

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: Προβλήματα ασθενούς με χολολιθίαση

και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΧΗΡΑ ΕΙΡΗΝΗ

ΥΠΕΥΘΟΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ	328 θ'
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	VII
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</b>	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....	3
α. Μεγάλοι χοληφόροι πόροι .....	5
ΝΕΥΡΩΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ .....	6
ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ .....	7
ΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ .....	7
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ, ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ, ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥ- ΣΤΗΣ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ .....	8
Σύνθεση ανθρώπινης χολής ηπατικού πόρου .....	10
ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΨΗ .....	11
Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ .....	12
Σύγκριση ανθρώπινης χολής - ηπατικού πόρου και χοληδόχου κύστης .....	12
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ .....	13
Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	15
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ .....	16
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ .....	17
ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΓΡΑΦΙΑ .....	17
Διαδερμική Χολαγγειογραφία .....	21
Διεγχειρητική και μετεγχειρητική χολαγγειογραφία (KHER) .	21
Παλίνδρομος ενδοσκοπική χολαγγειογραφία .....	21
Υπερηχογράφημα .....	21
Αξονική υπολογιστική τομογραφία .....	22

	Σελ.
Χημική μικροβιακή εξέταση χολής.....	22
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	22
ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ .....	22
ΧΡΟΝΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ .....	24
ΕΙΛΕΟΣ ΑΠΟ ΧΟΛΟΛΙΘΟΥΣ .....	25
ΕΜΠΥΗΜΑ - ΑΠΟΣΤΗΜΑ .....	26
ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	26
Συντηρητική θεραπεία .....	26
Διάφοροι μέθοδοι θεραπείας .....	27
Λιθοτριψία .....	28
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	30
Χειρουργική θεραπεία χολολιθίασης .....	31
ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ .....	32
Επιπλοκές χολοκυστεκτομής .....	32

#### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο .....	38
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ .....	40
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ .....	42

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ .....	46
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ .....	48
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ .....	50
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

α. Ιστορικό ασθενούς με χολολιθίαση .....	54
β. Περίπτωση ασθενή με χολολιθίαση .....	56
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ .....	59
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	65

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για τους καθηγητές της σχολής Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
και τους γονείς μου που με βοήθησαν να γνωρίσω και να αγαπήσω  
τον συνάνθρωπο.

Ο άρρωστος με λιθίαση στα χοληφόρα έχει μια χειροβομβίδα έτοιμη να σκάσει.



Χοληδόχος κύστη με

χειροβομβίδα!!!

Αυτό δεν αποτελεί

βέβαια κλινική πραγματικότητα

αλλά υπερβολή.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε αυτή την εργασία, μου δίνεται η δυνατότητα να αναφερθώ στην πιο συχνή χειρουργική πάθηση η οποία προβληματίζει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού ως προς την αντιμετώπιση του, είναι η χολολιθίαση.

Μια ασθένεια η οποία βρίσκει ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε διαρκή κίνηση και δραστηριότητα στην προσπάθεια για την επίλυση των αντιδράσεων που προκαλεί στον άρρωστο.

Η ιατρική με κάθε μέσο που έχει στα χέρια της προσπαθεί για την μείωση της εμφάνισης των επιπλοκών της. Όλες οι ενέργειες που χρειάζονται να γίνουν για την αντιμετώπιση της ασθένειας βρίσκουν κάποια θέση σε αυτήν την πτυχιακή εργασία η οποία θα χωριστεί στο Γενικό και Ειδικό μέρος.

Στο Γενικό μέρος θα αναφέρονται όλα τα ιατρικά στοιχεία της ασθένειας και στο Ειδικό οι παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού από την εμφάνιση ως την αποδρομή της.

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η γνώση του θέματος ως προς την αντιμετώπισή του και να κατανοήσει κάθε μέλος της υγειονομικής ομάδας ότι πρέχει η προάσπιση και προαγωγή της υγείας.

## Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

#### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η χολολιθίαση ήταν άγνωστη την περίοδο του Ιπποκράτη και του Γαληνού μια και κανένα συγγραμα δεν αναφέρει τίποτα γι' αυτό. Η πρώτη αναφορά γίνεται τον 14ο αιώνα από τον Foligno καθηγητή στο Πανεπιστήμιο του Πάδουας και βρέθηκε σε νεκροτομικό υλικό.

Η ύπαρξη χολόλιθων ήταν γνωστή από τον 6ο μ.Χ. αιώνα με την ανεύρεση χολόλιθων σε βοοειδή από τον Αλέξανδρο Τραυλιανό.

Τρεις αιώνες αργότερα Πέρσης γιατρός περιγράφει χολόλιθους σε βοοειδή και αναφέρει "σκληρή σαν λίθος ουσία που βρίσκεται στην χολή ζώων, συνιστάται θεραπευτικώς στην επιληψία και στην βελτίωση της οπτικής οξύτητας. Ο Ανδρέας Vesalius το 1543 υπήρξε ο πρώτος που αναγνωρίζει και περιγράφει την χολολιθίαση σαν νόσο. Η μελέτη της χολολιθίασης αρχίζει από τον 18ο αιώνα με πρώτους τους Hoffman 1733, Haier 1753.

Τον 19ο αιώνα διατυπώνεται η θεωρία περί φλεγμονώδους αιτιολογίας και η ύπαρξη φλεγμονής στην χοληδόχο κύστη ευνοεί τον σχηματισμό των λίθων. Τον τελευταίο αιώνα 1906 μετά από αρχαιολογικές μελέτες που έγιναν στις Αιγυπτιακές μούμιες, βρέθηκαν χολόλιθοι σε μια από αυτές και έγινε γνωστό ότι οι άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση τουλάχιστον 3000 χρόνια.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι πρόκειται για νόσο αρκετά συχνή με σημαντικές όμως διαφορές κατά γεωγραφικές περιοχές. Γενικά πιστεύεται ότι το 10% των κατοίκων της γης πάσχουν από χολολιθία-

ση δηλ. 300.000.000 άνθρωποι.

Σε παρατηρήσεις που έγιναν από τους Canoli Najauan το 1967 βεβαιώνεται ότι σε 40.000 νεαροτομές η χολολιθίαση ανευρίσκεται σε αναλογία 9-11%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό χολολιθίασης παρουσιάζουν οι Ινδιάνοι της Αμερικής και του Μεξικού καθώς και οι Εσκιμώοι (70%) ενώ η νόσος είναι άγνωστη στους Μασάϊ, μια νομαδική φυλή της Ανατολικής Αμερικής 0%. Ενδιάμεσα ποσοστά παρουσιάζουν οι κάτοικοι της Χιλής 36%, Σουηδοί 25%, Ιάπωνες 5%, Άγγλοι 5,57%. Το ποσοστό στην Ελλάδα αν και δεν πραγματοποιήθηκε ολοκληρωμένη μελέτη υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι προσεγγίζει το ποσοστό 10%.

Σύμφωνα με μελέτες το ποσοστό της χολολιθίασης σε σχέση με το χρόνο έχουμε:

1925 - 1929	ποσοστό χολολιθίασης	2,2%
1940	" "	3,9%
1950	" "	5,8%
1960	" "	7,9%
1970	" "	10,0%

Ένα 20% του πληθυσμού θα παρουσιάσει χολολιθίαση χοληφόρων σε ηλικία > 40 χρόνων.

20% > 40 ετών έχουν συμπτώματα χολολιθίασης. Στις U.S.A. 15 εκατομμύρια έχουν χολολιθίαση, 300.000 χολοκυστεκτομές το χρόνο, 6.000 θανάτους από επιπλοκές ή θεραπεία.

Το 20% των γυναικών μεταξύ 60-65 χρόνων έχουν χειρουργηθεί  
5% των ανδρών από χολολιθίαση.  
10-15% > 60 χρόνων

Στη Χειρουργική Κλινική Πατρών σε 2.000 επεμβάσεις, οι

επεμβάσεις στα χοληφόρα ήταν 14%.

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η χοληδόχος κύστη έχει σχήμα αχλαδιού, είναι λεπτός σάκος, μήκος 8-12 εκ., πλάτους 4-5 εκ., χωρητικότητας 30-50CM<sup>3</sup> (ή 30-20ML). Βρίσκεται στον κυστικό βόθρο του ήπατος στην σπλαχνική του επιφάνεια, στο πρόσθιο μέρος της δεξιάς οβελιαίας σχισμής. Με το ήπαρ συνδέεται με συνδετικό ιστό. Συνδέεται με τον κοινό ηπατικό πόρο μέσω του κυστικού πύρου.

Στην κύστη διακρίνουμε πυθμένα, σώμα, αυχένα.

Ο πυθμένας, τυφλό άκρο, κατευθύνεται προς τα εμπρός και κάτω και προέχει από το χείλος του ήπατος (ότνα είναι γεμάτη η χοληδόχος κύστη, προβάλλει κατά 1-1,5CM και ακουμπάει κατευθείαν στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα). Περιβάλλεται απ' όλες τις πλευρές από περιτόναιο.

Το σώμα συμφύεται σε μεγαλύτερη ή μικρότερη έκταση με την σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος, μέσα στον κυστικό βόθρο. Η ελεύθερη επιφάνεια του σώματος καλύπτεται από το περιτόναιο και ακουμπάει στη δεξιά κολική καμπή. Το σώμα στενεύει προς τον αυχένα της κύστης, που κατευθύνεται ο αυχέννας προς τα πάνω και πίσω, προς την πύλη του ήπατος. Χωρίς σαφές όριο μεταβαίνει τοξοειδώς προς τον κυστικό πόρο. Ο αυλός του αυχένα της κύστης και του γειτονικού τμήματος του κυστικού πόρου διαιρείται ατελών και εμφανίζει σπειροειδής πτυχές του βλενογόνου που αποτελούν την ελικοειδή βαλβίδα του Heisten.

Το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης έχει πάχος 1-2CM. Αποτελείται από βλεννογόνο και μια λεπτή μυϊκή στοιβάδα. Η επιφάνεια του βλεννογόνου μεγαλώνει από πτυχές, που διαπλέκονται δικτυω-

τά και μεταξύ τους βρίσκονται εμβανθύνσεις και πολυγωνικές περιοχές, που σε ιστολογική τομή φαίνονται συχνά σαν "γέφυρες βλεννογόνου". Το μονόστιβο, πρισματικό, ψηλό επιθήλιο παράγει βλέννα. Περιέχει απορροφητικά κύτταρα με μικρολάγχνες και κύτταρα με εκκριτικά κοκία.

Στον αυχένα της κύστης απαντώνται οι πρώτοι βλεννογόνοι αδένες. Επίσης υπάρχουν λαγηνοειδή κύτταρα, που παράγουν βλέννα και των οποίων ο αριθμός αυξάνει σε χρόνιες φλεγμονές π.χ. χολολιθιάσεις. Η λεπτή μυϊκή στοιβάδα της χοληδόχου κύστης είναι τροποποιημένη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα. Αποτελείται από δικτυωτά τοποθετημένες μυϊκές σπείρες καθώς και από κυκλικές δεσμίδες λείων μυϊκών ινών που περιβάλλουν τον πυθμένα. Ο αυλός του αυχένα της χοληδόχου κύστεως και του γειτονικού τμήματος κυστικού πόρου διαιρείται ατελώς από ελικοειδείς πτυχές. Ο πόρος του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως προσαρμόζεται στο βαθμό πληρώσεως της. Όταν αυξάνεται απότομα η ενδοκοιλιακή πίεση π.χ. βήχας, οι πτυχές της ελικοειδούς βαλβίδας έρχονται η μια επάνω στην άλλη και εμποδίζουν την κένωση της χοληδόχου κύστεως. Όταν ειςχωρήσει όξινο γαστρικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο πράγεται από το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου η ορμόνη χολοκυστοκινίνη που προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστεως. Έτσι η χολή προωθείται από το ήδη ανοικτό στόμιο του χοληδόχου πόρου προς το δωδεκαδάκτυλο.

Η χολή μέσω των μεγάλων χοληφόρων πόρων φτάνει από το ήπαρ στο δωδεκαδάκτυλο. Με τους χοληφόρους πόρους συνάπτεται σαν προσάρτημα για αποθήκευση η χοληδόχος κύστη. Όταν δεν γίνεται πέψη, η εκβολή προς το δωδεκαδάκτυλο είναι κλειστή.

α. Μεγάλοι χοληφόροι πόροι

Ο μεγαλύτεροι χοληφόροι πόροι έχουν την διάμετρο περίπου ενός μολυβιού και κεντρικά μεν από την έκχυση του κυστικού πόρου, που οδηγεί στη χοληδόχο κύστη, λέγονται κοινώς ηπατικός πόρος, περιφερειακά δε χοληδόχος πόρος.

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

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

Σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων τα άκρα των δύο πόρων ενώνονται με κοινή διευρυσμένη εκβολή την ηπατοπαγκρεατική λήκυνθο. Σύμφωνα με ακτινολογικές παρατηρήσεις σε ζωνταντούς οργανισμούς ο χοληδόχος πόρος και ο παγκρεατικός πόρος εκβάλλονται στον δωδεκαδάκτυλο στις περισσότερες περιπτώσεις χωριστά.

Ο βλεννογόνος των μεγάλων χοληφόρων οδών αποτελείται από μια στοιβάδα ψηλών πρισματικών, επιθηλιακών κυττάρων και παχύ χόριο από δεσμίδες κολλαγόνων ινών, που είναι πλούσιες σε ελα-

στικά δύκτια, περιέχει όμως μόνο με μονωμένες δεσμίδες λείου μυϊκού ιστού. Στο βλεννογόνο βρίσκονται πολυάριθμοι βλεννογόνοι αδένες. Μόνο σε μήκος 5 cc, περίπου, στην εκβολή του χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο υπάρχει μια κλειστή, σπειροειδής και κυλοτερής στοιβάδα με την μορφή του σφιγκτήρα μυός του χοληδόχου πόρου. Επίσης, και η εκβολή του παγκρεατικού πόρου περιβάλλεται από κυλοτερείς μυϊκές δεσμίδες. Αν υπάρχει ανεπτυγμένη ηπατοπαγκρεατική λήκυθος, οι κυλλοτερείς μυϊκές δεσμίδες σχηματίζουν στην εκβολή της ένα σφιγκτήρα μη της ηπατοπαγκρεατικής λήκυθου. Όταν γίνεται η πέψη ο σφιγκτήρας του χοληδόχου πόρου είναι συνεσπασμένος, η ροή της χολής σταματάει και έτσι αυτή φτάνει μέσω του κυστικού πόρου στη χοληδόχο κύστη. Λίγο μετά την πέψη τροφής, ανοίγει η εκβολή του χοληδόχου πόρου. Οι σφιγκτήρες και οι πτυχές του βλεννογόνου της περιοχής της εκβολής εμποδίζουν κατά κανόνα, την είσοδο εντερικών περιεχομένου στους εκφορτικούς πόρους και χολής στον παγκρεατικό πόρο.

#### ΝΕΥΡΩΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Τα νεύρα έρχονται στην κύστη με το ηπατικό πλέγμα, που είναι προέκταση του κοιλιακού πλέγματος, από την ιδίως ηπατική αρτηρία. Το πνευμονογαστρικό νεύρο είναι μικτό (αισθητικές, κινητικές και κυρίως παρασυμπαθητικές ίνες). Ο αισθητικός του πυρήνας είναι το σφιγκτικό και το οζώδες γάγγλιο. Οι κεντρικές ίνες των κυττάρων των γαγγλιων έρχονται σ' ένα πυρήνα στον προμήκη και καταλήγουν στη φαιά πτέρυγα. Ο κινητικός πυρήνας (μικρός πυρήνας) βρίσκεται στον προμήκη. Από τον ραχιαίο πυρήνα εκφύονται παρασυμπαθητικές ίνες.

### ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Η κυστική αρτηρία είναι κλάδος του δεξιού κλάδου της ηπατικής αρτηρίας και διαιρείται σε πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο για το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως. Η κυστική φλέβα εκβάλλει κατευθείαν στο δεξιό κλάδο της πυλαίας φλέβας. Τα λεμφαγγεία φέρονται στους ηπατικούς λεμφαδένες κοντά στην πύλη του ήπατος.

### ΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ

Η χολή αποτελείται από 97% H<sub>2</sub>O και μόνο κατά 3% από διαλυμένα στερεά συστατικά που ανήκουν σε 3 ομάδες λιπιδίων.

1. Χολικά άλατα.
2. Φωσφολιπίδια.
3. Χοληστερίνη.

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

Τα χολικά άλατα επαναροφώνται ενεργητικά, σε αναλογία 80% στο τελικό τμήμα ειλεού. Τα υπόλοιπα 20% διασπώνται από βακτηρίδια του ειλεού και του παχέως εντέρου σε χολικά οξέα και ταυρίνη ή γλυκίνη. Η λεκιθίνη που αποτελεί πάνω από 90% του συνόλου φωσφολιπιδίων της χολής, συντίθεται και αυτή κυρίως στο ήπαρ. Στο έντερο μετατρέπεται σε λυσολεκιθίνη και αφού επαναροφηθεί εισέρχεται στα λεμφαγγεία με την μορφή χυλομικρών. Μικρότατο ποσοστό λεκιθίνης ακολουθεί την εντεροηπατική κυκλοφορία. Η χοληστερίνη συντίθεται στο ήπαρ και στο έντερο. Οι κύριοι τρόποι με τους οποίους απομακρύνεται η χοληστερίνη του σώματος είναι:



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

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ, ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ, ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ.

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ.

Η χολή συνίσταται από οργανικά και ανόργανα συστατικά. Τα ανόργανα συστατικά της είναι τα ίδια με του πλάσματος, νάτριο, χλώριο, διττανθρακική ρίζα. Η διαφορά με το πλάσμα είναι ότι η χολή περιέχει περισσότερο διττανθρακικό νάτριο και λιγότερο χλώριο. Το διάλυμα αυτό των ηλεκτρολυτών είναι αλκαλικό.

Τα οργανικά συστατικά της χολής είναι: α) χολεριθρίνη, β) χολοπρασίνη, γ) ουροχολινογόνο. Αυτά αποτελούν την πρώτη ομάδα οργανικών συστατικών της χολής, τις χολοχρωστικές. Η χολοπρασίνη βρίσκεται μόνο στη χολή της κύστης και προέρχεται από την οξείδωση της χολεριθρίνης. Οι τρεις χολοχρωστικές προέρχονται από τον μεταβολισμό της ατμοσφαιρίνης. Είναι δυνατό να θεωρηθούν ως προϊόντα απέκρισης που δεν επιτελούν κάποια φυσιολογική λειτουργία. Τα γλυκουρονίδια των χολοχρωστικών, η χολεριθρίνη και η χολοπρασίνη, είναι υπεύθυνα για το χρυσοκίτρινο χρώμα της χολής. Αύξησή τους μέσα στο αίμα προκαλεί ίκτερο.

Η χοληστερίνη. Αυτή είτε προσλαμβάνεται διά της τροφής είτε συντίθεται εντός των ηπατικών κυττάρων, από τα προϊόντα των μεμβρανών των καταστρεφόμενων ερυθροκυττάρων. Βρίσκεται μέσα στη χολή ως ελεύθερη χοληστερίνη. Μέρος της αποβάλλεται διά των κοπράνων ως κοπροστερίνη ενώ το υπόλοιπο απομυζάται επανερχόμενο προς το ήπαρ. (Εντεροηπατική κυκλοφορία).

Τα χολικά άλατα. Αποτελούν το λειτουργικό στοιχείο της χολής, όσον αφορά την πεπτική της λειτουργία. Τα χολικά άλατα είναι στεροειδή μόρια που σχηματίζονται από χοληστερίνη μέσα στα ηπατικά κύτταρα. Από εκεί εκκρίνονται ενεργά, όπως και από το κυλινδρικό επιθήλιο των πόρων. Σχηματίζονται δύο είδη χολικών αλάτων. Το χολικό και το χηνοδεοξυχολικό, που ενώνονται με γλυκίνη και ταυρίνη. (παράγωγο της κυστίνης). Η ένωση αυτή έχει αποτέλεσμα την αύξηση της διαλυτότητας στο νερό. Ιόντα  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{HCO}_3^-$ , προστίθενται στα χολικά άλατα με ενεργό μηχανισμό μεταφοράς από το επιθήλιο των πόρων, ενώ ιόντα  $\text{K}^+$  και  $\text{H}_2\text{O}$  μεταφέρονται με παθητικό τρόπο. Η συμπύκνωση των χολικών αλάτων μέσα στην κύστη γίνεται με ρυθμό 20%/h. Έτσι έχουμε μια βαθμιαία ελάττωση του όγκου τους και αύξηση της συγκέντρωσης ιόντων. Στο ποσό όμως αυτό προστίθεται και η διαρκώς παραγόμενη χολή. Τα χολικά και χηνοδεοξυχολικά χολικά άλατα εισερχόμενα στο έντερο διασπώνται μερικώς από την εντερική χλωρίδα, σχηματίζοντας το δεοξυχολικό και λυθοχολικό χολικά άλατα, που δεν συμμετέχουν στον εντεροηπατικό κύκλο, και αποβάλλονται με τα κόπρανα. Η τελική σύσταση της χολής σε χολικά άλατα είναι 40% χολικό, 40% χηνοδεοξυχολικό, 20% δεοξυχολικό. Ορισμένες σημαντικές δράσεις των χολικών αλάτων συνδυάζονται με τα λιπίδια για να σχηματίσουν μυκήλια, υδατοδιαλυτά σύμπλοκα από τα οποία μπορούν να απορροφηθούν ευκολότερα τα λιπίδια. Αυτή η δράση ονομάζεται υδροτροπική αντίδραση. Μειώνουν την επιφανειακή τάση και σε συνδυασμό με τα φσφολιπίδια και τα μονογλυκερίδια είναι υπεύθυνα για τη γαλακτωματοποίηση\* του λίπους.

\*Γαλακτωματοποίηση= κατάτμηση σε μικρότατα λιποσταγονίδια. Έτσι αυξάνει σημαντικά η επιφάνειά τους και μπορεί να επιδράσει το ένζυμο, παγκρεατική λιπάση και να διασπάσει το λίπος.

Αυτό γίνεται ως εξής: 8-10 μόρια γλυκού άλατος συνδέουν τον υδρόφοβο πόλο τους με μόριο λίπους και τον υδρόφιλο πόλο τους με μόρια H<sub>2</sub>O. Έτσι διευκολύνεται η απορρόφηση των λιπών από τον εντερικό αυτό του λεπτού εντέρου. Τα χολικά άλατα απορροφούνται με ενεργητικό μηχανισμό στα τελευταία 200cm του ειλεού σε ποσοστό 90-95%. Στο παχύ έντερο η απορρόφησή τους είναι μικρότερη και αφορά κυρίως το δεοξυχολικό άλας. Ο φυσιολογικός ρυθμός σύνθεσης χολικού άλατος είναι 0,2-0,4g/ημέρα. Η ολική δεξαμενή χολικών αλάτων, που είναι περίπου 3,5gr ανακυκλώνεται επανειλημμένα μέσω της εντεροηπατικής κυκλοφορίας. Ανακυκλώνεται δύο φορές σε κάθε γεύμα και 6-8 φορές την ημέρα. Όταν η χολή αποκλεισθή από το έντερο, μέχρι 25% του λαμβανομένου με την τροφή λίπους εμφανίζεται στα κόπρανα. Υπάρχει επίσης σοβαρή δυσσπορόφηση λιποδιαλυτών βιταμινών. Τα χολικά συνδέονται επίσης με τη βιταμίνη D και με ατερινοειδείς ορμόνες.

Η λεκιθίνη, το ουδέτερο λίπος και το λεύκωμα. Μέσα στη χολή παρατηρούνται σε μικρά ποσά: Λεκιθίνη (1,5gr/lt), ουδέτερο λίπος (3gr/lt), λεύκωμα (3-4gr/lt). Η λεκιθίνη μεταφέρεται με τον εντεροηπατικό κύκλο. Είναι φωσφολιποειδές και ο ρόλος της είναι να αυξάνει την ικανότητα των χολικών αλάτων να συνδέονται με τη χοληστερόλη (χοληστερίνη).

Η βλέννα, εκκρίνεται από το βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης, πάχους 2mm, προφύλασσει το τοίχωμα της κύστης από οξέα κ.λ.π.

Σύνθεση ανθρώπινης χολής ηπατικού πόρου.

Νερό 97,0%

Χολικά 0,7%

Χολοχρωστικές 0,2%

Χοληστερόλη 0,06%

Ανόργανα άλατα 0,7%

Λιπαρά οξέα 0,15%

Λευκίνη 0,1%

Λίπος 0,1%

Αλκαλική Φωσφοτάση

Ποσό χολής: Παράγοντας >500cm<sup>3</sup>/24h

Ph: 7-7,4

Χοληρυθρίνη: Ημερήσια παραγωγή 250-300gm. Μέσα στο ΔΕΣ η απελευθερωμένη από την αιμοσφαιρίνη αίμη, μετατρέπεται σε χοληπρασίνη, που με τη σειρά της μετατρέπεται σε έμμεση χοληρυθρίνη (συνδέεται με λευκωματίνη στο πλάσμα). Στα ηπατικά κύτταρα η χοληρυθρίνη αποδεσμεύεται από τη λευκωματίνη και συνδέεται με γλυκουρονικό οξύ. Έτσι σχηματίζει την άμεση χοληρυθρίνη (διγλυκουρονική χοληρυθρίνη). Η τελευταία αυτή αντίδραση καταλύεται από το ένζυμο γλυκουρονική τρανσφεράση. Η άμεση χοληρυθρίνη μεταφέρεται ενεργά μέσα στα ηπατικά χοληφόρα με διαφορετικό μηχανισμό από τα χολικά άλατα. Με την είσοδό της στο έντερο διασπάται από τα βακτηρίδια σε ουροχολινογόνο, που με τη σειρά του οξειδώνεται σε ουροχολίνη και κοπροχολίνη. Το ποσό της κοπροχολίνης που αποβάλλεται κάθε μέρα είναι 200mg. Περίπου 1% του εντερικού ποσού ουροχολίνης επιστρέφει στο ήπαρ μέσω εντεροηπατικού κύκλου και αποβάλλεται με τα ούρα.

#### ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΨΗ

Η χολή αν και δεν περιέχει ένζυμα εν τούτοις έχει μεγάλη σημασία για την πέψη. Είναι απαραίτητη για την πέψη του λίπους και την απορρόφησή του καθώς και των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε, Κ. Οι λειτουργίες αυτές της χολής οφείλονται στα περιεχόμενα χολικά

άλατα. Συγκεκριμένα τα χολικά άλατα επιτελούν τις εξείς λειτουργίες. α) Προκαλούν ελάττωση την επιφανειακής τάσης του λίπους που βρίσκεται σε υγρή κατάσταση μέσα στον αυλό του εντέρου, β) είναι απαραίτητα για την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε, Κ, γ) υποβοηθούν στην απορρόφηση προϊόντων πέψης του λίπους (λιπαρά οξέα, μονογλυκερίδια), δ) διεγείρουν τα ηπατικά κύτταρα προς έκκριση χολής, ε) αυξάνουν την κινητικότητα του εντέρου.

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Ο ρόλος της χοληδόχου κύστης είναι να είναι το "ρεζερβουάρ" της χολής στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων και της πέψης, όταν ο σφιγκτήρας του Oddi είναι κλειστός. Το ήπαρ όμως δεν σταματάει να παράγει χολή γι' αυτό τα τοιχώματα της κύστης μπορούν και απορροφούν  $H_2O$ , από τη χολή. Έτσι την συμπυκνώνουν λιγότευοντας τον όγκο της ως το 1/10. Η συμπύκνωση έχει και τρεις κινδύνους της. Θα μπορούσε να διαταραχθεί η σταθερότητα του διαλύματος και οι στερεές ουσίες (χοληστερίνη, χολερυθρίνη, άλατα (ιδίως Ια) να καθιζάνουν. Αυτό υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν συμβαίνει γιατί τα άλατα της χολής εμποδίζουν τα στερεά συστατικά, και ιδίως την χοληστερίνη, να καθιζάνουν. Ο βαθμός της συμπύκνωσης στην κύστη φαίνεται από την αύξηση της συγκέντρωσης στερεών.

