

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θ Ε Μ Α : Ε Ι Λ Ε Ο Σ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

κ.Ν. ΚΟΥΝΗΣ

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ	432
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Ανατομικά στοιχεία πεπτικού συστήματος	2
Αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνα	7
Νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα	8
Κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα	9
Εντερική απόφραξη (ειλεός)	11
-Αιτιολογία	11
-Μηχανικός ειλεός	12
-Δυναμικός ειλεός	15
-Παραλυτικός ή αδυναμικός ειλεός	16
-Παθολογική φυσιολογία	17
-Διάγνωση	21
-Διαφορική διάγνωση	27
-Θεραπεία	27
-Επιπλοκές	34
-Πρόγνωση	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ειλεό	37
Προεγχειρητική φροντίδα	37
-Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	37
-Τοπική ▪ ▪	40
-Τελική ▪ ▪	41
Μετεγχειρητική φροντίδα	44
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές του ασθενή και αντιμετώπισή τους από την νοσηλεύτρια, -υτή	48

	Σελ.
Προετοιμασία του ασθενούς για αποχώρησή του από το νοσοκομείο	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική φροντίδα	55
-Ιστορικό ασθενούς (1)	55
-Ιστορικό ασθενούς (2)	65
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σκοπός της εργασίας μου είναι να θέσω τα προβλήματα των ασθενών που πάσχουν από ειλεό.

Στην εργασία μου αυτή γίνεται ενημέρωση για την αιτιολογία της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τις επιλογές και την πρόγνωση.

Επίσης δίνονται πληροφορίες για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς από τα συμπτώματα της νόσου και τα νοσηλευτικά μέτρα τα οποία λαμβάνονται για την αντιμετώπιση αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο ειλεός είναι απόφραξη που αφορά το έντερο. Το έντερο αποτελεί τμήμα του πεπτικού συστήματος του ανθρώπου.

Για την διατήρηση της δομικής ακεραιότητας και λειτουργίας των ιστών και οργάνων του, το σώμα χρειάζεται συνεχή παροχή ενέργειας. Η ενέργεια αυτή παρέχεται από την τροφή με την λειτουργία της πέψης.

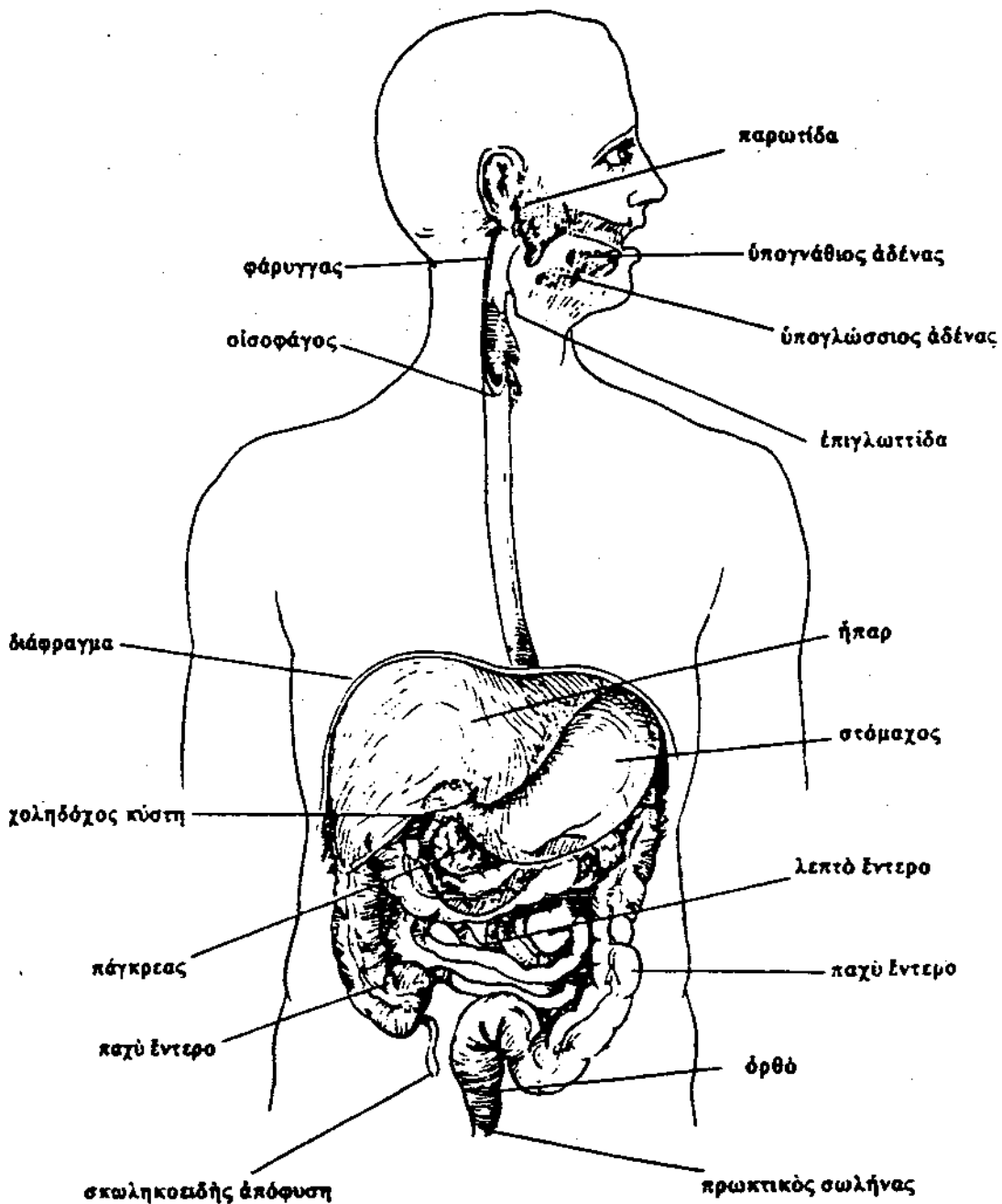
Η πέψη γίνεται στα όργανα της πέψης που αποτελούνται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελείται από:

το στόμα, τον φάρυγγα, τον οισοφάγο, τον στομάχο, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο.

Στο καθένα από αυτά τα μέρη η τροφή υφίσταται διαφορετικές διεργασίες:

- α) η μηχανική και χημική προπαρασκευή της τροφής στο στόμα.
- β) η μεταφορά της μασσημένης τροφής από το στόμα στον στομάχο διαμέσου του οισοφάγου.
- γ) η φυσικοχημική επεξεργασία στον στομάχο. Η προώθηση της τροφής στο λεπτό έντερο
- δ) Η χημική πέψη της τροφής και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών προς την κυκλοφορία στο λεπτό έντερο. Η προώθηση της τροφής στο παχύ έντερο.
- ε) Η καταστροφή των άπεπτων ουσιών, ο σχηματισμός και η αποβολή των άχρηστων ουσιών στο παχύ έντερο. Τέλος η αφόδευση στο απεύθυντο. (Πέτρου, σελ. 1-2)



Ο πεπτικός σωλήνας είναι ένας μακρός , ελικοειδής , που συνδέεται με πολλά αδενικά όργανα.

Το λεπτό έντερο

Είναι ένας σωλήνας κυλινδρικός που εκτείνεται από τον πυλωρό ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Το μήκος του είναι 6,5 μέτρα περίπου.

Απ ελείται από τα εξής μέρη: α) Δωδεκαδάκτυλο β) Νήστη γ) Ειλεός

α) Δωδεκαδάκτυλο. Μήκος 25-30 εκ. Είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου και ενώνει τον πυλωρό με την νήστη. Είναι το ευρύτερο, βραχύτερο και πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου.

Εδώ εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των δύο μεγαλύτερων εξωτοιχωματικών αδένων του πεπτικού συστήματος δηλ. ο κοινός χοληδόχος πόρος, από το ήπαρ και ο μείζων παγκρεατικός πόρος από το πάγκρεας. Συνήθως οι δύο αυτοί πόροι ενώνονται πριν εκβάλλουν από κοινού αντίστοιχα προς ένα έπαρμα του βλενογόνου του δωδεκαδακτύλου, που ονομάζεται φύμα του VATER (ή μείζων θηλή) Σπανιότερα, λίγο ψηλότερα από το φύμα του VATER υπάρχει η ελάσσων θηλή, όπου εκβάλλει ο ελάσσων παγκρεατικός πόρος.

β) Νήστη και ειλεός (ελικώδες έντερο) Η νήστη έχει μήκος

2,5 μέτρα και ο ειλεός 3,5 μέτρα περίπου. Αρχίζει από την νηστιδωδεκαδακτυλική καμπή και τελειώνει στην ειλεοτυφλική βαλβίδα. Έχει ελικοειδή πορεία και περιβάλλεται από περιτόναιο.

Κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μια πτυχή του περιτόναιου που ονομάζεται μεσεντέριο. Εμφανίζει συνεπώς ένα μεσεντερικό και ένα ελεύθερο χείλος. Σε περίπου 2% του πληθυσμού βρίσκεται η απόφυση του M ECKEL. Είναι ένα κυλινδρικό εκκόλπωμα του ελεύθερου χείλους του ειλεού. Είναι υπόλειμμα του ομφαλεντερικού πόρου.

Το τοίχωμα του λεπτού εντέρου αποτελείται από τέσσερες χιτώνες: α) βλεννογόνο, β) υποβλεννογόνο, γ) μυϊκό και δ) ορογόνο χιτώνα.

Ο βλεννογόνος του λεπτού εντέρου παρουσιάζει εγκάρσιες, κυκλωτερείς πτι ές και καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τις εντερικές λάχνες. Οι εντερικές λάχνες είναι προσεκβολές του βλεννογόνου μόνο.

Το επιθήλιο του εντερικού βλεννογόνου αποτελείται κυρίως από απορροφητικά κύτταρα ανάμεσα στα οποία υπάρχουν διάσπαρτα καλυκοειδή κύτταρα και εντεροενδοκρινή κύτταρα.

Στην τελική μοίρα της νήστης και στον ειλεό εμφανίζονται αθροίσματα λεμφοζιδίων, λιγότερα στην αρχή και πυκνότερα κατόπιν, που σχηματίζουν τις πλάκες του PEYER.

Το λεπτό έντερο έχει ευρύτερο αυλό και παχύτερο τοίχωμα στην αρχή και στενεύει βαθμιαία κατόπιν.

Εδώ ολοκληρώνεται η πέψη των τροφών και γίνεται η απορρόφηση των προϊόντων της πέψης. (Πέτρου, σελ. 14,16,18,20).

Το παχύ έντερο

Είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το τυφλό ως τον πρωκτό. Το μήκος του είναι περίπου 1,5 μ.

Αποτελείται από τα εξής μέρη: α) Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση β) Κόλο και γ) Απευθυσμένο ή ορθό.

α) Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση.

Είναι η πρώτη μοίρα του παχέως εντέρου. Αρχίζει τυφλά και τελειώνει στο ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας. Βρίσκεται μέσα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Το τυφλό συνήθως περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεσότυφλο.

Στο τυφλό εισφύεται ο ειλεός και σχηματίζεται η ειλεοκολική βαλβίδα η οποία αποτρέπει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέως εντέρου προς το λεπτό, εμποδίζοντας, έτσι την είσοδο μικροβίων που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο.

Περίπου 2 εκ. κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδοῦς απόφυσης.

Η σκωληκοειδής απόφυση θεωρείται μάλλον μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος παρά του πεπτικού.

β) Το κόλο: αρχίζει από το ύψος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και φτάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιεροῦ σπονδύλου, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο.

Διακρίνουμε: Το ανιόν κόλο - το εγκάρσιο κόλο - το κατιόν κόλο - το σιγμοειδές κόλο.

γ) Το απευθυσμένο βρίσκεται μέσα στην πύελο. Δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέως εντέρου. Ο βλεννογόνος του εμφανίζεται τρεις μόνιμες εγκάρσιες πτυχές, από τις οποίες η άνω και η κάτω βρίσκονται αριστερά και η μέση δεξιά. Είναι χρήσιμοι οδηγοί σημεία για την ορθοσκόπηση. Στην τελική του μοίρα βρίσκεται ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού και εκεί σχηματίζεται ο αιμορροϊδικός δακτύλιος.

Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό, χάρη στην ύπαρξη των εκκολπωμάτων, των κολικών ταινιών και των επιπλοϊ-

κών αποφύσεων.

Τα εκκολπώματα είναι σακκοειδή ανευρίσματα του τοιχώματος του παχέως εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις. Οι κυκλωτερείς περισφίξεις αντιστοιχούν προς τις μηνοειδείς πτυχές που υπάρχουν στο εσωτερικό του παχέως εντέρου ενώ τα εκκολπώματα αντιστοιχούν προς τις κολικές κυψέλες.

Οι κολικές ταινίες είναι τρεις και σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στιβάδας. Είναι η ελεύθερη ταινία, η επιπλοϊκή ταινία και η μεσοκολική ταινία.

Οι επιπλοϊκές αποφύσεις είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου. Δεν υπάρχουν στο τυφλό ενώ αραιώνουν και εξαφανίζονται προς την άνω μοίρα του σιγμοειδούς.

Ο βλενογόνος του παχέως εντέρου καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει πολλά καλυκοειδή κύτταρα. Οι αδένες είναι απλοί και σωληνοειδείς: (Πέτρου, σελ. 20,22,23, 24).

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Η αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνα, από το τμήμα του οισοφάγου ως το μέσο της κοπροδόχου ληκύθου, γίνεται από κλάδους της αορτής, που εκφύονται ισοϋψώς προς τα αντίστοιχα τμήματα του σωλήνα κατά τα αρχικά στάδια της εμβρυολογικής ανάπτυξης.

Έτσι ο οισοφάγος, ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου αρδεύονται από την κοιλιακή αρτηρία. Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυ-

λο το ελικώδες έντερο και το παχύ μέχρι και το δεύτερο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου αρδεύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία.

Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστρμώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα, από τα οποία ξεκινούν τελικά τα ευθέα αγγεία που φθάνουν στο έντερο.

Το αίμα από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες, που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα.

Οι δύο αυτές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος. Τέλος η πυλαία φλέβα φέρεται στο ήπαρ. (Πέτρου, σελ. 24)

Η ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Όλες οι κινήσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα εκτός

(1) από την είσοδο (στοματική κοιλότητα, φάρυγγας και ανώτερη μοίρα του οισοφάγου) και

(2) από την έξοδο (πρωκτικός σφιγκτήρας)

Τελούνται με τη βοήθεια λείων μυϊκών ινών, που σχηματίζουν

(α) την έξω επιμήκη στιβάδα και

(β) την έσω κυκλοτερή. Οι δύο αυτές στιβάδες συναποτελούν τον μυϊκό χιτώνα του σωλήνα.

Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα είναι

(1) εξωγενής, από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό

σύστημα και

(2) ενδογενής, από νευρικά κύτταρα που σχηματίζουν πλέγματα και βρίσκονται μέσα στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

(α) Ανάμεσα στις δύο στιβάδες του μυϊκού χιτώνα βρίσκεται το μεσεντερικό νευρικό πλέγμα.

(β) Ανάμεσα στον υποβλεννογόνιο χιτώνα και την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα, βρίσκεται το υποβλεννογόνιο νευρικό πλέγμα.

Αμφότερα είναι αθροίσματα γαγγλιακών κυττάρων, που στην πλειοψηφία τους παίρνουν συνάψεις από ίνες του πνευμονογαστρικού. Δεν έχουν βρεθεί συμπαθητικές απολήξεις σε αυτούς τους νευρώνες.

Το μεσεντερικό πλέγμα επηρεάζει κυρίως την κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα ενώ το υποβλεννογόνιο δρα τόσο στην κινητικότητα όσο και στις εκκρίσεις.

Η ακεραιότητα των δύο πλεγμάτων είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των κινήσεων του σωλήνα, αλλά σε συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές είσοδοι δεν είναι αναγκαίες. (Πέτρου, σελ 24-26).

Η ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Η εκούσια κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα περιορίζεται στην είσοδο-στόμα, φάρυγγα, ανώτερη μοίρα του οισοφάγου και στην έξοδο-πρωκτικός σωλήνας.

Η κατάποση αρχίζει εκούσια αλλά συνεχίζεται αντανακλαστικά. Μετά τη μάσηση η τροφή διαμορφώνεται σε βλωμό που μόλις

έλθει σε επαφή με τη βάση της γλώσσας ή το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα πυροδοτεί το αντανakλαστικό της κατάποσης. Με τις συντονισμένες κινήσεις των μυών του στόματος, του λάρυγγα και του φάρυγγα, ο βλωμός φέρεται προς τον οισοφάγο. Από το σημείο αυτό ο βλωμός προωθείται προς τον στομάχο με ένα κύμα συστολής, του οποίου προηγείται ένα κύμα χάλασης.

Η προώθηση του εντερικού περιεχομένου κατά την κεφαλουραία κατεύθυνση, γίνεται με περισταλτικές κινήσεις. Η περίσπαση είναι σύνθετη κίνηση του γαστρεντερικού σωλήνα που προκύπτει ως εξής: Η κυκλοτερής στιβάδα συσπάται και δημιουργεί μια περίσφυξη. Αυτή η σύσπαση μεταδίδεται σαν κύμα κατά την κεφαλουραία κατεύθυνση. Ταυτόχρονα με τη σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ινών συστέλλονται οι επιμήκεις μυϊκές ίνες, που βρίσκονται ουραίως της περίσφυξης.

Έτσι το τοίχωμα του εντέρου γλιστράει γύρω από το περιεχόμενο, το οποίο προωθείται μιας και η περίσφυξη το εμποδίζει να καλινδρομήσει.

Ας σημειωθεί ότι η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα μολονότι είναι αυτόχθονη ρυθμίζεται και τροποποιείται τόσο από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όσο και από ορμόνες του εντεροενδοκρινικού συστήματος. (Πέτρου, σελ. 26-27)

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ (ΕΙΛΕΟΣ)

Ο ειλεός είχε περιγραφεί από τον Ιπποκράτη ο οποίος διατύπωσε και σχετική συντηρική θεραπεία. Από τον 19^ο όμως αιώνα άρχισε να εφαρμόζεται η χειρουργική θεραπεία. Σήμερα η εφαρμογή της γαστρορινικής παροχέτευσης (LEVIN) ή των άλλων ειδών παροχέτευσης του εντέρου (σωλήνας MULLER ABBOTT, CANDOR κλπ), καθώς και η αντιμετώπιση των συνοδών παθολογικών διαταραχών, κυρίως του ύδατος, των ηλεκτρολυτών και της οξέο-βασικής ισορροπίας, συντέιναν ώστε η νόσος αυτή να καταστεί καλύτερης πρόγνωσης από ότι στο παρελθόν. Άλλοι συντελεστές της καλύτερης πρόγνωσης είναι: η χρησιμοποίηση των αντιβιοτικών και οι πρόοδοι της αναισθησιολογίας και χειρουργικής. (Τούντα, σελ. 873, παρ. α').

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η παρεμπόδιση της φυσιολογικής προωθήσεως του εντερικού περιεχομένου καλείται ειλεός. Η παρεμπόδιση αυτή είναι δυνατόν να οφείλεται είτε σε μηχανική απόφραξη του εντερικού αυλού, οπότε ο ειλεός καλείται μηχανικός, είτε σε παράλυση των μυών του εντέρου και αναστολή των περισταλτικών κινήσεων αυτού, οπότε καλείται παραλυτικός ή αδυναμικός. (πιν. I), (Τούντα, σελ. 874 παρ. β')

<u>ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ</u> (μηχανικός)	<u>ΑΙΤΙΑ</u> <u>ΕΙΛΕΟΥ</u>	<u>ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ</u> (αδυναμικός)
<u>Εξωτοιχωματικά</u>		<u>Νευρογενή</u>
Συμφύσεις		Κωλικοί
Ενδοκοιλιακοί όγκοι		Διοπάσεις σπλάχνων
Συστροφ ^ς		Τραύμα
Καθήλωσι επί νεοξεργασίας		Εγχείρηση
<u>Τοιχωματικά</u>		<u>Χημικά</u>
Ατρησία πυλωρού		Περιτονίτιδα
Συγγενής πυλωρική στένωση		<u>Μεταβολικά</u>
Κακοήθης στένωση λεπτού		Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
Καλοήγη στένωση λεπτού (CROHN)		
Όγκοι παχέως εντέρου		
<u>Ενδοαυλικά</u>		
Πολύποδες		
Ξένα σώματα		
Εγκολεασμός		
Εμβλασθητικά καρκινώματα		

ΠΙΝΑΚΑΣ I (Τούντα, σελ. 874)

ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ

Τα αίτια που προκαλούν μηχανικό ειλεό είναι δυνατό να εντοπίζονται εκτός του εντέρου (εξωτοιχωματικά), στο εντερικό τοίχωμα (τοιχωματικά) και εντός του εντερικού αυλού (ενδοαυλικά).

Τα εξωτοιχωματικά αίτια αποτελούν την συχνότερη αιτία εντερικής απόφραξης. Τέτοια αίτια είναι συμφύσεις από προκλειθές ενδοκοιλιακές επερβάσεις ή φλεγμονές, περισφίξεις

κυρίως από εξωτερικές κήλες και σπανιότερα από εσωτερικές, ενδοκοιλιακοί όγκοι, οι οποίοι πιέζουν τον αυλό του εντέρου και η συστροφή του εντέρου, η οποία ενδέχεται να επηρεάσει και την αιμάτωση αυτού και η οποία οφείλεται συνήθως σε συνυπάρχουσα συγγενή ανωμαλί ή σε ανωμαλίες του μεσεντερίου.

Τα τοιχωματικά αίτια είναι: είτε συγγενή, όπως ατρησίες ή στενώσεις του εντερικού αυλού (συνηθέστερη αιτία ειλεού στην βρεφική ηλικία), είτε επίκτητα από τα οποία τα πιο συνήθη είναι για μεν το λεπτό έντερο η νόσος του CROHN, για μεν το παχύ το καρκίνωμα του σιγμοειδούς.

Τα ενδοαυλικά αίτια είναι ποικίλα. Το συνηθέστερο είναι πολυποδοειδείς όγκοι οι οποίοι βλαστάνουν ενδοαυλικά. (Τούντα σελ. 874-875)

Άλλα αίτια ενδοαυλικά είναι: ξένα σώματα από κατάποση (παιχνίδια, τεχνικές οδοντοστοιχίες), κοπρόλιθοι, χολόλιθοι. (Βασώνη σελ.195 παρ. α')

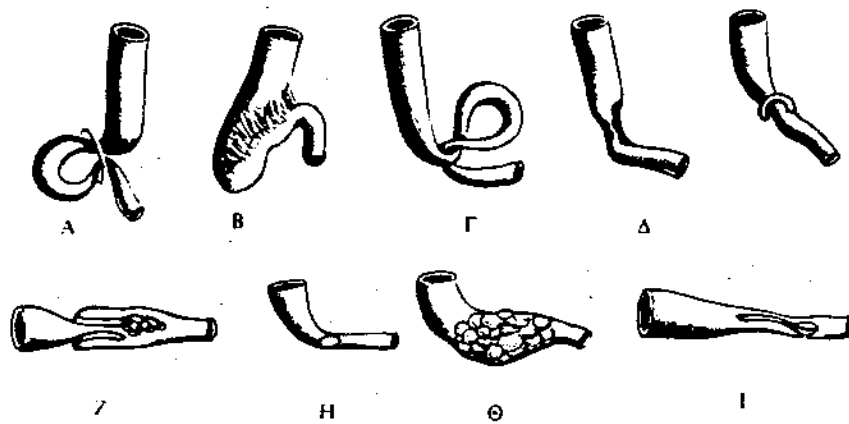
Ειλεός από χολόλιθο: πρόκειται για εντερική απόφραξη ενδοαυλικού τύπου, η οποία προκαλείται εξ αιτίας της εισόδου ευμεγέθους χολόλιθου εντός του εντέρου.

(Τούντα, σε. 875 παρ.α') Αντιστοιχεί σε ποσοστό 2% του συνόλου των αποφράξεων του λεπτού εντέρου. Ο λίθος βρίσκεται συνήθως στο κάτω άκρο του ειλεού, που αποτελεί το στενότερο τμήμα του φυσιολογικού εντέρου, λίθοι όμως μπορεί να ενσφηνωθούν στο πυλωρό, στο δωδεκαδάκτυλο, στη νήστιδα ή στο παχύ έντερο. Ο ειλεός από χολόλιθους είναι νόσος των ηλικιωμένων. Η μέση θνησιμότητα είναι 30% ενώ το ποσοστό υποτροπής ειλεού από χολόλιθους είναι 10 ως 15 τοις εκατό. (HARRISON σελ.1997, παρ. β')

Ε ι λ ε θ ς α π ό μ η κ ώ ν ι ο : εμφανίζεται στη βρεφική ηλικία με συμπτώματα ατρησίας του εντέρου. Πρόκειται για εκδηλώσεις της ινοκυστικής νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές ο τελικός ειλεός, ο οποίος είναι μικρής διαμέτρου, αποφράσσεται από πήγματα μηκωνίου, ενώ το αμέσως κεντρικότερο τμήμα διατείνεται και περιέχει κολλώδες μηκόνιο, το οποίο πάλι περιέχει μια παθολογική βλενοπρωτεΐδη. Το κεντρικό προς την απόφραξη τμήμα του εντέρου είναι λίγο διατεταμένο και περιέχει λεπτόρευστο μηκόνιο (Τούντα σελ. 875 παρ.α´)

Ε γ κ ο λ ε α σ μ ό ς : καλείται η είσοδος και προώθηση ενός κεντρικού συνήθως τμήματος εντέρου εντός του αυλού του περιφερικού. Εάν αντιστρόφως, το περιφερικό τμήμα εισέλθει εντός του κεντρικού, ο εγκολεασμός λέγεται ανάδρομος. Το τμήμα του εντέρου το οποίο εισέρχεται καλείται εγκολεάζον, ενώ το τμήμα το οποίο υποδέχεται το εγκολεάζον λέγεται εγκολεαζόμενο. Ανάλογα με το τμήμα του εντέρου το οποίο αφορά ο εγκολεασμός, διακρίνεται σε :α)ειλεοειλεϊκό β)ειλεοτυφλικό γ)κολοκολικό. Επίσης είναι δυνατόν να προκαλέσει εγκολεασμό η απόφραξη του MECKEL, κυρίως σε ενήλικες.

Ο εγκολεασμός αφορά κυρίως την παιδική ηλικία και εκδηλώνεται με συμπτώματα πρωϊμης εντερικής απόφραξης. (Τούντα,σελ. 874-875).



Τα διάφορα αίτια του μηχανικού ειλεού σχηματίζονται: Α περίσφιξη κήλης, Β ειλεός από συμφύσεις, Γ περιστροφή εντερικής έλικας, Δ καρκίνος εντέρου, Ε ειλεός από απόφυση του ΜΕΚΚΕΛ, Ζ εγχολεασμός, Η ειλεός από χολόλιθους, Θ ειλεός από κόπρανα, Ι ειλεός από ξένο σώμα. (Βασώνη, σελ. 196)

ΔΥΝΑΜΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ

Ο δυναμικός ή σπαστικός ειλεός είναι πολύ σπάνιος και οφείλεται σε υπερβολική και παρατεταμένη συστολή του εντέρου. Συχνά συνδέεται με τοξικές καταστάσεις, όπως σε περίπτωση δηλητηριάσεως από βαρέα μέταλλα. Επίσης έχει παρατηρηθεί σε κορφυουρία και σε εκτεταμένες εντερικές εξελκώσεις. (HARRISON, σελ. 1922, παρ. α')

ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ή ΑΔΥΝΑΜΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ

Τα αίτια τα οποία προκαλούν παραλυτικό ειλεό είναι ποικίλα, τα οποία δι'αντανεκλαστικού μηχανισμού, προκαλούν αναστολή των εντερικών κινήσεων. (Τούντα, σελ. 877, παρ α').

