

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΕΧΟΔΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

■ ΚΙΡΕΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ■

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΕΧΑΓΙΑ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Δρ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	330
----------------------	-----

" Αφιερώνω την πτυχιακή αυτή εργασία
στην οικογένειά μου

και

στην καθηγήτριά μου Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
την οποία και ευχαριστώ θερμά για την πολύτιμη
βοήθεια και συνεργασία της κατά τη διάρκεια
της συγγραφής της. "

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αναφέρεται στο θέμα "κίρσοι κάτω άκρων" και έχει γραφτεί στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας με στόχο τη δική μου ευρύτερη ενημέρωση και την ενημέρωση των συναδέλφων μου.

Στο σημείο αυτό θα θεωρούσα πολύτιμο να δώσω μια εικόνα της σημαντικής αυτής μεθόδου της ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας του αρρώστου που λέγεται "νοσηλευτική διεργασία".

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεως των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσεως της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής. Αποβλέπει στην καλύτερη εξατομικεύση της φροντίδας του αρρώστου και δεν πρόκειται για απλή ακαδημαϊκή θεωρία άσχετη με την πρακτική εφαρμογή της νοσηλείας.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ III

ΟΡΙΣΜΟΣ V

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Στοιχεία ανατομίας 1

Στοιχεία φυσιολογίας 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Παθολογική ανατομική και φυσιολογία 10

Διαίρεση κισρών 12

Αιτιοπαθογένεια 14

Μηχανισμός δημιουργίας κισρών 15

Κλινική συμπτωματολογία 18

Κλινική εξέταση 20

Παρακλινικές εξετάσεις 26

Διάγνωση 28

Διαφορική διάγνωση 29

Επιπλοκές 31

Μέτρα πρόληψης σε άτομα με προδιάθεση 41

Θεραπεία 42

Α. Συντηρητική 43

Β. Σκληρυντική 44

Γ. Χειρουργική 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Συσχέτιση κισρών και εγκυμοσύνης 62

Διάκριση κίρσων από φλεβίτιδα	64
Μέτρα υγιεινής απαραίτητα σε άτομα που πάσχουν από κίρσους κάτω άκρων	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Συμπτώματα και αντιμετώπισή τους	68
Επιπλοκές και αντιμετώπισή τους	69
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	79
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	91
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	98
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	99
Αποκατάσταση ασθενούς με κίρσους κάτω άκρων	106

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΒΕΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

1ο Περιστατικό	108
2ο Περιστατικό	126
ΕΠΙΛΟΓΕΣ	139

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην ιστορία της Ιατρικής, από την αρχαιότητα μέχρι προ 10ετίας, αναφέρονται μεμονωμένες απόπειρες θεραπευτικής αντιμετώπισης των αγγειακών παθήσεων, η φύση των οποίων δεν ήταν ακριβώς γνωστή.

Ο Antyllus (2ος ή 3ος αιώνας μ.Χ.) πρέπει να θεωρηθεί ο πρώτος αγγειακός χειρουργός. Μεταξύ των διαφόρων ερευνητών, οι οποίοι μεταγενέστερα εκτέλεσαν αγγειακές επεμβάσεις αναφέρονται ο Gluck (1881), ο οποίος εφάρμοσε λαβίδες από ελεφαντοστό προς επιδιόρθωση αγγείων· ο Eck (1879), ο Ρώσος χειρουργός, ο πρώτος πιθανώς ο οποίος εκτέλεσε αγγειακές αναστομώσεις.

Οι παθήσεις των αγγείων άρχισαν συστηματικά να μελετούνται τόσο κλινικά όσο και πειραματικά από τις αρχές ήδη του 20ου αιώνα. Αλματώδης όμως εξέλιξη στη διαγνωστική και τη θεραπευτική των αγγειακών παθήσεων έγινε κατά τις τελευταίες δεκαετηρίδες. Η Ιατρική επιστήμη οφείλει πολλά στη φωτεινή και ανεξάντλητη διάνοια του αείμνηστου σοφού δασκάλου René Leriche, ο οποίος άνοιξε κατευθυντήριες οδούς προς όλα τα πεδία των αγγειακών παθήσεων. Η μεγαλοφυής πειραματική εργασία του Alexis Carrel κατά τις δυο πρώτες δεκαετηρίδες του παρόντος αιώνα για την οποία έλαβε και το βραβείο Νόμπελ (1912) καθιέρωσε τις βασικές τεχνικές της συρραφής των αγγείων. Ο Carrel πέτυχε μεταμόσχευση αρτηριακών και φλεβικών τμημάτων, όπως και ολόκληρων οργάνων και διέβλεψε τη δυνατότητα ριζικότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης κάποιων αγγειακών παθήσεων με εκτομή του αλλοιωμένου αρτηριακού τμήματος και αποκατάσταση της αρτηριακής συνέχειας με αρτηριακό ή φλεβικό μόσχευμα.

Έτσι η χειρουργική θεραπεία των αγγειακών παθήσεων μπήκε σε μια νέα ριζική και θεαματική περίοδο.

Μια από τις χειρουργικές παθήσεις των αγγείων είναι "οι κίρσοι των κάτω άκρων".

Σκοπός της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι να δοθεί το ερέθισμα για περισσότερη συναίσθηση της ευθύνης από όλη την ομάδα υγείας, στην οποία έγκειται η θεραπεία και η ελπίδα των ασθενών. Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές-τριες, θα πρέπει να κατανοήσουν ότι η νοσηλευτική παρέμβαση στις διάφορες παθήσεις δεν είναι ένα απλό συμπλήρωμα στη θεραπεία, αλλά και το κεντρικό σημείο για τη σωστή αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Ειδικά η εξατομικευμένη νοσηλευτική διεργασία, είναι βασικό στάδιο της θεραπείας και θα πρέπει να στηρίζεται σε ιατρικές γνώσεις κυρίως ανατομίας και φυσιολογίας. Απαιτείται συνεχόμενη μελέτη των νέων παθήσεων και νέων μεθόδων αντιμετώπισης αυτών και φυσικά έτσι θα εξελίσσεται και η νοσηλευτική φροντίδα σαν το καλύτερο μέρος της θεραπείας.

Ελπίζω η εργασία αυτή να συμβάλλει στην καλύτερη ενημέρωση των συναδέλφων μου όσον αφορά τους "κίρσους κάτω άκρων", μέσα από μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική διεργασία.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο "κίρσοι" χαρακτηρίζουμε την υπερτροφία, διαστολή και επιμήκυνση κλάδων της μείζονος και της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας. Η κατάσταση αυτή οφείλεται στην ανεπάρκεια των βαλβίδων των σαφηνών φλεβών και έχει ως αποτέλεσμα τη στάση του αίματος σ' αυτές τις φλέβες, λόγω της ατελούς κένωσής τους, αφού το αίμα επιστρέφει πίσω από την έλξη της βαρύτητας.

Το ποσοστό συχνότητας των ενήλικων που πάσχουν από κίρσους κάτω άκρων ανέρχεται σε 10% έως 17% περίπου αυτών. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται μετά το 30ο έτος της ηλικίας. Από άποψη συχνότητας οι γυναίκες πάσχουν περισσότερο από τους άνδρες (πιθανώς εξαιτίας επιδράσεως ορμονικών παραγόντων κατά το γενετήσιο κύκλο και ιδιαίτερα κατά την εγκυμοσύνη). Κατά τους Dodd και Cockett στην Αγγλία, μια στις πέντε γυναίκες και ένας στους 15 άνδρες πάσχουν από κίρσους των κάτω άκρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που καταφεύγουν προς θεραπεία είναι γυναίκες. Ίσως αυτό να οφείλεται στην αμέλεια των ανδρών που υποβάλλονται σε θεραπεία μόνο όταν οι κίρσοι χειροτερέψουν, σε σημείο που να εμποδίζουν στην άσκηση της επαγγελματικής απασχόλησής τους, ενώ οι γυναίκες προτρέχουν ευκολότερα, είτε γιατί είναι ευαίσθητες στο βάρος και στον πόνο, είτε γιατί διαβλέπουν τις συνέπειες, είτε και από απλή αισθητική άποψη.

Επίσης έχει παρατηρηθεί φυλετική προδιάθεση στην εμφάνιση κίρσων, οι οποίοι απαντώνται συχνότερα στους Ευρωπαίους, Αμερικάνους και μεσογειακούς λαούς. Η συχνότητα φτάνει το 10-20% του γενικού πληθυσμού.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ

Η επιστροφή του αίματος γίνεται στο πόδι από τις εν τω βάθει κάτω από τις περιτονίες φλέβες, που πορεύονται με τις αρτηρίες και σε μικρό ποσοστό από επιπολής φλέβες που βρίσκονται έξω από τις περιτονίες που απάγουν αίμα από το δέρμα και τον υποδόριο ιστό, καθώς και από τις εν τω βάθει στιβάδες του ποδιού και της περιοχής των σφυρών.

Οι δερματικές φλέβες, επειδή έχουν παχύτερο τοίχωμα από τις εν τω βάθει φλέβες της ίδιας διαμέτρου, μπορούν να ψηλαφηθούν και να παρατηρηθούν δια του δέρματος.

Το αίμα από τα επιπολής φλεβικά δίκτυα οδηγείται, διαμέσου της μείζονος σαφηνούς φλέβας, στη μηριαία φλέβα και διαμέσου της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας στην ιγνυακή φλέβα. Ανάμεσα στις δυο δερματικές φλέβες και το σύστημα των εν τω βάθει φλεβών υπάρχουν πολυάριθμες εν τω βάθει αναστομώσεις (που ονομάζονται στην κλινική αναστομωτικές ή διατιτραίνουσες φλέβες) που διέρχονται διαμέσου της περιτονίας. Φλεβικές βαλβίδες στις δερματικές φλέβες και τις εν τω βάθει αναστομώσεις οδηγούν το αίμα από την κνήμη και το μηρό προς τις εν τω βάθει φλέβες.

Στο πόδι και την περιοχή των σφυρών, το μεγαλύτερο μέρος των φλεβικών συνδέσεων δεν έχει βαλβίδες. Οι αναστομώσεις που φέρουν βαλβίδες οδηγούν το αίμα κατά το ήμισυ προς τις εν τω βάθει και τις επιπολής φλέβες. Με τις πολυάριθμες συνδέσεις μεταξύ επιπολής φλεβών, μεταξύ εν τω βάθει φλεβών και μεταξύ των

δυσ αυτών συστημάτων, οι φλέβες του κάτω άκρου σχηματίζουν πολυπλεγματοειδή, τριτοδιάστατο δίκτυο και η απολίνωση μεμονωμένων φλεβών δεν έχει συνεπώς κατά κανόνα βλαπτικές συνέπειες. Αντίθετα, η απολίνωση της μηριαίας φλέβας προκαλεί υψηλού βαθμού φλεβικό αποκλεισμό.

Αν οι φλεβικές βαλβίδες στις εν τω βάθει αναστομώσεις δεν είναι λειτουργικά ικανές, τότε η επαναφορά του αίματος στις εν τω βάθει φλέβες επηρεάζεται δυσμενώς, γιατί η ενέργεια της "μυϊκής αντλίας" και της αρτηριοφλεβικής συνδέσεως μειώνεται ή αίρεται, επειδή το αίμα επιστρέφει τώρα από τις εν τω βάθει στις επιπολής φλέβες και παραμένει εκεί. Αυτό οδηγεί σε τοπικές διαταραχές θρέψεως, κατά κανόνα σε οίδημα και εξελκώσεις και οι κίρσοι είναι εξαιρετικά συχνοί στην περιοχή των σαφηνών φλεβών.

Στη ράχη του ποδιού σχηματίζεται υποδόριο στενοπλεγματοειδές φλεβικό δίκτυο, το ραχιαίο φλεβικό δίκτυο του ποδιού, που δέχεται αίμα από τις εν τω βάθει φλέβες της ράχης του ποδιού και του πέλματος, αλλά και του υποδόριου φλεβικού δικτύου του πέλματος.

Οι επιμήκεις κορμοί του φλεβικού δικτύου βρίσκονται κυρίως στην πλευρά του μεγάλου και του μικρού δακτύλου και εγκάρσιες συνδέσεις τους, κυρίως στην πρόσθια περιοχή των οστών του μεταταρσίου και στη ραχιαία πλευρά των δυο αστραγαλικών αρθρώσεων. Ο αυλός των επιπολής αγγείων είναι συνήθως ευρύτερος από τον αυλό των εν τω βάθει φλεβών.

Η μείζων σαφηνής φλέβα δημιουργείται από επιμήκεις φλέβες στο έσω χείλος της ράχης του ποδιού και δέχεται το αίμα από το φλεβικό δίκτυο του έσω σφυρού, πριν πορευθεί προς την έσω πλευρά της κνήμης. Πορεύεται μαζί με το μείζον σαφηνές νεύρο πίσω από τον έσω κόνδυλο του μηρού και φτάνει

διαμέσου της πρόσθιας επιφάνειας του μηρού προς το σαφηνές στόμιο, όπου εκβάλλει η μηριαία φλέβα. Στη μείζονα σαφηνή φλέβα εκβάλλουν στην κνήμη και το μηρό πολυάριθμες φλέβες. Από την έξω ή την έσω-πρόσθια επιφάνεια του μηρού μπορεί να έρχεται μια επικουρική σαφηνής φλέβα. Συνήθως εκβάλλουν στη μεγάλη σαφηνή φλέβα κοντά στο σαφηνές στόμιο και η επιπολής επιγιάστρια φλέβα (από το δέρμα πάνω από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα) και οι έξω αιδοϊκές φλέβες (από το δέρμα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων).

Η ελάσσων σαφηνής φλέβα σχηματίζεται στο έξω χείλος του ποδιού από το φλεβικό δίκτυο της ράχης του ποδιού και δέχεται συμβολές στην περιοχή των σφυρών. Πορεύεται πίσω από το έξω σφυρό προς τη γαστροκνημία, διέρχεται διαμέσου της κνημιαίας περιτονίας και εκβάλλει ανάμεσα στις δυο κεφαλές του γαστροκνήμιου μυός, στην ιγνυακή φλέβα.

Στην κνήμη υπάρχουν συνήθως πολλές εγκάρσιες συνδέσεις της προς τη μείζονα σαφηνή φλέβα. Επιπολής αναστόμωση μπορεί να συνδέσει την ελάσσονα σαφηνή φλέβα γύρω από την έσω επιφάνεια του μηρού με τη μείζονα σαφηνή φλέβα (μηροϊγνυακή φλέβα) και να προσάγει κατά το μάλλον ή ήττον μεγάλο μέρος του αίματος της διαμέσου αυτής της οδού στη μηριαία φλέβα. Εν τω βάθει αναστομώσεις μπορεί επίσης να υπάρχουν προς τις διατιτραίνουσες ή τις περισπώμενες μηριαίες φλέβες.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Για χρόνια οι φλέβες δεν θεωρούνταν τίποτε περισσότερο από οδούς επαναφοράς του αίματος προς την καρδιά. Γρήγορα όμως έγινε

φανερό ότι εκτελούν πολλές λειτουργίες αναγκαίες για την κυκλοφορία. Είναι ικανές να συστέλλονται και να διαστέλλονται, ν' αποθηκεύουν μεγάλες ποσότητες αίματος ώστε να το έχουν διαθέσιμο όταν απαιτείται στην υπόλοιπη κυκλοφορία, να προωθούν ακόμη το αίμα με τη λεγόμενη "φλεβική αντλία" και επιπλέον να βοηθούν στη ρύθμιση του όγκου παλμού. Η σημασία του φλεβικού δικτύου είναι δυνατό να εκτιμηθεί αν αναλογιστεί κανείς ότι το 70% του ολικού όγκου αίματος βρίσκεται μέσα σ' αυτό.

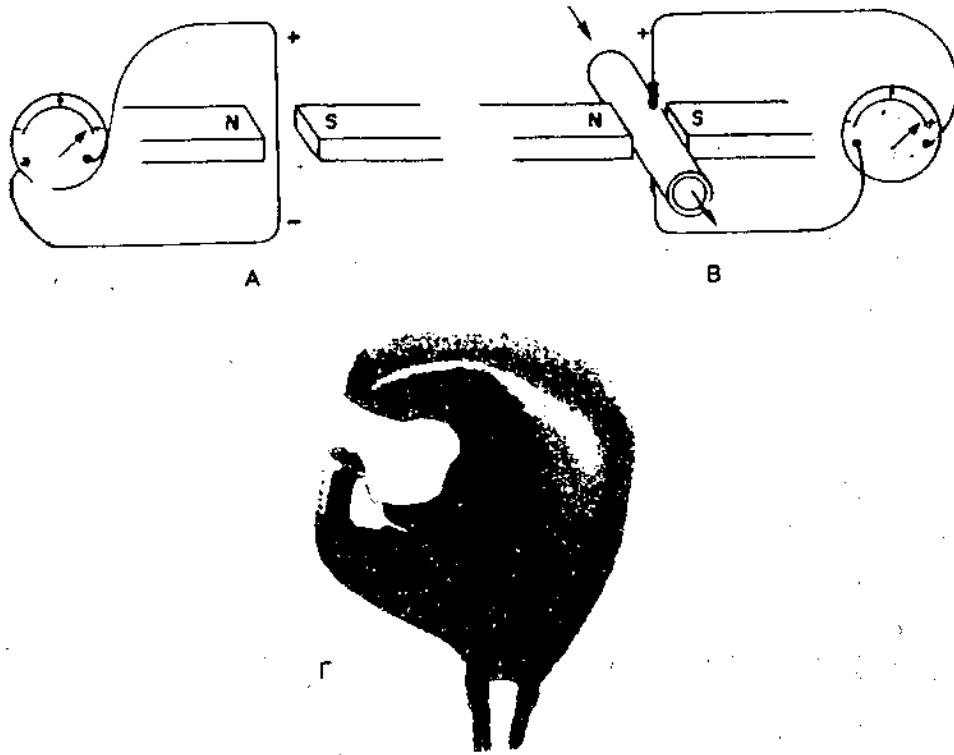
Η ροή του αίματος και η πίεση μέσα στο φλεβικό σύστημα ρυθμίζονται από ποικίλους παράγοντες. Οι κυριότεροι απ' αυτούς είναι οι εξής:

1. Η πίεση που παραμένει μετά τη δίοδο του αίματος από τα τριχοειδή λόγω της δράσεως της καρδιάς.
2. Ο τόνος και η σύσπαση των μυϊκών μαζών (μυϊκή αντλία).
3. Η λειτουργία των βαλβίδων, οι οποίες επιτρέπουν την κεντρομόλο μόνο μετακίνηση του αίματος.
4. Οι σφύξεις των συνοδών αρτηριών, οι οποίες όταν διαστέλλονται πιέζουν τις φλέβες (αρτηριακή αντλία). Και
5. Η αρνητική πίεση κατά την εισπνοή και τη διαστολική φάση της δεξιάς καρδιάς.

Αιματική ροή σημαίνει απλά την ποσότητα αίματος που περνά από δεδομένο σημείο της κυκλοφορίας σε δεδομένη χρονική περίοδο. Κανονικά η αιματική ροή εκφράζεται σε χιλιοστόλιτρα (ml) ή λίτρα (l) ανά λεπτό, μπορεί όμως να εκφραστεί και σε ml/sec ή σε οποιαδήποτε άλλη μονάδα ροής.

Σαν μέθοδοι μέτρησης της αιματικής ροής μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες μηχανικές ή ηλεκτρομηχανικές συσκευές που συνδέονται σε σειρά με το αιμοφόρο αγγείο ή μερικές φορές εφαρμόζονται στην εξωτερική του επιφάνεια. Όλες αυτές οι συσκευές λέγονται, γενικά, ροόμετρα.

Το ηλεκτρομαγνητικό ροόμετρο. Τα τελευταία χρόνια έχουν επινοηθεί αρκετές νέες συσκευές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της αιματικής ροής σ' ένα αγγείο χωρίς αυτό να διανοίγεται. Ένα από τα σημαντικότερα τέτοια όργανα είναι το ηλεκτρομαγνητικό ροόμετρο.



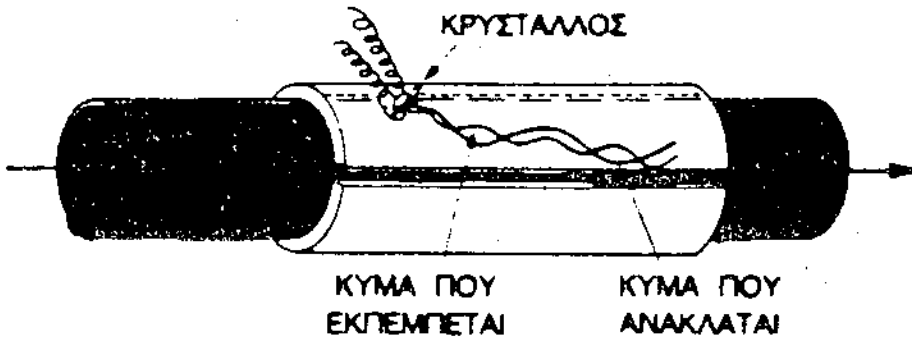
Εικ. 14-4. Ηλεκτρομαγνητικό ροόμετρο, που δείχνει (Α) την παραγωγή ηλεκτροκινητικής δύναμης σ' ένα σύρμα που περνά μέσα από ηλεκτρομαγνητικό πεδίο, (Β) την παραγωγή ηλεκτροκινητικής δύναμης, στα ηλεκτρόδια που βρίσκονται πάνω σ' ένα αγγείο, όταν το τελευταίο (ένώ το αίμα εξακολουθεί να ρέει μέσα σ' αυτό) τοποθετηθεί μέσα σέ ισχυρό μαγνητικό πεδίο, και (Γ) «διερευνητής» μοντέρνου ηλεκτρομαγνητικού ροομέτρου για συνεχή εμφύτευση γύρω από αιμοφόρα αγγεία.

Η εικόνα 14-4Α δείχνει την παραγωγή ηλεκτροκινητικής δύναμης σ' ένα σύρμα που κινείται γρήγορα μέσα σ' ένα μαγνητικό πεδίο. Η εικόνα 14-4Β δείχνει ότι η ίδια ακριβώς αρχή εφαρμόζεται και για την παραγωγή ηλεκτροκινητικής δύναμης στο αίμα, όταν αυτό κινείται μέσα σε μαγνητικό πεδίο. Σ' αυτή την περίπτωση ανάμεσα στους πόλους ενός ισχυρού μαγνήτη τοποθετείται ένα αιμοφόρο αγγείο και στις δυο πλευρές του τοποθετούνται ηλεκτρόδια κάθετα προς τις μαγνητικές γραμμές του πεδίου. Όταν το αίμα ρέει μέσα από το αγγείο, ανάμεσα στα δυο ηλεκτρόδια δημιουργείται ηλεκτρική τάση, ανάλογη προς την ταχύτητα της ροής που καταγρά-

φεται με τη βοήθεια κατάλληλου οργάνου ή ηλεκτρονικής συσκευής. Η εικόνα 14-4Γ απεικονίζει ένα πραγματικό "διερευνητή" που τοποθετείται σε μεγάλα αγγεία και καταγράφει την αιματική ροή σ' αυτά.

Πρόσθετο πλεονέκτημα του ηλεκτρομαγνητικού ροόμετρου είναι ότι μπορεί να καταγράψει μεταβολές της ροής που επέρχονται σε χρόνο μικρότερο από 0,01 sec, επιτρέποντας έτσι την ακριβή καταγραφή τόσο των σφυγμικών μεταβολών όσο και της σταθερής αιματικής ροής.

Το υπερηχητικό ροόμετρο Doppler.



Εικ. 14-5. Υπερηχητικό ροόμετρο Doppler.

Άλλος τύπος ροόμετρου που μπορεί να εφαρμοστεί στην εξωτερική επιφάνεια του αγγείου και έχει πολλά από τα πλεονεκτήματα του ηλεκτρομαγνητικού, είναι το υπερηχητικό ροόμετρο Doppler που φαίνεται στην Εικόνα 14-5. Στο τοίχωμα της συσκευής υπάρχει προσαρμοσμένος ένας μικρός πιεζοηλεκτρικός κρύσταλλος.

Όταν αυτός ο κρύσταλλος ενεργοποιηθεί με κατάλληλη ηλεκτρονική συσκευή, εκπέμπει προς τη ροή του αίματος, που περνά κάτω απ' αυτόν, ήχους συχνότητας μερικών εκατομμυρίων κύκλων στο δευτερόλεπτο. Ένα μέρος ήχου ανακλάται από τα ερυθροκύτταρα που περνούν και τα κύματά του επιστρέφουν στον κρύσταλλο. Τα κύματα όμως που ανακλώνται έχουν μικρότερη συχνότητα από αυτήν που εκπέμπεται, επειδή τα ερυθροκύτταρα απομακρύνονται από τον κρύσταλλο-πομπό. Πρόκειται για το ίδιο φαινόμενο που διαπιστώνεται όταν ένα τραίνο πλησιάζει κάποιον παρατηρητή και μετά απομακρύνεται σφυρίζοντας. Όταν το τραίνο περάσει από τον παρατηρητή ο τόνος του ήχου της σειρήνας γίνεται ξαφνικά πολύ χαμηλότερος από ό,τι ήταν όταν το τραίνο πλησίαζε. Η διαφορά συχνότητας ανάμεσα στο κύμα που εκπέμπεται και στο κύμα που επιστρέφει προσδιορίζεται από ηλεκτρονική συσκευή και απ' αυτήν υπολογίζεται η ταχύτητα της αιματικής ροής.

Φλεβικές βαλβίδες και η "φλεβική αντλία"

Φυσιολογικά η μέση φλεβική πίεση της σαφηνούς στο ύψος της ποδοκνημικής είναι σε κατακεκλιμένη θέση 11,7 mmHg και ανέρχεται σε 56 mmHg περίπου σε καθιστική θέση. Ο μέσος χρόνος φλεβικής κυκλοφορίας από την ποδοκνημική μέχρι τη βουβωνική χώρα ανέρχεται περίπου σε 40 sec. Για να διατηρηθεί η ροή προς την κάτω κοίλη φλέβα πρέπει η φλεβική πίεση στη βουβωνική χώρα να υπερβαίνει στην ενδοκοιλιακή. Κάθε αύξηση της τελευταίας, όπως σε εγκυμοσύνη, συνεπάγεται δυσχέρεια στην επαναφορά του αίματος.

Η φλεβική πίεση στα κάτω άκρα σε όρθια θέση ενηλίκου θα ήταν πάντα περίπου +90 mmHg αν δεν υπήρχαν οι βαλβίδες των φλε-

βών. Κάθε φορά που κινούνται τα κάτω άκρα συσπώνται οι μύες και συμπιέζονται οι φλέβες που βρίσκονται μέσα ή κοντά σ' αυτούς, με αποτέλεσμα την έκθλιψη του αίματος από τις φλέβες. Οι φλεβικές βαλβίδες, πάλι, έχουν τέτοια διάταξη που η μόνη κατεύθυνση την οποία μπορεί ν' ακολουθήσει το αίμα είναι προς την καρδιά. Κατά συνέπεια, κάθε φορά που ένα άτομο κινεί τα κάτω άκρα ή ακόμα και μόνο σφίγγει τους μυς του, ορισμένη ποσότητα αίματος προωθείται προς την καρδιά και η πίεση στις αντίστοιχες φλέβες του σώματος ελαττώνεται.

Αυτό το σύστημα αντλίας είναι γνωστό ως "φλεβική αντλία" ή "μυϊκή αντλία" και είναι αρκετά αποτελεσματικό, γιατί κάτω από φυσιολογικές συνθήκες η φλεβική πίεση στα κάτω άκρα ενός ενήλικου που περπατά διατηρείται κάτω από 25 mmHg.

Αν το άτομο στέκεται απόλυτα ακίνητο, η φλεβική αντλία δεν λειτουργεί και η φλεβική πίεση στα κατώτερα σημεία των κάτω άκρων μπορεί σε 30 δευτερόλεπτα περίπου ν' ανέβει, φτάνοντας στην τελική τιμή των 90 mmHg. Κάτω από τέτοιες συνθήκες, οι πιέσεις μέσα στα τριχοειδή αυξάνουν και αυτές πολύ, με αποτέλεσμα διαρροή υγρών από το κυκλοφοριακό σύστημα στους ιστικούς χώρους, με συνέπεια οίδημα των κάτω άκρων και ελάττωση του όγκου του αίματος. Στην πραγματικότητα, μέσα στα 15 πρώτα λεπτά της απόλυτης ακινησίας σε όρθια θέση, πολλές φορές χάνονται από την κυκλοφορία 15-20% του όγκου του αίματος.

Πολλές φορές οι βαλβίδες του φλεβικού συστήματος καταστρέφονται, ιδιαίτερα όταν οι φλέβες διαταθούν υπερβολικά μετά από αύξηση της φλεβικής πίεσης για σημαντικό χρονικό διάστημα, όπως συμβαίνει κατά την εγκυμοσύνη ή όταν το άτομο μένει την περισσότερη ώρα όρθιο. Η υπερβολική διάταση των φλεβών καταστρέφει τελικά τελείως τη λειτουργία των βαλβίδων. Έτσι το άτομο ανα-

πτύσσει "κίρσους" που χαρακτηρίζονται από μεγάλες βαλβοειδείς φλεβικές διογκώσεις κάτω από το δέρμα των κάτω άκρων και ιδιαίτερα της κνήμης. Η φλεβική και η τριχοειδική πίεση αυξάνει πολύ και η διαφυγή υγρών από το αίμα των τριχοειδών στους ιστούς προκαλεί οίδημα των κνημών, που παρουσιάζεται σταθερά όταν τα άτομα αυτά σταθούν όρια για περισσότερα από λίγα μόνο λεπτά. Το οίδημα, με τη σειρά του, εμποδίζει την επαρκή διάχυση θρεπτικών ουσιών από τα τριχοειδή στα κύτταρα των μυών και του δέρματος, με συνέπεια πόνους και αδυναμία των μυών και συχνά γάγγραινα και εξέλκωση του δέρματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Φυσιολογικά η φλεβική πίεση στα κάτω άκρα, σε όρθια στάση και εντός του επιπολής φλεβικού δικτύου (μείζων και ελάσσων σαφηνής φλέβα), αντιστοιχεί προς την πίεση την ασκούμενη από στήλη αίματος που εκτείνεται από το επίπεδο του σκέλους, όπου εκτελείται η καταμέτρηση, μέχρι το δεξιό κόλπο. Έτσι η φλεβική πίεση στο επίπεδο των σφυρών είναι περίπου 100-120 χιλ. ΗG. Κατά τη βάδιση η πίεση εντός του επιπολής φλεβικού δικτύου μειώνεται κατά 30-40% από τη φυσιολογική.

Σε κερσώδη διάταση της μείζονος σαφηνούς φλέβας, κατά τη βάδιση η πίεση ελαττώνεται λίγο ή καθόλου, ενώ κατά τη συμπίεση αυτής στο γόνατο η πίεση πέφτει, εφόσον το εν τω βάθει φλεβικό σύστημα και οι αναστομωτικές φλέβες είναι βατές και επαρκείς, διαφορετικά παραμένει αμετάβλητη.

Όταν υπάρχει παρακώλυση της παλινδρόμησης της ροής του αίματος, δηλαδή βαλβιδική ανεπάρκεια, προκαλείται λίμναση του αίματος εντός του επιπολής φλεβικού δικτύου, με συνέπεια τη διάταση και επιμήκυνση των φλεβικών στελεχών. Τα φλεβικά στελέχη καθίστανται κατά τόπους ή καθ' όλη την έκτασή τους ελικοειδή με σακκοειδείς ή ανευρυσματικούς σχηματισμούς. Προς αντιστάθμιση της αυξανόμενης ενδοφλέβιας πιέσεως κατ' αρχάς, προκαλείται μυοελαστική υπερτροφία του μέσου φλεβικού χιτώνα, αργότερα όμως αναπτύσσεται ινώδης συνδετικός ιστός, με σημαντική υποενδοθηλιακή επέκταση, όπως και πάχυνση του ενδοθηλίου, με σχηματισμό κατά τόπους τοιχωματικής θρομβώσεως, όπως και περιοχών εναποθέσεως ασβεστίου. Επίσης παρατηρείται περιφλεβικά ανάπτυξη αντιδρα-

στικού συνδετικού ιστού. Οι βαλβίδες εμφανίζουν ανεπάρκεια, και τελικά υφίστανται σημαντική ατροφία.

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η φλεβική λίμναση παρατείνεται για μακρύ χρονικό διάστημα, το φλεβικό τοίχωμα λεπταίνει υπερβολικά και σε μερικές λίγο επιπολής θέσεις με σημαντική δερματική ατροφία είναι δυνατό να προκληθεί ρήξη και εσωτερική (υποδόρια) ή εξωτερική αιμορραγία. Σε ελάχιστα αυξημένη φλεβική στάση, κυρίως σε ανεπάρκεια ή θρόμβωση του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος, η παρατεταμένη λίμναση του αίματος εντός των φλεβιδίων και τριχοειδών, συνεπάγεται ανοξαιμία των ιστών, αύξηση της διαπευτικότητας των τριχοειδών και δημιουργία οιδήματος, ενώ από την καταστροφή των εξαγγειούμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων και της υποδόριας εναποθέσεως της αιμοσιδηρίνης, το δέρμα των κνημών αποκτά τη χαρακτηριστική καστανόχρου χροιά, με τη μορφή κηλίδων ή σε μεγαλύτερη έκταση.

Το οίδημα που προκαλείται, μαζί με τα τυχόν αιμολυθέντα στοιχεία, ευνοεί την ανάπτυξη δερματίτιδας εξαιτίας της στάσεως και λεμφαγγειίτιδας και τέλος τη διάβρωση του ατροφικού δέρματος και το σχηματισμό ελκώσεως. Τα έλκη εξαιτίας της φλεβικής στάσεως αναπτύσσονται κυρίως στην κατώτερη μοίρα της έσω επιφάνειας της κνήμης και είναι δυνατό άμα επεκταθούν να καταλάβουν κυκλικά ολόκληρη την κατώτερη μούρια αυτής. Άλλοτε πάλι εμφανίζεται εκζεματοειδής έλκωση.

Εντόπιση: Οι κίρσοι των σκελών αναπτύσσονται συνήθως στη μείζονα σαφήνη φλέβα. Ποσοστό 10% των περιπτώσεων αφορά και την ελάσσονα σαφήνη φλέβα.

Ο βαθμός της κίρσωσης αλλοιώσεως των επιπολής φλεβικών συ-

στημάτων ποικίλλει, από τους μικρού μεγέθους και περιορισμένης εκτάσεως κίρσους μέχρι των αρκετά εκτεταμένων κίρσων διευρύνσεων. Η ύπαρξη κίρσων της επιπολής κάτω επιγαστρίου φλέβας, σε συνδυασμό ή μη με κίρσους της μείζονος σαφηνούς φλέβας, παρέχει πάντοτε ένδειξη προηγηθείσας θρομβοφλεβίτιδας της εν τω βάθει λαγονίου και μηριαίας φλέβας. Οι ανεπαρκείς συνδετικές φλέβες είναι δυνατό να εμφανιστούν σαν εντοπισμένο άθροισμα κίρσων φλεβών ή σαν σακκοειδείς προβολές. Οι σακκοειδείς αυτές προβολές αποτελούν τις θέσεις εισόδου των ανεπαρκών συνδετικών φλεβών στο εν τω βάθει φλεβικό σύστημα.

Όπως διαπιστώθηκε ύστερα από αρκετή μελέτη φλεβογραφμάτων, δεν υφίστανται κίρσώδεις διευρύνσεις τα εν τω βάθει φλεβικά στελέχη των σκελών.