#### **Σύγκριση ανθρώπινης χολής - ηπατικού πόρου και χοληδόχου κύστης**

% στερεών	2 - 4	10 - 12
Χολικά άλατα (mmol/L)	10 - 20	50 - 200
pH	7,8 - 8,6	7,0 - 7,4

Η ηπατική χολή είναι 79%  $H_2O$  ενώ η μέση περιεκτικότητα σε  $H_2O$  της χολής της κύστης είναι 89%. Όταν ο χοληφόρος και ο κυ-

στικός πόρος συσφιχτούν, αυξάνεται η πίεση μέσα στους χοληφόρους περίπου 320 mm χολής/ 30 min και διακόπτεται η έκκριση χολής. Αλλά όταν ο χοληφόρος πόρος έχει συσφιγκτεί και ο κυστικός πόρος έχει μείνει ανοιχτός, επαναπορροφάται H<sub>2</sub>O στη χοληδόχο κύστη και η πίεση μέσα στους χοληφόρους αυξάνεται σε περίπου 100 mm χολής/μερικές ώρες. Η οξίνιση της χολής φαίνεται να είναι μια ακόμη λειτουργία της χοληδόχου κύστης.

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Όπως είναι γνωστό, η χολή απεκρίνεται από το ήπαρ και είναι υδατικό διάλυμα στο οποίο βρίσκονται εν διάλυσει διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες. Τα συστατικά της χολής είναι χολικά άλατα 72%, φωσφολιπίδια 24%, χοληστερίνη 4% από τα οποία σχηματίζονται και οι λίθοι.

Βασικά διακρίνουμε 3 τύπους χολόλιθων και συγκεκριμένα έχουμε τους λίθους

- α. από χοληστερίνη
- β. από χολοχρωστικές
- γ. μικτοί

Η διαφορά μεταξύ τους είναι στην περιεκτικότητα σε χοληστερίνη, χολοχρωστικές και ασβέστιο.

Για να αναπτυχθεί ένας λίθος χρειάζεται ένας πυρήνας γύρω από τον οποίο θα συγκεντρωθούν οι κρύσταλλοι της χοληστερόλης. Όταν υπάρχει μεγάλος κορεσμός της χολής σε χοληστερόλη, τότε μπορεί η χοληστερόλη να αποτελέσει τον λιθογόνο πυρήνα, αλλιώς ο πυρήνας δημιουργείται από άλλα συστατικά. Έτσι, στο κέντρο των χολολιθων (πυρήνας) έχει βρεθεί ότι μπει να είναι μόρια χολεριθρίνης, λιπαρών οξέων, ασβέστιο, λευκωμάτων και ξένα σώ-

ματα.. Ο τόπος δημιουργίας των χολόλιθων είναι συνήθως η χοληδόχος κύστη. Στην χολολιθίαση έχουμε αυξημένη έκκριση βλέννης από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης πριν το σχηματισμό χολόλιθων. Η συμμετοχή όμως της χοληδόχου κύστεως στη λιθογένεση δεν είναι μόνο η έκκριση της βλέννης. Η φλεγμονή του τοιχώματος του οργάνου φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για το σχηματισμό των χολόλιθων. Ακόμη, η στάση της χολής που μπορεί μερικές φορές να φέρει ατονία στην κύστη ενδέχεται να συμβάλλει στην πρόκληση φλεγμονής και κατ' επέκταση λιθογένεσης.

Για τους χολόλιθους από χολοχρωστικές ο μηχανισμός δημιουργίας είναι τελείως διαφορετικός. Σε αυτούς τους χολόλιθους το κύριο συστατικό είναι το άλας ασβεστίου και μη συνδεδεμένη χοληρυθρίνη και συνεπώς για το σχηματισμό τους απαιτείται χολή υπερκορεσμένη σε έμμεση χοληρυθρίνη.

Για να γίνει αυτό πρέπει:

- α. Να εκκρίνεται από το ήπαρ προς την χολή μεγάλη ποσότητα έμμεσης χοληρυθρίνης π.χ. αιμολυτικές αναιμίες.
  - β. Να υπάρχει λοίμωξη της χοληδόχου κύστης με μικροοργανισμούς.
- Οι λίθοι από χολοχρωστικές είναι κατά συνέπεια στην πλειοψηφία τους ακτινοσκιεροί λόγω της περιεκτικότητας σε ασβέστιο.

Η σημαντική πρόοδος των τελευταίων χρόνων όσο αφορά τη χολολιθίαση μετά από μελέτες ότι οι λίθοι δημιουργούνται μετά από διαταραχή της σχέσης χολικά άλατα + φωσφολιπίδια προς χοληστερίνη (περισσεια χοληστερίνη).

Η εδραίωση της γνώμης αυτής αποτέλεσε και την αφετηρία των πρόσφατων προσπαθειών για την συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης.

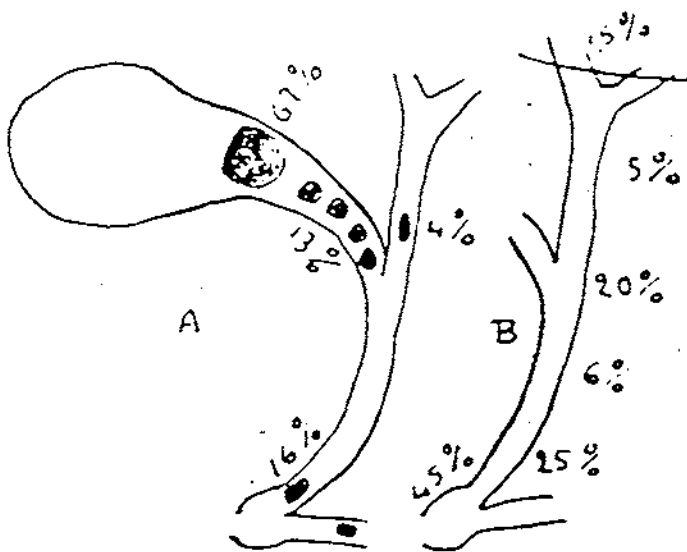
### Προδιαθεσικοί παράγοντες

1. Στους πυρήνες των λίθων που σχηματίζονται υπάρχει κάποιο μικρόβιο και συνήθως το μικρόβιο αυτό είναι το κολοβακτηρίδιο. Γύρω από τον πυρήνα καθιζάνουν κρύσταλλοι χοληστερόλης και αυτό αποτελεί την αρχή της δημιουργίας των λίθων.

2. Υπάρχουν όμως και λιθιάσεις που οφείλονται σε μεταβολικούς παράγοντες: συγγενείς δίαιτα.

3. Υπάρχουν και υποβοηθητικοί παράγοντες που είναι γνωστοί:

- 1) Αντισυλληπτικό χάπι
- 2) Εγκυμοσύνη
- 3) Υπερχοληστερολαιμία
- 4) Παχυσαρκία
- 5) Χαμηλού υπολείματος δίαιτα
- 6) Εκτομή τελικού ειλεού (κύκλος χολικών αλάτων)
- 7) Σήψη
- 8) Ανατομικές ανωμαλίες
- 9) Ανωμαλίες επιθηλίου χοληδόχου κύστης



Εικών 386.—Αναλογίαι έντοπίσεως τών λίθων κατά τις χοληφόρους όδους.



ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

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

Ήπια κολικοειδή άλγη κατά καιρούς στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου ή ακόμη εντονότερη συμπτωματολογία πόνου (κολικός) ύστερα από λήψη πλούσιων σε λίπος γευμάτων είναι ενδεικτικά υπέρ-ξεως χολολιθιάσεως.

Η απόλυτα ασυμπτωματική χολολιθίαση είναι σπάνιο φαινόμενο και αποτελεί η διάγνωση χολολιθίασης τυχαίο εύρημα. Πάντως είναι αρκετά υπολογίσιμο το ποσοστό 20% των ασθενών με πολύ ήπια συμπτωματολογία η οποία πολλές φορές και δεν εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο αλλά στο επιγάστριο ή στον όσφυ.

Εξάλλου είναι δυνατόν η χολολιθίαση να συνυπάρχει και με άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η διαφραγματοκύλη, εκκολπώματωση του παχέως εντέρου, έλκος του 12 δακτύλου, νεοπλάσματα του πεπτικού σωλήνα, διάφορες παθήσεις του ήπατος και του παγκρέατος με εντονότερη σημειολογία, η οποία και έλκει το ενδιαφέρον του γιατρού με αποτέλεσμα να παραβλέπεται η χολολιθίαση.

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

- α) Ήπιος κατά καιρούς πόνος στο δεξιό υποχόνδριο.
- β) Κολικός του δεξιού υποχονδρίου.
- γ) Βάρος στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο ή όσφυ.
- δ) Τάση για εμετό ή και εμετοί.
- ε) Καύσος στο επιγάστριο.
- στ) Δυσκοιλιότητα.

ζ) Ερυγές.

η) Ανύπαρκτη συμπτωματολογία.

Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης εξαρτώνται από τον βαθμό των ενοχλημάτων και από την πιθανή συνύπαρξη επιπλοκών ή άλλων παθήσεων.

Σε μερικές περιπτώσεις, εφόσον η χοληδόχος κύστη έχει διαταθεί, είναι δυνατόν αυτή να ψηλαφάται και αυτό αποτελεί παθολογικό εύρημα για διερεύνηση. Είναι δυνατόν εξάλλου σε υπάρχουσα χολολιθίαση να υπάρχει διόγκωση του ήπατος ψηλαφούμενη που μπορεί να έχει σχέση με την χολολιθίαση.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Η διάγνωση τεκμηριώνεται κατά πρώτο λόγο με το υπερηχογράφημα και κατά δεύτερο λόγο με την στοματική ή ενδοφλέβιο χολοκυστογραφία.

Πριν όμως γίνουν αυτές οι εξετάσεις γίνεται η γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με τον α. βιοχημικό έλεγχο αίματος ούρων - κοπράνων, β. ακτινολογική μελέτη τόσο κατά την προεγχειρητική όσο και την μετεγχειρητική αξιολόγηση του αρρώστου.

Με την απλή ακτινογραφία ένα ποσοστό 15% των χολολιθιάσεων αποδεικνύει την ύπαρξη ακτινοσκοιερών λίθων. Ο άρρωστος μαθαίνει για πρώτη φορά ότι έχει ασυμπτωματική λιθίαση.

#### ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Με την εξέταση αυτή έχουμε σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης με σκιαγραφή ουσία.

Η προετοιμασία του ασθενούς αρχίζει από την προηγούμενη ημέρα. Το γεύμα είναι ελαφρό και το δείπνο τσαϊ και φρυγανιά και ακολου-

θεί καθαρτικός υποκλισμός για την κένωση του εντέρου, ο οποίος επαναλαμβάνεται την ημέρα της εξέτασης.

12 ώρες πριν την εξέταση ο άρρωστο θα πάρει το ακτινοσκοπικό φάρμακο ανά 5' της ώρας σε δισκία που η ποσότητα τους ρυθμίζεται ανάλογα με το βάρος του σώματος του ασθενή. Επί μια ώρα μετά την λήψη των δισκίων συνιστούμε στον ασθενή να είναι ξαπλωμένος από την δεξιά πλευρά για την καλύτερη απορρόφηση του φαρμάκου.

Το πρωί ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός. Οι πρώτες ακτινογραφίες γίνονται 12 ώρες περίπου από την λήψη του φαρμάκου και στην συνέχεια δίνεται ένα ερεθιστικό γεύμα στον ασθενή (δύο αυγά) για την σύσπαση της χοληδόχου κύστης και την προώθηση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο. Φυσιολογικά η χοληδόχος κύστη μετά το ερεθιστικό γεύμα αδειάζει τουλάχιστο κατά τα 2/3 της.

Τα ακτινοσκοπικά δισκία περιέχουν ιώδιο και απορροφώνται από το πεπτικό, πηγαίνουν στο ήπαρ μέσω της πυλαίας, απεκκρίνονται και σκιαγράφεται εκλεκτικά η χοληδόχος κύστη.

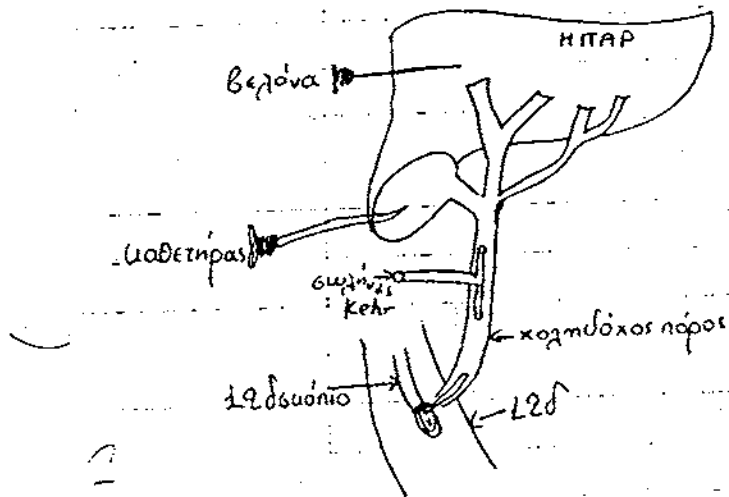
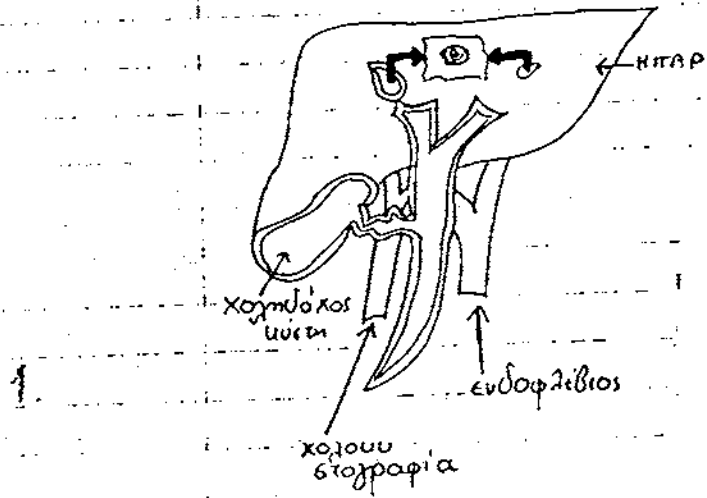
Η μη σκιαγράφηση της κύστης σημαίνει:

1. Απόφραξη του κυστικού πόρου.
2. Διαταραχή στην απορρόφηση από το έντερο της σκιεράς ουσίας.
3. Διαταραχή της απέκκρισης της σκιεράς ουσίας από το ήπαρ.
4. Διαταραχή στην απορρόφηση του ύδατος από το τοίχωμα της κύστης και συνεπώς στη μη συμπύκνωση της σκιεράς ουσίας.

