

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

*

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής με θέμα :

" ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΣ "

*

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : Δαμηνά Σοφία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Μπατσολάνη Μαρία



Επιτροπή Εγκρίσης Εργασίας:

1.
2.
3.

ΑΝΩΜΟΙ
ΕΙΣΑΓΟΓΗ

423



Αφιερώνω

την ακόλουθη εργασία
στους γονείς μου και
σε όλους όσους εργάζονται
στο χώρο της Υγείας.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη ξεχωριστή από την ιατρική, με δική της ταυτότητα, δικό της αντικείμενο και δική της μεθοδολογία, που βοηθά τον άρρωστο από άλλες πηγές γνώσης από εκείνες της ιατρικής. Είναι το έργο που ασχολείται με την φροντίδα του ανθρώπου (ασθενούς και υγιούς). Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς.

Η νοσηλευτική, όπως και η θεραπευτική και η ιατρική όλη, έχει την αρχή της στην παρατήρηση, χάρις στην οποία απέκτησε διαρκώς αυξανόμενη πείρα.

Το άτομο υγιές ή άρρωστο, είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα με βασικές ανάγκες, που έχει ανάγκη από τις υπηρεσίες της νοσηλευτικής.

Με την ακόλουθη Πτυχιακή Εργασία, μου δίνεται η δυνατότητα να συμμετάσχω έμπρακτα μέσα στο χώρο της Νοσηλευτικής επιστήμης, επιλέγοντας σαν θέμα τον "Εκλινόκοινο".

Λόγω της βραχύτητας της εργασίας, δεν είναι δυνατή η ανάπτυξη όλων των πλευρών του θέματος κατά τρόπο ίσο.

Η επεξεργασία, διαίρεση και η παράθεση της ύλης έγινε με όση δυνατή μεθόδευση, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση από τον αναγνώστη.-

* * *

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίς
Πρόλογος	1
Περιεχόμενα	2
Εισαγωγή	4
Α' ΜΕΡΟΣ (ΓΕΝΙΚΟ)	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Ανατομία ήπατος	7
Φυσιολογία ήπατος	8
Ανατομία πνεύμονος	9
Φυσιολογία πνεύμονος	10
Ιστορική ανασκόπηση	11
Γεωγραφική κατανομή	12
Μορφολογία	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Βιολογία και κύκλος εξελίξεως	13
Παρασιτική δράση	16
Παθολογοανατομία	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Κλινική εικόνα	19
Διάγνωση	28
Επιπλοκές	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Θεραπεία	37
Πρόγνωση	52
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	53
Β' ΜΕΡΟΣ (ΕΙΔΙΚΟ)	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργικού αρρώστου:	63
Προεγχειρητική ετοιμασία	63
Νοσηλευτικά μέτρα κατά την επέμβαση	68
Μετεγχειρητική φροντίδα	71
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και νοσηλευτικά μέτρα αντιμετώπισης	76

Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με εγχείρηση ήπατος	80
Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με εγχείρηση θώρακος	82
Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με θωρακική παροχέτευση	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Βασικές αρχές κατά την κορήγηση O ₂	95
Νοσηλευτικά μέτρα κατά την ενδοφλέ- βια κορήγηση υγρών και αντιβιοτικών	97
Σχεδιάγραμμα Νοσηλευτικής Αντιμετώπι- σης προβλημάτων ασθενών με εχινοκοκκο- κύστη	100
Σχεδιάγραμμα Νοσηλευτικής Αντιμετώπι- σης επιπλοκών σε ασθενείς με εχινο- κοκκοκύστη	119
Η νοσηλεύτρια στην πρόληψη της νόσου	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
Ιστορικό ασθενούς με εχινόκοκο κύστη ήπατος και νοσηλευτική φροντίδα	127
Ιστορικό ασθενούς με εχινόκοκο κύστη πνεύμονος και νοσηλευτική φροντίδα	139
Γ' ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	
Σπάνιες εντοπίσεις εχινόκοκου κύστης (6 περιπτώσεις)	151
Επίλογος	161
Βιβλιογραφία	162

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη φύση υπάρχουν διαφόρων ειδών οργανισμοί, όπως είναι ο άνθρωπος, τα ζώα, τα φυτά, οι μικροοργανισμοί κλπ.

Ο καθένας από αυτούς ανήκει στο δικό του βασίλειο, ζει με τον δικό του τρόπο, έχει τον δικό του σκοπό και όλα αυτά συμβάλλουν στην ισορροπία της φύσεως.

Τα πάντα στη φύση διαγράφουν ένα κύκλο πορείας. Ο ένας οργανισμός ζει από τον άλλο και για τον άλλο. Μέσα σ'όλη αυτή την αρμονία της φύσεως υπάρχουν και μερικές εξαιρέσεις.

Ορισμένοι οργανισμοί (μικροί και μεγάλοι) ζούν σε βάρος κάποιου άλλου οργανισμού, δηλαδή παρασιτούν εις βάρος της υγείας και της ζωής αυτού.

Πρότυπο τέτοιων παρασίτων είναι η εχινόκοκκος ταινία που προκαλεί την εχινοκοκκίαση, η οποία είναι ιστική λοίμωξη του ανθρώπου.

Η εχινοκοκκίαση προκαλείται από το προνυμφικό στάδιο του εχινόκοκκου του κοκκιώδους (ECHINOCOCCUS GRANULOSUS) ή του εχινόκοκκου του κυψελώδους (ECHINOCOCCUS MULTILOCULAVIS).

Ο εχινόκοκκος εντοπίζεται σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, κυρίως όμως στο ήπαρ και στους πνεύμονες.

Στην εργασία που ακολουθεί, αναπτύσσονται τα προβλήματα

που εμφανίζονται κατά την πορεία της νόσου στους πνεύμονες και το ήπαρ, η θεραπευτική και η νοσηλευτική αντιμετώπιση αυτών.

Ακολουθεί το παράρτημα με ιστορικά σπάνιων εντοπίσεων χι-νοϊόκκου κύστης σε διάφορα όργανα και σημεία του ανθρώπινου σώματος.

Αντικειμενικός σκοπός της εργασίας είναι η κατανόηση της νόσου από τον αναγνώστη και η συμβολή αυτού στην καταπολέμηση της τόσο επικίνδυνης, για τον άνθρωπο, ασθένειας.-

* * *

A' ΜΕΡΟΣ (ΓΕΝΙΚΟ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του σώματος. Έχει βάρος 1.400 - 1.600 γραμμάρια, βρίσκεται στο δεξιό υποχόνδριο κάτω από το διάφραγμα και είναι εξάρτημα του πεπτικού συστήματος. Θεωρείται το χημικό εργαστήριο του οργανισμού. Το ήπαρ διασπά, εξουδετερώνει και παράγει διάφορες ουσίες.

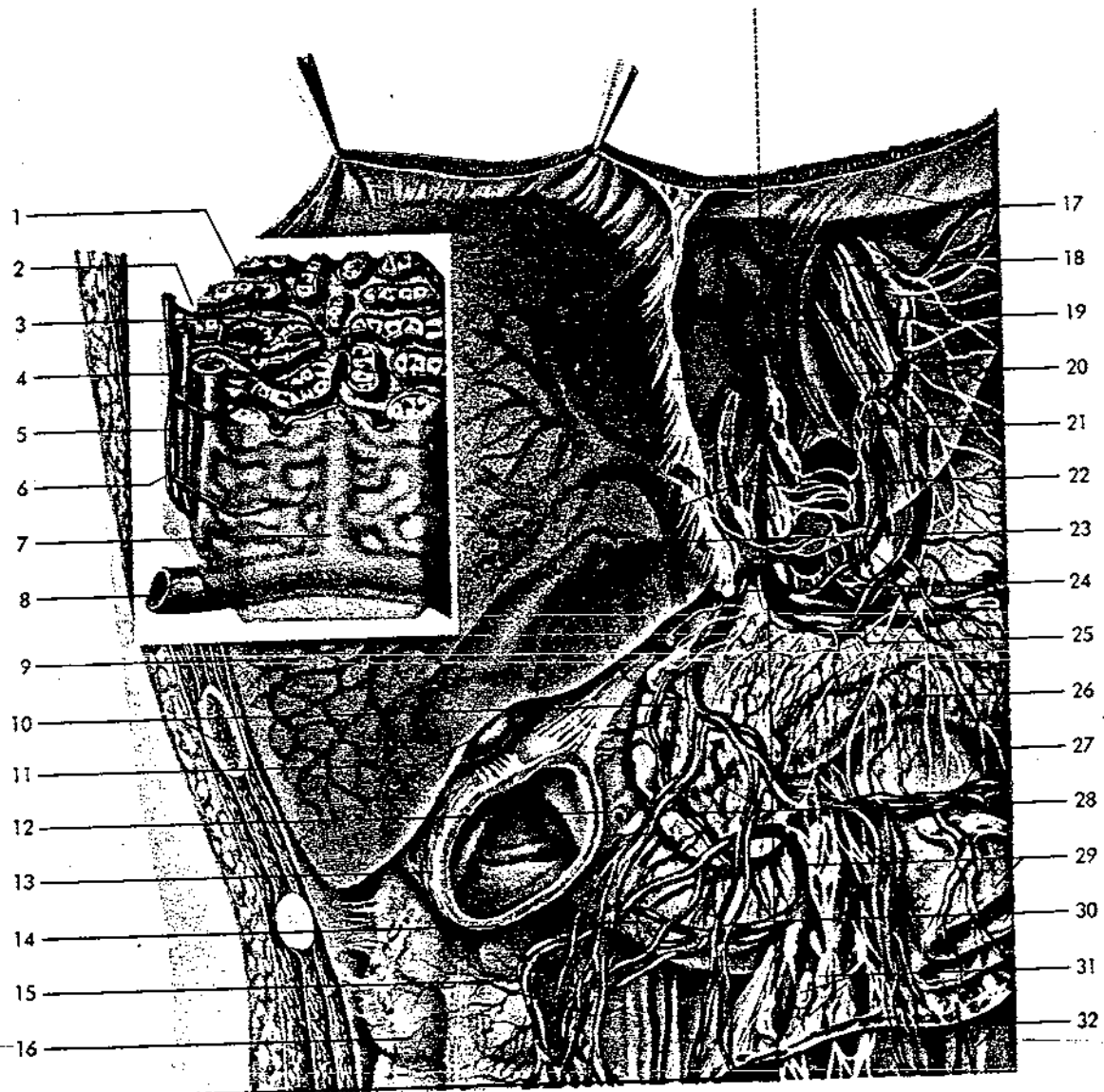
Μορφολογική μονάδα του ήπατος είναι το ηπατικό λοβίο. Το ήπαρ χωρίζεται σε αριστερό και δεξιό λοβίο. Τα ηπατικά λοβία χωρίζονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό, μέσα στον οποίο βρίσκονται οι ενδοηπατικοί μεσολοβιακοί κλάδοι της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας, τα απαγωγέα αγγεία της χολής, λεμφαγγεία και νεύρα (Εικ.1).

Στο ήπαρ διακρίνουμε τον αριστερό-δεξιό ηπατικό πόρο, τον κοινό ηπατικό πόρο, τον χοληδόχο πόρο, τον κυστικό πόρο και την χοληδόχο κύστη (Εικ.1).

Το αποχετευτικό σύστημα του ήπατος αποτελούν:

1. Οι δύο ηπατικοί πόροι : Ένας για κάθε λοβό. Είναι συνέχεια των ηπατικών τριχοειδών και μεσολόβιων χολαγγείων. Οι δύο ηπατικοί πόροι ενώνονται και σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο.
2. Ο χοληδόχος πόρος. Είναι η συνέχεια του κοινού ηπατικού. Κατά την εκβολή του στον δωδεκαδάκτυλο, στο φύμα

"Ανω δεξιόν τεταρτημόριον τῆς κοιλίας



ΕΙΚ. I

- 1) Τριχοειδή πυλαίας φλεβός
- 2) Ἄρτηρίδιον
- 3) Χοληφόρα τριχοειδή
- 4) Κλάδος ἡπατικής ἀρτηρίας
- 5) Χοληφόρος πόρος
- 6) Κλάδος τῆς πυλαίας
- 7) Κεντρική φλέψ
- 8) Κλάδος κάτω κοιλίας φλεβός
- 9) Δεξιός λοβός τοῦ ἥπατος
- 10) Χοληδόχος πόρος καὶ δεκάτη πλευρά
- 11) Χοληδόχος κύστις

- 12) Φατέριον φῶμα
- 13) Ἐγκάρσιον κόλον
- 14) Δωδεκαδάκτυλον
- 15) Κλάδος τῆς δεξιᾶς κοιλικῆς ἀρτηρίας καὶ φλεβός
- 16) Ἄνιόν κόλον.
- 17) Στεφανιαίος σύνδεσμος καὶ οἰσοφάγος
- 18) Ἀριστερά ἡπατική φλέψ καὶ ἀριστερὸν πνευμονογαστρικὸν νεῦρον
- 19) Κάτω κοίλη φλέψ καὶ δεξιὸν πνευμονογαστρικὸν νεῦρον

- 20) Δρεπανοειδῆς σύνδεσμος καὶ κλάδος τῆς πυλαίας φλεβός.
- 21) Κοιλιακὴ ἀορτὴ & κοιλιακὸν πλέγμα
- 22) Κοινὸς ἡπατικὸς πόρος καὶ ἡπατικὴ ἀρτηρία
- 23) Κυστικὸς πόρος καὶ κοιλιακὴ ἀρτηρία
- 24) Κοιλιακὸν γάγγλιον καὶ γαστροδωδεκαδακτυλικὴ ἀρτηρία καὶ φλέψ.
- 25) Ἀριστερά γαστρικὴ ἀρτηρία καὶ στεφανιαία φλέψ.
- 26) Παγκρεατικὸς πόρος

- 27) Δεξιὰ γαστρεπιπλοϊκὴ ἀρτηρία φλέψ.
- 28) Κεφαλὴ τοῦ παγκρέατος καὶ παγιοστοδωδεκαδακτυλικὴ ἀρτηρία φλέψ.
- 29) Ἄνω μεσεντέριος ἀρτηρία φλέψ καὶ νηστίς.
- 30) Δεξιὰ κοιλικὴ ἀρτηρία καὶ φλέψ.
- 31) Ἄνω μεσεντέρια λεμφογάγγλια
- 32) Κάτω μεσεντέριος φλέψ καὶ στερὸς οὐρητήρ.

του VATER, υπάρχει σφικτήρας από λείες μυϊκές ίνες (σφικτήρας του ODDI) που ρυθμίζει την ποσότητα και την ταχύτητα εκχύσεως της χολής στον δωδεκαδάκτυλο.

3. Ο κυστικός πόρος. Εκφύεται στο σημείο που μεταπίπτει ο κοινός ηπατικός πόρος στον χοληδόχο πόρο και καταλήγει στην χοληδόχο κύστη.
4. Χοληδόχος κύστη. Έχει σχήμα και μέγεθος μικρού αχλαδιού και χρησιμεύει για την αποθήκευση και συμπύκνωση της χολής μέχρι το δωδεκαπλάσιο.-

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ δέχεται από την πυλαία φλέβα το αίμα του πεπτικού σωλήνα και είναι ο ρυθμιστής του μεταβολισμού των διαφόρων ουσιών που μπαίνουν από τις ηπατικές φλέβες στη γενική κυκλοφορία.

Οι κυριότερες ουσίες που διασπώνται στο ήπαρ είναι :

1. Το γλυκογόνο: Προς απλούστερα σάκχαρα.
2. Τα λευκώματα: Προς απλούστερες ενώσεις, τα αμινοξέα.
3. Το λίπος : Προς λιπαρά οξέα και γλυκερίνη.
4. Διάφορα δηλητήρια.
5. Ολα σχεδόν τα φάρμακα.

Επίσης, το ήπαρ παράγει ορισμένες ουσίες.

Οι κυριότερες από αυτές είναι :

1. Η χολή, η οποία είναι απαραίτητη για την πέψη των λιπών και την κινητικότητα του εντέρου.
2. Το ινωδογόνο και η προθρομβίνη, απαραίτητα για την πήξη του αίματος.

3. Η λευκωματίνη.
4. Οι αντιτοξίνες διαφόρων δηλητηρίων.
5. Το γλυκογόνο από τα απλά σάκχαρα.

Ακόμη το ήπαρ παρασκευάζει πολλά ένζυμα, που ανευρίσκονται στο αίμα.-

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Οι πνεύμονες βρίσκονται στην θωρακική κοιλότητα. Έχουν επιφάνεια λεία και στιλπνή, σύσταση μαλακή και σπογγώδη, χροιά ροδόχρουν μέχρι κυανομέλαινα. Έχουν ελαστικότητα και βάρος ανάλογο του περιεχομένου ποσού αίματος μέσα σ αυτούς, κατά μέσο όρο 440 γραμμάρια ο δεξιός και 400 γραμμάρια ο αριστερός.

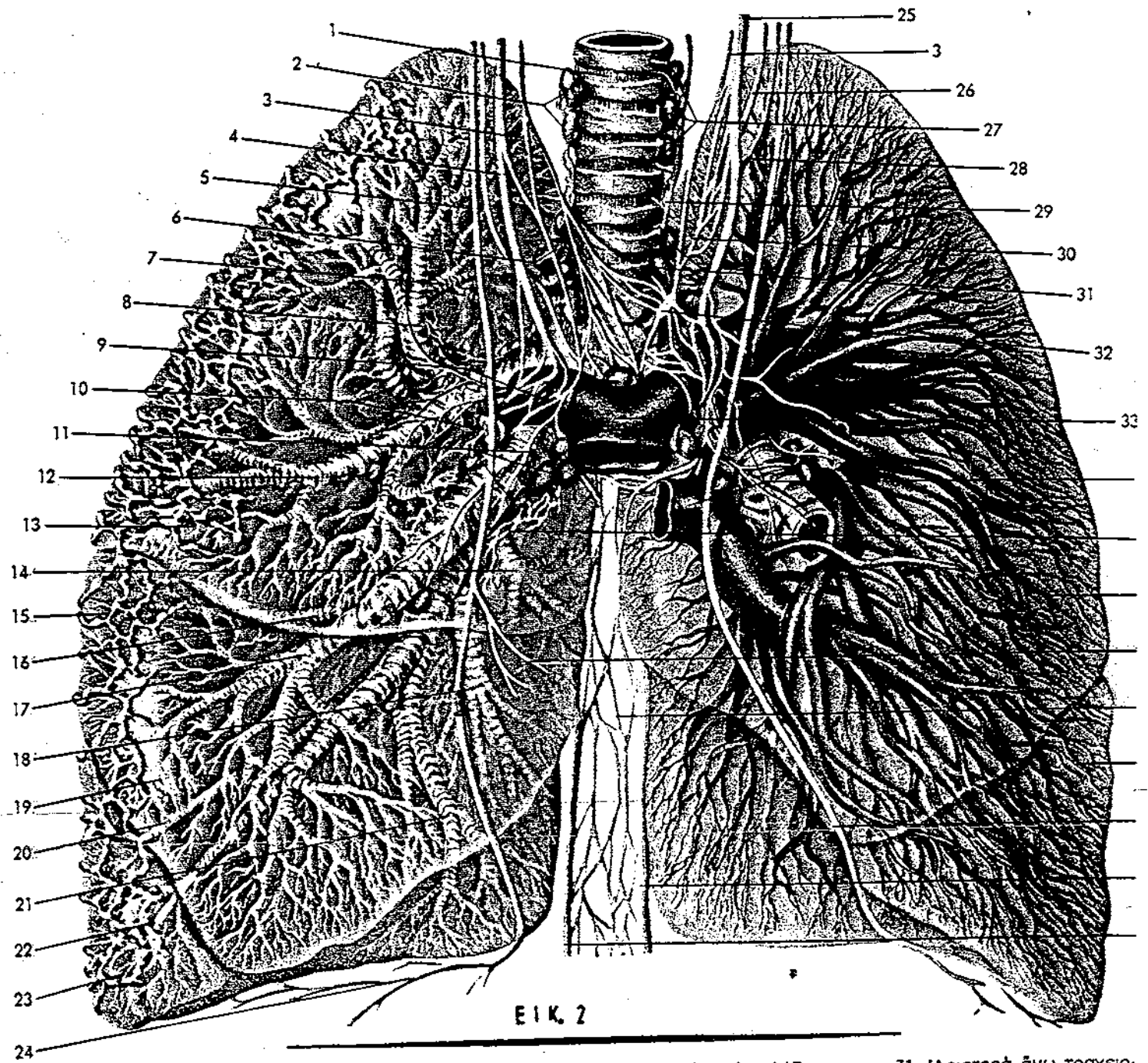
Κάθε πνεύμονας (Εικ.2) έχει σχήμα ατελούς κώνου. Διακρίνουμε την κορυφή η οποία εφάπτεται στο θόλο του υπεζωκότος, και τρεις επιφάνειες, την κάτω ή διαφραγματική, την έξω ή πλευρική και την έσω ή μεσοπνευμονική.

Οι δύο πνεύμονες διαιρούνται σε βροχοπνευμονικά τμήματα, τα οποία αποτελούν μονάδες που αερίζονται ανεξάρτητα με δικό τους βρόγχο (τον τμηματικό) και δική τους αρτηρία και φλέβα. Μεταξύ των διαφόρων τμημάτων υπάρχουν φλεβικές αναστομώσεις με τις μεσοτμηματικές φλέβες, καθώς και λεμφαγγειακές.

Τα βροχοπνευμονικά τμήματα είναι τα εξής :

- Ο δεξιός άνω λοβός αποτελείται από τρία τμήματα:
 - α) το κορυφαίο

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ



ΕΙΚ. 2

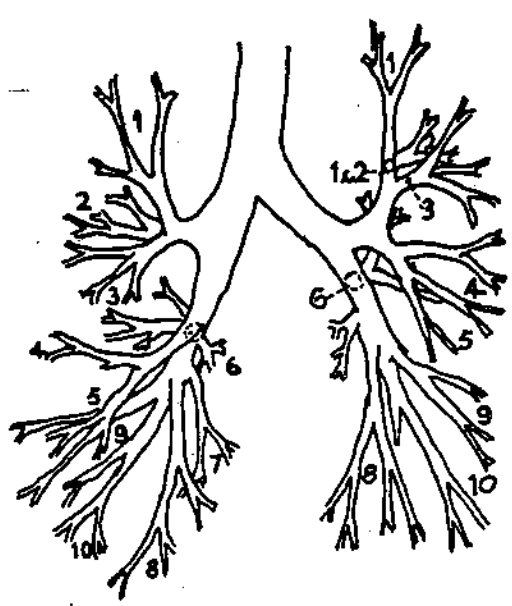
- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. Τραχεία | 11. Κάτω τραχειοβρογχικά λεμφογάγγλια | 21. Έσω βασικός κλάδος κάτω λοβού | 31. Άριστερά άνω τραχειοβρογχικά λεμφογάγγλια |
| 2. Δεξιά λεμφογάγγλια της τραχείας | 12. Πρόσθιος κλάδος του βρόγχου άνω λοβού | 22. Πρόσθιος βασικός κλάδος κάτω λοβού | 32. Έν τῷ θάθει καρδιακόν γάγγλιον |
| 3. Άνω καρδιακόν νεύρον | 13. Άνω λοβός δεξιού πνεύμονος | 23. Κάτω λοβός δεξιού πνεύμονος | 33. Πνευμονική ἀρτηρία |
| 4. Δεξιόν πνευμονογαστρικόν νεύρον | 14. Άνω κλάδος βρόγχου κάτω λοβού | 24. Κοιλιακός κλάδος φρενικού νεύρου | 34. Άριστεράι πνευμονικαί φλέβες |
| 5. Δεξιόν φρενικόν νεύρον | 15. Έπιπολής λεμφαγγεία διαφράγματος | 25. Άριστερόν πνευμονογαστρικόν | 35. Έν τῷ θάθει λεμφαγγεί πνεύμονος |
| 6. Δεξιά άνω τραχειοβρογχικά λεμφογάγγλια | 16. Έξω βρόγχος μέσου λοβού | 26. Μέσον καρδιακόν νεύρον | 36. Άνω λοβός άριστερού πνεύμονος |
| 7. Όπίσθιος κλάδος δεξιού βρόγχου άνω λοβού | 17. Έσω βρόγχος μέσου λοβού | 27. Άριστερά τραχειακά λεμφογάγγλια | 37. Περικαρδιακός κλάδος φρενικού νεύρου |
| 8. Κορυφαίος βρόγχος άνω λοβού | 18. Όπίσθιος βασικός κλάδος κάτω λοβού | 28. Κάτω καρδιακόν νεύρον | 38. Οίσοφαγικόν πλέγμα |
| 9. Πρόσθιον πνευμονικόν πλέγμα | 19. Μέσος λοβός δεξιού πνεύμονος | 29. Κάτω λαρυγγικόν νεύρον (παλίνδρομον) | 39. Κάτω λοβός άριστερού πνεύμονος |
| 10. Μεσοβρογχικά λεμφογάγγλια | 20. Έξω βασικός κλάδος κάτω λοβού | 30. Έπιπολής καρδιακόν πλέγμα | 40. Άριστερόν φρενικόν νε |

- β) το οπίσθιο
- γ) το πρόσθιο
- Ο δεξιός μεσαίος λοβός διαιρείται σε :
 - α) έξω πλάγιο τμήμα, και
 - β) έσω πλάγιο τμήμα
- Ο δεξιός κάτω λοβός αποτελείται από πέντε τμήματα:
 - α) το κορυφαίο (λοβός του NELSON),
 - β) το καρδιακό ή έσω βασικό,
 - γ) το πρόσθιο βασικό,
 - δ) το πλάγιο βασικό, και
 - ε) το οπίσθιο βασικό.
- Ο αριστερός άνω λοβός διαιρείται σε δύο μέρη : Το άνω και το κάτω. Το άνω μέρος διαιρείται σε τρία τμήματα :
 - α) κορυφαίο, β) οπίσθιο και γ) πρόσθιο. Το κάτω μέρος, που αποτελεί τη γλωσσίδα, διαιρείται σε : α) άνω τμήμα και β) κάτω τμήμα. Τέλος, ο αριστερός κάτω λοβός αποτελείται από τέσσερα τμήματα: α) το κορυφαίο, β) το πρόσθιο βασικό, γ) το πλάγιο και δ) το οπίσθιο βασικό.

Ο κάθε βρόγχος όλων των βρογχοπνευμονικών τμημάτων διακλαδίζεται σε μικρότερους, που καταλήγουν στην αναπνευστική μονάδα, η οποία αποτελείται από το αναπνευστικό βρογχιόλιο, τον κυψελιδικό πόρο, τον κυψελιδικό ασκό και τις κυψελίδες. Στην αναπνευστική μονάδα τελούνται οι κυριώτερες λειτουργίες του πνεύμονα (Εικ.3).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Η κύρια λειτουργία των πνευμόνων είναι η αναπνοή, με την



Όνοματολογία βρογχικού δένδρου

← ΑΝΩ ΛΟΒΟΙ →

- 1 Κορυφαίος βρόγχος 1
- 2 Οπίσθιος " 2
- 3 Πρόσθιος " 3

← ΜΕΣΟΣ ΛΟΒΟΣ

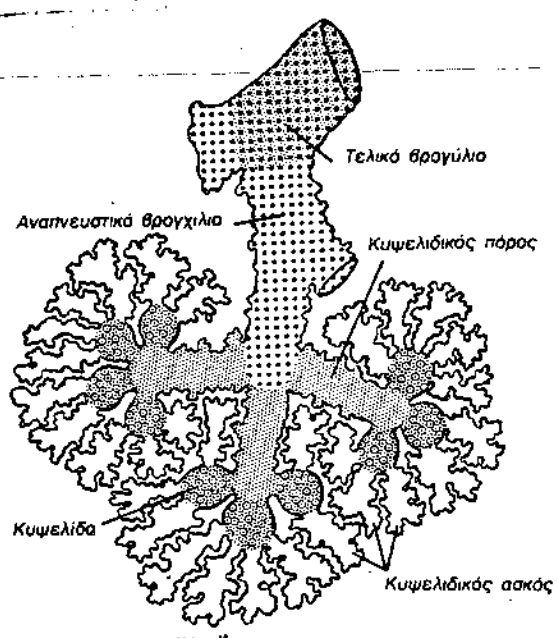
- 4 Πλάγιος βρόγχος
- 5 Έσω " 3

ΓΛΩΣΣΙΣ →

- Ανω βρόγχος 4
- Κάτω " 5

← ΚΑΤΩ ΛΟΒΟΙ →

- 6 Κορυφαίος βρόγχος 6
- 7 Έσω βασικός καρδιακός | Ο υπ. αρ. 7 λείπει αριστερά
- 8 Πρόσθιος βασικός βρόγχος 8
- 9 Πλάγιος " " 9
- 10 Οπίσθιος " " 10



ΕΙΚ.3

οποία επιτελείται η ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων, δηλαδή η πρόσληψη και χρησιμοποίηση του οξυγόνου από τα κύτταρα (και γενικότερα από τον οργανισμό) και η παραγωγή και αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα από αυτά.

Η αναπνοή διακρίνεται :

- α) σε έξω αναπνοή, κατά την οποία γίνεται ανανέωση του κυψελιδικού αέρα με ατμοσφαιρικό με τις αναπνευστικές κινήσεις (εισπνοή-εκπνοή),
- β) σε αναπνευστική λειτουργία του αίματος, που αφορά την μεταφορά του O_2 από τους πνεύμονες στους ιστούς και την μεταφορά του CO_2 από τους ιστούς στους πνεύμονες, και
- γ) σε έσω αναπνοή, κατά την οποία γίνεται η πρόσληψη και χρησιμοποίηση του O_2 από τα κύτταρα, καθώς και η παραγωγή και αποβολή του CO_2 από αυτά.

Οι πνεύμονες λοιπόν είναι τα όργανα με τα οποία γίνεται η ανταλλαγή των αερίων O_2 , CO_2 , ρυθμίζεται η οξεοβασική ισορροπία και εξασφαλίζεται η οξυγόνωση των κυττάρων του οργανισμού και επομένως η ίδια η ζωή.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η εντόπιση της ταινίας του εχινόκοικου στον άνθρωπο άρχισε από το 1786, όταν ο BATSCH περιέγραψε την ασθένεια της εχινοκοικίωσης ως HYDATIGENA GRANULOSA. Στη συνέχεια περιγράφηκε από τον ZEDER το 1803 ως POLYCEPHALUS LOMINIS, από τον RUDOLPHI το 1805 ως ECHINOCOCCUS GRANULOSIS, από τον SIEDOLD το 1853 ως εχινόκοικος ταινία. Επίσης, το 2ο ήμισυ του XIX αιώνα, το 1869, ο TROUSSEAU, έκανε την πρώ-

τη κλινική περιγραφή της νόσου. Το 1891 περιγράφηκε από τον HUBER η ασθένεια ως εχινόκοκκος κύστη. Το 1901, ο DEVE διέκρινε την εχινοκοκκίαση του πνεύμονα σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή ή μεταστατική ή βρογχογενή.

Κατά το διεθνές συνέδριο των υδατίδων κύστεων, που συνήλθε στο Αλγέρι το 1951, οι Μανκός και Κούριαν παρουσίασαν στατιστική από 450 επεμβάσεις εχινοκόκκου κύστεως. Επίσης, οι ΛΙΑΒΑΣ, HOUEL, PELISSIER παρουσίασαν στατιστική 150 περιπτώσεων μετά αξιολόγων παθολογοανατομικών παρατηρήσεων.-

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Η εχινοκοκκίαση είναι ιδιαίτερα συχνή νόσος σε χώρες κτηνοτροφικές, όπως η Αυστραλία, η Ν. Ζηλανδία, η Ν.Αμερική, η Ρωσία, η Δαλματία, η Ισπανία, η Β.Αφρική, η Κύπρος, η Ιταλία, η Κορσική και η Ελλάδα. Το παράσιτο επιζεί σε όλα τα κλίματα. Η Ελλάδα έρχεται στην πρώτη σειρά μεταξύ των Μεσογειακών χωρών, ως προς την συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας. Στην Ελλάδα, επίσημα στατιστικά στοιχεία δίνουν συχνότητα 17,5 ανά 100.000 χειρουργικών ασθενών.-

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Ο σκώληκας, σαν ώριμο παράσιτο ανευρίσκεται μόνο στο έντερο του ζώου. Έχει μήκος 3-6 MM και διακρίνουμε την κεφαλή, το λαιμό και τη στροβίλη.

Η κεφαλή έχει σχήμα απιοειδές και διάμετρο 0,3 χιλ. Έχει ρύγχος εφοδιασμένο με 30-40 άγκυστρα σε διπλή σειρά και

κυκλικά τέσσερεις ελλειπτικές σικίες. Με αυτά τα όργανα προσκολλάται στον εντερικό βλενογόνο και τρέφεται.

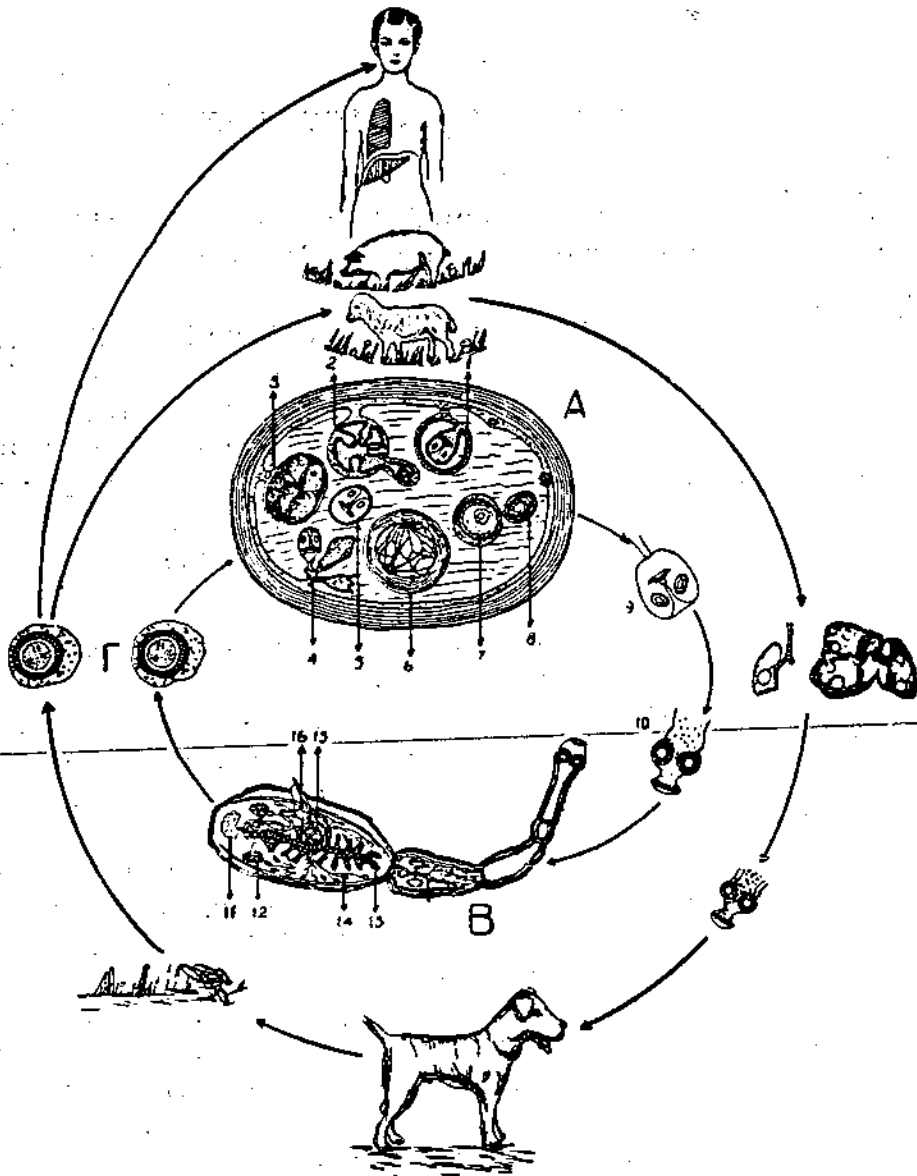
Η στροβίλη αποτελείται από 3-4 προγλωττίδες. Η πρώτη είναι ανάριμη. Η δεύτερη έχει ερμαφρόδιτο γεννητικό σύστημα και η τρίτη και τέταρτη έχουν τα αυγά. Τα αυγά (500-800) ελευθερώνονται με την ρήξη της τελευταίας προγλωττίδας ή με την πέψη αυτής, αφού αυτή αποπέσει.-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΣ ΕΞΕΛΙΞΕΩΣ

Ο ενήλικος *E. GRANULOSUS* ανευρίσκεται στη νήστιδα σκύλων, λύκων και άλλων κυνοειδών, όπου μπορεί να ζήσει επί 5 με 20 μήνες. Διάμεσοι ξενιστές του παρασίτου είναι ο άνθρωπος και τα διάφορα φυτοφάγα ζώα, όπως το πρόβατο, η αγελάδα, ο χοίρος (Εικ.4).

Τα αυγά του παρασίτου φέρονται διά των κοπράνων από τον μόνιμο ξενιστή στον πεπτικό σωλήνα του διαμέσου ξενιστή, π.χ. του ανθρώπου. Με την δράση των πεπτικών υγρών διαλύεται το κέλυφος και ελευθερώνεται το εξάκανθο έμβρυο, το οποίο διατρυπά τον εντερικό βλενογόνο. Από εκεί εισέρχεται στην πυλαία κυκλοφορία και κατευθύνεται στο ήπαρ, όπου συγκρατείται από τα ηπατικά τριχοειδή. Το ήπαρ είναι ο πρώτος σταθμός του παρασίτου. Οσα έμβρυα περάσουν ή παρακάμψουν το ηπατικό φράγμα συγκρατούνται στον πνεύμονα. Οσα περάσουν



ΕΙΚ. 4 —Κύκλος εξέλιξης του εχινόκοκκου (Γ. Λαζανᾶς).

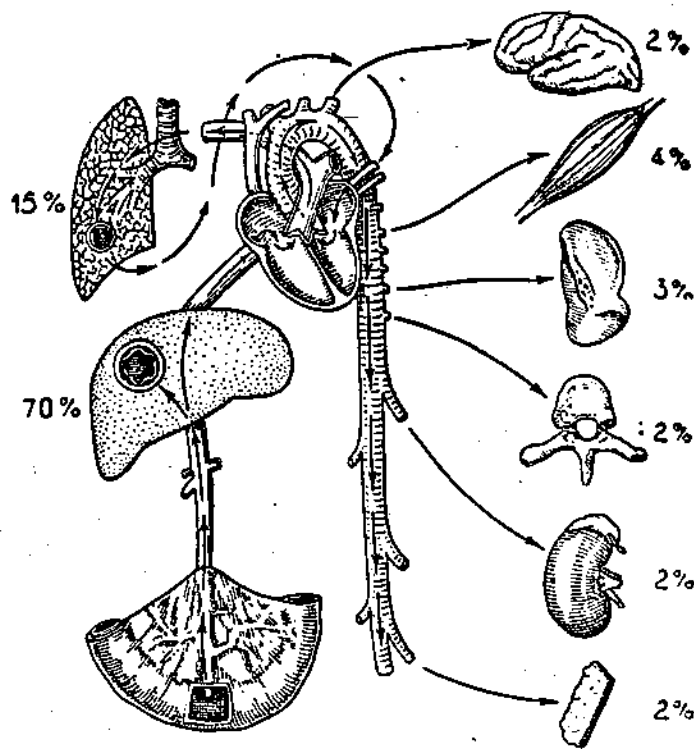
και από εκεί, μπαίνουν στην γενική κυκλοφορία, διασκορπίζονται και εγκαθίστανται σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Με την λεμφική κυκλοφορία το παράσιτο μεταφέρεται μέσω της άνω κοίλης φλέβας στην καρδιά και τους πνεύμονες, τα οποία αποτελούν τον δεύτερο σταθμό του παρασίτου.