Διάταση των φλεβιδίων με μορφή ιστών αράχνης εμφανίζεται κάποτε στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού σε παχύσαρκες γυναίκες μετά την κλιμακτήριο περίοδο, ή στους μηρούς και στους γλουτούς κυρίως σε έγκυες γυναίκες, η οποία εξαφανίζεται μετά τον τοκετό και σπανιότερα σε νεαρές γυναίκες. Αυτός ο τελευταίος τύπος είναι χωρίς κλινικό ενδιαφέρον και δεν απαιτεί ειδική θεραπεία παρά μόνο για αισθητικούς λόγους.

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΚΙΡΣΩΝ

Οι κίρσοι των κάτω άκρων αφορούν κυρίως το επιπολής φλεβικό δίκτυο και ανάλογα με την αιτία που προκάλεσε την εμφάνισή τους διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς.

Πρωτοπαθείς (ή ιδιοπαθείς) θεωρούνται οι κίρσοι που οφείλονται σε συγγενή ή επίκτητο βαλβιδική ανεπάρκεια ή σε εξασθέ -

νηση του φλεβικού τοιχώματος, σε τραυματικά αίτια, στην επαγγελματική απασχόληση και στην εγκυμοσύνη.

Η πάθηση στην αρχή είναι τοπική. Τμήμα της φλέβας υφίσταται ανευρυσμό και αποτέλεσμα του ανευρυσμού είναι η ανεπάρκεια της βαλβίδας του. Η υποκείμενη βαλβίδα αντιστέκεται στην αρχή, παρά τη μείζονα πίεση την οποία δέχεται, για να υποχωρήσει και αυτή τελικά λόγω διαστολής του υπερκείμενου σ' αυτή τμήματος. Το ίδιο επαναλαμβάνεται διαδοχικά και στις υποκείμενες βαλβίδες. Η διαστολή όμως δεν περιορίζεται στο βασικό στέλεχος της σαφηνούς. Ανάλογη διαστολή παρατηρείται και προς την πλευρά των διατριαιώνων κλάδων, των οποίων οι βαλβίδες γίνονται ανεπαρκείς και επιτρέπουν έτσι, λόγω της ανεπάρκειάς τους, αντίθετη ροή του αίματος από το εν τω βάθει σύστημα στο επιπολής. Λόγω της ανεπάρκειας των βαλβίδων και της πίεσεως της στήλης του υπερκείμενου αίματος, το αίμα του επιπολής συστήματος αδυνατεί ν' ανέβει προς τα πάνω. Αντίθετα παλινδρομεί προς τα κάτω και εισέρχεται στο εν τω βάθει σύστημα στο σημείο εκείνο όπου η πίεσή του γίνεται μεγαλύτερη από το εν τω βάθει. Από τη θέση αυτή το αίμα αρχίζει πάλι την πορεία του προς τα πάνω μέσω του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος. Αποτέλεσμα της διαταραχής αυτής της κυκλοφορίας είναι ότι μέρος του φλεβικού αίματος παραμένει εντός των φλεβών, η ανταλλαγή των αερίων δεν πραγματοποιείται πλήρως, η ποσότητα του διοξειδίου του άνθρακα είναι αυξημένη, ενώ του οξυγόνου ελαττωμένη. Τροφικές διαταραχές του άκρου επακολουθούν εξαιτίας της σημειούμενης σχετικής ανοξαιμίας των ιστών.

Δευτεροπαθείς: θεωρούνται οι κίρσοι οι οποίοι προκαλούνται μετά από θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβικών στελεχών ή από διάφορες αιτίες, οι οποίες προκαλούν παρακώλυση της ροής του αίματος εντός των μείζονων φλεβικών στελεχών. Την απόφραξη των εν τω βά-

θει φλεβών ακολουθεί συνήθως η διεύρυνση πολλαπλών παραπλεύρων φλεβών στο επιπολής σύστημα, μέσω του οποίου καταβάλλεται προσπάθεια από τον οργανισμό προκειμένου ν' αποχετευτεί το αίμα που κινείται με δυσχέρεια στις εν τω βάθει φλέβες. Και οι διευρύνσεις αυτές προσλαμβάνουν την χαρακτηριστική εμφάνιση των κιρσών.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα αίτια τα οποία μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση κιρσών είναι πολλαπλά και μπορούν να διακριθούν σε αίτια που προδιαθέτουν και σε αίτια που συμβάλλουν στην εκδήλωση των κιρσών.

Σαν κύριο προδιαθεσικό αίτιο πρέπει να θεωρηθεί η κληρονομικότητα. Η οικογενειακή προδιάθεση φαίνεται πως παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των κιρσών. Κληρονομικά προδιατεθειμένα άτομα εμφανίζουν μερική αδυναμία στη σύσταση του τοιχώματος της φλέβας, ενδεχομένως και ανωμαλία στη διάταξη των βαλβίδων. Επί πλέον παρουσιάζουν γενικευμένη αδυναμία του συνεκτικού ιστού, της οποίας εκδηλώσεις είναι κιρσικές ανευρύνσεις και σε άλλα μέρη του σώματος (αιμορροΐδες, κιρσοκήλες, κιρσοί διαφράγματος ρινός) όπως επίσης πλατυποδία, σπλαχνόπτωση, χαμηλή αρτηριακή πίεση κ.λ.π. Η επίδραση της κληρονομικότητας είναι εμφανής και από το γεγονός ότι, τέκνα των οποίων και οι δυο γονείς πάσχουν από κιρσούς, εμφανίζουν και αυτά κιρσούς από νεαρότατη ηλικία και ότι σε διάφορα μέλη της ίδιας οικογένειας εμφανίζονται κιρσοί στην ίδια θέση και στην ίδια φλέβα.

Σαν αίτια που συμβάλλουν στην εκδήλωση των κιρσών μπορούν να θεωρηθούν οι καταστάσεις εκείνες οι οποίες προκαλούν δυσχέ-

ρεια κενώσεως του φλεβικού αίματος από το επιπολής σύστημα και επομένως αύξηση της φλεβικής πιέσεως αυτού.

Τέτοια αίτια είναι η παχυσαρκία, η επαγγελματική ασχολία που υποχρεώνει το άτομο σε παρατεταμένη ορθοστασία κατά την οποία λόγω συσπάσεως της εν τω βάθει απονευρώσεως προκαλείται συμπίεση των διατιτραινόντων κλάδων ή και αυτής ακόμη της σαφηνούς, στα σημεία κατά τα οποία αυτοί εκβάλλουν στο εν τω βάθει σύστημα. Καταστάσεις οι οποίες προκαλούν δυσχέρεια αποχετεύσεως του φλεβικού αίματος στην περιοχή της πυέλου είναι διογκωμένοι λεμφαδένες, όγκοι της πυέλου, σφικτές ζώνες κοιλίας και εγκυμοσύνη.

Επίσης ενδοκρινικοί παράγοντες (υποφυσεο-επινεφριδική ανεπάρκεια). Ορμονικοί παράγοντες κατά τ' αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης. Ακόμη η ύπαρξη αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας και τέλος προηγηθείσα θρομβοφλεβίτιδα του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος της μηριαίας, της λαγονίου ή της κάτω κοίλης φλέβας, προκαλεί αντισταθμιστική διεύρυνση των παραπλεύρων και των κύριων κλάδων του επιπολής συστήματος, το οποίο παραμένει η μοναδική οδός αποχετεύσεως του φλεβικού αίματος του άκρου.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΙΡΣΩΝ

Για να ανταπεξέλθουν οι φλέβες στην πίεση και το βάρος του αίματος που ανεβαίνει προς την καρδιά εκτός από τη μικρή ελαστικότητα των τοιχωμάτων, έχουν τις βαλβίδες και τις αναστομώσεις που δεν επιτρέπουν την παλινδρόμισή του. Χάρη στην ανατομική σύσταση των τοιχωμάτων και την παρουσία των βαλβίδων, το φλεβικό αιμοφόρο δίκτυο διατηρεί τη φυσιολογική του κατάσταση.

Με την πάροδο των ετών σε αρκετά άτομα, από μια οποιαδήποτε αιτία, η ελαστικότητα των τοιχωμάτων υποχωρεί, οι βαλβίδες είναι ανίσχυρες να συγκρατήσουν το αίμα εξαιτίας της διαστολής των τοιχωμάτων, το αίμα παλινδρομεί, γίνεται φλεβική στάση και έτσι σχηματίζονται οι κίρσοι.

Το φλεβικό σύστημα των κάτω άκρων έχει δυο ειδών φλέβες, τις εσωτερικές ή εν τω βάθει που τα τοιχώματά τους στηρίζονται στους μυς και επομένως δεν υπόκεινται τόσο πολύ στον κίνδυνο να χαλαρωθεί η ελαστικότητά τους και να καταλήξουν σε κίρσους, και τις εξωτερικές ή επιπολής που έχουν σαν αφετηρία τη σαφηνή φλέβα και δεν έχουν κανένα μυϊκό στήριγμα, γιατί περιβάλλονται μόνο από τον υποδόριο συνδετικό ιστό και φυσικά πρέπει να βασίζονται στα τοιχώματά τους τα ίδια για να διατηρούνται σε φυσιολογική κατάσταση.

Η φλεβική διάμετρος κανονίζεται από τις λείες μυϊκές ίνες που η λειτουργία τους εξαρτάται και ρυθμίζεται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Κατά φυσική συνέπεια η διαστολή και η συστολή των φλεβών ρυθμίζεται με τη μεσολάβηση του συμπαθητικού. Δυο λοιπόν είναι οι θεωρίες για την παθογένεια των κίρσων:

1) Η μηχανική, κατά την οποία το βάρος, η πίεση κ.λ.π. προκαλούν διεύρυνση, άρα ανεπάρκεια των βαλβίδων που μπορεί να είναι και συγγενής. Αποτέλεσμα της ελαττωματικότητας των βαλβίδων είναι η διεύρυνση των φλεβών και ο σχηματισμός των κίρσων.

2) Η ενδοκρινοσυμπαθητική, κατά την οποία οι κίρσοι είναι αποτέλεσμα διαταραχής των ενδοκρινών αδένων, που επιδρούν δια του συμπαθητικού και προκαλούν δυστονία των λείων μυϊκών ινών και φλεβική ανεπάρκεια.

Κάθε τι που διεγείρει το συμπαθητικό προκαλεί ανάλογη με το ερέθισμα αύξηση ή ελάττωση της φλεβικής διαμέτρου. Το κρύο

π.χ. προκαλεί σύσπαση των τοιχωμάτων, γι' αυτό το χειμώνα οι φλέβες δεν διακρίνονται πολύ, αντίθετα το καλοκαίρι φαίνονται περισσότερο, είτε φυσιολογικές είναι είτε παθολογικές, γιατί η ζέστη διαστέλλει τα τοιχώματα. Η φυσικοθεραπεία, η διαθερμία και οι υπεριώδεις ακτίνες ερεθίζουν το συμπαθητικό, με αποτέλεσμα τη σύσπαση των φλεβικών τοιχωμάτων, ενώ κανονικά έπρεπε να συμβεί το αντίθετο. Παθήσεις σοβαρές της καρδιάς, των νεφρών, η κίρρωση του ήπατος, όγκοι διάφοροι, η πτώση των σπλάχνων, η ορθοστασία και η συνήθεια των γυναικών να βάζουν το ένα πόδι πάνω στο άλλο, γενικά κάθε πίεση στην κάτω κοίλη φλέβα ή τη σαφηνή προκαλεί διεύρυνση των φλεβικών τοιχωμάτων. Η ερεθιστική επίδραση του συμπαθητικού στις λείες μυϊκές ίνες είναι αποτέλεσμα ερεθισμού του από τις ορμόνες των ενδοκρινών αδένων, η μετάβαση δε του ερεθισμού στις λείες μυϊκές ίνες των φλεβών προκαλεί στην αρχή φλεβική δυστροφία, χάλαση των βαλβίδων και κατά φυσική συνέπεια κίρσους.

Η επίδραση των ορμονών ιδίως στις γυναίκες παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Έχουν παρατηρηθεί κίρσοι λίγα χρόνια μετά την εμφάνιση της περιόδου, όπως επίσης παροξυστική χειροτέρευση σε κάθε έμμηνο ρύση και υποχώρηση του παροξυσμού μετά την αποδρομή της. Επίσης εμφανίστηκαν κίρσοι μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες που ποτέ δεν είχαν, όπως και σε γυναίκες από τις οποίες είχαν αφαιρεθεί οι ωοθήκες και η μήτρα.

Εκείνο που χαρακτηρίζει κυρίως την επίδραση των ορμονών στο συμπαθητικό και του συμπαθητικού στο φλεβικό σύστημα είναι ο σχηματισμός κίρσων και η χειροτέρευσή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παρατηρούνται περιπτώσεις που μετά τον τοκετό καλύτερεύουν οι κίρσοι ή εξαφανίζονται.

Περίοδος των κιρσών μετά την εκδήλωσή τους: Οι κιρσωτικές φλέβες εμφανίζονται σαν ελικοειδείς αναδιπλώσεις, πάνω από τις οποίες το δέρμα είναι ευπαθές, ελκωτικό ή κυανωτικό, και βρίσκονται κυρίως στην έσω πλευρά της γαστροκνημίας.

Βαθμιαία εξαπλώνονται όχι μόνο σ' όλη την έκταση της γαστροκνημίας αλλά και στην εσωτερική επιφάνεια του μηρού και κυρίως στο λεγόμενο τόξο της σαφηνούς φλέβας. Ταυτόχρονα σχηματίζονται πραγματικοί κιρσωτικοί ασκοί, και στις προχωρημένες καταστάσεις, πλατιά ανώμαλα και μαλακά αθροίσματα, συχνά κυανωτικά. Η βαλβιδική ανεπάρκεια εξηγεί γιατί οι διογκώσεις αυτές των φλεβών αυξάνουν με την όρθια στάση ή έπειτα από κοπιώδη προσπάθεια. Επίσης επηρεάζονται από το βήχα.

Μερικές φορές οι πόνοι συνοδεύονται χαρακτηριστικά από έντονο αίσθημα θερμότητας, με διαταραχές του χρωματισμού του δέρματος (ωχρό, κυανωτικό ή ερυθρό, ανάλογα με τις περιπτώσεις), ή και από σπασμούς (κράμπες). Η νόσος χαρακτηρίζεται από αργή και ακανόνιστη διαδρομή. Μερικοί κιρσοί παραμένουν στάσιμοι. Άλλοι μεγαλώνουν πολύ, χωρίς όμως να προκαλούν σημαντικές αλλοιώσεις, και άλλοι, μολονότι δε μεγαλώνουν, προκαλούν σοβαρά ενοχλήματα. Τέλος μερικοί καταλήγουν σε πραγματική αναπηρία.

Η εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αύξηση του όγκου των κιρσών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Κατά το πρώτο στάδιο του σχηματισμού των κιρσών, τα λειτουργικά συμπτώματα είναι ανάλογα με τις βλάβες, δηλαδή ανεπαίσθητα. Συχνά, χωρίς να έχει παρουσιαστεί κανένα ενόχλημα, το ά-

τομο παρατηρεί διευρύνσεις σχήματος ληκύθου σε ορισμένα σημεία της μιας ή και των δυο γαστροκνημιών, κυρίως στο έσω ή το οπίσθιο τμήμα της γαστροκνημίας (γάμπας). Με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται αίσθημα βάρους στη γαστροκνημική περιοχή, πρώτα κατά τη νύκτα, κατόπιν δε και κατά το διάστημα της ημέρας, υπό μορφή ενοχλήσεως, προπάντων μετά από ορθοστασία.

Ενοχλήσεις παρατηρούνται και κατά τη βάδιση, οπωσδήποτε όμως είναι πολύ λίγες και όταν βαδίζουν οι άρρωστοι έπειτα από ορθοστασία ανακουφίζονται, αντίθετα προς ό,τι συμβαίνει στους πόνους αρτηριακής προέλευσης. Σε μερικούς, ενώ δεν έχουν υπολογίσιμους κίρσους, τα λειτουργικά ενοχλήματα είναι αρκετά, αντίθετα άλλοι με προχωρημένους κίρσους πολύ λίγο υποφέρουν ή καθόλου.

Σε κίρσους οι οποίοι δεν έχουν υποστεί κάποια επιπλοκή και εφ' όσον η μυϊκή αντλία είναι επαρκής, τα συμπτώματα είναι μηδαμινά (εύκολη μυϊκή κόπωση - βάρος). Όταν όμως λόγω παρατεταμένης φλεβικής στάσεως αρχίσουν οι τροφονευρωτικές διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού, εμφανίζονται νυγμώδη άλγη, μυϊκή κόπωση, αίσθημα καύσου στα πόδια, τοπική υπέρχρωση δέρματος, λόγω εξαγγειώσεως αίματος και εναποθέσεως αιμοσιδηρίνης, σκλήρυνση του υποδορίου ιστού, εκζεματοειδής δερματίτιδα και τέλος εξελκώσεις.

Οιδήματα δεν υφίστανται σε βλάβη του επιπολής μόνο φλεβικού συστήματος. Η ύπαρξη αυτών υποδηλώνει ή βλάβη και των εν τω βάθει φλεβών ή ότι η μυϊκή αντλία δεν αντιρροπεί τις ανεπαρκείς αναστομωτικές φλέβες. Ανάλογα λοιπόν με την ένταση των κίρσων εμφανίζεται οίδημα στα σφυρά, ιδίως στις γυναίκες. Στην αρχή παρατηρείται κατά την ορθοστασία μόνο, έπειτα όμως από κάμποσο χρονικό διάστημα και όταν είναι κλινήρης ο άρρωστος οργανοποι-

είται και προχωρεί στις κνήμες, σκεπάζοντας έτσι τους κιρσούς, δεν υποχωρεί δε με την ανάπαυση. Σιγά σιγά παίρνει το ρόδινο χρώμα και γίνεται επώδυνο.

Η λειτουργική αδυναμία του ή των άκρων, σαν αποτέλεσμα των κιρσών που χειροτερεύει από την παρουσία του οιδήματος και ο κνησμός που είναι απότοκος της φλεβικής στάσεως, ανοίγουν το δρόμο προς τη μόλυνση με τα γνωστά δυσάρεστα και επόμενα επακόλουθα.

Πιο συχνά παρουσιάζονται επώδυνοι σπασμοί (κράμπες). Οι εκδηλώσεις αυτές έχουν το χαρακτηριστικό ότι εμφανίζονται κυρίως κατά το τέλος της ημέρας και κυρίως όταν η ατμόσφαιρα είναι θερμή και πνιγνή. Συνήθως με τη νυκτερινή ανάπαυση οι πόνοι και τα οίδημα εξαφανίζονται. Ωστόσο τα φαινόμενα αυτά είναι δυνατό να επιταθούν κατά τις πρώτες νυκτερινές ώρες, οπότε εμφανίζονται επίσης και μυϊκοί σπασμοί που αφυπνίζουν τον άρρωστο.

Τέλος, είναι δυνατό να προκληθεί αιμορραγία από αυτόματη ρήξη των κιρσών ή μετά από τραυματισμό.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Λήψη λεπτομερούς ιστορικού: Ιδιαίτερα επιδιώκεται η διαφορική διάγνωση μεταξύ πρωτοπαθών και δευτεροπαθών κιρσών.

Επισκόπηση: Κατ' αυτή διαπιστώνεται η ύπαρξη των χαρακτηριστικών κιρσοειδών διευρύνσεων, οιδήματος και τυχόν συνοδών δερματικών αλλοιώσεων.

Ψηλάφιση: Η ψηλάφιση, η οποία είναι πολύ ωφέλιμη, ιδιαίτερα για τη διάγνωση τυχόν ανεπάρκειας των βαλβίδων και των δια-

τιτραίνουσών, περιλαμβάνει:

α) Δοκιμασία του βήχα: Ζητάμε από τον ασθενή να βήξει. Έτσι έχουμε αύξηση ενδοθωρακικής και ενδοκοιλιακής πίεσης και δημιουργείται σφυγμικό κύμα αντίθετο της ροής της φλεβικής επανόδου. Αν ανεπαρκεί η σαφηνομηριαία βαλβίδα, τότε στη σαφήνη φλέβα ψηλαφούμε ανάστροφο σφυγμικό κύμα.

β) Ψηλάφιση της κνήμης: Ακουμπάμε με το ένα χέρι τη φλέβα περιφερικά, ενώ με το άλλο χέρι χτυπάμε τη φλέβα. Εάν το χέρι περιφερικά αισθανθεί ώσεις, τότε έχουμε ανεπάρκεια ενδιάμεσων βαλβίδων και παλινδρόμηση αίματος προς τα κάτω.

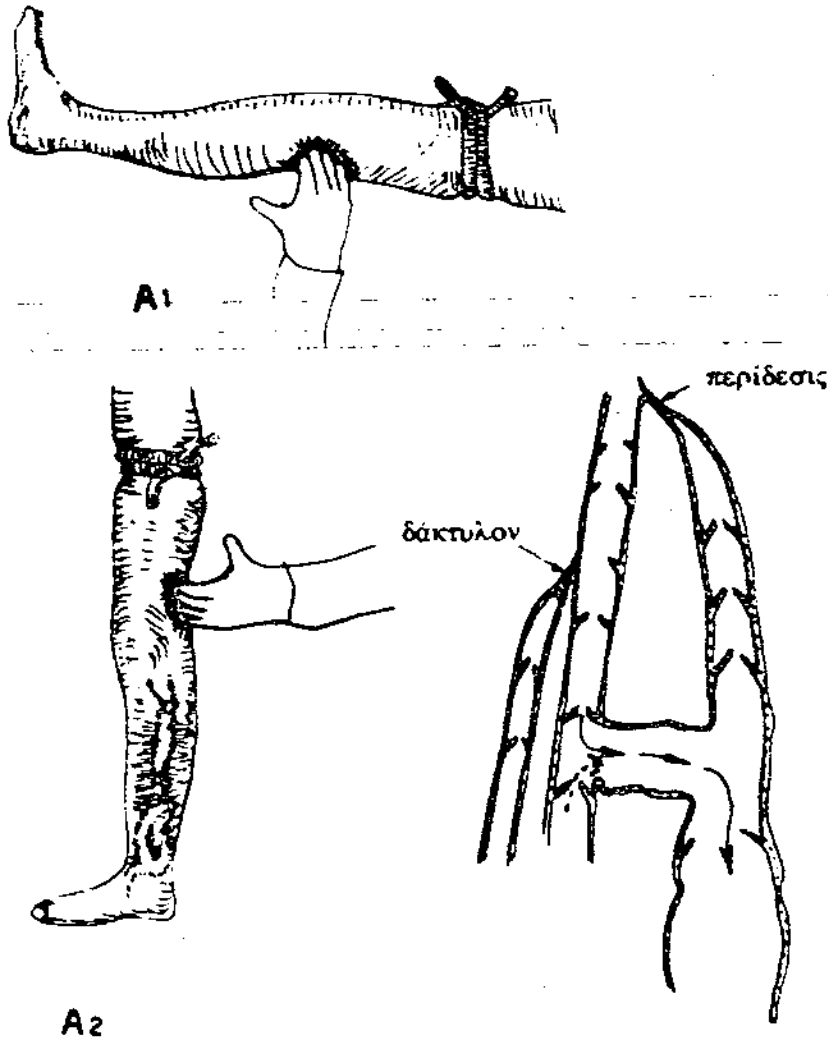
γ) Ψηλάφιση κνήμης-μηρού με το δάκτυλο: Μπορούμε να δούμε σημεία στα οποία η περιτονία παρουσιάζει χάσματα λόγω των διατεταμένων διατιτρωσών. Οι διατιτρώσες περνούν από τις περιτονίες από μικρές τρύπες. Αν οι τρύπες αυτές διευρυνθούν και γίνουν μεγάλα χάσματα, υποψιαζόμαστε ανεπαρκείς διατιτρώσες στην περιοχή.

Δοκιμασία Brodie-Trendelenburg: Είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική, επειδή έτσι ελέγχουμε ανεπάρκεια διατιτρωσών φλεβών, σαφηνομηριαίας βαλβίδας και σαφηνοϊγνυακής βαλβίδας.

ΤΕΧΝΙΚΗ: Α) Ο ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι (εικ. 18-6) και το πάσχον μέλος εγείρεται πάνω από το επίπεδο της καρδιάς και μέσω κεντρομόλων μαλάξεων υποβοηθείται η κένωση του επιπολής φλεβικού δικτύου. Τοποθετείται ελαστική περίδεση στο μηρό, μεταξύ μέσου και κάτω τριτημορίου και ο δείκτης ή ο αντίχειρας αποφράσει εξαιτίας της πίεσης την εκβολή της ελάσσονος σαφηνούς στην ιγνυακή χώρα (εικ. 6-A₁).

Στη συνέχεια ο ασθενής σηκώνεται. Εάν δεν παρατηρηθεί ταχεία πλήρωση των φλεβών (εντός 20" έως 30"), τότε οι διατιτρώσες δεν ανεπαρκούν. Εάν πληρωθούν αμέσως, τότε υπάρχει ανεπάρ-

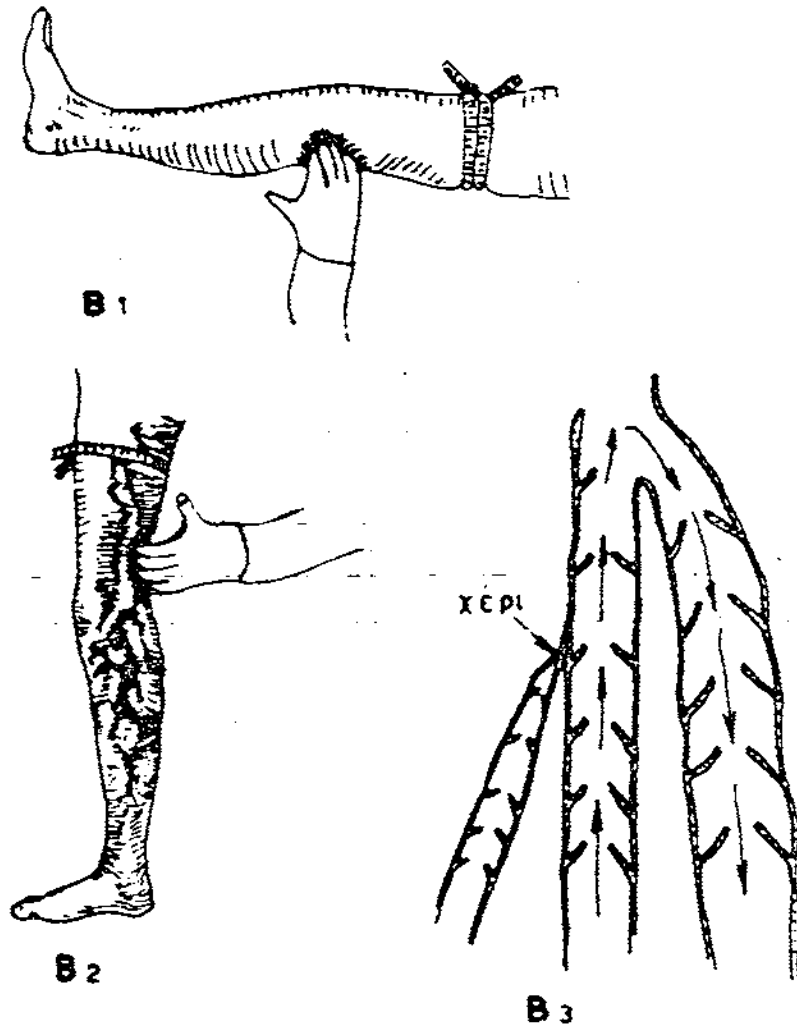
κεία των διατιτραίνουσών (Εικ. 6-A₂).



Εικ. 18-6. Κλινική διάγνωση βαλβιδικής ανεπαρκείας: 1 ανύψωση των μελών, 2 πλήρωση του έπικολής δικτύου εκ των ανεπαρκών διατιτραίνουσών της κνήμης (ή καλινδρόμησις εκ της σαφηνομηριαίας και σαφηνο-ιγνακικής συμβολής αποφράσσεται).

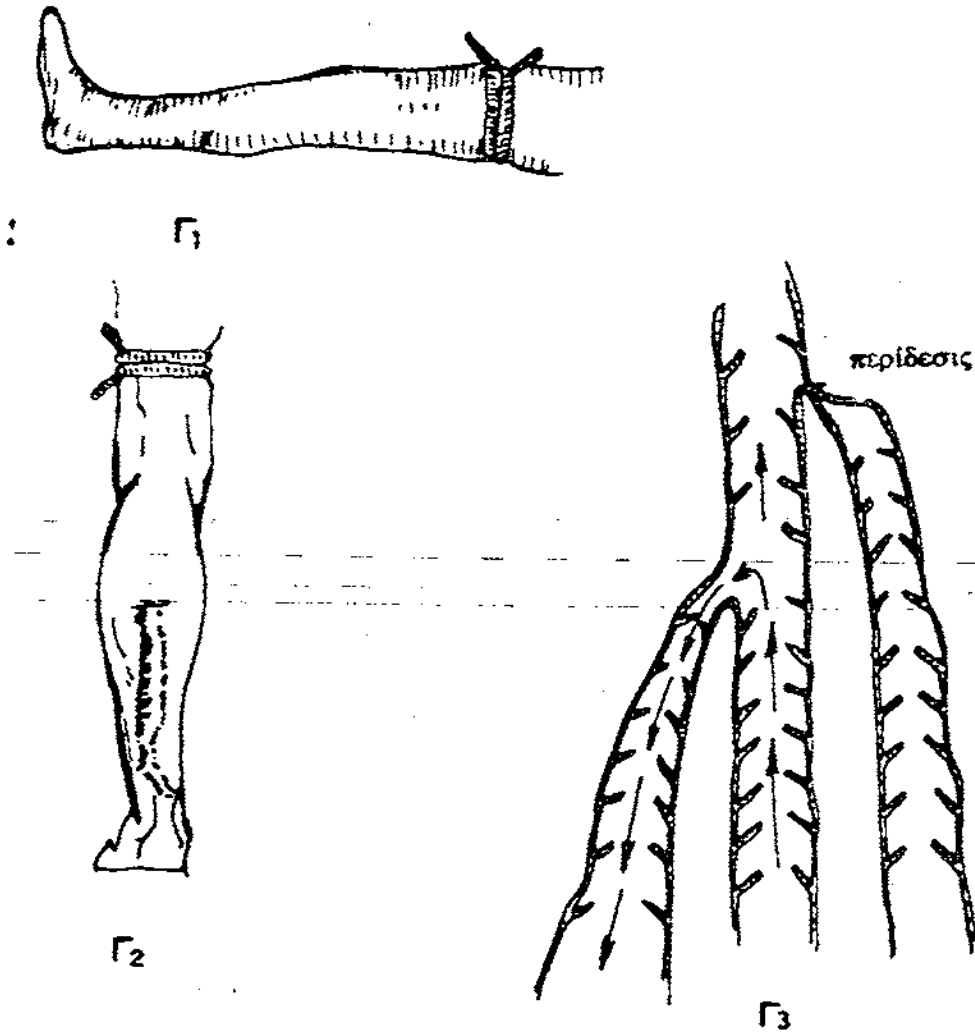
Β) Ο ασθενής κατακλίνεται από την αρχή, έτσι κενώνεται το φλεβικό δίκτυο μέχρι επάνω και τοποθετείται από την αρχή η ελαστική περίδεση στο μηρό και ο αντίχειρας στη σαφηνοϊγνακική προβολή (εικ. 7-B₁).

Σηκώνεται ο ασθενής και αφαιρείται η ελαστική περίσφιξη του μηρού. Εφ' όσον η μείζων σαφηνής πληρωθεί αμέσως και ανάστροφα, δηλαδή από πάνω προς τα κάτω, τότε ανεπαρκούν οι βαλβίδες της (Εικ. 7-B₂).



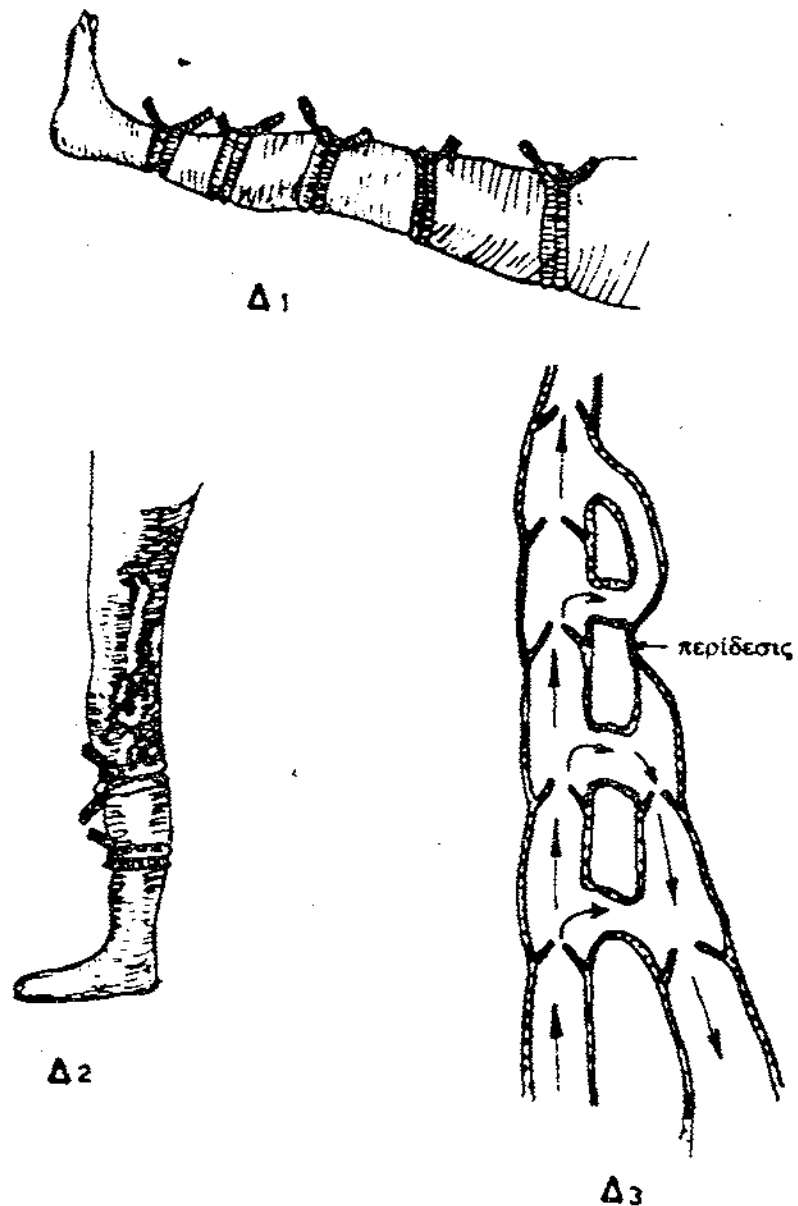
Εικ. 18 - 7. 1. Κένωση του επιπολής δικτύου. 2. Παλινδρόμησης αίματος διά της σαφηνο-μηριαίας συμβολής (η σαφηνο - ιγνυακή συμβολή αποφράσσεται).

Γ) Στη συνέχεια επανατοποθετείται η ελαστική περίδεση του μηρού (εικ. 8-Γ₁). Εφ' όσον δεν πληρωθεί το επιπολής δίκτυο από τις διατιτραίνουσες, απομακρύνεται το χέρι από την ελάσσονα σαφηνή, οπότε, σε περίπτωση πληρώσεως αυτής αμέσως και παλινδρομικά, ανεπαρκεί η ελάσσων σαφηνής (εικ. 8-Γ₂).



Εικ. 18 - 8. 1. Κένωσις επιπολής δικτύου. 2. Παλινδρόμησις διά της ελάσσοнос σαφηνούς (ή σαφηνομηριαία συμβολή άποφράσσεται).

