είναι δυνατό να υπάρχει μια διαταραχή στην πρόσληψη και τη μεταφορά της χολερυθρίνης προς το ηπατικό κύτταρο
3. Είναι δυνατό να υπάρχει κάποια βλάβη στο μηχανισμό σύνδεσης της χολερυθρίνης με το γλυκουρονικό οξύ, και
4. Είναι δυνατό να υπάρχει βλάβη στην κυτταρική μεμβράνη του χοληφόρου τριχοειδούς και γενικά στο μηχανισμό προωθήσεως της χολερυθρίνης προς τη χολή και τα χοληφόρα.

Συνεπώς, ο ίκτερος που συνεπάγεται η υπερχολερυθριναιμία μπορεί να είναι προηπατικός (αιμολυτικός), ηπατικός (ηπατοκυτταρικός) ή χολοστατικός (αποφρακτικός).

Ο αποφρακτικός ίκτερος, προκαλείται από τη μερική ή ολική απόφραξη των εξηπατικών ή των μεγάλων ενδοηπατικών χοληφόρων οδών.

Οι χολόλιθοι αποτελούν μια αιτία αποφράξεως των χοληφόρων. Ο ίκτερος είναι το κύριο χαρακτηριστικό κάθε είδους χολοστάσεως και εμφανίζεται με την κίτρινη χροιά των επιπεφυκότων και του δέρματος.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Πηγές πληροφοριών

- α) Άρρωστος
- β) Οικογένειά του
- γ) Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του

δ) Ιατρικά δελτία

2. Ιστορικό υγείας

Ποικίλει ανάλογα με τη βαρύτητα του επεισοδίου. Αναγράφεται τυχόν διαπιστωμένη χολολιθίαση ή χολοκυστίτιδα. Παίρονται πληροφορίες για τις διαιτητικές συνήθειες του αρρώστου και για τις συνθήκες που προκάλεσαν το επεισόδιο (επεισόδιο κωλικού).

Διερευνάται η οξύτητα του πόνου, ο εντοπισμός του κλπ, αν υπάρχει ανορεξία, ναυτία, έμετοι και τέλος αν παρατήρησε ο άρρωστος αλλαγή στο χρώμα των ούρων και κοπράνων.

3. Φυσική εκτίμηση

Η εξέταση του αρρώστου με χολολιθίαση ή οξεία χολοκυστίτιδα θα δείξει:

- α) Η οξύτητα του πόνου κάνει τον άρρωστο να προστατεύεται με αποτέλεσμα τη δυσκολία στην εξέταση της κοιλιάς. Ο άρρωστος βιώνει δυσχέρεια με την πρώτη επίκρουση πάνω στο ήπαρ. Η χοληδόχος κύστη μπορεί να είναι ψηλαφητή σαν μία ευαίσθητη μάζα
- β) Το δέρμα και ο σκληρός χιτώνας του οφθαλμού εξετάζονται για διαπίστωση ικτερικού χρώματος. Συνήθως υπάρχει ελαφρός ίκτερος, ενώ ένας βαρύς ίκτερος δείχνει απόφραξη του κοινού ηπατικού ή του χοληδόχου πόρου από λίθο ή οίδημα.
- γ) Παίρνεται η θερμοκρασία του αρρώστου, γιατί συχνά υπάρχει πυρετός εξαιτίας λοίμωξης. Τα ζωτικά σημεία δείχνουν μικρό βαθμό ταχυκαρδίας και υπότασης, αν δεν έχουν αναπτυχθεί επιπλοκές
- δ) Η αναπνοή γίνεται επιπόλαια εξαιτίας του πόνου και μπορεί να ακούγονται ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων

ε) Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με το ιδεώδες

4. Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι διαγνωστικές εξετάσεις της χολολιθιάσεως έχουν αναφερθεί λεπτομερώς στο κεφάλαιο III

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΕΩΣ

Η χολολιθίαση μπορεί να οφείλεται από την αρχή σε χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως ή απλά σε χημική διαταραχή χωρίς φλεγμονή. Άσχετα όμως από την αρχική αιτιολογία, η ύπαρξη λίθων τόσο δια μηχανικού ερεθισμού, όσο και λόγω μετακινήσεως και προκλήσεως στάσεως της χολής, θα προκαλέσει κάποτε την αρχή μη υπάρχουσας ή την παρόξυνση ήδη εγκατεστημένης φλεγμονής. Άρα συνηθέστερη επιπλοκή της χολολιθιάσεως είναι η χρόνια και οξεία χολοκυστίτιδα.

Επίσης μετακίνηση του ή των λίθων, εκτός από τον κωλικό, πιθανό να προκαλέσει απόφραξη σε κάποιο σημείο των εσωηπατικών χοληφόρων.

1. Απόφραξη του κυστικού πόρου. Εάν γίνει απόφραξη του κυστικού πόρου, δεν μπορεί να εισέλθει η χολή στη χοληδόχο κύστη αλλά ούτε και να εξέλθει από αυτήν. Τα χολικά άλατα και οι χολοχρωστικές οι προερχόμενες από τη λιμνάζουσα χολή, απορροφώνται αργά, ενώ ο ερεθισμός του βλεννογόνου της χοληδόχου κύστεως προκαλεί άφθονη έκκριση βλέννης. Η κύστη έτσι διατείνεται, περιέχει δε υγρό άχρωμο και διαυγές. Από αυτό προέρχεται και η ονομασία <<ύδρωψ της χοληδόχου κύστεως>>.

Εάν υπάρχουν και μικροοργανισμοί, λόγω χρόνιας φλεγμο-

νής ή εγκατασταθούν και αναπτυχθούν αυτοί λόγω της στάσεως, το περιεχόμενο της κύστεως μετατρέπεται σε πύον και τότε έχουμε το «εμπύημα της χοληδόχου κύστεως», του οποίου η κλινική εικόνα μοιάζει με την εικόνα της οξείας χολοκυστίτιδας. Σ' αυτή την περίπτωση όμως, ψηλαφάται η διατεταμένη και φλεγμαίνουσα χοληδόχος κύστη, ως σφαιρική, λεία, υποσκληρή και επώδυνη μάζα και ακολουθεί τις αναπνευστικές κινήσεις. Το σημείο MURPHY (πρόκληση πόνου κάτω από τη μεσότητα του δεξιού πλευρικού τόξου και «σταμάτημα» της αναπνοής, όταν ο γιατρός πιέζει με τις ράγες των δακτύλων του ενός χεριού του στο σημείο αυτό και ταυτόχρονα παραγγέλει στον άρρωστο να πάρει βαθειά εισπνοή) είναι έντονα θετικό.

Η θεραπεία του ύδρωπα και του εμπυήματος είναι χειρουργική και ενδείκνυται η χολοκυστεκτομή.

2. Απόφραξη του χοληδόχου πόρου. Εφ' όσον ο λίθος περάσει τον κυστικό πόρο θα βρεθεί μέσα στο χοληδόχο πόρο, οπότε μπορεί να προκαλέσει κωλικούς, αποφρακτικό ίκτερο, χολαγγεΐτιδα κ.λ.π. Το κυριώτερο ίσως διαφοροδιαγνωστικό σημείο μεταξύ αποφρακτικού ίκτερου που οφείλεται σε χοληδοχολιθίαση και καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος, είναι η έναρξη του ίκτερου, η οποία είναι θορυβώδης στη χολολιθίαση και ύπουλη στον καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος. Ο ασθενής στην πρώτη περίπτωση συνήθως αναφέρει ότι πρώτα του παρουσιάστηκε έντονος κωλικός και στη συνέχεια αμέσως εμφανίστηκε ο ίκτερος, ενώ στον καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος, ο ίκτερος αναπτύσσεται ύπουλα και ανακαλύπτεται τυχαία, είτε από τον ασθενή που παρατηρεί κίτρινη χροιά στους επιπεφυκίτες ή από κάποιον άλλο φίλο ή συγγενή του που παρατηρεί

αλλαγή στο χρώμα του ασθενή, ο οποίος ποτέ σχεδόν δεν αισθάνεται έντονο κωλικό ίσως μόνο αδιαθεσία, ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα ή συνεχές άλγος που αντανακλά στην οσφύ.

Εξ άλλου ο ίκτερος, που οφείλεται σε απόφραξη του χοληδόχου πόρου από λίθο, είναι πολλές φορές διαλείπων, λόγω μετακινήσεων των λίθων, ενώ ο ίκτερος που οφείλεται σε καρκίνο της κεφαλής του παγκρεάτος είναι συνεχής.

3. Ειλεός εκ χολολίθων. Πρόκειται περί ενδοαυλικού τύπου εντερικής αποφράξεως, η οποία προκαλείται από την είσοδο μεγάλου χολολίθου μέσα στο έντερο.

Η διάγνωση θα τεθεί από τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα του ειλεού, της οποίας όμως προϋπήρχε συμπτωματολογία χολοκυστίτιδος.

Τα ακτινολογικά ευρήματα είναι επίσης χαρακτηριστικά. Στην απλή ακτινογραφία διαπιστώνεται πολύ συχνά η ύπαρξη αέρα εντός των χοληφόρων και καμιά φορά ο έκτοπος λίθος. Η τυχόν τέλος χορηγούμενη σκιαγραφική ουσία, από το στόμα (βάριο) ενδέχεται να σκιαγραφήσει τα χοληφόρα.

Η θεραπεία είναι χειρουργική, δηλαδή αφαίρεση του λίθου.

4. Παγκρεατίτιδα. Για τη χώρα μας, όπου ο χρόνιος αλκοολισμός, δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα, η κυριώτερη αιτία της οξείας παγκρεατίτιδας είναι η λιθίαση των χοληφόρων. Η συνύπαρξη χολολιθιάσεως σε οξεία παγκρεατίτιδα είναι πολύ συχνή και, σε στατιστική πάνω σε 30 περιπτώσεις που έγινε ήταν 90%.

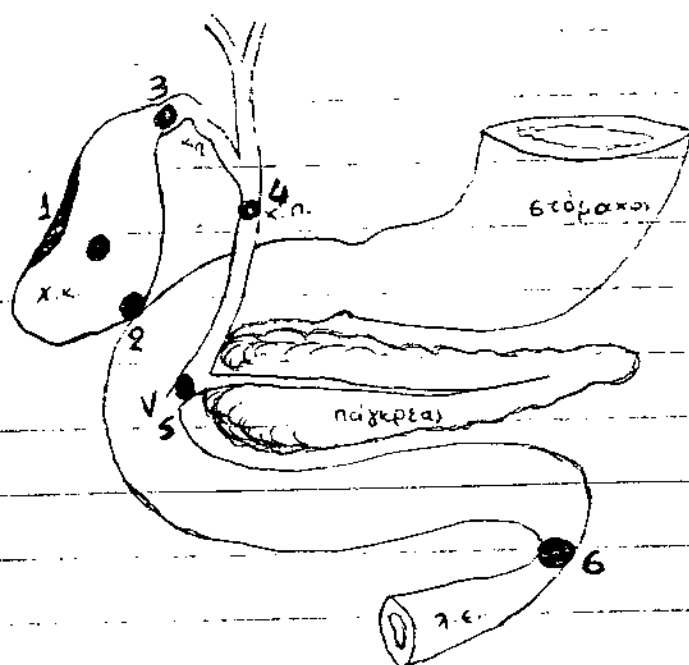
Βέβαια, παγκρεατίτιδα παρουσιάζει ένα σχετικά μικρό ποσοστό των ατόμων που έχουν χολολιθίαση, περίπου το 5%. Εντού-

τοίς, έχει αναφερθεί ότι στο 85-94% των αρρώστων που έχουν παγκρεατίτιδα, έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη μικρών χολόλιθων στα κόπρανα. Αυτό σημαίνει ότι η παγκρεατίτιδα θα πρέπει να προκλήθηκε από την απόφραξη της ελεύθερης εκροής του περιεχομένου του παγκρεατικού πόρου από ένα χολόλιθο που προσωρινά σφηνώθηκε στο φύμα του VATER. Αυτό το εύρημα μπορεί να εξηγήσει και τον πιθανό μηχανισμό που μία οχολιθίαση, μπορεί να προκαλέσει παγκρεατίτιδα. Δεν είναι δηλαδή η πέτρα που παραμένει στη χοληδόχο κύστη η κύρια αιτία, αλλά ένας άλλος μικρότερος χολόλιθος που πέρασε στο χοληφόρο σύστημα και τελικά αποβλήθηκε στο έντερο.

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι το 36-63% των αρρώστων που έχουν παγκρεατίτιδα μαζί με χολολιθίαση, προστατεύεται από την υποτροπή μιας παγκρεατίτιδας εάν αφαιρεθούν οι χολόλιθοι. Αντίθετα οι προσβολές <<υποτροπιάζουσας οξείας παγκρεατίτιδας>> είναι συνήθεις εάν παραμένει ο χολόλιθος. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να δηλώνει ότι η παγκρεατίτιδα ήταν δευτεροπαθής από τους χολόλιθους.

Σε νεκροτομικά ευρήματα η χολολιθίαση σε οξείες παγκρεατίτιδες είναι έξι τουλάχιστον φορές συχνότερη απ'ότι στο γενικό πληθυσμό.

5. Κακοήθης εξαλλαγή. η παραμονή για μεγάλο χρονικό διάστημα λίθου, κυρίως χοληστερινικού. εντός της χοληδόχου κύστεως, λόγω χρονίου ερεθισμού μπορεί να προκαλέσει κακοήθη εξαλλαγή. Αυτή είναι πολύ δυσδιάγνωστη, επειδή τα ήδη υπάρχοντα ενοχλήματα, δεν επιδεινώνονται αλλά παραμένουν ίδια. Όταν πλέον αρχίσει η επιδείνωση και προκύψει η ανάγκη για άμεση επέμβαση, τότε πλέον είναι αργά, γιατί συνήθως υπάρ-



Εικόνα 4: Οι διάφορες επιπλοκές της χολολιθιάσεως σχηματικώς: 1=καρί-
νος χοληδόχου κύστεως, 2=διάτρηση προς το έντερο, 3=εναφήνω-
ση στον κυστικό πόρο, 4=εναφήνωση στο χοληδόχο πόρο, 5=εναφή-
νωση στο φύμα του VATE5, 6=ειλεός από χολόλιθο
Χ.κ.=χοληδόχο κύστης, Κ.π.=κυστικός πόρος, Χ.π.=χοληδόχος πό-
ρος, V=φύμα του VATE5, λ.ε.=λεπτό έντερο

χει διήθηση του ήπατος ή των πυλών του, οπότε δεν μπορεί να εφαρμοσθεί καμιά ριζική θεραπεία.