Νευρογενής : Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο παραλυτικός ειλεός προκαλείται από την ορμονική συνιστώσα του συμπαθο-επινεφριδικού συστήματος. (HARRISON, σελ. 1921, παρ.β')

Οι διατάσεις σπλάγχνων, όπως η ουροδόχος ή χοληδόχος κύστη ή ο κολικός του ήπατος ή των εντέρων είναι δυνατόν να προκαλέσουν αναστολή της εντερικής κινητικότητας. (ΤΟΥΝΤΑ,σελ. 877 παρ. α')

Χυμικά : Πιθανολογείται η ύπαρξη ορισμένου παράγοντα, αγνώστου μέχρι σήμερα, ο οποίος προκαλεί αναστολή των κινήσεων του εντέρου.

Μεταβολικά : Αυτά τα αίτια έχουν σχέση με την διαταραχή του ύδατος και των ηλεκτρολυτών και κυρίως η υποκαλιαιμία η οποία διαταράσσει την φυσιολογική ανταλλαγή ιόντων κατά την μυϊκή συστολή (ΤΟΥΝΤΑ ,σελ. 877 , παρ. α')

Ο αδυναμικός ειλεός εμφανίζεται μετά από οποιοδήποτε τραυματισμό του περιτοναίου και η σοβαρότητα και η διάρκειά του θα εξαρτηθούν σε κάποιο βαθμό από τον τύπο της περιτοναϊκής βλάβης. Το υδροχλωρικό οξύ, το περιεχόμενο του κόλου και τα παγκρεατικά ένζυμα συγκαταλέγονται ανάμεσα στις πιο ερεθιστικές ουσίες, ενώ το αίμα και τα ούρα λιγότερο. Επίσης εμφανίζεται σε κάποιο βαθμό μετά από μια εγχείρηση στην κοιλιά και η σοβαρότητά του είναι ευθέως ανάλογη προς το βαθμό χειρισμού του εντέρου και τη διάρκεια της εγχείρησης.

Συνήθως διαρκεί 2 ως 3 μέρες μετά από τις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις. Τα οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα που ιδιαίτερα σχετίζονται με κάταγμα σπονδύλου, προκαλούν συνήθως βαρύ αδυναμικό ειλεό. Οι νόσοι του θώρακα, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η πνευμονία του κάτω λοβού, τα κατάγματα των πλευρών και το έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλούν συχνά αδυναμικό ειλεό. Τέλος η ισχαιμία του εντέρου, είτε είναι αποτέλεσμα αποφράξεως αγγείων είτε διατάσεως του εντέρου, μπορεί να διακινήσει έναν αδυναμικό ειλεό. (HARISON, σελ. 1921, παρ. α').

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Απλή απόφραξη

Κεντρικά της αποφράξεως συλλέγονται αέρας και υγρά, ενώ ο αυλός του εντέρου διατείνεται προσδευτικά. Ο αέρας προέρχεται : α) ποσοστό 70 ως 80 τοις εκατό από αέρα που έχει καταπωθεί β) από διοξείδιο του άνθρακα, το οποίο σχηματίζεται από την εξουδετέρωση των διττανθρακικών και γ) από οργανικά αέρια που σχηματίζονται από βακτηρίδια. Επειδή το άζωτο του καταπινόμενου αέρα είναι αυτό το οποίο δεν απορροφάται από το έντερο, ο αέρας αυτός αποτελείται κυρίως από άζωτο (70%). (ΤΟΥΝΤΑ, σελ. 877 παρ. β')

Η συσσώρευση υγρού πιο ψηλά από το σημείο απόφραξης οφείλεται στη λήψη υγρών, την κατάποση σιέλου, το γαστρικό υγρό τη χολή, τις εκκρίσεις του παγκρέατος, καθώς και στις διαταραχές της φυσιολογικής διακίνησης νατρίου και ύδατος. Κατά

τις πρώτες 12 ως 21 ώρες της απόφραξης παρατηρείται καταστολή της διακίνησης νατρίου και συνεπώς ύδατος από τον αυλό του εντέρου στο αίμα, στο τμήμα του εντέρου που έχει υποστεί διάταση, πιο πάνω από την απόφραξη. Μετά 24 ώρες παρατηρείται επίσης μετακίνηση νατρίου και ύδατος προς τον αυλό, που προκαλεί ακόμα πιο μεγάλη διάταση και απώλεια υγρών. Η ενδοαυλική πίεση αυξάνεται από τη φυσιολογική τιμή των 2 ως 4 εκ. ύδατος σε 8 ως 10 εκ.

Κατά την περίπτωση όταν υπάρχει απλή απόφραξη ή "κλειστή έλικα", οι πιέσεις φτάνουν τα 30 ως 60 εκ. ύδατος. Η απόφραξη κλειστής έλικας του λεπτού εντέρου εμφανίζεται όταν ο αυλός αποφράσσεται σε δύο σημεία από ενιαίο μηχανισμό όπως είναι ο δακτύλιος κήλης ή συμφυτική ταινία προκαλώντας κλειστή έλικα με σύγχρονη παρακώλυση της αιματώσεώς της. Με την διαταραχή της αιμάτωσης του τοιχώματος του εντέρου και ειδικά όταν η διάταση είναι πολύ μεγάλη, επέρχεται νέκρωση αυτού.

Η σειρά των γεγονότων αυτών όμως είναι σπάνια στο λεπτό έντερο (HARRISON, σελ. 1922, παρ. α')

Ο ειλεός αναλόγως του ύψους της εντερικής απόφραξης διακρίνεται σε υψηλό και χαμηλό. Οι μεταβολικές διαταραχές εξαρτώνται από το ύψος του ειλεού και την διάρκεια του.

Σε υψηλό ειλεό έχουμε εκσεσημασμένη απώλεια ύδατος, K^+ , Cl^- , H^+ και Na^+ λόγω εμέτων, με αποτέλεσμα την ταχεία αφυδάτωση, υποχλωραιμία, υποκαλιαιμία και μεταβολική αλκάλωση.

Σε χαμηλό ειλεό οι έμετοι επέρχονται αργότερα και είναι αραιότεροι. Παρά την απώλεια υγρών εντός του εντερικού αυλού, ο οποίος είναι πλέον νεκρός χώρος, οι επερχόμενες διαταραχές ύδατος και οξεοβασικής ισορροπίας είναι λι-

γότερο εκσεσημασμένες. (Τούντα, σελ. 877-878, παρ. β´)

- Και στη μία περίπτωση και στην άλλη, εφ´όσον η αφυδάτωση δεν διορθωθεί, επέρχεται αιμοσυμπύκνωση, μειωμένος όγκος αίματος, νεφρική ανεπάρκεια καταπληξία και θάνατος. (HARRISON, σελ. 1922, παρ. α´)

Επι πλέον η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσεως δυσκολεύει την επιστροφή του αίματος από τα κάτω άκρα και επιδεινώνει την ολιγαιμία. (Τούντα, σελ. 878, παρ. γ´)

Αυτή η διάταση του εντέρου προκαλεί επίσης ανύψωση του διαφραγματος με συνέπεια τον περιορισμό του αερισμού των πνευμόνων και επακόλουθη ατελεκτασία.

Τέλος με τη διαταραχή της αιματώσεως προκαλείται διεύσδυση μικροβίων με αποτέλεσμα περιτονίτιδα.

Ο έμετος, η συσώρευση υγρών μέσα στον αυλό, με τους μηχανισμούς που αναφέρθηκαν και η δέσμευση υγρού μέσα στο οιδηματώδες τοίχωμα του εντέρου και την περιτοναϊκή κοιλότητα λόγω της βλάβης της φλεβικής ροής από το έντερο, συντελούν στην μαζική απώλεια υγρού και ηλεκτρολυτών. Μόλις εμφανισθεί εμπόδιο στη φλεβική ροή το έντερο εμφανίζει μεγάλη συμφόρηση και το αίμα αρχίζει να διηθείται μέσα στον αυλό του εντέρου. Η απώλεια αίματος μπορεί να φθάσει σε σημαντικά επίπεδα όταν προσβάλλονται μεγάλα τμήματα του εντέρου (HARRISON, σελ.1922, παρ. α´)

Ισχαιμική απόφραξη

Όταν η απόφραξη συνδιάζεται και με μείωση της κυκλοφορίας του αίματος του εντέρου τοπικώς, αυτή μετατρέπεται από απλή

σε ισχαιμική. Είναι δε δυνατόν η ισχαιμία αυτή να επέλθει είτε λόγω πίεσεως των τριχοειδών του εντερικού τοιχώματος από την αυξημένη διάταση του αυλού, είτε λόγω πίεσεως των αγγείων του μεσεντερίου από το αίτιο που προκαλεί την απόφραξη (π.χ. συμφύσεις, συστροφή του εντέρου κλπ.)

Η ισχαιμική απόφραξη, εκτός από τις παθοφυσιολογικές διαταραχές που περιγράφηκαν, συνεπάγεται και απώλεια πλάσματος και αίματος μέσα στον αυλό του εντέρου, ιδιαίτερα όταν η απόφραξη αφορά την φλεβική ροή.

Αυτή η απώλεια επιδεινώνει την υπάρχουσα ολιγαιμία και οδηγεί γρήγορα σε ολιγαιμική καταπληξία.

Επιπρόσθετα η αρχόμενη νέκρωση του εντερικού αυλού επιτρέπει την διαπίδυση μικροβίων και τοξικών προϊόντων προς την περιτοναϊκή κοιλότητα και την πρόκληση περιτονίτιδας. Τέλος επέρχεται πλήρης νέκρωση και διάτρηση του εντέρου. (Τούντα, σελ. 878-879, παρ. β')

Ποσοστό περίπου 75% των περιπτώσεων που εμφανίζουν ισχαιμική απόφραξη, οφείλονται σε απόφραξη της άνω μεσεντέριας αρτηρίας από εμβολή ή αθηρωσκληρωτική στένωση. Ένα πρόσθετο ποσοστό 15% των περιπτώσεων οφείλεται σε μη αποφρακτική ισχαιμία, μια κατάσταση που εμφανίζεται συνήθως σε ηλικιωμένους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια που λαμβάνουν γλυκοζίδες της δακτυλίτιδας (όπως έχει αποδειχθεί τα φάρμακα αυτά μειώνουν την αιμάτωση των σπλάγχχνων). Ασθενής με βαριά καρδιοπάθεια, ιδιαίτερα με μαρμαρυγή των κόλπων, που παραπονείται για κοιλιακό πόνο, πρέπει να θεωρηθεί ότι πάσχει από εντερική ισχαιμία ώπου να αποδειχθεί το αντίθετο. (HARRISON, σελ. 1924, παρ. α').

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. ΑΠΛΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

α. Συμπτωματολογία

Η μηχανική απόφραξη του λ ε π τ ο ύ ε ν τ έ ρ ο υ χαρακτηρίζεται από κραμποειδή μεσοκοιλιακό άλγος που εμφανίζει την τάση να γίνεται πιο έντονο όσο ψηλότερα βρίσκεται, ο πόνος εμφανίζεται κατά παροξυσμούς και ο ασθενής αισθάνεται σχετικά άνετα στα μεσοδιαστήματα. Συχνά παρατηρούνται από τον ασθενή έντονα βορβορυγμοί ταυτόχρονα με τους παροξυσμούς του πόνου. Ο πόνος μπορεί να γίνει λιγότερο έντονος με την πρόοδο της διάσσεως, ίσως γιατί η κινητικότητα περιορίζεται στο οιδηματώδες έντερο.

Όταν υπάρχει στραγγαλισμός του εντέρου, ο πόνος είναι συνήθως εντοπισμένος και μπορεί να είναι σταθερός και έντονος χωρίς κωλικοειδή συνιστώσα, γεγονός που συχνά προκαλεί καθυστέρηση στη διάγνωση της απόφραξης.

Ο έμετος είναι σχεδόν αναπόφευκτος και είναι τόσο πρωϊμότερος και περισσότερο ογκώδης, όσο ψηλότερα βρίσκεται η απόφραξη. Στα εμέσματα αρχικά περιέχονται χολή και βλένα που διατηρούνται σταθερά όταν η απόφραξη βρίσκεται ψηλά στο έντερο. Στην περίπτωση χαμηλής απόφραξης του ειλεού ο έμετος γίνεται κοπρανώδης, δηλ. χροιάς πορτοκαλοκάστανης με άσχημη οσμή, που οφείλεται στην υπερανάπτυξη βακτηριδίων κοντά στην απόφραξη. (HARRISON σελ. 1922, παρ. β')

Ο λόξυγγας είναι συνηθισμένος

Η επίμονη δυσκοιλιότητα και η μη διέλευση αερίου από το ορθό υπάρχουν πάντα όταν η απόφραξη είναι πλήρης, αν και μερικά κόπρανα και αέριο μπορεί να διέλθουν αυτόματα ή

μετά από ένεμα , λίγο μετά την έναρξη της πλήρους αποφράξεως.

Μερικές φορές παρατηρείται διάρροια σε περίπτωση μερικής απόφραξεως

Αίμα στα κόπρανα είναι σπάνιο ακόμα και στον ασθενή με πλήρη απόφραξη, εμφανίζεται όμως σε περιπτώσεις γκολεασμού. (HARISON , σελ. 1923, παρ.α')

Η μηχανική απόφραξη του παχέως εντέρου προκαλεί κωλικοειδή κοιλιακό πόνο που μοιάζει με τον πόνο της αποφράξεως του λεπτού εντέρου αλλά πολύ μικρότερης έντασης.