Δοκιμασία πολλαπλών περιδέσεων: Μ' αυτήν εντοπίζουμε το ύψος των ανεπαρκών διατιτραινουσών (εικ. 9). Τοποθετούμε το πόδι σε ανάρροπη θέση, οπότε έχουμε πλήρη κένωση του επιπολής φλεβικού δικτύου. Εφαρμόζουμε ελαστική περίδεση πάνω και κάτω από τις θέσεις των διατιτραινουσών και κάτω από τη σαφνοϊγνυακή και τη σαφνομηριαία συμβολή. Ζητάμε από το άτομο να σταθεί όρθιο. Αν παρουσιαστούν κίρσοι μεταξύ δυο περιδέσεων, αυτό είναι ενδεικτικό ύπαρξης ανεπαρκούς διατιτρώσας σ' εκείνη την περιοχή. Στη συνέχεια λύνουμε τις περιδέσεις από κάτω προς τα πάνω και παρακολουθούμε την πορεία πλήρωσης.



Εικ. 18 - 9. Δοκιμασία πολλαπλής περιδέσεως. Ἀναλόγως τοῦ ὕψους τοῦ λυομένου ἐλαστικοῦ ἐντοπίζεται καὶ τὸ ὕψος τῶν ἀνεπαρκῶν διαπτεραινοσφῶν.

Δοκιμασία Perthes: Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται η βατότητα του εν τω βάθει δικτύου. Το άτομο είναι όρθιο. Αφού πληρωθεί το επιπολής φλεβικό δίκτυο, εφαρμόζουμε ελαστική περίδεση στο μηρό και ζητάμε από τον ασθενή να βαδίσει. Όταν το εν τω βάθει δίκτυο είναι βατό, τότε το επιπολής δίκτυο αδειάζει με τη βοήθεια της μυϊκής αντλίας και το άτομο μπορεί να βαδίσει. Αντίθετα, όταν υπάρχει εν τω βάθει απόφραξη, η διάταση των κίρσων επιτεί-

νεται λόγω συσσωρεύσεως του αίματος στις φλέβες, έχουμε αύξηση του όγκου τους και το άτομο δεν μπορεί να βαδίσει.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η κλινική εξέταση συμπληρώνεται με τις παρακάτω παρακλινικές εξετάσεις:

1) Φλεβογραφία: Οι κυριότερες φλεβογραφικές μέθοδοι απεικόνισης του φλεβικού συστήματος των κάτω άκρων είναι οι ακόλουθες:

α) Απλή φλεβογραφία: Πρόκειται για τη συνηθέστερη ακτινολογική μέθοδο εξέτασης του φλεβικού δικτύου των άκρων. Μ' αυτή ελέγχονται: (α) το επιπολής δύκτυο, (β) το εν τω βάθει δίκτυο με τις βαλβίδες και (γ) οι διατιτρώσεις.

Τεχνική: Παρακεντείται μια φλέβα της ραχιαίας επιφάνειας του άκρου ποδός, όσο το δυνατό περιφερικότερα, με φυγόκεντρο φορά. Στη συνέχεια τοποθετείται ο ασθενής σε κλίση 40° , με τα άκρα προς τα κάτω. Εάν επιθυμούμε την απεικόνιση του επιπολής δικτύου αρκεί η έγχυση της σκιερής ουσίας και η λήψη ακτινογραφιών στη σειρά σ' ολόκληρο το σκέλος.

Εάν θέλουμε ν' απεικονίσουμε το εν τω βάθει σύστημα και να ελέγξουμε τις διατιτρώσεις, εφαρμόζουμε αεροθάλαμο μανόμετρου στα σφυρά, ενώ η ασκούμενη πίεση θα πρέπει να κυμαίνεται στα όρια της φυσιολογικής μέσης πιέσεως της σαφηνούς σε κατάκλιση (= 11 mmHg). Στη συνέχεια χορηγείται η σκιαγραφική ουσία, η οποία εκτρέπεται αναγκαστικά λόγω της περίδεσης προς το εν τω βάθει σύστημα, το οποίο και απεικονίζει. Έτσι παίρνουμε στη σειρά ακτινογραφίες του μέλους. Σε απόφραξη απεικονίζεται αυτή

και καθορίζεται η έκτασή της. Σε ανεπάρκεια των διατιτραίνουσών απεικονίζεται και το επιπολής φλεβικό σύστημα, λόγω παλινδρομησης της σκιεράς ουσίας από τις εν τω βάθει φλέβες όπως δε θα έπρεπε.

β) Ενδοοστική φλεβογραφία: Άλλος τρόπος φλεβογραφίας είναι ο δια ενδοοστικής εγχύσεως της σκιεράς ουσίας.

Είναι γνωστή η πλούσια φλεβική επικοινωνία του μυελού των οστών προς το εν τω βάθει φλεβικό σύστημα. Η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα υποβοηθητική σε περιπτώσεις λίγο οιδηματικών άκρων ή άκρων με πεπαχυσμένο τον υποδόριο ιστό, οπότε η ανεύρεση φλέβας στο πόδι είναι δυσχερής.

Ύστερα από τοπική αναισθησία στην περιοχή παρακεντείται κατά προτίμηση το έσω σφυρό. Στη συνέχεια εγχύεται ακτινοσκιερά ουσία, η οποία απορροφάται προς το εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο. Για ευκρινή απεικόνιση του συστήματος λαγονίων - κάτω κοίλης η έγχυση εκτελείται με παρακέντηση του μείζονος τροχαινήτρα.

γ) Ανιούσα λειτουργική ακτινοκινηματοφλεβογραφία: Προς εξουδετέρωση των μειονεκτημάτων της στατικής φλεβογραφίας εφαρμόζεται η ακτινοκινηματογράφηση του φλεβικού συστήματος των άκρων. Η προετοιμασία είναι εκείνη της απλής φλεβογραφίας.

Τεχνική: Κατά τη διάρκεια που εκτελείται η έγχυση της σκιεράς ουσίας, ο ασθενής, ο οποίος βρίσκεται σε κλίση 60°, εκτελεί ρυθμικές κινήσεις στο άκρο πόδι, ώστε να δρα η μυϊκή αντλία της γαστροκνημίας. Η πορεία του σκιαγραφικού μέσου ελέγχεται ακτινοσκοπικά και απεικονίζεται σε ειδική ταινία.

2) Μέτρηση του χρόνου φλεβικής κυκλοφορίας με ραδιοϊσότοπα. Αποτελεί επίσης χρήσιμη διαγνωστική μέθοδο.

Τεχνική: Ο ασθενής τοποθετείται σε οριζόντια θέση και ενίεται σε φλέβα του άκρου ποδιού, κατά το δυνατό ακαριαία, 10 μCi R.I¹³¹ H.S.A. (ραδιενεργού λευκωματίνης). Στην περιοχή της σαφηνομηριαίας συμβολής έχει τοποθετηθεί απαριθμητής σπινθηρισμών, συνδεδεμένος με συσκευή αυτόματης καταγραφής της καμπύλης. Ο χρόνος, ο οποίος μεσολαβεί από τη χορήγηση της ραδιενεργού ουσίας μέχρι την άφιξη αυτής στη βουβωνική χώρα, αντιπροσωπεύει και το χρόνο φλεβικής κυκλοφορίας.

Με το συνδυασμό του χρόνου φλεβικής κυκλοφορίας και φλεβογραφίας είναι δυνατό να έχουμε ευκρινέστερη απεικόνιση σε μικρότερο αριθμό ακτινογραφιών, εφ' όσον γνωρίζουμε επακριβώς το χρόνο τον οποίο χρειάζεται η σκιαγραφική ουσία για να βρισκείται σε κάθε περιοχή.

3) Φωτογραφίες μέσω υπερέρυθρου ακτινοβολίας: Το φλεβικό δίκτυο που βρίσκεται διατεταμένο υποδόρια είναι δυνατό ν' απεικονισθεί μέσω ειδικών φωτογραφιών με τη χρήση ευαίσθητων πλακών στην υπερέρυθρο ακτινοβολία, μετά από την ενδοφλέβια χορήγηση Fluoroscein.

4) Θερμογραφία: Βάσει των γνωστών αρχών της θερμογραφίας είναι δυνατή η εντόπιση θερμογραφικώς των ανεπαρκών διατμητικών σαν "θερμές κηλίδες".

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των κρισών των κάτω άκρων στηρίζεται κυρίως στην επιμελή κλινική εξέταση, όπως και στη δοκιμασία των περι-

δέσεων, μέσω των οποίων καθορίζεται επακριβώς το ανεπαρκές φλεβικό σύστημα, όπως και η κατάσταση του εν τω βάθει συστήματος.

Τα φλεβογραφήματα, όπως και η καταμέτρηση της φλεβικής πίεσης, στερούνται πρακτικής διαγνωστικής σημασία και εφαρμόζονται μόνο για ειδικούς ερευνητικούς σκοπούς.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όταν οι κίρσοι είναι απλοί, καμία δυσκολία δεν υπάρχει για τη διάγνωσή τους.

Όταν όμως είναι επιπλεγμένοι η σύγχυση με άλλες παθήσεις είναι δυνατή. Αν συνυπάρχει οίδημα, εκτός από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση που θα βοηθήσουν στη διάγνωση, πρέπει να εξετάζονται μικροσκοπικώς τα ούρα, μη τυχόν το οίδημα οφείλεται σε πάθηση των νεφρών. Σε οίδημα του σκέλους πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση από τις παθολογικές καταστάσεις οι οποίες προκαλούν οίδημα των σκελών, όπως είναι οι συγγενείς αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες, συγγενείς ιδιοπαθείς διογκώσεις, λεμφοίδημα, όπως και το οίδημα που είναι συνέπεια παθήσεων της καρδιάς. Η αρθρίτιδα μπορεί να προκαλέσει διαστολή των φλεβών, είναι όμως παροδική και επομένως ούτε σημασία πρέπει να δίνεται, ούτε θεραπεία σκληρυντική να γίνεται.

Μια πάθηση που μπορεί να συνυπάρχει με λίγους ή πολλούς κίρσους και πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι η αρθρίτιδα. Χαρακτηριστικό σύμπτωμά της είναι οι πόνοι εσωτερικοί στο βάθος των κνημών ή και των μηρών, που άδικα αποδίδονται σε εσωτερικούς κίρσους γιατί οι κίρσοι στο βάθος των κνημών και των μηρών δεν είναι δυνατοί για τους λόγους που έχουν εκτεθεί. Είναι

δυνατό οι άρρωστοι αυτοί να παρουσιάζουν ταυτόχρονα και κίρσους, όσοι όμως και αν είναι δεν μπορούν ποτέ οι πόνοι τους να συγκριθούν μ' εκείνους της αρτηρίτιδας.

Όταν κατά τη λήψη του αναμνηστικού αναφέρονται πόνοι που εντοπίζονται μεν στο βάθος των κνημών, είναι όμως ακαθόριστοι, οι δε κίρσοί δεν είναι πολλοί, ο ειδικός οφείλει να καθιστά γνωστούς τους ενδοιασμούς του ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των κίρσων στους πόνους αυτούς. Αν υποχωρήσουν με τη θεραπεία, αυτό σημαίνει ότι οφείλονται στους κίρσους, αν όχι τότε θα πρέπει ν' αποδοθούν σε άλλη αιτία και πολύ πιθανό στην αρτηρίτιδα που συνυπάρχει. Υπάρχει βέβαια διαφορά ανάμεσα στους πόνους της αρτηρίτιδας και των κίρσων. Της πρώτης είναι σπαστικού τύπου, νυχτερινοί και όχι βραδυνοί, χειροτερεύουν με την επίδραση του κρύου και καλυτερεύουν κατά τη θερμή περίοδο, ενώ το αντίθετο συμβαίνει σ' εκείνους που πάσχουν από κίρσους.

Η ορθοστασία, που είναι τόσο ενοχλητική στους κίρσους, ανακουφίζει ή δεν έχει βλαβερή επίδραση στην αρτηρίτιδα, αντίθετα η κατάκλιση και η βάδιση ανακουφίζει τους πρώτους και είναι ανυπόφορη σ' εκείνους που πάσχουν από αρτηρίτιδα.

Παρά τη μεγάλη αντίθεση των συμπτωμάτων και παρόλο που δεν παραλείπεται καμία εξέταση για την εξακρίβωση της παθήσεως, όπως είναι η λήψη της αρτηριακής πιέσεως των κνημών, υπάρχουν περιπτώσεις που ο αποκλεισμός της μιας ή της άλλης παθήσεως είναι δύσκολος.

Άλλη πάθηση που είναι δυνατό να συγχυθεί με τους κίρσους είναι ορισμένα αγγειώματα των κάτω άκρων και του υπογαστρίου.

Σύγχυση μπορεί να προκληθεί όταν με τους κίρσους συνυπάρχει οίδημα κίρσικό ή περιφλεβίτιδα.

Επίσης η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τις εξής παθήσεις: 1) Πλατυποδία, 2) Βουβωνική λεμφαδενίτιδα και μηροκήλη, 3) Μυοκήλη του σκέλους (διαφορική διάγνωση από ανεπαρκή διατιτρώσα) και 4) Συγγενείς αγγειακές δυσπλασίες του σκέλους.

Η λήψη του ιστορικού και η προσεκτική κλινική εξέταση οδηγούν στο να τεθεί η κατάλληλη διάγνωση και να συστηθεί η θεραπεία που αρμόζει.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές σε κίρσους κάτω άκρων είναι οι εξής:

1) Φλεβική θρόμβωση: η χρόνια λίμναση του αίματος και η μείωσή του σε O_2 κορεσμού του αίματος που οδηγεί σε αλλοιώσεις του ενδοθηλίου, προδιαθέτουν την ανάπτυξη φλεβικής θρομβώσεως. Είναι η δημιουργία θρόμβου στο φλεβικό σύστημα, με αποτέλεσμα απόφραξη. Οι θρόμβοι σχηματίζονται εκεί όπου η ροή του αίματος είναι στροβιλώδης, δηλαδή σε σημεία που μεταβάλλεται η φυσιολογική ροή και ταχύτητα του αίματος. Τέτοια σημεία είναι οι θύλακοι των βαλβίδων και συμβολές δυο φλεβών.

Αιτιολογία φλεβικής θρόμβωσης:

Συμβάλλουν τρεις παράγοντες (τριάδα του Virchow):

- 1) Αλλοίωση του ενδοθηλίου.
- 2) Υπερπηκτικότητα του αίματος.
- 3) Ελάττωση της ταχύτητας ροής του αίματος (στάση ή στροβιλώδης ροή).

Προδιαθεσικοί παράγοντες φλεβικής θρόμβωσης:

- 1) Η λ ι κ ί α : (Επιβάρυνση στη μέση και μεγάλη ηλικία).
- 2) Φ ύ λ ο : στις γυναίκες υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση εξαιτίας των οιστρογόνων που προκαλούν χαλάρωση στις φλέβες και ελάττωση της ταχύτητας ροής.
- 3) Ο μ ά δ α α ί μ α τ ο ς : μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα ομάδας αίματος Α και μικρότερη στα άτομα ομάδας 0.
- 4) Π α χ υ σ α ρ κ ί α : υπάρχει πτώση κινητικότητας και αύξηση λιποειδών.
- 5) Κ λ ι ν ο σ τ α τ ι σ μ ό ς και ακινησία σκελών.
- 6) Α ρ τ η ρ ι α κ ή α ν ε π ά ρ κ ε ι α των κάτω άκρων (οδηγεί στην ελαττωμένη φλεβική ροή).
- 7) Π ρ ο η γ η θ έ ν θ ρ ο μ β ο ε μ β ο λ ι κ ό ε π ε ι - σ ό δ ι ο.
- 8) Ε π ο χ ι α κ ή ε π ί δ ρ α σ η (αυξημένη συχνότητα την άνοιξη και το φθινόπωρο).

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες :

- 1) Ε γ χ ε ί ρ η σ η : παρατηρείται ελάττωση της ταχύτητας ροής στα κάτω άκρα, διαταραχή του μηχανισμού πήξης.
- 2) Τ ρ α ύ μ α : (όπως και στην εγχείρηση).
- 3) Κ α κ ο ή θ η ς ν ε ο π λ α σ ί α : φλεβική θρόμβωση απαντά συχνότερα σε όγκους παγκρέατος, πνευμόνων, ΓΕΣ, ουροποιητικού. Έχουμε αύξηση αιμοπεταλίων, ινωδογόνου. Ο όγκος εκκρίνει προϊόντα με θρομβοπλαστικές ιδιότητες, με αποτέλεσμα υπερπηκτικότητα ανθεκτική στην αντιπηκτική θεραπεία.
- 4) Κ α ρ δ ι ο π ά θ ε ι ε ς : Η καρδιακή ανεπάρκεια, της δεξιάς καρδιάς κυρίως, ακολουθείται από επιβράδυνση της κυκλοφορίας.

- 5) Αιματολογικές διαταραχές : κυρίως αναιμίες, λευχαιμίες, πολυκυτταραιμίες.
- 6) Λοιμώξεις : (φυματίωση, τυφοειδής πυρετός κ.ά.) προκαλούν ερεθισμό του φλεβικού τοιχώματος).
- 7) Αλλεργικός παράγοντας .
- 8) Κύηση και λοχεία : στην κύηση έχουμε αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων, αύξηση ινωδογόνου, ελάττωση των αιμοπεταλίων. Επίσης παρατηρείται συμπίεση λαγονίων φλεβών με αποτέλεσμα ανεπαρκή επαναφορά του αίματος και στάση στα κάτω άκρα. Μετά τον τοκετό έχουμε αύξηση των αιμοπεταλίων, πτώση ινωδολυτικής δραστηριότητας και απελευθέρωση θρομβοπλαστίνης από τον πλακούντα.
- 9) Αντισυλληπτικά από το στόμα : περιέχουν οιστρογόνα, με αποτέλεσμα χαλάρωση του φλεβικού τοιχώματος και αύξηση πηκτικότητας του αίματος.
- 10) Κορήγηση φαρμάκων I.V. (χημικοί παράγοντες).
- 11) Ενδοφλέβιοι καθετήρες (μικροβιακοί παράγοντες).

Επιπλοκή της φλεβικής θρόμβωσης

Το μεταφλεβιτικό σύνδρομο αποτελεί χρόνια επιπλοκή της φλεβικής θρόμβωσης των κάτω άκρων. Χαρακτηρίζεται από οίδημα, κίρσους και τροφικές αλλοιώσεις του δέρματος και του κατώτερου τμήματος της κνήμης. Οι δερματικές αλλοιώσεις είναι δερματίτιδα, έκζεμα, νέκρωση υποδόριου λίπους και επίμονη εξέλκωση. Επίσης είναι δυνατόν να υπάρχει άλγος κατά τη βάδιση - φλεβική χλωότητα. Στο μεταφλεβιτικό σύνδρομο η σπραγγοποίηση του θρόμβου ακολουθείται από αποκατάσταση της ροής του

αίματος στο εν τω βάθει σύστημα, αλλά όχι από αποκατάσταση των ανεπαρκών διατιτρώσεων. Έτσι, παρατηρείται λίμναση του αίματος στις επιπολής φλέβες με σύμπτωμα την έντονη μελάχρωση.

Το μεταφλεβιτικό σύνδρομο συμβαίνει συχνά σε κατάγματα της κνήμης, όπου θρομβώνονται ή καταστρέφονται οι εν τω βάθει φλέβες και όταν αποκαθίσταται το πόδι αναπτύσσονται κίρσοι.

Διακρίνονται τ ρ ε ι ς τ ύ π ο ι μεταφλεβιτικού συνδρόμου:

- 1) Τ ύ π ο ς κ ά τ ω τ ο υ π ο υ π ά ρ τ ε ι ο υ συνδέσμου. Η αρχική θρόμβωση εντοπίζεται στις φλέβες της γαστροκνημίας και ίσως στην ιγνυακή και μηριαία. Χαρακτηριστική αλλοίωση είναι η καταστροφή των βαλβίδων στις διατιτρώσεις φλέβες των σφυρών.
- 2) Τ ύ π ο ς π ά ν ω α π ό τ ο ν π ο υ π ά ρ τ ε ι ο σ ύ ν δ ε σ μ ο : Η θρόμβωση αφορά το λαγονομηριαίο άξονα και μερικές φορές την κάτω κοίλη φλέβα. Στον τύπο αυτό οι περιφερικές βαλβίδες λειτουργούν κανονικά και αναπτύσσεται εκτεταμένο παράπλευρο φλεβικό δίκτυο.
- 3) Ε κ τ ε τ α μ έ ν ο ς τ ύ π ο ς : Η θρόμβωση καταλαμβάνει ολόκληρο το εν τω βάθει φλεβικό σύστημα. Παρατηρούνται βαρείες τροφικές αλλοιώσεις στη μηρολαγόνια περιοχή κυρίως και έλκη κυρίως στην περιοχή της κνήμης.

Θ ε ρ α π ε ί α :

- 1) Σ υ ν τ η ρ η τ ι κ ή : Είναι η βασική θεραπεία και περιλαμβάνει:
 - απώλεια βάρους
 - καταπολέμηση οιδήματος άκρου
 - καταπολέμηση λοιμώξεων
 - ελαστική περίδεση.

2) Χειρουργική :

Ενδείξεις:

- 1) Εκτεταμένο έλκος που ανθίσταται σε συντηρητική αγωγή.
- 2) Υποψία κακοήθους εξαλλαγής.
- 3) Σε 2ο ή 3ο τύπου του συνδρόμου.

Η εγχείρηση γίνεται ως εξής: παρακάμπτεται το κώλυμα, απωλινώνονται οι διατιτρώσες στην κνήμη και καλύπτεται το έλκος με δερματικό μόσχευμα. Η προσφορά της εγχείρησης είναι μικρή, γιατί θα εξακολουθεί να υπάρχει πρόβλημα φλεβικής και λεμφαγγειακής αποχέτευσης, λόγω των θρομβώσεων.

2) Ρήξη των κερσών: κυρίως συμβαίνει σε κερσούς που είναι επιπολής. Η ρήξη μπορεί να είναι αυτόματη ή να προκληθεί από τραύμα. Μπορεί να υπάρξει εξωτερική αιμορραγία, αλλά σε σπάνιες περιπτώσεις η αιμορραγία αυτή είναι σημαντική και εκδηλώνεται με την ορμητική εκροή κόκκινου αίματος από το τραύμα. Συνήθως η ρήξη της φλέβας έχει σαν αποτέλεσμα το σχηματισμό ενός υποδόριου αιματώματος ή μιας απλής διογκώσεως της γαστροκνημίας από συσσώρευση αίματος ανάμεσα στους μυς. Η αιμορραγία σταματά εύκολα με ελαφρά πίεση και τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση.

3) Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια: Υπό το γενικό τούτο τίτλο περιλαμβάνονται οι παθολογικές καταστάσεις των ιστών των κάτω άκρων οι οποίες απορρέουν από την ανεπάρκεια του φλεβικού δικτύου και της στάσεως της φλεβικής κυκλοφορίας και είναι οι ακόλουθες: α) Άλγος, β) Οίδημα, γ) Δερματίτιδα ή έκζεμα, δ) περιφλεβίτιδα, ε) κυτταρίτιδα και στ) έλκη.

Έκζεμα: είναι πολύ προτιμότερος ο επιστημονικός όρος δερματίτιδα, γιατί δεν πρόκειται για πραγματικό έκζεμα. Το κύριο αίτιο της δερματίτιδας είναι ο κνησμός που είναι αποτέλεσμα της κυκλοφορικής στάσεως. Όταν ο κνησμός είναι έντονος αναγκάζει τον άρρωστο να ξύνεται και τότε το κατώτερο τριτημόριο των κνημών που είναι περισσότερο ευαίσθητο και ευπαθές και η αντίδραση του οργανισμού μικρή, παρουσιάζεται μόλυνση, στρεπτοκοκκική προ παντός, που με την πάροδο του χρόνου μεταβάλλεται σε δερματίτιδα.

Μερικές φορές η δερματίτιδα παίρνει τέτοια έκταση και μορφή, ώστε δύσκολα διαχωρίζεται από το πραγματικό έκζεμα. Εκτός του στρεπτόκοκκου και άλλοι παράγοντες συνεργούν στο σχηματισμό της δερματίτιδας, όπως οι αγγειοκινητικές διαταραχές, η σύφιλη, η φυματίωση, ο διαβήτης κ.λ.π.

Περιφλεβίτιδα: συχνή επιπλοκή αποτελεί η φλεβίτιδα με συνηθέστερη μορφή την κίρρωτική περιφλεβίτιδα, η οποία συνίσταται σε σκληρή εξοίδηση, ελαφρά επώδυνη, γύρω από ένα τμήμα της φλέβας. Έχει πολύ στενή σχέση με τη δερματίτιδα, γιατί κατά κανόνα σ' εκείνη οφείλεται κι αυτή συμβαίνει όταν η φλεγμονή του δέρματος προχωρεί στον υποδόριο ιστό και προσβάλλει τα εξωτερικά τοιχώματα των κίρρων. Συνήθως η περιφλεβίτιδα εντοπίζεται στο τμήμα που έχει προσβληθεί από τη δερματίτιδα, κάποτε όμως επεκτείνεται, ιδιαίτερα έπειτα από επίδραση μηχανικού αιτίου και μπορεί να καταλάβει το μηριαίο τμήμα της σαφηνούς.

Η κίρρωτική φλεβίτιδα μπορεί να έχει και μορφή αποφρακτική, που εκδηλώνεται με παρόμοια αλλά εντονότερα φαινόμενα. Ένα μακρό τμήμα κίρρωτικής φλέβας διακρίνεται κάτω από το δέρμα με χρώμα ερυθρό ενώ η παρακείμενη περιοχή παρουσιάζει ροδόχροο οίδημα.

Η εξέλιξη είναι κατά κανόνα καλοήθης. Σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες η φλεβίτιδα και η περιφλεβίτιδα εξαφανίζονται, αφήνοντας ως υπόλειμμα ένα μικρό σκληρό νήμα. Ωστόσο σε πολύ μικρές περιπτώσεις η μολυσματική επεξεργασία φτάνει ως τις βαθύτερες φλέβες. Τότε η κλινική εικόνα επιδεινώνεται. Το σκέλος εμφανίζεται πολύ πιο εξοιδημένο, σκληρό, υπόλευκο, επώδυνο. Είναι η λεγόμενη λευκή επώδυνος φλεγμονή.

Οίδημα: Το οίδημα, που αποτελεί διαταραχή θρέψεως, μπορεί να γίνει χρόνιο και πολύ έντονο, ώστε να δημιουργήσει νοσηρή κατάσταση παρόμοια με την ελεφαντίαση.

Άτονα κιρσώδη έλκη: Πρόκειται για επικίνδυνη επιπλοκή, εξελισσόμενη ανεξάρτητα από τους κιρσούς και συχνά αθεράπευτη. Το κιρσώδες έλκος εντοπίζεται στο κάτω τριτημόριο της κνήμης, στην πρόσθια επιφάνεια. Συνήθως εμφανίζεται κοντά σ' ένα μικρό κιρσωτικό οζίδιο. Οι διαστάσεις του κυμαίνονται από το μέγεθος δραχμής έως το μέγεθος της χειρός. Μπορεί να επεκταθεί σ' όλη την περιοχή της κνήμης. Το σχήμα του είναι επίμηκες με κατακόρυφη διεύθυνση. Τα χείλη είναι ινώδη και ομαλά ή ανασηκωμένα. Ο πυθμένας του έλκους έχει χρώμα γκριζωπό ή γκριζοκόκκινο, με σπάνια ωχρά κοκκία και εκκρίνει ένα υγρό άοσμο ή δύσοσμο, που οφείλεται σε ανεπαρκή καθαριότητα ή σ' επιμολύνσεις οι οποίες συμβαίνουν συχνά. Το γύρω δέρμα είναι έντονα κόκκινο και σκληρό. Είναι δυνατό επίσης να εμφανιστούν ραγάδες, οι οποίες πολύ γρήγορα φτάνουν σε βάθος, για να σχηματίσουν νέα μικρά έλκη, που τελικά ενώνονται με το κυρίως έλκος. Συνήθως το κιρσώδες έλκος δεν είναι απροσθητά επώδυνο. Καμιά φορά όμως μπορεί να προκαλέσει πόνους αρκετά ισχυρούς. Συχνά πιο επώδυνες είναι οι γύρω

δερματικές περιοχές. Ένα από τα χαρακτηριστικά σημεία του κίρ-
σώδους έλκους είναι η τάση του προς τη χρόνια εξέλιξη.

Τα έλκη οφείλονται στη μεγάλη κυκλοφορική στάση που δη-
μιουργούν οι κίρσοι. Τρία είναι τα αίτια που συμβάλλουν στην
ταχύτερη εμφάνισή τους:

α) Μηχανικά: Τραυματισμός του άκρου που πάσχει από οποια-
δήποτε αιτία, ιδιαίτερα από το σφυρό του άλλου ποδιού.

β) Αγγειακό: Ρήξη φλέβας, διάμεση αιμορραγία.

γ) Μολυσματικό: Φλεβίτιδα, πυοδερματίτιδα.

Κατά την εξέλιξη της τόσο σημαντικής αυτής επιπλοκής εί-
ναι πολύ πιθανό να υποστεί τέτοια τροποποίηση η κνήμη, ώστε να
πάρει μορφή ελεφαντιασική, έπειτα από αλληπάλληλους παροξυσμούς
των λεμφοφόρων αγγείων.

Η θερμοκρασία των ελκών και του δέρματος γύρω από αυτά
είναι υψωμένη. Κατά τον Gilge η ύψωση οφείλεται στην επιτάχυν-
ση της κυκλοφορίας στο μέρος εκείνο. Γι' αυτό τα τριχοειδή γύ-
ρω από τα έλκη είναι διευρυσμένα, παραμένουν τέτοια και δημι-
ουργούν την τριχοειδίτιδα που συνοδεύει σχεδόν πάντοτε τα άτο-
να έλκη.

Κατά τους Chaix και Ramei η μεταβολή του χρωματισμού του
δέρματος γύρω από τα έλκη οφείλεται σε εντοπισμένη παθολογική
κατάσταση των αγγείων δευτεροπαθή εξ' αιτίας, σε αρκετές πε-
ριπτώσεις, της συφυλίδος, όπως αποδεικνύουν οι ορολογικές εξε-
τάσεις και η δοκιμαστική θεραπεία, γιατί η πάθηση αυτή προκα-
λεί σημαντικές διαταραχές.

Ένας ασθενής που πάσχει από άτονα έλκη πρέπει οπωσδήποτε
να εξετάζεται επιστάμενα για να βρεθεί το ή τα αίτια που τα
προκάλεσαν ή ευνόησαν την ανάπτυξή τους.

Οποιαδήποτε θεραπεία τοπική των άτονων ελκών είναι κατα -

δικασμένη σε αποτυχία αν δεν συνδυαστεί με τη σκληρυντική και αν δεν ευρεθούν τα ενδεχόμενα άλλα αίτια που συμβάλλουν στη δημιουργία τους. Χωρίς αιτιολογική θεραπεία και αν επουλωθούν η επούλωση θα είναι πρόσκαιρη, αφού αργά ή γρήγορα υποτροπιάζουν και μόνη η σκληρυντική θεραπεία τις περισσότερες φορές είναι ικανή να τα επουλώσει.

Τελευταία εφαρμόζονται οι υποδόριες ενέσεις με εκχυλίσματα ιστών (πλακούντος) κάθε ημέρα και επί πολλές εβδομάδες. Ταυτόχρονα γίνονται εμφυτεύσεις παρασκευασμάτων ιστών. Οι νεότερες αυτές θεραπείες εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη σκληρυντική θεραπεία και εφ' όσον τα έλκη επιμένουν να μην επουλώνονται.

Σε περίπτωση επούλωσης, η ουλή παραμένει πάντοτε λεπτή και ευαίσθητη. Επιπλέον δεν είναι σπάνια η περίπτωση να εμφανισθεί ύστερα από μήνες ή χρόνια ένα νέο κισώδες έλκος, στο ίδιο σημείο με το προηγούμενο.

4) Ευρυαγγείες: Όπως και ο τίτλος δηλώνει, πρόκειται για διευρύνσεις των τριχοειδών αγγείων του δέρματος των κάτω άκρων. Σαν κύριος αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται ο ενδοκρινολογικός και συγκεκριμένα οι αδένες της υπόφυσης και των ωοθηκών.

Παρατηρούνται στις κνήμες των γυναικών ιδιαίτερα, πολύ περισσότερες όμως στους μηρούς. Άλλοτε είναι λίγες και άλλοτε αριθμούνται κατά εκατοντάδες. Συνήθως παρουσιάζονται μεμονωμένες, αρκετές όμως είναι συρρέουσες σε διάφορα σχήματα, όπως του οχταποδιού, της βεντάλιας ή κεφαλιού μέδουσας, αυτές έχουν εξάρτηση από μικρό κισσό έστω και αν δε φαίνεται.

Παραμένουν έτσι σ' όλη τη ζωή, μερικές όμως απ' αυτές διαστέλλονται περισσότερο και μεταβάλλονται σε μικροκισσούς. Δεν

προκαλούν καμμία ενόχληση και η αντιαισθητικότητα, προπαντός το καλοκαίρι, για όσες γυναίκες ασχολούνται με τα θαλάσσια μπάνια ή φορούν κοντά παντελονάκια, είναι αυτό για το οποίο δίκαια ανησυχούν.

Συνήθως συνυπάρχουν με κισσούς, χωρίς ν' αποκλείεται το αντίθετο και παρατηρούνται και σε δεσποινίδες, κυρίως όμως σε κυρίες που έχουν μείνει προηγουμένως μία ή περισσότερες φορές έγκυες. Έχουν χρώμα ερυθρωπό ή μελανωπό.

Η θεραπεία των ευρυαγγείων είναι πολύ δύσκολη και λεπτή. Όταν το εύρος είναι τέτοιο που να χωρεί έστω και μόλις η λεπτή βελόνη, εφαρμόζεται η θεραπεία με σκληρυντικές ενέσεις σε δόσεις και φάρμακα ανάλογα. Όταν μια ομάδα ευρυαγγείων συγκοινωνεί με τον μικρό κισσό, η θεραπεία γίνεται σ' εκείνον. Έτσι το φάρμακο διαχύνεται σ' όλη την ομάδα ή στο μεγαλύτερο τμήμα της. Κάποτε συμβαίνει το παράδοξο να είναι καλύτερο το αποτέλεσμα όταν η θεραπεία γίνεται σε μια ευρυαγγεία της ομάδας και όχι στον κισσό. Κατά τη γνώμη μερικών, αν η θεραπεία απευθύνεται σε μικρό κισσό, δεν σκληρύνονται όλες οι ευρυαγγείες και οι άλλες που δεν έχουν σκληρυνθεί εξαφανίζονται, γιατί δεν τροφοδοτούνται πλέον με αίμα. Η άποψη αυτή είναι πιθανή, όχι όμως και βέβαια, γιατί και όταν το φάρμακο διαχύνεται σ' όλες τις ευρυαγγείες είναι πολύ δύσκολο να γίνει αντιληπτή κλινικώς η καθολική σκλήρυνση, επειδή ο ευρυαγγειακός σωλήνας είναι εξαιρετικά λεπτός. Όταν είναι μεμονωμένες και η είσοδος της βελόνας προβληματική, η σκληρυντική θεραπεία δεν είναι δυνατή.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα με διαθερμοπηξία δεν είναι αισθητικό, γιατί, αν η πήξη είναι επιφανειακή είναι πολύ πιθανό να μην καταστραφούν τα τριχοειδή, αν είναι πιο βαθειά τότε παραμένει ουλή λευκωπή μετά την απόπτωση της κρούστας.