Σύμφωνα με τον DEVE ο εκινόκοκκος εγκαθίσταται :

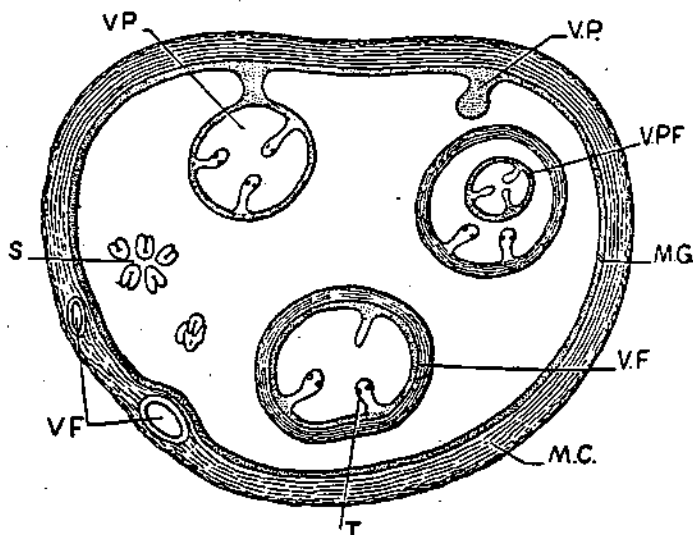
- α) στο ήπαρ, σε αναλογία 70%
- β) στους πνεύμονες, σε αναλογία 20%
- γ) σε μυϊκές μάζες, σε αναλογία 5%
- δ) στους νεφρούς, σε αναλογία 2,3%
- ε) στην σπλήνα, σε αναλογία 2,1%
- στ) στα οστά, σε αναλογία 0,4%, και
- ζ) στον εγκέφαλο, σε αναλογία 0,2%.

Οπουδήποτε και αν εγκατασταθεί, το έμβρυο εξελίσσεται σε υδατίδα κύστη. Η εξέλιξη είναι βραδεία. Κατ αρχάς σχηματίζεται οζίδιο ενός χιλιοστού το οποίο εντός δύο μηνών αποκτά κοιλότητα και εντός πέντε μηνών μεταπίπτει σε κύστη περιέχουσα υδατιδικό υγρό. Από τον έσω χιτώνα της κύστεως, παράγονται οι βλαστικές κύστεις, εντός των οποίων αργότερα παράγονται οι σκωληκοκεφαλές.

Από τη μητρική κύστη παράγονται οζίδια στον μεν-άνθρωπο μόνο προς το εσωτερικό της κύστεως, στα δε ζώα προς τα έσω και έξω της μητρικής κύστεως. Τα οζίδια αυτά εξελίσσονται σε θυγατέρες κύστεις, οι οποίες στην αρχή συγκρατούνται με μίσχο, ενώ αργότερα αποκόπτονται και ελευθερώνονται εντός ή εκτός της μητρικής κύστεως (Εικ.5).



— Έκατοστιαία ἀναλογία τῆς ἐντοπίσεως τοῦ ἐχινόκοκκου εἰς τὰ διάφορα ὄργανα κατὰ Ivanissevich (Pathol. Chir.).



— Σχηματισμός τῶν θυγατέρων κύστεων. S, σκόληξ. VP, θυγάτηρ κύστις εἰς διάφορα στάδια ἐξελίξεως. MG, μεμβράνη παραγομένη (Pathol. Chir.).

ΕΙΚ.5

Όταν ο μόνιμος ξενιστής λάβει τροφή μολυσμένη από τον διάμεσο ξενιστή με εχινόκοκκο κύστη η οποία περιέχει σκωληκοκεφαλές μολύνεται και οι σκωληκοκεφαλές ελευθερώνονται με τα πεπτικά υγρά και προσκολλώνται στον εντερικό βλεννογόνο και εντός 4-6 εβδομάδων εξελίσσονται σε σκώληκες. Αυτοί έχουν μεν το πρόσθιο τμήμα τους εντός του βλεννογόνου, όμως η προγλωττίδα τους είναι ελεύθερη εντός του αυλού του εντέρου. Όταν η προγλωττίδα αποπέσει, ελευθερώνονται τα αυγά τα οποία αποβάλλονται με τα κόπρανα και είναι δυνατόν μέσω ωμών χόρτων να φθάσουν στον εντερικό σωλήνα του ανθρώπου. Έτσι ο κύκλος εξέλιξης του παράσιτου επαναλαμβάνεται.

Η υδατίδα κύστη αποτελείται από : α) την μητρική μεμβράνη (κυστική) η οποία είναι λευκωπή και αδιαφανής και β) από την βλαστική μεμβράνη, η οποία αποτελείται από λεπτή στιβάδα η οποία καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια της κυστικής μεμβράνης και είναι διάσπαρτη από μικρά κοκκία τα οποία θα αποτελέσουν την "υδατιδική άμμο". Το περιεχόμενο στην κύστη είναι διαυγές, άχρωμο, ως από "βράχου ύδωρ", έχει ειδικό βάρος 1,007 - 1,0015 και κυμαίνεται μεταξύ 20-80 και πλέον γραμμαρίων και ευρίσκεται υπό πίεση ίση προς 60 κ.εκ. ύδατος.

Η χημική σύσταση του υδατιδικού υγρού είναι :

NACL	5,96%	Κρεατινίνη	0,09%
Ουρία	0,38	Αμινοξέα	0,229%
Ca	0,088		
Πρωτεΐνες	0,08		
Γλυκόζη	0,224		

Εκτός από τα παραπάνω περιέχει τοξικές λευκωματούχες ουσίες, πρωτεολυτικά και γλυκολυτικά ένζυμα, φωσφορικά και θειϊκά άλατα, σκωληκοκεφαλές και άγκιστρα σε μεγάλη ποσότητα (1 κ.εκ. περιέχει 400.000 σκωληκοκεφαλές κατά DEVE).

ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Η παρασιτική δράση του σκώληκα στον άνθρωπο είναι μηχανικής και τοξικής φύσεως.

Η μηχανική δράση προέρχεται από την πίεση της μεγενθυμένης κύστης στους ιστούς και τα όργανα στα οποία αναπτύσσεται. Με την πίεση το παρέγχυμα ατροφεί, ενώ οι ιστοί οι οποίοι δεν έχουν ελαστικότητα, εξαφανίζονται ή καταστρέφονται.

Η τοξική δράση οφείλεται στην αναρρόφηση, δια μέσου της κύστεως, των τοξικών ουσιών οι οποίες προκαλούν βαρεία αναφυλακτικά φαινόμενα.-

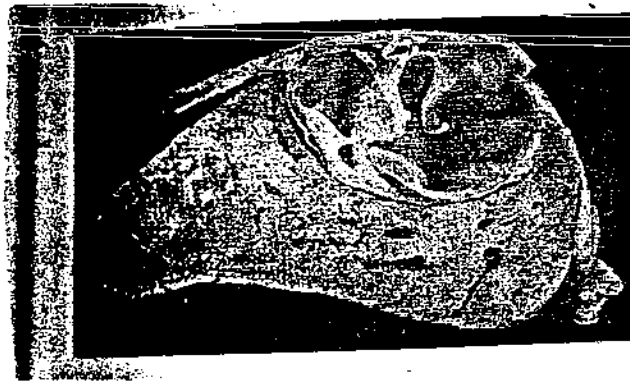
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ

Α'. Εχινόκοκκος κύστη του ήπατος (Εικ.6).

Η εχινόκοκκος κύστη του ήπατος είναι μονήρης. Συχνά όμως παρατηρούνται πολλαπλές παρακείμενες κύστεις. Το μέγεθός τους ποικίλει. Οι μεγάλες κύστεις προβάλλουν έξω από το ηπατικό παρέγχυμα και πολλές φορές κρέμονται κατά τα 2/3 αυτών. Εδράζονται συνήθως στο δεξιό λοβό του ήπατος στο ελεύθερο χείλος και διακρίνονται σε κύστεις πρόσθιες, οπίσθιες, κατώτερες και ανώτερες, αναλόγως την έντόπιση αυτών στο ήπαρ.



Έχινόκοκοι κύστες που εξαιρέθηκαν από το ήπαρ άκέραιες.



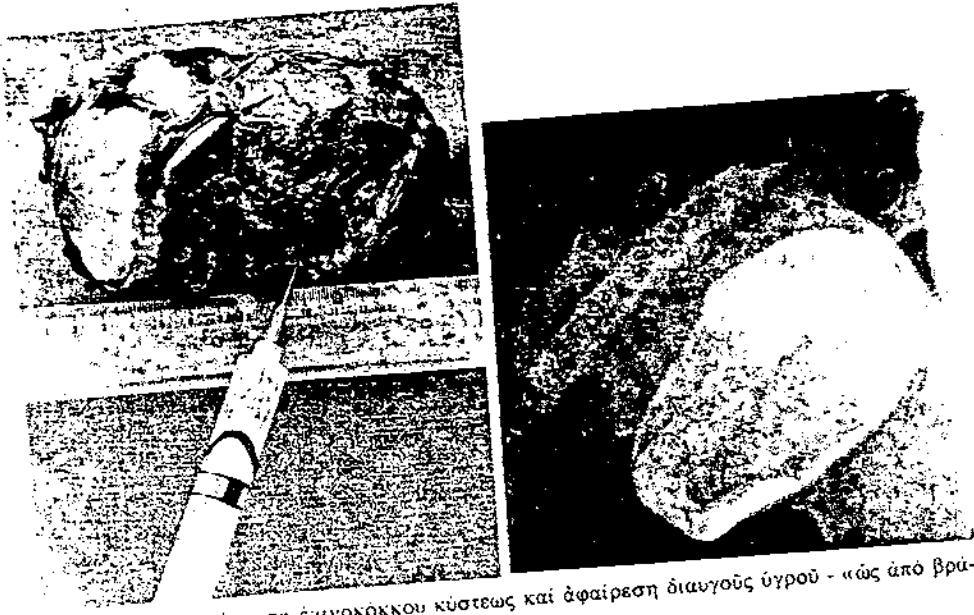
— Έχινόκοκος κύστις ήπατος (Maingot).

ΕΙΚ. 6

Η εκτινόνκοκκος κύστη καθώς μεγενθύνεται, πιέζει το ηπατικό παρέγχυμα, το οποίο ατροφεί και εξαφανίζεται σταδιακά και συγχρόνως πιέζει τα χοληφόρα αγγεία, χωρίς εν τούτοις να προκαλεί φαινόμενα στάσεως, όπως π.χ. ο καρκίνος. Φαινόμενα αποφράξεως των χοληφόρων οδών προκαλούνται μόνο επί ρήξεως των κύστεων εντός αυτών. Μετά την αφαίρεση της κύστεως, το ηπατικό παρέγχυμα δεν επανακτά τις λειτουργικές του ικανότητες. Σε μεγάλες κύστεις, η επιβίωση των ατόμων σε μεγάλο ποσοστό, είναι μικρή, λόγω εμφάνισης επιπλοκών, όπως εμφάνιση κίρρωσεως μετά μεγαλοσπληνίας. Η κύστη μεγενθύνουσα απωθεί επίσης το πλευρικό τοίχωμα και παραμορφώνει τον θωρακικό σκελετό. Μεταξύ κύστεως και ηπατικών κυττάρων δεν παρεμβάλλεται κάποια που να επιτρέπει την εκφυρήνωση της κύστης, και αυτό σημαίνει ότι η κύστη δεν προκαλεί τοπική αντίδραση του οργάνου.

Η εκτινόνκοκκος κύστη του ήπατος περιέχει διαυγές υγρό (Εικ.7) το από "βράχου ύδωρ". Το υγρό αυτό είναι χολοβαφές μόνο όταν γίνεται διαπήδηση χολής, μέσω της κυστικής μεμβράνης, λόγω αλοιώσεως αυτής σε κάποιο σημείο. Συχνά η κύστη περιέχει πλήθος θυγατέρων κύστεων, ποικίλου μεγέθους, από μέγεθος φακής μέχρι μεγέθους ωού (Εικ.8). Οι κύστεις αυτές είναι είτε πλήρεις, είτε συρρικνωμένες (αλλοιωμένες θυγατέρες κύστεις). Σε τέτοια περίπτωση το υγρό της μητρικής κύστης είναι ανύπαρκτο. Το τοίχωμα δε των θυγατέρων κύστεων είναι όμοιο με το τοίχωμα της μητρικής κύστης.

Όταν η κύστη είναι αλλοιωμένη, είναι δυνατόν να αποτιτανωθεί με την απόθεση ανόργανων αλάτων, τα οποία διακρίνονται στην ακτινογραφία. Σε περίπτωση θανάτου του παρασίτου, το υγρό



Παρυκέντηση έχινοκόκκου κύστεως και άφαιρέση διαυγούς ύγρου - αώς από βρά-

ΕΙΚ.7



Πολλές θυγατέρες έχινοκόκκοι κύστεις που άφαιρούνται από μεγάλη μητρική του ήπατος.

ΕΙΚ.8

της κύστεως απορροφάται, η κύστη νεκρώνεται, συριινώνεται, περιβάλλεται από ινώδη ιστό και συχνά αποτιτανώνεται. Η παραπάνω εξέλιξη της κύστης δεν είναι σπάνια.

Όταν η κύστη μεγενθυθεί, ρήγνυται, σπάνια προς το ελεύθερο περιτόναιο, συχνά όμως προς τις κοληδοφόρους οδούς. Οι σκληροκεφαλές που φτάνουν στο έντερο, είναι δυνατόν να προκαλέσουν ενδογενή μόλυνση. Επίσης, οι θυγατέρες κύστες που αποφράσσουν τις κοληφόρες οδούς, προκαλούν ίτερο εξ αποφράξεως, συνήθως διαλείποντα.-

Β' Εχινοκόκκιος κύστη του πνεύμονα.

Το εγκατασταθέν εις τον πνεύμονα έμβρυο της εχινοκόκκου ταινίας, αφού αποβάλλει τα άγκιστρά του, μεταβάλλεται σε μία "κενή σφαίρα", η οποία βαθμηδόν μεγενθυνόμενη, αποκτά σημαντικό μέγεθος και παριστά την "υδατίδα κύστη".

Η κύστη περιέχει υγρό διαυγές "ύδωρ του βράχου", το οποίο βρίσκεται υπό ορισμένη τάση και εντός αυτού κυματίζουν μικρά σπερματοφόρα κυστίδια με σκώληκες, τα οποία αποτελούν την "υδατιδική άμμο" (DEVE).

Η κύστη μεγενθύνεται προοδευτικά (σε διάστημα ετών) και απωθεί το πνευμονικό παρέγχυμα, το οποίο λόγω της πιέσεως από την κύστη δημιουργεί ανάπτυξη συνδετικού ιστού. Έτσι δημιουργείται περικυστική αντίδραση οπότε αναπτύσσεται η εξωκύστη ή κάψα (ADVENTITIA).

Η εγκατάσταση κύστεως εχινοκόκκου στον πνεύμονα, μπορεί να είναι μονήρης ή πολλαπλή (ύπαρξη πολλών υδατίδων κύστεων

στον ένα ή και στους δύο πνεύμονες). Συχνότερα η κύστη εδράζεται στον δεξιό πνεύμονα και κατά προτίμηση στον κάτω λοβό. Γενικά μπορεί ν' αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο του πνεύμονος.

Γενικά οι κύστεις που βρίσκονται στο κέντρο του πνευμονικού παρεγχύματος, είτε σπάνε προς τους μεγάλους βρόγχους, είτε διαπυούνται και δίνουν την κλινική εικόνα του πνευμονικού αποστήματος. Είναι δυνατόν να προκληθεί ρήξη της κύστεως του εχινοκόκκου με την χαρακτηριστική απόχρεμψη σαν υδατέμεση (VOMIQUE).-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Α' Εχινοκόκκος κύστη ήπατος

Οι ηπατικές κύστεις παραμένουν συχνά σιωπηρές επί 5- 10 έτη, έως ότου καταστούν αρκετά μεγάλες ώστε να ψηλαφώνται ή να καθίστανται ορατές ως κοιλιακή διόγκωση.

Οι κύστεις αυτές σπάνια προκαλούν εκδηλώσεις εκ πίεσεως και δεν προκαλούν συμπτώματα εκτός αν αρχίσουν να εμφανίζουν διαρροή ή ρήξη.

Τα ενοχλήματα από την κύστη εξαρτώνται κυρίως από την εντόπιση αυτής.-

Πρόσθιες κύστεις : Αυτές οι κύστεις αποτελούν την συχνότερη εντόπιση. Προβάλλουν κατά την κυρτή επιφάνεια του ήπατος και το ελεύθερο κείλος, ως διόγκωση κατά το δεξιό υποχόνδριο. Η διόγκωση χαρακτηρίζεται ως υποστρόγγυλος, ομαλή, ελαστική, ανώδυνη, συνεχόμενη με το ήπαρ, η οποία ακολουθεί την βαθειά εισπνοή και εκπνοή. Κατά την επίκρουση, η κύστη είναι δυνατόν να δώσει χαρακτηριστικό τρόμο, ο οποίος οφείλεται στις πολλές θυγατέρες κύστεις (τρόμος των υδατίδων κύστεων του BRIANGON). Ο τρόμος αυτός δίνει κατά την ακρόαση ήχο παλλόμενης χορδής (του SANTINI).

Η κύστη αυτή είναι δυνατόν να μεγενθυθεί σε μεγάλο βαθμό χωρίς να προκαλέσει κανένα ενόχλημα. Μπορεί δε να ανακαλυφθεί τυχαία. Συχνά προκαλεί βάρος κατά το δεξιό υποχόνδριο, πόνους παράλληλα με το τόξο ή προς τη βάση του ημιθωρακίου, καθώς και ακαθόριστα δυσπεπτικά φαινόμενα από τον στόμαχο.

Η εκινόκοικος κύστη σε μεγάλη αναλογία 40% - 60% προκαλεί επίμονα και έντονα αναφυλακτικά φαινόμενα όπως : δερματικούς πομφούς, οίδημα βλεφάρων, και άλλοτε οίδημα των αεροφόρων οδών και του εντερικού βλεννογόνου με διάρροιες.

Οπίσθιες - ανώτερες κύστεις: Αναπτύσσονται υποδιαφραγματικά και παρουσιάζουν θωρακική συμπτωματολογία, όπως πόνος στη βάση του ημιθωρακίου, ο οποίος αντανακλά στον δεξιό ώμο, ελαφρά δύσπνοια, ξηρόβηχα.

Κατά την επίκρουση διαπιστούται αύξηση των ορίων του ήπατος προς τα άνω, εξάλειψη του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στη βάση του πνεύμονα και συχνά τριβή.

Από την υγρά πλευρίτιδα διακρίνεται η ενδοθωρακική υπο-
διαφραγματική ηπατική κύστη, λόγω της κυρτής γραμμής της
αμβλύτητας και της σταθερής θέσεως του χείλους του ήπατος,
το οποίο κατέρχεται μόνο σε πλευρίτιδα.

Δυσχέρειες παρουσιάζει η διαγνώση από την κύστη του κάτω
λοβού του πνεύμονα, ακόμη και ακτινολογικά.

Οπίσθιες - κατώτερες κύστεις : Οι κύστεις αυτές παρουσιάζονται σαν κοιλιακοί όγκοι της περιοχής του παγκρέατος και εμφανίζονται να μην έχουν σχέση με το ήπαρ. Λόγω της συνάφειας αυτών με τις χοληφόρες οδούς και την πυλαία, έχουμε τα εξής ενοχλήματα :

- α) Ίκτερο, λόγω ρήξεως των κύστεων εντός των χοληφόρων οδών &
- β) Ασκίτη, λόγω της πίεσης της πυλαίας από τις κύστεις.

Κεντρικές κύστεις : Οι κύστεις αυτές είναι σιωπηρές, χωρίς συμπτώματα όταν είναι μικρές και με μόνο σύμπτωμα το διογκωμένο ήπαρ όταν είναι μεγάλες. Δεν συνοδεύονται από ίκτερο ή ασκίτη ή φαινόμενα ηπατικής ανεπάρκειας. Η παρουσία τους γίνεται αισθητή μόνο λόγω επιπλοκής και κυρίως διαπυήσεως.

Κύστεις του αριστερού λοβού : Οι κύστεις αυτές ανευρίσκονται σε αναλογία 1:4 με συχνότερη εντόπιση τον δεξιό λοβό. Λαμβάνονται σαν σπληνικοί όγκοι με συμπτωματολογία από το αριστερό ημιθώρακιο ή το στομάχι ή το πάγκρεας, όταν οι κύστεις προβάλλουν προς την κοιλία.

Κύστεις πολλαπλές του ήπατος : Οι κύστεις αυτές διαπιστώνονται στην άνω επιφάνεια του ήπατος, το ελεύθερο χείλος,

την πρόσθια κάτω επιφάνεια, ως πολλαπλοί ομαλοί όγκοι, διαφόρου μεγέθους. Άλλοτε συνυπάρχει ανύψωση του διαφράγματος λόγω ανώτερης οπισθίας κύστης.

Η ρήξη υδατίδας κύστεως, ανεξάρτητα από την ηπατική εντόπιση αυτής, στον κοληδόχο πόρο και την περιτοναϊκή κοιλότητα, μπορεί να προκαλέσει πυρετό, κνησμό, κνίδωση ή αναφυλακτοειδή αντίδραση που μερικές φορές είναι θανατηφόρα. Η απελευθέρωση των πολυαρίθμων σκωληκοκεφαλών οδηγεί σε διασπορά της εκινοκοκκικής λοιμώξεως.

Εντός από τις υδατίδες κύστεις του ήπατος, συναντάμε συχνά και τις κυψελιδώδεις κύστεις του ήπατος (του E.MULTILOCU-LARIS). Οι κύστεις αυτές, αν και δεν μοιάζουν με τις υδατίδες κύστεις ούτε προς την μορφολογία των αλλοιώσεων, ούτε προς την εξέλιξη, ούτε προς την κλινική συμπτωματολογία, παρουσιάζουν τις ίδιες βιολογικές αντιδράσεις.

Παρουσιάζουν πολυάριθμες μικρές, ανώμαλες κυψελιδώδεις κύστεις, οι οποίες περιέχουν ζελατινώδες υγρό. Η φλεγμονώδης επεξεργασία η οποία συνοδεύει την πάθηση προκαλεί αδενίτιδα.

Κλινικά, η πάθηση αυτή, εμφανίζεται σαν καρκίνος του ήπατος, με διογκωμένο και ανώμαλο ήπαρ, εμφάνιση ίκτερου ή ασκίτη, εξελισσόμενη βραδέως με έντονα φαινόμενα καχεξίας, χωρίς όμως να εντοπίζονται σοβαρά ευρήματα ηπατικής ανεπάρκειας.

Η θεραπεία συνίσταται στην ηπατεκτομή σε μικρές κύστεις και σε συντηρητική θεραπεία (διάνοιξη κύστεων, παροχέτευση της κοιλότητας κλπ.).

B' Εχινόκοκκος κύστη του πνεύμονος

Για μεγάλο χρονικό διάστημα από την εγκατάσταση του εχινόκοκκου στον πνεύμονα, η νόσος μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική. Αργότερα όμως εμφανίζονται στην αρχή μεν ακαθόριστα ενοχλήματα από τους βρόγχους, όπως βήχας χωρίς απόχρεμψη, μεσοπλευρίες νευραλγίες, άλλοτε δε και ελαφρύς πυρετός, στη συνέχεια όμως προστίθεται βλεννώδης απόχρεμψη, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται μετά από κάποιο διάστημα αιματηρή.-

Στο στάδιο αυτό είναι δυνατόν να εμφανισθεί μεγάλη αιμόπτυση, η οποία αποτελεί την πρώτη και μοναδική εκδήλωση της νόσου και η οποία αποδίδεται συνήθως σε φυματίωση. Άλλοτε πάλι εμφανίζονται απότομες πυρετικές εξάρσεις με ρίγος και με την κλινική εξέταση διαπιστώνονται καταρροϊκά φαινόμενα των βρόγχων και του πνεύμονα σε περιγεγραμμένες μοίρες. Τα φαινόμενα αυτά συνήθως παρέρχονται μετά από λίγες ημέρες, προκαλούνται δε από αντιδραστική επεξεργασία εντός του περιεξ της κύστεως πνευμονικού παρεγχύματος, λόγω της αυξήσεως της κύστης.-

Όταν οι αντιδράσεις αυτές εντοπίζονται σε περιφερειακά τμήματα του πνεύμονα, είναι δυνατόν να εμφανισθούν και πλευρικά φαινόμενα ή και αντιδραστική εξιδρωματική πλευρίτιδα.

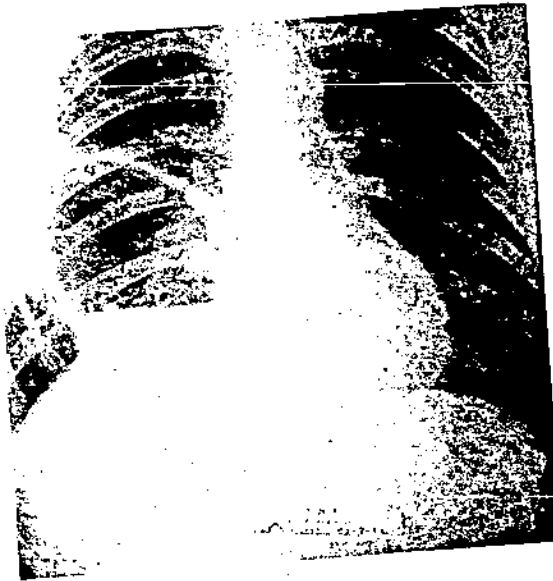
Κατά το στάδιο αυτό η νόσος συνήθως λαμβάνεται ως φυματίωση και μόνο με προσεκτική ακτινογραφική εξέταση αποκαλύπτεται η πραγματική φύση αυτής (Εικ.9).

Με την αύξηση της κύστης του εχινόκοκκου στον πνεύμονα, εμφα-

Δύο εχινόκοκκοι
κύστεις του δεξιού πνεύμονα.



Διαποημένη εχι-
νόκοκκος κύστη δεξιού
πνεύμονα. Χαρακτηριστική
υδραερική κοιλοότητα.



ΕΙΚ. 9

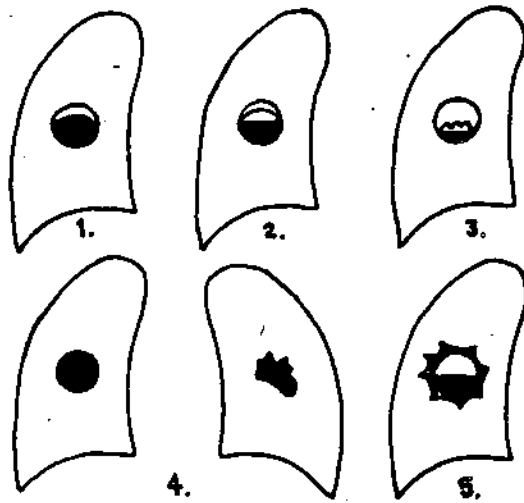
νίζεται βαθμηδόν το δεύτερο στάδιο αυτής, το οποίο εκδηλώνεται με συμπτωματολογία όγκου του πνεύμονα.

Περιγεγραμμένη αμβλύτητα, ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος ή βρογχική αναπνοή και ατελεκτασία εκ πίεσεως βρόγχου, καλύπτουν την κλινική εικόνα της νόσου. Κατά το στάδιο αυτό παρατηρείται πολλές φορές και μετατόπιση των γειτονικών οργάνων, καθώς και έντονοι θωρακικοί πόνοι. Αν το υγρό της εκινοκόκκου κύστης μεταβληθεί λόγω της επιμόλυνσεως σε πυώδες, τότε δημιουργείται η κλινική εικόνα του αποστήματος του πνεύμονος.

Χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση εμφανίζει η νόσος, όταν η κύστη του εκινοκόκκου υποστεί ρήξη προς τα γειτονικά όργανα (Εικ.10). Όταν η ρήξη αυτή γίνει προς την κοιλότητα του υπεζωκότος, προκαλούνται έντονοι πόνοι, ακολουθεί δε συνήθως ανάπτυξη υγρού, στην αρχή εξιδρωματικού, ταχέως όμως μεταβαλλομένου σε εμπύημα.

Πολλές φορές, λόγω επικοινωνίας προς τους βρόγχους, μπορεί να εμφανισθεί και πνευμονοθώρακας. Στην περίπτωση αυτή, η εμφάνιση αυτομάτου πνευμονοθώρακος είναι δυνατόν να προκαλέσει βαρύτατη εικόνα, ακόμα και τον θάνατο.

Η ρήξη της εκινοκόκκου κύστης προς τους βρόγχους εκδηλώνεται με έντονο παροξυσμικό βήχα και δύσπνοια, ακολουθεί δε απόχρεμψη άφθονη και συνήθως απότομη, υπό μορφή εμέτου (ROMIQUE), δια της οποίας αποβάλλονται μεγάλες ποσότητες διαυγούς υγρού, εντός του οποίου υπάρχουν ολόκληρες μικρές θυγατέρες κύστες ή και τμήματα του τοιχώματος της



1, 2, 3, 4 και 5: Αί διάφοροι ακτινολογικοί είδους της
 έλκυσσώνκκου κύστεως τού ενεύμονος, όταν αύτη έχει ύψοστή ρηξίν.
 (Encycl Medicochir)

ΕΙΚ. 10



Ρήξη κύστεως στον υπεζωκότα.

1 Οπισθοπροσθία ακτινογραφία θώρακος που εμφανίζει κατά-
 ληψιν του αριστερού ημιθωρακίου υπό σκιάς και μετατόπισιν
 της τραχείας προς τα δεξιά.

2 Οπισθοπροσθία ακτινογραφία θώρακος με μικράν βελτίωσιν
 εν σχέσει με την εικόνα 1 και μετά αφάιρεσιν 1700 cm³ υγρού.

μητρικής κύστεως. Άλλοτε πάλι αποβάλλεται άθικτη ολόκληρη η μητρική κύστη. Το δια της αποχρέμψεως αποβαλλόμενο υγρό είναι μεν διαυγές και εντός αυτού ανευρίσκονται μικροσκοπικά άγκιστρα, πολλές φορές όμως είναι οροπυώδες ή και πυώδες, όταν έχει προηγηθεί επιμόλυνση της κύστης. Επίσης, σπάνια, το χρώμα της απόχρεμψης είναι πρασινοκίτρινο, όποτε προδίδει επικοινωνία προς το ήπαρ. Σε πολλές περιπτώσεις την απόχρεμψη αυτή ακολουθεί μεγάλη αιμόπτυση, λόγω ρήξεως γειτονικού αγγείου.

Εκτός από τα μηχανικώς προκαλούμενα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την ρήξη της κύστεως, μπορεί να εμφανισθούν πολλές φορές βαρεία γενικώς συμπτώματα δηλητηριάσεως, λόγω απορροφήσεως υγρού της κύστεως και δημιουργίας εντόνου αλλεργικής αντιδράσεως.

Συνήθως τα συμπτώματα αυτά περιορίζονται σε καθολική νιΐδωση, άλλοτε όμως η γενική κατάσταση του αρρώστου επιδεινώνεται σοβαρά με την εμφάνιση COLLAPSUS, κυάνωσης, δύσπνοιας, εμέτων και λυγγός, ακόμα δε και ρίγους με επιληπτοειδείς προσβολές. Με την εμφάνιση της παραπάνω εικόνας, συνήθως έρχεται ο θάνατος. Το αναφυλακτικό αυτό CHOK οφείλεται στην απορρόφηση μεγάλης ποσότητας υγρού από την κύστη, το οποίο δρα ως αντιγόνο χορηγούμενο παρεντερικά στον οργανισμό, ο οποίος από προηγούμενη απορρόφηση μικρών ποσοτήτων από το λευκωματούχο αυτό υγρό, είχε ευαισθητοποιηθεί προς το αντιγόνο αυτό.

Μετά την δια της αποχρέμψεως αποβολή της κύστεως του εκινοκόκου, ακολουθεί κατά κανόνα ταχεία ίαση, εκτός από

σπάνιες περιπτώσεις κατά τις οποίες η παραμένουσα κοιλότητα επιμολύνεται και εξελίσσεται σε απόστημα ή γάγγραινα του πνεύμονα. Επίσης, άλλες φορές επέρχεται αυτόματος ίαση δια πλήρους αποτιτανώσεως της κύστεως.-

Γ' Εξινόκοικος κύστη εντοπιζόμενη σε άλλα σημεία του ανθρώπινου οργανισμού.

Όπως ξέρουμε, η εξινόκοικος ταινία μπορεί να προσβάλλει και άλλα όργανα, όπως τον εγκέφαλο, τα οστά, τους νεφρούς, καθώς και ιστούς του ανθρώπου, λόγω της μεταφοράς αυτής στη γενική κυκλοφορία του αίματος.

Στα οστά οι κύστεις είναι ημιστερεές, εισβάλλουν στο χώρο του οστικού μυελού και διαβρώνουν αργά τα οστά, προκαλώντας έτσι παθολογικά κατάγματα. Επίσης βλάβη μπορεί να παρουσιασθεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα με την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων, όπως επιληψία ή τύφλωση.

Οι κύστεις στον εγκέφαλο καθίστανται πολύ νωρίς συμπτωματικές. Εκδηλώνονται με σημεία πίεσεως του εγκεφάλου. Είναι δυνατόν να προκαλέσουν σπασμούς ή συμπτώματα αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης.

Στα νεφρά οι κύστεις προκαλούν βαρεία νεφρική βλάβη που μπορεί να φτάσει στη νεφρική ανεπάρκεια.

Εγκατάσταση του παρασίτου μπορεί να γίνει μέσω της λεμφικής οδού και στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης. Τα συμπτώματα σε παρόμοια περίπτωση είναι δυνατόν να οφείλονται σε πιεστικά φαινόμενα από ευμεγέθους μορφής κύστεως και ανάλογα

σε επιπλοκή αυτής. Η κλινική εικόνα συνίσταται σε άλγος στο δεξιό υποχόνδριο, επεκτεινόμενο προς την σύστοιχο ωμοπλατιαία χώρα, εμέτους.

Επίσης, εχινόκοκκος κύστη είναι δυνατόν να εντοπισθεί εντός τοιχώματος της καρδιάς ή εντός μιας φλέβας, οπότε ο κίνδυνος εμβολικών μεταστάσεων είναι μεγάλος.

Συνοψίζοντας, τα συμπτώματα που προκαλούνται από την εχινόκοκκο κύστη, ανάλογα με την εντόπιση αυτής (ήπαρ, πνεύμονα), είναι τα εξής :

1. ΗΠΑΡ	
Κλινικά σημεία	Αίτια
Αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο Πόνος Ικτερος Ασκίτης Οξύτατη μορφή με εμφάνιση βαρέως ίκτερου Φαινόμενα πυώδους χολαγγειίτιδας	Βαθμιαία διόγκωση ήπατος λόγω της κύστεως Πίεση της πυλαίας φλέβας ή των χοληφόρων οδών Λόγω ρήξεως της κύστης προς τα χοληφόρα αγγεία
Εντονη αναφυλακτική αντίδραση : κνίδωση - ερύθημα - κνησμό - βαρύ COLLAPSUS	
Διαρροϊκές κενώσεις Εμέτους Δύσπνοια Ασθματικοί παροξυσμοί	

2. ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ

Κλινικά σημεία

Αίτια

Βήχας χωρίς απόχρεμψη (στην αρχή της νόσου)
 Μεσοπλεύριες νευραλγίες
 Ελαφρός πυρετός (αρχικά)
 Βλεννώδης ή και αιματηρή απόχρεμψη
 Πυρετικές εξάρσεις - ρίγος

Λόγω της αντιδραστικής επεξεργασίας εντός του πέριξ της κύστεως πνευμονικού παρεγχύματος

Εντονοι θωρακικοί πόνοι

Αύξηση του όγκου της κύστεως

Εντονοι πόνοι
 Ανάπτυξη εξιδρωματικού υγρού (εμπύημα)
 Παροξυσμικός βήχας
 Δύσπνοια
 Απόχρεμψη-άφθονος (υδατέμεση)

Λόγω ρήξεως της κύστεως

Αλλεργική αντίδραση
 Κνίδωση
 Αναφυλακτικό SHOCK

Λόγω απορροφήσεως υγρού της κύστεως από τον οργανισμό

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εκτός από την ελαφρά αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα, χαρακτηριστικό εύρημα θεωρείται και η έκδηλος αύξηση του αριθμού των ηωσινοφίλων, η οποία είναι δυνατόν να φθάσει και μέχρι 50% του ολικού αριθμού των λευκοκυττάρων. Το εύρημα όμως αυτό δεν είναι πάντα σταθερό και μπορεί να λείπει σε πολλές περιπτώσεις.

Η δε ανεύρεση ηωσινοφιλίας δεν είναι πάντοτε ενδεικτική της νόσου, διότι πολλές άλλες καταστάσεις, ιδίως παρασιτικές, συνοδεύονται από ηωσινοφιλία.

Συνδυαζόμενη όμως και με τα υπόλοιπα συμπτώματα της νόσου, η ηωσινοφιλία αποκτά διαγνωστική αξία.

Μεγάλη επίσης διαγνωστική αξία έχει η θετική έκβαση της ενδοδερμικής αντιδράσεως CASONI, καθώς και της κατά WEINBERG αντιδράσεως του αίματος (συγκολλητικοαντίδραση).

Η αντίδραση CASONI συνίσταται σε ενδοδερμική ένεση οιοσήπτου ληφθέντος υγρού κύστεως εκινοκόκκου. Χαρακτηρίζεται θετική όταν στη θέση της ενέσεως (η οποία γίνεται στο αντιβράχιο) εμφανισθεί σε διάστημα μέχρι 24 ωρών, περιγεγραμμένη ερυθρότητα διαφορετικής κάθε φορά εντάσεως. Σημειώνεται με 1-4 σταυρούς, ανάλογα με το μέγεθος της τοπικής αντίδρασης. Η δερμοαντίδραση CASONI είναι πιστή σε αναλογία 90% των περιπτώσεων και 60% των διαπεπυημένων κύστεων. Η δερμοαντίδραση CASONI είναι θετική: α) σε ίκτερο με κνησμό, β) σε αλλεργικές νόσους, γ) σε γενικευμένες δερματικές νόσους, δ) σε περιπτώσεις αιμοφιλίας και ε) σε περιπτώσεις εκινοκοκκίωσης.

Η αντίδραση WEINBERG, είναι μέθοδος δεσμεύσεως του συμπληρώματος. Ως αντιγόνο χρησιμοποιείται υγρό υδατίδος κύστεως προβάτου, το οποίο διατηρεί τις αντιγονικές του ιδιότητες για τουλάχιστον 6 μήνες. Η αντίδραση αυτή όταν είναι θετική, έχει βαρύτητα, ενώ όταν είναι αρνητική δεν αποκλείει τη νόσο.

Ειδικότερα, σε εκτινόμενικο κύστη του ήπατος, η ακτινολογική εικόνα ποικίλλει.

Μόνο σε περίπτωση αποτιτανώσεως της κύστης η ακτινογραφία δείχνει μέρος ή όλη την περιφέρεια της κύστης η οποία έχει σχήμα σφαιρικό. Συχνά διακρίνεται στην ομότιμη σκιά του ήπατος, βαθύτερη σφαιρική σκιά, η οποία αντιστοιχεί στην κύστη.

Σε περιπτώσεις κύστεων της άνω επιφανείας του ήπατος, παρατηρείται άνοδος του διαφράγματος, με δε τις τομογραφίες καθορίζεται και η απόσταση από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα.

Η άνοδος αυτή του διαφράγματος είναι ομαλή, υποστρόγγυλος και δίνει την εντύπωση διαιρέσεως του δεξιού διαφράγματος σε δύο ημιδιαφράγματα.

Σε κοιλιακή προβολή της κύστης διακρίνουμε χαμηλά το ηπατικό χείλος το οποίο είναι υποστρόγγυλο, μετά δε την λήψη του βαρίου διακρίνουμε ανωμαλία της εικόνας του πυλωρού-δωδεκαδακτύλου, λόγω απωθήσεως αυτών προς τα κάτω ή αριστερά.

Η ακτινολογική εξέταση συμπληρώνεται με ακτινογραφία του πνευμονοπεριτοναίου ή με εισαγωγή αέρα στο εγκάρσιο, διακαθετήρος στο ορθό και το σιγμοειδές.

Σε περιπτώσεις ρήξεως της κύστης εντός των χοληφόρων οδών, λαμβάνονται εικόνες υδραερικής κοιλότητας.

Το σπινθηρογράφημα του ήπατος με ραδιενεργά ισότοπα, είναι εξαιρετικά χρήσιμο για την εντόπιση ηπατικών βλαβών και πρέπει πάντα να γίνεται σε ύποπτες περιπτώσεις.

Το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται επίσης σαν διαγνωστικό μέσο και αποκαλύπτει την βλάβη η οποία είναι γεμάτη υγρό.