Η μέθοδος αυτή είναι εύκολη και σχετικά ακριβής.

Η ανακρίβιά της στηρίζεται:

- α. Με την μεθοδευση της λήψης του ακτινοσκοπικού δισκίου.
- β. Με το χρονικό διάστημα που πρέπει να μεσολαβήσει από την λήψη των δισκίων ως την λήψη των ακτινογραφιών.
- γ. Με την λήψη πλούσιας ή φτωχής σε λίπος δίαιτας κατά την διάρ-



1. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία.
2. Διαδερμική χολαγγειογραφία.

κεια της εξέτασης για την αξιολόγηση της σύσπασης της χοληδόχου κύστης.

Σε ποσοστό 98% των περιπτώσεων αποκαλύπτεται η χολολιθίαση κατά πολλούς με αυτή την μέθοδο.

#### δ. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία ή χολαγγειοκυστογραφία

Με την ενδοφλέβια χολαγγειογραφία έχουμε σκιαγράφιση των εξω-ηπατικών χοληφόρων μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σκιεράς ουσίας. Το χορηγούμενο σκιερό υλικό προσλαμβάνεται από το ήπαρ, αποβάλλεται από τα χοληφόρα και δίνει σε χρονικό διάστημα 15 λεπτών ως 2 ώρες, σκιαγράφιση του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος, των χολαγγείων και της χοληδόχου κύστης.

Οι λήψεις αρχίζουν με την ολοκλήρωση της έγχυσης του φαρμάκου και επαναλαμβάνονται ανά 10' - 15'.

Συχνά απαιτούνται τομογραφίες για καλύτερη διερεύνηση των πόρων και για αποφυγή συμπροβολής με άλλα μόρια, όπως το περιχόμενο του εντέρου.

Για την απεικόνιση της χοληδόχου κύστης χρειάζονται λήψεις 1 - 3 ώρες μετά την έγχυση του σκιαγραφικού.

Σοβαρό μειονέκτημα της εξέτασης αυτής είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις που προκαλεί. Η πιθανότητα όμως για ανάπτυξη αλλεργικής αντίδρασης είναι μικρότερη όταν το σκιαγραφικό υλικό χορηγείται σε αργή, συνεχή στάγδη έγχυση.

Τονίζεται ότι τόσο η PEROS όσο και η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία είναι διαγνωστική σε μη ικτερικούς ασθενείς. Αναφορικά με το θέμα επιλογής μεταξύ PEROS ή I.V χολοκυστογραφίας - χολαγγειογραφίας είναι η απεικόνιση τόσο της χοληδόχου κύστης όσο και των χολαγγείων, αλλά και η εμφάνιση επιπλοκών.

Ένας απλός τρόπος για να σκιαγραφηθούν τα χοληφόρα, εκτός από

το στόμα, φλέβα είναι:

#### Διαδερμική Χολαγγειογραφία

Στη διαδερμική χολαγγειογραφία παρακεντάτε το δέρμα στις κατώτερες πλευρές και πάνω από το ήπαρ με λεπτή βελόνα (GIBA) και εγχύεται η σκιαγραφική ουσία. Παλιότερα χρησιμοποιούταν πιο χοντρή βελόνα με αποτέλεσμα να έχουμε διαρροή στην περιτοναϊκή κοιλότητα και δημιουργούταν χολοπεριτόναιο. Έτσι σκιαγραφείται ολόκληρο το χοληφόρο δέντρο.

Με τον τρόπο αυτό σκιαγραφούνται και φυσιολογικά χοληφόρα και χοληφόρα σε ασθενή με χολερυθρίνη 2 - 3 MGR.

- Χρησιμοποιήστε η μέθοδος αυτή:
- α. διάγνωση (απόφραξη χοληφόρων)
  - β. παροχέτευση
  - γ. θεραπεία

#### Διευχειρητική και μετεγχειρητική χολαγγειογραφία (KHER)

Ανοίγεται ο χοληδόχος πόρος και τοποθετούμε σωλήνα ( KHER) καθαρίζεται ο πόρος και το ένα άκρο του σωλήνα μένει μέσα στον πόρο και το άλλο συνδέεται με σακουλάκι που παροχετεύεται η χολή για 1 εβδ. - 10 μερ.

Από τον σωλήνα αυτό βάζουμε σκιερά ουσία και σκιαγραφείται το χοληφόρο δέντρο για να ελέγξουμε για την ύπαρξη κάποιου λίθου. Αν υπάρχει λίθος τότε δια μέσου του KHER μπορούμε να την αφαιρέσουμε.

#### Παλίνδρομος ενδοσκοπική χολαγγειογραφία

Τοποθετείτε το 12 δακτυλοσκόπιο και συνάμα καθετήρα. Καθετηριάζουμε την αμπούλα του VATER και παλίνδρομα βάζουμε τη σκιερά ουσία και σκιαγραφείτε το χοληφόρο δέντρο.

#### Υπερηχογράφημα

Είναι η πιο καλή εξέταση γιατί είναι ανώδυνη και ακριβής. Γί-

νεται στις α) λιθιάσης

β) διάταση χοληφόρων.

Στη χολολιθίαση η μέθοδος τεκμηριώνεται στο 92-96%.

#### Αξονική υπολογιστική τομογραφία

Μια εξέταση που έχει αντικατασταθεί από τους υπερήχους. Με την υπολογιστική τομογραφία τεκμηριώνεται το 50%.

#### Χημική μικροβιακή εξέταση χολής

Είναι μια ιστορική μέθοδος όπου γίνεται καλλιέργεια χολής και χημική ανάλυση. Παλαιότερα μπορούσε κανείς να τοποθετήσει ένα καθετήρα από την μύτη ή το στόμα του αρρώστου και να καθετηριάσει το 12κτυλο και να τραβήξει 3 δείγματα χολής.

α) δείγμα χολή έξω ηπατικών χοληφόρων

β) δείγμα προκαλούμε σύσπαση χοληδόχου κύστης και παίρνουμε δείγμα

γ) δείγμα χολής από το ήπαρ

Αυτά είναι περισσότερο θεωρητικά παρά πρακτικά. Γίνεται μόνο στην περίπτωση που δεν διαγνώσθηκε η χολολιθίαση με άλλο τρόπο και παίρνετε δείγμα και στο μικροσκόπιο φαίνεται αν το δείγμα έχει κρυστάλους.

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι σημαντικότερες επιπλοκές των χολόλιθων είναι η οξεία και η χρόνια χολοκυστίτιδα: ειλεός από χολόλιθους, εμπύημα, απόστημα κύστης. Σπάνιες επιπλοκές: α. διάτρηση χοληδόχου κύστης

β. χολοπεριτόναιο

γ. περιτονίτιδα

#### ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Φλεγμονή της χοληδόχου κύστης με οξύ πόνο σαν αίτια συμπερι-

λαμβάνονται στο 90% ή χολολιθίαση και το 10% σε μικρόβια.

Συμπτώματα: ο έντονος πόνος στο άνω δεξιό τεταρτημόριο, η ναυτία, ο εμετός, ο πυρετός και ο ελάχιστος ίκτερος αποτελούν ενδείξεις για την διάγνωση. Εκείνο που την κάνει να είναι διαφορετική από τον κωλικό ήπατος είναι η ευαισθησία η οποία μπορεί να φθάσει ως μυϊκή αντίσταση.

Η αντιμετώπιση σε ποσοστό 75% εμφανίζει πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε 1 ημέρα ως 4 ημέρες με συντριρητική θεραπεία. Σε ποσοστό 25% απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο και χειρουργική αντιμετώπιση.

Τότε τοποθετείται ρυμογαστρικός σωλήνας LEVIN για να αδειάσουμε το στομάχι και να ηρεμήσει ο άρρωστος.

Αντικαθιστούμε τα υγρά που έχει χάσει με I.V υγρά.

Παρακολουθούμε τα περιτοναϊκά φαινόμενα δηλ. πόνο, ευαισθησία, αντίσταση, σύσπαση και αν δεν υποχωρήσει θα πρέπει ο άρρωστος να χειρουργηθεί επειγόντως. Χορηγούνται αντιβιοτικά (κεφαλοσπρίνες, γεταμυκίνη αμπικιλλίνη). Σήμερα πιο συχνά χειρουργούνται οξείες χολοκυστίτιδες από ότι οξείες σκωληκοειδίτιδες (Αυτό είναι μια μελέτη της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής κλινικής Πατρών.

Αν τα συμπτώματα υποχωρούν τις επόμενες μέρες τότε γίνεται έλεγχος: αιματολογικός

βιοχημικός

ακτινολογικός.

Όταν υπάρχουν δυνατότητες, δηλ. καλή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καλή νοσοκομειακή οργάνωση και αν δεν υπάρχει άλλη παθολογική αιτία που να απαγορεύει την επέμβαση πρέπει να χειρουργείται το <sup>Πρωί</sup> το 24ωρο. Γιατί έχει αποδειχθεί ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα μειώνονται όσο πιο γρήγορα χειρουργηθεί ο άρρωστος.



Παρακάτω φαίνονται τα ποσοστά θνησιμότητας σε εγχειρήσεις χοληφόρων:

A. Χολοκυστεκτομή απλή	1,33%
B. Χολοκυστοστομία	8,22%
Γ. Άνοιγμα του χοληδόχου πόρου	<u>7,63%</u>
	33 %

Τα στοιχεία πάρθηκαν από την Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Πατρών.

#### ΧΡΟΝΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Επανελημμένες κρίσεις ελαφρούς μέχρι και βαρείας οξείας χολοκυστίτιδας αξίζει να διαγνωσθούν κλινικά ως χρόνια χολοκυστίτιδα.

Παθολοανατομικά ο βλενογόνοσ και οι λείες μυϊκές ίνες της χοληδόχου κύστης αντικαθίστανται εν μέρει από ινώδη ιστό, βιοχημικά δε η ικανότητα συμπυκνώσεως της χολής είναι ελαττωματική.

Η συμπτωματολογία ανευρίσκεται σε οποιαδήποτε ενοχλήματα στην κοιλιά που συνοδεύονται από δυσπεπτικά ενοχλήματα. Ενόχληση στο δεξιό υποχόνδριο, μετεωρισμό και ευγές, ναυτία, που αυτά αποδεικνύουν πέτρες στη χοληδόχο κύστη ή τα χοληφόρα.

Η διάγνωση γίνεται: α) απλή χολοκυστογραφία, β) υπέρηχους.

Η θεραπεία είναι συμπτωματική και χειρουργική.

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αναλγητικά, I.V υγρά αντιβιοτικά.

Χειρουργική θεραπεία είναι η χολοκυστεκτομή και χολοκυστομία που θα επιφέρει ίαση στους 9 από τους 10 ασθενείς με αυτή την κλινική εικόνα. Η χολοκυστεκτομή είναι επιτυχής στο 95%. Η φαρμακευτική είναι σε πειραματικό ή κλινικό επίπεδο.

### ΕΙΛΕΟΣ ΑΠΟ ΧΟΛΟΛΙΘΟΥΣ

Η απόφραξη του εντέρου από χολόλιθο αποτελεί σπάνια επιπλοκή της χολολιθιάσεως και αντιστοιχεί σε ποσοστό 2% του συνόλου των αποφράξεων του λεπτού εντέρου. Ο λίθος βρίσκεται συνήθως στο κάτω άκρο του ειλεού που αποτελεί το στενότερο τμήμα του φυσιολογικού εντέρου, λίθοι όμως μπορούν να εσφηνοθούν στον πυλωρό στο δωδεκαδάκτυλο, στη νήστιδα ή στο παχύ έντερο.

Η παθοφυσιολογία στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνει επανειλημμένα επεισόδια οξείας χολοκυστίτιδα δημιουργία συμφύσεων με προσκείμενα κοίλα σπλάχνα και το άνοιγμα του χολοκυστοεντερικού συριγγίου.

Τα περισσότερα συρίγγια εμφανίζονται μεταξύ τους χοληδόχου κύστεως και του δωδεκαδακτύλου, επικοινωνίες όμως μπορεί να εμφανισθούν και προς το στομάχο και το παχύ έντερο. Λίθοι διαμέτρου κάτω των 3 εκ. συνήθως διέρχονται αυτόματα από το έντερο.

Ο έιλεός από χολόλιθους είναι νόσος των ηλικιωμένων. Τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να είναι αόριστα και παροδικά εξαιτίας της διαλείπουσας αποφράξεως, συχνά υπάρχει μια καθυστέρηση πριν εκτιμηθεί το επείγον της κατάστασης. Η μέση θνησιμότητα είναι 30%. Η διάγνωση γίνεται με την αναφορά ιστορικού χολοκυστίτιδας και ακτινογραφίες. Η προσοχή του ιατρού στρέφεται στο δεξιό υποχόνδριο όχι για να δούμε αν υπάρχουν ακτινοδιαπερατοί λίθοι, αλλά για να δούμε αν υπάρχουν περιοχές στα χοληφόρα που σκιαγραφούνται. Αν σκιαγραφείται η χοληφόρος οδός αυτό σημαίνει πως υπάρχει συρίγγια και μπορεί να έχει μπει αέρας στη χοληφόρο οδό. Δηλαδή αέρας από το ανώτερο πεπτικό λόγω επικοινωνίας περνά και στα χοληφόρα. Αν λοιπόν έχουμε ειλεό ο οποίος συνοδεύεται με αέρα στα χοληφόρα σχεδόν αυτό είναι παθογνωμικό του ειλεού εκ χολόλιθου. Το πο-

σοστό υποτροπής ειλεού από χολόλιθους είναι 10-15%.