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΙΡΣΩΝ

Επειδή, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένα από τα κύρια προδιαθεσικά αίτια εμφάνισης κίρσων είναι η κληρονομικότητα, γι' αυτό μέλη οικογενειών τα οποία προδιατίθενται στην εμφάνιση κίρσων θα πρέπει να λάβουν κάποια προληπτικά μέτρα.

- Συγκεκριμένα και ειδικά οι γυναίκες θα πρέπει ν' αποφεύγουν να φορούν καλτσοδέτες και κάθε τι άλλο που ασκεί πίεση κυκλική στο πόδι.

- Επίσης πολύ σημαντικό είναι το ότι θα πρέπει να επιστήσουν την προσοχή τους στον τρόπο του καθίσματός τους σε καρέκλα. Πρέπει ν' αποφεύγεται το κάθισμα με σταυροπόδι και αυτό γιατί επιβαρύνεται η ήδη επιβαρυμένη κυκλοφορία του αίματος.

- Ακόμη θα πρέπει ν' αποφεύγεται η παρατεταμένη ορθοστάσια, αλλά και η ακινησία, γιατί δε βοηθάει τη μυϊκή αντλία να δουλέψει σωστά και κατά συνέπεια την επάνοδο του αίματος. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι τα άτομα αυτά θα πρέπει να μεταπέσουν σε κάποιο άλλο λανθασμένο σημείο - το πολύ κοπιαστικό βάδισμα. Το συστηματικό και άνετο βάδισμα έχει θετικά αποτελέσματα όταν αφορά μέτριες αποστάσεις.

- Επίσης θα πρέπει να αποφεύγονται η συνεχής έκθεση στον ήλιο, τα ζεστά ποδόλουτρα, η πολύωρη παραμονή κοντά στη φωτιά, αλλά από την άλλη μεριά και τα κρυοπαγήματα. Συνιστώνται στα άτομα αυτά χλιαρά μπάνια και ελαφρό μασάζ στους μηρούς και στις γάμπες.

- Ακόμη, το βράδυ κατά τη διάρκεια του ύπνου καλό θα ήταν τα πόδια να τοποθετούνται λίγο ψηλότερα από το επίπεδο της καρ-

διάς με τη βοήθεια μικρών μαξιλαριών και τεντωμένα. Η στάση αυτή βοηθάει στην πιο εύκολη επάνοδο του αίματος και κατά συνέπεια στην ανακούφιση του ατόμου από τον πόνο και τη διάταση των φλεβών.

- Τέλος, στην περίπτωση εμφανίσεως κιρσών, θα πρέπει ν' αποφεύγονται κατά το δυνατό οι κακώσεις και τα τραύματα των ποδιών για να μη δημιουργηθούν άτονα έλκη, λόγω των ήδη υπαρχόντων διαταραχών θρέψεως που παρεμποδίζουν την επούλωση των τραυμάτων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχοι της θεραπείας των κιρσών είναι:

1. Η ανακούφιση από υποκειμενικά ενοχλήματα.
2. Η πρόληψη και η εξάλειψη των επιπλοκών της φλεβικής στάσης.
3. Η βελτίωση εμφάνισης των άκρων.
4. Η εξαφάνιση της αιτίας πρόκλησης των κιρσών για την αποφυγή υποτροπής.

Η θεραπεία των κιρσών είναι συντηρητική, σκληρυντική ή χειρουργική. Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι η χειρουργική θεραπεία έχει ανάγκη από νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ η σκληρυντική είναι περιπατητική και από την πρώτη ημέρα της εφαρμογής ο άρρωστος δεν διακόπτει την επαγγελματική του εργασία.

Ο τύπος της θεραπείας καθορίζεται από την αιτία και τη σοβαρότητα της φλεβικής ανεπάρκειας. Μπορεί στην εκλογή να βοηθήσει ο ίδιος ο ασθενής, λαμβανομένων υπόψη ορισμένων παραγόντων όπως η ηλικία και οι δραστηριότητές του.

Κάθε άτομο που πάσχει από κιρσούς πρέπει να υποβάλλεται αμέσως σε θεραπεία. Όσο νωρίτερα γίνεται τόσο τ' αποτελέσματα είναι περισσότερο ικανοποιητικά. Έτσι αποφεύγονται μεγάλες ανατομικές και λειτουργικές βλάβες. Είναι λυπηρό ότι η ορθή αυτή τοποθέτηση δε γίνεται πάντοτε κατανοητή από τους αρρώστους, με αποτέλεσμα οι κιρσοί να χειροτερεύουν, το τοίχωμα και η επιδερμίδα να λεπτύνονται σε μερικά μέρη που κάποτε με μια μηχανική κάκωση να προκαλείται ρήξη και αιμορραγία ανησυχητική πολλές φορές ή να επιπλέκονται με οίδημα, δερματίτιδα, περιφλεβίτιδα και άτονα έλκη.

Α. Συντηρητική Θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία γίνεται συνήθως:

- σε ηλικιωμένα άτομα
- σε άτομα που αρνούνται να κάνουν εγχείρηση
- σε μικρούς κιρσούς
- σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία.

Περιλαμβάνει:

1. Ελαστική περίδεση με ειδική κάλτσα πριν ο ασθενής σηκωθεί από το κρεβάτι, γιατί τότε οι φλέβες είναι άδειες και δεν υπάρχει στάση αίματος.
2. Αποφυγή ορθοστασίας και καθιστής θέσης.
3. Ανύψωση του πάσχοντος μέλους. Τοποθέτηση του σκέλους σε ανάρροπη θέση κατά τη διάρκεια της νύχτας.
4. Κινησιοθεραπεία των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση, σε καθιστή και σε όρθια θέση (βάδιση, ακροστασία κ.λ.π.). Με τον τρόπο αυτό δουλεύει η μυϊκή αντλία και επιβραδύνεται η επάνοδος του αίματος.
5. Αποφυγή ηλιοθεραπείας και ζεστών λουτρών στα πόδια.

6. Μάλαξη* εφαρμόζονται ήπιοι χειρισμοί με σκοπό την ενίσχυση της κυκλοφορίας και την παροχέτευση των αγγείων των κάτω άκρων. Οι χειρισμοί αυτοί είναι οι εξής: α) Ανατρίψεις σε όλο το πέλμα (από τα δάκτυλα προς την πτέρνα). β) Ανατρίψεις από το έξω προς το έσω χείλος του άκρου ποδός (στο ύψος της ποδικής καμάρας). γ) Ανατρίψεις με τις άκρες των δακτύλων, αρχίζοντας από το μεγάλο δάκτυλο, την ποδική καμάρα, πίσω από το έσω σφυρό και κατά μήκος του αχιλλείου τένοντα. δ) Με τον αντίχειρα από το ένα μέρος και με τις άκρες των άλλων δακτύλων από το άλλο πιάνουμε τον αχιλλείο τένοντα και γλιστρούμε τα δάκτυλά μας κατά μήκος του αχιλλείου τένοντα μέχρι το γαστροκνήμιο, ενώ συγχρόνως με το άλλο μας χέρι κάνουμε ραχιαία και πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός. ε) Με την ίδια λαβή του αχιλλείου τένοντα κάνουμε πιέσεις στο γαστροκνήμιο, ενώ συγχρόνως κάνουμε πάλι ραχιαία και πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός. στ) Ζυμώματα και πλήξεις στην οπίσθια επιφάνεια της κνήμης και του μηρού. ζ) Εάν υπάρχει έλκος κάνουμε μικρά κυκλικά ζυμώματα γύρω από τα χείλη του τραύματος.

B. Σκληρυντική θεραπεία

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται:

1. σε μεμονωμένες κιρσώδεις διευρύνσεις
2. σε υπολλείματα κιρσών μετά από χειρουργική θεραπεία
3. σε κακής πρόγνωσης άτομα με δευτεροπαθείς κιρσούς
4. σε άτομα που αρνούνται την εγχείρηση και προτιμούν περιπατητική θεραπεία. Η περιπατητική θεραπεία είναι παροδική και ανακουφιστική και γι' αυτό απαιτείται έγχυση σκληρυντικών ουσιών σε διαστήματα λίγων μηνών.

Η σκληρυντική θεραπεία αποβλέπει στην απόφραξη των κίρσων φλεβών με ενδοφλέβιες ενέσεις διαλυμάτων, τα οποία προκαλούν τη σκλήρυνση του φλεβικού τοιχώματος και το σχηματισμό πολύ ανθεκτικού θρόμβου αίματος.

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος είναι παλιά. Είχε όμως εγκαταληφθεί γιατί δεν ήταν καθόλου ακίνδυνη. Ο Sicard είναι εκείνος που τη συστηματοποίησε, την κατέστησε ακίνδυνη και την εφάρμοσε με μεγάλη επιτυχία.

Η σκληρυντική θεραπεία αποτελεί το μέσο με το οποίο επιτυγχάνεται ο κύριος αντικειμενικός σκοπός, η αποκατάσταση της κυκλοφορίας της θρέψεως και της κινητικότητας που έχουν διαταραχθεί.

Τεχνική: Ο ασθενής τοποθετείται σε οριζόντια θέση. Η οριζόντια θέση παρουσιάζει το πλεονέκτημα να περιέχει η φλέβα πολύ λίγο αίμα και φυσικά το φάρμακο στην περίπτωση αυτή έρχεται σε αμεσότερη επαφή με το ενδοθήλιο, το ερεθίζει περισσότερο και η ενέργεια επομένως είναι αποτελεσματικότερη. Έχει όμως το μειονέκτημα να μην είναι δυνατή ή να γίνεται δύσκολα η ένεση όταν ο κίρσος δεν είναι μεγάλος και το τοίχωμά του όχι καλά τεντωμένο. Στη συνέχεια ανευρίσκονται και σημειώνονται στο δέρμα τα σημεία στα οποία υπάρχουν ανεπαρκείς διατιτρώσεις. Τούτο είναι εύκολο να καθοριστεί με την ψηλάφηση, οπότε παρέχεται στην άκρη του δακτύλου η εντύπωση χάσματος στην περιτονία. Κατόπιν παρακεντείται η ανεπαρκής φλέβα με σύριγγα εφ' άπαξ χρήσεως, που περιέχει τη σκληρυντική ουσία και εγχύεται ποσότητα υδατικού διαλύματος 0,5 έως 1 cm³. Η ολική χορηγούμενη ποσότητα δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10 cm³ σε κάθε συνεδρία.

Απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα, ώστε το διάλυμα: 1. να εγχύεται εντός φλέβας κενής αίματος και 2. η έγχυση να εκτελεί-

ται εντός του αυλού. Στη συνέχεια εφαρμόζεται τριπλή πιεστική επίδεση στο σημείο εγχύσεως. Η διάρκεια της περιδέσεως ανέρχεται σε 3 έως 5 εβδομάδες.

Μετά την ένεση ή στέκεται όρθιος ο άρρωστος για ένα - δυο λεπτά ή κάθεται με το πόδι προς τα κάτω ή σε οριζόντια θέση. Όσον αφορά το τμήμα του ποδιού που πρέπει να γίνει έναρξη της θεραπείας, καλύτερα είναι η αρχή να γίνεται από τους πιο διευρυσμένους κιρσούς που παρουσιάζουν τα περισσότερα ενοχλήματα και τον κίνδυνο να αιμορραγήσουν ή να προκαλέσουν άτονα έλκη.

Μια ένεση κατά κανόνα ερεθίζει και προσβάλλει τμήμα κιρσού σε έκταση 3-8 cm. Κατόπιν μπορεί να επηρεάσει έως 15 cm ή και ολόκληρο το κιρσό. Άλλοτε πάλι μια ένεση δεν είναι αρκετή και χρειάζονται δυο, τρεις ή και περισσότερες για να επηρεάσουν έναν κιρσό ή ένα τμήμα του.

Υπάρχουν περιπτώσεις που επιβάλλεται αλλαγή του φαρμάκου ή η χορήγηση του ίδιου, αλλά σε μεγαλύτερη δόση και πυκνότητα ή να μεταβληθεί η θεραπευτική τακτική για να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η θεραπευτική ενέργεια εκδηλώνεται με τοπικό ερεθισμό του ενδοθηλίου που μακροσκοπικά παρουσιάζεται σαν φλεγμονή κοκκινωπή ή κυανή.

Ανάλογα με την ένταση διακρίνονται διάφοροι τύποι φλεγμονής, όπως:

1. Ο ελαφρός, όταν ο ερεθισμός είναι μικρός, διάρκειας 2-3 ημερών. Δεν είναι καθόλου ενοχλητικός και μετά μια εβδομάδα περίπου αφήνει μικρή σκληρία, ευαίσθητη ή μόλις επώδυνη στην επαφή.

2) Ο μέσος, όταν τα φαινόμενα της φλεγμονής είναι πιο σαφή, εκτείνονται σε μεγαλύτερη έκταση και η βάδιση δυσχεραίνεται

κάπως. Παρέρχονται όλα μετά 10-15 ημέρες, αφήνοντας σκληρία επώδυνη και μικρή ερυθρότητα.

3) Ο έντονος. Παρατηρείται πολύ σπάνια ο τύπος αυτός, κατά τον οποίο η φλεγμονή είναι πολύ έντονη και ο άρρωστος αναγκάζεται να διακόψει για 2-3 ημέρες τις επαγγελματικές του ασχολίες.

Υπάρχουν και άλλοι ενδιάμεσοι τύποι φλεγμονής κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ενέσεις.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι πάντοτε ικανοποιητικό, πολύ περισσότερο όταν η φλεγμονή είναι αισθητή ή πολύ μεγάλη.

Συμβαίνει κάποτε να χυθεί το φάρμακο έξω από τη φλέβα. Αν δεν είναι ισχυρό ή η ποσότητα είναι μικρή, παρουσιάζεται οίδημα επώδυνο που διαρκεί 24-48 ώρες, αν όμως η ποσότητα είναι μεγαλύτερη, η περικιρσική φλεγμονή είναι σημαντική, το οίδημα επίσης, καθώς και η ερυθρότητα και ο πόνος, σε σημείο που να εμποδίζει και τον ύπνο. Όλα τα ενοχλήματα παρέρχονται έπειτα από μερικές ημέρες παυσίπων και τοπικών αντιφλεγμονωδών. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν το φάρμακο είναι πολύ ισχυρό ή η ποσότητα μεγάλη, η φλεγμονή καταλήγει σε απόστημα που διανοίγεται με επέμβαση ή παρουσιάζεται τοπική νέκρωση, που διαρκεί 15-20 ημέρες και υποχωρεί με τοπικά επιθέματα και αλοιφές.

Άλλοτε, αμέσως μετά την ένεση ή έπειτα από μια ή και περισσότερες ημέρες, παρουσιάζεται στο μέρος όπου γίνεται η ένεση αιμάτωμα, παρόλο ότι γίνεται κανονικά μέσα στη φλέβα. Αυτό συμβαίνει σε άτομα με προδιάθεση, όπως είναι τα παχύσαρκα, και με λεπτό και ευκολόθραυστο το φλεβικό δίκτυο, επομένως σε άτομα που το συμπαθητικό τους νευρικό σύστημα δε λειτουργεί καθόλου κανονικά.

Στην ίδια αιτία οφείλεται και η μελάχρωση, που παρατηρεί-

ται σε μερικούς αρρώστους κατά μήκος κιρσών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία.

Η θεραπευτική τακτική των ενέσεων είναι διάφορη. Άλλοι υποστηρίζουν να γίνεται μια ένεση κάθε εβδομάδα, άλλοι δυο φορές την εβδομάδα και σε εξαιρετικές περιπτώσεις ημέρα παρά ημέρα. Η προτιμότερη είναι της μιας κάθε εβδομάδα, γιατί ο άρρωστος δεν κουράζεται πολύ με τις αλληπάλληλες ενέσεις σε μικρά χρονικά διαστήματα, αλλά και γιατί η φλεγμονή προηγούμενης ενέσεως υποχωρεί ή σχεδόν υποχωρεί στο διάστημα των οκτώ ημερών που μεσολαβεί.

Η τακτική αυτή είναι απαραίτητη όταν πρόκειται για θεραπεία του ενός κάτω άκρου, όταν όμως πάσχουν και τα δυο, όταν οι κιρσοί είναι εξαιρετικά πολλοί και αν ο άρρωστος έχει λόγους σοβαρούς να βιάζεται, μπορούν να γίνονται οι ενέσεις σε μικρότερα χρονικά διαστήματα.

Επειδή βασικό γνώρισμα της μεθόδου θεραπείας των κιρσών με ενέσεις είναι η περιπατητική μορφή, ορθά είναι ν' αποφεύγεται η θεραπεία και στα δυο πόδια κατά την ίδια επίσκεψη, γιατί είναι δυνατό η φλεγμονή και των δυο να δυσκολέψει τη βάδιση και φυσικά να εμποδίσει τη συνέχεια των επαγγελματικών καθηκόντων.

Στο γιατρό εναπόκειται να κρίνει για το είδος του φαρμάκου, τη δόση και την όλη τακτική της θεραπείας ως προς τα χρονικά όρια, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του αρρώστου, τον αριθμό και την έκταση των κιρσών, το είδος της εργασίας του και τον τρόπο που το φάρμακο ενεργεί.

Η φλεγμονή που προκαλεί η ένεση υποχωρεί σε μικρό χρονικό διάστημα, ενώ η σκληρία και η εξόγκωση σε δυο-τρεις μήνες. Σε μερικά άτομα παραμένει κατόπιν μελανός χρωματισμός που, όπως έχει γραφτεί, οφείλεται σε ανωμαλία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, ή σε υπερλειτουργία της μελανίνης ή καταστροφή των μελανοκυττάρων.

Αντενδείξεις: Υπάρχουν περιπτώσεις που η σκληρυντική θεραπεία αποτελεί αντένδειξη. Γι' αυτό επιβάλλεται η κλινική εξέταση να είναι προσεκτική και η λήψη του αναμνηστικού λεπτομερειακή, ώστε έγκαιρα ν' ανακαλύπτονται οι άρρωστοι που προσέρχονται να ευεργετηθούν από τα καλά αποτελέσματα της θεραπείας και στους οποίους δεν πρέπει να γίνεται.

Από τις κυριότερες αντενδείξεις είναι η εγκυμοσύνη. Όταν μια γυναίκα είναι έγκυος απαγορεύεται απόλυτα να υποβληθεί σε θεραπεία. Αν έχει αρχίσει προ της εγκυμοσύνης, αναγκαστικά θα συνεχιστεί κατά τον πρώτο μήνα, γιατί δεν είναι εύκολο να γίνει αντιληπτή τότε η εγκυμοσύνη, μόλις όμως γίνει γνωστή αμέσως πρέπει να διακόπτεται για όλη την περίοδο της εγκυμοσύνης, και δυο τρεις μήνες κατόπιν. Στον κανόνα αυτό εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση που οι κίρσοι είναι πολύ προχωρημένοι και υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών (ρήξη κίρσου, αιμορραγία, θρόμβωση του αιδοίου). Τότε η θεραπεία γίνεται με φάρμακα πολύ ήπια, έστω και λιγότερο αποτελεσματικά, αλλά που να μην προκαλούν γενικότερη βλάβη.

Ο σπουδαιότερος λόγος που δεν πρέπει να γίνεται θεραπεία στο διάστημα της εγκυμοσύνης είναι ότι το αίμα των εγκύων περιέχει μεγάλη ποσότητα ινικής που προδιαθέτει τη δημιουργία φλεβίτιδας.

Οι πολύ ηλικιωμένοι, υπερτασικοί, νευροπαθείς, εκείνοι που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια οποιασδήποτε φύσεως και οι νεφριτικοί μπορούν και πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία, με τη διαφορά ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ισχυρά φάρμακα και οι δόσεις, καθώς και τα διαστήματα να είναι ανάλογα. Δεν είναι ορθό η κατηγορία αυτή των αρρώστων να μην απολαμβάνει τα πλεονεκτήματα της σκληρυντικής θεραπείας, πολύ περισσότερο που με την πάροδο του χρόνου η φαρμακευτική βιομηχανία τελειοποιείται

και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, τουλάχιστον μερικά απ'αυτά, είναι ανίσχυρα να βλάψουν, χωρίς να χάνουν πολύ σε αποτελεσματικότητα.

Η λευκωματουρία και ο σακχαροδιαβήτης δεν αποτελούν αντένδειξη, εκτός αν οι παθήσεις αυτές είναι πολύ προχωρημένες.

Όταν πρόκειται για γενικευμένες μολύνσεις η αντένδειξη είναι προσωρινή, ώπου να υποχωρήσουν με θεραπεία και δίαιτα μερικών μηνών.

Πλεονεκτήματα: Η σκληρυντική θεραπεία με ενέσεις παρουσιάζει αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα, δηλαδή:

1. Είναι απόλυτα περιπατητική. Είναι εξαιρετικά σπάνιο μετά από μια ένεση ο ερεθισμός να φτάσει σε τέτοιο σημείο, ώστε να εμποδίσει τη συνέχεια των καθημερινών ασχολιών για δυο-τρεις μέρες.
2. Εκτός από τη μελάχρωση κατά μήκος του κισσού ή τμήματος μόνο αυτού, που συνήθως λείπει, τίποτε άλλο το αντιαισθητικό δεν παραμένει μετά τη θεραπεία.
3. Απευθύνεται σ' όλους τους κισσούς, μικρούς ή μεγάλους.
4. Αποφεύγονται οι επιπλοκές που είναι δυνατό να παρατηρηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.
5. Δεν αχρηστεύεται η φλέβα. Απόδειξη αυτού είναι ότι μερικές φορές, παρά την αρχική σκλήρυνση, υποτροπιάζει ο κισσός έπειτα από κάποιο χρονικό διάστημα. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η επανάληψη της θεραπείας με περισσότερο έντονα φάρμακα.
6. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι κατά κανόνα εξαιρετικά για τους μικρούς διάχυτους κισσούς, δεν αφήνει ουλές όπως η χειρουργική θεραπεία και επί πλέον, με λίγες επισκέψεις στο γιατρό, εξασφαλίζει τον άρρωστο από την πιθανότητα της εμφάνι-

σης νέων μεμονωμένων κιρσών, οι οποίοι μπορεί πολλές φορές να παρουσιαστούν ακόμη και ύστερα από πολλά χρόνια.

Μειονεκτήματα: Μειονεκτήματα της σκληρυντικής θεραπείας είναι:

1. Μερικές από τις φλέβες που θρομβώνονται επανασηραγγώνονται σε λίγους μήνες και τα αγγεία είναι ξανά βατά.
2. Παρατηρείται διεύρυνση και κιρσώδης ανάπτυξη μικρών φλεβικών κλάδων, λόγω της παραμένουσας φλεβικής υπέρτασης από τις ανεπαρκείς φλέβες που απομένουν.

Γ. Χειρουργική θεραπεία

Αυτή αφορά τους πρωτοπαθείς κιρσούς και συνίσταται στην όσο το δυνατό πλέον ριζική αφαίρεση των κιρσοειδώς αλλοιωμένων φλεβικών στελεχών της μείζονος και της ελάσσονος σαφηνούς και των κλάδων τους με απολίνωση και διατομή των ανεπαρκών διατριπρωσών φλεβών. Η χειρουργική θεραπεία στους δευτεροπαθείς κιρσούς αναφέρεται στη θεραπεία του μεταφλεβιτικού συνδρόμου.

Αντικειμενικός σκοπός της χειρουργικής θεραπείας

Η χειρουργική θεραπεία αποσκοπεί στην εκρίζωση της ανεπαρκούς μείζονος ή ελάσσονος ή αμφότερων των σαφηνών στελεχών, όπως και των κλάδων τους. Η τεχνική εκρίζωσης των φλεβών εφαρμόστηκε πρώτα από τους Babcock και Keller το 1905. Οι εκριζωτές που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι διαφόρων τύπων. Ο πιο διαδομένος είναι του Myers. Με την απόσπαση των φλεβικών στελεχών (με τη βοήθεια των εσωτερικών τούτων εκριζωτών), επιτυγχάνεται λίγο εκτεταμένη καταστροφή και διακοπή της συνέχειας των παράπλευρων φλεβών.

Τεχνική εξαιρέσεως των κιρσωδών φλεβών των κάτω άκρων

Πριν από την εγχείρηση, σημειώνονται στο δέρμα του ασθε-

νούς με ειδικό ανεξίτηλο σχετικά διάλυμα όλα τα διογκωμένα φλεβικά στελέχη, όπως και οι κλάδοι τους.

Η χειρουργική τράπεζα τοποθετείται σε θέση Trendelenburg, με γωνία 10° , για μείωση της αιμορραγίας και επιτάχυνση της φλεβικής κυκλοφορίας αντίστοιχα. Έπειτα εκτελείται τομή παράλληλη προς το βουβωνικό σύνδεσμο (στο μηριαίο τρίγωνο) που γίνεται προς τα κάτω και έσω.

Αποκαλύπτεται στη συνέχεια και παρασκευάζεται η μείζων σαφηνής φλέβα, όπως και η συμβολή της στη μηριαία φλέβα. Παρασκευάζεται επίσης η μηριαία φλέβα 2-3 cm εκατέρωθεν της σαφηνομηριαίας συμβολής για την αποκάλυψη μείζονων φλεβικών κλάδων που τυχόν συμβάλλουν στη θέση αυτή. Έπειτα απολινώνονται κατά την εκβολή τους όλοι οι παράπλευροι φλεβικοί κλάδοι που εκβάλλουν στη σαφηνομηριαία φλεβική συμβολή (επιπολής κάτω επιγαστρία, επιπολής περισπώμενη λαγόνια, αιδοιομηριαία φλέβα κ.λ.π.), αποφεύγοντας την απολίνωση των φλεβικών στελεχών που εισέρχονται στην οπίσθια επιφάνεια της μηριαίας φλέβας.

Στη συνέχεια, οι κλάδοι της μείζονος σαφηνούς φλέβας εκκριζώνονται ή απολινώνονται. Έπειτα γίνεται αποκάλυψη της ραχιαίας του ποδιού φλέβας με μικρή επιμήκη ή εγκάρσια τομή επί τα εντός του έσω σφυρού και εισαγωγή εντός του αυλού της του ειδικού εκκριζωτήρα Myers, η κορυφή του οποίου κατευθύνεται κεντρικά μέχρι την τελική μοίρα της μείζονος σαφηνούς φλέβας στη βουβωνική περιοχή. Ο εκκριζωτήρας μπορεί επίσης να εισαχθεί στην κεντρική μοίρα της μείζονος σαφηνούς φλέβας από την εκβολή της και να προωθηθεί περιφερικά μέχρι τη ράχη του ποδιού, αν και κατά τη φορά αυτή υπάρχει κάποια δυσχέρεια στην προώθηση αυτού λόγω των υπάρχουσων βαλβίδων. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η προώθηση του εκκριζωτή παρακωλύεται σε κάποια θέση εξαιτίας

της κάπως ελικοειδούς πορείας των κίρσωδών φλεβών, όπως π.χ. στο γόνατο, αποκαλύπτεται η φλέβα στη θέση αυτή και ο εκριζωτήρας προωθείται περαιτέρω με ή χωρίς διάνοιξη της φλέβας. Κάποτε απαιτούνται πολλαπλές τομές για την αποκάλυψη των κίρσωδών στελεχών και περαιτέρω προώθηση του εκριζωτή.

Στη συνέχεια προσδένεται η φλέβα κάτω από την κεφαλή του εκριζωτήρα ύστερα από προηγούμενη διατομή της και απολινώνεται το άλλο φλεβικό κολόβωμα. Έπειτα έλκεται ο εκριζωτήρας από το άλλο του άκρο και με αντίθετη προς την εισαγωγή του φορά, αφαιρώντας έτσι το φλεβικό στέλεχος, το οποίο βρίσκεται στον εκριζωτή κατόπιν ρήξεως των παραπλευρών του κλάδων.

Με τη διατήρηση του σκέλους σε ανάρροπη θέση και συμπίεση κατά μήκος της φοράς του φλεβικού στελέχους που έχει αφαιρεθεί, ελέγχεται συνήθως η αιμορραγία από τους παράπλευρους κλάδους που έχουν πάθει ρήξη.

Οι παράπλευροι κλάδοι που έχουν σημειωθεί προεγχειρητικά εκριζώνονται κατόπιν εισαγωγής του εκριζωτήρα ή υφίστανται άμεση εκτομή ή πολλαπλές απολινώσεις κατόπιν εκτελέσεως μικρών τομών.

Συνήθεις θέσεις εκβολής στη μείζονα σαφηνή φλέβα μείζονων παράπλευρων κλάδων είναι το κάτω τριτημόριο της έσω επιφάνειας του μηρού, και στην κνήμη κάτω από το γόνατο, όπως επίσης και στη ράχη του ποδιού. Με την εκτέλεση τομών στις θέσεις αυτές είναι εφικτή η εκρίζωση των παράπλευρων αυτών κλάδων. Είναι προτιμότερη η εκρίζωση της μείζονος σαφηνούς φλέβας από το σφυρό προς τη βουβωνική περιοχή. Με τη χρησιμοποίηση της μεγάλης κεφαλής του εκριζωτήρα αποφεύγεται ο εγκολεασμός και η ρήξη της φλέβας. Εκρίζωση από τα άνω ενδείκνυται σε ύπαρξη εξελκώσεως στην κνήμη.

Τεχνική εξαιρέσεως της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας

Εκτελείται εγκάρσια τομή πάνω στον ιγνυακό βόθρο και επιμήκης διατομή της περιτονίας, έπειτα αποκαλύπτεται η εκβολή της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας εντός της ιγνυακής φλέβας.

Μετά από αυτά αποκαλύπτεται η αρχή της ελάσσονος σαφηνούς φλέβας πίσω από το έσω σφυρό και εισάγεται εντός αυτής ο εκκριζωτήρας, ο οποίος προωθείται προς τον ιγνυακό βόθρο. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει δυσχέρεια αποκαλύψεως της συμβολής της ελάσσονος σαφηνούς στην ιγνυακή φλέβα, ο καθετήρας που προωθείται βοηθάει την ανεύρεσή της.

Διατέμνεται στη συνέχεια η ελάσσων σαφηνής φλέβα κατά τη συμβολή της προς την ιγνυακή φλέβα, αφού απολινωθεί το κεντρικό κολόβωμα και προσδεθεί το περιφερικό κάτω από την κεφαλή του εκκριζωτήρα. Στη συνέχεια έλκεται ο εκκριζωτήρας με φορά αντίθετη προς τη φορά εισαγωγής του εκκριζώνοντας έτσι το φλεβικό στέλεχος.

Σε περίπτωση υπάρξεως μεμονωμένων ανεπαρκών αναστομωτικών φλεβών συνιστάται αποκάλυψη και εκτομή τους. Οι συνηθέστερες θέσεις αυτών είναι στο κάτω τριτημόριο της έσω επιφάνειας του μηρού, κάτω από το γόνατο, στην έσω επιφάνεια της κνήμης και στο έσω σφυρό.

Σε περίπτωση υπάρξεως κιρσών και στα δυο σκέλη μπορεί να εκτελεσθεί εγχείρηση και στα δυο σκέλη διαδοχικά στον ίδιο χρόνο και σε περίπτωση ανευρέσεως θρομβωμένων των μείζονων φλεβικών στελεχών πρέπει να μην επιχειρηθεί εκρίζωση αλλά βραδεία έγχυση εντός αυτών ανά 2 κ.εκ. σκληρυντικής ουσίας.

Εγχειρητικές επιπλοκές: Κατά την επέμβαση εκρίζώσεως των κιρσωδώς διευρυσμένων φλεβικών στελεχών των κάτω άκρων είναι δυνατό να προκληθούν οι εξής επιπλοκές:

1. Σημαντική αιμορραγία εξαιτίας ρήξεως παράπλευρων κλάδων. Για την πρόληψή της συνίσταται τοποθέτηση των σκελών σε ανάρροπη θέση και εφαρμογή τοπικής περιδέσεως του σκέλους με ημιελαστική ταινία.
2. Κάκωση της μηριαίας φλέβας ή αρτηρίας.

Τεχνική απολινώσεως των ανεπαρκών διατιτραίνουσών φλεβών της κνήμης.

Σε περίπτωση υπάρξεως ανεπαρκών αναστομωτικών διατιτραίνουσών φλεβών της κνήμης, πρέπει να επιχειρηθεί απολίνωση αυτών με εξωαπονευρωτική ή ενδοαπονευρωτική εγχείρηση.

Εξωαπονευρωτική εγχείρηση: Σ' αυτή εκτελείται ευθύγραμμη τομή από το ύψος της μεσότητας της κνήμης ένα εκατοστό πίσω από το έσω κνημιαίο χείλος μέχρι 2 εκ. πάνω από το έσω σφυρό. Ανασπάται ο δερματικός κρημνός και απολινώνονται οι συνήθως ανεπαρκείς και διευρυσμένες άνω και μέση αναστομωτική φλέβα. Η απολίνωση εκτελείται κατά την έξοδό τους από την περιτονία, συμπεριλαμβανομένων επίσης και των πλεγμάτων των υποδορίων φλεβών της περιοχής αυτής.

Ενδοαπονευρωτική εγχείρηση: Αυτή εισήχθη από τον Linton και ενδείκνυται σε προχωρημένες καταστάσεις που υπάρχει ουλώδης σκληρία στην κνήμη, το οποίο είναι συνέπεια προηγούμενων εκτεταμένων ελκώσεων αυτής. Σύμφωνα μ' αυτή την επέμβαση εκτελείται τομή περισσότερο επιμήκης της προηγούμενης, δημιουργείται πρόσθιος κρημνός από το δέρμα, τον υποδόριο ιστό και την εν τω βάθει περιτονία και απολινώνονται οι αναστομωτικές φλέβες. Έπειτα γίνεται αποκατάσταση των ιστών κατά στρώματα και εφαρμογή ελαστικής περίδεσης.

Σε περίπτωση συνυπάρξεως εξελκώσεως στην κνήμη με κίρσους,

κατά την ίδια επέμβαση εκριζώνεται η κιρσώδως διευρυσμένη μείζων σαφηνή φλέβα και το έλκος που έχει επουλωθεί προηγουμένως εκτέμνεται και εκτελείται πλαστική της περιοχής με ελεύθερο παχύ δερματικό κρημό.

Ενδείξεις για την εφαρμογή της εξαιρέσεως των ανεπαρκών επιπολής φλεβών:

1. Ευμεγέθεις κιρσοί.
2. Επιπλοκές φλεβικής στάσεως, όπως αλλοιώσεις της χροιάς του δέρματος, χρόνια σκλήρυνση του υποδορίου ιστού, έλκωση με ή χωρίς δερματίτιδα.
3. Ιστορικό απλής ή υποτροπιάζουσας οξείας προσβολής επιπολής φλεβίτιδας.
4. Ανεπάρκεια του επιπολής και του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος, με φλεβική στάση, όσες φορές οι επιπολής φλέβες αποτελούν σαφή αιτιολογικό παράγοντα.
5. Σαν προφυλακτική επέμβαση.

Ανενδείξεις

Μόνιμες:

1. Προχωρημένη αρτηριακή ανεπάρκεια των άκρων.
2. Ασυμπτωματικοί κιρσοί, που απαντούνται σε προχωρημένη ηλικία.
3. Σοβαρή εν τω βάθει φλεβική ανεπάρκεια με δευτεροπαθείς κιρσούς.
4. Συνύπαρξη σοβαρής πάθησης (διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνος κ.λ.π.).
5. Χρόνιο λεμφικό οίδημα, χωρίς σημαντική συμμετοχή φλεβικής ανεπάρκειας.