Ο έμετος εμφανίζεται αργά ή και ελλείπει, ιδιαίτερα αν η ειλεοτυφλική βαλβίδα εμφανίζει επαρκή λειτουργικότητα. Περιέργως ο κοπρανώδης έμετος είναι πολύ σπάνιος.

Η δυσκοιλιότητα επιτείνεται προσδευτικά, ακολουθεί δε επίμονη δυσκοιλιότητα με ανικανότητα διέλευσης αερίων.

Οξία συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας.

Στον αδυναμικό ειλεό δεν παρατηρείται κωλικοειδής πόνος αλλά μόνο δυσφορία από διάταση.

Ο έμετος μπορεί να είναι συνηθισμένος αλλά σπάνια είναι άφθονος. Συνήθως αποτελείται από γαστρικό περιεχόμενο και χολή και δεν είναι σχεδόν ποτέ κοπρανώδης.

Μπορεί να εμφανιστεί ή και να μην εμφανιστεί πλήρως επίμονη δυσκοιλιότητα.

Ο λόξυγας είναι πολύ συνηθισμένος: (HARISON, σελ. 1923, παρ. α').

β. Κλινικά σημεία

Στην κλινική εξέταση διαπιστώνεται κατά την επισκόπηση διάταση της κοιλιάς. Σε ισχνά άτομα είναι δυνατόν να διαγράφονται και τα περισπαλτικά κύματα πάνω στα κοιλιακά τοιχώματα.

Κατά την ψηλάφιση υπάρχει διάχυτη ευαισθησία στην κοιλιά. Θα πρέπει επίσης να προσπαθήσουμε να διαπιστώσουμε τυχόν ύπαρξη κυλών ή ενδοκοιλιακής μάζας.

Κατά την επίκρουση έχουμε διάχυτη τυμπανικότητα.

Κατά την ακρόαση , επί δυναμικού ειλεού , διαπιστώνουμε την ύπαρξη έντονων περισταλτικών κυμάτων. Η έλλειψη αυτών υποδηλώνει είτε αδυναμικό ειλεό είτε μετάπτωση του δυναμικού σε αδυναμικό. Θα πρέπει όμως να προσέξουμε ώστε τους ήχους που παράγονται από την πρόσκρουση των διατεταμένων εντερικών ελίκων μεταξύ τους, να μην τους λάβουμε σαν περισταλτισμό.

Η δακτυλική εξέταση του ορθού και ορθοστίγμοειδοσκόπηση θα πρέπει απαραίτητα να γίνουν. Αναζητούμε την ύπαρξη ενδοαυλικών ή εξωαυλικών όγκων καθώς και την παρουσία κοπράνων. Η ύπαρξη κοπράνων μαζί με αίμα υποδηλώνει βλάβη στον εντερικό βλενογόνο ως νεόπλασμα, ισχαιμική απόφραξη ή εγκολοασμό. (Τούντα , σελ. 879-880, παρ. β´)

Τέλος γίνεται παρακολούθηση ζωτικών σημείων καθώς και της κατάστασης των υγρών για ενδείξεις ελάττωσης του όγκου των εξωκυττάρων υγρών, SHOCK ή σηπτικής κατάστασης. Αν η απόφραξη είναι περισφυγμένη και γαγγραινοποιηθεί, ο πόνος θα επιδεινωθεί, θα αναπτυχθεί ταχυκαρδία, η θερμοκρασία θα ανέβει και η αρτηριακή πίεση θα πέσει. Αν η περισφυγμένη απόφραξη διατηρηθεί , θα προκληθεί σηπαιμική κατάσταση, που θα εκδηλωθεί με ωχρότητα, εφίδρωση , ψυχρά και κολλώδη άκρα

ταχυκαρδία, υπόταση και αποπροσανατολισμό. (Σαχίνη, σελ. 496 παρ. α').

γ. Εργαστηρικά ευρήματα

Η λευκοκυττάρωση παρουσιάζεται συνήθως όταν υπάρχει στραγγαλισμός του εντέρου, ο φυσιολογικός όμως αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν αποκλείει τον στραγγαλισμό. (HARRISON, σελ. 1923 παρ. γ')

Θα πρέπει να λαμβάνονται και να προσδιορίζονται συχνά χρονικά διαστήματα όλες οι παράμετροι που διαταράσσονται, όπως η γενική αίματος, κρεατινίνη αίματος, αιματοκρίτης, η γενική ούρων, ποσότητα και ειδικό βάρος ούρων, οι ηλεκτρολύτες, οι διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας. (Τούντα, σελ. 881, παρ.α').

δ. Ακτινολογικά ευρήματα

Η απλή ακτινογραφία της κοιλίας σε όρθια θέση και όταν είναι κατακεκλισμένος ο ασθενής σε πλάγια θέση, είναι αρκετά διαφωτιστική. Στην ακτινογραφία διαπιστώνεται η ύπαρξη χαρακτηριστικών υδραερικών επιπέδων. (Τούντα σελ. 880, παρ. β').

Στη μη στραγγαλιστική πλήρη απόφραξη του λεπτού εντέρου, οι ακτινογραφίες είναι αρκετά αξιόπιστες. Εμφανίζεται διάταση των ελίκων του λεπτού εντέρου οι οποίες είναι γεμάτες με υγρό και αέρα και διατεταγμένες σε "κλιμακοειδές" σχέδιο. Στη στραγγαλιστική απόφραξη εμφανίζεται γενική θόλωση που οφείλεται στην παρουσία υγρού στο περιτόναιο. Μερικές φορές

εμφανίζεται μάζα σχήματος "κόκκων καφέ". Η ακτινολογική διαφοροποίηση μερικής μηχανικής αποφράξεως από τον αδυναμικό ειλεό μπορεί να είναι αδύνατη γιατί υπάρχει αέριο και στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Εν τούτοις η χρόνια διάταση του παχέως εντέρου είναι συνήθως περισσότερο προφανής στον αδυναμικό ειλεό. Ακτινοσκοπική ουσία που χορηγείται από το στόμα χρησιμεύει στο να γίνει αυτή η διάκριση.

Η απόφραξη του παχέως εντέρου με ειλεοτυφλική βαλβίδα που να λειτουργεί καλά αναγνωρίζεται εύκολα, γιατί η διάταση από αέριο περιορίζεται κυρίως στο κόλον. Το ένεμα βαρίου συνιστάται συνήθως για να προσδιορισθεί η φύση της βλάβης εκτός αν υπάρχει υποψία ταυτόχρονης διατήσεως, γεγονός σπάνιο.

Το βάριο που δίνεται από το στόμα είναι εντελώς ακίνδυνο όταν η απόφραξη βρίσκεται στο λεπτό έντερο γιατί το θειικό βάριο δεν παγιδεύεται σ' αυτό το σημείο. Δεν πρέπει ποτέ να χορηγείται βάριο από το στόμα σε ασθενή με πιθανή απόφραξη του παχέως εντέρου, ώσπου να αποκλεισθεί αυτή η πιθανότητα με ένεμα βαρίου. (HARRISON, σελ. 1923, παρ. γ').

2. ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

α. Συμπτωματολογία

Στην ισχαιμική απόφραξη το άλγος από κωλικοειδές είναι μάλλον συνεχές και διάχυτο.

Οι έμετοι ή οι κένώσεις ενδέχεται να περιέχουν μικροσκοπικώς ή μακροσκοπικώς αίμα.

β. Κλινικά σημεία

Κατά την επίκρουση επι διατρήσεως διαπιστώνεται τυμπανικότητα του δεξιού υποχονδρίου.

Κατά την ψηλάφιση έχουμε διάχυτη ευαισθησία ή σημεία τοπικής περιτονίτιδας και ισχυρό τοπικό άλγος μετά συσπάσεων στο σημείο όπου αντιστοιχεί η νέκρωση.

Από την γενική εξέταση διαπιστώνεται πυρετός, σημεία γενικευμένης περιτονίτιδας και έντονη ολιγαίμια.

γ. Εργαστηριακή ευρήματα

Ενδεικτικά σημεία της ισχαιμικής αποφράξεως είναι η ύπαρξη λευκοκυττάρωσης δυσανάλογης προς την αιμοσυμπύκνωση, αύξηση του αριθμού των πολυμορφοπύρηνων, καθώς και η μικροσκοπική ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα εμέσματα.

δ. Ακτινολογικά ευρήματα

Είναι παρεμφερή με τα ευρήματα της απλής αποφράξεως, εκτός εάν επέλθει διάτρηση του νεκρωθέντος λεπτού, οπότε προτίθεται ενδοπεριτοναϊκή (υποδιαφραγματική) ύπαρξη αέρα και εξαφάνιση της ηπατικής σκιερότητας. (Τούντα, σελ. 881 παρ. β').

Μερικές φορές το ένεμα βαρίου είναι χρήσιμο αν η βλάβη περιορίζεται στο παχύ έντερο και εμφανίζει χαρακτηριστικό "αποτύπωμα αντίχειρα" που παριστάνει οιδηματώδεις και αιμορραγικές πτυχές του βλενογόνου, συνηθέστερα στην περιοχή της

σπληνικής καμπής.

Επίσης η εκλεκτική αγγειογραφία είναι συνήθως διαγνωστική στην ισχαιμική απόφραξη. (HARRISON , σελ. 1924, παρ. α').

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει βασικώς μεταξύ μηχανικού και αδυναμικού ειλεού. Αυτή θα στηριχθεί κυρίως στην κλινική συμπτωματολογία και στα κλινικά ευρήματα .Επίσης είναι δυνατόν η απλή εντερική απόφραξη να παρέχει παρόμοια συμπτώματα με την οξεία παγκρεατίτιδα ενώ η ισχαιμική απόφραξη με την αιμορραγική παγκρεατίτιδα και την θρόμβωση των μεσεντερίων αγγείων.

Τέλος θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από τις διάφορες μορφές ψευδοαποφράξεως: α) του παχέως εντέρου, στα ηλικιωμένα άτομα, λόγω δυσκινησίας ή μυξοιδήματος ή γαγγλιοπληγικών φαρμάκων ή υποκαλιαιμίας και β) του λεπτού εντέρου, σε νοσήματα του κολλαγόνου ή σασχαρώδη διαβήτη. (Τούντα , σελ. 881 παρ. γ').

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μηχανικός ειλεός

Στην θεραπεία του αποφρακτικού (μηχανικού)ειλεού διακρίνουμε δύο σκέλη : την προετοιμασία και την εγχείρηση.

Προετοιμασία: Η κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή έκβαση της επεμβάσεως.

θα πρέπει όμως να ρυθμίσουμε καλά τον χρόνο αναμονής, ώστε να μην μεταπέσει η απόφραξη από απλή σε ισχαιμική, οπότε η πρόγνωση είναι πολύ βαριά. (Τούντα, σελ. 882, παρ. β').

α) Ρινογαστρική αναρρόφηση: θα πρέπει να τοποθετηθεί σε κάθε ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας για να ελαττώνεται η ποσότητα του αέρα και των υγρών, τα οποία προωθούνται περιφερικά και έτσι να μειωθεί η εντερική διάταση. Σε βαρύτερες περιπτώσεις ή εφ' όσον ο χρόνος αναμονής είναι μεγάλος, είναι σκόπιμη η διεκβολή ενός ειδικού σωλήνα (MILLER-ABBOTT ή του CANTOR) εντός του λεπτού εντέρου για την κένωσή του. Γι' αυτό όμως απαιτείται πείρα και χρόνος.

β) Ρύθμιση ύδατος και ηλεκτρολυτών : για την ρύθμιση αυτή λαμβάνουμε υπ' όψιν :

1. την πηγή απώλειας ύδατος και ηλεκτρολυτών.
2. Την διάρκεια του ειλεού. Έτσι υπολογίζεται ότι σε πρόσφατη απόφραξη είναι αρκετή η χορήγηση 1,5 λίτρον διαλύματος υγρών. Όταν η κλινική και ακτινολογική εικόνα είναι ήδη εγκατεστημένες τότε απαιτούνται 3 λίτρα υγρών. Με την πάροδο ενός 24 ώρου από την εγκατάσταση του ειλεού απαιτούνται 4 ως 6 λίτρα και σε ολιγαιμική καταπληξία 6 ως 8 λίτρα.
3. Το ύψος της απόφραξης: Επί υψηλού ειλεού, όπου έχουμε κυρίως εμέτους και απώλεια γαστρικού υγρού, χορηγούμε ισότονα διαλύματα NaCl, ενώ η προκαλούμενη μεταβολική αλκάλωση συνήθως αυτορυθμίζεται μέσω της νεφρικής λειτουργίας. Σε βαρύτερες περιπτώσεις απαιτείται προσδιορισμός των παραμέτρων της οξεοβασικής ισορροπίας και ρύθμιση.

Επί χαμηλού ειλεού η απώλεια όξινων υγρών του στομάχου αντισταθμίζεται κάτω από την απώλεια των ειλικλικών εντερικών υγρών.

4. Το είδος της απόφραξης : Σε ισχαιμικό ειλεό εκτός από τα παραπάνω έχουμε και απώλεια πλάσματος και αίματος τα οποία θα πρέπει να αντικατασταθούν, εφόσον ο ασθενής δεν ρυθμίζεται με την συνηθισμένη αγωγή.

5. Την νεφρική και καρδιαγγειακή λειτουργία : Επί ολιγουρίας θα πρέπει να χορηγηθούν τα ελλείποντα υγρά, έτσι ώστε να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός ρυθμός διουρήσεως, δηλ. 30 ως 60ML/H. Επίσης αναβάλλεται η χορήγηση K^+ μέχρι την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Σε καρδιοπαθείς η χορήγηση Na^+ επιβάλλεται να γίνεται μετά προσοχής, λόγω της κατακρατήσεως υπ' αυτού ύδατος. Η χορήγηση των υπολογιζομένων υγρών γίνεται ως εξής: τα 2/3 αυτών χορηγούνται κατά τον χρόνο προετοιμασίας του ασθενούς ενώ το 1/3 αργότερα.