Ακόμα, οι υδατίδες κύστες του ήπατος εμφανίζουν συχνά χαρακτηριστική σκιερή παρυφή (αδιαφανή) κατά την κοιλιακή αρτηριογραφία.

Δυσχέρειες στη διάγνωση της νόσου, δύνανται να προκύψουν από την διαφορική διάγνωση αυτής από άλλες νόσους. Η διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει : α) από σάρκωμα ή καρκίνο του ήπατος, β) από λευχαιμία, γ) από ηπατίτιδα (σ αυτή την περίπτωση το ήπαρ είναι το ίδιο διογκωμένο και οι ηπατικές δοκιμασίες θετικές), δ) από αμοιβαδικό απόστημα του ήπατος με διαπεπυημένη κύστη, ε) από λιθίαση του χοληδόχου πόρου από ρήξη της κύστης και εμπύημα της χοληδόχου κύστης, στ) από τριτογενή συφιλίδα του ήπατος, η) από νεφρικό όγκο (Αυτός συνήθως προβάλλει προς την οσφυϊκή χώρα η οποία φαίνεται πλήρης κατά την ψηλάφηση. Κατά την εισπνοή η εχινόκοκκος κύστη του ήπατος κινείται κάθετα, ενώ ο νεφρικός όγκος μένει ακίνητος), θ) από πλευρίτιδα, ι) από εχινόκοκκο του πνεύμονος (διαπιστώνεται ακτινογραφικά η διαφραγματική κυρτότητα), ια) από κύστες μη παρασιτικές.

Ακτινολογικά ευρήματα έχουμε και στην εχινόκοκκο κύστη του πνεύμονα.

Διαπιστώνονται αρκετές χαρακτηριστικές εικόνες οι οποίες καθιστούν δυνατή τη διάγνωση από τα πρώτα στάδια της νόσου, πριν ακόμα εμφανισθούν έκδηλα κλινικά συμπτώματα.

Οι εντός του πνεύμονα παρατηρούμενες σκιές είναι συνήθως περιγεγραμμένες, στρογγυλές και ομοιόμορφα έντονες, ώστε η διάκριση αυτών από άλλες παθήσεις δεν είναι δύσκολη. Δυσχέρειες προκύπτουν μόνο όταν η χαρακτηριστική αυτή εικόνα καλύπτεται από διάχυτο σκιά λόγω πνευμονικής αντιδράσεως ή ατελεκτασίας. Μετά την ρήξη της κύστεως και την επικοινωνία αυτής προς τους βρόγχους, δημιουργείται η εικόνα του αποστήματος με υδραερική επιφάνεια.

Δια της κατά μέτωπο και την πλάγια ακτινογραφία είναι δυνατός και ο προσδιορισμός του βρογχοπνευμόνιου τμήματος, στο οποίο εντοπίζεται η κύστη, προκειμένου να αντιμετωπισθεί με χειρουργική επέμβαση.

Η διάγνωση του εχινοκόκκου του πνεύμονος γίνεται επίσης με την μικροσκοπική-εξέταση-πτυέλων και όταν ανευρεθούν σ αυτά άγκιστρα, σε περίπτωση ρήξης της κύστεως και αποβολής του υγρού και των τοιχωμάτων αυτής.

Διάγνωση τίθεται και με την βρογχογραφία, η οποία δείχνει χαρακτηριστική απόθεση του βρογχικού δέντρου, καθώς και με ερευνητική θωρακοτομή.

Πρέπει να σημειωθεί πως αρνητική έκβαση των αντιδράσεων CASONI και WEINBERG, δεν αποκλείει την ύπαρξη της νόσου, αλλά πως όταν η κύστη διαπηθεί, θεωρείται πλέον νεκρή και οι αντιδράσεις αυτές είναι πάντα αρνητικές.

Διαγνωστικές δυσχέρειες προκύπτουν όταν συνυπάρχει πλευρίτιδα ή περιστασιακές αντιδράσεις, οι οποίες καλύπτουν τη σκιά της κύστεως.

Η δοκιμαστική παρακέντιση για διαγνωστικούς σκοπούς δέον ν αποφεύγεται, διότι περικλείει τον κίνδυνο της εκχύσεως υγρού και της απορροφήσεως αυτού από τους ιστούς, οπότε θα προκληθεί η επικίνδυνη εικόνα του αναφυλακτικού SHOCK.

Επίσης, δυσχέρειες είναι δυνατόν να προκύψουν και κατά την διαφορική διάγνωση της νόσου από την α)φυματίωση, β) την ακτινομυκητίαση, γ) την συφιλίδα, δ) του ηωσινοφίλου διηθήματος και των όγκων του πνεύμονος.

Βασικά διαγνωστικά στοιχεία

- * Κυστικός όγκος ήπατος, πνεύμονος ή σπανίως οστού, εγκεφάλου ή ετερων οργάνων.
- * Αλλεργικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουσες κνίδωση, άσθμα, κνησμό.
- * Ηωσινοφιλία (5 - 50%)
- * Ιστορικό στενής επαφής μετά κυνός σε ενδημική περιοχή.
- * Θετικές δοκιμασίες καθηλώσεως συμπληρώματος και δερμοαντιδράσεις.
- * Θετικά ακτινολογικά ευρήματα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Όσον αφορά την εκινόκοκκο κύστη ήπατος, οι επιπλοκές αυξάνουν με την ηλικία (παρατηρούνται μεταξύ 25-40 ετών) και είναι :

- 1) Βαρειά, επίμονα αναφυλακτικά φαινόμενα.
- 2) "Φθίση υδατίδων" η οποία είναι κλινικά ανάλογη της πνευμονικής φυματιώσεως και κατά την οποία παρατηρείται ταχεία εξέλιξη υπερμεγέθους κύστεως με καταστροφή του ηπατικού ιστού.

- 3) Στάση της πυλαίας συνοδευόμενη με ασκίτη σε περιπτώσεις πύεσως αυτής από την κύστη.
- 4) Διαπύση της κύστης κυρίως από κολοβακτηρίδια και αναερόβιων μικροβίων από τις κοληφόρες οδούς.

Η διαπύση εμφανίζει χρονία ή υποξεία πορεία με εμφάνιση αμβλυκηρών φαινομένων, με ηπατομεγαλία, με ή χωρίς πυρετό, με μεγάλη απώλεια βάρους και αδυναμία, από τα οποία ο ασθενής πολλές φορές πεθαίνει. Σπανιότερα η πορεία είναι οξεία, το ήπαρ μέγα, επώδυνο και ο πυρετός κυμαινόμενος. Η όψη του ασθενούς είναι γεώδης, η δε πτώση του βάρους του είναι σημαντική. Η διαπεπηγμένη κύστη ρήγνυται σπανιότερα προς το ελεύθερο περιτόναιο, συχνά σε κάποιο κοίλο όργανο, όπως το κόλο και το δωδεκαδάκτυλο και συχνότερα σε βρόγχους από το διάφραγμα. Αυτή η αυτόματη

παροχέτευση τις περισσότερες φορές δεν αποτελεί ευτυχές γεγονός, διότι ο ασθενής πεθαίνει από βρογχοπνευμονικές επιπλοκές. Η διαπύση δεύτερης κύστεως του ήπατος είναι κανόνας μετά εγχείρηση της πρώτης. Οφείλεται δε σε σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο από την γειτονική κύστη.

- 5) Ρήξη ασήπτου κύστεως.

α) Στο περιτόναιο. Αυτή είναι δυνατόν να έχει βραδεία εξέλιξη χωρίς κλινικές εκδηλώσεις, εκτός από αναφυλακτικά φαινόμενα. Η ρήξη καθίσταται κλινικώς πιθανή από την διαπίστωση πολλών κύστεων κατά την περιτοναϊκή κοιλότητα σε διάφορα στάδια εξέλιξης και ποικίλλου μεγέθους. Συνήθως είναι κεραυνοβόλος με έντονο SHOCK και αναφυλακτικό COLLAPSUS από τα οποία ο ασθενής πεθαίνει και τα οποία παρουσιάζονται μετά από επίκυψη, ή επίθεση βάρους στη κοιλία. Εάν ο ασθενής επιζήσει, εμφανίζει επίμονες αναφυλακτικές εκδηλώσεις και χολοπεριτόναιο.

- β) Στις χοληφόρες οδούς κυρίως ρήγνονται οι κύστεις των πυλών του ήπατος, του λοβού του SPIEGEL, οι πρόσθιες κατώτερες κύστεις, σπανιότερα οι κεντρικές, συνήθως οι διαπεπηγμένες κύστεις, καθώς και οι κύστεις με άλλες θυγατρικές. Η ρήξη συμβαίνει στα ενδοηπατικά χοληφόρα αγγεία και εκδηλώνεται με ψευδολιθιασικό κολικό και αποφρακτικό ίκτερο, ο οποίος οφείλεται κυρίως σε θυγατέρες κύστεις, σπανιότερα στη μητρική. Συνήθως προηγείται της ρήξης πυρετός επί μακρό χρονικό διάστημα, λόγω διαπυήσεως της κύστης. Η ρήξη άσηπτης κύστης στις χοληφόρες οδούς επιπλέκεται από φλεγμονή.
- γ) Ρήξη στον υπεζωκότα, η οποία είναι σπάνια περίπτωση.
- δ) Ρήξη στον πνεύμονα και τους βρόγχους. Πρόκειται για κύστεις της άνω επιφανείας του ήπατος, οι οποίες προκαλούν διάβρωση του διαφράγματος, του υπεζωκότος και του συμπεφυκότα πνεύμονα, με αποτέλεσμα τη ρήξη στους βρόγχους. Ο ασθενής, όπως και στην περίπτωση ρήξης πνευμονικών κύστεων, καταλαμβάνεται από σφοδρό άλγος στο θώρακα, με έντονο βήχα και φαινόμενα ασφυξίας και αποβάλλει ποσότητα διαυγών ή αιματηρών υγρών και θυγατέρες κύστεις. Είναι δυνατή η ασφυξία του πάσχοντος από εισπνοή του αποβαλλομένου υγρού ή από απόφραξη των αεροφόρων οδών. Η μόλυνση της κύστης είναι βεβαία.
- ε) Ρήξη σε μεγάλο αιμοφόρο αγγείο. Η επιπλοκή αυτή είναι σπανιώτατη και προκαλεί τον θάνατο με ισχυρό αναφυλακτικό SHOCK.

Επιπλοκές παρουσιάζονται και στον πνεύμονα από την εκινοκόκκο κύστη.

Η πιο σημαντική επιπλοκή είναι η αιφνίδια ρήξη της κύστης η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αναφυλαξία ή ακόμα και στον θάνατο. Εάν ο ασθενής στην περίπτωση αυτή επιζήσει, θα αντιμετωπίσει τον κίνδυνο πολλαπλών δευτεροπαθών λοιμώξεων ένεκα διασποράς των θυγατέρων κύστεων.

Γενικά οι κύστεις που βρίσκονται στο κέντρο του πνευμονικού παρεγχύματος, είτε σπάνε προς τους μεγάλους βρόγχους, είτε διαπυούνται και δίνουν την κλινική εικόνα του πνευμονικού αποστήματος.

Επίσης, οι κύστεις εκινοκόκκου, που βρίσκονται περιφερικά, είτε διαπυούνται ή σε σπάνιες περιπτώσεις σπάνε προς την υπεζωκοτική κοιλότητα, με αποτέλεσμα την δημιουργία αυτομάτου υδροπνευμοθώρακα. Η κλινική εικόνα της επιπλοκής αυτής είναι δραματική (έντονος πόνος, δύσπνοια, κυάνωση, COLLAPSUS, ταχυκαρδία, αναφυλακτικό SHOCK). Αν ο άρρωστος ζήσει μετά τις πρώτες ώρες, τότε ο υδροπνευμοθώρακας εξελίσσεται σε πυοθώρακα εξαιτίας μόλυνσης του υγρού που βρίσκεται στην υπεζωκοτική κοιλότητα, λόγω της βρογχοϋπεζωκοτικής επικοινωνίας. Η θεραπεία της επιπλοκής αυτής είναι στην αρχή συντηρητική με αντιβιοτικά και στη συνέχεια χειρουργική. Άλλες επιπλοκές είναι: α) τμηματική ατελεκτασία του πνεύμονα, β) δευτεροπαθείς λοιμώξεις των κύστεων, γ) δευτερογενείς εκδηλώσεις της αυξήσεως της ενδοκρανιακής πίεσης και δ) βαρεία νεφρική βλάβη οφειλόμενη σε κύστεις των νεφρών.-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Εχιινόκοκκος κύστη ήπατος

Η θεραπεία των υδατίδων κύστεων είναι χειρουργική.

Η παρακέντιση ήπατος από τα κοιλιακά τοιχώματα και η κένωση της κύστης είναι συνδεδεμένη με το όνομα MUVALTO (1684).

Η κένωση με TROCART και η παροχέτευση με ελαστικό σωλήνα συνδέεται με το όνομα DOLBEAU (1856). Κένωση της κύστεως σε δύο χρόνους και μετά έγχυση αντισηπτικού διαλύματος με προηγούμενη πρόκληση περιτοναϊκών συμφύσεων, συνέστη ο VOLKMANN (1877). Ο KIRCHNER συνέστησε την διάνοιξη και κένωση της κύστης σε ένα χρόνο με περιρραφή του τοιχώματος της κύστης στο εγχειρητικό τραύμα.

Η κύστη που παροχετεύεται συνήθως διαπυεύεται. Οι KNAUSLEY THORNTON (1883) και BOND (1891) συνέγραψαν και ανέταξαν την κύστη στην κοιλιά.

Οι POSADAS, BILLROTS και ED. QUENY συνέστησαν καθήλωση της κύστης στο περιτόναιο, ελαφρά παροχέτευση με πλήρη κένωση από τις υδατίδες κύστεις και ραφή του εγχειρητικού τραύματος. Οι DEVE και ED. QUENY (1902) προ της διανοίξεως της κύστης προέβησαν σε έγχυση FORMOL 2% με σκοπό να προφυλάξουν την μόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας από τα έμβρυα.

Η προεγχειρητική μελέτη αφορά την λειτουργική ικανότητα

του ήπατος και κυρίως την θρομβίνη του αίματος. Προεγχειρητικά χορηγείται σε ενέσεις βιταμίνη K, ιδίως σε περιπτώσεις αποφράξεως των κοληφόρων ειδών. Χορηγούνται επίσης αντισταμινικά σε ενέσεις ως ANTEROGAN προ της μεταφοράς στο χειρουργείο του ασθενούς και κατά την εγχείρηση αδρεναλίνη· αυτά χορηγούνται για την προφύλαξη ενδεχομένου αναφυλακτικού SHOCK.

Η αναισθησία εξασφαλίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις με τοπική διήθηση νοβοκαΐνης και αδρεναλίνης (η τελευταία προστίθεται μόνο ως προφυλακτικό κατά της αναφυλαξίας).

Χειρουργικές μέθοδοι που ακολουθούνται :

1) Τελεία σύγκλειση της κύστης μετά την κένωση αυτής. Μετά την αποκάλυψη της κύστης ενεργείται παρακέντισις αυτής με λεπτή βελόνα μετά από επιμελή αφαίρεση των γύρω γαζών. Με αυτό τον τρόπο βεβαιώνεται η ύπαρξη κύστης εκινούκου, με ή χωρίς θυγατέρες κύστεων. Το υγρό της παρακεντήσεως στην δεύτερη περίπτωση είναι λίγο. Μέσω της ίδιας βελόνας εγχύεται στην κύστη διάλυμα φορμόλης. Από την βελόνα μετά 4' από την έγχυση της φορμόλης, εισάγεται TROCART συνδεδεμένο με ηλεκτρικό αναροφητήρα και έτσι κενούται πλήρως η κύστη από το υγρό. Κατόπιν αφαιρείται η λευκάζουσα εκινούκοκος κύστη με τους κατάλληλους χειρισμούς. Χορηγείται πενικιλίνη και στρεπτομικίνη και δύο φορές την ημέρα ενέσεις αντισταμινικών φαρμάκων.

Η αγωγή αυτή τηρείται σε περιπτώσεις μικρής ή μέτριας άσηπτης κύστης εκινούκου, της οποίας ο ινώδης ιστός που την περιβάλλει, καθώς είναι λεπτός και εύκαμπτος, επιτρέπει την

σύμπτωση και την εξάλειψη της κοιλότητας.

Σε περίπτωση που η κύστη είναι μεγάλη, δεν ενδείκνυται η τελεία σύγκληση αυτής, γιατί τότε πίαση της κοιλότητας που απομένει είναι δύσκολη.

Επί παλιάς κύστεως αναπτύσσεται ινώδης ιστός, σκληρός, πεπαχυμένος, ο οποίος καθιστά δύσκολη την σύμπτωση και εξάλειψη της κοιλότητας. Πάνω σε τέτοιες παλιές κύστεις αποτίθενται άλατα ασβεστίου, σε ποσότητα δεκαπλάσια αυτής του υπολοίπου ηπατικού ιστού. Αν μάλιστα η κύστη είχε διαπηθεί, η απόθεση των αλάτων ασβεστίου μπορεί να φθάσει το 1/2 αυτών της αορτής.

Η κοιλότητα της κύστης που απομένει πληρούται από αιματηρό ή χολοβαφές εξίδρωμα, προσφέροντας έτσι ευνοϊκούς όρους για εγκατάσταση λοιμώξεως μέσω της κυκλοφορίας ή των χοληφόρων οδών.

Σε περίπτωση που υπάρχει ενδεχόμενο συλλογής αίματος ή χολώδους υγρού, οπότε απειλείται το περιτόναιο από ρήξη της κύστης, γίνεται μετά την τέλεια σύγκληση της κύστης, καθήλωση αυτής στο κοιλιακό τραύμα, έτσι ώστε σε πυρετό κλπ. να είναι δυνατή η διασωλήνωση της κύστης (διασωλήνωση γίνεται σε 10-12% των περιπτώσεων).

Άλλοι συρράπτουν μεν τελείως την κύστη, αλλά τοποθετούν λεπτό σωλήνα για 24-48 ώρες και τον αφαιρούν εάν η κύστη δεν δίνει αιματηρά ή χολοβαφή υγρά.

2) Μαρσιποποίηση της κύστης (Εικ.11'). Μετά την διάνοιξη και κένωση της κύστης γίνεται καθήλωση των χειλέων του ανοίγματος της κύστης στο περιτοναϊκό άνοιγμα με διακεκομμένες ραφές τύπου U. Στη συνέχεια συγκλείεται το πέρα της μαρσιποποίησης περιτοναϊκό άνοιγμα και ακολουθεί ή σύγκλιση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Λαμβάνεται πρόνοια ώστε να μη συγκλείσουν τα ραμμένα κοιλιακά τοιχώματα πάνω από το στόμιο της μαρσιποποίησης, έτσι ώστε να εισάγεται εύκολα η λαβίδα στην κοιλότητα της κύστης.

Σε μαρσιποποιημένη κύστη γίνεται :

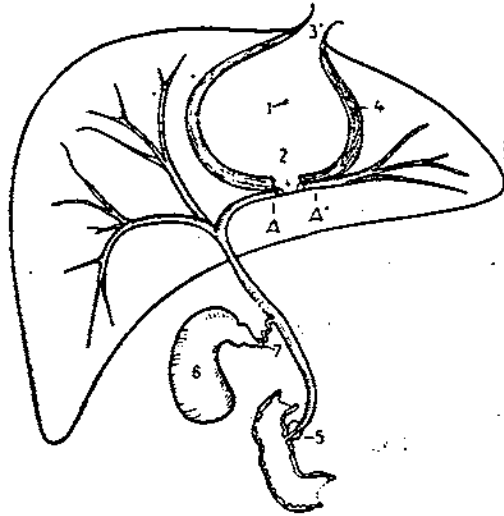
- α) Ελαφρά παροχέτευση για 24 ώρες με δέσμη μετάξης ή CUT-GUT.
- β) Ελαφρά παροχέτευση μέσω λεπτού ελαστικού σωλήνα για 24-48 ώρες.
- γ) Παροχέτευση μέσω τριγώνων γαζών. ~~Επιδιώκεται έτσι η νέ-~~
κρωση και απόπτωση της ινώδους κάψας και η σύγκλιση της κοιλότητας λόγω σαρκοφυΐας.

Μαρσιποποιούνται : α) κύστεις μεγάλες, β) κύστεις διαπεπτημένες με πληθώρα θυγατέρων κύστεων, γ) κύστεις όταν υπάρχει η πιθανότητα παρακείμενης κύστης με την ελπίδα αυτόματης παροχέτευσης με τη μαρσιποποίηση, δ) κύστεις αιμορραγούσες, ε) κύστεις με χολόροια η οποία άρχισε κατά την εγχείρηση.

Συνήθως επιδιώκεται η όσο το δυνατόν βραχεία παροχέτευση της κύστης.

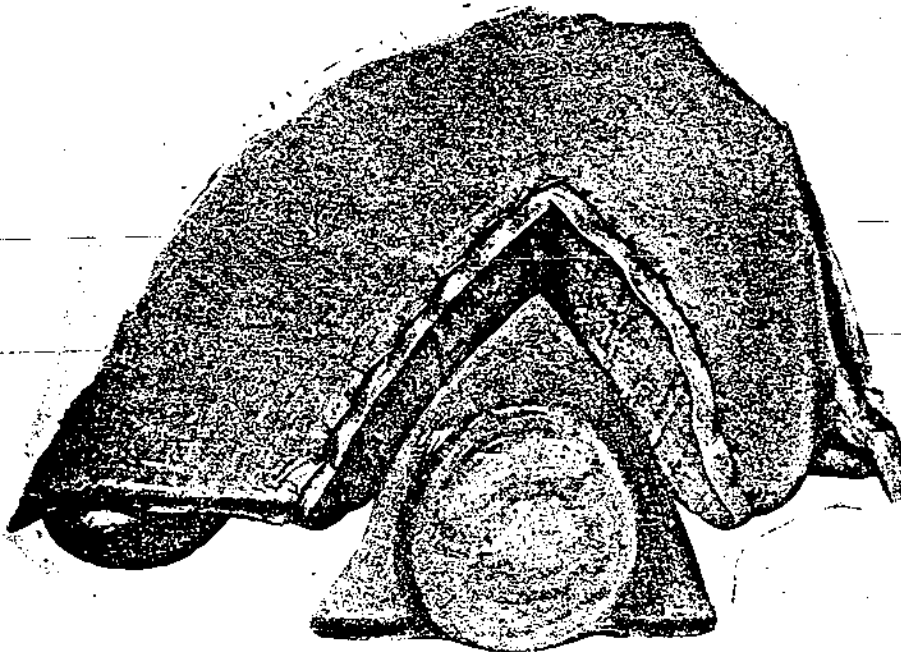
Η κύστη που παροχετεύεται με γάζες έχει σαν συνέπεια :

- α) μακροχρόνια πυόρροια που διαρκεί μέχρι την απόπτωση της ινώδους κάψας και την σύγκλιση της κοιλότητας. Συχνά η



—Κύστις μαρσιποποιημένη έπικοινωνούσα μετά χοληφόρου άγγείου
(R. Bourgeon, H. Pietri).

ΕΙΚ. 11



—Αφαίρεσις τής κύστεως δι' ήπατεκτομής (Bickham - Callander).

ΕΙΚ. 12

απόθεση αλάτων ασβεστίου διαιωνίζει την πυόρροια και σχηματίζεται έτσι συρίγγιο το οποίο γίνεται οροπυώδες με βλεννώδες υγρό.

β) Πυόρροια με σηπτική πυρετική κίνηση η οποία ανθίσταται στα αντιβιοτικά.

γ) Παρατεινόμενη χολόρροια ή μόνιμο χολικό συρρίγγιο, που συνήθως προκαλείται από την απόπτωση της νεκρωθείσας ινώδους κάψας.

δ) Αιμορραγίες επαναλαμβανόμενες, πολλές φορές θανατηφόρες.

3) Σμίκρυνση και εξάλειψη της ηπατικής κοιλότητας. Η σμίκρυνση της ηπατικής κοιλότητας γίνεται με την σύμπτυξη της ινώδους κάψας με ραφές CAT-GUT. Η μέθοδος αυτή είναι άριστη για την σμίκρυνση της πνευμονικής κοιλότητας, αλλά δεν είναι δυνατή για την ηπατική κοιλότητα χωρίς τον κίνδυνο τρώσεως σημαντικού χοληφόρου ή αιμοφόρου αγγείου ή χωρίς την παραμονή νεκρών χώρων. Η σμίκρυνση της κοιλότητας σε κύστεις περιφερικές οι οποίες καλύπτονται από λεπτό στρώμα ηπατικού παρεγχύματος, μετά την νέκρωση της κύστης, επιτυγχάνεται με αναστροφή των χειλέων της κύστης στο εσωτερικό αυτής και με συρραφή της γλισσωνίας κάψας, σε δύο ή περισσότερα στρώματα. Έτσι επιτυγχάνεται η τέλεια εξάλειψη της ηπατικής κοιλότητας ή τουλάχιστον ο περιορισμός αυτής.

Η επιπλοοπλαστική αποτελεί επίσης μία ικανοποιητική μέθοδο εξάλειψης της ηπατικής κοιλότητας μετά την πλήρη κένωση της κύστης. Η μέθοδος συνίσταται στην κινητοποίηση του επιπλόου με αποκόλληση από το εγκάρσιο κόλο και μεταφορά αυτού εντός της κοιλότητας, του επιπλόου διατηρείται η αγγείωσή του.

Η συγκράτηση αυτού εντός της κοιλότητας επιτυγχάνεται με ραφές στα χείλη της κύστης με CAT-GUT.

Η επιπλοοπλαστική σπάνια απαιτεί παροχέτευση (μόνο σε διαπεπυημένες κύστεις γίνεται παροχέτευση), η δε ίαση επιτυγχάνεται εντός 10 ημερών σε άσηπτες κύστεις και εντός 20-30 ημερών σε διαπυημένες κύστεις ή σε κύστεις με χολώδες περιεχόμενο. Η επιπλοοπλαστική είναι ικανοποιητική μέθοδος ακόμα και για περιπτώσεις αποτιτανωμένων κύστεων, μετά την απόξεση των αλάτων και για περιπτώσεις χοληφόρων συριγγίων.

4) Μερική κυστεοπατεκτομή (Εικ.12).

Σε κύστεις του ήπατος, των οποίων μέρος προβάλλει στην εξωτερική επιφάνεια του ήπατος, η σμίκρυνση της κοιλότητας επιτυγχάνεται με μερική κυστεοπατεκτομή. Η εγχείρηση αυτή έχει γίνει και επανάληψη σε περιπτώσεις εκινοκόκκων κύστεων που προβάλλουν κατά το ελεύθερο ηπατικό χείλος ως εξής :

Μετά την κένωση της κύστης γίνεται ευρεία διάνοιξη αυτής. Στη συνέχεια από το ελεύθερο ηπατικό χείλος αρχίζει η εκτομή της κύστης με το ηπατικό παρέγχυμα, όσο αυτό φαίνεται αλλοιωμένο, αφού πρώτα έχει τοποθετηθεί ραφή U με κονδρό CAT-GUT. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να αφαιρεθούν τα 2/3 ευμεγέθων κύστεων χωρίς αιμορραγία και να επικαλυφθεί το υπόλοιπο τμήμα της κύστης με επιπλούν. Αυτό συγκρατείται στη θέση του με επίδεση πάνω από το επιπλούν των ραμμάτων από CAT-GUT των ραφών U των δύο χειλέων του κυστικού ανοίγματος. Η Ηηπατική χώρα διασωληνώνεται για 48 ώρες με λεπτό ελαστικό σωλήνα.

5) Ηπατεκτομή με αφαίρεση της κύστης. Η εγχείρηση αυτή είναι βαρεία και ίσως δεν δικαιολογείται για την echinococcus κύστη.

Η ηπατεκτομή περιορίζεται σε περιπτώσεις κύστεων του αριστερού λοβού του ήπατος, οπότε ενεργείται λοβεκτομή ή σε περιπτώσεις μικρών κύστεων κατά το ελεύθερο χείλος, οπότε σε μιά τέτοια περίπτωση η κύστη αφαιρείται εύκολα με σφηνοειδή εκτομή.

Η τεχνική συνίσταται στην κένωση της κύστης και στην εκτομή στη συνέχεια. Η εγχείρηση αυτή δικαιολογείται αν οι σικωλοκοινοφαλές βρίσκονται στο γειτονικό της κύστης ηπατικό παρέγχυμα ή αν πρόκειται για κυψελιδώδη echinococcus.

6) Κυστεκτομή ή εκπυρήνωση της κύστης.

Η κυστεκτομή γίνεται σε περιπτώσεις αποστιτανωμένων και διαπυημένων κύστεων, οπότε η μαρσιποποίηση θα είχε κακή εξέλιξη. Κατά την κυστεκτομή, με περιγραφή MELNIKO (1936), ο echinococcus αφαιρείται μαζί με την ινώδη κάψα, χωρίς προηγουμένη κένωση της κύστης.

Σήμερα η κυστεκτομή εκτελείται με διάνοιξη της κύστης και κένωση από το περιεχόμενο αυτής και κατόπιν με αποκόλληση της κάψας. Εντός της τραυματικής επιφανείας του ήπατος τοποθετείται σπληνίο προς πωματισμό και παροχέτευση. Η παρατηρούμενη χολόρροια παύει εντός 15 ημερών, η δε ίαση επέρχεται εντός 20-45 ημερών.

Οι αντενδείξεις της κυστεκτομής είναι :

α) Οι απλές άσηπτες κύστεις

- β) Οι πελώριες κύστεις
- γ) Οι φαγείσες κύστεις σε χοληφόρα αγγεία διότι καταλήγουν σε μόνιμο χοληφόρο συρίγγιο.

Οι ενδείξεις κυστεκτομής είναι :

- α) Κύστεις μικρές ή μέτριες οι οποίες έχουν διαπηθεί.
- β) Κύστεις ζώντες που έχουν αποπιτανωθεί, οπότε η μαρσιποποίηση θα κατέληγε σε συριγγοποίηση.
- γ) Συριγγοποιηθείσα εκινόκοκκος κύστη.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της κύστεως του ήπατος επιδιώκεται άνευ βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος για το φόβο της αιμορραγίας και της χολόρροιας.

A. Κύστη άσηπτος, μικρή, εξωτερικευθείσα. Σε περιπτώσεις μικρής κύστης που προβάλλει προς το ελεύθερο χείλος, η καλύτερη αγωγή είναι η εκτομή της κύστης με τον γειτονικό ηπατικό ιστό, κατά την τεχνική εκτομής των ηπατικών όργων. Η εγχείρηση αυτή προτιμάται σε κύστεις με θυγατέρες κύστεις, και κυρίως επί αποπιτανωθείσης κύστης.

B. Κύστη άσηπτος, μεγάλη, εξωτερικευθείσα. Μετά αφορισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας δια τριγώνων γαζών, παρακεντάται η κύστη, ενίεται διάλυμα φορμόλης 5-10% (ανάλογα με το μέγεθος αυτής) και εφ' όσον δεν φέρει θυγατέρες κύστεις, κενούται με TROCART το οποίο είναι συνδεδεμένο με ηλεκτρικό αναρροφητήρα και διανοίγεται. Μετά την κένωση της κοιλότητας από την λευκή ή λευκοκίτρινη μητρική κύστη εκτείνουμε το εξωτερικό τμήμα μέχρι τα χείλη του υγιούς ήπατος. Η ανοικτή αυτή κοιλότητα καθαρίζεται με τολύπιο, το οποίο περιέχει φορμόλη 2% και στη συνέχεια κλείεται τελείως ή πληρούται με επιπλόο. Επειδή η επιπλοκή του χολοπεριτόναιου είναι συχνή, παροχετεύουμε την κυστιική κοιλότητα με λεπτό σωλήνα για 2-4 ημέρες.

Γ. Κύστη μικρή μη εξωτερικευθείσα. Με βελόντη παρακέντησεως διαπιστώνεται το πάχος του ηπατικού παρεγχύματος το οποίο πρέπει να διαιρεθεί όταν φτάσουμε στη κύστη. Με ηλεκτροπληξία διαιρείται ο ηπατικός ιστός μέχρι την κλυστη και σε έκταση δύο εκατοστών. Στη συνέχεια διαιρείται η κύστη, κενούται το περιεχόμενο αυτής και κλείνεται τελείως η κοιλότητα.

Δ. Κύστη μεγάλη μη εξωτερικευθείσα. Μετά την κένωση της κύστης διενεργείται μαρσιποποίηση αυτής. Πολλές φορές αντί την μαρσιποποίηση της κύστης προτιμάται η πλήρωση αυτής με επίπλοο και η διενέργηση επιπλοοπλαστικής.

Ε. Κύστη με πλήθος θυγατέρων. Η παρακέντιση με TROCART δίδει υγρό όσο το μέγεθος της κύστης. Στην περίπτωση αυτή ενεργείται μεγάλη κυστοτομία, ώστε να επιτευχθεί πλήρως η κένωση της κύστης. Αν υπάρχει αμφιβολία, όσον αφορά την πλήρη κένωση από τις θυγατέρες κύστεις, γίνεται ευρεία μαρσιποποίηση της κύστης.

ΣΤ. Κύστεις πολλαπλές του ήπατος. Πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπ όψη το ενδεχόμενο αυτό πριν από την εγχείριση και κατά την εγχείριση. Η προβολή άλλης κύστης εντός της κοιλότητας της πρώτης, η δυσαναλογία μεταξύ του μεγάλου όγκου μετά την κένωση της κύστης, καθώς και η γνώση ότι τα κλινικά σημεία δεν εξηγούνται από την θέση της κύστης που έχει ανοιχτεί, πείθουν ότι συνυπάρχει και άλλη κύστη.

Η αναζήτηση της δεύτερης κύστης, απαιτεί ευρύτερη λαπαροτομία και ευρεία διάνοιξη της πρώτης κύστης, ώστε να διευκολυνθεί η έρευνα εντός αυτής. Η αφαίρεση της δεύτερης κύστης είναι δυνατόν να γίνει: α) από την κοιλότητα της πρώ-

της κύστης, β) από δεύτερη τομή του ήπατος και γ) από την ίδια τομή του δέρματος και των υποκειμένων ιστών, αν η έδρα της κύστης είναι μακρά. Η παραγνώριση παρακείμενης κύστης έχει σαν βέβαια επιπλοκή την διαπύηση.

Ζ. Κύστεις αποτιτανωμένες. Βεβαίωση της αποτιτανώσεως όλου ή μέρους του τοιχώματος της κύστης, γίνεται με απλή ακτινογραφία κοιλιάς. Η ακτινολογική έρευνα συμπληρώνεται με χολαγγειογραφία και ακτινογραφία στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

Η αποτιτανωμένη κύστη είναι παλιά, συνήθως νεκρή αλλά και συχνά μπορεί να είναι ζώσα. Εάν δεν υπάρχουν ενοχλήματα και αν οι αντιδράσεις CASONI και WEINBERG-PAVOU είναι αρνητικές, το φρονιμώτερο είναι να μη θίξουμε την κύστη. Εάν η κύστη είναι μικρή, η εκπυρήνωση αυτής είναι ευχερής. Η μεγάλη κύστη είναι αποτιτανωμένη, σπάνια ολόκληρη, συνήθως μόνο σ ένα τμήμα αυτής. Η εκπυρήνωση σ αυτή την περίπτωση είναι επικίνδυνη. Η μαρσιποποίηση του στομίου της κύστης έχει ως κανόνα την συριγγοποίηση.

Η διαπεπυημένη κύστη σε οξύ στάδιο επιβάλλει την ευρεία μαρσιποποίηση και παροχέτευση με γάζες.

Η. —Κύστη διαπυηθείσα. Η διαπύηση της εκινοκόκκου κύστεως με οξεία ή χρόνια πορεία, με πυρετό, υπερλευκοκυττάρωση και άλλων γενικών φαινομένων, έχει ανάγκη ταχείας κενώσεως.

Πολλοί, μετά την κένωση της κύστης και την μαρσιποποίηση, προβαίνουν σε ευρεία παροχέτευση με γάζες. Εν τούτοις, αρκεί η τοποθέτηση ενός ή δύο ελαστικών σωλήνων προς διάφορες κατευθύνσεις, με την παράλληλη χορήγηση αντιβιοτικών. Οι σωλή-

νες διατηρούνται μέχρι την πτώση του πυρετού. Κατά την εγχείρηση λαμβάνεται κάθε προφύλαξη για σηπτική επέμβαση. Η μαρσιποποιημένη κύστη πυορροεί για μακρό χρονικό διάστημα και σε περίπτωση που επιπλακεί με χολόρροια, προκαλεί επικίνδυνη χολαγγεΐτιδα.

Αίτια που διατηρούν την πυόρροια για μακρό χρονικό διάστημα είναι : α) η χρόνια φλεγμονή της κύστης, β) η νέκρωση της μητρικής κύστης, γ) η αποτιτάνωση αυτής, δ) η σκλήρυνση των τοιχωμάτων έτσι που αυτά να μην συμπίπτουν, ε) η διαιώνιση χοληφόρου συριγγίου, στ) η οστεομυελίτιδα παρακείμενης πλευράς.

θ. Κύστη ραγείσα στις χοληφόρες οδούς. Η εγχειρητική αγωγή εξαρτάται κυρίως από την διάγνωση. Εάν η διάγνωση αποφράξεως των χοληφόρων ειδών ετέθη προεγχειρητικά, η αντιμετώπιση συνίσταται στην αναζήτηση και παροχέτευση της κύστης. Το χοληφόρο συρίγγιο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ιάται μόνο του. Εάν η διάγνωση αποφράξεως λόγω ραγείσης εκινοκόκκου κύστης δεν τέθηκε προεγχειρητικά, αλλά η απόφραξη θεωρήθηκε λιθισιακή (λόγω λίθου), τότε αναζητείται η απόφραξη των εξωηπατικών οδών και παροχετεύεται ο κοινός ηπατικός ή χοληδόχος πόρος. Εάν τυχόν κατά την εγχείριση διαπιστωθεί ότι η απόφραξη οφείλεται σε κύστη και παράλληλα βρεθεί και η κύστη, τότε παροχετεύεται η κύστη και όχι ο πόρος.

Εκτός όμως από την χειρουργική αντιμετώπιση της κύστης του εκινοκόκκου στο ήπαρ, μπορεί να υπάρξει σε μερικές περιπτώσεις και συντηρητική αντιμετώπιση.

Γενικά δεν υπάρχει αποτελεσματική συντηρητική θεραπεία.

Παράγωγα βενζιμιδαζόλης και η ίδια η μεβενδαζόλη δοκιμάζονται σε πειραματόζωα ως μελλοντική χημειοθεραπευτική προσέγγιση της νόσου.

Στα παρασιτοκτόνα διαλύματα περιλαμβάνονται το υπέρτονο κλω-
ριονατριούχο του νιτρικού αργύρου, του SOOLIUM HYPOCHLORITE
και της φορμαλίνης.

Β' Εχινόκοκκος κύστη πνεύμονος

Η θεραπεία των υδατίδων κύστεων του πνεύμονα είναι χειρουργι-
κή, όπως και στον εχινόκοκκο του ήπατος.

Κατά την χειρουργική θεραπεία τίθενται ορισμένα προβλήματα
όπως:

- α) Η επέμβαση έχει τον διπλό κίνδυνο της διαχύσεως του εχι-
νοκόκκικου υγρού κατά την διάρκεια αυτής (αναφυλακτικά
φαινόμενα και της εμφυτεύσεως σκωλήκων (δια των βρόγχων)
στον υπεζωκότα, και
- β) Μετά την αφαίρεση της κύστεως καταλείπεται κοιλότητα
η οποία αφ ενός επικοινωνεί με τους βρόγχους και αφ
ετέρου το τοίχωμά της (ADVENTICIA) αποτελείται από ιστό
ικανό να συμπιεσθεί για μακρό χρονικό διάστημα, χωρίς
να χάσει την ικανότητά του για επανάπτυξη.

Παλαιότερα, επενέβαιναν στον υπεζωκότα όταν υπήρχαν συμφύσεις,
οι οποίες προκαλούνταν πριν από την επέμβαση. Σήμερα όμως
χάρη στις τελειοποιήσεις της ναρικήσεως και της χειρουργικής
του πνεύμονος, η επέμβαση (θωρακοτομή) λαμβάνει χώρα με ελεύ-
θερο υπεζωκότα, είναι δε απλή και ασφαλής, επιτρέποντας την
προσεκτική εξέταση της όλης επιφάνειας του πάσχοντος πνεύμο-

νος και καθιστά έτσι εύκολη την αφαίρεση κύστεων, οι οποίες λόγω της θέσης τους παλαιότερα θεωρούντο ανεγχειρήτες.