Προσωρινές:

1. Πρόσφατη εν τω βάθει επιπολής θρόμβωση. Εκρίζωση του επιπολής φλεβικού δικτύου πρέπει να επιχειρηθεί μετά από μια τριετία από το επεισόδιο της φλεβικής θρομβώσεως. Σε περίπτωση οξείας επιπολής φλεβικής θρομβώσεως, μπορεί να επιχειρηθεί χειρουργική θεραπεία μετά από την πάροδο κάποιων ημερών, κατά τις οποίες εφαρμόζεται συντηρητική αγωγή.
2. Η δερματίτιδα ή η διαπύση σε κάποια περιοχή του σώματος, ιδιαίτερα όταν είναι παραπλήσια.
3. Η εγκυμοσύνη. Κάποιοι γιατροί ακολουθούν συντηρητική αγωγή σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ άλλοι συνιστούν χειρουργική θεραπεία μέχρι τον έβδομο μήνα.
4. Η επιβαρημένη γενική κατάσταση, λόγω διαφόρων αιτιών.
5. Η πρόσφατη σκληρυντική θεραπεία.
6. Σε παχύσαρκα άτομα συνίσταται μείωση του βάρους.

Προεγχειρητική αγωγή

Σε συνυπάρχουσα φλεβική θρόμβωση, ενδείκνυται εφαρμογή συντηρητικής θεραπείας και ανάπαυση τουλάχιστον για τρεις ημέρες πριν από την εγχείρηση. Σε περίπτωση υπάρξεως δερματίτιδας ή ελκώσεων, η εκτέλεση της επέμβασης πρέπει να γίνεται μετά την υποχώρηση της δερματίτιδας και την επούλωση της ελκώσεως. Την προηγούμενη της εγχειρήσεως το πρωί, πρέπει με τον ασθενή σε όρθια θέση να σημειωθούν με επιμελή τρόπο πάνω στο σκέλος, με ανεξίτηλο μελάνη ή χρωστική, τα κίρσωδώς διευρυσμένα μείζονα φλεβικά στέλέχη, όπως και οι κλάδοι τους.

Μετεγχειρητική αγωγή

Μετεγχειρητικά εφαρμόζουμε τα ακόλουθα:

1. Επίδεση του σκέλους με ελαστικό επίδεσμο με την παρεμβολή στρώματος βάμβακος.
2. Χορήγηση αναλγητικών.
3. Αντιβίωση δεν χορηγείται, εκτός αν υπάρχουν σημεία φλεγμονής.
4. Θλάσθενής παραμένει κλινήρης για 24 ώρες. Στη συνέχεια κινητοποιείται προοδευτικά.
5. Αλλαγή του τραύματος, εφ' όσον δεν υπάρχουν σημεία φλεγμονής γίνεται την 6 ημέρα.
6. Αφαίρεση των ραμμάτων την 7η έως 9η ημέρα.
7. Η έξοδος του ασθενούς είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί και πριν την αφαίρεση των ραμμάτων.
8. Η εφαρμογή της ελαστικής περικνημίδας καλό είναι να παραμείνει για 3 έως 6 εβδομάδες.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Αυτές είναι:

- 1) Τα αιματώματα στο σκέλος, τα οποία μπορούν ν' αποφευχθούν με την τοποθέτησή του σε ανάρροπη θέση κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως, καθώς και με τη σωστή περιτύλιξη του με ελαστικό αμέσως μετά την εγχείρηση.
- 2) Οι εκχυμώσεις κατά την πορεία της μείζονος σαφηνούς, οι οποίες εξαφανίζονται συνήθως μετά από ένα μήνα περίπου.
- 3) Η διαπύση των τραυμάτων. Για την πρόληψή της ενδείκνυται η επιμελής προεγχειρητική αγωγή, όπως και η σχολαστική ασηψία και αντισηψία κατά την εγχείρηση.

4) Η εντοπισμένη περιφλεβίτιδα και η θρόμβωση των επιπολής κίρσων. Η θρόμβωση προκαλεί εκτεταμένη διόγκωση, ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία στην ψηλάφιση (συνύπαρξη έντονης περιφλεβικής αντίδρασης, άσηπτης συνήθως), καθώς και σκληρία στην περιοχή της φλέβας. Η θεραπεία αποτελείται από ελαστική περιδέση και αντιαιμοπεταλικούς παράγοντες (ασπιρίνη).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην επιπολής φλεβοθρόμβωση της μείζονος σαφηνούς και η οποία θα προχωρήσει φτάνοντας στη μεσότητα του μηρού. Αυτή η θρόμβωση επεκτείνεται γρήγορα στη μηριαία φλέβα. Αν η θρόμβωση είναι χαμηλά (κάτω από το γόνατο), ο κίνδυνος είναι μικρός και αντιμετωπίζεται όπως προηγουμένως. Όταν όμως η θρόμβωση προχωρήσει ψηλά, πρέπει να την παρακολουθούμε κάθε μέρα και να σημειώνουμε εξωτερικά μ'ένα μολύβι για να δούμε πού βρίσκεται. Αν φτάσει στη μεσότητα του μηρού απαιτείται απολίνωση της σαφηνούς στη σαφηνομηριαία συμβολή. Προηγουμένως, πρέπει να γίνει έλεγχος για πιθανή επέκταση του θρόμβου στη μηριαία φλέβα, οπότε απαιτείται τοπική θρομβεκτομή. Αν δεν προσεχθεί αυτή η θρόμβωση, υπάρχει 10% κίνδυνος για πνευμονική εμβολή.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να συνυπάρχει επιπολής και εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στο ίδιο σκέλος. Η ύπαρξη οιδήματος στην κνήμη είναι ενδεικτική εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, εκτός αν υπάρχουν ανεπαρκείς διατιτροώσεις, αφού η απλή θρόμβωση της μείζονος ή της ελάσσονος σαφηνούς δεν δικαιολογεί το οίδημα.

5) Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.

Πρόκειται για κάλυμα στη ροή του φλεβικού αίματος. Προκαλεί επιβράδυνση της ροής και αύξηση της φλεβικής πίεσης περι-

φερικά. Αυτό έχει σα συνέπεια απόφραξη λεμφαγγείων με αποτέλεσμα αύξηση του οιδήματος, διεύρυνση μικρών παράπλευρων κλάδων για την αποχέτευση του αίματος και τελικά τοπικές εκδηλώσεις.

Τα γενικά συμπτώματα που εμφανίζονται είναι:

- α) αύξηση θερμοκρασίας
- β) ταχυκαρδία
- γ) δυσφορία.

Τα τοπικά συμπτώματα είναι:

- πόνος γαστροκνημίας
- οίδημα άκρου
- αύξηση θερμοκρασίας άκρου
- ωχρότητα ή κυάνωση
- διάταση επιπολής φλεβών.

Επιπλοκές :

- 1) Πνευμονική εμβολή (άμεση)
- 2) Κιρσοί
- 3) Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια
- 4) Γάγγραινα μέλους
- 5) Σηψαιμία
- 6) Μεταφλεβιτική νευρίτιδα.

Η πρόληψή της στρέφεται προς δυο κατευθύνσεις:

- 1. Ελάττωση της λίμνασης του φλεβικού αίματος στα κάτω άκρα.
- 2. Καταπολέμηση υπερπηκτικής κατάστασης, η οποία αναπτύσσεται μετεγχειρητικά.

Τα προφυλακτικά μέτρα είναι τα εξής:

- 1. Άσκηση (συνήθως βάδισμα) για να επιτευχθεί περιοδική κένωση των φλεβόκολπων των μυών της γαστροκνημίας.
- 2) Προληπτική ηπαρινοθεραπεία: υποδόρια χορήγηση στην κοιλιά 2 ώρες πριν την εγχείρηση και μετεγχειρητικά ανά 8ωρο για μια εβδομάδα.

6) Η μετεγχειρητική νευρίτιδα .

Είναι συνηθισμένη επιπλοκή. Μετά την εκρίζωση της μείζονος σαφηνούς φλέβας, στις περισσότερες περιπτώσεις παραμένει κάποιος βαθμός αναισθησίας ή αίσθημα μουδιάσματος στην έσω επιφάνεια της ποδοκνημικής αρθρώσεως ή στο άκρο του ποδιού, ενώ στην περίπτωση εκριζώσεως της ελάσσονος σαφηνούς η νευρίτιδα εντοπίζεται στην έξω επιφάνεια της ποδοκνημικής και στο έξω χείλος του άκρου ποδιού. Η νευρίτιδα αυτή οφείλεται σε τραυματισμό των παρακείμενων νεύρων, του σαφηνούς ή γαστροκνημιαίου και παύει εντός ολίγων εβδομάδων.

Υποτροπές μετά τη χειρουργική θεραπεία

Αυτές οφείλονται κυρίως στα παρακάτω αίτια:

1. Σε έλλειψη απολινώσεως της μείζονος ή ελάσσονος σαφηνούς φλέβας.
2. Σε μη απολίνωση της μείζονος σαφηνούς φλέβας δίπλα στην εκβολή της, οπότε παραμένουν οι μείζονες παράπλευροι κλάδοι, αυτοί που εκβάλλουν κοντά στη σαφηνομηριαία συμβολή και οι οποίες αναστομώνονται αργότερα με άλλους κλάδους που έχουν παραμείνει.
3. Σε μη απολίνωση όλων των κλάδων που εκβάλλουν στη σαφηνομηριαία εκβολή.
4. Σε ενδοπυελικό όγκο που δεν έχει διαγνωσθεί ή σε αρτηριοβλεβώδη επικοινωνία που δεν έχει διαγνωσθεί ή τέλος σε κακή προεγχειρητική εκτίμηση της έκτασης των κισρών.
5. Σε μη απολίνωση των ανεπαρκών αναστομωτικών φλεβών.

Θεραπεία των υποτροπών

Ανάλογα με την εντόπιση των κισρών που έχουν υποτροπιάσει

εκτελείται εξαίρεσή τους, συνήθως με απολίνωση και εκτομή.

Μειονεκτήματα της χειρουργικής θεραπείας

Όπως και αν γίνει η χειρουργική επέμβαση, παρουσιάζει τα παρακάτω μειονεκτήματα:

1. Δεν είναι μέθοδος περιπατητική.
 2. Η επέμβαση γίνεται έπειτα από γενική νάρκωση.
 3. Ένα ή πολλά τμήματα φλεβών αφαιρούνται, επομένως αχρηστεύονται.
 4. Παραμένουν αντισταθμητικές ουλές.
 5. Ο κίνδυνος εμβολής ή φλεβίτιδας, χωρίς να είναι αναπόφευκτος, δεν πρέπει ν' αποκλείεται.
 6. Αν αφαιρεθούν πολλοί κίρσοι, οι ουλές είναι ισάριθμες και αν για να αποφευχθεί το μειονέκτημα αυτό αφαιρεθεί ο πιο μεγάλος, οι άλλοι παράπλευροι κίρσοι που αφήνονται με την ελπίδα ότι θα ατονήσουν μετά την αφαίρεση του κυριότερου στελέχους, στην πραγματικότητα όχι μόνο δεν ατονούν αλλά συνεχώς εξελίσσονται και επί πλέον σχηματίζονται νέοι.
- Και αν ένας μόνο κίρσος υπάρχει και εξαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση συχνά συμβαίνει να παρουσιασθούν δίπλα στην αντισταθμητική ουλή άλλοι κίρσοι.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΙΡΣΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Οι αιμοδυναμικές μεταβολές, λόγω ορμονικών και μηχανικών αιτιών και οι μεταβολές των παραγόντων της πήξης του αίματος που συμβαίνουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκθέτουν την έγκυο σε αυξημένη συχνότητα επιπλοκών από μέρους των αγγείων της.

Η εμφάνιση κιρσών στην έγκυο είναι συχνή. Τους ευνοούν η κληρονομικότητα, οι πολλές γκυμοσύνες, η ορθοστασία και οι ορμονικοί παράγοντες (οιστρογόνα, προγεστερόνη, χοριακή γοναδοτρόπος ορμόνη, φλοιοεπινεφριδική ορμόνη). Η συνύπαρξή τους τις περισσότερες φορές με ραβδώσεις της κύησης συνηγορεί με την τελευταία άποψη. Η πίεση των φλεβών από το βάρος της μήτρας δεν προκαλεί την εμφάνιση κιρσών, γιατί σε συχνότητα 70% αυτοί εμφανίζονται από τον 3ο μήνα της εγκυμοσύνης.

Συχνότερα εμφανίζονται στους μηρούς της εγκύου και διογκώνονται όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη. Αφορούν το δίκτυο της σαφηνούς φλέβας και το μέγεθός τους κυμαίνεται από τους πολύ λεπτούς ως την εμφάνιση πολύ μεγάλων, με τη μορφή "κεφαλής μέδουσας". Άλλες φορές στους μηρούς, στις κνήμες και στους αστραγάλους της εγκύου εμφανίζονται επιφανειακά φλεβίδια που έχουν ζωηρό ερυθρό ή κυανοπόρφυρο ή κυανομέλανο ή ιώδες χρώμα με τη μορφή αγγειεκτασιών που τις περισσότερες φορές είναι επώδυνα και εξαφανίζονται ύστερα από πίεση.

Η εμφάνιση κιρσών άλλοτε είναι ανεκτή και άλλοτε προκαλεί σ' αυτή αίσθημα βάρους ή και πόνο όταν βρίσκεται σε όρθια στάση, κράμπες, ιδίως τη νύχτα, κνησμό, οίδημα στα σφυρά, εύκολη κόπωση και περιορισμό της δραστηριότητάς της. Το αισθητικό μέρος συχνά την επηρεάζει.

Εκτός από τους μηρούς οι κιρσοί είναι δυνατό να εμφανιστούν στο αιδοίο και στον κόλπο, στην περιοχή της ηβικής σύμφυσης και να συνδυάζονται με την εμφάνιση αιμορροϊδων. Οι κιρσοί του αιδοίου και του κόλπου σπάζουν κατά την έξοδο του εμβρύου και κάποτε δημιουργούν προβλήματα στο μαιευτήρα. Με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης οι κιρσοί άλλοτε μεγαλώνουν προοδευτικά και άλλοτε προκαλούν παροξυσμούς με συμφορήσεις και τοπική

αύξηση της θερμοκρασίας. Μετά τον ενδομήτριο θάνατο ή τον τοκετό τις περισσότερες φορές υποχωρούν και σπάνια εξαφανίζονται, για να επανεμφανιστούν σε νέα κύηση.

Στις συνηθισμένες επιπλοκές των κιρσών ανήκει το οίδημα. Το κιρσώδες έλκος σπάνια απαντάται όπως και η ρήξη του. Επίσης η κιρσώδης φλεβο-περιφλεβίτιδα που εμφανίζεται τις περισσότερες φορές στο τέλος της εγκυμοσύνης ή στη λοχεία και εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, αύξηση της θερμοκρασίας κατά μήκος της φλέβας και έχει καλή πρόγνωση γιατί δεν επεκτείνεται σε βαθύτερους κλάδους και πολύ σπάνια προκαλεί εμβολές.

Θεραπευτικά τους απλούς κιρσούς αντιμετωπίζουμε με μικρή ανύψωση των μηρών κατά την ανάπαυση και τον ύπνο, με την εφαρμογή ελαστικών περικνημίδων το πρωί πριν από την έγερση από το κρεβάτι, με λουτρό στη θερμοκρασία του σώματος. Φαρμακευτική αγωγή δεν συνιστάμε παρά μόνο σε περίπτωση που εμφανίζονται κράμπες στη διάρκεια της νύχτας. Τότε χορηγούμε Βιταμίνη Ε.

Αν αναπτυχθεί κιρσώδης περιφλεβίτιδα ή κιρσοφλεβίτιδα, τοποθετούμε υγρά επιθέματα χωρίς να συστήσουμε απόλυτη ανάπαυση. Η χορήγηση αντιβιοτικών δεν έχει θεραπευτικά αποτελέσματα. Αντιπηκτικά φάρμακα χορηγούμε μόνο όταν συμβεί επέκταση της πάθησης σε φλέβες που βρίσκονται στο βάθος. Η χορήγηση δυο υποθέτων την ημέρα φαινυλβουταζόνης και για τρεις ημέρες βελτιώνει την πάθηση. Σπάνια καταφεύγουμε σε εγχειρητική αντιμετώπιση των κιρσών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΙΡΣΩΝ ΑΠΟ ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ

Επειδή οι κιρσοί δεν είναι παρά φλέβες διογκωμένες, χαλα-

ρωμένες, πολλοί τις συγχέουν με τη φλεβίτιδα και κατά κανόνα τις ονομάζουν έτσι.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι δεν υπάρχει καμία σχέση στις δυο τόσο διαφορετικές αυτές παθήσεις και επομένως πρέπει να σταματήσει η σύγχυση. Οι κίρσοι είναι αρρώστια των επιπολής φλεβών και οφείλονται σε διαστολή των τοιχωμάτων, χάλαση των βαλβίδων, χάλαση και ατροφία των ελαστικών ινών από την επίδραση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καθώς και σε αίτια μηχανικά και χημικά.

Απεναντίας, η φλεβίτιδα είναι πάθηση των εν τω βάθει φλεβών και οφείλεται σε μόλυνση. Η απόφραξη των κίρσων είναι αποτέλεσμα της σκληρυντικής θεραπείας και σπάνια μεγάλης φλεγμονής από μηχανικό αίτιο και περιορίζεται στην έκταση που προσβάλλει η ένεση. Αντίθετα, στη φλεβίτιδα η απόφραξη είναι αποτέλεσμα της μόλυνσεως και ή περιορίζεται σ' ένα τμήμα ή είναι διάχυτη και προσβάλλει τη φλέβα κατά τμήματα. Η απόφραξη από τις σκληρυντικές ενέσεις, σύμφωνα με ιστολογικές εξετάσεις, οφείλεται σε ερεθισμό του ενδοθηλίου των φλεβών, το οποίο φλεγμαίνει και υπερτρέφεται. Σ' αυτό το ερεθισμένο, υπερτροφικό ενδοθήλιο αποθέτεται και προσκολλείται κατά μήκος η ινική του αίματος. Το γεγονός ότι σχηματίζεται ινική, προσκολλείται τόσο ισχυρά στο ενδοθήλιο και οργανοποιείται με κάθε ασφάλεια, έχει εξαιρετική σημασία, γιατί διαλύει κάθε φόβο ότι μπορεί ν' αποσπασθεί θρόμβος και να επακολουθήσει εμβολή. Τέτοιος φόβος είναι τελείως ανύπαρκτος. Έπειτα από τη φλεγμονή και την εναπόθεση ινικής ακολουθεί η σκλήρυνση των τοιχωμάτων. Τρία λοιπόν στάδια παρατηρούνται μετά την ένεση:

- α) Ερεθισμός και υπερτροφία του ενδοθηλίου*
- β) Εναπόθεση και οργανοποίηση της ινικής*
- γ) Σκλήρυνση των φλεβών.

θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αστήρικτη η γνώμη μερικών ότι το αίμα των κιρσικών φλεβών πήζει μετά την ένεση, γιατί όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται έχουν την ιδιότητα να κάνουν το αίμα in vitro άπηκτο. Από πρώτη όψη φαίνεται διαφορετικό από το αίμα των άλλων φλεβών. Το κιρσικό φαίνεται παχύτερο στη σύσταση και πιο σκοτεινό, ενώ επανειλημμένες εξετάσεις έδειξαν ότι δεν υπάρχει καμμία απολύτως διαφορά.

Η απόφραξη στη φλεβίτιδα είναι αποτέλεσμα μικροβιακής μόλυνσεως, παρατηρείται σε διάφορα μέρη του ενός ή και των δυο άκρων με ενδιάμεσα τμήματα των φλεβών ανέπαφα και ο θρόμβος είναι ελεύθερος και επιπλέει στο αίμα. Η απόφραξη στους κιρσούς εκτός από τοπική φλεγμονή, βάρος, τοπική θερμοκρασία ή και μικρό πόνο, που είναι αποτέλεσμα των ενέσεων, δεν συνοδεύεται από τίποτα άλλο. Απεναντίας, στη φλεβίτιδα συνοδεύεται από τοπικά και γενικά φαινόμενα. Οίδημα γενικευμένο του ενός ή και των δυο κάτω άκρων, πόνους συνεχείς και έντονους και κατά παροξυσμούς κυκλοφορικές διαταραχές και άλλες ενοχλήσεις, βάρος πολύ, αισθητό πυρετό.

ΜΕΤΡΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Είναι συντηρητικά και μπορούν να συντελέσουν στην ανακούφιση των αρρώστων και στη μη χειροτέρευση των κιρσών.

Επιτρέπονται ή επιβάλλονται: η ανάπαυση, η κατάκλιση με τα κάτω άκρα σε ανάρροπη θέση, η κανονική και όχι υπερβολική βάδιση και από τα σπορ το ποδήλατο, το κυνήγι και το γκολφ. Τα κρύα λουτρά και προ παντός το κολύμπι, θεραπεία ενδοκρινική, ιδίως των ωοθηκών.

Πρέπει ν' απαγορεύονται ή ν' αποφεύγονται: η παχυσαρκία, η δυσκοιλιότητα, τα στενά φορέματα και παπούτσια, η κούραση και προ παντός η ορθοστασία, η κουραστική βάρδια και η πορεία. Από τα σπορ, το ύψος, το πήδημα, το τέννις, η πάλη, το σκι και το ποδόσφαιρο. Η κακή συνήθεια να βάζουν τα άτομα το ένα πόδι επάνω στο άλλο, καθώς και οι πολύ εφαρμοστές ζώνες (κορσέδες).

Η διαθερμία, οι υπεριώδεις ακτίνες και η πλιοθεραπεία προκαλούν στην αρχή σύσπαση των αγγείων και ανακουφίζουν προσωρινά, κατόπιν όμως προκαλούν διαστολή και επομένως δεν ωφελούν ή και βλάπτουν.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ
ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Σε περιπτώσεις όπου οι κίρσοι κάτω άκρων δεν είναι ασυμπτωματικοί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι οι εξής:

Κατά την αίσθηση νυγμόδους άλγους συνιστάται:

- αποφυγή ορθοστασίας και τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση. Επίσης αποφυγή των σφιχτών καλτσών και καλτσοδετών καθώς και των βαριών κλινοσκεπασμάτων.
- Εφαρμογή τοπικά ψυχρών επιθεμάτων.
- Περιορισμό των δραστηριοτήτων κατά το δυνατό.
- Ανάπαυση.

Αν τα μέτρα που αναφέρθηκαν δεν ανακουφίσουν τον πόνο του αρρώστου χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία και παρακολουθείται η δράση τους για τυχόν παρενέργειες.

Επίσης, με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται αίσθημα βάρους στη γαστροκνημική περιοχή και μυϊκή κόπωση πρώτα κατά τη διάρκεια της νύχτας και κατόπιν κατά το διάστημα της ημέρας μετά από ορθοστασία. Σ' αυτήν την περίπτωση συνιστάται:

- περιορισμός του χρόνου καθίσματος σε καρέκλα και αποφυγή του τρόπου καθίσματος με σταυροπόδι.
- Οποσδήποτε συνιστάται η απώλεια βάρους σε παχύσαρκα άτομα και η αποφυγή τροφών και χυμών που επιβαρύνουν το κυκλοφορικό σύστημα.

- Αποφυγή κοπιαστικού και μακροχρόνιου βαδίσματος.
- Τέλος, κατά την ώρα ανάπαυσης και ύπνου, τα κάτω άκρα θα πρέπει να βρίσκονται σε ανάρροπη θέση, με τη βοήθεια μικρών μαξιλαριών και τεντωμένα.

Ακόμα, σε αίσθημα καύσου συνιστάται:

- Ψυχρά επιθέματα.
- Αντιφλογιστικές αλοιφές, κατά ιατρική οδηγία. Συμβουλευούμε τον ασθενή ν' αποφεύγει την εντριβή της αλοιφής και να κάνει απλή επάλλειψη αυτής. Και
- Αποφυγή συνεχούς εκθέσεως στον ήλιο, καθώς και ζεστών ποδόλουτρων.

Τέλος, σε περίπτωση οιδήματος συνιστάται:

- Τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση για την άμεση αντιμετώπισή του.
- Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και
- Σε περίπτωση δραστηριοποίησης του ασθενούς συνιστάται η αποφυγή κατά το δυνατό της πολύωρης ορθοστασίας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές που είναι δυνατό να προκληθούν από τους κίρσους κάτω άκρων είναι οι εξής: φλεβική θρόμβωση, ρήξη με συνέπεια αιμορραγία και χρόνια φλεβική ανεπάρκεια με τη μορφή εκδηλώσεων όπως άλγος - οίδημα - δερματίτιδα ή έκζεμα, περιφλεβίτιδα - κυτταρίτιδα και έλκη.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών έγκειται στις παρακάτω ενέργειες:

Φλεβική θρόμβωση: Ο νοσηλευτής-τρια ενθαρρύνει τον ασθενή για την:

- εκτέλεση κινήσεων στην κατά γόνυ άρθρωση, ποδοκνημική και δακτύλων, καθώς και ασκήσεων βαθιών αναπνοών για την αύξηση της αρνητικής πιέσεως του θώρακα και καλύτερο άδειασμα των μεγάλων φλεβών.
- Συνιστά στον άρρωστο κατά τη διάρκεια παραμονής του στο κρεβάτι ανύψωση των κάτω άκρων και πλήρη υποστήριξη αυτών για την καταπολέμηση του οιδήματος που επιβαρύνει την κυκλοφορία καθώς και αποφυγή πιέσεως των μαλακών μορίων του ενός άκρου από οστέϊνη προεξοχή του άλλου.
- Ακόμη κάνει επίδειξη σωστής εφαρμογής ελαστικών καλτσών για την αποφυγή λιμνάσεως του αίματος και την αύξηση της βαθειάς φλεβικής κυκλοφορίας, καθώς και αφαίρεσή τους τουλάχιστο δυο φορές την ημέρα για να ελέγχονται τυχόν μεταβολές στο δέρμα και ευαισθησία της γαστροκνημίας. Ταυτόχρονα γίνεται ενημέρωση του αρρώστου για το ότι οι ελαστικές κάλτσες θα πρέπει να φτάνουν πάνω από τα γόνατα και δεν θα πρέπει να σχηματίζουν κύλινδρο στο επάνω μέρος.

Επίσης, ο νοσηλευτής-τρια συνιστά:

- δίαιτα πλούσια σε υπόλειμμα για την αποφυγή προσπάθειας κατά την αφόδευση καθώς και
- ελάττωση βάρους σε παχύσαρκα άτομα για τον περιορισμό της αύξησης των λιποειδών στο αίμα και της πτώσης της κινητικότητας.

Ακόμη, δίνει οδηγίες για την:

- Εφαρμογή ψυχρών υγρών κομπρεσών για υποχώρηση και επιτάχυνση της θεραπείας της φλεγμονής αν υπάρχει ιατρική οδηγία.
- Αποφυγή εφαρμογής μασάζ.
- Λήψη αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων για την πρόληψη σχηματισμού θρόμβου προεγχειρητικά. Κατά τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων στον ασθενή πρέπει:

1. Να γίνεται έλεγχος της πήκτικότητας του αίματός του και
2. Να παρακολουθείται για τυχόν αιμορραγίες.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος χρειαστεί μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο να κάνει χρήση αυτών των φαρμάκων, καθήκον του νοσηλευτή-τριας είναι να του διδάξει τι πρέπει να παρακολουθεί.

Ρήξη κιρσών: Κατά τη ρήξη των κιρσών, η οποία μπορεί να είναι αυτόματη ή μετατραυματική, μπορεί να υπάρξει εξωτερική αιμορραγία, σπανίως σοβαρή. Η αντιμετώπισή της έγκειται στις ακόλουθες δραστηριότητες:

- Τοποθέτηση του σκέλους σε ανάρροπη θέση.
- Εφαρμογή περισφιξεως στο πλησιέστερο σημείο ασκήσεως πιέσεως και πάνω από το τραύμα.
- Διατήρηση του αρρώστου σε υπτία θέση ζεστού και σε ατμόσφαιρα ασφάλειας και βεβαιότητας.
- Αποφυγή παρεμπόδισης της προσπάθειας του οργανισμού για αιμόσταση (σχηματισμός θρόμβου) όπως είναι οι απότομες κινήσεις.
- Τοποθέτηση ψυχρού επισπαστικού στο σημείο που αιμορραγεί, εφ' όσον ενδείκνυται.

- Ενημέρωση του ιατρού για περαιτέρω οδηγίες εάν καταστεί αναγκαίο.

Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια

Για την αντιμετώπιση της χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας συνιστούνται τα εξής:

- Αποφυγή συνεχούς ορθοστασίας.
- Ανάπαυση με τα κάτω άκρα τοποθετημένα σε ανάρροπη θέση.
- Εφαρμογή τοπικών ψυχρών επιθεμάτων. Προσοχή στη διατήρηση σταθερής της θερμοκρασίας του σώματος του ασθενούς. Μπορεί εξαιτίας των ψυχρών επιθεμάτων να του προκληθεί γενικό ρίγος εάν δεν προβλεφθεί επαρκής κάλυψη για το υπόλοιπο σώμα και εάν το δωμάτιο δεν είναι επαρκώς θερμό (32,2°C).
- Εκτέλεση ειδικής δίαιτας για κυτταρίτιδα που μπορεί να πάρει ο ασθενής από διαιτολόγο.

Σε περίπτωση εμφάνισης δερματίτιδας η οποία οφείλεται κυρίως σε έντονο κνησμό που επέρχεται μετά από φλεβική στάση και εξαιτίας αυτού παρουσιάζεται μόλυνση στρεπτοκοκκική που σιγά-σιγά μετατρέπεται σε δερματίτιδα, συνιστάται:

- Κόψιμο των νυχιών και προτροπή του ασθενή να προσπαθεί να πιέξει τα σημεία κνησμού με τα δάκτυλα ή με το πίσω μέρος των νυχιών αντί να μεταχειρίζεται τις άκρες αυτών.
- Διατήρηση των χεριών καθαρών, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μολύνσεων.
- Δροσερά και ελαφρά ρούχα βοηθάνε στη μείωση του κνησμού.
- Χρησιμοποίηση στο κρεβάτι μαλακών σεντονιών και μερικές φορές αν είναι αναγκαία λινών σεντονιών.
- Αποφυγή ενεργειών που προκαλούν επίδρωση, διότι η επίδρωση υγραίνει το δέρμα και προκαλεί και αυξάνει τον κνησμό.

- Αποφυγή τριβής στην περιοχή αυτή, γιατί ο ερεθισμός της διεγείρει την κυκλοφορία προκαλώντας αύξηση θερμότητας και κνησμού.
- Παρότρυνση του ασθενούς ν' απασχολεί τον εαυτό του με κάτι διαφορετικό, π.χ. να διαβάζει, να συζητάει με άλλους ανθρώπους, ενώ υπόκειται στον πειρασμό να ξύσει τις δερματικές του βλάβες.
- Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής κατά την περιποίηση της ευαίσθητης αυτής περιοχής, ώστε να προληφθούν μολύνσεις είτε από τους λερωμένους εξωτερικούς επιδέσμους είτε από άλλες πηγές.
- Μπάνιο εκτελείται κατόπιν ιατρικής οδηγίας, επειδή συνήθως σε ασθενείς με τέτοιου είδους πρόβλημα σπάνια επιτρέπονται κανονικά μπάνια. Συνήθως συνιστώνται χλιαρά μπάνια χωρίς τη χρήση σαπουνιού. Μετά το μπάνιο το δέρμα πρέπει να σκουπίζεται ήπια με μαλακή πετσέτα.
- Συνιστάται η τοποθέτηση αντικνησμοδών φαρμάκων μετά το μπάνιο, γιατί μπορεί να εμφανιστεί αμέσως ο κνησμός με οξύτητα.
- Γίνεται διδασκαλία στον ασθενή για τη σωστή εκμάθηση της όλης διαδικασίας επάλλειψης της αλοιφής επάνω στην ευαίσθητη περιοχή με πολλή προσοχή και απαλότητα χωρίς τρίψιμο, καθώς και για τον τρόπο αποστείρωσης λινών υφασμάτων στο σπίτι με σίδερο.
- Εφαρμογή κρύων κομπρεσών για την ελάττωση της φλεγμονής και του κνησμού. Οι κομπρέσες μπορεί να είναι άσηπτες ή όχι, πράγμα που εξαρτάται από την κατάσταση του δέρματος, αλλά ασχέτως, κάθε προσπάθεια πρέπει να γίνεται για να προληφθεί νέα μόλυνση των δερματικών αλλοιώσεων, όπως καλό πλύσιμο των χεριών πριν από κάθε νοσηλεία.

- Χρησιμοποίηση υγρών γαζών για να μαλακώσουν οι κρούστες, να προάγουν και ν' απομακρύνουν το έκκριμα, να καταπολεμήσουν τη μόλυνση, να ελαττώσουν τον κνησμό και να παρέχουν σταθερή προστασία στον επουλωμένο ιστό και ενημέρωση του ασθενούς για τη συχνή αλλαγή τους.
- Επίσης συνιστάται η χρησιμοποίηση λινού υφάσματος καλύτερα για τις υγρές γάζες, επειδή δεν συγκρατούν θερμότητα, σε αντίθεση με το βαμβάκι που κρατά, δεν είναι άνετο και επιτείνει τον κνησμό.
- Επίταση με πούδρα κατόπιν ιατρικής οδηγίας στην περιοχή της δερματίτιδας λόγω της δροσιστικής και ξηραντικής επίδρασής της και σαν φορέας αντιμικροβιακού και αντιμολυσματικού φαρμάκου.
- Για την τοποθέτηση φαρμάκου εξωτερικής χρήσεως ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να ξέρει ακριβώς πόση ποσότητα φαρμάκου είναι αναγκαία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα, έτσι ώστε να αποφεύγεται σπατάλη και να μην αφήνονται στο δέρμα υπερβολικά ποσά που μπορεί να δημιουργούν κρούστες, κολλώδες δέρμα και δυσφορία. Πριν τοποθετηθεί νέο φάρμακο στο δέρμα, πρέπει ν' απομακρυνθεί οποιοδήποτε προηγούμενο.

Είναι όμως δυνατό η δερματίτιδα μαζί με την αυτόματη ή μετατραυματική ρήξη κίρσων, να προκαλέσουν στον ασθενή μια ακόμη πιο επικίνδυνη επιπλοκή, τα έλκη στάσης, τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα λόγω της βραδείας επούλωσής τους και της τάσης που έχουν να υποτροπιάζουν. Έτσι λοιπόν απαιτείται προφύλαξη του αρρώστου από τις λοιμώξεις με τη λήψη των πιο κάτω μέτρων:

- Αποφυγή κατά το δυνατό τραυματισμού κίρσων φλεβών που μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη - αιμορραγία - έλκος.

- Διατήρηση του αρρώστου και του κρεβατιού του καθαρά.
- Χρησιμοποίηση άσηπτων ή καθαρών αντικειμένων, καθώς και χεριών κατά την εκτέλεση νοσηλειών.
- Μείωση κατά το δυνατό των φορέων μικροβίων (επισκεπτών, γιατρών ή νοσηλευτών που μπορεί να έχουν μικρόβια).
- Επί εμφανίσεως σημείων λοιμώξεως ενημερώστε αμέσως το γιατρό.
- Παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι με τα άκρα ανυψωμένα πάνω από το επίπεδο της καρδιάς.
- Λήψη αναλγητικών σε περίπτωση έντονων πόνων, μετά από ιατρική οδηγία.
- Επίπαση με ειδικό αντισηπτικό ή αντιμολυσματικό φάρμακο μετά από την περιποίηση του έλκους, κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Ενημέρωση του ασθενούς για τη χειρουργική έκβαση της κατάστασής του και τη χρησιμοποίηση μοςχεύματος μετά την αφαίρεση του έλκους και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Σε περίπτωση που κάθε θεραπευτική προσπάθεια αντιμετώπισης των παραπάνω συμπτωμάτων αποβεί άκαρπη και οι κίρσοι κάτω άκρων εμφανίσουν επικίνδυνες επιπλοκές για τον ασθενή, τότε συνιστάται η εισαγωγή του στο νοσοκομείο για περισσότερο εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

ΓΕΝΙΚΑ: Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, η παραμονή του σ' αυτό αποτελεί μέρος της όλης του ασθένειας, και συνήθως δεν είναι η αρχή, αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της. Το γεγονός αυτό αποτελεί βασικό σημείο, το οποίο ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να γνωρίζει. Ακόμη, ο χρόνος παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο, μικρός ή μεγάλος, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να μεταβάλλει τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό προς αυτόν.