Αυτό επομένως αποτελεί ένδειξη ώστε να επιμένει ο για-
τρός υπέρ της χολόκυστεκτομής σε χολολιθίαση έστω και ασυμ-
πτωματική.

6. Διάτρηση προς το έντερο. Παρατηρείται μετά επανειλημ-
μένες χολοκυστίτιδες και σύμφυση της κύστεως προς το έντερο.
Συνήθως ο χολόλιθος φεύγει ασυμπτωματικά με τα κόρπανα. Εί-
ναι δυνατό να παραχθεί μηχανικός ειλεός.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της χολολιθιάσεως μπορεί σήμερα να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Σήμερα η συχνότητα των ασθενών με ασυμπτωματική χολολιθίαση όλο και αυξάνει και αποκαλύπτονται τυχαία μετά από κάποιο υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία, που γίνονται για άλλα ενδοκοιλιακά προβλήματα και θα πρέπει να θεραπεύονται, γιατί:

- α) Το 50% των ασθενών που διαγνώσθηκε τυχαία η ασθένεια, θα παρουσιάσουν συμπτώματα και το 20% κάποια σοβαρή επιπλοκή
- β) Εάν ο άρρωστος πάσχει από καρδιοπάθεια ή διαβήτη αυξάνεται η συχνότητα για επιπλοκές όπως γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα στον διαβήτη και παρουσίαση επεισοδίων καρδιακής ανεπάρκειας σε οξείες χολοκυστίτιδες
- γ) Το καρκίνωμα της χοληδόχου κύστεως συνυπάρχει σχεδόν πάντοτε με χολολιθίαση και κάθε τι που προκαλεί χολολιθίαση προδιαθέσει σε καρκίνο
- δ) Η χωρίς θεραπεία αποβολή των λίθων από το χοληφόρο σύστημα αναμένεται ότι μπορεί να συμβεί σε σπάνιες περιπτώσεις
- ε) Η θνητότητα των ασθενών με ασυμπτωματική χολολιθίαση, στην ηλικία άνω των 65 ετών, κυμαίνεται από 5-10%, ενώ της χολοκυστεκτομής, στους χωρίς επιπλοκές νεώτερους ασθενείς, υπολογίζεται γύρω στο 0,6%.

Τα στοιχεία αυτά θεμελιώνουν την άποψη, ότι ακόμη και η ασυμπτωματική χολολιθίαση αποτελεί <<νόσο>> και χρειάζεται θεραπεία.

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση χολικών

οξέων από το στόμα σε καθορισμένη δοσολογία και για μεγάλο χρονικό διάστημα, με σκοπό τη διάλυση των χολολίθων. Για την εφαρμογή της μεθόδου απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες ταυτόχρονα περιορίζουν και το φάσμα της εφαρμογής του είδους αυτού της θεραπείας:

- 1) Η διάλυση των λίθων πρέπει να προσπαθείται σε περιπτώσεις ακτινοδιαπερατών χολολίθων υψηλής περιεκτικότητας σε χοληστερόλη. Αυτό σημαίνει ότι για να επιχειρήσει κανείς τη λιθόλυση, πρέπει να έχει στοιχεία για την περιεκτικότητα σε χοληστερόλη των χολολίθων, που πρέπει να αντιμετωπισθούν. Γι' αυτό πρέπει να παρθεί δείγμα χολής από το δωδεκαδάκτυλο, όπου θα αναζητηθούν μικροσκοπικοί κρύσταλλοι χοληστερόλης
- 2) Πρέπει να υπάρχει ελεύθερος κυστικός πόρος, πράγμα που σημαίνει, ότι στην ακτινολογική μελέτη των χοληφόρων πρέπει να επιτελείται κανονική σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστεως για να μπορεί να μπει μέσα σ' αυτήν το φάρμακο και να δράσει
- 3) Ο ασθενής, ο οποίος θα υποβληθεί σε θεραπεία με χολικά οξέα, πρέπει να χαρακτηρίζεται από κανονική ηπατική λειτουργία, κανονική νεφρική λειτουργία, μη ύπαρξη αποφρακτικού ικτέρου και υγιή γαστρεντερικό σωλήνα. Σε ασθενείς με προηγηθείσες εντεροκτομές (λεπού εντέρου) δεν πρέπει να δίνονται χολικά οξέα. Πιο κάτω θα αναφερθούν και άλλες περιπτώσεις, στις οποίες η μέθοδος της λιθολύσεως δεν μπορεί να εφαρμοσθεί.

Ο ρυθμός χορηγήσεως του χυνοδεσοξυχολικού οξέος ανέρχεται σε 15 MGR/KGR ημερησίως σε τρεις δόσεις για ένα χρονικό διάστημα το οποίο θα καθορισθεί από τη διάλυση των χολολίθων,

η οποία θα παρακολουθείται ακτινολογικά. Συνήθως απαιτείται για ένα πλήρη θεραπευτικό αποτέλεσμα χρονικό διάστημα διάρκειας 1-2 ετών.

Πως εξηγείται όμως η θεραπευτική ικανότητα της χορηγήσεως των χολικών οξέων;

Η λογική εξήγηση της θεραπείας είναι ότι με τα χολικά οξέα μετατρέπεται η υπερκορεσμένη σε χοληστερόλη χολή σε ακόρεστη και με αυτό τον τρόπο δεν μπορούν να σχηματισθούν οι λίθοι.

Όπως είναι φυσικό, η διακοπή της χορηγήσεως των χολικών οξέων από το στόμα, επαναφέρει τον οργανισμό στην προηγούμενη κατάσταση με αποτέλεσμα να υπάρχουν πάλι συνθήκες λιθογενέσεως. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να εξακολουθήσει να παίρνει μια δόση συντηρήσεως του λιθολυτικού φαρμάκου για όλη του τη ζωή. Αυτό όμως είναι ένα σοβαρό μειονέκτημα της μεθόδου γιατί τα χολικά οξέα αποτελούν παράγοντα καρκινογένεσης και, συνεπώς δεν συνίσταται η μακροχρόνια χορήγησή τους. Άρα η μέθοδος δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε νεαρά άτομα, επίσης αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή δεν έχουν μελετηθεί ακόμα οι επιδράσεις των φαρμάκων (που χρησιμοποιούνται), στο έμβρυο. Τέλος η λιθόλυση δεν πρέπει να επιχειρείται σε λίθους διαμέτρου μεγαλύτερης των 2 CM, ούτε σε περιπτώσεις ασθενών που ήδη έχουν προκληθεί επιπλοκές της χολολιθιάσεως

Άρα συνοπτικά:

<u>ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ</u>	<u>ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</u>
1. Ακτινοδιαβατοί χολόλιθοι υψηλής περιεκτικότητας σε χοληστερόλη	1. Νέοι σε ηλικία -κάτω των 50 ετών- ασθενείς
2. Διάμετρος χολολίθων <2CM	2. Εγκυμοσύνη

- | | |
|---|---|
| 3. Βατός κυστικός πόρος-κανο-
νική σκιαγράφιση της χολη-
δόχου κύστεως στη χολοκυ-
στογραφία | 3. επιπλοκές της χολολιθιάσεως
(χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτι-
δα) |
| 4. Ασθενείς ηλικίας άνω των
50 ετών | 4. Λίθοι εκ χολοχρωστικών |
| 5. Ασθενείς με κανονική ηπα-
τική και νεφρική λειτουρ-
γία | |
| 6. Ασθενείς με ανέραιο (ανα-
τομικά και λειτουργικά)
πεπτικό σύστημα | |

Η αποτελεσματικότητα της λιθολυτικής αγωγής, δηλαδή η διάλυση των χολολίθων, επιτυγχάνεται στο 60% των περιπτώσεων περίπου, αυτών που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του παραπάνω πίνακα.

Σαν παρενέργειες της μεθόδου αναφέρονται βασικά οι διάρροιες, που αντιμετωπίζονται με μείωση της δόσης ή ακόμα και τη διακοπή της θεραπείας. Άλλη παρενέργεια είναι η ηπατοτοξικότητα του φαρμάκου. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών, που θεωρείται σημείο ηπατοτοξικότητας και αντιμετωπίζεται επίσης με μείωση της δόσης ή και διακοπή της θεραπείας. Γι' αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κάθε δέμηνο με βιοχημικό έλεγχο και υπερηχογράφημα. Εν τούτοις όμως η μέθοδος αυτή αποτελεί μια λύση για τους χειρουργούς, σε περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα που δεν επιτρέπουν την εγχείρηση.

Επίσης, στη συντηρητική αντιμετώπιση πρέπει να προστε-

θεί και η αντιμετώπιση ασθενούς με επεισόδιο έντονου κωλικού στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου -που συνήθως αρχίζει αιφνίδια. Ο πόνος αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή. Χορηγούνται στον ασθενή παυσίπονα -κυρίως πεθιδίνη- και σπασμολυτικά φάρμακα. Επίσης χορηγούνται αντιβιοτικά και συγκεντρώνονται σε μεγάλες ποσότητες στα χοληφόρα όπως AMPICILLIN ή CEPHALOSPORIN για τις λοιμώξεις. Ακόμα αντιεμετικά φάρμακα όπως PRIMPERAN, για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου. Τοποθετείται ορός και χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά. Δεν παίρνει ο ασθενής τίποτα από το στόμα συνήθως τοποθετείται LEVIN για την ανακούφιση του με την έξοδο των υγρών από το στομάχι του.

Με την αγωγή αυτή πολλές φορές η κρίση περνά μέσα σε 2-3 ημέρες. Αφού ηρεμήσει ο άρρωστος γίνεται πλήρης έλεγχος για να διαπιστωθεί η αιτιολογία του παροξυσμού -αν δεν είναι γνωστή- και εφόσον πρόκειται για χολολιθίαση προγραμματίζεται ο άρρωστος για χειρουργική επέμβαση, συνήθως μετά 2-3 μήνες.

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

Υπάρχει μια διαφωνία πάνω στη χειρουργική επέμβαση στο αν πρέπει αυτή να γίνεται αμέσως μόλις διαπιστωθεί μετά το επεισόδιο του έντονου κωλικού -αν υπάρξει- ή να γίνει αργότερα μετά μερικούς μήνες.

Μια ομάδα γιατρών υποστηρίζει ότι σε περιπτώσεις που η συντηρητική αγωγή δεν αποδώσει μέσα σε 48 ώρες και δεν αρ-

χίσει ικανοποιητική βελτίωση του αρρώστου, θα πρέπει αμέσως να γίνει χειρουργική επέμβαση. Αν αυτή καθυστερήσει πέρα από 72 ώρες -υποστηρίζουν- ότι αυξάνει η θνητότητα και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η πρώιμη χειρουργική επέμβαση υποστηρίζεται από πολλούς, επειδή,

- α) Η συντηρητική αγωγή σε ορισμένους αρρώστους αποτυχαίνει
- β) Εάν παραμεληθεί, πρέπει να γίνει ατελής επέμβαση όπως η χολοκυστοστομία, στην οποία θα χρειασθεί και νέα επέμβαση
- γ) Οι άρρωστοι αυτοί οπωσδήποτε αργότερα θα χειρουργηθούν και κατά συνέπεια θ' απαιτηθούν δύο τουλάχιστον εισαγωγές στο νοσοκομείο
- δ) Υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών και
- ε) Η θνητότητα στην άμεση χειρουργική επέμβαση δεν είναι μεγαλύτερη από τη συντηρητική αγωγή ή την εκλεκτική επέμβαση.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις στα χοληφόρα είναι από τις πιο προβληματικές της χειρουργικής, όσο απλές και αν φαίνονται, γιατί δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές ασθενών και χειρουργών ξεκίνησαν από αυτή την απλή επέμβαση.

Για κάθε χειρουργική επέμβαση στα χοληφόρα χρειάζεται:

- 1) Σωστή ένδειξη
- 2) Κατάλληλη προετοιμασία της/του ασθενούς
- 3) Μελετημένη και προ παντός προσεκτική εγχείρηση και
- 4) Καλή μετεγχειρητική αγωγή και παρακολούθηση

Η ένδειξη για εγχείρηση

Βασική ένδειξη για εγχείρηση στην περιοχή των χοληφόρων αποτελεί καταρχήν η ύπαρξη λίθων σε οποιοδήποτε τμήμα της χο-

ληφόρου οδού.

Τα συντηρητικά μέσα, φάνηκε ότι συχνά λίγο μπορούν να βοηθήσουν στις παθήσεις των χοληφόρων γενικά, αν και μερικές φορές είναι απαραίτητα ακόμη και σαν προετοιμασία για την εγχείρηση. Η εγχειρητική αντιμετώπιση παραμένει πάντα σαν πρώτη και κύρια θεραπεία των παθήσεων των χοληφόρων.

Προετοιμασία για εγχείρηση

Κάθε χειρουργική επέμβαση χρειάζεται μια προεγχειρητική αξιολόγηση και προετοιμασία του ασθενούς, που θα την υποστεί, για την καλύτερη ανταπόκριση, αλλά και για τη μείωση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας.

Άσχετα από το αν η χειρουργική επέμβαση που προγραμματίζεται να γίνει στα χοληφόρα είναι <<ελαφριά>> (π.χ. μια χολοκυστοστομία) ή <<βαρειά>> (οποιαδήποτε βαριά επανεγχείρηση), η προεγχειρητική μελέτη και προετοιμασία της/του ασθενούς πρέπει να είναι πλήρης, αφού, όπως και αλλού τονίσθηκε και η πιο απλή εγχείρηση των χοληφόρων μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή περιπέτεια.