### ΕΜΠΥΗΜΑ - ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Η εμφάνιση χολόλιθου στον κυστικό πόρο θα προκαλέσει εμπύημα σε ποσοστό περίπου 15% των περιπτώσεων. Η χοληδόχος κύστη διατείνεται και αποκτά μεγαλύτερο όγκο από τον κανονικό. Η χολή στην περίπτωση του εμπυήματος είναι μολυσμένη. Παράξενο και σπάνιο φαινόμενο επακόλουθο της αποφράξεως του κυστικού πόρου είναι η απόθεση γαλακτος ασβεστούχου χολής μέσα στη χοληδόχο κύστη. Αυτό έχει κλινική σημασία γιατί η ομοιογενής κατανομή των αλάτων του ασβεστίου προκαλεί σκιά που μοιάζει με την φυσιολογική χοληδόχο κύστη όταν γεμίζει με σκιαγραφική ουσία. Η θεραπεία του εμπυήματος είναι η χολοκυστοστομία ή η χολοκυστεκτομή ανάλογα με την περίπτωση.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία είναι συντηρητική ή χειρουργική.

#### **Συντηρητική θεραπεία**

Οι προσπάθειες για συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης είναι πολύ παλιές και ασφαλώς θα ήταν πολύ περισσότερες αν έλειπε ο αναμφισβήτητος ανασταλτικός ρόλος που έπαιξαν στο σημείο αυτό οι μεγάλες επιτυχίες της χειρουργικής.

Οι περισσότερο σημαντικές προσπάθειες για θεραπεία έχουν γίνει με βάση τη δίαιτα, τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών και την προσπάθεια αλλαγής της συστάσεως της χολής με την συστηματική PEROS χορήγηση χηνοδεοξυχολικού οξέος.

Η δίαιτα ασφαλώς κατέχει ιδιαίτερη σημασία στο σχηματισμό χολόλιθων αλλά οι προσπάθειες για θεραπεία μόνο με δίαιτα δεν έχει

στεφθεί με επιτυχία.

Οι φαρμακευτικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε συνάρτηση με την δίαιτα χωρίς να υπάρχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πολλές φαρμακευτικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί όπως η χολεστυραμίνη ή αλοφιβράτη, η φαινοβαρβατάλη και η σιταστερόλη. Έχει αποδειχθεί ότι η φαινοβαρβατάλη και σιταστερόλη μειώνουν τον κορεσμό της χολής σε χοληστερίνη, δρουν ευνοϊκά πριν ακόμα σχηματισθούν κρύσταλλοι χολιστερίνης. Ικανοποιητικά είναι τα αποτελέσματα με την χορήγηση φυτικών ελαίων.

#### Διάφοροι μέθοδοι θεραπείας

Δύο φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την λιθοτριψία και λιθο-  
λυση είναι το ουρσοδεοξυχολικό οξύ και το χινοδεοξυχολικό οξύ  
που λύνουν τους λίθους στη χοληδόχο κύστη.

Τα πελονεκτίματα του ουρσοδεοξυχολικού οξέος σε σχέση με το  
χινοδεοξυχολικό οξύ είναι:

1. Προκαλεί σε μικρότερο βαθμό διάρροια και ηπατική βλάβη.
2. Η μετατροπή του σε ανενεργές λιθοχολικό οξύ γίνεται βραδύτερα από το χινοδεοξυχολικό οξύ οπότε η δοσολογία είναι μικρότερη.
3. Έχει διαφορετική δράση στη σύνθεση της χοληστερόλης στο ήπαρ.
4. Έχει διαφορετική απορρόφηση από το έντερο.
5. Έχει διαφορετική απέκκριση στη χολή.

Μειονεκτήματα χορήγησης χολικών οξέων στη διάλυση των χοληστε-  
ρολικών χολόλιθων:

1. Υψηλό κόστος.

Η θεραπεία με χινοδεοξυχολικό οξύ στοιχίζει 120.000 δρχ.

Η θεραπεία με ουρσοδεοξυχολικό οξύ " 140.000 δρχ.

2. Η λήψη θα πρέπει να γίνεται για 2 χρόνια.

3. Έχει παρενέργειες (διαρροϊκές κενώσεις, ηπατικές βλάβες).

4. Αποτέλεσμα περιορισμένο 35% και όχι μόνιμο.
5. Δεν υποκαθιστά τη χειρουργική θεραπεία.

Υπάρχουν περιπτώσεις που τα χολικά οξέα δεν είναι αποτελεσματικά στη διάλυση των λίθων της χοληδόχου κύστης.

- 1) Λίθοι από χολοχρωστικές.
- 2) Μικτοί λίθοι.
- 3) Μη σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης.
- 4) Λίθοι μεγάλης διαμέτρου ( 1,5 CM).

Χρειάζονται λίθους αμιγούς χοληστερινικούς για να τους διαλύσουν.

Αντεδείξεις στη χορήγηση των χολικών οξέων:

1.- Ο ασθενής με έντονη συμπτωματολογία χολιθίαςης. Σε όλες τις περιπτώσεις συντηρητικής θεραπείας είτε λιθόλυση είτε λιθοτριψία ο άρρωστος δεν πρέπει να έχει συμπτωματολογία φλεγμονής.

2.- Γυναίκες που πιθανόν μένουν έγκυες.

3.- Προχωρημένη αρτηριοσκλήρυνση. Λόγω του ότι κινητοποιούνται οι αθηρωματικές πλάκες που μπορεί να δημιουργήσουν έμβολο και έτσι αποφεύγοντας μια λιγότερο επικίνδυνη νόσο που είναι η χολολιθίαση να προκαλέσουμε με θεραπευτικό τρόπο μια πιο βαριά.

### Λιθοτριψία

Η DORNIER MEDICAL SYSTEMS ήταν μια μεγάλη Γερμανική εταιρεία στο Μόναχο, η οποία κατασκεύαζε όπλα. Αυτή η εταιρεία ενδιαφέρθηκε για την κατασκευή μηχανημάτων λιθοτριψίας το 1986 - 88. Από μελέτες που έγιναν αυτή η μέθοδος ήταν καλή, σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Η λιθοτριψία γίνεται σε συνδιασμό του μηχανήματος και των υπερήχων με την τοποθέτηση μιας θερμοφόρας, στο δέρμα και την χρησιμοποίηση των υπερήχων.

Για να γίνει η λιθοτριψία ελέγχουμε:

1. τους παράγοντες πήξης αίματος του ασθενή,
2. TEST εγκυμοσύνης στις γυναίκες.

Η διαδικασία της λιθοτριψίας γίνεται μετά από μια σχετική προετοιμασία που είναι:

Πρώταγίνεται η λιθόλυση με το χινοδεοξυχολικό οξύ για 12 ημέρες από πριν. Δινοταν 1 TABL κάθε βράδυ και 1 TABL για 3 μήνες μετά.

Γινοταν η λιθοτριψία και τα αποτελέσματα ήταν:

1. Εξαφάνιση των λίθων σε 6 μήνες στο 74% των αρρώστων με πέτρες. Σε 12 μήνες στο 92% των επιλεγμένων αυτών αρρώστων δεν βρισκόταν πέτρες.
2. Σε μάρτυρες μόνο με λιθόλυση μόνο το 38% εξαφανιζόταν οι πέτρες σε 1 χρόνο.

Συνεπώς λιθόλυση και λιθοτριψία σε επιλεγμένες περιπτώσεις οδηγεί σε εξαφάνιση του λίθου.

Οι παρενέργειες είναι:

1) Προβλήματα με την νάρκωση σε 54 ασθενείς το 75% των αρρώστων παίρνει I:V αναλγησία δηλ. κάνει ένα ηρεμιστικό στη φλέβα. Ορισμένοι παρουσιάζουν: α. αιματοουρία

β. πετέχεια

γ. κωλικός ήπατος 35%.

Σήμερα γίνεται μια μελέτη στην U.S.A όπου τα αποτελέσματα θα βγουν τον επόμενο χρόνο ως προς την επιλογή των ασθενών για την λιθοτριψία.

Η επιλογή των ασθενών σήμερα γίνεται αξιολογώντας τους εξής παράγοντες :

1. Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν λειτουργούσα χοληδόχο κύστη για να υποβληθούν σε συντηρητική θεραπεία.

2. Στο ιστορικό να έχει κωλικούς ήπατος αλλά,

δεν πρέπει να υπάρχει χολοκυστίτιδα, χολοαγγεΐτιδα, παγκρε-  
ατίτιδα ή απόφραξη χοληφόρων δοών, κάποια κύστη στην περιοχή ή  
ανεύρυσμα.

3. Ως 3 λίθους ακτινοπερατούς 7/30 Μ.Μ και λίθοι με Ca, δεν  
πρέπει να υπάρχει αλλεργία σε ιώδιο.

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εργαστηριακοί παράμετροι αξιολογήσεις ασθενούς προς επέμβαση.

Πριν της είσοδο του αρρώστου στο χειρουργείο ο διαγνωστικός  
έλεγχος ολοκληρώνεται με τις εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονί-  
ζοντας την πραγματική εικόνα στην οποία βρίσκονται τα διάφορα όρ-  
γανα. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

α. Γενική αίματος

β. Γενική ούρων

γ. Σάκχαρο αίματος

δ. Ουρία αίματος

ε. Κρεατινίνη ορού αίματος

στ. Εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας

Χολερυθρίνη

Τρανσαμινάσεις

Χρόνος προθρομβίνης

Λευκωματίνες αίματος (σφαιρίου)

Αλκαλική φωσφατάση.

Εξετάσεις ελέγχου ανοσοβιολογικής κατάστασης

T - λεμφοκύτταρα

B - λεμφοκύτταρα

Ανοσοσφαιρίνες

Δερματικά TEST.

Εξετάσεις ασβεστίου φωσφόρου μαγνησίου αίματος:

ηλεκτρολύτες αίματος,

πλήρης έλεγχος πτητικότητας,

ακτινογραφία θώρακος,

ηλεκτροκαρδιογράφημα,

σπειρομέτρηση,

μέτρηση αερίων και οξεοβασικής ισορροπίας στο αρτηριακό αίμα.

### Χειρουργική θεραπεία Χολολιθίασης

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

Η χειρουργική θεραπεία είναι ριζική και ανακουφιστική.

#### α.- Εγχειρητική τομή

Η προσπέλαση του οργάνου - στόχος αποτελεί οπωσδήποτε ένα σοβαρό θέμα στην εγχειριτική. Για να δημιουργηθεί η χειρουργική τομή θα πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις. Αυτές είναι:

α) Εξασφάλιση ευρέος και άνετου εγχειρητικού πεδίου.

β) Δυνατότητα επεκτάσεως.

γ) Στις επείγουσες περιπτώσεις να μπορεί να γίνει γρήγορα.

δ) Διασφάλιση της αιμάτωσης και της νεύρωσης των ιστών.

ε) Εξασφάλιση δυνατοτήτων καλής και ασφαλούς συγκλήσεως της τομής.

στ) Εξασφάλιση κατά το δυνατόν ηπιότερον μετεγχειρητικού πόνου.

ζ) Μικρότερη δυνατή λειτουργική επιβράδυνση του οργανισμού.

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



1η τομή Η μέση υπερομφάλια τομή, από την ξιφοειδή απόφυση μέχρι τον ομφαλό με επέκταση κάτω αριστερά του ομφαλού. Σε αυτή την τομή έχουμε εύκολη σύγκλιση της τομής χωρίς νεκρούς χώρους.

2η τομή Η δεξιά παράμετρος τομή. Παραορθική ή διαορθική (προτιμάται η διαορθική) που προσφέρει, ελαφρώς καλύτερη προσπέλαση προς την υφηπατική περιοχή.

3η τομή Η δεξιά υποχόνδριος τομή (KOCHER). Είναι η πιο εύκολη και συχνή τομή που γίνεται και προσφέρει εξαιρετική ορατότητα στη περιοχή των χοληφόρων και προτιμάται σε παχύσαρκα άτομα με ευρύ κοιλιακό τοίχωμα.

Οι τομές αυτές βρίσκονται στην πρώτη σειρά εκλογής και ο χειρουργός θα διαλέξει, κατά κρίση αυτή που χρειάζεται για την κάθε περίπτωση.

#### ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Η χολοκυστεκτομή αποτελεί την εγχείρηση της χοληδόχου κύστης. Η πρώτη χολοκυστεκτομή έγινε το 1882 από το LAUGEMBUCH και αντικατέστησε την χολοκυστοστομία που γινόταν παλιά.

Οι ενδείξεις για την χολοκυστεκτομή είναι:

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

#### **Επιπλοκές χολοκυστεκτομής**

Οι επιπλοκές της χολοκυστεκτομής μπορεί να είναι άμεσες αλλά

και έμμεσες.

### Άμεσες επιπλοκές

#### 1.- Αιμορραγία

Η αιμορραγία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ρήξης του ήπατος από άγγιστρο, από την κοίτη της κύστεως, από διαφυγή της κυστικής αρτηρίας, από προϋπάρχουσα κύρρωση, εξαιτίας θρόμβωσης της πυλαίας λόγω έλκους. Εάν υπάρχει παροχετεύση το αίμα διαβρέχει την επίδεση του χειρουργικού τραύματος. Όταν δεν υπάρχει σχηματίζεται αιμοπεριτόναιο το οποίο εκδηλώνεται είτε με συσπάσεις της κοιλιάς, είτε με μετεωρισμό κι φαινόμενα εσωτερικής αιμορραγίας. Σε σπάνιες περιπτώσεις απαιτείται άμεση επανεπέμβαση εκτός και εάν έχει διαφύγει η κυστική αρτηρία η οποία στην διάρκεια της επέμβασης δεν έδινε αίμα. Στην εκ νέου διάνοιξη βρισκόμαστε μπροστά σ' ένα τεράστιο αιμάτωμα, το οποίο καθιστά δύσκολη την ανεύρεση του αιμορραγούντος αγγείου. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αναζητηθεί και εδώ είναι ο κίνδυνος για τραυματισμός της ηπατικής αρτηρίας ή του πόρου.

#### 2.- Ινωδόλυση

Αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις αίματος, χορήγηση ινωδογόνου, όταν αυτό βρίσκεται σε αναλογία 0,1% γρ., χορήγηση ανασταλτικών της ινωδόλυσης π.χ. κορτικοειδή. Η έγκαιρη χορήγηση των φαρμάκων αυτών φέρνει την αντιμετώπιση του προβλήματος.