Τα χορηγούμενα υγρά είναι καλλίτερα να χορηγούνται υπό μορφή σακχαρούχου διαλύματος 5% μέσα στο οποίο διαλύονται τα υπολογιζόμενα ποσά ηλεκτρολυτών.

Σημειώνουμε ότι οι πρώτες τιμές τόσο της ΗΒ όσο και των ηλεκτρολυτών του αίματος δεν είναι αξιόπιστες, λόγω της συνυπάρχουσας αιμοσυμπύκνωσης.

Η Κ.Φ πίεση μπορεί να μας κατατοπίσει, εφόσον δεν υπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια, για τυχόν έλλειψη υγρών, όχι όμως για την ποσότητα.

γ) Γενικά μέτρα .Σ' αυτά περιλαμβάνονται :

1. Η χορήγηση αντιβιοτικών. Προφυλακτική χρήση αυτών δεν είναι απαραίτητη σε απλή απόφραξη, ενώ θεωρείται αναγκαία επί ισχαιμικής αποφράξεως.

Έτσι χορηγούνται : κρυσταλική πενικιλίνη G σε δόση 40 ως

50 εκατομ. U ανά 24ώρο, μετά χλωραμφαινικόλης, σε δόση 3-4 G ημερησίως ή επαρκείς δόσεις ευρέος φάσματος αντιβιοτικών (Π.χ αμπικιλλίνη : 3G|ημέρα, κεφαλοσπορίνες : 2G|ημέρα , γενταμυκίνη: 320 MG|ημέρα κλπ)

2. Η υποστήριξη της καρδιακής λειτουργίας, η οποία συνιστάται ιδιαίτερα σε γηραιά άτομα και καρδιοπαθείς και η οποία συνίσταται σε ταχύ δακτυλιτιδισμό.

3. Η χορήγηση παυσίπονων , η οποία ενδείκνεται μόνο μετά την διάγνωση , για την ανακούφιση του ασθενούς αλλά και για την επίτευξη καλύτερης αναπνοής.

(Τούντα, σελ. 882-883-884-885)

Εγχείρηση: Η χειρουργική θεραπεία είναι απαραίτητη για τη λύση των περισσότερων μηχανικών αποφράξεων.

α. Η χειρουργική αποσυμπίεση είναι ένα ανακουφιστικό μέτρο που εφαρμόζεται όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε κατάσταση τέτοια, που δεν μπορεί να υποστεί περισσότερο εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση. Γίνεται ένα άνοιγμα στο έντερο και εισάγεται σωλήνας στο τυφλό, που φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα.

β. Εκτομή εντέρου γίνεται όταν το πάσχον έντερο μπορεί να αφαιρεθεί και να γίνει τελικό-τελική αναστόμωση.

γ. Κολοστομία , που είναι το άνοιγμα διεξόδου για το εντερικό περιεχόμενο, με τομή του κόλου και εκστόμωσή του στο κοιλιακό τοίχωμα.

1) Παροδική αγκυλωνή κολοστομία γίνεται όταν υπάρχει ελπίδα ότι το περιφερικό τμήμα του κόλου θα επουλωθεί και η κανονική λειτουργία του θα αποκατασταθεί , αν ξεκουραστεί (εκκολπωματίτιδα , τραύμα.)

2) Μόνιμη κολοστομία γίνεται πιο συχνά όταν υπάρχει καρκί-

νος κοντά στον πρωκτικό σφιγκτήρα. Γίνεται εκτομή του περιφερικού τμήματος του κόλου και του ορθού και εκστόμωση του κεντρικού τμήματος του κατιόντος κόλου.

(Σαχίνη σελ. 497, παρ. β')

Η εγχείρηση θα πρέπει να γίνει αμέσως για να αποκατασταθούν οι παθοφυσιολογικές διαταραχές του ασθενούς ενώ η επέμβαση θα είναι ανάλογη με το αίτιο (Πίνακας II.)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εξωτοιχωματικά

Συμφύσεις

Ενδοκοιλιακοί όγκοι

Συστροφές

Καθήλωση σε εκτεταμένους όγκους

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

Λύση συμφύσεων. Εντεροπύχωση (: X

Αφαίρεση

Ανάταξη-εκτομή επί ισχαιμίας

Εκτομή ή παράκαμψη

Τοιχωματικά

Ατρησία

Συγγενή πυλωρική στένωση

Κακοήθης στένωση εντέρου

Καλοήθης στένωση (CROHN)

Καρκίνωμα αριστερού κόλου

Πλαγιοπλάγια παράκαμψη

Πυλωρομυοτομή

Εκτομή -αναστόμωση

Τοπική εκτομή-αναστόμωση

Τρία στάδια :α) πρόσκαιρη

κολοστομία β) εκτομή-αναστό-

μωση γ) σύγκλιση κολοστομίας

Καρκίνωμα δεξιού κόλου

Δεξιά κολεκτομή σε ένα χρό-

νο ή σε δύο χρόνους:α) Ειλεο-

κολική παράκαμψη β) Εκτομή-

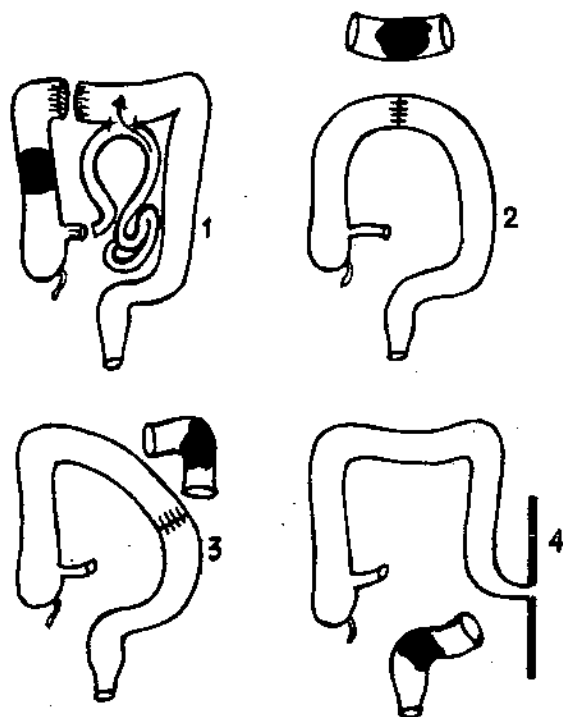
αναστόμωση.

ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



Εικ. 23-9. Δακτυλιοειδής περίσφιξη του όρθου από καρκίνο, σε άτομο 22 ετών. Ἀπεβίωσε 8 μήνες μετά τή διάγνωση καί ἐγχείρηση.

Εικ. 23-10. «Παρά φύσιν» ἔδρα.



Εικ. 23-11. Τό κρὸς ἐξαίρεση τμήμα τοῦ παχέος ἐντέρου καί οἱ διάφορες ἐγχειρήσεις, ἀνάλογα μέ τήν ἐντόπιση τοῦ ὄγκου.

1. Ἐξαίρεση τοῦ ἀνιόντος κόλου καί εἰλεοσυγκασία ἀναστόμωση.
- 2., 3. Ἐντόπιση στό ἐγκάρσιο κόλο καί τήν ἀριστερή κολική καμπή.
4. Ἐντόπιση στό ὄρθο, ἐξαίρεση του, καί «παρά φύσιν» ἔδρα.

Ενδοαυλικά

Πολύποδες

Ξένο σώμα

Εγκολεασμός

Τοπική αφαίρεση

Εντεροτομή -αφαίρεση

Ανάταξη ή εκτομή και
αναστόμωση, επί ισχαι-
μίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ (Τούντα σε. 886)

Η αναβολή της εγχείρησης εξαιτίας υποκείμενης βελτίωσης της κατάστασης του ασθενή κατά την αναβίωση και τη γαστρική αποσυμπύεση οδηγεί συνήθως σε άσκοπη και επικίνδυνη καθυστέρηση για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Η αμιγής μη εγχειρητική θεραπεία είναι ακίνδυνη μόνο σε περίπτωση ατελούς αποφράξεως και είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται σε ασθενής με:

α) επανειλημμένα επεισόδια μερικής αποφράξεως

β) πρόσφατη μετεγχειρητική μερική απόφραξη και

γ) μερική απόφραξη μετά από πρόσφατο επεισόδιο διάχυτης περιτονίτιδας. (HARRISON, σελ. 1924, παρ. β')

Παραλυτικός ειλεός

Η αγωγή εφόσον δεν υπάρχει φλεγμονώδης εστία που να απαιτεί εγχείρηση, είναι συντηρητική και συνίσταται:

α) στην τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, η προώθηση του οποίου είναι δύσκολη λόγω έλλειψης των περισταλτικών κινήσεων. Εξαίρεση αποτελεί ο καθετήρας CANTOR ο οποίος προωθείται αυτομάτως λόγω του βάρους του.

β) στην αποκατάσταση του υδατος και των ηλεκτρολυτών και
γ) στην φαρμακευτική υποστήριξη. Χορηγούμε φάρμακα, εφ' όσον αποκλεισθεί η μηχανική απόφραξη, προς αύξηση του περισταλτισμού. Αυτά είναι δύο κατηγοριών:

I) παρασυμπαθητικομιμητικά (PROSTIGMINE, NEOSTIGMINE, 5MG)

II) αναστολείς των α και β συμπαθητικών υποδοχέων (γουανεθιδίνη = ISMELINE)

Το θεραπευτικό σχήμα έχει ως εξής: Ο ασθενής βρίσκεται κλινήρης. Χορηγούνται ενδοφλεβίως 20MG γουανεθιδίνης, με ρυθμό 1MG|2MIN, υπό έλεγχο ανά 5λεπτο της αρτηριακής πίεσης, λόγω του κινδύνου υπότασης και ταχυσφυγμίας. Ακολουθεί ενδοφλέβια χορήγηση 5MG νεοστιγμίνης, με ρυθμό 0,05MG|MIN. Το αποτέλεσμα είναι πολύ συχνά άμεσο. Ακολουθεί κένωση και ο μετεωρισμός υποχωρεί. Ευνόητο είναι πως αν δεν έχει εξουδετερωθεί η πρωτοπαθής αιτία και πάλι ο ειλεός θα υποτροπιάσει. (Τούντα, σελ. 885-886, παρ. β')

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η γενική κατάσταση του αρρώστου, τα ζωτικά του σημεία και η απόκρισή του στη θεραπεία συνεχώς επανεκτιμούνται για ανίχνευση οποιασδήποτε από τις παρακάτω επιπλοκές, για την ανάταξη των οποίων πρέπει να παίρνονται άμεσα μέτρα.

α) Περίσφυξη συμβαίνει όταν η προμήθεια του αίματος στο τμήμα του εντέρου σταματά. Μπορεί να αναπτυχθεί και γάγγραινα.

β) Με την περίσφυξη ή την μεγάλου βαθμού διάταση μπορεί να

γίνει ρήξη του εντέρου, με αποτέλεσμα την είσοδο του εντερικού περιεχομένου στην περιτοναϊκή κοιλότητα που μπορεί να οδηγήσει σε περιτονίτιδα και σηπτική κατάσταση.

γ) Αν οι απώλειες υγρών είναι μεγάλες και δεν διορθωθούν, μπορεί να αναπτυχθεί SHOCK

δ) Καθώς το έντερο φλεγμαίνει και όλο και περισσότερο εμφανίζονται σε αυτό νεκρωτικές περιοχές, μπορεί να συμβεί λοίμωξη.

ε) Καθώς η κοιλιακή διάταση πιέζει το διάφραγμα, μειώνεται η πνευμονική έκπτυξη και μπορεί να αναπτυχθεί πνευμονία.

στ) Ο έμετος μπορεί να προκαλέσει πνευμονία από εισρόφηση του.

Γι αυτό η μετέπειτα παρακολούθηση και φροντίδα του αρρώστου είναι βασικής σημασίας. (Σαχίνη, σελ. 498, παρ. β')

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η γενική θνησιμότητα από απόφραξη του λεπτού εντέρου είναι περίπου 10% ακόμα και κάτω από άριστες συνθήκες. Η θνησιμότητα από μη στραγγαλιστική απόφραξη είναι 5%ως 8% και η θνησιμότητα από στραγγαλιστική απόφραξη έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 20% και 75%.

Το ποσοστό θνησιμότητας από απόφραξη του παχέως εντέρου είναι περίπου 20%.

Η πρόγνωση του αδυναμικού ειλεού είναι συνήθως καλή. Σε σπάνιες περιπτώσεις η αδυναμική διάταση του κόλου μπορεί να

γίνει τόσο μεγάλη, ώστε να απαιτηθεί τυφλοστομία, αν υπάρχει φόβος γάγγρνας του τυφλού (HARRISON, σελ. 1924, παρ. β')

Αν αναπτυχθούν επιπλοκές η θνησιμότητα από εντερική απόφραξη φτάνει τα 35-40 %. (Σαχίνη, σελ. 498, παρ. β')

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΙΛΕΟ

Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας, -τή , είναι ο προσδιορισμός του χαρακτήρα των συμπτωμάτων, που εμφανίζει ο ασθενής που προσέρχεται στο νοσοκομείο με κλινική εικόνα ειλεού.

Αρχικά γίνεται λήψη Ζ.Σ (πίεση-σφίξεις-θερμοκρασία) και σημειώνεται η τυχόν παρέκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια.

Οι ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο με κλινική εικόνα ειλεού, παρουσιάζουν ηλεκτρολυτική διαταραχή λόγω απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών εντός του διατεταμένου εντερικού αυλού. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η άμεση παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών. Επειδή οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν έμετο ή ναυτία, είναι απαραίτητη η τοποθέτηση LEVIN για την ανακούφισή τους από τα συμπτώματα αυτά.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με ειλεό συνίσταται σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική. Επίσης βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας, -τή είναι η ανακούφιση του ασθενή από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς συνίσταται σε φυσική και ψυχική .