Η φροντίδα η οποία απασχολεί τον χειρουργό σήμερα δεν είναι το παράσιτο αλλά το μέλλον του χειρουργημένου πνεύμονα, από ανατομική και χειρουργική άποψη.

Αυτό εξαρτάται από τις προϋπάρχουσες αλλοιώσεις και από τα μετεγχειρητικά κατάλοιπα, όπως είναι η βρογχεκτασία, η σκλήρυνση και η υπολειμματική κοιλότητα μετά την αφαίρεση της υδατίδας κύστης.

Τα δεδομένα τα οποία θα επηρεάσουν την εκλογή της κατάλληλης επέμβασης εξαρτώνται από: α) τον ασθενή (όγκος, έδρα, αριθμός και στάδιο εξέλιξης των κύστεων καθώς και κατάσταση του απομένοντος πνεύμονος) και β) από τον χειρουργό και το περιβάλλον του (ειδικός σε εκτομές χειρουργός, συγχρονισμένος αναισθησιολόγος κλπ.).

Τύποι επεμβάσεως:

α) Κυστοτομή.

Εφαρμόσθηκε για πρώτη φορά το 1884 από τον Αυστραλό THOMAS. Συνίσταται στην αφαίρεση της υδατίδας, διατήρηση όμως του κυστικού σάκκου, απολύμανση αυτού δια φορμαλίνης για να φονευθούν οι σκώληκες, μαρσιποποίηση αυτού, συρραφή και παροχέτευση υπό μέτρια συνεχή αναρρόφηση.

β) Αφαίρεση του πνεύμονος (εκτομή).

Συνίσταται στην αφαίρεση του παρασίτου και του περικυστικού σάκκου, κατόπιν πνευμονεκτομής, λοβεκτομής ή τμηματεκτομής, αναλόγως του μεγέθους και της έδρας της υδατίδας κύστης.

Εφαρμόσθηκε πρώτα το 1937 από τον Αργεντινό ABREU. Από το 1948 ο PEREZ FONTANA υποστηρίζει την κυστεκτομή (οικονομική αφαίρεση πνεύμονος) συνισταμένη εις την αφαίρεση της κύστεως με τον σάκκο της, διατηρουμένων όλων των γειτονικών υγιών τμημάτων του πνευμονικού παρεγχύματος.

Η κυστοτομή είναι συντηρητική απλή επέμβαση, δυναμένη να εκτελεσθεί από όλους τους χειρουργούς, έχει όμως το μειονέκτημα ότι καταλείπει πνευμονική κοιλότητα, η οποία επικοινωνεί με τους βρόγχους, διαπυήσκεται, μοιραίως, χρονίζει και είναι δυνατόν να προκαλέσει ανάφλεξη παλαιών φυματικών εστιών. Όταν γίνει σύγκλειση των βρογχικών συριγγίων οι κίνδυνοι μειώνονται.-

Η πνευμοεξαίρεση (εκτομή) λύνει εκτός από το πρόβλημα του παρασίτου και τα λοιπά προβλήματα των υπολειμμάτων της κυστοτομής, χάρις στις σημερινές προόδους της χειρουργικής και της αναισθησιολογίας πρέπει να αποτελεί την επέμβαση της εκλογής, παρ' όλη την κριτική που έχει ασκηθεί εναντίον της, διότι απαιτεί ειδική πείρα του χειρουργού και είναι ακρωτηριαστική του πνευμονικού παρεγχύματος.

Ενδείξεις των χειρουργικών επεμβάσεων.

Επί απλών κύστεων--: α) μικρών - κυστοτομή, επί μικρών και περιφερικών κυστεκτομή.

β) επί μέσων διαστάσεων κυστεκτομή κατά FONTANA, μερικοί διενεργούν κυστεκτομή με σύγκλειση του σάκκου κατά POSADAS.

γ) μεγάλων (που υπερβαίνουν τον λοβό) εκτομή πνεύμονος ή λοβών.

Επί επιπλεγμένων κύστεων :

- α) Επί περικυστικής διαπυήσεως άνευ βρογχεκτασίας γίνεται κυστεκτομή, αντιβιοτικά, παροχέτευση υπεζωκότος υπό αναρρόφηση.
- β) Επί ρήξεως στους βρόγχους με μόλυνση και βρογχεκτασία τυπική ένδειξη λοβεκτομής με προηγηθείσα πολλές φορές βροχοαναρρόφηση.
- γ) Επί ξηράς συγκρατήσεως της μητρικής μεβράνης γίνεται κυστοτομή.
- δ) Επί ρήξεως στον υπεζωκότα, πλύσεις υπεζωκότος και αφαίρεση της κύστης.

Επί πολλαπλών κύστεων :

- α) Αμφοτέρων των πνευμόνων· ουδεμία θεραπεία
- β) Του ενός μόνο πνεύμονα, όσες εδράζονται στον ίδιο λοβό, αφαιρούνται ομαδικώς με λοβεκτομή.

Επί συνδεδυασμένων κύστεων :

- α) Μετά υδατίδος κύστεως του ήπατος· όταν η κύστη εδράζεται στη βάση του δεξιού πνεύμονα, είναι δυνατόν ν' αφαιρεθεί σ ένα χρόνο με την ηπατική κύστη δια θώρακοδιαφραγματομής.
- β) Μετά πνευμονικής φυματιώσεως· εάν η φυματίωση είναι εξελικτική πρέπει αυτή να θεραπεύεται πρώτη, εάν όχι τότε η κύστη αφαιρείται κατ αρχήν, μετεγχειρητικά όμως χορηγείται στρεπτομυκίνη καθώς και P.A.S. ή διανικοτόλη.

Όταν υπάρχει υπολειμματική κοιλότητα, όλοι συμφωνούν πως υπάρχει ένδειξη εκτομής.

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας.

Μέχρι τώρα, κατά την στατιστική του GURTILLET η μετεγχειρητική θνησιμότητα των υδατίδων κύστεων του πνεύμονος ήταν ανώτερη των 10%. Η βελτίωση όμως της τεχνικής των χειρουργικών επεμβάσεων επιφέρει κατά τις στατιστικές των τελευταίων ετών πτώση της θνησιμότητας σε 5% (LIAVAS HOUEL), 2% (UVOLON) και 0% (PEREZ FONTANA).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πολλοί ασθενείς είναι δυνατόν να ζούν για χρόνια, ενώ φέρουν σχετικά μεγάλου μεγέθους κύστεις, μέχρις ότου διογκωθεί η νόσος.

Οι κύστεις του ήπατος και του πνεύμονος είναι συχνά δυνατόν να αφαιρεθούν χειρουργικά, όπως ήδη έχει αναφερθεί, άνευ μεγάλης δυσκολίας. Όμως σε κύστεις που εντοπίζονται σε λιγότερο προσιτές θέσεις, όπως κύστεις εγκεφάλου, καρδιάς, νεφρών κλπ. η πρόγνωση είναι λιγότερο ευνοϊκή.

Αυτή είναι πάντοτε βαρεία σε δευτερογενή εκινοκοκκίαση και σε κυψελιδωτές κύστεις.

Περίπου το 15% των ασθενών αποθνήσκουν τελικά λόγω της νόσου ή των επιπλοκών της. Πρέπει επίσης να τονισθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς με εντόπιση εκινοκόκκου κύστης στο ήπαρ ή στον πνεύμονα, οι οποίοι έχουν θεραπευθεί, εμφανίζουν ξανά την ασθένεια μετά από πάροδο αρκετού χρονικού διαστήματος.

Τα άτομα αυτά υποβάλλονται εκ νέου σε θεραπευτική αγωγή και χειρουργική επέμβαση.-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Α΄. Εχινόκοκκος κύστη ήπατος.

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι :

α) Λοίμωξη της κοιλότητας.

Σ αυτή την περίπτωση εγκαθίσταται πυρετός με απογευματινές εξάρσεις και υπερλευκοκυττάρωση, μερικές ημέρες μετά την εγχείρηση. Τα αντιβιοτικά μερικές φορές δεν φέρουν αποτέλεσμα. Αν δεν παροχετευθεί η κοιλότητα, ο κίνδυνος ρήξεως προς το περιτόναιο είναι πολύ μεγάλος. Η μαρσιποποιημένη κύστη παροχετεύεται εύκολα, ενώ η κλειστή απαιτεί νέα επέμβαση.

β) Χολαγγεΐτιδα.

Προκαλείται με επιμόλυνση των χοληφόρων ειδών από διαπηθείσα κύστη. Η θεραπεία και εδώ συνίσταται στην παροχέτευση της κύστης.

γ) Αιμορραγία.

Αποτελεί συχνή επιπλοκή της παροχετευμένης κύστης και είναι αποτέλεσμα διαβρώσεως αγγείου, που είναι συνέπεια φλεγμονής. Η αιμορραγία πολλές φορές είναι δυνατόν να είναι σοβαρή, απαιτεί δε πωματισμό. Συχνά, μετά την αφαίρεση του πωματισμού, την 4η - 6η ημέρα, μπορεί να συμβεί νέα αιμορραγία. Παρίσταται τότε ανάγκη ευρείας διανοίξεως της κύστεως και αναζητήσεως του αιμορραγούντος αγγείου. Αν το αγγείο βρεθεί, είναι εύκολη η αιμόσταση με περιοραφή αυτού ή με κιαστή ραφή και επικάλυψη του σημείου εκείνου με επιπλόο, το οποίο πληροί όλη την κοιλότητα. Αιμορραγία συμβαίνει και σε κλειστή κύστη με ρήξη αγγείου το οποίο έχει αλλοιωθεί, κυρίως μετά την άρση της πίεσης κατά την κένωση της κύστης. Τα φαινόμενα είναι ανάλογα με αυτά της εσωτερικής αιμορραγίας.

δ) Ικτερος.

Είναι φανερό ότι ο ίκτερος οφείλεται κυρίως σε απόφραξη κάποιου κοληφόρου αγγείου από θυγατέρες κύστεις, αλλά μπορεί να οφείλεται και σε χολαγγεΐτιδα κατά την οποία η φλεγμονή και το οίδημα κάποιων κοληφόρων αγγείων στην περιοχή της κύστης, προκαλούν στάση. Ο ίκτερος είναι παροδικός και είναι δυνατόν να επαναληφθεί κατά την βελτίωση. Βαρύς ίκτερος παρατηρείται σε περιπτώσεις αποφράξεως από θυγατέρες κύστεις του κοινού ηπατικού ή χοληδόχου πόρου. Ο ίκτερος υποχωρεί εντός ολίγων εβδομάδων. Σε περίπτωση παρατάσεως του ίκτερου πέραν των 25 ημερών, πρέπει να γίνεται δεύτερη επέμβαση στις εξωηπατικές κοληφόρες οδούς. Το πρόβλημα είναι δυσχερές σε περίπτωση αποφράξεως ενδοηπατικών αγγείων, όταν αυτή παρατείνεται και μετά την αφαίρεση της κύστης. Οι περιπτώσεις αυτές είναι πράγματι σπάνιες και αντιμετωπίζονται μόνο με παρακέντηση και παροχέτευση από το ήπαρ.

ε) Χολόρροια.

Αυτή αποτελεί συχνή και δυσάρεση μετεγχειρητική επιπλοκή, η οποία παρατείνει την τελική θεραπεία της χολοκυστίτιδας και θέτει πολλές φορές σε κίνδυνο την ζωή του πάσχοντος. Η χολόρροια αρχίζει αμέσως μετά από την εγχείρηση ή κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, χωρίς, μέχρι τότε, να υπάρχει κάποιο κλινικό σημείο που να επιτρέπει πρόβλεψη της επιπλοκής, εκτίμηση του χρόνου διάρκειας και προσδιορισμό της βαρύτητας.

Αίτια: Η χολόρροια είναι αποτέλεσμα : α) ρήξης κοληφόρου αγγείου προς την κύστη άνευ αποφράξεως των κοληφόρων οδών. Είναι δυνατόν, ακόμα και προεγχειρητικά, η χολοκυστίτις να παρουσιάζει λύση της συνεχείας αυτής και να υπάρχει

επικοινωνία με την χολή, που σημαίνει είσοδος της χολής εντός της κύστεως. Το περιεχόμενο της κύστης καθίσταται κολοβαφές. Είναι επίσης δυνατόν το χοληφόρο αγγείο να ραγεί λόγω επιτρίψεως του κυστικού τοιχώματος με τη γάζα κατά την προσπάθεια αποκολλήσεως της κύστεως. Ευνοείται η διάβρωση του χοληφόρου αγγείου από το πυκνό διάλυμα φορμόλης. Η διάβρωση του χοληφόρου αγγείου είναι δυνατόν να γίνει από τον σωλήνα παροχέτευσης. Επίσης και από φλεγμονή της κύστης. Η ρήξη του χοληφόρου αγγείου συμβαίνει και με την άρση της πίεσης της κύστης κατά την κένωση, λόγω της οποίας το πεπτικό αγγείο, πληρείται με χολή, διατείνεται και ρήγνυται.

β) Ρήξη χοληφόρου αγγείου προς την κύστη με απόφραξη του χοληφόρου δένδρου. Η απόφραξη αφορά κλάδο του χοληφόρου αγγείου που βρίσκεται κοντά στη κύστη ή ακόμα και τον ηπατικό ή χοληδόχο πόρο. Είναι δυνατόν η απόφραξη να είναι μερική ή πλήρης, συνεχής ή διαλείπουσα. Οφείλεται σε ραγείσες θυγατέρες κύστες, σε φλεγμονώδες οίδημα του αγγειακού τοιχώματος, σε βλέννες και πήγματα ινικής και πυοσφαιρίων, σε λίθο και σε νεόπλασμα.

Χαρακτήρες της χολόρροιας :

1) Ποιότητα εκκρίσεως. Αυτή είναι καθαρή χολή, διαυγής, χρυσοκίτρινη, πολλές φορές βαθύχρους. Πολλές φορές εντός της χολής διαπιστούνται λείψανα θυγατέρων κύστεων, βλέννη και πύον.

2) Ενταση και διάρκεια της χολόρροιας. Συνήθως η χολόρροια είναι άφθονη τις πρώτες 7-15 ημέρες, μετά όμως μειώνεται συνεχώς και στο τέλος παύει. Αλλοτε η χολόρροια σταματά απότομα. Μερικές φορές η άφθονος χολόρροια μειώνεται για να αυξηθεί και πάλι. Αυξομειώσεις της χολόρροιας παρατηρούνται κατά την διάρκεια γευμάτων. Δυνατόν είναι η χολόρροια να

είναι πλήρης μετ' αποχρώσεως των κοπράνων. Ο συνήθης χρόνος μέτριας χολόρροιας είναι 3-4 εβδομάδες. Σε περίπτωση μεγάλης κύστης, η οποία κείται κοντά στις πύλες, όταν η χολόρροια των πρώτων ημερών είναι μεγάλη, ο χρόνος διαρκείας είναι απροσδιόριστος, διότι η χολόρροια οφείλεται σε ρήξη αγγειακού στελέχους ή αποφράξεως αυτού. Η κατάπαυση της χολόρροιας γίνεται με επούλωση του ραγέντος κοληφόρου αγγείου κατά την εξέλιξη επουλώσεως της κύστης. Όταν η ήδη κενή κοιλότης αποτιτανωθεί, η επούλωση του αγγείου είναι αδύνατος και παραμένει εξωτερικό κοληφόρο συρίγγιο.

3) Θέση και μέγεθος του συριγγώδους ανοίγματος του αγγείου. Άλλοτε το στόμιο του αγγείου είναι αθέατο, συχνά όμως αποτελεί άνοιγμα στο βάθος της κοιλότητας, το οποίο είναι δυνατόν να καθετηριασθεί και να φωτογραφηθεί με έγχυση σκιερής ουσίας. Διευκολύνεται η αναζήτηση του ρήγματος του κοληφόρου αγγείου δια πιέσεως της κοληδόχου κύστεως, οπότε φαίνεται η αναβλύζουσα κολή από το ρηγμένο αγγείο.

Με τη χολαγγειογραφία από το κοληφόρο συρίγγιο βεβαιώνεται η ύπαρξη μικρής ή μεγάλης κοιλότητας και η επικοινωνία αυτής με το κοληφόρο δένδρο. Η χολαγγειογραφία είναι απαραίτητη έρευνα όταν πρόκειται να υποβάλλουμε τον ασθενή σε εγχειρητική θεραπεία του συριγγίου.

Η θεραπεία της χολόρροιας ποικίλει.

Επειδή η μεγάλη χολόρροια προκαλεί προβλήματα που αφορούν την ισορροπία των υγρών και ηλεκτρολυτών, την αφομοίωση των λιπών και την σύνθεση της προθρομβίνης, απαιτεί αντικατάσταση των αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών, κυρίως Na, K, την χορήγηση βιταμίνης K και διατροφή πτωχή σε λίπη.

είναι πλήρης μετ' αποχρώσεως των κοπράνων. Ο συνήθης χρόνος μέτριας χολόρροιας είναι 3-4 εβδομάδες. Σε περίπτωση μεγάλης κύστης, η οποία κείται κοντά στις πύλες, όταν η χολόρροια των πρώτων ημερών είναι μεγάλη, ο χρόνος διαρκείας είναι απροσδιόριστος, διότι η χολόρροια οφείλεται σε ρήξη αγγειακού στελέχους ή αποφράξεως αυτού. Η κατάπαυση της χολόρροιας γίνεται με επούλωση του ραγέντος κοληφόρου αγγείου κατά την εξέλιξη επουλώσεως της κύστης. Όταν η ήδη κενή κοιλότητα αποτιτανωθεί, η επούλωση του αγγείου είναι αδύνατος και παραμένει εξωτερικό κοληφόρο συρίγγιο.

3) Θέση και μέγεθος του συριγγώδους ανοίγματος του αγγείου. Άλλοτε το στόμιο του αγγείου είναι αθέατο, συχνά όμως αποτελεί άνοιγμα στο βάθος της κοιλότητας, το οποίο είναι δυνατόν να καθετηριασθεί και να φωτογραφηθεί με έγχυση σκιερής ουσίας. Διευκολύνεται η αναζήτηση του ρήγματος του κοληφόρου αγγείου δια πιέσεως της κοληδόχου κύστεως, οπότε φαίνεται η αναβλύζουσα κολή από το ρηγμένο αγγείο.

Με τη χολαγγειογραφία από το κοληφόρο συρίγγιο βεβαιώνεται η ύπαρξη μικρής ή μεγάλης κοιλότητας και η επικοινωνία αυτής με το κοληφόρο δένδρο. Η χολαγγειογραφία είναι απαραίτητη έρευνα όταν πρόκειται να υποβάλλουμε τον ασθενή σε εγχειρητική θεραπεία του συριγγίου.

Η θεραπεία της χολόρροιας ποικίλει.

Επειδή η μεγάλη χολόρροια προκαλεί προβλήματα που αφορούν την ισορροπία των υγρών και ηλεκτρολυτών, την αφομοίωση των λιπών και την σύνθεση της προθρομβίνης, απαιτεί αντικατάσταση των αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών, κυρίως Na, K, την χορήγηση βιταμίνης K και διατροφή πτωχή σε λίπη.

Συχνά σε μεγάλη χολόρροια, ο πωματισμός της κύστης επί 4-5 ημέρες μπορεί να αναστρέψει τη ροή της χολής προς τα χοληφόρα αγγεία. Η μεγάλη χολόρροια σπάνια παρατηρείται σε κύστη του αριστερού λοβού του ήπατος.

Η χολόρροια συνήθως παύει χωρίς καμιά θεραπεία.

Σε περίπτωση που η χολόρροια επιμένει και ο πωματισμός αποτύχει, τότε ενεργείται VETROGRADE κολλαγγειογραφία από το συρίγγιο. Αν βεβαιωθεί επικοινωνία του συριγγίου με τα κεντρικά χοληφόρα αγγεία, η επιπλοοπλαστική είναι η άριστη μέθοδος συγκλείσεων του συριγγίου.

Σε απόφραξη του κεντρικού τμήματος του χοληφόρου αγγείου η επιπλοοπλαστική δεν ωφελεί. Σ αυτή την περίπτωση γίνεται εσωτερική παροχέτευση του συριγγίου.

στ) Ηπατίτιδα

Η ηπατίτιδα αποτελεί την μεγαλύτερη επιπλοκή της μεγάλης εκινοκόκκου κύστης του ήπατος. Πράγματι η επιβίωση των πασχόντων αυτών συνήθως είναι μικρή. Μέρος του ηπατικού παρεγχύματος είναι κατεστραμμένο και δεν επανέρχεται μετά την εγχείρηση. Αλλά αυτό δεν είναι η αιτία του πρόωρου θανάτου των πασχόντων. Αυτοί αποθνήσκουν από κίρρωση με μεγαλοσπληνία, η οποία εγκαθίσταται βαθμιαία όχι μόνο στον πάσχοντα λοβό, αλλά σε όλο το ήπαρ.

Αντιμετωπίζουμε το οξύ ή υποξύ επεισόδιο της ηπατίτιδας με την χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων γλυκόζης παρεντερικά και αντιβιοτικών. Επίσης χορηγούνται ηπατικά εκχυλίσματα και μεθιονίνη-χολή.

Την κίρρωση την αντιμετωπίζουμε με την χορήγηση πρωτεϊνών, μεθιονίνης, βιταμινών C, K, B.

~~B~~ Εχινόκοκκος κύστη πνεύμονος.

Κάθε άρρωστος που έχει πνευμονική πάθηση πριν από οποιοδήποτε είδος επεμβάσεως, αναπτύσσουν ευκολότερα βαριές επιπλοκές μετά την επέμβαση.

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι :

- α) Λοιμώξεις του στόματος, ρινός, λαιμού.
- β) Η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού, ειδικά του αιθέρα, στον βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος, με συνέπεια την αύξηση των βλεννωδών εκκρίσεων.
- γ) Εισρόφηση εμεσμάτων.
- δ) Επιπόλαιες αναπνοές εξαιτίας πόνου που προκαλούν οι βαθείς αναπνοές, σε περιπτώσεις που τα τραύματα βρίσκονται στην άνω κοιλία και το θώρακα.
- ε) Κατάχρηση καπνίσματος και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι.
- στ) Παχυσαρκία ή αδυναμία, πολύ μεγάλη ή μικρή ηλικία.

Οι επιπλοκές μετά από μια εγχείρηση θώρακος π.χ. εχινόκοκκος κύστη πνεύμονος είναι οι ακόλουθες :

(α) Ατελεκτασία.

Η τέλεια απόφραξη βρόγχου από βλεννώδες έμβολο εμποδίζει τον αερισμό του παρεγχύματος που αερίζεται από αυτόν, με αποτέλεσμα την μη εκπτυξη του πνευμονικού ιστού. Το μέρος αυτό του παρεγχύματος, ενώ δεν αερίζεται αρδρεύεται από αίμα το

οποίο ανοξυγόνωτο και πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα γυρίζει στην αριστερή καρδιά και ανακατεύεται με το οξυγονωμένο. Μεγάλες ατελεκτασικές περιοχές δημιουργούν μια μεγάλου βαθμού παράκαμψη (SHUNT) με αποτέλεσμα την κεντρική κυάνωση. Οι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη μετεγχειρητικής ατελεκτασίας είναι πολλοί και διάφοροι.

Οι προεγχειρητικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν : φτωχή κίνηση του πνευμονικού παρεγχύματος εξ αιτίας καταστάσεων που περιορίζουν την κινητικότητα των πλευρών ή του διαφράγματος και χρόνιες ή πρόσφατες οξείες νόσοι των πνευμόνων.

Οι κατά την διάρκεια της εγχείρησης παράγοντες είναι : πολύ βαθειά αναισθησία, εισρόφηση ξένου υλικού στο βρογχικό δένδρο, ερεθισμός του διαφράγματος ή κάκωση των κοιλιακών τοιχωμάτων από χρησιμοποίηση βαρειών αγκίστρων της άνω κοιλίας, ξήρανση των ενκρίσεων εξ αιτίας υπερβολικής χρήσης ατροπίνης, πνευμοθώρακας ή αιμοθώρακας.

Οι μετεγχειρητικοί παράγοντες είναι : αφυδάτωση, αναπνευστική καταστολή εξ αιτίας απρόσεκτης χρήσης μορφίνης, εισρόφηση εμεσμάτων, αίματος κλπ., πόνο ειδικά στον θώρακα και μετεγχειρητική διάταση.

(β) Βρογχίτιδα.

Παρουσιάζεται συνήθως τις πρώτες 5-6 ημέρες.

Τα συμπτώματα είναι : βήκας με απόχρεμψη, χωρίς αξιόλογη αύξηση της θερμοκρασίας και αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

(γ) Βρογχοπνευμονία.

Είναι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας πνευμονική επιπλοκή

μετά την ατελεκτασία. Εκτός από τον παραγωγικό βήχα, η θερμοκρασία παρουσιάζει αξιοσημείωτη αύξηση και ο σφυγμός είναι συχνός.

(δ) Λοβώδης πνευμονία

Είναι η πιο σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή που παρουσιάζεται σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση θώρακος. Συνήθως αρχίζει με ρίγη και ακολουθεί αύξηση της θερμοκρασίας, της συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Πιθανόν να συνυπάρχει και βήχας. Στον άρρωστο χορηγούνται αντιβιοτικά και άφθονα υγρά.

(ε) Υποστατική πνευμονική συμφόρηση.

Αποτελεί μια κατάσταση που εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα. Το αίμα λημνάζει στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα εξ αιτίας ανεπαρκούς καρδιαγγειακής λειτουργίας και μειωμένης κίνησης του αρρώστου στο κρεβάτι. Πολλές φορές τα συμπτώματα δεν είναι έκδηλα για αρκετό χρόνο και μπορεί να περιορίζονται σε μικρή αύξηση της θερμοκρασίας, των σφύξεων και των αναπνοών και σε ελαφρό βήχα. Μία κλινική εξέταση όμως, δείχνει αμβλύτητα και ρόγχους στα κατώτερα μέρη του πνευμονικού παρεγχύματος. Αν η κατάσταση μείνει αθεράπευτη, μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Αν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, του χορηγούνται καρδιοτονωτικά.

(ζ) Αναφυλακτική αντίδραση.

Κατά την διάρκεια της εγχείρησης και κατά την διάρκεια της διάνοιξης της ινώδους κάψας της κύστης, μπορεί να εμφανισθούν συμπτώματα αλλεργικής αντίδρασης εξ αιτίας της διαρροής μικρής ποσότητας υδατιδικού υγρού.

(η) Απόφραξη των βρόγχων.

Οφείλεται στο περιεχόμενο και στα τμήματα του τοιχώματος της ραγείσας κύστης στον πνεύμονα, τα οποία φράζουν τους βρόγχους.

(θ) Πνευμοθώρακας.

Ο πνευμοθώρακας είναι η είσοδος αέρα μέσα στην κοιλότητα του υπεζωχότα. Αυτό έχει σαν συνέπεια την σύμπτωση του πνευμονικού παρεγχύματος και την παρακώλυση ή τέλεια κατάργηση της αναπνευστικής λειτουργίας του πνεύμονα που πάσχει.

Η νόσος εμφανίζεται με οξύ πόνο στο ημιθωράκιο, κυάνωση και έντονη δύσπνοια. Τα αίτια για την πρόκληση πνευμοθώρακος μπορούν να είναι διάφορα και ανάλογα με την φύση του διακρίνουμε τον :

- 1) Ιατρογενή πνευμοθώρακα
- 2) Τραυματικό πνευμοθώρακα σε περίπτωση ρήξεως του θωρακικού τοιχώματος και τον
- 3) Αυτόματο πνευμοθώρακα που παρατηρείται κατά τη διαδρομή πνευμονικών νοσημάτων, όπως είναι το πνευμονικό εμφύσημα, το απόστημα, η φυματίωση, ο εκλινόκοκκος, τα νεοπλάσματα του πνεύμονα κλπ. Ένα από τα χαρακτηριστικά του αυτόματου πνευμοθώρακα είναι η τάση για υποτροπή. Άτομα που έκαναν αυτόματο πνευμοθώρακα μια φορά μπορεί να παρουσιάσουν υποτροπή για δεύτερη και τρίτη φορά. -

Β' ΜΕΡΟΣ (ΕΙΔΙΚΟ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η καλή έκβαση μιας οποιασδήποτε εγχειρήσεως (θώρακος, ήπατος κλπ.) εξαρτάται τόσο από την τεχνική της εγχειρήσεως, όσο και από την προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου και την μετεγχειρητική του παρακολούθηση.-

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

Ψυχολογική Προετοιμασία

Η εξασφάλιση στον χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστηρίξεως είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της νοσηκόμου. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες εκτός από την 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.

Η νοσοκόμος, με τον ειδικό, μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαρειάς κατάθλιψης. Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον για αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιότητες και αυτοπεποίθηση.

Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να 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 βλενογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.
- 3) Είναι επιρρεπής στο SHOCK και την αιμορραγία εξ αιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
- 4) Καθυστερεί η επούλωση του τραύματός του εξ αιτίας 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.
- 4) Διδάσκεται ο άρρωστος πώς να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.
- 5) Ρυθμίζεται καλά η λειτουργία του εντέρου πριν από την επέμβαση.
- 6) Γίνονται ειδικές εξετάσεις όπως : γενική αίματος, ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος, προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά, ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος, πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση. Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφαλός, τα νύχια και τα μαλλιά.

Μέχρι πρόσφατα, μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό με σαπούνι και νερό της χώρας, γινόταν αντισηψία του δέρματος στο τμήμα και κάλυψή της με αποστειρωμένο τετράγωνο. Η ωφέλεια αυτής

της τακτικής αμφισβητείται σήμερα από πολλούς χειρουργούς. Πιστεύουν ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του ειδικότητες που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

Άμεση προεγχειρητική προετοιμασία

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας, επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που παρήγγειλε ο γιατρός. Το κατευναστικό χορηγείται με ένα ζεστό πόμα και η νοσοκόμος προσπαθεί να του διαταράξει τον ύπνο. Αν η εγχείρηση προγραμματισθεί για το πρωί της επομένης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η νοσοκόμος:

- 1) Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.
- 2) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- 3) Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη αφού καταγραφούν.
- 4) Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης
- 5) Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από τον συγκεκριμένο άρρωστο. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται α) οπιούχα, β) παράγωγα της μεπελαντόνας και γ) βαρβιτουρικά.

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία. Μειώνουν τον βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία

δόση του ναρκωτικού. Εξ άλλου, τα παράγωγα της μελαντόνας ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δένδρου. Ακόμα αμβλύνουν ορισμένα επιβλαβή αντανακλαστικά που μπορεί να συμβούν σε χειρουργικές επεμβάσεις στο θώρακα και την κοιλιά.

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

- 6) 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 να αναφέρεται. Μετρά την πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επεμβάσεως ημέρας και το πρωί πριν και μετά την προνάρκωση.
- 7) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

Ηπροεγχειρητική ετοιμασία για σθενή με εκινόκοκκο χύστη ήπατος, πνεύμονος κλπ. περιλαμβάνει όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, καθώς επίσης και τα ακόλουθα :

A. Εγχείρηση ήπατος:

- 1) Προεγχειρητικές εξετάσεις ήπατος, ακτινογραφία ήπατος, υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία ήπατος.
- 2) Σωματική τόνωση του αρρώστου με τροφές υψηλής βιολογικής αξίας, με χορήγηση ηπατικών εκχυλισμάτων (παρεντερικώς), με χορήγηση βιταμινών Β, βιταμινών Α, Κ και C για το ήπαρ.

- 3) Ετοιμασία προεγχειρητικού πεδίου για εγχείρηση κοιλίας και τοποθέτηση καθετήρος ουροδόχου κύστεως αν χρειασθεί.

B. Εγχείρηση θώρακος:

- 1) Λήψη μέτρων για μείωση φλεγμονών των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους αρρώστους αυτούς και γι αυτό καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την αποβολή βρογχικών εκκρίσεων. Η χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων, η χρήση εισπνοών, η φυσικοθεραπεία και η θεσική βρογχική παροχέτευση, συμβάλλουν θετικά στην απομάκρυνση των πτυέλων. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, καθώς και η χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- 2) Φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
- 3) Ενημέρωση και διδασκαλία για μετεγχειρητικά προβλήματα όπως ουρήσεως, αποβολής πτυέλων και αερίων, πόνου, αναπνευστικής δυσκολίας.-

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η εγχείρηση ασθενούς με εχινόκοκκο κύστη θεωρείται σηπτική επέμβαση και στο χειρουργείο λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα.

Η τεχνική της σηπτικής εγχειρήσεως περιλαμβάνει :

- α) Μέτρα λαμβανόμενα, προ της εγχειρήσεως, όταν αυτή είναι γνωστή από πριν.
- β) Μέτρα που λαμβάνονται κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως και
- γ) Μέτρα που λαμβάνονται μετά την εγχείρηση.

Βασικές αρχές της τεχνικής σηπτικής εγχειρήσεως θεωρούνται τα παρακάτω :

- 1) Κανένα μολυσμένο αντικείμενο δεν χρησιμοποιείται ή κρατείται χωρίς γάντια.
- 2) Οι ρόμπες, τα γάντια, η μάσκα, σκούφοι και καλύμματα υποδημάτων αφαιρούνται πριν εξέλθει οποιοσδήποτε από την αίθουσα και παραμένουν μέσα στην αίθουσα,
- 3) Η αίθουσα απομονώνεται με ανάρτηση καρτέλλας "ΣΗΠΤΙΚΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ" στην πόρτα της αίθουσας. Στην πόρτα τοποθετείται τροχοφόρο με τα απαραίτητα εφόδια και δεύτερο άτομο κυκλοφορίας για εξυπηρέτηση των αναγκών της αίθουσας.
- 4) Ο ασθενής ντύνεται με καθαρό ιματισμό πριν βγει από την αίθουσα.
- 5) Οι σταλεοί καλλιεργειών δεν επιτρέπεται να έλθουν σε επαφή με τίποτε άλλο εκτός από το υλικό που είναι για καλλιέργεια (δεν επιτρέπεται δε να τοποθετηθούν αυτοί στο τραπεζίδιο των εργαλείων).

A. Μέτρα προ της εγχειρήσεως :

- 1) Η αδελφή κυκλοφορίας αδειάζει την αίθουσα και αφήνει μόνο τα αυστηρώς απαραίτητα : -----
- 2) Κλείνει και σφραγίζει με λευκοπλάστη τα ντουλάπια υλικού, ραμμάτων κλπ. -----
- 3) Επενδύει με πλαστικούς σάκκους τους κουβάδες απορριμμάτων.
- 4) Επιτηρεί όλα τα παρευρισκόμενα στην αίθουσα άτομα και φροντίζει να φορέσουν τα κατάλληλα ενδύματα.

B. Μέτρα κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως :

Η αδελφή κυκλοφορίας θεωρείται μολυσμένη. Το δεύτερο άτομο

κυκλοφορίας έξω από την αίθουσα παραμένει καθαρό και δεν έρχεται σε επαφή με αντικείμενα που προέρχονται από την αίθουσα.

- 1) Φροντίζει για τα παρασκευάσματα, την κάλυψη αυτών. Επίσης φροντίζει για την αναγραφή των στοιχείων του ασθενούς.
- 2) Η νοσηλεύτρια της αίθουσας τοποθετεί εντός χάρτινου σάκκου τα μολυσμένα αντικείμενα (σωληνάρια καλλιέργειας κλπ.)
- 3) Η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας φροντίζει ώστε όλα τα απορρίμματα να πετώνται από την εργαλειοδότρια και ευθείαν στους κουβάδες και όχι στο δάπεδο. Το ίδιο ισχύει και για τις γάζες και κομπρέσες οι οποίες μετά την καταμέτρηση πετώνται στα απορρίμματα.

Μέτρα μετά την εγχείρηση :

- 1) Η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας βοηθά και επιτηρεί τους ιατρούς να βγάλουν την μολυσμένη ενδυμασία εντός της αίθουσας. Οι ρόμπες τυλίγονται προσεκτικά από μέσα προς τα έξω και ρίχνονται στον σάκκο ακαθάρτου ιματισμού.
- 2) Ο ασθενής ντύνεται με καθαρό ιματισμό και μεταφέρεται στο φορείο εντός της αίθουσας και παραμένει εκεί έως ότου ανανήψει.
- 3) Η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας και η εργαλειοδότρια παραμένουν στην αίθουσα και την τακτοποιούν πλήρως.
- 4) Ο ιματισμός του χειρουργείου ρίχνεται σε σάκκο ακαθάρτων, ο οποίος ρίπτεται σε δεύτερο καθαρό σάκκο εκτός αίθουσας. Ο καθαρός σάκος φέρει κάρτα που γράφει "ΣΗΠΤΙΚΟΝ" ώστε να ληφθεί η κατάλληλη φροντίδα προώθησως του μολυσμένου ιματισμού στο πλυντήριο.

- 5) Προσοχή δίδεται στα χρησιμοποιημένα ή όχι εργαλεία, τα οποία στέλνονται προς αποστείρωση.
- 6) Τα απορρίμματα της αίθουσας ρίχνονται και αυτά σε δεύτερο σάκκο, ο οποίος μεταφέρεται στους κοινούς κάδους απορριμμάτων.
- 7) Καθαρίζεται η φιάλη αναρρόφησης με απολυμαντικό και στέλνεται για αποστείρωση.
- 8) Το μηχάνημα και τα σκεύη του αναισθησιολογικού πρέπει να τύχουν επίσης ιδιαίτερης φροντίδας.
- 9) Οι νοσηλεύτριες επιτηρούν την αίθουσα για τυχόν υπολείμματα, αφαιρούν ρόμπες, γάντια, μάσκα, σκούφια και ποδοπάγια, τοποθετούν αυτά σε καθαρό σάκκο έξω από την αίθουσα, ο οποίος δένεται και μαρκάρεται "ΣΗΠΤΙΚΟΝ" και κατόπιν απομακρύνονται για να πλυθούν.-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Δωμάτιο ανάνηψης.

Ορισμός. Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει πρακτικά εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφοριακές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται.

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει, δηλ. αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση

και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά την χειρουργική επέμβαση.

Καθήκοντα νοσηλευτού/τριας μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου :

- 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) Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- 4) Εκτέλεση των οδηγιών μιας φοράς.
- 5) Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
- 6) Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για πίεση αιμορραγίας.
- 7) Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

ΕΞ αιτίας του μετεγχειρητικού STRESS, ο όγκος των ούρων, ανεξαρτήτως 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 και με υψηλό ειδικό βάρος.

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι, πρέπει να γίνεται γρήγορα, με την μικρότερη δυνατή έκθεσή του και τάση στα ράμματα του τραύματος και με τέτοιο τρόπο ώστε να μένουν ανοικτοί οι αεραγωγοί του. Η έκθεση του ιδρωμένου αρρώστου προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και σε μετεγχειρητικό SHOCK.

Ανάγκες αρρώστου μετά την πλήρη ανάνηψη :

- * Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση, συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι: πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές, από το τραύμα, στους μύες και τις αρθρώσεις.
- * Σίτιση. Η ναυτία, οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών από το στόμα, γι αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3.000 ML, εφ' όσον βέβαια ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες.

Εξ άλλου η χειρουργική επέμβαση μπορεί ν ανοίξει παθολογικές οδούς αποβολής υγρών του οργανισμού, τα οποία πρέπει ν αναπληρώνονται.

Άρρωστοι με γαστρεντερική αναρρόφηση δεν παίρνουν νερό από το στόμα γιατί αυτό συντελεί στην μεταφορά ηλεκτρολυτών από την κυκλοφορία μέσα στο στομάχι και αναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών, πριν προφθάσουν να επαναροφηθούν από τον βλεννογόνο του στομάχου. Με τον τρόπο αυτό μπορεί ο οργανισμός να χάσει πολύτιμους ηλεκτρολύτες κυρίως κλώριο, κάλιο και νάτριο, βαριές καταστάσεις μεταβολικής αλκάλωσης ή υπονατριάμιας έχουν δημιουργηθεί από αλόγιστη κορήγηση σκέτου νερού από το στόμα σε άρρωστο με γαστρική αναρρόφηση.