Από την εμφάνιση της νόσου ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά κ.ά.

Ακόμη, επειδή ο ασθενής από έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων δεν μπορεί να κρίνει τη βαρύτητα της κατάστασής του, συχνά ανησυχεί και αγωνιά για ασήμαντα πράγματα. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο ζωής του. Έρχεται βέβαια μ' ένα πρόβλημα υγείας, αλλά και με πολλές προσωπικές φροντίδες' αποχωρίζεται από την οικογένειά του, τους φίλους του, τις οικογενειακές και επαγγελματικές του ευθύνες και ατομικές του συνήθειες και μπαίνει σ' ένα ξένο και άγνωστο περιβάλλον. Ένα περιβάλλον που θα πρέπει κατά το δυνατό να πληρεί όλους τους σκοπούς που έχει σαν νοσοκομείο απέναντι στον ασθενή που περιθάλλει, όπως είναι η υγιεινή επίβλεψη των ατόμων και η πρόληψη των ασθενειών, η πρόληψη μεταδόσεως ασθενειών, η πρόληψη εμφάνισης της νόσου και πάνω απ' όλα η σωστή νοσηλεία των ασθενών.

Η δημιουργία και διατήρηση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και είναι ευθύνη των Νοσοκόμων. Γι' αυτό απαιτούνται ειδικές επιστημονικές γνώσεις, διαπροσωπικές και τεχνικές δεξιότητες, παρατηρητικότητα, δημιουργικό πνεύμα, καλαισθησία, προνοητικότητα, νοσηλευτική συνείδηση και θερμό ενδιαφέρον για τον ασθενή. Οι νοσηλευτές παρακολουθούν συστηματικά και ελέγχουν, τροποποιούν και βελτιώνουν, προσαρμόζουν και εξατομικεύουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος των αρρώστων, ώστε να συντελείται η καλύτερη και συντομότερη νοσηλεία, θεραπεία και αποκατάσταση.

Ακόμη θα πρέπει να καταβάλλεται κάποια προσπάθεια ώστε το νοσοκομείο να προσεγγίζει το περιβάλλον του σπιτιού και κυρίως όσον αφορά το χώρο του θαλάμου του ασθενούς. Επίσης θα ήταν σκό-

πιμο και αρκετά ενθαρρυντικό για τον ασθενή να τοποθετείται σε θάλαμο όπου θα έχει την ευκαιρία να δει άλλο ασθενή που αναρρώνει από ασθένεια εξαιτίας της οποίας και ο ίδιος νοσηλεύεται για να εμπυχωθεί.

Απαραίτητοι όροι οι οποίοι δημιουργούν κατάλληλο περιβάλλον για τον ασθενή και παρέχουν δυνατότητα προσφοράς κατάλληλης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σ' αυτόν είναι: ο ευρύχωρος θάλαμός του, ώστε να μπορεί να τοποθετηθεί τουλάχιστον ένα παραβάν για να τον προστατεύσει κατά τη διάρκεια της εκτέλεσεως των νοσηλείων, ο ευάερος, ευήλιος και μακριά από θορύβους θάλαμος, το χρώμα των τοίχων κατά προτίμηση ανοικτό για να ξεκουράζει τον ασθενή, καθώς και το δάπεδο στρωμένο με μωσαϊκό, μάρμαρο ή πλαστικό για τον εύκολο και καλό καθαρισμό του ώστε ν' αποφευχθούν οι εστίες μόλυνσεων, ιδιαίτερα για τους χειρουργημένους αρρώστους.

Επιπρόσθετα, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο τον υποχρεώνει σε αδράνεια και εξάρτηση από το προσωπικό. Άλλοι τώρα αποφασίζουν για τα προσωπικά του θέματα. Η επίγνωση λοιπόν, ότι η είσοδος ενός ατόμου στο νοσοκομείο αποτελεί μόνο ένα μέρος του όλου προβλήματος της ασθένειάς του θα κατευθύνει κατάλληλα τις ενέργειες και τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Ανεξάρτητα λοιπόν από τον τρόπο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, ο γιατρός, ο νοσηλευτής-τρια και κάθε υπάλληλος του πρέπει να κατανοήσει ότι ο εισερχόμενος είναι άνθρωπος, άνθρωπος που πάσχει και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων πρέπει να είναι η ενδεδειγμένη. Κάθε λέξη, κάθε έκφραση του προσώπου, κάθε κίνηση του σώματος κλπ. μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή για την εύκολη προσαρμογή του στο νέο και δυσάρεστο περιβάλλον του νοσοκομείου ή να περιπλέξουν την κατάστασή του.

Εάν κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχεται από αίσθημα φόβου, άγχους και ανησυχίας, αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχείρησης και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Συχνά ο φόβος και το άγχος προέρχονται από λαθεμένες αντιλήψεις για το τι πρόκειται να συμβεί κατά την εγχείρηση και για το ποιες θα είναι οι συνέπειες. Άλλοτε αυτό που προέχει είναι ο φόβος της νάρκωσης. Θα πρέπει σ' αυτές τις περιπτώσεις ο γιατρός να συζητήσει με τον ασθενή γι' αυτό και να του ζητήσει να του πει ποιοι είναι οι λόγοι που του το προκαλούν. Οι περισσότεροι άρρωστοι έχουν ελάχιστες γνώσεις ανατομίας, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει λαθεμένες αντιλήψεις και ανυπόστατους φόβους. Οι εξηγήσεις που θα δώσει ο γιατρός θα τον βοηθήσουν ν' αποκαταστήσει μια αντικειμενική γνώση για το τι θα συμβεί κατά την εγχείρηση, να προετοιμαστεί για τη μετεγχειρητική πορεία και να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη του στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για να μειωθεί το άγχος και ο φόβος του. Ο νοσηλευτής-τρια με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους καλούνται να βοηθήσουν τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Επίσης η χορήγηση κάποιου ηρεμιστικού ή υπνωτικού κατόπιν ιατρικής εντολής για να εξασφαλιστεί ένας καλός ύπνος είναι αναγκαίο πολλές φορές ταυτόχρονα με την ψυχολογική υποστήριξη, αλλά σε καμμία περίπτωση δεν μπορεί να την υποκαταστήσει.

Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους των ασθενών. Ο νοσηλευτής-τρια, περιορισμένος στον κύκλο των αρμοδιοτήτων του, οφείλει να πλησιάσει τους οικείους του

ασθενή για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και ν' απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η χειρουργική παρέμβαση γίνεται:

- α. Σε εξελισσόμενους κίρσους
- β. Σε έλκη στάσης
- γ. Για λόγους καλαισθησίας.

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς με κίρσους κάτω άκρων περιλαμβάνει τα εξής:

Ψυχολογική προετοιμασία: Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του νοσηλευτή-τριας. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης στρες από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

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

Ο νοσηλευτής-τρια, με τον ειδικό μοναδικό του ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και ν' ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιότητα και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία του νοσηλευτή-τριας ν' ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο νοσηλεύτη-τρια απ'ό,τι στους συγγενείς τους.

Φυσική προετοιμασία: Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο ν' αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, διότι:

1. Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό STRESS.
2. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.
3. Είναι επιρρεπής στο SHOCK και την αιμορραγία, εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
4. Καθυστερεί η επούλωση του τραύματός του, εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

1. Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.
2. Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη, με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.
3. Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.

Όλοι οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που μετριοούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωτεϊνών ούρων στους προεγχειρητικούς αρρώστους, ακόμα και αν δεν φαίνεται απαραίτητη η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τους.

Επειδή μετά την επέμβαση πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό, που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία ή βρογχοπνευμονία, ο νοσηλευτής-τρια στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει στον άρρωστο πώς να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Χρόνιες παθήσεις που πρέπει ν' αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές διαταραχές.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο ασθενής, ειδικά με διουρητικά, που μπορεί να του έχουν προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές ή αντιπηκτικά, που ενισχύουν τη δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία, γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως: διαπύηση

τραύματος, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά:

1. Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο STRESS.
2. Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση.
3. Παρουσιάζουν ευκολότερα SHOCK.

Η καθημερινή ετοιμασία του δέρματος, αρχίζοντας 3-4 ημέρες πριν από την επέμβαση, με πλήρη καθαρισμό της κατώτερης κοιλίας και των άκρων χρησιμοποιώντας αντισηπτικό σαπούνι, αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει ν' αποφεύγονται, γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη διαίτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά, πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύκτα.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Στην αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τ' αποτελέσματα των υποκλυσμών και αν είναι αρνητικά, ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος ή τον ιατρό.

Διαγνωστικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές)

Εξετάσεις ρουτίνας

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέ-

ταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
2. Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρουσιασθεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.
3. Αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος και τη λήψη αποφάσεως κατά πόσο ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση, τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης και του ναρκωτικού, τη χορήγηση της νάρκωσης και τέλος την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.

Εκτός όμως από το ιστορικό υγείας και την κλινική εξέταση του αρρώστου, η διαγνωστική διαδικασία περιλαμβάνει και ποικίλες εργαστηριακές, ακτινολογικές και βιολογικές εξετάσεις, που εκτελούνται με τη βοήθεια οργάνων και μετρητών τα οποία διαθέτει η σύγχρονη τεχνολογία.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που προγραμματίζονται και γίνονται κατά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο είναι:

1. Εξετάσεις αίματος: η γενική εξέταση αίματος και η ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών (Τ.Κ.Ε.) είναι απαραίτητος κανόνας πριν από γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η πηκτικότητα του αίματος. Εξαιτίας του STRESS ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση, προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης. Επίσης, επειδή υπάρχει περίπτωση κατά τη διάρκεια της επέμβασης ο άρρωστος να χρειαστεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας,

Rhesus και διασταύρωση αίματος. Ακόμη ελέγχεται το σάκχαρο και η ουρία αίματος.

2. Γενική εξέταση ούρων.

3. Ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Ειδικές εξετάσεις

1. Μεταβολές στη φλεβική πίεση κατά τη βάδιση. Φυσιολογικά παρατηρείται αξιοσημείωτη μείωση της πίεσης της σαφηνούς φλέβας με την άσκηση. Στους αρρώστους με κίρσους δεν συμβαίνει το ίδιο, αφού το αίμα παλινδρομεί.
2. Δοκιμασία Trendelenburg, που δείχνει αν υπάρχει ροή του αίματος προς τα πίσω μέσα από τις βαλβίδες που ανεπαρκούν. Ο άρρωστος ξαπλώνει και σηκώνει το άκρο μέχρις ότου αδειάσουν οι περιφερικές φλέβες. Κατόπιν εφαρμόζεται συμπίεση ψηλά πάνω από τη σαφηνομηριαία συμβολή, στη βουβωνική χώρα, ώστε να κλείσουν οι επιφανειακές φλέβες. Ο άρρωστος σηκώνεται και παρακολουθείται ο ρυθμός και ο τρόπος πλήρωσης των φλεβών. Αν οι βαλβίδες στη σαφηνομηριαία συμβολή παρουσιάζουν ανεπάρκεια, οι φλέβες γεμίζουν γρήγορα από πάνω προς τα κάτω, μετά την απομάκρυνση της συμπίεσης. Αν, ενώ εφαρμόζεται η συμπίεση, οι φλέβες γεμίζουν από κάτω προς τα πάνω, παρουσιάζει ανεπάρκεια η ελάσσων σαφηνής.
3. Φλεβογραφία: ακτινογραφία που παίρνεται αφού εγχυθεί σκιερή ουσία στις σαφηνείς φλέβες, στην ξαπλωμένη και ορθή θέση. Με την εξέταση αυτή γίνεται απεικόνιση των βαλβίδων.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη διαγνωστική μελέτη του αρρώστου:

Πριν από την κλινική εξέταση του αρρώστου από τον ιατρό, στην οποία συμμετέχει ενεργητικά ο νοσηλευτής-τρια:

- εξηγεί στον ασθενή τι πρόκειται να του γίνει και εμπνέει σ' αυτόν διάθεση συνεργασίας. Σκοπός του είναι να μην ανησυχεί ο ασθενής και να βοηθήσει και ο ίδιος ώστε να πετύχει η εξέταση.
- Βεβαιώνεται ότι ο ασθενής είναι καθαρός.
- Τον προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ωρισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίσουν την εξέταση.
- Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρουολογήσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία στο θάλαμο.
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό.
- Τον πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τον ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας του, ώστε να ετοιμαστεί ν' απαντήσει.
- Τον βοηθάει με επαρκείς εξηγήσεις ποια θέση να πάρει κατά την εξέταση.
- Ο νοσηλεύτης -τρια οφείλει να γνωρίζει τις σπουδαιότερες διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε να συμβάλλει σαν κλινικός συνεργάτης στην ορθή διάγνωση της ασθένειας κάθε αρρώστου της και να προγραμματίζει καλύτερα την ολοκληρωμένη νοσηλευτική του φροντίδα. Ειδικότερα, η γνώση των φυσιολογικών τιμών των συνηθέστερων εργαστηριακών εξετάσεων βοηθάει το νοσηλευτή-τρια στη συστηματική παρακολούθηση του αρρώστου και την έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του.
- Ο νοσηλεύτης-τρια πολλές φορές έχει και την ευθύνη της προετοιμασίας των αντικειμένων ή οργάνων που θα χρησιμοποιηθούν κατά την εξέταση. Φροντίζει για τη σωστή λήψη των δειγμάτων, την ασφαλή διατήρηση και αποστολή τους στα εργαστήρια, ενώ παρακολουθεί υπεύθυνα την κατάσταση του αρρώστου για την αναγνώριση τυχόν αντιδράσεων κατά και μετά την εξέταση.

- Σε περίπτωση που ο αρρώστος πρέπει να μεταφερθεί από το τμήμα σε άλλο διαγνωστικό εργαστήριο, μεριμνά ώστε να πάει με συνοδεία. Στέλνει μαζί του το ανάλογο παραπεμπτικό δελτίο και το φάκελλό του αν χρειάζεται. Τέλος ενδιαφέρεται για την έγκαιρη επιστροφή του αρρώστου στο τμήμα, όταν τελειώσει η εξέταση. Επίσης προσέχει την ακριβή λήψη, αναγραφή και μεταβίβαση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων.

Ο νοσηλεύτης-τρια αναγράφει στο δελτίο νοσηλείας την ημερομηνία και το είδος της εξέτασεως που έκανε.

Για κάθε εξέταση του αρρώστου θα πρέπει να γνωρίζει τα εξής:

- Σκοπός της εξέτασεως.
- Τρόπος προετοιμασίας του αρρώστου (π.χ. σωματική - ψυχολογική ετοιμασία, ενημέρωση, διδασκαλία).
- Χώρος όπου θα γίνει η εξέταση (θάλαμος, εργαστήριο κ.λ.π.).
- Αντικείμενο ή όργανα ή φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν.
- Τρόπος λήψεως του δείγματος για την εξέταση.
- Είδη δοχείων που θα τοποθετηθούν τα δείγματα (σωληνάρια κλπ.)
- Ποσότητα του δείγματος που χρειάζεται για την εξέταση.
- Τρόπος αναγραφής των ετικεττών στα δοχεία με τα δείγματα (ονοματεπώνυμο ασθενούς, κλινική, ημερομηνία, ώρα λήψεως κλπ.).
- Τρόπος αποστολής στο εργαστήριο (άμεση αποστολή, διατήρηση στο ψυγείο).
- Πρόγραμμα λειτουργίας των εργαστηρίων (π.χ. ώρα αποστολής δειγμάτων, τρόπος λήψεως των αποτελεσμάτων).
- Μονάδες μετρήσεως με τις οποίες εκφράζονται τ' αποτελέσματα των διαφόρων εξετάσεων.

Πράγματι, ανυπολόγιστη αξία έχει η συμβολή του νοσηλεύτη-τριας στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση της ασθένειας του αρρώστου, που αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματική θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας.

Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου

Σκοπός είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση σε αρκετή έκταση γύρω από το εγχειρητικό πεδίο και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Αν κατά λάθος δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού κατόπιν εντολής του ιατρού. Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση απ' αυτήν προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια-της, αφού χορηγήσει το ηερμιστικό στον ασθενή, τον προστατεύει προσεκτικά από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

Την προηγούμενη ημέρα της επεμβάσεως και μετά τον καθαρισμό του δέρματος γίνεται σημείωση του δέρματος με ειδικό μολύβι από το χειρουργό.

Το βράδυ χορηγείται ελαφρά διαίτα (τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, ο νοσηλεύτης-τρια:

1. Ντύνει τον ασθενή με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα. Κα-

ταστρώνεται πρόγραμμα σειράς εγχειρήσεων, το οποίο ανακοινώνεται στις νοσηλευτικές μονάδες. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φορά την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι. Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (σα μπλούζα ανοικτή στο πίσω μέρος) και σκούφο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα (για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής).

2. Ο νοσηλευτής-τρια φορεί τα ρούχα αυτά στον ασθενή, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων του και το νυχτικό ή τις πυτζάμες του. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο "στη βέρα", την οποία ασφαλίσει ο νοσηλευτής-τρια μ' ένα επίδεσμο στον καρπό). Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος. Ακόμη αφαιρούνται ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη τα οποία επίσης παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη.

Ο νοσηλευτής-τρια υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις τις αναπνευστικές, καθώς και των κάτω άκρων.

3. Χορηγεί την προνάρκωση. Αυτό γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του. Αν για οποιοδήποτε λόγο αυτή η προνάρκωση δε γίνει στην κανονική ώρα, πρέπει ν' αναφερθεί στον αναισθη-

σιολόγο και αυτό γιατί είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχ αργότερα από την κανονική ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του ο ασθενής εφόσον βρίσκονται στο νοσοκομείο τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

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

4. Ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει ν' αναφέρεται. Επίσης μετρά την Α.Π. το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί και πριν και μετά την εκτέλεση της προνάρκωσης.

Η μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο γίνεται από το νοσοκόμο του χειρουργείου με φορείο.

5. Τέλος ο νοσηλευτής-τρια συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενούς, καθώς επίσης και τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις βασικές ενέργειες που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς.

Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως στο δωμάτιο αναμονής. Το πέρασμα κάθε λεπτού γι' αυτούς παίρνει διαστάσεις ωρών. Η ενημέρωσή τους για την πορεία της εγχειρήσεως ελαττώνει την αγωνία τους και χαλαρώνει την ένταση. Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα, όπως και ο καλός τρόπος του νοσηλευτή-τριας προς τους συγγενείς είναι δυνατό να τους ανακουφίσει.

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο ο νοσηλευτής-τρια αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι που θα δεχτεί το χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

1. Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
2. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κίγκλιδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της απομάκρυνσης.
3. Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.
4. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για ν' αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λ.π.). Ακόμη επάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, PORT COTTON, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο τέλος, απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου, για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών του. Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του, κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό και, αφού ρίξουμε μια τελευταία μα-

τια και διαπιστώσουμε την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού του ασθενούς, απομακρυνόμαστε, για να επιστρέψουμε με την επάνοδό του από το χειρουργείο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του νοσηλευτή-τριας. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή-τρια, που κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής-τρια θα συντελέσει:

1. Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του.
3. Στην ανακούφισή του από τα ενοχλήματα.
4. Στην πρόληψη επιπλοκών και
5. Στη βοήθεια του ασθενούς για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο δωμάτιο ανάνηψης και από εκεί στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Δωμάτιο ανάνηψης: Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και άλλο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά, εξαφα-

νίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα, καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Το δωμάτιο αυτό φέρνει στον ίδιο χώρο:

- (1) Τον άρρωστο που έχει ανάγκη ιδιαίτερης φροντίδας, την ώρα που τη χρειάζεται.
- (2) Άτομα ειδικά προετοιμασμένα για να δώσουν αυτή τη φροντίδα.
- (3) Όλα τα απαραίτητα εφόδια για την ασφάλεια του αρρώστου σ' αυτό το κρίσιμο χρονικό διάστημα.

Ακόμα:

- (1) Προλαβαίνει την ανάγκη μεγάλης διαδρομής, ενώ ο άρρωστος είναι κάτω από την επίδραση του αναισθητικού.
- (2) Προλαβαίνει την ανάγκη διπλασιασμού των εφοδίων σ' όλες τις χειρουργικές μονάδες.
- (3) Συγκεντρώνει τους μετεγχειρητικούς αρρώστους κάτω από τη φροντίδα λιγότερων, ειδικά εκπαιδευμένων νοσοκόμων και εξοικονομεί νοσηλευτικό χρόνο, αφήνοντας το προσωπικό του τμήματος ελεύθερο να φροντίζει για τους υπόλοιπους αρρώστους.
- (4) Αναβάλλει τις επισκέψεις τις οικογένειας και των φίλων, έως ότου να βελτιωθεί η κατάσταση του αρρώστου. Ο αριθμός κρεβατιών του δωματίου ανάνηψης είναι ένα για κάθε χειρουργείο συν ένα για κάθε τέσσερα χειρουργεία.

Τα φυσικά χαρακτηριστικά του δωματίου ανάνηψης περιλαμβάνουν:

1. Εντοιχισμένους αναρροφητήρες.
2. Πολλές πρίζες.
3. Συστήματα επικοινωνίας.
4. Ψυγείο για αίμα.
5. Ιδιαίτερα δωμάτια για αρρώστους που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.
6. Γραφείο με νεροχύτη.
7. Συνήθη ντουλάπια, χώρο για υλικό και βοηθητικό δωμάτιο.
8. Κλιματιστή.
9. Μερικά έχουν και σύστημα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής (μόνιτορ).

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου αναήψει, δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή-τρίας μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι:

1. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ.
2. Λήψη αμέσως, και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων. Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.
3. Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
4. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
5. Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Εξαιτίας μετεγχειρητικού STRESS ο όγκος των ούρων, ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο, είναι

μικρός. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 ML.

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεσή του και τάση στα ράμματα του τραύματος. Η έκθεση του ιδρωμένου αρρώστου προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό SHOCK. Κατά τη μεταφορά πρέπει πάντα να έχουμε στο νου μας στη θέση της χειρουργικής τομής.

Ανάγκες του αρρώστου μετά την επιστροφή του στη νοσηλευτική μονάδα:

Από τη στιγμή που φτάνει ο χειρουργημένος από το δωμάτιο ανάνηψης στη νοσηλευτική μονάδα, τον παραλαμβάνει ο υπεύθυνος νοσηλεύτης-τρια, και υπογράφει για την παραλαβή στο προεγχειρητικό νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς, καθώς και στη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

Ο νοσηλεύτης-τρια που θα παραλάβει τον ασθενή είναι υπεύθυνος και φροντίζει:

1. Για την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Ανύψωση κάτω άκρων πάνω από 30° και εξασφάλιση επαρκούς υποστήριξης όλου του άκρου. Η κακή τοποθέτησή του συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Η υπτία θέση, χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι χρησιμοποιείται κατεξοχήν αμέσως μετά την εγχείρηση για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Ο άρρωστος μένει στη θέση αυτή ώπου ν' ανανήψει πλήρως.

2. Τη διατήρηση του ασθενούς σε καλή φυσική κατάσταση. Ο ασθενής με την αποδρομή του αναισθητικού αισθάνεται πως κρυώνει.

Η προσθήκη επιπλέον κλινοσκεπασμάτων με την προσθήκη στεφάνης βοηθάει σημαντικά στην περίπτωση αυτή.

3. Τη λήψη των ζωτικών του σημείων και την καταγραφή αυτών στο διάγραμμα του ασθενούς, καθώς και στη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

4. Έλεγχος ιατρικών οδηγιών. Επίσης ελέγχονται οι ιατρικές οδηγίες που αναγράφονται στο προεγχειρητικό νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς για το είδος και την ποσότητα του ορρού που πρέπει να χορηγηθεί στον ασθενή, καθώς επίσης και για περαιτέρω ιατρικές οδηγίες που αφορούν τον ασθενή για τις πρώτες μετεγχειρητικές του ώρες.

5. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον του νοσηλευτή-τριας.

6. Παρακολούθηση του αρρώστου για παράπονα πόνου σε ειδικές περιοχές του ποδιού ή της ποδοκνημικής άρθρωσης. Χαλάρωση του ελαστικού επιδέσμου αν είναι σφικτός και επανεφαρμογή του μετά από λίγο χρόνο.

7. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως είναι ο αποκλεισμός και η αιμορραγία.

Οι πλύσεις και η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν αλλά και προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

Όσον αφορά τη διαίτα του ασθενούς αυτού, το σχήμα που ακολουθείται κατά κανόνα είναι πως μετά το τέλος της ενδοφλέβιας λήψης των υγρών που αναγράφονται στο προεγχειρητικό του δελτίο, του χορηγείται ελεύθερη διαίτα. Αυτό γίνεται από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα μαζί με την έγερση του ασθενούς.

8. Ιδιαίτερη σημασία δίνουμε στις τροφικές μεταβολές της κνήμης, εξαιτίας των μακροχρόνιων κισών και συνιστούμε μεγαλύτερο διάστημα παραμονής στο κρεβάτι και βραδύτερη έγερση. Στην περίπτωση αυτή βοηθούν ασκήσεις της κνήμης και του ποδιού.

9. Έλεγχος και περιποίηση τραύματος. Η επίδεση του τραύματος γίνεται για:

1. Την απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα.
2. Την ακινητοποίηση της περιοχής του τραύματος.
3. Την προστασία του τραύματος από μηχανική κάκωση.
4. Την αιμόσταση.
5. Την προφύλαξη από μόλυνση.
6. Την άνεση του αρρώστου και την ανάπτυξη του αισθήματος ασφάλειας.

Ο νοσηλευτής -τρια κατά την αλλαγή τραυμάτων

Ο νοσηλευτής-τρια βοηθά το γιατρό στην αλλαγή των τραυμάτων για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα.
2. Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και μπορεί έτσι να του δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.
3. Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.
4. Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών, αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες.
5. Καταγράφει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού.

Τεχνική αλλαγής

Ο άρρωστος προετοιμάζεται με ενημέρωση. Αν νοσηλεύεται σε μεγάλο θάλαμο σύρονται οι κουρτίνες. Τα ράμματα αφαιρούνται μετά την 6η με 7η ημέρα. Τα παλιά επιθέματα και ό,τι χρησιμοποιείται για καθαρισμό απομακρύνονται με λαβίδα και τοποθετούνται σε υδατοστεγή σακούλα. Τα χέρια που έρχονται σε επαφή με το ακάθαρμο υλικό φέρνουν γάντια για αποφυγή μεταφοράς των παθογόνων μικροοργανισμών. Τα εργαλεία τοποθετούνται μέσα στο δοχείο.

Αν υπάρχει ακόμα και η μικρότερη αμφιβολία για την ασηψία ενός εργαλείου ή επιδεσμικού υλικού, αυτό πρέπει να θεωρείται μολυσμένο. Ο νοσηλευτής-τρια δεν αγγίζει το μολυσμένο υλικό με γυμνό χέρι. Γνωρίζει καλά ότι κατά την αλλαγή του τραύματος πρέπει να τηρούνται όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. Αν η γάζα είναι κολλημένη στους ιστούς την εφυγραίνουμε με υπεροξειδίο του υδρογόνου. Το γύρω από το τραύμα δέρμα συχνά ερεθίζεται από τα υγρά παροχέτευσης. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται προστατευτικά, όπως βαζελινούχες γάζες.

10. Έγερση του αρρώστου.

Μετά τις πρώτες 24 ώρες από την εγχείρηση σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι από τους κίρσους κάτω άκρων, σήμερα, σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:

1. Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών επιπλοκών.
2. Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
3. Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
4. Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Κατά την έγερση ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα εξής:

Πρώτα τοποθετείται ο ασθενής στην ανάρροπη θέση, ώπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη. Κατόπιν στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται. Ο χρόνος που μένει ο άρρω-

στος μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από τη γενική του κατάσταση και την ηλικία του.

Επίσης γίνεται πρόληψη ατυχημάτων, επειδή η βάδιση του αρρώστου είναι περιορισμένη, λόγω της παρουσίας των ελαστικών επιδέσμων.

Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως μέσα στο πρώτο 24ωρο, εάν φυσικά το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενούς. Εκτελούνται κάτω από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση. Οι ασκήσεις είναι:

1. Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων.
2. Ασκήσεις των βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ' όμον άρθρωση.
3. Ασκήσεις άκρων χεριών.
4. Ασκήσεις άκρων ποδιών.
5. Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για την έγερση από το κρεβάτι.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες που εμφανίζει ασθενής που χορηγήθηκε από κίρσους κάτω άκρων είναι οι εξής:

1. Πόνος: Ο πόνος είναι μια από τις πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24ωρων οφείλεται στο τραύμα, γι' αυτό χορηγούμε με ιατρική εντολή μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες.

Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής-τρια οφείλει:

- α. Να εντοπίζει τον πόνο.
- β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική, και εξαρτάται από την προσωπικότητά του.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται ώσπου να πει ο άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία.

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

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού. Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που είναι δυνατό να εμφανίσει ο ασθενής αυτός είναι οι εξής:

1. Αιμορραγία: Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε:

- α. Πρωτογενείς, που είναι αυτές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.
- β. Διάμεσες, αυτές που συμβαίνουν τις πρώτες μετά την εγχείρηση ώρες.
- γ. Δευτερογενείς, που συμβαίνουν αρκετό χρόνο μετά την επέμβαση.

Επίσης η αιμορραγία μπορεί να διακριθεί σε: εξωτερική και εσωτερική αιμορραγία.

Συμπτώματα:

Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος, διψά, το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχρό. Ο σφυγμός είναι συχνός και μικρός, οι αναπνοές συχνές και βαθιές και η θερμοκρασία πέφτει. Ο ασθενής βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια του και ακούει να κτυπούν κουδούνια και εξασθενεί συνεχώς.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- (1) Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση SHOCK.
- (2) Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος, κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- (3) Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πρεστική επίδεση.
- (4) Σε περίπτωση που καταστεί ανάγκη μετάγγισης και δεν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα ή διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση μπορεί ν' αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.

2. Θρομβοφλεβίτιδες

Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται "εν τω βάθει" ή "επιπολής".

Η αιτία της επιπλοκής αυτής μπορεί να είναι:

- (1) βλάβη της φλέβας από εξάσκηση υπερβολικής πίεσης εξαιτίας λουρίδων πρόσδεσης ή υποστηριγμάτων,
- (2) συμπύκνωση του αίματος και
- (3) η επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα εξαιτίας μειωμένου μεταβολισμού και της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση.

Αρχικό σύμπτωμα είναι ο πόνος και η σύσπαση της κνήμης. Μετά μια ή δυο μέρες παρουσιάζεται επώδυνο οίδημα σε όλο το κάτω άκρο που συχνά συνοδεύεται από μικρή αύξηση της θερμοκρασίας και σπάνια ρίγος και επίδρωση.

Η πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας μπορεί να γίνει με:

- (1) Επαρκή χορήγηση υγρών μετά την επέμβαση.
- (2) Ασκήσεις των κάτω άκρων που διδάσκονται πριν από την επέμβαση.
- (3) Ελαστική περίδεση.
- (4) Απώλεια βάρους αν το άτομο είναι παχύσαρκο.
- (5) Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.
- (6) Καταπολέμηση οιδήματος κάτω άκρου.
- (7) Αποφυγή καθιστής θέσης στο χείλος του κρεβατιού με κρεμασμένα τα κάτω άκρα.
- (8) Αποφυγή εντριβών των άκρων.
- (9) Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας.

Η θεραπεία συνίσταται σε:

- (1) Απόλυτη ακινησία του άκρου για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος.

- (2) Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση, για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- (3) Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.
- (4) Τοποθέτηση θερμών, υγρών επιθεμάτων, για ανακούφιση του αρρώστου, κατόπιν εντολής του ιατρού.
- (5) Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή ιατρού.

Η έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι καθορίζεται επίσης από τον ιατρό.

3. Πνευμονική εμβολή

Έμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος που αποσπάστηκε από το σημείο που πρωτοδημιουργήθηκε. Ο θρόμβος που φτάνει στην καρδιά από την περιφέρεια προωθείται από το αίμα μέσα στην πνευμονική αρτηρία, της οποίας κλείνει κάποιο κλάδο.

Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος που περνά στην περίοδο ανάρρωσης ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία ν' αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία. Οι κόρες του διαστέλλονται και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός του είναι συχνός και άρρυθμος που τελικά γίνεται αφηλάφητος και ο άρρωστος τελικά καταλήγει.

Αν ο άρρωστος δεν καταλήξει μέσα σε 30' της ώρας υπάρχει ελπίδα ν' αναρρώσει.

Η επιπλοκή αυτή μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε μετά την εγχείρηση. Όμως συμβαίνει συχνότερα κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας, όταν ο άρρωστος αυξάνει τις δραστηριότητές του. Πιθανόν θρόμβοι που σχηματίστηκαν αποσπώνται εξαιτίας της εντονότερης κίνησης.

Η προσεκτική παρατήρηση και φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι συνεχής όλη την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Σημεία που πρέπει να θεωρούνται σοβαρά και ν' αναφέρονται αμέσως είναι: αύξηση θερμοκρασίας, σφύξεων, αναπνοών που συνοδεύονται από θωρακικό πόνο, δύσπνοια και βήχα, ενώ ο άρρωστος μπορεί να είναι αγχώδης και ανήσυχος.

Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται από ιατρό (ο οποίος πρέπει να ειδοποιηθεί επειγόντως) με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι:

- (1) Καθιστή στάση του ασθενούς στο κρεβάτι.
- (2) Αναπνευστικές κινήσεις.
- (3) Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο.
- (4) Έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάστασή του το επιτρέπει.
- (5) Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλιάς, για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής για την έγκαιρη ειδοποίηση του ιατρού, αλλά και για την πρόληψη εμφάνισέως της.

4. Επιπλοκές τραύματος

α. Αιμάτωμα

Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα από το τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι

μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος. Καθήκον του νοσηλευτή-τριας είναι να ενημερώσει τον ασθενή για την πιθανή εμφάνιση της επιπλοκής αυτής έστω και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και να του συστήσει την προσφυγή στο γιατρό του εάν παρατηρήσει ότι δεν μπορεί ν' απορροφηθεί από μόνο του.

β. Μόλυνση

Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να κάνουν μόλυνση είναι το κολοβακτηρίδιο, ο στρεπτόκοκκος κ.ά.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Η συχνότητα των σφύξεων αυξάνει, η θερμοκρασία ανεβαίνει και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. Αν η φλεγμονή εντοπίζεται βαθιά μπορεί ν' απουσιάζουν τα τοπικά σημεία.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά την καλλιέργεια του υγρού του τραύματος κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Η μόλυνση ενός τραύματος μπορεί να προκληθεί από τις ακόλουθες πηγές.