Στη φυσική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνονται:

1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία που περιλαμβάνει:

Η σωματική τόνωση: Αυτή επιτυγχάνεται με λήψη τροφής πλού-

σια σε θερμίδες και φτωχή σε λίπη και κυτταρίνη. Ετσι θα έχουμε σημαντική τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου. (Μαλγαρινού Μ.-Κων|νίδου, σελ. 283).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της αδελφής είναι αποφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η νοσηλεύτρια βοηθά στη σωματική τόνωση του ασθενούς εάν:

- α) Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής
- β) Γνωρίζει την επίδραση της εγχείρησης στις λειτουργίες του μεταβολισμού και
- γ) Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής.

Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις, καθώς και στην εκλογή τροφών, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

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

Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα.) Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

Η καθαριότητα του ασθενούς: Αυτή συνίσταται σε :

α) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που επιτυγχάνεται με:

-Με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δε συνιστάται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

-Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του καχέως εντέρου.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και εάν είναι αρνητικά ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος ή τον ιατρό.

Η εκτέλεση υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού.

β) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

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

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Η αυπνία και η κόπωση προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία καθώς και στην εμφάνιση επιπλοκών. Γι' αυτό χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Ιατρικές εξετάσεις, κλινικές, εργαστηριακές: Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

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

β) Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων .

Εάν παρουσιασθεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι :

α) Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και

β) Γενική ούρων

Ακτινολογικός έλεγχος:

Ακτινογραφία κοιλίας για τον προσδιορισμό του ειλεού.

Με την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Έτσι καθορίζεται το είδος της νάρκωσης και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Επίσης στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνονται: η προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις (άκρων κλπ) και ο προσανατολισμός του ασθενούς στο νέο δωμάτιο, όταν μάλιστα πρόκειται να μεταφερθεί σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης, έτσι ώστε κατά την αφύπνηση να μην βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον. (Μαλγαρινού Μ-Κωνσταντινίδου Σ, σελ.242-243-244-245)

Τέλος ο ασθενής παίρνει από το στόμα ή και με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου, αρχίζει αντιβίωση και έχει LEVIN (όχι απόλυτα). (Μαλγαρ.-Κων|δου, σελ.283)

2.Τ ο π ι κ ή π ρ ο ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή ε τ ο μ α σ ί α

είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο τομής. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ., σελ.245, παρ.β)

3.Τελική προεγχειρητική ετοιμασία. Αυτή περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Πρέπει όλες οι σχετικές παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον ιατρό του τμήματος.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φορά την κατάλληλη ενδυμασία του χειρουργείου, αφού προηγουμένως ουρήσει. Ενώ τα προσωπικά του είδη (ρουχισμός, κοσμήματα) καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στο γραφείο προϊσταμένης.)

γ) Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Κατά την προνάρκωση η αδελφή πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, στην ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο

σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Εάν είναι δυνατόν η αδελφή παρακολουθεί και την εγχείρηση.

Αυτό θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή.

Η ενημέρωση και η ησύχηση των συγγενών, κατά την διάρκεια της εγχείρησης, από την αδελφή είναι δυνατόν να τους ανακουφίσει.

Τέλος όλες τις βασικές ενέργειες που κάνει η αδελφή κατά την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να τις καταγράφει στο νοσηλευτικό δελτίο ή την λογοδοσία του τμήματος. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ., σελ.245-246-247-248)

Στην ψυχική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνονται:

- α) Ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό και την αδελφή για το τι πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό αποδοχής της "παρά φύσιν έδρας". Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή "παρά φύσιν έδρα", η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι η αδελφή άνετα εξηγεί σ' αυτόν το είδος της επέμβασης και την προσωρινή του αναπηρία. Η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση ασθενούς που θα κάνει μόνιμη "παρά φύσιν έδρα" είναι η επίσκεψη σ' αυτόν ατόμου που έχει μόνιμη "παρά φύσιν έδρα" την οποία έχει αποδεχτεί και με την οποία ζει και εργάζεται φυσιολογικά.
- β) Δημιουργία ευκαιρίας στον πάσχοντα να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα φόβου, ανησυχίας, απελπισίας, αποθαρρύνσεως κλπ.
- γ) Ανάγνωση και αποδοχή των συναισθημάτων και ανησυχιών του ασθενούς.
- δ) Εξήγηση των προ και μετά την εγχείρηση νοσηλειών και τρέ-

που βοήθειάς του για την καλύτερη μετεγχειρητική πορεία.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως SHOCK κ.α.

Γι' αυτό η συμβολή της νοσηλεύτριας ώστε να εξαληφθούν τα αισθήματα αυτά του φόβου είναι ιδιαίτερα σημαντική. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ., 283-284, 242)

Προετοιμασία Κλίνης και Θαλάμου του Ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η αδελφή αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

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

- α) Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από φύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.
- β) Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
- γ) Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού για να μη χτηπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.
- δ) Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.
- ε) Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο πάνω μέρος του στρώματος δίπλα στο κομοδίνο τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ένα ποτήρι με δροσερό νερό, PORT COTTON, νεφροειδές και κάψα με χαρτοβάμβακα και τολύπια βάμβακος.

Η ετοιμασία του θαλάμου ολοκληρώνεται με την καθαριότητα αυτού καθώς και τον αερισμό του. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ., σελ. 248-249)

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας, -τή και θα πρέπει να έχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίζει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενή.

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

Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο θάλαμό του η νοσηλεύτρια, του αλλάζει το υγρό από τον ιδρώτα νυχτικό και τον τακτοποιεί στην κατάλληλη θέση. Λαμβάνει και σημειώνει τα Ζ.Σ και το σημείο της εγχειρήσεως στην πινακίδα.

Παρακολουθεί την αναπνοή του και την γενική όψη του και δεν απομακρύνεται από το θάλαμο πριν από την απονάρκωσή του.

Σε όλη αυτή τη διάρκεια η κεφαλή του ασθενή πρέπει να είναι στραμμένη προς τα πλάγια και κυρίως κατά την στιγμή του εμέτου.

Μόλις ο ασθενής αρχίσει να αντιλαμβάνεται του συνιστά να παίρνει βαθιές αναπνοές για την τέλεια αποβολή του ναρκωτικού και να κινεί τα άκρα.

Δροσίζει τα χείλη του με τολύπια γάζας. Όταν συνέλθει τελείως

του δίνει να ξεπλύνει το στόμα του με δροσερό νερό.

Επίσης η νοσηλεύτρια φροντίζει για :

Τον προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

Την κατάλληλη τοποθέτησή του στο κρεβάτι (ύπτια με κεφάλι στραμένο πλαγίως.) Η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση των μυών και επιτρέπει την λειτουργία των παροχετεύσεων.

Τον έλεγχο της κατάστασεως του τραύματος και της "παράφυσιν έδρας".

Την παρακολούθηση του ασθενή μέχρι την αφύπνησή του. Εδώ η προφύλαξη του από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί βασικό καθήκον.

Τη σύνδεση των παροχετεύσεων και του καθετήρα κύστεως που τυχόν έχει ο ασθενής και παρακολούθηση φυσιολογικής λειτουργίας τους.

Την ανακούφισή του, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς.

Οι συχνές εντριβές και η αλλαγή θέσεων του ασθενή, όσο η κατάστασή του το επιτρέπει, βοηθούν στην ανακούφισή του και την πρόληψη επιπλοκών. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίου Σ. σελ.249, 250)

Ο ασθενής που έχει υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία, τα δύο πρώτα 24ώρα δεν παίρνει τίποτε από το στόμα.

Μετά το δεύτερο 24ωρο παίρνει υγρά από το στόμα και εμπλουτίζ-

ζεται το διαιτολόγιό του αφού αρχίζει σιγά-σιγά η λειτουργία του εντέρου.

Επίσης κατά τα δύο πρώτα 24ώρα ο ασθενής έχει σωλήνα LEVIN και υγρά παίρνει μόνο παρεντερικά.

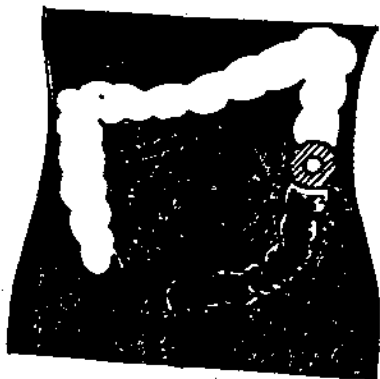
Μόλις αφαιρεθεί το LEVIN, διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά.

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή είναι η περιποίηση της "παρά -φύσιν έδρας".

Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24 ώρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, λόγω του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέως εντέρου. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή της "παρα -φύσιν έδρας" γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Προφυλάσσεται το γύρω από την "παρά -φύσιν έδρα" δέρμα προς αποφυγή ερεθισμού από τα εντερικά υγρά με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής ή STOMAHENSIVE. Την ώρα της αλλαγής η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να δείχνει δυσαρέσκεια και να τοποθετείται παραβάν κατά την διάρκειά της. Η "παρά-φύσιν έδρα" αλλάσσεται όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προ του φαγητού.

Αποσμητικές κρέμες ή SPREY μπορούν να χρησιμοποιηθούν την ώρα της αλλαγής για εξουδετέρωση της κακοσμίας. Για την αλλαγή χρησιμοποιείται δίσκος που περιέχει χάρτινες σακούλες, κρέμα προστατευτική του δέρματος ή STOMAHENSIVE, αιθέρα, φυσιολογικό ορό, τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών, νεφροειδές, ζώνη κοιλιάς ή κολοπλάστ (το κολοπλάστ χρησιμοποιείται όταν το τραύμα επουλωθεί σχετικά) και σεντ με δύο λαβίδες, γάζες και τολύπια από βαμβάκι.

Συμπληρωματικά έχουμε λεκάνη, κανάτα με χλιαρό νερό, τρίφτη, σαπούνι και νεφροειδές για την περιποίηση του υγειούς δέρματος.



Εικόνα 5.44. Κατούσα και σιγμοειδική κολοστομία.

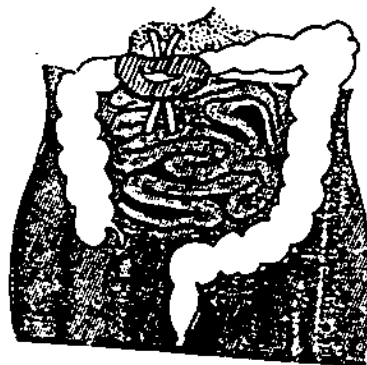


Εικόνα 5.45. Εγκάσια κολοστομία.

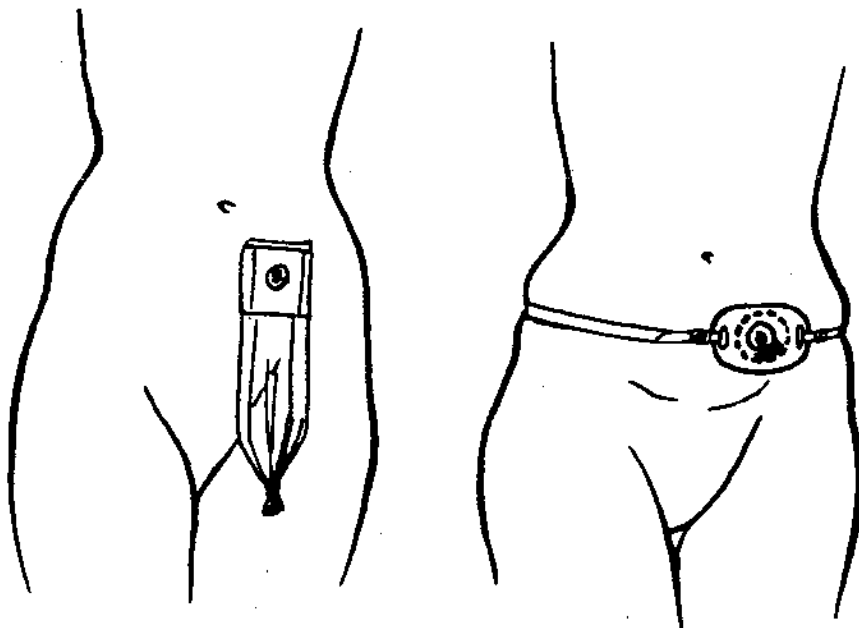
Εγκάρσιας κολοστομίας γίνονται δύο είδη:
α. Η διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία (Εικ. 5.46).
β. Η αγκυλωτή κολοστομία (Εικ. 5.47).



Εικόνα 5.46. Κολοστομία διπλού αυλού.



Εικόνα 5.47. Αγκυλωτή κολοστομία.



Εικόνα 55. Κολοστομίες με καλοπλάστ.

Η νοσηλεύτρια βοηθά τον ασθενή με μόνιμη ή πρόσκαιρη "παρά - φύσιν έδρα" να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου (κενώσεις) προτού αναχωρήσει από το νοσοκομείο.

Η ρύθμιση των κενώσεων αναφέρεται στο σχήμα, τον αριθμό και το χρόνο τους και πραγματοποιείται με την προσπάθεια συνθέσεως του διαιτολογίου του έτσι ώστε οι κενώσεις του να παίρνουν σχήμα και να περιορίζονται σε αριθμό. Με υποκλισμούς επί σειρά ημερών ρυθμίζεται ο χρόνος της κενώσεως του ασθενούς. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ. σελ. 285-286)

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ , -ΥΤΗ

Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωσή τους. Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχερείες είναι:

Π ό ν ο ς : Η υπερένταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής που υποβάλλεται σε εγχείρηση επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο.

Η νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος , προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα και όταν υπάρχει ανάγκη του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον ιατρό.

Δ ί ψ α : Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση.

Αυτή δικαιολογείται από την Ψηρότητα του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση. (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ποτισμένη σε δροσερό νερό και με χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.

Ε μ ε τ ο ς : Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά τη γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ώρων από την απονάρκωση του ασθενή. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του ασθενή προς τα πλάγια και του προμηθεύει νεφροειδές. Για να απαλλαχθεί ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στόμαχου τοποθετείται σωλήνας LEVIN. Το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμέτων πρέπει να καταγράφονται στη λογοδοσία. (Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ., σελ.251-252).