Όταν επιτραπεί η από το στόμα σίτιση, η/ο νοσοκόμος πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει εκείνα τα σιττία που θα

αναπληρώσουν τις ένδειές του. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πλήρη δίαιτα όσο πιο γρήγορα είναι δυνατό, επειδή η καλή διατροφή μειώνει τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης.

Έγερση του αρρώστου. Μέσα στις πρώτες 24 έως 28 ώρες από την εγχείρηση σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι, σήμερα σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι :

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

Κατά την έγερση ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι βαρειά πάσχοντες και οι υπερήλικες. Πρώτα τοποθετούνται στην ανάρροπη θέση, ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνονται ζάλη. Κατόπιν στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνονται. Ο χρόνος που μένει ο άρρωστος μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης, την γενική του κατάσταση και την ηλικία του. Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι, που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως μέσα στο πρώτο 24ωρο. Εκτελούνται κάτω από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση. Οι ασκήσεις είναι :

- 1) Βαθειές αναπνευστικές κινήσεις για πλήρη εκπτυξη των πνευμόνων.
- 2) Ασκήσεις των βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ'ώμον άρθρωση.

- 3) Ασκήσεις άκρων κεριών
- 4) Ασκήσεις άκρων ποδιών
- 5) Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για έγερση από το κρεβάτι.
- 6) Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών.

Φροντίδα χειρουργικού τραύματος

Οι πιά πολλοί χειρουργοί προτιμούν την εφαρμογή μιας επίδεσης στο χειρουργείο αμέσως μετά την επέμβαση και μιας αλλαγής 4-5 ημέρες αργότερα.

Η καλύτερη και ασφαλέστερη τεχνική αλλαγής είναι η χρησιμοποίηση ξεχωριστού αποστειρωμένου πακέτου για τον κάθε άρρωστο.

Η/ο νοσοκόμος βοηθά στην αλλαγή των τραυμάτων για τους ακόλουθους λόγους :

- 1) Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα.
- 2) Η νοσοκόμος παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και έτσι μπορεί να του προσφέρει 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.

Κατά την αλλαγή η/ο νοσοκόμος φροντίζει : α) να ενημερώσει τον άρρωστο, β) τα ράμματα ή CLIPS να αναφαιρούνται μετά την 6η με 7η ημέρα και οι ταινίες λευκοπλάστη να αφαιρούνται παράλληλα και όχι κάθετα προς το δέρμα. Για την διευκόλυνση της αποκόλλησης χρησιμοποιούνται μη ερεθιστικά διαλυτικά αεροζόλ, γ) τα παλιά επιθέματα να απομακρύνονται με λαβίδα και να τοποθετούνται σε υδατοστεγή σακκούλα.

Τα χέρια που έρχονται σε επαφή με το ακάθαρτο υλικό φέρνουν γάντια για αποφυγή μεταφοράς των παθογόνων μικροοργανισμών και τα εργαλεία τοποθετούνται μέσα σε δοχείο, δ) να χρησιμοποιούνται προστατευτικά δέρματος για την αποφυγή ερεθισμού του δέρματος από τα υγρά της παροχέτευσης, όπως βαζελινούχες γάζες, αλοιφές νιτροφουραζίνης, υπεροξειδίου του ψευδαργύρου, ε) να προσέχονται οι παροχετεύσεις που τυχόν έχει ο ασθενής όπως π.χ. να δίδεται προσοχή σε αναδιπλώσεις και συμπιέσεις του σωλήνα παροχέτευσης.-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΣ

ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

1. Πόνος . Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, μύες, τένοντες, οστά, περιτόναιο ή σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών) για αυτό χορηγούμε με ιατρική εντολή μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά η/ο νοσηλεύτης οφείλει :

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

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις κοιλίας και θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, βήχα και αναπνευστικές κινήσεις. Εξ άλλου, η υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητάς τους στο αίμα, διήθησής τους στους ιστούς και απέκκρισής τους από τον οργανισμό.

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 πεί ο άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, η/ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορούν να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι : καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κλπ.-

2. Εμετός. Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα όταν χορηγείται αιθέρας, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Πριν από χρόνια ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνισή του.

Καθήκον του νοσοκόμου είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι τα πιο πολλά από τα αντιεμετικά φάρμακα (συνήθως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης) προκαλούν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπόταση και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παύει, απλά αδειάζει το στομάχι από βλέννη και σίελο. Η διάρκειά του είναι από 2-8 ώρες. Δεν χρειάζεται αγωγή ειδική εκτός από πλύση στόματος.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται σε έμετο που παρατείνεται την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα και που μπορεί να διαρκέσει από 3 έως 7 ημέρες.

3. Ανησυχία-δυσφορία . Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι:

- α) Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος
- β) Επίσχεση ούρων
- γ) Μετεωρισμοί και λόξιγκας
- δ) Αϋπνία.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απα-

σχόληση. Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, εάν αυτό τον βοηθά να κοιμηθεί.

4. Δίψα . Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

Στους αρρώστους που δεν έκαναν εγχείρηση στο γαστρεντερικό σύστημα, χορηγούνται υγρά αμέσως μετά την παύση της ναυτίας και την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα.

5. Διάταση του εντέρου . Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24-48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ακόμα βοηθά η μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

6. Διάταση κύστης . Η κατακράτηση ούρων μπορεί να εμφανισθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις κοιλίας. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

7. Δυσκοιλιότητα . Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι : α) Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης, β) τοπική φλεγμονή, γ) Περιτονίτιδα, δ) Τοπικό απόστημα.

Μπορεί όμως το άτομο να έχει μια χρόνια δυσκοιλιότητα την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτόν, το συντομώτερο δυνατόν μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτραπεί η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που έπαιρνε στο σπίτι.

Εξ άλλου μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος, η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΗΠΑΤΟΣ (ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ)

Ο ασθενής που υποβλήθηκε σε εγχείρηση αφαίρεσης εχινοκόκκου κύστης του ήπατος, μπορεί να φέρει παροχέτευση KER, PENFORE για την παροχέτευση του τραύματος.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την παραλαβή του ασθενούς. Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι η διατήρηση ελεύθερης αναπνευστικής οδού κατά την μεταφορά στο κρεβάτι (ύπτια θέση, κεφάλι στραμμένο πλάγια).

Γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και την πλήρη απονάρκωση, ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και το κρεβάτι έχει κλίση προς τα πάνω 30° περίπου. Ο ασθενής μπορεί να τοποθετηθεί πλάγια.

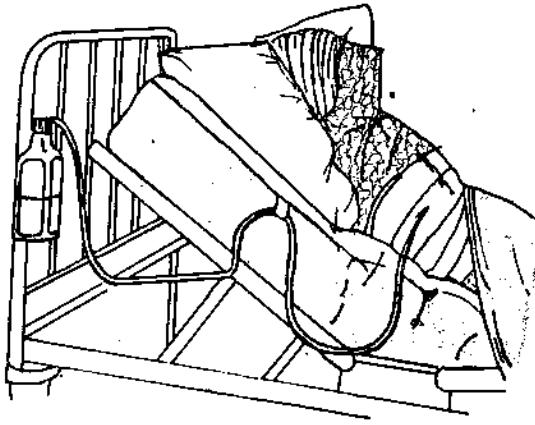
Στη θέση αυτή φροντίζουμε να αποφευχθεί η πίεση ή απομάκρυνση του σωλήνα παροχέτευσης KER από το τραύμα.

Αμέσως μετά την τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι, γίνεται έλεγχος στη σύνδεση του σωλήνα KER με τον συλλέκτη. Επίσης ελέγχονται και οι άλλες παροχετεύσεις που τυχόν φέρει ο ασθενής, όπως LEVIN, ουροκαθετήρα κλπ. Ο συλλέκτης στερεώνεται στο κρεβάτι του αρρώστου (Εικ.13).

Απαγορεύεται η μετακίνηση του σωλήνα παροχέτευσεως του τραύματος. Δια τούτο αποφεύγουμε τις απότομες και βίαιες κινήσεις και τοποθετούμε τον ασθενή με προσοχή σε πλάγια θέση. Ο συλλέκτης πρέπει να επιτρέπει την έξοδο αέρα για διατήρηση της λειτουργίας του συστήματος. Η νοσηλεύτρια ελέγχει τον σωλήνα να είναι πάντα ελεύθερος από εμπόδιο. Ο σωλήνας παροχέτευσεως πρέπει να στερεώνεται στο ημισέντονο έτσι ώστε να μπορεί να κινείται ο ασθενής.

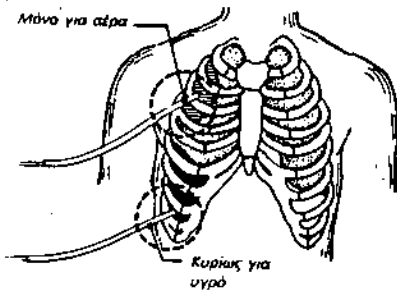
Επίσης η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει :

- Συχνή παρακολούθηση, περιγραφή και αναγραφή της προσό-
τητας και του χαρακτήρα υγρού παροχέτευσεως.
- Πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών που είναι συχνές σε
επεμβάσεις της άνω κοιλίας και σε παχύσαρκα άτομα με:
 - α) Ενθάψωση του αρρώστου να παίρνει 10 βαθειές ανα-
πνοές κάθε ώρα και να γυρίζει συχνά.
 - β) Με έγκαιρη έγερση
 - γ) Εφαρμογή πλεστικής επίδεσης για υποστήριξη του
τραύματος,
 - δ) Και με χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την εντολή,
για διευκόλυνση των βαθειών αναπνοών.



Μετεγχειρητική
παροχέτευση της χολής.

ΕΙΚ. 13



Εικόνα 5.46. Σημεία εισαγωγής καθετήρων για
παροχέτευση αέρα και υγρού.

ΕΙΚ.14

- Κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του αρρώστου και ενυδάτωσή του :
 - α) Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.
 - β) Χορήγηση υγρών από το στόμα (συνήθως μετά 24 ώρες)
 - γ) Χορήγηση κανονικής δίαιτας υπολιπούχου & υπερπρωτεϊνούχου και υπερυδατανθρακούχου.
 - δ) Χορήγηση βιταμίνης Κ.

Καταβάλλεται επίσης προσπάθεια για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η αιμορραγία, αν και είναι συνηθισμένη μετεγχειρητική επιπλοκή, στην προκειμένη περίπτωση, όταν συνυπάρχει βλάβη του ήπατος, γίνεται περισσότερο συχνή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι λόγω της βλάβης του ήπατος γίνεται ανεπαρκής απορρόφηση της λιποδιαλυτής βιταμίνης Κ, με συνέπεια ανεπαρκή σχηματισμό προθρομβίνης και επομένως αιμορραγική διάθεση. Η νοσηλεύτρια θα αντιληφθεί έγκαιρα την εσωτερική αιμοραγία με την παρακολούθηση του αρρώστου και την συχνή παρατήρηση αυτού.-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΜΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΘΩΡΑΚΟΣ

- Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι η διατήρηση ελεύθερης της αναπνευστικής οδού κατά την μεταφορά στο κρεβάτι.

Συνήθως ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση με το κεφάλι γυρισμένο προς τα δεξιά για αποφυγή πνιγμονής σε περίπτωση εμέτων.

Τα ζωτικά σημεία παίρνονται αρχικά κάθε 15 λεπτά για 2-3

ώρες και στη συνλέχεια κάθε 30 λεπτά. Η χορήγηση οξυγόνου γίνεται με εντολή γιατρού και ο άρρωστος ενισχύεται να βήκει αμέσως μετά την ανάνηψη.

Μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων ο άρρωστος τοποθετείται σε ανάρροπή θέση και το κρεβάτι είναι σηκωμένο προς τα πάνω 35° - 45° . Ο άρρωστος με πνευμονεκτομή τοποθετείται πλάγια πάνω στο χειρουργημένο ημιθώρακιο κάθε μια ώρα. Η κατάκλιση με το μη χειρουργημένο ημιθώρακιο δεν προσφέρεται για αποφυγή περισσότερης πιέσεως στον πνεύμονα που ήδη υπερλειτουργεί καθώς και επεκτάσεως της φλεγμονής και σ αυτόν.

Οι άρρωστοι με λοβεκτομή μπορούν να τοποθετούνται σε πλάγια θέση σε οποιοδήποτε ημιθώρακιο, χειρουργημένο και όχι, αν και υπερισχύει η γνώμη να μην τοποθετούνται πάνω στον χειρουργημένο πνεύμονα για να επιτύχει η δυνατή εκπτυγή του. Η χορήγηση παυσίπων γίνεται με πολλή προσοχή. Η νοσηλεύτρια οφείλει να ανακουφίσει τον άρρωστο με τον χειρουργημένο θώρακα από τον πόνο στο τραύμα, χωρίς όμως να καταργήσει το αντανακλαστικό του βήχα και της αποκρέμψεως με την χρήση ναρκωτικών. Η επιλογή του παυσίπου είναι θέμα ιατρικό, καθώς και ο τρόπος χορηγήσεως και η δόση. Η παρεντερική χορήγηση υγρών διακόπτεται μόλις ο μεταωρισμός της κοιλιάς, καθώς και οι τυχόν έμετοι και η ναυτία υποχωρήσουν. Μετά από αυτά η χορήγηση υγρών και στερεάς τροφής επιτρέπεται.

Η χορήγηση οξυγόνου στους αρρώστους με εγχείρηση θώρακος είναι συνηθισμένη. Αυτό θεωρείται βασικό επειδή :

- α) Η αναπνευστική επιφάνεια έχει μειωθεί.
- β) Η αναπνευστική εφεδρεία έχει ελαττωθεί.
- γ) Η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή, και
- δ) Έχουμε πολλή απώλεια αίματος.

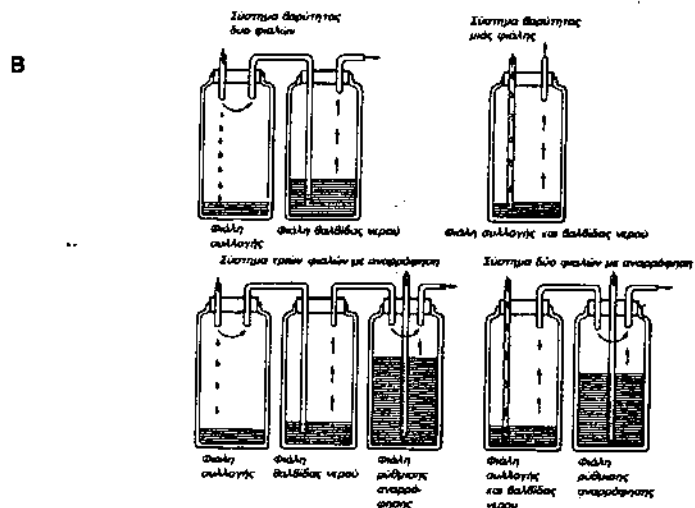
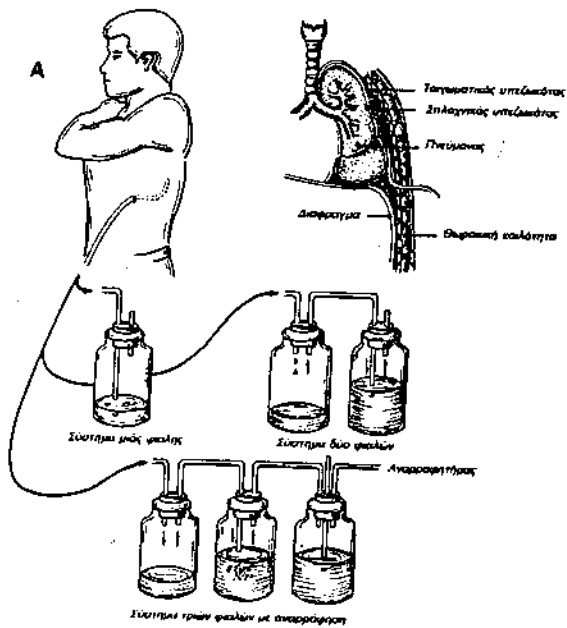
Συμπτώματα όπως οξύς θωρακικός πόνος, δύσπνοια, κυάνωση, κρύβουν πνευμοθώρακα που αρχίζει. Ο γιατρός ειδοποιείται αμέσως και η νοσηλεύτρια ετοιμάζεται για παρακέντηση θώρακα ή τοποθέτηση υπεζωκοτικής αναρροφήσεως.

Η χρήση αναπνευστικών φιαλών δεν ωφελεί στη φάση αυτή, επειδή η διαρροή αέρα λόγω της εγχειρήσεως από ευένδοτο σημείο του βρογχικού δένδρου είναι πολύ εύκολη και βάζει σε κίνδυνο την ζωή του αρρώστου. Η χρησιμοποίησή τους γίνεται μετά από ιατρική εντολή.

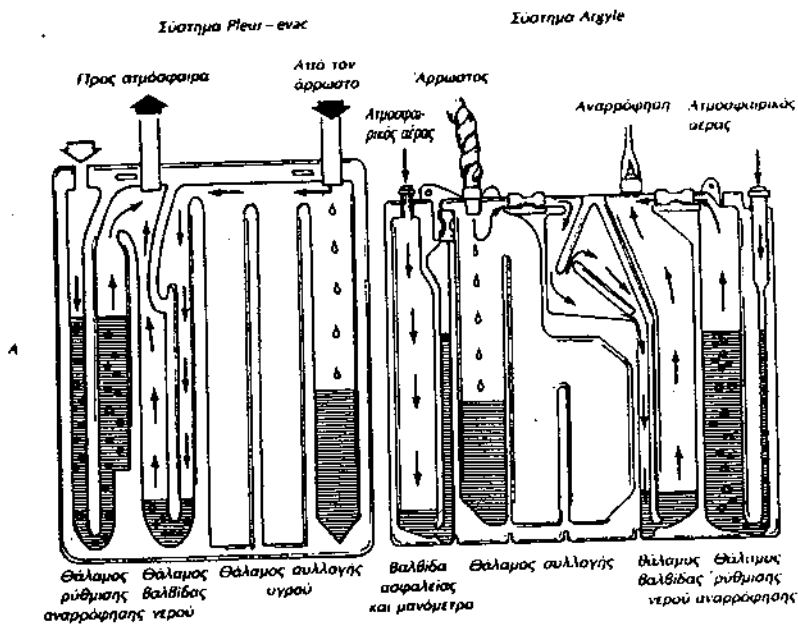
Η τοποθέτηση ενδοθωρακικών παροχετευτικών σωλήνων και η χρήση αναρροφήσεως έχει σκοπό: Την έξοδο αέρα που τυχόν διέφυγε από το μεσοθωράκιο προς τον μη χειρουργημένο πνεύμονα ή να έγινε αιτία πνευμονικού εμφυσήματος και την παροχέτευση οροαιματηρών υγρών από την κοιλότητα (Εικ.14 & Εικ.15).-

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της ότι :

- α) Το σύστημα είναι ασφαλισμένο αεροστεγώς και οι σωλήνες ελεύθεροι από εμπόδια.
- β) Γίνεται συχνή απόφραξη των σωλήνων με αρμεκτικές κινήσεις για διατήρηση ελεύθερης παροχετευτικής ροής. Η σταθεροποίηση των σωλήνων με καρφίτσα ασφαλείας, κατάλληλα σφηνωμένα στο ημισέντονο, συμβάλλει στην απο-



Οι εικόνες Α και Β δείχνουν συστήματα παροχέτευσης θώρακα.



Οι εικόνες Α και Β δείχνουν σύστημα παροχέτευσης θώρακα μιας χρήσης.

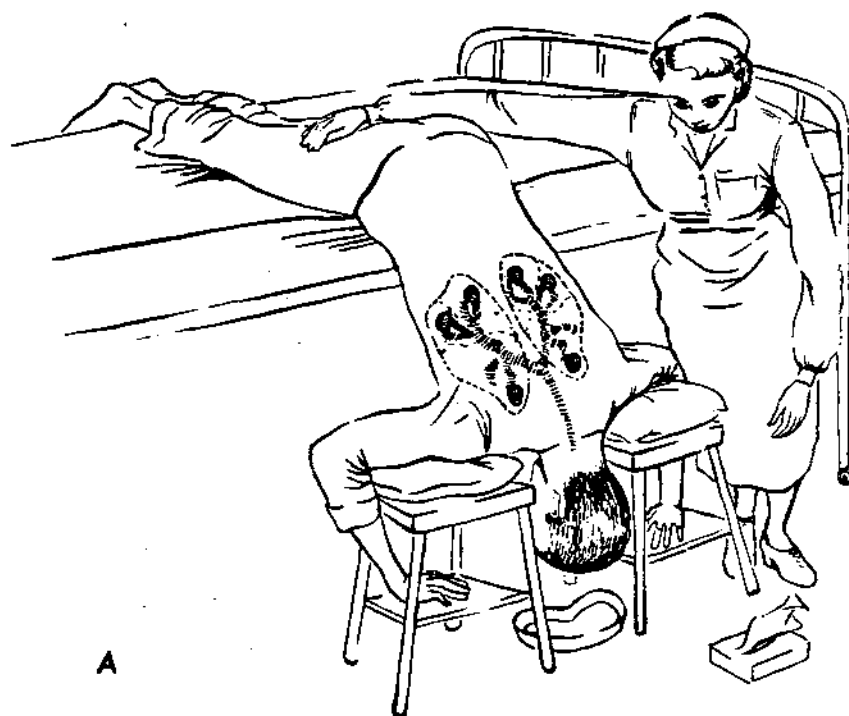
ΕΙΚ. 15

φυγή αναδιπλώσεων ή μετακινήσεων των σωλήνων μέσα από την θωρακική κοιλότητα.

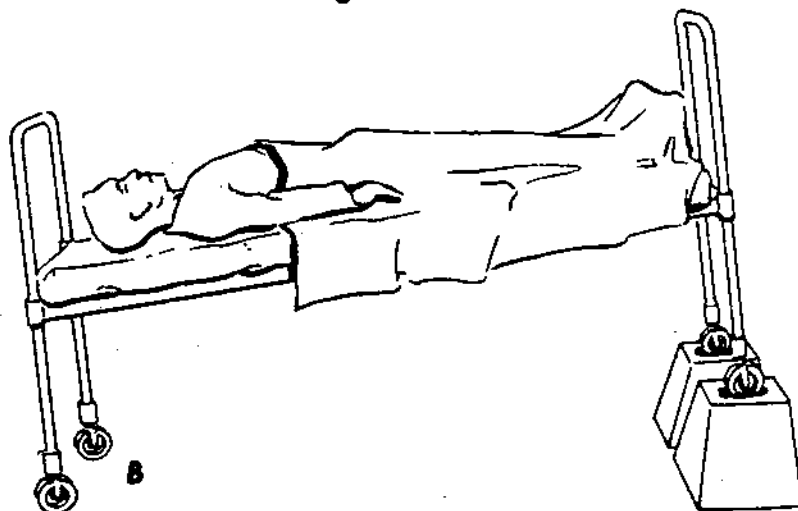
- γ) Η σύσταση του υγρού που παροχετεύεται (χρώμα, ρευστότητα, ποσότητα κλπ.) ελέγχονται και σημειώνονται.
- δ) Σε περίπτωση αδειάσματος των φιαλών κλείνουμε τον παροχετευτικό σωλήνα με τις λαβίδες που βρίσκονται κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου, για να αποφύγουμε είσοδο ατμοσφαιρικού αέρα μέσα στη θωρακική κοιλότητα. Οι φιάλες τακτοποιούνται με τρόπο άσηπτο και γίνεται στη συνέχεια η επανασύνδεση αφού βεβαιωθεί η νοσηλεύτρια ότι η φιάλη βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο από τον άρρωστο.
- ε) Οι θωρακικοί παροχετευτικοί σωλήνες αφαιρούνται κατάλληλα από τον γιατρό την 3η-4η μετεγχειρητική ημέρα, εφόσον ακτινογραφικά βεβαιώνεται τέλεια έκπτυξη του σύστοιχου πνεύμονα και τέλεια έλλειψη διαρροής αέρα.

Η αποβολή πτυέλων με τον βήχα είναι πολύ μεγάλος συντελεστής της καλής μετεγχειρητικής πορείας του ασθενούς. Αυτό είναι ευθύνη και της νοσηλεύτριας. Η προεγχειρητική διδασκαλία, όπως ήδη έχει αναφερθεί, πάνω σ αυτό, βοηθά πολύ, καθώς και η τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη παροχετευτική θέση (Εικ.16) ή χρήση ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων. Σ αυτό το σημείο η νοσηλεύτρια ζητά την συνεργασία φυσικοθεραπευτού. Αν τα παραπάνω αποτύχουν, εκτελούνται ενδοτραχειακές αναρροφήσεις επειδή ο κίνδυνος εμφάνισης πνευμονίας ή ατελεκτασίας είναι κοντά.

Για την εφαρμογή ενδοτραχειακής αναρροφήσεως η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει μαζί της ελαστικό καθετήρα Νο 16, μηχανήμα



A



B

(A) Θέσεις παροχέτευσεως πνευμόνων. Πρηνής θέση με ο κεφάλι και τον κορμό σε χαμηλότερο επίπεδο από το άλλο σώμα. Επιτυγχάνεται καλή παροχέτευση των κάτω λοβών και των δύο πνευμόνων, μέτρια για τον μεσαίο, αλλά ανεπαρκής για τους πάνω λοβούς. (B) Κορμός σε ύπια θέση με το κεφάλι σε χαμηλότερο επίπεδο (τοποθέτηση κύβων στο κάτω μέρος του κρεβατιού) Επιτυγχάνεται καλή παροχέτευση των κατώτερων ημιμόριων κάθε πνεύμονα.

ΕΙΚ.16

αναρροφήσεως, τεμάχια γάζας κλπ.

Ο κύριος σκοπός του ενδοτραχειακού καθετήρα είναι ο ερεθισμός του αντανακλαστικού του βήχα για παραγωγή βίαιου βήχα με απόχρεμψη.

Οι παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας θα βοηθήσουν στην έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών, όπως ατελεκτασίας, εμφυσήματα και πνευμοθώρακα. Άρρωστοι από τους οποίους αφαιρέθηκαν τρεις ή περισσότερες πλευρές, μπορούν να εμφανίσουν συμπτώματα ατάκτων πνευμονικών κινήσεων με άνιση έκπτυξη του σύστοιχου ημιθωρακίου. Εξ αιτίας του ότι αφαιρέθηκαν πλευρές, μπορεί η έκπτυξη του πνεύμονα να επεκτείνεται και πέρα από τα φυσιολογικά όρια του θωρακικού τοιχώματος, που εγκυμονεί σοβαρές αναπνευστικές κυκλοφορικές διαταραχές.

Γενικά η νοσηλεύτρια σημειώνει και αναφέρει αμέσως στο γιατρό συμπτώματα όπως : δύσπνοια, κυάνωση, ωχρότητα προσώπου, οξύ θωρακικό πόνο, αύξηση συχνότητας σφυγμών και αναπνοής, ανύψωση θερμοκρασίας, ελαττωμένη συστολική πίεση κάτω από 90 MMHG, καθώς και σημεία αιμορραγίας πάνω στο τραύμα. Η άμεση και επιδέξια επέμβαση τόσο του γιατρού, όσο και της νοσηλεύτριας, θα σώσουν τον άρρωστο και από βέβαιο θάνατο ακόμη.

Αν η πορεία του αρρώστου είναι ομαλή και δεν υπάρχει καρδιακή βλάβη ή αγγειακές ανωμαλίες, αυτός σηκώνεται από το κρεβάτι το απόγευμα της ίδιας ημέρας της εγχειρήσεως ή την επομένη. (Αυτό διαφέρει από χειρούργο σε χειρούργο). Αναπνευστικές κινήσεις και κινησιοθεραπεία αρχίζει από την

δεύτερη ή τρίτη μετεγχειρητική ημέρα από τον φυσικοθεραπευτή. Αυτή σκοπεύει στην αποκατάσταση της αναπνοής (έκπτυξη και σύμπτυξη των πνευμόνων), του μυϊκού τόνου και της κινητικότητας των αναπνευστικών μυών, καθώς και στην διατήρηση της φυσιολογικής στάσεως του θώρακα και γενικότερα του κορμού. Προγραμματίζεται σχέδιο αποκαταστάσεως με την συνεργασία του χειρουργού, της νοσηλεύτριας, του αρρώστου, της οικογενείας του, του φυσικοθεραπευτή και της κοινωνικής λειτουργού.

Οδηγίες, όπως οι παρακάτω, μπορούν να δοθούν στον άρρωστο όταν φύγει από το νοσοκομείο.

- Τις πρώτες εβδομάδες να κάνει βαθιές αναπνευστικές κινήσεις.
- Να ασκεί τον κορμό και τον θώρακα, ώστε να είναι σε ευθεία στάση.
- Να επαναλαμβάνει τις αναπνευστικές κινήσεις που χρησιμοποίησε στο νοσοκομείο.
- Περιποίηση στόματος και δοντιών.
- Αποφυγή συγχρωτισμού και κυρίως σε περίοδο επιδημιών όπως γρίπη κλπ.
- Ιατρική παρακολούθηση σε περίπτωση "ρινικού κατάρρου".
- Αποφυγή ακάθαρτης μολυσμένης και ερεθιστικής ατμοσφαιρας.
- Αποφυγή οποιουδήποτε ερεθίσματος που μπορεί να προκαλέσει σπασμωδικό βήχα.
- Επιμελημένη φροντίδα για καλή διατροφή και επαρκή ανάπαυση.

Η αποκατάσταση αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος ζητάει

βοήθεια. Επομένως η αποκατάσταση είναι αναπόσπαστο μέρος της όλης θεραπείας του. Τέτοιο πρόγραμμα για άρρωστο με χειρουργημένο θώρακα, περιλαμβάνει μέσα και μέτρα :

- Για επαρκή απόχρεμψη (Εικ.17)
- Για επαρκή αναπνευστική λειτουργία και ασκήσεις θωρακικών μυών και για αποφυγή δυσμορφίας. Κάθε άρρωστος ακολουθεί ιδιαίτερο πρόγραμμα αποκαταστάσεως.

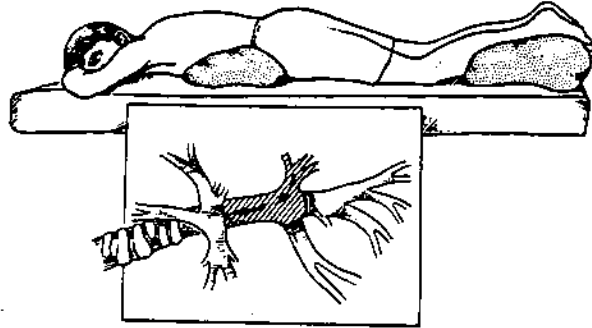
Τόσο η νοσηλεύτρια όσο και ο φυσικοθεραπευτής, παρακολουθούν από κοντά τις επιπτώσεις των ασκήσεων μέχρι την τελική θεραπεία.

Η βελτίωση της αναπνευστικής επάρκειας επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του αρρώστου να διατηρεί φυσιολογική την ύπτια θέση, ορθή στάση και ημικαθιστική. Να χρησιμοποιεί ένα μαξιλάρι, οι ώμοι να είναι στο ίδιο επίπεδο ευθυγραμμισμένοι με τους βραχίονες για αποφυγή σκολιώσεως.

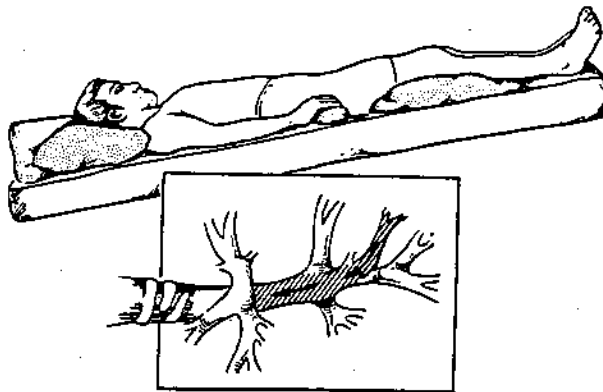
Η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου επηρεάζει την συχνότητα και το μέγεθος της αναπνοής. Οι περισσότεροι από τους θωρακοχειρουργημένους αρρώστους είναι ανήσυχτοι και βρίσκονται σε κατάσταση αγωνίας, πράγμα που αυξάνει την αναπνευστική ανεπάρκεια, καθώς και τον βασικό μεταβολισμό τους.

Η προσπάθεια που καταβάλλεται από το μέρος της νοσηλεύτριας να ηρεμήσει ο άρρωστος και να ξαναποκτήσει το ηθικό του, είναι τεράστια βοήθεια στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

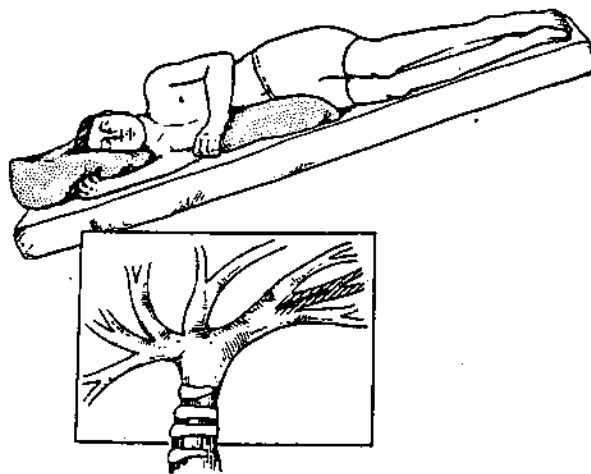
Σύσπαση και καλάρωση των αναπνευστικών μυών συμβάλλουν στην τέλεια λειτουργία του διαφράγματος και έκπτυξη των πνευμόνων.



Εικόνα Α . Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών κορυφαίου τμήματος.

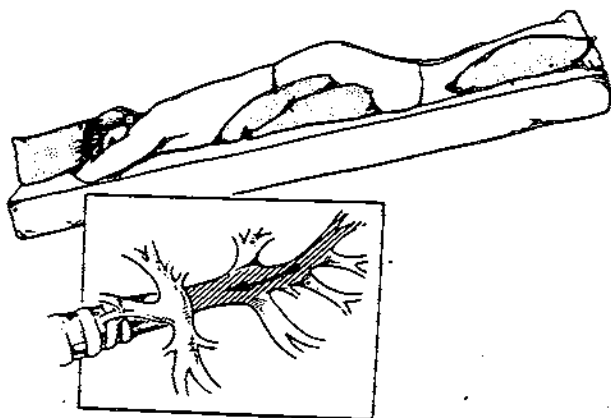


Εικόνα Β . Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών προσβίου βασικού τμήματος.

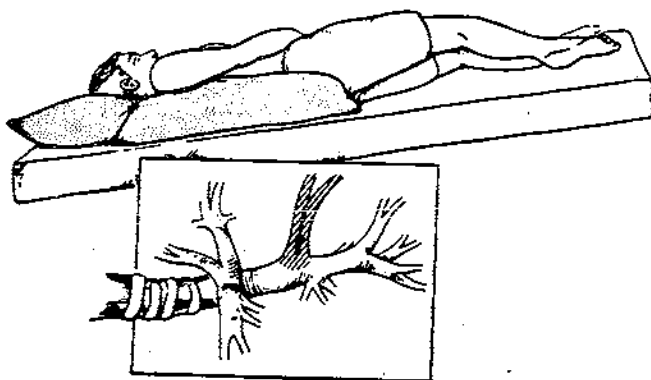


Εικόνα Γ . Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών εξωτερικού βασικού τμήματος.

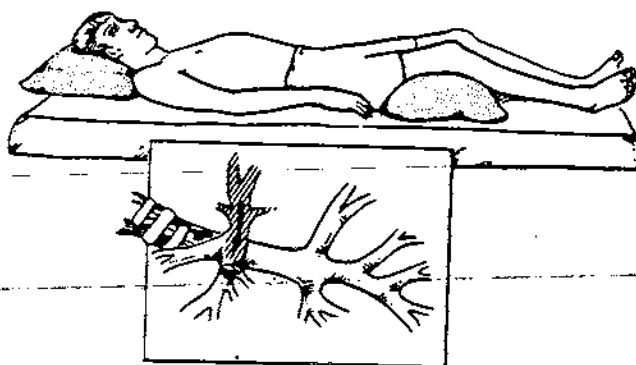
ΕΙΚ. 17



Εικόνα Δ Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών, οπισθίου βασικού θρόγγου.

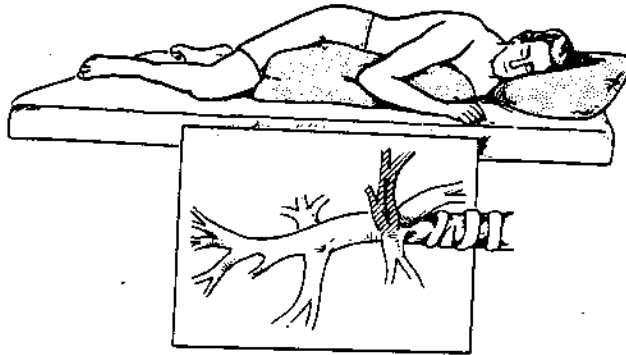


Εικόνα Ε Θεσική βρογχική παροχέτευση δελτίου μέσου λοβού.

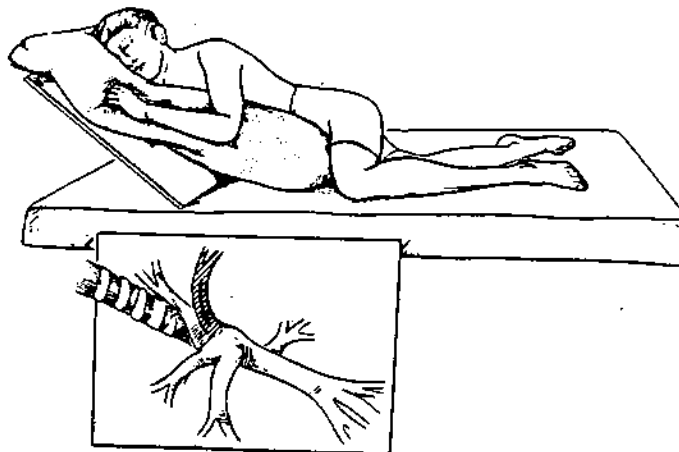


Εικόνα Ζ Θεσική βρογχική παροχέτευση άνω λοβών, πρόσθιο τμήμα.

ΕΙΚ. 17



Εικόνα Η . Θεσική βρογχική παροχέτευση άνω λοβού οπισθίου τμήματος, δεξιού οπισθίου λοβού.



Εικόνα Θ . Θεσική βρογχική παροχέτευση οπισθίου τμήματος αριστερού θρόγγχου.

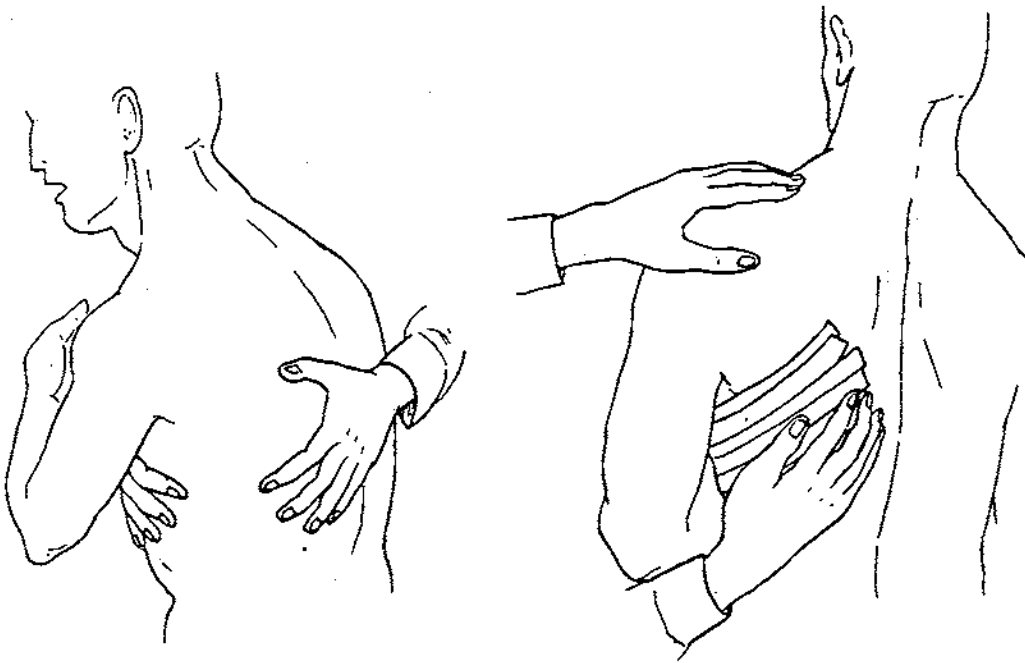
ΕΙΚ. 17

Έτσι π.χ. ο άρρωστος τοποθετείται σε ημικαθιστική θέση με το ένα χέρι πάνω στα κοιλιακά τοιχώματα και το άλλο στο επάνω τριτημόριο του θώρακα. Παρακαλείται να αναπνεύσει από την μύτη, να συγκρατήσει τον αέρα και να τον αποβάλει από τα χείλη αργά, χωρίς να μετακινεί τον θώρακα. Η σύσπαση των μυών της κοιλιάς και των εκπνευστικών μυών αυξάνει την πίεση και έτσι πετυχαίνεται καλύτερη εκπνοή και άνοδος του διαφράγματος. Το τραύμα συγκρατείται κατάλληλα από την νοσηλεύτρια, τον γιατρό ή τον φυσικοθεραπευτή και ακινητοποιείται για μείωση του τραυματικού πόνου κατά την διάρκεια των ασκήσεων (Εικ.18). Η έναρξη αυτών γίνεται με την υπόδειξη του χειρουργού και την συνεργασία του φυσικοθεραπευτή.