Μια πρώτη αξιολόγηση του ασθενή είναι η κλινική εξέταση που περιλαμβάνει:

- 1) Επισκόπηση
 - α) Όψη θρέψη (έλεγχο βάρους)
 - β) Χρώμα επιπεφυκότων
 - γ) Χρώμα δέρματος
- 2) Ψηλάφηση
 - α) Αναζήτηση σημείων μεγαλύτερης ευαισθησίας
 - β) Αναζήτηση ψηλαφητών μαζών
 - γ) Έλεγχος σφύξεων-αρτηριακής πίεσεως
 - δ) Αναζήτηση οιδημάτων-ασκίτη
 - ε) Δοκιμασίες θρεπτικής καταστάσεως (περίμετρος βραχιονίου)

- 3) Ακρόαση
- α) Αναζήτηση παθολογικών ευρημάτων από την καρδιά
 - β) Αναζήτηση παθολογικών ευρημάτων από τους πνεύμονες
 - γ) Αναζήτηση παθολογικών φυσημάτων στις καρωτίδες και μηριαίες

Μετά την κλινική εξέταση ακολουθεί η εργαστηριακή εκτίμηση που αναφέρεται λεπτομερώς στις διαγνωστικές εξετάσεις της χολολιθιάσεως

Ιδιαίτερα σημαντικό για τις εγχειρήσεις στα χοληφόρα είναι το αν ο ασθενής, που πρόκειται να χειρουργηθεί, έχει <<εν ενεργεία>> αποφρακτικό ίκτερο ή όχι. Έχει αποδειχθεί ότι ο αποφρακτικός ίκτερος αυξάνει τη μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα.

Σημαντικό για τον ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση στα χοληφόρα είναι και η προφύλαξη από τις λοιμώξεις που αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα στη χειρουργική των χοληφόρων.

Η προφυλακτική αντιβίωση στοχεύει στην προφύλαξη από τη λοίμωξη που μπορεί να είναι αποτέλεσμα μόλυνσεως την ώρα της επεμβάσεως και, δεν έχει σχέση με τις μετέπειτα λοιμώξεις, που είναι δυνατό να συμβούν.

Εγχειρήσεις στα χοληφόρα

Προκειμένου για εγχειρήσεις στα χοληφόρα, τρεις είναι οι τομές που συνιστάται να γίνονται:

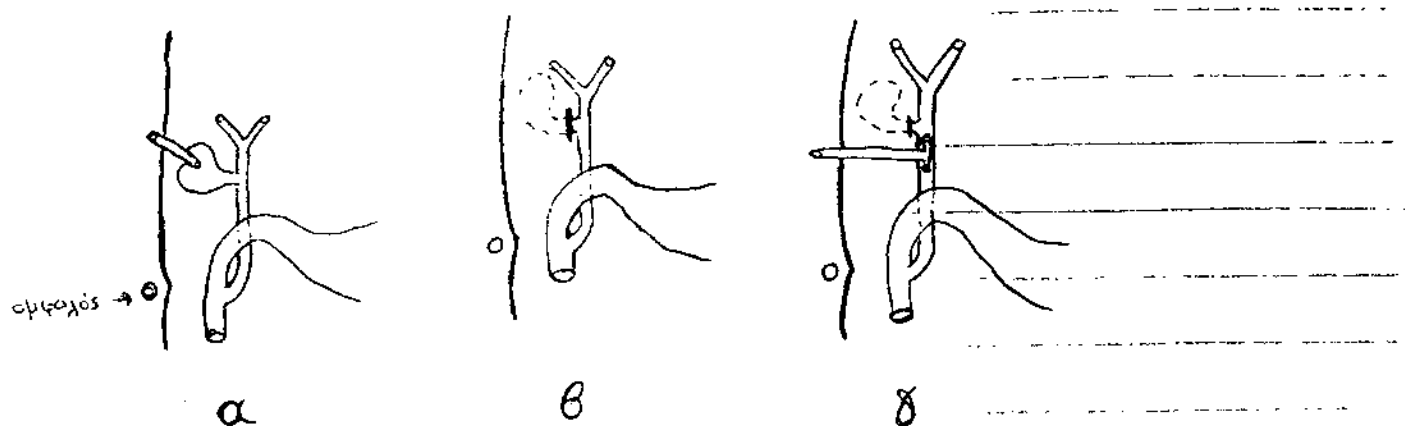
- α) Η μέση υπερομφάλια τομή,
- β) Η δεξιά παράμεσος τομή και
- γ) Η δεξιά υποχόνδριος τομή

Οι κυριότερες εγχειρήσεις είναι οι εξής:

1. Χολοκυστοστομία: Είναι απλή εγχείρηση. Εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις βαριάς χολοκυστίτιδος. Διανοίγεται ο πυθμένας της κύστεως, αφαιρείται το πύδες περιεχόμενό της, παροχετεύεται η κοιλότητα με σωλήνα και καθλώνονται τα χείλη της στο κοιλιακό τοίχωμα. Η χολοκυστοστομία και η αφαίρεση λίθων από το άνοιγμα της χοληδόχου κύστεως δεν συνεπάγεται ίαση του ασθενούς από τη βασική νόσο, αλλά απλώς αποσκοπεί στην προσωρινή λύση ενός προβλήματος. Στο 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αφαίρεση λίθων από τη χοληδόχο κύστη και χολοκυστοστομία επανασχηματίζονται χολόλιθοι μέσα σ'ένα χρονικό διάστημα δύο ετών και εκτός αυτού τα ενδιάμεσα επεισόδια χολοκυστίτιδας είναι συχνά σχεδόν σε όλους. Έτσι συνιστάται, γενικά, να γίνεται η χολοκυστεκτομή μέσα σε έξι μήνες από τη χολοκυστοστομία.

2. Χολοκυστεκτομή: Είναι η εξαίρεση της χοληδόχου κύστεως. Εκτελείται σε χολολιθίαση, χολοκυστίτιδα, καρκίνο της κύστεως. Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή της μόλυνσεως της περιτοναϊκής κοιλότητας από το περιεχόμενο της κύστεως κατά την ακουσία διάνοιξή της. Επίσης απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή βλάβης στα στοιχεία του ηπατικού μίσχου, επειδή η απολίνωση της ηπατικής αρτηρίας ή κλάδου της, νέκρωση του ήπατος, ενώ η απολίνωση του χοληδόχου και ηπατικών πόρων, προκαλεί βαρύ έκτερο.

3. Χοληδοχοτομία: Είναι η διάνοιξη του χοληδόχου πόρου. Διενεργείται για την αφαίρεση τυχόν υπαρχόντων λίθων. Η άμεση συρραφή του ανοίγματος δεν επιτυγχάνει την υδατοστεγή σύγκλειση του πόρου και για να μην τρέχει η χολή στην περι-



Εικόνα : α=Χοληκυστοστομία, β=Χοληκυστεκτομή, γ=Χοληκυστεκτομή και χοληδοχοτομία με παροχέτευση του χοληδόχου πόρου με σωλήνα ΚΕΗΡ

τοναϊκή κοιλότητα, παροχετεύεται το άνοιγμα με ειδικό σωλήνα (σωλήνας T, σωλήνας του ΚΕΗΡ). Ο σωλήνας αφαιρείται μετά 7-15 ημέρες, όταν δηλ. ο συνδετικός ιστός ο οποίος αναπτύσσεται αποφράζει υδατοστεγώς πλέον το άνοιγμα. Η αφαίρεση του σωλήνα γίνεται, μετά τη διαπίστωση ότι η ροή της χολής προς το έντερο επιτυγχάνεται χωρίς εμπόδια.

4. Χοληκυστοδωδεκαδακτυλοστομία: Είναι η αναστόμωση της χοληδόχου κύστεως προς τη δεύτερη μούρα του δωδεκαδακτύλου. Εφαρμόζεται σε απόφραξη του χοληδόχου πόρου, συνήθως από καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος.

5. Χοληκυστονησιτιδομία: Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που η προηγούμενη μέθοδος είναι ανεφάρμοστη λόγω διηθήσεως του δωδεκαδακτύλου από τον καρκίνο. Η αναστόμωση της χοληδόχου κύστεως γίνεται με τη νήστιδα, και η χολή τρέχει ελεύθερη προς το έντερο.

6. Παροχέτευση του χοληφόρου δέντρου κατά ROUX, Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις κακώσεως του χοληδόχου πόρου ή των ηπατικών πόρων όταν το κεντρικό τμήμα είναι πολύ μικρό.

Το ερώτημα που υπάρχει στη χειρουργική θεραπεία της χολολιθιάσεως είναι: τι συμβαίνει μετά τη χολοκυστεκτομή στη φυσιολογία της παραγωγής της χολής και τη λιθογένεση: εφόσον το ήπαρ θα εξακολουθεί να παράγει λιθογόνο χολή. Μια απάντηση που μπορεί να δοθεί είναι το γεγονός ότι η χολοκυστεκτομή αφαιρεί από τον οργανισμό μια εστία λιθογόνων πυρήνων, απαραίτητων για το σχηματισμό των χολολίθων, και ταυτόχρονα ένα τόπο συμπυκνώσεως και στάσεως της χολής. Ενώ στα παχύσαρκα άτομα εξακολουθεί να υπάρχει αυξημένη έκκριση χοληστερόλης, που μπορεί μετά τη χολοκυστεκτομή να οδηγήσει στη δημιουργία χοληδοχολίθων.

ΧΟΛΟΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η χοληδοχολιθίαση προκύπτει συνήθως από τη μετανάστευση λίθων από τη χοληδόχο κύστη. Υπάρχουν και περιπτώσεις που οι λίθοι σχηματίζονται στο χοληδόχο πόρο που είναι σπάνιες και μπορεί να οφείλονται σε φλεγμονές, σε στάση χολής, διαταραχή του χοληδόχου πόρου και μετά από εγχείρηση της χοληδόχου κύστης.

Η πρωτοπαθής λιθίαση του χοληδόχου πόρου (κατευθείαν σχηματισμός λίθων μέσα στο χοληδόχο πόρο) συνιστά ένα σπάνιο φαινόμενο και γίνεται μόνο όταν υπάρχουν ειδικές προϋποθέσεις όπως έχουν ήδη αναφερθεί.

Για να θεωρηθεί ότι ένας ασθενής πάσχει από πρωτοπαθή λιθίαση του χοληδόχου πόρου πρέπει να εκπληρεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις: α) να έχει προηγηθεί χολοκυστεκτομή, β) να έχει καρέλθει 2ετία από της χολοκυστεκτομής, χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα, γ) οι λίθοι που παρουσιάστηκαν στο χοληδόχο πόρο

να έχουν τη μορφολογική εμφάνιση των πρωτοπαθών λίθων πόρου και δ) να μην υπάρχουν στοιχεία στενώσεως ή μεγάλο υπόλειμμα κυστικού πόρου.

Σύμφωνα με στατιστικές η χοληδοχολιθίαση μετά από χολοκυστεκτομές ανέρχεται από 6,9% έως 13%.

Τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα ύπαρξης λίθου μέσα στο χοληδόχο πόρο είναι διάφορα και εξαρτώνται από τον αριθμό των λίθων και τη διάμετρο. Υπάρχει περίπτωση να βρίσκονται λίθοι για χρόνια μέσα στον πόρο χωρίς κλινικά συμπτώματα, εκτός από διάταση του πόρου. Συνήθως οι λίθοι ενσφηνώνονται στα τελευταία 1-2 CM του πόρου γιατί εκεί ο αυλός είναι στενότερος. Υπάρχει βεβαία ένα ποσοστό λίθων που ύστερα από μία οξεία συμπτωματολογία, περνά προς το δωδεκαδάκτυλο και τα συμπτώματα υποχωρούν αμέσως.

Η χρόνια στάση χολής αποτελεί ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη λοιμώξεων, φλεγμονών και αλλοιώσεων στο ήπαρ, δηλαδή διόγκωση του ήπατος, διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων, πήγματα χολής και νεκρωτικές αλλοιώσεις των ηπατικών κυττάρων.

Η παρουσία λίθων μέσα στο χοληδόχο πόρο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ατελή ή τέλεια απόφραξη του. Στην ατελή απόφραξη υπάρχει μείωση του εύρους του αυλού και διάταση με αποτέλεσμα χρόνια στάση χολής στα εξωηπατικά και τα ενδοηπατικά χοληφόρα και πολλές φορές ο ασθενής παρουσιάζει έναν υπίκτερο.

Στην τέλεια απόφραξη που προέρχεται συνήθως από απότομη ενσφήνωση λίθου στην ενδοπαγκρεατική μοίρα του χοληδοχού, αλλά και άλλες αιτίες, μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη όπως εί-

ναι η ρήξη εχιινόκοκκου στα χοληφόρα.

Στην οξεία απόφραξη υπάρχει διακοπή της παραγωγής της χολής και ανάπτυξη του αποφρακτικού ικτέρου. Ένα ποσοστό ασθενών καταλαμβάνεται κατά καιρούς από πόνους στην περιοχή του επιγαστρίου με επέκταση κυρίως προς τα δεξιά, ίκτερο, υπέρχρωση των ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων. Η ύπαρξη διαλείποντος ικτέρου λόγω ατελούς απόφραξης, πυρετού που μπορεί να υπάρχει με ρίγος λόγω εμφάνισης οξείας χολαγγειίτιδας, σηπτικά επεισόδια, χολαγγειακές κρίσεις και δυσπεπτικά ενοχλήματα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μεγάλη σημασία για τη διάγνωση, αποτελεί το ιστορικό του αρρώστου, καθώς επίσης και διάφορες εξετάσεις όπως: χολαγγειογραφία, αξονική τομογραφία, σε ανικτερικούς ασθενείς, δίνουν τη διάγνωση. Ενώ σε ικτερικούς ασθενείς, παρατηρείται αύξηση της άμεσου χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης στο αίμα. Επίσης στη διάγνωση βοηθούν: το υπερηχογράφημα του ήπατος, η αξονική τομογραφία και η διαθερμική χολαγγειογραφία.

Η διαφορική διάγνωση των ικτερικών ασθενών, είναι ιδιαίτερα δύσκολη και μπορεί να γίνει από,

- α) Τη ρήξη εχιινόκοκκων προς τα χοληφόρα, όπου είναι ηπιότερος ο ικτερος με ή χωρίς άλγος
- β) Τον καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος με καχεξία ίκτερο και διαβήτη
- γ) Τη λοιμώδη ηπατίτιδα: απουσιάζει ο κωλικός, θετικές ηπατικές δοκιμασίες, αύξηση τρανσαμινασών
- δ) Τον φαρμακευτικό ίκτερο: ιστορικό λήψης ηπατοξικών φαρμάκων χωρίς κωλικό.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή είναι χειρουργική και συντηρητική αντιμετώπιση των χολολίθων με λιθολυτική αγωγή.

ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ ΛΙΘΙΑΣΗ

Είναι η παρουσία λίθων στα ενδοηπατικά χοληφόρα. Η συχνότητα της κυμαίνεται από 1,3% έως 30% μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από χολολιθίαση.