Μ ε τ ε ω ρ ι σ μ ό ς : Είναι συνέπεια της παραλυτικής επίδρασης του ναρκωτικού στο έντερο.

Το περιεχόμενο των εντέρων σήπτεται και σχηματίζονται αέρια τα οποία υπερπληρούν το έντερο και προκαλείται διάταση των τοιχωμάτων της κοιλίας. Το διάφραγμα ωθείται προς τα πάνω και παρεμποδίζεται η κανονική λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων.

Τα μέτρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια είναι η τοποθέτηση θερμοφώρας και σωλήνα αερίων.

Ε π ί σ χ ε σ η ο ύ ρ ω ν : Κατά την επίσχεση ούρων ο ασθενής αδυνατεί να ουρήσει και τα ούρα κατακρατούνται εντός της κύστεως.

Σαν αίτια αναφέρονται: η νευρική κατάσταση του πάσχοντος, η οποία επιφέρει σπασμωδική σύσπαση του σφικτήρα της ουρήθρας και η ανικανότητα των τοιχωμάτων της κύστης προς συστολή λόγω παρालυτικής επίδρασης του ναρκωτικού.

Για την διέγερση της φυσιολογικής ουρήσεως και αποφυγή του καθετηριασμού η νοσηλεύτρια τοποθετεί θερμόφορα επί της κύστεως, βρέχει τα έξω γεννητικά όργανα του ασθενή με θερμό νερό και φροντίζει για την δημιουργία ήχου τρεχούμενου νερού (άνοιγμα της βρύσης)

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής είναι:

Στατική μετεγχειρητική πνευμονία: Αυτή οφείλεται στην ακινησία σε οριζόντια θέση και στον χημικό ερεθισμό του βλεννογόνου των πνευμόνων από το ναρκωτικό. Επίσης η μόλυνση των αναπνευστικών οδών από τον έμετο και η εφίδρωση που προδιαθέτει φύξη είναι άλλοι δύο βασικοί παράγοντες.

Ο ασθενής θα εμφανίσει πυρετό, αύξηση του σφυγμού δύσπνοια και βήχα.

Ιδιαίτερα επιρρεπή είναι τα άτομα που καπνίζουν και που έχουν περάσει βρογχίτιδες.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί στενά τον ασθενή μέχρι την απονάρκωσή του (έμετος -φύξη- ιδρώτα)

Φροντίζει για την ταχεία απονάρκωσή του (βαθείες αναπνοές, αερισμός) και για την διατήρηση θερμής κλίνης. Επίσης φροντίζει για έγκαιρη ανάρρωση θέση όταν το επιτρέπει ο ιατρός.

Συνιστά στον ασθενή αναπνευστικές ασκήσεις.

Αιμορραγία: είναι η έκχυση αίματος στην επιφάνεια του τραύματος.

α) Εξωτερική: Είναι η έκχυση αίματος στην επιφάνεια του τραύματος.

Ο σφυγμός του ασθενή είναι μικρός και ευπίεστος, το πρόσωπό του ωχρό, τα άκρα ψυχρά και είναι ανήσυχος. Τα θεραπευτικά μέτρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια είναι: άσηψη του πιεστικού επιδέσμου επί του ήδη υπάρχοντος-ειδοποίηση του ιατρού -ακινησία του ασθενή και τόνωση του ηθικού του- ετοιμασία δίσκου ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα.

β) Εσωτερική: Εδώ ο ασθενής παρουσιάζει σφυγμό μικρό, συχνό και ευπίεστο, το δέρμα του είναι υγρό, το πρόσωπό του ωχρό και είναι ανήσυχος.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την ακινησία του ασθενή και την ηθική του τόνωση, τοποθετεί παγοκύστη, φροντίζει να ειδοποιηθεί ο ιατρός και ετοιμάζει δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα. Επίσης είναι σε ετοιμότητα για τυχόν μετάγγιση αίματος.

Μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή κ α τ α π λ η ξ ί α (SHOCK):
Καταπληξία είναι η απότομη εξάντληση των δυνάμεων του ασθενή χαρακτηριζόμενη από κατάπτωση των ψυχικών λειτουργιών, της αισθητικότητας, της κινητικότητας, της αναπνοής και της κυκλοφορίας.

Τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζει ο ασθενής είναι:

Σφυγμός μικρός, συχνός και μόλις αισθητός

Αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη

Βλέμμα απλανές και αδιάφορο

Πτώση της θερμοκρασίας

Δέρμα και βλενογόνοι ωχροί

Άκρα ψυχρά

Το μέτωπο διαρρέεται από κρύο ιδρώτα.

Τα μέτρα τα οποία λαμβάνει η νοσηλεύτρια είναι:

Φέρει την κεφαλή του ασθενή σε επικλινή θέση για επαναφορά του αίματος στα αναιμικά νευρικά κέντρα.

Φροντίζει για τη διατήρηση θερμής κλίσης

Χορηγεί ένεση Κοραμίνης και Καρδιοζόλης (δράση ταχεία αλλά βραχεία γι' αυτό επαναλαμβάνεται) κατόπιν ιατρικής εντολής.

Χορηγεί ορούς ενδοφλέβια.

Οι προφυλάξεις για τη μη εμφάνιση SHOCK είναι:

Ταχεία αποβολή του ναρκωτικού

Όσο το δυνατόν μεγαλύτερος όγκος του αίματος του ασθενή πριν από την εγχείρηση

Χορήγηση υγρών μετά την εγχείρηση (φυσιολογικός ορός, γλυκοζέ).

Αναύπασση σωματική και τόνωση του ηθικού του ασθενή πριν από την εγχείρηση.

Εξέταση της καρδιακής λειτουργίας του ασθενή.

Ε μ β ο λ ή π ν ε ύ μ ο ν ο ς : Η εμβολή πνεύμονος είναι δυνατόν να παρατηρηθεί κατά την ανάρρωση του ασθενή και συνήθως κατά τη δεύτερη μετεγχειρητική εβδομάδα.

Οφείλεται σε απόφραξη κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας από θρόμβο που έχει αποσπασθεί από κάποιο αιμοφόρο αγγείο και μέσω της κυκλοφορίας μεταφέρθηκε στους πνεύμονες.

Ο ασθενής καταλαμβάνεται από αιφνίδιο και σφοδρό πόνο στον θώρακα με έντονη δύσπνοια και βήχα με αιματηρές αποχρέμψεις. Το πρόσωπό του είναι εξέρυθρο και κυανωτικό.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη θεραπεία του ασθενή με: την τοποθέτηση του ασθενή σε ανάρρωπη θέση, την χορήγησή οπιούχων για να ηρεμήσει και την χορήγηση οξυγόνου για την διευκόλυνση της αναπνοής και πρόληψη της ανοξαιμίας.

Οι περισσότερες επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος οφείλονται σε ανεπαρκή αερισμό των πνευμόνων. Η νοσηλεύτρια για την

πρόληψή τους συνιστά στον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές, να αλλάζει συχνά θέση και να εγείρεται έκγαιρα από την κλίνη μόλις η κατάστασή του το επιτρέπει.

Μόλυνση τραύματος : Η μόλυνση του τραύματος είναι δυνατόν να συμβεί 24-48 ώρες από την στιγμή της επέμβασης.

Ο ασθενής εμφανίζει ταχύ σφυγμό και αύξηση της θερμοκρασίας. Για την αντιμετώπιση της μόλυνσης η νοσηλεύτρια φροντίζει για την χορήγηση αντιβίωσης κατόπιν ιατρικής εντολής.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή "παρά φύσιν έδρα" κατά την αποχώρησή του από το νοσοκομείο δεν αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα.

Η προετοιμασία του ασθενή με μόνιμη "παρά -φύσιν έδρα" συνίσταται στην προετοιμασία του προς απόκτηση δεξιοτήτων για την αυτοεμπληρέτησή του και περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Εξήγηση της προετοιμασίας για τη νοσηλεία: απαραίτητα είδη για τη νοσηλεία και ετοιμασία τους.
2. Εξήγηση της σειράς εργασίας
3. Παρακολούθηση από τον ασθενή του τρόπου προετοιμασίας των αντικειμένων και της εκτέλεσης της αλλαγής.
4. Ο ασθενής στη συνέχεια βοηθά την νοσηλεύτρια κατά την προετοιμασία και εκτέλεση της αλλαγής.
5. Ο ασθενής εκτελεί κατόπιν το μεγαλύτερο μέρος της προ-

ετοιμασίας και αλλαγής.

6.0 ασθενής ετοιμάζει τα απαραίτητα είδη για την αλλαγή και την εκτελεί υπό την επίβλεψη της νοσηλεύτριας.

7.0 ασθενής ενώ προετοιμάζει και εκτελεί την νοσηλεία, παρακολουθείται κατά διαστήματα.

8.0 ασθενής υπεύθυνα ετοιμάζει και εκτελεί την αλλαγή.

9.0 ασθενής διδάσκεται τον τρόπο εκτέλεσης υποκλισμού στην παρά φύσιν έδρα και τον εκτελεί.

10.0 ασθενής αναλαμβάνει την εκτέλεση της αλλαγής της κολοστομίας και τον υποκλισμό όταν:

α) έχει αποκτήσει δυνάμεις

β) έχει αποδεχθεί την "παρά -φύσιν έδρα"

γ) δεν αηδιάζει κατά την αλλαγή της από την νοσηλεύτρια

δ) μπορεί υπεύθυνα να διεκπεραιώσει αυτή την εργασία.

Ο ασθενής μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο πρέπει να επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τον θεράποντα ιατρό του.

(Μαλγαρινού Μ. -Κωνσταντινίδου, σελ.286-287)

Κ Ε ● Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ιστορικό ασθενούς (1)

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Χ.Ε

Ηλικία : 72 ετών

Ημερομηνία εισόδου : 26-6-90

Ημερομηνία εξόδου : 11-7-90

Προηγούμενες νόσοι : σακχαρώδης διαβήτης από 3ετίας

(αγωγή με DAONIL $\frac{1}{2}$ χ1)

Παρούσα νόσος: Ο ασθενής προσέρχεται με κλινική εικόνα αποφρακτικού ειλεού. Αναφέρει έναρξη κοιλιακού άλγους διάχυτου προ 3 ημερών, συνεχούς με προοδευτική ένταση και συνοδό μετεωρισμό και ανορεξία. Επίσης επίσχεση αερίων και κοπράνων και εμφάνιση εμμέτων από σήμερα.

Από 3μήνου αναφέρει απώλεια δυνάμεων και απώλεια βάρους (2KG). Επίσης υπάρχει ιστορικό δυσκοιλιότητας.

Κατά την εξέταση στα Ε.Ι διαπιστώνεται κοιλιά έντονα μετεωρισμένη. Επίσης διάχυτα κοιλιακά άλγη αυτόματα και με την ψηλάφηση.

Κατά την δακτυλική εξέταση ψηλαφάται μώρωμα σε ύψος περίπου 12 CM.

Εισάγεται προς αντιμετώπιση.

Ακτινολογικά ευρήματα: Υδραερικά επίπεδα με διάταση των εντερικών ελίκων

Εργαστηριακά ευρήματα: Λευκά : 12.300

Διάγνωση: TUMOR ορθοσιγμοειδούς (εγκαρσιοτομία).

Θεραπεία : Χειρουργική

Εκβαση : Βελτίωση

Μετεγχειρητική πορεία:

1η μετεγχειρητική ημέρα:

Πορεία ομαλή. Συνέχιση τυμπανισμού, απουσία περισταλτισμού. Αλλαγή τραύματος και τοποθέτηση βάσης και σάκων κολοστομίας.

2η ως 4η μετεγχειρητική ημέρα:

Πορεία ομαλή. Απουσία περισταλτισμού. Συνέχιση τυμπανισμού. Τραύμα καθαρό. Την 4η ημέρα πήρε χαμομήλι.

5η μετεγχειρητική ημέρα:

Κατάσταση καλή. Αφαίρεση LEVIN. Αλλαγή τραύματος. Εναρξη εντερικού περισταλτισμού. Αφαίρεση καθετήρα κύστες.

6η ως 8η μετεγχειρητική ημέρα: Ο ασθενής ενεργήθηκε. Εμφάνιση πυρετού $39,8^{\circ}$ C. Την 6η ημέρα είχε κένωση. Αρχισε δίαιτα ελαφρά.

9η μετεγχειρητική ημέρα:

Πορεία ομαλή. Αφαίρεση μισών ραμμάτων. Τοποθέτηση STERRIL STRIPT Απύρετος.

10η μετεγχειρητική ημέρα:

Κατάσταση καλή. Αφαίρεση και των υπόλοιπων ραμμάτων. Τοποθέτηση STERRIL STRIPT

Ορροί : RINGER'S DEXTROSE 5%

Αγωγή φαρμακευτική:

AMP SOLVETAN 1x3

AMP LANICOR $\frac{1}{2}$ x1 ενδοφλεβίως αραιωμένη σε 5CC φυσιολογικού ορρού.

REMIDON επί πόνου.