Η εμφάνιση πόνου και κοπώσεως φανερώνουν υπερφόρτωση του αρρώστου, οπότε συνίσταται και η πρόσκαιρη διακοπή των ασκήσεων. Τόσο οι αναπνευστικές ασκήσεις, όσο και οι σκελετικές σκοπό έχουν όχι μόνο την ενίσχυση του διαφράγματος και των κοιλιακών μυών, αλλά και την αύξηση της δυνατότητας του αρρώστου για κίνηση και ενέργεια χωρίς αναπνευστική δυσκολία.

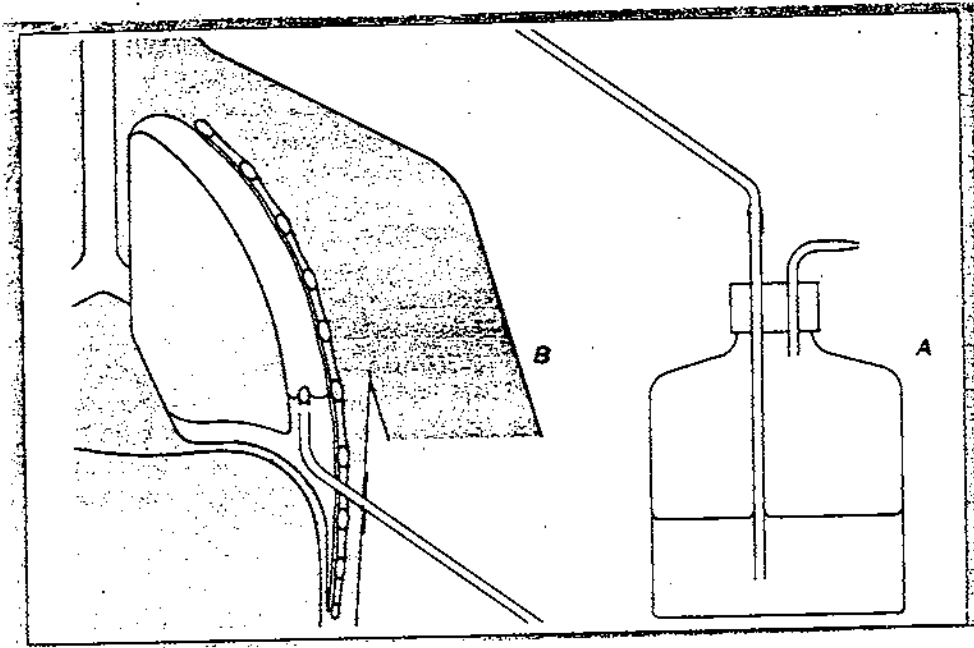
Θωρακική παροχέτευση

Οι θωρακοχειρουργηθέντες άρρωστοι φέρουν θωρακική παροχέτευση που έχει σκοπό την απομάκρυνση αέρα και υγρών από την υπεζωκοτική κοιλότητα και την επανέκπτυξη του χειρουργημένου πνεύμονα (Εικ.19). Υπάρχουν διάφοροι τύποι παροχέτευτικών συσκευών, όπως μιας φιάλης ή δύο φιαλών ή και τριών και τεσσάρων ακόμη, αλλά όμως όλες φέρουν το τμήμα

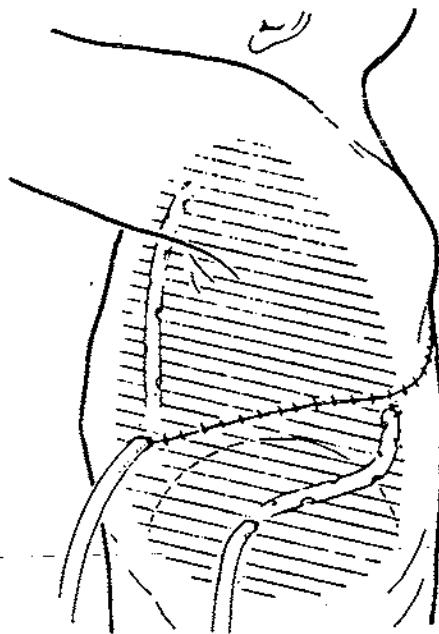


(Αριστερά και Δεξιά). Τεχνικές συγκρατήσεως και ακινητοποιήσεως του τραύματος κατά τον χρόνο που ο θωρακοχειρουργημένος άρρωστος βήχει.

Ε Ι Κ. 18



α. Φιάλη παροχέυσεως υπεζωκοτικής κοιλότητας με βαλβίδα νερού έτοιμη για χρήση (Billow) β. Παροχέυτικός σωλήνας τοποθετημένος στην υπεζωκοτική κοιλότητα.



Μετεγχειρητική θωρακική παροχέτευση. Ο πάνω σωλήνας παροχέυει αέρα και ο κάτω τα υγρά της υπεζωκοτικής κοιλότητας.

ΕΙΚ. 19

συγκεντρώσεως του υγρού και του αέρα που εξέρχονται από τον παροχετευτικό σωλήνα της υπεζωκοτικής κοιλότητας, καθώς και το σύστημα της βαλβίδας νερού που δεν επιτρέπει να μπει μέσα σε αυτήν αέρας από την ατμόσφαιρα. Όλοι οι τύποι παροχετευτικών συσκευών μπορούν να συνδεθούν με μηχανήμα αναρροφήσεως και μερικοί από αυτούς είναι μιας χρήσεως, ενώ άλλοι είναι πολλαπλής χρήσεως (υάλινοι ή πλαστικοί) (Εικ.20).

Η τοποθέτηση παροχετευτικού σωλήνα στην υπεζωκοτική κοιλότητα μπορεί να είναι για τον άρρωστο μια εμπειρία που δημιουργεί αισθήματα φόβου και ανασφάλειας. Τα παραπάνω όμως συναισθήματα μπορούν να μειωθούν όταν προσφέρεται υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα, προμελετημένη και στηριγμένη σε σχεδιασμό.-

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ

ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ

Ενέργειες νοσηλεύτριας

(1) Η νοσηλεύτρια συνδέει το θωρακικό παροχετευτικό σωλήνα να αεροστεγώς με τον γυάλινο σωλήνα της φιάλης (BILLAU) που καταλήγει μέσα σε αποστειρωμένο νερό.

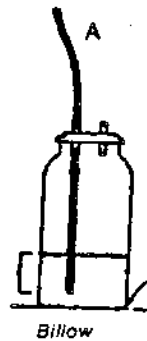
(2) Ο μακρύς γυάλινος σωλήνας πρέπει να είναι βυθισμένος 2,5-3 εκ. κάτω από την επιφάνεια

Αιτιολόγηση ενέργειας

(1) Η παροχέτευση με βαλβίδα νερού αφήνει να παροχετευθεί ο αέρας και το υγρό από την υπεζωκοτική κοιλότητα, δεν επιτρέπει όμως μέσα σε αυτή να μπει αέρας από την ατμόσφαιρα.

(2) Αν ο γυάλινος σωλήνας είναι πολύ βαθειά μέσα στο νερό, τότε χρειάζεται υψηλότερη

Ελαστικός σωλήνας συνδεδεμένος με τον παροχτευτικό σωλήνα του θώρακος.

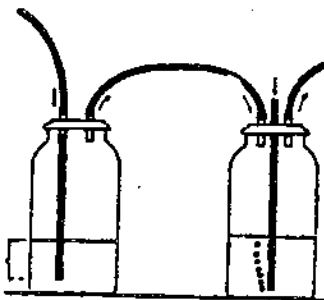


αποστειρωμένο νερό ή φυσιολογικός ορός.

Βάση ασφαλείας Billow.

Το άκρον του σωλήνα εμβαπτιζεται 2-3 εκατ. μέσα στο νερό.

Ελαστικός σωλήνας συνδεδεμένος με τον παροχτευτικό σωλήνα του θώρακος.



Σωλήνας συνδεδεμένος με την αναρροφητική αντλία.

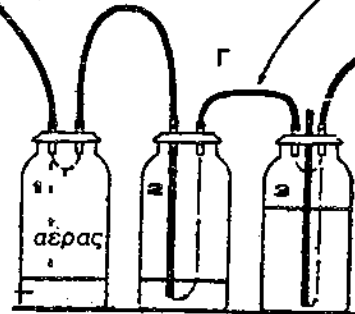
Τό εντός του νερού εμβαπτιζόμενο μήκος σωλήνος ορίζει την αρνητική πίεση (πίεση μικροτέρα της ατμοσφαιρικής).

Το άκρον του σωλήνος εμβαπτιζεται 2-3 εκ. μέσα στο νερό.

Billow συνδεδεμένη με αναρρόφηση. Υψηλή αγκύλη εμποδίζουσα την παλινδρόμηση απορροφηθέντος υγρού παροχτευσιμένου στη φιάλη billow.

Αποσυνδέεται εδώ όταν η αναρρόφηση δεν είναι σε χρήση.

Από τον άρρωστο



Σε συσκευή αναρροφήσεως ή φιάλη συλλογής.

Το μήκος του σωλήνος ορίζει την αναρρόφηση

υγρό παροχτεύσεως.

Συλλέκτης Billow Έλεγχος κενού (φιάλη ασφαλείας)

α) Η συσκευή Billow μόνη της απεδείχθη επαρκής για παροχτευση θώρακος σε πολλούς αρρώστους. β) Η συσκευή Billow με αναρροφητική συσκευή μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν επίμονη διαρροή αέρα δεν μπορεί να ελεγχθεί μόνο με την συσκευή Billow. γ) Το σχήμα (γ) επιδεικνύει μία χρήσιμη τακτοποίηση παροχτεύσεως θώρακος. Η πρώτη φιάλη επιτρέπει την ορατότητα του παροχτευσμένου υγρού. Η δεύτερη σε συνδυασμό με την πρώτη φιάλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν συσκευή Billow. Όταν προστεθεί και η τρίτη φιάλη, το ποσό του αναρροφούμενου υγρού μπορεί να μετρηθεί και υπολογισθεί από το βάθος του σωλήνα μέσα στο υγρό.

ΕΙΚ. 20

του νερού. Ο κοντός σωλήνας είναι ανοικτός στην ατμόσφαιρα. Τοποθετείται διαχωριστική ταινία πάνω στην επιφάνεια του νερού.

(3) Η νοσηλεύτρια στερεώνει κατάλληλα τους παροχετευτικούς σωλήνες πάνω στο κρεβάτι του αρρώστου (υποσέντονο) με καρφίτσα ασφαλείας και ελαστική ταινία, ώστε οι κινήσεις του να μην εμποδίζονται και να μην επηρεάζουν την ροή του υγρού που γίνεται με την βαρύτητα.

(4) Ενισχύεται ο άρρωστος να διατηρεί στο κρεβάτι του καλή κατάσταση του κορμού. Στην πλάγια θέση προστατεύεται ο παροχετευτικός σωλήνας από τυχόν κακώσεις.

(5) Γίνονται πολλές φορές την ημέρα ασκήσεις του βραχίονα και του ώμου της χειρουργημένης πλευράς.

ενδοθωρακική πίεση για να βγάλει τον αέρα. Αυτό επιβαρύνει τον άρρωστο. Ο κοντός σωλήνας παίζει το ρόλο του αεραγωγού.

(3) Η αναδίπλωση του σωλήνα, ο σχηματισμός αγκύλης ή και οι βίαιοι χειρισμοί, μπορούν να δημιουργήσουν παλίνδρομη πίεση, οπότε το υλικό που παροχετεύεται μπαίνει ξανά στην θωρακική κοιλότητα.

(4) Ο άρρωστος πρέπει να αλλάζει θέση συχνά για να διευκολύνεται η παροχέτευση του υγρού και ο κορμός να παίρνει φυσιολογική στάση, για αποφυγή δυσμορφίας και αγκυλώσεων. Ακόμα η καλή θέση υποβοηθεί την αναπνευστική λειτουργία.

(5) Με τις ασκήσεις αποφεύγονται αγκυλώσεις και δυσμορφίες και ο μετεγχειρητικός τραυματικός πόνος ελαττώνεται.

(6) Εφαρμόζονται κινήσεις αρμε-
κτικές στον παροχετευτικό σωλή-
να προς τη φιάλη σε καθορισμέ-
να χρονικά διαστήματα.

(7) Βεβαιώνεται ότι υπάρχει
κυματισμός στη σταθμη της στή-
λης του υγρού του βυθισμένου
μέσα στο νερό σωλήνα. Ο κυμα-
τισμός στην επιφάνεια του
υγρού θα σταματήσει μόλις ο
πνεύμονας ξαναεκπτυχθεί.

(8) Περιοδική διακοπή του
κυματισμού στην επιφάνεια του
υγρού οφείλεται στην απόφραξη
του σωλήνα από πήγματα αίμα-
τος και ίνες.

(9) Ενισχύεται ο άρρωστος
να αναπνέει βαθειά και να
βήχει σε συχνά χρονικά δια-
στήματα.

(6) Το άρμεγμα του σωλήνα εμπ-
δίζει την απόφραξή του με πύ-
λα και ινική. Η διατήρηση της
βατότητας του σωλήνα διευκολύ-
την έγκαιρη έκπτυξη του πνεύ-
μονα.

(7) Κυματισμός στην επιφάνεια
του υγρού δηλώνει ελεύθερη επ-
κοινωνία μεταξύ συσκευής BILD
και θωρακικής κοιλότητας και
ένδειξη βατότητας του παροχε-
τευτικού συστήματος.

(8) Συνεχής προσοχή, διατήρηση
συνεχούς παροχετεύσεως, υπο-
βοηθεί την έγκαιρη επανέκπτυξη
του πνεύμονα. Όταν σταματήσει
η κίνηση της στήλης του υγρού
του μακρού σωλήνα, σημαίνει
απόφραξη του σωλήνα ή ότι η
ναρρόφηση δεν λειτουργεί καλό-

(9) Αυτό βοηθεί στην αύξηση
της ενδοϋπεζωκτικής πιέσεως,
πράγμα που βοηθά στο άδειασμα
κάθε υλικού που μαζεύεται σ
αυτήν. Επίσης στον καθαρισμό
βρόγχων από τις εκκρίσεις στη
έκπτυξη του πνεύμονα και στην
πρόληψη ατελεκτασίας.

(10) Ακινητοποιείται η φιάλη BILLAW σε ειδική σταθερή βάση για αποφυγή ατυχημάτων. Ενημερώνεται το προσωπικό και οι επισκέπτες να μην αγγίζουν τα μέρη της συσκευής και να μην μετατοπίζουν τη φιάλη παροχετεύσεως.

(11) Προσοχή όταν επισκέπτες και προσωπικό έρχεται σε επαφή με την συσκευή BILLAW και κυρίως όταν αποσυνδέεται για μέτρηση του περιεχομένου και καθαρισμό της φιάλης.

(12) Σε περίπτωση βλάβης ή αποσύνδεσης της συσκευής κλείνεται όσο μπορεί πιο κοντά στον θώρακα ο παροχετευτικός σωλήνας με λαβίδες που βρίσκονται μόνιμα στο κομοδίνο του αρρώστου. Οι λαβίδες ουδέποτε απομακρύνονται από το κρεβάτι του.

(13) Σε περίπτωση μεταφοράς του αρρώστου σε φορείο, τοποθετείται η συσκευή σε επιφάνεια

(10) Οποιαδήποτε διακοπή της αεροστεγούς εφαρμογής της συσκευής βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου. Το κολλάψους του πνεύμονα βρίσκεται κοντά εξ αιτίας επικοινωνίας της θωρακικής κοιλότητας με τον ατμοσφαιρικό αέρα.

(11) Αν κάποιο μέρος της συσκευής πάθει βλάβη, καταργείται το κλειστό σύστημα και ο άρρωστος κινδυνεύει από την ατμοσφαιρική πίεση που δημιουργείται από εισρόφηση αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα κατά την εισπνοή.

(12) -

(13) Εφ' όσον η συσκευή είναι χαμηλότερα τοποθετημένη από το ύψος του θώρακα, η αρνητική

νεια σταθερή και σε ύψος χαμηλότερο από τον θώρακα. Αν η μεταφορά γίνεται με τροχήλατο, τότε η συσκευή τοποθετείται στην αγκαλιά του αρρώστου.

(14) Παρακολουθεί για σημεία διαρροής αέρα στο σύστημα που φαίνεται από την συνεχή έξοδο φουσαλίδων στη φιάλη και αναφέρει αυτό αμέσως στον υπεύθυνο γιατρό.

Ελέγχει :

-Ολες τις συνδέσεις ώστε να είναι σφικτές.

-Τον σωλήνα (πλαστικό ή ελαστικό) που εξέρχεται της υπεζωκοτικής κοιλότητας και συνδέεται το πάνω μέρος με μακρύ σωλήνα.

Σε περίπτωση σχηματισμού φουσαλίδων όταν χρησιμοποιείται μηχανήμα αναρροφήσεως σημαίνει ότι αυτός εργάζεται με μεγαλύτερη ένταση απ όση χρειάζεται.

(15) Όταν βοηθά τον χειρουργό να αφαιρέσει τον σωλήνα του θώρακα :

α) χορηγείται παυσίπονο

ενδοθωρακική πίεση δεν είναι τόσο υψηλή ώστε να παλινδρομήσει το υγρό.

(14) Η εισαγωγή αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα δημιουργεί πνευμοθώρακα.

(15) Ο σωλήνας του θώρακα αφαιρείται όταν ο πνεύμονας επανειπτυχθεί (συνήθως 24 ώρες ως μερικές ημέρες). Κατά την

- σύμφωνα με την εντολή
- β) διδάσκεται ο άρρωστος να εκτελέσει τη δοκιμασία VALSALVA (βίαιη εκπνοή με κλειστή επιγλωττίδα και κράτημα της αναπνοής).
- γ) Ο σωλήνας του θώρακα κλείνεται με KOCHER και αφαιρείται γρήγορα.
- δ) Αμέσως τοποθετείται μια βαζελινούχα γάζα που καλύπτεται τελείως για το αεροστεγές με λευκοπλάστη.
- ε) Τα χέρια πλένονται καλά πριν και μετά τον χειρισμό της συσκευής.

αφαίρεση του σωλήνα οι κύριες προτεραιότητες είναι η πρόληψη εισόδου αέρα μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα και μολύνσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ O₂

- 1) / Ενημερώνεται ο άρρωστος για την οξυγονοθεραπεία και του εξηγείται ότι η θεραπεία δεν σημαίνει προειδοποίηση βαρειάς καταστάσεως, αλλά ότι το O₂ χορηγείται σαν ένα από τα φάρμακα που παίρνει.

- 2) Η χορήγηση θα γίνεται μόνο όταν υπάρχει ιστική υποξία και δείκτης αυτής είναι η υποξαιμία.
- 3) Σε όλες τις περιπτώσεις το O₂ χορηγείται στη μικρότερη δυνατή συγκέντρωση, για να απομακρυνθεί ο κίνδυνος συγκεντρώσεως CO₂ στο αίμα και παρενεργειών τοξικότητας του O₂, όπως : Παραγωγή κυτταροτοξικών ουσιών που προσβάλλουν την κυτταρική μεμβράνη και καταστρέφουν ορισμένους ενζυμικούς μηχανισμούς του κυττάρου.
- 4) Η χορηγούμενη δόση κατά 1' συνήθως είναι 2-4 λίτρα, με πυκνότητα O₂ 20-25%. Η πυκνότητα του χορηγούμενου O₂ ρυθμίζεται κατά περίπτωση.
Η εντολή χορηγήσεως O₂, ο χρόνος πίεσεως κατά 1' και η πυκνότητα πρέπει να αναγράφεται στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου.
- 5) Η αρχή και οι τροποποιήσεις της οξυγονοθεραπείας προϋποθέτουν λήψη αερίων αίματος.
- 6) Ο άρρωστος και οι δικοί του πρέπει να γνωρίζουν ότι η χορήγηση O₂ είναι θεραπεία που μπορεί να έχει παρενέργειες.
- 7) Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο και στους συγγενείς του τις φυσικές ιδιότητες του αερίου, δηλαδή ότι η παρουσία O₂ υποβοηθεί την καύση και γι αυτό μέσα στο θάλαμο του αρρώστου που παίρνει O₂ απαγορεύεται το κάπνισμα, η χρήση ηλεκτρικών συσκευών, ανοικτή φιάλη οίνοπνεύματος, η εντριβή με οινόπνευμα, το μακιγιάζ στην άρρωστη για τον έλεγχο κυανώσεως. Επίβάλλεται η τοποθέτηση πινακίδας με την ένδειξη "ΜΗ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ".

- 8) Η εφύγραση του O₂ είναι απαραίτητη για να μην ξηραίνονται οι αναπνευστικοί βλεννογόνοι. Η νοσηλεύτρια ελέγχει το επίπεδο απεσταγμένου νερού στη φιάλη εφυγράσεως που είναι στο σύστημα παροχής και σε περίπτωση ελαττώσεως την συμπληρώνει.
- 9) Απαγορεύεται η διακεκομμένη χορήγηση O₂ σε οποιοδήποτε άρρωστο εκτός και εάν υπάρχει ειδική εντολή.

Τρόποι χορηγήσεως οξυγόνου υπό πίεση :

- 1) Με στοματοφαρυγγικό καθετήρα
- 2) Με ρινική κάνουλα
- 3) Με μάσκα VENTURI
- 4) Με μάσκα αεροζόλ
- 5) Με μάσκα μερικής επαναπνοής
- 6) Με τέντα οξυγόνου
- 7) Με ενδοτραχειακό σωλήνα και τραχειοσωλήνα.

Από τους παραπάνω τρόπους χορηγήσεως οξυγόνου, περισσότερο χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη οι εξής :

- α) Χορήγηση O₂ με στοματοφαρυγγικό καθετήρα
- β) Με ρινική κάνουλα
- γ) Με μάσκα VENTURI
- δ) Με μάσκα αεροζόλ
- ε) Με τέντα, και
- στ) Από ενδοτραχειακό σωλήνα και τραχειοσωλήνα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟ-
ΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

Στους ασθενείς με εκτινόνικο κύστη ήπατος, πνεύμονος κλπ.

συνήθως χορηγούνται αντιβιοτικά πριν αλλά και μετά την εγχείρηση. Επίσης σε όλους τους χειρουργημένους ασθενείς γίνεται ενδοφλέβια έγχυση υγρών (όπως φυσιολογικός ορός, σακχαρούχα διαλύματα, διαλύματα που περιέχουν ηλεκτρολύτες (Na Cl, K. κλπ.) και διαλύματα με θρεπτικά συστατικά (βιταμίνες, υδροδιαλύτες, λευκώματα).

Νοσηλευτικές αρχές κατά την ενδοφλέβια έγχυση υγρών :

- 1) Το είδος, το ποσό και η ροή των χορηγουμένων υγρών προγραμματίζεται ημερησίως από τον ιατρό.
- 2) Η συνηθισμένη ταχύτητα ροής του ορού ρυθμίζεται σε 25-60 σταγόνες κατά 1 λεπτό της ώρας.
- 3) Κατά την χορήγηση υγρών από την φλέβα παρακολουθείται η ροή του υγρού και το σημείο εφαρμογής της βελόνας.
- 4) Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας (βήχας, δύσπνοια, δυσφορία).
- 5) Ορός που εμπλουτίστηκε πρέπει να χρησιμοποιηθεί μέσα σε χρόνο 4 ωρών, διαφορετικά αχρηστεύεται.
- 6) Σε περίπτωση αντιδράσεως συνιστάται από τον ιατρό η αφαίρεση του ορού και η εκτέλεση αντιισταμινικής ενέσεως.

Νοσηλευτικές αρχές κατά την ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών:

- 1) Η νοσηλεύτρια ρωτάει τον άρρωστο αν στο παρελθόν χρησιμοποίησε αντιφλεγμονώδη φάρμακα, πενικιλίνη και παρουσίασε εξάνθημα, κνίδωση και δυσκολία στην αναπνοή. Τα συμπτώματα αυτά είναι ενδεικτικά πως ο άρρωστος είναι αλλεργικός ή πολύ ευαίσθητος.

- 2) Ενημερώνεται ο ιατρός όταν ο άρρωστος έχει αλλεργικό ιστορικό και αυτό σημειώνεται στο φάκελλό του και στο διάγραμμά του.
- 3) Το αντιβιοτικό χορηγείται στην κατάλληλη δόση και ώρα όπως έκρινε ο γιατρός.
- 4) Παρακολουθείται ο άρρωστος για θεραπευτική ανταπόκριση στο αντιβιοτικό (όπως πτώση του πυρετού κλπ.).
- 5) Το αντιβιοτικό αραιώνεται σε 50-100 ML υγρού (φυσιολογικός ορός) για να μην ερεθιστεί η φλέβα. Το μέτρο δεν εφαρμόζεται σε περίπτωση που αντενδείκνυται η μεγάλη αραιώσή του.
- 6) Κατά την χορήγηση του αντιβιοτικού, αυτό χορηγείται πολύ σιγά στη φλέβα και ρωτάται ο ασθενής για αίσθημα καύσου στο χέρι του (ερεθισμός φλέβας).
- 7) Γίνεται επανειλημμένως ασηψία και αντισηψία της φλέβας και πριν την χορήγηση του αντιβιοτικού ελέγχεται η καλή κατάσταση της φλέβας (ερεθισμός κλπ.). Σε περίπτωση που το αντιβιοτικό χορηγείται από το στόμα, αυτό δίνεται μετά το φαγητό για να μην ερεθιστεί το στομάχι.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ

ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>A. ΑΠΟ ΤΟ ΗΠΑΡ 1. Πόνος</p>	<p>Ανακούφιση ασθενούς από τον πόνο</p>	<p>Παρακίνηση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι για την προφύλαξη του ήπατος .</p> <p>Χορήγηση αντισπασμωδικών και ελαφρών κατευναστικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Παρακολούθηση και καταγραφή καθώς και αναφορά των χαρακτηριστικών του πόνου.</p> <p>Παρακολούθηση της ενέργειας των φαρμάκων που δίδονται καθώς και τις τυχόν παρενέργειές τους.</p> <p>Προσπάθεια μείωσης της δραστηριότητας των μυών της περιοχής γύρω από το ήπαρ, με το να δοθεί στο ασθενή ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι, δηλαδή ο ασθενής καθισμένος στο κρεβάτι με το σώμα σκυμμένο προς τα εμπρός και τους μηρούς κοντά στη κοιλιά.</p> <p>Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου και αποφυγή ερεθισμάτων που προκαλούν συγκίνηση.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

2. Δυσπεπτικά
Ενοχλήματα:
Ανορεξία

Άμεση αντιμετώπιση της ανορεξίας διότι σε νοσήματα ήπατος ο ασθενής πρέπει να τρέφεται θερμιδικά επαρκώς.

Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά. Προσφέρουμε την τροφή ελκυστικά σερβιρισμένη.

Φροντίζουμε η τροφή να δίδεται σε ικανοποιητική ποικιλία.

Φροντίζουμε για τον ικανοποιητικό χρόνο για την διατροφή.

3. Ναυτία και
εμετός

Χρησιμοποίηση διαφόρων μέσων για την μείωση ή αποφυγή της ναυτίας και των εμέτων και την ανακούφιση του ασθενούς.

Περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας, κυρίως μετά την λήψη τροφής.

Αποφυγή αντίρροπης ή και ανάρροπης θέσεως μετά τα γεύματα.

Τοποθέτηση του ασθενούς σε πιο αναπαυτική θέση.

Ο περιορισμός του ποσού των γευμάτων και η αύξηση του αριθμού τους.

Αποφυγή λήψεως τροφής από το στόμα, εφ' όσον η ναυτία και ο έμετος συνεχίζεται.

Η μείωση των εντόνων ερεθισμάτων του περιβάλλοντος όπως θόρυβος, κακουχία κλπ.

Καταγραφή και περιγραφή των εμέτων σχετικά με τα χαρακτηριστικά τους, δηλαδή το ποιόν, το χρώμα, τη σύσταση, την οσμή, τη συχνότητα, τη σχέση με τη τροφή που λαμβάνεται και τον τύπο εμετού (αναγωγικός έμετος κλπ.).

Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα.

Εφαρμογή τεχνητής διατροφής, αν χρειαστεί.

Χορήγηση αντιεμετικών με εντολή ιατρού.

4. Διαρροϊκές κενώσεις

Αντιμετώπιση της διάρροιας και ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματά αυτής, με ελάττωση της υπερκινητικότητας του παχέως εντέρου.

Παρακολούθηση του αριθμού των κενώσεων, καθώς και χρώματος, της υφής, της στάσεως αυτών.

Περιορισμός υγρών.

Καταγραφή των κενώσεων και παρακολούθηση ασθενούς για συμπτώματα αφυδατώσεως.

Χορήγηση φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
5. Δύσπνοια (Από την κύστη στην άνω επιφάνεια του ήπατος)	Αμεση αντιμετώπιση της δύσπνοιας. Μείωση του σωματικού έργου και κάλυψη των αυξημένων αναγκών του οργανισμού σε οξυγόνο.	<p>Τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Χορήγηση O₂</p> <p>Συναισθηματική τόνωση του ασθενούς.</p> <p>Αποφυγή χορηγήσεως τροφών που δημιουργούν αέρια και πιέζουν το διάφραγμα.</p> <p>Καλός αερισμός του θαλάμου του ασθενούς.</p> <p>Περιορισμός των αναγκών του ασθενούς σε O₂</p> <p>Περιορισμός των παρεντερικώς λαμβανομένων υγρών.</p>
6. Ικτερος	Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα του ίκτερου	<p>Παρακολούθηση και καταγραφή του βαθμού ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.</p> <p>Απαλλαγή του ασθενούς από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα του (λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, μασσάζ με λωσιόν).</p> <p>Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων και των ούρων</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

7. Ασκίτης

Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα του ασκίτη.

Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη και αναπαυτική θέση και στήριξη αυτού με μαξιλάρια.

Ετοιμασία δίσκου παρακέντησης.

Φροντίδα ώστε ο ασθενής ουρήσει πριν από την παρακέντηση.

Παροχή βοήθειας στον ασθενή κατά την παρακέντηση.

Συναισθηματική τόνωση του ασθενούς.

Παρακολούθηση του ασθενούς κατά την διάρκεια της παρακέντησης.

Καταγραφή της ποσότητας του χαρακτήρα του υγρού της παρακεντησέως.

Έλεγχος των γαζών ώστε να μη διαφεύγει υγρό και μην λυγθεί το τραύμα.

Χορήγηση διουρητικών σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού.

Περιορισμός Cl Na

Καταγραφή των υγρών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται. Ακριβής τήρηση του ισοζυγίου των υγρών.

Προσεκτική φροντίδα του δέρματος.

Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση για να βοηθηθεί η αναπνοή του.

Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Χορήγηση βιταμίνης Κ (χυμό πορτοκάλι).

Παρακολούθηση ασθενούς για συμπτώματα πιθανού κώματος.

8. Αναφυλακτικά φαινόμενα :
- (α) ερυθρότητα δέρματος
 - (β) κνησμός
 - (γ) οίδημα
 - (δ) δύσπνοια

Ανακούφιση του ασθενούς από τον κνησμό και την ερυθρότητα

Παρακολούθηση του αρρώστου για την εξέλιξη των συμπτωμάτων της αναφυλακτικής αντίδρασης.

Χορήγηση αντισταμινικών κορτιζόνης μετά από εντολή ιατρού.

Αντιμετώπιση κνησμού με επίσπαση δέρματος με ταλι, λουτρό, καθαριότητα κλπ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Ανακούφιση ασθενούς από τα οιδήματα λόγω κατακρατήσεως υγρών από τον οργανισμό

Παρακολούθηση ασθενούς για φάνιση οιδήματος στις περιφέρειες χαλαρών ιστών.

Χορήγηση διουρητικών μετά από ιατρική εντολή.

Τήρηση δελτίου ισοζυγίου υγρών

Ετοιμασία υλικού για χορήγηση O₂ για φαρμακευτική αντιμετώπιση οιδήματος λάρυγγα

Καλύτερη οξυγόνωση ασθενούς με διάφορα μέσα

Χορήγηση O₂ σε δύσπνοια

Κατάλληλη τοποθέτηση ασθενούς στο κρεβάτι (ανάρροπη θέση)

9. Φαινόμενα πυώδους χολαγγειίτιδας.
α. Ρίγος

Εξάλειψη του ρίγους και ανακούφιση του ασθενούς.

Διατήρηση του κρεβατιού του ασθενούς ζεστού.

Προφύλαξη του ασθενούς από τις κακώσεις κατά το διάστημα του ρίγους.

Τόνωση της καρδιάς (καρδιοτονωτικά) μετά από εντολή ιατρού.

Θερμομέτρηση του ασθενούς μετά την υποχώρηση του ρίγους

Θερμομέτρηση του ασθενούς δύο ώρες μετά την υποχώρηση του ρίγους.

Καταγραφή των θερμομετρήσεων

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ****ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ**

β. Πυρετός

Μείωση του πυρετού του αρρώστου

Περιορισμός των δραστηριοτήτων του αρρώστου.

Χορήγηση υγρών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Φροντίδα για την αποβολή της θερμότητας (ψυχρές περιτυλίξεις κλπ.).

Χορήγηση εύπεπτης τροφής

Αποφυγή υπεραιμίας του δέρματος

Μείωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας.

Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων μετά από εντολή ιατρού.

Συστηματικός έλεγχος και σημείωση της θερμοκρασίας του σώματος.

Αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων.

Προφύλαξη ασθενούς από ψύχος.

Παρότρυνση ασθενούς να κάνει συχνά πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό.

Χορήγηση αντιβιοτικού με ακρίβεια (δόση, χρόνο)

Έλεγχος των σφυγμών ασθενούς

10. Εμφάνιση COLLAPSUS μετά από επιδείνωση εντονής αλλεργικής αντίδρασης

Αντιμετώπιση του COLLAPSUS και αν γίνει πρόληψη αυτού.

Απαλλαγή του ασθενούς από τα συμπτώματα του COLLAPSUS

Προσφορά αίματος σε ζωτικά όργανα

Μείωση της περιφερικής κυκλοφορίας και ενίσχυση της κυκλοφορίας των κεντρικών οργάνων

Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας των ούρων που αποβάλλονται.

Σημείωση των ζωτικών σημείων του αρρώστου σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Παρακολούθηση ασθενούς για συμπτώματα περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας όπως:

- 1) πτώση αρτηριακής πίεσης.
- 2) σφυγμός ταχύς & νηματοειδής
- 3) Δέρμα ψυχρό και ωχρό
- 4) Εφίδρωση
- 5) Ακρα ψυχρά
- 6) Ανησυχία
- 7) Κυάνωση
- 8) Απώλεια αισθήσεων

Όταν εμφανισθούν συμπτώματα περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας τότε:

- * Τοποθετούμε τον ασθενή σε οριζόντια θέση με τα άκρα σε αντίρροπη.
- * Επιταχύνουμε τη ροή των υγρών που χορηγούνται εν φλέβια (με εντολή ιατρού)
- * Ετοιμάζουμε τα απαραίτητα για τυχόν χορήγηση αίματος
- * Δίνουμε φάρμακα που προκαλούν σύσπαση των περιφερικών αγγείων (με ιατρική εντολή).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

- * Διατηρούμε τον ασθενή ζεστό
- * Μετράμε τα ούρα με μεγάλη ακρίβεια

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκαλεί ο πόνος.

Ανακούφιση ασθενούς από τον πόνο

Ακριβή μέτρηση υγρών που λαμβάνονται και αποβάλλονται (ισοζύγιο υγρών)

Διόρθωση διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικώς (με ιατρική εντολή)

Β. ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
1. Βήχας

Να μπορεί ο άρρωστος να βήξει ικανοποιητικά ώστε να απομακρύνονται οι τραχειοβρογχικές εκκρίσεις.

Συχνή μετακίνηση του αρρώστου στην υπτία θέση.

Από την υπτία θέση μετακίνηση στην καθιστική.

Ελαφρά κτυπήματα στη ράχη.

Παρότρυνση του αρρώστου να παίρνει 2-3 βαθιές εισπνοές και εκπνοές.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να βήχει καθώς βοηθείται.

Σε περίπτωση που τα παραπάνω δεν αποδώσουν μπορεί να χρειασθεί για την διέγερση του αντανακλαστικού, ερεθισμός της τραχείας με εισαγωγή καθετήρα.

Πρόληψη επιπλοκών
από τον βήχα

Προσέχουμε κατά την διάρκεια του βήχα γαι τυχόν ανεπιθύτα συμπτώματα, όπως :

- * Επιβάρυνση του έργου της καρδιάς.
- * Στηθαγχική κρίση
- * Πνευμοθώρακα
- * Επέκταση φλεγμονής
- * Βουβωνοκήλη
- * Οίδημα βλεφάρων
- * Διαταραχή ύπνου

Ανακούφιση του αρρώστου από τον βήχα.

Ενυδάτωση του αρρώστου αν ο βήχας είναι ξηρός-παροξυσμικοπιώδης.

Λήψη υγρών από το στόμα ή παρεντερική χορήγηση.

Περιποίηση της στοματικής τλότητας του αρρώστου μετά βήχα.

Χορήγηση αντιβηχικών μετά εντολή ιατρού.

2. Απόχρεμψη

Βοήθεια και ενίσχυση του αρρώστου για αποβολή των πτυέλων.

Τοποθέτηση του αρρώστου σε ειδικές παροχετευτικές θέσεις ώστε η βρογχική παροχέτευση να είναι αποτελεσματική.

Η βρογχική παροχετευτική θα που θα δοθεί στον κορμό του αρρώστου για να αδειάσουν πνεύμονες κατά το νόμο της ρύτητας, έχει σχέση με :

- α) την ηλικία του αρρώστου
- β) την γενική του κατάσταση
- γ) το λοβό ή τους λοβούς του πνεύμονα που έχουν τις εκκρίσεις.

Οι διάφορες θέσεις βρογχικής παροχέτευσης μπορούν να δοθούν στον άρρωστο :

- * με την τοποθέτηση κύβων στα κάτω πόδια του κρεβατιού.
- * Με το σήκωμα του κρεβατιού στο κάτω μέρος και την στήριξη του πάνω σε γερό κάθισμα.
- * Αν βάλουμε τον άρρωστο πάνω σε ειδικά λυγισμένο κρεβάτι.

Ο άρρωστος όταν τοποθετηθεί σε θέση βρογχικής παροχέτευσης ενισχύεται να αναπνέει βαθιά και να βήχει δυνατά ώστε να βοηθά την αποκόλληση των εκκρίματων από τα απομακρυσμένα βρογχιάλια. Διάρκεια 10 λεπτά-30 λεπτά.

Προσέχουμε τον άρρωστο να μην παραπονεθεί για ζάλη, αίσθημα ναυτίας (λόγω του ότι τα πτύελα μυρίζουν άσχημα) -

Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.

Συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με κατάλληλα αρωματώδη υγρά.

Φροντίδα ώστε η θεραπεία να γίνεται πριν από το φαγητό τουλάχιστον μία ώρα.

Αποφυγή διασποράς παθογόνων μικροοργανισμών.