#### 3.- Χολόρροια

α. Χολόρροια από την κοίτη της κύστης μικρή ή μεγάλη οπότε χρωματίζονται οι γάζες επιδέσεως.

β. Εξαιτίας της λύσης της απολίπωσης του κυστικού πόρου πρώιμα ή αργότερα εντός 8-10 ημερών.

γ. Εξαιτίας ανώμαλης επικοινωνίας της κύστης με το ενδοηπατικό

χολαγγείο (σπάνια και ιδιόμορφη περίπτωση). Το μέγεθος της χολόρροιας και η διάρκεια της, ποικίλουν και εξαρτώνται από την φυσιολογική ή μη κατάσταση του χοληδόχου πόρου ή του σφιγκτήρα το ODDI. Συνήθως σταματάει μόνη της εντός 1 ή 2 εβδομάδων, εάν ο χοληδόχος πόρος δεν παρουσιάσει κώλυμα εξαιτίας λίθου ή νεοπλασματος.

#### 4.- Ίκτερος

Ο άμεσος ίκτερος οφείλεται:

α) Σε κάποιο βαθμό ηπατικής ανεπάρκειας. Στην περίπτωση αυτή ο ίκτερος είναι ελαφρός, παροδικός, διάρκειας λίγων ημερών.

β) Σε φλεγμονή είναι εμπύρετος ίκτερος που οφείλεται σε προϋπάρχουσα χολαγγειίτιδα. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αντιβιοτικού και σπάνια απαιτεί διασωλήνωση του χοληδόχου πόρου.

γ) Μηχανικό κώλυμα: κάκωση του χοληδόχου πόρου στην επέμβαση. Συνηθέστερα πρόκειται για στένωση του χοληδόχου πόρου από κακή απολίνωση του κυστικού ή σε διαίρεση του πόρου επειδή θεωρήθηκε ως ο κυστικός.

Ο μετεγχειρητικός ίκτερος άνευ φλεγμονής απαιτεί πολλές φορές νέα επέμβαση προς άρση του αιτίου που τον προκάλεσε.

#### 5.- Ηπατική ανεπάρκεια

Πρόκειται για σπάνια αλλά βαριά επιπλοκή. Πρόκειται περί τοξικού συνδρόμου όπου το ήπαρ δεν είναι μόνο το πάσχον όργανο. Συμπάσχου το πάγκρεας, ο νεφροί, η καρδιά και το αγγειακό σύστημα.

#### 6.- Οξέωση

Η αιτία της οξέωσης είναι η παρατεταμένη νηστεία του πάσχοντος που αρχίζει προ της επέμβασης και παρατείνεται πολλές μέρες μετά.

Εκδηλώνεται με ναυτία, εμετούς, πάρεση της κοιλιάς και κώμα.

Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αλκαλικών διαλυμάτων σακχάρου, ινσουλίνης και πλάσματος. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται έλεγχος του σακχάρου του αίματος.

#### 7.- Οξεία διάταση του στομάχου η δωδεκαδακτύλου

Παρατηρείται σε αναλογία 2-10% των χολοκυστεκτομών κυρίως στις γυναίκες. Η άμεση ιατρική επέμβαση είναι εκείνη που δίνει καλή έκβαση στην επιπλοκή. Διενεργείται καθετηριασμός του στομάχου με χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών και επιπλέον ανορθώνεται το περιφερικό κυκλοφορικό σύστημα.

#### Έμμεσες επιπλοκές

Η χολοκυστεκτομή δίνει άριστα αποτελέσματα όταν οι ενδείξεις της εγχείρησης ήταν σωστές και η εκτέλεση της επέμβασης ήταν επιβεβλημένη. Η αποτυχία της εγχείρησης συνιστάται στην αφαίρεση κύστης χωρίς ενοχλήματα ή αιτία των οποίων είναι άλλη. Γενικά τα μετά χολοκυστεκτομή συμπτώματα οφείλονται:

α. Στην συνύπαρξη άλλων παθήσεων όπως γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, σκωληκοειδίτιδα, παγκρεατίτιδα, εχινόκοκος ήπατος, όγκος ήπατος, διαφραγματοκήλη, ηπατίτιδα, κίρρωση και καρκίνος κεφαλής παγκρέατος.

β. Σε τεχνικά λάθη όπως μακρύ κολόβωμα του κυστικού πόρου, νεοκυστίτιδα, στένωση του χοληδόχου πόρου, ύπαρξη λίθων στον ηπατικό πόρο.

γ. Στην συνεχιζόμενη πάθηση κατά την οποία, παρά την ένδειξη για επέμβαση και παρά την τέλεια εκτέλεση της επέμβασης, ο ασθενής δεν θεραπεύεται αλλά παρουσιάζει διαταραχές και ενοχλήματα, η αιτία των οποίων είναι:

α) Παραγωγική φλεγμονή του αγγειακού ηπατικού μίσχου.

β) Μετεγχειρητικές συμφύσεις.

- γ) Λειτουργικές διαταραχές του σφιγκτήρα του ΟΔΔΙ όπως υποτονία, υπέρτονία που οφείλονται στην αντανακλαστική ζώνη του κολυβάματος του κυστικού πόρου.
- δ) Λιθίαση των ενδοηπατικών πόρων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

#### 1. Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο

Η φροντίδα κάθε αρρώστου πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές του ανάγκες οι οποίες και πρέπει κάθε φορά να καθορίζουν το είδος της παρεχόμενης σ' αυτόν φροντίδα.

Για να πετύχει αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένη και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται καθώς και για τον σκοπό της.

Απαραίτητο εφόδιο του νοσηλεύτη-τριας στο έργο του είναι οι εμπεδωμένες γνώσεις της αλλά και η αγάπη για τον πάσχοντα. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να είναι σωστή στο έργο της και να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια.

Η ενίσχυση της ψυχοσωματικής ηρεμίας και ανάπαυσης του αρρώστου, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των παραγόντων που συμβάλλουν στην δημιουργία και την επιδείνωση της καταστάσεώς του.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης στην διατήρηση της συγκινησιακής σταθερότητας. Για ένα χειρουργημένο άρρωστο εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης αποτελεί σπουδαία νοσηλευτική δραστηριότητα και παίζει καθοριστικό ρόλο στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου και ο προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Παρακάτω αναπτύσσονται αναλυτικώτερα τα απαραίτητα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τον νοσηλευόμενο με χολολιθίαση, άρρωστο αλλά και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην εκπαίδευση του αρρώστου τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.



## ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την

- A. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- B. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

A.- Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την:

### 1) Τόνωση του ηθικού του ασθενούς

Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχειρήσεως.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου και αυτό γίνεται αιτία για την δημιουργία μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως SHOCK κ.α.

Η τόνωση του ηθικού του προεγχειρητικού ασθενή επιτυγχάνεται με την ικανοποίηση των ατομικών και προσωπικών αναγκών του ασθενούς από τον Νοσηλευτή.

### 2) Τόνωση σωματική

Η σωματική τόνωση, επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση διαιτολογίου πλούσιου σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού σε εξασθετισμένα άτομα γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες.

Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά, για την πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως SHOCK, ναυτίας, δίψας.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ημέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (το μεσημέρι σούπα, το βράδυ τσαϊ και φρυγανιά).

Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει λόγω της κατάστασής του να στερηθεί την παροχή υγρών χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

### 3) Ιατρικές εξετάσεις

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από γιατρούς:

α. χειρουργό, για την εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, και την επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.

β. Καρδιολόγο, για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας.

γ. Αναισθησιολόγο, που θα καθορίσει το είδος της προνάρκωσης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται στον ασθενή προκειμένου να χειρουργηθεί είναι:

1. Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά - ερυθρά), τιμή αιματοκρίτη, ομάδα ακι RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία. Ανάλογα με τα αποτελέσματα αυτά και το είδος της επέμβασης καθορίζεται ο αριθμός μονάδων αίματος που θα χρειαστεί ο ασθενής. Για τον χολολιθισιακό ασθενή συνήθως δεν χρειάζεται αλλά υπάρχει πάντα το όριο ασφαλείας της 1-2 μονάδες αίματος για κάθε ασθενή.
2. Γενική ούρων.
3. Λήψη Η.Κ.Γ.
4. Λήψη ακτινογραφίας θώρακος και κοιλίας.

Πέρα όμως από αυτές τις εξετάσεις που γίνονται σε κάθε επέμβαση χειρουργική, έχουμε και τις ειδικές εξετάσεις για τον ασθενή με χολολιθίαση.

α. Χολοκυστογραφία PEROS.

β. Υπηρεχογράφημα.

γ. Χολαγγειογραφία.

δ. Αξονική τομογραφία.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**

Η νοσηλεύτρια πριν από κάθε εργαστηριακή εξέταση θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την εξέταση, να εξηγήσει το σκοπό της και να τον ενημερώνει, για τον τρόπο προετοιμασίας του και για την διαδικασία της διεξαγωγής της εξέτασης. Αυτό θα βοηθήσει τον ασθενή να συνεργαστεί για την επιτυχία της εξέτασης, και την εξάλειψη του φόβου και του άγχους. Πριν βέβαια από κάθε εξέταση είναι καθήκον του νοσηλευτή-τριας να ενημερώσει το περιβάλλον του ασθενή για το είδος της εξέτασης.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει ανα φροντίσει για την

α.- Κανονική λήψη της δίαιτας πριν την εξέταση. Η δίαιτα αυτή αρχίζει από την προηγούμενη ημέρα της εξέτασης.

β.- Την λήψη των φαρμακευτικών σκευασμάτων στα καθορισμένα χρονικά διαστήματα, όταν πρόκειται για (χοκοκυστογραφία).

γ.- Την μεταφορά του ασθενή στον κατάλληλο εργαστηριακό χώρο που θα γίνει η εξέταση.

Μετά το πέρας της εξέτασης η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ενήμερη για τα αποτελέσματα της εξέτασης και την έγκαιρη επιστροφή του ασθενή στην κλινική. Θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή (αν έχει υποβληθεί σε χολαγγειογραφία) για συμπτώματα ναυτίας, εμετού, έξαψη, υγρότητα, ρίγος και πυρετό.

Να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία και την γενική κατάσταση του ασθενούς για την πρόληψη ενός καρδιαγγειακού COLLAPSAS και για αναφυλακτική αντίδραση.

Εάν ο ασθενής υποβληθεί σε διηπατική διαδερμική χολαγγειογραφία τότε η νοσηλεύτρια πριν την εξέταση θα πρέπει να φροντίσει να τηρηθούν οι όροι για την προετοιμασία του αρρώστου και

κυρίως να φροντίσει για τον έλεγχο του ασθενούς σε αλλεργία από το ιώδιο. Μετά την εξέταση απαραίτητος είναι ο έλεγχος των ζωτικών σημείων του ασθενή ανά 3ωρο και για 24 ώρες μετά το πέρας της εξέτασης. Παρακολούθηση για αιμορραγία από τραυματισμό αγγείου ή χημική περιτονίτιδα από διαρροή χολής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Την διατήρηση του αρρώστου στο κρεβάτι στο δεξιό πλάϊ για 6 ώρες. Την λήψη άφθονων υγρών για την αποβολή της χρωστικής.

#### 4) Καθαριότητα ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς περιλαμβάνει α) τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που αποβλέπει κυρίως:

- Στην αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι.
- Την ευχέρεστη διενέργεια της επεμβάσεως.
- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου του.

Ο καθαρισμός του εντέρου γίνεται την προηγούμενη της επέμβασης με καθαρτικό υποκλισμό κυρίως χαμηλό. Στην συνέχεια παρακολουθούμε τα αποτελέσματα του υποκλισμού και αν δεν έχει αποδώσει τότε γίνεται δεύτερος υποκλισμός.

5) Η εξασφάλιση ενός επαρκούς και καλού ύπνου είναι το καθοριστικό σημείο για την καλή σωματική και ψυχολογική ισορροπία του ασθενή.

Συνήθως την προηγούμενη ημέρα της εγχείρισης και μετά την αναισθησιολογική εκτίμηση του ασθενή δίνεται εντολή από τον αναισθησιολόγο ιατρό για την λήψη ηρεμιστικού ή υπνωτικού φαρμάκου.

#### B.- Τοπική Προεγχειρητική ετοιμασία

Πριν την εγχείριση έχουμε και την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Δηλαδή την αποτρύχωση της περιοχής και της αντισηψί-

ας του δέρματος.

Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου καθορίζεται από το είδος της επέμβασης έτσι προετοιμάζουμε την περιοχή του δεξιού υποχονδρίου.

### Γ.- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Την ημέρα της εγχείρησης τις πρωϊνές ώρες εκτιμούμε την γενική κατάσταση του ασθενή.

Γίνεται λήψη των ζωτικών του σημείων και καταγράφονται και σε ειδικό φύλλο που θα ακολουθήσει τον άρρωστο μαζί του στο χειρουργείο.

Φροντίζουμε για την κατάλληλη ένδυση του ασθενή για το χειρουργείο. Αυτό γίνεται μισή ώρα ως μία πριν την εγχείριση. Φοράμετην χειρουργική ποδιά, σκούφο και ποδνάρια αφού πρώτα έχουμε αφαιρέσει όλα τα εσώρουχα, κοσμήματα και ξένα δόντια του ασθενή. Αυτά φυλάγονται από την προϊσταμένη του τμήματος ή από συγγενή του ασθενούς πρώτου βαθμού.

Η νοσηλεύτρια για τελευταία φορά ελέγχει τον ασθενή για την καθαριότητα του εγχειρητικού πεδίου, νιχιών και ενδυμασίας. Αφού ο ασθενής είναι έτοιμος γίνεται και η προνάρκωση όπου καθορίστηκε από τον αναισθησιολόγο την προηγούμενη ημέρα, που εξέτασε τον ασθενή.

Ο ασθενής έτοιμος μεταφέρεται με το φορείο στο χειρουργείο. Όλες οι ενέργειες του νοσηλευτή που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία αναγράφονται στην λογοδοσία.

Αφού ο ασθενής αποχωρήσει για το χειρουργείο η νοσηλεύτρια ετοιμάζει τον θάλαμο και το κρεβάτι του ασθενούς. Έτσι το χειρουργικό κρεβάτι προετοιμάζεται ώστε να είναι ζεστό με την χρήση μάλλινης κουβέρτας και την πιθανή τοποθέτηση θερμοφόρων, να είναι χωρίς μαξιλάρι, να είναι ανοιχτό από την πλευρά που θα

τοποθετηθεί ο ασθενής.