PANCORAN 1x1

FLAXIPARINE AMP 1x1

FLAGYL 1x3

(Το ιατρικό ιστορικό έχει ληφθεί από το "ΚΕΝΤΡΙΚΟ" νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης, Β' Χειρουργική Κλινική)

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΝΤΙΑΣ	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
<p>φόβος . ανησυχία</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>Να φθάσει ο ασθενής στο χειρουργείο ήρεμος</p>	<p>Ηθική τόνωση του ασθενή και χορήγηση ηρεμιστικού.</p>	<p>Εγινε ηθική τόνωση του ασθενούς και ενημερώθηκε για την επέμβαση. Χορηγήθηκε ηρεμιστικό (STEDON TABLE)</p>	<p>Ο ασθενής έπαψε να ανησυχεί. Απόκτησε εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό. Πείσθηκε για την αμалή μετεγχειρητική πορεία</p>
<p>Ανορεξία</p>	<p>Κύριος σκοπός είναι να βελτιωθεί η όρεξη του ασθενούς και να διατηρηθεί καλή θρέψη.</p>	<p>Προσφορά τροφής της αρεσκείας του βίμια του δίσκου να είναι ωραία.</p>	<p>Προσφέρθηκε τροφή της αρεσκείας του άμορφα σεβριτισμένη.</p>	<p>Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της όρεξης . Σε μερικές μέρες άρχισε να παίρνει μόνος του μικρά τι συχνά γεύματα.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
Καταβολή δυνάμεων	Η ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενή.	Ανάπαυση του ασθενή. Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων.	Ο ασθενής αναπαύεται και ήταν ήρεμος .Χορήγήθηκαν βιταμινούχα σκευάσματα.	Ο ασθενής μετά από μερικές μέρες αισθανόταν καλύτερα.
Υπερέκκριση γαστρικών υγρών και τάση προς έμετο.	Η παροχέτευση των γαστρικών υγρών και αποφυγή του εμέτου.	Τοποθέτηση LEVIN	Τοποθέτηση LEVIN και έγινε ενημέρωση του ασθενή για την αναγκαιότητα του. Παρακολούθηση της λειτουργίας του LEVIN	Ο ασθενής ήταν σε καλύτερη κατάσταση. Αποδέχθηκε την ύπαρξη του LEVIN και δεν δημιούργησε κανένα πρόβλημα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΝΕΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ , ΟΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ. ΤΑ ΝΕΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΗΤΑΝ:

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος	Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου.	Χορήγηση παυσιπόνων. Διδασκαλία του ασθενή ώστε να μειωθεί ο πόνος	Χορηγήθηκαν παυσίπονα κατόπιν ιατρικής εντολής (ROMIDON TABL.) Εγινε διδασκαλία για κατάλληλη θέση στο κρεβάτι και για υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει.	Σταδιακή μείωση του πόνου και εξάλειψή του.
Δίψα	Εξάλειψη της δίψας.	Εφύγραση του στόματος και των χειλέων και επάλειψη των χειλέων με βαζελίνη	Εγινε εφύγραση του στόματος και των χειλέων, σε τακτά διαστήματα, με δροσερό νερό με PORT -COTTON και επάλειψη των χειλέων με βαζελίνη	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από το δυσάρεστο αίσθημα.

Αξιολόγηση των νοση- λευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντιμειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντί- δας.	Προγραμματισμός των νοση- λευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των απο- τελεσμάτων της νοσηλευ- τικής φροντίδας
Ναυτία-έμετος	Διακοπή ναυτίας και εμέτου.	Σύσταση στον ασθενή να παίρνει βαθιές ανα- πνοές για να καταστα- λεί η ναυτία και χο- ρήγηση αντιεμετικών και πλύσεις στόματος. Τοποθέτηση LEVIN	Εδόθησαν συστάσεις στον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για την καταστα- λή της ναυτίας. Χορηγήθη- αντιεμετικό (PRIMPERAN AMP IV) κατόπιν ιατρικής εντολής. Εγιναν πλύσεις του στόματος με νερό και HEXALEN. Τοποθετήθηκε LEVIN	Διακοπή του εμέτου και της ναυτίας με- τά την χορήγηση αντιεμετικού και την τοποθέτηση LEVIN
Πυρετός	Ρύθμιση της θερμο- κρασίας	Χορήγηση αντικυρετι- κού, τριφωφ θερμομε- τρίαση, λουτρό και ψυχρά επιθέματα, χο- ρήγηση υγρών. Λήψη αίματος και ούρων για καλλιέργεια .Χορήγη- ση αντιβιοτικού	Χορηγήθηκε αντιπυρετικό (PONSTAN TABL.) και αν- τιβίωση (SOLVETAN AMP 1X3)	Πτώση της θερμοκρά- σας στα φυσιολογι- κά επίπεδα.

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
Δημιουργία θρόμβωσης λόγω ακινησίας	Εξάλιψη θρόμβωσης	Διδασκαλία στον ασθενή για ασκήσεις που μπορεί να κάνει όσο είναι κατακεκλιμένος. Ενημέρωση του γιατρού για χορήγηση αντιθρομβωτικών.	Εγινε διδασκαλία του ασθενή για ασκήσεις των άκρων. Χορηγήθηκε FLAXIPARINE AMP. IV, 1x1 κατόπιν ιατρικής εντολής.	Αποφεύχθηκε ο κίνδυνος θρόμβωσης.
Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	Αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	Χορήγηση υγρών διαλυμάτων παρεντερικά. Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλομένων υγρών.	Χορηγήθηκαν υγρά διαλύματα παρεντερικά : RINGER'S, DEXTROSE 5% Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλομένων υγρών.	Αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή.	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Αρνηση του ασθενή να δεχθεί τη διαδικασία περιποίησης της "παραφύσιν έδρας".</p>	<p>Να πεισθεί ο ασθενής ότι πρέπει να δεχθεί τον τρόπο περιποίησης της "παραφύσιν έδρας" ώστε να την εκτελεί μόνος του.</p>	<p>Συνεχής διδασκαλίες. Παρακολούθηση του ασθενή όταν εκτελεί μόνος του την αλλαγή.</p>	<p>Εγιναν συνεχείς διδασκαλίες με πολύ υπομονή. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρακολουθούσε τον ασθενή όταν έκανε την αλλαγή μόνος του.</p>	<p>Ο ασθενής πείσθηκε πως πρέπει να μάθει να εκτελεί μόνος του την όλη διαδικασία. Αυτό το κατόρθωσε μετά από πολλές προσπάθειες και την εκτέλεση χωρίς την επίβλεψη της νοσηλεύτριας.</p>
<p>Αίσθημα μοναξιάς</p>	<p>Εξάλειψη του δυσάρεστου αυτού αισθήματος</p>	<p>Συμπράταση εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού και ψυχολογική υποστήριξη. Ειδοποίηση του κοινωνικού λειτουργού.</p>	<p>Το νοσηλευτικό προσωπικό προσπάθησε να ανεβάσει το ηθικό του ίδιου και της οικογένειάς του. Ειδοποιήθηκε ο κοινωνικός λειτουργός.</p>	<p>Μετά από πολλές προσπάθειες άρχισε να μειώνεται σημαντικά το αίσθημα μοναξιάς. Ο κοινωνικός λειτουργός του επιβεβαίωσε πως θα πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι.</p>

Η γενική κατάσταση του αρρώστου τις επόμενες ημέρες ήταν καλή. Τα προβλήματα του βαθμιαία εξαλείφθηκαν. Αρχισε να σιτίζεται από το στόμα με κατάλληλη δίαιτα και οι κενώσεις ήταν κανονικές σε αριθμό, ποσότητα και ποιότητα. Μετά από πολλές προσπάθειες του νοσηλευτικού προσωπικού είχε μάθει να περιποιείται μόνος τι την "παρά φύσιν έδρα" και να κάνει αλλαγή του σάκου κολοστομίας.

Ο ασθενής έφυγε από το νοσοκομείο μετά από νοσηλεία 15 ημερών. Του δόθηκαν οδηγίες για επανεξέταση μετά από δύο εβδομάδες.

Ιστορικό ασθενούς (2)

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Π. άρρεν αβάπτιστο

Ηλικία : 3 μηνών

Ημερομηνία εισόδου : 17-8-90

Ημερομηνία εξόδου : 1-9-90

Κύηση : ομαλή

Τοκετός : φυσιολογικός

Λοιπά νοσήματα : αναφέρεται ένα περιστατικό δυσκοιλιότητας σε ηλικία 1½ μηνός.

Παρούσα νόσος : Αρχεται από διημέρου περίπου. Η μητέρα αναφέρει ότι στο διάστημα αυτό το παιδί παρουσιάζει κωλικοειδή κοιλιακά άλγη μικρής διάρκειας, ανησυχία και μη αποβολή κοπράνων. Δεν παρουσίαζε ανορεξία. Στις 1.30 π.μ. επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας όπου έγινε υποβοήθηση για αποβολή κοπράνων. Από την RX αρ. κοιλίας παρουσιάζει ειλεό. Στις 7.00π.μ έρχεται στα Ε.Ι. όπου διαπιστώνεται μετεωρισμός κοιλίας, κοιλιά μαλακή και ευπίεστη. Κατά την δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται η ύπαρξη κοπρανώδους μάζας. Εισάγεται προς παρακολούθηση και αντιμετώπιση.

Ακτινολογικά ευρήματα: Υδραερικά ευρήματα με διάταση των εντερικών ελίκων.

Εργαστηριακά ευρήματα : Λευκά : 13.100

Θεραπεία : Χειρουργική

Εκβαση: Καλή

Μετεγχειρητική Πορεία:

1η Μετεγχειρητική ημέρα:

Πορεία καλή. Υπαρξη τυμπανισμού. Αλλαγή τραύματος και τοποθέτηση σάκων κολοστομίας.

2η ως 4η μετεγχειρητική ημέρα:

Πορεία καλή. Συνέχιση τυμπανισμού. Τραύμα καθαρό.

5η μετεγχειρητική ημέρα: Εναρξη εντερικού περισταλτισμού. Αφαίρεση LEVIN. Δόθηκε χαμομήλι. Εμφάνιση πυρετού 38,2°C

6η ως 7η μετεγχειρητική ημέρα:

Πορεία ομαλή. Αφαίρεση ραμμάτων. Τοποθέτηση STERRIL STRIPT.

Κενώσεις.

Ορροί : RINGER'S , DEXTROSE 5%

Αγωγή φαρμακευτική: AMP SOLVETAN 1x3,

FLAGYL 1x3, ALGAPHAN επί πόνου, PRIMPERAN επί εμέτου.

(Το ιατρικό ιστορικό έχει ληφθεί από το " ΚΕΝΤΡΙΚΟ" νοσοκομείο Θεσ|νίκης, Παιδοχειρουργική Κλινική)

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντιμεμεντιμός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
Υπερέκκριση γαστρικών υγρών.	Παροχέτευση των γαστρικών υγρών και αποφυγή του εμέτου	Τοποθέτηση LEVIN	Τοποθετήθηκε LEVIN. Παρακολούθηση της σωστής λειτουργίας του.	Ικανοποιητική η λειτουργία του. Καλύτερευση της κατάστασης του ασθενή.
Απώλεια βάρους	Ανάκτηση του σωματικού βάρους του ασθενή.	Χορήγηση τροφής ανώτερης βιολογικής αξίας.	Χορηγήθηκε τροφή ανώτερης βιολογικής αξίας.	Ο ασθενής ανάκτησε το σωματικό βάρος που έχασε.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΝΕΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΠΟΤΕ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΤΗΤΗΚΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ. ΤΑ ΝΕΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΑΝ ΗΤΑΝ:

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.
Πόνος	Ανακούφιση του ασθενή από το αίσθημα του πόνου.	Χορήγηση παυσιπόνων	Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής εντολής παυσίπονο (ALGARHAN AMP)	Σταδιακή μείωση του πόνου και εξάλειψή του.
Εμέτος	Διακοπή του εμέτου	Χορήγηση αντιεμετικού Τοποθέτηση LEVIN	Χορηγήθηκε αντιεμετικό (PRIMPERAN AMP). Τοποθετήθηκε LEVIN	Διακοπή του εμέτου μετά την λήψη των μέτρων αυτών.
Πυρετός	Ρύθμιση της θερμοκρασίας	Χορήγηση αντιπυρετικού. Τρίωρη θερμομέτρηση, ψυχρά επιθέματα, χορήγηση υγρών, λήψη αίματος και ούρων για καλλιέργεια. Χορήγηση αντιβιοτικού	Χορηγήθηκε αντιπυρετικό (PONSTAN SIR) και αντιβίωση. (SOLVETAN AMP; 1x3)	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενή	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Χορήγηση υγρών παρεντερικώς. Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Χορήγηθηκαν υγρά παρεντερικά (RINGER'S DEXTROSE 5%). Εγινε μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών..</p>

Η πορεία του ασθενή τις επόμενες ημέρες ήταν πολύ ικανοποιητική. Τα προβλήματα που παρουσίασε εξαλήφθηκαν. Μετά από διδασκαλίες του νοσηλευτικού προσωπικού, η μητέρα έμαθε να περιποιείται μόνη της την "παρα-φύσιν έδρα".

Ο ασθενής νοσηλεύθηκε δύο εβδομάδες και του δόθηκαν οδηγίες για επανεξέταση μετά από 12 ημέρες.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Με την ολοκλήρωση της εργασίας μου αυτής είδαμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από ειλεό και τη συμβολή της νοσηλεύτριας ,-υτή ώστε να ξεπεραστούν τα προβλήματα αυτά, και να γίνει ηθική τόνωση των πασχόντων.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τον ιατρό κ. Κούνη και την νοσηλεύτρια κ. Γεωργούση που με βοήθησαν στην εκτέλεση της εργασίας μου.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΒΑΣΩΝΗ Δ. "Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής". Έκδοση 5η αναθεωρημένη. Αθήνα 1987

HARRISON "Εσωτερική Παθολογία". Μετάφραση: Βαγιωνάκης Α., Βαρώνος Δ., Γαρδίκια Κ. Τόμος Β' Έκδοση 10η. Επιστημονικές εκδόσεις: Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1987.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. "Γενική Παθολογική Χειρουργική". Τόμος Α. Έκδοση 9η Αθήνα 1986.

ΠΕΤΡΟΥ Σημειώσεις Ανατομίας Β' εξαμήνου Νοσητικής.

ΣΑΧΙΝΗ Α.-ΚΑΡΔΑΣΗ, ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες". Τόμος 2ος .Μέρος Β' Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1985.

ΤΟΥΝΤΑ Κ. "Επίτομος Χειρουργική." Τεύχος 3ο. Έκδοση : Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1981