1. Από την σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί μέσα στους θαλάμους των ασθενών.
2. Από μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα και τη μύτη του ιατρού και της αδελφής και φθάνουν στο τραύμα.

3. Από τα χέρια του ιατρού που βοηθεί και της αδελφής όταν δεν είναι απόλυτα καθαρά.
4. Από τη χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων, όπως νεφροειδών κ.λ.π.
5. Από επισκέπτες μικροβιοφορείς.

Τα μέτρα που παίρνονται για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση τραύματος ασθενούς είναι:

1. Χρησιμοποίηση απορροφητικής μηχανής, για την καθαριότητα του δαπέδου.
2. Υγρό ξεσκόνισμα επίπλων.
3. Περάτωση της καθαριότητας του δωματίου μια ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή.
4. Κατά τη διάρκεια της αλλαγής απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών, καθώς και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού.
5. Κατά την αλλαγή κλείνουν τα παράθυρα και οι πόρτες.
6. Όλοι στο θάλαμο εκτός των ασθενών φορούν μάσκες.
7. Απαγορεύονται οι συζητήσεις μεταξύ των ασθενών.
8. Εκτέλεση επιμελημένου πλυσίματος των χεριών των ατόμων που εργάζονται πάνω στην αλλαγή του τραύματος πριν και μετά, για την απομάκρυνση των μικροβίων.
9. Τήρηση αυστηρή όλων των όρων ασηψίας και αντισηψίας κατά την αλλαγή του τραύματος.
10. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται είναι αποκλειστικά γι' αυτήν την αλλαγή.
11. Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται μετά την αλλαγή πρέπει ν' απολυμανθούν επί τρεις ώρες με ισχυρή απολυμαντική ουσία και κατόπιν ν' αποστειρωθούν.

12. Το ακάθαρτο επιδεσμικό υλικό δεν πηγαίνει στα απορρίμματα, αλλά καταστρέφεται με φωτιά.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η αποκατάσταση του αρρώστου αποτελεί διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας από τη στιγμή της εισαγωγής του στο νοσοκομείο, μέχρι την έξοδό του και την επιστροφή στην οικογένειά του.

Επομένως, ο νοσηλευτής-τρια δεν φροντίζει μόνο για την ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων του αρρώστου και την ατομική του υγιεινή. Τον βοηθάει να κατανοήσει την ασθένειά του, να κάμει τις απαιτούμενες ψυχοσωματικές προσαρμογές, ν' αναλάβει προοδευτικά τη φροντίδα του εαυτού του, να διατηρήσει υψηλό ηθικό και τον ζήλο για τη συνέχιση της υγιεινής ζωής, τη σημασία της συνέχισης της θεραπείας και έξω από το νοσοκομείο ακόμη.

Έτσι ο νοσηλευτής-τρια κατά την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο φέρει την υποχρέωση να τον ενημερώσει για το ότι οι κίρσοί του είναι δυνατό να υποτροπιάσουν, παρόλο ότι έχει χειρουργηθεί και να του διδάξει τα παρακάτω:

1. Να μη φοράει σφικτές ζώνες και ρούχα, γιατί προκαλούν φλεβική στάση και εμποδίζουν τη φλεβική ροή.
2. Ν' αποφεύγει να κάθεται ή να στέκεται όρθιος πολλή ώρα, καθώς και να διασταυρώνει τα πόδια του στα γόνατα, γιατί με τον τρόπο αυτό επιβαρύνει την κυκλοφορία του αίματος.
3. Να ελέγχει το σωματικό του βάρος, διατηρώντας το στα φυσιολογικά όρια.
4. Τα ελαστικά υποστηρίγματα (επίδεσμοι) να φορούνται ενώ ο άρ-

ρωστος βρίσκεται σε οριζόντια θέση και η εφαρμογή συμπιέσεως ν' αρχίζει από τα δάκτυλα προς τα επάνω. Οι επίδεσμοι αυτοί θα πρέπει να φορεθούν για 20 ημέρες περίπου και κατά το διάστημα αυτό να γίνονται διεξοδικά πλύσεις με χλιαρό νερό, ξεκινώντας από την 8η μετεγχειρητική ημέρα μετά την κοπή των ραμμάτων. Με την πάροδο των ημερών αυτών χορηγούνται στον ασθενή ελαστικές κάλτσες, η εφαρμογή των οποίων γίνεται όπως ακριβώς και των ελαστικών επιδέσμων που έχουν προαναφερθεί.

5. Ν' αποφεύγει κακώσεις των κάτω άκρων και η βάδιση να είναι τέτοια που να προκαλεί σύσπαση στους μύες, ώστε να ενισχύεται η κυκλοφορία.
6. Να κοιμάται με το πάσχον άκρο ανυψωμένο πάνω σε μαξιλάρια.
7. Να μην εκτίθεται ιδιαίτερα σε θερμότητα (ήλιος, θερμά μπάνια).
8. Ν' αποφεύγει τις τοπικές εντριβές.
9. Επίσης γίνεται ενημέρωση του ασθενούς πως τα τραύματά του δε θα έχουν εύκολη επούλωση από την εγχείρηση, λόγω της ιδιομορφίας της θέσεως και της τεχνικής της εγχειρήσεως και πως δεν θα πρέπει ν' ανησυχεί γι' αυτό το γεγονός, διότι η επούλωση θα επέλθει, όσο μακροβόρα και αν είναι.
10. Όταν η κατάσταση του ασθενούς είναι βεβαρημένη (π.χ. κίρσοι με μεγάλη πιθανότητα υποτροπής και συνύπαρξη άτονου έλκους), και διαπιστωθεί ότι το επάγγελμα του ασθενούς επιδεινώνει την κατάστασή του, ο νοσηλευτής -τρια έχει καθήκον να κάνει το ανάλογο διάβημα στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου προς ανεύρεση νέας απασχόλησης του αρρώστου.
11. Ο νοσηλευτής -τρια δεν παραλείπει να συμπαραστέκεται ψυχικά στον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, αλλά και κατά την έξοδό του απ' αυτό, τονίζοντάς του

πως δεν έχει πάψει ν' αποτελεί ένα πολύτιμο μέλος της κοινωνίας επειδή θα χρειαστεί ν' αλλάξει εν μέρει τον τρόπο ζωής του, να λείπει για κάποιο χρονικό διάστημα από την εργασία του ή ακόμη και ν' αλλάξει είδος εργασίας.

12. Τέλος, συνιστάται στον ασθενή η συχνή επαφή του με το γιατρό του για την παρακολούθηση της καταστάσεώς του και την αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.

**ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

1ο Περιστατικό. Στις 15.6.90 προσήλθε στα εξ. Ιατρεία του νοσοκομείου ο ασθενής Κ.Α., ηλικίας 63 ετών και αγρότης στο επάγγελμα, αναφέροντας ο ίδιος ότι από 17ετίας πάσχει από κίρσους αρ. κάτω άκρου. Στους κίρσους πριν 7 χρόνια προστέθει άτονο έλκος της πρόσθιας επιφάνειας της κνήμης ύστερα από τραυματισμό στην περιοχή αυτή. Για ένα χρόνο αναφέρει ο ασθενής εδοκίμασε κάθε λογής θεραπευτικό μέσο για την επούλωση της πληγής. Μετά από δυο χρόνια υπεβλήθη σε σειρά ενδοφλεβίων ενέσεων ανά μήνα σε ιδιωτική κλινική στην Αθήνα. Επειδή η προαναφερθείσα θεραπεία απέβη άκαρπη, ο ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο και κατόπιν ιατρικής εξέτασης εισήχθει στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του νοσοκομείου για χειρουργική αντιμετώπιση με αιτία εισόδου: Κίρσοι αριστερού κάτω άκρου - άτονο έλκος.

Η κατάσταση του ασθενούς κατά την εισαγωγή του στην κλινική ήταν η εξής: Θ. = 36°C, Σφ. = 80/λεπτό, Α.Π. = 90 MMHG, Αν.

18/λεπτό, αναπνευστική κατάσταση: καλή, χροιά δέρματος: φυσιολογική, εξάνθημα: όχι, οιδήματα: στα κάτω άκρα, κενώσεις: φυσιολογικές, ενούρηση: συχνή, κατακλίσεις: όχι, δίαιτα: όχι.

Σημειώνεται επίσης κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού ότι ο ασθενής είχε βάρος 108 κιλά, ύψος 1,83 μ., δεν έπασχε από χρόνια νοσήματα, αλλεργίες και δεν έκανε χρήση φαρμάκων. Ακόμα, σύμφωνα με το οικογενειακό ιστορικό του, δεν υπάρχει ένδειξη κληρονομικής προδιάθεσης κερσών.

Στη συνέχεια ακολούθησαν οι εργαστηριακές εξετάσεις ρου - τίνας (Rö θώρακος, Η.Κ.Γ., γενική αίματος, σάκχαρο, ουρία αίματος, ομάδα, Rhesus και διασταύρωση, χρόνος ροής, πήξης, Τ.Κ.Ε.) Εκλήθη αναισθησιολόγος και έγινε αναισθησιολογική εκτίμηση, προς αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αφού ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, στις 18.6.1990 οδηγήθηκε στο χειρουργείο στις 10.45 π.μ. πήρε γενική νάρκωση και επεβλήθη σε απολίνωση των διατιτραίνουσών φλεβών, σύμφωνα με το πρακτικό της εγχειρήσεώς του. Εξήλθε από το χειρουργείο στις 1.00 μ. μ. σε γενικά καλή κατάσταση. Δεν παρουσίασε ιδιαίτερα μετεγχειρητικά προβλήματα και με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που του εδόθη και με τη σωστή νοσηλευτική παρέμβαση ο ασθενής εξήλθε στις 21.6.1990 σε καλή γενική κατάσταση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
15.6.1990	Ανάγκη παρατήρησης της γενικής κατάστασης του ασθενούς.	Παρατήρηση της γενικής του κατάστασης, για τη διαπίστωση ή μη παθολογικών σημείων που πρέπει αντιμεττωπισθούν έγκαιρα.	Λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού.	Ελήφθη το νοσηλευτικό ιστορικό. Ζωτικά σημεία: Θ=36°C, Αν:=18/λεπτό, Α.Π.:90 mmHg, Σφ.:80/λεπτό και παρατηρήθηκαν και ρωτήθηκαν τα εξής: χροιά δέρματος: φυσιολογική, εξάνθημα: όχι, κατακλίσεις: όχι, φάρμακα: όχι, διούρηση: συχνή, βάρος: 108 κιλά, ύψος: 1,83 μ., χρόνια νοσήματα: όχι.	Κατόπιν οιασδήποτε συνομιλίας του ασθενή με τη νοσηλεύτρια και εξαιτίας της παρατηρηθείσας κώτητάς της, έγινε η ακριβής λήψη των στοιχείων που αφορούν τη γενική κατάσταση του νέου ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί λόγω ύπαρξης κίρσων στο αρ. κάτω άκρω και δεν ανευρέθησαν ιδιαίτερα ανησυχητικά σημεία στη γενική του κατάσταση.
	Ανάγκη λήψης γενικής εξέτασης ούρων και Rο θώρακος.	Λήψη ούρων για γενική εξέταση, προκειμένου να διαπιστωθεί τυχόν παρέκκλιση ή μη των τιμών από τα φυσιολογικά όρια.	Να δοθεί UROBOX στον ασθενή και να ενημερωθεί για τον τρόπο λήψης των ούρων.	Ύστερα από τη σωστή ενημέρωση του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον τρόπο λήψης των ούρων, πάρθηκε η γενική ούρων.	
	Εκτέλεση Rö θώρακος για τυχόν ανεύρεση παθολογικών ευρημάτων.	Να οδηγηθεί με συνοδεία νοσοκόμου στο ακτινολογικό γαστήριο για Rö θώρακος, αφού υπογραφεί πρώτα παραπέμπτικό από τον ιατρό.	Οδηγήθηκε συνοδεία νοσοκόμου με παραπέμπτικό στο ακτινολογικό γαστήριο για Rö θώρακος.	Έγινε η Rö θώρακος και ο ασθενής επέστρεψε στο τμήμα νοσοκομείου.	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗ-ΔΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗ-ΔΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	Αίσθημα βάρους και εύκολη κόπωση.	Αποτροπή των αισθημάτων βάρους και εύκολης κόπωσης που αισθάνεται ο ασθενής.	- Περιορισμός κατά το δυνατό των δραστηριοτήτων του ασθενή. - Ανάπαυση κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας και τοποθέτηση του ασθενή στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.	- Ενημερώθηκε ο ασθενής να περιορίσει κατά δυνατό την κινητοποίησή του εντός του τμήματος, προκειμένου ν' ανακουφιστεί από τα συμπτώματά αυτά και ν' αναπαύεται όσο το δυνατό περισσότερο με τα κάτω άκρα σε ανάρροπη θέση.	Ύστερα από τη σωστή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς, τα μέτρα αυτά που του συστήθηκαν απέδωσαν και ο ίδιος αναφέρει εξάλειψη του αισθηματος βάρους και κόπωσης που αισθάνονταν, το οποίο φυσικά οφειλόταν στην επιβάρυνση από τον ίδιο τον ασθενή της ήδη επιβαρυνμένης κυκλοφορίας λόγω της ύπαρξης των κιρσών.
	Οίδημα αρ. κάτω άκρου.	Αντιμετώπιση του οιδήματος.	- Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση. - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.	- Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση με γωνία 30°. Δεν έγινε εφαρμογή των ψυχρών επιθεμάτων λόγω παρουσίας μεγάλου άτονου έλκους.	- Με την τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση, παρατηρήθηκε ελάττωση του οιδήματος. - Τα ψυχρά επιθέματα αποφεύχθηκαν να τοποθετηθούν λόγω υπάρξεως στην περιοχή αυτή ανεπαρκούς αιμάτωσης, εξαιτίας του μεγάλου άτονου έλκους που βρίσκεται εκεί.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΚΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΦΟΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Εκτέλεση Η.Κ.Γ.	Λήψη Η.Κ.Γ. για την εξακρίβωση της καλής λειτουργίας της καρδιάς.	α- Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη σημασία της εξέτασής αυτής, να γίνει λήψη Η.Κ.Γ.	Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη σημασία του Η.Κ.Γ. και έγινε η λήψη του.	Εξαιτίας της σωστής ενημέρωσης του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό και της επιστημονικής κατάρτισης του δεύτερου, έγινε η σωστή λήψη του Η.Κ.Γ. του ασθενούς.
Άτονο έλκος.	Περιποίηση του άτονου έλκους για απορόφηση των υγρών εκκρίσεών του.	Καθημερινή περιποίηση του άτονου έλκους με scrub και Debrisan powder τηρώντας όλους τους όρους ασψιάς και αντισηψιάς κατά την αλλαγή.	Έγινε πάλι περιποίηση του άτονου έλκους. Αφού αφαιρέθηκε το παλιό στρώμα του Debrisan με φυσιολογικό αλατούχο διάλυμα και έγινε η πλύση του ποδιού με scrub, επανατοποθετήθηκε η Debrisan powder πάνω στο έλκος και επιδέθηκε το τραύμα όπως και την προηγούμενη φορά.	Η τακτή περιποίηση του άτονου έλκους με τη μέθοδο που περιγράφηκε και την τήρηση των όρων ασψιάς και αντισηψιάς για την αποτροπή περαιτέρω μολύνσεων από μικρόβια που ενδημούν στο δέρμα είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση των πολλών εκκρίσεων από το άτονο έλκος αυτού του ασθενούς.
17.6.90	Ανάγκη διδασκαλίας των αναπνευστικών κινήσεων και κινήσεων των άκρων στον ασθενή.	Διδασκαλία αναπνευστικών και κινήσεων κάτω άκρων για πρόληψη αναπνευστικής οξείωσης και θρομβοεμβολικών επεισοδίων.	Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη σημασία της εκτέλεσης των κινήσεων αυτών και των αναπνευστικών καθώς και να γίνει διδασκαλία για τον τρόπο εκτέλεσής τους.	Ο ασθενής, αφού ενημερώθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη μεγάλη σημασία των αναπνευστικών κινήσεων και των κινήσεων των κάτω άκρων μετεγχειρητικά, για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως αναπνευστική οξείωση, θρομβοφλεβίτιδες επιπλοχής και εν τω βάθει, πνευμονική εμβολή κ.λ.π. έμαθε και εκτέλεσε κατά από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση τις κινήσεις αυτές.

Ανάγκη ελέγχου του ασθενούς από αναισθησιολόγο.

Αναισθησιολογική εκτίμηση για τον λεγχο της καρδία και νευρολογική λειτουργίας του ασθενούς και τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης.

Αναισθησιολογική εκτίμηση για τον λεγχο της καρδία και νευρολογική λειτουργίας του ασθενούς και τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης.

Αναισθησιολογική εκτίμηση για τον λεγχο της καρδία και νευρολογική λειτουργίας του ασθενούς και τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης.

Ατονο έλκος. Περιποίηση άτονου έλκους για την αποφυγή μολύνσεώς του και απορρόφηση των εκκρίσεών του.

Καθημερινή περιποίηση του άτονου έλκους με Scrub και επίπαση με Debrisan powder τηρώντας όλους τους όρους ασηψίας και αντισηψίας κατά την αλλαγή.

Επαναλήφθηκε η αλλαγή του τραύματος του έλκους με τον ίδιο ακριβώς τρόπο και στη συνέχεια επιδέθηκε πάλι το τραύμα.

Λουτρό καθαριότητας. Εκτέλεση λουτρού καθαριότητας για την εξασφάλιση της καλύτερης λειτουργικότητας του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων του τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Λουτρό καθαριότητας. Εκτέλεση λουτρού καθαριότητας στο υπόλοιπο σώμα του ασθενούς με αντισηπτικό διάλυμα, τρίψιμο και νερό.

Ενημερώνοντας τον ασθενή για το ότι το λουτρό αυτό βλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και στην αποφυγή περαιτέρω μολύνσεων κατά την επέμβαση, ο ασθενής δέχτηκε να συνεργαστεί με το νοσηλευτικό προσωπικό και εκτέλεσε το λουτρό καθαριότητας.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΘΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	Εγχειρητικό πεδίο.	Εκτέλεση εγχειρητικού πεδίου ώστε να είναι καθόλα έτοιμος για τη χειρουργική επέμβαση και την πρόληψη μόλυνσως του τραύματος.	Να γίνει εγχειρητικό πεδίο στον ασθενή (αντισηψία και αποτρίχωση αρισ. κάτω άκρου).	Ο ασθενής δε δέχτηκε να γίνει το εγχειρητικό πεδίο.	Παρόλες τις προσπάθειες του νοσηλευτικού προσωπικού να πείσουν τον ασθενή για την ανάγκη εκτέλεσης αυτής της νοσηλείας διδάσκοντάς του πως το τρίχωμα αποτελεί πηγή μόλυνσης σε μια εγχείρηση, ο ασθενής παρέμεινε στην αρχική του άποψη. Έτσι, κατόπιν ενήμερωσης του προεγχειρητικού νοσηλευτικού δελτίου του ασθενούς για τη μη εκτέλεση του εγχειρητικού πεδίου, αυτό θα γίνει στο χειρουργείο.
	Ανάγκη λήψης ελαφράς δόσας το βράδυ της παραμονής της εγχείρησης.	Χορήγηση ελαφράς δόσας για την αποφυγή επιβάρυνσης πεπτικής λειτουργίας του οργανισμού.	Να δοθεί στον ασθενή ταΐ και φρυγανιά για βραδινό.	Εδόθη ταΐ και φρυγανιά για βραδινό.	Η χορήγηση της ελαφράς δόσας το βράδυ της παραμονής της εγχείρησης έγινε με σκοπό την εύκολη και γρήγορη πέψη και για να μην παραμείνει μεγάλο υπόλειμμα τροφών εντός του εντερικού σωλήνα.
	Ανησυχία ασθενούς για διεξαγωγή και έκβαση της εγχείρησης.	Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς για τη μείωση της ανησυχίας του και εξασφάλιση ήσυχου και άνετου ύπνου για την ομαλότερη εξαγωγή της επέμβασης.	Συζήτηση με τον ασθενή για το μεγάλο ποσοστό επιτυχίας τέτοιων επεμβάσεων. Επαφή του αρρώστου με άλλο νοσηλεύμενο που έχει υποβληθεί σε παρόμοια εγχείρηση.	Εγινε η συζήτηση με τον ασθενή για τα θετικά αποτελέσματα της εγχείρησης σε σχέση με την επαναφορά τουωματικού του ειδώλου στο φυσιολογικό. Ο άρρωστος ήρθε σε επαφή με άλλο νοσηλεύμενο που είχε υποβληθεί σε παρόμοια εγ-	Η συζήτηση με τον ασθενή ήταν αρκετά θετική, με αποτέλεσμα ο ασθενής να ανακτήσει τη χαμένη του ψυχική δύναμη. Σημαντική επίσης ήταν η ενθάρρυνση του ασθενούς από τη συνομιλία του με άλλο νοσηλεύμενο που είχε υποβληθεί σε παρόμοια εγ-

18.6.90	Ανάγκη εκτέ- λεσης τελικής προεγχειρητι- κής ετοιμασί- ας.	Πραγματοποίηση της τελικής προεγχειρη- τικής ετοιμασίας στον ασθενή, έτσι ώστε να είναι πλήρως προετοι- μασμένος για την ε- κτέλεση της εγχει- ρήσεως.	- Να ενημερωθεί ο ασθενής να είναι τελείως νηστικός (απαγορεύεται και η λήψη νερού). - Να του γίνει καθαρι- σμός του εντερικού σωλήνα με Flit enema. - Να σταλεί για κένωση της ουροδόχου κύστεως. - Να γίνει αφαίρεση κάθε ξένου αντικειμένου που φέρει επάνω του. - Να αφαιρεθούν όλα τα εν- δύματα και να ντυθεί τα ρούχα του χειρουργείου. - Να γίνει λήψη των ζωτι- κών του σημείων και χορή- γηση της προνάρκωσης. - Να ενημερωθεί να μη ση- κωθεί καθόλου από το κρε- βάτι μέχρι να φύγει για το χειρουργείο. - Να γίνει τελική υπενθύ- μιση στον ασθενή των ανα-	χειρίση και βριακόταν στο στάδιο της ανάρ - ρωσης. - Χορηγήθηκε Stedon tabl. κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	- Ενημερώθηκε να παρα- μείνει τελείως νηστικός μέχρι την ώρα της εγ- χειρήσεως και να μη λάβει ούτε νερό από το στόμα. - Δε δέχτηκε να του γί- νει από το νοσηλευτικό προσωπικό το Flit enema και απαίτησε να το κά- νει μόνος του. - Έγινε κένωση της ουροδόχου κύστεως. - Του αφαιρέθησαν οι ξένες οδοντοστοιχίες και το ρολδί που έφερε επάνω του. Αυτά τοποθε- τήθηκαν εμπρός του σε φάκελο με το ονοματε- πώνυμό του και παραδό- θησαν στην προϊσταμένη της κλινικής. - Έγινε αφαίρεση όλων των ενδυμάτων του και	ΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ανάρρωσης και σε πολύ καλή γενική κατάσταση. - Το ηρεμιστικό που του χο- ρηγήθηκε τον βοήθησε να κά- νει έναν ήσυχο και άνετο ύ- πνο.	- Ύστερα από την έγκαιρη ε- νημέρωση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον κίνδυνο εισρόφησης και θανάτου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης όταν το στομάχι έχει περιεχόμενο, ο ασθενής συνεργάστηκε και παρέμεινε νήστις. - Κατόπιν ενημέρωσης του α- σθενούς για τη σημασία της κηνής ουροδόχου κύστεως κα- τά τη διάρκεια της εγχειρή- σεως προς αποφυγή κένωσής της επάνω στο χειρουργικό κρεβάτι, ο ασθενής συνεργά- στηκε και εκτέλεσε τις οδη- γίες του νοσηλευτικού προ- σωπικού. - Λόγω της υπέρβρεως κινδύ- νου να χαθούν τα ξένα αντι- κείμενα εξαιτίας της ατονίας των μυών από τη λήψη γενικής
---------	--	---	---	---	---	---	---

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ-	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	πνευστικών και κινήσεων κάτω άκρων που έχει δια- δαχθεί.			αντικατάσταση με χει- ρουργικά ενδύματα. - Έγινε η λήψη των ζω- τικών σημείων: θ=36°C, Σφ.: 78/λεπτό, Αν.: 20/ /λεπτό, Α.Π.: 120 ΜΜΗΓ, της τα οποία και καταγράφη- καν στο προεγχειρητικό νοσηλευτικό δελτίο. - Μισή ώρα πριν την α- ναχώρηση για το χειρουρ- γείο του χορηγήθηκε Ι.Μ. η προνάρκωση (ATROPINE AMP) κατόπιν ιατρικής οδηγίας και ενημερώθη- κε να μη σηκωθεί καθό- λου από το κρεβάτι μέ- χρι να φύγει για το χειρουργείο. - Έγινε υπενθύμιση στον ασθενή των ανα- πνευστικών κινήσεων και των κινήσεων κάτω άκρων που θα πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά.	αρκωσης, ο ασθενής δέχτηκε την αφαίρεσή τους. - Ύστερα από την ενημέρωσή του ασθενούς από το νοσηλευ- τικό προσωπικό για το σκοπό της αφαίρεσης των ενδυμάτων του και την αντικατάστασή αυτών με χειρουργικά, ο α- σθενής συνεργάστηκε με τις οδηγίες του νοσηλευτικού προ- σωπικού. - Μετά από την ακριβή λήψη των ζωτικών σημείων από το νοσηλευτικό προσωπικό παρα- τηρήθηκε ότι ο ασθενής βρέ- σεται σε καλή γενική κατά- σταση προεγχειρητικά. - Με την Ι.Μ. χορήγηση της ATROPINE AMP 1/2 ώρα πριν την εγχείρηση επήλθε το α- ναμενόμενο αποτέλεσμα, δη- λαδή καταστολή των εκκρίσε- ων και ο ασθενής συμμορφώ- θηκε με τις οδηγίες του νο- σηλευτικού προσωπικού για τη μη έγερσή του από το κρε- βάτι προς αποφυγή ενδεχόμε- νης πτώσης του. - Ο ασθενής μετά τη διδασκα- λία που του έγινε για τη ση- μασία της εκτέλεσης των κινή- σεων αυτών στην πρόληψη με- τεγχειρητικών επιπλοκών δέ- χτηκε να συνεργαστεί.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΚΤΙΜΗΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ανάγκη προετοιμασίας και κλίσης και θαλάμου του ασθενούς ώστε να καλυφθούν άμεσες τεχνικές ανάγκες του και να ληφθούν τυχόν καταστάσεις που θα επηρεάσουν αρνητικά τη μετεγχειρητική του πορεία.

- Έγινε κατάλληλη ετοιμασία του χειρουργικού κρεβατιού και θαλάμου του ασθενούς ώστε να καλυφθούν άμεσες τεχνικές ανάγκες του και να ληφθούν τυχόν καταστάσεις που θα επηρεάσουν αρνητικά τη μετεγχειρητική του πορεία.

Να γίνει προετοιμασία του χειρουργικού κρεβατιού, τακτοποίηση του κομοδίνου και κατάλληλη ετοιμασία του περιβάλλοντος του χειρουργημένου ασθενούς μέχρι την επιστροφή του από το χειρουργείο.

- Έγινε αναγραφή στο διάγραμμα του ασθενούς του σήματος του χειρουργείου και τοποθέτησή εντύπων ζωής μέτρησης ζωτικών σημείων και προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών μετεγχειρητικά.

- Η προετοιμασία του χειρουργικού κρεβατιού κατ'αυτόν τον τρόπο αποβλέπει στην προστασία του ασθενούς κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της ανάρρωσης, στην εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το ταφείο στο κρεβάτι και στην προστασία των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους.

- Η ετοιμασία του διαγράμματος του ασθενούς κατ'αυτόν τον τρόπο έγινε για πληρέστερη, συστηματική και ολοκληρωμένη παρακολούθηση του ασθενούς μετεγχειρητικά.

- Η τακτοποίηση του κομοδίνου με τα αντικείμενα αυτά και σαν σκοπό την άμεση μετεγχειρητικά.

Επιτήρηση του ασθενούς κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες προς αντιμετώπιση τυχόν μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως νεφρο-τοξ.

- Η ολοκλήρωση της ετοιμασίας του θαλάμου με ακούτιομα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα, αερισμό και τέλος περικοπή του φωτός και παραμόνωσης εντός του θαλάμου.

- Έγινε αναγραφή στο διάγραμμα του ασθενούς του σήματος του χειρουργείου και τοποθέτησή εντύπων ζωής μέτρησης ζωτικών σημείων και προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών μετεγχειρητικά.

Επιτήρηση του ασθενούς κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες προς αντιμετώπιση τυχόν μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως νεφρο-τοξ.

Επιτήρηση του ασθενούς κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες προς αντιμετώπιση τυχόν μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως νεφρο-τοξ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
↓ Έγινε ετοιμασία του μου αποβλέπει στον περιορι-
θαλάμου με σκούπισμα, σμό κατά το δυνατό υπόρξεως
σφουγγάρισμα αυτού και σκόνης που μπορεί να αποτε-
υγρό ξασκόνισμα των ε- λήσει εστί μικροβίων και κα-
πίλων, αερισμός του τά συνέπεια μόλυνσης του
και τέλος περιορισμός χειρουργικού τραύματος.
του φωτός, καθώς και
της παραμονής συγγενών
εντός αυτού.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗ-
				ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
	Πόνος	Αντιμετώπιση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	<p>κρεβάτι και εκτέλεση αναπνευστικών κινήσεων και ασκήσεων κατά άκρων.</p> <p>- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες.</p>	<p>- Όταν επέστρεψε ο ασθενής από το χειρουργείο στις 2 μ.μ. του έγινε επί πόνου PETHIDINE 0,5 CC.</p> <p>- Στις 4 μ.μ. έγινε επί πόνου 1 AMP. APOTEL. Τελέσματα.</p> <p>- Στις 10 μ.μ. έγινε πάλι επί πόνου 0,5 CC PETHIDINE.</p> <p>- Στις 2 π.μ. έγινε πάλι 1 AMP. APOTEL.</p>	<p>- Ο ασθενής άρχισε την εκτέλεση αναπνευστικών κινήσεων και ασκήσεων κάτω άκρων το απόγευμα και ενημερώθηκε να κωφεί αύριο από το κρεβάτι.</p> <p>- Τοποθετήθηκε στεφάνι στο ύψος των κνημών για την αποφυγή πίεσης αυτών από τα κλινοσκεπάσματα.</p> <p>- Η παρατεταμένη επιβάρυνση της κυκλοφορίας με πολλά νυκτεπλάσματα πάνω στις κνήμες που μπορεί να οδηγήσει σε θρομβοεμβολικά επεισόδια, απαιτείται με την τοποθέτηση στεφάνης.</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>τη δημιουργία θρόμβου εντός των αγγείων και αποτρέπει σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές.</p> <p>- Η εκτέλεση των αναπνευστικών κινήσεων και των ασκήσεων των άκρων αποβλέπουν στην πρόληψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής οξείωσης και στην επιβροήθηση της κυκλοφορίας.</p> <p>- Η παρατεταμένη επιβάρυνση της κυκλοφορίας με πολλά κλινοσκεπάσματα πάνω στις κνήμες που μπορεί να οδηγήσει σε θρομβοεμβολικά επεισόδια, απαιτείται με την τοποθέτηση στεφάνης.</p>

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	Δύσπνοια.	Αντιμετώπιση δύσπνοιας.	- Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. - Χορήγηση οξυγόνου αν χρειαστεί. - Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	- Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση στο κρεβάτι με τα πόδια του σε ανάρροπη θέση. - I.V. χορήγηση 1 AMP. EURHYLLIN σε 500 CC ορό DEXTROSE.	- Η θέση αυτή βοηθάει τον ασθενή στην ανακούφιση κατά κάποιο τρόπο από τη δύσπνοια. Τα πόδια βρίσκονται σε ανάρροπη θέση λόγω της εγχειρήσεως των κίρσων για την επιβολή της κυκλοφορίας. - Η EURHYLLIN σε βρογχοδιασταλτικό που είναι δραστικό χολυτικά και διεγείρει το κέντρο της αναπνοής, με αποτέλεσμα την ανακούφιση των συμπτωμάτων της δύσπνοιας που παρουσίασε ο ασθενής.
19.6.1990	Ανάγκη ζωής λήψης ζωτικών σημείων.	Ζωρος έλεγχος ζωτικών λειτουργιών ή μη.	- Να γίνει τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.	Ελήφθησαν τα ζωτικά του σημεία κάθε 3 ώρες.	Σύμφωνα με τη λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς ανά 3ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου, η γενική κατάσταση του ασθενούς παραμένει σταθερά καλή.
	Ανάγκη έγερσης του ασθενούς.	Να γίνει έγερση του ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.	Μόλις πάρει το πρωινό του ο ασθενής να προσπαθήσει να σηκωθεί από το κρεβάτι.	Ο ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι και με τη βοήθεια αρχικά της νοσηλεύτριας περπάτησε στο διάδρομο της κλινικής για δέκα λεπτά περίπου.	Με τη σωστή διδασκαλία που έγινε στον ασθενή για τη σημασία της έγκαιρης κινητοποίησης του, ο ασθενής συνεργάστηκε και επιτεύχθηκε η γρήγορη κινητοποίησή του.
	Ανάγκη έγερσης του ασθενούς.	Να γίνει έγερση του ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.	Μόλις πάρει το πρωινό του ο ασθενής να προσπαθήσει να σηκωθεί από το κρεβάτι.	Ο ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι και με τη βοήθεια αρχικά της νοσηλεύτριας περπάτησε στο διάδρομο της κλινικής για δέκα λεπτά περίπου.	Με τη σωστή διδασκαλία που έγινε στον ασθενή για τη σημασία της έγκαιρης κινητοποίησης του, ο ασθενής συνεργάστηκε και επιτεύχθηκε η γρήγορη κινητοποίησή του.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
20.6.90. Ανάγκη ζωής λήψης ζωικών σημείων.	Ζωρος έλεγχος των φυσιολογικών ή μη ζωτικών σημείων.	Να γίνει ζωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.	<ul style="list-style-type: none"> - Τήρηση όλων των όρων ασψίας και αντισηψίας κατά την αλλαγή του τραύματος. - Χορήγηση αντιβιοτικού προληπτικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η σωστή περιποίηση κατά την αλλαγή του τραύματος θα αυνελέσει στην πρόληψη μολύνσεων αυτού από επιδερμικά μικρόβια. - Η προληπτική χορήγηση του FUCIDINE γίνεται για την αποτροπή ενδεχομένων σταφυλοκοκικών λοιμώξεων στο τραύμα.
Ανάγκη εντέλευσης αλλά γής τραύματος.	Αλλαγή τραύματος και για την παρακολούθηση της κατστάσέως του και την αποφυγή επιμολύνσεως από το παλιό επιδερμικό υλικό.	Να γίνει περιποίηση και αλλαγή τραύματος.	<ul style="list-style-type: none"> - Εμπότιση του παλαιού επιδερμικού υλικού με αλατούχο διάλυμα και προσεκτική αποκόλληση του από το τραύμα. - Πλύση του τραύματος με SODIUM CHLORIDE 0.9% και σκούπισμα με στεγνές αποστειρωμένες γάζες. - Τοποθέτηση επάνω στο τραύμα αντισηπτικής αλοιφής BETADIN. - Κάλυψη του τραύματος με στεγνές αποστειρωμένες γάζες και επίδεσθ του με ελαστικό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά τη λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς ανά ζωρη παρατηρήθηκε σταθερότητα στις τιμές τους. - Έγινε η αλλαγή του τραύματος τηρώντας όλους τους όρους ασηψίας και αντισηψίας το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό για την αποτροπή μολύνσεων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>21.6.90. Ανάγκη ενημέρωσης για αποκατάσταση.</p>	<p>Η πλήρης επανένταξη του ασθενούς στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.</p>	<p>Να δοθούν οδηγίες στον ασθενή: - Όσον αφορά τη συνέχιση της αγωγής με FUCIDINE CAPS προληπτικά για δέκα ημέρες ακόμη. - Την αποφυγή παρατεταμένης ορθοστασίας και την απουσία από την εργασία για ένα μήνα τουλάχιστον ακόμη.</p>	<p>Εδόθησαν οι οδηγίες στον ασθενή για: - Τη συνέχιση της αγωγής με FUCIDINE CAPS για την πρόληψη σταφυλοκοκκικών λοιμώξεων. - Την αποφυγή εργασίας και παρατεταμένης ορθοστασίας. - Την επανεπίσκεψη στο γιατρό για την αφαίρεση των ραμμάτων την 9η μετεγχειρητική ημέρα και την εκτέλεση τότε λουτρού καθαριότητας του ποδιού μόνο με χλιαρό νερό. - Τη χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων για την επίδεσή του επί 10 ημέρες. - Επίσης έγινε ενημέρωση-θερμότητα και την ενημέρωση του</p>	<p>Ο ασθενής κίτω από την επίβλεψη της νοσηλεύτριας έμαθε να κάνει σωστή αλλαγή στο τραύμα του. την περιποίηση και την αλλαγή του τραύματός του όπως του έγινε και το πρωί.</p>

- Την τοποθέτηση των ελαστικών το πρώι πριν την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι και την αφάρεσή τους το βράδυ, επί 10 ημέρες διαρκώς.
- Την αντικατάσταση των ελαστικών με ελαστικές κάλτσες μετά την πάροδο 10 ημερών.
- Την τοποθέτηση των κάτω άκρων κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης και του ύπνου σε ανάρροπη θέση.
- Την αποφυγή προκλήσεως τραυματισμού στο σημείο αυτό του ποδιού.
- Την αποφυγή θαλασσοινών μύων και ηλιοθεραπείας. Και
- Την ενημέρωση του γιατρού εάν του παρουσιασθεί οποιοδήποτε πρόβλημα.
- Την τοποθέτηση για το υλικό που ελέγχει αν προσκύψει κάποιο πρόβλημα.
- Την αποφυγή για την περιποίηση του τραύματος, δηλαδή αποστειρωμένα γάντια, επιδερμικό υλικό και γάζες, διάλυμα water for injection για την πλύση του τραύματος και Betadine αλοιφής για επάλειψη πάνω στο τραύμα καθώς και εκπαίδευση του ασθενούς για τη διαδικασία που ακολουθείται κατά την αλλαγή του και τον τρόπο επανατοποθέτησης και αφάρεσης των ελαστικών επιδέσμων από τα δάκτυλα ως τη βουβωνική χώρα πριν την έγερσή του από το κρεβάτι.
- Ο ασθενής επίσης ενημερώθηκε για την αντικατάσταση των ελαστικών με ειδικές ελαστικές κάλτσες, μετά από 10 ημέρες, τις οποίες θα τοποθετεί κατά τον ίδιο τρόπο με τους ελαστικούς.
- Για την τοποθέτηση των κάτω άκρων του σε ανάρροπη θέση κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης και του ύπνου.
- Την προφύλαξη από κάθε τραυματισμό της περιοχής αυτής για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την αποφυγή εκθέσεως στον ήλιο με τα θαλασσινά μπάνια. Και
- Την ενημέρωση του γιατρού εάν παραστεί ανάγκη.