Τακτοποιείται και το κομοδίνο με την τοποθέτηση χάρτινης σακούλας για τα ακάθαρτα, νεφροειδές, ποτήρι με νερό, σπάτουλα με βαμβάκι και κομμάτια χαρτοβάμβακα.

Όλα είναι έτοιμα για να δεχθούν την μετεγχειρητικό ασθενή σε ένα ήρεμο, ζεστό περιβάλλον απαραίτητο για την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

#### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή νοσηλευτική εργασία που θα καθορίσει την μετεγχειρητική εξέλιξη του ασθενή. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο κρεβάτι του και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Με την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι, αρχίζει η μετεγχειρητική φροντίδα. Αφού ο άρρωστος τοποθετηθεί στο κρεβάτι του λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία, ελέγχονται οι παροχετεύσεις και ενημερώνεται το διάγραμμα και το φύλλο λογοδοσίας.

Βασική νοσηλευτική φροντίδα είναι η τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια θέση για την διατήρηση ελεύθερης αναπνευστικής οδού.

Η παρακολούθηση του ασθενή συνεχίζεται με τον έλεγχο του χειρουργικού τραύματος. Το χειρουργικό τραύμα είναι πάντα καλυμμένο με αποστειρωμένο υλικό που έχει σαν σκοπό:

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

Το χειρουργικό τραύμα παραμένει κλειστό με αποστειρωμένο υλικό για 2-3 ημέρες και μετά μένει ανοιχτό γιατί βοηθά ώστε:

- A) να ελέγχεται το τραύμα, για αποφυγή δερματικών αντιδράσεων από το επιδεσμικό υλικό
- B) αποφεύγεται η ανάπτυξη μικροβίων με την δημιουργία θερμότητας

και υγρασίας.

Η παρακολούθηση του τραύματος έχει σαν σκοπό να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές που είναι:

### 1.- Μόλυνση του τραύματος

Μπορεί να συμβεί από τις εκρίσεις του τραύματος, από την χρήση μη αποστειρωμένου υλικού και εργαλείων από το ιατρικό καινοσηλευτικό προσωπικό που δεν εφαρμόζουν τις μεθόδους ασηψίας και αντισηψίας. Γι' αυτό φροντίζουμε να παίρνονται όλα τα μέτρα για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση του τραύματος.

### 2.- Ρήξη τραύματος

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

### 3.- Αιμορραγία

Η αιμορραγία μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της αιμορραγίας είναι:

- Η μη ικανοποιητική απολύτωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς, όπου απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ένα ή πολλά ράμματα με αποτέλεσμα να έχουμε μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.
- Η μόλυνση του τραύματος.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προσέχει και να μειώνει τους παράγοντες που δημιουργούν την αιμορραγία με την εξήγηση στον ασθενή για τον τρόπο που μπορεί να αποφύγει τις απότομες κινήσεις ως προς το να σηκωθεί ή να βήξει.

Θα πρέπει σε ένα μετεχειρητικό ασθενή κυρίως το πρώτο 24ωρο



να ελέγχει συχνά τα ζωτικά του σημεία και το τραύμα με το αν οι γάζες είναι καθαρές ή έχουν δείγμα αίματος.

#### 4.- Μετεγχειρητική ψύχωση

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι: η προδιαθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.

Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείριση προλαμβάνει πολλές φορές αυτήν την επιπλοκή.

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος κατά το πρώτο 24ωρο είναι πολλά και η νοσηλεύτρια καλείται να τα αντιμετωπίει γιατί αυτά επιβραδύνουν την ανάρρωσή του.

Από τα κυριώτερα προβλήματα που έχει ο μετεγχειρητικός ασθενής είναι:

#### 1) Ο π ό ν ο ς

Ο πόνος οφείλεται στο τραύμα την τομή που έχει γίνει (απαγωγή, συρραφή).

Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο επιτυγχάνεται ως εξής:

- Ακριβή τήρηση της χορηγήσεως αναλγητικών ναρκωτικών φαρμάκων (PETHIDINE ZIDERON).
- Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση.
- Εξασφάλιση ήρεμου, φυσικού περιβάλλοντος.
- Συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου.
- Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη στοργή και αγάπη στον άρρωστο.

#### 2) Ο ε μ ε τ ό ς

Ένα 2ο πρόβλημα είναι ο εμετός.

Ο εμετός είναι αποτέλεσμα της αποδρομής του αναισθητικού φαρ-

μάκου. Εμφανίζεται κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες και η σύσταση του είναι βλένη και σίελο. Αντιμετωπίζεται με την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με μεγάλη επιμέλεια και την διατήρηση αυτής καθαρής και υγρής με την επάλψη των χειλέων και της γλώσσας με κρύο νερό σε σπάτουλα με βαμβάκι. Φροντίζουμε για την χορήγηση υγρών παρεντερικά. Αν ο ασθενής μετά την επέμβαση δεν φέρει LEVIN, σε παρατεταμένους εμετούς γίνεται τοποθέτηση ρινοκαθετήρα LEVIN, για την απαλλαγή του ασθενή από τα πελοναζοντα υγρά του στομαχού.

Εάν ο ασθενής φέρει LEVIN τότε επιβάλλεται η διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα συνεχής αναρρόφησης με σύριγγα LIVIN και ακριβή μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών που αποβάλλονται.

Η ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθάει πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου.

Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δώσουμε στην παροχέτευση, στο σωλήνα KHER ο οποίος είναι συνδεδεμένος με ένα συλλέκτη. Θα πρέπει από τον σωλήνα να γίνεται κανονικά η ροή της χολής προς τον συλλέκτη.

Σε περίπτωση παρεμποδίσεως της ροής της χολής προς τον συλλέκτη, η χολή διοχετεύεται γύρω από τον σωλήνα και ενδέχεται να διαφύγει προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ελέγχει την παροχή και την σύσταση της χολής.

Θα πρέπει να αποφεύγεται η απότομη και βίαιη τοποθέτηση του σωλήνα στο πλάϊ του κρεβατιού.

Η μετακίνηση του σωλήνα KHER απαγορεύεται και αν μετακινηθεί από τον χοληδόχο πόρο τότε ο ασθενής υποβάλλεται σε δεύτερη δο-

κιμασία και τοποθετείται ξανά στην θέση του μετά από χειρουργική επέμβαση.

Η παροχή της χολής στο συλλέκτη θα πρέπει να καταγράφεται και να μετριέται.

Μετά την πάροδο 5-6 ημερών από την εγχείριση μπορεί να κλεισθεί ο σωλήνας για μισή ώρα περίπου πριν και μετά το γεύμα, για να διοχετεύεται η χολή στο δωδεκαδάκτυλο.

Η παροχέτευση ανάλογα με την ποσότητα που αποβάλλεται, αφαιρείται μέσα σε 7-10 μέρες μετά την εγχείριση.

Αν κατά την έξοδο του σωλήνα KIER διοχετεύεται από το τραύμα χολή τότε συνιστώνται εξωτερικές αλλαγές και προφύλαξη του δέρματος από τον ερεθισμό της χολής.

Οι πιο πολλοί χειρουργημένοι ασθενείς φέρουν καθετήρα ουροδόχου κύστης όταν επιστρέφουν από το χειρουργείο για να αποφεύγονται δυσάρεστα συμβάντα όπως επίσχεση ούρων ή διαφυγή των ούρων.

Η μέτρηση της ποσότητας των ούρων είναι λίαν απαραίτητη για την σωστή ρύθμιση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Ο καθετήρας ουροδόχου κύστης αφαιρείται αφού πρώτα γίνει γυμναστική κύστης και ληφθεί καλλιέργεια ούρων. Αφαιρείται συνήθως μετά το πρώτο 24ωρο αν η γενική κατάσταση του ασθενή είναι καλή.

#### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η σίτηση του χειρουργημένου ασθενή είναι ένα σημαντικό τμήμα των Νοσηλευτικών διαδικασιών κυρίως τα πρώτα 24ωρα. Ο ασθενής μετά την επέμβαση συνήθως φέρει ρινογαστρικό σωλήνα LEVIN, οπότε από το στόμα δεν επιτρέπεται να πάρει τίποτα. Ο άρρωστος σιτίζεται ενδοφλέβια με την λήψη υγρών. Τα υγρά που λαμβάνει ο άρρω-

στος είναι πλούσια σε ηλεκτρολύτες. Η ποσότητα των παρεχόμενων υγρών είναι στα 3 LIT, για το πρώτο 24 ωρο.

Βασική προϋπόθεση σ' αυτό είναι η γενική κατάσταση του ασθενή και οι τυχόν απώλειες που έχει. Τότε το είδος και η ποσότητα των υγρών διαφοροποιούνται ή αυξάνονται. Απαραίτητη είναι η μέτρηση των προσλαμβανομένων υγρών που λαμβάνονται παρεντερικά και η μέτρηση των αποβαλλόμενων υγρών από τις διάφορες παροχετεύσεις που έχει ο ασθενής. Έτσι σύμφωνα με το ισοζύγιο υγρών αν είναι θετικό ή αρνητικό ρυθμίζονται και ανάλογα το είδος και η ποσότητα των I.V υγρών.

Η διατροφή από το στόμα αρχίζει συνήθως μετά το δεύτερο 24ωρο οπότε αρχίζει και η χορήγηση υγρών PEROS που με το πέρασμα των ημερών μετατρέπεται η διατροφή από υγρά σε ελαφρά χωρίς λίπη και πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.

Η PEROS διατροφή αρχίζει εφόσον έχει γίνει αφαίρεση του ρινοκαθετήρα LEVIN.

Μετά το δεύτερο 24ωρο έχουμε την κινητοποίηση του εντέρου και την αποβολή αερίων, αυτή είναι άλλη μια ένδειξη για να αρχίσει ο ασθενής να τρέφεται από το στόμα. Σε όλους τους ασθενείς με παροχέτευση χοληφόρων οδών γίνεται καθημερινά παρακολούθηση κοπράνων και εργαστηριακή εξέταση κοπράνων για την ύπαρξη χολοχρωστικών.

Η ύπαρξη χολοχρωστικών στα κόπρανα φανερώνει την έκχυση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο. Επίσης παρακολουθείται το χρώμα του δέρματος γιατί φανερώνει κατά πόσο η χολή απορροφάται από την κυκλοφορία ή χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο.

Η έγερση του αρρώστου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αποκατάσταση του αρρώστου. Λόγω της θέσεως της τομής στον ασθενή

προκαλείται υποσυνείδητα η τάση ακινητοποίησης του χειρουργικού πεδίου, οπότε οι ασθενείς φοβούνται να σηκωθούν, από το κρεβάτι τους.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται η νοσηλευτική υποστήριξη για την έγκαιρη έγερση του ασθενή.

Οι λόγοι που επιβάλλουν την έγερση είναι:

- α. Η πρόληψη πνευμονικών - αγγειακών επιπλοκών. Κυρίως θρόμβωσης αγγείων των κάτω άκρων και η εμφάνιση επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα. Ο ασθενής ενισχύεται με την αγωγή του από κάποιο αντιπηκτικό φάρμακο.
- β. Η επιτάχυνση epούλωσης του τραύματος.
- γ. Η μείωση του μυελογχερρητικού πόνου.
- δ. Η συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα. Όσο νωρίτερα αρχίσει η κινητοποίηση του αρρώστου τόσο πιο νωρίς θα αρχίσει η ενεργοποίηση του εντέρου και ο άρρωστος θα αρχίσει διατροφή από το στόμα.
- ε. Συντόμευση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο Νοσοκομείο.  
Ο χρόνος ο οποίος απαιτείται και επιβάλλεται να βηματίσει ο άρρωστος εξαρτάται από την γενική του κατάσταση και την ηλικία.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας τόσο κατά την είσοδο του ασθενή όσο και κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο είναι εξίσου σημαντικός.

Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της διατροφής του και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την πλήρη αποκατάστασή του. Έτσι για 6 μήνες θα πρέπει από την διατροφή του να ελπίουν τα λίπη και καρικεύματα. Συμβουλευόμαστε για την αποφυγή αύξηση βάρους μέσα σε αυτούς τους μήνες. Ενημερώνεται ο ασθενής και για τους ερεθιστικούς παράγοντες που δεν είναι μόνο η διατροφή αλλά και ο τρόπος ζωής και η αντιμετώπιση της και την εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και χαλάρωση.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

#### α. Ιστορικό ασθενούς με χολολιθίαση

##### Νοσηλευτικό Ιστορικό

Στις 5.7.90 ήρθε στο Π.Π.Γ.Ν.Π στα Ε.Ι. ο κύριος Γ.Δ με πόνο στο επιγάστριο. Αναφέρει ότι από 2ετία παρουσιάζει μετεωρισμό και ερυγές 2-3 ώρες μετά το φαγητό. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται κυρίως άνοιξη και φθινόπωρο. Το τελευταίο χρονικό διάστημα λόγω έντονων ενοχλημάτων συστήνεται U/S δεξιού υποχονδρίου.

Τα αποτελέσματα της εξέτασης ήταν, εντός της χοληδόχου κύστης λίθος 17 CM.

Γίνεται εισαγωγή για χειρουργική αντιμετώπιση.

Η μέτρηση των ζωτικών των σημείων έδειξαν Σφ:90/λεπτό, αναπνοές 20/λεπτό, Α.Π. 110-70 MMHG, θερ. 36,<sup>8</sup>.

Δέρμα: ωχρότητα του δέρματος.

Ήπαρ Κ.Φ

Χολαγγεία Κ.Φ

Νεφροί Κ.Φ

Σπλήνα Κ.Φ

Ουροδόχος κύστη Κ.Φ

Πάγκρεας: δεν προσεγγίζεται.

5.7.90 Έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία και αναισθησιολογική εκτίμηση. Λήψη α/α θώρακος.

6.7.90 Ο ασθενής πήγε χειρουργείο, φάρμακα που συνόδευσαν τον ασθενή UNOGVAFINE 58%, 1FL FTAZIDINE.

Στις 1 μ.μ γύρισε από το χειρουργείο.