Αίτια είναι: διάφορα παράσιτα, η στάση της χολής στα ενδοηπατικά χοληφόρα και η μετανάστευση λίθων από τα εξωηπατικά προς τα ενδοηπατικά,

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από ζυτερο και επεισόδια χολαγγειακών κρίσεων.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στη διερεύνηση των χοληφόρων και αφαίρεση των λίθων.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η μεγάλη συχνότητα των επεμβάσεων, που πραγματοποιούνται κάθε μέρα στα χοληφόρα, καθιστά το πρόβλημα των μετεγχειρητικών επιπλοκών ιδιαίτερα σημαντικό.

Οι επιπλοκές μετά από εγχειρήσεις στα χοληφόρα μπορεί να είναι γενικές ή ειδικές. Εδώ θα αναφερθούν μόνο ονομαστικά οι γενικές επιπλοκές και περισσότερη έμφαση θα δοθεί στις ειδικές.

Οι γενικές επιπλοκές είναι:

1. Από το αναπνευστικό

α) Ατελεκτασία, β) Πνευμονία, γ) Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας, δ) Πνευμονοθώρακας, ε) Συλλογή υγρού στο θώρακα

2. Από το κυκλοφορικό

α) καρδιακή ανεπάρκεια, β)θρομβοεμβολικά επεισόδια, γ)Αιμορραγίες

3. Από το ουροποιητικό

α)Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, β)Επίσχεση ούρων, γ)Ουρολοίμωξη

4. Από το πεπτικό

α)Αιμορραγίες (έλκη από STRESS), β)Πάρεση του εντέρου (Μετεγχειρητικός ειλεός), γ)Γαστρική ατονία, δ)Παγκρεατίτις, ε)Ηπατική βλάβη

5. Διάφορες επιπλοκές

α)Διαπύση τραύματος, δ)διάσπαση τραύματος, γ)Λοιμώξεις,δ)Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ε)Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, στ)Μετεγχειρητική ψύχωση, ζ)Ειδικές επιπλοκές των διαφόρων ειδών ναρκώσεως, η)Επιπλοκές από τις παροχετεύσεις.

Οι ειδικές επιπλοκές, διακρίνονται σε άμεσες και απότερες, οι δε άμεσες είναι:

1. Άμεσες μετεγχειρητικές

α) Αιμορραγία: Αυτή μπορεί να συμβεί μέσα στο πρώτο +8ωρο μετά από την εγχείρηση και συνήθως προέρχεται από μικρά αγγεία που αιμορραγούν στην κόιλη της χοληδόχου ή στο ήπαρ. Επίσης αιμορραγία μπορεί να συμβεί στις επανεγχειρήσεις των χοληφόρων, σπανιότερα, να προέρχεται από το εγχειρητικό τραύμα, από το αντιστόμιο της παροχετεύσεως, από τον αυλό των χοληφόρων (αιμοχολία) ή να οφείλεται σε διαταραχή παραγόντων της πήξεως και να είναι διάχυτη.

Ο ασθενής με μετεγχειρητική αιμορραγία, μετά από εγχειρήσεις των χοληφόρων, παρουσιάζει κλινικά και εργαστηριακά σημεία και είναι τα παρακάτω:

1. κλινικά σημεία: ταχυκαρδία, ψυχροί ιδρώτες, αύξηση

και μετά πτώση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα, δίψα, έντονη νευρική ανησυχία. Αν έχει τοποθετηθεί παροχέτευση, παροχετεύεται αίμα.

2. εργαστηριακά ευρήματα: πτώση αιμοσφαιρίνης-αιματοκρίτη.

Η αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής αιμορραγίας γίνεται αρχικά με τη χορήγηση ογκου υγρών και αίματος. Στις μαζικές αιμορραγίες χρειάζεται γρήγορη εγχειρητική διερεύνηση από τον χειρουργό ενώ στη μικρή απώλεια αίματος η αναμονή επιβάλλεται.

β) Χολόροια: Με αυτό τον όρο χαρακτηρίζεται η μετεγχειρητική διαφυγή χολής από τα χοληφόρα, συνήθως προς τα έξω και σπανίως ενδοπεριτοναϊκά. Παρουσιάζεται συνήθως στο 15% περίπου των περιπτώσεων, μετά από εγχειρήσεις στα χοληφόρα.

Η χολόροια μπορεί να οφείλεται σε κάποια από τις παρακάτω αιτίες: α) Τη διατομή των επικουρικών χοληφόρων, β) Τη τραυματική κάκωση στο ήπαρ, γ) Η διαφυγή από το κολόβωμα του κυστικού πόρου, δ) Το σημείο τοποθέτησης σωλήνα στα χοληφόρα, ε) Από οποιοδήποτε σημείο παρακεντήσεως των εξωηπατικών χοληφόρων, στ) Στις αναστομώσεις των χοληφόρων, τόσο μεταξύ τους όσο και με τον πεπτικό σωλήνα.

Η κλινική παρουσία της μετεγχειρητικής χολόροιας φαίνεται με την <<παροχή>> χολής προς τα έξω, από το σωλήνα παροχετεύσεως που έχει τοποθετηθεί στην υφηπατική περιοχή.

Η διάγνωση αποσκοπεί στην αιτία που προκάλεσε τη χολόροια. Η θεραπεία γίνεται ανάλογα με την αιτία που την προκάλεσε.

γ) Ενδοπεριτοναϊκή συλλογή: Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά, έτσι και στις περιπτώσεις των χειρουργ

γικών επεμβάσεων στα χοληφόρα είναι δυνατό να συλλεγούν μέσα σε προσχηματισμένους, ανατομικά χώρους, υγρά που προέρχονται από το χειρουργικό πεδίο και που ίσως δημιουργήσουν πρόβλημα αν διαπυηθούν. Οι χώροι αυτοί μπορεί να περιέχουν αίμα, ορό, χολή, λέμφο, προϊόντα εκπλύσεως του εγχειρητικού πεδίου κλπ.

Το κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της υπάρξεως ενδοπεριτοναϊκής συλλογής είναι ο μετεγχειρητικός πυρετός, ο οποίος μπορεί να είναι συνεχής ή διαλλείπων, ψηλός ή χαμηλός και συνήθως χωρίς ρίγος. Πόνος στην περιοχή της συλλογής υπάρχει σχεδόν πάντα, τουλάχιστον κατά την ψηλάφηση ή την πλήξη της περιοχής.

Η διάγνωση γίνεται με την αρίθμηση των λευκών αιμοσφαιρίων και των πολυμορφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα καθώς επίσης και ακτινολογικώς.

Όταν υπάρχουν ήπια κλινικά φαινόμενα, η ενδοπεριτοναϊκή συλλογή αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση αντιβιοτικών, ενώ όταν υπάρχουν έντονα κλινικά φαινόμενα, συνιστάται η γρήγορη χειρουργική παροχεύευση της συλλογής.

δ) Μετεγχειρητικός λιτέρος: Πρόκειται για ένα σοβαρό πρόβλημα που μπορεί να συνοδεύει πολλές εγχειρήσεις. Από στατιστική που έγινε στο Αρεταίειο νοσοκομείο, φαίνεται ότι η επιπλοκή αυτή είναι πολύ σπάνια, και, εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 0,5% του συνόλου των επεμβάσεων στα χοληφόρα.

Ως αιτίες λιτέρου κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο ενοχοποιούνται οι παρακάτω παράγοντες:

- (1) Φαρμακευτικοί παράγοντες: Αναλγητικά, Προμαζίνες, άλλα ηπατοτοξικά φάρμακα

- (2) Αιμόλυση: μεταγγίσεις αίματος, απορροφήσεις αιματωμάτων ανοσοβιολογικές αντιδράσεις, αιμολυτικές ουσίες
- (3) Μηχανικό πρόβλημα: Απόφραξη της χοληφόρου οδού από οποιαδήποτε αιτία
- (4) Διάφορες αιτίες: Διαρροή χολής στην περιτοναϊκή κοιλότητα, λοίμωξη-φλεγμονή-σήψη, ολική παρεντερική διατροφή, ιός, ελλείψεις ενζύμων, πνευμονική εμβολή, υποξία του ήπατος.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ικτέρου, εξαρτάται από την αιτία που τον προκάλεσε.

ε) Το μετά χολοκυστεκτομή σύνδρομο, Ο όρος αυτός περιλαμβάνει οποιοδήποτε ασθενή έχει ενοχλήματα από το δεξιό υποχόνδριο, μετά από εγχείρηση αφαιρέσεως της χοληδόχου κύστεως. Παρουσιάζεται σε συχνότητα 20-30% των χολοκυστεκτομηθέντων.

Τα ενοχλήματα αυτά, μπορεί να οφείλονται είτε στην παθολογία των χοληφόρων, είτε σε άλλα όργανα.

Στην παθολογία των χοληφόρων περιλαμβάνονται:

- α) Οι λίθοι που έχουν παραμείνει στον χοληδόχο ή στους ηπατικούς πόρους
- β) Η δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του ODDI, λειτουργική ή οργανική
- γ) Η στένωση των χοληφόρων πόρων (φλεγμονώδης ή ιατρογενής)
- δ) Η παραμονή μακρού κολοβώματος κυστικού πόρου

Στην παθολογία άλλων οργάνων περιλαμβάνονται:

- α) Το γαστρο-12δακτυλικό έλκος
- β) Η διαφραγματικήλη
- γ) Η χρόνια παγκρεατίτιδα

δ) τα εικολπώματα του 12δακτύλου κλπ.

Η θεραπεία του <<μετά χολοκυστεκτομής συνδρόμου>> εξαρτάται από την αιτιολογία, η οποία πρέπει να διαπιστωθεί μετά από λεπτομερή έρευνα. Σπανιώτατα, όταν η έρευνα αποβεί αρνητική, τα ενοχλήματα αποδίδονται σε δυσλειτουργία των χοληφόρων και κυρίως της περιοχής του ODDI, συνέπεια της αφαιρέσεως της χοληδόχου κύστεως.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η απλή χολολιθίαση συνήθως θεραπεύεται συντηρητικά (η πρώτη αντιμετώπιση). Η εγχείρηση επιβάλλεται όταν τα ενοχλήματα, παρά τη θεραπεία, δεν υποχωρούν ή υποχωρούν προσωρινά και επανεμφανίζονται. Άρα η θεραπεία της χολολιθίασης γίνεται με τις δύο γνωστές μορφές, τη συντηρητική και τη χειρουργική.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε:

- 1) Άμεσοι: α) Απαλλαγή από τον πόνο
β) Πρόληψη και αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων
γ) Μείωση αγωνίας και προαγωγή ψυχολογικής άνεσης
δ) Προαγωγή αποτελεσματικού αερισμού
ε) καταπολέμηση φλεγμονής
στ) Πρόληψη επιπλοκών από το δέρμα
- 2) Μακροπρόθεσμοι: α) Προαγωγή επαρκούς θρέψης
β) Πρόληψη υποτροπών

Πληροφορίες για τον άρρωστο παίρνονται από: :

- α) Τον ίδιο τον άρρωστο
- β) Την οικογένειά του
- γ) Άτομα του συγγενικού και φιλικού του περιβάλλοντος και
- δ) Ενημερωτικά προηγούμενων επισκέψεων του σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή νοσηλείας του σε κάποιο νοσοκομείο.

Η συντηρητική θεραπεία σκοπό έχει την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Στην περίπτωση αυτή η νοσηλευτι-

κή φροντίδα περιλαμβάνει:

α) Φαρμακευτική αγωγή: Χορηγούνται αντιβιοτικά -κυρίως AMPICILLINE και CEPHALOSPIRINE- που συγνετρώνονται σε μεγάλες ποσότητες στις χοληφόρους οδούς, για τη λοίμωξη.

Χορηγούνται παυσίπονα και αντισπασμωδικά φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακουφίζει τον ασθενή από τους πόνους, με διάφορους τρόπους, όπως: να του δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, να τον ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές και τέλος αν ο πόνος είναι ανυπόφορος και επιμένει, να του χορηγεί τα παυσίπονα -χωρίς βεβαίως να κάνει κατάχρηση αυτών- σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού. Η καταπολέμηση του πόνου μπορεί να γίνεται με MEPERIDINE, μορφίνη, FORTAL, ROMIDON κ.λ.π. Η MEPERIDINE προτιμάται από τη μορφίνη γιατί έχει μικρότερη σπασμογόνο επίδραση στο χοληδόχο πόρο.

Επίσης δίνεται βιταμίνη K για το σχηματισμό της προθρομβίνης και πρόληψη αιμορραγιών. Συχνά χορηγούνται και λιποδιαλυτές βιταμίνες.

Χορηγούνται ακόμα αντιεμετικά φάρμακα (PRIMPERAN) για τη ναυτία και τους εμέτους.

Σε πειραματικό στάδιο βρίσκεται ακόμα η χορήγηση CHENO-DEOXYCHOLIC ACID για τη διάλυση των χολολίθων. Πιο πρόσφατες έρευνες συνδυάζουν το CHENO-DEOXYCHOLIC ACID (μια β-σιτοστερόλη) με χολικό οξύ και λεκιθίνη.

β) Διαιτητική αγωγή: Στη φάση της κρίσης (δηλ. 1-4 ημέρες) ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, για ελαχιστοποίηση διέγερσης της χοληδόχου κύστεως. Μερικές φορές μπορεί να εισαχθεί ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN) για τη

διατήρηση κενού του στομάχου και την αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων.

Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι να εφαρμόζει ο ασθενής το κατάλληλο διαιτολόγιο μετά την κρίση. Συνιστώνται μικρά και συχνά γεύματα. Αποφεύγονται τροφές λιπαρές, πλούσιες σε χοληστερίνη, τροφές που δημιουργούν αέρια και είναι δύσπεπτες, επίσης οινοπνευματώδη ποτά και καρικεύματα.

Αμέσως μετά την κρίση του ασθενούς, το διαιτολόγιό του περιορίζεται σε υγρή δίαιτα. Πρέπει να λεχθεί στον ασθενή ότι δεν πρέπει να τρώει τίποτε πέρα από αυτά που του προσφέρει το νοσοκομείο.