Φροντίζουμε να μη σκορπίζουμε στο περιβάλλον τα πτύελα

Κατατόπιση του ασθενούς ώστε να προστατεύει το περιβάλλον του και τον εαυτό του.

Συλλογή της απόχρεμψης σε ειδικά αεροστεγή που φέρουν εύοσμα υγρά.

Απομάκρυνση των πτυέλων με άσηπτη τεχνική.

Βροχική παροχέτευση

Ρευστοποίηση εκκρισμάτων με ενυδάτωση του αρρώστου, χορήγηση βλεννολυτικών βρογχοδilatτικών και αποχρεμπτικών μετά από εντολή ιατρού.

Περιβάλλον καλά αεριζόμενο ζεστό και χωρίς ρεύματα.

Εφύγρυνση εισπνεόμενου αέρα

3. Δύσπνοια

Μείωση του αναπνευστικού φόρτου.

Τοποθέτηση ασθενούς σε ανάσπλη θέση (χρήση ερεισίνωτου)

Χορήγηση O₂

Διατήρηση ισορροπίας μεταξυ αναπαύσεως και δραστηριότητας

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
4. Αιμόπτυση	Καταστολή της ψυχικής διεγέρσεως	<p>Συνεχής συναισθηματική τόνωση του αρρώστου.</p> <p>Διατήρηση θρέψεως και ενυδατώσεως.</p> <p>Διατήρηση φυσιολογικής κενώσεως του εντέρου.</p> <p>Καλός αερισμός του θαλάμου ώστε να κυκλοφορεί δροσερός και φρέσκος αέρας και να μην εμποδίζεται ο αερισμός του χώρου με παραβάν και κουρτίνες</p> <p>Ελαφρός ιματισμός-ενδυμασία για τον άρρωστο.</p> <p>Αποφυγή τροφών που δημιουργούν αέρια και πιέζουν το διάφραγμα</p> <p>Ρησυχασμός του ασθενούς και των οικείων του και ηθική τόνωση αυτού.</p> <p>Ο ασθενής τοποθετείται σε κρεβάτι σε καθιστική θέση, μόνος του στο δωμάτιο για αποφυγή κάθε ερεθίσματος από συγκίνηση.</p> <p>Παρότρυνση του αρρώστου να μένει ακίνητος</p> <p>Χορήγηση τροφής επαρκούς σε θερμίδες, ελαφρή και σε θερμοκρασία δωματίου.</p>
	Σωματική τόνωση	

Καταστολή του βήχα.

Σε μεγάλη αιμόπτυση μπορεί γίνει υποδόρια ένεση μορφ που καταστέλλει την δράση βήχα και του κέντρου της απνοής με αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας των πνευμόνων.

Προετοιμασία για αντιμετώπιση πιθανής λαρυγγοσκόπησης ή χοσκόπησης για αφαίρεση τυπηγμάτων αίματος της αναπνευστικής οδού.

Αποκατάσταση ηρεμίας, ασφάλειας και συναισθηματικής ισορροπίας του αρρώστου.

Οι κινήσεις της νοσηλεύτριας πρέπει να είναι ήρεμες και σταθερές.

Απαιτείται ενεργητικότητα,χύτητα και αποτελεσματικότητα στις ενέργειες.

Εμπνευση εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας στον ασθενή και περιβάλλον του.

5.Θωρακικό
άλγος

Μείωση του άλγους

Ενισχύεται ο άρρωστος να εκπλώσει πλάγια στο σύστοιχο ημιθώρακιο που φλεγμαίνει.

Αν το άλγος συνοδεύεται με κα, τότε χειρισμοί όπως στην αποβολή πτυέλων, συμβάλλουν στην ελάττωση του άλγους.

Χορήγηση φαρμάκων, όπως παυσίπονα, κατευναστικά κλπ. μετά από εντολή ιατρού.

6. Ρίγος

Σωματική τόνωση και προφύλαξη του ασθενούς.

Παρακολουθούμε τον άρρωστο για πιθανή εμφάνιση σημείων εξαρτήσεώς του από το φάρμακο.

Ενισχύουμε τον ασθενή ηθικά & αποφεύγουμε ερεθίσματα που του προκαλούν συγκίνηση.

Προφύλαξη ασθενούς από ρεύματα

Διατήρηση του κρεβατιού ζεστού

Συχνή θερμομέτρηση του ασθενούς και καταγραφή των θερμομετρήσεων.

Θερμομέτρηση του ασθενούς δύο ώρες μετά την υποχώρηση του ρίγους.

7. Πυρετός

Αντιμετώπιση πυρετού και ανακούφιση του αρρώστου

Τήρηση διαγράμματος ζωής θερμομέτρησης.

Συχνή αλλαγή λευκημάτων του αρρώστου.

Καλός αερισμός του δωματίου.

Προφύλαξη από τα ρεύματα

Σωματική τόνωση

Παρακολούθηση για σημεία αφυδατώσεως.

Χορήγηση υγρών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Χορήγηση εύπεπτης τροφής.

8. Αλλεργική
αντίδραση

Μείωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας.

Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων μετά από εντολή ιατρού.

Ελεγχος ζωτικών σημείων του ασθενούς.

Παρακολούθηση του αρρώστου εξέλιξη των συμπτωμάτων της αλλεργικής αντίδρασης.

Αντιμετώπιση κνίδωσης με επάλειψη του δέρματος με ταλκ, λουτρό, καθαριότητα κλπ.

Χορήγηση ανισταμινικών, κορτικοστεροειδών μετά από εντολή ιατρού.

Τήρηση δελτίου ισοζυγίου υγρών.

Παρακολούθηση για εμφάνιση οιδημάτων, δύσπνοιας.

9. Ανάπτυξη εξιδρωματικού υγρού-εμπύημα λόγω ρήξης της κύστης προς την υπεζωκοτική κοιλότητα.

- α) πυρετός
- β) ρίγη
- γ) δύσπνοια
- δ) απώλεια βάρους
- ε) Ταχυσφυγμία
- στ) Κυάνωση

Αντιμετώπιση πυρετού-

Χορήγηση αντιβιοτικών με ακριβή τήρηση της δόσης και της ώρας όπως συνέστησε ο ιατρός.

Ενυδάτωση του αρρώστου με άφθονα υγρά.

Εφαρμογή εκκενωτικών θωρακικών παρακεντήσεων-θεραπευτικών έγχυση φαρμάκου.

Τήρηση ασηψίας-αντισηψίας κατά την παρακέντηση.

Αποφυγή COLLAPSUS του πνεύμονος λόγω απότομης έκπτυξης αυτού κατά την παρακέντηση.

Αντιμετώπιση της απώλειας βάρους με ικανοποιητικό σε θερμίδες διαιτολόγιο.

Πρόληψη της κυάνωσης

Συνεχής συναισθηματική τόνωση.

Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει βαθές αναπνοές τουλάχιστον κάθε ώρα.

Χρήση προωθητικού σπιρόμετρου ή φιαλών εμφυσήσεως οπότε βοηθείται η άρρωστος να αναπνέει βαθιά και σταθερά.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να σηκωθεί σύντομα από το κρεβάτι διότι η κίνηση συμβάλλει στη γρηγορότερη και καλύτερη παροχέτευση του πύου.

Χορήγηση τροφών πλούσιων σε ζωϊκό λεύκωμα, υδατάνθρακες και βιταμίνες.

Μικρά γεύματα σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Φροντισμένο σερβίρισμα τροφής ώστε να ανοίγει η όρεξη του ασθενούς.

Προσέχουμε την ένταση του χρώματος στο δέρμα και στους βλεννογόνους.

Προσέχουμε για δύσπνοια.

Απελευθέρωση του αρρώστου από συσφίξεις λευχειμάτων.

Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή.

Συνεχής παρακολούθηση του προσδιορισμού των αερίων του αίματος και ηλεκτρολύτων του ορού για ανίχνευση πρώιμων μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία.

* * *

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΙ-
ΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
A. ΑΠΟ ΤΗ ΗΠΑΡ		
1. Χολόρροια:		
α. Διατάραξη ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.	Αντικατάσταση αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.	Τήρηση ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Χορήγηση υγρών παρεντερικώς Χορήγηση ηλεκτρολυτών Na, Kα.
β. Αιμορραγία (λόγω ανελλειπούς σύνθεσης προθρομβίνης).	Αντιμετώπιση αιμορραγίας και αν γίνεται πρόληψη αυτής.	Προσεκτική καταγραφή των αποβαλλομένων υγρών. Ακριβής εκτίμηση του περιεχομένου των αποβαλλομένων υγρών του αρρώστου (τραύματος, παροχετεύσεων). Συχνή και ακριβής λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου. Εφησυχασμός του ασθενούς σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας. Παρακολούθηση της γενικής κατάστασεως του ασθενούς (χρώμα προσώπου, εφιδρώσεις, γενική ανησυχία). Χορήγηση βιταμίνης K.
γ. Πόνος	Μείωση του πόνου.	Παρακίνηση του ασθενούς να μένει στο κρεβάτι. Χορήγηση τροφής πτωχής σε λίπη

δ. Απόχρωση κοπράνων (από τη χολή)

Εγκαιρη διάγνωση της χολόρροιας.

Παρακολούθηση και καταγραφών χαρακτηριστικών του πό

Χορήγηση αντισπασμωλυτικώντά από ιατρική εντολή.

Παρακολούθηση απεκκριμάτων

Παρακολούθηση και καταγραφού χρώματος των κοπράνων ασθενούς.

Δείγμα κοπράνων στέλνεται εργαστήριο για ανίχνευση χολοχρωστικών.

2. Ηπατίτιδα
α. Πυρετός

Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα.

Σημείωση της θερμοκρασίας τακτά χρονικά διαστήματα.

Ενίσχυση του ασθενούς να πνι υγρά από το στόμα.

Εφαρμογή ψυχρών περιτυλίξεσε περίπτωση που η θερμοκρασία ανέβει σε υψηλά επίπεδα

Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας των ούρων.

β. Ανορεξία-Αδυναμία

Κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του οργανισμού

Μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος (δωματίου ασθενούς).

Ενίσχυση του ασθενούς να πνι τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα.

Χορήγηση εύπεπτης τροφής.

Τα γεύματα να είναι συχνά και μικρά.

Φροντίζουμε ώστε η τροφή να δίνεται σε ικανοποιητική ποσότητα.

Η τροφή του ασθενούς πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες και σχετικά πτωχή σε λιπαρές ουσίες.

Μείωση του σωματικού έργου.

Ενισχύουμε τον ασθενή να αναπαύεται και δημιουργούμε συνθήκες ησυχίας και ηρεμίας για τον ασθενή.

Αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων.

Χορήγηση ηπατικών εκχυλισμάτων και βιταμίνης Β, βιταμινών Α, Κ και C.

γ. Ναυτία-Εμετός
Μείωση του αισθήματος της ναυτίας.

Φροντίζουμε για την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας πριν και μετά από κάθε γεύμα.

Αντιμετώπιση του έμετου και ανακούφιση του ασθενούς.

Αποφυγή λήψεως τροφής από το στόμα εφ' όσον η ναυτία συνεχίζεται.

Καταγραφή και περιγραφή των εμέτων σχετικών με τα χαρακτηριστικά τους.

Χορήγηση αντιεμετικών με εντολή ιατρού.

Ενυδάτωση του ασθενούς παρεντερικώς.

δ. Ίκτερος

Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα του ίκτερου.

Παρακολούθηση και καταγραφή του βαθμού του ίκτερου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.

Απαλλαγή του ασθενούς από έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα αυτών.

Επίσπαση δέρματος με ταλκισιόν.

Παρακολούθηση του χρώματος κενώσεων και των ούρων.

ε. Πικρό στόμα

Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα του πικρού στο στόμα.

Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.

Χορήγηση σακχαρούχων υγρών στο στόμα.

Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας πριν και μετά από κάθε γεύμα.

Β. ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1. Ατελεκτασία.
α. Δύσπνοια

Αύξηση της οξυγονώσεως του αρρώστου.

Τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση.

Χορήγηση O₂

Μείωση του αναπνευστικού φόρτου.

Διατήρηση ισορροπίας μεταξυ αναπαύσεως και δραστηριότητας.

Συνεχής συναισθηματική τόνωση του ασθενούς.

Διατήρηση θρέψεως & ενυδατώσεως.

Καλός αερισμός του δωματίου.

Αποφυγή τροφών που δημιουργούν αέρια για να μην πιέζουν το διάφραγμα.

β.Κυάνωση

Αντιμετώπιση της κυάνωσης και αν γίνεται πρόληψη αυτής.

Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών.

Χορήγηση O₂

Χορήγηση φαρμάκων (βρογχοδιασταλτικών κ.α.) με εντολή ιατρού.

Παρακολούθηση του χρώματος του ασθενούς.

Απελευθέρωση του αρρώστου από συσφίξεις λευκειμάτων.

γ.Πυρετός
(λόγω λοίμωξης της περιοχής που αποφράχθηκε)

Πρόληψη της πνευμονικής λοιμώξεως.

Χορήγηση αντιβιοτικών με εντολή ιατρού.

Ενυδάτωση του αρρώστου.

Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος του ασθενούς.

Συχνή μέτρηση της θερμοκρασίας του αρρώστου.

Χορήγηση αντιπυρετικών με οδηγίες γιατρού.

Μείωση της θερμοκρασίας του αρρώστου με ψυχρές περιτυλίξεις.

δ.Αύξηση των εκκρίσεων στους βρόγχους

Κάθαρση των βρόγχων από τα εκκρίματα

Τοποθέτηση αρρώστου σε κατάλληλη θέση παροχετεύσεως των βρόγχων.

2. Πνευμοθώρακας
 α. Οξύς πόνος
 στο ημιθώρακιο

Αντιμετώπιση του πόνου.

Ενίσχυση του αρρώστου να βήξει και να αποβάλλει τα πτύελα.

Αποκόλληση των βρογχικών εκκριμάτων και παροχέτευση αυτών.

Βοηθάμε τον ασθενή να βήξει με πλήξεις και δονήσεις στο θώρακα που γίνονται με τα χέρια.

Ενυδάτωση του ασθενούς.

Εφύγραση του εισπνεομένου αέρα.

Λήψη βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων με εντολή ιατρού.

Εφαρμογή αναπνευστικών ασκήσεων.

Εφαρμογή βρογχοαναροφήσεων, αν χρειαστεί.

Αφαίρεση υγρού ή αέρα αν η ατελεκτασία οφείλεται σε πληθώρα ή πνευμοθώρακα.

Ενίσχυση του αρρώστου να εκπνεύσει πλάγια στο σύστοιχο ημιθώρακιο που φλεγμαίνει.

Χορήγηση φαρμάκων όπως παυσίπονα, κατευναστικά, μετά από ιατρική εντολή.

Ήθική τόνωση του ασθενούς.

Συχνή λήψη σφύξεων και καταγραφή αυτών.

Αποφυγή συγκινησεων & μείωση των ερεθισμάτων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
β. Εντονη δύσπνοια	Μείωση του έργου αναπνοής.	Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπνευστική θέση. Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου (02) Καλή ενυδάτωση του αρρώστου από το στόμα.
γ. Κυάνωση	Αντιμετώπιση της κυάνωσης με αύξηση της παροχής οξυγόνου στον άρρωστο.	Συχνή λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου. Χορήγηση 02. Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή.
δ. Ο άρρωστος με πνευμοθώρακα φέρει θωρακοστομία & κλειστή παροχέτευση BILLOW	Φροντίδα για την καλή και σωστή λειτουργία της παροχετεύσεως BILLOW.	Συχνός έλεγχος της παροχέτευσης BILLOW & κατάλληλη στερέωση αυτής στο κρεβάτι του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένη & να γνωρίζει την νοσηλεία περί "κλειστής παροχέτευσης BILLOW". Κατά την εκπνοή προσέχουμε αν βγαίνει αέρας με μορφή φουσαλίδων μέσα στη φιάλη. Προσέχουμε για σημεία διαρροής αέρα στο σύστημα παροχέτευσης. Συχνή καθαριότητα των χεριών κατά την αφαίρεση της "παροχέτευσης BILLOW".

* * *

Η νοσηλεύτρια μετά την αποκατάσταση του αρρώστου οφείλει να τον διαφωτίσει για την νόσο από την οποία θεραπεύθηκε μεν, αλλά κινδυνεύει να προσβληθεί ξανά, αν δεν γνωρίζει κάποια πράγματα και στοιχεία για την πρόληψη αυτής.

Πριν από την επιστροφή λοιπόν του ασθενούς στο σπίτι του, η νοσηλεύτρια του δίνει τις ακόλουθες οδηγίες :

- α) Να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με μολυσμένους σκύλους ή σκύλους αδέσποτους οι οποίοι δεν έχουν εμβολιασθεί από κτηνίατρο.
- β) Να πλένει συχνά τα χέρια του.
- γ) Να προσέχει για τυχόν μολυσμένα τρόφιμα.
- δ) Να πλένει καλά τα λαχανικά, φρούτα και χόρτα.
- ε) Αν έχει κατοικίδιο ζώο να φροντίσει να το εμβολιάζει τακτικά.
- στ) Μολυσμένα πτώματα και σπλάχνα ζώων πρέπει να καίγονται ή να θάβονται για να προληφθεί η ανεύρεση από σκύλους υλικού που περιέχει σκωληκοκεφαλές.

Οι παραπάνω οδηγίες, καλό θα ήταν να δίνονται όχι μόνο σε ασθενείς με εκτινόκοκκο κύστη αλλά και σε άτομα που δεν έχουν προσβληθεί ποτέ από την τόσο ύπουλη και επικίνδυνη αυτή νόσο.

Θα πρέπει το κράτος να μεριμνήσει ώστε να εμπονηθεί πρόγραμμα που θα συνίσταται στην ενημέρωση του κοινού για τον εκτινόκοκκο και στην εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη αυτού.

Θα πρέπει μάλιστα το νοσηλευτικό προσωπικό κάθε υγειονομικής ομάδας να λάβει μέρος στην πρόληψη της νόσου με την χορήγηση ενημερωτικών εντύπων στο κοινό, από όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

Βέβαια ήδη υπάρχουν κάποια υγειονομικά μέτρα, που όμως δεν επαρκούν.

Οι προσπάθειες πρέπει να ενταθούν από όλες τις πλευρές για την πρόληψη της τόσο επικίνδυνης αρρώστιας που μπορεί να στοιχίσει ακόμα και ανθρώπινες ζωές.-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Ο άρρωστος, Τσεκούρας Γεώργιος, εισήχθη στο Τζάνειο Νοσοκομείο στη Γ' Χειρουργική Κλινική στις 2.10.1990. Είναι ηλικίας 72 χρονών και κατοικεί στον Πειραιά.

Τον ασθενή παρέλαβε επιμελητής γιατρός της κλινικής από τον οποίο και πληροφορήθηκα για τον ασθενή.

Η διάγνωση που έγινε ήταν : Χολολιθίαση και εχινόκοκκοι κύστες του ήπατος.

Από το ιστορικό του αρρώστου πληροφορήθηκα πως στις 22.9.88 είχε χειρουργηθεί για εχινόκοκκο κύστη της άνω επιφάνειας του ήπατος. Επίσης πως είχε γίνει κένωση της κύστης, μερική καψεκτομή και παροχέτευση της κύστης.

Ακόμα παλαιότερα, ο ασθενής είχε υποβληθεί σε εγχείρηση προστάτου (προστατεκτομή).

Από την προσωπική επαφή με τον ασθενή πληροφορήθηκα πως δεν κάνει χρήση οινοπνευματωδών και πως πριν ένα χρόνο ήταν καπνιστής 10 τσιγάρων την ημέρα. Ακόμα παρατήρησα πως είχε ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκώτων.

Ο ασθενής ήλθε στο νοσοκομείο παραπονούμενος για εμέτους και κοιλιακό άλγος. Από την αντικειμενική εξέταση προέκυψε ίκτερος και άλγος επιγαστρίου και δεξιού υποχονδρίου.

Η ακτινολογική εξέταση κοιλίας, καθώς και η αξονική τομογραφία άνω κοιλίας-οπισθοπεριτόναιοι και κάτω κοιλίας, επιβεβαίωσαν την λιθίαση της χοληδόχου κύστης και την ύπαρξη κυστικού μορφώματος στο ηπατικό παρέγχυμα και παρά την χοληδόχο κύστη διαστάσεων 4,5 CM X 2,5 CM. Επίσης, στον αριστερό λοβό του ήπατος βρέθηκε μικρή με τοιχωματική αποτίτάνωση εκινόκοκκος κύστη διαστάσεων 3X3X3 CM.

Ο ασθενής χειρουργήθηκε την 6.10.90.

Μέχρι τότε, έγινε στον ασθενή προεγχειρητική ετοιμασία και αντιμετωπίστηκαν ικανοποιητικά τα προβλήματα που παρουσιάσθηκαν από τη νόσο.

Ο ασθενής μέχρι την ημέρα της εγχειρήσεως παρουσίασε καθημερινή βελτίωση, εργαστηριακή και αντικειμενική.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς υπήρξε ομαλή.-

ΠΡΟΒΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>1η ημέρα I.Κοιλιακό άλγος</p>	<p>Αμμεση ανακούφιση από το κοιλιακό άλγος και να ηρεμήσει ο ασθενής.</p>	<p>Παρακίνηση ασθενούς να μείνει στο κρεβάτι για την πρόφύλαξη του ήπατος.</p> <p>Χορήγηση σπασμολυτικού και ελαφρού κατευναστικού φαρμάκου με εντολή ιατρού.</p> <p>Παρακολούθηση ασθενούς και καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου.</p>	<p>Εγινε ενημέρωση του αρρώστου για το ότι πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι.</p> <p>Εγινε 1/2 AMP PETHIDINE ενδομυϊκά και ενημερώθηκε το δελτίο νοσηλείας του ασθενούς για την ακριβή ώρα που έγινε η παυσίπονη.</p> <p>Ο ασθενής παρηκολούθειτο για την εμφάνιση έντονου άλγους.</p>	<p>Μέχρι το μεσημέρι απηλλάγη ο ασθενής από τους κοιλιακούς πόνους</p>
<p>Να ηρεμήσει η χοληδόχος κύστη.</p>	<p>Να ενισχυθεί ψυχολογικά ο άρρωστος.</p>	<p>Περιορισμός ποσού τροφής καθώς και αποκλεισμός δυσπέπτων τροφών και πλούσιων σε λίπη.</p> <p>Καθησυχασμός του αρρώστου και των οικειών του</p>	<p>Δόθηκε ελαφρά δίαιτα.</p> <p>Εγινε επικοινωνία με τον ασθενή, συζητήθηκαν τα προβλήματά του και του δόθηκαν επεξηγήσεις για το είδος της ασθένειάς του.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2. Δυσπεψία ΟΞΙΝΕΣ ερυγές	Μείωση της έκκρισης γαστρικών υγρών.	<p>Συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση εύπεπτων τροφών χωρίς λίπη.</p> <p>Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.</p>	<p>Ηρέμησε ο ασθενής όταν έμαθε πως η νόσος από την οποία πάσχει δεν είναι σπάνια αλλά ρου- τίνα για τους γιατρούς.</p> <p>Δόθηκε δίαιτα ελαφρά</p> <p>Δόθηκε 1 TABL. SIMECO.</p>	<p>Ο ασθενής δεν ανακουφίστηκε εντελώς από τα δυσπεπτικά συμπτώματα.</p>
3. Ναυτία Εμετοι	<p>Αντιμετώπιση της ναυτίας & του έμετου & ανακούφιση του ασθενούς</p> <p>Πρόληψη για τυχόν αφυδάτωση του ασθενούς.</p>	<p>Μέτρηση των εμέτων και ενημέρωση του δελτίου του ασθενούς.</p> <p>Παρατήρηση του χαρακτήρα των εμέτων.</p> <p>Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς μετά τον έμετο.</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικού αν χρειασθεί.</p> <p>Παρεντερική χορήγηση υγρών για ενυδάτωση του ασθενούς</p>	<p>Εγινε ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας του ασθενούς για το ποιόν & το ποσό των εμέτων.</p> <p>Μετά το έμετο έγινε πλύση στοματικής κοιλότητας του αρρώστου με HEXALLEN & νερό.</p> <p>Εγινε 1 AMP. PRIMPERAN ενδομυϊκά.</p> <p>Εγινε φλεβοκέντηση του αρρώστου με φλεβοκαθετήρα & άρχισε ενυδάτωση αυτού με φυσιολογικό ορό 0,9% 1X1 και DEXTROZE 1X1</p>	<p>Ο ασθενής σταμάτησε τους έμετους.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
2η ημέρα 1. Πυρετός (38,7°C)	Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος του αρρώστου.	Περιορισμός δραστηριοτήτων του ασθενούς. Ενίσχυση λήψης υγρών. Χορήγηση εύπεπτης τροφής. Αποφυγή υπεραιμίας του δέρμα- τος (εντριβή) Μείωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας. Αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων. Προφύλαξη ασθενούς από ψύξη. Ενίσχυση ασθενούς να κάνει συχνές πλύσεις της στομα- τικής κοιλότητας με δροσε- ρό νερό. Χορήγηση αντιπυρετικών. Χορήγηση αντιβιοτικού στην καθορισμένη δόση και ώρα	Συμβουλευθήκε ο ασθενής να παραμείνει στο κρεβά- τι του και να αποφεύγει τα ρεύματα. Δόθηκαν υγρά από το στό- μα (νερό-τσάϊ) Δόθηκε ελαφρά δίαιτα Ενημερώθηκαν οι συγγε- νείς για να αποφευχθεί εντριβή στον άρρωστο. Ανοίχθηκε παραθυρο για σύντομο χρονικό διάστη- μα ώστε να μειωθεί η θερμοκρασία του δωμα- τίου. Αλλάχθηκαν τα ρούχα και λευκήματα του αρρώστου	Η θερμοκρασια έπεσε το βράδυ στους 37°C. Υπάρχει διακύμανση της θερμοκρα- σίας.
			Δόθηκε στον ασθενή νε- φροειδές ποτήρι με νερό για τις πλύσεις της στοματικής κοι- λότητας.	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
		<p>Ελεγχος των σφύξεων του ασθενούς.</p> <p>Ενυδάτωση του ασθενούς παρεντερικώς</p> <p>Τρίωρη θερμομέτρηση αρρώστου</p>		<p>Εγινε 1 AMP.ΑΡΟΤΕL ενδομυϊκά.</p> <p>Με εντολή Ιατρού τέθηκε ο ασθενής στην εξής αγωγή: AMPICILINE (FL 1X3 (PENTREXYL))</p> <p>Συνεχίσθησαν οι οροί (DEXTRORZE, NORMAL)</p> <p>Τέθηκε δελτίο τρίωρης θερμομέτρησης.</p>
2. Ικτερος	<p>Αντιμετώπιση των Ιατρικών συμπτωμάτων</p> <p>Απαλλαγή του ασθενούς από τον κνησμό.</p>	<p>Παρακολούθηση και καταγραφή του βαθμού Ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.</p> <p>Φροντίδα του δέρματος με λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, επίσπαση με ταλκ.</p> <p>Παρακολούθηση και καταγραφή του χρώματος των κενώσεων & των ούρων.</p>		<p>Ο ασθενής είχε ήδη Ικτεροκνησμός μέχρι το ριχή χροιά από την πρώ-βράδυ μειώθηκε, η τη ημέρα εισαγωγής του, Ικτερική χροιά παρα-όποτε έγιναν εξετάσεις μένει και ο ασθενής παρακολουθείται.</p> <p>Εγινε επίσπαση με ταλκ.</p> <p>Ενημερώθηκε το δελτίο νοσηλείας του αρρώστου για το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
3η Ημέρα 1.Ανορεξία	Επαρκής διατροφή ασθενούς και κάλυψη των θερμικών αναγκών αυτού.	Προσέχουμε τη διατροφή του ασθενούς. Ενίσχυση ασθενούς να παίρνει τα κύρια και συμπληρωματικά γεύματα. Προσφέρεται ελκυστικά σερβιρισμένη τροφή. Φροντίζουμε για την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας πριν και μετά από κάθε γεύμα.	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι παρ όλη την ανορεξία του πρέπει να τρέφεται καλά για να μην αποδυναμωθεί ο οργανισμός του. Εγινε φροντίδα της στοματικής κοιλότητας πριν το γεύμα (πλύση με HEXALLEN) Δόθηκε εύπεπτη ελκυστικά σερβιρισμένη τροφή.	Το μεσημέρι έφαγε αρκετά.
2.Πυρετός (ελαφρός) 37,9°C	Αντιμετώπιση πυρετού	Χορήγηση αντιβιοτικού. Συχνή θερμομέτρηση ασθενούς. Χορήγηση αντιπυρετικού μετά από εντολή Ιατρού. Προσοχή στην ενυδάτωση του ασθενούς.	Συνεχίσθηκε η αντιβίωση με AMPICILINE 500mg Εγινε 3ωρη θερμομέτρηση. Δοθηκε 1 TABL.DEPON Δόθηκαν υγρά από το στόμα.	Ο πυρετός έπεσε στους 36,7 °C

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
3. Πόνος	Ανακούφιση ασθενούς από τον πόνο.	Καθησυχασμός του αρρώστου. Χορήγηση σπασμολυτικού με ιατρική συνταγή Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.	Εγινε συζήτηση με τον άρρωστο για να ηρεμήσει Δόθηκε 1 AMP.BUSCOPAN ενδομυϊκά. Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε ανάρροπη θέση με τα πόδια μαζεμένα προς την κοιλιά.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο
4η Ημέρα 1. Δύσπνοια	Μείωση του σωματικού έργου και κάλυψη των αυξημένων αναγκών του οργανισμού σε οξυγόνο.	Συναισθηματική τόνωση του ασθενούς. Καλός αερισμός του θαλάμου του ασθενούς. Τοποθετήση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση. Χορήγηση O2	Εγινε καθησυχαστική συζήτηση με άρρωστο. Ανοίχτηκαν παράθυρα στο θάλαμο ώστε να αεριστεί το δωμάτιο. Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε O2 με ρινική κάνουλα.	Ανακούφιση του ασθενούς από την δύσπνοια.
2. Φόβος	Ν απαλλαγεί ο άρρωστος από το φόβο και την αγωνία για την εγχείρηση.	Τόνωση του ηθικού του ασθενούς. Ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών του ασθενούς. Προσπάθεια για επικοινωνία με τον ασθενή.	Εγινε συζήτηση με τον ασθενή για τους φόβους του για την εγχείρηση. Εγινε επεξήγηση κάποιων δυσνόητων γεα-τόν ασθενή ιατρικών	Ο ασθενής μέχρι το βράδυ ένοιωθε καλύτερα και πιο αισιόδοξος για το πέρας της εγχείρησης-

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>5η Ημέρα Το πρωί έγινε εγχείρηση. 1. Πόνος από το τραύμα</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο.</p>	<p>Προσπάθεια να εξηγήσουμε στον ασθενή την προετοιμασία για την εγχείρηση καθώς και για τα μετεγχειρητικά προβλήματα ώστε ο ασθενής να είναι ενημερωμένος και προετοιμασμένος ψυχολογικά.</p> <p>Χορήγηση σπασμολυτικού και κατευναστικού μετά από εντολή γιατρού. Υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει ο ασθενής. Συχνή λήψη σφύξεων και αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο άρρωστος για τα προβλήματα που ακολουθούν όλες τις εγχειρήσεις και τα οποία ξεπερνούνται εύκολα.</p> <p>Εγινε 1 AMP.PETHIDINE ενδομυϊκά. Οταν έβηχε ο ασθενής γινόταν υποστήριξη του τραύματος με το χέρι και έγινε διδασκαλία των οικείων του πως να υποστηρίζουν το τραύμα. Τέθηκε δελτίο αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε το απόγευμα. Το βράδυ έγινε και άλλη πεθιδίνη.</p>
<p>2. Απόχρεμψη (λόγω της νάρκωσης)</p>	<p>Ενίσχυση του αρρώστου για αποβολή των πτυέλων.</p>	<p>Τοποθέτηση του αρρώστου ώστε να μπορεί να βήχει και να αποβάλει τα πτύελα. Ενισχύεται ο άρρωστος να βήχει & ν αναπνέει βαθιά. Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας</p>	<p>Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε ανάρροπη θέση και ενισχύθηκε να βήχει και ν αναπνέει βαθιά. Δόθηκε νεφροειδές μιας χρήσεως για τα πτύελα. Εγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με</p>	<p>Ο ασθενής μέχρι το βράδυ ανακουφίστηκε από τον βήχα και τα πτύελα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>2. Προβλήματα από τις παροχετεύσεις (KEHR, LEVIN, ουροκαθετήρα) όπως: φόβος ανησυχία, δυσφορία.</p>	<p>Μείωση του φόβου και του άγχους καθώς και της ενόχλησης που προκαλούν οι παροχετεύσεις.</p>	<p>Καθησυχάζουμε τον άρρωστο και τονώνουμε το ηθικό του. Προσέχουμε για τυχόν ναυτία και έμετο. Μετράμε τα υγρά των παροχετεύσεων συχνά και καταγράφεται το ποσό αυτών.</p>	<p>Εγινε συζήτηση με τον άρρωστο και δόθηκαν εξηγήσεις για τις παροχετεύσεις. Εγινε παρακολούθηση του αρρώστου. Σημειώθηκαν τα ποσά των υγρών των παροχετεύσεων: KEHR: 350CC, LEVIN: 50CC, Ούρα: 950CC</p>	<p>Ο ασθενής ηρέμησε και άρχισε να εξοικιώνεται με</p>
<p>3. Εγερση του αρρώστου</p>	<p>Πρόληψη εμβολής με την έγκαιρη έγερση του αρρώστου.</p>	<p>Ενημέρωση του αρρώστου ότι πρέπει να σηκωθεί και να περπατήσει. Ενθάρρυνση του αρρώστου κατά την έγερσή του από το κρεβάτι και υποστήριξη αυτού καθώς & των παροχετεύσεων που φέρει.</p>	<p>Εγινε έγερση του αρρώστου το απόγευμα της ίδιας μέρας (1η μετεγχειρητική).</p>	<p>Μειώθηκε η πιθανότητα εμβολής.</p>
<p>4. Ναυτία Εμετος (νωρίς το πρωί της 1ης μετεγχειρητικής ημέρας</p>	<p>Καταπολέμηση αισθήματος ναυτίας και απαλλαγή του ασθενούς από τον έμετο.</p>	<p>Κατάλληλη τοποθέτηση ασθενούς στο κρεβάτι για αποφυγή εισρόφησης από τον έμετο. Περιορισμός των έντονων ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, όπως θόρυβος κλπ.</p>	<p>Το κεφάλι του αρρώστου τοποθετήθηκε στο πλάι. Συμβουλευτήθηκαν οι συγγενείς να μην ενοχλούν όλοι μαζί τον άρρωστο. Εγινε 1 AMP.PRIMPERAN ενδομυϊκά.</p>	<p>Μέχρι το μεσημέρι ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα και του πέρασε το αίσθημα της ναυτίας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
		Χορήγηση αντιεμετικών ή ηρεμιστικών φαρμάκων με εντολή ιατρού για αποφυγή έμετου. Ενυδάτωση του αρρώστου παρεντερικά.	Συνεχίσθηκε η παρεντερική λήψη υγρών DEXTROZE 5%.	
2η Μετεγχειρητική ημέρα 1.Ανορεξία (αφαίρεση LEVIN και εντολή ν αρχίσει να τρέφεται ο ασθενής	Μείωση του αισθήματος της ανορεξίας.Επαρκής θερμιδική διατροφή του χειρουργημένου.	Χορήγηση μικρών γευμάτων Χορήγηση εύπεπτων τροφών. Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας. Ενίσχυση του ασθενούς να φάει.	Με ιατρική εντολή αφαιρέθηκε το LEVIN και ο ορρός και δόθηκε στον ασθενή τσαΐ με φρυγανιά(το μεσημέρι) Δόθηκε ελαφρά δίαιτα για το υπόλοιπο της ημέρας και TONOTIL.	Ο ασθενής έφαγε το μεσημέρι την τροφή που όρισε ο γιατρός.
2.Πυρετός Το απόγευμα της 2ης μετεγχειρητικής ημέρας ανέβασε ελαφρό πυρετό 37,7°C	Μείωση της θερμοκρασίας του ασθενούς.	Χορήγηση αντιπυρετικού μετά από εντολή γιατρού. Συχνή θερμομέτρηση του ασθενούς, Ενυδάτωση ασθενούς για αποφυγή αφυδάτωσης. Μείωση της θερμοκρασίας του δωματίου &προφύλαξη ασθενούς από τα ρεύματα	Δόθηκε TABL() DEPON. Τέθηκε δελτίο τρίωρης θερμομέτρησης. Χορηγήθηκαν υγρά από το στόμα Κλείσθηκε η θέρμανση στο δωμάτιο για να μειωθεί η θερμοκρασία.	Μέχρι το βράδυ είχε αποκατασταθεί η θερμοκρασία του αρρώστου

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟ ΚΥΣΤΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η άρρωστη, Μάμαλη Πρεσβεία, εισήχθη στο Τζάνειο Νοσοκομείο στην Α' Χειρουργική Κλινική στις 2.2.1991. Είναι ηλικίας 63 ετών και κατοικεί στη Νίκαια Πειραιώς.

Από το ιστορικό της ασθενούς και από τον υπεύθυνο ιατρό της κλινικής που νοσηλεύθηκε, πληροφορήθηκα πως η ανακάλυψη της εχινοκόκκου κύστεως στον πνεύμονα, έγινε εντελώς τυχαία, μετά από μια ακτινογραφία θώρακος.

Η ασθενής παραπονείται από καιρό για βήχα, δύσπνοια, ελαφρό πυρετό και θωρακικό άλγος.

Μετά από επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό παθολόγο, της έγινε σύσταση να βγάλει μια ακτινογραφία θώρακος, η οποία και αποκάλυψε την κύστη στον άνω λοβό του δεξιού πνεύμονα.

Η ασθενής, σύμφωνα με το ιστορικό της, παλαιότερα είχε υποβληθεί σε εγχείρηση θυροειδούς (όζος) προ 10ετίας. Ακόμα έχει κάνει δύο καισαρικές τομές.

Δεν αναφέρει άλλα προβλήματα υγείας.

Προεγχειρητικά έγιναν στην ασθενή όλες οι εξετάσεις, καθώς και τεστ WEINBERG-GASONI τα οποία ήταν θετικά και τα δύο(+).

Η εγχείρηση είχε προγραμματισθεί για τις 4.2.1991.