2ο Περιστατικό: Στις 1.7.90 προσήλθε στα εξ. Ιατρεία του νοσοκομείου η ασθενής Β.Α., ετών 38, επάγγελμα οικιακά, αναφέροντας η ίδια ότι προ 14ετίας (μετά το δεύτερο τοκετό) παρατήρησε οίδημα στα κατώτερα σημεία των ποδιών της και διάταση των φλεβών των κάτω άκρων της μετά από μακρά ορθοστασία. Τα τελευταία χρόνια αναφέρει η ίδια πως έγινε εντονότερη η διάταση των φλεβών και του οιδήματος, καθώς και του αισθήματος βάρους στα κάτω άκρα και γι' αυτό το λόγο προσήλθε στο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο και κατόπιν ιατρικής εξέτασης εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου για χειρουργική αντιμετώπιση, με αιτία εισόδου:

- οίδημα μείζων σαφηνών άμφω
- φλεβεκτασία έσω επιφάνειας γαστροκνημίας
- αίσθηση βάρους κάτω άκρων μετά από ορθοστασία.

Η κατάσταση της ασθενούς κατά την εισαγωγή της στην κλινική ήταν η εξής: Θ. = 37⁰C, Σφ. = 76/λεπτό, Α.Π. = 150 MM HG, Αν.: 19/λεπτό, αναπνευστική κατάσταση: καλή, χροιά δέρματος = κανονική, εξάνθημα = όχι, οιδήματα = στα κάτω άκρα, κενώσεις = φυσιολογικές, ενούρηση = κανονική, κατακλίσεις = όχι, δίαιτα = ελεύθερη. Σημειώνεται επίσης ότι κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού η ασθενής είχε βάρος 100 κιλά, ύψος 1,64 μ., δεν έπασχε από χρόνια νοσήματα, αλλεργίες και δεν έκανε χρήση φαρμάκων. Εκείνο που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι στο οικογενειακό της ιστορικό αναφέρεται η ύπαρξη κισρών στη μητέρα της. Άρα υπάρχει και κληρονομική προδιάθεση, καθώς και δυο προηγούμενες κυήσεις, που σημαίνει ότι έχει επιδράσει και ο ενδοκρινολογικός παράγοντας.

Στη συνέχεια ακολούθησαν οι εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας (Rö θώρακος, Η.Κ.Γ., γενική ούρων, γενική αίματος, ουρία,

σάκχαρο αίματος, ομάδα, RHESUS, διασταύρωση αίματος, χρόνος ροής, πήξης και T.K.E.). Επίσης η ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο DOPPLER και εκλήθη αναισθησιολόγος για αναισθησιολογική εκτίμηση προς αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Αφού ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς, στις 3.7.1990 οδηγήθηκε στο χειρουργείο στις 8.00 π.μ., πήρε γενική νάρκωση και επεβλήθη: δεξιά σε υψηλή απολίνωση και τοπικές εκριζώσεις και αριστερά σε STRIPPING μέχρι το ύψος των έσω μηριαίων κονδύλων από τη σαφηνομηριαία συμβολή και τοπικές εκριζώσεις, σύμφωνα με το πρακτικό της εγχειρήσεώς της. Εξήλθε από το χειρουργείο στις 10.30 π.μ. σε γενικά καλή κατάσταση. Δεν παρουσίασε κανένα μετεγχειρητικό πρόβλημα και με την κατάλληλη θεραπευτική και νοσηλευτική παρέμβαση, η ασθενής εξήλθε στις 4.7.90 σε καλή γενική κατάσταση.

ΠΡΟΓΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ
1.7.90	Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.	Λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού για την απόκτηση πληροφοριών από τον ασθενή και τα προβλήματα του.	Λήψη των ζωτικών σημείων και παρατήρηση των εξής σημείων πάνω στην ασθενή: χροιά δέρματος, εξάνθημα, κατακλίσεις, οιδήματα, αναπνευστική κατάσταση, κενώσεις, ενούρηση, βάρος, ύψος, χρόνια νοσήματα.	Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία: Θ=37°C, Σφ.=76/λεπτό, Α.Π. = 150 MM HG, Αν.=19/λεπτό και παρατηρήθηκαν τα εξής: χροιά δέρματος = κανονική, εξάνθημα = όχι, κατακλίσεις = όχι, οιδήματα = κίτρω άκρων, αναπνευστική κατάσταση = καλή, κενώσεις = φυσιολογικές, ενούρηση = κανονική, βάρος = 100 κιλά, ύψος = 1,64 μ., χρόνια νοσήματα = όχι.	Ύστερα από επιμελή και σωστή παρατήρηση της νοσηλεύτριας καθώς και συνεργασίας της ασθενούς κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού βγαίνει το συμπέρασμα ότι η ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.
Ανάγκη εκτέλεσης RÖ θώρακα και λήψη ούρων για γενική εξέταση, για την εύρεση τυχόν παθολογικών στοιχείων και για την παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια αντίστοιχα.	Εκτέλεση RÖ θώρακος και λήψη ούρων για γενική εξέταση, για την εύρεση τυχόν παθολογικών στοιχείων και για την παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια αντίστοιχα.	- Να οδηγηθεί η ασθενής στο ακτινολογικό εργαστήριο αφού ετοιμάσει το παρασκευαστικό ο ιατρός. - Να δοθεί UROBOX στην ασθενή και να της υποδειχθεί ο τρόπος της συλλογής των ούρων.	- Εγρέφη το παρασκευαστικό από τον ιατρό και οδηγήθηκε η ασθενής στο ακτινολογικό εργαστήριο για RÖ θώρακος. - Εδόθη το UROBOX στην ασθενή και ενημερώθηκε για τον τρόπο συλλογής των ούρων.	- Έγινε η RÖ θώρακος και δεν παρουσίασε κανένα ακτινολογικό εύρημα. - Κατόπιν σωστής συνεργασίας νοσηλεύτριας και ασθενούς έγινε η λήψη ούρων για γενική εξέταση.	
Ανάγκη διεξαγωγής των αιματολογικών εξετάσεων.	Εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων μετά τη λήψη αίματος για την εξακρίβωση των φυσικών	- Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς να παραμείνει νοσητική για τη λήψη των εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας:	- Η ασθενής ενημερώθηκε να παραμείνει νοσητική και έγινε αιματολογικών εξετάσεων για την ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί.	- Η ασθενής ενημερώθηκε να παραμείνει νοσητική και έγινε αιματολογικών εξετάσεων για την ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί.	

λογικών ή μη τιμών τους.

Ανάγκη λήψης Η.Κ.Γ. για την ανεύρεση ή μη παθολογικών στοιχείων που παρεμποδίζουν τη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς.

Οίδημα σφύρων άμφω. οιδήματος.

Αίσθημα βάρους. Αντιμετώπιση του αισθήματος βάρους.

- Γενική αίματος και ΤΚΕ.
- Σάκχαρο και ουρία αίματος.
- Ομάδα, RHEBUS, διασταύρωση.
- Χρόνος ροής, πήξης.

Έγκαιρη ενημέρωση της ασθενούς για την εξέταση που πρόκειται να γίνει, πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας στη χορήγηση γενικής νάρκωσης και λήψη του Η.Κ.Γ.

- Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση.
- Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.

- Κατάλληλη τοποθέτηση των κάτω άκρων στο κρεβάτι.
- Περιορισμός κατά το δυνατό της κινητοποίησης της ασθενούς.

- Σάκχαρο και ουρία αίματος.
- Ομάδα, RHEBUS, διασταύρωση.
- Χρόνος ροής, πήξης.

Έγινε η πλήρης ενημέρωση της ασθενούς για την εξέταση αυτή και κατόπιν η λήψη του Η.Κ.Γ.

Κατόπιν συνεργασίας της ασθενούς και επιστημονικής και τεχνικής κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού για τη λήψη του Η.Κ.Γ., έγινε η λήψη του και εξακριβώθηκε η φυσιολογική καρδιακή λειτουργία της ασθενούς.

- Έγινε τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανόρθωση θέση στο κρεβάτι.
- Έγινε τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων τρεις φορές.

- Έγινε η τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανόρθωση θέση και ενημερώθηκε η ασθενής να περιορίσει στο ελάχιστο δυνατό την κινητοποίηση της και ορθοστασία εντός της κλινικής.
- Λόγω της ύπαρξης κισμών στα κάτω άκρα επιβαρύνονταν η φλεβική κυκλοφορία της ασθενούς με τη συνεχή κινητοποίησή της και την παρατεταμένη ορθοστασία, με συνέπεια την εμφάνιση του συμπτώματος αισθήματος βάρους στα σφύρα. Η λήψη των κατάλληλων μέτρων για την

αντιμετώπιση του επέφε-
 ρε τ' αναμενόμενα απο-
 τελήματα, δηλαδή εξά-
 λειψη του συμπτώματος.

2.7.90 Ανάγκη πρό- ληψης θρομβοφλε- βίτιδων και πνευ- μονικής εμβολής.

- Εκπαίδευση ασθενούς για την εκτέλεση αναπνευστι- κών κινήσεων και ασκήσεων κάτω άκρων μετεγχειρητικά.

- Έναρξη αντιπηκτικής α- γωγής κατόπιν ιατρικής εν- τολής.

- Έγινε διδασκαλία και ε- κτέλεση παρουσία νοσηλεύ- τριας των αναπνευστικών κινήσεων και ασκήσεων κώ- τω άκρων.

- Έγινε χορήγηση στις 6 π.μ. CALCIPARINE AMP υπο- δόρια 1X2.

- Η εκπαίδευση του ασθενούς όσον αφορά την εκτέ- ληση αναπνευστικών κινή- σεων και ασκήσεων κάτω άκρων μετεγχειρητικά απο- βλέπει στην αποτροπή με- τεγχειρητικών επιπλοκών από το κυκλοφορικό σύστη- μα.

'ΕΛΕΓΧΟΣ DOPPLER.

Εκτέλεση εξέτασης DOPPLER για εκτί- μηση ανεπάρκειας των φλεβών, βαλ- βίδων καθώς και φλεβικού τοιχώμα- τος.

- Να ειδοποιηθεί το εργα- στήριο για την εκτέλεση της εξέτασης αυτής, καθώς και η ίδια η ασθενής και να οδηγηθεί στο εργαστή- ριο συνοδεία νοσοκόμου.

- Ενημερώθηκε η ασθενής για το είδος της εξέτα - σης, ειδοποιήθηκε το εργα- στήριο και οδηγήθηκε εκεί συνοδεία νοσοκόμου για την εκτέλεση της εξέτασης, η οποία και πραγματοποιήθη- κε.

- Κατόπιν έγκαιρης ενημέ- ρωσης της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, η α- σθενής ήταν αρκετά συνερ- γητική, δηλαδή την αναστο- λή δημιουργίας θρόμβου εν- τός των αγγείων.

του μηρού και έσω επιφάνεια και
 Β) στο δεξιά κάτω άκρο: 1) α-νεπάρκεια σαφηνομυριαίας σπυ-βολής, 2) πιθανή ανεπάρκεια διατιτώσας στη μεσότητα κνή-μης (Δ) προς την έσω επιφά-νεια.

Οι συντονισμένες νοσηλευτικές ενέργειες οδήγησαν στη λήψη της αναισθησιολογικής εκτίμη-σης βάσει της οποίας κρίθηκε ότι η ασθενής μπορεί να λάβει γενική νάρκωση.

Ο αναισθησιολόγος προ-σλήθε και έκανε την ε-ξέταση της ασθενούς.

Να κληθεί αναισθησιολόγος για να κάνει την αναισθη-σιολογική εκτίμηση της α-σθενούς, δηλαδή να καθο-ρίσει αν είναι σε θέση να πάρει αναισθησία και το είδος της αναισθησίας που θα της χορηγηθεί.

Ανάγκη ελέγ-χου του ασθε-νούς από α-ναισθησιολό-γο.
 Αναισθησιολογική ε-κτίμηση για τον κα-θορισμό του είδους της νάρκωσης και τη χορήγησή του.

Ύστερα από έγκαιρη ενημέρω-ση της ασθενούς για το ότι η εκτέλεση του λουτρού καθαριό-τητας και του εγχειρητικού πεδίου αποβλέπει στην αποφυγή μολύνσεων κατά την επέμβαση, η ασθενής συμφωνώθηκε με τις νοσηλευτικές οδηγίες και επέ-τρεψε την εκτέλεσή τους.

Έγινε το λουτρό καθα-ριότητας με τη χρήση αντισηπτικού διαλύμα-τος και ακολούθησε η εκτέλεση του εγχειρη-τικού πεδίου.

Να γίνει λουτρό καθαριότη-τας, αντισηψία και αποτρί-χωση εγχειρητικού πεδίου.

Καθαρισμός και ευπρεπι-σμός εγχει-ρητικού πε-δίου.
 Να γίνει καθαρισμός και προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, έτσι ώστε η ασθενής να είναι πλήρως προ-ετοιμασμένη για το χειρουργείο.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	Ανάγκη χορήγησης ελαφρών δίαιτας για την αποφυγή επιβάρυνσης του βρόχου της παραμονής της εγχείρησής.	Χορήγηση ελαφρών δίαιτας για την αποφυγή επιβάρυνσης του στομάχου της ασθενούς.	Να δοθεί τσάι και φρυγανιά στην ασθενή για βραδινό.	Εδόθη στην ασθενή μόνο τσάι και φρυγανιά.	Η χορήγηση στην ασθενή το βράδυ της παραμονής της εγχείρησής μόνο τσαγιού και φρυγανιάς αποβλέπει στο να παραμείνει όσο το δυνατό λιγότερο υπόλειμμα εντός του εντερικού σωλήνα ο οποίος το πρωί θα δέχεται τον υποκλυσμό.
	Αϋπνία λόγω της αγωνίας και του φόβου για το αποτέλεσμα της εγχείρησής.	Εξάλειψη κατά το δυνατό αυτών των συναισθημάτων της ασθενούς στην αϋπνία που προκαλούν προδιαθέτει στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία.	Συζήτηση με την ασθενή για την αποτελεσματικότητα της επέμβασης αυτής στην αποκατάσταση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων.	Πραγματοποιήθηκε η συζήτηση με την ασθενή μέσα από την οποία ενημερώθηκε και για την ανακούφιση από τα σημεία και συμπτώματα των κρισών μετεγχειρητικών.	Μετά το πέρας της συζήτησης η ασθενής έδειξε ότι απαλλάχθηκε από το φόβο και την ανησυχία που την κυριεύε πριν και ευχαρίστησε τη νοσηλεύτρια για την πολύτιμη βοήθειά της.
	Ανάγκη εκτέλεσης τελικής προεγχειρητικής ετοιμασίας στην ασθενή για την ολοκληρωμένη προεγχειρητική ετοιμασία της για τη διεξαγωγή της επέμβασης και την πρόληψη εντερικού σωλήνα με FLIT ENEMA.	Ενήμερωση της ασθενούς να παραμείνει απολύτως νηστική μέχρι την ώρα της εγχειρήσεως.	Ενήμερωση της ασθενούς για την εκτέλεση υποκλυσμού και της λήψης ύδατος.	Χορηγήθηκε STEDON TABL κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	Το πρεμιστικό συντέλεσε απόλυτα στην πρόκληση ενός ήσυχου και άνετου ύπνου.
3.7.90	Ανάγκη εκτέλεσης τελικής προεγχειρητικής ετοιμασίας στην ασθενή για την ολοκληρωμένη προεγχειρητική ετοιμασία της για τη διεξαγωγή της επέμβασης και την πρόληψη εντερικού σωλήνα με FLIT ENEMA.	Ενήμερωση της ασθενούς να παραμείνει απολύτως νηστική μέχρι την ώρα της εγχειρήσεως.	Ενήμερωση της ασθενούς για την εκτέλεση υποκλυσμού και της λήψης ύδατος.	Χορηγήθηκε STEDON TABL κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	Κατόπιν διδασκαλίας της ασθενούς για τη σημασία υπάρξεως κενού στομάχου κατά τη διάρκεια της επέμβασης για την αποφυγή εισροφήσεως και κενού εντέρου και ουροδόχου κύστεως για την αποφυγή κενώσεως αυτών επάνω στη χειρουργική τράπεζα δέχτηκε να συμμορφωθεί με τις νοσηλευτικές οδηγίες και να βοηθήσει στην

τικειμένου που φέρει επά-
νω της.

- Αφαίρεση όλων των ενδυ-
μάτων της και αντικατά-
σταση με ενδύματα του
χειρουργείου.

- Λήψη ζωτικών σημείων
και χορήγηση της προνάρ-
κωσης.

- Τελική υπενθύμιση για
την εκτέλεση των αναπνευ-
στικών κινήσεων και ασκή-
σεων κάτω άκρων μετεγχει-
ρητικά.

εκτέλεσή τους.

- Η ασθενής δέχτηκε την αφαί-
ρεση των προσωπικών της χρυ-
σολόγι, μια αλυσίδα χει-
ρός, ένα δακτυλίδι και
τοποθετήθηκαν σε ειδικό
φάκελο με το ονοματεπώ-
νομό της και παραδόθη -
σαν στην προϊσταμένη.

- Της αφαιρέθηκαν όλα
τα ενδύματά της και έ-
γινε η αντικατάστασή
τους με χειρουργικά.

- Έγινε η λήψη των ζω-
τικών σημείων της: θ =

36,6°C, Σφ.=72/λεπτό,
Α.Π. 100 MM HG, Α.ν. =
20/λεπτό και καταγρά-
φηκαν στο προεγχειρη-
τικό νοσηλευτικό δελ-
τίο της ασθενούς.

- Μισή ώρα προ της ε-
πεμβάσεως χορηγήθηκε

I.M. η προνάρκωση ($\frac{1}{2}$
ATROPINE AMP και $\frac{1}{2}$
PETHIDINE AMP).

- Της έγινε τελική
υπενθύμιση των ανα-
πνευστικών κινήσεων

και κινήσεων κάτω ά-
κρων για την εφαρμο-
γή τους μετεγχειρητι-
κά.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	Ανάγκη προετοιμασίας κλίνης και θαλάμου για την υποδοχή της ασθενούς κάτω από ορισμένες συνθήκες που θα συντελέσουν ως επί το πλείστον θετικά στην εξέλιξη και παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας της ασθενούς.	Τακτοποίηση κλίνης και θαλάμου για την υποδοχή της ασθενούς κάτω από ορισμένες συνθήκες που θα συντελέσουν ως επί το πλείστον θετικά στην εξέλιξη και παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας της ασθενούς.	Να γίνει ετοιμασία του χειρουργικού κρεβατιού, τακτοποίηση του κομοδίου με τ' απαραίτητα αντικείμενα πάνω σ' αυτό, καθώς και κατάλληλη ετοιμασία του χώρου στον οποίο θα επιστρέψει από το χειρουργείο η ασθενής.	Έγινε η κατάλληλη ετοιμασία του χειρουργικού κρεβατιού με την τοποθέτηση μαξιλαριού στο πάνω μέρος του κρεβατιού στο κιγκλίδωμα και αδιάβροχου κεφαλής και πετσέτας στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων κλινοσκεπασμάτων από ενδοχώραν. Επίσης έμεινε ανοιχτό απ' όλες τις μεριές.	Ο τρόπος αυτός προετοιμασίας της κλίνης που θα δεχτεί τη χειρουργημένη ασθενή εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς, που είναι η αποφυγή τραυματισμού της κεφαλής κατά τις διεγέρσεις της ασθενούς στο στάδιο της ανάρρωσης, η προστασία των κλινοσκεπασμάτων από ενδοχώραν δεχόμενους εμέτους και η εύκολη και γρήγορη τοποθέτηση της ασθενούς από το φορείο στο κρεβάτι της.
					- Η τοποθέτηση όλων αυτών των αντικειμένων επάνω στο κομοδίνο της ασθενούς αποβλέπει στην έγκαιρη αντιμετώπιση των πρώτων μετεγχειρητικών δυσχερειών.
					- Η προετοιμασία του διαγράμματος της ασθενούς έγινε με σκοπό την ολοκληρωμένη παρακολούθηση της μετεγχειρητικής κατάστασής της μετεγχειρητικά.
					- Τέλος, η τακτοποίηση του θαλάμου με υγρό σκούπισμα, εξαερισμός του και περιορισμός του φωτός εντός αυτού καθώς και επισκεπτιών, έχει σα στόχο την αποτροπή της επιβάρυνσης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
				-- Έγινε αερισμός του θαλάμου, υγρό σκούπι- σμα και ξεσκόνισμα των επίπλων του και τέλος περιορισμός του φωτός εντός αυτού καθώς και των συγγενών του ασθε- νούς.	ση με μικρόβια της ατμόσφαι- ρας του περιβάλλοντος που θα δεχτεί τη χειρουργημένη, τα οποία θ' αποτελέσουν εστία μολύνσεως για την ασθενή.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
3.7.1990	Ανάγκη παραλαβής χειρουργημένης στις 12 μ. β.	Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς για την όσο το δυνατό ομαλότερη μετεγχειρητική της πορεία.	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. - Να διατηρηθεί η ασθενής σε καλή φυσική κατάσταση. - Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων. - Να αναγνωσθεί το προεγχειρητικό νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς. - Να παρατηρηθεί το τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής τοποθετήθηκε σε υπίτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. - Προστέθηκαν στα κλινοσκεπάσματα της μια ακόμη κουπάρα επειδή κρύωνε. - Έγινε λήψη των ζωτικών της σημείων: Θ=36.8°C, Σφ.=84/λεπτό, Α.Π. 110 MM HG, Αν. = 20/λεπτό. Ετέθη σε 3ωρη παρακολούθηση. - Στο προεγχειρητικό νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς αναφέρεται I.V. λήψη του ορού που φέρει από το χειρουργείο (N/S 1000CC) και το βράδυ λήψη υγρών PEROS. - Δεν υπάρχουν σημεία αιμορραγίας από το τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η τοποθέτηση του ασθενούς α' αυτή τη θέση συντέλεσε σημαντικά στην αποδρόμή του αναπνευστικού. - Η προσθήκη επιπλέον κλινοσκεπασμάτων βοήθησαν την ασθενή ώστε να μην κρύνει. - Η λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς έδειξε ότι η γενική της κατάσταση είναι καλή. - Έγινε η λήψη του ορού που έφερε από το χειρουργείο η ασθενής (N/S 1000 CC) και το βράδυ πήρε τσάι και φρυγανιά από το στόμα. - Η προσεκτική παρατήρηση του τραύματος από τη νοσηλεύτρια παραλαβής έδειξε ότι δεν υπάρχει αιμορραγία στο τραύμα.
	Ανάγκη 3ωρης παρακολούθησης ζωτικών σημείων.	3ωρος έλεγχος φυσιολογικών ή μη ζωτικών λειτουργιών.	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει 3ωρη λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία κάθε τρεις ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς κάθε 3 ώρες καθόλη τη διάρκεια του 24ώρου δεν έδειξε μεγάλες διαφορές από τις τιμές της αρχικής λήψης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΘΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
4.7.90	Ανάγκη ενήμερωσης της ασθενούς για αποκατάσταση.	Να γίνει έγερση της ασθενούς για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων.	<p>Να βοηθηθεί η ασθενής να κινητοποιηθεί αφού πάρει πρώτα το πρωινό της.</p> <p>Να δοθούν οι εξής οδηγίες στην ασθενή:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Να προσέλθει στο γιατρό την 8η μετέγχειρητική ημέρα για αφαίρεση των ελαστικών και των ραμμάτων. - Να μην κάνει λουτρό στα πόδια της πριν την κοπή των ραμμάτων αλλά μόνο μετά την αφαίρεσή των κι αυτό χρησιμοποιώντας αποκλειστικά χλιαρό νερό. - Να γίνει εκπαίδευση της ασθενούς του τρόπου αφαίρεσης και τοποθέτησης των ελαστικών επιδέσμων μετά το καθημερινό λουτρό των ποδιών, τους οποίους θα χρησιμοποιήσει ακόμη για διάστημα 10 ημερών μετά την αφαίρεση των ραμμάτων. - Να γίνει επίσης εκπαίδευση της ασθενούς για τον τρόπο τοποθέτησης των ελαστικών καλτσών προς αντιδευση της ασθενούς για τον δέσμων κατά τον ίδιο τρόπο μετά το διάστημα των 10 ημε- 	<p>Με τη σωστή συνεργασία νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς επιτεύχθηκε η γρήγορη κινητοποίηση της ασθενούς.</p> <p>Εδόθησαν οι οδηγίες στην ασθενή για:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Την επανεπίσκεψή της στο γιατρό την 8η μετεγχειρητική ημέρα για την αφαίρεση των ελαστικών και των ραμμάτων. - Την αποφυγή εκτέλεσης ποδολούτρου πριν την αφαίρεση των ραμμάτων παρά μόνο μετά και με τη χρησιμοποίηση μόνο χλιαρού νερού. - Τον τρόπο αφαίρεσης και επανατοποθέτησης των ελαστικών επιδέσμων μετά το καθημερινό ποδολούτρο από τα δάκτυλα ως τη βουβωνική χώρα, πριν την έγερση από το κρεβάτι και για διάστημα 10 ημερών μετά την κοπή των ραμμάτων. - Τον τρόπο τοποθέτησης των ελαστικών καλτσών προς αντιδευση της ασθενούς για τον δέσμων κατά τον ίδιο τρόπο μετά το διάστημα των 10 ημε-

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

λαστικών καλαμών που θ' αντικαταστήσουν τους ελαστικούς και που θα πρέπει να τις φοράει η ασθενής συνεχώς και να τις αφαιρεί μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου.

- Την τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρρωση θέση κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης και του ύπνου.
- Την αποφυγή μακράς ορθοστάσις και την έκθεση σε κάθαρση ελκώδους θερμότητας. Τέλος
- Ενημερώθηκε ώστε να βρει σε επαφή με το γιατρό της σε περίπτωση που προκύψει κάποιο πρόβλημα.

- Ν' αποφεύγει την πολύωρη ορθοστάσια και την εφαρμογή ζεστών ποδολουτρών καθώς και την επαφή με κάθε ελκώδους θερμότητας.

- Τέλος να έρθει σ' επαφή με το γιατρό της για οποιοδήποτε πρόβλημα προκύψει.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Οι κίρσοι κάτω άκρων είναι μια από τις παθήσεις των φλεβών με μεγάλο ποσοστό συχνότητας στους ενήλικες, όπως αναφέρθηκε και κατά τη συγγραφή της εργασίας. Ο κληρονομικός παράγοντας, καθώς και ο τρόπος ζωής των ανθρώπων αυτών, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των κίρσων, τα συμπτώματα των οποίων είναι πολύ ενδεικτικά της υπόνοιας πως υπάρχει επιβαρυσμένη φλεβική κυκλοφορία στα κάτω άκρα. Εκείνο όμως που είναι πολύ σημαντικό και που θα πρέπει να γνωρίζει το άτομο που έχει προδιάθεση εμφάνισης τέτοιας νόσου και παρουσιάζει κάποια από τα εμφανή συμπτώματά της, είναι ότι δεν πρέπει να εθελotuφλεί εμπρός στα προειδοποιητικά μηνύματα που εκπέμπει ο ανθρώπινος οργανισμός όταν κάποια λειτουργία του δεν γίνεται ολοκληρωμένη. Οι επιπλοκές που είναι δυνατό να εμφανίσει ένα άτομο με μακροχρόνιους κίρσους που δεν έχουν υποβληθεί σε κάποια θεραπευτική αγωγή, είναι αρκετά επικίνδυνες και για τη ζωή ακόμη του ατόμου αυτού.

Στα σημεία λοιπόν αυτά εντοπίζεται ως επί το πλείστον ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο με τις επιστημονικές γνώσεις που διαθέτει θα πρέπει να ενημερώσει τα άτομα με προδιάθεση για τα μέτρα πρόληψης τέτοιων καταστάσεων, ώστε να αποτραπούν κατά το δυνατόν οι πολύ σοβαρές επιπλοκές της ασθένειας. Επίσης θα πρέπει να συνεισφέρει ολοκληρωτικά στην άμεση αντιμετώπιση και ανακούφιση του ασθενούς από τα πολύ ενοχλητικά συμπτώματα των κίρσων, χρησιμοποιώντας τις επιστημονικού επιπέδου γνώσεις του. Τέλος, στην περίπτωση νοσηλείας σε νοσοκομείο ασθενούς με κίρσους κάτω άκρων, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που θα πρέπει να συντελέσει άμεσα στη σωματική

και ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς τόσο στην αποκατάσταση του σωματικού ειδώλου μετεγχειρητικά, όσο και στην αντιμετώπιση τυχόν υποτροπών, καθώς και στην πλήρη επανένταξη αυτού στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Συνοψίζοντας λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως η ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη της ασθένειας είναι τόσο μεγάλη, όσο μεγάλη είναι και η ευθύνη για τη θεραπεία της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.: Επιτομή χειρουργικής και ορθοπεδικής, έκδοση 5η αναθεωρημένη, εκδόσεις Δ. Βασώνη, Αθήνα 1987.
- BEER-POITEVIN F.: "Κιρσοί", Μεγάλη Ιατρική εγκυκλοπαίδεια (ελληνική μετάφραση Ελένης Λογαρά), τόμος 2ος, έκδοση 1η, εκδοτικός οργανισμός χρυσός τύπος, Αθήνα 1980.
- ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ: Εγχειρίδιο χειρουργικής παθολογίας, τόμος 2ος, έκδοση 3η, ιατρικές εκδόσεις Π. Πασχαλίδη, Αθήνα 1985.
- ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ν.: Ο γιατρός της οικογένειας, έκδοση 11η, εκδόσεις αφών Βλάσση, Αθήνα 1979.
- FRICK H. - LEONHARDT H. - STARCK D.: Γενική Ανατομία, Ειδική Ανατομία (ελληνική μετάφραση Νηφόρος Νίκος), έκδοση 3η, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
- GUYTON A.: Φυσιολογία του ανθρώπου (μετάφραση Α. Ευαγγέλου), έκδοση 3η, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΚΑΒΑΖΑΡΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: Χειρουργική, τόμος 3ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Π. Γιαννακάκου, Αθήνα 1958-59.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, τόμος Α', έκδοση 10η, εκδόσεις Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τόμος Β', μέρος 1ο, έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- ΜΠΑΡΔΟΥ-ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ: Εγχειρίδιο φυσιοθεραπείας, έκδοση 2η, ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ", Αθήνα 1987.

ΜΠΡΑΖΙΩΤΗΣ ΚΩΣΤΑΣ: Αιμορροΐδες και κίρσοι κάτω άκρων, έκδοση 1η, εκδόσεις Σ. Παπαδογιάννη, Αθήνα 1972.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: Μαιευτική, έκδοση 2η, εκδόσεις αφών Γιαχούδη - αφών Γιαπούλη, Θεσ/νίκη 1973.

ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ: Βασική Νοσηλευτική, έκδοση 1η, εκδόσεις Ευνίκη, Αθήνα 1984.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 1ος επανέκδοση, έκδοση πρωτότυπη, εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 2ος, μέρος Α', έκδοση πρωτότυπη, εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.

ΤΟΥΝΤΑΣ Κ.: Χειρουργική, τόμος 1ος, έκδοση 3η, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1975.

ΤΟΥΝΤΑΣ Κ.: Χειρουργική, θώραξ και Αγγεία, τόμος 2ος, έκδοση 2η, εκδοτικός οίκος αφοί Σακούλα, Θεσ/νίκη-Αθήνα 1969.

VALERIA BERGAMASCHI, MAURIZIO CORVO, PAOLO BOCCHI: "Κίρσοι", Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, (ελληνική μετάφραση Καρκάνη Έφη), τόμος 6ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Δομική, Ελλάδα 1988.

HARRISON T.: Εσωτερική Παθολογία, τόμος 2ος, έκδοση 10η, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

ΧΡΗΣΤΕΑΣ Ν., ΜΠΑΛΑΣ Π.: Παθήσεις των αγγείων, έκδοση 1η, εκδοτικός οίκος Ιωάννη Καμπανά, Αθήνα 1964.