Μετά την υποχώρηση των ενοχλημάτων συμπληρώνεται ένα διαιτολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει: αποβουτυρωμένο γάλα, άπαχο τυρί, μαρμελάδα, φρούτα, άπαχο κρέας, βραστό ή ψητό, σούπα χωρίς λίπος, χορταρικά, ρύζι ή πατάτες βραστές, κοτόπουλο άπαχο βραστό ή ψητό. Η ακριβής τήρησή του μειώνει και εξαφανίζει τα περισσότερα από τα ενοχλήματα του αρρώστου, όπως είναι η δυσπεψία, οι έμετοι, το πικρό στόμα, οι πόνοι και το αίσθημα πύεσης στην περιοχή της χοληδόχου κύστεως.

Με την αποχώρηση του ασθενούς από το νοσοκομείο, πρέπει να του δοθεί ένα υπόδειγμα διαιτολογίου, μια κατάσταση με τροφές που επιτρέπεται και τροφές που απαγορεύεται να τρώει. Ακόμα πρέπει να του λεχθεί ότι η ακριβής τήρησή του έχει μεγάλη σημασία για την ασθένεια από την οποία πάσχει.

γ) Παρακολούθηση απεκκριμάτων, Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί το χρώμα των ούρων και κοπράνων του ασθενούς, για τυχόν αλλαγή των χρωμάτων τους -κυρίως σε περίπτωση εμφάνισης ικτερου. Πρέπει ακόμη να στέλνει δείγματα αυτών -ούρων και κοπράνων- στο εργαστήριο -με εντολή γιατρού-

για ανίχνευση χολοχρωστικών.

δ) Διδασκαλία του ασθενούς -μείωση αγωνίας και προαγωγή ψυχολογικής άνεσης: Όπως κάθε ασθενής που μπαίνει στο νοσοκομείο έχει κάποιους φόβους, άγχος και αγωνία έτσι και ο ασθενής με χολολιθίαση, νοιώθει τα ίδια συναισθήματα.

Θα πρέπει η νοσηλεύτρια να εξηγήσει στον ασθενή τι ακριβώς σημαίνει χολολιθίαση (αν δεν το κάνει ο γιατρός), ότι δεν είναι κάτι ανίατο -να του πει- ότι υπάρχει ριζική θεραπεία.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να συζητήσει με τον ασθενή, έτσι ώστε να της εκφράσει τους φόβους του και τις απορίες του. Αυτή, θα πρέπει να μένει κοντά του, να απαντήσει στις απορίες του και να ξαθουσιάσει τους φόβους και την αγωνία του.

Να του εξηγήσει ακόμα το σημαντικό ρόλο που παίζει η διατροφή στη συγκεκριμένη ασθένεια και, ότι είναι απαραίτητη η ακριβής τήρησή του διαιτολογίου που θα του δοθεί.

Η χειρουργική θεραπεία συνήθως εφαρμόζεται όταν τα ενοχλήματα παρά τη συντηρητική θεραπεία δεν υποχωρούν ή υποχωρούν προσωρινά και επανεμφανίζονται.

Η νοσηλευτική φροντίδα διακρίνεται σε:

- 1) Προεγχειρητική: α) Γενική προεγχειρητική φροντίδα
β) Τοπική προεγχειρητική φροντίδα
γ) Τελική προεγχειρητική φροντίδα
- 2) Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς
- 3) Μετεγχειρητική φροντίδα

Η γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

α) Τόνωση του ηθικού. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι περισσότεροι ασθενείς εισέρχονται στο νοσοκομείο με άγ-

χος, αγωνία και φόβους. Πολύ περισσότερο όταν πρόκειται να χειρουργηθεί κάποιος. Σκέφτονται την αποτυχία της εγχείρησης και τους δημιουργεί αισθήματα καταθλίψεως.

Η αδελφή θα πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή για να ανακαλύψει τις προσωπικές του ανάγκες και να τις ικανοποιήσει. Να τον καταλάβει και να συμμεριστεί τη θέση του. Να ξεαλείψει τους φόβους του εξηγώντας του για την εγχείρηση, ότι πρόκειται για μια εύκολη εγχείρηση που γίνεται καθημερινά σ'όλα σχεδόν τα νοσοκομεία.

Πολλοί ασθενείς, φοβούνται μήπως τυχόν και δεν ξυπνήσουν' και γι'αυτό πρέπει η νοσηλεύτρια να τους καθησυχάσει και να τους εξηγήσει για πως λόγους δεν πρέπει να έχουν αυτούς τους φόβους.

β) Παρεντερική χορήγηση υγρών. Ο ασθενής με την εγχείρηση θα χάσει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους εμέτους. Γι'αυτό κατά την προεγχειρητική φροντίδα τοποθετείται ορός στον άρρωστο, για να υπάρχει επάρκεια του οργανισμού σε υγρά και παίρνει ο άρρωστος τα απαραίτητα υγρά 24ωρου - σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

γ) Διατροφή. Την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπολείμματα). Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνοεμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς.

δ) Ιατρικές εξετάσεις. Στη γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

- ι) Χειρουργό, για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού
- ii) Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη και ίσως χρειαστεί

καρδιολόγο

ιιι) Αναιολογολόγος, πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή πριν την εγχείρηση, να του εξηγήσει τη νάρκωση και να καθουχάσει τους φόβους του. Να εξετάσει το αναπνευστικό και κυκλοφοριακό σύστημα.

θα πρέπει να παρθούν ούρα του ασθενούς για τη γενική ούρων και άλλες εξετάσεις.

ε) Καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε:

- ι) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει,
- Στην αποφυγή της εκκιενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι
 - Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων και
 - Την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με:

α) τη χρήση υποθέτων (παλαιότερα χρησιμοποιούσανε καθαρτικά φάρμακα, σήμερα όμως δεν συνιστάται η χρήση τους, επειδή προκαλούν αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού, καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου)

β) Καθαρτικό υποκλυσμό

ιι) καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθατο δέρμα και στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος.

Το λουτρό γίνεται την προηγούμενη ημέρα της εγχειρήσεως -συνήθως μετά τον ευπρεπισμό- και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει. Με το λουτρό γίνεται επιμελημένη κα-

θαριότητα των νυχιών και του ομφαλού, γίνεται απολύμανση του δέρματος.

Στην καθαριότητα του σώματος, περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

στ) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί άγχος και αγωνία στον ασθενή με αποτέλεσμα να μην μπορεί να κοιμηθεί.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Αν ο ασθενής είναι ανήσυχος και δεν μπορεί να κοιμηθεί η νοσηλεύτρια πρέπει να του χορηγήσει -αφού ζητήσει τη συμβουλή του γιατρού- κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο.

ζ) Εκπαίδευση: Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να διδάξει στον ασθενή ορισμένες ασκήσεις -άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.- τις οποίες πρέπει να κάνει ο ασθενής μετά την εγχείρηση για να αποβάλλει γρηγορότερα τη νάρκωση. Θα πρέπει να του εξηγήσει ότι πρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές και να κουνάει σιγά-σιγά τα πόδια του.

Η τοπική προεγχειρητική φροντίδα

Τοπική προεγχειρητική φροντίδα είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην αποτρίχωση και απολύμανση του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου με αντισηπτικό (BETADINE), ώστε να μην υπάρχει ο κίνδυνος της μόλυνσης από κάποια τρίχα ή βρωμιά

του δέρματος.

Γίνεται ευπρεπισμός και αντισηψία του δέρματος στις εγχειρήσεις των χοληφόρων (χολοκυστεκτομής), από τις θηλες των μαστών μέχρι και τα γεννητικά όργανα. Πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Η τελική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

α) Το πρωινό της εγχειρήσεως, η νοσηλεύτρια παρατηρεί τον άρρωστο για τυχόν εμφάνιση βήχα ή τυχόν παρέκκλιση της θερμοκρασίας, του σφυγμού και της πιέσεως από τα φυσιολογικά όρια. Ότι θα παρατηρήσει πρέπει να το αναφέρει στην προϊσταμένη του τμήματος

β) Κατάλληλο ντύσιμο του ασθενή. περίπου μισή ώρα πριν την εγχείρηση, ο ασθενής φοράει τα κατάλληλα ενδύματα με τα οποία πρόκειται να πάει στο χειρουργείο. Αυτά είναι: ποδονάρια, υποκάμισο και σκούφος (μιας χρήσεως). Η αδελφή φοράει τα ρούχα στον άρρωστο, ενώ πριν έχει αφαιρέσει τις πυζάμες του και τα εσώρουχά του.

Ο ασθενής ντύνεται ενώ, προηγουμένως, έχει πάει να ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, για να μην κενωθεί πάνω στη χειρουργική τράπεζα.

Αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα από τον ασθενή και ξεβάφονται τα νύχια (στις γυναίκες). Τα κοσμήματα τοποθετούνται σ' ένα φάκελο, με το θάλαμο και το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη.

γ) Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση, μετά το ντύσιμο του ασθενούς. Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, στην ελάττωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου και την πρόκληση υπνηλίας. Συνή-

θως στην προνάρκωση γίνεται πεθιδίνη -ανάλογα με το βάρος του σώματος- και ατροπίνη (για την ελάττωση των εκκρίσεων)

Αφού γίνει η προνάρκωση (I.M.) συνίσταται στον ασθενή να μείνει στο κρεβάτι, μέχρις ότου έρθει ο νοσοκόμος με το φορείο να τον οδηγήσει στο χειρουργείο, επειδή μπορεί να ζαλιστεί (λόγω της προνάρκωσης).

Για να ηρεμήσει ο ασθενής μετά την προνάρκωση, εξασφαλίζεται ένα ήρεμο περιβάλλον χωρίς θορύβους, με χαμηλό φωτισμό, χωρίς επισκέπτες.

Του υπενθυμίζονται για τελευταία φορά οι ασκήσεις πριν πάει στο χειρουργείο, για να του αποτυπωθούν καλά στο μυαλό και να τις θυμηθεί μετά το χειρουργείο.

Οτιδήποτε ενέργειες κάνει η αδελφή στον ασθενή κατά την προνάρκωση γράφονται στη λογοδοσία.

Όταν έρθει ο νοσοκόμος να μεταφέρει τον ασθενή στο χειρουργείο, καλό θα είναι να τον συνοδέψει και η νοσηλεύτρια μέχρι εκεί (χειρουργείο).

Αφού ο ασθενής μεταφερθεί στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να καθουχάσει τους συγγενείς του από τους φόβους τους και την αγωνία.

2) Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η αδελφή θα πρέπει να ετοιμάσει κατάλληλα το θάλαμο και το κρεβάτι του.

Καταρχήν το κρεβάτι του θα πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από κρυολόγημα και μετεγχειρητική πνευμονία. Αν είναι χειμώνας και κάνει πολύ κρύο μπορεί να τοποθετήσει και θερμοφόρες. Να είναι ανοιχτό απ'όλες τις

πλευρές για την εύκολη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι. Το μαξιλάρι τοποθετείται όρθιο στο πάνω κλιγκλί-δωμα του κρεβατιού. Στο πάνω μέρος των κλιννοσκεπασμάτων τοποθετείται πετιοέτα για να τα προστατέψει από τυχόν εμέτους ακόμη, στη θέση της κεφαλής -πάνω από το κατωσέντονο- τοποθετείται αδιάβροχο και υποσεντόνιο κεφαλής πάλι για την προφύλαξη από εμέτους. Στο επάνω μέρος του στρώματος στο πλάγιο τοίχωμα, τοποθετείται χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα.

Στο κομοδίνο του ασθενούς, τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών, νεφροειδές, ποτήρι με νερό, πορτ κοτόν, κάψα με κομματάκια χαρτοβάμβακα και τολύπια βάμβακος.

Ο θάλαμος πρέπει να σφουγγαριστεί, να γίνει υγρό ξεσκόνισμα., κλείνουμε τα παντζούρια για να υπάρχει χαμηλός φωτισμός, αφήνουμε ένα παράθυρο ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του και ρίχνουμε μια τελευταία ματιά για να διαπιστώσουμε αν όλα είναι εντάξει.

3) Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμό του και τελειώνει με την έξοδό του από το νοσοκομείο. Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς πρέπει να γίνεται από έμπειρη νοσηλεύτρια, για να έχει γνώσεις, που θα χρησιμεύσουν στην παρακολούθηση του ασθενούς και την έγκαιρη αντίληψη σε τυχόν εμφάνιση κάποιας επιπλοκής.

Σκοπός της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας:

- α) Η προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως
- β) Η παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθενείας του

γ)η ανακούφιση από τα ενοχλήματα

δ)η πρόληψη των επιπλοκών και

ε)η βοήθεια του ασθενούς, να επανέλθει το γρηγορότερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

α) Την προφύλαξη του ασθενούς κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο. Θα πρέπει να είναι καλά σκεπασμένος για την προφύλαξη από κρυολόγημα και μετεγχειρητική πνευμονία.

β) Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Θα πρέπει να είναι σε θέση υπτία με το κεφάλι πλάγια για την προφύλαξη από εισρόφηση αν τυχόν κάνει εμετό.

γ) Πρέπει να παίρνονται συχνά τα ζωτικά σημεία του ασθενούς -σφύξεις, πίεση, θερμοκρασία- και να γίνεται επισκόπηση της γενικής κατάστασής του. Αν παρατηρηθεί κάποια ανωμαλία ή τυχόν απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια των ζωτικών σημείων, θα πρέπει να αναφερθεί στην προϊσταμένη του τμήματος ή στο γιατρό.

δ) Παρεντερική χορήγηση υγρών. Παρεντερικά χορηγούνται υγρά, για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού (σε υγρά). Από το στόμα ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα τουλάχιστον τις πρώτες 24 ώρες, μετά την εγχείρηση. Αν όλα είναι εντάξει και δεν έχει κανένα πρόβλημα, την 2η μετεγχειρητική ημέρα θ' αρχίσει υδαρής δίαιτα.