Κατά την διάρκεια της επέμβασης παρατηρήθηκε αδυναμία έκπτυξης των πνευμόνων, διαφυγή αερίων και ελαφρά κυάνωση της ασθενούς. Ταυτόχρονα η ενδοτραχειακή αναρρόφηση απέδωσε σημαντι-

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1η Ημέρα νοσηλείας 1. Βήχας	Απομάκρυνση των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων. Διδασκαλία της άρρωστης να βήχει αποτελεσματικά.	Μετακίνηση της άρρωστης από ύπτια θέση σε καθιστική. Παρότρυνση της ασθενούς να βήχει και να παίρνει βαθιές εισπνοές και εκπνοές. Προσέχουμε κατά την διάρκεια του βήχα για τυχόν ανεπιθύμητα συμπτώματα. Ενυδάτωση της άρρωστης: Λήψη υγρών από το στόμα και παρεντερική χορήγηση υγρών. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης. Χορήγηση αντιβηχικού μετά από εντολή γιατρού.	Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε καθιστική θέση. Ειπώθηκε στην ασθενή ότι πρέπει να βήχει και να παίρνει βαθιές εισπνοές και εκπνοές. Εγινε φλεβοκέντηση της άρρωστης με φλεβοκαθετήρα και χορηγήθηκε ορρός NORMAL 0,9% 1000 1X1-DEXTROZE 5% 1000CC 1X1. Εγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με HEXALLEN και νερό. Δόθηκε SIR. QUIBRON.	Οι παροξυσμοί του βήχα ελαττώθηκαν χωρίς όμως να εξαφανισθεί τελείως ο βήχας.
2. Δύσπνοια (λόγω της κύστης)	Μείωση του αναπνευστικού φόρτου	Τοποθέτηση ασθενούς σε ανάρροπη θέση. Χορήγηση O2 Διατήρηση ισορροπίας μεταξύ αναπαύσεως & δραστηριότητας Συναισθηματική τόνωση ασθενούς Διατήρηση θρέψεως & ενυδατώσεως	Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε O2 με ρινική κάνουλα. Δόθηκε συμβουλή στην άρρωστη να παραμείνει στο κρεβάτι. Εγινε επικοινωνία με	Η ασθενής μετά από μία ώρα απηλάγη από την δύσπνοια και την δυσχέρεια.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3. Θωρακικό άλγος	Μείωση του πόνου και ανακούφιση της ασθενούς.	Φροντίζουμε την διατροφή της άρρωστης ώστε το διαιτολόγιό της να μην περιέχει τροφές που δημιουργούν αέρια και πιέ- ζουν το διάφραγμα. Ενισχύεται η άρρωστη να ξα- πλώσει πλάγια στο δεξιό ημι- θώρακιο που φλεγμαίνει. Χορήγηση παυσίπουνου μετά από εντολή γιατρού. Συναισθηματική τόνωση της ασθενούς.	Δόθηκε ελαφρά δίαιτα υψηλής θερμιδικής αξίας. Τοποθετήθηκε η άρρωστη στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Δόθηκε 1 AMP. BUSCO- PAN ενδομυϊκά. Εγινε συζήτηση με την άρρωστη.	Η ασθενής απηλλά- γη από τον πόνο μέχρι το βράδυ οπότε έγινε και άλλη παυσίπωνα.
2η Ημέρα 1. Πυρετός (37,3°C) το πρωί της 2ης ημέρας νοσηλείας.	Άμεση αντιμετώ- πιση πυρετού διότι την επομέ- νη πρόκειται να χειρουργηθεί. Σωματική τόνωση.	Εφαρμογή 3ωρης θερμομέτρησης. Χορήγηση αντιπυρετικού στην ασθενή με εντολή γιατρού. Καλός αερισμός θαλάμου. Χορήγηση υγρών από στόμα. Χορήγηση εύπεπτης τροφής. Συχνός έλεγχος ζωτικών ση- μείων. Χορήγηση αντιβιοτικού.	Τέθηκε δελτίο τρίωρης θερμομέτρησης. Δόθηκε 1 TABL. DEPON Αερίσθηκε ο θάλαμος Χορηγήθηκαν υγρά από το στόμα. Δόθηκε ελαφρά δίαιτα. Χορηγήθηκε αντιβιοτικό πενικιλίνη (PENICILLINE) FL. 1X4 μετά από τεστ για τυχόν εμφάνιση αλλεργίας στην πενικιλίνη.	Πτώση του πυρετού Την υπόλοιπη ημέ- ρα ήταν απύρετη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2. Δυσκοι- λιότητα	Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με φυσικά μέσα και αν αυτά αποτύχουν τότε να χορηγη- θούν φάρμακα.	Χορήγηση υγρών από το στόμα. Σύσταση στην άρρωστη να ση- κώνεται πιο συχνά από το κρεβάτι και να περπατάει. Χορήγηση ελαφρού υπακτικού με εντολή γιατρού. Υποκλυσμός το βράδυ πριν από την εγχείρηση.	Η άρρωστη πήρε αρκετά υγρά από το στόμα (νερό, Η πορτοκαλάδα, τσάϊ) και σηκώθηκε από το κρεβάτι. Δόθηκε 1 κουταλιά της σούπας γάλα Μαγνησίας. Το βράδυ έγινε καθαρτι- κός υποκλυσμός	Η ασθενής το βρά- δυ είχε κανονική κένωση εντέρου μέχρι το βράδυ.
3. Άγχος, φόβος για την εγχεί- ρηση	Να ηρεμήσει η ασθενής και να απαλλαγεί από το άγχος και το φόβο.	Εφησυχασμός της ασθενούς για το είδος της επέμβασης. Ενημέρωση της ασθενούς για το τί πρέπει να κάνει μετά την επέμβαση, ώστε να αναρ- ρώσει πιο γρήγορα και χω- ρίς επιπλοκές. Συζήτηση και επικοινωνία με την ασθενή για τα προ- βλήματα που αντιμετωπίζει.	Εγινε συζήτηση με την ασθενή και ενημέρωση αυτής για την εγχείρη- ση. Επίσης έγινε διδασκα- λία για το πώς να βή- χει ικανοποιητικά με- τά την εγχείρηση ώστε να παροχετεύονται οι βρογχικές εκκρίσεις.	Η ασθενής απηλλά- γη από το φόβο και ένοιωσε πιο αισιόδοξη για την εγχείρηση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>3η Ημέρα. Το πρωί έγινε εγχείρηση με τις ήδη αναφερθείσες επιπλοκές.</p> <p>1. Πόνος από το τραύμα</p>	<p>Μείωση του πόνου όσο το δυνατόν περισσότερο.</p>	<p>Εφησυχασμός της ασθενούς για το γεγονός ότι βρίσκεται στην εντατική μονάδα θεραπείας.</p> <p>Χορήγηση μετά από εντολή γιατρού.</p> <p>Παρεντερική χορήγηση υγρών.</p> <p>Σε περίπτωση που η ασθενής θέλει να βήξει, υποστηρίζουμε με την παλάμη μας το τραύμα.</p>	<p>Όταν άνοιξε η ασθενής τα μάτια της ενημερώθηκε πως βρίσκεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας.</p> <p>Εγινε 1AMP.πεθιδίνη ενδομυϊκά.</p> <p>Συνεχίζεται η παρεντερική χορήγηση υγρών με DEXTROZE 5%, RIGENS 1000CC.</p> <p>Υποστηρίχθηκε το τραύμα κατά τον βήχα.</p>	<p>Μειώθηκε ο πόνος</p>
<p>2. Κυάνωση (η ασθενής φέρει ενδοτραχειακό σωλήνα)</p>	<p>Αντιμετώπιση της κυάνωσης και του αιτίου αυτής.</p>	<p>Συχνές τραχειοβρογχικές αναρροφήσεις.</p> <p>προσοχή στο χρώμα του δέρματος, των βλεννογόνων.</p> <p>Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Συχνός προσδιορισμός των αερίων του αίματος και των ηλεκτρολυτών του ορού.</p> <p>Χορήγηση οξυγόνου μέσω του ενδοτραχειακού σωλήνα με εντολή γιατρού.</p>	<p>Εγιναν τραχειοβρογχικές αναρροφήσεις με αναρρόφηση η οποία συνδέθηκε με καθετήρα αποστειρωμένο μιας χρήσεως.</p> <p>Η ασθενής παρηκολούθειτο από μόνιτορ.</p> <p>Εγινε λήψη αίματος για τον προσδιορισμό αερίων αίματος.</p>	<p>Η κατάσταση και η όψη της ασθενούς βελτιώθηκε.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
		Χορήγηση φαρμάκων στάγδην μέσα στον ορό.	Χορηγήθηκε 02 μέσω του ενδοτραχειακού σωλήνα. Χορηγήθηκαν στον ορό THEOPHYLINE 1 AMP. και 100 MG HYDROCORTIZONE	
3. Ταχυσφυγμία	Αντιμετώπιση ταχυσφυγμίας και επαναφορά του σφυγμού στα φυσιολογικά επίπεδα.	Συχνός έλεγχος σφύξεων και καταγραφή αυτών. Προσοχή για εμφάνιση SHOCK αιμορραγίας. Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή. Προσοχή για τυχόν εμφάνιση αρρυθμίας.	Τέθηκε δελτίο σφύξεων και οι σφύξεις ελέγχονται κάθε 15'. Εγινε καρδιογράφημα για τυχόν εμφάνιση αρρυθμίας. Εγινε 250MG SOLUCORTEF στάγδην ενδοφλέβια.	Ο σφυγμός της ασθενούς επανήλθε στα φυσιολογικά.
4. Φόβος, δυσφορία και αγωνία από τις παροχτεύσεις που φέρει η ασθενής (BILLOW) και από τον ενδοτραχειακό σωλήνα.	Ελάττωση του φόβου και της αγωνίας.	Εφησυχασμός της ασθενούς Καθησυχασμός των οικείων προσώπων της ασθενούς.	Εγινε επικοινωνία με τους συγγενείς της ασθενούς. Ειπώθηκε στην ασθενή ότι θα γίνει γρήγορα καλά.	Η ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε καλά το βράδυ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>1η Μετεγχειρητική ημέρα. (Αφαιρέθηκε ο ενδοτραχειακός σωλήνας)</p> <p>1. Πυρετός (38,3°C)</p>	<p>Μείωση του πυρετού.</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετικού μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Χορήγηση του αντιβιοτικού στάγδην ενδοφλεβίως.</p> <p>Ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>Αλλαγή λευχημάτων λόγω επιδρώσεων.</p> <p>Προφύλαξη από τα ρεύματα.</p> <p>Τρίωρη θερμομέτρηση της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικού με εντολή ιατρού,</p>	<p>Εγινε 1 AMP. ΑΡΟΤΕΛ ενδομυϊκά.</p> <p>Συνεχίσθηκε η χορήγηση αντιβιοτικού πενικιλίνης διαλυμένης 1FL σε 200 CC φυσιολογικό ορό. Χορηγήθηκε στάγδην 1V.</p> <p>Τέθηκε δελτίο τρίωρης θερμομέτρησης.</p> <p>Εγινε 1/2 πεθιδίνης ενδομυϊκά.</p>	<p>Το απόγευμα η ασθενής ήταν άπυρετη.</p>
<p>2. Πόνος</p>	<p>Μείωση του πόνου</p>	<p>Παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν ένδειξη αιμορραγίας.</p> <p>Παρακολούθηση και καταγραφή των θωρακικών εκκρίσεων στη συσκευή BILLOW.</p> <p>Συναισθηματική τόνωση της ασθενούς.</p>	<p>Εγινε έλεγχος του τραύματος και της παροχετεύσεως BILLOW.</p> <p>Εγινε συζήτηση με την άρρωστη.</p>	<p>Μειώθηκε σημαντικά ο πόνος</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3. Απόχρεμψη	Παροχέτευση των βρόγχων.	<p>Συμβουλεύουμε την ασθενή να βήχει αποτελεσματικά για την απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων.</p> <p>Χορήγηση πτυελοδοχίου στην ασθενή.</p> <p>Φροντίδα στοματικής κοιλότητας μετά από την απόχρεμψη.</p> <p>Ενισχύεται η ασθενής να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Τοποθετείται η ασθενής σε ειδική παροχετευτική θέση (15' 30').</p> <p>Προσέχουμε για εμφάνιση αισθήματος ναυτίας λόγω των πτυέλων.</p>	<p>Χορηγήθηκε στην άρρωστη νεφροειδές μιας χρήσεως για τα πτύελα.</p> <p>Εγινε υπενθύμιση στην άρρωστη να βήχει αποτελεσματικά.</p> <p>Εγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με HEXALLEN και νερό.</p> <p>Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ανάρροπη θέση στο πλάϊ.</p> <p>Παρακολουθείτο η ασθενής καθ όλη τη διάρκεια του βήχα και της απόχρεμψης.</p>	<p>Η ασθενής κατάφερε να βήχει αποτελεσματικά και οι βρόγχοι παροχετεύθηκαν ικανοποιητικά.</p>
2η Μετεγχειρητική ημέρα 1. Εγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.	Πρόληψη εμβολής-επιπλοκών.	<p>Ενθάρρυνση της άρρωστης να σηκωθεί από το κρεβάτι και υποστήριξη αυτής.</p> <p>Προσέχουμε την άρρωστη για τυχόν ζάλη.</p> <p>Φροντιζουμε να στερεώσουμε και να τακτοποιήσουμε τις παροχετεύσεις που έχει (BILLOW, ουροκαθετήρα)</p>	<p>Η ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι για λίγο & κάθησε στη καρέκλα.</p> <p>Η άρρωστη κατά την διάρκεια που σηκώθηκε από το κρεβάτι παρακολουθείτο στενά και υποστηρίζονταν.</p> <p>Οι παροχετεύσεις της ασθενούς στερεώθηκαν</p>	<p>Μειώθηκε η πιθανότητα εμβολής και επιπλοκών.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
2.Θωρακική παροχέτευση BILLOW και πρόκληση ανησυχίας και φόβου στην ασθενή.	Να μειωθεί η ανησυχία της ασθενούς. Σωστή λειτουργία της παροχέτευσης BILLOW.	Καθησυχασμός της ασθενούς και επεξήγηση του λόγου που φέρει παροχέτευση BILLOW. Εξοικειώση της ασθενούς με το σύστημα θωρακικής παροχέτευσης Προσέχουμε να είναι καλά στερεωμένος ο παροχετευτικός σωλήνας στο κρεβάτι της ασθενούς. Προσέχουμε να μη φράζει ο παροχετευτικός σωλήνας. Γίνονται πολλές φορές την μέρα ασκήσεις του βραχίονα και του ώμου της χειρουργημένης πλευράς της ασθενούς. Προσέχουμε για σημεία διαρροής άερα στο σύστημα. προσέχουμε η συσκευή να είναι χαμηλότερα τοποθετημένη από το ύψος του θώρακα, ώστε να μην παλινδρομήσει το υγρό. Καταγράφουμε το ποσό της φιάλης στο διάγραμμα της ασθενούς και προσέχουμε μήπως είναι αιματηρό το χρώμα των υγρών.	Εγινε συζήτηση με την άρρωστη. Επεξηγήθηκε στην άρρωστη πώς λειτουργεί το σύστημα παροχέτευσης BILLOW. Επί καθημερινής βάσης γίνονταν τα ακόλουθα: Γίνονταν ασκήσεις του βραχίονα και του ώμου της χειρουργημένης πλευράς. Δινόταν προσοχή στο σωλήνα της παροχέτευσης μήπως φράξει και γίνονταν κινήσεις στον παροχετευτικό σωλήνα. Επίσης δινόταν προσοχή ώστε η συσκευή να είναι τοποθετημένη χαμηλότερα από το ύψος του θώρακα, να είναι καλά στερεωμένος ο σωλήνας και να μην υπάρξει διαρροή από την συσκευή.	Η ασθενής εξουκειώθηκε με την παροχέτευση και έγινε καλή παροχέτευση της τομής

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3η Μετεγχειρητική ημέρα 1.Αύξηση της αρτηριακής πίεσης (170/90MMHG)	Μείωση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα.	Συχνή μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Μείωση της παρεντερικής χορήγησης υγρών. Χορήγηση αναλάτου τροφής στην ασθενή. Χορήγηση διουρητικού φαρμάκου μετά εντολή Ιατρού. Τήρηση ισοζυγίου λαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.	Τέθηκε δελτίο συχνής μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (κάθε 1 ώρα) Ελαττώθηκε η ροή του ορρού. Δόθηκε ανάλατος δίαιτα. Δόθηκε 1/2 TAB.LASIX. Τέθηκε δελτίο μέτρησης αποβαλλομένων-λαμβανόμενων υγρών	Μετά από μία ώρα η αρτηριακή πίεση της ασθενούς επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.
2.Αίσθημα αδυναμίας καούχιας	Τόνωση του οργανισμού της ασθενούς. Μείωση της φυσικής δραστηριότητας	Προσέχουμε το διαιτολόγιό της ώστε να καλύψει τις θερμιδικές ανάγκες του οργανισμού. Χορήγηση βιταμινούχων παρασκευασμάτων. Ενθαρρύνεται η άρρωστη να μην κουράζεται και να περιορίζει τις δραστηριότητές της ώστε να αναρρώσει γρήγορα. Χορήγηση λευκωμάτων Χορήγηση σακχαρούχων υγρών. Καταγραφή του βάρους της ασθενούς και παρακολούθηση αυτού.	Δόθηκε διαιτολόγιο υψηλής θερμιδικής αξίας. Τέθηκε η ασθενής σε αγωγή με τονωτικά σκευάσματα: TONOTIL από το στόμα 1X3 και HUMMAN 150 ML 1X1 ενδοφλεβίως και βιταμίνες AMP.UPSATON από το στόμα 1X2 Παρακολουθείτο το βάρος της ασθενούς.	Η ασθενής μετεγχειρητικά ανάρρωσε ταχύτατα παρόλες τις επιπλοκές που παρουσίασε κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως.

Γ' ΜΕΡΟΣ

"ΣΠΑΝΙΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΟΥ ΚΥΣΤΗΣ "

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

1η περίπτωση

"Εχιινόκοκκος κύστη εντοπιζόμενη στο θυροειδή αδένα".

Στην Κρατική Χειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου, εισήχθηκε ασθενής Ν.Π., ηλικίας 28 ετών από την Πρέβεζα στις 31.7.69.

Ο ασθενής αναφέρει ότι 10 χρόνια πριν παρατήρησε στην αριστερή τραχηλιακή χώρα και στο ύψος του θυροειδούς αδένα, διόγκωση σε μέγεθος φουντουκιού, ανώδυνη.

Προοδευτικά η διόγκωση αυξήθηκε και προ 5ετίας νοσηλεύθηκε σε κλινική όπου υποβλήθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με την διάγνωση βρογχοκήλης.

Με την πάροδο του χρόνου η διόγκωση αυξήθηκε περισσότερο και 6 μήνες πριν από την είσοδό του στην κλινική αναφέρει ταχυκαρδία 100-120 σφύξεις/1' και λιποθυμική τάση.

Κατά την εξέταση ψηλαφάτο στην περιοχή του κάτω πόλου του αριστερού λοβού, όζος, υπόσκληρος, μεγέθους καρυδιού, ανώδυνος, παρακολουθών τις κινήσεις καταπόσεως. Από την υπόλοιπη κατά συστήματα εξέταση και της παρακλινικής εξέτασης, δεν βρέθηκε τίποτα το άξιο λόγου. Η σπινθηρογραφική μελέτη δια ραδιενεργού ιωδίου (I^{131}), έδειξε ύπαρξη ψυχρού όζου του αριστερού λοβού. Εγινε σύσταση για εξαίρεση.

Κατά την εγχείρηση διαπιστώθηκε μονήρης κυστική διόγκωση, η οποία ήταν στερεά προσφυόμενη προς τα πέρα και τους κάτωθεν

του υοειδούς οστού μείς. Η κυστική διόγκωση αφαιρέθηκε ολόκληρη με τον πέριξ ιστό.

Η ιστολογική εξέταση έδειξε τα πιά κάτω :

Η κύστη 5X3X2,50 εκ. περιέχει εκινοκοκκική κύστη με πολυάριθμα θυγατρικά κυστίδια. Το τοίχωμα της κύστεως παρουσιάζει ιστολογικά την χαρακτηριστική, δίκη φύλλων βιβλίου, υφή χιτινώδους κάψας εκινοκόκκου κύστεως. Γύρω από αυτή παρατηρείται ανάπτυξη άφθονου ινώδους συνδετικού ιστού μέσα στον οποίο διακρίνονται κατά τόπους λίγες λεμφοκυτταρικές διηθήσεις.

Συμπέρασμα: Εκινοκόκκος κύστη θυροειδούς αδένος.

Κατά την μετεγχειρητική λεπτομερή μελέτη του ασθενούς, δεν διαπιστώθηκε εκινοκοκκική εντόπιση στο θώρακα ή στην κοιλιά.

Συζήτηση: Το ενδιαφέρον μας έγκειται στη σπάνια εντόπιση της εκινοκόκκου κύστεως επί του θυροειδούς αδένος και εις την μη διαπίστωση αυτής με τα γνωστά διαγνωστικά μέσα.

Μέχρι το 1947 υπήρχαν διεθνώς μόνο 50 περιπτώσεις γνωστές, μέχρι το 1955 από τις 14.771 περιπτώσεις εκινοκόκκου κύστεως στην Ελλάδα από το 1900, υπήρχαν μόνο 12 περιπτώσεις θυροειδούς εντοπίσεως, δηλαδή ποσοστό 0,08%.-

2η περίπτωση

"Εκινοκόκκος κύστη περικαρδίου, ραγείσα στην υπεζωχοτική κοιλότητα"

Πρόκειται για ασθενή θήλυ, ηλικίας 19 ετών.

Ατομικό αναμνηστικό: Λήφθηκε από την μητέρα λόγω πνευματικής καθυστερήσεως μεγάλου βαθμού της ασθενούς. Δεν αναφέρεται νό-

σηση της μητέρας κατά την διάρκεια της κυήσεως ή εργώδης τοκετός, ούτε νόσηση της ασθενούς κατά την βρεφική ή παιδική ηλικία.

Παρούσα νόσος: Αρχισε από εβδομάδος με βήχα ξηρό, μη παραγωγικό και πυρετό μέχρι $38,5^{\circ}\text{C}$. Κατόπιν εξετάσεως από γιατρό διαγνώσθηκε γρίπη, στη συνέχεια όμως μετά από μια απλή ακτινογραφία θώρακα, τέθηκε υποψία πνευμονικής φυματίωσης.

Από την κλινική εξέταση βρέθηκε περιορισμός των αναπνευστικών κινήσεων του αριστερού ημιθωρακίου και ελάττωση των φωνητικών δονήσεων. Επίσης βρέθηκε στο αριστερό ημιθωράκιο αμβλύτητα στη βάση του ημιθωρακίου και πλήρη εξάλειψη του αναπνευστικού ψιθυρίσματος από την καρδιά και μετατόπιση της καρδιακής ώσεως προς τα δεξιά.

Η οπισθοπρόσθια ακτινογραφία θώρακος έδειξε κατάληψη του αριστερού ημιθωρακίου από σκιές, μετατόπιση της καρδιαγγειακής σκιάς προς τα δεξιά.

Λόγω της γενικής καταστάσεως έγινε θωρακική παρακέντηση και αφαιρέθηκαν 500 CM³ αχυροχρόου διαυγούς υγρού. Η παρακέντηση διακόπηκε λόγω λιποθυμικής τάσης της ασθενούς. Την επομένη έγινε πάλι παρακέντηση κατά την οποία αφαιρέθηκαν 1.700 CM³ υγρού, στο οποίο αιωρούντο στοιχεία τα οποία έθεσαν την υποψία μικρών τμημάτων μεβρανών.

Από τα παρακάτω τέθηκε η υποψία ρήξεως της εκινοκόκκου κύστεως πιθανώς προς την υπεζωκοτική κοιλότητα. Λόγω της επιτεινόμενης δύσπνοιας, μεταφέρθηκε η άρρωστη στην αγγειοχειρουργική κλινική, όπου και έγινε θωρακοτομή στο 7ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά.

Τα ευρήματα της χειρουργικής επεμβάσεως έχουν ως εξής :
ατελεκτασικός αριστερός κάτω λοβός, ευμεγέθης κύστη ραγείσα,
να καταλαμβάνει το αριστερό ημιδιάφραγμα και το πλάγιο τοί-
χωμα του περικαρδίου από το οποίο και εκπορεύετο. Λόγω της
δυσκολίας αποκολλήσεως της κύστεως, κατά την εξαίρεση αυ-
της, ανοίχθηκε και το διάφραγμα προς την κοιλία.

Αφαιρέθηκε τμήμα του περικαρδίου το οποίο στάλθηκε στο πα-
θολογοανατομικό εργαστήριο.

Εντός της περικαρδικής κοιλότητας, ανευρέθησαν 2 ελεύθερες
κύστεις, οι οποίες στάλθηκαν ομοίως για ιστολογική εξετά-
ση. Κατόπιν ο θώρακας κλείσθηκε και εφαρμόσθηκε παροχέτευση.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε άριστη.

Συζήτηση: Είναι γνωστό ότι η εντόπιση της εκινοκόικου κύ-
στεως στο περικάρδιο είναι σπάνια. Η εκινοκοικίαση του πε-
ρικαρδίου είναι πάντοτε σχεδόν δευτεροπαθής και αναπτύσσεται
συνήθως από ρήξη κύστεως του μυοκαρδίου και σπανιότερα από
ρήξη κύστεως κάποιου άλλο κοντινού στην καρδιά οργάνου
(πνεύμονος, αριστερού λοβού ήπατος κλπ.). Ο πρώτος που διέ-
γινωσε την εκινοκοικίαση του περικαρδίου ακτινογραφικώς, ήταν
ο HALFA το 1930.

3η περίπτωση

"Εντόπιση εκινοκόικων κύστεων στο μείζον επίπλουν και την
περιτοναϊκή κοιλότητα".

Η ασθενής Σ.Μ., ηλικίας 17 ετών, διακομίσθηκε εκτάκτως στην
κλινική στις 25.5.82, μετά από τροχαίο ατύχημα και με ση-

μεία SHOCK από ρήξη ενδοκοιλιακού οργάνου. Η διαγνωστική παρακέντηση της κοιλίας έδωσε αιμορραγικό υγρό. Με την προαναφερθείσα διάγνωση υποβλήθηκε σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία.

Εγχειρητικά ευρήματα: Τομή μέση υπερ-υπομφάλια. Μετά την διάνοιξη του περιτόναιου διαπιστώνεται η ύπαρξη πολυάριθμων νεκρωμένων εκινοκοκκικών κύστεων διαφόρων μεγεθών, διασπαρμένων σ όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα που περιέχει και μικρή ποσότητα αιμορραγικού υγρού. Οι κύστεις προέρχονται από ρήξη διαπυημένης κύστης που καταλαμβάνει το μισό περίπου του αριστερού λοβού του ήπατος. Υπάρχουν επίσης δύο ανεξάρτητες ακέραιες κύστεις μεγέθους μανδαρινιού κατά την περιφερειακή μοίρα του μείζονος επιπλόου, μία με τους ίδιους χαρακτήρες κατά τον άνω πόλο του αριστερού νεφρού και μια μεγαλύτερου μεγέθους κατά τον οπίσθιο δουγλάσσειο.

Μετά την πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας και την αφαίρεση όλων των ορατών ελευθέρων κύστεων εκτελείται : α)αφαίρεση της κύστης μαζί με την ινώδη κάψα του αριστερού λοβού του ήπατος και συρραφή των χειλέων του ηπατικού παρεγχύματος. β)αφαίρεση των κύστεων μαζί με το φέρον τμήμα του μείζονος επιπλόου. γ) αφαίρεση της κύστης της αριστερής νεφρικής χώρας, μερική εκτομή της κάψας και επιπλοοπλαστική και δ)αφαίρεση της κύστης του δουγλασσείου, μερική κυστεκτομή και παροχέτευση της κοιλότητας με σωλήνα LATEX.

Συζήτηση: Η περίπτωση αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί: α) Πρόκειται για πολλαπλή εκινοκοκκίαση της κοιλίας. β) Η πρώτη κλινική εκδήλωση ήταν η ρήξη της κύστης του ήπατος και γ)Για την αντιμετώπισή της εφαρμόστηκαν διάφορες τεχνικές.-

Η εντόπιση στο μείζον επίπλουν, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθή, κυμαίνεται από 0,5% μέχρι 4% και η διάγνωση συνήθως διαφεύγει, γιατί δίνει την κλινική εικόνα μονήρους ή πολλαπλών ενδοκοιλιακών όγκων.

4η περίπτωση

"Εχινόκοκκος κύστη εντοπιζόμενη στη δεξιά ωσθήκη".

Στην Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας, νοσηλεύθηκε ασθενής 77 ετών, η οποία είχε γεννήσει τρία παιδιά και βρισκόταν σε εμμηνόπαυση από την ηλικία των 44 ετών.

Προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου επειδή παρουσίαζε διάχυτα άλγη στο υπογάστριο και μέτρια κολπική αιμόρροια επί μία εβδομάδα.

Στο ατομικό της αναμνηστικό ανέφερε ότι είχε χειρουργηθεί πριν 40 χρόνια σε νοσοκομείο των Αθηνών για εχινόκοκκο κύστη του δεξιού πνεύμονα και έκτοτε δεν παρουσίασε πρόβλημα υγείας.

Στη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε ότι η μήτρα ήταν φυσιολογική σε μέγεθος και σε πρόσθια κλίση και κάμψη, το αριστερό εξάρτημα ήταν αψηλάφητο, ενώ στο δεξιό εξάρτημα βρέθηκε όγκος διαμέτρου περίπου 8-10CM, μαλακός και ευκίαντος.

Αρχικά τέθηκε η διάγνωση κύστεως της ωσθήκης, πιθανόν κακοήθους και η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο για ερευνητική λαπαροτομία.

Κατά την ερευνητική λαπαροτομία που έγινε με ενδοραχιαία αναισθησία, βρέθηκε κύστη της δεξιάς ωοθήκης διαμέτρου 9 CM, μη συμφυόμενη με τα γειτονικά όργανα, ενώ η μήτρα και το αριστερό εξάρτημα έδειχναν φυσιολογικά. Δεν βρέθηκε επίσης ελεύθερο υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Αφαιρέθηκε αρχικά η κύστη ακέραια και στη συνέχεια έγινε τυπική ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα.

Πριν από την σύγκλειση της περιτοναϊκής κοιλότητας έγινε έλεγχος των ενδοκοιλιακών οργάνων, όπως συνηθίζεται στις ερευνητικές λαπαροτομίες και δεν βρέθηκε αλλοίωση σε κανένα από αυτά.

Η διάγνωση της υδατίδας κύστεως δεν τέθηκε παρά μόνο μετά την λήψη του αποτελέσματος της ιστολογικής εξέτασης, η οποία έδειξε μονήρη τυπική υδατίδα κύστη και ελαφρά υπερπλασία του ενδομητρίου.

Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και βγήκε από το Νοσοκομείο την 10η μετεγχειρητική ημέρα.

Συζήτηση: Μολονότι στο ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς αναφέρεται εχινοκοκκική λοίμωξη, η διάγνωση δεν τέθηκε προεγχειρητικά για τους εξής λόγους : 1) λόγω της έλλειψης ηωσινοφιλίας, 2) λόγω της απουσίας σημείων αποτιτάνωσης στον ακτινολογικό έλεγχο της κοιλίας, 3) λόγω του μεσοδιαστήματος των 40 ετών κατά το οποίο η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα υγείας, 4) λόγω της παρουσίας μετεμμηνοπαυσιακής μητρορραγίας που οδηγούσε περισσότερο στη σκέψη ύπαρξης κακοήθειας και 5) λόγω της σπανιότητας

της πυελικής εντόπισης της νόσου, ιδιαίτερα της ωθηκικής.

Η περίπτωση αυτή θεωρείται πρωτοπαθής υδατίδα νόσος της ωθηκικής, επειδή όχι μόνο στα υπόλοιπα ενδοκοιλιακά όργανα δεν βρέθηκαν στοιχεία εκινοκόκκου, αλλά επίσης και η κύστη του δεξιού πνεύμονα είχε αφαιρεθεί ακέραια, αποκλείοντας έτσι το ενδεχόμενο της δευτεροπαθούς εγκατάστασης του παρασίτου στην ωθήκη.

Ο χρόνος ύπαρξης της κύστης στην ωθήκη της ασθενούς είναι άγνωστος. Θα μπορούσε να υποτεθεί ότι η πνευμονική και η ωθηκική λοίμωξη ήταν ταυτόχρονες.

Η πρόγνωση σε περιπτώσεις σαν και αυτή όπου η κύστη αφαιρείται ακέραια, αναμένεται να είναι καλή.-

5η περίπτωση

"Επίσκεψη ούρων οφειλόμενη σε μεγάλη εκινοκόκκο κύστη της ελάσσονος πυέλου".

Αρρωστος ηλικίας 48 ετών μπήκε στην Ουρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών για δυσουρία. Η δυσουρία που εμφανίσθηκε πριν ένα χρόνο, άρχισε βαθμιαία να επιτείνεται. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε σφαιρική διόγκωση στην ελάσσονα πυέλο, η οποία εκτεινόταν 5 εκ. πάνω από την ηβική σύμφυση, και η οποία δεν εξαφανίσθηκε μετά τον καθετηριασμό.

Η δακτυλική εξέταση αποκάλυψε φυσιολογικό προστάτη, πάνω από τον οποίο ψηλαφόταν διόγκωση σκληρή που τα όριά της ήταν δύσκολο να καθορισθούν.

Η γενική εξέταση ούρων ήταν φυσιολογική.

Η απλή ακτινογραφία ήταν φυσιολογική. Η ενδοφλέβια πυελογραφία έδειξε φυσιολογική νεφρική λειτουργία, με φυσιολογική μορφολογία της αποχετευτικής μοίρας.

Η ουροδόχος κύστη απωθείτο προς το αριστερό πλάγιο της ελάσσονος πυέλου. Η βαριούχος διάβαση του εντέρου έδειξε ότι μεγάλη μάζα εντοπισμένη μεταξύ κύστεως και παχέος εντέρου απωθούσε και τα δύο αυτά όργανα, χωρίς όμως και να τα διηθεί.

Με την πιθανή διάγνωση της εκινοκόκκου κύστεως, έγινε η αποκάλυψη της μάζας με υπερηβική διαπεριτοναϊκή τομή. Μετά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και του περιτοναίου, βρεθηκε σκληρή σφαιρική μάζα διαμέτρου 28 εκ., η οποία ήταν στερεά προσκολλημένη πάνω στις σπερματοδόχους κύστεις και τον προστάτη. Λόγω του μεγέθους και των συμφύσεων με τα γύρω όργανα της κύστεως, η προσπάθεια να αφαιρεθεί άθικτη εγκαταλείφθηκε.

Για το λόγο αυτό, μετά από έγχυση 30 ML φορμαλίνης 10% και οινόπνεύματος μέσα στη κύστη, και αφού η κύστη περικαλύφθηκε με γάζες, έγινε αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστεως με ειδικό τροκάρ.

6η περίπτωση

"Εκινοκόκκος κύστη του ελάσσονος τόξου του στομάχου"

Ανδρας Μ.Η., ηλικίας 70 ετών, προσήλθε στην Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας, πάσχων από έλκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου, χρονολογούμενου από 2ετίας περί-

που και πρόσφατα διαπιστωμένου. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται σπληνεκτομή προ 10ετίας για εκινόκοκκο κύστη του σπλήνα. Προ 4ετίας χειρουργήθηκε για αποφρακτικό ειλεό από συμφύσεις του λεπτού εντέρου.

Η παρούσα κατάσταση χαρακτηρίζεται από επίμονη επιγαστραλγία και σημειολογία ατελούς υψηλής εντερικής απόφραξης. Από τις συνήθειες παρακλινικές εξετάσεις δεν προέκυψε τίποτα το ιδιαίτερο. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εγχείρηση.

Εγχειρητικά ευρήματα: Τομή υπερομφάλια. Μετά την λύση των πολλαπλών συμφύσεων, διαπιστώνεται έλκος κατά την γωνία του ελάσσονος τόξου του στομάχου, διαμέτρου 8CM περίπου, που συμφύεται προς το πάγκρεας και επεκτείνεται προς τον πυλωρικό σωλήνα, προκαλώντας ρίκνωση και στένωση. Κατά την κάθετη μοίρα του τόξου και σε συνέχεια με το έλκος, υπάρχει εκινόκοκκος κύστη μεγέθους μανδαρινίου που φθάνει μέχρι την έκφυση της αριστεράς γαστρικής αρτηρίας και παρουσιάζει σημεία χρόνιας φλεγμονής. Εκτελείται: αφαίρεση της κύστης που περιέχει και θυγατέρες, μερική εκτομή της ινώδους κάψας, λόγω του κινδύνου αιμορραγίας και σύγκλειση της κοιλότητας με εσωτερικές ραφές.

Συζήτηση: Στη στατιστική ΤΟΥΛΑ αναφέρεται μία πρωτοπαθής εντόπιση στο στομάχο επί 6.589 περιπτώσεων. Αυτό δίνει και το μέτρο της σπανιότητας της περίπτωσης.-

* * * * *

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της εργασίας, απευθύνω παράκληση στους αναγνώστες, να κρίνουν με επιείκεια τις τυχόν παραλείψεις ή τα λάθη, χωρίς όμως να αποφύγουν την επισήμανση αυτών, ώστε η επόμενη προσπάθειά μου να είναι πιά θετική και με λιγότερα σφάλματα.

Επίσης καλώ όλους μας να αγωνιστούμε για τον τόσο σπουδαίο χώρο της Υγείας και να ευχηθούμε μια αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενειών που μαστίζουν την ανθρωπότητα.-

* * * * *

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

=====

- ΑΛΕΞΑΚΗΣ Γ.Ν. "Εγχειρίδιο Χειρουργικής"
ΑΘΗΝΑ 1957
- ANDERSON-SCOTTI "Παθολογική Ανατομία", Τόμος Α'
Εκδόσεις ΓΡΗΓ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1975.
- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ Γ. "Ανατομική του ανθρώπου", Τόμος Β', Τεύχος
Εκδόσεις Χ.ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1948.
- ΒΑΣΩΝΗ Δ. "Επιτομή χειρουργικής και ορθοπεδικής"
Εκδοση 5η, Εκδόσεις Γ.ΤΣΙΒΕΡΙΩΤΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1987
- ΓΑΛΗΝΟΣ "Εκλινόκοκκος κύστη θυροειδούς αδένου", Τόμος
σελ.221-223, ΑΘΗΝΑ 1987.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία" Εκδοση 3η,
Εκδόσεις ΓΡΗΓ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1981.
- ΔΑΙΚΟΥ Γ. "Νοσολογία",
Εκδόσεις Α.ΚΑΡΑΒΙΑ, ΑΘΗΝΑ 1971
- ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ "Ειδική Νοσολογία και Θεραπευτική", Τόμος Α
Εκδόσεις ΑΣΤΕΡΙΟΣ Χ.ΓΟΥΣΙΟΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1987
- ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Ι.Α. "Ο μεγάλος κίνδυνος της δημόσιας υγείας.
Ο εκλινόκοκκος"
Εκδόσεις Β.ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1975.
- ΔΟΥΖΙΝΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ "Εσωτερική παθολογία",
Εκδόσεις ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1972
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙ- "Εκλινόκοκκος κύστη περικαρδίου ραγείσα
ΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ στην υπεζωκοτική κοιλότητα", τόμος 4ος,
σελ.128-132, ΑΘΗΝΑ 1986

- HARRISON T.R. "Εσωτερική παθολογία", τόμος Β, έκδοση 8η
Εκδόσεις ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1981
- HOUSSOUX A. BERNANDO "Φυσιολογία του ανθρώπου", Τόμος Α.
Εκδόσεις ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1961.
- ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ "Εκινόκοικος ήπατος", τόμος 14, τεύχος 2.
Εκδόσεις Γ.ΤΣΙΒΕΡΙΩΤΗΣ, σελ.171-174, ΑΘΗΝΑ 1986
- ΚΟΥΚΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ "Στοιχεία προεγχειρητικής και μετεγχειρητι-
κής παρακολούθησης των χειρουργικών αρρώ-
στων", εκδόσεις ΠΟΤΑΜΙΤΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1986
- ΛΙΩΚΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ "Κλινική πνευμονιολογία και θεραπευτική
ΑΘΗΝΑ 1957
- ΛΙΩΚΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ "Επίτομος φυματιολογία-πνευμονιολογία"
ΑΘΗΝΑ 1974.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική"
Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Τόμοι Α, Β, Έκδοση 9, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ,
ΑΘΗΝΑ 1987.
- ΜΑΝΔΕΛΕΝΑΚΗ ΘΕΟΝΥΜΦΗ- "Νοσηλευτική ΙΙΙ"
ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ Εκδόσεις ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ
ΒΙΒΛΙΩΝ, ΑΘΗΝΑ 1985
- ΜΟΥΓΙΑ Α. "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος"
Εκδόσεις ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1971
- MARCUS A. KRUPP. "Σύγχρονος διαγνωστική και θεραπευτική"
MILTON J. CHATTON Τόμος ΙΙ, εκδόσεις ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1979
- ΝΕΩΤΑΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ, Τόμος Β, Εκδόσεις ΠΥΡΑΜΙΔΕΣ, ΑΘΗΝΑ 197
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ "Χειρουργική παθολογία", Τόμος Α.
Εκδόσεις ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΘΗΝΑ 1978

BANDALL HENRY I.MD. HAROLD JAMES D.MD. MOORE FRANCIS D.MD	"Εγχειρίδιο προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αγωγής" Εκδόσεις ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1970.
ΣΑΧΙΝΗ ANNA ΚΑΡΔΑΣΗ- ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ	"Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική" Τόμοι Α,Β Εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, ΑΘΗΝΑ 1985
SHERLOCK SHEILA	"Νοσήματα ήπατος και χοληφόρων οδών" Εκδοση 4η, Εκδόσεις Η.ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ, ΑΘΗΝΑ 19
ΤΟΥΝΤΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	"Χειρουργική", Τόμοι Ι,ΙΙ, Εκδόσεις ΑΦΟΙ ΣΑΚΚΟΥΛΑ, ΑΘΗΝΑ 1969
ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΣ Ν.Θ.	"Ειδική Νοσολογία" ΑΘΗΝΑ 1956