Ζωτικά σημεία Κ.Φ. Ο ασθενής έχει LEVIN παίρνει 2 LIT ορρούς,

αντιπηκτική αγωγή.

Στις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, απύρετος, ενεργοποιήθηκε η ουροδόχος κύστη και ήταν ήσυχος.

Το μόνο πρόβλημα που δημιουργήθηκε ήταν ρεγχάζοντες αναπνευστικοί ήχοι λόγω του ότι ήταν χρόνιος καπνιστής.

7.7.90 Συνεχίζει να παίρνει ορρούς. Παρουσιάζει πυρετό. Το τραύμα είναι καλό. Εργαστηριακά ευρήματα καλά. Ο πυρετός αναφέρεται ότι είναι αναπνευστικός.

8.7.90 Ο ασθενής περπατά και ο πυρετός αποδεικνύεται ότι ήταν αναπνευστικός. Το απόγευμα διακόπτονται οι ορροί. Γίνεται αφαίρεση του LEVIN.

9.7.90 Παρουσιάζει σταθερή θερμοκρασία, καλό τραύμα, αποβολή αερίων. Διατροφή υγρά - σούπα.

10.7.90 Σταθερή κατάσταση. Σταθερή θερμοκρασία. Δίαιτα ελαφρά. Δεν ενεργοποιήθηκε το έντερο.

11.7.90 Σταθερή κατάσταση ζωτικών σημείων, γενικής κατάστασης και τραύματος. Ενεργοποιήθηκε το έντερο.

12.7.90 Γίνεται εξειτίριο και δίνονται οδηγίες:

- Αποφυγή λιπαρών για 2 μήνες.
- Αποφυγή άρση βάρους για 6 μήνες.



β. Περίπτωση ασθενή με χολολιθίαση

Στις 13.12.90 εισήλθε στα ε.Ι του Π.Π.Γ.Ν.Π ο κυρ. Β.Ι 49 χρ. με έντονο πόνο στο δεξιό επιγάστριο.

Ανέφερε πόνο στο δεξιό επιγάστριο και περιομφαλικό. Ο πόνος αυτός είχε ξαναπαρουσιαστεί πριν 10 χρόνια σε μικρότερη μορφή και έκτοτε άλλες 2 φορές σε χρονικό διάστημα το ένα επεισόδιο απο το άλλο ενός 1) μηνός. Αναφέρει ότι είναι καπνιστής από πολλά χρόνια, κάνει αρκετή λήψη ποτού.

Σαν συνοδά συμπτώματα αναφέρονται εμετοί (τροφώδεις) ναυτία, μετεωρισμός και ευαισθησία στο επιγάστριο. Δεν αναφέρονται ίκτερος και αντανάκλαση του πόνου στον όσφυ.

Συνιστάται U/S δεξιού υποχονδρίου. Τα αποτελέσματα της εξέτασης ήταν: χολυδόχος κύστη με παχυσμένα τοιχώματα και λίθος μικρών μικρών διαστάσεων από 1 CM ως 5 CM.

Έγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις αίματος και ούρων και εισέρχεται στην χειρουργική κλινική για αντιμετώπιση.

Η τελική διάγνωση είναι χολολιθίαση.

Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση μια που η διάρκεια του πόνου πέρασε.

Γίνεται λήψη του Νοσηλευτικού ιστορικού και μέτρηση ζωτικών σημείων.

Έτσι έχουμε: Α.Π 120 mmHg, θερ. 36<sup>7</sup>, σφύξεις 76.

Δέρμα: Κ.Φ

Κεφαλή - τράχηλος : Κ.Φ

Θώρακας: Κ.Φ.

Κοιλιά: μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, χωρίς ψηλαφητά μορφώματα.

Άκρα: Κ.Φ

Πάγκρεας δεν προσεγγίζεται.

13.12.90: Έγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις αίματος και ούρων. Έγινε αναισθησιολογική εκτίμηση και προεχειριτική ετοιμασία. Το βράδυ ήταν ιδιαίτερα ανήσυχος και δόθηκε 1 TABL STEDON.

14.12.90: Είναι η μέρα χειρουργείου.

Γύρισε από το χειρουργείο στις 12.30 π.μ. Βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση με ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Έχει ορρό, ποσότητα 24ωρο 2 LIT. Έχει παροχέτευση KHER και LEVIN. Η φαρμακευτική του αγωγή είναι αντιπηκτική και αντιβίωση. Το πρώτο μετεγχειριτικό 24ωρο είναι απύρετος, ενεργοποιείται η ουροδόχος κύστη.

15.12.90: Καλή φυσική κατάσταση. Φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Συνεχίζει να παίρνει ορρούς 2 LIT και αντιβίωση και αντιπηκτική αγωγή. Ο ασθενής κινητοποιείται. Έτσι αποφεύγουμε την εμφάνιση πυρετού κυρίως αναπνευστικού. Τα εργαστηριακά φυσιολογικά καθώς και το τραύμα.

16.12.90: Καλή γενική κατάσταση. Εργαστηριακές εξετάσεις και ζωτικά σημεία Κ.Φ. Γίνεται αφαίρεση του LEVIN μια που η ποσότητα που παροχετεύτηκε ήταν μηδαμινή. Συνεχίζει να παίρνει ορρούς 2 LIT. Η κινητοποίηση του συνεχίζεται. Γίνονται αλλαγές στο τραύμα.

17.12.90: Σταθερή φυσιολογική γενική κατάσταση του ασθενή. Γίνεται διακοπή στην χορήγηση της αντιβίωσης. Συνεχίζει την αντιπηκτική αγωγή. Τραύμα καλό, γίνονται αλλαγές. Ποσότητα παροχής του KHER με καθημερινή μείωση. Γίνεται διακοπή ορρών και διατροφή υγρά - σούπα.

18.12.90: Σταθερή κατάσταση. Φυσιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις. Φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Τραύμα καλό. Η διαίτά του ελαφρά. Συνεχίζει την αντιπηκτική του αγωγή. Σταθερή ποσότητα παροχής του KHER.

19.12.90: Σταθερή κατάσταση. Φυσιολογική η γενική του κατά-

σταση. Ενεργοποιήθηκε το έντερο και έχουμε και αποβολή αερίων. Η δίαιτα ελαφρά. Συνεχίζει αντιπηκτική αγωγή. Γίνεται αφαίρεση της παροχέτευσης του ΚΥΕΡ.

20.12.90: Καλή φυσική κατάσταση. Ο ασθενής κινητοποιείται και τρέφεται ελεύθερα αλλά χωρίς λίπη και καρικεύματα. Παραμένει στην κλινική για παρακολούθηση ενός 24ωρου και κοπή ραμμάτων.

21.12.90: Γίνεται εξιτήριο. Δίνονται οδηγίες για την διατροφή του για αποφυγή λιπαρών καρικευμάτων και ποτού για 2 μήνες. Αποφυγή , άρση βάρους για 6 μήνες.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Νοσηλευτική Φροντίδα	Αξιολόγηση -Εκτιμηση -Εκπισημονική
Αίσθημα ναυτίας και εμετός.	Ανακούφιση του συμπτώματος.	Απαλλαγή από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και τον εμετό.	Χορήγηση υγρών I.V. για κάλυψη των υγρών που αποβάλλει και πρόληψη της αφυδάτωσης.	Μείωση των συμπτωμάτων. Ικανοποιητική πορεία υ-σφυγίου υγρών.
Εμφάνιση πόνου με επιγάστριο.	Ελάττωση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων όπως RVIMPERAN AMP IM ή IV. Πλύσεις στόματος με διάλυμα HEXALEN.	Δημιουργία ιδανικότερων συνθηκών για χειρουργική επέμβαση.
Εμφάνιση πόνου με επιγάστριο.	Ελάττωση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.	Χορήγηση I.M αναλγητικής ένεσης.	Μείωση του πόνου. Ανακούφιση από το σύμπτωμα.

Προβλήματα ασθενή      Αντικειμενικοί σκοποί      Προγραμματισμός Νοσηλευ-      Νοσηλευτική φροντίδα      Αξιολόγηση - Επιστημονική  
 τικών Ενεργειών

Μείωση των δρα-      Εξάλειψη των συμπτ-      Φροντίζουμε για την      Φροντίζουμε τόσο για την      Μείωση της εμφάνισης των  
 στηριότητας από      μάτων και συνέχιση      αντιμετώπιση των συμπτω-      αντιμετώπιση των συμπτω-      συμπτωμάτων και ανάπτυξη  
 την εμφάνιση      των δραστηριοτήτων.      πτωμάτων.  
 των συμπτωμάτων.

Συναισθηματική      Να εξελιφθούν οι      Προγραμματίζουμε συ-      Εξηγούμε στον άρρωστό μας      Μετά από διαλογική συζήτη-  
 πτώση λόγω της      ανηυχίες του ασθενή      ζήτηση με τον ασθενή      το είδος της ασθένειας      ση τα αναμενόμενα αποτελέ-  
 ασθένειας των      νή για τα συγκεκριμέ-      και συνεχή επαφή μαζί      και τον τρόπο με τον ο-      σματα είναι η συναισθημα-  
 οικογενειακών      μένα προβλήματα.      του για να τον βοηθή-      ποίο πρέπει να ανταπεξέλ-      τική πληρότητα.  
 υποχρεώσεων,      σουμε ώστε να ξεπερά-      σει τα προβλήματά του.  
 και επαγγελμα-      σε οι υποχρεώ-  
 τικών υποχρεώ-  
 σεων.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευ- τικών Ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολόγηση - Επιστημονική Εκτίμηση
Μείωση της άνεσης από τα συμπτώματα ερυσγές, εμετούς.	Ελάττωση των συμπτωμάτων και εξασφάλιση της καλής υγείας.	Φροντίζουμε για την καλύτερευση της διατροφής του ασθενή, την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.	Λήψη τροφής κατάλληλης ώστε να μειώνει τα συμπτώματα ή εφαρμογή τεχνικής διατροφής.	Μείωση των επόδευων συμπτωμάτων.
Ανησυχία για το είδος της ασθένειας και την εξέλιξή της.	Εξάληψη του φόβου με τηνκατάλληλη διαφώτιση για το είδος της ασθένειας.	Ανάλυση των αιτιών και των συμπτωμάτων και φυσική αντιμετώπιση της ασθένειας.	Φροντίζουμε ώστε να ενημερωθεί ο ασθενής για το είδος και την πορεία της ασθένειάς της.	Μείωση του STRESS και του άγχους.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευ- τικών Ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολόγηση - Επιστημονική Εκτίμηση
Προεγχειρητικός φόβος και άγχος για την διεξαγωγή της επέμβασης.	Μείωση του φόβου με την επεξήγηση της διαδικασίας της επέμβασης.	Φροντίζουμε για την επεξήγηση της επέμβασης και την ψυχολογική τόνωση.	Συζήτηση και ηθική και ψυχολογική υποστήριξη.	Μείωση του φόβου και του άγχους για την επέμβαση.
Μετεγχειρητικός πόνος και εξάντληση από την επέμβαση.	Εξάλωση των μετεγχειρητικών συμπτωμάτων.	Φροντίζουμε για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με φυσικά και φαρμακευτικά μέσα.	Προσπαθούμε με κάθε νοσηλευτικό μέσο που μας δίνεται να αντιμετωπίσουμε τα συμπτώματα. Φροντίζουμε τόσο και για την τόνωση του οργανισμού με σωστή διατροφή και ψυχολογική βοήθεια.	Μετά από αυτές τις δραστηριότητες στον ασθενή μας μειώνεται ο πόνος και τα συμπτώματα της εγχείρισης (εμετός).

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευ- τικών ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολόγηση - Επιστημονική Εκτίμηση
Μετεγχειρητικός πυρετός.	Μείωση του πυρετού.	Φροντίζουμε ώστε να θερ- μομετρείται ο ασθενής σε τακτικά χρονικά διαστήμα- τα, παρακολουθούμε την ποσότητα των υγρών που λαμβάνει και την ποσό- τητα των υγρών που λαμβά- νει και την ποσότητα των ούρων.	Εφαρμόζονται ψυχρά περιτυλίγματα. Δίνονται αντιπυρετι- κά αν ο πυρετός συ- νεχίζεται. Ενισχύεται ο ασθενής να παίρνει υγρά PEROS ή I.V.	Επάνοδο της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.



## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Μέσα από αυτή την εργασία πιστεύω να εκπληρώθηκε ο αρχικός σκοπός μου δηλ. η προσέγγιση του ασθενή. Του ασθενή που δεν θα πάσχει μόνο από χολολιθίαση όπως αναφέρεται σε αυτή την εργασία αλλά από την οποιαδήποτε ασθένεια που θα τοϊκαθηλώσει και θα χρειάζεται την βοήθειά μας.

Πιστεύω ότι εμείς σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας είναι καθήκον και υποχρέωση να γνωρίζουμε ότι προέχει η προάσπιση και προαγωγή της υγείας του κάθε ανθρώπου.

Για να το πετύχουμε αυτό χρειάζεται σωστή εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και να κατέχουμε, γνώσεις και πνεύμα αγάπης και συνεργασίας. Χρειάζεται πρόληψη και ενημέρωση από όλη την υγειονομική ομάδα μια που αυτός ο τομέας στη χώρα μας είναι αρκετά υποβαθμισμένος.

Με εκτίμηση

Χήρα Ειρήνη

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Ι., ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Ι., ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ., ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Μ., ΚΑΡΑΒΙΑΣ Δ: Πρόοδος στην ιατρική Επιστήμη, Τόμος 2, Τεύχος Α, Έκδοση πρώτη, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1989.
2. ΒΑΣΩΝΗ Δ: Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής, Επίτομος, Έκδοση πέμπτη Αναθεωρημένη, Εκδόσεις Αθήνα 1987.
3. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ: Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση τρίτη, Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.", Αθήνα 1981.
4. Γκούμας Κ., ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ Α: "Εγκυκλοπαίδεια Υγεία", Τόμος 7ος Εκδόσεις "Δομική", Αθήνα 1989.
5. HARRISON G.A.: Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α, Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1986.
6. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: Νοσηλευτική, Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α, Έκδοση 9η "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1985.
7. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.: Αρχές Γενικής Χειρουργικής Τόμος Β, Έκδοση 5η, Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1989.
8. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1985.
9. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Μέρος Β, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1985.