Η ατροφία προκαλεί στον ασθενή αίσθημα δίψας, επειδή ελλατώνονται οι εκκρίσεις. Η δίψα επίσης προέρχεται από την μείωση των υγρών του οργανισμού με την απώλεια αίματος. Για να καταπομεληθεί το αίσθημα της δίψας πρέπει να γίνονται συ-

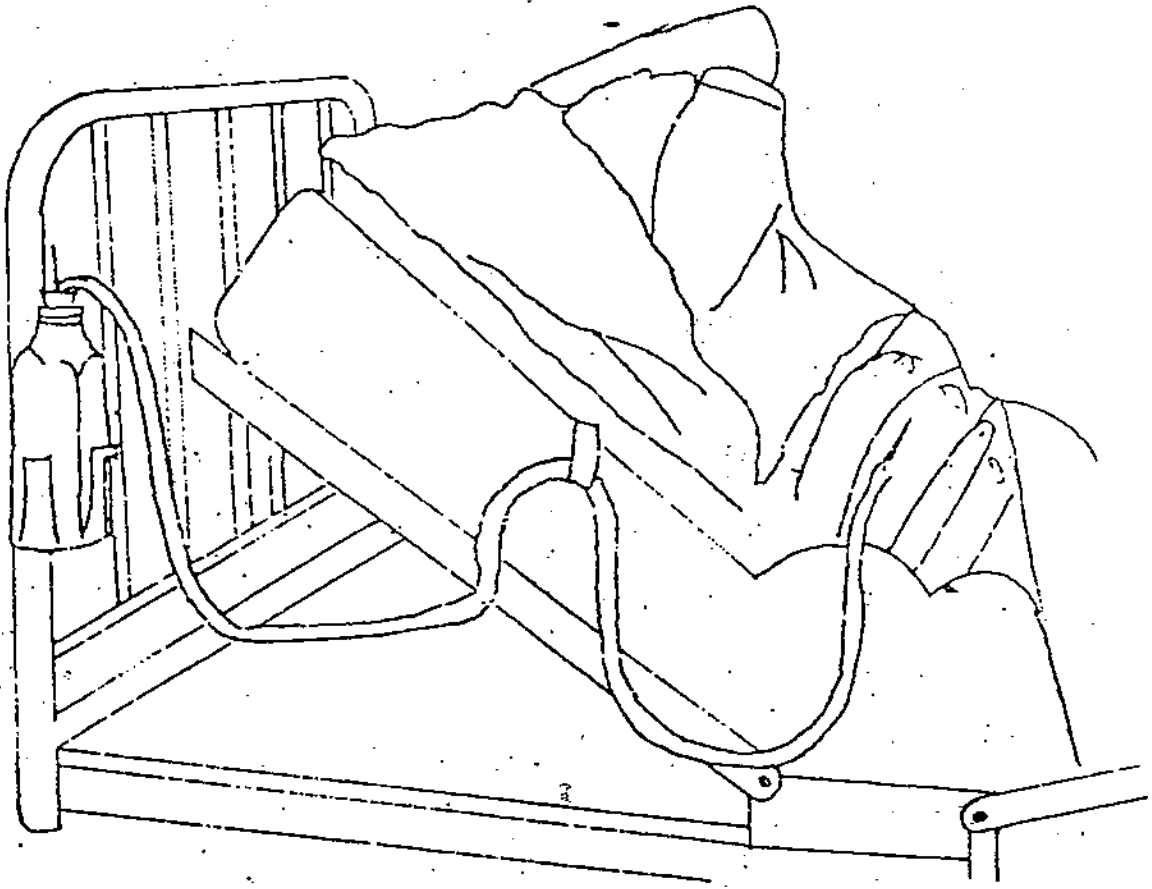
χνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με πορτ κοτόν εμποτισμένα σε δροσερό νερό.

ε) Προτρέπειται ο ασθενής να κάνει τις ασκήσεις που του είχαν διδαχθεί στην προεγχειρητική φροντίδα, δηλαδή να παίρνει βαθιές αναπνοές: για τη γρήγορη αποβολή της νάρκωσης, την αντιμετώπιση του πόνου και την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών, επίσης να κινεί τα πόδια του σιγά-σιγά για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας από την ακινησία.

στ) παρακολούθηση παροχετεύσεως. Ο ασθενής ανάλογα με το είδος της επεμβάσεως θα φέρει μόνο παροχέτευση τραύματος (και ίσως περιτοναϊκή παροχέτευση) όπως σε απλή χολοκυστεκτομή, ή θα φέρει και σωλήνα T ή KEHR -όπως λέγεται η παροχέτευση όταν γίνει χοληδοσκόπηση.

Μετά την πλήρη απονάρκωση και τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων, ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση. Ο ασθενής μετά από λίγη ώρα μπορεί να τοποθετηθεί πλάγια και τότε υπάρχει κίνδυνος μετακίνησης ή πίεσης του σωλήνα KEHR από το τραύμα. Η παροχέτευση KEHR τοποθετείται στο χοληδόχο πόρο, όταν γίνει χοληδοχοτομή, για να παροχετεύεται η χολή προς τα έξω μέχρι να κλείσει η τομή που έγινε στο χοληδόχο πόρο.

Πρέπει να παρακολουθείται η λειτουργία της παροχέτευσης KEHR, ακόμα του LEVIN αν υπάρχει, του ουροκαθετήρα (αν υπάρχει), του τραύματος κ.λ.π. Ο σωλήνας KEHR συνδέεται με συλλέκτη για να συλλέγεται η χολή. Ο συλλέκτης στερεώνεται στο κρεβάτι του αρρώστου, στο ύψος της κοιλιάς περίπου για να μη διοχετεύεται όλη η χολή στο συλλέκτη, αλλά ένα μέρος να φεύγει στο 12δάκτυλο. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται μην με-



ζ) Ἡ συλλεγομένη χολή μετράται καί ἀναγράφεται.

η) Μετά πάροdon 5-6 ἡμερῶν ἀπό τήν ἐγχείρησιν, δυνατόν νά κλεισθῇ ὁ σωλήν ἐπί ἡμίσειαν ὥραν πρὶν καί μετὰ τό γεῦμα, πρὸς διοχέτευσιν χολῆς εἰς τό δωδεκαδάκτυλον.

τακινηθεί ο σωλήνας ΚΕΗΡ γιατί μετά είναι αδύνατο να ξανατοποθετηθεί χωρίς νέα χειρουργική επέμβαση.

Η χολή που συγκεντρώνεται στο συλλέκτη μετριέται και καταγράφεται είτε στο φύλλο νοσηλείας είτε στο φύλλο μέτρησης προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Μετά πάροδο 5-6 ημερών από την εγχείρηση, μπορεί να κλεισθεί ο σωλήνας ΚΕΗΡ για μισή ώρα πριν το φαγητό και μία ώρα μετά, για να διοχετεύεται η χολή στο δωδεκαδάκτυλο.

Ο ασθενής μπορεί να κυκλοφορεί με την παροχέτευση, αν αυτό επιτρέπεται, προσέχοντας τη λειτουργικότητα του σωλήνα ΚΕΗΡ.

Η παροχέτευση αφαιρείται 7-10 ημέρες μετά την εγχείρηση. Εφόσον συνεχίσει να διοχετεύεται χολή από το τραύμα, συνιστώνται εξωτερικές αλλαγές και προφύλαξη του δέρματος από τον ερεθισμό.

ζ) Ανακούφιση και αντιμετώπιση από τον πόνο.

Η νοσηλεύτρια δίνει την κατάλληλη θέση στον άρρωστο και τον προτρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές για να ανακουφίζεται. Έργο της νοσηλεύτριας είναι να ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με τη χορήγηση παυσίπωνων - στην κατάλληλη δόση, στον κατάλληλο χρόνο και από την κατάλληλη οδό.

η) Πρόληψη επιπλοκών και μολύνσεων. Θα πρέπει καθημερινά να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας γιατί προλαμβάνει στοματίτιδες και παρωτίτιδες, που είναι συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συχνές εντριβές και συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου βοηθάνε στην ανακούφιση και την άνεσή του και προλαμβάνουν τις κατακλίσεις και την υποστατική πνευμονία. Ενθαρρύνεται να

παίρνει 10 αναπνοές το λεπτό. Για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας των κάτω άκρων, εκτός από τις κινήσεις που πρέπει να κάνει, χρειάζεται να γίνει και περίδεσή τους με ελαστικούς επιδέσμους.

θ) Ηθική τόνωση. Επειδή μπορεί ο ασθενής να είναι φοβισμένος μετά την εγχείρηση, πρέπει η νοσηλεύτρια να του συμπαρασταθεί, να συζητήσει μαζί του για να της εκφράσει τους φόβους του. Αυτή πρέπει να δείξει ενδιαφέρον για τον ασθενή, να αναγνωρίσει την προσωπικότητά του, να του προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, εντατική νοσηλεία και συνεχή βοήθεια.

ι) Φροντίδα του τραύματος και παρατήρησή του για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών. Η φροντίδα του τραύματος πρέπει να γίνεται με άσηπτες τεχνικές, να γίνεται καθημερινή αλλαγή και προστασία του δέρματος γύρω από την τομή -από την επίδραση της χολής για τυχόν ερεθίσματα.

Πρέπει η νοσηλεύτρια να παρακολουθεί το τραύμα για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας -επειδή πολλές φορές συνυπάρχει η βλάβη του ήπατος και δεν γίνεται απορρόφηση της λιποδιαλυτής βιταμίνης Κ με αποτέλεσμα να μην γίνεται σχηματισμός προθρομβίνης.

Την εσωτερική αιμορραγία πρέπει να αντιληφθεί έγκαιρα η νοσηλεύτρια άρα πρέπει να παίρνει συχνά τα ζωτικά σημεία. Θα πρέπει να υπάρχει έτοιμο διασταυρωμένο αίμα για μετάγγιση, αν χρειαστεί.

Επίσης πρέπει να παρακολουθείται το τραύμα για ρήξη. Συνήθως συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα ή μετά από έντονο βήχα ή μετά από εμέτους. Πρέπει να διδαχθεί ο ασθενής να βαστάει το τραύμα με τα δύο του χέρια όταν πρόκειται να βήξει

ή να φοράει ζώνη κοιλίας για την υποστήριξη των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Να γίνει καταστολή των εμέτων με αντιεμετικά φάρμακα, του βήχα με βρογχοδιασταλτικά. Όταν κάνει πολλούς εμέτους τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας, για να βγαίνουν τα υγρά από το στομάχι.

Αν γίνει ρήξη, ειδοποιείται ο γιατρός και καλύπτεται το τραύμα με αποστειρωμένο τετράγωνο βρεγμένο με φυσιολογικό ορό και οδηγείται ο ασθενής ξανά στο χειρουργείο.

κ) Διούρηση. Μετεγχειρητικά, πρέπει να παρακολουθείται ο ασθενής για την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών και την πρόληψη κυστίτιδας.

Πρέπει να γίνεται μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών καθώς και καταγραφή τους και μετά να γίνεται σύγκριση μεταξύ τους.

Αν παρατηρηθεί επίσχεση ούρων λόγω της νάρκωσης, η νοσηλεύτρια θα πρέπει με κάθε τρόπο να βοηθήσει τον ασθενή να ουρήσει (ανοίγοντας τη βρύση, ρίχνοντας χλιαρό νερό στα γεννητικά του όργανα). Αν δεν γίνει τίποτα τότε τοποθετείται καθετήρας.

λ) Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων. Αυτό πρέπει να γίνεται καθημερινά σε όλους τους ασθενείς με παροχέτευση χολής για την εκτίμηση του χρώματος. Πρέπει ακόμη να στέλνονται δείγματα αυτών στο εργαστήριο για ανεύρεση χολοχρωστικών που φανερώνει την έγχυση χολής στο δωδεκαδάκτυλο.

Επίσης παρακολουθείται το χρώμα του δέρματος για εμφάνιση ικτέρου, γιατί έχει σημασία, κατά πόσο η χολή απορροφάται από το αίμα ή χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο.

Όταν ο ασθενής θέλει ν'αλλάξει θέση στο κρεβάτι τον βοηθάει κάποιος (Νοσηλεύτρια-νοσοκόμος), επειδή, ίσως να φέρει πολλούς σωλήνες -παροχέτευση KER, LEVIN, ορό, καθετήρα ούρων- και δυσκολεύεται να το κάνει μόνος του. Επίσης σε κάθε αλλαγή θέσεως πρέπει να παρακολουθείται η παροχέτευση KER.

Μετά τη χολοκυστεκτομή ο ασθενής πρέπει να εφαρμόσει ένα διαιτολόγιο από υπολιπούχα γεύματα, αυτό αποτελεί βασικό τομέα διδασκαλίας του αρρώστου από τη νοσηλεύτρια.

Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες, μπορεί να χορηγούνται συμπληρωματικά αφού είναι μειωμένη η απορρόφησή τους από το έντερο. Τα γεύματα πρέπει να είναι εκτός από υπολιπούχα, πλούσια σε υδατάνθρακες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Στη νοσηλευτική διεργασία γίνεται καταρχήν αξιολόγηση του αρρώστου

- Πηγές πληροφοριών:
- Άρρωστος και οικογένεια
 - Μέλη υγειονομικής ομάδας
 - Γραπτές πληροφορίες-βιβλιογραφία
 - Γνώσεις και πείρα νοσηλεύτριας-του

Μέσα : Παρατήρηση
Επικοινωνία

Στη συνέχεια παίρνεται το ιστορικό υγείας, το οποίο ποι_ κίλει ανάλογα με τη βαρύτητα του επεισοδίου. Αναγράφεται αν έχει διαπιστωθεί η χολολιθίαση και παίρνονται πληροφορίες για τις διαιτητικές συνήθειες του αρρώστου, καθώς επίσης και για τις συνθήκες που προκάλεσαν το επεισόδιο. Διερευνάται αν ο άρρωστος παρατήρησε αλλαγή στο χρώμα των ούρων και κοπρά_ νων, αν υπάρχει πόνος (συχνότητα, ένταση), ναυτία, έμετος και ίκτερος.

Γίνεται προγραμματισμός φροντίδας, ανάλογα με τα προβλή_ ματα που διαπιστώθηκαν.

Έπειτα γίνεται εφαρμογή του προγράμματος -εφαρμογή των νοσηλευτικών ενεργειών, μέσων, παρατηρήσεων και διδασκαλιών που θα χρησιμοποιήσει η νοσηλεύτρια για να αντιμετωπίσει το κάθε πρόβλημα.

Τέλος γίνεται η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Ελέγχεται κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι σκοποί και αντιμετωπίστηκαν τα προ_ βλήματα.

Περιπτώσεις ασθενών που έπασχαν από χολολιθίαση και νοσηλεύτηκαν, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

1ο Περιστατικό: Η ασθενής Κ.Α., 38 ετών από την Κατερίνη, μητέρα ενός παιδιού 19 χρονών, προσήλθε στα ΕΙ της παθολογικής στις 19.4.1990, στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης.

Τα συμπτώματα που την οδήγησαν να έρθει ήταν: διάχυτος πόνος στην κοιλιά, που συνεχιζόταν για 5η ημέρα και έμετοι που περιείχαν πράσινα υγρά.

Στο ιστορικό της η ασθενής ανέφερε ότι πριν περίπου 7-8 χρόνια είχε καούρες και φουσκώματα στην περιοχή της κοιλιάς και κυρίως προς το στομάχι.

Πριν 5 ημέρες περίπου, δηλαδή στις 14.4.1990, της άρχισε διάχυτος πόνος στην κοιλιά, που ήταν συνεχής και διάρροια. Την επόμενη μέρα, δηλαδή στις 15.4.1990, στα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα προστέθηκαν η δυσφορία και οι έμετοι. Τα ίδια συμπτώματα συνεχίζονταν για 3 ημέρες περίπου. Σημερώματα της Πέμπτης 19.4.1990, ο πόνος άρχισε να γίνεται έντονος και να κάνει εμέτους που περιείχαν πάλι πράσινα υγρά.

Η ασθενής μπήκε στην παθολογική κλινική. Έγινε υπερηχογράφημα και διαπιστώθηκε η χολολιθίαση.

Ο πυρετός της έφθανε μέχρι 37,7 °C. στις 21.4.1990 το απόγευμα άρχισε κωλικός στο δεξιό υπογάστριο - που πέρασε με παυσίπονη ένεση (FORTAL) και εμφανίστηκε ελαφρός ίκτερος, που εντοπιζόταν κυρίως στους επιπεφυκίτες των ματιών.

Η ασθενής μπήκε σε 4ωρη θερμομέτρηση, δεν έπαιρνε τίποτε από το στόμα, τοποθετήθηκε ορός -αρχικά RINGER'S 1000 CC

και αργότερα ISOLYTE 500 CCX2 και DEXTROSE 5% 1000 CC X1.
Έπαιρνε αντιβίωση MANDOKEF 1 FL X 4 (BETIRAL 1 AMP σε 100 CC
DEXTROSE)X3 επί πυρετού θα γινόταν 2 AMP APOTEL, έπαιρνε MAA-
LOX και ALUDROX μετά την 4η ημέρα νοσηλείας. Επί πόνου θα
γινόταν παυσίπονη FORTAL -αν ήταν δυνατός- και επί εμέτου
και ναυτίας 1 AMP PRIMPERAN IR.

1η ημέρα νοσηλείας

- 1) Πόνος
- | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|
| Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο | -Να της δοθεί η κατάλληλη θέση στο κρεβάτι | -Της δόθηκε η κατάλληλη θέση στο κρεβάτι | -Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μόνο με από τον πόνο μόνο |
| | -Να προωθείται να παίρνει βασιές αναπνοές | -Να της χορηγούνται τα παυσίπονα στον κατάλληλο χρόνο, στην κατάλληλη θέση και από την κατάλληλη οδό σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού | -Παίρνει βασιές αναπνοές όταν της έγινε η FOR-Επειδή πονούσε πάρα πολύ, της έγινε 1 AMP FORTAL-I.M. όπως είχε ορίσει ο γιατρός |
- 2) Χορήγηση ενδοφλέβια υγρών
- | | | | |
|--|---|--|--|
| Ενυδάτωση του οργανισμού της επειδή έχασε πολλά υγρά εξαιτίας των εμέτων και της διάρροιας | -Να τοποθετηθούν οι οροί που προγραμματίστηκαν για το πρώτο 24ωρο, στις κατάλληλες ώρες | -Στις 12 το μεσημέρι τοποθετήθηκε ISOLYTE 500 CC που πρέπει να τελειώσει στις 4 μ.μ. | -Η ασθενής παίρνει τα υγρά του 24ώρου που καθόρισε ο γιατρός |
| -Να υπάρχει μια φλέβα για να χορηγούνται τα φάρμακα που πρέπει να δοθούν ενδοφλέβια, στην ασθενή | έτσι ώστε να παίρνει η ασθενής την προγραμματισμένη ποσότητα στον προγραμματισμένο χρόνο και να μην σπάσει η φλέβα επειδή θα σταματήσει η ροή | -Ελεγχόταν συνεχώς η ροή του ορού | |
- 3) Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής
- | | | | |
|--|---|---|--|
| -Να πάρει η ασθενής όλα τα φάρμακά της | -Να χορηγηθούν στην ασθενή τα φάρμακα που είναι γραμμένα στην <κάρτα φαρμάκων> της, στην κατάλληλη ώρα, στην κατάλληλη ποσότητα και από την κατάλληλη οδό | -Στις 12 το μεσημέρι της έγινε 1 FL MANDOLIN IV | -Η ασθενής παίρνει κανονικά τα φάρμακά της |
|--|---|---|--|

4) Ψυχολογική Μείωση αγωνίας και ... -Να ενημερωθεί η ασθενής για την αρ- -Ενημερώθηκε η ασθενής για -Η ασθενής δήλωσε ότι
κή υποστήριξη -πραγωγή ψυχολογικής ράστεια από την οποία πάσχει και που την αρρώστια της ανακουφίστηκε από
ριξη της α- άνεσης της δημιουργεί όλα τα συμπτώματα -Έγινε συζήτηση μαζί της, τους φόβους και το άγ
σθενούς -Να γίνει συζήτηση μαζί της, -Έφρασε τις απορίες της χος μετά τη συζήτηση
που έγινε
-αν θα γίνει καλά, αν η αρ- -αν θα γίνει καλά, αν η αρ-
ρώστια έχει επιπλοκές κα-
και της απαντήθηκαν τα ε-
ρωτήματα

5) Θερμομέ- Έλεγχος της θερμο- -Να παίρνεται η θερμοκρασία της -Πάρθηκε η θερμοκρασία της -Δεν δόθηκε αντιπυρε-
τρηση κρασίας της ασθεν- νός ανά 4 ώρες -Να γράφεται η θερμοκρασία στο φύλλο στις 8 π.μ. και στις 12 το τικό στην ασθενή επει
νός ανά 4 ώρες 4ωρης θερμομέτρησης -Ο πυρετός στις 8 ήταν 37,6 δή ο πυρετός ήταν μά-
-Αν έχει υψηλό πυρετό να αναφέρεται και στις 12 37,8 °C τω από 38 °C
στην προϊσταμένη -Γράφτηκε η θερμοκρασία στο
φύλλο 4ωρης θερμ.

2η ημέρα νοσηλείας

1) Περιποίηση της α- καθαρή και -Να στραφεί το κρεβάτι της ασθενούς -Η ασθενής δήλωσε ευ-
περιποιημένο το και να της γίνει περιποίηση -Έγινε αλλαγή του νυχτικού χαριστημένη
σθενούς κρεβάτι της της
-Της δόθηκε ουροδοχείο

2) Θερμομέ- Έλεγχος της θερμο-
τρηση κρασίας

Ο προγραμματισμός της θερμομέτρησης αναφέρεται στην προηγούμενη σελίδα

-Στις 8 π.μ. είχε 37,8°C
-Μετά από μισή ώρα περίπου έπεσε ο πυρετός στους 37°C

-Αναφέρθηκε ο πυρετός στην προϊσταμένη και είπε να της γίνουν 2 AMP APOTEL

-Γίνανε οι 2 AMP APOTEL IM

Η παρεντερική χορήγηση υγρών αναφέρεται στην πρώτη ~~ημέρα νοσηλείας~~

3) Ναυτία
έμετοι

-Να χορηγηθεί στην ασθενή αντιεμετι-
κό φάρμακο
-Να της δοθεί κεσεδάκι και να υποβα-
στάζεται από την αδελφή όταν κάνει
εμετό

-Χορηγήθηκε 1 AMP PRIMPERAN,
αραιωμένη με 10 CC φυσιολο-
γικό ορό, I.V.
-Της δόθηκε κεσεδάκι και υπο-
βασταζόταν όταν έκανε εμετό
_Δήλωσε ότι μετά λίγη ώρα από τη χορήγηση του α-
ντιεμετικού φαρ-
μάκου η ναυτία
συνεχιόταν αλλά
με μικρότερη έ-
νταση ενώ σταμά-
τησαν οι έμετοι.

5η ημέρα νοσηλείας-έξοδος από το νοσοκομείο

Όπως πληροφορήθηκα από το φύλλο νοσηλείας, η ασθενής την 3η ημ. νοσηλείας έκανε κωλικό που κράτησε μόνο μία ημέρα, και παρουσίασε ελαφρώς κίτρινη χροιά στους επιπεφυκίτιδες των σφραγμών

1) Διδασκα- Διδάσκεται η σημασία
λία της της υπολιπούχας δί-
ασθενούς αιτας

-Να ειπωθεί στην ασθενή ο ρόλος που παίζει η δίαιτα στη χολολιθίαση
-Να της δοθεί διαιτολόγιο με τις ε-
πιτρεπόμενες τροφές

-Ειπώθηκε στην ασθενή ότι η δίαιτα παίζει σπουδαίο ρόλο στη χολολιθίαση και της εξη-
γήθηκε το γιατί
-Ευχαρίστησε την αδελφή που της έ-
δωσε το διαιτολό-
γιο και τις πληρο-

-Της δόθηκε το διατολόγιο με φάρμακα και υποσχέ-
τις επιτρεπόμενες και μη τρο-θήκε να το τηρήσει
φές

-Αφαιρέθηκε ο ορός περίπου -Σταμάτησε η χορή-
στις 1 μ.μ. γηση υγρών και η
ενδοφλέβια χορήγη-
ση φαρμάκων

2) Αφαίρεση Η ασθενής θα πάει στο -Να αφαιρεθεί ο ορός από την ασθενή
ορού σίτι της

Έγινε η χορήγηση υγρών και αυτή την ημέρα όπως αναφέρεται στην σελίδα 71 καθώς επίσης
και η τήρηση φαρμακευτικής αγωγής

2ο περιστατικό: Ο ασθενής Γ.Α. από την Καρίτσα Πιερίας 42 χρονών, νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική του γενικού νοσοκομείου Κατερίνης από 25.6.1990 έως 9.7.1990 (ημερημνία που μεταφέρθηκε στη Θεσσαλονίκη).

Ο ασθενής στο ιστορικό του ανέφερε ότι και παλαιότερα -δηλαδή από 4.11.1989 έως 9.11.1989- νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική του ίδιου νοσοκομείου, για παροφρακτικό ίκτερο. Στις 9.11.1989 έκανε υπερήχους των: ήπατος, χοληδόχου κύστεως, χοληφόρων πόρων και παγκρέατος, και βρέθηκε πολλαπλή χολολιθίαση, διάταση του χοληδόχου πόρου διαμέτρου 8 MM χωρίς εμφανές σημείο STOP, τα ενδοηπατικά χολαγγεία φυσιολογικά και το πάγκρεας επίσης φυσιολογικό.

Μετά δύο μήνες, δηλαδή τον Ιανουάριο του '90 προσήλθε στα Ε.Ι. της παθολογικής με πόνο και έμεινε έναβράδυ στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας. Αφού πέρασε ο πόνος, έφυγε για το σπίτι του.

Στις 17.6.1990 μπήκε ξανά εισαγωγή στην παθολογική κλινική και πάλι για παροφρακτικό ίκτερο -που εμφανίστηκε με κίτρινη χροιά στους επιπεφυκότες- και έμεινε μέχρι 22.6.1990

Είχε προγραμματισθεί για εγχείρηση. Πήγε σπίτι του για 2 ημέρες και στις 25.6.1990 μπήκε στη χειρουργική κλινική με: παρουσία ικτερικής χροιάς στους επιπεφυκότες των οφθαλμών, η κοιλιά να παρουσιάζει μικρή αντίσταση στο δεξιό υποχρόνδριο και ευαισθησία την έν τω βάθει ψηλάφηση.

Στις 25.6.1990 η αίδιατά του ήταν άλιπος, ενώ στις 26.6.1990 το βράδυ έμεινε νηστικός και προετοιμάστηκε για χειρουργείο.

Στις 27.6.1990 μπήκε στοχειρουργείο όπου διαπιστώθηκε γο

χολολιθίαση, χοληδοχολιθίαση και έγινε χολοκυστεκτομή, χοληδοχοτομή, τοποθετήθηκε σωλήνας KEHR και LEVIN

Στην τομή εκτός από την παροχεύετωση της χολής, τοποθετήθηκε παροχέτευση τραύματος και περιτοναϊκή παροχέτευση.

Την 1η μετεγχειρητική ημέρα ήταν καλά, απύρετος, κινητή τοποικήθηκε το έντερο, επίσης την 2η μετεγχειρητική ήταν καλά, έγινε αλλαγή τραύματος και βγήκε η παροχέτευση τραύματος. Την απόμενη κόντυνε η περιτοναϊκή παροχέτευση και έγινε ξανά αλλαγή του τραύματος.

Την 4η μετεγχειρητική ημέρα βγήκε το LEVIN και άρχισε να παίρνει υγρά από το στόμα. Άρχισε όμως να κάνει εμετούς και ξανατοποθετήθηκε (το LEVIN). Η τάση για έμετο συνεχιζόταν, ενώ την 5η μετεγχειρητική ημέρα βγήκε και η περιτοναϊκή παροχέτευση.

Ο ασθενής P.A. έμεινε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Κατερίνης από 25.6.1990 έως 9.7.1990 οπότε μεταφέρθηκε στη Θεσσαλονίκη επειδή είχε κάνει παγκρεατίτιδα και η κατάσταση του χειροτέρευε.

Αυτό το διάστημα που νοσηλεύόταν στην χειρουργική κλινική έπαιρνε ορούς (DEXTROSE 5% 1000 CC, RINGER'S 1000 CC, DEXTROSE 20% 1000 CC) AMINOPLASMAL 500 CC σε 12 ώρες, ROMIDON 1 AMP επί πόνου. Από αντιβίωση έπαιρνε CLAFORAN 1 FL X4 CALCIPARINE 1 AMP X 1, επίσης ZANTAC 1 AMP X 2, MVI 1 AMPX2 και κάλλιο 1 AMPX2 στον ορό, PRIMPERAN επί εμέτου, LASIX 1 AMP στον ορό, γλυκονικό ασβέστιο 1 AMP X 1 και FLORISAN 2 SUP. Για προνάρκωση πήρε: 1 CC PETHIDINE και $\frac{1}{2}$ AMP ATROPINE.

Οι εξετάσεις που έκανε αυτό το διάστημα ήταν: α/α θώρακος, γενική αίματος και ούρων, Ηε, Ηβ, χρόνο προθρομβίνης

ουρία, σάκχαρο, χοληστερενάση, Κ, Να, Αμυλάση ορού και ούρων
τΚΕ, α/α κοιλίας, SGOT, SGPT, Ca.

Ο ασθενής ζύγιζε 51 KGR η πίεσή του όταν ήρθε ήταν 140/
80 MMHG και οι σφύξεις του 75/MIN.

1η ημέρα νοσηλείας

1) Ψυχολογική Η ιδέα και μόνο ό- -Να γίνει συζήτηση με τον ασθενή για - Έγινε η συζήτηση με τον ασθενή- Ο ασθενής δήλωσε ότι υποστήριξη τι πρόκειται να να εκφράσει τους φόβους του και τις να και εξέφρασε τους φόβους και αισθανόταν πιο ήρεμος του ασθενούς χειρουργηθεί δημι- απορίες του τις απορίες του και του απα- χωρίς το άγχος που ουργεί στον άρρω- -Να τονεπισκεφθεί κάποιος άλλος ασθενή- νιήθηκαν τα ερωτήματα που είχε είχε πριν - Έρθε σε επαφή με άλλον ασθενή που χειρουργήθηκε από χολοκυσ- στεκτομή και βρισκόταν στην α- νάρρωση

2) Χορήγηση υγρών

Για την ενυδάτωση του ασθενούς -Να τοποθετηθεί φλέβα -Να παίρνει ο ασθενής κανονικά τα υγρά 24ώρου που έχουν οριστεί από το γιατρό

-Τοποθετήθηκε φλέβα για ενδοφλέ- Γίνεται κανονικά η βια χορήγηση υγρών ενυδάτωση του ασθενή- -Τέθηκε ορός -DEXTRORSE 5% 1000CC νούς και παίρνει ο άρρωστος τα υγρά 24ώρου κανονικά

3) Τήρηση φαρμακευτι- κής αγωγής

Να πάρει ο ασθενής όλα τα φάρμακά του στην κατάλληλη ώρα, στην κατάλληλη

- Έγινε στις 12 το μεσημέρι 1 Ο ασθενής παίρνει τα φάρμακά του FL CLAFORAN IV

2η ημέρα νοσηλείας

1) Πρωινή περ- ριπολίστη του ασθενούς - Για να είναι περι- ποιημένος ο θάλαμος και φυσικά το κρε- βάτι του

-Να στραωθεί το κρεβάτι του ασθενούς

-Στραώθηκε το κρεβάτι του

-Είναι περιποιημένο το κρεβάτι του

Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής αναφέρεται στην 1η ημέρα νοσηλείας του καθώς και η χορήγηση υγρών παρεντερικά

2) Έλεγχος ζωτικών σημείων	Για τον έλεγχο της κατάστασης του αρ-ρώστων	-Να παρθούν οι σφύξεις, η πίεση και η θερμοκρασία του ασθενούς	-Πάρθηκαν οι σφύξεις και ήταν 76/MIN, η πίεσή του 140/80 MMHG και η θερμοκρασία του 37°C	-Τα ζωτικά σημεία του είναι φυσιολογικά
----------------------------	---	--	--	---

Ο νοσηκός έκανε την αποτρέχωση του εγχειρητικού πεδίου του ασθενούς, τον βοήθησε να κάνει μπάνιο και έκανε επίσης την αντισηψία (του εγχειρητικού πεδίου)

3) ΗΚΓ	Για τον έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας	-Να γίνει ΗΚΓράφημα στον ασθενή	Έγινε ΗΚΓ και εδόθηκε στους γιατρούς για να το ελέγξουν	-Το ΗΚΓ φαινόταν φυσιολογικό
--------	--	---------------------------------	---	------------------------------

3η ημέρα νοσηλείας-Ημέρα χειρουργείου

1) Διδασκαλία του ασθενούς	Για να αποβάλλει γρηγορώτερα τη νάρκωση και να αποφύγει τον κίνδυνο θρομβοφλεβίτιδας	-Να γίνει διδασκαλία στον άρρωστο σχετικά με τις ασκήσεις που πρέπει να κάνει μετά το χειρουργείο	Έγινε η διδασκαλία. Του συστήθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές και να κουνάει σιγά-σιγά τα πόδια του	-Ο ασθενής δήλωσε ότι κατάλαβε τι έπρεπε να κάνει
----------------------------	--	---	--	---

Ο νοσηκός έντυσε τον ασθενή με ποδονάρια και πουκάμισα ενώ πριν πήγε στην τουαλέτα να ουρήσει

2) Προνάρκωση	Για την ελάττωση των ενφύσεων και την πρόκληση υπνηλίας	-Να γίνει η προνάρκωση στον ασθενή	-Η προνάρκωση έγινε μισή ώρα πριν την εγχείρηση IM.Επειδή ο ασθενής ζύγιζε 51 KGR,στη σύριγγα τοποθετήθηκε 1 CC πε-θιδίνης και ½ AMP ATRAPINE	-Ο ασθενής είναι έτοιμος να οδηγηθεί στο χειρουργείο
---------------	---	------------------------------------	---	--

- 3) Προετοιμασία: -Να είναι έτοιμα ο θάλαμος και το κρεβάτι -Να στραθεί το κρεβάτι κατάλληλα
 οθα κλύνης θάλαμος και το κρεβάτι -Να ετοιμαστεί το κομοδίνο του ασθενή
 και θαλάμου βάτι για να δεχτεί -Να ετοιμαστεί ο θάλαμος του ασθενή
 θούν τον άρρωστο
- 4) Επιστροφή -Να μην πάθει ο ασθενής να μην κρυώσει
 του ασθενούς σθενής μετεχει-σει -Προφύλαξη του ασθενούς να μην κρυώσει
 από το χει-ρητική πνευμονία -Να τοποθετηθεί στο κρεβάτι του και
 ρουργείο και και να μην πάθει να σκεπαστεί καλά
 τοποθέτησή εισρόφηση από
 του στο κρε-τους εμέτους
 βάτι
- 5) Παρακολούθη-Για τυχόν εμφάνι- -Να παύρονται τα ζωτικά σημεία του
 ση του ασθενούς ση κάποιας επι- ασθενούς κάθε 10'.
 τλωνής -Να ελέγχεται η παροχέτευση για τη
 πτυλομή παρουσία κάποιας ε-
 πυλωμής
- Στράφηκε χειρουργικό το κρεβάτι -Ο θάλαμος και το κρε-
 βάτι του ασθενή, τοποθετήθη-βάτι είναι έτοιμα να
 καν όλα τα σχετικά που αναφέ-υποδεχτούν τον χει-
 ρονται στη νοσηλ. φροντίδα ρουρηγμένους ασθενή
 -Στο κομοδίνο τοποθετήθηκε πε-
 τσέτα, νεφροειδές, ποτήρι με
 κρύο νερό, PORT COTTON, μάσκα
 με χαρτοβάμβακα και τούλιπα
 βάμβακος
 -Ο θάλαμος σφουγγαρίστηκε έγινε
 υγρό ξεσκόνισμα, κλείσανε τα
 παντζούρια και έμεινε ένα πα-
 ράθυρο ανοιχτό
 -Προφυλάχθηκε ο ασθενής από τα -Ο ασθενής δεν κρύωσε
 ρεύματα κατά τη μεταφορά του ούτε έκανε εισρόφηση
 στο κρεβάτι
 -Τοποθετήθηκε στο κρεβάτι σε
 ύπτια θέση με το κεφάλι πλάγια
 -Σκεπώστηκε καλά για να προ-
 φυλαχθεί από τα ρεύματα
- Πάρθηκαν οι σφύξεις του ασθενή -Ο ασθενής μέχρι στιγμ-
 νούς και είναι 70/MIN. Η πίεσή μής δεν φαίνεται να
 του 110/60 MMHG και η θερμο- παρουσιάζει κάποια ε-
 κρασία 38°C πυλωμής

τηθεί ο συλλέκτης στο ύψος της κοιλιάς - Ελέγχονται κάθε 10' -
Ελέγχεται συνεχώς η παροχέτευση
-Να γίνει υπενθύμιση των ασκήσεων και τοποθετήθηκε ο συλλέκτης στο ύψος της κοιλιάς
- Έγινε υπενθύμιση στον ασθενή των ασκήσεων που πρέπει να κάνει για να αποβληθεί εντελώς η νάρκωση

4η ημέρα νοσηλείας - 1η μετεγχειρητική

Πληροφορήθηκα από το φύλλο νοσηλείας ότι την προηγούμενη μέρα ο άρρωστος έκανε 2 παυσίπονες ROMIDON, μία το μεσημέρι και μία το βράδυ

Η παρακολούθηση του ασθενούς, η χορήγηση υγρών παρεντερικώς και η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής αναφέρθηκαν παραπάνω

1.) Πόνος Να απαλλαγεί ο άρρωστος από τον πόνο -Να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση -Τοποθετήθηκε στην κατάλληλη θέση -Λίγη ώρα μετά την ρωτός από τον πόνο -Να παίρνει βαθιές αναπνοές -Να του γίνει πασιύπνουθ -Έπαιρνε βαθιές αναπνοές αλλά λωσε ότι ανακουφίστηκε πάλι ο πόνος επέμενε στην από του πόνο
- Έγινε 1 AMP ROMIDON IM

5η ημέρα νοσηλείας - 2η μετεγχειρητική

Η πρωινή περιποίηση του ασθενούς, όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα περιλάμβανε: στρώσιμο, βοήθεια να ουρήσει, περιποίηση της στοματικής κοιλότητας κ.λ.π.

1.) Έλεγχος -Για τη σωστή λειτουργία τους -Γίνεται σωστή λειτουργία του σωλήνα παροχέτευσης -Να μετρηθεί και να καταγραφεί η χολή -Μετρήθηκε η χολή και τα γαστρικά του ασθενούς -Να μετρηθεί και να καταγραφεί η χολή στυρικά υγρά και καταγράφηκαν KCHR και του LEVIN

και τα γαστρικά υγρά

στο φύλλο μέτρησης αποβαλλόμε-
νων και προσλαμβανόμενων υγρών
-Αλλάχθηκαν οι συλλέκτες

8η ημέρα νοσηλείας - 5η μετεγχειρητική

Πληροφορήθηκα από το φύλλο νοσηλείας ότι την 7η ημέρα νοσηλείας (κυριακή) βγήκε το LEVIN και επειδή ο ασθενής έκανε εμετό και είχε συνεχώς ναυτία ξανατοποθετήθηκε. Για τη ναυτία έπαιρνε PRIMPERAN 1 AMP και 2 ANTAC 1 AMP X 2 I.V.
Την 10η ημέρα νοσηλείας όπως και την 11η δεν είχε πρόβλημα διούρησης, και γι' αυτό τοποθετήθηκε 1 AMP LASIX στον ορό, για 2 ορούς.

Οι υπόλοιπες ημέρες μέχρι τις 9.7.1990 (που μεταφέρθηκε στη Θεσσαλονίκη), καλύψανε ίδιες, επαναλαμβάνοντας την ίδια νοση-
λευτική φροντίδα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Όπως αναφέρθηκε και στον πρόλογο, η σημασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πολύ μεγάλη και συνεπώς πρέπει να εφαρμόζεται σ'όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας.

Σίγουρα για να γίνει αυτό πρέπει να υπάρξουν ορισμένες προϋποθέσεις, όπως για παράδειγμα η κάθε νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπό την επίβλεψή της 4-5 άτομα και όχι όλο το τμήμα όπως γίνεται σήμερα,

Με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας εξυψώνεται αρκετά το επίπεδο της νοσηλευτικής.

Πέρα όμως από τη νοσηλευτική διεργασία, θα πρέπει να τονιστεί ότι η νοσηλεύτρια θα πρέπει να συμβάλλει μαζί με τους άλλους κλάδους της υγείας στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, ώστε, να μειωθεί το ποσοστό των ασθενών που πασχουν από παθήσεις των χοληφόρων γενικά, και που είναι πολύ συχνές στην εποχή μας. Ο κάθε ειδικός (γιατρός, νοσηλεύτρια) έχει να προσφέρει εξ ίσου σπουδαίες και απαραίτητες πληροφορίες στον άρρωστο και όλοι αποτελούν μια ομάδα που συνεργάζονται για κοινό στόχο: να βοηθήσουν τον άρρωστο. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ύπαρξη ενός σωστού διαιτολογίου στη διατροφή των ανθρώπων, επειδή αυτή (η διατροφή) παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ορισμένων παθήσεων.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αποστολάκη Γ. "Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου"
Τόμος 2ος, Τεύχος Α', Κοιλιά-Πύελος, Εκδόσεις: Βίκτωρ Α.
Παπαζήση, Αθήναι.
- BEER - ΠΟΙΤΕΒΙΝ Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια
Εκδοτικός Οργανισμός "Χρυσός Τύπος" ΕΠΕ, Τόμος ΙΙ, σελ.
225 - 227.
- CECIL "Παθολογία", Τόμος Α'
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
- KISS - STENTAGOTHAΙ "Άτλας ανατομίας του ανθρώπου"
Τόμος ΙΙ, Έκδοσις 86η, Εκδόσεις: Ματράγκα, Βουδαπέστη
1986.
- Μουλόπουλου "Θεραπευτική εσωτερικών νόσων"
Γ' Έκδοσις, Επιστημονικά Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθή-
να-1988.
- Μαλγαρινού - Κωνσταντινίδου "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική
Χειρουργική" Τόμος Α', Έκδοσις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1985.
- Παπαδημητρίου Γ. "Όξείες παθήσεις της κοιλιάς"
Επιστημονικές εκδόσεις: Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982.
- REED ALAN - BARRITT - R. LAUGHTON HEVER "Σύγχρονη παθολογία"
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1984.
- Ρήγας Αναστάσιος "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος"
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983.
- Σαχίνη - Καρδάση Άννα - Πάνου Μαρία "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος 2ος,
Μέρος Β', Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.
- Τριανταφύλλου Χ. "Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας" Δ' Έκ-
δοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.

- Τούντα Κ. "Επίτομος Χειρουργική", Τεύχος Τρίτο,
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- Φωτόπουλου Αλέξη "Παθήσεις των χοληφόρων"
Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1984.
- HARRISSON "Εσωτερική Παθολογία"
Έκτη Έκδοσις, Τόμος Γ', Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ.
Παρισιάνος, Αθήνα 1985.

